

Holst, Jens

Working Paper

Direktzahlungen in der Krankenversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern: Ein Reforminstrument mit überwiegend negativen Wirkungen

WZB Discussion Paper, No. SP I 2012-305

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Holst, Jens (2012) : Direktzahlungen in der Krankenversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern: Ein Reforminstrument mit überwiegend negativen Wirkungen, WZB Discussion Paper, No. SP I 2012-305, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/70198>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Jens Holst

**Direktzahlungen in der Krankenversorgung in
Entwicklungs- und Schwellenländern:**
Ein Reforminstrument mit überwiegend
negativen Wirkungen.

Discussion Paper

SPI 2012–305

Mai 2012

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Forschungsschwerpunkt

Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe

Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
Germany
www.wzb.eu

Copyright remains with the author(s).

Jens Holst

**DIREKTZAHLUNGEN IN DER KRANKENVERSORGUNG IN ENTWICKLUNGS- UND
SCHWELLENLÄNDERN:**

Ein Reforminstrument mit überwiegend negativen Wirkungen.

Discussion Paper SP I 2012–305

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2012)

Discussion papers of the WZB serve to disseminate the research results of work in progress prior to publication to encourage the exchange of ideas and academic debate. Inclusion of a paper in the discussion paper series does not constitute publication and should not limit publication in any other venue. The discussion papers published by the WZB represent the views of the respective author(s) and not of the institute as a whole.

Affiliation of the author other than WZB:

Jens Holst

drjensholst@web.de

Danksagung

Der Autor ist den beiden Reviewern, Prof. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB), und Jean-Olivier Schmidt von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Entwicklung (GIZ) sehr für die vielen Hinweise dankbar, die in die endgültige Fassung dieses Diskussionspapiers eingeflossen sind. Jean-Olivier Schmidt gilt dabei besonderer Dank für die kritische Einordnung einiger Ideen, diverse ergänzende inhaltliche Gesichtspunkte und weiterführende aktuelle Literaturhinweise.

Zusammenfassung

Direktzahlungen in der Krankenversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern:

Ein Reforminstrument mit überwiegend negativen Wirkungen.

von Jens Holst

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung stellt die meisten Entwicklungs- und viele Schwellenländer vor das Dilemma knapper öffentlicher Ressourcen und konkurrierender Prioritäten. Vielerorts ist die öffentliche Krankenversorgung zwar kostenfrei, aber chronisch unterfinanziert und weder quantitativ noch qualitativ in der Lage, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu befriedigen. Auf der Suche nach zusätzlichen oder alternativen Finanzierungsquellen zur Verbesserung der Krankenversorgung entstand die Idee, Patienten* stärker an den Kosten ihrer Behandlungen zu beteiligen. Internationale Organisationen wie Weltbank und IWF drängten die Länder Afrikas, Asiens und Lateinamerikas zur Einführung von Nutzergebühren bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Im Zuge der so genannten Bamako-Initiative führten viele afrikanische Länder generelle Behandlungsgebühren in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ein. Auch in den allermeisten anderen Entwicklungs- und Schwellenländern mussten Patienten in zunehmendem Maße selber für ihre Krankenversorgung aufkommen.

Die systematische Einführung von Nutzergebühren im Gesundheitswesen verfolgte im Wesentlichen drei Ziele: Generierung zusätzlicher Mittel zur Verbesserung der Krankenversorgung, Überwindung bestehender Ungerechtigkeiten beim Zugang zu Versorgungsleistungen und Kostendämpfung durch Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Sie stand im Zeichen der neoklassischen Wirtschaftstheorie, die vornehmlich mikroökonomische Ansätze in der Logik individueller Nutzenmaximierung propagierte und in Entwicklungsländern in Form der Strukturanpassungsprogramme Einzug hielt. In der Gesundheitspolitik verdrängten ökonomische Vorstellungen sozialpolitische Ziele, und es setzte sich das Denken in finanziellen Anreizsystemen zur Steuerung von Anbieter- und Nachfragerverhalten durch. Zugleich bezog sich die Zuzahlungspolitik explizit auf Kernforderungen der Basisgesundheitsbewegung von Alma Ata wie Dezentralisierung, Transparenz, Empowerment und Governance.

Mittlerweile liegt eine große Zahl empirischer Untersuchungen über die Auswirkungen von Nutzergebühren im Gesundheitswesen von Entwicklungs- und Schwellenländern vor. Dabei hat sich gezeigt, dass die erwünschten Effekte nur teilweise und in geringem Ausmaß eingetreten sind. Bei aller Heterogenität der vorliegenden Untersuchungen bleibt die Bilanz von Patientenzuzahlungen in Entwicklungsländern in Bezug auf die Systemstärkung und Nachhaltigkeit der Gesundheitsfinanzierung insgesamt hinter den Erwartungen zurück. Dieser Gesamteindruck verstärkt sich, wenn man die Studien jenseits formalwissenschaftlicher Kriterien oder ihres wirtschaftstheoretischen Ansatzes analysiert. So finden grundlegende, nachhaltige Änderungen wie die Kürzung der Regelfinanzierung öffentlicher Leistungserbringer in Folge der Cost-Sharing-Politik ebenso wenig angemessene Berücksichtigung wie weitergehende sozialpolitische bzw. wohlfahrtsstaatliche Konsequenzen primär mikroökonomischer Entwicklungsansätze. Zudem lassen etliche Analysen und Befunde eine unübersehbare Übereinstimmung mit bestimmten entwicklungspolitischen Strategien erkennen, angefangen von weltbanknahen positiven Einschätzungen der meist kurzfristig verbesserten Versorgungsqualität bis zu der unbelegten Annahme, Nutzergebühren wirkten als Vorläufer von Krankenversicherungssystemen.

Insgesamt hat die wachsende Erkenntnis eher bedenklicher als positiver Effekte von Behandlungsgebühren sowohl in Entwicklungs- und Schwellenländern als auch bei internationalen Organisationen mittlerweile kritische Positionen gegenüber Patientenzuzahlungen gestärkt. Insbesondere die unerwünschten Auswirkungen auf Arme sowie offenkundige Nachhaltigkeitsprobleme haben die Hürden für die Umsetzung einer Politik der Nutzergebühren erhöht. Die zunehmende Bedeutung von universeller Absicherung im Krankheitsfall als entwicklungspolitisches Ziel hat die Forderung nach Abschaffung von Patientenzuzahlungen zu einem wichtigen Thema in der Entwicklungszusammenarbeit gemacht.

* *Der flüssigeren Lesbarkeit halber wird in diesem Papier überwiegend die maskuline Form verwendet; gemeint sind jedoch – falls nicht explizit anders erwähnt – stets beide Geschlechter.*

Abstract

User Fees for Health Care in Developing Countries and Countries in Transition:

An Instrument of Reform with Predominantly Negative Effects.

by Jens Holst

When it comes to financing health care services for their populations, most developing countries and many newly industrialised countries are faced with the dilemma of scarce public resources and competing priorities. In many places, public health care, while provided free of charge, is chronically underfunded and incapable, in both quantitative and qualitative terms, of satisfying the rising demand for health care services. The search for additional or alternative sources of funding led to the idea of making patients pay a share of the treatment costs. International organisations such as the World Bank and the International Monetary Fund urged African, Asian and Latin American countries to introduce user fees for health care services. In the wake of the so-called Bamako Initiative, most countries in Sub-Saharan Africa introduced user fees at public health care facilities. Likewise, patients in most other developing and newly industrialised countries increasingly had to pay out of their own pockets for medical treatment.

The systematic implementation of user fees in health care was intended to achieve three main goals: generating additional revenue for improving health care services, overcoming existing inequalities in access to health care, and reducing costs by increasing efficiency in the health care sector. As a policy, it was guided by neoclassical economics, which primarily called for microeconomic approaches based on the logic of individual maximisation of utility, and which came to developing countries in the form of structural adjustment programmes. In the field of health policy, economic ideas replaced social policy objectives, and health care thinking came to be dominated by systems of financial incentives designed to manage supply and demand. At the same time, cost-sharing policies explicitly referred to some of the core demands of the primary health care movement of Alma Ata: decentralisation, transparency, empowerment, and governance.

A wide range of empirical studies on the effects of user fees in the health care systems of developing and newly industrialised countries has become available in recent years. They show the desired effects to have occurred only in part, and only to a small extent. Despite their heterogeneity, these studies reveal the overall outcomes of user fees in developing countries to fall short of expectations with respect to strengthening health care systems and promoting sustainability in health care funding. This overall impression is reinforced if one looks at the studies beyond formal scientific criteria or their underlying economic theory. Fundamental changes with long-term effects, for example, such as cutting the standard budget of public health care providers as a result of cost-sharing policies, are not being addressed appropriately; neither are the social and welfare state consequences of development approaches with a primary focus on microeconomics. What is more, many analyses and findings are in unmistakable agreement with certain development policy strategies, ranging from World Bank-like positive assessments of mostly short-term improvements in the quality of health care provision all the way to the unsubstantiated assumption that user fees act as precursors of health insurance systems.

Overall, the growing number of findings that suggest alarming rather than positive effects of user fees in health care has served to strengthen critical points of view regarding direct patient payments, both among policy makers in developing and newly industrialised countries and among international organisations. In particular, undesired effects on poor people as well as obvious shortcomings in terms of sustainability have served to raise the bar for implementing user fee policies. The increasing importance of universal coverage as a goal of development policy has made the call for abolishing user fees a key issue in international development cooperation.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Hintergrund und theoretische Begründungszusammenhänge	5
3	Messbare Effekte von Zuzahlungen	15
3.1	Auswirkungen auf die Gesundheitsfinanzierung.....	15
3.1.1	<i>Makroebene</i>	15
3.1.2	<i>Mikroebene</i>	27
3.1.3	<i>Opportunitätskosten</i>	29
3.1.4	<i>Coping-Strategien</i>	31
3.2	Zuzahlungsbefreiungen	36
4	Steuerungseffekte von Behandlungsgebühren.....	46
5	Metaanalysen.....	61
6	Fazit.....	64
7	Zusammenfassung.....	68
8	Literaturverzeichnis	77

1 Einleitung

Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen gehören seit vielen Jahren zu den meist beachteten und analysierten Themen in der internationalen gesundheitspolitischen Debatte. Nachdem bereits der Weltgesundheitsbericht 2000 (WHO 2000a) die Auswirkungen von *out-of-pocket-payments* (OOP) auf die Fairness der Gesundheitsfinanzierung und die soziale Gerechtigkeit analysiert hatte, nahm das Thema der Direktzahlungen im Gesundheitswesen im Weltgesundheitsbericht 2010 besonders breiten Raum ein. Mehr als 20 Jahre nach ihrer Entstehung scheint die sozialpolitische Idee von der emanzipierenden Kostenbeteiligung der Nutzer von sozialen Leistungen seinen Höhepunkt überschritten zu haben. Die anfängliche Begeisterung internationaler Entwicklungsinstitutionen wie nationaler Gesundheitspolitiker für Nutzergebühren bzw. Zuzahlungen ist einer zunehmenden Ernüchterung oder gar Skepsis gewichen, die mit der Erkenntnis unerwünschter Wirkungen der verschiedenen Formen einhergeht, Patienten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zumindest teilweise für die Kosten ihrer Behandlung aufkommen zu lassen.

WHO-Definition: Direktzahlungen im Krankheitsfall

Box 1.2. What are direct payments?

In health, charges or fees are commonly levied for consultations with health professionals, medical or investigative procedures, medicines and other supplies, and for laboratory tests.

Depending on the country, they are levied by government, nongovernmental organizations, faith-based and private health facilities.

They are sometimes officially sanctioned charges and sometimes unofficial or so-called "under-the-table" payments. Sometimes both co-exist.

Even where these charges are covered by insurance, patients are generally required to share the costs, typically in the form of co-insurance, co-payments and/or deductibles – payments the insured person has to make directly out of pocket at the time they use services because these costs are not covered by the insurance plan.

Deductibles are the amount of expenses that must be paid out of pocket before an insurer will cover any expenses at all. Co-insurance reflects the proportion of subsequent costs that must be met out of pocket by the person who is covered, while co-payments are set as a fixed amount the beneficiary must pay for each service.

We use the term *direct payments* to capture all these elements. However, because the term *out-of-pocket payments* is often used to capture the same ideas, we use the two terms interchangeably.

Quelle: WHO 2010, S. 5

Kaum ein Thema weckt weltweit so heftige gesundheitspolitische Kontroversen wie Direktzahlungen im Krankheitsfall. Befürworter betrachten die vielfach auch „*cost sharing*“ genannte finanzielle Teilhabe der Nutzer des Gesundheitswesens an ihren Behandlungen wahlweise als probates Mittel der zusätzlichen Mittelgenerierung oder als wirksame Form, sie zu Kostenbewusstsein und „vernünftiger“ Inanspruchnahme zu bewegen. Gegner verweisen hingegen darauf, dass Zuzahlungen den beiden Grundprinzipien der sozialen Absicherung im Krankheitsfall zuwiderlaufen, nämlich dem Prinzip der Vorabfinanzierung

unabhängig von der Inanspruchnahme und der Verteilung des individuellen Risikos auf eine Gemeinschaft; was regressiv Umverteilungswirkungen entfaltet und insbesondere Menschen mit niedrigem Einkommen zu Einsparungen bei anderen Grundbedürfnissen zwingt.

Direktzahlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie dem Prinzip der risiko-unabhängigen Vorfinanzierung zuwiderlaufen, da sie grundsätzlich und ausschließlich im Moment der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anfallen. Der Bedarf an bzw. die Nachfrage nach medizinischen Versorgungsleistungen geht naturgemäß häufig mit Situationen eingeschränkter Handlungsoptionen, mit verstärkter Bedürftigkeit und vermehrter Abhängigkeit einher, die sich über krankheitsbedingtes Leid hinaus auch in verminderter Erwerbs- und Reproduktionsfähigkeit niederschlagen. Anteilige, feste oder vollumfängliche Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall stellen daher vor allem ärmere Haushalte vor große Probleme, die zu den folgenden drei Handlungsoptionen führen können:

1. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, die erforderlichen Geldmittel für die Behandlung aufzubringen, und gehen das Risiko von Verschlimmerungen und vermeidbaren Komplikationen ein;
2. Angesichts anderer Ausgabenposten und knapper Budgets sind kranke Personen nicht bereit, Direktzahlungen für die medizinische Behandlung aufzubringen, und enthalten sich damit wirksame Behandlungen vor;
3. Nehmen Patienten medizinische Hilfe in Anspruch, geben sie dafür einen großen Teil ihrer verfügbaren Mittel aus, müssen Schulden aufnehmen oder Gegenstände veräußern und setzen sich damit der Gefahr von Verarmung aus.¹

Das Internationale Arbeitsbüro (IAB, im internationalen Kontext International Labour Office – ILO) betrachtet Direktzahlungen von Patienten und damit die verschiedenen Arten der Selbstbeteiligung in Form von festen oder anteiligen Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Nutzergebühren nicht als Bestandteil der Finanzierung im Rahmen der sozialen Absicherung im Krankheitsfall.² Die WHO benennt drei wesentliche Gründe, warum Patientendirektzahlungen allen theoretischen und praktischen Schwächen zum Trotz vielerorts und immer wieder eine wichtige Quelle der Gesundheitsfinanzierung sind:

1. Selbstbeteiligungen machen einen großen Anteil der Gesundheitsausgaben aus, wenn Regierungen entweder nicht bereit oder nicht in der Lage sind, mehr für die Krankenversorgung auszugeben, oder ihr eigenes Potenzial zum Auf- oder Ausbau sozialer Sicherungssysteme nicht erkennen oder nicht wahrnehmen.³
2. Nutzergebühren bieten eine Möglichkeit, zusätzliche Ressourcen für ansonsten unterfinanzierte Gesundheitseinrichtungen zu mobilisieren, die von allenfalls unregelmäßigen öffentlichen Zuwendungen abhängen, weil sie in abgelegenen Regionen bzw. Bürgerkriegsgebieten liegen oder aus anderen Gründen von der Außenwelt abgeschnitten sind.

¹ Drechsler/Jütting 2005, S. 6

² ILO 2008, S. 5

³ Vgl. hierzu auch Meessen et al. 2003, S. 582

3. Patientenzuzahlungen scheinen sich insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Rezession als gangbare Option anzubieten, die Finanzierbarkeit der Krankenversorgung zu gewährleisten.⁴

In der Tat ist die Frage der Patientendirektzahlungen praktisch so alt ist wie umfassende soziale Sicherungssysteme es sind. Schon Ende der 1920er Jahre klagte der deutschnationale Kaufmann und Politiker Gustav Hartz: „Geht man nicht bedenkenlos ein Dutzend Mal zum Arzt, wenn einmal genügt – nur weil es die Kasse bezahlt? ... Man läuft wegen eines Schnupfens, einer kleinen Verletzung zum Arzt, womit man sich früher geschämt hätte, sich als krank zu bezeichnen und den Arzt in Anspruch zu nehmen“.⁵ Diese Erkenntnis des Weimarer Gesundheitspolitikers beruht in nicht unerheblichem Maße auf den Wahrnehmungen und Thesen des Danziger Arztes Erwin Liek, der im Aufbau der sozialen Krankenversicherung kaum weniger sah als den Untergang des Abendlands: „Die Krankenversicherung führt nicht nur zu körperlicher Verweichlichung, sondern auch zu moralischer Entartung.“⁶ Besondere Bedeutung erlangen Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall regelmäßig unter den Bedingungen einer realen oder zumindest gefühlten Verknappung der verfügbaren Mittel für die Finanzierung der Krankenversorgung. Dies galt für die Einführung einer Kranken- und Kurscheingebühr und Zuzahlungserhöhungen für Medikamente im Rahmen der Brüning'schen Notverordnungen von 1930 und 1931 in Folge der Weltwirtschaftskrise von 1929⁷ ebenso wie für die internationale Schuldenkrise der 1970er und 1980er Jahre in Folge der deutlichen Ölpreissteigerung durch die Öl exportierenden Länder der OPEC. In den Entwicklungsländern verschärfte zusätzlich die krisenbedingte Kürzung der internationalen Geldtransfers die durch steigende Energie- und Rohstoffpreise induzierte Staatsverschuldung aufgrund vermehrter Devisenaufnahme, steigender Zinsen und wachsender Inflation.⁸ Die weltweite Rezession und die internationale Verschuldungskrise, die insbesondere die Entwicklungsländer betraf, waren wesentliche Auslöser der Strukturanpassungspolitik, die zu erheblichen sozialen Einschnitten in den betroffenen Ländern führte und zugleich für mindestens zwei Jahrzehnte die internationale Zusammenarbeit bestimmte.⁹

Eine Untersuchung der Gesundheitsfinanzierung in 50 Entwicklungs- und Schwellenländern zeigte, dass Patientenselbstbeteiligungen auch in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen überaus verbreitet sind, denn nur in sechs Staaten bestand keine Zuzahlungspflicht.¹⁰ Daten der National Health Accounts (NHA) zeigen darüber hinaus, dass in 33 Ländern mehr als ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Form von verschiedenen Arten von Direktzahlungen anfallen (WHO 2011).¹¹ Besonders relevant sind dabei vielfach Direktzahlungen für Medikamente in privaten Arztpraxen, Apotheken und anderen Gesundheitseinrichtungen sowie ebenfalls weit verbreitete inoffizielle Zahlungen (under-the-table payments).

⁴ WHO 2010, S. 43f

⁵ Hartz 1928, S. 18

⁶ Liek 1927, S. 57

⁷ Tennstedt 1976, S. 401; Deppe 1987, S. 94

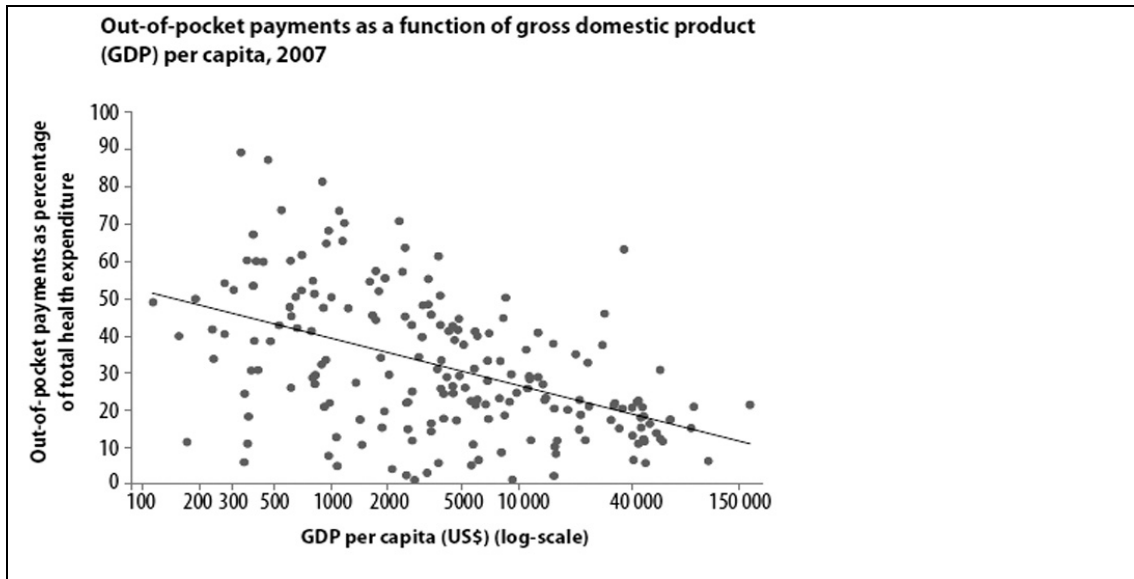
⁸ Andrews/Mohan 2002, S. 373

⁹ WHO 2010, S. 44; eine lesenswerte kritische Bewertung der gesellschaftlichen und politischen Auswirkungen der Strukturanpassungsprogramme in Afrika findet sich bei Herbst 1990.

¹⁰ Witter 2010, S. 3f

¹¹ <http://www.who.int/nha>

Abb. 1: Anteil der Zuzahlungen an den Gesundheitsausgaben in Relation zum Volkseinkommen



Quelle: WHO 2010, S. 42

Die vorliegende Studie ist der zweite Teil einer detaillierten Darlegung und Analyse der Studien- und Datenlage über Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall. Es knüpft an das Discussion Paper SP I 2008-305 der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) an, das unter dem Titel "Kostenbeteiligungen für Patienten - Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern" erschien.

Das vorangegangene Diskussionspapier erörtert auch intensiv die theoretischen und ideologischen Grundlagen von Patientenselbstbeteiligungen und beleuchtet dabei neben den verschiedenen Formen direkter Patientenzahlungen die These von der „Eigenverantwortung“ sowie Privatisierungsansätze zur nachfrageseitigen Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Die hier vorliegende Studie gibt daher die wirtschaftstheoretischen Ansätze und den Diskussionsstand über Fragen von Patientenzuzahlungen nur knapp wieder, um auf dieser Grundlage spezifisch die Lage in Entwicklungs- und Schwellenländern zu beleuchten. Der Schwerpunkt liegt auf der Darlegung des zugrundeliegenden Diskurses und vor allem der bisher vorliegenden Evidenz zu den Auswirkungen sowohl von Nutzergebühren bzw. -zuzahlungen als auch ihrer Abschaffung.

Die Einschränkung des Untersuchungsgegenstands auf die Auswirkungen individueller, direkter Gesundheitsfinanzierung in den ärmeren Ländern der Erde ist nicht allein methodisch begründet, sondern auch aufgrund der teilweise unterschiedlichen Begründungszusammenhänge und Diskussionen. Bei aller ohnehin gegebenen Heterogenität weisen Ansatz, grundsätzliche Fragestellung, Methodik und Datengrundlage vorliegender Untersuchungen von erwünschten und unerwünschten Zuzahlungswirkungen generelle Unterschiede zwischen Industrie- und Entwicklungsländern auf, die eine getrennte Darlegung und Analyse rechtfertigen. Zudem sind die politischen Konsequenzen und Implikationen verschieden und betreffen neben Entscheidungsträgern in den Entwicklungs- und Schwellenländern im Zuge der Politikberatung auch Akteure der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Zwar lassen sich auch aus den Erfahrungen gesundheitspolitischer Ansätze in Industrieländern wichtige Erkenntnisse für Gesundheits- und Sozialpolitiker in den Ländern des Südens ableiten, doch liefern insbesondere

messbare empirische Beobachtungen aus Entwicklungs- und Schwellenländern wertvolle Hinweise für die wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungspolitik.

Die vorliegende Arbeit besteht im Wesentlichen aus zwei Teilen sowie einem abschließenden resümierenden Fazit und einer Zusammenfassung. Das erste Kapitel stellt die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen von Eigenbeteiligungen im Gesundheitswesen dar. Darin kommen ausführlich die unterschiedlichen Formen direkter Patientenzahlungen, Privatisierungsansätze zur nachfrageseitigen Steuerung und grundsätzlichen Unterschiede zwischen Entwicklungs- bzw. Schwellenländern und Industrieländern zur Sprache. Den Abschluss des Einführungsteils stellt eine Darlegung der Forschungsfragen und des zu Grunde liegenden Ansatzes dieser Erhebung dar.

Der Hauptteil der Arbeit widmet sich den diversen Befunden und Erkenntnissen im Zusammenhang mit der Anwendung von Patientenzuzahlungen und analysiert messbare Auswirkungen von Zuzahlungen entlang der vorwiegend erfassten Ergebnisse. Entsprechend ihrer großen gesundheits- und entwicklungspolitischen Bedeutung liegt dabei der Schwerpunkt auf den unterschiedlichen finanziellen Implikationen von Behandlungsgebühren einschließlich ihrer erwarteten kostendämpfenden Effekte, auf ihren Auswirkungen auf die Zugangsgerechtigkeit bei der Krankenversorgung und auf Fragen der Effizienzsteigerung durch die Beteiligung der Patienten an den Kosten ihrer Versorgung.

Die Analyse der finanziellen Aspekte von Patientenzuzahlungen umfasst die Betrachtung volkswirtschaftlicher Effekte auf der Makroebene ebenso wie mikroökonomische Auswirkungen auf der Ebene der Leistungserbringer, zuzüglich relevanter Opportunitätskosten und verbreiteter Coping-Strategien der Betroffenen. Anschließend erfolgt eine kritische Darstellung von Maßnahmen zur Verminderung unerwünschter Auswirkungen von Nutzergebühren in Form von Zuzahlungsbefreiungen und Überlastungsklauseln. Des Weiteren analysiert dieses Discussion Paper die Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungen in Entwicklungs- und Schwellenländern unter besonderer Berücksichtigung des Inanspruchnahmeverhaltens. Die zusammenfassende Darstellung aktueller Metaanalysen stellt den Hauptteil dieser Literaturanalyse dar, die den Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Direktzahlungen in Entwicklungs- und Schwellenländern widerspiegelt. Gleichzeitig wirft sie einen kritischen Blick auf mögliche konzeptionelle oder ideologiegeleitete Einschränkungen der jeweils gewählten Ansätze und Fragestellungen.

2 Hintergrund und theoretische Begründungszusammenhänge

Die Bereitstellung guter medizinischer Versorgung mit knappen öffentlichen Mitteln stellt die meisten Entwicklungs- und viele Schwellenländer vor große Herausforderungen. Vielerorts ist die öffentliche Krankenversorgung zwar kostenfrei, aber chronisch unterfinanziert. Auf der Suche nach zusätzlichen oder alternativen Finanzierungsquellen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung entstand die Idee, Patienten an den Kosten ihrer Behandlungen zu beteiligen.¹² Wesentliche Begründung fanden die so genannten *Cost-Sharing*-Ansätze in Entwicklungsländern in der üblicherweise eingeschränkten Verfügbarkeit von Krankenversorgungsleistungen und der vielfach schlechten Qualität öffentlicher Leistungserbringer. Letztere fielen im Vergleich mit anspruchsvolleren,

¹² Ahsan/Bartlema 2008, S. 87

vielfach auch bessere Versorgung bietenden privaten Gesundheitseinrichtungen deutlich schlechter aus. Die Ursachen waren in Folge der teilweise massiven Unterfinanzierung staatlicher Gesundheitszentren auch das schlecht motivierte, unterbezahlte Personal und dauerhafte Mangelzustände v.a. bei Medikamenten.¹³ Gerade in chronisch unterversorgten Regionen und unter den Bedingungen dauerhafter Mittelknappheit insbesondere in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen kann eine zuverlässige Verfügbarkeit von Medikamenten und anderen Verbrauchsmaterialien erheblich zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität beitragen und vor allem die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der häufig mangelversorgten Einrichtungen der Primärversorgung erweitern.¹⁴

Eine wichtige argumentative Grundlage für die Einführung von Nutzergebühren und anderen Formen der Patientenzahlung bildete die vielerorts zu beobachtende Situation, dass aufgrund der schlechten Versorgungsqualität staatlicher Krankenhäuser und Gesundheitsposten selbst die Ärmsten trotz höherer Tarife Privatanbieter bevorzugten, von denen sie sich eine bessere Behandlung erhoffen.¹⁵ Wesentlicher Bestandteil waren als „Gemeinschaftsfinanzierung“ bezeichnete Nutzergebühren auf lokaler oder Distriktebene und in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen,¹⁶ die zuerst in Ghana, Zaïre,¹⁷ Swasiland und Lesotho Anwendung fanden.¹⁸ Auch die UNICEF erwartete von Nutzergebühren nicht bloß Mehreinnahmen für die Krankenversorgung, sondern auch mehr Verantwortung und „empowerment“ der Gemeinden durch ihre Einbeziehung in die Verwaltung der Mittel.¹⁹

Ein weiteres Problem in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen waren vielfach Managementdefizite, mangelnde Transparenz, fehlende Rechenschaftspflicht der Anbieter gegenüber den einzelnen Nutzern wie den Kommunen und nicht zuletzt erhebliche Probleme bei der Governance. Die wichtigsten Argumente für die Einführung von Selbstbeteiligungen beruhen zum einen auf einer Kritik des unbefriedigenden Zustands der Krankenversorgung in den meisten Entwicklungsländern, zum anderen auf Modellrechnungen auf Grundlage vorhandener Daten und etlicher Annahmen, die überwiegend der Mikroökonomie entspringen.²⁰ Mit Nutzergebühren war außerdem die Erwartung verknüpft, das Versorgungsangebot insgesamt zu verbreitern und moderne Gesundheitseinrichtungen auch in abgelegene Regionen zu bringen. Da mit dem Einkommen auch der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen steigt, würden die besser gestellten Bürger mehr an Direktzahlungen aufbringen und damit die arme Bevölkerung subventionieren, so dass Nutzergebühren letztlich die Gerechtigkeit im System steigern.²¹ Insgesamt sollten Patientenzahlungen dazu beitragen, in den Entwicklungsländern das Versorgungsangebot zu verbreitern, moderne Gesundheitseinrichtungen auch in abgelegene Regionen bringen und die Qualität der medizinischen Versorgung steigern, beispielsweise durch die höhere Verfügbarkeit von Medikamenten²² und bessere Behandlung in den Einrichtungen der Basisversorgung.²³ Andere Länder verfolgten zudem die Verbesserung der Bezahlung

¹³ S. z.B. Loewe 2004, S. 257

¹⁴ Bitrán/Giedion 2003, S. 3

¹⁵ Bitrán/Giedion 2003, S. 4; Ahmed et al. 2005, S. 392

¹⁶ Criel 1998a, S. 29

¹⁷ Der heutigen Demokratischen Republik Kongo (DRC bzw. RDC)

¹⁸ Creese 1991, S. 310

¹⁹ Criel 1998a, S. 7

²⁰ S. z.B. de Ferranti 1985, S. 13, 23; Akin et al. 1986b, S. 321, 325; Shaw/Ainsworth 1996a, S. 2

²¹ Coleman 1997, S. 5; Hutton 2002, S. 5

²² Burnham et al. 2004, S. 188

²³ Bitrán/Giedion 2003, S. 3

niedriger und unregelmäßig ausgezahlter Gehälter sowie die Durchsetzung einer stärkeren Rechenschaftspflicht der Gesundheitseinrichtungen und die Stärkung der Mitbestimmung dörflicher Gemeinschaften.²⁴

Des Weiteren erhoffen sich Befürworter des Zuzahlungsprinzips ökonomische Anreize zur rationalen Nutzung des Gesundheitssystems, etwa durch ein effektives Überweisungssystem, die Einschränkung der „leichtfertigen Nutzung“ bzw. des Missbrauchs und die Beschränkung der wachsenden Nachfrage insbesondere nach komplexen Gesundheitsleistungen, um den effizienten Einsatz der knappen Ressourcen zu fördern.²⁵ Da mit dem Einkommen der Bedarf an medizinischen Leistungen steigt, würden besser gestellte Bürger höhere Direktzahlungen aufbringen und damit die arme Bevölkerung subventionieren, so dass Nutzergebühren letztlich die Gerechtigkeit im System steigern.²⁶ Nutzergebühren in Entwicklungsländern sollten die erwarteten Wirkungen potenziell in drei verschiedenen Bereichen entfalten: Ressourcengenerierung, Effizienzsteigerung und größere Gerechtigkeit.²⁷

Vergleichsweise bescheidene Nutzergebühren in der öffentlichen Versorgungsstruktur sollten gerade die einkommensschwache Bevölkerung von den hohen Kosten der Behandlung in privaten Einrichtungen entlasten. In Verbindung mit strukturellen Anpassungsprozessen sollten Direktzahlungen der Verbraucher private Ressourcen in die Finanzierung der zumeist defizitären öffentlichen Krankenversorgung einbeziehen oder diese zu einer wesentlichen Säule des Sozialbudgets machen, um die finanzielle Lage der Gesundheitssysteme in den armen Ländern durch Stärkung privater Elemente zu verbessern.²⁸ Vergleichbar mit den Erwartungen an die verschiedenen Formen von Selbstbeteiligungen in entwickelten sozialen Sicherungssystemen²⁹ sind mit der Einführung von Nutzergebühren in Entwicklungs- und Schwellenländern im Wesentlichen drei Ziele verknüpft:³⁰

Effizienzsteigerung: Die Erwartungen in Bezug auf erhöhte Effizienz der Krankenversorgung beruhen auf der Annahme, Preissignale in Form von Zuzahlungen könnten Patienten zu einem rationaleren Nachfrageverhalten im Gesundheitswesen bewegen und die Finanzierungsgrundlage insbesondere in der Primärversorgung verbessern. Ökonomische Anreize führten demnach durch die Unterstützung hierarchischer Überweisungssysteme, die Einschränkung der „leichtfertigen Nutzung“ bzw. des Missbrauchs von Gesundheitsleistungen und die Beschränkung der wachsenden Nachfrage insbesondere nach komplexen Behandlungen zu einer „besseren“ Nutzung des Gesundheitssystems. Dies erlaube insgesamt einen effizienteren Einsatz der knappen Ressourcen mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung.³¹

Verbesserte Nachhaltigkeit: Die Generierung von Ressourcen zum Ersatz oder zur Ergänzung der öffentlichen Finanzmittel gilt als vorrangige Aufgabe von Nutzergebühren;³² damit ist der Wunsch nach verbesserter Nachhaltigkeit nicht nur der

²⁴ Russell et al. 1999, S. 768; Burnham et al. 2004, S. 188; vgl. auch Gilson et al. 2000, S. 303

²⁵ Criel 1998a, S. 31; Arhin-Tenkorang 2000, S. 8

²⁶ Vgl. Coleman 1997, S. 5; Hutton 2002, S. 5

²⁷ Ein systematischer Überblick findet sich bei Sepehri/Chernomas 2001, S. 185f

²⁸ Knowles 1996, S. 7, 32

²⁹ Holst 2008, S. 10

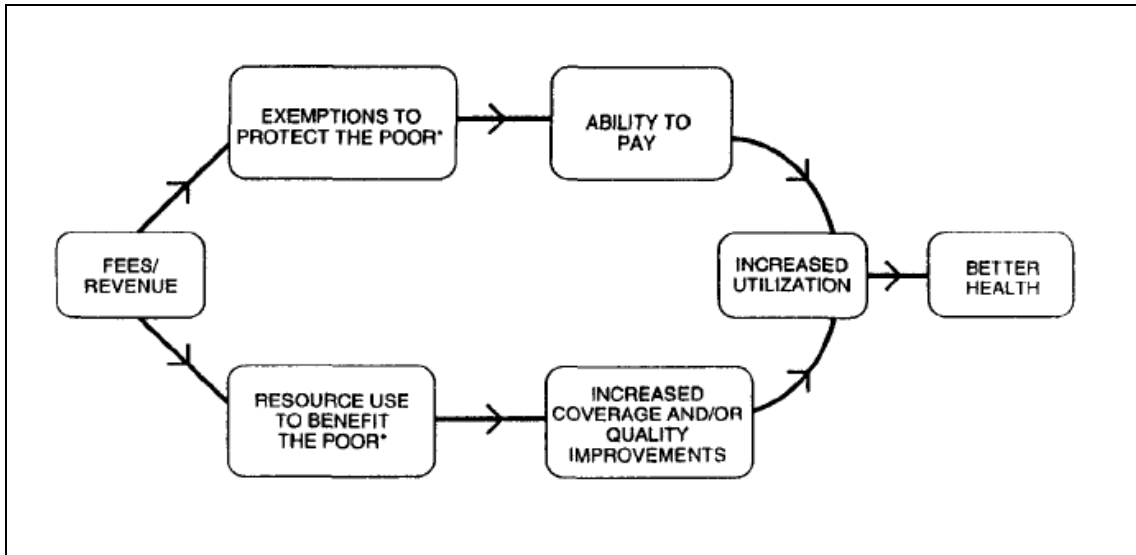
³⁰ Laterveer et al. 2003, S. 3; s. auch Nolan/Turbat 1995, S. 4ff; Shaw/Ainsworth 1996a (S. 2) nennen zusätzlich das Potenzial von Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Sektor.

³¹ Vgl. auch Arhin-Tenkorang 2000, S. 8

³² Vgl. Newbrander/Sacca 1996, S. 1

Finanzierung, sondern des gesamten Gesundheitssystems verbunden. Die „finanzielle Teilhabe“ der Patienten bzw. „Verbraucher am Gesundheitsmarkt“ soll zur Kostendämpfung beitragen, das Gesundheitswesen vor Übernutzung schützen und damit langfristig bezahlbar machen.

Abb. 2: Idealisierte Darstellung verbesserter Zugangsgerechtigkeit durch gezielte Nutzergebühren



Quelle: Gilson et al. 1995, S. 373

Erhöhte Zugangsgerechtigkeit: User fees sollen verhindern, dass Personen oder Haushalte von öffentlichen Geldern profitieren, die eigentlich selbst für ihre Behandlungen aufkommen könnten; dadurch sollen Mittel für die Versorgung der Menschen frei werden, für die medizinische Behandlungen unerschwinglich sind. Unter der Annahme, dass die Einnahmen aus Patientenzuzahlungen für die Erweiterung und Verbesserung der Krankenversorgung zum Einsatz kommen und zugleich Überforderungsklauseln oder Ausnahmeregelungen für Menschen mit niedrigem Einkommen bestehen, geht man davon aus, dass Nutzergebühren durch die Steigerung ihrer Nachfrage und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorrangig den Armen zu Gute kommen.

Die Einführung von Patientenselbstbeteiligungen fand ihre Begründung nicht allein in der Kritik des unbefriedigenden Zustands und der schlechten Qualität der Krankenversorgung in den meisten Entwicklungsländern. Erfolg versprach diese gesundheitspolitische Maßnahme auch nach Modellrechnungen auf Grundlage vorhandener Daten und etlicher – allerdings vorwiegend mikroökonomischer – Annahmen.³³ Hier ist allerdings grundsätzlich die eingeschränkte Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der Datenlage insbesondere in den 1980er und 1990er Jahren zu berücksichtigen. Zudem fließen in die meisten ökonomischen Modellrechnungen so viele Annahmen und Einschränkungen ein,³⁴ dass ihre Relevanz für die Versorgungsrealität jeweils eines geeigneten Nachweises bedarf.³⁵

³³ S. z.B. de Ferranti 1985, S. 13, 23; Akin et al. 1986, S. 321, 325; Shaw/Ainsworth 1996a, S. 2

³⁴ So gehen Modellrechnungen üblicherweise von gleich bleibenden Rahmenbedingungen und Kovariablen aus (z.B. Akin et al. 1986b, S. 323)

³⁵ Vgl. auch Sepehri/Chernomas 2001, S. 196

Während in den reichen Ländern der Erde die Förderung der „Eigenverantwortung“ und Steuerung des Verhaltens der „Verbraucher auf dem Gesundheitsmarkt“ im Vordergrund stehen, sollen Selbstbeteiligungen die Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern dazu bringen, den Wert medizinischer Versorgung besser wertschätzen zu können und bessere Qualität „bezahlter“ Leistungen einzufordern.³⁶ Übereinstimmend treten Patienten dabei aber einheitlich als rationale Konsumenten in Erscheinung, die bei ihren „Kaufentscheidungen“ die jeweils anfallenden Ausgaben kennen und vor allem einbeziehen. Angesichts der gerade in Entwicklungs- und Schwellenländern häufig unwägbaren Verfügbarkeit von Arzneimitteln oder anderer Materialien, die Patienten oder ihre Angehörigen im Rahmen einer stationären oder sonstigen Behandlung üblicherweise selber kaufen oder bezahlen müssen,³⁷ stellt sich allerdings die Frage, ob die Menschen tatsächlich noch derartige Nachhilfe als Nachfrager auf dem Gesundheitsmarkt brauchen. Zumal ohnehin zum bloßen Preis einer medizinischen Behandlung auch immer zusätzliche, für die Patienten teilweise deutlich spürbare Zusatzkosten für Anfahrt, Unterkunft, Essen und Einkommensausfall hinzukommen, die in Entwicklungsländern ein Vielfaches der eigentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen³⁸ und damit alle Abschätzungen über Preiselastizität und ihre Auswirkungen auf die Nachfrage ad absurdum führen können.

Die Einführung von Eigenbeteiligungen bei Nutzung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen fanden ab Mitte der 1980er Jahre als Bestandteil der Struktur- anpassungsprogramme der *Internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung* (Kurz: Weltbank) und des Internationalen Währungsfonds (IWF) Eingang in die entwicklungspolitische Debatte.³⁹ Eine besondere Rolle spielte dabei ein Politikstrategiepapier der Weltbank aus dem Jahr aus der zweiten Hälfte der 1980er Jahre. In ihrer viel beachtenden Strategiestudie *Financing Health Services in developing countries: Mit an agenda for reform*⁴⁰ forderte die Weltbank unter anderem eine deutliche Erhöhung der Nutzergebühren in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.⁴¹ Sechs Jahre später unterstrich der Weltbank- Jahresbericht *Investing in Health* die Notwendigkeit von Nutzergebühren sowie einer Zweiklassenmedizin,⁴² da umfangreiche Leistungspakete für Arme aus öffentlichen Mitteln nicht bezahlbar seien.⁴³

Die verbreitete Weltbankforderung nach Zuzahlungen für die Krankenversorgung in öffentlichen Einrichtungen⁴⁴ begründete sich zum einen auf der dünnen Finanzdecke der öffentlichen Hand, die zu immer knapperen Ressourcen bei der Finanzierung sozialer Dienste führte. Experten der Weltbank verweisen auf die im Vergleich zu den Tagesverdiensten auf dem Lande nicht sehr hoch erscheinenden Nutzergebühren und führten an, dass eine ambulante Behandlung beispielsweise in Botswana, Burundi, Lesotho, Pakistan, den Philippinen oder Ruanda nicht einmal ein Drittel und in Indonesien etwa die

³⁶ Akin et al. 1987, S. 3ff; Berman 1995, S. 24

³⁷ S. z.B. Newbrander/Sacca 1996, S. 34, McIntyre et al. 2008, S. 6

³⁸ Nahar/Costello 1998; Khan 2005; Kruk et al. 2008, S. 1445f

³⁹ Whitehead et al. 2001, S. 833; Yates 2009, S. 2078

⁴⁰ Akin et al. 1987.

⁴¹ Ibid., S. 23ff

⁴² Analog zu den Begriffen „Grundversorgung“ und „Wahlleistungen“ der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland zieht sich seit Ende der 1970er Jahre die Unterteilung der Gesundheitsversorgung in ein allgemein zugängliches, öffentliches finanziertes „minimal package“ bzw. „essential packages“ für arme Bevölkerungsgruppen durch die entwicklungspolitische Diskussion (vgl. u.a. Odaga 2004, S. 2f).

⁴³ Akin et al. 1987, S. 2f

⁴⁴ S. z.B. Twikirize/O'Brien 2012, S. 67

Hälfte des durchschnittlichen Tagesverdienstes auf dem Lande ausmachten und in Burkina Faso, Malawi, Mali und Simbabwe sogar völlig kostenfrei seien.⁴⁵ Die Forderung nach Selbstbeteiligungen bzw. ihrer Erhöhung begründet sich auf drei wesentlichen Erwartungen:

1. Höhere Zuzahlungen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sollen deren Einkommenssituation verbessern und damit die Qualität der Krankenversorgung steigern.
2. Höhere Nutzergebühren sollen den Zugang der Armen zu den Gesundheitsdiensten verbessern und dadurch die soziale Gerechtigkeit erhöhen: Zwar senkt kostenfreie Krankenversorgung scheinbar die finanziellen Zugangsbarrieren für einkommensschwache Personen, vielfach profitiert aber eher die Mittel- und Oberschicht als die Armen von kostenfreier Versorgung.
3. Selbst bescheidene Zuzahlungen könnten die Effizienz der Krankenversorgung in öffentlichen Einrichtungen verbessern und damit zur Kostendämpfung beitragen, denn die "Verbraucher" würden damit "sensibler" bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.⁴⁶

Die Weltbank und andere internationale Geberorganisationen schlossen sich Ende der 1980er Jahre weitgehend der damals vor allem von US-amerikanischen Wirtschaftswissenschaftlern beförderten wohlfahrtsstaatskritischen Ideologie an, die umfassenden Sozial- und insbesondere Krankenversicherungsschutz nicht als sozialpolitisch sinnvolle Errungenschaft akzeptierte, sondern als gesamtgesellschaftlich schädlich darstellte. Die neoklassische Theorie bestimmte viele Jahre die Politik internationaler Finanzinstitutionen und Entwicklungsorganisationen, allen voran die Weltbank und regionale Entwicklungsbanken. Internationale Geldgeber knüpften die Kreditvergabe an ärmere Länder an die Umsetzung nationaler Entwicklungsprogramme, die zur Beseitigung struktureller Schwächen bei Staatshaushalt, Außenhandel, Infrastruktur u.ä. beitragen sollten. Ein wesentlicher Ansatz zur Sanierung der Haushalte war dabei die radikale Verringerung öffentlicher Ausgaben, was sich unter anderem in einer spürbaren Kürzung der Sozialausgaben und der mehr oder weniger offen vorgetragenen Forderung nach Förderung des Privatsektors niederschlug.⁴⁷

Für das Gesundheitswesen entscheidend war dabei das vor über 40 Jahren im Wesentlichen von dem US-Ökonomen Mark Pauly geprägte Konzept des *Moral Hazard*,⁴⁸ das aus der Beobachtung entstand, dass Menschen bei umfangreicher Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als bei höherer Selbstbeteiligung.⁴⁹ Das bestimmte in starkem Maße die internationale sozialpo-

⁴⁵ Akin et al. 1987, S. 25f

⁴⁶ Ibid., S. 57 und World Bank 1993, S. 11; vgl. auch Kremer/Miguel 2007, S. 1008f; vgl. u.a. Gertler/van der Gaag 1992, S. 2

⁴⁷ Vgl. u.a. Gertler/van der Gaag 1990a, S. 2

⁴⁸ Pauly 1968

⁴⁹ V.a. Pauly 1968. Entscheidend war hierbei das RAND Health Insurance Experiment, in dessen Rahmen ein Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens in Abhängigkeit vom Umfang der Kostenübernahme bzw. Selbstbeteiligung erfolgte. Das vordergründige Ergebnis dieser Studie zeigte zunächst eine deutliche Korrelation zwischen dem Umfang des finanziellen Versicherungsschutzes und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ohne erkennbare unerwünschte Wirkungen. Allerdings zeigten eine genauere Betrachtung der Versuchsbedingungen, der Begleitumstände und der längerfristigen Folgen ein weniger eindeutiges Bild und warfen grundlegende Fragen zur Verallgemeinerung der Beobachtungen auf (Deber et al. 2004, S. 50, 54f). Bis heute gilt das RAND-Experiment unter marktorientierten Ökonomen als

litische Debatte. Die in bestehenden Gesundheitsfinanzierungssystemen typische Kostenübernahme durch Dritte – sei es die öffentliche Hand bei steuerfinanzierten oder eine Krankenkasse bei Versicherungssystemen – führe demnach im Sinne ökonomisch rationalen Handelns zur „*moral hazard*“ genannten Übernutzung von Gesundheitsleistungen, die wiederum wohlfahrtsstaatliche und somit gesamtwirtschaftliche Verluste mit sich bringe.⁵⁰ Die Vorstellung, die kostenfreie Verfügbarkeit vorfinanzierter Gesundheitsleistungen sei die entscheidende Ursache einer „unbegründeten“ Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und führe letztlich zu wohlfahrtsstaatlichen Verlusten, beruht letztlich auf dem wirtschaftstheoretischen Menschenbild des *homo oeconomicus*, dessen Verhalten in allen Lebenslagen vorrangig vom Wunsch nach Maximierung des eigenen Nutzens bestimmt ist. Dem unterstellten überzogenen Ausnutzen sozialer Absicherungssysteme könne man demnach am besten durch geeignete finanzielle Negativanreize wie Selbstbeteiligungen begegnen.

Die schlichte Übertragung dieser Annahme von reichen Industrie- auf ärmere Schwellen- und sogar auf arme Entwicklungsländer führt zu bedenklichen Schlussfolgerungen in Bezug auf fehlende soziale Absicherung im Krankheitsfall: „But it does not rule out charging small amounts that at least deter frivolous use and raise some revenue“.⁵¹ Zweifel bestanden damals offenbar weder an der Moral-Hazard-Theorie noch an ihrer Übertragbarkeit auf alle Volkswirtschaften. Eine positive Voreingenommenheit der Weltbankautoren gegenüber Patientenzuzahlungen zeigt auch die grundlegende Fragestellung: „How would increases in charges to users – even modest increases – help solve typical health sector problems?“⁵² Dass Zuzahlungen positive Auswirkungen auf Gesundheitssysteme haben und zur Lösung „typischer Probleme“ beitragen, schien damals überhaupt nicht in Frage zu stehen. Diese Voreingenommenheit in Bezug auf die Vorzüge mikroökonomischer Konzepte in der Gesundheitspolitik der Entwicklungs- und Schwellenländer zeigt sich auch in einigen Studien aus der Anfangsphase der Einführung von Nutzergebühren in der Krankenversorgung.⁵³

Die Umsetzung makroökonomischer, aber vorwiegend in der Logik der Mikroökonomie begründeter sozialpolitischer Maßnahmen im Zuge der „Strukturanpassung“ griff argumentativ nicht nur auf die neoklassische Wirtschaftstheorie zurück, sondern bediente sich auch wohlfahrtsstaatskritischer Ansätze wie der Theorie vom Wohlfahrtsverlust durch Moral Hazard (s.o.) sowie mikroökonomischer Betrachtungen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer. Die primär ökonomische Betrachtung von sozialer Sicherung war inhaltlich, ideologisch und historisch eng mit der Entwicklung und Durchsetzung der neoklassischen Wirtschaftstheorie verknüpft. Im Mittelpunkt stehen dabei die optimale Allokation knapper Ressourcen und die Annahme, allein der freie Austausch von Waren könne steigenden Wohlstand für alle gewährleisten. Demnach seien Eingriffe des Staates bzw. der öffentlichen Hand schädlich für die „freie Wirtschaft“ und auf unvermeidliche unterstützende Aktivitäten zur Linderung von Notsituationen zu beschränken.⁵⁴

essenzielle empirische Begründung für Zuzahlungen zur Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, obwohl selbst die Autoren mittlerweile erhebliche Mängel und eine Reihe unerwünschter Effekte dieser sozialpolitischen Feldstudie erkannt haben. Eine ausführliche Darstellung des „RAND-Irrtums“ findet sich in Holst 2008, S. 32ff.

⁵⁰ Gertler/van der Gaag 1990a, S. 16

⁵¹ Akin et al. 1987, S. 27

⁵² Ibid. S. 26 (Hervorhebung durch den Autor)

⁵³ Vgl. auch Sepehri/Chernomas 2001, S. 194f

⁵⁴ Vgl. z.B. Hayek 1947, S. 121ff; s. auch Navarro 2008, S. 153

Gemeinsam mit USAID, UNICEF, OECD und anderen internationalen Gebern förderte die Weltbank viele Jahre lang die Unterordnung sozialer Dienste unter die Spielregeln des Marktes und damit zumindest implizit die Verlagerung öffentlicher Aufgaben und ihrer Finanzierung in privatwirtschaftliche Verantwortung.⁵⁵ Im Rahmen dieser Politik fanden vor allem Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre auch Eigenbeteiligungen im Gesundheitswesen zunehmend Eingang in die sozialpolitischen Reformen und Umstrukturierungen vieler Entwicklungsländer.⁵⁶ Die Einführung von Zuzahlungen der Nutzer sozialer Einrichtungen war Bestandteil der Strukturanpassungsprogramme des Internationalen Währungsfonds und der Weltbank. Vielfach knüpften Entwicklungsorganisationen und vor allem internationale Geldgeber ihre Hilfsleistungen an die Steigerung der privaten Finanzierung öffentlicher Dienste und verfügten qua Kreditvergabe über ein überaus effektives Druckmittel zur Durchsetzung dieser Politik.⁵⁷ Regierungen armer Entwicklungsländer, in denen US-finanzierte Gesundheitsprojekte und -programme im Einsatz sind, übten lange Zeit Druck auf internationale Hilfsorganisationen aus, in ihren Versorgungseinrichtungen und selbst bei Nothilfeinsätzen Nutzergebühren zu kassieren.⁵⁸

Mit der Strukturanpassungspolitik ging auch eine „Verbetriebswirtschaftlichung“⁵⁹ makroökonomischen Denkens und der nationalen Wirtschaftspolitik einher. Auch vor der Entwicklungszusammenarbeit machte diese Tendenz nicht halt und internationale Geber tendieren teilweise bis heute nicht zuletzt im Namen der Nachhaltigkeit dazu, im Sinne einer primär betriebswirtschaftlichen Logik auch bei Grundbedürfnissen wie Wasser, Bildung und Krankenversorgung Eigenbeteiligungen und eine zunehmende Verlagerung der Gesundheitsfinanzierung von öffentlichen hin zu privaten Ressourcen durchzusetzen – anstatt Brunnen, Schulen und Gesundheitsdienste zur Verfügung zu stellen bzw. durch öffentliche Finanzierung bereit zu stellen.⁶⁰

Nicht allein wegen der vielfach unterbewerteten zusätzlichen Hürden beim Zugang zu erforderlicher Krankenversorgung erscheint manche Einschätzung über die Auswirkungen von Nutzergebühren auf das Inanspruchnahmeverhalten ärmerer Bevölkerungsgruppen eher naiv oder einem bestimmten Wunschdenken verhaftet als auf belastbaren Beobachtungen beruhend:

„It has not been determined whether this blocks access by poor or sick patients, but from patients responses, the quality of care was reported to be higher at missions than at government facilities, so it may appear not to be a factor“

schließen beispielsweise Newbrander und Sacca⁶¹ in ihrer Analyse der Auswirkungen von Nutzergebühren auf die Inanspruchnahme von Armen in Tansania. Nur wenn man grundsätzlich davon ausgeht, dass Menschen ihre Konsum- bzw. Inanspruchnahme-

⁵⁵ S. z.B. Quaye 2004, S. 94f

⁵⁶ Arhin-Tenkorang 2000, S. 3, Stierle 1998, S. 22; Colgan 2002; Blas/Hearst 2002, S. 3; Bitrán/Giedion 2003, S. 3

⁵⁷ Coleman 1997, S. 4f; Whitehead et al. 2001, S. 833; Blas 2004, S. S14; Kajula et al. 2004, S. S149

⁵⁸ MSF 2005

⁵⁹ Im Sinne von Oskar Negt (2001, S. 335ff) bedeutet *Verbetriebswirtschaftlichung* nicht allein die vermehrte Ausrichtung der Nationalökonomie bzw. der Volkswirtschaft an den Handlungsmaximen und Zielgrößen von Einzelunternehmen, sondern auch die tief greifende Durchdringung der entsprechenden Entscheidungs- und Repräsentationsstrukturen mit betriebswirtschaftlicher Logik.

⁶⁰ Vgl. Kremer/Miguel 2007, S. 1008

⁶¹ 1996, S. 35

entscheidungen in streng ökonomischer Logik immer nach den jeweils eigenen Präferenzen im Sinne der eigenen Nutzenmaximierung treffen, mag diese Einschätzung einen Sinn ergeben: Die Erkenntnis, dass Menschen bereit sind, für bessere Qualität mehr bzw. überhaupt etwas zu bezahlen, sagt allerdings gar nichts über die Auswirkungen von Zuzahlungen auf die Privathaushalte aus, insbesondere nicht auf gänzlich oder weitgehend zahlungsunfähige Personen. Eng mit dieser Argumentation verbunden ist auch die verbreitete Annahme, die Menschen würden Gesundheitsleistungen nur dann wertschätzen und die erforderliche Adherence aufweisen, wenn sie dafür bezahlen müssen.⁶²

Ohnehin werfen die theoretischen Überlegungen und Ansätze zur Nachfragesteuerung durch Direktzahlung im Gesundheitswesen in Entwicklungs- und Schwellenländern noch größere Fragen auf als in den reichen Volkswirtschaften.⁶³ Die Annahme einer ungerechtfertigten Ausnutzung von Gesundheitsleistungen erscheint allein in Anbetracht der üblicherweise mit unangenehmen Untersuchungen und Eingriffen behafteten Kontakte mit Leistungserbringern wenig plausibel.⁶⁴ Auch die gewöhnlich zu verkraftenden Opportunitätskosten für Wege- und Wartezeit und möglicherweise Verdienstaussfall befördern kaum eine „überzogene Inanspruchnahme“. Die Lebens- und Einkommenssituation der meisten Menschen in Entwicklungs- sowie großer Bevölkerungsteile in Schwellenländern stützt noch weniger die Annahme einer systematischen Übernutzung von Gesundheitsleistungen aufgrund der Tatsache, dass sie im Moment der Inanspruchnahme kostenfrei sind. Im Gegenteil, „frivolous use“⁶⁵ als wesentliches Problem von Gesundheits(finanzierungs)systemen in armen Gesellschaften anzunehmen und politische Maßnahmen für seine Eindämmung zu empfehlen, ist fehl am Platz. „Moral hazard“ als zentrales Phänomen vorfinanzierter Krankenversorgung zu betrachten, erscheint in Anbetracht der Lebens- und Einkommensbedingungen der armen Weltbevölkerung erheblich ungerechtfertigter als die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen jemals sein kann. Überhaupt überrascht im Kontext des weltweiten Siegeszugs der neoklassischen Ökonomie, wo gerade die Sozialpolitik unter dem Zwang steht, empirische Belege für eine positive Kosten-Nutzen-Relation zu liefern, der völlige Mangel an klinischen, epidemiologischen, psychologischen, soziologischen oder auch ökonomischen Indikatoren für die objektive Erfassung von „moral hazard“. Während beispielsweise in der Entwicklungspolitik sämtliche sozialpolitischen Vorhaben unter strenger Nachweispflicht ihrer Wirksamkeit stehen, ist es erstaunlich, dass die Moral-Hazard-Theorie nunmehr fast ein halbes Jahrhundert überstehen konnte, ohne auch nur Indikatoren für ihre Haltbarkeit zu definieren, geschweige denn erreichen zu müssen.

