

# پرداخت در مقابل مصرف؛ کارایی و عدالت\*

دکتر اردشیر سپهری

ترجمه دکتر ایرج کریمی

از اوایل دهه ۱۹۸۰، بسیاری از دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه، به صورتی فزاینده، برای «تجدید ساختار مالی» و ارائه «خدمات بهداشت عمومی» و اغلب، با رعایت چارچوب و محتوای «برنامه‌های اصلاح ساختاری»، حرکتی نو را آغاز کردند. این کشورها، با بدترین حالت عدم تعادل میان عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی و درمانی، و محدودیت‌های بودجه و فشارهای روزافزون برای کاهش نقش دولت، مواجه بودند؛ همین امر موجب شد که بسیاری از این کشورهای با «درآمد متوسط یا کم»، سیاست «پرداخت در مقابل مصرف» یا «افزایش میزان تعرفه‌ها» را به عنوان سیاست اصلی، برای مواجه شدن با بحران‌های مالی برنامه‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ کنند. این سیاست، اغلب به عنوان یک راه‌حل منطقی برای «استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی» و جذب منابع جانبی محلی در بخش‌های بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌شود و تشویق مشارکت جامعه، افزایش کارایی خدمات بهداشتی و درمانی، ارتقای عدالت و کسب درآمد پایدار را به همراه می‌آورد.

اجرای سیاست کسب درآمد از راه افزایش جدید تعرفه، که با هدف افزایش کیفیت و پوشش خدمات، صورت می‌گیرد بیشتر برای تأمین منافع افراد فقیر است و با آزاد شدن بخشی از درآمدهای دولت، این درآمدها به برنامه‌های فاقد بودجه، خصوصاً به مراقبت‌های

\* *Are user charges efficiency and equity enhancing?* A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries.

پیشگیری‌کننده هزینه- اثربخش، سوق داده می‌شود. چنین منافع بالقوه که از پرداخت در مقابل مصرف ناشی می‌شود، اغلب به نظر بعضی از مفسران اغراق‌آمیز به نظر می‌رسد و تحقق این منافع در عمل با موانع جدی روبه‌رو می‌گردد. اعتقاد کلی بر آن است که افزایش بالقوه درآمد ناشی از پرداخت در مقابل مصرف، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه محدود است. همچنین، پرداخت در مقابل مصرف، بیشتر به عنوان نیروی تضعیف‌کننده عدالت تلقی می‌شود تا مروج آن، زیرا بسیار مشکل است که افراد فقیر در برابر افزایش تعرفه‌های خدمات عمومی، مورد حمایت قرارگیرند و یا تخصیص مجدد درآمدهای حاصل از تعرفه‌ها و منابع آزادشده بتواند پاسخگوی نیازهای آن‌ها باشد. مطالعات تجربی و نظری در این زمینه و در طول دهه گذشته به سرعت گسترش یافته و به ارائه شماری از مقالات مروری با دیدگاه‌ها و نقطه‌نظرات گوناگون منتهی شده است.

هدف اولیه این مقاله، طرح مطالعات قبلی با ارائه نقدی جامع‌تر و روزآمدتر، برای بخشیدن غنای بیشتر به این نوع مطالعات است. این پژوهش شامل پنج بخش اصلی است:

بخش اول: به مطالعات منتقدانه مباحث اصلی درباره ارتقای بالقوه کارایی عدالت و توازن میان آن و «پرداخت در مقابل مصرف» در چارچوب نظری توجه بیشتر به پژوهش‌های تجربی در زمینه تقاضای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه و ارزیابی منتقدانه این یافته‌ها معطوف است.

بخش دوم: خلاصه مباحث نظری اصلی درباره نظام‌های پرداخت در مقابل مصرف؛ بخش سوم: طرح مباحث پرداخت در مقابل مصرف، در چارچوب نظری و پنداشتی، با ارزیابی منتقدانه و بر اساس آنچه درباره اثربخشی نظام پرداخت در مقابل مصرف موجود است و روش‌های معاف‌شدن از آن؛

بخش چهارم: ارائه الگوی رفتار مورد انتظار بهداشتی و درمانی خانوارها با ارزیابی منتقدانه مطالعات گزینشی در مورد تقاضا و یافته‌های حاصل از آن، طرح و ویژگی‌های اساسی و روش‌های آماری؛ بخش پنجم: نتیجه‌گیری.

### منافع بالقوه پرداخت در مقابل مصرف

منافع بالقوه نظام‌های پرداخت در مقابل مصرف، اغلب در مطالعات تحت سه عنوان: «افزایش کارایی»، «افزایش درآمد» و «برقراری عدالت» تحلیل می‌شود.

## ارتقای بالقوه کارایی پرداخت در مقابل مصرف

پرداخت در مقابل مصرف، اغلب عامل قیمت‌گذاری است که به مصرف‌کنندگان، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و همچنین برنامه‌ریزان بهداشتی و درمانی مسئول در سرمایه‌گذاری عمومی، درباره نحوه استفاده از منابع هشدار می‌دهد.

اگر استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی و درمانی به پرداخت بخشی از هزینه‌های این خدمات متعهد گردند، چنین فرض می‌شود که نگرش مسئولانه‌تری جهت استفاده منطقی از خدمات در آن‌ها رشد می‌کند. این امر، به نوبه خود می‌تواند استفاده از خدمات فاقد ارزش کافی و یا غیرضروری ارائه‌شده را محدود سازد که شامل شرایط خود-محدودگر [مصرف]، یا شرایطی که به درمان پاسخ نمی‌دهد یا مواردی که منافع ناچیز در مقایسه با هزینه‌های آن دارد، می‌شود. طراحی دقیق ساختار قیمت‌گذاری بدون شتاب برای خدمات بهداشتی و درمانی دولتی که منعکس‌کننده هزینه‌های نسبی خدمات است، ممکن است سبب کاهش استفاده نامناسب از مراقبت‌های نظام ارجاع و در نتیجه کاهش انبوه بیماران بستری در بیمارستان‌ها، که امکان درمان آن در سطوح پایین‌تر خدمات بهداشتی وجود دارد، بشود.

علاوه بر این، نظام متعادل پرداخت در مقابل مصرف، می‌تواند به عنوان روشی برای محدود کردن مخاطرات رفتاری و اخلاقی عمل کند، این گرایش نباید موجب ایجاد محدودیت درمان بیماری‌ها به علت رایگان بودن درمان در واحدهای بهداشتی دولتی گردد.

پرداخت در مقابل مصرف، نه تنها ابزار استفاده منطقی و محدود بیماران از خدمات است، بلکه موجب عدم ارائه خدمات غیرضروری توسط پرسنل بهداشتی و درمانی به بیماران نیز می‌شود، به خصوص آن‌که، در برخی موارد بیماران به دلایل ناکافی از پزشکان تقاضای ارائه خدماتی را می‌نمایند.

ارائه‌دهندگان خدمات، در صورتی که بدانند بیماران باید هزینه‌های این خدمات را بپردازند، کم‌تر به تجویز داروی زیاد و یا ارائه خدمات غیرضروری تمایل نشان می‌دهند. به علاوه، ذخیره بخشی از درآمدهای حاصل از تعرفه‌ها در مراکز بهداشتی و درمانی محلی و استفاده از آن برای پرداخت برخی از هزینه‌های خدمات ارائه شده، موجب ارتباط بین درآمد با عملکرد و ایجاد انگیزه‌های لازم برای مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی برای ارتقای کیفیت خدمات می‌گردد. اگر ارائه‌کنندگان خدمات در برابر درآمدهای حاصله از فروش داروها و فرآورده‌های پزشکی مسئول باشند، دستبردزدن یا به‌هدررفتن یا فاسدشدن آن‌ها نیز، احتمالاً تا

حدود زیادی کاهش خواهد یافت.

سرانجام، دریافت تعرفه برای خدمات ارائه شده توسط واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی، موجب می‌شود که اطلاعات ارزشمندی در اختیار برنامه‌ریزان بهداشتی و درمانی قرار گیرد تا بتوانند در خصوص نحوه سرمایه‌گذاری، تصمیم‌گیری نمایند. اگر پرداخت در مقابل مصرف ترکیبی از میزان هزینه خدمات و تعیین اولویت مصرف‌کنندگان را منعکس نماید، تخصیص سرمایه بر پایه نحوه بهره‌برداری صورت می‌گیرد که منجر به ایجاد یک نظام درمانی کارا، در مقایسه با نظام‌های مبتنی بر اولویت برنامه‌ریزان خواهد شد. ارتقای «میزان کارایی» ناشی از افزایش «نقش قیمت‌گذاری» در تخصیص منابع و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، بر پایه فرض‌های اولیه و به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف. خدماتی که «ویژگی‌های کالاها عمومی»<sup>۱</sup> را دارند؛ ب. مشخصات بازار اصلی (عرضه کمیت و کیفیت خدمات با تقاضای نسبی برای این خدمات مرتبط است)؛ ج. مقدار عرضه و تقاضا در برابر تغییرات قیمت واکنش دارند (کشش قیمت)؛ د. سهم هزینه‌های دسترسی به خدمات بخش خصوصی (به عنوان مثال: زمان و هزینه سفر، زمان انتظار و زمان معالجه) به هزینه‌های کل؛ و ه. هزینه‌های مدیریتی، تعیین قیمت‌گذاری خدمات و جمع‌آوری درآمد. دی فرانتی<sup>۲</sup> (۱۹۸۵)، خدمات بهداشتی را بر اساس مشخصات «کالاها عمومی» به سه دسته کلی تقسیم کرد: ۱. مراقبت‌های درمانی شامل «اولین ملاقات» و خدمات ارجاع بیماران؛ ۲. خدمات پیشگیری‌کننده وابسته به بیمار (نظیر برنامه مراقبت از مادر و کودک، مراقبت قبل و بعد از تولد)؛ و ۳. خدمات پیشگیری غیروابسته به بیمار (نظیر برنامه مبارزه با حشرات، بهداشت محیط و یا پیش روند بیماری‌ها). خدمات پیشگیری و اکثر خدمات مربوط به ارجاع بیماران، تنها از نظر معافیت از «کل هزینه نهایی قیمت‌گذاری»<sup>۳</sup> بر اساس قابلیت اجرا و کارایی مورد بحث قرار گرفته‌اند. پرداخت در مقابل مصرف، برای خدماتی نظیر برنامه‌های مبارزه با حشرات غیرعملی است، زیرا نمی‌توان گروهی از مردم را از فواید خدمات ارائه شده محروم کرد. پرداخت در مقابل مصرف، ممکن است «عملی» باشد، اما برای پاره‌ای از مراقبت‌های پیشگیری غیروابسته به بیمار، همانند بهداشت محیط و آموزش بهداشت «کارایی» ندارد، زیرا مزایای آن برای بسیاری از خانوارها ممکن است روشن و واضح نباشد. در مورد خدمات

1. Public Goods

2. De Ferranti

3. Total Marginal Cost Pricing

پیشگیری، روش پرداخت در مقابل مصرف، ممکن است بی دلیل از بهره‌برداری جلوگیری نموده و در نتیجه منافع اجتماعی بالقوه تأمین شده توسط این خدمات را تضعیف کند. به طور مشابه، پرداخت هزینه‌ها مانع بهره‌برداری از این خدمات شود و یا منافع مثبت خارجی به شکل پس‌انداز بالقوه، سبب پیشگیری از ناتوانی‌ها و انتقال بیماری‌های عفونی در جامعه نگردد، مراقبت‌های پیشگیری مرتبط با بیمار نیز، از پرداخت کل هزینه نهایی قیمت‌گذاری معاف می‌شود. در مقایسه با خدمات پیشگیری و ارجاع بیماران، فواید ناشی از استفاده از خدمات درمانی در «ملاقات اول»، در اکثر موارد، منحصر به هر فرد است و بنابراین، هیچ موردی وجود خارجی ندارد که از پرداخت کل هزینه نهایی قیمت‌گذاری معاف شود.

افزایش مقیاس کارایی پرداخت در مقابل مصرف، همچنین، به شرایط اولیه بازار، یعنی کیفیت و کمیت خدمات در ارتباط با مقدار تقاضای این خدمات بستگی دارد. در مواردی، معرفی روش پرداخت در مقابل مصرف، ممکن است موجب حذف یا کاهش عدم کارایی استفاده از خدمات شود. این امر، زمانی اتفاق می‌افتد که قیمت خدمات، بیش از حد انتظار پایین است و یا جیره‌بندی با ایجاد صف‌های طولانی، هزینه‌های جانبی، ارتباطات شخصی و سایر شرایط ویژه دسترسی بر اساس جنس، سن و نژاد مطرح می‌شود.

بر خلاف این ابزارهای جیره‌بندی فاقد قیمت که بین اهمیت نیازهای پزشکی جدی و ارزش زمان قرار گرفتن در صف‌های طولانی هیچ تمایزی قائل نمی‌شوند، نظام پرداخت در مقابل مصرف، استفاده‌کنندگان را تشویق می‌کند که نیازهای خود را اولویت‌بندی کنند و نسبت به کاهش ویزیت‌های غیرضروری اقدام نمایند؛ علاوه بر آن‌که، با پرداخت تعرفه‌های خدمات، تمایل آن‌ها به پرداخت هزینه‌های جانبی کاهش می‌یابد.

به عقیده طرفداران روش پرداخت در مقابل مصرف، زمانی که ویزیت‌های غیرضروری به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد، افزایش متعادل قیمت‌ها، خانوارها را از تمایل به دریافت خدمات ضروری بهداشتی و درمانی منصرف نمی‌نماید و یا سبب رو آوردن آن‌ها به خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت پایین نمی‌شود. یافته‌های مطالعات انجام شده در مورد تقاضا در اوایل دهه ۱۹۸۰، نشان داد که تصمیمات خانوارها در مورد نحوه دست‌یابی به مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده، اساساً تحت تأثیر عواملی مانند «کیفیت و دسترسی به خدمات بهداشتی» است تا «هزینه‌های این خدمات».

