

**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУХАЙ ХУУЛИЙН ХЭРЭГЖИЛТИЙН ҮР
ДАГАВАРТ ХИЙСЭН СУДАЛГААНЫ ТАЙЛАН**

**Улаанбаатар хот
2026 он**

ГАРЧИГ

УДИРТГАЛ.....	3
НЭГ. ТӨЛӨВЛӨХ ҮЕ ШАТ	4
1.1. Үнэлгээ хийх шалтгааныг тодорхойлох нь:	4
1.2. Үнэлгээ хийх хүрээг тогтоох:.....	4
1.3. Шалгуур үзүүлэлтийг сонгож тогтоох.....	10
1.4. Харьцуулах хэлбэрийг сонгох:.....	15
1.5. Шалгуур үзүүлэлтийг томъёолох:.....	15
1.6. Мэдээлэл цуглуулах аргыг сонгох:	16
ХОЁР. ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ҮЕ ШАТ	17
ГУРАВ. ҮНЭЛЭХ ҮЕ ШАТ	20
3.1.“Зорилгод хүрсэн түвшин” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал	20
3.2. “Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал	37
3.3.“Харилцан уялдаатай байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал	59
ДӨРӨВ. ЭРХ ЗҮЙН ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ХАРЬЦУУЛСАН СУДАЛГАА	63
ТАВ. ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ.....	89
5.1. ДҮГНЭЛТ	89
5.2. ЗӨВЛӨМЖ.....	92
ЗУРГАА. СУДАЛГААНЫ ЭХ СУРВАЛЖ.....	96

УДИРТГАЛ

Эрүүл мэндийн тухай хууль тогтоомжийн уялдаа холбоо, тэдгээрийн хэрэгжилтийг судалж, дүн шинжилгээ хийх замаар хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаврыг Хууль тогтоомжийн тухай хуулийн 51 дүгээр зүйлийн 51.3 дэх хэсэгт заасныг үндэслэн хийж гүйцэтгэлээ. Тус зохицуулалтын дагуу хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн үр дагаварт хийх үнэлгээг тухайн хууль тогтоомжийг дагаж мөрдсөнөөс хойш 5 жил тутамд хийх бөгөөд шаардлагатай тохиолдолд дээрх хугацаанаас өмнө хийнэ. Өөрөөр хэлбэл, хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн үнэлгээг тухайн хууль батлагдсанаас хойш 5 жилийн хугацаанд хийхээр хуульчилсан боловч Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хувьд хэрэгжилтийн үр дагаврын үнэлгээ цөөн хийгджээ. Хэрэгжилтийн үр дагаврын үнэлгээний санал дүгнэлтэд тулгуурлан тухайн хууль тогтоомжид тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлон, улмаар тулгамдаж буй асуудлыг шийдвэрлэх зорилгоор хуулийн нэмэлт, өөрчлөлтийг оруулдаг учир тус судалгаа нь эрүүл мэндийн салбарын зохицуулалтыг шинэчлэн сайжруулахад чухал ач холбогдолтой.

Иймд Хууль тогтоомжийн тухай хууль, Засгийн газрын 2016 оны 59 дүгээр тогтоолоор баталсан “Хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийх аргачлал”-ын дагуу Эрүүл мэндийн тухай хууль батлагдан гарах болсон хэрэгцээ шаардлага, үзэл баримтлалдаа заасан зорилгодоо хүрсэн эсэх, зарим зүйл заалтын хэрэгжилтийн үр дагаврыг үнэлэх ажлыг оновчтой, тоо баримттай, үр дүнтэй хийхэд тус ажлын зорилго оршино.

Уг зорилгод хүрэхийн тулд үнэлгээ хийх асуудлыг нарийвчлан тодорхойлох, шалгуур үзүүлэлтэд хуваарилах зэргээр зорилтыг дэвшүүлэх нь зүйтэй бөгөөд судалгааны багийн зүгээс Зорилгод хүрсэн түвшин, Харилцан уялдаатай байдал, Практикт нийцэж байгаа байдал гэсэн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаврыг үнэлэх зорилтыг дэвшүүллээ. Ийнхүү шалгуур үзүүлэлтийн дагуу асуудлуудыг судлан, шийдвэрлэх арга замыг тодорхойлсны дараа тус хуулийг боловсронгуй болгох талаар дүгнэлт, зөвлөмжийг өгсөн.

НЭГ. ТӨЛӨВЛӨХ ҮЕ ШАТ

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийх ажлыг Засгийн газрын 2016 оны 59 дүгээр тогтоолоор баталсан “Хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийх аргачлал”-ын дагуу төлөвлөх, хэрэгжүүлэх, үнэлэх гэсэн гурван үе шаттайгаар хийж гүйцэтгэсэн. Төлөвлөх үе шатанд дараах ажлыг хийж гүйцэтгэв. Үүнд:

- Үнэлгээ хийх шалтгааныг тодорхойлох;
- Үнэлгээ хийх хүрээг тогтоох;
- Шалгуур үзүүлэлтийг сонгож тогтоох
- Харьцуулах хэлбэрийг сонгох;
- Шалгуур үзүүлэлтийг томъёолох;
- Мэдээлэл цуглуулах аргыг сонгох;

1.1. Үнэлгээ хийх шалтгааныг тодорхойлох нь:

УИХ-ын даргын 2025 оны 12 сарын 31-ний өдрийн 526 дугаар захирамжаар байгуулагдсан “Эрүүл мэндийг дэмжих бодлогын уялдааг хангах, салбарын эрх зүйн орчныг боловсронгуй болгох асуудлыг цогцоор нь судалж, санал дүгнэлт гаргах, холбогдох хуулийн төсөл боловсруулах үүрэг бүхий” ажлын хэсгийн удирдамжид заасны дагуу Эрүүл мэндийн тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт оруулах, шинэчилсэн найруулга батлах шаардлагатай эсэх талаар судалж байна. Энэ хүрээнд Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаврыг судлах хэрэгцээ шаардлага гараад байна.

1.2. Үнэлгээ хийх хүрээг тогтоох:

Үнэлгээний хүрээг тогтоох ажиллагаа нь хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаврыг судлах явцад агуулгын хувьд чухал ач холбогдолтой, нөлөөлөл үзүүлэх хамгийн гол зохицуулалтыг тодорхойлоход чиглэгддэг. Энэ нь үнэлгээ хийх болсон шалтгаанууд (өмнө тодорхойлсон)-тай харилцан уялдаа, хамааралтайгаар хийгдэх ажиллагаа бөгөөд тодорхойлогдсон эерэг, сөрөг нөхцөл байдал, хүндрэл бэрхшээл, тулгамдсан асуудал, үр дагавар бүхий харилцаатай холбогдсон хуулийн зохицуулалтыг илрүүлнэ.

Үнэлгээний хүрээг тогтоохдоо үнэлгээ хийх ажлын төлөвлөлт, зохион байгуулалт, хүний нөөц, цаг хугацаа, гарах зардлыг заавал харгалзан үзэх хэрэгтэй. Хуулийг бүхэлд нь үнэлэх ажиллагааны зардал ихэвчлэн хэт өндөр гардаг тул зөвхөн тухайн хуулийн зорилго, үнэлгээний шалгуурт хамгийн ихээр нөлөөлж болохуйц хуулийн зохицуулалтыг зөв сонгох шаардлагатай.

Тухайн судалгааны хувьд Эрүүл мэндийн тухай хуулийн асуудалтай, зайлшгүй судалж сайжруулах шаардлагатай гэж үзсэн зүйл, заалтуудыг дараах байдлаар хүснэгтлэн судлахаар тогтсон болно.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн холбогдох хэсэг	Холбогдох хэсэгт хамаарах асуудал
---	-----------------------------------

<p>Хуулийн 3.1.12 дахь хэсэг. “эм барих” гэж эм зүйн шинжлэх ухааны дагуу эмийг найруулах, савлан бэлтгэх, шалгаж олгох үйл ажиллагааг;</p>	<p>Эм зүйн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлсэн, хариуцсан захиргааны байгууллагын статус, бүрэн эрхийн тухай асуудал</p>
<p>Хуулийн 5 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо. 5.1.Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо нь Монгол Улсын Их Хурал, Засгийн газар, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагаас бүрдэнэ.</p>	<p>Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоотой холбоотой асуудал</p>
<p>Хуулийн 8.1.8 дахь хэсэг. “эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийн бодлогыг тодорхойлон хэрэгжүүлэх;”</p>	<p>Салбарын хүний нөөцийн практик асуудал</p>
<p>Хуулийн 8.4. “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагатай хамтран боловсруулж Засгийн газар батална.” 8.10 дахь хэсэг. “8.10.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагатай хамтран батална.”</p>	<p>Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцааг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагууд баталсан журмын харилцан уялдаа</p>
<p>Хуулийн 13 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төрөл “13.1.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ дараах төрөлтэй байна: 13.1.1.нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ; 13.1.2.эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ. 13.2.Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа хамаарна. 13.3.Эрүүл мэндийн байгууллага нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг дангаараа болон бусад аж ахуйн нэгж, байгууллага, олон нийт, иргэдтэй хамтран явуулна.</p>	<p>Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой асуудал</p>

13.4.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь өрхийн эрүүл мэндийн, эмнэлгийн мэргэшсэн, эх барихын, эмнэлгийн яаралтай, сувилахуйн дагнасан, түргэн тусламжийн, сэргээн засахын гэсэн төрөлтэй байна.

13.5.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон лавлагаа шатлалтай байна.

13.6.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний төрөл болон түүнтэй холбогдох харилцааг Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар зохицуулна.

13.7.Хүн амыг олноор хамарсан халдварт өвчний дэгдэлт болон аюулт үзэгдлийн үед голомтыг хязгаарлах, цомхотгох, хохирлыг багасгахад чиглэсэн эрүүл мэндийн байгууллагын дангаар болон төр, олон нийт, аж ахуйн нэгж, байгууллага, иргэдтэй хамтран үзүүлэх гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг Гамшгаас хамгаалах тухай хуульд заасны дагуу байгуулагдсан гамшгаас хамгаалах эрүүл мэндийн алба мөн хуульд заасны дагуу зохион байгуулна.”

Хуулийн 24 дүгээр зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт.

24.1.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт нь улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, Засгийн газрын тусгай сан болон аж ахуйн нэгж, байгууллага, хамт олон, иргэний хандив, эрүүл мэндийн байгууллагын төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ, бусад үйл ажиллагааны орлого, хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад эх үүсвэрээс бүрдэнэ.

24.2.Энэ хуулийн 24.6.3, 24.6.4-т заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, тоо хэмжээ, чанарын шалгуур үзүүлэлт, төлбөрийн хэмжээ, санхүүжүүлэх болон хяналт тавих журмыг холбогдох хууль тогтоомжид нийцүүлэн эрүүл мэндийн болон санхүү, төсвийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн хамтран батална.

24.3.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх төлбөртэй тусламж, үйлчилгээний журам, жагсаалтыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, төлбөрийн жишиг хэмжээг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.4.Эрүүл мэндийн байгууллага эрүүл мэндийн даатгалгүй иргэнд үзүүлсэн энэ хуулийн 24.6.10-т заасан тусламж, үйлчилгээнээс бусад тусламж, үйлчилгээний төлбөрийг тухайн иргэнээс авна.

24.5.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллага хууль тогтоомжид нийцүүлэн нэмэлт болон төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ үзүүлж, олсон

Эрүүл мэндийн тусламж,
үйлчилгээний санхүүжилттэй
холбоотой асуудал

орлогыг эрүүл мэндийн ажилтны хөдөлмөрлөх нөхцөлийг сайжруулах, нийгмийн баталгааг хангах, тоног төхөөрөмж, эм, эмнэлгийн хэрэгсэл худалдан авах, засвар, үйлчилгээ хийхэд зарцуулах бөгөөд уг орлогыг зарцуулах үлгэрчилсэн журмыг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.6.Монгол Улсын иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний дараах төлбөрийг төр хариуцна:

24.6.1.жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараахь үетэй холбоотой эх барихын тусламж, үйлчилгээний зардал; 24.6.2.төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн зарим тусламж, үйлчилгээ; 24.6.3.халдвар судлалын үйлчилгээ, заавал хийх болон тархвар судлалын заалтаар хийх дархлаажуулалт, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл;

24.6.4.хуульд өөрөөр заагаагүй бол нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ;

24.6.5.аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ; 24.6.6.сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн зарим эмчилгээ; 24.6.7.удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал.

24.6.8.бие махбодын ба бэлгийн хүчирхийлэл, мөлжлөгийн хохирогчид үзүүлэх эрүүл мэндийн болон сэтгэцийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ. 24.6.9.16 хүртэл насны хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эмийн зардал. 24.6.10.эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламж, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, өрх, сум, тосгоны хэмжээнд үзүүлэх зарим тусламж, үйлчилгээ.

24.7.Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 9.1-д заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, төлбөрийн хэмжээ болон эрүүл мэндийн даатгалын гэрээ байгуулах эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох журмыг нийгмийн даатгалын болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд заасан Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл батална.

Хуулийн 8.1. Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага эрүүл мэндийг

Эрүүл мэндийн салбарын салбар дундын хамтын ажиллагаатай холбоотой асуудал, практик хэрэгжилт

хамгаалах, дэмжих талаар дараах бүрэн эрхийг хэрэгжүүлнэ:

“8.1.1.эрүүл мэндийн тухай хууль тогтоомж, Засгийн газрын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх ажлыг зохион байгуулж, биелэлтийг хангуулах; 8.1.2.хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх, эрэлт хэрэгцээг үндэслэн эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох; 8.1.3.төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, нэгдсэн болон тусгай эмнэлэг, эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллагын харьяанд ажилладаг бусад төрийн байгууллагыг мэргэжил, арга зүйн удирдлагаар хангах; 8.1.4.хүн амд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг салбарын хэмжээнд төлөвлөх, зохион байгуулах, эрүүл мэндийн байгууллагын байршил, бүтэц, зохион байгуулалт, тусламж, үйлчилгээний төрөл, шатлал, эмнэлгийн болон сувиллын орны дээд хязгаарыг тогтоох; 8.1.5.хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих талаар иргэд, төрийн болон төрийн бус байгууллагад мэргэжил, арга зүйн туслалцаа үзүүлэх; 8.1.6.хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, бэхжүүлэх үндэсний хөтөлбөр, төсөл боловсруулах, хэрэгжилтийг зохицуулах, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийж, үр дүнг тооцох; 8.1.7.эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлаар эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг захиалан гүйцэтгүүлэх; 8.1.8.эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийн бодлогыг тодорхойлон хэрэгжүүлэх; 8.1.9.эмнэлгийн мэргэжилтнийг мэргэшүүлэх, давтан сургах бодлогыг тодорхойлж, хэрэгжилтийг хангуулах, эрүүл мэндийн мэргэжлийн чиглэл, индекс, анагаах ухааны боловсролын сургалтын байгууллагын элсэлтийн хяналтын тоо, сургалтын түшиц эмнэлгээр хангах асуудлыг боловсролын асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагатай хамтран шийдвэрлэх; 8.1.10.эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн баталгааг хангах асуудлыг холбогдох байгууллагатай хамтран шийдвэрлэх; 8.1.11.эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн бодлогыг тодорхойлох, төсвийг төлөвлөх, хэрэгжүүлэх ажлыг зохион байгуулах; 8.1.12.эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн бодлогыг холбогдох байгууллагатай хамтран тодорхойлох; 8.1.13.аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааг удирдан чиглүүлэх, хянах; 8.1.14.эрүүл мэндийн удирдлага,

мэдээллийн тогтолцооны бодлогыг тодорхойлох, мэдээллээр хангах;

8.1.15.эрүүл мэндийн салбарт Төр, хувийн хэвшлийн түншлэлийн тухай хуульд зааснаар төр, хувийн хэвшлийн түншлэлийн төслийг төлөвлөх, төслийн санал гаргах, төр, хувийн хэвшлийн түншлэлийн гэрээний хэрэгжилтийг хангах, хяналт тавих; 8.1.16.эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, эрүүл мэндийн байгууллага, үйлдвэрлэлийн стандартыг боловсруулж, эрх бүхий байгууллагатай хамтран батлах

8.1.17.эмнэлгийн мэргэжилтэнд мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл олгох ажлыг зохион байгуулах; 8.1.18.эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын бодлогын хэрэгжилтэд хяналт тавьж, эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах;

8.1.19.эрүүл мэндийн статистик мэдээллийг нэгтгэн гаргах, мэдээлэх; 8.1.20.эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, эрүүл мэндийн ажилтны хөгжлийн бодлогын хэрэгжилтийг хангах, судалгаа хийх;

8.1.21.иргэний эрүүл мэндээ хамгаалах, өвчлөхөөс урьдчилан сэргийлэх, өвчин, эмгэг, гэмтлийн улмаас эрүүл мэндэд үүсэх үр дагаврыг багасгах, арилгах чиглэлээр сургалт, сурталчилгаа хийх, эрүүл мэндийг дэмжих арга хэмжээг зохион байгуулах;

8.1.22.эмийг бүртгэх, баталгаажуулах үйл ажиллагааг зохион байгуулж, эмийн чанар, аюулгүй байдлын талаар нийтэд мэдээлэх;

8.1.23.эрүүл мэндийн ажилтныг төгсөлтийн дараах сургалтад хамруулах, мэргэшлийн зэрэг олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах; 8.1.24.хүн амын нас, хүйс, эрүүл мэндийн эрсдэлд суурилан зонхилон тохиолдох халдварт болон халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх үзлэг, шинжилгээ, оношилгоонд хамруулах үйл ажиллагааг зохион байгуулах, хэрэгжилтэд хяналт тавих;

8.1.25.магадалгааны нэгдсэн сангийн үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох арга хэмжээ авах, хэвийн, найдвартай үйл ажиллагаа, аюулгүй байдлыг хангах;

8.1.26.хууль тогтоомжид заасан бусад бүрэн эрх.”

37.4. “Оношилгоо, эмчилгээний зориулалтаар шинээр гарч байгаа болон био технологи, нано технологи, инновацийн технологид суурилсан бүтээгдэхүүн, үйлчилгээнд судалгаа, шинжилгээ

<p>явуулах, турших, баталгаажуулах, бүртгэх, мэдээлэх, тусламж, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх үйл ажиллагааг зохицуулах журмыг эрүүл мэндийн болон шинжлэх ухааны асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.”</p> <p>45.1.2 дахь хэсэг. “эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах үйл ажиллагаанд хамт олон, иргэнийг оролцуулах, эрүүл зан үйл төлөвшүүлэхэд чиглэсэн сургалт, сурталчилгаа, эрүүл мэндийн боловсрол олгох ажлыг дангаар болон бусад байгууллагатай хамтран зохион байгуулах.”</p>	
<p>Хуулийн 43.2.7 дахь хэсэг. “эмнэлгийн яаралтай тусламжаас бусад эмнэлгийн тусламжийг өрх, сум, тосгон, сум дундын эрүүл мэндийн байгууллагын ерөнхий мэргэжлийн эмчийн илгээх бичгээр авах, эсхүл бичгийг цахим хэлбэрээр авах;”</p>	<p>Иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авахтай холбоотой асуудал</p>

1.3. Шалгуур үзүүлэлтийг сонгож тогтоох

“Хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийх аргачлал”-ын дагуу Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилтийг үнэлэхэд оновчтой, бодитой, хэмжиж болохуйц байдлыг баримталж, мөн үнэлгээний хүрээ, онцлогоос хамааран дараах дөрвөн шалгуур үзүүлэлтийг сонгосон болно.

- Зорилгод хүрсэн түвшин;
- Практикт нийцэж байгаа байдал;
- Хүлээн зөвшөөрөгдсөн байдал;

1.3.1. “Зорилгод хүрсэн түвшин” шалгуур үзүүлэлтийг сонгосон үндэслэл

Хүчин төгөлдөр үйлчилж буй хуулийн хэрэгжилтийн үр дагавар, үр нөлөөг судалдаг хамгийн чухал шалгуур үзүүлэлт нь зорилгод хүрсэн түвшин юм. Зорилгод хүрсэн түвшин гэсэн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд тухайн хууль хэрэгжиж эхэлснээс хойших хугацаанд хуулиар тогтоосон, төлөвлөсөн зорилго, зорилтдоо хүрсэн эсэхийг энэ шалгуур үзүүлэлтийн тусламжтайгаар тогтоож болно.

2011 онд батлагдсан Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 1 дүгээр зүйлийн 1.1 дэх хэсэгт тус хуулийн зорилтыг “Энэ хуулийн зорилт нь эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, үндсэн зарчмыг тодорхойлж, иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах эрхийг хангахад аж ахуйн нэгж, байгууллага, албан тушаалтан, иргэний гүйцэтгэх үүрэг, эрүүл мэндийн байгууллага, ажилтны үйл ажиллагаатай холбогдсон харилцааг зохицуулахад оршино.” гэж тодорхойлсон байдаг. Тус судалгааны тухайд дараах асуудлуудыг зорилгод хүрсэн түвшинд хамаарна гэж үзэн сонгосон юм.

Шалгуур үзүүлэлтийн агуулга	Хуулийн холбогдох хэсэг	Холбогдох хэсэгт хамаарах асуудал
-----------------------------	-------------------------	-----------------------------------

<p>Тухайн хууль хэрэгжиж эхэлснээс хойших хугацаанд төлөвлөсөн зорилгодоо хүрсэн эсэх байдлыг тогтооно.</p>	<p>Хуулийн 3.1.12 дахь хэсэг “эм барих гэж эм зүйн шинжлэх ухааны дагуу эмийг найруулах, савлан бэлтгэх, шалгаж олгох үйл ажиллагааг;”</p>	<p>Эм зүйн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлсэн, хариуцсан захиргааны байгууллагын статус, бүрэн эрхийн тухай асуудал</p>
	<p>Хуулийн 5 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо “5.1.Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо нь Монгол Улсын Их Хурал, Засгийн газар, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагаас бүрдэнэ.”</p>	<p>Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоотой холбоотой асуудал</p>
	<p>Хуулийн 13 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төрөл “13.1.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ дараах төрөлтэй байна: 13.1.1.нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ; 13.1.2.эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ. 13.2.Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа хамаарна. 13.3.Эрүүл мэндийн байгууллага нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг дангаараа болон бусад аж ахуйн нэгж, байгууллага, олон нийт, иргэдтэй хамтран явуулна. 13.4.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь өрхийн эрүүл мэндийн, эмнэлгийн мэргэшсэн, эх барихын, эмнэлгийн яаралтай, сувилахуйн дагнасан, түргэн тусламжийн, сэргээн засахын гэсэн төрөлтэй байна. 13.5.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон лавлагаа шатлалтай байна. 13.6.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний төрөл болон түүнтэй холбогдох харилцааг Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар зохицуулна. 13.7.Хүн амыг олноор хамарсан халдварт өвчний дэгдэлт болон аюулт үзэгдлийн үед голомтыг хязгаарлах, цомхотгох, хохирлыг багасгахад чиглэсэн эрүүл мэндийн байгууллагын дангаар болон төр, олон нийт, аж ахуйн нэгж, байгууллага, иргэдтэй хамтран</p>	<p>Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой асуудал</p>

үзүүлэх гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг Гамшгаас хамгаалах тухай хуульд заасны дагуу байгуулагдсан гамшгаас хамгаалах эрүүл мэндийн алба мөн хуульд заасны дагуу зохион байгуулна.”

1.3.2. “Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийг сонгосон үндэслэл

Судалгааны энэ хэсэгт “Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд Эрүүл мэндийн тухай хуулийн холбогдох зохицуулалт практикт хэрхэн хэрэгжиж байгаа, түүний эерэг, сөрөг үр дагавар, хэрэгжүүлэхэд хүндрэл, бэрхшээл гарч байгаа эсэхийг тодорхойлохыг зорьсон болно.

Энэ шалгуур үзүүлэлтээр ихэвчлэн тухайн хуулийг хэрэгжүүлэгч этгээдээс болон байгууллагаас уг зохицуулалт практикт хэрэгжиж чадаж байгаа эсэхийг тогтооход түлхүү ашигладаг. Мөн хуулийг хэрэгжүүлэхтэй холбогдон амьдралд гарч байгаа эерэг болон сөрөг ямар үр дагаврууд байгааг тодорхойлох бөгөөд хуулийн зохицуулалтын ойлгомжтой байдал, түүнийг хэрэгжүүлэх боломж бололцоо практикт байгаа эсэхийг тооцох нь чухал юм.

Тус судалгааны хүрээнд Эрүүл мэндийн тухай хуульд заасан арга хэмжээг тодруулах зорилгоор дараах зүйл, заалтуудыг сонгон авлаа.

Шалгуур үзүүлэлтийн агуулга	Хуулийн холбогдох хэсэг	Холбогдох хэсэгт хамаарах асуудал
Хуулийг хэрэгжүүлэхтэй холбогдон амьдралд гарч байгаа эерэг болон сөрөг үр дагавруудыг тодорхойлно.	<p>Хуулийн 24 дүгээр зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт</p> <p>“24.1.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт нь улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, Засгийн газрын тусгай сан болон аж ахуйн нэгж, байгууллага, хамт олон, иргэний хандив, эрүүл мэндийн байгууллагын төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ, бусад үйл ажиллагааны орлого, хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад эх үүсвэрээс бүрдэнэ.</p> <p>24.2.Энэ хуулийн 24.6.3, 24.6.4-т заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, тоо хэмжээ, чанарын шалгуур үзүүлэлт, төлбөрийн хэмжээ, санхүүжүүлэх болон хяналт тавих журмыг холбогдох хууль тогтоомжид нийцүүлэн эрүүл мэндийн болон санхүү, төсвийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн хамтран батална.</p> <p>24.3.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх төлбөртэй тусламж, үйлчилгээний журам, жагсаалтыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын</p>	Салбарын хүний нөөцийн практик асуудал

гишүүн, төлбөрийн жишиг хэмжээг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.4.Эрүүл мэндийн байгууллага эрүүл мэндийн даатгалгүй иргэнд үзүүлсэн энэ хуулийн 24.6.10-т заасан тусламж, үйлчилгээнээс бусад тусламж, үйлчилгээний төлбөрийг тухайн иргэнээс авна.

24.5.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллага хууль тогтоомжид нийцүүлэн нэмэлт болон төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ үзүүлж, олсон орлогыг эрүүл мэндийн ажилтны хөдөлмөрлөх нөхцөлийг сайжруулах, нийгмийн баталгааг хангах, тоног төхөөрөмж, эм, эмнэлгийн хэрэгсэл худалдан авах, засвар, үйлчилгээ хийхэд зарцуулах бөгөөд уг орлогыг зарцуулах үлгэрчилсэн журмыг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.6.Монгол Улсын иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний дараах төлбөрийг төр хариуцна:

24.6.1.жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үетэй холбоотой эх барихын тусламж, үйлчилгээний зардал;

24.6.2.төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн зарим тусламж, үйлчилгээ;

24.6.3.халдвар судлалын үйлчилгээ, заавал хийх болон тархвар судлалын заалтаар хийх дархлаажуулалт, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл;

24.6.4.хуульд өөрөөр заагаагүй бол нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ;

24.6.5.аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ;

24.6.6.сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн зарим эмчилгээ;

24.6.7.удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал.

24.6.8.бие махбодын ба бэлгийн хүчирхийлэл, мөлжлөгийн хохирогчид үзүүлэх эрүүл

мэндийн болон сэтгэцийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ.

24.6.9.16 хүртэл насны хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эмийн зардал.

24.6.10.эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламж, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, өрх, сум, тосгоны хэмжээнд үзүүлэх зарим тусламж, үйлчилгээ.

24.7.Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 9.1-д заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, төлбөрийн хэмжээ болон эрүүл мэндийн даатгалын гэрээ байгуулах эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох журмыг нийгмийн даатгалын болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд заасан Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл батална.

1.3.3. “Харилцан уялдаатай байдал” шалгуур үзүүлэлтийг сонгосон үндэслэл

“Харилцан уялдаа” гэсэн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд хууль тогтоомжийн стандарт асуултуудад хариулах замаар зохицуулалт нэг бүрийн уялдаа холбоог шалгах учраас шалгах хэсгээ сонгохдоо хуулийн тодорхой заалт, зохицуулалтыг бус тухайн төслийг бүхэлд нь сонгох нь зүйтэй. Өөрөөр хэлбэл, харилцан уялдаа гэсэн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд бид тухайн зохицуулалт нэг бүрийн уялдаа холбоо, бусад хуультай нийцтэй байдлыг шалгадаг.

Шалгуур үзүүлэлтийн агуулга	Хуулийн холбогдох хэсэг	Холбогдох хэсэгт хамаарах асуудал
Хуулийн зохицуулалт нь дотроо болон бусад хууль тогтоомжийн зохицуулалттай харилцан уялдаатай эсэх	Хуулийн 8.4 “эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах үйл ажиллагаанд хамт олон, иргэнийг оролцуулах, эрүүл зан үйл төлөвшүүлэхэд чиглэсэн сургалт, сурталчилгаа, эрүүл мэндийн боловсрол олгох ажлыг дангаар болон бусад байгууллагатай хамтран зохион байгуулах”, 8.10 дахь хэсэг “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн	Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцааг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагууд баталсан журмын харилцан уялдаа

төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагатай хамтран батална.”
--

1.4. Харьцуулах хэлбэрийг сонгох:

Хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийхдээ үнэлэх болсон шалтгаан, үнэлгээний хүрээ, шалгуур үзүүлэлт зэргийг харгалзан дор дурдсан харьцуулах хэлбэрүүдээс сонгоно. Үүнд:

- Байх ёстой болон одоо байгаа;
- Хууль тогтоомж батлагдахаас өмнөх болон хууль тогтоомж батлагдсанаас хойших;
- Хууль хүчин төгөлдөр үйлчилж эхэлснээс хойших;
- Тохиолдол судлах.

Судалгааны явцад Эрүүл мэндийн тухай хуульд заасан асуудалтай арга хэмжээнүүдийн талаарх зүйл, заалтын байх ёстой болон одоо байгаа, хууль тогтоомж батлагдахаас өмнөх болон хууль тогтоомж батлагдсанаас хойших, хууль хүчин төгөлдөр үйлчилж эхэлснээс хойших, хууль хүчин төгөлдөр үйлчилж эхэлснээс хойших, тохиолдол судлах харьцуулах хэлбэрийг ашиглана.

1.5. Шалгуур үзүүлэлтийг томьёолох:

Шалгуур үзүүлэлтийг томьёолохдоо сонгосон шалгуур үзүүлэлт тус бүрээр Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн сонгон авсан хэсэгт тохируулан дараах таамаглал дэвшүүлж, асуулт дэвшүүллээ.

ЗОРИЛГОД ХҮРСЭН ТҮВШИН ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ХҮРЭЭНД:

Шалгуур үзүүлэлтийн томьёолол 1. Эм зүйн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлсэн, хариуцсан захиргааны байгууллагын статус, бүрэн эрхэд хамаарах зүйл заалтын хэрэгжилт, түүнд тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлох,

Шалгуур үзүүлэлтийн томьёолол 2. Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны эрх зүйн зохицуулалтын үр дагаварт үнэлгээ хийлгэх, түүний хэрэгжилт, үр нөлөө нь ямар түвшинд байгааг тогтоох, олон улсад салбарын тогтолцоог хэрхэн зохицуулдаг вэ,

Шалгуур үзүүлэлтийн томьёолол 3. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд хамаарах зүйл заалтын хэрэгжилт, түүнд тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлох

ПРАКТИКТ НИЙЦЭЖ БУЙ БАЙДАЛ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ХҮРЭЭНД

Шалгуур үзүүлэлтийн томьёолол 1. Салбарын хүний нөөцийн эрх зүйн зохицуулалт хангалттай сайн хэрэгжиж буй эсэх, тулгамдаж буй асуудал байгаа эсэх

Шалгуур үзүүлэлтийн томьёолол 2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн хэрэгжилт, үр нөлөө ямар түвшинд байгаа эсэх

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 3. Иргэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авч асуудал практикт хэрэгжиж буй эсэх

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 4. Эрүүл мэндийн салбарын салбар дундын хамтын ажиллагаатай холбоотой асуудал, практик хэрэгжилтийн талаар

ХАРИЛЦАН УЯЛДААТАЙ БАЙДАЛ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ХҮРЭЭНД

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 1. Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцааг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагууд баталсан журам нь харилцан уялдаж буй эсэх

1.6. Мэдээлэл цуглуулах аргыг сонгох:

Энэхүү судалгааны ажлын хүрээнд үнэлгээ хийх хуулийн зүйл, заалтын зорилгод хүрсэн түвшин, практик хэрэгжилтийг илрүүлэх зорилгоор холбоотой шүүхийн шийдвэр буюу шүүхийн практик, энэхүү сэдвээр бичсэн эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, илтгэл уншиж судлах, түүхчилсэн судалгаа хийх, харьцуулсан судалгаа хийх, судалгааны тайлан унших, харьцуулалт хийх зэрэг арга зүйг ашиглаж ажиллаа.

Мэдээлэл цуглуулах аргаас:

- Байгаа мэдээллийг цуглуулж ашиглах,
- Холбогдох субъектээс судалгаа авах аргыг сонгон хэрэгжүүллээ.

Байгаа мэдээллийг цуглуулах хүрээнд Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, холбогдох сурах бичиг, гарын авлага, эмхэтгэл, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, эрдэм шинжилгээ, судалгааны тайланг цуглуулж үнэлгээ хийхэд ашиглав.

ХОЁР. ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ҮЕ ШАТ

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилтийн үр дагаварт үнэлгээ хийх судалгааны мэдээллийг цуглуулахдаа баримт бичгийн судалгаа, ярилцлагын аргад тулгуурлаж энэхүү судалгааг гүйцэтгэв.

Баримт бичгийн судалгаа: Холбогдох хууль тогтоомж, дүрэм, журам, эрдэмтэн, судлаачдын эрдэм шинжилгээний бүтээлүүд, илтгэл, өгүүлэл, тайланг ашигласан болно.

Эрүүл мэндийн тухай хууль, түүнд хамаарах асуудал нь эмнэлгийн эрх зүйд хамаарах асуудал ба энэ талаар ном, бүтээл, судалгааг судлах нь зүйтэй. Тиймээс салбар эрх зүйн эрдэмтэн, судлаачдын дунд онолын тайлбар, хамтын бүтээл, гарын авлага, өгүүлэл, нийтлэл олныг бүтээн гаргасныг судалсан болно. Үүнд:

Сурах бичиг, гарын авлага:

- Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, WHO Mongolia, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2023”, 2023,
- Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Ферди олон улсын судалгааны байгууллага, “Сумын эрүүл мэндийн төвийн үр ашгийн тооцоо 2017 ба 2018 он”,
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах, хариуцлагын тогтолцоог боловсронгуй болгох асуудлыг судлан санал, дүгнэлт гаргах ажлын хэсгийн хүрээнд хийсэн дүн шинжилгээ, судалгаа, хэлэлцүүлгийн үр дүн, талуудтай уулзсан уулзалтын тэмдэглэл, холбогдох төрийн байгууллагуудын хийсэн танилцуулга, ирүүлсэн албан бичиг, холбогдох баримт материалууд,
- Улсын их хурлын тамгын газраас хийсэн “Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2022 оны үйл ажиллагааны тайланд хийсэн шинжилгээ” (2023),
- Эмнэлгийн засаглалыг бэхжүүлэх хүрээнд төрийн байгууллага болон оролцогч талуудад хүргүүлэх зөвлөмж, 2024,
- Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан,
- National health accounts estimates mongolia 2016-2022, (2024),
- Эрүүл мэндийн яам, Анагаахын Шинжлэх ухааны үндэсний их сургууль, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын хамтарсан хийсэн “Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийн талаар баримталж байгаа хууль эрх зүйн баримт бичгийн хэрэгжилтийн судалгаа”, 2020,
- АШУҮИС, Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Сургууль, Эрүүл мэндийн нийгмийн ажил, Нийгмийн ухааны тэнхим “Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн батлагааны суурь судалгаа”, 2023,
- Д.Аюуш, Д.Амаржаргал (Ph.D), О.Нарантуяа, Д.Жигваагүнсэл, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, “Телемедицин үйлчилгээний эрх зүйн зохицуулалт: гадаадын зарим орны туршлага (Харьцуулсан судалгаа)”,
- Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, “Эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэл 2025 оны эхний 11 сарын байдлаар”,
- “Нэг эрүүл мэнд” ба салбар хоорондын хамтын ажиллагаа,
- Эрүүл мэндийн яам, Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, ДЭМБ, “Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын үндэсний IV судалгаа, STEPS-2019”, 2020,

Хууль тогтоомж:

- Монгол Улсын Үндсэн хууль, 1992,
- Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль, 1993,
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, 2016,
- Эрүүл мэндийн тухай хууль, 2011,
- Монгол Улсын Их Хурлын 2020 оны 05 дугаар сарын 13-ны өдрийн 52 дугаар тогтоолын 1 дүгээр хавсралтаар батлагдсан Алсын хараа-2050 Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого,
- Улсын их хурлын 2001 оны 11 дүгээр сарын 8-ны өдрийн 81 дугаартай “Нийгмийн эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлогыг батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2025 оны 10 дугаар сарын 10-ны өдрийн А/379 дүгээр “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээний төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 01 сарын 22-ны 03 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2022 оны 04 сарын 05-ны өдрийн 06 дугаартай “Багц, төлбөрийн хэмжээ, журам батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2023 оны 06 сарын 28-ны өдрийн 08 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2024 оны 03 сарын 29-ний өдрийн 06 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2025 оны 01 сарын 23-ны 03 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2026 оны 02 сарын 25-ны өдрийн 01 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны 11 сарын 06-ны өдрийн А/454 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны 6 сарын 25-ны өдрийн А/414 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн 2016 оны 12 сарын 09 өдрийн А/180 дугаартай “Үлгэрчилсэн дүрэм батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 09 сарын 11-ний 330 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 08 сарын 15-ны А/385 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
- Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 12 сарын 13-ны өдрийн А/508 дугаар “Шуурхай мэдээлэл, тохиолдлын удирдлагын тогтолцооны талаар авах зарим арга хэмжээний тухай” тушаал”,

- Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 10 сарын 31-ний өдрийн А/528 дугаар “Халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээний 2022-2025 оны төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал,
- Шадар сайдын 2023 оны 04 сарын 24-ний өдрийн 28 дугаартай “Журам шинэчлэн батлах тухай тушаал”,
- Засгийн газрын 2024 оны 03 сарын 06 өдрийн 100 дугаартай “Журам батлах тухай” тогтоол,
- Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай “Журам шаардлага шинэчлэн батлах тухай” хамтарсан тушаал,

Эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, нийтлэл:

- National Health Planning Tools - Health system building blocks,
- Б.Оргил, Ц.Баярцэцэг, Ц.Гүндэгмаа, Т.Жаргал; "Нийгмийн эрүүл мэнд судлал", 2012,
- Out-of-Pocket expenditure (OOP) per capita in US\$,
- Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - East Asia & Pacific,
- Raymond W. Yeung, “Department of Information Engineering The Chinese University of Hong Kong, Chapter 8 Rate-Distortion Theory” (2012),
- Country Case Study: Mongolia,
- “Телемедициний үйлчилгээ: Уламжлалт эрүүл мэндийн загварыг өөрчлөх” нийтлэл,
- “Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын бие даасан тогтолцоо: “ИЭМДТ” хуулийн төсөлд тусгагдсан байдал, хууль эрх зүйн үр дагавар (Лавлагаа мэдээлэл), Ч. Базар (Ph.D),
- “Монгол улс дах эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог сайжруулах арга зам” Бизнесийн удирдлагын бакалаврын зэрэг горилсон Дипломын төсөл Г. Ариунзаяа,
- “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.Нургүл,
- Derick T Wade, Peter W Halligan, “Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?”, (2004),
- Hugo C Turner, Yoshiaki Hori, Paul Revill, Waranya Rattanaipapong, Ko Arai, Justice Nonvignon, Mark Jit, Yot Teerawattananon, “Analyses of the return on investment of public health interventions: a scoping review and recommendations for future studies”, 2023,
- Social determinants of health,
- Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities,
- Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайд Н.Учралын 2024 оны 05 сарын 06-ны өдрийн Төрөөс баримталж буй бодлого чиглэлийг эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдад танилцуулах “Төрийн бүтээмжийн сэргэлт-цахим эрүүл мэнд” сургалт дээр тавьсан илтгэл

ГУРАВ. ҮНЭЛЭХ ҮЕ ШАТ

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн зүйл, заалтуудыг сонгосон шалгуур үзүүлэлтийн дагуу дараах байдлаар үнэлгээ хийсэн.