Ein interessantes entwicklungspolitisches Lehrstück liefert im Zusammenhang mit der Diskussion über Patientendirektzahlungen in Entwicklungs- und Schwellenländern die Einbettung emanzipatorischer gesundheitspolitischer Zielvorgaben in den neoklassisch dominierten gesellschaftspolitischen Mainstream. Zentrale Anliegen der WHO-Konferenz in Alma-Ata waren ursprünglich gemeinschaftliche Partizipation und Ermächtigung zur Wahrnehmung ihrer gesundheitsbezogenen Interessen unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten.⁶⁶ Allerdings fiel die Basisgesundheitsbewegung im Gefolge der Konferenz in Alma-Ata just in die Phase, als die neoklassische Wirtschaftstheorie und ihre Interessenvertreter den globalen Siegeszug einläuteten.⁶⁷ Besonders die afrikanischen

⁶² Vgl. Cohan/Dupas 2010, S. 2f

⁶³ Ausführlich hierzu Holst 2008, S. 10ff

⁶⁴ Vgl. Reiners 2006, S. 16

⁶⁵ Akin et al. 1987, S. 27

⁶⁶ WHO 1978, insb. Ziffer II.

⁶⁷ Navarro 2008, S. 152

Länder gaben zudem bereits relativ viel Geld für die stationäre Versorgung aus und hatten große Schwierigkeiten, für Prävention und Primärversorgung weitere Mittel aufzubringen.⁶⁸ Dankbare Aufnahme fand in diesem Kontext die ebenfalls in der Deklaration von Alma-Ata enthaltene Forderung, betroffene Kommunen und Gemeinschaften an der Finanzierung und Bereitstellung der primären Gesundheitsversorgung (*primary health care*) zu beteiligen.⁶⁹ Auch wenn die dezentrale basisorientierte Krankenversorgung auf Grundlage der Konferenzbeschlüsse vielerorts den Zugang ausgegrenzter Bevölkerungsgruppen zur Primärversorgung verbesserte und auch Ansätze guter Regierungsführung in die Versorgungslandschaft bringen konnte,⁷⁰ betrachteten Regierung wie internationale Geldgeber die kommunale Beteiligung vorrangig als Möglichkeit der finanziellen Entlastung der öffentlichen Hand.⁷¹

Unter den Bedingungen einer in Folge der internationalen Verschuldungskrise dramatisch zunehmenden Verschuldung mit der Folge chronischer Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer, dem Wegfall des sozialistischen Gegenmodells zur kapitalistischen Wirtschaftsordnung und einer gewissen Ernüchterung angesichts der teilweise enttäuschenden Erfolge der „Health-for-All“-Bewegung von Alma-Ata schwang das Pendel der internationalen Sozial- und Gesundheitspolitik um; Kriterien der Nachhaltigkeit und Effizienz verdrängten zunehmend die Betrachtung sozialer Ungleichheiten, das vorrangige Engagement für die Armen und die damit verbundenen Verteilungsfragen.⁷² Es kam zu einer bewussten Verkürzung des Konzepts gemeinschaftlicher Partizipation auf Kostenbeteiligung bzw. die Einführung von Nutzergebühren und auf die Mitverantwortlichkeit der Gemeinden für die Gesundheitsversorgung.⁷³

Insgesamt lassen sich bei den Begründungszusammenhängen für Kostenbeteiligung der Nutzer des Gesundheitswesens grundsätzliche theoretische und methodische Schwächen ausmachen, die auch bei der rein ökonomischen Betrachtung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und bei der Forderung nach mehr Eigenverantwortung im Besonderen anzutreffen sind. Zum einen bezieht die vorrangige Betrachtung des Verbraucherverhaltens auf dem Gesundheitsmarkt in der Regel nicht hinreichend das anbieterseitige Verhalten in die Betrachtungen ein oder blendet es sogar vollständig aus,⁷⁴ obwohl in aller Regel die Honorierungsmodalitäten bzw. Einnahmeoptionen der Anbieter für das Leistungsgeschehen von entscheidender Bedeutung sind.⁷⁵ Zum anderen unterstellen ökonomische Betrachtungen des Versicherten- und vor allem auch des Patientenverhaltens immer einen „rationalen“ Konsumenten am Gesundheitsmarkt, der vorausschauend agiere und in seine „Kauf-Entscheidung“ den tatsächlichen und den effektiven Preis einbeziehe.⁷⁶ Die Relevanz der mikroökonomisch determinierten Sichtweise ist schon auf „normalen“ Märkten angesichts der offenkundigen Notwendigkeit

⁶⁸ Vogel 1991, S. 168

⁶⁹ S. z.B. Odaga 2004, S. 4f

⁷⁰ S. z.B. Berman et al. 1987

⁷¹ Odaga 2004; de Vos et al. 2009

⁷² Gwatkin 2000, S. 4f

⁷³ de Vos et al. 2009, S. 122; vgl. auch McPake et al. 1993a, S. 1394

⁷⁴ Rice/Labelle 1989, S. 598

⁷⁵ S. z.B. Barnum et al. 1995, S. 6ff; vgl. auch Zuckerman et al. 2004, S. 379ff

⁷⁶ Z.B. Contoyannis et al. 2005, S. 910. Überraschend ist dabei allerdings, dass Ökonomen diesem rational agierenden Subjekt offenbar nicht einmal die Fähigkeit zur Auswahl von Krankenversicherungsverträgen oder –modalitäten nach eigener Präferenz bzw. nach eigenem Bedarf zutrauen, denn manche Entscheidung, die als *moral hazard* erscheint, könnte durchaus auch das Ergebnis einer gezielten Vorauswahl sein (vgl. Geoffard 2000, S. 128, 132).

von Werbung und Verbraucherschutz fraglich; auf dem Gesundheitsmarkt mit seinen spezifischen Verwerfungen sind grundsätzliche Zweifel angebracht.

Vor diesem Hintergrund sollte es nach mehr als zwanzigjähriger Umsetzung einer *Cost-Sharing*-Politik in vielen Ländern des Südens möglich sein, im Dienste empiriegestützter Entwicklungspolitik eine evidenzbasierte Bilanz der Erfahrungen mit Nutzergebühren im Gesundheitswesen zu ziehen. Die hier vorgelegte umfangreiche Literaturanalyse orientiert sich in wesentlichen Bereichen an den Zielvorstellungen, die mit der Einführung von Behandlungskosten in Entwicklungs- und Schwellenländern verknüpft waren. Dabei geht dieses Discussion Paper folgenden Leitthesen nach:

1. Zuzahlungen im Krankheitsfall stellen in Entwicklungs- und Schwellenländern weder eine tragfähige Säule der Gesundheitsfinanzierung dar noch verbessern sie den Zugang zu Gesundheitsleistungen.
2. Auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer können Behandlungsgebühren einen gewissen Nutzen für die Krankenversorgung bringen, bei Einbeziehung ihrer systemischen Implikationen fällt die Bilanz aber bescheidener aus.
3. Nutzergebühren erhöhen die aufgrund relevanter Opportunitätskosten ohnehin bestehenden Zugangshürden insbesondere für Arme und für Menschen in abgelegenen Regionen.
4. Diverse Coping-Strategien erlauben den Menschen trotz relevanter finanzieller Belastung den Zugang zu medizinischer Versorgung, werfen aber kompensatorisch erhebliche individuelle und volkswirtschaftliche Probleme auf.
5. Zuzahlungsbefreiungen sind aus konzeptionellen, technischen oder Governance-Gründen unwirksam und willkürlich und können die unerwünschten Effekte von *user fees* nicht auffangen.
6. Behandlungsgebühren sind kein sinnvolles Steuerungsinstrument für das Leistungsgeschehen und zur Kostendämpfung ungeeignet.

3 Messbare Effekte von Zuzahlungen

3.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsfinanzierung

3.1.1 Makroebene

Direktzahlungen (out of pocket payments) stellen historisch die ursprüngliche Form der Honorierung ärztlicher Leistungen dar; vor allem in Entwicklungs- und den etlichen Schwellenländern spielen sie bis heute eine wichtige Rolle in der Gesundheitsfinanzierung und bestehen vielfach vor allem in der Form anteiliger Nutzergebühren (*user fees*) fort.⁷⁷ Andererseits gibt es kein Land auf der Welt, in dem es nicht irgendeine Form von Direktzahlungen im Gesundheitswesen gibt. Selbst in den reichen Industrieländern und den wohlhabenden arabischen Erdölstaaten müssen zumindest bestimmte Bevölkerungsgruppen aus der eigenen Tasche zuzahlen, wenn sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Vielfach beruht ein erheblicher oder gar der überwiegende Teil der Gesundheitsfinanzierung der Länder Afrika, Asiens und Lateinamerikas auf Nutzergebühren und anderen Eigenbeteiligungen.

⁷⁷ Holst 2006, S. 137

Mehr als alle Formen der im Voraus finanzierten Gesundheits- und Krankenversorgung gefährden Direktzahlungen die Zahlungsfähigkeit von Privathaushalten. Gesundheitsausgaben gelten dann als Existenz gefährdend (*catastrophic health spending*), wenn sie mehr als 40 % der Haushaltsausgaben für Grundbedürfnisse ausmachen.⁷⁸ Internationale Gesundheitssystemvergleiche zeigen, dass in den Ländern, die eine (weitgehend) universelle Absicherung im Krankheitsfall erreicht haben, Patientenselbstbeteiligungen nur einen geringen Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen.⁷⁹ In den meisten Entwicklungsländern hingegen liegt der Anteil öffentlicher Ausgaben unter 50 % des gesamten Gesundheitsbudgets,⁸⁰ und nach aktuellen Schätzungen belaufen sich Direktzahlungen in den ärmsten Staaten auf das Zwei- bis Dreifache der gesamten Gesundheitsausgaben der Regierung und internationaler Geldgeber, wobei ein erheblicher Teil dieser Direktausgaben bei kommerziellen Anbietern landet oder in Form inoffizieller Zahlungen anfällt.⁸¹ In zwei von drei Ländern machen direkte Patientenzahlungen durchschnittlich ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben aus, wobei dieser Anteil in Afrika teilweise deutlich höher liegt.⁸² Insgesamt lässt sich eine entwicklungs- und sozialpolitisch bedeutsame Tendenz erkennen: Je ärmer ein Land ist, desto höher ist in aller Regel der Anteil der Selbstbeteiligungen. Die deutlichsten Beispiele sind 33 Entwicklungs- und in kleinerem Maße Schwellenländer, wo Patientendirektzahlungen 2007 mehr als 50 % der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachten.⁸³

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO überfordern die anfallenden Gesundheitsausgaben zudem jedes Jahr die finanziellen Möglichkeiten von 178 Millionen Menschen und treiben mehr als 100 Millionen in Armut.⁸⁴ Betroffen sind vor allem die Bürger solcher Länder, in denen es keine wirksame soziale Absicherung im Krankheitsfall gibt und ein großer Anteil der Gesundheitskosten privat aufzubringen ist. Besonders stark treffen Direktzahlungen Haushalte mit älteren Menschen, Behinderten und chronisch Kranken, während solche mit jüngeren und gesünderen Mitgliedern besser vor ruinösen Gesundheitsausgaben geschützt sind.⁸⁵ Gerade die arme Bevölkerung in Entwicklungsländern steckt unentrinnbar im Teufelskreis von Krankheit und Armut (*illness poverty trap*), also genau die gesellschaftlichen Gruppen, die ohnehin dem höchsten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind.⁸⁶

Für den engen Zusammenhang zwischen (relativ) hohen Direktzahlungen und ruinösen Ausgaben der Privathaushalte für die Gesundheit ihrer Mitglieder und dadurch bedingte Verarmung und Notlagen besteht mittlerweile weltweit vielfältige und unübersehbare Evidenz.⁸⁷ Entscheidend für das gesundheitsbedingte Armutrisiko der Bürger ist dabei der Umfang der Direktzahlungen im Vergleich zur jeweils gegebenen Kaufkraft. Abschätzungen der WHO deuten darauf hin, dass die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Direktzahlungen solange vernachlässigbar seien, wie ihr Anteil nicht über einem Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben liegt.

⁷⁸ Xu et al. 2003, S. 112

⁷⁹ WHO 2011

⁸⁰ World Bank 2006, S. 56

⁸¹ WHO 2011

⁸² Drechsler/Jütting 2005, S. 1; Scheil-Adlung et al. 2006, S. 1

⁸³ WHO 2010, S. XIV

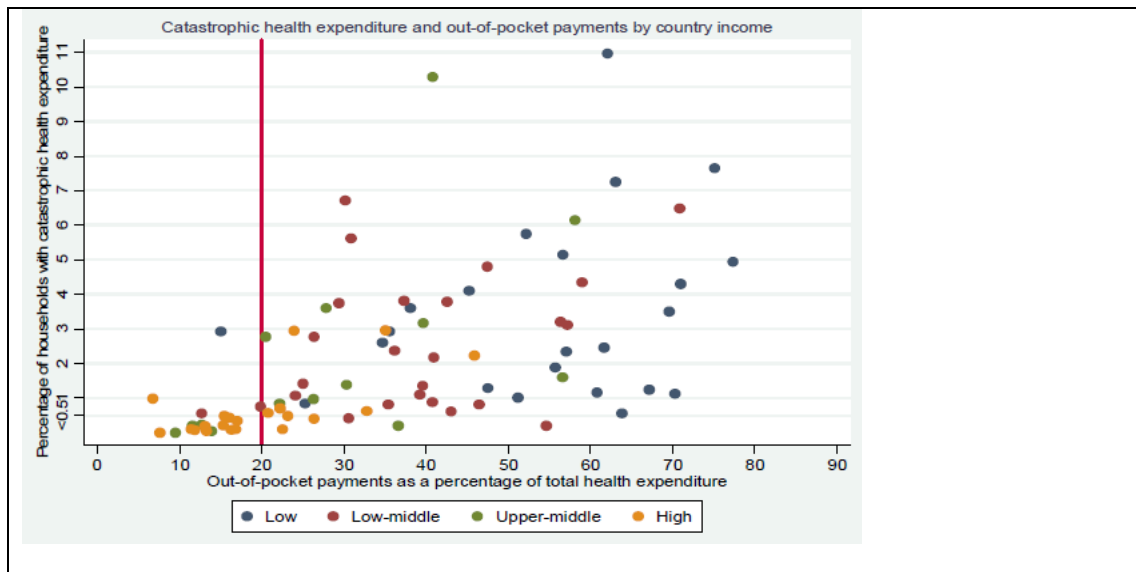
⁸⁴ WHO 2004a, S. 2; vgl. GTZ 2005, S. 23

⁸⁵ Kawabata et al. 2002

⁸⁶ Arhin-Tenkorang 2000, S. 5; GTZ 2005, S. 4

⁸⁷ Z.B. Wu 1997, S. 149 oder Tomini et al. 2012, S. 6f

Abb. 3: Anteil von Haushalten mit ruinösen Gesundheitsausgaben in Abhängigkeit vom Ausmaß der Direktzahlungen



Quelle: Xu et al. 2010, S. 6

So heißt es im Weltgesundheitsbericht 2010: „Nur wenn Direktzahlungen auf 15-20 % der gesamten Gesundheitsausgaben zurückgehen, sinken das Auftreten von finanzieller Überforderung und Verarmung auf ein vernachlässigbares Maß.“⁸⁸ Dies ergibt sich aus kumulativen Berechnungen für besonders arme und für arme Entwicklungsländer, für Schwellenländer und für Industrieländer, die auch eine umgekehrte Proportionalität zwischen Gesamt- bzw. öffentlichen Gesundheitsausgaben und Patientendirektzahlungen aufzeigen.⁸⁹

Aus dieser Analyse den Schluss zu ziehen, in Ländern mit einem OOP-Anteil unter 20 % seien finanzielle Überforderung und Verarmung aufgrund von Gesundheitsausgaben zu vernachlässigen oder gar gebannt, ist jedoch gewagt und trägt der schwierigen Lage zumindest von bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht angemessen Rechnung. Dies veranschaulicht auch die nachfolgend wiedergegebene Grafik aus derselben WHO-Studie, die exemplarisch aufzeigt, dass auch bei einem geringfügigen Zuzahlungsanteil Haushalte finanziell überfordert sein können. Gleiches gilt analog für die Verarmung in Folge von Gesundheitsausgaben.⁹⁰

Die hier getroffene Aussage ist deswegen von Brisanz, weil sie die weit verbreitete Annahme zu untermauern scheint, Privathaushalte könnten in aller Regel die Ausgaben für leichtere Erkrankungen aus eigener Kraft aufbringen. Dies verleitet vielfach dazu, vergleichsweise „geringfügige“ Zuzahlungen als zumut- und verkraftbar einzuschätzen,⁹¹

⁸⁸ WHO 2010, S. 42. Diese Vorgaben setzen allerdings ein zumindest leidlich funktionierendes Krankenversorgungssystem voraus, denn die Tatsache, dass sich der Anteil der OOP an den gesamten Gesundheitsausgabe beispielsweise in Malawi auf nur 12 % beläuft (WHO 2011), sagt eher etwas über die prekäre Versorgungslage als über die Struktur der Gesundheitsfinanzierung aus.

⁸⁹ Xu et al. 2010, S. 10, 12

⁹⁰ Ibid., S. 12

⁹¹ Gertler/Gruber 2002, S. 52, 59; Morduch 2003, S. 347f

und ökonomische Modellrechnungen auf dieser Prämisse aufzubauen.⁹² Dahinter steckt auch zumindest implizit, nicht selten aber auch explizit der Glaube an sinnvolle Nachfragesteuerung durch Selbstbeteiligungen⁹³ als Mittel zur Eindämmung der adversen Selektion bei freiwilligen Krankenversicherungsangeboten und des „moral hazard“.⁹⁴ An den zugrunde liegenden Einschätzungen und insbesondere an den daraus geschlussfolgerten gesundheitsökonomischen und -politischen Konsequenzen sind allerdings nicht nur auf theoretischer Ebene erhebliche Zweifel angebracht.⁹⁵ Denn erstens ist gerade in armen Regionen bei fehlender sozialer Absicherung im Krankheitsfall von einer Unternutzung medizinischer Versorgungsangebote auszugehen, zweitens sind die Gesundheitseinrichtungen häufig personell und materiell nicht hinreichend ausgestattet, oder bieten keine angemessene fachlich-medizinische Versorgungsqualität,⁹⁶ was die Selbsttherapie und vor allem Selbstmedikation fördert,⁹⁷ und drittens sind externe Effekte der Krankenversorgung in Regionen mit höherer Morbidität aufgrund von infektiösen Erkrankungen fraglos positiv einzuschätzen.⁹⁸ Hinzu kommt die im Mittelpunkt dieses Diskussionspapiers stehende unübersehbare empirische Evidenz unerwünschter und schädlicher Wirkungen von Direktzahlungen in Entwicklungs- und Schwellenländern. Schließlich sind auch der nachfolgend beispielhaft dargelegte Umfang und das ökonomische Gewicht der Kosten, die Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern aus der eigenen Tasche aufwenden müssen, bedeutsam für die mikro- und makroökonomische sowie die gesamte Entwicklung der afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Länder.

So brachten die Privathaushalte in der arabischen Welt Mitte der 1990er Jahre mit 47 % nahezu die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben auf, wobei dieser Anteil große Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern aufwies und zwischen 11 % in Saudi-Arabien und 79 % im Sudan variierte. Besonderes Gewicht haben Selbstzahlungen und -beteiligungen der Patienten auch im ärmsten Land der arabischen Welt, wo sie sich Mitte der 2000er Jahre auf 55,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben beliefen und Cost-Sharing-Ansätze die typischen Unzulänglichkeiten von Nutzergebühren in Entwicklungsländern aufwiesen.⁹⁹ Den weitaus größten Teil dieses Geldes geben sie in Apotheken (46 %) und für ambulante Behandlungen bei privaten Ärzten und Therapeuten (35 %) aus.¹⁰⁰ Beiträge zu Sozial- und andere Krankenversicherungen machten dabei nur ein Viertel dieser Ausgaben aus, den überwiegenden Teil ihrer Gesundheitsausgaben brachten Privathaushalte für Arzthonorare sowie für offizielle und inoffizielle Selbstbeteiligungen auf.¹⁰¹ Aktuelle Zahlen aus dem Iran weisen darauf hin, dass trotz bestehenden Krankenversicherungsschutzes von immerhin drei Viertel der befragten Personen nahezu jeder achte Haushalt Gesundheitsausgaben in einer Höhe aufbringen muss, die erhebliche Einschnitte in das Familienbudget bedeuten; das Risiko ruinierender Kosten ist bei armen

⁹² Gertler/Solon, S. 6

⁹³ Berman 1995, S. 24

⁹⁴ Shaw/Ainsworth 1996a, S. 146; Shaw/Ainsworth 1996b, S. 4; Morduch 2006, S. 347f

⁹⁵ S. Kapitel 2 sowie Holst 2008, S. 17ff; zum ex-ante „moral hazard“ in Schwellenländern Pinto et al. 2009, S. 21

⁹⁶ S. z.B. Das/Hammer 2007, S. 4, 19ff

⁹⁷ Greenhalgh 1987, S. 308f

⁹⁸ Pinto et al. 2009, S. 1

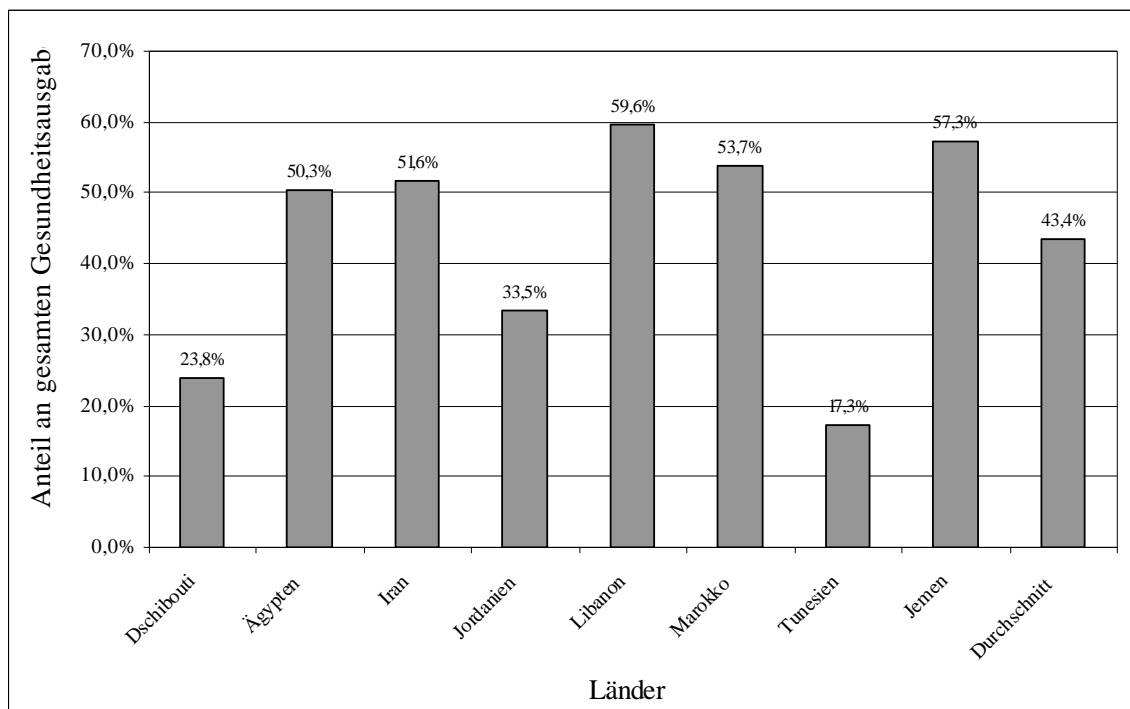
⁹⁹ Holst/Gericke 2012, S. 4

¹⁰⁰ De/Shehata 2001, S. 49

¹⁰¹ Loewe 2004, S. 257

Haushalten am größten.¹⁰² Der Anteil der Selbstzahlungen hat sich in den arabischen Ländern in den letzten zehn Jahren kaum merklich geändert.¹⁰³

Abb. 4: Out-of-pocket Ausgaben Naher Osten/Nordafrika



Quelle: De/Shehata 2001, S. 41

Besonders hoch sind die Belastungen durch Patientendirektzahlungen zum einen in den Übergangsländern des ehemaligen Ostblocks (v.a. in Aserbaidschan und in der Ukraine) und in Südostasien (v.a. in Vietnam und Kambodscha) sowie zum anderen in Lateinamerika (v.a. in Argentinien, Brasilien, Kolumbien, Paraguay und Peru).¹⁰⁴ Besonders hohe Belastungen und Verarmungsrisiken entstehen für Haushalte mit chronisch kranken Mitgliedern nicht allein bei vollständiger Kostenübernahme, sondern auch durch Selbstbeteiligungen für medizinische Behandlungen. So zeigen Berechnungen aus Mexiko, das immerhin einem großen Bevölkerungsteil soziale Absicherung im Krankheitsfall gewährleistet, dass dort beispielsweise Diabetiker erhebliche Kosten für ihre Versorgung aus der eigenen Tasche aufbringen müssen. So beliefen sich 2005 die Ausgaben für Diabetes Typ 2 in Mexiko auf 317.631.206 US\$. wobei 140.410.816 US\$ auf direkte und 177.220.390 US\$ auf indirekte Kosten entfielen. Einen großen Teil dieser Ausgaben bezahlen die betroffenen Patienten aus eigener Tasche, wobei die finanzielle Belastung bei Mitgliedern einer Krankenkasse geringer ist als bei Unversicherten. Perspektivisch bedeutsam ist dabei der kontinuierliche Kostenanstieg, der allein zwischen 2003 und 2005 auf 26 % stieg und in Mitteleinkommensländern wie Mexiko spürbare Steigerungen der Selbstbeteiligungen bei chronischen Krankheiten erwarten lässt, solange der Umfang der sozialen Absicherung im Krankheitsfall keine entsprechende Ausweitung erfährt.¹⁰⁵

¹⁰² Kavosi et al. 2012, S. 4f

¹⁰³ S. z.B. Elgazzar al. 2010, S. 4f

¹⁰⁴ Xu et al. 2003. S. 114

¹⁰⁵ Arredondo/Zúñiga 2004, S. 105

Die Analyse der Gesundheitsausgaben mexikanischer Diabetiker im Privatsektor zeigt, dass private Krankenversicherungen nur gut 5 % der Behandlungskosten übernehmen und die Patienten nahezu die gesamten Kosten aus der eigenen Tasche zahlen müssen. Dies betrifft immerhin jeden zehnten Mexikaner, der nicht über eins der öffentlichen Gesundheitssysteme abgesichert ist.¹⁰⁶ Die folgende Tabelle 1 listet die anfallenden Kosten in Abhängigkeit von typischen Komplikationen des Diabetes mellitus auf und zeigt die hohe individuelle Belastung der Betroffenen, die ungefähr ein Zehntel der Mexikaner ausmachen, die privat versichert sind:

Tab. 1: Gesundheitsausgaben von mexikanischen Diabetikern im Privatsektor im Jahr 2005 (in US\$)

Item	Cost (US\$)		
	Out of pocket	Private insurance	Total
Consultations/diagnosis	28,238,104	1,629,120	29,930,224
Drugs	62,940,675	3,631,191	66,571,866
Hospitalisation	18,879,467	1,089,198	19,968,665
Treatment of complications			
Retinopathy	4,175,541	240,896	4,416,437
Cardiovascular disease	7,307,195	421,569	7,728,764
Nephropathy	39,145,693	2,258,404	41,404,097
Neuropathy	835,108	48,179	883,287
Peripheral vascular disease	730,720	42,157	772,877
Total for treatment of complications	52,194,257	3,011,205	55,205,462
Grand total	162,252,503	9,423,714	171,676,217

Quelle: Arredondo/Barceló 2007, S. 2409

Nach Daten der Nationalen Haushaltseinkommens- und -ausgabenbefragung (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares - ENIGH) für den Zeitraum 1992-2000 beliefen sich die Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung in Mexiko im Jahr 2000 für die Gesamtbevölkerung auf 6,7 % der verfügbaren Haushaltsausgaben, während dieser Anteil bei den Personen mit Krankenversicherung nur 4,7 % ausmachte. Die Analyse der Gesundheitsausgaben in Abhängigkeit vom Einkommen zeigt, dass die ärmsten Haushalte ohne Krankenversicherung die höchsten Zuzahlungen aufzubringen haben. Für jedes Quintil der Pro-Kopf-Einkommen sind die Gesundheitsausgaben sowohl nominell als auch anteilig am verfügbaren Einkommen bei Nicht-Versicherten höher. Während die Haushalte des ärmsten Bevölkerungsfünftels, die Zugang zur Sozialversicherung haben, 4,9 % ihres verfügbaren Einkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben, liegt dieser Anteil bei Haushalten ohne Versicherung bei 10 %. Außerdem variiert die Zuzahlungsbelastung der Haushalte in Abhängigkeit vom Wohnort, denn die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von Familien in städtischen Regionen ist höher als in ländlichen Gebieten, was mit dem höheren durchschnittlichen urbanen Einkommensniveau erklärbar ist. Insgesamt ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushaltseinkommen auf dem

¹⁰⁶ Arredondo/Barceló 2007, S. 2409

Lande höher, und die Menschen geben einen höheren Anteil der verfügbaren Ressourcen für die ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel und schwangerschafts- bzw. geburtsassoziierte Leistungen aus.¹⁰⁷ Inwieweit die Einführung der „Volksversicherung“ Seguro Popular, die nach offiziellen Angaben am 1. April 2012 erfolgreich Krankenversicherungsschutz auf die bisher unversicherte Bevölkerung ausweitete, den Anteil der Patientendirektzahlungen effektiv verringert, bleibt abzuwarten. Hinweise auf diesen Effekt liegen allerdings mittlerweile aus dem indischen Bundesstaat Andhra Pradesh vor, wo der Aufbau einer staatlichen Krankenversicherung zu einem spürbaren Rückgang der Belastung durch Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung führte.¹⁰⁸

Nicht nur in den Ländern, die allen Bürgern zumindest auf dem Papier kostenfreie Gesundheitsversorgung bieten, oftmals aber die höchsten Anteile an Out-of-Pocket-Zahlungen aufweisen wie Indien, Bangladesh oder Malawi, sondern selbst in Ländern mit Zugang der Gesamtbevölkerung zu akzeptabler Absicherung im Krankheitsfall wie Brasilien können Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung erhebliche Belastungen für die Privathaushalte bedeuten. So zeigte eine Stichprobenbefragung von 869 Familien bzw. 2998 Personen im südbrasilianischen Porto Alegre, dass 2003 rund 16 % der Haushalte mindestens 20 % und 12 % sogar mehr als 40 % ihres Einkommens für Gesundheitsausgaben aufbrachten. Fast die Hälfte der Gesundheitsausgaben (47 %) entfiel auf Direktzahlungen für Arzneimittel, die bei Angehörigen des untersten Quintils über 80 % ausmachten, deren Anteil mit steigendem Einkommen abnahm und sich bei den einkommensstärksten Gruppen nur auf 51,6 bzw. 47,1 % belief.¹⁰⁹

Für die Länder Lateinamerikas lagen längere Zeit keine validen Angaben über die Ausgaben für private Krankenversicherungen und die Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen vor. Nach Untersuchungen der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) ist davon auszugehen, dass in den 1980er Jahren etwa 80 % der Privatausgaben auf Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen entfiel, die wiederum zu 70 % an medizinische Leistungserbringer und Apotheken gingen.¹¹⁰ Grobe Schätzungen aus der Region gingen davon aus, dass Zuzahlungen im Umfang von 25 % der Kosten die Gesundheitsausgaben um annähernd 20 % senkten, ohne den Gesundheitszustand der betroffenen Kohorte spürbar zu verschlechtern.¹¹¹

Mittlerweile liegen umfangreichere Daten vor, die belegen, dass die Menschen auf dem Subkontinent heute durchschnittlich 37 % der Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche bezahlen und dieser Anteil in einigen Ländern über 50 % liegt, was erhebliche Auswirkungen auf die soziale Gerechtigkeit in dieser Region hat.¹¹²

¹⁰⁷ Torres/Knaul 2003, S. 216f

¹⁰⁸ Fan et al. 2012

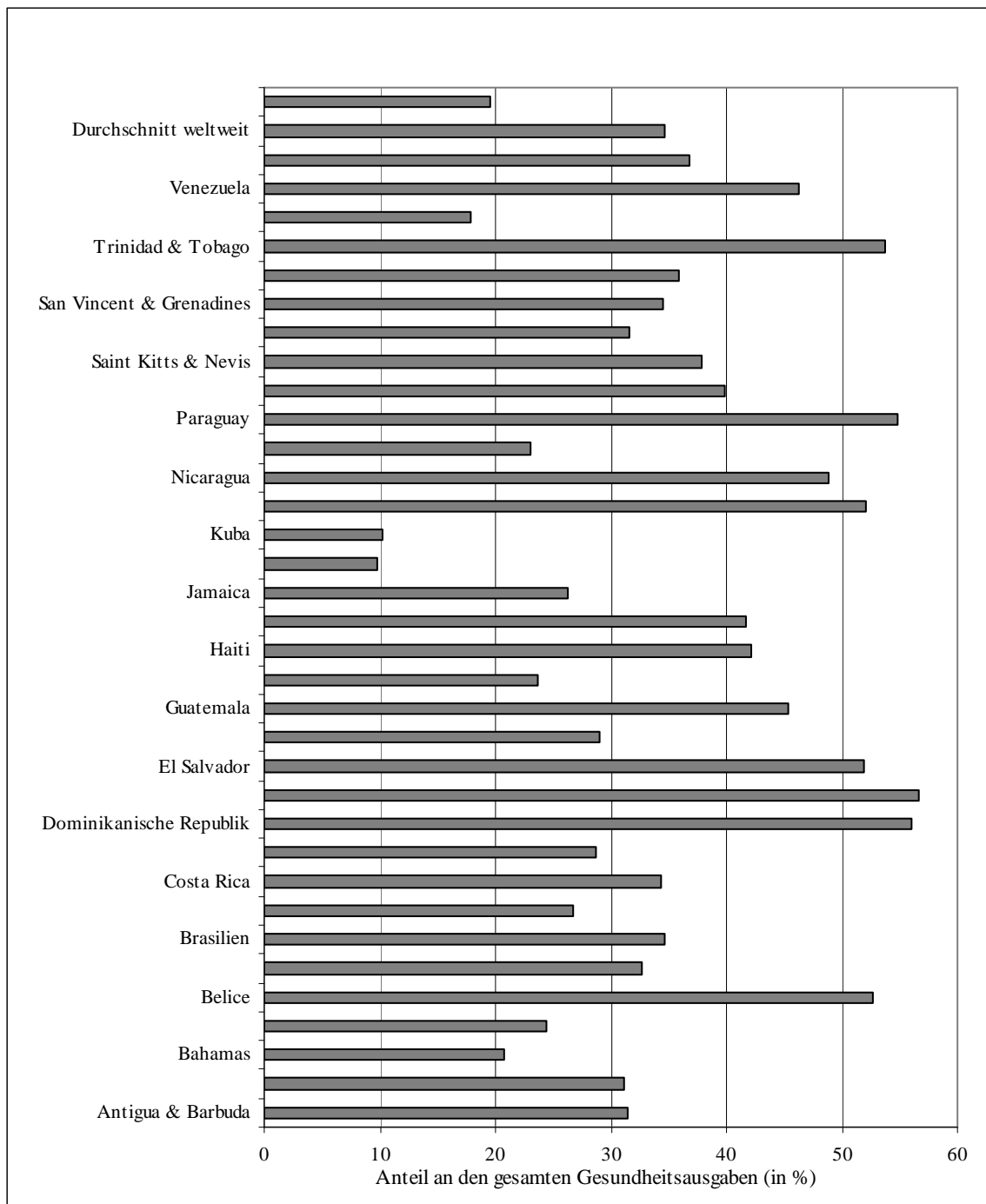
¹⁰⁹ Barros/Bertoldi 2008, S. 761ff

¹¹⁰ ILO/PAHO 1999, S. 4. Dieser Anteil ist im kubanischen Staatssystem und in den vorwiegend englischsprachigen Kleinstaaten der Karibik mit ihren nationalen Gesundheitssystemen nach dem Beveridge-Modell zweifelsohne erheblich geringer anzusetzen. Allerdings haben viele Länder der Karibischen Gemeinschaft Caricom seit den 1980er Jahren Nutzergebühren im Gesundheitswesen eingeführt, die allerdings als Einnahmen der staatlichen Versorgungseinrichtungen fast ausnahmslos im Gesamtbudget des Gesundheitsministeriums aufgehen und nach Einschätzung von Experten zu einer weiteren Quelle der Fehlallokation von Ressourcen verkommen sind (PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20).

¹¹¹ ILO/PAHO 1999, S. 22

¹¹² Machinea et al. 2006, S. 86

Abb. 5: Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung in Lateinamerika und der Karibik



Quellen: WHO 2005, S. 192-199; Machinea et al. 2006, S. 85f

Bei integrierten Versorgungsprogrammen für ältere Bürger in Argentinien¹¹³ hielt die Anwendung von Eigenanteilen viele Menschen von der Nutzung derartiger Dienstleistungen ab.¹¹⁴

¹¹³ Das 1971 aufgelegte Programa de Atención Médica Integrada (PAMI, Programm zur Integrierten Versorgung) weitete das Paket von Gesundheits- und anderen Sozialleistungen auf etwa zwei

Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall finden in Lateinamerika vor allem bei privaten Krankenkassen Anwendung, um das finanzielle Risiko der Versicherer zu beschränken.¹¹⁵ Das gilt zweifellos auch für das chilenische Gesundheitswesen, dessen marktradikaler Umbau seit 1981 die enge Verbindung zwischen privatwirtschaftlicher Orientierung und finanzieller Belastung der Einzelnen belegt.¹¹⁶ Chile ist ein relativ wohlhabendes Schwellenland, das im Prinzip allen Bürgern soziale Absicherung im Krankheitsfall gewährt, allerdings zum Preis teilweise sehr hoher Eigenbeteiligungen. Sowohl in der gesetzlichen Einheitskrankenkasse als auch bei den privaten Krankenversicherungen fallen vorwiegend proportionale Zuzahlungen im Krankheitsfall an. Allerdings bestehen bei der Ausgestaltung der Selbstbeteiligungen erhebliche Unterschiede zwischen beiden Teilsystemen. Die öffentliche Sozialversicherung wendet einkommensabhängige proportionale Eigenbeteiligungen im Umfang von 10 oder 20 % der Kosten an und nimmt Mittellose und Geringstverdiener generell von der Zuzahlungspflicht aus.¹¹⁷ Bei den privaten Versicherungen sind die Direktzahlungen im Gesundheitswesen extrem variabel und unvorhersehbar, betreffen in besonderem Maße chronisch und psychisch Kranke und richten sich vor allem nach dem Äquivalenzprinzip. Das hat zur Folge, dass die Zuzahlungsbelastung umgekehrt proportional zum Einkommen ist. Diese Form von Kostenbeteiligung erweist sich als hyperregressiv und ergänzt die bestehende Ausgrenzung von Geringverdienern vom privaten Assekuranzmarkt.¹¹⁸

Chile zeigt aber auch, dass einmal eingeführte Zuzahlungen im Krankheitsfall nachhaltiger sind als vielfach angenommen. Einen Eindruck von deren Gewicht vermittelt die Tatsache, dass die Anfang der 2000er Jahre erfolgte Deckelung der jährlichen Selbstbeteiligung auf zwei Monatsgehälter für viele Patienten eine Entlastung mit sich brachte. Nach mehr als 15-jähriger korrigierender Sozialpolitik sind die Folgen der radikalen Aushöhlung der sozialen Absicherung unter der Militärdiktatur von General Augusto Pinochet (1973-1990) nur in geringem Maße überwunden. So beliefen sich die durchschnittlichen Eigenbeteiligungen der Privathaushalte im Jahr 2007 auf 41.787 Pesos (58 €) und die entsprechenden Pro-Kopf-Ausgaben auf 15.289 Pesos (21 €). Dabei war die Belastung der ärmsten Haushalte durch Zuzahlungen um mehr als ein Drittel und höher als in den einkommensstärkeren Schichten gestiegen.¹¹⁹ Im Privatsektor des zweigliedrigen chilenischen Systems ist die Zuzahlungsbelastung zudem völlig intransparent und doppelt

Drittel der über 65-Jährigen aus, allerdings in Verbindung mit bestimmten Zuzahlungen (Lloyd-Sherlock 2000, S. 890).

¹¹⁴ Lloyd-Sherlock 2000, S. 891

¹¹⁵ Ibid. S. 6, 24; Holst 2001, S. 98f

¹¹⁶ Chile ist neben Deutschland das einzige Land mit Krankenversicherungspflicht und praktisch universeller Absicherung, das seinen Bürgern das komplette Ausscheiden aus der gesetzlichen Einheitskasse und privaten Vollversicherungsschutz bietet. Es gibt zwar keine Pflichtgrenze wie hierzulande, aber die Tarifgestaltung der ISAPREs genannten privaten Krankenkassen schließt die Mehrheit der Bürger de facto von der Versicherungswahl aus (Holst 2004, S. 38ff). Im Vergleich zu landesüblichen Einkommen teure Privatpolicen und einseitiger Kontrahierungszwang der öffentlichen Kasse sind sicherlich entscheidender für die ausgeprägte soziale Selektion im chilenischen System als die in ökonomischen Modellrechnungen ermittelte souveräne, rationale Kundenentscheidung der Bessergestellten (vgl. Sapelli/Torche 1998; Sapelli/Vial 2001; dies. 2003).

¹¹⁷ Holst 2004, S. 156; Bitrán/Giedion 2003, S. 61f

¹¹⁸ Holst et al. 2004, S. 280; Holst 2004, S. 211, 239

¹¹⁹ Cid/Prieto 2012, S. 312

regressiv, da Versicherte mittleren Einkommens, die sich eine Privatpolice leisten können, deutlich höhere Selbstbeteiligungen zu tragen haben als Gut- und Spitzenverdiener.¹²⁰

Angesichts der teilweise sehr hohen finanziellen Belastungen durch Gesundheitsausgaben bieten praktisch alle lateinamerikanischen Länder Fonds oder Programme zur Abfederung der ruinierenden Auswirkungen von Erkrankungen, die aufwändige und somit kostspielige Behandlungen erfordern.¹²¹ Allerdings gibt es in keinem anderen Land dieser Region (mit Ausnahme von Kolumbien, das im Januar ein entsprechendes Gesetz verabschiedete) gesetzliche Regelungen zur Überwindung individueller Insolvenzen in Folge gesundheitsbedingter Ausgaben.¹²² Ähnlich verhält es sich in dem dynamischen Schwellenland Vietnam, wo die Privathaushalte zwar zumeist einzelne Zuzahlungen auffangen können, beim Aufeinandertreffen mehrerer Erkrankungsereignisse allerdings vor große Probleme gestellt sind.¹²³

In China gingen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen seit Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich zurück, bestehende soziale Absicherungssysteme kollabierten und bezahlbare Krankenversorgung stellte das Land vor große Herausforderungen.¹²⁴ Im bevölkerungsreichsten Land der Erde gingen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen seit Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich zurück, bei der stetig wachsenden Zahl von Privatärzten herrschte das Prinzip der Einzelleistungsvergütung vor. Erfahrungen aus der Volksrepublik China und anderen Ländern belegen im übrigen, dass von der Preisgestaltung am Gesundheitsmarkt im Allgemeinen und von Zuzahlungen im Speziellen starke Signale ausgehen, die sowohl die Allokation als auch die Nutzung von Gesundheitsversorgungseinrichtungen betreffen.¹²⁵ Selbstbeteiligungen spielten lange Zeit eine vorrangige Rolle in der sich insgesamt kontinuierlich verteuernenden Gesundheitsversorgung, solange die medizinische Versorgung von Selbstbeteiligungen abhing,¹²⁶ die lange Zeit kontinuierlich steigende Tendenz aufwies.¹²⁷ Gerade in den städtischen Gebieten sind Zahl und Dichte privater Leistungserbringer rasant angestiegen,¹²⁸ was zu einer deutlichen Mengenausweitung medizinischer Versorgungsleistungen und zu steigenden Preisen für Gesundheitsleistungen¹²⁹ sowie letztlich zu einer „epidemischen Überversorgung im chinesischen Gesundheitswesen“ führte.¹³⁰ Interessanterweise betrifft die massive Über- und Fehlversorgung in China Versicherte in gleichem Maße wie Unversicherte. Sie lässt sich also nur zum Teil mit der mangelnden Marktmacht

¹²⁰ Holst et al. 2004, S. 280; Holst 2004, S. 211, 239

¹²¹ Castiglione 2010, S. 9f. Die wichtigsten Subventionstöpfe sind in Argentinien die Administración de Programas Especiales, in Chile die soziale Krankenversicherung Fondo Nacional de Salud und ein Rückversicherungsfonds der Privatkassen, in Ecuador die Red de Protección Solidaria, in Kolumbien die Cuenta de Alto Costo, in Honduras el Fondo de Enfermedades de Alto Costo, in Mexiko der Fondo de Protección para Gastos Catastróficos, in Nicaragua das Programa de Atención de Enfermedades de Alto Costo, in Uruguay der Fondo Nacional de Recursos und in Venezuela der Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo.

¹²² Ibid.; in Chile und El Salvador liegen mittlerweile entsprechende Gesetzesanträge vor.

¹²³ Thuan et al. 2006, S. 5ff

¹²⁴ Zhang/Chen 2006, S. 364; Liu 2006;

¹²⁵ Kutzin 1995, S. 11; Creese/Kutzin 1995, S. 10

¹²⁶ Bloom 1997, S. 21

¹²⁷ Bloom 1997, S. 21; Hsiao/Liu 1996, S. 431

¹²⁸ Wu 1997, S. 142

¹²⁹ S. z.B. Wilkes et al. 1997, S. 7f; Wu 1997, S. 139, 141f; Meessen et al. 2003, S. 582; Lim et al. 2004, S. 330; Jiong 2010, S. 41ff

¹³⁰ Huong et al. 2007, S. 564

unversicherter und folglich überwiegend selbst zahlenden Nachfrager erklären, sondern hat ihre Ursachen auch in der mangelhaften Regulierung des Krankenversorgungsmarktes und fehlender Kontrolle durch die Versicherungsinstitutionen.¹³¹ Von mindestens ebenso entscheidender Bedeutung sind aber auch die generellen strukturellen Änderungen in China, wo sich eindrücklich zeigt, dass eine nach mikroökonomischen Kriterien organisierte bzw. auf Gewinnerzielung ausgerichtete Finanzierung der Leistungserbringer zu einer relevanten Nachfrageinduktion und damit zu einer systematischen Über- und teilweise Fehlversorgung sowie zu steigenden Belastungen durch Zuzahlungen führen kann.¹³²

Tab. 2: Anteil von user fees an den öffentlichen Gesundheitsausgaben ausgewählter afrikanischer Länder

Land	Jahr	Budgetanteil
Botswana	1983	1,3 – 2,8
Ghana	1986	7,9
	1987	11,8-12,1
Guinea-Bissau	1988	7,8
Elfenbeinküste	1986	0,5
Kenia	1993	3,1-7
Lesotho	1986-87	5,8
	1991-92	9
Mali	1986	1,2-7
Moçambique	1985	8
	1992	< 1
Senegal	1986	44,7
Swasiland	1985	2,2
	1988-89	4,6
Simbabwe	1991-92	3,5

Quelle: Creese/Kutzin 1995, S. 2

Lange Zeit hing die medizinische Versorgung in hohem Maße von Eigenbeteiligungen ab, die in den 1980er Jahren um die Hälfte anstiegen und bereits 1990 immerhin 36 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachten,¹³³ das sich von 1986 bis 1993 insgesamt um 11 % erhöhte.¹³⁴ Diese Tendenz setzte sich fort und Anfang dieses Jahrhunderts bezahlten die Chinesen etwa 60 % ihrer Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche.¹³⁵ Auf dem Lande

¹³¹ Dib et al. 2007, S. 90f

¹³² Ibid.

¹³³ Dezhi 1992, S. 12

¹³⁴ Hsiao/Liu 1996, S. 431

¹³⁵ Tang et al. 2005, S. 1. Diese Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit einem regelrechten Einbruch der sozialen Sicherung im Krankheitsfall seit den 1980er Jahren. Während 1993 noch 72,7 % der städtischen Bevölkerung über irgendeine Form von Krankenversicherungsschutz verfügten, war dieser Anteil bis 1998 auf 55,9 % gesunken und blieb seither konstant. Die Absicherung gegen die finanziellen Folgen von Krankheit ist auf dem Lande erheblich schlechter, denn nur in einer von zwanzig ländlichen Gemeinden gibt es kooperative Versicherungen, und 86 % der Landbevölkerung müssen ihre Gesundheitsversorgung aus eigener Tasche bezahlen (Dong et al. 1999, S. 42).

hatten Anfang der 2000er Jahre etwa 70 % der Bevölkerung keinen Zugang zu angemessener sozialer Absicherung und chinesische Bauern mussten insgesamt mehr als 80 % der Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche aufbringen.¹³⁶

In den letzten Jahren hat sich die Lage im Reich der Mitte allerdings grundsätzlich gewandelt. Vor allem zwischen 2003 und 2008 erfolgte nicht nur in städtischen, sondern auch in ländlichen Regionen Chinas eine massive Ausweitung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall auf über 90 % der Bevölkerung. Allerdings war bis 2011 auch zu beobachten, dass sich der Anteil der Haushalte, die ruinöse Gesundheitsausgaben aufbringen mussten, nicht verringert hatte, sondern insbesondere auf dem Land sogar eine eher steigende Tendenz aufwies,¹³⁷ was zu erheblichen Teilen daran lag, dass der Kostenübernahmeanteil im Vergleich zu den Behandlungskosten sank.¹³⁸ Eine wesentliche Ursache für die anhaltend hohe Belastung der Haushalte durch Zuzahlungen im Krankheitsfall liegt in der Strategie der chinesischen Regierung, den Schwerpunkt auf die Breite der sozialen Absicherung, also auf die Ausweitung des abgesicherten Bevölkerungsanteils zu legen und gleichzeitig die Höhe und Tiefe gering zu halten. So beschränkte sich der Versicherungsschutz anfangs auf stationäre Behandlungen, für die Patienten etwa die Hälfte der Kosten aus eigener Tasche zahlen mussten.¹³⁹

Besonders in afrikanischen Ländern machen Direktzahlungen der Patienten an Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer vielfach einen Großteil der privaten Gesundheitsausgaben¹⁴⁰ aus und können sich auf mehr als die Hälfte des gesamten Gesundheitsbudgets eines Landes belaufen.¹⁴¹ Allerdings haben die in Folge der Bamako-Initiative eingeführten Nutzergebühren in den allermeisten Ländern Afrikas nicht zu nennenswerten Einnahmen und zu der erhofften relevanten Senkung der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen beigetragen.¹⁴² So beliefen sich die Einnahmen durch Nutzergebühren in verschiedenen afrikanischen Staaten mittelfristig auf 1-12 %¹⁴³ bzw. 0,5-15 %, ¹⁴⁴ lagen durchschnittlich unter 5 % des Gesundheitsbudgets¹⁴⁵ und erreichten nur in wenigen Fällen dauerhaft einen Anteil von maximal 10 %.¹⁴⁶

Das lag zum einen an dem relativ geringen Umfang der Gebühren, der minimalen Zahlungsfähigkeit der Patienten und umfangreichen formalen wie informellen Befreiungen von der Zuzahlungspflicht, zum anderen an der ineffizienten Verwaltung der Beiträge, ihrer Veruntreuung und der geringen Akzeptanz durch die Öffentlichkeit.¹⁴⁷ Die Einnahmen durch Patientenzuzahlungen haben nirgends zu einem nachweisbaren Aufbau neuer Gesundheitseinrichtungen oder einer gesteigerten Reichweite der bestehenden

¹³⁶ Sun et al. 2009, S. 104f und 114

¹³⁷ Meng et al. 2012, S. 809, 812

¹³⁸ Yi et al. 2009, S. 123ff

¹³⁹ Meng et al. 2012, S. 836

¹⁴⁰ Chatora 2005, S. 14. In 19 Ländern entfallen sogar 100 % der privaten Gesundheitsausgaben auf Out-of-pocket Zahlungen, und in den übrigen Ländern schwankt deren Anteil zwischen 18,7 % und 99,9 % (Chatora 2005, S. 14).

¹⁴¹ Mwase 2005, S. 30f

¹⁴² Barnum/Kutzin 1993, S. 254; Creese/Kutzin 1995, S. 6; PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20; Russell et al. 1999, S. 769; Bennett/Gilson 2001, S. 16; Whitehead et al. 2001, S. 834f

¹⁴³ Arhin-Tenkorang 2000, S. 11; Sepehri/Chernomas 2001, S. 189

¹⁴⁴ Vogel 1991, S. 172; Witter 2002, S. 6

¹⁴⁵ Chen/Hiebert 1994, S. 16; Creese/Kutzin 1995, S. 2; Creese 1997, S. 202; Stierle 1998, S. 23

¹⁴⁶ Shaw/Ainsworth 1996a, S. 9ff; Habtom/Ruys 2005, S. 21

¹⁴⁷ Creese/Kutzin 1995, S. 8; Nyonator/Kutzin 1999, S. 333f, 339; Ensor/Duran-Moreno 2002, S. 115ff; Lewis 2002; Mills/Bennett 2002; Laterveer et al. 2004, S. 22

Strukturen geführt.¹⁴⁸ Auch haben selbst hohe Nutzergebühren, die relevante Einnahmen erwarten ließen, keine objektivierbare Verbesserung der Zugangsgerechtigkeit bewirkt.¹⁴⁹ Der relative Anteil der Nutzergebühren am Gesundheitsbudget liegt einigen Ländern Afrikas deutlich höher als in Tabelle 2 abgebildet, allerdings nur dort, wo die öffentlichen Ausgaben extrem niedrig oder praktisch gleich Null sind.¹⁵⁰

Zu den offiziellen und geregelten Zuzahlungen kommen in vielen Ländern zusätzliche Direktzahlungen der Patienten hinzu, die neben inoffiziellen baren oder unbaren Transfers an das Personal nicht selten in Form unerlässlicher Eigenleistungen für Verbrauchsgegenstände oder ähnliches anfallen. So müssen beispielsweise Schwangere in Uganda zur Entbindung Handschuhe, Verbandsmaterial, Unterlagen und ein Fläschchen Ergometrin mitbringen.¹⁵¹ In mittelamerikanischen Ländern wie Guatemala verlangen Krankenhäuser vor jeder Operation ambulante Labor- und Röntgenuntersuchungen sowie zwei Blutkonserven, die Patienten aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Weit verbreitet und sehr üblich sind inoffizielle Zuzahlungen auch in den meisten Ländern des ehemaligen Ostblocks, wo sie ein Vielfaches der offiziellen Selbstbeteiligungen ausmachen können.

