

نظام مراقبت از سلامت و بیمه‌های اجتماعی تایلند

ترجمه دکتر قدسی یزدیان*

چکیده

بررسی نظام سلامت کشور تایلند و اصلاحات انجام‌شده آن بیانگر عزم ملی این کشور در برخورد با مقوله بی‌عدالتی است. این کشور هنوز با مشکلات جدی مواجه است و طرح پوشش همگانی آن عمدتاً از منابع دولتی تأمین می‌شود و بخش خصوصی با در اختیار داشتن حدود ۲۵ درصد از تخت‌های بیمارستانی قدرت چندانی ندارد. بنابراین انجام اصلاحات در این کشور راحت‌تر به نظر می‌رسد.

در کشور تایلند اجرای مقررات به طور جدی حتی در بخش خصوصی دنبال می‌شود. سازمانها و طرحهای گوناگون بیمه مستقل از یکدیگر کار می‌کنند و هر طرح با منابع در اختیار خود خدمات را ارائه می‌دهند. فعالیت این سازمانها بیشتر در راستای سیاستگذاری در نظام سلامت و تحقیق و آموزش است. این سازمانها از طریق مؤسسه یا واحد کشوری اصلاح نظام سلامت به طور مستقیم تحت نظر رئیس دولت قرار دارند.

دولت با مسئولیت کامل تأمین منابع مالی سلامت را بر عهده دارد. برای توانمندسازی نیروی انسانی در چارچوب اصلاح نظام سلامت ساختار، برنامه و بودجه‌ای مشخص وجود دارد.

پیروی از نظام سرانه پرداخت و طرح دروازه‌بان سیستم در تمام سازمانهای بیمه‌گر وجود دارد (چه در بخش بستری و چه در بخش سرپایی).

نظام پوشش همگانی تایلند طرحی حمایتی برای هدفمند کردن یارانه‌هاست. می‌توان بخشی از جمعیت کشور را که تأمین سلامت آنان از منابع عمومی فراهم می‌شود (روستاییان، اقشار آسیب‌پذیر شهری، بیمه‌شدگان سایر اقشار، نیازمندان و...)، در قالب چنین طرحی و با اجرای نظام پرداخت سرانه با محوریت بیمارستان منطقه قرار دارد، به گونه‌ای که بخش خصوصی نیز در کنار بخش دولتی و با محوریت بیمارستان با نظام طراحی شده خدمات را ارائه دهد.

* رئیس گروه برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و نظارت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور

مقدمه

رویکرد نیازهای اساسی توسعه^۱ فرآیندی است که هدف آن دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر است و برخلاف روشهای سنتی و معمول، برنامه‌ریزی و ادارهٔ امور از پایین به بالا و در سطح محیطی است. مردم به منزلهٔ مجری و کارگزاران دولتی به منزلهٔ فراهم‌کنندهٔ تسهیلات و حامی عمل می‌کنند. اگر عرصهٔ مشارکت مردم بدرستی فراهم شود آنها قادر خواهند بود به گونه‌ای موفقیت‌آمیز، بخش قابل توجهی از نیازهای توسعه‌ای خود را با ابتکار و همت خود تأمین و مرتفع سازند.

این رویکرد در حال حاضر در چندین کشور عضو منطقهٔ مدیترانهٔ شرقی سازمان جهانی بهداشت در محدوده‌های تعیین‌شده به عنوان رهیافتی برای ارتقای کیفیت زندگی مردم و جامعه از طریق دستیابی به نیازهای اساسی آنها و کاستن از فقر و از میان بردن نابرابریهای اجتماعی از طریق اجرای اقدامات هماهنگ توسعه در حال اجراست.

در کشور ما نیز از سال ۱۳۷۹ مجدداً برنامه‌ها و فعالیت‌های BDN با تشکیل دبیرخانهٔ کشوری در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز شده است. برای آشنایی با تجربهٔ کشور تایلند هیئتی شامل نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهاد کشاورزی، دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه و چهارمحال بختیاری، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان بهزیستی استان خراسان و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مأمور بازدید از این کشور شدند. حمایت مالی و سازماندهی اجرایی این بازدید توسط دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران صورت گرفت.

بر اساس هدفهای اعلام‌شده که اهم آن آشنایی با برنامه‌های در دست اجرا در زمینهٔ مربوط به مشارکتهای مردمی و هماهنگی‌های بین‌بخشی و توانمندسازی جامعه است، بازدیدی از دانشگاه ماهیدول^۲ و اقدامات و آموزشهای صورت‌گرفته در زمینهٔ دستیابی به اهداف مذکور، دفتر تمرکززدایی نخست‌وزیری، یکی از مراکز بهداشت شهرستانها، مرکز مراقبتهای اولیهٔ بهداشتی، بیمارستان دولتی و نحوهٔ تأمین منابع خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاحات انجام‌شده که بخش مهمی از آن با هماهنگی و تعامل مردم و دولت صورت گرفته انجام شد.

