



2559-2560

## คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน



# สารบัญ

<b>1</b>	<b>การประกันสุขภาพ คัมครองสิทธิการรักษาตลอดชีพ</b>	<b>06</b>
	การประกันสุขภาพคืออะไร	06
	กฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการประกันสุขภาพ	07
	“บัตรประกันสุขภาพ” บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล	07
<b>2</b>	<b>เข้ามามีส่วนร่วมในการประกันสุขภาพอย่างไร</b>	<b>08</b>
	ประชาชนได้หวั่นที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านได้หวั่น	08
	ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติ	13
	ผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในได้หวั่น	
<b>3</b>	<b>กรณีพิเศษอื่นๆ</b>	<b>15</b>
	สูญเสียสถานะการทำประกัน	15
	ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร	15
	ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับเข้าระบบ	16
	ประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ	
	กรณีที่ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอระงับการทำประกัน	16
	สุขภาพชั่วคราว	
	สำระนารู้ ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออก	17
	นอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป	
	ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน	20
<b>4</b>	<b>งบประมาณของระบบประกันสุขภาพและอัตราเงินสมทบ</b>	<b>21</b>
	งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมาจากไหน ?	21
	วิธีการคำนวณการจัดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ	21
	เงินสมทบทั่วไป	21
	เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม	27



5

**วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ**

**34**

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบ	34
ค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด	
จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี 34	
ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร	35
วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ	36
จะทำการหักภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาหรือยอดเงินในบัญชีธนาคาร	37
ไม่เพียงพอสำหรับหักเงิน สมทบประกันสุขภาพ	

6

**บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ 39**

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย	39
ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร	41
การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น	42
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	44
รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน	44
การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน	45
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	46
การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการตามระบบประกันสุขภาพ	48
เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค	50

# สารบัญ

7

## ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับการ รักษาพยาบาลอย่างไร 52

พก "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล	52
อย่าลืมรับ "ใบสั่งยา" ทุกครั้งหลังพบแพทย์	53
ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา	54
ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง	55
ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและใบสั่งยา	61
แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลเอง	62
ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองของอุปกรณ์พิเศษ	64
ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม	70
ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท	70

8

## สมรรถนะ การฉีดยา การรักษาและการยื่น ขอบัตรประกันสุขภาพ 72

บทบาทของบัตร	72
การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ	74
บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่	75
การรักษาบัตรประกันสุขภาพ	76
บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่	76
ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตรประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร	76
หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปถ่าย	77
ควรทำอย่างไร	
บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร	80

9

**สิทธิการรักษาพยาบาลของคนไข้โรคเจ็บป่วยพิเศษ 82**

คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)	82
ผู้ป่วยโรคร้ายแรง	84
ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน	85
ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย	88

10

**มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความลำบากในการรักษาพยาบาล 89**

รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส	89
กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน	92
รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลดลี้ดบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด	96
เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย	
ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ	96
เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส	97
โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์	98

11

**การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง 99**

กำหนดเวลาการขอเงินคืน	100
เอกสารที่ต้องเตรียม	101
วิธีการขอยื่นเรื่อง	103
จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้	103

12

**มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของประกันสุขภาพ 106**

บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน	106
ยกระดับงานบริการ	107
ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก	109

**ภาคผนวก 110**

# 1

## การประกันสุขภาพ คัมครองสิทธิ การรักษาตลอดชีพ

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

### การประกันสุขภาพคืออะไร

การประกันสุขภาพ คือ ระบบประกันที่ประชาชนทุกคนต้องเข้าร่วมตั้งแต่แรกเกิด และเป็นระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างหนึ่งของประชาชนทุกคน โดยปกติทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบให้กับประกันสุขภาพตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีคนเจ็บป่วยรัฐบาลจะนำเงินสมทบที่ได้รับ มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลบางส่วนแทนผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งช่วยให้ทุกคนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง



ในอีกแง่หนึ่งก็คือ ขอเพียงท่านจ่ายเงินสมทบให้กับการประกันสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ไม่เพียงแต่จะเป็นการช่วยเหลือตัวเองยามเจ็บป่วย ขณะเดียวกันท่านยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย และเมื่อผู้อื่นเจ็บป่วยก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากท่านเช่นกัน

## กฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องเข้ารับการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นประกันสังคมแบบบังคับ โดยกำหนดให้ชาวไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวันและชาวต่างชาติที่ถือใบถิ่นที่อยู่และมีถิ่นพำนักในไต้หวัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ผู้สูงอายุหรือ เด็กก่อนวัยเรียน มีงานทำหรือไม่มีงานทำ จะต้องเข้ารับการประกันสุขภาพตามกฎหมายทุกคน นอกจากนี้ การประกันดังกล่าวถือเป็นการประกันตลอดชีพ ยกเว้นแต่สูญเสียสถานะการทำประกัน (อาทิ เป็นบุคคลหายสาบสูญ สละสัญชาติ ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ หรือครบกำหนดอนุญาตการพำนักอยู่ในไต้หวัน) ดังนั้น ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตจึงไม่สามารถยกเลิกการทำประกันโดยพลการได้

## “บัตรประกันสุขภาพ” บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้ที่เข้ารับการประกันสุขภาพทุกคน จะต้องยื่นเรื่องขอทำ “บัตรประกันสุขภาพ” เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล และจะต้องเก็บรักษาไว้ให้ดี



# 2

## เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร

### ประชาชนไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน

ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ นับแต่วันที่มีการเพิ่มชื่อและรายการบุคคลเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน เต็ม (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 ซึ่งท่านจะไม่สามารถเข้าร่วมการประกันสุขภาพได้และต้องยื่นเรื่องขอลอนประกัน 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) และไม่มีการทำงาน สามารถยื่นขอทำประกัน ร่วมกับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งในฐานะญาติได้
- (2) ผู้ที่ไม่สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาได้ ให้ยื่นขอทำประกันร่วมกับปู่ย่าหรือตายายในฐานะญาติได้เช่นกัน กรณีที่ไม่มีปู่ย่าหรือตายาย ให้ติดต่อกับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเพื่อยื่นขอทำประกันสุขภาพ
- (3) ผู้ที่จบการศึกษาหรือทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการและยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายในฐานะญาติได้ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่จบการศึกษาของการศึกษานั้น หรือภายใน 1 ปี นับจากวันที่ปลดประจำการ



**การประกันตนเมื่ออายุครบ 20 ปีบริบูรณ์และยังศึกษาอยู่**  
เมื่อมีอายุเกิน 20 ปี แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดูตนเองเนื่องจากอยู่ระหว่างศึกษาเล่าเรียนสามารถจะยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ตายายได้ โดยหน่วยงานต้นสังกัดจะต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอต่อประกันพร้อมแนบสำเนาหนังสือรับรอง 1 ชุด ส่งให้กับฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพ สาขาที่อยู่ภายใต้สังกัด เพื่อดำเนินเรื่องขอต่อการทำประกันภายในสิ้นเดือนของเดือนที่ผู้ทำประกันมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์

## 2. เรียนด้วยทำงานด้วย

นักเรียนนักศึกษาที่มีงานประจำทำ ต้องให้บริษัทห้างร้านที่ตนทำงานอยู่เป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้ในฐานะลูกจ้างของบริษัทหรือห้างร้าน

## 3. ทำงานช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว (ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน)

หากท่านทำงานนอกเวลาช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว แต่มีระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน และจะกลับเข้าศึกษาต่อยังสถานศึกษาเดิมหลังเปิดภาคเรียน ช่วงระหว่างที่ท่านทำงานนอกเวลา ท่านสามารถเลือกทำประกันต่อโดยใช้สถานะเดิมได้

## ผู้ที่มิงานทำ

สำหรับผู้ที่มิงานทำ บริษัทห้างร้านที่ท่านทำงานอยู่หรือองค์กรที่ท่านสังกัดอยู่มีหน้าที่ทำประกันให้กับท่าน

### 1. ผู้รับผิดชอบบริษัทห้างร้าน

ต้องจัดตั้งหน่วยงานต้นสังกัดสำหรับการทำประกันขึ้นเอง หากทำงานอื่นร่วมด้วยและเป็นงานหลัก ต้องยื่นขอทำประกันกับบริษัทห้างร้านหรือหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ ห้ามยื่นขอทำประกันด้วยสถานะผู้รับผิดชอบ

