

The logo for the Asian Development Bank (ADB) is displayed in white serif font on a dark blue square background. A thin white vertical line is positioned to the right of the square.

ADB

МОН 9701, МОН 3843, МОН 3844  
ТӨСӨЛ

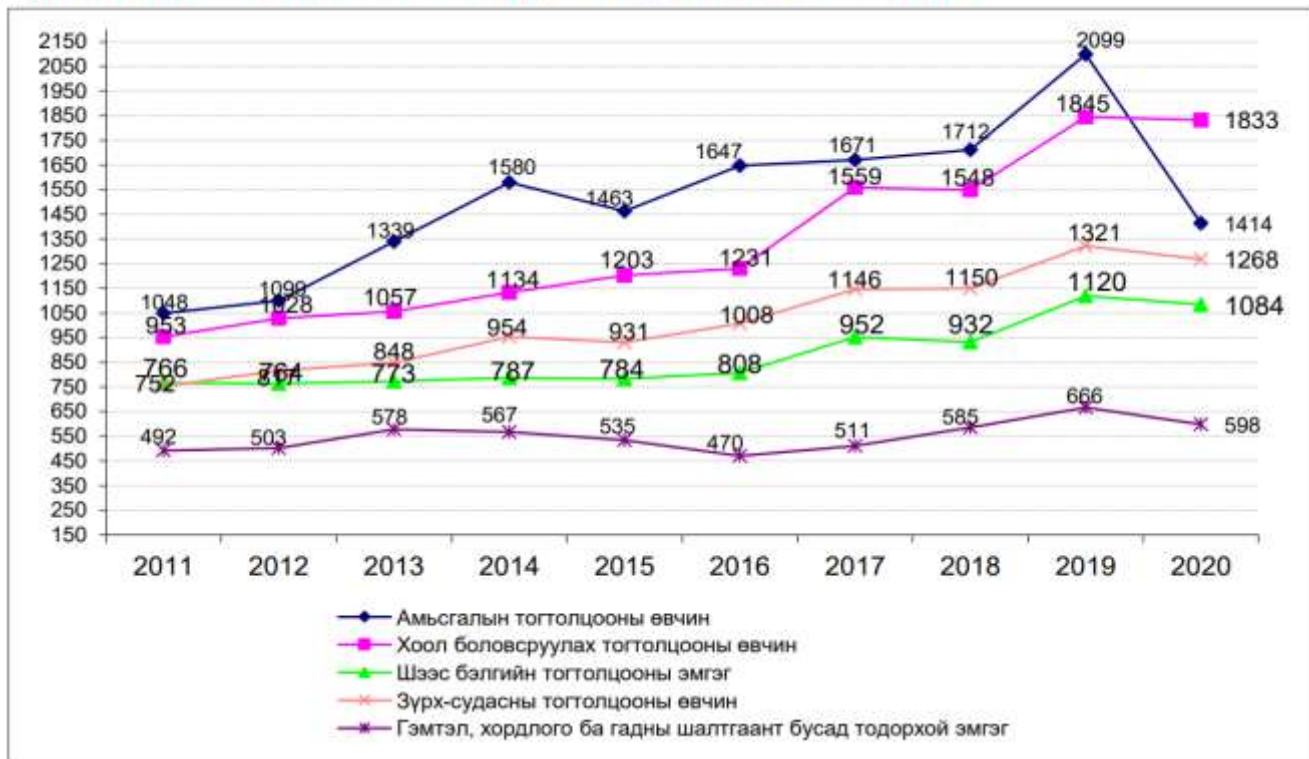
# ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АНХАН ШАТНЫ БАЙГУУЛЛАГЫН ГЭРЭЭНИЙ ГҮЙЦЭТГЭЛИЙГ ҮНЭЛЭХ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТ

Тусламж, үйлчилгээний чанарын үнэлгээний зөвлөх  
Л.Баярцэцэг, С.Дэлгэрэх

- ❑ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АНХАН ШАТ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ НЬ БҮХ НИЙТИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХАМРАЛТАД ХҮРГЭХ ГАЛТ ТЭРЭГ
- ❑ ИРГЭНД ХАМГИЙН ОЙР
- ❑ ИРГЭНЭЭС ТӨЛБӨР АВАХГҮЙ
- ❑ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ТАСРАЛТГҮЙ БАЙДЛЫГ ХАНГАНА
- ❑ ХЭЗЭЭ, ХЭНЭЭС, ЯМАР ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХЫГ ИРГЭНД ЗӨВЛӨЖ ЧИГЛҮҮЛНЭ
- ❑ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЦОГЦ БАЙДЛЫГ ХАНГАНА
- ❑ ӨВЧТӨН БОЛОН ГЭР БҮЛИЙН НӨХЦӨЛ БАЙДЛЫГ ХАМГИЙН САЙН МЭДЭХ ЭМЧ



Зураг 7. 2 Хүн амын өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2011-2020 он



Эрүүл мэндийн үзүүлэлт, 2020, ЭМХТ

Жирэмсэн үеийн тусламж, үйлчилгээний чанар муутай холбоотой эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн асуудал төдийлөн сайжрахгүй байна...

UNICEF (2009) Situation analysis of children and women in Mongolia. Ulaanbaatar

Нийт хорт хавдрын дарамт дэлхийд 2 дугаар байрт

Pooja yerramilli, exploring knowledge, attitudes, and practices related to breast and cervical cancers in Mongolia: a national population-based survey

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access



## Free and universal access to primary healthcare in Mongolia: the service availability and readiness assessment

Altantuya Jigjidsuren<sup>1,2</sup>, Tumurbat Byambaa<sup>3</sup>, Enkhjargal Altangerel<sup>4</sup>, Suvd Batbaatar<sup>4</sup>, Yu Mon Saw<sup>1,5\*</sup>, Tetsuyoshi Kariya<sup>1,5</sup>, Eiko Yamamoto<sup>1</sup> and Nobuyuki Hamajima<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** The government of Mongolia man However, no evidence is available on the physical present study assessed the capacity of health fac World Health Organization (WHO) standardized a

**Methods:** The service availability and readiness as for defining whether a health facility meets the re examined all 146 health facilities in Chingeltei and hospitals, family health centers (FHCs), outpatient to the country context, and data were collected th SPSS 21.0, and relevant nonparametric tests were

**Results:** A general service readiness index, or the standards, was 44.1% overall and 36.3, 61.5, and 62 deficiencies were found in diagnostic capacity, sup mean scores for general service readiness was 13.5 was 19.8%. FHCs were evaluated as best capable ( Contribution of private clinics and sanatoriums to P Service-specific readiness among FHCs for family pl care was 56.5%, preventive and curative care for ch services was 53.4%, HIV and STI services was 52.2%,

**Conclusions:** Universal access to PHC is stipulated throughout various policies in Mongolia; however, the present results revealed that availability of PHC services within health facilities is very low. FHCs contribute most to providing PHC, but readiness is mostly hampered by a lack of diagnostic capacity and essential medicines.