1. Basic Development Needs (BDN)

2. Mahidol University

ویژگیهای کشور تایلند

– کشور تایلند در جنوب شرقی آسیا و در شمال خط استوا قرار دارد و بخشی از شبه‌جزیره هندوچین است. این کشور ۷۶ استان، ۸۷۶ بخش، ۱۱۲۹ شهر و ۶۳۹۷ روستا دارد. حدود ۱۰ روستا مجموعه‌ای را پدید می‌آورد که تامبون^۱ نام می‌گیرد.

– نظام اقتصادی تایلند، بتدریج از زمان برنامه اول توسعه اقتصاد ملی 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 داده است.

– اقتصاد تایلند در طول سه دهه گذشته سالانه رشد متوسطی معادل ۷/۸ درصد داشته است. رشد متوسط سالانه آن در فاصله سالهای ۱۹۹۰ - ۱۹۸۷، ۱۰/۵ درصد و بین سالهای ۱۹۹۶ - ۱۹۹۱، ۸/۳ درصد بوده است. در اواسط سال ۱۹۹۷ با شروع بحران اقتصادی که در اثر سرمایه‌گذاری بیش از حد در بخش سرمایه‌های غیرتولیدی به وجود آمد، رشد اقتصادی در این کشور به ترتیب به ۰/۴، -۹/۴ و ۳/۵ درصد در سالهای ۱۹۹۷، ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ رسید. رشد اقتصادی کشور تایلند در سال ۲۰۰۴ معادل ۶ درصد بود.

– واحد پول تایلند بت^۲ است و در حال حاضر هر ۳۸ بت معادل یک دلار ایالات متحد امریکاست.

– بازدید از دانشگاه ماهیدول: این دانشگاه در سال ۱۹۴۸ دایر شد و دارای ۱۲ دپارتمان شامل آمار حیاتی، میکروبیولوژی، اپیدمیولوژی، بهداشت عمومی، بهداشت دهان و دندان، بهداشت خانواده، مدیریت بهداشت، انگل‌شناسی، تکنولوژی محیط‌زیست، مهندسی بهداشت، تکنولوژی اطلاعات و تغذیه است. در این دانشگاه آموزشهای لازم به مردم در خصوص توانمندسازی آنان بخصوص توانمندسازی زنان، افزایش مشارکت مردم و اجرای پروژه‌هایی توسط دانشگاه با مشارکت مردم از قبیل:

- ۱- افزایش پوشش خدمات بهداشتی برای سالمندان
- ۲- ایجاد مهارتهای جدید و کسب درآمد برای خانواده‌ها

1. Tambon

2. Bhat

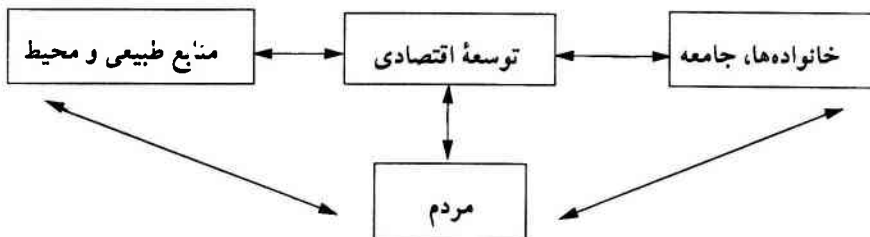
۳- توانمندسازی زنان از طریق آموزش و افزایش آگاهی آنان در خصوص نحوه تغذیه فرزندان، تشکیل صندوق‌های ذخیره و پرداخت وام به روستاییان و... در چهارچوب پروژه‌های شهر سالم و روستای سالم ارائه می‌شود.

برای دستیابی به اهداف توسعه با دادن آموزش، شناخت و آگاهی به مردم، کمک NGOها و دولت و همچنین جمع‌آوری اعانه، پروژه‌های کوچک ولی در عین حال مؤثر و مفید اجرا شده است. یکی از پروژه‌های اجرا شده با مشارکت مردم و دانشگاه ماهیدول، پیشگیری و کنترل بیماریهای چشمی در سالمندان است که در سه مرحله اجرا شده و نتیجه آن افزایش پوشش خدمات بهداشتی و پیشگیری از بیماریهای چشمی در سالمندان تحت پوشش این پروژه بوده است.

