

**การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ
ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**

**Cost sharing and Copayment
Lessons from 10 Countries**

โดย

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
พ.ศ. 2551**

บทคัดย่อ

ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศที่เพิ่มขึ้น เกินกว่าอัตราที่งบประมาณที่มีอยู่จะเพียงพอให้การสนับสนุน ทำให้เริ่มเกิดคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ รายงานนี้ เป็นการนำเสนอผลการสังเคราะห์ประสบการณ์ต่างประเทศ ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือระบบสวัสดิการอื่นที่น่าสนใจ และมีการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ณ จุดที่ใช้บริการ (Cost Sharing / Copayment) ซึ่งได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เยอรมัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ สหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ประเทศ

วิธีการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. การทบทวนเอกสารทางวิชาการ (Literature Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับ ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่ทำการศึกษาลักษณะ/แนวคิด เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในประเทศที่ทำการศึกษา, รูปแบบส่วนร่วมจ่ายและอัตราที่กำหนดสำหรับบริการประเภทต่างๆในประเทศที่ศึกษา, กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น, บทเรียนข้อเสนอแนะ และข้อพึงระวังสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายสำหรับประเทศไทย และ 2. การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อการเข้าถึง/ใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้บริการบางประเภท/ชนิด ผลต่อคุณภาพบริการ และผลต่อต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Abstract

The rising health care cost has reached the point where cost sharing from patients might be essential to sustain the health system. This report is aimed to synthesize lessons on cost sharing policies in 10 countries; namely, Australia, Canada, Finland, Germany, Japan, Singapore, South Korea, Taiwan, R.O.C., United Kingdom, and United States of America.

The study comprises two components. The first is literature review general information of each country on its current health insurance systems, basic principles for cost sharing, approaches and rates used for cost sharing, mechanisms to protect the disadvantaged population, as well key concerns about implementing cost sharing policy.

Second, a systematic review is used to explore the effects of cost sharing and copayment policies on health services access/utilization, out-of-pocket expenditures, health care expenditures, quality of care, administrative cost.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) ของแต่ละประเทศ มีหลักการและวิธีการที่แตกต่างกันไปตามปรัชญาของระบบสุขภาพประเทศนั้นๆ แต่โดยทั่วไปแล้ว สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1. Copayment (การร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง), 2. Deductible (การร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต่ำระดับหนึ่ง), 3. Premium (เบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการจ่ายร่วมเข้ากองทุน)

Cost Sharing มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ 1. เพื่อลดการใช้บริการลง โดยเฉพาะบริการที่ไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยเฉพาะ Copayment และ Deductible และ 2. เพื่อเป็นแหล่งรายได้ของกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะ Premium

การสังเคราะห์ประสบการณ์ต่างประเทศ

รายงานนี้ เป็นการนำเสนอผลการสังเคราะห์ประสบการณ์ต่างประเทศ ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือระบบสวัสดิการอื่นที่น่าสนใจ และมีการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ณ จุดที่ใช้บริการ (Cost Sharing / Copayment) ซึ่งได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เยอรมัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ สหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ประเทศ

การสังเคราะห์ประสบการณ์ของแต่ละประเทศต่างประเทศในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การทบทวนเอกสารทางวิชาการ (Literature Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับ ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่ทำการศึกษา หลักการ/แนวคิด เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในประเทศที่ทำการศึกษา, รูปแบบส่วนร่วมจ่าย และอัตราที่กำหนดสำหรับบริการประเภทต่างๆในประเทศที่ศึกษา, กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น, บทเรียน ข้อเสนอแนะ และข้อพึงระวังสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายสำหรับประเทศไทย
2. การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อตอบประเด็นเกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อการเข้าถึง/ใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้บริการบางประเภท/ชนิด ผลต่อคุณภาพบริการ และผลต่อต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารทางวิชาการ

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศมีรายละเอียดมาก ซึ่งสามารถดูได้จากบทที่ 2 รายงานในส่วนนี้จึงเป็นการนำเสนอการวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบกับบริบทของประเทศไทยเป็นสำคัญ

Cost Sharing ของแต่ละประเทศ มีจุดเน้นที่แตกต่างกัน โดยหากต้องการให้เป็นแหล่งรายได้หลักของกองทุน จะใช้การเก็บ Premium เป็นสำคัญ ทั้งในรูปแบบที่ผ่านกลไกภาษีรายได้/ภาษีเงินเดือน หรือ ในรูปแบบการเก็บจากผู้ประกันตนโดยตรง ในขณะที่ Copayment และ Deductible มักใช้เพื่อปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตน

Cost Sharing ในความหมายที่เกี่ยวข้องกับบริบทของประเทศไทย จึงมีความแตกต่างกันตามประเภทของระบบประกันสุขภาพ จากตาราง จะเห็นว่า Cost Sharing ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage, UC) และระบบประกันสุขภาพข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefits, CSMBS) น่าจะหมายถึง Copayment และ Deductible เนื่องจากใช้เงินงบประมาณจากภาษีเป็นหลักอยู่แล้ว ในขณะที่ระบบประกันสังคม (Social Security, SS) จะเน้นที่ Premium เป็นสำคัญ โดยมี Copayment เป็นเครื่องมือปรับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตน

ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Cost Sharing ประเภทต่างๆกับระบบประกันสุขภาพของไทย*

	Premium	Copayment	Deductible
Universal Coverage	+	+++	++
Social Security	+++	++	+
Civil Servant Medical Benefits	+	+++	++

* ความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน

การกำหนดอัตรา Cost Sharing มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยการทดลองใช้อัตราขั้นต่ำก่อน แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นตามสมควร ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถสรุปเป็นสูตรสำเร็จได้ แต่มีประเด็นหลักเพื่อประกอบการพิจารณาได้ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของ Cost Sharing
 - เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตน
 - เพื่อลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ
 - เพื่อเพิ่มเงินของกองทุน

- ประเภทของบริการสุขภาพที่ต้องการเก็บ (OPD, IPD, ER, Mental Health, Well Baby, Family Planning, Alternative Medicine)
- อัตราที่เก็บ
 - Fixed Rate เช่น 50 บาทต่อครั้ง
 - Income-related / Wage-related เช่น ผู้ที่มีรายได้/เงินเดือนน้อยจ่ายน้อยกว่า
 - Utilization-related เช่น ผู้ที่ใช้บริการมากเกินไป จ่ายมากกว่า หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการบ่อย จ่ายน้อยกว่า
 - With / Without Ceiling เช่น หากได้เคยจ่าย Copayment ไปแล้ว 10,000 บาทใน 1 ปี ไม่ต้องจ่ายอีก
- วิธีการเก็บ และ ผู้ได้ประโยชน์ (กองทุน / ผู้ให้บริการ)

การทบทวนอย่างเป็นระบบ

การทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นวิธีการสืบค้นเอกสารด้วยขั้นตอนที่ชัดเจน โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ เพื่อตอบคำถามที่เฉพาะเจาะจงบางอย่าง ซึ่งคำถามในที่นี้คือ Cost Sharing / Copayment มีผลต่อ การเข้าถึง/ใช้บริการ (Access/Utilization) ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน (Out-of-pocket Expenditure) ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน (Health Care Expenditure) คุณภาพบริการ (Quality of Care) และต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Administrative Cost) อย่างไร

จากการสืบค้น พบว่ามีบทความเกี่ยวกับ Cost Sharing ของ 10 ประเทศ ที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการต่าง ๆ 425 เรื่อง และที่เป็นวิทยานิพนธ์ 22 เรื่อง รวม 447 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องยา มีวัตถุประสงค์ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลของ Copayment และเรื่องที่ไม่สามารถหาเอกสารฉบับเต็ม หรือไม่มีข้อมูลที่เพียงพอจากบทคัดย่อ ออก 86, 187 และ 29 เรื่องตามลำดับ จึงเหลือเอกสารที่นำเสนอในรายงานนี้ทั้งหมด 59 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ (46 เรื่อง) เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่บางประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ สิงคโปร์ ไม่มีการศึกษา

ในภาพรวมพบว่า การศึกษาผลของ Cost Sharing / Copayment ที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างๆเกือบทั้งหมด จะเน้นที่เรื่องการใช้บริการสุขภาพ เป็นสำคัญ รองลงมาได้แก่ ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน และอาจกล่าวถึงคุณภาพบริการบ้างเล็กน้อย ในขณะที่บทความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน และต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มักเป็นบทความประเภทความคิดเห็นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งไม่ได้เป็นการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน

ข้อสรุปสำคัญที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า Copayment มีช่วยลดการใช้บริการได้ตามสัดส่วนของการเก็บ โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก แต่มีประเด็นที่ควรระวังคือ

- บริการพื้นฐานที่จำเป็นอาจได้รับผลกระทบ ซึ่งอาจมีผลให้โรครุนแรงมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นในที่สุด
- ผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจน และผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน อาจได้รับผลกระทบมากกว่า
- การลดอัตราการใช้บริการอาจกลับสู่ภาวะปกติ หลังจากมีการเก็บ Copayment ไปแล้ว
- Copayment อาจไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ใช้ระบบส่งต่อได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักเลือกวิธีที่ง่ายและถูกที่สุด เช่น การลดการใช้บริการ แทนที่จะไปใช้บริการตามระบบส่งต่อที่กำหนด

- ผลของ Copayment อาจแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า (ผู้ป่วยรายเก่าอาจเต็มใจจ่ายมากกว่าผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้สามารถรับบริการที่เคยได้)

ข้อมูลจากการทบทวน ไม่สามารถสรุปเกี่ยวกับผลต่อคุณภาพการดูแลรักษา ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน และต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

การดำเนินการเก็บ Copayment เป็นครั้งแรก มีความเป็นไปได้ที่จะได้รับการต่อต้านจากผู้ประกันตน แต่ข้อมูลจากการทบทวนยังไม่สามารถสรุปประเด็นดังกล่าวได้ แต่หากสามารถดำเนินการได้จริงควรออกแบบให้ระบบเรียบง่าย เนื่องจากผู้ประกันตนอาจสับสนกับหลักเกณฑ์และวิธีการ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ หากต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลของ Copayment ในอนาคต ก่อนเริ่มดำเนินการ ควรเตรียมเก็บข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ เพื่อใช้สำหรับเปรียบเทียบกับข้อมูลหลังการดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนใคร่ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ โดยเฉพาะ นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคุณพัชนี ธรรมวันนา

ขอบพระคุณ รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารีย์ ที่ได้ช่วยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ที่เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ ให้ผู้เขียนทำงานด้านนี้ ขอบพระคุณครูอาจารย์ทุกท่าน ทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และล่วงลับไปแล้ว ที่ได้ให้ความรู้และทักษะแก่ผู้เขียน

สำหรับประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากรายงานการศึกษานี้ ผู้เขียนขออุทิศให้ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ล่วงลับไปแล้ว

สารบัญ

บทคัดย่อ	2
Abstract	3
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	4
กิตติกรรมประกาศ	9
สารบัญ	10
สารบัญตาราง	11
สารบัญภาพ	13
บทที่ 1	14
บทที่ 2	18
ออสเตรเลีย (Australia)	23
แคนาดา (Canada)	27
ฟินแลนด์ (Finland)	32
เยอรมันนี (Germany)	35
ญี่ปุ่น (Japan)	41
สิงคโปร์ (Singapore)	47
เกาหลีใต้ (South Korea)	53
ไต้หวัน (Taiwan)	64
อังกฤษ (UK)	75
สหรัฐอเมริกา (USA)	81
เอกสารอ้างอิง	90

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ปรัชญาของระบบสุขภาพ 4 ประเภท.....	15
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปรัชญาของระบบสุขภาพ 4 ประเภท	15
ตารางที่ 3	แหล่งข้อมูลประเภทสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของประเทศที่ทำการศึกษา	19
ตารางที่ 4	สรุปจำนวนบทความจากฐานข้อมูล Medline	20
ตารางที่ 5	สรุปจำนวนบทความจากฐานข้อมูล Proquest Dissertation and Thesis.....	21
ตารางที่ 6	ข้อมูลเปรียบเทียบของประเทศที่ทำการศึกษา	22
ตารางที่ 7	Regionalization in Provinces and Territories, Canada	29
ตารางที่ 8	Health Expenditures by Service Category, Canada.....	29
ตารางที่ 9	Estimated Number of Physicians' Services per Family with and with Copayment.....	31
ตารางที่ 10	Copayment Level, Germany	38
ตารางที่ 11	Health Insurance System, Japan.....	43
ตารางที่ 12	Hospital Bill Size for Appendectomy, Singapore.....	48
ตารางที่ 13	Medisave Contributions, Singapore.....	49
ตารางที่ 14	Outpatient Treatments, Singapore.....	50
ตารางที่ 15	Procedures Medisave Limites, Singapore	51
ตารางที่ 16	Number of Health Care Institutions, South Korea.....	53
ตารางที่ 17	Number of Covered Population (2005), South Korea.....	55
ตารางที่ 18	Premium Contribution Rates, South Korea	56
ตารางที่ 19	Premium Revenues and Growth Rates by Year, South Korea	57
ตารางที่ 20	Health Insurance Benefits, South Korea	57
ตารางที่ 21	Types of Copayment, South Korea	58
ตารางที่ 22	Expenditure of Insurance Benefit, South Korea.....	60
ตารางที่ 23	Expenditure of Cash Benefit, South Korea	61
ตารางที่ 24	Expenditure of Service Benefits by Type, South Korea	62
ตารางที่ 25	NHI Applicants, Dependents and Insuring Agencies, Taiwan, R.O.C.....	66
ตารางที่ 26	Premium Contribution Rates, Taiwan, R.O.C.....	67
ตารางที่ 27	Premium Calculation Formulas, Taiwan, R.O.C.	67
ตารางที่ 28	Premium Revenues and Growth Rates by Year, Taiwan, R.O.C.....	68
ตารางที่ 29	Global Budget (2003-2007), Taiwan, R.O.C.	68

ตารางที่ 30 Basic Outpatient Care Copayment, Taiwan, R.O.C.....	70
ตารางที่ 31 Copayment Rates for Inpatient Care, Taiwan, R.O.C.....	70
ตารางที่ 32 NHI Catastrophic Illnesses, Taiwan, R.O.C.	72
ตารางที่ 33 Comparison between pre- and post-copayment increase, Taiwan, R.O.C.....	74
ตารางที่ 34 Growth in NHS Expenditures, UK	79
ตารางที่ 35 Market Shares of Private Insurance Companies, UK	79
ตารางที่ 36 NHS Source of Finance, UK.....	80
ตารางที่ 37 สรุปผลการจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา.....	84

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 Organizational Chart of the Health System, Australia	24
ภาพที่ 2 Financing Flowchart, Australia	26
ภาพที่ 3 Financial Flow, Canada	28
ภาพที่ 4 Federal Transfers as a Share of Provincial Health Expenditures, Canada	30
ภาพที่ 5 Health System of Germany	36
ภาพที่ 6 Health Insurance System, Japan	42
ภาพที่ 7 Relations between parties of National Health Insurance, South Korea	54
ภาพที่ 8 Trends of NHI Benefits Cost, South Korea	60
ภาพที่ 9 Taiwan NHI Organization Chart, Taiwan, R.O.C.	65
ภาพที่ 10 Trend of NHI Financial Status, Taiwan, R.O.C.	69
ภาพที่ 11 Public Satisfaction Rate with NHI, Taiwan, R.O.C.	70
ภาพที่ 12 Structure of Department of Health, UK	75
ภาพที่ 13 Structure of NHS, UK	77

บทที่ 1

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ปรัชญาของระบบสุขภาพแบบต่าง ๆ

เนื่องจากระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ มีปรัชญาที่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) จึงมีความหมายโดยนัยที่แตกต่างกัน ซึ่งปรัชญาของระบบสุขภาพ สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ คือ

1. National Health Service (NHS / Beveridge Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิโดยชอบ และรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้เงินภาษีอากรเป็นแหล่งทุนหลัก ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น อังกฤษและสิงคโปร์ (ตารางที่ 1)

2. Social Health Insurance (SHI / Bismarck Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนผู้ใช้แรงงานเป็นกลไกหลักที่ทำให้สังคมอยู่และเดินหน้าต่อไปได้ มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยใช้เงินสมทบจากผู้จ้างงาน (Employer) ผู้ถูกจ้างงาน (Employee) และรัฐบาลกลาง ซึ่งผู้ประกันตน จะได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งในรูปบริการสุขภาพ (Health Benefit) และในรูปเงินสดชดเชย (Cash Benefit) ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น เยอรมันนี

3. Private Health Insurance (PHI / Consumer Sovereignty Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนแต่ละคน เป็นผู้บริโภคที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยก็รับผิดชอบค่าบริการสุขภาพของตนเอง แต่เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยง จึงได้จัดเป็นกองทุนประกันสุขภาพเอกชน โดยอาศัยเงินทุนหลักจากการเก็บเบี้ยประกัน (Premium) จากผู้ประกันตนรายคนหรือรายกลุ่ม รัฐบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคมเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา

4. National Health Insurance (NHI) เป็นรูปแบบล่าสุดที่พัฒนาจาก 2 รูปแบบแรก¹ มีลักษณะเด่นคือ มีผู้ซื้อบริการแบบรวมศูนย์แห่งเดียว ในขณะที่ผู้ให้บริการหลักมาจากภาคเอกชน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น ไต้หวันและเกาหลีใต้

ตารางที่ 1 ปรัชญาของระบบสุขภาพ 4 ประเภท

Financing administration	Provision of health care	
	Public	Private
Single/concentrated	NHS	NHI
Multiple/dispersed	SHI	Liberal model

Source: Lee SY, Chun CB, Lee YG, Seo NK. The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. Health Policy. 2008 Jan;85(1):105-13.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปรัชญาของระบบสุขภาพ 4 ประเภท

	NHS model	SHI model	NHI model	Liberal model
1. Social value for constitution of health care system				
1.1 Basic principle	Universalism	Corporatism	Universalism	Liberalism
1.2 Principle of population coverage	Citizen	The insured	Citizen	The vulnerable
1.3 Boundary of social solidarity	National	Among individual groups of the insured	National	Between the vulnerable and the others
2. Main body of health care services provision				
2.1 Existence of private health care resources (*Percentage means the proportion of public beds)	Limited, GB: 96.0% (1998)	Germany: relatively limited, Japan: extensive Germany: 53.1% (2003) Japan: 35.8% (1998)	Extensive, Korea: 17.5% (2004) Taiwan: 33.0% (2004)	Extensive, US: 33.7% (1995)
2.2 Strength of state regulation on private health care resources	Extensive, strong, detail	Germany: limited, medium, general, Japan: extensive, strong, detail	Extensive, strong, detail	Limited
2.3 Availability of citizen to providers	Limited	Limited	Unlimited	Unlimited
3. State intervention into health care financing				
3.1 Proportion of public financing in total health care expenditure	UK: 83.0% (2001)	Germany: 78.6% (2001) Japan: 81.7% (2001)	Korea: 54.4% (2001) Taiwan: 64.4% (2001)	US: 44.9%(2001)
3.2 Source of health care financing	Tax	Germany: social insurance contribution Japan: social insurance contribution and tax	Social insurance contribution and Tax	Tax and premium
3.3 State administration of health care financing	Single	Multiple	Single	Multiple
4. Characteristics of state intervention	Provider	Regulator	Conductor	Regulator at low level

Source: Lee SY, Chun CB, Lee YG, Seo NK. The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. Health Policy. 2008 Jan;85(1):105-13.

ปรัชญาของระบบสุขภาพทั้ง 4 ประเภท มีความแตกต่างกันใน 4 ประเด็นใหญ่ คือ 1.คุณค่าทางสังคมของระบบสุขภาพ โดยระบบ NHS และ NHI ถือว่าส่วนกลางมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ (Universalism) ในขณะที่ระบบ PHI เน้นที่อิสระภาพของประชาชนแต่ละคน (Liberalism) และระบบ SHI ถือว่าสถานประกอบการและส่วนกลางต้องร่วมมือกันดูแลสุขภาพของพนักงาน

(Corporatism) 2.การควบคุมกำกับผู้ให้บริการภาคเอกชนของระบบ NHS และ NHI จะมีความเข้มงวดมากกว่าระบบ SHI และ PHI 3.การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ซึ่งระบบ NHS และ SHI จะมีมากที่สุด และ 4.บทบาทหน้าที่หลักของภาครัฐ ในระบบ NHS จะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพเอง (provider) ส่วนในระบบ NHI ภาครัฐจะเป็นผู้กำกับ (conductor) และในระบบ SHI ภาครัฐจะเป็นผู้ควบคุมดูแลผู้ให้บริการ

Cost Sharing สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Copayment เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Copayment) หรือเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (Coinsurance) ซึ่งในรายงานนี้จะใช้คำว่า Copayment โดยทั่วไปเป็นการอาศัยหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) ว่าผู้ซื้อจะลดปริมาณการใช้บริการลง (Quantity) หากตนเองต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้น (Price) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาวิจัย² เกี่ยวกับ Copayment ในอดีต เช่น RAND Health Insurance Experiment^{3,4} ซึ่งพบว่า

- Copayment มีผลทำให้การใช้บริการลดลง (Utilization) โดยวัดจากจำนวนครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยนอก หรือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
- Copayment ไม่มีผลต่อกระบวนการรักษา (Intensity) โดยวัดจากจำนวนและประเภทของบริการสุขภาพที่ได้รับต่อปี
- Copayment สามารถช่วยลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นลง
- Copayment อาจมีผลทำให้การใช้บริการที่จำเป็นลดลงได้ด้วย
- Copayment มีผลลดการรับบริการป้องกันโรคบางชนิดลง เช่น Pap smear, Mammogram
- Copayment อาจมีผลทำให้สุขภาพแย่ลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี
- Copayment อาจทำให้ผู้ป่วยตระเวนหาบริการสุขภาพที่มี Copayment ถูกกว่า (Shopping Around)
- ระบบ Copayment ที่ซับซ้อน จะมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูง

2. Deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต่ำระดับหนึ่ง เปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกันตนใช้เปรียบเทียบว่าการเจ็บป่วยนั้นๆ มีความรุนแรงถึงระดับที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพด้วยสิทธิที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งสามารถลดการบริการที่ไม่จำเป็นลงได้ แต่อาจมีข้อเสียในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ดีมากพอ จนทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มี

อาการไม่รุนแรงและคิดว่าสามารถรักษาเองได้ หรือ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพอ อาจไม่เข้ารับบริการ

3. Premium หมายถึงเบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายเข้ากองทุน ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งหากผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ก็มักมีความคาดหวังสิทธิประโยชน์สูงตามไปด้วย และบางครั้งอาจมีการใช้บริการเกินจำเป็น (Moral Hazard) ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 2,000 บาท เพื่อซื้อแผนการประกันที่ครอบคลุมบริการฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่หากผู้ประกันตนต้องการความครอบคลุมบริการผู้ป่วยในห้องพักพิเศษ อาจต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 3,000 บาท เป็นต้น

บทที่ 2

การสังเคราะห์ประสพการณ์ต่างประเทศ

วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

เพื่อประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้และประสพการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) โดยสืบเนื่องจากที่ประชุมของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้กำหนดประเทศที่ทำการศึกษาในที่นี่จำนวน 10 ประเทศ ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือระบบสวัสดิการอื่นที่น่าสนใจ และมีการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ณ จุดที่ใช้บริการ (Cost Sharing / Copayment) ซึ่งได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เยอรมัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ สหรัฐอเมริกา

งานชิ้นนี้ เน้นการสังเคราะห์เพื่อสรุปประเด็นหลักต่อไปนี้ คือ

1. ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่ทำการศึกษา หลักการ/แนวคิด เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในประเทศที่ทำการศึกษา
2. รูปแบบส่วนร่วมจ่ายและอัตราที่กำหนดสำหรับบริการประเภทต่างๆในประเทศที่ศึกษา
3. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น
4. สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อการเข้าถึง/ใช้บริการ และการระดมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครัวเรือน ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้บริการบางประเภท/ชนิด ผลต่อคุณภาพบริการ และผลต่อต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. บทเรียน ข้อเสนอแนะ และข้อพึงระวังสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายสำหรับประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสพการณ์ในรายงานนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การทบทวนเอกสารทางวิชาการ (Literature Review) เพื่อตอบประเด็นหลักในข้อที่ 1, 2, 3 และ 5 และการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อตอบประเด็นหลักในข้อที่ 4

แหล่งข้อมูลหลักสำหรับ Literature Review ได้จากเอกสารสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพในประเทศต่างๆ

ตารางที่ 3 แหล่งข้อมูลประเภทสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของประเทศที่ทำการศึกษา

ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Website
ออสเตรเลีย	- Department of Health and Ageing - European Observatory on Health Systems and Policies	http://www.health.gov.au/ http://www.euro.who.int/observatory/
แคนาดา	- Health Canada - European Observatory on Health Systems and Policies	http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html http://www.euro.who.int/observatory/
ฟินแลนด์	- Ministry of Social Affairs and Health - European Observatory on Health Systems and Policies	http://www.stm.fi/ http://www.euro.who.int/observatory/
เยอรมนี	- Federal Ministry for Health and Social Security - European Observatory on Health Systems and Policies	http://www.bmg.bund.de/cln_041/EN http://www.euro.who.int/observatory/
ญี่ปุ่น	- Ministry of Health, Labour and Welfare - World Bank	http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/index.html http://www.worldbank.org/
สิงคโปร์	Ministry of Health	http://www.moh.gov.sg/
เกาหลีใต้	National Health Insurance Corporation, Ministry of Health & Welfare	http://english.mohw.go.kr/
ไต้หวัน	Bureau of National Health Insurance, Department of Health	http://www.nhi.gov.tw/english/index.asp
อังกฤษ	- National Health Service - European Observatory on Health Systems and Policies	http://www.nhs.uk/ http://www.euro.who.int/observatory/
สหรัฐอเมริกา	Center for Medicare & Medicaid Services	http://www.cms.hhs.gov/

ในส่วนของ Systematic Review คือการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับผลของ Cost Sharing ต่อการใช้บริการ (Utilization) ภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Medical Expenditure) คุณภาพบริการ (Quality of Care) ต้นทุนการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Administrative Cost)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keywords) ได้แก่ co-payment และ cost-sharing โดยได้สืบค้นแบบ Advanced Mode จากฐานข้อมูล Medline และ Proquest Digital Dissertation and Thesis ด้วย Search Strategy “(copay OR co-pay OR copayment OR copayments OR co-payment OR co-payments OR cost sharing) AND (<country>)” โดย <country> หมายถึงแต่ละประเทศใน 10 ประเทศที่เลือก พบบทความที่เกี่ยวข้อง 425 เรื่องจากฐานข้อมูล Medline และ 22 เรื่อง จาก Proquest

จากนั้นได้เลือกเฉพาะบทความที่เป็นรายงานการวิจัย มีบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ที่ระบุวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจนว่าเพื่อประเมินผลของการมีส่วนร่วมจ่ายในด้านต่างๆ มีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนหรือผู้ประกันตนทั่วไป ใช้วิธีการศึกษาที่มีคุณภาพ และมีเอกสารฉบับเต็มหรือมีบทคัดย่อที่ข้อมูลมากพอได้ และจะตัดรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับยาออก เนื่องจากอยู่นอกขอบเขตของการศึกษานี้

ตารางที่ 4 สรุปจำนวนบทความจากฐานข้อมูล Medline

	Medline				
ประเทศ	ค้นพบ	เกี่ยวกับยา	วัตถุประสงค์ไม่ตรง	ข้อมูลไม่พอ	เหลือ
ออสเตรเลีย	10	5	5	0	0
แคนาดา	25	15	1	8	1
ฟินแลนด์	2	1	1	0	0
เยอรมันนี	23	4	16	0	3
ญี่ปุ่น	12	1	6	0	5
สิงคโปร์	2	0	2	0	0
เกาหลีใต้	4	0	3	0	1
ไต้หวัน	5	3	1	0	1
อังกฤษ	7	4	2	0	1
สหรัฐอเมริกา	335	85	175	29	46

ตารางที่ 5 สรุปจำนวนบทความจากฐานข้อมูล Proquest Dissertation and Thesis

	Medline				
ประเทศ	ค้นพบ	เกี่ยวกับยา	วัตถุประสงค์ไม่ตรง	ข้อมูลไม่พอ	เหลือ
ออสเตรเลีย	0	0	0	0	0
แคนาดา	6	0	6	0	0
ฟินแลนด์	0	0	0	0	0
เยอรมนี	0	0	0	0	0
ญี่ปุ่น	0	0	0	0	0
สิงคโปร์	0	0	0	0	0
เกาหลีใต้	4	0	4	0	0
ไต้หวัน	5	0	4	0	1
อังกฤษ	0	0	0	0	0
สหรัฐอเมริกา	13	1	12	0	0

ข้อจำกัดของการศึกษา

- ปรัชญาที่ใช้เป็นหลักของระบบสุขภาพในบางประเทศ มีความแตกต่างกัน คำศัพท์ที่ใช้จึงมีความหมายโดยนัยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ เนื่องจากโครงสร้างการมีส่วนร่วมจ่ายของประเทศต่างๆ มีความซับซ้อน มีรายละเอียดมาก และบ่อยครั้งที่ข้อมูลจากหลายแหล่งไม่สอดคล้องกัน เนื้อหาที่ปรากฏในการศึกษานี้จึงย่อมมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้างไม่มากนัก
- แม้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะสามารถหาคำตอบสำหรับคำถามที่ต้องการได้ด้วยกระบวนการที่โปร่งใสน่าเชื่อถือ แต่เป็นที่ทราบกันดีว่า มีรายงานวิจัยหลายชิ้น ที่ไม่ได้ถูกระบบ ทำให้กระบวนการสืบค้นที่ใช้ ไม่สามารถรวบรวมเอกสารเหล่านั้นได้ (Publication Bias) อีกทั้งบางประเทศ ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเลือกคำสำคัญ (keywords) เพื่อสืบค้น ที่จำกัดอยู่เพียง cost sharing และ copayment อย่างไรก็ตาม รายงานนี้ได้นำเสนอรายการบทความที่ถูกต้องออกด้วย เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เพิ่มเติมได้หากจำเป็น
- เนื่องจากมีระยะเวลาจำกัด จึงไม่ได้วิเคราะห์คุณภาพของการศึกษาต่างๆ ตามกระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบอย่างเต็มรูปแบบ

ตารางที่ 6 ข้อมูลเปรียบเทียบของประเทศที่ทำการศึกษา

	Data Year	Australia	Canada	Finland	Germany	Japan	Korea	Singapore	Taiwan*	UK	USA	Thailand
Total Population	2005	20.3	32.3	5.2	82.7	127.9	47.9	4.3	22.7	60.2	299.8	63
Life Expectancy	2005	80.9	80.3	78.9	79.1	82.3	77.9	79.4	-	79	77.9	69.6
GDP per capita (PPP US\$)	2005	31,794	33,375	32,153	29,461	31,267	22,029	29,663	15,291	33,238	41,890	8,677
Population, annual growth rate	1975-2005	1.3	1.1	0.4	0.2	0.5	1	2.2	2.9	0.2	1	1.3
Population age<15 (%)	2005	19.5	17.6	17.4	14.4	13.9	18.6	19.5	-	18	20.8	21.7
Population age>65 (%)	2005	13.1	13.1	15.9	18.8	19.7	9.4	8.5	9.7	16.1	12.3	7.8
Public expenditure on health (% GDP)	2004	6.5	6.8	5.7	8.2	6.3	2.9	1.3	6.16	7	6.9	2.3
Private expenditure on health (% GDP)	2004	3.1	3	1.7	2.4	1.5	2.7	2.4	-	1.1	8.5	1.2
Health expenditure per capita (PPP US\$)	2,004	3,123	3,173	2,203	3,171	2,293	1,135	1,118	-	2,560	6,096	293
Physicians (per 100,000 population)	2000-04	247	214	316	337	198	157	140	-	230	256	37
Key Level		Country	Province	Municipality	Lander	Country	Country	Country	Country	Country	State	Country
Infant mortality rate (per 1,000 live births)	2005	5	5	3	4	3	5	3	5	5	6	18
Under-five mortality rate (per 1,000 live births)	2005	6	6	4	5	4	5	3	-	6	7	21
Unemployment rate (% of labor force)	1996-2006	6.6	7.7	10.1	8.5	4.5	4	-	-	5.6	5	-
Life expectancy at birth, female	2005	83.3	82.6	82	81.8	85.7	81.5	81.4	79.8	81.2	80.4	74.5
Life expectancy at birth, male	2005	78.5	77.9	75.6	76.2	78.7	74.3	77.5	73.7	76.7	75.2	65

