Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог дэлхийн зарим орнуудын даатгалын тогтолцоотой харьцуулан судалсан нь

О.Марал[1], Г.Алтанзул[1], С.Даваахүү[1], Б.Заяахишиг[1], Ю.Гантөгс[1]

[1] АШУҮИС, НЭМС, Эрүүл Мэндийн Бодлогын Тэнхим
Цахим шуудан: hes22d002@st.mnums.edu.mn, Утас: 95027205

Түлхүүр үг:

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалт
Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал
Санхүүжилт

Товч утга:

Үндэслэл: Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш хүртээмжийг хангах, улмаар бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалтад хүрэхэд чиглэсэн нийгмийн хамгааллын үндсэн хэрэгсэл юм. Сүүлийн жилүүдэд Монгол Улсын ЭМД-ын тогтолцооны үр ашиг, хүртээмж, тогтвортой байдал нь бодлогын түвшинд сорилуудтай тулгарч байна. Иймд олон улсад амжилттай хэрэгжиж буй эрүүл мэндийн даатгалын загварыг харьцуулан судлах хэрэгцээтэй байгаа нь энэхүү судалгааны үндэслэл болно. **Зорилго:** Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог дэлхийн зарим улс орнуудын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой харьцуулан судлах. **Арга, аргачлал:** Баримт бичгийн харьцуулсан тойм судалгааны аргаар Канад, Герман, Япон, БНСУ, Киргиз улсуудын эрүүл мэндийн даатгал, санхүүжилтийн тогтолцоо, бодлогын баримт бичиг, эрх зүйн зохицуулалт, олон улсын байгууллагуудын тайлан, статистик мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийсэн. **Үр дүн**: Канад, Герман, Япон, БНСУ зэрэг орнуудад ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал дэлхийн дунджаас их, иргэдийн халааснаас шууд төлөх төлбөр бага байна. Харин Монгол болон Киргиз улсад иргэдийн шууд төлбөр өндөр, санхүүгийн хамгаалалт сул, эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнгийн үзүүлэлтүүд харьцангуй доогуур байна. **Дүгнэлт**: ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардлыг дэлхийн дундаж хэмжээнд хүртэл нэмэгдүүлэх, сангийн менежментийг сайжруулах, иргэдийн шууд төлбөрийн зардлыг бууруулснаар ЭМ-ийн тогтолцооны үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийг сайжруулахад анхаарах нь зүйтэй.

Үндэслэл: Монгол Улс 1994 онд “Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль”-ийг баталснаар зах зээлийн шилжилтийн үед нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог анх нэвтрүүлсэн.[1] Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын хүрээнд иргэн бүрийг эрүүл мэндийн даатгалд хамруулж, даатгалын тогтвортой санг бүрдүүлэн, даатгуулагчийн хэрэгцээнд нийцсэн эрүүл мэндийн чанартай тусламж, үйлчилгээг худалдан авдаг үйлчлүүлэгч төвтэй, нийгмийн хариуцлага бүхий менежментийг хэрэгжүүлэх зорилготой ажилладаг.[2] Гэсэн хэдий ч сүүлийн жилүүдэд тус салбарын үр ашиг, хүртээмж, тогтвортой байдал нь бодлогын түвшинд сорилттой хэвээр байна. Тухайлбал эрэлт, хэрэгцээ байнга өсөж байхад даатгалын шимтгэлийг бууруулсан нь сангийн орлогын эх үүсвэрийг хязгаарлахад хүргэсэн байна.[3] Олон улсын практикт эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог санхүүжилтийн хэлбэр, зохион байгуулалтын бүтцээр нь үндсэн гурван загварт ангилдаг. Үүний дагуу олон улс орнууд эдгээр даатгалын тогтолцоог дангаар болон хосолсон байдлаар нэвтрүүлсэн хэдий ч тэдгээрийн үр дүн харилцан адилгүй байна. Эдгээр ялгаатай үр дүн нь улс орнуудын эдийн засгийн хөгжил, удирдлагын тогтолцоо, санхүүжилтийн тогтвортой байдал, хүн амын эрүүл мэндийн зан үйл зэрэг олон хүчин зүйлсээс хамаардаг. Энэхүү судалгаанд хамрагдсан Герман, БНСУ, Япон улсууд нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд суурилсан загварыг, харин Канад улс нь татварт суурилсан загварыг амжилттай хэрэгжүүлсэн. Мөн Киргиз Улс нь эдийн засгийн шилжилтийн ижил нөхцөлөөс эхэлсэн хөгжлийн суурь бүтэц нь Монгол Улстай төстэй гэдгээрээ харьцуулан судалсан.

