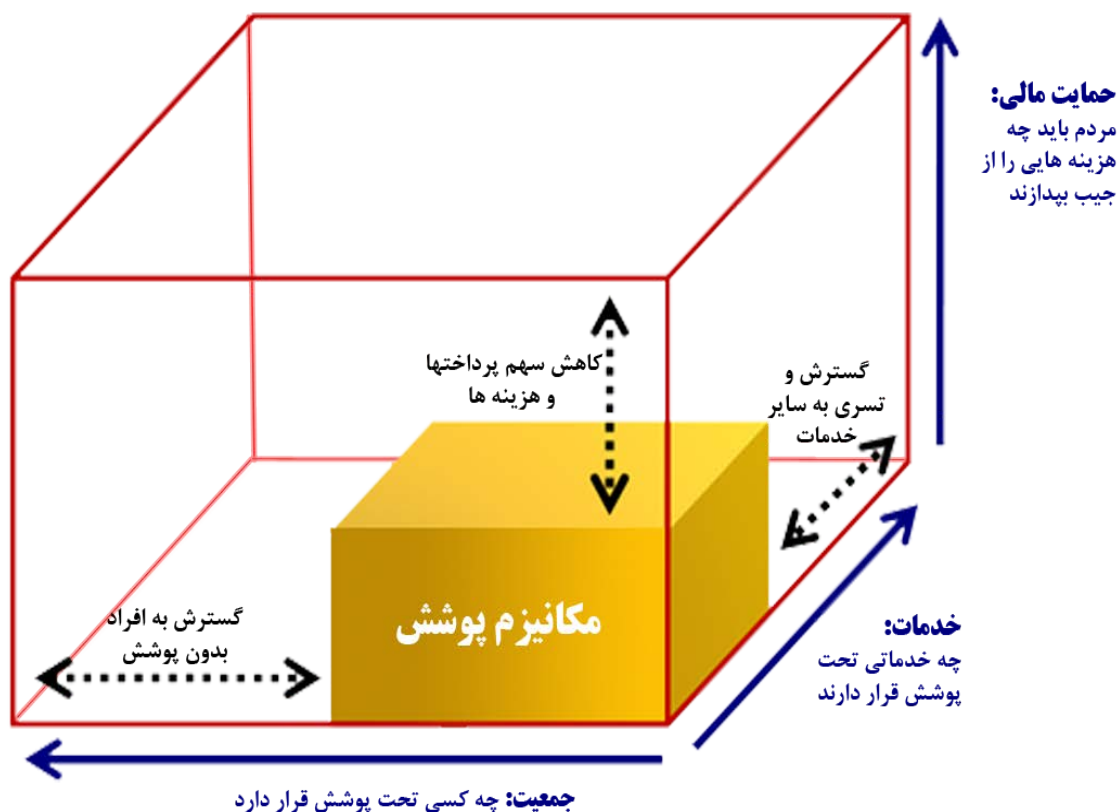


بخش اول: تعریف و ضرورت

پوشش همگانی سلامت که عبارت است از دسترسی همه مردم به خدمات مورد نیاز (از جمله پیشگیری، ارتقاء، درمان و توانبخشی) که از کیفیت کافی برای اثر بخشی مناسب برخوردار باشند، دارای ابعاد سه گانه جمعیت (مردم)، خدمات و حمایت های مالی است. (شکل ۱)

ابعاد سه گانه پوشش همگانی سلامت



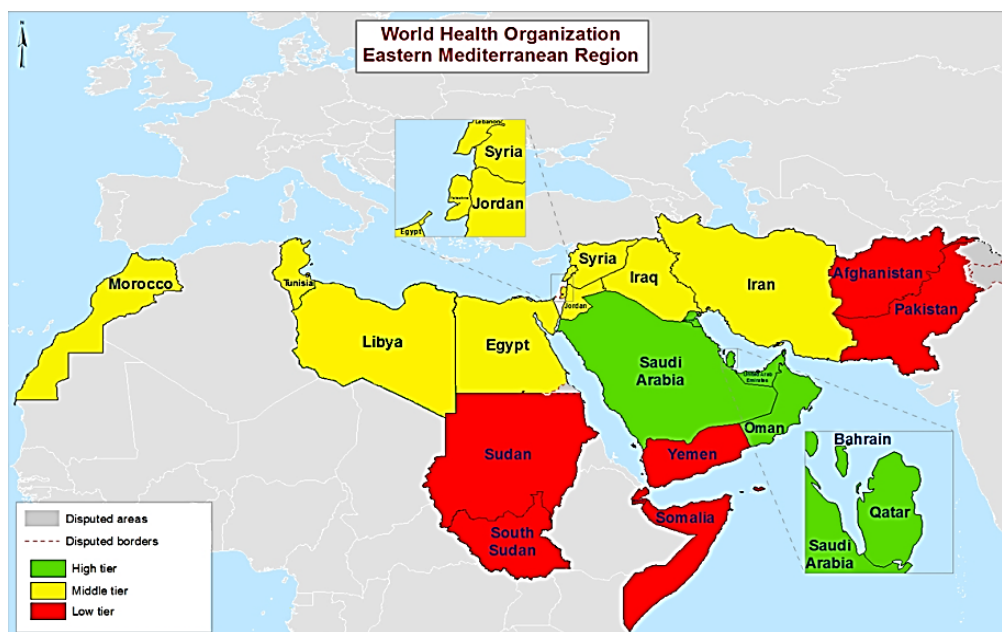
شکل ۱: مکانیزم پوشش سلامت

مکعب کوچک نمایانگر مکانیزم پوشش است که می تواند در طول محور های مکعب بزرگتر حرکت نماید.

بعد اول عبارت است از حصول اطمینان از تحت پوشش قرار گرفتن همه ی افراد جامعه، بعد دوم به تامین تمامی نیاز های افراد مربوط می شود و بعد سوم در رابطه با "دسترسی" افراد به مراقبتهای سلامت می باشد.

بخش دوم: بررسی وضعیت موجود.

پوشش همگانی سلامت از سه بعد اصلی یعنی: پوشش مالی، پوشش خدمات و پوشش جمعیت قابل بررسی است. همانطور که در نقشه دیده می شود، سازمان جهانی بهداشت منطقه ی مدیترانه شرقی را از نظر پوشش سلامت به ۳ بخش تقسیم کرده است. این تقسیم بندی با هدف ارائه تحلیل دقیق و متناسب با وضعیت پوشش سلامت در منطقه صورت گرفته است.