## 2. ลูกจ้างของบริษัทห้างร้านที่มีนายจ้างประจำ

ให้นายจ้างเป็นผู้ทำประกันให้

## 3. มีงานทำแต่ไม่มีนายจ้างแน่นอน

หากเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ หรือเป็นสมาชิกสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง หรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำประมง สมาคมวิชาชีพหรือสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมงมีหน้าที่ยื่นขอทำประกันให้

## 4. ผู้ที่ทำงานสองที่

ให้ยึดงานประจำเป็นหลัก (พิจารณาจากระยะเวลาการทำงานจริง หากระยะเวลาการทำงานเท่ากันให้อ้างอิงจากงานที่มีรายได้มากกว่าเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา) ในการกำหนดสถานะการทำประกัน

## 5. ผู้ที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือน

หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมให้ความยินยอม ก็สามารถที่จะทำประกันต่อกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมโดยใช้อัตราทุนประกันเดิม ซึ่งผู้ทำประกันต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องชำระเองให้กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมในอัตราร้อยละ 30 ของเงินสมทบประกันสุขภาพ หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ยินยอมให้ผู้ทำประกันทำประกันต่อ ผู้ทำประกันต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำ แต่หากไม่มีญาติให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

## 6. ผู้ทำประกันที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือนกรณีคลอดบุตร ตามกฎหมายความเสมอภาคระหว่างเพศในการทำงาน

สามารถเลือกที่จะทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม โดยใช้อัตราทุนประกันเดิม และต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องชำระเองของเงินสมทบประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งใบแจ้งเงินสมทบให้กับผู้ทำประกันเพื่อนำไปชำระ โดยสามารถขอผ่อนชำระระยะเวลาการชำระได้ 3 ปี หากเลือกที่จะโอนย้ายออกจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม จะต้



ขอยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสที่มีงานทำในฐานะญาติ หากไม่มีญาติ จะต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตท้องถื่นที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

### ผู้ที่ไม่มีงานทำ

1. ผู้ที่ไม่มีงานทำและมีญาติที่ยื่นขอทำประกันร่วมได้ 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 และมีจำนวนวันที่ทั้งหมดเทียบเท่ากับ 6 เดือน) ยกเว้นผู้ที่เป็นลูกจ้างซึ่งมีนายจ้างแน่นอนที่ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่เข้าทำงาน

#### 1. นักเรียนนักศึกษาชาวจีนโพ้นทะเลหรือชาวต่างชาติ

- (1) สามารถยื่นขอทำประกันผ่านสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ กรณีจบการศึกษา พันสภาพจากการเป็นนักเรียน หรือพักการเรียน จะต้องยื่นเรื่องขอลอนการประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมก่อนเดินทางกลับประเทศที่ตนอาศัยอยู่หรือเดินทางออกจากไต้หวัน

(2) หากหลังจบการศึกษา ก่อนกำหนดการพำนักจะหมดอายุ ผู้ที่ได้รับอนุมัติต่ออายุการพำนักจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกระทรวงมหาดไทย ต้องทำการยื่นเรื่องร่วมประกันสุขภาพต่อที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) ที่อาศัยอยู่

## 2. กรณีมีนายจ้างประจำ

นายจ้างเป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้

## 3. กรณีไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่สามารถขอทำประกันร่วมในสถานะญาติได้

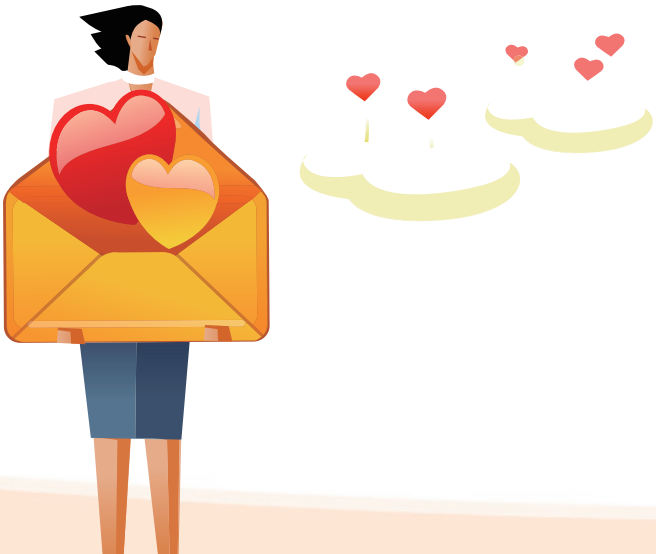
ให้ยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรง นับจากวันที่พำนักในได้วันครบ 6 เดือนเต็ม

## 4. กรณีไม่มีงานทำและไม่มีญาติที่สามารถขอทำประกันร่วมด้วยได้

ต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตถิ่นที่อยู่ นับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

## 5. ผู้รับผิดชอบบริษัท

ต้องยื่นทำประกันกับบริษัทนับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม



# 3

## กรณีพิเศษอื่นๆ

### สูญเสียสถานะการทำประกัน

ผู้ที่มีเหตุตรงตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ไม่สามารถขอทำประกันได้ ผู้ที่ได้ทำประกันไปแล้วจะต้องถอนการทำประกัน

1. ผู้ที่หายสาบสูญครบ 6 เดือน: กรณีเป็นการหายสาบสูญเนื่องจากภัยพิบัติสามารถขอถอนประกันได้นับแต่วันที่มีเหตุภัยพิบัติเกิดขึ้น
2. สูญเสียสัญชาติสาธารณรัฐจีน ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ ผู้ที่พำนักในได้วันครบกำหนดตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต

### 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 ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดของคุณสมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ
4. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคู่สมรสหรือญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

### ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ

ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการทำประกันภายใน 2 ปีก่อนเดินทางกลับประเทศ จำเป็นต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าทะเบียนบ้านในได้วันครบ 6 เดือน จึงจะสามารถเข้าร่วมประกันสุขภาพ และได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล

1. ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ขอเพียงยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านถือว่ายังมีสถานะการประกันสุขภาพอยู่และต้องทำประกันตามกฎระเบียบ
2. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศแต่มีระยะเวลาการขอลดนอนประกันไม่ครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ สามารถจะกลับเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพได้ทันทีที่มีการแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านอีกครั้ง
3. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศและมีระยะเวลาขอลดนอนประกันครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ ต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน จึงจะกลับเข้าร่วมประกันสุขภาพได้

### กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

#### 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 ก็ให้ยื่นขอทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมต่อไป

## สาระนำรัฐควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

บุคคลที่ยังคงมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่ได้หวน หากท่านประสงค์จะเดินทางออกนอกประเทศนานเกินกว่า 6 เดือน ท่านสามารถเลือกที่จะทำประกันสุขภาพต่อหรือขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวได้

### 1. ต้องการทำประกันสุขภาพต่อ

ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องเพิ่มเติม แต่ต้องไม่ขาดส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เดินทางออกนอกประเทศ และยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพเช่นเดิม กรณีไม่มีการเจ็บป่วย

ถูกเงินหรือคอลลอดบุตรในต่างประเทศ สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนคืนได้ (“การอนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อน” กรุณาดูรายละเอียดในบทที่ 11)

## 2. ต้องการขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

(1) กรอกแบบฟอร์ม “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว” และยื่นเรื่องก่อนที่จะเดินทางออกนอกประเทศ โดยช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ แต่จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล หากไม่สามารถยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจให้ญาติพี่น้องที่อยู่ในได้วันเป็นผู้ดำเนินการแทนได้ โดยให้นำข้อมูลบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจประกอบการยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

ท่านสามารถใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ยื่นขอระงับการทำประกันทาง “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ต ข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพได้

(2) ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในระหว่างที่ขอระงับการทำประกัน แต่หลังจากเดินทางเข้าประเทศแล้ว ต้องยื่นเรื่องเพื่อขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพนับจากวันที่เดินทางกลับ เพื่อรักษาสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ และเป็นไปตามหน้าที่ แต่หากท่านมีการเดินทางกลับเข้าประเทศก่อนครบ 6 เดือน จะต้องยื่นขอยกเลิกการระงับการทำประกันสุขภาพ และต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังโดยนับจากเดือนที่ขอระงับการทำประกันจนถึงเดินทางกลับประเทศ

