



2561-2562

คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

ประกันสุขภาพ สุขกายสุขใจตราบนานเท่านาน



2561-2562

คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน



สารบัญ

1 การประกันสุขภาพคุ้มครองสิทธิการรักษาตลอดชีพ 06

การประกันสุขภาพคืออะไร 06

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ทุกคน 07

ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ 07

“บัตรประกันสุขภาพ” บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล 07

2 เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร 08

ประชาชนได้หวั่นที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านได้หวั่น 08

ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติ 13

ผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในได้หวั่น 13

3 กรณีพิเศษอื่นๆ 16

สูญเสียสถานะการทําประกัน 16

ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทําประกันต่อได้อย่างไร 16

ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับเข้าระบบ 17

ประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ 17

กรณีที่ผู้ทําประกันต้องแสดงความจํานงเพื่อขอระงับการทําประกัน 18

สุขภาพชั่วคราว 18

สำระนํารู้ ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออก 18

นอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป 21

ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน 21

4 งบประมาณของระบบประกันสุขภาพและอัตราเงินสมทบ 22

งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมาจากไหน ? 22

วิธีการคำนวณการจํัดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ 22

เงินสมทบทั่วไป 22

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม 28

5 วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ 35

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบ 35

ค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด 35

จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี	35
ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร	36
วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ	37
จะทำอย่างไรหากลืมจ่ายเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคาร	
ไม่เพียงพอสำหรับหักเงิน สมทบประกันสุขภาพ	39

6

บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ 40

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย	40
ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร	42
การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น	44
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	46
รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน	46
การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน	47
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	49
การรักษาพยาบาลในเคหสถานแบบบูรณาการ	51
การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการตามระบบประกันสุขภาพ	51
เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค	53

7

**ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับการ
รักษาพยาบาลอย่างไร 55**

พก “บัตรประกันสุขภาพ” ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษายาบาล	55
อย่าลืมรับ “ใบสั่งยา” ทุกครั้งหลังพบแพทย์	55
หลังพบแพทย์อย่าลืมตมนัดคิวตรวจตามเวลาที่กำหนด	56
ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษ	57
ค่ารักษายาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง	58
ใบเสร็จรับเงินค่ารักษายาบาล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและใบสั่งยา	63
แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการ	
รักษายาบาลเอง	65
ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองของอุปกรณ์พิเศษ	66
ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม	73
ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท	74



สารบัญ

8

สมรรถนะ การฉีพเดช การรักษาและการย่น ขอบัตรประกันสุขภาพ

75

บทบาทของบัตร

75

การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

77

บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่ 78

การรักษาบัตรประกันสุขภาพ

79

บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่ 79

ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตรประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร 79

หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปถ่าย

ควรทำอย่างไร

80

บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคดงอ

แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

83

9

สิทธิการรักษาพยาบาลคนไข้โรคเจ็บป่วยพิเศษ

85

คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

85

ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

87

ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน

88

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย

91

10

มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความ ลำบากในการรักษาพยาบาล

92

รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

92

กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน

95

รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลดลือคบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด

เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย

99

ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

99

เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมที่เก็บจาก

กลุ่มผู้ด้อยโอกาส

100

โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์

101

11

ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ

102

- อะไรคือ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" 102
- ประโยชน์ของ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" สำหรับประชาชน 103
- สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพสามารถใช้ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" ได้ 104

12

การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง

106

- กำหนดเวลาการขอเงินคืน 107
- เอกสารที่ต้องเตรียม 108
- วิธีการขอยื่นเรื่อง 110
- จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้ 110

13

มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของประกันสุขภาพ

113

- บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน 113
- ยกระดับงานบริการ 114
- ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก 117

ภาคผนวก

118



การประกันสุขภาพคุ้มครองสิทธิ การรักษาตลอดชีพ

นอกจากแพทย์และพยาบาลที่คอยดูแลพวกเราในยามเจ็บป่วยแล้ว อย่าลืมว่ายังมี “ระบบประกันสุขภาพ” อยู่เคียงข้างเราเช่นกัน รัฐบาลได้จัดตั้งระบบประกันสุขภาพขึ้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 เพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน

การประกันสุขภาพคืออะไร

การประกันสุขภาพ คือ ระบบประกันที่ประชาชนทุกคนต้องเข้าร่วมตั้งแต่แรกเกิด และเป็นระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างหนึ่งของประชาชนทุกคน โดยปกติทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบให้กับการประกันสุขภาพตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีคนเจ็บป่วยรัฐบาลจะนำเงินสมทบที่ได้รับ มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลบางส่วนแทนผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งช่วยให้ทุกคนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

ในอีกแง่หนึ่งก็คือ ขอเพียงท่านจ่ายเงินสมทบให้กับการประกันสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ไม่เพียงแต่จะเป็นการช่วยเหลือตัวเองยามเจ็บป่วย ขณะเดียวกันท่านยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย และเมื่อผู้อื่นเจ็บป่วยก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากท่านเช่นกัน

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ทุกคนต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นประกันสังคมแบบบังคับ โดยกำหนดให้ชาวไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวันและชาวต่างชาติที่ถือใบถิ่นที่อยู่และมีถิ่นพำนักในไต้หวัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ผู้สูงอายุหรือ เด็กก่อนวัยเรียน มีงานทำหรือไม่มีงานทำ จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพตามกฎหมายทุกคน นอกจากนี้ การประกันดังกล่าวถือเป็นการประกันตลอดชีพ ยกเว้นแต่สูญเสียสถานะการรับประกัน (อาทิเป็นบุคคลหายสาบสูญ สละสัญชาติ ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ หรือครบกำหนดอนุญาตการพำนักอยู่ในไต้หวัน) ดังนั้น ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตจึงไม่สามารถยกเลิกการรับประกันโดยพลการได้

“บัตรประกันสุขภาพ” บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน จะต้องยื่นเรื่องขอทำ “บัตรประกันสุขภาพ” เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล และจะต้องเก็บรักษาไว้ให้ดี





เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร

ประชาชนไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน

ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ นับแต่วันที่มีการเพิ่มชื่อและรายการบุคคลเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนเต็ม (ปัจจุบันผู้ที่ได้รับการว่าจ้างและเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ถูกส่งไปประจำอยู่ต่างประเทศรวมถึงคู่สมรสและบุตรธิดา ไม่อยู่ในข้อจำกัด 6 เดือนดังกล่าว โดยเด็กแรกเกิดซึ่งมีสัญชาติไต้หวันที่เกิดในไต้หวัน ต้องทำการแจ้งเกิด และเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้าน และยื่นทำประกันนับตั้งแต่วันที่เด็กเกิด) เนื่องจากสถานะของผู้ทำประกันแบ่งได้เป็น 6 ประเภท ผู้ทำประกันที่มีสถานะแตกต่างกันจะมีวิธีการทำประกันที่ไม่เหมือนกัน สถานะที่เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลให้วิธีการทำประกันเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย หากขณะนี้ท่านไม่มีงานทำ หรือถูกระงับประกันสุขภาพชั่วคราวในช่วงระหว่างเปลี่ยนงาน แต่ถ้ายังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านก็ต้องทำประกันต่อตามสถานะที่ถูกต้อง โดยจะระงับการทำประกันไม่ได้

ขอให้ท่านพิจารณาสถานะผู้ประกันตามลำดับต่อไปนี้ ในการทำประกัน

หากท่านมีสถานะผู้ประกันสอดคล้องตามข้อที่ 1 หรือ 2 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 3 ได้ หากท่านมีสถานะผู้ประกันสอดคล้องตามข้อที่ 3 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 4 ได้ และให้ใช้หลักเกณฑ์เปรียบเทียบดังที่กล่าวมาตามลำดับ

1. หากท่านเป็นพนักงานของบริษัท หน่วยงาน ห้างร้าน สถานประกอบการที่ท่านทำงานอยู่มีหน้าที่เป็นผู้ยื่นทำประกัน
2. หากท่านเป็นผู้รับผิดชอบบริษัทหรือห้างร้าน ท่านต้องจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการทำประกันเพื่อทำประกันให้กับตนเอง ลูกจ้างและครอบครัว
3. หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง องค์การเหล่านี้มีหน้าที่ในการยื่นทำประกัน (ผู้ที่ในขณะเดียวกันเป็นทั้งสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ควรทำประกันกับสมาคมวิชาชีพก่อนเป็นอันดับแรก)
4. หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ตามกฎหมาย ให้ท่านยื่นทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ (หากท่านมีญาติสายตรงที่มีงานทำมากกว่า 2 คนขึ้นไป ต้องยื่นทำประกันกับญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด)
5. หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ตามกฎหมาย หน่วยงานต้นสังกัดของท่านคือสำนักงานเขตหรือที่ทำการตำบลที่ท่านมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ขอให้ติดต่อหน่วยงานเหล่านั้นเพื่อยื่นทำประกัน

ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเกินกว่า 2 ปีขึ้นไปและยังไม่เดินทางกลับประเทศ สำนักงานทะเบียนราษฎรจะตัดชื่อท่านออกจากทะเบียนบ้านที่ท่านมีชื่ออยู่ ซึ่งท่านจะไม่สามารถเข้าร่วมการประกันสุขภาพได้และต้องยื่นเรื่องขอถอนประกัน แต่เมื่อมีการแจ้งย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้านอีกครั้ง จึงจะสามารถยื่นเรื่องทำประกันใหม่ได้ สำหรับผู้ที่เคยเข้าร่วมประกันสุขภาพและ

ถูกถอนประกันเนื่องจากย้ายทะเบียนบ้านไปต่างประเทศ และต้องการจะแจ้งย้ายชื่อกลับเข้ายังทะเบียนบ้านตามเดิม ยกเว้นว่าเป็นลูกจ้างที่มีนายจ้างแน่นอนหรือเป็นผู้ที่มีประวัติการเข้าร่วมประกันสุขภาพภายในระยะเวลา 2 ปี จึงจะสามารถยื่นขอทำประกันได้ทันทีหลังจากที่นำชื่อเข้าทะเบียนบ้าน มิเช่นนั้นจะต้องรอให้มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนจึงจะสามารถยื่นขอทำประกันได้

ทารก

หลังจากที่แจ้งเกิดให้กับทารกเกิดใหม่แล้ว จะถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัวของบิดาหรือมารดา (ฝ่ายที่มีงานทำ หรือหากมีงานทำทั้งคู่ให้เลือกคนใดคนหนึ่ง) ตามกฎหมายนับแต่วันที่เด็กเกิด ให้ยื่นทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดของบิดาหรือมารดาในฐานะญาติ ส่วนทารกที่มีสัญชาติได้ทันทีที่เกิดในต่างประเทศ จะต้องเดินทางกลับประเทศ และนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านครั้งแรกครบ 6 เดือน จึงจะยื่นเรื่องขอทำประกันได้

นักเรียนนักศึกษา

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

- (1) หากท่านยังเรียนหนังสืออยู่ในสถานศึกษา (ต้องมีสถานภาพการเป็นนักเรียนและกำลังศึกษาอยู่ภายในประเทศในสถานศึกษาของรัฐหรือสถานศึกษาเอกชนที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านการศึกษา หรือสถานศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านการรับรอง โดยผู้ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ต้องแสดงหนังสือรับรองการศึกษา) และไม่มีงานทำ สามารถยื่นขอทำประกัน ร่วมกับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งในฐานะญาติได้
- (2) ผู้ที่ไม่สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาได้ ให้ยื่นขอทำประกันร่วมกับปู่ย่าหรือตายายในฐานะญาติได้เช่นกัน กรณีที่ไม่มีปู่ย่าหรือตายาย ให้ติดต่อกับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเพื่อยื่นขอทำประกันสุขภาพ
- (3) ผู้ที่จบการศึกษาหรือทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการและยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายในฐานะญาติได้ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่จบการศึกษาของปี

การศึกษานั้น หรือภายใน 1 ปี นับจากวันที่ปลดประจำการ
หรือวันที่เสร็จสิ้นการฝึกทหาร

การประกันตนเมื่ออายุครบ 20 ปีบริบูรณ์และยังศึกษาอยู่
เมื่อมีอายุเกิน 20 ปี แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีความ
สามารถในการเลี้ยงดูตนเองเนื่องจากอยู่ระหว่างศึกษาเล่าเรียน
สามารถจะยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายได้ โดย
หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอต่อประกันพร้อม
แนบสำเนาหนังสือรับรอง 1 ชุด ส่งให้กับฝ่ายบริการของสำนักงาน
ประกันสุขภาพ สาขาที่อยู่ภายใต้สังกัด เพื่อดำเนินเรื่องขอต่อการทำ
ประกันภายในสิ้นเดือนของเดือนที่ผู้ทำประกันมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์
หน่วยงานต้นสังกัดต้องตรวจหลักฐานประกอบเหตุการณ์การขอต่อประ
กันของผู้ขอทำประกัน พร้อมเก็บฉบับถ่ายสำเนาไว้เป็นหลักฐานในการ
ตรวจสอบด้วย

2. เรียนด้วยทำงานด้วย

นักเรียนนักศึกษาที่มีงานประจำทำ ต้องให้บริษัทห้างร้านที่ตนทำงานอยู่
เป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้ในฐานะลูกจ้างของบริษัทหรือห้างร้าน

3. ทำงานช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว (ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน)

หากท่านทำงานนอกเวลาช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว แต่มี
ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน และจะกลับเข้าศึกษาต่อยังสถานศึกษาเดิม
หลังปิดภาคเรียน ช่วงระหว่างที่ท่านทำงานนอกเวลา ท่านสามารถ
เลือกทำประกันต่อโดยใช้สถานะเดิมได้

ผู้ที่มิงานทำ

สำหรับผู้ที่ไม่งานทำ บริษัทห้างร้านที่ท่านทำงานอยู่หรือองค์กรที่ท่าน
สังกัดอยู่มีหน้าที่ทำประกันให้กับท่าน

1. ผู้รับผิดชอบบริษัทห้างร้าน

ต้องจัดตั้งหน่วยงานต้นสังกัดสำหรับการทำประกันขึ้นเอง หากทำงานอื่นร่วมด้วยและเป็นงานหลัก ต้องยื่นขอทำประกันกับบริษัทห้างร้านหรือหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ ห้ามยื่นขอทำประกันด้วยสถานะผู้รับผิดชอบ

2. ลูกจ้างของบริษัทห้างร้านที่มีนายจ้างประจำ

ให้นายจ้างเป็นผู้ทำประกันให้

3. มีงานทำแต่ไม่มีนายจ้างแน่นอน

หากเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ หรือเป็นสมาชิกสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง หรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำประมง สมาคมวิชาชีพหรือสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมงมีหน้าที่ยื่นขอทำประกันให้

4. ผู้ทำงานสองที่

ให้ยื่นงานประจำเป็นหลัก (พิจารณาจากระยะเวลาการทำงานจริง หากระยะเวลาการทำงานเท่ากันให้อ้างอิงจากงานที่มีรายได้มากกว่าเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา) ในการกำหนดสถานะการทำประกัน

5. ผู้ที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือน

หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมให้ความยินยอม ก็สามารถที่จะทำประกันต่อกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมโดยใช้อัตราทุนประกันเดิม ซึ่งผู้ทำประกันต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมในอัตราร้อยละ 30 ของเงินสมทบประกันสุขภาพ หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ยินยอมให้ผู้ทำประกันทำประกันต่อ ผู้ทำประกันต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำ แต่หากไม่มีญาติให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

6. ผู้ทำประกันที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือนกรณีคลอดบุตร ตามกฎหมายความเสมอภาคระหว่างเพศในการทำงาน

สามารถเลือกที่จะทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม โดยใช้อัตราทุนประกันเดิม และต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องรับภาระเองของเงินสมทบประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งใบแจ้งเงินสมทบ

ให้กับผู้ทำประกันเพื่อนำไปชำระ โดยสามารถขอผ่อนชำระระยะเวลาการชำระได้ 3 ปี หากเลือกที่จะโอนย้ายออกจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม จะต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสที่มีงานทำในฐานญาติ หากไม่มีญาติ จะต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตท้องถื่นที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

ผู้ที่ไม่มียานทำ

1. ผู้ที่ไม่มียานทำและมีญาติที่ยื่นขอทำประกันร่วมได้ ต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติพี่น้องสายตรงที่มีงานทำ
2. ผู้ที่ไม่มีคู่สมรสหรือญาติพี่น้องสายตรงที่สามารถจะทำประกันร่วมด้วยได้ ให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตหรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านโดยใช้สถานะ “ประชากรในท้องที่” ในการทำประกัน
3. ทหารผ่านศึกที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต ให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านโดยใช้สถานะ “ทหารผ่านศึก” ในการทำประกัน

ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในไต้หวัน

ตามกฎหมายการประกันสุขภาพ ชาวต่างชาติ (รวมชาวฮ่องกง มาเก๊า และจีนแผ่นดินใหญ่) ที่ถือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่พำนักในไต้หวันครบ 6 เดือนเต็มหลังจากที่ได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ (พำนักอยู่ในไต้หวันติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน หรือเคยเดินทางออกนอกไต้หวันหนึ่งครั้งแต่ไม่เกิน 30 วัน ให้นำจำนวนวันที่พำนักในไต้หวันหักลบจำนวนวันที่เดินทางออกนอกประเทศ และมีจำนวนวันทั้งหมดเทียบเท่ากับ 6 เดือน) ยกเว้นผู้ที่เป็นลูกจ้างซึ่งมีนายจ้างแน่นอนที่ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่เข้าทำงานนับแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดในไต้หวันและถือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในไต้หวัน ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับตั้งแต่วันที่เกิด

นอกจากนี้นับแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นมา ชาวต่างชาติที่ได้รับการจ้างงานในสถานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คู่สมรส บุตรธิดาที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและบุตรธิดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากความทุพพลภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับเอกสารรับรองการพำนักในได้ห้วนแล้ว ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับแต่วันที่บุคคลที่ทำงานเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในได้ห้วน

1. นักเรียนนักศึกษาชาวจีนโพ้นทะเลหรือชาวต่างชาติ

- (1) สามารถยื่นขอทำประกันผ่านสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่
กรณีจบการศึกษา พันสภาพจากการเป็นนักเรียน หรือพักการเรียน จะต้องยื่นเรื่องขอถอนการประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมก่อนเดินทางกลับประเทศที่ตนอาศัยอยู่หรือเดินทางออกจากได้ห้วน
- (2) หากหลังจบการศึกษา ก่อนกำหนดการพำนักจะหมดอายุ หรือผู้ที่ได้รับอนุมัติต่ออายุการพำนักจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกระทรวงมหาดไทย ต้องทำการยื่นเรื่องร่วมทำประกันสุขภาพต่อที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) ที่อาศัยอยู่

2. กรณีมีนายจ้างประจำ

นายจ้างเป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้

3. กรณีไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่สามารถขอทำประกันร่วมในฐานะญาติได้

ให้ยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรง นับจากวันที่พำนักในได้ห้วนครบ 6 เดือนเต็ม

4. กรณีไม่มีงานทำและไม่มีญาติที่สามารถขอทำประกันร่วมด้วยได้

ต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตถิ่นที่อยู่ นับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

5. ผู้รับผิดชอบบริษัท

ต้องยื่นทำประกันกับบริษัทนับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

6. ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดในไต้หวัน

ตามกฎหมายการประกันสุขภาพมาตรา 9 วรรค 3 กำหนด นับแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ให้ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดในไต้หวัน และมีเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในไต้หวัน ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับตั้งแต่วันที่เกิด

7. ญาติของชาวต่างชาติที่ได้รับการจ้างงานในสถานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

เพื่อสนองรับกฎหมาย “การว่าจ้างชาวต่างชาติผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง” ซึ่งเริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 สำหรับชาวต่างชาติที่ได้รับการจ้างงานในสถานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คู่สมรส บุตรธิดาที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและบุตรธิดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากความทุพพลภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในไต้หวันแล้ว ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับแต่วันที่บุคคลที่ทำงานเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในไต้หวัน





กรณีพิเศษอื่นๆ

สูญเสียสถานะการรับประกัน

ผู้ที่มีเหตุตรงตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ไม่สามารถขอรับประกันได้ ผู้ที่ได้ทำประกันไปแล้วจะต้องถอนการทำประกัน

1. ผู้ที่หายสาบสูญครบ 6 เดือน: กรณีเป็นการหายสาบสูญเนื่องจากภัยพิบัติสามารถขอถอนประกันได้นับแต่วันที่มีเหตุภัยพิบัติเกิดขึ้น
2. เสียชีวิต สูญเสียสัญชาติสาธารณรัฐจีน ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ ผู้ที่อาศัย (พำนักร) ในได้หวัน ครบกำหนดตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต

ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร

หากประกันสุขภาพถูกระงับชั่วคราวเนื่องจากท่านเปลี่ยนงาน เปลี่ยนสถานะ ย้ายที่อยู่ต่าง ๆ เป็นต้น แนะนำให้ท่านยื่นเรื่องเพื่อขอทำประกันใหม่โดยเร็วที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลอาจจะจำเป็นต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน ขั้นตอนการยื่นเรื่องเพื่อขอทำบัตรใหม่มีดังนี้

1. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นลูกจ้างของบริษัท หน่วยงาน ห้างร้าน ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม
2. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง
3. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ
4. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคู่สมรสหรือญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับ เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ

ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการทำประกันภายใน 2 ปีก่อนเดินทางกลับประเทศ จำเป็นต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าทะเบียนบ้านในได้วันครบ 6 เดือน จึงจะสามารถเข้าร่วมประกันสุขภาพ และได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล

1. ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ขอเพียงยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านถือว่ายังมีสถานะการประกันสุขภาพอยู่และต้องทำประกันตามกฎระเบียบ
2. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศแต่มีระยะเวลาการขอถอนประกันไม่ครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ สามารถจะกลับเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพได้ทันทีที่มีการแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านอีกครั้ง
3. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศและมีระยะเวลาขอถอนประกันครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ ต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน จึงจะกลับเข้าร่วมประกันสุขภาพได้

กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อ ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

1. ผู้ที่หายสาบสูญไม่เกิน 6 เดือน

- (1) ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มแทนผู้ทำประกันเพื่อยื่นขอระงับการทำประกัน โดยมีผลนับจากเดือนที่หายสาบสูญ
- (2) เอกสารรับรอง: บันทึกการรับแจ้งความเพื่อขอความช่วยเหลือค้นหาคนหายจากสถานีตำรวจ
- (3) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ทำประกันซึ่งยื่นขอระงับการทำประกันเนื่องจากหายสาบสูญ จะต้องยื่นขอเปลี่ยนสถานะในการทำประกัน

2. ผู้ที่ประสงค์เดินทางออกนอกประเทศ นานเกินกว่า 6 เดือน และเลือกที่จะขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว แต่ได้เคยยื่นขอระงับการทำประกันเมื่อเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว หลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศและยื่นขอกลับเข้าระบบ ประกันสุขภาพใหม่ ต้องมีระยะเวลาการทำประกันครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำประกันชั่วคราวได้อีกครั้ง

- (1) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศไม่เกิน 6 เดือนและเดินทางกลับประเทศก่อนกำหนด จะต้องยื่นเรื่องขอยกเลิกการระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว พร้อมทั้งต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลัง
- (2) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ทำประกันที่ยื่นขอระงับการทำประกันชั่วคราวเนื่องจากเดินทางออกนอกประเทศ ต้องยื่นขอเปลี่ยนการทำประกันโดยใช้สถานะอื่น แต่ญาติของผู้ทำประกันที่ได้รับความยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ก็ให้ยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมต่อไป

สำระนำรู้ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์ เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

บุคคลที่ยังคงมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่ได้หวน หากท่านประสงค์จะเดินทางออกนอกประเทศนานเกินกว่า 6 เดือน ท่านสามารถเลือกที่จะทำประกันสุขภาพต่อหรือขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวได้

1. ต้องการทำประกันสุขภาพต่อ

ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องเพิ่มเดิม แต่ต้องไม่ขาดส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เดินทางออกนอกประเทศ และยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพเช่นเดิม กรณีมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือคลอดบุตรฉุกเฉินอย่างไม่คาดหมายในต่างประเทศสามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ ได้สำรองจ่ายไปก่อนคืนได้ (“การอนุมัติ เบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อน” กรณาดูรายละเอียดในบทที่ 11)

2. ต้องการขอรับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

- (1) กรอกแบบฟอร์ม “ขอรับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว” และยื่นเรื่องก่อนที่จะเดินทางออกนอกประเทศ โดยช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ แต่จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล หากไม่สามารถยื่นเรื่องขอรับการทำประกันได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจให้ญาติพี่น้องที่อยู่ในได้วันเป็นผู้ดำเนินการแทนได้ โดยให้นำข้อมูลบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจประกอบการยื่นเรื่องขอรับการประกันสุขภาพชั่วคราว

กรมประกันสุขภาพอนุมัติให้ผู้ทำประกันประเภทที่ 6 (ประชากรในท้องถิ่นที่ว่างงานที่ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน) สามารถใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพยื่นขอรับหรือขอกลับเข้าทำประกันสุขภาพทาง “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” เว็บไซต์ประกันสุขภาพ หรือทาง “เคาน์เตอร์เคลื่อนที่” ใน APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซีโก

- (2) ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในระหว่างที่ขอรับการทำประกัน แต่หลังจากเดินทางเข้าประเทศแล้ว ต้องยื่นเรื่องเพื่อขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพนับจากวันที่เดินทางกลับ เพื่อรักษาสถานีการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ และเป็นไปตามหน้าที่ แต่หากท่านมีการเดินทางกลับเข้าประเทศก่อนครบ 6 เดือน จะต้องยื่นขอ

ยกเลิกการระงับการทำการประกันสุขภาพ และต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังโดยนับจากเดือนที่ขอระงับการทำการประกันจนถึงเดินทางกลับประเทศ

- (3) ผู้ที่ยื่นขอระงับการทำการประกันสุขภาพชั่วคราว หลังจากที่พักอาศัยอยู่ในต่างประเทศแล้ว ให้ยึดวันที่ที่เอกสารการยื่นเรื่องขอระงับการทำการประกันส่งถึงสำนักงานประกันสุขภาพเป็นวันระงับการทำการประกัน ไม่สามารถขอระงับการทำการประกันย้อนหลังไปยังวันที่เดินทางออกนอกประเทศได้ เมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศก็ไม่สามารถที่จะยื่นขอให้การระงับการทำการประกันมีผลย้อนหลังหรือร้องขอให้คืนเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศซึ่งได้จ่ายไปแล้วก่อนหน้านี้ได้ นอกจากนี้ หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำการประกันสุขภาพแล้ว ท่านไม่สามารถที่จะยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในระหว่างที่พำนักอยู่ในต่างประเทศได้ และไม่สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อน โดยต้องรอให้เดินทางกลับเข้าประเทศและยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ
- (4) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศและได้ยื่นขอระงับการทำการประกันสุขภาพชั่วคราวไปแล้ว นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ผู้ทำประกันที่เลือกขอระงับการทำการประกันชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ จะต้องมียะเวลาระยะของการกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำการประกันชั่วคราวได้ใหม่

ขั้นตอนการยื่นเรื่อง “ขอระงับการทำการประกันสุขภาพชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ” และ “ขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับเข้าประเทศ”

การยื่นขอระงับการประกันสุขภาพ หน่วยงานต้นสังกัดมีหน้าที่ในการกรอกแบบฟอร์ม “แบบคำร้องขอระงับการทำการประกันสุขภาพของผู้ทำประกัน” พร้อมแนบหลักฐานประกอบ อาทิ การตรวจลงตรา (วีซ่า) บัตรโดยสาร

เครื่องบิน เป็นต้น และส่งไปที่ฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อขอรับการประกันสุขภาพชั่วคราว การระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว สำหรับผู้ที่ส่งคำร้องถึงสำนักงานก่อนเดินทางออกนอกประเทศ ให้มีผลนับจากเดือนที่เดินทาง ส่วนผู้ที่ส่งคำร้องหลังจากเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว การระงับประกันจะมีผลนับจากเดือนที่เอกสารคำร้องส่งไปถึงสำนักงาน หลังจากที่ยื่นขอรับการทำประกันไปแล้ว และเหตุผลในการขอ

ระงับการทำประกันได้สิ้นสุดลง เช่น เดินทางกลับเข้าประเทศ จะต้องยื่นเรื่องขอลงทะเบียนระบบประกันสุขภาพในวันเดียวกับวันที่เดินทางกลับเข้าประเทศ โดยหน่วยงานต้นสังกัดของท่านต้องกรอกแบบฟอร์ม “แบบคำร้องขอลงทะเบียนระบบประกันสุขภาพ” 1 ชุด ภายใน 3 วัน และหลักฐานแสดงประวัติการเดินทางเข้าออกประเทศ (หรือสำเนาหนังสือเดินทางทั้งเล่ม) ส่งมอบให้กับฝ่ายบริการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อยื่นขอลงทะเบียนระบบประกันสุขภาพ ผู้ที่ต้องยื่นขอลงทะเบียนระบบประกันสุขภาพแต่ไม่ได้ดำเนินการ จะต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังนับจากวันที่เดินทางเข้าประเทศในภายหลัง

ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2556 เป็นต้นไป ขยายความคุ้มครองประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน (ผู้ถูกกักกันหมายถึง ผู้ที่อยู่ระหว่างรับโทษจำคุกหรือรับโทษควบคุมความประพฤติ ผิดกบฏเป็นเวลาไม่เกิน 2 เดือนของหน่วยงานสถานกักกัน) โดยบังคับให้ผู้ถูกกักกันจะต้องเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ

ตามกฎหมายผู้ถูกกักกันถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิด และถูกจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนไหว ดังนั้น เพื่อคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ถูกกักกัน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดสถานพยาบาล และวิธีการรักษา โดยผู้ถูกกักกันจะต้องเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายในหน่วยงานสถานกักกันก่อนเป็นลำดับแรกหากมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา จะนำส่งผู้ป่วยโดยให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มกัน



งบประมาณของระบบประกันสุขภาพ และอัตราเงินสมทบ

งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกัน สุขภาพมาจากไหน?