Zahlungen für Gesundheitsleistungen halten Menschen von adäquater Versorgung ab und führen zu nachhaltiger Verarmung. Die WHO schätzt, dass Jahr für Jahr etwa 180 Millionen Menschen untragbaren Ausgaben für medizinische Behandlungen ausgesetzt sind und 100 Millionen deswegen effektiv unter die Armutsgrenze fallen.¹⁵² Betroffen sind in besonderem Maße Haushalte mit älteren Menschen, Behinderten und chronisch kranken, während solche mit jüngeren und gesünderen Mitgliedern besser vor ruinösen Gesundheitsausgaben geschützt sind.¹⁵³ Nicht allein die WHO, sondern auch die Weltbank hat wiederholt in Studien nachgewiesen, dass in einigen westafrikanischen Ländern 10 bis 30 % der Haushalte selbst geringe Eigenanteile an den Behandlungskosten nicht aufzubringen in der Lage sind.¹⁵⁴ Dabei werden die ärmsten und unterprivilegierten sozialen Gruppen nicht bloß aus dem Markt „herausgepreist“, sondern auch ihr ohnehin bestehendes Gefühl von Diskriminierung und Ausgrenzung verstärkt.¹⁵⁵

3.1.2 Mikroebene

Betrachtet man den Anteil von direkter Kostenbeteiligung der Patienten auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen, ergibt sich teilweise ein anderes Bild. Im Unterschied zu ihrem geringen Anteil am gesamten nationalen Gesundheitsbudget können die Einnahmen durch Nutzergebühren auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen durchaus in relevantem Maße zur Finanzierung beitragen. Dabei bestehen teilweise große Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen oder Gesundheitseinrichtungen eines Landes. So konnten 1985 in Kongo sieben gut funktionierende Zentren 80 % der laufenden Kosten aus Direktzahlungen ihrer Patienten bestreiten,¹⁵⁶ während die Einnahmen aus Nutzergebühren im Kasongo-Distrikt nur knapp 20 % der laufenden Krankenhauskosten abdeckten.¹⁵⁷ In 10 Kranken-

¹⁴⁸ Creese/Kutzin 1995, S. 12

¹⁴⁹ Creese/Kutzin 1995, S. 10f; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 16; Arhin-Tenkorang 2000, S. 14

¹⁵⁰ Criel 1998a, S. 37

¹⁵¹ Ndyomugenyi et al. 1998, S. 97; vgl. auch Kajula et al. 2004, S. S147

¹⁵² WHO 2004a, S. 2; vgl. GTZ 2005, S. 23

¹⁵³ Kawabata et al. 2002

¹⁵⁴ Creese/Kutzin 1995, S. 10; Zwi/Mills 1995, Gilson/Mills 1995; Russell/Gilson 1995; Shaw/Griffin 1995; Blas/Limbambala 2001, S. 20

¹⁵⁵ Arhin-Tenkorang 2000, S. 12f; Al-Serouri et al. 2001, S. 28ff; Uzochukwu et al. 2004, S. S114

¹⁵⁶ USAID/Kinshasa 1987

¹⁵⁷ Criel/van Balen 1993, S. 66f

häusern in Uganda beliefen sich die Einnahmen durch Direktzahlungen von ambulant und stationär behandelten Patienten auf durchschnittlich 40 % und machten in Einzelfällen bis zu 89 % des Budgets aus.¹⁵⁸ In ländlichen Gebieten Malis beruht die Gesundheitsfinanzierung im Wesentlichen auf zwei Quellen: Der Staat trägt die Personalkosten, während die Patienten die laufenden und Arzneikosten und damit häufig den überwiegenden Anteil tragen.¹⁵⁹ Gesundheitseinrichtungen kassieren direkt für stationäre Aufenthalte, chirurgische Eingriffe und Medikamente, wobei die Einnahmen für Arzneimittel im Sinne eines „revolving fund“ praktisch vollständig in den Neukauf fließen. Mit Direktzahlungen der Nutzer finanzieren die Einrichtungen bis zu 52 % der Personalkosten, 86 % der laufenden Kosten und 100 % der Medikamente.¹⁶⁰ Umgerechnet auf die Einwohner im Einzugsbereich belaufen sich die Einnahmen für Klinikbehandlung und Operationen auf nicht mehr als 100 FCFA, umgerechnet etwa 15 €-Cent,¹⁶¹ und damit auf nur 1,6 % der gesamten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben.¹⁶²

In Ghana schlug sich die zunehmende und schließlich umfassende Erhebung von Nutzergebühren relativ stark im Gesundheitsbudget nieder und gilt deshalb als relativ erfolgreich in Bezug auf Ressourcengenerierung.¹⁶³ In dem westafrikanischen Land geht die Einführung von Nutzergebühren ins Jahr 1971 zurück; allerdings waren die anfänglichen Zuzahlungen niedrig und zielten vor allem auf die Verringerung „unnötiger“ Leistungen ab. Nach langsamer Erhöhung im Jahr 1983 konnten ab Juli 1985 Gesundheitszentren und Praxen 25 % und Krankenhäuser sogar 50 % ihrer Einnahmen durch Direktzahlungen der Patienten erwirtschaften. Ab 1992 erhielten die Leistungserbringer sogar die Möglichkeit, die gesamten laufenden Kosten durch Nutzergebühren zu decken.¹⁶⁴ Gleichzeitig entstand ein als „cash-and-carry“ bezeichneter revolvingender Medikamentenfonds,¹⁶⁵ dessen Anwendung sich in der Folgezeit auf nicht-medikamentöses Verbrauchsmaterial ausdehnte und bei den armen Bürgern das Gefühl mangelnder Verfügbarkeit erzeugte.¹⁶⁶

Im Bwamanda-Krankenhaus im ehemaligen Zaïre stieg der Anteil der Selbstbeteiligungen innerhalb von vier Jahren nach Einführung von Nutzergebühren von Null auf 19,8 % der Einnahmen (8,7 % Zuzahlungen von Versicherten, 10,9 % Direktzahlungen Unversicherter), während 59,3 % auf Vorfinanzierungsmechanismen entfielen.¹⁶⁷ In Thailand bestreiten die Krankenhäuser die Hälfte ihrer laufenden Kosten mit den Einnahmen aus Nutzergebühren, wobei zusätzlich ein relativ effektives Befreiungssystem Anwendung findet.¹⁶⁸ Dagegen beläuft sich der Nettogewinn durch Kostenbeteiligung der Patienten in Honduras, wo auf allen Ebenen der dezentral organisierten Gesundheitseinrichtungen Nutzergebühren fällig sind, auf gerade einmal 2 % - wobei allein der

¹⁵⁸ Amone et al. 2005, S. 4

¹⁵⁹ Blaise et al. 1997, S. 28, 113

¹⁶⁰ Ibid. S. 28

¹⁶¹ Blaise et al. 1997, S. 99f

¹⁶² WHO 2006

¹⁶³ Agyepong 1999, S. 60

¹⁶⁴ Coleman 1997, S. 10f; Agyepong 1999, S. 60

¹⁶⁵ Badasu 2004, S. 3

¹⁶⁶ Agyepong 1999, S. 61, 64

¹⁶⁷ Criel/Kegels 1997, S. 661f; Criel 1998b, S. 13

¹⁶⁸ Russell et al. 1999, S. 769

Verwaltungsaufwand in der lokalen Primärversorgung höhere Kosten verursacht als die Nutzergebühren einbringen.¹⁶⁹

Der Anteil der Patientendirektzahlungen am Haushalt von kurativen Gesundheitseinrichtungen variiert weltweit zwischen 1,5 % in drei Kliniken der Dominikanischen Republik bzw. 1,9 % in 30 Distriktkrankenhäusern in Simbabwe auf der einen Seite, und Höchstwerten von 78,9 % in einem Regionalkrankenhaus in Zaïre und 97,3 % in sieben chinesischen Provinzkliniken.¹⁷⁰ Die Tatsache, dass der durch Nutzergebühren erwirtschaftete Budgetanteil bei einzelnen Leistungserbringern erheblich höher sein kann als im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes mag sich zwar positiv in den Einrichtungen zu Buche schlagen. Doch bekanntlich sind mikro- und makroökonomische Effizienz zwei völlig unterschiedliche Größen, und betriebswirtschaftliche Rationalität entfaltet nicht selten adverse volkswirtschaftliche Effekte. Gerade in Entwicklungsländern birgt die Anwendung von Nutzergebühren bereits theoretisch die Gefahr einer Vertiefung sozialer wie regionaler Gegensätze, denn wenn es tatsächlich gelingt, damit zusätzliche Ressourcen ins Gesundheitswesen zu bringen, so sind diese aufgrund der geringeren Kaufkraft in armen Regionen und Stadtteilen in aller Regel niedriger als in den ohnehin besser gestellten Gebieten.¹⁷¹ Die geringe, teilweise vernachlässigbare Finanzierungswirkung lag nicht zuletzt an dem – zumindest im Vergleich zu den nationalen Gesundheitsbudgets, weniger für die Betroffenen – relativ geringen Umfang der Gebühren. Die eingeschränkte Zahlungsfähigkeit vieler Patienten, umfangreiche formale wie informelle Befreiungen von der Zuzahlungspflicht und die ineffiziente Verwaltung der Beiträge, ihrer Veruntreuung sowie die insgesamt geringe Akzeptanz durch die Öffentlichkeit reduzierten die erzielten Mehreinnahmen durch Direktzahlungen weiter.¹⁷²

3.1.3 Opportunitätskosten

Je weiter ein Haushalt von einer Gesundheitseinrichtung entfernt ist, desto höhere Transportkosten müssen die Mitglieder für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Kauf nehmen. Hinzu kommen die Ausgaben für Nahrung und eventuell Unterkunft der mitreisenden Angehörigen, die üblicherweise kranke Verwandte begleiten. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass beispielsweise die Senkung der Zuzahlungen in Zaïre gerade bei weiter entfernt lebenden Versicherten die Ausscheidungsrate aus einer freiwilligen Krankenversicherung für stationäre Behandlungen verringerte.¹⁷³ Wo die Gesundheitsausgaben der Haushalte in unmittelbarer Konkurrenz zu den Aufwendungen für Nahrung, Ausbildung, Kleidung und Fortbewegung stehen, stellt die missbräuchliche Nutzung der Gesundheitseinrichtungen allenfalls ein marginales Phänomen dar.¹⁷⁴ Vielmehr besteht international weitgehende Übereinstimmung, dass Nutzergebühren die Gefahr in sich bergen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu rationieren, anstatt den Einsatz der Mittel zu rationalisieren.¹⁷⁵

¹⁶⁹ Fiedler/Suazo 2002, S. 372

¹⁷⁰ Sepehri/Chernomas 2001, S. 190

¹⁷¹ Sepehri/Chernomas 2001, S. 193

¹⁷² Creese/Kutzin 1995, S. 8; Nyonator/Kutzin 1999, S. 333f, 339; Ensor/Duran-Moreno 2002, S. 15ff; Lewis 2002; Mills/Bennett 2002

¹⁷³ Criel/Kegels 1997, S. 666f; Criel 1998a, S. 105; Criel 1998b, S. 20, 22. Ohnehin tendieren Personen, die näher an einem Gesundheitsposten oder Krankenhaus wohnen, eher zum Eintritt in eine Krankenversicherung (Criel/Kegels 1997, S. 660f).

¹⁷⁴ Ismael/Asif Iqbal 1994, S. 3ff

¹⁷⁵ Arhin-Tenkorang 2000, S. 10; OECD 2003, S. 47

Beispielsweise Schwangere und Gebärende müssen in vielen Teilen der Welt über die reinen Nutzergebühren hinaus erhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel, Verbrauchsmaterialien wie Handschuhe, Nadeln, Plastikunterlagen etc. sowie für Transport, auswärtige Verpflegung und ggf. Unterbringung von Angehörigen und nicht zuletzt für inoffizielle Zahlungen an das Gesundheitspersonal aufbringen.¹⁷⁶ In Nepal machten beispielsweise die erforderlichen Kosten für die Anreise zur Gesundheitseinrichtung mehr als die Hälfte der anfallenden Ausgaben für eine normale Geburt aus.¹⁷⁷ Nach einer Befragung von 220 Frauen, die in vier verschiedenen Krankenhäusern in Dhaka entbunden hatten, entfielen durchschnittlich bei einer normalen Geburt 53,4 % und bei einer Kaiserschnittentbindung immerhin noch 40,9 % der gesamten angefallenen Kosten auf nicht-medizinische Ausgaben wie Transport, Nahrung, Ausgaben für Begleitpersonen und Pförtner sowie inoffizielle „Trinkgelder“.¹⁷⁸

Insgesamt bestehen deutliche Hinweise darauf, dass diese indirekten Gesundheitskosten bei Frauen meistens höher sind als bei Männern. Das liegt nicht nur an den vielfach längeren produktiven Arbeitszeiten der Frauen, sondern wird besonders deutlich, wenn man auch den Arbeitsausfall bei der Versorgung von Haushalt und Familie berücksichtigt.¹⁷⁹ Gleichzeitig kommen Frauen tendenziell seltener in den Genuss medizinischer Behandlung, wobei dieser Unterschied beispielsweise in Bangladesh deutlich sozial determiniert war, da Frauen aus armen Haushalten signifikant seltener in den Genuss westlicher Medizin kamen.¹⁸⁰

Neben den übrigen Opportunitätskosten können *user fees* gerade bei unspezifischeren Symptomen und vermeintlich leichteren Erkrankungen vom Besuch einer Gesundheitseinrichtung abhalten. Doch gerade bei armen Menschen in afrikanischen und anderen Entwicklungsländern sind Erkältungsbeschwerden, Kopfschmerz oder Husten häufig Ausdruck schwerer Infektionskrankheiten, deren Heilungschancen und -kosten bei frühem Therapiebeginn am günstigsten sind.¹⁸¹

User fees erschweren insbesondere in Entwicklungsländern den Zugang zu medizinischer Versorgung, führen zu Einbußen beim Lebensstandard und verstärken damit sowohl Ungerechtigkeiten als auch volkswirtschaftliche Effizienzprobleme.¹⁸² Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Experiment zu Auswirkungen von Nutzergebühren bei der medizinischen Versorgung, das zu Beginn der 1990er Jahre in Indonesien erfolgte. Dabei zeigte sich nicht nur ein negativer Effekt von Zuzahlungen auf den subjektiven Gesundheitszustand der ärmeren Bevölkerung, sondern auch ein höherer Krankenstand, geringere Lohnsteigerungen und ein höheres Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt in Regionen, wo medizinische Behandlungen mit Eigenbeteiligungen verbunden waren.¹⁸³

Eine Politik der Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen muss immer berücksichtigen, dass zum reinen Preis einer medizinischen Behandlung auch immer zusätzliche, gerade für die Patienten in Entwicklungs- und Schwellenländern teilweise deutlich spürbare Opportunitätskosten für Reisen, Unterkunft, Essen und Einkommensausfall hinzukommen, die insbesondere, aber nicht ausschließlich in Ländern mit niedrigem Volkseinkommen ein

¹⁷⁶ Nahar/Costello 1998, S. 418f; Kowalewski et al. 2000, S. 102; Borghi et al. 2003, S. 384f; Gohou et al. 2004, S. 407; Khan 2005, S. 3ff

¹⁷⁷ Borghi et al. 2006, S. 1461

¹⁷⁸ Nahar/Costello 1998, S. 419

¹⁷⁹ Sauerborn et al. 1996b, S. 283f; Sauerborn et al. 1996a, S. 294

¹⁸⁰ Stanton/Clemens 1989, S. 1201

¹⁸¹ Ahmed et al. 2005, S. 393

¹⁸² Arhin-Tenkorang 2000, S. 8, 9; Laterveer et al. 2004, S. 22ff; Deininger/Mpuga 2004, S. 18

¹⁸³ Dow et al. 1997, S. 18ff; vgl. auch WHO 1999, S. 10

Vielfaches der eigentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen und damit auch sämtliche Abschätzungen über die Preiselastizität von Gesundheitsleistungen und ihre Auswirkungen auf die Nachfrage ad absurdum führen können.¹⁸⁴ Politische Entscheidungsträger müssen sich bewusst sein, dass Nutzergebühren für die meisten Patienten immer eine zusätzliche finanzielle Barriere beim Zugang zum Versorgungssystem darstellen, die zu den ohnehin bestehenden hinzukommt.

3.1.4 Coping-Strategien

Zwar lässt sich grundsätzlich festhalten, dass die finanzielle Belastung der Menschen durch Direktzahlungen dort höher ist, wo Nutzergebühren anfallen, als bei kostenfreiem Zugang zu Gesundheitsleistungen.¹⁸⁵ Wie im vorangehenden Kapitel dargelegt, heißt das allerdings keineswegs, dass nicht auch bei prinzipiell zuzahlungsfreier Behandlung vielfach relevante Kosten anfallen können. Gerade in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern überfordern die Ausgaben für medizinische Behandlungen viele Haushalte.¹⁸⁶ Angesichts der drohenden finanziellen Überforderung greifen die betroffenen Familien auf unterschiedliche Ausweichstrategien zurück, die Implikationen für die Lebensbedingungen und das Verarmungsrisiko haben.

Die finanzielle Belastung der Privathaushalte durch Direktzahlungen für medizinische Behandlungen hängt von verschiedenen Faktoren ab, wobei in erster Linie die Schwere, Häufigkeit bzw. Dauer der Erkrankungen sowie der dafür anfallenden Kosten, die verfügbaren Mittel sowie die Verwendung und Ergänzung dieser Ressourcen relevant sind.¹⁸⁷ Immer dann, wenn die aktuell verfügbaren Finanzmittel nicht ausreichen, um den akuten Bedarf an Gesundheitsleistungen zu bezahlen, stehen private Haushalte vor der Alternative, auf notwendige Behandlungen zu verzichten oder anderweitig die erforderlichen Mittel zu besorgen. Dabei konkurrieren Gesundheitsausgaben naturgemäß mit der Aufbringung der Mittel für andere unverzichtbare Grundbedürfnisse oder für den individuellen Erhalt oder Ausbau von Entwicklungsperspektiven der Haushaltsmitglieder.

Um dringend notwendige oder als dringend erforderlich eingeschätzte medizinische Versorgungsleistungen, die mit voller oder anteiliger Kostenübernahme verbunden sind, trotz unzureichender finanzieller Mittel in Anspruch nehmen zu können, wählen private Haushalte vor allem, aber keineswegs ausschließlich, in armen Ländern verschiedene Ausweichstrategien. Die Optionen für die Bezahlung medizinischer Behandlungen insbesondere dann, wenn sie die Patienten in vollem Umfang zu tragen haben, richten sich nach den jeweiligen sozialen und individuellen Gegebenheiten und können ganz unterschiedliche Formen annehmen: Finanzielle Unterstützung durch Verwandte und Freunde, Kreditaufnahme außerhalb des sozialen Netzwerks, Verzicht auf grundlegende Nahrungsmittel oder auf Investitionen in Prävention, Bildung, eigenes Geschäft oder diverse Gegenstände, Verkauf von Produktionsmitteln wie Land, Nutztieren u.ä. oder von eigenen Vorräten; verzögerte oder verringerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Wahrnehmung alternativer Gesundheitsversorgungsangebote¹⁸⁸ oder gar völliger Verzicht auf Gesundheitsleistungen.¹⁸⁹ Diese Kompensationsmechanismen finden abgestufte Anwendung mit dem Ziel, die finanziellen Risiken für den Erhalt des Lebensstandards zu minimieren. Zunächst setzen die Menschen ihre Ersparnisse für anfallende Gesundheits-

¹⁸⁴ Gertler/Hammer 1997, S. 9f; Geoffard 2000, S. 132

¹⁸⁵ Russell 2003, S. 8, 18

¹⁸⁶ S. z.B. Xu et al. 2007

¹⁸⁷ Russell 1996, S. 226

¹⁸⁸ S. z.B. Ponsar et al. 2011, S. ii77

¹⁸⁹ Russell 1996, S. 234

ausgaben ein, bevor sie Wertgegenstände verkaufen oder im sozialen Umfeld nach finanzieller Hilfe suchen. Die nächsten Schritte, deren Folgen bereits einschneidender und längerfristiger sind, umfassen den Verkauf von Lebensmittelvorräten, den Verzicht auf weniger lebensnotwendige bis hin zu essenziellen Verbrauchsgütern, Erschließung anderer oder zusätzlicher Einkommensmöglichkeiten, Verkauf von Besitz einschließlich produktiver Besitztümer wie Land, Maschinen, Nutztiere oder Viehbestand.¹⁹⁰ Die genannten Ausweichstrategien der Privathaushalte zur Abfederung der finanziellen Belastung durch gesundheitliche Probleme betreffen auch die indirekten Gesundheitsausgaben und hier insbesondere den Einnahmeausfall von Verdienern, die im eigenen Haushalt bzw. dem eigenen Kleinbetrieb tätig sind.¹⁹¹ Solche drastischen Maßnahmen zur Wahrung der Kaufkraft im Krankheitsfall treten zwar besonders bei hoher finanzieller Belastung durch Behandlungskosten auf, lassen sich aber zum Teil auch bei Zuzahlungen beobachten.

Tab. 3: Absolute Gesundheitsausgaben und ihr Anteil am monatlichen Haushaltsbudget in ausgewählten Ländern

Land	<i>Unmittelbare Ausgaben bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</i>	<i>Indirekte Ausgaben bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</i>	<i>Gesamtausgaben bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</i>
Burkina Faso (ländlich) ¹⁹²	4,80 US\$	10,56 US\$	15,39 US\$
	3,7 %	8,1 %	11,8 %
Nigeria (ländlich) ¹⁹³	4,44 US\$	2,36 US\$	6,80 US\$
	7,0 %	3,7 %	10,7 %
Sri Lanka (städtisch) ¹⁹⁴	7,50 US\$	5,10 US\$	12,60 US\$
	6,5 %	5,0 %	11,5 %

Quelle: Russell 2003, S. 20

Finanzielle Unterstützung durch die Familie und Freunde ist die weltweit am weitesten verbreitete Strategie der Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern, mit der regelhaft unvorhersehbar auftretenden Notwendigkeit umzugehen, kurzfristig die Mittel für medizinische Behandlungen aufzubringen. Diese Form der Abfederung von krankensversorgungsbewingter Ressourcenknappheit stand um die Jahrtausendwende in ländlichen Regionen Chinas mit 67 %, in Uganda mit 49 % und in Kenia mit bis zu 45 %, in Sierra Leone mit 44,5 %, in Nigeria mit 36 und in Burundi mit 35 % in Senegal mit 27,9 % und in Guinea mit 25 % an der Spitze.¹⁹⁵ Bei der Unterstützung durch bestehende informelle soziale Netzwerke auf Grundlage von verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Beziehungen ist zu bedenken, dass diese vornehmlich innerhalb der gleichen sozioökonomischen Gruppe bestehen, also vor allem innerhalb weniger betuchter gesellschaftlicher Gruppen funktionieren. Dieser Kompensationsmechanismus zur Aufbringung von medizinischen Behandlungskosten hängt stark von der Zuverlässigkeit der sozialen Bezugsgruppen ab, die aber vielfach selber unter Ressourcenknappheit leiden.

¹⁹⁰ Russell 2003, S. 228

¹⁹¹ Sauerborn et al. 1996b, S. 294f; s. auch Kabir et al. 2000, S. 711f

¹⁹² Sauerborn et al. 1995, S. 57f

¹⁹³ Onwujekwe et al. 2000, S.151ff

¹⁹⁴ Russell 2001 nach Russell 2003, S. 20

¹⁹⁵ Russell 1996, S. 229f; Scheil-Adlung et al. 2006, S. 14; Wilkes et al. 1997, S. 14

In Bangladesh konnten sich beispielsweise drei von fünf Schwangeren (61 %) das Geld für Geburtskosten bei Freunden oder Verwandten leihen, aber fast jede fünfte (18 %) wandte sich dafür an einen Geldverleiher und jede zwölfte (8 %) erhielt einen Vorschuss vom Arbeitgeber. Eine von zwölf Schwangeren musste dort die Ausgaben für die Geburt durch die Verpfändung von Wertgegenständen oder Land (5 %), einen Kredit oder den Verkauf von Lebensmitteln aus eigenen Erträgen finanzieren.¹⁹⁶ Geldanleihen bzw. Kreditaufnahme außerhalb der Familie zeigten deutliche Unterschiede zwischen den Ländern und lagen zwischen 1 % in Nigeria und Burundi, bei 1,7 % in Sierra Leone, 3,6 % in Senegal, 11,5 % in Südafrika sowie gut 20 % in China.¹⁹⁷ Die Aufnahme von Schulden bzw. Krediten ermöglicht zwar die Überwindung einer akuten gesundheitsbedingten Notlage, allerdings stellt die Pflicht zur Schuldenrückzahlung eine Hypothek für die Zukunft eines Haushalts dar, denn die Rückzahlungen verknappen die verfügbaren Mittel und verringern den zukünftigen Konsum ebenso wie anstehende Investitionen. Vergleichbar ist der Verzicht auf Nahrungsmittel, der entweder aus Geldmangel bzw. fehlender Kaufkraft in Folge der Direktzahlungen im Gesundheitswesen oder aufgrund der Notwendigkeit entsteht, eigene Vorräte und Bestände verkaufen zu müssen, um erforderliche medizinische Behandlungen bezahlen zu können. Dies kann das Auftreten ernährungsbedingter Mangelerscheinungen begünstigen und gesundheitsschädigend sein, da es die Anfälligkeit gegenüber Erkrankungen erhöht. Gerade der Verkauf von Vorräten für die Subsistenz verringert die Auffangreserven privater Haushalte für weitere Mangelsituationen und erhöht die sozioökonomische Anfälligkeit. Gleichmaßen tendieren die Betroffenen dazu, Ausgaben für Prävention, Schulbildung sowie andere Investitionen und Verbrauchsgüter zu kürzen oder zu streichen. Das hat wiederum negative Auswirkungen auf die Gesundheitserwartung, das Einkommen und den Lebensstandard der Menschen und kann ihre Zukunftsperspektiven verschlechtern. Dasselbe gilt für eine weitere häufige Ausweichstrategie, die in Kenia zwar bloß 1 %, aber beispielsweise in Südafrika 5,9 % und im Senegal sogar 15,5 % der betroffenen Haushalte anwenden.¹⁹⁸ Der Verkauf von Produktionsmitteln wird gerade für selbständige Klein- und Kleinstbetriebe rasch Existenz bedrohend und kann zu einem deutlichen, schwer aufzufangenden Einkommensverlust und zu Verarmung führen.

Fangen private Haushalte angefallene Gesundheitsausgaben durch Verzögerung oder Verringerung der Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen auf, kann das ebenfalls schädigende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand seiner Mitglieder haben. Zunächst kann die verzögerte oder späte Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem schwerere Krankheitsverläufe bzw. eine erhöhte Zahl von Komplikationen und damit vermeidbare zusätzliche Kosten nach sich ziehen. Gleiches gilt auch für die vorzeitige Beendigung stationärer Behandlungen, die potenziell das Risiko von komplizierten Verläufen und Rückfällen steigern kann.¹⁹⁹ Auch die umfangreiche Evidenz der Adherence-Forschung, die zwar vornehmlich in den Industrieländern stattfindet, legt die Vermutung nahe, dass auch in Entwicklungs- und Schwellenländern zu kurze, unterdosierte oder sonst wie ineffektive Medikamentenbehandlungen den Therapieeffekt negativ beeinträchtigen und beispielsweise bei Antibiotika auch zu erhöhter Resistenzentwicklung führen können.²⁰⁰

¹⁹⁶ Nahar/Costello 1998, S. 420

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Russell 1996, S. 229f; Scheil-Adlung et al. 2006, S. 14

¹⁹⁹ S. z.B. Sokol et al. 2005

²⁰⁰ S. z.B. DiMatteo et al. 2002

Tab. 4: Mittelaufbringung für die Gesundheitsversorgung in Ländern Afrikas

Sources of money for health expenditure: responses by total sample	Tanzania	Kenya	Kenya	Uganda	Nigeria	Burundi	Guinea
<i>Routine wage or salary income</i>	40,2 %	41,2 %	-	-	-	-	-
<i>make claims on kin or other households (borrow)</i>	35,6 %	21,1 %	45 %	49 %	36 %	35 %	25 %
<i>borrow cash from money lender or bank</i>	-	-	-	-	-1 %	1 %	2 %
<i>forego consumption of other essential commodities (e.g. food)</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>forego investments in other essential areas</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>sell farm produce</i>	32,3 %	19,3 %	9 %	-	23 %	18 %	20 %
<i>use, sell or pledge stores and assets:</i>							
<i>sell belongings</i>	15,1 %	-	15 %	15 %	9 %	22 %	2 %
<i>sell livestock</i>	16,6 %	13,2 %	-	-	-	-	-
<i>use savings</i>	-	-	4 %	-	6 %	-	12 %
<i>begging or charity</i>	-	-	2 %	-	3 %	16 %	11 %
<i>delay payment</i>	-	-	-	-	11 %	-	18 %
<i>other</i>	-	4.4 %	25 %	33 %	15 %	-	7 %
Total	139,8 %	99,2 %	100 %	97 %	104 %	91 %	97 %

Quelle: Russel 1996, S. 230

Allerdings gibt es auch empirische Hinweise, dass die Abschaffung von Zuzahlungen zwar die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigern kann,²⁰¹ dies aber keineswegs zu verbesserten gesundheitsbezogenen Ergebnissen führen muss. Dies ergab beispielsweise eine Kohortenvergleichsstudie über die Auswirkungen kostenfreien Zugangs zur Primärversorgung auf die malariabedingte Morbidität und Mortalität bei Kindern im südlichen Ghana. Primärer Endpunkt war dabei mäßige Anämie mit einem Haemoglobin-Wert von 8 g/dl, die wichtigsten sekundären Endpunkte bildeten die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, schwere Anämie und Mortalität. Zuzahlungsfreie Behandlung im Rahmen eines Versicherungsprogramms führte zwar zu vermehrter Inanspruchnahme, nicht aber zu einer Verbesserung der klinischen Ergebnisse.²⁰² Dieser Befund ist allein deswegen bemerkenswert, weil er nicht nur den vielfach unterstellten unmittelbaren Zusammenhang zwischen anfallenden Kosten für medizinische Behandlung, Inanspruchnahme und klinischen Verläufen,²⁰³ sondern auch den gemeinhin unterstellten Zusam-

²⁰¹ S. z.B. Nabyonga et al. 2005, S. 102ff

²⁰² Ansah et al. 2009, S. 0050f

²⁰³ Ridde/Haddad 2009, S. 0012

menhang zwischen dem Zugang zu medizinischer Versorgung und krankheitsbezogenen Ergebnissen in Frage stellt. Zudem widerspricht er auch grundlegenden Erkenntnissen der Adherence-Forschung.²⁰⁴ Eine mögliche Ursache für die fehlenden klinischen Unterschiede zwischen mit kostenfreiem und gebührenpflichtigem Zugang zur Malaria-Behandlung könnte darin liegen, dass die zu diesen beiden Gruppen randomisiert zugeordneten Kinder allesamt sehr arm sind und einen schlechten Gesundheitszustand aufwiesen.²⁰⁵ So zeigte sich bei einer Vergleichstudie über die Auswirkungen der Kostenbeteiligung für imprägnierte Bettnetze unter Schwangeren in Kenia, dass die absolute Zahl der anämischen Frauen bei kostenfreier Abgabe deutlich höher war als bei Bezahlung eines anteiligen Preises; dies ist aber bei bestehender hoher Anämie-Prävalenz in erster Linie auf den preisbedingten Selektionseffekt zurückzuführen, denn die Versorgung der anämischen Schwangeren mit Mosquito-Netzen ist bei zuzahlungspflichtiger Abgabe 60 % geringer als bei kostenfreiem Zugang.²⁰⁶

Zur Kompensierung von finanziellen Verlusten aufgrund von direkten und indirekten Gesundheitskosten können sich die Einsparbemühungen der Privathaushalte auch in einer Selektion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder der Zahl der Familienmitglieder niederschlagen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Typischerweise verzichten Familien in vielen Ländern zunächst auf die Behandlung von Frauen und weiblichen Kindern, was erhebliche Auswirkungen insbesondere auf die Mutter-Kind-Gesundheit, die Aufrechterhaltung des familiären Haushalts und auf die generelle Gesundheit bestimmter Familienmitglieder haben kann. Ein völliger Verzicht sämtlicher Familienmitglieder auf medizinische Behandlungen birgt die Gefahr einer erhöhten Morbidität und Mortalität einer ganzen Familie.

Alle Kompensationsmechanismen zur Abfederung der finanziellen Krankheitslast betreffen zunächst in erster Linie die einzelnen Haushalte und ihre verschiedenen Mitglieder und führen zu individuellem Wohlfahrtsverlust. Treten sie nicht nur selten und in Einzelfällen auf, können sich die Effekte auf Mikroebene negativ auf die wirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Entwicklung eines Landes oder einer Region auswirken und zu kollektivem Lasten führen. Gerade in armen Ländern auf vergleichsweise niedrigem Entwicklungsstand erscheint der vielfach im Sinne der Moral-Hazard-Theorie unterstellte Wohlfahrtsverlust aufgrund einer Übernutzung sozialer Absicherungssysteme oder öffentlich finanzierter Versorgungsstrukturen daher weit weniger bedrohlich als die gesamtgesellschaftlichen Kosten und Verluste aufgrund hoher Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall. Zwar kann die Einführung von Nutzergebühren unter Umständen die Bereitstellung einer Versorgungsstruktur zur Behandlung bestimmter Erkrankungen fördern bzw. ermöglichen, aber zugleich erhöht sie das Risiko der anfälligsten und sensibelsten gesellschaftlichen Gruppen, der Armen und der Kranken, aufgrund von gesundheitlichen Problemen langfristig zur Armut verurteilt zu sein.²⁰⁷ Und dieser Effekt beschränkt sich keineswegs auf die unteren Einkommensgruppen.²⁰⁸ Es besteht zunehmende empirische Evidenz, dass Gesundheitsausgaben sogar mittlere Einkommensgruppen in Armut abrutschen lassen können.²⁰⁹ Besonders gefährlich ist die Kombination der Ausgaben für medizinische Behandlungen mit krankheitsbedingten

²⁰⁴ S. z.B. Simpson et al. 2006

²⁰⁵ Ibid.

²⁰⁶ Cohen/Dupas 2010, S. 38

²⁰⁷ OECD/WHO 2003, S. 46

²⁰⁸ McIntyre et al. 2006, S. 862f

²⁰⁹ Scheil-Adlung et al. 2006, S. 15

Verdienstaussfällen bzw. Einkommensverlusten.²¹⁰ Gerade dieser Teufelskreis aus Krankheit und Verarmung bzw. Armut, die „*medical poverty trap*“,²¹¹ sollte zu einem überaus zurückhaltenden Einsatz aller Formen von Direktzahlung auch für vermeintlich besser gestellte Haushalte Anlass geben. Dies erfordert auch die Betrachtung des anderen Teils dieses Teufelskreises, denn gesundheitsbedingte Ausgaben verringern bei Menschen mit geringem Einkommen und vor allem bei Armen und Mittellosen die Chancen, die Armut zu überwinden und einen sozioökonomischen Aufstieg zu schaffen.

3.2 Zuzahlungsbefreiungen

Bei jeder Form von Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung hängt die Verteilung der finanziellen Belastung von der Preisfindung und -gestaltung sowie von Befreiungsregelungen ab.²¹² Mittlerweile haben viele Länder diverse Sonderregelungen und Zuzahlungsbefreiungen für bestimmte Leistungen eingeführt, um die sozialen und Gerechtigkeitsprobleme abzumildern.²¹³ In praktisch allen Ländern, in denen die Bürger in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Nutzergebühren und Zuzahlungen entrichten müssen, gelten Zuzahlungsbefreiungen zur sozialen Abfederung gemeinhin für arme und Mittellose sowie üblicherweise für Kleinkinder bis zu fünf oder sechs Jahren, Schwangere, bisweilen für ältere Menschen und für eine bestimmte Gruppe chronischer Erkrankungen. Befreiungsregeln und Überforderungsklauseln stellen allerdings die meisten Entwicklungsländer erfahrungsgemäß vor kaum zu bewältigende administrative Herausforderungen.²¹⁴ Vielfach besteht aber eine riesige Lücke zwischen der offiziellen Zuzahlungsbefreiungspolitik und der Wirklichkeit.²¹⁵ Dies gilt in besonderem Maße für die Anwendung bei Armen und Mittellosen, aber vielfach finden auch generell bestehende Befreiungen keine praktische Anwendung, so wie beispielsweise bei Schwangeren in Tansania, die zumindest auf dem Papier kostenfreien Zugang zu Schwangerschaftsvorsorge und Geburt haben sollten.²¹⁶

Noch schwieriger als die Zuordnung Betroffener zu bestimmten vordefinierten Gruppen ist grundsätzlich die Identifikation der Armen und Mittellosen, die in der Praxis häufig ihre Bedürftigkeit unter Beweis stellen müssen, bevor sie in den Genuss von Zuzahlungsbefreiungen kommen. Das scheitert aber vielfach an mangelnder Klarheit oder Erfassbarkeit der zugrunde liegenden Kriterien und an nicht vorhandenen Belegen für die Bedürftigkeit der Privathaushalte. Das Bemühen um Zuzahlungsbefreiungen ist für die Betroffenen oft stigmatisierend und entwürdigend, erhöht die ohnehin bestehenden Zugangsbarrieren und birgt das unübersehbare Risiko, arme und Bedürftige von der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen abzuhalten.²¹⁷ Die angewandten Methoden der Zuzahlungsbefreiung sind eher simpel und können daher nur unzureichend die ungleiche

²¹⁰ Chambers/Longhurst 1986, S. 44f; Kabir et al. 2000, S. 712

²¹¹ Whitehead et al. 2001, S. 833

²¹² Gilson et al. 2000, S. 301

²¹³ Creese/Kutzin 1995, S. 9; Fabricant et al. 1999

²¹⁴ Russell 1996, S. 235; Sepehri/Chernomas 2001, S. 193; Al-Serouri et al. 2001, S. 57ff; Commission for Africa 2005, S. 189, WHO 2005, S. 139

²¹⁵ McIntyre et al. 2008, S. 6

²¹⁶ Dies gilt z.B. für Tansania, wo Frauen offiziell keine Kosten für Schwangerschaftsvorsorge und Geburt aufbringen müssten, de facto aber nur dann von Zuzahlungen befreit sind, wenn das Gesundheitszentrum ihre Bedürftigkeit anerkennt (Obermann 2010, S. 10; Holst 2011, S. 8, 22)

²¹⁷ Arhin-Tenkorang 2000, S. 13; McIntyre et al. 2008, S. 6

soziale Belastung ausgleichen.²¹⁸ Für Gesundheitszentren wie für Krankenhäuser besteht kaum ein Anreiz, ihre Patienten von Direktzahlungen zu befreien, schließlich machen diese einen gewichtigen Teil ihres Budgets aus.²¹⁹ Daher folgen die Befreiungsregelungen oftmals eher der Logik der Leistungserbringer, hinreichende Einnahmen zu gewährleisten,²²⁰ und gehen nur unzureichend auf den real existierenden medizinischen oder epidemiologischen Bedarf bzw. auf entsprechende Bedürfnisse ein.²²¹ Vielfach fehlt auch jegliche oder zumindest eine adäquate Kontrolle über die Einnahme und Verwendung von Direktzahlungen der Patienten.²²²

Vielerorts gibt es aber weder eine klare Strategie der Zuzahlungsbefreiung,²²³ noch ist die Umsetzung von Zuzahlungsbefreiungen in der Praxis konsequent und zuverlässig²²⁴ und kommt in der Praxis zumeist weniger Armen als der wirklich mittellosen Bevölkerung zu Gute.²²⁵ Eine Befragung von Slum-Bewohnern in der thailändischen 150.000-Einwohner-Stadt Khon Kaen zeigt, dass dort Haushalte mit einem Einkommen oberhalb der Armutsgrenze signifikant häufiger (64,7 %) in den Genuss von Zuzahlungsbefreiungen kamen als arme Familien (35,3 %) und ein Drittel der über 60-Jährigen Nutzergebühren zu zahlen hatten, obwohl sie eigentlich davon befreit sein sollten.²²⁶

In der ghanaischen Region Obervolta kam nicht einmal jeder hundertste Patient in den Genuss von Zuzahlungsbefreiungen, und in 71 % der Fälle profitierte das Gesundheitspersonal von kostenfreier Behandlung.²²⁷ Ob derartigen Problemen mit verbessertem *targeting* zur Identifizierung der wirklich Armen beizukommen ist, wie manche Untersucher fordern,²²⁸ erscheint fraglich; klare Regelungen und vor allem deren unabhängige

²¹⁸ Barnett et al. 2001, S. 9. So führte die Regierung in Simbabwe zunächst 1991 Zuzahlungen nur für Personen ein, deren Haushaltseinkommen über 150 Z\$ im Monat lag, alle anderen waren automatisch befreit. Ein Schreiben vom Stadtrat oder Sozialentwicklungsoffizier reichte aus, die Bedürftigkeit nachzuweisen. Nach Erhöhung der Befreiungsgrenze auf 400 Z\$ konnten die Patienten auch einen Einkommensbescheid vorlegen (Dlodlo 1995, S. 9), doch wurde das Verfahren dadurch so aufwändig wie teuer und beendete die Behandlungsgarantie für alle Armen sowie insbesondere für allein stehende bzw. -erziehende Frauen (Barnett et al. 2001, S. 9; Dlodlo 1995).

²¹⁹ Meesen et al. 2003, S. 583; van Damme/Meessen 2001, S. 48; Kivumbi/Kintu 2002, S. 67f; Hardeman et al. 2004, S. 22

²²⁰ Agyepong 1999, S. 60; Meng et al. 2002, S. 61. In chinesischen Krankenhäusern erfolgen Zuzahlungsbefreiungen in erster Linie nach einer Art Discount-System, das primär von der aktuellen finanziellen Lage des Leistungserbringers abhängt. Die Berechnung von Preisnachlässen erfolgt willkürlich nach weitgehend intransparenten Kriterien einzelner Krankenhäuser, die vielfach eher den Bessergestellten als den wirklich Bedürftigen zu Gute kamen (Meng et al. 2004, S. 57, 59f).

²²¹ vgl. Sepehri/Chermonas 2001, S. 200f

²²² Coleman 1997, S. 24f; Nyonator/Kutzin 1999, S. 329; Russell et al. 1999, S. 771; Agyepong 1999, S. 64; Badasu 2004, S. 4; Blas 2004, S. S18; Kajula et al. 2004, S. S142f

²²³ z.B. Gohou et al. 2004, S. 413, Mubyazi 2004, S. 14

²²⁴ Coleman 1997, S. 19ff; Russell et al. 1999, S. 769; Mubyazi et al. 2003, S. 10f; Mubyazi 2004, S. 15; Badasu 2004, S. 8f

²²⁵ Chisadza et al. 1995, S. 324; Shaw/Ainsworth 1996a, S. 34; Al-Serouri et al. 2001, S. 6; Worldbank 2001, S. 84; Hutton 2002, S. 15; Blas/Hearst 2002, S. 3; Kivumbi/Kintu 2002, S. 69f; Uzochukwu et al. 2004, S. S113

²²⁶ Coronini-Cronberg et al. 2007, S. 7f

²²⁷ Worldbank 2001, S. 84

²²⁸ Z.B. Willis/Leighton 1995, S. 151f

Kontrolle dürften mindestens ebenso wichtig sein.²²⁹ Ohne an dieser Stelle auf die komplexe Problematik treffsicherer, zuverlässiger und sozial nicht diskriminierend wirkender Verfahren zur Bestimmung der Bedürftigsten einzugehen sei doch angemerkt, dass auch die unübersehbaren Probleme bei der richtigen Anwendung von Befreiungsregelungen zumindest in Entwicklungsländern den Nutzen von *user fees* ebenso wie den anderer sozialpolitischer Maßnahmen grundsätzlich betrifft und die häufigen Fehlanreize und -verteilungen allenfalls nachholend zu korrigieren sind.

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass die potenziellen Nutznießer der Härtefallklauseln und Befreiungen oft gar nicht über entsprechende Regelungen und ihre Ansprüche informiert sind.²³⁰ Oft spielen berufliche und geografische Kriterien weit weniger eine Rolle als der Beschäftigungsstatus und die Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen - beispielsweise zu Angehörigen von öffentlichem Dienst, Militär und Polizei²³¹ oder deren sozialem Umfeld.²³² Und nicht selten folgen die Zuzahlungsbefreiungen in erster Linie politischen bzw. wahltaktischen Überlegungen oder der aktuellen Haushaltslage eines Gesundheitspostens.²³³ Relativ unkompliziert erscheint hingegen die Festlegung von Ausnahmen für einfach identifizierbare Gruppen wie Kinder, Witwer, Schüler und Studenten oder Träger bestimmter chronischer Krankheiten.²³⁴ In jedem Fall sind klare Regeln und Vorgehensweisen ebenso unerlässlich wie Gebührenlisten und grundlegende Kenntnisse in Rechnungswesen und Buchführung.²³⁵

Ein entscheidendes Problem bei der sozialen Abfederung von Nutzergebühren ergibt sich in den meisten Fällen aus der Überforderung des medizinischen Fachpersonals in dieser Frage bzw. aus der Reallokation der zusätzlichen Einnahmen für administrative Aufgaben²³⁶ und vor allem aus einer unzureichenden Gegenfinanzierung der Zuzahlungsbefreiungen, Ausnahmeregelungen und Subventionen.²³⁷ Viele Regierungen stellen zu geringe Finanzressourcen zur Verfügung, um sowohl die Einnahmeverluste der Leistungserbringer als auch die anfallenden Verwaltungskosten zu kompensieren.²³⁸

Zur Verringerung dieses Problems könnten so genannte *Health Equity Funds* einen Beitrag leisten, die dezentral arbeiten, gezielt die Nutzergebühren für die Armen und Ärmsten übernehmen und gleichzeitig eine Schlechterstellung der Mittellosen aufgrund ihrer fehlenden Zahlungsfähigkeit verringern. Positive Erfahrungen mit derartigen Gesundheitsfinanzierungsprogrammen liegen aus Kambodscha vor, wo in einer armen Region solche lokalen Fonds den Zugang Armer zur Krankenhausbehandlung erhöhen konnten.²³⁹ In dem südostasiatischen Land, in dem Nutzergebühren zwischen 10 und 20 % der Einnahmen von Gesundheitseinrichtungen ausmachen, regelt die Nationalcharta zur Gesundheitsfinanzierung (National Charter on Health Financing), explizit die Verwendung

²²⁹ Devereux/Sabates-Wheeler 2004, S. 18

²³⁰ Deppe 1987, S. 109; Lloyd-Sherlock 2000, S. 891; Kivumbi/Kintu 2002, S. 68f

²³¹ Chen/Hiebert 1994, S. 10; Gilson et al. 1995, S. 385ff; Nyongator et al. 1996, S. 14; Russell/Gilson 1997, S. 375ff; Gilson 1997, S. 277ff; Melikov/Alekperov 2000, S. 41f; Schwefel et al. 2005, S. 40f

²³² Meng et al. 2004, S. 60

²³³ Kivumbi/Kintu 2002, S. 67f

²³⁴ Nyongator et al. 1996, S. 13; Stierle et al. 1999, S. 90

²³⁵ World Bank 2006, S. 65

²³⁶ McEuen/McGaugh 1997, S. 19; PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20

²³⁷ Gertler/Hammer 1997, S. 17ff; Agyepong 1999, S. 66; Bitrán/Giedion 2003, S. 69, 76; Kivumbi/Kintu 2002, S. 67f; Laterveer et al. 2004, S. 32; Meng et al. 2004, S. 61; Uzochukwu et al. 2004, S. S113f

²³⁸ Laterveer et al. 2004, S. 32, 73; PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20

²³⁹ Hardeman et al. 2004, S. 30

von *user fees*: 49 % stehen zur Motivation der Belegschaft und 50% für laufende Kosten zur Verfügung, und 1 % müssen die Gesundheitseinrichtungen an den Fiskus weiterleiten.²⁴⁰ Bemerkenswert ist dabei, dass der Staat auf diese Weise eine zwar geringfügige, aber gerade die Hilfsbedürftigsten treffende Krankheitssteuer erhebt.

Üblicherweise besteht ein Mangel an klaren Bestimmungen und Richtlinien, wer unter welchen Bedingungen in den Genuss zuzahlungsfreier Behandlung kommen soll.²⁴¹ Die entsprechenden Vorgaben sind in vielen Fällen zu bürokratisch, schlecht zu handhaben und vor allem überhaupt nicht nutzerfreundlich.²⁴² Als Beispiel für die Ergebnisse unkoordinierter Regelungen und Praxis sei an dieser Stelle auf Armenien verwiesen, wo 74 % der Bevölkerung im Krankheitsfall inoffizielle und nur 41 % reguläre Direktzahlungen leisten müssen.²⁴³ Zwar haben beispielsweise in Polikliniken Angehörige der unteren sozioökonomischen Schichten tendenziell seltener Nutzergebühren aufbringen müssen als Personen mit höherem Einkommen, aber von einer konsequenten Zuzahlungsbefreiung des ersten und zweiten Quintils kann ebenso wenig die Rede sein wie von konsequenter Bezahlung durch einkommensstärkere Personen. Auffallend ist auch die Beobachtung, dass besonders arme Personen in Diagnosezentren mehrheitlich Selbstbeteiligungen leisten müssen, während Angehörige des zweiten Quintils in den meisten Fällen befreit sind. Auch bei anderen Anbietern zeigen sich ausgeprägte Unverhältnismäßigkeiten zwischen der Kaufkraft und der Zuzahlungspflicht, wie die folgende Tabelle 5 verdeutlicht:

Tab. 5: Anteil zahlender Patienten nach sozioökonomischer Schicht in Armenien:

Einkommens- quintil	Poliklinik	Diagnosezentrum	Krankenhaus	Privatarzt	Andere	Gesamt
1	34,0	75,0	44,4	80,0	33,3	39,4
2	50,4	18,2	68,3	64,3	40,0	52,2
3	58,5	71,4	66,7	100,0	14,3	59,6
4	75,8	100,0	77,4	76,2	40,0	76,1
5	69,7	100,0	87,5	69,0	6,7	75,3
Gesamt	59,9	75,5	74,8	74,4	23,1	64,1

Quelle: Chaudhury et al. 2003, S. 11

Nicht zuletzt auf Grund der schlechten Erfahrungen, aber auch gefördert durch den Wunsch nach (Wieder-)Einführung steuerfinanzierter Gesundheitssysteme und in Anbetracht eines zumindest halbherzigen Sinneswandels bei der Weltbank²⁴⁴ haben etliche Entwicklungsländer in jüngster Zeit zumindest regional, bisweilen aber auch landesweit bestehende Zuzahlungen abgeschafft. Selbst Befürworter von „Eigenverantwortlichkeit“ und Zuzahlungen empfehlen mittlerweile, Vorsorgeuntersuchungen von jeglicher Selbstbeteiligung auszunehmen und sogar die Inanspruchnahme bestimmter Früherkennungsmaßnahmen zur Voraussetzung für die (volle) Kostenübernahme bei bestimmten Leistungen zu machen.²⁴⁵ Vermehrt fordern auch Stimmen aus dem Umfeld der internationalen Entwicklungsbank seit längerem einen grundsätzlichen Verzicht auf *user fees* bei der Behandlung

²⁴⁰ Van Damme/Meessen 2001, S. 18, 29

²⁴¹ Nyonator et al. 1996, S. 13; Paphassarang et al. 2002, S. 80; Kivumbi/Kintu 2002, S. 68f; Bitrán/Giedion 2003, S. 32; Lewis 2006, S. 34

²⁴² Laterveer et al. 2004, S. 26

²⁴³ Lewis 2000, S. 18

²⁴⁴ Vgl. Colgan 2002, S. 10; s. auch Twikirize/O'Brien 2012, S. 67

²⁴⁵ Crawford et al. 2004, S. 43

epidemiologisch bedeutsamer Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria, HIV/AIDS und anderer sexuell übertragbare Pathologien.²⁴⁶ Mittlerweile empfiehlt die Weltbank zumindest in den Bereichen, die für das Erreichen der Millennium Development Goals (MDG) relevant sind, keine Selbstbeteiligungen mehr. Schließlich hat die *cost-recovery*-Politik besonders dramatische Folgen bei der Immunschwächekrankheit HIV/AIDS, wofür Ruanda längere Zeit ein eindrückliches Beispiel war, dessen Gesundheitsbudget in den 1990er Jahren etwa zur Hälfte aus internationalen Geldern und zu 40 % aus privaten Ausgaben stammte und der Staat nur ein Zehntel der Mittel aufbrachte. Das entsprach dem Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben des afrikanischen Landes für HIV-Prävention und -therapie, den die Ruander fast ausschließlich aus der eigenen Tasche aufbrachten.²⁴⁷

Mittlerweile liegen umfangreiche Untersuchungen über das Verhalten der Bevölkerung, die Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen und den gesundheitlichen Status nach Rückkehr zu kostenfreiem Zugang zur Gesundheitsversorgung vor. Durch die Verringerung und die Abschaffung von Eigenbeteiligungen lässt sich die Inanspruchnahme erwünschter Versorgungsleistungen zumindest vorübergehend erhöhen.²⁴⁸ So zeigt eine Untersuchung aus dem Sudan, wo ab 1992 Nutzergebühren im Gesundheitswesen üblich waren, dass mit dem Umfang der Zuzahlungsbefreiung für bestimmte, besonders gefährdete Risikogruppen die Inanspruchnahme essenzieller Versorgungsleistungen in höherem Maße und zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt.²⁴⁹ Ein einzigartiges natürliches Experiment lieferte die kurzfristige politische Krise nach der Präsidentschaftswahl 2001 in Madagaskar, in deren Folge es zu einer Wirtschaftsblockade kam, auf welche das Land u.a. mit der Einführung von Nutzergebühren reagierte, um die Versorgung aufrecht erhalten zu können. In dieser Phase kam es zu einem leichten Rückgang der Nutzung öffentlicher Gesundheitsposten auf dem Lande, der vornehmlich auf fehlende Liquidität und weniger auf Nachschubprobleme unter der Blockade zurückzuführen war. Nach der Aufhebung der *user fees* war nämlich im Gesundheitswesen nahezu eine Verdoppelung der Nutzungsraten zu beobachten.²⁵⁰

In insgesamt sieben kenianischen Krankenhäusern stieg die Zahl ambulant behandelter Patienten wieder auf das Ausgangsniveau an, nachdem die *user fees* abgeschafft worden waren, die zu einem spürbaren Rückgang geführt hatten.²⁵¹ Die Beseitigung von Nutzergebühren für Schwangere, stillende Mütter und Kinder unter sechs Jahren in Südafrika war eine der ersten wichtigen politischen Maßnahmen der Regierung von Nelson Mandela nach ihrer Wahl 1994. In den Folgejahren stieg in einer repräsentativen Gesundheitseinrichtung in KwaZulu/Natal die Nutzung kurativer Versorgungsleistungen um mehr als 77 %, während Vorsorgeleistungen einen leichten Rückgang zeigten.²⁵² Der

²⁴⁶ Hay/Jackson 2002, nach Uzoichukwu et al. 2004, S. S114; vgl. auch Moses et al. 2002, S. i118

²⁴⁷ Barnett et al. 2001, S. 13, 17. 93,5 % der HIV/AIDS-assozierten Ausgaben in Ruanda sind Direktzahlungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, 5,6 % steuern internationale Organisationen bei (4,5 % finanziert das nationale AIDS-Programm *Programme National de Lutte Contre le SIDA* (PNLS), 1,1 % Kirchen und lokale NGO's) und nur 0,9 % entstammt dem staatlichen Gesundheitsbudget (Barnett et al. 2001, S. 14).

²⁴⁸ Emmett 2004; Gilson/McIntyre 2005, S. 763

²⁴⁹ Abdu et al. 2004, S. S99ff. Die experimentelle Untersuchung erbrachte dabei einen Korrelationskoeffizienten von 0,8 für den Umfang der Zuzahlungsbefreiung, die in 25 %-Schritten Anwendung fanden, und der relativen Zunahme der Malariafälle bei den Risikogruppen Schwangere und Kleinkinder (Abdu et al. 2004, S. S99).

²⁵⁰ Fafchamps/Minten 2003, S. 11, 18f

²⁵¹ Willis/Leighton 1995, S. 248ff

²⁵² Wilkinson et al. 1997, S. 940; Costello 1997, S. 941

Rückgang der Nutzung von Schwangerschafts- und Wachstumskontrollen sowie von Impfungen verstärkte sich deutlich nach allgemeiner Aufhebung der Zuzahlungspflicht für allgemeinärztliche ambulante Behandlungen,²⁵³ was vermutlich auf die rapide ansteigende Belastung der Einrichtungen und des Personals zurückzuführen ist.²⁵⁴ Dieses Ergebnis ist zwar nicht überall zu beobachten, denn mancherorts steigen auch die Impfraten und die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen,²⁵⁵ doch belegt die Beobachtung aus Südafrika, dass auch die Abschaffung einmal implementierter Direktzahlungen neben der erwünschten Erhöhung der Nutzerraten auch unerwünschte Wirkungen wie unbewältigte Warteschlangen und Unzufriedenheit beim Personal wie bei Patienten entfalten kann.²⁵⁶

Aussagekräftig sind die Erfahrungen aus Uganda, wo Vorschläge zur Kostenbeteiligung der Patienten in das Jahr 1991 zurückreichen und die Mischung aus internationalem Druck, teils entschiedenem innenpolitischem Widerstand und politischer Opportunität dazu führte, dass Nutzergebühren in den letzten anderthalb Jahrzehnten mehrfach eingeführt und wieder abgeschafft wurden.²⁵⁷ Bedeutsam für die internationale Debatte über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung ist zunächst eine Berechnung über die makroökonomischen Folgen von Patientenzuzahlungen: Nutzergebühren und die dadurch verursachten Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem hatten vermeidbare, krankheitsbedingte Einkommensverluste im Umfang von annähernd neun Millionen US\$ verursacht - doppelt so viel wie die Gesamteinnahmen durch *user fees*.²⁵⁸

Für die Betrachtung des Einflusses direkter Kosten auf das Nachfrageverhalten ist die Beobachtung relevant, dass in Uganda die Zahl der Patienten, die in verschiedenen Landesteilen mit einem Behandlungswunsch in Gesundheitsposten vorstellig wurden, nach Abschaffung der *user fees* deutlich um 53,3 % in die Höhe schnellte; bei Kleinkindern lag der Zuwachs immerhin noch bei 27,4%.²⁵⁹ Dieser starke Anstieg beschränkte sich indes auf den Westen und in etwas geringerem Umfang auf den Osten des Landes, während im Norden keine signifikante Veränderung zu messen war.²⁶⁰ Anderen Untersuchungen zu Folge stieg die Nutzung von Gesundheitsposten in dem afrikanischen Land nach Abschaffung der *user fees* sogar um 120 % und senkte zugleich die Gesundheitsausgaben des untersten Quintils um 13 %; damit kam die Hälfte der Einsparungen der ärmsten Bevölkerungsschicht zu Gute.²⁶¹ Allein die spürbare Verringerung bzw. Einführung von Einheitsgebühren für bestimmte Zielgruppen (Kinder, Schwangere, Frauen) führte in konfessionellen Gesundheitseinrichtungen zu erhöhter Inanspruchnahme, aber nicht unbedingt zu größerer Effizienz.²⁶² Denn die numerische Steigerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Abschaffung der Behandlungsgebühren führte nicht zu einem effektiv verbesserten Zugang zur Krankenversorgung und viele Menschen suchen trotz kostenfreien Zugangs zu öffentlichen Einrichtungen weiterhin Privatanbieter auf, weil wesentliche diagnostische und therapeutische Leistungen und insbesondere

²⁵³ Amone et al. 2005, S. 8

²⁵⁴ Wilkinson et al. 2001, S. 665f

²⁵⁵ Z.B. Burnham et al. 2004, S. 188f

²⁵⁶ Vgl. auch Gilson/McIntyre 2005, S. 763f; WHO 2005, S. 139; Eldis 2006

²⁵⁷ Kivumbi/Kintu 2002, S. 65; Kajula et al. 2004, S. S134, S145ff

²⁵⁸ Deininger/Mpuga 2004, S. 18

²⁵⁹ Burnham et al. 2004, S. 188. Allerdings stieg die Anzahl der Wiedervorstellungen in dieser Altersgruppe um 81,3 % (ibid.).