3.1.“Зорилгод хүрсэн түвшин” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал

Хуулийн 3.1.12 дахь хэсэг “эм зүйн шинжлэх ухааны дагуу эмийг найруулах, савлан бэлтгэх, шалгаж олгох үйл ажиллагааг” буюу Эм зүйн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлсэн, хариуцсан захиргааны байгууллагын статус, бүрэн эрхийн тухай асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 1. Эм зүйн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлсэн, хариуцсан захиргааны байгууллагын статус, бүрэн эрхэд хамаарах зүйл заалтын хэрэгжилт, түүнд тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлох.

Эм зүйн тусламж гэдэг нь эм зүйн практикт үйл ажиллагаанд эм зүйчийн хийж буй үйлдлийн ач тусыг анхлан хүргэгч нь өвчтөн байх тухай ойлголт юм. Мөн эмчлүүлэгч төвтэй тусламж бөгөөд тусламж үзүүлж буй этгээд нь эмчлүүлэгчийн эмийн эмчилгээнд хариуцлага хүлээнэ.¹

Эм зүйн тусламж үйлчилгээ нь эмийн хангамж, эмнэлзүйн эм зүйн тусламж гэсэн 2 төрөлтэй.² Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлого нь хүн ам, эрүүл мэндийн байгууллага, мал эмнэлгийн эмчилгээний өндөр идэвхтэй аюулгүй, чанарын баталгаатай, санамж хийх боломж бүхий эмээр тасралтгүй, жигд хүртээмжтэй хангамж, эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх юм. Эмийн бодлого гэдэг нь улс орны эмийн салбарыг хөгжүүлэх, хүн амыг чанартай, аюулгүй, үр дүнтэй эмээр хүртээмжтэй хангахад чиглэсэн төрөөс баримтлах бодлогыг хэлдэг.³ ДЭМБ-ын зөвлөмжийн дагуу эмийн бодлого нь дараах 3-н үндсэн зорилгод суурилдаг: 1) хүртээмжтэй байдал(Access) буюу шаардлагатай эмийг хүн амд санхүүгийн дарамт багатай, олдоцтой байлгах; 2) чанар, аюулгүй байдал (Quality and Safety) буюу эмийн чанар, үр дүн, аюулгүй байдлыг хангах хяналтын тогтолцоог бүрдүүлэх; 3) зохистой хэрэглээ (Rational Use) буюу эмийг эмнэл зүйн хэрэгцээндээ тохируулан, зөв тун хэмжээгээр, тодорхой хугацаанд зөв хэрэглэж хэвших юм.⁴ Үр дүнтэй эмийн бодлого нь дараах асуудлуудыг заавал тусгасан байдаг. Үүнд:

- Эрх зүйн зохицуулалт: Эмийн бүртгэл, тусгай зөвшөөрөл, хяналтыг хуульчлах;
- Эмийн сонголт: Хүн амын өвчлөл буюу эрүүл мэндийн хэрэгцээнд нь тулгуурлан хэрэгцээт эмийн жагсаалтыг гаргах;

¹ Лекц1 Эм зүйн шинжлэх ухааны тухай ерөнхий ойлголт, <https://www.scribd.com/document/811759884/Em-Zuin-Udirtgal-Lecture>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

² Мөн тэнд,

³ Hye-Young Kwon, Brian Godman, “Editorial: Pharmaceutical policy, impact and health outcomes”, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9971951/>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

⁴ WHO guideline on balanced national controlled medicines policies to ensure medical access and safety: rapid communication, <https://www.who.int/publications/i/item/B09419>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

- Хангамж, түгээлт: Эмийг улсын хэмжээнд тасралтгүй, тэгш нийлүүлэх тогтолцоог бүрдүүлэх;
- Санхүүжилт: Эмийн үнийг хямд байлгах, даатгалаар хөнгөлөх тогтолцоог хөгжүүлэх;
- Хүний нөөц: Мэргэшсэн эм зүйч, эмч нарыг бэлтгэх.⁵

Улс орнууд эмийн бодлогыг зөвхөн зах зээлийн харилцаанд даатгах бус, шинжлэх ухаанд суурилсан, олон нийтийн ашиг сонирхлыг хангасан, үр нөлөөтэй зохицуулалтаар дамжуулан хэрэгжүүлэх шаардлагатай байдаг.

Улсын Их Хурлын 2014 оны 57 дугаар тогтоолоор баталсан “Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлого”, мөн 2020 оны 05 дугаар сарын 13-ний өдрийн 52 дугаар тогтоолоор баталсан “Алсын хараа 2050” хөтөлбөрт хүн амыг эмчилгээний өндөр идэвхтэй, аюулгүй, чанартай эмээр хангахад төрөөс баримтлах урт хугацааны чиглэлийг тодорхойлж, эмийн салбарыг хөгжүүлэх зорилтуудыг тусгасан байна.

Хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй ЭМТХ-д зааснаар Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуульд заасан тусгай зөвшөөрлийг эм, эмнэлгийн хэрэгслийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны байгууллага буюу Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар олгож байна. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн бүтцэд байсан ч Засгийн газрын 2020 оны 12 дугаар сарын 16-ны өдрийн 222 дугаартай “Агентлаг байгуулах тухай” тогтоолоор⁶ Эрүүл мэндийн сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрыг байгуулсан.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар нь эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдал, хүртээмжийг нэмэгдүүлэх зорилгоор хүн амыг олон улсын стандартын шаардлагад нийцсэн чанартай, аюулгүй, эмчилгээний өндөр идэвхтэй эм, эмнэлгийн хэрэгслээр хангаж, нотолгоонд суурилсан хараат бус мэдээллийг баталгаажуулан түгээж, үйл ажиллагаандаа дэвшилтэт техник технологи ашиглан олон талт, тогтвортой хамтын ажиллагааг хэрэгжүүлэх⁷ зорилготой байгууллага юм. Мөн эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын үйл ажиллагааг нэгдсэн зохицуулалтаар хангаж, төрөөс баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлэх, зайлшгүй шаардлагатай эмийн үнийн ил тод байдлыг хангаж, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хангамж, хүртээмжид нөөцийн мэдээний санг ашиглан дүн шинжилгээ хийх, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, аюулгүй байдлыг хангах, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэр, ханган нийлүүлэх байгууллагад тусгай зөвшөөрөл олгох үйл ажиллагаанд тавих стандартын шаардлага, импорт, экспортын лиценз олгох шалгуурыг шинэчилж, эмийн эмнэлзүйн туршилтын эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх, эм, эмийн түүхий эд, оношлуурын бүртгэлийн үйл ажиллагаанд олон улсын сайн туршлагыг нэвтрүүлэх, эрүүл мэндийн байгууллагын мэргэжилтнүүдийг чадавхжуулж, фармаковижилансын үндэсний сүлжээг хөгжүүлэх, зах зээл дэх эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдлын тандалтыг эрсдэлд суурилан явуулж, хуурамч,

⁵ Sitanshu Sekhar Kar, Himanshu Sekhar Pradhan, Guru Prasad Mohanta, “Concept of Essential Medicines and Rational Use in Public Health”, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2888334/>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

⁶ Засгийн газрын 2020 оны 12 дугаар сарын 16-ны өдрийн 222 дугаартай “Агентлаг байгуулах тухай” тогтоол <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawid=16123495506271>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁷ Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын стратегийн зорилго, зорилтууд <https://mmra.gov.mn/?id=201421>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

стандартын бус эм зах зээлд нэвтрэхээс сэргийлэх, зар сурталчилгааны зөвшөөрөлд тавигдах шаардлагыг тодорхой болгож, хэрэгжилтэд тогтмол хяналт тавих, эмийн мэдээллийн хараат бус, бодит байдлыг хангаж, эм, оношлуурын хэрэглэх зааврыг баталгаажуулан эмнэлгийн мэргэжилтэн болон иргэдэд түгээх, эм шинжлэх лабораторийн чадавхыг нэмэгдүүлж, эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн, уламжлалт эмийн стандартыг шинэчилж, вакцин, биобэлдмэлийн цувралыг чөлөөлөх ажлыг хэрэгжүүлэх, эм зүйн тусламж, үйлчилгээнд олон улсын стандарт (GMP, GLP, GDP, GSP, GCP, GPP)-ын шалгуурыг ашиглан эрсдэлд суурилсан хөндлөнгийн хяналтыг хэрэгжүүлэх⁸ зорилттой. Уг газар нь төрөөс эм, эмнэлгийн хэрэгслийн талаар баримтлах бодлогын хэрэгжилтийг хангах, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанарын баталгааг хангах, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн аюулгүй байдлыг хангах, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанарыг лабораторид шинжлэх, эм зүйн үйл ажиллагаанд мэргэжлийн хяналт тавих⁹ чиг үүрэгтэй.

Эрүүл мэндийн 2016 оны 12 сарын 09 өдрийн А/180 дугаартай “Үлгэрчилсэн дүрэм батлах тухай¹⁰” тушаалаар “Эмнэлгийн эм зүйн албаны үйл ажиллагааны үлгэрчилсэн дүрэм”-ийг баталсан. Уг дүрэмд зааснаар эм зүйн алба нь Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд шаардагдах эм, эмнэлгийн хэрэгслээр хангах, эмнэл зүйн эм зүйн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх үндсэн чиг үүрэгтэй үйл ажиллагаа явуулна. Эм зүйн алба эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд шаардагдах эм, эмнэлгийн хэрэгслээр тасралтгүй, жигд, хүртээмжтэй хангах, эмнэлгийн үйл ажиллагааг хэвийн явуулахад дараах чиглэлээр ажиллана гэж заасан байна.

Орчин үеийн анагаах ухаан болон эрүүл мэндийн эдийн засгийн онолоор “Эм зүйн тусламж, үйлчилгээ” гэдэг нь зүгээр нэг эм зарах үйл явц биш юм. Энэ нь өвчтөнд тохирох эмийг сонгох, эмийн харилцан үйлчлэл болон гаж нөлөөг хянах, өвчтөнд зохистой хэрэглээний зөвлөгөө өгөх буюу “Өвчтөн төвтэй клиник үйл ажиллагаа” байдаг.¹¹

Одоогийн хүчин төгөлдөр хууль тогтоомжид эм зүйн салбарыг эрүүл мэндийн тусламж гэхээсээ илүү “Эмийн худалдаа, хангамж, бизнес” гэдэг өнцгөөс нь харан зохицуулалт хийсэн байна. Эмийн сангуудыг эрүүл мэндийн байгууллага гэхээсээ илүүтэйгээр ашгийн төлөө үйл ажиллагаа явуулдаг байгууллага гэж үзэж буй нь эрүүл мэндийн эдийн засгийн онолтой зөрчилдөж байна.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуульд эмийн санг эрүүл мэндийн байгууллага гэж бүрэн утгаар нь хүлээн зөвшөөрөхөөс илүүтэйгээр “хангамжийн байгууллага¹²” гэж тодорхойлдог. Энэ нь хууль зүйн хувьд тэдгээрийг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнээс тусгаарлаж, ашгийн төлөө үйл ажиллагаа руу түлхэж байна. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн

⁸ Мөн тэнд,

⁹ Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын ерөнхий болон үндсэн чиг үүрэг, <https://mmra.gov.mn/?id=201457>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

¹⁰ Эрүүл мэндийн 2016 оны 12 сарын 09 өдрийн А/180 дугаартай “Үлгэрчилсэн дүрэм батлах тухай” тушаал, <https://www.moh.gov.mn/uploads/files/8f991319fc46685ea496713b9550d3575771b8da.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

¹¹ Raymond W. Yeung, “Department of Information Engineering The Chinese University of Hong Kong, Chapter 8 Rate-Distortion Theory” (2012), https://www.inc.cuhk.edu.hk/wp-content/uploads/INC/InformationTheory/files/Abridged/Ch_8.pdf, Хандсан огноо: 2026.03.21,

¹² Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулийн 4.1.25 дахь хэсэг. “хангамжийн байгууллага гэж тусгай зөвшөөрөл бүхий эм, эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэр, ханган нийлүүлэх байгууллага, эмийн санг;” хэлнэ,

тухай хуулийн зорилт нь эм, эмнэлгийн хэрэгслийг “үйлдвэрлэх-экспортлох, импортлох-ханган нийлүүлэх, худалдах, хадгалах, түгээх¹³” зэрэг эдийн засаг, логистикийн ажиллагаанууд болон тэдгээрт тавих хяналтыг зохицуулахад чиглэж байхаар заасан. Энэ нь эмийн санг хэрүүл мэндийн тусламжийн байгууллага гэж бус, харин эмийн эргэлтийн буюу supply chain¹⁴ гэсэн нэг зангилаа гэж загварчилсан бүтэцтэй байна. Мөн эмийн сангийн үйл ажиллагаа эрхлэх нь Зөвшөөрлийн тухай хуульд дагуу бизнесийн үйл ажиллагааны нэг төрөл болж зөвшөөрөгддөг. Ингэхдээ шаардлага нь ихэвчлэн талбайн хэмжээ, тоног төхөөрөмж, барааны нөөц, агуулахын стандарт буюу худалдаа, нийлүүлэлтэд л төвлөрдөг бөгөөд эм зүйчийн өвчтөнд өгөх зөвлөгөө, эмнэлзүйн үр дүн, эмийн харилцан үйлчлэлийн хяналт зэрэг эрүүл мэндийн тусламжийн чанарын үзүүлэлтүүд орхигддог.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд “эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага” гэж даатгалын байгууллагатай гэрээ байгуулсан эрүүл мэндийн байгууллага болон эмийн сан¹⁵ гэж тодорхойлсон. Мөн даатгалын сангаас хариуцах багцад “эмийн үнийн хөнгөлөлт¹⁶”, түүнийг хэрэгжүүлэхдээ эмийн сангаар дамжуулахаар зохицуулсан байдаг. Өөрөөр хэлбэл, даатгалын харилцаанд эмийн санг эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч гэж хүлээн зөвшөөрдөг ч, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуульд эмийн сан гэж жижиглэнгийн үнээр эм, эмнэлгийн хэрэгсэл худалдах үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл бүхий хуулийн этгээдийг¹⁷ гэж тогтоосноор хуульд нэгдмэл биш байдлыг үүсгэж байна.

Эмийн санг ашгийн төлөө үйл ажиллагаа явуулдаг байгууллага гэж хуулиар зохицуулах нь эрүүл мэндийн эдийн засгийн хэд хэдэн суурь зарчимтай шууд зөрчилддөг.

1. Мэдээллийн тэгш бус байдал буюу Information Asymmetry - Бараа бүтээгдэхүүний энгийн зах зээл дээр худалдан авагч барааныхаа чанарыг мэддэг бол эрүүл мэндийн зах зээл дээр өвчтөн өөрт ямар эм, ямар тунгаар хэрэгтэйг нарийн сайн мэддэггүй. Энэхүү мэдээллийн зөрүүтэй байдлыг эм зүйч нөхөж, мэргэжлийн зөвлөгөө өгөх үүрэгтэй. Гэтэл ашгийн төлөөх байгууллага гэж үзвэл, бизнес нь өвчтөний энэхүү мэдлэггүй байдлыг далимдуулан өндөр үнэтэй эсвэл шаардлагагүй эм борлуулах эрсдэл үүсдэг.
2. Нийлүүлэгчээс үүдэлтэй эрэлт буюу Supplier-Induced Demand - Эмийн сангуудын орлого борлуулсан эмийн тоо хэмжээ, үнээс шууд хамааралтай буюу Fee-for-service/mark-up загвартай байх үед эмийн зохистой хэрэглээ алдагддаг. Эм зүйч өвчтөнд хамгийн үр дүнтэй бөгөөд хямд буюу generic эмийг санал

¹³ Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулийн 1.1 дэх хэсэг. “Энэ хуулийн зорилт нь эм, эмнэлгийн хэрэгсэл үйлдвэрлэх-экспортлох, импортлох-ханган нийлүүлэх, худалдах, хадгалах, түгээх, эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх, эдгээрт хяналт тавихтай холбогдсон харилцааг зохицуулахад оршино.”

¹⁴ Rabab Boukli-Hacene, Fethi Boudahri, Abou Bakr, “Optimal design of pharmaceuticals supply chain”, https://www.researchgate.net/publication/353247149_OPTIMAL_DESIGN_OF_PHARMACEUTICALS_SUPPLY_CHAIN, Хандсан огноо: 2026.03.20,

¹⁵ Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 3.1.3 дахь хэсэг,

¹⁶ Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 3.1.7. “эрүүл мэндийн даатгалын сангаас зардлын төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц” гэж даатгуулагчид үзүүлэх зайлшгүй хэрэгцээтэй оношлох, эрт илрүүлэх, эмчлэх, сэргээн засах, асрах, сувилах, хөнгөвчлөх болон эмийн үнийн хөнгөлөлтийг багтаасан эрүүл мэндийн цогц тусламж, үйлчилгээг;”

¹⁷ Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулийн 4.1.34 дэх хэсэг,

болгохын оронд, хамгийн өндөр ашиг авчрах эмийг санал болгох эдийн засгийн хөшүүрэгтэй болно.

3. Нийгмийн эрүүл мэндийн гадаад нөлөө буюу Externalities - Эмийн хэрэглээ нь зөвхөн тухайн хувь хүний асуудал биш юм. Жишээлбэл, антибиотикийг замбараагүй худалдаалах буюу ашгийн төлөө худалдуулах нь нийгэмд антибиотикийн дасал (AMR) үүсгэж, нийгмийн эрүүл мэндэд ноцтой хохирол учруулдаг. Тиймээс эдийн засгийн онолоор эмийн салбарыг чөлөөт зах зээлийн хуульд бүрэн даатгаж болохгүй бөгөөд нийгмийн халамж, эрүүл мэндийн зохицуулалтын хатуу бодлого шаардагддаг.¹⁸

Олон улсад эмийн санг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний нэгж буюу Primary Healthcare Unit гэж үздэг. Эм зүйч нь зөвхөн эм “савлаж өгөгч” буюу dispenser биш, харин өвчтөний эмийн эмчилгээг удирдах, архаг хууч өвчнийг хянах, эрүүл мэндийн зөвлөгөө өгөх үүрэгтэй эмнэлгийн мэргэжилтэн юм.¹⁹

Монгол Улсын хууль тогтоомжид парадигмын өөрчлөлт хийж, эмийн санг ашгийн төлөө үйл ажиллагаа явуулагч этгээдээс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага руу шилжүүлэх эрх зүйн шинэчлэл хэрэгтэй байгааг маш тод харуулж байна. Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын сангийн санхүүжилтийн механизмаар дамжуулан эмийн сангуудын үйл ажиллагааг зохистой удирдах асуудалтай ч нягт холбогдоно.

ЭМТХ-иар Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг зөвхөн нийгмийн эрүүл мэндийн болон эмнэлгийн гэсэн хоёрхон төрөлд хуваадаг.²⁰ Энэ нь эм зүйн тусламж, үйлчилгээг бие даасан эрүүл мэндийн тусламжийн төрөл гэж хуулиар хүлээн зөвшөөрч, баталгаажуулаагүйг илэрхийлж байна.

Дэлхийн банк болон Үндэсний статистикийн хорооны тооцоогоор, Монгол Улсын иргэдийн эрүүл мэнддээ халааснаасаа шууд гаргаж буй нийт зардлын 60-65 орчим хувийг зөвхөн эм, тарианы худалдан авалт эзэлж байна.²¹ Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо эмийн зардлыг бүрэн хааж чадахгүй байгаагийн илрэл юм.

Үнийн нэгдсэн зохицуулалт, нэгдсэн худалдан авалт байхгүйгээс шалтгаалж нэг төрлийн, ижил найрлагатай эм өөр өөр эмийн сангуудад 2-3 дахин зөрүүтэй үнээр зарагддаг. Зарим амь аврах болон архаг өвчний эмийн үнэ хөрш орнуудтай харьцуулахад хэт өндөр байна.

Жороор олгох эмийн талаар хууль, журмын хэрэгжилт сул байгаагаас иргэд өөрсдөө дур мэдэн эмчлэх явдал газар авсан байна. Статистикаар Монгол Улс антибиотикийн хэрэглээгээрээ бүс нутагтаа дээгүүрт орж байгаа бөгөөд нянгийн бэлдмэлд тэсвэртэй болох аюул нь үндэсний аюулгүй байдлын түвшинд хүрсэн байна.²²

¹⁸ Niels J. Philipsen “Regulation of Pharmacists: A Comparative Law and Economics Analysis”, https://www.researchgate.net/publication/270450913_Regulation_of_Pharmacists_A_Comparative_Law_and_Economics_Analysis, Хандсан огноо: 2026.03.20,

¹⁹ Erick Wesley Hedima, Roland Nnaemeka Okoro, “Primary health care roles of community pharmacists in low- and middle-income countries: a mixed methods systematic review”, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12487115/>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

²⁰ Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 13 дугаар зүйл,

²¹ Country Case Study: Mongolia,

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099110823205710240/pdf/P175398097720d0fb0aef006e07fedf91a2.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.21,

²² National health accounts estimates mongolia 2016-2022, (2024),

https://www.hdc.gov.mn/media/files/250117%20eng_nha-report%20edited.pdf, Хандсан огноо: 2026.03.21,

Одоогийн хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 3.1.5-д эм зүйч, эм найруулагчийг “эмнэлгийн мэргэжилтэн” гэж тодорхойлсноос өөрөөр эм зүйн тусламж, үйлчилгээг зохицуулсан тусгайлсан бүлэг, бодлогын талаарх зүйл, заалт байхгүй байна. Энэхүү харилцааг зөвхөн салбар хууль болох Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулиар нарийвчлан зохицуулж байна. Эм зүйн салбарыг эрүүл мэндийн тусламж бус, бизнесийн үйл ажиллагаа гэж үзэж ирсэн нь эмийн үнийн хөөргөдөл болон антибиотикийн зохисгүй хэрэглээг гааруулж, үндэсний аюулгүй байдалд эрсдэл учруулж байна. Иймд “Эм зүйн тусламж, үйлчилгээ”-г хуулиар нарийвчлан тодорхойлж, үнийн хяналт, нэгдсэн худалдан авалт, технологийн үнэлгээ болон антибиотикийн хатуу зохицуулалтыг хуульчлах шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 14 дүгээр зүйлийн 14.1 дэх хэсэгт “Эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцоо нь ... эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хангамжийн ... байгууллагаас бүрдэнэ” гэж заасан. Энэ нь эмийг үйлдвэрлэгчээс эцсийн хэрэглэгч хүртэлх бүх үе шатанд хянах цахим жор, эмийн цувралын бар кодын хяналтын нэгдсэн цахим сангийн эрх зүйн үндсийг баталгаажуулах шаардлагатайг харуулж байна. Ингэснээр хуурамч, стандарт бус эм зах зээлд нэвтрэхээс сэргийлнэ. Мөн хуулийн “Иргэний эрх, үүрэг” гэсэн зүйлд “өвчтөн өөрийн хэрэглэж буй эм, эмнэлгийн хэрэгслийн гарал үүсэл, гаж нөлөө, чанарын баталгааны талаарх мэдээллийг нээлттэй, үнэн зөв авах эрх”-ийг тусгайлан зааж өгөх шаардлагатай байна.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Гаалийн ерөнхий газар, болон Эрүүл мэндийн яам хоорондын эрх хэмжээний заагийг Эрүүл мэндийн тухай хуульд маш тодорхой зааж өгөх. Одоогийн байдлаар импортын хяналт болон дотоодын зах зээлийн хяналт хоорондын уялдаа сул байгаа буюу салбар дундын хамтын ажиллагааг сайжруулж, хуульд нэмэлт өөрчлөл оруулах шаардлагатай байна.

Хуулийн 5 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо 5.1. Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо нь Монгол Улсын Их Хурал, Засгийн газар, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагаас бүрдэнэ буюу Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоотой холбоотой асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 2. Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны эрх зүйн зохицуулалтын үр дагаварт үнэлгээ хийлгэх, түүний хэрэгжилт, үр нөлөө нь ямар түвшинд байгааг тогтоох

Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтийг сайжруулахад чухал нөлөөтэй Монгол улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь 70 жилийн социалист түүхээсээ 1990-ээд онд зах зээлийн эдийн засагт шилжин шинэчлэгдсэн бөгөөд өнөөгийн байдлаар засаг захиргааны бүтэцтэйгээ уялдан баг, сумын түвшинд анхан шатны, харин аймаг, нийслэлийн түвшинд хоёрдогч болон гуравдагч шатлалын төрөлжсөн тусламж үйлчилгээг үзүүлэх хоёр давхрага бүхий зохион байгуулалттайгаар ажиллаж байна.²³ Тэр үеэс хойш эрүүл мэндийн тогтолцоо аажмаар төвлөрсөн “Семашко” загвараас төвлөрлийг арай бууруулсан санхүүжилт болон эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний

²³ Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, ДЭМБ, “Монгол Улсын эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо 2016-2022”.

тогтолцоонд шилжин хувийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийн оролцоо болон иргэдийн хувиасаа хийх төлбөрийн үүрэг нэмэгдсэн. Социализмын үед хүрсэн бүх нийтийн хамралтыг төрийн санхүүжилт эрс буурахад хадгалж үлдэхийн сацуу үр ашиг, тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөшүүрэг нэвтрүүлэх нь тогтолцоонд тулгарч байгаа гол асуудал болоод байна.²⁴

Эрүүл мэндийн зардлын ихэнх хувийг улсын төсвөөс санхүүжүүлдэг байсан ба нийт хүн амын эрүүл мэндийн хамгаалахад зориулагддаг. Гэсэн хэдий ч бодит байдал дээр эрүүл мэндийн зардлын ихэнх хувийг нийгмийн эрүүл мэндийн бодлого, стратеги гэхээсээ өндөр үнэтэй, үр ашиг багатай эмнэлгийн үйлчилгээнд зарцуулагддаг. Эдийн засгийн шилжилттэй холбоотойгоор, улсын төсвөөс нийгмийн салбарыг санхүүжүүлэх үйл явц нуран унаж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар муудан, эрүүл мэндийн тогтолцоо үйл ажиллагаагаа явуулах боломжгүй болсон. Эдийн засгийн шилжилтийн үед нийгмийн салбарыг санхүүжүүлэх улсын зардал буурч, эрүүл мэндийн тогтолцоо өөрөө өөрийгөө барьж чадахгүй байсан тул эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар эрс буурсан. Энэхүү шилжилтийн үеэр олон улсын тусламж, хандивын байгууллагууд Монгол улсад туслалцаа үзүүлэн, Зөвлөлтийн нийгмийн болон санхүүгийн зардлыг нөхөхөд тусалсан юм. 1990-ээд оны эхээр эрүүл мэндийн салбарын төсөвт орж ирсэн нөөцийн зөрүүг хэрэглэгчдийн төлбөрийг тогтмол нэвтрүүлэх замаар, 1994 онд эрүүл мэндийн даатгалыг зайлшгүй байдлаар нэвтрүүлснээр нөхсөн.

2021 оноос “Нэг худалдан авагчийн тогтолцоо” буюу нэг иргэнээр тооцсон төлбөрийн аргад шилжиж, иргэдэд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээнийхээ гүйцэтгэлээр санхүүждэг шинэ үе шатанд шилжсэн. Одоогийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн бүтэц, онцлогуудыг дараах байдлаар хувааж үзэж болно:

2.1.1. Санхүүжилтийн эх үүсвэр (Холимог загвар)

Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт үндсэн 3 эх үүсвэрээс бүрддэг:

- 1) Улсын төсөв - Жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үетэй холбоотой эх барихын тусламж, үйлчилгээний зардал; төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн зарим тусламж, үйлчилгээ; халдвар судлалын үйлчилгээ, заавал хийх болон тархвар судлалын заалтаар хийх дархлаажуулалт, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл; нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ; аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ; сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн зарим эмчилгээ; удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал; бие махбодын ба бэлгийн хүчирхийлэл, мөлжлөгийн хохирогчид үзүүлэх эрүүл мэндийн болон сэтгэцийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ; 16 хүртэл насны хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эмийн зардал; эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламж, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, өрх, сум, тосгоны хэмжээнд

²⁴ Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Ферди олон улсын судалгааны байгууллага, “Сумын эрүүл мэндийн төвийн үр ашгийн тооцоо 2017 ба 2018 он”, (2020), https://hdc.gov.mn/media/files/sum_d7ErVYZ.pdf, 8-р талаас, Хандсан огноо: 2026.03.18,

үзүүлэх зэрэг нийтийн шинж чанартай үйлчилгээний төлбөрийг төр бүрэн хариуцан төлдөг. Мөн зорилтот бүлгийн иргэд буюу 18 насанд хүрээгүй хүүхэд, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн, өндөр насны тэтгэвэрт гарсан иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалыг төрөөс төлдөг.

- 2) Эрүүл мэндийн даатгалын сан (цаашид “ЭМДС” гэх) - ЭМДС нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний “Стратегийн ганц худалдан авагч” бөгөөд төрийн болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдтэй гэрээ байгуулж, тухайн эмнэлэг хэдэн хүнд, ямар оношоор эмчилгээ үзүүлснээс хамааран санхүүжилт олгодог.
- 3) Хувь хүнээс гарах зардал (Out-of-pocket payment) - Иргэний өөрөө хариуцах хамтын төлбөр буюу co-payment-д өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ, даатгалд хамрагдаагүй хувийн эмнэлгийн үйлчилгээний төлбөр, хөнгөлөлтгүй эмийн төлбөр зэрэг багтдаг.

2.1.2. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний шатлал

Эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцоо нь нийгмийн эрүүл мэндийн, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хангамжийн, анагаах ухааны боловсрол, эрдэм шинжилгээ, сургалтын үйл ажиллагаа хариуцсан төрийн, хувийн хэвшлийн, холимог өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас бүрддэг.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг шатлалын тогтолцоогоор хүргэдэг бөгөөд нь анхан болон лавлагаа шатлалтай.

Анхан шатлал - Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвүүд. Энэ шатлалын тусламж үйлчилгээ нь иргэдэд үнэ төлбөргүй бөгөөд хүн амыг суурь тусламжаар тэгш хангаж, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд голчлон чиглэдэг.

Лавлагаа шатлалд нэгдсэн эмнэлэг, тусгай эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг багтдаг. Нэгдсэн эмнэлэг нь 10 мянгаас доошгүй суурин хүн ам бүхий суманд эрүүл мэндийн анхан шатны болон таваас доошгүй үндсэн мэргэшлээр лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээг, аймгийн төв, дүүрэгт долоогоос доошгүй үндсэн мэргэшлээр лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээг амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх хэлбэрээр үзүүлэх байгууллага байна. Аймгийн төв, дүүргийн нутаг дэвсгэрт үйл ажиллагаа явуулж байгаа нэгдсэн эмнэлэг хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээнд тулгуурлан зарим төрөлжсөн мэргэшлээр лавлагаа шатлалын нэн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг нэмэлтээр үзүүлж болно. Үүнд: аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүд, ерөнхий мэргэжлийн эмч нарын үзлэг, оношилгоо, хэвтүүлэн эмчлэх болон амбулаторийн үйлчилгээ үзүүлдэг.

Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг улсын болон бүсийн хэмжээнд төрөлжсөн мэргэшлээр эмнэлгийн лавлагаа шатлалын мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээг амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх хэлбэрээр үзүүлэх, сургалт судалгаа, эрдэм шинжилгээний ажил эрхлэх, бусад эрүүл мэндийн байгууллагыг мэргэжил, арга зүйгээр ханган ажиллах чиг үүрэг бүхий байгууллага байна. Үүнд: улсын хэмжээний төв эмнэлгүүд (УНТЭ, УГТЭ, УХТЭ) болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн үндэсний төвүүд (ХСҮТ, ГССҮТ, ЭХЭМҮТ гэх мэт) хамаарна.

2.1.3. Удирдлага, зохион байгуулалт

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага (цаашид “ДЭМБ” гэх)-аас тодорхойлсон эрүүл мэндийн тогтолцоог бүрдүүлэгч 6 үндсэн блок²⁵ нь тухайн улсын эрүүл мэндийн салбар хэр үр дүнтэй ажиллаж байгааг хэмжих суурь үзүүлэлт болдог. Эдгээр 6 блок нь хоорондоо нягт уялдаатай ажиллаж байж иргэдэд чанартай, хүртээмжтэй тусламж үйлчилгээг хүргэж чаддаг:

1. Тусламж, үйлчилгээ,
2. Хүний нөөц,
3. Эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцоо,
4. Эм, вакцин, технологийн хүртээмж,
5. Эрүүл мэндийн санхүүжилт,
6. Засаглал.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын удирдлага, зохион байгуулалт нь сүүлийн 30 жилд төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн хатуу шатлалаас хагас бие даасан, зах зээлийн зохицуулалттай загвар руу шилжих хөгжлийн үе шатыг туулж байна. Энэхүү үйл явцыг онол, статистик болон академик судалгааны түвшинд дараах байдлаар цогцоор нь дүгнэж болно.

Одоогийн эрүүл мэндийн тогтолцоо нь макро буюу төр, мезо буюу орон нутаг, микро буюу эмнэлэг гэсэн 3 түвшинд зохион байгуулагддаг. Эрүүл мэндийн яам (цаашид “ЭМЯ” гэх) нь стандарт, удирдамж батлах, хүний нөөцийн нэгдсэн бодлого зангидах үүрэгтэй. Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар (цаашид “ЭМДЕГ” гэх) нь эмнэлгүүдийн үйл ажиллагааг санхүүжилтээр дамжуулан удирдах, хянах хөшүүрэг болдог. Улс, аймаг, сум, дүүргийн болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд, удирдлагын хувьд эмнэлгийн дарга болон ТУЗ хариуцдаг.

Монгол Улсад 10,000 хүн амд ногдох эмнэлгийн орны тоо дунджаар 80 орчим²⁶ байгаа нь олон улсын дунджаас өндөр үзүүлэлт юм. Энэ нь удирдлага, зохион байгуулалт урьдчилан сэргийлэх буюу нийгмийн эрүүл мэнд рүү биш, хэвтүүлэн эмчлэх рүү хэт хазайсан байгааг харуулж байна.

10,000 хүн амд ногдох их эмчийн тоо 39-41²⁷ буюу бүс нутагтаа өндөрт тооцогддог ч, тэдгээрийн 65-70% нь зөвхөн Улаанбаатар хотод төвлөрдөг. Мөн нарийн мэргэжлийн эмч болон сувилагчийн харьцаа алдагдсан нь хүний нөөцийн удирдлагын сул талыг илтгэж байна.

Аймгийн Эрүүл мэндийн газар болон нэгдсэн эмнэлгийн дарга нарыг томилох, чөлөөлөх, төсөв батлах эрх мэдэл нь нэг талаас ЭМЯ-нд, нөгөө талаас орон нутгийн Засаг даргад харьяалагддаг. Энэ нь удирдлагын зөрчил үүсгэж, улс төрийн нөлөөлөлд орох үндсэн шалтгаан болдог гэж судлаачид үздэг.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар улсын эмнэлгүүд ТУЗ-тай болсон ч, ТУЗ-ийн гишүүдийн хараат бус байдал хангагдаагүй, эмнэлгийн даргыг

²⁵ National Health Planning Tools - Health system building blocks, <https://extranet.who.int/nhptool/BuildingBlock.aspx>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

²⁶ Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан, https://www.1212.mn/mn/statcate/table-view/Education,%20health/Main%20indicators%20for%20Health%20sector/DT_NS0_0300_071V02.px, Хандсан огноо: 2026.03.19,

²⁷ Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан, https://www.1212.mn/mn/statcate/table-view/Education,%20health/Main%20indicators%20for%20Health%20sector/DT_NS0_0300_071V01.px, Хандсан огноо: 2026.03.19,

томилоход улс төрийн шийдвэр давамгайлдаг хэвээр байна. Энэ нь “Corporate governance” буюу компанийн сайн засаглалын хэлбэр амьдрал дээр бүрэн хэрэгжихгүй байгааг харуулж байна.

