

اصلاحات نظام سلامت در تایلند با تأکید بر سیاست‌های طرح پوشش همگانی

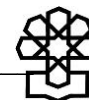
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۵۵۸۷
آذرماه ۱۳۹۶

بنام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۱.....	مقدمه
۲.....	کشور تایلند (کلیات)
۳.....	نظام سلامت در تایلند
۵.....	اصلاحات اخیر در نظام سلامت تایلند
۱۲.....	استقرار نظام پوشش همگانی سلامت در تایلند
۲۰.....	آثار مثبت و قابل توجه UCS در ۱۰ سال اول پس از اجرا
۲۵.....	چالش‌های پیش روی UCS
۲۹.....	توصیه‌ها و درس‌هایی که می‌توان آموخت
۳۱.....	منابع و مآخذ



اصلاحات نظام سلامت در تایلند با تأکید بر سیاست‌های طرح پوشش همگانی

چکیده

در چند دهه گذشته، بسیاری از کشورها بر روی مبحث بهداشت برای همه تلاش کرده‌اند تا عدالت در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و تأمین مالی عادلانه برای مراقبت‌های سلامت را از طریق اجرای پوشش همگانی سلامت محقق سازند. تایلند نیز مثالی از این دسته کشورهاست. کشوری با درآمد متوسط که همواره یکی از هدف‌های آن عدالت در سلامت و مراقبت‌های سلامت بوده و این موضوع برای ده‌ها سال به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از استراتژی‌های توسعه این کشور قلمداد شده است. در سال ۲۰۰۲، تایلند با معرفی یک طرح بیمه سلامت، به اصطلاح طرح پوشش همگانی، برای ۴۷ میلیون نفر افرادی که از طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تأمین اجتماعی بهره‌مند نبودند، به پوشش همگانی مراقبت سلامت برای جمعیت خود دست پیدا کرد. تقریباً سه دهه از زمان آغاز یک طرح دولتی در جهت منافع فقرا به نام رفاه اجتماعی فقرا زمان صرف شد تا تایلند به پوشش همگانی دست پیدا کند. هدف از اجرای چنین طرحی در تایلند تمرکز بر ارتقای سلامت و پیشگیری، مراقبت‌های اولیه، خدمات یکپارچه مؤثر و کارآمد، بهبود ارجاع، حمایت از فقرا و تضمین حفاظت افراد در برابر ریسک در هنگام دریافت خدمات سلامت بود. این طرح که مبتنی بر تأمین مالی از طریق مالیات می‌باشد در نقطه دریافت خدمت رایگان بوده، دارای بسته مزایای جامع با تمرکز بر مراقبت اولیه و عملکرد دروازه‌بانی و به ازای هر عضو دارای بودجه ثابت سالیانه است. این طرح در مدت کمی بعد از شروع پیشرفت قابل توجهی داشت، از جمله اینکه باعث بهبود دسترسی به خدمات مراقبت سلامت شد و هزینه‌های کمرشکن و منجر به فقر ناشی از این خدمات را در بین خانوارها کاهش داد.

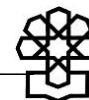
مقدمه

در جهان امروز سرعت تغییرات بسیار زیاد است و سازمان‌های دارای روابط اداری سفت و سخت و بوروکراسی‌های فراوان به آسانی نمی‌توانند خود را با این تغییرات سازگار سازند. از طرفی تطبیق با محیط به جهت رفع نیازها و خواسته‌های رو به افزایش مشتریان به ضرورتی امکان‌ناپذیر تبدیل شده است. بنابراین هیچ نظام ارائه‌دهنده خدمتی برای سازگاری با چنین محیط پویایی بی‌نیاز از انجام اصلاحات نیست. در این میان نظام‌های سلامت نیز خارج از این قاعده نبوده و با تغییرات سریع و الزام برای انطباق

با چالش‌های جدید همچون تغییرات جمعیت‌شناختی، الگوهای بیماری‌ها، ظهور و بازظهور بیماری‌ها و هزینه فزاینده ارائه مراقبت‌های سلامت روبرو هستند. مأموریت اصلی نظام‌های سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ به نیازهای مردم و جامعه در حوزه سلامت و بیماری است. نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. نظام‌های سلامت درگیر در چنبره مناسبات بوروکراتیک فرصت نمی‌یابند تا به‌موقع خود را با الزام‌های برخاسته از این تغییرات تطبیق دهند. ناگزیر میان نیازهای واقعی و نو و آنچه نظام سلامت به‌طور سنتی مشغول آن است فاصله می‌افتد. از این رو کشورها به انجام اصلاحات در نظام سلامت روی می‌آورند. اصلاح نظام سلامت، فرصتی برای شناخت نیازهای نو، پرکردن این فاصله و تزریق توان لازم به نظام سلامت است تا از پس مأموریت اصلی خویش برآید. به این دلیل جستجوی نظام سلامت «خوب» یا «بهتر» را باید کاری همیشگی دانست. حتی در کشورهایی که نظام جامع سلامت در آنها پیشینه‌ای یک‌صد ساله دارد طراحی نظام بهتر و انجام اصلاحاتی که بتواند تأمین مالی مؤثر، سازماندهی مناسب و ارائه خدمات برخوردار از کیفیت را تضمین کند، کاری مستمر است. در این میان کشور تایلند نیز در سال‌های گذشته به انجام اقداماتی اصلاحی همچون تشکیل صندوق ارتقای سلامت مبتنی بر مالیات کالاهای زیان‌آور، تصویب قانون ملی سلامت و نهادینه کردن سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها، گسترش پوشش سلامت برای افراد بدون تابعیت و استقرار نظام پوشش همگانی سلامت دست زده و به نتایج مثبتی نیز رسیده است. در میان همه این اصلاحات، پوشش همگانی سلامت یکی از مهمترین‌هاست، زیرا امروزه همه افراد آرزومند مراقبت‌های سلامت با کیفیت و مقرون به‌صرفه هستند و در سال‌های اخیر این آرمان باعث افزایش ندهاها برای پوشش سلامت همگانی و آغاز جنبش‌های سراسری برای آن شده است. در این گزارش پس از مروری مختصر بر اصلاحات اخیر در نظام سلامت تایلند به شرح مشخصات طرح پوشش سلامت همگانی در این کشور، اهداف راهبردی، دستاوردها و چالش‌های پیش روی طرح و در آخر توصیه‌ها و درس‌هایی که می‌توان از آن آموخت خواهیم پرداخت.

کشور تایلند (کلیات)

کشور تایلند در جنوب شرقی آسیا و در شمال خط استوا قرار دارد و بخشی از شبه جزیره هند و چین است. جمعیت تایلند ۶۸۲۴۲۱۴۷ نفر (برآورد سال ۲۰۱۷) است. این کشور ۷۶ استان، ۸۷۶ بخش، ۱۱۲۹ شهر و ۶۳۹۷ روستا دارد. هر ۱۰ روستا مجموعه‌ای را پدید می‌آورد که تامبون نام می‌گیرد. تایلند کشوری با درآمد بالای متوسط است. نظام اقتصادی تایلند به تدریج از زمان برنامه اول توسعه ملی اقتصادی و اجتماعی در سال ۱۹۶۱ از شکل سنتی خارج شد و به اقتصادی متکی بر صادرات و فروش محصولات کشاورزی و صنعتی مبدل گشت. صادرات، ۵۳ درصد تولید ناخالص ملی را در این کشور به



خود اختصاص می‌دهد. واحد پول تایلند باهات است. درصد جمعیت فقیر تایلند که در آغاز دهه ۱۹۶۰ حدود ۵۷ درصد بود، در سال ۱۹۹۶ به ۱۱/۴ درصد رسیده و پس از افزایش نسبی و متقارن بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ که آن را به ۱۵/۹ درصد رساند بار دیگر در سال ۲۰۰۱ به ۱۳ درصد کاهش یافت. میزان با سوادی در تایلند ۹۵ درصد است که با وجود آسیب‌پذیری آن در بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷، همچنان بالاتر از متوسط کشورهای در حال توسعه جهان (۷۲/۳ درصد) قرار دارد و برای سال ۲۰۱۰ این پیش‌بینی ۹۷ درصد بوده است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی در بدو تولد در مردان و زنان به ترتیب ۷۱ و ۷۸ سال بود. از سال ۱۹۹۹، علت‌های عمده مرگ در تایلند بیماری‌های غیرواگیر^۱ (NCD) هستند و کل سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی^۲ (DALY) از دست رفته به خاطر بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های ۱۹۹۹، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹ به ترتیب ۵۸/۵، ۶۴/۶ و ۷۵ درصد بوده است، در حالی که این میزان در همان سال‌ها به علت بیماری‌های واگیر به ترتیب ۲۷/۷، ۲۱/۲ و ۱۲/۵ درصد بود. علیرغم کاهش DALY از دست رفته به خاطر بیماری‌های واگیر، تا قبل از اینکه درمان همگانی ضد رترو ویروسی در سال ۲۰۰۴ در دسترس قرار گیرد و مرگ و میر ناشی از ایدز از میزان بالای خودش خارج گردد، این بیماری یک مشکل برجسته بهداشت عمومی در تایلند بود. بار ناشی از برخی از علل قابل پیشگیری همچون صدمات ترافیکی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی، دیابت، وابستگی و سوءمصرف الکل هنوز هم در این کشور بالا و چالش‌برانگیز است.

نظام سلامت در تایلند

در کشور تایلند وزارت سلامت عمومی^۳ مسئول اصلی ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، توانبخشی و همچنین سایر نقش‌های رسمی است که توسط قوانین به آن واگذار شده است. سایر وزارتخانه‌ها نیز قوانین ارائه مراقبت‌های سلامت را هر چند محدود دارند، برای مثال وزارت توسعه اجتماعی و امنیت انسانی مسئول سایر خدمات اجتماعی مرتبط با سلامت برای افراد دارای ناتوانی^۴ و افراد سالخورده‌تر است، وزارت دادگستری برای افرادی همچون زندانیان و دولت‌های محلی همچون شهرداری‌ها و سازمان‌های اجرایی تامبون نیز دارای قوانینی در حوزه سلامت هستند. سازمان اداری وزارت سلامت عمومی به دو سطح مرکزی و استانی تقسیم می‌شود. اداره مرکزی شامل دفتر دبیرخانه دائمی و سه گروه فنی می‌شود: گروه‌های فنی توسعه خدمات پزشکی، توسعه بهداشت عمومی و گروه پشتیبانی خدمات بهداشت عمومی. همچنین وزارتخانه مرکزی به منظور پایش و پشتیبانی دفاتر سلامت

1. Non-contaminable Disease (NCD)

2. Disability Adjusted Life Years (DALY)

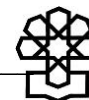
3. Ministry of Public Health (MOPH)

4. Persons with Disabilities

استانی، برخی کارکردها را به دفاتر سلامت منطقه‌ای و مراکز فنی منطقه‌ای واگذار کرده است. دفاتر سلامت منطقه‌ای نهادهایی هماهنگ در سراسر استان و در داخل یک منطقه جغرافیایی می‌باشند که مسئول یکپارچگی برنامه‌ریزی و بسیج منابع در داخل منطقه هستند. در تایلند مراقبت‌های همگانی سلامت از طریق سه طرح بیمه‌ای: رفاه پزشکی کارمندان دولت و خانواده‌های آنها، تأمین اجتماعی کارکنان بخش خصوصی و طرح پوشش همگانی^۱ (UCS) برای سایر اتباع تایلند، ارائه می‌شوند. در این برنامه‌ها برخی بیمارستان‌های خصوصی نیز مشارکت می‌کنند، در حالی که اغلب این بیمارستان‌ها توسط بیمه‌های خصوصی و یا پرداخت مستقیم توسط بیماران تأمین مالی می‌شوند. براساس گزارش بانک جهانی، ۹۹/۵ درصد از جمعیت تایلند تحت پوشش بیمه سلامت حفاظت می‌شوند. در واقع پس از دستیابی موفق به پوشش همگانی در سال ۲۰۰۲، همه جمعیت تایلند توسط یکی از سه طرح بیمه‌ای و همچنین بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه تحت پوشش قرار گرفتند. تأمین مالی مراقبت‌های سلامت در تایلند بیشتر توسط مالیات انجام می‌شود که یکی از تصاعدی‌ترین شیوه‌های تأمین مالی است. یکی از نقاط قوت تأمین مالی مراقبت‌های سلامت در تایلند خرید راهبردی همراه با کاربرد مدل قراردادی سرانه به‌عنوان روش عمده در طرح‌های پوشش همگانی و بیمه سلامت اجتماعی^۲ است که در مقایسه با شیوه پرداخت به ازای خدمت، مدل بهتری برای مهار هزینه‌هاست. بسته مزایایی که توسط سه طرح بیمه‌ای دولتی در تایلند ارائه می‌شود، سخاوتمندانه و جامع است و تقریباً همه خدمات از جمله مراقبت‌های گرانقیمت (به‌غیر لیستی از استثنائات همچون جراحی‌های زیبایی) را شامل می‌شود. در سال ۲۰۱۲ تعداد کل ۷۳۴ بیمارستان منطقه‌ای ۱۰ تا ۲۰ تخت‌خوابی، تسهیلات اصلی مراقبت سلامت در سطح منطقه‌ای بودند که همه مناطق را پوشش می‌دادند و تعداد ۹۴ بیمارستان عمومی با حداقل ۱۰۰۰-۱۵۰ تخت‌خواب (بجز شهر بانکوک) به‌عنوان بیمارستان‌های ارجاعی سطح سوم در شهرهای استان‌های بزرگ و در ۷۶ استان در سراسر کشور واقع شده بودند. سایر بیمارستان‌های دولتی شامل ۶۴ بیمارستان نظامی، ۱۱ بیمارستان دانشگاهی و ۶۱ بیمارستان تخصصی، ۸ بیمارستان متعلق به سایر وزارتخانه‌ها، ۱۲ بیمارستان دولت محلی (شهرداری‌ها و سازمان شهری بانکوک) می‌باشند. تایلند دارای ۳۲۲ بیمارستان خصوصی است که ۳۰ درصد آنها در بانکوک مستقر است. در سطح مراقبت‌های اولیه، ۹۷۶۸ مرکز بهداشتی، خدمات بهداشتی اولیه را به سطح تامبون (مجموع ۱۰ روستا) و همچنین ۳۵۲ مرکز بهداشتی وابسته به شهرداری نیز این خدمات را به مناطق شهری ارائه می‌دهند. تایلند تا سال ۲۰۰۹، ۲۳۶۰۶ پزشک (۰/۳۸ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)، ۱۰۱۰۸ دندانپزشک (۰/۱۵۶ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)، ۲۴۸۱۴ داروساز (۰/۳۸ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) و ۱۰۹۷۹۷ پرستار تخصصی (۱/۷۴ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) داشته است. گسترش نیروی کار سلامت یک ویژگی کلیدی