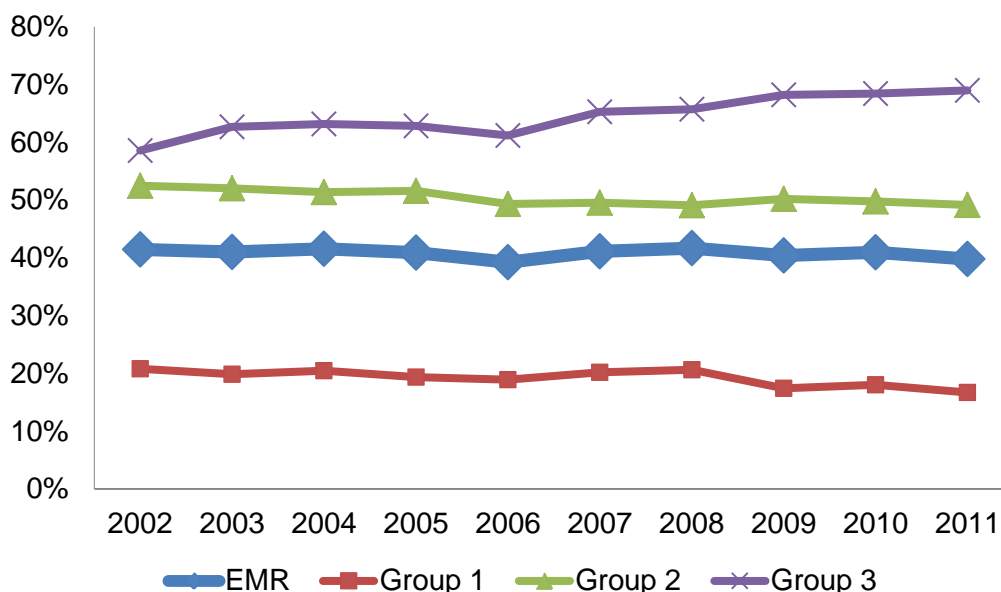
شکل ۲: پوشش همگانی سلامت در مناطق مدیترانه شرقی

گروه ۳ کشورهای با آسیب پذیری بالا را نشان می دهد که با رنگ قرمز مشخص شده اند. کشورهای گروه یک نیز که عمدتاً شامل کشورهای عضو^۱ GCC می باشند در نقشه با رنگ سبز نمایش داده شده اند (شکل ۲).

پوشش مالی

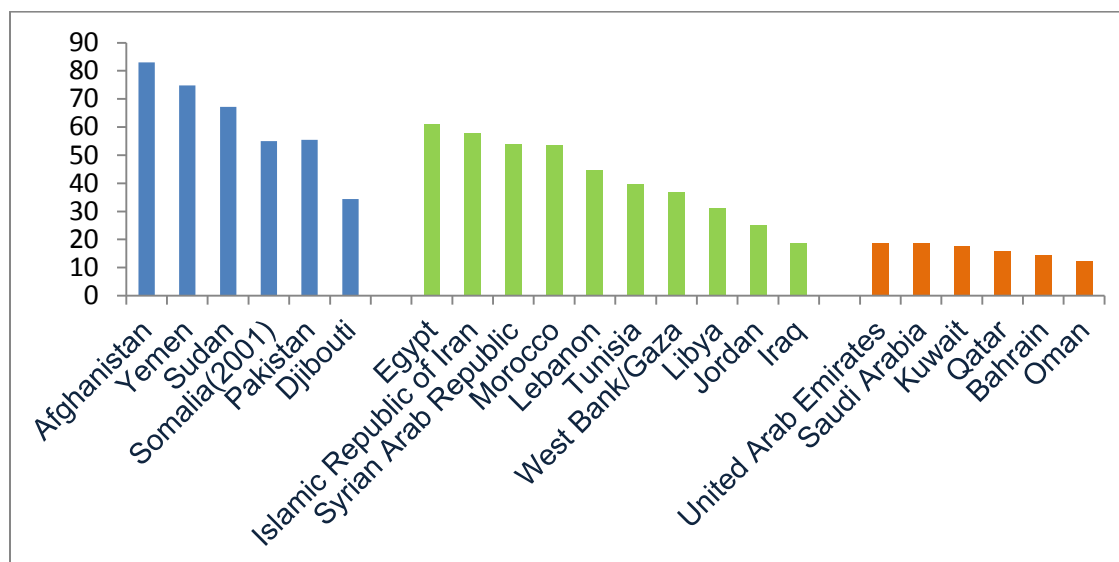
در بحث پوشش مالی سلامت شاخص ها و اطلاعات موجود بیانگر آن است که در سال ۲۰۱۱ منطقه مدیترانه شرقی ۱۲۵ میلیارد دلار در بخش سلامت هزینه کرده است که این رقم معادل ۱,۸٪ از کل هزینه ی جهانی در بخش سلامت بر ای حدود ۸,۷٪ از جمعیت جهان می باشد. در این منطقه سالانه ۱۶,۵ میلیون نفر با مشکلات شدید مالی مواجه می شوند و حدود ۷,۵ میلیون نفر به دلیل هزینه های پرداخت شده از جیب در بخش سلامت به فقر دچار می گردند.

شورای همکاری کشورهای عرب خلیج فارس^۱



نمودار ۱: میزان پرداخت از جیب به نسبت کل هزینه های سلامت

یکی از معیارهای اندازه گیری سطح پوشش سلامت؛ بررسی میزان پرداخت از جیب می باشد. افراد می توانند از خدمات سلامت رایگان برخوردار شوند که هزینه های آن را دولت و یا سازمانهای بیمه دولتی یا خصوصی و یا سایر مکانیزم ها از جمله صندوق های گوناگون بیمه، می پردازند.



نمودار ۲: میزان پرداخت از جیب به نسبت کل هزینه های سلامت (به تفکیک کشور) ۲۰۱۰

هزینه های پرداخت از جیب شامل هرگونه هزینه ای است که توسط افراد، خارج از تمهیدات بیمه ای در بخش سلامت پرداخت می گردد. در منطقه مدیترانه شرقی پرداخت از جیب در بین کشورهای گروه سوم حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد و در کشورهای گروه دوم که ایران نیز جزو آنها می باشد، هزینه های پرداخت از جیب بین ۴۰ تا ۵۰ درصد است (نمودار ۱).