**Keywords:** Healthcare facility assessment, Service availability, Service readiness, Primary healthcare, Family health center, Universal access, Mongolia

Иргэдийн хэрэгцээ шаардлагад нийцсэн тусламж үйлчилгээ тодорхойгүй, лавлагаа шатлалд илгээхэд эргэлзээ төрүүлдэг, лавлагаа шатлалд анхан шатны тусламжыг үргэлжлүүлэн үзүүлдэг

*Altantuya et al., Supporting primary health care in Mongolia, 2021*

- Дөнгөж **50%** нь халдварт бус өвчний болон хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээний **УДИРДАМЖУУД** бэлэн
- Жилд нэг үйлчлүүлэгчид ногдох амбулаторийн үзлэгийн **ТОО** ДЭМБ-ын зорилтот түвшингээс **2 ДАХИН БАГА**
- “Хүлээн зөвшөөрөгдөхүйц байдал” буюу ЭМТ-үүдийн үзүүлж буй тусламж үйлчилгээ нь үйлчлүүлэгчдийн **ХЭРЭГЦЭЭ, ШААРДЛАГАД НИЙЦЭЖ БАЙГАА** байдал нь **ДУНДААС ДООШ** буюу бусад хүртээмжийн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулахад хамгийн доогуур үнэлгээтэй
- ЭМАШТУ-ний мэдрэгдэх байдал болон **НАЙДВАРТАЙ** байдлын үзүүлэлтүүд нь **ХҮЛЭЭЛТЭЭС ДООГУУР** байгаа бол **БАТАЛГААТ БАЙДАЛ, ХАРИУ ҮЙЛДЭЛ, ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧЭЭ ОЙЛГОХ** байдал нь хүлээлтээс **МАШ ДООГУУР**

Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар хүртээмжийн судалгааны тайлан, 2020

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access



# The costs of inappropriate referral pathways in inpatient care for three major noncommunicable diseases in Mongolia: a national registry-based analysis

Ariuntuya Tuvdendorj<sup>1,2\*</sup>, Otgonjargal Dechinkhorloo<sup>3</sup>, Bayarsaikhan Dorjsuren<sup>4</sup>, Erik Buskens<sup>2</sup> and Talitha Feenstra<sup>2,5,6</sup>

## Abstract

**Background:** Non-communicable diseases (NCDs) consistently pose a huge economic burden to health systems and countries in general. The aim of this study was to quantify inpatient costs associated with chronic obstructive pulmonary disease, stroke and ischemic heart disease stratified by type of referral pathway, and to investigate key factors that drive these costs.

**Methods:** A registry-based data analysis was performed using national public hospital inpatient records from 2016 to 2018 for 117,600 unique patients and linking patient-level inpatient health care use with hospital-specific unit cost per bed-day. These were combined to calculate the annual inpatient costs for each of the three disorders per person and per year. Generalized linear modeling was used to assess the association of inpatient costs with age, gender, location, comorbidity, treatment referral pathways and years.

**Results:** Across three diagnoses, the majority of patients were female. Most were over 50–60 years old, with more than half being a pensioner, typically with at least one comorbidity. About 25% of patients followed what might be considered inappropriate (unofficial) inpatient referral pathways. Mean annual inpatient costs were int\$ 721. These costs rose to int\$ 849 for unofficial pathways and dropped to int\$ 677 for official pathways. Further covariates significantly associated with high inpatient costs were location, age, gender, and comorbidity.

**Conclusion:** Our findings provide background information essential to develop evidence-based and cost-effective interventions aimed at health promotion, prevention and service delivery. Reducing the unofficial use of inpatient care can improve efficient resource allocation in health care and prevent further escalation of inpatient costs in the future.

# Pathways to Mental Health Care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia, and Nepal

Naoki Hashimoto, MD<sup>1,2</sup>,  
Daisuke Fujisawa, MD, PhD<sup>2,3</sup>  
Noor Ahmed Giasud  
Basanth Kumar Kenc  
Altanzul Narmandak  
Khongorzul Dugerra  
Sharad Man Tamraka  
Shailendra Raj Adhik  
and Norman Sartori

## Abstract

**Introduction:** As mental health the pathways to mental health the pathways to MHC in 5 A institution were interviewed. previous treatment were co from private practitioners, re healers. General practitioner religious healers had an impo had a significant impact on the Asian countries are feasible a

Asia-Pacific Journal of Public Health  
XX(X) 1–11  
© 2010 APJPH  
Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>  
DOI: 10.1177/1010539510379395  
<http://aph.sagepub.com>

# Who is bearing the financial burden of non-communicable diseases in Mongolia?

Otgontuya Dugee<sup>1,2</sup>, Enkhтyua Palam<sup>3</sup>, Bayarsaikhan Dorjsuren<sup>3</sup>, Ajay Mahal<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia

<sup>2</sup> Public Health Institute of the Ministry of Health of Mongolia, Ulaanbaatar, Mongolia

<sup>3</sup> Department of Health Systems Governance and Financing, World Health Organization, Geneva, Switzerland

<sup>4</sup> Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia

**Background** Non-communicable diseases (NCDs) pose a formidable health and development challenge for low- and middle-income countries (LMICs). However, translating this challenge into resource allocation is seriously constrained by a lack of country specific evidence on NCD financing and its distributional implications. This study estimated expenditures associated with NCDs in Mongolia and their distributions across socioeconomic groups, focusing especially on private out-of-pocket (OOP) spending on the major NCDs.

**Methods** Secondary data analysis of multiple data sources on NCD related health service use and expenditures including detailed administrative data, World Health Organization STEPwise approach to Surveillance (STEPs) survey for Mongolia, and household surveys. Sample-weighted estimates of OOP expenditures for NCDs were constructed using STEPs data. OOP payments per discharge and per outpatient visit were estimated by condition and type of service provider, and survey data on utilization, after adjusting for utilization in administrative records.

**Results** NCDs in Mongolia accounted for more than one-third of total health expenditures in 2013. A significant fraction of this expenditure was borne by households in the form of OOP spending. CVD-related health spending is the major driver of NCD-spending in Mongolia, accounting for about 24.2% of total health expenditure. OOP health payments, largely driven by outpatient diagnostics and drugs, were incurred disproportionately by the better-off, seeking more specialist services and better quality private care.

**Conclusion** A high share of OOP spending for NCDs in Mongolia, which ostensibly enjoys universal health coverage, provides a cautionary tale for LMICs in a similar situation. Improvement in the quality of services at the primary care level and rural health care facilities, where the poor mainly attend, is desirable together with an effective exemption policy for user fees at higher level hospitals.

## RESEARCH

## Open Access



## Free and universal, but unequal utilization of primary health care in the rural and urban areas of Mongolia

Javkhlanbayar Dorjdagva<sup>1,2\*</sup>, Enkhjargal Batbaatar<sup>1</sup>, Mikael Svensson<sup>3</sup>, Bayarsaikhan Dorjsuren<sup>4</sup>, Burenjargal Batmunkh<sup>5</sup> and Jussi Kauhanen<sup>2</sup>

**Abstract**

**Background:** The entire population of Mongolia has free access to primary health care, which is fully funded by the government. It is provided by family health centers in urban settings. In rural areas, it is included in outpatient and inpatient services offered by *rural soum* (district) health centers. However, primary health care utilization differs across population groups. The aim of this study was to evaluate income-related inequality in primary health care utilization in the urban and rural areas of Mongolia.