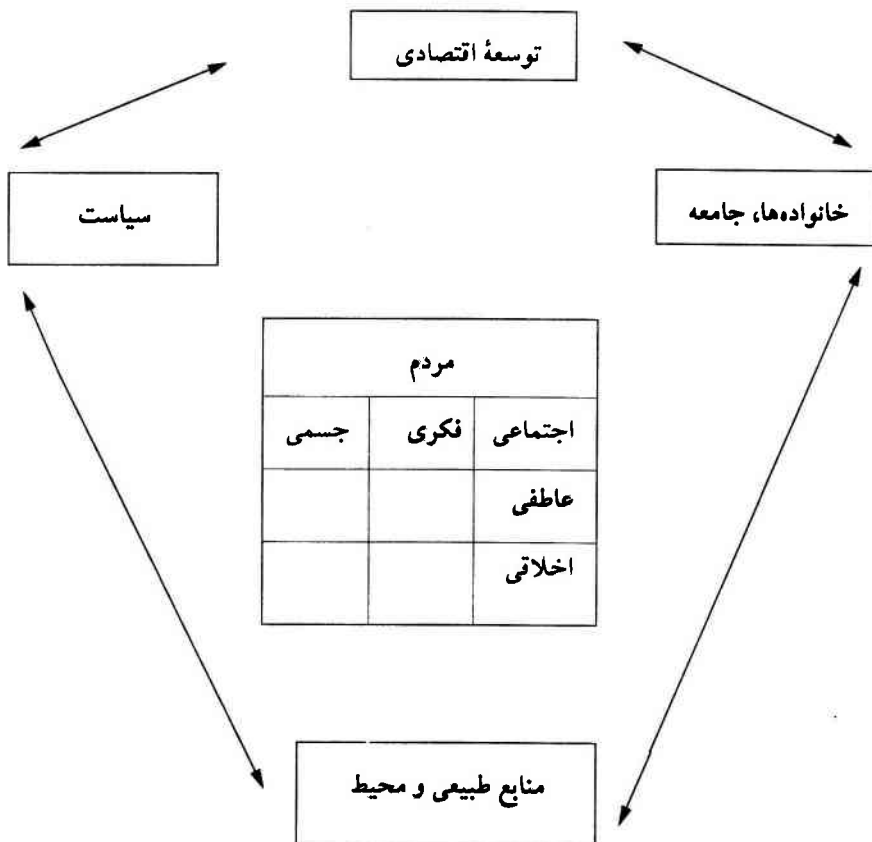
قابل ذکر است که هزینه‌های این پروژه از طریق اعانه و کمک مردم و بخشی نیز توسط بیمار تأمین شده است. کمیته تدوین برنامه توسعه سلامت، «سیمای سلامت» مردم تایلند در سالهای آینده را چنین ترسیم کرده است؛ همه شهروندان، فارغ از جنسیت، سن، شغل، مذهب، محل جغرافیایی، نژاد، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی خود از نظر جسمی، روانی و اجتماعی باید زندگی شاد با ویژگیهای زیر داشته باشند:

- الف - در خانواده‌ای با محیط و مناسبات گرم به دنیا آیند و بزرگ شوند.
- ب - از نظر جسمی، روانی و ذهنی آنقدر رشد کنند که بتوانند خود را با تغییرهای سریع جهان تطبیق دهند، تصمیم‌های منطقی بگیرند، رفتاری سالم و زندگی با نشاط و آرام داشته باشند.
- ج - از امنیت یا بیمه اجتماعی برخوردار باشند و به خدمات مناسب و معقول سلامت با کیفیتی مطلوب و هزینه‌های عادلانه و پذیرفتنی دسترسی یابند.
- د - در جامعه‌ای زندگی کنند که در آن بویژه برای مراقبت از افراد، خانواده و جامعه و با تأکید خاص بر کودکان، سالمندان، محرومان و ناتوانان، منابع تجمیع و مسئولیتها تسهیم شود.
- ه - زندگی و کار در محیطی ایمن و معتبر جریان یابد.
- و - عمری طولانی و عاری از بیماریهای توجیه‌ناپذیر و مرگ با عزت و حیثیت میسر شود.
- در برنامه‌های گذشته تایلند، مردم منبع اصلی تولید تلقی می‌شده‌اند، ولی امروزه مردم کانون و هسته مرکزی همه فعالیت‌های توسعه به شمار می‌روند. این تغییر را به صورت تصویر زیر نشان داده‌اند.

دیروز:



امروز:



آسیب‌پذیری کشور تایلند در بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ به سبب چند عامل عمده ارزیابی شده است که در میان آنها بر سرمایه‌گذاری نادرست، از جمله برای راه‌اندازی بیمارستانهای خصوصی تأکید شده است. تایلند از ژوئن سال ۱۹۹۷ با اعلام سیاستهای تدافعی اقتصادی و کمک گرفتن از صندوق بین‌المللی پول، تثبیت نرخ ارز، ثابت نگه داشتن نرخ بهره و میزان تورم در حد مطلوب، تغییر سیاستهای مالی و بودجه‌ای، تأکید بر پس‌انداز ملی و کنترل‌های مالی توانست از زیر بار بحران به درآید تا آنجا که رشد اقتصادی کشور در سال ۱۹۹۹ به $4/2+$ رسید و آن را محصول کاستن از هزینه‌های دولت، صادرات و سرمایه‌گذاری‌های بخش خصوصی دانسته‌اند.

در چهار دهه گذشته رشد صنعت در اقتصاد تایلند، که به عنوان کشوری با اقتصاد کشاورزی شناخته می‌شده است بیشتر و نمایانتر از کشاورزی و دیگر محورهای اقتصاد بوده است. درصد افراد دچار فقر تایلند که در آغاز دهه ۱۹۶۰ حدود ۵۷ درصد بود در سال ۱۹۹۶ به $11/4$ درصد رسید و پس از افزایش نسبی مقارن بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ که آن را به $15/9$ درصد رساند بار دیگر در سال ۲۰۰۱ به ۱۳ درصد کاهش یافته است.