(3) ผู้ที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว หลังจากที่พักอาศัยอยู่ในต่างประเทศแล้ว ให้ยึดวันที่ที่เอกสารการยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันส่งถึงสำนักงานประกันสุขภาพเป็นวันระงับการทำประกัน ไม่สามารถขอระงับการทำประกันย้อนหลังไปยังวันที่เดินทางออกนอกประเทศได้ เมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศก็ไม่สามารถที่จะยื่นขอให้การ



ระงับการทำประกันมีผลย้อนหลังหรือร้องขอให้คืนเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศซึ่งได้จ่ายไปแล้วก่อนหน้านี้ได้ นอกจากนี้ หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพแล้ว ท่านไม่สามารถที่จะยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในระหว่างที่พำนักอยู่ในต่างประเทศได้ และไม่สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อน โดยต้องรอให้เดินทางกลับเข้าประเทศและยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพเป็นที่เรียบร้อย จึงจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ

- (4) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศและได้ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวไปแล้ว นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ผู้ทำประกันที่เลือกขอระงับการทำประกันชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ จะต้องมียะเวลาก่อนการกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำประกันชั่วคราวได้ใหม่

### **ขั้นตอนการยื่นเรื่อง “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ” และ “ขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับเข้าประเทศ”**

การยื่นขอระงับการประกันสุขภาพ หน่วยงานต้นสังกัดมีหน้าที่ในการกรอกแบบฟอร์ม “แบบคำร้องขอระงับการทำประกันสุขภาพของผู้ทำประกัน” พร้อมแนบหลักฐานประกอบ อาทิ การตรวจลงตรา (วีซ่า) บัตรโดยสารเครื่องบิน เป็นต้น และส่งไปที่ฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อขอระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว การระงับการประกันสุขภาพชั่วคราวสำหรับผู้ที่ยื่นคำร้องก่อนเดินทางออกนอกประเทศ ให้มีผลนับจากเดือนที่เดินทาง ส่วนผู้ที่ยื่นคำร้องหลังจากเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว การระงับการประกัน จะมีผลนับจากเดือนที่เอกสารคำร้องส่งไปถึงหลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันไปแล้ว และเหตุผลในการขอระงับการทำประกันได้สิ้นสุดลง เช่น เดินทางกลับเข้าประเทศ จะต้องยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในวันเดียวกับวันที่เดินทางกลับเข้า

ประเทศ โดยหน่วยงานต้นสังกัดของท่านต้องกรอกแบบฟอร์ม "แบบคำร้องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ" 1 ชุด ภายใน 3 วัน และหลักฐานแสดงประวัติการเดินทางเข้าออกประเทศ (หรือสำเนาหนังสือเดินทางทั้งเล่ม) ส่งมอบให้กับฝ่ายบริการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ ผู้ที่ยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพแต่ไม่ได้ดำเนินการ จะต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังนับจากวันที่เดินทางเข้าประเทศในภายหลัง

### ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไปได้ขยายความคุ้มครอง ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน (ผู้ถูกกักกัน หมายถึง ผู้ต้องขัง นักเรียน ผู้รับโทษจำเลย ผู้รับการบำบัดและผู้ถูกกักกันวัยเยาว์ที่ถูกกักกันหรือคุมขังอยู่ในหน่วยงานสถานกักกัน) โดยบังคับให้ผู้ถูกกักกันจะต้องเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายผู้ถูกกักกันถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิด และถูกจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนไหว ดังนั้น เพื่อคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ถูกกักกัน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดสถานพยาบาล และวิธีการรักษา โดยผู้ถูกกักกันจะต้องเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายในหน่วยงานสถานกักกันก่อนเป็นลำดับแรกหากมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา จะนำส่งผู้ป่วยโดยให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มกัน

# 4

## งบประมาณของระบบประกันสุขภาพ และอัตราเงินสมทบ

### งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมาจากไหน?

รายได้หลักของระบบประกันสุขภาพมาจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ โดยมีประชาชน นายจ้างและรัฐบาล 3 ฝ่ายร่วมกันรับภาระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะนำเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์

ขอชี้แจงอย่างชัดเจนว่า 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 ดันสังกัดหรือรัฐบาล	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	ทหารเกษียณหรือตัวแทนครอบครัวทหารที่เสียชีวิต	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนสมาชิกในครอบครัว
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง
	ประชากรในท้องถิ่น	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง

### อธิบาย:

1. สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องจ่าย : ดูตาม"ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป"
2. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%
3. ค่าเงินประกัน : ดูตาม "ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นค่าเงินประกันสุขภาพที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ"
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว : ผู้ที่มีมากกว่า 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 ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปของประชากรในท้องถิ่นสำหรับประเภทที่ 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
	เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ที่เป็นการด้วยความสมัครใจ	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	21,009	ต่ำกว่า 21,009	กลุ่มที่ 6 ช่วงต่าง 3,000 เหรียญ	24	60,800	57,801-60,800	
	2	21,900	21,010-21,900		25	63,800	60,801-63,800	
	3	22,800	21,901-22,800		26	66,800	63,801-66,800	
กลุ่มที่ 2 ช่วงต่าง 1,200 เหรียญ	4	24,000	22,801-24,000		27	69,800	66,801-69,800	
	5	25,200	24,001-25,200		28	72,800	69,801-72,800	
	6	26,400	25,201-26,400		กลุ่มที่ 7 ช่วงต่าง 3,700 เหรียญ	29	76,500	72,801-76,500
	7	27,600	26,401-27,600	30		80,200	76,501-80,200	
	8	28,800	27,601-28,800	31		83,900	80,201-83,900	
9	30,300	28,801-30,300	32	87,600		83,901-87,600		
กลุ่มที่ 3 ช่วงต่าง 1,500 เหรียญ	10	31,800	30,301-31,800	กลุ่มที่ 8 ช่วงต่าง 4,500 เหรียญ	33	92,100	87,601-92,100	
	11	33,300	31,801-33,300		34	96,600	92,101-96,600	
	12	34,800	33,301-34,800		35	101,100	96,601-101,100	
	13	36,300	34,801-36,300		36	105,600	101,101-105,600	
	14	38,200	36,301-38,200		37	110,100	105,601-110,100	
กลุ่มที่ 4 ช่วงต่าง 1,900 เหรียญ	15	40,100	38,201-40,100		กลุ่มที่ 9 ช่วงต่าง 5,400 เหรียญ	38	115,500	110,101-115,500
	16	42,000	40,101-42,000	39		120,900	115,501-120,900	
	17	43,900	42,001-43,900	40		126,300	120,901-126,300	
	18	45,800	43,901-45,800	41		131,700	126,301-131,700	
กลุ่มที่ 5 ช่วงต่าง 2,400 เหรียญ	19	48,200	45,801-48,200	42		137,100	131,701-137,100	
	20	50,600	48,201-50,600	43		142,500	137,101-142,500	
	21	53,000	50,601-53,000	44		147,900	142,501-147,900	
	22	55,400	53,001-55,400	45		150,000	147,901-150,000	
	กลุ่มที่ 10 ช่วงต่าง 6,400 เหรียญ		57,800	55,401-57,800		46	156,400	150,001-156,400
						47	162,800	156,401-162,800
48					169,200	162,801-169,200		
49					175,600	169,201-175,600		
50					182,000	175,601 ขึ้นไป		

หมายเหตุ: ค่ากว่าระดับที่ 45 (รวม) ลงมา ใ้การแบ่งตามกำหนดของตาราง  
ฐานเงินในการคำนวณจ่ายสมทบรายเดือนเงินบำนาญลูกจ้าง