1. Universal Coverage Scheme (UCS)

2. Social Health Insurance (SHI)



سیاستگذاری دولت از سال ۱۹۹۶ بوده است و در سال‌های اخیر به‌طور عمده افزایش یافته است. در تایلند میزان کل هزینه‌های سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی^۱ (GDP) نسبتاً کم است. نتایج حاصل از بررسی حساب‌های ملی سلامت^۲ در تایلند نشان می‌دهد که هزینه کل سلامت به‌عنوان درصدی از GDP خیلی تغییر نکرده است و در بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۲، ۳/۵ تا ۴/۵ درصد بوده و سرانه آن از ۸۶ دلار به ۲۵۶ دلار افزایش یافته است. نسبت هزینه‌های خصوصی سلامت به کل هزینه‌های سلامت نیز از ۵۵ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۲۴ درصد در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است. جدول ۱ شاخص‌های مذکور را برای دوره ۱۹۹۴-۲۰۱۲ به تفکیک سال نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های منتخب هزینه‌های سلامت در کشور تایلند (۱۹۹۴-۲۰۱۲)

شاخص	۱۹۹۴	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۵	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
نسبت کل هزینه‌های سلامت به GDP (درصد)	۳/۵	۳/۴	۳/۳	۳/۷	۳/۵	۴	۴/۲	۳/۹	۴/۱	۴/۵
سرانه کل هزینه‌های سلامت (دلار آمریکا)	۸۶	۶۷	۶۱	۷۵	۱۰۰	۱۷۱	۱۷۳	۱۹۴	۲۲۲	۲۵۶
هزینه‌های خصوصی سلامت نسبت به کل هزینه‌های سلامت (درصد)	۵۵	۴۴	۴۴	۳۷	۳۶	۲۴	۲۶	۲۵	۲۳	۲۴

Sources: Health System in Transition: The kingdom of Thailand Health System Review, 2015.

اصلاحات اخیر در نظام سلامت تایلند

در فاصله سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۰ چندین جنبش اصلاحاتی در تایلند اتفاق افتاد و نتایج عمده‌ای بر روی نظام سلامت این کشور داشت، به‌طوری که دسترسی به مراقبت‌های ضروری سلامت هم‌اکنون همگانی است، و در حال حاضر حقی است برای همه تایلندی‌ها و افراد فاقد تابعیت نیز تحت پوشش قرار دارند. جدای از نظام سلامت، جنبش‌هایی برای ارتقای سلامت شروع شد و با استقرار صندوق ارتقای سلامت^۳ در سال ۲۰۰۱، از پویش جامعه مدنی علیه دخانیات، الکل، حوادث ترافیکی و سایر تعیین‌کننده‌های کلیدی سلامت حمایت شد. همچنین در طول فرآیند تهیه پیش‌نویس قانون ملی سلامت^۴، مبحث سلامت در همه سیاست‌ها و همچنین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پیگیری شد و این مفهوم زمانی بیشتر نمایان شد که قانون ملی سلامت در سال ۲۰۰۷ با تأسیس دفتر کمیسیون ملی سلامت^۵

1. Gross Domestic Product
 2. National Health Accounts
 3. Health Promotion Fund
 4. National Health Act
 5. National Health Commission Office

تصویب شد. جدول ۲ جزئیات مرتبط با اصلاحات کلیدی نظام سلامت تایلند را در طی سال‌های اخیر نشان می‌دهد:

جدول ۲. اصلاحات کلیدی نظام سلامت تایلند

سال اجرا	توضیحات
۲۰۰۱	تشکیل صندوق ارتقای سلامت مبتنی بر مالیات کالاهای زیان‌آور
۲۰۰۲	استقرار نظام پوشش همگانی سلامت
۲۰۰۷	تصویب قانون ملی سلامت، نهادینه کردن مجمع ملی سلامت و جنبش‌های سلامت در همه سیاستگذاری‌ها
۲۰۱۰	گسترش پوشش سلامت برای افراد فاقد تابعیت

Source: Health System in Transition: The kingdom of Thailand Health System Review, 2015.

– تشکیل صندوق ارتقای سلامت مبتنی بر مالیات کالاهای زیان‌آور

زمینه و هدف

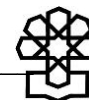
از لحاظ تاریخی، وزارت سلامت عمومی تنها نهاد مسئول سیاستگذاری و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری است. این نهاد عمدتاً بر خدمات پیشگیری پزشکی مبتنی بر درآمد مالیات عمومی متمرکز است. ازسویی برای تأمین مالی فعالیت‌های پیشگیرانه غیرپزشکی و همچنین فعالیت‌های بازدارنده تعیین‌کننده‌های اجتماعی بیماری همچون تنباکو، الکل، محیط زیست و مسکن آسیب‌رسان و خدمات ترافیکی، حلقه‌های مفقودی وجود دارد که در این رابطه به اقدامات بین بخشی نیاز است.

فرآیندهای سیاستگذاری

در سال ۲۰۰۱، بنیاد ارتقای سلامت تایلند (ThaiHealth) به‌عنوان یک نهاد عمومی مستقل تحت مدیریت هیئت مدیره‌ای به ریاست نخست‌وزیر تأسیس گردید. این بنیاد موظف به پشتیبانی از بخش‌های دولتی و غیردولتی، به‌خصوص جامعه مدنی، از طریق تسریع بخشی به تأمین بودجه پشتیبانی از برنامه‌ها و اقدامات دگرگون‌کننده ارزش‌های اجتماعی، سبک زندگی و محیط‌های زیست به شیوه‌هایی است که به سلامتی منجر می‌شود تا رفاه شهروندان بهبود یابد.

محتوا و اجرا

این بنیاد از طریق دو درصد اضافه بهای مالیات غیرمستقیم تنباکو و الکل تأمین مالی می‌شود و بودجه آن به‌طور فزاینده از ۱/۵۹۲ میلیارد باهات در سال ۲۰۰۲ به ۲/۸۵۹ میلیارد باهات در سال ۲۰۰۹ (۹۵ میلیون دلار) افزایش یافته است. اعتبار اصلی بنیاد بر پوشش‌های جامعه مدنی در زمینه تنباکو، حوادث



ترافیکی، الکل، سبک زندگی سالم، زندگی فعال و چاقی، پیشگیری از ایدز و جنسیت‌گرایی استوار است. بنیاد تنها برنامه‌ریزی فعالیت‌ها را از طریق سازماندهی جامعه مدنی پشتیبانی نمی‌کند، بلکه از تولید شواهد و مدیریت دانش نیز حمایت می‌کند. هدف بنیاد در ده سال اول آن، ایجاد فرهنگ ارتقای سلامت در سراسر تایلند بود. بنیاد تنها با تمرکز بر جوامع و محیط‌های چندبخشی و برنامه‌های کاهش عوامل خطر عمده، دستاورد وسیعی را از نظر جغرافیایی، در میان گروه‌های جمعیتی مختلف و در کل دوران زندگی یعنی تولد تا سال‌های پیری حاصل کرده است و تأثیرات آن در کاهش آسیب‌های جاده‌ای، مصرف سیگار و الکل قابل ملاحظه بوده است. همچنین بسیاری از فعالیت‌های آن در حوزه‌هایی همچون آموزش، بخش عمومی و حمایت از مصرف‌کننده به نتایج سلامتی عمده‌ای منجر شده است. بنیاد در توسعه زیرساخت‌های مهم همچون مجمع ملی سلامت و توانمندی جامعه مدنی تایلند برای مشارکت در ارتقای سلامت نیز تعاملی اصلی داشته است.

چالش‌های اجرا

بنیاد پس از ده سال از شروع به‌کار، توسط انجمن تحقیقات نظام سلامت^۱ مورد ارزیابی قرار گرفت. تمایل به پرداخت برای فعالیت‌های بنیاد، برای مثال کمپین‌های فعالیت‌های فیزیکی، الکل، تصادفات و خطرات سلامت (غذا) بیشتر از بودجه‌های موجود بود. تمایل به پرداخت برای کمپین فعالیت فیزیکی، بالاترین (۶۵۸ میلیون باهات)، نسبت به بودجه موجود (۲۳۹ میلیون باهات) بود، در حالی که تمایل به پرداخت برای بازاریابی اجتماعی کمتر از بودجه موجود بود. این نتیجه، گرایش بسیار مثبت مردم را به سمت فعالیت‌های ارتقای سلامت نشان می‌دهد. با این حال کمپین‌های ارتقای سلامت باید بر پایه «سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها» انجام شده و در فرآیندهای سیاست‌گذاری دخالت داده شوند. موفقیت نمی‌تواند تنها از طریق مداخله در عوامل بالینی و مستقیم بیماری به‌دست آید و باید با تعیین‌کننده‌های غیربالینی آن همچون عوامل زیست‌محیطی، اجتماعی و غیره نیز مقابله کرد.

– تصویب قانون ملی سلامت، نهادینه کردن مجمع ملی سلامت^۲ (NHA) و جنبش‌های سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها.

زمینه و هدف

تایلند علاوه بر جنبش‌های اصلاح نظام سلامت به‌منظور تضمین دسترسی به خدمات سلامت ضروری برای همه (پوشش همگانی سلامت)، شروع به اصلاح نظام سلامت با رویکردی وسیع‌تر از زمان اعلامیه «آلما

1. Health System Research Institute

2. National Health Assembly

آتا» در سال ۱۹۷۸ کرده است. براساس قانون اساسی سازمان بهداشت جهانی (سال، ۱۹۴۸) و مفهوم مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ (PHC)، معنای وسیع‌تر سلامتی که بر عدالت در سلامت، مشارکت جامعه، همبستگی و اقدامات بین بخشی تمرکز دارد، به تدریج پارادایم سلامتی و تعیین‌کننده‌های سلامتی را تغییر داده است. مورد توجه قرار دادن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۲ (SDH) که سیاست‌دیگری است و هدف آن کاهش بی‌عدالتی در سلامتی است، با مفهوم PHC اشتراکاتی کلیدی داشته و از جنبش‌های اصلاحات نظام سلامت در تایلند حمایت می‌کند. این تغییر پارادایم همچنین در نتیجه تغییرات اجتماعی اقتصادی و سیاسی کشور، مثل مواردی که در ادامه به آن اشاره می‌شود اتفاق افتاده است:

- «اصلاحات اجتماعی و سیاسی سال‌های ۱۹۹۰ با پشتیبانی جنبش‌های جامعه مدنی»: این گروه‌های جامعه مدنی به‌وسیله اصول دموکراسی، مشارکت و احترام به حقوق اولیه بشر در شکل‌گیری دستور کار اصلاحات نقش قطعی‌بازی کردند. آنها پیشگام جستجوی پارادایم اجتماعی جدید مبتنی بر دموکراسی‌سازی وسیع سیاسی هستند. اعلام قانون اساسی سال ۱۹۹۷ که می‌تواند به‌عنوان نتیجه این اصلاحات سیاسی در نظر گرفته شود، فرصت‌های بیشتری را برای پیشرفت بیشتر در بازسازی ارتباط بین دولت و جامعه مدنی فراهم آورد.

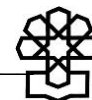
- توسعه اقتصادی نامتعادل قبل از بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ آسیا، باعث ایجاد برخی آسیب‌های اجتماعی (مثل الکل و سوءمصرف مواد مخدر) شد، تایلند به رشد اقتصادی بالا و کاهش سریع فقر رسیده بود، اما به قیمت بهره‌برداری بیش از حد منابع طبیعی و محیط زیست، فرسایش سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی و نابرابری در میان جمعیت به حاشیه رانده شده.