Дээрх хүчин зүйлүүдээс харахад сайн засаглал, уян хатан зохион байгуулалтын тогтолцоо, уян хатан хууль эрх зүйн зохицуулалт нь эрүүл мэндийн салбарын чанар, үйл ажиллагааны үр ашгийг сайжруулахад эергээр нөлөөлж байгааг баталж байна. 2021 оны санхүүжилтийн шинэчлэлээр эмнэлгүүд өрсөлдөөнт зах зээлд орсон. Гэвч улсын эмнэлгийн дарга нарт санхүүгийн менежмент, хүний нөөцийн стратеги, маркетинг төлөвлөлтийн мэдлэг, эрх зүйн орчин дутмаг байгаагаас шалтгаалан томоохон эмнэлгүүд өр, алдагдалд орж байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо нь хууль, эрх зүйн хувьд дэвшилтэт буюу ТУЗ-тэй, бие даасан, гүйцэтгэлээр санхүүждэг болсон хэдий ч, практик хэрэгжилтийн шатандаа институтийн чадавх, засаглалын хараат бус байдал, улс төрөөс ангид байх шалгууруудыг бүрэн хангаж чадаагүй байна. Эрүүл мэндийн тухай хууль болон холбогдох бусад хуулиудын хүрээнд салбарын нэгдсэн бодлого боловсруулах, хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийг хангах, эмнэлзүйн стандарт удирдамжийг батлах чиг үүргийг Эрүүл мэндийн яам хэрэгжүүлдэг. Харин даатгалын санг бүрдүүлж удирдах, үйлчилгээ үзүүлэгч (эмнэлэг)-тэй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авах гэрээ байгуулж, чанарт нь хяналт тавих чиг үүргийг Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар хараат бусаар хэрэгжүүлэхээр заасан. Өнөөгийн байдлаар Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь бүх нийтийг хамруулах сайн туршлагаа хадгалахын зэрэгцээ төсөв хуваарилдаг хуучин системээс татгалзаж, даатгал болон гүйцэтгэлд суурилсан өрсөлдөөнт зах зээлийн зарчим руу шилжиж байна. Энэхүү шилжилт нь иргэдэд төрийн болон хувийн аль ч эмнэлгийг чөлөөтэй сонгон үйлчлүүлэх эрхийг нээж өгснөөрөө дэвшилттэй хэрэгжиж байна.

Хэдийгээр тогтолцооны шинэчлэл явагдаж байгаа боловч хуулийн зохицуулалтын хэрэгжилт практикт дараах сөрөг үр дагавруудыг дагуулж байна:

Удирдлага, эрх мэдлийн тогтолцоо нэг талдаа хэт төвлөрч, нөгөө талдаа зөвхөн тунхаглалын шинж чанартай байгаа нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын бие даасан байдал, тэгш эрх болон сайн засаглал (компанийн засаглал)-ын зарчмыг ноцтой алдагдуулж байна.

Нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлгийн тусламж болон эм зүйн тусламж үйлчилгээний хоорондын зааг ялгаа тодорхой бус, чиг үүргийн харилцан уялдаа маш сул байна. Энэ нь хүн амд цогц, тасралтгүй үйлчилгээ үзүүлэхэд саад болж байна. Эм зүйн салбар нь өвчтөнд чиглэсэн бие даасан, мэргэжлийн "тусламж, үйлчилгээ"-ний тогтолцоо байх ёстой атал өнөөгийн нөхцөлд зөвхөн бараа бүтээгдэхүүн нийлүүлэх, түгээх түвшний худалдааны сүлжээ мэтээр үйл ажиллагаа явуулж байгаа нь салбарын үнэ цэнэ, эмчилгээний аюулгүй байдалд сөргөөр нөлөөлж байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилт болон иргэдийн сонголтыг нэмэгдүүлэх чиглэлд шилжилт хийж байгаа нь зөв алхам боловч эрх зүйн зохицуулалтын хэрэгжилт бүрэн хангагдахгүй байна. Ялангуяа удирдлагын хэт төвлөрөл нь засаглалын хямралыг үүсгэж, нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлэг, эм зүйн тусламж үйлчилгээний үйл ажиллагааны зааг болон уялдаа холбоо алдагдсан нь системийн үр ашгийг бууруулж байна. Иймд удирдлагын төвлөрлийг сааруулах, байгууллагуудын бие даасан засаглалыг бэхжүүлэх, түүнчлэн эм зүйн тусламж үйлчилгээг ердийн ханган нийлүүлэлтээс салгаж, мэргэжлийн тусламж

үйлчилгээний түвшинд дахин тодорхойлох эрх зүйн шинэчлэл нэн шаардлагатай байна.

Хуулийн 13 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төрөл

“13.1.Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ дараах төрөлтэй байна:

13.1.1.нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ;

13.1.2.эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ.

13.2.Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа хамаарна.

13.3.Эрүүл мэндийн байгууллага нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг дангаараа болон бусад аж ахуйн нэгж, байгууллага, олон нийт, иргэдтэй хамтран явуулна.

13.4.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь өрхийн эрүүл мэндийн, эмнэлгийн мэргэшсэн, эх барихын, эмнэлгийн яаралтай, сувилахуйн дагнасан, түргэн тусламжийн, сэргээн засахын гэсэн төрөлтэй байна.

13.5.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон лавлагаа шатлалтай байна.

13.6.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний төрөл болон түүнтэй холбогдох харилцааг Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар зохицуулна.

13.7.Хүн амыг олноор хамарсан халдварт өвчний дэгдэлт болон аюулт үзэгдлийн үед голомтыг хязгаарлах, цомхотгох, хохирлыг багасгахад чиглэсэн эрүүл мэндийн байгууллагын дангаар болон төр, олон нийт, аж ахуйн нэгж, байгууллага, иргэдтэй хамтран үзүүлэх гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг Гамшгаас хамгаалах тухай хуульд заасны дагуу байгуулагдсан гамшгаас хамгаалах эрүүл мэндийн алба мөн хуульд заасны дагуу зохион байгуулна.” буюу Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 3. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд хамаарах зүйл заалтын хэрэгжилт, түүнд тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлох.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 13 дугаар зүйлийн 13.1-т зааснаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг үндсэн хоёр хэсэгт хуваадаг: 1. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох, орчны эрүүл ахуйд хяналт тавих чиглэлээр хэрэгждэг. 2. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь нэгэнт үүссэн өвчин эмгэгийг оношлох, эмчлэх, нөхөн сэргээхэд чиглэсэн үйл ажиллагаа юм.

Монгол Улс гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн тогтолцоо руу шилжсэнээр эмнэлгүүд үзүүлсэн тусламж бүрээрээ санхүүжилт авах боломж бүрдсэн. Энэ нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг тодорхой хэмжээнд нэмэгдүүлж, иргэд хувийн болон улсын эмнэлгийг сонгох эрх зүйн орчин бодитой хэрэгжиж байна. Хуульд хоёр төрлийн тусламжийг адил түвшинд заасан боловч санхүүжилтийн механизм нь эмнэлгийн тусламж буюу эмчилгээний санхүүжилтэд хэт төвлөрсөн байдаг. Эмнэлгүүд оношилгоо, эмчилгээ хийж байж санхүүжилтээ бүрдүүлдэг тогтолцоотой тул өвчнөөс

урьдчилан сэргийлэх буюу нийгмийн эрүүл мэндийн чиг үүрэг нь орхигдож, өвчтөн хүлээдэг систем хэвээр байна.

Хуулийн 13 дугаар зүйлд заасны дагуу эмнэлгийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагууд буюу өрх, сумын эмнэлэг нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламжийг голлон хариуцах ёстой. Гэвч бодит байдал дээр анхан шатны эмнэлгүүд нь лавлагаа шатлал руу явуулах зуучлагч эсвэл зөвхөн эм бичиж өгөх төв болон хувирч, нийгмийн эрүүл мэндийн тандалт, урьдчилан сэргийлэх ажлын чанар хангалтгүй байна.

Эм зүйн тусламж үйлчилгээ болон эмнэлгийн тусламжийн харилцан хамаарал нь тодорхой зааглагдаагүй байна. Эмнэлэгт эмчлүүлээд гарсан өвчтөн эмийн сангаас эм авахдаа мэргэжлийн зөвлөгөө авч чадахгүй, зөвхөн худалдан авалт хийж байгаа нь эмчилгээний үр дүнг бууруулдаг. Энэ нь нийгмийн эрүүл мэнд болон эмнэлгийн тусламжийн хоорондох интеграци сул байгаагийн илрэл юм.

Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хуулийн хэрэгжилтийг сайжруулахын тулд:

1. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг зөвхөн төсвөөс биш, гүйцэтгэлд суурилсан даатгалын сангаас урьдчилан сэргийлэх багцаар санхүүжүүлдэг болох,
2. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламжийг дагнан хариуцах мэргэжлийн бүтцийг анхан шатлалд бэхжүүлж, эмнэлгийн засаглалыг бие даасан (Компанийн засаглалын зарчмын дагуу) болгох,
3. Хуульд заасан тусламж үйлчилгээний төрөл бүрийг цахим мэдээллийн нэгдсэн санд холбож, өвчтөний түүхийг бүх шатлалд буюу анхан болон лавлагаа шатлалд тасралтгүй хянах боломжийг бүрдүүлэх шаардлагатай байна.

3.1. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний талаар:

Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа хамаарна. Нийгмийн эрүүл мэндийн асуудлыг уг чиглэлийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны байгууллага болох Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв үйл ажиллагаа удирдан зохион байгуулан явуулдаг.

Нийгмийн эрүүл мэнд нь:

- Халдварт болон халдварт бус өвчний тандалт, хяналтын үндэсний тогтолцоог бүрдүүлэх, олон нийтийн эрүүл мэндэд учрах аюулд хариу арга хэмжээ авах,
- Дархлаажуулалт, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл зан үйлийг төлөвшүүлэх арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх,
- Хүрээлэн буй орчин, хүнс, усны эрүүл ахуйн шаардлагад хяналт тавьж, зөрчил гаргагчид хариуцлага тооцох эрх хэмжээг хэрэгжүүлэх,
- Мэдээлэл, судалгааны нэгдсэн тогтолцоог хөтөлж, эрдэм шинжилгээг дэмжих чиг үүрэгтэй.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 13 дугаар зүйлийн 13.2-т зааснаар “Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл

ажиллагаа хамаардаг”. Иймд Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв нь дараах чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулдаг. Үүнд:

- Монгол Улсын болон Эрүүл мэндийн салбарын урт, дунд, богино хугацааны бодлогод туссан нийгмийн эрүүл мэндийн зорилго, зорилт, арга хэмжээг үндэсний түвшинд хэрэгжүүлэхэд эрүүл мэндийн байгууллагыг мэргэжил арга зүйн удирдлагаар хангах,
- Нийгмийн эрүүл мэндийг дэмжих олон талт, чадварлаг хүний нөөцийг бүрдүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх,
- Хүний эрүүл мэндэд нөлөөлж буй нийгэм, зан үйл, хоол, хүнс, хүрээлэн буй орчны эрсдэлт хүчин зүйлсийг тогтоох, үнэлэх, судлах, тандах, хянах, судалгааны үр дүнг нийтэд болон холбогдох байгууллага, шийдвэр гаргагчдыг мэдээллээр хангах, практикт нэвтрүүлэхэд мэргэшил арга зүйн дэмжлэг үзүүлэх,
- Төрөөс шинжлэх ухаан технологийн талаар баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлэхэд оролцох,
- Хүн амд өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, өөрийгөө хамгаалах, эрүүл мэндээ дэмжих үр дүнтэй мэдээлэл харилцааг зохион байгуулж эрүүл зан үйлийг төлөвшүүлэх, эрт илрүүлэгийн арга хэмжээг нэгдсэн зохион байгуулалтаар хангах, мэдээлэх, хянах, салбарын болон салбар хоорондын уялдаа, байгууллагуудын оролцоог хангах,
- Бусад салбарын бодлого, үйл ажиллагаанаас хүний эрүүл мэндэд үзүүлэх сөрөг үр дагаврыг бууруулах ажлыг зохион байгуулах, эрүүл мэндийн нөлөөллийн үнэлгээ хийх, лавлагаа зөвлөмжөөр хангах: ажиллах,
- Эрүүл зүйн лавлагаа лабораторийг хариуцан ажиллах,
- Биотехнологи, био-инновацыг хөгжүүлэх, вакцин, биобэлдмэлийг турших, үйлдвэрлэх, нийлүүлэх чиг үүрэгтэй.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, эм зүй н үйлчилгээний талаарх ойлголт, чиг үүргүүдийг тодорхойлж өгсөн байдаг ч эдгээр нь хэвтээ тэнхлэгт буюу хоорондын уялдаа холбоог нарийвчлан зохицуулаагүйн улмаас практик дээр салбарласан, тусдаа төсөв хөтөлбөртэй нэгдмэл бус ажиллаж байна.

Нийгмийн эрүүл мэнд нь ихэвчлэн төсөл хөтөлбөр, ухуулга сурталчилгааны төдийд орхигдож, санхүүжилт нь маш бага хувийг эзэлсээр ирсэн. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн дийлэнх хувь нь эмнэлгийн тусламжид төвлөрч, өвчтнийг хэвтүүлэн эмчлэх тусам эмнэлэг илүү санхүүжилт авдаг тогтолцоо руу шилжсэн. Эмийн зохистой хэрэглээ, өвчтнийг хянах үйл явц нь эмчлэгч эмч болон нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдээс бүрэн салангид байж, зөвхөн эм худалдан борлуулах процесс мэтээр явцуурах эрсдэл үүссэн.

Энэхүү салбар хоорондын уялдаагүй байдал нь эрүүл мэндийн системийг бүхэлд нь reactive буюу эмнэлэг төвтэй шинжтэй болгосон. Үүний үр дагаварт иргэд өвчнөө хүндэрсэн хойно нь эмнэлэгт ханддаг тул эмчилгээний зардал өндөр гарч, Эрүүл мэндийн даатгалын сан болон хувь хүний халааснаас гарах зардал асар ихээр нэмэгдэж байна. Ингэснээр эмнэлэгт ачааллын тэнцвэргүй байдал үүсэж төрөлжсөн лавлагаа шатлалын эмнэлгүүдийн ачаалал хэтэрч, чанартай тусламж, үйлчилгээ

үзүүлэх боломж хумигдаж байна. Мөн урьдчилан сэргийлж болох өвчлөл буюу зүрх судас, чихрийн шижин, хавдраар нас барах тохиолдол буурахгүй байна.

3.2. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний талаар:

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 13 дугаар зүйлийн 13.5-д зааснаар Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон лавлагаа шатлалтай байна. Энэ хүнийг зөвхөн оношилж, эмчлээд орхих бус, өвчний цочмог үе өнгөрсний дараа хэвийн амьдралд нь эргүүлэн оруулахын тулд сэргээн засах, эсхүл эдгэршгүй өвчний үед шаналалгүй байлгах хөнгөвчлөх тусламжийг хуулиар баталгаажуулсан. Мөн иргэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авахдаа орчин үеийн анагаах ухааны ололтод тулгуурласан тусламжаас гадна, шинжлэх ухаанаар нотлогдсон уламжлалт анагаах ухааны тусламж үйлчилгээг сонгон авах эрхийг баталгаажуулсан байдаг.

Эмнэлэг нь төрийн болон орон нутгийн өмчийн хэлбэрээр үйл ажиллагаагаа явуулж болно. Төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөлд хамаарах эрх зүйн орчныг Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар нэгтгэн зохицуулж байна. Тодруулбал, төрийн болон орон нутгийн өмчийн төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөлийн гишүүнд нэр дэвшүүлэх, төрийн болон орон нутгийн өмчийн төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөл бүрэн эрх, үүргийг Эрүүл мэндийн тухай хуулиар, харин төлөөлөн удирдах зөвлөлийн гишүүнд тавигдах шаардлага, төлөөлөн удирдах зөвлөлийн бүрэн эрхийн хугацаа, төлөөлөн удирдах зөвлөлийн даргыг сонгох, төлөөлөг удирдах зөвлөлийн дарга, гишүүний бүрэн эрхийг эгүүлэн татах үндэслэл, төлөөлөн удирдах зөвлөлийн дарга, гишүүнийг хориглосон үйл ажиллагаа, төлөөлөн удирдах зөвлөлийн хуралдааны хүчин төгөлдөр байдал, төрийн болон орон нутгийн өмчийн төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөлийн олон нийтийн төлөөллийг сонгон шалгаруулах, төрийн болон орон нутгийн өмчийн төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөлийн олон нийтийн төлөөлөлд нэр дэвшүүлэх төрийн бус байгууллагад тавигдах шаардлагыг Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн тухай хуулиар салбарын ерөнхий удирдлага, тогтолцоог зохицуулдаг боловч эмнэлгийн ТУЗ-ийн бүрэлдэхүүнд төрийн байгууллагын төлөөллийг давамгайл байлгах, эсвэл сайдын тушаалаар зохицуулах ерөнхий суурийг тавьдаг. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль нь эмнэлгүүдийг бие даасан засаглалтай байлгах, ТУЗ нь эмнэлгийн даргыг сонгон шалгаруулах, төсөв батлах зэрэг гүйцэтгэх эрх мэдлийг илүү нарийвчлан зааж өгсөн буюу ТУЗ-ийн чиг үүрэг, бүрэлдэхүүн, томилгоог дээрх хоёр хуулиар зэрэг зохицуулж байна. Гэвч практик дээр 2 хуулийн зохицуулалт хоорондоо зөрчилдөх эсхүл чиг үүрэг нь давхцах үед “аль хуулийг нь баримтлах вэ?” гэдэг дээр эмнэлгийн удирдлагууд болон Төрийн албаны зөвлөл, Эрүүл мэндийн яамны хооронд үл ойлголцол үүсдэг. Энэ нь ТУЗ-ийг зөвхөн хэлбэр төдий бүтэц болгож хувирчээ.

Мөн лавлагаа шатлалын төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг нь төвлөрсөн удирдлагатай байх уу? Лавлагаа шатлалын орон нутаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг нь

орон нутгийн өмчийн статусаар явах уу? гэдэг асуултад нэгдсэн хариулт өгч чадахгүй байна.

Хууль тогтоомжийн хэрэглээний ойлгомжгүй байх нь дараах эрсдэлүүдийг дагуулж байна. Үүнд:

1. ТУЗ-ийн гишүүдийг томилохдоо мэргэжлийн ур чадвараас илүү улс төрийн томилгоо давамгайлах боломжийг энэхүү ойлгомжгүй байдал нь олгож байна,
2. Эмнэлгийн дарга үйл ажиллагаагаа ТУЗ-д тайлагнах уу, эсхүл Эрүүл мэндийн сайдад тайлагнах уу гэдэг нь тодорхойгүй байна,
3. Гүйцэтгэлийн санхүүжилт рүү шилжсэн энэ үед ТУЗ нь санхүүгийн бодит хяналтыг тавьж, эмнэлгийг үр ашигтай ажиллуулах үүрэгтэй. Гэтэл хуулийн хийдлээс болоод ТУЗ нь төсөв батлах бодит эрх мэдэлгүй, зөвхөн зөвлөх I оролцоотой байна.

Иймд, Эрүүл мэндийн тухай хууль нь ерөнхий суурь зохицуулалтыг, харин Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль нь мэргэжлийн засаглал, ТУЗ-ийг дагнан зохицуулдаг төрөлжсөн хууль байх зарчмыг тогтоож, төрийн төлөөлөл, мэргэжлийн холбоод, иргэний нийгэм, эмнэлгийн ажилчдын төлөөллийн харьцааг нэг стандартаар тогтоож, ТУЗ-д тавигдах шаардлагыг тодорхой болгох шаардлагатай байна.

Эмнэлгийн засаглалын асуудлыг нэг хуулиар зангидах нь зөвхөн хууль зүйн техникийн асуудал биш, энэ нь гүйцэтгэлийн санхүүжилтийг бодит үр дүнд хүргэх суурь нөхцөл юм. Засаглал нь оновчгүй бол эмнэлэгт санхүүгийн болон эмчилгээний чанарын ахиц гаргах боломжгүй юм. "...Эмнэлгийн байгууллагын харилцааг зохицуулж буй голлох хууль болох Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль хоорондын уялдаа холбоог сайжруулах шаардлагатай байна. Дээрх хоёр хуульд тусгагдсан ТУЗ ба захиралтай холбоотой зохицуулалтыг нэгтгэх, ЭМТХ-ийн 17, 18 дугаар зүйл, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн 15 болон 18, 21 дүгээр зүйлийн холбогдох заалтуудыг илүү ойлгомжтой болгох, зарим заалтуудад дээр нэмэлт, өөрчлөлтийг хийх шаардлага байна.²⁸

2025 оны 5 дугаар сарын 07-ны өдөр Төрийн ордны 2 давхарт Их засаг танхимд "Эмнэлгийн хагас бие даасан, төлөөлөн удирдах зөвлөл"-д хамаарах хэлэлцүүлэг болсон бөгөөд тус хэлэлцүүлэгт төрийн болон орон нутгийн өмчийн төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн талаар дараах дүн мэдээг танилцуулсан.

Тодруулбал, Манай Улсад эрүүл мэндийн салбарын хүрээнд төлөөлөн удирдах байгуулах шаардлагатай дараах байгууллага байна. Үүнд:

- Төрөлжсөн төв эмнэлэг (4),
- Төрөлжсөн мэргэжлийн төв (5),
- Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв (5),
- Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (30),
- Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг (7) байна.

Эдгээр байгууллагаас Төрөлжсөн төв эмнэлэг, Төрөлжсөн мэргэжлийн төв, Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв нь Эрүүл мэндийн яаманд харин аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг нь Нийслэл, Аймагийн эрүүл мэндийн газарт тус тус харьяалагдаж байна.

²⁸ Эмнэлгийн засаглалыг бэхжүүлэх хүрээнд төрийн байгууллага болон оролцогч талуудад хүргүүлэх зөвлөмж, 2024, 15 дахь талаас,

Дээрхээс үзвэл Монгол Улсад нийт төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг нийт 51 байгууллага үйл ажиллагаа явуулж байгаа бөгөөд Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуулийн дагуу 51 төлөөлөн удирдах зөвлөл байгуулагдах ёстой. Гэвч бодит байдал дээр төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн 13 эмнэлэг төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулсан бөгөөд Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуульд заасан төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулах зүйл заалтын хэрэгжилт ердөө 25.5 хувьтай байна. Харин үлдсэн 38 төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн хувьд бөгөөд Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуулийг дагаж мөрдөөгүй буюу биелүүлээгүй байна. Үүнийг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагын төрлөөр авч үзвэл:

- Төрөлжсөн төв дөрвөн эмнэлгийн хоёр нь буюу 50 хувь;
- Төрөлжсөн мэргэжлийн таван төвийн нэг нь буюу 25 хувь;
- Бүсийн оношилгоо эмчилгээний таван төвийн гурав нь буюу 60 хувь;
- Аймаг, дүүргийн нэгдсэн гучин долоон эмнэлгийн долоо нь буюу 23 хувь;
- Хөдөөгийн нэгдсэн долоон эмнэлгийн тэг хувь нь төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулсан.

Үүнээс төрөлжсөн эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэжлийн төв, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төвийн хувьд төлөөлөн удирдах зөвлөлийг 45 хувьтай байгуулсан, харин аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг болон хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгийн хувьд төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулах ажил хангалтгүй түвшинд байгааг илтгэж байна.

Одоо хүчин төгөлдөр мөрдөгөж буй хуулийн 17 дугаар зүйлийн 17.4-т “Төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, энэ хуулийн 16.10-т заасан суман дахь нэгдсэн эмнэлгээс бусад нэгдсэн эмнэлгийн удирдлагыг эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөл, түүнээс томилсон гүйцэтгэх удирдлага хэрэгжүүлнэ” гэж, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн 16 дугаар зүйлийн 16.1-д “...Төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн гүйцэтгэх удирдлагыг тухайн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөлөөс сонгон шалгаруулж томилсон эмнэлгийн захирал хэрэгжүүлнэ...” гэж хуульчилсан.

Мөн Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны А/454²⁹, 2020 оны А/566, 2021 оны А/127 дугаар тушаал, 2021 Дугаар А/414³⁰ тушаалаар “төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн захирлыг сонгон шалгаруулах журам”-ыг тус тус баталсан байна.

Одоогийн байдлаар төрийн болон орон нутгийн өмчит 51 эмнэлгийн байгууллагын ердөө 13 эмнэлгийн байгууллага нь төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулсан бөгөөд үлдсэн 38 төрийн болон орон нутгийн өмчит эмнэлгийн удирдлагыг хуучин тогтолцоогоор буюу дээд шатны байгууллагаас томилж байна.

Өөрөөр хэлбэл, төрийн болон орон нутгийн өмчит 51 эмнэлгийн байгууллага төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулж, улмаар төлөөлөн удирдах зөвлөл нь гүйцэтгэх удирдлагыг томилох тогтолцоог шинээр бүрдүүлсэн. Ийнхүү нэг тогтолцооноос нөгөө

²⁹ Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны 11 сарын 06-ны өдрийн А/454 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал, <https://moh.gov.mn/uploads/files/237f3d03452a0c3e089dd149071cd5d51dd1df3e.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

³⁰ Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны 6 сарын 25-ны өдрийн А/414 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал, <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=16230721618231>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

тогтолцоо руу шилжилт хийж байгаа учраас өмнөх тогтолцооны буюу дээд шатнаас гүйцэтгэх удирдлагыг томилох зохицуулалтыг хэвээр үлдээсэн. Үүнийг Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 12 дугаар зүйлийн 12.2-т “Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын дарга нь тухайн шатны Засаг даргатай зөвшилцөж, харьяа нэгдсэн эмнэлгээс бусад эрүүл мэндийн байгууллагын даргыг хууль тогтоомжид заасны дагуу томилж, чөлөөлнө” гэж хуульчилснаас харж болж байна.

Гэвч төрийн болон орон нутгийн эмнэлгийн байгууллагууд төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулж, тус зөвлөл гүйцэтгэх удирдлагыг сонгон шалгаруулж гэрээ байгуулахаас илүүтэйгээр хуучин тогтолцоо амь бөхтэй оршиж байна. Энэ ч утгаараа эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад сонгон шалгаруулах бус дээд шатнаас эмнэлгийн гүйцэтгэх удирдлагыг томилж байгаа бөгөөд энэ нь иргэдийг эмнэлэгт итгэх итгэл нөлөөлж байна.

Жишээлбэл, 2025 оны 05 сарын 02-ны өдөр Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн захирлыг Эрүүл мэндийн сайд тушаал гаргаж ажлаас нь чөлөөлсөн.³¹ Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн хувьд төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвд хамаардаг.³² Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хуулийн дагуу Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн төлөөлөн удирдах зөвлөлөөс гүйцэтгэх захирлыг сонгон шалгаруулж томилох хуулийн зохицуулалттай боловч тус эмнэлэг төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулаагүй учир хуучин буюу босоо тогтолцооноос Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.4-д³³ заасныг баримтлан Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийг захирлыг ажлаас чөлөөлсөн.

Энэхүү шийдвэрийг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн захирал эс зөвшөөрсөн бөгөөд талуудын өөрсдийн байр суурыг цахим орчинд илэрхийлсэн. Тухайлбал, Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн захирал Н.Эрдэнэхүү “Шинээр оруулж ирэх хавдрын эмийн татварт 500 сая төлөхийг сайд шаардсан. Хүссэн зүйлийг хийгээгүйнхээ төлөө ажлаасаа чөлөөлөгдлөө” гэсэн гарчигтай мэдээллийг хэд хэдэн цахим хуудсаар дамжуулан нийтэд түгээсэн.³⁴ Харин Эрүүл мэндийн сайдын хувьд дээрх мэдээлэл цацагдсан даруй NTV телевизийн “Лхагвын тойм” нэвтрүүлэгт оролцож өөрийн байр суурийг хамгаалсан.³⁵ Энэхүү маргаан, мэтгэлцээн нь эрүүл мэндийн салбарт итгэх иргэдийн итгэлд сөргөөр нөлөөлөх бөгөөд төлөөлөн удирдах зөвлөл байгуулаагүйн улмаар эмнэлгийн захирлыг дээд шатнаас томилж буй 38 эмнэлгийн байгууллагын нэг юм. Нөгөө талаас 10 гаруй жилийн өмнө батлагдсан эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуульд заасны дагуу төлөөлөн удирдах зөвлөлийг байгуулж, тус зөвлөл нь гүйцэтгэх удирдлагыг сонгон шалгаруулах, гэрээ байгуулах, ажлыг үүргийг хянах замаар төрөөс хараат механизмыг сайжруулах шаардлагатай харуулж байна.

³¹ ХСҮТ-ийн захирлаар М.Адилсайханыг томилжээ, <https://ikon.mn/n/3ec1>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

³² Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвийн 2022 оны жилийн эцсийн үйл ажиллагааны тайланг авч эхэллээ, <https://hdc.gov.mn/post/828/>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

³³ Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль, <https://legalinfo.mn/mn/detail/344>

³⁴ Н.Эрдэнэхүү, Шинээр оруулж ирэх хавдрын эмийн татварт 500 сая төлөхийг сайд шаардсан. Хүссэн зүйлийг хийгээгүйнхээ төлөө ажлаасаа чөлөөлөгдлөө, <https://ikon.mn/n/3ec3>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

³⁵ Т.Мөнхсайхан: Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг доголдуулсан учраас Н.Эрдэнэхүү даргыг чөлөөлсөн, <https://ubn.mn/p/82603>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

3.2. “Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал

Хуулийн 8.1.8 дахь хэсэг эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийн бодлогыг тодорхойлон хэрэгжүүлэх буюу Салбарын хүний нөөцийн практик асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 1. Салбарын хүний нөөцийн эрх зүйн зохицуулалт хангалттай сайн хэрэгжиж буй эсэх, тулгамдаж буй асуудал байгаа эсэх

НҮБ-ын Тогтвортой хөгжлийн зорилтууд SDG 3 (Сайн эрүүл мэнд, сайн сайхан байдал³⁶): Энэ зорилго нь эрүүл мэндийн ажилтнуудад зохих сургалт, шударга хөдөлмөрийн нөхцөл, хамгаалалтыг хангах зэрэг эрүүл мэндийн ажиллах хүчинтэй холбоотой зорилтуудыг багтаасан болно. Эдгээр конвенц, дүрэм журмууд нь эрүүл мэндийн ажилтны эрх, нийгмийн баталгааг хамгаалах, тэдний амин чухал үүргээ үр дүнтэй, аюулгүй гүйцэтгэх боломжийг хангахад чиглэгддэг. Эдгээр баримт бичигт гарын үсэг зурсан улс орнууд эдгээр удирдамжийг үндэсний хууль тогтоомж, бодлогодоо тусгахыг зөвлөмж болгодог. Олон улсад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнээс шалтгаалсан эрүүл мэндийн эрсдэлийн эмчилгээний зардлыг нөхөн төлүүлэх тогтолцоог хуульчлан хэрэгжүүлдэг. Түүнчлэн өвчтөний аюулгүй байдлыг хамгаалахад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний алдаа, зөрчлийг бүртгэх тогтолцоог нэвтрүүлснээр эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд гарч болзошгүй эрсдэлийг нуун дарагдуулахгүй байж, алдаанаасаа суралцаж, түүний учир шалтгааныг тодруулж, дахин давтахаас сэргийлэх эрсдэлийн удирдлагын төлөвлөгөөг боловсруулж, хэрэгжүүлдэг байна.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 29 дүгээр зүйлд эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн баталгааг төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэнд зэргийн нэмэгдэл, олон жил ажилласны урамшуулал, тэтгэвэрт гарахад олгох нэг удаагийн тэтгэмж зэргийг зааж өгсөн байдаг. Түүнчлэн хуулийн 44.1.3-т “...мэргэжлээс шалтгаалах өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх...” эрхийг заасан. Мөн хуульд эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн баталгааг тусгасан хэдий ч суурь цалингийн хэмжээ амьжиргааны өртөгтэй дүйцэхгүй, хөдөлмөрийн үнэлэмж муу хэвээр байна. Ажлын ачаалал хэт өндөр байгаагаас шалтгаалж эмч, сувилагч нар ажлын байрнаас халшрал буюу burnout-д өртөх, хувийн хэвшил эсвэл гадаад руу ажиллахаар явах тохиолдол ихсэж байна. Тухайлбал, Ковид-19 цар тахлын үед болон түүнээс хойш эмнэлгийн ажилчид цалингаа нэмэгдүүлэх, шударга хөдөлмөрийн нөхцөл шаардаж удаа дараа тайван жагсаал хийсэн нь уг хуулийн хэрэгжилт практикт төдийлөн сайн хэрэгжихгүй байгаагийн тод илрэл юм.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 42 дугаар зүйлд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал буюу дотоодын чанарын хяналтын тогтолцоог бүрдүүлэх тухай заасан. Манай улсын хувьд алдаа гаргасан тохиолдолд шалтгааныг

³⁶ НҮБ-ын Тогтвортой хөгжлийн зорилтууд: [Тогтвортой Хөгжлийн Зорилгууд | United Nations Development Programme](#). Хандсан огноо: 2026.03.23,

системээс хайхаас илүүтэй тухайн хувь хүн буюу эмнэлгийн мэргэжилтэн (эмч, сувилагч)-ийг буруутгах, шууд Эрүүгийн хуулиар яллах (шийтгэх тогтолцоо) хандлага давамгайлдаг. Үүнээс үүдэн эмнэлгийн мэргэжилтнүүд алдаагаа мэдээлэхээс айдаг, жижиг эрсдэлийг ч нуун дарагдуулдаг. Энэ нь эрсдэлийн удирдлагын төлөвлөгөөг бодитоор хэрэгжүүлэх боломжгүй болгодог. Эмч нар алдаа гаргаж, хуулийн хариуцлага хүлээхээс айж хамгаалалтын анагаах ухааны арга барилд шилжиж байна. Өөрөөр хэлбэл, эрсдэл өндөртэй, хүнд хагалгаа хийхээс татгалзах, өөрийгөө хамгаалахын тулд өвчтөнд шаардлагагүй маш олон төрлийн шинжилгээ бичиж өгөх зэрэг сөрөг тохиолдлууд салбарт бий болсон.

Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс шалтгаалсан эрсдэлийг даатгалаар нөхөн төлдөг олон улсын туршлага манайд хангалт сайн нэвтрээгүй байна. Эрүүл мэндийн тухай хуульд эмнэлгийн мэргэжилтэн нь мэргэжлийн хариуцлагын даатгалд хамрагдах үүрэгтэй байхаар тусгайлан зааж өгөөгүй байдаг. Эмчилгээний явцад хүндрэл гарч өвчтөн хохироход даатгалын системээс биш, эмч хувиасаа эсвэл эмнэлэг өөрийн төсвөөс хохирлыг төлөх шаардлагатай болдог. Энэ нь эмнэлгийн байгууллагыг ч, эмчийг ч санхүүгийн хүнд дарамтад оруулж байна. Олон улсын конвенц, SDG 3-ын удирдамжууд манай улсын хууль тогтоомжид үг, үсэг, агуулгын хувьд орсон байдаг ч, түүнийг хэрэгжүүлэх эдийн засгийн болон тогтолцооны механизм (даатгал, шийтгэдэггүй соёл, хангалттай цалин урамшуулал) бүрдээгүйн улмаас гажуудал үүссээр байна.

2024 оны байдлаар улсын хэмжээнд 4,914 эрүүл мэндийн байгууллага³⁷ үйл ажиллагаа явуулж, нийт 69,702 эрүүл мэндийн ажилтнууд³⁸ хүн амын эрүүл мэндийн төлөө ажиллаж байна. Монгол Улс 10,000 хүн амд ногдох их эмчийн тоо 44.3% байгаа нь дэлхийн дунджаас 2.6 дахин, Номхон далайн баруун бүс нутгийн орнуудаас 1.9 дахин их өндөр байна. Гэвч хөдөө орон нутагт, Сум, сум дундын эмнэлэг, аймгийн Нэгдсэн эмнэлэгт эмнэлгийн мэргэжилтний хүний нөөцийн дутагдал байсаар байна. Ялангуяа хөдөө орон нутаг, алслагдсан сум, багт нийт эрүүл мэндийн ажилтны 41.5% ажиллаж байгаа бол үлдсэн хувь нь Улаанбаатар хотод ажиллаж байгаа нь хүний нөөцийн төвлөрлийг үүсгэж байна.

