

تحسين الوصول إلى خدمات الأمومة: لمحة عامة عن أنظمة التحويلات النقدية والقسائم في جنوب آسيا

بقلم: كيت جيهان^١، كريستي سيدني^٢، هيلين سميث^٣، عائشة دي كوستا^٤

أباحثة، مجموعة الصحة الدولية، كلية ليفربول للطب الإستوائي، ليفربول، المملكة المتحدة، للمراسلة: k.jehan@liverpool.ac.uk

بباحثة، شعبة الصحة العالمية، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد.

ج محاضرة، مجموعة الصحة الدولية، كلية ليفربول للطب الإستوائي، ليفربول، المملكة المتحدة.

د باحثة، كلية طب «آر. دي. جارد»، سوراسا، أوجين، ماديا براديش، الهند؛ وباحثة، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد.

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: أدى تركيز السياسة، في نيبال والهند وبنجلاديش وباكستان، على تحسين الوصول إلى خدمات الأمومة، إلى اتخاذ تدابير للحد من قيود التكلفة التي تعوق حصول المرأة على الرعاية. وتضم هذه التدابير بوجه خاص، برامج التحويلات النقدية أو القسائم التي تستهدف تحفيز الطلب على الخدمات، بما فيها خدمات رعاية ما قبل الولادة، والولادة، ورعاية ما بعد الولادة. وعلى الرغم من شعبية هذه البرامج، فلا يُعرف الكثير عن أثرها أو فاعليتها. تطرح هذه الورقة لمحة عامة عن خمسة تدخلات رئيسة: برنامج «أما» (الأمهات) في نيبال (عنصر التحويلات النقدية)، وبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» (نظام الأمومة الآمنة) في الهند، وبرنامج «تشيراغيفي يوجانا» (برنامج حياة طويلة) في الهند، وبرنامج قسائم صحة الأمهات في بنجلاديش، وبرنامج قسائم «صحت» (الصحة) في باكستان. كما تستعرض الورقة الأهداف، والأساس المنطقي، وتحديات التنفيذ، والنتائج المعروفة، وإمكانات وقيود كل برنامج منها، استنادًا إلى البيانات المتاحة حاليًا. وقد أفادت التقارير بزيادة استخدام خدمات صحة الأم منذ بدأت هذه الأنظمة، على الرغم من عدم ثبوت دلائل التحسين في نتائج صحة الأم بسبب الافتقار إلى الدراسات الخاضعة للمراقبة. وتشمل المجالات التي تحتاج إلى تحسين في هذه الأنظمة، كما حددتها هذه الورقة، الحاجة إلى زيادة كفاءة الإدارة التنفيذية، والمبادئ التوجيهية الواضحة، والشفافية المالية، وخطط للاستدامة، وأدلة خُفِّق الإنصاف، وفوق كل شيء، تأثيرها المثبت على نوعية الرعاية وحجم وفيات الأمهات واعتلال صحتهن. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

Improving access to maternity services: an overview of cash transfer and voucher schemes in South Asia

Kate Jehan, Kristi Sidney, Helen Smith, Ayesha de Costa, Reproductive Health Matters 2012;20(39):142-154

الكلمات الدالة: الرعاية الصحية للأمهات، تمويل جانب الطلب، تمويل الرعاية الصحية، القسائم، التحويلات النقدية، جنوب آسيا

التكلفة المالية عائقًا رئيسيًا أمام الاستعانة بخدمات الرعاية الصحية للأمهات.^{١-٣} وفي مواجهة هذه الخلفية، قامت الحكومات والهيئات المانحة بالبحث عن طرق لتقليص حواجز التكلفة أمام الحوامل.^٤ وقد تم تنفيذ العديد من برامج تمويل جانب الطلب في جنوب آسيا، وكانت تهدف إلى تحفيز الطلب على الرعاية الصحية للأمهات، وكانت تشمل برامج

لا يزال معدل وفيات الأمهات واعتلال صحتهن مرتفعًا في كل من نيبال، والهند، وبنجلاديش، وباكستان. وقد كانت السياسة في المنطقة تركز بصورة متزايدة على مهارة الرعاية عند الولادة، بغية تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.^٥ بيد أن إقبال النساء في هذه البلدان على خدمات الرعاية الصحية للأمهات لا يزال يرتبط -بقوة- بالفقر، حيث يُعد ارتفاع

تشتمل على مراجعات منهجية لآليات تمويل جانب الطلب على نطاق أوسع، والبحوث الأولية التي تُقيم تلك البرامج في جنوب آسيا. فضلاً عن تقارير الوكالات الدولية الرئيسية والحكومات، والوثائق السياسية، والأدبيات الأخرى غير الرسمية.

ولتحديد الكتابات المنشورة، أجرينا عمليات البحث الإلكترونية لقواعد البيانات التالية: «سكوبس» Scopus، و«ميدلاين» Medline، و«شبكة العلم» Web of Science، و«الصحة العالمية» Global Health، و«سينهال بلس» CINHAI Plus، و«دليل العلوم الاجتماعية التطبيقية» Applied Social Science Index. كما قمنا بتطوير استراتيجية بحثية شاملة باستخدام مصطلحات البحث التالية، سواء على نحو مستقل أو مُركب، دون الالتزام بقيود التاريخ: «المرأة»، «الفتاة»، «الأم»، «المراهق/المراهقة»، «الأثني»، «تمويل جانب الطلب»، «الشراكة بين القطاعين العام والخاص»، «التحويلات المالية»، «التحويلات النقدية»، «القسائم»، «صحة الأم»، «الصحة الإيجابية»، «الحمل»، «الولادة»، «وفيات الأمهات»، «اعتلال صحة الأمهات»، «مؤسسات الولادة»، «مرافق الولادة»، «مستشفيات الولادة»، «جنوب آسيا»، «الهند»، «بنجلاديش»، «باكستان»، «نيبال»، «سري لانكا»، «بوتان»، «جزر المالديف».

فحصنا عناوين جميع المواد المستخرجة (وعددها ٥٠٢) وملخصاتها لتحديد تلك التي تفي بمعايرنا. وقمنا بعد ذلك بتمحيص النصوص الكاملة لهذه المواد لتحديد المعلومات ذات الصلة، وفي الجمل، قمنا بتضمين عرضنا ٣٨ مقالاً صحفياً منشوراً، كما بحثنا في جوجل عن التقارير ذات الصلة والأدبيات غير الرسمية، وأخرجنا ١٤ تقريراً ونشرة ووثيقة سياسية ذات صلة بعرضنا.

سياق صحة الأمهات وإجهاث استخدام الرعاية الصحية

في البلدان الأربعة جميعها، يُصرف ما يزيد على ثلثي النفقات الصحية بالقطاع الخاص في الوقت الحاضر.

القسائم، حيث يجري دفع كل أو جزء من تكلفة الخدمات لمجموعات محددة؛ والتحويلات النقدية، فيُعاد للنساء تكلفة خدمات الأمومة^٦، وعلى الرغم من شعبية هذه البرامج لدى صنّاع السياسة، فلا تتوفر حتى الآن أدلة كافية على تأثيرها^٧، وهناك افتقار إلى التقييمات الدقيقة، لا سيما الدلائل على أثر هذه البرامج على الاستخدام، والاستهداف، ونوعية الرعاية، وكذا على وفيات الأمهات واعتلال صحتهن. في أغلب الحالات، نجد أن البيانات حول النتائج (معدل وفيات الأمهات قبل الولادة وبعدها، والأطفال حديثي الولادة) محدودة أو غير متوفرة بعد، على الرغم من أن بعض الأدلة بدأت في الظهور.

تطرح هذه الورقة لمحة عامة عن خمسة برامج مالية رئيسية، مُعدة لتحفيز الطلب على الرعاية الصحية للأمهات في جنوب آسيا: عنصر التحويلات النقدية لبرنامج «أما» في نيبال (سابقاً، برنامج حوافز الولادة الآمنة)؛ برنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» (برنامج الأمومة الآمنة) في الهند؛ برنامج «تشيراجيفي يوجانا» (برنامج حياة طويلة) في الهند؛ برنامج قسائم صحة الأمهات في بنجلاديش، وبرنامج قسائم «صحت» (الصحة) في باكستان. تستعرض الورقة الأهداف، والأساس المنطقي، وخطوات التنفيذ، والنتائج المعروفة، وإمكانات وقيود كل برنامج منها. استناداً إلى البيانات المتاحة حالياً والدروس المستفادة حتى الآن، فضلاً عن الآثار المترتبة على ممارسي الرعاية الصحية، وصنّاع السياسة، والباحثين، ومن له مصلحة في توسيع إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية للأمهات في بيئات منخفضة ومتوسطة الدخل.