**Methods:** Data from the Household Socio-Economic Survey 2012 were used in this study. The Erreygers concentration index was employed to assess inequality in primary health care utilization in both urban and rural areas. The indirect standardization method was applied to measure the degree of horizontal inequity.

**Results:** The concentration index for primary health care at family health centers in urban areas was significantly negative ( $-0.0069$ ), indicating that utilization was concentrated among the poor. The concentration index for inpatient care utilization at the *soum* health centers was significantly positive ( $0.0127$ ), indicating that, in rural areas, higher income groups were more likely to use inpatient services at the *soum* health centers.

**Conclusions:** Income-related inequality in primary health care utilization exists in Mongolia and the pattern differs across geographical areas. Significant pro-poor inequality observed in urban family health centers indicates that their more effective gatekeeping role is necessary. Eliminating financial and non-financial access barriers for the poor and higher need groups in rural areas would make a key contribution to reducing pro-rich inequality in inpatient care utilization at *soum* health centers.

**Keywords:** Primary health care, Inequality, Horizontal inequity, Urban and rural disparity, Mongolia

## RESEARCH

## Open Access



## Social and environmental determinants of child health in Mongolia across years of rapid economic growth: 2000-2010

Nehal Joshi<sup>1</sup>, Bolormaa Bolorhon<sup>2</sup>, Indermohan Narula<sup>3</sup>, Shihua Zhu<sup>4</sup> and Semira Manaseki-Hollan<sup>5\*</sup>

**Abstract**

**Background:** To understand the effect of economic growth on health, we investigated the trend in socio-economic and regional determinants of child health in Mongolia. This Central Asian country had the fastest economic growth amongst low and middle-income countries (LMICs) from 2000 to 2010 and a healthcare system in transition.

**Methods:** Data was from Mongolian multiple indicator cluster surveys (MICS) in 2000, 2005 and 2010. Child nutrition/growth was measured by height-for-age z-score (HAZ), weight-for-age z-score (WAZ), prevalence of stunted (HAZ < -2) and underweight (WAZ < -2) children. Access to health care was measured by prevalence of fully immunised children <5 years. Multivariate multi-level logistic mixed modelling was used to estimate the effect of socio-economic and environmental health determinants on each outcome in each year; 2000, 2005 and 2010. T-tests were used to measure significant change in HAZ and WAZ over the decade.

**Results:** Overall, from 2000 to 2010, there was a significant improvement ( $p < 0.001$ ) in all three outcomes, but the effect of socio-economic factors increased on both stunting and weight. In 2000, region was a significant determinant: children living in three provinces were significantly more likely to be stunted and less likely to be immunised than Ulaanbaatar, but this was not significant by 2010. By 2010, none of the factors were significant determinants of immunisation in children. In 2000, economic status had no effect on stunting (OR = 0.91; 95%CI:0.49,1.66), however by 2010, children in the poorest economic quintile were 4 times more likely to be stunted than the richest (OR = 0.24; 95% CI:0.13,0.45;  $p < 0.001$ ). The effect of maternal education on stunting prevalence continued over the 10 years, in both 2000 and 2010 children were twice as likely to be stunted if their mother had no education compared to university education (2000 OR = 0.45; 95% CI:0.28,0.73,  $p < 0.01$ , 2010 OR = 0.55; 95% CI:0.35,0.87,  $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Economic growth in Mongolia from 2000 to 2010 resulted in an increase in the effect of social determinants of child health; whilst focused policy improved access to immunisation. Children with less educated mothers and lower household incomes should be targeted in interventions to reduce health inequity.

**Keywords:** Health equity, Child nutrition, Maternal education, Socioeconomic status, Immunisation coverage, Multiple indicator cluster surveys (MICS), Mongolia

# АНХАН ШАТНЫ АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

## ЧАДАВХИ

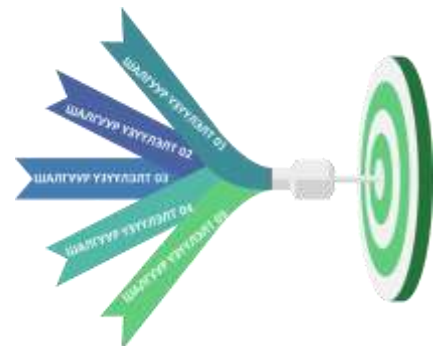
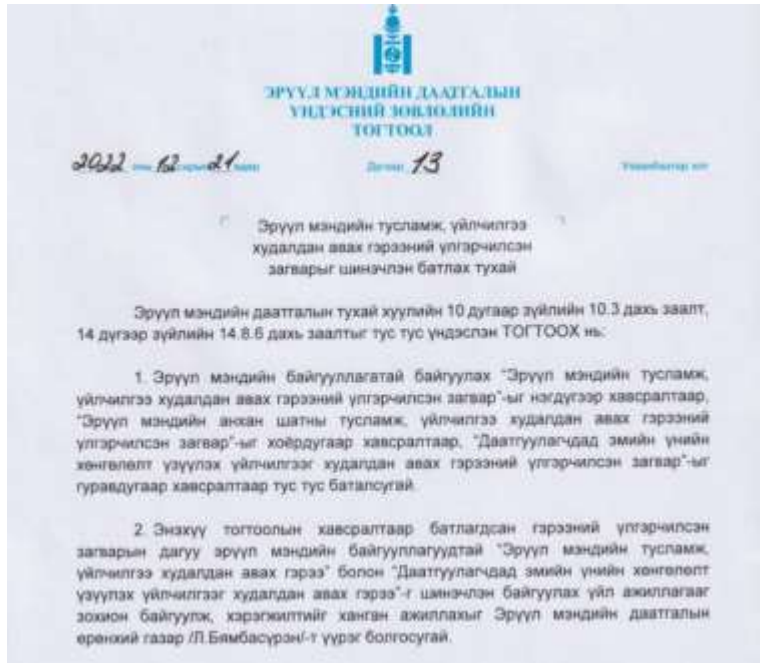
- Засаглал
- Санхүүжилт
- Нөөц

## ГҮЙЦЭТГЭЛ

- Менежмент
- Хүлээн зөвшөөрөгдөх байдал
- Анхан шатны үүрэг
- Тусламжийн чанар

## НӨЛӨӨЛӨЛ

- Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт
- Хариу үйлдэл
- Эрүүл мэндийн байдал
- Тэгш байдал