## เกณฑ์การคิดคำนวณค่าประกันสุขภาพทั่วไป

1. คิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเป็นรายเดือน ดังนั้น ไม่ว่าจะยื่นขอทำประกันในวันที่เท่าไรของเดือนที่ยื่นทำประกันก็ตาม สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดเก็บค่าประกันสุขภาพของเดือนนั้นจากท่าน
2. ในเดือนที่ยื่นขอเปลี่ยนแปลงย้ายการทำประกัน หน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ต้องจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในเดือนที่ขอเปลี่ยนแปลง ยกเว้นแต่เป็นผู้ที่ทำเรื่องขอเปลี่ยนแปลงในวันสุดท้ายของเดือนนั้น
3. ผู้ที่ขอเปลี่ยนแปลงย้ายการทำประกันในวันสุดท้ายของเดือน นอกจากว่าหน่วยงานต้นสังกัดเดิมจะระบุหมายเหตุชัดเจนว่าผู้ขอเปลี่ยนแปลงไม่ได้รับเงินเดือนในเดือนนั้น มิเช่นนั้น จะถือว่าวันที่มีผลคือวันที่ 1 ของเดือนถัดไป โดยสำนักงานประกันสุขภาพจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในเดือนนั้นของท่านจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม (ตัวอย่างเช่น ขอเปลี่ยนแปลงวันที่ 30 พฤศจิกายน วันที่มีผลคือวันที่ 1 ธันวาคม และจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพของเดือนพฤศจิกายนกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม)

## ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ตัวอย่างที่ 1 : นายจางซานทำงานอยู่ในบริษัท ก. ได้รับเงินเดือนเดือนละ 35,000 บาท หารด้วย 12 เดือน หารด้วยจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน และยังมีบุตรสามคนที่ยังเรียนหนังสืออยู่

### อธิบาย:

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

2. อ้างอิงจากเงินเดือนของนายจางซาน ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของนายจางซานคือ 36,300 เหรียญไต้หวัน (ตรงกับระดับที่ 15 ตามตารางฐานเงินคำนวณ)
3. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายจางซานต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :  
 $36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 30\%$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น)  $\times (1+3) = 2,044 \text{ เหรียญไต้หวัน}$
4. เงินสมทบประกันสุขภาพที่บริษัท ก. ต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :  
 $36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.61)$   
 (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น) = 1,645 เหรียญไต้หวัน
5. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายจางซานเป็นประจำทุกเดือนตามที่กฎหมายประกันสุขภาพกำหนดเท่ากับ :  
 $36,300 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.61)$   
 (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น) = 274 เหรียญไต้หวัน

หมายเหตุ :

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

**ตัวอย่างที่ 2 : นายหลี่ชื่อและภรรยายื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน**

**อธิบาย:**

1. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายหลี่ชื่อต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :  
 $1,249 \text{ เหรียญไต้หวัน} \times 60\%$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น)  $\times (1+1) = 1,498 \text{ เหรียญไต้หวัน}$



2. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายพลี่ชื่อเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :
- $$1,249 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 40\% \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น)} \times (1+1) = 1,000 \text{ เหรียญได้หัววัน}$$

## เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

### เกณฑ์การคิดคำนวณเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

1. ผู้มีเงินได้หรือมีรายได้ตามรายการ 6 ประเภทด้านล่างนี้ ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมตามอัตราที่กำหนด(ปัจจุบัน 1.91%)โดยให้หน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินได้นั้นๆคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจาก เงินได้หรือรายได้ x 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 (ไม่มีการหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นหรือต้นทุนออก)	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 ซึ่งแบ่งการจ่ายดอกเบี๋ยออกเป็น 1,500 เหรียญได้หวั่น 25,000 เหรียญได้หวั่น และ 1,800 เหรียญได้หวั่น ธนาคาร ข. จะมีการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายฟูอย่างไร
- การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 25,000 เหรียญได้หวั่น  $\times 1.91\%$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น) = 478 เหรียญได้หวั่น
- อธิบาย : คำนวณการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยอ้างอิงจากดอกเบี๋ยเงินฝากแต่ละรายการ เนื่องจากดอกเบี๋ยเงินฝากที่ได้รับ 2 รายการได้แก่ 1,500 เหรียญได้หวั่น และ 1,800 เหรียญได้หวั่น มีจำนวนต่ำกว่าฐานอ้างอิงในการจัดเก็บที่ จึงไม่ต้องนำมาคำนวณเพื่อจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยธนาคาร ข.จะต้องนำส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจำนวน 478 เหรียญได้หวั่นที่หักเก็บจากนายฟู ให้กับสำนักงานประกันสุขภาพก่อนวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

### [ เงินรางวัล ]

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



- 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. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : 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(หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญไต้หวัน(หมายเหตุ 3)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญไต้หวัน

หมายเหตุ:

- (1) กรณีที่เงินได้หรือรายได้ที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติมรายบุคคลเท่ากับฐานอ้างอิงต่ำสุด ให้นำเงินที่ได้รับทั้งหมดมาคำนวณ กรณีมากกว่าฐานอ้างอิงสูงสุด ให้คำนวณโดยใช้ยอดเงินจากฐานอ้างอิงสูงสุด
- (2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2558 เป็นต้นมา สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับ การอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจน ตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพประชาชน (ต่อไปเรียกกฎหมายประกันสุขภาพ) มาตรา 100 รายได้จากการทำงานประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง (ปัจจุบันคือ 20,008 เหรียญไต้หวัน) ไม่จำเป็นต้องหัก เก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ
- (3) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 เป็นต้นมา



4. ผู้ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมบุคคลที่มีหลักฐานดังต่อไปนี้ ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเมื่อได้รับการจ่ายเงินได้

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

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
เด็กและเยาวชน	เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย และเป็นเงินที่ไต่ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ	บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วมประกันภัยแรงงาน
ผู้พิการที่เข้าร่วม การประกันภัยแรงงานโดยมีฐานเงิน เดือนในการทำประกัน ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ		แบบฟอร์มลงทะเบียนเรียนจากสถานศึกษาหรือบัตรนักเรียนที่มีประทับตราลงทะเบียนเรียน และหนังสือรับรองว่าไม่ได้ทำงานประจำในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
นักเรียนนักศึกษา ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับวิทยาลัย ประถมศึกษาตรี ประถมศึกษาโท หรือปริญญาเอกในประเทศและไม่ได้ทำงานประจำ	(1) เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย และเป็นเงินที่ไต่ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ (2) หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจากวันที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ สำหรับรายได้ต่อไปนี้:	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง		บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วมประกันภัยแรงงาน
ผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดในมาตราที่ 100 ของกฎหมายการประกันสุขภาพ	1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	หนังสือรับรองคุณสมบัติที่ออกโดยหน่วยงานราชการในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง		
ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์	หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจากวันที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ สำหรับรายได้ต่อไปนี้: 1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	
เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส ที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ		
ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ		





5. เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายจ้าง (หน่วยงานต้นสังกัด)

(ยอดเงินเดือนรวมทั้งหมดที่หน่วยงานต้นสังกัดจ่ายในแต่ละเดือน - ยอดเงินค่าประกันรวมที่ใช่เป็นฐานในการคำนวณของลูกจ้าง)  $\times$  1.91%

- ไม่มีฐานอ้างอิงสูงสุด
- นายจ้างคำนวณเองและนำส่งร่วมกับเงินสมทบค่าประกัน สุขภาพทั่วไปทุกเดือน



# 5

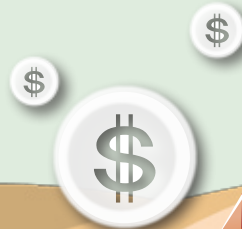
## วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

### หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด

ใบแจ้งการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ทางสำนักงานประกันสุขภาพจัดส่งให้กับท่านหรือบริษัท มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ หากท่านยังคงมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณ อัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถโทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพผู้นั้นโดยตรง เพื่อขอให้ช่วยเหลือจัดการได้

### จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี

ตามมาตรา 17 แห่งกฎหมายภาษีเงินได้ เงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้จ่ายไป สามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีได้โดยไม่จำกัดวงเงิน หรือหมายถึง เมื่อยื่นแบบแสดงรายการชำระภาษี หากเลือกการหักลดหย่อนตามรายการที่จ่ายจริง จะสามารถแบ่งการหักลดหย่อนค่าประกันภัยออกได้เป็นสองส่วน:





## 1. ค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพ

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

## 2. ค่าใช้จ่ายประกันภัยอื่น ๆ

ค่าเบี้ยประกันอื่นๆ ได้แก่ ประกันชีวิต ประกันการบาดเจ็บ ประกันบำนาญ ประกันภัยแรงงาน ประกันการจ้างงาน ประกันภัยสำหรับเกษตรกร ประกันภัยสำหรับข้าราชการ ครูและทหาร โดยทุกคนสามารถนำค่าเบี้ยประกันที่ได้จ่ายไปในปีนั้นมาหักลดหย่อนภาษีได้แต่ไม่เกินวงเงินการหักลดหย่อนสูงสุด

## ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร

1. หลักฐานแสดงการจ่ายสมทบประกันสุขภาพ นอกจากสามารถยื่นขอได้จาก หน่วยงานยื่นทำประกันคือบริษัท(ห้างร้าน) หรือสมาคมวิชาชีพ (สหกรณ์ประมง สหกรณ์เกษตรกร 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

### 2. ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

นำใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับยื่นชำระกับเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์บริการของสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ

### 3. ผ่านร้านสะดวกซื้อ (ต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง)

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

### 4. โอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) (โอนผ่านต่างธนาคารต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเอง)

ท่านสามารถชำระโดยโอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) ที่มีสัญลักษณ์บริการโอนเงินต่างธนาคารผ่านระบบอัตโนมัติได้



## 5. จ่ายผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (ต้องจ่ายค่าบริการเอง)

- (1) บริการจ่ายเงินผ่านเครือข่ายระบบเคลื่อนที่ จ่ายผ่านแพลตฟอร์มบริการทางอินเทอร์เน็ตของกรมประกันสุขภาพ ได้แก่ “บริการอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” และ “APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซีทีโก”--“เคาน์เตอร์ระบบเคลื่อนที่” จ่ายเงินโดยใช้บัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวันหรือบัตรเครดิต จำกัดการจ่ายเงินเฉพาะค่าประกันสุขภาพของเจ้าของบัญชีหรือผู้ถือบัตรเครดิตเท่านั้น
- (2) ใช้เว็บไซต์จ่ายเงินทั่วประเทศ <http://ebill.ba.org.tw/> เลือก “ค่าประกันสุขภาพ” ทำตามขั้นตอนที่ระบุ จ่ายเงินโดยบัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวัน(จำกัดเฉพาะจ่ายค่าประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของบัญชีเท่านั้น) หรือจ่ายเงินโดยใช้บัตรเครดิตที่เอมติดีไอโครชิป
- (3) ใช้เว็บไซต์ของธนาคาร Bank of Taiwan(ที่ <https://ebank.bot.com.tw/>) เลือกอินเทอร์เน็ตเอทีเอ็ม ใช้บัตรเอทีเอ็มติดีไอโครชิป เลือก “ใช้บัตรจ่ายเงินภาษีรายการต่างๆ/ค่าประกันสุขภาพ” หลังทำการป้อนข้อมูลตามขั้นตอนที่ระบุ ถือว่าจ่ายเงินแล้วเสร็จ

## จะทำอย่างไรหากลืมจ่ายเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคารไม่เพียงพอสำหรับหักเงินสมทบประกันสุขภาพ (“การจ่ายเงินสมทบล่าช้า” และ การคำนวณ “ค่าปรับ”)

หลังจากที่การยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ด้วยวิธีหักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของท่านมีผลอนุมัติอย่างเป็นทางการแล้ว สถาบันการเงินที่ได้รับมอบหมายจะทำการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ทุกวันที่ 15 ของเดือน (เป็นวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผันชำระเงิน สมทบ) หากเงินฝากในบัญชีของท่านไม่เพียงพอ สถาบันการเงินจะไม่ ทำการหักเงินอีก จะเปลี่ยนเป็นการส่งใบแจ้งชำระเนื่องจากหักชำระผ่าน บัญชีไม่สำเร็จของสำนักงานประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ของท่าน เวลานั้นท่าน ต้องนำไปแจ้งไปชำระ

ด้วยช่องทางอื่น ดังนั้นก่อนทุกวันที่ 15 ของเดือน ท่านต้องฝากเงินในบัญชีของท่านให้เพียงพอ เพื่อสะดวกในการหักชำระ

ไม่ว่าท่านเลือกช่องทางใดในการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ หากท่านชำระเงินสมทบล่าช้ากว่าระยะเวลาผ่อนผันที่กำหนด (วันครบกำหนดชำระเงินคือวันที่ 15 ของเดือนถัดไป) สำนักงานประกันสุขภาพ จะคิดค่าปรับในอัตราวันละร้อยละ 0.1 ของค่าประกันสุขภาพ นับแต่วันถัดไปของวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผัน (คือวันที่ 16 ของเดือนถัดไป) จนถึงวันก่อนวันที่ชำระครบถ้วน โดยเงินค่าปรับที่เรียกเก็บจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้มีหน้าที่จัดเก็บ สูงสุดไม่เกิน 15% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ ส่วนผู้ประกันตนจะเสียค่าปรับสูงสุดไม่เกิน 5% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ



# 6

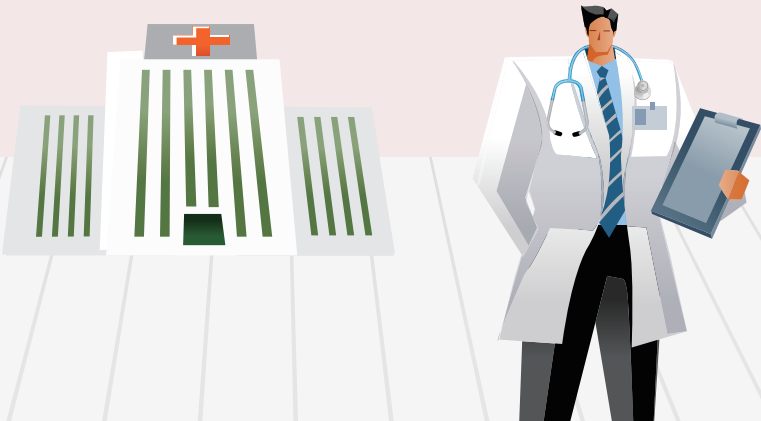
## บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ

### ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย

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

#### 1. เข้ารับการรักษาที่คลินิก หากมีความจำเป็นค่อยส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล :

เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับชั้นสามารถให้บริการท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ขอแนะนำให้ท่านเลือกแพทย์ซึ่งใกล้บ้านที่มีความไว้วางใจเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของท่าน โดยเมื่อท่านเจ็บป่วยก็สามารถให้



แพทย์ผู้นี้เป็นผู้ดูแลรักษา หากมีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม ผ่าตัดหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางคลินิกจะช่วยเหลือนำส่งท่านไปรับการรักษาคือโรงพยาบาล ข้อดีของการทำเช่นนี้ ด้านหนึ่งคือท่านสามารถจัดเก็บประวัติผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนพร้อมทั้งได้รับการบริการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ อีกด้านหนึ่งคือ ท่านจะลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการตระเวนพบแพทย์ลง

## 2. เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น :

ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป หากท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิก จะเสียค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกครั้งละ 50 เหรียญได้วันเท่าเดิม กรณีแพทย์วินิจฉัยว่ามีความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ก็สามารถนำไปนำส่งตัวซึ่งออกให้โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา เข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมได้ที่โรงพยาบาลในท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือที่วิทยาลัยการแพทย์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาล ที่กลับไปตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่กลับไปตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วย จึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่รับภาระน้อยกว่า

กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือวิทยาลัยการแพทย์โดยตรง โดยไม่ได้ผ่านขั้นตอนการส่งตัว (ไม่รวมกรณีทันตกรรม และแพทย์แผนจีน) “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก”จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว 30, 100 หรือ 150 เหรียญได้วันแล้วแต่กรณี ส่วน “ค่ายาและเวชภัณฑ์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง”จะไม่มี ความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัว





## ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร



**ขอเพียงจดจำขั้นตอนดังต่อไปนี้ ท่านก็สามารถจะขอรับการส่งตัวได้อย่างเหมาะสม ประหยัดเวลาและกำลังของท่าน:**

- ขั้นที่ 1 : หากเจ็บป่วยให้ไปรับการรักษาจากคลินิกแถวบ้านหรือแพทย์ประจำครอบครัวก่อน เพื่อให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาทำการวินิจฉัยและรักษาโรคในเบื้องต้น
- ขั้นที่ 2 : กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัด ตรวจรักษาเพิ่มเติมหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือแพทย์แนะนำให้ท่านต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล แพทย์จะออกใบส่งตัวพร้อมทั้งนัดหมายการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาต่อให้กับท่าน โดยจะช่วยเหลือนัดคิว แผนกและวันที่จะรับการตรวจรักษา
- ขั้นที่ 3 : เข้ารับการตรวจรักษาตามวันเวลาที่ระบุบนใบส่งตัว โดยให้นำใบส่งตัวมอบให้กับเคาน์เตอร์บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งตัว เพื่อตรวจสอบ
- ขั้นที่ 4 : หลังจากทางโรงพยาบาลรับส่งตัวผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะทำการแจ้งรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อแนะนำหรือบันทึกเวชระเบียนโดยย่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิม กรณีผู้ป่วยนอกจะแจ้งภายใน 3 วัน ผู้ป่วยในจะแจ้งหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อ ก็จะแจ้งไปพร้อมกัน