²⁶⁰ Deininger/Mpuga 2004, S. 14

²⁶¹ Commission for Africa 2005, S. 189

²⁶² Giusti et al. 2005

Medikamente nicht verfügbar sind.²⁶³ Zu bedenken ist dabei, dass sich Zuzahlungsbefreiungen naturgemäß ausschließlich auf direkte – und natürlich auch nur auf offizielle – Ausgaben anwenden lassen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung anfallen. Während zwar im Rahmen sozialer Absicherungssysteme immer wieder die Empfehlung auftaucht, auch Krankentransportkosten zu übernehmen, setzen Befreiungsregelungen zur Abfederung der unerwünschten Folgen der Selbstbeteiligungspolitik ausschließlich bei den offiziell erhobenen Kosten an. Bekanntermaßen machen aber die indirekten Ausgaben für die Anreise zur Gesundheitseinrichtung, Einkommensausfälle und Ernährung während der Abwesenheitszeit und sonstige unvermeidliche Ausgaben vielfach einen erheblichen Anteil der gesamten krankheitsbedingten Kostenbelastung der Haushalte aus.²⁶⁴

Hinzu kommt ein anderer Aspekt, der üblicherweise in der ökonomischen Literatur fehlt und auch in der angelsächsisch dominierten sonstigen wissenschaftlichen Diskussion oft zu kurz kommt. Die übliche Forderung in Verbindung mit Zuzahlungsbefreiungen lautet, die Armen und Mittellosen, also jene, die anfallende Kosten für ihre Behandlung nicht selber aufbringen können – im englischen „those unable to pay“²⁶⁵ oder „who cannot afford to pay“²⁶⁶ von Zuzahlungen zu befreien. Angesichts der Tatsache, dass die verfügbaren Einkommen der Privathaushalte eine stetige Funktion darstellen, ist jedes Targeting-Verfahren, das zwischen arm und bedürftig – also von Selbstbeteiligungen befreit – und zahlungsfähig unterscheiden soll, willkürlich und birgt immanente Ungerechtigkeiten. Denn Zuzahlungsbefreiungen können den regressiven Charakter einkommensunabhängiger Selbstbeteiligungen oder Nutzergebühren allenfalls für die Patienten ausgleichen, die in den Genuss von Überforderungsklauseln und Befreiungen kommen. Wer aber knapp über der jeweiligen Bedürftigkeitsgrenze liegt, muss für Eigenbeteiligungen einen vergleichsweise hohen Anteil des verfügbaren Einkommens aufbringen.²⁶⁷ Die Vorstellung, wirksame Zuzahlungsbefreiungen könnten unerwünschte Auswirkungen auf die soziale Gerechtigkeit verhindern und den erwünschten Effekten einer verbesserten Zugangsgerechtigkeit freien Lauf lassen, ist daher unbegründet und widerspricht dem Solidarprinzip.²⁶⁸

In der gesundheitspolitischen Praxis ist bei der Bewertung von Zuzahlungsbefreiungen vor allem zu beachten, dass Regierungen nicht selten klare politische Vorgaben und eine konsequente Umsetzung von Befreiungsregelungen vermeiden, so dass bei den Beteiligten Unklarheit über die Anwendung bzw. Fortführung von Befreiungsregelungen nach Reformmaßnahmen wie dem Aufbau eines Krankenversicherungssystems besteht.²⁶⁹ Auch lassen internationale Geberorganisationen bei gesundheitsbezogenen Maßnahmen immer wieder eine hinreichende Berücksichtigung und Einforderung von wirksamen Zuzahlungsbefreiungen vermissen. Besonders bedenklich ist es dabei, wenn Entwicklungsvorhaben zumindest auf dem Papier bestehende Befreiungsregelungen unterlaufen und subventionierte Gesundheitsleistungen für Personengruppen anbieten, die eigentlich von allen Selbstbeteiligungen befreit sein sollten.

²⁶³ Poirier 2006, S. 40f; Twikirize/O'Brien 2012, S. 75

²⁶⁴ Russell 2003, S. 34ff

²⁶⁵ Price 2002, S. 5

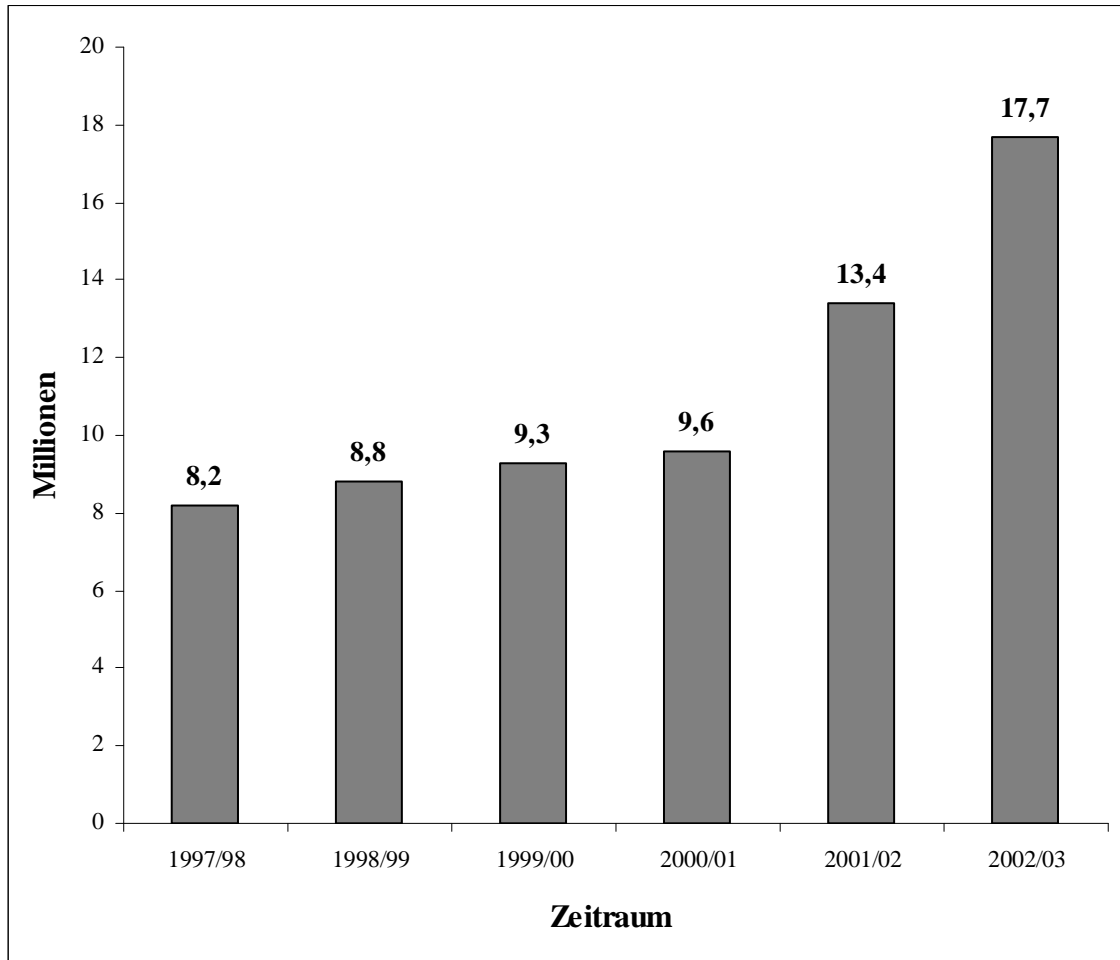
²⁶⁶ WHO 2010, S. 5, 9, 43

²⁶⁷ Vgl. Gertler et al. 1987, S. 67ff

²⁶⁸ Gemeint ist hier der Kerngedanke des häufig unpräzise, verfälscht oder unter Verkehrung von Ursache und Wirkung dargestellten Solidarprinzips, nämlich der Verbindung von Zahlung nach Leistungsfähigkeit und Inanspruchnahme nach Bedarf.

²⁶⁹ S. z.B. Witter et al. 2007, S. 67

Abb. 6: Neue Patientenkontakte in staatlichen und allgemeinnützigen privaten Gesundheitsposten in Uganda nach Abschaffung der Nutzergebühren



Quelle : Ugandisches Gesundheitsministerium: Annual Performance Report 2002/3 (Yates et al. 2006, S. 347)

Dies ist beispielsweise der Fall bei dem KfW-Vorhaben *Improved Access for the Poor Pregnant Women to Improve Maternal Health and HIV-related Services in Tanzania*, das armen Frauen Zugang zu angemessener Schwangerschaftsvorsorge und geburtsassoziierter medizinischer Versorgung bieten soll. Die Zielgruppe mittelloser Schwangerer ist in dem ostafrikanischen Land aber zumindest auf dem Papier in doppelter Hinsicht von allen Zuzahlungen befreit, weil der tansanische Staat kostenfreie Schwangerenversorgung gewährleistet und armen Bürgern sämtliche Selbstbeteiligungen zu erlassen sind. Auch wenn die Regierung beides nicht umzusetzen willens oder in der Lage ist, drängt sich die Frage auf, ob ein Entwicklungsprogramm, das nicht explizit die Umsetzung der Zuzahlungsbefreiungen verfolgt, sondern unter deren Missachtung oder gar Unterlaufung bestehende Missstände zumindest für die Projektlaufzeit zementiert, im Sinne einer nachhaltigen Entwicklungspolitik zu rechtfertigen ist.²⁷⁰

Interessante und vor allem sehr aktuelle Erkenntnisse über erwünschte und unerwünschte Auswirkungen von Nutzergebühren ließ ein Ende 2011 erschienener Sonderband der Zeitschrift *Health Policy and Planning* (HPP) erwarten, der sich ausschließ-

²⁷⁰ Vgl. Holst 2011, S. 8, 32

lich dem Thema der Abschaffung von Selbstbeteiligungen bzw. Nutzergebühren in Entwicklungsländern widmet. Die unter Federführung des Antwerpener *Institute of Tropical Medicine* erstellte Mehrländeranalyse legt dabei den Fokus nicht auf die Darlegung der empirischen Evidenz für oder gegen Direktzahlungen, sondern auf die Ansätze verschiedener Länder bei der konzeptionellen und praktischen Abschaffung von Zuzahlungen im Krankheitsfall. Damit wollen die beteiligten Autoren Erfahrungswissen aus fünf afrikanischen (Burkina Faso, Burundi, Mali, Ruanda, Uganda) und zwei asiatischen Ländern (Afghanistan und Nepal) für die Beratung politischer Entscheidungsträger in potenziellen Nachahmerstaaten liefern.

Ansätze der zusammengetragenen Analysen sind allerdings ernüchternd und die Zusammenschau liefert wenig systemübergreifend relevante Erkenntnisse zu gesundheits- und sozialpolitischen Folgen von Nutzergebühren. Was als „user fee removal“ angekündigt ist, entpuppt sich mancherorts als nicht einmal vollständige Abschaffung der Patientendirektzahlungen für ausgewählte Leistungen. Nur in Uganda und Ruanda sowie zumindest auf Distriktebene in Nepal erfolgte eine breitere Abschaffung oder Reduzierung von Nutzergebühren, die in Ruanda mit der Einführung einer Krankenversicherung verbunden war. In den anderen Fällen geht es um isolierte Befreiungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Gesundheitsprobleme, nämlich für Schwangere und Kleinkinder wie in Burundi²⁷¹ und Mali,²⁷² für geburtsassoziierte Behandlungen wie in Burkina Faso²⁷³ oder ausschließlich für Leistungen der Primärversorgung wie in Afghanistan.²⁷⁴ Primäre Endpunkte der diversen Untersuchungen sind in erster Linie die Inanspruchnahmeraten nach Abschaffung der Zuzahlungen im Vergleich zu vorher. Dabei bestätigt sich regelmäßig der bekannte Effekt, dass eine Verringerung der finanziellen Zugangsbarrieren zumindest vorübergehend eine gesteigerte Inanspruchnahme nach sich zieht.

Dies gilt naturgemäß nur für die jeweils betroffenen Gesundheitsleistungen, könnte aber durchaus weitergehende Effekte für nicht begünstigte Bevölkerungsgruppen oder nicht betroffenen Versorgungsbedarf haben. Denn die Zuzahlungsbefreiungen oder –reduzierungen kommen ja nur bestimmten Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen zu Gute und lassen das übrige Versorgungsspektrum unberührt. Die mit der sehr eingeschränkten „Abschaffung“ von Nutzergebühren verbundenen Risiken und unerwünschten Wirkungen kommen auch in den diversen Beiträgen im erwähnten HPP-Sonderheft überhaupt nicht zur Sprache. Dabei handelt es sich bei der selektiven Rücknahme der Selbstbeteiligungs-politik um eine Form der klassischen vertikalen gesundheitspolitischen Intervention, die zwar im engen Spektrum der intendierten Effekte Wirksamkeit zeigen, aber darüber hinaus auch etliche unerwünschte Effekte haben kann. Mögliche Ausweicheffekte der Anbieter und die mit der Priorisierung bestimmter Leistungen unweigerlich verknüpfte Marginalisierung anderer Leistungen werden nur dann sichtbar, wenn man sie auch in Betracht zieht und erfasst. Von einer komplexeren, wirklichkeitstauglichen Analyse der Gesamteffekte von Zuzahlungsbefreiungen sind die Beiträge in HPP weit entfernt.

Es gelingt zwar in einigen der Beiträge, gesundheitspolitisch interessante Schlussfolgerungen zu ziehen und Empfehlungen für die Abschaffung von Direktzahlungen der Patienten abzuleiten, wirklich neue Erkenntnisse lassen sich jedoch nicht ausmachen. Auch der Versuch, Erfolg versprechende allgemeine politische Rahmenbedingungen für die

²⁷¹ Nimpagaritse/Bertone 2011, S. ii64

²⁷² Ponsar et al. 2011, S. ii73f; kostenfreie Behandlung für Schwangere besteht aber nur bei fieberhaften Erkrankungen.

²⁷³ Ridde et al. 2011, S. ii31

²⁷⁴ Steinhard et al. 2011, S. ii93

Abschaffung von Eigenbeteiligungen zu formulieren, bleibt recht abstrakt und unspezifisch, da er sich in dieser Form auf jede Form von Gesundheitsreformpolitik anwenden lässt.²⁷⁵ Gerade im Hinblick auf die für die Ökonomie geradezu charakteristische, aber in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten auch in der gesamten wissenschaftlichen Debatte über Nutzergebühren erkennbare Widersprüchlichkeit der „internationalen wissenschaftlichen Evidenz“²⁷⁶ erscheint die Empfehlung einer stärkeren Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse wenig hilfreich für nationale Entscheidungsträger. Schließlich fanden sich auch für die umfassende Anwendung von Nutzergebühren hinreichend viele Befürworter aus der Wissenschaft, die für die umfassende Anwendung von *user fees* argumentierten, und die anhaltende Debatte über Sinn und Unsinn von Zuzahlungen in reicheren Ländern gibt wenig Hoffnung, dass Anhänger eines Menschenbildes im Sinne de *homo oeconomicus* in Zukunft keine weitere wissenschaftliche Modellevidenz produzieren werden. Richtig ist ganz ohne Frage der Hinweis auf die Bedeutung von technischer und politischer Führung und von „robuster“ Gegenfinanzierung; entscheidend ist dabei aber nicht nur, wie beides zu bewerkstelligen ist. Unter den aktuellen Bedingungen zunehmend ökonomisch und wirtschaftspolitisch bestimmter nationaler Politikvorgaben stellt sich auch die Frage, wie der erforderliche gesamtpolitische Kontext zu erreichen ist.

Wenig Neues bieten auch die vier allgemeinen Erkenntnisse, welche die verantwortlichen Autoren im Editorial des Sonderbands verkünden:²⁷⁷

1. Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verringerung der finanziellen Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung können die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sehr wirksam verbessern, vorausgesetzt sie sind gut geplant, vorbereitet und umgesetzt.
2. Zuzahlungen lassen sich nicht mit einem Federstrich überwinden, sondern ihre Abschaffung bedarf einer sorgsamem Vorbereitung, angemessener Begleitmaßnahmen sowie einer engmaschigen Überwachung.
3. Die Umstellung der Gesundheitsfinanzierung von Direktzahlungen lässt sich in der Regel nicht durch eine einzige ergänzende Finanzierungsmaßnahme gegenfinanzieren, sondern es bedarf der Kombination verschiedener Mechanismen zur Mobilisierung, Bündelung und Zuweisung der Mittel.
4. Internationale Entwicklungspartner sollten in der Phase der Überwindung von Zuzahlungen im Gesundheitswesen eine aktivere Rolle spielen und sowohl finanzielle als auch technische Unterstützung bieten.

Auch diese Erkenntnisse mögen zwar vernünftig klingen, sind aber nicht gerade weltbewegend, sondern bleiben hinter dem Erfahrungswissen zurück, dass man in einer unvoreingenommen geführten gesundheitspolitischen Debatte eigentlich erwarten dürfte. Evidenz für die Senkung der Inanspruchnahme durch Zuzahlungen und ihre erneute Steigerung durch ihre Abschaffung gibt es seit langem in Überfülle. Plötzliche gesundheitspolitische Änderungen ohne geplante Kompensierung zumindest der vorhersehbaren Verwerfungen waren noch nie Erfolg versprechend. Zudem ist historisch lange entschieden, dass die Gesundheitsfinanzierung im Wesentlichen auf öffentlichen Mitteln beruhen muss, um nachhaltig und zugleich universell sein zu können. Praktisch alle Länder der Erde, die dem Ziel der universellen Absicherung im Krankheitsfall nahe gekommen sind, bezahlen mindestens zwei Drittel, in den meisten Fällen aber 75 % oder

²⁷⁵ Hercot et al. 2011

²⁷⁶ Ibid., S. ii8

²⁷⁷ Meessen et al. 2011a, S. ii3

mehr ihrer Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Ressourcen, während gerade private Zuzahlungen nur geringe Bedeutung haben.²⁷⁸ Und ob eine aktivere Rolle der internationalen Entwicklungspartner so grundsätzlich positiv zu bewerten ist, wie es die Herausgeber des Sonderhefts tun, ist in Anbetracht der vielfach bedenklichen Rolle von IWF, Weltbank, UNICEF und WHO bei der Einführung der User-Fee-Politik zu bezweifeln.

Mittlerweile werden die sozialen und sozialpolitischen Konsequenzen immer offenkundiger: Die Verlagerung der Gesundheitskosten auf die Patienten, sei es durch private Absicherung, individuelle Gesundheitsfonds, *user fees* und andere Modelle von Direktzahlungen der Verbraucher, trifft in besonderer Weise die am stärksten benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft.²⁷⁹ Zwar ist durchaus eine einkommensabhängige Staffelung der Zuzahlungen möglich, um eine weniger regressivere Finanzierung zu erreichen und die Kostenbelastung der unteren sozioökonomischen Schichten abzuschwächen.²⁸⁰ Doch für viele Länder wären die Einführung entsprechender Verfahren zu kompliziert und die Umsetzung zu schwierig,²⁸¹ vielerorts fressen die entstehenden Verwaltungskosten allein 40-60 % der durch Kostenbeteiligung der Patienten generierten Einnahmen auf,²⁸² in Honduras belaufen sich die administrativen Kosten im Zusammenhang mit *user fees* insgesamt auf zwei Drittel und auf regionaler Ebene sogar auf 166 % der Einnahmen.²⁸³ Die üblicherweise angewendeten Einheitsgebühren sind hingegen per se regressiv²⁸⁴ und belasten in der Regel niedrigere Einkommensgruppen relativ gesehen noch stärker als Einheitsbeiträge zu einer Krankenversicherung, da sie nur im Krankheitsfall zu zahlen sind.²⁸⁵ Am höchsten ist die Belastung für die arbeitende Bevölkerung mit niedrigerem Einkommen und deren Angehörige, ältere Menschen mit reduziertem Einkommen sowie grundsätzlich alle Armen.²⁸⁶ Zu Nutzergebühren schreibt der renommierte Gesundheitsökonom Andrew Creese im *British Medical Journal* kurz und prägnant: „Sie verringern nicht die Ausgaben, und sie vergrößern die Ungerechtigkeit.“²⁸⁷

4 Steuerungseffekte von Behandlungsgebühren

Um die Wirkung von Direktzahlungen in der Krankenversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern erfassen zu können, bietet sich zunächst die Betrachtung der mit ihrer Einführung und Anwendung verbundenen Zielsetzung bzw. Effekte an. Neben der Generie-

²⁷⁸ OECD 2012

²⁷⁹ Creese/Kutzin 1995, S. 3; Hearst/Blas 2001, S. 2; Laterveer et al. 2004, S. 22ff

²⁸⁰ Ramsay 1998, S. 11

²⁸¹ McEuen/McGaugh 1997, S. 18; Witter 2002, S. 5

²⁸² Ibid. S. 7

²⁸³ Fiedler/Suazo 2002, S. 372. Dabei besteht eine ausgeprägte umgekehrte Proportionalität zwischen der Größe der Gesundheitseinrichtung und ihrem finanziellen Verwaltungsaufwand, denn die Aufwendungen für die Bearbeitung von Nutzergebühren liegen in staatlichen und regionalen Hospitälern bei nur 12 %, in Distriktkrankenhäusern bei 45 % und in Gesundheitszentren und -posten bei 332 % (Fiedler/Suazo 202, S. 372).

²⁸⁴ O'Shea 2004, S. 7

²⁸⁵ Criel 1998b, S. 19f

²⁸⁶ PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20; Whitehead et al. 2001, S. 833; Fiedler/Suazo 2002, S. 368f; Deininger/Mpuga 2004, S. 19; Blas 2004, S. S14

²⁸⁷ Creese 1997, S. 202

rung zusätzlicher Mittel für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung stehen dabei, wie in Kapitel 2 erwähnt, die Auswirkungen auf die Effizienz, die Nachhaltigkeit und die soziale Gerechtigkeit der Gesundheitssysteme im Mittelpunkt. Ein wesentliches Steuerungsziel jeglicher Form von Zuzahlung im Krankheitsfall ist die Reduzierung einer überzogenen Inanspruchnahme bzw. der Fehlnutzung des Gesundheitswesens mit dem Ziel, seine Effizienz zu verbessern. Ergänzend stellt sich die Frage, ob Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall erkennbar Impulse für eine verbesserte Zusammenarbeit des öffentlichen und privaten Gesundheitssektors geliefert haben.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass unvermeidbare Zielkonflikte sowohl innerhalb als auch zwischen den beiden intendierten Hauptwirkungen von Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen bestehen: Im Sinne der Ressourcengenerierung bzw. der Erhöhung der verfügbaren finanziellen Mittel müsste man hinreichend hohe Zuzahlungen bzw. *user fees* fordern, denn je niedriger die monetäre Belastung der Betroffenen, desto geringer sind die Einnahmen. Andererseits steigt mit der Höhe der finanziellen Hürde auch die Zahl der Menschen, die sich aus finanziellen Gründen von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abhalten lassen - was sich wiederum negativ auf die Einnahmen auswirkt. Vergleichbar ist das Dilemma bei der intendierten Steuerungswirkung: Um die Nachfrage effektiv im gewünschten Sinne zu steuern, müssen die Selbstbeteiligungen ausreichend hoch sein, was das Risiko einer unvernünftigen Nicht-Inanspruchnahme erhöht; sind Zuzahlungen und Nutzergebühren zu niedrig, entfalten sie eine zu geringere Steuerungswirkung.

Ein weiterer Zielkonflikt besteht zwischen der Ressourcengenerierung und der angestrebten Effizienzverbesserung im Gesundheitswesen. Ein verwertbarer Anstieg der Einnahmen und damit der verfügbaren Mittel lässt sich, wie erwähnt, nur dann mit Hilfe von Patientendirekt- und -zuzahlungen erzielen, wenn die entsprechenden Einnahmen bei der Gesundheitseinrichtung verbleiben und dort zum Einsatz kommen. In diesem Fall besteht aber die Gefahr, dass zuzahlungsbedingtes Anbieterverhalten die gewünschten Effekte auf Nachfragerseite aufheben oder sogar überlagern kann.

Eine Vielzahl, wenn nicht sogar die Mehrheit der vorliegenden Untersuchungen über die Effekte von Patientenselbstbeteiligungen in Entwicklungs- sowie in geringerem Maße in Schwellenländern geht der Frage nach, ob und inwieweit Nutzergebühren und andere offizielle Zuzahlungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen quantitativ beeinflusst haben. Dieser Endpunkt ist zwar vergleichsweise einfach zu erfassen, hat allerdings zur Einordnung der Folgen einer gesundheitspolitischen Maßnahme nur eingeschränkten Aussagewert. Denn zum einen macht eine Erfassung der Inanspruchnahmeraten nur dann Sinn, wenn man sämtliche anderen externen und systemimmanenten Faktoren miteinbezieht, die Einfluss auf diese Indikatoren haben können. Und zum anderen sagen Nutzungsraten wenig über den Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Population aus, dessen Verbesserung letztlich immer das Ziel von Interventionen sein sollte.

Zur Darlegung der unmittelbaren Effekte der Einführung oder Erhöhung offizieller Selbstbeteiligungen sei an dieser Stelle exemplarisch auf ausgewählte Untersuchungsergebnisse verwiesen. Besonders deutlich war der Rückgang der Patientenzahlen nach Einführung von Nutzergebühren in einer Reihe öffentlicher Gesundheitseinrichtungen beispielsweise in Swasiland: Nach drei Monaten war die Inanspruchnahme um 32,4 und nach einem Jahr sogar um 38,5 % gesunken. Aus gesundheitswissenschaftlich-epidemiologischer Sicht war dabei bemerkenswert, dass der Rückgang bei Impfungen und bei Durchfallerkrankungen im Kindesalter stärker spürbar war als bei den morbiditäts- und

mortalitätsbezogen weniger ernsthaften Problemen.²⁸⁸ Sambia, wo neben der Dezentralisierung des Gesundheitswesens und der besseren Koordination von Entwicklungshilfegeldern die Erhebung von Gebühren im Mittelpunkt der Gesundheitsreform 1993-97 stand, war ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu beobachten; insbesondere in den ersten beiden Jahren nach Einführung der Nutzergebühren sank die Zahl der ambulant behandelten Patienten dramatisch um 35 %, während die stationären Aufnahmen in Gesundheitsposten kontinuierlich anstiegen.²⁸⁹

Nigeria erhebt seit 1986 in allen öffentlichen Einrichtungen Nutzergebühren für Operationen, Medikamente und Verbände, die vor allem in der Anfangsphase auch bei Geburten fällig sein konnten. In einer Region des Landes führte die Einführung von *user fees* zu einem 46prozentigen Rückgang stationärer Entbindungen im entsprechenden Regionalkrankenhaus und zu einem dramatischen Anstieg der Müttersterblichkeit um 56 %.²⁹⁰ Andererseits hat sich dort gezeigt, dass die Erhebung von Zuzahlungen in stärker spezialisierten Kliniken besser funktioniert als in Allgemeinkrankenhäusern und Gesundheitsposten.²⁹¹ Dies mag nicht nur an deren eingeschränkter finanzieller Managementkapazität und dem Mangel an klaren Vorgaben liegen,²⁹² sondern ist möglicherweise auch auf die unterschiedliche Klientel von Spezialkrankenhäusern zurückzuführen.

In Eritrea lässt sich eine Steuerung der Patientenströme durch die Zuzahlungsbedingungen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen feststellen. Während die relativ hohen Eigenbeteiligungen in privaten und konfessionellen Kliniken 23 bzw. 17 % der Menschen von der Inanspruchnahme abhielten, waren es in Regierungskrankenhäusern nur 8 %, nicht zuletzt wegen der dort bestehenden Zuzahlungsbefreiungen. Nutzergebühren haben folglich einen einschränkenden Effekt bei der Wahl der Gesundheitseinrichtung und führen zu einkommensabhängiger Staffelung des Angebots.²⁹³

Mit Unterstützung von Weltbank und IWF führte Burundi ab 2002 für vier Fünftel der Bevölkerung die vollständige Zuzahlungspflicht für ambulante Arztbesuche und für Medikamente ein, wobei für Arzneimittel ein Zusatzbeitrag von 15 % hinzukam. Eine 2004 veröffentlichte Untersuchung von *Médecins sans Frontières* (MSF) kam zu dem Ergebnis, dass die durchschnittlichen Sprechstundengebühren dem Verdienst von zwölf Arbeitstagen in der Landwirtschaft entsprachen²⁹⁴ und fast jeder sechste betroffene Burundi wegen Geldmangels auf medizinische Hilfe verzichtet - immerhin 850.000 Menschen. Vor allem die Armen zögern Behandlungen hinaus, und mehr als vier von fünf Burundis müssen sich für Behandlungen verschulden oder einen Teil der Ernte verkaufen. In anderen Fällen lassen die Kliniken Patienten verhaften oder ziehen deren Besitz ein, um Nutzergebühren einzutreiben.²⁹⁵

²⁸⁸ Yoder 1989, S. 39ff

²⁸⁹ Blas/Limbambala 2001, S. 23. Der Vollständigkeit halber soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass die Inanspruchnahme besonders geförderter Gesundheitsleistungen wie Mutter-Kind-Betreuung einschließlich Geburten trotz der Gebühren im gleichen Zeitraum leicht ansteigend war; zudem führte die Reform gleichzeitig zu einer Verlagerung von Behandlungen von Krankenhäusern zu Gesundheitsposten (Blas/Limbambala 2001, S. 26).

²⁹⁰ Bangser 2000, S. 8

²⁹¹ Petu 2005, S. 34

²⁹² Ibid.

²⁹³ Habtom/Ruys 2005, S. 11, 13f

²⁹⁴ - also wesentlich höher lagen, als Weltbankexperten in der Anfangsphase der User-Fee-Politik vermuteten (s. Kapitel 2 und Akin et al. 1987, S. 25f) -

²⁹⁵ Cetinoglu et al. 2004, S. 44ff

In Niger war zwar in einem Bezirk mit knapp 30.000 Einwohnern nach Umsetzung der Bamako-Initiative 1989 ein deutlicher Anstieg der Nutzung kurativer Dienste zu beobachten, der allerdings stark auf die Begleitmaßnahmen bei gleichzeitig nur geringfügigen Nutzergebühren zurückzuführen ist. Diese erweisen sich jedoch als unzureichend, um die laufenden Arzneimittelkosten zu decken, die auf kommunaler Ebene beschlossene Verdoppelung der *user fees* führte zu einem stetigen Rückgang der Inanspruchnahme auf das Ausgangsniveau bei gleichzeitiger Steigerung teurer antibiotischer Behandlungen.²⁹⁶ Der Vergleich verschiedener *cost-sharing*-Modalitäten zeigt in dem westafrikanischen Land im übrigen, dass die Kombination von Nutzergebühren mit Steuermitteln geringere Zugangsbarrieren für Frauen, Kinder und Arme erzeugt als eine ausschließliche Finanzierung durch Nutzergebühren, was auf eine bessere soziale Ausgewogenheit von Vorausfinanzierungsformen hinweist.²⁹⁷ Andere Autoren konnten hingegen nur einen leichten Rückgang der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen nach Einführung von *user fees* beobachten und kommen zu dem Schluss, dass die damit eingetretenen Qualitätsgewinne leicht erhöhte Zugangsbarrieren wettmachen könnten.²⁹⁸

Gerade bei Direktzahlungen zur Gesundheitsversorgung besteht im Übrigen ein deutlicher *Gender-Bias*, der im Wesentlichen auf dem durchschnittlich geringeren Einkommen von Frauen und auf höheren Aufwendungen für die reproduktive Gesundheit beruht.²⁹⁹ Aus diesen und anderen Gründen sind Frauen insgesamt deutlich stärker von Zuzahlungen im Krankheitsfall betroffen als Männer und müssen in aller Regel mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus der eigenen Tasche aufbringen,³⁰⁰ obwohl gerade Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft nach neueren Untersuchungen ein großes präventives und krankheitsvermeidendes Potenzial zuzukommen scheint und die aufgrund unerkannter Probleme zu erwartenden Kosten die Ausgaben für entsprechende medizinische Leistungen um ein Vielfaches übertreffen.³⁰¹ Neben der höheren Analphabetenrate spielen vor allem die finanzielle Abhängigkeit der Frauen von ihren Männern, die in Entwicklungsländern und insbesondere in afrikanischen Gesellschaften häufig anzutreffen ist, und der damit verbundene erschwerte Zugang zu Barmitteln eine große Rolle.³⁰² In vier lateinamerikanischen Ländern zahlen Frauen zwischen 16 und 40 % mehr aus der eigenen Tasche als Männer,³⁰³ so dass die CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe) in ihrem jüngsten Bericht zur sozialen Sicherung zu der Einschätzung gelangt, Zuzahlungen im Gesundheitswesen bringen auch gender-bezogene Ungerechtigkeiten mit sich.³⁰⁴ Die nachstehende Grafik veranschaulicht die ungleiche Belastung durch Gesundheitsausgaben zwischen Geschlechtern und Ländern (siehe Abb. 7).

Auch bei den in jüngerer Zeit von der Weltbank und anderen Geldgebern propagierten Basisgesundheitspaketen ist eine Geschlechterdifferenz festzustellen. Die Strategie, vorrangig die Versorgung der Armen über epidemiologisch angepasste – und zudem gesundheitsökonomisch Gewinn versprechende – Gesundheitsleistungen zu fördern, soll zwar primär angebotsorientiert wirken, umfasst allerdings über die anfallenden Gebühren auch

²⁹⁶ Juncker 1993, S. 240ff

²⁹⁷ Diop et al. 1995, S. 232ff

²⁹⁸ Chawla und Ellis (2000, S. 82f; vgl. auch Haddad/Fournier 1995, S. 749f

²⁹⁹ Östlin 2005, S. 7ff

³⁰⁰ Standing 2000b, S. 16f; Bangser 2000, S. 8ff; Kurth et al. 2001, S. 153, 158; Nanda 2002, S. 131f; Gómez 2002, S. 332; Machinea et al. 2006, S. 86

³⁰¹ Smith-Conway/Kutinowa 2006, S. 478ff

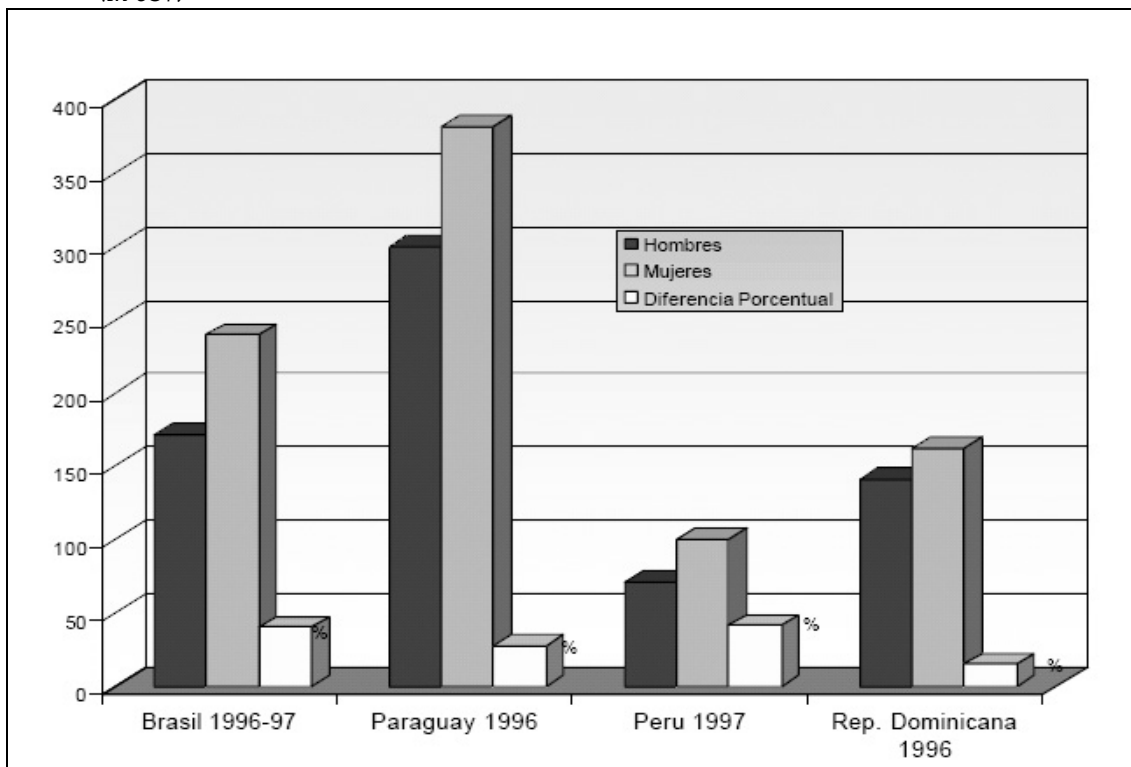
³⁰² Standing 1997, S. 12

³⁰³ Gómez 2002, S. 332

³⁰⁴ Machinea et al. 2006, S. 86

nachfrageseitige Effekte, die potenziell kontraproduktiv sind. In Bangladesh nehmen Frauen nur dank der Fokussierung auf Mutter-Kind-Probleme insgesamt etwas mehr Leistungen in Anspruch als Männer. Betrachtet man aber alle andere Versorgungsleistungen und insbesondere stationäre Behandlungen, so profitieren Männer und männliche Kinder mehr als Frauen und Mädchen. Dies kann entweder bedeuten, dass die Haushalte eher für die Behandlung männlicher Mitglieder Geld aufbringen oder dass (zumindest erwachsene) Frauen seltener von Zuzahlungsbefreiungen profitieren.³⁰⁵

Abb. 7: Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen in ausgewählten Ländern Lateinamerikas und der Karibik (Brasilien, Paraguay, Peru, Dominikanische Republik) (in US\$)



Quelle: Gómez 2001, S. 12: Dunkle Balken: Zuzahlungen Männer; graue Balken: Zuzahlungen Frauen; helle Balken: prozentualer Unterschied.

Untersuchungen aus Uganda belegen eine geringe Nutzung von pränatalen Untersuchungsangeboten und institutionellen Entbindungen, wobei fast die Hälfte der Frauen angab, die durch die zusätzliche Verpflichtung zum Kauf von Verbrauchsmaterial um das Zehnfache erhöhten eigentlichen Gebühren für eine Geburt nicht aufbringen zu können.³⁰⁶ Auch in Simbabwe hielt die Einführung von Zuzahlungen viele Schwangere von der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab und führte zu einem deutlichen Anstieg der Müttersterblichkeit.³⁰⁷ Auch in Kenia, Papua Neu-Guinea, Tansania and anderen Ländern reagierten vor allem die ärmsten Bevölkerungsgruppen auf Eigenbeteiligungen mit Verzicht auf Untersuchungen und Behandlungen während der Schwangerschaft und Geburt sowie auf Gesundheitsleistungen für Neugeborene und Kinder.³⁰⁸

³⁰⁵ Ensor et al. 2002, S. 251; vgl. auch Quisumbing/Maluccio 2000, S. 30f

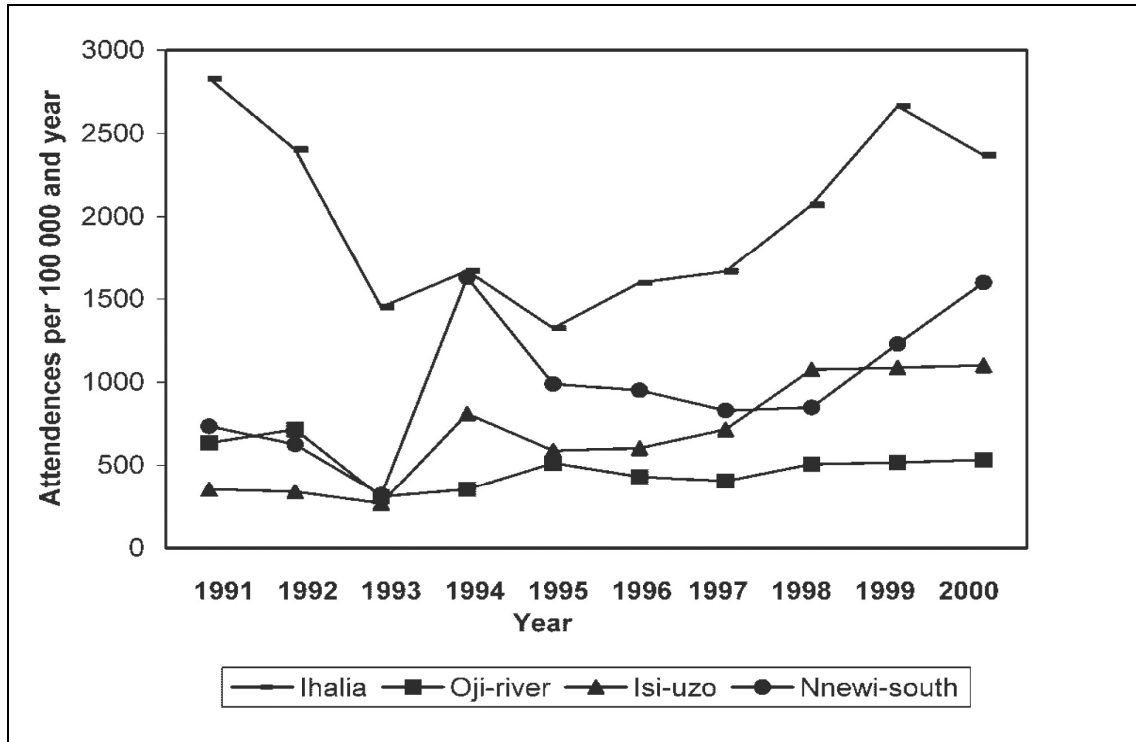
³⁰⁶ Ndyomugenyeni et al. 1998, S. 98f

³⁰⁷ UNRISD 2000, S. 120

³⁰⁸ WHO 2005, S. 138f

Selbst vergleichsweise geringe Direktzahlungen der Haushalte können die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen negativ beeinflussen – was im Übrigen ja auch die intendierte Steuerungsfunktion von Zuzahlungen widerspiegelt und nach ökonomischer Theorie erwartbar ist – oder die Menschen sogar an oder unter die Armutsgrenze treiben.

Abb. 8: Malaria-Behandlungszeitserien pro 100.000 Einwohner und Jahr



Quelle: Uzochukwu et al. 2004, S. S110

So zeigte eine experimentelle Studie in Kenia, dass die Einführung einer Gebühr im Umfang von 0,75 US\$ für zuvor kostenfreie insektizidbehandelte Bettnetze zur Verringerung des Malariainfektionsrisikos die Nachfrage um 75 % verringerte.³⁰⁹ Die Erhebung einer ebenfalls geringfügigen Zuzahlung für Wurmmittel senkte die Inanspruchnahme derartiger Arzneimittel sogar um 80 %.³¹⁰ Noch so geringe Direktzahlungen können außerdem unsachgemäße Selbstbehandlung oder -medikation, die Verwendung abgelaufener Medikamente und die Anwendung von unwirksamen oder gar schädlichen Unterdosierungen sowie das Hinauszögern dringend erforderlicher Behandlungen fördern.³¹¹

Hohe Selbstbeteiligungen führten zum Beispiel in Burundi seit 2002 dazu, dass Diagnostik und vor allem Therapie der Malaria in dem afrikanischen Land aus Kostengründen häufig unzureichend sind und hinter den Standards zurückbleiben.³¹² Gleiches lässt sich auch in Nigeria beobachten, wo die Bamako-Initiative zwar mit einer anfänglichen Verbesserung der Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen verbunden war, aber gerade die einkommensschwächeren und ungebildeten Haushalte am wenigsten von Behandlungen und von den Möglichkeiten der Zuzahlungsbefreiung Gebrauch machten. Dieses

³⁰⁹ Cohen/Dupas 2010, S. 24ff, 37

³¹⁰ Kremer/Miguel 2007, S. 109

³¹¹ Gilson/McIntyre 2005, S. 763

³¹² Cetinoglu et al. 2004, S. 40

Problem war bei Malaria-Therapien am gravierendsten, da die Gesundheitszentren mit entsprechenden Behandlungen einen hohen und teilweise wesentlichen Teil ihrer Einnahmen erwirtschaften.³¹³ Bei einer Haushaltsbefragung stellte sich Malaria als häufigste Erkrankung heraus (78,7 % der Fälle),³¹⁴ so dass die Abschaffung von Zuzahlungen zur Malaria-Behandlung einen wichtigen Schritt zur Verbesserung des Gesundheitszustands gerade der armen Bevölkerung in ländlichen Gebieten und damit einen Beitrag zur Überwindung des ungleichen Zugangs zu Gesundheit darstellen könnte.³¹⁵

Im Zusammenhang mit der Frage gesundheitspolitischer Steuerung der Inanspruchnahme und möglicher kostendämpfender Auswirkungen ist ein weiterer, in der Literatur relativ wenig beachteter Effekt von Nutzergebühren von grundsätzlicher Bedeutung. Gebühren für medizinische Behandlung reduzierten nicht nur die Kontakte der armen Bevölkerung zu den schulmedizinischen Gesundheitseinrichtungen in Entwicklungsländern, sondern fördern komplementär die Selbstmedikation in der betroffenen Bevölkerung und steigern die Nutzung traditioneller und alternativer Medizinangebote.³¹⁶ So zeigen beispielsweise Untersuchungen aus Indonesien, dass geringes Einkommen für Privathaushalte selbst dort eine Hürde beim Zugang zu moderner primärärztlicher Versorgung darstellt, wo öffentliche Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.³¹⁷

Die anfallenden Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen bringen die Menschen gerade in unterentwickelten Regionen dazu, traditionelle Heiler und Geburtshelferinnen aufzusuchen, wo die private Liquidierung von Leistungen üblich und kennzeichnend ist.³¹⁸ Erst in jüngerer Zeit hat die Abwanderung vor allem der ärmeren Familien und Bürger in den informellen Gesundheitssektor, der sich durch die private Liquidierung von Leistungen auszeichnet, Beachtung in der Literatur gefunden.³¹⁹ Zwar haben traditionelle Heiler und alternativ-medizinische Verfahren durchaus ihre Berechtigung, denn sie können wirksam und oftmals vergleichsweise kosteneffektiv zur Überwindung gesundheitlicher Probleme beitragen und somit eine wichtige Rolle in der Krankenversorgung spielen. Allerdings umfasst die Gruppe naturheilkundlich-alternativer Behandler ein überaus heterogenes Spektrum in Bezug auf ihre Verfahren, Angemessenheit und Wirksamkeit. Vielfach fehlt die Evidenz zumindest im Sinne der westlich dominierten Wissenschaftstheorie; zudem bedürfen etliche gesundheitliche Probleme tatsächlich allopathischer Behandlungen für eine hinreichende Aussicht auf Genesung. Besondere Herausforderungen bestehen bei allen alternativen Anbietern in Definition, Einhaltung und Kontrolle der erforderlichen Qualitätskriterien, deren Einhaltung ihre Anwendung rechtfertigen würde.

³¹³ Uzochukwu et al. 2004, S. S114

³¹⁴ Allerdings lag für den überwiegenden Teil dieser Malaria-Fälle (85,3 %) kein harter Beweis für die Erkrankung vor, in den meisten Fällen waren die Diagnosen entweder durch die Betroffenen oder Familienangehörige selber oder durch traditionelle Heiler diagnostiziert. Malaria lag dabei überaus deutlich vor allen anderen Erkrankungen, denn die sonstigen Pathologien waren wesentlich seltener. An weiterer Stelle folgten Durchfallereignisse mit 15,3 %, Augenkrankheiten mit 9,7%, Atemwegsinfekte (ohne Tuberkulose) mit 5,7 %, Mangelernährung mit 3,5%, Onchocercose mit 1,8% und HIV/AIDS mit 0.1% der Erkrankungsfälle (Uzochukwu/Onwujekwe 2004, S. 4).

³¹⁵ Uzochukwu/Onwujekwe 2004, S. 8f; Uzochukwu et al. 2004, S. S114

³¹⁶ Asenso-Okyere et al. 1998, S. 185f; Arhin-Tenkorang 2000, S. 13; Blas-Limbambala 2001, S. 25; Al-Serouri et al. 2001, S. 26ff; Whitehead et al. 2001, S. 833

³¹⁷ Chernikovskiy/Meesok 1986, S. 619

³¹⁸ Whitehead et al. 2001, S. 833

³¹⁹ Whitehead et al. 2001, S. 833; Paphassarang et al. 2002, S. 80; Hardeman et al. 2004, S. 29

Besonders fatale Auswirkungen hat die Ausgrenzung auf den Medikamentenkonsum in Entwicklungsländern, wo die vorwiegend privat aufgebrauchten Ausgaben für Arzneimittel in der Regel 30-50 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachen, während sich dieser Posten in den reichen Industrieländern in aller Regel auf 15-20 % beläuft,³²⁰ trotz deutlich höherer Preise für die einzelnen Präparate und weitgehend erfolgloser Kostendämpfungsansätze in diesem Bereich. Dieses Phänomen ist nicht nur in den ärmsten Ländern Afrikas und Asiens zu beobachten, sondern auch in Lateinamerika, wo beispielsweise im mexikanischen Bundesstaat Chiapas drei Viertel aller gesundheitsassoziierten Konsultationen zu unangemessener Beratung oder Behandlung durch traditionelle Heiler oder durch Arzneimittelhändler führte, was pro Person unnötige Ausgaben im Umfang eines 13-Tage-Mindestlohns mit sich brachte.³²¹ Die starke Abhängigkeit von Apothekenhändlern ohne entsprechende Qualifikation stellt in vielen Entwicklungsländern ein großes gesundheitspolitisches Problem dar, denn hier ergeben sich aus der Verschwendung knapper Ressourcen für unsinnige und oftmals sogar schädliche Arzneimittel³²² erhebliche Konsequenzen für den Gesundheitszustand und die sozialen Chancen der Bevölkerung.

Denn abhängig von der Gestaltung der anfallenden Eigenbeteiligungen und der Motivation der Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen können *user fees* auch anbieterseitige Fehlsteuerungen bewirken. So war das Therapieverhalten bei Malaria in einem Gesundheitsposten in Ghana unmittelbar von der jeweils geltenden Honorierungsform abhängig. Denn in Phasen mit Zuzahlungen zu Einzelleistungen griffen die Mitarbeiter wesentlich häufiger zu Injektionen und Dreifachtherapie als in Zeiten kostenfreier Behandlung, womit sie neben dem eigenen Einkommen auch die Pro-Kopf-Fallkosten in die Höhe trieben.³²³ In Burundi stieg die Sterblichkeit aufgrund von Malaria oder anderen Fieberepisoden nach der Einführung hoher Selbstbeteiligungen für Arztbesuche und Medikamente signifikant von 0,3/10.000/Tag auf erschreckende 0,8/10.000/Tag.³²⁴ Vergleichbar sind auch die Ergebnisse einer Befragung von Schwangeren in Uganda, die vor allem aufgrund der subjektiv als hoch empfundenen Kosten auf Malaria-Prophylaxe und vielfach auch bei akuter Infektion auf eine Therapie mit Chloroquin verzichteten.³²⁵

In Nepal zeigten einheitliche Rezeptgebühren eine gänzlich unerwünschte Wirkung: Sie führten zu irrationaler Arzneimittelverschreibung und zu einem signifikanten Anstieg der Pro-Kopf-Medikamentenausgaben im Vergleich zu festen oder preisabhängigen Selbstbeteiligungen pro verordnetem Medikament, ohne dass sich Qualitätseinbußen objektiv ließen.³²⁶ Allerdings liegen keine Erfahrungen über das Verschreibungs-

³²⁰ Velázquez et al. 1999, S. 5

³²¹ Briggs 2000

³²² Whitehead et al. 2001, S. 833

³²³ Biritwum 1994, S. 125ff

³²⁴ Cetinoglu et al. 2004, S. 19, 46. Die burundische Regierung hat mittlerweile darauf reagiert und eine fixe Selbstbeteiligung für die Malaria-Behandlung eingeführt. Diese Regelung findet allerdings bisher bei vielen Gesundheitseinrichtungen keine Beachtung, die weiterhin die ansonsten üblichen 100- bzw. 115-prozentigen Kostenerstattungen von den Patienten einfordern (Cetinoglu et al. 2004, S. 50).

³²⁵ Ndyomugenyi et al. 1998, S. 99f

³²⁶ Holloway et al. 2001, S. 425f. In einigen Distrikten Nepals müssen die Patienten eine feste Gebühr pro ausgestelltem Rezept zahlen, unabhängig vom Preis und von der Therapiedauer, während andere Bezirke einheitliche oder nach Preis differenzierte Zahlungen pro verschriebenem Medikament anwendeten (Holloway et al. 2001, S. 421).

verhalten vor, wenn keine Gebühren fällig sind und somit die Leistungserbringer keinen finanziellen Vorteil von Verschreibungen erwarten können. Neuere Untersuchungen zur Zugänglichkeit der kinderärztlichen Versorgung in Nepal bestätigen, dass Gesundheitsleistungen für Minderjährige eine insgesamt eher geringe Preiselastizität aufweisen. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten, denn bei höheren Einkommensgruppen ist die Elastizität mehr als doppelt so groß wie bei den Ärmsten. Eine Aufhebung der Zuzahlungspflicht würde nach entsprechenden Schätzungen die Inanspruchnahme um 56 % steigern, eine Erhöhung der Nutzergebühren auf 100 % der Kosten die Inanspruchnahme aber nur um 12 % senken.³²⁷

Die oftmals unterstellte enge Verbindung zwischen der Nutzung von Versorgungsangeboten und der unterstellten Preiselastizität stellt auch eine Beobachtung aus Puerto Rico in Frage. Dort sollte die Einführung privater Managed-Care-Verträge mit niedrigen Einheitsbeiträgen die Nutzung psychiatrischer Behandlungsangebote in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen erhöhen. Trotz zuzahlungsfreien Zugangs war indes keine signifikante Steigerung des Zulaufs festzustellen.³²⁸ Während die Armen weiterhin das Angebot kaum bis gar nicht nutzten, war bei der Gruppe der „fast Armen“ ein diskreter Anstieg zu beobachten.³²⁹

Bemerkenswert ist eine Beobachtung aus Kenia, wo im Fiskaljahr 1997/98 nicht weniger als 52,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf Direktzahlungen der Patienten entfielen.³³⁰ Kurz nach der Einführung von Einschreibgebühren in Krankenhäuser war ein drastischer Rückgang ambulanter Behandlungen zu beobachten.³³¹ Die Zahl der stationären Patienten ging indes in Folge der gleichzeitig eingeführten Aufnahmegebühren nur unwesentlich um 6 % zurück, was den für den Aufbau von Krankenversicherungen nicht unwichtigen Schluss zulässt, das die Menschen eher bereit sind, für in Anspruch genommene als für zukünftige Therapien zu zahlen.³³²

Mitte der 1990er Jahre setzte sich die Erkenntnis durch, dass ohne weitergehende Reformen „...die Durchsetzung von Nutzergebühren in staatlichen Einrichtungen kaum substanzielle Fortschritte im Hinblick auf Gerechtigkeit, Effizienz und Kundenzufriedenheit bewirken können“.³³³ Diese Erkenntnis, zu der im Übrigen auch viel später die Herausgeber der Schwerpunktausgabe der Zeitschrift *Health Policy and Planning* gelangen (vgl. Kapitel 5), ist eigentlich trivial, macht aber die Erfassung der Auswirkungen von Nutzergebühren zugleich kompliziert, da sich bei gleichzeitiger Umsetzung verschiedener Maßnahmen schwerlich eine klare Kausalität zwischen einer Teilursache und den Effekten herstellen lässt. Andererseits erschien in den 1990er Jahren das Spektrum der zugleich erforderlichen Änderungen recht überschaubar, beschränkten sich die vorgeschlagenen begleitenden Reformen doch vornehmlich auf eine Verlagerung der Ressourcenallokation zu Gunsten des Primärkontakts mit Einrichtungen der Grundversorgung, Zuzahlungsbefreiungen im Krankenhaus bei Aufnahme per Überweisung und auf generelle

³²⁷ Pokhrel et al. 2005, S. 340f

³²⁸ Alegría et al. 2001, S. 387ff

³²⁹ Ibid.

³³⁰ Montagu et al. 2005, S. 82. Nationale Gesundheitsdaten von Ende der 1990er Jahre zeigen, dass private 64 % der Gesamtausgaben ausmachten, von denen wiederum 82 % *out-of-pocket*-Zahlungen waren (Gwatkin et al. 2005, S. 82).

³³¹ So gingen die Patientenzahlen in Provinzkrankenhäusern um 27 %, in Distriktkrankenhäusern um 46 % und in Gesundheitszentren um 33 % zurück (Collins et al. 1996, S. 59).

³³² Collins et al. 1996, S. 59

³³³ Kutzin 1995, S. 13

Ausnahmeregelungen für benachteiligte Gruppen wie die arme Bevölkerung oder chronisch Kranke.³³⁴

Etliche Autoren verweisen darauf, dass *user fees* in Entwicklungsländern unter bestimmten Umständen zu einer Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und insbesondere der Medikamentenversorgung auf lokaler Ebene beitragen können.³³⁵ Bei bestehender Knappheit der finanziellen Zuwendungen eröffnen sie sowohl für öffentliche als auch für nicht-staatliche Einrichtungen die Möglichkeit, die durch Nutzergebühren generierten zusätzlichen Einnahmen in den Ausbau der Infrastruktur und die Wartung der Geräte, für die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für eine verbesserte Medikamentenversorgung einzusetzen.³³⁶ Dafür bedarf es klarer Vorgaben über die Mittelverwendung, hinreichender Transparenz und einer gewissen Verwaltungskapazität in den Gesundheitseinrichtungen; diese Voraussetzungen sind allerdings vielerorts nicht hinreichend gegeben. Letztlich erfordert nämlich ein System stärkender, Versorgungsumfang und -qualität positiv beeinflussender Effekt von *user fees* einen Grad an Governance, Transparenz und nicht zuletzt Partizipation, der auch andere gesundheitspolitische Maßnahmen aussichtsreicher macht.

Grundsätzlich sind Maßnahmen zur Sicherung von transparenter Betriebsführung ganz offensichtlich erheblich komplexer als üblicherweise unterstellt, und der bloße Aufbau von örtlichen Gesundheitskomitees und anderen Strukturen konnte das Ungleichgewicht zwischen Anbietern und vermeintlich gestärkten Nutzern nicht beseitigen.³³⁷ Zudem enthält die gesundheitspolitische Fachliteratur keinen Hinweis auf erhöhte Verantwortlichkeit der Patienten durch direkte Beteiligung an ihren Gesundheitskosten.³³⁸ Anders scheinen das zumindest in einzelnen Fällen die Weltbank-Ökonomen zu sehen, die zumindest für Benin, Guinea und Mali spürbare Gewinne durch Nutzergebühren in den Bereichen der Kundenorientierung, Servicequalität und sogar des *outcomes* der Gesundheitsversorgung erkennen.³³⁹ Allerdings fällt bei genauerer Sichtung der Literatur auf, dass die Bewertungen von qualitativen Verbesserungen der Gesundheitsversorgung durch Nutzergebühren insgesamt eher vage ausfallen. So klingen die Einschätzungen von Mitarbeitern und Nutzern öffentlicher Gesundheitseinrichtungen in Tansania über die Folgen von Eigenbeteiligungen für Malaria-Behandlungen skeptisch und können die positive Erwartungshaltung nicht überzeugend untermauern. Demgegenüber lässt zwar nicht der jährliche, aber der monatliche Vergleich der Malariafälle, die in Gesundheitszentren vorstellig wurden, einen deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme nach Einführung von Zuzahlungen erkennen.³⁴⁰ Ähnlich klingt die Einschätzung zu den Ergebnissen der Einführung von *user fees* in Ghana, „Mögliche Verbesserungen von Nutzung, Qualität und Bevölkerungserfassung sind gering und geben keinen Anlass zur

³³⁴ Coleman 1997, S. 5

³³⁵ Creese 1991, S. 314ff; Chisadza et al. 1995, S. 322ff; Gilson 1995, S. 699ff; Creese/Kutzin 1995, S. 12; Nolan/Turbat 1995; Gilson/Mills 1995, S. 225ff; Audibert/Mathonnat 2000, S. 67; Chawla/Ellis 2000, S. 83; van Damme/Meessen 2001, S. 29; Blaise/Kegels 2004, S. 349

³³⁶ Vgl. auch van Damme/Meessen 2001, S. 38

³³⁷ Dow et al. 2000, S. 9f; Cornwell/Gaventa 2001, S. 10

³³⁸ Crawford et al. 2004, S. 11. Dieser Gedanke steckt hinter dem Konzept von consumer-directed health care, einer vor allem in den USA verbreiteten Strategie zur Stärkung der Nachfrageseite im Sinne eines vorrangig marktwirtschaftlichen Verständnisses des Gesundheitswesens (vgl. Davis 2004, S. 1219ff).