المنهج

استعرضنا الأدبيات المتعلقة ببرامج تمويل جانب الطلب لصحة الأمهات في جنوب آسيا، وعلى وجه التحديد، خصائص البرامج المختلفة وكيفية تنفيذها، وأي تأثير معروف على وفيات الأمهات، وغيرها من النتائج. وقمنا بتضمين المقالات الصحفية التي

المناطق الجبلية. فقد بلغت نسبة الرعاية أثناء الولادة ٧٪ فقط.^٣ بدأت نيبال تطبيق سياسة الولادة المجانية في يناير ٢٠٠٩. على الرغم من استمرار التقارير التي تفيد برسوم الاستخدام. لا تزال نتائج هذه السياسة محل رصد.^{١٢}

الهند

تشمل مشكلات الهند الرئيسية- التي تؤثر على استخدام الرعاية الصحية- وجود فجوة اجتماعية اقتصادية واسعة بين الأغنياء والفقراء، فضلاً عن التفاوت الملحوظ في تيسر الوصول إلى الرعاية الصحية. ترتفع في الهند ككل معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة.^{١١-١٤} وقد أوضح اثنان من المسوح الوطنية. بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٦، أن ارتفاعاً طفيفاً في النسبة الكلية للولادة بالمؤسسات، من ٢٦٪ إلى ٤١٪.^{١٧،١٨} بيد أن الهند قادت. في الأونة الأخيرة، الانخفاض في نسبة وفيات الأمهات بجنوب آسيا (الشكل ١). حيث زادت الرعاية الماهرة للولادة في السنوات الأخيرة.^{١٩}

باكستان

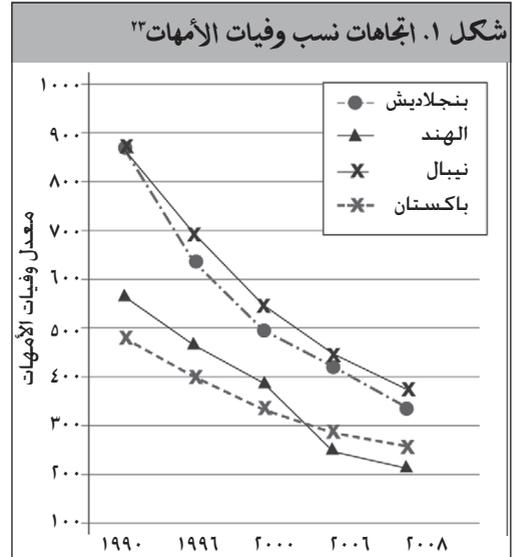
في باكستان. شهدت مؤشرات صحة الأمهات ركوداً. وكان الانخفاض في معدل وفيات الأمهات بطيئاً (الشكل ١).^١ وقد ضمت المشكلات الأساسية في القطاع الصحي: سوء الحوكمة، وعدم كفاية النفقات الصحية للفرد، وانخفاض القدرة، فضلاً عن انخفاض غطاء الرعاية الماهرة للولادة.^١ وقد أفاد المسح الصحي الديموجرافي في باكستان عام ٢٠٠٧ بأن ٣٩٪ من النساء في المناطق الحضرية الصغيرة من تمتع بالرعاية الماهرة عند الولادة، وهي زيادة طفيفة مقارنة بمسح عام ١٩٩٠ الذي أفاد بنسبة بلغت ٣٥٪.^{١١} كما أفاد المسح نفسه بارتفاع الولادة بالمؤسسات إلى ٣٧٪ في عام ٢٠٠٧ مقارنة بمسح عام ١٩٩٠ حيث بلغت النسبة ١٣٪.^{١١}

بنجلاديش

لقد شهدت بنجلاديش - ربما بسبب ارتفاع الدخل ومستويات التعليم - انخفاضاً في معدل وفيات

وتُعد التكلفة التي يدفعها المرضى من مالهم الخاص من بين أعلى المعدلات في العالم.^{٢٩،١٠} ولذلك، كثيراً ما لا تُلبى احتياجات النساء من الرعاية الصحية للأمهات. وتُعد معدلات وفيات الأمهات من بين أعلى المعدلات العالمية.^٩

نقدم في الأقسام التالية لمحة عامة عن صحة الأمهات في كل بلد، وأجاءات استخدام الرعاية الصحية خلال العقد الماضي.



نيبال

لقد كانت صحة الأمهات تحتل موقع المركز في سياسة نيبال. وأحرز البلد بعض التقدم في تحسين صحة الأمهات خلال العقد الماضي.^٢ وتطرح الأرقام الأخيرة انخفاض معدل وفيات الأمهات من ٥٥٠ لكل ١٠٠ ألف من المواليد الأحياء في عام ٢٠٠٠ إلى ٣٨٠ في عام ٢٠٠٨ (الشكل ١). على الرغم من أنه لم يكن ممكناً عزل القوى المحركة للانخفاض الأخير في معدل وفيات الأمهات، فمن المحتمل أن ذلك يرجع جزئياً إلى تشريع الإجهاض في عام ٢٠٠٢. ويبدو أن التغييرات المجتمعية في التعليم والثروة قد أسهمت أيضاً في ذلك.^{١١} وعلى الرغم من هذا التحسن، ظل استخدام خدمات صحة الأمهات منخفضاً، حيث بلغت نسبة النساء اللاتي يلدن في مرافق الولادة ١٩٪.^{١٢} أما في

* <http://www.asap-asia.org/country/profile-nepal.html>

أهداف تمويل جانب الطلب من أجل الرعاية الصحية للأمهات في جنوب آسيا

تهدف التدخلات الرامية إلى تمويل جانب الطلب إلى توجيه الأموال و/أو الخدمات إلى الأفراد الذين يناضلون. على خلاف ذلك، من أجل الوصول إليها^{١١} وقد شهد جنوب آسيا حتى الآن خمسة برامج رئيسة رائدة أو مُنفذة لتمويل جانب الطلب. وهي: برامج التحويلات النقدية (نيبال، والهند)، وبرنامج القسائم ما يشبهها (الهند، وبنجلاديش، وباكستان)، وبرنامج التحويلات النقدية هو عبارة عن إعادة الأموال التي أنفقتها المستخدمة على خدمات الرعاية الصحية للأمهات. ومن المفترض أن الحوافز النقدية ستُحدث تغييرًا في السلوك وتُشجع على السلوك الساعي للحصول على الرعاية الصحية^{١٢}. وفي الوقت نفسه، تعد الحوافز النقدية أكثر أهمية من مجرد توفير خدمة مجانية، إذ إنها كما تغطي غالبًا التكلفة الإضافية، مثل المواصلات^{١٣}. وهناك جدال بأن الإعداد والتنفيذ الجيد لهذا البرنامج يجعل التحويلات النقدية ممكنة وذات مردودية فعالة بالنسبة إلى الممولين. ويمكن زيادتها بسهولة^{١٤} ويمتد برنامجا التحويلات النقدية الرئيسان في كافة أنحاء نيبال والهند.

وبدلاً من توجيه الأموال مباشرة إلى المستخدم، تتولى برامج القسائم تقديم دعم جزئي أو كلي للمستخدمين لشراء الخدمات من مقدمي الخدمة المعتمدين^{١٥}. وتستغني بعض البرامج عن توزيع القسائم، ويسدد الممولون الحوافز لمجموعة مختارة من مقدمي الخدمات على أساس تقديمها بتكلفة معقولة إلى النساء^{١٦}. وبرامج القسائم هي برامج استهدافية عادة، ومن المتوقع أنها ستؤدي إلى تحسين وصول النساء الفقيرات إلى الرعاية^{١٧}.

وتتيح هذه البرامج للنساء اختيار مقدم الخدمة، وتتناسب إيرادات العيادات المشاركة تناسباً مباشراً مع عدد مستخدمات البرنامج اللاتي يذهبن إليها^{١٨}. ومن المأمول أن يؤدي ذلك إلى زيادة المنافسة وبالتالي تحسين جودة الخدمة، إذ سيتنافس مقدمو الخدمات على اجتذاب عدد أكبر من النساء المشاركات في

الأمهات أكبر من نظيره في باكستان^{١٩} وعلى الرغم من ذلك، تحدث معظم الولادات (٧٩٪) دون رعاية ماهرة. ويتسم القطاع العام بعدم كفاية الإمدادات والمعدات، فضلاً عن ارتفاع نسبة الغياب والمواقع النشأة^{٢٠}. تجري في بنجلاديش سنويًا حوالي ٣ مليون ولادة، وتموت حوالي ١٢٠٠٠ امرأة لأسباب تتعلق بالحمل^{٢١}. وفي حين كانت ١٢٪ فقط من الولادات تُجد رعاية ماهرة في عام ٢٠٠٠، فقد زادت هذه النسبة في عام ٢٠٠٦ إلى ٢٠٪^{٢٢}.

