مقاله پژوهشی

دستیابی تایلند به پوشش همگانی سلامت: چگونگی و تجارب به دست آمده

لیلا دشمنگیر[1و2]، آرش رشیدیان[3و4]، محمد بازیار[3*]

1- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
2 - مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران3- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه بهداشت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران 4- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤول: گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: 02188989129 نمابر: 02188989129
پست الکترونیک: Bazyar.mohamad@gmail.com

دریافت: 94/2/7 پذیرش: 94/5/3

چکیده

مقدمه: *پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به طیف وسیعی از خدمات سلامت شامل پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و بازتوانی برای تمام مردم؛ بدون این که خطر مشکلات مالی را به همراه داشته باشد. بر این اساس، حصول به پوشش همگانی سلامت، آرمان بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد. تایلند یکی از کشورهای موفق در این حوزه می‌باشد. تحلیل چرایی و چگونگی موفقیت تایلند در این عرصه و بررسی تجارب به دست آمده از این حرکت ملی از اهداف مهم این مطالعه می‌باشد.*

روش کار: *از چارچوب تحلیل سیاست والت و گیلسون برای تحلیل طرح پوشش همگانی سلامت تایلند استفاده شد. مستندات شامل گزارش‌های رسمی انتشار یافته و انتشار نیافته، مقالات، آیین‌نامه‌ها، اسلایدها و خبرنامه‌ها بود که با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای داخلی و خارجی و برخی وب‌سایت‌ها از جمله وب‌سایت بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و مکاتبه با صاحب‌نظران حوزه سلامت تایلند که درگیر طرح پوشش همگانی تایلند بودند به دست آمدند. از داده‌های حاصل از بحث‌های صورت گرفته مرتبط با موضوع نیز برای تکمیل یافته‌ها استفاده گردید.*

یافته‌ها: *با شروع طرح پوشش همگانی در تایلند، عدالت و محافظت مالی افزایش یافته است. طرح پوشش همگانی، دسترسی به خدمات ضروری سلامت، عدالت در بهره‌وری خدمات و پیشگیری از فقر به دلیل استفاده از خدمات سلامت را بهبود بخشیده است. عاملی که باعث شد دستیابی به پوشش همگانی سلامت در تایلند را ممکن کند تقارب سه عامل تسهیل کننده تعهد سیاسی، بسیج جامعه مدنی و دانش فنی بود.*

نتیجه‌گیری: *در تایلند، تعهد سیاسی به استقرار کامل پوشش همگانی و امکان‌پذیری مالی باعث دستیابی به پوشش همگانی سلامت شد. تجربه تایلند نشان داد که دستیابی به پوشش همگانی برای کشوری با درآمد کم و متوسط امکان‌پذیر است. استفاده از شواهد پژوهشی و تجربیات قبلی، رشد اقتصادی، اجرای برنامه‌های اصلاحی در سایر حوزه‌های سلامت مانند تأکید بر مراقبت‌های اولیه و روش‌های پرداخت با سقف مشخص با هدف محدود کردن رشد هزینه‌های سلامت از دیگر عوامل مؤثر بر موفقیت طرح پوشش همگانی در تایلند بود.*

گل‌واژگان: *پوشش همگانی سلامت، تحلیل سیاست، تایلند*

مقدمه

حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت در سطح جهان رو به افزایش است (1). پوشش همگانی سلامت اصطلاحی است که سازمان جهانی بهداشت به منظور توصیف راهبرد پیشنهادی خود در جهت «سلامت برای همه» بکار برده است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

درمان و توانبخشی با کیفیت لازم و در سطح هزینه‌ای که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (2). پوشش همگانی سلامت بر پایه اساسنامه 1948 سازمان جهانی بهداشت استوار است که سلامت را یک حق اساسی و انسانی دانسته و متعهد به تضمین بالاترین سطح سلامت ممکن برای همگان می‌شود. پوشش همگانی سلامت همگام با عدالت اجتماعی، عدالت در سلامت و پاسخگویی ملی پیش می‌رود تا پشتیبان دو حق اساسی انسانی یعنی حق برخورداری از سلامت و حق امنیت اجتماعی باشد (3). در سال 2005 اعضای سازمان جهانی بهداشت، قطعنامه‌ای را امضا کردند که به موجب آن کشورها به توسعه نظام‌های سلامت خود در جهت رسیدن و یا حفظ پوشش همگانی سلامت تشویق شدند (4 و 5).

اصل پوشش همگانی، در گزارش سال 2008 سازمان جهانی بهداشت تصریح شده است و توسط کمیسیون شاخص‌های اجتماعی بهداشت و گزارش مجمع سازمان جهانی بهداشت مورد تأکید قرار گرفته است. بر این اساس تلاش برای گسترش پوشش همگانی سلامت در بسیاری از کشورها به عنوان مجموعه‌ای از اصلاحات سیاستی از چندین دهه قبل آغاز شده است و شواهد متعددی نیز مبنی بر میزان حصول هر یک از کشورها به اهداف موردنظر و اقدامات و تصمیم‌های سیاستی آن‌ها حاصل شده است (2 و 6). در گزارش سال 2010 سازمان جهانی بهداشت نیز بر استقرار پوشش همگانی سلامت و سه جنبه آن (هزینه‌ها، خدمات، جمعیت تحت پوشش) که از آن به عنوان مکعب پوشش همگانی یاد می‌شود تأکید شده است. بنابراین، بر اساس آن چه که در تعریف مکعب پوشش همگانی سلامت آمده است، هدف نهایی پوشش همگانی سلامت، تضمین بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی)، بدون تحمل ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه پرداخت مخارج سلامت است. به عبارت دیگر، زیر چتر پوشش همگانی سلامت، مخارج سلامت افراد نباید بیش از آستانه توانایی مالی آنان باشد (7).

قطعنامه سال 2012 سازمان جهانی بهداشت و گزارش سال 2013 سازمان جهانی بهداشت نیز گواهی بر تعهد قوی سیاسی در راستای دستیابی به اهداف تحول نظام‌های سلامت، به خصوص بهبود وضعیت سلامت فقرا و دستیابی به پوشش همگانی سلامت است (8). با توجه به افزایش تقاضا برای شواهد، تجربیات و روش‌های اندازه‌گیری پیشرفت به سوی پوشش همگانی، بررسی و مطالعه روندهای دستیابی به پوشش همگانی با هدف بهره‌گیری از تجربیات کشورها می‌تواند گامی مؤثر در جهت شناسایی شکاف موجود در شواهد، موانع تضعیف پوشش همگانی سلامت، علل موفقیت‌ها و ناکامی‌های هر یک از کشورها در گذار از پوشش ناکامل به پوشش همگانی سلامت باشد (9). همچنین از آن جایی که روند دستیابی به پوشش همگانی با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی اقتصادی و سیاسی در هر کشور متفاوت است، لذا بررسی الگوهای عمومی کشورهایی که به پوشش همگانی دست یافته‌اند و بررسی عوامل اقتصادی، جمعیت‌شناختی، فن‌آوری و سیاسی آن‌ها می‌تواند مفید واقع شود.

بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت گام‌هایی برداشته‌اند. تایلند در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط پیشگام بوده است. تایلند کشوری در حال توسعه با درآمدی متوسط، با تاریخچه جالب توجه از توسعه تأمین مالی سلامت است. از زمان اولین تلاش ناموفق برای معرفی قانون بیمه اجتماعی سلامت در 1950، تایلند با تجربه انواع مختلف مکانیسم‌های تأمین مالی درس‌های زیادی آموخته است. تایلند اخیراً یکی از معدود کشورهای در حال توسعه‌ای است که پس از چهار دهه از توسعه ساختار سلامت و سه دهه از طراحی و استقرار برخی از برنامه‌های مربوط به محافظت در برابر خطر مالی، به پوشش سلامت همگانی دست یافته است (10). این بدان معنی است که تمام مردم تایلند تحت پوشش بیمه سلامتی قرار گرفته‌اند که دسترسی آن‌ها به پوشش همگانی خدمات سلامت را تضمین می‌کند. اگر چه عوامل متعددی در این موفقیت نقش داشته‌اند - از جمله عوامل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و عوامل مرتبط با سلامت- مهم‌ترین عامل، استقرار اصلاح بلندپروازانه‌ای با نام طرح پوشش همگانی بود (11 و 12).

لازم به ذکر است که در ایران نیز در طول چند دهه گذشته، رسیدن به پوشش همگانی همواره مورد توجه قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران بوده است. ارایه خدمات درمانی برای تک تک افراد در اصل 29 قانون اساسی به تصریح مورد تأکید قرار گرفته است (13). هدف مهم قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب سال 1373، رسیدن به پوشش همگانی طی پنج سال بود (16 -14). ارایه پوشش همگانی برای تمام آحاد کشور در قانون ساماندهی بهداشت و درمان سال 1381 و همچنین قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی سال 1383 مجدداً مورد تأکید قرار گرفت که با درجات مختلفی از موفقیت همراه بود (17 و 18). در بند الف ماده 38 قانون برنامه پنجم توسعه مصوب 1389، رسیدن به پوشش همگانی بار دیگر مورد توجه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

قرار گرفت (19). علی‌رغم تصویب قوانین مختلف در طول سالیان گذشته، به نظر می‌رسد کماکان پوشش همگانی به عنوان یکی از دغدغه‌های حل نشده سیاست‌گذاران باقی مانده است.

هدف این مطالعه، تحلیل سیاست طرح پوشش همگانی در تایلند و درک بهتر علل و عوامل دخیل در استقرار طرح پوشش همگانی متناسب با اهداف طراحان آن و میزان دستیابی به تأثیرات موردنظر می‌باشد. یادگیری از درس‌ها و تجارب به دست آمده از طرح پوشش همگانی تایلند و بهره‌گیری از آن‌ها در مسیر اجرای اصلاحات ایران به سمت پوشش همگانی مفید خواهد بود.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه موردی[1] است که به صورت عمیق به بررسی موفقیت تایلند در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و علل و عوامل تأثیرگذار بر آن می‌پردازد. بخش عمده داده‌های مطالعه، مستندات مرتبط با موضوع و داده‌های به دست آمده از بحث‌های صورت گرفته دور میزی[2] بود. مستندات شامل گزارش‌های رسمی انتشار یافته و انتشار نیافته، مقالات، آیین‌نامه‌ها، اسلایدها، خبرنامه‌ها بود که با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای خارجی از جمله pubmed, googlescholar, web of science، و برخی وب‌سایت‌ها از جمله بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و پایگاه‌های داده‌ای داخلی مانند Magiran, Irondoc, IranMedex و مکاتبه با نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان طرح پوشش همگانی تایلند از جمله مشاور ارشد سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت تایلند به دست آمد. کلیه داده‌ها (بالغ بر 342 سند) با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوایی مورد مرور و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها بر اساس الگوی مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون[3] دسته‌بندی و تحلیل گردید. این الگو به ویژه برای تحلیل سیاست‌گذاری در بخش سلامت ایجاد شده است (20). مدل مثلث تحلیل سیاست یک مدل بسیار ساده شده از مجموعه پیچیده و در هم تنیده از عواملی است که با هم ارتباطات تنگاتنگ دارند (21). الگوی مثلث سیاست‌گذاری چهار جنبه مرتبط با هم را تحلیل می‌کند که این چهار بعد کلیت یک سیاست را تشکیل می‌دهند. این چهار بعد شامل نقش‌آفرینان[4]، محتوا[5]، بافتار[6] و فرایند[7] است (22 و 23).