**ขั้นที่ 5 :** สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่รับส่งตัว ต่อไปอีก แต่ยังคงต้องตรวจติดตามการรักษา ให้ส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิมเพื่อทำการรักษาต่อ

หมายเหตุ:

1. การส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับคลินิก คลินิกกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับเดียวกัน ถือว่าเป็นการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด
2. โรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือประกันสุขภาพทุกแห่งสามารถออกใบส่งตัวผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเพียงนำใบส่งตัวดังกล่าวเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลตามที่ระบุได้ทุกแห่ง 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 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า และการฝึกหัดการเบ่งถ่ายอุจจาระด้วยวิธี Biofeedback Therapy ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (5) ถอดไหมหลังจากผ่าตัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (6) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (7) การรักษากายภาพบำบัดของเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ไม่เกิน 6 ครั้งภายในก่อนปลายเดือนถัดไป
- (8) การฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งภายใน 30 วัน
- (9) การฟอกเลือด (ล้างไต) ภายใน 30 วัน
- (10) การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง ภายใน 30 วัน
- (11) การรักษาด้วยการฉีดภูมิคุ้มกันบำบัด ภายใน 30 วัน
- (12) การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน ภายใน 30 วัน



(13) การบำบัดความผิดปกติทางจิตระดับชุมชน ภายใน 30 วัน

(14) การรักษาทางจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด หรือการบำบัดทางจิตภายใน 30 วัน

## 2. ทันตกรรม: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

(1) การรักษาการถอนฟัน สำหรับฟันที่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

(2) ทันตกรรมหัตถการ (อุดฟัน) สำหรับฟันที่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้ง ภายใน 30 วัน

(3) การรักษาฟันที่เดียวกันด้วยการขูดหินปูน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

(4) การรักษารากฟันเฉพาะที่ภายใน 60 วัน

## 3. แพทย์แผนจีน: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

(1) การฝังเข็มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

(2) การรักษากระดูกเคลื่อนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

(3) การรักษาการบาดเจ็บกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

การบำบัดรักษาโรคซ้ำ ยกเว้นการตรวจรักษาในครั้งแรกที่ ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมนิยามพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ระหว่างรับการรักษาครั้งอื่นๆ ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียนิยามดังกล่าวเพิ่มอีก (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัด และการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน)

กรณีท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่าบริการเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญได้ทุกวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัดในระดับ ปานกลาง-รุนแรง และรุนแรง)

ต้องพบบัตรประกันสุขภาพทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษา เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับให้ทางสถานพยาบาลบันทึกประวัติการรักษา

### ข้อควรระวัง

1. หากแพทย์ผู้ตรวจรักษาโรคให้กับท่าน ใต้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ กับท่าน ในระยะเวลาเดียวกันกับที่ท่านอยู่ระหว่างรับการบำบัดรักษาโรคซ้ำ ก็ไม่ต้องหักจำนวนครั้งของการรับการรักษา

2. ระหว่างรับการรักษา หากไม่สามารถเข้ารับการรักษาโรคซ้ำ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งเมื่อแพทย์ตรวจรักษาและ

วินิจฉัยใหม่ที่ไม่อยู่ในขอบข่ายการบำบัดรักษาโรครักษา จะต้องชำระ  
ค่าใช้จ่ายการลงทะเบียน และการตรวจรักษาตามขั้นตอนการรับ  
บริการทางการแพทย์ทั่วไป

## กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ค่าดูแล ค่าตรวจวินิจฉัย  
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ กรมประกันสุขภาพจะเป็นผู้  
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านจึงเพียงแค่อำนาจ "ส่วนที่  
ต้องรับภาระเองในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน" เท่านั้น (ส่วนที่ต้องรับภาระเอง  
กรณีรักษาฉุกเฉิน กรุณาดูบทที่ 7)

## รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ผู้ที่เข้ารับการประกันสุขภาพทุกคน หากมีความจำเป็นต้องรักษาตัว  
ในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ประกันสุขภาพจะช่วยท่านออกค่าใช้จ่าย  
เกี่ยวกับ "ค่าห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ" และ "ค่าใช้จ่ายในการ  
รักษาในโรงพยาบาล" ส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านเพียงแต่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย  
การรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเองระหว่าง  
5%-30% เท่านั้น (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรง  
พยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเอง ในบทที่ 7)

### 1. ค่าห้อง :

"เตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ" หมายถึง ห้องพักผู้ป่วยที่มีเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 3  
เตียง (รวม) ขึ้นไปและห้องผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยไอซียู และผู้ป่วยแยก  
เป็นต้น หากท่านพักรักษาตัวในห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ ประกัน  
สุขภาพจะรับผิดชอบค่าห้องพักผู้ป่วยทั้งหมด หากท่านพักรักษาตัวในห้อง  
ประเภทอื่น ท่านจะต้องจ่ายส่วนต่างค่าห้องพักที่เกิดขึ้นเอง โดยสามารถ  
สอบถามอัตราค่าห้องพักเดี่ยวและห้องพักคู่ได้ที่ เคาน์เตอร์บริการผู้ป่วย  
ใน จากเว็บไซต์หรือเคาน์เตอร์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล  
นั้นๆ



การคิดค่าห้องพักรักษาตัวผู้ป่วยจะเริ่มนับจากวันที่ท่านเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันแรก แต่ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือหมายถึง “นับวันเข้าแต่ไม่นับวันออก”

## 2. ค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล :

ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค การดูแลและการผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น แม้จะไม่จำกัดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล แต่ต้องขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรับการรักษาตามอาการของท่าน

หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลอีก แต่ท่านยังต้องการที่จะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ ประกันสุขภาพจะไม่รับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายให้ โดยท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเอง นอกจากนี้ การส่งैयाพิเศษบางตัวจะมีระเบียบกำหนดการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างหาก ซึ่งหากแพทย์ลงความเห็นว่าอาการของโรคเป็นไปตามข้อกำหนดในระเบียบ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

## การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน

การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยถึงที่พักรักษาตัวโดยแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่ คือ การไปตรวจเยี่ยม การรักษาพยาบาล จัดหาอุปกรณ์การรักษาให้ การรักษาพยาบาลทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายอาหารหรือใส่สายสวน ปัสสาวะ ตลอดจนจัดเก็บตัวอย่างเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้อนุบาล

### 1. ยื่นเรื่องอย่างไร

- (1) ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าตรงตามเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานของโรงพยาบาลนั้นจะรับเรื่องโดยตรง หรือส่งเรื่องต่อกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน
- (2) หากไม่ใช่กรณีจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ได้รับการ

ประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขของการดูแลใน  
เคสสถาน ก็สามารถที่จะยื่นเรื่องกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถาน  
พยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานได้โดยตรง

### **ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขการขอรับบริการดูแล ในเคสสถานดังต่อไปนี้หรือไม่**

1. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากกว่า 50% จะจำกัด  
อยู่เพียงบนเตียงหรือเก้าอี้
2. เป็นผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการทางการแพทย์ที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือผู้ป่วยที่  
ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล

## **2. กฏระเบียบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง**

- (1) การให้บริการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน 30 วันถือเป็นการบำบัดรักษา  
โรคครั้งเดียวกัน ดังนั้นจะหักจำนวนครั้งของการรักษาในบัตรประกัน  
สุขภาพ 1 ครั้งในครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมใน  
เดือนนั้นเท่านั้น
- (2) เกณฑ์การให้บริการดูแลในเคสสถานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล  
เดือนละ 2 ครั้ง แพทย์สองเดือนต่อ 1 ครั้ง
- (3) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระ คือ 5% ของค่า  
รักษาพยาบาลจริงในแต่ละครั้ง (ยกเว้นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตาม  
เงื่อนไขได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องรับภาระ)
- (4) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่พยาบาล  
ที่ไปตรวจเยี่ยม