صعوبات الوصول إلى الرعاية الصحية للأمهات

يُعد استخدام الرعاية الصحية للأمهات محدوداً في البلدان الأربعة، على الرغم من زيادة المدخلات من جانب الحكومات والهيئات الدولية المانحة^{٢٣}. وفي حين توجد عوامل وسيطة للرعاية السابقة على الولادة، وبعد الولادة، والرعاية الماهرة في الولادة، وفي حالات الولادة الطارئة، هناك أدلة متزايدة على أن الحواجز المالية وغيرها تمثل أهمية في تخديد الاستعانة بهذه الخدمات^{٢٤}. فالنساء الفقيرات وأسرهن يواجهن صعوبات مستمرة للوصول إلى استثمارات الحكومة والهيئات المانحة في مجال تحسين توافر الخدمات، والتدريب، والعقاقير، والأدوات^{٢٥}، والحواجز التي تعترض النساء عادة ما تكون متعددة ومتداخلة^{٢٦}، إذ تشمل: نقص المعلومات حول أين ومتى يمكن التماس الرعاية؛ وبُعد المسافة إلى منشأة الرعاية، وارتفاع التكلفة المباشرة وغير المباشرة، والعمر وقواعد النوع الاجتماعي المتعلقة بعملية صنع القرار، وتأثير الوضع والطائفة، وتخصيص موارد الأسرة لصحة المرأة، والأعراف الاجتماعية-الثقافية التي تُفضل الولادات المنزلية على الولادة بالمؤسسة^{٢٧،٢٨}. ومن بين هذه العقبات ترى النساء الفقيرات أن تكلفة الخدمات وغيرها من الحواجز المالية هي أحد الأسباب الرئيسية التي تحُول دون الولادة بالمنشآت الصحية^{٢٩،٣٠}. ومن هنا كان تركيز اهتمام السياسة الصحية وصانعي القرار على آليات مواجهة حاجز التكلفة الذي يواجه النساء^{٣١}.

وزارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة. وجمع بين الحافز النقدي للنساء وحافز لمقدمي الخدمات العامة على أساس طرحه بعد ذلك على مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص.^{١٢} فتحصل النساء على المال للولادة في منشأة صحية. كما تحصل على بعض تكاليف المواصلات؛ ويمكن لنساء المناطق الأقل نموًا والمنخرطات في برنامج «حافز الولادة الآمنة» الحصول على الرعاية الصحية مجانًا (منذ إدخال برنامج «أما». أصبحت الولادة المجانية عامة).^{١٣} يحصل أيضًا مقدمو الخدمات الماهرة على حوافز سواء في حالات الولادة بالمنشأة الطبية أو بالمنزل. نظرًا لأن صعوبة التضاريس في نيبال تجعل الوصول إلى العديد من المرافق الصحية عسيرًا.^{١٤} يتولى مقدمو الخدمات الصحية الدفع نقدًا للنساء بعد الولادة مباشرة. وبدلاً من توجيه البرنامج نحو الأكثر فقرًا. اختارت الحكومة التوجه العام. ظاهريًا. حقيقياً للإنصاف وإن كان أيضًا أكثر سهولة في الإدارة وأكثر شعبية سياسيًا.^{١٥}

كان برنامج «حافز الولادة الآمنة» يقتصر في بدايته على النساء اللاتي لديهن طفلان على الأكثر. بهدف خفض معدل الخصوبة. لكن هذا الشرط ألغي في وقت لاحق. لأنه كان بمثابة عقاب على النساء الأكثر فقرًا.^{١٦} وقد كان الإقبال على البرنامج بطيئاً في البداية. وهو ما يرجع أساساً إلى طول مدة تأخير صرف الأموال لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدات. والارتباك الناجم عن تعزيز الولادة في كل من المنشأة الطبية والمنزل. والافتقار إلى الشفافية فيما يتعلق بتحديد العاملين الصحيين الذين يجب أن يتلقوا الحوافز. ما أدى إلى بعض الاستياء.^{١٧} أفادت تقارير برنامج «أما» أن التعلّم من برنامج «حافز الولادة الآمنة» ينعكس الآن في إجراءات أفضل في الإدارة.^{١٨} لكن تقييم الأثر القوي للجزء الخاص بالتحويلات النقدية تحت ستار برنامج «أما سوراكنشيا كاريكرام» لم يظهر بعد. على الرغم من أن تأثير خدمة الولادة المجانية العامة قد ظهر بالفعل.^{١٩} اختلفت تقديرات تغطية برنامج «حافز الولادة الآمنة». لكن التقارير طرحت أنه يغطي ما يتراوح بين ٢٩٪^{٢٠} و ٥٩٪^{٢١} من الأمهات المؤهلات

البرنامج.^{٢٢} وجادل أيضًا بأن الاعتماد المطلوب من مقدمي الخدمات للانضمام إلى البرنامج (وهي عملية تختلف من مكان لآخر) يمكن أن يضمن تحقيق معايير الحد الأدنى من الجودة.^{٢٣} وتتمتع برامج الفسائم بالقابلية للتحقيق نظريًا في جنوب آسيا نظرًا لكبر قطاعها الخاص. بيد أن تلك البرامج - كما هو الحال بالنسبة إلى برامج التحويلات النقدية - لا تُنفذ دائمًا حسب ما يُقرر.

في الوقت نفسه. وبينما يجب على النهوض برعاية ما قبل الولادة. والولادة بالمنشآت الطبية. ورعاية ما بعد الولادة. أن يحقق من حيث المبدأ الهدف المتمثل في الحد من وفيات الأمهات.^{٢٤} فإن الدلائل السائدة تشير إلى استمرار ضعف معايير الرعاية في الهند (على سبيل المثال) بما يؤدي إلى نقص الخدمات أو الوفيات بين النساء اللاتي يسعين إلى الولادة بالمنشآت الطبية.^{٢٥} هذه الإخفاقات في منشآت القطاعين العام والخاص تشمل: الافتقار إلى تدريب العاملين. وسوء نظم الإحالة. وضعف آليات المساءلة. وعدم كفاية نظم المعلومات.^{٢٦} ويبقى السؤال المتعلق بما إذا كانت آليات تمويل جانب الطلب قادرة بمفردها على تحسين جودة الرعاية بما يكفي للحد من وفيات الأمهات.

خصائص البرامج. وتنفيذها وتأثيرها

نيبال

أثار مشروع «الأمومة الأكثر أمانًا» في نيبال اهتمامًا سياسيًا كبيرًا بصحة الأمهات.^{٢٧} وأدى البحث في التكلفة إلى تعزيز دعم تمويل جانب الطلب. وأطلق برنامج «حافز الولادة الآمنة» في عام ٢٠٠٥. واستمر البرنامج. منذ ٢٠٠٩. ضمن برنامج «أما» الأوسع نطاقًا في نيبال. وأعيدت تسميته مؤخرًا باسم «أما سوراكنشيا كاريكرام».^{٢٨} في فترة بدء البرنامج. كانت زوجة رئيس الوزراء آنذاك ناشطة في مجال المرأة. وكان دعمها القوي لبرنامج «حافز الولادة الآمنة» بمثابة الأساس لإدخاله.^{٢٩} حصل البرنامج على التمويل من حكومة نيبال

لكنهن لم يكن متأكدات تمامًا من الغرض منها.^{٢٥}

الهند

أطلق برنامج «جاناني سوراكنشا يوجانا» (برنامج «الأمومة الآمنة») في عام ٢٠٠٥. وهو أكبر برنامج في العالم للتحويلات النقدية للرعاية الصحية للأمهات.^{٢٤} تتولى الحكومة المركزية تمويل البرنامج. وتديره «البعثة الوطنية للصحة الريفية». وهي هيئة مؤقتة مساعدة لمديرية الصحة. بدأ البرنامج باعتباره مشروعًا رائدًا في عدد صغير من الولايات أساسًا. ثم توسع على الصعيد الوطني في عام ٢٠٠٨. لكنه ظل يحتفظ بتركزه على الولايات ذات الدخل المنخفض.

خلال الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩. كما تشير التقارير إلى أن الولادة في المنزل قد انخفضت في إطار البرنامج. بينما زادت الولادات بالمنشآت الصحية والولادات في ظل الرعاية الماهرة (الجدول ١).^{٢٧} وقد وجدت دراسة صغيرة استكشافية. ووصفية قطاعية. لبرنامج «آما سوراكنشا كاريكرام» أن جميع الأمهات اللاتي شملتهن الدراسة (وعددهم ٤٧) حصلن على خدمات الولادة مجانًا. لكن المعرفة بحافز الموصلات كانت محدودة. ولا يزال البرنامج يكافح للوصول إلى النساء في المناطق النائية.^{٢٥} في الوقت نفسه. لا يزال الارتباك مستمرًا حول غرض البرنامج. كانت النساء اللاتي شملتهن الدراسة يعرفن بوجود مدفوعات نقدية.