در بعد بافتار عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی محیط کلان و محیط خرد (حوزه سلامت) که بر اجرای سیاست تأثیر می‌گذارند مورد بررسی قرار گرفت (24 و 25). در بعد محتوا مسایلی مثل: کدام سیاست بهتر است؟ آیا تضمین سیاست لازم است؟ چه کسی تصمیم می‌گیرد؟ چه کسی تصمیمات را اجرا می‌کند؟ تحت چه شرایطی ممکن است سیاست اجرا یا فراموش شود؟ مشکلی که مورد توجه سیاست بوده است، برنامه‌ها، اهداف، اقدامات و تأثیرات و نتایج سیاست و منابعی که برای اجرای سیاست مورد استفاده قرار گرفته است مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت (22 و 26-24).

نقش‌آفرینان، عاملین هر نوع سیاست هستند. سیاست‌گذاران، تدوین‌کنندگان، اجراکنندگان، موافقان و مخالفان، به عنوان نقش‌آفرینان عرصه سیاست‌گذاری، هر کدام دارای ارزش‌ها، علایق، دیدگاه‌های خاص خود هستند و با اقداماتشان نتیجه سیاست را تعیین می‌کنند (24 و 25).

در بعد فرایند، مراحل مختلف فرایند سیاست‌گذاری مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سؤالاتی از قبیل چگونگی شناسایی و تشخیص مشکل[8]، چگونگی در دستور کار قرار گرفتن مشکل[9]، افراد درگیر در تدوین سیاست، چگونگی تدوین و انتخاب سیاست[10]، چگونگی اجرای سیاست[11] (فرایند از بالا به پایین، یا از پایین به بالا) و در نهایت نحوه ارزیابی نتایج سیاست مورد بررسی قرار گرفت (25 -21). متن اولیه تهیه شده حاصل از داده‌های به دست آمده، در اختیار چند نفر از صاحب‌نظران نظام سلامت کشور ایران که با موضوع مورد مطالعه و نظام سلامت کشور تایلند آشنایی کافی داشتند قرار گرفت و نظرات آنان نیز گرداوری و مجدداً بر روی متن اعمال گردید.

نتایج

داده‌های به دست آمده از تحلیل مستندات و بحث‌ها و گفتگوهای پیرامون اصلاح سیاستی پوشش همگانی سلامت در تایلند بر اساس اجزای چارچوب مثلث سیاست‌گذاری دسته‌بندی و تحلیل گردید.

بافتار[12]: تایلند کشوری با درآمد متوسط به پایین است که با جمعیتی حدود 70 میلیون نفر در مناطق گرمسیری آسیای جنوب شرقی واقع شده است (27). تایلند شامل 76 استان است که

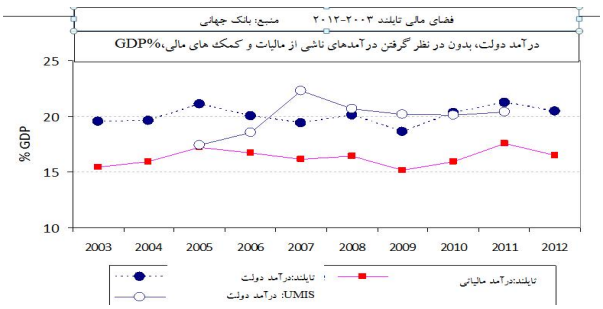
[1] Case study
[2] Round table disscussion
[3] Policy triangulation framework
[4] Actors
[5] Content
[6] Context
[7] Process
[8] Problem Identification
[9] Agenda Setting
[10] Policy Formulation
[11] Policy Implementation
[12] Context

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

حدوداً به 800 منطقه تقسیم می‌شود. یک سوم از جمعیت آن در مناطق شهری زندگی می‌کند. تقریباً 95% از تایلندی‌ها، بودایی و کمتر از 5 درصدشان مسلمان هستند (10). تایلند در طول سال‌های اخیر از رشد اقتصادی خوبی برخوردار بوده است. در فاصله سال‌های بین 2000 و 2008 متوسط رشد سالانه GNI 5/2% بوده است. در تایلند میزان بیکاری پایین است؛ برای مثال این میزان در سال 2008 تنها 1/4% از کل نیروی کار بود. از 35 میلیون فرد شاغل، 5/1% در گروه‌های کاری همراه با اقتصاد غیررسمی هستند: گروه‌های خویش‌فرما 31% و کار بدون دستمزد در منزل[13] (20%) (11).

رشد اقتصادی و سیاست‌های اجتماعی که شامل کف محافظت اجتماعی ملی است منجر به کاهش قابل توجه فقر از 49/7% جمعیت در سال 1988 به 8/1% در سال 2009 شده است. با وجود آن که بی‌عدالتی‌های درآمدی با شاخص جینی اندازه‌گیری می‌شود (درجه نابرابری در توزیع درآمد خانوار در یک کشور) از سطح 42/5% در سال 2004 کاهش داده نشده است. نظام اقتصادی تایلند، به تدریج از زمان برنامه اول توسعه اقتصاد ملی این کشور در سال 1961 از شکل سنتی خارج شد و به اقتصاد متکی بر صادرات و فروش محصولات کشاورزی و صنعتی مبدل گشته است. صادرات، 53% تولید ناخالص ملی را در این کشور به خود اختصاص داده است (28). در برنامه‌های گذشته اجرا شده در تایلند، مردم یکی از منابع اصلی تولید تلقی می‌شده‌اند، ولی امروزه مردم کانون و هسته مرکزی همه فعالیت‌های توسعه به شمار می‌روند.

بحران اقتصادی 1997، منجر به کاهش رشد اقتصادی ناگهانی، با کاهش ارزش ارز بیش از 50% و نرخ رشد GDP منفی 10% شد. بحران اقتصادی موجب کاهش تقاضا برای نیروی کار، کاهش دستمزد، افزایش قیمت کالاهای کلیدی، کاهش هزینه‌های دولت در خدمات اجتماعی، فرسایش سرمایه اجتماعی و افزایش تعداد فقرا شد. با این حال، اگر به اقتصاد در مسیر شروع شده به عقب برگردیم در سال 2001، و در سال 2003 و سال 2004، نرخ رشد به بیش از 6% در هر سال رسیده بود (10). مخارج بهداشتی تایلند، 3/3% از GDP نسبت به سطح خود از توسعه اقتصادی کم است. مخارج بهداشتی به طور پیوسته از سال 1980 تا زمان اوج خود در سال 1996 که به 4% از GDP رسید افزایش یافته است. شکل 1 فضای مالی تایلند در فاصله سال های 2003 تا 2012 را نشان می دهد.



شکل 1- فضای مالی تایلند در فاصله سال‌های 2003 تا 2012

شاخص توسعه انسانی و وضعیت سلامتی: شاخص توسعه انسانی تایلند در سال 2010، 0/682 بوده است که از میان کشورهایی با داده‌های قابل مقایسه دارای رتبه 103 از 187 بوده است. این شاخص بیانگر مفهوم گسترده‌ای از رفاه بوده و معیار مرکبی از سه بعد مهم توسعه انسانی است: سلامت، آموزش و درآمد. در سال 2010 میزان سواد بزرگسالان 94% (میزان سواد بزرگسالان در سال 2005، 98/1% بود) و امید به زندگی در زمان تولد 74/1 سال بود.

در اوایل سال 2000، تایلند به اهداف سلامتی توسعه هزاره دست یافت. میزان باروری کلی در نتیجه میزان بالای رواج پیشگیری از 2/0 در سال 1992 به 1/6 در سال 2009، زیر سطح جایگزینی رسید. در سال 2009، مراقبت‌های پیش از تولد و وجود افراد ماهر به هنگام تولد 100-99% و میزان مرگ و میر مادران، 48 در 100 هزار تولد زنده و میزان مرگ و میر زیر پنج سال، 14 در 1000 تولد زنده بود (11). در سال‌های اخیر، تکنولوژی گران‌قیمت و نیز گذار اپیدمیولوژیک، هزینه خدمات سلامت در تایلند را افزایش داده است. وارد کردن تکنولوژی‌های پرهزینه به ویژه در دوران شکوفایی اقتصاد کشور، پیش از بحران سال 1997، دامنه گسترده‌ای داشت. در سال 2005، درصد مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی 3/5، سهم پرداخت از جیب از مخارج بخش خصوصی در سلامت 76/6% و سرانه کل هزینه‌های سلامت 323 دلار بود.

ارایه خدمات سلامت: نظام خدمات سلامت شامل هر دو طرف نهادهای دولتی و خصوصی است. وزارت بهداشت، ارایه‌دهنده خدمات سلامت با شبکه گسترده‌ای از بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی است. در تایلند خدمات مراقبت سلامت عمدتاً تحت نظر دولت مرکزی هستند. بیشتر ارایه‌کنندگان خدمات در بخش دولتی (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی)، تحت نظارت وزارت بهداشت هستند که مهم‌ترین ارایه کننده خدمات در مناطق روستایی می‌باشد. علاوه بر آن، وزارت آموزش، وزارت

[13] Unpaid family labour

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

دفاع و دیگر وزارتخانه‌ها نیز برای خود مراکز درمانی مخصوص دارند (27). از مجموع 136201 تخت بیمارستان در سال 2003، 64% مربوط به وزارت بهداشت و مراکز آن بود و 14% اضافی نیز به امکانات بخش عمومی اختصاص داشت. بخش خصوصی در ارایه خدمات سلامت شرکت می‌کند، اما امکانات خصوصی در بانکوک و دیگر شهرهای بزرگ‌تر متمرکز هستند. رونق اقتصادی در اواخر دهه 1980 و اوایل 1990 باعث ترویج سرمایه‌گذاری سریع بخش خصوصی و رشد بخش سلامت شد؛ اما سرعت آن به طور قابل ملاحظه‌ای از زمان بحران اقتصادی 1997 کاهش یافته است به طوری که کاهش تقاضا و مازاد تخت‌های بیمارستان، 80 بیمارستان خصوصی را مجبور به خروج از بازار کرد و سایر بیمارستان‌های خصوصی مجبور به کاهش تعداد تخت و حوزه فعالیت‌هایشان شدند (10).