## **การดูแลแบบประคับประคอง**

การให้บริการดูแลแบบประคับประคองโดยประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น  
เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ให้การดูแลในโรงพยาบาล ให้การดูแลที่บ้าน  
(รวมการดูแลในชุมชน) และให้การดูแลร่วมโดยเป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ เป็น



โรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วย 8 โรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ซึ่งได้แก่ โรคความจำเสื่อมในวัยชราและใกล้ชรา โรคสมองเสื่อมอื่นๆ โรคหัวใจล้มเหลว โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังซึ่งไม่ได้จัดประเภทไว้ โรคทางปอดอื่นๆ โรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคไตวายเฉียบพลันไม่ระบุรายละเอียด และโรคไตวายเรื้อรังไม่ระบุรายละเอียด

## การให้บริการ :

### 1. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการดังกล่าวจากฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพทุกสาขา จากนั้นจึงไปติดต่อสถานพยาบาลหลังจากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยแล้วเห็นว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด แพทย์จะจัดเตรียมห้องพักผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้กับท่าน โดยจะมีชุดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางอย่างเข้มงวด ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับการลงนามในหนังสือยินยอมขอรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างละเอียด การรักษาโดยไม่บีบบังคับ และข้อควรระวังต่างๆ เป็นต้น

### 2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (รวมการดูแลในชุมชน)

หากท่านหรือครอบครัวของท่านเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน หรือสถานดูแลใกล้บ้าน สำนักงานประกันสุขภาพก็ให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านเช่นกัน โดยจะมีเจ้าหน้าที่ที่มรักษายาพยาบาล (ประเภทก.) ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน ให้การรักษายาพยาบาลทั่วไป ตลอดจนให้การดูแลปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและของญาติด้วย นับแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ได้เพิ่มการดูแลประคับประคองแบบชุมชน (ประเภทข.) ขยายขอบเขตการดูแลของเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล “ดูแลประคับประคองแบบชุมชน” ให้

แพทย์ระดับต้นมีโอกาสคุณสมบัติเข้าข่าย ทำให้การดูแลแบบประคับประคองขยายสู่ชุมชนและสร้างประโยชน์ต่อประชาชนที่อาศัยในเกาะรอบนอก ทั้งนี้สถานพยาบาลมีบริการสายตรงให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ดูแลรักษาที่บ้านโดยเฉพาะ โดยท่านสามารถโทรศัพท์สอบถาม เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอดเวลา ค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/>

### 3. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน

เนื่องจากหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความสนใจเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่สามารถเข้าพักรักษาตัวเพื่อรับการดูแลในห้องพักรักษาแบบประคับประคองได้ สำนักงานประกันสุขภาพจึงเริ่มใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคฉับพลันทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษอย่างไอซียู อาร์ซียู เป็นต้นและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้การรักษายาบาลชุดเดิม ควบคู่กับทีมแพทย์ที่ “ให้การดูแลแบบประคับประคอง” ในโรงพยาบาลเดียวกัน (โดยทีมแพทย์การดูแลแบบประคับประคอง จะให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนทีมแพทย์ชุดเดิมจะให้บริการการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

### การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ ตามระบบประกันสุขภาพ

เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เรียกว่า “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างคลินิกปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันตั้งแต่ 5 แห่งขึ้นไป โดยอาศัยความร่วมมือภายในกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน





## รายละเอียดการให้บริการ :

1. “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” จะมีหมายเลขโทรศัพท์สายตรงสำหรับให้คำปรึกษาทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ที่สามารถตอบคำถามของท่านได้ในทันทีทันใด พร้อมทั้งให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา แนะนำความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่าน ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น
3. หากมีความต้องการรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลหรือมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของท่านจะติดต่อกับโรงพยาบาลที่อยู่ในความร่วมมือ ช่วยเหลือในการนำส่งตัวท่านเพื่อรับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยที่ประวัติผู้ป่วยของท่านจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นด้วย ซึ่งโรงพยาบาลในความร่วมมือจะแจ้งผลการส่งตัว และการตรวจรักษากลับไปยังคลินิก การประสานงานจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะสามารถช่วยให้ท่าน “ได้พบแพทย์ที่เหมาะสม และรับการรักษาที่ถูกต้อง” ช่วยลดขั้นตอนการตรวจสอบ และการใช้ยาที่ไม่จำเป็น รวมทั้งลดระยะเวลาการรอเตียงในหอผู้ป่วยให้กับท่าน และยังช่วยลดปัญหาเมื่อไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ไม่ทราบว่าจะต้องรับการรักษาอย่างไรด้วย
4. หลังจากที่มีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือท่านกลับไปรับการดูแลรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งเดิม ซึ่งจะได้รับ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาล

## การเข้าร่วม “โครงการการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ”:

สำนักงานประกันสุขภาพจะนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันประเภทผู้ป่วยนอกของประชาชนในปีก่อนหน้ามาทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาผู้ทำประกันที่มีความเหมาะสมสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ และจะกำหนดให้คลินิกที่ผู้ทำประกันไปใช้บริการ

ทางการแพทย์บ้อยที่สุดเป็นคลินิกดูแลหลัก โดยหลังจากที่คลินิกดังกล่าวเข้าร่วมในโครงการ สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งรายชื่อให้กับคลินิกในเครือข่ายกลุ่มการแพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบขององค์กรรวม

หากท่านต้องการทราบว่าคลินิกใกล้บ้านแห่งใดที่เป็นคลินิกในเครือข่ายกลุ่มการแพทย์ชุมชน สามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่สายตรงประกันสุขภาพ หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี) หรือค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/>

## เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค

“การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา” โรคส่วนใหญ่เมื่อเริ่มแสดงอาการ หากสามารถใช้การคัดกรองเพื่อให้พบโรคตั้งแต่ระยะแรก และทำการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้โอกาสที่จะหายจากโรคเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวบางประเภท หากสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำและทานยาตามเวลา เพียงรู้จักการควบคุมที่เหมาะสม ก็สามารถจะใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไป

กรมประกันสุขภาพ ได้ทำการคัดเลือกโรคที่พบบ้อยมาจัดทำเป็นโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” บนแนวคิดพื้นฐาน “ซื้อสุขภาพให้ประชาชน” โดยอาศัยการเสนอแรงจูงใจที่เหมาะสมในการชักนำให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ที่ครบถ้วนและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคุณภาพ และประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และเป็นมาตรการใหม่เพื่อการซื้อสุขภาพที่แท้จริง

## รายละเอียดการให้บริการ :

ปัจจุบันมีโรคที่เข้าข่ายในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” ได้แก่โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะแรก โรคหืดหอบ ผู้ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี มะเร็งเต้านม โรคจิตเภท การดูแล



สตรีมีครรภ์และคลอดบุตรแบบครบวงจรและการดูแลรักษาแต่แรกเริ่ม เป็นต้น โรงพยาบาลเปลี่ยนจุดยืนจากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายเข้าหาแพทย์ มาเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเฉพาะทางในเชิงรุกน โดยหารือการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย คอยเตือนให้ผู้ป่วยทายาตามเวลา ติดตามอาการโรคและเตือนให้กลับมามาติดตามการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา เป็นต้น

### จะเข้าร่วมได้อย่างไร:

สามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” จากฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง ซึ่งท่านสามารถจะเข้ารับการรักษาได้โดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วย

หากแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคที่อยู่ในข้อกำหนดตามแผนดังกล่าวก็ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องใดๆ อีก โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะให้การดูแลรักษาอาการของท่านพร้อมทั้งกำหนดแผนการรักษาที่ครบถ้วน ขอเตือนท่านว่า เพื่อให้ท่านได้รับการรักษาที่ครบถ้วนและติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขอให้ท่านเลือกทำการรักษาในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน



## ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับ การรักษาพยาบาลอย่างไร

### พก “บัตรประกันสุขภาพ” ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับ การรักษาพยาบาล

ไม่ว่าจะเป็นการพบแพทย์ รับประทานหรือรับการตรวจรักษาขอให้นำ “บัตรประกันสุขภาพ” ติดตัวไปด้วยทุกครั้ง ก็จะสามารถใช้สถานะขอรับผู้ประกันตนในการบริการทางการแพทย์ได้ แต่จะต้องเสียค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