รายได้หลักของระบบประกันสุขภาพมาจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ โดยมีประชาชน นายจ้างและรัฐบาล 3 ฝ่ายร่วมกันรับภาระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะนำเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์

ข้อที่แจ่มชัดแน่นอนว่า เงินสมทบค่าประกันสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ใช้สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เท่านั้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องของการประกันสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การบริหาร เงินเดือนพนักงาน รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบออกเงินทั้งหมด โดยไม่ได้ใช้งบจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

วิธีการคำนวณการจัดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ เงินสมทบทั่วไป

ผู้ทำประกันประเภทที่ 1, 2 และ 3 ให้ใช้ค่าเงินประกันของแต่ละประเภทเป็นฐานในการคำนวณ ผู้ทำประกันประเภทที่ 4, 5 และ 6 ให้ใช้ค่าเฉลี่ยจากค่าประกันสุขภาพทั่วไปของผู้ทำประกันประเภทที่ 1 - 3

เป็นฐานในการคำนวณสูตรการคำนวณดังนี้ :

ประเภทที่1		ผู้ทำประกัน	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		หน่วยงาน ต้นสังกัด หรือรัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว)
ประเภทที่2 - ประเภทที่3		ผู้ทำประกัน	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง
ประเภท6	ทหารเกษียณ หรือตัวแทน ครอบครัวทหาร ที่เสียชีวิต	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนสมาชิกในครอบครัว
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง
	ประชากร ในท้องที่	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง

อธิบาย:

1. สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องจ่าย : ดูหน้าถัดไป"ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระสำหรับ ค่าประกันสุขภาพทั่วไป"
2. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%
3. ค่าเงินประกัน : ดูหน้าถัดไป "ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นค่าเงินประกันสุขภาพที่ใช้เป็นฐานในการ คำนวณ"
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว : ผู้ที่มากกว่า 3 คนให้ใช้จำนวน 3 คนในการคำนวณ
5. ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว : ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.61 คน
6. ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปสำหรับประเภทที่ 4 และ 5 เท่ากับ 1,759 เหรียญไต้หวัน โดยรัฐบาลสนับสนุนให้ทั้งหมด
7. ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปของประชากรในท้องที่สำหรับประเภทที่ 6 เท่ากับ 1,249 เหรียญไต้หวัน โดยต้องจ่ายเอง 60% รัฐบาลสนับสนุน 40% ดังนั้น จะต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพคนละ 749 เหรียญไต้หวันต่อคนต่อเดือน

ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ประเภทของผู้ทำประกัน			สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระ (%)		
			ผู้ทำประกัน	หน่วยงานต้นสังกัด	รัฐบาล
ประเภทที่ 1	ข้าราชการ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ที่เป็นทหารด้วยความสมัครใจ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	พนักงานสถาบันการศึกษาเอกชน	ตนเองและครอบครัว	30	35	35
	ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน โดยมีนายจ้างประจำ	ตนเองและครอบครัว	30	60	10
	นายจ้าง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	เป็นนายจ้างของตัวเอง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	ผู้ประกอบการวิชาชีพและช่างเทคนิคเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้ประกอบอาชีพส่วนตัว	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
ประเภทที่ 2	สมาชิกสมาคมวิชาชีพ	ตนเองและครอบครัว	60	0	40
	ลูกเรือที่ได้รับการว่าจ้างจากที่อื่น	ตนเองและครอบครัว	60	0	40
ประเภทที่ 3	เกษตรกร ชาวประมง สมาชิกสมาคมชลประทาน	ตนเองและครอบครัว	30	0	70
ประเภทที่ 4	ทหารเกณฑ์	ตนเอง	0	0	100
	นักเรียนทหารที่ได้รับทุนกองทัพ ครอบครัวของทหารที่เสียชีวิตในหน้าที่	ตนเอง	0	0	100
	ทหารเลือกบริการพลเรือน	ตนเอง	0	0	100
	ผู้ถูกกักกัน	ตนเอง	0	0	100
ประเภทที่ 5	ครอบครัวรายได้ต่ำ	สมาชิก	0	0	100
ประเภทที่ 6	ทหารผ่านศึก และตัวแทนครอบครัวทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต	ตนเอง	0	0	100
		ครอบครัว	30	0	70
	ประชากรท้องที่	ตนเองและครอบครัว	60	0	40

ตารางฐานเงินในการคำนวณค่าประกันสุขภาพ

กลุ่ม ช่วงต่าง	เอา ประกัน ระดับ	ฐาน เงิน คำนวณ ค่าประกัน รายเดือน	เงินเดือน รับจริง (เหรียญ)	กลุ่ม ช่วงต่าง	เอา ประกัน ระดับ	ฐาน เงิน คำนวณ ค่าประกัน รายเดือน	เงินเดือน รับจริง (เหรียญ)
กลุ่มที่ 1 ช่วงต่าง 900 เหรียญ	1	23,100	ต่ำกว่า 23,100	กลุ่มที่ 6 ช่วงต่าง 3,000 เหรียญ	22	60,800	57,801-60,800
					23	63,800	60,801-63,800
					24	66,800	63,801-66,800
					25	69,800	66,801-69,800
กลุ่มที่ 2 ช่วงต่าง 1,200 เหรียญ	2	24,000	23,101-24,000	กลุ่มที่ 7 ช่วงต่าง 3,700 เหรียญ	26	72,800	69,801-72,800
					27	76,500	72,801-76,500
					28	80,200	76,501-80,200
					29	83,900	80,201-83,900
กลุ่มที่ 3 ช่วงต่าง 1,500 เหรียญ	3	25,200	24,001-25,200	กลุ่มที่ 8 ช่วงต่าง 4,500 เหรียญ	30	87,600	83,901-87,600
					31	92,100	87,601-92,100
					32	96,600	92,101-96,600
					33	101,100	96,601-101,100
กลุ่มที่ 4 ช่วงต่าง 1,900 เหรียญ	4	26,400	25,201-26,400	กลุ่มที่ 9 ช่วงต่าง 5,400 เหรียญ	34	105,600	101,101-105,600
					35	110,100	105,601-110,100
					36	115,500	110,101-115,500
					37	120,900	115,501-120,900
กลุ่มที่ 5 ช่วงต่าง 2,400 เหรียญ	5	27,600	26,401-27,600	กลุ่มที่ 10 ช่วงต่าง 6,400 เหรียญ	38	126,300	120,901-126,300
					39	131,700	126,301-131,700
					40	137,100	131,701-137,100
					41	142,500	137,101-142,500
กลุ่มที่ 6 ช่วงต่าง 3,000 เหรียญ	6	28,800	27,601-28,800	กลุ่มที่ 11 ช่วงต่าง 7,400 เหรียญ	42	147,900	142,501-147,900
					43	150,000	147,901-150,000
					44	156,400	150,001-156,400
					45	162,800	156,401-162,800
กลุ่มที่ 7 ช่วงต่าง 3,700 เหรียญ	7	30,300	28,801-30,300	กลุ่มที่ 12 ช่วงต่าง 8,400 เหรียญ	46	169,200	162,801-169,200
					47	175,600	169,201-175,600
					48	182,000	175,601-182,000
							ขึ้นไป

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์การคิดคำนวณค่าประกันสุขภาพทั่วไป

1. คิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเป็นรายเดือน เดือนที่ขอทำประกันต้องจ่ายค่าประกันเต็มเดือน เดือนที่ถอนประกันไม่ต้องจ่ายค่าประกัน
2. เดือนที่เปลี่ยนย้ายเข้าร่วม ไม่มีบันทึกการถอนประกัน(ย้ายออก)ทางหน่วยงานต้นสังกัดต้องเก็บค่าประกันของเดือนนั้น
3. ไม่ว่าจะเปลี่ยนแปลงย้ายเข้าหรือย้ายออกในเดือนเดียวกันหรือไม่เดือนที่ทำการย้ายออกหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ต้องคิดหักเงินค่าประกันสุขภาพ ยกเว้นในกรณีที่ทำการย้ายออกในวันสุดท้ายของเดือน
4. ผู้ที่ขอเปลี่ยนย้ายการทำประกันในวันสุดท้ายของเดือน นอกจากว่าหน่วยงานต้นสังกัดเดิมจะระบุหมายเหตุชัดเจนว่าผู้ขอเปลี่ยนย้ายไม่ได้รับเงินเดือนในเดือนนั้น มิเช่นนั้น จะถือว่าวันที่มีผลคือวันที่ 1 ของเดือนถัดไป โดยสำนักงานประกันสุขภาพจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในเดือนนั้นของท่านจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม (ตัวอย่างเช่น ขอเปลี่ยนย้ายวันที่ 30 พฤศจิกายน วันที่มีผลคือวันที่ 1 ธันวาคม และจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพของเดือนพฤศจิกายนกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม)

ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ตัวอย่างที่ 1 : นายจางซานทำงานอยู่ในบริษัท ก. ได้รับเงินเดือนเดือนละ 35,000 เหรียญไต้หวัน ภรรยาเป็นแม่บ้าน และมีบุตรสามคนที่ยังเรียนหนังสืออยู่

อธิบาย:

1. ครอบครัวนายจางซานต้องยื่นทำประกันสุขภาพกับบริษัท ก. ทุกคน แม้ว่าจะมีสมาชิกในครอบครัวรวม 4 คน แต่ปัจจุบันการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพให้คำนวณโดยใช้จำนวนสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดเพียง 3 คน ดังนั้น ไม่ต้องนำสมาชิกในครอบครัวที่เหลืออีก 1 คนมาคำนวณ

2. อ้างอิงจากเงินเดือนของนายจางซาน ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของนายจางซานคือ 36,300 เหรียญไต้หวัน (ตรงกับระดับที่ 12 ตามตารางฐานเงินคำนวณ)
3. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายจางซานต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$$36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 30\% \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น)} \times (1+3) = 2,044 \text{ เหรียญไต้หวัน}$$
4. เงินสมทบประกันสุขภาพที่บริษัท ก. ต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$$36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.61) \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น)} = 1,645 \text{ เหรียญไต้หวัน}$$
5. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายจางซานเป็นประจำทุกเดือนตามที่กฎหมายประกันสุขภาพกำหนดเท่ากับ :

$$36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.61) \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น)} = 274 \text{ เหรียญไต้หวัน}$$

หมายเหตุ :

1. ตามคำอธิบายข้อที่ 4 และ 5 โดยค่า 0.61 ที่นำมาคำนวณตามสูตรหมายถึงค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกในครอบครัว
2. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%

ตัวอย่างที่ 2 : นายหลี่ซือและภรรยายื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

อธิบาย:

1. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายหลี่ซือต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$$1,249 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 60\% \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น)} \times (1+1) = 1,498 \text{ เหรียญไต้หวัน}$$

2. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายพลีชื่อเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$$1,249 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 40\% \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น)} \times (1+1) = 1,000 \text{ เหรียญได้หัววัน}$$

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

เกณฑ์การคิดคำนวณเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

1. ผู้มีเงินได้หรือมีรายได้ตามรายการ 6 ประเภทด้านล่างนี้ ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมตามอัตราที่กำหนด(ปัจจุบัน 1.91%)โดยให้หน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินได้นั้นๆคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจาก เงินได้หรือรายได้ $\times$ อัตราค่าประกัน แล้วหักออกเพื่อนำส่งเป็นค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

รายการ	คำชี้แจง	รหัสภาษีเงินได้ (สองหลักแรก)
เงินรางวัลที่ได้รับสะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ	เงินรางวัลที่มอบให้กับผู้ทำประกัน ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในเงินเดือนที่นำมาคำนวณค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ (เช่น เงินโบนัสปลายปี เงินของขวัญประจำเทศกาล เงินรางวัล) ในส่วนของเงินสะสมที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ	50
เงินได้จากวิชาชีพเสริม	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพเสริม (หมายถึงรายได้ที่ไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันสุขภาพด้วย)	50
รายได้จากการประกอบธุรกิจ	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับประชาชนจากการประกอบธุรกิจ (ไม่มีการหักค่าใช้จ่ายที่เป็นหรือต้นทุนออก)	9A 9B
เงินได้จากเงินปันผล	เงินปันผลที่บริษัทจ่ายให้กับผู้ถือหุ้น (เงินปันผลสุทธิ + ค่าลดหย่อนภาษี)	54
เงินได้จากดอกเบี้ย	เงินได้ที่จ่ายให้กับประชาชนในรูปดอกเบี้ยพันธบัตร ดอกเบี้ยพันธบัตรองค์กร ดอกเบี้ยตราสารทางการเงิน ดอกเบี้ยตัวเงินระยะสั้นทุกประเภท ดอกเบี้ยเงินฝาก และดอกเบี้ยที่ได้จากการให้กู้ยืม	5A 5B 5C 52
รายได้จากการจัดเก็บค่าเช่า	เงินค่าเช่าที่จ่ายให้กับประชาชน (โดยไม่มีการหักค่าเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายที่จำเป็น)	51

2. เงินสมทบเพิ่มเติมใช้วิธีการหัก ณ ที่จ่าย โดยผู้มีหน้าที่จัดเก็บหักเก็บ ขณะจ่ายแต่ละครั้ง ผู้ประกันตนแต่ละรายจะถูกเก็บเงินสมทบเพิ่มเติม คำนวณต่อคนต่อครั้งและไม่มีการคำนวณรวม

ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม [เงินได้จากดอกเบี๋ย]

- ตัวอย่าง : นายฟูมียอดเงินฝากประจำในธนาคาร ข.อยู่หลายรายการ ในจำนวนนี้มีเงินฝาก 3 รายการที่จะครบกำหนดในวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ซึ่งแบ่งการจ่ายดอกเบี้ยออกเป็น 1,500 เหรียญไต้หวัน 25,000 เหรียญไต้หวัน และ 1,800 เหรียญไต้หวัน ธนาคาร ข. จะมีการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายฟูอย่างไร
- การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 25,000 เหรียญไต้หวัน $\times 1.91\%$ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดถึง 5 บัดขึ้น) = 478 เหรียญไต้หวัน
- อธิบาย : คำนวณการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยอ้างอิงจากดอกเบี้ยเงินฝากแต่ละรายการ เนื่องจากดอกเบี้ยเงินฝากที่ได้รับ 2 รายการได้แก่ 1,500 เหรียญไต้หวัน และ 1,800 เหรียญไต้หวัน มีจำนวนต่ำกว่าฐานอ้างอิงในการจัดเก็บที่ จึงไม่ต้องนำมาคำนวณเพื่อจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยธนาคาร ข.จะต้องนำส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจำนวน 478 เหรียญไต้หวันหักเก็บจากนายฟูให้กับสำนักงานประกันสุขภาพก่อนวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

[เงินรางวัล]

- ตัวอย่าง : นายหวังมีอาชีพเป็นวิศวกรซอฟต์แวร์ ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากบริษัท ค. โดยมีค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณต่อเดือนเท่ากับ 150,000 เหรียญไต้หวัน ได้รับเงินโบนัสปลายปีในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวน 450,000 เหรียญไต้หวัน และได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญไต้หวันในเดือนตุลาคม
- การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 450,000 เหรียญไต้หวัน $\times 1.91\%$ = 8,595 เหรียญไต้หวัน

- อธิบาย : นายหวังได้รับเงินรางวัลสะสม ณ เดือนกุมภาพันธ์รวม 450,000 เหรียญ ซึ่งเป็นยอดเงินที่ไม่ถึง 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้น คือ 600,000 เหรียญ (150,000 เหรียญได้หวัน x 4) จึงไม่ต้องนำมาหักค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม แต่ในเดือนตุลาคมได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญได้หวัน จึงมีเงินรางวัลสะสมรวมเป็น 1,050,000 เหรียญได้หวัน ซึ่งมียอดเงินที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้นเท่ากับ 450,000 เหรียญ (1,050,000 - 600,000 เหรียญได้หวัน) ดังนั้น เมื่อบริษัท ค.จะจ่ายเงินรางวัลให้ในเดือนตุลาคม จะต้องหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจำนวน 8,595 เหรียญได้หวันก่อนดูวิธีการคำนวณอย่างละเอียดจากตารางด้านล่าง:

วันเดือนปีที่จ่าย	รายการเงินรางวัล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (A)	4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (B=A×4)	ยอดเงินรางวัลต่อครั้ง (C)	ยอดเงินรางวัลสะสม (D)	ยอดเงินรางวัลที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ (E=D-B)	ฐานของเงินรางวัลที่นำมาคำนวณค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม (F) Min(C,E)	ค่าประกันสุขภาพที่ต้องชำระเพิ่มเติม (G=F*1.91%)
1 ก.พ. 2560	เงินโบนัสปลายปี	150,000	600,000	450,000	450,000	-150,000	0	0
1 ต.ค. 2560	เงินรางวัล	150,000	600,000	600,000	1,050,000	450,000	450,000	8,595
รวม					1,050,000			8,595

หมายเหตุ :

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเป็น 1.91%

3. ตารางแสดงรายการการคิดคำนวณค่าเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม รายบุคคลและฐานอ้างอิงต่ำสุด, สูงสุด (หมายเหตุ 1)

รายการการจัดเก็บ	ฐานอ้างอิงต่ำสุด	ฐานอ้างอิงสูงสุด
เงินรางวัลที่ได้รับสะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ	ไม่มี	เงินรางวัลที่ได้รับสะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้นสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวันต่อครั้ง
เงินได้จากวิชาชีพเสริม	จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้ง เท่ากับรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน
รายได้จากการประกอบธุรกิจ(หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3)	
เงินได้จากเงินปันผล(หมายเหตุ 2)	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานenameจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าเกินจากค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเกินกว่า 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3) 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าถึง 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3)	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าเกินจากค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน
เงินได้จากดอกเบี้ย(หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน
รายได้จากค่าเช่า	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน

หมายเหตุ:

- (1) กรณีที่เงินได้หรือรายได้ที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติมนายบุคคลเท่ากับฐานอ้างอิงต่ำสุด ให้จ่ายเงินที่ได้รับทั้งหมดมาคำนวณ กรณีมากกว่าฐานอ้างอิงสูงสุด ให้คำนวณโดยใช้ยอดเงินจากฐานอ้างอิงสูงสุด
- (2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2558 เป็นต้นมา สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส ที่รับ การอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจน ตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพประชาชน (ต่อไปเรียกกฎหมายประกันสุขภาพ) มาตรา 100 รายได้จาก การประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง (ปัจจุบันคือ 20,008 เหรียญไต้หวัน) ไม่จำเป็นต้องหัก เกินเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ
- (3) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 เป็นต้นมา

4. ผู้ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมบุคคลที่มีหลักฐานดังต่อไปนี้ ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเมื่อได้รับการจ่ายเงินได้

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
ไม่มีคุณสมบัติที่จะยื่นขอทำประกันได้	(1) เงินรางวัลสะสมเกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้ เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้น (2) เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย	หลังจากที่ได้รับแจ้งจากผู้ที่ไม่มีความสมบัติที่จะยื่นขอทำประกันแล้วผู้มีหน้าที่หักเงินสมทบจะต้องทำการยืนยันกับสำนักงานประกันสุขภาพ
ผู้ทำประกันที่อยู่ในประเภทที่ 5 กลุ่มครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำตามระบบประกันสุขภาพ	(3) รายได้จากการประกอบธุรกิจ (4) เงินได้จากเงินปันผล (5) เงินได้จากดอกเบี้ย (6) รายได้จากค่าเช่า	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ ที่ออกโดยหน่วยงานราชการ และยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้ทำประกันในประเภทที่ 2	เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย	หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยสมาคมวิชาชีพในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
พนักงานเชี่ยวชาญเฉพาะทางและช่างเทคนิค ผู้ที่เป็นนายจ้างตัวเอง หรือผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระที่ยื่นขอทำประกันผ่านสมาคมวิชาชีพ (ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณอ้างอิงจากเงินได้จากการประกอบธุรกิจ)	รายได้จากการประกอบธุรกิจ	ช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ : ก. ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพโดยใช้สถานะพนักงานเชี่ยวชาญเฉพาะทางและช่างเทคนิค : หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด ข. ผู้ที่ยื่นขอทำประกันผ่านสมาคมวิชาชีพ : หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยสมาคมวิชาชีพ

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
เด็กและเยาวชน		บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการ ที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมี อายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่าย เงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วม ประกันภัยแรงงาน
ผู้พิการที่เข้าร่วม การ ประกันภัยแรงงานโดยมี ฐานเงิน เดือนในการทำ ประกัน ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ	เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วย งานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย และ เป็นเงินที่ได้ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงินต่อ ครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ	แบบฟอร์มลงทะเบียนเรียนจากสถาน ศึกษาหรือบัตรนักเรียนที่มีประทับตรา ลงทะเบียนเรียน และหนังสือรับรองว่า ไม่ได้ทำงานประจำในช่วงระหว่างที่ได้ รับการจ่ายเงินได้
นักเรียนนักศึกษา ที่กำลัง ศึกษาอยู่ในระดับวิทยาลัย ปริญญาตรี ปริญญาโท หรือ ปริญญาเอกในประเทศและไม่ ได้ทำงานประจำ		
ครอบครัวผู้มีรายได้ ต่ำและปานกลาง	(1) เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มา จากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำ ประกันด้วย และเป็นเงินที่ได้ ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงิน ต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือน ขั้นต่ำ	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีราย ได้ต่ำและปานกลาง ที่ออกโดยหน่วยงาน ราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง ที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อ กำหนดในมาตราที่ 100 ของ กฎหมายการประกันสุขภาพ	(2) หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจาก วันที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงิน ต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือน ขั้นต่ำ สำหรับรายได้ต่อไปนี้:	บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการ ที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมี อายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่าย เงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วม ประกันภัยแรงงาน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปาน กลาง	1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	
ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงิน สงเคราะห์		
เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส ที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ		
ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือใน ครอบครัวประสบภาวะพิเศษ	หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจากวัน ที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงินต่อ ครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ สำหรับรายได้ต่อไปนี้: 1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	หนังสือรับรองคุณสมบัติที่ออกโดยหน่วย งานราชการในช่วงระหว่างที่ได้รับการ จ่ายเงินได้

5. เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายจ้าง (หน่วยงานต้นสังกัด)

(ยอดเงินเดือนรวมทั้งหมดที่หน่วยงานต้นสังกัดจ่ายในแต่ละเดือน - ยอดเงินค่าประกันรวมที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของลูกจ้าง) $\times$ 1.91%

- ไม่มีฐานอ้างอิงสูงสุด
- นายจ้างคำนวณเองและนำส่งร่วมกับเงินสมทบค่าประกัน สุขภาพทั่วไปทุกเดือน



วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกัน สุขภาพ

**หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบ
ค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด**

ใบแจ้งการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ทางสำนักงานประกันสุขภาพจัดส่งให้กับท่านหรือบริษัท มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ หากท่านยังคงมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณ อัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถโทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพผู้นั้นโดยตรง เพื่อขอให้ช่วยเหลือจัดการได้

**จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกัน
และกันและได้ลดหย่อนภาษี**

ตามมาตรา 17 แห่งกฎหมายภาษีเงินได้ เงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้จ่ายไป สามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีได้โดยไม่จำกัดวงเงิน หรือหมายถึง เมื่อยื่นแบบแสดงรายการชำระภาษี หากเลือกการหักลดหย่อนตามรายการที่จ่ายจริง จะสามารถแบ่งการหักลดหย่อนค่าประกันภัยออกได้เป็นสองส่วน:

1. ค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพ

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพ (หมายรวมถึงเงินสมทบทั่วไป และเงินสมทบเพิ่มเติม) ไม่ว่าจะของตนเอง คู่สมรสหรือญาติสายตรงที่อยู่ในการอุปการะเลี้ยงดู ที่ได้จ่ายไปในปีนั้นของแต่ละคน สามารถนำมาหักลดหย่อนตามรายการที่ได้จ่ายจริงโดยไม่จำกัดวงเงินการหักลดหย่อน หรือก็คือ ยามปกติจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพยิ่งมาก ก็นำมาหักลดหย่อนภาษีได้มากขึ้น และเสียภาษีเงินได้น้อยลง

2. ค่าใช้จ่ายประกันภัยอื่นๆ

ค่าเบี้ยประกันอื่นๆ ได้แก่ ประกันชีวิต ประกันการบาดเจ็บ ประกันบำนาญ ประกันภัยแรงงาน ประกันการจ้างงาน ประกันภัยสำหรับเกษตรกร ประกันภัยสำหรับข้าราชการ ครูและทหาร โดยทุกคนสามารถนำค่าเบี้ยประกันที่ได้จ่ายไปในปีนั้นมาหักลดหย่อนภาษีได้แต่ไม่เกินวงเงินการหักลดหย่อนสูงสุด

ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร

1. หลักฐานแสดงการจ่ายสมทบประกันสุขภาพ นอกจากสามารถยื่นขอได้จาก หน่วยงานยื่นทำประกันคือบริษัท(ห้างร้าน) หรือสมาคมวิชาชีพ (สหกรณ์ประมง สหกรณ์เกษตร หรือสมาคมการชลประทาน) และยื่นขอหลักฐานแสดงการจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากหน่วยงานต้นสังกัดจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติมแล้ว ยังสามารถตรวจสอบหรือยื่นขอหลักฐานการจ่ายสมทบประกันสุขภาพในปีที่ผ่านมาได้ด้วยวิธีการดังนี้:

- (1) ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ตรวจสอบหรือดาวน์โหลดผ่านบริการเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ
- (2) นำบัตรประชาชนตัวจริงไปยื่นขอได้ยังหน่วยงานร่วมยื่นทำประกันที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) หรือฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาทุกเขตหรือสำนักงานติดต่อประกันสุขภาพทุกแห่ง

- (3) ใช้แพลตฟอร์มบริการมัลติมีเดียร้านสะดวกซื้อ ตรวจสอบหรือดาวน์โหลด โดยใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์
2. ในระหว่างการแจ้งเสียภาษีรายได้ทุกปีในเดือนพฤษภาคม สำนักงานสรรพากรทุกสาขา ล้วนสามารถตรวจสอบเพื่อใช้ข้อมูลประกันสุขภาพได้ นอกจากนี้การใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ก็สามารถแจ้งรายการภาษีเงินได้ผ่านโปรแกรมระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบจำนวนเงินที่จ่ายสมทบประกันสุขภาพได้

วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

ท่านสามารถเลือกช่องทางการชำระเงินต่อไปนี้ตามความสะดวกของท่าน:

1. หักจากบัญชีเงินฝากธนาคาร

ท่านสามารถติดต่อสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ เพื่อยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร เมื่อยื่นเรื่องหักจากบัญชีเงินฝากเรียบร้อยแล้ว เดือนต่อไปของการชำระเงินสมทบค่าประกัน ก็จะถูกหักจากยอดเงินในบัญชีของท่าน

2. ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

ในการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับยื่นชำระเป็นเงินสดหรือชำระด้วยบัตรเครดิตที่เจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์บริการของสถาบันการเงินที่ให้บริการหรือที่เคาน์เตอร์ของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง โปรดทำการตรวจสอบกับเจ้าหน้าที่ก่อนว่าสามารถใช้บัตรเครดิตของสถาบันเงินใดได้บ้าง

3. ผ่านร้านสะดวกซื้อ (ต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง)

ท่านสามารถนำใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพยื่นชำระได้ที่ร้านสะดวกซื้อ (โดยมีวงเงินชำระสูงสุดไม่เกิน 20,000 เหรียญไทยวัน) ได้แก่ ร้านเซเว่นอีเลเว่น ร้านแฟมิลีมาร์ท ร้านไฮโลฟ และร้านโอเค ทุกสาขา

4. โอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) (โอนผ่านต่างธนาคารต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเอง)

ท่านสามารถชำระโดยโอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) ที่มีสัญลักษณ์บริการโอนเงินต่างธนาคารผ่านระบบอัตโนมัติได้

5. จ่ายผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (ต้องจ่ายค่าบริการเอง)

(1) บริการจ่ายเงินผ่านเครือข่ายระบบเคลื่อนที่

จ่ายผ่านแพลตฟอร์มบริการทางอินเทอร์เน็ตของสำนักงานประกันสุขภาพ ได้แก่ “บริการอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” “พื้นที่จ่ายค่าประกันสุขภาพการประกันสุขภาพประชาชน” และ “APP ประกันสุขภาพประชาชนอีทีโก” -- “เคาน์เตอร์ระบบเคลื่อนที่” หรือใช้ระบบผูกข้อมูลกับอุปกรณ์เคลื่อนที่ สแกน QR-Code บนใบแจ้งชำระค่าประกันสุขภาพ แล้วเชื่อมโยงไปยัง “พื้นที่จ่ายค่าประกันสุขภาพการประกันสุขภาพประชาชน” จ่ายเงินโดยใช้บัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวันหรือบัตรเครดิต จำกัดการจ่ายเงินเฉพาะค่าประกันสุขภาพของเจ้าของบัญชีหรือผู้ถือบัตรเครดิตเท่านั้น

(2) ใช้เว็บไซต์จ่ายเงินทั่วประเทศ <https://ebill.ba.org.tw> เลือก “ค่าประกันสุขภาพ” ทำตามขั้นตอนที่ระบุ จ่ายเงินโดยบัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวัน(จำกัดเฉพาะจ่ายค่าประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของบัญชีเท่านั้น) หรือจ่ายเงินโดยใช้บัตรเครดิตที่เอมติดีโมโคริป

(3) ใช้เว็บไซต์ของธนาคาร Bank of Taiwan(ที่ <https://ebank.bot.com.tw>) เลือกอินเทอร์เน็ตเอทีเอ็ม ใช้บัตรเครดิตที่เอมติดีโมโคริป เลือก “ใช้บัตรจ่ายเงินภาษีรายการต่างๆ/ค่าประกันสุขภาพ” หลังทำการป้อนข้อมูลตามขั้นตอนที่ระบุ ถือว่าจ่ายเงินแล้วเสร็จ

จะอย่างไรหากลืมนำเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชี ธนาคารไม่เพียงพอสำหรับหักเงินสมทบประกันสุขภาพ ("การจ่ายเงินสมทบล่าช้า" และ การคำนวณ "ค่าปรับ")

หลังจากที่การยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ด้วยวิธีหักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของท่านมีผลอนุมัติอย่างเป็นทางการแล้ว สถาบันการเงินที่ได้รับมอบหมายจะทำการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ทุกวันที่ 15 ของเดือน (เป็นวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผันชำระเงิน สมทบ) หากเงินฝากในบัญชีของท่านไม่เพียงพอ สถาบันการเงินจะไม่ ทำการหักเงินอีก จะเปลี่ยนเป็นการส่งใบแจ้งชำระเนื่องจากหักชำระผ่าน บัญชีไม่สำเร็จของสำนักงานประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ของท่าน เวลานี้ท่าน ต้องนำใบแจ้งไปชำระ ด้วยช่องทางอื่น ดังนั้นก่อนทุกวันที่ 15 ของเดือน ท่านต้องฝากเงินในบัญชีของท่านให้เพียงพอ เพื่อสะดวกในการหักชำระ

ไม่ว่าท่านเลือกช่องทางใดในการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ หากท่านชำระเงินสมทบล่าช้ากว่าระยะเวลาผ่อนผันที่กำหนด (วันครบกำหนดชำระเงินคือวันที่ 15 ของเดือนถัดไป) สำนักงานประกันสุขภาพ จะคิดค่าปรับในอัตราวันละร้อยละ 0.1 ของค่าประกันสุขภาพ นับแต่วันถัด ไปของวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผัน (คือวันที่ 16 ของเดือนถัดไป) จนถึงวันก่อนวันที่ชำระครบถ้วน โดยเงินค่าปรับที่เรียกเก็บจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือผู้มีหน้าที่จัดเก็บสูงสุดไม่เกิน 15% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ ส่วนผู้ประกันตนจะเสียค่าปรับสูงสุดไม่เกิน 5% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ



บริการทางการแพทย์ที่ได้รับ จากการ ประกันสุขภาพ

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย

เมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษา การประกันสุขภาพจะช่วยให้คุณรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากการตรวจวินิจฉัยโรคประเภทผู้ป่วยนอก ค่ายา และเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ให้ ซึ่งท่านเพียงแต่ชำระค่าใช้จ่ายในส่วนน้อยเท่านั้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก” และ “ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ต้องรับภาระเอง” บทที่ 7)

1. เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิก หากมีความจำเป็นค่อยส่ง

ตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล :

เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับชั้นสามารถให้บริการท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ขอให้ท่านเลือกแพทย์ซึ่งใกล้บ้านที่ท่านไว้วางใจเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของท่าน โดยเมื่อท่านเจ็บป่วยก็สามารถให้แพทย์ผู้นี้เป็นผู้ดูแลรักษา หากมีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม ผ่าตัดหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางคลินิกจะช่วยเหลือนำส่งท่านไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ข้อดีของการทำเช่นนี้ ด้านหนึ่งคือท่านสามารถจัดเก็บประวัติผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนพร้อมทั้งได้รับการ

การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ อีกด้านหนึ่งคือ ท่านจะลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการตระเวนพบแพทย์ลง

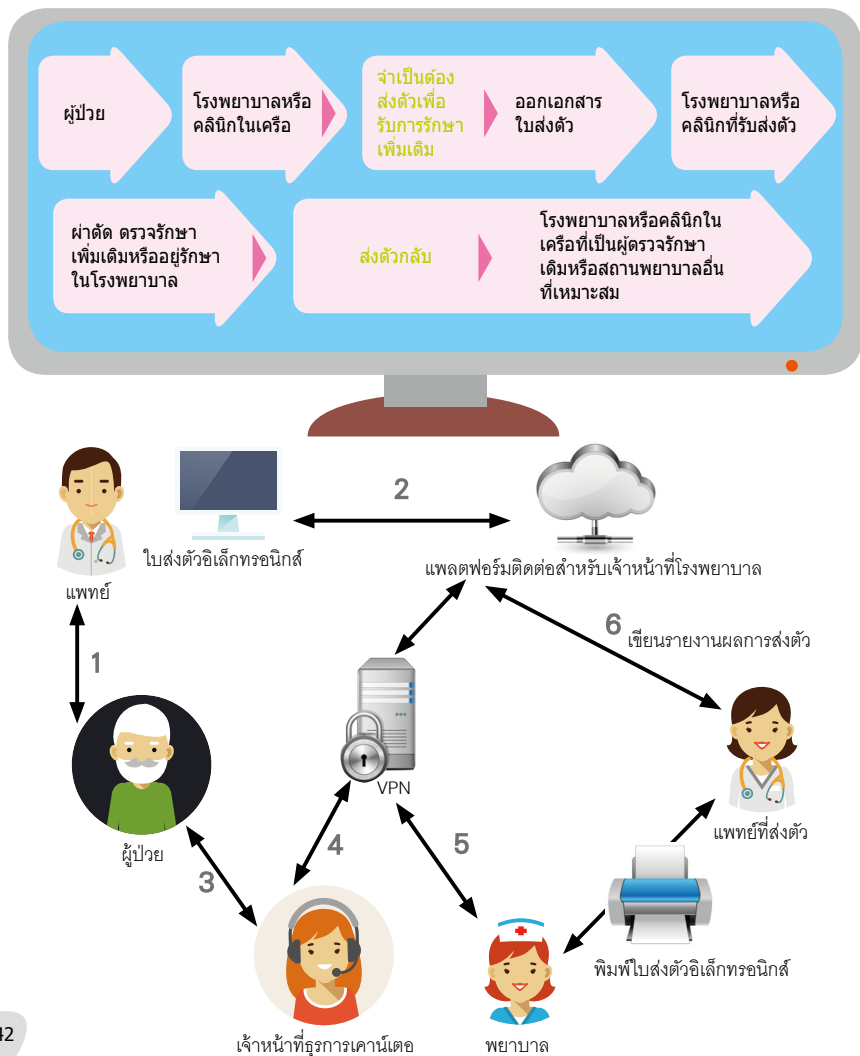
2. เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านขั้นตอน

การส่งตัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น :

ตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2560 เป็นต้นไป หากท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิก จะเสียค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกครั้งละ 50 เหรียญได้หวั่นเท่าเดิม กรณีเข้ารับการรักษายาบาลเพิ่มเติมได้ที่วิทยาลัยการแพทย์ โรงพยาบาลประจำเขตโดยมีใบส่งตัวจากแพทย์ จะเสียค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองลดลง 40 เหรียญได้หวั่น สำหรับวิทยาลัยการแพทย์ จาก 210 เหรียญได้หวั่นลดลงเหลือ 170 เหรียญได้หวั่น สำหรับโรงพยาบาลประจำเขต จาก 140 เหรียญได้หวั่นลดลงเหลือ 100 เหรียญได้หวั่น กรณีแพทย์วินิจฉัยว่ามีความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ก็สามารถนำไปนำส่งตัวซึ่งออกให้โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา เข้ารับการรักษายาบาลเพิ่มเติมได้ที่โรงพยาบาลในท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือที่วิทยาลัยการแพทย์ หลังรับการรักษาแล้ว หากแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าต้องรับการรักษาต่อ ให้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมได้ไม่เกิน 4 ครั้ง ภายใน 1 เดือนนับจากวันที่เข้ารับการรักษารวมใบส่งตัว ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาล ที่กลับไปตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่กลับไปตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาหลักขณะส่งต่อผู้ป่วย จึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่รับภาระน้อยกว่า

กรณีเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือวิทยาลัยการแพทย์โดยตรง โดยไม่ได้ผ่านขั้นตอนการส่งตัว (ไม่รวมกรณีทันตกรรม และแพทย์แผนจีน) “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก”จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว 30,140 หรือ 250 เหรียญได้หวั่นแล้วแต่กรณี ส่วน “ค่ายาและเวชภัณฑ์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” จะไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัว

ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร



ขอเพียงจดจำขั้นตอนดังต่อไปนี้ ท่านก็สามารถจะขอรับการส่งตัวได้อย่างเหมาะสม ประหยัดเวลาและกำลังของท่าน:

- ขั้นที่ 1 : หากเจ็บป่วยให้ไปรับการรักษาจากคลินิกแคว่บ้านหรือแพทย์ประจำครอบครัวก่อน เพื่อให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาทำการวินิจฉัยและรักษาโรคในเบื้องต้น
- ขั้นที่ 2 : กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ตรวจรักษาเพิ่มเติมหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือแพทย์แนะนำให้ท่านต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล แพทย์จะออกใบส่งตัวหรือทำการส่งตัวผ่านทางแพลตฟอร์มส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ของกรมประกันสุขภาพ พร้อมทั้งนัดหมายการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาต่อให้กับท่าน โดยจะช่วยเหลือนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะรับการตรวจรักษา
- ขั้นที่ 3 : เข้ารับการตรวจรักษาก่อนวันหมดอายุตามที่ระบุไว้ในใบส่งตัว โดยให้นำใบส่งตัวมอบให้กับเคาน์เตอร์บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งตัวเพื่อตรวจสอบ
- ขั้นที่ 4 : หลังจากทางโรงพยาบาลรับส่งตัวผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะทำการแจ้งรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อแนะนำหรือบันทึกเวชระเบียนโดยย่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิม กรณีผู้ป่วยนอกจะแจ้งภายใน 3 วัน ผู้ป่วยในจะแจ้งหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อ ก็จะแจ้งไปพร้อมกัน
- ขั้นที่ 5 : สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่รับส่งตัว ต่อไปอีก แต่ยังคงต้องตรวจติดตามการรักษา ให้ส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิมเพื่อทำการรักษาต่อ

หมายเหตุ:

1. การส่งต่อผู้ป่วยไม่จำเป็นจะเป็นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับคลินิก คลินิกกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับเดียวกัน ถือว่าเป็นการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด
2. โรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือประกันสุขภาพทุกแห่งสามารถออกใบส่งตัวผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเพียงนำใบส่งตัวดังกล่าวเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลตามที่ระบุไว้ทุกแห่ง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการส่งตัวต่อตามลำดับขั้น

การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น

เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่เห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามรายการดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นการบำบัดรักษาโรคซ้ำ

1. แพทย์แผนปัจจุบัน : นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

- (1) การทำแผลธรรมดาภายใน 2 วัน
- (2) ฉีดยาที่ไม่ใช่ยาเคมีบำบัดชนิดเดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (3) กายภาพบำบัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (4) การรักษาโรคผิวหนังโดยใช้แสงบำบัด การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า และการฝึกหัดการเบ่งถ่ายอุจจาระด้วยวิธี Biofeedback Therapy ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (5) ถอดไหมหลังจากผ่าตัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (6) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (7) การรักษาสุขภาพบำบัดของเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ไม่เกิน 6 ครั้งภายในก่อนปลายเดือนถัดไป
- (8) การฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งภายใน 30 วัน
- (9) การฟอกเลือด(ล้างไต) การล้างไตทางหน้าท้อง ภายใน 30 วัน
- (10) การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง ภายใน 30 วัน
- (11) การรักษาด้วยการฉีดภูมิคุ้มกันบำบัด ภายใน 30 วัน
- (12) การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน ภายใน 30 วัน
- (13) การบำบัดความผิดปกติทางจิตระดับชุมชน ภายใน 30 วัน
- (14) การรักษาทางจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด หรือการบำบัดทางจิตภายใน 30 วัน

2. ทันตกรรม: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

- (1) การรักษาการถอนฟัน สำหรับฟันซี่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (2) ทันตกรรมหัตถการ (อุดฟัน) สำหรับฟันซี่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้ง ภายใน 30 วัน
- (3) การรักษาฟันซี่เดียวกันด้วยการอุดหินปูน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (4) การรักษารากฟันเฉพาะที่ภายใน 60 วัน

3. แพทย์แผนจีน: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

- (1) การฝังเข็มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (2) การรักษากระดูกเคลื่อนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (3) การรักษาการบาดเจ็บกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

การบำบัดรักษาโรคซ้ำ ยกเว้นการตรวจรักษาในครั้งแรกที่ต้องจ่ายค่า
ธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ระหว่างรับการ
รักษารั้งอื่นๆ ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมดังกล่าวเพิ่มอีก (ยกเว้นการรักษาด้วย
กายภาพบำบัด และการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน)

กรณีท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทาง
แพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่าบริการเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญได้วัน
นับตั้งแต่การรักษารั้งที่ 2 เป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัดใน
ระดับ ปานกลาง-รุนแรง และรุนแรง)

ต้องพบกับัตรประกันสุขภาพทุกครั้งที่จะเข้ารับการรักษ เพื่อเป็นหลักฐาน
สำหรับให้ทางสถานพยาบาลบันทึกประวัติการรักษา

ข้อควรระวัง

1. หากแพทย์ผู้ตรวจรักษาโรคให้กับท่าน ได้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ
กับท่าน ในระยะเวลาเดียวกันกับที่ท่านอยู่ระหว่างรับการบำบัดรักษา
โรคซ้ำ ก็ไม่ต้องหักจำนวนครั้งของการรับการรักษา
2. ระหว่างรับการรักษ หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาโรคซ้ำ
เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งเมื่อแพทย์ตรวจรักษาและ
วินิจฉัยใหม่พบว่าไม่อยู่ในขอบข่ายการบำบัดรักษาโรคซ้ำ จะต้องชำระ
ค่าใช้จ่ายการลงทะเบียน และการตรวจรักษาตามขั้นตอนการรับ
บริการทางการแพทย์ทั่วไป

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ค่าดูแล ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ กรมประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านจึงเพียงแค่ว่ารับผิดชอบ “ส่วนที่ต้องรับภาระเองในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน” เท่านั้น (ส่วนที่ต้องรับภาระเองกรณีรักษาฉุกเฉิน กรุณาดูบทที่ 7)

รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน หากมีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ประกันสุขภาพจะช่วยท่านออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ “ค่าห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ” และ “ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล” ส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านเพียงแต่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเองระหว่าง 5%-30% เท่านั้น (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเอง ในบทที่ 7)

1. ค่าห้อง :

"เตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ" หมายถึง ห้องพักรักษาตัวที่มีเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 3 เตียง (รวม) ขึ้นไปและห้องผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยไอซียู และผู้ป่วยแยกเป็นต้น หากท่านพักรักษาตัวในห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าห้องพักรักษาตัวทั้งหมด หากท่านพักรักษาตัวในห้องประเภทอื่น ท่านจะต้องจ่ายส่วนต่างค่าห้องพักที่เกิดขึ้นเอง โดยสามารถสอบถามอัตราค่าห้องพักเดี่ยวและห้องพักคู่ได้ที่ เคาน์เตอร์บริการผู้ป่วยใน จากเว็บไซต์หรือเคาน์เตอร์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ

การคิดค่าห้องพักผู้ป่วยจะเริ่มนับจากวันที่ท่านเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันแรก แต่ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือหมายถึง “นับวันเข้าแต่ไม่นับวันออก”

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล :

ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค การดูแลและการผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น แม้จะไม่จำกัดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล แต่ต้องขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรับการรักษาตามอาการของท่าน

หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลอีก แต่ท่านยังต้องการที่จะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ ประกันสุขภาพจะไม่รับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายให้ โดยท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเอง นอกจากนี้ การส่งैयाพิเศษบางตัวจะมีระเบียบกำหนดการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างหาก ซึ่งหากแพทย์ลงความเห็นว่าการรักษาของโรคเป็นไปตามข้อกำหนดในระเบียบ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

3. รักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพ

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ได้มีการยกเลิกข้อกำหนดเดิมที่ประชาชนต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพเมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล แกะไขเป็นไม่ต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพอีกต่อไป พิจารณาจากประชาชนหากเป็นโรคที่ต้องรับการตรวจรักษาจากแพทย์ต่างแผนก ในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล และผ่านการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รับผิดชอบแล้วว่าต้องทำการตรวจรักษาทันที ประกอบกับโรงพยาบาลดังกล่าว ไม่มีแพทย์ในแผนกที่ผู้ป่วยต้องการรักษา ซึ่งต้องทำการขออนุญาตออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปทำการตรวจยังสถานพยาบาลอื่น และต้องใช้บัตรประกันสุขภาพ แต่ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล ขอให้ท่านเตรียมบัตรประกันสุขภาพเพื่อทำเรื่องขอยืมออกจากโรงพยาบาลด้วย

การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน

การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยถึงที่พักอาศัยโดยแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่ คือ การไปตรวจเยี่ยม การรักษาพยาบาล จัดหาอุปกรณ์การรักษาให้ การรักษาพยาบาลทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายอาหารหรือใส่สายสวน

ปัสสาวะ ตลอดจนจัดเก็บตัวอย่างเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้อนุบาล

1. ยื่นเรื่องอย่างไร

- (1) ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าตรงตามเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานของโรงพยาบาลนั้นจะรับเรื่องโดยตรง หรือส่งเรื่องต่อไปกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน
- (2) หากไม่ใช่กรณีจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขของการดูแลในเคสสถาน ก็สามารถที่จะยื่นเรื่องกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานได้โดยตรง

ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขการขอรับบริการดูแลในเคสสถานดังต่อไปนี้หรือไม่

1. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากกว่า 50% จะจำกัดอยู่เพียงบนเตียงหรือเก้าอี้
2. เป็นผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการทางการแพทย์ที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล

2. กฎระเบียบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

- (1) การให้บริการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน 30 วันถือเป็นการบำบัดรักษาโรคครั้งเดียวกัน ดังนั้นจะหักจำนวนครั้งของการรักษาในบัตรประกันสุขภาพ 1 ครั้งในครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมในเดือนนั้นเท่านั้น
- (2) เกณฑ์การให้บริการดูแลในเคสสถานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล เดือนละ 2 ครั้ง แพทย์สองเดือนต่อ 1 ครั้ง
- (3) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระ คือ 5% ของค่ารักษาพยาบาลจริงในแต่ละครั้ง (ยกเว้นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตาม

เงื่อนไขได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องรับภาระ)

- (4) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่พยาบาล
ที่ไปตรวจเยี่ยม
- (5) พิจารณาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในเคสสถาน ไม่สะดวกต่อการเดินทาง
ไปรับยา จึงอนุโลมให้แพทย์เมื่อทำการออกใบสั่งยาควบคุมประเภทที่
1 และประเภทที่ 2 ผู้ป่วยหากมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถไปรับยาที่โรง
พยาบาลที่ออกใบสั่งยาเดิมได้ สามารถไปขอรับยายังโรงพยาบาลอื่นใน
เครือข่ายประกันสุขภาพหรือที่สถานีนานามัยในท้องถิ่นได้

การดูแลแบบประคับประคอง

การให้บริการดูแลแบบประคับประคองโดยประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ให้การดูแลในโรงพยาบาล ให้การดูแลที่บ้าน
(รวมการดูแลในชุมชน) และให้การดูแลร่วมโดยเป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น
โรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วย 8
โรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ซึ่งได้แก่ โรคความจำเสื่อมในวัยชราและใกล้ชรา
โรคสมองเสื่อมอื่นๆ โรคหัวใจล้มเหลว โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังซึ่ง
ไม่ได้จัดประเภทไว้ โรคทางปอดอื่นๆ โรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคไตวาย
เฉียบพลันไม่ระบุรายละเอียด และโรคไตวายเรื้อรังไม่ระบุรายละเอียด