جدول ١. خصائص برنامج «آما سوراكنشا كاريكرام» برنامج «حافز الولادة الآمنة» (سابقًا، نيبال، من ٢٠٠٥ حتى ٢٠١٢)

نوع البرنامج	التحويلات النقدية
التغطية ^{٢٦}	على صعيد الأمة السنة المالية ١ (٢٠٠٥): ٣٤٪ من الأمهات المؤهلات السنة المالية ٣ (٢٠٠٧): ٥٩٪ من الأمهات المؤهلات
الهدف	زيادة الولادات في المرافق الصحية الحكومية المؤهلة. والرعاية الماهرة في فترة الولادة
الحوافز ^{٢٧،٢٦،٢٥}	١. حافز نقدي للأمهات للولادة بالمؤسسات الصحية (٦-١٨ دولارًا). وفقًا للموقع الجغرافي. ٢. حوافز لمقدمي الخدمة للولادات المنزلية أو بالمرافق الصحية - بموجب برنامج «حافز الولادة الآمنة»: ٤ دولار لكل ولادة؛ وبموجب برنامج «آما»: ٢,٥٠ دولار. ٣. بموجب برنامج «حافز الولادة الآمنة» - تكون الولادة مجانية بالمؤسسات الصحية للنساء في ٢٥ منطقة من المناطق الأقل نموًا (تُعيد المرافق مبلغ ١٢ دولارًا. بغض النظر عن نوع الولادة); وبموجب برنامج «آما» - ولادة مجانية عمومًا.
التأهيل والشروط ^{٢٥}	معايير التأهيل (في ٢٠٠٥): لا يزيد عدد الأطفال الأحياء عن اثنين. أو وجود مضاعفات للولادة. المعايير في عام ٢٠٠٧: التحويلات النقدية الشاملة لجميع النساء اللاتي يلدن بمؤسسات صحية. الولادات مجانية على الأقل في ٢٥ منطقة من المناطق الأقل نموًا حتى عام ٢٠٠٩؛ وبعد عام ٢٠٠٩ تصبح الولادات مجانية عمومًا.
متغيرات ناتج البرنامج ^{٢٢} (منطقة واحدة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٧)	١. ولادات منزلية: أقل من ٤,٢٪ ٢. ولادات مرافق آمنة: أعلى من ٢,٦٪ ٣. رعاية ماهرة: أعلى من ٢,٣٪

بالتعاقد على تقديم الخدمات لأطباء التوليد بالقطاع الخاص. ويكمن الأساس المنطقي لهذا البرنامج في أن رعاية الولادة في حالات الطوارئ بالقطاع الخاص في ولاية جوجارات أكثر توفراً على نطاق واسع من القطاع العام.^{٤٣} وبدأ البرنامج باعتباره مشروعاً رائداً في عدد قليل من المناطق. ثم اتسع ليشمل الولاية كلها في عام ٢٠٠٧ تحت إشراف مفوض الصحة المكلف.^{٤٣} وتدفع حكومة جوجارات مبلغاً ثابتاً ومحددًا مسبقاً (٥,٤٤٧ دولار لعدد ١٠٠ ولادة) لكل طبيب توليد.^{٤٤} ويُدفع جزء من المبلغ مقدماً. والجزء الآخر بأثر رجعي. يضم المبلغ الاتفاقي الولادات العادية والمعقدة على حد سواء. لاستبعاد أي حافز للقيام بعمليات جراحية.^{٤٤،٤٥} وبالإضافة إلى الولادات المجانية، يقدم البرنامج الطعام والدواء مجاناً بعد الولادة. ويُسدّد تكاليف المواصلات لأفراد الأسرة المرافقين.^{٤٤،٤٥} كما يستهدف البرنامج النساء الفقيرات. ويجب أن تُقدم المستفيدات منه بطاقة «تحت خط الفقر» أو شهادة فقر محددة مسبقاً للوصول إلى الخدمات مجاناً. وقد أفادت إحدى الدراسات بأن ٨١٥ من حوالي ٢,٠٠٠ من أطباء التوليد الممارسين بالقطاع الخاص انضموا إلى البرنامج. وأن تغطية الولادات بين الفقراء في الولاية بلغ ٥٣٪.^{٤٥} وأفادت دراسة أخرى بأن ٦٦٪ من المستفيدات ببرنامج «تشيراجيفي يوجانا» أُعربن عن رضاهن عن الخدمات.^{٤٦} وترجع نجاحات البرنامج. حتى الآن. إلى توفير خدمات أطباء التوليد-أمراض النساء على نطاق واسع في المناطق الريفية. المستعدين للتعاون مع برنامج الحكومة.^{٤٦} على الرغم من وجود تقارير أخرى تتشكك في مدى شعبية البرنامج بين مقدمي الخدمات الريفية.^{٤٧} وهناك ضرورة لتقييم تلك المزاعم. ومدى كفاءة حوافز البرنامج وبيانات الشفافية في ترتيباته المالية. ولم تتمكن من العثور على أي بيانات حول تأثير البرنامج على الاستفادة من الرعاية السابقة للولادة. والولادة بالمؤسسات الصحية. ورعاية ما بعد الولادة.

بنجلاديش

بدأ برنامج «قسائم صحة الأمهات» في بنجلاديش.

وكان استهدافه فيها شاملاً. والحافز النقدي مرتفعاً.^{٤٨} ويهدف البرنامج إلى نشر ولادة النساء في المرافق الصحية. إذ يدفع ٢٠-٢٨ دولاراً لكل ولادة (انظر الجدول ٢).^{٤٨} كما يتيح مبلغاً نقدياً صغيراً للولادات المنزلية. كان البرنامج مفتوحاً. في الأساس. لمقدمي الخدمات العامة والخاصة على حد سواء. لكنه -في فترة كتابة هذا المقال - كان قد استبعد القطاع الخاص إلى حد كبير. على الرغم من وجود بعض الاختلاف بين الولايات. وقد أدخل البرنامج نوعاً جديداً من العاملين الصحيين-وهم «النشطاء المعتمدون في مجال الصحة الاجتماعية»-الذين يتقاضون أموالاً لمرافقة النساء عند إجراء فحوص ما قبل الولادة والولادة وزيارات ما بعد الولادة. وقد شهد البرنامج نمواً سريعاً. في ظل تخصيص ٢٧٥ مليون دولار لميزانيته في الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وتجاوزت ٣٤٠ مليون دولار في ٢٠٠٩-٢٠١٠. ومن المتوقع أن تصل تغطيته لعام ٢٠١٠ إلى حوالي ثلث جميع النساء اللاتي يلدن في الهند في ذلك العام؛ على أن هذه التغطية تختلف اختلافاً كبيراً في الممارسة العملية؛ إذ تتراوح من أقل من ٥٪ إلى ٤٤٪ في الولايات المختلفة. في حين وُجد أن النساء ذات الدخل المتوسط هن الأكثر استفادة من البرنامج على الأرجح.^{٤٩} ومع ذلك تشير البيانات المتاحة إلى زيادة الولادة في المؤسسات الصحية بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٨ بنسبة ٨٪ في المناطق الريفية.^{٤٩} بدأت تظهر التقارير المتعلقة بسوء نوعية الرعاية.^{٣٩،٤٩} وتضع علامات استفهام حول مدى قدرة المؤسسات على مواكبة الطلب المتزايد. وتشير الشواهد إلى أن بعض الولايات لم تكن مستعدة لمثل تلك الزيادات السريعة للولادات بالمؤسسات الصحية.^{٤٩}

البرنامج الرئيس الآخر لتمويل الطلب في الهند هو برنامج «تشيراجيفي يوجانا» (برنامج الحياة الطويلة). وهو عبارة عن شراكة بين القطاعين العام والخاص في ولاية جوجارات (الجدول ٢). ويوفر هذا البرنامج (وأفضل وصف له: «قسائم الحياة») الولادة المجانية بالمؤسسات الصحية للنساء الفقيرات. وذلك

جدول ٢. خصائص برنامجين في الهند لتمويل جانب الطلب		
اسم البرنامج	جاناني سوراكنشا يوجانا (برنامج الأمومة الآمنة)	شيراجيفي يوجانا (برنامج الحياة الطويلة)
نوع البرنامج	حويلات نقدية	على غرار القسائم
التغطية	على صعيد البلد. مع التركيز على ١٠ ولايات ^{٤١،٤٢}	على نطاق الولاية (جوجارات) ^{٤٣}
البداية/مدة البرنامج	بدأ في أبريل ٢٠٠٥ توسع في ٢٠٠٨ من المقرر أن ينتهي/يُجدد في ٢٠١٢	بدأ بكونه مشروعاً رائداً في ٢٠٠٥ توسع في عام ٢٠٠٧. ولا يزال مستمرًا
التمويل	حكومة الهند	حكومة جوجارات
الأهداف	زيادة رعاية ما قبل الولادة. والولادة في المرافق الصحية. ورعاية ما بعد الولادة	زيادة الولادة بالمؤسسات الصحية بدعم من القطاع الخاص. وتقديم رعاية فورية بعد الولادة (أول ٤٨ ساعة)
الحوافز ^{٤٤}	١. حافز نقدي للولادة بالمؤسسات الصحية (٢٠-٢٨ دولارًا) ٢. تكلفة المواصلات وسيارة إسعاف مجانية	١. ولادة مجانية بالمؤسسات الصحية (تتولى الولاية إعادة النفقات إلى المرافق الخاصة. ٥٤٤٧ دولار لكل ١٠٠ ولادة. أو حوالي ٥٥ دولارًا لكل ولادة) ^{٤٤} ٢. تكلفة المواصلات
الأهلية والشروط	عامة. في الولايات التي يجري التركيز عليها	للنساء تحت خط الفقر ونساء «أديفازي» (القبائل) - (مطلوب شهادة موثقة)
متغيرات نتائج البرنامج	(جميع الولايات. ٢٠٠٧-٢٠٠٨) ١. رعاية ما قبل الولادة: حتى ١٠٪ ٢. الولادة بالمؤسسات: حتى ٤٣٪ ٣. وفيات الأطفال حديثي الولادة: أقل من ٢,٤ لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء ^{٤٥}	البيانات غير متوفرة