³³⁹ World Bank 2004, S. 76f

³⁴⁰ Mubyazi et al. 2003, S. 4f, 7f

Zufriedenheit“.³⁴¹ Auch in Uganda gibt es keine überzeugenden Hinweise auf eine bessere Qualität und insbesondere Verfügbarkeit von Malaria-Medikamenten,³⁴² wobei in diesem afrikanischen Land mit häufig wechselnder Nutzergebührenpolitik vor allem die Tatsache aussagekräftig erscheint, dass die Erhebung inoffizieller Zuzahlungen durch die Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat.³⁴³

Zudem besteht ein genereller methodischer Schwachpunkt der allermeisten Qualitätsanalysen darin, dass sie vornehmlich die Strukturqualität der Gesundheitsversorgung messen. Studien orientieren sich allein aus pragmatischen Gründen vorwiegend an der Infrastruktur, personellen, technischen und materiellen Ausstattung. Die Verfügbarkeit von Medikamenten führen die meisten Untersuchungen aus armen Ländern als einfach messbaren Parameter für Qualitätsveränderungen an, ohne hinreichend die möglichen Confounder bei Angebot und Nachfrage in Betracht zu ziehen. So machen möglicherweise die erhöhten anfallenden Kosten die Qualitätssteigerung wett, wenn Preis und empfundene Güte der medizinischen Versorgung positiv korreliert sind.³⁴⁴ Messbare Verbesserungen der Verfügbarkeit von Medikamenten und Geräten, der gesamten Ausstattung und der Qualifikation des Personals können keineswegs immer und vollständig die Erhöhung der Zugangsbarrieren wettmachen.

Die meisten Reformansätze übersehen oder unterschätzen die interpersonellen Komponenten der Versorgungsqualität, die nicht nur am schwierigsten zu erfassen, sondern auch am schwersten zu ändern sind.³⁴⁵ Überhaupt ist zu beachten, dass die gewählten Parameter – z.B. die Verfügbarkeit von Medikamenten und vielfach die „gefühlte“ Versorgungsqualität – nur unzureichend die Änderungen der Versorgungsqualität erfassen und widerspiegeln.³⁴⁶ Auch stellt beispielsweise die Prozessqualität einen wesentlich besseren Prädiktor für die zu erzielende Verbesserung des Gesundheitszustands einer Population dar.³⁴⁷ Insgesamt lassen die meisten Betrachtungen der Auswirkungen von Nutzergebühren auf die Versorgungsqualität zwei wesentliche Aspekte der Qualität von Gesundheitsversorgung, nämlich Abläufe und Ergebnisse, völlig außer Acht. Zusammen mit den endogenen Problemen unzureichender Trennung zwischen anbieter- und nachfragerseitigen Ursachen können diese systematischen Einschränkungen zu erheblichen Verzerrungen der eher „gefühlten“ denn messbaren Qualitätsänderung führen.³⁴⁸

So ist auch die Einschätzung aus Kambodscha mit gewisser Skepsis zu bewerten, die Verbesserung der Qualität aufgrund von *user fees* in Gesundheitseinrichtungen habe sich positiv auf die Immunisierungsrate der Bevölkerung und die Nutzung von Schwangerschafts- und anderen Vorsorgeuntersuchungen ausgewirkt.³⁴⁹ Andere Untersuchungen aus Kambodscha belegen nämlich, dass ein sehr hoher Prozentsatz der Bürger sich selbst für vergleichsweise kostengünstige Behandlungen kurzer Erkrankungen verschulden oder Besitz verkaufen musste. Dabei war der finanzielle Druck auf die Haushalte bei Nutzung privater Leistungserbringer höher und langwieriger als in öffentlichen Gesundheits-

³⁴¹ Agyepong 1999, S. 65

³⁴² Kajula et al. 2004, S. S139

³⁴³ Ibid. S. S141

³⁴⁴ Haddad/Fournier 1995, S. 749f; Sepehri/Chernomas 2001, S. 199

³⁴⁵ Haddad/Fournier 1995, S. 751f

³⁴⁶ Vgl. Sepehri/Chernomas 2001, S. 199

³⁴⁷ Gertler/Hammer 1997, S. 13

³⁴⁸ Sepehri/Chernomas 2001, S. 199

³⁴⁹ Knowles 1996, p. 9

einrichtungen. Zudem litten ärmere Familien stärker unter der finanziellen Belastung, weil sie entweder mehr bezahlen oder höhere Zinsen in Kauf nehmen mussten.³⁵⁰

Generell ist gerade in ärmeren Ländern mit weitgehend unregulierter privater Krankenversorgung davon auszugehen bzw. nicht auszuschließen, dass die direkte Bezahlung für Impfungen zumindest einen Teil der armen Bevölkerung davon abhalten dürfte, ihre Kinder oder sich selber gegen vermeidbare Infektionskrankheiten zu schützen.³⁵¹ In der Tat hat sich z.B. in China gezeigt, dass entgegen der Annahme, Nutzergebühren würden die rationale Nutzung medizinischer Leistungen fördern, gerade die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten nach der Einführung von *user fees* sinken kann.³⁵² Zudem ist die Akzeptanz von Hepatitis-B-Impfungen, für die Zuzahlungen fällig sind, in armen ländlichen Gebieten teilweise nahe Null und in jedem Fall deutlich niedriger ist als in städtischen Gebieten mit höherem Einkommensniveau; der soziale Unterschied ist bei der kostenlos abgegebenen Vierfachkinderimpfung trotz inoffizieller Ausgaben für die Injektionsnadeln weniger ausgeprägt.³⁵³

Geringere Unterschiede zwischen kostenfreier und zuzahlungspflichtiger Immunisierung zeigten sich indes in der Elfenbeinküste. Bei einer groß angelegten Impfkampagne gegen Gelbfieber und Meningokokken-Meningitis in zwei Provinzen des Landes waren pro Person für die Kombinationsimpfung 0,81 € fällig. Dennoch lagen die Impfraten mit 55 % (Bondoukou) bzw. 36 % (Bouna)³⁵⁴ über denen vorangegangener kostenfreier Impfbemühungen für Kleinkinder, die nicht mehr als 37,4 % der 2-4-Jährigen erfasst hatten.³⁵⁵ Allerdings dürften die aktive Beteiligung einer Vielzahl von Organisationen und die starke kurzzeitige Mobilisierung nicht unerheblich zu dem positiven Ergebnis beigetragen haben.

Aus der potenziellen Quersubventionierung aufgrund der stärkeren Beteiligung einkommensstärkerer Personen an nutzergebührenfinanzierten Präventionsmaßnahmen einen Gerechtigkeitsgewinn in der Gesundheitsfinanzierung abzuleiten, erscheint recht gewagt.³⁵⁶ Aber ganz grundsätzlich stellt sich die Frage, ob es gerechtfertigt ist, dass die Patienten bzw. Kranken präventive Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung mitfinanzieren. Die WHO empfiehlt denn auch, alle essenziellen Impfungen vollständig ohne finanzielle Belastung der Bürger zu gewähren. Gerade hier ist gleicher Zugang entscheidend, um zur Armutsbekämpfung beizutragen und den externen Folgen von Immunisierungslücken vorzubeugen. Gleiches gilt auch für epidemiologisch relevante und behandelbare Erkrankungen, deren Fortschreiten durch Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsminderung zu erheblichen volkswirtschaftlichen Verlusten führt, beispielsweise die Therapie des in einigen Ländern endemischen Trachoms.³⁵⁷ Im Consensus von Addis Abeba einigten sich die Regierungen der Staaten südlich der Sahara im Juni 1997 darauf,

³⁵⁰ Van Damme et al. 2004, S. 275f

³⁵¹ Frick et al. 2003, S. 105; Creese 1997, S. 202; England 2001, S. 20; Akal/Harvey 2001, S. 16

³⁵² Bogg et al. 1996, S. 248

³⁵³ England et al. 2001, S. 15. Obwohl nicht unmittelbar zum Thema der Direktzahlungen im Krankheitsfall passend, erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache erwähnenswert, dass Weltbank-nahe Autoren heutzutage den Umfang insbesondere von Masernimpfungen als Indikator für gute Regierungsführung (good governance) heranziehen, da dieser gut messbar sei und die Fähigkeit einer Regierung widerspiegele, eine anspruchsvolle Basisgesundheitsversorgung zu gewährleisten (Lewis 2006, S. 9).

³⁵⁴ In den Städten lag die Durchimpfungsrate mit 72,3 % deutlich höher als auf dem Lande, wo die Kampagne nur 43,4 % der Bevölkerung erreichte.

³⁵⁵ England et al. 2001, S. 16

³⁵⁶ Vgl. Gilson et al. 2000, S. 310

³⁵⁷ Frick et al. 2003

dass "Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen die präventive Versorgung, deren Nutzen über die Nutzer hinaus geht (z.B. Impfungen), ebenso ausnehmen sollte wie ausgewählte Leistungen der Primärversorgung".³⁵⁸

Mögliche Verbesserungen der Versorgungsqualität durch Zuzahlungen sind zum einen keineswegs durchgehend zu beobachten,³⁵⁹ und zum anderen nicht losgelöst von den kaum vermeidbaren negativen Effekten auf Zugang und Fairness zu betrachten. Insgesamt legen die vorliegenden Erfahrungen nahe, dass Nutzergebühren nicht notwendigerweise die theoretisch erwarteten Effizienzgewinne und Kostensenkung mit sich bringen, für die Patienten in Gesundheitseinrichtungen vielfach wegen schlechter Versorgungsqualität inakzeptabel sind und unerwünschte Wirkungen auf die Nachfrage gerade der ärmeren Bevölkerungsgruppen nach medizinischen Leistungen haben.³⁶⁰ Der letztgenannte Effekt schließt vor allem in den armen Ländern Afrikas, aber auch in denen Asiens und Lateinamerikas, die Mehrheit der Bürger von der Gesundheitsversorgung aus.³⁶¹ Besonders fatale Folgen hat die faktische „soziale Exklusion“ dann, wenn insbesondere arme Bürger medizinische Konsultationen aus finanziellen Gründen hinauszögern, denn verspäteter Behandlungsbeginn führt in vielen Fällen zu schwereren Krankheitsverläufen und möglicherweise zu deutlich höheren Kosten.³⁶²

In Entwicklungs- und Schwellenländern können Zuzahlungen die Lage der Patienten verbessern, wenn erhebliche Willkür und Ungerechtigkeiten beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung bestehen.³⁶³ So erzielte ein Referenzkrankenhaus in Kambodscha durch die Festlegung bestimmter offizieller Gebühren und die stringente Kontrolle dieser Zahlungen einen 50-prozentigen Zuwachs an stationären Patienten und Operationen. Die vom Krankenhaus erhobenen Gebühren beliefen sich auf ein Drittel des Gesamtbudgets, und das Krankenhaus konnte innerhalb von vier Jahren seine finanzielle Eigenständigkeit erreichen.³⁶⁴ Eine ähnliche Tendenz deutet sich auch in Kirgisistan an, wo die Bürger Mitte der 1990er Jahre mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche bestreiten mussten.³⁶⁵ Ab 2001 starteten ernsthafte Bemühungen zur Durchsetzung transparenterer Zuzahlungsbedingungen und zur Abschaffung der inoffiziellen Zahlungen an medizinisches Personal und andere Beteiligte. Ein bis zwei Jahre später waren niedrigere *under-the-table*-Zahlungen zu beobachten als vorher³⁶⁶. Allerdings finanzierten die Bürger des Landes auch 2004 mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche, während sich der Anteil der zentralen und regionalen Regierung auf 44 % belief.³⁶⁷ Auch in anderen Teilstaaten der ehemaligen Sowjetunion spielten im Zuge der Dezentralisierung und Privatisierung der Gesundheitsversorgung nach 1991 relevante Direktzahlungen eine erhebliche Rolle (siehe Abbildung 9). Dabei erhöhten unterschiedliche Formen inoffizieller Zahlungen die ohnehin durch formale Eigenbeteiligungen bestehende Zugangsschwelle und stellen eine besondere Herausforderung für die Zukunft der Gesundheitssysteme dar.³⁶⁸

³⁵⁸ Ibid., S. 10

³⁵⁹ Collins et al. 1996, S. 61

³⁶⁰ Chatora 2005, S. 16; Giusti et al. 2005

³⁶¹ Mwase 2005, S. 31

³⁶² Creese 1997, S. 202; Cetinoglu et al. 2004, S. 41; Emmett 2004

³⁶³ Vgl. Lewis 2006, S. 33

³⁶⁴ Barber et al. 2004, S. 203ff

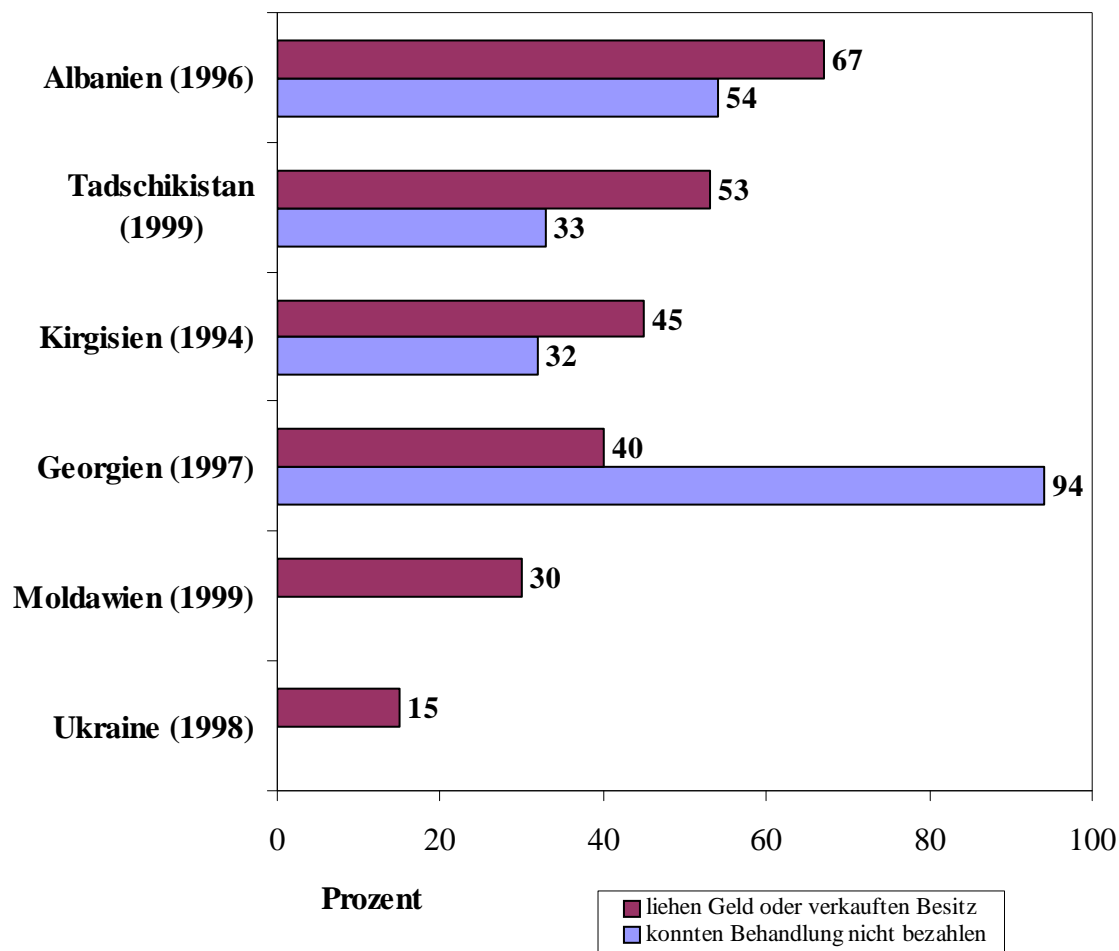
³⁶⁵ European Observatory 2000, S. 20

³⁶⁶ Tracy 2003, S. 82, 84

³⁶⁷ Meimanaliev et al. 2005, S. 27

³⁶⁸ Ensor/Savelyeva 1998, S. 41; Ensor 2004, S. 237ff

Abb. 9: Indikatoren für den finanziellen Ausschluss von der Gesundheitsversorgung



Quelle: Lewis 2000, S. 25

So sind beispielsweise nur zwei von fünf armen Bürgern in Armenien bereit bzw. in der Lage, überhaupt für ihre Behandlung Geld aufzubringen, während immerhin 65 % der reichsten 20 % der Bevölkerung für ihre Gesundheitsversorgung bezahlen.³⁶⁹ Gesundheitspolitisch bedeutsam ist dabei die Tatsache, dass insbesondere kinderreichen Familien die Nutzung des Gesundheitssystems aus finanziellen Gründen vorenthalten bleibt³⁷⁰ und diese auch nur unzureichend von Befreiungsregelungen und -programmen profitieren.³⁷¹

Bei einer Haushaltserhebung in der Hauptstadt Georgiens, wo die Bürger 87 % der Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche aufbringen, gaben 93 % der Befragten an, die Kosten wären die größte Hürde, die sie von der Inanspruchnahme medizinischer Behandlung abhält. Mehr als drei von fünf kranken Haushaltsmitgliedern müssen für eine medizinische Behandlung auf Erspartes zurückgreifen, und fast jeder Fünfte, der dies geschafft hat, muss dafür Geld leihen oder Besitz verkaufen. Sechzehn Prozent der

³⁶⁹ Chaudhury et al. 2003, S. 11

³⁷⁰ Lewis 2000, S. 17f, 25, 28

³⁷¹ Chaudhury et al. 2003, S. 18

Patienten können sich verschriebene Arzneimittel überhaupt nicht leisten.³⁷² Aktuelle Untersuchungen aus der georgischen Hauptstadt bestätigen die starke finanzielle Belastung der Haushalte und bestehende Zugangsbarrieren durch hohe Direktzahlungen, die besonders die arme Bevölkerung von adäquater Gesundheitsversorgung abhält.³⁷³ Andersherum zeigte sich z.B. in Russland, dass die vollständige Befreiung von Rezeptgebühren den Einsatz verschreibungspflichtiger Medikamente erhöht und die Wahrscheinlichkeit verringert, dass Haushalte spürbare Arzneimittelausgaben aufbringen müssen.³⁷⁴

Aserbaidshan führte ab 1994 Nutzergebühren im Gesundheitswesen ein, mit deren Hilfe es allerdings entgegen der erklärten Erwartung bisher nicht gelungen ist, inoffizielle Zahlungen effektiv einzudämmen. Während sich die gesamten Direktzahlungen der Bevölkerung auf immerhin 20 % der Gesundheitsausgaben belaufen, machen die offiziellen *user fees* nicht mehr als 1,7 % aus.³⁷⁵ Zuzahlungsbefreiungen gelten in dem Land theoretisch für Kriegsveteranen, Flüchtlinge, Behinderte, Diabetiker, Kinder und Jugendliche sowie Rentner und Schwangere, doch bei einem Armutsanteil von 68 % der Bevölkerung bedeuten diese Regelungen in der Praxis erhebliche soziale Ungerechtigkeiten.³⁷⁶

Auch in Kasachstan bestehen vielfache Formen inoffizieller barer und unbarer Zahlungen an Ärzte und Krankenhauspersonal, deren Umfang den offiziellen Zuzahlungen bei weitem übertrifft.³⁷⁷ Durchschnittlich drei Fünftel der Arzneimittelkosten müssen die Kasachen aus eigener Tasche bezahlen,³⁷⁸ und es ist aller Wahrscheinlichkeit nach davon auszugehen, dass Direktzahlungen den Zugang zu medizinischer Versorgung beeinträchtigen. Befreiungen für Rentner, Kinder unter drei Jahren, Behinderte, Arme und Tschernobyl-Arbeiter beziehen sich naturgemäß nur auf die formalen Zuzahlungen, deren regressive Wirkung können die Befreiungen jedoch nicht aufheben: Während die Armen 17,33 % ihres Monatseinkommens für die Gesundheitsversorgung ausgeben, machen sie bei den reicheren Bürgern nur 4,23 % aus.³⁷⁹

Doch weder der bescheidene Finanzierungseffekt noch die massiven unerwünschten Wirkungen von Nutzergebühren in Entwicklungsländern lässt die Verfechter der Bamako-Initiative verzagen. Die adversen Effekte der *cost-recovery*-Strategie erklären Anhänger von Zuzahlungen mit den bisherigen Unzulänglichkeiten in der praktischen Umsetzung.³⁸⁰ Vor allem unter Hinweis auf die Segnungen der dadurch gestärkten „Konsumenten-souveränität“ halten Befürworter nahezu unbeirrt an Direktzahlungen von Patienten als wichtigem Element der Gesundheitsfinanzierung fest.³⁸¹ Vielsagend erscheint allerdings der deutliche Hinweis am Ende einer sehr positiven Einschätzung der Wirkungen von *user*

³⁷² Skarbinski et al. 2002, S. 1046ff; Gilson/McIntyre 2005, S. 763

³⁷³ Gotsadze et al. 2006, S. 237ff

³⁷⁴ Street et al. 1999, S. 467ff

³⁷⁵ Melikov/Alekperov 2000, S. 41

³⁷⁶ Ibid., S. 42

³⁷⁷ Ensor/Savelyeva 1998, S. 44ff

³⁷⁸ European Observatory 1999, S. 23

³⁷⁹ Sari/Langenbrunner 2001, S. 38. Für stationäre Behandlungen müssen die ärmeren Bürger sogar über zweieinhalb Monatseinkommen aufbringen, die besser Gestellten hingegen nur gut ein halbes. Auch machen Medikamentenzahlungen etwa zwei Fünftel niedriger, aber nur gut ein Zehntel der höheren Monatseinkommen aus. Zudem zahlt die Bevölkerung auf dem Lande einen höheren Einkommensanteil als die Stadtbewohner (6,16 % gegenüber 4,29 % des Monatseinkommens) (Sari et al. 2000, S. 38).

³⁸⁰ Gertler/Hammer 1997, S. 5; Bitrán/Giedion 2003, S. 69ff

³⁸¹ Siehe für den afrikanischen Kontext z.B. McEuen/McGaugh 1997, S. 11; World Bank 2004, S. 76f

fees in drei afrikanischen Ländern, es wären eine bessere Förderung und ein effektiverer Schutz der armen Bevölkerung weiterhin erforderlich.³⁸²

In vielen Fällen ist selbst nach Einschätzung von Weltbank-Experten die geeignete Gestaltung der Zuzahlungsbedingungen zur effizienteren Ressourcenallokation gescheitert und ein unübersehbarer Mangel an wirksamen Ausnahmeregelungen entstanden.³⁸³ Insgesamt war fast überall ein massiver Rückgang der Patientenzahlen zu beobachten,³⁸⁴ wobei insbesondere die ärmsten Bevölkerungsgruppen und Personen mit übertragbaren Krankheiten, die zweifelsohne den größten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung aufweisen, die Zuzahlungen nicht aufbringen können.³⁸⁵

5 Metaanalysen

Mittlerweile haben viele Einzelstudien und einige Reviews deutliche Hinweise erbracht, dass die mit der Einführung von Nutzergebühren erwünschten Effekte der Beteiligung von Patienten an ihren Behandlungskosten nur teilweise und in geringem Ausmaß eingetreten sind. Auch die wissenschaftliche Diskussion schwenkte immer deutlicher hin zu einer eher skeptischen Bewertung von Direktzahlungen im Gesundheitswesen von Entwicklungs- und Schwellenländern.³⁸⁶ Unter dem Eindruck wachsender internationaler Evidenz der unerwünschten Effekte von Selbstbeteiligungen wie der sozioökonomischen Selektion, der Erhöhung ohnehin bestehender finanzieller Barrieren und bedenklicher medizinisch-epidemiologischer Folgen bestimmt die Forderung nach Abschaffung sämtlicher Zuzahlungen zunehmend die aktuelle entwicklungspolitische Debatte.³⁸⁷ Eine wachsende Zahl von Ländern wie Ghana, Jamaica, Sambia und Uganda haben Nutzergebühren inzwischen wieder abgeschafft, viele andere Länder setzen gruppenspezifische Befreiungen zur Verbesserung des Zugangs und der Zugangsgerechtigkeit ein.

Nach verschiedenen Übersichtsarbeiten in den 1990er Jahren führte das UN-Forschungsinstitut für Soziale Entwicklung (UNRISD) eine Metaanalyse zur Erfassung der Erfahrungen aus 39 Entwicklungsländern durch. Dabei kamen die UN-Wissenschaftler bereits zur Jahrtausendwende zu dem Ergebnis, dass Zuzahlungen den Zugang der unteren Einkommensgruppen sowie von Frauen zu grundlegenden sozialen Dienstleistungen deutlich verschlechtert hatten.³⁸⁸ In ihrer Gesamteinschätzung bewertet die UNO-Behörde die Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten als wahrscheinlich größten Irrweg in der Entwicklungsberatung.³⁸⁹

Weitaus systematischer ging eine 2011 publizierte Meta-Analyse aus der Reihe der Cochrane-Analysen zum Thema Nutzergebühren in Entwicklungs- und Schwellenländern den Auswirkungen von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen in Entwicklungs- und

³⁸² World Bank 2004, S. 77

³⁸³ Nolan/Turbat 1995, S. 26f

³⁸⁴ Arhin-Tenkorang 2000, S. 10; Bitrán/Giedion 2003, S. 29, 32

³⁸⁵ S. u.a. Yoder 1989, S. 39f; Creese/Kutzin 1995, S. 10f; Nyongator et al. 1996, S. 13; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 52, 80; Stierle 1998, S. 23; Hutton 2002, S. 19

³⁸⁶ Z.B. Whitehead et al. 2001

³⁸⁷ Z.B. Yates 2009

³⁸⁸ UNRISD 2000, S. 39; Braam 2005, S. 21f; vgl. auch Östlin 2005, S. 11

³⁸⁹ UNRISD 2000, S. 39

Schwellenländern nach.³⁹⁰ Im Mittelpunkt dieses Cochrane-Reviews zweier Politik- und Wirtschaftswissenschaftlerinnen von der *London School of Hygiene and Tropical Medicine* standen die Auswirkungen von Änderungen der Zuzahlungsbelastung, also sowohl Erhöhungen als auch Senkungen sämtlicher Direktzahlungen, die im Augenblick der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fällig werden. Primäre Endpunkte waren bei dieser Metaanalyse zum einen Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Proxy für den Zugang zur Versorgung und zum anderen Änderungen der Gesundheitsausgaben der Haushalte. Als sekundäre Endpunkte betrachteten die Londoner Wissenschaftlerinnen den Gesundheitszustand und die soziale Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Sie analysierten dabei drei Typen von Untersuchungen - randomisierte oder cluster-randomisierte Kontrollstudien, kontrollierte Vorher-Nachher-Vergleichsstudien und unterbrochene Zeitreihenstudien zu klar definierten Zeitpunkten. Die Einschlusskriterien entsprachen denen der Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC), einer international agierenden Review-Gruppe der Cochrane Collaboration, die sich der Förderung informierter Entscheidungen in Bezug auf Gesundheitsversorgungsfragen verschrieben hat. EPOC erstellt systematische Reviews über finanzielle, regulatorische sowie erziehungs-, verhaltens- und organisationsbezogene Interventionen zur Verbesserung des professionellen Umgangs und der Organisation der Gesundheitsversorgung.

Die Literaturrecherche erfolgte in 25 einschlägigen Datenbanken sowie in "grauer Literatur" auf Websites von Entwicklungsorganisationen, Universitäten und Instituten. Von den 243 ursprünglich als potenziell relevant eingestuften Publikationen erfüllte die große Mehrzahl die Einschlusskriterien nicht, da sie vorwiegend deskriptiv waren und in den meisten Fällen keinen Kontrollarm aufwiesen. Letztlich fanden nur 18 Untersuchungen Eingang in die Meta-Analyse, wobei in der Hälfte der berücksichtigten Studien eine erneute Analyse der Daten für den Einschluss erforderlich war. Acht Studien erfassten die Effekte der Einführung und fünf der Abschaffung von Nutzergebühren, während weitere fünf Studien den Auswirkungen von Zuzahlungserhöhungen oder -senkungen nachgingen.

Die analysierten Studien über Auswirkungen von Zuzahlungsänderungen wiesen ein breites Spektrum an Ansätzen und Methoden und große Unterschiede bei den jeweils beobachteten Interventionen auf. Auch die erfassten Ergebnisindikatoren waren sehr unterschiedlich und reichten von Erstkonsultationen, Patientenregistrierung, wöchentlichen, monatlichen oder vierteljährlichen Behandlungen bis zu ambulanten oder stationären Behandlungen insgesamt. Die größte Gefahr von Verzerrungen und Fehlinterpretationen geht nach Erkenntnissen der beiden britischen Wissenschaftlerinnen von nicht hinreichend oder gar nicht beachteten Rahmenbedingungen aus, die als Confounder wirken. So findet vielfach der Umstand keine angemessene Berücksichtigung, dass die Änderungen von Direktzahlungen oft Teil umfassenderer Reformen der Gesundheitsfinanzierung sind und insbesondere die Einführung oder Erhöhung von Nutzergebühren in Zeiten ökonomischer Krisen erfolgen. Das kann insbesondere bei Längsschnittstudien zu Fehlinterpretationen führen oder in Zeiten hoher Inflation die Ergebnisse in Frage stellen. Auch fehlt bei Vorher-Nachher-Vergleichsstudien oft eine zufriedenstellende Klärung der Frage, ob denn die von Nutzergebühren befreite Gesundheitsversorgung für die Menschen tatsächlich kostenfrei ist. In anderen Fällen sind die angewendeten statistischen Methoden suboptimal, die Sample-Größen zu klein für signifikante Ergebnisse oder es fehlen statistische Signifikanzprüfungen.

Aus den eingeschlossenen Studien ergibt sich nach dieser Cochrane-Analyse ein etwas heterogenes Bild. Drei von sechs Studien über die Effekte neu eingeführter Zuzahlungen

³⁹⁰ Lagarde/Palmer 2011

wiesen bei den jeweils untersuchten Einrichtungstypen (wie Gesundheitsposten, Krankenhaus, Arzneimittelvergabestelle) einen sofortigen Rückgang der Inanspruchnahme von betroffenen Gesundheitsleistungen um 5,5 bis 51,2 % (Mittelwert 29,5 %) sowie nach einem halben Jahr um 7,6 bis 55,1 % (Mittelwert 29,6 %) auf, während bei zwei Studien jeweils gegenläufige Tendenzen bei den beiden Indikatoren zu beobachten waren. In diesen Fällen variierte die Zunahme der Nutzung nach Einführung von Zuzahlungen zwischen 22 % und 40 %.

Insgesamt fünf Studien gingen den Effekten der Abschaffung von Selbstbeteiligungen in verschiedenen Entwicklungs- und Schwellenländern nach. Auch hier waren die Ergebnisse zunächst heterogen: In vier Fällen zeigte sich unmittelbar nach der Maßnahme eine 7- bis 65-prozentige (Mittelwert 37 %; Standardabweichung 15,22 %) Zunahme der Inanspruchnahme, die nach einem halben Jahr sogar auf 9,5 bis 66 % (Mittelwert 44 %; Standardabweichung 10,9 %) gestiegen war. Eine Studie ergab hingegen für jeweils zwei präventive und zwei kurative Nutzungsindikatoren einen Rückgang der Inanspruchnahme um 5,75-10,4 % (Mittelwert 8,9 %; Standardabweichung 2,8 %) unmittelbar nach Abschaffung der Nutzergebühren bzw. um 0,16-6,8 % (Mittelwert 4,25 %; Standardabweichung 2,5 %) nach sechs Monaten; allerdings war nach 12 und nach 18 Monaten auch hier ein Anstieg der Nutzung zu verzeichnen. Erhöhungen der Nutzergebühren, die zwischen 35,6 und 66 % (Mittelwert 44 %; Standardabweichung 8 %) variierten, verursachten nach den Ergebnissen von sechs Studien Rückgänge der Nutzung um 5 bis 47 % (Mittelwert 26 %; Standardabweichung 24 %), während die Verringerung von Zuzahlungen um 25 bis 75 % (im Mittel um 47 %) Steigerungen der Inanspruchnahme um 27 bis 280 % (Mittelwert 172 %; Standardabweichung 148 %) nach sich zog.

Die genannten Änderungen waren von Fall zu Fall unterschiedlich und hingen vor allem auch von der Art der betroffenen Gesundheitsleistungen ab, was insgesamt die Annahme verschiedener Preiselastizitäten bestärkt. Insbesondere, aber nicht nur bei präventiven Maßnahmen überstieg der Effekt nach sechs oder zwölf Monaten die spontanen Auswirkungen von Zahlungsänderungen. Trotz aller Kritik an den Unzulänglichkeiten der herangezogenen Studien ist die Schlussfolgerung der Autorinnen recht eindeutig:

"Our findings broadly support the view that user fees present a barrier to access to curative health services for those groups who would be eligible to pay them. Therefore policy-makers willing to introduce user fees should do so whilst bearing in mind the potential risks for access to health care for these populations".³⁹¹

Methodische und statistische Schwächen bemängeln sie vor allem bei den Studien, die Befürworter von Patientendirektzahlungen gerne als Beleg für die Wirksamkeit dieser Maßnahme anführen. Zwei mit Weltbankbeteiligung in den 1990er Jahren entstandene Studien verwiesen auf steigende Inanspruchnahme im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung von Nutzergebühren.³⁹² Die Autoren erklären dies ganz im Sinne der theoretischen Erwartungen an Nutzergebühren mit den Qualitätsverbesserungen und vor allem der zuverlässigen Verfügbarkeit von Arzneimitteln aufgrund der vermehrten Einnahmen der Gesundheitseinrichtungen - übersehen aber bei der Interpretation ihrer Ergebnisse, dass internationale Entwicklungsinstitutionen genau diese Qualitätsverbesserungen finanzierten.³⁹³ Das ist vergleichbar mit der aktuellen Debatte über die leistungsabhängige Honorierung, deren Förderer geflissentlich übersehen, dass die verbesserte

³⁹¹ Lagarde/Palmer 2011, S. 36

³⁹² Litvack/Bodart 1993; Diop et al. 1995

³⁹³ S. z.B. Ireland et al. 2011, S. 695f

Behandlungsqualität vor allem auf zusätzliche externe Mittel und weniger auf Performance-based payment zurückzuführen sein dürfte. Die Autorinnen der Cochrane-Analyse kritisieren zwar zu Recht die geringe Studiengröße und methodisch-statistische Schwächen, lassen diesen politisch motivierten Bias aber völlig außer Acht.

Damit zeigt sich eine Schwäche derartiger systematischer Analysen, die immer eine gewisse technokratische Perspektive mit sich bringen müssen, um die gewünschte methodische Rigidität zu erreichen. Der politischen, ökonomischen und sozialen Komplexität können stringente Metaanalysen nur eingeschränkt gerecht werden, wie auch die Autorinnen anmerken:

"Finally, the policy issues raised by the debate on user fees go beyond the question of their effects, which was the focus of this review. Issues of implementation have been underlined as key to understanding the reasons for the success or failure of such policies, in particular when they are implemented at the national level, in the complexity of a health system".³⁹⁴

6 Fazit

In Bezug auf die Kernziele der finanziellen Partizipation der Patienten ist zu erkennen, dass die Selbstbeteiligungspolitik entgegen den damit verbundenen Erwartungen offenbar nur schwache Anreize zur Effizienzverbesserung schafft, sondern vielmehr unerwünschte Effekte auf Seiten der Leistungserbringer induzieren kann.³⁹⁵ Tatsächlich haben Nutzergebühren in verschiedenen Entwicklungs- und Schwellenländern eher Ineffizienzen auf Seiten der Leistungserbringer verstärkt.³⁹⁶ Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen können sowohl zur anbieterinduzierten Steigerung als auch zur Verringerung der Nachfrage bzw. besser Inanspruchnahme beitragen.³⁹⁷ Das ist keineswegs überraschend, sondern bei Kenntnis grundlegender Gegebenheiten wie der Informationsasymmetrie zwischen medizinischen Fachleuten und Laien und der Wirkung der Honorierung auf Leistungserbringer nicht anders zu erwarten. Dass die Befürworter von Nutzergebühren die Möglichkeit einer angebotsinduzierten Nachfragesteigerung offenbar nicht hinreichend in Betracht zogen, obwohl vor allem die US-amerikanische gesundheitsökonomische Diskussion diese Thematik schon früh intensiv diskutierte,³⁹⁸ ist in dem stark ideologiegeprägten Kontext und der Verquickung mit dem pekuniär reduzierten Partizipationsgedanken nicht verwunderlich. Schließlich war auch Ende der 1980er Jahre hinlänglich bekannt und vielfach belegt, dass zum einen Kostenbeteiligungen die realen Machtverhältnisse im Gesundheitssystem eher verstärken³⁹⁹ und zum anderen die Honorierung das

³⁹⁴ Ibid.

³⁹⁵ Laterveer et al. 2003, S. 3

³⁹⁶ Vgl. Arhin-Tenkorang 2000, S. 8

³⁹⁷ Z.B. Gilson 1997, S. 275; Arhin-Tenkorang 2000, S. 13

³⁹⁸ Näheres zur Anbieterinduktion bei Holst 2008, S. 58f

³⁹⁹ Es besteht außerhalb des eigenen selbstreferenziellen Systems der Wirtschaftstheorie kaum ein belastbarer Hinweis darauf, dass die zusätzliche Zahlerfunktion aus Patienten autonome Nachfrager auf dem Krankenversorgungsmarkt macht und ihre dortige Position der Schwäche kompensieren kann.

Verhalten der Leistungserbringer wesentlich beeinflusst,⁴⁰⁰ und kritische Bestandsaufnahmen aus Entwicklungsländern ließen nicht lange auf sich warten.⁴⁰¹

Die Frage der Nachhaltigkeitsgewinne durch Einführung einer Selbstbeteiligungspolitik in Entwicklungs- und Schwellenländern hat mindestens drei Ebenen und betrifft verschiedene Aspekte eines Gesundheitswesens. Nicht zuletzt aufgrund der mit der Einführung von *user fees* verbundenen Erwartungen ist Nachhaltigkeit zunächst auf die Gesundheitsfinanzierung zu beziehen. Wie erwähnt, ist das Einnahme- und damit Finanzierungspotenzial durch Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen quantitativ eher zu vernachlässigen. Eine nachhaltige Sicherung der Gesundheitsfinanzierung durch Nutzergebühren im Sinne einer wirksamen sozialen Absicherung ist nirgends gelungen.

Auch die Hinführung von der systematischen Kostenbeteiligung der Patienten zu einem System vorausgehender, von der Inanspruchnahme unabhängiger Gesundheitsfinanzierung durch Steuern oder Krankenversicherungsbeiträge lässt sich kaum in einem Land belegen. Der Hinweis auf Ghana und Ruanda als Beispiele für Länder, wo vergleichsweise umfassende Krankenversicherungen die Nutzergebühren ersetzt oder zurückgedrängt haben, begründet keineswegs die unterstellte Kausalität. Gegen die Vorstellung, Patientenselbstbeteiligungen können als Vorläufer breiterer sozialer Sicherungssysteme wirken, sprechen im Wesentlichen zwei Befunde: Erstens hat eine ganze Reihe von Ländern, angefangen von den heutigen europäischen Wohlfahrtsstaaten⁴⁰² bis hin zu Ländern wie Chile, Costa Rica, Korea oder Mexiko umfassende Krankenversicherungssysteme für die Gesamtbevölkerung aufgebaut, ohne zuvor ein System von Nutzergebühren eingeführt zu haben. Und zweitens sind in den allermeisten Ländern, die beispielsweise im Zuge der Bamako-Initiative im großen Stil *user fees* eingeführt hatten, bisher keine nennenswerten Schritte zu umfassender sozialer Absicherung im Krankheitsfall zu erkennen. Dass ein umfassendes System von Nutzergebühren die Bedingungen für soziale Absicherung im Krankheitsfall und insbesondere von sozialen Krankenversicherungssystemen begünstigt, lässt sich empirisch nicht belegen.⁴⁰³ Die in der Entwicklungspolitik wiederholt anzutreffende Annahme, Behandlungsgebühren könnten den Aufbau von Krankenversicherungen befördern, übergeht geflissentlich grundlegende konzeptionelle Unterschiede zwischen Direktzahlungen und *prepayment*. Zwar erscheint die Erkenntnis nachvollziehbar, dass insbesondere hohe Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall die Bereitschaft der Menschen vergrößern können, einer (sozialen) Krankenversicherung beizutreten.⁴⁰⁴ Als ein Beispiel für diesen Effekt kann Ghana gelten, wo Einnahmen aus spürbaren Nutzergebühren in den 1980er Jahren immerhin 15 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachten.⁴⁰⁵ Die Forderung, Nutzergebühren aufrecht zu erhalten, um die Menschen von den Segnungen einer

⁴⁰⁰ Rice/Labelle 1989, S. 597; Creese/Kutzin 1995, S. 10

⁴⁰¹ Kutzin 1995, S. 11; Gilson 1997, S. 275

⁴⁰² Bei den europäischen Sozialversicherungsländern wie Belgien, Deutschland, Frankreich oder Österreich ließe sich im Hinblick auf den hier angestellten Vergleich einwenden, primäres Ziel der Systeme der sozialen Absicherung im Krankheitsfall sei dort anfangs die Minderung des Verarmungsrisikos bei Erkrankung des Haushaltsvorstands gewesen. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass auch in heutigen Entwicklungs- und Schwellenländern die Armutsvermeidung eine wichtige Rolle bei Fragen der sozialen Absicherung spielt. Ein besonders drastisches Beispiel ist China, wo die hohen Krankenversorgungskosten nicht nur die Menschen von medizinischen Behandlungen abhalten, sondern bei Inanspruchnahme mit einem hohen Armutrisiko verknüpft sind (s. z.B. Dib et al. 2007, S. 97).

⁴⁰³ S. z.B. Bogg et al. 1996, S. 248

⁴⁰⁴ S. z.B. Normand/Weber 2009, S. 28, 34

⁴⁰⁵ Vgl. Mills et al. 2012, S. 131

Krankenversicherung zu überzeugen, die sie von den Behandlungsgebühren befreit, entbehrt allerdings angesichts der vielen unerwünschten Wirkungen von Zuzahlungen nicht eines gewissen Zynismus (siehe auch Fußnote 451). In Analogie zu diesem Ansatz ließen aktuelle Untersuchungsergebnisse aus Uganda einen mehr als bedenklichen Schluss zu: Dort hat sich nämlich mittlerweile herausgestellt, dass mit der Abschaffung von Zuzahlungen keineswegs alle Zugangsbarrieren abgebaut sind und die Menschen eher bereit sind, einer kostenpflichtigen lokalen Krankenversicherung beizutreten als öffentliche Anbieter in Anspruch zu nehmen, wenn diese keine angemessene Versorgung bereitstellen können.⁴⁰⁶ Demnach müsse das Versorgungsangebot öffentlicher Dienstleister nur schlecht genug sein, um die Nachfrage nach Versicherungsschutz zu erhöhen und die Einführung von Krankenversicherung zu befördern.

Ein systematischer Ländervergleich der Verbindung von *cost sharing* und der Einführung sozialer Sicherungssysteme steht noch aus. Eine solche Analyse ist auch grundsätzlich dadurch erschwert, als Selbstbeteiligungen auch in steuer- und beitragsfinanzierten Systemen eine mehr oder weniger wichtige Rolle spielen und die Definition von Endpunkten in Bezug auf die Tiefe und vor allem Höhe der Absicherung erschweren.⁴⁰⁷ In Bezug auf den Leistungsumfang bleibt festzuhalten, dass die Einnahmen aus Patientenzuzahlungen nirgends erkennbar zu einem nachweisbaren und vor allem nachhaltigen Aufbau neuer Gesundheitseinrichtungen oder einer gesteigerten Reichweite bestehender Strukturen beigetragen haben,⁴⁰⁸ die nicht auch durch Anbieterinduktion zu erklären wären. Insbesondere im Hinblick auf die Höhe der sozialen Absicherung im Krankheitsfall lässt sich der vielfach angenommene positive Einfluss von Nutzergebühren auf die Einführung von Krankenversicherungssystemen ebenfalls nicht belegen.

Nicht die Einführung von Krankenversicherungssystemen lässt sich als Folge von Nutzergebühren ausmachen, sondern ihre zumeist partielle Aufhebung bzw. die Einführung genereller Befreiungsregelungen für bestimmte Personengruppen. Nach mehrjähriger Anwendung von Direktzahlungen erfolgen Zuzahlungsbefreiungen meistens für Schwangere und Kleinkinder, bisweilen für Menschen mit chronischen Infektionskrankheiten.⁴⁰⁹ Diese Politik läuft zwar teilweise unter dem Motto „Free Health Care for All“,⁴¹⁰ besteht aber letztlich aus vertikalen Programmen für bestimmte vulnerable Bevölkerungsgruppen und ausgewählte Erkrankungen. Derartige Zuzahlungsbefreiungen lassen die typischen Folgeerscheinungen vertikaler Ansätze wie die anbieterseitige gewinnorientierte Priorisierung und die Benachteiligung nicht begünstigter Personen erwarten; allerdings sind die daraus entstehenden Konsequenzen bisher überhaupt nicht systematisch untersucht und finden somit auch keine Berücksichtigung in Metaanalysen.

In Bezug auf die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen ist auch die Frage von Bedeutung, ob und inwieweit Zuzahlungssysteme zu einer möglichen Verbesserung der Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Sektor beitragen, was ebenfalls zu den erklärten Zielen der Cost-Sharing-Politik gehört. Doch auch hierzu waren kaum empirische Analysen zu finden, die zudem eine Vielzahl von denkbaren externen

⁴⁰⁶ Twikirize/O'Brien 2012, S. 75

⁴⁰⁷ Bezogen auf das dreidimensionale WHO-Modell der universellen Sicherung (WHO 2010, S. 12), das neben der Breite der Absicherung im Krankheitsfall, also dem Umfang des abgesicherten Bevölkerungsanteils, auch den Umfang der abgesicherten Leistungen (Tiefe der Absicherung) und das Ausmaß der Kostenübernahme (Höhe der Absicherung) berücksichtigt.

⁴⁰⁸ Creese/Kutzin 1995, S. 12

⁴⁰⁹ S. z.B. Witter et al. 2007

⁴¹⁰ S. hierzu z.B. Donnelly 2011 und Obermann 2011

Einflussfaktoren und Confoundern berücksichtigen müssten. Allerdings lieferte eine Studie aus Uganda Hinweise darauf, dass die Abschaffung der Kostenbeteiligung die Ausbildung eines zweigliedrigen Gesundheitssystems beförderte und zur Ausbildung einer Zweiklassenmedizin beigetragen hat, da die unteren Einkommensgruppen öffentliche Einrichtungen nutzen, während Reiche vermehrt Privatkliniken aufsuchen.⁴¹¹ Dass Honorierungs- und Zahlungsbedingungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steuern können, ist hinlänglich bekannt und nicht zuletzt Grundlage der Erwartung, Nutzergebühren könnten ein Gesundheitswesen effizienter machen. Wenn der Wegfall von Zuzahlungen die Trennung zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssystem verschärft, weckt dies allerdings Zweifel an der Kapazität von Patientenselbstbeteiligungen, tatsächlich zur Überwindung einer bestehenden Segmentierung beizutragen.

Erheblich größere Klarheit besteht indes bei der Frage des Einflusses von Eigenbeteiligungen bzw. Nutzergebühren auf die Fairness der Gesundheitsfinanzierung und die Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems. Dabei ist zu bedenken, dass Direktzahlungen im Gesundheitswesen nur dann zu einer besseren Zugangsgerechtigkeit führen können, wenn die Verwendung der entsprechenden Einnahmen in Form einer umfangreicheren und qualitativ besseren Versorgung den Armen zu Gute kommt und diese von Selbstbeteiligungen befreit sind.⁴¹²

Abweichend von dieser Erwartung zeigen allerdings die meisten vorliegenden Untersuchungen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Selbstbeteiligungspolitik, dass Nutzergebühren und andere Direktzahlungen die Nutzung von medizinischen Versorgungsangeboten eher senken, und zwar in besonderem Maße bei unteren Einkommensgruppen und Armen. Der gewünschte Effekt einer vermehrten Inanspruchnahme und damit verbundener möglicherweise besserer Zugangs- bzw. Verteilungsgerechtigkeit stellt sich allenfalls dann ein, wenn Direktzahlungen mit spürbaren Verbesserungen der Versorgungsqualität verbunden sind.⁴¹³ Einschränkend ist allerdings zu sagen, dass die in den meisten afrikanischen, vielen südostasiatischen und einigen lateinamerikanischen Ländern bestehende Qualitäts- und Zugangsbarrieren schwerlich allein durch zusätzliche Finanzmittel zu überwinden sein dürften.⁴¹⁴ Insgesamt haben solche Länder, die Nutzergebühren in größerem Umfang einführen, keine erkennbaren Verbesserungen bei der Zugangsgerechtigkeit erreicht.⁴¹⁵ Nicht grundlos hatte sich bereits im Jahr 2000 eine Mehrheit im US-Repräsentantenhaus gegen die uneingeschränkte Fortsetzung der Strukturanpassungspolitik und für die entwicklungspolitische Abkehr von Nutzergebühren für öffentliche Dienste wie Schule und Gesundheitsversorgung gefordert.⁴¹⁶

⁴¹¹ Nabyonga-Orem 2011, S. ii50; dafür ist allerdings schwerlich die Überwindung der Selbstbeteiligungspolitik verantwortlich zu machen, sondern die Steuerung des Gesamtsystems.

⁴¹² Vgl. z.B. Creese 1991, S. 314ff; Chisadza et al. 1995, S. 322ff; Gilson 1995, S. 699ff; Creese/Kutzin 1995, S. 12; Nolan/Turbat 1995, S. 44f; Gilson/Mills 1995, S. 225ff; Audibert/Mathonnat 2000, S. 67; Chawla/Ellis 2000, S. 83; van Damme/Meessen 2001, S. 29; Blaise/Kegels 2004, S. 349

⁴¹³ Litvack/Bodart 1993, S. 377f; Leighton 1995b, S. 12ff; vgl. auch Leighton 1995a S. 1520; Gilson 1997, S. 276

⁴¹⁴ Haddad/Fournier 1995, S. 751f

⁴¹⁵ Creese/Kutzin 1995, S. 10f; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 16; Arhin-Tenkorang 2000, S. 14

⁴¹⁶ Weisman 2000; Grimes 2000; Fischer 2000

7 Zusammenfassung

Die zunehmende direkte Beteiligung der Patienten an den Kosten ihrer Gesundheitsversorgung und anderer sozialer Dienste war ein nahezu ubiquitär angewendetes Kernstück der Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte. Dabei profitierten Nutzergebühren vom primär positiven Ansehen anderer wesentlicher Reformelemente wie der Dezentralisierung und klareren Funktionstrennung, die in der Tradition von Alma-Ata zu stehen schienen und partizipativere, „demokratischere“ Strukturen erwarten ließen.⁴¹⁷ Letztlich haben sie aber zumeist als merkantiles Element im Gesundheitswesen für eine wichtige Weichenstellung in Richtung auf eine spätere Privatisierung gesorgt.⁴¹⁸

Die konzeptionellen Vorstellungen und die vorwiegend ökonomisch begründeten Annahmen, die mit der Einführung von Nutzergebühren in Entwicklungsländern verbunden waren und teilweise bis heute sind, halten weder einer theoretischen Überprüfung stand,⁴¹⁹ noch bestätigen empirische Untersuchungen die erwarteten potenziellen Vorzüge einer direkten Beteiligung von Patienten an den Behandlungskosten. Zudem legen mittlerweile auch ausgefeiltere theoretische Modellansätze und ökonometrische Schätzungen nahe, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stärker preisabhängig ist als in der Frühphase der *cost-sharing*-Politik angenommen, und vor allem, dass die Preisabhängigkeit der Nachfrage mit sinkendem Einkommen steigt.⁴²⁰ Doch auch neuere Modellberechnungen kommen weitgehend ohne Berücksichtigung epidemiologischer oder medizinischer Bedingungen aus und können die aus der Informationsasymmetrie des Gesundheitsmarktes zwangsläufig entstehenden Diskrepanzen zwischen subjektivem, nachfrageseitigem auf der einen und objektivem, medizinisch definiertem Bedarf auf der anderen Seite nicht überwinden.⁴²¹

Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass Direktzahlungen für medizinische Behandlungen in Entwicklungsländern zwar in kleinem Umfang nützliche Ressourcen für lokale Versorgungseinrichtungen erzeugen können,⁴²² sofern diese Einnahmen nicht in das Gesamtbudget einfließen,⁴²³ sondern als spezifische Einnahmen erkennbar bleiben und günstigenfalls gemeinsam mit anderen Ressourcen einer bedürftigen Zielgruppe zu Gute kommt.⁴²⁴ Bei Verwendung dieser Einnahmen für eine bessere Bezahlung des Gesundheitspersonals ist unter bestimmten Bedingungen auch eine Steigerung der Behandlungsqualität zu beobachten.⁴²⁵ Und eine geeignete Gestaltung der Nutzergebühren kann die Einhaltung der adäquaten Hierarchie von Grund- und weiterführender Versorgung fördern.⁴²⁶

⁴¹⁷ Fiedler/Suazo 2002, S. 363

⁴¹⁸ Vgl. Bogg et al. 1996, S. 241; Habtom/Ruys 2005, S. 14

⁴¹⁹ Vgl. Waddington/Enyimayew 1989; Creese 1991; Barer et al. 1993; Creese/Kutzin 1995, Gilson et al. 1995; S. 384ff

⁴²⁰ Sepehri/Chernomas 2001, S. 196

⁴²¹ Vgl. Russell 1996, S. 221

⁴²² Reddy/Vandemoortele 1996, S. 1; Witter 2002, S. 6

⁴²³ PAHO/UNDP/Caricom 1999, S. 20

⁴²⁴ Dixon et al. 2002, S. 55

⁴²⁵ Kipp et al. 2001, S. 1035. Vor allem in den Entwicklungsländern unterschätzen die Regierungen vielfach die Bedeutung einer adäquaten Bezahlung des Personals im Gesundheitswesen und die Gefahren, die sich aus der Unterbezahlung für die Versorgung der Bevölkerung ergeben (Lerberghe et al. 2002, S. 583).

⁴²⁶ Criel/van Balen 1993; Nolan/Turbat 1995; Hearst/Blas 2001, S. 2

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang das Argument der Weltbank, dass Nutzergebühren, so sie erst einmal ein anerkannter Bestandteil der Gesundheitsausgaben geworden sind, die Akzeptanz von Krankenversicherungssystemen erhöhen würden.⁴²⁷ Doch ist diese Einschätzung wenig belegt und eher eine Glaubensfrage als überzeugend nachzuweisen. Auch wenn bestehende Nutzergebühren den Anreiz erhöhen dürften, einer Krankenversicherung beizutreten, stellt ihre Anwendung durch die Leistungserbringer ein Hindernis bei der Einrichtung von Versicherungsstrukturen dar.⁴²⁸ Der von weltbanknahen Experten postulierte Trend ist weder in vielen afrikanischen noch in einer nennenswerten Zahl asiatischer und lateinamerikanischer Staaten zu erkennen, zumindest wenn man die damit implizierte Kausalität betrachtet.⁴²⁹ Vielmehr fördern Nutzergebühren die soziale Ausgrenzung und laufen den Bemühungen um universelle Absicherung gegenüber den finanziellen Risiken von Krankheit zuwider.⁴³⁰ Damit bedrohen sie sowohl den Aufbau als auch das Fortbestehen öffentlicher Wohlfahrts- und sozialer Sicherungssysteme⁴³¹ oder ersetzen wie beispielsweise in China zu Beginn der kapitalistischen Öffnung des Landes explizit bestehende kooperative Krankenversicherungsstrukturen.⁴³² Zudem schränken Direktzahlungen von Patienten nicht nur den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Unversicherte ein, sondern auch in (nahezu) universellen Sozialversicherungssystemen die Breite und damit die Qualität der Absicherung.⁴³³

Ein gewichtiges Argument für die Einführung von Zuzahlungen gerade in Ländern mit vorwiegend steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung war die erwartete bessere Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Diesbezüglich sind die Ergebnisse allerdings in ihrer Gesamtheit recht heterogen,⁴³⁴ und aus verschiedenen Ländern bzw. Regionen liegen teilweise widersprüchliche Erfahrungen vor. So konstatieren einige Studien einen Anstieg der Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitseinrichtungen nach Einführung von Nutzergebühren, sofern diese mit einer besseren Verfügbarkeit von Arzneimitteln einhergeht.⁴³⁵ Tendenziell ist festzustellen, dass die Bewertung von *user fees* in früheren

⁴²⁷ Shaw/Griffin 1995. Dieser postulierte Effekt erscheint allerdings zweifelhaft, sehen doch andere Autoren in Nutzergebühren eher ein Hemmnis für den Aufbau von Versicherungsstrukturen (Velázquez et al. 1999, S. 10f; Arhin-Tenkorang 2000, S. 10) oder zeigen bei der Nutzung des Versorgungsangebots regelrechte antagonistische Effekte von erweiterter Einbeziehung von Personen in Krankenversicherungsstrukturen und Zuzahlungen (Richardson 1991, S. 22; Arhin-Tenkorang 2001, S. 11f., 19). Jüngere Untersuchungen aus dem Jemen, einem Land mit extrem hohen Eigenbeteiligungen (Holst/Gericke 2012, S. 4f.), deuten vielmehr darauf hin, dass bestehende Nutzergebühren die Akzeptanz von Krankenversicherungen sowohl bei den potenziellen Versicherungsnehmern als auch bei Leistungserbringern eher verringern (Schwefel et al. 2005, Part II, S. 63). Auch in der aktuellen Reformdiskussion in Deutschland unterminieren Zuzahlungen die gewohnte Integralität der Gesundheitsversorgung, was spürbare psychologische Folgen für das Ansehen der deutschen Sozialversicherung zu haben scheint.

⁴²⁸ Arhin-Tenkorang 2001, S. 38

⁴²⁹ Witter 2002, S. 46

⁴³⁰ WHO 2005, S. 139

⁴³¹ Russell 1996, S. 227

⁴³² Bogg et al. 1996, S. 243

⁴³³ Carrin/James 2004, S. 17; Holst 2004, S. 228f

⁴³⁴ Vgl. World Bank 1993, S. 118; World Bank 2004, S. 70; Braam 2005, S. 15

⁴³⁵ World Bank 1993, S. 127; Gertler/Hammer 1997, S. 7, 11f; Gilson 1997; Levy-Bruhl et al. 1997; Audibert/Mathonnat 2000, S. 72

Studien deutlich besser ausfällt als bei Erhebungen ab Mitte der 1990er Jahre.⁴³⁶ Dies dürfte zum einen auf die bei Zuzahlungen generell zu beobachtende Kurzfristigkeit der erwünschten Effekte und somit auf ein grundlegendes Nachhaltigkeitsproblem der Kostenbeteiligung von Nutzern des Gesundheitswesens in Entwicklungsländern hinweisen.