گفته می‌شود مهاجرت روستاییان به شهرها، که با نرخ افزون‌تر مهاجرت نیروی کار کشاورزی به صنایع همراه بوده است، سبب جدایی در خانواده‌ها، تحمل شرایط پرفشار، جرم و جنایت، تراکم ترافیک، سوء مصرف مواد و مسائل زیست‌محیطی شده و دفع مواد زاید جامد مناطق حاشیه شهرها را به معضلی بزرگ تبدیل کرده است. بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ سبب بازگشت کارگران صنایع به روستاها شد بی‌آنکه کشاورزی کشور جایی برای اشتغال آنها داشته باشد به طوری که ۴۷۴۰۰۰ کارگر بیکار در سال ۱۹۹۸ در سال ۲۰۰۱ به ۷۰۱/۰۰۰ نفر رسید. میزان با سوادی در کشور ۹۵ درصد است که با وجود آسیب‌پذیری آن در بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷، همچنان بالاتر از متوسط کشورهای در حال توسعه جهان ($72/3$ درصد) قرار دارد و انتظار دارند در سال ۲۰۱۰ به ۹۷ درصد برسد.

تایلند در مهار رشد جمعیت موفق بوده و توانسته نرخ افزایش طبیعی جمعیت را که در سال ۱۹۷۰ حدود $3/2$ درصد بود، در سال ۲۰۰۰ به $1/5$ تقلیل دهد. انتظار دارند که این نسبت در سال ۲۰۲۰ به $0/53$ درصد برسد به نوعی که جمعیت آن روز کشور بیش از $72/5$ میلیون نفر نباشد.

در سالهای ۱۹۶۴ و ۱۹۹۹ امید به زندگی در بدو تولد در مردان و زنان به ترتیب از ۵۵/۹ سال و ۶۳ سال به ۷۰ و ۷۵ سال افزایش یافت و انتظار دارند در سال ۲۰۲۰ به ترتیب در مردان و زنان به ۷۲/۲ و ۷۶/۵ برسد. این در شرایطی است که گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، امید به زندگی در تایلند را ۶۲ سال و در میان ۱۹۱ کشور در رتبه ۹۹ اعلام می‌دارد. در طول سه دهه گذشته مرگ کودکان زیر یکسال تایلند از ۸۴/۳ به ۲۶/۱ در هزار تولد زنده و مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان از ۳۷۴/۳ درصد هزار تولد زنده به تنها ۷ نفر رسیده است.

نرخ طلاق (نسبت به ازدواج) در تایلند رو به افزایش است و از ۹/۷ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۲۳/۴ درصد در سال ۲۰۰۱ رسیده است.

در تایلند میزان خودکشی از ۵/۴ نفر در صد هزار نفر جمعیت (سال ۱۹۸۶) به ۷ نفر (سال ۱۹۹۷) رسیده است. میزان اختلال‌های روانی در همین مدت از ۲۱ در هزار به ۳۰ در هزار افزایش یافته است. بررسی سازمان جهانی بهداشت نشان داد که بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ میزان فشارهای فکری و روانی و خودکشی را در افراد بیکار تایلند دو برابر کرده است.

برنامه عمران سازمان ملل^۱ شاخص توسعه انسانی^۲ را معیار کیفیت حیات قرار داده است. شاخص توسعه انسانی در سال ۱۹۹۰ تایلند را با رقم $HDI=0/715$ ، در میان ۱۷۳ کشور جهان در ردیف هفتاد و چهارم قرار می‌داد. در سال ۱۹۹۵ تایلند به جایگاه پنجاه و نهم ارتقا یافت. بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ بار دیگر جایگاه تایلند را به هفتاد و ششم تقلیل داد، اما در سال ۱۹۹۹ به مرتبه شصت و ششم (در میان ۱۶۲ کشور جهان) دست یافت.

برنامه عمران سازمان ملل از سال ۱۹۹۴ شاخص فقر انسانی^۳ را مطرح ساخته است. این شاخص بر پایه درصد جمعیتی که پیش از چهل سالگی می‌میرند، درصد بزرگسالان بی‌سواد و درصد کسانی که از سلامت محرومند محاسبه می‌شود. تایلند پیش از بحران اقتصادی در میان ۹۰ کشور در حال توسعه بیست و نهم و در سال ۱۹۹۹ بیست و یکم بوده است.

در گزارش سال ۲۰۰۰ - ۱۹۹۹ سیمای سلامت کشور تایلند حتی با اشاره به شاخص تلقی

1. UNDP
2. Human Development Index (HDI)
3. Human Poverty Index (HPI)



فساد^۱ نشان داده شده است که از این نظر در میان ۹۱ کشور جهان در مرتبه ۶۱ قرار دارد؛ در وضعیتی بسیار بدتر از کشورهایی مانند فنلاند، دانمارک، نیوزیلند و کانادا و سنگاپور و مالزی و بهتر از فیلیپین و اندونزی و ویتنام.