2020 онд хийгдсэн “Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийн талаар баримталж байгаа хууль эрх зүйн баримт бичгийн хэрэгжилтийн судалгаа³⁹”-ы дүгнэлтээр “Тусламж, үйлчилгээний чанарын тухайд эмнэлгийн мэргэжилтний мэдлэг, чадвар, хандлага, хүлээгдэл чирэгдэл, чанартай холбоотой

³⁷ Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан,

https://www.1212.mn/mn/statcate/table-view/Education.%20health/Births%2C%20deaths/DT_NS0_2100_008V3.px Хандсан огноо: 2026.03.20,

³⁸ Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан,

https://www.1212.mn/mn/statcate/table-view/Education.%20health/Main%20indicators%20for%20Health%20sector/DT_NS0_0300_071V01.px

Хандсан огноо: 2026.03.20,

³⁹ Эрүүл мэндийн яам, Анагаахын Шинжлэх ухааны үндэсний их сургууль, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын хамтарсан хийсэн “Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийн талаар баримталж байгаа хууль эрх зүйн баримт бичгийн хэрэгжилтийн судалгаа”, Уб., 2020 он,

https://www.researchgate.net/profile/Khorolsuren-Lkhagvasuren/publication/349426721_ERL_MENDIJN_ANHAN_SATNY_TUSLAMZ_JLCILGEENIJ_CANAR_HRTEEMZIJN_SUDALGAA_SUDALGAANY_TAJLAN/links/602f604b92851c4ed580622d/ERL-MENDIJN-ANHAN-SATNY-TUSLAMZ-JLCILGEENIJ-CANAR-HRTEEMZIJN-SUDALGAA-SUDALGAANY-TAJLAN.pdf, Хандсан огноо: 2026.03.21,

санал, сэтгэгдэл давамгайлж байна. Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний мэдлэг, боловсрол, туршлага, ур чадварыг үйлчлүүлэгчид дийлэнхдээ эергээр үнэлж байгаа ч харилцаа, хандлагын хувьд төдийлөн сайн үнэлээгүй байна. Гэтэл эмч, ажилчдын эелдэг, найрсаг, боловсон харилцаа, хандлага нь сэтгэл ханамжид нөлөөлөгч чухал хүчин зүйл болж байна. Хүлээгдлийн улмаас үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж буурч байгаа бөгөөд хүний нөөцийн дутагдалтай байдлаас болж чирэгдэлтэй үйлчилгээ үзүүлдэг талаар эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд бүлгийн ярилцлагын үеэр хүлээн зөвшөөрч байв. Иймд эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийг стандартад заасан орон тоогоор ажиллуулах, шаардлагатай тохиолдолд гэрээт ажилчдыг нэмэлтээр ажиллуулах уян хатан тогтолцоог бий болгох, цалин, шагнал урамшууллын тогтолцоог хөдөлмөрийн бүтээмж болон чанар, хүртээмжийн үзүүлэлтүүдтэй уялдуулан сайжруулах зэрэг асуудлууд тулгамдаж байна.”⁴⁰

2023 онд хийгдсэн “Эрүүл мэндийн ажилтнуудын нийгмийн баталгааны суурь судалгаа”-ны тайланд эрүүл мэндийн ажилтнуудын ажлын ачааллын талаар 48 эрүүл мэндийн байгууллагын 655 эрүүл мэндийн ажилтан хамруулсан. Судалгаанд оролцогчид маш их ачаалалтай ажиллаж байгаагийн гол шалтгааныг хүний нөөцийн дутагдал, мэргэжилтэн бэлтгэж буй байдал, газар нутгийн алслагдсан байдал болон цалин, урамшуулал бага байгаатай холбоотой гэж үзсэн. Мөн эрх зүйн орчны зарим хязгаарлалт /гурван талт гэрээний хүчин төгөлдөр байдал, хүн амын хэрэгцээнд нийцсэн хүний нөөцийн орон тоо тусгагдаагүй байх гэх мэт/ нь ажлын ачааллыг үүсгэх нэг төрлийн шалтгаан болж байна гэжээ.

Дээрх шалтгааны улмаас ачаалал нэмэгдсэнээр эрүүл мэндийн ажилтнууд нь ажил хавсарч гүйцэтгэх, илүү цагаар хэт их ажиллах болон ажил, амралтын өдөр, шөнийн цагийг үл харгалзан гэнэт дуудагдах байдал нь нэмэгддэг байна.

Ажлын ачаалал их байх нь ажилтнуудад биеийн эрүүл мэндийн асуудлууд (бие махбодын архаг өвчлөл, мэргэжлээс шалтгаалсан өвчин г.м), сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудлууд (ажлын байрны стресс, халшрах шинж, нойргүйдэл г.м) болон ажил амьдралын тэнцвэр алдагдаж ар гэр хаягдах, гэр бүлдээ анхаарал хандуулж чадахгүй байх (хүүхдийн хараа хяналт, эрүүл аюулгүй байдал, сурч хөгжих боломж алдагдах г.м), гэр бүлийн үүргийн тэнцвэргүй байдлаас шалтгаалан үл ойлголцол, маргаан үүсэх, цаашлаад гэр бүлийн тогтвортой байдал эрсдэлд орох хүртэл сөрөг нөлөөллийг бий болгож байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагын ажлын ачааллыг нэмэгдүүлж буй нэг чухал хүчин зүйл бол хүний нөөцийн дутагдал юм. Хүний нөөцийн дутагдалтай мэргэжилтний талаарх чанарын мэдээлэлд шинжилгээ хийхэд хүүхэд, эмэгтэйчүүд, мэс засал, шүд, зүрх судас, гэмтэл, сэргээн засах, арьс харшил, яаралтай тусламж, чих, хамар хоолой, хавдар, дүрс оношилгооны нарийн мэргэжлийн их эмч болон бага эмчийн хэрэгцээ, шаардлага эрүүл мэндийн салбарт өндөр байна. Мөн дархлаажуулалт, ариутгагч, хүүхэд, нярайн сувилагч, асрагч болон лаборант, эх баригч, нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтныг нэн шаардлагатай гэж үзжээ. Үүнээс гадна эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд эрүүл мэндийн эдийн засагч, хөдөлгөөн

⁴⁰ Мөн тэнд, 49-р талаас,

засалч, хөдөлмөр засалч, ахуй засалч, рентген техникч, эм найруулагч, архив, бичиг хэргийн ажилтан, дүн бүртгэгч, жолооч, үйлчлэгч зэрэг ажилтан дутагдалтай байна.⁴¹

Мөн Эмч, эрүүл мэндийн ажилтнууд ажлын ачааллын хажуугаар үйлчлүүлэгчийн гүтгэлэг, доромжлолд өртөх, нийгмийн сүлжээнд хууль бус дуу, дүрсний бичлэг цацагдах зэрэг үйлдэл тасрахгүй байна. Манай улсад гурван эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн тутмын хоёр нь ямар нэг байдлаар үйлчлүүлэгчийн дарамт, заналхийлэлд өртөж байгааг Хүний эрхийн үндэсний комиссын тайландаа онцлон тэмдэглэсэн.

Халдварт, халдварт бус өвчний тархалтыг бууруулах болон байгалийн гамшиг, насжилт, анагаах ухааны технологийн хөгжилтэй холбоотой хүн амын өсөн нэмэгдэж байгаа эрүүл мэндийн хэрэгцээг хангахад эрүүл мэндийн ажилтнуудын хүчин чармайлт, үүрэг хариуцлага нэмэгдсээр байна. Үүнтэй уялдан эрүүл мэндийн ажилтны ур чадварыг байнга дээшлүүлэх, тэднийг ажлын байрнаас хамаарсан эрсдэлд орохоос хамгаалах, тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, дэмжих, хүний нөөцийн дутагдалд орохоос урьдчилан сэргийлэх эрх зүйн орчныг сайжруулах хэрэгцээ, шаардлага байна.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүний нөөц хангалтгүй, тусламж, үйлчилгээний оновчтой бус менежмент зэргээс шалтгаалан халдварын хяналтыг үр дүнтэй хийх боломжгүй байдаг. Энэ нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой халдварын эрсдэлийг нэмэгдүүлж, өвчтөний аюулгүй байдал, нийгмийн эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж байна. Мөн эмч, сувилагч нар хот суурин газар болон хувийн хэвшилд хэт төвлөрч, алслагдсан сум, орон нутагт ажиллах хүнгүй болсон. Тэднийг хөдөө орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, нийгмийн баталгааг нь хангах санхүүгийн хөшүүрэг, урамшууллын механизм хуульд тодорхой бус байна.

Хуулийн 24 дүгээр зүйл. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт.

24.1. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт нь улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, Засгийн газрын тусгай сан болон аж ахуйн нэгж, байгууллага, хамт олон, иргэний хандив, эрүүл мэндийн байгууллагын төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ, бусад үйл ажиллагааны орлого, хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад эх үүсвэрээс бүрдэнэ.

24.2. Энэ хуулийн 24.6.3, 24.6.4-т заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, тоо хэмжээ, чанарын шалгуур үзүүлэлт, төлбөрийн хэмжээ, санхүүжүүлэх болон хяналт тавих журмыг холбогдох хууль тогтоомжид нийцүүлэн эрүүл мэндийн болон санхүү, төсвийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн хамтран батална.

24.3. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх төлбөртэй тусламж, үйлчилгээний журам, жагсаалтыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, төлбөрийн жишиг хэмжээг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.4. Эрүүл мэндийн байгууллага эрүүл мэндийн даатгалгүй иргэнд үзүүлсэн энэ хуулийн 24.6.10-т заасан тусламж, үйлчилгээнээс бусад тусламж, үйлчилгээний төлбөрийг тухайн иргэнээс авна.

24.5. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллага хууль тогтоомжид нийцүүлэн нэмэлт болон төлбөртэй тусламж, үйлчилгээ үзүүлж, олсон орлогыг эрүүл мэндийн ажилтны хөдөлмөрлөх нөхцөлийг сайжруулах, нийгмийн баталгааг хангах, тоног төхөөрөмж, эм, эмнэлгийн

⁴¹ АШУУИС, Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Сургууль, Эрүүл мэндийн нийгмийн ажил, Нийгмийн ухааны тэнхим “Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн батлагааны суурь судалгаа”, УБ., 2023 он,

хэрэгсэл худалдан авах, засвар, үйлчилгээ хийхэд зарцуулах бөгөөд уг орлогыг зарцуулах үйлгэрчилсэн журмыг санхүүгийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална.

24.6.Монгол Улсын иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний дараах төлбөрийг төр хариуцна:

24.6.1.жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараахь үетэй холбоотой эх барихын тусламж, үйлчилгээний зардал; 24.6.2.төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн зарим тусламж, үйлчилгээ; 24.6.3.халдвар судлалын үйлчилгээ, заавал хийх болон тархвар судлалын заалтаар хийх дархлаажуулалт, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл;

24.6.4.хуульд өөрөөр заагаагүй бол нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, гамшгийн үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ; 24.6.5.аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ; 24.6.6.сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн зарим эмчилгээ; 24.6.7.удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал. 24.6.8.бие махбодийн ба бэлгийн хүчирхийлэл, мөлжлөгийн хохирогчид үзүүлэх эрүүл мэндийн болон сэтгэцийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ. 24.6.9.16 хүртэл насны хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эмийн зардал. 24.6.10.эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламж, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, өрх, сум, тосгоны хэмжээнд үзүүлэх зарим тусламж, үйлчилгээ.

24.7.Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 9.1-д заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, төлбөрийн хэмжээ болон эрүүл мэндийн даатгалын гэрээ байгуулах эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох журмыг нийгмийн даатгалын болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд заасан Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл батална буюу Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилттэй холбоотой асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн хэрэгжилт, үр нөлөө ямар түвшинд байгаа эсэх

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

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.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн зорилт нь эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, үндсэн зарчмыг тодорхойлж, иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, тусламж үйлчилгээ авах эрхийг хангах харилцааг зохицуулахад оршино. Тиймээс шинэчлэлийн үр өгөөжийг ярихын тулд эрх нь хангагдаж байна уу? гэдгийг үр дүнгээр, хүртээмжээр, санхүүгийн хамгаалалтаар хэмжих шаардлагатай.

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.⁴² 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.

ДЭМБ-ын гүйцэтгэлийн үзүүлэлтүүд нь Эрүүл мэндийн тухай хуулийн зорилт, үндсэн зарчимд туссан тэгш хүртээмж, хүний эрхэд суурилсан чанар, санхүүгийн хамгаалалтын хэрэгжилтийг хэмжих олон улсын аргачлал юм.

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.⁴³

⁴² Tandon, A., Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2000). *“Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization”*.

⁴³ Best Healthcare in the World 2026,

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.⁴⁴ 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)

GHSI нь урьдчилан сэргийлэлт-илрүүлэг-хариу арга хэмжээ гэх мэт нийгмийн эрүүл мэндийн бэлэн байдлыг илэрхийлдэг. Үүнийг Эрүүл мэндийн тухай хуультай гурван үндсэн холбоосоор уялдаж байна.

- 1) Олон улсын зохицуулалттай нийцэх - Эрүүл мэндийн тухай хуульд олон улсын гэрээнд өөрөөр заасан бол олон улсын гэрээг дагаж мөрдөнө гэсэн заасан байдаг. Мөн “олон улсын хөл хориот өвчин” гэх нэр томъёог олон улсын эрүүл мэндийн дүрэмтэй уялдуулан тодорхойлсон. Энэ нь GHSI-ийн “norms/commitments” ангилалтай шууд холбогдож байна.
- 2) Илрүүлэг, тандалт, бэлэн байдал - Эрүүл мэндийн тухай хуульд өрийн эрх бүхий байгууллагын бүрэн эрхэд хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх чиг үүргийг тусгаж өгсөн. Хүн амын нас/хүйс/эрсдэлд суурилсан урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх арга хэмжээг зохион байгуулах эрх хэмжээ нэмэгдсэн. Энэ нь GHSI-ийн detect ба prevent-тэй холбоотой юм.

<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

⁴⁴ Global Health Security Index, <https://www.ghsindex.org>, Хандсан огноо: 2026.03.19,

- 3) Онцгой нөхцөл дэх зохицуулалт - Онцгой нөхцөлд хүн амын амь нас, эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлын талаарх зохицуулалтын хүрээнд төрийн үүрэг, оролцооны зохион байгуулалтыг Эрүүл мэндийн хуульд тусгасан байдаг. Энэ нь GHSI-ийн respond/health capacity хэсгийн удирдлагын тогтолцоо + төлөвлөлт + эрт илрүүлэг гэсэн хуулийн эрх хэмжээтэй уялдаж байна.

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.

Дэлхий дахинаа эрүүл мэндийн тогтолцоог үнэлж дүгнэхдээ эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах зардал, хүн амын эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтүүдийг ашигладаг. Өндөр орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн зардлын зарцуулалт өндөр байхын хэрээр эрүүл мэндийн тогтолцоо хүртээмж ихтэй, хүн амын үзүүлэлт сайн байна.⁴⁵

Хүснэгт 1. Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлтийг Монгол Улстай харьцуулсан байдал⁴⁶

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

⁴⁵ World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁴⁶ Ц.Норовдондог (Ph.D), Д.Амаржаргал (Ph.D), О.Нарантуяа, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, Р.Нургүл “Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба цалин хөлсний систем: олон улсын туршлага, зөвлөмж” Парламент судалгааны эмхэтгэл 37-р боть, 25-р талаас,

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

Дээрх 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 харагдаж байна.

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.

⁴⁷ Азийн хөгжлийн банк, Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбар дахь үйл ажиллагаа, <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/352706/health-fs-mongolian.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.21,

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, 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

2016-2020 оны 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.⁴⁹

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

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.

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

⁴⁸ Ц.Норовдондог (Ph.D), Д.Амаржаргал (Ph.D), О.Нарантуяа, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, Р.Нургүл “Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба цалин хөлсний систем: олон улсын туршлага, зөвлөмж” Парламент судалгааны эмхэтгэл 37-р боть, 48-р талаас,

⁴⁹

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

⁵⁰ Мөн тэнд,

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.

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 ЭМДын 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.

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.⁵¹

ДЭМБ-аас олон улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаар гаргадаг мэдээллээс⁵² харвал Монгол Улсын эрүүл мэндийн нийт зардлыг улсын төсөв,

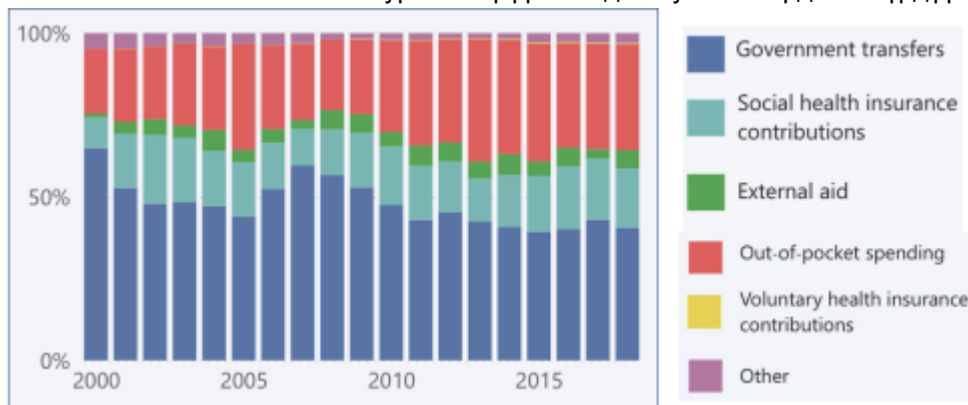
⁵¹

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

⁵² WHO, Global health expenditure database. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en, Хандсан огноо: 2026.03.21,

нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал, гаднын тусламж бүрдүүлж байгаа ба үлдсэн зардлын дийлэнхийг хувь хүн гаргаж байна.

Зураг 1. Эрүүл мэндийн улсын зардлын бүрдүүлэлт 2000-2018 он



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 эрүүл мэндийн урсгал зардлын 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 даатгалын сангаас үзүүлэх санхүүжилтийг Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 01 сарын 22-ны 03 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай”⁵³ тогтоол, 2022 оны 04 сарын 05-ны өдрийн 06 дугаартай “Багц, төлбөрийн хэмжээ, журам батлах тухай”⁵⁴ тогтоол, 2023 оны 06 сарын 28-ны өдрийн 08 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай”⁵⁵ тогтоол, 2024 оны 03 сарын 29-ний өдрийн 06 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай”⁵⁶ тогтоол, 2025 оны 01 сарын 23-ны 03 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай”⁵⁷ тогтоол, мөн 2026 оны 02 сарын 25-ны өдрийн 01 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай”⁵⁸ тогтоолоор тус тус тогтоож өгсөн. Уг тогтоолуудад:

⁵³ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 01 сарын 22-ны 03 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/32>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁵⁴ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2022 оны 04 сарын 05-ны өдрийн 06 дугаартай “Багц, төлбөрийн хэмжээ, журам батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/255>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁵⁵ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2023 оны 06 сарын 28-ны өдрийн 08 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/153>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁵⁶ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2024 оны 03 сарын 29-ний өдрийн 06 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/745>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁵⁷ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2025 оны 01 сарын 23-ны 03 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/794>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁵⁸ Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2026 оны 02 сарын 25-ны өдрийн 01 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол, <https://emd.gov.mn/legals/897>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

1. Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас зардлын төлбөрийг нь хариуцах өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвөөс үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ,
2. Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвөөс үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх төлбөрийн арга,
3. Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвөөс үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг ЭМДС-аас санхүүжүүлэх, хяналт тавих журмыг тогтоож өгсөн.

2.1. Хувь хүнээс гарах өндөр зардал (Out-of-Pocket Expenditure):

ДЭМБ-ын зөвлөмжөөр, эрүүл мэндийн нийт зардалд иргэний халааснаас гарах шууд зардал 20%-иас хэтэрсэн тохиолдолд тухайн улс “Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт”-д хүрэх боломжгүй бөгөөд өрхүүд санхүүгийн сүйрэлд (catastrophic health expenditure) өртөх эрсдэлтэй гэж үздэг.⁵⁹

Дэлхийн банк болон бусад судалгааны мэдээллээр, Монгол Улсад энэ үзүүлэлт 2000 онд 12.1% байсан бол 2012-2015 онуудад огцом өсөж 35%-39.3% хүрсэн байдаг. Сүүлийн жилүүдийн тооцооллоор энэ үзүүлэлт дорвитой буураагүй буюу 30%-иас дээш⁶⁰ хэвээр байна.

ЭМД-ын санхүүжилт нь улсын төсөв болон хамтын даатгалаас илүүтэйгээр өвчилсөн иргэдийн мөрөн дээр шууд ирж байгаа нь нийгмийн эрх тэгш байдлын зарчмыг алдагдуулж байна. Энэ нь бага орлоготой иргэд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнээс татгалзах эсвэл ядууралд өртөх шууд шалтгаан болдог тул системийн хувьд тогтворгүй бөгөөд эрсдэлтэй үзүүлэлт болж байна.

2.2. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн гүнзгийрсэн алдагдал:

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.1 дэх хэсэгт “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт нь ... эрүүл мэндийн даатгал, ... хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад эх үүсвэрээс бүрдэнэ” гэж заасан. Мөн Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага нь эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн бодлогыг холбогдох байгууллагатай хамтран тодорхойлох бүрэн эрхтэй. Түүнчлэн Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 9.1-д заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, төлбөрийн хэмжээ болон эрүүл мэндийн даатгалын гэрээ байгуулах эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох журмыг нийгмийн даатгалын болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд заасан Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл баталдаг.

Дээр дурдсанчлан 2021 онд “Гүйцэтгэлийн санхүүжилт” буюу нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжсэнээр эмнэлгүүд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээнийхээ тоогоор ЭМДС-аас санхүүжих болсон. Энэ нь үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлсэн хэдий ч санг маш хурдан хугацаанд төлбөрийн чадварын хямралд оруулсан.

⁵⁹ Out-of-Pocket expenditure (OOP) per capita in US\$, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4966>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

⁶⁰ Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - East Asia & Pacific, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2023&locations=Z4&start=2023&view=map>, Хандсан огноо: 2026.03.20,

2022 онд ЭМДС-ийн төсөв 250 тэрбум төгрөгийн алдагдалтай⁶¹ гарсан. Алдагдал тасралтгүй үргэлжилж, 2024 оны эхний улиралд алдагдал өмнөх оны мөн үеэс 9 дахин өсөж 77.1 тэрбум төгрөгт хүрсэн. Улмаар 2024 оны төгсгөл гэхэд ЭМДС нийт 300 орчим тэрбум төгрөгийн алдагдал хүлээх нөхцөл үүсэж, улсын төсвөөс татаас өгч нөхөх нөхцөл байдалд хүрсэн.

ЭМДС-ын орлого буюу ЭМД-ын шимтгэл нь дунджаар 12-28% өсөж байхад, эмнэлгүүд рүү гаргаж буй зардал 28-29.3%-иар⁶² буюу орлогоосоо давсан хурдаар өсөж байна.

2.3. 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,

⁶¹ Улсын их хурлын тамгын газраас хийсэн “Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2022 оны үйл ажиллагааны тайланд хийсэн шинжилгээ” (2023)

⁶² Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан,

https://www.1212.mn/mn/statcate/table-view/Education,%20health/Health%20insurance/DT_NSO_2100_033V2.px,

Хандсан огноо: 2026.03.20,

- 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.

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 3. Иргэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авч асуудал практикт хэрэгжиж буй эсэх

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 43 дугаар зүйлийн 43.2.7 дахь хэсэгт “Эмнэлгийн яаралтай тусламжаас бусад эмнэлгийн тусламжийг өрх, сум, тосгон, сум дундын эрүүл мэндийн байгууллагын ерөнхий мэргэжлийн эмчийн илгээх бичгээр авах, эсхүл бичгийг цахим хэлбэрээр авах” гэж зааж өгсөн. Энэхүү зохицуулалт нь иргэнд эрүүл мэндийн үйлчилгээг орон зай, цаг хугацаанаас үл хамааран чирэгдэлгүй, хүртээмжтэй, ил тод хүргэхийн тулд уламжлалт цаасан болон биет дараалалд суурилсан тогтолцоог халж, эрүүл мэндийн үйлчилгээг цахимжуулах (E-Health), зайн оношилгоог (Telemedicine) нэвтрүүлэхэд чиглэж байна. Хуулиар иргэн цаг товлох, шинжилгээний хариугаа харах, цахим жор бичүүлэх, өвчний түүхээ цахимаар хадгалах эрхээр хангагдсан. Гэсэн хэдий ч, хуулийн энэхүү дэвшилтэт үзэл баримтлал бодит амьдрал дээр хэрэгжихэд дараах хүндрэл, асуудлуудтай нүүр тулж байна.

1. Улсын эмнэлгүүд, өрхийн эрүүл мэндийн төвүүд, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд болон эмийн сангууд өөр өөрийн гэсэн программ хангамжууд (Health info, E-Clinic гэх мэт) ашигладаг. Эдгээр системүүд хоорондоо мэдээлэл солилцдоггүй буюу интеграци хийгдээгүйгээс шалтгаалан иргэний эрүүл мэндийн түүх нэгдсэн нэг бааз дээр цуглардаггүй. Өрхийн эмнэлэгт өгсөн шинжилгээг гуравдугаар шатлалын эмнэлэг системээс харж чадахгүй дахин шинжилгээ шаардах, эсвэл цахим жор нь зарим эмийн санд уншигдахгүй байх зэрэг чирэгдэл үүссээр байна. Энэ нь цахимжилтын цаг, мөнгө хэмнэх үндсэн зорилгыг үнэгүйдүүлж байна.
2. E-Mongolia болон 119 зэрэг платформоор дамжуулан эмнэлгийн цаг олгох үйлчилгээ нэвтэрсэн. Цахим үйлчилгээг ашиглах боломжгүй ахмад настнууд, ухаалаг утас болон интернэтийн хангамж муутай алслагдсан орон нутгийн иргэд эмнэлгийн тусламж авах эрхээ хязгаарлуулах эрсдэл үүссэн. Цахимаар цаг авч чадахгүйгээсээ болоод эмнэлгийн гадаа үүрээр дугаарлах байдал бүрэн арилаагүй байна. Хууль цахимаар эмнэлгийн үйлчилгээ авах боломжийг нээсэн боловч, цахимаар авч чадахгүй иргэнийг хэрхэх тухай зохицуулалт, хувилбарыг орхигдуулсан байна.
3. Ковид-19 цар тахлын үед болон түүнээс хойш утсаар болон цахимаар зөвлөгөө өгөх, зайнаас хянах үйлчилгээ нэлээд нэвтэрсэн. Цахимаар буюу өвчтөнийг биеэр үзээгүй байхдаа онош тавих, эм бичиж өгөх үед алдаа гарвал хариуцлагыг хэн хүлээх вэ гэдэг эрх зүйн нарийвчилсан зохицуулалт хуульд дутмаг байна. Техникийн саатал, интернэтийн тасалдлаас болж мэдээлэл дутуу

очсоноос үүдэн эрүүл мэндийн эрсдэл гарвал үүнийг “эмнэлгийн алдаа” гэж үзэх эсэх нь маргаантай хэвээр байна.

4. Иргэний өвчний түүх, онош, шинжилгээний хариу зэрэг нь маш эмзэг хувийн мэдээлэлд тооцогддог бөгөөд цахим хэлбэрт шилжиж байна. Эмнэлгийн ажилтнууд хүний хувийн мэдээллийг цахим системээс харах эрх хэмжээний хязгаарлалт тодорхой бус байна. Мөн кибер халдлага, мэдээлэл алдагдах эрсдэлээс өвчтөний мэдээллийг хэрхэн хамгаалах системийн аюулгүй байдлын стандартыг Эрүүл мэндийн тухай хуулиар илүү нарийвчлан, чангатгах шаардлагатай байна.

Одоогийн хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй ЭМТХ-ийн 3 дугаар зүйлийн 3.1.17-т “эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл гэж эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарт хөндлөнгийн үнэлгээ хийж, дүгнэлт гаргахыг”, 37 дугаар зүйлийн 37.2-т “Өвчнийг оношлох, эмчлэх, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх шинэ арга, технологийг эмнэл зүйн туршилт явуулсны дараа эмнэлгийн практикт хэрэглэнэ”, мөн зүйлийн 37.4-т “Оношилгоо, эмчилгээний зориулалтаар шинээр гарч байгаа болон био технологи, нано технологи, инновацын технологид суурилсан бүтээгдэхүүн, үйлчилгээнд судалгаа, шинжилгээ явуулах, турших, баталгаажуулах, бүртгэх, мэдээлэх, тусламж, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх үйл ажиллагааг зохицуулах журмыг эрүүл мэндийн болон шинжлэх ухааны асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална” гэж заасан байна. Технологийг зөвхөн явцуу утгаар буюу эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх үйл ажиллагааны арга барил хэмээн ойлгож, үйл ажиллагаагаа явуулж байсан байна.

Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуулийн 9 дүгээр зүйлийн 9.2.2-т “тухайн хүн болон бусдын эрүүл мэндийг хамгаалах, эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх зорилгоор эрүүл мэндийн ажилтан хуульд заасан эрх, үүргээ хэрэгжүүлэх” зорилгоор хүний эмзэг мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглахыг зөвшөөрсөн. Энэ нь эрүүл мэндийн мэдээллийг хүний эзний эмзэг мэдээлэлд хамааруулж, түүнийг цахимаар цуглуулах, боловсруулах, ашиглахад өвчтөнөөс зөвшөөрөл авах, аюулгүй байдлыг хангах хатуу шаардлагыг эрүүл мэндийн байгууллагуудад хүлээлгэсэн байна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 09 сарын 11-ний 330 дугаартай “Журам батлах тухай⁶³” тушаалаар баталсан “Телемедициний үндэсний сүлжээний ажиллах журам”, 2019 оны 08 сарын 15-ны А/385 дугаартай “Журам батлах тухай⁶⁴” тушаалаар баталсан “НҮБ-ын Хүн амын сантай хамтран хэрэгжүүлсэн “Эх, нярайн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд шинэ техник, технологийг нутагшуулах нь” төслийн дэмжлэгтэйгээр нэвтрүүлсэн зайн оношилгоо, эмчилгээний чиглэлээр зөвлөгөө өгөх, үйл ажиллагааны тогтвортой байдлыг хангах зорилгоор “Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чиглэлээр лавлагаа төвөөс эрүүл мэндийн байгууллагуудад зөвлөгөө өгөх журам”-ыг баталсан.

⁶³ Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 09 сарын 11-ний 330 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал, <https://www.moh.gov.mn/uploads/files/04e3d0764db023857dcb6d606cc45730.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

⁶⁴ Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 08 сарын 15-ны А/385 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал, <https://moh.gov.mn/uploads/files/8847efe5f4d9cd7dd2650edc21f5c7d0d53d126a.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

Улсын Хоёрдугаар төв эмнэлэгт 2024 оны 11 дүгээр сард Зайн оношилгооны төв байгуулагдсан бөгөөд УНТЭ, ЭХЭМҮТ, ГССҮТ зэрэг лавлагаа шатлалын эмнэлгүүдийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмч нар зайн оношилгоо, дүгнэлт, зөвлөн туслах үйлчилгээг үзүүлэн ажиллаж байна. Өнгөрсөн 2025 онд 18 аймагт 4352 удаагийн дүрс оношилгооны дүгнэлт, зөвлөх тусламж үйлчилгээг үзүүлсэн.⁶⁵

Улсын гуравдугаар эмнэлэг нь улсын хэмжээнд зүрх судас, мэдрэлийн мэс засал, зүрхний шигдээс, тархины харвалт, дотрын чиглэлээр алсын түргэн тусламжийн үйлчилгээг үзүүлж байна. Алсын зайн оношилгоо, цахим эмнэлгийн тусламж үзүүлэх хүрээнд өнгөрсөн онд 21 аймаг, алслагдсан нэг дүүргээс нийт 626 удаагийн алсын дуудлага хүлээн авсан. Мөн төрөлжсөн мэргэшлийн тусламж үйлчилгээний алсын зайн оношилгоо, цахим эмнэлэг хөтөлбөрийн хүрээнд 594 удаагийн алсын дуудлага хүлээн авч телемедициний тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн байна.⁶⁶

Телемедициний тусламж үйлчилгээ нь өргөн уудам газар нутагтай Монголын нөхцөлд хамгийн тохиромжтой бөгөөд замын түгжрэл, цаг хугацааг хэмнэн яаралтай тусламж, нарийн оношилгоог эдийн засгийн зардал багатай шуурхай үзүүлэх ач холбогдолтой юм.

ДЭМБ-с гаргасан “Эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхэд цахим аргачлалыг нэвтрүүлэх удирдамж”-д хууль тогтоомж ба бодлогод телемедициний үйлчилгээний зохицуулалтыг тусгахдаа эрүүл мэндийн ажилтанд лиценз олгох журам гаргах, эрх зүйн орчныг тодорхой болгох; алсын зайнаас үзүүлэх үйлчилгээний клиник протоколуудыг гаргах; үйл ажиллагааны цар хүрээ өөрчлөгдөхөд түүнд тохируулан хууль, журамд өөрчлөлт оруулах; телемедицинийг одоо байгаа үйлчилгээнд нэгтгэх механизмыг тодорхойлон нөхөн төлбөрийн загварыг тодорхой болгох; телемедицин үйлчилгээний үеэр гаргасан харилцан мэдээлэл солилцооны механизмыг баталгаажуулахыг заасан байна. Мөн телемедициний хууль эрх зүйн зохицуулалтад телемедициний үйлчилгээний аюулгүй байдлыг хангахын тулд мэдээллийг хамгаалах; мэдээллийн нууцлалыг хангах; өгөгдлийг хариуцахтай холбоотой асуудлуудыг шийдвэрлэх тэргүүлэх чиглэлийг баримтлахыг зөвлөсөн байна.

Зүүн Өмнөд Азийн орнуудад буюу Малайз, Сингапур, Индонез, Тайланд, Вьетнамд телемедициний бодлогын баримт бичгүүд ёс зүйн болон эмнэлзүйн асуудалд түлхүү төвлөрсөн байдаг ба уг үйлчилгээг үзүүлэх технологи, платформд нэг их ач холбогдол өгөөгүй байдаг байна. Телемедициний удирдамжийг тухайн оронд нутагшуулахад тодорхой стандартчилал маш чухал. Үүнд нэр томъёо, телемедицинийг ашиглах ба хязгаарлах нөхцлүүд, хууль тогтоомж ба телемедицинийг хэрэгжүүлэх үеийн төлбөр тооцооны асуудлыг тодорхой болгох шаардлагатай гэсэн байна.

Эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээг үзүүлэхдээ өвчтөнд зохистой байдлаар эмчилгээний аюулгүй болон хүчин төгөлдөр байдлыг баталгаажуулах шаардлагатай. Түүнээс гадна эмч нь эмчилгээний аюулгүй болон хүчин төгөлдөр байдлыг хангахдаа хүлээн зөвшөөрөгдсөн эмчилгээний арга дээр суурилж явуулах ёстой. Түүнчлэн, эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээ нь өвчтөн биечлэн шинжилгээ өгөх зэрэгтэй

⁶⁵ https://moh.gov.mn/news/7452?fbclid=IwY2xjawRSI2dleHRuA2FlbQlxMABicmlkETFoNUxsMFdMUUxLb2l2ank5c3J0YwZhcHBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHvb8ytJLn6eDKyGloPUh9t76ANcBGe-40FZU0Q-s6B5HGwnPwm0hnWBiTyW0_aem_6AUsiEXn1CLMHHEqRkkKVQ, Хандсан огноо: 2026.03.22,

⁶⁶ Мөн тэнд,

харьцуулахад, олж авах мэдээллийн хүртээмж нь багасах учраас эмнэлзүйн болон эмчилгээний клиник туршилт зэргээр аюулгүй байдал нь баталгаажаагүй эмчилгээ, үйлчилгээг өвчтөнд үзүүлэх хориотой.

Онлайнаар эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авах нь өвчтөнд ямар давуу болон сул талууд үүсгэхийг сайтар ойлгосны дараа өвчтөн хүлээн зөвшөөрсөн тохиолдолд эмчилгээг явуулах ёстой. Эмчилгээг судалгааны зорилгоор болон эмчийн хувийн эрх ашигт нийцсэн байдлаар явуулж болохгүй.

Эрүүл мэндийн салбарт сүүлийн жилүүдэд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх арга замд эрс өөрчлөлт гарсан бөгөөд хамгийн чухал өөрчлөлтүүдийн нэг нь телемедицинийн өсөлт юм. Ялангуяа COVID-19 тахлын дараах үед телемедицин нь орчин үеийн клиник үйлчилгээний чухал хэсэг болж байна. Энэ нийтлэлд бид телемедицин нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэлбэрийг хэрхэн өөрчилж, ялангуяа алсын зайн хяналт, видео зөвлөгөөнд анхаарлаа хандуулж, эдгээр шинэчлэл нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг илүү хүртээмжтэй, үр ашигтай, зардал багатай болгож байгааг судлах болно.

Телемедицин нь өвчтөнүүдэд гэрээсээ тав тухтай орчинд эмнэлгийн үйлчилгээ авах боломжийг олгож, уламжлалт эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өөрчилж байна. Алсын зайнаас зөвлөгөө өгөх, виртуал зочлох зэргээр өвчтөнүүд эмчид үзүүлэхийн тулд хол зайд явах шаардлагагүй болсон эсвэл олон хүнтэй хүлээлгийн өрөөнд удаан хугацаагаар хүлээх шаардлагагүй болсон. Телемедицин нь өвчтөн болон эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийн аль алинд нь тохиромжтой, уян хатан шийдлийг санал болгож, хурдан оношлох, тусламж үйлчилгээ авах боломжийг олгодог.

Өвчтөнүүдийн хувьд видео эсвэл утсаар ярих замаар эрүүл мэндийн мэргэжилтэнтэй зөвлөлдөх чадвар нь тав тухтай байдлыг ихээхэн нэмэгдүүлдэг. Энэхүү шилжилт нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахад шаардагдах цаг хугацаа, хүчин чармайлтыг бууруулж, өвчтөний ерөнхий туршлагыг сайжруулдаг бөгөөд энэ нь хөдөлгөөний асуудалтай, завгүй хуваарьтай эсвэл алслагдсан бүс нутагт амьдардаг хүмүүст онцгой ач холбогдолтой юм.

Телемедициний хамгийн үр дүнтэй давуу талуудын нэг нь үйлчилгээ муутай болон хөдөө орон нутгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний ялгааг арилгах чадвар юм. Олон бүс нутагт эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдийн хомсдол эсвэл өвчтөн хамгийн ойрын эмнэлэгт хүрэхийн тулд явах ёстой зайн улмаас нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн тусламж авах боломж хязгаарлагдмал байдаг. Телемедицин нь хамгийн алслагдсан байршилд ч гэсэн дижитал платформоор дамжуулан өвчтөнүүдийг эмнэлгийн мэргэжилтнүүдтэй холбох замаар эдгээр саад бэрхшээлийг хөнгөвчилдөг.

Телемедициныг ашигласнаар хөдөө орон нутагт байгаа өвчтөнүүд хол замд явах шаардлагагүйгээр зөвлөгөө авч, дараагийн хяналт, эмчилгээгээ тогтмол хийлгэж, цаг хугацаа, мөнгөө хэмнэдэг. Цаашилбал, энэ нь орон нутгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийн ачааллыг бууруулж, эрүүл мэндийн байнгын асуудалд виртуал тусламж үзүүлэхийн зэрэгцээ биечлэн яаралтай тусламж үзүүлэхэд анхаарлаа хандуулах боломжийг олгодог.

Телемедицин нь өвчтөнүүдэд илүү тохиромжтой төдийгүй эрүүл мэндийн тогтолцоонд илүү үр дүнтэй байдаг. Виртуал зөвлөгөө, алсын зайн хяналтыг идэвхжүүлснээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчид цаг хугацаа, нөөцөө илүү үр дүнтэй удирдах боломжтой. Виртуал айлчлал нь өвчтөний үнэлгээг илүү

хурдан бөгөөд оновчтой болгох боломжийг олгодог бөгөөд энэ нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийг яаралтай тусламж үзүүлэхээс гадна яаралтай тусламж үзүүлэхэд илүү хялбар болгодог.