Source: 1. Human Development Report 2007/2008

2. Ministry of Interior, Directorate-General of Budget Accounting and Statistics, Department of Health, Taiwan R.O.C.

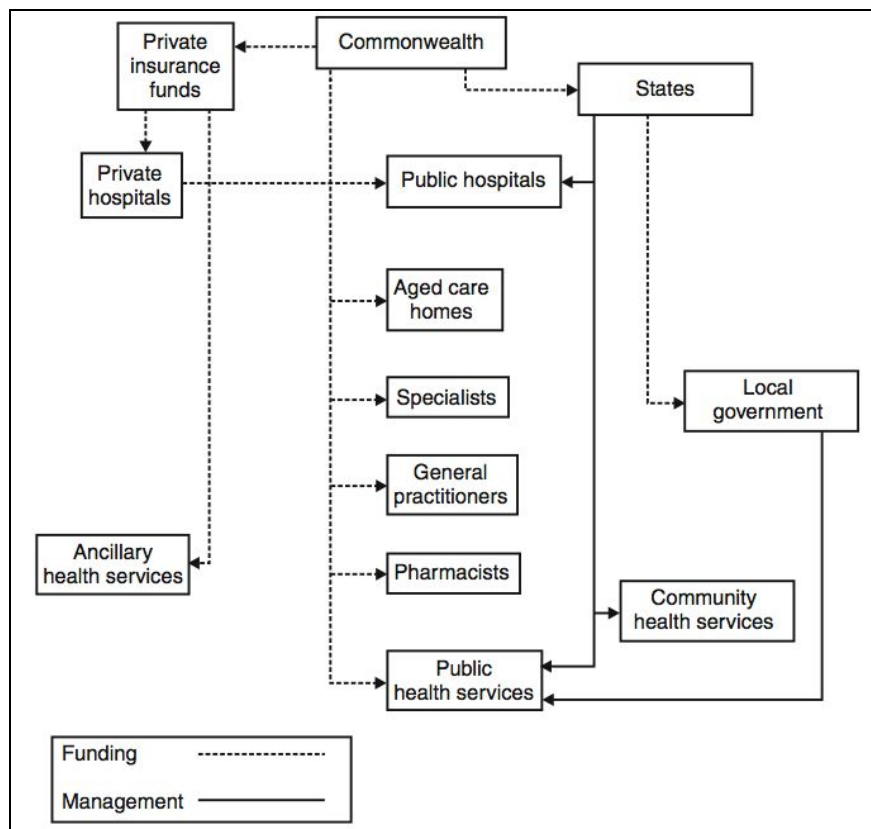
ออสเตรเลีย (Australia)

ประเทศออสเตรเลีย มีประชากร 20 ล้านคนส่วนใหญ่ 66% อยู่ในเขตเมือง ปกครองในระบบรัฐบาลกลาง (Federal Government) ที่มี 8 รัฐ (States) ประชากรมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพเข้า และมีคนพื้นเมืองประมาณ 2.4% ของประชากร ซึ่งมักมีรายได้และสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 9.6% ของ GDP (6.5% โดยภาครัฐ 3.1% โดยภาคเอกชน) ซึ่ง 46% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพจ่ายโดยรัฐบาลกลาง และ 22% จ่ายโดย States และมีการจ่าย Out-of-pocket ประมาณ 20% ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายา บริการทันตกรรม และค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

รัฐบาลกลางเป็นผู้ดูแลนโยบายสุขภาพหลักและงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ States จะมีอิสระในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากถือเป็นเจ้าของโรงพยาบาลรัฐ และมีรัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) ประมาณ 850 แห่ง ที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีผู้ให้บริการเอกชนจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามบทบาทความรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างรัฐบาลระดับต่างๆ หรือระหว่างรัฐกับเอกชน ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากมี Privatization มากขึ้นเรื่อยๆ

การปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่ใดๆต่อระบบสุขภาพของประเทศ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากทั้งรัฐบาลกลางและ States ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น การได้ลดหย่อนภาษีสำหรับเงินที่จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ (Public Support for Private Health Insurance) ซึ่งทำให้รัฐบาลกลางต้องใช้งบประมาณไปทั้งสิ้น AU\$2 พันล้านในปีพ.ศ. 2544 จนทำให้ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน มีความสำคัญและบทบาทไม่ด้อยไปกว่าภาครัฐ หรือการเพิ่มอัตราการจ่ายให้แพทย์ GP จาก 85% เป็น 100% ของราคากลาง เพื่อกระตุ้นให้แพทย์เบิกจ่ายโดยตรงมากขึ้น แทนที่จะให้ผู้ป่วยจ่ายไปก่อน

ภาพที่ 1 Organizational Chart of the Health System, Australia



Source: Healy J, Sharman E, Lokuge B, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Australia. 2006.

บุคลากรสาธารณสุขมีอยู่ประมาณ 570,000 คน แพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน โดย 60% เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP) ซึ่งจะทำหน้าที่เป็น Gate-keeper ก่อนที่จะส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็น นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชน 301 แห่ง คิดเป็น 30% ของจำนวนเตียงของประเทศ

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ในปีพ.ศ. 2518 มีการเริ่มระบบประกันสุขภาพ Medibank และได้ก่อตั้ง Health Insurance Commission (HIC) ขึ้นเพื่อบริหารจัดการ ซึ่งกำหนดว่าผู้ป่วยอาจเลือกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เองไปก่อน แล้วเบิกคืนได้ 85% ของราคากลางจาก Medibank หรือ แพทย์อาจเป็นผู้เบิกเงิน 85% นั้นเอง โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแพทย์จะมีรายได้จากวิธีแรกมากกว่า ในช่วง 7-8 ปีต่อมา Medibank ได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ เช่น ประชาชนสามารถเลือกได้ว่าจะออกจากโครงการเพื่อไปซื้อประกันสุขภาพเอกชน หรือ จ่ายภาษี 2.5% เพื่อเป็นค่าเบี้ยประกันให้ Medibank ซึ่งต่อทำให้เกิดปัญหา

ประชาชนขาดหลักประกันสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ จึงได้มีการรื้อฟื้นระบบประกันสุขภาพใหม่ เป็นแบบปัจจุบัน ใช้ชื่อว่า Medicare ซึ่งใช้เงินภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลัก โดยใช้อัตรา 1.5% ของรายได้ โดยผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการยกเว้น ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดแต่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพเอกชน ต้องจ่ายเพิ่มอีก 1% ของรายได้ Medicare ครอบคลุมประชาชนทุกคน ประชาชนชาวนิวซีแลนด์ที่อยู่ในประเทศ ตลอดจนนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน

โดยหลักการ ผู้ประกันตนสามารถรับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลของรัฐ ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนการรับบริการจากที่อื่นๆ จะใช้ Medical Benefits Schedule และ Pharmaceutical Benefits Schedule เพื่อช่วยสงเคราะห์ค่าบริการและค่ายาบางอย่าง ยกเว้นบริการบางอย่าง เช่น การทำ IVF (in vitro fertilization) ศัลยกรรมตกแต่ง บริการทันตกรรมและการแพทย์ทางเลือกจากภาคเอกชน

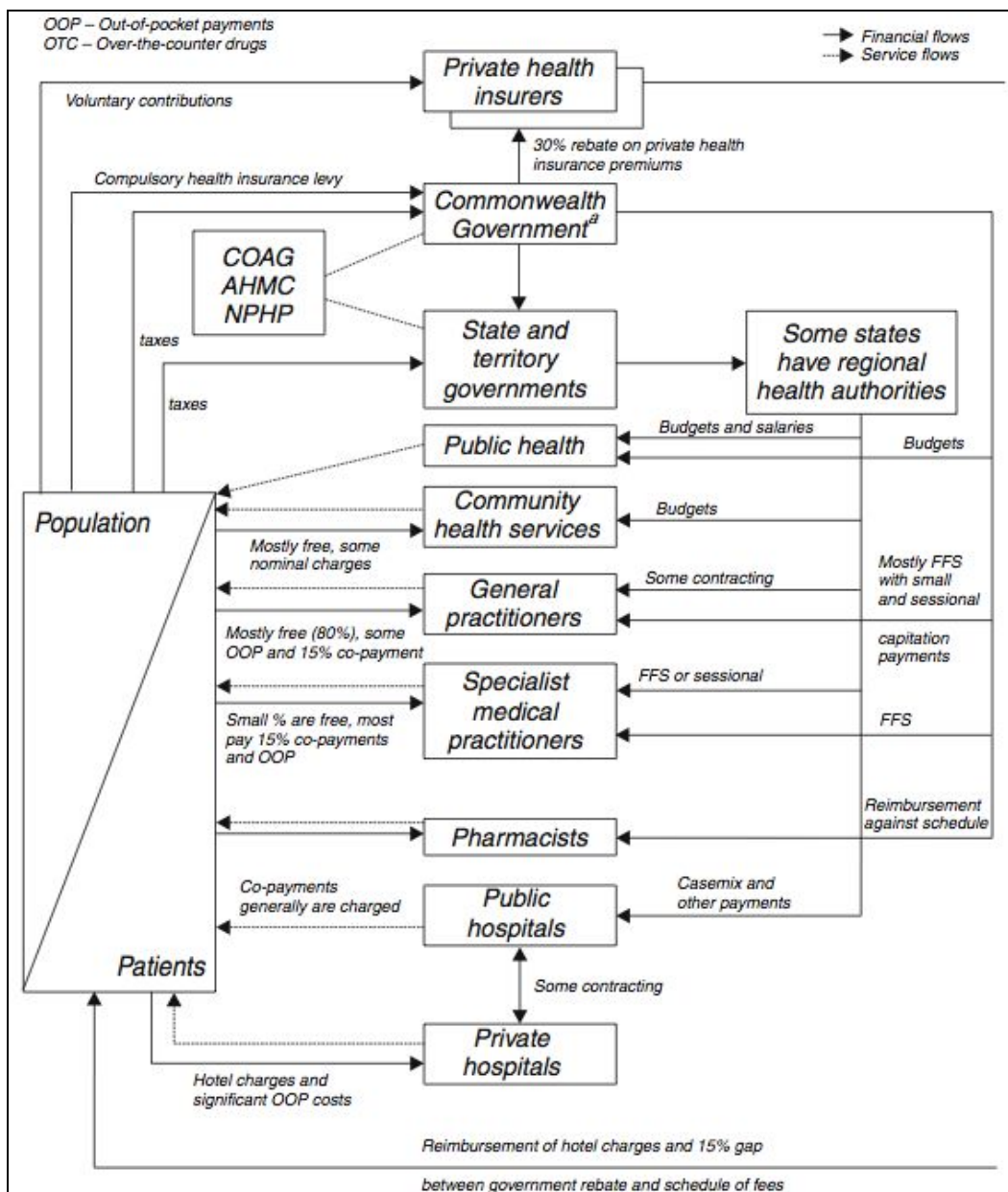
แพทย์ GP ส่วนใหญ่จะทำเรื่องเบิกจ่ายจาก Medicare ตามราคากลาง ในขณะที่แพทย์บางท่านอาจใช้วิธีการเก็บเงินจากผู้ป่วยโดยตรงก่อน แล้วออกใบเสร็จเพื่อให้ผู้ป่วยไปเบิกเงินคืนจาก Medicare เอง ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการแพทย์เฉพาะทาง Medicare จะเบิกคืนให้ 85% แต่หากผู้ป่วยไม่ต้องการรอคิว สามารถเลือกขอให้ส่งต่อไปหาแพทย์เฉพาะทางเอกชนได้ โดยทาง Medicare จะเบิกคืนให้ 75% ของค่าธรรมเนียมแพทย์และค่าตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่างๆ แต่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นๆเอง ด้วยเงินส่วนตัวหรือเงินจากประกันสุขภาพเอกชน (ถ้ามี) อย่างไรก็ตาม หากผู้ประกันตน ได้จ่ายค่าบริการต่างๆจนถึงระดับที่กำหนด Medicare จะช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่าย 80% ตลอด 1 ปี

จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2547 มีกองทุนประกันสุขภาพภาคเอกชน 41 แห่ง โดยมีอยู่ 6 กองทุนที่ครอบคลุมส่วนแบ่งการตลาดถึง 76% (คิดตามรายได้จากเบี้ยประกัน) ซึ่งมี Medibank Private และ Medical Benefits Fund of Australia เป็นสองกองทุนที่ใหญ่ที่สุด โดย Medibank Private เป็นการ Privatization มาจาก HIC ในปีพ.ศ. 2540 กองทุนประกันสุขภาพเอกชนเหล่านี้ จะอยู่ในความดูแลของ Private Health Insurance Administration Council ซึ่งมีอำนาจกำหนดข้อบังคับต่างๆได้ เช่น การห้ามปฏิเสธใบสมัครของผู้ประกันตน และการห้ามกำหนดอัตราเบี้ยประกันและสิทธิประโยชน์ที่ไม่เป็นธรรม

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศออสเตรเลีย 10 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องยาออก 5 เรื่อง⁶⁻¹⁰ และตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 5 เรื่อง¹¹⁻¹⁵ ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่มีการศึกษาของประเทศออสเตรเลีย

ภาพที่ 2 Financing Flowchart, Australia



Source: Healy J, Sharman E, Lokuge B, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Australia. 2006.

แคนาดา (Canada)

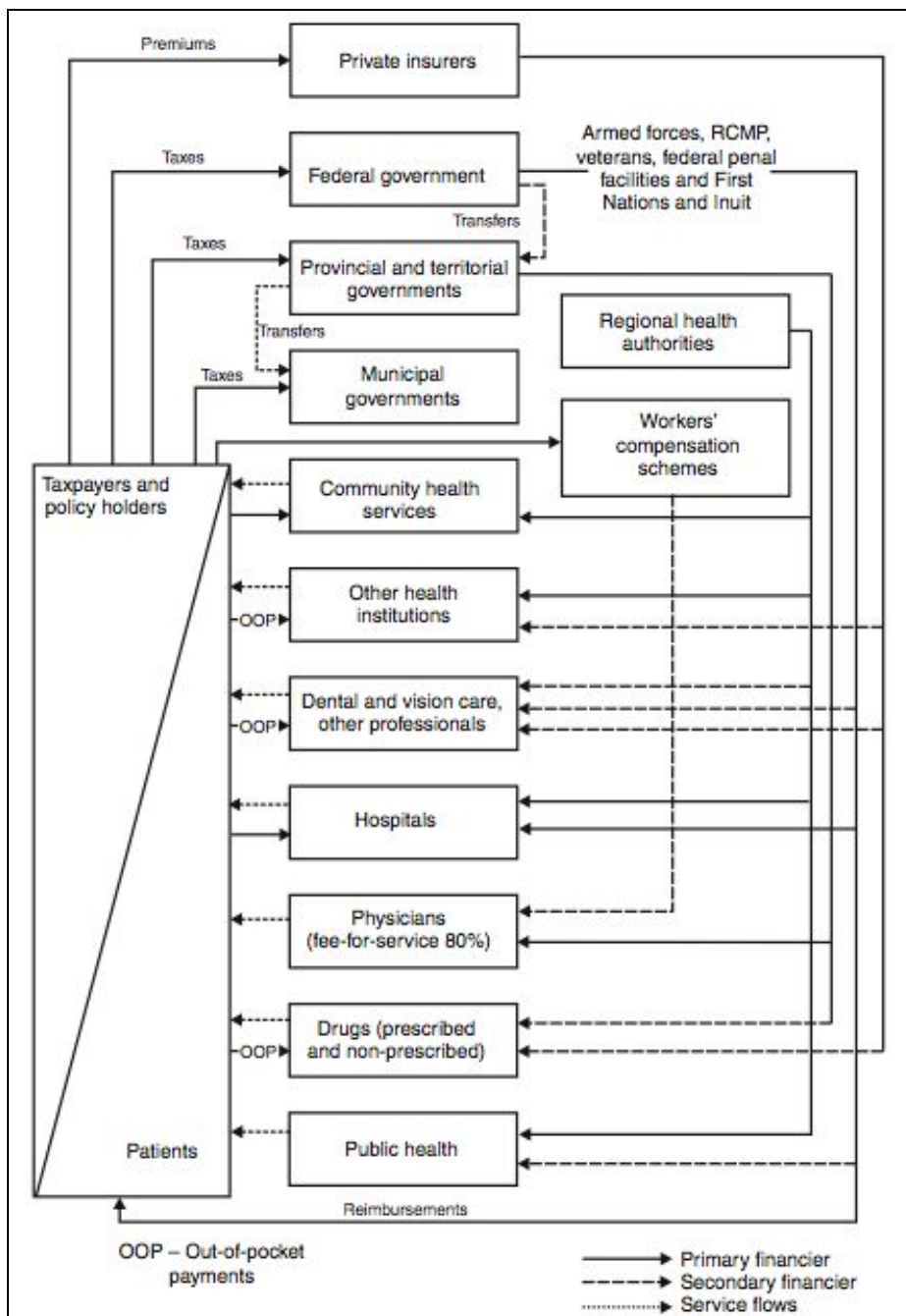
ประเทศแคนาดามีประชากรประมาณ 32 ล้านคน อาศัยอยู่ใน 10 จังหวัด (Province) และ 3 Territories ซึ่งมีระบบบริการสุขภาพของตนเอง และรัฐบาลกลางมีบทบาทไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 9.8% ของ GDP (6.8% โดยภาครัฐ 3% โดยภาคเอกชน) ประมาณ 70% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจ่ายโดยภาครัฐ ในขณะที่ประมาณ 15% เป็น Out-of-pocket และ 12% เป็นประกันสุขภาพเอกชน¹⁶

ภายใต้กฎหมาย Canada Health Act ประชาชนทุกคนรวมทั้งผู้ที่เข้ามาอาศัยในประเทศช่วงระยะเวลาที่กำหนด จะได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยในแต่ละจังหวัดจะมี Regional Health Authorities (RHA) ซึ่งเป็นการถ่ายโอนอำนาจการบริหารงบประมาณมาจากกระทรวงสุขภาพทำหน้าที่ดูแลระบบการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ได้รับการจัดสรร ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันไป เช่น RHA ส่วนใหญ่จะเป็นผู้จ่ายเงินเดือนให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในขณะที่ RHA บางแห่งอาจใช้วิธีการซื้อบริการจากผู้ให้บริการเอกชน ในภาพรวมจึงถือว่า RHA เป็นทั้งผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้ให้บริการ (Provider)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศแคนาดามีมูลค่าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 7% GDP ในปีพ.ศ. 2519 เป็น 9.9% ในปีพ.ศ. 2547 ซึ่งมีมูลค่า C\$130 พันล้าน โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (43%) เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลรักษา อีก 23% ใช้สำหรับโครงการต่างๆที่เกิดขึ้นที่จังหวัด นอกจากนี้อีก 30% ใช้สำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชน¹⁶ โดยปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น คือ การที่ประชากรสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น¹⁷

บริการสุขภาพในประเทศแคนาดา ถือว่ามีคุณภาพในระดับหนึ่ง โดยจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2549 พบว่าประชาชน 55% เชื่อมั่นในคุณภาพบริการที่ตนเองได้รับ ในขณะที่อีก 37% ไม่เชื่อเช่นนั้น¹⁸

ภาพที่ 3 Financial Flow, Canada



Source: Marchildon GP, Mossialos E, Allin S, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Canada. Toronto: University of Toronto Press; 2006.

ตารางที่ 7 Regionalization in Provinces and Territories, Canada

Province or territory	Total population in thousands	Established/ changed (year)	Current number of RHAs	Population range of RHAs (2005)
British Columbia	4 196	1997/2001	5 (16) ^a	1 314 635–285 560
Alberta	3 202	1994/2003	9	1 042 855–66 005
Saskatchewan	995	1992/2001–2002	13	272 195–2 125
Manitoba	1 170	1997–1998/ 2002	11	622 015–955
Ontario	12 393	2005	14 ^b	1 356 500–234 000
Quebec	7 543	1989–1992/ 2003	18	1 782 835–9 600
New Brunswick	751	1992/2002	8	179 840–29 325
Nova Scotia	937	1996/2001	9	398 038–33 165
Prince Edward Island	137	1993–1994/ 2005	0	–
Newfoundland and Labrador	517	1994/2003–2004	6/4/2 ^c	295 145–40 516
Northwest Territories	43	1997–1998/ 2002	8	18 115–2 441

Source: Marchildon GP, Mossialos E, Allin S, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Canada. Toronto: University of Toronto Press; 2006.

ตารางที่ 8 Health Expenditures by Service Category, Canada

Year	Hospitals	Other institutions	Physicians	Other professionals	Drugs	Capital	Public health and admin.	Other health spending
1975	44.7	9.2	15.1	9.0	8.8	4.4	4.5	4.3
1980	41.9	11.4	14.7	10.1	8.5	4.4	4.3	4.6
1985	40.8	10.3	15.2	10.4	9.5	4.1	4.5	5.2
1990	39.1	9.4	15.2	10.6	11.4	3.5	4.2	6.7
1995	34.4	9.6	14.4	11.6	13.6	3.1	5.2	8.1
2000	31.2	9.5	13.3	11.8	15.4	4.0	6.4	8.4
2004 ^a	29.9	9.6	12.9	11.2	16.7	4.5	6.7	8.6

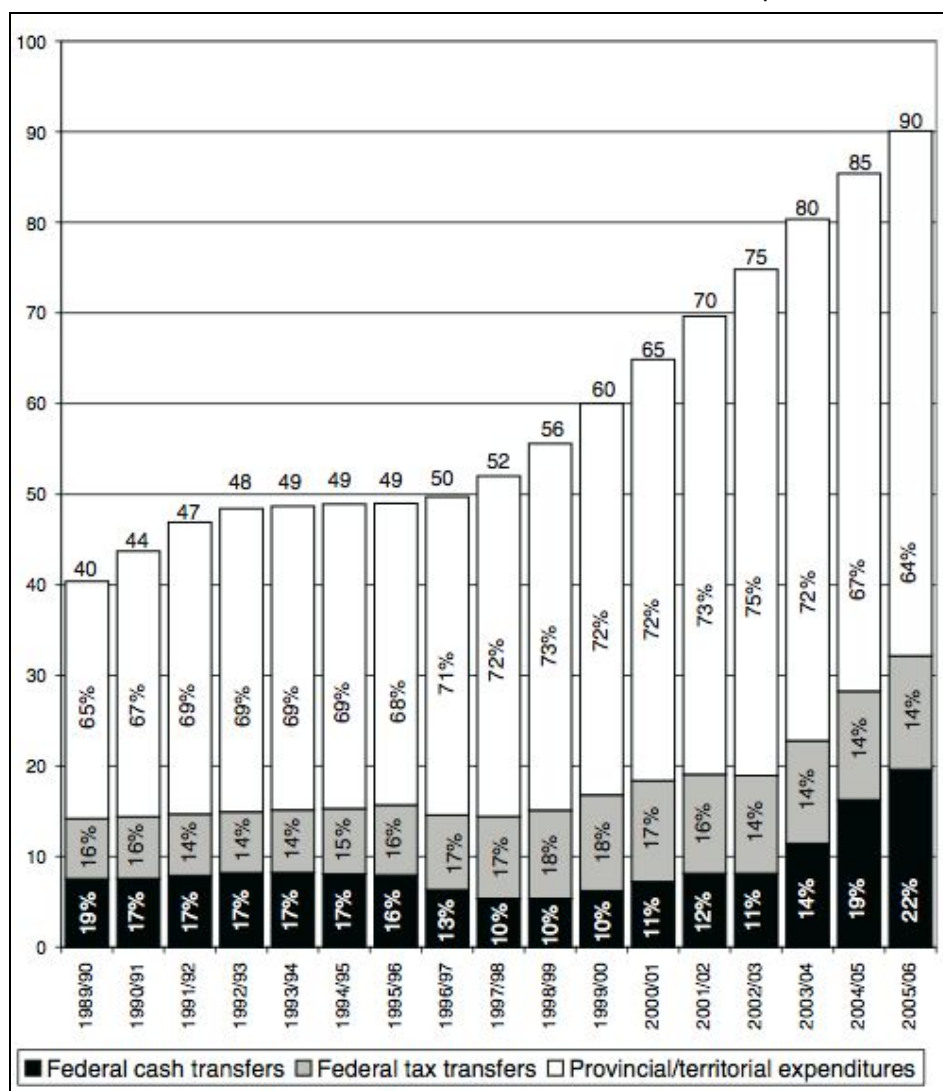
Source: Marchildon GP, Mossialos E, Allin S, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Canada. Toronto: University of Toronto Press; 2006.

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศแคนาดา ใช้เงินภาษีอากรในจังหวัดเป็นแหล่งงบประมาณหลักร่วมกับเงินสมทบจากรัฐบาลกลาง และใน 2 จังหวัดมีการเก็บเบี้ยประกัน (Premium) เพิ่มเติมอีก (โดยผู้ที่มิฐานะยากจนจะได้รับการยกเว้น) คือ Alberta มีการเก็บอัตราคงที่ C\$528 ต่อคนและ C\$1,056 ต่อครอบครัว ในขณะที่ British Columbia เก็บอัตราคงที่ C\$648 ต่อคน, C\$1,152 ต่อครอบครัวที่มีสมาชิก 2 คน และ C\$1,296 ต่อครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คนขึ้นไป อีกรูปแบบหนึ่งได้แก่ที่ Ontario ซึ่งในปีพ.ศ. 2547 ได้เริ่มเก็บภาษีเพิ่มเติม (Surtax) เพื่อเป็นเบี้ยประกัน ด้วยอัตราที่อิงกับเงินเดือน แต่เงินจากเบี้ยประกันนี้เป็นเพียง

13% ของรายได้หลัก เมื่อเทียบกับเงินภาษีอากร (70%) และเงินสมทบจากรัฐบาลกลาง (17%) ส่วนการประกันสุขภาพเอกชน เป็นเพียงระบบเสริมผ่านกลไกการจ้างงาน (Employment-based) ที่สามารถครอบคลุมได้เฉพาะบริการสุขภาพที่อยู่นอกเหนือ Canadian Health Act เท่านั้นในบางจังหวัด

ภาพที่ 4 Federal Transfers as a Share of Provincial Health Expenditures, Canada



Source: Marchildon GP, Mossialos E, Allin S, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Canada. Toronto: University of Toronto Press; 2006.

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศแคนาดา 25 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาออก 15 เรื่อง¹⁹⁻³³ เรื่องที่ไม่มีเอกสารฉบับเต็ม 8 เรื่อง³⁴⁻⁴¹ และตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 1 เรื่อง⁴² ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มีการศึกษาของประเทศแคนาดา 6 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่วัตถุประสงค์ไม่ตรงกับความต้องการ⁴³⁻⁴⁸

Study 1. Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan Before, During and After Copayment⁴⁹

การศึกษานี้เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2523 เนื่องจากจังหวัด Saskatchewan ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ จึงได้เริ่มเก็บ Copayment จากผู้ป่วยโดยตรง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2511 โดยอนุญาตให้แพทย์สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ C\$1.50 ต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิก และ C\$2 ต่อครั้ง หากเป็นกรณีอื่นๆ เช่น การตรวจรักษาที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล ส่วนบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องจ่าย C\$2.50 ต่อวัน สำหรับ 30 วันแรก หลังจากนั้นต้องจ่าย C\$1.50 ต่อวัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 90 วันติดต่อกัน โดยครอบครัวที่มีฐานะยากจนจะได้รับการยกเว้น ต่อมานโยบายการเก็บ Copayment ได้ถูกยกเลิกในเดือนสิงหาคมพ.ศ. 2514

Beck และ Horne จึงได้ศึกษาผลของ Copayment โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 40,000 ครอบครัวในจังหวัด Saskatchewan พบว่าอัตราการใช้บริการตรวจรักษาจากแพทย์ลดลง 5.66% ดังแสดงในตาราง แต่อัตราการนอนโรงพยาบาล ความถี่ในการนอนโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อสรุป Copayment ช่วยลดอัตราการใช้บริการตรวจรักษาจากแพทย์ประมาณ 5.66% แต่ไม่ได้ช่วยลดปริมาณ ความถี่ และจำนวนวันนอนของการใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 9 Estimated Number of Physicians' Services per Family with and with Copayment

Year	Estimated Number of Services		Copayment Effect (%)
	Without Copayment	With Copayment	
1968	14.39	13.66	-5.07
1969	15.08	14.03	-6.96
1970	15.80	15.21	-3.73
1971	16.56	15.43	-6.82
Average, 1968-71			-5.66

Source: Beck RG, Horne JM. Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. Med Care. 1980 Aug;18(8):787-806.