ГҮЙЦЭТГЭЛИЙГ  
ҮНЭЛЭХ, САЙЖРУУЛАХ

Primary health care measurement framework and indicators, WHO, 2022

НЭГ ХҮРТЛЭХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН БҮРЭН  
ТУНГИЙН ХАМРАЛТЫН ХУВЬ

ЖИРЭМСНИЙ ХЯНАЛТАД ДӨРӨВ БА  
ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ УДАА ХАМРАГДСАН  
ЭХИЙН ХУВЬ

АНХДАГЧ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧИН  
БҮРТГЭГДСЭН (130/80-ААС ДЭЭШ) НИЙТ  
ТОХИОЛДОЛД АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫГ ХЭВИЙН  
ХЭМЖЭЭНД БУУЛГАСАН (130/80-ААС ДООШ)  
ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

14

ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС  
ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН  
БАЙГУУЛЛАГА РУУ ӨВЧТӨН ШИЛЖҮҮЛСЭН ТОО  
БОЛОН ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН БАЙГУУЛЛАГАД  
ӨРХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС ОЧСОН  
ӨВЧТӨНИЙ ТООНЫ ЗӨРҮҮНИЙ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ 5  
ХУВИАС ИХГҮЙ БАЙХ

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВИЙН БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН АМЫН  
ИРГЭДЭЭС ӨВЧНИЙ УЧИР ҮЗҮҮЛСЭН  
ӨВЧТӨНӨӨС ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГАД ИЛГЭЭСЭН  
ТОХИОЛДЛЫН ТОО

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ, ТОСГОЫН ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВД БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН  
АМААС ХАМГИЙН БАГАДАА НЭГ УДАА  
АНХАН ШАТНЫ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ  
АВСАН ИРГЭДИЙН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

НИЙТ ҮЗЛЭГ ДОТОР ЭЗЛЭХ ГЭРИЙН  
ЭРГЭЛТИЙН ХУВЬ

UP20DATE ТОГТМОЛ АШИГЛАДАГ  
ЭМЧИЙН ХУВЬ

АМБУЛАТОРИЙН НЭГ ҮЗЛЭГТ НОГДОХ  
ДУНДАЖ ХУГАЦАА

ЖОР БИЧСЭН НИЙТ АННТИБИОТИК  
ДОТОР 2 ДУГААР ЭГНЭЭНИЙ  
АНТИБИОТИКИЙН ЭЗЛЭХ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ

40 БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ  
БҮЛГИЙН ХҮН АМЫН ДУНД ХОЁРДУГААР  
ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН ШИЖИН  
ӨВЧНИЙ ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ

ХОЁРДУГААР ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН  
ШИЖИН ӨВЧИН ОНОШИЛОГДСОН (ӨЛӨН  
ҮЕИЙН ВЕНИЙН СУДАСНЫ ГЛЮКОЗЖСОН  
ГЕМОГЛОБИН НЬ 7 %-ААС ДЭЭШ) НИЙТ  
ТОХИОЛДОЛД НВА1С-ИЙН ХЭМЖЭЭГ 1 ХУВИАР  
БУУРУУЛСАН ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛД ИЛГЭЭСЭН  
ИРГЭНИЙГ ЭРГҮҮЛЭН ХЯНАЛТАНД АВСАН  
ХУВЬ

40-ӨӨС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ БҮЛГИЙН  
ХҮН АМЫН ДУНД 1, 2 ДУГААР ҮЕ ШАТНЫ  
ХОРТ ХАВДРЫН ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ

SMART



1

НЭГ ХҮРТЛЭХ НАСНЫ  
ХҮҮХДИЙН БҮРЭН  
ТУНГИЙН ХАМРАЛТЫН  
ХУВЬ



Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилд дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдсан 1 хүртэлх насны бүртгэлтэй хүүхдийн тоо*100%/Нэг хүртэлх насны дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдвал зохих бүртгэлтэй хүүхдийн нийт тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥80%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМХТөвийн дата

2

ЖИРЭМСНИЙ ХЯНАЛТАД  
ДӨРӨВ БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ  
УДАА ХАМРАГДСАН  
ЭХИЙН ХУВЬ

Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилд жирэмсний хяналтад дөрөв ба түүнээс дээш удаа хамрагдсан эхийн тоо *100%/Нийт жирэмсний хяналтад хамрагдвал зохих эхийн тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥85%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМХТөвийн дата

39  
28  
20  
8



3

АНХДАГЧ АРТЕРИЙН  
ДАРЛТ ИХСЭХ ӨВЧИН  
БҮРТГЭГДСЭН (130/80-ААС  
ДЭЭШ) НИЙТ  
ТОХИОЛДОЛД АРТЕРИЙН  
ДАРЛТЫГ ХЭВИЙН  
ХЭМЖЭЭНД БУУЛГАСАН  
(130/80-ААС ДООШ)  
ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ  
ХУВЬ



Тодорхойлолт/Аргачлал	Анхдагч артерийн даралт ихсэх өвчин (АД 130/80-аас дээш) оношлогдож, эмчилгээ эхэлсэн өдрөөс хойш артерийн даралт хэвийн хэмжээнд (АД130/80-аас доош) тогтвортой буулгасан тохиолдлын тоо*100%/Тухайн жилд анхдагч артерийн даралт ихсэх өвчин оношлогдсон нийт тохиолдол
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥85%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМХТөвийн дата

4

ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГА РУУ ӨВЧТӨН ШИЛЖҮҮЛСЭН ТОО БОЛОН ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН БАЙГУУЛЛАГАД ӨРХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС ОЧСОН ӨВЧТӨНИЙ ТООНЫ ЗӨРҮҮНИЙ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ 5 ХУВИАС ИХГҮЙ БАЙХ

Тодорхойлолт/Аргачлал	Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвөөс лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага руу өвчтөн шилжүүлсэн тоо болон лавлагаа шатлалын байгууллагад өрхийн эрүүл мэндийн төвөөс очсон өвчтөний тооны зөрүүний хувь
Олон улсын дундаж хэмжээ	≤5%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	10 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 10 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын нэхэмжлэлийн дата



5

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ,  
ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВИЙН  
БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН АМЫН  
ИРГЭДЭЭС ӨВЧНИЙ УЧИР  
ҮЗҮҮЛСЭН ӨВЧТӨНӨӨС  
ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН  
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН  
БАЙГУУЛЛАГАД ИЛГЭЭСЭН  
ТОХИОЛДЛЫН ТОО

Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилдээ лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагад шилжүүлэх бичгээр илгээсэн тохиолдлын тоо*100%/тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд өвчний учир үзүүлсэн нийт тохиолдол
Олон улсын дундаж хэмжээ	≤25%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	10 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 10 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын нэхэмжлэлийн дата



6

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ,  
ТОСГОЫН ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВД  
БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН АМААС  
ХАМГИЙН БАГАДАА НЭГ  
УДАА АНХАН ШАТНЫ  
ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ  
АВСАН ИРГЭДИЙН ЭЗЛЭХ  
ХУВЬ

Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилдээ хамгийн багадаа нэг удаа анхан шатны тусламж, үйлчилгээ авсан тохиолдлын тоо*100%/тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв бүртгэлтэй хүн амын тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥80%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	10 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 10 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын нэхэмжлэлийн дата