معنی باز تعریف شده گسترده‌تر از سلامتی به‌عنوان «رفاه جسمی، اجتماعی و معنوی» و تعریف نظام سلامت به‌عنوان «جمع کل سازمان‌ها، نهادها و منابعی که هدف اولیه آنها ارتقای سلامتی است» نیز دو مفهوم اساسی هستند که اصلاحات نظام سلامت را رهبری می‌کند. این دو مفهوم با مفاهیم PHC و SDH مرتبط هستند و اصلاحات را از تمرکز صرف بر نظام سلامت به سمت همه نظام‌های اثرگذار بر سلامتی و جای دادن سلامتی در همه سیاست‌ها تغییر می‌دهند. با این حال چالش‌هایی برای برگرداندن این مفاهیم به سمت اقدامات واقعی و انسجام سیاست‌گذاری در دولت و بخش‌های خصوصی باقی می‌ماند.

فرآیندهای سیاست‌گذاری

جنبش‌های فعال برای اصلاح نظام سلامت و پشتیبانی سلامت در همه سیاست‌ها در سال ۲۰۰۰ با تشکیل دفتر ملی اصلاحات نظام سلامت^۳ (NHSRO) آغاز شد. تعهد رسمی NHSRO تنها پیش‌نویس

1. Primary Health Care
2. Social Determinants of Health
3. National Health System Reform Office



قانون ملی سلامت نبود، بلکه جنبش‌های اجتماعی مبتنی بر دانش و اصلاحات نظام سلامت را نیز پشتیبانی می‌کرد. مورد اخیر، به‌خاطر اینکه تداوم بلندمدت سرمایه اجتماعی اصلاحات نظام سلامت را تضمین می‌کند برجسته شد. NHSRO استراتژی را به کار برد که «مثلی که کوه را به حرکت در می‌آورد» نامیده می‌شود و شامل ایجاد دانش مرتبط، جنبش اجتماعی و مشارکت سیاسی می‌شود. این سه عنصر، مکمل هستند. سال اول با ایجاد دانش و زیرساخت برای بسیج جامعه مدنی آغاز شد. در پایان سال اول، انجمن‌های مختلفی به‌منظور آغاز گفتگو در مورد مشکلات سلامتی بین ذینفعان سازماندهی شدند. در سال دوم، یک چارچوب اولیه، به‌عنوان پایه‌ای برای مشورت در نظام سلامت مطرح شد. صدها انجمن و کارگاه در سطوح مختلف برای مذاقه این چارچوب سازماندهی شدند. در پایان سال دوم، پیش‌نویس لایحه ملی سلامت ارائه شد. پیرو صدها انجمن محلی، استانی و منطقه‌ای، یک انجمن ملی به‌منظور نهایی‌سازی پیش‌نویس لایحه، سازماندهی شد. روند قانونگذاری برای تصویب لایحه ملی سلامت بیش از آنچه انتظار می‌رفت زمانبر بود، اما در نهایت در سال ۲۰۰۷ به‌وسیله پارلمان تصویب شد.

محتوا و اجرا

قانون ملی سلامت سال ۲۰۰۷ سازوکارهای کلیدی را برای پشتیبانی از سلامت در همه سیاست‌ها ارائه داد که در ادامه به آنها اشاره شده است:

۱. مجمع سلامت سه سطح دارد: محلی، ملی و انجمن‌های مختص مسائل سلامتی. مجمع سلامت یک فرآیند هم‌اندیشی دارای سازماندهی نظام‌مند و مشارکت عمومی است که در آن همه طرفین دانش خود را مبادله می‌کنند و از یکدیگر می‌آموزند و در نهایت به اجماع می‌رسند. اولین مجمع سلامت به‌منظور نهایی‌سازی پیش‌نویس لایحه سلامت سازماندهی شد و چندین مجمع سلامتی دیگر نیز قبل از تصویب قانون ملی سلامت شکل گرفت. این تجربیات تجمیعی، یک پلت‌فرم آموزشی برای همه طرف‌های نگران ایجاد کرد که مشورت مبتنی بر شواهد و فرآیند مشارکتی را در تکامل بعدی سیاستگذاری عمومی سلامت تضمین می‌کرد. از طریق این فرآیندهای جدید سیاستگذاری، مفهوم سلامت جامع شد (نظرات همه طرف‌ها مد نظر قرار داده شد تا سلامت، مورد توجه سایر سیاست‌های بخشی که ممکن است بر سلامت اثر داشته باشد قرار گیرد). همچنین موضوعات مورد اختلاف نیز مورد توجه قرار گرفتند. قانون ملی سلامت سال ۲۰۰۷ سازوکار مجمع سلامت را نهادینه‌سازی کرد و همچنین بین مجمع سلامت و فرآیند سیاستگذاری‌های مرسوم ارتباط برقرار کرد. برای اولین بار در سال ۲۰۰۸، چهار مجمع سلامت (به‌طور رسمی) بعد از تصویب قانون ملی سلامت تشکیل شد. مجمع سلامت تا به امروز چهل قطعنامه مصوب دارد، که برخی از آنها برای تصویب و اجرای رسمی به کابینه ارائه شده‌اند.

۲. **ارزیابی اثر بهداشتی:** قانون ملی سلامت سال ۲۰۰۷، ارزیابی اثر بهداشتی را به‌عنوان فرآیندی قانونی درآورد تا جامعه، پیامد بهداشتی کنونی و بالقوه سیاست‌ها و فعالیت‌های مشخص بخش خصوصی و دولتی را بر گروه‌های جمعیتی مشخص مورد ارزیابی قرار دهد. ارزیابی اثر بهداشتی در تایلند تحت مفهوم سیاستگذاری عمومی سالم اجرا می‌شود که یک جزء کلیدی آن به‌کارگیری ارزیابی اثر بهداشتی در همه سطوح، پیش از تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌های دولتی یا خصوصی است که ممکن است بر سلامت جمعیت تأثیر داشته باشد. تقاضا برای ارزیابی اثر بهداشتی رو به افزایش است و مطالعات موردی زیادی با نتایج موفق در این زمینه وجود دارد. برای مثال آلودگی سیانید در زنجیره غذایی، خاک و آب اطراف معدن طلا در ناحیه وانگ شاپونگ استان لویی، بخشی از ارزیابی اثر بهداشتی و محیط زیست است.

۳. **وضعیت سلامتی:** قانون ملی سلامت الزام دارد که به‌منظور اینکه نظام سلامت کشور مسیری روشن، قوی و صحیح داشته باشد و همه ابعاد سلامتی را پوشانده و باعث مشارکت فعال مردم از همه بخش‌ها شود، باید اساسنامه‌ای برای نظام سلامت وجود داشته باشد که خواست و تعهد جامعه را (که به منزله چارچوب و راهنمایی برای همه بخش‌های ذینفع در تدوین سیاست‌های ملی، استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی حوزه سلامت می‌باشد)، بیان کند. اولین اساسنامه نظام سلامت ملی در سال ۲۰۰۹ توسط کابینه تصویب شد. طبق قانون، این اساسنامه باید هر پنج سال بازبینی و تجدید شود.

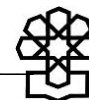
چالش‌های اجرا

گرچه تدوین سیاست‌ها از طریق مجمع سلامت همه ذینفعان را در فرآیند وارد کرد، اما سیاست‌های حاصل از آن به وسیله همه پذیرفته نشد، به‌خصوص در جایی که نهاد دولتی که رسماً مسئول مسائل سیاستگذاری است بازیگر کلیدی نبوده و همچنین زمانی که تعداد زیادی از اهداف سیاسی متضاد در میان ذینفعان وجود داشت. سیاستگذاری همیشه به اقدام منجر نمی‌شود، حتی زمانی که دولت تصویب‌کننده باشد. تعامل آژانس‌های دولتی در فرآیند سیاستگذاری عمومی باید به‌گونه‌ای راهبردی باشد تا آنها نسبت به عمل براساس سیاست‌ها متعهد شوند.

– گسترش پوشش بهداشت و درمان برای اشخاص در انتظار تابعیت تایلند

زمینه و هدف

با اجرای طرح پوشش همگانی یا UCS در سال ۲۰۰۲، ثبت‌نام در آن ضروری شد. UCS همه شهروندان تایلند شامل اتباع تایلند و همچنین افراد در انتظار دریافت تابعیت تایلند را پوشش داد. افراد در انتظار تابعیت، یک کارت شهروندی دارای کد شناسایی دارند که توسط دولت صادر می‌شود، ولی در دسته‌بندی



متفاوتی از تابعین تایلند قرار می‌گیرند. ثبت‌نام این افراد در UCS دسترسی به مزایای آن را به‌گونه‌ای مشابه با شهروندان تایلندی برای آنها مقدور ساخت. البته بعدها این حق در نتیجه تفسیر قانونی قانون ملی امنیت سلامت سال ۲۰۰۲ (که براساس آن مزایای UCS تنها تابعین تایلند را پوشش می‌دهد)، برداشته شد.

جمعیت افراد در انتظار تابعیت در سال ۲۰۱۰، ۰/۴۵ میلیون نفر برآورد شده و عمدتاً شامل این گروه‌ها هستند: افراد در حاشیه، اقلیت قبیله هیل^۱ (ساکن کوه‌های شمالی استان‌های مرزی کشور)، کسانی که خیلی وقت‌ها قبل به این کشور مهاجرت کرده‌اند یا کسانی که در تایلند متولد شده‌اند اما موفق به ثبت قانونی تولد و از این جهت شماره شناسایی ملی و در نهایت دریافت مزایای UCS نشده‌اند. آنها کارگران مهاجر ثبت‌نام شده، استخدام شده و تحت پوشش بیمه سلامت که توسط کارفرماها و یا وزارت سلامت عمومی تأمین مالی می‌شود، نمی‌باشند. این افراد که به حاشیه رانده شده‌اند، دسترسی محدودی به خدمات سلامت دارند و یا باید از جیب برای آن پرداخت کنند، به وسیله تسهیلات مراقبت سلامت وزارت سلامت عمومی و براساس اصول بشردوستانه مستثنا شده‌اند. این امر منجر به تحمیل بار مالی عظیم برای تسهیلات مراقبت سلامت عمومی به‌خصوص در مرزهای کشور شده است. از لحاظ تاریخی دولت از تأمین مالی خدمات سلامت برای این افراد خودداری کرده است.

فرآیند سیاستگذاری

طرف‌های متعددی برای گسترش UCS برای این گروه فشار آوردند، به‌خصوص جوامع پزشکی و سایر سازمان‌های جوامع محلی. در سال ۲۰۱۰، دفتر سیاستگذاری و استراتژی وزارت سلامت عمومی^۲ و اداره ملی امنیت سلامت^۳ (NHSO) مشترکاً گسترش پوشش به این دسته از افراد را برای تصویب کابینه به وزیر سلامت عمومی پیشنهاد کردند. در نهایت در آوریل سال ۲۰۱۰ کابینه بودجه آن را با لحاظ نرخ سرانه مشابه اتباع تایلندی تصویب کرد. از طرفی در زمان تصویب بودجه، برای اجتناب از تفسیر قانونی قانون امنیت ملی سلامت سال ۲۰۰۲ که (براساس آن، UCS تنها تابعین تایلند را پوشش می‌دهد) کابینه، وزارت سلامت عمومی را (به‌جای NHSO که UCS را مدیریت می‌کند) ملزم به مدیریت طرح کرد.

محتوا و اجرا

پوشش سلامت برای افراد در انتظار تابعیت، توسط وزارت سلامت عمومی و از طریق بودجه سالیانه مصوب (براساس تعداد افراد ثبت‌نام شده در دفتر اداره ثبت^۴ وزارت داخلی) مدیریت می‌شود. این افراد

1. Hill-tribe
2. MOPH Bureau of Policy and Strategy
3. National Health Security Office (NHSO)
4. Bureau of Registration Administration

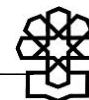
یک بسته سلامت مشابه با اتباع تایلندی دریافت می‌کنند، اما آنها نمی‌توانند توسط شبکه‌های ارائه مراقبت سلامت خارج از استان محل اقامت خود ثبت‌نام شوند و تنها خدمات درون شبکه آنها تحت پوشش قرار دارد. این برنامه توسط یک هیئت مدیره با حضور نماینده‌ای از جمعیت در انتظار تابعیت مدیریت می‌شود. در فاز اولیه، به‌خاطر کمبود روابط عمومی و آگاهی، تنها نسبت کوچکی از این افراد حق خود را از مراقبت سلامت دریافت کردند، ولی در سال‌های بعد، میزان استفاده، به‌علت ثبت‌نام تعداد زیادی از این افراد افزایش یافت. بیمارستان‌هایی که به تعداد زیادی از این افراد خدمت ارائه می‌دهند، به‌خاطر تأمین مالی کامل خدمات راضی هستند. افراد نیز از برنامه رضایت دارند، زیرا آنها پیش از این به‌خاطر موانع مالی، در دسترسی به خدمات سلامت ناتوان بودند.

چالش‌های اجرا

هر چند تعداد این افراد تدریجاً همزمان با دستیابی آنها به تابعیت و در نتیجه واجد شرایط شدن برای مزایای UCS، کاهش می‌یابد، ولی با این حال فرآیند طولانی و پیچیده تا تأیید تابعیت مانعی برای پیشرفت این روند است. با کاهش تعداد این افراد در آینده، این برنامه از نظر مالی با دوام‌تر خواهد شد. از این رو باید فرآیند تأیید صلاحیت برای دریافت تابعیت، شتاب بخشیده شود.