استفاده از روش پرداخت هزینه‌ها و یا افزایش آن، در حقیقت می‌تواند مصرف را خصوصاً

در افراد فقیر افزایش دهد و موجب کاهش کل هزینه‌ها شود (شامل هر دو، پرداخت‌های غیرمستقیم پولی یا غیرپولی مانند هزینه سفر و مدت زمان مسافرت و زمان انتظار برای درمان). دریافت مراقبت‌های با کیفیت مورد قبول، در واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی موجب می‌گردد که درآمد حاصل از پرداخت مصرف‌کنندگان و درآمدهای آزاد شده دولت، صرف افزایش پوشش و کیفیت خدمات بهداشت و درمانی شود. نهایتاً، فرموله کردن و اجرای عملیات هدفگیری ساده و مؤثر، برای حمایت از فقرا، عموماً از نظر مدیریتی امکان‌پذیر و هزینه - اثربخش می‌گردد. حتی تحت شرایطی که تعرفه‌های جمع‌آوری شده از درآمدهای پیش‌بینی شده زیاده‌تر می‌شود، اگر افزایش تخصیص منابع یکی از اهداف مهم سیاست‌های قیمت‌گذاری باشد، دریافت هزینه‌ها باز هم از اهمیت برخوردار است.

### افزایش درآمدهای حاصل از پرداخت در مقابل مصرف و پایداری خودکفایی

نظام پرداخت در مقابل مصرف، به دولت‌ها از جهت افزایش منابع مالی بخش بهداشت و برطرف کردن محدودیت بودجه که با آن روبه‌رو هستند، برای ارتقای کیفیت و افزایش پوشش اساسی بهداشتی کمک می‌کند.

فرض بر این است، که نظام پرداخت در مقابل مصرف از طریق تأمین بخشی از هزینه‌های بهداشت عمومی به وسیله استفاده‌کنندگان از خدمات و کاهش کل خدمات ارائه‌شده، سبب کاهش هزینه بهداشت عمومی می‌شود و تا حدودی مسئولیت اقتصادی دولت را کاهش می‌دهد. علاوه بر آن، معرفی یا استفاده از نظام «پرداخت در مقابل مصرف» سبب می‌شود که بخش بهداشت از نظر مالی بیشتر به خودکفایی نزدیک شود. جداسازی خدمات بهداشتی و درمانی، از قراردادهای بودجه دولت که معمولاً تحت تأثیر بحران‌های اقتصادی قرار می‌گیرد و همچنین، فراهم آوردن استفاده مؤثرتر از منابع موجود نیز توصیه می‌شود. دریافت هزینه‌های خدمات درمانی، بالاخص موجب کاهش بودجه‌های خدمات درمانی دولت می‌شود و در کوتاه مدت، می‌توان از طریق این درآمدها، هزینه عملیاتی (غیرپرستنی) واحدهای بهداشتی و درمانی و یا برنامه‌های فاقد اعتبار تخصیص یافته، خصوصاً برنامه‌های درمان ساده را پوشش داد.

در درازمدت، افزایش درآمدها این امکان را به دولت می‌دهد که مجدداً بتوانند منافع خود را به مراقبت‌های پیشگیری تخصیص دهند. این اقدام، شامل مداخله دولت در ارائه خدمات

بهداشت عمومی، مانند کنترل ناقلین بیماری، آموزش بهداشت، بهداشت محیط می‌شود که به علت ماهیت این نوع خدمات نمی‌توان هزینه آن را از مصرف‌کنندگان دریافت کرد. هزینه اثربخش بودن مراقبت‌های پیشگیری در مقایسه با امور درمانی موجب می‌شود که در هنگام تجدیدنظر در تخصیص کل بودجه بهداشتی، روند افزایش کارایی بودجه مدنظر قرار گیرد. سرانجام، طرفداران نظام پرداخت در مقابل مصرف، استدلال می‌کنند که تأمین مالی مراقبت بهداشتی جامعه با مشارکت مالی مصرف‌کنندگان بیشتر ملموس و قابل دفاع است و از همین رو، باید جامعه را تشویق کرد تا به جای عدم مشارکت در تصمیم‌گیری، درباره مسائل بهداشت و درمان خود مشارکت نماید.

### پرداخت در مقابل مصرف با سرمایه‌گذاری مستمر موجب ارتقای عدالت می‌شود

طبق نظریه طرفداران پرداخت در مقابل مصرف، رایگان بودن و یا پرداخت جزئی برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، کم‌تر موجب ارتقای سطح کیفیت خدمات می‌شود. به طور کلی، منابع محدود هستند و جیره‌بندی و تثبیت منسوخ شده است؛ عملیات جیره‌بندی به‌طور طبیعی، نتایجی مشابه برقراری پرداخت در مقابل مصرف دارد. «اگر مراقبت بهداشتی و درمانی، یک کالای عادی باشد، داشتن درآمد بالا و کاهش قیمت منفی برای افرادی که در بالای ۵۰ درصد توزیع درآمد قرار دارند، به مراتب، بیشتر از فقرا مصرف‌کننده خواهند بود». در نتیجه، تصور می‌شود که با «پرداخت در مقابل مصرف» عدالت بیشتر تأمین می‌گردد، خصوصاً در مناطقی که تحت پوشش خدمات قرار نگرفته‌اند، استمرار درآمدهای حاصل از ارائه خدمات می‌تواند سطح پوشش را افزایش دهد. ارتقای کیفیت خدمات نیز، موجب درک نقاط ضعف و نارسایی‌های کیفیت خدمات می‌شود، به طور مثال، با عرضه بهتر دارو و سایر اقلام ضروری پزشکی، ذخیره مناسب تجهیزات، شرایط بهتر کار برای کارکنان خدمات بهداشتی، ارتقای سطح علمی و بازآموزی کارکنان و نگهداری بهتر ساختمان‌ها و تجهیزات، موجب ارتقای کیفیت خدمات می‌شود.

توسعه و بهبود بیشتر در فراهم‌بودن و کیفیت خدمات از طریق هدایت منابع آزاد شده بودجه دولتی، به سمت برنامه‌های بهداشتی که در حال حاضر بودجه‌ای به آن‌ها اختصاص داده نشده است و متضمن منافع عمومی و افزایش پوشش و کیفیت خدمات برای اقشار نیازمند است،

به دست می آید. پیشرفت های ناشی از افزایش پوشش و کیفیت خدمات، مراکز بهداشتی و درمانی دولتی را برای تمام گروه های درآمدی جذاب و جالب می کند. افزایش اثربخشی مراقبت ها، موجب می شود که استفاده از مراقبت های خصوصی، مانند مراقبت های شفا دهندگان سنتی، کم اثر و خرید داروی بدون نسخه پزشک و خود درمانی کاهش یافته و موجب تشویق برای استفاده بیشتر از امکانات و مراقبت های اساسی پیشگیری مراکز بهداشت دولتی می شود.

این پیشرفت ها با نسبتی افزایشی، با کاهش کل هزینه های مراقبت های پیشگیری مورد نیاز با کیفیت قابل قبول در واحدهای خدمات بهداشتی عمومی، منافع افراد فقیر را تأمین می کند و واحدهای بهداشتی و درمانی، با «هزینه های قابل پرداخت»، جایگزین واحدهایی با هزینه بالای غیر قابل پرداخت و یا با فاصله زیاد مکانی می شوند.

نهایتاً، فرض بر این است که بسیاری از خانوارها، مایل و قادر به پرداخت مقداری متعادل از هزینه های خدمات هستند و به نظر می رسد که این هزینه ها کم تر شبیه تحمیل کردن پرداخت نابجا بر بودجه خانواده باشد. بسیاری از خانواده ها در کشورهای در حال توسعه، هم اکنون مقدار قابل توجهی از درآمد خود (حدود ۳ درصد) را برای تأمین هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی به ارائه دهندگان مختلف غیردولتی تخصیص داده اند. (مثل مأمورین مذهبی، کلینیک های خصوصی، پزشکان آزاد، داروخانه های محلی و شفا دهندگان سنتی). تخمین زده می شود، مبلغی که مردم مستقیماً به بخش غیردولتی پرداخت می کنند بالغ بر نیمی از کل مبلغی است که برای این نوع خدمات می پردازند.

این روند پرداخت به ارائه دهندگان مختلف خدمات، همراه با پاسخ اندک به تقاضای مراقبت پزشکی در برابر تغییر سطح قیمت ها، نشان می دهد که مصرف کنندگان تمایل دارند و قادر هستند که برای دریافت خدمات با کیفیت قابل قبول، هزینه بیشتری پرداخت کنند. چنانچه بخش دولتی نیز خدمات درمانی نوین و کارا ارائه نماید، می تواند این منابع را جذب کند. پرداخت در مقابل مصرف، ممکن است کل مخارج خانواده ها را افزایش ندهد، اما این امر به سادگی پرداخت خانواده ها را از صرف کردن پولشان برای دریافت مراقبت های سنتی و کم تأثیر و نیز داروهای بی اثر باز می دارد.

### محدودیت و مضرات بالقوه نظام پرداخت در مقابل مصرف

در بین دیدگاه طرفداران و مخالفین، یک توافق کلی وجود دارد و آن این است که، پرداخت در



مقابل مصرف عاملی مؤثر و آشکار جهت افزایش درآمد، فراهم کردن داروها، تجهیزات پزشکی، و ارتقای سطح کارایی و عدالت است. به هر حال، طبق نظر مخالفین نظام پرداخت در مقابل مصرف، منافع بالقوه بر اساس یک چارچوب تجربی لغزش دار و نیز فرض‌هایی است که اغلب در مورد دامنه و دیدگاه بالقوه «منافع مصرف‌کننده» مبالغه کند. علاوه بر آن، درک منافع بالقوه استفاده‌کننده اغلب در عمل، متوقف یا با مشکل مواجه می‌شود، زیرا ضعف مدیریت و نداشتن ظرفیت و کارایی لازم امور اداری برای تعیین سطوح تعرفه‌های قابل پرداخت، ارزیابی واجد شرایط بودن بیمار برای بخشودگی، تحمیل جمع‌آوری تعرفه‌ها و حفظ و استمرار درآمدها به صورت کارا با رعایت مساوات صورت نمی‌گیرد.

مجموع این‌ها، بر ترکیبی از یافته‌های «مطالعات تجربی تقاضا» تأکید دارد که منجر به از بین بردن تردید در مورد فواید خالص سیاست پرداخت در مقابل مصرف، خصوصاً با احترام بر رعایت عدالت است.

## اطلاعات ناقص

این بحث که نظام «پرداخت در مقابل مصرف»، مانع از استفاده «ناچیز» و یا «غیرضروری» از خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود، بر این پیش فرض استوار است که مردم در رابطه با نیازهای خود و اعضای خانواده‌هایشان و منافع بالقوه بعضی از خدمات بهداشتی و درمانی اطلاعات کافی دارند. در چنین شرایطی، آیا این اطلاعات موجب محدودکردن خود و یا بی‌تفاوتی برای دریافت خدمات درمانی می‌شود؟ و یا تنها پرداخت در مقابل مصرف، مانع استفاده غیرضروری از خدمات، که اثر کمی بر تأمین سلامت دارد است. این پیش‌فرض‌ها، از دو جنبه اساسی قابل بررسی است.

اول. بسیاری از بیماران در شرایطی نیستند که بتوانند در رابطه با وخامت علایم بیماری و میزان نیاز خود به مراقبت پزشکی قضاوت کنند.

دوم. پرداخت در مقابل مصرف، فقط یکی از اجزای کل هزینه دریافت خدمات بهداشتی و درمانی است. بیماران و خانواده‌هایشان، هزینه‌های زمان (وقت صرف شده برای مسافرت، وقت انتظار و زمانی که به درمان اختصاص می‌یابد) و همچنین تلاش‌ها، از دست دادن پول، صرف کردن پول برای ایاب و ذهاب و بعضی مواقع، پرداخت غیررسمی (زیرمیزی) به پرسنل بهداشتی و درمانی را متحمل می‌شوند.

اگر این هزینه‌های غیرمستقیم بسیار زیاد باشد، منجر به حذف بیشتر موارد استفاده غیرضروری می‌شود و هیچ دلیل یا ضابطه‌ای برای دریافت هزینه از مصرف‌کننده، به جز افزایش درآمد وجود نخواهد داشت.

همچنین به نظر می‌رسد، که نظام پرداخت در مقابل مصرف تنها اندکی از میزان مصرف یا استفاده غیرضروری جلوگیری به عمل می‌آورد، مانند گروهی که تقاضا مندا استفاده غیرضروری از مراقبت‌های بهداشتی درمانی هستند (گروه‌های دولت‌مند با سلامت بسیار خوب) و در نتیجه، معرفی نظام پرداخت در مقابل مصرف کم‌تر بر میزان تقاضای آن‌ها اثر می‌گذارد.

در مورد بیماری‌هایی که دانش پزشکی محدود و هزینه‌های غیرمستقیم بالا دارند ممکن است معرفی تعرفه‌ها از استفاده خدمات نابجا، خصوصاً خدمات پیشگیری و درمان مورد نیاز گروه‌های ضعیف و آسیب‌پذیر مثل، افراد فقیر، سالمندان و یا افراد مبتلا به بیماری مزمن، جلوگیری کند. پرداخت در مقابل مصرف، همچنین بیماران را تشویق می‌کند تا مقدار کم‌تری از داروهای تجویز شده را خریداری و مصرف کنند.