Зорилго: Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог дэлхийн зарим улс орнуудын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой харьцуулан судлах.

Арга, аргачлал: Энэхүү судалгаанд сонгон судалсан орнуудын ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал, ЭМ-ийн нийт зардалд эзлэх иргэдийн шууд төлбөрийн хувь, нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, нэг хүнд ногдох ЭМ-н халаасны шууд төлбөрийн зардал зэрэг тоон мэдээллийг 2022 оны байдлаар Дэлхийн банкны эх сурвалжаас, үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийг ДЭМБ-ын мэдээллийг ашигласан. Баримт бичгийн харьцуулсан тойм судалгааны хүрээнд эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, санхүүжилттэй холбоотой бодлогын баримт бичгүүд, олон улсын байгууллагын тайлан, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл зэрэг хоёрдогч эх сурвалжаас БНЭМХ, НЭМД, санхүүжилт, эрүүл мэндийн нийт зардал нь ДНБ-д эзлэх хувь, иргэдийн шууд төлбөрийн хувь, нэг хүнд ногдох хувь хүний зарцуулсан зардал, нэг хүнд ногдох ЭМ- ийн зардал, нярайн эндэгдэл, 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл, эхийн эндэгдэл, дундаж наслалт гэх түлхүүр үгсээр хайлт хийн дүн шинжилгээ хийж, үр дүнг боловсруулсан. Тус судалгааг АШУҮИС-ийн Судалгааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2025 оны 12 дугаар сарын 19-ний өдрийн (25-26/04-03) тоот хурлын шийдвэрээр ёс зүйн зөвшөөрөлтэйгөөр гүйцэтгэсэн.

Үр дүн: Канад улсын эрүүл мэндийн санхүүжилт нь татварт суурилсан, бүх нийтийн, тэгш хүртээмжтэй загвар бөгөөд холбооны санхүүгийн шилжүүлэг болон мужийн төсвийн уян хатан хуваарилалтад тулгуурладаг.[4] Энэ нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг иргэдэд санхүүгийн саадгүй хүргэх гол хөшүүрэг болдог. Top of FormМуж, нутаг дэвсгэр бүр өөрийн эрүүл мэндийн даатгалын хөтөлбөрийг хэрэгжүүлдэг боловч Канадын Эрүүл мэндийн тухай хуульд заасан суурь стандартыг мөрдөх үүрэгтэй.[5] Холбооны засгийн газар нь нийт хүн амын тоонд суурилсан зарчмаар муж, нутаг дэвсгэрүүдэд санхүүжилт олгож, эрүүл мэндийн салбарт тогтвортой, урьдчилан тооцоолох боломжтой санхүүжилтийг хангадаг. Иргэд эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг тусгайлан төлдөггүй харин нийт татварын орлогын тодорхой хувь нь эрүүл мэндийн салбарт хуваарилагддаг. Нийт татварын орлогын 23 орчим хувь нь эрүүл мэндийн санхүүжилтэд зарцуулагддаг.[6]

Герман улс нь Бисмаркын загварт суурилсан эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой улс бөгөөд төрөөс шууд удирдан явуулдаггүй. Олон даатгалын сантай боловч төвлөрсөн санхүүжилт, эрсдэлийн нарийвчилсан тэнцвэржүүлэлт бүхий, өндөр зохион байгуулалттай нийгмийн даатгалын загвар юм. Даатгуулагч шимтгэлээ өөрийн сонгосон даатгалын санд төлөх боловч шимтгэл нь улсын ЭМД-н санд төвлөрнө. Эрүүл мэндийн даатгалын үндсэн шимтгэлийн хувь 14.6% бөгөөд үүнээс гадна даатгалын сангууд нэмэлт шимтгэлийн хэмжээг тогтоох эрхтэй. Нэмэлт шимтгэл нь дунджаар 1.5–1.8% байдаг бөгөөд үндсэн болон нэмэлт шимтгэлийг ажилтан, ажил олгогч талууд тэнцүү хэмжээгээр хуваан төлдөг.[7]