استقرار نظام پوشش همگانی سلامت در تایلند

تایلند در سال ۲۰۰۲ و بعد از چهار دهه از توسعه زیرساخت‌های بهداشتی درمانی و سه دهه از طراحی و اجرای تعدادی طرح‌های حفاظت در برابر خطر مالی، به پوشش همگانی دست یافت. به این معنی که همه تایلندی‌ها به بیمه سلامتی که دسترسی به بسته جامع خدمات سلامت را تضمین می‌کرد دست پیدا کردند. گرچه عوامل بسیاری در این دستاورد کمک‌کننده بود، مهمترین این عوامل، اصلاحات بلندپروازانه‌ای بود که به طرح پوشش همگانی (UCS) مشهور است. این طرح در عرض یک سال از آغاز آن در سال ۲۰۰۱، ۴۷ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داد، یعنی ۷۵ درصد از جمعیت تایلند، از جمله ۱۸ میلیون نفر که پیش از این بیمه نبودند. مابقی جمعیت یعنی کارکنان دولت، بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنها، تحت پوشش طرح مزایای پزشکی مستخدمین دولت و کارکنان بخش خصوصی نیز تحت پوشش طرح تأمین اجتماعی بودند. UCS فقط به‌خاطر سرعت اجرا مورد توجه نبود، بلکه به این خاطر نیز در مرکز توجه قرار گرفت که در زمان بروز پیامدهای بحران مالی سال ۱۹۹۷ در آسیا و علیرغم نظرات بسیاری از کارشناسان خارجی که معتقد بودند این طرح از نظر مالی با دوام نخواهد بود اتخاذ گردید. طراحی UCS، باعث ایجاد ترتیبات متفاوت مالی، تولیدی، سازمانی و مدیریتی، نهادها، ارتباطات و روش‌های جدید کاری شد. قابل توجه‌ترین نوآوری ایجاد اداره ملی امنیت سلامت یا NHSO به‌منظور



ایفای نقش خریداری از سوی بهره‌مندان از طرح UCS بود که به این معنی بود که وزارت سلامت عمومی از آن به بعد کنترل مخارج دولتی را بر خدمات مراقبت سلامت نخواهد داشت (جدایی خریدار و ارائه‌دهنده). معماران طرح اعتقاد داشتند که تعامل طیف وسیع‌تری از آژانس‌ها و ذینفعان در فرآیندهای تصمیم‌گیری، بهره‌وری، شفافیت، پاسخگویی و حساسی را بهبود می‌بخشد. در ادامه به گونه‌ای تفصیلی‌تر به جزئیات مربوط به این طرح از جمله اهداف و راهبردها، دستاوردها، چالش‌های پیش رو و در انتها درس‌هایی که از آن می‌توان آموخت پرداخته خواهد شد.

بیمه‌های سلامت در تایلند: از گذشته تا اصلاحات

تایلند از سال ۱۹۵۷ تا سال ۲۰۰۲، رویکردی تدریجی و هدفمند را با استقرار طرح‌های متفاوت پرداخت برای جمعیت‌های مختلف به کار بسته است. پوشش بیمه سلامت به تدریج از ۳۴ درصد از کل جمعیت در سال ۱۹۹۱ به ۷۱ درصد در سال ۲۰۰۱ با طرح‌های تأمین مالی عمومی مختلف، عمدتاً طرح رفاه پزشکی^۱ که فقرا، سالمندان، معلولین، بچه‌های زیر دوازده سال و سایر گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر را تحت پوشش قرار می‌داد افزایش یافت. طرح مزایای پزشکی مستخدمین دولت^۲ و بیمه سلامت اجتماعی^۳ به ترتیب کارکنان دولت و کارمندان بخش خصوصی، همچنین طرح بیمه سلامت داوطلبانه‌ای که تحت یارانه‌های دولتی بود (طرح کارت سلامت داوطلبانه)، جمعیت دارای مشاغل غیررسمی که فقیر نیز نبودند را تحت پوشش قرار می‌داد. جدول ۳ وضعیت پوشش بیمه سلامت در تایلند را در دوره قبل از معرفی طرح پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد:

جدول ۳. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های مختلف، قبل از طرح پوشش همگانی (۱۹۹۱-۲۰۰۱)

(درصد)

۲۰۰۱	۱۹۹۶	۱۹۹۱	طرح بیمه سلامت
۳۲/۴	۱۲/۶	۱۲/۷	طرح رفاه پزشکی فقرا، سالمندان و گروه‌های اجتماعی محروم
۸/۵	۱۰/۲	۱۵/۳	طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت
۷/۲	۵/۶	-	طرح تأمین اجتماعی
۲۰/۸	۱۵/۳	۱/۴	کارت سلامت داوطلبانه
۲/۱	۱/۸	۴	بیمه سلامت خصوصی
۷۱	۴۵/۵	۳۳/۴	کل بیمه‌شدگان
۲۹	۵۴/۵	۶۶/۶	کل بیمه نشده‌ها

Source: Tangcharoensathien, Viroj, et al. "Achieving Universal Coverage in Thailand: What Lessons do We Learn?". (2007).

1. Medical Welfare Scheme
2. Civil Servant Medical Benefit Scheme
3. Social Health Insurance

معرفی طرح پوشش همگانی (UCS)

در انتخابات عمومی سال ۲۰۰۱، حزب راک تایی^۱ پیروزی شکننده‌ای را با استفاده از معرفی پوشش همگانی سلامت به‌عنوان یکی از ۹ اولویتش در طول کمپین انتخاباتی، و با شعار «درمان همه بیماری‌ها با ۳۰ باهات» به دست آورد.

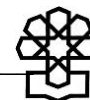
رهبر حزب راک تایی از سوی گروهی از اصلاح‌طلبان هم عقیده در وزارت سلامت عمومی و همچنین با توجه به مطالعه تحقیقاتی که نشان می‌داد پوشش همگانی «از نظر مالی و برنامه‌ریزی امکانپذیر است» به اجرای آن متقاعد شده بود. پوشش همگانی از نظر مالی امکانپذیر در نظر گرفته شد، زیرا بعد از انباشت همه منابع موجود در بودجه وزارت سلامت عمومی برای خدمات سلامت، شکاف بودجه برآورد شده (در سال اول ۳۰ میلیارد باهات) به راحتی توسط دولت پر می‌شد. دولت ائتلاف که توسط حزب راک تایی رهبری می‌شد بلافاصله در آوریل ۲۰۰۱ پوشش همگانی سلامت را در ۶ استان آغاز کرد، سپس در ژوئن سال ۲۰۰۱ آن را در ۱۵ استان دیگر گسترش داد و تا آوریل سال ۲۰۰۲ کل کشور را تحت پوشش قرار داد. UCS با ادغام دو طرح موجود، یعنی رفاه پزشکی و طرح کارت سلامت داوطلبانه استقرار پیدا کرد و به‌منظور پوشش ۳۰ درصد جمعیت بدون پوشش با استفاده از ۳۰ بلیون باهات بودجه بیشتر از دولت، گسترش یافت. در نتیجه پس از آن تقریباً تمام جمعیت توسط سه طرح بیمه سلامت عمومی، یعنی بیمه سلامت اجتماعی برای کارکنان بخش (خصوصی) رسمی، طرح مزایای پزشکی برای کارمندان دولت و UCS برای بقیه جمعیت تحت پوشش قرار گرفتند.

جدول ۴. طرح‌های بیمه سلامت پس از تحقق پوشش همگانی، اوایل سال ۲۰۰۲

طرح	جمعیت هدف	تعداد و درصد	منبع تأمین مالی	روش پرداخت
طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت از سال ۱۹۶۳	کارکنان دولت، بازنشستگان و وابستگان آنها	۶ میلیون (۱۰ درصد)	مالیات عمومی، غیرمشارکتی	پرداخت به‌ازای خدمت
بیمه سلامت اجتماعی از سال ۱۹۹۰	کارکنان بخش خصوصی	۸ میلیون (۱۳ درصد)	مالیات بر حقوق، مشارکت سه‌جانبه	سراجه شامل خدمات سرپایی و بستری
طرح پوشش همگانی از سال ۲۰۰۲	سایر جمعیت	۴۷ میلیون (۷۴ درصد)	مالیات عمومی، غیرمشارکتی	سراجه برای خدمات پیشگیری، ارتقا و سرپایی. بودجه گلوبال و DRG برای خدمات بستری

Source: Ibid.

1. Thai Rak Thai Party



پوشش همگانی: اهداف راهبردی

هدف بیان شده از طرح پوشش همگانی «برخورداری یکسان همه شهروندان از مراقبت‌های سلامتی با کیفیت براساس نیازهای آنها و بدون توجه به موقعیت اقتصادی و اجتماعی‌شان» است. این هدف براساس اصول جهان‌شمولی است: طرح پوشش همگانی به‌عنوان طرحی برای همه تصور می‌شود، نه طرحی که تنها فقرا، گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم را هدف قرار دهد.

اهداف راهبردی UCS موارد زیر هستند:

- تمرکز بر ارتقای سلامت و پیشگیری،
- تأکید بر نقش مراقبت‌های اولیه سلامت و استفاده منطقی از خدمات یکپارچه مؤثر و کارآمد،
- تقویت ارجاعات مناسب به بیمارستان،
- تضمین اینکه یارانه‌های دولتی سلامت به نفع فقراست و در عین حال همه شهروندان در برابر ریسک‌های مالی دریافت مراقبت‌های سلامت محافظت می‌شوند.

از لحاظ سیاست‌گذاری، هدف UCS تمرکز بر مراقبت‌های اولیه سلامت در جهت تقویت نظام سلامت بود. مراقبت‌های اولیه سلامت هزینه اثربخش‌تر از خدمات سرپایی بیمارستانی است و هزینه‌های آمد و رفت کمتری را بر دوش بیماران قرار می‌دهد. سیاست‌گذاران تایلندی برای تصمیم‌گیری در مورد سازوکارهای تأمین مالی، تجربه به دست آمده از اصلاحات قبلی، به‌خصوص طرح تأمین اجتماعی و طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت را مد نظر قرار دادند. آنها به افزایش هزینه‌ها در نتیجه شیوه پرداخت به‌ازای خدمت و این واقعیت که سرانه (که از سال ۱۹۹۱ توسط طرح تأمین اجتماعی به کار برده شد)، خدمات مراقبت سلامت مکفی را برای اعضا فراهم می‌کند، توجه داشتند. برای افزایش احتمال موفقیت طرح پوشش همگانی، سیاست‌ها باید براساس بهترین شواهد تحقیقاتی موجود و پایش و ارزیابی که باید بخشی از فرآیند سیاست‌گذاری باشد شکل بگیرند.

ویژگی‌های UCS

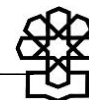
مشخصه‌های اصلی UCS اینها هستند:

- طرحی مبتنی بر تأمین مالی از طریق مالیات که در نقطه دسترسی رایگان است (پرداخت مشارکتی اولیه ۳۰ باهات به‌ازای هر ویزیت یا پذیرش، در نوامبر سال ۲۰۰۶ به‌دلایل سیاسی برداشته شد)
- دارای بسته مزایای جامع با تمرکز بر مراقبت اولیه و عملکرد گیت کیپری (دروازه بانی).
- دارای بودجه سالیانه ثابت به ازای هر عضو با لحاظ سقف پرداخت به ارائه‌دهنده.
- تأمین مالی طرح پوشش همگانی، به‌طور طبیعی با بودجه‌ای سنگین، سرانه ۱۲۰۲ باهات در سال ۲۰۰۲ آغاز شد و در سال ۲۰۱۱ به‌خاطر گسترش بسته مزایا، هزینه نیروی کار و تورم کالاهای پزشکی

به بیش از دو برابر، یعنی ۲۶۹۳/۵ باهات سرانه رسید. بسته مزایای آغازین طرح، با استفاده از اولویت‌های تاریخی و طرح رفاه پزشکی یا به صورت یک بسته کاملاً مطلوب شامل خدمات سرپایی، دارویی و سایر خدمات گرانبه‌تر تدوین شد. بعدها برای تصمیم‌گیری در مورد مواردی که می‌توانستند تحت پوشش قرار گرفته یا از پوشش خارج شوند، مداخله ارزیابی فناوری سلامت، شامل تحلیل هزینه اثربخشی، ارزیابی آثار بودجه‌ای، عدالت، ملاحظات اخلاقی و بررسی ظرفیت طرف عرضه برای افزایش آن انجام گردید. اجزای عمده در بسته مزایا که دارای اثر بودجه‌ای بالا بودند، درمان رتروویروسی برای بیماران مبتلا به ایدز در سال ۲۰۰۶ و درمان پیوند کلیه برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در سال ۲۰۰۸ بودند که همگی در نقطه دسترسی رایگان شدند.