การให้บริการ :

1. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้
มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของ
สำนักงานประกันสุขภาพที่ <https://www.nhi.gov.tw> สถานพยาบาล→ยื่นเรื่อง
ออนไลน์และตรวจสอบ(สถานพยาบาล)→ดูแลแบบประคับประคอง(โรงพ
ยาบาล เคสสถาน บุรณาการ) ตรวจสอบบริการผ่านเว็บไซต์ หรือโทรศัพท์
สอบถามรายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการดังกล่าวจากฝ่ายบริการของ
สำนักงานประกันสุขภาพทุกสาขา จากนั้นจึงไปติดต่อสถานพยาบาล
หลังจากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยแล้วเห็นว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด
แพทย์จะจัดเตรียมห้องพักผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้
กับท่าน โดยจะมีชุดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางอย่างเข้มงวด

ชี้แจงเกี่ยวกับการลงนามในหนังสือยินยอมขอรับการดูแลรักษาแบบ ประคับประคองอย่างละเอียด การรักษาโดยไม่บีบบังคับ และข้อควร ระวังต่างๆ เป็นต้น

2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (รวมการดูแลในชุมชน)

หากท่านหรือครอบครัวของท่านเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน หรือ สถานดูแลใกล้บ้าน สำนักงานประกันสุขภาพก็ให้บริการการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองที่บ้านเช่นกัน โดยจะมีเจ้าหน้าที่ทีมรักษาพยาบาล (ประเภทก.) ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ตลอดจน ให้การดูแลปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและของญาติด้วย นับแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ได้ เพิ่มการดูแลประคับประคองแบบชุมชน (ประเภทข.) ขยายขอบเขตการ ดูแลของเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล “ดูแลประคับประคองแบบชุมชน” ให้ แพทย์ระดับต้นมีโอกาสคุณสมบัติเข้าข่าย ทำให้การดูแลแบบประคับ ประคองขยายสู่ชุมชนและสร้างประโยชน์ต่อประชาชนที่อาศัยในเกาะ ครอบนอก ทั้งนี้สถานพยาบาลมีบริการสายตรงให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ดูแลรักษาที่บ้านโดยเฉพาะ โดยท่าน สามารถโทรศัพท์สอบถาม เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลได้ตลอดเวลา ค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง ได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <https://www.nhi.gov.tw>
 →สถานพยาบาล→ยื่นเรื่องออนไลน์และตรวจสอบ(สถานพยาบาล)
 →ดูแลแบบประคับประคอง(โรงพยาบาล เคหสถาน นูรณาการ)
 เพื่อตรวจสอบบริการผ่านเว็บไซต์

3. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน

เนื่องจากหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้ มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความสมัครใจเข้ารับ การรักษาแบบประคับประคอง ไม่สามารถเข้าพักรักษาตัวเพื่อรับการดูแล ในห้องพักรักษาแบบประคับประคองได้ สำนักงานประกันสุขภาพจึงเริ่ม ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน ซึ่งเป็นโครงการ

นำร่องในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคจิตบำบัดพลันทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษอย่างไอซียู อาร์ซียู เป็นต้นและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้การรักษายาบาลชุดเดิม ควบคู่กับทีมแพทย์ที่ “ให้การดูแลแบบประคับประคอง” ในโรงพยาบาลเดียวกัน (โดยทีมแพทย์การดูแลแบบประคับประคอง จะให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนทีมแพทย์ชุดเดิมจะให้บริการการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

การรักษาพยาบาลในเคสสถานแบบบูรณาการ

ตั้งแต่กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 เป็นต้นไป สำนักงานประกันสุขภาพมีบริการรักษาพยาบาลในเคสสถานแบบบูรณาการแบบต่อเนื่อง 3 ระดับได้แก่ “การรักษาพยาบาลในเคสสถาน” “การรักษาพยาบาลในเคสสถานสำหรับผู้ป่วยอาการหนัก” และ “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” โดยสถานพยาบาลและศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานร่วมกับจัดทีมงานแพทย์ให้การดูแลรักษาตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในบ้านได้ ทีมงานแพทย์นอกจากบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงแล้ว หากพบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นเวลานาน ก็จะช่วยส่งเรื่องต่อไปยังศูนย์จัดการดูแลประจำเขตต่างๆ ช่วยประสานงานระหว่างทรัพยากรด้านการแพทย์และด้านการดูแลพยาบาลให้มากขึ้น สามารถดูรายชื่อสถานให้บริการใกล้บ้านได้ที่เว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw> → ประชาชนทั่วไป → ภายใต้เว็บเพจการรักษาพยาบาลในเคสสถานแบบบูรณาการ

การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ ตามระบบประกันสุขภาพ

เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เรียกว่า “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างคลินิกปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันตั้งแต่ 5 แห่งขึ้นไป โดยอาศัยความร่วมมือภายในกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

รายละเอียดการให้บริการ :

1. “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” จะมีหมายเลขโทรศัพท์สายตรงสำหรับให้คำปรึกษาทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ที่สามารถตอบคำถามของท่านได้ในทันทีทันใด พร้อมทั้งให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพ และแนะนำความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่าน ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น
3. หากมีความต้องการรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลหรือมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของท่านจะติดต่อกับโรงพยาบาลที่อยู่ในความร่วมมือ ช่วยเหลือในการนำส่งตัวท่านเพื่อรับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยที่ประวัติผู้ป่วยของท่านจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นด้วย ซึ่งโรงพยาบาลในความร่วมมือจะแจ้งผลการส่งตัว และการตรวจรักษากลับไปยังคลินิก การประสานงานจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะสามารถช่วยให้ท่าน “ได้พบแพทย์ที่เหมาะสม และรับการรักษาที่ถูกทาง” ช่วยลดขั้นตอนการตรวจ สอบ และการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รวมทั้งลดระยะเวลาการรอเตียงในหอผู้ป่วยให้กับท่าน และยังช่วยลดปัญหาเมื่อไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ไม่ทราบว่าต้องรับการรักษาอย่างไรด้วย
4. หลังจากที่มีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือท่านกลับไปรับการดูแลรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งเดิม ซึ่งจะได้รับ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาล

การเข้าร่วม “โครงการการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ”:

สำนักงานประกันสุขภาพจะนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันประเภทผู้ป่วยนอกของประชาชนในปีก่อนหน้ามาทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาผู้ทำประกันที่มีความเหมาะสมสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ และจะกำหนดให้คลินิกที่ทำประกันไปใช้บริการทางการแพทย์บ่อยที่สุดเป็นคลินิกดูแลหลัก โดยหลังจากที่คลินิกดังกล่าว

เข้าร่วมในโครงการ สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งรายชื่อให้กับคลินิก
ในเครือข่ายกลุ่มการแพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบ
ขององค์กรรวม

หากท่านต้องการทราบว่าคลินิกใกล้บ้านแห่งใดที่เป็นคลินิกในเครือ
กลุ่มการแพทย์ชุมชน สามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่สายตรงประกันสุขภาพ
หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี) หรือค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์ของ
สำนักงานประกันสุขภาพที่ <https://www.nhi.gov.tw>→สถาน พยาบาล→
โครงการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ→มุมสมาชิก

เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค

“การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา” โรคส่วนใหญ่เมื่อเริ่มแสดง
อาการ หากสามารถใช้การคัดกรองเพื่อให้พบโรคตั้งแต่ระยะแรก และ
ทำการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้โอกาสที่จะหายจากโรคเพิ่มสูงขึ้น
นอกจากนี้ โรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวบาง
ประเภท หากสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำและทานยาตามเวลา
เพียงรู้จักการควบคุมที่เหมาะสม ก็สามารถจะใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขเช่นคน
ทั่วไป

กรมประกันสุขภาพ ได้ทำการคัดเลือกโรคที่พบบ่อยมาจัดทำเป็น
โครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” บนแนวคิด
พื้นฐาน “ซื้อสุขภาพให้ประชาชน” โดยอาศัยการเสนอแรงจูงใจที่เหมาะสม
ในการชักนำให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ที่ครบถ้วนและ
ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคุณภาพ และประสิทธิภาพของการ
รักษาพยาบาลในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และเป็นมาตรการใหม่เพื่อการซื้อ
สุขภาพที่แท้จริง

รายละเอียดการให้บริการ :

ปัจจุบันมีโรคที่เข้าข่ายในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการ
ทางการแพทย์” ได้แก่โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะแรก โรคหืดหอบ ผู้ที่
เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี มะเร็งเต้านม โรคจิตเภท การดูแล
สตรีมีครรภ์และคลอดบุตรแบบครบวงจรและการดูแลรักษาแต่แรก

เริ่ม และเมษายน พ.ศ.2560 ได้เพิ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเปลี่ยนจุดยื่นจากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายเข้าหาแพทย์ มาเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเฉพาะทางในเชิงรุกน โดยหารือการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย คอยเตือนให้ผู้ป่วยท่ายาตามเวลา ติดตามอาการโรคและเตือนให้กลับมาติดตามการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา เป็นต้น

จะเข้าร่วมได้อย่างไร:

สามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw> →สถานพยาบาล→ยื่นเรื่องออนไลน์ และตรวจสอบ(สถานพยาบาล)→แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” จากฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง ซึ่งท่านสามารถจะเข้ารับการรักษาได้โดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วย

หากแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคที่อยู่ในข้อกำหนดตามแผนดังกล่าวก็ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องใดๆ อีก โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะให้การดูแลรักษาอาการของท่านพร้อมทั้งกำหนดแผนการรักษาที่ครบถ้วน ขอเตือนท่านว่าเพื่อให้ท่านได้รับการรักษาที่ครบถ้วนและติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขอให้ท่านเลือกทำการรักษาในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน





ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถ รับ การรักษาพยาบาลอย่างไร

พก "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับ การรักษาพยาบาล

ไม่ว่าจะเป็นการพบแพทย์ รับยาหรือรับการตรวจรักษาขอให้นำ "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวไปด้วยทุกครั้ง ก็จะสามารถใช้สถานะขอรับผู้ประกันตนในการบริการทางการแพทย์ได้ แต่จะต้องเสียค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

หากท่านลืมพกบัตรประกันสุขภาพ ท่านจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดก่อน และเพียงท่านนำบัตรประกันสุขภาพและใบเสร็จไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตรวจรักษาให้กับท่านภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ทางคลินิกหรือโรงพยาบาลจะคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับท่านทั้งหมด

อย่าลืมรับ "ใบสั่งยา" ทุกครั้งหลังพบแพทย์

ใบสั่งยาก็คือชื่อที่รู้จักกันทั่วไปของ "รายการยา" กฎระเบียบของสำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการตรวจรักษาและส่งจ่ายยาให้กับท่าน โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่จัดเตรียมยาให้กับท่าน

ตามใบสั่งยาของแพทย์ พร้อมแนะนำข้อควรระวังในการใช้ยาเมื่อส่งมอบยาให้กับท่าน

ดังนั้น หลังจากที่ท่านรับการตรวจรักษาแล้ว แพทย์จะมอบใบสั่งยาที่จะบรูายละเอียดของยา วิธีใช้และปริมาณยาที่ต้องใช้ในการรักษาให้กับท่าน ขอให้ท่านนำใบสั่งยานี้พร้อมด้วยบัตรประกันสุขภาพไปรับยาได้ที่ “ร้านยาในเครือข่ายประกันสุขภาพ” ที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงภายใน 3 วัน หลังจากเข้ารับการรักษา (หากเกินกว่า 3 วันใบสั่งยาจะถูกยกเลิกแต่หากตรงกับวันหยุดให้เลื่อนเวลาออกไป) กรณีที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาได้ว่าแจ้งเภสัชกรท่านก็สามารถที่จะรับยาจากแผนกยาของคลินิกหรือโรงพยาบาลนั้นได้โดยตรง

ใบสั่งยาต้องระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อนามสกุลของผู้ป่วยและอายุ เพศ (หรือวันเดือนปีเกิด)
2. การวินิจฉัยโรค ลายมือชื่อหรือตราประทับของแพทย์ผู้ออกใบสั่งยา
3. ชื่อคลินิกหรือโรงพยาบาล ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ
4. ชื่อยา ขนาดยา จำนวนยา ปริมาณยา คำแนะนำการใช้ยา (เกี่ยวกับข้อควรระวังในการใช้ยา เช่น ทานนานเท่าไรหรือทานเมื่อไร เป็นต้น)
5. วันเดือนปีที่ออกใบสั่งยา คำแนะนำการส่งยาต่อเนื่อง (หมายความว่าสามารถนำใบสั่งยาฉบับนี้รับยาได้อีกกี่ครั้งและแต่ละครั้งให้ยาเป็นเวลากี่วัน)

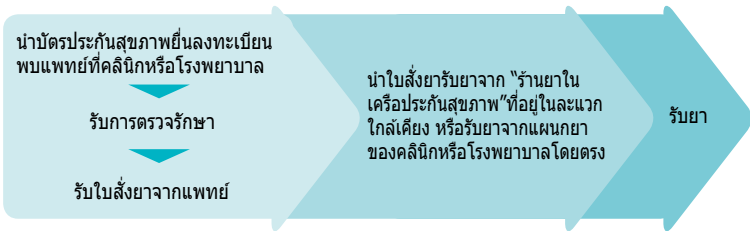
หลังพบแพทย์อย่าลืมต้องนัดคิวตรวจตามเวลาที่กำหนด

หากแพทย์ออกใบสั่งทำการตรวจวิเคราะห์ ตรวจสอบหรือทำกายภาพบำบัดให้กับท่าน โปรดให้ความสนใจต่อกำหนดเวลาที่ต้องทำการนัดคิวกับสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพหรือขอรับบริการด้านการแพทย์ (วันสุดท้ายหากตรงกับวันหยุดให้เลื่อนออกไป) หากเลยกำหนดเวลา ห้ามสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพรับการจูงคิวหรือให้บริการด้านการแพทย์โดยมีกำหนดเวลาดังนี้:

1. นัดคิวตามใบสั่งตรวจวิเคราะห์ ตรวจสอบ: ภายใน 180 วัน นับจากวันออกใบสั่ง

2. นัดคิวทำกายภาพบำบัด: ภายใน 30 วัน นับจากวันออกไปสั่ง

ขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์



หมายเหตุ :

ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ไม่ใช่รายการที่การประกันสุขภาพจ่ายให้ และไม่ใช่ว่าการเรียกเก็บโดยกรมประกันสุขภาพ หากท่านมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม ได้จากกองสาธารณสุขท้องถิ่น

ระเบียบทั่วไปสำหรับใบสั่งยา

การสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละครั้งของแพทย์

จะสั่งจ่ายยาให้สูงสุดไม่เกิน 7 วันเป็นหลัก หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคเรื้อรัง แพทย์สามารถ

สั่งจ่ายยาให้กับท่านต่อครั้งมากที่สุด 30 วัน (รายละเอียดเกี่ยวกับ
ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง กรณาดูบทที่ 9) หากร้านยาไม่มียา
ตามที่ระบุในใบสั่งยา โดยที่แพทย์ก็ไม่ได้ระบุว่าต้องใช้อย่างชนิดนี้
เท่านั้น เกสเซอร์จะพิจารณาจัดยาตัวเดียวกันแต่คนละบริษัทผู้ผลิต
ให้กับท่านแทน โดยจะต้องเป็นยาที่มีราคา "ไม่เกินจาก" ยาที่ระบุ
ในใบสั่งยา และต้องเป็นยาที่มีส่วนประกอบ ขนาดยาและปริมาณยา
ที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามการจัดยาแทนดังกล่าวจะต้องเป็นยาใน
รายการยาที่กรมประกันสุขภาพจ่ายให้

ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

กรณีที่โรงพยาบาลและคลินิกในเครือข่ายประกันสุขภาพ ไม่สามารถ
ให้การรักษายาบาลได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเจ้า
หน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะต้องให้ความ
ช่วยเหลือท่านในการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่

สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ แต่หากท่านมีอาการที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพจะต้องให้การรักษาพยาบาลเร่งด่วนที่เหมาะสมก่อน จึงจะส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อได้ นอกจากนี้ หลังการส่งตัวเพื่อรับการรักษาและท่านมีอาการดีขึ้นโดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับการอยู่รักษาตัวในสถานพยาบาลดังกล่าวต่อไปอีก สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวกลับไปยังสถานพยาบาลที่เป็นผู้นำส่งตัวท่านมาในครั้งแรกหรือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพแห่งอื่นที่เหมาะสม เพื่อตรวจติดตามการรักษาต่อไป

หากท่านมีความจำเป็นและต้องได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษา ต่อตามที่ได้ระบุไว้ด้านบน แพทย์ประจำครอบครัวของท่านหรือเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ จะจัดเตรียมการส่งตัวที่เหมาะสมให้กับท่าน และให้ความช่วยเหลือในการนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะเข้ารับการตรวจรักษา โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนการส่งตัวตามลำดับขั้น จากโรงพยาบาลเล็กไปโรงพยาบาลใหญ่ ขอแนะนำว่าเมื่อแพทย์ออกไปส่งตัวให้กับท่าน ท่านสามารถจะหารือกับแพทย์ที่ท่านจะไปรับการรักษาต่อได้ เนื่องจากการส่งตัวเช่นนี้เป็นการจัดเตรียมที่ผ่านการหารือระหว่างสองฝ่าย ซึ่งท่านจะต้องเข้ารับการตรวจรักษายังสถานพยาบาลในเครือ คลินิก หรือแผนกตรวจที่ระบุบนใบส่งตัว แพทย์จึงจะสามารถให้การดูแลรักษา ท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งจะทำให้ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่รับภาระเองสำหรับการพบแพทย์แผนปัจจุบันถูกจัดเก็บโดยอ้างอิงจากระเบียบการส่งตัวได้

กรณีที่ท่านมีเหตุจำเป็นและไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามวันเวลาที่ระบุในใบส่งตัว ท่านสามารถติดต่อกับเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือที่รับส่งตัวท่านไปรักษาต่อได้โดยตรง เพื่อช่วยเหลือนัดหมายวันเข้ารับการรักษาใหม่ (เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย กรุณาดูบทที่ 6)

ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง

เมื่อเราไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล นอกจากกรมประกันสุขภาพจะช่วยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับเราแล้ว เรา

ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งเพียงเล็กน้อย ซึ่งก็คือ “ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” มาตรการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อให้เตือนทุกคนว่าทรัพยากรทางการแพทย์ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย และต้องใช้ในที่มีประสิทธิภาพ ทรัพยากรเหล่านี้มีค่าและไม่ควรใช้อย่างฟุ่มเฟือย

ในการขอรับบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ท่านต้องรับภาระจ่ายเอง ได้แก่รายการดังต่อไปนี้ ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง และค่ายาผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง กรณีที่ท่านรับการบำบัดรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านจะต้องจ่าย “ค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาการบาดเจ็บแพทย์แผนจีน) ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” เพิ่มเติม และหากท่านได้รับการจัดเตรียมให้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อออกจากโรงพยาบาลท่านจะต้องจ่าย “ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” ด้วย

1. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

ประเภท	ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง					
	ผู้ป่วยนอกแพทย์แผนปัจจุบัน		ฉุกเฉิน (ตามระดับอาการ)		ทันตกรรม	แพทย์แผนจีน
ระดับโรงพยาบาล	ผ่านการส่งตัว	ไม่ผ่านการส่งตัว	ระดับ 1-2	ระดับ 3-5		
วิทยาลัยการแพทย์	170 เหรียญไต้หวัน	420 เหรียญไต้หวัน	450 เหรียญไต้หวัน	550 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
โรงพยาบาลเขต	100 เหรียญไต้หวัน	240 เหรียญไต้หวัน	300 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
โรงพยาบาลท้องถิ่น	50 เหรียญไต้หวัน	80 เหรียญไต้หวัน	150 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
คลินิก	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	150 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน

หมายเหตุ :

1. สำหรับผู้ที่มี หนังสือรับรองผู้ทุพพลภาพ ไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาระดับผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลระดับใดก็ตาม จะถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองในอัตราเดียวกับการรับบริการจากคลินิกคือ 50 เหรียญไต้หวัน
2. ผู้ป่วยหลังจากที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นการกลับมามตรวจติดตามการรักษาครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่เป็นการกลับมามตรวจติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลจะต้องออกหนังสือรับรองให้กับผู้ป่วย

2. ค่ายาผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่ายา	ส่วนที่ต้องรับภาระเอง	ค่ายา	ส่วนที่ต้องรับภาระเอง
ต่ำกว่า 100 เหรียญไต้หวัน	0 เหรียญไต้หวัน	601~700 เหรียญไต้หวัน	120 เหรียญไต้หวัน
101~200 เหรียญไต้หวัน	20 เหรียญไต้หวัน	701~800 เหรียญไต้หวัน	140 เหรียญไต้หวัน
201~300 เหรียญไต้หวัน	40 เหรียญไต้หวัน	801~900 เหรียญไต้หวัน	160 เหรียญไต้หวัน
301~400 เหรียญไต้หวัน	60 เหรียญไต้หวัน	901~1,000 เหรียญไต้หวัน	180 เหรียญไต้หวัน
401~500 เหรียญไต้หวัน	80 เหรียญไต้หวัน	มากกว่า 1,001 เหรียญไต้หวัน	200 เหรียญไต้หวัน
501~600 เหรียญไต้หวัน	100 เหรียญไต้หวัน		

3. ค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน) ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

กรณีท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่าบริการในส่วนที่ต้องรับภาระเองเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญไต้หวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 ของการเข้ารับบำบัดรักษาซ้ำเป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษากายภาพบำบัดในระดับ “ปานกลาง-รุนแรง” และ “รุนแรง”)

4. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่ท่านต้องรับภาระเองกรณีรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของเครือประกันสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับประเภทห้องพักว่าเป็นห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันหรือผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่พัก โดยจะจัดเก็บตามสัดส่วนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนการจัดเก็บค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองดังนี้ :

ประเภทห้องพัก	สัดส่วนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเอง			
	5%	10%	20%	30%
ห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลัน	--	ไม่เกิน 30 วัน	31-60 วัน	61 วันขึ้นไป
ห้องพักผู้ป่วยเรื้อรัง	ไม่เกิน 30 วัน	31-90 วัน	91-180 วัน	181 วันขึ้นไป

หมายเหตุ:

หากท่านเนื่องจากโรคเดียวกันพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองจะจัดเก็บโดยมีเพดานสูงสุด ซึ่งจะมีการประกาศกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดปีละครั้ง เช่นระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 หากเข้ารับการรักษายาบาลด้วยโรคเดียวกันในห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน การรักษาค่าตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 38,000 เหรียญไต้หวัน และการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดปีส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 64,000 เหรียญไต้หวัน โดยสามารถขอเบิกคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากกำหนดเพดานสูงสุดตลอดปีได้ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ของปีถัดไป (หมายเหตุ: กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการประกาศเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองประจำปีสำหรับปีนั้นๆ)

ยื่นเรื่องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อนอย่างไร:

1. กรอกแบบฟอร์มขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อน จากการประกัน สุขภาพพร้อมแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด แต่หากผู้ประกันตนเป็นผู้ที่ตกลงให้ผู้รับการประกันคิดค่านอนมัตติคินเงินค่าใช้จ่าย ก็ไม่จำเป็นต้องแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด โดยให้และยื่นเรื่องได้ที่ ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับการตรวจรักษาครั้งแรก
2. สามารถขอแบบฟอร์มได้ที่เคาน์เตอร์ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งหรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ <https://www.nhi.gov.tw>

ใครคือผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

1. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองทั้งหมด:

- (1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคร้ายแรง คลอดบุตรและอยู่อาศัยในพื้นที่ภูเขาหรือพื้นที่หมู่เกาะรอบนอก
- (2) ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลในพื้นที่หมู่เกาะรอบนอกเพื่อมารับการรักษาต่อในไต้หวัน
- (3) ทหารผ่านศึกและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกเสียชีวิตที่มีระบุคำว่า "เกียรติ" บนบัตรประกันสุขภาพ
- (4) ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ
- (5) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ
- (6) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคและเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ
- (7) ผู้ทำประกันภัยแรงงานที่เข้ารับการรักษายาบาลจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน
- (8) ผู้ป่วยได้รับสารพิษโพลีคลอรีเนทไบฟีนอลที่เข้ารับการรักษามือป่วยนอก
- (9) ผู้สูงอายุเกิน 100 ปี
- (10) ทหารบริการพลเรือนที่อยู่ระหว่างการเป็นทหารและมีบัตรทหาร (รวมทหารบริการพลเรือนทั่วไปและทหารบริการพลเรือนที่อยู่ในการวิจัยพัฒนาระยะแรกและระยะที่2)

2. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

- (1) ผู้ที่มี "ใบสั่งยารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง" (การสั่งยาสำหรับ 28 วันขึ้นไป) (โรคเรื้อรังตามประกาศของทบวงสาธารณสุขมีทั้งสิ้น 100 ประเภท เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <https://www.nhi.gov.tw>)
→สถานพยาบาล→ยื่นเรื่องออนไลน์และตรวจสอบ(สถานพยาบาล)→รหัสประเภทโรคและขอบข่าย→ขอบข่ายโรคเรื้อรัง)
- (2) ผู้รับบริการรักษาทางทันตกรรม

(3) ผู้รับบริการรักษา “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือดีอาร์จี (DRG)” ตามข้อกำหนด มาตรฐานค่าใช้จ่ายและรายการบริการทางการแพทย์ที่การประกันสุขภาพออกให้

3. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

(1) การรักษาด้วยกายภาพบำบัดประเภท “การรักษาระดับ ปานกลาง-รุนแรง” ซึ่งก็คือการรับการรักษาในระดับปานกลางตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป และมีระยะเวลาการรักษารวมนานกว่า 50 นาที เช่น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และอื่นๆ อีกกว่า 14 รายการ

(2) การรักษาด้วยกายภาพบำบัดประเภท “การรักษาระดับรุนแรง” จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้บำบัดรักษาให้ เช่น การฝึกการทรงตัวและอื่นๆอีกกว่า 7 รายการ โดยต้องได้รับคำสั่งจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่านั้น

4. พื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ :

ผู้ที่รับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน หรือบริการดูแลรักษาในเคสสถาน ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ จะได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง 20% (สำนักงานประกันสุขภาพจะประกาศรายชื่อพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ปีละ 1 ครั้ง)

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่าใช้จ่าย โดยละเอียดและใบรายการยา