همانطور که در (نمودار ۲) مشخص شده است سهم پرداخت از جیب در کشورهای گروه ۱ بین ۱۲ تا ۱۹ درصد می باشد. گروه دوم نیز شامل طیفی از کشورها از جمله عراق با ۱۹٪ و مصر با حدود ۶۰٪ است و نهایتاً در کشورهای گروه سوم به جز جیبوتی، بیش از ۵۰٪ هزینه ها از جیب پرداخت می شود. در نتیجه همانطور که مشاهده می شود در کشورهای گروه سوم پتانسیل بسیار بالایی برای افزایش پوشش همگانی سلامت در بخش پوشش های مالی وجود دارد.

پوشش خدمات

پوشش خدمات بعد بسیار پیچیده و دشوار "پوشش همگانی سلامت" به شمار می رود. هنگامی که می خواهیم سطح پوشش خدمات را برآورد نماییم در واقع باید میزان دسترسی مردم به تمامی خدمات مورد نیازشان را بررسی کنیم. خدمات سلامت MDG یکی از مجموعه خدماتی است که در اختیار افراد قرار می گیرد.

گروه کشورها	پوشش سرخک واکسیناسیون	پوشش DOTS ² خدمات ضد TB	پوشش ART ³ ۱۰ سال > % HIV درمان موارد	پوشش ویزیت پیش از زایمان خدمات ANC	تولد از طریق SBA ⁴ خدمات سلامت مادر	CPR ⁵ خدمات پیشگیری از بارداری
گروه ۱	98-100	100	NA	98-100	98-100	24-37
گروه ۲	91-99	100	13-56 داده ها مربوط به ۴ کشور	66-100	74-100	38-60
گروه ۳	64-88	47-100	9-35 داده ها مربوط به ۶ کشور	17-79	19-87	4-38

جدول ۱: پوشش "خدمات" - خدمات سلامت MDG

² درمان تحت نظارت مستقیم بیماری سل DOTS:

³ درمان ضد رترو ویروسی

⁴ Skilled birth attendants

⁵ میزان پیشگیری از بارداری

همانطور که در (جدول ۱) مشاهده می شود، در منطقه مدیترانه شرقی ارائه خدمات واکسیناسیون در گروه اول و دوم در شرایط مناسبی قرار دارد. همچنین در مورد DOTS و خدمات مرتبط با زایمان نیز روند مشابهی، مشاهده می گردد.

پوشش جغرافیایی

یکی از مباحث مرتبط با پوشش خدمات سلامت، مساله گستردگی جغرافیایی و نیز تنوع تامین کنندگان خدمات می باشد. همانطور که در (جدول ۲) آمده است در کشورهای گروه اول و دوم شرایط نسبتاً مطلوبی در زمینه گستردگی جغرافیایی پوشش خدمات سلامت وجود دارد.

گروه کشورها	دسترسی جغرافیایی	عناصر ضروری بسته پیشنهادی	تامین کننده های اصلی
گروه ۱	۹۸٪-۱۰۰٪	بسته جامع شامل بهداشت دهان و دندان، اورژانس، کمبودها در مراقبت از بیماری های غیر واگیر	وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه ها نیروهای مسلح بخش خصوصی
گروه ۲	۸۳٪-۱۰۰٪	بسته پیشنهادی شامل سلامت مادر، نوزاد و کودک و همچنین بیماری های واگیر و نیز کمبودها در مراقبت از بیماری های غیر واگیر بوده و در هر کشور متفاوت می باشد.	وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه ها تامین اجتماعی بخش خصوصی
گروه ۳	۴۴٪-۹۷٪	بسته عمومی شامل سلامت مادر، نوزاد و کودک و همچنین بیماری های واگیر می شود اما مراقبت های بیماری های غیر واگیر را در بر نمی گیرد.	وزارت بهداشت سازمانهای غیر دولتی بخش خصوصی

جدول ۲: پوشش "خدمات"، دسترسی جغرافیایی، خدمات ارائه شده و تامین کنندگان خدمات.

پوشش جمعیتی

بعد سوم پوشش همگانی سلامت به بحث پوشش جمعیت مربوط می شود. در اینجا تمرکز ما بر اندازه گیری جمعیت معطوف خواهد بود. باید توجه داشت که در این بخش مطالعه ی همه جمعیت، مورد نظر است و نه صرفاً جمعیت اتباع و یا واجدین شرایط دریافت خدمات.

- پوشش همگانی سلامت در پی آن است که از طریق ارائه خدمات و نیز پوشش ریسک مالی تحت پوشش قرار گرفتن "همه مردم" را تضمین نماید.
- انواع گروه های جمعیتی در این حوزه عبارت اند از:
 - کارکنان رسمی بخشهای دولتی و یا خصوصی
 - کارکنان بخش های غیر رسمی در مناطق شهری و یا روستایی
 - گروه های آسیب پذیر مثل فقیران و آوارگان.
 - گروه های کودکان و سالمندان
 - افراد مبتلا به برخی بیماری ها
- تقسیم بندی و تکثیر موجب ایجاد تناسب بین کارایی و عدالت می شود و این موارد مانع الجمع نیستند.

پوشش همگانی سلامت به این معنا است که افراد به خدمات بهداشتی با کیفیت دسترسی دارند و به لحاظ مالی تحت حمایت قرار گرفته اند. در مطالعه ی پوشش همگانی سلامت تلاش می کنیم بفهمیم چه کسانی تحت حمایت قرار گرفته اند و چه کسانی تحت حمایت قرار ندارند.