انواع بیمه‌های سلامت و توسعه آن‌ها قبل از پوشش همگانی

طرح رفاه پزشکی[14]: اولین لایحه تأمین اجتماعی در تایلند در سال 1954 پیشنهاد شد اما در مجلس تأیید نشد (25). اولین برنامه رفاه پزشکی در سال 1975 یعنی هنگامی آغاز شد که دولت تصمیم به ارایه خدمات پزشکی به فقرا در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی به صورت رایگان گرفت. این برنامه برای پوشش دیگر گروه‌های محروم، سالمندان، و کودکان گسترش یافت. علی‌رغم مفید بودن آن برای گروه‌های غیربرخوردار، این برنامه دارای هدف‌گذاری غیرمؤثر و شدیداً دچار ضعف مالی بود (27). اعضا حق استفاده از مراقبت‌های پزشکی رایگان شامل مراقبت سرپایی، مراقبت بستری، خدمات تشخیصی و دارو در مراکز عمومی را داشتند. دولت به بیمارستان‌های عمومی و مراکز بهداشت به صورت سرانه و نرخ استفاده از خدمات پرداخت می‌کرد اما نرخ سرانه به دلیل محدودیت بودجه بسیار پایین‌تر از هزینه‌های واقعی مراکز درمانی بود. بنابراین بیمارستان‌ها، هیچ انگیزه‌ای برای ارایه خدمات با کیفیت به این گروه از بیماران را نداشتند، در نتیجه این گروه از بیماران در صف انتظار طولانی و با پاسخگویی پایین بودند. این امر باعث درخواست و دریافت پول بیشتر از بیماران سایر طرح‌های بیمه شد (10).

طرح مزایای پزشکی کارکنان دولتی (CSMBS)[15]: از زمان ارایه اولین طرح بیمه‌ای، طرح‌های بیمه سلامت برای کارکنان بخش رسمی ادامه یافت. طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و خانواده‌های آن‌ها در سال 1980 تأسیس شد (10 و 29). این طرح به عنوان سخاوتمندانه‌ترین طرح بیمه‌ای کشور محسوب می‌شد چون مزایای بهداشتی جامع، از جمله بستری و خدمات سرپایی در بیمارستان‌های عمومی و خدمات اورژانس در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را در برمی‌گرفت. اعضا ملزم به پرداخت هیچ‌گونه حق بیمه‌ای نبودند چون دولت همه هزینه‌ها را پوشش می‌داد. ارایه‌دهندگان خدمات، این طرح را به دلیل سیستم بازپرداخت کارانه سخاوتمندانه آن دوست داشتند. با فشار برای کنترل هزینه‌ها، به ویژه پس از شروع بحران اقتصادی، وزارت دارایی که مسؤول CSMBS بود از سال 1998 به آرامی چند اقدام برای کاهش هزینه از جمله کاهش مزایا و اصلاحات سیستم پرداخت اجرا کرد. مزایای مراقبت از بیماران بستری خصوصی قطع شد و بسته خدمات دارو به داروهای ذکرشده در لیست فهرست ملی داروهای ضروری کاهش یافت مگر این که توسط یک دکتر ضروری تشخیص داده می‌شد. در سال 2003، طرح سیستم پرداختی با بازپرداخت کامل برای مراقبت از بیماران بستری به بازپرداخت DRG تغییر داد (10).

طرح تأمین اجتماعی (SSS)[16]: قانون تأمین اجتماعی در سپتامبر سال 1990 اعلام شد. این قانون برای پوشش بیماری‌ها و آسیب‌های کارکنان بخش خصوصی (اما نه وابستگان آن‌ها) راه‌اندازی شد. تمام شرکت‌های خصوصی با حداقل 20 نفر از کارکنان، مجبور به مشارکت در طرح تأمین اجتماعی هستند. در سال 1994، این طرح برای پوشش دادن همه شرکت‌ها با حداقل 10 نفر کارمند گسترش یافت و در سال 2002 دوباره برای پوشش دادن تمام شرکت‌ها گسترش یافت. طرح تأمین اجتماعی توسط وزارت کار تنظیم و توسط اداره تأمین اجتماعی مدیریت می‌شود (25 و 29).

بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از طریق عقد قرارداد، خدمات سرپایی و بستری را به اعضا ارایه می‌کنند. این بیمارستان‌ها اغلب پیمانکاران اصلی نامیده می‌شوند. اعضا می‌توانند یک پیمانکار به انتخاب خود انتخاب کنند. پس از آن می‌توانند خدمات بهداشتی و درمانی، تنها از شبکه‌ای از پیمانکار اصلی که خود انتخاب کرده‌اند، بدون هیچ پرداختی به دست بیاورند. دفتر تأمین اجتماعی بر اساس تعداد اعضای ثبت نام شده در بیمارستان سرانه پرداخت می‌کند (10). در این نوع از سیستم، ارایه‌دهندگان خدمات، انگیزه زیادی برای نگه‌داشتن هزینه‌ها به میزان حداقل دارند. آن‌ها هیچ دلیل مالی برای ارایه خدمات غیرضروری و یا تجویز بیش از حد ندارند؛ بنابراین هزینه برای این طرح به راحتی کنترل می‌شود.

[14] Medical Walfare Scheme
[15] Civil Servants Medical Benefit Scheme
[16] Social Security Scheme

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

برنامه کارت درمانی داوطلبانه [17](VHCS): تلاش برای گسترش پوشش به کارگران بخش غیررسمی با طرح‌های تأمین مالی جامعه در سال 1983 و برنامه کارت درمانی داوطلبانه در سال 1991 مورد آزمایش قرار گرفت، اما هر دو برنامه شکست خوردند (25). با تبلیغات رسانه‌های جمعی گسترده و حمایت دولت، این طرح در مناطق مختلف بسیار محبوب بود و تا 12% از تایلندی‌ها عضو آن بودند. اغلب ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بودجه‌ای کلی از صندوق کارت سلامت محلی بر اساس تعداد کارت‌های فروخته شده دریافت می‌کردند، اما این مقدار با توجه به هزینه‌های واقعی از مراقبت‌های پزشکی بیمارستان‌ها ناکافی و بازیافت هزینه نیز کم بود. یکی از دلایل اصلی برای تأمین پایین هزینه، ماهیت داوطلبانه این طرح بود که آن را در معرض انتخاب نامساعد و سوءاستفاده از سیستم قرار داد. آمار بهره‌مندی نشان می‌دهد که اعضای طرح داوطلبانه بیشتر از جمعیت عمومی از خدمات سرپایی و خدمات بستری استفاده می‌کردند. خود انتخابی کاملاً مشهود بود، یکی از دلایل این امر آن بود که زنان باردار و بیماران مبتلا به بیماری مزمن اغلب به کرات بعد از تشخیص بیماری، مبادرت به خرید کارت‌های سلامت می‌کردند. سطح پایین تأمین هزینه و ثبات مالی بحث برانگیز به تصمیم دولت برای پایان دادن به برنامه در سال 2001 منجر شد (10).

محتوای طرح پوشش همگانی

مهم‌ترین اهداف اصلاحات پوشش همگانی عبارتند از بهبود کارایی از طریق استفاده منطقی از مراقبت‌های سلامت از طریق سطح‌بندی که با مراقبت‌های اولیه آغاز شده و در قالب سیستم ارجاع هدایت می‌شود، محدودسازی هزینه‌های طولانی مدت از طریق قراردادهای مبتنی بر سرانه، اطمینان از کیفیت و دسترسی عادلانه به مراقبت‌ها، تفکیک خریدار از ارایه‌کننده و تعیین مناسب نقش خریدارن، ارایه دهندگان و حاکمیت (11).

طرح پوشش همگانی از جنبه‌های متعددی از دو طرح بیمه تأمین اجتماعی و بیمه کارکنان دولتی متفاوت است: بسته جامع آن شامل پیشگیری و ارتقای سلامت است، الگوی قرارداد خریدار- فروشنده از سرانه برای بودجه بیماران سرپایی به اضافه DRG برای بیماران بستری استفاده می‌کند و مشتریان باید به عنوان جامعه تحت پوشش در لیست یکی از ارایه‌دهندگانی که تحت قرارداد نظام سلامت جهت ارایه خدمت در ناحیه مشخصی است ثبت‌نام کنند. فارغ از تفاوت‌های موجود، هر سه طرح، طیف کاملی از خدمات سلامت ضروری را پوشش می‌دهند. بنابراین طرح پوشش همگانی نمی‌تواند به عنوان مراقبت سلامت نامطلوبی برای فقرا نگریسته شود (11). طرح پوشش همگانی به طور قابل‌توجهی به دنبال چیدمان مدیریتی، سازمانی، نظارتی و مالی بود که نهادهای نوین، روابط نوین و شیوه‌های کاری نوین را در بر می‌گرفت. یکی از نوآوری‌های قابل توجه، ایجاد سازمان ملی تأمین سلامت (NHSO) بود تا به عنوان خریدار از سوی ذی‌نفعان طرح پوشش همگانی عمل کند. در واقع هدف جدایی خریدار از ارایه کننده بود. این امر بدان مفهوم بود که وزارت سلامت عمومی، کنترل چندان زیادی بر مخارج دولتی مربوط به خدمات سلامت عمومی نداشت (11).

بنابراین همزمان با اجرای سیاست‌های پوشش همگانی، وزارت بهداشت در آوریل 2001، پیش‌نویس لایحه تأمین سلامت ملی را جهت استقرار NHSO و صندوق ملی تأمین سلامت به عنوان مکانیسم‌های رسمی برای مدیریت و تأمین مالی پوشش همگانی تهیه کرد. هدف از ایجاد این صندوق، متعادل کردن برنامه‌های بیمه‌ای موجود بود (28). در ابتدا، وزارت سلامت سازمان اصلی اجرا کننده طرح بیمه همگانی بود (30).

سازمان ملی تأمین سلامت به عنوان یک سازمان نیمه دولتی با وزیر بهداشت عمومی به عنوان ریاست هیات اجرایی آن تأسیس شد. فعالیت و مدیریت صندوقِ برنامه پوشش همگانی از وزارت بهداشت به سازمان ملی تأمین سلامت به عنوان خریدار مراقبت‌های بهداشتی برای اعضای پوشش همگانی منتقل شد. چندین کمیته برای بهبود سیستم پوشش همگانی و آماده شدن برای ادغام فعالیت‌های خرید مراقبت‌های سلامت در آینده راه‌اندازی شد (10). سازمان ملی تأمین سلامت، سازمان خودمختاری است که به دنبال دستیابی به گسترش پوشش بیمه‌ای در بین گروه‌هایی است که تاکنون توسط هیچ برنامه دولتی بیمه نشده‌اند. هیأت مدیره سازمان ملی تأمین سلامت (NHSB) در تلاش است تا پوشش همگانی کاملی را در آینده نزدیک ارایه دهد. این سازمان، وظایف بسیار مهمی برعهده دارد که از آن جمله می‌توان به استاندارد کردن بسته‌های مزایا، روش‌های پرداخت، سطح یارانه قابل پرداخت به صندوق‌ها اشاره نمود (31).