Нэмж дурдахад телемедицин нь ялангуяа хямралын үед эрүүл мэндийн байгууллагуудын ачааллыг бууруулахад тусалдаг. Эмнэлэг, эмнэлгүүд нөөц бололцоогоо илүү үр дүнтэй хуваарилж, бие махбодийн орон зай, боловсон хүчнийг үнэхээр биечлэн тусламж авах шаардлагатай өвчтөнүүдэд чиглүүлж, бусад тохиолдлыг алсаас удирдаж чаддаг. Энэхүү арга нь шаардлагагүй айлчлал, захиргааны зардал, эмнэлгийн хэрэгслийн хэрэглээг багасгах замаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний нийт зардлыг бууруулахад тусалдаг.

Телемедициний өөр нэг гол бүрэлдэхүүн хэсэг бол алсын зайн хяналт бөгөөд энэ нь дижитал хэрэгслийг ашиглан өвчтөний эрүүл мэндийн байдлыг бодит цаг хугацаанд хянах явдал юм. Чихрийн шижин, цусны даралт ихсэх, зүрхний өвчин зэрэг архаг өвчтэй өвчтөнүүдийн хувьд алсын зайн хяналт нь амин чухал шинж тэмдэг, шинж тэмдэг, эм хэрэглэхийг тасралтгүй хянах боломжийг олгодог. Энэхүү байнгын тандалт нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдэд болзошгүй асуудлуудыг эрт илрүүлэхэд тусалдаг бөгөөд нөхцөл байдал муудахаас өмнө хөндлөнгөөс оролцоход хялбар болгодог.

Өвчтөнүүдийг алсаас тогтмол хянах замаар эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд хувь хүний эмчилгээний төлөвлөгөөг санал болгож, шаардлагатай бол тохируулга хийж, өвчтөний үр дүнг сайжруулах боломжтой. Зүүдэг төхөөрөмж, гар утасны аппликейшн, холбогдсон эрүүл мэндийн төхөөрөмж зэрэг алсаас хянах хэрэгслүүд нь өвчтөнүүдэд өөрсдийн эрүүл мэндийг удирдахад илүү идэвхтэй үүрэг гүйцэтгэх боломжийг олгож, улмаар эрүүл амьдралын хэв маяг, өвчний менежментийг сайжруулахад хүргэдэг.

Телемедицин нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх арга барилд хувьсгал хийж, өвчтөний тав тухыг сайжруулж, тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үр ашгийг оновчтой болгох олон давуу талыг санал болгож байна. Аялал жуулчлалын цаг, хүлээлгийн хугацааг багасгахаас эхлээд алслагдсан бүс нутагт эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг сайжруулах, өвчтөний оролцоог дэмжих хүртэл орчин үеийн эмнэлзүйн үйлчилгээнд телемедицин чухал үүрэг гүйцэтгэж байна.⁶⁷

Эрүүл мэндийн цахим мэдээллийн сан буюу H-Info, E-Health зэрэг системүүдээр дамжуулан иргэний эрүүл мэндийн түүх, оношилгоо, шинжилгээний мэдээллийг цахим хэлбэрт шилжүүлж, эмнэлэг хооронд солилцож байгаа нь Tele-health-ын дэд бүтэц юм.

Одоогийн байдлаар Монгол Улсад “дижитал эрүүл мэнд”-ийн талаар бие даасан хуулийн зохицуулалт байхгүй ч Эрүүл мэндийн сайдын баталсан 2 журам болон Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуульд заасны дагуу өвчтний мэдээллийг ашиглан зайн оношилгоо, эмчилгээ хийж байна. Гэвч телемедициний харилцаан дахь өвчтөний эрх, эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчийн тусгай зөвшөөрөл, телемедицин дэх хувийн мэдээллийг хамгаалах, нууцлал зэрэг нь хүний эмзэг мэдээлэл учир нь журмаар зохицуулах нь хангалтгүй бөгөөд хуульд нарийвчлан оруулж, тусгайлан зохицуулах шаардлагатай байна. Мөн Цахим жор, телемедицин зэрэг хиймэл оюун ухаанд

⁶⁷ Телемедициний үйлчилгээ: Уламжлалт эрүүл мэндийн загварыг өөрчлөх, <https://www.clinicservicecenter.com/mn/news/telemedicine-services-transforming-the-traditional-healthcare-model/>, Хандсан огноо: 2026.03.22,

суурилсан оношилгоо хэдийнээ нэвтэрсэн боловч үүнийг зохицуулах нарийвчилсан хууль тогтоомж байхгүй байна. Хүний эрүүл мэндийн эмзэг мэдээлэл нь хувийн хэвшлийн болон бусад бүртгэлтгүй серверт ямар ч хараа хяналтгүй хадгалагдаж, өвчтөний хувийн нууц алдагдах эрсдэлтэй байна.

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол 4. Эрүүл мэндийн салбарын салбар дундын хамтын ажиллагаатай холбоотой асуудал, практик хэрэгжилтийн талаар

Эрүүл мэндийн салбарын салбар дундын хамтын ажиллагаа нь бүх нийтийн бодлогод эрүүл мэнд буюу Health in All Policies хэмээх ойлголт нь орчин үеийн нийгмийн эрүүл мэндийн хамгийн тулгуур ойлголт юм. Хүн амын эрүүл мэнд нь зөвхөн эмнэлэг, эрүүл мэндийн яамны асуудал бус, харин боловсрол, байгаль орчин, дэд бүтэц, хөдөө аж ахуй, хувийн хэвшил зэрэг бусад бүх салбарын оролцооноос шалтгаалдаг. Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.1, 37.4, 45.1.2 дахь хэсгүүд нь эрүүл мэндийн салбар дундын хамтын ажиллагааг хөгжүүлэх, өргөжүүлэх эрх зүйн орчныг бүрдүүлдэг.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.1 дэх хэсэг нь эрүүл мэндийн асуудлаар салбар дундын хамтын ажиллагааг уялдуулан зохицуулах үүрэг бүхий бүтцүүд буюу нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний зөвлөл, орон нутгийн зөвлөлийн чиг үүргийг тодорхойлж, төрийн бусад байгууллагууд эрүүл мэндийн бодлогыг өөрсдийн үйл ажиллагаанд хэрхэн тусгах суурийг тавьж байна. Мөн хуулийн 37.4 дэх хэсэг нь оношилгоо, эмчилгээний зориулалтаар шинээр гарч байгаа болон био технологи, нано технологи, инновацын технологид суурилсан бүтээгдэхүүн, үйлчилгээнд судалгаа, шинжилгээ явуулах, турших, баталгаажуулах, бүртгэх, мэдээлэх, тусламж, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх үйл ажиллагааг зохицуулах асуудлыг Засгийн газрын гишүүд хамтран журам баталж шийдвэрлэх талаар заасан. Хуулийн 45.1.2 дахь хэсэг нь иргэн, хуулийн этгээд нь өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл ахуйн шаардлага хангасан, аюулгүй орчин бүрдүүлэх чиглэлээр эрүүл мэндийн байгууллага болон холбогдох бусад байгууллагатай хамтран ажиллах үүргийг хуульчилсан.

Эрүүл мэнд бол зөвхөн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн асуудал гэх өрөөсгөл хандлага нийгэмд ажиглагдаж байна. Бусад салбарын яамд, агентлагууд (жишээ нь: Зам тээвэр, Барилга, Боловсрол) өөрсдийн бодлого, шийдвэр нь хүн амын эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлөх “Эрүүл мэндийн нөлөөллийн үнэлгээ” хийдэггүй. Үүнээс болж агаарын бохирдол, замын түгжрэл, сургуулийн орчин дахь эрүүл бус хооллолт зэрэг нь нийгмийн эрүүл мэндийн хямралыг өдөөсөөр байна. Хуулийн 37.4 болон 45.1.2-т заасан үүргээ биелүүлээгүй, ажилтны эрүүл мэндийг дэмжих төсөв батлаагүй аж ахуйн нэгжид тооцох хариуцлагын тогтолцоо тодорхой бус байна.

Дээр дурдсанчлан нийгмийн эрүүл мэнд гэж Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль болон ДЭМБ-ын тодорхойлсноор хүн, байгаль, нийгмийн зохицлыг хангаснаар хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих, өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл, аюулгүй амьдрах орчин бүрдүүлэх чиглэлээр хувь хүн, хамт олон, байгууллага, салбар хоорондын зохицуулалттай, судалгааны үр дүн, нотолгоонд суурилсан нийтээр хэрэгжүүлэх цогц арга хэмжээг хэлдэг. Өөрөөр хэлбэл нийгмийн эрүүл мэндийн асуудал нь салбар дундын хамтын цогц үйл ажиллагаанд үндэслэсэн өргөн хүрээний ойлголт юм.

Нийгмийн эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих, бэхжүүлэхэд салбар дундын хамтын ажиллагааг бэхжүүлэх нь нэн чухал юм. Эрүүл мэндийн яам болон аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь салбар дундын хамтын ажиллагааг бэхжүүлэх, өргөжүүлэх зорилгоор ДЭМБ-аас дэвшүүлсэн бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт буюу хэнийг ч орхигдуулахгүй байх зарчмын хүрээнд засаг захиргааны төрийн болон төрийн бус байгууллагуудтай идэвхтэй уулзалт, хэлэлцүүлэг зохион байгуулдаг.

Одоогоор эрүүл мэндийн салбар дундын хамтын ажиллагаа нь салбарын асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагуудын удирдах албан тушаалтан буюу сайд нар хамтран тушаал баталж, түүний хэрэгжилтэд хяналт тавих байдлаар ажиллаж байна. Тухайлбал, хүн, мал амьтан, ургамал болон хүрээлэн буй орчны газар нутгийн давхцалд эрүүл мэндэд учирч болзошгүй аюулаас урьдчилан сэргийлэх, бууруулахад чиглэсэн “Нэг эрүүл мэнд” хөтөлбөрийн хүрээнд:

Эрүүл Мэнд, ХХААХҮ-ийн сайд нарын 2010 оны 45/36 тоот тушаалаар “Зоонозын халдварт өвчний хүн, мал эмнэлгийн салбар хоорондын мэдээ, мэдээлэл солилцох журам”-ыг баталсан ба “Нэг эрүүл мэнд”-ийн эх суурь тавигдсан. Байгалийн голомтын тандалт судалгаа хийх эхлэл тавигдсан.⁶⁸

Эрүүл мэнд, хүнс, хөдөө аж ахуй, хөнгөн үйлдвэрийн сайдын хамтарсан 2012 оны 147/А75 тушаалаар “Салбар хоорондын ажлын хэсэг” батлагдсан байгуулагдаж “Хүн амын дунд зоонозын тандалт Хүн, мал эмнэлгийн хамтарсан тандалт судалгаа, 2008-2014”⁶⁹ хийсэн.

Эрүүл мэнд, Хүнс хөдөө аж ахуйн сайдын хамтарсан 2013 оны 498/А-148 дугаар тушаалаар “Салбар хоорондын зөвлөл” байгуулагдаж, Хүн, мал эмнэлгийн салбар зөвлөлийг аймаг, суманд байгуулсан, 2012 Хүн, мал эмнэлгийн салбарын тэргүүлэх чиглэлийн өвчнийг аймаг бүрд тогтоосон.⁷⁰

Монгол улсын Шадар сайдын 2017 оны 08 дугаар тушаалаар батлагдсан “Салбар хоорондын зохицуулалт”, Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 12 сарын 13-ны өдрийн А/508 дугаар “Шуурхай мэдээлэл, тохиолдлын удирдлагын тогтолцооны талаар авах зарим арга хэмжээний тухай” тушаал⁷¹ нь Шуурхай удирдлагын нэгж 9 салбарын 20 орчим байгууллагын хамтын ажиллагааг хангасан хамтын ажиллагааны зохицуулалт болсон.

Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 10 сарын 31-ний өдрийн А/528 дугаар “Халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээний 2022-2025 оны төлөвлөгөө батлах тухай”⁷² тушаал, Монгол улсын Шадар сайдын 2023 оны 04 сарын 24-ний 28

⁶⁸ “Нэг эрүүл мэнд” ба салбар хоорондын хамтын ажиллагаа, https://rr-asia.woah.org/app/uploads/2024/10/2_5-Mon_OH-initiatives-in-Mongolia_HUMAN.pdf, Хандсан огноо: 2026.03.22,

⁶⁹ Мөн тэнд,

⁷⁰ Мөн тэнд,

⁷¹ Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 12 сарын 13-ны өдрийн А/508 дугаар “Шуурхай мэдээлэл, тохиолдлын удирдлагын тогтолцооны талаар авах зарим арга хэмжээний тухай” тушаал <https://www.moh.gov.mn/uploads/files/6e294f494080610d181ef068073e4fbbd5daf636.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.23,

⁷² Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 10 сарын 31-ний өдрийн А/528 дугаар “Халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээний 2022-2025 оны төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал, <https://moh.gov.mn/uploads/files/30bb17fc28a7522f7f8647e099ea86908239257d.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.23,

дугаар “Журам шинэчлэн батлах тухай”⁷³ тушаалуудаар Зоонозийн өвчин судлалын үндэсний төвийн салбар дундын хамтын ажиллагаа явагдаж байна.

Одоогийн байдлаар мал, амьтны гаралтай халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, түүнийг бууруулахтай холбоотой салбар дундын хамтын ажиллагаа нь НҮБ, бусад төрийн захиргааны төв байгууллагуудтай хамтран гаргасан тушаал хэлбэрээр явагдаж байна. Гэвч салбар дундын хамтын ажиллагаа нь дан ганц хамтарсан тушаал гаргах хэлбэрээр хэрэгжиж, үйл ажиллагаагаа явуулах нь хангалтгүй юм.

Хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй ЭМТХ-д салбар дундын хамтын ажиллагааны тодорхой зохицуулалт байхгүй байна. Иргэний эрх, үүргийн бүлэгт иргэдийн оролцоог дурдсан боловч бусад яамдтай хэрхэн хамтарч ажиллах хамтын ажиллагааны механизмын зохицуулалт байхгүй байна. Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний зөвлөл, салбар хоорондын уялдааг хангах байгуулга байгуулах, ямар зарчмаар ажиллах зэрэг зарчмыг хуульд нарийвчлан зааж өгөөгүй байна.

Салбар дундын хамтын ажиллагаа нь Health in All Policies (HiAP) буюу бүх салбарын бодлого, шийдвэр гаргалтад эрүүл мэндийн нөлөөллийг системтэй тусгах засаглалын хандлага⁷⁴ дээр суурилдаг.

Эрүүл мэндийн салбар дундын хамтын ажиллагаа нь зөвхөн сайд нарын хамтарсан тушаал эсхүл санамж бичгээр явж байгаа нь практикт үр дүнд хүрэхгүй байна. Жишээ нь, сургуулийн орчин дахь хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудал дээр Боловсролын яам “эрүүл мэндийн асуудал” гэж, Эрүүл мэндийн яам “сургуулийн орчны асуудал” гэж бие бие рүүгээ түлхэх эрсдэлтэй байна. Уг асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд хуульд салбар тус бүрийн хүлээх чиг үүрэг, шийдвэр гаргах эрх хэмжээг тодорхой зааж өгснөөр эрх бүхий албан тушаалтнууд хуулиар хүлээсэн үүргээ биелүүлж, ажлын гүйцэтгэл нь хууль тогтоомжийн дагуу үнэлэгддэг болохоор байна.

Мөн Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуулиар эрүүл мэндийн мэдээлэл нь хүний эмзэг мэдээлэл бөгөөд салбар хоорондоо хүний хувийн мэдээллийг дур мэдэн солилцож болохгүй. Эрүүл мэндийн тухай хуульд салбар дундын мэдээлэл солилцох зөвшөөрөл, нууцлалын стандартыг нарийвчлан тусгаснаар “Tele-health” болон телемедицин хууль ёсны дагуу хийх боломж бүрдэнэ.

Түүнчлэн салбар дундын хамтын ажиллагааг хуулиар зохицуулснаар “Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль” болон “Эрүүл мэндийн тухай хууль” уялдаа, холбоотой хэрэгжихэд хамгийн том түлхэц, тулгуур болж өгнө.

Салбар дундын хамтын ажиллагааг хуульд нарийвчлан зохицуулж өгөх явдал нь ердийн нэг зохион байгуулалтын асуудал биш, харин Захиргааны эрх зүйн хүрээнд төрийн байгууллагуудын хоорондын эрх мэдлийн тэнцвэр, нөөцийн хуваарилалт болон иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах үндсэн эрхийг хангах “Хууль дээдлэх ёс”-ны хэрэгжилтийн асуудал юм. Иймд салбар дундын хамтын ажиллагааг хуулиар нарийвчлан зохицуулах эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх шаардлагатай байна.

⁷³ Шадар сайдын 2023 оны 04 сарын 24-ний өдрийн 28 дугаартай “Журам шинэчлэн батлах тухай тушаал”, <https://cdn.greensoft.mn/uploads/users/5112/files/%D0%A8%D0%A1-%D1%8B%D0%BD%2028-%D1%80%20%D1%82%D1%83%D1%88%D0%B0%D0%B0%D0%BB.pdf>, Хандсан огноо: 2026.03.23,

⁷⁴ Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities, <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>, Хандсан огноо: 2026.03.24,

3.3.“Харилцан уялдаатай байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлсэн байдал

Хуулийн 43.2.7 дахь хэсэг эмнэлгийн яаралтай тусламжаас бусад эмнэлгийн тусламжийг өрх, сум, тосгон, сум дундын эрүүл мэндийн байгууллагын ерөнхий мэргэжлийн эмчийн илгээх бичгээр авах, эсхүл бичгийг цахим хэлбэрээр авах буюу Иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авахтай холбоотой асуудал

Шалгуур үзүүлэлтийн томъёолол. Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцааг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагууд баталсан журам нь харилцан уялдаж буй эсэх

Засгийн газрын 2024 оны 03 сарын 06 өдрийн 100 дугаартай “Журам батлах тухай” тогтоолоор “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журам⁷⁵”-ыг баталсан. Мөн Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай “Журам шаардлага шинэчлэн батлах тухай” хамтарсан тушаалаар⁷⁶ “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлага”-ыг нэгдүгээр, “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журам”-ыг хоёрдугаар хавсралтаар тус тус баталж, уг журмуудаар “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцаа”-г зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журамд заасны дагуу эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, түүний харьяа төрийн захиргааны байгууллага, мэдээлэл хариуцагч нь нэгдсэн санг мэдээлэл солилцооны системээр дамжуулан ашиглана. Бүртгэлийн маягт, заавар, эрүүл мэндийн үзүүлэлт тооцох аргачлалыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага батална. Мэдээлэл хариуцагч нь хүний хувийн мэдээллийг анх удаа цуглуулахад болон мэдээлэл хариуцагч хооронд мэдээлэл дамжуулахдаа мэдээллийн эзнээс Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуульд заасны дагуу зөвшөөрөл авна. Мэдээлэл хариуцагч дараах тохиолдолд мэдэгдэл хүргэх системээр дамжуулан мэдээллийн эзэнд мэдэгдэл хүргэнэ:

⁷⁵ Засгийн газрын 2024 оны 03 сарын 06 өдрийн 100 дугаартай “Журам батлах тухай” тогтоол, <https://legalinfo.mn/mn/claw/17089589971371/1711099604234462>, Хандсан огноо: 2026.03.25,

⁷⁶ Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай “Журам шаардлага шинэчлэн батлах тухай” хамтарсан тушаал, <https://legalinfo.mn/mn/claw/17431252533582/1747201425149291>, Хандсан огноо: 2026.03.25,

- Мэдээллийн эзэн зөвшөөрөл өгсөн;
- Энэ журамд заасан мэдээлэл солилцооны системд мэдээлэл дамжуулсан;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн болон цаг товлох үйлчилгээний талаар;
- Мэдээллийн эзэнд үзүүлсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлын төлбөрийг Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас төлүүлэхээр мэдээллийг нь илгээсэн бол;
- Гуравдагч этгээдэд дамжуулсан талаар;
- Хуульд заасан бусад.
- Энэ журамд заасан мэдээллийн санг бүрдүүлэхдээ төрийн мэдээлэл солилцооны үндсэн систем, эсхүл мэдээлэл солилцооны системээс олж авах боломжтой мэдээллийг давхардуулж бүрдүүлэхгүй;

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь нэгдсэн сангийн бүтэц, мэдээлэл солилцооны системд өөрчлөлт оруулах бол өөрчлөлтийн тухай мэдээллийг ажлын 5-аас доошгүй хоногийн өмнө мэдээлэл хариуцагч, программ хангамж хөгжүүлэгч байгууллагуудад мэдэгдэнэ. Программ хангамж хөгжүүлэгч нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид өөрчлөлт оруулахдаа холбогдох туршилтыг хийж, амжилттай болсны дараа ажлын 5-аас доошгүй хоногийн өмнө өөрчлөлтийн тухай мэдээлэл, зааврыг мэдээлэл хариуцагчид хүргүүлнэ. Программ хангамж хөгжүүлэгч нь мэдээлэл хариуцагчтай байгуулсан үйлчилгээ үзүүлэх гэрээнд зааснаас бусад зорилгоор мэдээллийг боловсруулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд дамжуулахыг хориглодог.

Эрүүл мэндийн салбарын цахимжилт нь иргэдэд учрах чирэгдлийг бууруулах, эрүүл мэндийн нэгдсэн бодлого, шийдвэрт эергээр нөлөөлөх чухал ач холбогдолтой. 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайд, Эрүүл мэндийн сайдын хамтарсан тушаалаар “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журам”, “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журам”-ыг баталсан. Эдгээр журмууд батлагдсанаар эрүүл мэндийн нэгдсэн мэдээллийн сан бүрдүүлэх, “ХУР” системээр дамжуулан Үндэсний дата төв болон И-Монголиа системтэй мэдээллийг саадгүй солилцох, нууцлал аюулгүй байдлыг хангах эрх зүйн үндэс бүрдэж байгаа юм. Ингэснээр төрийн болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн 4,500 орчим байгууллагад жилд үзүүлдэг амбулаторийн 20 сая гаруй үзлэг, хэвтүүлэн эмчлэхийн нэг сая гаруй эмчилгээ үйлчилгээг бүртгэж, хувь хүний эрүүл мэндийн дуу, дүрс бүхий өгөгдлийг нэг дор нэгтгэн, цаг хугацаа, орон зайнаас үл хамаарч мэдээлэл солилцох боломжтой болсон.

Түүнчлэн иргэд цахим жор, амбулатори, жирэмсний хяналт, хүүхдийн ягаан дэвтэр, дархлаажуулалт, дүрс оношилгоо, лабораторийн хариуг И-Монголиа-гаар дамжуулан авах боломж бүрдсэн юм.

Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайд Н.Учрал “Эрүүл мэндийн салбарын цахимжилт бол салбарын мэдээлэл солилцох журам дээр үндэслэн иргэдэд хүрнэ. Мэдээлэл солилцох журмыг гаргаад тухайн программ хангамжид тавигдах стандарт шаардлагуудыг биелүүлвэл хувийн хэвшлээс хэрэгжүүлж байгаа системийг ч ашиглаж болох эрх чөлөөг нь нээж өгсөн. Ингэснээр эрүүл мэндийн салбарын цахимжилт иргэдийн амьдрал ахуйд шууд нөлөөлж, ая тухтай амьдрах, төрийн үйлчилгээг хүнд сурталгүй хүлээж авах нөхцөл бүрдэж байна. Цахимжилттай холбоотой бүхий л

мэдээлэл буюу их өгөгдлийг нэгтгэж чадсанаар цаашид эрүүл мэндийн салбар их өгөгдөлд суурилсан урьдчилан сэргийлэх бодлого, шийдвэр гарах боломжтой⁷⁷” гэсэн.

2025 оны 06 сарын 26-ны өдөр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвөөс Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.10-д заасны дагуу Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын хамтарсан А/130, А/58 дугаар “Журам шаардлага, шинэчлэн батлах тухай” тушаалыг хэрэгжүүлэх ажлыг эхлүүлсэн байна.⁷⁸ Тус төвд Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамж хөгжүүлэгч 5 байгууллагаас хөгжүүлсэн программ хангамжаа үнэлүүлэхээр хүсэлт ирсний дагуу программ хангамжаа үнэлэх ажлын хэсгийн нэгдүгээр хурлыг зохион байгуулсан байна.

Энэхүү хурлаар хүсэлт ирүүлсэн Икlinik ХХК-ийн E-clinic систем, Вингс ХХК-ийн Wings систем, Метронэтворкс ХХК-ийн E-Health систем, Гандо софт ХХК-ийн TelMed систем, Бат Инкомме ХХК-ийн Өрх систем хөгжүүлсэн программ хангамжуудад тушаалын нэгдүгээр хавсралтад заасан шаардлагын дагуу үнэлж программ хангамж хөгжүүлэгч байгууллагуудад зөвлөмжийг өгч ажилласан байна.

Ийнхүү E-Health системийг хэрэглэж буй эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдээс уг системийн талаар тодруулахад:

E-Health систем эрүүл мэндийн байгууллага буюу эмнэлгээр үйлчлүүлэгч өвчтөнүүдийг эмзэг их хэмжээний мэдээллийг өөртөө агуулж байдаг. Иймээс уг системд нууцлал, баталгаа, хамгаалалт маш чухал юм. Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журам болон Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлага, Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журмууд нь маш сайн боловсруулагдсан байгаа хэдий ч практик хэрэгжилтэд дээр дурдсан уялдаа, холбоо, хамгаалалтын асуудал хэрэглэгч буюу эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдэд тулгамдаж байна. Мөн үйлчлүүлэгч буюу хувийн мэдээллээ даатгагч иргэдийн мэдээлэл найдвартай, баталгаатай хамгаалагдаж буй эсэх нь эргэлзээтэй байна.

Иймээс системийн аюулгүй байдал, серверийг сайжруулж эмнэлгийн тусламж, үйлчлүүлэгч авагч иргэдийн эмзэг мэдээллийн аюулгүй байдлыг хамгаалж, эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн техник, технологид зарцуулах цаг хугацааг багасгах шаардлагатай байна. Ингэснээр иргэд улсын эмнэлгийн системийн аюулгүй байдалд итгэж, найдвартайгаар эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авч, эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн өвчтөн, эмчлүүлэгчдээ чанартай цаг гарган, эмчилгээ, оношилгоогоо хийх ач холбогдолтой юм.

Эрүүл мэндийн сайд 2025 оны 10 дугаар сарын 10-ны өдрийн А/379 дүгээр “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээний төлөвлөгөө батлах тухай” тушаалын нэгдүгээр хавсралтаар “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээ⁷⁹”-г баталсан. Уг Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээний зорилт нь “Эмнэлгийн

⁷⁷ Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайд Н.Учралын 2024 оны 05 сарын 06-ны өдрийн Төрөөс баримталж буй бодлого чиглэлийг эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдад танилцуулах “Төрийн бүтээмжийн сэргэлт-цахим эрүүл мэнд” сургалт дээр тавьсан илтгэлийн хэсгээс,

⁷⁸ <https://www.hdc.gov.mn/post/1722/>

⁷⁹ Эрүүл мэндийн сайдын 2025 оны 10 дугаар сарын 10-ны өдрийн А/379 дүгээр “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээний төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал. <https://moh.gov.mn/uploads/files/e5f0f3cab5ed3ea2863a5cad0933f3ba734a7bb2.pdf>. Хандсан огноо: 2026.03.19,

мэргэжилтэн бэлтгэх тогтолцоог эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хэрэгцээтэй уялдуулах; Эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжлийг дэмжиж, мэргэжлийн ур чадварыг тасралтгүй дээшлүүлэх; Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн баталгааг хангах дэмжлэгт орчныг сайжруулж, сэтгэл ханамжийг нэмэгдүүлэх; Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй, хандлагыг сайжруулах” гэжээ. Гэвч эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг яаж, хэрхэн, ямар аргаар дэмжих вэ гэдэг нь хэт ерөнхий, тодорхой бус байна.

ДӨРӨВ. ЭРХ ЗҮЙН ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ХАРЬЦУУЛСАН СУДАЛГАА

4.1. Эм зүйн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой олон улсын туршлага

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн зохицуулалт нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чанар, хүртээмж, аюулгүй байдалд нөлөөлдөг тул улс орнуудад хууль эрх зүйн зохицуулалт, хяналтын механизмыг олон түвшинд амжилттай хэрэгжүүлж байна. Эмийн зах зээл, эмнэлгийн хэрэгслийн зохицуулалтыг Япон, Канад, Эстони зэрэг улсуудын туршлагаар тусгай хууль тогтоомж, мэргэжлийн байгууллагуудын хяналт, стандартын үндсэн дээр хэрэгжүүлэх нь үр дүнтэй болох нь харагдаж байна. Жишээлбэл, Японд эмийн хангамж, хэрэгслийн ашиглалтыг нарийвчлан хуульчилж, эмч бүрийг мэргэжлийн хариуцлагын даатгалд хамруулан үйлчилгээний аюулгүй байдал дэмжигддэг нь онцлох үр дүнтэй арга хэмжээ юм. Эстони улсад цахим бүртгэл, цахим жор зэрэг дижитал шийдлийг нэвтрүүлснээр хэрэглэгчдэд чиглэсэн ил тод байдлыг сайжруулж, хүн амыг хүртээмжтэй, тогтвортой үйлчилгээгээр хангахад дэмжлэг үзүүлсэн байна.⁸⁰

Японд эмийн үйлдвэрлэлээс эхлээд хэрэглээнд хүрэх хүртэлх бүх шат дамжлагыг хатуу хяналтаар хэрэгжүүлэх тогтолцоог нэвтрүүлж, эмч бүрийг эмнэлгийн ослын хариуцлагын даатгалд хамруулах нь тус улсын онцлог юм.

Биологийн эмийн бүтэц, баталгаажуулалтын асуудал нь олон улсын зах зээлийн бодлого, бүртгэлийн журам, үйлдвэрлэгчийн хариуцлага зэрэгтэй холбоотой бөгөөд хэрэглэгчийн аюулгүй байдал, хүртээмжийг оновчтой хангах ёстойг судлаачид онцолсон байна. Эстони болон бусад өндөр хөгжилтэй улсуудын туршлагаас харахад эмийн бүртгэл, хяналтын үйл явцыг дижитал шийдэлд суурилуулж, мэдээллийн ил тод байдлыг хангах нь эмийн аюулгүй байдлыг сайжруулах, санхүүгийн үр ашигтай байдлыг нэмэгдүүлэхэд чухал үүрэгтэйг нотолж байна.⁸¹

4.2. Эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоотой холбоотой олон улсын туршлага

Эрүүл мэндийн салбарын эрх зүйн зохицуулалтын орчин нь үйлчилгээний чанар, хүртээмжтэй байдал, мөн тогтвортой байдлыг тодорхойлогч гол хүчин зүйл болох нь дамжиггүй. Улс орнуудын хууль эрх зүйн тогтолцоог харьцуулан судлахын тулд энэхүү хэсэгт Монгол Улсын өнөөгийн нөхцөл байдал болон цаашид хэрэгжүүлэх боломжтой эрх зүйн шинэчлэлийн чиглэлүүдийг олон улсын жишигтэй уялдуулан авч үзэхээр төлөвлөж байна. Энэхүү судалгаа нь Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоог дэлхийн шилдэг туршлага, олон улсын зөвлөмжүүдтэй нягт уялдуулан хөгжүүлэхэд чухал үндэслэл болох юм.

Эрүүл мэндийн салбарын эрх зүйн орчин нь тухайн тогтолцооны үр ашиг, хүртээмжтэй байдал, мөн тогтвортой байдлыг хангахад чухал үндэс суурь болдог. Энэ хэсэгт Үндсэн хуульд заасан эрүүл мэндийн эрхийн баталгаа болон төрийн хүлээх үүрэг, хариуцлагыг эрх зүйн хүрээнд хэрхэн зохицуулж байгааг тодотгон авч үзэж, Монгол Улсын хөгжлийн тулгамдсан асуудлууд болон цаашид дэвшүүлэх

⁸⁰ Mariana Mazzucato, Rainer Kattel “COVID-19 and public-sector capacity”, https://ideas.repec.org/a/oup/oxford/v36y2020isupplement_1ps256-s269..html, Хандсан огноо: 2026.04.07,

⁸¹ Мөн тэнд,

зорилтуудтай уялдуулан тайлбарлах болно. Мөн эдгээр зохицуулалтын өнөөгийн хэрэгжилт, олон улсын жишигт нийцүүлэн хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн үндэсний хандлагыг тодорхойлох зорилготой юм.

Төрийн эрх үүрэг, хариуцлага нь эрүүл мэндийн салбарын үр дүн, хүртээмж, чанарыг сайжруулахад чухал нөлөө үзүүлдэг бөгөөд өндөр хөгжилтэй улс орнууд энэ асуудлыг Үндсэн хууль болон бусад хууль тогтоомждоо тусган зохицуулдаг. Япон, Финлянд, Канад зэрэг улсын туршлагаас харахад, төрийн үүрэг хариуцлагыг хуулиар тодорхой болгох нь стратегийн удирдлага, санхүүжилт, чанарын хяналтыг урт хугацаанд тогтвортой байлгах боломжийг бүрдүүлдэг. Эдгээр улсад эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах хөрөнгийг төрөөс баталгаажуулж, хяналт зохицуулалтыг үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд эрх зүйн орчин гол үүрэг гүйцэтгэдэг (Jones, 2022; Siddiqi et al., 2009).

Төрөөс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг хангах үүргийг хуулиар хүлээх нь өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах үр дүнтэй арга болохыг судалгаа харуулж байна. Жишээлбэл, Канадад стратегийн удирдлага, иргэдийн оролцоог хангасан эрх зүйн орчин нь даатгалын хамрах хүрээ, хүний нөөц, санхүүгийн менежментийн уялдааг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой (Siddiqi et al., 2009). Харин АНУ-ын хувьд эрх зүйн зохицуулалт хангалтгүй байгаа нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардлыг өсгөж, хүртээмжийг бууруулсан гэж судлаачид дүгнэжээ (Bloche, 2003).

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүрээ, санхүүжилтийн тогтвортой байдлыг төр хариуцдаг улс орнуудад ил тод байдал, нийгмийн зөвшилцлийн зарчимд тулгуурласан засаглал нь үйлчилгээний чанарыг сайжруулах боломжийг олгодог болохыг олон улсын судалгаагаар тогтоосон. Финлянд, Канад зэрэг улс орнуудад мэргэжлийн чанарын баталгаажуулалтын механизмыг хууль эрх зүйн хүрээнд хэрэгжүүлснээр тусламж үйлчилгээний хүртээмж, үр дүнг өндөр түвшинд хадгалж чадсан байна (Cotet et al., 2012). Гэсэн хэдий ч, мэргэжлийн хяналтын журам хэтэрхий төвөгтэй болсноос үүдэн хүртээмжийг бууруулах эрсдэлтэй гэж үздэг судалгаа бий.

Төрийн засаглалын ил тод байдал, олон нийтэд нээлттэй, хариуцлагатай байх зарчим нь эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнд шууд нөлөөлдөг. Ялангуяа хөгжиж буй орнуудад төрийн засаглалын хяналт сул байгаагаас үйлчилгээний тасалдал, санхүүгийн үр ашиггүй байдал, иргэдийн итгэл буурах зэрэг сөрөг үр дагавар илэрдэг (Siddiqi et al., 2009). Иймд зөв засаглал, хяналтыг хангах олон улсын стандартыг хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн салбарын засаглалд төрийн үүрэг, хариуцлагыг тодорхой болгох нь стратегийн шийдвэр гаргалт, нөөцийн оновчтой хуваарилалт, даатгалын хамрах хүрээ, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад чухал нөлөөтэй. Жишээлбэл, Япон, Финлянд, Канад зэрэг улсын амжилт нь эрүүл мэндийн салбар хоорондын уялдааг эрх зүйн хүрээнд сайжруулсантай холбоотой. Монгол Улсын хувьд төрийн үүрэг, хариуцлагыг оновчтой тодорхойлох, олон улсын туршлагыг нэвтрүүлэх, эрх зүйн орчны уялдааг хангах шаардлагатай байгааг судалгаагаар онцолж байна (Jones, 2022; Siddiqi et al., 2009).

Эрүүл мэндийн тусламжийг иргэдэд хүртээмжтэй, чанартай хүргэхийн тулд төрийн үүрэг, хариуцлагыг тодорхой болгох нь Монгол Улсын хөгжилд чухал ахиц дэвшил авчрах болно.

Эрүүл мэндийн засаглал ба удирдлагын бүтэц нь эрүүл мэндийн тогтолцооны амжилт, үр дүнд шууд нөлөөлөх чухал элемент бөгөөд энэ нь улс орон бүрийн эрх зүйн

зохицуулалт, засаг захиргааны онцлогоос хамаарч өөр, өөр байдаг. Төвлөрсөн удирдлагын тогтолцоо үйлчилгээний хүртээмжид хэрхэн сөрөг нөлөөлж байгааг судалгаагаар харуулах боломжтой бөгөөд хөгжиж буй орнуудад хяналт шалгалтаа сайжруулж үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх нь ихээхэн ач холбогдолтой.

Засаглалын загвар, эрх мэдлийн хуваарилалт нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, чанарт төдийгүй эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бүтэц, хяналт шалгалтын механизм, хүний нөөцийн хүрэлцээнд сөргөөр нөлөөлж байна. Эрх мэдлийг орон нутагт хуваарилах төвлөрөл сааруулах загварыг сонгосон Финлянд, Канад гэх мэт улсад хяналт шалгалт болон орон нутгийн иргэдийн эрүүл мэндийн хэрэгцээг баталгаажуулах зорилготой шийдвэр гаргалт, орон нутгийн санхүүжилтийн хэмжээ зэрэг нь төвлөрсөн удирдлагатай улсаас илүү өндөр байдаг нь тухайн улсын үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, хяналт шалгалтын үр дүнг дээшлүүлэхэд нөлөөлж байна. Төвлөрсөн засаглалтай улсуудад шийдвэр гаргалтын төвлөрөл өндөр байгаа нь орон нутагтаа тухайлсан эрүүл мэндийн хэрэгцээг хангах боломжгүй болгож бүх нийтэд ижил шийдвэрийг баримталдаг нь орон нутагт сөрөг нөлөөтэйг судалгаа харуулж байна (Siddiqi et al., 2009; Wendt et al., 2009).