– طرح مبتنی بر مالیات و رایگان در نقطه دسترسی

مالیات عمومی به عنوان مهمترین منبع تأمین مالی برای UCS انتخاب شد، زیرا عملی‌ترین گزینه تأمین مالی بود و اعتقاد بر این بود که پیش رونده‌ترین نوع آن است (ثروتمندان سهم بیشتری از درآمدشان را نسبت به فقرا می‌پردازند). گرچه برخی اقتصاددانان این نظر را داشتند که ثروتمندان باید به صورت جداگانه برای مراقبت‌های سلامت خود هزینه بپردازند و مشارکت عمومی باید به ارائه خدمات پایه‌ای امن و مطمئن برای فقرا اختصاص یابد، ولی این ایدئولوژی هدف قرار دادن فقرا رد شد. در واقع هدف قرار دادن فقرا در عمل از سال ۱۹۷۵ به کار برده شده بود، اما هنوز ۳۰ درصد جمعیت، بدون پوشش بیمه باقی مانده بودند. شواهد ارزیابی بعدی نشان داد که هدف قرار دادن فقرا در تمام طول مدت اجرا مشکل‌ساز بوده است، زیرا از طرفی کسانی که واجد شرایط بودند تحت پوشش قرار نگرفتند و همچنین کارت‌ها برای افراد غیرفقیر صادر شده بود. به علاوه این رویکرد بر خلاف حق اساسی و استحقاق همه شهروندان، برای مراقبت‌های مقرون به صرفه بود و به خاطر مالیات‌های پرداختی توسط ثروتمندان استدلال شد که آنها نیز سزاوار حق برابر حفاظت در برابر ریسک مالی هستند. بنابراین وزن رأی محافل سیاستگذاری و همچنین مردم، قاطعانه به نفع اصول جهان‌شمولی (همگانی بودن) چرخش کرد. سیاستگذاران ارشد این نظر را داشتند که در عمل، همگانی بودن به معنی یک طرح مبتنی بر تأمین مالی از طریق مالیات است. به کار بردن درآمد مالیات‌های عمومی، تنها انتخاب بود. از طرفی جمع‌آوری حق بیمه‌ها از اعضای طرح می‌توانست از نظر فنی پیچیده و از نظر سیاسی ناخوشایند باشد. طرح پوشش همگانی تا حد زیادی فرآیند توزیع بودجه را آسان کرد. کل بودجه طرح پوشش همگانی برابر با نرخ سرانه، ضرب در تعداد کل اعضای طرح در همان سال بودجه‌ای است. جدول ۵ جزئیات نرخ سرانه طرح را در سال‌های مختلف نشان می‌دهد. تا قبل از سال ۲۰۰۱ اداره بودجه قدرت تصمیم‌گیری قابل توجهی را (در رابطه با توزیع بودجه سلامت) به وزارت سلامت عمومی می‌داد. این تخصیص بودجه بر پایه



مذاکرات شخصی صورت می‌گرفت و ادعای منتقدان این بود که این امر به مسائلی همچون فساد و پارتی‌بازی در فرآیند تصویب بودجه منجر می‌شود.

نظام جدید، شفافیت بیشتری را ایجاد کرد به این علت که نرخ سرانه براساس شواهد مربوط به هزینه واحد (شامل حقوق‌ها، اضافه‌کاری و سایر هزینه‌های دیگر) و ظرفیت‌های مالی سالیانه مورد مذاکره قرار می‌گرفت.

تغییر دیگر این بود که مذاکرات بودجه سالیانه به بیش از یک دعوای قدرت پشت صحنه بین NHSO و دفتر بودجه مبدل گشت. در طرح پوشش همگانی، مذاکرات، به یک بحث عمومی جدال‌آمیز (و گاهی گرم)، آشکار و در جهت منافع مردم تبدیل شد، که به‌طور وسیع در رسانه پوشش داده می‌شد و جامعه مدنی و گروه‌های بیماران به تولید شواهد برای حمایت از خواسته خود در مورد افزایش نرخ‌ها مبادرت می‌ورزیدند. در حالی که نرخ سرانه سالیانه در نهایت پایین‌تر از مقدار درخواست شده تصویب می‌شد، بودجه توزیعی برای پشتیبانی از طرح به‌طور ثابت در طول یک دوره ده ساله افزایش یافت و علیرغم اینکه تعداد کل اعضای طرح در حدود ۴۷ میلیون نفر ثابت ماند، بودجه آن از ۱۲۰۲/۴ باهات (۳۵/۴ میلیون دلار) سرانه در سال ۲۰۰۲ به ۱۶۹۳/۵ باهات (۷۸/۸ دلار) سرانه در سال ۲۰۱۱ افزایش یافت. این افزایش عمدتاً به‌خاطر افزایش استفاده، هزینه‌های نیروی کار و ملزومات ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی بود. حتی در سال ۲۰۰۹، زمانی که تولید ناخالص داخلی تا ۲ درصد کاهش یافت و همه وزرا مجبور به کاهش هزینه‌ها شدند منابعی به‌منظور تأمین بودجه این افزایش هزینه‌ها، در نظر گرفته شد. علاوه بر پایگاه داده مرکزی قدرتمند در فراهم آوردن شواهد قوی در مورد استفاده از خدمات سلامت که NHSO را در موقعیتی قدرتمند به‌منظور مذاکره با دفتر بودجه قرار داد، معرفی آیتم‌های خدمتی جدید در بسته مزایا و در نتیجه افزایش محافظت در برابر ریسک مالی نیز، استراتژی دیگری بود که توسط NHSO انجام شد تا نرخ سرانه بالاتری را تضمین کند. البته عامل مهم افزایش سرانه در چند سال اول، تشخیص نخست‌وزیر (تاکسین)، مبنی بر این بود که اعتبار داده شده به طرح کم است و از این جهت وی متعهد به افزایش نرخ سرانه شد.

جدول ۵. افزایش بودجه سرانه UCS، بودجه مصوب ۲۰۱۱-۲۰۰۲ (درصد)

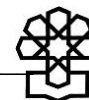
۲۰۱۱	۲۰۱۰	۲۰۰۹	۲۰۰۸	۲۰۰۷	۲۰۰۶	۲۰۰۵	۲۰۰۴	۲۰۰۳	۲۰۰۲	
۳۵/۸	۳۴/۷	۳۱/۹	۲۷/۴	۳۳/۱	۳۸/۷	۳۸/۸	۳۷/۶	۷/۸	۴۷/۸	سریایی
۴۴	۴۵/۶	۴۹/۶	۴۲/۳	۳۶/۵	۳۹/۸	۳۹/۸	۳۸/۱	۲۵/۱	۲۵/۱	بستری
۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲/۷	۲/۷	گرانقیمت
۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲/۱	۲/۱	تصادف و اورژانس
۰/۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۱	۰/۲	۰/۲	۰/۰	۰/۰	مراقبت دندان
۱۰/۴	۱۰/۹	۱۱/۴	۱۱/۵	۱۲/۵	۱۳/۱	۱۵	۱۵/۸	۱۴/۶	۱۴/۶	پیشگیری و ارتقای سلامت

۲۰۱۱	۲۰۱۰	۲۰۰۹	۲۰۰۸	۲۰۰۷	۲۰۰۶	۲۰۰۵	۲۰۰۴	۲۰۰۳	۲۰۰۲	
۵/۵	۶	۶/۵	۶/۶	۷/۲	۷/۵	۵/۵	۷/۳	۶/۹	۶/۹	جایگزینی سرمایه
-	-	-	۰/۵	۰/۵	۰/۶	۰/۷	۰/۸	۰/۸	۰/۸	خدمات پزشکی اورژانسی
۰/۳	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	-	-	-	-	-	معلولیت
۰/۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	گرامت غیر عمد
۰/۲	۰/۲	-	-	-	-	-	-	-	-	پرداخت بابت کیفیت
۰/۳	۰/۲	۰/۲	-	-	-	-	-	-	-	داروهای خاص
۲/۳	۲/۳	۲/۸	۴/۳	۴/۲	۳/۴	-	-	-	-	درمان ضد رتروویروسی
۲/۵	۱/۲	۱/۴	-	-	-	-	-	-	-	پیوند کلیه
۰/۵	۰/۳	-	-	-	-	-	-	-	-	بیماری‌های مزمن
۰/۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	روانپزشکی
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل
۲۶۹۳/۵	۲۴۹۷/۲	۲۲۹۸	۲۱۹۴/۳	۱۹۸۳/۴	۱۷۱۸	۱۳۹۶/۴	۱۳۰۸/۷	۱۲۰۱/۴	۱۲۰۱/۴	سرانه باهات (پول رایج)

Source: Health Insurance System Research Office. Thailand, 2012.

– بسته مزایای جامع با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه

از آنجایی که طرح رفاه پزشکی، طرح کارت سلامت داوطلبانه، طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و تأمین اجتماعی همگی بسته مزایای جامعی را به اعضای خود ارائه می‌دادند، موافقت شد که UCS نیز از آغاز، طیف جامعی از خدمات سلامت را تحت پوشش قرار دهد. این بسته تقریباً مشابه بسته طرح تأمین اجتماعی بود و خدمات سرپایی، بستری، تصادف و اورژانس و دهان و دندان و سایر مراقبت‌های گرانقیمت، خدمات تشخیصی، بررسی‌های ویژه، داروها (کمتر از موارد موجود در فهرست ملی داروهای ضروری نبود) و تجهیزات پزشکی را تحت پوشش قرار می‌داد. UCS همچنین خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری پزشکی را که در مراکز بهداشتی ارائه می‌شود دربرگرفت. از آنجایی که طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تأمین اجتماعی این خدمات را در بسته مزایای خود شامل نمی‌شد، UCS این شکاف را با شمول این خدمات برای همه جمعیت تایلند و از طریق بودجه سالیانه آن پر کرد. در سال ۲۰۱۱، NHSO ۱/۲۷ تریلیون باهات (۴/۲ بیلیون دلار) هزینه کرد که حدود ۱۱ درصد آن به خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری پزشکی رفت و چیزی به ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه خارج از حوزه پزشکی اختصاص نیافت. مورد اخیر به وسیله بودجه منظم وزارت سلامت عمومی و بنیاد ارتقای سلامت تایلند (Thaihealth) حمایت شد بسته مزایای اولیه که بخشی از بسته ارائه شده در سراسر کشور در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ بود بنابر سوابق تاریخی و براساس آنچه سایر طرح‌های بیمه‌ای پوشش می‌دادند تدوین شد. با این حال همان‌طور که قبلاً ذکر شد گنجاندن یا مستثنا کردن متعاقب یک مداخله از طریق ارزیابی فناوری سلامت، از جمله تحلیل هزینه اثربخشی، ارزیابی تأثیر بودجه‌ای، ملاحظات اخلاقی، عدالت و ظرفیت طرف عرضه برای افزایش موارد تحت پوشش هدایت شد. در این بین شمول دیالیز برای



کسانی که بیماری نارسایی مزمن کلیوی دارند، مورد بحث باقی ماند، زیرا هزینه‌های آن بیشتر از ۴ برابر سرانه درآمد ملی برای یک سال زندگی تطبیق شده با کیفیت^۱ (QALY) بود و بخش عظیمی از بودجه UCS را در بلندمدت مصرف می‌کرد.

– بودجه ثابت سالیانه با لحاظ سقف پرداخت به ارائه‌دهنده

بودجه ثابت سالیانه با لحاظ سقف پرداخت به ارائه‌دهنده بهترین انتخاب برای کنترل هزینه‌ها و تضمین پایداری مالی بود. معمولاً بودجه سالانه مطرح می‌شود، مورد مذاکره قرار گرفته و براساس نرخ سرانه‌ای که شامل هزینه ارائه طیف کامل بسته مزایا به هر عضو در هر سال است، با ضرب در تعداد کل افراد عضو در طرح تصویب می‌شود. هزینه هر خدمت، حاصل هزینه واحد و میزان استفاده از آن خدمت است: هزینه واحد خدمت، حقوق و سایر هزینه‌های پرسنلی را نیز پوشش می‌دهد. هزینه واحد با برآورد کل هزینه‌های عملیاتی سالیانه هر بیمارستان به عنوان صورت کسر و تعداد ویزیت‌های سرپایی و تعداد موارد بستری ضرب در وزن هزینه به عنوان مخرج کسر به دست می‌آید. رویکرد UCS در قرار دادن سقف پرداخت به ارائه‌دهنده باعث ایجاد تغییرات بنیادی در مورد چگونگی صرف بودجه شد. قبل از UCS جدای از حقوق کارمندان، بودجه‌های عملیاتی و منابع از طریق دفتر سلامت استانی^۲ براساس میزان استفاده و تعداد تخت‌ها به تسهیلات سلامت تخصیص داده می‌شد که به آسانی می‌توانست از سیاستمداران تأثیر بپذیرد.

در UCS، بودجه خدمات سرپایی براساس سرانه تطبیق شده سنی و تعداد کل اعضای UCS در یک منطقه، انجام برخی تعدیلات به‌منظور تضمین حیات مالی شبکه ارائه‌دهنده در مناطق دوردست، اندازه حوزه و تعداد مراکز بهداشتی در شبکه اختصاص داده می‌شود. برای بیمارستان‌های منطقه‌ای و اخیراً برای بیمارستان‌های عمومی کوچک، هزینه‌ای ثابت در نظر گرفته می‌شود.

در مورد خدمات بستری، برای هر ۱۳ منطقه بهداشت عمومی بودجه گلوبال محاسبه می‌شود (بانکوک یک منطقه است و هر کدام از مناطق ۵ تا ۶ استان را تحت پوشش قرار می‌دهد) و هزینه‌های بستری براساس وزن هزینه گروه‌های تشخیصی وابسته^۳ (DRG) هر بیمارستان ولی سقف گلوبال منطقه‌ای بازپرداخت می‌شود. پیش از این در سال ۲۰۰۱، DRGها توسط بیمارستان‌های وزارت سلامت عمومی در اقدامی آزمایشی برای طرح رفاه پزشکی به کار برده می‌شد: زیرا سازوکار جدیدی نبود و در آن مقاومت کمی از سوی ارائه‌دهندگان صورت می‌گرفت. به‌منظور پایین نگه داشتن کل هزینه‌های بستری، بودجه گلوبال ضروری است، زیرا DRG به تنهایی می‌تواند با قرار دادن بیماران در یک DRG

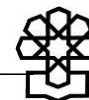
1. Quality-adjusted Life Year
2. Provincial Health Office
3. Diagnosis – related group

گران‌تر (یا به اصطلاح خزش DRG)، به راحتی دستکاری شود. در حالت عادی بازپرداخت‌های DRG در هر وزن هزینه (که در آغاز سال اتفاق می‌افتد) و کل بودجه تا پایان سال، به کل وزن خدمات ارائه شده و ادعا شده بستگی دارد، که در صورت نبود بودجه گلوبال غیرقابل کنترل خواهد بود. بودجه گلوبال باعث ایجاد پرداخت گذشته‌نگر و بازپرداخت کمتر در هر وزن هزینه می‌شود. لازم به ذکر است که بین سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۱ بودجه بستری مبتنی بر DRG هرگز وجوه تخصیص داده شده به دیگر اجزای بسته مزایا همچون مراقبت‌های سرپایی یا پیشگیری و یا ارتقای سلامت را مصرف نکرد.