ฟินแลนด์ (Finland)

ฟินแลนด์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็ก มีประชากรเพียง 5.2 ล้านคน ซึ่งมากกว่าประเทศสิงคโปร์เล็กน้อย แต่เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวางเป็นอันดับ 7 ของกลุ่มประเทศในยุโรป ทำให้ประชาชนอาศัยอยู่กระจัดกระจาย โดย 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในตัวเมือง และ 1 ใน 3 อาศัยอยู่ในชนบท⁵⁰ ประเทศฟินแลนด์ แบ่งการปกครองออกเป็น 5 จังหวัด และ 1 เกาะ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 7.4% ของ GDP (5.7% โดยภาครัฐ 1.7% โดยภาคเอกชน)

เนื่องจากเคยเป็นอยู่ภายใต้ประเทศสวีเดนกว่า 600 ปีและประเทศรัสเซียกว่า 100 ปี ระบบสุขภาพของประเทศฟินแลนด์จึงได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของประเทศทั้งสอง รวมทั้งการปกครองแบบรัฐ (State) และเทศบาล (Municipality) แม้จะมีภาษาของตัวเอง แต่ประชาชน 6% ใช้ภาษาสวีเดน นอกจากนี้ยังมีการประสานความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่แน่นแฟ้นกับประเทศเดนมาร์ก ไอซ์แลนด์ และนอร์เวย์

เทศบาล (Municipality) มีทั้งหมด 448 แห่ง มีสภาเทศบาล (Municipal Council) ที่มีวาระ 4 ปี มีอำนาจตัดสินใจได้เกือบทุกเรื่อง เช่น การศึกษาพื้นฐานและบริการทางสังคมทั่วไป รวมทั้งบริการสุขภาพ ซึ่งมีมูลค่าเป็น 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประเทศ เทศบาลส่วนใหญ่ (75%) มีประชากรเพียง 10,000 คน และมีเทศบาลอยู่ 20% ที่มีประชากรน้อยกว่า 2,000 คน

ระบบประกันสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศฟินแลนด์ มีการพัฒนามาแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ปรากฏแน่ชัดว่ามีการปฏิรูประบบสุขภาพเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ แต่พบมีการจัดตั้ง National Health Insurance (NHI) ในช่วงปีพ.ศ. 2503 เพื่อดูแลเรื่องยาและการบริการโดยภาคเอกชน ต่อมาได้ออกกฎหมาย Primary Health Care Act ในปีพ.ศ. 2515 ซึ่งเป็นการกำหนดบทบาทให้เทศบาลรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและบริการสุขภาพพื้นฐานอื่นๆ ต่อมาในปีพ.ศ. 2517 ได้เพิ่มบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาล และในปีพ.ศ. 2527 ได้เพิ่มบริการทางสังคมอื่นๆ รัฐบาลกลางก็ค่อยๆ ลดบทบาทลงอย่างต่อเนื่อง

NHI เป็นระบบประกันสังคมแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นกองทุนจากเงินเบี้ยประกัน (Premium) ที่จ่ายจากผู้จ้างและผู้ถูกจ้าง ซึ่งรัฐจะจ่ายเงินสมทบ เพื่อเป็นการรับประกันว่าเงินของกองทุนจะไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่ทับซ้อนกับระบบของเทศบาลอยู่บ้าง ตัวอย่างเช่น บริการผู้ป่วยนอกบางอย่างสามารถเบิกได้จากทั้งสองระบบ

หลักการสำคัญคือภาครัฐมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทุกคน โดยอาศัยเทศบาลเป็นระบบสำคัญ งบประมาณหลักที่ใช้สำหรับระบบสุขภาพ จึงมาจากการเก็บภาษีของเทศบาล ซึ่งมีอัตราโดยเฉลี่ยประมาณ 17.5% ของรายได้ ร่วมกับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง เทศบาลมีสิทธิเพิ่มหรือลดอัตราภาษีได้ตามต้องการ ในปีพ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 43% จ่ายโดยเงินจากเทศบาล, 18% จากรัฐ, 15% จาก NHI และ 24% แบบ Out-of-pocket

ผู้ให้บริการภาครัฐระดับพื้นฐานได้แก่ศูนย์สุขภาพ (Health Center) ซึ่งมีอยู่ 270 แห่งทั่วประเทศ โดยเฉลี่ยจะมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,500-2,000 คน ให้บริการพื้นฐานเกือบทุกประเภททั้งแบบผู้ป่วยนอกและใน มีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ไม่ด้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-60 เตียงของไทย

ผู้ให้บริการภาครัฐระดับโรงพยาบาลประกอบด้วยโรงพยาบาลพื้นที่ (Hospital District) 20 แห่ง ซึ่งเปรียบเสมือนกลุ่มของโรงพยาบาล 2-5 แห่งมารวมกัน ปกติจะประกอบด้วยโรงพยาบาลฝ่ายกาย 1-3 แห่ง และโรงพยาบาลฝ่ายจิต 1-2 แห่ง ต่อ 1 Hospital District เทศบาลจะเป็นผู้เลือกกว่าจะให้ประชาชนในพื้นที่ตน รับบริการสุขภาพจาก Hospital District ใด และมีการเจรจาและทำข้อตกลงทุกปี ซึ่งไม่เหมือนกับการเป็นคู่สัญญาทั่วไป เนื่องจาก Hospital District ยังเป็นผู้กำหนดราคาได้ตามต้องการ ในขณะที่เทศบาลไม่มีอำนาจต่อรองราคาหรือควบคุมคุณภาพบริการ ในขณะที่ระบบบริการภาคเอกชน ส่วนใหญ่เป็นแบบผู้ป่วยนอกในเมืองใหญ่ๆ โดยแพทย์เฉพาะทางที่ทำงานหลักในโรงพยาบาลของรัฐออกมาประกอบอาชีพเสริม

Hospital District มีหน้าที่เป็นผู้บริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบรรดากลุ่มเทศบาลที่ทำข้อตกลงด้วย หากผู้ป่วยบางรายจากเทศบาลแห่งหนึ่ง มีค่ารักษาพยาบาลสูงมากเกินระดับที่กำหนดตามข้อตกลง ส่วนที่เกินนั้นจะจ่ายโดยเงินจากเทศบาลอื่นๆที่เป็นสมาชิกใน Hospital District นั้นด้วย อย่างไรก็ตามกลไกดังกล่าว ไม่มีผลต่อการร่วมจ่ายของผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

แม้การใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าบริการใดๆทั้งสิ้น แต่มีบริการบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าบริการเพิ่มเติม เทศบาลมีอำนาจยกเว้นการจ่ายร่วมนั้นๆได้ แต่อำนาจดังกล่าวจะต้องไม่เกินระดับที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ มีเทศบาลเพียงส่วนน้อยที่ไม่เก็บค่าบริการเพิ่มเติมหากทำได้

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้ป่วย สามารถทำได้ 2 วิธี คือ 1.จ่าย Fmk 120 เพื่อครอบคลุมการตรวจรักษาแบบไม่จำกัดจำนวนครั้งในช่วงเวลา 12 เดือน หรือ 2.จ่าย Fmk 60 ต่อครั้ง สำหรับ 3 ครั้งแรก หลังจากนั้นไม่ต้องร่วมจ่ายอีกจนครบปี การจ่ายร่วมดังกล่าวรวมค่าตรวจวินิจฉัยต่างๆ แล้ว ทั้งนี้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้รับการยกเว้น ส่วนบริการทันตกรรม จะใช้ระบบ Fee-for-service ขึ้นอยู่

กับประเภทของบริการ การรับรักษาจากทันตแพทย์ทั่วไป ผู้ป่วยต้องจ่าย Fmk 35 ต่อครั้ง ส่วนทันตแพทย์เฉพาะทาง ต้องจ่าย Fmk 70 ต่อครั้ง ทั้งนี้เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ได้รับการยกเว้น อุปกรณ์พยาง่ายต่าง ๆ ไม่มีการร่วมจ่ายใดๆ

การรับบริการจากภาคเอกชน ไม่มีการควบคุมราคา ผู้ป่วยต้องจ่ายเองทั้งหมดไปก่อน แต่สามารถเบิกคืนได้จาก NHI ภายหลัง ค่าตรวจรักษาโดยแพทย์และทันตแพทย์สามารถเบิกคืนได้ 60% ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกินกว่า Fmk 80 สามารถเบิกคืนได้ 75%

การบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย Fmk 20 ต่อครั้ง หากเป็นผู้ป่วยในไม่เกิน 3 วัน ผู้ป่วยต้องจ่าย Fmk 135 ต่อวัน หลังจากนั้นต้องจ่ายร่วม Fmk 150 ต่อวัน การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก กำหนดเพดานไว้ที่ไม่เกิน Fmk 400 ผู้ป่วยจิตเวชไม่ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก แต่หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะใช้อัตรา Fmk 70 ต่อวัน เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องจ่ายร่วมเพียงไม่เกิน 7 วัน

ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาแบบระยะยาวไม่ต่ำกว่า 3 เดือนที่ศูนย์สุขภาพ จะพิจารณาเป็นรายๆไป แต่โดยคร่าวๆจะต้องร่วมจ่ายด้วยอัตราที่ไม่เกิน 80% ของรายได้ และต้องมีเงินเหลือน้อย Fmk 450 ต่อเดือนสำหรับใช้จ่ายส่วนตัว

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศฟินแลนด์ 2 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยา 1 เรื่อง⁵¹ และมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 1 เรื่อง⁵² ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่มีการศึกษาของประเทศฟินแลนด์

เยอรมัน (Germany)

ประเทศเยอรมันมีประชากร 83 ล้านคน ซึ่งรวมชาวต่างชาติ 7 ล้านคน (2 ล้านคนเป็นคนตุรกี) แบ่งการปกครองออกเป็น 16 รัฐ (Lander) ซึ่งนอกจากจะมีอำนาจถ่วงดุลกับรัฐบาลกลาง (Federal Government) แล้ว ยังมีอำนาจดูแลองค์กรที่บริหารจัดการกองทุนประกันต่างๆ (Non-governmental Corporatist Bodies) ได้อีกด้วย⁵³ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 10.6% ของ GDP (8.2% โดยภาครัฐ 2.4% โดยภาคเอกชน)

หลักการที่น่าสนใจอันหนึ่ง คือ รัฐธรรมนูญกำหนดให้ประชาชนในแต่ละ Lander มีสภาพความเป็นอยู่ (Living Condition) ที่เสมอภาคกัน โดยสุขภาพ (Health) เป็นองค์ประกอบหนึ่ง รัฐบาลกลางจึงไม่ได้มีบทบาทที่เด่นชัดมากนักเกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ระดับประเทศมีกระทรวงสุขภาพโดยเฉพาะ Lander ส่วนใหญ่ก็มีกระทรวงที่ดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมักมีหน้าที่ดูแลเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคมด้วย

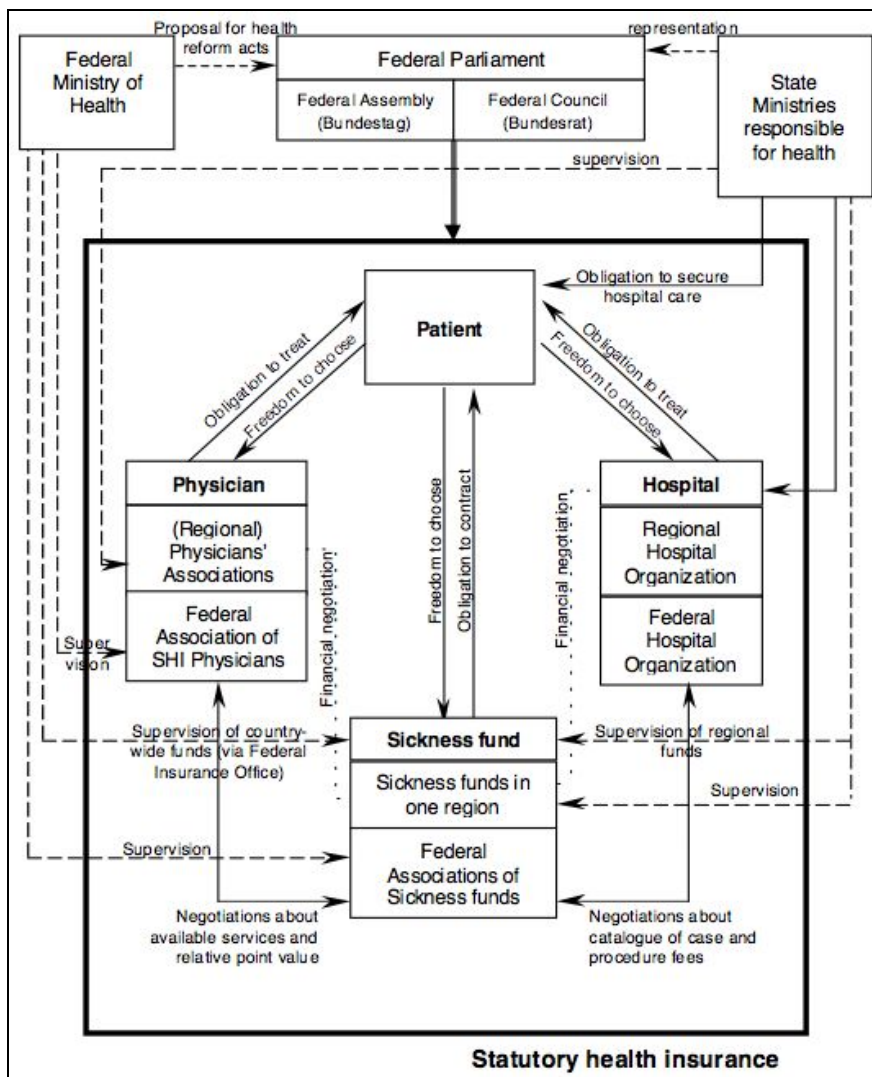
ระบบประกันสุขภาพ

เยอรมันเป็นประเทศแรกที่ใช้ระบบประกันสังคม เรียกว่า Statutory Social Insurance (Bismarck) เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับให้ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนด ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนตามสัดส่วนรายได้ต่อเดือน ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด สามารถเลือกประกันภาคเอกชนได้ แต่จะไม่สามารถเปลี่ยนใจกลับมาเข้าเป็นสมาชิก Sickness Fund ได้อีกในภายหลัง

ในปีพ.ศ. 2542 ประเทศเยอรมันมี Sickness Fund ทั้งหมด 453 กองทุนที่ไม่แสวงกำไร ครอบคลุมประชากร 72 ล้านคน และมีบริษัทประกันสุขภาพเอกชน 52 แห่ง ครอบคลุมประชากร 7.1 ล้านคน ซึ่ง Sickness Fund สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม ที่มีการบริหารจัดการของตนเอง คือ

- General Regional Fund (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK) 17 กองทุน
- Substitute Fund (Ersatzkassen) 13 กองทุน
- Company-funded Funds (Betriebskrankenkassen, BKK) 359 กองทุน
- Guild Funds (Innungskrankenkassen, IKK) 42 กองทุน
- Farmers' Funds (Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK) 20 กองทุน
- Miners' Fund (Bundeskknappschaft) 1 กองทุน
- Sailors' Fund (See-Krankenkasse) 1 กองทุน

ภาพที่ 5 Health System of Germany



Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Germany. 2000.

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเข้าโครงการ Sickness Fund จะขึ้นอยู่กับพื้นที่อยู่อาศัยและลักษณะงานที่ทำ Sickness Fund มีอำนาจปรับเปลี่ยนอัตราการจ่ายเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายได้ตามกฎหมาย เพื่อให้สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จากข้อมูลปีพ.ศ. 2543 ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกิน DM77,400 จะต้องเป็นสมาชิก Sickness Fund แต่หากมีรายได้เกินกว่านั้น จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ปัจจุบัน Sickness Fund ครอบคลุมประชากรประมาณ 88% ซึ่งส่วนใหญ่ 74% เข้าโครงการตามภาคบังคับ และ 14% เข้าโครงการตามความสมัครใจ ส่วนประกันสุขภาพเอกชน ครอบคลุมประชากร 9% ในขณะที่ 2% ของประชากรซึ่งเป็นตำรวจ ทหาร ได้รับบริการสุขภาพโดยจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเหลือผู้ที่ไม่ มีหลักประกันใดๆ 0.1%

บริการสุขภาพ (Health Benefits) ที่ครอบคลุมประกอบด้วย การคัดกรอง ป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีผลประโยชน์ที่เป็นเงิน (Cash Benefits) สำหรับการขาดงาน เนื่องจากป่วยเป็นเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์แรก ซึ่งจะได้เงินเดือนเต็มจำนวนจากผู้จ้าง รวมทั้งจะได้เงินจาก Sickness Fund อีก 80% ของเงินเดือน มากถึง 78 สัปดาห์ต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายเบี้ยประกันคิดตามรายได้ ปัจจุบันอยู่ที่อัตรา 13.5% ซึ่งผู้จ้างและผู้ถูกจ้างร่วมกันจ่ายฝ่าย ละ 6.75% ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า DM630 ผู้จ้างจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันที่อัตรา 10% การคำนวณอัตราการ จ่ายนี้ จะคิดจากผลรวมของค่าใช้จ่ายสุขภาพเฉลี่ยของสมาชิกใน Sickness Fund ทุกกองทุน หาดด้วยเงิน รายได้จากเบี้ยประกันทุกกองทุน

การคำนวณด้วยวิธีนี้ ทำให้เกิดปรากฏการณ์ผู้ประกันตนย้ายออกจากกองทุนที่มีเบี้ยประกันมาก เกินค่าเฉลี่ย ไปเป็นสมาชิกกับกองทุนที่มีเบี้ยประกันถูกกว่า จากการสำรวจความเห็นกลุ่มผู้ประกันตนที่ย้าย กองทุน พบว่าเหตุผลหลัก 58% คือเพื่อให้ได้อัตราเบี้ยประกันที่ถูกลง ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ย้าย ให้ความสำคัญ กับผลประโยชน์ที่จะได้รับ มากกว่าอัตราเบี้ยประกัน

จากตารางจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอัตราการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการต่างๆ ทั้งนี้ ยกเว้น ผู้มี รายได้น้อย ผู้ว่างงาน และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การมีส่วนร่วมจ่ายจะมีเพดานอยู่ที่ 2% ของรายได้ก่อนหัก ภาษี นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้เคยจ่ายไปแล้วอย่างน้อย 1% ของรายได้และมีพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองที่ดี จะได้รับการยกเว้นเช่นกัน

ตารางที่ 10 Copayment Level, Germany

	1989– 1990	1991– 1992	1993	1994– 1996	First half 1997	Second half 1997	1998	1999	2000
Ambulatory medical treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pharmaceuticals (DM)									
- without reference price ^a	3	3							
- with reference price ^b	0	0							
- up to DM 30 in price ^{a,b}			3						
- >30 up to DM 50 in price ^b			5						
- over DM 50 in price ^b			7						
- small pack ^{a,b}				3	4	9	9	8	8
- medium pack ^{a,b}				5	6	11	11	9	9
- large pack ^{a,b}				7	8	13	13	10	10
Conservative dental treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crown and denture treatment	50% 40% ^c 35% ^d	50% 40% ^c 35% ^d	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}				50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}
- for persons born before 1979					50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	55% ^e 45% ^{c,e} 40% ^{d,e}	100% above fixed sum		
- for persons born after 1978					100%	100%	100%		
Orthodontic treatment^f	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Transportation to and from									
- inpatient treatment or in emergencies (DM per trip)	20	20	20	20	20	25	25	25	25
- ambulatory treatment	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Non-physician care (e.g. physiotherapy)	10%	10%	10%	10%	10%	15%	15%	15%	15%
Hospital stay and stationary rehabilitative treatment after a hospital stay (DM per day)^g	5	10	11	12	12	17	17	17	17
Stationary preventive spa or rehabilitative treatment un- related to hospital stay (DM per day)	10	10	11	12	25	25	25	25	17

Notes: ^a with price of drug as maximum; ^b plus 100% of price above reference price; ^c if insured had regular yearly check-ups for the last five years; ^d if the insured had regular yearly check-ups for the last ten years; ^e 100% for major dental work (more than four replacement teeth per jaw or more than three per side of mouth, excepting multiple single bridges, which may exceed three); ^f if eating, speaking or breathing is severely limited, otherwise 100%; ^g limited to a total of 14 days per calendar year. Several rates shown in this table are lower in the eastern part of Germany.

Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health

systems in transition : Germany. 2000.

สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีอยู่ 52 บริษัท จะมีวิธีการคิดเบี้ยประกันตามอายุ เพศ และ ประวัติโรค ซึ่งประชากร 7.1 ล้านคนที่อยู่ในระบบนี้ ประกอบด้วยผู้ที่ออกจาก Sickness Fund เนื่องจากมี รายได้เกินระดับที่กำหนด, ผู้ที่มีกิจการเป็นของตนเอง, และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ยังไม่มีสิทธิรับบริการสุขภาพ ฟรี ผู้ประกันตนในระบบนี้ จะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อเข้ารับบริการ แล้วนำไปเสริมมาเบิกเงินคืน

ภายหลัง แม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดอัตราค่าบริการไว้แล้ว ในทางปฏิบัติผู้ให้บริการจะคิดค่าบริการเกินกว่านั้น อย่างน้อย ประมาณ 1.7-2.3 เท่า ซึ่งเป็นระดับที่สูงที่สุดที่จะสามารถเบิกคืนได้

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศเยอรมันี่ 23 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่อง ที่เกี่ยวกับยาออก 4 เรื่อง^{28, 54-56} และเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 15 เรื่อง⁵⁷⁻⁷¹ จึงได้นำเสนอในที่นี้เพียง 4 เรื่อง โดยเรื่องที่ 2 สรุปจากบทคัดย่อ เนื่องจากฉบับเต็มเป็น ภาษาเยอรมัน และเรื่องที่ 3 และ 4 เป็นการศึกษาเดียวกันแต่ตีพิมพ์ 2 แห่ง ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่ มีการศึกษาของประเทศเยอรมันี่

Study 1. Knowledge of “Hardship Exemptions” in statutory sickness insurance⁷²

Eller และ Baumann ได้ทำการสำรวจผู้ประกันตนในโครงการ Sickness Fund 18,238 คนในเมือง Augsburg (ซึ่งมีสิทธิได้รับยกเว้นแต่ยังไม่ได้เข้าโครงการ) พบว่า 61.58% ไม่ทราบว่า Copayment สามารถ เบิกคืนได้ และ 27.78% ไม่ทราบกฎเกณฑ์การได้รับยกเว้นการจ่าย Copayment นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลจากญาติและเพื่อนสนิท มากกว่าจากผู้ให้บริการสุขภาพ เหตุผลหลัก ที่ยังไม่เข้าโครงการคือคิดว่าตนเองมีรายได้มากเกินไป

Study 2. Impact of co-payments on patient behavior: evidence from a natural experiment⁷³

Grabka และคณะ ได้ทำการศึกษาผลของการกำหนดให้มีส่วนร่วมจ่าย 10 Euros/3 เดือน ซึ่งมีผล บังคับใช้ตั้งแต่เดือนมกราคมพ.ศ. 2547 ต่อการส่งเสริมให้ผู้ประกันตนมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง มากขึ้น พบว่าอัตราการพบแพทย์ลดลงหลังจากมี Copayment เมื่อเทียบกับก่อนมี Copayment โดยจาก การวิเคราะห์เพิ่มเติม ยังพบอีกว่าการบริการที่จำเป็นไม่ได้ลดลง

ข้อสรุป Copayment สามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยลดการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ไม่จำเป็นลงได้

Study 3. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries⁷⁴

Study 4. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries⁷⁵

Lostao และ Regidor ได้ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูล National Health Survey ของประเทศเยอรมันี่ (ปีพ.ศ. 2535, 2541) ฝรั่งเศส (ปีพ.ศ. 2533, 2543) และสเปน (ปีพ.ศ. 2530, 2544) ตีพิมพ์ในวารสาร 2 ฉบับ เสนอว่าระบบ Copayment ที่เยอรมันี่ใช้อยู่ในช่วงนั้น (Copayment เฉพาะบริการผู้ป่วยใน) น่าจะทำ

ให้เกิดความเสมอภาคระหว่างชนชั้นทางสังคมมากกว่าระบบของฝรั่งเศส (Copayment บริการผู้ป่วยนอก และใน) และสเปน (ไม่มี Copayment) เนื่องจาก Copayment อาจลดความถี่ของการไปพบแพทย์ ซึ่งผู้ที่อยู่ในชนชั้นต่ำกว่าจะได้รับผลกระทบมากกว่า ในขณะที่ผลของ Copayment ต่อความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ชัดเจน

ข้อสรุป ไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลเก่า

ญี่ปุ่น (Japan)

ประเทศญี่ปุ่นมีประชากร 128 ล้านคน ซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานที่สุดในโลก แต่ค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่ได้สูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 7.8% ของ GDP (6.3% โดยภาครัฐ 1.5% โดยภาคเอกชน)^{76, 77} ผู้ให้บริการส่วนใหญ่กว่า 83% เป็นภาคเอกชน ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์และสถานพยาบาลได้ตามต้องการ

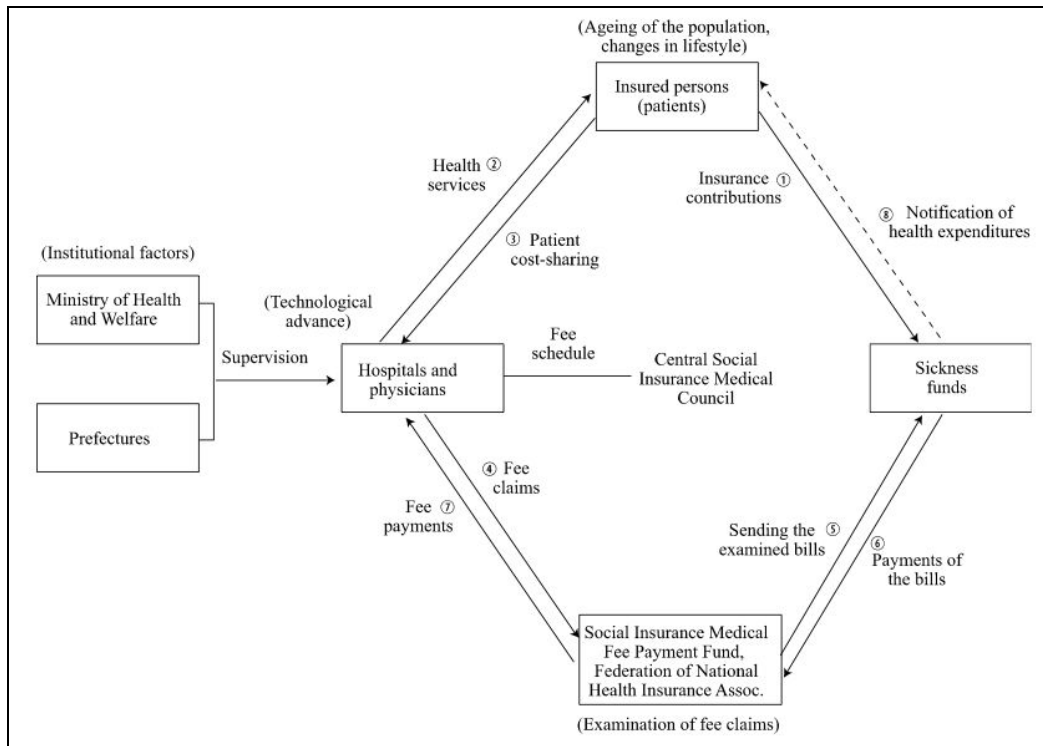
ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศมีพื้นฐานคล้ายกับ Sickness Fund ของประเทศเยอรมันนี้ ดังจะเห็นได้จากกฎหมาย Health Insurance Law (Kenpo-ho) ปีพ.ศ. 2465 ที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญต่อการเพิ่มผลผลิตและการทหารของประเทศ ซึ่งต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลายครั้ง จนมาถึงกฎหมาย National Health Insurance Law ซึ่งออกในปีพ.ศ. 2501 และบังคับใช้จริงจึงในปีพ.ศ. 2504 ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจนถึงปัจจุบัน

จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2539 งบประมาณหลัก (84%) ที่ใช้สนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายจากผู้จ้างงาน ผู้ถูกจ้างงาน และรัฐบาล และมีการจ่าย Out-of-pocket ประมาณ 12%

ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Kai Hoken) โดยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกจ้างงานและผู้พึ่งพิง (Employee's Health Insurance), 2.ระบบประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของกิจการ, ผู้เกษียณอายุและผู้พึ่งพิง (National Health Insurance, Kokuho), และ 3. ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly, Roken) นอกจากนี้ยังมี Sickness Fund อีกหลายร้อยกองทุน ที่ให้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสดเพิ่มเติมด้วย

ภาพที่ 6 Health Insurance System, Japan



Source: Fukawa T. Public Health Insurance in Japan. Washington, D.C.: World Bank Institute; 2002.

ตารางที่ 11 Health Insurance System, Japan

	<i>Employer-based health insurance</i>			<i>National Health Insurance</i>	<i>Health insurance for the elderly</i>
	<i>Health Insurance</i>	<i>Society managed</i>	<i>Mutual Aid Associations</i>		
	<i>Govt. managed</i>				
Insured persons	Mainly employees at small and medium-sized companies	Mainly employees at large companies	National and local public service employees, and so on.	Farmers, self-employed, and so on.	Persons aged 70 and over as well as disabled persons aged 65–69
Insurer	National government	Health insurance societies: 1,814	Mutual aid associations: 82	Municipalities: 3,249 N.H. I. associations: 166	Municipalities: 3,249
Coverage as percentage of total population	30.7	25.4	9.2	34.7	10.1
Benefit level of medical care	(Note 1) Insured person: 80% Dependent: 80% for inpatient care, 70% for outpatient care.			(Note 1) 70%	(Note 2) 100%
Contribution rate	8.5%	8.5%	8.5%	(Note 3)	—
National subsidy as percentage of health expenditures	13.0%	6.7 billion yen	None	50%	(Note 4)
Percentage of insurers who are eligible to health insurance for the elderly	5.4	2.9	4.1	21.1	—

Source: Fukawa T. Public Health Insurance in Japan. Washington, D.C.: World Bank Institute; 2002.