شواهد اندک و اختلاف نظر زیادی وجود دارد که خانواده‌ها بتوانند در مورد وضعیت سلامت خویش قضاوت جدی و دقیقی داشته باشند. از نظر برخی صاحب‌نظران، خانواده‌ها اطلاعات و درک محدودی از نیازهای خود دارند، یا در رابطه ملاقات با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی، ممکن است سیاست قیمت‌ها را بپذیرند. حتی مراجعین نمی‌دانند که چه موقع به دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیاز دارند، آن‌ها بیشتر از تجربیات فردی خود بهره‌مند می‌شوند. در سطح جهانی، ضابطه قابل قبولی برای تشخیص و ارزیابی مراجعه وضع نشده است و بیماران بیشتر به وسیله شدت «درد» یا «سایر علائم غیرطبیعی یا نابهنجار»، نیاز خود را به خدمات بهداشتی و درمانی احساس می‌کنند، به عبارت دیگر توصیه می‌شود؛ کمی صبر کنید، اگر درد یا حالت بی‌قراری و ناراحت‌کننده برطرف نشد، سپس کمک بگیرید.

از نظر سایر صاحب‌نظران، این پیش‌فرض که درد می‌تواند جان‌نشین مناسبی برای کسب دانش و ایجاد رفتار مطلوب بهداشتی در برقراری سلامت خانوار باشد، همیشه مورد سؤال بوده است. در بین این افراد استانتون کلیمنز<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) بیشتر از دیگران کار کرده است. طبق نظر او، که اوضاع مشترک و عمومی بیماران را مورد مطالعه قرار داده است، درد زمانی شروع می‌شود که ویزیت‌های پزشکی از وضعیت وخیم و تأخیر در پیشگیری، از هزینه درمان بالایی برخوردار

1. Stanton Clemens

است. یک تحلیل در مورد بیماران بیمارستان ملی نامی<sup>۱</sup> نشان می‌دهد، بیماران سرپایی که قدرت پرداخت ندارند در مقایسه با بیمارانی که توان پرداخت دارند، دیرتر برای مداوا مراجعه می‌کنند؛ یعنی بیماران با درآمد بالا سریع‌تر برای درمان مراجعه می‌کنند تا سایر بیماران. اثر معکوس توانایی مالی استفاده‌کننده، فقط به «اولین مراجعه» برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مربوط نمی‌شود. در محیطی که اطلاعات یا درک علل بسیاری از بیماری‌های شایع و نتایج درمان مورد انتظار آن با محدودیت‌های مشاوره درمانی روبه‌رو است، اغلب مشاوره‌های درمانی سبب افزایش اطلاعات افراد درخصوص نشانه‌ها و علل بیماری می‌شود. بعضی از محققین، برای اولین مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فواید خارجی گوناگونی برشمرده‌اند که ممکن است رسیدگی کم‌تر، موجب کاهش ویزیت‌های درمانی نخستین شود.

یکی از عوارض جانبی پرداخت در مقابل مصرف، کاهش قابل توجه پوشش واکسیناسیون کودکان در بسیاری از شهرهای فقیر چین بوده است. افزایش بهبود خدمات که به وسیله واحدهای بهداشتی و درمانی عمومی ارائه می‌شود، موجب افزایش تقاضا برای بعضی از خدمات پیشگیری از قبیل خدمات قبل از زایمان شده است.

در یک مطالعه انجام‌شده در یکی از مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در زئیر<sup>۲</sup>، پرداخت بالا در مقابل مصرف و عدم توانایی استفاده‌کنندگان برای پرداخت و بدهی‌های انباشته شده ویزیت‌های قبلی، موجب شد که برخی از بیماران به اتفاق از ادامه مراجعه به واحدهای بهداشتی و درمانی خودداری کنند. بعضی پرستاران و اعضای کمیته بهداشتی چنین نظر دادند: آن‌هایی که بدهی خود را نپرداخته‌اند چنان‌چه بیمار شوند، جرأت مراجعه مجدد به این مراکز را ندارند.

### محدودیت افزایش بالقوه درآمد خالص

در عمل اثبات شده است که عموماً افزایش بالقوه درآمد حاصل از پرداخت در مقابل مصرف، سهم بسیار کمی از مشارکت در تأمین منابع مالی و حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از کل هزینه جاری بهداشت دولت را تشکیل می‌دهد. در سطح ملی، برآورد می‌شود که به‌طور تقریبی، درآمدهای خالص ناشی از پرداخت در مقابل مصرف، حدود ۵ درصد کل هزینه‌های عملیاتی را

1. Namey National Hospital

2. Zaire

در آفریقا تشکیل می‌دهد و این میزان در کشور غنا،<sup>۱</sup> به بالاترین حد یعنی ۱۲ درصد و در بوركینافاسو، به کم‌تر از ۱ درصد می‌رسد.

نسبت بالاتری از تأمین هزینه‌ها بر اساس پرداخت در مقابل مصرف، در واحدهای بهداشتی و درمانی مستقل یا منحصر به فرد و برخی از پروژه‌های محدود به جوامع کوچک گزارش شده است. شواهد پراکنده درباره پوشش هزینه واحدهای بهداشتی و درمانی مستقل یا منحصر به فرد نشان می‌دهد که حداکثر میزان پوشش هزینه‌ها، به ترتیب ۹۷/۳ درصد در هفت بیمارستان ناحیه‌ای در چین و ۷۸/۹ درصد در یک بیمارستان ناحیه‌ای در کشور ژئیر بوده است. میزان حداقل پوشش هزینه‌ها، از ۱/۵ درصد در سه بیمارستان ناحیه‌ای در جمهوری دومینیکن و ۱/۹ درصد در ۳۰ حوزه بیمارستان‌های زیمبابوه است.

تجربیات اخیر در خصوص طرح تأمین هزینه‌ها بر اساس پرداخت در برخی از پروژه‌های بهداشتی و درمانی جامعه، خصوصاً آن‌هایی که تحت طرح‌های اولیه باماکو<sup>۲</sup> است، نشان می‌دهد که نوسان تأمین هزینه‌ها بر اساس پرداخت بین ۴۳ تا ۵۸ درصد در بنین<sup>۳</sup>، ۱۴ تا ۵۹ درصد در رواندا<sup>۴</sup> و ۱۰ تا ۱۵ درصد زامبیا<sup>۵</sup> است. کسب درآمد بالقوه ناشی از پرداخت در مقابل مصرف در عمل، به وسیله چند عامل با محدودیت روبه‌رو می‌شود. این عوامل عبارتند از: الف. ضعف امور اداری و عدم قابلیت مدیران؛ ب. تأثیرات فصلی در فراهم‌بودن پول؛ ج. نبود نظام اعتباری؛ د. عدم وجود خط‌مشی‌ها و سیاست‌های تکمیلی دولت برای یک نظام کارآمد تولید دارو و تدارک مواد مصرفی؛ ه. نارسایی در تخصیص مجدد منابع و بودجه صرفه‌جویی‌شده دولت در جهت هزینه- اثربخش کردن خدمات با ارتقای سطح عدالت؛ و. ضعف‌بودن یا عدم وجود سازمان‌های عمومی؛ و، ز. نبود ساختار و چارچوب قانونی لازم به منظور نظم‌دادن به عملیات اجرایی دولت و ارائه‌دهندگان خدمات بیماران.

تنظیم و اجرای نظام «تشخیص استحقاق»، در خصوص پرداخت در مقابل مصرف برای گروه‌های مختلف درآمدی، سطح تسهیلات بهداشتی و درمانی، و یا شرایط بهداشتی اثر بخش و عادلانه باعث می‌شود که افراد مختلف جامعه و کارکنان بهداشتی و درمانی دارای مهارت‌های اداری و مدیریتی لازم در سطوح مختلف شوند، تا بتوانند زمینه‌های گوناگون را برای تعیین میزان تعرفه‌های قابل پرداخت، تعیین توانایی خانوارها در پرداخت تعرفه‌ها، جمع‌آوری تعرفه‌ها، کنترل درآمدها و موارد استفاده آن‌ها مشخص نمایند.

1. Ghana

2. Bamako

3. Benin

4. Rwanda

5. Zambia

این «شرایط اجرایی»، به ندرت در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به چشم می‌خورد چون در آن‌جا که، مهارت‌های اداری و مدیریتی لازم به منظور اجرای پروژه‌ها در سطح جامعه وجود ندارد یا ضعیف است، باید نسبت به توسعه و تقویت آن‌ها اقدام شود. به علاوه، در مواجهه با مخالفت‌های نسبتاً زیاد، درباره استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف، جمع‌آوری تعرفه‌ها ممکن است با مشکلاتی چون عدم پرداخت، از دست دادن تعدادی از بیماران و عدم تبعیت پرسنل بهداشتی در رعایت این نظام روبه‌رو شود.

### سیاست پرداخت در مقابل مصرف نزولی است

در بین نظریه‌های مختلف ارائه شده در مورد نظام پرداخت در مقابل مصرف، شاید هیچ‌کس به اندازه طرفداران عدالت، نگاهی موشکافانه به موضوع نداشته باشد. اخیراً، مطالعات رو به افزایش و سؤال برانگیزی در مورد ارتقای سطح عدالت در ارتباط با موضوع پرداخت در مقابل مصرف با دلایل، پیش فرض‌ها و چارچوب پنداشتی مطرح شده است.

نظریات در مورد افزایش بالقوه عدالت از نظام پرداخت در مقابل مصرف، شامل شش پیش فرض صریح و روشن به شرح زیر است:

۱. تقاضای دریافت مراقبت‌های پزشکی به‌طور کلی به تغییرات سطح قیمت‌ها حساس نیست.
۲. بسیاری از خانواده‌ها تمایل دارند و قادر هستند که هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مطلوب را پرداخت نمایند.
۳. اجرای عملیات قیمت‌گذاری مؤثر و وصول تعرفه‌ها که بتواند از فقرا حمایت کند و در عین حال هزینه-اثربخش باشد، از نظر مدیریتی امکان‌پذیر است.
۴. حداقل، بخشی از درآمدهای حاصله از تعرفه‌ها باید به تسهیلات بهداشتی و درمانی محلی تخصیص داده شود.
۵. استفاده از درآمدهای تخصیص یافته به تسهیلات بهداشتی و درمانی اجازه می‌دهد که به نحو قابل توجهی کیفیت پوشش خدمات و «هزینه-اثربخشی دسترسی به مراقبت» برای مصرف‌کنندگان بالقوه به خصوص فقرا افزایش داده شود.
۶. از نظر سیاسی، دولت‌ها برای هدایت منابع و بودجه‌های صرفه‌جویی شده برای افزایش پوشش و کیفیت خدمات مورد استفاده فقرا، تعهدات مستحکمی دارند هر چند این پیش فرض‌ها، در عمل به ندرت به اجرا گذاشته می‌شود.

بر طبق جدیدترین مطالعات، «تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی» از سوی خانواده‌های کم درآمد، بیشتر به تغییرات قیمت‌ها حساس هستند، تا تقاضای سایر خانواده‌ها و به این ترتیب، نظام پرداخت در مقابل مصرف احتمالاً بیشتر به خانواده‌های فقیر آسیب می‌رساند تا خانواده‌های دیگر (در فصل بعدی این مقاله تأکید بیشتری بر این مسئله خواهد شد). قضاوت راجع به قدرت پرداخت، فقط بر اساس روند هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی موجود و جوابگویی و انطباق بهره‌برداری با تغییر سطح قیمت‌ها بر طبق نظر برخی از صاحب‌نظران، با اجرای نظام پرداخت در مقابل مصرف، برای بخشی از گروه‌های جمعیت، خصوصاً فقرا و بیماران مزمن با مشکلات اساسی روبه‌رو می‌شود.

مطالعات تمایل و تقاضا، به طور معمول نشان نمی‌دهد که خانوارها چگونه منابع لازم را برای پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دست می‌آورند. همچنین، تأثیرپذیری وضعیت بهداشتی و رفاه عمومی خانواده و اعضای آن، پس از پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که آن را با مشکلات زیاد تأمین کرده‌اند، مشخص نیست. خانواده‌هایی که در پرداخت هزینه درمان با مشکلات زیاد مواجهند، ممکن است از طریق صرف نظر کردن از خرید غذا یا دیگر ضروریات اساسی و یا با فروش سرمایه اصلی و مولد خود که رفاه و حیات آینده خانواده و اعضای آن را تأمین می‌کند به این کار اقدام نمایند.

بعضی شواهد به دست آمده از بررسی مربوط به داده‌های خانوار و دیگر مطالعات (اغلب کیفی) نشان می‌دهد که بخش گسترده‌ای از جمعیت (دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۶۰ درصد)، اغلب در پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی با مشکلات قابل ملاحظه‌ای روبه‌رو هستند. هرچند، اطلاعات اندکی درباره اثر طولانی مدت این پرداخت‌ها در وضعیت سلامت خانواده‌ها یا امرار معاش آینده آن‌ها در دسترس است.

اگر تعرفه‌های جدید پرداخت در مقابل مصرف افزایش یابد و این افزایش، با افزایش قیمت خدمات عمومی مانند آموزش، بهداشت محیط و آب سالم که اغلب برنامه‌های اساسی و زیربنایی است، همزمان گردد، قدرت پرداخت ممکن است بیشتر تضعیف شود.

تحت چنین شرایطی، ممکن است صحیح نباشد درباره توان مالی خانواده، تنها بر اساس سهم کل بودجه خانوار از کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی قضاوت کنیم. استفاده همزمان از نظام پرداخت در مقابل مصرف در بخش‌های مختلف اجتماعی، برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمان تسهیلات عمومی، هزینه سنگین‌تری را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند تا فقط

استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف برای خدمات بهداشتی و درمانی. به علاوه، اگر تصور کنیم که مراقبت سنتی و «علائم درمانی»، جایگزین درمان برای تمام گروه‌های بیماری نیست، تمایل برای پرداخت هزینه مراقبت‌های سنتی ممکن است نمایانگر تمایل به پرداخت برای «علائم درمانی» نباشد. حتی اگر دو روش درمان جایگزین یکدیگر باشند، ممکن است یکی راحت‌تر از دیگری در دسترس باشد. از آن‌جا که مراقبت سنتی اغلب در منزل بیمار یا در سطح روستای محل سکونت بیمار ارائه می‌شود، معمولاً حق‌الزحمه آن به صورت غیرنقدی مثلاً محصولات کشاورزی، پرداخت می‌شود؛ این نوع پرداخت، لزوماً بیانگر تمایل و توان پرداخت نقدی برای «علائم درمانی» در یک مرکز بهداشتی و درمانی دولتی دورتر نیست.