Zum anderen ist aber über die Jahre auch ein Wandel der Herangehensweise an Nutzergebühren zu beobachten, der sich aus einer zunehmend kritischen Betrachtung neoklassischer Ansätze im Allgemeinen und von Nutzergebühren im Besonderen ergab. Einer ersten Generation von Untersuchungen, die auf der Grundlage von Preis und Einkommen dem Zugang und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nachging, folgte eine zweite Generation von Studien, die verstärkt die Potenziale von Zuzahlungsbefreiungen zur Abfederung unerwünschter Wirkungen in den Mittelpunkt rückte.⁴³⁷ Mittlerweile hat sich eine klare, nahezu unüberbrückbar erscheinende Diskrepanz zwischen Verfechtern von Anreiz- und Preisbildungsmodellen auf der einen Seite und sozialmedizinisch motivierten Skeptikern herausgebildet. Hinzu kommt auch wachsende Kritik an der theoretisch-ökonomischen Annahme, die Menschen würden kostenpflichtige Gesundheitsgüter höher schätzen und bewusster nutzen als kostenfreie Versorgung.⁴³⁸

Grundsätzlich hängen die jeweiligen Untersuchungsergebnisse von einer Vielzahl komplexer und interdependenter Variablen ab, die nur ansatzweise zu erfassen sind⁴³⁹ und für die auch die Festlegung zuverlässiger Kriterien schwierig bleibt.⁴⁴⁰ Zum anderen lassen die Schlussfolgerungen insbesondere bei vagen positiven Effekten der Nutzergebühren oftmals die Erwartungsvorgaben der Autoren erkennen.⁴⁴¹ Die Ergebnisse von Vergleichsstudien sind nicht immer signifikant oder eindeutig und beruhen vielfach auf zweifelhaften Angaben.⁴⁴² Sie sind von daher nur bedingt aussagekräftig, da entweder hinreichende Daten über die Lage vor der Einführung von Nutzergebühren oder andere gesundheitspolitische Maßnahmen fehlen oder keine klaren Tendenzen auszumachen sind.⁴⁴³

Vielfach beruhen Untersuchungen und Bewertungen auf Aussagen und Einschätzungen des Gesundheitspersonals, denen ein nicht unerheblicher Bias zu Grunde liegt, da Befürworter in erster Linie Erfolge und Kritiker eher Probleme wahrnehmen.⁴⁴⁴ Während Experten in Kamerun, Benin, Guinea, Sierra Leone und Uganda die gesteigerte Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen nach Einführung von Nutzergebühren und gleichzeitig verbesserter Servicequalität beobachteten, zeigte sich in Ghana, Mozambique, Swaziland und Sambia ein Rückgang in Verbindung mit geringer oder fehlender Qualitätsverbesserung.⁴⁴⁵ Mittlerweile liegt auch eine Reihe gegenteiliger Studienergebnisse vor, die trotz spürbarer Qualitätsverbesserung sowohl der ärztlichen als auch der Medikamentenversorgung im Zuge der Einführung von *user fees* eine geringere Nutzung von Gesundheitseinrichtungen nachwies.⁴⁴⁶ Dabei können die Konsequenzen

⁴³⁶ Sepehri/Chernomas 2001, S. 194f

⁴³⁷ Vgl. Stierle et al. 1999, S. 88

⁴³⁸ Cohen/Dupas 2010, S. 2, 32f

⁴³⁹ Criel 1998a, S. 33f; Habtom/Ruys 2005, S. 26

⁴⁴⁰ Stierle et al. 1999, S. 85, 88

⁴⁴¹ Z.B. Audibert/Mathonnat 2000; S. 71

⁴⁴² Vgl. Sepehri/Chermonas 2001, S. 202

⁴⁴³ Z.B. Chawla/Ellis 2000, S. 83

⁴⁴⁴ Kipp et al. 1999, S. 33; Gilson et al. 2000, S. 299

⁴⁴⁵ Reddy/Vandermoortele 1996, S. 17; Kipp et al. 2001, S. 1035; Gilson et al. 2000, S. 299

⁴⁴⁶ Haddad/Fournier 1995; Mwabu et al. 1995

von Krankenbehandlungskosten auch innerhalb eines Landes unterschiedlich ausfallen, wie sich in Uganda gezeigt hat: Während die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen in städtischen und stadtnahen Gebieten um über 40 % abnahm, stieg sie unter gleichen Bedingungen in ländlichen Regionen um gut 20 % an.⁴⁴⁷

Die spezifische Hoffnung auf die gerade von vielen Patienten als vorrangig angesehene Verbesserung der Medikamentenversorgung hat sich folglich vielerorts nicht erfüllt, nicht selten ist sogar eine spürbare Verschlechterung der Versorgung zu beobachten⁴⁴⁸. Zwar kann die Einführung von Nutzergebühren unter Umständen die Bereitstellung einer Versorgungsstruktur und der erforderlichen Ressourcen für die Behandlung bestimmter Erkrankungen fördern bzw. ermöglichen, aber zugleich erhöht sie das Risiko der anfälligsten und sensibelsten gesellschaftlichen Gruppen, der Armen und der Kranken, aufgrund von gesundheitlichen Problemen langfristig zur Armut verurteilt zu sein.⁴⁴⁹ So laufen Direktzahlungen von Patienten letztlich dem Gedanken der sozialen Sicherung zuwider, wo Versicherungen mit 100-prozentiger Kostenübernahme im Krankheitsfall den höchsten Schutz gewähren, während solche mit Eigenbeteiligung die Bürger in geringerem Maße gegen die finanziellen Folgen von Krankheit absichern.⁴⁵⁰ Darüber kann auch der Hinweis nicht hinwegtäuschen, dass einmal bestehende Nutzergebühren tendenziell den Anreiz erhöhen, einer Krankenversicherung beizutreten, sofern die Mitgliedschaft zur zumindest partiellen Befreiung von Direktzahlungen führt.⁴⁵¹ Schließlich stellt die Einziehung von Nutzergebühren eine wichtige und vor allem weitgehend autonom verwendbare Einnahmequelle der Leistungserbringer dar, die Einrichtung von Versicherungsstrukturen hingegen schränkt tendenziell die Autonomie von Ärzten und Kliniken ein.⁴⁵²

Ernüchternd ist auch die Bilanz im Hinblick auf die postulierte Stärkung von Rechenschaftspflicht und Mitbestimmung durch eine über die Finanzierung hinausgehende Beteiligung der Bürger an Entscheidungsprozessen im Sinne eines *community-health*-Konzepts. Obwohl einige Erfahrungsberichte über einen positiven Zusammenhang zwischen Nutzergebühren, Qualitätsverbesserungen und Inanspruchnahme vorliegen, ist wenig über mögliche Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Schichten bekannt.⁴⁵³ Die Auswertung von Erfahrungsberichten aus Kenia, Benin und Sambia zeigte deutlich,

⁴⁴⁷ Kipp et al. 2001, S. 1035

⁴⁴⁸ Laterveer et al. 2004, S. 22

⁴⁴⁹ OECD 2003, S. 46

⁴⁵⁰ Arhin-Tenkorang 2001, S. 11

⁴⁵¹ In der Entwicklungszusammenarbeit entbrannte Mitte der 2000er Jahre ein konzeptioneller Streit über die Strategien zur Ausweitung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall: Im Widerstreit der Systeme propagierte beispielsweise das britische Department for International Development (DFID) unter dem Slogan „Free Health Care for All“ kostenfreie steuerfinanzierte Krankenversorgung, während die damalige Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) im Hinblick auf die Einführung eines Krankenversicherungssystems etwa in Tansania gegen die Abschaffung von Nutzergebühren argumentierte. Unabhängig von grundlegenden Fragen der Machbarkeit und Nachhaltigkeit, die an dieser Stelle nicht hinreichend darzulegen sind, entbehrt es nicht eines gewissen Zynismus, die Menschen bewusst den auch damals schon bekannten und vielfach belegten unerwünschten Folgen von *user fees* auszusetzen, nur um später eventuell ein Systemmodell lancieren zu können, was die Selbstbeteiligungen in Vorauszahlungen zu konvertieren verspricht. Zur Frage des inhaltlich-konzeptionellen Zusammenhangs zwischen Gebühren für medizinische Behandlungen und der Einführung von Krankenversicherungssystemen siehe auch Kapitel 6.

⁴⁵² Arhin-Tenkorang 2001, S. 38

⁴⁵³ Peters et al. 2005, S. 190

dass keine Klarheit über die Entscheidungsinhalte und –prozesse bestand und keineswegs alle betroffenen gesellschaftlichen Gruppen an den Entscheidungsgremien beteiligt waren.⁴⁵⁴ Vergleichbare Erfahrungen mit kommunalen Gesundheitsräten liegen, unabhängig von der jeweiligen Bedeutung von Nutzergebühren, auch aus anderen Erdteilen vor.⁴⁵⁵ Nicht allein die bescheidenen Mitbestimmungsgewinne im Zuge von derartigen Gesundheitsreformen, bei denen Nutzergebühren einen wesentlichen Bestandteil darstellen, sondern auch theoretische Betrachtungen und empirische Erfahrungen gewachsener sozialer Sicherungssysteme erlauben die Schlussfolgerung, dass auf Vorfinanzierung bestehende Strukturen mindestens ebenso Partizipation und Bürgerbeteiligung fördern können wie *user fees*.⁴⁵⁶

Ausgehend von dieser Analyse läuft die Empfehlung auch vorrangig auf den Ausbau und die Vergrößerung bestehender sowie die Förderung wirksam regulierter multipler Risikopools hinaus, angepasst an die jeweiligen Gegebenheiten in den Entwicklungs- und Schwellenländern.⁴⁵⁷ Denn Nutzergebühren im Gesundheitswesen bergen grundsätzlich die Gefahr einer Verlagerung der Kosten von kollektiven Formen des Risiko-Poolings steuer- oder beitragsfinanzierter Versicherungssysteme zu Direktzahlungen einzelner Personen und Haushalte.⁴⁵⁸ Die unterschiedlichen Formen der Vorausfinanzierung medizinischer Behandlungen unabhängig vom konkreten Bedarf, sei es in Form von staatlicher Versorgung, einkommensabhängigen Beitragssystemen, gemeindebasierten Vorauszahlungsstrukturen und solchen mit vertikaler Integration oder einer Mischung dieser Systeme, sind selbst dann reinen Direktzahlungen vorzuziehen, wenn es sich um relativ kleine *pools* handelt.⁴⁵⁹ Insbesondere im Hinblick auf den Zugang zu Medikamenten haben sich selbst kleinere, lokale Finanzierungssysteme im Vergleich zu Direkt- oder Zuzahlungen als überlegen erwiesen.⁴⁶⁰ Zudem bestehen Hinweise darauf, dass Versicherungsstrukturen oder Voucher-Systeme gerade den Zugang von Frauen zur Gesundheitsversorgung verbessern können, die häufig auf ihre Männer oder die Familienoberhäupter angewiesen sind, um das erforderliche Bargeld für den Besuch in einem Gesundheitsposten oder für Medikamente zu bekommen.⁴⁶¹

Bei der Bewertung der unterschiedlichen empirischen Funde darf allerdings ein Faktor nicht unbeachtet bleiben, der für die Einführung, Umsetzung und Akzeptanz von Zuzahlungsverfahren von großer Bedeutung sein dürften. So haben Erfahrungen mit Nutzergebühren in Uganda, Zimbabwe, Swasiland, Ghana, Ägypten, Kamerun, Tansania, Mali, Benin, Burkina Faso, der Demokratischen Republik Kongo, Ruanda, Sudan, Lesotho, Nigeria, Elfenbeinküste und anderen afrikanischen Ländern gezeigt, dass politische Rückendeckung durch den Staat und die beteiligten Interessensgruppen ebenso für die

⁴⁵⁴ Gilson et al. 2001, S. 304f, 311

⁴⁵⁵ Z.B. Al-Serouri et al. 2001, S. 6f; Schwefel et al. 2005, S. 40, 64

⁴⁵⁶ Vgl. Carrin/James 2004, S. 14; GTZ 2005, S. 19f

⁴⁵⁷ WHO 2000A, S. 101

⁴⁵⁸ Creese 1997, S. 203

⁴⁵⁹ WHO 2000a, S. 38; 97ff; vgl auch; Braam 2005, S. 20

⁴⁶⁰ Shaw/Ainsworth 1996b, S. 207ff; Hope 2003, S. 828; WHO 2005, S. 138. Eine gewisse Sonderstellung kommt den lokalen, gemeindebasierten Medikamentenbeschaffungsprogrammen zu, die in vielen armen Ländern Afrikas, aber auch in Asien und Lateinamerika entstehen. Auch wenn dieser Ansatz zur Überwindung der ärgsten Versorgungsengpässe unzureichender staatlicher Strukturen auf Privatausgaben basiert, kann er potenziell einen ersten Schritt zur Einrichtung umfassender sozialer Sicherungsstrukturen darstellen (vgl. Velázquez et al. 1999, S. 16; Holst 2003, S. 22).

⁴⁶¹ Arhin 1994; Standing 1997, S. 12f

Umsetzung der jeweiligen Gesundheitsfinanzierungssysteme erforderlich ist wie die Unterstützung durch Basisorganisationen.⁴⁶² Derartige sozialpolitische Faktoren finden allerdings nur ansatzweise Beachtung in der Begutachtung der jeweiligen Konsequenzen von Nutzergebühren im Gesundheitswesen.⁴⁶³

In Anbetracht unzureichender öffentlich-staatlicher Mittel für die medizinische Versorgung der Bevölkerung einerseits und des erheblichen Anteils von privaten Gesundheitsausgaben andererseits können in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern Zuzahlungen allerdings unter bestimmten Voraussetzungen und mit zeitlicher Begrenzung ein Mittel zur Verbesserung der finanziellen sozialpolitischen Lage darstellen.⁴⁶⁴ Zweifels- ohne stehen die weltweit vorherrschenden Macht- und Handelsbeziehungen einer Überwindung der massiven Entwicklungs- und Wachstumshemmnisse im Wege, die im Zuge der so genannten Globalisierung eher zunehmen als verschwinden. Auch hat sich die internationale Entwicklungszusammenarbeit bisher gescheut, ausreichende Mittel für die laufenden Gesundheitsversorgungskosten zur Verfügung zu stellen. Dennoch greift die Einschätzung zu kurz, Patientendirektzahlungen seien zumindest in den 59 ärmsten Ländern der Welt eine wichtige Möglichkeit, zusätzliches Geld in das Gesundheitssystem zu bekommen.⁴⁶⁵

Bemerkenswert ist der Ansatz aus Ecuador, Zuzahlungen für Einzelleistungen einschließlich der Selbstzahlung für Arzneimittel auf fixe Eigenanteile pro Erkrankungsepisode umzustellen. In den Gesundheitsposten, die derartige Fallpauschalen anwendeten, waren eine steigende Erstkontaktrate pro Einwohnerzahl, aber kein Anstieg der Folgekontakte sowie eine deutlich höhere Zahl chronisch kranker Patienten, eine bessere „Compliance“ und insgesamt erheblich größere Einnahmen zu beobachten.⁴⁶⁶

Insgesamt haben wiederholte Erfahrungen mit Zuzahlungen bzw. Nutzergebühren gezeigt, wie eng ihre Optionen für eine ergänzende Finanzierung der medizinischen Versorgung sind. Angesichts der geringen verfügbaren Einkommen machen Zuzahlungen in den meisten Entwicklungsländern allenfalls einen geringen Anteil des Gesundheitsbudgets aus (s.o.), und in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen führen sie kaum zu einem spürbaren Anstieg der verfügbaren Ressourcen.⁴⁶⁷ Gesundheitspolitisch bedeutsam ist die zusätzliche Erkenntnis, dass eine nutzerfinanzierte Gesundheitsversorgung das Gesamtsystem und die Volkswirtschaft in Entwicklungs- und Schwellenländern langfristig teuer zu stehen kommen kann. Die Einführung von *user fees* in Entwicklungsländern unterstellte eine geringe Bedeutung externer Effekte von Gesundheitsleistungen. Allerdings sind die positiven Auswirkungen auf das individuelle wie kollektive Einkommen einer frühen kurativen Behandlung der in diesen Weltregionen relevanten infektiösen Erkrankungen nicht zu unterschätzen.⁴⁶⁸ Wer das Geld für den Arztbesuch und andere Behandlungen nicht aufbringen kann, verzichtet auf medizinische Maßnahmen⁴⁶⁹ oder kommt gar nicht in den Genuss einer Therapie⁴⁷⁰ und verschlechtert dadurch seine Erwerbschancen.

⁴⁶² Mwabu 2005, S. 12; vgl. Kajula et al. 2004, S. S140f, 150

⁴⁶³ Diop et al. 1995, S. 237f

⁴⁶⁴ McEuen/McGaugh 1997, S. 11

⁴⁶⁵ Costello 1997

⁴⁶⁶ Maldonado et al. 2001, S. 4, 6, 8

⁴⁶⁷ WHO 2005, S. 138

⁴⁶⁸ Stanton/Clemens 1989, S. 1202f; Reddy/Vandemoortele 1996, S. 33

⁴⁶⁹ Dieser Effekt ist sowohl in Entwicklungs- und Schwellenländern als auch in den Industrieländern zu beobachten. So führen Whitehead et al. diverse Studien an, die dieses Problem in China, Indien, Vietnam, den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und auf Jamaica

In verschiedenen Ländern führen Experten sogar den Anstieg der Müttersterblichkeit sowie infektiöser Krankheiten wie Diphtherie und Tuberkulose auf die Auswirkungen einer Gesundheitspolitik zurück, die den Zugang zu medizinischer Versorgung vom Einkommen und der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig macht.⁴⁷¹ In ländlichen Gebieten haben Nutzergebühren nicht selten massive Effekte auf die Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit von Gesundheitsleistungen⁴⁷² und verursachen einen bis zu 50-prozentigen Rückgang bei der Nutzung medizinischer Einrichtungen.⁴⁷³ Dies zwingt Patienten nicht selten dazu, die Behandlung eines Gesundheitsproblems auf der kostspieligeren Ebene zu suchen, typischerweise im Krankenhaus anstatt im Gesundheitsposten, weil dort de facto die Chance auf Kostenbefreiung besteht.⁴⁷⁴

Die Anwendung von Nutzergebühren zur Verringerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wäre theoretisch allenfalls dann gerechtfertigt, wenn eine Übernutzung und ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Seiten der Personen nachzuweisen ist, die aufgrund einer Krankenversicherung oder anderer Finanzierungsmodalitäten kostenfreien Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Abgesehen davon, dass die Frage einer treffsicheren Auswahl vermeintlich „überflüssiger“ Leistungen auch in armen Gesellschaften ungelöst ist, spielt die wirtschaftstheoretische Hoffnung, Zuzahlungen könnten opportunistisches Verbraucherverhalten (*moral hazard*) im Gesundheitswesen eindämmen, gerade in den ärmeren Entwicklungsländern keine Rolle. In den Entwicklungsländern, wo *user fees* am offensivsten die Debatte über Gesundheitsfinanzierungsreformen bestimmt haben oder teilweise noch bestimmen, sind die monetären und Opportunitätskosten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ohnehin so hoch, dass Zuzahlungen eher soziale Ausgrenzung der Armen und Kranken als angemessene Steuerung bewirken.⁴⁷⁵ Vor allem in ländlichen Regionen ist die Anreise kostspielig, in den Wartezeiten müssen die Betroffenen und ihre Angehörigen für Essen und Unterkunft aufkommen, und der oftmals hohe Zeitaufwand bringt erhebliche Einkommenseinbußen mit sich.⁴⁷⁶

Zu berücksichtigen ist mittel- und vor allem langfristig auch ein weiterer möglicher Effekt von Patientenselbstbeteiligungen, den keine der hier analysierten Untersuchungen zu Nutzergebühren erfasst: Die nicht nur erwartbare, sondern nahezu zwangsläufig eintretende dauerhafte Reduzierung der Regelfinanzierung öffentlicher Leistungserbringer aufgrund der dort durch Patientenselbstbeteiligungen zusätzlich erzielten Einnahmen.⁴⁷⁷ Nutzergebühren für Gesundheitsleistungen in öffentlichen Einrichtungen dienen zwar

belegen (Whitehead et al. 2001, S. 833; Tipping 2000). Ähnliche Ergebnisse sind aber auch aus Dänemark, Schweden, Kanada und den USA bekannt. Auch im Fall Chiles gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Versicherten vor allem weiblichen Geschlechts, die aus Angst vor der finanziellen Belastung eine indizierte medizinische Behandlung aufgeschoben oder nicht wahrgenommen haben (34 %), wobei auch hier die Ausgrenzung in erster Linie die unteren sozioökonomischen Schichten sowie Frauen und Kinder am stärksten betrifft (Contreras et al. 1999, S. 96; Holst 2001, S. 44f).

⁴⁷⁰ Whitehead et al. 2001, S. 833

⁴⁷¹ Creese 1997, S. 202; UNRISD 2000, S. 120

⁴⁷² Z.B. Amone 2005, S. 7f

⁴⁷³ Biritwum 1994, S. 125; Willis/Leighton 1995, S. 243f; Blas/Limbambala 2001, S. 25; Burnham et al. 2004, S. 187

⁴⁷⁴ Whitehead 2001, S. 834

⁴⁷⁵ Criel 1998a, S. 108; Castaño et al. 2002, S. 10; Badasu 2004, S. 5f; Arredondo/Nájera 2005, S. 151; GTZ 2005, S. 11f

⁴⁷⁶ Vgl. World Bank 1993, S. 127, Criel 1998a, S. 91; Arhin-Tenkorang 2001, S. 12, 28

⁴⁷⁷ Vgl. Ridde et al. 2012, S. 11f sowie indirekt Ridde 2003, S. 536f

oftmals zunächst der Generierung zusätzlicher Einnahmen auf Ebene der Anbieter, verfolgen aber entweder explizit oder implizit-konsekutiv das Ziel einer Entlastung der öffentlichen Haushalte von den Investitions- oder laufenden Kosten für die Gesundheitseinrichtungen. Mit einer zunehmenden finanziellen Autonomie (ehemals) öffentlicher Gesundheitseinrichtungen geht eine Entlastung öffentlicher Haushalte einher, die insbesondere unter den Vorgaben einer Strukturanpassung und fiskalischen Austeritätspolitik schwer rückgängig zu machen ist und bei rückläufigen Einnahmen aus Nutzergebühren zu finanziellen Engpässen führen kann. Dass derart relevante mögliche Effekte in öffentlichen Einrichtungen auf die Nachhaltigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen wie der Einführung von *user fees* bisher nicht systematisch erfasst sind, erschwert eine zuverlässige Einschätzung der Auswirkungen von Patientenselbstbeteiligungen in Entwicklungsländern. Das Gleiche gilt für eine Vielzahl von Effekten der Einführung von Behandlungsgebühren im Zuge der verordneten Strukturanpassung, die jenseits des Gesundheits- oder Krankenversorgungssystems im engeren Sinne zu erwarten sind⁴⁷⁸ und zu ganz erheblichen Implikationen auf das gesellschaftliche und politische Gefüge beigetragen haben können. Deren systematische empirische Erfassung stellt naturgemäß eine enorme und vielfach praktisch nicht zu bewältigende Herausforderung an wissenschaftliche Untersuchungen dar, was ihr Fehlen in allen analysierten Studien erklärbar macht. In Anbetracht des vorliegenden Wissens über erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Strukturanpassungsprogrammen erfordert es allerdings eine theoretisch-kritische Einbeziehung komplexerer Zusammenhänge, was möglicherweise in vielen Fällen zu skeptischeren Bewertungen von Zuzahlungen im Krankheitsfall führen würde. Andererseits sind auch die denkbaren positiven Auswirkungen von *Cost-Sharing*-Programmen beispielsweise auf die Nachhaltigkeit von Vertriebswegen insbesondere für Arzneimittel und andere Heilmittel zu bedenken, die zu einer Stabilisierung und Verbesserung der medizinischen Versorgung beigetragen haben können.

Das Gleiche gilt für die Einführung von Nutzergebühren im Zusammenhang mit zunehmender Selbständigkeit der Leistungserbringer, die vielerorts wesentlicher Bestandteil der Dezentralisierung des Krankenversorgungssystems ist. Mit der Autonomie wächst für die Gesundheitseinrichtungen auch die Notwendigkeit, einen wachsenden Teil ihres Budgets selber zu erwirtschaften. Ein wesentliches Mittel zur Mittelgenerierung auf Anbieterebene sind Behandlungsgebühren, die üblicherweise auch für Bonuszahlungen für die Mitarbeiter Verwendung finden. Nutzergebühren setzen damit pekuniäre Anreize zur Leistungserbringung und damit zur Leistungsausweitung. Der Zwang der Leistungserbringer zur Gewinnerzielung führt beispielsweise in China zu einer relevanten Nachfrageinduktion und zu systemischer Überversorgung: Steigende Aufwendungen der Anbieter für technologische Neuerungen sind mit der gesunkenen Regelfinanzierung nicht zu finanzieren, zwingen die Leistungserbringer, höhere Preise von ihren Patienten zu verlangen, führen zu einem Rückgang der (bezahlbaren) Nachfrage und zwingen die Gesundheitseinrichtungen zur Leistungsausweitung.⁴⁷⁹ Dies betrifft zwar aktuell nur Entwicklungs- und vor allem Schwellenländer mit wachsender Kaufkraft und relevanter Binnenkaufkraft; es wäre aber naiv anzunehmen und widerspräche auch der mikroökonomischen Theorie, das Anbieterverhalten verhielte sich unabhängig von der Honorierung. Die Einführung bzw. Anwendung von Nutzergebühren zur Finanzierung der Gesundheitsdienste in Ländern, deren Ressourcen zumindest bei Beibehaltung der bisherigen Einkommensverteilung und Ressourcenallokation nicht für die Kranken-

⁴⁷⁸ Vgl. z.B. Hecht et al. 1993

⁴⁷⁹ Huong et al. 2007, S. 564

versorgung der Bevölkerung ausreichen, bringt nämlich nicht nur das Risiko anhaltender Mittelkürzungen aus öffentlichen Haushalten mit sich, sondern auch die Gefahr einer Über- bzw. Fehlversorgung mit solchen Gesundheitsleistungen, mit denen Anbieter ein höheres Einkommen erzielen können.

Zwar stellt die Bereitstellung guter medizinischer Versorgung mit knappen öffentlichen Mitteln die meisten Entwicklungs- und viele Schwellenländer vor große Herausforderungen. Vielerorts ist die öffentliche Krankenversorgung zwar kostenfrei, aber chronisch unterfinanziert. Vor diesem Hintergrund entstand auf der Suche nach zusätzlichen oder alternativen Finanzierungsquellen zur Verbesserung des Gesundheitswesens die Idee, von Patienten Gebühren für medizinische Leistungen zu verlangen.⁴⁸⁰ Allerdings ist in Anbetracht der vielen kurz-, mittel- und potenziell langfristigen Auswirkungen der Beteiligung der Menschen in den armen Ländern dieser Welt an den Kosten ihrer Krankenversorgung große Zurückhaltung bei der Anwendung dieses Finanzierungsinstruments angebracht.

Falls Nutzergebühren unumgänglich für eine tragfähige Gesundheitsfinanzierung erscheinen, sollte die Anwendung jeder Form von Patientenzahlungen allenfalls sehr behutsam und partizipativ unter Einbeziehung der Betroffenen sowie bestehender sozialer Organisationen erfolgen. Vor allem aber dürfen sie den ungehinderten Zugang der armen Bevölkerung zu qualitativ adäquater medizinischer Versorgung nicht beeinträchtigen. In ihrem Richtlinien- und Referenzpapier zu Gesundheit und Armutsbekämpfung führen OECD und WHO fünf wesentliche Kriterien einer sozial verantwortlichen Eigenbeteiligungspolitik auf:⁴⁸¹

1. Kostenloser Zugang zur Basisversorgung
2. Zuzahlungsbefreiung für bestimmte Gruppen oder Kommunen
3. Behandlung epidemiologisch relevanter Erkrankungen ohne Selbstbeteiligung
4. (Teilweise) Befreiung der Armen von den Kosten stationärer Behandlungen
5. Sonderabgaben für Bessergestellte in Spezial- und Universitätskrankenhäusern

Dies kann allerdings nur das erste Ziel dort sein, wo diese Bedingungen noch nicht gegeben sind. Die WHO selber hat mit ihrem Modell der dreidimensionalen universellen Sicherung die Richtung vorgegeben.⁴⁸² Auch die Höhe der finanziellen Absicherung, also der Umfang der Kostenübernahme im Krankheitsfall, ist eins von drei wesentlichen Kriterien der sozialen Sicherung gegen die ökonomischen Folgen von Krankheit. Jede Form von Selbstbeteiligung und Zuzahlung verringert den Sozialschutz. Universelle Sicherung ist nur bei weitestgehender Reduzierung bzw. idealerweise bei völliger Abschaffung jeder Form der Eigenbeteiligung im Krankheitsfall möglich.

⁴⁸⁰ Ahsan/Bartlema 2008, S. 87

⁴⁸¹ OECD 2003, S. 48; vgl. auch Eldis/HRC 2006

⁴⁸² WHO 2010, S. 12

- Abdu, Zeidan/Mohammed, Zakariya/Bashier, Ilham/Eriksson, Bo (2004). The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: the case of malaria in Sudan. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (S1), S. S95-S106. DOI: 10.1002/hpm.777 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.777/pdf>).
- Agyepong, Irene (1999). Reforming health service delivery at district level in Ghana: the perspective of a district medical officer. *Health Pol Plan* 14 (1), S. 59-69 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/1/59>).
- Ahmed, Shahnaz/Mbaisi, Jane/Moko, Daniel/Ngonzi, Acent (2005). Health is wealth: how low-income people finance health care. *J Int Dev* 17 (3), S. 383-396. DOI: 10.1002/jid.1216 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.1216/pdf>).
- Ahsan, Kamrul/Bartlema, Jan (2008). Introduction of user fees: a viable means of health care financing? *Journal of Health Management* 10 (1), S. 87-100. (<http://jhm.sagepub.com/content/10/1/87.full.pdf+html>).
- Akal, Afsar/Harvey, Roy (2001). The role of health insurance and community financing in funding immunization in developing countries. WHO, Genf (http://www.who.int/immunization_financing/options/en/role_chf.pdf).
- Akashi, Hidechika/Yamada, Takako/Huot, Eng/Kanal, Koum/Sugimoto, Takao (2004). User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes. *Soc Sci Med* 58 (3), S. 553-64.
- Akin, John/Birdsall, Nancy/de Ferranti, David (1986a). Financing health services in developing countries: An agenda for reform. A World Bank policy study. Report No .6563, World Bank, Washington D.C. (http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/23/000178830_98101903343495/Rendered/PDF/multi_page.pdf; preliminary version: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1986/12/31/000009265_3960926045435/Rendered/PDF/multi0page.pdf).
- Akin, John/Birdsall, Nancy/de Ferranti, David (1987). Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Programa de Reformas. Banco Mundial Washington DC (http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/11/22/000386194_20111122043643/Rendered/PDF/65630SRSPANISoforOreform000Spanish.pdf).
- Akin, John/Griffin, Charles/Guilkey, David/Popkin, Barry (1986b). The demand for adult out-patient services in the Bicol Region of the Philippines. *Soc Sci Med* 22 (3), S. 321-328.
- Al Bustan, Mahmoud/Batistella, Roger (1988). The Kuwaiti National Health Service: financial restraints and cost sharing imperatives. *Int J Health Plann Mngt* 3 (4), S. 259-272. DOI: 10.1002/hpm.4740030405 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.4740030405/pdf>).
- Alegría, Margarita/McGuire, Thomas/Vera, Mildred/Canino, Glorisa/Freeman, Daniel/Matías, Leida/Albizu, Carmen/Marín, Heriberto/Calderón, José (2001). The impact of managed care on the use of outpatient mental health and substance abuse services in Puerto Rico. *Inquiry* 38 (4), S. 381-395 (http://www.inquiryjournalonline.org/inqronline/?request=acl-login&request_type=get-pdf&file=i0046-9580-038-040381.pdf).
- Al-Serouri, Abdul/Al Hibshi, Souad/Balabanove, Dina (2001). Cost-sharing in Public Health Care facilities in Yemen. Study Report, Oxfam, Sana'a.
- Amone, Joseph/Asio, Salome/Cattaneo, Adriano/Kweyatulira, Annet/Macaluso, Anna/Macico, Gavino/Mukokoma, Maurice/Ronfani, Luca/Santini, Stefano (2005). User fees in private non-for-profit hospitals in Uganda: a survey and intervention for equity. *Int J Equ Health* 4 (6) (<http://www.equityhealthj.com/content/4/1/6>).

- Anangwe, Alfred (2008). Health sector reforms in Kenya: User fees. In: Sama, Martyn/Nguyen, Vinh-Kim (Hg.). *Governing health systems in Africa*. Council for the Development of Social Science Research in Africa (COSRIA), Dakar: S. 44-59 (<http://www.codesria.org/IMG/pdf/Chap5-2.pdf>).
- Andrews, Sonia/Mohan, Sailesh (2002). User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly* 37, 14. Sept. 2002, S. 373-375 (<http://epw.in/epw/uploads/articles/4557.pdf>).
- Annear, Peter (2007). Study of financial access to health services for the poor in Cambodia. Phase 2: In-depth analysis of selected case studies. Ministry of Health /WHO /AusAID /RMIT, Pnom Penh.
- Ansah, Evelyn-Korkor/Narh-Bana, Solomon/Asiamah, Sabina/Dzordzordzi, Vivian/Biantey, Kingsley/Dickson, Kakra/Gyapong, John-Owusu/Ansah-Koram, Kwadwo/Greenwood, Brian/Mills, Anne/Whitty, Christopher (2009). Effect of removing direct payment for health care on utilisation and health outcomes in Ghanaian children: A randomised controlled trial. *PLoS Med* 6 (1): e1000007. DOI:10.1371/journal.pmed.1000007 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000007>; <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000007&representation=PDF>).
- Arhin, Dyna (1994). The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture? *Soc Sci Med* 39 (6), S. 861-870.
- Arhin, Dyna (1995). Rural health insurance: A viable alternative to user fees. PHP Departmental publication No. 19, School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), London.
- Arhin, Dyna (1996). Book review of 'Community Participation in Primary Health Care' by E. Alihonou et al. *Soc Sci Med* 42 (4), S. 629.
- Arhin, Dyna (1997). Are people in Ghana willing to pay for health care? Paper presented at the Fifteenth Annual Conference of the German Association of Tropical Paediatricians, Kiel, Germany, 23-25 January.
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2000). Mobilizing resources for health: The case of user fees revisited. CMH Working Paper Series, Paper No. WG3:6. Washington D.C. (http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf).
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2001). Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization. CMH Working Paper Series, Paper No WG3: 1. Washington DC (http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf).
- Arredondo, Armando/Barceló, Alberto (2007). The economic burden of out-of-pocket medical expenditures for patients seeking diabetes care in Mexico. *Diabetologia* 50 (11), S. 2408-2409 (<http://www.springerlink.de/content/q31430pw18276h53/fulltext.pdf>).
- Arredondo, Armando/Nájera, Patricia (2005). Who pays more for health services in middle-income countries: lessons from Mexico. *Public Health* 119 (2), S. 150-152.
- Arredondo, Armando/Zúñiga, Alexis (2004). Economic consequences of epidemiological changes in Diabetes in middle-income countries. The Mexican case. *Diab Care* 27 (4), S. 104-109. DOI: 10.2337/diacare.27.1.104 (<http://care.diabetesjournals.org/content/27/1/104.full.pdf+html>).
- Asenso-Okyere, Kwado/Anum, Adote/Osei-Akoto, Isaac/Adukonu, Augustina (1998). Cost recovery in Ghana: are there any changes in health care seeking behaviour? *Health Pol Plan* 13 (2), S. 181-188 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/181>).
- Asenso-Okyere, Kwado/Osei-Akoto, Isaac/Anum, Adote/Adukonu, Augustina (1999). The behaviour of health workers in an era of cost sharing: Ghana's drug cash and carry system. *Trop Med Int Health* 4 (8), S. 586-593. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1999.00438.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1999.00438.x/pdf>).

- Asgary, Ali/Willis, Ken/Taghvaei, Ali Akbar/Rafeian, Mojtaba (2004). Estimating rural households' willingness to pay for health insurance. *Eur J Health Econ* 5 (3), S. 79-84. DOI 10.1007/s10198-004-0233-6.
- Audibert, Martine/Mathonnat, Jacky (2000). Cost recovery in Mauritania: initial lessons. *Health Pol Plan* 15, S. 66-75 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/15/1/66>).
- Audibert, Martine/Mathonnat, Jacky/Pareil, Delphine/Kabamba, Raymond (2007). Analysis of hospital costs as a basis for pricing services in Mali. *Int J Health Plann Mgmt* 22 (3), S. 205-224. DOI: 10.1002/hpm.880 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.880/pdf>).
- Axelson, Hendrik/Bales, Sarah/Minh, Pham-Duc/Ekman, Björn/Gerdtham, Ulf (2009). Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *Intl Journal Equ Health* 8: 20 (<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-8-20.pdf>).
- Ayah, Rosemary (1997). Impact of user fees in health. *East Afr Med J* 74, S. 749-750.
- Badasu, Delali Margaret (2004). Implementation of Ghana's Health User Fee Policy and the Exemption of the Poor: Problems and Prospects. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, Vol. 19 (2, Sup. A), S. 285-302 (<http://www.bioline.org.br/request?ep04031>).
- Bangser, Maggie (2000). Reframing policies for gender equity: Women's agency, participation and public accountability. Harvard Center for Population and Development studies, Working Paper Series. Boston (<http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healtnet/HUPapers/gender/bangser.html>).
- Barber, Sarah/Bonnet, Frédéric/Bekeda, Henk (2004). Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Pol Plan* 19 (4), S. 199-208 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/4/199?ck=nck>).
- Barer, Morris/Bhatia, Vandha/Stoddart, Greg/Evans, Robert (1993). The remarkable tenacity of user charges: A concise history of the participation, positions and rationales of Canadian interest groups over "Direct Patient Participation" in Health Care Financing. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93. 15D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-15D.pdf>).
- Barnett, Courtney/Bhawalkar, Manjiri/Nandakumar, A.K./Schneider, Pia (2001). The application of the national health accounts framework to HIV/AIDS in Rwanda. PHRPlus, Bethesda (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/BARaids.pdf>).
- Barnum, Howard/Kutzin, Joseph (1993). Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. World Bank, Washington DC /Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Barnum, Howard/Kutzin, Joseph/Saxenian, Helen (1995). Incentives and provider payment methods. Human resources development and operations policy, HRO Working Papers No. 51, World Bank, Washington DC (http://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/PVEKZD/um/W6/financovani_anglicky.pdf; http://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/PVEKZD/um/W6/financovani_anglicky.txt).
- Barros, Aluísio/Bertoldi, Andréa (2008). Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol* 37 (4), S. 758-765. DOI:10.1093/ije/dyn063 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/758.full.pdf+html>).
- Bayarsaikhan, Dorjsuren/Kwon, Soonman/Ron, Aviva (2005). Development of social health insurance in Mongolia: Successes, challenges and lessons. *International Social Security Review* 58, 4/2005, S. 27-44 (www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/O33A9409-B22E-472C-9ED5-9835D6FB647E/0/ISSRMongolia20051.pdf).

- Beattie, Allison/Doherty, Jane/Gilson, Lucy/Lambo, Eytayo/Shaw, Paul (Hg.) (1996). Sustainable health care financing in Southern Africa. Papers from an EDI Health Policy Seminar Held in Johannesburg, South Africa, June 1996. World Bank, Washington DC (<http://www.worldbank.org/hsr/library/sa/shaw.pdf#page=49>).
- Bedi, Arjun/Kimalu, Paul/Kimenyi, Mwangi/Manda, Damiano/Mwabu, Germano/Nafula, Nancy (2004). User charges and utilisation of health services in Kenya. Discussion Paper No. 32, Kenyan Institute for Public Policy Research and Analysis (KIPPR), Nairobi (www.kippra.org/download/DPNo.32.pdf).
- Belli, Paolo/Gotsadze, George/Shahriari, Helen (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Pol* 70 (1), S. 109-123.
- Bennett, Sarah/Creese, Andrew/Monasch, Roeland (1998). Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO, Current Concerns, ARA Paper No. 16, Genf.
- Bennett, Sarah/Gilson, Lucy (2001). Health financing: Designing and implementing pro-poor policies. DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Bennett, Sarah/Mills, Anne/Russell, Steve/Supachutikul, Anuwat/Tangcharoensathien, Viroj (1998). The health sector in Thailand. The role of government in adjusting economies research programme, Paper 31, Development Administration Group, University of Birmingham (http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper31.htm).
- Bennett, Sarah/Muraleedharan, V. R. (1998). Reforming the role of government in the Tamil Nadu health sector. The role of government in adjusting economies research programme, Paper 28, Development Administration Group, University of Birmingham (http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper28.htm).
- Berman, Peter (1995). Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy* 32 (1-3), S. 13-28.
- Berman, Peter/Bossert, Thomas (2000). A decade of health sector reform in developing countries: What have we learned? International Health Systems Group, Harvard School of Public Health, Boston (<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout.PDF>).
- Berman, Peter/Gwatkin, Davidson/Burger, Susan (1987). Community-based health workers: Head start or false start towards health for all? *Soc Sci Med* 25 (5), S. 443-459.
- Bhat, Ramesh/Maheshwari, Kumar Sunil (2005). Human Resource Issues: Implications for Health Sector Reforms. *Journal of Health Management* 7 (1), S. 1-39 (<http://jhm.sagepub.com/content/7/1/1.full.pdf+html>).
- Bichmann, Wolfgang/Diesfeld, Hans-Jochen/Agboton, Yves/Ac Gbaguidi, Emmanuel/Simshauser, Ulla (1991). District health systems: users' preferences for services in Benin. *Health Pol Plan* 6 (4) S. 361-370 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/6/4/361>).
- Bijlmakers, Leon/Dusseljee, Jos/Jurgens, Esther (2006). The role of user fees and health insurance in health care financing. Position Paper Summary, Partners in International Health, ETC Crystal, Leusden (http://www.etc-crystal.org/fileadmin/etc/Bestanden_ETC_Crystal/HealthFinancing.pdf).
- Biritwum, Richard (1994). The cost of sustaining the Ghana's 'Cash and Carry' system of health care financing at a rural health centre. *West Afr J Med*. 13 (2), S. 124-127.
- Bitrán, Ricardo/Giedion, Ursula (2003). Waivers and exemptions for health services in developing countries. Social Safety Net Primer Series, Worldbank, Washington (<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussionpapers/Safety-Nets-DP/0308.pdf>; <http://ihf-fih.org/content/download/549/4145/file/Waivers%20and%20exemptions%20for%20health%20services%20in%20developing%20countries.pdf>).

- Blaise, Pierre/Kegels, Guy (2004). A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (4), S. 337-364. DOI: 10.1002/hpm.769 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.769/pdf>).
- Blaise, Pierre/Kegels, Guy/van Lerberghe, Wim (1997). Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 5, ITG Press, ITM, Antwerpen (<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid=49&miid=43&RND=663667679#stud>).
- Blas, Erik (2004). The proof of the reform is in the implementation. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (S1), S. S3-S23. DOI: 10.1002/hpm.781 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.781/pdf>).
- Blas, Erik/Hearst, Norman (2002). Health sector reform and equity – learning from evidence? *Health Pol Plan* 17 (Suppl 1), S. 1-4 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/1).
- Blas, Erik/Limbambala, Me (2001). User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Pol Plan* 16 (Suppl 2), S. 19-28 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_2/19).
- Bloom, Gerald (1997). Primary health care meets the market: lessons from China and Vietnam. Institute for Development Studies (IDS), Working Paper 53, Brighton, ISBN 1 85864 119 5 (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp53.pdf>).
- BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) (2002). Positionspapier Soziale Sicherheit. Bonn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/de-soziale-sicherheit-positionspapier.pdf>).
- BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) (2001). Armutsbekämpfung – eine globale Aufgabe. Aktionsprogramm 2015. Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut. Bonn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/de-aktionsprogramm-2015.pdf>).
- Bogg, Lennart/Dong, Hengjin/Wang, Keli/Wenwei, Cai/Diwan, Vinod (1996). The cost of coverage: rural health insurance in China *Health Policy* 11(3), S. 238-252 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/3/238>).
- Bonu, Sekhar/Rani, Manju/Bishai, David (2003). Using willingness to pay to investigate regressiveness of user fees in health facilities in Tanzania. *Health Pol Plan* 18 (4), S. 370-382 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/4/370>).
- Borghgi, Jo/Ensor, Tim/Somanathan, Aparnaa/Lissner, Craig/Mills, Anne (2006). Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* 368 (9545), S. 1457-1465.
- Borghgi, Jo/Hanson, Kara/Adjei Acquah, Charles/Ekanmian, Gatien/Filippi, Veronique/Ronsmans, Carine/Brugha, Ruari/Browne, Edmund/Alihonou, Eusebe (2003). Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Pol Plan* 18 (4), S. 383-392. DOI: 10.1093/heapol/czg046 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/18/4/383.full.pdf>).
- Braam, Tamara (2005). The impact of health sector financing reforms on sexual and reproductive health services in Africa. University of the Witwatersrand, Johannesburg: Ravindran, Sundari/de Pinho, Helen (Hg.). *The right reform? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*. Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand (<http://www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/docs/AFRICAFINANCE.pdf>).
- Briggs, Jane (2000). The economic consequences of inadequate prescribing on health care users and providers: a case study in San Cristóbal, Mexico. Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool.

- Brikci, Nouria/Philips, Mit (2007). User fees or equity funds in low-income countries. *Lancet* 369 (9555), S. 10-11.
- Burnham, Gilbert/Pariyo, George/Galiwango, Edward/Wabwire-Mangen, Fred (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bull World Health Org* 82 (3), S. 187-195 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/3/187-195.pdf>; <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n3/v82n3a08.pdf>).
- Carrin, Guy/Gray, Elinor/Almeida, Joel (1998). Coping with Ill-health in Rickshaw pullers. Household in Chittagong, Bangladesh, Technical Paper No. 30, Macroeconomics, Health and Development Series, WHO, Geneva. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 30 (1), S. 136-148 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_ICO_MESD.30.pdf).
- Carrin, Guy/James, Chris (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: Key design features in the transition period. WHO, Department of Health Systems Financing and Resource Allocation, Discussion Paper No. 2, Genf (http://www.who.int/health_financing/issues/en/reaching_universal_dp_04_2.pdf).
- Castaño, Ramón/Arbalaez, José/Giedion, Ursula/Morales, Luis (2002). Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 1), S. 5-11 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/5).
- Castiglione, Susana (2010). Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud. *World Health Report (2010)*, Background paper No. 54 (http://www.who.int/health_systems/topics/financing/healthreport/InsolvenciaNo54FINAL.pdf).
- Cetinoglu, Dalita/Delchevalerie, Pascale/Parqué, Veronique/Philips, Mit/Herp, Michel van (2004). Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys. Médecins Sans Frontières, Brüssel (http://www.azg.be/fr/pdf/burundi_eng.pdf).
- Chalker, John (1995). Effect of a drug supply and cost sharing system on prescribing and utilization: a controlled trial from Nepal. *Health Pol Plan* 10 (4), S. 423-430 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/4/423>).
- Chambers, Robert (1989). Editorial introduction: vulnerability, coping and policy. *IDS Bulletin* 20 (2), S. 1-7. DOI: 10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x (<http://online.library.wiley.com/store/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x/asset/j.1759-5436.1989.mp20002001.x.pdf>).
- Chambers, Robert/Longhurst, Richard (1986). Trees, seasons, and the poor. *IDS Bulletin* 17 (3), S. 44-50. Institute for Development Studies, Sussex (<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/219/rc281.pdf?sequence=2>).
- Chatora, Rufaro (2005). Health Financing in the WHO African Region. WHO, Brazzaville, *African Health Monitor* 5 (2), S. 13-16 (http://www.who.int/health_financing/links/janjun2005.pdf).
- Chaudhuri, Anoshua/Roy, Kakoli (2008). Changes in out-of-pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002. *Health Pol* 88 (1), S. 38-48.
- Chaudhury, Nazmul/Hammer, Jeffrey/Murrugarra, Edmundo (2003). The effects of a fee-waiver program on health care utilization among the poor. Evidence from Armenia. Policy Research Working Paper Nr. 2952, World Bank, Washington (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000094946_03012511205069).
- Chawla, Mukesh/Ellis, Randall (2000). The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. *Health Pol Plan* 15, S. 76-84 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/15/1/76>).
- Chen, Lincoln/Hiebert, Linda (1994). From socialism to private markets: Vietnam's health in rapid transmission. Draft, Harvard School of Public Health, Baltimore (http://www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/94_11.pdf).
- Chen, Meei-shia/Mastilica, Miroslav (1998). Health care reform in Croatia: for better or for worse? *Am J Publ H* 88 (8), S. 1156-1160 (<http://www.ajph.org/cgi/reprint/88/8/1156>).

- Chernichovsky, Dov/Meesook, Astra-Oey (1986). Utilization of health services in Indonesia. *Soc Sci Med* 23 (6), S. 611-620.
- Chi, Chunhuei/Lee, Jwo-Leun/Tsai, Shu-Ling/Chen, Wen-Yi (2008). Out-of-pocket payment for medical care under Taiwan's National Health Insurance system. *Health Econ* 17 (8), S. 961-975. DOI: 10.1002/hec.1312 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1312/pdf>).
- Chisadza, Emmanuel/Maponga, Chiedza/Nazerali, Hanif (1995). User fees and drug pricing policies: a study at Harare Central Hospital, Zimbabwe. *Health Pol Plan* 10 (3), S. 319-326 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/319>).
- Chuma, Jane/Musimbi, Janet/Okungu, Vincent/Goodman, Catherine/Molyneux, Catherine (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *Int J Equ Health* 8: 15 (<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-8-15.pdf>).
- Cid, Camilo/Prieto, Lorena (2012). El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev Panam de Salud* 31 (4), S. 310-316 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a07v31n4.pdf>).
- Cohen, Jessica/Dupas, Pascaline (2010). Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *Quart J Economics* 125 (1), S. 1-45. DOI:10.1162/qjec.2010.125.1.1 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=12&sid=14ffe602-d50a-4fa9-9fd7-32b277241d4f%40sessionmgr4>).
- Coleman, Nii Ayite (1997). The uneven implementation of user fee policy in Ghana. *Takemi Program in International Health*, Harvard School of Public Health, Boston (www.hsp.h.harvard.edu/takemi/RP138.pdf).
- Colgan, Anne-Louise (2002). Hazardous to health: The World Bank and IMF in Africa. *Africa Action Position Paper*, Washington DC (<http://www.africaaction.org/resources/docs/HazardoustoHealth.pdf>).
- Collins, David/Quick, Jonathan/Musau, Stephen/Kraushaar Daniel/Husseini, Ibrahim (1996). The fall and rise of cost sharing in Kenya: the impact of phased implementation. *Health Pol Plan* 11 (1), S. 52-63 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/1/52>).
- Commission for Africa Report (2005). Our common interest. Report of the Commission for Africa. (http://www.commissionforafrica.org/english/report/thereport/cfafullreport_1.pdf).
- Contoyannis, Paul/Hurley, Jeremiah/Grootendorst, Paul/Jeon, Sung-Hee/Tamblyn, Robyn (2005). Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *Health Econ* 14 (9), S. 909-923. DOI: 10.1002/hec.1041 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1041/pdf>).
- Contreras, Rodrigo/Guzmán, Marcela/Vergara, Marcos (1999). Recursos Humanos en los Sectores Salud y Educación y Costo-Efectividad del Sistema - Lecciones de la Experiencia en Chile. *Untersuchung Im Auftrag der ILO*, Santiago.
- Coreil, Jannine/Agustin, Antoine/Halsey, Neil/Holt, Elizabeth (1994). Social and psychological costs of preventive child health services in Haiti. *Soc Sci Med* 38 (2), S. 231-238.
- Cornwell, Andrea/Gaventa, John (2001). From users and choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy. *Institute of Development Studies, IDS Working Paper 127*, Brighton.
- Coronini-Cronberg, Sophie/Laohasiriwong, Wongsu/Gericke, Christian (2007). Health care utilisation under the 30-Baht Scheme among the urban poor in Mitrapap slum, Khon Kaen, Thailand: a cross-sectional study. *Int J Equ Health* 6:11 (<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-6-11.pdf>).

- Costello, Anthony (1997). Commentary: should mother and child health services in developing countries be free? *BMJ* 314 (7085), S. 941 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7085/941>).
- Couffinhal, Agnès/Paris, Valérie (2001). Utilization fees imposed to public health care System Users in France. Workshop Organized for the Commission on the future of health care in Canada. 29.11.2001, Paris (<http://www.credes.fr/english/wp/userschar.pdf>; http://www.credes.fr/En_ligne/WorkingPaper/ecogen/userschar.pdf).
- Crawford, Steven/Ramsey, Christian/Splinter, Garth (2004). It's health care, not welfare. Final report submitted to the Oklahoma health care authority. Health care not welfare Project Team, Primary Care Health Policy Division, Department of Family & Preventive Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City (<http://www.statecoverage.net/hrsa/ok.pdf>; <http://www.statecoverage.net/statereports/ok8.pdf>).
- Creese, Andrew (1991). User charges for health care: a review of recent experience. *Health Pol Plan* 6 (4), S. 309-319 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/6/4/309.full.pdf>).
- Creese, Andrew (1997). User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. *BMJ* 315 (7102), S. 202-203 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7102/202>).
- Creese, Andrew/Kutzin, Joseph (1995). Lessons from cost recovery in health. WHO/SHS/NHP Forum on Health Sector Reform (Discussion Paper No.2). Genf (http://mosquito.who.int/docs/hs95_5.htm).
- Criel, Bart (1998a). District-based health insurance in Sub-Saharan Africa. Part I: From Theory to Practice; *Studies in Health Services Organisation & Policy* 9, ITGPress, Antwerpen (<http://dspace.itg.be/bitstream/10390/4987/1/1998shso0009.pdf>).
- Criel, Bart (1998b). District-based health insurance in Sub-Saharan Africa. Part II: Case studies. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 9, ITGPress, Antwerpen (<http://dspace.itg.be/bitstream/10390/6090/2/1998shso0010.pdf>).
- Criel, Bart/de Vos, Pol/van Lerberghe, Wim/van der Stuyft, Patrick (1996). Community financing or cost recovery: Empowerment or social dumping? *Trop Med & Int Health* 1 (3), S. 281-282. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1996.d01-58.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1996.d01-58.x/pdf>).
- Criel, Bart/Kegels, Guy (1997). A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda district, Zaire: lessons and questions after 10 years of functioning. *Trop Med Int Health* 2 (7), S. 654-672. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1997.d01-349.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1997.d01-349.x/pdf>).
- Criel, Bart/van Balen, Harrie (1993). Paying for the Kasongo hospital in Zaire. A conceptual framework. *Health Pol Plan* 8 (1), S. 61-71 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/1/61>).
- Criel, Bart/van Balen, Harrie (1993). Paying for the Kasongo hospital in Zaire: a conceptual framework. *Health Pol Plan* 8 (1), S. 61-71 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/1/61>).
- Das, Jishnu/Hammer, Jeffrey (2007). Money for nothing: The dire straits of medical practice in Delhi, India. *J Dev Econ* 83 (1), S. 1-36.
- Davis, Karen (2004). Consumer directed health care: Will it improve health system performance? *Health Serv Res* 39 (4 part 2), S. 219-233. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00284.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2004.00284.x/pdf>; <http://www.ubedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1361064&blobtype=pdf>).
- de Allegri, Manuela/Ridde, Valéry/Louis, Valérie/Sarker, Malabika/Tiendrebéogo, Justin/Yé, Maurice/Müller, Olaf/Jahn, Albrecht (2011). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy* 99 (3), S. 210-218.