Иргэдийн оролцоотой эрүүл мэндийн засаглалыг амжилттай хэрэгжүүлсэн туршлагыг Финляндын жишээн дээр харж болох бөгөөд эрх зүйн зохицуулалтын тусламжтайгаар эрүүл мэндийн шийдвэр гаргалтын оролцоог хангах боломж нь тус улсын үйлчилгээний хүртээмжийн үзүүлэлтийг эрс нэмэгдүүлсэн байна (Siddiqi et al., 2009). Канад улс эрүүл мэндийн салбарт оролцоог бэхжүүлж стратегийн удирдлагыг үр дүнтэй болгосон бөгөөд эдгээр нь эрх зүйн баталгаатай болсноор эрүүл мэндийн салбарт асар их үр дүн авчирсан байна.

Засаглалын бүтэц болон эрх мэдлийн хуваарилалт нь эрүүл мэндийн хяналт шалгалтын чанарт нөлөөлж байгаагийн нэг жишээг доор дурдаж байна. Судалгаанаас харахад санхүүгийн үр ашгийг сайжруулсан, санхүүжилтийн асуудлаас шалтгаалан хүний нөөцийн хангамж хомсдох асуудлыг шийдвэрлэсэн хяналт шалгалтыг амжилттай хэрэгжүүлсэн Финлянд, Канад улсад эмнэлгийн ажилтнуудын хариуцлага, эм, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хүртээмж болон үйлчилгээний чанар сайжирч үр дүнтэй ажилласан байна (Lewis & Pettersson, 2009).

Засаглалыг зөв төвлөрсөн загварт байлгах нь үйлчилгээний чанар болон хүртээмжийг дээшлүүлэхэд нөлөөлнө. Жишээлбэл, Японд хяналтын бүх элементийг орон нутгийн удирдлага болон мэргэжлийн нийгэмлэгийн төлөөлөгч бүхий нэг эрх мэдэлд шилжүүлснээр үр дүн гарсан бөгөөд мөн Финлянд улсад орон нутгийн захиргааны төлөөлөгчийг ажиллуулж засаглалыг уян хатан болгосноор амжилттай төвлөрсөн засаглалыг баталгаажуулж чадсан байна (Wendt et al., 2009). Мөн Канад улс хатуу эрх зүйн зохицуулалттай болж, эдгээр бүх уян хатан оролцоог даах хууль эрх зүйн тогтолцоо үйл ажиллагааны үр дүнг сайжруулж, олон нийтэд үйлчлэх эрх зүйн хүрээг баталгаажуулж чадсан байна гэж судалгаа харуулж байна (Siddiqi et al., 2009).

Олон улсын санхүүжилт болон шинэчлэлийн нөлөөлөл нь эрүүл мэндийн засаглалд нөлөөлж байна. Тухайлбал, Замби болон Малави улсад олон улсын төслийн нөлөөллөөр эмнэлгийн ажилтнуудын тоо нэмэгдсэн ч хяналтын төвлөрөлтөөс шалтгаалан эдгээр 2 улсад хүний нөөцийн нягтрал бага байсаар байна. Үүний үр дүнд, Малави улсад орон нутгийн эрүүл мэндийн төвүүдийн ажилтнуудын нягтрал 2006-2008 онд 1.8-аас 1.7 болж буурсан бол Замби улсад тус үзүүлэлт хот суурин газарт нэмэгдэж хөдөө орон нутагт буурсан байна. Эдгээр хүчин зүйлс эрх мэдлийн байдлаас

шалтгаалан засаглал, санхүүжилтийн зохистой түвшин хангах хэрэгтэйг харуулж байна (Brugha et al., 2010).

4.3. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой олон улсын туршлага

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалт нь улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн суурь болохын хувьд тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанар, үр дүнд шууд нөлөө үзүүлдэг. Япон, БНСУ, Канад, Финлянд, Эстони, Монгол зэрэг улсуудын хувьд үйлчилгээний зохион байгуулалтыг хууль эрх зүйн нарийн зохицуулалтын хүрээнд тодорхойлдог. Эдгээр улс орнуудад тусламж үйлчилгээний түвшин, төр-хувийн хэвшлийн оролцоо, технологийн уялдаа, хүний нөөцийн төлөвлөлт, санхүүжилтийн стратегийг оновчтой зохицуулах замаар эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашгийг дээшлүүлэх боломжтойг Wendt et al. (2009) онцолсон байна. Жишээлбэл, Японы эрүүл мэндийн тогтолцоонд төр-хувийн хэвшлийн тэнцвэртэй харьцааг хадгалж, нийт хүн амыг хамарсан эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоогоор дамжуулан тусламж үйлчилгээг бүх нийтэд хүртээмжтэй болгодог бол БНСУ-д хувийн хэвшлийн эмнэлгийн давамгайл байдалд, үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын нарийн хууль эрх зүйн орчноор дамжуулан зохицуулдаг байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны шинэчлэлийг Япон, БНСУ зэрэг улсад амжилттай хэрэгжүүлсэн нь хууль эрх зүйг оновчтой ашигласны үр дүн гэж үзэж болно. Японд 1961 онд бүх нийтийг хамарсан даатгалыг нэвтрүүлснээр тэгш байдал, хүртээмжийг сайжруулсан бол БНСУ-д 1989 онд NHI тогтолцоог бий болгосноор 97%-ийн хамралттай болж, тусламж үйлчилгээний хүрээг өргөжүүлсэн байна.⁸² Финлянд, Канад, Эстони зэрэг орнуудад эрүүл мэндийн үйлчилгээний төвлөрөл багатай бүтэцтэй бөгөөд орон нутгийн засаг захиргааны удирдлага илүү хөгжсөн байдаг. Финляндын 300 гаруй хотын захиргаа анхан шатны тусламжийг иргэдэд ойртуулах замаар хэрэгцээнд нийцсэн бүтэцтэй болгож байгаа нь үр дүнгээ өгч байна.⁸³ Эстони улсад цахим эрүүл мэндийн нэгдсэн систем нь хүний нөөцийн хомсдолыг нөхөх, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад тодорхой хувь нэмэр оруулж буй туршлага болж байна (Kattel & Murd, 2020). Канадын хувьд муж бүр өөрийн эрүүл мэндийн бодлогыг хэрэгжүүлдэг нь бүс нутгийн онцлогт тохирсон шийдвэр гаргах боломжийг олгодог (Government of Canada, 1984).

Монгол Улсад төвлөрсөн зохион байгуулалт давамгайлж байгаа нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарт сөргөөр нөлөөлж байгааг анхаарах хэрэгтэй. Төвлөрсөн үйлчилгээний улмаас нийслэл болон хот суурин газарт эрүүл мэндийн үйлчилгээ илүү төвлөрч, орон нутаг, алслагдсан бүсүүдэд анхан шатны тусламж үйлчилгээ хангалтгүй байна (Б.Цэцэгсайхан, 2018). Энэ нь санхүүжилтийн хомсдол, хууль эрх зүйн зохицуулалтын сул байдал, хүний нөөцийн дутагдалтай холбоотой бөгөөд Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашгийг бууруулж,

⁸² Kousar Banu Hoorzook, Anton Pieterse, Lee Heine, Tobias George Barnard, Nickey Janse van Rensburg, "Soul of the Jukskei River: The Extent of Bacterial Contamination in the Jukskei River in Gauteng Province, South Africa", (2021), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8392637/>, Хандсан огноо: 2026.04.17,

⁸³ Estonia and Finland – the question of centralisation, <https://archive.espon.eu/estonia-and-finland-%E2%80%93-question-centralisation-and-decentralisation-digital-healthcare>, Хандсан огноо: 2026.04.17,

дэлхийд 145- р байранд ороход нөлөөлж байна. 2021 оноос эрүүл мэндийн тухай багц хуулиудад өөрчлөлт орж санхүүгийн эх үүсвэрүүдийг нэгтгэж нэг худалдагчийн тогтолцоонд шилжээд эхний эерэг үр дүнгүүд гарч эхэлж байна. Гэсэн хэдий ч санхүүжилтийн хувьд зөвхөн эрүүл мэндийн даатгалын газраас хамаатай болсныг хэт төвлөрөл үүссэн гэж үзэж болохоор байна.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалт нь дундаж наслалт, эх, хүүхдийн эндэгдэл зэрэг үндсэн үзүүлэлтүүдэд шууд нөлөөлдөг. Монгол Улсад тусламж үйлчилгээний хүртээмж, анхан шатны тусламжийн чадавх сул байгаа зэрэг шалтгаанууд нялхсын эндэгдэл өндөр хэвээр байх нөхцөлийг бүрдүүлж байна гэж үзэж болохоор байгаа бол Финлянд, Япон, Канад, Эстони зэрэг улсад анхан шатны тусламж, хяналтын тогтолцоо сайн хөгжсөн учир эх, хүүхдийн эндэгдэл харьцангуй бага байна (Sartorius & Sartorius, 2014; World Health Organization, 2023). Эдгээр улсуудын туршлагаас харахад технологийн нэгдсэн систем, хууль эрх зүйн зохицуулалт, санхүүжилтийн тогтвортой байдал, хүний нөөцийн зохистой хангамж нь тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулахад чухал нөлөө үзүүлж байна.

Эцэст нь, эрүүл мэндийн үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалтыг оновчтой болгохын тулд хууль эрх зүйн зохицуулалт, санхүүгийн тогтвортой эх үүсвэр, цахим шийдэл, хүний нөөцийн хангалт зэрэг хүчин зүйлсийг иж бүрнээр авч үзэх шаардлагатай. Финляндын төвлөрөл багатай бүтэц, Япон, БНСУ- ын бүх нийтийг хамарсан даатгалын тогтолцоо, Эстонийн цахим эрүүл мэндийн интеграци зэрэг нь хөгжлийн үр дүнд эергээр нөлөөлж буй сайн жишээ юм (Wendt et al., 2009; Б.Цэцэгсайхан, 2018). Тухайлбал Global Digital Health Index (GDHI) нь улс орнуудын дижитал эрүүл мэндийн экосистемийн бэлэн байдал, хэрэгжилт, тогтвортой байдлыг харьцуулан үнэлэх дэлхийн хүрээний үзүүлэлтийн тогтолцоо юм. Зорилго нь бодлого боловсруулагчид, хэрэгжүүлэгчид, хөрөнгө оруулагчдад нотолгоонд суурилсан суурь шугам, харьцуулалт, ахицын хяналтын хэрэгсэл өгөх явдал. GDHI нь зөвхөн технологийн нэвтрэлтийг хэмжихээс гадна засаглал, зохицуулалт, санхүүжилт, хүний нөөц, стандарт, үйлчилгээний ашиглалт болон үр нөлөөг тэнцвэртэй үнэлдгээрээ онцлог. GDHI-н амжилттай нэвтрэлтийг 1-5 хүртэлх үе шатаар үнэлдэг бөгөөд Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын хамгийн сүүлийн үнэлгээгээр Япон-3, Монгол-4, Канад, Финлянд, Эстони нар 5 дугаар үе шатандаа явж байна. Цаашид цахим эрүүл мэнд, мэдээлэлд суурилсан удирдлагын шийдлүүдийг нэвтрүүлснээр нөөц хязгаарлагдмал улс орнуудад ч гэсэн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг бодитоор сайжруулах бүрэн боломжтой юм (Kattel & Murd, 2020).

Үндсэн хуулийн баталгаа нь төрөөс хариуцлага хүлээх боломжийг нээж өгч, гэнэтийн хямралт нөхцөл байдалд шуурхай арга хэмжээ авах нөхцөлийг бүрдүүлдэг. Жишээлбэл, Ковид-19 цар тахлын үед Канадын үндсэн хуулийн эрхийн зохицуулалт нь төрийн зохицуулалтыг сайжруулж, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад түлхэц болсон (Jones, 2022). Энэхүү эрх зүйн орчин нь цар тахлын үед төдийгүй өдөр тутмын тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг хадгалах гол хүчин зүйл болдгийг харуулж байна.

Эрүүл мэндийн эрхийг үндсэн хуульд тусгах нь хангалтгүй бөгөөд хэрэгжилтийн нэгдсэн хяналтын тогтолцоог бий болгох нь чухал юм. Хуулийн дагуу төрөөс иргэдэд үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанар, санхүүжилтийн тогтвортой байдлыг баталгаажуулах үүрэгтэй бөгөөд олон улсын туршлагаас харахад эрх зүйн баталгаатай улс орнуудад эрүүл мэндийн үр дүн илүү тогтвортой, хүртээмжтэй байдаг

(Jones, 2022; Kavanagh, 2016). Эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагааг үр дүнтэй байлгахын тулд төрийн хяналт, хариуцлагыг өндөржүүлэх нь улс орны эдийн засаг, нийгмийн хөгжилд эерэг нөлөө үзүүлдэг.

Эрүүл мэндийн эрхийг үндсэн хуулиар баталгаажуулснаар хууль эрх зүйн зохицуулалтын үр ашгийг нэмэгдүүлж, тус салбарын санхүүжилтийг тогтворжуулах, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах боломжтой.

Төрийн эрх үүрэг, хариуцлага нь эрүүл мэндийн салбарын үр дүн, хүртээмж, чанарыг сайжруулахад чухал нөлөө үзүүлдэг бөгөөд өндөр хөгжилтэй улс орнууд энэ асуудлыг Үндсэн хууль болон бусад хууль тогтоомждоо тусган зохицуулдаг. Япон, Финлянд, Канад зэрэг улсын туршлагаас харахад, төрийн үүрэг хариуцлагыг хуулиар тодорхой болгох нь стратегийн удирдлага, санхүүжилт, чанарын хяналтыг урт хугацаанд тогтвортой байлгах боломжийг бүрдүүлдэг. Эдгээр улсад эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах хөрөнгийг төрөөс баталгаажуулж, хяналт зохицуулалтыг үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд эрх зүйн орчин гол үүрэг гүйцэтгэдэг (Jones, 2022; Siddiqi et al., 2009).

Төрөөс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг хангах үүргийг хуулиар хүлээх нь өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах үр дүнтэй арга болохыг судалгаа харуулж байна. Жишээлбэл, Канадад стратегийн удирдлага, иргэдийн оролцоог хангасан эрх зүйн орчин нь даатгалын хамрах хүрээ, хүний нөөц, санхүүгийн менежментийн уялдааг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой (Siddiqi et al., 2009). Харин АНУ-ын хувьд эрх зүйн зохицуулалт хангалтгүй байгаа нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардлыг өсгөж, хүртээмжийг бууруулсан гэж судлаачид дүгнэжээ (Bloche, 2003).

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүрээ, санхүүжилтийн тогтвортой байдлыг төр хариуцдаг улс орнуудад ил тод байдал, нийгмийн зөвшилцлийн зарчимд тулгуурласан засаглал нь үйлчилгээний чанарыг сайжруулах боломжийг олгодог болохыг олон улсын судалгаагаар тогтоосон. Финлянд, Канад зэрэг улс орнуудад мэргэжлийн чанарын баталгаажуулалтын механизмыг хууль эрх зүйн хүрээнд хэрэгжүүлснээр тусламж үйлчилгээний хүртээмж, үр дүнг өндөр түвшинд хадгалж чадсан байна (Cotet et al., 2012). Гэсэн хэдий ч, мэргэжлийн хяналтын журам хэтэрхий төвөгтэй болсноос үүдэн хүртээмжийг бууруулах эрсдэлтэй гэж үздэг судалгаа бий.

Төрийн засаглалын ил тод байдал, олон нийтэд нээлттэй, хариуцлагатай байх зарчим нь эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнд шууд нөлөөлдөг. Ялангуяа хөгжиж буй орнуудад төрийн засаглалын хяналт сул байгаагаас үйлчилгээний тасалдал, санхүүгийн үр ашиггүй байдал, иргэдийн итгэл буурах зэрэг сөрөг үр дагавар илэрдэг (Siddiqi et al., 2009). Иймд зөв засаглал, хяналтыг хангах олон улсын стандартыг хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн салбарын засаглалд төрийн үүрэг, хариуцлагыг тодорхой болгох нь стратегийн шийдвэр гаргалт, нөөцийн оновчтой хуваарилалт, даатгалын хамрах хүрээ, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад чухал нөлөөтэй. Жишээлбэл, Япон, Финлянд, Канад зэрэг улсын амжилт нь эрүүл мэндийн салбар хоорондын уялдааг эрх зүйн хүрээнд сайжруулсантай холбоотой. Монгол Улсын хувьд төрийн үүрэг, хариуцлагыг оновчтой тодорхойлох, олон улсын туршлагыг нэвтрүүлэх, эрх зүйн орчны уялдааг хангах шаардлагатай байгааг судалгаагаар онцолж байна (Jones, 2022; Siddiqi et al., 2009).

Эрүүл мэндийн тусламжийг иргэдэд хүртээмжтэй, чанартай хүргэхийн тулд төрийн үүрэг, хариуцлагыг тодорхой болгох нь Монгол Улсын хөгжилд чухал ахиц дэвшил авчрах болно.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны тулгийн чулуу нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах үйл явц бөгөөд энэхүү зохицуулалт нь үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал, чанар, санхүүгийн зохицуулалт зэрэг олон асуудлыг хөнддөг. Уг зохицуулалт нь улсын болон хувийн хэвшлийн байгууллагуудын үйл ажиллагааг уялдуулах, стандарт тогтоох, төрийн хяналт тавих зэрэг олон талт үйл явцыг багтаадаг бөгөөд энэ нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний үр дүн, тогтвортой байдалд чухал нөлөө үзүүлдэг.

Япон улсын хувьд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг бүх нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд тулгуурлан зохицуулдаг байна. Ийнхүү зохицуулахдаа үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал, чанарыг стандартчилсан тарифаар хянадаг онцлогтой. Тус улсад үйлчилгээ үзүүлж буй бүх эмнэлэг, клиникүүд нэгж тарифын хяналтын системд харьяалагддаг бөгөөд төрийн болон хувийн хэвшлийн байгууллагууд ижил төстэй нөхцөлд үйл ажиллагаа явуулах боломжийг бүрдүүлсэн байдаг. Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд энэ нь хүн амын дундаж наслалтыг уртасгах, нялхсын эндэгдлийг бууруулах, өвчлөлийг багасгах зэрэгт шууд нөлөөлсөн байна (World Health Organization, 2021; Hungerford, 1997). Үүнээс гадна Японы эрүүл мэндийн салбарын шаталсан зохион байгуулалт нь анхан шатны тусламжийг өрхийн эмчийн сүлжээгээр дамжуулан хүргэж, хоёрдогч болон гуравдагч шатлалын тусламжийг нарийн мэргэжлийн төвүүдээр дамжуулан зохион байгуулснаар урьдчилан сэргийлэх болон эрт илрүүлэгийн чадавхыг сайжруулж байгааг эрдэмтэд онцолжээ (Vaubion et al., 2019).

Финлянд улсад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажуулалтад суурилсан олон шатлалт хяналтын системийг хэрэгжүүлдэг. Энэхүү систем нь төслийн болон мэргэжлийн байгууллагын тусгай зөвшөөрөл, тасралтгүй боловсролын систем, үйл ажиллагааны чанарын үнэлгээ зэргийг хослуулан хэрэгжүүлж буй нь тогтоогджээ. Үүний үр дүнд санхүүжилтийн тогтвортой байдал хангагдаж, үйлчилгээний хүртээмж, чанар сайжирсан бөгөөд энэ нь олон улсын судалгаагаар батлагдсан байна (Sauerland, 2008). Финландын эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарын хяналтын зохицуулалт нь анхан шатнаас эхлээд мэргэжлийн тусламж хүртэл бүх шат дамжлагад хэрэгждэг бөгөөд тусламж, үйлчилгээний тогтмол үр дүнг бий болгодог.

Канад улсад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг муж тус бүрийн эрх зүйн зохицуулалт болон холбооны түвшний бодлогын хүрээнд зохицуулдаг. Тус улсын Эрүүл мэндийн тухай хуульд тусгагдсан үндсэн зарчмуудыг муж бүр хэрэгжүүлэх үүрэгтэй. Энэхүү зохицуулалт нь Канадын үндэсний хэмжээнд үйлчилгээний жигд хүртээмжийг хангаж, иргэдийн санхүүгийн дарамтыг бууруулахад чухал хувь нэмэр оруулсан байна (Hungerford, 1997). Судалгаагаар мужуудын зохицуулалтын ялгаатай байдлаас шалтгаалан зарим тохиолдолд хэрэгжилтийн түвшинд асуудал үүсэж болзошгүйг тэмдэглэжээ.

Монгол Улсын хувьд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний эрх зүйн зохицуулалт нь олон давхардалтай, хяналтын механизм нь сул, төсөв санхүүжилтийн хүрэлцээ хангалтгүй байгааг судалгааны үр дүнгээр тогтоосон байна (Б.Цэцэгсайхан, 2018). Үйлчилгээний давхардал, хяналтын тогтолцооны сул байдал нь иргэдэд санхүүгийн нэмэлт дарамт учруулж, үйлчилгээний хүртээмж, чанарын тогтвортой байдалд сөргөөр нөлөөлдөг. Тодруулбал, өрхийн 5.5 хувь нь орлогынхоо дийлэнх хэсгийг эрүүл

мэндийн зардалд зарцуулж байгаа нь бодлогын түвшинд шийдвэрлэх шаардлагатай асуудал хэвээр байна.

Эстони улсын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зохицуулалт нь цахим эрүүл мэндийн хууль, дижитал өгөгдлийн нэгдсэн системд тулгуурладаг. Энэ нь хүн амын бага зардлаар өргөн хүрээний тусламж, үйлчилгээ авах боломжийг нэмэгдүүлж, Европын дунджаас дээгүүр үзүүлэлтүүдийг бий болгож буй туршлага болохыг судалгаагаар тэмдэглэсэн байна (Sauerland, 2008). Эстони улсад цахим платформыг ашигласнаар хяналт сайжирч, үйлчилгээний чанар, хүртээмж нэмэгдэж байгаа нь хүний нөөцийн хомсдолтой жижиг улсын хувьд тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх боломжит хувилбар болж байна.

Дүгнэж хэлэхэд, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зохицуулалтын шинэлэг арга зүй нь мэдээллийн технологи, цахим эрүүл мэндийн стандарт, санхүүгийн уян хатан байдлыг хослуулсан загвар, олон талт оролцоог чухалчилж байна. Ялангуяа Япон, Эстони зэрэг улсуудын туршлагаас харахад тусламж, үйлчилгээний хүртээмж, чанар, санхүүгийн тогтвортой байдлыг зөв зохистой эрх зүйн орчинд стандартчилан зохицуулах нь үр ашигтай болохыг харуулж байна. Монгол Улсын хувьд энэ төрлийн зохицуулалтыг хэрэгжүүлэхийн тулд хууль эрх зүйн орчныг дахин нягтлан боловсруулж, олон улсын жишгийг анхаарч нутагшуулах нь зүйтэй байна.

Хүн амын эрүүл мэндийн төлөв байдлыг тодорхойлогч үндсэн үзүүлэлтүүдийн онцлог шинж чанар болон тэдгээрт гарч буй өөрчлөлтүүдийг энэхүү хэсэгт хөндөн авч үзсэн бөгөөд улс орнуудын хөгжлийн түвшин, санхүүгийн нөөц, үйлчилгээний хүртээмж зэрэг хүчин зүйлсийн нөлөөллийг авч үзье. Эрүүл мэндийн салбарын үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийг ашиглан тухайн системийн бодит үр ашгийг дүгнэж, цаашид хэрэгжүүлэх бодлого, гаргах шийдвэрийн үндэс суурийг бүрдүүлэх чухал ач холбогдолтой юм.

Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг улс орнуудын нийгэм, эдийн засгийн хөгжлийн төвшин болон эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашигт байдлыг тодорхойлох гол шалгуур үзүүлэлтүүдийн нэг хэмээн үзэж болно. Япон, БНСУ, Финлянд, Канад, Эстони зэрэг өндөр хөгжилтэй орнуудын нэг хүнд ногдох дотоодын нийт бүтээгдэхүүн (ДНБ) Монгол Улстай харьцуулахад хэд дахин өндөр. Эрүүл мэндийн санхүүжилт тогтвортой байж тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж сайжруулахад ДНБ өндөртэй улсад эерэг нөлөө үзүүлэх дамжиггүй. Нэг хүнд ногдох ДНБ-ийн хэмжээ өсөхийн хэрээр эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах санхүүгийн чадавх, нийтийн даатгалын сангийн багтаамж, эмнэлэгт шаардлагатай хүний нөөцийн хангамж зэрэг үзүүлэлтүүд сайжирч, хүн амын эрүүл мэндийн чанарт шууд холбоотой болохыг олон судалгаанаас харж болно. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарт Монгол Улсын нэг хүнд ногдох ДНБ харьцангуй доогуур байгаа нь сөргөөр нөлөөлж буйг Б.Цэцэгсайханы (2018) судалгаанд тэмдэглэжээ. Иймд ДНБ-ийн өсөлт болон эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийн тогтвортой байдлыг хангах нь Монгол улсад нэн чухал болохыг судалгаанууд баталж байна.

Япон, Финлянд, Канад зэрэг өндөр хөгжилтэй орнуудад ДНБ-ий 8.8-12 хувийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулдаг. Энэ хувь хэмжээ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийн суурь болж, улмаар дундаж наслалтыг нэмэгдүүлэх, эх, нялхсын эндэгдлийг бууруулахад түлхэц үзүүлж байна (Ministry of Health, Labour and Welfare [MHLW], 2024; Government of Canada, 1984). Монгол Улсад энэ хувь хэмжээ нь дэлхийн дунджаас доогуур буюу дунджаар 4.5 хувьтай байгаа нь санхүүжилтийн тогтолцоо

бүрэн хангалттай байна гэж үзэж болохгүй байгааг харуулж байна (Эрүүл мэндийн үзүүлэлт, 2024). Иймээс ДНБ-ээс эрүүл мэндэд зарцуулах хувь хэмжээг нэмэгдүүлэх нь санхүүгийн дарамтыг багасгах, үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэх шийдвэрлэх арга замуудын нэг болж байна.

Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлын хэмжээг тухайн улсын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүрэлцээ, чанарын түвшний бодитой хэмжүүр гэж үзэж болно. Жишээлбэл, Япон, Канад, Финлянд зэрэг улсад нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 3,800-6,000 ам.долларт хүрдэг бол Монгол Улсад энэ үзүүлэлт 2022 онд ойролцоогоор 480 ам.доллар байсан (Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо, 2024; Government of Canada, 1984;). Энэхүү ялгаа нь өндөр хөгжилтэй улсуудад тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж илүү байгаагийн үндсэн шалтгаан болж байгааг харуулж байна.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний хамрах хүрээний үзүүлэлт (УНС)-ийг тухайн улсын тогтолцооны чанар, хүртээмжийг тодорхойлох гол хэмжүүр хэмээн үздэг. Канад, Финлянд, Эстони зэрэг улс дэлхийн дунджаас дээгүүр буюу 80-89 оноотой байхад Монгол Улсын хувьд энэ үзүүлэлт 65-тай байна. Энэ нь тусламж үйлчилгээний хүртээмж, санхүүгийн хамгаалалт хангалтгүй байгааг харуулж байна. УНС¹-ийн оноог нэмэгдүүлэхийн тулд санхүүжилтийн хүрэлцээтэй байдлыг хангаж, хууль эрх зүйн зохицуулалтыг шинэчлэх шаардлагатайг онцолж байна.

1000 хүнд ногдох их эмчийн тоог эмнэлгийн үйлчилгээний хүрэлцээг хэмжих үзүүлэлт хэмээн авч үзэж болох бөгөөд өндөр хөгжилтэй орнуудын туршлагаас харахад энэ үзүүлэлт өндөр байх нь эмнэлгийн үйлчилгээний чанар, хүртээмжид эерэг нөлөө үзүүлдэг. Тухайлбал, Эстонид 3.6, Канадад 2.7, Финляндад 3.2, Япон, БНСУ-д 2.4 их эмч ногдож байгаа бол Монголд 3.4 эмч ногдож байна. 1000 хүнд ногдох эмчийн тоогоор Монгол дэлхийд эхний 10 орж. Нийлүүлэлт буюу орцын энэ үзүүлэлт хэдий хангалттай байгаа мэт боловч эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлтийг хангаж чадахгүй байгаа нь зохицуулалт шаардлагатай байгааг илэрхийлсэн үзүүлэлт юм.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагааг үнэлэх чухал үзүүлэлт бол 1000 хүнд ногдох эмнэлгийн орны тоо бөгөөд Япон, БНСУ эдгээр үзүүлэлтээр дэлхийд тэргүүлж байна. Эдгээр улсын 1000 хүнд ногдох эмнэлгийн орны тоо 12.3 хүрдэг нь үйлчилгээний хүртээмж, урт хугацааны өвчлөлийн ачааллыг бууруулахад дэмжлэг болж байна (Ministry of Health, Labour and Welfare [MHLW], 2024; Batsukh, 2022; Kattel & Murd, 2020). Монгол Улсад энэ үзүүлэлт хот, хөдөө орон нутагт харилцан адилгүй байгаа нь төвлөрлийн асуудал, орон нутаг дахь үйлчилгээний хүртээмжид онцгой нөлөөлж байна (Б.Цэцэгсайхан, 2018). Эмнэлгийн орны тоогоор мөн л дэлхийд тэргүүлж байгаа бөгөөд их эмчийн тоо, эмнэлгийн орны тоо их байгаа нь эргээд хэрэлцээгүй санхүүжилтэд нөлөөлөл үзүүлж үр ашиггүй байдлыг нэмэгдүүлж байна гэж үзэж болохоор байна.

Дундаж наслалтын үзүүлэлтээр Япон, Финлянд, Канад зэрэг улс 82-84 жилээр тогтмол өндөр үзүүлэлттэй байхад Монгол Улсад дундаж наслалт 70.7 жил хүрч байгаа нь эдийн засгийн нөөцийн хязгаарлагдмал байдал, тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарын дутагдалтай холбоотойгоор дундаж түвшинд байгааг харуулж байна (Ministry of Health, Labour and Welfare [MHLW], 2024; Б.Цэцэгсайхан, 2018).

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарыг 100,000 төрөлтөнд ногдох эхийн эндэгдлийн үзүүлэлтээр хэмжих боломжтой. Судалгаагаар Япон, Финлянд, Эстони зэрэг улсад эхийн эндэгдэл хамгийн бага буюу 3–5 тохиолдол бүртгэгддэг бол Монгол Улсад энэ үзүүлэлт харьцангуй өндөр хэвээр байна. Энэ нь санхүүжилтийн

хүртээмжгүй байдал, үйлчилгээний ялгаа, анхан шатны тусламжийн дутагдалтай холбоотой гэж үздэг (Б.Цэцэгсайхан, 2018).

1000 амьд төрөлтөд ногдох нялхсын эндэгдлийн тоо Япон, Финлянд, БНСУ зэрэг улсад хамгийн бага буюу 1.7–2.7 тохиолдол байдаг (Ministry of Health, Labour and Welfare [MHLW], 2024; World Health Organization, 2023;).

Хүснэгт 3. Харьцуулсан улсуудын эдийн засаг, эрүүл мэндийн зардлын үзүүлэлтүүд

Улс	Нэг хүнд ногдох ДНБ (USD)	Эрүүл мэндийн зардал (ДНБ эзлэх %)	Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (USD)
Монгол	4,330	4.3	183
Канад	52,140	10.8	5,648
БНСУ	34,994	8.1	3,183
Япон	44,914	10.9	4,743
Эстони	31,410	7.5	2,063
Финлянд	49,820	10.3	4,441

Хүснэгт 4. Харьцуулсан улсуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Улс	УНС оноо	1000 хүнд ногдох эмчийн тоо	1000 хүнд ногдох эмнэлгийн орны тоо
Монгол	62	3.4	7.1
Канад	88	2.7	2.5
БНСУ	93	2.4	12.3
Япон	94	2.4	13.1
Эстони	84	3.4	4.7
Финлянд	93	3.2	4.3

Хүснэгт 5. Харьцуулсан улсуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнгийн үзүүлэлтүүд

Улс	Дундаж наслалт	100,000 амьд төрөлтөд ногдох эхийн эндэгдэл	1000 амьд төрөлтөд ногдох нялхсын эндэгдэл
Монгол	69.5	25	11.1
Канад	82.2	4	4.5
БНСУ	83.6	11	2.2
Япон	84.7	5	1.8
Эстони	78.0	6	2.3
Финлянд	81.9	3	2.0

Хүснэгт 6. Харьцуулсан улсуудын эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөц, нийгмийн баталгаа

Улс	Их эмчийн жилийн дундаж цалин (USD)	Сувилагчийн жилийн дундаж цалин USD)
Монгол	12,000	6,000
Канад	350,000	70,000

БНСУ	240,000	40,000
Япон	280,000	50,000
Эстони	40,000	20,000
Финлянд	120,000	50,000

Эрүүл мэндийн салбарын цахимжилт түүний шинэчлэл, хууль эрх зүйн зохицуулалт нь санхүүгийн үр нөлөөнд ихээхэн нөлөөлдгийг судалгаагаар тогтоогдсон.⁸⁴

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмж бүс, орон нутгийн онцлогоос шалтгаалан ялгаатай байдаг. Монгол орны өргөн уудам, хүн ам сийрэг суурьшсан газар нутаг нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд ихээхэн бэрхшээл учруулдаг. Нүүдэлчин амьдралын хэв маяг, алслагдсан байдал нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тэгш бус байдалтай байна.

4.4. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилттэй холбоотой олон улсын туршлага

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

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 экспертүүдийн⁸⁵ 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

⁸⁴ Bocong Yuan, Jiannan Li, "The Policy Effect of the General Data Protection Regulation (GDPR) on the Digital Public Health Sector in the European Union: An Empirical Investigation", <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/6/1070>, Хандсан огноо: 2026.04.18,

⁸⁵ (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner)

8. Зүүн Азийн аж үйлдвэржсэн орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар
9. Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар хэмээн ангилж байна.

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,
2. Төсвийн санхүүжилтэд 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 тогтолцоо 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 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. 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.

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.⁸⁶ 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.

4.5. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилттэй холбоотой олон улсын туршлага

Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн зохицуулалт улс орон болгонд өөр боловч төрийн оролцоог дээшлүүлж санхүүгийн эрсдэлийг даах чиглэл нийтлэг ажиглагддаг. Тухайлбал, Япон, БНСУ болон Канадын даатгалын тогтолцоо бүх нийтийг даатгалд хамруулах ба төр, аж ахуйн нэгж болон иргэний оролцоог хуулиар тусгасан байна (Wendt et al., 2009; Constitution of the Republic of Korea, 1987; Hungerford, 1997). Эдгээр гурван улсын зохицуулалт нь тусламж үйлчилгээг түгээн хүртээмжтэй байхад гол нөлөөг үзүүлж байна. Даатгалын зохицуулалтыг төрийн оролцоотойгоор бүх нийтийг хамруулах тогтолцоо нь үр өгөөжтэй байдлыг баталгаажуулж, санхүүгийн хамгаалалтыг өргөжүүлж байна. Төрийн оролцоог хууль эрх зүйн зохицуулалтаар хийж чадсан улс орнуудад эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо илүү өндөр түвшинд хөгжсөн байна.

Төрийн оролцоог өндөр түвшинд зохицуулснаар хүн амын санхүүгийн эрсдэлээс бүрэн хамгаалах боломжтой. Даатгалын төрийн оролцоо нь үйлчилгээний хүртээмжийг дээшлүүлж, хүн бүр эмчлэх үйлчилгээ авах бодит боломжтой байх хэтийн

⁸⁶ 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).

төлөвийг бүрдүүлж байна. БНСУ болон Япон улсад даатгалын хамрах хүрээ бараг бүрэн байх бөгөөд даатгалын зохицуулалтад төрийн оролцоог хуулиар баталгаажуулснаар санхүүгийн эрсдэлийн механизмыг тогтворжуулжээ (Wendt et al., 2009; Constitution of the Republic of Korea, 1987).

Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийг хэрэгжүүлэх үед аж ахуйн нэгж болон иргэний даатгалын хураамжийн орлого, төсвийн санхүүжилтээс хосолсон санхүүгийн эх үүсвэрийг ашиглах нь тогтолцооны тогтвортой байдлыг баталгаажуулж хувийн болон төрийн оролцоог зохицуулахад эергээр нөлөөлдөг. Жишээлбэл, БНСУ-ын Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь даатгалын хураамж болон улсын төсвөөс санхүүжилт авдаг олон талт санг хэрэглэдэг ба нийтийн өмчийн төлбөр төлөлт нь тогтолцоог урт хугацаанд тогтвортой байлгахад тусалж байна (Constitution of the Republic of Korea, 1987). Энэхүү механизмд хамаатай хуулийг боловсруулахдаа улс орон бүрийн онцлогийг харгалзан шинжлэх ухааны үндэслэлтэй боловсруулах нь чухал.

Олон улсын түвшинд нийгмийн даатгалын зохицуулалт нь эрсдэлийг хооронд нь хувааж, хүн амын дунд үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлж, өвчтөний төлөх хэмжээг багасгаж үйлчилгээний салбарын ашгийг нэмэгдүүлэх боломжийг олгосон байдаг (Wendt et al., 2009; Hungerford, 1997). Тухайлбал, төрийн оролцоог өндөр түвшинд хэрэгжүүлсэн улс орнуудад эрүүл мэндийн салбарын үр ашиг болон чанарын баталгаажилтыг хэрхэн дээшлүүлэхийг хуулиар баталгаажуулж, эдгээр улс оронд эрүүл мэндийн салбарын төлбөрийн тогтвортой зохицуулалт үр дүнгээ өгч хөгжиж байна.

Японд эрүүл мэндийн даатгалын зохицуулалтыг улсын стандартад захирагддаг тарифын нэгдсэн төлбөрийн системд нийцүүлэн хэрэгжүүлдэг нь нэг хүн дэх зардлын дундаж хэмжээ нь хувийн төлбөрөөс даатгалын харилцаа үр дүнгээ харуулж, зардлын тогтвортой байдлыг ханган санхүүгийн тодорхой бус байдлыг арилгахад туслах ач холбогдолтой (Hungerford, 1997). Засгийн газрын хяналтын тогтолцоог амжилттай нэвтрүүлснээр зардлын хяналтыг хангаж үр ашгийн түвшин урт хугацаанд тогтвортой барьж ажиллаж байна.