پرداخت در مقابل مصرف ممکن است تلقی بالقوه‌ای از تضعیف عدالت باشد، زیرا حمایت از فقرا در پرداخت هزینه‌ها و تخصیص مجدد درآمدهای حاصل از پرداخت‌ها برای پاسخگویی به نیاز فقرا مشکل است.

اگرچه اکثر دولت‌ها در اصل تشخیص می‌دهند که افراد ناتوان در پرداخت هزینه‌ها باید معاف شوند و یک سیاست رسمی برای حمایت از فقرا دارند، اما تعیین سیاست و چارچوب معافیت از پرداخت را در عمل مختل می‌کنند. حتی اگر بتوان گروه هدف را به خوبی مشخص کرد، اثربخشی طرح معافیت، بیشتر تحت تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی است، مثل رفتار تأییدکنندگان معافیت و از طرفی دیگر، بیماران، که ممکن است به علت نداشتن اطلاعات، مانند موانع فرهنگی-اجتماعی مرتبط با سن، جنس و نژاد نتوانند از معافیت برخوردار شوند.

طرح‌های برقراری معافیت در بخش‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اخیراً مورد تحلیل قرار گرفته و درباره اثربخشی این طرح‌ها در ارتقای عدالت و عوامل احتمالی محدودکننده اثربخشی آن، اطلاعات اندکی وجود دارد.

نواقص عملیات پرداخت در مقابل مصرف، برای حمایت از گروه‌های نیازمند و آسیب‌پذیر، در چهار کشور توسط مک‌پک، هانسون و میلز<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) مورد بررسی قرار گرفت. مروری بر پژوهش‌های انجام شده در آفریقا، نشان می‌دهد که رایج‌ترین ابزار و معیار برای برقراری طرح معافیت از پرداخت هزینه‌ها، این مشخصات را داشت: «فرایندهای غیرمتمرکز با معیارهای استحقاق به صورت رسمی یا غیررسمی، تخصیص بخشی از مزایای معافیت به افراد غیر فقیر، متغیر بودن میزان پوشش قشر فقیر در مناطق مختلف، دقت پایین در تعیین معافیت‌ها و

1. Mc. Packe, Hanson & Mills

هزینه‌های ناکافی برای اهداف تعیین شد.

در مطالعه‌ای بین‌المللی که از طریق ارسال پرسشنامه به ۲۶ کشور با درآمدهای متوسط و کم که طرح پرداخت در مقابل مصرف در آن‌ها اجرا می‌شود، صورت گرفت، راسل و گیلسون<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۷، دریافتند که ۲۷ درصد از این کشورها (۷ کشور)، هیچ سیاست رسمی برای معاف کردن افراد فقیر از پرداخت ندارند و در ۱۶ کشور از ۱۸ کشور، سیاست معافیت فقرا از پرداخت، وجود داشت؛ ولی راه‌کارهای سیاست معافیت از پرداخت در این کشورها، مبهم و نامعلوم بود و اختیار تعیین معافیت فقرا از پرداخت، به عهده کارکنان بهداشتی و رهبران محلی گذاشته شده بود. پایین بودن میزان دقت و صحت تعیین گروه‌های هدف در مطالعه مقدماتی از نمونه مورد مطالعه در نیجریه، نشان می‌دهد که بیش از نیمی از بیماران فقیر (نماینده پایین‌ترین صدک‌های گروه‌های جمعیت کم درآمد) از هیچ نوع کمک مالی تحت عنوان ترمیم پرداخت هزینه‌ها برخوردار نشده‌اند، و افراد غیرفقیر از بیش از  $\frac{1}{3}$  کمک‌های مالی در طرح تخصیص ترسیم پرداخت هزینه‌ها برخوردار شده‌اند. تحقیقات تجربی انجام شده در تایلند درباره اهداف مستقیم، نیز نشان می‌دهد که فقط ۸ درصد از گروه‌های هدف، کارت نشان‌دهنده درآمد پایین دارند.

به علاوه، نواقص طرح عملیات برقراری معافیت برای حمایت از گروه‌های نیازمند، از این حقیقت ناشی می‌شود که بخشی از درآمدهای حاصل از تعرفه‌ها (اگر نه همه آن)، اغلب به خزانه مرکزی واریز می‌شود و بخشی از درآمدها نیز به واحد بهداشتی درمانی محلی تخصیص داده می‌شود، که تأثیر اندکی در ارتقای کیفیت خدمات، مانند عرضه مناسب دارو و تأمین حق الزحمه کارکنان دارد.

بر اساس بررسی از طریق ارسال پرسشنامه‌ها به وسیله پست، که توسط راسل و گیلسون در ۱۹۹۷ انجام شده است، تنها در ۳۱ درصد از کشورها، واحدهای بهداشتی و درمانی می‌توانند ۱۰۰ درصد از درآمدهای پولی وصول شده را نزد خود نگه‌دارند و در میان ۲۶ درصد از آخرین کشورهای بررسی شده، راهبرد یا چارچوب سیاسی مشخص برای هزینه کردن درآمدها وجود نداشت. در مطالعه انتخابی از بررسی‌های اخیر مدیریت درآمدهای حاصل از پرداخت در مقابل مصرف، کریس<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) نتیجه گرفت که «تجربیات گسترده‌ای درباره استفاده از درآمدها برای بهبود کیفیت و دسترسی به خدمات انجام شده است که بتواند راهی برای جبران اثرات نزولی پرداخت در مقابل مصرف نشان دهد.

1. Russell & Gilson

2. Creese



درآمد حاصله از پرداخت در مقابل مصرف به طور کلی، به مراتب کم تر از مبلغ اعلام شده توسط بانک جهانی برای «حداقل نیازهای اساسی»، سلامت عمومی و ارائه «خدمات بالینی ضروری» برای رفع نیاز فقرا و حل تنگناهای ساختاری اساسی است.

حتی اگر درآمدها به خزانه مرکزی منتقل نمی‌شد، هیچ ضمانتی وجود نداشت که درآمدهای حاصل از پرداخت بیماران، به عنوان کمک قلمداد شود و معادل آن از بودجه موجود بخش بهداشت کاسته نشود. لیتون<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) موارد متعددی را نقل می‌کند که پرداخت مالی مصرف‌کنندگان، منجر به جابجایی یا ترمیم بودجه می‌شود.

پرداخت مالی مصرف‌کنندگان، نه تنها منجر به بی‌عدالتی عمیق اجتماعی می‌شود بلکه امکان دارد به بی‌عدالتی منطقه‌ای در «پوشش و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی» منتهی شود. مناطق و بخش‌های کم جمعیت که امکانات بهداشتی و درمانی کم‌تری دارند، قادر به دریافت تعرفه‌ها نیستند و کم‌تر قادرند درآمد خود را افزایش دهند بنابراین در عمل، بهبود در کیفیت و پوشش خدمات در این مناطق کم‌تر از بخش‌هایی است که دارای واحدهای بهداشتی و درمانی زیادتر بوده و جمعیت تحت پوشش آن‌ها، قادر به پرداخت بیشتر باشند.

تحت چنین شرایطی، به دست آوردن کیفیت در بخش بهداشت و درمان، مستلزم توزیع مجدد درآمد حاصله از نظام پرداخت در مقابل مصرف از سوی مناطق یا جمعیت مرفه به سوی مناطق و جمعیت محروم و یا با تجدیدنظر در بودجه عادی (تأمین منابع مالی از محل مالیات‌ها) به سوی مناطقی است که دارای سرانه پایین درآمدهای حاصله از تعرفه‌ها هستند.

تخصیص بودجه برای جبران ضرر واحدهای بهداشتی و درمانی که درآمد ناشی از تعرفه‌ها را در عمل از دست داده‌اند، حداقل بر پایه تحقیقات تجربی انجام شده در تایلند، حاکی از آن است که مساعدت‌ها، بیشتر و سریع‌تر به مناطق غنی سرازیر می‌شوند تا مناطقی که درصد قابل ملاحظه‌ای از خانواده‌های فقیر در آن ساکن هستند.

در نهایت، مادامی که توزیع عادلانه منابع به نفع ساکنین مناطق شهری و آن‌هم بر اساس واحدهای درمانی مرتباً ادامه می‌یابد، اجرای طرح‌های جبران هزینه‌ها، مانند نظام پرداخت در مقابل مصرف ممکن است در بهبود قابل توجه وضعیت سلامت فقرا، خصوصاً در مناطق فقیر روستایی نقش چندانی نداشته باشد.

1. Leighton

## مطالعات تقاضا

کارایی، عدالت و توان بالقوه افزایش درآمد در سیاست «پرداخت در مقابل مصرف» در بین سایر عوامل، بر پیش‌فرض‌های خاصی در مورد رفتار پی‌گیرانه خانواده برای بهره‌مندی از خدمات درمانی، خصوصاً حساسیت خانواده در انتخاب روش درمانی یا دفعات مراجعه جهت ویزیت و یا تغییر در نحوه دستیابی به هزینه‌های قابل پرداخت و امکان جایگزینی روش درمانی استوار است. نقش پولی و غیرپولی هزینه‌های دسترسی به خدمات و تأثیر آن بر میزان تقاضای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، موضوع تحقیقات تجربی رو به افزایش در طول سه دهه گذشته بوده است. این پژوهش‌ها اغلب بر اساس ویژگی‌های مختلف تقاضا، روش‌های برآورد آماری، مناطق مختلف جهان در حال توسعه و مجموعه داده‌های گوناگون، به نتایج متضادی دست یافته و با توجه به یافته‌های به دست آمده پیش‌بینی‌هایی کرده است.

## مطالعات مقطعی

بر طبق مطالعات اولیه در مورد تقاضا که نخستین بار در اوایل دهه ۱۹۸۰ انجام گرفت، قیمت‌ها (به صورت نقدی، ارزش وقت انتظار و سفر) بر تصمیم خانواده در انتخاب نوع درمان، مراجعه برای ویزیت و کسش قیمت بر تقاضا (میزان جایگزینی روش‌های مختلف درمان) تأثیر ناچیزی دارد.

از طرف دیگر مطالعات اخیر، که اغلب بر مدل‌های نظری پیشرفته، «اقتصادسنجی» و برآوردها پایه‌گذاری شده، در مقایسه با مطالعات اولیه در این زمینه، می‌افزاید که تقاضای خانوارها برای استفاده از خدمات پزشکی به تغییرات قیمت‌ها حساس‌تر شده است. واکنش تقاضا در برابر تغییر قیمت‌ها برای افراد کم درآمد به مراتب بیش از دیگر گروه‌های درآمدی است.

جامع‌ترین و وسیع‌ترین مطالعات تقاضا در گذشته، دو مطالعه انجام شده توسط هیلر (۱۹۸۲) در مالزی و آکین و همکاران (۱۹۸۴ و ۱۹۸۶) در فیلیپین است. این مطالعات، تقاضای دریافت انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را برآورد کرده و تأکید بیشتر آن‌ها بر «مدل‌های مراقبت بیماران سرپایی» بوده است.

هیلر، مدل تصمیم‌گیری خانوارها را در مورد دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سرپایی و نوع خدمات مورد تمایل (در درمانگاه‌های خصوصی، دولتی و یا توسط شفا دهندگان سنتی) و کل ویزیت‌های سرپایی ارائه داد، در حالی که آکین و همکاران، تنها مدل مراقبت‌های

بهداشتی و درمانی سرپایی مورد درخواست بزرگسالان و کودکان را (در درمانگاه‌های دولتی، خصوصی، توسط شفا دهندگان سنتی و یا حتی بدون ویزیت) ارائه کردند. مدل تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی با فهرست طولی از متغیرها، مثل: پرداخت نقدی، هزینه زمان، سرمایه، درآمد و مجموعه‌ای از متغیرهای غیراقتصادی که مربوط به کیفیت مورد انتظار خدمات و فراهم بودن تسهیلات بهداشتی و درمانی می‌شد، همراه بود. نتایج نشان داد که خانوارها قادر نبودند پاسخگوی تغییرات پرداخت‌های نقدی بین درمانگاه‌های دولتی و خصوصی و نیز کمیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سرپایی باشند. متغیرهای هزینه زمان (وقت انتظار، زمان درمان و سفر) در هر دو مطالعه، تأثیرات متعارضی بر میزان تقاضا برای مراقبت بیماران سرپایی داشتند. در مطالعه هیلر، مدت درمان، تنها متغیری بود که تأثیر منفی و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بر تعداد کل ویزیت‌های بیماران سرپایی داشت. با این وجود، در هر دو مطالعه، خانوارها در تصمیم برای انتخاب خدمات پزشکی به وضوح نشان دادند که از نظر بُعد زمانی ترجیح می‌دهند به جای اقدام به سفر، در انتظار درمان باقی بمانند. به نظر نمی‌رسد خانوارها در انتخاب میان درمانگاه‌های دولتی و خصوصی ترجیح دهند که مدتی طولانی در انتظار نوبت در درمانگاه‌های دولتی بمانند، اما در انتخاب بین پزشکان دولتی و شفا دهندگان سنتی وضعیت چنین نبود. طبق نظریه هیلر، احتمال دارد دلیل اولویت دادن خانوارها برای انتظار کشیدن به مدت طولانی در صف استفاده از درمانگاه‌های دولتی و عدم مراجعه به شفا دهندگان سنتی، مشارکت اجتماعی حتی به دلیل انتظار دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا در درمانگاه‌های دولتی باشد (در مقایسه با کیفیت پایین خدمات توسط شفا دهندگان سنتی). در مطالعات آکین و همکاران، قیمت دارو و تأثیرات مشهودی که بر بهره‌برداری از امکانات واحدهای بهداشتی و درمانی دارد و هزینه‌های بالای آن، امکان استفاده از هر دو نوع درمانگاه خصوصی و دولتی را به نسبت مراجعه به شفا دهندگان سنتی افزایش می‌دهد و از سوی دیگر، سبب می‌شود که احتمال مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، در هر دو نوع درمانگاه خصوصی و دولتی کاهش یابد. در نهایت، طبق نظریه آکین، «میزان درآمد»، در تصمیم خانوارها برای استفاده از مراقبت بهداشتی و درمانی سرپایی و یا کلاً در تعداد ویزیت‌ها، تأثیر بسیار اندکی دارد، در حالی که، در مطالعات هیلر مشاهده شده است که به‌طور قطع و یقین، درآمد از نظر آماری، تأثیر معنی‌داری در تصمیم خانوارها برای انتخاب خدمات درمانی دارد.