گروه کشورها	درآمد دولت	طرح های بیمه اجتماعی خدمات درمانی (SHI)	طرح های بیمه خصوصی خدمات درمانی (PHI)	سایر روش های پرداخت	جمعیت تحت پوشش
گروه ۱	تمامی اتباع برای بیشتر / تمام خدمات مورد نیاز تحت پوشش قرار گرفته اند.	در برخی از کشورها طرح های SHI برای اتباع با یارانه ارائه می شود.	در برخی از کشورها برای جمعیت مقیم خارج از کشور الزامی است.	-	۱۰۰٪ برای اتباع و افراد غیر تبعه
گروه ۲	همه شهروندان واجد شرایط اند اما خدمات تحت پوشش، متغیر است.	کارکنان بخشهای رسمی سازمانهای نیمه دولتی جمعیت آسیب پذیر، اما خدمات تحت پوشش، متغیر است.	بیمه های خدمات درمانی اولیه/ تکمیلی برای کارکنان رسمی بخش خصوصی	کارکنان شرکت های بزرگ از طریق ارائه خدمات درمانی مستقیم طرح های محدود بیمه خدمات درمانی جامعه	۴۰٪-۹۰٪ جمعیت [فاقد عمق پوشش]
گروه ۳	همه شهروندان واجد شرایط اند اما دامنه ی خدمات تحت پوشش، محدود می باشد.	کارکنان بخشهای رسمی در برخی از کشورها	کارکنان رسمی بخش خصوصی، اما با دامنه ی خدمات محدود	طرح های محدود بیمه خدمات درمانی جامعه	حدود ۲۵٪ [فاقد عمق پوشش]

جدول ۳: پوشش جمعیتی- تمهیدات پیش پرداخت

بر اساس داده های (جدول ۳)، در کشور های گروه ۱ وضعیت پوشش مناسبی برای اتباع این کشورها ایجاد شده است. اما مشکل بزرگ این است که در بسیاری از آنها تعداد زیادی از افراد خارجی و کارگران مهاجر وجود دارند. در نتیجه چالش اصلی اکثر کشورهای حوزه خلیج فارس، نحوه ارائه پوشش سلامت برای اتباع بیگانه است. در این میان برخی از کشورها همچون قطر و امارات قوانینی را برای بیمه کارگران خارجی در نظر گرفته اند.

بخش سوم: مداخلات بهبود دهنده.

درس هایی از سراسر جهان

بیمه های خدمات درمانی و دیگر شیوه های پرداختی توسط بیمار موجب افزایش بودجه بخش سلامت شده است. ایجاد صندوق سلامت بصورت مجزا از صندوق وجوه عمومی در حال تبدیل شدن به یک قاعده و هنجار عمومی است. اما تامین مالی از طریق منابع مختلف از جمله وزارت بهداشت و بیمه ها باید تکمیل کننده ی این روند باشد. تجربه ثابت کرده است که به راحتی می توان وزارت اقتصاد و دارایی کشورها را قانع نمود تا پول بیشتری در حوزه سلامت تزریق نمایند اگر و فقط اگر بتوانیم نشان دهیم که این پول قرار است به دست مردم (یعنی به بخش تقاضا) برسد. (و نه به بخش عرضه). می توان نتیجه گرفت که پول نباید به صندوق وجوه عمومی ریخته شود، بلکه باید به صندوق جداگانه ای اختصاص یابد.

تایلند:

طرح پوشش همگانی (UCS):

درس اول: اختصاص صندوق مجزا برای بخش سلامت.

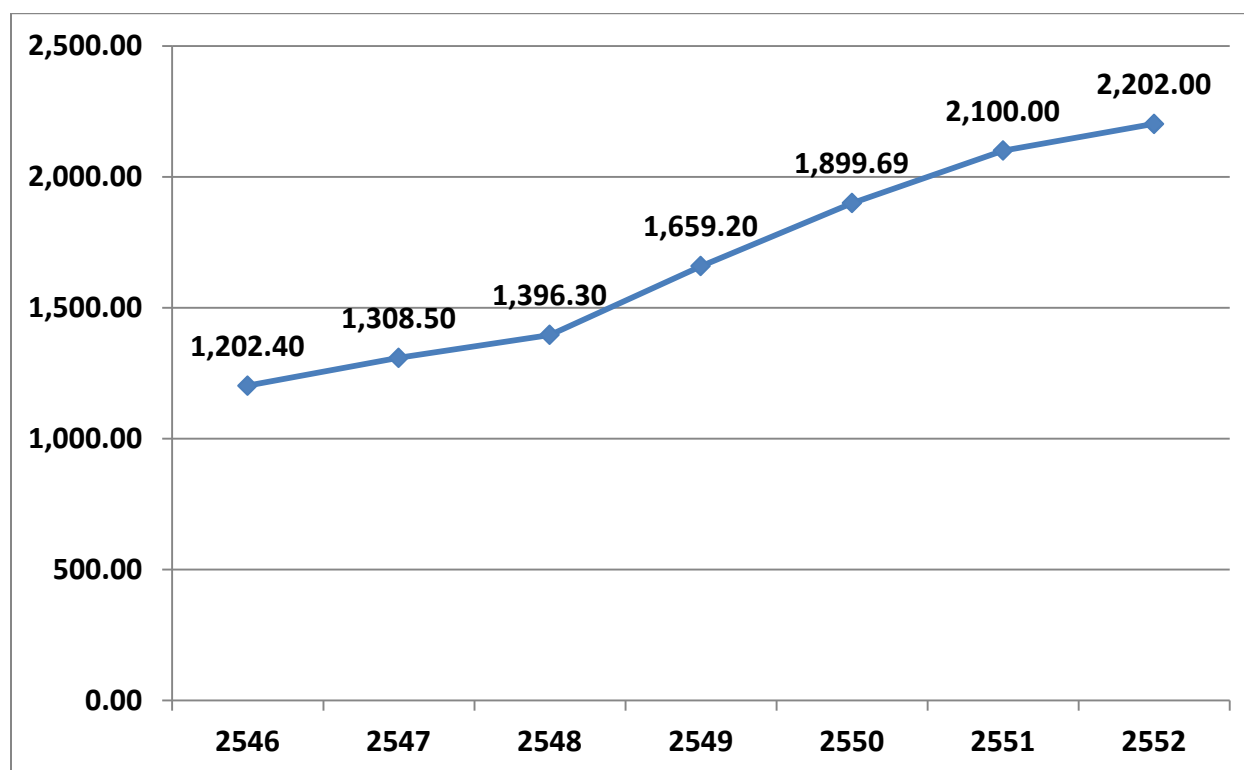
تایلند یکی از بهترین نمونه های اجرای طرح پوشش همگانی می باشد. در این کشور دفتری به نام "آژانس ملی امنیت سلامت (NHSO)" با هدف مدیریت صندوق سلامت تاسیس شد. برنامه تایلند با تغییر روش اختصاص درآمدهای دولتی به آژانس ملی امنیت سلامت از مدل "ردیف بودجه"^۶ به مدل "حق بیمه"^۷ در سال ۲۰۰۲ شروع شد. در این طرح، همه ی تایلندی هایی که تحت پوشش طرح بیمه های خصوصی سلامت و یا مشمول طرح مزایای کارکنان دولت هستند، واجد شرایط محسوب می شوند.