Employee's Health Insurance ประกอบด้วย 3 ประเภทย่อย

1. Society-managed Health Insurance (Kumiai) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ คิดเป็น 25.4% ของประชากร ในปีพ.ศ. 2540 อัตราเบี้ยประกันอยู่ที่ 8.5% ของรายได้ ปัจจุบันมีอยู่กว่า 1,814 กองทุน

2. Government-managed Health Insurance (Seikan) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก ครอบคลุมประชากรที่เหลือ 30.7% บริหารงานโดยสำนักงานที่มีอยู่ 298 แห่ง มีอัตราเบี้ยประกัน 8.5% ของเงินเดือน

3. Mutual Aid Associations (Kyosai Kumiai) ครอบคลุมพนักงานของรัฐ ครูเอกชน และผู้พึ่งพิง คิดเป็น 9.2% ของประชากร อัตราเบี้ยประกัน 8.5% ปัจจุบันมีอยู่ 82 กองทุน ผู้ป่วยในระบบนี้ หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 10% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30%

National Health Insurance เป็นระบบประกันสุขภาพชุมชน (Community-based Health Insurance) ซึ่งครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ เช่น เจ้าของกิจการ ชาวนา ผู้เกษียณอายุ รวมทั้งผู้พึ่งพิง คิดเป็น 34.7% ของประชากร แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเหมือนกับ Employee's Health Insurance แต่ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้จะมี cost sharing ที่สูงกว่า และได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปเงินสดที่จำกัดกว่า อัตราการจ่ายเบี้ยประกันจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่ และขึ้นอยู่กับรายได้ และทรัพย์สินที่มีอยู่ ผู้ป่วยในระบบนี้ หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 30% หากเป็นผู้เกษียณอายุต้องจ่าย 20% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้เกษียณอายุ ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30%

สำหรับทั้งสองระบบข้างต้น ได้มีการกำหนดเพดานการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพไว้ที่ 64,000 เยนต่อเดือน ซึ่งสามารถต่ำลงกว่านี้ได้ หากมีฐานะยากจนมากหรือได้เคยจ่ายถึงระดับสูงสุดมาแล้ว 3 เดือน ใน 1 ปี

Health Insurance for the Elderly เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2526 เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกองทุนต่าง ๆ และเพื่อเป็นการมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น โดยผู้ประกันตนในสองระบบแรกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้พิการที่มีอายุ 65-69 ปี จะต้องเข้าระบบนี้ จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2541 ผู้ป่วยต้องจ่าย 500 เยนต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 2,000 เยนต่อเดือน) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ 1,100 เยนต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเงินที่ได้จะเป็นเงินกองทุนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Pooled Fund for the Elderly)

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น 12 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาออก 1 เรื่อง⁷⁸ และได้ตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 6 เรื่อง⁷⁹⁻⁸⁴ จึงเหลือนำเสนอในที่นี้ทั้งหมด 5 เรื่อง ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่มีการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น การศึกษาที่ 1-4 จะลงไปในกลุ่ม Employee's Health Insurance ส่วนการศึกษาที่ 5 จะลงไปในกลุ่ม National Health Insurance

Study 1. The effect of a cost sharing provision in Japan⁸⁵

Study 2. Effects of an increase in patient copayments on medical service demands of the insured in Japan⁸⁶

Study 3. Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system⁸⁷

Babazono และคณะ ได้ศึกษาผลของ Copayment ต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการเริ่มเก็บ Copayment 10% ในปีพ.ศ. 2527 ครั้งที่สองเป็นการเพิ่มอัตรา Copayment จาก 10% เป็น 20% ในปีพ.ศ. 2540 และครั้งที่สามเป็นการเพิ่มอัตรา Copayment จาก 20% เป็น 30% ในปีพ.ศ. 2546 การศึกษาในสองครั้งแรก ใช้วิธีการศึกษาลำดับกัน คือการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพใน 1 ปีก่อน และ 1 ปีหลังจากการปรับ Copayment

ผลการศึกษาในครั้งแรก พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพลดลง โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก ส่วนการศึกษาครั้งที่สอง พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ลดลง 6.96%, อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกลดลง 4.79% และอัตราการให้บริการทันตกรรมลดลง 5.77% นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับบริการผู้ป่วยใน ลดลง 3.15%, ค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ลดลง 13% และค่าใช้จ่ายต่อวันสำหรับบริการทันตกรรม ลดลง 11.48% ซึ่งตัวเลขดังกล่าว ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้มีรายได้น้อยจะได้รับผลกระทบมาก อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถสรุปเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลรักษาได้

ข้อสรุป การเพิ่ม Copayment จาก 0% เป็น 10% เป็น 20% สามารถช่วยลดอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม รวมทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง แต่ผู้มีรายได้น้อยจะได้รับผลกระทบมาก และไม่สามารถสรุปเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลรักษาได้

ส่วนในครั้งที่สาม ได้จำกัดขอบเขตของการศึกษาเพียงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลรักษาได้ โดยการดูที่ Compliance Rate ผลการศึกษาพบว่า Compliance Rate ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่เปลี่ยนแปลง แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มี Compliance Rate ลดลงจาก 83.7% เป็น 66.7%

ข้อสรุป การเพิ่ม Copayment จาก 20% เป็น 30% อาจลดคุณภาพการดูแลรักษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Study 4. The impact of partial cost sharing on the attitude of insured persons with hypertension⁸⁸

การศึกษานี้ เป็นผลงานจากนักวิจัยที่มเดิม ซึ่งได้ทำตั้งแต่การเริ่มมี Copayment 10% ในปีพ.ศ. 2527 โดยวิเคราะห์ข้อมูลใบเสร็จรับเงินจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 199 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับบริการมากในช่วง 6 เดือนแรกก่อนการเก็บ Copayment และลดลงในช่วง 6 เดือนหลังการเก็บ Copayment แต่หลังจากนั้น อัตราการรับบริการกลับมาอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า Copayment จะมีผลต่อผู้ป่วยใหม่ มากกว่าผู้ป่วยเก่า และมีผลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อสรุป Copayment มีผลทำให้อัตราการรับบริการลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ผลดังกล่าวเป็นแบบชั่วคราว

Study 5. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System⁸⁹

Kupor และ Liu วิเคราะห์จากข้อมูลปีพ.ศ. 2527 และปีพ.ศ. 2532 พบว่า Copayment มีผลลดอัตราการใช้บริการลง แต่ไม่มากนัก โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก และผู้มีรายได้ต่ำได้รับผลกระทบมากที่สุด

สิงคโปร์ (Singapore)

สิงคโปร์เป็นประเทศขนาดเล็ก มีประชากรเพียง 4 ล้านคน แต่มีเศรษฐกิจที่เจริญ ประชาชนมีรายได้ และการศึกษาสูง ได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดแห่งหนึ่ง⁹⁰ เนื่องจากใช้หลักการที่ว่า ประชาชนแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ (Medisave, MediShield, Medifund, และ ElderShield) เป็นเพียงการ “ช่วย” ลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้น⁹¹ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 3.7% ของ GDP (1.3% โดยภาครัฐ 2.4% โดยภาคเอกชน) เท่านั้น

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ 80% เป็นของเอกชน ในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ 80% เป็นของรัฐ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (cluster) องค์กรไม่แสวงหากำไรที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ คือ National Healthcare Group (NHG) และ Singapore Health Services (SingHealth) โดย กลุ่ม NHG ประกอบด้วย โรงพยาบาล 4 แห่ง, ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1 แห่ง, Polyclinic 9 แห่ง, สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง 3 แห่ง ในขณะที่ SingHealth ประกอบด้วยโรงพยาบาล 3 แห่ง, ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 5 แห่ง, Polyclinic 9 แห่ง วัตถุประสงค์หลักคือเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่าง 2 กลุ่ม และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็นระดับต่างๆ คือ A, B1, B2, C ซึ่งเปรียบเสมือนหอผู้ป่วย พิเศษ ปานกลาง และสามัญตามลำดับ หลักการทั่วไปคือผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเพิ่มหากต้องการรับบริการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีการกำหนดราคาของบริการระดับต่างๆ สำหรับโรคแต่ละโรคอย่างชัดเจน ตารางข้างล่างแสดงตัวอย่างการกำหนดราคาค่าบริการระดับต่างๆ สำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งปกติ ซึ่งการกำหนดราคาด้วยวิธีนี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการได้ตามอย่างอิสระ ตามกำลังความสามารถในการจ่ายของตนเอง ทั้งนี้ถือว่าคุณภาพการดูแลรักษาโรคเดียวกันของแต่ละแห่ง ไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 12 Hospital Bill Size for Appendectomy, Singapore

Ward A				
Hospitals	Volume ¹	Average Length Of Stay (Days) ²	50th Percentile Bill Size (\$) ³	90th Percentile Bill Size (\$) ⁴
CGH	31	2.8	3972	5050
SGH	42	3.6	4036	6799
TTSH	31	2.4	3126	4499
Ward B1				
Hospitals	Volume ¹	Average Length Of Stay (Days) ²	50th Percentile Bill Size (\$) ³	90th Percentile Bill Size (\$) ⁴
CGH	39	3.4	3149	5262
NUH	42	3.1	3394	4501
SGH	64	3	3006	4264
TTSH	51	2.8	2961	4171
Ward B2				
Hospitals	Volume ¹	Average Length Of Stay (Days) ²	50th Percentile Bill Size (\$) ³	90th Percentile Bill Size (\$) ⁴
AH	34	3	968	1496
CGH	109	2.8	1063	1447
KKH	32	4	1731	2447
NUH	99	2.7	1274	1705
SGH	175	3.7	1212	1762
TTSH	127	2.6	1084	1440
Ward C				
Hospitals	Volume ¹	Average Length Of Stay (Days) ²	50th Percentile Bill Size (\$) ³	90th Percentile Bill Size (\$) ⁴
AH	118	2.5	605	844
CGH	134	2.8	677	1088
NUH	86	2.8	807	1208
SGH	108	3.4	717	1087
TTSH	160	2.5	613	904

Source: Ministry of Health, Singapore

Note: AH = Alexandra Hospital, CGH = Changi General Hospital, KKH = KK Woman's and Children's Hospital, NUH = National University Hospital, SGH = Singapore General Hospital, TTSH = Tan Tock Seng Hospital

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

1. Medisave

เกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 เป็นระบบการบังคับให้ประชาชนกันเงินเดือนส่วนหนึ่งไว้ในบัญชีธนาคารของตนเอง (Ordinary Account) เพื่อไว้สำหรับใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ตามอัตราที่แสดงในตาราง จำนวนเงินที่เกิน \$33,500 สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 55 ปี จะถูกนำไปไว้ใน Special Account ส่วนผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จะถูกนำไปไว้ใน Retirement Account จนเมื่อมียอดเงินถึงระดับหนึ่ง ส่วนที่เกินก็จะนำกลับมาไว้ใน Ordinary Account นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุครบ 55 ปี มีหน้าที่รักษายอดเงินขั้นต่ำในบัญชีไว้ที่ \$28,500 และสามารถถอนเงินส่วนเกินมาใช้ได้ เนื่องจากเงินดังกล่าวไม่ได้นำมาสร้างเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง จึงไม่อาจถือได้ว่าเป็นระบบประกันสุขภาพที่แท้จริง

ตารางที่ 13 Medisave Contributions, Singapore

Age	CONTRIBUTION RATE	MAXIMUM MONTHLY CONTRIBUTION (WEF 1 JAN 06)	MAXIMUM MONTHLY CONTRIBUTION (WEF 1 JAN 07)
Below 35	6.5%	S\$270	S\$292.50
Between 35 and 44	7.5%	S\$315	S\$337.50
45 and above	8.5%	S\$360	S\$382.50

Source: Ministry of Health, Singapore

ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่งที่ได้รับการรับรองจากโครงการ Medisave ซึ่งหากมีการรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จะเริ่มจากการประมาณค่าใช้จ่าย (financial counseling session) แล้วเทียบกับยอดเงินที่มีอยู่ในบัญชี Medisave ของผู้ป่วย เพื่อสรุปว่าผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเพิ่มเท่าใด โดยทางผู้ป่วยจะต้องเซ็นดัมมอบฉันทะให้ทางโครงการ Medisave ตัดเงินในบัญชีมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เงินหมดก่อนเวลาอันควร ยังมีการกำหนด Withdrawal Limit ซึ่งมากพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาระดับ B2 และ C ได้ ในขณะที่ระดับ A และ B1 ผู้ป่วยต้องเสียเงินเพิ่มเอง

ตารางที่ 14 Outpatient Treatments, Singapore

- Hepatitis B vaccination
- Assisted conception procedures
- Renal dialysis treatment
- Radiotherapy for cancer patients
- Chemotherapy for cancer patients
- HIV anti-retroviral drugs
- Desferral drug & blood transfusion for Thalassaemia treatment
- Hyperbaric Oxygen Therapy
- Outpatient Intravenous Antibiotic Treatment
- Rental of devices for Long Term Oxygen Therapy and Infant Continuous Positive Airway Pressure Therapy
- Immunosuppressant drugs for organ transplant patients
- Treatment of diabetes, hypertension, lipid disorders (e.g. high blood cholesterol) and stroke (refer to Questions 20 and 21 in this section)

Source: Ministry of Health, Singapore

ค่าบริการที่ Medisave ครอบคลุม ประกอบด้วย

- การบริการผู้ป่วยนอก
- การตั้งครรภ์และคลอดบุตร
- การบริการผู้ป่วยใน (Inpatient Cases) (ไม่เกิน \$450 ต่อวัน) รวมค่าตรวจโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$50 ต่อวัน)
- การบริการผู้ป่วยในชั่วคราวเพื่อผ่าตัด (Day Surgery) (ไม่เกิน \$300 ต่อวัน) รวมค่าตรวจโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$30 ต่อวัน)
- การผ่าตัด (Inpatient/Day Surgery) ขึ้นอยู่กับความซับซ้อน และระดับการให้บริการที่เลือก ดังแสดงในตาราง
- การรักษาทางจิตเวช (ไม่เกิน \$150 ต่อวัน) รวมค่าดูแลรักษาโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$50 ต่อวัน) และรวมแล้วไม่เกิน \$5,000 ต่อปี
- การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน (ไม่เกิน \$150 ต่อวัน) รวมค่าดูแลรักษาโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$30 ต่อวัน) และรวมแล้วไม่เกิน \$3,500 ต่อปี
- การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อการพักฟื้น (ไม่เกิน \$50 ต่อวัน) รวมค่าดูแลรักษาโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$30 ต่อวัน) และรวมแล้วไม่เกิน \$3,000 ต่อปี
- การบริการในสถานพักฟื้น (hospice) (ไม่เกิน \$160 ต่อวัน) รวมค่าดูแลรักษาโดยแพทย์ (ไม่เกิน \$30 ต่อวัน)
- การดูแลผู้สูงอายุ (day care) (ไม่เกิน \$20 ต่อวัน) และรวมแล้วไม่เกิน \$1,500 ต่อปี

ตารางที่ 15 Procedures Medisave Limites, Singapore

1A - 1C	\$150 - \$250
2A - 2C	\$350 - \$600
3A - 3C	\$800 - \$1,200
4A - 4C	\$1,400 - \$1,800
5A - 5C	\$2,000 - \$2,400
6A - 6C	\$2,800 - \$3,600
7A - 7C	\$4,000 - \$5,000

Source: Ministry of Health, Singapore

นอกจากนี้ยังมีโครงการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยจ่ายเพียง \$30 แรกของค่าบริการ (deductible) และ 15% ของจำนวนเงินที่เกินกว่านั้น ทั้งนี้ Medisave ไม่ครอบคลุมบริการต่อไปนี้

- การตรวจวินิจฉัยที่เกิดขึ้นในการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ฉุกเฉิน
- การทำศัลยกรรมตกแต่ง
- อุปกรณ์พยุงร่างกาย
- ค่ารถพยาบาล, ค่าโทรศัพท์, ค่าซักกรีด ฯลฯ

2. MediShield

เกิดขึ้นในปี 2533 เป็นระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) สำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ครอบคลุมการรักษาที่ระดับ B2 และ C โดยประชาชนสามารถนำเงิน Medisave ของตนเองมาจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประชาชนสามารถเลือกที่จะออกจากโครงการได้ตามความสมัครใจ (opt-out)

เมื่อมีการรักษาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเบื้องต้น \$1,500 สำหรับระดับ B2 และ \$1,000 สำหรับระดับ C โดยค่าใช้จ่ายที่เหลือ 80-90% จะจ่ายโดย MediShield โดยมีการกำหนดเพดานไว้ดังนี้

- การบริการผู้ป่วยใน \$250 ต่อวัน สำหรับการนอนโรงพยาบาลปกติ และ \$500 ต่อวัน สำหรับการนอนในห้อง ICU
- การผ่าตัดแบบต่างๆ \$150-\$1,100
- การฝังเครื่องมือต่างๆโดยการผ่าตัด (surgical implant) \$2,500
- ทั้งหมดรวมแล้วไม่เกิน \$50,000 ต่อปี และ \$200,000 ตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตาม MediShield ไม่ครอบคลุมโรครุนแรงที่เกิดขึ้นและได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือน ก่อนเข้าร่วมโครงการ ศัลยกรรมตกแต่ง ความพิการแต่กำเนิด และโรคทางจิตเวช

3. Medifund

เกิดขึ้นในปี 2536 และมีมูลค่า \$1.5 พันล้านในปี 2550 กองทุนนี้เป็นกองทุนเงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการแม้กระทั่งระดับ B2 หรือ C ได้ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ จะดำเนินการผ่านคณะกรรมการของโรงพยาบาลที่ทำการดูแลรักษา โดยจะพิจารณาเป็นรายๆไป โดยผู้ป่วยที่เคยจ่ายค่าเบี้ยประกัน MediSave หรือ MediShield จะได้รับสิทธิพิเศษมากกว่า

4. Eldershield

เกิดขึ้นในปี 2545 เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลผู้พิการ (severe disability) โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือน ครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในโครงการ MediSave ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปโดยอัตโนมัติ โดยจะมีการจ่าย 2 ประเภท คือ ElderShield300 (\$300 ต่อเดือน เป็นเวลา 60 เดือน) และ ElderShield400 (\$400 ต่อเดือน เป็นเวลา 72 เดือน)

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศสิงคโปร์ 2 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการ^{11, 92} ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่พบมีการศึกษาของประเทศสิงคโปร์

เกาหลีใต้ (South Korea)

ประเทศเกาหลีใต้ มีประชากร 48 ล้านคน ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 5.6% ของ GDP (2.9% โดยภาครัฐ 2.7% โดยภาคเอกชน) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน

ตารางที่ 16 Number of Health Care Institutions, South Korea

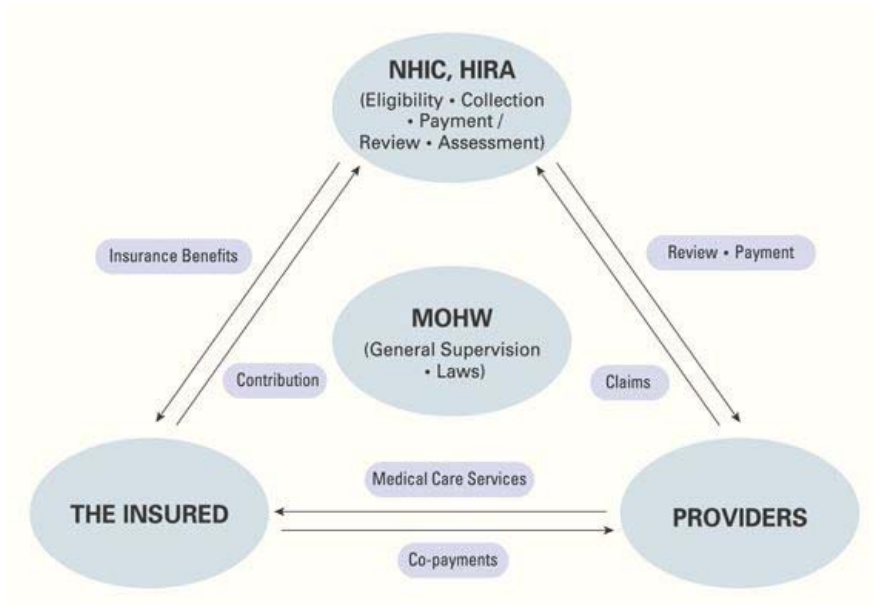
Classification	2001	2002	2003	2004	2005
Total	62,744	65,471	67,801	70,412	72,921
General hospitals	278	283	284	283	291
Hospitals	706	780	852	967	1,112
Clinics	21,340	22,728	23,554	24,314	25,166
Dental hospitals	71	90	102	108	124
Dental clinics	10,790	11,145	11,522	12,086	12,548
Oriental medicine hospitals	139	149	151	155	149
Oriental medicine clinics	7,558	8,119	8,650	9,171	9,761
Midwifery facilities	87	82	70	63	52
Public health centers	3,403	3,390	3,403	3,418	3,422
Pharmacies	18,372	18,705	19,213	19,847	20,296

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ ได้ออก Medical Insurance Act ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2506 ต่อมาในปีพ.ศ. 2520 ก็ได้เริ่มโครงการประกันสุขภาพสำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คน และในอีก 2 ปีถัดมาได้ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 300 คน จนสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในปีพ.ศ. 2532 ต่อมาในปีพ.ศ. 2543 ได้ก่อตั้ง National Health Insurance Corporation (NHIC) โดยการควบรวมระบบประกันสุขภาพย่อยๆ ทั้งหมดไว้ที่เดียว (Single Insurer) และมี Health Insurance Review Agency (HIRA) ทำหน้าที่ทบทวนการเบิกค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

ภาพที่ 7 Relations between parties of National Health Insurance, South Korea



Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

กองทุนที่ใช้บริหารจัดการคือเงินเบี้ยประกัน (Premium) จากสามส่วน คือ ผู้จ้าง ผู้ถูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐบาล ปัจจุบันอยู่ที่ 4.77% ของเงินเดือน

ผู้ประกันตนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1.ผู้ถูกจ้างในภาครัฐและเอกชน (Employee in Private Sector & Government/Private School Employee) และ 2.เจ้าของกิจการในเมืองและชนบท (Self-employed Insured in Urban and Rural Areas) ในปี 2548 ประชาชน 47 ล้านคน (96.4%) ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการ NHI ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยอีกกว่า 1.7 ล้านคน (3.6%) ได้รับความคุ้มครองในโครงการ Medical Aid Program ดังตาราง นอกจากนี้ยังให้ความคุ้มครองแก่ชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศเกาหลีได้อีกด้วย

ตารางที่ 17 Number of Covered Population (2005), South Korea

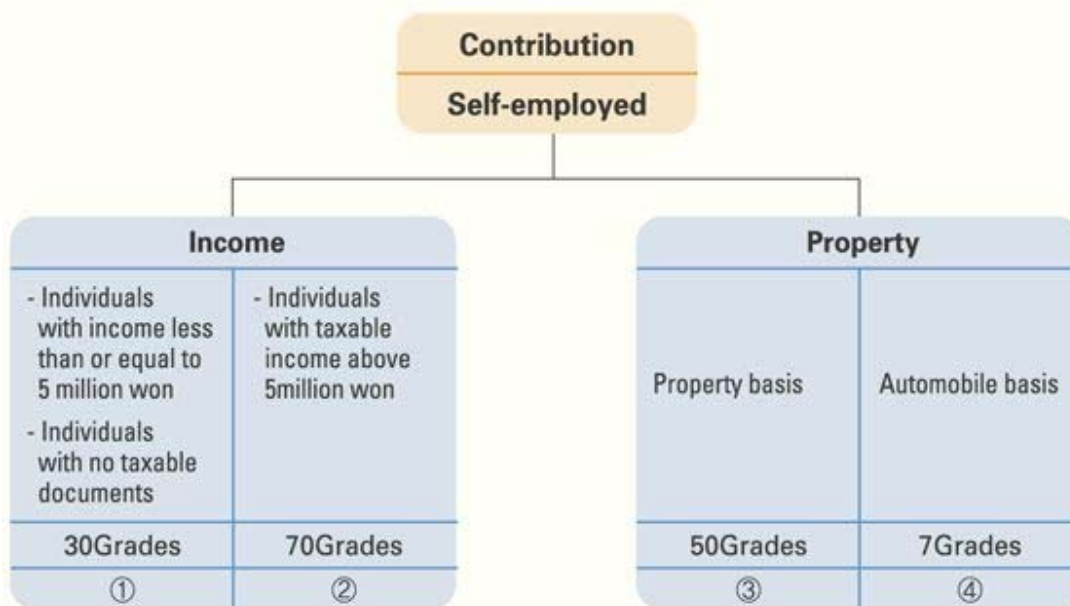
Health Security	Insurer	The Insured	No.of Persons	Proportion
Total population			49,154	
	Sub-total		47,392	96.4%
National Health Insurance Program	National Health Insurance Program	Employee Insured Self-employed Insured	27,233 20,158	55.4% 41.0%
Medical Aid Program	Local Government	Low income households	1,761	3.6%

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 จะใช้เงินเดือนเป็นฐานในการคำนวณ ส่วนผู้ประกันตนประเภทที่ 2 จะมีสูตรในการคำนวณ Contribution Points ตามรายได้และมูลค่าทรัพย์สินที่มีอยู่ แล้วคูณกับ Value per point (ปัจจุบันอยู่ที่ 139.9 won; US\$1 = 946.6 won) แล้วรัฐบาลจะรับผิดชอบครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินที่คำนวณได้ ส่วนที่เหลือจะส่งเรียนเก็บจากผู้ประกันตน โดยเงินสมทบที่รัฐบาลนำมาใช้ ส่วนหนึ่งมาจากภาษีอากรทั่วไป (General Taxation) และอีกส่วนหนึ่งมาจากภาษีบุหรี่ (Tobacco Tax) ซึ่งได้ช่วยทำให้สถานการณ์ทางการเงินดีขึ้นมาก เมื่อเทียบกับก่อนปีพ.ศ. 2545

ตารางที่ 18 Premium Contribution Rates, South Korea

	Employee Insured		Self-Employed Insured
Montely Contribution	Average Monthly Wage X Contribution rate (Currently 4.77%)		Contrubution points X Value per point (Currently 139.9 won)
Responsibility Of Payment 2001	Corporate Employees -employee 50% -emplyer 50%;	Government employees : - employee 50% - government 50%	Members Of Household
		Private School employees : employee 50% - owner of private school 30% - government 20%	
Collection	Deducted from salary		Monthly billing,individual payment
Due Date	By the 10th day of following month (every month)		



Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ตารางที่ 19 Premium Revenues and Growth Rates by Year, South Korea

Classification		1999	2000	2001	2002	2003	unit
Population Coverage	Insured individuals	45,184	45,896	46,379	46,659	46,963	Thousand
Finance	Total revenue	8,892,385	9,827,717	11,928,330	14,305,319	17,466,651	Million won
	Total expenditures	9,610,122	10,744,194	14,105,819	14,798,463	15,972,379	Million won
	Ratio (expenditure/revenue)	108.1	109.3	118.3	103.4	91.4	%
	Contributions	7,291,118	8,609,783	11,322,718	13,811,740	17,028,319	Million won
	Insurance benefits	7,947,963	9,285,605	13,195,616	13,823,665	14,893,489	Million won
	Net ratio (benefit/contribution)	109.0	107.8	116.5	100.1	87.5	%
	Annual contribution per person	162,925	187,432	245,659	297,005	362,593	won
	Annual benefit costs	177,602	202,144	285,294	297,261	317,135	won

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

Benefit Package ประกอบด้วย Service Benefits และ Cash Benefits โดย Service Benefits ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกประเภทตลอดกระบวนการรักษา ตั้งแต่ ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์ ค่ารักษา ค่าผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันโรค ค่ากายภาพบำบัด รวมทั้งค่าเดินทาง ทั้งนี้ยกเว้นบริการที่ไม่จำเป็น เช่น การเสริมความงาม

ตารางที่ 20 Health Insurance Benefits, South Korea

Health Insurance Benefits		Recipient
Service Benefits	Health Care Benefits	The insured, Dependents
	Health Checkup	The insured, Dependents
Cash Benefits	Refunding Allowance for Health Care	The insured, Dependents
	Funeral Expenses	Person who held a funeral ceremony
	Compensation for Excessive Co-payment	The insured, Dependents
	Co-payment Ceiling System	The insured, Dependents
	Appliance Expenses for the Disabled	The insured and Dependents as the disabled registered in accordance with the Welfare Act for the Disabled

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ส่วน Cash Benefits เป็นผลประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับในรูปเงินสด ได้แก่ 1.การเบิกค่ารักษา คื่นที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน 2.ค่าฌาปนกิจศพ (250,000 won) 3.การเบิกคืนเงิน

Copayment หากได้จ่ายไปเกิน 1,200,000 won ใน 30 วัน 4.การกำหนดเพดาน Copayment โดยหากผู้ประกันตนได้จ่าย Copayment ไปเกิน 3,000,000 won ใน 6 เดือน จะได้รับการยกเว้น ไม่ต้องจ่าย Copayment อีกต่อไป 5.การเบิกคืนค่าอุปกรณ์สำหรับผู้พิการได้ 80%

Copayment ของบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทและที่ตั้งของสถานพยาบาล เพื่อจูงใจให้ใช้บริการที่สถานบริการขนาดเล็กก่อน ตัวอย่างเช่น การใช้บริการที่คลินิก ผู้ประกันตนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ต้องจ่ายค่าบริการ 3,000 won ผู้สูงอายุจ่าย 1,500 won ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 15,000 won แต่หากเกินกว่านั้น ผู้ประกันตนต้องจ่าย 30% แต่หากเป็นที่โรงพยาบาล อัตรา Copayment จะเพิ่มขึ้นตามลำดับดังตาราง ส่วนบริการผู้ป่วยใน ผู้ประกันตนต้องจ่ายอัตราคงที่ 20%

ตารางที่ 21 Types of Copayment, South Korea

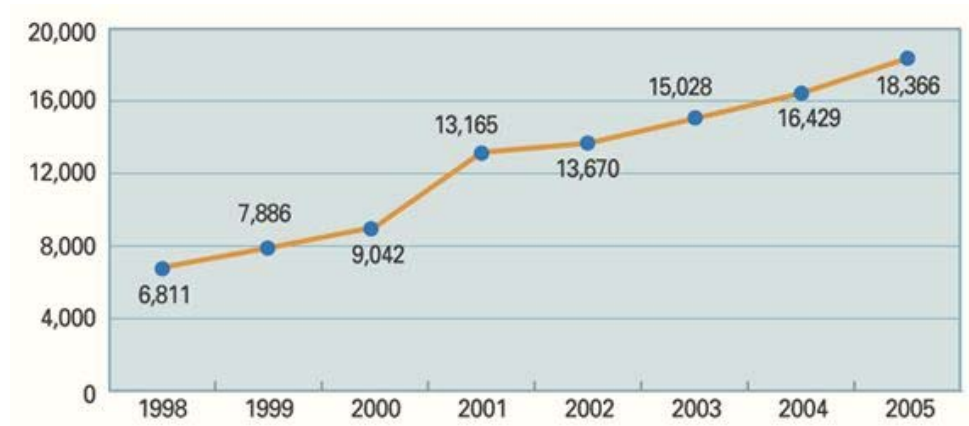
Type of Medical Institution	Location of Medical Institutions	Co-payment
Specialized General Hospital	All Areas	Total Amount of Consultation Fee + 50% of Total Health Care Costs
	Urban Areas	50% of Total Health Care Costs
General Hospital	Rural Areas	Exceeding 15,000 won: 50% of Total Health Care Costs
		Not Exceeding 15,000 won: 4,600 Won
Hospital Dental Hospital Oriental Hospital	Urban Areas	40% of Total Health Care Costs
	Rural Areas	Exceeding 15,000 won: 35% of Total Health Care Costs
		Not Exceeding 15,000 won: 4,100 Won
Clinic Oriental Clinic Public Health Center	All Areas	Exceeding 15,000 won: 30% of Total Health Care Costs
		Not Exceeding 15,000 won: - 3,000 won(aged less 65 years) - 1,500 won(aged 65 years and over)
Dental Clinic Public Health Center (Dental)	All Areas	Exceeding 15,000 won: 30% of Total Health Care Costs
		Not Exceeding 15,000 won: - 3,000 won(aged less 65 years) - 1,500 won(aged 65 years and over)
Pharmacy	With Prescription	Exceeding 10,000 Won: 30% of Total Health Care Costs
		Not Exceeding 10,000 won: - 3,000 won(aged less 65 years) - 1,500 won(aged 65 years and over)
		Exceeding 4,000 won: 40% of Total Health Care Costs
	Without Prescription	Not Exceeding 4,000 won: - 1,400 won(Medicine for 1 Day) - 1,600 won(Medicine for 2 Days) - 2,000 won(Medicine more than 3 Days)

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

สำหรับบริการตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคเรื้อรัง ผู้ประกันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง 5 ชนิด จะมีระบบ Copayment เฉพาะ โดย NHIC จะจ่าย 80% และผู้ประกันตนจ่าย 20% สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ เต้านม และตับ แต่หากเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ฟรี บริการที่ไม่ฉุกเฉินและไม่จำเป็น จะไม่ได้รับความครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์

รายจ่ายในปีพ.ศ. 2548 ตามสิทธิประโยชน์ มีมูลค่ากว่า 18 พันล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2541 กว่า 3 เท่า (ดังภาพ) โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ดังแสดงในตาราง หากจำแนกตามประเภทบริการ จะพบว่าบริการผู้ป่วยนอกมีรายจ่ายมากที่สุด รองลงมาได้แก่บริการผู้ป่วยใน และค่ายา

ภาพที่ 8 Trends of NHI Benefits Cost, South Korea



Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ตารางที่ 22 Expenditure of Insurance Benefit, South Korea

		Number of Cases (thousand)	Amount (billion KW)
Total		807,673	18,366
Service Benefits	Sub-total	807,200	18,224
	Health care benefit	800,080	17,989
	Health Screening	7,120	236
Cash Benefits	Sub-total	473	142
	Refunding Allowance for Health Care	17	17
	Funeral Expenses	197	49
	Compensation for Excessive Co-payment	143	28
	Co-payment Ceiling System	68	26
	Appliance Expenses for the Disabled	49	22

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ตารางที่ 23 Expenditure of Cash Benefit, South Korea

Year	Total	2002	2003	2004	2005
Total	case	6,422	2,693	3,729	162
	amount	7,452(16.0)	3,059(13.6)	4,393(17.8)	201 23.8)
Refunding Allowance for Health Care	case	21,168(9.7)	22,577(6.7)	21,099(-6.5)	16,515(-9)
	amount	24(10.5)	25(7.1)	24(-5.0)	17(-11)
Funeral Expense	case	208,486(3.9)	205,187(-1.6)	200,038(-2.5)	196,790(-1.6)
	amount	52(4.2)	51(-1.6)	50-2.5)	49(-1.6)
Compensation for Excessive Copayment	case	169,812(7.8)\	125,784(-25.9)	134,689(7.1)	142,779(6.0)
	amount	32(-22.0)	25.7-20.3)	27.9(8.8)	27.6(-1.4)
Co-payment Ceiling System	case	-	-	5,708	67,985
	amount	-	-	6.7	26
Appliance Expense for the Disabled	case	24,566(10.9)	27,067(10.2)	32,079(18.5)	48,957(52.6)
	amount	6.73.1)	776.8)	8.6(20.3)	22(152.0)