هرچند، مطالعات مقطعی انجام شده بر میزان تقاضا که اخیراً صورت گرفته است، «اعتبار یافته‌های مطالعات تقاضا» را که قبلاً صورت گرفته است از نظر ویژگی‌های آماری، پیش‌فرض‌ها و روش‌های اندازه‌گیری آن‌ها را با شبهه مواجه کرده است؛ اما نتایج برآورد شده، خصوصاً در مورد واکنش به تغییر قیمت‌ها، به ویژگی‌های آماری تابع‌های تقاضا، مقیاس قیمت زمان، اندازه‌گیری ارزش زمان، کیفیت مورد انتظار، سایر قیمت‌ها و همچنین، سطح تجمعی ارائه‌دهندگان و سایر خدمات بهداشتی و درمانی حساس است.

### خطای خصوصیات تابع‌های تقاضا

تمامی مطالعات اولیه در رابطه با انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات، بر این فرض قطعی اشتراک نظر دارند که، تأثیر قیمت، مستقل از درآمد است؛ برای مثال، خانوارهایی از گروه‌های درآمدی متفاوت، همگی به یک گونه، در برابر قیمت‌ها حساس هستند. مشخص شده است که این پیش‌فرض‌ها، بسیار محدود و ناپایدار هستند، خصوصاً که حداکثر مطلوبیت پایدار نشان می‌دهد که مطالعات مجرد با خطا همراه بوده است.

اگر بهداشت را کالایی معمولی فرض کنیم (مقدار مصرف آن با افزایش درآمد افزایش می‌یابد)، انتظار می‌رود خانوارهایی که از درآمد بالایی برخوردار هستند، ارائه‌دهندگان خدمات گران قیمت با کیفیت بالا و خانوارهایی که از درآمد پایین برخوردار هستند، ارائه‌دهندگان خدمات با هزینه کم و کیفیت پایین را انتخاب کنند. در خانوارهایی که از درآمد بالا برخوردار هستند، امکان پرداخت دستمزدهای بالا با کیفیت مطلوب، تنها نشانگر بخش اندکی از بودجه آن‌ها است و اگر آن‌ها ارائه‌دهندگان خدمات با قیمت بالا و کیفیت مطلوب را انتخاب کنند فشار چندانی را متحمل نخواهند شد، درحالی‌که خلاف این امر در مورد خانوارهایی که از درآمد پایین برخوردار هستند، وجود دارد.

گتler و واندرگاگ<sup>۱</sup>، در مطالعه خود در مورد تقاضا برای مراقبت بهداشتی و درمانی در پرو و ساحل عاج<sup>۲</sup>، مدل عمومی انتخاب نظری را برای برآورد و تعیین همبستگی میان قیمت و درآمد تدوین کردند. نتایج برآورد آن‌ها نشان می‌دهد که قیمت و درآمد، نقش مهمی در تقاضای مراقبت بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند؛ یعنی هر چه درآمد افزایش یابد، کشش تقاضا نسبت به قیمت کاهش می‌یابد. تقاضای پایین‌ترین طبقه درآمدی، در مقابل افزایش قیمت، از کشش

1. Getler & van der Gaag

2. Peru & Cote d'Ivoire

بیشتری برخوردار است. اساساً به نظر می‌رسد که تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کودکان، خصوصاً آن‌هایی که از پایین‌ترین گروه درآمدی هستند نسبت به کودکان و بزرگسالانی که از دیگر گروه‌های اقتصادی جامعه هستند نسبت به افزایش قیمت‌ها از حساسیت بیشتری برخوردار است. طبق نتایج شبیه‌سازی<sup>۱</sup> گتزر و واندرگاگ، پرداخت در مقابل مصرف با کاهش تدریجی تقاضا همراه است و در نتیجه، کل تقاضا در گروه‌های کم درآمد متمرکز است. محاسبه شده که حدود ۴۰ درصد از کل تقاضا در پایین‌ترین گروه درآمدی کاهش می‌یابد؛ در حالی که برای گروه درآمدی بالا، تنها ۵ درصد کاهش در کل تقاضا رخ می‌دهد.

واکنش خانوار به تغییر قیمت‌ها در کامرون نیز براساس میزان درآمدها متغیر است. لیتواک و بودارت<sup>۲</sup> در مطالعه کنترل «شبه تجربی» و منحصر به فرد خود، تأثیر روش «پرداخت در مقابل مصرف» و «ارتقای کیفیت» (براساس میزان عرضه دارو) را در سه مرکز بهداشتی و درمانی که طرح بهبود هزینه در آن‌ها پیاده شده بود، در مقایسه با سه مرکز بهداشتی و درمانی مشابه که طرح بهبود هزینه در آن‌ها اجرا نمی‌شد، مورد بررسی قرار دادند. امکان استفاده از خدمات مراکز بهداشتی و درمانی برای جمعیت هدف که در مناطق «درمانی» قرار داشتند، در مقایسه با جمعیتی که در مناطق «کنترل» قرار داشتند، افزایش قابل توجهی یافت. هرچند بر خلاف ادعای نویسندگان، سیاست بهبود هزینه به نسبت برای فقرا بیش از سایر افراد جامعه منفعت داشت، نتایج گزارش آن‌ها نشان می‌دهد که امکان استفاده از مراکز بهداشتی و درمانی، برای تمامی گروه‌های درآمدی در مناطق «درمانی»، در مقایسه با گروه درآمدی مناطق «کنترل» شده افزایش یافت، اما از نظر آماری نتایج بین گروه اول و سوم درآمدی، معنی‌دار و برای گروه چهارم، تنها اندکی معنی‌دار بود. همچنین، رابطه میان درآمد و بهره‌برداری از امکانات مراکز بهداشتی و درمانی چندان واضح نبود. درآمد، تأثیر مثبت و از نظر آماری، تفاوت معنی‌داری بر امکان استفاده از مراکز بهداشتی درمانی برای کل جمعیت داشت، اما اثر استفاده از امکانات مراکز بهداشتی و درمانی در فقیرترین و ثروتمندترین گروه درآمدی، مثبت، ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. به هر صورت نتایج این مطالعات که با حجم کم (۶۱ مشاهده برای هر گروه درآمدی) انجام شده است، در چارچوب زمانی نسبتاً کوتاه مدت، ماهیت منحصر به فرد منطقه در رابطه با دسترسی به مقادیر نقدی ثابت که از معاملات دامی به دست می‌آید، حمایت مالی و فنی قابل توجه خارجی برای ایجاد تأسیسات دارویی و به‌گردش درآوردن سرمایه‌ها و تأسیس و آموزش کمیته‌های بهداشتی قابل تفسیر است.

1. simulation

2. Litvack &amp; Bodart

در مطالعه‌ای مشابه اما خلاصه‌تر از مطالعه کامرون، دیوپ و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) از تجربه آزمایش مقدماتی نیجریه استفاده کردند و تأثیر «ویزیت‌های بیماران سرپایی» و نظام «پرداخت در مقابل مصرف» را با بهبود وضع مدیریت / کیفیت (با فراهم آوردن دارو، استفاده از تشخیص‌های استاندارد، طرح‌های درمانی و تقویت قابلیت و ظرفیت‌های مدیریتی اندازه‌گیری شده) در دو منطقه «درمانی» و یک منطقه «کنترل»، مورد مقایسه و سنجش قرار دادند. دو منطقه «درمانی» با دو طرح مختلف کنترل هزینه‌ها، یعنی پرداخت حق‌الزحمه درمان برای هر مورد درمان بیماری در یک منطقه [طرح تعرفه] و هزینه‌ها، یعنی سرجمع مالیات سالانه به اضافه پرداخت مبلغ اندکی برای حق‌الزحمه هر مورد درمان بیماری [طرح مالیات + تعرفه] در منطقه دیگر، مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از داده‌های واحد بهداشتی و درمانی نشان داد که تعداد نخستین ویزیت‌های سرپایی بیماران، به میزان ۴۰ درصد در منطقه «درمانی» (مالیات + تعرفه) افزایش یافت، درحالی‌که در منطقه درمانی دیگر و منطقه «کنترل» تقریباً اندکی کم‌تر از این میزان تعداد ویزیت‌ها کاهش پیدا کرد. هر چند، افزایش در کل ویزیت‌ها (شامل ویزیت‌های پی‌گیری) در منطقه مالیات + تعرفه حتی به میزان ۷۰ درصد نیز اعلام شد، درحالی‌که کل ویزیت‌ها در منطقه پرداخت تعرفه و منطقه «کنترل»، به ترتیب فقط به میزان ۱۶ و ۳ درصد افزایش یافت. طبق اطلاعات به دست آمده از بررسی اطلاعات خانوارها، دفعات مراجعه جمعیت بیمارانی که از واحدهای بهداشتی و درمانی در منطقه مالیات + تعرفه استفاده کردند به میزان ۳/۵ درصد افزایش یافت درحالی‌که، در مناطق «درمانی» دیگر، تعداد دفعات مراجعه ۱ درصد کاهش یافت؛ کاهش در منطقه «کنترل» نیز رقم ۲/۳ درصد را گزارش کرد. افزایش استفاده از واحدهای بهداشتی و درمانی در منطقه مالیات + تعرفه برای طبقات فقیرتر جامعه، ۲۵ درصد بیشتر از دیگر گروه‌های اجتماعی - اقتصادی اعلام گردید. استفاده از واحدهای بهداشتی و درمانی در منطقه «تعرفه»، کمی کاهش یافت (رقم ۱/۶ درصد). به علاوه، سرانه درآمد در منطقه مالیات + تعرفه با اجرای طرح بهبود هزینه، دو برابر بیشتر از منطقه طرح تعرفه‌ها بود، به این ترتیب، به نظر می‌رسد که دیدگاه‌های پایدار تحت راه‌کارهای تأمین مالی جامعه بهتر است.

مطالعه دیگری بر اساس یافته‌های طرح آزمایشی کشور نیجریه، حاکی است که تأمین مالی جامعه نقش مؤثری در بهره‌گیری از خدمات پیشگیری رایگان، ایفا می‌کند (برنامه‌های بهداشتی دوران حاملگی)، با نظر به این‌که نصف افراد ذی‌نفع اصلی متمول‌ترین هستند؛ در مقایسه،

1. Diop et al.

هیچ‌گونه تغییر معنی‌دار آماری میان عضویت افراد ثروتمند و فقیر جامعه در منطقه‌ای که «طرح تعرفه» اجرا شد، مشاهده نگردید.

کشش قیمت‌ها در بورکینافاسو<sup>۱</sup> نسبت به میزان درآمد و سن مراجعین حساس بود، درحالی‌که تقاضا برای مراقبت از بیماران سرپایی، برای تمامی گروه‌های سنی و درآمدی نسبت به قیمت کشش‌پذیر نبود، اما کشش قیمت‌ها در پایین‌ترین طبقه درآمدی وجود داشت.

کشش قیمت نسبت به تقاضا، برای کودکان زیر یکسال به میزان حداکثر ۳/۶۴ در مقایسه با بزرگسالان به میزان ۰/۲۷ برآورد شده بود. در مطالعه دیگری درباره بهره‌برداری از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های نوین بهداشتی و درمانی (مراکز بهداشتی و درمانی عمومی) در مناطق شهری بورکینافاسو، متغیرهای اقتصادی نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است.

پایین‌ترین گروه طبقاتی، به میزان ۱۷/۵ درصد در مقایسه با ۳/۰۷ درصد از چهار گروه دیگر اجتماعی - سیاسی را، ارائه‌دهندگان خدمات نوین بهداشتی و درمانی انتخاب کرده بودند. علاوه بر خطای خصوصیات تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی، مدل‌های انتخاب شده مجرد و محدود اولیه با محدودیت دیگری که ناشی از پیش‌فرض حساسیت تقاضای خانوارها نسبت به تغییرات قیمت است و یا فرضیه‌های مربوط به استقلال غیرمرتبط ارائه‌کنندگان مختلف خدمات، روبه‌رو می‌شود.

اکثر مطالعات انتخاب شده محدود و مجرد، بر این باور است که تابع‌های تقاضا از استدلال چند وجهی مبتنی بر عملکردها شکل می‌گیرند. بر طبق این نظریه، فرض می‌شود کشش متقابل قیمت‌ها و تقاضا برای تمامی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یکسان است. نسبت احتمال (احتمال انتخاب ارائه‌کننده  $x$  و بر احتمال انتخاب ارائه‌کننده  $y$ ) مستقل از انتخاب هرگونه خصوصیات دیگری به جز ارائه‌کنندگان  $x$  و  $y$  است و تعمیم خطاها به تمام حالات ممکن همبستگی ندارد. طبعاً، افزایش تعرفه‌های وضع شده توسط یک ارائه‌دهنده خدمات، موجب افزایش تقاضا از دیگر ارائه‌دهندگان خدمات می‌شود.