⁶ Line Item Budget

⁷ premiums

در تایلند، آژانس ملی امنیت سلامت NHSO خدمات را از ارائه دهندگان دولتی می خرد. در واقع پیش از اجرای این طرح ارائه دهندگان خدمات از دولت حقوق ثابتی دریافت می کردند؛ صرف نظر از اینکه ماهانه به ۱۰ بیمار خدمات رسانی کنند و یا به ۱۰۰ بیمار. در نتیجه پیشرفتی در بهبود کیفیت خدمات حاصل نمی شد.

از دیگر ویژگی های طرح تایلند ایجاد تغییر در نحوه ی انجام پرداخت ها بوده است. به عنوان مثال پرداخت بر اساس کارایی خدمات^۸، پرداخت بر اساس کیفیت خدمات، پرداخت های موردی (DRGs) و ...



نمودار ۳: بودجه سرانه (THB) - سالهای: 2003-2009 / منبع: NHSO

شاید بزرگترین درسی که بتوان از تایلند آموخت این است که آنها سرانه بودجه بخش سلامت را به میزان چشم گیری افزایش دادند. همانطور که در (نمودار ۳) مشخص شده است این رقم بین سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۹ از حدود ۱۲۰۰ بات^۹ به ۲۲۰۰ بات افزایش یافته است.

^۸ performance payments

^۹ واحد پول تایلند

سال	بودجه ¹ UCS	بودجه ¹ SSS	بودجه ¹ CSMBS	کل بودجه (طرح ها)	گزارش مخارج دولت در بخش سلامت ²
2003	27,138	9,464	18,000	54,602	78,224.20
2004	29,728	9,667	17,000	56,395	83,786.60
2005	35,797	14,279	18,000	68,076	89,163.70
2006	39,667	14,952	20,000	74,619	101,040.50
2007	75,126	21,175	30,000	126,301	148,704.50
2008	76,599	21,590	38,700	136,889	154,140.40
2009	80,598	39,116	48,500	168,214	165,537.50
2010	89,385	17,228	48,500	155,113	178,042.10

جدول ۴: مخارج دولت در بخش سلامت (اعداد به میلیون THB) منبع: 1: Bureau of the Budget (2012); 2: NESDB (2012)

طبق اطلاعات (جدول ۴) کل بودجه طرح پوشش همگانی سلامت از ۲۷۱۳۸ بات در سال ۲۰۰۳ به رقم ۸۹۳۸۵ بات در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است. این بودجه در بخش^۱ CSMBS نیز افزایش قابل ملاحظه ای داشته است. این تجربه نمایانگر موافقت مقامات و مسئولین بخشهای اقتصادی نسبت به تزریق پول بیشتر در حوزه ی سلامت می باشد. نکته ی حائز اهمیت این است که در سیستم های مبتنی بر بودجه عمومی، اگر در پایان سال مالی بودجه خرج نشود باید به خزانه برگردد در حالی که اقتصاد سلامت نمی تواند بر پایه بودجه ی سالانه فعالیت نماید، بلکه باید بر اساس برنامه سه تا چهار ساله عمل نمود. اگر قرار باشد درخواست بودجه سالانه صورت بگیرد هرگز نمی توان نگاهی راهبردی در پرداختن به مسائل سلامت داشت. داشتن صندوقی مجزا برای حفظ پولهایی که تا پایان سال خرج نمی شوند امکان برنامه ریزی استراتژیک را فراهم می نماید.

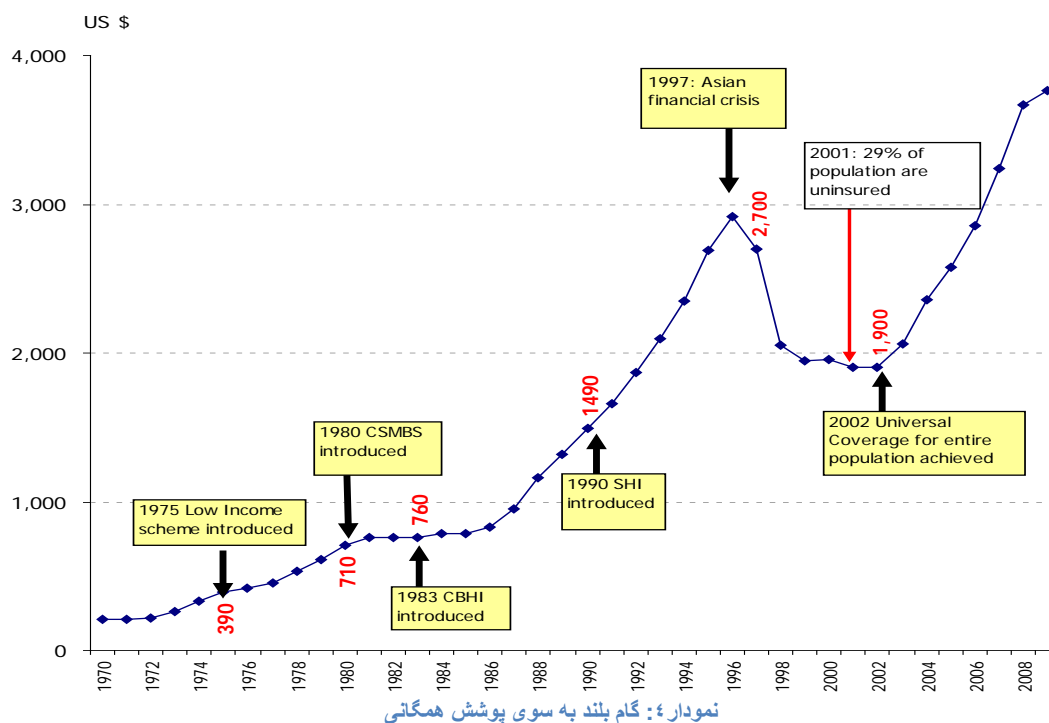
درس دوم: تغییر روش پرداخت از جیب به روش پیش پرداخت در زمان دریافت خدمات پزشکی.