الفقيرات اللاتي أُجبت كل منهن أقل من طفلين.^{٤٩} يُكلف البرنامج الممولين ٤١ دولارًا لكل قسيمة يجري توزيعها.^{٤٨} كما تمنح القسائم النساء الحاملة لها رعاية ماهرة مجانية قبل وأثناء وبعد الولادة (سواء في المنزل أو في مؤسسة صحية) (الجدول ٣).^١ وبالإضافة إلى القسيمة. يضم البرنامج حافراً نقدياً للرعاية الماهرة عند الولادة. وتكاليف المواصلات. وحرمة هدية تشتمل على غذاء. وحافراً نقدياً لمقدمي الخدمات

في عام ٢٠٠٦ بدعم خارجي من مجموعة من الجهات المانحة. بما فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان. ومنظمة الصحة العالمية. وإدارة التنمية الدولية. كما هو الحال بالنسبة إلى برنامج جاناني سوراكنشا يوجانا في الهند. وتجري إدارة البرنامج وتنفيذه من خلال بنية موازية لمديرية الصحة العادية. كما يُغطي البرنامج ٤٦ من ٤٩٣ «أوبازيلاس» (إقليم فرعي) على الصعيد الوطني. ويوفر أساساً قسائم للنساء

مؤخرًا (وكان لها أقوى تصميم كدراسة تقييمية في المنطقة حتى الآن). زيادة احتمالات الولادة في المؤسسات الصحية بمقدار الضعف تقريبًا.^{٤٨} وفي الوقت نفسه، أفادت الدراسة برضا المستفيدات عن البرنامج^{٤٩} وزيادة الإنصاف في وصول النساء الفقيرات للبرنامج.^{٤٩} على الرغم من هذه النجاحات الكبيرة، واجه

لنحهم هذه الخدمات مجانًا.^{٤٨} ويتولى العاملون بالصحة توزيع القسائم للنساء، وهي قابلة للسداد - نظرًا - في المرافق العامة والخاصة على السواء. حقق البرنامج منذ نشأته زيادة سريعة في استخدام الرعاية السابقة للولادة والولادة المؤسسية والرعاية بعد الولادة، بما يناظر إلى حد كبير الزيادة في استخدام القسائم.^{٤٨} وأوضحت دراسة مقارنة أجريت

جدول ٣. خصائص برنامج قسائم صحة الأمهات، بنجلاديش، ٢٠٠٦ وحتى الآن (٢٠١٢)

نوع البرنامج	قسائم + تحويلات نقدية
التغطية ^{٤٨}	٤٦ منطقة فرعية (أوبازيلاس) من مجموع ٤٩٣ منطقة على صعيد البلد
التمويل	حكومة بنجلاديش. وهيئات مانحة كبيرة تضم صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، وإدارة التنمية الدولية
الهدف	زيادة الرعاية الماهرة عند الولادة في المرافق الصحية العامة/الخاصة، وفي المنزل
الحوافز ^{٤٨، ٤٩}	١. قسائم للأمهات لرعاية ما قبل الولادة، والولادة الآمنة، ورعاية ما بعد الولادة. تبلغ ٤١ دولارًا للقسيمة بالنسبة إلى الجهات المانحة، ويحصل مقدمو الخدمة على حوافز نقدية لخدماتهم المجانية. ٢. حافز نقدي للولادة بالمؤسسات الصحية (٢٤ دولارًا) أو في المنزل في ظل رعاية ماهرة عند الولادة، بالإضافة إلى هدية عينية. ٣. تكلفة المواصلات
التأهيل والشروط ^{٤٩}	يقتصر على الأمهات اللاتي لديهن طفلان أو أقل توجد مقاربتان مختلفتان للاستهداف: ١. برنامج عام (المناطق الفقيرة) ٢. برنامج استهدافي، على أساس اختبار الوسائل (أغلب المناطق)
متغيرات ناتج البرنامج ^{٤٨} (مقارنة ١٦ منطقة فرعية، ٢٠٠٩)	اختلاف النسبة المئوية للأمهات في مناطق القسائم، في مقابل المناطق تحت المقارنة: ١. رعاية ما قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل): زادت نسبة النساء اللاتي تلقين زيارة واحدة على الأقل بمقدار ١٦٪ (٠,٠٠١ <) ٢. رعاية ماهرة عند الولادة: زاد نسبة النساء اللاتي حصلن على رعاية ماهرة عند الولادة بمقدار ٣٦,٦٪ (٠,٠٠١ <) ٣. الولادة بمؤسسة صحية: زادت نسبة النساء اللاتي يلدن في المؤسسات الصحية بمقدار ١٨,٨٪ (٠,٠٠١ <) ٤. رعاية ما بعد الولادة: زادت نسبة النساء اللاتي يحصلن على فحص واحد على الأقل بعد الولادة بمقدار ١٥,٤٪ (٠,٠٠١ <)

بيعت لهن الكنبيات عدد من الأطفال أكثر من غيرهن (كان ٣٨٪ لديهن خمسة أطفال أو أكثر).^{٢٥٠} وكان يمكن للنساء اللاتي حصلن على القسائم استخدام الخدمات التي تقدمها شبكة من مقدمي الخدمات الخاصة مُعْتَمَدة مسبقاً (جزء من المنظمة غير الحكومية «جرينستار للتسويق الاجتماعي»)^{٢٥٠} سددت المستفيدات من البرنامج مبلغاً لمرة واحدة قدره ١,٢٥ دولار للعاملين في «جرينستار» الذين ينتقلون إلى الأماكن البعيدة. نظير شراء كتب القسائم، ويعمل هؤلاء العاملون في مجال التوعية بالبرنامج على نطاق واسع في المجتمعات المحلية. وبعد توفير الخدمات، تتولى منظمة «جرينستار» إعادة النفقات لمقدمي الخدمات عند تسليمهم للقسائم.^{٢٥١} وتشير التقارير إلى نجاح البرنامج في بيع ١٠٠٪ تقريباً من ٢٠٠٠ كتب كان مستهدفاً.^{٢٥٢} وقد أشارت إحدى الدراسات إلى وجود زيادة في معدلات الولادة بالمؤسسات الصحية. تقتزن بالمشاركة في برنامج القسائم، في ظل عدم وجود توجه عام يوضح زيادة في الولادة بالمرافق الصحية خلال نفس فترة الدراسة.^{٢٥٣} وقد تم تنفيذ البرنامج الرائد الثاني في منطقة جهاج، وشاركت الحكومة في تمويله. وتنامى الدعم للبرنامج داخل القطاع العام (وبوجه خاص، كان مدير عام الصحة في بنجاب داعماً للبرنامج). وقد أوصت تقارير عام ٢٠٠٩ باستمرار البرنامج والارتقاء به، لكن ذلك لم يتحقق بعد.^{٢٥٤}

النتائج العامة

حددنا في هذا الاستعراض الخطوط العريضة للمعلومات المتاحة حتى الآن حول الخصائص الرئيسية، والتنفيذ، وإلى درجة محدودة تأثير خطط تمويل جانب الطلب لتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية للأمهات في أربعة بلدان بجنوب آسيا. وفي الوقت الذي تختلف آليات كل برنامج والحواجز الممنوحة والسكان المستهدفين، فإن الهدف المشترك كان خفض الحواجز المالية للوصول إلى رعاية الأمومة. ويتمثل التأثير المقصود لهذه البرامج في تشجيع

البرنامج عدداً من الصعوبات، بما فيها تأخير الإفراج عن أموال القسائم، والارتباك حول معايير اختيار المستفيدات؛ ومن المحتمل أن يؤثر هذان العاملان على مدى الإقبال على البرنامج. وتشير التقارير إلى أن انخفاض مستوى الأموال المتاحة، فضلاً عن سوء الإدارة المالية، قد أدى إلى الإخفاق في اجتذاب مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص. ولذا لم تزد المنافسة بين مقدمي الخدمات، ولم تحسن جودة الرعاية. واقتصرت المشاركة على القطاع العام.^{٢٥٥} يُعيد البرنامج في بنجلاديش النفقات لمقدمي خدمات الولادة القيصرية، وتشير التقارير إلى زيادة في الولادات الجراحية، في حين لا يبدو واضحاً إذا كان ذلك يرجع إلى البرنامج و/أو عوامل أخرى.^{٢٥٦} وتكشف البيانات الأخيرة استمرار الإنفاق الشخصي للنساء المستفيدات من البرنامج، بما يشير إلى أن البرنامج لم يقض على الحواجز المالية أمام الرعاية الصحية للأمهات.^{٢٥٧} وأخيراً، لا تزال هناك تساؤلات مطروحة حول مدى قدرة المرافق الحكومية على التأقلم مع البرنامج في ضوء تسارع زيادة استخدامه. وكما هو الحال في بلدان أخرى، لا توجد سوى القليل من الدراسات حول تأثير البرنامج على جودة الرعاية في هذه الموجة السريعة لجانب الطلب.