در مطالعه اخیر، بولداس و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) خصوصیات کلی‌تر تابع دقیق چند وجهی تقاضا و شکل عملکردی که هیچ‌گونه محدودیتی را برای کشش‌های متقابل قیمت و تقاضا در نظر ندارد، مورد استفاده قرار دادند تا انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات را توسط خانوارها در یک

1. Burkina-Faso

2. Bolduce et al.

منطقه روستایی در بنین برآورد کنند. پیش فرض خطاهای مستقل «تابع مطلوبیت شرطی» رد شد و مشخص گردید که برآورد متقابل کشش قیمت نسبت به شکل عملکردی تقاضا حساس است. افزایش ۱۰ درصدی تعرفه‌های مراکز بهداشت جامعه موجب شد که به همان نسبت مقدار تقاضا برای سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (برای مثال، بیمارستان‌های دولتی، درمانگاه‌های خصوصی و خود-درمانی) تحت مدل لاجیت<sup>۱</sup> افزایش پیدا کند. درحالی‌که تحت یک مدل دقیق و کلی‌تر، چنان‌چه تعرفه‌ها به همان اندازه افزایش یابد به میزان ۲۹ درصد افزایش ویزیت بیماران درمانگاه‌های خصوصی، ۷/۵ درصد افزایش «خود-درمانی» و به میزان ۱/۵ درصد کاهش در ویزیت بیمارستان‌ها می‌رسد. به علاوه برآورد کشش قیمت نشان داد که به فرض و شکل عملکرد تقاضا حساس است.

### کیفیت مطلوب مراقبت و مشکلات سنجش آن

کیفیت مطلوب مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اغلب در مطالعات اقتصادی به عنوان یک مشخصه مهم روند بهره‌برداری، و همچنین به عنوان عامل اساسی در تعیین موفقیت اصلاحات منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه توصیف شده است. هر چند، در ارزیابی‌های آن‌ها از تأثیر تغییر قیمت‌ها بر مطالعات تقاضای روند مصرف خانوارها، معمولاً به اجزایی از کیفیت خدمات که برای بیماران دارای بیشترین اهمیت است به‌طور واضح اشاره نمی‌شود. تا آن‌جا که کیفیت همبسته و همراه با تقاضا مورد مطالعه قرار گرفته است، اما بیشتر بر روی یک بُعد کیفیت، یعنی بُعد ساختاری آن و یا محلی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آن‌جا ارائه می‌گردد، متمرکز می‌شود (برای مثال؛ در دسترس بودن داروها و لوازم، و صلاحیت پرسنل پزشکی)، و به دو بُعد دیگر مراقبت، یعنی «فرایند مراقبت» و «نتایج حاصل از اقدامات» بهداشتی و درمانی کم‌تر توجه شده است. ناتوانی در کنترل مطلوب کیفیت ممکن است باعث خطا در نتایج گردد. اگر قیمت‌ها و کیفیت با یکدیگر همبستگی مثبت داشته باشند، همانطور که سیاست سرمایه‌گذاری مجدد با نظام پرداخت در مقابل مصرف هم‌سو است می‌توان نتیجه گرفت که اثر منفی قیمت بالا (تعرفه بالا) بر بهره‌برداری ممکن است موجب تضعیف تأثیر مثبت کیفیت بر بهره‌برداری شود، که منجر به مشاهده رابطه منفی ضعیف بین مصرف و قیمت می‌شود.



ابزارهای مختلف و نسبی سنجش کیفیت، شامل بیشتر در دسترس بودن داروها و لوازم پزشکی، احتمال معاینه شدن توسط پزشک، و شرایط فیزیکی واحدهای بهداشتی و درمانی در مطالعه تقاضا برای کنترل کیفیت مطلوب خدمات به صورت ترکیبی و یا در مواردی همراه با نتیجه قابل پیش‌بینی، متضاد است.

متغیر کیفیت (که با احتمال معاینه بیمار توسط پزشک اندازه‌گیری شد) در مطالعات هیلر، مانند مطالعه تقاضای انجام شده در کنیا توسط موآبو و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۳)، از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. در این مطالعه تقاضا، کیفیت به وسیله متغیرهایی مانند، تعداد پرسنل پزشکی و فراهم بودن تعدادی از داروها اندازه‌گیری شد. در آخرین مطالعات انجام شده که از متغیرهای دیگری برای سنجش کیفیت استفاده شد (تعداد روزهایی که در ۶ ماه قبل از مطالعه واحد بهداشتی و درمانی، دو نوع دارو را در انبار خود موجود نداشته است)، هر چند متغیرهای کیفیت از نظر آماری معنی‌دار بود ولیکن با وجود علائم مخالف، دسترسی بیشتر به دو نوع داروی مورد نظر (آسپرین و داروهای ضد مالاریا) در بهره‌برداری از امکانات واحد بهداشتی و درمانی تأثیر منفی داشته است. در دیگر مطالعه انجام شده در کنیا بر مبنای تکنیک شبیه‌سازی، استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف در درمانگاه‌های دولتی، همراه با بهبود کیفیت خدمات (که بر مبنای دسترسی بیشتر به داروها و بهبود شرایط کار اندازه‌گیری شد) موجب افزایش میزان بهره‌وری واحد مأموریت درمانگاه‌های دولتی گردید.

در این مطالعه، به چگونگی تأمین منابع مالی برای بهبود بخشیدن به کیفیت خدمات در درمانگاه‌های دولتی اشاره نشده است. در مطالعه ایالت اوزگان واقع در نیجریه، دنتون و همکاران<sup>۲</sup> (به نقل از مطالعه وُترز<sup>۳</sup> ۱۹۹۱)، از ۶ معیار تعیین شده برای سنجش کیفیت - هزینه سرانه عملیاتی، شرایط فیزیکی مشاهده شده در واحد بهداشتی و درمانی، درصد روزهایی که در طول سال داروها فراهم بوده است، تعداد دستگاه‌های رادیولوژی در حال کار و امور آزمایشگاه‌ها، سرانه پرستاران و تعداد پرسنل کمکی و سرانه پزشکان به جمعیت مراجعه‌کننده تنها ۳ شاخص اول از نظر آماری معنی‌دار بودند. در یک مدل شبیه‌سازی تمرینی، با اعمال تغییراتی در نظام پرداخت در مقابل مصرف همراه با بهبود نسبی در کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و خصوصی، تأثیر مثبتی بر بهره‌برداری را هم به همراه داشته است. هرچند، در تمامی موارد، تأثیر هزینه سرمایه‌گذاری برای بهبود کیفیت بر درآمد حاصله از ویزیت‌های

1. Mwabu et al.

2. Denton et al.

3. Wouters

اضافی فراتر می‌رود. در یک مطالعه «کنترل شده»، در دو منطقه کشور نپال، استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف به همراه بیشتر فراهم کردن دارو در مراکز بهداشتی و درمانی دولتی، موجب گردید که مراجعه افراد در سال اول به میزان ۱۸ درصد کاهش یابد و در سال‌های دوم و سوم به ترتیب ۲ و ۲۰ درصد به تعداد مراجعات افزوده شود.

هر چند، دسترسی بیشتر به داروها منجر به تجویز بیش از حد داروها و درصد ناکافی تجویز برخی آنتی‌بیوتیک‌ها برای بزرگسالان شد اما این میزان، که بر اساس مقدار داروی تجویز شده در برنامه‌های درمانی بود، برای درمان در منطقه «آزمایش» و منطقه «کنترل» کافی نبود.

مشکل کنترل مناسب در «بهبود کیفیت»، اغلب با مشکل داخلی نظام‌های مورد مطالعه، تشدید می‌شود. حتی اگر فراهم بودن بیشتر داروها یا هر گونه داده‌های مصرفی بیش از هر چیز برای بیماران ارزش داشته باشد، مقیاس‌های فراهم بودن، تحت تأثیر تعامل عرضه و تقاضا قرار می‌گیرد. در حالی که، فراهم بودن بیشتر داروها موجب افزایش تقاضا و بهره‌برداری زیادتر می‌شود، افزایش بسیار بالای تقاضا نیز منجر به کاهش ذخیره موجود انبار دارویی می‌گردد. به جز مواقعی که طرح پژوهشی حقیقتاً تجربی است و در آن داده‌های بیرونی متفاوتی وجود دارد، بررسی اثر تقاضای بالقوه (بهره‌برداری) ناشی از بهبود کیفیت از طریق مطالعات مقطعی، بسیار دشوار است.

در نتیجه، بیشتر فراهم بودن داروها و یا سایر داده‌های مصرفی، فقط یک بعد از کیفیت را مورد سنجش قرار می‌دهد و لزوماً به معنای درمان مطلوب یا کیفیت بهتر مراقبت بهداشتی و درمانی و نیز بهبود کیفیت همراه با تداوم تأمین مالی نیست. داروها تنها در زمان استفاده از رهیافت ادغام شده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، شامل آموزش استفاده از طرح‌های درمانی استاندارد، نظارت مستمر و آموزش ضمن خدمت در خصوص حیطه‌های تشخیص بیماری‌های خاص در یک منطقه و فهرست مختصری از داروهای اساسی که بتواند عادات تجویز دارو توسط پرسنل بهداشت و درمان را بهبود بخشد، ضروری است.

### طبقه‌بندی وسیع ارائه‌دهندگان و انواع خدمات بهداشتی و درمانی

مطالعات تقاضا، به خاطر بالا بودن سطح مصرف تجمعی برای برآورد واکنش خانوارها به تغییر قیمت‌ها مورد انتقاد قرار گرفته است. استفاده از طبقه وسیعی از ارائه‌دهندگان خدمات، مانند واحدهای بهداشتی و درمانی عمومی که هر یک استنباط جداگانه‌ای از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارند و یا طبقه‌بندی یک بعدی مراقبت‌های «خود-درمانی»، «شفادهندگان

ستی» و یا موارد «بدون درمان» منجر به محدود شدن گستره انتخاب خانوارها و همچنین میزان جانشینی و درمان تکمیلی در میان راه‌های مختلف استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌شود.

به طور مشابه، استفاده از طبقات گسترده خدمات بهداشتی و درمانی مورد درخواست خانوارها، همانند معاینه بیماران سرپایی، فراتر از دیدگاه انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات توسط خانوارها برای یک نوع خاص از بیماری‌ها است. استفاده از مدل‌های غیرتجمعی درخواست درمانی خانوارها، شامل حق انتخاب درمانی و بیش از ۲۱ نوع بیماری است. مطالعه موابو<sup>۱</sup> در مورد روند الگوی معاینه ۳۱۵ خانوار بیش از ۱۴ ماه در یکی از مناطق روستایی کنیا، مشخص کرد که شکل توزیع معاینات اولیه بیماران توسط ارائه‌دهندگان خدمات، نه تنها تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و اقتصادی-اجتماعی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات است، بلکه تحت تأثیر نوع بیماری نیز می‌باشد. همچنین مشخص گردید که در طول زمان، بیماران برای دوره‌های مشابه بیماری راه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را تجربه می‌کنند.

### مطالعات طولی بر پایه تسهیلات

واکنش خانوارها نسبت به تغییر قیمت‌ها اغلب در واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی به‌طور مستقیم با تأکید بر بهره‌وری یک ارائه‌دهنده منفرد، و در واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی غالباً با استفاده از «داده‌های سری زمانی» مورد مطالعه قرار گرفته است. این نوع مطالعات قبل / بعد، نشان می‌دهد که حداقل در ابتدای استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف بهره‌برداری مراکز بهداشت عمومی کاهش معنی‌داری داشت زیرا، «پرداخت در مقابل مصرف» طرحی جدید بود و علی‌رغم افزایش شدید هزینه‌های خدمات بهداشت عمومی، کیفیت خدمات را اندکی بهبود می‌بخشید (برای اطلاع از نتایج این پژوهش به نوشته ردی و واندمورتل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶ مراجعه شود).

وادینگتون و انیمایوو<sup>۳</sup> (۱۹۸۹-۱۹۹۰) در مطالعه خود در مورد اثر افزایش شدید پرداخت در مقابل مصرف، در واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی در ناحیه ولتا<sup>۴</sup> در کشور غنا، دریافتند که میزان بهره‌برداری پس از افزایش شدید قیمت تعرفه‌ها، کاهش یافت که بیشتر در مراکز

1. Mwabu  
4. Volts

2. Reddy and Van der Moortele

3. Waddington & Enyimayew

بهداشتی و درمانی روستایی بود تا مراکز بهداشتی و درمانی شهری. در بین مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی نیز اختلاف زیادی در میزان جبران بهره‌برداری مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، تقریباً حدود ۳ سال پس از افزایش شدید قیمت در نظام پرداخت در مقابل مصرف، کماکان در سطح پایینی قرار داشت.

تحلیلی در مورد داده‌های مربوط به «مراجعه بیماران» که از نمونه بزرگی از واحدهای بهداشتی درمانی دولتی (عمومی) در کشور سوازیلند<sup>۱</sup> انتخاب شده بود نشان داد که ۳۲/۴ درصد کاهش در مراجعه در مدت ۳ ماه و ۳۸/۵ درصد کاهش در طی یک سال پس از استفاده از ساختار تعرفه‌های جدید و بالا در بهره‌برداری از امکانات مراکز بهداشتی و درمانی رخ داد.

کاهش مراجعه، بیشتر برای واکسیناسیون کودکان و اسهال اعلام شد تا برای بیماری‌هایی که از نظر میزان مرگ و میر و میزان ناخوشی (عضلانی- استخوانی و بیماری‌های تنفسی) اهمیت کم‌تری داشت و بیش از یک سوم از کاهش مراجعه، در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی نوین و در بین بیمارانی بود که قبلاً حداقل هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را پرداخت کرده بودند. مطالعه انجام‌شده در مورد میزان مراجعه در ۷ مرکز بهداشتی و درمانی شهری در ژئیر، تقریباً یک سال پس از افزایش شدید هزینه‌های خدمات درمانی در ویزیت‌های اول، ۱۳ درصد کاهش نشان داد. در اولین نوبت به کارگیری کوتاه مدت نظام پرداخت در مقابل مصرف در کنیا، کاهش قابل توجهی (۵۲ درصد) در بهره‌برداری صورت گرفت.