7

НИЙТ ҮЗЛЭГ ДОТОР  
ЭЗЛЭХ ГЭРИЙН  
ЭРГЭЛТИЙН ХУВЬ

Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилдээ нярай, хэвтрийн, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдэд хийсэн гэрийн эргэлтийн тохиолдлын тоо*100%/тухайн жилдээ хийсэн нийт үзлэгийн тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥30%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын нэхэмжлэлийн дата

8

UP20DATE ТОГТМОЛ  
АШИГЛАДАГ ЭМЧИЙН  
ХУВЬ

UpToDate®

Тодорхойлолт/Аргачлал	Uptodate-д сард 2 ба түүнээс дээш удаа хандалт хийж, шаардлагатай материал уншсан эмчийн тоо*100% / Нийт эмчийн тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥ 85%
Суурь түвшин	40 % ≤
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	Волтерс клуверийн тайлан



9

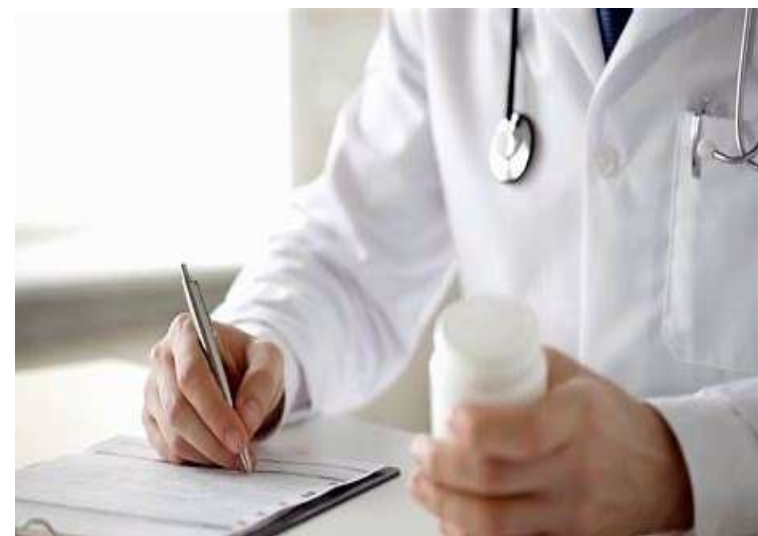
АМБУЛАТОРИЙН НЭГ  
ҮЗЛЭГТ НОГДОХ  
ДУНДАЖ ХУГАЦАА

Тодорхойлолт/Аргачлал	Амбулаторийн нэг үзлэгт ногдох дундаж хугацаа
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥10 минут
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын нэхэмжлэлийн дата



10

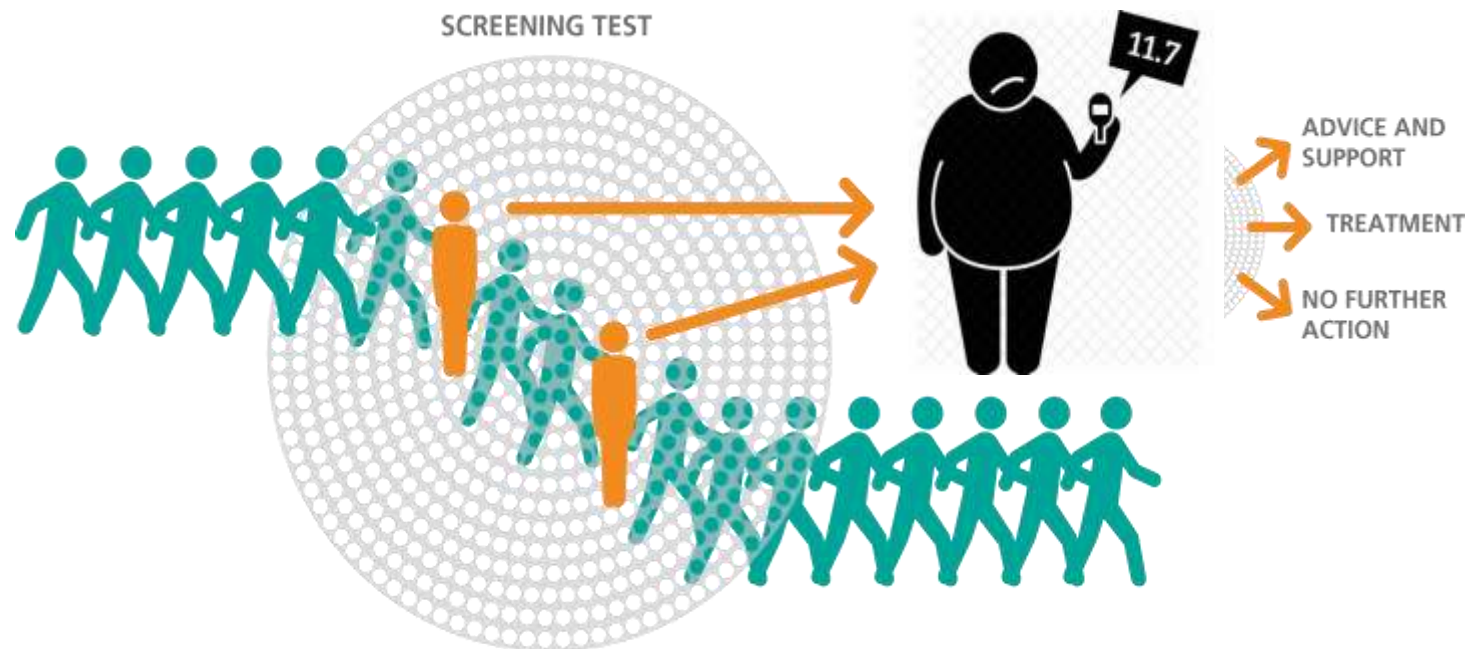
ЖОР БИЧСЭН НИЙТ  
АНТИБИОТИК ДОТОР 2  
ДУГААР ЭГНЭЭНИЙ  
АНТИБИОТИКИЙН  
ЭЗЛЭХ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ



Тодорхойлолт/Аргачлал	Тухайн жилдээ 2 дугаар эгнээний антибиотик бичсэн жорын тоо*100/антибиотик бичсэн нийт жорын тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	30% ≥
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ-ын хөнгөлөлттэй эмийн дата

11

40 БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ  
БҮЛГИЙН ХҮН АМЫН ДУНД ХОЁРДУГААР  
ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧНИЙ  
ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ



Тодорхойлолт /Аргачлал	Хоёрдугаар хэв шинжийн чихрийн шижин өвчний шинэ тохиолдлын тоо*100 % / 40 ба түүнээс дээш насны, эрсдэлт бүлгийн хүн амын тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	30% ≥
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	10 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 10 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ

12

ХОЁРДУГААР ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧИН ОНОШИЛОГДСОН (ӨЛӨН ҮЕИЙН ВЕНИЙН СУДАСНЫ ГЛЮКОЗЖСОН ГЕМОГЛОБИН НЬ 7 %-ААС ДЭЭШ) НИЙТ ТОХИОЛДОЛД НВА1С -ИЙН ХЭМЖЭЭГ 1 ХУВИАР БУУРУУЛСАН ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ ХУВЬ