Бүгд Найрамдах Солонгос Улс нь Бисмаркын загварт суурилсан эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой улс бөгөөд нэг худалдан авагч бүхий үндэсний даатгалын хүрээнд эмнэлэг бүрд ижил тариф мөрдөгдөж, тарифын шинэчлэлийг тогтмол хийж, нэхэмжлэл болон хяналтыг тусгай байгууллагаар хэрэгжүүлдэг. Эрүүл мэндийн даатгалын хяналт, үнэлгээний бие даасан алба нь эмнэлгүүдийн нэхэмжлэлийг мэргэжлийн түвшинд хянах, үнэлэх үүргийг гүйцэтгэдэг нь сангийн худалдан авах үйл ажиллагааг ил тод, хяналттай явуулдаг.[8] Ажил эрхэлдэг даатгуулагчид цалингийн 7%-тай тэнцэх хэмжээний шимтгэл төлөх бөгөөд үүнийг ажилтан, ажил олгогч тэнцүү хуваан төлдөг. Харин албан бус даатгуулагчдад тогтмол шимтгэлийн хувьгүй онооны системээр тооцдог. Энэхүү онооны систем нь орлого, хөрөнгө, автомашины үнэлгээнд суурилж сарын шимтгэлийг тогтоодог.[9]

Япон улс нь Бисмаркын загварт суурилсан холимог нийгмийн хамгааллын тогтолцоотой. Тогтолцооны хүрээнд хүн амыг 3 хэлбэрээр даатгадаг. Үүнд; ажиллагсдад болон ажил олгогчид суурилсан ЭМД (хүн амын 59%), хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч, ажилгүй болон бага орлоготой иргэдийг хамарсан Үндэсний ЭМД (хүн амын 27–28%), мөн 75 ба түүнээс дээш насны иргэдэд зориулсан даатгал (хүн амын 12.5%) байдаг.[10] Улсын хэмжээнд мөрдөгдөх нэгдсэн тарифын жагсаалтад ЭМТҮ бүрийн нэгж үнийг улс даяар ижил байдлаар тогтоодог бөгөөд хоёр жил тутам шинэчилж, эрүүл мэндийн зардлыг бодлогын түвшинд удирддаг.[10] Ажил олгогчид суурилсан эрүүл мэндийн даатгал 10 орчим хувь бөгөөд ажилтан болон ажил олгогчид тэнцүү хэмжээгээр хуваан төлдөг. Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл нь тухайн иргэний орлого, өрхийн бүтэц, орон нутгийн журмаас хамааран ялгаатай бөгөөд орлого багатай бүлэгт төрөөс хөнгөлөлт, татаас олгодог.[11]

Киргиз Улс нь заавал хамрагдах эрүүл мэндийн даатгалтай, төр давамгайлсан санхүүжилтийн загвартай бөгөөд уг тогтолцооны үндсэн байгууллага нь ФОМС буюу эрүүл мэндийн даатгалын сан юм. ФОМС нь нэг худалдан авагчийн үүрэг гүйцэтгэж, эрүүл мэндийн байгууллагуудаас тусламж үйлчилгээ худалдан авч, төвлөрсөн байдлаар зохион байгуулдаг.[12] Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл нь нийгмийн даатгалын нэгдсэн тогтолцооны нэг хэсэг байдлаар тооцогддог. Ажил олгогч болон ажилтан цалин, орлогод суурилан нийгмийн даатгалын шимтгэлийг 17%-иар төлдөг. Үүнээс эрүүл мэндийн даатгалын санд бодитоор ногдох хувь нь 0.25–2% орчимд хэлбэлздэг.[13] Герман улс нь ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал хамгийн өндөр байна. Канад, Япон зэрэг хөгжингүй орнууд ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардал 11%, байгаа нь дэлхийн дунджаас өндөр, иргэдийн халаасnаас төлөх төлбөр 11–15% байгаа нь дэлхийн дунджаас бага буюу иргэдэд эрүүл мэндтэй холбоотой санхүүгийн дарамт бага байдгийг харуулж байна. Харин Бүгд Найрамдах Солонгос Улс нь ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардал дэлхийн дундаж түвшинд байна. Киргиз улс ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн нийт зардал дэлхийн дунджаас 2 дахин бага, ЭМ-ийн зардалд эзлэх иргэдийн шууд төлбөрийн хувь дэлхийн дунджаас 21%-иар их байна. Монгол улсын хувьд ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал дэлхийн дундажтай ойролцоо байгаа хэдий ч нийт эрүүл мэндийн зардалд эзлэх иргэдийн шууд