دستگاه دولتی در تایلند گسترده و پر عرض و طول است. هزینه پرسنلی این کشور از ۳۷/۷ درصد بودجه کشور در سال ۱۹۸۰ به ۴۲/۲ درصد در سال ۲۰۰۱ رسیده است. از این رو دولت قادر به پرداختهای معقول نیست و اختلاف میان حقوق پایه (در زمان آغاز به کار) در دستگاه دولتی و بخش خصوصی زیاد است و در پست‌های بالا و مشاغل پیچیده بیشتر می‌شود. حقوق دولتی به طور معمول ۲/۶۶ برابر کمتر از پرداختی در بخش خصوصی است که در مشاغل بالا به ۴/۳۹ برابر می‌رسد. مطالعه کرده‌اند که اندوخته کارمندی که با مدرک دیپلم وارد خدمت دولتی می‌شود و تا مرحله بازنشستگی پیش می‌رود، در قیاس با فرد مشابه در بخش خصوصی ۲۸ برابر کمتر خواهد بود. قانون سال ۱۹۹۹ تایلند، دولت را ملزم ساخته است که خدمات اساسی را ظرف مدت چهار سال به تشکیلات محلی واگذارد. این امر سبب افزایش اختیار، درآمد و انگیزه در دولت‌های محلی و ارتقای ظرفیت‌های اجرایی در آنها شده است. در همین چارچوب، وزارت بهداشت به تشکیل هیئت‌های محلی سلامت^۲ دست زده است که در آن نمایندگان همه سازمانها، اعم از تامبون‌ها (روستاها)، شهرداری‌ها و تشکیلات انسانی و ملی حضور می‌یابند. هیئت محلی سلامت مسئول خرید خدمات سلامت برای مردم است و وزارت بهداشت عمومی را ناگزیر ساخته است که به ظرفیت‌سازی در آنها و توانمند ساختن آنان سرعت بخشد به نوعی که در مدت ۵ تا ۱۰ سال خدمات از کیفیت، کارایی و عدالت برخوردار شود.

خلاصه‌ای از وضعیت ارائه خدمات سلامت در تایلند

نیروی انسانی: وضعیت نیروی انسانی در مجموع مناسب است. ۶۰ تا ۸۰ درصد هزینه‌های جاری بخش سلامت به نیروی انسانی اختصاص می‌یابد.

در سال ۲۰۰۱ یازده دانشکده پزشکی تایلند (۱۰ دانشکده دولتی و ۱ دانشکده خصوصی) ۱۱۸۵ فارغ‌التحصیل داشته‌اند. از حدود ۲۵۰۰۰ پزشک تایلندی، ۱۸۰۰۰ نفر آنان به کار طبابت

1. Corruption Perception Index (CPI)

2. Area Health Board (AHB)

اشتغال دارند. توزیع نا بسامان سبب کمبود شدید پزشک در مناطق روستایی شده است. در حال حاضر نسبت پزشک به جمعیت یک به ۳۴۲۷ نفر است. مراکز بهداشتی درمانی به طور عمده با پرستار و تکنیسین (بدون پزشک) اداره می‌شوند.

تایلند در سال ۲۰۰۱، حدود ۷۳۳۷ دندان‌پزشک و ۸ دانشکده دندانپزشکی داشته است. نسبت دندان‌پزشک به جمعیت ۱ به ۸۴۶۳ است. ۱۴ دانشکده داروسازی، که دوتای آنها خصوصی است، در سال ۱۰۰۰ داروساز تربیت می‌کنند. تعداد داروسازان بیش از ۱۵۰۰۰ و نسبت داروساز به جمعیت ۱ به ۴۰۰۴ است.

نسبت پرستار به جمعیت در تایلند ۱ پرستار به ۸۷۰ نفر است و از این نظر با مشکلی روبه‌رو نیستند. کارکنان مراکز بهداشتی درمانی را پرستاران یا تکنیسین‌هایی تشکیل می‌دهند که بعد از تحصیلات دبیرستان دو سال دوره بهداشت عمومی دیده‌اند. در سال ۲۰۰۱ کل ۹۷۳۸ مرکز بهداشتی درمانی ۳۱۲۳۱ کارمند (متوسط ۳/۲ کارمند) داشته‌اند. نسبت مرکز به جمعیت ۱ به ۱۶۰۰ نفر است.

تسهیلات بهداشتی درمانی: تنوع واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی در تایلند زیاد است. این واحدها شامل بیمارستانهای دانشگاهی، بیمارستانهای عمومی، بیمارستانهای تخصصی، بیمارستانهای محلی با ۱۰ تخت و مراکز بهداشتی و درمانی است. در حال حاضر ۷۲۰ بیمارستان محلی در سطح شهرستان همراه با ۲۱۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۹۷۳۸ مرکز بهداشتی درمانی در تامبون‌ها و ۳۱۱ پایگاه بهداشت و ۶۹۳۷۲ مرکز مراقبت‌های اولیه بیش از ۹۰/۶ درصد از مردم را تحت پوشش خود دارند.

در بخش خصوصی ۶۵۰۵ داروخانه مدرن، ۴۸۱۵ داروخانه معمولی، ۱۹۹۰ داروخانه سنتی، ۱۴۴۰۳ مطب خصوصی و ۴۳۶ بیمارستان با ۳۹۵۵۱ تخت فعالیت دارند.