سرانه خدمات سرپایی و بودجه گلوبال برای خدمات بستری در کل کشور همه هزینه‌های پرسنلی را دربر می‌گرفت. ولی از سال ۲۰۰۳ به بعد در تخصیص به شبکه ارائه‌دهنده تحت قرارداد، حقوق‌ها از بالا جدا شده و به جایی که پرسنل کار می‌کنند اختصاص داده می‌شود - هر چه سطح پرسنل بالاتر باشد سطح کل بودجه سرانه بالاتر است. هزینه‌های عملیاتی غیرپرسنلی نیز به‌طور عادلانه براساس جمعیت ثبت‌نام شده و با تطبیق ساختار سنی توزیع می‌شود: هرچه تعداد اعضای بالای ۶۰ سال یا زیر ۵ سال بیشتر باشد، بودجه بیشتر خواهد بود، این امر مشخص‌کننده میزان استفاده بیشتر از خدمات در این دو گروه است. از دلایل اینکه چرا رویکرد سقف پرداخت به ارائه‌دهنده در کنترل هزینه‌ها کمک‌کننده است این است که احتمال خطر اخلاقی در طرف عرضه را حداقل می‌کند و ارائه‌دهندگان پزشکی هیچ انگیزه مالی برای القای تقاضای غیرضروری که در روش پرداخت به ازای خدمت وجود دارد را ندارند. در مقابل، به دلیل اینکه ارائه‌دهندگان برای حداقل کردن هزینه‌ها انگیزه مالی دارند، نگرانی عمده‌ای که برای UCS وجود دارد ارائه کمتر از حد خدمات است، که NHSO باید هوشیار باشد. پایش منظم میزان استفاده از خدمات سرپایی و بستری با استفاده از پایگاه‌های داده‌ای مدیریتی و بررسی‌های خانوار به‌صورت هماهنگ با اداره ملی آمار، ممیزی‌های پزشکی و سرانه کافی تعدیل شده براساس گروه سنی از اقداماتی است که NHSO برای برطرف کردن این نگرانی‌ها از آنها استفاده می‌کند.

آثار مثبت و قابل توجه UCS در ۱۰ سال اول پس از اجرا

UCS به‌منظور ارتقای دسترسی عادلانه به خدمات سلامت با کیفیت، کاهش پرداخت از جیب توسط خانوارها و جلوگیری از هزینه‌های بهداشتی - درمانی فاجعه‌بار و منجر به فقر شروع شد. شواهد ارائه شده در این بررسی، پیشرفت قابل توجهی را در مدت کمی بعد از شروع طرح در سه حوزه مذکور نشان می‌دهد. این طرح همچنین آثار سرریز مثبتی را بر نظام سلامت و در سطح اقتصاد کلان نشان می‌دهد. در ادامه به توضیح هر کدام از آثار طرح پرداخته خواهد شد:



افزایش استفاده از خدمات و کاهش نیازهای تأمین نشده نشان از بهبود دسترسی دارد. افزایش تدریجی تعداد ویزیت‌های بستری و سرپایی توسط اعضای UCS نشان از بهبود دسترسی به مراقبت‌ها دارد. تعداد ویزیت‌های سرپایی به ازای هر عضو از ۲/۴۵ در سال ۲۰۰۳ به ۳/۲۲ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت و تعداد پذیرش‌های بیمارستانی به ازای هر عضو از ۰/۰۹۴ در سال ۲۰۰۳ به ۰/۱۱۶ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت. البته باید توجه داشت که افزایش استفاده نمی‌تواند فقط به UCS نسبت داده شود به این علت که داده‌های معتبر در سطح خانوار در مورد استفاده از خدمات سلامت در دوره زمانی قبل از UCS وجود ندارد. از طرف دیگر شواهد خلافی نیز وجود ندارد که نشان دهد استفاده در نتیجه درآمدهای بالاتر خانوارها، افزایش انتظارات و فراهمی بهتر خدمات مراقبت سلامت خصوصی و دولتی افزایش یافته باشد. انعقاد قرارداد با نظام سلامت منطقه‌ای باعث شد که فقرای ساکن روستای عضو UCS بتوانند در صورت نیاز به گونه‌ای اثربخش از خدمات استفاده کنند: شواهد تجربی نتایج مصرف مراقبت‌های سلامت سرپایی و بستری را، به خصوص در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های منطقه‌ای و استانی، به نفع فقرا نشان می‌دهد. اداره ملی آمار در مشارکت با وزارت سلامت عمومی، بین سال ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷ توانست بررسی‌های رفاهی و سلامت را به صورت سالیانه (به جای هر ۵ سال) و به منظور ارزیابی تأثیر USC بر استفاده از مراقبت‌های سلامت انجام دهد. داده‌های سال اول بررسی که به طور مشترک در سال ۲۰۱۰ توسط اداره ملی آمار و برنامه بین‌المللی سیاستگذاری سلامت^۱ انجام گردید، به طور کلی به درجه بسیار کم نیازهای تأمین نشده خدمات سلامت اشاره داشت، گرچه این میزان در اعضای UCS نسبت به اعضای طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تأمین اجتماعی بیشتر بود. در این بررسی تنها به ترتیب ۱/۴۴ و ۰/۴ درصد از پاسخگویان اظهار کردند که نیازهای مراقبت‌های سرپایی و بستری آنها تأمین نشده است. دلیل اصلی این عدم تأمین نیاز نیز زمان محدود برای جستجوی مراقبت‌ها، عدم اطمینان نسبت به درمان مؤثر و همچنین موانع جغرافیایی بود (مسافت مسافرت برای دریافت مراقبت‌ها بسیار زیاد بود).

جدول ۶. نیازهای مراقبت سرپایی و بستری تأمین نشده سال ۲۰۱۰

نیازی‌های تأمین نشده	سرپایی (درصد)	بستری (درصد)
در سطح کشور	۱/۴۴	۰/۴۰
اعضای طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت	۰/۸۰	۰/۲۶
اعضای طرح تأمین اجتماعی	۰/۹۸	۰/۲۰
اعضای UCS	۱/۶۱	۰/۴۵
دلیل عدم تأمین نیاز		
مسافت دور	۱۳/۶	۱۷/۴

نیازی‌های تأمین نشده	سرپایی (درصد)	بستری (درصد)
عدم زمان کافی برای جستجو	۲۴/۳	۱۷/۲
ناتوانی پرداخت برای درمان	۱/۳	۱۶/۷
نبود همراه در بیمارستان	۳/۵	۹/۶
عدم اطمینان از وجود درمان اثربخش	۱۶/۳	۵/۶
نبود اعتماد به نفس، داشتن حس بد نسبت به ارائه‌دهندگان	۵/۳	۲/۳
عدم توان پرداخت هزینه حمل‌ونقل	۱/۳	۰/۰
سایر دلایل	۳۴/۴	۳۱/۳
کل	۱۰۰	۱۰۰

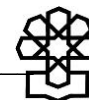
Source: Health Insurance System Research Office. Thailand, 2012.

کاهش هزینه‌های کمرشکن و منجر به فقر خانوار

از زمان معرفی UCS، روند کاهش‌های در بروز هزینه‌های کمرشکن سلامتی وجود داشته است. وقوع این وضعیت در میان اعضای فقیرترین پنجم UCS، از ۶/۸ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۲/۸ درصد در سال ۲۰۰۸ و همچنین در میان اعضای ثروتمندترین پنجم از ۶/۱ درصد به ۳/۷ درصد در همان دوره زمانی رسید. تعداد خانوارهای غیر فقیر که به‌خاطر پرداخت برای داروها و خدمات سلامت شامل سرپایی و بستری به زیر خط فقر کشوری می‌افتادند، به‌طور قابل توجهی از ۱/۹۷ درصد و ۲/۷۱ درصد به‌ترتیب در سال‌های ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ (قبل از UCS) به ۱/۲ درصد و ۰/۴۹ درصد در سال ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹ (پس از UCS) رسید.

بعد از دستیابی به پوشش همگانی هنوز هم درجه‌ای از فقر ناشی از هزینه‌های سلامت وجود داشت، زیرا برخی مردم که تصمیم به خروج از طرح خود کرده بودند و از جیب برای خدمات سرپایی و بستری در بیمارستان‌های خصوصی می‌پرداختند با هزینه‌های فاجعه‌بار روبرو شدند. در تحلیلی که در سطح ملی، منطقه‌ای و استانی انجام شد، نتیجه‌گیری شد که روند تعداد خانوارهای فقیر شده به‌خاطر هزینه‌های سلامت دارای یک یا دو عضو UCS، کاهش یافته و درجه کاهش فقر در این گروه از روند کلی در طول دوره مشابه قوی‌تر بود.

تأثیر UCS بر کاهش فقر ناشی از هزینه‌های سلامت در سطح محلی نیز همچون سطح ملی چشمگیر بود. بروز فقر در هر استان به‌طور قابل توجهی از ۳/۴ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۲/۳-۲/۴ درصد در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴ و به ۰/۸-۱/۳ درصد در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۹ کاهش پیدا کرد. بسته مزایای جامع با سطح پایین پرداخت از جیب، تعداد کل ۲۹۱۷۹۰ خانوار را در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ از فقر ناشی از هزینه‌های سلامت محافظت کرد.



شاخص‌های مهم، اما از لحاظ اندازه‌گیری دشوار

داده‌هایی که سطح بالایی از رضایتمندی ارائه‌دهندگان، بهبود دسترسی و حفاظت مالی را نشان می‌دهند شاخص‌های شفاف آثار مثبت عمده UCS هستند. گردآوری و تفسیر منظم شواهد مرتبط با سایر آثار مهم همچون کیفیت مراقبت‌ها، ازدحام و پوشش مداخلات خاص سخت‌تر بود. برای مثال، گرچه گزارش‌های روزانه بیمارستان زمان‌های انتظار جراحی‌های انتخابی مشخصی را منعکس می‌کند اما این داده‌ها به سطح ملی فرستاده نمی‌شوند تا لیست‌های انتظار به‌طور منظم پایش گردند. مثال دیگر، محدودیت داده‌های موجود برای ارزیابی تغییرات مرگ‌ومیر قابل پیشگیری همچون سکت و انفارکتوس میوکارد بود که به‌طور جزئی با دسترسی سریع به مراقبت‌ها، ارجاع مؤثر و استانداردهای کیفیتی درمان و تا حدی تحت تأثیر مشخصه‌های اجتماعی اقتصادی تعیین می‌شود.

همچنین مطالعه‌ای بر روی تفاوت اقدامات بالینی نشان داد که داروهای ارزانی‌قیمت که بسیار در دسترس هستند، به‌صورت بهینه برای بیماران طرح کارمندان دولت تجویز نمی‌شود و بیماران UCS داری سرطان پیشرفته یا لوسمی ممکن است مداخلات گرانی‌قیمت مورد نیاز برای طولانی شدن بقا را دریافت نکنند. همچنین در مطالعه مذکور مشاهده شد که پرداخت‌های آینده‌نگر مسقف برای بستری که توسط UCS و طرح تأمین اجتماعی به کار گرفته می‌شوند، به‌خصوص در مورد بیماری‌های حاد تهدیدکننده زندگی، به نتایج مراقبتی ضعیف منجر نمی‌شود. بیماران UCS برای مداخلات بیماری کرونری قلبی اقامت بیمارستانی طولانی‌تری از بیماران طرح کارکنان دولت داشتند و مرگ‌ومیر درون بیمارستانی در آنها سه نقطه درصد بیشتر بود که اختلاف‌ها ممکن است به این خاطر باشد که بیماران UCS در طول دوره طولانی بیماریشان تداوم مراقبت کمتری دارند. مرگ‌ومیر بالا به خاطر سکت خونریزی‌کننده در بین بیماران بستری UCS و پیشرفت سریع بیماری مزمن کلیوی در بیماران دیابتی سرپایی UCS می‌تواند منعکس‌کننده ناکافی بودن اقدامات برای پیشگیری از عوارض باشد.

وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین‌تر ۵۰ درصد از ۴۷ میلیون عضو UCS نسبت به اعضای طرح کارکنان دولت، عامل مهمی است که هنگام ارزیابی نتایج سلامتی باید مورد توجه قرار گیرد. اخیراً ثبت بیماری تالاسمی و بیماری کلیوی در مرحله آخر برای ردیابی روندهای مراقبت و مرگ و میر، فرصتی فراهم خواهد کرد تا شواهد نتایج مرگ‌ومیر و میزان‌های بقای پنج‌ساله در سه طرح بیمه سلامت عمومی در آینده مورد ارزیابی قرار گیرد.