باكستان

تؤيد وكالة التنمية الدولية بالولايات المتحدة برنامج «صحت» (الصحة) للقسائم، الذي بدأ بوصفه برنامجاً رائداً في مقاطعتين بجنوب البنجاب خلال ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وشملت الخدمات المتاحة للمرأة ما يلي: ثلاث زيارات للرعاية السابقة للولادة، والولادة الطبيعية (الإحالة في حالة الولادة القيصرية)، وزيارة واحدة لرعاية ما بعد الولادة (الجدول ٤).^{٢٥٨} استهدف البرنامج الرائد الأول ٢٠٠٠ امرأة حاملاً في أحد أفقر مناطق باكستان (مدينة ديرا غازي خان). وقد جرى تحديدها وفقاً للمرافق في أحياء المستفيدات، ومستوى الدخل، وعدم وجود خبرة سابقة للولادة بالمرافق الصحية.^{٢٥٩} ولم يضم البرنامج معايير تخص كثرة الإجاب؛ وفي الواقع، كان لدى النساء اللاتي

جدول ٤. خصائص برنامج قسائم "صحت"، باكستان	
نوع البرنامج	قسائم
التغطية	منطقتان في جنوب البنجاب
بداية/مدة البرنامج	البرنامج الرائد ١: ٢٠٠٨-٢٠٠٩ البرنامج الرائد ٢: ٢٠٠٩
التمويل	البرنامج الرائد ١: تولت الوكالة الدولية للتنمية بالولايات المتحدة دعم مشروع البنجاب البرنامج الرائد ٢: تولت الحكومة المحلية تمويله جزئياً
الهدف	زيادة رعاية قبل الولادة، ورعاية الولادة في المرافق الصحية العامة ورعاية ما بعد الولادة
الحوافز ^١	١. بيع كتيبات القسائم للأمهات نظير ١,٢٥ دولار - كوبونات لرعاية ما قبل الولادة، والولادة، وزيارة بعد الولادة ٢. يحصل مقدمو الخدمة المعتمدون على حوافز نقدية لخدماتهم ٣. تكلفة المواصلات
التأهيل والشروط	١. النساء ذوات الدخل المنخفض ٢. عدم الولادة سابقاً بمؤسسة صحية
متغيرات نتائج البرنامج ^١ (مدينة واحدة، ٢٠٠٨-٢٠٠٩)	١. رعاية ما قبل الولادة - حتى ٢١,٦٪ ٢. الولادة بمؤسسة صحية: حتى ٢٢,١٪ ٣. رعاية ما بعد الولادة: حتى ٣٥,٤٪

الأموال. وقد يرجع بطء دفع الحوافز إلى سوء الإدارة البيروقراطية. أو البدء في البرنامج قبل أن يصبح جاهزاً لأنه من الملائم سياسياً القيام بذلك. كما سيؤدي تأخير الإفراج عن الأموال إلى استمرار سداد النساء للمدفوعات من أموالهن الشخصية. أو حاجة مقدمي الخدمات إلى إعادة الأموال للنساء المؤهلات من جيوبهن الخاصة وليس من أموال البرنامج. ونتيجة لذلك، يمكن أن تتناقص ثقة مستخدمي الخدمة، ليس فقط في مجال رعاية الأمومة، وإنما في جميع الخدمات الصحية. كما يمكن أن يتجنب مقدمو الخدمات البرامج أو يعدونها مسؤولية مالية. من المرجح أيضاً أن يؤدي الافتقار إلى الوضوح والمنهج، فضلاً عن صعوبات سياسات التواصل لكل من المنفذين والمجهور، إلى تقليص الدعم: ففي نيبال،

الاستفادة من الخدمات من أجل تحسين نتائج الحمل. لا سيما بين الفقراء. وهنا علينا أن ن فكر في مدى ما أظهرته هذه الأنواع من البرامج من تحقيق لأثرها المقصود حول الاستخدام، والإنصاف، ونوعية الرعاية، والاستدامة. ووفيات الأمهات واعتلال صحتهن.

الاستفادة

أفادت جميع البرامج، ما عدا برنامج «شيراخيفي يوجانا» في الهند (حيث لا توجد بعد بيانات)، بزيادة الاستفادة من خدمات رعاية الأمومة في المناطق التي تعمل فيها.^{٢,١٤,٢٩,٣٧} على أن هناك حاجة للسيطرة على عوامل الإرباك، من أجل الثقة في الأسباب المطروحة.^١ هناك عدد من العوامل التي يُحتمل أنها تؤثر على مدى الإقبال على الخدمات، لاسيما عدم كفاءة إنفاق

نيبال. أن استخدام النقدية وليس نظام القسائم كان يعني أن الأموال نُقلت من مكتب الصحة في المنطقة إلى المرفق الصحي.^{١١} وفي الأماكن التي لا تتوفر فيها الحسابات المصرفية والمحاسبون، يتعامل العاملون في مجال الصحة مع مبالغ كبيرة من الأموال وهو الأمر الذي ينطوي على بعض المخاطر. وعند استخدام القسائم، توجد إمكانية كي تطالب المرافق الصحية بسداد تكاليف الخدمات التي لم تُقدم. وقام برنامج قسائم «صحت» في باكستان بتنفيذ مواقع تفتيش منتظمة في محاولة لردع ذلك.^١

في الوقت نفسه، يمكن أن يؤدي التمويل الإضافي للعمليات الجراحية إلى حوافز مفسدة حول رعاية لا لزوم لها. وفي حين يوجد حارس ضد حدوث ذلك في برنامج «تشيراجيفي يوجانا» بالهند (يُدفع لمقدمي الخدمة مبلغًا ثابتًا لكل ١٠٠ ولادة، مع وجود نسبة تقديرية من الولادات العسرة في الحسبان)، يجري في بنجلاديش إعادة سداد المال إلى الممارسين أنفسهم لإجراء العمليات القيصرية. وكما أشرنا، لوحظت زيادة التدخلات الجراحية في بنجلاديش على الرغم من أنه من غير الممكن تحديد الأسباب.^١ وفي المقابل، يبدو أن الخطر في برنامج «تشيراجيفي يوجانا» بالهند يكمن في مشكلات إحالة النساء اللاتي عانين من مضاعفات، إذ إنه لا يوجد أي حافز لمقدمي الخدمات الخاصين لقبولهن كمريضات. وكما تحدث غالبية وفيات الأمهات من مضاعفات، فإن تكرار إحالة مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص للحالات المعقدة إلى القطاع العام يجعلنا نتشكك في قدرة هذه البرامج على التأثير على معدل وفيات الأمهات. يجب أن تتسم جميع البرامج باليقظة حول إمكانية استمرار سداد المستفيدات للرسوم غير الرسمية، التي سمعنا عنها أدلة قولية (لكن غير مسجلة)، في حين أن المُتفَرِّض أن تحصل النساء على رعاية مجانية.

التمويل والاستدامة

تمول الدولة في الهند البرنامجين، وهو ما يطرح إمكانية الاستدامة، بيد أن البنية الموازية المستخدمة

على سبيل المثال، كان مقدمو الخدمات مرتبكين حول غرض البرنامج -ظاهريًا، كان لتشجيع الولادة بالمرافق الصحية، بيد أن الحوافز كانت متاحة لخدمات الولادة في المنازل أيضًا، يمكن أن يؤدي افتقاد الوضوح إلى تقليص دوافع مقدمي الخدمات والمسؤولين على نحو قد يؤثر على تصورات المستفيدات. وفي جميع الحالات سيتوقف النجاح على حوافز قابلة للتطبيق واستعداد مقدمي الخدمات للمشاركة. وفي الوقت نفسه يؤدي انعدام الشفافية حول أدوار ومسؤوليات العاملين في مجال الصحة إلى تقويض الدعم للبرامج. كما رأينا بين بعض العمال في نيبال.^{١١} وبالمثل، يتطلب الأمر دراسة متأنية لدور النشاط الجدد المعتمدين في مجال الصحة الاجتماعية، التابعين لبرنامج «جانيني سوراكشا يوجانا» في الهند. يوجد عدد من العاملين الصحيين بالمجتمع المحلي في المناطق الريفية بالهند، ومن المحتمل أن تسفر إمكانية وجود ازدواجية في الأدوار عن عدم الرضا والصراع بينهما.

إلى جانب منح حوافز لمقدمي الخدمات، تعتمد البرامج لتعزيز نجاحها على حملات إعلامية، وولاء العاملين الملتزمين في المجتمع المحلي. فقد كان برنامج قسام «صحت» في باكستان يعتمد اعتمادًا كبيرًا على العاملين الذين ينتقلون لمناطق بعيدة من أجل رفع مستوى الوعي بالبرنامج.^١ وقد أبرزت الأدبيات أهمية بدء البرنامج بمشروعات رائدة، مع توجيه واضح من الممولين (سواء الحكومة أو الجهات المانحة)، والتدريب، والإشراف عن كثب، والتنظيم، والرصد.