نظام پرداخت با سقف مشخص و تأکید بر مراقبت‌های اولیه

طرح پوشش همگانی با هدف گسترده برخورداری عادلانه همه تایلندی‌ها از مراقبت‌های سلامتی سه ویژگی تعریف شده دارد: طرح تأمین مالی شده از راه مالیات که خدمات رایگانی را فراهم

[17] Voluntary Health Card Scheme

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

می‌کند، بسته خدمت جامع با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه شامل پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت و بودجه ثابت با محدود کردن پرداخت به ارایه‌کنندگان[18] جهت کنترل هزینه‌ها (11). برنامه پوشش همگانی در تلاش است تا از مکانیسم‌های مالی برای تقویت مراقبت‌های اولیه استفاده نماید. منبع اصلی مالی طرح پوشش همگانی، درآمدهای مالیاتی است که به صورت سالیانه توسط دولت برای هر فرد پرداخت می‌شود (سرانه 1899 بات در سال 2007) (31 و 32). این مبلغ به صورت مستقیم به ارایه‌کنندگان دارای قرارداد به عنوان سرانه پرداخت می‌شود (33). در بخش بیمه همگانی، پرداخت برای خدمات سرپایی به صورت سرانه است و دولت به ازای افراد نام‌نویسی شده در مراکز دارای قرارداد به آن‌ها سرانه پرداخت می‌کند. میزان این سرانه سالانه محاسبه می‌شود (28 و 34). برای خدمات بیمارستانی، روش مورد استفاده، نظام پرداخت گلوبال بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته است. همچنین خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، جزیی از بسته پایه است و نحوه پرداخت به ارایه‌دهندگان آن‌ها بر اساس سیستم سرانه به همراه پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد (35).

استفاده از روش‌های محدودکننده[19] پرداخت در اکثر سازمان‌های بیمه‌گر موجب افزایش کارایی، کاهش هزینه و استفاده معقول از خدمات شده است (34). مراقبت‌های اورژانسی و تصادفی خارج از تشکیلات ثبت‌نام، ارایه می‌شود و از طریق یک صندوق مرکزی قابل بازپرداخت است. تصمیم به نگهداری بودجه مراقبت‌های پر هزینه و مراقبت‌های اورژانس در سطح مرکزی برای کمک به تجمیع ریسک در سراسر پیمانکاران اصلی است (10). جنبه جالب توجه سیستم سرانه مورد استفاده در تایلند، مشارکت بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی است. در حال حاضر در حدود نیمی از بیمارستان‌های دارای قرارداد، بیمارستان‌های بخش خصوصی هستند. این بیمارستان‌ها سرانه‌ای مانند بیمارستان‌های دولتی دریافت می‌کنند (36).

فرایند سیاست‌گذاری: چگونگی حرکت به سمت پوشش همگانی

شناسایی مشکل[20]: تایلند نمونه جالب و عینی برای بررسی مشکلات پیش‌روی ادغام صندوق‌های مختلف بیمه‌ای با پوشش گروه‌های متفاوت جمعیتی به یک نظام همگانی است (37). قبل از استقرار سیاست پوشش همگانی در سال 2001، سیستم‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی پیچیده بوده و شامل چند طرح مالی بود. هر یک از طرح‌های تأمین مالی، قوانین و مقررات و مزایای بسته‌بندی خاص برای جمعیت تحت پوشش خود را داشتند. افراد فاقد پوشش بیمه‌ای باید مبالغ هنگفتی را در مراکز دولتی می‌پرداختند و یا از مراکز خصوصی استفاده می‌کردند. تعداد بسیار کمی نیز بیمه خصوصی داشتند. این صندوق‌ها از نظر ویژگی‌هایی مانند درصد پوشش از کل جمعیت تایلند، تعریف افراد واجد شرایط، بسته مزایا، روش پرداخت، منابع مالی، سرانه هزینه و میزان یارانه دریافتی با هم متفاوت بودند. هر کدام از این طرح‌ها بخش‌های متفاوتی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دادند و از روش‌های مختلفی برای بازپرداخت و جمع‌آوری درآمد استفاده می‌کردند. توزیع نامناسب و ناعادلانه یارانه‌های دولتی بین طرح‌های ذکر شده، سطح بهره‌وری و مزایای تحت‌پوشش هر طرح را شدیداً تحت تأثیر قرار داده بود (37 و 38). ناکارآمدی تقریباً در همه طرح‌ها به دلایل مختلف، از جمله انتخاب معکوس، مخاطرات اخلاقی، و عدم کارآیی تخصیصی برجسته بود. حدود 70% از جمعیت، تحت پوشش چهار طرح بیمه سلامت عمومی بود، در حالی که بیمه خصوصی تقریباً هیچ نقشی نداشت. 30% باقی‌مانده بیش از 15 میلیون نفر، شامل کارکنان بخش غیررسمی در سطوح پایین اقتصادی و اجتماعی، تحت هیچ بیمه درمانی نبودند و به صورت آزاد برای خدمات بهداشتی و درمانی و دارو پرداخت می‌کردند (25). ناعدالتی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات و همچنین ناعدالتی در تأمین مالی به شدت رواج پیدا کرده بود و از طرفی بحران اقتصادی باعث شده بود فشار هزینه‌های درمانی بیش از پیش احساس شود (25).

دستورگذاری[21]: چند عامل در برجسته شدن و توجه به مشکلات مورد اشاره و نگاه به پوشش همگانی برای رفع آن مشکلات مؤثر بود. اصلاحات سیاسی در سال 1995 پس از سقوط دولت نظامی آغاز و منجر به یک قانون اساسی جدید گردید که در سال 1997 اعلام شد (11 و 25). بر طبق قانون اساسی تایلند، سلامت حق اساسی هر شهروند تایلندی بوده و دسترسی برابر به خدمات سلامت بایستی تضمین گردد (39) و افراد فقیر حق استفاده از خدمات سلامت از مراکز دولتی را بدون پرداخت هیچ وجهی دارند (40). قانون اساسی 1997 به یک محیط مساعد برای توسعه پوشش همگانی منجر شد. در تطابق با روحیات قانون اساسی 1997، کارگروه پوشش همگانی در سال 2000 با حمایت مؤسسه تحقیقات سیستم‌های سلامت

[18] A fixed budget with caps on provider payments
[19] Open Ended
[20] Problem Identification
[21] Agenda Setting

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

شکل گرفت تا جایگزین‌های بالقوه برای پوشش همگانی را بررسی کند. پنجره فرصت سیاستی که اصلاح‌گران در انتظار آن بودند در انتخابات ملی 2001 گشوده شد. نتایج ارزیابی‌ها نشان داد که پوشش همگانی "از نظر مالی و برنامه‌ای" امکان‌پذیر است و بنابراین سعی کردند آن را به یک فرصت سیاستی تبدیل کنند. در حالی که قبلاً در جلب حمایت حزب دموکرات حاکم شکست خورده بودند، حزب رقیب، یعنی تایراکتای را بسیار پذیرا یافتند. پوشش سلامت همگانی یکی از نه اولویت شد و شعار مبارزه انتخاباتی‌اش "30 بات همه بیماری‌ها را درمان می‌کند" به سرعت توجه عموم را به خود جلب کرد. طرح پوشش همگانی، مورد پذیرش حزب تایراکتای قرار گرفت، چرا که دارای سه ویژگی مشروعیت، سازگاری و امکان‌پذیری بود. مشروع بود چون سلامت به عنوان یک حق برای هر تایلندی در قانون اساسی 1997 مورد تأکید قرار گرفته بود؛ پوشش همگانی سازگار با قصد دولت برای اصلاح نظام سلامت و خدمات دولتی بود و طبق تخمین‌های صورت گرفته، اجرای طرح پوشش همگانی با توجه به ظرفیت بودجه سلامت امکان‌پذیر بود (25).

تدوین سیاست[22]: قبل از اجرای پوشش همگانی در سال 2001، این موضوع که چگونه می‌توان به پوشش همگانی دست یافت به طور منظم از اوایل 1990 مورد بحث بود. از اواخر سال 1990، گروهی از افراد اصلاح‌طلب در وزارت سلامت عمومی (MOPH) و مؤسسه تحقیقات نظام‌های سلامت-یک نهاد نیمه عمومی مستقل که با MOPH در ارتباط بود- به طور نظام‌مند در حال مستند کردن بی‌عدالتی‌های سلامتی و تدوین گزینه‌های سیاستی آگاه از شواهد مانند اصلاحات تأمین مالی اساسی در جهت دستیابی به پوشش همگانی برای رفع این بی‌عدالتی‌ها بود (11). جلسات متعدد و کارگاه‌های آموزشی به بحث در مورد روش‌های ممکن برای پوشش همگانی سازماندهی شد. به عنوان مثال، در سال 1993، هیأت اقتصاد ملی و توسعه اجتماعی، وزارت بهداشت عمومی، و بانک جهانی یک کارگاه آموزشی سازمان یافته در مورد گسترش بیمه سلامت برگزار کردند اما شرکت‌کنندگان در مورد چگونگی دستیابی به پوشش همگانی به توافق نرسیدند (10 و 25).

در سال 1996، وزارت بهداشت و کمیته دایمی در بهداشت و درمان مجلس نمایندگان، پیش‌نویس لایحه بیمه ملی سلامت و خدمات را تهیه کرد که می‌توانست به راه‌اندازی یک طرح بیمه درمانی اجباری برای پوشش کسانی که در آن زمان توسط برنامه‌های دیگر پوشش داده نمی‌شدند کمک کند. طرح جدید از مجموعه حق بیمه تأمین می‌شد و دولت به حق بیمه برای فقرا یارانه می‌پرداخت؛ با این حال، قبل از این که این لایحه در نظر گرفته شود در پارلمان منحل شد (10).

کارگروه پوشش همگانی در سال 2000 با حمایت مؤسسه تحقیقات سیستم‌های سلامت شکل گرفت تا جایگزین‌های بالقوه برای پوشش همگانی را بررسی کند. این کمیته مورد مطالعه و امکان‌سنجی مالی دستیابی به پوشش جهانی را تأیید و اشاره کرد که این امر می‌تواند با فرض یک سیستم بیمه درمانی کارآمد قابل اجرا باشد. در مجموع در هر سال، 100 بات میلیارد برای پوشش همگانی پیش‌بینی می‌شد که خیلی بیشتر از 76 میلیارد بات -که در حال حاضر در هر سال توسط برنامه‌های بیمه سلامت مختلف و بودجه سلامت عمومی صرف می‌شود- نبود. با این حال، این امر به معنی اصلاحات عمده در تأمین منابع مالی بود که باعث تغییر مسیر منابع مالی از منابع مختلف به یک سیستم پرداخت کننده واحد می‌شد. علاوه بر این، کمیته پیشنهاد کرد که بر تقویت مراقبت‌های اولیه هزینه اثربخش تمرکز کنند و جدایی بین خریداران و ارایه‌کنندگان صورت بگیرد. سه روش جایگزین برای دستیابی به پوشش همگانی پیشنهاد شد: گسترش سیستم تأمین مالی موجود، معرفی یک سیستم واحد سلامت ملی و معرفی یک سیستم دوگانه بیمه سلامت عمومی و خصوصی (25).