هیچ کشوری تنها با تکیه بر بیمه های درمانی داوطلبانه به مساله ی پوشش همگانی سلامت نمی پردازد. چرا که همواره برخی افراد وجود دارند که نمی توانند مستقیماً مشارکت کنند. پوشش همگانی سلامت در همه ی کشور ها بویژه به منظور حمایت و اعطای یارانه به افراد بی بضاعت؛ بطور کامل و یا بصورت نسبی مبتنی بر بودجه ی عمومی می باشد. علاوه بر این می توان به استفاده از مالیات بر ارزش افزوده، مالیات بر کالاهای مضر و کمک های مالی نیز اشاره نمود.

¹⁰ بازپرداخت به کارکنان دولت

روند تحول تاریخی در تایلند:

- توسعه زیرساخت ها + گسترش حمایت های مالی
- ۱۹۴۵- هزینه های کاربران: حذف هزینه های غیر رسمی
- ۱۹۸۰- ایجاد طرح های پیش پرداخت
- ۱۹۸۰- بیمارستان های استانی
- ۱۹۹۰- گسترش و تثبیت طرح های پیش پرداخت
- ۱۹۹۷- مراکز بهداشتی در شهرستان ها و بیمارستان های منطقه ای
- ۲۰۰۲- گسترش زیر ساختهای بخش سلامت- پوشش جغرافیایی گسترده



هنگامی که تایلند طرح پوشش همگانی را کلید زد، سرانه تولید ناخالص ملی اش بسیار پایین تر از وضعیت کنونی ایران بود (نمودار ۴).

مکزیک

یکی دیگر از کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی سلامت مکزیکی می باشد.

در مکزیکی نظام حمایت اجتماعی در سلامت (SPSS) ایجاد شد.

انتقال بودجه دولت فدرال به دولت مرکزی

حکومت ها (قوه های مجریه/ دولت های محلی) تبدیل می شوند به سیستم های حمایت اجتماعی و تامین کنندگان یارانه حق بیمه.

ارائه بیمه خدمات درمانی به تمامی مکزیکی هایی که تحت پوشش هیچ یک از دو بخش رسمی طرح بیمه سلامت اجتماعی¹¹ قرار ندارند. تامین کنندگان مراقبت های سلامت؛ دولت و نیز ارائه دهندگان خدمات عمومی سازمان دهی شده، هستند.

تکه تکه شدن منابع مالی یکی از موانع پیشرفت متوازن و متعادل در نظام های سلامت در حال گذار می باشد.

یارانه متقاطع¹² از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

وجود سطح یکسانی از ریسک برای همه، به نوعی بیانگر عدالت اجتماعی و همبستگی ملی است.

ترکیه

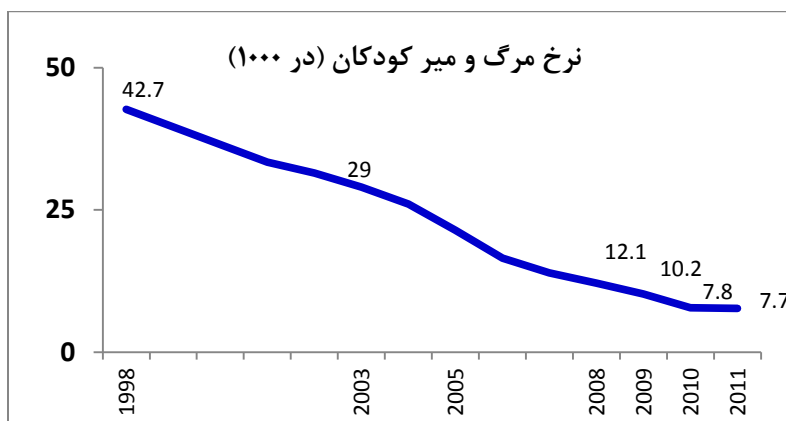
در ترکیه تمامی پول بخش سلامت به سیستم SSI¹³ وارد می شود که بصورت مجزا از صندوق بودجه عمومی عمل می کند.

به منظور ایجاد تغییر در بازار، اصلاح رفتارها و کاهش هزینه ها و خرید استراتژیک حیاتی است. باید مشخص شود که چه کسی هزینه چه چیزی را می پردازد. می بایست خدمات مراقبت رایگان باز تعریف شود. اصلاحات نظام سلامت در ترکیه موجب بهبود خروجی این نظام به عنوان نمونه در کاهش نرخ مرگ و میر کودکان (نمودار ۵) و نیز کاهش نرخ مرگ و میر مادران (نمودار ۶) شده است. همچنین حمایت های مالی بویژه در رابطه با پوشش افراد بی بضاعت افزایش یافته است (نمودار ۷).

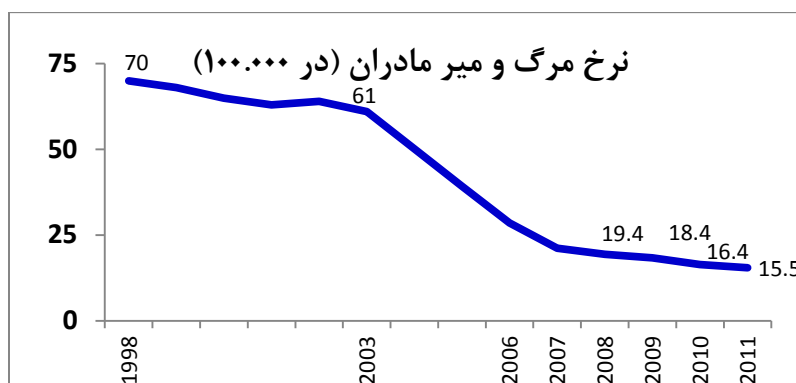
¹¹ SHIs :social health insurance schemes