الفساد

عندما تضم البرامج حوافز مالية، يجب أن يتنبه صنّاع السياسة والممولون والمسؤولون إلى إمكانية إساءة استخدام التمويل؛ وقد أفادت التقارير بوقوع بعض حالات إساءة الاستخدام.^{١١،١٩} وتضم برامج التحويلات النقدية، بوجه خاص، التعامل مع مبالغ كبيرة من الأموال التي يتم صرفها مباشرة لمستخدمات الخدمة، وإلى بعض العاملين في مجال الصحة بالمراكز الصحية. وقد لوحظ، في برنامج

بالشمول نظرًا لأن الاستهداف الاجتماعي-الاقتصادي غير عملي.^{١٤} فالمعايير التي تستند إلى عدد الأطفال تعد غالبًا تمييزية. فمن المرجح أن النساء الأكثر فقرًا ينجبن عددًا أكبر من الأطفال. وقد أزلت نيبال فيما بعد هذا الشرط. لكنه ظل في بنجلاديش خوفًا من تشجيع ارتفاع الخصوبة.^{١٥} ويبدو أن كلاً من برنامج «شيراغيفي يوجانا» في الهند وبرنامج قسائم «صحت» في باكستان علي ثقة كبيرة مما يظهر في تقاريرهما بأن أغلبية المستفيدات من الفقيرات:^{١٤،١٥}

ولكن إذا كانت البرامج لا تصل على نحو كاف إلى المناطق الريفية، فإن ذلك يثير علامات استفهام حول قدرة الوصول إلى الفقراء. هناك حاجة إلى بذل مزيد من الجهود في جميع البرامج لضمان الوصول المنصف لمن هن أشد فقرًا وتهميئًا إلى المنافع. لا سيما تلك المخططات التي تتسم بالشمول الآن.^{١٦} من الممكن أيضًا أن ينبع الاستهداف الشامل من دوافع سياسية لكسب الشعبية لدى الناخبين.^{١٧،١٨} وقبل كل شيء، وعند تصميم برامج تستهدف صالح مجموعات محددة، يجب السعي لتحقيق آراء واحتياجات تلك الفئات. لكن ذلك نادرًا ما يحدث.

جودة الرعاية

يركز عدد قليل من الدراسات أو التقارير على جودة الرعاية المقدمة في المرافق المشاركة في هذه البرامج. ومن المتوقع، في القطاعين العام والخاص، أن تمثل المنافسة بين مقدمي الخدمات من أجل الحصول على الحوافز عاملًا مساعدًا لإدخال تحسينات على نوعية رعاية الأمومة، ففي حين تتوفر أدلة على زيادة الاستفادة من الخدمات، إلا أن الأدلة المتاحة عن إدخال تحسينات في الخدمات داخل البرامج قليلة. فعلى سبيل المثال، لم يؤد برنامج بنجلاديش إلى زيادة القدرة التنافسية ولم ينجح في جذب مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص:^{١٩} واستبعد برنامج جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص إلى حد كبير. يجب دراسة الأساس المنطقي لهذه المسألة. وقد وجدت التقييمات الأولية للبرامج أن جودة الخدمة لا تزال، بوجه عام،

لتقديم برنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند يجب دراستها بعناية. لا سيما فيما يتعلق بمخاطر الأزواجية والتأثير على الاستدامة عند موعد انتهاء تمويل هذه البنية. وفي بنجلاديش، يعمل أيضًا برنامج «قسائم صحة الأمهات» من خلال برامج موازية: وفي الوقت نفسه، يستلزم البرنامج توفر التزام مالي كبير. لكن الحكومة لم تطرح بعد استراتيجية واضحة لدعم البرنامج بشكل مستقل.^{٢٠} وفي نيبال، يُمول برنامج «أما» جزئيًا أيضًا من هيئات مانحة. وهو الأمر الذي أثار القلق حول الافتقار إلى الملكية على مستوى المنطقة.^{٢١} لقد كان أو مشروع رائد لتنفيذ برنامج قسائم «صحت» في باكستان ممولًا بالكامل من هيئات مانحة. على الرغم من حصوله على بعض الدعم العام لتنفيذ المشروع الرائد الثاني.

كان التأييد السياسي القوي يُعد بمثابة دفعة كبيرة لبرنامج «شيراغيفي يوجانا» في الهند. ولبرنامج نيبال. وبعد ذلك لبرامج باكستان أيضًا.^{٢٢،٢٣} وبالختم أثارت مصادر التمويل قصيرة الأجل أو غير الأمانة تساؤلات ملحة حول نطاق المتابعة ومدة استمرار البرنامج. وكان مصدر القلق الرئيس يكمن في النتيجة عند انتهاء البرنامج. وما يحدث عندما يحين وقت توقع كل من مقدمي الخدمات والنساء الحصول على الحوافز المالية.^{٢٤} والأمل أن البرامج ستدفع نحو ما يُسمى تغيير السلوك. ولكن إذا كان الهدف الرئيس من البرامج يتمثل في إزالة الحوافز المالية، فإن النقطة الأساسية لا تكمن في السلوك. على أية حال، ليس ممكنًا بعد تقييم الأثر طويل المدى لأي من البرامج الموصوفة هنا.

الإنصاف

يهدف تمويل جانب الطلب إلى التعويض عن عدم الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن الاستهداف يتسم بالصعوبة في كثير من الأحيان.^{٢٥} ومن المحتمل أن تضم بعض المناطق أغلبية من الأسر الفقيرة. وتتسم البرامج في نيبال وبنجلاديش وبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند

في مجال صحة الأم. في ظل حرص الحكومات على إظهار التقدم نحو تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.^{٥٢}

يتركنا ذلك، في واقع الأمر، مع تصور ضيق لصحة الأم، يتجاهل حالات ولادة أطفال موتى، وحالات الإجهاض، أو الإجهاض المستحث.^{٥٣}

النتائج

لا تزال توجد العديد من التساؤلات المهمة: تضم التساؤلات الرئيسية، في القطاع العام، الآثار المترتبة على تقديم هذه البرامج من خلال بنية موازية لمديريات الصحة. وما إذا كان التمويل الحكومي العادي متوفرًا وموجهًا نحو استخدام أكثر كفاءة. أما في القطاع الخاص، فلا يبدو واضحًا ما إذا كانت البرامج ناجحة في جذب وإشراك مقدمي الخدمات. وما إذا كانت المنافسة تؤثر على نوعية الرعاية. عندما تكون البرامج مولة على نطاق واسع من خلال دعم الهيئات المانحة، تُعد الاستدامة مصدر قلق رئيس. كما في حالة عدم اليقين التي تصاحب عدم المعرفة على الإطلاق لفترة استمرار هذه البرامج. والأهم من ذلك أن استعراضنا يسلط الضوء على المشكلات المتعلقة باستهداف الفقراء، وخاصة في البرامج الشاملة، وهي المشكلات التي يمكن التغلب عليها جزئيًا بإشراك المجتمعات المحلية والمجموعات المستهدفة المحددة في تصميم البرامج. وهناك افتقار، في الوقت الحاضر، إلى العمق والاتساع في قاعدة الأدلة لما تم قياسه.

يكمن التساؤل الرئيس للبحث مستقبلاً في مدى تلبية برامج تمويل جانب الطلب في مجال الرعاية الصحية للأمهات لاحتياجات النساء. لا تتسم الإجابة بالوضوح دائمًا. ونادرًا ما تتم استشارة النساء أنفسهن. إن البحث الذي يستخدم الأساليب الكيفية لمعرفة وجهات نظر وخبرات النساء وأفراد الأسرة في هذه البرامج سيساعد على إدراك ما المهم بالنسبة إلى النساء عند اختيار مكان الرعاية والولادة. كما يجب أن تعمل البحوث في المستقبل

فقيرة.^{٥٤، ٥٥} وبشكل حدسي، يمكن القول إن الزيادة السريعة في الاستخدام من المرجح أن تشكل عبئًا كبيرًا على المرافق وتضر بنوعيتها على المدى القصير. ولا يوجد دليل يطرح أن هذه الزيادة قد حفزت التوسع في الخدمات أو إدخال تحسينات عليها. ونظرًا لمحدودية القدرة الإضافية في مرافق القطاعين العام والخاص بجنوب آسيا، يتطلب الأمر ألا يقتصر تركيز برامج التمويل على اتساع مدى الوصول. وإنما أيضًا على ضمان تكثيف المرافق مع ما تولده من زيادة للطلب؛ فالجودة هي مسألة عرض وطلب على حد سواء.

نتائج متعلقة بمعدل وفيات الأمهات وما قبل الولادة وحديثي الولادة

يُعد تحسين النتائج المتعلقة بالوفيات بمثابة الهدف النهائي لهذه البرامج. لكننا في هذا العرض لم نتعرف على أي تقييمات قوية حول الأثر الناتج عن الوفيات؛ فمعظم الدراسات التي قمنا بتضمينها كانت عبر قطاعية أو دراسات قبلية وبعديّة. بالإضافة إلى إحدى الدراسات الخاضعة للمراقبة لكن دون عشوائية. على الرغم من أن معدل وفيات الأمهات يتحسن ببطء، عمومًا، في جنوب آسيا،^{٥٦} فإن التقارير تشير إلى وجود تحسينات متواضعة فقط في معدل وفيات الأمهات نتيجة لبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا». على أننا يجب ألا نُفسر ذلك باعتباره ناجحًا عن قدرة البرنامج على التأثير في معدل الوفيات. وليس دليلًا على فاعليته.^{٥٧} هناك مخاوف بالفعل من أن يؤدي هذا الحجم الضخم من برامج تمويل جانب الطلب إلى تحويل الانتباه والأموال بعيدًا عن المبادرات الأخرى المهمة حول صحة الأمهات. هناك أدلة، في أماكن أخرى بالمنطقة، على أن التأثير على معدل الوفيات ليس حاسمًا، لا سيما في ظل صعوبة التمييز بين تأثير البرامج والاستثمار العام في مجال صحة الأمهات (على سبيل المثال، في مجال تحسين مرافق رعاية التوليد في حالات الطوارئ).^{٥٨} ونظرًا لصعوبة قياس معدل وفيات الأمهات بدقة دون توفر إحصاءات حيوية، فقد أثبتت الرعاية الماهرة عند الولادة أنها تُعد بمثابة مؤشر شعبي لإدخال تحسينات

الأم. وفي الواقع. يجب أن تضع رداءة نوعية الرعاية بالمرافق علامة استفهام على هذا الافتراض.