سیاست‌گذاران و تکنوکرات‌ها دریافتند که تکیه بر طرح‌های موجود برای گسترش پوشش به جمعیت بیمه نشده، به خصوص برای کسانی که در بخش غیررسمی‌اند به احتمال خیلی ضعیفی موفقیت‌آمیز خواهد بود. مخالفت شدیدی از سوی اعضای طرح تأمین اجتماعی، به خصوص انجمن‌های حامی کارگران در رابطه با گسترش این طرح به دیگر گروه‌ها ایجاد شد، چون ترس از این بود که منابع صندوق تأمین اجتماعی به عنوان یارانه برای بقیه جمعیت استفاده شود. دفتر تأمین اجتماعی، نگران محاسبات اکچواری و حمایت محدود کارفرمایان بود. همزمان طرح رفاه پزشکی کارکنان دولت برای مستخدمین دولتی بود و با بخش غیررسمی زیاد سازگار نبود. همچنین طرح کارکنان دولت برای توسعه به بیمه نشده‌ها ناکارا و ناتوان بود. رویکرد انتخابی خاتمه طرح رفاه پزشکی و طرح کارت سلامت اختیاری و اصلاح سیستم‌های تأمین مالی سلامت برای ایجاد یک طرح جدید برای اعضای غیر CSMBS و SSS بود (25).

اجرای سیاست[23]: پس از پیروزی حزب تایراکتای در انتخابات، کارگروهی برای اجرای برنامه پوشش همگانی تأسیس و وزارت

[22] Policy Formulation

[23] Policy Implementation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

بهداشت به اجرای برنامه موظف شد. اعضای کارگروه تحت برنامه‌های منظم آموزشی برای اجرای منظم برنامه اجرایی قرار گرفتند. استقرار طرح پوشش همگانی، نیازمند اصلاحات عمده سیستم پرداخت وزارت بهداشت به مراکز بهداشتی (از یک سیستم بودجه تاریخی به سرانه) بود. کارت‌های عضویت پوشش همگانی در ابتدا بین اعضای طرح‌های رفاه پزشکی و VHCS و سپس در آوریل 2001 بین افراد بیمه نشده توزیع شد. این برنامه در شش استان به‌صورت آزمایشی آغاز شد و در سال 2002 به تمام کشور گسترش یافت (10 و 25).

طرح پوشش همگانی، تمام افراد فاقد پوشش را به همراه افراد تحت پوشش طرح کارت سلامت اختیاری و طرح رفاه پزشکی افراد کم درآمد را با هم در قالب یک برنامه تحت پوشش درآورد (34). در طول یک سال از آغاز این طرح در سال 2001، طرح بیمه همگانی 47 میلیون نفر، یعنی 75% از جمعیت این کشور را پوشش داد. این تعداد شامل 18 میلیون افرادی نیز می‌شد که قبلاً بیمه نبودند (11). این صندوق به وسیله درآمدهای مالیاتی عمومی تأمین مالی می‌شود. این لایحه همچنین پیش‌بینی کرده است که با انتقال وظایف خرید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دو طرح تأمین اجتماعی و بیمه کارکنان دولت به این صندوق، این صندوق تنها خریدار مراقبت‌های بهداشتی در آینده خواهد بود (10).

سازمان ملی تأمین سلامت، طرح پوشش همگانی را مدیریت کرده و در مقابل هیأت مدیره سازمان ملی تأمین سلامت ملزم به پاسخگویی به 47 میلیون عضو طرح پوشش همگانی و دولت تایلند بود. سازمان ملی تأمین سلامت برای استفاده از قدرت مالی‌اش در نظام ارایه خدمات برای رفع نیازهای سلامتی ذی‌نفعانش و بهبود کارایی با خرید مراقبت از واحدهای محلی تحت قرارداد به ویژه شبکه نظام سلامت واحد ایجاد شد. سازمان ملی تأمین سلامت، تمامی بیمارستان‌های تحت قرارداد را ملزم کرد تا برای هر 15-10 هزار نفر ذی‌نفع ثبت‌نام شده واحد مراقبت سلامت اولیه ایجاد کنند. برای مثال در یک منطقه روستایی، بیمارستان متعهد (تحت قرارداد)، بیمارستان منطقه‌ای بود که به جمعیت 50000 نفری خدمت ارایه می‌داد و قادر بود بیش از پنج واحد مراقبت اولیه داشته باشد. کل شبکه فراهم کننده منطقه‌ای به عنوان "واحد متعهد (قرارداد بسته) برای مراقبت اولیه" یا CUP[24] شناخته می‌شد. این واحدها خدمات مراقبت اولیه ارایه داده و ارجاع بیماران به سطوح خدمات مراقبت ثانویه و ثالثیه را تنظیم می‌کردند (25).

اعضای طرح پوشش همگانی به طور خودکار به CUP اختصاص داده می‌شدند که آن‌ها را به بیمارستان منطقه‌ای محلی‌شان ارتباط می‌داد. این ارتباط بر اساس آدرس منزل افراد که در سند ثبت‌نام خانه‌شان درج شده بود صورت می‌گرفت. بنابراین انتخاب ارایه دهنده خدمت توسط اعضای طرح پوشش همگانی کم بود و یا اصلاً وجود نداشت. این محدودیت انتخاب در مناطق روستایی بیشتر بود. جایی که همه بیمارستان‌های منطقه‌ای متعلق به وزارت سلامت عمومی (MOPH) بوده و همه بیمارستان‌های MOPH و واحدهای مراقبت اولیه‌اش ملزم به قرارداد با سازمان ملی تأمین سلامت بودند (41).

ارزیابی تأثیر سیاست پوشش همگانی[25]

با وجود این که پوشش همگانی در طول اجرا با مشکلاتی مواجه شد، این طرح یکی از محبوب‌ترین سیاست‌های دولت شناخته می‌شود و در میان نظرسنجی‌ها، بالاترین رتبه‌بندی را به خود اختصاص داده است. پرداخت سرانه، ارتباط بین مصرف‌کنندگان و خرید خدمات را حفظ می‌کند؛ چون پول وصل به بیمار است. آمار بهره‌مندی، افزایش مراجعات سرپایی به مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های منطقه‌ای و کاهش خدمات سرپایی ارایه شده توسط بیمارستان‌های عمومی را نشان می‌دهد که نشان دهنده سیستم دروازه‌بانی و ارجاع مناسب و تأکید بر خدمات مراقبت‌های اولیه تأکید دارد (10 و 42).

شواهد نشان می‌دهد با شروع طرح پوشش همگانی، عدالت مالی و محافظت مالی افزایش یافته است. اولاً تأمین مالی صعودی مبتنی بر مالیات برقرار است به طوری که اغنیا بیشتر از فقرا پرداخت می‌کنند. دوماً دسترسی به خدمات سلامت برای فقرا به خاطر شبکه ارایه‌کنندگان قابل دسترس در سطح ناحیه به آسانی صورت می‌گیرد. سوماً سیستم استفاده از یارانه‌های دولتی برای حمایت از فقرا که قبل از پوشش همگانی وجود داشت بعد از آن نیز به‌خصوص در بیمارستان‌های سطح شهرستان و استان ادامه پیدا کرد و این حمایت مالی در واقع نتیجه نحوه چینش سیستم در جهت استفاده بهتر فقرا از خدمات بود (43). هزینه‌های فقیر سازنده نیز کاهش پیدا کرد. علت اصلی پرداخت از جیب مردم در حال حاضر دو مورد زیر است: استفاده از خدمات بستری بیمارستان‌های خصوصی که تحت پوشش طرح پوشش همگانی نیستند یا دور زدن سیستم ارجاع و پرداخت کل هزینه (43).

تعهد مالی دولت تایلند در طرح پوشش همگانی در 10 سال اول قابل‌توجه بود. پس از آغاز طرح، هزینه‌های عمومی دولت

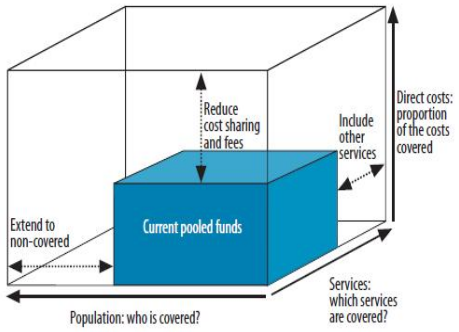
[24] Contracting unit for primary care

[25] Policy Evaluation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

بر روی سلامت از 1/9 بیلیون دلار در سال 2001 به 2/7 بیلیون دلار در سال 2002 افزایش یافت و سپس به طور پیوسته و یکنواخت سال به سال افزایش یافت تا در سال 2008 به 7/4 بیلیون رسید (11).

نکته بسیار قابل توجه، تأثیر حاصل از استقرار طرح بیمه همگانی در 10 سال اول بود. طرح بیمه همگانی، دسترسی به خدمات ضروری سلامت، عدالت در بهره‌وری خدمات و پیشگیری از فقر به دلیل استفاده از خدمات سلامت را بهبود بخشید. در فواصل سال‌های 2003 تا 2010 تعداد معاینه‌های سرپایی برای هر نفر در هر سال از 2/45 به 3/22 و تعداد پذیرش بیمارستانی به ازای هر نفر در هر سال از 0/094 به 0/116 افزایش یافت. داده‌های به دست آمده از سال 2010 حاکی از سطح بسیار پایین نیاز برآورده نشده برای خدمات سلامتی در تایلند است. تعداد خانوارهای غیرفقیر که در نتیجه پرداخت برای داروها و خدمات سلامتی دچار فقر شده بودند به طور قابل توجهی از 2/71% در سال 2000 (قبل از طرح پوشش همگانی) به 0/94% در سال 2009 کاهش یافت (11). شکل 2، وضعیت استقرار پوشش همگانی در تایلند را بر اساس اجزای مکعب پوشش همگانی نشان می‌دهد.