¹² Cross-subsidization

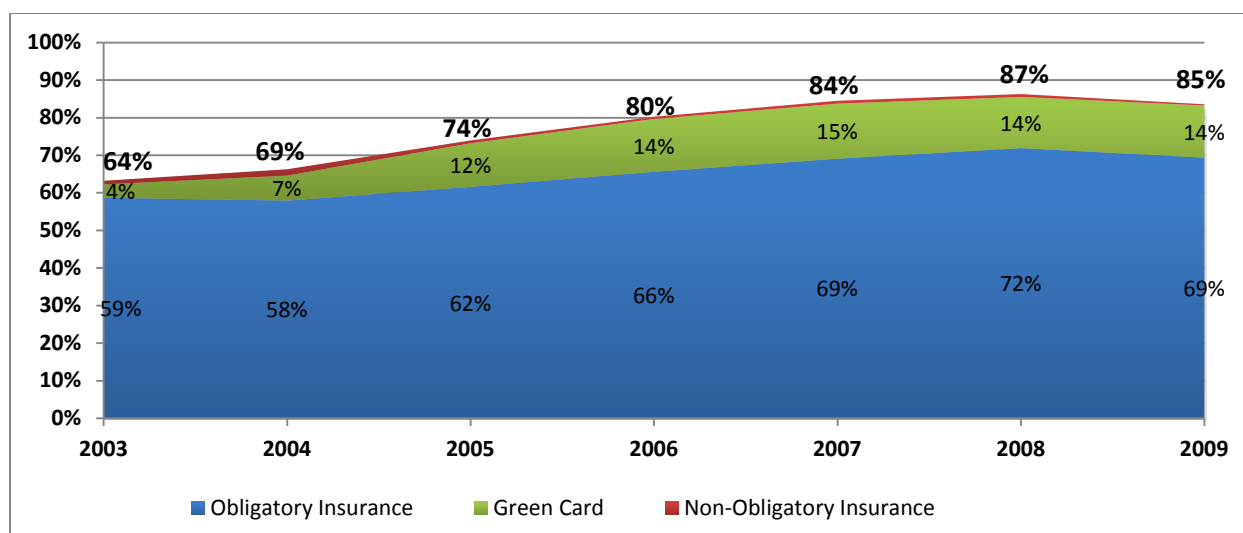
¹³ Social Security Institution



نمودار ۵: نرخ مرگ و میر کودکان

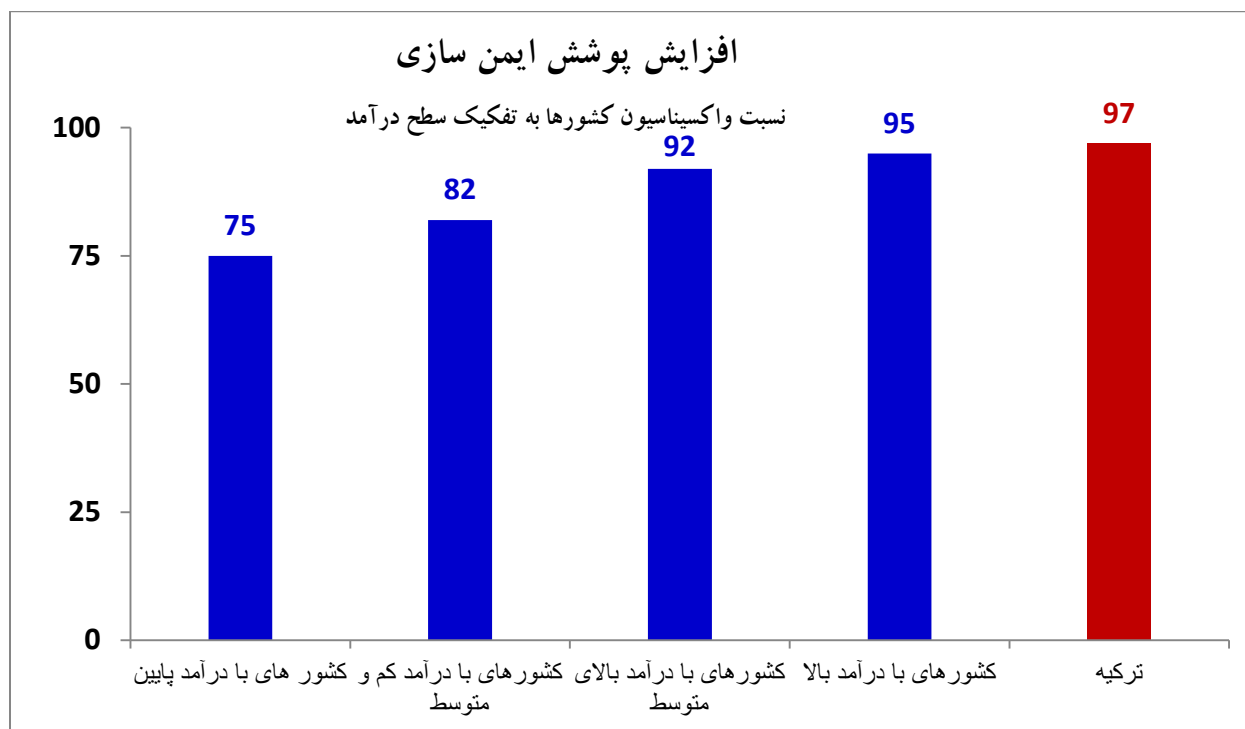


نمودار ۶: نرخ مرگ و میر مادران



نمودار ۷: بهبود حمایت های مالی به ویژه در رابطه با فقرا

قسمت سبز رنگ نمایانگر طرحی است که در آن دولت به اعطای یارانه به فقرا می پردازد.



نمودار ۸: افزایش پوشش ایمن سازی

همانطور که مشاهده می شود پوشش واکسیناسیون در ترکیه حتی بالاتر از برخی از کشورهای اروپایی با درآمد بالا قرار دارد (نمودار ۸).

قرقیستان

سازمان بیمه سلامت اجباری (MHIF) - (به عنوان خریدار)

بودجه عمومی سهم بخش رسمی بیمه سلامت اجباری را می پردازد.

تامین کنندگان: غالباً بیمارستان های بخش دولتی و مراکز پزشک خانواده

تا زمانی که کیفیت خدمات مطابق با استانداردهای موجود است، اهمیتی ندارد که تامین کننده ی مراقبت های سلامت که خدمات سلامت از وی خریداری می شود، بخش خصوصی باشد و یا بخش دولتی.