لی ناک<sup>۲</sup> به نقل از ردی و ندمورتل، (۱۹۹۶) نیز دریافت که در شش ماه پس از اجرای جدی‌تر نظام پرداخت در مقابل مصرف در سال ۱۹۹۱ در زایمان‌های ثبت شده در بیمارستان مرکزی حراره<sup>۳</sup> در زیمبابوه، تعداد اطفال متولد شده قبل از رسیدن (CBA) به بیمارستان، ۲۱ درصد افزایش یافت، و میزان مرگ و میر این اطفال تا ۱۵۶ در هزار رسید.

کاهش شدید بهره‌برداری نیز متعاقب با افزایش تعرفه‌ها در سال ۱۹۸۸ در لسوتو<sup>۴</sup> ثبت شد و نشان داد که مراجعه در دو منطقه تحت بررسی به میزان ۴۰ تا ۵۱ درصد کاهش یافت.

واحدهای بهداشتی و درمانی واقع در مناطق کوهستانی و دوردست‌بیشترین کاهش تعداد مراجعین را داشت و در این مناطق جبران ارتقای سطح بهره‌برداری از امکانات واحدهای بهداشتی و درمانی، مانند مناطق غیر کوهستانی یا «زمین‌های پست»<sup>۵</sup> تدریجی نبود.

1. Swaziland

2. Lennack

3. Harare (in Zimbabwe)

4. Lesotho

5. lowlands

هرچند بهبود کیفیت خدمات، توأم با استفاده از نظام پرداخت در مقابل مصرف و یا افزایش تعرفه‌ها صورت گرفت، به هر حال نشان داده شد که میزان بهره‌برداری در طرح‌های کوچک مقدماتی و برنامه‌های مرحله‌بندی شده را افزایش می‌دهد و موجب کاهش بهره‌برداری در سایر برنامه‌های کوچک می‌گردد.

در مطالعه انجام شده در یکی از مناطق بهداشتی و درمانی روستایی در زئیر<sup>۱</sup>، دسترسی به خدمات به میزان زیاد و با کیفیت عالی بود، «تأمین دارو به طور ثابت، مهارت نسبی پرستاران و حتی بهبود قابل توجه ساختارهای زیربنایی و تجهیزات» قادر به جلوگیری و جبران افت فعالیت (بهره‌برداری) ناشی از افزایش هزینه‌های (پرداخت در مقابل مصرف) نبود. در مدت بیش از ۵ سال، بهره‌برداری تقریباً به میزان ۴۰ درصد کاهش یافت. در میان مقیاس‌های مختلف سنجش کیفیت، مهارت‌های بین فردی پرسنل پیراپزشکی (احترام، صبر، ادب، صدیق و راستگو بودن در هنگام انجام وظیفه) برای مراجعه‌کنندگان از ارزش بالایی برخوردار بود. درحالی‌که مطالعات طولی، براساس امکانات موجود، برتری‌هایی را نسبت به مطالعات مقطعی دارد، خصوصاً به‌خاطر قابلیت آن‌ها در دنبال کردن روند تغییرات بهره‌برداری و شناخت بعضی از عوامل مؤثر در ایجاد این تغییرات، مثل تغییر قیمت‌های نقدی، کیفیت خدمات و فراهم بودن داروها، این نوع مطالعات نیز با محدودیت‌های خاص خود روبه‌رو است. اکثر مطالعات انجام‌شده برامکانات موجود تسهیلات بهداشتی و درمانی به ارائه‌دهندگان منفرد تأکید دارد، درحالی‌که تنوع تقاضا بر نظام پرداخت در مقابل مصرف تأثیر می‌گذارد، برای مثال، با تغییر شرایط از تسهیلات دولتی به تسهیلات خصوصی، نتیجه این تأثیرات بر نظام پرداخت در مقابل مصرف مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

شواهد محدود موجود نشان می‌دهد که اثر تغییر، از یک تسهیلات به تسهیلات دیگر، فقط تا حدودی امکان‌پذیر است. همچنین، شواهد مستند اندکی در خصوص تأثیر «تعرفه‌ها» به اضافه «بهبود کیفیت» بر بهره‌برداری، که اساساً ماهیتی کوتاه‌مدت دارد و اغلب بر پایه تأمین مالی اولیه خارجی استوار است، در دست است. شواهد ثبت شده اندکی در دست است، که در بلندمدت، درآمدهای ناشی از تعرفه‌های به دست آمده بتواند، هزینه‌های صرف‌شده برای بهبود خدمات را تأمین نماید.

همچنین، اغلب مطالعات انجام‌شده در مورد تقاضا بر اساس داده‌های به دست آمده از

1. Zaire

دفعات مراجعه به تسهیلات بهداشتی و درمانی که انتشار یافته و تحلیل آماری [تفاوت مراجعه] به صورت توصیفی، برای آزمون اثر نظام پرداخت در مقابل مصرف بر روند مراجعه در واحدهای بهداشتی و درمانی صورت گرفته است. آمار انتشار یافته دفعات مراجعات، اغلب دارای کیفیتی مبهم است و در صورت فقر داده‌های تعیین کننده بهره‌برداری، میزان تغییرات مشاهده شده در روند مراجعات ناشی از تغییر «تعرفه‌ها» و یا «کیفیت» خدمات، در بهره‌برداری مبهم باقی می‌ماند. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد تعرفه‌های رسمی برآورد شده کم‌تر از پرداخت حقیقی بیماران است. به علاوه، داده‌های حاصل از تسهیلات بهداشتی و درمانی نیز، با مشکلات شناخته شده «خود-انتخابی» روبه‌رو است.

### نتیجه‌گیری

نظام پرداخت در مقابل مصرف، نقش معنی‌دار و مهمی را در تأمین منابع مالی ارائه خدمات عمومی در اکثر کشورهای در حال توسعه ایفا کرده است. برای پاسخگویی به بحران‌های تأمین منابع مالی بخش بهداشت، سیاست پرداخت در مقابل مصرف، اغلب به عنوان ترویج روش افزایش درآمد، منطقی کردن مصرف خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود بخشیدن پوشش و کیفیت خدمات معرفی شده است. بررسی منتقدانه توان پرداخت در مقابل مصرف و پیش‌فرض‌های زیر بنایی و چارچوب پنداشتی آن نمایانگر آن است که این وضعیت بالقوه، اغلب توسط بانیان طرح پوشش و جبران هزینه‌ها راه مبالغه پیموده است.

بر اساس دانش پزشکی محدود خانوار، در مورد تأثیر خدمات بهداشتی و درمانی بر سلامت و منافع خارجی بالقوه حاصل از این خدمات، ممکن است نظام پرداخت در مقابل مصرف مانع از ارائه خدمات غیرصحیح شود، و یا خانوار را تشویق کند تا مراجعه برای معاینات بهداشتی و درمانی خود خصوصاً خدمات درمانی و پیشگیری مورد درخواست گروه‌های نیازمند و آسیب‌پذیر را به تأخیر اندازند. به علاوه، شواهد موجود نشان می‌دهد که تدوین طرح مؤثر و قابل اجرا، سیاست‌های جبران هزینه، از سوی مدیران و قابلیت‌های مدیریتی در زمینه تهیه مجموعه‌ای از تعرفه‌های قابل پرداخت، ارزیابی شرایط معافیت بیماران از پرداخت تعرفه‌ها، جدیت در جمع‌آوری درآمدها و حفظ کارایی و منصفانه بودن استفاده از درآمدها ضروری است. بدون اجرای این شرایط، بعید به نظر می‌رسد که نظام پرداخت در مقابل مصرف موجب افزایش درآمد، ارتقا کارایی و بهبود عدالت شود.

قبل از آن، ثابت شده است که حصول افزایش درآمد در سطح ملی در بیشتر کشورها چندان زیاد نیست و به طور کلی، بسیار پایین تر از حد پیش بینی شده، یعنی حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد از کل هزینه های جاری بهداشتی و درمانی دولت ها است. شواهد موجود نشان می دهد که حداقل، بخشی از درآمدهای گردآوری شده، اگر نه همه آن، اغلب به خزانه مرکزی انتقال می یابد و در مواردی که درآمدهای حاصله از تعرفه ها در واحد بهداشتی و درمانی محل، نگهداری و به درستی مورد استفاده قرار می گیرد، ندرتاً سبب بهبود معنی دار کیفیت قابل قبول خدمات، مانند تأمین داروهای اساسی و کمک به حقوق کارکنان می گردد.

شواهد اندکی در دست است که نظام پرداخت در مقابل مصرف و بهبود در ارائه خدمات، که اساساً از طریق تأمین منابع مالی محدود اغلب خارجی صورت می گیرد، موجب بهبود در بهره برداری و برقراری عدالت شود. هر چند شواهد ثبت شده اندکی وجود دارد که نظام پرداخت در مقابل مصرف بتواند در طولانی مدت، درآمد لازم را برای تأمین منابع مالی برای بهبود ارائه خدمات فراهم سازد اما شواهدی مبنی بر این که منابع دولتی آزاد شده مجدداً به اکثر مراقبت های پیشگیری کننده هزینه اثر بخش تخصیص داده شود، وجود ندارد.

یافته های مطالعات اولیه در مورد تقاضا، نشان داده است که متغیرهای اقتصادی مانند «قیمت» و «درآمد» تأثیرات ناچیزی بر میزان تقاضای خدمات بهداشتی و درمانی خانوارها دارد که از طریق مطالعات جدید مورد سئوال قرار گرفته است. استفاده از مدل های انتخابی نظری با محدودیت کم تر و تکنیک برآورد مصرف خانوارها، نشان می دهد که تأثیر تغییر «قیمت» و «درآمد» بر مقدار تقاضا، بیش از میزانی بوده است که در مطالعات پیشین مربوط به «تقاضا» گزارش شده است. یافته های این مطالعات نشان می دهد که واکنش تقاضا نسبت به «تغییر قیمت» در بین فقرا بیشتر از ثروتمندان است و تقاضا، در کم درآمدترین گروه با کاهش قیمت ها در دامنه های بالا وجود دارد. این یافته ها همراه با حفظ درآمدهای حاصل از تعرفه ها، نشانگر آن است که عملیات معافیت برای حمایت از فقرا باعث ایجاد شک در «منافع خالص» روش پرداخت در مقابل مصرف، خصوصاً از دیدگاه عدالت شده است.

هر چه قدر دامنه و مفهوم روش «پرداخت در مقابل درآمد» به عنوان ابزار افزایش درآمد و ارتقای کارایی محدود باشد، ولی در بعضی موارد ثابت شده که روش «پرداخت در مقابل مصرف» برای به حداقل رساندن بحران های تأمین منابع مالی مراقبت بهداشتی و درمانی برای اکثر افراد جمعیت، و نه لزوماً افراد فقیر، مؤثر است.

در مواجهه با دیدگاه بهبود اندک تأمین منابع مالی عمومی، درآمدهای حاصل از تعرفه‌ها، روند کاهش پایدار کیفیت مراقبت‌ها با بهبود میزان فراهم کردن دارو و توجه به اصول اخلاقی کارکنان بهداشتی و درمانی را معکوس کرده است. هر چند، تا زمانی که منابع موجود در جهت تأمین منافع ساکنین شهرها و آن‌هم به خدمات «درمانی» تخصیص می‌یابد، استفاده از طرح‌های «جبران و پوشش هزینه‌ها» مثل «پرداخت در مقابل مصرف» شاید کم‌تر بتواند در بهبود وضعیت سلامت فقرا، خصوصاً فقرای ساکن روستاها، مؤثر باشد.

## منابع

- Abel-Smith, B. and Creese, A. (eds) (1989). *Recurrent Costs in the Health Sector: Problems and Policy Options in Three Countries*. WHO/ SHS/ NHP/ 89.8. Geneva and Washington: WHO & USAID.
- Abel-Smith, B. and Dua, A. (1988). Community-financing in developing countries: the potential for the health sector. *Health Policy and Planning* 3, 95-108.
- Abel-Smith, B. and Rawall, P. (1992). Can the poor afford "free" health care? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning* 7 (3), 329-341.
- Abu-Zeid, H. and Dann. W. (1985). Health utilization in Ismaila, Egypt. *Social Science and Medicine* 21 (4), 451-461.
- Akin, J., Griffin C., Guilkey, D., and Popkin, B. (1984). *The Demand for Primary Health Care in the Third World*. Totowa, N.J.: Littlefield, Adams.
- Akin, J., Griffin C., Guilkey, D., and Popkin, B. (1986a). The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines. *Social Science and Medicine* 22 (3), 321-328.
- Akin, J., Griffin C., Guilkey, D., and Popkin, B. (1986b). The demand for Primary health services in the Bicol Region of Philippines. *Economic Development and Cultural Change* 34 (4), 475-482.
- Alderman, H. and Gertler, P. (1988). The substitutability of public and private medical care providers for the treatment of children's illnesses in urban Pakistan . Washington D.C.: International Food Policy Research Institute.
- Annis S. (1981) Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. *Social Science and Medicine* 15D, 515-523.
- Appleton, S. and Mackinnon, J. (1996). Enhancing human capacities in Africa. In: Ndulu, B. and van de Walle, N. (eds). *Agenda for Africa's Economic Renewal*. New Brunswick: Trans Publishers.
- Baker, J. and van der Gaag, J. (1993). Equity in health care and health care financing: evidence from five developing countries. In: Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutton, F. (eds). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.