محور افقی (جمعیت تحت پوشش): 99% پوشش جمعیتی
محور عمودی (هزینه‌های دریافت خدمت): رایگان بودن خدمات در نقطه مصرف، و میزان بسیار کم پرداخت از جیب مردم و نرخ پایین بروز هزینه‌های کمرشکن و فقیرکننده به خاطر استفاده از خدمات درمانی
محور عرضی (خدمات تحت پوشش): بسته خدمات بسیار جامع و گسترده، خارج بودن صرفاً برخی خدمات نادر از بسته خدمتی و تحت پوشش بودن تقریباً تمام خدمات در بسته خدمت

شکل 2- وضعیت تایلند در سال 2014 بر اساس اجزای مکعب پوشش همگانی سلامت (44)

عوامل کمک کننده به عدالت و محافظت مالی

چهار ویژگی کلیدی سیستم سلامت تایلند، در ارتقای عدالت و محافظت مالی مؤثر بود. اول، مالیات عمومی (در عوض پرداخت حق بیمه از طرف اعضا) با توافق جمعی به عنوان منبع اصلی تأمین مالی طرح پوشش همگانی انتخاب شد. مقدار ناچیز 30 بات که به عنوان پیش‌پرداخت در سال 2001 به ازای هر ویزیت یا پذیرش از بیماران گرفته می‌شد نیز در سال 2007 برداشته شد، یکی از دلایل این امر آن بود که هزینه اداری و اجرایی جمع‌آوری پیش‌پرداخت‌ها از درآمد حاصله بیشتر بود؛ دوم، در سال 2001 سیاست پوشش همگانی در عوض سیاست توسعه تدریجی پوشش به جمعیت‌های هدف اتخاذ شد. طرفداران سیاست توسعه تدریجی پوشش به جمعیت‌های هدف، توسعه پوشش به زیرگروه‌های جمعیتی را توصیه می‌کنند، مانند پوشش مؤثر خانواده‌های فقیر، توسعه پوشش بیمه اجتماعی به همسر و فرزندان، ثبت‌نام اختیاری اعضای بیشتری از خویش‌فرمایان بیمه اجتماعی از طریق پرداخت ماهانه حق بیمه‌های ثابت، تقویت طرح بیمه اختیاری یارانه‌ای دولت برای بخش غیررسمی، و تشویق عضویت در بیمه‌های خصوصی اختیاری برای اغنیا. برعکس، حامیان طرح پوشش همگانی، حق مراقبت سلامت برای همه شهروندان در قانون اساسی را مورد استفاده قرار دادند و استدلال آن‌ها این بود که وقت آن رسیده است که تایلند به تلاش 27 ساله رویکرد توسعه پوشش به جمعیت‌های هدف با حدود 30% جمعیت خارج از پوشش بیمه در سال 2001 خاتمه دهد و این که مکانیسم شناسایی افراد مستحق در شناسایی افراد فقیر و رد افراد غیرمستحق در دسترسی به خدمات رایگان به خاطر پارتی‌بازی در سطح محلی ناکارا بوده است. از این گذشته، پوشش طرح اختیاری بیمه اجتماعی سلامت به خاطر پرداخت کل حق بیمه از طرف اعضا و نبود حمایت مالی دولت برای آن‌ها پایین بود. سوم این که گزینه بسته حداقلی خدمات پایه به علت حمایت از بسته خدمت جامع کنار گذاشته شد. همچنین دفتر ملی تأمین سلامت که مسؤول طرح پوشش همگانی بود در مراحل بعد گام‌هایی را در جهت توسعه پوشش به تعدادی از بیماری‌ها که علت هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها بودند برداشت و از این طریق حفاظت مالی تقویت شد (43).

نقش‌آفرینان

در فرایند اجرای پوشش همگانی در تایلند، نقش‌آفرینان متعدد نقش متفاوتی در تسهیل یا اجرای اصلاحات ایفا کرده‌اند. سیاست‌مداران، جامعه مدنی و تکنوکرات‌ها همگی در به موفقیت رساندن اصلاح طرح پوشش همگانی، نقش‌های عمده‌ای از حمایت کردن از تعهدات مجلس تا پوشش سلامت همگانی از طریق طرح سیاست، استقرار و ارزشیابی داشته‌اند.

احزاب سیاسی: پوشش همگانی به عنوان موضوعی مهم در سطح ملی مورد توجه تای راک تایلندی -حزب سیاسی جدید ایجاد شده توسط ثروتمندترین سرمایه‌دار تایلند- تاکسین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

شیناواترا- قرار گرفت. این طرح برای رسیدن به پوشش همگانی جزء کلیدی از برنامه این حزب برای انتخابات 2001 بود.

وزارت سلامت عمومی: در ده سال اول، جدایی خریدار- ارایه‌کننده بزرگ‌ترین چالش طرح پوشش همگانی بود. وضعیتی که به مراتب از ثبت نام 47 میلیون نفر در طرح جدید و پیدا کردن منابع عمومی برای پوشش 18 میلیون نفری که قبلاً بیمه نبودند مشکل‌تر بود.

جامعه پزشکی: تصویب لایحه قانون تأمین سلامت ملی در سال 2001 بدون مخالفت نبود؛ با فشار لابی قوی از گروه‌های مختلف ذی‌نفع در مجلس مواجه بود. جامعه پزشکی این لایحه را در رابطه با پوشش همگانی حمایت کرد اما مخالفت خود را در بند مسؤولیت پزشکی که در این لایحه مطرح شده بود اعلام کرد و نگرانی خود را از قدرت خریدار مراقبت‌های بهداشتی واحد ابراز کرد.

اعضای طرح تأمین اجتماعی و اتحادیه‌های کارگری: این گروه از ذی‌نفعان در مورد انحراف بودجه از صندوق تأمین اجتماعی به طرح پوشش همگانی نگران بودند و منافع تحت پوشش همگانی را پایین‌تر از آن چه که آن‌ها از قبل داشتند می‌پنداشتند. اتحادیه، چندین تظاهرات خیابانی را برای ابراز نگرانی‌های خود علیه ادغام طرح تأمین اجتماعی با طرح پوشش همگانی سازماندهی کرد. دفتر تأمین اجتماعی نگران بود که مبادا ذخیره‌های مالی طرح تأمین اجتماعی به عنوان یارانه برای طرح پوشش همگانی استفاده شود (27).

وزارت مالی: تکنوکرات‌ها در وزارت مالی نگرانی خود را از مشکلات بالقوه بلندمدت پیامدهای بودجه این برنامه که قرار بود از طریق مالیات‌ها تأمین مالی بشود ابراز داشتند و اشاره کردند که این برنامه ممکن است بدهی‌های عمومی را که در حال حاضر هم بالا بود افزایش دهد (10).

طرح مزایای پزشکی کارکنان دولتی: وزارت مالی مسؤول صندوق کارکنان دولت، خواهان این بود که بسته رفاه پزشکی سخاوتمندانه برای جبران دستمزد پایینِ کارکنان، به آن‌ها ارایه شود (11).

مراکز ارایه دهنده خدمات درمانی: مشهورترین بیمارستان‌های سطح سوم که از ارایه خدمات به مستخدمین دولتی درآمد مناسبی را به دست می‌آوردند کاهش کیفیت در ارایه خدمات را در صورت ادغام طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت به طرح پوشش همگانی را پیش‌بینی می‌کرد (11).

گروه‌های جامعه مدنی: بر اساس لایحه وزارت بهداشت عمومی که در سال 1996 آماده شده بود پیش‌نویس لایحه تأمین اجتماعی ملی را تهیه کردند. علاقه اولیه گروه‌های جامعه مدنی برای افزایش حمایت از مصرف‌کننده و مشارکت مصرف‌کننده در مدیریت نظام سلامت بود.

مردم و رسانه: رسانه‌ها همچنین نقش مؤثری در آگاه نگهداشتن مردم بازی کردند که در زمینه اطلاع‌رسانی مباحث مختلف پوشش همگانی و تحولات آن و در نتیجه افزایش آگاهی مردم از این موضوع فعال بودند.

بحث

طرح پوشش همگانی تایلند بخاطر سرعت استقرار آن و همچنین اجرای آن بعد از بحران مالی آسیا در سال 1977 بر خلاف توصیه برخی از متخصصان خارجی که اجرای طرح را از نظر مالی قابل تداوم نمی‌دانستند، قابل توجه است (11)؛ هرچند اقدام جمعی مورد نیاز برای تبدیل این شواهد به سیاست، به دلیل رکود اقتصادی و فقدان حمایت سیاسی محدود شد. در حالی که دولت‌های این دوره، فقرا و گروه‌هایی که از نظر اجتماعی محروم بودند را مورد حمایت قرار داد، پوشش همگانی سلامت را مقرون به صرفه ندانستند. عاملی که باعث شد تا چیزی را که به ظاهر غیرممکن بود، ممکن کند تقارب سه عمل تسهیل کننده تعهد سیاسی، بسیج جامعه مدنی و دانش فنی بود. در این موفقیت اقبال نیز نقش داشت.

حمایت سیاسی پایدار: طرح پوشش همگانی علی‌رغم تغییر 7 دولت در طول دوره 11 ساله دوام آورد

بین سال‌های 2001 تا 2011، طرح پوشش همگانی علی‌رغم این که 7 دولت، 6 انتخابات، 10 سرپرست هیأت مدیره سازمان تأمین ملی سلامت، و 6 وزیر بهداشت را تجربه کرد باز هم کامیاب شد و با موفقیت مسیر خود را طی کرد. حمایت مردمی از طرح به خاطر مزایای مشخص و قابل لمس، تداوم تعهد سیاسی را تضمین کرد، از طرفی هم ظرفیت اجرایی NHSO، ادعاهای سیاسی را به نتایج قابل لمس تبدیل کرد. بنابراین، علی‌رغم تغییر مکرر دولت‌ها، طرح پوشش همگانی از حمایت اجتماعی برخوردار بود، دسترسی رایگان به شبکه خدمات بهداشتی شهرستان نه تنها بهره‌مندی را بهبود داد، بلکه پرداخت از جیب مردم را از 33/3% کل هزینه‌های سلامت در سال 2001 به 13/9% در سال 2010 کاهش داد. به طور همزمان، هزینه‌های دولت از 56/3% به 74/8% کل هزینه سلامت در همان بازه زمانی افزایش پیدا کرد. با درک مزایای قابل لمسِ طرح، به تدریج این مردم بودند که متولی و صاحب طرح بودند نه حزب‌های سیاسی (43 و 45).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

طرح همگانی مبتنی بر مالیات: قول سیاسی و امکان‌پذیری مالی

تصمیم بر پوشش همگانی و تأمین مالی آن از طریق مالیات، تصمیمات کاملاً نزدیک و مرتبط به هم بودند. طرح پوشش همگانی روش‌های پرداخت با سقف پرداخت (closed-end) مانند سرانه برای خدمات سرپایی و بودجه کلی و DRG برای خدمات بستری را بکار گرفت و این امر تصمیم‌گیری سیاسی را تسهیل کرد و به جلوگیری از افزایش هزینه‌ها منجر شد. همچنین جمع‌آوری حق بیمه از اعضای طرح پوشش همگانی نه از نظر فنی در کوتاه‌مدت ممکن بود و نه از نظر سیاسی قابل پذیرش بود. از طرفی با توجه به این که 75% جمعیت در بخش غیررسمی کار می‌کردند، حتی برای طرح‌های مشارکتی (پرداخت حق بیمه از طرف اعضا) تقریباً غیرممکن بود که بتوانند در مدت کوتاه چهار سال فعالیت دولت، به پوشش همگانی دست یابند. بنابراین با توجه به امکان و ظرفیت جمع‌آوری مالیات بیشتر و محدود کردن هزینه‌ها به منظور پایداری مالی، تنها گزینه، راه‌اندازی طرح مبتنی بر مالیات بود (43).