Тодорхойлолт/Аргачлал	Хоёрдугаар хэв шинжийн чихрийн шижин өвчний өлөн үеийн венийн судасны глюкозжсон гемоглобин (HbA1c) нь 7 %-аас дээш)-тэй иргэдийн өлөн үеийн венийн судасны глюкозжсон гемоглобин (HbA1c) -ийн хэмжээг 1 хувиар бууруулсан тохиолдлын тоо*100%/Тухайн жилд хоёрдугаар хэв шинжийн чихрийн шижинтэй нийт хүний тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥80%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	10 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 10 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ

13

ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛД  
ИЛГЭЭСЭН ИРГЭНИЙГ  
ЭРГҮҮЛЭН ХЯНАЛТАНД  
АВСАН ХУВЬ

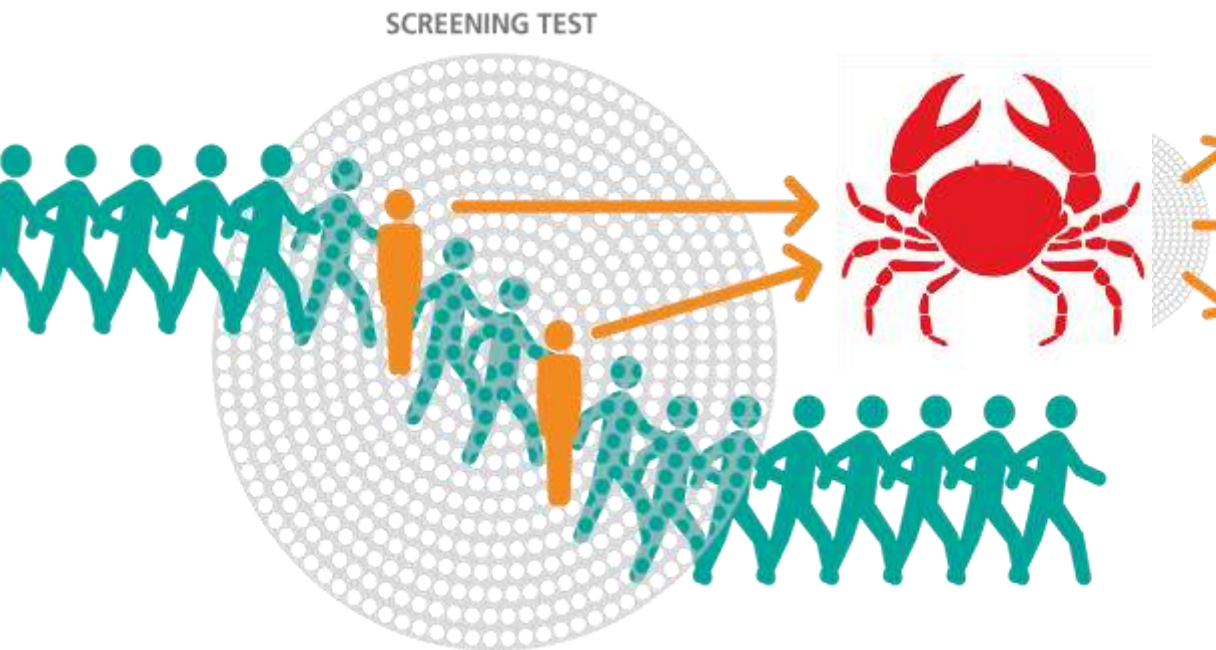
Тодорхойлолт/Аргачлал	Хяналтад авч тусламж, үйлчилгээг үргэлжлүүлэн үзүүлсэн иргэний тоо*100% / Лавлагаа шатлалд илгээсэн иргэний тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥80%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ



# АНХАН ШАТНЫ ЭМБ-ЫН ГЭРЭЭНИЙ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТ

14

40-ӨӨС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ  
БҮЛГИЙН ХҮН АМЫН ДҮНД 1, 2  
ДУГААР ҮЕ ШАТНЫ ХОРТ ХАВДРЫН  
ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ



Тодорхойлолт/Ар гачлал	1, 2 дугаар үе шатанд илрүүлсэн* хорт хавдартай иргэний тоо*100% / 40-өөс дээш насны эрсдэлт бүлгийн хүн амын тоо
Олон улсын дундаж хэмжээ	≥50%
Суурь түвшин	Байгууллага бүрийн суурь түвшинг гэрээнд тусгана.
Хүрэх түвшин	Суурь түвшинг сайжруулж, ОУ-ын түвшинд хүргэхээр тогтооно.
Нийт гэрээнд эзлэх хувийн жин /оноо	5 оноо
Үнэлэх аргачлал	Хүрэх түвшинд хүрсэн бол 5 оноо, хүрээгүй бол 0 оноо
Мэдээллийн эх сурвалж	ЭМДЕГ

НЭГ ХҮРТЛЭХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН БҮРЭН  
ТУНГИЙН ХАМРАЛТЫН ХУВЬ

### УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ

ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС  
ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН  
БАЙГУУЛЛАГА РУУ ӨВЧТӨН ШИЛЖҮҮЛСЭН ТОО  
БОЛОН ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН БАЙГУУЛЛАГАД  
ӨРХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВӨӨС ОЧСОН  
ӨВЧТӨНИЙ ТООНЫ ЗӨРҮҮНИЙ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ 5  
ХУВИАС ИХГҮЙ БАЙХ

### ХААЛГА БАРИХ

URTODATE ТОГТМОЛ АШИГЛАДАГ  
ЭМЧИЙН ХУВЬ

### Т.Ү ЧАНАР

ХОЁРДУГААР ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН  
ШИЖИН ӨВЧИН ОНОШИЛОГДСОН (ӨЛӨН  
ҮЕИЙН ВЕНИЙН СУДАСНЫ ГЛЮКОЗЖСОН  
ГЕМОГЛОБИН НЬ 7 %-ААС ДЭЭШ) НИЙТ  
ТОХИОЛДОЛД НВА1С-ИЙН ХЭМЖЭЭГ 1 ХУВИАР  
БУУРУУЛСАН ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

### ХБӨ МЕНЕЖМЕНТ

ЖИРЭМСНИЙ ХЯНАЛТАД ДӨРӨВ БА  
ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ УДАА ХАМРАГДСАН  
ЭХИЙН ХУВЬ

### ЖИРЭМСНИЙ ХЯНАЛТ

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВИЙН БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН АМЫН  
ИРГЭДЭЭС ӨВЧНИЙ УЧИР ҮЗҮҮЛСЭН  
ӨВЧТӨНӨӨС ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛЫН ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГАД ИЛГЭЭСЭН  
ТОХИОЛДЛЫН ТОО