- Barnum, H. and Kutzin, J. (1993). *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Baum, B. and Strensky, T. (1989). Thailand: Current public health perspectives. *International Journal of Health Planning and Management* 4, 117-124.
- Bennet, S. (1989). The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation. *Lesotho Epidemiological Bulletin* 4, 29-37.
- Birdsall, N. and Orivel, F. (1983). *The Demand for and Willingness to Pay for Health and Schooling in Mali*. Population and Human Resources Department. Washington D.C.: The World Bank.
- Bolduc, D., Iacox, G. and Muller, C. (1996). The choice of medical providers in rural Benin: a comparison of discrete choice models. *Journal of Health Economics* 15, 477-498.
- Booth, D., et al. (1995). Coping with cost recovery: a study of the social impact of and response to cost recovery in basic services (health and education) in poor communities in Zambia. Report to SIDA. Development Studies Unit, Department of Social Anthropology, Stockholm University, Stockholm.
- Carrin, G. (1987). Community financing of drugs in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management*, 2, 125-145.
- Carrin, G. and Vereecke, M. (1992). *Strategies for Health Care Financing in Developing Countries: With a Focus on Community Financing in Sub-Saharan Africa*. New York: St. Martin's Press.
- Cassels, A. and Janovsky, k. (1992). A time for change: health policy, planning and organization in Ghana. *Health Policy and Planning*, 7, 144-154.
- Chabot, J., Boal M. and Da Silva, A. (1991). National community health insurance at village level: The case from Guinea Bissau. *Health Policy and Planning*, 6, 46-54.
- Chalker, J. (1995). Effect of a drug and cost sharing system on prescribing and utilization: a controlled trial from Nepal. *Health Policy and Planning*, 10(4), 423-430.
- Chernichovsky, D. and Meesook, A. (1986). Utilization of health services in Indonesia. *Social Science and Medicine* 23 (6), 611-620.
- Chisadza, E., Maponga, C. and Nazerali, H. (1995). User fees and drug pricing policies: a study at Harare Central Hospital, Zimbabwe. *Health Policy and Planning* 10(3), 319-326.
- Corbett, J. (1988). Poverty and sickness: the high cost of ill-health. *IDS Bulletin* 20 (2), 58-62.
- Collins, D., Quick, J., Musau, S. and Kraushaar, D. (1996). Health financing reform in Kenya: the fall and rise of cost sharing, 1989-94. *Management Sciences for Health*. Boston, Mass.: Stubbs Monograph Series.
- Coreil, J. (1983). Allocation of family resources for health care in rural Haiti. *Social Science and Medicine*. 17, 709-719.
- Creese, A. (1991). User charges for health care: a review of recent experience. *Health Policy and Planning*, 6 (4), 309-319.
- Creese, A. and Kutzin, J. (1995). Lessons from cost recovery in health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, National Health Systems and Policies Unit, Discussion Paper, No.2.
- Dahlgren, G. (1991). Strategies for health financing in Kenya -- the difficult birth of new policy.

- Scandinavian Journal of Social Medicine* Supplement No. 46, 67-81.
- de Bethune, X., Alfani, S. and Lahaye, J. (1989). The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaire. *Health Policy and Planning* 4, 76-81.
- de ferranti, D. (1983). *Health Sector Financing: An Overview of the Issues*. Washington D.C.: World Bank. (Mimeo.)
- de ferranti, D. (1985). *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview*. Washington D.C.: World Bank Staff Working Paper No. 721.
- Deolalikar, A. (1998). The demand for health services in a developing country: the role of prices, service quality, and reporting of illnesses. In: Amanullah, S. and Giles, D. (eds). *Handbook of Applied Economic Statistics*. New York: Marcel Dekker.
- Deolalikar, A. and Vahishta, P. (1992). The utilization of government and private health services in Indonesia. University of Washington, Seattle. (Mimeo.)
- Develay, R., Sauerborn, R. and Diesfeld, H. (1996). Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina- Faso. *Social Science and Medicine* 43 (11), 1611-1619.
- Diop, F. Yazbeck, A. and Bitran, R. (1995). The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning* 10(3), 223-240.
- Dor, A., P. Gertler van der Gaag, J. (1987). Non-price rationing and the medical care provider choice in rural Cote d'Ivoire. *Journal of Health Economics* 6 (4): 291-304.
- Dor, A. and van der Gaag, J. (1988). The demand for medical care in developing countries, quantity rationing in rural Cote d'Ivoire. *Living Standards Measurement Survey*. Working Paper no. 35. Washington D.C.: The World Bank.
- Ellis, R. (1987). The revenue generating potential of user-fees in Kenyan government health facilities. *Social Science and Medicine* 25, 995-1002.
- Fabricant, S. (1992). Community financing in Sierra Leone: Affordability and equity of PHC costs. PhD dissertation, University of London.
- Gertler, P., Locay, L. and Sanderson, W. (1987). Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of Econometrics* 36, 67-88.
- Gertler, P. and van der Gaag, J. (1990). *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Gilson, L. (1988). Government health care charges: in equity being abandoned? EPC Publication 15. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gilson, L. (1995). Management and health care reform in Sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine* 40(5), 695-710.
- Gilson, L., Russell, S. and Buse, K. (1995). The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development* 6(3), 369-401.
- Gilson, L., and Mills, A. (1995). Health sector reforms in Sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years. In: Berman, P. (ed). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health*

- Development Sustainable*. Boston: Harvard Series on Population, Department of Population and International health, Harvard School of Public Health.
- Griffin, C. (1987) *User Charges for Health Care in Principle and Practice*. EDI Seminar Paper No. 37. Washington: The World Bank.
- Griffin, C. (1992). Welfare gains from user charges for government health services. *Health Policy and Planning* 7 (2), 177-180.
- Haddad, S. and Fournier, P. (1995). Quality, cost, and utilization of health services in developing countries: a longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine* 40 (6), 743-753.
- Hecht, R., Overholt, C. and Holmberg, H. (1993). Improving the implementation of cost recovery: lessons from Zimbabwe. *Health Policy* 25, 213-242.
- Heller, P. (1982). A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine* 16, 267-284.
- Huber, J. (1993) Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example. *Social Science and Medicine* 36 (4), 485-494.
- Issaka- Tinorghah, A. and Waddington, C. (1993). Encouraging efficiency through programme and functional budgeting: lessons from experience in Ghana and the Gambia. In: Mills, A. and Lee, K. (eds). *Health Economics Research in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Jimenez, E. (1987). *Pricing Policy in Social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Knippenberg, R., Levy Bruhl, D., Osseni, R., Drame, K., Soucat, A. and Debeugny, C. (1990). *The Bamako Initiative: Primary Health Care Experience*. *Children in the Tropics*, No. 184/185. Paris: International Children's Centre.
- Kutzin, J. (1994). *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Geneva: World Health Organization, Division of Strengthening of Health Services.
- Lake, S. (1994). *User Charges in the Health Sector: Some Observations on the Zambian Experience*. Lusaka: UNICEF.
- Lavy, V. and Quigley, J. (1993). Willingness to pay for the quality and intensity of medical care: Low-income households in Ghana. *Living Standards Measurement Study*. Working Paper no. 94. Washington D.C.: The World Bank.
- Litvack, J. and Bodart, C. (1993). User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine* 37 (3), 369-383
- Leighton, C. (1995). *Twenty- Two Policy Questions about Health Care Financing in Africa*. Washington D.C.: USAID, Human Resources and Democracy Division, Office of Sustainable Development, Bureau for Africa. (Mimeo).
- Lewis, M. (1985). *Pricing and Cost Recovery Experience in Family Planning Programs*. World Bank Staff Working Papers. No. 684, Population and Development Series, No. 9. Washington D.C.: The World Bank.
- Mbugua, T., Bloom, G. and Segall, (M). (1995). Impact of user charges on vulnerable groups:

- The case of Kibwezi in rural Kenya. *Social Science and Medicine* 41(6), 829-835.
- McFadden, D. (1981). Econometric models of probabilistic choice. In: Manski, C. and McFadden, D. (eds). *Structural Analysis of Discrete Data with Econometric Applications*. Cambridge Mass.: MIT Press.
- McPake, B. (1993) User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Social Science and Medicine* 36(11), 1397-1405.
- McPake, A., Hanson, K. and Mills, A. (1993). Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science and Medicine* 36(11), 1383-1395.
- Mills, A. (1991). Exempting the poor: the experience of Thailand. *Social Science and Medicine* 33(11), 1241-1252.
- Murray, C., Govindaraj, R. and Chellaraj, G. (1994). *Global Domestic Expenditures in Health*. Background paper No. 13 for World Development Report 1993: Investing in Health. Washington D.C.: World Bank.
- Musgrove, P. (1986). What Should consumers in poor countries pay for publicly- provided health services. *Social Science and Medicine* 22(3), 315-319.
- Mwabu, G. (1986). health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya. *Social Science and Medicine* 22(3), 315-319.
- Mwabu, G. (1989). Non-monetary factors in the household choice of medical facilities. *Economic Development and Cultural Change*. 37 (2), 383-392.
- Mwabu, G. (1990). Financing health services in Africa: an assessment of alternative approaches. PRE Working Paper No. 457. Washington D.C.: The World Bank.
- Mwabu, G., (1997). *User Charges for Health Care: A Review of the Underlying Theory and Assumptions*. Helsinki Finland: WIDER Working Paper No. 127.
- Mwabu, G. and Mwangi, W. (1986). Health care financing in Kenya: a stimulation of welfare effects of user fees. *Social Science and Medicine* 22 (7), 763-767.
- Mwabu, G. and Ainsworth, M. and Nyamete, A. (1993). Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: an empirical analysis. *Journal of Human Resources* 28(4), 838-862.
- Mwabu, G. Mwanzia, J. and Liambila, W. (1995). User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and planning* 10 (2), 164-170.
- Nolan, B. and Turbat, V. (1995). Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. Economic Development Institute, Human Resources Division. Washington D.C.: The World Bank.
- Parker, R. (1986). Health care expenditures in a rural Indian community. *Social Science and Medicine*. 22(1), 23-27.
- Quick, J., Laing, R. and Ross-Degnan, D. (1991). Intervention research to promote clinically effective and economically efficient use of pharmaceuticals: The International Network for the Rational Use of Drugs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44 (suppl 11), 578-568.
- Reddy, S. and Vandemoortele, J. (1996). *User Financing of Basic Social Services: A Review of*

- Theoretical Arguments and Empirical Evidence*. New York: UNICEF, EPP Working Paper. (Mimeo.)
- Reich, R. (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. In: Berman, P. (ed). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard Series on Population, Department of Population and International health, Harvard School of Public Health.
- Russell, S. (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Policy and Planning* 11 (3), 219-237.
- Russell, S. and Gilson, L. (1995), *User Fees in Government Health Services: Is Equity Being Considered? An International Survey*. PHP Departmental Publication No. 15. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Russell, S. and Gilson, L. (1997). User fee policies to promote health service access for the poor: a wolf in sheep's clothing? *International Journal of Health Services* 27 (2), 359-379.
- Sahn, D. and Bernier, R. (1995). Has structural adjustment led to health sector reform in Africa. In: Berman, P. (ed). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard Series on Population, Department of Population and International health, Harvard School of Public Health.
- Sauerborn, R., Nougara, A. and Latimer, E. (1994). The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy and Planning*, 9 (2), 185-192.
- Schwartz, B., Akin, J. and Popkin, B. (1988). Price and income elasticities of demand for modern health care: the case of infant delivery in the philippines. *The World Bank Economic Review* 2 (1), 49-76.
- Shaw, p., and Griffin. C. (1995). *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance*. Washington D.C.: The World Bank.
- Sheng- Lan, T., et al. (1994). Financing health services in China: adapting to economic reform. Research report No. 26, Institute of Development Studies, , Sussex, UK.
- Shepard, D. and Benjamin, E. (1988). User fees and health financing in developing countries: mobilizing financial resources for health. In: Bell, D. and Reich, M. (eds). *Health, Nutrition, and Economic Crisis: Approaches to Policy in the Third World*. Dover, Mass.: Auburn House Publishing Company.
- Stanton, B. and Clernens, J. (1989). User fees for health care in developing countries: a case study of Bangladesh. *Social Science and Medicine* 29(10), 1199-1205.
- Thomason, J., Mulou, N. and Bass, C. (1994). User charges for rural health services in Papua New Guinea. *Social Science and Medicine*, 39 (8), 1105-1115.
- Trisolini, M. G., Russell, S. S., Gwynne G. and Zschock, D. K. (1992). Methods for cost analysis, cost recovery and cost control for a public hospital in a developing country: Victoria hospital, St. Lucia. *International Journal of Health Planning and Management* 7, 103-132.

- UNICEF/BIMU, and M. Renzi (1990). Economic crisis, adjustment, and the Bamako Initiative: health care financing in the economic context of Sub-Saharan Africa. Background document for the Pan-African Conference on Community Financing in PHC, Kinshasa, Zaire, 25-27 June. New York: Bamako Initiative Management Unit, UNICEF.
- van der Gaag, J. and Barham, T. (1998). Health and health expenditures in adjusting and nonadjusting countries. *Social Science and Medicine* 46 (8), 995-1009.
- Vogel, R. (1988). *Cost Recovery in the Health Care: Selected Country Studies in West Africa*. World Bank Technical Paper No 62. Washington D.C.: The World Bank.
- Vogel, R. (1991). Cost recovery in the health sector in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management*. 6, 167-191.
- Waddington, C. and Enyimayew, K. (1989). A price to pay, part 1: the impact of user charges in Ashanti-Akim district, Ghana. *International Journal of Health Planning and management*, 4 (2): 17-47.
- Waddington, C. and Enyimayew, K. (1990). A price to pay, Part 2: the impact of user charges in the Volta Region of Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 5 (4) 287-312.
- Weaver, M. (1995). User fees and patient behaviour: evidence from Niamey National Hospital. *Health Policy and Planning* 10 (4), 350-361.
- Willis, C. (1993). *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries, Phase 1: Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design*. Bethesda: Abt Associates Inc.
- Willis, C. and Leighton, C. (1995). Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing. *Health policy and Planning* 10 (3), 241-256.
- World Bank (1987). *Financing Health Services in Developing Countries, an Agenda for Reform*. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank (1993). World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO) (1988). *Guidelines for Implementing the Bamako Initiative*. Regional Committee for Africa, Thirty- eight session, Brazzaville, 7-14 September, AFR/RC38/18 Rev. 1. Geneva: World Health Organization.
- Wouters, A. (1991). Essential national health research in developing countries: health-care financing and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*, 6, 253-71.
- Yazbeck, A. and Leighton, C. (1995). Does cost recovery for curative care affect preventive care utilization? *Health Policy and Planning* 10 (3), 296-300.
- Yoder, R. (1989). Are people willing and able to pay for health services? *Social Science and Medicine* 29 (1), 35-42.