หลังจากที่ท่านเข้ารับการตรวจรักษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วหรือออกจากโรงพยาบาล อย่าลืมขอรับ “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” และ “ใบรายการยา” จากคลินิกหรือโรงพยาบาล และเก็บรักษาไว้ให้ดี

1. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

“ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” จะระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายของรายการ ได้แก่ “รายการเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ” และ “รายการค่า

ใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง” และเลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยใบเสร็จรับเงินฉบับนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานในการหักลดหย่อนภาษีเมื่อยื่นแบบแสดงรายการเสียภาษีเงินได้ส่วนบุคคล เลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ จะบ่งบอกถึงจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกในปีนั้น และยังช่วยป้องกันการลงบันทึกบัตรประกันสุขภาพผิดพลาดด้วย ทั้งนี้คลินิกและโรงพยาบาลบางแห่งจะออก “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” แยกต่างหาก แต่บางแห่งจะออก “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” โดยจัดพิมพ์พร้อมกับ “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” ลงบนกระดาษใบเดียวกัน

2.ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” ได้แก่ ยอดชำระเงินส่วนที่ต้องออกเองในการเข้ารับการรักษายาบาลครั้งนั้น (รวมถึงค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองและรายการค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ยอดเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ (แบ่งได้เป็น ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และค่าบริการ) หากท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” จะต้องระบุรายการที่เข้ารับการบำบัดรักษาไว้ด้วย ใบแสดงรายการอย่างละเอียดนี้ จะช่วยให้ท่านสามารถตรวจสอบได้ว่า คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาคิดเก็บค่าใช้จ่ายจากท่านถูกต้องหรือไม่ และช่วยให้ท่านทราบด้วยว่าการรักษาในครั้งนั้น สำนักงานประกันสุขภาพมีการเบิกจ่ายไปเท่าไร

3.ใบรายการยา

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการยา” ได้แก่ ชื่อนามสกุลของผู้เข้ารับการรักษา เพศ ชื่อยา ขนาดยาและจำนวนยา วิธีใช้และปริมาณการใช้ยา ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่จัดยา (หน่วยงานที่ให้การรักษาหรือร้านยา) ชื่อนามสกุลของผู้จัดเตรียมยา วันที่จ่ายยา

(มอบยา) คำเตือนต่างๆ เป็นต้น ตามกฎหมายยา ข้อมูลเหล่านี้ควรจัดพิมพ์ไว้บนซองยา หากไม่สามารถระบุได้ ควรมีใบรายการยาโดยละเอียดแนบมาด้วย

ใบรายการยาจะสามารถช่วยให้ท่านมีความชัดเจนมากขึ้นว่ารับประทานยาชนิดใดบ้าง และจะรับประทานอย่างไร กรณีที่ท่านต้องการรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์คนละแผนก ก็สามารถมอบให้กับแพทย์ผู้ตรวจรักษาใช้อ้างอิงประกอบการรักษาได้

แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง

กรณีที่แพทย์จะให้การรักษาแก่ท่าน “ในรายการที่นอกเหนือจากที่ประกันสุขภาพจ่ายให้” จะต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและได้รับความยินยอมจากท่านก่อน จึงจะทำการรักษาได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับ “รายการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง” ที่ปรากฏบนใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด สามารถขอให้ทางสถานพยาบาลช่วยตรวจสอบได้ หรือโทรศัพท์สอบถามที่กรมประกันสุขภาพ หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี)

มาตรา 51 กฎหมายการประกันสุขภาพระบุว่าค่าใช้จ่าย จากรายการดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในขอบข่ายที่การประกัน สุขภาพจ่ายให้

1. การบริการทางการแพทย์ที่รัฐบาล ต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ตามที่ระบุไว้ในกฎหมายฉบับอื่น
2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่รัฐบาลต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย
3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (รวมการติดสุรา ติดบุหรี่) การผ่าตัด ศัลยกรรมตกแต่ง การจัดฟันที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาการบาดเจ็บภายนอก การผ่าตัดป้องกัน การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ
4. ยาที่ขายได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ ยาที่แพทย์ เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรแนะนำ

5. การระบุแพทย์ พยาบาลพิเศษหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา
6. โลหิต ยกเว้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องถ่ายเลือดเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บอันตรายเร่งด่วน
7. การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
8. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวัน ยกเว้นการดูแลทางจิตเภท
9. ค่าอาหารนอกเหนือจากค่าอาหารทางสายยาง ส่วนต่างค่าห้องพักผู้ป่วย
10. ค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าเอกสารรับรองของผู้ป่วย
11. ฟันปลอม ดาปลอม แว่นตา เครื่องช่วยฟัง รถเข็น ไม่เท่าและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
12. การบริการทางการแพทย์และยาอื่นๆ ที่เสนอโดยผู้ประกันตน ซึ่งจะต้องได้รับการอนุมัติประกาศจากหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจ หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประกันสุขภาพ

ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองของอุปกรณ์พิเศษ

1. ประกันสุขภาพเปิดเผยราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบัน สำนักงานประกันสุขภาพมีการจ่ายค่าอุปกรณ์พิเศษอย่างเพียงพอและได้ผลดี แต่เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มีการปรับปรุงดีขึ้นต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาภาระของประชาชน สำนักงานประกันสุขภาพจึงได้มีการแสดงรายการอุปกรณ์บางรายการที่มีการปรับปรุงสมรรถนะดีขึ้น แต่เนื่องจากราคาแพงจึงไม่ได้บรรจุไว้ในการจ่ายชดเชยอุปกรณ์พิเศษของประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนเป็นผู้รับภาระจ่ายส่วนต่างเอง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นเมื่อรับการรักษาพยาบาล

- (1) ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจนับแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2538 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันเครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (รวมสายลื่อนำสัญญาณไฟฟ้า) ที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ เป็นการ

ใช้กระแสไฟอย่างอ่อนกระตุ้นหัวใจ เพื่อปรับการเต้นของหัวใจรักษาการทำงานและกระตุ้นการเต้นของหัวใจ ส่วน "ประเภทเพิ่มสมรรถนะ เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" ที่เพิ่มเข้ามาใหม่นี้มีการตรวจวัด สัญญาณที่ดีกว่าเหมาะสมต่อความต้องการในการทำงานของหัวใจ มากขึ้นสนองความต้องการระยะยาวทางคลินิกแก่ผู้ป่วยได้อย่าง ใกล้เคียงมากขึ้นแต่เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจประเภทนี้ก็มี ข้อจำกัดอาการโรคที่ห้ามใช้ เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องผ่านการประเมิน ของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่าง ดีที่สุดหากต้องการใช้ "ประเภทเพิ่มสมรรถนะ เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายในการใช้เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจกรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามราคา "เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" ผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

- (2) ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง โดยอุปกรณ์ขดลวด (stent) แบบทั่วไปที่การประกันสุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ในปัจจุบันนั้นเพียงพอกับการใช้งานอยู่แล้ว ส่วน "ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ" ก็คือขดลวดแบบทั่วไปที่เคลือบด้วยยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ ที่สามารถลดหรือยับยั้งอัตราการตีบของเส้นเลือดลงได้ แต่ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน ดังนั้น จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ "ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ" สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของขดลวดทั่วไปให้กับผู้ที่มีอาการเหมาะสมกับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่ขดลวด โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

- (3) ข้อสะโพกเทียมทำจากวัสดุพิเศษ:
ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนแก่

ข้อสะโพกเทียมทำจากเซรามิกและข้อสะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 และ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ตามลำดับ ปัจจุบันประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้สำหรับข้อสะโพกเทียมไทเทเนียมและโคบอลท์-โครม โดยที่ด้านในของข้อทำจากโพลีเอทิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูงที่มีคุณสมบัติทนต่อการสึกหรอได้ดี และมีอัตราการสึกหรอที่ต่ำมาก ซึ่งหากมีการใช้งานอย่างเหมาะสม ก็มีโอกาสไม่มากนักที่จะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอีกครั้งหากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ข้อสะโพกเทียมเซรามิก” และ “ข้อ สะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ” สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของ “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” ให้กับผู้มีเงื่อนไขตรงตามการรักษาด้วยการเปลี่ยน “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ข้อสะโพกเทียมก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน และต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินอย่างละเอียด

(4) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ:

ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ผู้ที่มีเงื่อนไขสอดคล้องกับการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกตามระเบียบประกันสุขภาพจะได้รับสิทธิในการผ่าตัดเปลี่ยน “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดาคา” ซึ่งเป็นรายการที่อยู่ในขอบข่ายของกรมประกันสุขภาพ เลนส์แก้วตาเทียมดังกล่าวผลิตจากวัสดุ PMMA, Silicone และ Acrylic โดยหลังการผ่าตัดฝังเลนส์แก้วตาเทียมแล้ว ผลการมองเห็นจะคงที่ดีเป็นเวลานาน และเพียงพอสำหรับการใช้งานในผู้ป่วยต้อกระจกมากกว่า 90% ส่วนเลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ จะมีข้อบ่งชี้และข้อห้ามเหตุนี้ จึงไม่ได้หมายความว่า จะเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคต้อกระจกทุกคน เมื่อผู้ป่วยมีเงื่อนไขที่ตรงตามระเบียบการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก หลังจากแพทย์ได้อธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแล้ว หากมีความต้องการเลือกใช้ “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ” ผู้ป่วยจะต้องรับภาระส่วนต่างที่เกิน

จากส่วนที่สำนักงานประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ โดยอ้างอิงจากราคา “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา”

(5) **ลึนหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทนทาน**

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันลึนหัวใจเทียมของประกันสุขภาพมีคุณภาพเพียงพอต่อการใช้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นได้แก่ลึนหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทนทาน ซึ่งเป็นลึนหัวใจจากเนื้อเยื่อประเภทหนึ่ง เทียบกับลึนหัวใจจากเนื้อเยื่อแบบดั้งเดิม มีความแตกต่างด้านเทคนิคด้านการเกิดหินปูน วิธีการทำให้เนื้อเยื่อคงตัว วัสดุลึนหัวใจ และวิธีการใส่ลึนหัวใจหรืออายุการใช้งาน เป็นต้น ซึ่งมีตัวเลขวิจัยยืนยันที่แสดงว่าดีกว่า แต่ลึนหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทนทาน ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงของการใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การรักษาที่ดีที่สุดหากมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลึนหัวใจเทียม หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์แล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ลึนหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทนทานซึ่งมีส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายชดเชยให้ตามมาตรฐานลึนหัวใจเทียมแบบดั้งเดิม ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง

(6) **ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน**

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องทั่วไปที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ เป็นวาล์วระบายแบบความดันคงที่ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงตัว สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ สำหรับผู้ป่วยที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (เช่น ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในโพรงสมองภาวะความดันปกติ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น) หากต้องการเปลี่ยนการตั้งค่าความดันในภายหลัง จะทำได้โดยการติดตั้งใหม่อีกครั้งเท่านั้น รายการเพิ่ม “ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน” ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดอีกครั้ง สามารถปรับความดันจากภายนอกร่างกาย

ได้โดยตรง แต่จำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุดหากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจแล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน กรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามราคา “ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง” ทั่วไป ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง

- (7) การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา นับแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ปัจจุบันการใช้ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยาที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ สามารถที่จะเลือกขนาดได้ตามความเหมาะสมของเส้นเลือดที่จะใช้ อีกทั้งลดการเกิดความตีบตันหรือการฉีกขาดของเส้นเลือด เพื่อช่วยให้โลหิตไหลเวียนสะดวก ได้เพิ่ม “การรักษาหลอดเลือด

แดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา” (รวมขดลวดเคลือบยาและบอลลูนเคลือบยา) ที่ต้องจ่ายเอง ซึ่งเทียบกับการรักษาแบบดั้งเดิมคือการถ่ายขยายด้วยบอลลูนหรือการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นแล้ว (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) โดยเฉลี่ยหลังการรักษา 1 ปี จะมีอัตราการเกิดอุดตันซ้ำต่ำกว่า แต่เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีสภาพความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ยังคงต้องผ่านการประเมินอย่างละเอียดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการรักษาที่ให้ผลดีที่สุดหากผู้ป่วยต้องใช้การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา เมื่อผ่านการอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดจากแพทย์และมีความเข้าใจอย่างเต็มที่แล้ว ผู้ที่ตกลงเลือกใช้การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา ประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้ตามราคาของการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้น (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

- (8) ระบบยัดตริงกระดูกกะโหลกศีรษะโดยคอมพิวเตอร์ช่วยออกแบบ นับแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ระบบยัดตริงกระดูกกะโหลกศีรษะแบบดั้งเดิม คือเมื่อ

ทำการผ่าตัด ใช้การปรับรูปร่างแผ่นยึดกระดูกด้วยมือ ตามตำแหน่งที่พบความบกพร่อง พร้อมทั้งประเมินระดับการบาดเจ็บของกระดูกกะโหลกศีรษะ ใช้กระดูกจากร่างกายผู้ป่วยหรือใช้ซีเมนต์ซ่อมกระดูกที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ร่วมด้วย สำหรับ “ระบบยึดตรึงกระดูกกะโหลกศีรษะโดยคอมพิวเตอร์ช่วยออกแบบ” ที่เพิ่มขึ้นนี้ คือการใช้เทคนิคคอมพิวเตอร์ช่วยในการออกแบบ ก่อนการผ่าตัด ทำการบรรจุผลการตรวจสอบของผู้ป่วยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการออกแบบตามตำแหน่งความบกพร่องที่แน่นอนของกระดูกกะโหลกและขนาดใหญ่เล็กให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

หากผู้ป่วยมีความต้องการใช้ระบบยึดตรึงกระดูกกะโหลกศีรษะโดยคอมพิวเตอร์ช่วยออกแบบ ยังคงต้องรับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจดีแล้ว หากเลือกใช้เองด้วยความสมัครใจ ประกันสุขภาพจะยังคงจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ตามการใช้ “ระบบยึดตรึงกระดูกกะโหลกศีรษะแบบแผ่นยึดกระดูก”(รวมแผ่นยึดกระดูกและสกรูยึดกะโหลกศีรษะขนาดเล็ก) สำหรับส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระจ่ายเอง

- (9) การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด นับแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันการรักษาที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ คือระบบภาพหัวใจ 3 มิติ (3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการใช้ไฟฟ้าเปลี่ยนเป็นความร้อน ใส่สายสวนพิเศษเข้าสู่หัวใจ ใช้พลังงานความร้อนจี้รักษา ซึ่งสามารถใช้รักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากหลายสาเหตุได้ สำหรับ “การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด” ที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย “ระบบภาพหัวใจ 3 มิติ(3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้า” ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ จะสามารถลดเวลาในการผ่าตัดลง และผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกเจ็บในระหว่างการรักษา แต่เนื่องจากอาการป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน อีกทั้งความเหมาะสมต่อตำแหน่งที่ใช้ก็ต่างกันด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างละเอียด เพื่อเลือกใช้วิธีการตรวจรักษาที่ดีที่สุด

หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด หลังรับฟังการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจดีแล้ว ผู้ที่เลือกใช้การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัดด้วยความสมัครใจ ประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามการรักษาด้วยระบบภาพหัวใจ 3 มิติ (3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้า ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระจ่ายเอง

2. เพื่อเสริมการได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่ของผู้ป่วย สำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้หน่วยงานบริการทางการแพทย์ตามการประกัน เมื่อแนะนำให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ ที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง ต้องให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย ทำการอธิบายอย่างเต็มที่และลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม

เมื่อสถานพยาบาลเสนอให้ผู้ประกันตนใช้อุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเองเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่ การแจ้งให้ทราบแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ:

ขั้นตอนที่ 1

- (1) ก่อนการรักษาหรือผ่าตัด 2 วัน (นอกจากภาวะฉุกเฉิน) แพทย์ต้องมอบหนังสืออธิบายแก่ผู้ประกันตนหรือญาติ ขณะเดียวกัน ต้องทำการอธิบายอย่างละเอียด พร้อมทั้งให้แพทย์และผู้ประกันตนหรือญาติลงนามทั้งสองฝ่ายแบบเดียวกัน 2 ฉบับ โดย 1 ฉบับมอบให้กับผู้ประกันตนหรือญาติ อีก 1 ฉบับเก็บไว้กับแฟ้ม ประวัติคนไข้
- (2) รายละเอียดหนังสืออธิบายประกอบด้วย: ส่วนต่างต้องจ่ายเองของค่าใช้จ่ายอุปกรณ์พิเศษและสาเหตุที่ต้องใช้อุปกรณ์คุณสมบัติพิเศษ ข้อควรระวัง ผลข้างเคียงและผลการรักษาเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้

ขั้นตอนที่ 2

- (1) ผู้ประกันตนหรือญาติหลังได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้วหน่วยงานบริการทางการแพทย์ ยังต้องอธิบายการเก็บค่าใช้จ่ายและใช้เวลาผู้ป่วยพิจารณาอย่างเต็มที่ จากนั้นขอให้ลงนามในหนังสือให้ความ

ยินยอมแบบเดียวกัน 2 ฉบับ โดย 1 ฉบับมอบให้กับผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา อีก 1 ฉบับเก็บไว้กับแฟ้มประวัติคนไข้

(2) รายการที่ระบุในหนังสือให้ความยินยอมประกอบด้วย:

ชื่อรายการและหมายเลขรหัสอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง
หมายเลขใบอนุญาตอุปกรณ์การแพทย์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและ
จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเอง

สถานพยาบาลต้องออกใบเสร็จมอบให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บไว้ นอกจากนี้ต้องมอบรายละเอียดชื่อรายการของอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง หมายเลขรหัสอุปกรณ์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและจำนวนเงินโดยรวมที่ต้องจ่ายเองให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา

การเพิ่มเติม ยกเลิก หรือมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการเก็บค่าใช้จ่ายของรายการอุปกรณ์ที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง สถานพยาบาลต้องทำการบันทึกในเครือข่ายเว็บไซต์ข้อมูลประกันสุขภาพ (VPN) ตามกำหนดของกรมประกันสุขภาพ และประกาศในเว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพ เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถตรวจสอบได้ ประชาชนสามารถใช้เว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพส่วน “เว็บเปรียบเทียบราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง” ตรวจสอบการเก็บค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลต่างๆ พร้อมทั้งสามารถถึงคดียุติรายละเอียดข้อควรระวังสำหรับรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่ได้รับอนุมัติ เช่น ความเหมาะสม โรคที่ห้ามใช้ ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง เป็นต้น

ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม

เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น สามารถจะร้องเรียนหรือปรึกษาสอบถามผ่านช่องทางต่อไปนี้ :

1. โทรศัพท์สอบถามได้ที่หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี)
2. ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อกับฝ่ายรับร้องเรียนของโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง (ค้นหาข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเกี่ยวข้องได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw>)

3. ติดต่อฝ่ายบริการหรือฝ่ายประสานงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งด้วยตัวเอง

ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท

ผู้ที่มีข้อสงสัยการประกาศอนุมัติเรื่องดังต่อไปนี้ของกรมประกันสุขภาพ สามารถยื่นคำร้องขอตรวจสอบการพิจารณาข้อโต้แย้งต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่สองที่เอกสารการอนุมัติของสำนักงานประกันสุขภาพส่งไปถึง

- 1.คุณสมบัติผู้ทำประกันและขั้นตอนการยื่นขอทำประกัน
- 2.การกำหนดค่าประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ
- 3.เงินสมทบประกันสุขภาพและค่าปรับ
- 4.ค่าบริการทางการแพทย์ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้
- 5.สิทธิประโยชน์การประกันสุขภาพอื่นๆ

ข้อมูลการติดต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการดังนี้:

ที่อยู่: เลขที่ 488 ถ.จวงเสี่ยวตงลู่ออน 6 เขตหนานกั๊ง กรุงไทเป รหัสไปรษณีย์ 11558

เว็บไซต์: <https://dep.mohw.gov.tw/NHIDSB/mp-117.html>

รายละเอียดดำเนินการ		โทรศัพท์
ข้อพิพาทด้านสิทธิประโยชน์	สำหรับผู้ประกันตนและหน่วยงานทำประกัน เกี่ยวกับ การจ่ายเงินสมทบการประกัน เงินสมทบเพิ่มเติม สถานะการทำประกัน การจ่ายชดเชย การอนุมัติออกใบรับรองโรคภัยแรง หน่วยงานทางการแพทย์ที่ร่วมประกันสุขภาพ ในส่วนรายการที่ร่วมและสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ	(02)8590-7222



สมรรถนะ การฉัฟเดท การรักษาและ การยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพ

กรมประกันสุขภาพเริ่มใช้บัตรรุ่นใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 หากบนบัตรมีรูปถ่ายของผู้ถือบัตร เวลาไปพบแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนให้สถานพยาบาลตรวจสอบ นอกจากนี้ไม่ว่าใครขีปในบัตรยังสามารถเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลได้ถึง 6 ครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งข้อมูลการเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง การตรวจที่สำคัญๆ และประวัติการใช้ยา เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เวลาท่านรับการรักษายาบาลจะได้มีหลักประกันยิ่งขึ้น

บทบาทของบัตร

1. บันทึกรักษาพยาบาลต่างๆ

บัตรประกันสุขภาพเป็นใบรับรองในการรักษาพยาบาลของประกันสุขภาพพลเมือง รายการรักษาพยาบาลต่างๆ จะถูกบันทึกไว้ในบัตร

2. บันทึกรักษาตรวจที่สำคัญๆ และการใช้ยา

การบันทึกรายการใช้ยาและการตรวจไว้ในบัตรประกันสุขภาพเพื่อเวลาแพทย์ทำการรักษาท่าน สามารถอ้างอิงถึงลักษณะการใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยครั้งก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาหรือการตรวจที่ซ้ำซ้อน ทั้งนี้เพื่อประกันความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ยกกระดับคุณภาพทางการแพทย์ ทั้งยังสามารถลดความสูญเสียทรัพยากรทางการแพทย์อีกด้วย

3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยโรคร้ายแรง

การป่วยเป็นโรคร้ายแรงจะถูกบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพโดยตรง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงไปพบแพทย์ เพียงแค่พบบัตรประกันสุขภาพ ก็จะได้ลดหย่อนค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

ผู้ประกันที่สมัครและได้รับอนุมัติเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงแล้ว เวลาไปพบแพทย์ หากบัตรประกันสุขภาพยังไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลว่าป่วยเป็นโรคร้ายแรง สามารถขอให้คลินิกหรือโรงพยาบาลช่วยปรับข้อมูลให้ใหม่ หรือไปยังจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร (สำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง) เพื่อทำการปรับข้อมูลโดยอัตโนมัติ

4. สมัครใจลงบันทึกการบริจาคอวัยวะร่างกายหรือผู้ป่วย

ดูแลระยะสุดท้าย

ท่านสามารถเขียนแบบคำร้องผ่าน “สมาคมรับบริจาคอวัยวะร่างกายได้วันนี้” “มูลนิธิศูนย์รับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายได้วันนี้” “สมาคมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้วันนี้” หน่วยงานดังกล่าวจะส่งต่อข้อมูลไปให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงจะส่งต่อให้สำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อมีการปรับข้อมูลบนบัตรประกันสุขภาพใหม่ ก็จะทำกรบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพของท่านโดยอัตโนมัติ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบว่า ท่านสมัครใจบริจาคอวัยวะร่างกาย หรือประสงค์เป็นผู้ป่วยดูแลระยะสุดท้ายได้ทันที

5. ใช้กลไกตรวจสอบของบัตรประกันสุขภาพเดือนให้ประชาชน จะต้องเข้าร่วมประกันและชำระเบี้ยประกันที่ค้างอยู่

หากท่านยังไม่ได้เข้าร่วมประกันสุขภาพ ท่านจะไม่ได้รับการรักษาในกรณีที่ยังไม่ได้ร่วมทำประกันสุขภาพ เมื่อบัตรประกันสุขภาพของท่านใช้จำนวนครั้งที่สามารถได้รับการรักษาหมดลงหรือบัตรประกันสุขภาพหมดอายุ ท่านจะไม่สามารถปรับข้อมูลใหม่ หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ เพื่อสิทธิประโยชน์ของตนเอง ให้ท่านรีบเข้าร่วมประกันโดยเร็วที่สุด

6. ใช้บัตรประกันสุขภาพลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเทอร์เน็ต (หรือติดตั้งระบบผูกข้อมูลกับอุปกรณ์เคลื่อนที่)

เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพจัดทำ “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ต” ข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประชาชนสามารถใช้ “หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์” ยืนยันเรื่องเกี่ยวกับประกันสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตได้หลายรายการ และนับแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 เป็นต้นมาได้เปิดให้ประชาชนใช้ “บัตรประกันสุขภาพ” ลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเทอร์เน็ต ตรวจสอบและยืนยันเรื่องประกันสุขภาพรายการต่างๆ นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถดาวน์โหลด “APP ประกันสุขภาพประชาชนอีทีโอ” จาก Google play หรือ Apple store พร้อมลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ และติดตั้งระบบผูกข้อมูลบัตรในโทรศัพท์เคลื่อนที่ ก็สามารถใช้บริการทางอินเทอร์เน็ตที่สะดวกรวดเร็ว

การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

เมื่อมีเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ กรุณาทำการปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

1. จำนวนครั้งรักษาพยาบาลใช้หมด

หลังจากบัตรประกันสุขภาพปรับข้อมูลใหม่แล้ว จะมีจำนวนครั้งที่สามารถใช้ในการรักษา หลังจากจำนวนครั้งใช้หมด จะต้องปรับข้อมูลจำนวนครั้งในการรักษาใหม่ จึงจะใช้บัตรไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลต่อไปได้

2. สถานที่ปรับข้อมูลบัตร

หากท่านใช้จำนวนครั้งในการรับการรักษาหมดลง โดยทั่วไปคลินิกหรือโรงพยาบาลจะเป็นผู้ปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่โดยอัตโนมัติ ขณะที่ท่านลงทะเบียนรับการรักษา นอกจากนี้ท่านยังสามารถปรับข้อมูลบัตรได้เองที่เครื่องอ่านบัตรของสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ สำนักงานติดต่อ หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง

3. บัตรใกล้หมดอายุ

บัตรประกันสุขภาพมีกำหนดอายุการใช้งาน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาท่านลืมปรับข้อมูลบัตรใหม่ภายในกำหนดเวลา จึงมีการตั้งกำหนดวันหมด