(unit : billion won, %)

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ตารางที่ 24 Expenditure of Service Benefits by Type, South Korea

Year	Total	Medical Facility			Pharmacy
		Sub-total	Inpatient Care	Outpatient Care	
1998	6,584	6,422	2,693	3,729	162
1999	7,653(16.9)	7,452(16.0)	3,059(13.6)	4,393(17.8)	201 23.8)
2000	8,789(14.9)	7,941(6.6)	3,144(2.8)	4,797(9.2)	848(322.3)
2001	12,941(47.2)	9,532(20.0)	3,533(12.4)	5,999(25.0)	3,409(302.1)
2002	13,425(3.7)	9,796(2.8)	3,653(3.4)	6,142(2.4)	3,629(6.5)
2003	14,755(9.9)	10,798(10.2)	4,354(19.2)	6,444(4.9)	3,957(9.0)
2004	16,130(9.3)	11,641(7.2)	4,737(8.8)	6,904(7.1)	4,489(13.5)
2005	17,989(11.5)	12,897(10.8)	5,277(11.4)	7,620(10.4)	5,091(13.4)

(unit : billion won, %)

Source: National Health Insurance Corporation, South Korea

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศเกาหลีใต้ 4 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 3 เรื่อง^{11, 93, 94} ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มีการศึกษาของประเทศเกาหลีใต้ 4 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่วัตถุประสงค์ไม่ตรงกับความต้องการ⁹⁵⁻⁹⁸

Study 1. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea⁹⁹

Kim และคณะได้ศึกษาผลของการจ่ายค่าบริการต่อความต้องการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ (demand for physician service) โดยวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ National Health and Nutrition Survey ในปีพ.ศ. 2541 พบว่า Copayment อาจไม่สามารถช่วยลดการใช้บริการได้มากนัก เนื่องจาก Price Elasticity ไม่ได้มีค่าติดลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการใช้บริการมากกว่า และผู้ป่วยรายได้น้อย จะได้รับผลกระทบจาก Copayment มากกว่า เนื่องจาก Price Elasticity ติดลบมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่า การใช้ Copayment เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกันตนไปรับบริการที่สถานพยาบาลขนาดเล็กก่อน อาจไม่ได้ผลอย่างที่ต้องการ

ข้อสรุป Copayment ไม่สามารถช่วยลดการใช้บริการได้มากนัก อีกทั้งยังไม่สามารถจูงใจให้ผู้ประกันตนใช้ระบบส่งต่อได้

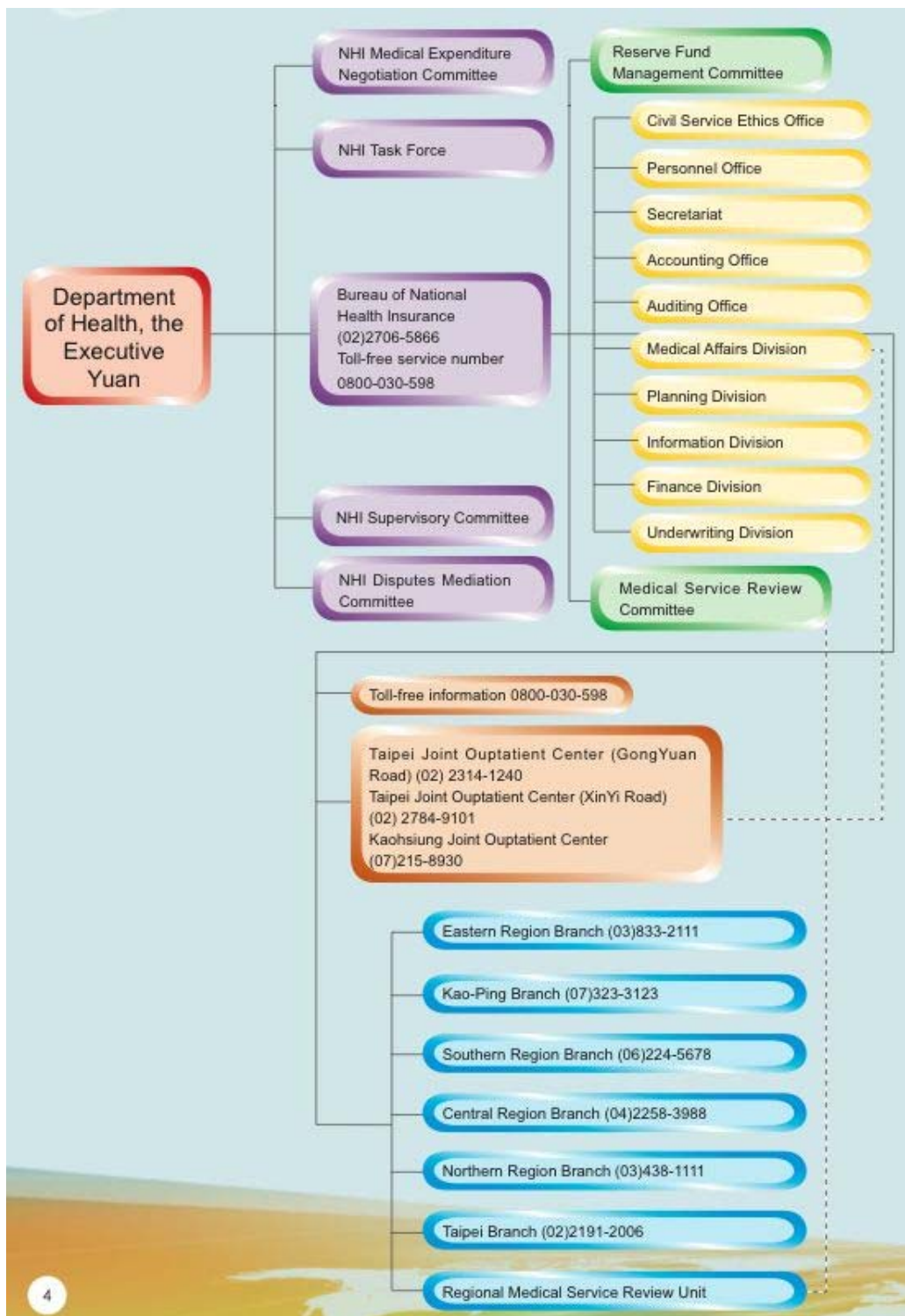
ไต้หวัน (Taiwan)

ประเทศไต้หวันมีประชากรประมาณ 23 ล้านคน ปัจจุบันถือเป็นส่วนหนึ่งของประเทศจีน แต่มีระบบสุขภาพแบบ NHI คล้ายกับประเทศเกาหลีใต้ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 6.16% ของ GDP รายจ่ายทางการแพทย์ของประเทศไต้หวัน ในปี 2549 มีมูลค่า NT\$423 พันล้าน ซึ่งเป็นต้นทุนค่าบริการผู้ป่วยนอก 65% และผู้ป่วยใน 35%¹⁰⁰

ระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไต้หวันปฏิรูประบบสุขภาพในเดือนมีนาคม 2538 ใช้ชื่อโครงการว่า National Health Insurance Program (NHI) บริหารจัดการโดย Bureau of National Health Insurance (BNHI) ซึ่งสังกัด Department of Health เป็นผู้ซื้อบริการเพียงผู้เดียวในระบบสุขภาพ (Single Payer) ครอบคลุมประชาชน 99% (22.3 ล้านคน) รวมทั้งชาวต่างประเทศที่มี Resident Permits ด้วย มีการจำแนกผู้ประกันตนออกเป็น 6 กลุ่มย่อย ดังตาราง¹⁰⁰

ภาพที่ 9 Taiwan NHI Organization Chart, Taiwan, R.O.C.



Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

ตารางที่ 25 NHI Applicants, Dependents and Insuring Agencies, Taiwan, R.O.C.

	Applicants		Insuring Agencies
	The Insured	Dependents	
Category 1	Employees (including foreign workers) Public office holders, enlisted military personnel, government employees, private school faculty and employees Employers Self-employed owner of business Independently practicing professional personnel	1. Spouse 2. Lineal blood relatives 3. Lineal blood relatives within second degree of relationship who are over 20 but incapable of making a living, including these who are in school. * The above must be unemployed.	Organization, school, enterprise, group or individual for which the insured is employed.
Category 2	Members of occupational unions Alien seamen	Same as above	The Occupational union The Master Mariner's Association The National Seaman's Union
Category 3	Farmers Fishermen Members of the Irrigation Association	Same as above	Farmer's Association Fishermen's Association Irrigation association
Category 4	Military servicemen of compulsory service, Military school students on government scholarship, Military decedent's families on pensions	N/A	Logistics Command of the Ministry of National Defense
	Servicemen of military-substitute service	N/A	Military Service Department of the Ministry of the Interior
Category 5	Members of low-income families as defined by social welfare acts	N/A	Administration office of the town, city or district in which the insured is registered
Category 6	Unemployed veterans or household representatives of survivors of veterans	Same as for Category 1 dependents	Administration office of the town, city or district in which the insured is registered
	Unemployed heads of the household or household representatives		

Note: Dependents and the insured of Category 6 must be unemployed

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

โครงการ NHI ครอบคลุมสถานบริการกว่า 90% (18,289 แห่ง) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน ผู้ป่วยสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องมีการส่งตัว และไม่มี Gate-keeper ผู้ป่วยสามารถรับบริการทางการแพทย์ได้ทุกประเภท รวมทั้งกรณีฉุกเฉินที่เกิดในต่างประเทศ รวมทั้งการรับบริการในประเทศจีน ก็สามารถเบิกคืนค่าใช้จ่ายได้

กองทุนที่ใช้บริหารจัดการคือเงินเบี้ยประกัน (Premium) จากสามส่วน คือ ผู้จ้าง ผู้ถูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐบาล ปัจจุบันอยู่ที่ 4.55% ของเงินเดือน ทั้งนี้ได้กำหนดอัตราการจ่ายเบี้ยประกันที่แตกต่างกันตามผู้ประกันตนกลุ่มต่างๆ โดยผู้ประกันตน 3 กลุ่มแรกจะใช้เงินเดือนเป็นฐานในการคำนวณ ส่วนกลุ่มที่เหลือ จะใช้ค่าเฉลี่ยของ Premium ที่ได้จาก 3 กลุ่มแรก เป็นฐานในการคำนวณ ส่วนผู้ที่ไม่เข้าข่ายการยกเว้น Premium ทางรัฐบาลก็มีการจัดระบบเงินกู้ และ ระบบผ่อนชำระ โดยสูตรที่ใช้คำนวณ Premium และรายได้จาก Premium แสดงในตาราง

ตารางที่ 26 Premium Contribution Rates, Taiwan, R.O.C.

	Category of the Insured		Contribution Rate (%)		
			Insured	Group Insurance Unit	Government
• Category 1	Government employees, Enlisted military personnel, Public office holders	The insured/dependents	30	70	0
	Personnel in private schools	The insured/dependents	30	35	35
	Employees of publicly or privately owned enterprises or institutions	The insured/dependents	30	60	10
	Employers, Self-employed owner of business, Independently practicing professional personnel	The insured/dependents	100	0	0
• Category 2	Members of occupational unions Alien seamen	The insured/dependents	60	0	40
• Category 3	Farmers, Fishermen, Members of the Irrigation Association	The insured/dependents	30	0	70
• Category 4	Servicemen of the compulsory service Servicemen of the military-substitute service Military school students on government scholarship Military decedent's families on pensions	The insured	0	0	100
• Category 5	Low-income households	Members	0	0	100
• Category 6	Veterans, Household representatives of survivors of veterans	The insured	0	0	100
		Dependents	30	0	70
	Other regional population	The insured/dependents	60	0	40

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

ตารางที่ 27 Premium Calculation Formulas, Taiwan, R.O.C.

Salary earners	The insured	$\text{Insurable income} \times \text{premium rate} \times \text{contribution rate} \times (1 + \text{No. of dependents})$
	Employer or government	$\text{Insurable income} \times \text{premium rate} \times \text{contribution rate} \times (1 + \text{average No. of dependents})$
Regional population (without salary or wages)	The insured	$\text{Mean premium} \times \text{contribution rate} \times (1 + \text{No. of dependents})$
	Government	$\text{Mean premium} \times \text{contribution rate} \times \text{actual No. of the insured.}$

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

ตารางที่ 28 Premium Revenues and Growth Rates by Year, Taiwan, R.O.C.

Year	Revenue (NT\$ 100 million)	Growth Rate (%)
1998	2,588	6.05
1999	2,697	4.21
2000	2,877	6.70
2001	2,901	0.82
2002	3,026	4.31
2003	3,303	9.17
2004	3,431	3.89
2005	3,552	3.51

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

BNHI จะจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการด้วย 2 ระบบใหญ่ คือ Fee-for-service ตามราคามาตรฐานกลาง และ Case Payment สำหรับหัตถการ 53 ชนิด (ทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก) ซึ่งจะมีการกำหนดอัตราการเพิ่ม Global Budget โดยอิงกับผลการประเมินคุณภาพของสถานบริการคู่สัญญา

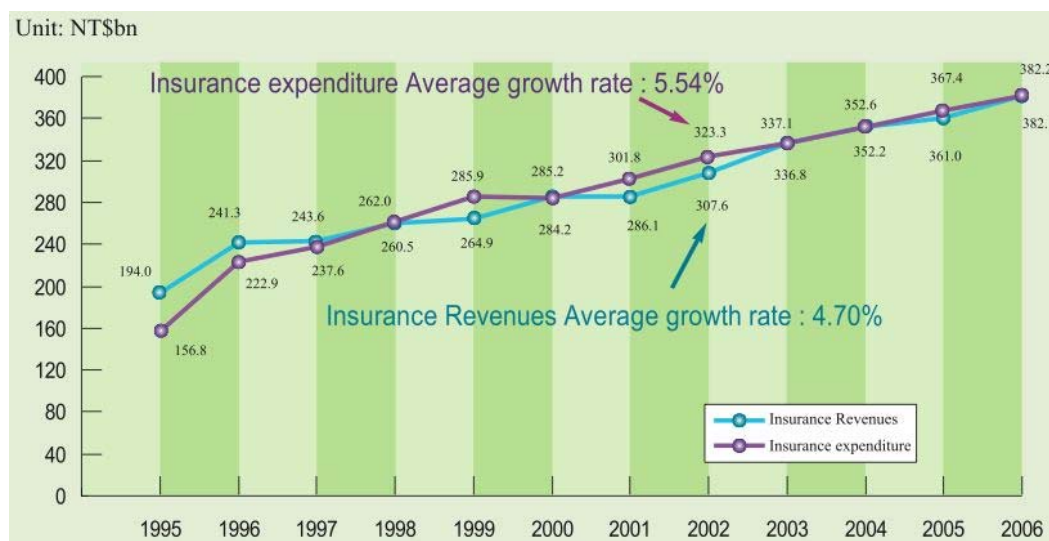
ตารางที่ 29 Global Budget (2003-2007), Taiwan, R.O.C.

	2003	2004	2005	2006	2007
Executive Yuan Approved	1.55% - 4.02%	0.51%-4.00%	1.34%-4.03%	1.17%-5%	2.34%-5/10%
NHI Medical Expenditure Negotiation Committee: Total	3.90%	3.81%	3.61%	4.54%	4.55%
"Dental	2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%
"Chinese medicine	2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%
"Clinic	2.90%	2.70%	3.23%	4.68%	4.18%
"Hospital	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.99%
"Dialysis	Clinic: 10% Hospital: 6%	Clinic: 8% Hospital: 8%	Clinic: 15.32% Hospital: 4.1%	Clinic: 13.3% Hospital: 3.87%	Clinic: 7.47% Hospital: 0.77%

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

แม้ในระยะแรกของโครงการจะราบรื่น แต่ด้วยอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ 5.54% ต่อปี และอัตราการการเพิ่มขึ้นของรายได้จาก Premium 4.7% ต่อปี ทำให้ในปัจจุบันประเทศไต้หวันมีปัญหาด้านเงินสำรองลดลงเนื่องจากรายรับและรายจ่ายเท่ากัน

ภาพที่ 10 Trend of NHI Financial Status, Taiwan, R.O.C.

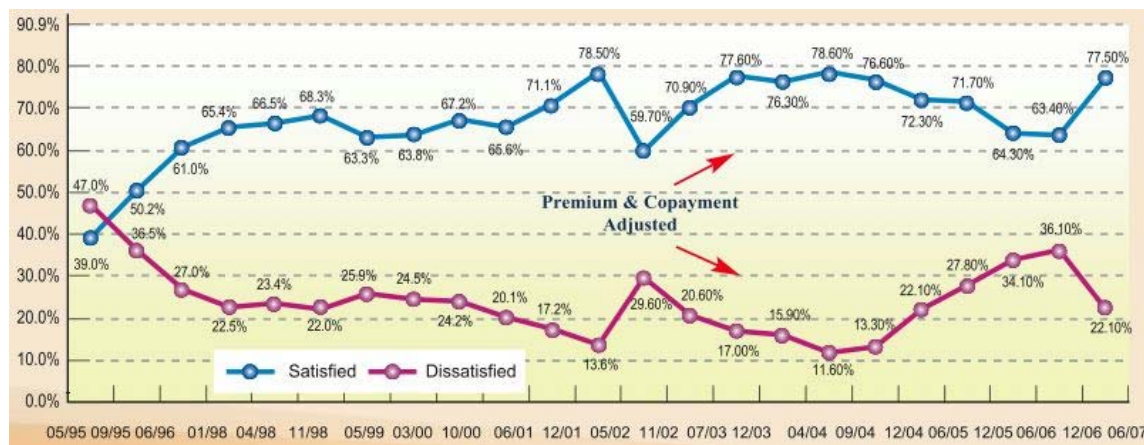


Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

Copayment ของประเทศไต้หวัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกันตนไปรับบริการพื้นฐานที่สถานบริการขนาดเล็กและส่งเสริมการแพทย์แผนจีน ในระยะแรกของโครงการมีการเก็บ Basic Copayment ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นตามขนาดของสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ โดยจะไม่มีค่าเบี้ย ค่าตรวจวินิจฉัย และค่ารักษาเพิ่มเติมอีก หลังจากนั้นได้มีการปรับขึ้นอัตรา Copayment หลายครั้ง ครั้งแรกในปีพ.ศ. 2540 ได้เริ่มเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกบางอย่าง ค่ากายภาพบำบัด ค่ายา และค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกเกินกว่า 25 ครั้งต่อปี ต่อมาในปีพ.ศ. 2541 ได้เพิ่มอัตรา Copayment ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และในปี 2545 ได้มีการปรับเพิ่มการเก็บค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้ความพึงพอใจของประชาชนลดลง แต่ก็กลับดีขึ้นในเวลาต่อมา

ภาพที่ 11 Public Satisfaction Rate with NHI, Taiwan, R.O.C.



Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

ต่อมาในปี 2548 ได้ปรับ Copayment ครั้งล่าสุด ดังแสดงในตาราง นอกจากนี้ หากมีการสั่งยามูลค่ามากกว่า NT\$100 ผู้ประกันตนต้องจ่ายเพิ่มอีก NT\$20 ต่อทุกๆ NT\$100 ที่เพิ่มขึ้น ส่วน Copayment สำหรับบริการผู้ป่วยในจะขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอน ซึ่งจะไม่เกิน NT\$24,000 ต่อครั้ง หรือ NT\$41,000 ต่อปี (สำหรับโรคเดิม) ผู้ป่วยที่ใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า 50 ครั้งในรอบ 3 เดือน (หรือ 20 ครั้งต่อเดือน) จะมีโครงการให้คำปรึกษา (High Utilization Counseling)

ตารางที่ 30 Basic Outpatient Care Copayment, Taiwan, R.O.C.

Type of institution	Western medicine outpatient care		Emergency care	Dental care & Chinese Medicine
	Without referral	With referral		
Medial Centers	360	210	450	50
Regional Hospitals	240	140	300	50
District Hospitals	80	50	150	50
Clinics	50	50	150	50

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

Note: NT\$ (US\$1 = NT\$35)

ตารางที่ 31 Copayment Rates for Inpatient Care, Taiwan, R.O.C.

Ward	Co-payment Rates			
	5%	10%	20%	30%
Acute		30 days or less	31-60 days	61 days or more
Chronic	30 days or less	31-90 days	91-180 days	181 days or more

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

Copayment ได้รับการยกเว้นในกรณีต่อไปนี้

- Catastrophic & Rare diseases
- คลอดบุตร
- บริการทางการแพทย์ในถิ่นทุรกันดาร
- ครอบครัวรายได้ต่ำ
- ทหารผ่านศึก
- เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

ตารางที่ 32 NHI Catastrophic Illnesses, Taiwan, R.O.C.

1. Cancers requiring intervention or long-term treatment. Malignant neoplasms	14. (1) patients suffering from severe malnutrition due to major enterectomy, intestinal failure already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet (2) patients suffering from severe malnutrition due to other chronic disease already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet
2. Congenital coagulation factor abnormality	15. Serious decompression sickness or air embolisms accompanied by complications of the respiratory, circulatory or nervous system requiring long-term treatment.
3. Serious hemolytic and aplastic anemia (Untreated hemoglobin count for adults is normally below 8gm/dl, for newborns it is below 12gm/dl.)	16. Myasthenia gravis
4. Chronic renal failure (uremia) requiring regular dialysis	17. Congenital immune deficiency diseases
5. System autoimmune syndrome requiring lifetime treatment	18. Spinal cord injury or pathological neurological, muscular, skin, bone, lung, heart, urinary or gastrointestinal complications (moderate level and above of physical and mental disability)
6. Chronic mental illness (Those conforming to the following diagnoses that have become chronic, with the exception of No. 1, are required to have a diagnosis certificate issued by specialist psychiatrist with the specialist's registration number.	19. Occupational disease
7. Congenital metabolic abnormality (except for G6PD deficiency disorder)	20. Acute cerebrovascular disease (within one month of onset)
8. Congenital heart, lung, gastrointestinal, kidney, mental, bone abnormalities and chromosome disorders	21. Multiple sclerosis
9. Burn injuries covering more than 20% of the body or facial burn injuries affecting the sense organs	22. Congenital muscular dystrophy
10. Follow-up treatment for kidney, heart, lung, liver or bone marrow transplantation	23. Congenital anomalies of the integument
11. Neurological, muscular, bone or lung complications resulting from infantile paralysis or cerebral palsy (moderate level and above of physical and mental disability)	24. Leprosy
12. Catastrophic illness with injury severity score ≥ 16 . (The IIS measurement cannot be used for persons in a vegetative state.)	25. Liver cirrhosis with complications
13. Long-term use of a respirator due to respiratory failure requiring use for at least 30 consecutive days, six hours a day; continued usage and short-term required usage until the cause of the respiratory failure is eliminated or the clinical and physiological situation is stabilized.	26. Neurological, muscular, skeletal, heart, lung complications of premature infants
	27. Toxic effects of arsenic and its compounds (black foot)
	28. Motor neuron disease at the moderate or above disability level or requiring use of a respirator
	29. Creutzfeldt-Jakob disease
	30. Rare diseases verified by the DOH

Source: Bureau of National Health Insurance, Department of Health

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศไต้หวัน 5 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องยาออก 3 เรื่อง¹⁰¹⁻¹⁰³ และเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 1 เรื่อง¹⁰⁴ ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มีการศึกษาของประเทศไต้หวัน 5 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่วัตถุประสงค์ไม่ตรงกับความต้องการ 4 เรื่อง¹⁰⁵⁻¹⁰⁸

Study 1. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan¹⁰⁹

Huang และคณะ ได้ศึกษาข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุมากกว่า 65 ปี จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของ BNHI สาขาไต้หวัน โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อน (กันยายน 2544 - มีนาคม 2545) และหลังการปรับขึ้นค่าบริการ (กันยายน 2545 - มีนาคม 2546) พบว่า

- Hospital type choice: อัตราการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ลดลงเล็กน้อย ในขณะที่อัตราการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดเล็กมากขึ้นเล็กน้อย
- Hospital visit frequency: ความถี่ของการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลลดลงจาก 12.15 ครั้ง เป็น 11.99 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- Pharmaceutical cost & Drug use days: ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา (\$21.16 -> \$22.36) และจำนวนวันในการใช้ยา (17.06 -> 17.14) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- Diagnosis-treatment cost: ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา (\$6.81 -> \$7.80) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- Copayment: ค่าบริการเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (\$5.12 -> \$6.00)
- Total cost: ต้นทุนรวมเพิ่มขึ้นจาก \$35.57 เป็น \$39.55

ข้อสรุป ผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกที่จะลดจำนวนครั้งของการไปโรงพยาบาล (Hospital visit frequency) แทนที่จะเปลี่ยนไปใช้บริการที่สถานบริการขนาดเล็กกว่า (Hospital type choice) ทั้งๆที่จะเสียค่าบริการถูกลง

ตารางที่ 33 Comparison between pre- and post-copayment increase, Taiwan, R.O.C.

Variable	Pre-co-payment increase		Post-co-payment increase		T-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
Visit frequency	12.15	9.84	11.99	10.01	10.75**
Drug use days	17.06	7.72	17.14	7.05	-6.14**
Pharmaceutical cost (\$) ^a	21.16	20.21	22.36	21.91	-39.70**
Diagnosis-treatment cost (\$)	6.81	15.32	7.80	16.51	-27.21**
Co-payment (\$)	5.12	2.17	6.00	2.84	-222.30**
Total cost (\$)	35.57	25.16	39.55	28.34	-84.08**

^a US dollars per elderly person. US\$1 = NTD\$34.

** $p < 0.01$.

Source: Huang JH, Tung CM. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr. 2006 Jul-Aug;43(1):101-16.

Study 2. National Health Insurance in Taiwan: Welfare Analysis and Hospital Competition¹¹⁰

Chen ได้ศึกษาผลของ Copayment ต่อพฤติกรรมการใช้บริการระบบส่งต่อของผู้ประกันตน โดยการวิเคราะห์ข้อมูล BNHI's Out-of-pocket Payment Project ปีพ.ศ. 2547 พบว่าอัตรา Copayment ที่กำหนด เป็นสิ่งจูงใจที่ยังไม่แรงพอที่จะทำให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาผ่านระบบการส่งต่อได้ เนื่องจากผู้ประกันตนต้องจ่ายแพงกว่าการไปโรงพยาบาลที่ตนเองต้องการโดยตรง นอกจากนี้ยังพบว่าค่า Price Elasticity น้อยกว่า Education Elasticity และ Quality Elasticity ซึ่งแสดงให้เห็นว่า Copayment น่าจะมีบทบาทต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกันตนน้อยกว่าการให้ข้อมูลและคุณภาพบริการของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ข้อมูลก่อนการขึ้น Copayment ครึ่งล่าสุด จึงไม่อาจนำมาใช้สรุปเกี่ยวกับผลที่แท้จริงได้

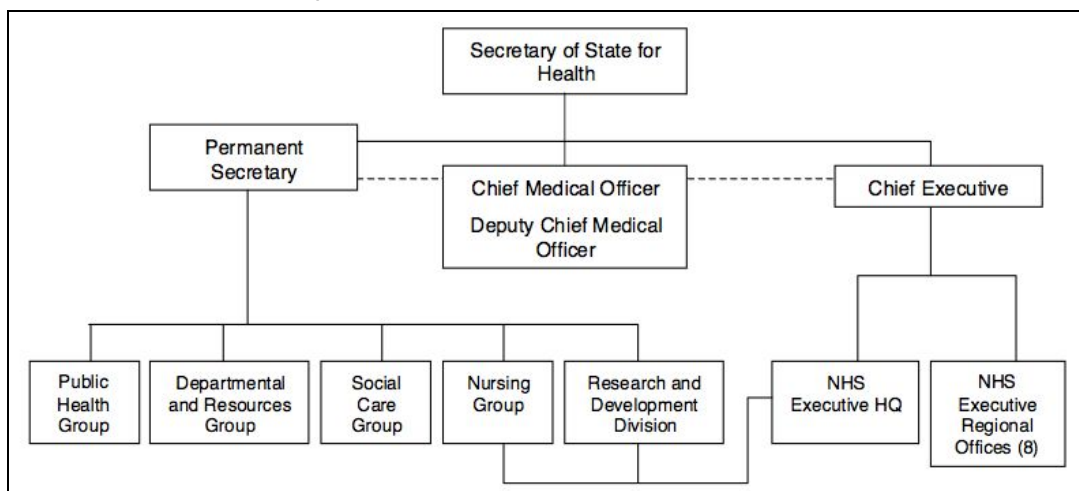
ข้อสรุป อัตรา Copayment ที่ใช้อยู่ ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ประกันตนใช้ระบบส่งต่อได้

อังกฤษ (UK)

ประเทศอังกฤษเป็นเกาะที่มีประชากรอาศัยอยู่ 60 ล้านคน มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2491 โดยรัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการ โดยมี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการ ตามกฎหมาย National Health Service Act พ.ศ. 2520 ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย¹¹¹ ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 8.1% ของ GDP (7% โดยภาครัฐ 1.1% โดยภาคเอกชน)

ระบบสุขภาพของประเทศไทยอังกฤษ มี Department of Health ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพต่างๆ รวมทั้งดูแล NHS ดังภาพ นอกจากนี้ยังมีกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอีก คือ Department of Social Security, Department of the Environment, Transport and the Regions, Ministry of Agriculture, Food and Fisheries, และ Department for Education and Employment

ภาพที่ 12 Structure of Department of Health, UK

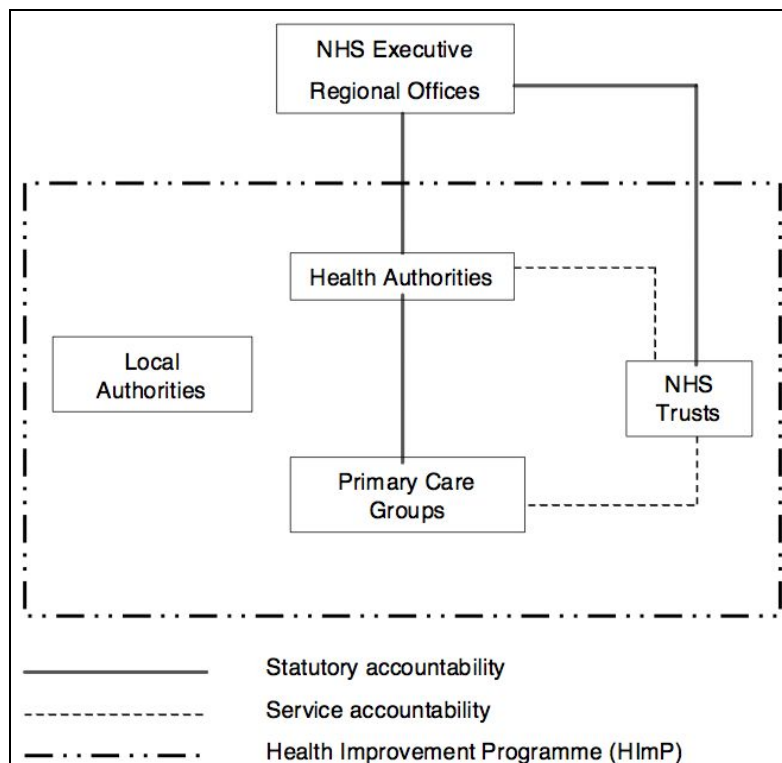


Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : United Kingdom. 1999.