### ХААЛГА БАРИХ

АМБУЛАТОРИЙН НЭГ ҮЗЛЭГТ НОГДОХ  
ДУНДАЖ ХУГАЦАА

### Т.Ү ЧАНАР

ЛАВЛАГАА ШАТЛАЛД ИЛГЭЭСЭН  
ИРГЭНИЙГ ЭРГҮҮЛЭН ХЯНАЛТАНД АВСАН  
ХУВЬ

### ТАСРАЛТГҮЙ БАЙДАЛ

АНХДАГЧ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧИН  
БҮРТГЭГДСЭН (130/80-ААС ДЭЭШ) НИЙТ  
ТОХИОЛДОЛД АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫГ ХЭВИЙН  
ХЭМЖЭЭНД БУУЛГАСАН (130/80-ААС ДООШ)  
ТОХИОЛДЛЫН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

### ХБӨ МЕНЕЖМЕНТ

ТУХАЙН ӨРХ, СУМ, ТОСГОЫН ЭРҮҮЛ  
МЭНДИЙН ТӨВД БҮРТГЭЛТЭЙ ХҮН  
АМААС ХАМГИЙН БАГАДАА НЭГ УДАА  
АНХАН ШАТНЫ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ  
АВСАН ИРГЭДИЙН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

### Т.Ү ХҮРТЭЭМЖ

ЖОР БИЧСЭН НИЙТ АНТИБИОТИК ДОТОР  
2 ДУГААР ЭГНЭЭНИЙ АНТИБИОТИКИЙН  
ЭЗЛЭХ ХУВЬ ХЭМЖЭЭ

### Т.Ү ЧАНАР

40-ӨӨС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ БҮЛГИЙН  
ХҮН АМЫН ДУНД 1, 2 ДУГААР ҮЕ ШАТНЫ  
ХОРТ ХАВДРЫН ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ

### ХБӨ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

14

НИЙТ ҮЗЛЭГ ДОТОР ЭЗЛЭХ ГЭРИЙН  
ЭРГЭЛТИЙН ХУВЬ

### Т.Ү ХҮРТЭЭМЖ

40 БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСНЫ ЭРСДЭЛТ  
БҮЛГИЙН ХҮН АМЫН ДУНД ХОЁРДУГААР  
ХЭВ ШИНЖИЙН ЧИХРИЙН ШИЖИН  
ӨВЧНИЙ ИЛРҮҮЛГИЙН ХУВЬ

### ХБӨ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

# ГЭРЭЭНИЙ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ҮНЭЛЭХ ЖИШЭЭ

№	Шалгуур үзүүлэлт	Тодорхойлолт/Аргачлал	“А” ӨЭМТ-ийн хүрэх түвшин	1-р сар	2-р сар	...	12 сар	Жилийн үнэлгээ
1	Нэг хүртлэх насны хүүхдийн бүрэн тунгийн хамралтын хувь	Тухайн жилд дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдсан 1 хүртэлх насны бүртгэлтэй хүүхдийн тоо*100%/Нэг хүртэлх насны дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдвал зохих бүртгэлтэй хүүхдийн нийт тоо	≥80%	7%	7%	...	7%	≥80%
			≥2000	175	175	...	175	2300
			5	5	5	....	5	5

**“А” ӨЭМТ**  
Нийт нэг хүртэлх насны хүүхэд 2500

**ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ**

ВАКЦИНЫ НЭР	ТОВЛОЛ	Торсгноо хойш 24 цагийн дотор	2 сартай	3 сартай	4 сартай	5 сартай	9 сартай	1 нас 2 сартай	2 настай	7 настай	15 настай
Сүрьеэ (БЦЖ)		0 тун									
В Гепатит		0 тун									
Халдварт саа		0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүл хангал, татран + В Гепатит, Хемифилос инфлэнца В (Танг вакцин)			I тун	II тун	III тун						
Пневмококгийн эсрэг вакцин			I тун		II тун		III тун				
Улаанбурхан, Гахай ханлар, Улаануул (УТУ)							I тун		II тун		
А Гепатит								I тун	II тун		
Сахуу, Татран										I тун	II тун

Заавал хийх дархлаажуулалтын үндэсний товллын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан тохиолдлыг бүрэн тунгийн хамралтын нэг тохиолдол гэнэ.



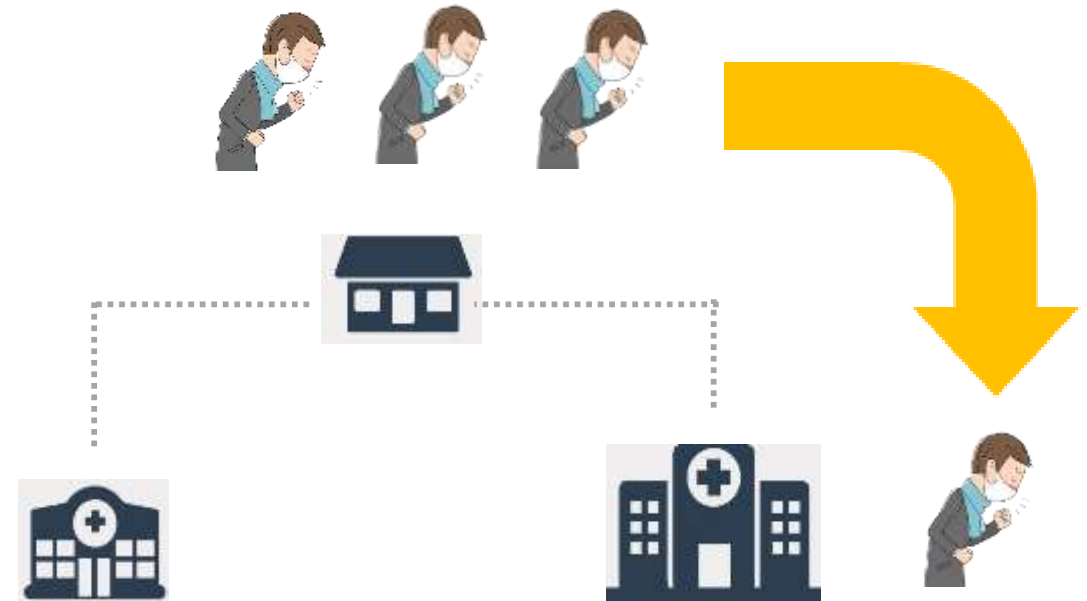
№	Шалгуур үзүүлэлт	Тодорхойлолт/Аргачлал	“Б” СТЭМТ-ийн хүрэх түвшин	1-р сар	2-р сар	....	12 сар	Жилийн үнэлгээ
1	Тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн бүртгэлтэй хүн амын иргэдээс өвчний учир үзүүлсэн өвчтөнөөс лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагад илгээсэн тохиолдлын тоо	Тухайн жилдээ лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагад шилжүүлэх бичгээр илгээсэн тохиолдлын тоо*100%/тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд өвчний учир үзүүлсэн нийт тохиолдол	≤25%	≤25%	≤25%	...	≤25%	≤25%
			....	25	30	...	23	.....
			10	10	10	....	10	10