อายุก่อนวันเกิด 1 วัน ท่านสามารถปรับข้อมูลบัตรใหม่ได้ภายใน 30 วัน ก่อนถึงวันเกิดทุกปีตามจุดที่มีเครื่องอ่านบัตรหรือขณะที่ไปรับการรักษาพยาบาล คลินิกหรือโรงพยาบาลจะช่วยปรับข้อมูลบัตรใหม่ให้แก่ท่าน โดยอัตโนมัติ

4. บันทึกลเปลี่ยนแปลงสถานภาพ

หากท่านเปลี่ยนแปลงสถานภาพในฐานะผู้มีรายได้ น้อยหรือทหารผ่านศึกที่ไม่มีอาชีพเข้าร่วมประกัน จะต้องไปจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร เช่น สำนักงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง หรือคลินิก โรงพยาบาล เพื่อปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่ขึ้น จึงจะลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองได้

บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่

1. ข้อมูลในบัตรประกันสุขภาพได้รับการออกแบบเข้ารหัสอย่างเข้มงวด เครื่องอ่านบัตรตามสถานพยาบาลต้องใช้ “การ์ดโมเดลความปลอดภัย” ที่จัดให้โดยสำนักงานประกันสุขภาพจึงจะทำงานได้ มีกลไกมอบอำนาจ และตรวจสอบซึ่งกันและกันอย่างเข้มงวด แพทย์จะต้องใช้ “บัตรแพทย์” จึงจะอ่านข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงและใบสั่งยาของผู้ป่วยนอก ไม่ใช่ว่าใครก็สามารถอ่านข้อมูลได้ ดังนั้นท่านไม่ต้องกังวลใจในเรื่องข้อมูลส่วนตัวด้านการรักษาพยาบาลจะรั่วไหล
2. ท่านสามารถใช้วิธีตั้งรหัสบัตรหรือไม่ก็ได้ (บัตรใหม่จะถูกตั้งมาแบบปิดการใช้รหัส) เมื่อตั้งรหัสแล้ว แม้จะมีเครื่องอ่านบัตรและโมเดลความปลอดภัย ก็จะต้องใส่รหัสที่ถูกต้องจึงจะอ่านข้อมูลบัตรได้
3. สามารถตั้ง เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกรหัสบัตรได้ที่เครื่องอ่านบัตรเฉพาะของประกันสุขภาพ ณ ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานติดต่อ หรือที่ว่าการตำบล อำเภอและเขตทุกแห่ง หากลืมรหัสให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปติดต่อที่ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานติดต่อหรือยื่นเรื่องทางโทรสาร เพื่อขอยกเลิกการรหัส

การรักษาบัตรประกันสุขภาพ

หากข้อมูลหรือแผ่นไมโครชิปบนผิวของบัตรประกันสุขภาพสีกหรือ จะ
เป็นผลให้อ่านข้อมูลไม่ได้ จึงควรระวังเป็นพิเศษดังนี้ :

1. อย่าตัดบัตรจนงอเกินไป ชูตขีดแผ่นไมโครชิป หรือนั่งทับ มิเช่นนั้นแผ่น
ไมโครชิปอาจชำรุด
2. อย่าใช้น้ำล้างหรือแช่น้ำ อย่าใช้แอลกอฮอล์ สารละลาย ยางลบลบแผ่น
ไมโครชิป อย่าใส่บัตรไว้ร่วมกับของแหลมคม หรือใส่บัตรไว้ในบริเวณที่มี
สารกัดกร่อนที่เป็นกรดหรือด่างอย่างรุนแรง
3. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับไฟฟ้า แล่งไฟ ตากแดดที่อุณหภูมิสูงโดยตรง
หรือวางอยู่ในบริเวณที่มีสนามแม่เหล็กสูงจากโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์
เป็นต้น

บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่

บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานเป็นเวลานานมาก แม้จะเปลี่ยนสถานที่
ทำงานก็ไม่ต้องเปลี่ยนบัตรใหม่ กรุณาเก็บบัตรประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม

ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตร

ประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 เป็นต้นไป เมื่อไปขอแจ้งเกิดให้กับทารก
แรกเกิดที่สำนักงานทะเบียนราษฎรทุกเขต ก็สามารถยื่นขอร่วมทำประกันสุขภาพ
และรับบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกัน สำหรับทารกที่เกิดในต่างประเทศที่แจ้งขอมีชื่อในทะเบียนบ้านเป็นครั้งแรก จะต้องรอให้มีชื่ออยู่ในทะเบียน
บ้านครบ 6 เดือนก่อน ถึงจะมีสิทธิขอทำประกันสุขภาพได้ โดยสามารถยื่น
คำร้องขอร่วมประกันและรับบัตรประกันสุขภาพได้ที่หน่วยงานต้นสังกัด
สำหรับทารกแรกเกิดและชาวต่างชาติที่ต้องการมีรูปถ่ายบนบัตรประกันสุขภาพ
กรุณาดูจากบทที่ 2 เลือกร่วมประกันสุขภาพตามสถานะบุคคลที่
เหมาะสม พร้อมทั้งกรอก “แบบฟอร์มยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ” พร้อมแนบสำ
เนาหลักฐานประจำตัวและรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ (ทารกแรกเกิดสามารถเลือก
แบบไม่ติดรูปถ่าย) ส่งทางไปรษณีย์หรือยื่นที่ฝ่ายงานธุรการ สำนักงาน
ประกันสุขภาพสาขา

เขตต่างๆ บัตรประกันสุขภาพใบแรกเป็นการออกฟรี ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการทำบัตร ในระหว่างรอการทำบัตร หากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล กรุณานำแบบฟอร์มยื่นขอทำบัตรและบัตรประจำตัวประชาชน เขียนใบคำร้อง “รายชื่อการรักษาแบบพิเศษ” ยังสถานพยาบาลที่ร่วมมือกับประกันสุขภาพ ก็สามารถรับการรักษาในสถานะผู้ประกันตนของประกันสุขภาพได้ ทารกแรกเกิดหลังคลอดภายใน 60 วันที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพของตนเอง หากต้องรับการรักษาพยาบาล สามารถใช้บัตรประกันสุขภาพของบิดาหรือมารดา(ที่ถือบัตรที่มีบันทึกทารกแรกเกิด) เพื่อรับการรักษาได้

หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปถ่ายควรทำอย่างไร

เพื่ออำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ลดความยุ่งยากการตรวจสอบสถานะบุคคลของสถานพยาบาล ขณะเดียวกันก็สามารถหลีกเลี่ยงการแอบอ้างใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลเป็นต้น จึงได้เพิ่มข้อกำหนดให้ผู้ประกันตนที่ยื่นขอรับบัตรใหม่ ขอเปลี่ยนบัตรหรือขอออกบัตรใหม่แทนบัตรเก่าที่ชำรุดหรือสูญหาย ต้องแนบรูปถ่าย 1 ใบ เพื่อพิมพ์ลงบนบัตร แต่พิจารณาจากผู้ที่มิใช่ผู้น้อยการแยกแยะบุคคลด้วยรูปถ่ายทำได้ยากและผู้ที่มิได้ลักษณะพิเศษ สามารถเลือกขอทำบัตรที่ไม่มีรูปถ่ายได้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนรูปถ่ายที่ใช้กับบัตรประกันสุขภาพ นอกจากผู้ประกันตนนำมาเองแล้ว สามารถใช้ไฟล์รูปถ่ายที่ผู้ประกันตนเก็บบันทึกไว้หรือตรวจสอบออนไลน์ระหว่างหน่วยงานได้

1. ยื่นเรื่องขอรับบัตรด้วยตนเองที่สำนักงานประกันสุขภาพ

หากไปทำเรื่องด้วยตนเอง กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชน รูปถ่าย 2 นิ้ว 1 รูป และเงินค่าธรรมเนียม 200 เหรียญได้วัน ไปติดต่อทำเรื่องที่ฝ่ายธุรการสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขตและที่ว่าการตำบลอำเภอ และเขตที่ได้รับมอบอำนาจ หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย

จุดบริการยื่นเรื่องขอรับบัตรประกันสุขภาพของสำนักงานประกันสุขภาพ (สามารถดูได้จากภาคผนวก: หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ)

2. ไปรษณีย์รับเรื่องแทน

กรณายื่น “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว ด้านหน้าและติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้านหลังแบบคำร้องขอ พร้อมจ่ายค่าธรรมเนียม 200 เหรียญใต้ห้วนมอบให้กับพนักงานบริการเคาน์เตอร์ จะได้รับบัตรใหม่หลังยื่นขอภายใน 7 วันทำการ สามารถขอแบบคำร้องได้ที่ทำการไปรษณีย์หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพที่อยู่และเวลาทำการของไปรษณีย์เขตต่าง ๆ กรณาดูได้จากเว็บไซต์การไปรษณีย์จึงขอ <https://www.post.gov.tw>

3. ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต

ผู้ที่ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต (เฉพาะขอบัตรใหม่เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหายหรือเปลี่ยนรูปถ่าย) กรุณาไปทำเรื่องผ่านช่องทางต่อไปนี้:

ช่องทางในการยื่นเรื่อง	ช่องทางบริการผ่านอินเทอร์เน็ตโดยที่สุญนหลักฐาน	งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล	เว็บไซต์ E.SUN Commercial Bank	APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซีโก	บริการแบบไม่ใช้หลักฐานแสดงตน
เว็บไซต์	https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/loginca.aspx	https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx	https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/	ดาวน์โหลดจาก App Store หรือ Google play	https://cloudicweb.nhi.gov.tw/edesk/system/mainpage.aspx
วิธีการใช้งาน	หลักฐานของหน่วยงานยื่นทำประกันและ หลักฐานแสดงตน อีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพของผู้ได้รับมอบหมาย	หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ	บัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป E.SUN Commercial Bank	หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพได้ลงทะเบียนและผูกกับระบบอุปกรณ์เคลื่อนที่แล้ว	ใส่เลขรหัสผ่านที่ยืนยันทะเบียนบ้านของผู้ขอทำบัตรหลังจากยื่นคำร้องและชำระค่าธรรมเนียมทางอินเทอร์เน็ตแล้ว ให้ไปรับบัตรประกันสุขภาพที่จุดบริการกรมประกันสุขภาพตามที่กำหนด
ผู้ยื่นเรื่อง	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ในระหว่างร่วมประกันกับหน่วยงานยื่นทำประกัน	ผู้ใช้หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือผู้ถือบัตรประกันสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว	เจ้าของผู้ถือบัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป	เลขที่บัญชีลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพของเจ้าตัวและผู้อยู่ในอุปการะ	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ในระหว่างร่วมประกัน
วิธีการชำระเงิน	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกค่าร่วมโรคในชำระเงิน	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกค่าร่วมโรคในชำระเงิน	ATM ออนไลน์	บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก

4. หน่วยงานทะเบียนราษฎรรับเรื่องแทน

หากประชาชนทำบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสุขภาพสูญหาย เปลี่ยนแปลงข้อมูล

ส่วนบุคคล (หมายเลขบัตรประชาชน ชื่อนามสกุลและวันเดือนปีเกิด) สามารถยื่นเรื่องขอทำบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกันกับการยื่นขอทำบัตรประชาชนได้ที่สำนักงานทะเบียนราษฎรทุกเขต ประชาชนเพียงแต่ระบุว่าจะทำการยื่น ขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมกัน พร้อมนำไปชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ แต่ประชาชนอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่ได้รับบัตรประจำตัวประชาชนสามารถยื่นยื่นขอบัตรประกันสุขภาพกับสำนักงานทะเบียนราษฎรให้ยื่นขอได้เฉพาะบัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่ายเท่านั้น

5. ยื่นขออย่างที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต)

หากบัตรประกันสุขภาพสูญหายหรือชำรุด ประชาชนสามารถไปทำการยื่นขออย่างที่ว่าการท้องที่ใกล้บ้านได้ ผู้ยื่นขอนำบัตรประจำตัวประชาชน (หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวฉบับจริงของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย) และไฟล์รูปถ่ายไปยื่นเรื่องต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) สำหรับประชาชนที่ไม่ได้ยื่นเรื่องกับเคาน์เตอร์ขอและรับบัตรประกันสุขภาพภายในที่ว่าการเขตที่ได้รับมอบอำนาจ พร้อมนำไปชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ

- ◎ ที่อยู่เคาน์เตอร์ยื่นรับบัตรประกันสุขภาพภายในที่ว่าการเขตที่ได้รับมอบอำนาจ สามารถตรวจสอบจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ

<https://www.nhi.gov.tw/English>→Program Overview→The National Health Insurance Card→What If the NHI Card Is Damaged or Lost, or the Holder Wants to Change His / Her Name or Photo?

6. ยื่นเรื่องทางไปรษณีย์ด้วยตนเอง

เฉพาะการขอทำบัตรประกันสุขภาพเป็นครั้งแรกและสำหรับบัตรประกันสุขภาพที่ไม่ชำรุดเสียหายแต่ไม่สามารถใช้งานได้เท่านั้น

- (1) เขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 รูปที่ด้านหน้าของแบบคำร้อง รูปถ่ายที่ใช้ต้องเป็นรูปที่ถ่ายครั้งล่าสุด แบบครึ่งตัว หน้าตรง ไม่ใส่หมวก ไม่ใส่แว่นตาที่มีสี หน้าตาชัดเจน(สีหน้าเรียบเป็นปกติ) ไม่แต่งเติมหรือตัดต่อภาพ และเห็นใบหน้าได้อย่างชัดเจน
- (2) ติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน เช่นบัตรประชาชน ใบถิ่นที่อยู่ในได้ห้วนเป็นต้น ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ที่ด้านหลังของแบบคำร้อง (ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ให้ใช้สำเนาทะเบียนบ้านแทน)
- (3) นำแบบคำร้องใส่ซองจดหมาย แล้วส่งไปรษณีย์มายังฝ่ายธุรการ กรมประกันสุขภาพประจำเขตต่างๆ

บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

1. ตรวจสอบแผ่นไมโครชิปของบัตรทั้งด้านหน้าและด้านหลังมีสนิม รอยขีดหลุดหลวมหรือปูดขึ้นหรือไม่ กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” โดยเลือก “สาเหตุอื่นๆ” พร้อมเขียนระบุสถานพยาบาลไม่สามารถอ่านข้อมูลบัตร(บัตรไม่ชำรุด) ทำการยื่นเรื่องขอเปลี่ยนบัตรใหม่
2. หากยื่นเรื่องที่ทำการไปรษณีย์ กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ตรวจสอบพร้อมแนบสำเนาหลักฐานประจำตัวประชาชนและรูปถ่าย 2 นิ้ว พร้อมบัตรเก่า ทำการส่งคืนให้กับกรมประกันสุขภาพทางไปรษณีย์
3. หากยื่นเรื่องที่เคาน์เตอร์กรมประกันสุขภาพ
กรุณานำหลักฐานประจำตัวฉบับจริง (หากให้ผู้อื่นทำการแทน ผู้ทำการแทนต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของตนมาแสดงด้วย) รูปถ่าย 2 นิ้วและบัตรประกันสุขภาพ มาติดต่อทำการที่จุดบริการต่างๆ ของกรมประกันสุขภาพ

ข้อควรระวัง

1. เพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจสอบสถานะบุคคลแก่แพทย์และพยาบาล ทั้งหลีกเลี่ยงการแออัดของบัตรประกันสุขภาพโดยพลการ การยื่นขอบัตรประกันสุขภาพแบบทำบัตรใหม่ การขอเปลี่ยนบัตรหรือขอทำบัตรทดแทน ต้องแนบรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ (สำนักงานประกันสุขภาพทุกเขตหรือสำนักงานติดต่อประกันสุขภาพทุกแห่งล้วนมีบริการถ่ายรูปในสถานที่ฟรี) สำหรับทารกแรกเกิดหรือผู้ที่มีลักษณะพิเศษและได้รับอนุญาตจากผู้รับทำประกัน สามารถทำบัตรที่ไม่มีรูปถ่ายได้
2. การเปลี่ยนหรือขอบัตรใหม่แทนบัตรเดิมต้องเสียค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไทด์วัน เมื่อทำบัตรใหม่เสร็จแล้ว บัตรเก่าจะถูกยกเลิกโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถใช้ได้ต่อไป
3. สำหรับผู้ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพที่ไม่มีรูปถ่ายเข้ารับการรักษายาบาล ต้องมีบัตรประจำตัวอื่นที่สามารถใช้แสดงตนมาขึ้นแสดงด้วย เช่นบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ไม่มีบัตรประชาชนให้ใช้ทะเบียนบ้านหรือทะเบียนบ้านฉบับคัดสำเนาแทน) ใบขับขี่ หนังสือเดินทางหรือหลักฐานใบถิ่นที่อยู่เป็นต้น เพื่อให้สถานพยาบาลใช้ในการตรวจสอบสถานะบุคคล
4. ในระหว่างที่รอรับบัตรที่ขอใหม่ หากมีเหตุจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลด่วน ท่านสามารถนำหลักฐานการจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อขอมีบัตรใหม่ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน (เช่น ใบรับในกรณีขอบัตรใหม่) และหลักฐานประจำตัวประชาชนไปที่สถานพยาบาล เขียน "รายชื่อผู้รับการรักษาพยาบาลในกรณีพิเศษ" ก็สามารถรับการรักษายาบาลในฐานะผู้ประกันสุขภาพได้





สิทธิการรักษาพยาบาลคนไข้โรค เจ็บป่วยพิเศษ

คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

เมื่อท่านผ่านการตรวจและรับรองจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและอาการโรคคงที่ เพียงกินยาก็ควบคุมอาการได้ แพทย์ก็จะออก“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”ให้แก่ท่าน ซึ่งช่วยให้ท่านประหยัดค่ารักษาพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าไปตรวจสอบขอข้ายโรคเรื้อรังได้ในเว็บไซต์ ของกรมประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw> →/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Chronic Diseases (Refill Prescriptions)

อายุการใช้งานของ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เริ่มนับตั้งแต่วันที่ออกใบสั่งยาให้ นอกจากนียาที่ใช้เพื่อการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องจ่ายยามากที่สุด 31 วันตามอาการของโรคแล้ว นอกเหนือจากนั้นรับยาได้สูงสุดไม่เกิน 30 วัน การรับยาแต่ละครั้งโรงพยาบาล คลินิกหรือร้านยาต้องตรวจสอบบัตรประกันสุขภาพของท่าน แต่จะไม่นับสะสมจำนวนครั้งของการรักษา เพียงแต่จะบันทึกการเบิกจ่ายยาของท่านตาม “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เท่านั้น หากรับยาแต่ละครั้งมากกว่า 28 วัน ยังไม่ต้องจ่ายเงินค่ายาที่ต้องรับภาระเองอีกด้วย

คนไข้โรคเรื้อรังที่ต้องทานยาเป็นเวลานาน หาก ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ไม่สะดวก (ผ่านแพทย์รับรองหรือผู้รับมอบฉันทะแสดงหนังสือยืนยัน) หรือออกทะเลเนื่องจากประกอบอาชีพประมงหรือทำงานบริษัทเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ (ผู้รับมอบฉันทะแสดงหนังสือยืนยัน) ผู้ถูกกักขังผู้ที่ศาลประกาศให้เป็นบุคคลที่ต้องมีผู้ดูแล (ผู้รับมอบฉันทะแสดงสำเนาหนังสือคำตัดสินของศาล) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือผ่านการรับรองจากสำนักงานประกันสุขภาพว่าเป็นผู้มีลักษณะพิเศษ ซึ่งไม่สามารถพบแพทย์ได้ด้วยตนเอง และจำกัดเฉพาะการรับยาตามใบสั่งยาเดิมเท่านั้น สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นไปพบแพทย์และแจ้งอาการของโรคแทนได้ เมื่อแพทย์ทำการวินิจฉัยตามความรู้เฉพาะทาง และเชื่อมั่นว่าสามารถติดตามอาการของโรคได้ จึงจะออกยาตามใบสั่งยาเดิมต่อไป

“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” สามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ไม่น้อย แต่ท่านเหมาะที่จะใช้ “ใบสั่งยาทั่วไป” หรือ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย แม้ว่าท่านอาจเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข แต่อาการป่วยยังไม่คงที่ จำเป็นต้องกลับไปหาแพทย์บ่อยๆ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”

ข้อควรระวังในการใช้ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง

1. นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2561 เป็นต้นมา ประชาชนที่ไม่ได้พบบัตรประกันสุขภาพ ออกใบสั่งยาทั่วไปได้ ห้ามออกใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง
2. หากท่านทำ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” สูญหาย กรุณากลับไปพบแพทย์ยังคลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมใหม่อีกครั้ง พร้อมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องจ่ายเองตามข้อกำหนด
3. หากต้องพบแพทย์ใหม่ เนื่องจากทำหายหรือใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังสูญหายหรือเสียหาย บนพื้นฐานแห่งหลักการของประกันสุขภาพ ห้ามมิให้จ่ายยาซ้ำสำหรับการรักษาในครั้งเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่เกิดจากการพบ

แพทย์ใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบเอง ดังนั้นจึงขอให้ประชาชนระมัดระวังในการเก็บรักษายา

4. เพื่อป้องกันปัญหาการทานยาไม่ต่อเนื่อง ท่านสามารถรับยาใหม่ได้ภายใน 10 วันก่อนที่ยาจะหมด ยกเว้นช่วงเทศกาลตรุษจีน ซึ่งเป็นวันหยุดยาว และเนื่องจากยึดหลักการทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะอนุโลมให้ท่านไปรับยาก่อนเวลาได้
5. ถือ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” ไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมที่ทำการรักษา หรือร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ หากในท้องที่นั้นไม่มีร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่สามารถไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมได้ ท่านสามารถไปรับยาจากโรงพยาบาลอื่น หรือสาธารณสุขท้องที่ได้
6. กรณีที่ท่านวางแผนจะเดินทางไปต่างประเทศ (กำหนดเกิน 2 เดือน) เดินทางกลับภูมิลำเนาในเกาะรอบนอก หรือเป็นลูกเรือประมงจับปลาทะเลหรือลูกเรือเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ หรือเป็นผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย หรือสำนักงานประกันสุขภาพตรวจสอบรับรองเป็นผู้ป่วยลักษณะพิเศษที่จำเป็นต้องรับยาในครั้งเดียว เพียงแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือหนังสือยืนยันขณะรับยา ก็สามารถรับยาตามใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังได้ทั้งหมดในครั้งเดียว โดยจำกัดจำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับต้องไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง
7. ในระหว่างที่ท่านทานยาตาม “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” หากพบว่ามีอาการไม่สบาย ให้รีบกลับไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิม โดยต้องนำใบสั่งยาเดิมไปปรึกษาแพทย์ของท่าน จำไว้ว่าท่านต้องแจ้งการใช้ยาตามใบสั่งยาเดิมให้แพทย์ทราบ จึงจะไม่เกิดกรณีการจัดยาซ้ำโดยแพทย์ไม่รู้ตัว ซึ่งจะมีผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของท่าน

ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

หากท่านเป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าข่ายตามประกาศ รายการโรคร้ายแรงของกระทรวงสาธารณสุข ตัวท่านเองหรือผู้รับมอบอำนาจ โรงพยาบาล คลินิก

เป็นผู้ทำการแทนในการเตรียมหลักที่เกี่ยวข้องยื่นคำร้อง (หรือให้สถานพยาบาลที่รักษาเป็นผู้ยื่นคำร้องแทนให้) เมื่อผ่านการพิจารณาก็จะได้ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรง กรณีนำข้อมูลใบรับรองไปยังโรงพยาบาลที่ทำสัญญากับกรมประกันสุขภาพเพื่อทำการบันทึกข้อมูลไว้ในบัตรประกันสุขภาพ คนไข้สามารถใช้ขอรับการรักษาที่สถานพยาบาล ตรงเท่าที่ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีอายุ หากเป็นการรักษาโรคที่ระบุไว้ในใบรับรองผู้ป่วยร้ายแรง หรือแพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าเป็นการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรงนั้น ตรวจรักษาผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคร้ายแรง การรักษาโรคอื่นที่ทำโดยแพทย์คนเดียวกันในการรักษาครั้งนั้น ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลพร้อมทำการรักษาโรคในแผนกอื่น หรือมีความจำเป็นตามลักษณะอาการขณะที่อยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเอง เมื่อไปตรวจรักษาผู้ป่วยนอกหรือเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สำหรับโรคนอกเหนือจากโรคร้ายแรงคนไข้จะต้องได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติและรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

เกี่ยวกับขอบเขตของโรคร้ายแรง ให้ดูจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ <https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Catastrophic Illnesses or Rare Diseases>

ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน

นอกเหนือจากประกันสุขภาพแล้ว ถ้าในขณะเดียวกันท่านยังได้เข้าร่วมประกันภัยแรงงาน เมื่อท่านเจ็บป่วยจากการทำงานและไปรับการรักษาที่คลินิกในเครือประกันสังคมหรือโรงพยาบาล นอกจากท่านจะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองแล้ว ทางสำนักงานประกันภัยแรงงานจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายค่าอาหารกึ่งหนึ่งขณะที่ท่านพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

คำนิยามของการเจ็บป่วยจากการทำงาน

1. บาดเจ็บขณะปฏิบัติงานในที่
2. ป่วยเป็นโรคจากการทำงานตามขอบข่ายที่สำนักงานประกันภัยแรงงานระบุ จากตารางชนิดของโรคที่เกิดจากการทำงานและการประกาศเพิ่มเติม

3. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะที่ไปหรือกลับจากทำงาน แต่ต้องตรวจสอบว่าเป็นช่วงเวลาทำงานหรือเลิกงาน และเป็นจุดที่จำเป็นต้องผ่านเพื่อไปทำงานจริง รวมทั้งไม่ได้ฝ่าฝืนกฎจราจรที่สำคัญ

หมายเหตุ:

1. เมื่อเกิดเหตุบาดเจ็บจากการทำงาน จะต้องเป็นไปตาม “ระเบียบการพิจารณาผู้ประกันตน ประกันภัยแรงงานที่บาดเจ็บจากการทำงาน” ที่กำหนด
2. จุดที่จำเป็นต้องผ่าน คือ เส้นทางระหว่างที่พักอาศัยและสถานที่ทำงาน ที่ต้องผ่านเพื่อไปหรือกลับจากการทำงาน

เอกสารที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1. หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (แบบคำร้องเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน หรือแบบคำร้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน)

2. บัตรประกันสุขภาพ

หมายเหตุ:

1. “หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” สามารถดาวน์โหลดได้สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงานหรือขอได้จาก สำนักงานท่าอากาศยานต่าง ๆ พร้อมให้หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประกันเหมาจ่ายจึงสามารถใช้ในการรักษาได้ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงาน <https://www.bli.gov.tw/en→Employee→How to Apply for Insurance Benefit?→Labor Insurance Benefit→Occupational Accident Medical Benefits>
2. “แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ใบเดียวกัน จำกัดให้ใช้ได้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลแห่งเดียวกันและรักษาโรคเดียวกันเท่านั้น หนังสือใบใช้ได้ 6 ครั้ง
3. ผู้ที่ “ไม่มี” แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ไปขอรับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยนอก หากเป็นแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์กลางแพทย์ระดับเขตขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบแล้วเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากการทำงานจริง ก็ไม่ต้องการค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองเช่นกัน

เมื่อไปรับการรักษาไม่ได้ นำ “หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ติดตัวไป และได้จ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองไปแล้ว จะ ทำอย่างไร

1. นับจากวันรับการรักษาผู้ป่วยนอกภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด) หรือก่อนออกจากโรงพยาบาล ให้ยื่น “หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้

ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ต่อคลินิกหรือโรงพยาบาล
ที่ไปรักษาย้อนหลัง คลินิกหรือโรงพยาบาลก็จะคืนเงินส่วนที่จ่ายเองไป
แล้วให้กับท่าน

2. นับจากวันรับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกภายใน 10 วันหรือก่อนออกจากโรง
พยาบาล ไม่สามารถยื่นหนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัย
แรงงานย้อนหลังได้ และได้ทำการสำรองจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่จ่ายเอง ภายใน 6 เดือน (วันที่ 21 ธ.ค. 2555
เป็นต้นไป ผู้ที่มีเหตุผลพิเศษกำหนดภายใน 5 ปี) นับจากวันรับการรักษา
ผู้ป่วยนอก (หรือวันออกจากโรงพยาบาล) สามารถนำเอกสารดังต่อไปนี้
ส่งทางไปรษณีย์ไปยังกรมประกันภัยแรงงาน:

- (1) แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับ
ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานและหลักฐานการจ่ายเงิน
- (2) แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับ
ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (ตามที่กล่าวมา ผู้ที่
แบบคำร้องขอคืนที่หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประทับตรา
รับรองแล้วไม่จำเป็นต้องแนบ)
- (3) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริงพร้อมรายละเอียด ผู้ที่ใบเสร็จฉบับ
จริงและรายละเอียดสูญหายหรือใช้ไปเพื่อการอื่น ต้องแสดงฉบับ
สำเนาที่ออกให้พร้อมทั้งประทับตราโดยสถานพยาบาลและประทับ
คำแสดงว่าเหมือนต้นฉบับจริงด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์หรือใบรับรอง
“แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับ
ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานและหลักฐานการจ่ายเงิน”
ขอได้ที่กรมประกันภัย
แรงงานและสำนักงานทำการทุกสาขา หรือดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์
ของกรมประกันภัยแรงงาน:

1. เว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงานประกันสุขภาพ [https://www.bli.gov.tw/
en→Employee→How to Apply for Insurance Benefit?→Labor Insurance Benefit→
Occupational Accident Medical Benefits](https://www.bli.gov.tw/en→Employee→How to Apply for Insurance Benefit?→Labor Insurance Benefit→Occupational Accident Medical Benefits)

2. ที่อยู่กรมประกันภัยแรงงาน เลขที่: No.4, Sec. 1, Roosevelt Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10013, Taiwan (R.O.C.) โทรศัพท์: (02)2396-1266

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย

โรคที่พบได้น้อยถือว่าอยู่ในขอบข่ายรายการของโรคร้ายแรง หลังจากแพทย์ตรวจสอบยืนยันและรายงานตามขั้นตอนไปยังกรมสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแล้ว แนนหลักฐานได้แก่ใบวินิจฉัยรับรองของแพทย์ หลักฐานแสดงตน และหนังสือคำร้องผู้ป่วยโรคร้ายแรงยื่นขออนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าวจะไม่ต้องรับภาระในส่วนที่ต้องจ่ายเอง สำหรับยารักษาโรคที่พบได้น้อยนั้นประกันสุขภาพ

จะจ่ายให้แบบ “รายการณี” เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อยสามารถไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่มีสัญญาประกันสุขภาพ แพทย์จะดำเนินการจ่ายยาตามอาการวินิจฉัย ซึ่งจะเป็นไปตามระเบียบการจ่ายยาที่เกี่ยวข้อง

หากยาที่จำเป็นเป็นยาที่ยังไม่ได้รับอนุญาตและกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ อนุมัติให้นำเข้าเป็นกรณีพิเศษ (หรือผลิต) และได้จัดเป็นยาตาม “กฎหมายป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา” จะต้องผ่านการพิจารณาใช้เป็นกรณีของสำนักงานประกันสุขภาพ สำหรับขั้นตอนการยื่นคำร้องที่เกี่ยวข้อง สามารถดูได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ [https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special](https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Catastrophic Illnesses or Rare Diseases)

Groups→Patients with Catastrophic Illnesses or Rare Diseases

“การใช้ยาในรายการที่เหมาะสมตามกำหนด “กฎหมายการป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา” ของประกันสุขภาพ”



มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความ ลำบากในการรักษาพยาบาล

รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

มีประชาชนบางส่วนสามารถได้รับเงินอุดหนุนค่าประกันสุขภาพจากรัฐบาล ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมรับการอุดหนุนแตกต่างกันดังนี้:

1. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุนเต็มอัตรา

- (1) ครอบครัวที่มีรายได้น้อย
- (2) เด็กและเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
- (3) ผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไปครอบครัวมีรายได้น้อยและปานกลาง
- (4) ใช้สถานะ "ประชากรในท้องถิ่น" ที่เข้าร่วมประกันกับเทศบาลเมือง อำเภอ ตำบล (ผู้ว่างงาน) และเป็นชนพื้นเมืองที่มีอายุครบ 55 ปีขึ้นไป และอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์

- (5) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านที่เกาะลันตา และใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่" (หมายถึงผู้ว่างงาน) หรือ "สมาชิกสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์ เกษตร สหกรณ์ประมง" หรือ "สมาชิกรอบครัว" เข้าร่วมประกัน
- (6) ผู้พิการระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก
- (7) ผู้เข้าร่วมประกันที่ว่างงานหรือสมาชิกรอบครัวของผู้ว่างงาน (ผู้รับการช่วยเหลือจำกัดเป็นผู้เข้าร่วมประกันในสถานะประชากรในท้องที่ภายใต้ประเภทที่ 6 ข้อที่ 2 และสมาชิกรอบครัวผู้เข้าร่วมประกันประเภทที่ 1, ที่ 2 และที่ 3) การอุดหนุนเบี้ยประกันในระหว่างรับเงินชดเชยการว่างงานหรือรับเงินค่าครองชีพในระหว่างฝึกอบรมอาชีพ
- (8) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านในกรุงเทพฯ (อายุ 20 ปีบริบูรณ์แต่ไม่ถึง 55 ปี มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในไทย 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากว่างงานโดยไม่สมัครใจ เศรษฐกิจครอบครัวอยู่ในสภาพลำบากหรือสภาพพิเศษที่คล้ายกัน จนทำให้การร่วมประกันสุขภาพขาดตอนและเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการอุดหนุนช่วยเหลือแบบเดียวกันจากหน่วยงานอื่น ซึ่งเมื่อคณะกรรมการกิจการชนพื้นเมืองเทศบาลกรุงเทพฯ ได้พิจารณารายชื่อที่ส่งโดยที่ว่าการตำบลต่างๆ และเห็นชอบแล้ว อุดหนุนเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่ต้องจ่ายเองสูงสุดไม่เกิน 3 เดือน)
- (9) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเกาะรอบนอกครบ 1 ปี
- (10) ผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ผู้มีรายได้น้อยและยังไม่มีทะเบียนราษฎร (หลังจากทางกรมฯ ยื่นขอและได้รับการอนุมัติช่วยเหลือจาก "กองทุนพัฒนาผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่" ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง)

2. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุน 1/2 หรือครึ่งหนึ่ง

- (1) ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ตามที่กำหนดในกฎหมายสังคมสงเคราะห์
- (2) ผู้พิการระดับปานกลาง

- (3) ผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ผู้มีรายได้น้อยและปานกลางและยังไม่มีทะเบียนราษฎร์ (หลังจากทางกรมฯ ยื่นขอและได้รับการอนุมัติช่วยเหลือจาก “กองทุนพัฒนาผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่” ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง)

3. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุน 1/4: ผู้พิการระดับต่ำ

4. เพดานการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันสำหรับประชากรในท้องที่ปัจจุบันคือ 749 เหรียญไต้หวัน

- (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในนครเกาสยวน (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) หรือนครเกาสง (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 5%) ครบ 1 ปี
- (2) ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 70 ปี หรือก่อนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 (รวม) มีอายุครบ 65 ปีขึ้นไป (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) ที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเปครบ 1 ปี
- (3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ถึง 69 ปีที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มีทะเบียนบ้านในนครนิวไทเป นครเกาสยวน เมืองซินจู๋ เขตซินจู๋ นครไถจง เขตจางฮั่ว เขตหยุนหลิน เมืองเจียอี้ นครไถหนัน เขตอิหลัน เขตไถตง หรือเขตฮั่วเหลียนครบ 1 ปี
- (4) ผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเปและนครเกาสง (ครบ 1 ปี) มีอายุไม่ครบ 70 ปี และเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนค่าครองชีพแก่ผู้สูงอายุ
- (5) ชนเผ่าพื้นเมืองอายุ 55 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป นครเกาสยวนครบ 1 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%)
- (6) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านในเมืองจีหลงครบ 3 ปี
- (7) ชาวบ้านที่มีทะเบียนบ้านในเขตอันหนัน (มีทะเบียนบ้านในเสียนกง หลูเอ๋อ ชื่อเก่าก่อนวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2548) ที่ได้รับผลกระทบจากมลภาวะการปิโตรเลียมแห่งไต้หวัน (CPDC) และพนักงานบัญชีรายชื่อที่กระทรวงเศรษฐกิจทำขึ้นมา

- (8) ผู้พิการระดับน้อย ระดับปานกลางที่มีอายุครบ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทะเบียนบ้านในนครไถหนานและนครเกาสง (ครบ 1 ปีและเสียภาษีในอัตราไม่ถึง 12%)
- (9) ประชาชนซึ่งมีคู่มือผู้พิการและเสียภาษีในอัตราไม่ถึง 5% ที่มีทะเบียนบ้าน ในนครเกาสงครบ 1 ปี
- (10) เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีและผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตเผิงหู

บุคคลที่ได้รับการอุดหนุนตามประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ไม่จำเป็นต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพด้วยตนเอง ทางสำนักงานประกันสุขภาพจะใช้ข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานให้การอุดหนุน ทำการลดค่าเบี้ยประกันโดยตรง กรณีผู้ที่มีคุณสมบัติรับการอุดหนุน แต่มีข้อสงสัยว่าไม่ได้รับการอุดหนุนเบี้ยประกัน กรุณาสอบถามได้จากหน่วยงานการอุดหนุนที่เกี่ยวข้อง สำหรับรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาล แต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน สามารถดูได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Assistance Measures→Premium Subsidies for the Disadvantaged>

กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน

หากท่านไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพหรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองเพราะเกิดเหตุที่ไม่ได้คาดคิดปัจจุบันทางสำนักงานประกันสุขภาพมีมาตรการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ท่านดังนี้

1. เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ

- (1) เงื่อนไขการสมัคร ต้องมีคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" ตามที่เทศบาลเมือง อำเภอ ตำบลที่ตนเองมีทะเบียนบ้านอยู่กำหนด

- (2) วิธีการสมัคร: นำบัตรประจำตัวประชาชน และตราประทับของผู้ที่ค้างชำระเบี้ย (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชนและตราประทับของผู้ทำการแทนด้วย ซึ่งผู้ทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) และเอกสารยืนยันคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" (รวมทะเบียนบ้านทั้งเล่มของผู้ค้างชำระ คุณสมบัติผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หลักฐานรายได้ปีที่ผ่านมาและหลักฐานทางทรัพย์สิน) สำหรับผู้ยื่นขอกู้เงิน ที่ใช้ประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จะต้องแสดงใบแจ้งชำระเงินที่ออกโดยสถานพยาบาลพร้อมกันด้วย ทำการยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่างๆ เมื่อคำร้องผ่าน ให้ชำระเงินคืนเป็นงวดตามข้อกำหนดในคำร้องกู้เงิน

2. แนะนำให้องค์กรการกุศลสาธารณะอุดหนุนเบี้ยประกัน

- (1) เงื่อนไขการสมัคร เป็นผู้เข้าร่วมประกันในฐานะ "ประชากรในท้องถิ่น" ของเทศบาลเมือง อำเภอบางบาล และไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
- (2) นำทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านหรือทะเบียนบ้านฉบับคัดรับรองพร้อมทั้งใบรับรองผู้ยากไร้ที่ออกให้โดยผู้ใหญ่บ้าน(หากผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถทำงานได้และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ต้องมีใบรับรองแพทย์มาด้วย) ให้ยื่นคำร้องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ เพื่อส่งต่อ เมื่อผ่านการจากองค์กรสาธารณกุศล ก็จะได้รับอุดหนุนเบี้ยประกันจากองค์กรสาธารณกุศล

3. ผ่อนจ่ายเบี้ยประกัน

- (1) เงื่อนไขการสมัคร
- ① ผู้ขาดคุณสมบัติขอกู้เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ แต่ค้างจ่ายเบี้ยประกัน(รวมค่าปรับ) 2,000 เหยียญได้วันขึ้นไป ไม่สามารถชำระหมดได้ในครั้งเดียวเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่สามารถชำระเบี้ยประกันหมดได้ในครั้งเดียวได้ สามารถยื่นเรื่องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่างๆ เพื่อขอทำการผ่อนชำระเป็นงวด

② เบี้ยประกันสุขภาพของผู้เข้าร่วมประกันที่ได้ถูกส่งให้กรมบังคับคดีแล้ว ให้ทำการผ่อนชำระเป็นงวดตามคำสั่งของฝ่ายบังคับคดี

(2) วิธีการสมัคร

① ยื่นเรื่องที่เคาน์เตอร์:

นำบัตรประชาชน ตราประทับ (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชน และตราประทับของผู้ทำการแทน ซึ่งทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) ไปยื่นเรื่องยังสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ใกล้บ้าน พร้อมชำระเบี้ยประกันงวดแรกขณะยื่นขอ หากค้างชำระและได้ส่งกรมบังคับคดีในท้องที่แล้ว การยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวดต้องได้รับการเห็นชอบจากหน่วยงานบังคับคดี

② ยื่นเรื่องทางอินเทอร์เน็ต:

นำบัตรประกันสุขภาพหรือหลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ที่ลงทะเบียนเปิดบัตรแล้วเข้าสู่ระบบ “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” ของกรมประกันสุขภาพ คลิกเลือก “สอบถามค้างชำระเบี้ยประกันส่วนบุคคลและการผ่อนจ่ายแบบง่าย” ที่อยู่หัวข้อ “สอบถามและพิมพ์งานที่เกี่ยวข้องกับเบี้ยประกัน” ก็สามารถตรวจสอบข้อมูลการค้างเบี้ยประกันส่วนบุคคล พร้อมยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวดแบบง่าย (เฉพาะผู้ค้างชำระที่ไม่ได้ถูกส่งเรื่องให้กรมบังคับคดี และยังไม่เคยยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวดมาก่อน และไม่เคยมีประวัติทำผิดสัญญาผ่อนชำระเป็นงวดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)



เงื่อนไขและคุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย:

1. ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามกำหนดของกฎหมายสังคมสงเคราะห์ และมีหลักฐานที่ออกให้โดยสำนักงานตำบล (อำเภอ เมือง เขต)
2. ผู้หาเลี้ยงชีพหลักของครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
 - (1) เสียชีวิตไม่ครบ 2 ปี
 - (2) หายสาบสูญ 6 เดือนขึ้นไป และแจ้งความยังไม่ครบ 2 ปี
 - (3) มีใบรับรองผู้พิการ
 - (4) ทำงานไม่ได้เนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้เวลารักษาระยะยาว
 - (5) ตั้งครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป หรือคลอดลูกภายใน 2 เดือน
 - (6) รับประทานยาหรืออาหารบริการพลเรือน เวลาประจำการมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
 - (7) อยู่ระหว่างคุมขังในทัณฑสถาน กำหนดเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
 - (8) ว่างานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
3. สมาชิกครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
 - (1) คู่สมรสหรือญาติทางสายเลือดป่วยด้วยโรคร้ายแรง
 - (2) ครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียว ต้องเลี้ยงดูภาระบุตรตามลำพัง
 - (3) ลูกเสียชีวิต ต้องเลี้ยงดูภาระบุตรซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะที่เกิดจากลูกของตนตามลำพัง

รายละเอียดท่านสามารถเข้าเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ

<https://www.nhi.gov.tw>→หรือโทรสอบถามฟรีได้ที่ 0800-030-598

0800-030-598



รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลอดล๊อคบัตร ประกันสุขภาพทั้งหมด เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย

เพื่อสร้างคุณค่าแห่งการทัดเทียมด้านการรักษาพยาบาล นับตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินมาตรการตาม “แผนแยกการค้างชำระค่าประกันสุขภาพออกจากสิทธิการรักษาพยาบาล (ปลดล๊อคบัตรทั้งหมด)” ผลักดันการปลดล๊อคบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดให้การปกป้องสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน ประชาชนเพียงแต่ทำการยื่นเรื่องร่วมระบบประกันสุขภาพ ก็สามารถวางใจในการรับการรักษาได้ สำหรับผู้ที่ไม่มีกำลังความสามารถจ่ายค่าประกันสุขภาพ จะมีมาตรการช่วยเหลือเกี่ยวกับการค้างชำระ เช่น ผ่อนชำระเป็นงวด การกู้เงินจากกองทุนช่วยเหลือและการส่งต่อไปยังองค์กรสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาโทรศัพท์สอบถามได้จากบริการสายตรงกรมประกันสุขภาพ: 0800-030-598

ขัวยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

1. สำหรับผู้ที่มี “ใบรับรองผู้พิการ” เมื่อขอรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ไม่ว่าโรงพยาบาลระดับไหนจะเก็บส่วนที่ต้องจ่ายเองเพียง 50 เหรียญได้วันเท่ากับคลินิก ซึ่งต่ำกว่าชาวบ้านทั่วไป (80-420 เหรียญได้วัน)
2. สำหรับผู้ป่วยที่มีใบรับรองว่าเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคประสาทเรื้อรัง โรคไต โรคที่พบได้น้อยและโรคเป็นมาแต่กำเนิด เมื่อเข้ารับการรักษาโรคนั้นๆ จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเอง นอกจากนี้เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย ยาที่ใช้กับโรคที่พบได้น้อยตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ทางสำนักงานฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด เท่ากับได้ช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างแท้จริง

เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

พิจารณาจากบุคคลบางกลุ่มที่มีเหตุสุดวิสัยต้องทำงานพิเศษหารายได้เสริม เพื่อเป็นการดูแลประชาชนผู้ด้อยโอกาส การเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมในระยะแรก (วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2557) เด็กและเยาวชน ครอบครัวรายได้น้อยและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ผู้พิการที่รับค่าครองชีพอุดหนุนหรือผู้ที่เข้าร่วมประกันภัยแรงงานในระดับฐานเงินเดือนที่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของกระทรวงแรงงาน นักเรียนหรือนักศึกษาที่ศึกษาอยู่ภายในประเทศและไม่ได้ทำงานเต็มเวลา และตรงกับคุณสมบัติผู้มีความลำบากทางเศรษฐกิจ กลุ่มบุคคลเหล่านี้ตามกำหนดของกฎหมายประกันสุขภาพมาตรา 100 ซึ่งกำหนดให้ผู้มีรายได้ที่ไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัด (รายได้ทำงานพิเศษ) ที่รับต่อครั้งไม่เกินจำนวนเงินรายได้ขั้นต่ำ ไม่จำเป็นต้องหักชำระเบี้ยประกันเพิ่มเติม

ผู้ที่เงินเดือนน้อยและยังต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวพิจารณาจากภาระทางเศรษฐกิจที่หนัก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการปรับปรุงเพิ่มมาตรฐานจำนวนรายได้ที่ไม่ใช่เงินเดือนจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ต้องหักจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม เป็นจำนวนเท่ากับรายได้ขั้นต่ำทั้งหมด โดยเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557

นับแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา สมาชิกครอบครัวรายได้น้อยและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่ได้รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประเภทภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพมาตรา 100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง ไม่จำเป็นต้องหักเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ

ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. พ.ศ.2558 เป็นต้นมา ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจน ตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพประชาชนมาตรา 100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง ไม่จำเป็นต้องหักเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ

โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์

สำนักงานประกันสุขภาพได้จัดทำโครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ โดยส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบัน แผนจีนและทันตแพทย์ไปให้บริการประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่อยู่พื้นที่ห่างไกลมากขึ้น

ดูข้อมูลสถานที่ และช่วงเวลาที่มีแพทย์สัณจรจากสถานพยาบาลออกไปให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ ได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <https://www.nhi.gov.tw> หรือโทรศัพท์สอบถามข้อมูลสถานที่ และช่วงเวลาที่มีแพทย์สัณจรจากสถานพยาบาลออกไปให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ได้ที่ฝ่ายธุรการของสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ และเลือกสถานที่ใกล้ที่สุดรับการรักษาพยาบาล



ระบบคลาวด์ ตรวจสอบข้อมูลการ รักษาพยาบาลประกันสุขภาพ

อะไรคือ “ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ”



เพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและการใช้ยาแก่ประชาชน พร้อมเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนของแพทย์และเภสัชกร สำนักงานประกันสุขภาพอาศัยเทคโนโลยีระบบคลาวด์ในการจัดทำ “ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ” ขึ้น โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้แพทย์และเภสัชกรเมื่อทำการตรวจรักษา ออกใบสั่งยา สามารถตรวจสอบข้อมูลบันทึก

การตรวจวิเคราะห์และการใช้ยาของผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมา ประกอบด้วยบันทึกการใช้ยาแพทย์แผนปัจจุบัน บันทึกการใช้ยาแพทย์แผนจีน บันทึกการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์ บันทึกผลการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์ บันทึกการรายละเอียดการผ่าตัด บันทึกการตรวจรักษาทางทันตกรรมและการใช้ยา บันทึกการแพทย์ยา บันทึกการใช้ยาชนิดควบคุม บันทึกการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด บันทึกการรักษากายภาพบำบัดและประวัติผู้ป่วยโดยย่อเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็นต้น รวมข้อมูลทั้งหมด 11 รายการ นับแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา สำนักงานประกันสุขภาพได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทุกแห่งทำการอัปโหลดข้อมูลภาพถ่ายฟิล์มเอ็กซเรย์(X-Ray)และ

ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI) และการถ่ายภาพรังสีทันตกรรมโดยทันที จากนั้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์เป็นต้นมา ก็ได้ทำการสนับสนุนให้ทำการอัปโหลดผลการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การตรวจอัลตราซาวด์ และการเอ็กซเรย์เป็นต้น โดยสถานพยาบาลทั่วไปสามารถอ่านรายละเอียดข้อมูลฟิล์มและผลการตรวจผ่านทางระบบดังกล่าวนี้ได้ อาศัยการจัดการนี้เพื่อให้แนวคิดในการแยกลำดับขั้นของการรักษาพยาบาลอันได้แก่ “โรงพยาบาลดีในชุมชน แพทย์ดีอยู่ข้างเรือน” กระทำได้อย่างเป็นรูปธรรม ยกย่องคุณภาพและความสะดวกสบายในการรักษาพยาบาลของประชาชน

ประโยชน์ของ “ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ” สำหรับประชาชน

“ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ” โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวบรวมข้อมูลการตรวจรักษาจากสถานพยาบาลต่างๆ ของผู้ป่วย ช่วยให้แพทย์ทำความเข้าใจต่อผลการ

ตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์ตลอดจนการใช้ยาของผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้น ตลอดจนแพทย์ตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ลดการก่อผลร้ายต่อผู้ป่วยและความฟุ่มเฟือยด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากการจ่ายยาและการตรวจสอบตรวจวิเคราะห์ที่ซ้ำซ้อน มีประโยชน์มากต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

ระบบสร้างประโยชน์ต่อประชาชนดังนี้:

1. ปลอดภัย:

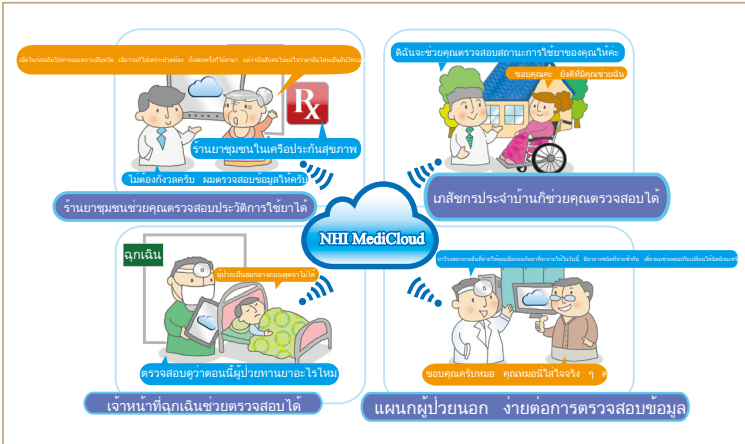
- (1) ลดการเจาะเลือดตรวจวิเคราะห์ซ้ำซ้อน ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาซ้ำซ้อน
- (2) ลดการรับปริมาณรังสีเกินอัตรา เนื่องจากการฉายเอ็กซเรย์หลายครั้ง
- (3) ลดจำนวนครั้งของการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ซึ่งสร้างความไม่สบายต่อร่างกาย

2. ประหยัด: ลดค่าใช้จ่ายในการยื่นขอสำเนาประวัติผู้ป่วย และการก๊อปปี้แผ่นซีดีฟิล์มเป็นต้น เมื่อต้องทำการย้ายไปรักษายังสถานพยาบาลอื่น

สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพสามารถใช้ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" ได้

ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพเป็นระบบเครือข่ายบริการข้อมูลประกันสุขภาพ (VPN) ที่สร้างไว้ในเขตพื้นที่อินเทอร์เน็ตแบบปิด เสนอให้สถานพยาบาลคู่สัญญาในเครือประกันสุขภาพสามารถใช้ตรวจสอบเมื่อประชาชนพบแพทย์และมีความต้องการข้อมูลในการตรวจรักษา ปัจจุบันมีสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพและร้านยาจำนวน 24,478 แห่งที่ใช้ระบบนี้ตรวจสอบข้อมูลแล้ว เมื่อประชาชนนำบัตรประกันสุขภาพไปรับการตรวจรักษายังสถานพยาบาลในเครือประกัน