NHS ได้รับการปฏิรูปเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้น โดยโครงสร้างปัจจุบัน จะมี Primary Care Groups (PCGs) ซึ่งหมายถึงกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติ ที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ 50,000 ถึง 250,000 คน ส่วนที่สองคือ NHS Trusts เป็นคู่สัญญาที่มีหน้าที่ดูแลการให้บริการสุขภาพ ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 230 แห่ง ซึ่งมี 5 กลุ่ม คือ General Healthcare Group Ltd., Nuffield Trust Ltd., BUPA Hospitals Ltd., Community

Hospitals Group, และ PPP Columbia Healthcare Ltd. ที่เป็นผู้นำตลาด โดยเป็นเจ้าของกว่า 60% ของโรงพยาบาลเอกชนที่มีในประเทศ (65% ของจำนวนเตียงโรงพยาบาลเอกชน)

ภาพที่ 13 Structure of NHS, UK



Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : United Kingdom. 1999.

ประชาชนเกือบทุกคน ได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP) ซึ่งสามารถรับบริการได้ทุกอย่างตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถเลือกแพทย์ที่ตนเองต้องการได้เฉพาะในพื้นที่ แพทย์ GP จะเป็นผู้ดูแลเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็น จากข้อมูลปีพ.ศ. 2541 มีแพทย์ GP 27,392 คน ซึ่งจะให้บริการเป็น 8,994 กลุ่มแพทย์ (Practice) คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3 คนต่อกลุ่ม โดยมีแนวโน้มที่กลุ่มจะใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบัน 63% ของกลุ่มแพทย์ มีแพทย์ GP อยู่ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป กลุ่มแพทย์เหล่านี้ให้บริการในลักษณะการเป็นคู่สัญญา กับ NHS นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ (District General Hospital) เป็นระบบหลักในการดูแลสุขภาพขั้นต่อมา แต่ละแห่งครอบคลุมประชากรประมาณ 150,000-200,000 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศอย่างทั่วถึง และยังมีโรงพยาบาลชุมชน ขนาดตั้งแต่ 50-200 เตียงตามพื้นที่ต่างๆ

ด้วยอัตราการเพิ่มงบประมาณผ่านกลไกภาษีที่น้อยกว่าอัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพ ทำให้ประเทศอังกฤษกำลังประสบปัญหา¹¹² แม้ว่าบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษจะให้ความครอบคลุมถ้วนหน้า แต่ข้อมูลในปีพ.ศ. 2539 พบว่า 14.6% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพยังอยู่ในภาคเอกชน มีประชาชนประมาณ

11% ที่มีประกันสุขภาพภาคเอกชน ข้อมูลในปีเดียวกันนั้น มีบริษัทประกันสุขภาพเอกชนอยู่ 25 แห่ง (7 แห่ง เป็นแบบไม่แสวงหากำไร) ซึ่งมีส่วนตลาดดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 34 Growth in NHS Expenditures, UK

Year	NHS		Hospital and community health		Family health services	
	Real growth	Volume growth	Real growth	Volume growth	Real growth	Volume growth
1973-74	1.8	-0.7	6.4	3.7	2.4	2.3
1974-75	14.2	2.8	18.8	4.4	0.9	-2.6
1975-76	5.2	2.5	4.5	1.8	8.1	5.6
1976-77	0.8	1.2	0.5	0.2	2.4	4.6
1977-78	-1.4	2.9	-1.5	3.0	-0.5	4.0
1978-79	1.5	2.2	1.1	2.5	9.7	7.8
1979-80	2.1	-0.7	2.3	-1.0	-0.2	-1.5
1980-81	9.8	2.6	11.5	3.0	4.9	1.4
1981-82	1.5	2.6	0.6	1.9	4.5	3.5
1982-83	2.0	4.1	0.6	1.1	7.5	6.3
1983-84	1.2	0.8	0.5	0.0	2.4	2.0
1984-85	2.0	1.0	0.7	-0.1	4.8	2.6
1985-86	0.2	0.5	0.0	0.6	0.4	0.9
1986-87	4.3	1.1	4.5	0.6	4.0	1.8
1987-88	5.0	2.4	4.9	1.9	5.3	3.7
1988-89	4.1	1.0	4.1	0.4	5.8	3.1
1989-90	-0.4	0.4	0.1	0.7	-2.6	-0.3
1990-91	3.8	3.5	3.8	3.2	2.7	0.9
1991-92	7.3	4.3	7.1	3.4	7.2	3.0
1992-93	5.7	4.1	5.7	2.9	6.2	5.7
1993-94	1.4	1.6	1.0	0.5	2.8	4.8
1994-95	3.0	2.0†	2.9	1.8†	4.9	3.9†
1995-96	2.9	2.8†	2.9	2.7†	2.2	2.0†
1996-97	0.9	0.7†	0.1	-0.1†	3.7	3.6†

Source: Dixon J, Harrison A. Funding the NHS. A little local difficulty? BMJ. 1997 Jan 18;314(7075):216-9.

ตารางที่ 35 Market Shares of Private Insurance Companies, UK

Company	Year			
	1985	1990	1995	1996
BUPA	59	50	44	42
PPP	25	29	27	27
WPA	7	7	5	5
Other providents	2	3	4	4
Commercials	7	11	20	22
Total subscription income (£m)	521	1 105	1 757	1 923

Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : United Kingdom. 1999.

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยใช้เงินภาษี เป็นแหล่งงบประมาณหลัก (81.5%) และมีเงินจากระบบประกันสุขภาพ (National Insurance) เพิ่มเติมอีกเล็กน้อย ในขณะที่การมีส่วนร่วมจ่าย คิดเป็น 2.1% ซึ่งได้จากค่ายา ค่าตรวจทางจุลทรรศน์ และค่าบริการทันตกรรม ส่วนการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ ทำให้ไม่สามารถสรุปข้อมูลในส่วนนี้ของประเทศไทยได้

ตารางที่ 36 NHS Source of Finance, UK

Financial Year	1988/ 1989	1989/ 1990	1990/ 1991	1991/ 1992	1992/ 1993	1993/ 1994	1994/ 1995	1995/ 1996	1996/ 1997
Total funding (£m)	19 317	21 088	23 632	26 954	29 856	31 275	33 266	34 878	36 330
Total Public	95.2	94.1	94.5	94.7	95.0	94.7	94.5	94.3	93.7
Consolidated fund expenditure	80.1	77.5	78.8	80.7	81.8	82.0	82.4	82.1	81.5
NHS element of NI contributions	15.1	16.6	15.7	14.0	13.2	12.7	12.1	12.2	12.2
Total from other sources	4.8	5.9	5.6	5.6	5.2	5.4	5.6	5.8	6.3
Charges	3.1	4.5	4.5	4.1	3.7	3.1	2.4	2.3	2.1
Capital funds from NHS Trusts	—	—	—	—	—	1.2	2.2	2.5	3.0
Miscellaneous	1.7	1.4	1.1	1.1	1.5	1.1	1.0	1.0	1.2

Source: European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : United Kingdom. 1999.

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศอังกฤษ 7 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องยาออก 4 เรื่อง^{28, 113-115} และตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการออก 2 เรื่อง^{116, 117} ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ไม่มีการศึกษาของประเทศอังกฤษ

Study 1. Patients' attitudes to co-payments for general practitioner services: do they reflect the prevailing system?¹¹⁸

O'Reilly และคณะ ได้ศึกษาข้อมูลจากการสำรวจประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 11,870 คน ในไอร์แลนด์ พบว่าประชาชนที่ไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่าย ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับ Copayment ในขณะที่ประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่แล้วเห็นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าควรเก็บค่าบริการเพิ่มหากมีการผิदन

ข้อสรุป ประชาชนที่ยังไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่าย มีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยกับ Copayment

สหรัฐอเมริกา (USA)

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากร 300 ล้านคน มีความเจริญก้าวหน้าในทุกๆด้าน มีระบบสุขภาพที่เน้นภาคเอกชนเป็นหลัก ค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 15.4% ของ GDP (6.9% โดยภาครัฐ 8.5% โดยภาคเอกชน) ซึ่งสูงที่สุดในโลก แต่กลับมีผู้ที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพกว่า 45 ล้านคน ระบบสุขภาพมีข้อเด่นคือ Managed Care ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ที่มีรูปแบบย่อยๆที่หลากหลายมาก ในที่นี้จะเน้นเฉพาะระบบประกันสุขภาพที่เป็นของรัฐบาล 2 ระบบใหญ่ คือ Medicare และ Medicaid

ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีรัฐบาลกลาง (Federal Government) เป็นผู้บริหารจัดการหลัก Medicare ประกอบด้วย 4 ส่วนใหญ่ คือ

- Medicare Part A (Hospital Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่นๆ (Skilled Nursing Facilities, Hospice, Home Health Care) ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม เนื่องจากได้เคยตัดจากเงินเดือนไปก่อนแล้ว
- Medicare Part B (Medical Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ค่าบริการแพทย์ และค่าบริการอื่นๆบางอย่างที่ Part A ไม่ครอบคลุม เช่น กายภาพบำบัด ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม
- Prescription Drug Coverage ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องเลือกชุดสิทธิประโยชน์ทางยาที่ต้องการ และส่วนใหญ่ต้องจ่ายเบี้ยประกันรายเดือน ผู้ที่อยู่ในโครงการ Medicare ทุกคน สามารถเลือกที่จะเข้าหรือไม่เข้า Prescription Drug Coverage ก็ได้ แต่เมื่อตัดสินใจไม่เข้าแต่เปลี่ยนใจภายหลัง อาจต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม

เนื่องจาก Medicare ยังไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้ป่วยได้ทุกกรณี (Coverage Gap) จึงมีระบบประกันสุขภาพเสริม เรียกว่า Supplementary Insurance¹¹⁹ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ Private Supplementation ของผู้ประกันตนเอง และ Public Supplementation จาก Medicaid เช่น

โครงการ Qualified Medicare Beneficiary (QMB) ซึ่งครอบคลุมผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจน¹ โดย Medicaid จะเป็นผู้จ่าย Premium, Copayment, และ Deductible เข้า Medicare ให้ผู้ประกันตน

Medicaid ครอบคลุมประชาชน 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม Categorically Needy หมายถึง ครอบครัวที่เข้าได้ ตามเกณฑ์ Aid to Families with Dependent Children (AFDC), หญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 133% ของ Federal Poverty Level (FPL), เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 100% ของ FPL, ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วน Medicaid กลุ่มที่สองคือ Medically Needy ซึ่งจะมีในบางรัฐ² หมายถึงครอบครัวที่มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีความจำเป็นทางสุขภาพ กลุ่มนี้จะครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์จนถึง 60 วันหลังคลอด, เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี, เด็กแรกเกิด, คนตาบอด นอกจากนี้บางรัฐยังอาจเพิ่มความครอบคลุมได้อีกตามต้องการ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลกลางด้วย เนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณสมทบ¹²⁰ บริการสุขภาพของ Medicaid ทั้งสองกลุ่ม จะมีรายละเอียดต่างกันพอสมควร

State Children's Health Insurance Programs (SCHIP) เป็นระบบประกันสุขภาพระดับรัฐที่ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่าที่จะเข้าโครงการ Medicaid แต่ไม่สูงมากพอที่จะซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้ ซึ่งในบางรัฐถือเป็นส่วนหนึ่งของ Medicaid บางรัฐแยกออกมาจาก Medicaid และบางรัฐมีระบบผสม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มพิเศษ (Special Groups) อื่นๆอีก ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้

ด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จึงได้มีการออกมาตรการลดค่าใช้จ่ายโดยการลดบริการในชุดสิทธิประโยชน์ลงในปีพ.ศ. 2510 และพ.ศ. 2513 แต่ต่อมาต้องยกเลิกเนื่องจากศาลตัดสินว่าผิดรัฐธรรมนูญ หลังจากนั้นในปีพ.ศ. 2515 ได้มีการออก 2 มาตรการลดค่าใช้จ่าย คือ 1.Prior Authorization คือการขออนุมัติก่อนเข้ารับบริการ และ 2.Copayment สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 2 ครั้งแรก สำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้หรือทรัพย์สินพอสมควร ซึ่งมาตรการที่ 2 นี้ ในช่วงแรกถือเป็นโครงการศึกษาวิจัยของรัฐ California ไปด้วยในตัว โดยมีสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เกิดจากการใช้บริการมากเกินไป และการใช้บริการที่มากเกินไปนั้น สามารถลดลงได้โดยพิจารณาจากผู้ป่วยในเรื่องการจ่ายเงิน โดยในช่วงนั้น มีผู้ประกันตนประมาณ 30% ที่ต้องจ่าย Copayment โดยทาง Medi-Cal (California's Medicaid) จะหัก \$1 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ \$0.50 สำหรับค่ายา ออกจากเงินที่จะจ่ายให้ผู้ให้บริการ โดยไม่สนใจว่าทางผู้ให้บริการจะเก็บ Copayment จากผู้ป่วยได้หรือไม่

¹ เงินเดือนต่ำกว่า Federal Poverty Level (FPL) และทรัพย์สินไม่เกิน 2 เท่าของเกณฑ์สำหรับ Supplemental Security Income (SSI)

² Arkansas, California, Connecticut, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin

ต่อมาได้มีการศึกษา Health Insurance Experiment โดย RAND Corporation (RAND HIE)³ ซึ่งใช้วิธี Randomized Controlled Trial (RCT) โดยการให้ครอบครัวจาก 6 พื้นที่³ เข้าระบบประกันสุขภาพ โดยสุ่ม 1 ระบบจากทั้งหมด 14 ระบบ ซึ่งแตกต่างกันในเรื่อง Copayment และ Deductible โดยมีตั้งแต่การได้รับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไปจนถึงระบบที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองทั้งหมด

มีอีกการศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจ พบว่า ผู้ประกันตน Medicare ที่เคยเป็นสมาชิกกับ HMO ที่ปิดตัวไปเต็มใจที่มีส่วนร่วมจ่ายเพื่อรักษาสวัสดิการประโยชน์ที่มีอยู่¹²¹

ผลของการมีส่วนร่วมจ่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูล Medline พบว่ามีการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา 335 เรื่อง แต่ได้ตัดเรื่องที่เกี่ยวข้องยาออก 85 เรื่อง^{19, 21, 24, 27, 28, 32, 33, 51, 54, 122-197} เรื่องที่ข้อมูลไม่พอ 29 เรื่อง¹⁹⁸⁻²²⁶ และตัดเรื่องที่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ตรงกับความต้องการหรือเป็นเพียงบทความแสดงความคิดเห็นออก 175 เรื่อง^{2, 11, 92, 116, 119, 121, 227-395} ส่วนฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มีการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา 13 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องยา 1 เรื่อง³⁹⁶ และมีวัตถุประสงค์ไม่ตรงกับความต้องการ 12 เรื่อง^{95, 258, 397-406}

³ 1) Dayton, OH; 2) Seattle, WA; 3) Fitchburg, MA; 4) Franklin County, MA; 5) Charleston, SC; 6) Georgetown County, SC

ตารางที่ 37 สรุปผลการจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา

No.	Study	Title	Design	Setting	Copayment	Results
1	Brian, 1974 ²¹⁵	California's Medi-Cal copayment experiment (A)	CT	OPD	Free vs \$1/first 2 visits/month & \$0.50/first 2 prescriptions/month	Copay ใช้บริการรักษาโรคน้อยกว่า Free - 17% สำหรับ AFDC - 1% สำหรับผู้สูงอายุ - 4% สำหรับผู้พิการ Copay ใช้บริการตรวจคัดกรองน้อยกว่า Free - 45% สำหรับ Pap smear - 58% สำหรับ "Total Obstetrical Care" Copay & Free ใช้บริการตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่ไม่ต่างกัน เว้น การตรวจตาและหู
		California's Medi-Cal copayment experiment (B)	Survey	OPD	Free vs \$1/first 2 visits/month & \$0.50/first 2 prescriptions/month	Copayment ไม่ได้เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาใช้บริการ
2	Roemer, 1975 ⁴⁰⁷	Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish	BA	OPD IPD	Free vs \$1/first 2 visits/month & \$0.50/first 2 prescriptions/month	Copay ใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงกว่า Free ประมาณ 2 เดือน แต่หลังจากนั้น Copay กลับใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่า Free
3	Hopkins, 1975 ⁴⁰⁸	Cost-sharing and prior authorization effects on Medicaid services in California: Part I. The Beneficiaries' Reactions	Survey	OPD	\$1/first 2 visits/month & \$0.50/first 2 prescriptions/month	ผู้ประกันตน 17% คิดว่าจะได้รับบริการลดลง (เป็นกลุ่ม High Medical Need) ผู้ประกันตนไม่ค่อยทราบข้อมูล และมักสับสนกับ Prior Authorization
4	Hopkins, 1975 ⁴⁰⁹	Cost-sharing and prior authorization effects on Medicaid services in California: Part II. The Providers' Reactions	Survey	OPD	\$1/first 2 visits/month & \$0.50/first 2 prescriptions/month	Copayment ไม่ได้มีผลต่อผู้ให้บริการมากนัก ผู้ให้บริการกังวลเรื่อง Prior Authorization มากกว่า Copayment ผู้ให้บริการคิดว่าผู้ป่วยไม่น่าจะเดือดร้อน
5	Hankin, 1980 ⁴¹⁰	The impact on utilization of a copayment increase for ambulatory	BA	Mental	Copay increase (n/d)	การใช้บริการจิตเวชลดลงเล็กน้อย และมีผลไม่นาน

		psychiatric care				
6	Newhouse, 1981 ³	Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance	RCT	OPD	Copay 0%, 25%, 50%, 95% (RAND)	Copayment ยิ่งมากการใช้บริการยิ่งน้อย โดยมีผลต่อการบริการผู้ป่วยนอก มากกว่าบริการผู้ป่วยใน
7	Wolfson, 1982 ⁴¹¹	Effects of cost-sharing on users of a state's health service program	BA	OPD	Free → Copay (n/d)	การใช้บริการไม่ลดลง ผู้ยากจนไม่ได้รับผลกระทบ
8	Aved, 1983 ⁴¹²	Assessing the impact of copayment on family planning services: a preliminary analysis in California	2 nd	FP	Copay \$10-\$20	ผู้ให้บริการ 22% มีผู้มาใช้บริการลดลง ผู้ป่วยบริจาคเงินลดลง
9	Scheffler, 1984 ⁴¹³	The United Mine Workers' health plan. An analysis of the cost-sharing program	2 nd	O/IPD	Copay 40% (O/IPD) Deduct \$250 (IPD) (UMWA)	การใช้บริการผู้ป่วยนอกและในลดลง 30%
10	Fischer, 1984 ⁴¹⁴	Utilization of child health clinics following introduction of a copayment	2 nd	WB	Copay \$15 (average; range \$0-\$44)	การใช้บริการเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนลดลงเล็กน้อย
11	Leibowitz, 1985 ⁴¹⁵	Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial	RCT 2nd	OPD	(RAND)	ผลของ Copayment ต่อการใช้บริการประเภทต่างๆ ไม่ต่างกัน
12	O'Grady, 1985 ⁴¹⁶	The impact of cost sharing on emergency department use	RCT 2 nd	ER	(RAND)	Copay 0% มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า Copay 95% อยู่ 42% Copay 0% ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงใช้บริการห้องฉุกเฉินเป็น 3 เท่าของผู้เจ็บป่วยรุนแรง
13	Valdez, 1985 ⁴¹⁷	Consequences of cost-sharing for children's health	RCT	OPD	14 plans (Free, Copay at varying degree)	การใช้บริการลดลงได้มากถึง 30%
14	Shapiro, 1986 ⁴¹⁸	Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial	RCT 2 nd	OPD	(RAND)	Copay ใช้บริการน้อยกว่า Free สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย (6.3% vs 9%) การใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงไม่ต่างกัน (22.3% vs 17.9%) ในกลุ่มผู้ยากจน พบว่า Copay เจ็บป่วยรุนแรงมากกว่า Free
15	Roddy, 1986 ⁴¹⁹	Cost sharing and use of health services. The United Mine Workers of America Health Plan	2 nd	O/IPD	(UMWA)	ยืนยัน (8) แต่พบว่าผลไม่ยาวนาน เนื่องจากการใช้บริการกลับเพิ่มสูงกว่าเดิม
16	Greene, 1986 ⁴²⁰	Cost sharing and its effects on hospital utilization. The Blue Cross and Blue Shield of North Carolina experience	CC+BA	IPD	Case: A → B Control: A → A A1: Free	กลุ่มทดลอง มีการใช้บริการผู้ป่วยในลดลง 11.3% และ LOS ลดลง 0.3 วัน จากปีก่อนหน้า กลุ่มควบคุม มีการใช้บริการผู้ป่วยในลดลง 3.4%

					A2: Copay 20% A3: Deduct OPD \$25/\$50, Deduct IPD \$100 B: Deduct \$100/\$150/\$200 Copay 10%/15%/20%	
17	Manning, 1986 ⁴²¹	How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services	RCT 2 nd	Mental	(RAND)	Free ใช้บริการเพิ่ม 133% เมื่อเทียบกับ Copay 95%
18	Wallen, 1986 ⁴²²	Male-female differences in mental health visits under cost-sharing	2 nd	Mental	(UMWA)	ผู้ประกันตนเพศชายได้รับผลกระทบมากกว่าเพศหญิง
19	Wells, 1987 ⁴²³	Cost-sharing and the use of general medical physicians for outpatient mental health care	RCT 2 nd	Mental	(RAND)	Cost Sharing ไม่มีผลต่อการเลือกแพทย์
20	Cherkin, 1989 ⁴	The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization	BA	OPD	Free → Copay \$5	การใช้บริการปฐมภูมิลดลง 10.9% โดยเฉพาะผู้ประกันตนเพศหญิง และผู้ที่เคยใช้บริการเป็นประจำอยู่ก่อนแล้ว การใช้บริการแพทย์เฉพาะทางลดลง 3.3% ผลของ Copay ยาวนานตลอด 1 ปี
21	Cherkin, 1990 ⁴²⁴	The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO	BA	OPD	Free → Copay \$5	การตรวจร่างกายลดลง 14% การให้วัคซีนเด็ก, การตรวจคัดกรองมะเร็งเพศหญิง, การเข้าโรคหัวใจ ไม่เปลี่ยนแปลง
22	Anderson, 1991 ⁴²⁵	A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care	RCT	OPD	Free vs Copay+Deduct	Copay+Deduct ช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการลดการใช้บริการ
23	Rogers, 1991 ⁴²⁶	Effects of cost sharing in health insurance on disability days	2 nd	OPD	4 groups (Free, Copay at 3 varying degrees)	Restricted Activity Day ต่อปีต่อคนลดลง 1-2 วัน ในกลุ่ม Copay สูง
24	Cherkin, 1992 ⁴²⁷	Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research	2 nd	OPD	(n/a)	ผลของ Copay ไม่แตกต่างกันตามรายได้ของผู้ประกันตน
25	Fahs, 1992 ⁴²⁸	Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin	2nd	OPD	Free → \$7.50/visit	แม้ Copayment จะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพของ Copay แต่ผู้ให้บริการอาจชดเชยด้วยการเพิ่มค่าใช้จ่ายจาก Free
26	Selby, 1996 ⁴²⁹	Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization	CT	ER	Free vs \$25-30/visit	Copay ใช้บริการน้อยกว่า Free 15% โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้มีภาวะเร่งด่วนมาก Copay & Free อัตราตายไม่ต่างกัน
27	Simon,	Impact of visit copayments on outpatient	BA	Mental	A: Free → \$20/visit	A: ผู้ป่วยรายใหม่มารับบริการลดลง 16%

	1996 ⁴³⁰	mental health utilization by members of a health maintenance organization			B: \$20 → \$30/visit	B: ผู้ป่วยรายเก่ามารับบริการลดลง 9%
28	Shekelle, 1996 ⁴³¹	The effect of cost sharing on the use of chiropractic services	RCT 2 nd	Alt	(RAND)	การใช้บริการลดลง 50% ต่อทุกๆ Copay ที่เพิ่มขึ้น 25%
29	Magid, 1997 ⁴³²	Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction	BA	ER	Copay \$25-\$100	Copay ได้รับการดูแลภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างทันที่ที่ ไม่แตกต่างจาก Free
30	Solanki, 1999 ⁴³³	Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services	2 nd	Prev	Copay varies (n/d)	การลด Copay น่าจะเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการเพิ่มการรับบริการป้องกันโรค
31	Solanki, 2000 ⁴³⁴	The direct and indirect effects of cost-sharing on the use of preventive services	2 nd	Prev	Copay varies (n/d)	การลด Copay น่าจะเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการเพิ่มการรับบริการป้องกันโรค
32	Stein, 2000 ⁴³⁵	The effect of copayments on drug and alcohol treatment following inpatient detoxification under managed care	2 nd	Mental	Copay varies (n/d)	การลด Copay น่าจะเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการเพิ่มการรับบริการบำบัดสารเสพติด
33	Wong, 2001 ⁴³⁶	Effects of cost sharing on care seeking and health status: results from the Medical Outcomes Study	2 nd	OPD	Copay 0% vs 50% vs 100%	Copay ลดการใช้บริการทุกระดับความรุนแรง แต่ไม่พบว่า Health Status แตกต่างกัน
34	Remler, 2003 ⁴³⁷	Health status and heterogeneity of cost-sharing responsiveness: how do sick people respond to cost-sharing?	2 nd	OPD	-	ผลของ Copay ต่อการใช้บริการ มีความแตกต่างกันตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย
35	Stein, 2003 ⁴³⁸	Drug and alcohol treatment among privately insured patients: rate of specialty substance abuse treatment and association with cost-sharing	2 nd	Mental	Copay varies	Copay สูงใช้บริการน้อยกว่า Copay ต่ำ
36	Rice, 2004 ⁴³⁹	The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors	LR	-	-	Copay ใช้บริการน้อยลงและสุขภาพแย่ลง
37	Ciamins, 2004 ⁴⁴⁰	The effect of parity-induced copayment reductions on adolescent utilization of substance use services	2 nd	Mental	Copay decrease	การลด Copay ทำให้การใช้บริการเพิ่มขึ้น
38	Hsu, 2004 ⁴⁴¹	Cost-sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care	Survey	ER	Copay: Perceived vs Actual	ผู้ป่วยมักไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอัตราค่าบริการฉุกเฉิน ผู้ป่วย 57% ประเมินค่าใช้จ่ายต่ำกว่าความเป็นจริง \$20 ขึ้นไป ผู้ป่วย 11% คิดจะหลีกเลี่ยงการใช้บริการ ด้วยเหตุผล Copayment

39	Liang, 2004 ⁴⁴²	Does patient cost sharing matter? Its impact on recommended versus controversial cancer screening services	2 nd	Prev	(n/d)	Copay มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก มากกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
40	Reed, 2005 ⁴⁴³	Care-seeking behavior in response to emergency department copayments	Survey	ER	Copay \$5-\$100	41% ของผู้ป่วย ระบุ Copay ได้ถูกต้อง 19% ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการ โดย 12% ไปรับบริการที่อื่น, 9% ชลอการไปห้องฉุกเฉิน, 2% ไม่ไปโรงพยาบาลอีกเลย
41	Rietmeijer, 2005 ⁴⁴⁴	Trends in clinic visits and diagnosed Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections after the introduction of a copayment in a sexually transmitted infection clinic	2 nd	OPD	Copay \$15-\$65	Copay ใช้บริการลดลง 28.5%
42	Slade, 2005 ⁴⁴⁵	Cost-sharing requirements and access to mental health care among medicare enrollees with schizophrenia	2 nd	Mental	Copay 50%	Copay มีแนวโน้มใช้บริการน้อยลง 25-45%
43	Wright, 2005 ⁴⁴⁶	The impact of increased cost sharing on Medicaid enrollees	BA	O/IPD, ER	Free → Copay \$5 for OPD, \$50 for ER, \$250 for IPD Premium same for single, double for family	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนลดลง 44% ออกจากโครงการ ผู้ที่ออกจากด้วยเหตุผลเรื่อง Cost Sharing เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการที่จำเป็นมากกว่าผู้ที่ออกจากด้วยเหตุผลอื่นๆ ผู้ที่ออกจากด้วยเหตุผลเรื่อง Cost Sharing เป็นกลุ่มที่มีหนี้สิน \$500 ขึ้นไป และเคยได้รับการปฏิเสธการรักษา มากกว่าผู้ที่ออกจากด้วยเหตุผลอื่นๆ ผู้ยากจนได้รับผลกระทบมากที่สุด
44	Busch, 2006 ⁴⁴⁷	Effects of a cost-sharing exemption on use of preventive services at one large employer	BA	Prev	Copay \$10-\$15/visit → Free	การยกเว้น Cost Sharing ไม่มีผลลดการใช้บริการคัดกรองโรค
45	Lowe, 2006 ⁴⁴⁸	Changes in access to primary care for Medicaid beneficiaries and the uninsured: the emergency department perspective	BA	O/IPD, ER	Premium \$6-\$12/month Copay \$5 (primary visit), \$3 (lab & x-ray), \$2-\$25 (drugs), \$3-\$10 (procedure), \$50 (ER), \$250 (IPD)	การขึ้นทะเบียนลดลง ทำให้ผู้ไร้หลักประกันมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินมากขึ้น จาก 18% เป็น 22%
46	Hsu, 2006 ⁴⁴⁹	Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: findings from the safety and financial ramifications of ED copayments study		ER	Private Insurance: Free vs Copay \$20-\$35 Free vs Copay \$50-\$100	Private Insurance: Copay \$20-\$35 ใช้บริการน้อยกว่า Free 12% Copay \$50-\$100 ใช้บริการน้อยกว่า Free 23%

					Medicare: Free vs Copay \$20-\$50	Medicare: Copay \$20-\$50 ใช้บริการน้อยกว่า Free 4% การใช้บริการผู้ป่วยไม่เพิ่มตามอัตรา Copay
--	--	--	--	--	--------------------------------------	---

Note: ER = Emergency, OPD = Outpatient Department, IPD = Inpatient Department, O/IPD = Both, WB = Well Baby Clinic, FP = Family Planning, Prev = Preventive Services, Alt = Alternative Medicine, 2nd = Secondary Data Analysis, CC = Case Control, BA = Before-After, CT = Controlled Trial, RCT = Randomized Controlled Trial, LR = Literature Review, RAND = RAND Health Insurance Experiment, UMWA = United Mine Workers of America, n/d = No data

เอกสารอ้างอิง

1. Lee SY, Chun CB, Lee YG, Seo NK. The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. *Health Policy* 2008;85:105-13.
2. Rasell ME. Cost sharing in health insurance--a reexamination. *N Engl J Med* 1995;332:1164-8.
3. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981;305:1501-7.
4. Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. *Med Care* 1989;27:1036-45.
5. Healy J, Sharman E, Lokuge B, European Observatory on Health Systems and Policies. *Health systems in transition : Australia*; 2006.
6. McManus P, Donnelly N, Henry D, Hall W, Primrose J, Lindner J. Prescription drug utilization following patient co-payment changes in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1996;5:385-92.
7. Doran E, Robertson J, Rolfe I, Henry D. Patient co-payments and use of prescription medicines. *Aust N Z J Public Health* 2004;28:62-7.
8. Harvey KJ. The Pharmaceutical Benefits Scheme 2003-2004. *Aust New Zealand Health Policy* 2005;2:2.
9. Kelaher M, Dunt D, Taylor-Thomson D, et al. Improving access to medicines among clients of remote area Aboriginal and Torres Strait Islander Health Services. *Aust N Z J Public Health* 2006;30:177-83.
10. Wlodarczyk JH, Cleland LG, Keogh AM, et al. Public funding of bosentan for the treatment of pulmonary artery hypertension in Australia: cost effectiveness and risk sharing. *Pharmacoeconomics* 2006;24:903-15.
11. Doan BD. [Health at cost? Meeting of the FICOSSER Inter-Center Collaborative Research Group on Health Cost Containment Policies (Barcelona, Spain, 19-21 April 1993)]. *Cah Sociol Demogr Med* 1993;33:153-68.
12. Marshall GR. Institutionalising cost sharing for catchment management: lessons from land and water management planning in Australia. *Water Sci Technol* 2002;45:101-11.