Эрх зүйн зохицуулалтыг хэрэгжүүлж санхүүгийн эрсдэлээс сэргийлэх тогтвортой системийг хэрэгжүүлэх нь Япон улсын хүн амын нийт дундаж нас урт байгаагийн үндэс мөн. Японд өвчлөл болон нас баралтын өндөр үзүүлэлттэй ч гэсэн эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн үр ашгийг баталгаажуулж

хүрч чаддаг чанартай амин чухал тусламж үйлчилгээг хүргэж чаддаг (Ц.Норовдондог et al., 2021). Тухайлбал, Япон улсад 1961 онд бүх нийтийг даатгалд хамруулах замаар төлбөрийн тогтвортой системийг зохицуулж нэвтрүүлсэн ба хүн амын биеийн эрүүл мэндийн зардлын хамгийн бага болон хамгийн их зардлын хувь нь төсвөөс төлөгддөг. Энэ нь хүн амын эдийн засгийн дарамтыг багасгаж санхүүгийн тогтвортой байдлыг хангаж байгааг хэлж байна (Hungerford, 1997; Ц.Норовдондог et al., 2021).

БНСУ-д 1989 онд нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын системийг үүсгэн байгуулснаас хойш нийт эрүүл мэндийн зардлын 60 хувь нь хуульчилсан эрүүл мэндийн даатгалын мөнгөн санд даатгал хийлгэсэн нийт хүн амыг даатгалд хамруулан санхүүжилтийг авч хэрэгжүүлдэг ба хувийн төлбөрийг 30 орчим хувьтай байлгаж чаджээ (Constitution of the Republic of Korea, 1987). Эмнэлгийн үйлчилгээг хүртээмжтэй болгож, хүмүүст боломжийг өгч, үйлчилгээний зардалд хамрагдаж иргэдийн

санхүүгийн ачааллыг хялбар болгосон ба хувийн төлбөрийн хувь хэмжээ нь төлбөрийн хэмжээг тохируулах боломжийг сулруулж санхүүжилтийн хамгийн тогтвортой төрийн харилцаанаас төрийн санхүүжилт авч байгаа тул хамгийн чухал гэж үздэг байна.

Өндөр хөгжилтэй улс орнуудын туршлагыг энд хэрэгжүүлж эрүүл мэндийн үйлчилгээний салбарын чанарыг үнэлгээг баталгаажуулан хүртээмжийг сайжруулбал Монгол Улсын нийгэм, улс эдийн засагт үр дүнтэй нөлөөлнө. Салбарын даатгалын зохицуулалт нь хөрөнгийн бүтцийг сайжруулан салбарын санхүүгийн олон төрөлд нөлөөлж тус болох бөгөөд цахим эрүүл мэнд, хяналтын механизм, мэдээллийн тодорхой байдлыг бүх түвшинд бий болгох зэрэгт нөлөөлдөг байна (Wendt et al., 2009). Тухайлбал, Эстони Улсад хийгдсэн тус зохицуулалт нь бүх нийтийг хамрагдах тогтолцоог баталгаажуулан технологийн инновацыг хэрэгжүүлж, нийтийн эрүүл мэнд болон салбарын тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг оновчтой зохицуулсан гэх олон таамаг зэрэг олон судалгаанд эрүүл мэндийн даатгалын зохицуулалтыг олон улсын туршлагад зохицуулсан ач тусыг дурдсан байдаг.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны тогтвортой байдал, тусламж үйлчилгээний хүртээмжтэй, чанартай байдалд санхүүжилтийн механизм нь шийдвэрлэх үүрэгтэй гол бүрэлдэхүүн хэсэг болох нь олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн. Өндөр хөгжилтэй орнуудын туршлагыг харахад, төрийн хөрөнгө оруулалт болон нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал зэрэг санхүүжилтийн эх үүсвэрүүд голлох байр суурь эзэлдэг. Эдгээр эх үүсвэрүүд нь санхүүгийн тогтвортой байдлыг бий болгож, улмаар хүн амд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүртээмжтэй, чанартай үзүүлэх үндэс суурь болдог тухай Кутзин (2001) болон Ц.Норовдондог нар (2021) онцолсон байна. Японы бүх нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын систем болон БНСУ-ын улсын төсвөөс даатгалын санг дэмжих практик нь иргэдийн санхүүгийн эрсдэлийг бууруулах үр дүнтэй арга хэмжээ болж, Монгол Улсад санхүүжилтийн тогтолцоог сайжруулахад үнэтэй сургамж өгч байна.

Даатгалын сангийн хөрөнгийг ажил олгогч, ажилтан хоёулаа хуваалцан бүрдүүлдэг бүтэц нь олон улсын түгээмэл жишиг болсон. Зарим улс орнуудад татварын орлого, хувь хүний шимтгэлийг хослуулан санхүүжилтийг бүрдүүлдэг. Ийнхүү санхүүжилтийг уян хатан байлгаснаар эдийн засгийн хямралын үед ч эрүүл мэндийн үйлчилгээг тасралтгүй санхүүжүүлэх боломжтой тухай Кутзин (2001) дурджээ. Монгол Улсад 2016-2022 оны хооронд эрүүл мэндийн нийт зардал 4.3 дахин өссөн хэдий ч ДНБ-д эзлэх хувь хэмжээ нь бүс нутгийн болон өндөр хөгжилтэй орнуудтай харьцуулахад харьцангуй бага хэвээр байна.⁸⁷

Санхүүжилтийн механизм нь төлбөрийн системээр дамжуулан үйлчилгээний чанар, хүртээмжид шууд нөлөөлдөг. Японд стандартчилсан тарифын системийг нэвтрүүлж, төр, хувийн хэвшлийн үйлчилгээ үзүүлэгчдэд ижил тариф мөрдүүлдэг нь үйлчилгээний ил тод байдал, зардлын хяналт, хүртээмжийг сайжруулсан үр дүнтэй шийдэл болсон (Vaubion et al., 2019). БНСУ-д үндэсний даатгалын сан нь иргэдийн шимтгэл, аж ахуйн нэгжийн дэмжлэг, засгийн газрын хувь нэмрээс бүрддэг нь санхүүгийн тогтвортой, уян хатан системийг бүрдүүлдэг (Constitution of the Republic of Korea, 1987). Финляндын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь төв, орон нутгийн төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, хувийн төлбөр зэрэг олон эх үүсвэрийг ашигладаг нь орон нутгийн

⁸⁷ ДЭМБ, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2024”, <https://hdc.gov.mn/media/files/emu2024.pdf>, Хандсан огноо: 2026.04.18,

удирдлагуудад уян хатан байдлыг олгож, үйлчилгээний хүртээмжийг жигд хангах боломж олгодог байна(Ministry of Social Affairs and Health, 1990).

Монгол Улсад хувийн шууд төлбөр нь 2016-2022 оны хооронд нийт эрүүл мэндийн зардлын 35-44 хувийг эзэлж байгаа нь даатгалын механизмын хангалтгүй байгааг харуулж байна.⁸⁸ Энэ нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, чанарт сөргөөр нөлөөлөхөөс гадна иргэдийн санхүүгийн эрсдэлийг нэмэгдүүлж байна.

Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг сайжруулахад санхүүжилтийн тогтолцоог олон улсын жишигт нийцүүлэн боловсронгуй болгох нь чухал алхам болохыг тэргүүлэх орнуудын туршлагаас харж болно. Санхүүжилтийн олон эх үүсвэрт тулгуурлаж, хувийн шууд төлбөрийг хязгаарлах бодлого хэрэгжүүлдэг Канад, Япон зэрэг улсад эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, хүртээмж харьцангуй өндөр байдаг (Kutzin, 2001; Ц.Норовдондог нар, 2021). Эдийн засгийн хүндрэлтэй үед төсөв болон даатгалын тогтвортой бүтэцтэй улсууд эрүүл мэндийн үйлчилгээний хомсдолд ордоггүй нь судалгаагаар тогтоогдсон (Kutzin, 2001).

Эрүүл мэндийн санхүүжилт нь хүний нөөцийн зохистой бүрэлдэхүүнд шийдвэрлэх үүрэгтэй бөгөөд энэ нь эцсийн дүнд эрүүл мэндийн үзүүлэлтэд шууд нөлөөлдөг болохыг олон улсын судалгаа харуулж байна. Anyangwe & Mtonga (2007)-ийн судалгаагаар дэлхий дахинд эрүүл мэндийн салбарт хүний нөөц дутагдалтай байгаа нь, ялангуяа хөгжиж буй орнуудад ажлын байрны хомсдолтой байгаа нь хүн амын эрүүл мэндийн болон санхүүгийн байдалд ноцтой сорилт учруулж байгааг онцолсон. Хөгжингүй орнуудын туршлагаас харахад хангалттай санхүүжилттэй эрүүл мэндийн тогтолцоо нь үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой.

Санхүүжилтийн механизмын үр ашгийг нэмэгдүүлэхийн тулд хууль эрх зүйн зохицуулалттай уялдуулан санхүүгийн урсгалыг ил тод, хяналттай болгох шаардлагатай. Японд даатгалын сангийн үйл ажиллагаанд төвлөрсөн хяналт, аудитын тогтолцоог хуульчилсан нь санхүүгийн үр ашгийг дээшлүүлэхэд тус болсон (Ц.Норовдондог нар, 2021). Монгол Улсад санхүүжилтийн механизмыг шинэчлэх, хууль эрх зүйн орчныг сайжруулах нь хүн амд эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүртээмжтэй, чанартай хүргэх, санхүүгийн аюулгүй байдлыг хангах чухал алхам юм. Эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүгийн үзүүлэлтийн талаар дурдвал, санхүүжилт нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, хүртээмж болон тогтвортой байдлыг тодорхойлогч гол хүчин зүйл юм. Санхүүжилтийн бүтцэд төр, хувийн хэвшил болон эрүүл мэндийн даатгалын оролцооны харьцаа ихээхэн нөлөөлөх бөгөөд эдгээрийн оновчтой харьцаа нь тухайн улсын эрүүл мэндийн үр дүнг шууд илэрхийлнэ. Жишээлбэл, Япон улсад нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал өндөр байхын зэрэгцээ санхүүжилтийн бүтцийг 84% төрийн санхүүжилт бүрдүүлдэг байна (Ц.Норовдондог нар, 2021). Харин Монгол Улсад 2022 онд нэг хүнд 1.38 сая төгрөгийн эрүүл мэндийн зардал ногдож байсан хэдий ч хувь хүнээс гарч байгаа зардал их хэвээр байгаа нь хүн амын санхүүгийн дарамтыг нэмэгдүүлж, эрүүл мэндийн үйлчилгээг хязгаарлаж байна.⁸⁹

Санхүүжилтийн бүтэц нь төр болон хувийн санхүүжилтээс бүрдэх ба хөгжингүй улсуудын жишээг харвал, Канадад төрийн санхүүжилт 72%, Финляндад 78% - ийг эзэлж хувийн зардал бага байна.⁹⁰

⁸⁸ Мөн тэнд,

⁸⁹ ДЭМБ, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2024”, <https://hdc.gov.mn/media/files/emu2024.pdf>, Хандсан огноо: 2026.04.18,

⁹⁰ Мөн тэнд,

Монгол Улсад хувь хүний төлж буй халаасны шууд төлбөрийн хувь 39-44% хүртэл өндөр байна.

Хүснэгт 7. Харьцуулсан улс орнуудын санхүүжилтийн бүтэц

Улс	Улсын төсөв, нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл	Хувийн даатгалын	Хувь хүний халааснаас төлж буй төлбөр
Япон	85	1	14
БНСУ	66	6	28
Эстони	83	1	16
Финлянд	78	2	20
Канад	72	13	15
Монгол	66	0	34

Улс орнуудыг ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардал буюу санхүүжилтийн жингээр харьцуулахад ихэнх хөгжингүй орны ДНБ-ий 10-12%-ийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна (Ц.Норовдондог нар, 2021). Хөгжиж буй орнуудад ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын дундаж 5.7%, бага орнуудад 3.5% байна (Vaubion et al., 2019). Япон, Канадад ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь хэмжээ өндөр байх тусам дундаж наслалт, эх нялхсын эндэгдэл буурах хэтийн төлөв харагдсан (Ц.Норовдондог нар, 2021).

Монгол Улсын хувьд төрийн зардлын санхүүжилт хязгаарлагдмал байгаатай холбоотойгоор халааснаас гарч буй зардал тогтвортой өндөр байсаар байна. Өөрөөр хэлбэл албан секторын гаргаж буй зардал эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бодит хэрэгцээг хангаж чадахгүй байна гэж үзэж болох талтай юм. Нөгөө талаар байгаа эх үүсвэрийн оновчтой хуваарилалт, үр ашигтай зарцуулалт чухал асуудал болоод байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны үйлчилгээний чанарыг бодитойгоор үнэлэхэд чанарын үзүүлэлтийн олон улсын аргачлал, хэмжилтийн ач холбогдол нь чухал үүрэгтэйг харуулж байна. Эмчилгээний үр дүн, өвчний дахилт, хүндрэл, өвчтөн болон үйлчилгээ үзүүлэгчийн сэтгэл ханамж, тусламж үйлчилгээний аюулгүй байдал зэрэг гол хүчин зүйлсийг чанарын үндсэн үзүүлэлтүүдээр тодорхой хэмждэг. Чанарын системийн аюулгүй байдал, хүртээмж болон тогтвортой байдлыг үнэлэхэд эрүүл мэндийн үйл ажиллагааны бие даасан гол үзүүлэлтүүдийг нэгтгэн дүгнэх нь ач холбогдолтой болохыг олон улсын судалгаанууд нотолж байна (Sauerland, 2008). Эрүүл мэндийн чанарын хэмжилт, дүгнэх аргачлалд хэрэглэж буй стандартуудын нэгдмэл байдлыг улс орон бүрийн хэрэгжүүлэх бодлогын онцлогтой уялдуулах нь чухал бөгөөд зөвхөн нэг хэмжүүрт тулгуурласнаар үл анзаарагдах зөрчил, дутагдал үүсэх эрсдэлтэй.

Япон, Канад, Финлянд зэрэг өндөр хөгжилтэй орнуудын хувьд хууль эрх зүйн зохицуулалтад тулгуурласан чанарын баталгааны тогтолцоог хэрэгжүүлэн, үйлчилгээний чанарыг төлөвлөлтөөс эхлээд хэрэгжүүлэлт хүртэл байгууллагын бүх шатанд тасралтгүй үнэлж, шаардлагатай өөрчлөлтүүдийг хийхэд чиглэгдсэн байдаг (Chuang & Hu, 2025). Чанарын баталгаажуулалтын процесс нь зөвхөн үйлчилгээний чанарын үнэлгээ хийхээс гадна үндэсний хэмжээнд үйлчилгээний нэгдсэн чанарыг сайжруулахад үр ашигтай байх загвар болдог болохыг судалгаа харуулж байна. Гэвч Монгол Улсад чанарын үнэлгээний арга зүй, хэрэгжүүлэлтийн тогтолцоо сул байгаа нь

үйлчилгээний чанар болон хүртээмжийг бодитой хэмжих, улмаар сайжруулахад хүндрэл учруулж байна гэж үзэж болох юм.

Олон улсын судалгаануудаас үзэхэд чанарын үзүүлэлтийн үнэлгээ нь тусламж үйлчилгээний чадавхад нөлөөлөхөөс гадна менежментийн шинэчлэл, технологийн дэвшлийг нэвтрүүлэх, үр ашигтай менежмент хийхэд тустай болохыг онцолжээ (Chuang & Hu, 2025). Чанарын удирдлагын стратеги боловсруулахдаа технологи, хүний нөөцийн нэгдмэл байдлыг оновчтой зөв уялдуулж, мэдээллийн системийн найдвартай байдлыг хангах нь чухал. Чанарын стандартуудыг мөрдөхдөө зөвхөн хууль зүйн зохицуулалтад тулгуурлах бус, байгууллагын дотоод менежмент болон хүний нөөцийн уян хатан байдлыг харгалзах нь үр дүнг илүү тогтвортой болгодог болохыг судалгаагаар тогтоожээ (Sluijs et al., 2001).

Германы туршлагаас харахад чанарын баталгаажуулалтын үндсэн хууль болон нийтлэг стандартуудын хэрэгжилтийг байнга хянаж, институцийн шинэчлэл, хариуцлагын төвлөрлийг нэмэгдүүлэх замаар чанарын хяналтыг сайжруулсан нь үйлчилгээний чанар тогтвортой өсөх гол үндэс болсныг баталдаг (Sauerland, 2008). Финлянд улсад төвлөрлийг бууруулж, орон нутгийн түвшний чанарын менежментийг дэмжих бодлогыг хэрэгжүүлэх замаар үйлчилгээний чанарыг сайжруулсан нь төвлөрлийг хэт нэмэгдүүлэхийн сөрөг нөлөөг бууруулах үр дүнтэй арга болсон байна.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарт технологи болон хүний нөөцийн зэрэг хүчин зүйлс хэрхэн нөлөөлж буй судалгаа нь инновацад суурилсан менежментийн системүүд үр дүнтэй байгааг харуулж байна (Chuang & Hu, 2025). Жишээлбэл, цахим эрүүл мэндийн системийг үр дүнтэй нэвтрүүлсэн улсуудад үйлчилгээний чанар, ил тод байдал болон үр ашиг өсч, үйлчилгээний хүртээмж нэмэгдсэн байна. Канад, Финлянд, Япон зэрэг орнуудад чанарын хэмжлийн менежмент нь эмч, сувилагч нарын мэргэшил, ажлын нөхцөлтэй холбоотой бөгөөд зохистой цалин хөлс, ажлын ачааллыг зохицуулах бодлоготой уялдуулснаар тогтвортой үр дүнд хүрч байгааг харуулж байна (Sauerland, 2008; Chuang & Hu, 2025). Хүний нөөцийн оновчтой зохицуулалтгүй орнуудад чанарын үзүүлэлтүүд буурах эрсдэл өндөр бөгөөд үүнийг Монгол Улсын нөхцөлд харгалзан үзэх шаардлагатай.

Дэлхийн улс орнууд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал ба чанарын үзүүлэлтийн хооронд шууд хамаарал байдгийг тогтоожээ (Evans et al., 2000). Зардлын түвшин бага улсуудад чанарын үзүүлэлт сул байхад, зардал өндөртэй орнуудад үйлчилгээний чанарын тогтвортой өсөлт ажиглагддаг байна. Энэ нь зөвхөн санхүүжилтийн хэмжээгээр хязгаарлагдахгүй, харин зардлын менежмент, цахим эрүүл мэндийн интеграци, хүний нөөцийн алсын харааг нэгтгэх бодлоготой холбоотой үр дүн болохыг харуулж байна. Франц, Япон, Канад зэрэг орнуудын жишээгээр үйлчилгээний чанар, хүртээмж, санхүүгийн тогтвортой байдал, хүний нөөцийн уян хатан бодлого зэрэг элементүүд чанарын тогтолцоотой уялдаж байгаа нь батлагджээ (Tandon et al., 2000).

Улс орнуудын чанарын баталгаажуулалтын систем өөр хоорондоо ялгаатай бөгөөд хууль тогтоомж, менежментийн үзэл баримтлал, технологи, хүний нөөцийн интеграци гэх мэт олон хүчин зүйлээс шалтгаалан үр дүн нь харилцан адилгүй байдаг. Тухайлбал, Финлянд болон Канадын чанарын менежмент нь хүний нөөцийн уян хатан зохицуулалтыг онцлон авч үзэж, байгууллагын дотоод бодлогыг нээлттэй байлгах зарчимд тулгуурласан байдаг бол Япон улс чанарын удирдлагын стратегийг

хэрэгжүүлэхдээ технологийн инновацад илүү анхаарал хандуулж байна (Chuang & Hu, 2025; Sluijs et al., 2001). Эдгээр туршлага нь Монгол Улсад чанарын менежментийн бодлогыг боловсронгуй болгоход хэрэгцээтэй практик мэдлэг болох боломжтой юм.

Эцэст нь, чанарын баталгаажуулалт болон үзүүлэлтийн менежмент нь эрүүл мэндийн системийн тасралтгүй сайжруулалтыг хангах үндсэн механизм болж, хууль эрх зүй, санхүүжилтийн тогтвортой байдал, технологи, хүний нөөцийн интеграци зэрэг олон хүчин зүйлийг хослуулах шаардлагатай болохыг судалгаанууд нотолж байна.

4.6. Телемедицintэй холбоотой олон улсын зохицуулалт

Улс	Эрх зүйн баримт бичгийн нэр	Телемедициний эрх зүйн онцлох асуудлууд тусгагдсан байдал
БНХАУ	Цахим оношилгооны журам (e-Diagnostic Rules)	Зөвхөн лицензтэй эмч, сувилагч нар цахим оношилгооны үйлчилгээ үзүүлж болно. Эдгээр боловсон хүчин нь улсын эрүүл мэндийн мэргэжилтний системийн жагсаалтад орсон, доод тал нь 3 жилийн бие даасан эмнэлзүйн дадлага туршлагатай байх ёстой. Энэ үйлчилгээг үзүүлэгч эмч нарын цахим оношилгооны ажил нь эмнэлэгт хэвтэн үйлчлүүлж буй өвчтөнийг эмчлэх үндсэн үүрэг хариуцлагаа доголдуулах шалтгаан болохгүй. Цахим оношилгооны эмнэлзүйн үйлчилгээг өвчтөнүүд үзлэг шинжилгээнд хамрагдсаны дараах зөвхөн тодорхой нийтлэг эсвэл архаг өвчний үзлэгийн хэлбэрээр ашиглаж болно. Хэрэв өвчний шинж тэмдэгт заавал биечлэн очиж үзүүлэх шаардлагатай өөрчлөлт гарсан бол цахим клиникийн үйлчилгээ үзүүлэгч эмч тухайн өвчтөнийг уламжлалт аргаар биечлэн үзүүлж эмчлүүлэхийг зөвлөх ёстой. Цахим оношилгооны эмнэлзүйн үйлчилгээг биечлэн үзүүлсэн нөхцөл байдалтай нь (телемедицин эмчилгээнд тавигдах шаардлагуудын дагуу) уялдуулан илүү чөлөөтэй үзүүлнэ. Өөрөөр хэлбэл, хэрэв тухайн өвчтөн аль нэгэн эмнэлгийн байгууллагад үзүүлэн үйлчлүүлж байгаа бол өөр бусад эмч нарт түүнийг зайнаас оношилж, эм бичихийг зөвшөөрнө.
	Цахим эмнэлгийн журам (e-Hospital Rules)	Хэрэв эмнэлгийн байгууллага өөрөө эсвэл гуравдагч этгээдтэй хамтран цахим оношилгооны эмнэлгийн үйлчилгээг өөрийн болон хөндлөнгийн эмч нарын аль нэгийг ашиглан үйлчилгээний платформ бүрдүүлж байгаа бол энэхүү эмнэлгийн байгууллага нь “цахим эмнэлэг” болох өргөдлөө гаргах ёстой. Хэрэв эмнэлгийн байгууллага цахим оношилгооны эмнэлзүйн үйлчилгээг зөвхөн

		<p>өөрийн бүртгэлтэй эмч нараар дамжуулан үзүүлдэг бол «цахим эмнэлэгт хоёр дахь нэрээр» хандаж болох боловч заавал үүрэг хүлээхгүй. Магадлан итгэмжлэгдсэн цахим эмнэлэг болохын тулд тухайн эмнэлгийн байгууллага нь техник хангамж, программ хангамжийн тодорхой шаардлагыг хангасан байх ёстой. Хариуцлага “Эмнэлгийн байгууллагын үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл” авсан интернет эмнэлгүүд бие даан хуулийн хариуцлага хүлээнэ; Интернет эмнэлгийн бүх талууд хамтын ажиллагааны гэрээний дагуу холбогдох хуулийн хариуцлага хүлээнэ. Өвчтөн интернет эмнэлэгтэй эрүүл мэндийн маргаантай байгаа тохиолдолд холбогдох хууль тогтоомж, журмын дагуу хууль ёсны хариуцлагыг нөхөн төлүүлэхээр Интернет эмнэлгийн бүртгэлийн байгууллагад хандах хэрэгтэй.</p>
	<p>Телемедициний үйлчилгээний стандарт (Telemedicine Service Standard)</p>	<p>Цахим оношилгооны эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэх, цахим эмнэлэг байгуулах чиглэлээр гуравдагч этгээдтэй (арилжааны байгууллагуудыг оролцуулаад) хамтарч ажиллахад тухайн орон нутгийн эрүүл мэндийн зохицуулагчийн хянасан хамтын ажиллагааны бичгээр үйлдсэн гэрээг байгуулах шаардлагатай байдаг.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Буцааж хэрэглэх үр дагавартай - Цахим оношилгооны журам, цахим эмнэлгийн журмын аль алинд нь цахим оношилгооны үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллагууд нь 30 хоногт багтаж холбогдох зөвшөөрөл (цахим оношилгооны үйлчилгээний зөвшөөрөл, эсвэл цахим эмнэлгийн зөвшөөрөл) –ийг авах, - Технологийн танилцуулга - Цахим эрүүл мэндийн журам нь эмнэлзүйн үйлчилгээнд эмч нарт зориулсан нүүр таних программ хангамж гэх зэрэг дэвшилтэт технологи нэвтрүүлсэн байна, - Хариуцлагын даатгал - Цахим эрүүл мэндийн журамд цахим эмнэлэг эсвэл хамтын ажиллагаанд оролцогч талуудаас хариуцлагын даатгалыг худалдаж авахыг шаарддаг. Харин журамд хариуцлагын даатгалын босго болон бусад шаардлагыг заагаагүй болно.
<p>Филиппин</p>	<p>Цахим эрүүл мэндийн</p>	<p>Телемедициний үйлчилгээг зөвшөөрөгдсөн лицензтэй эмч, хөдөө орон нутгийн эрүүл</p>

	<p>тогтолцоо, үйлчилгээний тухай (Philippine eHealth Systems and Services Act)</p>	<p>мэндийн ажилтан нар үзүүлнэ. Рентген зураг болон бусад оношилгоо, шинжилгээг цахим хэлбэрээр бусад бүс нутагт байрладаг мэргэжлийн эмч нарт үзүүлж, оношлуулах бөгөөд шинжилгээний хариуг цахим шуудангийн хаягаар илгээнэ.</p> <p>Өвчтөн ба эмч хоёрын харилцан итгэлцэл, харилцан бие биеэ хүндэтгэх, өвчтөний хувийн нууцлал, өвчний талаарх мэдээллийн бүрэн бүтэн байдлыг хангах, зохих ёсоор мэдэгдэн зөвшөөрөл авах (телемедицин үйлчилгээ авах өвчтөний зөвшөөрлийн маягт) , бие даасан байдал, эмчийн хувийн нууцыг үнэлэх, эмчийн үндсэн үүргийг гүйцэтгэх, үзүүлж буй тусламжийн чанарыг баталгаажуулах зарчмыг баримтална.</p> <p><u>Өвчтөний эрх:</u></p> <p>Телемедициний зөвлөгөө өгөх үед эмнэлгийн бус ажилтнуудаас бусад хүнийг өрөөнөөс гарахыг хүсэх; Эмч телемедициний зөвлөгөө өгч байх үед өвчтөн хүсвэл хэдийд ч зогсоох; Телемедициний зөвлөгөөний үеэр олж авсан болон тэмдэглэсэн бүх мэдээллийг хуулбарлан авах; Телемедициний зөвлөгөөний үед гэр бүлийн гишүүн, эсхүл асран хамгаалагчийн туслалцаа авч болох бөгөөд тэд зарим асуултад хариулах эрхтэй байна.</p> <p><u>Холбогдох хариуцлага, шийтгэл:</u></p> <p>Өвчтөний хувийн мэдээллийг зөвшөөрөлгүй задруулсан бол 500,000-2 сая писсогоор торгож нэгээс гурван жил хүртэл хугацаагаар хорих ял шийтгэнэ. Өвчтөний хувийн эмзэг мэдээллийг зөвшөөрөлгүй задруулсан бол 500,000-400 сая писсогоор торгож гурваас зургаан жил хүртэл хугацаагаар хорих ял шийтгэнэ. Хайхрамжгүй байдлаас болж өвчтөний хувийн мэдээллийг задруулах; хувийн нууц мэдээлэлд зөвшөөрөлгүй нэвтрэх; хувийн болон хувийн нууц мэдээллийг зөвшөөрөлгүйгээр устгах; хувийн нууц мэдээллийг задруулсныг нуун дарагдуулах гэх мэт бусад төрлийн үйлдлийг хослуулан, эсхүл давтан үйлдсэн бол 1-5 сая хүртэл писсогоор торгож гурваас зургаан жил хүртэл хугацаагаар хорих ял шийтгэнэ.</p>
БНСУ	<p>Эмнэлгийн үйлчилгээний хуулиар (Medical service act)</p>	<p>Хэн ч эмнэлгийн магадлагаа, дүгнэлт, эмчийн жорыг дижитал гарын үсэг бүхий цахим хэлбэрээр хүлээн авах боломжтой бөгөөд эмч цахим жор олгоходоо Дижитал гарын үсгийн тухай хуульд зааснаар батаглгаажуулах шаардлагатай. Цахим эрүүл мэндийн дэвтэр, цахим жор нь нэгдсэн цахим санд бүртгэгдэнэ.</p>

		<p>Уг санд зөвхөн эмнэлгийн ажилтан болон өвчтөн нэвтрэх эрхтэй бөгөөд үзлэг, оношилгоо, эмчилгээ, үр дүн, хяналтын үйл явцыг бүхэлд нь харах боломжтой юм.</p> <p><u>Өвчтөний эрх:</u> Өвчтөн нь нас, хүйс, шашин шүтлэг, нийгмийн байдлаас үл хамааран эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авах эрхтэй; Өвчтөн нь эрүүл мэндийн нөхцөл байдлын оношилгоо, эмчилгээний төлөвлөгөө, тактикийн талаар эмнэлгийн ажилтнаас тайлбар авах эрхтэй; Өвчтөн нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ болон өвчний нууц, хувийн амьдралын талаарх мэдээллээ хамгаалуулах эрхтэй.</p> <p><u>Холбогдох хариуцлага, шийтгэл:</u> Цахим жорын бүртгэлд хадгалагдсан хувийн мэдээллийг задруулах, алдах, өөрчлөх, устгах эрх хэнд ч байхгүй бөгөөд хэрэв эмч, эмнэлгийн ажилтан хариуцлага алдсан бол 20 сая воноор торгох, эсхүл 5 жил хүртэл хугацаагаар хорих ял шийтгэнэ.</p>
Малайз	Телемедициний тухай хууль (The Telemedicine Act 1997)	<p><u>Телемедицинээр үйлчлэх гэрчилгээ:</u> Телемедициний чиглэлээр ажиллах гэрчилгээ авах өргөдлийг Малайз улсаас гадна бүртгэлтэй буюу тусгай зөвшөөрөл авсан эмнэлгийн мэргэжилтэн дотоодын бүрэн бүртгэлтэй эмнэлгийн эмчээр дамжуулан Зөвлөлд гаргах бөгөөд холбогдох материалыг хавсаргана. Зөвлөл нь өргөдөл гаргагчид телемедициний чиглэлээр ажиллах эрхийн гэрчилгээг Зөвлөлөөс тодорхойлсон нөхцлийн дагуу гурван жилийн хугацаатай олгож болно. Зөвлөл нь телемедицинээр ажиллах гэрчилгээний нөхцөл, болзлыг хэдийд ч өөрчилж болно. Зөвлөл нь телемедицинээр ажиллах гэрчилгээ эзэмшигч гэрчилгээнд заасан аливаа нэр томьёо, нөхцлийг зөрчсөн тохиолдолд гэрчилгээг хүчингүй болгож болно. Зөвлөлөөс телемедицинээр ажиллах гэрчилгээ олгохоос татгалзсан эсвэл уг гэрчилгээг цуцалснаас болж хохирсон аливаа этгээд нь шийдвэрийг эцэслэн гаргасан сайдад гомдол гаргаж болно.</p> <p><u>Өвчтөний зөвшөөрөл:</u> Бүрэн бүртгэлтэй эмнэлгийн эмч өвчтөнтэй холбоотой телемедицин хийлгэхээс өмнө өвчтөнөөс бичгээр зөвшөөрөл авна. Өвчтөн зөвшөөрөл өгөхөөс өмнө өвчтөнд дараах зүйлсийг мэдэгдээгүй бол хүчингүй болно.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ирээдүйд асрамж, эмчилгээ хийлгэх эрхэнд нь нөлөөлөлгүйгээр хүссэн үедээ зөвшөөрлөө эргүүлэн татах боломжтой

		<p>гэдгийг;</p> <ul style="list-style-type: none"> - телемедициний болзошгүй эрсдэл, үр дагавар, ашиг тусын талаар; - телемедициний харилцан үйлчлэлийн явцад олж авсан эсвэл мэдсэн өвчтөний талаарх аливаа мэдээлэл нууцлалд хамаарах талаар; - телемедициний харилцан үйлчлэлийн явцад дамжуулсан эсвэл ашигласан аливаа зураг, мэдээллийг тухайн өвчтөний эсвэл өвчтөнийх болохыг тогтоож болох бол өвчтөний зөвшөөрөлгүйгээр аливаа судалгаанд ашиглах эсвэл бусад хүнд тараахгүй байх. - Өвчтөний 1 дэх дэд хэсгийн дагуу өгсөн зөвшөөрөл нь тухайн дэд хэсгийн 2 дахь дэд хэсэгт заасны дагуу өгсөн мэдээллийг ойлгосон гэдгээ илэрхийлсэн өвчтөний гарын үсэг бүхий мэдэгдэлгүйгээр хүчин төгөлдөр бус байна. - Өвчтөний 1 дэх дэд хэсгийн бичгээр өгсөн зөвшөөрөл, 3 дахь дэд хэсгийн мэдэгдэл нь өвчтөний эрүүл мэндийн дэвтэрийн нэг хэсэг болно. - Өвчтөн насанд хүрээгүй, эсхүл сэтгэцийн эмгэг ба хөгжлийн бэрхшээлтэй бол түүний өмнөөс найз нь эсвэл асран хамгаалагч зөвшөөрөл өгч болно. -бүрэн бүртгэлтэй мэргэжлийн эмч нь энэ хэсэгт заасныг зөрчсөн гэм буруутай эсвэл гэм буруутайд тооцогдвол нэг зуун мянган ринггитээс дээшгүй хэмжээний торгууль ногдуулах эсвэл хоёр жилээс илүүгүй хугацаагаар хорих ял эсвэл хоёуланг нь ногдуулж болно.
--	--	--

Австрали	Технологид суурилан өвчтөнд зөвлөгөө өгөх удирдамж” (Technology-based patient consultations)	<p>Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд технологи ашиглан өвчтөнд зөвлөгөө өгч, эмчлэхдээ: Зохиох журмын дагуу өвчтөний зөвшөөрлийг авах, өвчтөний хувийн нууцыг хадгалах, хамгаалах;</p> <p>Өвчтөн биечлэн ирж үзүүлэх шаардлагатай тохиолдолд өвчтөнд заавал мэдэгдэх;</p> <p>Өвчтөнд өөрийн мэдээллийг үнэн зөвөөр өгөх;</p> <p>Өвчтөнд зөвлөгөө өгөх болгондоо өвчтөний мэдээллийг бүрэн гүйцэд тэмдэглэж авах;</p> <p>Зөвлөгөө өгөх явцдаа зөвлөгөөний үе, шат бүрийг өвчтөнд тайлбарлах; Өвчтөний өвчний түүх, өмнө үзүүлсэн эмнэлгийн үзлэг, магадлагаан дээр тулгуурлан биеийн байдлыг нь тодорхойлох;</p> <p>Өвчтөнд алсын зайнаас зөвлөгөө мэдээлэл өгөх үед эмч, мэргэжилтнүүд өвчтөнийг урьд нь үзэж байгаагүй, өвчтөний дэлгэрэнгүй түүхтэй танилцаж байгаагүй бол санал болгож буйэмчилгээ нь тухайн өвчтөнд эсрэг заалттай эсэхийг лавлан;</p> <p>Өвчтөний биеийн байдлыг үнэлж, дүгнэхдээ ашигласан мэдээллийн эх сурвалжаас үл хамааран эмчилгээний хариуцлагыг бүрэн хүлээнэ. Мэдээллийг өвчтөнөөс, гуравдагч этгээдээс болон өөрийн эмчилж байсан туршлага дээр үндэслэсэн зэрэг аль ч тохиолдолд эмчилгээний хариуцлагыг эмч бүрэн хүлээх;</p>
	Эмч, мэргэжилтнүүдэд зориулсан алсын зайн эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх удирдамж(Telehealth guidance for practitioners)	<p><u>Алсын зайнаас эрүүл мэндийн зөвлөгөө, үйлчилгээ үзүүлэхээс өмнө:</u></p> <p>Эмч, мэргэжилтэн өөрийгөө танилцуулан, өвчтөн, үйлчлүүлэгчийнхээ талаарх мэдээллийг нягтлах.</p> <p>Алсын зайн зөвлөгөө, эмчилгээ авснаар ямар үр дүнд хүрэхийг өвчтөнд тайлбарлах.</p> <p>Өвчтөнд ойлгомжтой үг, хэллэг ашиглан мэдээлэл өгөх, төлбөр тооцоо болон төлөвлөж буй эмчилгээ, үйлчилгээнийхээ талаар танилцуулах, хамт ажиллаж буй багийн эмч мэргэжилтнүүдэд өвчний мэдээллийг танилцуулах, өвчний талаарх мэдээллийг тэмдэглэн авч буйгаа өвчтөнд мэдэгдэн, тэдний зөвшөөрлийг авах.</p> <p>Гэрээсээ ажиллаж байгаа тохиолдолд эмч, мэргэжилтнүүд нь өвчтөн, үйлчлүүлэгчийнхээ хувийн нууцыг хадгалах, тэдний эрхийг хамгаалах.</p> <p><u>Алсын зайнаас зөвлөгөө, мэдээлэл өгөх үеэр:</u></p> <p>Өвчтөнийхөө өвчний түүх, эрүүл мэндийн</p>

		<p>өнгөрсөн болоод өнөөгийн байдлыг тодруулахын тулд сайтар ярилцан, шаардлагатай тохиолдолд хэлмэрч ашиглах. Алсын зайнаас үйлчилж байгаа хэдий ч мэдээлэлд суурилан чанартай үйлчилгээ үзүүлэхийг эрхэмлэх. Зөвлөгөө, үйлчилгээнийхээ талаар нарийн, тодорхой тэмдэглэл хөтлөх.</p> <p>Өвчтөнд үргэлжлүүлэн анхаарал, халамж тавих, Өвчтөний биеийн байдал сайжирч байгаа эсэх талаар үргэлжлүүлэн анхаарал тавих, өвчтөний зөвшөөрлийг авч, бусад эмч, мэргэжилтнүүдтэй ижил төрлийн өвчтөнд зөвлөсөн эмчилгээний талаар санал солилцох.</p> <p>Өвчтөнд шаардлагатай гэж үзсэн тохиолдолд эмчид биечлэн үзүүлэхийг зөвлөх.</p>
Япон	Цахим эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг хэрэгжүүлэх удирдамж	<p>Эмнэлгийн цахим тусламж үйлчилгээ нь эмчид биечлэн үзүүлэхтэй харьцуулахад өвчтөний бие махбод, сэтгэл санааны нөхцөл байдлыг үнэлэх явц хязгаарлагдмал байдаг. Эмч нь эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээний энэхүү хязгаарлагдмал байдлыг зөвөөр ойлгож, өвчтөн болон тэдний гэр бүлийнхэнд эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээний давуу болон сул талуудыг урьдчилан тайлбарлаж өгөх шаардлагатай.</p> <p><u>Аюулгүй болон хүчин төгөлдөр байдал нь нотолгоонд суурилсан байх</u></p> <p>Эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээг үзүүлэхдээ өвчтөнд зохистой байдлаар эмчилгээний аюулгүй болон хүчин төгөлдөр байдлыг баталгаажуулах шаардлагатай. Түүнээс гадна эмч нь эмчилгээний аюулгүй болон хүчин төгөлдөр байдлыг хангахдаа хүлээн зөвшөөрөгдсөн эмчилгээний арга дээр суурилж явуулах ёстой.</p> <p>Түүнчлэн, эмнэлгийн онлайн тусламж үйлчилгээ нь өвчтөн биечлэн шинжилгээ өгөх зэрэгтэй харьцуулахад, олж авах мэдээллийн хүртээмж нь багасах учраас эмнэлзүйн клиник туршилт санал болгох зэрэг аюулгүй байдал нь баталгаажуулаагүй эмчилгээ, үйлчилгээг өвчтөнд үзүүлэх хориотой.</p> <p><u>Өвчтөний хүсэлд нийцсэн эмчилгээний баталгаатай байдал</u></p> <p>Цахимаар эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авах нь өвчтөнд ямар давуу болон сул талууд үүсэхийг сайтар ойлгосны дараа өвчтөн хүлээн зөвшөөрсөн тохиолдолд эмчилгээг явуулах ёстой. Эмчилгээг судалгааны зорилгоор болон эмчийн хувийн эрх ашгийн төлөө хийхийг</p>

		хориглоно.
ОХУ	Телемедицинний технологи ашиглан эмнэлгийн тусламж үзүүлэх ажлыг зохион байгуулах, үзүүлэх журам (“Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий”)	Телемедицинний технологийг ашиглан эмнэлгийн тусламж үзүүлэх ажлыг эмнэлгийн ажилчид гүйцэтгэдэг бөгөөд тэдгээрийн талаарх мэдээллийг Холбооны эрүүл мэндийн ажилтны бүртгэлд оруулах ба холбогдох эмнэлгийн байгууллагуудыг бүртгүүлэх шаардлагатай болно. Телемедицинний технологийг ашиглан өвчтөнүүд болон тэдний хууль ёсны төлөөлөгчдөд зөвлөгөө өгөхдөө эмчлэгч эмч өвчтөнд урьд нь зааж өгсөн эмчилгээ, түүний дотор эмчийн бичсэн эм ба зааврыг цахим баримт бичигт эмхэтгэн оруулна. Биечлэн уулзах (үзлэг, зөвлөгөө) дээр үүнийг залруулж оношилгоо, эмчилгээ хийж болно. Өвчтөн урьдчилсан оношилгоо, эмчилгээний цаг авалгүйгээр биечлэн уулзахаар (үзлэг, зөвлөгөө) холбоо барьсан тохиолдолд эмнэлгийн тайланд өвчтөн эсвэл түүний хууль ёсны төлөөлөгчдөд гаргасан шийдвэр зөвлөмжийн талаар тэмдэглэнэ. Энэхүү Процедурыг цахим хэлбэрээр өвчтөн болон (эсвэл) түүний хууль ёсны төлөөлөгчдөд илгээх, эсвэл холбогдох өгөгдөлд алсаас нэвтрэх, үүгээр дамжуулан мэдээллийн нөөцөд байршуулах боломжтой.