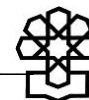
آثار سرریز نظام سلامت

اجرای UCS بر همه کارکردهای نظام سلامت تا‌ی‌ل‌ن‌د تأثیر داشت. افزایش سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه توسط UCS، کیفیت فنی و هماهنگی را بین ارائه‌دهندگان در سطح منطقه‌ای افزایش داد.

اصلاحات تأمین مالی، به‌خصوص استفاده از خرید راهبردی باعث شد تا ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت به منظور مهار هزینه‌ها و افزایش بهره‌وری تطبیقات کارکردی و سازمانی عمده‌ای را انجام دهند. علاوه بر این، UCS از طریق خلاصه‌های الکترونیک ترخیص بیمارستان برای بازپرداخت DRG، مجموعه داده‌های دقیق افراد و اشتراک داده‌ها، به‌طور قابل توجهی در توسعه نظام اطلاعات سلامت تایلند مشارکت داشته است. البته چنین پیشرفت‌هایی هزینه‌ای هم داشت. ایجاد سیستم مدیریت بیماری‌ها در NHSO، بار کاری را افزایش داد، و برخی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت حتی در سطح مراکز بهداشتی، به منظور افزایش سرعت، پرسنل بیشتری را در حوزه فناوری اطلاعات و کار بر روی داده‌ها استخدام کردند. در بسیاری موارد، اطلاعات جمع‌آوری شده تنها برای پردازش پرداخت‌ها استفاده شدند و از این‌رو فرصت استفاده از این داده‌ها برای ارزیابی و مدیریت بهتر مراقبت‌های سلامت از دست رفت. به علاوه، انگیزه‌های مالی ارائه شده توسط NHSO برای تسریع در ارسال داده‌ها، برخی ارائه‌دهندگان را به ارائه داده‌های جعلی تشویق کرد. برخی مدیران حوزه سلامت بر این اعتقاد بودند که این مسئله به‌طور غیرمستقیم موجب به خطر افتادن نظام گزارش‌دهی در برنامه‌های دیگر غیر از UCS که انگیزه‌های مشابه را ندارد نیز خواهد شد.

UCS چالش‌های عمده دیگری را برای نظام سلامت به بار آورد. فاز اولیه UCS بار کاری بیشتری را به خود دید که این امر تطبیقات سریعی را از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت برای ارضای افزایش تقاضای بیماران مطالبه کرد. تمرکز UCS بر مراقبت‌های درمانی به این معنی بود که حوزه‌های بهداشت عمومی، به‌خصوص آنهایی که بودجه UCS را دریافت نمی‌کنند، از کاهش منابع و کمبود توجه از سوی سیاستگذاران و کارکنان مراقبت سلامت رنج بردند. ضعیف‌ترین حلقه، در حوزه نیروی کار سلامت و نبود تعهد به یافتن راه‌حلی برای برطرف کردن مشکل مزمن کمبود و توزیع نامناسب کارکنان بهداشتی کلیدی بود. این امر نیازمند رویکردی چندبخشی ماورای تأمین مالی سلامت، همچون هماهنگی مؤثر بخش خصوصی، آموزش و نهادهای آموزشی و سایر ذینفعان است.

NHSO به‌عنوان یک بازیگر کلیدی ظاهر شد، درحالی که نقش‌های وزارت سلامت عمومی در تولید و تنظیم اولویت‌ها کاهش یافت. با این حال این دو نقش به منظور تضمین در دسترس بودن خدمات ضروری بهداشت عمومی و تعادل بهتر بین مراقبت‌های پزشکی و مداخلات بهداشت عمومی ضروری است. وزارت سلامت عمومی باید برخی از این قدرت‌های از دست رفته‌اش را از طریق استفاده مؤثر از شواهد مربوط به توسعه سیاستگذاری و استراتژی و همچنین پایش، ارزیابی و نظارت فعال به دست آورد، تا نظام سلامت تایلند بتواند اثربخش، کارآمد، عادلانه و از نظر اجتماعی پاسخگوتر شود.



آثار طرح در سطح اقتصاد کلان

آثار اقتصاد کلان طرح در سه بُعد مورد بررسی شد: مصارف و پس‌انداز خانوار، مصارف دولت و فعالیتهای تولیدی. تغییر القا شده در الگوهای مصرفی توسط UCS، در درجه اول یک اثر باز توزیعی یعنی کاهش پرداخت‌های مستقیم خانوار برای مراقبت‌های سلامت داشت. در نتیجه طرح، سهم مصرفی دولت در آموزش و سلامت به تناسب در مناطق شرقی و شمال شرقی بیشتر از بانکوک افزایش پیدا کرد. گرچه UCS عدم قطعیت را در هزینه‌های سلامت خانوار برداشت، در مطالعه‌ای که به‌عنوان بخشی از یک ارزیابی ۱۰ ساله انجام شده بود نتیجه‌گیری شد که طرح، به کاهش پس‌اندازهای احتیاطی منجر نشده است.

دوم اینکه افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی دولت برای طرح، آثار منفی قابل توجهی بر سایر هزینه‌های عمومی نداشته است. هیچ مدرکی مبنی بر اینکه طرح، مانع رشد هزینه‌های عمومی برای آموزش، رفاه اجتماعی یا سایر بخش‌های اقتصادی شود وجود ندارد، زیرا کل هزینه‌های دولت به‌طور قابل توجهی افزایش یافت.

UCS اثر قابل ملاحظه‌ای بر بخش تولیدات پزشکی در تایلند داشته است. مصرف کالاهایی همچون دارو و فرآورده‌های پزشکی فعالیت‌های اقتصادی بیشتری را به‌خود مشغول کرد. بالغ بر ۱/۲ برابر مصرف معمول. از همه مهمتر این تولید داخلی بود که بیشتر سود کرد، زیرا واردات تنها ۳۱-۱۲ درصد این افزایش را دربرگرفت. فعالیت‌های تولیدات مرتبط با حوزه پزشکی آثار مثبتی بر بخش‌های مختلف، به‌خصوص مواد شیمیایی، تجارت، آب و برق، استخراج معادن و حمل‌ونقل و ارتباطات دارد.

چالش‌های پیش روی UCS

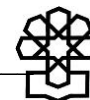
UCS پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در دستیابی به اهداف فراگیر حق برابر مراقبت‌های سلامت در میان همه تایلندی‌ها و استقرار سه ویژگی توصیف‌کننده طرح (مبتنی بر مالیات و رایگان در نقطه خدمت، بسته جامع و همچنین بودجه ثابت با سقف پرداخت به ارائه‌دهنده) داشته است. اما این طرح نیز همانند همه اصلاحات ملی سلامت، با تنش‌ها و فشارهایی مواجه بوده است که توجه مداوم و اصلاحات بیشتری را در دهه آینده و بعدها نیاز دارد. گزارش سال ۲۰۱۱ بانک جهانی در مورد بخش عمومی تایلند، بر سه چالش اصلی نظام سلامت آن تأکید می‌کند:

۱. نابرابری در استفاده و هزینه‌ها، در بین سه طرح بیمه‌ای،
 ۲. فشارهای فرآیندهای هزینه،
 ۳. تکه‌تکه بودن تأمین مالی و مسائل حل نشده در رابطه با نقش‌های مربوط به دولت‌های محلی و مرکزی.
- گرچه این مسائل به کل نظام سلامت مرتبط هستند، ولی همگی به UCS نیز مربوط هستند، از این رو باید به این طرح به‌عنوان بخشی از راه‌حل‌ها برای رسیدگی به این مسائل توجه شود.

در این قسمت به سه چالش عمده پیش روی طرح، یعنی ادامه اجرای کامل UCS، هماهنگی سه طرح بیمه موجود و مدیریت رشد UCS خواهیم پرداخت:

۱. ادامه اجرای کامل UCS

حل جنگ قدرت بین وزارت سلامت عمومی و NHSO و برقراری تعادل در میزان تمرکز و همچنین ضرورت پاسخگویی بیشتر این نهادها به جمعیتی که به آن خدمت ارائه می‌دهند، دو چالش عمده است. در حالی که جدایی خریدار و ارائه‌کننده یک عنصر کلیدی اصلاحات UCS بود، رقابت و قراردادهای دشوار، به آسانی با فرهنگ اجرایی و حرفه‌ای تایلند سازگار نیست و همچنین سیستم هنوز هم به ترکیبی از فرماندهی و کنترل و شبکه‌های ارتباطی قوی وابسته است. چالش آینده، حذف بقایای سلسله‌مراتبی ناکارآمد در حاکمیت وزارت سلامت عمومی و در عین حال ایجاد شکلی از قرارداد «نرم» متناسب با زمینه تایلند است. تصدی منطقه‌ای و محلی یکی از راه‌حل‌های ممکن است که نیازمند بررسی‌های بیشتر است. همچنین هیئت مدیره‌های سلامت (که مسئول توزیع بودجه خدمات سلامت در منطقه خودشان هستند)، با یا بدون جدایی کامل خریدار و ارائه‌کننده، با موفقیت در چندین نظام پوشش همگانی در دنیا مورد استفاده قرار گرفته‌اند. آنها ابزارهای برنامه‌ریزی خدمات مبتنی بر منطقه، در کنار آژانس‌های مرکزی هستند، که می‌توانند از استراتژی ملی مشترک پشتیبانی کنند و در عین حال انعطاف‌پذیری برنامه خدمات محلی را با توجه به نیازهای محلی حفظ کنند. نهادهای قوی مبتنی بر منطقه احتمالاً توفیق بیشتری را در خرید راهبردی نسبت به آنچه NHSO در سطح ملی به آن نائل شده دارند. البته، هر جنبش این چنینی نیازمند اصلاحات موازی بیشتر سیاست‌های توزیع نیروی کار در وزارت سلامت عمومی است و اجرای آن نیازمند اراده سیاسی قوی می‌باشد. به علاوه چنین سازماندهی مجددی نیازمند آمادگی اساسی برای انتقال عملکردها از NHSO کنونی به دفاتر شاخه‌ای PHO و سازمان‌های دولت محلی است. لازم است ظرفیت خرید و اجرا به‌خصوص در حوزه‌هایی همچون برنامه‌ریزی، نیازسنجی، تنظیم اولویت‌ها و پایش و ارزیابی نظام سلامت، هم در سطوح منطقه‌ای و هم زیرمنطقه‌ای توسعه پیدا کند. دستیابی به تعادل بهتر قدرت میان سازمان‌ها و نقش‌آفرینان در سطوح مرکزی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای به‌منظور پایداری بلندمدت طرح ضروری است. از این رو هر راه‌حلی، به‌کارگیری درجه‌ای از تمرکززدایی و واگذاری بیشتر قدرت تصمیم‌گیری به سازمان‌ها در مناطق محلی است. در این باره، مهم است که نتایج منفی سایر کشورها که در آنها واگذاری‌ها به افزایش تکه‌تکه شدن و شکاف در ارائه خدمات منجر شده است مورد توجه قرار گیرند.



۲. هماهنگی سه طرح بیمه موجود

به منظور تسریع در پیشبرد هماهنگی سه طرح بیمه سلامت نیز چالش‌هایی وجود دارد از جمله:

- در سال ۲۰۱۱، اداره تأمین اجتماعی درخواست کرد تا حدود ۶ میلیون عضو UCS که همسران و فرزندان اعضای طرح تأمین اجتماعی هستند به این طرح منتقل شوند. با توجه به اینکه بدنه حاکم بر اداره تأمین اجتماعی تنها شامل نمایندگانی از کارفرمایان، کارکنان و دولت است، مشروعیت و صلاحیت مدیریت این ۶ میلیون عضو اضافی توسط آن شبهه‌انگیز و توجیه درخواست سرانه کامل برای همسر و فرزندان اعضای طرح تأمین اجتماعی بدون تعدیل سنی نیز در پرتو ذخایر قابل توجه صندوق تأمین اجتماعی برای بیماری، ناتوانی و جبران خسارت مرگ به سختی توجیه‌پذیر است.

- طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت در حال حاضر از DRG برای خدمات بستری استفاده می‌کند و طرح تأمین اجتماعی نیز در ملاحظه‌ای مثبت، DRG را به جای سرانه برای مراقبت‌های بستری به کار می‌برد، اما متقاعد کردن طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت به منظور تغییر از پرداخت به ازای خدمت برای خدمات سرپایی به سرانه هنوز چالشی عمده است. استفاده همه طرح‌ها از روش مشابه برای پرداخت به ارائه‌کننده، گامی مثبت برای مهار هزینه‌ها و هماهنگی است.

- در حال حاضر حرکت اعضا از یک طرح به طرح دیگر، به وسیله اشتراک مجموعه داده‌های افراد، تسهیل شده است، اما انتقال یکپارچه و تداوم درمان برای بیماری‌های مزمن هنوز محقق نشده است. به علاوه اختلافات عمده‌ای در میزان استفاده از خدمات در بین طرح‌ها وجود دارد. برای مثال استفاده اعضای مسن‌تر عضو طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت از خدمات به‌طور ویژه بالاست و این سؤال را پیش می‌آورد که آیا استفاده بیش از اندازه از خدمات در این گروه وجود دارد یا سالمندان عضو UCS کمتر از اندازه از خدمات استفاده می‌کنند. به‌خاطر نبود معیارها و شاخص‌های استاندارد، ارزیابی منظمی از اختلافات بین طرح‌ها ممکن نشده است، این شکاف‌ها مهم بوده و به منظور تحلیل مقایسه‌ای قوت‌ها، ضعف‌ها و پیامدها بین سه طرح بیمه‌ای و تدوین سیاست‌های هماهنگ‌کننده اهمیت دارند.