төлбөрийн эзлэх хувь дэлхийн дунджаас 21%-иар илүү буюу 38.9% байгаа нь эдгээр улсуудаас хамгийн өндөр, иргэд даатгалд хамрагдсан хэдий ч санхүүгийн хамгаалалт хангалтгүй байгааг харуулж байна. (Хүснэгт 1)

Хүснэгт 1. Эрүүл мэндийн зардлын харьцуулалт

Үзүүлэлт	Канад	Герман	БНСУ	Япон	Киркиз	Монгол	Дэлхийн дундаж
Эрүүл мэндийн нийт зардал нь ДНБ-д эзлэх хувь	11.2%	12.6%	9.4%	11.4%	4.9%	8.8%	9.8%
Эрүүл мэндийн нийт зардалд эзлэх иргэдийн шууд төлбөрийн хувь	14.8%	10.7%	28.7%	10.9%	38.3%	38.9%	17.2%

Тайлбар: *Улс орнуудын ЭМ-ийн зардлын үзүүлэлтүүдийг харьцуулалт.*

Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал Герман улсад хамгийн их буюу 6991 доллар байгаа бол Киргиз улсад хамгийн бага 310 доллар, дэлхийн дунджаас 5.5 дахин бага байна. Монгол улсын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлыг дэлхийн дундаж түвшинд хүргэхийн тулд 458 доллароор нэмэгдүүлэх шаардлагатай байна. (Хүснэгт 2)

Хүснэгт 2. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, иргэдийн шууд төлбөр

Үзүүлэлт	Канад	Герман	БНСУ	Япон	Киргиз	Монгол	Дэлхийн дундаж
Нэг хүнд ногдох хувь хүний зарцуулсан зардал (олон улсын доллар)	1038	908	1399	591	119	493	352
Нэг хүнд ногдох ЭМ-ийн зардал (олон улсын доллар)	6991	8453	4859	5387	310	1266	1724

Япон улсад нярайн эндэгдэл 1,000 амьд төрөлтөд 0.8 буюу хамгийн бага, 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1,000 хүүхэд тутамд 2.4 буюу мөн хамгийн сайн үзүүлэлттэй байна. Герман улсад эхийн эндэгдэл хамгийн бага 100,000 төрөлтөд 4 байна. БНЭМХ-аар Канад улс хамгийн өндөр 92 оноотой байна. Монгол улс 71 оноотой байна. (Хүснэгт 3)

Хүснэгт 3. Тогтолцооны үр дүнгийн үндсэн үзүүлэлтүүд

Үзүүлэлт	Канад	Герман	БНСУ	Япон	Киргиз	Монгол
Нярайн эндэгдэл (1,000)	3.4	2.2	1.2	0.8	10.9	7.7
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1,000)	5.1	3.7	2.8	2.4	17.2	13.9
Эхийн эндэгдэл (100,000)	14.6	4	6.6	5.3	43.7	41.2
Дундаж нас	81	81	83	84	72	72
БНЭМХ-ийн оноо	92	87	88	85	73	71

Тайлбар: *БНЭМХ- Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалт*

Хэлцэмж: Хөгжингүй орнуудын хувьд ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал өндөр, нэг хүнд ногдох ЭМ-ийн зардал 5350 олон улсын доллароос дээш, хувь хүнээс гарах төлбөр бага, санхүүгийн дарамтгүйгээр ЭМ-ийн үйлчилгээг авч ЭМ-ийн тогтолцооны үзүүлэлтүүд нь маш сайн байна. Хөгжиж буй орнуудын хувьд ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардал хангалтгүй буюу дэлхийн дунджаас доогуур, нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 1266 олон улсын доллар ба түүнээс доош, хувь хүнээс гарах төлбөр өндөр байгаа нь тогтолцооны үр дүнгийн үзүүлэлтүүдэд сөргөөр нөлөөлж байна. Батболд нарын (2021) хийсэн судалгаагаар Монгол Улсад халааснаас шууд төлөх төлбөр нь ялангуяа бага орлоготой өрхүүдэд илүү хүчтэй санхүүгийн дарамт учруулж, өрхийн хэрэглээний бүтцийг өөрчлөх, зайлшгүй хэрэгцээт бусад зардлыг танахад хүргэж байгааг нотолсон байна. [14] Мөн Вагстафф нарын (2021) 145 улс орны өгөгдөлд тулгуурласан макро түвшний судалгаагаар эрүүл мэндийн нийт зардалд халааснаас төлөх төлбөр 29%-иас дээш гарсан тохиолдолд ядуурлын түвшин, ядуурлын гүнзгий байдал болон тэгш бус байдал статистикийн ач холбогдол бүхий нэмэгддэг болохыг тогтоосон.[15]