تکنولوژی و تجهیزات پزشکی

۵۷ درصد از داروهای مصرفی در داخل کشور تولید می‌شود. درصد افزایش ارزش داروهای مصرفی در فاصله‌های سال ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۰ بیش از درصد افزایش هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی کشور بوده است. از هزینه تولید دارو در داخل کشور، ۴۰ درصد آن صرف وارد کردن مواد اولیه از خارج کشور می‌شود. کشور تایلند ۹۰ درصد مواد اولیه را باید وارد کند و به این

ترتیب بیش از ۴۶ درصد هزینه دارو به صورت ارز خارجی پرداخت می‌شود. بیش از ۷۰ درصد از تولیدکنندگان دارو گواهی^۱ دریافت کرده‌اند. بعضی از اقلام دارویی تولیدشده را نیز صادر می‌کنند. رقم صادرات دارویی آنان از ۴۸۰ میلیون بت در سال ۱۹۸۹ به ۳۷۳۲ میلیون بت در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است.

تکنولوژی گران‌قیمت و نیز گذار اپیدمیولوژیک، هزینه خدمات سلامت در تایلند را افزایش داده است. وارد کردن تکنولوژی‌های پرهزینه بویژه در دوران شکوفایی اقتصاد کشور، پیش از بحران سال ۱۹۹۷، دامنه گسترده‌ای داشت به طوری که به عنوان مثال دستگاه‌های MRI کشور از سال ۱۹۸۸ تا سال ۲۰۰۰ از ۳ به ۲۶ رسیده است.

ساختار سازمانی

وزارت بهداشت عمومی مسئول ارتقا، حمایت، کنترل و هماهنگی فعالیتهای سلامت، تأمین سلامت مردم و فراهم‌کننده خدمات مورد نیاز است. بخش دولتی ارائه‌کننده خدمات مرتبط با سلامت جامعه، کارگران، زنان و کودکان متشکل است از:

- وزارت صنایع
- وزارت علوم، تکنولوژی و محیط
- وزارت کشاورزی و تعاونی‌ها
- وزارت کار و رفاه اجتماعی
- وزارت آموزش
- دفتر نخست‌وزیر (دفتر کمیته ملی محیط)
- سازمانهای دولتی که مسئولیت کارآمد بودن اجرای برنامه‌های سلامت را بر عهده دارند، عبارتند از:

- هیئت برنامه توسعه اقتصادی اجتماعی کشور (حمایت‌کننده برنامه‌ریزی)
- دفتر بودجه (حمایت‌کننده بودجه‌ای)
- کمیسیون خدمات دولتی (حمایت‌کننده در تأمین نیروی انسانی)

1. Good Manufacturing Practice (GMP)

- دپارتمان همکاری فنی و اقتصادی (کمکهای بین‌المللی)
- دفتر ملی آمار (حمایت اطلاعاتی)
- بنیان پژوهش تایلند و انستیتوی پژوهش در نظام سلامت (کمک تحقیقاتی)
- سازمانهای دولتی که مسئولیت سیاستگذاری (تصمیم‌سازی) در برنامه‌های سلامت بر اساس شواهد را دارند، عبارتند از:
 - انستیتوی پژوهش در نظام سلامت
 - دفتر ملی تأمین سلامت
 - دفتر سیاستها و استراتژی‌ها
 - برنامه (مؤسسه) بین‌المللی سیاستهای سلامت
 - صندوق ارتقای سلامت
- سازمانهای دولتی که مأموریت ارائه خدمات به گروههای خاص را بر عهده دارند، عبارتند از:

دفتر تأمین اجتماعی، دپارتمان بیمه و وزارت بازرگانی.

در تایلند ۳۷۵ واحد غیردولتی غیرانتفاعی مرتبط با خدمات سلامت فعالیت دارند. این سازمانها باید برای برخورداری از شخصیت حقوقی، خود را به ثبت برسانند. بسیاری از این سازمانها از کمکهای خارجی و حتی یارانه‌های دولتی استفاده می‌کنند. وزارت بهداشت عمومی در سالهای ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۷ بیش از ۴۹ میلیون بت را به حمایت از بخش خصوصی برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماریها، حفاظت محیط و مراقبتهای اولیه بهداشتی اختصاص داده است. در سال ۲۰۰۱، ۳۷۱ سازمان غیردولتی با بیش از ۴۵۷ پروژه و با بودجه‌ای معادل ۴۰۳،۴۳۸،۱۸۹ بت که از دولت دریافت داشتند، در کار مبارزه با بیماری ایدز^۱ فعالیت داشته‌اند.