تجربه به دست آمده از طرح‌های سلامت قبلی- چه مثبت و چه منفی- در طراحی طرح پوشش همگانی مفید بود. به دلیل آن که در سال 2001، تایلند تقریباً بنیان مستحکمی برای استقرار طرح داشت، تهیه فهرست سریع[26] شامل شبکه‌ای گسترده از تسهیلات سلامت مراکز متعلق به دولت، سیاست سلامت خوب بنیان نهاده شده و مؤسسات نظام‌های پژوهشی، ظرفیت‌های استقرار سلامت عمومی و نظام ثبت مدنی کامپیوتری امکان‌پذیر شده بود (11). پوشش جغرافیایی گسترده تسهیلات مراقبت‌های سلامتی متعلق به وزارت سلامت عمومی (MOPH)[27]، زیرساخت مهمی برای استقرار طرح پوشش همگانی بود. این امر بدان مفهوم بود که اعضای طرح - بسیاری از آن‌هایی که در مناطق روستایی زندگی می‌کردند- به خدمات دسترسی داشتند. در سال 1970، تایلند ساخت بیمارستان‌های بیشتر و آموزش بیشتر پرستاران و پزشکان را شروع کرد و بنابراین تا اواخر سال 1990 نسبت جمعیت به ازای تخت و نسبت جمعیت به ازای پرستار و پزشک به طور قابل توجهی بهبود یافت (41).

این تلاش‌ها متمرکز بر گسترش نظام سلامت ناحیه‌ای در سرتاسر کشور بود. علاوه بر تأمین مالی سلامتی و خدمات سلامت، تایلند ظرفیت‌های دیگری داشت که برای گسترش سریع طرح پوشش همگانی مهم بود. ظرفیت پژوهشی به نسبت قوی و مؤسسات پژوهشی نظام‌های سلامت خوب پایه‌ریزی شده بدان مفهوم بود که شواهد خاص کشوری برای آگاهی دادن به طراحی طرح در دسترس بود. اداره عمومی و ظرفیت نهادی وزارت سلامت عمومی هر دو در فرماندهی‌ها و دفاتر سلامت استانی در استقرار و مدیریت اصلاح‌ها مهم بودند. نهایت آن که نظام ثبت کامپیوتری شده کشوری مورد استفاده در ثبت تمام تولدها و مرگ‌ها ثبت اعضا در طرح جدید را تسهیل و استفاده از آن در سه طرح بیمه‌ای سلامت را ممکن کرد. این نظام ثبت همچنین امکان مقایسه اطلاعات فرد ثبت‌نام شونده را ممکن گردانید (11 و 45).

اجرای سریع برنامه پوشش همگانی، با چندین مانع فنی رو به رو بود. مشکل اول این بود که چگونه کسانی که بیمه نبودند را شناسایی کند. با توجه به این که هیچ پایگاه داده‌ای از ذی‌نفعان CSMBS وجود نداشت، به سرعت با استفاده از یک پایگاه داده ثبت‌نام دولتی، یک سیستم اطلاعات جامع برای اجتناب از هم‌پوشانی مزایای بیمه سلامت ایجاد شد. این کار آسان نبود چون باید برای بیش از 50 میلیون نفر پرونده تشکیل می‌شد. مشکل دوم مربوط به اصلاح پرداخت به ارایه‌کنندگان بود که همراه با پیاده‌سازی پوشش همگانی بود. با وجود تصمیم به استفاده از سرانه به عنوان مکانیسم پرداخت، گزینه‌های مختلف و دقیق سیاست اجرای سرانه نیازمند برنامه‌ریزی و اجرای دقیق بود. اول، سطح مناسب برای پرداخت سرانه به موضوع اصلی بحث در زمان پیاده‌سازی تبدیل شد (10).

از دیگر چالش‌های طرح پوشش همگانی، نگرانی تأمین مالی بلندمدت آن است. سازمان تأمین سلامت ملی در حال حاضر از طریق درآمدهای مالیات عمومی، تأمین مالی می‌شود که نیازمند مذاکرات سالانه بر سر بودجه سرانه بین سازمان ملی تأمین سلامت و وزارت مالی است. در سال‌های اخیر تمایل روشن به سوی تصویب بودجه سرانه پایین‌تر از آن چه که برای پوشش هزینه کافی است در نظر گرفته شده بود. علاوه بر این، بودجه در دسترس سازمان ملی تأمین سلامت برای پوشش همگانی از هیچ‌گونه مساعدت برخوردار نبوده و به این ترتیب ممکن است برای پوشش هزینه‌های طولانی مدت با مشکل روبرو شود. با تغییر در تکنولوژی مراقبت‌های بهداشتی و افزایش پیر شدن جمعیت، انتظار می‌رود هزینه‌های این برنامه همچنان افزایش یابد و پایداری مالی طرح را در معرض خطر قرار دهد. بنابراین مکانیسم‌های مالی بلندمدت جایگزین ضروری است. چندین مطالعه در حال حاضر مشغول بررسی امکان گرفتن بودجه از

[26] A rapid roll-out
[27] Ministry of Public health

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

منابع دیگر، از جمله مالیات بر توتون و تنباکو یا الکل و یا پرداخت حق بیمه هستند (10).

چالش عمده دیگر مربوط به ادغام طرح پوشش همگانی با دو طرح تأمین اجتماعی و طرح مزایای پزشکی کارکنان دولتی است. طراحان طرح پوشش همگانی، دستیابی به پوشش همگانی را از طریق ایجاد یک صندوق واحد پیش‌بینی کرده بودند؛ طرحی که با مخالفت دو بیمه دیگر مواجه شد (27). همسان‌سازی سه طرح بیمه سلامت دولتی بعد از ده سال از شروع پوشش همگانی در تایلند، هنوز شدیداً محل بحث و چالش است. در واقع یکی از اهداف اصلاحات انجام شده در تایلند، استاندارد کردن بسته خدمات پایه در بین سه برنامه بیمه‌ای و کم کردن شکاف بین خدمات این سه صندوق بود (46). ناعدالتی بین این سه طرح، حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت همگانی به معنی حق دسترسی مراقبت سلامت با استاندارد یکسان برای تمام مردم تایلند را با چالش مواجه کرده است. مطالعات اخیر، ناعدالتی در دسترسی به خدمات ضروری ارایه شده توسط طرح‌ها را به اثبات رساند که این ناعدالتی شامل تفاوت در بسته خدمات، روش و نرخ پرداخت، و ارایه داروهای گران‌قیمت و روش‌های درمانی پر هزینه بود (11 و 27). کارکنان دولت از یک بسته خدمت خیلی خوب برخوردارند، در حالی که اعضای طرح تأمین اجتماعی حتی نسبت به اعضای طرح پوشش همگانی از بسته محدودتری استفاده می‌کنند (27).

ماده (9) قانون تأمین سلامت ملی تایلند حاکی از آن است که طرح پوشش همگانی در نهایت تنها طرح بیمه سلامت خواهد بود چون که CSMBS و SSS خدمات بهداشتی و درمانی برای اعضای خود را از طریق سازمان ملی تأمین سلامت خریداری خواهند کرد. با این حال، روند ادغام با توجه به تفاوت‌های بزرگ بین طرح‌ها آسان نیست (10). در این راستا نظام‌های سلامت می‌باید تلاش خود را معطوف به پوشش بیشتر هزینه‌ها و مخارج سلامت و خدمات ارایه شده توسط نظام سلامت نمایند و در عین حال تلاش کنند که افراد کمتری دچار مخارج کمرشکن سلامت شوند (47). بر اساس اجزای مکعب پوشش همگانی سلامت، تلاش نظام‌های سلامت باید در جهت پوشش کامل خدمات پایه و ضروری سلامت و همچنین پوشش قریب به اتفاق افراد جامعه باشد. البته برخورداری خدمات سلامت از کیفیت مطلوب به قدری ضروری است که به عنوان بعد چهارم در پوشش همگانی می‌تواند لحاظ گردد.

نتیجه‌گیری

فرایندهای سیاست‌گذاری بسیار به شرایط محیطی وابسته هستند، اما تجربه اصلاح تایلند می‌تواند درس‌های ارزشمندی در راستای اجرای موفق پوشش همگانی در سایر کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه فراهم کند. تحلیل عوامل مؤثر در موفقیت تایلند نشان داد که عوامل بسیاری در استقرار موفق سیاست پوشش همگانی سلامت دخیل هستند. این عوامل عبارتند از: تعهدات مالی و سیاسی، خدمات مدنی عام‌المنفعه، سازمان‌های فعال جامعه مدنی، ظرفیت فنی برای تولید و بهره‌گیری از شواهد پژوهشی، رشد اقتصادی و اتخاذ سیاست‌های افزایش فضای مالی. پذیرش این امر که در راستای یافتن مسیر درست به سوی پوشش همگانی دولت‌ها قادر به توسعه تمامی این عناصر در طول زمان هستند بسیار مهم است. تجربه به دست آمده از این کشور نشان می‌دهد که دستیابی و نگهداشت پوشش همگانی سلامت، فرآیندی پیچیده است و نیازمند تعهد سیاسی بلندمدت و تعدیلات مداوم در میان بسیاری از اجزای نظام سلامت برای انطباق با شرایط گذرای اجتماعی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی کشور است. لذا بهره‌گیری از نظرات و دیدگاه‌های افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف ذی‌نفع و هم‌فکری و مصالحه با آن‌ها در جهت حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت مهم است. در غیر این صورت این سیاست در مرحله تدوین و اجرا با خطر مواجه شده و توسط گروه‌های ذی‌نفعی که احساس خطر کرده و در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند، متوقف می‌گردد.