شكر وتقدير

تعرب المؤلفات عن تقديرهن للدعم الذي قدمه الاتحاد الأوروبي. مشروع *FPI MATIND project*.

أيضاً على إجراء تقييم دقيق لنوعية الرعاية التي تقدمها المرافق العامة والخاصة المشاركة في البرامج. إن قصر التركيز على زيادة الطلب لن يؤدي في حد ذاته إلى تقليص وفيات الأمهات أو اعتلال صحتهن. ومن الحكمة أن نتذكر أن الرعاية الماهرة عند الولادة يجب ألا تكون المؤشر الوحيد للتحسين في مجال صحة

المراجع

1. Schmidt J, Ensor T, Hossain A, et al. Vouchers as demand side financing instruments for health care: a review of the Bangladesh maternal voucher scheme. *Health Policy* 2010;96:98–107.
2. Agha S. Impact of a maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Reproductive Health* 2011;8:10.
3. Ensor T, Clapham S, Prasai DP. What drives health policy formulation: insights from the Nepal maternity incentive scheme? *Health Policy* 2009;90:247–53.
4. Anwar I, Sami M, Akhtar N, et al. Inequity in maternal health-care services: evidence from homebased skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh. *Bulletin of World Health Organization* 2008;86(4):252–59.
5. Kesterton A, Cleland J, Sloggett A, et al. Institutional delivery in rural India: the relative importance of accessibility and economic status. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10(30):1–9.
6. Pathak PK, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992–2006. *PLoS One* 2010;5(10):1–17.
7. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. At: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008137/pdf>. Accessed 15 October 2011.
8. Ahmed S, Khan M. Is demand side financing equity enhancing? Lessons from a maternal health voucher scheme in Bangladesh. *Social Science & Medicine* 2011;72(10):1704–10.
9. Anderson I, Axelson H, Tan B-K. The other crisis: the economics and financing of maternal, newborn and child health in Asia. *Health Policy and Planning* 2011;26:288–97.
10. World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository* 2011. At: <http://apps.who.int/ghodata/>. Accessed 28 October 2011.
11. Hussein J, Bell J, Dar lang M, et al. An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal. *PLoS ONE* 6(5): e19898. doi:10.1371/journal.pone.0019898.
12. Powell-Jackson T, Morrison J, Tiwari S, et al. The experiences of districts in implementing a national incentive programme to promote safe delivery in Nepal. *BMC Health Services Research* 2009;9:97.
13. Witter S, Khadka S, Nath H, et al. The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities. *Health Policy and Planning* 2011;26:ii84–ii91.
14. Lim S, Dandona L, Hoisington J, et al. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet* 2010;375:2009–23.
15. Chatterjee P. India's government aims to improve rural health. *Lancet* 2006;28;368(9546):1483–84.
16. Bhatte-Deosthali P, Khatri R, Wagle S. Poor standards of care in small, private hospitals in Maharashtra, India: implications for public-private partnerships for maternity care. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37): 32–41.
17. International Institute for Population Sciences: *National Family Health Survey (NFHS-1)*, 1992–93: India. Mumbai: IIPS, 1995. At: <http://www.nfhsindia.org/>. Accessed 25 January 2012.
18. International Institute for Population Sciences. *National Family Health Survey (NFHS-3)*, 2005–6: India. Mumbai: IIPS, 2007. At: <http://www.nfhsindia.org/>. Accessed 25 January 2012.
19. Hogan M, Foreman K, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375(9726):1609–23.
20. National Institute of Population Studies Pakistan, and Macro International. *Demographic & Health Survey 2006–07*. Islamabad: NIPS and Macro International. At: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR200/FR200.pdf>. Accessed 27 January 2012.
21. National Institute of Population Studies, Pakistan and IRD/Macro International Inc. *Demographic & Health Survey 1990–1991*. Islamabad: NIPS and IRD/Macro International. At: <http://measuredhs.com/publications/publication-fr29-dhs-final-reports.cfm>. Accessed 27 January 2012.
22. Department of Economic and Social Affairs. *United Nations Statistics Division*. At: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Accessed 26 January 2012.
23. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. At: <http://www.who.int/>

- reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html. Accessed 4 February 2012.
24. McNamee P, Ternant L, Hussein J. Barriers in accessing maternal health care: evidence from low- and middle income countries. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2009;9(1):41-48.
25. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning* 2004;19(2):69-79.
26. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994;38(8):1091-10.
27. Borghi J, Ensor T, Neupane BD, et al. Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *Tropical Medicine & International Health* 2006;11(2): 228-37.
28. Rob U, Rahman M, Bellows B. Evaluation of the impact of the voucher and accreditation approach on improving reproductive behaviours and RH status: Bangladesh. *BMC Public Health* 2010;11:257.
29. Ahmed S, Khan M. A maternal health voucher scheme: what have we learned from the demand-side financing scheme in Bangladesh? *Health Policy and Planning* 2011;26:25-32.
30. Paul VK. India: conditional cash transfers for in-facility deliveries. *Lancet* 2010;375(9730):1943-44.
31. Lawn JE, Kerber K, Enweron-Larya C, et al. Newborn survival in low resource settings – are we delivering? *BJOG* 2009;116(Suppl. 1):49-59.
32. George A. Persistence of high maternal mortality in Koppal District, Karnataka, India: observed service delivery constraints. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):91-102.
33. Rath A, Basnett I, Cole C, et al. Improving emergency obstetric care in a context of very high maternal mortality: the Nepal Safer Motherhood Project 1997-2004. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30): 72-80.
34. Barker C, Bird C, Pradhan A. Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: an integrated approach. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):81-90.
35. Bhusal C, Singh S, BC R, et al. Effectiveness and efficiency of Aama Surakshya Karyakram in terms of barriers in accessing maternal health services in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council* 2011;9(19):129-37.
36. Powell-Jackson T, Neupane BD, Tiwari S, et al. Evaluation of the Safe Delivery Incentive Programme: Final Report of the Evaluation. 2008. At: http://www.safemotherhood.org.np/pdf/106Final_SDIP_Evaluation_Report.pdf. Accessed 29 October 2011.
37. Powell-Jackson T, Neupane BD, Tiwari S, et al. The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur. *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies (Advances in Health Economics and Health Services Research)* 2009;21:221-49.
38. Government of Nepal. Support to Safe Motherhood Programme, Nepal: Bi-annual Report. At: <http://www.safemotherhood.org.np/pdf/149Biannual%20report%20final%205%20March%2009.pdf>. Accessed 12 February 2012.
39. Subha Sri B, Sarojini N, Khanna R. An investigation of maternal deaths following public protests in a tribal district of Madhya Pradesh, central India. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):11-20.
40. UN Population Fund India. Concurrent assessment of Janani Suraksha Yojana scheme in selected states of India: Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh. New Delhi: UNFPA India, 2009. p.1-59.
41. Government of India. Janani Suraksha Yojana: features and frequently asked questions and answers. 2006. At: <http://jknrm.com/PDF/JSR.pdf>. Accessed 11 October 2011.
42. Mavalankar D, Singh A, Patel SR, et al. Saving mothers and newborns through an innovative partnership with private sector obstetricians: Chiranjeevi scheme of Gujarat, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;107(3):271-76.
43. Bhat R, Mavalankar D, Singh PV, et al. Maternal healthcare financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and its beneficiaries. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2009;27(2):249-58.
44. Government of Gujarat. Chiranjeevi Yojana: Operational Mechanisms of the Scheme. 2012. At: www.gujhealth.gov.in/operational-scheme.htm. Accessed 10 February 2012.
45. Singh A, Mavalankar D, Bhat R, et al. Providing skilled birth attendants and emergency obstetric care to the poor through partnership with private sector obstetricians in Gujarat, India. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87(12):960-64.
46. Vora K, Mavalankar D, Ramani K, et al. Maternal health situation in India: a case study. *Journal of Health, Population and Nutri-*

- tion2009;27(2):184-201.
47. Acharya A, McNamee P. Assessing Gujarat's 'Chiranjeevi' Scheme. *Economic & Political Weekly* 2009;44(48): 13-15.
48. Nguyen H, et al. Encouraging maternal health service utilization: an evaluation of the Bangladesh voucher program. *Social Science & Medicine* 2012;74:989-96.
49. Koehlmoos TLP, Ashraf A, Kabir H, et al. Rapid assessment of demand-side financing in Bangladesh, ICDDR,B Working Paper 170. Dhaka, 2008.
50. Hamid B, Kazmi S, Eichler R, et al. Pay for Performance: Improving Maternal Health Services in Pakistan. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., September 2009.
51. Bellows N, Bellows B, Warren C. The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: systematic review. *Journal of Tropical Medicine and International Health* 2011;16(1):84-96.
52. Austveg B. Perpetuating power: some reasons why reproductive health has stalled. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):26-34.