سطوح خدمات

سطوح خدمات در تایلند را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

سطح مراقبت از خود: توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خویش با گسترش خدمات

1. Human Immuned Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrom

دولتی و اقبال عمومی مردم به استفاده از خدمات آنها. سطح مراقبتهای اولیه بهداشتی^۱: این واحد توسط مردم و جوامع محلی برای خدمات اولیه سازماندهی می‌شود. فناوری‌های پزشکی و بهداشتی این سطح متناسب با فرهنگ و توقع مردم تغییر می‌کند. ارائه‌کنندگان خدمات در این سطح افراد محلی و داوطلب هستند. سطح مراقبت اولیه^۲: خدمت این سطح توسط کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی ارائه می‌شود. واحدهای این سطح همه خدمات را ارائه نمی‌کنند و محدوده جغرافیایی مشخص شده ندارند. با توجه به سیاست پوشش بیمه همگانی و در انطباق با آن وضعیت بسیاری از واحدهای این سطح تغییر یافته است تا بتوانند خدمات جامع را در اختیار خانواده‌ها قرار دهند. اجرای این سطح را پایگاههای بهداشتی (برای پوشش ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر با یک پرسنل بهداشتی)، مراکز بهداشتی درمانی (برای ۱۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر با دو الی سه پرسنل پرستار و ماما) که قرار است تکنیسین بهداشت دهان و دندان هم به آنها اضافه شود، مراکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستانهای دولتی و خصوصی و مطب‌های خصوصی و داروخانه‌ها که توسط داروساز یا افراد تعلیم‌یافته دیگر اداره می‌شوند. سطح دوم مراقبتها: مرکب از بیمارستانهایی با ۱۰ تا ۱۵ تخت است که جمعیتی حدود ۱۰/۰۰۰ نفر یا بیشتر را در پوشش خود دارد. بیمارستانهای عمومی منطقه‌ای با ۲۰۰ تا ۳۰۰ تخت و بیمارستانهای خصوصی. سطح سوم مراقبتها: مرکب از بیمارستانهای منطقه‌ای، بیمارستانهای عمومی، بیمارستانهای دانشگاهی و بیمارستانهای بزرگ خصوصی است.

تأمین مالی مراقبتهای سلامت

هزینه خدمات سلامت از ۳/۸۲ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۶/۱ درصد کل هزینه‌ها در سال ۲۰۰۰ رسیده و سالانه ۸/۳ درصد رشد داشته به طوری که از ۲۵۳۱۵ میلیون بت در سال ۱۹۸۰ به ۲۹۸/۴۵۹ میلیون بت در سال ۲۰۰۰ رسیده است. به همین نسبت سرانه هزینه‌های بهداشتی در فاصله دو سال مذکور ۱۱/۸ برابر شده است و از ۵۴۵ بت به ۴۸۳۲ بت افزایش یافته است.

1. Primary Health Care

2. Primary Care

بیشتر این مخارج صرف هزینه‌های درمانی می‌شود.

مهمترین منبع تأمین مالی، دولت و وزارت بهداشت عمومی است. در فاصله سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۹ به سبب افزایش قیمت نفت در اوپک سهم دولت از ۲۹/۹ درصد به ۱۹/۷ درصد کاهش یافت. پس از ۱۹۸۹ سهم دولت بتدریج به ۳۷/۱ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش یافت. دولت توجه خود را به تربیت نیروی انسانی و افزایش پوشش بیمه همگانی و سیاست بهداشت برای همه متمرکز ساخت، به طوری که بودجه وزارت بهداشت عمومی از ۴/۲ درصد بودجه عمومی در ۱۹۸۹ به ۷/۷ در ۱۹۹۸ رسید.

– اجرای طرح پوشش بیمه همگانی^۱ یا طرح ۳۰ بت حزب Rakthai در انتخابات سال ۲۰۰۰ به مردم وعده می‌داد که اگر ما پیروز شویم سیاستی را به اجرا خواهیم گذارد که همه مردم بتوانند فقط با پرداخت ۳۰ بت (۰/۷۵ دلار) در هر مراجعه، برای درمان ناخوشی‌های خود بیمه شوند. حزب Rakthai با اکثریتی که هرگز در تایلند سابقه نداشت به پیروزی شگفت‌انگیزی دست یافت و در ژانویه سال ۲۰۰۱ قدرت را در دست گرفت و به شکرانه این پیروزی طرح ۳۰ بت را ابتدا در چند استان به اجرای آزمایشی گذارد و پس از اندک زمانی آن را به کل کشور تعمیم داد. این طرح با بهره‌گیری از تجربه موفق سرانه^۲ روش پرداخت سرانه را در پیش گرفت. بسته خدماتی که در تعهد طرح بیمه همگانی قرار دارد عبارت است از: درمان سرپایی، درمان بستری، پیشگیری، خدمات ارتقای سلامت و خدمات دندان پزشکی از مجموعه خدمات درمان مراحل نهایی از نارسایی کلیه (مانند دیالیز و پیوند کلیه)، داروهای ضد ویروس برای درمان HIV/AIDS نیز که در آغاز مستثنی شده بود امروز در تعهد طرح بیمه همگانی قرار دارد. تا پیش از طرح بیمه همگانی بودجه دولت به نوعی ناعادلانه توزیع می‌شد و مناطق ثروتمندتر که نسبت تخت به جمعیت آنها بالاتر و کارکنان آنها بیشتر بود، سهم بیشتری می‌یافتند. توزیع بودجه بر اساس سرانه جهت‌گیری تازه‌ای را برای توزیع منابع حاکم ساخته است.

طراحان طرح پوشش همگانی بیمه معتقدند که اجرای این طرح پیامدهای زیر را در بر داشته است:

۱- اثر گذاشتن بر رفتار ارائه‌کنندگان خدمات: پرداخت سرانه، ضمن صرفه‌جویی و کاستن از هزینه‌ها سبب شده است که ارائه‌کنندگان به برقراری هزینه‌کارایی گرایش یابند و عادت کنند.