در تایلند تعهد سیاسی به پوشش همگانی و امکان‌پذیری مالی باعث انتخاب و ترجیح پوشش همگانی مبتنی بر مالیات نسبت به هدفمند کردن یارانه‌ها و مشارکت افراد شد. ظرفیت اجرایی سازمان ملی تأمین سلامت که با شواهد علمی هدایت و با حمایت جامعه مدنی که خواستار عدالت و محافظت مالی بود همراه بود توانست به محافظت مالی کمک کند. به تدریج طرح پوشش همگانی تحت مالکیت اعضایش که 75% جمعیت بود قرار گرفت و کمتر تغییرات سیاسی بر آن مؤثر واقع شد، بنابراین حمایت سیاسی پایدار ضروری است. تجربه تایلند نشان داد که حمایت سیاسی پایدار، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، و وجود سازمان خریدار توانمند در جهت دستیابی به پوشش همگانی ضروری است. کشورهایی که در تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت هستند، نیاز به یک برنامه منسجم دارند تا فرایند اصلاح را مدیریت کنند. همچنین ظرفیت‌سازی نه فقط برای طراحی و تدوین سیاست پوشش همگانی، بلکه برای

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

مدیریت استقرار طرح که شامل ایجاد ظرفیت برای یادگیری از تجربه و افزایش سرعت اجرای طرح می باشد ضروری است. هم چنین لازم است در راستای ظرفیت‌سازی برای طراحی و تدوین سیاست پوشش همگانی و نیز مدیریت استقرار طرح به منظور یادگیری از تجربیات سایر کشورها و افزایش سرعت اجرای آن اقداماتی صورت بگیرد. برای آن دسته از کشورهایی که هنوز متعهد به استقرار پوشش کامل همگانی هستند، این مطالعه پیام روشن و ساده‌ای دارد: پوشش همگانی برای کشوری با درآمد کم و متوسط امکان‌پذیر است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

این مقاله جزو اولین مقالاتی است که به تحلیل سیاست پوشش همگانی سلامت تایلند با استفاده از الگوی معروف تحلیل سیاست می‌پردازد. نتایج به دست آمده از این مطالعه بیانگر آن است که اجرای برنامه‌های بزرگ اصلاحی نظام سلامت از نظر سیاسی آسان نخواهد بود و موفقیت یک برنامه سلامت به استفاده درست از ظرفیت‌های علمی و تولید شواهد متقن برای طراحی دقیق یک سیاست و توجه به ابعاد امکان‌پذیری اقتصادی و اجرایی آن وابسته است. توجه به بازیگران مختلف شامل موافقین و مخالفین که هرکدام دارای منافعی در سیستم سلامت هستند برای اجرای مناسب برنامه‌ها الزامی است.

تجربه تایلند نشان داد که پوشش همگانی می‌تواند به عنوان یکی از استراتژی‌های مهم برای دست‌یابی به عدالت در استفاده از خدمات سلامت مؤثر واقع شود. عدالت در سلامت که یکی از آرمان‌های سیاست‌گذاران کشورمان می‌باشد می‌تواند اهمیت پوشش همگانی سلامت را بیش از پیش متذکر شود. در این راستا هنگام حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، در ابتدا باید جمعیت‌های آسیب‌پذیر موردتوجه و حمایت قرار بگیرند و هدف‌گذاری مناسبی در این خصوص مورد تأکید قرار بگیرد. تجربه تایلند به عنوان یک کشور با درآمد متوسط به پایین بیانگر آن است که دستیابی به پوشش همگانی، به خصوص در کشورهای کم‌درآمد و در حال توسعه که بخش بزرگی از مردم در بخش غیررسمی اقتصاد شاغل هستند بدون حمایت مالی پایدار دولت، حداقل در کوتاه‌مدت ممکن نخواهد بود. لذا چنان چه کشوری بخواهد در این مسیر گام بردارد لازم است به تداوم تأمین مالی پایدار در نظام سلامت آن کشور توجه لازم داشته باشد. موفقیت تایلند در دستیابی به پوشش همگانی، بار دیگر لزوم داشتن نگاه نظام‌مند و کل‌نگر و توجه به اجزای اصلی و اهرم‌های کنترل نظام سلامت برای اجرای برنامه‌های بزرگ مانند طرح پوشش همگانی سلامت را گوشزد کرد. تأکید بر مراقبت‌های اولیه سلامت، سطح‌بندی، استفاده از روش‌های پرداخت با سقف مشخص مانند سرانه و گروه‌های تشخیصی وابسته و کنترل هزینه‌های نظام سلامت در کنار پوشش همگانی سلامت، عاملی مهم در بهبود محافظت مالی از دریافت‌کنندگان خدمت و حرکت سریع به سمت پوشش همگانی می‌باشد.

References

1- World Health Organization Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010: World Health Organization Geneva; 2010.
2- Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. The Lancet 2012; 380 (9837):126-33.
3- Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet 2012; 380(9845):924-32.
4- Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86(11): 857-863.
5- McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86(11):871-6.
6- Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet 2013; 382(9886):65-99.
7- Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88(6):402-3.
8- O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? The Lancet 2014; 383(9913):277-9.
9- Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. The Lancet 2012; 380(9845):933-43.
10- Hsiao W, Shaw R, Fraker A, Hanvoravongchai P, Jowett M, Pinto D, et al. Social health insurance for developing nations. WBI Development Studies, The World Bank, Washington DC. 2006.
11- Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, An independent assessment of the first 10 years (2001-2010) 2012.
12- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H ,et al. Human resources for health and universal

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization 2013; 91(11):853-63.
13- The Constitution of the Islamic Republic of Iran. Article 29. Available from: http://www.iranonline.com/iran/iran-info/government/constitution.htm.
14- Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. Archives of Iranian Medicine 2015; 18(7).
15- Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. International Journal of Health Policy and Management 2015. 4(4): p. 207.
16- Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Ravaghi H, Takian A. Fail to prepare and you can prepare to fail: the experience of financing path changes in teaching hospitals in Iran. BMC Health Services Research 21;16(1):138. doi: 10.1186/s12913-016-1405-7.
17- Organizing Health Law, 2002. Parliament of Islamic Republic of Iran. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/93855
18- Comprehensive Structure of Welfare and Social Security Law; 2004. Parliament of Islamic Republic of Iran. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94018
19- The regulations of fifth Economic, Social and Cultural Development Plan. Iranian Parliament: Tehran. 2011.
20- Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray F S, Brugha R, Lucy Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning 2008; 23:308-17.
21- Araújo Jr JLC, Maciel Filho R. Developing an operational framework for health policy analysis. Analysing Health Policy 2001;1(2): 203-221.
22- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning. 1994;9(4):353-70.
23- Doshmangir L, Rashidian A. How to do policy analysis? A view on approaches and modes of policy analysis in health sector. Hakim Health Sys Res 2014; 17(2): 138- 150. (in Persian)
24- Thamarangsi T. [dissertation]. Alcohol Policy Process in Thailand. Auckland: Massey University. 2008.
25- Pitayarangsarit S. [dissertation]. The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2004.
26- Doshmangir L. Theories and models of policy making for doing health policy analysis. Hakim Health Sys Res J; In Press
27- Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints. 2013.
28- Dehnaviyeh R. Designing a Model for Determining Basic Health Insurance Package in Iran-2008: School of Management and Medical Information Sciences Dissertation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2009.
29- Yiengprugsawan V, Carmichael GA, Lim LL, Seubsman S-a, Sleigh AC. Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand? Health & Place 2010;16(5):1030-7.
30- Suraratdecha C, Saithanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care: Findings from three low-income provinces of Thailand. Health Policy 2005; 73(3):272-84.
31- Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. BMJ 2004; 328(7431):103.
32- Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. Health Affairs 2007; 26(4):999-1008.
33- Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. Advances in Health Economics and Health Services Research 2009; 21:57-81.
34- Tangcharoensathien V. Overview of Health Insurance Systems, Chapter 2, Health Insurance System in Thailand, HSRI, Thailand, 2002.
35- Pramualratana P, Wibulpolprasert S. Health insurance systems in Thailand: Health Systems Research Institute; 2002.
36- World Health Organization. Social Health Insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific. New Delhi: Regional Office for South-East Asia; 2005.
37- Mossialos E. Funding health care: options for Europe. Open University Press Maidenhead; 2002.
38- Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science and Medicine 1999;48(7):913-23.
39- Watabe A, Wongwatanakul W, Thamarangsi T, Prakongsai P, Yuasa M. Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand. Health Promot Int. 2016 Mar 17. pii: daw010. [Epub ahead of print]
40- Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. Health Policy 2004;68(1):17-30.
41- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. Health Policy and Planning 2014:czu120.
42- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. PLoS Medicine 2014;11(9):e1001726.
43- Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S, Patcharanarumol W, Prakongsai P, Sumalee H, Tosanguan J, et al. Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. Health Res Policy Syst 2013; 11:25.
44- Tangcharoensathien V. Introduction to Thai health systems. A Conference at Ministry of Health and Medical Education, Tehran, IR Iran. October 6, 2014
45- Somkotra T, Lagrada LP. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. Social Sciences and Medicine 2008; 67(12):2027-35.
46- Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Auamkul N, Jongudoumsuk P. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. Reproductive Health Matters 2002; 10(20):59-69.
47- Lu J-FR, Hsiao WC. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. Health Affairs 2003;22(3):77-88.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Universal Health Coverage in Thailand: Achievement and Experiences Learned

Doshmangir L[1,2] (MSc, PhD), Rashidian A[3,4] (MD, PhD), Bazyar M[3*] (MSc, PhD Condidate)

[1] *Department of Health Services Management, Iranian Center of Exellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[2] *Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[3] *Department of Health Management and Economics, Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4] *Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Original Article
Received: 27 Apr 2015, Accepted: 25 Jul 2015

Abstract

Introduction: Universal health coverage (UHC) means all people can use preventive, curative, rehabilitative and palliative health services whenever they need them, without exposing to financial hardship. Achieving the UHC is an aspiration for many countries. Thailand is an examplar of such a successful country in achieving the UHC. The aim of this study was to investigate the process of achieving the UHC in Thailand and the experiences learned from this national movement.

Methods: We used the health policy triangle framework (Walt & Gilson model) to analyze the UHC in Thailand. Documents, including official published and unpublished reports, journal articles, PowerPoint slides, and news were selected from related websites including the World Bank and WHO. Additional data were gathered from key health policymakers involved in the UHC in Thailand via email. Data from related discussions were included as well.

Results: The UHC implementation resulted in equity and financial protection in Thailand. The UHC resulted in more accessibility to essential health services, equity in health service utilization, and less impoverishment due to the use of health services. The convergence of three facilitators caused achievement of the UHC in Thailand including political commitment, civil society mobilization and technical knowledge.

Conclusion: Thailand's political commitment to the full implementation of the UHC and financial feasibility made the UHC achievable. Using closed-end payment methods -aiming for total health care expenditures constraint-, economic growth, and focusing on primary care were among other reasons which helped Thailand to achive the UHC. Lessons learned from Thailand's UHC should be used in low- and middle-income countries.

Key words: universal health coverage, policy analysis, Thailand

Please cite this article as follows:

Doshmangir L, Rashidian A, Bazyar M. Universal Health Coverage in Thailand: Achievement and Experiences Learned. Hakim Health Sys Res 2015; 18(3): 217- 232.

[*] Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina Ave, Tehran 1417613191, Islamic Republic of Iran. E-mail: Bazyar.mohamad@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]