ТАВ. ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

5.1. ДҮГНЭЛТ

“Зорилгод хүрсэн түвшин” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй одоогийн хууль тогтоомжид эм зүйн салбарыг эрүүл мэндийн тусламж гэхээсээ илүү "эмийн худалдаа, бизнес" талаас нь зохицуулж ирсэн байна. Иргэдийн эрүүл мэнддээ гаргаж буй шууд зардлын 60-65 хувийг эм, тарианы худалдан авалт эзэлж байгаа бөгөөд эмийн үнийн хөөрөгдөл болон дур мэдэн антибиотик хэрэглэх үзэгдэл нь үндэсний аюулгүй байдлын түвшинд хүрсэн байна. Иймд эм зүйн тусламж үйлчилгээг бие даасан эрүүл мэндийн тусламжийн төрөл болгон хуульчилж, эмийн үнийн хяналт, нэгдсэн худалдан авалтыг нарийвчлан зохицуулах шаардлагатай байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо 2021 оноос “нэг худалдан авагчийн тогтолцоо” буюу гүйцэтгэлээр санхүүждэг хэлбэрт шилжсэн хэдий ч хүний нөөцийн 65-70 хувь нь зөвхөн Улаанбаатар хотод төвлөрсөн байна. Түүнчлэн 10,000 хүн амд ногдох эмнэлгийн орны тоо өндөр байгаа нь нийгмийн эрүүл мэнд рүү биш, хэвтүүлэн эмчлэх рүү хэт хазайсан байгааг харуулж байна. Эмнэлгийн удирдлага нь улс төрийн нөлөөлөлд өртөх эрсдэлтэй бөгөөд “Компанийн сайн засаглал”-ын тогтолцоо бүрэн хэрэгжихгүй байна.

Төрийн болон орон нутгийн өмчит эмнэлгүүдийн ТУЗ-ийн эрх зүйн орчныг Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар ялгаатай тогтоосон нь хууль хэрэглээний ойлгомжгүй байдлыг үүсгэдэг байна. Хуульд зааснаар 51 эмнэлэг ТУЗ байгуулах ёстойгоос бодит байдал дээр ердөө 13 нь буюу 25.5 хувь нь л ТУЗ-тэй үйл ажиллагаа явуулж, үлдсэн хэсэг нь хуучин тогтолцоогоор буюу дээд шатнаас удирдлагаа томилуулж байна.

Монгол Улсын хүн амын нас баралтын 80 гаруй хувийг зүрх судас, хавдар зэрэг халдварт бус өвчин эзэлж байна. Эрүүл мэндийг зөвхөн өвдсөн хойно нь эмнэлэгт эмчлэх бус, эрсдэлт зан үйлийг өөрчлөх замаар нийгэмд нь урьдчилан сэргийлэх хэрэгтэй байна. Үүний тулд архи, тамхи, чихэрлэг ундааны онцгой албан татварын 20 хувийг "Эрүүл мэндийг дэмжих сан"-д төвлөрүүлж нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг санхүүжүүлэх нь үр дүнтэй шийдэл юм.

Япон, Канад, Финлянд, Эстони зэрэг орнуудын туршлагаас харахад эрүүл мэндийн салбарын төрийн үүрэг хариуцлагыг Үндсэн хуульдаа баталгаажуулах нь чухал нөлөөтэй байдаг. Төвлөрлийг сааруулж орон нутагт эрх мэдэл олгох (Финлянд, Канад), цахим эрүүл мэндийн нэгдсэн систем нэвтрүүлэх (Эстони), бүх нийтийн даатгалын тогтолцоо болон мэргэжлийн хяналтыг сайжруулах (Япон, БНСУ) зэрэг нь тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулсан сайн жишээнүүд байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарт “өвдсөн хойно нь эмчлэх” тогтолцооноос татгалзаж, “урьдчилан сэргийлэх нийгмийн эрүүл мэнд”-ийг тэргүүлэх чиглэл болгох зайлшгүй шаардлагатай байна. Мөн эмнэлгийн бие даасан засаглал, ТУЗ-ийн эрх зүйн орчны зөрчлийг арилгах, эмийн чанар, үнийн хяналтын тогтолцоог олон улсын жишигт нийцүүлэн шинэчлэх хэрэгтэй болохыг уг баримт бичигт онцолжээ.

“Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Монгол Улс 10,000 хүн амд ногдох их эмчийн тоогоор дэлхийн дунджаас өндөр байгаа ч хүний нөөцийн хэт төвлөрөл нийслэл хотод үүсэж, орон нутаг болон сумдад нарийн мэргэжлийн болон анхан шатны эмч, ажилтнуудын ноцтой дутагдалтай байна. Эрүүл мэндийн ажилтнуудын ажлын ачаалал маш өндөр байгаа бөгөөд энэ нь хүний нөөцийн дутагдал, цалин урамшуулал бага, түүнчлэн эрх зүйн орчны зарим хязгаарлалттай холбоотой байна. Эмнэлгийн мэргэжилтнүүд үйлчлүүлэгчдийн зүгээс дарамт, гүтгэлэгт өртөх нь түгээмэл байна. Хүний нөөцийг орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, нийгмийн баталгааг нь хангах санхүүгийн хөшүүрэг, урамшууллын механизм хуульд тодорхой бус байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд хувь хүний халааснаас гарах шууд зардал 30%-иас дээш буюу өндөр хэвээр байгаа нь иргэдэд санхүүгийн хүнд дарамт учруулж, тэгш бус байдлыг бий болгож байна. ЭМДС төлбөрийн чадварын хямралд орж, гүнзгийрсэн алдагдалтай ажиллаж байна. Гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн тогтолцоонд шилжсэнээр үйлчилгээний хүртээмж нэмэгдсэн хэдий ч эмнэлгүүд рүү гаргах зардал нь сангийн орлогоосоо давж хурдацтай өсжээ. Одоогийн хэрэгжиж буй тусламж, үйлчилгээний төлбөрийн аргууд нь анхан шатны тусламж үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэлт болон чанарыг сайжруулахад хөшүүрэг болж чадахгүй байна. ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын хувь бусад улс орнуудтай харьцуулахад маш бага байна. Санхүүжилтийн тогтолцоог олон улсын жишигт нийцүүлэн шинэчлэх, ялангуяа төрийн болон даатгалын оролцоог нэмэгдүүлэх зайлшгүй шаардлагатай байна.

Одоогийн хууль тогтоомжид шинэ технологийг ихэвчлэн зөвхөн эмнэл зүйн арга барил, оношилгоо эмчилгээний хүрээнд явцуу байдлаар тодорхойлж хэрэгжүүлж ирсэн байна. Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуулиар эрүүл мэндийн мэдээллийг эмзэг мэдээлэлд тооцож байна. Иймд мэдээллийг цахимаар цуглуулах, боловсруулах үед өвчтөнөөс зөвшөөрөл авах, аюулгүй байдлыг хангах хатуу шаардлагыг эрүүл мэндийн байгууллагуудад хүлээлгэсэн.

Телемедицин буюу зайн оношилгоо, эмчилгээний зөвлөгөө өгөх үйл ажиллагааг Эрүүл мэндийн сайдын холбогдох тушаал, журмуудаар зохицуулан практикт нэвтрүүлж эхэлсэн байна.

“Харилцан уялдаатай байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Засгийн газрын 2024 оны 03 сарын 06 өдрийн 100 дугаартай “Журам батлах тухай” тогтоолоор “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журам”-ыг баталсан. Мөн Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай “Журам шаардлага шинэчлэн батлах тухай” хамтарсан тушаалаар “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлага”-ыг нэгдүгээр, “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журам”-ыг хоёрдугаар хавсралтаар тус тус баталж, уг журмуудаар “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлагыг

тогтоох, үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх харилцаа"-г зохицуулж байна. Энэхүү цахимжилт нь иргэдийн чирэгдлийг бууруулах, ХУР" болон И-Монголиа системээр дамжуулан мэдээлэл солилцох, их өгөгдөлд суурилсан бодлого боловсруулах нөхцөлийг бүрдүүлэх зорилготой.

Журмын хүрээнд 5 төрлийн программ хангамжид үнэлгээ хийсэн хэдий ч практик хэрэглээнд (ялангуяа E-Health систем дээр) ноцтой доголдлууд гарч байна. Өвчтөний эмзэг мэдээллийн нууцлал хангалтгүй бөгөөд системд нэвтрэх эрхтэй ямар ч эмч бусад эмнэлгийн шинжилгээ, хувийн мэдээллийг харах эрсдэлтэй байна. E-Health систем дэх өвчний олон улсын ангилал буюу ICD нь нарийвчилсан биш бөгөөд эрүүл гэсэн онош байхгүйгээс эмч нар өвчтөнд ойролцоо онош тавихад хүрч байна. Дүрс оношилгооны системтэй холбогдоогүй, даатгалын сервер байнга гацдаг бөгөөд энэ нь эмчийг үр дүнгүй ажилласан гэж үзэж цалингаас нь хасах шалтгаан болдог байна. Мэдээллийн харилцан уялдаагүйгээс нэг зүйлийг олон дахин шивдэг, мөн өвчтөний түүх бичижбайх үед системд шинэчлэл хийгдсэнээр мэдээлэл устдаг зэрэг хүндрэлүүд гарч байна.

Эрүүл мэндийн мэдээллийн системийг зохицуулах журам, эрх зүйн орчин сайн боловсруулагдсан хэдий ч бодит хэрэглээнд системийн уялдаа холбоо, мэдээллийн аюулгүй байдлын асуудал хангалтгүй түвшинд байна. Иймд системийн аюулгүй байдал, серверийг сайжруулснаар эмзэг мэдээллийг хамгаалах, эмч нарын үргүй цаг зарцуулалтыг багасгах, улмаар иргэдийн эрүүл мэндийн системд итгэх итгэлийг нэмэгдүүлэх зайлшгүй шаардлагатай байна.

5.2. ЗӨВЛӨМЖ

“Зорилгод хүрсэн түвшин” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 3.1.3-т эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг нийгмийн эрүүл мэндийн болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ гэж тодорхойлсон бөгөөд эм зүйн салбар нь уг тодорхойлолтод бие даасан тусламж, үйлчилгээний хэлбэрээр шууд тусгагдаагүй байна. Үүний улмаас эм зүйн харилцаа нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй гинжин хэлхээний нэг бүрдэл гэхээсээ илүү эм, эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэрлэл, нийлүүлэлт, худалдаанд төвлөрсөн зохицуулалтаар хэрэгжиж ирсэн. Энэ нөхцөл байдал нь эм зүйн салбарыг иргэнд чиглэсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний бие даасан салбар гэж үзэх эрх зүйн үндэс сул байгааг харуулж байна. Иймд Эрүүл мэндийн тухай хуульд эм зүйн тусламж, үйлчилгээг иргэний эрүүл мэндийг хамгаалах зорилготой, эмчилгээний үр дүн, эмийн зохистой хэрэглээнд чиглэсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээний бүрэлдэхүүн хэсэг болгон тодорхой тусгах шаардлага үүсэж байна. Эм зүйн салбарыг зөвхөн бизнесийн болон худалдааны чиглэлээр зохицуулах бус, иргэнд чиглэсэн эрүүл мэндийн бие даасан тусламж, үйлчилгээний салбар болгон хуульчлах шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь иргэдэд тэгш, хүртээмжтэй, санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалагдсан байх зарчим туссан. Гэвч эмийн үнэ өндөр, иргэдийн халааснаас гарах зардал их байгаа нь уг зарчим бодит хэрэгжилтэд бүрэн хүрээгүйг илтгэж байна. Эрүүл мэндийн тухай хуульд эрүүл мэндийг хамгаалах бодлого нь зөвхөн эмчилгээ бус, урьдчилан сэргийлэх, эрсдэлийг бууруулах чиглэлд хэрэгжих ёстойг тогтоосон. Иргэдийн халааснаас гарах зардлыг бууруулахын тулд эмийн үнийн хөөсийг бууруулах, чанартай эмийг нэгдсэн байдлаар худалдан авах (pooled procurement) тогтолцоог бүрдүүлэх хэрэгцээтэй байна. Антибиотикийн дур мэдэн хэрэглээг бууруулж, зөвхөн жороор олгох хяналтыг үндэсний аюулгүй байдлын хэмжээнд авч үзэж, эрс чангатгах шаардлагатай байна.

Эмнэлгийн засаглал ба хүний нөөцийн асуудал нь салбарын үр ашгийг тодорхойлогч гол хүчин зүйл юм. Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиудын хоорондын зөрчлийг арилгаж, ТУЗ-ийн эрх зүйн орчныг нэг мөр, ойлгомжтой болгох. Төрийн болон орон нутгийн өмчит бүх эмнэлгүүдэд ТУЗ-ийг бүрэн байгуулж (одоогийн 25.5%-ийг 100% болгох), эмнэлгийн удирдлагыг улс төрийн нөлөөллөөс ангид, хараат бусаар ажиллах нөхцөлийг бүрдүүлэх. Хүний нөөцийн 65-70 хувь нь Улаанбаатар хотод төвлөрсөн байдлыг өөрчилж, Финлянд, Канад улсуудын туршлагаар орон нутагт ажиллах эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийг дэмжих бодлого, урамшууллын тогтолцоог нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуульд эмнэлгийн удирдлага, засаглалын асуудлыг хэсэгчлэн зохицуулсан боловч ТУЗ-ийн эрх хэмжээ, хараат бус байдал, бүрдүүлэлтийн асуудалд зөрчил, тодорхой бус байдал байсаар байна. Төрийн болон орон нутгийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагад ТУЗ-ийг бүрэн байгуулж (одоогийн 25.5%-ийг 100% болгох), эмнэлгийн удирдлагыг улс төрийн нөлөөллөөс ангид, мэргэжлийн түвшинд ажиллуулах нь хуулийн төрийн бодлогын хэрэгжилтийг үр ашигтай хангах, эрүүл мэндийн

байгууллагын хариуцлага, ил тод байдлыг дээшлүүлэх эрх зүйн нөхцөлийг бүрдүүлнэ. Эрүүл мэндийн тухай хуульд тусламж, үйлчилгээ нь хүн амд тэгш хүртээмжтэй байх ёстой гэж заасан боловч эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн 65-70 хувь нь Улаанбаатар хотод төвлөрсөн байдал нь энэ зарчим бодитоор хэрэгжихэд саад болж байна. Иймд Финлянд, Канад шиг алслагдсан бүсэд ажиллах эмч нарт зөвхөн нэг удаагийн тэтгэмж биш, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 29 дүгээр зүйлийг шинэчлэн, байнгын өндөр коэффициент бүхий цалин, орон сууцны ипотекийн тусгай нөхцөл, үр хүүхдийнх нь сургалтын төлбөр зэрэг багц урамшууллыг хуульчлах шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг тэргүүлэх чиглэл болгох зарчим туссан. Гэсэн хэдий ч бодит төсвийн зарцуулалт нь хэвтүүлэн эмчлэх, эмнэлэг төвтэй хэв шинж давамгайл хэвээр байна. Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болсон халдварт бус өвчнөөс (зүрх судас, хавдар) урьдчилан сэргийлэх, иргэдийн эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэхэд төсвийн дийлэнх хувийг зарцуулах. Архи, тамхи, чихэрлэг ундааны онцгой албан татварын 20 хувийг “Эрүүл мэндийг дэмжих сан”-д хуулийн дагуу тогтмол төвлөрүүлж, нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээнд зориулах. Хэвтүүлэн эмчлэх рүү хэт хазайсан хандлагыг өөрчилж, 10,000 хүн амд ногдох эмнэлгийн орны тоог олон улсын дундаж жишигт нийцүүлэн бууруулж, анхан шатны тусламж үйлчилгээг сайжруулах хэрэгцээтэй байна.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд иргэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авах эрхийг хүлээн зөвшөөрсөн нь эрүүл мэндийн мэдээллийн нэгдсэн, аюулгүй тогтолцоог хөгжүүлэх эрх зүйн суурь болж байна. Эстони улсын туршлагаар эрүүл мэндийн мэдээллийн нэгдсэн, аюулгүй цахим системийг нэвтрүүлж, мэдээллийн ил тод, шуурхай байдлыг хангах шаардлагатай бөгөөд Япон, БНСУ-ын жишгээр бүх нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зарцуулалтын хяналтыг сайжруулж, гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн тогтолцооны гажуудлыг засах нь зүйтэй.

“Практикт нийцэж байгаа байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 4.2.1-т хүмүүнлэг, энэрэнгүй ёс, шинжлэх ухааны мэдлэг, ололт, нотолгоо, орчин үеийн болон уламжлалт анагаах ухааны дэвшилтэт аргад тулгуурлан хүн амд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх зарчмыг баримтлах ёстойг тогтоож өгсөн. Гэвч тусламж үзүүлэх явцад зайлшгүй тохиолдох мэргэжлийн эрсдэл болон хайхрамжгүй, хууль бус үйлдэл (эс үйлдэхүй) ийн эрх зүйн зааг ялгааг тодорхой, системтэйгээр зохицуулсан тусгайлсан бүлэг, заалт хангалтгүй байна. Практикт энэ хийдэл нь эмнэлгийн мэргэжилтнийг мэргэжлийн эрсдэл гаргасан эсэхээс үл хамааран эрүүгийн хариуцлагад татах эрсдэл, Эрүүгийн хууль дахь эмнэлгийн хэм хэмжээний заалтуудыг мэргэжлийн стандарт, клиник удирдамжтай уялдуулах механизм сул байгаагаар илэрч байна.

Эрүүгийн хууль дахь эмнэлгийн хэм хэмжээний зохицуулалт, хариуцлагын механизмыг Эрүүл мэндийн тухай хуулийн шинэчилсэн найруулгатай нягт уялдуулан зохицуулах нь хууль хэрэглээний практикт гарч буй хийдлийг арилгах шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд эрүүл мэндийн ажилтны эрх, үүргийг тодорхойлсон боловч орон нутаг, сумдад ажиллаж буй мэргэжилтний нийгмийн баталгаа, санхүүгийн тогтвортой урамшуулал, үйлчлүүлэгчийн зүгээс ирэх үндэслэлгүй дарамт, гүтгэлэг,

заналхийллээс хамгаалах хэм хэмжээг тусгайлан, нарийвчлан зохицуулаагүй байна. Энэ нь хүний нөөц Улаанбаатар хотод хэт төвлөрөх, залуус орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажиллах сонирхол буурах, эмнэлгийн ажилтны аюулгүй орчинд ажиллах эрх бодитоор хангагдахгүй байх сөрөг үр дагаврыг бий болгож байна. Иймд Эрүүл мэндийн тухай хуульд орон нутагт ажиллах эмнэлгийн мэргэжилтэнд олгох нийгмийн баталгаа, санхүүгийн хөшүүргийг тусгайлан заах, эмнэлгийн ажилтныг үндэслэлгүй гомдол, дарамтаас хамгаалах, аюулгүй байдлыг хангах эрх зүйн механизм (журам, нотлох баримтын стандарт, хамгаалалтын арга хэмжээ)-ыг шинээр тусгах шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн суурь зарчмын нэг нь Монгол Улсын Үндсэн хуульд заасны дагуу иргэдэд үзүүлэх эрүүл мэндийн зарим төрлийн тусламж, үйлчилгээний төлбөрийг төр хариуцах буюу иргэнийг эрүүл мэндийн зардлаас үүдэх санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах явдал боловч өнөөгийн нөхцөлд иргэдийн халааснаас гарч буй шууд зардал 30 хувиас давсан хэвээр байна. Энэ нь хуулийн зорилго бодит хэрэгжилтэд бүрэн хүрээгүйг харуулж байна. Иймд төрийн санхүүжилт болон Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн оролцооны доод хувь хэмжээг хуулиар баталгаажуулах, эмнэлгүүдийн зардлын хэт өсөлтийг хязгаарлах, гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн шалгуур үзүүлэлтийг хуульчлах шаардлага үүсэж байна. Ялангуяа Эрүүл мэндийн тухай хуулийн нийгмийн эрүүл мэндийг тэргүүлэх чиглэл болгох зарчимтай уялдуулан урьдчилан сэргийлэх, анхан шатны тусламж, үйлчилгээнд чиглэсэн санхүүжилтийн тарифыг нэмэгдүүлэх эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх нь салбарын эмнэлэг төвтэй хэв шинжийг өөрчлөх бодит хөшүүрэг болно.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд иргэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг цахимаар авах эрхийг тусгасан боловч шинэ технологи, телемедицинтэй холбоотой харилцааг салбарын сайдын тушаал, дэд журам дээр тулгуурлан зохицуулж байгаа нь эрх зүйн тогтвортой байдлыг хангаж чадахгүй байна. Иймд Эрүүл мэндийн тухай хуульд цахим эрүүл мэнд, телемедицинийг бие даасан бүлэг болгон, үзүүлэх үйлчилгээний төрөл, алсын зайн оношилгооны хязгаарлалт, мэргэжлийн болон хууль зүйн хариуцлагын асуудлыг тодорхой зааж өгөх шаардлагатай. Эрүүл мэндийн мэдээлэл нь хүний хамгийн эмзэг хувийн мэдээлэл тул Эрүүл мэндийн тухай хууль нь Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуультай уялдан эрүүл мэндийн өгөгдлийг цуглуулах, боловсруулах, солилцох үеийн зөвшөөрлийн стандарт, аюулгүй байдлын шаардлагыг олон улсын жишигт нийцүүлэн тодорхойлох шаардлагатай байна. Мөн эмийн жорыг цахимаар бичих, жорын хэрэгжилтийг хянах, антибиотик болон хяналттай эмийн хэрэглээг бодитоор удирдах эрх зүйн үндсийг бэхжүүлэх нь Эрүүл мэндийн тухай хуулийн чанартай, аюулгүй тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх зорилготой бүрэн нийцнэ.

“Харилцан уялдаатай байдал” шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд:

Эрүүл мэндийн тухай хуульд иргэний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах эрх, түүний дотор дээр дурдсанчлан цахимаар үйлчилгээ авах эрхийг баталгаажуулсан боловч хүний эрүүл мэндийн эмзэг мэдээлэлд хэн, ямар хүрээнд нэвтрэх асуудлыг нарийвчлан зохицуулсан заалт хангалтгүй байна. Үүний улмаас өнөөгийн практикт системд нэвтрэх эрхтэй эмч бүр бүх өвчтөний эмзэг мэдээллийг харах боломж бүрдэж, шаардлагатай мэдэх буюу need to know зарчим алдагдаж

байна. Энэ нөхцөл байдал нь иргэний хувийн мэдээлэл хамгаалагдах эрх, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний итгэлцэл, аюулгүй байдал зэрэг ЭМТХ ийн суурь зорилтод сөргөөр нөлөөлж байна. Иймд, тухайн өвчтөнд үзлэг, эмчилгээ хийж буй эмчлэгч эмч, шаардлагатай тохиолдолд зөвшөөрөгдсөн нарийн мэргэшлийн эмч нартад л мэдээлэлд хязгаартай нэвтрэх эрх олгох эрх зүйн үндсийг тодорхой тусгах, түүнд нийцсэн технологийн тохиргоо хийх шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд зааснаар хүн амд тэгш, хүртээмжтэй, чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх ёстой. Гэвч эрүүл мэндийн мэдээлэлд хэн, хэзээ, ямар зорилгоор нэвтэрснийг бүртгэх, хянах механизмыг шууд хуульчилж өгөөгүй байна. Иймд, өвчтөний хувийн мэдээлэл, шинжилгээний хариуг үзсэн этгээд, хугацаа, зорилгыг бүртгэх, хууль бус нэвтрэлт, мэдээлэл алдагдлыг илрүүлэх, audit trail д суурилсан хяналтын системийг Эрүүл мэндийн тухай хуульд тусгаж, Хүний хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хуультай уялдуулах нь зүйтэй. Энэ нь цахим эрүүл мэндийн тогтолцоонд иргэдийн итгэлийг бэхжүүлэх чухал шаардлагатай юм.

Өвчний олон улсын ангилал (ICD-10, 11)-ын кодыг нарийвчлан оруулж, “Sanus” буюу “Эрүүл” гэх мэт өдөр тутмын үзлэгт шаардлагатай оношуудыг яаралтай нэмэх. Энэ нь эмч нар аргагүйн эрхэнд хуурамч эсвэл ойролцоо онош тавьж, эрүүл мэндийн статистик мэдээллийг гажуудуулахаас сэргийлнэ. Туслах программуудыг үндсэн системтэй бүрэн интеграцид оруулж, эмч нэг цонхноос рентген, MRI зэрэг дүрс оношилгооны хариуг цаг алдалгүй харах техникийн боломжийг бүрдүүлэх шаардлагатай байна. Нэг мэдээллийг олон дахин шивдэг хүнд суртлыг халж, өвчтөний суурь мэдээлэл болон өмнөх үзлэгийн түүх нь бусад шаардлагатай талбаруудад автоматаар бөглөгддөг буюу auto-fill байхаар системийн архитектурыг сайжруулах шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын сан болон бусад төв серверүүдийн хүчин чадлыг нэмэгдүүлж гацалтыг арилгах. Мөн системээс шалтгаалсан доголдол, серверийн уналтаас болж эмчийн цалин, урамшууллыг хасдаг шударга бус гүйцэтгэлийн үнэлгээний зохицуулалтыг хүчингүй болгох. Эмч өвчтөний түүх бичиж байх үед системд шинэчлэлт хийгдэж мэдээлэл устдаг эрсдэлийг арилгах. Программ хангамжийн аливаа өөрчлөлт, шинэчлэлийг зөвхөн ажлын бус цагаар (шөнө эсвэл амралтын өдрүүдэд) хийх хатуу журам тогтоох, мөн мэдээллийг автоматаар хадгалах буюу auto-save функцийг яаралтай нэвтрүүлэх нь зүйтэй байна.

ЗУРГАА. СУДАЛГААНЫ ЭХ СУРВАЛЖ

1. Монгол хэл дээрх эх сурвалж:

А. Хууль тогтоомж

1. Монгол Улсын Үндсэн хууль, 1992,
2. Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль, 1993,
3. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, 2016,
4. Эрүүл мэндийн тухай хууль, 2011,
5. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль, 2024,
6. Монгол Улсын Их Хурлын 2020 оны 05 дугаар сарын 13-ны өдрийн 52 дугаар тогтоолын 1 дүгээр хавсралтаар батлагдсан Алсын хараа-2050 Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого,
7. Улсын их хурлын 2001 оны 11 дүгээр сарын 8-ны өдрийн 81 дугаартай “Нийгмийн эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлогыг батлах тухай” тогтоол,
8. Эрүүл мэндийн сайдын 2025 оны 10 дугаар сарын 10-ны өдрийн А/379 дүгээр “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих арга хэмжээний төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал,
9. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 01 сарын 22-ны 03 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
10. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2022 оны 04 сарын 05-ны өдрийн 06 дугаартай “Багц, төлбөрийн хэмжээ, журам батлах тухай” тогтоол,
11. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2023 оны 06 сарын 28-ны өдрийн 08 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
12. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2024 оны 03 сарын 29-ний өдрийн 06 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
13. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2025 оны 01 сарын 23-ны 03 дугаартай “Жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
14. Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн 2026 оны 02 сарын 25-ны өдрийн 01 дугаартай “Төлбөрийн хэмжээ, төлбөрийн арга, журам шинэчлэн батлах тухай” тогтоол,
15. Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны 11 сарын 06-ны өдрийн А/454 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
16. Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны 6 сарын 25-ны өдрийн А/414 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
17. Эрүүл мэндийн 2016 оны 12 сарын 09 өдрийн А/180 дугаартай “Үлгэрчилсэн дүрэм батлах тухай” тушаал,
18. Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 09 сарын 11-ний 330 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,

19. Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 08 сарын 15-ны А/385 дугаартай “Журам батлах тухай” тушаал,
20. Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 12 сарын 13-ны өдрийн А/508 дугаар “Шуурхай мэдээлэл, тохиолдлын удирдлагын тогтолцооны талаар авах зарим арга хэмжээний тухай” тушаал”,
21. Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 10 сарын 31-ний өдрийн А/528 дугаар “Халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээний 2022-2025 оны төлөвлөгөө батлах тухай” тушаал,
22. Шадар сайдын 2023 оны 04 сарын 24-ний өдрийн 28 дугаартай “Журам шинэчлэн батлах тухай тушаал”,
23. Засгийн газрын 2024 оны 03 сарын 06 өдрийн 100 дугаартай “Журам батлах тухай” тогтоол,
24. Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, инновац, харилцаа холбооны сайдын 2025 оны 4 дүгээр сарын 16-ны өдрийн А/130, А/58 дугаартай “Журам шаардлага шинэчлэн батлах тухай” хамтарсан тушаал,

Б. Ном, сурах бичиг

1. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, WHO Mongolia, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2023”, 2023,
2. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Ферди олон улсын судалгааны байгууллага, “Сумын эрүүл мэндийн төвийн үр ашгийн тооцоо 2017 ба 2018 он”,
3. Эрүүл мэндийн яам, Анагаахын Шинжлэх ухааны үндэсний их сургууль, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын хамтарсан хийсэн “Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийн талаар баримталж байгаа хууль эрх зүйн баримт бичгийн хэрэгжилтийн судалгаа”, 2020,
4. АШУҮИС, Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Сургууль, Эрүүл мэндийн нийгмийн ажил, Нийгмийн ухааны тэнхим “Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн батлагааны суурь судалгаа”, 2023,
5. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, “Эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэл 2025 оны эхний 11 сарын байдлаар”,
6. Эрүүл мэндийн яам, Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, ДЭМБ, “Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын үндэсний IV судалгаа, STEPS-2019”, 2020,

В. Эрдэм шинжилгээний бүтээл

1. Б.Оргил, Ц.Баярцэцэг, Ц.Гүндэгмаа, Т.Жаргал; "Нийгмийн эрүүл мэнд судлал", 2012,
2. “Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын бие даасан тогтолцоо: “ИЭМДТ” хуулийн төсөлд тусгагдсан байдал, хууль эрх зүйн үр дагавар (Лавлагаа мэдээлэл), Ч. Базар (Ph.D),
3. “Монгол улс дах эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог сайжруулах арга зам” Бизнесийн удирдлагын бакалаврын зэрэг горилсон Дипломын төсөл Г. Ариунзаяа,

4. Ц.Норовдондог (Ph.D), Д.Амаржаргал (Ph.D), О.Нарантуяа, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, Р.Нургүл, “Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба цалин хөлсний систем: Олон улсын туршлага, зөвлөмж”

Г. Бусад

1. Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайд Н.Учралын 2024 оны 05 сарын 06-ны өдрийн Төрөөс баримталж буй бодлого чиглэлийг эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдад танилцуулах “Төрийн бүтээмжийн сэргэлт-цахим эрүүл мэнд” сургалт дээр тавьсан илтгэл,
2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах, хариуцлагын тогтолцоог боловсронгуй болгох асуудлыг судлан санал, дүгнэлт гаргах ажлын хэсгийн хүрээнд хийсэн дүн шинжилгээ, судалгаа, хэлэлцүүлгийн үр дүн, талуудтай уулзсан уулзалтын тэмдэглэл, холбогдох төрийн байгууллагуудын хийсэн танилцуулга, ирүүлсэн албан бичиг, холбогдох баримт материалууд,
3. Улсын их хурлын тамгын газраас хийсэн “Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2022 оны үйл ажиллагааны тайланд хийсэн шинжилгээ” (2023),
4. Эмнэлгийн засаглалыг бэхжүүлэх хүрээнд төрийн байгууллага болон оролцогч талуудад хүргүүлэх зөвлөмж, 2024,
5. Д.Аюуш, Д.Амаржаргал (Ph.D), О.Нарантуяа, Д.Жигваагүнсэл, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, “Телемедицин үйлчилгээний эрх зүйн зохицуулалт: гадаадын зарим орны туршлага (Харьцуулсан судалгаа)”,
6. “Нэг эрүүл мэнд” ба салбар хоорондын хамтын ажиллагаа,

2. Гадаад хэл дээрх эх сурвалж:

1. National Health Planning Tools - Health system building blocks,
2. National health accounts estimates mongolia 2016-2022, (2024),
3. Out-of-Pocket expenditure (OOP) per capita in US\$,
4. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - East Asia & Pacific,
5. Raymond W. Yeung, “Department of Information Engineering The Chinese University of Hong Kong, Chapter 8 Rate-Distortion Theory” (2012),
6. Country Case Study: Mongolia,
7. Derick T Wade, Peter W Halligan, “Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?”, (2004),
8. Hugo C Turner, Yoshiaki Hori, Paul Revill, Waranya Rattanavipapong, Ko Arai, Justice Nonvignon, Mark Jit, Yot Teerawattananon, “Analyses of the return on investment of public health interventions: a scoping review and recommendations for future studies”, 2023,
9. Social determinants of health,
10. Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities,

3. Цахим эх сурвалж

1. “Телемедицин үйлчилгээ: Уламжлалт эрүүл мэндийн загварыг өөрчлөх”

нийтлэл, <https://www.clinicservicecenter.com/mn/news/telemedicine-services-transforming-the-traditional-healthcare-model/>

2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжийг үнэлэх ажлын хэсгийн нэгдүгээр хурал боллоо <https://www.hdc.gov.mn/post/1722/>
3. Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан, <https://www.1212.mn/mn>