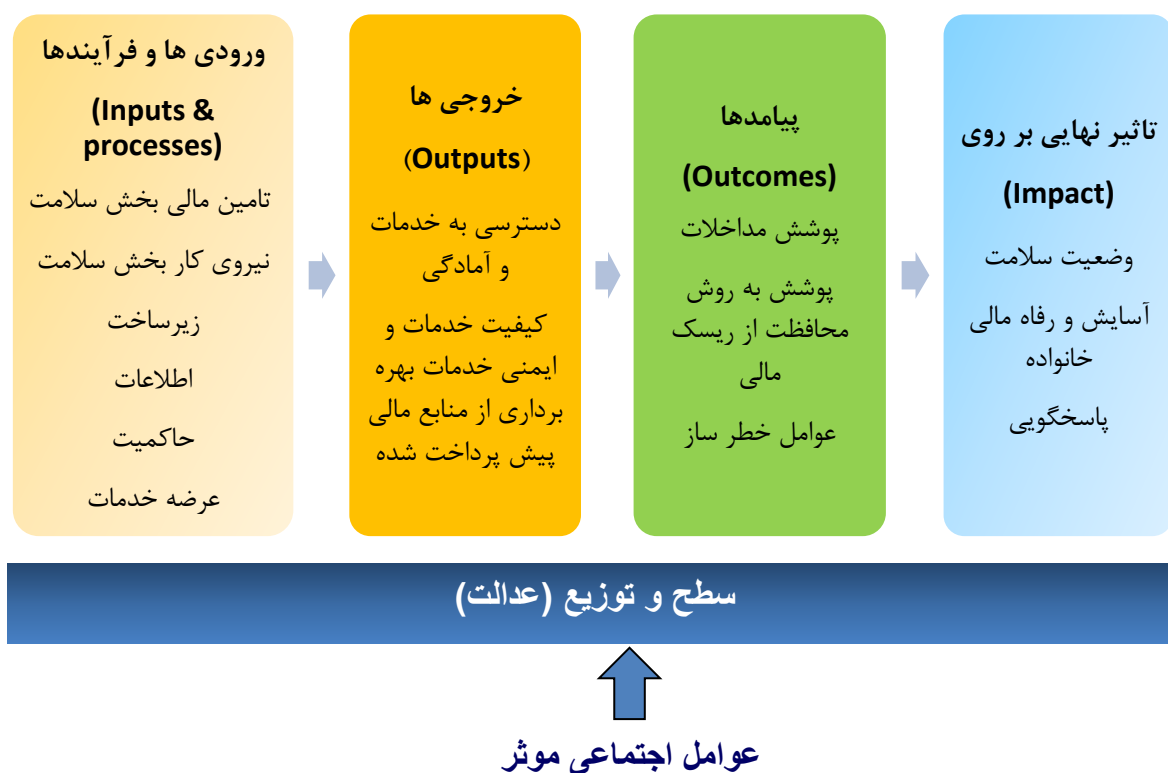
ابوظبی

تمامی شهروندان از طریق یک شرکت بیمه متعلق به دولت (به نام Daman) بیمه شده اند. کارفرمایان ملزم به بیمه کردن کارگران خارجی خود یا از طریق Daman و یا از طریق یک شرکت بیمه خصوصی می باشند. ارائه دهندگان خدمات دولتی در یک شرکت بزرگ دولتی (به نام SEHA) ادغام شده اند. هم Daman و هم شرکت های خصوصی بیمه اقدام به خرید خدمات از DAMAN و نیز سایر ارائه دهندگان خصوصی خدمات می نمایند.

بخش چهارم: راهکارهای پیشنهادی

تجارب جهانی و منطقه ای در ارتباط با پوشش همگانی سلامت: راهکارهایی برای ایران

پوشش همگانی سلامت صرفاً درباره ی تامین هزینه ها نیست.



توصیه های WHR در رابطه با تامین مالی بخش سلامت (۲۰۱۰)

۱- در بسیاری از کشورها، بودجه بیشتری برای بخش سلامت مورد نیاز است: گزینه های پیش رو بر اساس تجارب کشور ها متفاوت می باشد. داشتن منابع مالی بیشتر همواره مفید خواهد بود اما تزریق پول بیشتر لزوما تنها راه حل ممکن نیست.

- کاهش مستقیم پرداخت از جیب با افزایش پیش پرداخت اجباری و مشارکت همگانی ممکن است. در واقع باید هزینه های سلامت از روش پرداخت از جیب به روش پیش پرداخت تغییر نمایند.
- تمرکز بر علل و عوامل ناکارایی سیستم - مشخص نمودن ۱۰ علت شایع و جهت دهی به قدرت خرید افراد. می توان قدرت خرید را در جهت بیشینه سازی کارایی خدمات دریافت شده هدایت نمود. مثلا اگر افراد به تنهایی خدماتی را دریافت کنند ممکن است هزینه ی آن بالا باشد، در حالی که می توان همان خدمات را بصورت گروهی و با هزینه نازل تری دریافت نمود.
- توجه مداوم به افراد فقیر و آسیب پذیر.

حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت

بررسی تجربیات بسیاری از کشورها نشان می دهد که ایجاد پوشش همگانی سلامت بسیار قابل دسترس و قابل انجام است. در این گزارش توجه ما عمدتا متمرکز بر بخش مالی پروژه ها بوده است. این در حالی است که زمینه های فعالیت گسترده ای در سایر بخشهای نیز وجود دارد از جمله:

- توسعه چشم انداز، جهت گیری و استراتژی مبتنی بر پوشش همگانی سلامت
 - ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت
 - افزایش تمهیدات مرتبط با پیش پرداخت و گسترش تدریجی به منظور پوشش همه ی گروه های جامعه.
- ایجاد مکانیسم های چند بخشی به منظور حمایت از پوشش همگانی سلامت
- حمایت از تعهد سیاسی / قانونگذاری برای پوشش همگانی سلامت
- تقویت نهاد ها و واحد های سازمانی به منظور هماهنگی مداخلات مرتبط با پوشش همگانی سلامت
 - تجزیه و تحلیل وضعیت، ارائه گزینه های مبتنی بر شواهد.