1. Universal Coverage (UC)

2. Capitation

۲- مصرف منطقی دارو: اجرای طرح به مصرف منطقی تر دارو منجر شده و استفاده از داروهای ژنریک در همه مناطق افزایش یافته است.

۳- کفایت خدمات دارای کیفیت: در اجرای طرح، اداره بیمه‌های سلامت ملی^۱ عمده خریدار خدمات پزشکی برای ۴۵ میلیون (یا بیشتر) از جمعیت محسوب می‌شود و توانسته است از قدرت خود برای خرید بهترین خدمات یا مناسبترین قیمت استفاده کند.

۴- کاهش بار مالی بر خانواده‌ها: با اجرای این طرح بار مالی بهره‌مندی از خدمات سلامت برای خانوارها سبکتر شده است به طوری که درصد خانوارهایی که بیش از ۳۰ درصد از هزینه‌های غیرخوراکی آنان صرف تأمین سلامت می‌شود، از ۲/۶ درصد در سال ۲۰۰۰ (پیش از اجرای طرح بیمه همگانی) به ۱/۷ در سال ۲۰۰۲ (کمی پس از اجرای طرح) کاهش یافته است. در خاتمه با توجه به بازدید به عمل آمده به نظر می‌رسد که سلامت به صورت مجرد و محدود تأمین نمی‌شود و خیلی از عناصر تعیین‌کننده آن، خارج از حیطه و حوزه اقتدار نظام بهداشتی است.

این عناصر سرنوشت‌ساز شامل آموزش و پرورش، مسکن، درآمد، امنیت و غذای کافی است. تجربه به دست آمده در سراسر دنیا نشان داده است که سطح سواد و میزان درآمد از عناصر ممتاز در کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان محسوب می‌شود. عوامل محیطی شامل مسکن، آب، بهسازی محیط و کیفیت هوا، همچنین فرهنگ غذایی و شیوه زندگی در امر سلامت و توسعه پایدار حائز اهمیت شایانی هستند. در بحث توسعه اقتصادی - اجتماعی، مهمترین چالش برای دولتها ارتقا و بهبود وضعیت بهداشت بر اساس عدالت و احتیاجات ضروری است. BDN روشی است برای تحقق این هدف مهم و بر محوریت مردم استوار بوده و به چیزی که آنها احساس نیاز می‌کنند توجه می‌کند و نه آن چیزی که به آنها گفته می‌شود که احتیاج دارند. این رویکرد دقیقاً عکس روشهای سنتی است. مردم به منزله مجری و کارکنان دولت به منزله فراهم‌کننده تسهیلات و حامی عمل می‌کنند. اگر بدرستی مشارکت و همکاری مردم فراهم شود، آنها بخوبی قادر خواهند بود به گونه‌ای موفقیت‌آمیز بخش قابل توجهی از نیازهای توسعه‌ای خود را در ابعاد کوچک با ابتکار و همت خود تأمین و مرتفع کنند.

1. National Health Insurance (NHI)

1. Thailand Health Profile, 1999-2000. First Printing December 2002 (with a CD).
2. For the Health of All Thais. Ministry of Public Health: A New Mandate and Structure.
3. The Draft Law on National Health as a Thais' Health Constitution. Revised Edition: September 24,2002, National Health System Reform Committee.
4. Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine.
Ministry of Public Health (a brochure).
5. Thai Traditional Medicine Museum and Training Center. Department for Development of Thai Traditional Medicine-Ministry of Public Health.
6. Health Insurance Systems in Thailand, 2002, German Foundation for International Development Health Insurance Office, Thailand Health Systems Research Institute, Thailand.
7. The Birth of Thaihealth Fund. 2003 Thai Health Promotion Foundation (Thaihealth).
8. Thai Wisdom for Global Health XY International AIDS Conference. Bangkok, 11-16 July 2004.
9. Draft, Strategy of Health Care Reform Project. Office of Health Care Reform Project. Ministry of Public Health, Thailand, March 1998.
10. Thai Health Promotion Foundation, Example of Successes Thai Health Promotion Foundation (A brochure).
11. Smoke free. Grantees and Networks Must Declair Working Areas Thai Health Promotion Foundation.
12. Social Health Insurance Scheme in Thailand: Under Social Security Act. Social Security Office. Ministry of Labor and Social Welfare.
13. Annual Report, 2003, Social Security Office, 2004.

14. Towards the 21st Century Public Organization National Health Security Office, 2003.
15. The Ideal Health Infrastructure By: Dr. Somchai Virochaengroon.
16. Ayuthaya Health Profile, 2003.
17. Ayuthaya Health Profile, March 2004.
18. Health Service Development By: Dr. Somchai Virochaengroon.
19. Ayuthaya. General Information.
20. The Attempt to Implement Urban Health Center By: Dr. Yongyuth Pongsupap.
21. Thai Economic Performance in Q2/2004 and Outlook for 2004-2005 NTSDB Economic Outlook.
22. Thai Economic Performance in Q4/2004 and Outlook for 2004-2005 Executive Summary.