- de Béthune, Xavier/Alfani, Shesoko/Lahaye, Jean-Baptiste (1989) The influence of abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaire. *Health Pol Plan* 4 (1), S. 76-81 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/4/1/76>).
- de Ferranti, David (1985). Paying for health services in Developing Countries. World Bank Staff Working Paper Nr. 721, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/06/14/000178830_98101903430786/Rendered/PDF/multi0page.pdf).
- de Vos, Pol/Malaise, Geraldine/de Ceukelaire, Wim/Perez, Denis/Lefèvre, Pierre/van der Stuyft, Patrick (2009). Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the era of globalization. *Social Med* 4 (2), S. 121-127 (<http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/download/269/633>).
- De, Susna/Shehata, Ibrahim (2001). Comparative report of national health accounts findings from eight countries in the Middle East and North Africa. Partnerships for health reform (PHRPlus), Technical Report No. 64, Betehesda (<http://www.phrplus.org/Pubs/te64fin.pdf>).
- Deber, Raisa/Forget, Evelyn/Roos, Leslie (2004). Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *Health Pol* 70 (1), S. 49-66.
- Deininger, Klaus/Mpuga, Paul (2004). Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. World Bank Policy Research Working Paper 3276, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/05/21/000009486_20040521105433/Rendered/PDF/wps3276health.pdf).
- Deppe, Hans-Ulrich (1987). *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Edition suhrkamp, Bd. 391, 1. Auflage, Frankfurt.
- Dercon, Stefan/Ruttens, Christel (1998). Cost recovery in health care in Africa: a review of the principles and the effects on the poor. BVO/98.2, World Bank, Washington DC (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.201.8050&rep=rep1&type=pdf>).
- Devereux, Stephen/Sabates-Wheeler, Rachel (2004). Transformative social protection. IDS Working Paper 232, Institute of Development Studies, Brighton (<http://www.ids.ac.uk/files/Wp232.pdf>).
- Dezhi, Yu (1992). Changes in health care financing and health status: The case of China in the 1980s. Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Series, EPS Nr. 34. Florenz (<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/eps34.pdf>; <http://EconPapers.repec.org/RePEc:ucf:iopeps:iopeps92/55>).
- Dhliwayo, Rogers (2001). The impact of public expenditure management under ESAP on basic social services: health and education. Department of Economics, University of Zimbabwe (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DHIfinan.pdf>).
- Dib, Hassan/Hong, Shen-Yan/Bin, Zhao/Hongliang, Shen (2007). Health care costs in China: Need for Intervention. *J Health Mgmt* 9 (1), S. 85-103 (<http://jhm.sagepub.com/content/9/1/85.full.pdf+html>).
- DiMatteo, Robin/Giordani, Patrick/Lepper, Heidi/Croghan, Thomas (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis. *Med Care* 40 (9) S. 94-811 (<http://www.jstor.org/stable/3768145>).
- Diop, François/Yazbeck, Abdo/Bitran, Ricardo (1995). The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Pol Plan* 10 (3), S. 23-240 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/223>; <http://www.phrplus.org/Pubs/p10.pdf>).
- Dixon, Anna/Langenbrunner, Jack/Mossialos, Elias (2002). Facing the challenges of health care financing. In: Figueras, Josep/McKee, Martin/Cain, Jennifer/Lessof, Sudzy. *Health systems in transition: Learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO EURO, Copenhagen. Kap. 3, S. 51-84 (Kap. 3: http://157.86.8.27/artigos/euro_obs.pdf#page=52; Gesamtwerk: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98395/E83108.pdf)

- Dixon, Anna/McDaid, David/Knapp, Martin/Curran, Claire (2006). Financing mental health services in low- and middle-income countries. *Health Pol Plan* 21 (3), S. 171-182. DOI:10.1093/heapol/czl004 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/21/3/171.full.pdf+html>).
- Dlodlo, F. (1995). Implementation impact of user-fee policy: Case studies in Zimbabwe. Research Paper, Institute of Social Studies, Den Haag.
- Doherty, Jim/Kamae, Isao/Lee, Kenneth/Li, Hong/Li, Shu-Chun/Liu, Gordon/Tarn, Yen-Huei/Yang, Bong-min (2004). What is next for pharmacoeconomics and outcomes research in Asia? *Value in Health* 7 (2), S. 118-132. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2004.72330.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4733.2004.72330.x/pdf>).
- Donelan, Karen/Blendon, Robert/Schoen, Cathy/Davis, Karen/Binns, Katherine (1999). The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Aff* 18 (3), S. 206-216. 10.1377/hlthaff.18.3.206 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/18/3/206>).
- Dong, Hengjin/Bogg, Lennart/Wang, Keli/Rehnberg, Clas/Diwan, Vinod (1999). A description of outpatient drug use in rural China: evidence of differences due to insurance coverage. *Int J Health Plan Mgmt* 14 (1), S. 41-56. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199901/03)14:1<1::AID-HPM529>3.0.CO; 2-Q (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SII%291099-1751%28199901/03%2914:1%3C41::AID-HPM529%3E3.0.CO; 2-Q/pdf>).
- Donnelly, John (2011). How did Sierra Leone provide free health care? *Lancet* 377 (9775), S. 1393-1396.
- Dow, William/Gertler, Paul/Schoeni, Robert/Strauss, John/Thomas, Duncan (1997). Health Care Prices, Health and Labor Outcomes: Experimental Evidence. DRU-1588-NIA, Working Paper Series 97-01, Labour and Population Program, RAND, Santa Monica (<http://www.rand.org/pubs/drafts/2008/DRU1588.pdf>).
- Dow, William/Gertler, Paul/Schoeni, Robert/Strauss, John/Thomas, Duncan (2000). Health care prices, health and labor outcomes: Experimental evidence. DRU 1588, Working Paper Series 97-01, Labor and Population Program, RAND, Santa Monica (<http://www.rand.org/pubs/drafts/2008/DRU1588.pdf>).
- Drechsler, Denis/Jütting, Johannes (2005). Private health insurance in low- and middle-income countries: Scope, limitations and policy responses. Paris, OECD Development Centre (http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/drechsler_031005.pdf).
- Dussault, Gilles/Fournier, Pierre/Letourmy, Alain (Hg.) (2007). L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. *Série Santé, Nutrition et Population*, Banque Mondiale, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/08/30/000160016_20060830113122/Rendered/PDF/37149.pdf).
- Egger, Dominique/Lispon, Debra/Adams, Orvill (2000). Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. *Issues in health services delivery*, Discussion Paper No. 2, WHO/EIP/OSD/00.2 ,WHO, Genf (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66305/1/WHO_EIP_OSD_00.2.pdf/http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf).
- Eldis/HRC Health Systems Resource Guide (2006). User fees for health: ways forward. Institute of Development Studies, Sussex (<http://www.eldis.org/index.cfm?objectId=23545ACB-BB5A-0C7D-245CB570A7EB418D>).
- Elgazzar, Heba/Raad, Firas/Arfa, Chokri/Mataria, Awad/Salti, Nisreen/Chaaban, Jad/Salehi-Isfahani, Djavad/Fesharaki, Sanaz/Majbouri, Mehdi (2010). Who Pays? Out-of-pocket health spending and equity implications in the Middle East and North Africa. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/11/30/000333038_20101130215933/Rendered/PDF/580140revised0155B01PUBLIC10WhoPays.pdf).

- Ellis, Randall (1987). The revenue generating potential of user fees in Kenyan government health facilities. *Soc Sci Med* 25 (9), S. 995-1002.
- Emami, Sarah (2010). Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective. *World Health Report (2010)*, Background paper, No. 3 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/3BackgroundPaperMedBankruptcy.pdf>).
- Emmett, Bethan (2004). Abolishing cost recovery in basic healthcare: a critical reform for Africa. Oxfam, London (<http://www.commissionforafrica.org/french/consultation/submissions/before/sb-oct-nov04-024.pdf>).
- England, Sarah/Kaddar, Miloud/Nigam, Sdhok/Pinto, Matilde (2001). Practice and policies on user fees for immunization in developing countries. Department of Vaccines and Biologicals, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www564.pdf>; http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_V&B_01.07.pdf; http://www.gavinfo.info/forum/bb2/7-11_user_fees.pdf).
- Ensor, Tim (1999). Health financing: overview and theory-practice of health insurance. Centre for Health Economics, York.
- Ensor, Tim (2000). The unofficial business of health care in transitional Europe. *Eurohealth* 6 (2), Special Issue Spring 2000. Geneva: World Health Organization, S. 35-37 (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol6no2.pdf>).
- Ensor, Tim (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med* 58 (2), S. 237-246.
- Ensor, Tim/Dave-Sen, Priti/Ali, Liaquat/Hossain, Atia/Ara Begum, Shamim/Moral, Hamid (2002). Do essential service packages benefit the poor? Preliminary Evidence from Bangladesh. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 3), S. 247-256 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/3/247>).
- Ensor, Tim/Duran-Moreno, Antonio (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector; S. 106-124 (<http://www.who.dk/document/OBS/REBC05.pdf>).
- Ensor, Tim/San, Pham Bich (1998). Access and payment for health care: the poor of Northern Vietnam. *Int J Health Plan Mgmt* 11 (1), S. 69-83. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199601)11:1<69::AID-HPM414>3.0.CO; 2-P (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291099-1751%28199601%2911:1%3C69::AID-HPM414%3E3.0.CO; 2-P/pdf>).
- Ensor, Tim/Savelyeva, Larisa (1998). Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakstan. *Health Pol Plan* 13 (1), S. 41-49 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/1/41>).
- European Observatory of Health Care Systems (1999). Health care systems in transition. Kazakhstan. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e67903.pdf>).
- European Observatory of Health Care Systems (2000). Health care systems in transition. Kyrgyzstan. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e69818.pdf>).
- Fabricant, Stephen-Joel (1992). Community financing in Sierra Leone: affordability and equity of primary health care costs. Promotions, Universität London (<http://ethos.bl.uk/DownloadOrderContent.do>).
- Fabricant, Stephen-Joel/Kamara, Clifford/Mills, Anne (1999). Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *Int J Health Plan Manage* 14 (3), S. 179-199. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199907/09)14:3<179::AID-HPM548>3.0.CO; 2-N (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291099-1751%28199907/09%2914:3%3C179::AID-HPM548%3E3.0.CO;2-N/pdf>).
- Fafchamps, Marcel/Minten, Bart (2003). Public service provision, user fees, and political turmoil. CSAE WPS/2003-15, Oxford (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/FAFres.pdf>).

- Fan, Victoria/Karan, Anup/Mahal, Ajay (2012). State health insurance and out-of-pocket health expenditures in Andhra Pradesh, India. *Int J Health Care Fin Econ* (online first), DOI: 10.1007/s10754-012-9110-5 (<http://www.springerlink.com/content/x975271047ht7290/fulltext.pdf>).
- Fiedler, John (1993). Increasing reliance on user fees as a response to public health financing crises: a case study of El Salvador. *Soc Sci Med* 36 (6), S. 735-747.
- Fiedler, John (1993). The privatization of health care in three Latin American social security systems. *Health Pol Plan* 11 (4), S. 406-417 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/repri nt/11/4/406>).
- Fiedler, John/Suazo, Javier (2002). Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 4), S. 362-377 (<http://heapol.oupj ournals.org/cgi/reprint/17/4/362>).
- Fischer, Rudolf (2000). Benutzergebühren für Gesundheitsdienste abschaffen? Kommentar zu einer Provokation aus den USA. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz* Nr. 79, (<http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200004/kap02/08fischer.html>).
- Flores, Gabriela/Krishnakumar, Jaya/O'Donnell, Owen/van Doorslaer, Eddy (2008). Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ* 17 (12), S. 1393-412. doi/10.1002/hec.1351 (<http://online library.wiley.com/doi/10.1002/hec.1351/pdf>).
- Foster, Andrew (1994). Poverty and illness in low-income rural areas. *Am Econ Rev* 84 (2), S. 216-220 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=b6d3ce4a-4065-470f-9cee-6fbc4f95a0d3%40sessionmgr113>).
- Frick, Kevin/Lynch, Matthew/West, Sheila/Munoz, Beatriz/Mkocha, Harran (2003). Household willingness to pay for azithromycin treatment for trachoma control in the United Republic of Tanzania. *Bull W Health Org* 81, S. 101-107 (<http://www.scielosp.org/pdf/bw ho/v81n2/v81n2a06.pdf>).
- Frogner, Bianca/Anderson, Gerard (2006). Multinational comparisons of health systems Data, 2005. Commonwealth Fund, Pub. No. 825, New York (http://www.cmwf.org/usr_d oc/825_Frogner_multinational_comphltsysdata.pdf).
- Frye, Isobel (2005). Extending social security to developing countries, particular emphasis on healthcare and informal economy workers. Discussion Paper No. 1, Global Union Research Network (GURN) (<http://www.gurn.info/en/discussion-papers/healthcare0 5.pdf>).
- Geoffard, Pierre-Yves (2000). Dépenses de santé: l'hypothèse d' „aléa moral“. *Économie et Prévision* 142, S. 123-135. DOI: 10.3406/ecop.2000.5992 (http://www.persee.fr/article AsPDF/ecop_0249-4744_2000_num_142_1_5992/article_ecop_0249-4744_2000_nu m_142_1_5992.pdf?mode=light; http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/a rticle/ecop_0249-4744_2000_num_142_1_5992).
- Gertler, Paul/Gruber, Jonathan (2002). Insuring consumption against illness. *Am Econ Rev* 92 (1), S. 51-70. DOI: 10.1257/000282802760015603 (<http://pubs.aeaweb.org/doi/pdf plus/10.1257/000282802760015603>).
- Gertler, Paul/Hammer, Jeffrey (1997). Strategies for pricing publicly provided health services. University of California/World Bank, Berkeley/Washington DC. DOI: 10.1596/1813-9450-1762 (<http://elibrary.worldbank.org/docserver/download/1762. pdf?ex pires=1344002403&id=id&accname=guest&checksum=BC180CA9F0110BBE3356672282C8 7698>).
- Gertler, Paul/Locay, Luis/Sanderson, Warren (1987) Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *J Econometr* 36 (1-2), S. 67-88.
- Gertler, Paul/Solon, Orville (2000). Who benefits from social health insurance in developing countries? Working paper, University of California, Berkeley (http://faculty.haas.b erkeley.edu/gertler/working_papers/philippines-6.pdf).

- Gertler, Paul/van der Gaag, Jacques (1990a). The willingness to pay for medical care. World Bank, Washington, DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/17/000178830_98101911175261/Rendered/PDF/multi_page.pdf).
- Gertler, Paul/van der Gaag, Jacques (1990b). The willingness to pay for medical care: Evidence from two developing countries. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gilson, Lucy (1995). Management and health care reform in Sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 40 (5), S. 695-710.
- Gilson, Lucy (1997). The Lessons of User Fees Experiences in Africa. *Health Pol Plan* 12 (3), S. 273-285 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/12/3/273.full.pdf>).
- Gilson, Lucy/Kalyalya, Denny/Kuchler, Felix/Lake, Sally/Oranga, Hezron/Ouendo, Marius (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plan Mgmt* 15 (4), S. 291-317. DOI: 10.1002/hpm.599 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.599/pdf>).
- Gilson, Lucy/McIntyre, Diane (2005). Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 331 (7519), S. 762-765 (<http://www.bmj.com/content/331/7519/762>, http://www.bmj.com/highwire/filestream/386821/field_highwire_article_pdf/0.pdf; Reprint: <http://www.ghwatch.org/english/casestudies/userfees.pdf>).
- Gilson, Lucy/Mills, Anne (1995). Health sector reforms in Sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Pol* 32 (1-3), S. 215-243.
- Gilson, Lucy/Russell, Steve/Buse, Kent (1995). The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *J Int Dev* 7 (3), S. 369-401. DOI: 10.1002/jid.3380070305 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.3380070305/pdf>).
- Giusti, Daniele/Lochoro, Peter/Maniple, Everd/Odaga, John (2005). Pro-poor health services: The Catholic Health Network in Uganda. World Bank Findings. World Bank, Washington DC, (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/01/04/000009486_20050104093040/Rendered/PDF/310570find246.pdf; www.worldbank.org/afr/findings/english/find246.pdf).
- Gómez, Elsa (2001). Equidad, género y salud. Beitrag auf dem internationalen Workshop "Cuentas nacionales de salud y género", 18./19. Oktober 2001 in Santiago de Chile. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fondo Nacional de Salud (FONASA), Santiago (<http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF>).
- Gómez, Elsa (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Sal Publ* 11 (5), S. 327-334. ISSN 1020-4989 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>; http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=es&nrm=iso&tng=es).
- Gotsadze, George/Bennett, Sara/Ranson, Kent/Gzirishvil, David (2006). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Pol Plan* 20 (4), S. 232-242 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/4/232>).
- Greenhalgh, Trisha (1987). Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Soc Sci Med* 25 (3), S. 307-318.
- Griffin, Charles (1987). User charges for health care in principle and practice. Economic Development Institute Seminar Paper 37. World Bank, Washington DC.
- Griffin, Charles (1992). Welfare gains from user charges for government health services. *Health Pol Plan* 7 (2), S. 177-180 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/7/2/177>).
- Grimes, Peter (2000). Victory: U.S. Congress acts against structural adjustment. 50 Years Is Enough Network, Madison (<http://wsarch.ucr.edu/wsnmail/2000/msg01298.html>).
- GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) (Hg.) (2005). Soziale Krankenversicherung. Beitrag zur internationalen entwicklungspolitischen Diskussion über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit. Diskussionspapier. GTZ, Eschborn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/de-beitrag-entwicklungspolitische-diskussion.pdf>).

- Gwatkin, Davidson (2000). Health inequalities and the health of the poor: What do we know? *Bull World Health Organ* 78 (1), S. 3-18 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(1\)3.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(1)3.pdf)).
- Gwatkin, Davidson (2012). Paying for health care: moving beyond the user-fee debate. *Lancet* (in press; available online 14 May 2012).
- Gwatkin, Davidson/Wagstaff, Adam/Yazbeck, Abdo (2005). Reaching the poor with health, nutrition, and population services. World Bank, Washington DC, S. 81-96 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/complete.pdf>)
- Habtom, GebreMichael/Ruys, Pieter (2005). The choice of a health care Provider: The Central and Northern highlands of Eritrea. Tilburg University (<http://www.eeasesem.com/papers/EEA/2005/709/article.pdf>).
- Haddad, Slim/Fournier, Pierre (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in zaire. *Soc Sci Med* 40 (6), S. 743-753.
- Haddad, Slim/Fournier, Pierre/Machouf, Nima/Yatara, Fassinet (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc Sci Med* 47 (3), S. 381-394.
- Hanson, Kara/McPake, Barbara (1993). The Bamako initiative: where is it going. *Health Pol Plan* 8 (3), S. 247-254 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/3/247-a>).
- Hardeman, Wim/van Damme, Wim/van Pelt, Mautits/Por, Ir/Kimvan Heng/Meessen, Bruno (2004). Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Pol Plan* 19 (1), S. 2-32 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/1/22>).
- Hartz, Gustav (1928). *Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit*. August Scherl G.m.b.H., Berlin.
- Hayek, Friedrich August von (1947). *Freie Wirtschaft und Wettbewerbsordnung*. Vortrag zur Eröffnung einer Diskussion auf der Gründerversammlung der Mont Pélerin Society in Mont Pélerin im Schweizerischen Vevey am 1. April 1947. In: Streit, Manfred (Hg.) (2003). *Rechtsordnung und Handlungsordnung*. In: Hayek, F.A./Bosch, Alfred (Hg.) (2003). *Gesammelte Schriften in deutscher Sprache*. Abt. A, Aufsätze, Bd. 4. *Rechtsordnung und Handlungsordnung : Aufsätze zur Ordnungsökonomik*. Teil 1, Band 5. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Hearst, Norman/Blas, Erik (2001). Learning from experience: research on health sector reform in the developing world. *Health Pol Plan* 16 (Suppl. 2), S. 1-3 (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_2/1).
- Hecht, Robert/Overholt, Catherine/Holmberg, Hopkin (1993). Improving the implementation of cost recovery for health: lessons from Zimbabwe. *Health Pol* 25 (3), S. 213-242.
- Heller, Peter (1982). A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Soc Sci Med* 16 (3), S. 267-284.
- Hennink, Monique/Madise, Nyovani (2004). Appropriateness of user fees for reproductive health in Malawi. Southampton Statistical Science Research Institute, Applications & Policy Working Paper A04/17, Universität Southampton (<http://eprints.soton.ac.uk/12492/01/s3ri-workingpaper-a04-17.pdf>).
- Hensher, Martin/Jefferys, Emma (2000). Financing blood transfusion services in Sub-Saharan Africa: a role for user fees? *Health Pol Plan* 15 (3), S. 287-295 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/3/287>).
- Herbst, Jeffrey (1990). The structural adjustment of politics in Africa. *World Development* 18 (7), S. 949-958.
- Hercot, David/Meessen, Bruno/Ridde, Valery/Gilson, Lucy (2011) Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii5-ii15 doi:10.1093/heapol/czr063 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii5.full.pdf+html).

- Hindle, Don/Khulan, Buyankhishig (2006). New payment model for rural health services in Mongolia. *Rural and Remote Health* 6 (1), Art. No. 434 (<http://rrh.deakin.edu.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=434>).
- Holloway, Kathleen/Gautam, Bharat/Reeves, Barnaby (2001). The effects of different kinds of user fee on prescribing costs in rural Nepal. *Health Pol Plan* 16 (4), S. 421-427 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/4/421>; <http://dcc2.bumc.bu.edu/richard/DPIO2/Additional%20Mats/Richard/Holloway%20Nepal.pdf>).
- Holst, Jens (2001). *Krankenversicherungen in Chile. Ein Modell für andere Länder?* Hans-Jacobs-Verlag, Lage.
- Holst, Jens (2003). *La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión.* Secretaría Técnica de Planificación/GTZ-Project PLANDES. Asunción (<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-proteccion-social-py.pdf>).
- Holst, Jens (2004). *Gesundheitswesen in Chile. Selektion und soziale Ausgrenzung.* VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main. ISBN 3-88864-387-2.
- Holst, Jens (2005). *Equidad y selección de riesgos.* Serie Documentos de Trabajo, Nr. 1. Studienabteilung FONASA. Santiago.
- Holst, Jens (2006). *Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit.* In: Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Laaser, Ulrich. *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit.* Verlag Hans Huber, Bern, S. 135-149.
- Holst, Jens (2008). *Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern.* Discussion Paper SP I 2008-305, FG Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (<http://skylia.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-305.pdf>).
- Holst, Jens (2011). *Improved access for the poor pregnant women to improve maternal Health and HIV-related services in Tanzania.* Draft Mission Report 12 - 31 March 2011. GFA, Hamburg.
- Holst, Jens/Gericke, Christian (2012). *Healthcare financing in Yemen.* *Int J Health Plann Mgmt* 27 (3), S. 198-225. DOI: 10.1002/hpm.2107 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2107/pdf>).
- Holst, Jens/Laaser, Ulrich (2003). *Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Unsozial, diskriminierend und ineffektiv.* *Dt Arztebl* 100 (51-52), S. 3358-3361 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39869>).
- Holst, Jens/Laaser, Ulrich/Hohmann, Jürgen (2004). *Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity.* *Journal of Public Health* 12, 4, S. 271-282, Springer-Verlag Heidelberg (www.springerlink.com/index/M416VUG85EWXGYNQ.pdf; <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>).
- Hope, Rebecca (2003). *Paying in potatoes: community-based health insurance for the rural and informal sector.* *The Lancet* 362 (9386), S. 827-829 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603142791/fulltext>; http://www.deza.ch/ressources/product_22_es_1242.pdf).
- Horstman, Ronald (2007). *Can we predict out-of-pocket expenditures on HIV/AIDS on the basis of macro indicators? Evidence from the Latin American and Caribbean Region.* UNFPA/UNAIDS/NIDI, The Hague (www.resourceflows.org/index.php?module=uploads&func=download&fileId=250 -).
- Horwitz, Abraham (1988). *Economics and Health: beyond financing.* *Bull Pan Am H Org* 22 (4), S. 158-166.
- Hotchkiss, David/Krasovec, Katherine/El-Idrissi, Driss Zine-Eddine/Eckert, Erin/Karim, Ali Mehryar (2005). *The role of user charges and structural attributes of quality on the use of maternal health services in Morocco.* *Int J Health Plan Mgmt* 20 (2), S. 113-135. DOI: 10.1002/hpm.802 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.802/pdf>).

- Hotchkiss, David-Richards/Hutchinson, Paul-Lawrence/Malaj, Altin/Berruti, Andrés-Alejandro (2004). Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. TE 051, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech051_fin.pdf).
- Hotchkiss, David-Richards/Hutchinson, Paul-Lawrence/Malaj, Altin/Berruti, Andrés-Alejandro (2005). Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. *Health Pol* 75 (1), S. 18-39.
- Hsiao, William (2002). Health care financing in developing nations. A background paper. University of Harvard, Boston (http://behdasht.gov.ir/uploads/291_1628_HCF%20For%20Developing.doc).
- Hsiao, William/Liu, Yuanli (1996). Economic Reform and Health - Lessons from China. *N Engl J Med* 335 (6), S. 430-432. DOI: 10.1056/NEJM199608083350601 (<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199608083350601>).
- Huber, Joyce (1993). Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example. *Soc Sci Med* 36 (4), S. 485-494.
- Hudman, Julie/O'Malley, Molly (2003). Health insurance premiums and cost-sharing: findings from the research on low-income populations. Report & Fact Sheet, Kaiser Family Foundation, Washington DC (<http://www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14310>).
- Huong, Dang Boi/Phuong, Nguyen Khanh/Bales, Sarah/Jiaying, Chen/Lucas, Henry/Segall, Malcolm (2007). Rural health care in Vietnam and China: Conflict between market reforms and social need. *Int J Health Serv* 37 (3), S. 555-572 (<http://www.metapress.com/content/h0l2800461826826/fulltext.pdf>).
- Hussein, Abdulali/Mujinja, Phare (1997). Impact of user charges on government health facilities in Tanzania. *East Afr Med J* 74, S. 751-757.
- Hutchinson, Paul/Akin, John/Ssengooba, Freddie (2006). The impacts of decentralization on health care seeking behaviors in Uganda. *Int J Health Plan Mgmt* 21 (3), S. 239-270. DOI: 10.1002/hpm.848 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.848/pdf>).
- Hutton, Guy (2002). User fees and other determinants of health service utilisation in Africa. A review of formal and informal health sectors (Final draft). Schweizerisches Tropeninstitut, Basel (http://www.sdc-health.ch/priorities_in_health/pro_poor_health_service/access_to_health_services/user_fees_and_other_determinants).
- Hutton, Guy (2005). Briefing paper: Approaches to improving financial access to public health services under user fees. Swiss Agency for Development and Cooperation/IDRC & SDC initiative on Governance Equity and Health (GEH) and Research Matters (RM), Dar es Salaam (http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11586731241Approaches_to_financial_access.pdf).
- Hutton, Guy/Weiss, Svenja/Forrester Kibuga, Kate/Majapa, Zuhura/Mtasiwa, Deo (2005). Assessment of current application and future potential of user fee exemptions and waivers in the Dar es Salaam Public Health Delivery System. Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel.
- Hutton, Guy/Weiss, Swenja/Forrester-Kibuga, Kate/Majapa, Zuhura/Mtasiwa, Deo (2005). Assessment of current application and future potential of user fee exemptions and waivers in the Dar es Salaam. Public Health Delivery System. Paper presented to the 2nd International Conference on Health Financing in Developing Countries in Clermont-Ferrand, 1-2 December 2005 (http://www.cerdi.org/uploads/sfCmsContent/html/201/Weiss_ppt.pdf).
- ILO (International Labour Office) (1999). Estudio de casos de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina. CLAISS (Centro de Investigación para Sistemas de Salud)/ILO, Genf/Santiago.

- ILO (International Labour Office) (2001). Social security: A new consensus. ILO, Genf (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/353sp1.pdf>).
- ILO (International Labour Office) (2008). Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Social Security Policy Briefings, Paper 1. International Labour Organization, Genf (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>).
- ILO/PAHO (International Labour Organisation/Panamerican Health Organisation) (1999). Out-of-pocket health expenditure in Latin America and the Caribbean. The efficiency rationale for extending social protection in Health. Encuentro regional tripartito en colaboración con la OPS. Mexico.
- Ir, Por/Bigdeli, Maryam (2009). Removal of user fees and universal health-care coverage. *Lancet* 373 (6990), S. 608.
- Ireland, Megan/Paul, Elisabeth/Dujardin, Bruno (2011). Can performance-based financing be used to reform systems in developing countries? *Bull World Health Org* 89 (9), S. 695–698. DOI:10.2471/BLT.11.087379 <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/11-087379.pdf>.
- Ismael, Zafar/Asif Iqbal, Mohammed (1994). User charges in health. Social Policy and Development Centre, Islamabad (<http://www.spdc-pak.com/pub/pp/pp5.pdf>).
- Jacobs, Bart/Price Neil (2004). The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Pol Plan* 19 (5), S. 310–321 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/5/310.pdf>).
- Jacobs, Bart/Price, Neil (2006). Improving access for the poorest to public sector health services: insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia. *Health Pol Plan* 21 (1), S. 27–39 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/1/27>).
- Jacobs, Bart/Price, Neil/Sam, Sam Oeun (2007). A sustainability assessment of a health equity fund initiative in Cambodia. *Int J Health Plann Mgmt* 22 (3), S. 183–203. DOI: 10.1002/hpm.890 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.890/pdf>).
- James, Christopher/Hanson, Kara/McPake, Barbara/Balabanova, Dina/Gwatkin, David/Hopwood, Ian/Kirunga, Christina/Knippenberg, Rudolph/Meessen, Bruno/Morris, Saul/Preker, Alexander/Soucat, Agnes/Souteyrand, Yves/Tibouti, Abdelmajid/Villeneuve, Pascal/Xu, Ke (2006). To retain or remove user fees? Reflections on the current debate. *Appl Health Econ Health Pol* 5 (3), S. 137–153 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=15&sid=33ecb857-bebc-4918-a46e-9c17115bb171%40sessionmgr13>).
- Jamison, Dean/Breman, Joel/Measham, Anthony/Alleyne, George/Claeson, Mariam/Evans, David/Jha, Prabhat/Mills, Anne/Musgrove, Philip (Hg.) (2006). Priorities in health. World Bank, Washington DC (<http://media.worldbank.org/secure/dcpp/pdf/complete.pdf>).
- Janowitz, Barbara/Measham, Diana/West, Caroline (2004). Charging fees for family planning services. Family Health International, Durham, NC (<http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/fpfinancing/brief2.htm>).
- Jarrett, Stephen/Ofosu-Amaah, Samuel (1992). Strengthening health services for MCH in Africa: the first four years of the 'Bamako Initiative'. *Health Pol Plan* 7 (2), S. 164–176 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/7/2/164.full.pdf>).
- Jeppsson, Anders/Okuonzi, Sam-Agastre (2000). Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experiences from Zambia and Uganda. *Int J Health Plan Mngt* 15 (4), S. 273–289. DOI: 10.1002/hpm.59789 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.597/pdf>; http://www.sti.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/swap/swap232.pdf).
- Jiong, Tuo (2010). Privatisation of health care in transitional China: A study of private clinics at the county level. Tema Health and Society, Linköping University, Sweden /Santé, Population, Politique Sociales, l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), France (<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:325266/FULLTEXT01>).

- Jowett, Matthew/Deolalikar, Anil/Martinsson, Peter (2004). Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country. *Health Econ* 13 (9), S. 845-857. DOI: 10.1002/hec.862 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.862/pdf>).
- Juncker, Therèse (1993). Cost recovery for drugs provided at the rural dispensary: an experiment in Niger. *Ann Soc Belge Méd Trop* 73 (3), S. 235-246 (<http://lib.itg.be/open/ASBMT/1993/1993asbm0235.pdf>).
- Jung, Ki-Taig (1998). Influence of the introduction of a per-visit copayment on health care use and expenditures: The Korean Experience. *J Risk Insur* 65 (1), S. 33-56 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-4367%28199803%2965%3A1%3C33%3A10TIOA%3E2.0.CO%3B2-%23>).
- Kabir, Azmal/Rahman, Aatur/Salway, Sarah/Pryer, Jane (2000). Sickness among the urban poor: A barrier to livelihood security. *J Int Dev* 12 (5), S. 707-722 ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1328\(200007\)12:5%3C707::AID-JID703%3E3.0.CO;2-G/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1328(200007)12:5%3C707::AID-JID703%3E3.0.CO;2-G/pdf)).
- Kajula, Peter Waalwo/Kintu, Francis/Barugahare, Neema/John, Stella (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (S1), S. S133-S153. DOI: 10.1002/hpm.772 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.772/pdf>).
- Kalk, Andreas/Mayindo, Jean/Musango, Laurent/Foulon, Guy (2005). Paying for health in two Rwandan provinces: financial flows and flaws. *Trop Med Int Health* 10 (9), S. 872-878. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2005.01464.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2005.01464.x/pdf>.
- Kavosi, Zahra/Rashidian, Arash/Pourreza, Abolghasem/Majdzadeh, Reza/Pourmalek, Farshad/Hosseinpour, Ahmad-Reza/Mohammad, Kazem/Arab, Mohammad (2012). Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. *Health Pol Plan* (early online). DOI:10.1093/heapol/czs001 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2012/01/24/heapol.czs001.full.pdf>).
- Kawabata, Kei/Xu, Ke/Carrin, Guy (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 80 (8), S. 612 ([http://www.who.int/bulletin/archives/80\(8\)612.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(8)612.pdf)).
- Khan, Sharif Ullah (2002a). Book reviews: Newbrander, William/Collins, David/Gilson, Lucy (Hg.) (2001). *Int J Health Plan Mgmt* 17 (3), S. 283-285. DOI: 10.1002/hpm.676 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.676/pdf>).
- Khan, Sharif Ullah (2002b). Book reviews: Newbrander, William/Collins, David/Gilson, Lucy (Hg.). *Ensuring Equal Access to Health Services: User Fee Systems and the Poor*. *Int J Health Plan Mgmt* 17 (3), S. 285-289. DOI: 10.1002/hpm.677 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.677/pdf>).
- Khan, Suhaila (2005). Free does not mean affordable: maternity patient expenditures in a public hospital in Bangladesh. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 3 (1). DOI: 10.1186/1478-7547-3-1 (<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-3-1.pdf>).
- Kim, Jiyun/Ko, Sukyonung/Yang, Bongmin (2005). The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Pol* 72 (3), S. 293-300.
- Kipp, Walter/Kamugisha, Jimmy/Burnham, Gilbert/Rubaale, Tom (1999). Cost-sharing in Kabarole district, Western Uganda: Communities and health professionals' perceptions about health financing. *J Health & Pop Dev Countries* 2 (2), S. 30-38 (<http://www.longwoods.com/product.php?productid=17509&cat=385&page=1>).
- Kipp, Walter/Kamugisha, Jimmy/Jacobs, Phil/Burnham, Gilbert/Rubaale, Tom (2001). User fees, health staff incentives, and service utilisation in Kabarole district, Uganda. *Bull W H Org* 79, S. 1032-1037 ([http://www.who.int/bulletin/archives/79\(11\)1032.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(11)1032.pdf)).

- Kivumbi, George/Kintu, Francis (2002). Exemptions and waivers from cost sharing: ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. *Health Pol Plan* 17, S. 64-71 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/64).
- Knaul, Felicia-Marie/Arreola, Héctor/Borja, Christian/Méndez, Óscar/Torres, Ana-Cristina (2003). El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Caleidoscopio de la salud*, S. 275-291, Funsalud, Mexico DF (<http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/20%20ElSistemaDeProteccion.pdf>).
- Knippenberg, Rudolf/Alihonou, Eusebe/Soucat, Agnes/Oyegbite, Kayode/Calivis, Maria/Hopwood, Ian/Nilmi, Reiko/Pathé Diallo, Mamadou/Conde, Mamadou/Ofosu-Amaah, Samuel (1997). Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann-Mgmt* 12 (Suppl. 1), S: 29-47. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S29::AID-HPM465>3.0.CO;2-U ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1%2B%3CS29::AID-HPM465%3E3.0.CO;2-U/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1%2B%3CS29::AID-HPM465%3E3.0.CO;2-U/pdf)).
- Knippenberg, Rudolf/Soucat, Agnes/Oyegbite, Kayode/Sene, Malick/Broun, Denis/Pangu, Kasa/Hopwood, Ian/Grandcourt, Robert/Liman Tinguiri, Kiari/Fall, Ibrahima/Ammassari, Savina/Alihonou, Eusebe (1997). Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in West Africa: an assessment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *Int J Health Plan Mgmt* 12 (Suppl. 1), S. 9-28. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S9::AID-HPM471>3.0.CO;2-2 ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1%2B%3CS9::AID-HPM471%3E3.0.CO;2-2/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1%2B%3CS9::AID-HPM471%3E3.0.CO;2-2/pdf)).
- Knowles, James (1996). Health sector reform in Cambodia. Partnerships for health reform project, Technical Report No. 2, Bethesda.
- Kondo, Masahide/McPake, Barbara (2007). Making choices between prepayment and user charges in Zambia. What are the results for equity? *Health Econ* 16 (12), S. 1371-1387. DOI: 10.1002/hec.1219 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1219/pdf>).
- Korte, Rolf/Richter, Heide/Merkle, Fred/Görgen, Helmut (1992). Financing health services in Sub-Saharan Africa: Options for decision makers during adjustment. *Soc Sci Med* 34 (1), S. 1-9.
- Kowalewski, Marga/Jahn, Albrecht/Kimatta, Suleiman (2000). African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive 4 (1), S. 100-109 (<http://www.jstor.org/stable/3583247>).
- Kowalewski, Marga/Mujinja, Phare/Jahn, Albrecht (2002) Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 6 (1), S. 65-73 (<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3583147.pdf>).
- Krause, Gérard (2004). Wirksamkeit der Basisgesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Von der Diagnostik über die Therapieverordnung und Arzneimittelverfügbarkeit bis zur Patientencompliance am Beispiel von Burkina Faso. Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fachgebiet Epidemiologie und Hygiene der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin (<http://www.diss.fu-berlin.de/2005/154>).
- Kremer, Michael/Miguel, Edward (2007). The illusion of sustainability. *Quart J Economics* 122 (3), S. 1007-1065. DOI:10.1162/qjec.122.3.1007 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=12&sid=e657019e-a51c-479e-81de-d6ba7efca934%40sessionmgr15>).
- Kremer, Michael/Miguel, Edward (2004). The illusion of sustainability. CID Working Paper No. 112, Center for International Development Harvard University Boston (<http://www.cid.harvard.edu/cidwp/pdf/112.pdf/www.povertyactionlab.com/papers/Illusion%20of%20Sustainability%20Worms.pdf>).

- Kruk, Margaret/Mbaruku, Godfrey/Rockers, Peter/Galea, Sandro (2008). User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 13 (12), S. 1442-1451. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x/pdf>).
- Kumaranayake, Lilani/Lake, Sally/Mujinja, Phare/Hongoro, Charles/Mpembeni, Rose (2000). How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Pol Plan* 15 (4), S. 357-67. (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/357>).
- Kurth, Ann/Bielinski, Lori/Graap, Kris/Conniff, John/Connell, Frederick (2001). Reproductive and sexual health benefits in private health insurance plans in Washington State. *Fam Plan Persp* 33 (4), S. 153-160, 179 (<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3315301.html>; <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3315301.pdf>).
- Kutzin, Joseph (1995). Experience with organizational and financing reforms of the health sector. SHS Paper Number 8. The World Health Organisation, Genf.
- Kutzin, Joseph (1998). The appropriate role for patient cost-sharing. In: Saltman, Richard/Figueras, Josep/Sakellarides, Constantino (Hg.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, Buckingham and Philadelphia, S. 78-112.
- Kutzin, Joseph (2000). Towards universal health care coverage. A goal-oriented framework for policy analysis. NHP Discussion Paper, Weltbank, Washington. ISBN 1-932126-32-5.
- Lagarde, Mylene/Palmer, Natasha (2008). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Org* 86 (11), S. 839-848 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049197.pdf>).
- Lagarde, Mylène/Palmer, Natasha (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane database of systematic reviews* 2011, Issue 4. Art. No. CD009094. DOI: 10.1002/14651858.CD009094; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009094/pdf>).
- Langenbrunner, John/Liu, Xingzhu (2004). How to pay? Understanding and using incentives. HNP Discussion Paper Nr. 31633, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000090341_20050307132123).
- Laterveer, Leontien/Muinga, Michael/Schwerzel, Patricia (2004). Equity implications of health sector user fees in Tanzania. *Partners in International Health, ETC Crystal, Leusden* (http://www.repoa.or.tz/documents_storage/Research_and_Analysis/Equity_Implications_User_Fees_Health.pdf).
- Laterveer, Leontien/Munga Michael/Schwerzel, Patricia (2004). Equity implications of health sector user fees in Tanzania. Do we retain the user fee or do we set the user fee? ETC Crystal, Leusden (http://www.repoa.or.tz/rawg/reports/User_%20charges_Final.pdf, http://www.povertymonitoring.go.tz/downloads/resourceforprsrreview/usercharges_report.pdf).
- Laterveer, Leontien/Niessen, Louis/Yazbeck, Abdo (2003). Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Pol Plan* 18 (3), S. 138-145 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/2/138>).
- Leighton, Charlotte (1995a). Overview: health financing reforms in Africa. *Health Pol Plan* 10 (3), S. 213-222 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/213>).

- Leighton, Charlotte (1995b). 22 Policy questions about health care financing in Africa. The health and human resources research and analysis for Africa (HHRAA) Project, Human Resources and Democracy Division, Office of Sustainable Development, Bureau for Africa and Policy and Sector Reform Division/Office of Health and Nutrition, Center for Population, Health and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agency for International Development/Management Sciences for Health, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc. (<http://www.docin.com/p-311818112.html>).
- Leive, Adam/Ku, Xe (2007). Coping with the out-of-pocket health payments: Applications of Engel curves and two-Part models in six African countries. Health systems financing Discussion Paper No. 7/07. Department of Health Systems Financing, World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_7-coping_with_outofpocket.pdf).
- Leive, Adam/Xu, Ke (2008). Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull World H Org* 86 (11), S. 849-866 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049403.pdf>).
- León, Federico/Cuesta, Agustín (1993). The need for quasi-experimental methodology to evaluate pricing effects. *Studies in Family Planning* 24 (6), S. 375-381 (<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/2939247.pdf>).
- Lerberghe, Wim van/Conceição, Claudia/van Damme, Wim/Ferrinho, Paulo (2002). When staff is underpaid: Dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bull W H Org* 80, S. 581-584 ([http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80\(7\)581-584.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80(7)581-584.pdf)).
- Levesque, Jean-Frédéric/Haddad, Slim/Narayana, Delampady/Fournier, Pierre (2007). Affording what's free and paying for choice: comparing the cost of public and private hospitalizations in urban Kerala. *Int J Health Plan Mgmt* 22 (2), S. 159-174. DOI: 10.1002/hpm.879 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.879/pdf>).
- Levin, Ann/Rahman, M. A./Quayyum, Zahidul/Routh, Subrata/Khuda, Barkate (2001). The demand for child curative care in two rural thanas of Bangladesh: effect of income and women's employment. *Int J Health Plan Mgmt* 16 (3), S. 179-194. DOI: 10.1002/hpm.630 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.630/pdf>).
- Levy-Bruhl, Daniel/Soucat, Agnes/Osseni, Raimi/Ndiaye, Jean-Michel/Dieng, Boubacar/de Bethune, Xavier/Telli Diallo, Alpha/Conde, Mamadou/Cisse, Mohamed/Moussa, Yarou-/Drame, Kandjoura/Knippenberg, Rudolf (1997). The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care. *Int J Health Plann-Mgmt* 12 (Suppl. 1), S. S49-S79. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S49::AID-HPM466>3.0.CO;2-P ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1%2B%3CS49::AID-HPM466%3E3.0.CO;2-P/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1%2B%3CS49::AID-HPM466%3E3.0.CO;2-P/pdf)).
- Lewis, Maureen (2000). Who is paying for health care in Europe and Central Asia? World Bank, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington DC ([http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/\\$File/Who+Is+Paying+text.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/$File/Who+Is+Paying+text.pdf)).
- Lewis, Maureen (2002). Informal health payments in central and Eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. Mossialos, Dixon, Figueras et al., S. 184-205 (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Lewis, Maureen (2006). Governance and corruption in public health care systems. Working Paper Number 78, Center for Global Development, Washington DC (www.cgdev.org/files/5967_file_WP_78.pdf).
- Lewis, Maureen (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff* 26 (4), S. 984-997. DOI: 10.1377/hlthaff.26.4.984 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/4/984>).

- Lewis, Maureen/Parker, Clover (1991). Policy and implementation of user fees in Jamaican public hospitals. *Health Pol* 18 (1), S. 57-85.
- Liek, Erwin (1927). *Der Arzt und seine Sendung. Gedanken eines Arztes.* 4. Auflage. München: J. S. Lehmanns Verlag.
- Lim, Hui Yang/Zhang, Tuohong/Zhou, Zijun/Feng, Wen/Chen, Yude (2004). China's evolving health care market: how doctors feel and what they think. *Health Pol* 69 (3), S. 329-337.
- Lin, Wanchuan/Liu, Gordon/Chen, Gang (2009). The urban resident basic medical insurance: a landmark reform towards universal coverage in China. *Health Econ* 18 (Suppl. 2), S. S83-S96. DOI: 10.1002/hec.1500 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1500/pdf>).
- Lindelöw, Magnus/Ward, Patrick/Zorzi, Nathalie (2004). Primary health care in Mozambique. Service delivery in a complex hierarchy. World Bank, Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>).
- Litvack, Jennie/Bodart, Claude (1993). User fees plus quality equals improved access to health care: Results of a field experiment in Cameroon. *Soc Sc & Med* 37 (3), S. 369-383.
- Liu, Gordon/Zhao, Zhongyun (2006). Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China. *Int J Health Plan Mgmt* 21 (3), S. 211-228. DOI: 10.1002/hpm.846 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.846/pdf>).
- Liu, Kehui/Dong, Hengjin/Sauerborn, Rainer (2003). Cost analysis of pneumonia treatment in the Philippines. *Int J Health Plan Mgmt* 18 (3), S. 221-231. DOI: 10.1002/hpm.711 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.711/pdf>).
- Liu, Shuen-Zen/Romeis, James (2003). Assessing the effect of Taiwan's outpatient prescription drug copayment policy in the elderly. *Med Care* 41 (12), S. 1331-1342.
- Liu, Tao (2006). China's health challenges. *BMJ* 333 (7564), S. 365 (http://www.bmj.com/highwire/filestream/378436/field_highwire_article_pdf/0.pdf).
- Lloyd-Sherlock, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sc Med* 51 (6), S. 887-895.
- Lloyd-Sherlock, Peter/Novick, Diego (2001). 'Voluntary' user fees in Buenos Aires hospitals: Innovation or imposition? *Int J Health Serv* 31 (4), S. 709-728 (<http://www.metapress.com/content/Oakn3n3e3c9kv3g5/fulltext.pdf>).
- Loewe, Markus (2004). Soziale Sicherung im informellen Sektor. Stand der theoretischen Diskussion und kritische Analyse der Situation in den arabischen Ländern unter besonderer Berücksichtigung des Kleinstversicherungsansatzes. Inauguraldissertation, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2005/5661/pdf/Loewe_Soziale_Sicherung_und_informeller_Sektor_arabische_Welt.pdf).
- Machinea, José Luis/Titelman, Daniel/Uthoff, Andras (Hg.) (2006). Shaping the future of social protection: Access, financing and solidarity. Economic commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), Santiago (<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/24080/lcg2294i.pdf>); Spanish version: <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2294SES313E/lcg2294e.pdf>).
- Macintyre, Sally/McKay, Laura/Ellaway, Anne (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in. *Soc Sci Med* 60 (2), S. 313-317.
- Mahal, Ajay/Veerabhraiah, N. (2005). User charges in India's health sector: An assessment. In: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. Financing and delivery of health care services in India, Background Papers of the National Commission on Macroeconomics and Health, New Delhi, ISBN 81-7525-632-8, Section IV, S. 265-273 (http://www.whoindia.org/LinkFiles/Commision_on_Macroeconomic_and_Health_User_charges_in_India_health_sector.pdf; <http://www.who.int/macrohealth/action/Background%20Papers%20report.pdf>).

- Makinen, Marty/Leighton, Charlotte (1993). Workshop on health financing and sustainability in Africa. CCD Regional Conference on Progress in Child Survival. Dakar, Sénégal. PHRPlus Policy Paper. Abt Associates Inc., Bethesda (<http://www.phrplus.org/Pubs/pp8.pdf>).
- Makinen, Marty/Waters, Hugh/Rauch, Margie/Almagambetova, Nailya/Bitrán, Ricardo/-Gibson, Lucie/McIntyre, Diana/Pannarunothai, Supasit/Prieto, Abel/Ubilla, Gloria/Ram, Sujata (2000). Inequalities in health care use and expenditures; empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bull W H Org* 78 (1), S. 55-65 ([http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Vol78-No1/bulletin_2000_78\(1\)_55-65.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Vol78-No1/bulletin_2000_78(1)_55-65.pdf)).
- Maldonado, Fausto/Abad, Luis/De Paepe, Pierre (2001). Cobro por episodio - Área de Salud # 1 - Azogues. *Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de Áreas de Salud*, Quito, S. 59-67.
- Marmot, Michael (2006). Health in an unequal world. *Lancet* 368 (9552), S. 2081-2094 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673604168335/fulltext>).
- Marriott, Anna/Goodey, Beth/Green, Caroline (2009). Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? Oxfam International, London (<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-your-money-or-your-life.pdf>; http://www.vso.org.uk/Images/health-your-money-or-your-live_tcm79-23914.pdf).
- Masiye, Felix/Mucosa-Chitah, Bona/Chanda, Pascalina/Simeo, Felix (2008). Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care. Discussion Paper 57, Equinet, Harare (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>).
- Mastilica, Miroslav/Božikov, Jadranka/Štampar, Andrija (1999). Out-of-pocket payments for health care in Croatia: Implications for equity. *Croat Med J* 40 (2), S. 152-159 (www.cmj.hr/1999/40/2/10234056.htm).
- Mastilica, Miroslav/Kusec, Sanja (2005). Croatian healthcare system in transition, from the perspective of users. *BMJ* 331 (7510), S. 223-226 (<http://bmj.com/cgi/content/full/331/7510/223>).
- Mbugua, Karanja/Bloom, Gerald/Segall, Malcom (1995). Impact of cost sharing on vulnerable groups: the case of Kibwezi in rural Kenya. *Soc Sci Med* 41 (6), S. 829-835.
- McEuen, Mark/McGaugh, Jhana (1997). Initiatives in health care financing: lessons learned. HHRAA/DDM East/Souther Africa Regional Workshop Proceedings. Harare, 26.-29.5.1997 (<http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-55.PDF>).
- McIntyre, Diane/Govender, Veloshnee/Buregyeya, Esther/Chitama, Derek/Kataika, Edward/-Kyomugisha, Eunice/Kyomuhangi, Rosette/Mbeeli, Thomas/Mpofu, Amon/Nzenze, Susan/-Walimbwa, Aliyi/Chitah, Bona (2008). Key issues in equitable health care financing in East and Southern Africa. EQUINET Discussion Paper Series 66, Health Economics Unit, UCT and EQUINET, Harare (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS66FINresmob.pdf>).
- McIntyre, Diane/Thiede, Michael/Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Soc Sci Med* 62 (4), S. 858-865 (<http://wenku.baidu.com/view/f18aaa34a32d7375a41780a8.html>).
- McPake, Barbara/Ajuong, T. F./Forsberg, Birger/Liambillia, William/Olenja, Joyce (1993b). The Kenyan model of the Bamako initiative: Potential and limitations. *Int J Plan Mngt* 8 (2), S. 123-128. DOI: 10.1002/hpm.4740080205 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.4740080205/pdf>).
- McPake, Barbara/Brikci, Nouria/Cometto, Giorgio/Schmidt, Alice/Araujo, Edson (2011). Removing user fees: learning from international experience to support the process. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii104-ii117 doi:10.1093/heapol/czr064 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii104.full.pdf+html).

- McPake, Barbara/Hanson, Kara/Mills, Anne (1993a). Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative. *Soc Sci Med* 36 (11), S. 1383-1396.
- Meessen, Bruno/Gilson, Lucy/Tibouti, Abdelmajid (2011) User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii1-ii4. DOI: 10.1093/heapol/czr071 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii1.full.pdf+html).
- Meessen, Bruno/Hercot, David/Noirhomme, Mathieu/Ridde, Valéry/Tibouti, Abdelmajid-/Tashobya, Christine Kirunga/Gilson, Lucy (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six Sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii16-ii29. DOI:10.1093/heapol/czr062 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii30.full.pdf+html).
- Meessen, Bruno/van Damme, Wim/Kirunga-Tashobya, Christine/Tibouti, Abdelmajid (2007). Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia. *Lancet* 368 (9554), S. 2253-2257.
- Meessen, Bruno/Zhenzhong, Zhang/van Damme Wim/Devadasan, Narayanan/Criel, Bart/Bloom, Gerald (2003). Editorial: iatrogenic poverty. *Trop Med Int Health* 8 (7), S. 581-584. DOI: 10.1046/j.1365-3156.2003.01081.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.2003.01081.x/pdf>).
- Meimanaliev, Adilet-Sultan/Ibraimova, Ainoura/Elebesov, Bolot/Rechel, Bernd (2005). Health care systems in transition. Kyrgyzstan. *European Observatory on Health Care Systems* 7 (2). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E86633.pdf>).
- Melikov, Kamil/Alekperov, Ramiz (2000). User fees in Azerbaijan. *Eurohealth* 6 (2) (Spring), World Health Organisation, Geneva , S. 40-42 (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol6no2.pdf>).
- Meng, Qingyue/Sun, Qiang/Hearst, Norman (2002). Hospital charge exemptions for the poor in Shandong, China. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 1), S. 56-63 (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/56).
- Meng, Quingyue/Li, Renzhong/Cheng, Gang/Blas, Erik. (2004). Provision and financial burden of TB services in a financially decentralized system: a case study from Shangdon, China. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (Suppl. 1), S. S45-S62. DOI: 10.1002/hpm.774 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.774/pdf>).
- Meng, Qun/Xu, Ling/Zhang, Yaoguang/Qian, Juncheng/Cai, Min/Xin, Ying/Gao, Jun/Xu, Ke/Boerma, Ties/Barber, Sarah (2012). Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. *Lancet* 379 (7818), S. 805-814.
- Meuwissen, Liesbeth (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *H & Pol Plan* 17 (3), S. 304-313 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/3/304>).
- Meyerhoefer, Chad/Sahn, David/Younger, Stephen (o.J.). The joint demand for health care, leisure, and commodities: Implications for health care finance and access in Vietnam. Agency for Healthcare Research and Quality/Cornell University, Rockville/Ithaca (<http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp125.pdf#search=%22Carrin%20health%22>).
- Mills, Anne (1991). Exempting the poor: the experience of Thailand. *Soc Sci Med* 33 (11), S. 1241-1252.
- Mills, Anne/Ataguba, John/Akazili, James/Borghgi, Jo/Garshong, Bertha/Makawia, Suzan/Mtei, Gemini/Harris, Bronwyn/Macha, Jane/Meheus, Filip/McIntyre, Di (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet* 380 (9837), S. 14-20.

- Mills, Anne/Bennett, Sarah (2002). Lessons on sustainability from middle to lower income countries. In: Mossialos, Elias/Dixon, Anne/Figueras, Josep/Kutzin, Joseph (Hg.). *Funding Health Care: Options for Europe*, S. 206–225 (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Ministry of Health/Economic Policy Research Centre (2000). *National health accounts for Uganda. Tracking expenditure in the health sector – both public and private. FY 1997/98*. Kampala (http://www.who.int/nha/docs/en/Uganda_NHA_report_english.pdf).
- Mock, Charles/Gloyd, Stephen/Adjei, Samuel/Acheampong, Frederick/Gish, Oscar (2003). Economic costs of injury and resulting family coping strategies in Ghana. *Accident Analysis and Prevention* 35 (1), S. 81–90.
- Montagu, Dominic/Prata, Ndola/Campbell, Martha/Walsh, Julia/Orero, Solomon (2005). Kenya: Reaching the poor through the private sector – a network model for expanding access to reproductive health services. In: Gwatkin, Davidson/Wagstaff, Adam/Yazbeck, Abdo (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services*. World Bank, Washington DC, S. 81–96 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/complete.pdf>).
- Morduch, Jonathan (2003). Micro-insurance: the next revolution? In: Banerjee, Abhijit-Vinajak/Benabou, Robert/Mookherjee, Dilip (Hg.). *Understanding poverty*. Oxford University Press, Oxford/New York: S. 337–356 (http://www.nyu.edu/projects/morduch/documents/insurance/Micro-insurance_the_Next_Revolution.pdf).
- Moses, Stephen/Ngugi, Elisabeth/Costigan, Aine/Kariuki, C./Maclean, I./Brunham, Robert/Plummer, Frank (2002). Response of a sexually transmitted infection epidemic to a treatment and prevention programme in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect* 78 (Suppl I), S. i114–i120 (http://sti.bmj.com/content/78/suppl_1/i114.full.pdf+html).
- Moses, Stephen/Plummer, Frank/Manji, Firoze/Bradley, John/Nagelkerke, Nico/Malisa, Ma (1992). Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya. *Lancet* 340 (8817), S.463–466.
- Mosquera, Mario/Zapata, Yolanda/Lee, Kelley/Arango, Carlos, Varela, Alejandro (2001). Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Pol Plan* 16 (Suppl. 2), S. 52–60 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_2/52).
- Mpuga, Paul (2002). *Health Outcomes after the Abolition of Cost-Sharing in Public Hospitals in Uganda*. Johannes-Kepler-Universität, Linz (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/MPUfinan.pdf>).
- MSF (Médecins sans Frontières) (2005). *Live stories. When governments abandon its people*. UAE Head Office, Abu Dhabi (<http://www.msfae.ae/en/files/liveStories/details.asp?ID=3>).
- Mubyazi, Godfrey/Bloch, Paul/Magnussen, Pascal/Olsen, Øystein/Byskov, Jens/Hansen, Kristian/Bygbjerg, Ib (2010). Women's experiences and views about costs of seeking malaria chemoprevention and other antenatal services: a qualitative study from two districts in rural Tanzania. *Malaria Journal* 9, S. 54 (<http://www.malariajournal.com/content/pdf/1475-2875-9-54.pdf>).
- Mubyazi, Godfrey/Julius Massaga/Kamugisha, Mathias/Mubyazi, Nyangoma/Magogo, Grace/Mdira, Yahya/Gesase, Samuel/Sukwa, Tom (2003). User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people's health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district. *Health Serv Mgmt Res* 5 (9), S. 23–35 (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/MUBfinanc.pdf>).
- Mubyazi, Godfrey/Massaga, Julius/Kamugisha, Mathias/Mubyazi, J. Nyangoma/Magogo, Grace/Mdira, K. Yahya/Gesase, Samuel/Sukwa, Tom (2006). User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people's health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district. *Health Serv Manage Res* 19 (1), S. 23–35 (<http://hsmr.rsmjournals.com/cgi/reprint/19/1/23>).

- Mubyazi, Godfrey-Martin (2004). The Tanzanian policy on health-care fee waivers and exemptions in practice as compared with other developing countries: evidence from recent local studies and international literature. *East African Journal of Public Health* 1 (1), S. 11-17 (<http://www.bioline.org.br/pdf?lp04003>; <http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/tanzanian%20health.pdf>).
- Mugisha, Frederick/Bocar, Kouyate/Dong, Hengjin/Chepng'eno, Gloria/Sauerborn, Rainer (2004). The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso. *Bull World Health Org* 82, S. 572-579 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/mugisha0804abstract/en/>).
- Murray, Christopher/Evans, David (2003). Health systems performance assessment. debates, methods and empiricism. WHO, Genf. ISBN 92 4 156245 5 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_(part1).pdf) - [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_\(part5\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_(part5).pdf)).
- Murray, Christopher/Kreuser, Jerome/Whang, William (1994). Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. *Bull W H Org* 72 (4), S. 663-674 (<http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1994/Vol72-No4/>).
- Mwabu, Germano (1997). User charges for health care: A review of the underlying theory and assumptions. UNU/WIDER (United Nations University/World Institute for Development Economics Research), Working Paper 127, Helsinki (Abstract: <http://www.wider.unu.edu/publications/wp127a.htm>).
- Mwabu, Germano (2005). Health development in Africa. African development bank, Economic Research Paper No 38, Abuja (http://www.afdb.org/pls/portal/docs/PAGE/ADB_ADMIN_PG/DOCUMENTS/ECONOMICSANDRESEARCH/ERP-38.PDF).
- Mwabu, Germano/Mwangi, Wilfred (1986). Health care financing in Kenya: a simulation of welfare effects of user fees. *Soc Sci Med* 22 (7), S. 763-767.
- Mwabu, Germano/Mwanzia, James/Liambila, Wilson (1995) User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Pol Plan* 10 (2), S. 164-170 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/10/2/164>).
- Mwabu, Germano/Wang'ombe, Joseph/Nganda, Benjamin/Gakura, Octavian (2002). Financing medical care through insurance: Policy lessons from household- and community-Level analysis in Kenya. *Afr Dev Rev* 14 (1), S. 75-97 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=7&sid=da95b88f-56c4-410c-86ce-c811fa194e41%40sessionmgr106>).
- Mwase, Takondwa (2005). The status of national health accounts in the African region. WHO, Brazzaville, *African Health Monitor* 5 (2), S. 30-32 (http://www.who.int/health_financing/links/janjun2005.pdf).
- Nabyonga, Juliet/Desmet, Martinus/Karamagi, Humphrey/Kadama, Patrick/Omaswa, Francis/Walker, Oladapo (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Pol Plan* 20 (2), S. 100-108 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/20/2/100>).
- Nabyonga-Orem, Juliet/Mugisha, Frederick/Kirunga, Christine/Macq, Jean/Criel, Bart (2011). Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii41-ii51 doi:10.1093/heapol/czr065 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii41.full.pdf+html).
- Nahar, Shamsun/Costello, Anthony (1998). The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Pol Plan* 13 (4), S. 417-422 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/13/4/417.full.pdf+html>).
- Nanda, Priya (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 10 (20), S. 127-134 (www.genderhealth.org/pubs/NandaUserFeesNov2002.pdf).