### “Б” СТЭМТ

1 дүгээр сард нийт өвчний учир үзлэгийн тоо **100**

2 дугаар сард нийт өвчний учир үзлэгийн тоо **120**

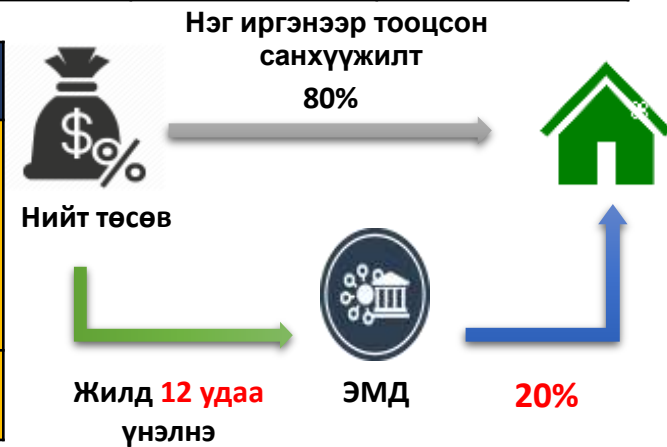
12 дугаар сард нийт өвчний учир үзлэгийн тоо **90**



# ГЭРЭЭНИЙ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ҮНЭЛЭХ ЖИШЭЭ

№	Шалгуур үзүүлэлт	Тодорхойлолт/Аргачлал	Олон улсын дундаж хэмжээ	1-р сар	2-р сар	...	12 сар	Жилийн үнэлгээ
1	Нэг хүртлэх насны хүүхдийн бүрэн тунгийн хамралтын хувь	Тухайн жилд дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдсан 1 хүртэлх насны бүртгэлтэй хүүхдийн тоо*100%/Нэг хүртэлх насны дархлаажуулалтын бүрэн тунд хамрагдвал зохих бүртгэлтэй хүүхдийн нийт тоо	≥80%	7%	7%	...	7%	≥80%
2	Жирэмсний хяналтад дөрөв ба түүнээс дээш удаа хамрагдсан эхийн хувь	Тухайн жилд жирэмсний хяналтад дөрөв ба түүнээс дээш удаа хамрагдсан эхийн тоо *100%/Нийт жирэмсний хяналтад хамрагдвал зохих эхийн тоо	≥85%	7%	7%	...	7%	≥80%
5	Тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн бүртгэлтэй хүн амын иргэдээс өвчний учир үзүүлсэн өвчтөнөөс лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагад илгээсэн тохиолдлын тоо	Тухайн жилдээ лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагад шилжүүлэх бичгээр илгээсэн тохиолдлын тоо*100%/тухайн өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд өвчний учир үзүүлсэн нийт тохиолдол	≤25%	2%	2%	...	2%	≤25%

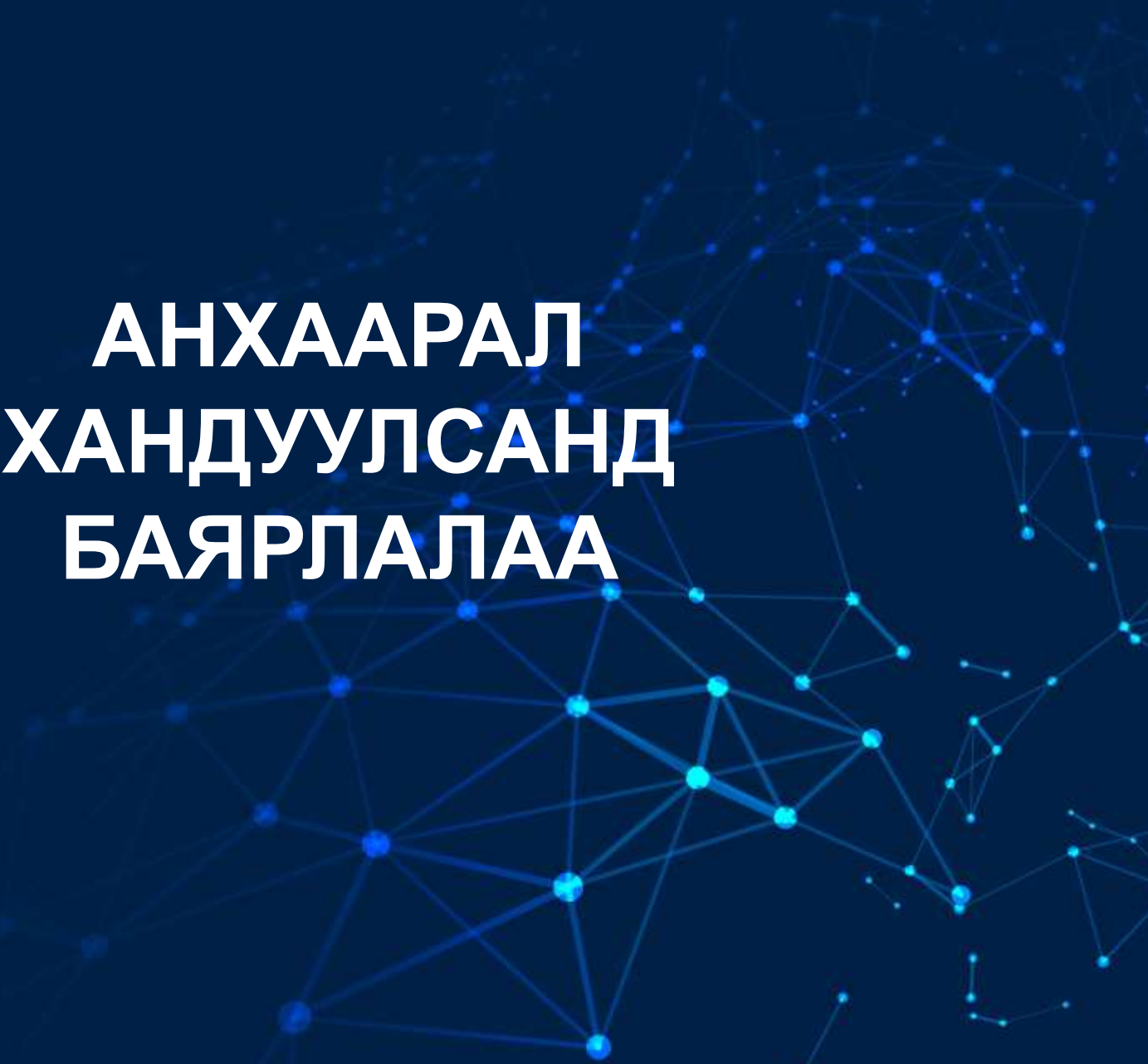
Шалгуур үзүүлэлт	Нэг хүртлэх насны хүүхдийн бүрэн тунгийн хамралтын хувь	“А” ӨЭМТ														Нийт оноо
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Гэрээнд эзлэх жин	5	5	5	10	10	10	5	5	5	5	10	10	5	0	90	



The ADB logo consists of the letters 'ADB' in a white, serif font, centered within a dark blue square. A thin white vertical line is positioned to the right of the square.

ADB

**АНХААРАЛ  
ХАНДУУЛСАНД  
БАЯРЛАЛАА**

A decorative graphic on the right side of the slide features a network of interconnected blue dots and lines, resembling a molecular or digital structure, set against a dark blue background.