13. Ulmer B, Harris M. Australian GPs are satisfied with their job: even more so in rural areas. *Fam Pract* 2002;19:300-3.
14. Quine S, Bernard D, Booth M, et al. Health and access issues among Australian adolescents: a rural-urban comparison. *Rural Remote Health* 2003;3:245.
15. Awofeso N. Prisoner Healthcare Co-Payment Policy : A Cost-Cutting Measure that Might Threaten Inmates' Health. *Appl Health Econ Health Policy* 2005;4:159-64.
16. Marchildon GP, Mossialos E, Allin S, European Observatory on Health Systems and Policies. *Health systems in transition : Canada*. Toronto: University of Toronto Press; 2006.
17. Andrews D. *Assessing Alternative Financing Methods for the Canadian Health Care System in View of Population Aging*; 2007.
18. Pollara Research. *Health Care in Canada Survey* (<http://www.hcic-sssc.ca>); 2006.
19. Anis AH. Substitution laws, insurance coverage, and generic drug use. *Med Care* 1994;32:240-56.
20. Anis AH, Guh DP, Lacaille D, et al. When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions. *CMAJ* 2005;173:1335-40.
21. Blais L, Boucher JM, Couture J, Rahme E, LeLorier J. Impact of a cost-sharing drug insurance plan on drug utilization among older people. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:410-4.
22. Blais L, Couture J, Rahme E, LeLorier J. Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. *Health Policy* 2003;64:163-72.
23. David J. Do drug copayments work? *CMAJ* 1994;150:1491-3.
24. Dormuth CR, Glynn RJ, Neumann P, Maclure M, Brookhart AM, Schneeweiss S. Impact of two sequential drug cost-sharing policies on the use of inhaled medications in older patients with chronic obstructive pulmonary disease or asthma. *Clin Ther* 2006;28:964-78; discussion 2-3.
25. Dranitsaris G, Elia-Pacitti J, Cottrell W. Measuring treatment preferences and willingness to pay for docetaxel in advanced ovarian cancer. *Pharmacoeconomics* 2004;22:375-87.
26. Grootendorst P. Beneficiary cost sharing under Canadian provincial prescription drug benefit programs: history and assessment. *Can J Clin Pharmacol* 2002;9:79-99.
27. Kephart G, Skedgel C, Sketris I, Grootendorst P, Hoar J. Effect of copayments on drug use in the presence of annual payment limits. *Am J Manag Care* 2007;13:328-34.

28. King DR, Kanavos P. Encouraging the use of generic medicines: implications for transition economies. *Croat Med J* 2002;43:462-9.
29. Li X, Guh D, Lacaille D, Esdaile J, Anis AH. The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: own- and cross-price elasticities. *Health Policy* 2007;82:340-7.
30. Marra F, Patrick DM, White R, Ng H, Bowie WR, Hutchinson JM. Effect of formulary policy decisions on antimicrobial drug utilization in British Columbia. *J Antimicrob Chemother* 2005;55:95-101.
31. Pilote L, Beck C, Richard H, Eisenberg MJ. The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *CMAJ* 2002;167:246-52.
32. Schneeweiss S, Maclure M, Soumerai SB. Prescription duration after drug copay changes in older people: methodological aspects. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:521-5.
33. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001;285:421-9.
34. Aba S, Goodman WD, Mintz JM. Funding public provision of private health--the case for a copayment contribution through the tax system. *Health Law Can* 2002;22:85-100.
35. Breneman T. The significance of co-payments. *J Can Dent Assoc* 2000;66:77.
36. Brosseau BL. [The end of cost-sharing health programs]. *Can Hosp* 1971;48:5 passim.
37. Brosseau BL. Restraint may force quicker cost-sharing. *Dimens Health Serv* 1976;53:6-7.
38. Gray J. Home care in Ontario: the case for copayments. *Health Law J* 2000;8:177-97.
39. LeTouze D, Manga P. Chronic care copayment in Ontario. *Dimens Health Serv* 1979;56:14-6.
40. Matsui RM. Waiving copayments: a legal and ethical dilemma. *Oral Health* 1998;88:29-30.
41. McNulty B. Partnership vs. cost-sharing. *Ont Dent* 1988;65:15-6.
42. Dadoun R, Delvin EE. Laboratory service sharing for cost containment. *Leadersh Health Serv* 1995;4:16-9.
43. White KG. The economic and political determinants of provincial social assistance rates in Canada [M.A.]. Canada: University of Calgary (Canada); 2006.
44. Henderson TS. A provincial liberal: Angus L. Macdonald, 1890--1954 [Ph.D.]. Canada: York University (Canada); 2003.
45. Glover TD. Forming an inter-municipal partnership to deliver public recreation: An embedded, single case design [M.A.]. Canada: University of Alberta (Canada); 1997.

46. Ashley BD. Community economic impact of commercial fisheries development in Canada's eastern Arctic: The Pangnirtung winter turbot fishery [M.R.M.]. Canada: Simon Fraser University (Canada); 1993.
47. Anis AH. Essays on the effects of government policy on firm and industry behaviour [Ph.D.]. Canada: Carleton University (Canada); 1989.
48. Gaffney MF. THE CANADIAN JOBS STRATEGY: SELECTED OUTCOMES AND POLITICAL SYSTEM CHARACTERISTICS WITHIN A RECURRENT EDUCATION CONTEXT [Ph.D.]. Canada: University of Alberta (Canada); 1987.
49. Beck RG, Horne JM. Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 1980;18:787-806.
50. Jarvelin J, Rico A, Cetani T, European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Finland; 2002.
51. Martikainen JE, Hakkinen U, Enlund H. Adoption of new antiglaucoma drugs in finland: Impact of changes in copayment. *Clin Ther* 2007;29:2468-76.
52. Halldorsson M, Kunst AE, Kohler L, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:200-4.
53. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : Germany; 2000.
54. Pfaff M. [Drug use: a life choice or health threat]. *Gesundheitswesen* 2000;62:S9-12.
55. Winkelmann R. Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits--evidence from a natural experiment. *Health Econ* 2004;13:1081-9.
56. Schmidt K. [Incentives for especially cost effective prescribing. The physician protects his budget, the patient saves co-pay]. *MMW Fortschr Med* 2006;148:57, 9.
57. Reckort HP. [Cost sharing is again discussed. Health insurance grows too expensive for the politicians]. *Zahnarztl Mitt* 1975;65:318-20.
58. Schicke RK. Prevention and the demand for dental care in an international perspective. *Int Dent J* 1981;31:320-7.
59. [Radiologists suffer the greatest loss of income. Analysis of cost structure. Analysis of the ZI (Central Institute) cost structure shows a 82% sharing of costs]. *Radiologe* 1998;38:M119-20.
60. Krauth C, Schwartz FW. [Cost-benefit principle and cost containment]. *Med Klin (Munich)* 1998;93:49-51.

61. Ullrich CG. Managing the behavior of the medically insured in Germany: the acceptance of cost-sharing and risk premiums by members of the statutory health insurance. *J Health Soc Policy* 2002;15:31-43.
62. Delbos R. [Health policy: with more individual responsibility out of the co-payment trap]. *Versicherungsmedizin* 2003;55:1-2.
63. Osterkamp R. Public health insurance. Pareto-efficient allocative improvements through differentiated copayment rates. *Eur J Health Econ* 2003;4:79-84.
64. [Not every colleague is happy about it. In emergencies now only 1 co-pay]. *MMW Fortschr Med* 2004;146:48.
65. [Co-pay reduced--free cards for doctor hopping patients]. *MMW Fortschr Med* 2004;146:54.
66. Ahrens D. [Health economy and health promotion -- self-responsibility for health?]. *Gesundheitswesen* 2004;66:213-21.
67. Schmidt K. [Insane insurance expenditure over co-pay. 120 euro outlay for 10 euro gain]. *MMW Fortschr Med* 2004;146:54-5.
68. Westhoff G, Listing J, Zink A. [Out-of-pocket medical spending for care in patients with recent onset rheumatoid arthritis]. *Z Rheumatol* 2004;63:414-24.
69. Hulsemann JL, Mittendorf T, Merkesdal S, et al. Direct costs related to rheumatoid arthritis: the patient perspective. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1456-61.
70. Brenner G, Koch H, Kerek-Bodden H, Heuer J, Lang A. [Diagnoses as the subject of health service research to analyse the morbidity of outpatients]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007;50:1021-7.
71. Griesinger G, Diedrich K, Altgassen C. Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004. *Hum Reprod* 2007;22:3027-30.
72. Eller M, Baumann F, Mielck A. [Knowledge of "Hardship Exemptions" in statutory sickness insurance]. *Gesundheitswesen* 2002;64:565-71.
73. Grabka MM, Schreyogg J, Busse R. [The impact of co-payments on patient behavior: evidence from a natural experiment]. *Med Klin (Munich)* 2006;101:476-83.
74. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aiach P. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Soc Sci Med* 2007;65:367-76.

75. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aiach P. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:416-20.
76. Okimoto DI, Yoshikawa A. Japan's health system : efficiency and effectiveness in universal care. New York: Faulkner & Gray, Inc. ; Washington, DC : Healthcare Information Center; 1993.
77. Fukawa T. Public Health Insurance in Japan. Washington, D.C.: World Bank Institute; 2002.
78. Shiragami M. [Pharmacoeconomics]. *Yakugaku Zasshi* 2003;123:133-42.
79. Nagoshi K. [Neurological disease in measures against intractable diseases in Japan]. *Rinsho Shinkeigaku* 2003;43:783-4.
80. Nakatani H, Kondo T. Characteristics of a medical care program for specific diseases in Japan in an era of changing cost-sharing. *Health Policy* 2003;64:377-89.
81. Ito M. Health insurance systems in Japan: a neurosurgeon's view. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2004;44:617-28.
82. Babazono A. [Securing access to medical services and patient co-payment]. *Fukuoka Igaku Zasshi* 2006;97:43-52.
83. Tsuji M, Suzuki W, Taoka F. An empirical analysis of a telehealth system in terms of cost-sharing. *J Telemed Telecare* 2003;9 Suppl 1:S41-3.
84. Babazono A, Miyazaki M, Une H, Yamamoto E, Tsuda T, Mino Y. A study on a reduction in visits to physicians after introduction of 30% co-payments in the employee health insurance in Japan. *Ind Health* 2004;42:50-6.
85. Babazono A, Ogawa T, Babazono T, Hamada H, Tsuda T, Aoyama H. The effect of a cost sharing provision in Japan. *Fam Pract* 1991;8:247-52.
86. Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une H, Hillman AL. Effects of an increase in patient copayments on medical service demands of the insured in Japan. *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:465-75.
87. Babazono A, Miyazaki M, Imatoh T, et al. Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:228-33.
88. Babazono A. [The impact of partial cost sharing on the attitude of insured persons with hypertension]. *Nippon Eiseigaku Zasshi* 1990;45:849-59.

89. Kupor SA, Liu YC, Lee J, Yoshikawa A. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System. *Int J Health Serv* 1995;25:295-312.
90. Tucci J. The Singapore health system - achieving positive health outcomes with low expenditure. *Healthcare Market Review* 2004.
91. Introduction to 3Ms (FAQs). 2008. (Accessed at
92. Sauntharajah Y, Tan SY. Hybridizing the health care plans of Hawaii, Oregon, and Singapore. *Hawaii Med J* 1995;54:464-7.
93. Cho SH. Older people's willingness to use home care nursing services. *J Adv Nurs* 2005;51:166-73.
94. Hahm MI, Choi KS, Kye SY, Kwak MS, Park EC. [Factors influencing the intention to have stomach cancer screening]. *J Prev Med Pub Health* 2007;40:205-12.
95. Shin H. Income-related inequity in health care access and delivery [Ph.D.]. United States -- South Carolina: University of South Carolina; 2003.
96. Koo J-H. Study on the introduction of development impact fees in Korean land development [M.S.]. United States -- Michigan: Michigan State University; 1997.
97. Park JM. The determinants of physician and pharmacist utilization and equity of access under Korean universal health insurance [Ph.D.]. United States -- Texas: The University of Texas Health Sciences Center at Houston School of Public Health; 1994.
98. Lee KS. EFFECTS OF MEDICAL INSURANCE ON THE DEMAND FOR MEDICAL CARE IN KOREA (MEDICAL SERVICES) [Ph.D.]. United States -- Hawaii: University of Hawai'i; 1984.
99. Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 2005;72:293-300.
100. Bureau of National Health Insurance. National Health Insurance in Taiwan. Taipei, Taiwan, R.O.C.; 2007.
101. Liu SZ, Romeis JC. Assessing the effect of Taiwan's outpatient prescription drug copayment policy in the elderly. *Med Care* 2003;41:1331-42.
102. Liu SZ, Romeis JC. Changes in drug utilization following the outpatient prescription drug cost-sharing program--evidence from Taiwan's elderly. *Health Policy* 2004;68:277-87.
103. Lee YC, Yang MC, Huang YT, Liu CH, Chen SB. Impacts of cost containment strategies on pharmaceutical expenditures of the National Health Insurance in Taiwan, 1996-2003. *Pharmacoeconomics* 2006;24:891-902.

104. Huang JA, Weng RH, Tsai WC, Hu WH, Yang DY. Analysis of emergency department utilization by elderly patients under National Health Insurance. *Kaohsiung J Med Sci* 2003;19:113-20.
105. Hsu C-H. Assessing effectiveness of a disease management program for diabetes in the region of Taoyuan, Taiwan [Ph.D.]. United States -- Missouri: Saint Louis University; 2004.
106. Li TSK. The effectiveness of healthcare cost-containment strategies: A contingency approach: Hong Kong Polytechnic University (People's Republic of China); 2001.
107. Tsai Y-W. The impact of Taiwan's national health insurance on physician and patient behavior: Vaginal delivery versus cesarean section [Ph.D.]. United States -- California: University of California, Berkeley; 1998.
108. Yu Chang JCI. Variations in physician practice patterns for eye care under the National Health Insurance of Taiwan [Ph.D.]. United States -- California: University of Southern California; 2000.
109. Huang JH, Tung CM. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43:101-16.
110. Chen W-Y. National Health Insurance in Taiwan: Welfare Analysis and Hospital Competition: Oregon State University; 2006.
111. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition : United Kingdom; 1999.
112. Dixon J, Harrison A. Funding the NHS. A little local difficulty? *BMJ* 1997;314:216-9.
113. Chalker J. Effect of a drug supply and cost sharing system on prescribing and utilization: a controlled trial from Nepal. *Health Policy Plan* 1995;10:423-30.
114. Towse A. The UK pharmaceutical market. An overview. *Pharmacoeconomics* 1996;10 Suppl 2:14-25.
115. Noyce PR, Huttin C, Atella V, et al. The cost of prescription medicines to patients. *Health Policy* 2000;52:129-45.
116. Van Grunsven P. State implementation of increases in Medicaid copayment requirements. *J Health Hosp Law* 1995;28:43-53.
117. Alderson P, Hawthorne J, Killen M. Parents' experiences of sharing neonatal information and decisions: consent, cost and risk. *Soc Sci Med* 2006;62:1319-29.

118. O'Reilly D, O'Neill C, O'Dowd T, et al. Patients' attitudes to co-payments for general practitioner services: do they reflect the prevailing system? *J Health Serv Res Policy* 2007;12:197-201.
119. Link CR, Long SH, Settle RF. Cost sharing, supplementary insurance, and health services utilization among the Medicare elderly. *Health Care Financ Rev* 1980;2:25-31.
120. CMS. Medicaid At-a-Glance 2005: A Medicaid Information Source: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2005.
121. Kao AC, Krasny AJ. Preferences for patient cost sharing among medicare beneficiaries after HMO plan withdrawals. *J Gen Intern Med* 2002;17:446-50.
122. California AIDS Drug Assistance Program. *BETA* 1998:55-7.
123. Managed care outlook. Similarity seen in prescription cost-sharing. *Manag Care* 2000;9:52.
124. Copayments for medications. Final rule. *Fed Regist* 2001;66:63449-51.
125. Stats & facts. More consumer cost sharing in pharmacy benefit. *Manag Care Interface* 2002;15:34-5.
126. Calif. AIDS groups reject ADAP co-pay. *AIDS Policy Law* 2003;18:1.
127. The effect of tiered-copay formularies on prescription drug use and spending. *Manag Care Interface* 2004;17:68-9.
128. The formulary files. Increasing drug copayments deters compliance. *Manag Care* 2004;13:47.
129. Prescription drug copayments--fiduciary duty--plan discounts--disclosure. *Alves v. Harvard Pilgrim Health Care, Inc. Benefits Q* 2005;21:61-3.
130. Alevizos A, Mihas C, Mariolis A. The effects of cost sharing on statin adherence. *Am J Manag Care* 2007;13:e2-3.
131. Batal HA, Krantz MJ, Dale RA, Mehler PS, Steiner JF. Impact of prescription size on statin adherence and cholesterol levels. *BMC Health Serv Res* 2007;7:175.
132. Bowman J, Rousseau A, Silk D, Harrison C. Access to cancer drugs in Medicare Part D: formulary placement and beneficiary cost sharing in 2006. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1240-8.
133. Briesacher B, Kamal-Bahl S, Hochberg M, Orwig D, Kahler KH. Three-tiered-copayment drug coverage and use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Arch Intern Med* 2004;164:1679-84.
134. Briesacher BA, Limcangco MR, Frech-Tamas F. New-user persistence with antihypertensives and prescription drug cost-sharing. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2007;9:831-6.

135. Brown E. Cox-2 inhibitors. *Physician Exec* 1999;25:74-6.
136. Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL, Wynn JJ, Wade WE, DiPiro JT. Cost-benefit analysis of a clinical pharmacist-managed medication assistance program in a renal transplant clinic. *Clin Transplant* 2000;14:304-7.
137. Christensen DB, Roth M, Trygstad T, Byrd J. Evaluation of a pilot medication therapy management project within the North Carolina State Health Plan. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2007;47:471-83.
138. Cole JA, Norman H, Weatherby LB, Walker AM. Drug copayment and adherence in chronic heart failure: effect on cost and outcomes. *Pharmacotherapy* 2006;26:1157-64.
139. Crown WH, Berndt ER, Baser O, et al. Benefit plan design and prescription drug utilization among asthmatics: do patient copayments matter? *Front Health Policy Res* 2004;7:95-127.
140. Curtiss FR. Measuring outcomes of 3-tier copay drug benefit plans. *J Manag Care Pharm* 2002;8:522-3.
141. Curtiss FR. Unraveling the effects of tier-copayment drug benefit designs. *J Manag Care Pharm* 2003;9:177-8.
142. Curtiss FR. Hypertension, prescription drug copayments, and drug therapy adherence. *J Manag Care Pharm* 2003;9:454-6.
143. Dalzell MD. Pharmacy copayments: a double-edged sword. *Manag Care* 1999;8:26-31.
144. Fahlman C, Stuart B, Zacker C. Community pharmacist knowledge and behavior in collecting drug copayments from Medicaid recipients. *Am J Health Syst Pharm* 2001;58:389-95.
145. Fairman KA, Motheral BR, Henderson RR. Retrospective, long-term follow-up study of the effect of a three-tier prescription drug copayment system on pharmaceutical and other medical utilization and costs. *Clin Ther* 2003;25:3147-61; discussion 4-6.
146. Fendrick AM, Smith DG, Chernew ME, Shah SN. A benefit-based copay for prescription drugs: patient contribution based on total benefits, not drug acquisition cost. *Am J Manag Care* 2001;7:861-7.
147. Foxman B, Valdez RB, Lohr KN, Goldberg GA, Newhouse JP, Brook RH. The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial. *J Chronic Dis* 1987;40:429-37.
148. Ganther-Urmie JM, Nair KV, Valuck R, McCollum M, Lewis SJ, Turpin RS. Consumer attitudes and factors related to prescription switching decisions in multitier copayment drug benefit plans. *Am J Manag Care* 2004;10:201-8.

149. Gibson TB, Mark TL, Axelsen K, Baser O, Rublee DA, McGuigan KA. Impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures. *Am J Manag Care* 2006;12 Spec no.:SP11-9.
150. Gibson TB, Mark TL, McGuigan KA, Axelsen K, Wang S. The effects of prescription drug copayments on statin adherence. *Am J Manag Care* 2006;12:509-17.
151. Gibson TB, McLaughlin CG, Smith DG. Cost-sharing for prescription drugs. *JAMA* 2001;285:2328-9.
152. Gibson TB, McLaughlin CG, Smith DG. A copayment increase for prescription drugs: the long-term and short-term effects on use and expenditures. *Inquiry* 2005;42:293-310.
153. Gibson TB, Ozminkowski RJ, Goetzel RZ. The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *Am J Manag Care* 2005;11:730-40.
154. Goldman DP, Joyce GF, Escarce JJ, et al. Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. *JAMA* 2004;291:2344-50.
155. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 2007;298:61-9.
156. Hansen RA, Schommer JC, Cline RR, Hadsall RS, Schondelmeyer SW, Nyman JA. The association of consumer cost-sharing and direct-to-consumer advertising with prescription drug use. *Res Social Adm Pharm* 2005;1:139-57.
157. Harris BL, Stergachis A, Ried LD. The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. *Med Care* 1990;28:907-17.
158. Hudmon KS, Hemberger KK, Corelli RL, Kroon LA, Prokhorov AV. The pharmacist's role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2003;43:573-82.
159. Jelovac I, Bordoy C. Pricing and welfare implications of parallel imports in the pharmaceutical industry. *Int J Health Care Finance Econ* 2005;5:5-21.
160. Johnson RE, Goodman MJ, Hornbrook MC, Eldredge MB. The effect of increased prescription drug cost-sharing on medical care utilization and expenses of elderly health maintenance organization members. *Med Care* 1997;35:1119-31.
161. Johnson RE, Goodman MJ, Hornbrook MC, Eldredge MB. The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and on the health status of elderly HMO members. *Health Serv Res* 1997;32:103-22.

162. Joyce GF, Escarce JJ, Solomon MD, Goldman DP. Employer drug benefit plans and spending on prescription drugs. *JAMA* 2002;288:1733-9.
163. Kessler RC, Cantrell CR, Berglund P, Sokol MC. The effects of copayments on medication adherence during the first two years of prescription drug treatment. *J Occup Environ Med* 2007;49:597-609.
164. Kleinke JD. Access versus excess: value-based cost sharing for prescription drugs. *Health Aff (Millwood)* 2004;23:34-47.
165. Klepser DG, Huether JR, Handke LJ, Williams CE. Effect on drug utilization and expenditures of a cost-share change from copayment to coinsurance donald. *J Manag Care Pharm* 2007;13:765-77.
166. Landsman PB, Yu W, Liu X, Teutsch SM, Berger ML. Impact of 3-tier pharmacy benefit design and increased consumer cost-sharing on drug utilization. *Am J Manag Care* 2005;11:621-8.
167. Leibowitz A, Manning WG, Newhouse JP. The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing. *Soc Sci Med* 1985;21:1063-9.
168. Levy RA. Prescription cost sharing: economic and health impacts, and implications for health policy. *Pharmacoeconomics* 1992;2:219-37.
169. Lurk JT, DeJong DJ, Woods TM, Knell ME, Carroll CA. Effects of changes in patient cost sharing and drug sample policies on prescription drug costs and utilization in a safety-net-provider setting. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61:267-72.
170. Mager DE, Cox ER. Relationship between generic and preferred-brand prescription copayment differentials and generic fill rate. *Am J Manag Care* 2007;13:347-52.
171. Meissner BL, Moore WM, Shinogle JA, Reeder CE, Little JM. Effects of an increase in prescription copayment on utilization of low-sedating antihistamines and nasal steroids. *J Manag Care Pharm* 2004;10:226-33.
172. Motheral B, Fairman KA. Effect of a three-tier prescription copay on pharmaceutical and other medical utilization. *Med Care* 2001;39:1293-304.
173. Motheral BR, Henderson R. The effect of a copay increase on pharmaceutical utilization, expenditures, and treatment continuation. *Am J Manag Care* 1999;5:1383-94.
174. Nelson AA, Jr., Quick MR. Copayment for pharmaceutical services in a Medicaid program. *Contemp Pharm Pract* 1980;3:37-42.

175. Nelson AA, Jr., Reeder CE, Dickson WM. The effect of a Medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services. *Med Care* 1984;22:724-36.
176. Olson BM. Approaches to pharmacy benefit management and the impact of consumer cost sharing. *Clin Ther* 2003;25:250-72.
177. Piette JD. Medication cost-sharing: helping chronically ill patients cope. *Med Care* 2005;43:947-50.
178. Rector TS, Finch MD, Danzon PM, Pauly MV, Manda BS. Effect of tiered prescription copayments on the use of preferred brand medications. *Med Care* 2003;41:398-406.
179. Reeder CE, Nelson AA. The differential impact of copayment on drug use in a Medicaid population. *Inquiry* 1985;22:396-403.
180. Roblin DW, Platt R, Goodman MJ, et al. Effect of increased cost-sharing on oral hypoglycemic use in five managed care organizations: how much is too much? *Med Care* 2005;43:951-9.
181. Rosen Y, Yachelevich N, Benedek P, et al. No need to tax the sick: clinical guidelines for rofecoxib as an alternative effective method to the copayment policy in the advent of increasing pharmaceutical expenditures. *Mil Med* 2004;169:932-6.
182. Rubin RJ, Mendelson DN. A framework for cost-sharing policy analysis. *Pharmacoeconomics* 1996;10 Suppl 2:56-67.
183. Schneeweiss S, Patrick AR, Maclure M, Dormuth CR, Glynn RJ. Adherence to beta-blocker therapy under drug cost-sharing in patients with and without acute myocardial infarction. *Am J Manag Care* 2007;13:445-52.
184. Schneeweiss S, Patrick AR, Maclure M, Dormuth CR, Glynn RJ. Adherence to statin therapy under drug cost sharing in patients with and without acute myocardial infarction: a population-based natural experiment. *Circulation* 2007;115:2128-35.
185. Smith DG. The effects of copayments and generic substitution on the use and costs of prescription drugs. *Inquiry* 1993;30:189-98.
186. Soumerai SB, Ross-Degnan D, Fortess EE, Walser BL. Determinants of change in Medicaid pharmaceutical cost sharing: does evidence affect policy? *Milbank Q* 1997;75:11-34.
187. Stacy J, Shaw E, Arledge MD, Howell-Smith D. Pharmacoeconomic modeling of prior-authorization intervention for COX-2 specific inhibitors in a 3-tier copay plan. *J Manag Care Pharm* 2003;9:327-34.

188. Stroupe KT, Smith BM, Lee TA, et al. Effect of increased copayments on pharmacy use in the Department of Veterans Affairs. *Med Care* 2007;45:1090-7.
189. Stuart B, Zacker C. Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? *Health Aff (Millwood)* 1999;18:201-12.
190. Swartz K. Be creative in consumer cost-sharing for pharmaceutical benefits. *Inquiry* 1998;35:365-8.
191. Taira DA, Wong KS, Frech-Tamas F, Chung RS. Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *Am J Manag Care* 2006;12:678-83.
192. Yood MU, Watkins E, Wells K, Kucera G, Johnson CC. The impact of NSAID or COX-2 inhibitor use on the initiation of antihypertensive therapy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15:852-60.
193. Yu EI, Glassman PA, Asch SM, Paige NM, Passman LJ, Shekelle PG. Cost-sharing for prescriptions of sildenafil and finasteride: a case study in veteran patients. *Am J Manag Care* 2001;7:345-53.
194. Zeber JE, Grazier KL, Valenstein M, Blow FC, Lantz PM. Effect of a medication copayment increase in veterans with schizophrenia. *Am J Manag Care* 2007;13:335-46.
195. Chernew ME, Shah MR, Wegh A, et al. Impact of decreasing copayments on medication adherence within a disease management environment. *Health Aff (Millwood)* 2008;27:103-12.
196. Nicholson S. The effect of cost sharing on employees with diabetes. *Am J Manag Care* 2006;12 Spec no.:SP20-6.
197. Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, et al. Effect of cost-sharing changes on self-monitoring of blood glucose. *Am J Manag Care* 2007;13:408-16.
198. California's Medi-Cal copayment experiment. *Med Care* 1974;12:1051-8.
199. Cost problems force GHA to consider co-payments. *Employee Benefit Plan Rev* 1975;30:19-20.
200. "Illusory" savings as a result of California's FP copayment system. *Fam Plann Perspect* 1983;15:281-2.
201. Medicare cost sharing analyzed. *Am Med News* 1983;26:2, 8.
202. Xerox utilization falls with increased cost sharing. *Employee Benefit Plan Rev* 1985;40:10-1.
203. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med* 1986;314:122-3.

204. For most employers, cost sharing solves some problems of retiree benefits costs. *Bus Health* 1993;11:18.
205. Insurers battle over copayment. *SmileCare Dental Group v. Delta Dental Plan of California, Inc. Hosp Law Newsl* 1997;14:5-7.
206. When waiver of deductible and copayment amounts is not considered remuneration. *Hosp Law Newsl* 1997;14:1-2.
207. Perspectives. MedPAC: cost-sharing changes could boost Medicare efficiency. *Med Health* 2002;56:7-8.
208. The implications of cost sharing. *PHC4 FYI* 2002:1-2.
209. Link between cost-sharing, noncompliance cited. *Manag Care* 2003;12:52.
210. Big changes coming in Medicare payments, cost sharing methods. *Med Health* 2005;59:3-4.
211. California employers view health care cost-sharing as double-edged sword. *Hosp Health Netw* 2005;79:68-9.
212. Gap in the enrollees who have reduced cost-sharing with HSA/HDHPs. *Med Health* 2006;60:4-5.
213. Study: copayments do affect compliance. *Manag Care* 2007;16:66.
214. Bailit HL, Brook RH, Kamberg CJ, et al. The effect of cost sharing on the quality of dental care. *J Dent Educ* 1984;48:597-605.
215. Brian EW, Gibbens SF. California's Medi-Cal copayment experiment. *Med Care* 1974;12:1-303.
216. Burda D. 2 patients sue, say copayments were inflated. *Mod Healthc* 1992;22:6.
217. Cloonan CC. Will cost-sharing improve the military health care delivery system. *Mil Med* 1988;153:50-1.
218. Friedlob AS. Medicare second surgical opinion programs: the effect of waiving cost-sharing. *Health Care Financ Rev* 1982;4:99-106.
219. James JS. Health insurance: widespread copayment abuse. *AIDS Treat News* 1995:8.
220. Keeler EB, Rolph JE. How cost sharing reduced medical spending of participants in the health insurance experiment. *JAMA* 1983;249:2220-7.
221. Manning WG, Jr., Wells KB, Duan N, Newhouse JP, Ware JE, Jr. Cost sharing and the use of ambulatory mental health services. *Am Psychol* 1984;39:1077-89.
222. Sampson DA. Has co-pay reduced hospitalization of x-rays? *Pa Med J* 1960;63:1209-10.