- Navarro, Vicente (2008). Neoliberalism and its consequences: The world health situation since alma ata. *Glob Soc Pol* 8 (2), S. 152-155 (<http://gsp.sagepub.com/content/8/2/152.full.pdf+html>).
- Ndyomugenyi, Richard/Neema, Stella/Magnussen, Pascal (1998). The use of formal and informal services for antenatal care and malaria treatment in rural Uganda. *Health Pol Plan* 13 (1), S. 94–102 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/1/94>).
- Negt, Oskar (2001). *Arbeit und menschliche Würde*. Steidl, Göttingen.
- Newbrander, William/Sacca, Stephen (1996). Cost sharing and access to health care for the poor: equity experiences in Tanzania. World Bank, Human Development 31057, Washington DC /Management Sciences for Health, Boston (<http://www1.worldbank.org/devoutreach/march04/article.asp?id=237>).
- Nimpagaritse, Manassé/Bertone, Maria Paola (2011). The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii63-ii71 doi:10.1093/heapol/czr061 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii63.full.pdf+html).
- Niti, Mathew/Ng, Tse-Pin (2003). Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991–1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epid Comm H* 57 (1), S. 17–22 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/57/1/17>).
- Nolan, Brian/Turbat, Vincent (1995). Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. Economic Development Institute, World Bank, Washington D.C.. ISBN: 0-8213-3240-6 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1995/05/01/000009265_3961219111943/Rendered/PDF/multi0page.pdf).
- Normand, Charles/Weber, Axel (2009). *Social health insurance. A guidebook for planning*. VAS Verlag, Frankfurt (http://www2.gtz.de/wbf/4tDx9kw63gma/Guidebook_SHI_WHO-GTZ-ILO-ADB.pdf).
- Nyonator, Frank/Diamenu, Stanley/Amedo, Enos, Aleeza, John (1996). Caring for the health of the poor! Policy versus implementation. A baseline evaluation of exemptions in health facilities in the Volta region of Ghana. Volta Regional Health Administration, Akkra (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/14/4/329>; <http://www.danida-health-ghana.org/publications/pdf/Caring%20For%20Poor1b.pdf>).
- Nyonator, Frank/Kutzin, Joseph (1999). Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Pol Plan* 14 (4), S. 329–341 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/4/329>).
- O'Donnell, Owen/van Doorslaer, Eddy/Rannan-Eliya, Ravi/Somanathan, Aparnaa (2005). Explaining the incidence of catastrophic expenditures on health care: Comparative evidence from Asia. Working Paper #5, EQUITAP Project, Colombo/Rotterdam/Dhaka (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP5.pdf>).
- O'Shea, Sofie (2004). User charges in Ireland. *European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer* 6 (3), S. 6–7 (http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).
- Obermann, Konrad (2010). Program design, costing approach, and input for decisions required, Draft 2. Mission Report, 19–29 August 2010. GFA. Hamburg /Dar es Salaam.
- Obermann, Konrad (2011). Free health care in Sierra Leone: a mite too optimistic? *Lancet* 378 (9789), S. 400–401 Obore, Nathan (2001). Marketization of health care: a critical analysis. *Uganda Health Bulletin* 7, S. 3.
- Odaga, John (2004). From Alma Ata to Millennium Development Goals: To What Extent Has Equity Been Achieved? *Health Policy and Development* 2 (1) S. 1–6 (<http://www.bio-line.org.br/pdf?hp04002>).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2012). *OECD Health Data*. OECD, Paris (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)/WHO (World Health Organisation) (2003). DAC Reference Document on Poverty and Health. DCD/DAC (2002) 25/REV1. Paris/Genf (<http://www.oecd.org/dataoecd/16/36/33965811.pdf>).
- Ogunbekun, Ibukun/Adeyi, Olusoji/Wouters, Annemarie/Morrow, Richard (1996). Costs and financing of improvements in the quality of maternal health services through the Bamako initiative in Nigeria. *Health Pol Plan* 11 (4), S. 369-384 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/content/abstract/11/4/369>).
- Oliveira-Cruz, Valeria/Hanson, Kara/Mills, Anne (2003). Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the evidence. *J Int Dev* 15 (1), S. 41-65. DOI: 10.1002/jid.965 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.965/pdf>).
- Onwujekwe, Obinna/Chima, Reginald/Okonkwo, Paul (2000). Economic burden of malaria illness on households versus that of all other illness episodes: a study in five malaria holo-endemic Nigerian communities. *Health Pol* 54 (2), S. 143-159.
- Onwujekwe, Obinna/Uzochukwu, Benjamin (2005). Socio-economic and geographic differentials in costs and payment strategies for primary healthcare services in Southeast Nigeria. *Health Pol* 71 (3), S. 383-397.
- Opwora, Anthony/Kabare, Margaret/Molyneux, Sassy/Goodman, Catherine (2009). The implementation and effects of direct facility funding in Kenya's health centres and dispensaries. CREHS research report. London: Consortium for Research on Equitable Health Systems (http://www.crehs.lshtm.ac.uk/downloads/publications/CREHS_DFF_Beijing.pdf).
- Opwora, Antony/Kabare, Margaret/Molyneux, Sassy/Goodman, Catherine (2010). Direct facility funding as a response to user fee reduction: implementation and perceived impact among Kenyan health centres and dispensaries. *Health Policy Plan* 25 (5), S. 406-418. DOI: 10.1093/heapol/czq009 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/5/406.full.pdf>; <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/czq009v1>).
- Osei-Akoto, Isaac Demand for voluntary health insurance by the poor in developing countries: Evidence from rural Ghana. Center for Development Research (ZEFb), Universität Bonn (<http://www.chronicpoverty.org/pdfs/conferencepapers/Osei-Akoto.pdf>).
- Östlin, Piroska (2005). What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), World Health Organization, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>).
- Owino, Wasunna/Were, Maureen (1998). Enhancing health care among the vulnerable groups: The question of waivers and exemptions. Discussion Paper No. DP/014/98. Institute of Policy Analysis and Research, Nairobi (<http://www.ipar.or.ke/dp14.pdf>).
- Paganini, Agostino (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development* 2 (1), S. 11-13 (<http://www.bioline.org.br/pdf?hp04004>).
- PAHO (Pan American Health Organization) (2008). Social protection in health schemes. Lessons learned from the Latin American region for mother, newborn and child populations. PAHO, Washington DC (<http://www.paho.org/english/AD/THS/OS/SPHS-eng.pdf>).
- PAHO/UNDP/Caricom (Panamerikanische Gesundheitsorganisation/Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen/Karibische Gemeinschaft (1999). To reduce the impact of poverty in the Caribbean. Implementing decentralisation and financing strategies while protecting the poor. Policy Document, Washington D.C. (<http://www.paho.org/English/HDP/HDD/policygreeneonline.pdf>).
- Palmer, Natasha/Mueller, Dirk/Gilson, Lucy/Mills, Anne/Haines, Andy (2004). Health financing to promote access in low income settings - how much do we know?. *Lancet* 364 (9442), S. 1365-1370.

- Pannarunothai, Supasit/Mills, Anne (1997). The poor pay more: health-related inequality in Thailand. *Soc Sci Med* 44 (12), S. 1781-1790.
- Paphassarang, Chanthakath, Philavong, Khampienne/Boupha Bounngong/Blas Erik (2002). Equity, privatization and cost recovery in urban health care: the case of Lao PDR. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 1), S. 72-84 (http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/72).
- Pauly, Mark (1968). The economics of moral hazard: Comment. *Am Econ Rev* 58 (3-1), S. 531-537 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196806%2958%3A3%3C531%3ATEOMHC%3E2.0.CO%3B2-A>; http://stevereads.com/papers_to_read/the_economics_of_moral_hazard.pdf; http://pages.towson.edu/jjung/jdocs/Health/Pauly1968_Economics%20of%20Moral%20Hazard.PDF).
- Pearson, Stephen (2004). Issues Paper: The case for abolition of user fees for primary health services. DfID Health Systems Resource Centre, London (<http://www.eldis.org/fulltext/pearson2004.pdf>).
- Penfold, Suzanne/Harrison, E./Bell, Jacqueline/Fitzmauric, Ann (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Med J* 41 (3), S. 100-109 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2279083/>).
- Perry, Guillermo/Leipziger, Danny (Hg.) (1999). Chile. Recent policy lessons and emerging challenges. World Bank Institute Development Studies, Washington, D.C.
- Peters, David/Rao, Krishna/Ramana, G.N.V. (2005). India: Equity effects of quality improvements on health service utilization and patient satisfaction in Uttar Pradesh State. In: Gwatkin, Davidson/Wagstaff, Adam/Yazbeck, Abdo (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services*. World Bank, Washington DC, S. 189-210 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/complete.pdf>).
- Petu, Amos (2005). Health financing reforms: the Nigerian experience. *WHO, Brazzaville, African Health Monitor* 5 (2), S. 33-34 (http://www.who.int/health_financing/links/janjun2005.pdf).
- Picazo, Oscar (2002). Better health outcomes from limited resources. Africa Region Human Development. Working Paper Series, World Bank, Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/malawi.pdf>).
- Ping Yu, Chai/Whynes, David/Sach Tracey (2006). Assessing progressivity of out-of-pocket payment: with illustration to Malaysia. *Int J Health Plan Mgmt* 21 (3), S. 193-210. DOI: 10.1002/hpm.845 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.845/pdf>).
- Pinto, Diana/Vera-Hernández, Marcos/Miller, Grant (2009). High-powered incentives in developing country health insurance: Evidence from Colombia's régimen subsidiado. Working Paper 15456, National Bureau of Economic Research, Cambridge (<http://www.nber.org/papers/w15456.pdf>).
- Poirier, Sherry (2006). How 'inclusive' are the World Bank's poverty reduction strategies? An analysis of Tanzania and Uganda's health sectors. MA Thesis, Simon Fraser University, Burnaby (<http://summit.sfu.ca/system/files/iritems1/2378/etd2189.pdf>; <http://ir.lib.sfu.ca/handle/1892/2711>).
- Pokhrel, Subhash/Hidayat, Budi/Flessa, Steffen/Sauerborn, Rainer (2005). Modelling the effectiveness of financing policies to address underutilization of children's health services in Nepal. *Bull W H Org* 83 (5), S. 338-344. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/5/338.pdf>; <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v83n5/v83n5a09.pdf>).
- Ponsar, Frédérique/van Herp, Michel/Zachariah, Rony/Gerard, Séco/Philips, Mit/Jouquet, Guillaume (2011). Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii72-ii83 doi:10.1093/heapol/czr068 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii72.full.pdf+html).

- Prada, Luis (2004). Los Regímenes Contributivo y Subsidiado, e Impacto en los Prestadores de Servicios. *Rev Sal Púb* 6 (1), S. 1-27 (<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n1/20021.pdf>).
- Pradhan, Menno/Prescott, Nicholas (2002). Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Econ* 11 (5), S. 431-446. DOI: 10.1002/hec.689 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.689/pdf>).
- Preker, Alexander (Hg.) (2002). Healthcare financing for rural and low-income population. The role of the community in resource mobilisation and risk sharing: A collection of background reports for the Commission on Macroeconomics and Health. World Bank, Washington, D.C. (http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/CMH_Introduction.pdf; http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1017214&).
- Preker, Alexander/Carrin, Guy/Dror, David/Jakab, Melitta/Hsiao, William/Arhin-Tenkorang, Dyna (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bull World Health Org* 80 (2), S. 143-150 (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>).
- Price, Neil (2002). Service sustainability strategies in sexual and reproductive health programming. User fees. Department for International Development, London (http://www.jsieurope.org/docs/user_fees_new.pdf).
- Qingyue, Meng (2005). Review of health care provider payment reforms in China. Final draft. World Bank, Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTO/PHEANUT/Resources/502734-1129734318233/Reviewofproviderpaymentreforms-final.pdf#search=%22%22provider%20payment%22%20health%20care%22>).
- Qingyue, Meng (2006). Health care pricing and payment reforms in China: The implications for health service delivery and cost containment. PhD thesis, Karolinska Insitutes Stockholm (<http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-576-3/thesis.pdf>).
- Quaye, Randolph (2004). Paying for health services in East Africa: A research note. *Social Theory & Health* 2, S. 94-105, (<http://www.palgrave-journals.com/sth/journal/v2/n1/pdf/8700015a.pdf>).
- Quijada, Caroline/Comfort, Alison (2002). Maternal health financing profile: Tanzania. Partners for Health Reformplus Working Paper, Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/WP003_fin.pdf).
- Quisumbing, Agnes/Maluccio, John (2000). Intrahousehold allocation and gender relations: New empirical evidence from four developing countries. Food consumption and nutrition division, International Food Policy Research Institute, FCND Discussion Paper No. 84, Washington DC (<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/fcndp84.pdf>).
- Ramsay, Cynthia (1998). Medical savings accounts. Universal, accessible, portable, comprehensive health care for Canadians. *Critical Issues Bulletin*, Fraser Institute, Vancouver (Short version available at http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=Ramsay+Medical+Savings+Accounts.+Universal%2C+Accessible%2C+Portable%2C+Comprehensive+Health+Care+for+Canadians&source=web&cd=1&ved=OCCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnews.heartland.org%2Fsites%2Fall%2Fmodules%2Fcustom%2Fheartland_migration%2Ffiles%2Fpdfs%2F2080.pdf&ei=immIT83xK83ptQbJgvHlCg&usg=AFQjCNGznP-76_OaH0Oeswlm4m84Rpkv6g&cad=rja).
- Rannan-Eliya, Ravi (1996). Results from the IPS/Harvard public opinion poll on user fees. Institute of Policy Studies of Sri Lanka Health Policy Programme IPS HHP Occasional Paper No 02 (http://ipsarchive.lk/hpp/hpp_op2.pdf; (http://www.ips.lk/health/research/financinghealth/downloads/hpp_op7.pdf).

- Ranson, Michael (2002). Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bull W H Org* 80 (8), S. 613-621 (<http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul8-E-2002/bu1325.pdf>).
- Reddy, Sanjay/Vandemoortele, Jan (1996). A review of theoretical arguments and empirical evidence. UNICEF Staff Working Papers, Evaluation, Policy and Planning Series. New York.
- Reiners, Hartmut (2006). Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen. WZB Discussion Paper, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2006/i06-305.pdf>).
- Reinikka, Ritva/Svensson, Jakob (2000). Cost efficiency and incentives in health care. World Bank, Washington DC :
- Rice, Thomas/Labelle, Roberta (1989). Do physicians induce demand for medical services? *J Health Polit Pol Law* 14 (3), S. 587-600. DOI: 10.1215/03616878-14-3-587 (<http://jhpl.dukejournals.org/cgi/reprint/14/3/587>).
- Richardson, Jeff (1991). The effects of consumer co-payments in medical care. National health strategy background paper No 5. Australian Government, Calgary.
- Ridde, Valérie (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. HNP Discussion Paper 30378, World Bank, Washington DC (www-wds.worldbank.org/serlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/12/28/000012009_20041228141039/Rendered/PDF/303780HNPOBamakoInitiativeReview.pdf).
- Ridde, Valérie (2006). User fees and worst off: It's time to find a solution. *J Epid Comm Health* 60 (7), S. 398 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/60/5/398>).
- Ridde, Valérie/Haddad, Slim (2009). Abolishing user fees in Africa. *PLoS Med* 6 (1): e1000008. DOI:10.1371/journal.pmed.1000008 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000008>; [http://www.plosmedicine.org/article/ fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000008&representation=PDF](http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000008&representation=PDF)).
- Ridde, Valéry (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull W H Org* 81 (7), S. 532-538 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/Ridde0703.pdf>).
- Ridde, Valéry/Richard, Fabienne/Bicaba, Abel/Queuille, Ludovic/Conombo, Ghislaine (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii30-ii40 doi:10.1093/heapol/czr060 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii30.full.pdf+html).
- Ridde, Valéry/Robert, Emilie/Meessen, Bruno (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 12, S. 289 doi:10.1186/1471-2458-12-289 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-289.pdf>).
- Riviere-Cinnamond, Anne (2004). Funding animal health care systems. Food and agriculture organisation (FAO), Pro-Poor Livestock Policy Initiative (PPLPI), Working Paper No. 17, Rom (<http://www.fao.org/ag/againfo/projects/en/pplpi/docarc/wp17.pdf>).
- Routh, Subrata/Thwin, Aye Aye/Kane, Thomas/Baqui, Abdullah Hel (2000). User-fees for family-planning methods: an analysis of payment behaviour among urban contraceptors in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 18, S. 69-78.
- Rubin, Robert/Mendelson, Daniel (1995). A framework for cost sharing policy analysis. In: Mattison, Nancy (Hg.) (1995). *Sharing the costs of health: A multi-country perspective*. Pharmaceutical Partners for Better Health. Basel.
- Russel, Stephen (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Pol Plan* 11 (3), S. 219-237 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/3/219>).

- Russel, Stephen (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: A review of studies focusing on Malaria, Tuberculosis, and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Am J Trop Med Hyg* 71 Suppl 2), S. 147-55 (http://www.ajtmh.org/cgi/reprint/71/2_suppl/147.pdf).
- Russell, Steve (2001). Can households afford to be ill? The role of the health system, material resources and social networks in Sri Lanka. Promotion, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universität London.
- Russell, Steve (2003). The economic burden of illness for households. A review of cost of illness and coping strategy studies focusing on malaria, tuberculosis and HIV/AIDS. DCP Working Paper 15, Disease Control Priority Project, Washington DC.
- Russell, Steve/Abdella, Kunuz (2002). Too poor to be sick. Coping with the costs of illness in East Hararghe, Ethiopia. Save the Children, London (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.12.5972&rep=rep1&type=pdf>).
- Russell, Steve/Attanayake, Nimal (1997). Reforming the health sector in Sri Lanka: does government have the capacity? The role of government in adjusting economies research programme, Paper 14, Development Administration Group, University of Birmingham (http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper14.htm).
- Russell, Steve/Gilson, Lucy (1995). User fees at government health services: is equity being considered? PHP Departmental Publication No 19. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Russell, Steve/Gilson, Lucy (1997). User fee policies to promote health care access for the poor: a wolf in sheep's clothes? *Int J Health Services* 27 (2), S. 359-379 ([http://baywood.metapress.com/\(lcl0jizh1dthmwz4hkw12nry\)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,10,12;journal,36,141;linkingpublicationresults,1:300313,1](http://baywood.metapress.com/(lcl0jizh1dthmwz4hkw12nry)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,10,12;journal,36,141;linkingpublicationresults,1:300313,1)).
- Russell, Steve/Kwaramba, Philemon, Hongoro, Charles/Chikandi, Sifiso (1997). Reforming the health sector in Zimbabwe: does government have the capacity? The role of government in adjusting economies research, Paper 20, Programme, Development Administration Group, University of Birmingham.
- Russell, Steven/Bennett, Sara/Mills, Anne (1999). Reforming the health sector: towards a healthy new public management. *J Int Dev* 11 (5), S. 767-775. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1328(199907/08)11:5<767::AID-JID617>3.0.CO;2-G ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1328\(199907/08\)11:5%3C767::AID-JID617%3E3.0.CO;2-G/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1328(199907/08)11:5%3C767::AID-JID617%3E3.0.CO;2-G/pdf)).
- Saksena, Peiyanka/Xu, Ke/Durairaj, Varatharajan (2010a). The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines? *World Health Report* (2010), Background paper, No. 21 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/21whr-bp.pdf>).
- Saksena, Priyanka/Xu, Ke/Elovainio Riku/Perrot, Jean (2010b): Health services utilization and out-of-pocket expenditure at public and private facilities in low-income countries. Background Paper 20, *World Health Report*, WHO, Genf (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/20public-private.pdf>).
- Saksena, Priyanka/Xu, Ke/Carrin, Guy (2006). The impact of universal insurance program on catastrophic health expenditure: Simulation analysis for Kenya. Health systems financing Discussion Paper No. 8/06. Department of Health Systems Financing, World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_06_8-kenya_insurance_simulation.pdf).
- Saltman, Richard/Figueras, Josep (1996). European health care reforms. The Ljubljana charter on reforming health care. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Kopenhagen.

- Sapelli, Claudio/Torche, Arístides (1998). El Seguro Previsional de Salud: Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado, 1990-1994. Cuadernos de Economía, Jg. 35, No. 106, S. 383-406. Santiago.
- Sapelli, Claudio/Vial, Bernadita (1998). Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿Es diferente entre grupos de ingreso? Cuadernos de Trabajo No 106, S. 343-382 (http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64).
- Sapelli, Claudio/Vial, Bernadita (2001). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. Documento de Trabajo No 195, Instituto de Economía, Päpstliche Katholische Universität Chile, Santiago, (http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64; http://www.economia.puc.cl/index/detalle_publica.asp?id_publicacion=928&id_subsecciones=123&id_seccion=3).
- Sapelli, Claudio/Vial, Bernadita (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. *J Health Econ* 22 (3), S. 459-476.
- Sari, Nazmi/Langenbrunner, John (2001). Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: implications for sectoral reform. *Health Pol Plan* 16 (4), S. 428-434 (<http://dcc2.bumc.bu.edu/richardl/DPI02/Additional%20Mats/Richard/Kazhak%20Pharms.pdf>).
- Sari, Nazmi/Langenbrunner, John/Lewis, Maureen (2000). Affording Out-of-Pocket Payments for Health Care Services: Evidence from Kazakhstan. *Eurohealth* 6 (2), Special Spring 2000. Geneva: World Health Organization, S. 37-39 (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol6no2.pdf>).
- Sauerborn, Rainer/Adams, Alayne/Hien, Maximilian (1996a). Household Strategies to Cope with the Economic Costs of Illness. *Soc Sci Med*. 43 (3), S. 291-301.
- Sauerborn, Rainer/Nougara, Alain/Hien, Maximilian/Diesgeld, Hans-Jochen (1996b). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 43 (3), S. 281-290.
- Sauerborn, Rainer/Nougara, Alain/Latimer, Eric (1994). The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Pol Plan* 9 (2), S. 185-192 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/9/2/185.full.pdf>).
- Save the Children (2005). Killer bills: make child poverty history – abolish user fees. Briefing, Save the Children, London (http://www.savethechildren.it/2003/download/Pubblicazioni/Brief_user_fees/Brief_user_fees.pdf).
- Scheil-Adlung, Xenia/Jütting, Johannes/Carrin, Guy/Xu, Ke (2006). What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries. ESS Working Paper No. 24, International Labour Office, Genf (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=916703).
- Schuler, Sidney/Bates, Lisa/Islam, Khairul (2002). Reconciling cost recovery with health equity concerns in a context of gender inequality and poverty: Findings from a new family health Initiative in Bangladesh. *Int Fam Plan Persp* 28 (4), S. 196-204 (<http://www.aed.org/ToolsandPublications/upload/2002%20Reconciling%20Cost%20Recovery-%20FINAL.pdf>).

- Schwefel, Detlef/Holst, Jens/Gericke, Christian/Drupp, Michael/Velter, Boris/Doetinchem, Ole/Krech, Rüdiger/Scheil-Adlung, Xenia/Carrin, Guy/Sabri, Belgacem (2005). Towards a national health insurance system in Yemen. Situation assessment and proposals for health insurance. Study Report of a joint GTZ-WHO-ILO-mission in Yemen 2005. Ministry of Health/GTZ, Sana'a (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-insurance-assessments-ye.pdf>; <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-insurance-options-ye.pdf>; <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-insurance-materials-ye.pdf>; www.who.int/entity/health_financing/countries/yemen_en1-1_9-front_execsum.pdf; www.who.int/entity/health_financing/countries/yemen_en2-2_8-background.pdf; www.who.int/entity/health_financing/countries/yemen_en3-1_9-front_doclist.pdf; Arabic version: <http://www.gtz.de/de/dokumente/sa-health-insurance-parts-1-2-ye.pdf>).
- Segall, Malcolm (2000). From co-operation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *Int J Health Plan Mngt* 15 (1), S. 61–79. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(200001/03)15:1<61::AID-HPM573>3.0.CO;2-4 ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(200001/03\)15:1%3C61::AID-HPM573%3E3.0.CO;2-4/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(200001/03)15:1%3C61::AID-HPM573%3E3.0.CO;2-4/pdf)).
- Segall, Malcolm (2003). District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *Int J Health Plan Mgmt* 18 (Suppl. 1), S. S5–S26. DOI: 10.1002/hpm.719 7 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.719/pdf>).
- Sekabaraga, Claude/Diop, Francois/Soucat, Agnes (2011). Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii52–ii62 doi:10.1093/heapol/czr070 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii52.full.pdf+html).
- Semali, Innocent/Tanner, Marcel/de Savigny, Don (2005). Decentralizing EPI services and prospects for increasing coverage: the case of Tanzania. *Int J Health Plan Mgmt* 20 (1), S. 21–39. DOI: 10.1002/hpm.794 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.794/pdf>).
- Sepehri, Ardeshir/Chernomas, Robert (2001). Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries. *J Int Dev* 13 (2), S. 183–209. DOI: 10.1002/jid.726 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.726/pdf>).
- Sepehri, Ardeshir/Chernomas, Robert/Akram-Lodhi, Haroon (2003). If they get sick, they are in trouble: Health care restructuring, user charges, and equity in Vietnam. *Int J Health Services* 33 (1), S. 137–161 (<http://www.baywood.com/comppdf/0020-7314.pdf>; <http://www.metapress.com/content/mxc5cq0axk3mkpub/fulltext.pdf>).
- Sepehri, Ardeshir/Chernomas, Robert/Akram-Lodhi, Haroon (2005). Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. *Health Pol Plan* 20 (2), S. 90–99 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/20/2/90>).
- Sepehri, Ardeshir/Sarma, Sisira/Simpson, Wayne (2004). Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam living standards survey panel. Paper to be presented at the 38th Annual Meetings of the CEA at Ryerson University, Toronto, June 4–6, 2004 (<http://www.umanitoba.ca/faculties/arts/economics/Sisira/vietnampap1.pdf>).
- Shaw, Paul/Ainsworth, Martha (1996a). Financing health services through user fees and insurance. World Bank Discussion Paper No 294. World Bank, Washington (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1996/01/01/000009265_3961214182600/Rendered/PDF/multi0page.pdf).

- Shaw, Paul/Ainsworth, Martha (1996b). Cost sharing: towards sustainable health care in Sub-Saharan Africa. Findings, Africa Region, No. 63, 57058. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/1/08/000333037_20101008005628/Rendered/PDF/57058OBRIOfind10Box353751B01PUBLI C1.pdf).
- Shaw, Paul/Elmendorf, Edward (1994). Pour une meilleure santé en Afrique - Les leçons de l'expérience, Série: Développement à l'oeuvre, Banque Mondiale, Washington D.C. (<http://www.worldbank.org/afr/findings/french/ffind25.htm>).
- Shaw, Paul/Griffin, Charles (1995). Financing health care in Sub-Saharan Africa through user fees and insurance. World Bank, Washington. ISBN 0-8213-3075-6 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1995/02/01/00000926 5_3970716143608/Rendered/PDF/multi0page.pdf).
- Simpson, Scot/Eurich, Dean/Majumdar, Sumit/Padwal, Rajdeep/Tsuyuki, Ross/Varney, Janice/Johnson, Jeffrey (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 333 (7557), S. 15-20. DOI:10.1136/bmj.38875.675486.55 (http://www.bmj.com/highwire/filestream/369739/field_highwire_article_pdf/0.pdf).
- Singh, Alaka (2003). Building on the user-fee experience: The African case. Discussion Paper No. 3, World Health Organisation, Genf (www.who.int/entity/health_financing/en/building_on_the_user_dp_03_3.pdf).
- Skarbinski, Jacek/Walker, Kenneth/Baker, Laurence/Kobaladze, Archil/Kirtava, Zviad/Raffin, Thomas (2002). The burden of out-of-pocket payments for health care in Tbilisi, Republic of Georgia. *JAMA* 287 (8), S. 1043-1049. (<http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4821/JLF10005.pdf>).
- Smith, Peter (2005). User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. *J Health Econ* 24 (5), S. 1018-1029.
- Smith, Peter/Witter, Sophie (2001). Risk pooling in health care finance. Report prepared für the Worldbank Workshop „Resource Allocation and Purchasing in health: Value for Money, Reaching the Poor“ New York/Washington D.C. (<http://www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf>).
- Smith-Conway, Karen/Kutinova, Andrea (2006). Maternal health: does prenatal care make a difference? *Health Econ* 15 (5), S. 461-488. DOI: 10.1002/hec.1097 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1097/pdf>).
- Smithson, Paul/Asamoah-Baah, A./Mills, Anne (1997). The case of the health sector in Ghana. The role of government in adjusting economies research programme, Paper 26, development administration group, University of Birmingham.
- Soeters, Robert/Griffiths, Fred (2003). Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan* 18 (1), S. 74-83 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/1/74>).
- Sokol, Michael/McGuigan, Kimberly/Verbrugge, Robert/Epstein, Robert (2005). Impact of medication, adherence on hospitalization risk, and healthcare cost. *Med Care* 43 (6), S. 521-530.
- Soucat, Agnes/Gandaho, Timothee/Levy-Bruhl, Daniel/de Bethune, Xavier/Alihonou, Eusebe/Ortiz, Christine/Gbedonou, Placide/Adovohekpe, Paul/Camara, Ousmane/Ndiaye, Jean-Michel/Dieng, Boubacar/Knippenberg, Rudolf (1997). Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako Initiative. *Int J Health Plann-Mgmt* 12 (Suppl. 1), S. S137-S163. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S137::AID-HPM469>3.0.CO;2-G ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1%2B%3CS137::AID-HPM469%3E3.0.CO;2-G/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1%2B%3CS137::AID-HPM469%3E3.0.CO;2-G/pdf)).

- Soucat, Agnes/Levy-Bruhl, Daniel/de Bethune, Xavier/Gbedonou, Placide/Lamarque, Jean-Pierre/Bangoura, Ousmane/Camara, Ousmane/Gandaho, Timothee/Ortiz, Christine-/Kaddar, Miloud/Knippenberg, Rudolf (1997). Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: The Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *Int J Health Plann-Mgmt* 12, Suppl. 1, S. S81-S108. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S81::AID-HPM467>3.0.CO;2-5 ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1%2B%3CS81::AID-HPM467%3E3.0.CO;2-5/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1%2B%3CS81::AID-HPM467%3E3.0.CO;2-5/pdf)).
- Standing, Hillary (1997). Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Pol Plan* 12 (1), S. 1-18 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/1/1>).
- Standing, Hillary (2000a). Gender impacts of health reforms – the current state of policy and implementation. Institute of Development Studies, Universität Sussex, Brighton. Beitrag zum ALAMES-Treffen 3.-7. Juli 2000 in Havanna.
- Standing, Hillary (2000b). Gender impacts of health reforms – the current state of policy and implementation. *Women's Health Journal* 3-4, S. 10-19 (Nur eine spanische Fassung ist online verfügbar: <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=070>).
- Standing, Hillary (2004). Understanding the 'demand side' in service delivery. Definitions, frameworks and tools from the health sector. Issues Paper Private Sector, DFID Health Systems Resource Centre, London (http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/Issues_papers/private-sector/Standing.pdf).
- Stanton, Bonita/Clemens, John (1989). User fees for health care in developing countries: a case study of Bangladesh. *Soc Sci Med* 29 (10), S. 1199-1205.
- Steinhardt, Laura/Aman, Iqbal/Pakzad, Iqbalshah/Kumar, Binay/Singh, Lakhwinder/Peters, David (2011). Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii92-ii103 doi:10.1093/heapol/czr069 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii92.full.pdf+html).
- Stierle, Friedeger (1998). Financing health care in poor countries – issues and lessons learned. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn.
- Stierle, Friedeger (2000). Direct payment of health care services. Principles – experiences – prerequisites. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn.
- Stierle, Friedeger/Kaddar, Miloud/Tchicaya, Anastase/Schmidt-Ehry, Bergis (1999). Indigence and access to health care in Subsaharian Africa. *Int J Health Plan Mngt* 14 (2), S. 81-105. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199904/06)14:2<81::AID-HPM543>3.0.CO;2-P ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199904/06\)14:2%3C81::AID-HPM543%3E3.0.CO;2-P/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199904/06)14:2%3C81::AID-HPM543%3E3.0.CO;2-P/pdf)).
- Street, Andrew/Jones, Andrew/Furuta, Aya (1999). Cost-sharing and pharmaceutical utilisation and expenditure in Russia. *J Health Econ* 18 (4) S. 459-472.
- Stringhini, Silvia/Thomas, Steve/Bidwell, Posy/Mtui, Tina/Mwisongo, Aziza (2009). Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Hum Res Health* 7, S. 53 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/14784491-7-53.pdf>).
- Su, Tin-Tin/Kouyaté, Bocar/Flessa, Steffen (2005). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bull World Health Organ* 84 (1), S. 21-27 (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v84n1/v84n1a10.pdf>).
- Sun, Xiaoyun/Jackson, Sukhan/Carmichael, Gordon/Sleigh, Adrian (2009). Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health Econ* 18 (1), S. 103-119. DOI: 10.1002/hec.1346 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1346/pdf>; <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117914463/PDFSTART>).

- Tang, Shenglan/Cheng, Xiaoming/Xu, Ling (2005). Developing urban social health insurance in a rapidly changing economy of China: Problems and challenges. Paper presented on the International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5.-7.12.2005 (www.shi-conference.de/down/1_%20Pres_Prof%20Tang_Developing%20Urban%20Social%20Health%20Insurance.pdf).
- Taylor, Yolanda (Ed.) (2004). *Battling HIV/AIDS. A decision maker's guide to the procurement of medicines and related supplies*. World Bank, Washington D.C. ISBN 0-8213-5848-0 (<http://media.worldbank.org/secure/battlingaids/pdf/complete.pdf>).
- Tennstedt, Florian (1976). *Sozialgeschichte der Sozialversicherung*. In: Blohmke, Maria/von Ferber, Christian/Kisker, Karl Peter, Schäfer, Hans (Hg.). *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. III: Sozialmedizin in der Praxis, S. 385-492. Enke, Stuttgart.
- Terris, Milton (2000). Epidemiology and health policy in the Americas: Meeting the neoliberal challenge. *J Pub Health Pol* 19 (1), S. 15-24 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0197-5897%281998%2919%3A1%3C15%3AEAHPIT%3E2.O.CO%3B2-D>).
- Thi Hong Ha, Nguyen/Berman, Peter/Larsen, Ulla (2002). Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Pol Plan* 17 (Suppl 1), S. 61-70 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/1/61>).
- Thomas, Duncan/Frankenberg, Elizabeth (2002). Health, nutrition and prosperity: a microeconomic perspective. *Bull World Health Organ* 80 (2), S. 106-113 (<http://www.scieosp.org/pdf/bwho/v80n2/a05v80n2.pdf>).
- Thomas, Stephen/Killingworth, James/Acharya, Shambhu (1998). User fees, self selection and the poor in Bangladesh. *Health Pol Plan* 13 (1), S. 50-58 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/1/50>).
- Thomason, Jane/Mulou, Navy/Bass, Caroline (1994). User charges for rural health services in Papua New Guinea. *Soc Sci Med* 39 (8), S. 1105-1115.
- Thompson, Felicity (2010). Now it's free, how to pay for it? Sierra Leone's dilemma. *W Health Bull* 88 (12), S. 883-884 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10-021210.pdf>).
- Thuan, Nguyen Thi Bich/Lofgren, Curt/Chuc, Nguyen Thi Kim/Janlert, Urban/Lindholm, Lars (2006). Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam. *BMC Public Health* 6, S. 283. DOI:10.1186/1471-2458-6-283 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-283.pdf>).
- Tibaijuka, Anna-Kajumulo (1997). AIDS and economic welfare in peasant agriculture: case studies from Kagabiro Village, Kagera Region, Tanzania. *World Development*, 25 (6), S. 963-975.
- Tinker Anne/Daly, Patricia/Green, Cynthia/Saxenian, Helen/Lakshminarayanan, Rama/Gill, Kirrin (1994). *A new agenda for women's health and nutrition*. World Bank, Washington DC (http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/newagenda/whn_all.pdf).
- Tipping, Gill (2000). *The social impact of user fees for health care on poor households: commissioned report to the Ministry of health, Hanoi, Vietnam*.
- Tomini, Sonila/Packard, Truman/Tomini, Florian (2012). Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania: evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2008. *Health Pol Plan* (early view) (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2012/08/19/heapol.czs073.full.pdf+html>).
- Torres, Ana-Cristina (2001). Análisis de los determinantes del gasto de bolsillo en salud en México: 1992-2000. Instituto Tecnológico Autónomo de México, *Gaceta de Economía* 9 (17), S. 40-76 (<http://www.itam.mx/eventos/publicaciones/geconomia/1702torres.pdf>).

- Torres, Ana-Cristina/Knaul, Felicia-Marie (2003). Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la Salud*, S. 209-225, Funsalud, Mexico DF (<http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/15%20DeterminantesDelGasto.pdf>).
- Tracy, Jen (2003). Mobilizing resources for health: The first phase of Kyrgyzstan's co-payment policy. Case Study 6, S. 79-92. WHO, Copenhagen (<http://www.who.dk/document/sed/11case6.pdf>).
- Twikirize, Janestic/O'Brien, Constance (2012). Why Ugandan rural households are opting to pay community health insurance rather than use the free healthcare services. *Int J Soc Welf* 21 (1), S. 66-78. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2010.00771.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1468-2397.2010.00771.x/asset/j.1468-2397.2010.00771.x.pdf>).
- UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development) (2000). Visible hands - taking responsibility for social development., Genf ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/FE9C9439D82B525480256B670065EFA1?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/FE9C9439D82B525480256B670065EFA1?OpenDocument)).
- USAID (2002). Impact of cost sharing on the demand for health services. Economic analysis Paper #1.1.5. Kampala/Washington DC (www.usaid.or.ug/econ%20papers/cost%20sharing-health%20sector.doc).
- USAID/Kinshasa (1987). Etude sur le financement des zones de santé au Zaïre. The resources for child health project, (Ed.) 1-62. Arlington: John Snow, Inc. (<http://www.minisanterdc.cd/Ressourcesofficielles/texetetarchives.htm>).
- Uzochukwu, Benjamin/Onwujekwe, Obinna (2004). Socio-economic differences and health seeking behaviour for the diagnosis and treatment of malaria: a case study of four local government areas operating the Bamako initiative programme in south-east Nigeria. *Int J Equity Health* 3 (1): 6 (<http://www.equityhealthj.com/content/3/1/6>).
- Uzochukwu, Benjamin/Onwujekwe, Obinna/Eriksson, Bo (2004). Inequity in the Bamako Initiative programme - implications for the treatment of malaria in south-east Nigeria. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (Suppl. 1), S. S107-S116. DOI: 10.1002/hpm.779 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.779/pdf>).
- van Damme, Wim/Meessen, Bruno (2001). *Sotnikum New Deal, the first year. Better income for staff/better service to the population.* Médecins sans Frontières, MSF Cambodia, Phnom Phen (<http://www.msf.be/fr/pdf/cambodia.pdf>).
- van Damme, Wim/van Leemput, Luc/Por, Ir/Hardeman, Wim/Meessen, Bruno (2004). Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Trop Med Int Health* 9 (2), S. 273-280. DOI: 10.1046/j.1365-3156.2003.01194.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.2003.01194.x/pdf>).
- van der Geest, Sjaak/Macwan'gi, Mubiana/Kamwanga, Jolly/Mulikelela, Dennis/Mazimba, Arthur/Mwangelwa, Mundia (2000). User fees and drugs: what did the health reforms in Zambia achieve? *Health Pol Plan* 15, S. 59-65 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/15/1/59>).
- van Doorslaer, Eddy/O'Donnell, Owen/Rannan-Eliya, Ravindra/Somanathan, Aparnaa/Adhikari, Shiva-Raj/Garg, Charu/Harbianto, Deni/Herrin, Alejandro/Huq, Nazmul/Ibragimova, Shamsia/Karan, Anup/Lee, Tae-Jin/Leung, Gabriel/Lu, Jui-Fen/Wan-Ng, Chiu/Pande, Badri-Raj/Racelis, Rachel/Tao, Sihai/Tin, Keith/Tisayaticom, Kanjana/Trisnantoro, Laksono/Vasavid, Chitpranee/Zhao, Yuxin (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 16 (11), S. 1159-1184. DOI: 10.1002/hecl.1209 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hecl.1209/pdf>).
- van Ginneken, Ewout/Ottichova, Alena/Gaskins, Matthew (2010). User fees in the Czech Republic: The continuing story of a divisive tool. *EuroHealth* 16 (3), S. 1-4 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf).
- Vandemoortele, Jan (2001). Are user fees and narrow targeting gender-neutral? UNDP, New York (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/VANfinan.doc>).

- Velásquez, Germán/Madrid, Yvette/Quick, Jonathan (1999). Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos. Serie Economía de la Salud y Medicamentos No 6, WHO-Programa Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. WHO/DAP/98.3.
- Vian, Taryn/Gryboski, Kristina/Sinoimeri, Zamira/Hall-Clifford, Rachel/(2004). Informal payments in the public health sector in Albania: A Qualitative study. Final report. TE 047, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech047_fin.pdf).
- Vogel, Ronald (1991). Cost recovery in the health care Sector in Sub-Saharan Africa. *Int J Health Plan Mngt* 6 (3), S. 167-191. DOI: 10.1002/hpm.4740060303 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.4740060303/pdf>).
- Waddington, Cariona, Enimayew, Nana (1989). A price to pay: The impact of user charges in the Ashanti-Akim district, Ghana. *Int J Health Plan Mngt* 4 (1), S. 17-47. DOI: 10.1002/hpm.4740040104 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.4740040104/pdf>).
- Wagstaff, Adam (2002). Poverty and health sector inequalities. WHO Theme Papers Policy and Practice. *Bull W H Org* 80 (2), S. 97-105 ([http://www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)97.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(2)97.pdf); http://www2.cid.harvard.edu/cidcmh/wg1_paper5.pdf).
- Wagstaff, Adam/Pradhan, Menno (2005). Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a Developing Country. WPS 3565, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/19/00012009_20050419132636/Rendered/PDF/wps3563.pdf).
- Waitzkin, Howard (2003). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and health: a summary and critique. *Lancet* 361 (9367), S. 523-526 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603131236/fulltext>; http://www.deza.ch/ressources/product_22_es_1242.pdf).
- Walraven, Guy (1996). Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania. *Health Pol Plan* 11 (4), S. 428-37 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/4/428>).
- Waters, Hugh (2000). Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med* 51 (4), S. 599-612.
- Watt, Patrick/Rowden, Rick (2002). User fees: the right to education and health denied. A policy brief for the UN Special Session on Children. The Coalition for Health Insurance Rights (CHER), New York (http://www.campaignforeducation.org/resources/May2002/CHER_Fees0502.pdf).
- Weaver, Marcia (1995). User fees and patient behaviour: evidence from Niamey National Hospital. *Health Pol Plan* 10 (4), S. 350-361 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/4/350>).
- Webster, Jayne/Lines, Jo/Bruce, Jane/Armstrong-Schellenberg, Joanna/Hanson, Kara (2005). Which delivery systems reach the poor? A review of equity of coverage of ever-treated nets, never-treated nets, and immunisation to reduce child mortality in Africa. *Lancet Inf Dis* 5 (11), S. 709-717.
- Weisman, Robert (2000). 50 years & results praise house vote to block IMF/WB user fees. lists.essential.org mailing lists, Washington DC (<http://lists.essential.org/pipermail/stop-imf/2000q3/000211.html>).
- Whitehead, Margaret/Dahlgren, Göran/Evans, Timothy (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 358 (9284), S. 833-836 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360105975X/fulltext>/<http://w3.uniroma1.it/sapienzamillenniumcourse/Bulletin%20Board/lancet%20poverty%20trap.pdf>).

- Whiteside, Alan/Lee, Sabrina (2005). The “Free by 5” campaign for universal, free antiretroviral therapy. User fees pose a significant barrier to achievement of the “3 by 5” strategy. *Public Library of Science (PloS Medicine)* 2 (8). S. 0724–0727 (<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020227>; http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/8/pdf/10.1371_journal.pmed.0020227-L.pdf).
- WHO (World Health Organisation) 2000a. *World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. WHO, Genf (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
- Wilkes, Andreas/Hao, Yu/Bloom, Gerald/Xingyuan, Gu (1997). Coping with the costs of severe illness in rural China. *IDS Working Paper 58*, Institute for Development Studies, Sussex (<http://www.ids.ac.uk/files/Wp58.pdf>).
- Wilkinson, David/Gouws, Eleanor/Sach, Marlene/Abdool Karim, Salim (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bull World Health Organ* 79 (7), S. 665–671 ([http://www.who.int/bulletin/archives/79\(7\)665.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(7)665.pdf)).
- Wilkinson, David/Holloway, John/Fallavier, Pierre (2001). The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia. *MoH/WHO Health Sector Reform Phase III*. Ministry of Health, Pnom Penh.
- Wilkinson, David/Sach, Marlene/Abdool Karim, Salim (1997). Examination of attendance patterns before and after introduction of south africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women. *BMJ* 314 (7085), S. 940 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7085/940>).
- Willis, Carla/Leighton, Charlotte (1995). Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing. *Health Pol Plan* 10 (3), S. 241–56 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/241>).
- Witter, Sophie (1996). ‘Doi moi’ and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. *Int J Health Plan Mngt* 11 (2), S. 159–172. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1751(199604)11:2<159::AID-HPM427>3.0.CO;2-9 ([http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199604\)11:2%3C159::AID-HPM427%3E3.0.CO;2-9/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1751(199604)11:2%3C159::AID-HPM427%3E3.0.CO;2-9/pdf)).
- Witter, Sophie (2002). *Health financing in developing and transitional countries*. Briefing Paper for OXFAM, University of York, York (<http://www.york.ac.uk/inst/che/oxfam.pdf>).
- Witter, Sophie (2010). Mapping user fees for health care in high-mortality countries: evidence from a recent survey. *HLSP Institute*, London (<http://www.hlsp.org/LinkClick.aspx?fileticket=BmlwPoRonho%3D&tabid=1570>).
- Witter, Sophie/Arhinful, Daniel Kojo/Kusi, Anthony/Zakariah-Akoto, Sawudatu (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters* 15 (30), S. 61–71 (<http://www.jstor.org/stable/25475335.pdf>).
- Witter, Sophie/Khadka, Sunil/Nath, Hom/Tiwari, Suresh (2011). The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities. *Health Policy Plan* 26 (suppl 2), S. ii84–ii91 doi:10.1093/heapol/czr066 (http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii84.full.pdf+html).
- Witter, Sophie/Osiga, Gamba (2004). Health service quality and users' perceptions in West Nile, Uganda. *Int J Health Plan Mgmt* 19 (2), S. 195–207. DOI: 10.1002/hpm.753 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.753/pdf>).
- World Bank (1993). *Investing in health*. World Development Report 1993. Washington D.C. (<http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf>).
- World Bank (1996). *Cost sharing. Towards sustainable health care in Sub-Saharan Africa*. (<http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm>).

- World Bank (2001). Attacking poverty. World Development Report 2000/2001. World Bank, Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/WDR/English-Full-Text-Report/ch1.pdf>; <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/WDR/English-Full-Text-Report/ch2.pdf>, <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/WDR/English-Full-Text-Report/ch12b.pdf>).
- World Bank (2004). Making services work for poor people. World Development Report 2004. World Bank/Oxford University Press. Washington DC/Oxford (<http://media.worldbank.org/secure/wdr/wdr2004/pdfs/complete.pdf>).
- World Bank (2006). Global Monitoring Report 2006. Millennium Development Goals: Strengthening Mutual Accountability, Aid, Trade, and Governance. World Bank, Washington DC (<http://www.worldbank.org/gmr2006>).
- World Health Organisation (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WHO, Genf (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
- World Health Organisation (2000b). Relationship of malaria control programmes to health sector reforms: health care financing reforms. WHO Technical Report Series. 892. WHO, Genf, S. 14–15 (http://mosquito.who.int/docs/ecr20_toc.htm; http://mosquito.who.int/docs/ecr20_4.htm).
- World Health Organisation (2001a). Atlas: Mental health resources in the world 2001. Mental health determinants and populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, Genf (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/main.htm).
- World Health Organisation (2001b). WHO World Health Report 2001 Mental health: New understanding, new hope. WHO, Genf (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
- World Health Organisation (2003). Shaping the Future. World Health Report 2003. WHO, Genf. (<http://www.who.int/whr/2003/en/>).
- World Health Organisation (2004a). Social Health Insurance. Report by the Secretariat. Executive Board EB115/8. 115th Session 2 December 2004. Provisional agenda item 4.5. Genf (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_8-en.pdf).
- World Health Organisation (2004b). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen (http://www.cvl-a.tum.de/Download/WHO_Ottawa.pdf).
- World Health Organisation (2005). Make every mother and child count. World Health Report 2005. WHO, Genf (www.who.int/whr/2005/en/).
- World Health Organisation (WHO) (2006). Country Health Indicators – Mali. Genf (<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=mli&language=en#economic>).
- World Health Organisation (WHO) (2011). National Health Accounts [online database]. WHO, Genf (<http://www.who.int/nha>).
- World Health Organization (WHO) (1999). Making a difference. World Health Report 1999. WHO, Genf (http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf).
- World Health Organization (WHO) (2010). Health Systems Financing: Path to universal coverage. World Health Report 2010. WHO, Genf (http://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf; http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf).
- Wouters, Annemarie (1995). Improving quality through cost recovery in Niger. Health Pol Plan 10 (3), S. 257–270 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/257>).
- Wu, Ming/Xin, Ying/Wang, Huihui/Yu, Wei (2005). Private and public cross-subsidization: financing Beijing's health-insurance reform. Health Pol 72, S. 41–52.
- Wu, Yanrui (1997). China's health care sector in transition: resources, demand and reforms. Health Pol 39 (2), S. 137–152.

- Xu, Ke/ Evans, David/Kawabata, Kei/Zeramardini, Riadh/Klavus, Jan/Murray, Christopher (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362 (9378), S. 111–117 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603138615/fulltext>; http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf).
- Xu, Ke/ Evans, David/Carrin, Guido/Aguilar–Rivera, Ana Mylena/Musgrove, Philip/ Evans, Timothy (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff* 26 (4), S. 972–983. DOI: 10.1377/hlthaff.26.4.972 (<http://content.healthaffairs.org/content/26/4/972.full.pdf+html>).
- Xu, Ke/ Evans, David/Kadama, Patrick/Nabyonga, Juliet/Ogwang Ogwal, Peter/Aguilar, Ana Mylena (2005). The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures. WHO, Genf (http://www.who.int/health_financing/The%20elimination%20of%20user%20fees%20in%20Uganda%20%20DP.05.4.pdf; http://www.who.int/health_financing/Understanding%20the%20impact%20of%20eliminating%20user%20fees.pdf).
- Xu, Ke/ Evans, David/Kadama, Patrick/Nabyonga, Juliet/Ogwang Ogwal, Peter/Nabukhonzo, Pamela/Aguilar, Ana Mylena (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 62 (4), S. 866–876.
- Xu, Ke/Saksena, Priyanka/Jowett, Matthew/Indikadahena, Chandika/Kutzin, Joseph/ Evans, David (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World health report 2010 Background Paper No.19*, WHO, Genf (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>).
- Yang, Bong-min/Holst, Jens (2007). Implementation of health insurance in developing countries: Experience from selected Asian countries. In: *GTZ/ILO/WHO. Extending Social Protection in Health. Developing Countries' experiences, Lessons Learnt and Recommendations*. Berlin Conference Documentation. VAS-Verlag, Frankfurt/Eschborn (http://www.socialhealthprotection.org/pdf/SHI-ConfReader_Druckkomprimiert.pdf).
- Yassin, Khaled (2002). Impact of structural adjustment policies on health in developing countries. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld (Kapitel 9: http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2002/96/pdf/09_chapter9.pdf; Chapter 13: http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2002/96/pdf/13_chapter13.pdf).
- Yates, Jenny/Cooper, Ros/Holland, Jeremy (2006). Social protection and health: Experiences in Uganda. *Dev Pol Rev* 24 (3), S. 339–356. DOI: 10.1111/j.1467-7679.2006.00328.x (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-7679.2006.00328.x/pdf>).
- Yates, Rob (2004). Should African governments scrap user fees for health services? DFID Working Paper, DFID, London (<http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/YATfinan.doc>).
- Yates, Rob (2007). The impact of abolishing user fees in Africa - Recent developments in six African countries. Department for International Development, London (<http://ssrn.com/abstract=993482>).
- Yates, Rob (2009). Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 373 (6680), S. 2078–2081 (<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic985058.files/Yates%20user%20fees%202009.pdf>).
- Yazbeck, Abdo/Leighton, Charlotte (1995). Research note: does cost recovery for curative care affect preventive care utilization? *Health Pol Plan* 10 (3), S. 296–300 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/3/296>).
- Yi, Hongmei/Zhang, Linxiu/Singer, Kim/Rozelle, Scott/Atlas, Scott (2009). Health insurance and catastrophic illness: a report on the New Cooperative Medical System in rural China. *Health Econ* 18 (Suppl. 2), S. S119–S127. DOI: 10.1002/hec.1510 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1510/pdf>).

- Yip, Winnie Chi-Man/Hsiao, William/Chen, Wen/Hu, Shanlian/Ma, Jin/Maynard, Alan (2012). Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet* 379 (7818), S. 833-842.
- Yip, Winnie/Hsiao, William (2009). Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Soc Sci Med* 68 (2), S. 201-209. DOI:10.1016/j.socscimed. 2008.09.066 PMID:19019519.
- Yoder, Richard (1989). Are people willing and able to pay for health care services? *Soc Sci Med* 29 (1), S. 35-42.
- Yu, Chai Ping/Whynes, David/Sach, Tracey (2006). Assessing progressivity of out-of-pocket payment: with illustration to Malaysia. *Int J Health Plan Mgmt* 21 (3), S. 193-210. DOI: 10.1002/hpm.845 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.845/pdf>).
- Zacharius, Rony/Lange, Louis/D'Altilia, Jean-Pierre (2001). Financing advances on salaries of health workers in Chad: an example of a feasible strategy to sustain the Bamako Initiative. *Health Pol & Plann* 16 (3), S. 332-333 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/3/332.pdf>).
- Zhang, Tuohong/Chen, Yude (2006). Meeting the needs of elderly people in China. *BMJ* 333 (7564), S. 363-364. DOI: 10.1136/bmj.333.7564.363 16916812 363 (http://www.bmj.com/highwire/filestream/378417/field_highwire_article_pdf/0.pdf; <http://europepmc.org/articles/PMC1550456/pdf/bmj33300363.pdf>).
- Zuckerman, Stephen/McFeeters, Joshua/Cunningham, Peter/Nichols, Len (2004). Trends: changes in medicaid physician fees, 1998-2003: Implications for physician participation. *H Aff, Web Excl* 23 (3), S. w4 372-384 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlt.haff.w4.374v1>).
- Zwi, Anthony/Mills, Anne (1995). Health policy in less developed countries: past trends and future directions. *J Int Dev* 7 (3), S. 299-328. DOI: 10.1002/jid.3380070302 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.3380070302/pdf>).

Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen 2012-2011

Forschungsgruppe **Public Health**

Hella von Unger/Petra Narimani **SPI 2012-304**
Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der Partizipativen Forschung

Christina Püschel **SPI 2012-303**
Wie kann Partizipation in einer Nutzerzufriedenheitsbefragung der Psychiatrie realisiert werden?

Michael Haas **SPI 2012-302**
Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter. Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen.

Uwe H. Bittlingmayer/Holger Ziegler **SPI 2012-301**
Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?

Katrin Falk/Josefine Heusinger/Kerstin Kammerer/Meggi Khan-Zvorničanin/Susanne Kümpers/Michael Zander **SPI 2011-301**
Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zu Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier – der Fall Berlin-Moabit *[vergriffen]*

Jane Springett/Michael T. Wright/Brenda Roche **SPI 2011-302**
Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action.

Susanne Hartung **SPI 2011-303**
Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit

Abteilung **Ausbildung und Arbeitsmarkt**

Philip Wotschack /Franziska Scheier/Philipp Schulte-Braucks/Heike Solga **SPI 2011-501**
Mehr Zeit für Weiterbildung
Neue Wege der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung

Paula Protsch **SPI 2011-502**
Zugang zu Ausbildung
Eine historisch vergleichende Perspektive auf den segmentierten Ausbildungsmarkt in (West-)Deutschland

Abteilung **Ungleichheit und soziale Integration**

- Kent Weaver** **SPI 2011-201**
The Politics of Automatic Stabilization
Mechanisms in Public Pension Programs
- Britta Grell** **SPI 2011-202**
Unemployment Compensation in the United States
Provisions and Institutional Changes since the 1980s
- Britta Grell** **SPI 2011-203**
Family Dissolution and Public Policies in the United States
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s
- Britta Grell** **SPI 2011-204**
Old-Age Provisions in the United States
Changes in the Retirement System since the 1980s
- Martin Ehlert** **SPI 2011-205**
Shifted Labor Market Risks?
The Changing Economic Consequences of Job Loss in the United States
and West Germany
- Markus Wörz** **SPI 2011-206**
Unemployment Compensation in Germany
Provisions and Institutional Changes since the 1980s
- Markus Wörz** **SPI 2011-207**
Family Dissolution and Public Policies in Germany
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s
- Markus Wörz** **SPI 2011-208**
Old-Age Provisions in Germany
Changes in the Retirement System since the 1980s
- Markus Wörz** **SPI 2011-209**
Financial Consequences of Falling Ill
Changes in the German Health Insurance System since the 1980s
- Max Haller** **SPI 2011-210**
Die sozialen Klassen im ethnisch heterogenen Milieu
Ein soziologischer Ansatz zur Erklärung der Unterschiede der
Einkommensverteilung in den Ländern der Welt
- Jens Alber/Jan-Paul Heisig** **SPI 2011-211**
Do New Labour Activation Policies Work? A Descriptive Analysis of the
German Hartz Reforms
- Yan Hao** **SPI 2011-212**
Equitable Access to Land as a Means of Poverty Reduction in Rural China