สุขภาพ จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการยืนยันจากการใช้ 3 บัตรร่วมกัน(บัตรสถานพยาบาล บัตรแพทย์และบัตรประกันสุขภาพของผู้ป่วย) แพทย์จึงจะสามารถทำการตรวจสอบข้อมูลตามความต้องการในการรักษาได้





การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรอง จ่ายเอง

หากท่านเข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เพียงท่านยื่นคำร้องภายใน
เวลากำหนด เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นกับสำนักงานประกันสุขภาพ ก็จะสามารถคืนค่ารักษาพยาบาลแก่ท่านตามผลพิจารณา

1. กรณีเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญาไม่ทัน จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลด้านประกันสุขภาพในทันที หรือเนื่องจากไปทำธุระหรือท่องเที่ยวในต่างประเทศเกิดเหตุเจ็บป่วยหรือคลอดลูกอย่างไม่คาดคิด จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลในท้องถิ่น
2. ในระหว่างที่ถูกระงับการใช้ชั่วคราว ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา และท่านก็ได้ชำระเบี้ยประกันต่างๆ ของช่วงเวลานั้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. การรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา เนื่องจากไม่ใช้ความรับผิดชอบของท่าน (เช่น ในครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรง แต่หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วถึงได้รับอนุมัติให้เป็นผู้ป่วยร้ายแรง) เป็นเหตุทำให้ท่านต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน และไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) หรือก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ยื่นบัตรประกันสุขภาพและบัตรประชาชนย้อนหลัง
4. ผู้ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมตลอดปีห้องผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 30 วัน หรือห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใน 180 วัน มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังออกจากโรงพยาบาล และได้สำรองส่วนต่างที่จ่ายเองแล้ว ทั้งไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) กลับไปทำการขอคืนเงินยังสถานพยาบาล

กำหนดเวลาการขอเงินคืน

1. เริ่มนับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน หรือนับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน แต่ลูกเรือที่ออกทำงาน กลางทะเล ถือภายใน 6 เดือนนับจากวันที่กลับประเทศ
2. หากรับการรักษาในช่วงระงับการจ่ายเงินชดเชยชั่วคราว และชำระเงินที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว กำหนดเวลาการยื่นขอคือเริ่มจากวันที่ชำระเบี้ยประกันทั้งหมดแล้วภายใน 6 เดือน (สามารถยื่นขอคืนเงินค่ารักษาในช่วงเวลาค้างชำระเบี้ยประกันภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
3. กำหนดเวลาดังกล่าวใช้กับเหตุที่เกิดทั้งภายในและต่างประเทศ เลยกำหนดเวลา ไม่สามารถยื่นขออนุมัติคืนเงินได้ ขอให้ท่านดูแลเรื่องกำหนดเวลาให้ดี

4. ผู้ที่พักรักษาตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลตลอดปี ส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ปีถัดไป
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังจากออกจากโรงพยาบาล การยื่นขอต้องเริ่มนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน

เอกสารที่ต้องเตรียม

1. แบบคำร้องขอคืนค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ
ท่านสามารถขอแบบคำร้องได้โดยตรงที่ฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ
2. แบบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายละเอียดค่าใช้จ่าย
หากท่านทำใบเสร็จรับเงินฉบับจริงหรือรายละเอียดค่าใช้จ่ายหาย หรือใบเสร็จเอกสารฉบับจริงต้องนำไปใช้ในการอื่น ท่านสามารถยื่นขอให้สถานพยาบาลเดิมในประเทศออกสำเนาใบเสร็จ และประทับตรารับรองของสถานพยาบาลด้วยคำว่า "เหมือนต้นฉบับ" ใบเสร็จของต่างประเทศฉบับถ่ายสำเนา หากมีความลำบากในการขอประทับตราก็ไม่จำเป็นต้องกลับไปยังสถานพยาบาลเดิมเพื่อขอประทับตรา นอกจากนี้ไม่ว่าเป็นผู้ที่รักษาตัวในหรือต่างประเทศ หากใช้ใบเสร็จที่ไม่ใช่ตัวจริง ต้องลงนามหนังสือแถลง "ไม่สามารถแสดงใบเสร็จรับเงินฉบับจริง" พร้อมทั้งเขียนระบุอธิบายสาเหตุที่ไม่สามารถนำมาแสดงได้
3. สำหรับการรักษาพยาบาลของผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ต้องให้ตัวแทนตามที่กฎหมายกำหนดเป็นผู้ยื่นคำร้องพร้อมลงลายมือชื่อ และยังต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านเพื่อตรวจสอบ กรณีที่มอบอำนาจให้ผู้อื่นทำการแทน ต้องทำหนังสือมอบอำนาจ ผู้ทำการแทนต้องนำบัตรประชาชนของตนมาแสดงด้วย
4. ใบรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรอง
หากเป็นผู้รับการรักษาในพื้นที่ที่ไม่อยู่ในการคุ้มครองของประกันสุขภาพ (รวมถึงต่างประเทศและประเทศจีน) หรือคลินิก และโรงพยาบาลที่ไม่ได้

ร่วมกับประกันสุขภาพ ให้ท่านขอเอกสารรับรองจากนายแพทย์หรือโรงพยาบาลดังนี้

- (1) หากเป็นผู้ป่วยนอกหรือรักษาฉุกเฉิน ให้เตรียม “ใบรับรองแพทย์” (รายละเอียดต้องบันทึกอาการและชื่อโรคที่วินิจฉัย)
- (2) หากนอนรักษาในโรงพยาบาล นอกจาก “ใบรับรองแพทย์” (ต้องเขียนชี้แจงลักษณะอาการและชื่อโรค) แล้ว ยังต้องเตรียม “ประวัติคนไข้” ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ”

5. หากท่านขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในต่างประเทศ ท่านจะต้องแนบสำเนาหลักฐานการเดินทางเข้าออกได้วันของครั้งนั้น (เช่น หน้าพาสปอร์ตที่มีรูปถ่ายและหน้าที่มีตราประทับวันที่เข้าและออกสาธารณรัฐจีน เป็นต้น) ยื่นออนไลน์ขอหนังสือรับรองวันเดินทางเข้าออกประเทศจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงมหาดไทย หรือใบรับรองที่ออกให้โดยหน่วยงานบริการนั้น หากยังไม่กลับเข้าประเทศสามารถขอให้ผู้อื่นทำการแทนได้ แต่ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ: <https://www.nhi.gov.tw> → ประชาชนทั่วไป → ขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง → แนะนำการขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง → หนังสือมอบอำนาจ)

หมายเหตุ:

ยื่นขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในพื้นที่นอกเขตไต้หวัน เอกสารที่แนบได้แก่ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จฉบับจริง รายละเอียดค่าใช้จ่ายและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ใช่งานภาษาอังกฤษ ต้องแนบฉบับแปลเป็นภาษาจีนด้วย

6. หากท่านขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนที่เกิดจากการพักรักษาในโรงพยาบาลในประเทศจีน 5 วันขึ้นไป (รวม 5 วัน ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล: เช่น เข้าโรงพยาบาล วันที่ 1 มกราคม ออกจากโรงพยาบาล วันที่ 6 มกราคม รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน) ท่านจะต้องนำใบเสร็จรับเงินฉบับจริง ใบรับรองแพทย์ ประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ(รายงานติดตามอาการและบันทึกอาการหลังออกจากโรงพยาบาล) ไปรับรองที่ฝ่ายรับรองเอก

สารในประเทศจีนก่อน เมื่อกลับถึงไต้หวัน ให้นำหนังสือรับรองฉบับจริง ไปขอพิสูจน์การรับรองที่มูลนิธิแลกเปลี่ยนระหว่างสองฝั่งช่องแคบไต้หวัน สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ที่ โทรศัพท์ 02-2533-5995 หรือเว็บไซต์:

<http://www.sef.org.tw>

วิธีการขอคืนเรื่อง

เมื่อท่านเตรียมเอกสารต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ให้ยื่นคำร้องทางออนไลน์ (ยังคงต้องส่งหนังสือคำร้อง ใบเสร็จฉบับจริงและใบรับรองประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ด้วยจดหมายลงทะเบียน) ยื่นด้วยตนเองที่เคาน์เตอร์หรือส่งทางไปรษณีย์:

1. ประชาชนที่ขออนุมัติคืนเงินจากต่างประเทศ 'กรุณายื่นขอต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่อยู่' หรือฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่อยู่เป็นผู้โอนย้ายข้อมูลการยื่นเรื่องแทน
2. ยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรุณายื่นเรื่องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่สถานพยาบาลที่รับการรักษาตั้งอยู่

จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้

การยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรมประกันสุขภาพจะอนุมัติจ่ายเงินอ้างอิงตามมาตรฐานจ่ายเงินชดเชยของประกันสุขภาพ หลังจากที่ผ่านมาการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ดังนั้นจำนวนเงินอาจจะมีความแตกต่างจากการที่ท่านรับการรักษาพยาบาลโดยการจ่ายเอง อีกทั้งจำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อน เพื่อตัดสินใจการจ่ายในรายการและจำนวนเงิน จึงขอแนะนำให้ท่านพยายามดำเนินการนำบัตรประกันสุขภาพไปบันทึกข้อมูลยังสถานพยาบาลที่รับการรักษา นับแต่หลังวันรับการรักษาภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)

การขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของการรักษาผู้ป่วยนอก จุกเงิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตของการใช้ประกันสุขภาพนี้ (รวมต่างประเทศและประเทศจีนด้วย) เหมือนการขอเบิกค่าใช้จ่ายของคลินิกและโรงพยาบาลในไต้หวันคือต้องผ่านการวินิจฉัยเฉพาะทาง ตรวจสอบความเหมาะสมทางการแพทย์ ว่าอยู่ในขอบข่ายของความเจ็บป่วย จุกเงินที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้หรือไม่ เงื่อนไขและขอบเขตในการเบิกจ่าย เหมือนรักษาในไต้หวัน ซึ่งจะต้องสอดคล้องตามข้อกำหนดการเบิกจ่าย ของประกันสุขภาพ

การกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้ จำนวนเงินสูงสุดคือ: ค่าใช้จ่าย เฉลี่ยในไตรมาสก่อนหน้าที่ประกันสุขภาพจ่ายให้โรงพยาบาลหรือ คลินิก จากผู้ป่วยนอกต่อคนต่อครั้ง ผู้ป่วยจุกเงินต่อคนต่อครั้ง หรือผู้ ป่วยในต่อคนต่อวัน เนื่องจากจำนวนเงินที่อนุโมติคินจะเปลี่ยนตาม แต่ละไตรมาส ซึ่งจะประกาศให้ทราบทางเว็บไซต์ของกรมประกัน สุขภาพ ท่านสามารถขึ้นเว็บไซต์ตรวจสอบได้ที่ <https://www.nhi.gov.tw> → ประชาชนทั่วไป → ขออนุโมติเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองเอง → ขออนุโมติเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงสุดที่สำรองเองในต่างประเทศหรือ ประเทศจีนรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จุกเงินหรือนอนรักษาในโรงพยาบาลของโรง พยาบาลระดับศูนย์กลางแพทย์ เนื่องจากจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้อาจ เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละไตรมาส

หากท่านยังมีข้อสงสัย ให้ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพ ดังนี้

1. โทรสายบริการฟรีที่ 0800-030-598 หรือหมายเลขโทรศัพท์ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาต่างๆ
2. ส่งอีเมลไปที่ <https://www.nhi.gov.tw> “ผู้รับความคิดเห็น” ของสำนักงานประกันสุขภาพ
3. ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อสำนักงานต่างๆ ด้วยตนเอง

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกับกรมประกันสุขภาพ สำหรับดำเนินการด้านขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อน

ฝ่ายธุรการ	ที่อยู่	โทรศัพท์ติดต่อ	พื้นที่เขต
ฝ่ายธุรการ ไทเป	1F, No.15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City (10041)	(02)2523-2388	กรุงไทเป นครนิวไทเป เมืองจีหลง เขตอี้หลัน เขตจินเหมิน เขตเหลียนเจียง
ฝ่ายธุรการ เขตเหนือ	No.525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City (32005)	(03)433-9111	นครเถาหยวน เมืองซิน จู เขตซินจู เขตเหมียวลี่
ฝ่ายธุรการ เขตกลาง	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City (40709)	(04)2258-3988	นครไทจง เขตจางฮั่ว เขตหนานโถว
ฝ่ายธุรการ เขตใต้	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City(70006)	(06)224-5678	เขตหนุ่ยหลิน เมือง เจียอี้ เขตเจียอี้ เมือง ไถหนาน
ฝ่ายธุรการ เกาส่ง ผิงตง	No.259,Zhongzheng 4Th Rd.,Qianjin Dist.,Kaohsiung City(80147)	(07)231-5151	นครเกาส่ง เขตผิงตง เขตผิงหู
ฝ่ายธุรการ เขตตะวันออก	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)	(03)833-2111	เขตฮวาเหลียน เขตไถตง





มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ ประชาชนของประกันสุขภาพ

เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการจัดการ กรมประกันสุขภาพเสนอ
มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนหลายรายการอย่าง
ต่อเนื่อง ปกป้องสุขภาพของประชาชน

บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

**"บริการแจ้งข้อมูลบัตรประกันสุขภาพข้ามหน่วยงานของสำนัก
ทะเบียนราษฎร์" เพื่อความสะดวกแก่ประชาชน**

1. หากประชาชนยื่นขอบัตรประจำตัวประชาชนใหม่เนื่องจากบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสุขภาพสูญหายในเวลาเดียวกัน
เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อนามสกุล วัน
เดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน ชนพื้นเมืองเปลี่ยนกลับไปใช้ชื่อเดิม)
เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์ใส่ข้อมูลผิด เป็นต้น สามารถทำการตามขั้นตอน
พร้อมกันในที่เดียวได้ เมื่อกรมประกันสุขภาพได้รับข้อมูลชำระเงินของ
ประชาชนแล้วเสร็จจะจัดทำและส่งมอบบัตรทันที ประชาชนจะได้รับบัตร
ประกันสุขภาพตามที่อยู่แจ้งไว้ภายในเวลา
ประมาณ 5-7 วันทำการ

2. ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด เมื่อทำการแจ้งเกิดนำชื่อเข้าทะเบียนบ้าน ยังสำนักทะเบียนราษฎร สามารถแสดงความจำนงให้กับเด็กแรกเกิด เปลี่ยนเป็นผู้ทำประกันของระบบประกันสุขภาพ แสดงความยินยอมว่าจะให้ติดรูปบนบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ และแจ้งที่อยู่สำหรับส่งบัตรประกันสุขภาพทางไปรษณีย์ได้พร้อมกันที่สำนักทะเบียนราษฎร เมื่อกรมประกันสุขภาพได้รับข้อมูลการแจ้งเรื่อง จะดำเนินการร่วมระบบประกันสุขภาพให้กับเด็กแรกเกิดเอง พร้อมทั้งส่งบัตรประกันสุขภาพให้ทางไปรษณีย์ (ผู้ที่ตกลงทำบัตรแบบไม่ติดรูปถ่าย) หากท่านต้องการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพแบบติดรูปถ่าย สามารถส่ง “หนังสือคำร้องยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ” ทางไปรษณีย์ หรือไปยื่นเรื่องยังฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตต่างๆได้ เพื่อประกันการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลอันพึงมีของเด็กแรกเกิด เด็กแรกเกิดหลังคลอดภายใน 60 วันที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถรับบริการฉีดวัคซีน และตรวจสุขภาพหรือรักษาพยาบาลโดยใช้ร่วมกับบิดามารดาได้

ยกระดับงานบริการ

1. บริการ "ไม่ต้องกรอกแบบคำร้อง 'ไร้กระดาษ'"

หากบัตรประกันสุขภาพของท่านสูญหาย ชำรุด หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล เป็นต้น กรุณานำหลักฐานประจำตัวฉบับจริง (ผู้ที่อายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่มีบัตรประชาชน กรุณาพกพาทะเบียนบ้านฉบับจริง) พร้อมรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 รูปไปยื่นเรื่องที่สำนักงานประกันสุขภาพเขตต่างๆ ของกรมประกันสุขภาพ ยื่นคำขอที่เคาน์เตอร์โดยไม่ต้องกรอกใบคำร้อง เพียงแต่ตรวจสอบบยืนยันข้อมูลและรูปถ่ายถูกต้องเท่านั้น

2. บริการทำบัตรในท้องที่

เพื่อบริการประชาชนในทุกพื้นที่และเกาะรอบนอกพื้นที่ห่างไกลความเจริญ สามารถยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพได้ทั้พื้นที่ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา จุดบริการภายนอกของกรมประกันสุขภาพและที่ว่า

การอำเภอ (เมือง เขต) บางแห่ง จัดให้มีบริการออกบัตรในสถานที่ ประชาชนสามารถยื่นขอและรับบัตรที่เคาน์เตอร์ดำเนินการได้เพื่อบรรเทาความ ต้องการใช้บัตรเร่งด่วนของประชาชนในท้องที่ ประชาชนที่ไปยื่นเรื่องยัง เคาน์เตอร์ สามารถใช้แผ่นซีดีไฟล์รูปถ่าย หรือใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ E-mail อัพโหลดไฟล์รูปถ่ายได้ (สำหรับ “จุด บริการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพใน สถานที่” กรุณาดูได้ในบทที่ 8)

3. บริการยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพด้วยระบบบริการแบบไม่ใช้หลักฐานแสดงตน

เพื่อประหยัดเวลาในการรอยื่นขอและรับบัตรประกันสุขภาพของ ประชาชน และการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตที่ดี จึงเปิดให้ประชาชนใช้ รหัสเลขบ้านที่เขียนไว้ในทะเบียนบ้านของผู้ยื่นขอทำบัตร ทำการยื่นเรื่อง ขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมชำระค่าธรรมเนียมออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์กรม ประกันสุขภาพ ทั้งสามารถเลือกจุดบริการภายนอกของกรมประกัน สุขภาพที่ต้องการไปรับบัตรได้ เมื่อไปขอรับบัตรกรุณานำหลักฐานประจำ ตัวฉบับจริงไปเพื่อการตรวจสอบด้วย หากให้ผู้อื่นไปรับบัตรแทน จะต้อง มีแสดงหลักฐานประจำตัวฉบับจริงทั้งของผู้ยื่นขอบัตรและผู้ที่มารับบัตร แทน

4. มีเคาน์เตอร์บริการชำระเงินด้วยบัตรเครดิตและบัตรเงินสดอิเล็กทรอนิกส์

เพื่อลดความเสี่ยงในการพกเงินสดของประชาชน ที่จุดบริการต่างๆ ของ สำนักงานประกันสุขภาพมีบริการชำระค่าประกันสุขภาพด้วยบัตรเครดิต นอกจากนี้ยังสามารถหักชำระเงินค่าทำบัตรประกันสุขภาพจากบัตร เงินสดอีซีการ์ด(EasyCard) และบัตรไอพาส(iPASS) ได้ (บัตรเครดิตของ บางธนาคารอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มรายการละ 10-20 เหรียญ ใต้หวัน)

5. ยื่นขอ “บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง” ไม่ต้องวิ่งรอก

- (1) หากมีเหตุการณ์พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง ญาติสามารถนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงยังสำนักงานประกันสุขภาพในทุกเขต ของกรมประกันสุขภาพหลังผ่านการตรวจสอบอนุมัติแล้ว สามารถลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในส่วนต้องจ่ายเองได้ตามข้อกำหนด
- (2) นอกจากนี้ หากโรคที่ป่วยตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง นอกจากไปทำเรื่องที่เคาน์เตอร์หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์แล้ว โรงพยาบาลยังสามารถใช้บริการผ่านอินเทอร์เน็ตช่วยยื่นขอ “บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง” กับกรมประกันสุขภาพหรือตรวจสอบการอนุมัติได้ด้วย
- (3) ปัจจุบันบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงจากมะเร็งหลายชนิดมีอายุ 5 ปี มะเร็งบางชนิดมีอายุบัตร 3 ปี เมื่อครบกำหนดต้องยื่นขอเปลี่ยนบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงใหม่ กรมประกันสุขภาพจะมอบหมายให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยอย่างรอบคอบว่าเข้าข่ายตามกำหนด “ต้องรักษาอย่างกระตือรือร้นหรือระยะยาว” หรือไม่ เพื่อใช้อ้างอิงในการอนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้ใหม่
- (4) ประชาชนอาศัยในเขตเมือง ผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขผู้ป่วยโรคร้ายแรง หากต้องการยื่นขอ “เงินอุดหนุนการเดินทางจากการโอนย้ายผู้ป่วยของประชาชนเกาะรอบนอกเมือง” เพื่อทำการรักษาในเกาะได้ทุกวัน สามารถนำบัตรประกันสุขภาพ ไปส่งตัวผู้ป่วย ไปคำร้องยื่นขอเงินอุดหนุนค่าเดินทางเป็นต้น ไปทำเรื่องยื่นขอที่กองสาธารณสุขเทศบาลเขตเมืองและสำนักงานสาธารณสุขท้องถิ่นทุกแห่งในเขตเมือง (ไม่ต้องยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงกับกรมประกันสุขภาพ)

ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก

1. ห่วงใยผู้ด้อยโอกาส ช่วยเหลือด้วยใจรัก

กรมประกันสุขภาพมีบริการ “บัญชีด้วยใจรัก” สำหรับผู้ด้อยโอกาสที่ไม่มีกำลังความสามารถจ่ายค่าประกันสุขภาพ ต้องผ่อนชำระเป็นงวดกู้เงินจากกองทุนช่วยเหลือ และไม่มีวิธีแก้ไขปัญหาลำบากทางเศรษฐกิจของผู้นั้นได้ จะใช้เงินบริจาคด้วยใจรัก ช่วยจ่ายค่าประกันสุขภาพให้แก่ผู้นั้น เพื่อให้ความรักในสังคมถูกส่งและช่วยเหลือแก่ประชาชนด้อยโอกาสเหล่านี้

2. “โครงการลดหนี้เบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน”

กรมประกันสุขภาพร่วมกับหน่วยงานสังคมที่ว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตทุกแห่ง สำหรับ “ครอบครัวรายได้น้อย หรือรายได้น้อยถึงปานกลาง” และผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน ให้การช่วยแนะแนวและรับเรื่องในเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถทำเรื่องยังที่ว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตใกล้เคียงได้





ภาคผนวก

หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ
สังกัดกรมประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ หมายเลขโทร
ฟรีสอบถามประกันสุขภาพ: 0800-030-598

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานใหญ่	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Daan District, Taipei City (10634)
ฝ่ายธุรการไทเป	(02)2191-2006	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng District, Taipei City (10041)
สำนักงานติดต่อจีหลง	(02)2191-2006	No. 95, Yiyi Rd., Keelung City (20241)
สำนักงานติดต่ออีหลัน	(02)2191-2006	No. 11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County (26550)
สำนักงานติดต่อจินเหมิน	(082)372-465	No. 65, Huandao N. Rd., Jincheng Town, Jinmen County (89350)
สำนักงานติดต่อเหลียนเจียง	(083)622-368	No. 216, Fusing Village, Nangan Township, Lienchiang County (20941)
ฝ่ายธุรการเขตเหนือ	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005)
สำนักงานติดต่อเถาหยวน	(03)433-9111	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan District, Taoyuan City (33062)
สำนักงานติดต่อซินจู๋	(03)433-9111	No. 3, Wuling Rd., North Section, Hsinchu City, (30054)
สำนักงานติดต่อจู่เป่ย์	(03)433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County (30268)
สำนักงานติดต่อเหมียวลี่	(03)433-9111	No. 1146, JhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County (36052)
ฝ่ายธุรการเขตกลาง	(04)2258-3988	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun District, Taichung City (40709)

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานติดต่อพวงหยวน	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041)
สำนักงานติดต่อชาลุ	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352)
สำนักงานติดต่อจ้งฮั่ว	(04)2258-3988	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)
สำนักงานติดต่อนันโถว	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
ฝ่ายธุรการเขตไต้	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongs District, Tainan City (70006)
สำนักงานติดต่อซินหยิง	(06)224-5678	No. 78, Dongsyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064)
สำนักงานติดต่อเจียอี้	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., Chiayi City (60085)
สำนักงานติดต่อหยุนหลิน	(06)224-5678	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County (64043)
ฝ่ายธุรการเขตเกาผิง	(07)231-5151	No.259,Zhongzheng 4Th Rd.,Qianjin Dist.,Kaohsiung City (80147)
สำนักงานติดต่อกังชั่น	(07)231-5151	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (Inside the Kaohsiung Armed Forced General Hospital Gangshan Branch)
สำนักงานติดต่อฉินชั่น	(07)231-5151	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital)
สำนักงานติดต่อผิงตง	(07)231-5151	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
สำนักงานติดต่อตงกั๋ง	(07)231-5151	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)
สำนักงานติดต่อผิงหู	(07)231-5151	No. 63-40 Siwun Ao, Siwun Li, Magong City, Penghu County (88050)
ฝ่ายธุรการเขตตะวันออก	(03)833-2111	No. 36, Syuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)
สำนักงานติดต่อวู้หลี่	(03)888-3141	No. 91, Hsinhsing St., Yuli Town,Hualien County (98142)
สำนักงานติดต่อไถตง	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

คู่มือนี้ได้รับการรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ระเบียบกฎหมายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา กรุณาเข้าดูเว็บไซต์ของสำนักงานสุขภาพได้ตลอดเวลา <https://www.nhi.gov.tw> เพื่อรับข้อมูลล่าสุด

2561-2562 คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

編著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634臺北市大安區信義路三段140號

電話：02-2706-5866

出版日期：中華民國107年12月

版次：第1版第1刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<https://www.nhi.gov.tw>

定價：新臺幣50元

經銷者：五南文化廣場

地址：400台中市市區中山路6號

電話：04-2226-0330

經銷者：國家書店松江門市

地址：10485臺北市松江路209號1樓

電話：02-2518-0207

設計印刷：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

GPN: 1010702080

ISBN: 978-986-05-7574-3

著作人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人 衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。



Toll Free Line 0800-030-598



LINE



FaceBook



iPhone



二代健保專區



GPN : 1010702080



衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

No.140, Sec.3, Hsinyi Road, Taipei 10634, Taiwan, R.O.C

Tel: +886-2-2706-5866

<http://www.nhi.gov.tw>