- 223. Soumerai SB, Ross-Degnan D. Insurance copayments and delays in seeking emergency care. *N Engl J Med* 1997;337:1247; author reply -8.
- 224. Taylor JM. Insurance copayments and delays in seeking emergency care. *N Engl J Med* 1997;337:1247; author reply -8.
- 225. Tucker BE. EMFP cost-sharing program benefits minority fellows. *Am Nurse* 1994;26:18.
- 226. van de Ven WP. Effects of cost-sharing in health care. *Eff Health Care* 1983;1:47-58.
- 227. Urges writing cost-sharing into NHI to offset control employer is sure to lose. *Employee Benefit Plan Rev* 1976;30:48.
- 228. NorthCare struggles back from open enrollment problems; offers choice of copayment levels. *Employee Benefit Plan Rev* 1978;33:26, 9.
- 229. Avoidance of copayment feature in dental plan subverts plan design and adds to premium costs. *Employee Benefit Plan Rev* 1981;35:14, 6, 34.
- 230. Medicaid program; cost sharing demonstrations--HCFA. General notice. *Fed Regist* 1982;47:23572-6.
- 231. Medicaid program; imposition of cost sharing charges under Medicaid--Health Care Financing Administration. Final rule with comment period. *Fed Regist* 1983;48:5730-6.
- 232. How Xerox explained cost sharing to employees. *Employee Benefit Plan Rev* 1984;38:50, 2.
- 233. Medicaid program; imposition of cost sharing charges under Medicaid--HCFA. Final rule. *Fed Regist* 1985;50:23009-13.
- 234. OIG says SNF agreement to waive copayments for health plan members may violate anti-kickback law. *Natl Rep Subacute Care* 1998;6:1, 3.
- 235. New York State budget. *Body Posit* 1999;12:40.
- 236. Sharing. Nothing of value. Sometimes, life's most precious gifts don't cost a thing. *Nursing* 2001;31:44-5.
- 237. Copayment dispute won by HMO members. *Corsini v. United Healthcare Services, Inc.* *Hosp Law Newsl* 2001;19:3-6.
- 238. Copayments for inpatient hospital care and outpatient medical care. Interim and final rule. *Fed Regist* 2001;66:63445-9.
- 239. Summary judgment granted in copayment dispute. *Alres v. Harvard Pilgrim Health Care Inc.* *Hosp Law Newsl* 2003;20:1-4.
- 240. Plans continue to raise copayments. *Manag Care* 2005;14:59.
- 241. HMOs--copayments. *Lefler v. United Healthcare of Utah, Inc.* *Benefits Q* 2006;22:53-5.

242. Program helps to boost co-pay collections. *Healthcare Benchmarks Qual Improv* 2006;13:30-1.
243. Program helps to boost copay collections. *Hosp Case Manag* 2006;14:57-8.
244. Ackermann RT, Marrero DG, Hicks KA, et al. An evaluation of cost sharing to finance a diet and physical activity intervention to prevent diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:1237-41.
245. Albertson D. HHS IG facing tough sale on rebate, co-pay cases. *Med Prod Sales* 1985;16:1, 28.
246. Alexander GC, Hall MA, Lantos JD. Rethinking professional ethics in the cost-sharing era. *Am J Bioeth* 2006;6:W17-22.
247. Anderson RO. Negotiating with the partners: a role of the HMO mental health director. *Hosp Community Psychiatry* 1981;32:547-9.
248. Arcari RD. A cost-sharing formula for online circulation and a union catalog through a regional, multitype library cooperative. *Bull Med Libr Assoc* 1987;75:245-7.
249. Balog J. National health insurance in America--the issue of copayment. *West J Med* 1990;152:76.
250. Becker S, Szabad M. Discounting or waiving patient co-payments and deductibles--an overview primer. *Health Care Law Mon* 2002:3-7.
251. Becker S, Szabad M, Foltushansky S. Ambulatory surgery centers--current legal issues 2004 (Part 2). *Health Care Law Mon* 2004:3-10.
252. Berg RN, Summers SN. The legality of waiving copayments and granting professional courtesies. *J Med Assoc Ga* 1997;86:332-5.
253. Bogner CL. Collecting co-payments: make sure your patients pay their part. *Dent Manage* 1986;26:38.
254. Braithwaite RS, Rosen AB. Linking cost sharing to value: an unrivaled yet unrealized public health opportunity. *Ann Intern Med* 2007;146:602-5.
255. Brixner DI. The case against excessive cost sharing. *Am J Manag Care* 2006;12:S162-4; discussion S7-72; quiz S73-6.
256. Brough RD. Comments on copayment. *Sac Explor* 1966;9:15.
257. Budden MC, Lake RC. University catalogues and HMO co-payments: simple lessons in economic rationing. *Health Mark Q* 1990;8:27-30.

258. Burroughs RG. Sources of forest management and market information utilized by nonindustrial private forest landowners [Ph.D.]. United States -- Mississippi: Mississippi State University; 1992.
259. Butler AM. An early plan for the sharing of cost risk by physicians. *N Engl J Med* 1977;297:619.
260. Butler R. Indiana deletes co-payment for nursing home patients. *Today's Nurs Home* 1982;3:1, 9.
261. Byrd RS, Hoekelman RA, Auinger P. Adherence to AAP guidelines for well-child care under managed care. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics* 1999;104:536-40.
262. Calder D. Effects on welfare reform on children and families, Part 2 (highlights as of February 1998). *Surviv News (Atlanta Ga)* 1998:4-5.
263. Cantwell JR. Copayments and consumer search: increasing competition in Medicare and other insured medical markets. *Health Care Financ Rev* 1981;3:65-76.
264. Carroll J. Hospital copayments. At what cost? *Manag Care* 2002;11:26-32.
265. Clark JN. Cost sharing in the Medicare program. *Natl J (Wash)* 1982;14:838-41.
266. Coughlin KM. Pay-related health care plans bring equity to cost sharing. *Bus Health* 1993;11:39-42.
267. Cunningham R. Perspectives. Hodgepodge of Medicare cost-sharing staggers beneficiaries. *Faulkner Grays Med Health* 1997;51:suppl 1-4.
268. Curtiss FR. Does member cost sharing pose a threat to desirable patient outcomes? *J Manag Care Pharm* 2004;10:266, 9-70.
269. Dalzell MD. HMOs' delicate balancing act: the art of setting copayments. *Manag Care* 1997;6:48-50, 3-4.
270. Danzon PM. Hospital 'profits': the effects of reimbursement policies. *J Health Econ* 1982;1:29-52.
271. Danzon PM. Liability and liability insurance for medical malpractice. *J Health Econ* 1985;4:309-31.
272. Davidson SM, Connelly JP, Blim RD, Strain JE, Taylor HD. Consumer cost-sharing as a means to reduce health care costs. *Pediatrics* 1980;65:168-70.
273. DePaolis M. Co-pay or cover charge? *Minn Med* 2002;85:34-5.
274. Droste T. Benefit trends: more employee cost sharing. *Hospitals* 1988;62:78, 80.
275. Droste T. Cost-sharing increases for employees. *Hospitals* 1988;62:52.

276. Dyckman ZY. Comment on "copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish". *Med Care* 1976;14:274-7.
277. Early P. Gain-sharing promotes cost-saving. *Profiles Healthc Mark* 1990;2-5.
278. Eastaugh SR. Cost sharing forecasts can assist health care collective bargaining. *Bus Health* 1985;3:52-3.
279. Ellis RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply. *J Health Econ* 1986;5:129-51.
280. Ellis RP, McGuire TG. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *J Econ Perspect* 1993;7:135-51.
281. Everman K. Sharing a CNS: most service for least cost. *Nurs Manage* 1985;16:44-6.
282. Fein R. Effects of cost sharing in health insurance. A call for caution. *N Engl J Med* 1981;305:1526-8.
283. Feldstein M. Feldstein favors copayment increase. *Rev Fed Am Hosp* 1979;12:26.
284. Feller I. The effects of federal agency matching fund and cost-sharing policies on research universities and medical colleges. *Acad Med* 1997;72:1086-7.
285. Fendrick AM, Chernew ME. "Fiscally responsible, clinically sensitive" cost sharing: contain costs while preserving quality. *Am J Manag Care* 2007;13:325-7.
286. Fett JD. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. *N Engl J Med* 1979;301:791.
287. Fish L. The case for cost sharing for biologic therapies. *Am J Manag Care* 2006;12:S159-61; discussion S67-72; quiz S73-6.
288. Fong T. Governors' Medicaid remedy. Congress skeptical about increasing copayments. *Mod Healthc* 2005;35:10.
289. Freiman MP. Cost sharing lessons from the private sector. *Health Aff (Millwood)* 1984;3:85-93.
290. Frezza EE. How to improve office collection in a bariatric practice. *Obes Surg* 2005;15:1352-4.
291. Friedman K, Simenson K. The waiver of Medicare copayments and deductibles: a primer. *Health Care Law Mon* 1999;3-6.
292. Gardner E. Sharing quality, cost data a competitive advantage. *Mod Healthc* 1988;18:80, 4.
293. Gardner J. Savings for states? Senate budget aims to reinstate Medicaid cost sharing. *Mod Healthc* 1997;27:66.

294. Gnau TR, Maynard CD. Reducing the cost of nuclear medicine: sharing radiopharmaceuticals. *Radiology* 1973;108:641-5.
295. Goff V. Consumer cost sharing in private health insurance: on the threshold of change. *Issue Brief Natl Health Policy Forum* 2004;1-19.
296. Gold M, Achman L. Trends in premiums, cost-sharing, and benefits in Medicare+Choice health plans, 1999--2001. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2001;1-6.
297. Gold RH, Kangaroo H, Yaghmai I, et al. Teleconferencing for cost-effective sharing of radiology educational resources: potential and technical development. *AJR Am J Roentgenol* 1993;160:1309-11.
298. Golditch I. Coverage issues and IUD acceptance: a model for managed care. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:S54-5.
299. Greanias L. Bill would let providers waive military copayments. *Mod Healthc* 1991;21:12.
300. Greenwald HP. HMO membership, copayment, and initiation of care for cancer: a study of working adults. *Am J Public Health* 1987;77:461-6.
301. Gross JM. Promoting group psychotherapy in managed care: basic economic principles for the clinical practitioner. *Int J Group Psychother* 1997;47:499-507.
302. Handschin R. Cost containment through risk sharing by primary-care physicians. *N Engl J Med* 1979;301:1350.
303. Hanna MJ. Waiver of co-payments or deductibles--is it legal? *Tex Dent J* 1994;111:49-52.
304. Harrison B, Nicosia J. Waiving copayment. A look at state laws. *J Am Dent Assoc* 1991;122:95-6.
305. Hershey N. Provider's waiver of copayment allows health insurer to avoid all payment. *Kennedy v. Connecticut General Life Insurance Co. Hosp Law Newsl* 1992;9:1-3.
306. Hodgkin D, Horgan CM, Garnick DW, Merrick EL. Cost sharing for substance abuse and mental health services in managed care plans. *Med Care Res Rev* 2003;60:101-16.
307. Horwitz RM. New way to co-pay. *Hosp Health Netw* 2003;77:10, 2.
308. Hurst SA, Danis M. Indecent coverage? Protecting the goals of health insurance from the impact of co-payments. *Camb Q Healthc Ethics* 2006;15:107-13.
309. Igkhart JK. Plans for cost sharing, catastrophies. *Hosp Prog* 1979;60:17, 20.
310. Jensen GA, Morrissey MA, Marcus JW. Cost sharing and the changing pattern of employer-sponsored health benefits. *Milbank Q* 1987;65:521-50.

311. Jonas S. Copayment and national health insurance in the United States: a critique of work by Newhouse, Phelps, and Schwartz. *Int J Health Serv* 1977;7:489-501.
312. Kao AC, Zaslavsky AM, Green DC, Koplan JP, Cleary PD. Physician incentives and disclosure of payment methods to patients. *J Gen Intern Med* 2001;16:181-8.
313. Kern S. The waiving of co-payment--here's one plan. *Dent Econ* 1982;72:54-6,9-60.
314. Kim AN, Rivara FP, Koepsell TD. Does sharing the cost of a bicycle helmet help promote helmet use? *Inj Prev* 1997;3:38-42.
315. Kuehl AE. Letter: Comments on "Cost-sharing and prior authorization effects on Medicaid services in California. Part II". *Med Care* 1976;14:545-6.
316. Landis NT. Higher copayment does not hurt compliance, study suggests. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57:102.
317. Lazenby HC. Supplementary medical insurance: cost sharing and financing. *Health Care Financ Rev* 1983;5:103-5.
318. Lee JS, Tollen L. How low can you go? The impact of reduced benefits and increased cost sharing. *Health Aff (Millwood)* 2002;Suppl Web Exclusives:W229-41.
319. Leib AM. Copayment coordination. *J Am Dent Assoc* 1985;111:544, 6.
320. Lenda WM. Balancing quality employee benefits with cost sharing. *Am J Manag Care* 2006;12:S165-6; discussion S7-72; quiz S73-6.
321. Lewis RF. Deductibles and co-payment. *Wis Med J* 1981;80:7-8.
322. Liggett N. New law adds significant penalties for the waiver of copayments. *Tenn Med* 1997;90:354-5.
323. Lo Sasso AT, Lyons JS. The effects of copayments on substance abuse treatment expenditures and treatment reoccurrence. *Psychiatr Serv* 2002;53:1605-11.
324. Lo Sasso AT, Lyons JS. The sensitivity of substance abuse treatment intensity to co-payment levels. *J Behav Health Serv Res* 2004;31:50-65.
325. Lopez MS. Will cost-sharing improve the military health care delivery system? *Mil Med* 1987;152:246-51.
326. MacDonald LK, Gardner RM, Pryor TA, Day WC. An exploratory study of the costs and cost implications in the operation of a MEDLAB time-sharing computer system--a physiological measurement facility. *Comput Biomed Res* 1970;3:586-603.
327. Madison DL. Cost containment through risk-sharing by primary-care physicians. *N Engl J Med* 1979;301:791.

328. McGuire TG. Combining demand- and supply-side cost sharing: the case of inpatient mental health care. *Inquiry* 1989;26:292-303.
329. McIlrath S. Economists hit Medicare cost sharing. *Am Med News* 1983;26:1, 18.
330. Melek SP. Behavioral healthcare risk-sharing and medical cost offset. *Behav Healthc Tomorrow* 1996;5:39-46.
331. Mervis J. National Science Foundation. End of cost sharing could boost competition. *Science* 2004;306:595.
332. Mervis J. U.S. academic research. NSF to revisit cost-sharing policies. *Science* 2007;316:184.
333. Mickey MR, Ayoub G, Terasaki PI. Prediction of negative crossmatch: an aid for cost-effective kidney sharing. *Transplant Proc* 1982;14:279-81.
334. Miller N. Effects of cost sharing and end-user searching on a clinical medical librarian program. *Bull Med Libr Assoc* 1989;77:71-2.
335. Miller T. Cost sharing revisited. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:883; author reply -4.
336. Mitchell JB, Haber SG. State payment limitations on Medicare cost-sharing: impact on dually eligible beneficiaries. *Inquiry* 2004;41:391-400.
337. Moore S. Cost containment through risk-sharing by primary-care physicians. *N Engl J Med* 1979;300:1359-62.
338. Moore SH, Martin DP, Richardson WC, Riedel DC. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians: a history of the development of United Healthcare. *Health Care Financ Rev* 1980;1:1-13.
339. Moran M. Cost sharing in corporate benefit plans: the cases of Gulf Oil and DuPont. *Health Matrix* 1984;2:13-8.
340. Morse LJ. Cost-sharing health insurance should be a priority. *N Engl J Med* 1984;310:1612-3.
341. Myers BA. Cost-sharing effects--revisited. *Med Care* 1982;20:1166-7.
342. Nino K. OIG Advisory Opinion 99-6 waiving co-payments. *Health Care Law Mon* 1999:19-24.
343. Norman J. If you forgive copayments, the carrier may not forgive you. *Med Econ* 1989;66:128, 30, 32-4.
344. Ostuw R. Defined contribution health care: future direction or fantasy? *Physician Exec* 2000;26:42-5.
345. O'Trompke J. Waiving co-payments and deductibles for indigent patients. *Fam Pract Manag* 2001;8:13.

346. Pacula RL, Sturm R. Datapoints: mental health parity and employer-sponsored health insurance in 1999-2000: II. Copayments and coinsurance. *Psychiatr Serv* 2000;51:1487.
347. Patz S, Wilson J. Hospital leads way in employee cost-sharing. *Hospitals* 1983;57:40.
348. Paul SH. The tripartite reimbursement incentive model: a new method to eliminate the discounting of the copayment charge. *Med Mark Media* 1981;16:35-9.
349. Pauly MV, Ramsey SD. Would you like suspenders to go with that belt? An analysis of optimal combinations of cost sharing and managed care. *J Health Econ* 1999;18:443-58.
350. Phillips S. Obligations of state Medicaid programs to pay Medicare cost-sharing amounts for low-income Medicare beneficiaries. *J Health Hosp Law* 1994;27:161-71, 77.
351. Pifer EA, Smith S, Kever GW. EMR to the rescue. An ambulatory care pilot project shows that data sharing equals cost shaving. *Healthc Inform* 2001;18:111-4.
352. Ramsey RB, 3rd. Legal Implications of Gain-Sharing/Cost-Savings Programs. *J Invasive Cardiol* 1998;10:561-5.
353. Relman AS. The Rand health insurance study: is cost sharing dangerous to your health? *N Engl J Med* 1983;309:1453.
354. Remler DK, Glied SA. How much more cost sharing will health savings accounts bring? *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1070-8.
355. Rice T, Morrison KR. Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Med Care Rev* 1994;51:235-87.
356. Rice T, Thorpe KE. Income-related cost sharing in health insurance. *Health Aff (Millwood)* 1993;12:21-39.
357. Riffer J. Sharing arrangements proving cost-effective. *Hospitals* 1984;58:56, 8.
358. Robinson BE, Pham H. Cost-effectiveness of hospice care. *Clin Geriatr Med* 1996;12:417-28.
359. Robinson JC. Renewed emphasis on consumer cost sharing in health insurance benefit design. *Health Aff (Millwood)* 2002;Suppl Web Exclusives:W139-54.
360. Roemer MI, Hopkins CE. Still more on copayments for ambulatory care. *Med Care* 1977;15:797-8.
361. Rothman MB. Cost-sharing and the future of fees for service for frail elders in state programs. *J Appl Gerontol* 1992;11:441-56.
362. Rothschild IS. Major antifraud, abuse legislation becomes law; new regulations to clarify Medicare waiver of copayment. *Health Law Vigil* 1987;10:1-4.
363. Rubin RJ, Mendelson DN. Cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1995;333:733-4.

364. Schaum KD. Copayments impact hospital-owned outpatient wound departments. *Adv Skin Wound Care* 2004;17:444-7.
365. Schilling GW. Cost containment through sharing. *Hospitals* 1975;49:48-51.
366. Schulte DJ. Discounts and waiving patient co-payments and deductibles. *J Mich Dent Assoc* 2004;86:26-7.
367. Scott L. Kan., HCFA in tiff over copayments. *Mod Healthc* 1994;24:32.
368. Selby JV. Cost sharing in the emergency department--is it safe? Is it needed? *N Engl J Med* 1997;336:1750-1.
369. Sipkoff M. Lowering copayments can improve quality of chronic disease care. Employers and health plans are starting to see the advantage of what has been termed evidence-based benefit design. *Manag Care* 2007;16:16-7.
370. Smith PT, Kelleher K. Hospital copayment and deductible waiver programs. *Health Care Law Newsl* 1986;1:12-5.
371. Sox CM, Cooper WO, Koepsell TD, DiGiuseppe DL, Christakis DA. Provision of pneumococcal prophylaxis for publicly insured children with sickle cell disease. *JAMA* 2003;290:1057-61.
372. Spies JJ. Utilization review and risk sharing--two key measures for cost control in an IPA. *Employee Benefit Plan Rev* 1978;32:32-3.
373. Staver S. Blues' new policies boost cost sharing. *Am Med News* 1982;25:1, 8.
374. Stolman ER. FAH president favors a cost-sharing incentive health plan. *Rev Fed Am Hosp* 1979;12:34.
375. Taylor T, Tiffany SJ. Medicaid co-payments. *Issue Brief Health Policy Track Serv* 2007:1-8.
376. Thompson AJ. Cost containment through risk-sharing by primary-care physicians. *N Engl J Med* 1979;301:790-1.
377. Thorpe KE. Cost sharing, caps on benefits, and the chronically ill--a policy mismatch. *N Engl J Med* 2006;354:2385-6.
378. Trapnell GR. Cost sharing: a prescription for reform. *Bus Health* 1985;2:36-8.
379. Trude S. Patient cost sharing: how much is too much? *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 2003:1-4.
380. Trude S, Grossman JM. Patient cost-sharing innovations: promises and pitfalls. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 2004:1-4.

381. Turner JF, Mason T, Anderson D, Gulati A, Sbarbaro JA. Physicians' ethical responsibilities under co-pay insurance: should potential fiscal liability become part of informed consent? *J Clin Ethics* 1995;6:68-72.
382. Valinoti JR. Patient co-payment--yes or no? *Bull Tenth Dist Dent Soc (Rockville Centre)* 1970;22:6-7.
383. Wang X, Song J, Summers CJ, et al. Density-controlled growth of aligned ZnO nanowires sharing a common contact: a simple, low-cost, and mask-free technique for large-scale applications. *J Phys Chem B* 2006;110:7720-4.
384. Whitman JT. Cost-sharing deserves industry support. *Hosp Financ Manage* 1982;36:7.
385. Willoughby LM, Fukami S, Bunnapradist S, et al. Health insurance considerations for adolescent transplant recipients as they transition to adulthood. *Pediatr Transplant* 2007;11:127-31.
386. Wilson RD, Minnotte DW. Government-industry cost sharing for air pollution control. *J Air Pollut Control Assoc* 1969;19:761-6.
387. Wolfson J, Sear AM, Kapadia AS, Decker M, Roht L. Cost-sharing effects--response to Myers. *Med Care* 1982;20:1250-1.
388. Zitter M. The great debate part II: should managed care rely on cost sharing to manage big-ticket biologics? *Am J Manag Care* 2006;12:S153-8; discussion S67-72; quiz S73-6.
389. Salkever DS, Shinogle J, Goldman H. Mental health benefit limits and cost sharing under managed care: a national survey of employers. *Psychiatr Serv* 1999;50:1631-3.
390. Chulis GS, Eppig FJ, Hogan MO, Waldo DR, Arnett RH, 3rd. Why more cost-sharing won't slow Medicare spending. *J Am Health Policy* 1993;3:15-20.
391. Steinbrook R. The cost of admission--tiered copayments for hospital use. *N Engl J Med* 2004;350:2539-42.
392. Simpson JF, Yelverton CB, Balkrishnan R, Fleischer A, Jr., Lide W, Feldman SR. Would elimination of copayments for phototherapy decrease the cost of treating psoriasis with systemic biologics? A cost analysis. *Manag Care Interface* 2006;19:39-43.
393. Gabel J, Claxton G, Holve E, et al. Health benefits in 2003: premiums reach thirteen-year high as employers adopt new forms of cost sharing. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:117-26.
394. Marquis MS. Cost-sharing and provider choice. *J Health Econ* 1985;4:137-57.

395. Keeler EB, Sloss EM, Brook RH, Operskalski BH, Goldberg GA, Newhouse JP. Effects of cost sharing on physiological health, health practices, and worry. *Health Serv Res* 1987;22:279-306.
396. Patterson ME. Effect of prescription copayments on medication compliance and hospitalizations in commercially insured patients with heart failure [Ph.D.]. United States -- North Carolina: The University of North Carolina at Chapel Hill; 2006.
397. Chaudhuri DK. DESIGN OF CORPORATE HEALTH BENEFIT PLANS: A DECISION THEORETIC APPROACH [Ph.D.]. United States -- Ohio: Case Western Reserve University; 1981.
398. Steinberg B. FLOOD DAMAGE PREVENTION SERVICES OF THE U. S. ARMY CORPS OF ENGINEERS: AN EVALUATION OF POLICY CHANGES AND PROGRAM OUTCOMES DURING 1970 TO 1983 MEASURED AGAINST CRITERIA OF EQUITY, EFFICIENCY, AND RESPONSIVENESS (BENEFITS, COSTS, WATER; UNITED STATES) [D.P.A.]. United States -- District of Columbia: The George Washington University; 1984.
399. Holmes TP. AN ECONOMIC ANALYSIS OF TIMBER SUPPLY FROM NONINDUSTRIAL PRIVATE FORESTS IN CONNECTICUT [Ph.D.]. United States -- Connecticut: The University of Connecticut; 1986.
400. Halstead JM. Managing ground water contamination from agricultural nitrates [Ph.D.]. United States -- Virginia: Virginia Polytechnic Institute and State University; 1989.
401. Schweikhardt DB. Financing agricultural research in a federal system of government: Optimal cost-sharing for state and national investments. (Volumes I and II) [Ph.D.]. United States -- Michigan: Michigan State University; 1989.
402. Fronstin P. An economic model of fringe benefits and labor supply: An application of the Almost Ideal Demand System [Ph.D.]. United States -- Florida: University of Miami; 1993.
403. Rich JJ. An implementation analysis of the Water Resources Development Act of 1986 [Ph.D.]. United States -- Oregon: Portland State University; 1993.
404. Shekelle PG. The use and costs of chiropractic care in a community-based sample of the United States [Ph.D.]. United States -- California: University of California, Los Angeles; 1993.
405. Zhou Q. Trade and the environment: A political model of international public goods problem [Ph.D.]. United States -- West Virginia: West Virginia University; 1999.
406. Davis JR. Evaluating the effect of Medicaid and state children's health insurance program expansions [Ph.D.]. United States -- Michigan: Michigan State University; 2002.

407. Roemer MI, Hopkins CE, Carr L, Gartside F. Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. *Med Care* 1975;13:457-66.
408. Hopkins CE, Roemer MI, Procter DM, et al. Cost-sharing and prior authorization effects on Medicaid services in California: Part II: The providers' reactions. *Med Care* 1975;13:643-7.
409. Hopkins CE, Roemer MI, Procter DM, et al. Cost-sharing and prior authorization effects on Medicaid services in California: part I. The beneficiaries' reactions. *Med Care* 1975;13:582-94.
410. Hankin JR, Steinwachs DM, Elkes C. The impact on utilization of a copayment increase for ambulatory psychiatric care. *Med Care* 1980;18:807-15.
411. Wolfson J, Kapadia AS, Decker M, Sear AM, Roht LH. Effects of cost-sharing on users of a state's health service program. *Med Care* 1982;20:1178-87.
412. Aved BM, Harp V. Assessing the impact of copayment on family planning services: a preliminary analysis in California. *Am J Public Health* 1983;73:763-5.
413. Scheffler RM. The United Mine Workers' health plan. An analysis of the cost-sharing program. *Med Care* 1984;22:247-54.
414. Fischer PJ, Strobino DM, Pinckney CA. Utilization of child health clinics following introduction of a copayment. *Am J Public Health* 1984;74:1401-3.
415. Leibowitz A, Manning WG, Jr., Keeler EB, Duan N, Lohr KN, Newhouse JP. Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1985;75:942-51.
416. O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med* 1985;313:484-90.
417. Valdez RB, Brook RH, Rogers WH, et al. Consequences of cost-sharing for children's health. *Pediatrics* 1985;75:952-61.
418. Shapiro MF, Ware JE, Jr., Sherbourne CD. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1986;104:246-51.
419. Roddy PC, Wallen J, Meyers SM. Cost sharing and use of health services. The United Mine Workers of America Health Plan. *Med Care* 1986;24:873-6.
420. Greene SB, Gunselman DL. Cost sharing and its effects on hospital utilization. The Blue Cross and Blue Shield of North Carolina experience. *Med Care* 1986;24:711-20.

421. Manning WG, Jr., Wells KB, Duan N, Newhouse JP, Ware JE, Jr. How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services. *JAMA* 1986;256:1930-4.
422. Wallen J, Roddy P, Meyers SM. Male-female differences in mental health visits under cost-sharing. *Health Serv Res* 1986;21:341-50.
423. Wells KB, Manning WG, Jr., Duan N, Newhouse JP, Ware JE, Jr. Cost-sharing and the use of general medical physicians for outpatient mental health care. *Health Serv Res* 1987;22:1-17.
424. Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO. *Inquiry* 1990;27:24-38.
425. Anderson GM, Brook R, Williams A. A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care. *Med Care* 1991;29:890-8.
426. Rogers WH, O'Rourke TW, Ware JE, Jr., Brook RH, Newhouse JP. Effects of cost sharing in health insurance on disability days. *Health Policy* 1991;18:131-9.
427. Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. *Soc Sci Med* 1992;34:33-41.
428. Fahs MC. Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin. *Health Serv Res* 1992;27:25-45.
429. Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1996;334:635-41.
430. Simon GE, Grothaus L, Durham ML, VonKorff M, Pabiniak C. Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 1996;153:331-8.
431. Shekelle PG, Rogers WH, Newhouse JP. The effect of cost sharing on the use of chiropractic services. *Med Care* 1996;34:863-72.
432. Magid DJ, Koepsell TD, Every NR, et al. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997;336:1722-9.
433. Solanki G, Schauffler HH. Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 1999;17:127-33.
434. Solanki G, Schauffler HH, Miller LS. The direct and indirect effects of cost-sharing on the use of preventive services. *Health Serv Res* 2000;34:1331-50.

435. Stein B, Orlando M, Sturm R. The effect of copayments on drug and alcohol treatment following inpatient detoxification under managed care. *Psychiatr Serv* 2000;51:195-8.
436. Wong MD, Andersen R, Sherbourne CD, Hays RD, Shapiro MF. Effects of cost sharing on care seeking and health status: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Public Health* 2001;91:1889-94.
437. Remler DK, Atherly AJ. Health status and heterogeneity of cost-sharing responsiveness: how do sick people respond to cost-sharing? *Health Econ* 2003;12:269-80.
438. Stein BD, Zhang W. Drug and alcohol treatment among privately insured patients: rate of specialty substance abuse treatment and association with cost-sharing. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:153-9.
439. Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. *Med Care Res Rev* 2004;61:415-52.
440. Ciemins EL. The effect of parity-induced copayment reductions on adolescent utilization of substance use services. *J Stud Alcohol* 2004;65:731-5.
441. Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care. *Med Care* 2004;42:290-6.
442. Liang SY, Phillips KA, Tye S, Haas JS, Sakowski J. Does patient cost sharing matter? Its impact on recommended versus controversial cancer screening services. *Am J Manag Care* 2004;10:99-107.
443. Reed M, Fung V, Brand R, et al. Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. *Med Care* 2005;43:810-6.
444. Rietmeijer CA, Alfonsi GA, Douglas JM, Lloyd LV, Richardson DB, Judson FN. Trends in clinic visits and diagnosed Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections after the introduction of a copayment in a sexually transmitted infection clinic. *Sex Transm Dis* 2005;32:243-6.
445. Slade EP, Salkever DS, Rosenheck R, et al. Cost-sharing requirements and access to mental health care among medicare enrollees with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2005;56:960-6.
446. Wright BJ, Carlson MJ, Edlund T, DeVoe J, Gallia C, Smith J. The impact of increased cost sharing on Medicaid enrollees. *Health Aff (Millwood)* 2005;24:1106-16.
447. Busch SH, Barry CL, Vegso SJ, Sindelar JL, Cullen MR. Effects of a cost-sharing exemption on use of preventive services at one large employer. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1529-36.

448. Lowe RA, McConnell KJ, Fu R, et al. Changes in access to primary care for Medicaid beneficiaries and the uninsured: the emergency department perspective. *Am J Emerg Med* 2006;24:33-7.
449. Hsu J, Price M, Brand R, et al. Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: findings from the safety and financial ramifications of ED copayments study. *Health Serv Res* 2006;41:1801-20.