۳. مدیریت رشد UCS

همه کشورهای متعهد به پوشش همگانی، با مسئله مقرون به صرفه بودن آن در بلندمدت درگیر هستند، زیرا عواملی همچون افزایش قیمت کالاها، تغییرات جمعیت‌شناختی، توسعه اقتصادی، افزایش تقاضا و پیشرفت‌های فناوری بر کل هزینه‌های سلامت تأثیر می‌گذارد. در ارزیابی این موضوع، مهم است از این جنبه از واقعیت نیز غافل نشد که نظام سلامت تایلند بدون UCS، رشد بیشتر بخش خصوصی، فقر بیشتر ناشی از هزینه‌های سلامت و افزایش هزینه‌های سلامت را به‌خود خواهد دید. بنابراین به‌نظر می‌رسد ادامه طرح، در مقایسه با وضعیت بدون آن بهتر باشد. پیش‌بینی هزینه‌های سلامت در سال

۲۰۲۰ نشان می‌دهد که هزینه‌های سلامت به‌عنوان درصدی از GDP به حدود ۴/۵ درصد افزایش خواهد یافت، عددی که به‌نظر می‌رسد در ظرفیت دولت باشد. با وجود این، به‌منظور تضمین اینکه هزینه‌های دولت برای سلامت سریع‌تر از ظرفیت تأمین مالی افزایش نمی‌یابد هوشیاری و مدیریت فعال نیاز است. UCS، حداقل به چهار روش می‌تواند به جلوگیری از گرایش‌های تورمی ذاتی در بخش بهداشت و درمان کمک کند:

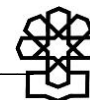
اول، NHSO که به‌عنوان یک خریدار واحد از طرف ۴۷ میلیون نفر عضو عمل می‌کند، قدرت اقتصادی عظیم و ظرفیت ثابت شده‌ای برای افزایش ارزش پول و تنظیم بازار ارائه خدمات دارد و می‌تواند به کنترل هزینه‌ها کمک کند.

دوم، ادامه سازوکار پرداخت سرانه برای مراقبت‌های سرپایی و DRG تحت بودجه گلوبال برای مراقبت‌های بستری می‌تواند به کاهش انگیزه ارائه‌دهندگان برای انتخاب داروهای برند، تجویزات، روش‌های تشخیصی و مداخلات درمانی بیش از اندازه کمک کند.

سوم، سازوکارهای UCS که همه مداخلات و داروهای جدید را قبل از گنجاندن آنها در بسته مزایا برپایه شواهد هزینه اثر بخشی، آثار بودجه‌ای بلندمدت و سایر نگرانی‌های اخلاقی، ارزیابی می‌کنند، سهم قابل توجهی را در مهار تورم فناوری، فشار پزشکان برای پذیرش بی‌دلیل تکنولوژی‌های جدید و انتظارات فزاینده مشتریان دارد. عملکرد مؤثر این سازوکارها به ظرفیت نهادینه‌سازی ارزیابی فناوری سلامت و توسعه سایر ابزارها همچون گواهی نیاز برای سرمایه‌گذاری در تجهیزات پزشکی عمده بستگی دارد.

چهارم، UCS که بر پیشگیری و خدمات ارتقای سلامت و دروازه‌بانی مؤثر مراقبت‌های سلامت تمرکز می‌کند می‌تواند به جلوگیری از افزایش هزینه مراقبت‌های ثانویه و سطح سوم کمک کند. تأکید کنونی بر پیشگیری پزشکی و خدمات ارتقای سلامت (ایمن‌سازی، مراقبت‌های قبل از زایمان، تنظیم خانواده، غربالگری سرطان دهانه رحم، غربالگری دیابت و فشار خون و غیره) اهمیت دارد، اما این مداخلات، به تعیین‌کننده‌های شیوه زندگی ناسالم مانند استفاده از دخانیات و الکل، رژیم‌های ناسالم و کمبود فعالیت‌های فیزیکی توجه نمی‌کنند. با توجه به جمعیت رو به‌سالخوردگی و رشد متعاقب بیماری‌های غیرواگیر، UCS نیازمند اختصاص منابع اضافی و به شیوه‌ای مؤثرتر است. در سال ۲۰۱۰ قطعنامه مجمع ملی سلامت، سیاستی ملی را برای تمرکز بیشتر بر مراقبت‌های بلندمدت جامعه و خدمات مبتنی بر خانه به همراه رابط مؤثر با خدمات بالینی، به جای مراقبت‌های سازمانی (مثل مراکز درمانی و بیمارستان‌ها) تصویب کرد.

در نهایت باید گفت انتظارات فزاینده مشتری، فشار را در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط بر روی هزینه‌های مراقبت سلامت افزایش داده است. طراحی UCS حول بسته مزایای جامع و استفاده از دروازه‌بانی مراقبت اولیه باعث می‌شود این انتظارات همواره به شیوه‌هایی تحت کنترل قرار گیرند. به‌طور



فزاینده، اعضا می‌دانند که برای چه خدماتی محق هستند و آگاهی آنها نسبت به اینکه چرا برخی خدمات از بسته خارج می‌شود بیشتر می‌شود. NHSO نیز باید به سرمایه‌گذاری در استراتژی‌های ارتباطی مؤثر و تعامل با جامعه ادامه دهد. این امر به ویژه با توجه به اینکه سه طرح بیمه سلامت عمومی وجود دارد و مشتریان، بسته مزایای آنها را مقایسه می‌کنند مهم است. NHSO باید به اعضای UCS نشان دهد که بسته مزایای آنها جامع است. برای موفقیت، تلاش‌های مذکور باید با تلاش‌های مشابه دولت هماهنگ شود و به محدودیت ظرفیت خدمت در نظام‌های سلامت منطقه‌ای، جایی که اکثر اعضای UCS ثبت‌نام شده‌اند رسیدگی شود. در عین حال نیز این اعتماد ایجاد شود که با پشتیبانی ارجاع، دسترسی برابر به مراقبت‌های ثانویه با کیفیت برای همه تضمین می‌شود.

توصیه‌ها و درس‌هایی که می‌توان آموخت

براساس بینش به دست آمده، دو دسته از توصیه‌های سیاست‌گذاری (یکی مرتبط با دستور کار ناتمام و دیگری دستور کار آینده) با دیدگاه حفظ و بهبود UCS در ده سال آینده پیشنهاد می‌شوند:

الف) دستور کار ناتمام

تایلند رویکردی واقع‌بینانه برای اجرای UCS به کار بست، آنچه ممکن بود را انجام داد و برخی جنبه‌های سخت تدوین سیاست‌ها را نیز پشت سر گذاشت. برای مثال، NHSO به‌عنوان یک خریدار عمومی ایجاد شد، اما طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تأمین اجتماعی نسبتاً دست‌نخورده باقی‌ماندند. تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت تغییر کرد، اما این موضوع تأثیر محدودی بر تغییر جهت توزیع ناعادلانه نیروی کار سلامت داشت. به علاوه نقش وزارت سلامت عمومی در ارائه خدمات کمتر از آنچه قرار بود تغییر یابد، تغییر یافت. پیش روی به سمت این آیتم‌های ناتمام در دستور کار اصلاحات اهمیت دارد. از این رو موارد زیر توصیه می‌شود:

۱. در حوزه تولیت و خرید راهبردی

– ادامه تقویت نهادهای اداره‌کننده UCS، برای اطمینان از پاسخگویی اجتماعی و شفافیت، مدیریت و جلوگیری از تضاد منافع بین اعضای نهادهای اداره‌کننده. افزایش نقش جامعه مدنی و نمایندگان جامعه و تعیین هدف و جایگاه اعضا، به‌منظور حفظ UCS در برابر فریبکاری سیاسی و تسلط هر گروه یا گروه‌های ذینفع خاص.

– برطرف کردن مشکلات بین NHSO و وزارت سلامت عمومی به‌منظور اینکه بتوانند با همکاری یکدیگر، توسعه UCS و نظام سلامت را به پیش برند. اگر هدف UCS شکوفایی این دو نهاد است باید این را دانست که آنها به‌طور متقابل به یکدیگر وابسته هستند و باید میزانی از اعتماد بین آنها وجود داشته باشد. – باید به‌منظور توزیع عادلانه‌تر منابع انسانی در سراسر کشور، از جمله از طریق تقویت ظرفیت وزارت

سلامت عمومی برای توسعه سیاست‌های نیروی کار سلامت و در راستای ارتقای نیروی انسانی در سطح منطقه‌ای تلاش شود.

۲. مدیریت جدایی خریدار - ارائه‌دهنده

- بهبود نقش خرید و تقویت تصدی خدمات سلامت در سطح محلی،
- افزایش ظرفیت نظام سلامت منطقه‌ای برای ارائه طیف جامعی از خدمات به جمعیت تحت پوشش،
از جمله بهبود اثربخشی نظام ارجاع،
- استفاده بهتر از نظام اطلاعات به منظور رصد مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت‌ها و برطرف کردن آنها،
توصیف شاخص‌ها و تدوین معیارهای ارزیابی تأثیر UCS بر پیامدهای سلامت، دسترسی به مداخلات و پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری‌های غیرواگیر مهم.

۳. هماهنگ سازی سه طرح بیمه سلامت عمومی

- کاهش ناعدالتی در مزایا و هزینه‌ها و بر طرف کردن ناکارآمدی طرح‌ها
- ساده کردن عملیات‌ها از طریق استانداردسازی جنبه‌های مشترک طرح‌ها، برای مثال بسته مزایا، نظام اطلاعات و روش پرداخت،
- تولید شواهد مربوط به نقاط قوت و ضعف هر طرح، برای آگاهی از میزان هماهنگی کنونی و آینده طرح‌ها.

ب) دستور کار آینده

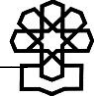
دستور کار آینده نیز موضوعاتی را که از سال ۲۰۰۱ اهمیت پیدا کرده‌اند و حتی با اهمیت‌تر نیز خواهند شد در برمی‌گیرد که در ادامه به هر یک از آنها پرداخته می‌شود:

۱. بخش خصوصی

- تعامل بیشتر با بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌هایی که با بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند، به خصوص در مناطق شهری و استقرار یک نظام نظارتی واحد برای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت خصوصی و دولتی در تایلند. تعقیب اهداف ملی سلامت در غیاب همکاری بین دولت و نظام‌های خصوصی مشکل است. در بسیاری از کشورهایی که به پوشش همگانی دست پیدا کرده‌اند، بیمارستان‌ها و پزشکان بخش خصوصی به عنوان بخشی از طرح عمومی در نظر گرفته می‌شوند، زیرا پول از بخش عمومی نشئت می‌گیرد.

۲. موضوع عدم تمرکز

- انجام تحقیقات و تحلیل‌های مورد نیاز به منظور ایجاد تعادل اثربخش‌تر بین تمرکز و عدم تمرکز.
چارچوب خرید ملی (سراسری) نیازمند درجاتی از تمرکززدایی به سطح محلی است تا با ایجاد پیوند با مقامات محلی، تعامل جامعه در تصمیم‌گیری افزایش یابد.
- بررسی این موضوع که آیا تصدی محلی خدمات سلامت نسبت به خرید استانی کارآمدتر است یا خیر، به خصوص در مورد مراقبت‌های سلامت اولیه.



۳. جمعیت سالخورده

- شناسایی روش‌های مبتکرانه برای به حداقل رساندن وابستگی به مراقبت‌های پرهزینه سطح سوم، از طریق سرمایه‌گذاری بهتر در پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت و همچنین پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت خارج از محیط‌های بالینی. به علاوه، مدل‌های مناسب مراقبت بلندمدت نیز باید توسعه یابند.

۴. پایش کیفیت، تضمین کیفیت و ارزیابی فناوری سلامت

- ایجاد روش‌هایی به‌منظور استفاده از داده‌های روتین در جهت پایش، ارزیابی و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، شامل ارزیابی پیامدهای بالینی. در حال حاضر این امر فرصتی دست‌نخورده در تایلند است.

- ادامه ایجاد ظرفیت نهادی برای ارزیابی فناوری سلامت به‌منظور خرید مداخلات هزینه‌اثربخش و از این جهت افزایش ارزش پول.

منابع و مآخذ

1. Health Systems in Transition The Kingdom of Thailand Health System Review n, Vol. 5 No. 5 2015. World Health Organization 2015 (on behalf of the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies).
2. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the first 10 years (2001-2010). Health Insurance System Research Office. May 2012.
3. Tangcharoensathien V, Praongsai, Limwattananon, Patcharanarumol W & Jongudomsuk P. Achieving Universal Coverage in Thailand: what lesson do we learn? A Case Study Commissioned by the Health System Knowledge Network. March 2007.
4. Shadpour, K. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2006; 9(3).
5. Tangchavoensathin, Viroj, etal."Achieving Universal Coverage in Thailand: What Lessons Dowe Learn" Social Research Network Working Paper, 2007.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۵۸۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: اصلاحات نظام سلامت در تایلند با تأکید بر سیاست‌های طرح پوشش همگانی

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: محمد بختیاری علی‌آباد

ناظران علمی: مریم رهبری، علی اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی:

۱. اصلاحات نظام سلامت

۲. تایلند

۳. پوشش همگانی



تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۹/۱۳