Дэлхийн эрүүл мэндийн бодлогын нөлөөллийн төв (2019)-ийн нийтлэлд Монгол Улсад эрүүл мэндийн даатгалын хамралт өндөр хэдий ч даатгалаар бүрэн санхүүждэггүй үйлчилгээ, хамтын төлөлт, эмийн зардал нь иргэдийн санхүүгийн хамгаалалтыг сулруулж байгааг дурдсан. Тухайлбал, хэвтэн эмчлүүлэх үед иргэд 10–15%-ийн хамт төлөлт төлөхөөс гадна эм, тарианы зардлыг бүрэн даатгалаар нөхөн төлөхгүй байгаа нь халааснаас шууд төлөх төлбөр зардлыг нэмэгдүүлж буйг тэмдэглэсэн.[16] Нөгөө талаас хамтын төлбөр нь өндөр бол үйлчилгээний хэт хэрэглээг

бууруулах эрэг нөлөөтэй байж болох тул Японд халааснаас шууд төлөх төлбөрийг тодорхой хэмжээнд нэмэгдүүлэх, харин БНСУ-д бууруулах бодлогын хувилбаруудыг авч үзэх шаардлагатай гэж үзжээ.[17] Мариа нарын 2021 оны судалгаагаар эрүүл мэндийн шинэчлэлүүд нь үйлчилгээний тэгш хүртээмжийг хангах замаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулсан ч, Киргизийн Засгийн газар эдгээр шинэчлэлийн бусад гол бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг, тухайлбал иргэдийн халааснаас гарч буй төлбөрийг хамгийн бага түвшинд хүртэл бууруулах арга хэмжээг тууштай хэрэгжүүлэхэд анхаарах шаардлагатай гэж үзсэн.[18] Евростатийн 2025 оны статистик мэдээллээр 2023 онд Европын Холбооны гишүүн орнуудын дунд Герман улс эрүүл мэндийн зардлын нийт хэмжээ (492 тэрбум евро) болон эрүүл мэндийн зардалд ДНБ-д эзлэх хувиараа (11.7%) хамгийн өндөр үзүүлэлттэй байжээ.[19]

Дүгнэлт: ДНБ-д эзлэх ЭМ-ийн зардлыг дэлхийн дундаж хэмжээнд хүртэл нэмэгдүүлэх, сангийн менежментийг сайжруулах, иргэдийн шууд төлбөрийн зардлыг бууруулснаар ЭМ-ийн тогтолцооны үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийг сайжруулахад анхаарах хэрэгтэй байна. Монгол Улс Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг хэрэгжүүлж, даатгалд хамрагдалтын хувь өндөр байгаа хэдий ч санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах үүргийг хангалттай хэрэгжүүлж чадахгүй байна.

Ном зүй:

1. *Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges, and lessons. Int Soc Secur Rev. 2005;58(4):27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00234.x*
2. *General Department of Health Insurance. About Us. Government of Mongolia; [updated year accessed]. Accessed January 15, 2026. https://emd.gov.mn/about*
3. *Баярсайхан Д, Бямбасүрэн Л. Монгол улсын иргэний эрүүл мэндийн даатгалын түүх. Улаанбаатар: Хэвлэлийн Адмон ХХК; 2023.*
4. *Financial Accountability Office of Ontario. Health Update 2023. Toronto, ON: Financial Accountability Office of Ontario; 2023.*
5. *Government of Canada. Canada's health care system. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html. Accessed January 12, 2026.*
6. *Financial Accountability Office of Ontario. Health Update 2023. Toronto, ON: Financial Accountability Office of Ontario; 2023*
7. *Germany Federal Ministry of Health (BMG) – Statutory Health Insurance (SHI) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/statutory-health-insurance-shi.html*
8. *Health Insurance Review and Assessment Service. Health insurance review and assessment statistics, 2023. Accessed January 13, 2026. https://www.hira.or.kr/co/searchEn.do?query=2023*
9. *National Health Insurance Service. NHIS English Homepage. National Health Insurance Service English website. https://www.nhis.or.kr/english/index.do*
10. *Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Health care system in Japan. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan; 2024. Accessed January 13, 2026. https://www.mhlw.go.jp/english/*
11. *Japan Health Info. How much is health insurance in Japan? Japan Health Info; 2024. Accessed January 13, 2026. https://japan-healthinfo.com/how-much-is-it/*
12. *World Health Organization Regional Office for Europe; European Observatory on Health Systems and Policies. Health system review: Kyrgyzstan. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013. Accessed January 13, 2026*
13. *P4H Network. Kyrgyzstan: social health protection and health financing. P4H Network website. Accessed January 13, 2026. https://p4h.world/en/countries/kyrgyzstan/*
14. *Batbold O, Banzragch T, Davaajargal D, Pu C. Crowding-Out Effect of Out-of-Pocket Health Expenditures on Consumption Among Households in Mongolia. Int J Health Policy Manag. 2022;11(9):1874-1882. doi:10.34172/ijhpm.2021.91*
15. *Sirag A, Mohamed Nor N. Out-of-Pocket Health Expenditure and Poverty: Evidence from a Dynamic Panel Threshold Analysis. Healthcare (Basel). 2021;9(5):536. Published 2021 May 3. doi:10.3390/healthcare9050536*
16. *Center for Policy Impact in Global Health. Reducing out-of-pocket payments for health in order to achieve universal health coverage in Mongolia. Center for Policy Impact in Global Health. Published January 28, 2019. Accessed January 15, 2026. https://centerforpolicyimpact.org/2019/01/28/reducing-out-of-pocket-payments-for-health-in-order-to-achieve-universal-health-coverage-in-mongolia/*
17. *Dronina Y, Yoon YM, Sakamaki H, Nam EW. Health system development and performance in Korea and Japan: a comparative study of 2000–2013. J Lifestyle Med. 2016;6(1):16-26. doi:10.15280/jlm.2016.6.1.16*
18. *Iamshchikova M, Mogilevskii R, Onah MN. Trends in out of pocket payments and catastrophic health expenditure in the Kyrgyz Republic post "Manas Taalimi" and "Den Sooluk" health reforms, 2012-2018. Int J Equity Health. 2021;20(1):30. Published 2021 Jan 11. doi:10.1186/s12939-020-01358-2*
19. *Eurostat. Healthcare expenditure statistics – overview. Eurostat Statistics Explained. Published 2025. Accessed January 24, 2026. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview*

A Comparative Study of Mongolia's Health Insurance System in Relation to Selected Countries Worldwide

Maral O[1], Altanzul G[1], Davaakhuu S[1], Zayakhishig B[1], Gantugs Yu[1]

[1]Department of Health Policy, School of public health, MNUMS
E-mail: hes22d002@st.mnums.mn, Tel: +976-95027205

Abstract:
Background: Health insurance systems are a core component of social protection, aimed at safeguarding populations from financial risks, ensuring equitable access to health care services, and ultimately achieving universal health coverage. In recent years, Mongolia's health insurance system has faced significant policy-level challenges related to efficiency, accessibility, and financial sustainability. Therefore, there is a growing need to conduct comparative analyses of internationally successful health insurance models.
Aim: To comparatively examine Mongolia's health insurance system in relation to the health insurance systems of selected countries.
Materials and Methods: A comparative document review methodology was employed to analyze the health insurance and health financing systems of Canada, Germany, Japan, the Republic of Korea, and Kyrgyzstan. The analysis was based on policy documents, legal and regulatory frameworks, reports from international organizations, and relevant statistical data.
Results: In countries such as Canada, Germany, Japan, and the Republic of Korea, health expenditure as a share of GDP exceeds the global average, while out-of-pocket payments by households remain relatively low. In contrast, Mongolia and Kyrgyzstan exhibit high levels of out-of-pocket expenditure, weaker financial protection, and comparatively lower performance indicators of the health system.
Conclusion: The findings suggest that increasing health expenditure as a share of GDP toward the global average, improving the management of health insurance funds, and reducing out-of-pocket payments by households are important considerations for enhancing the performance of Mongolia's health system.

Keywords: Universal Health Coverage, Social Health Insurance, Health Financing