หากท่านลืมพกบัตรประกันสุขภาพ ท่านจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดก่อน และเพียงท่านนำบัตรประกันสุขภาพและใบเสร็จไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตรวจรักษาให้กับท่านภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ทางคลินิกหรือโรงพยาบาลจะคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับท่านทั้งหมด





## อย่าลืมรับ "ใบสั่งยา" ทุกครั้งหลังพบแพทย์

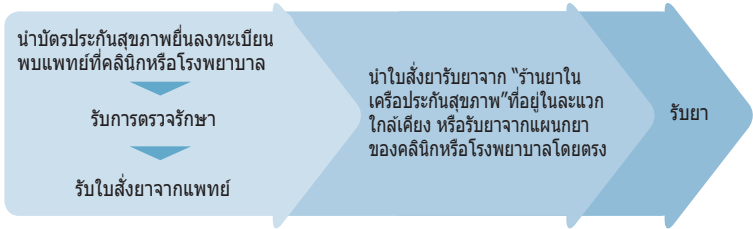
ใบสั่งยาก็คือชื่อที่รู้จักกันทั่วไปของ “รายการยา” กฎระเบียบของสำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการตรวจรักษาและส่งจ่ายยาให้กับท่าน โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่จัดเตรียมยาให้กับท่านตามใบสั่งยาของแพทย์ พร้อมแนะนำข้อควรระวังในการใช้ยาเมื่อส่งมอบยาให้กับท่าน

ดังนั้น หลังจากที่ท่านรับการตรวจรักษาแล้ว แพทย์จะมอบใบสั่งยาที่ระบุรายละเอียดของยา วิธีใช้และปริมาณยาที่ต้องใช้ในการรักษาให้กับท่าน ขอให้ท่านนำใบสั่งยานี้พร้อมด้วยบัตรประกันสุขภาพไปรับยาได้ที่ “ร้านยาในเครือข่ายประกันสุขภาพ” ที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงภายใน 3 วัน หลังจากเข้ารับการรักษา (หากเกินกว่า 3 วันใบสั่งยาจะถูกยกเลิกแต่หากตรงกับวันหยุดให้เลื่อนเวลาออกไป) กรณีที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาได้ว่าจ้างเภสัชกรท่านก็สามารถที่จะรับยาจากแผนกยาของคลินิกหรือโรงพยาบาลนั้นได้โดยตรง

### ใบสั่งยาต้องระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

## ขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์



หมายเหตุ :

ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ไม่ใช่รายการที่การประกันสุขภาพจ่ายให้ และไม่ใช้การเรียกเก็บโดยกรมประกันสุขภาพ หากท่านมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม ได้จากกองสาธารณสุขท้องถิ่น

### ระเบียบทั่วไปสำหรับใบสั่งยา

การสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละครั้งของแพทย์ จะใช้การจ่ายยา 7 วันเป็นหลัก หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาให้กับท่านต่อครั้งมากที่สุด 30 วัน (รายละเอียดเกี่ยวกับใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง กรุณาดูบทที่ 9) หากร้านยาไม่มียาตามที่ระบุในใบสั่งยา โดยที่แพทย์ก็ไม่ได้ระบุว่าต้องจ่ายชนิดนี้เท่านั้น เภสัชกรจะพิจารณาจัดยาตัวเดียวกันแต่คนละบริษัทผู้ผลิตให้กับท่านแทน โดยจะต้องเป็นยาที่มีราคา "ไม่เกินจาก" ยาที่ระบุในใบสั่งยา และต้องเป็นยาที่มีส่วนประกอบ ขนาดยาและปริมาณยาที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามการจดยาแทนดังกล่าวจะต้องเป็นยาในรายการยาที่กรมประกันสุขภาพจ่ายให้

### ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

กรณีที่โรงพยาบาลและคลินิกในเครือประกันสุขภาพ ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะต้องให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ แต่หากท่านมีอาการที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน



สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพจะต้องให้การรักษายาบาลเร่งด่วนที่เหมาะสมก่อน จึงจะส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อได้ นอกจากนี้ หลังการส่งตัวเพื่อรับการรักษาและท่านมีอาการดีขึ้นโดยไม่มีอาการจำเป็นที่จะต้องรับการอยู่รักษาตัวในสถานพยาบาลดังกล่าวต่อไปอีก สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวกลับไปยังสถานพยาบาลที่เป็นผู้นำส่งตัวท่านมาในครั้งแรกหรือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพแห่งอื่นที่เหมาะสม เพื่อตรวจติดตามการรักษาต่อไป

หากท่านมีความจำเป็นและต้องได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อตามที่ได้ระบุไว้ด้านบน แพทย์ประจำครอบครัวของท่านหรือเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ จะจัดเตรียมการส่งตัวที่เหมาะสมให้กับท่าน และให้ความช่วยเหลือในการนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะเข้ารับการตรวจรักษา โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนการส่งตัวตามลำดับขั้นจากโรงพยาบาลเล็กไปโรงพยาบาลใหญ่ ขอแนะนำว่าเมื่อแพทย์ออกใบส่งตัวให้กับท่าน ท่านสามารถจะหารือกับแพทย์ที่ท่านจะไปรับการรักษาต่อได้ เนื่องจากการส่งตัวเช่นนี้เป็นการจัดเตรียมที่ผ่านการหารือระหว่างสองฝ่าย ซึ่งท่านจะต้องเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลในเครือ คลินิกหรือแผนกตรวจที่ระบุบนใบส่งตัว แพทย์จึงจะสามารถให้การดูแลรักษาท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งจะทำให้ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่รับภาระเองสำหรับการพบแพทย์แผนปัจจุบันถูกจัดเก็บโดยอ้างอิงจากระเบียบการส่งตัวได้

กรณีที่ท่านมีเหตุจำเป็นและไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามวันเวลาที่ระบุในใบส่งตัว ท่านสามารถติดต่อกับเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือที่รับส่งตัวท่านไปรักษาต่อได้โดยตรง เพื่อช่วยเหลือนัดหมายวันเข้ารับการรักษาใหม่ (เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย กรุณาดูบทที่ 6)

## **ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง**

เมื่อเราไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล นอกจากกรมประกันสุขภาพจะช่วยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับเราแล้ว เรา

ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งเพียงเล็กน้อย ซึ่งก็คือ “ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” มาตรการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อให้เตือนทุกคนว่าทรัพยากรทางการแพทย์ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย และต้องใช้ในในที่ที่มีความจำเป็น ทรัพยากรเหล่านี้มีค่าและไม่ควรใช้อย่างฟุ่มเฟือย

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

## 1. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

ประเภท	ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง				
	ผู้ป่วยนอกแพทย์แผนปัจจุบัน		ฉุกเฉิน	ทันตกรรม	แพทย์แผนจีน
	ผ่านการส่งตัว	ไม่ผ่านการส่งตัว			
วิทยาลัยการแพทย์	210 เหรียญไต้หวัน	360 เหรียญไต้หวัน	450 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
โรงพยาบาลเขต	140 เหรียญไต้หวัน	240 เหรียญไต้หวัน	300 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
โรงพยาบาลท้องถิ่น	50 เหรียญไต้หวัน	80 เหรียญไต้หวัน	150 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน
คลินิก	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	150 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน	50 เหรียญไต้หวัน

หมายเหตุ :

1. สำหรับผู้ที่มี หนังสือรับรองผู้พพลภาพ ไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลระดับใดก็ตาม จะถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองในอัตราเดียวกับการรับบริการจากคลินิกคือ 50 เหรียญไต้หวัน
2. ผู้ป่วยหลังจากที่เข้ารับการรักษาตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาลที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามการรักษาครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลและผู้คลอดบุตรที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 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 ท่านต้องชำระค่าบริการในส่วนที่ต้องรับภาระเองเพื่ิ่ มครั้งละ 50 เหรียญไต้หวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 ของการเข้ารับ บำบัดรักษาซ้ำเป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษากายภาพบำบัดในระดับ “ปาน กลาง-รุนแรง” และ “รุนแรง”)

## 4. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่ท่านต้องรับภาระเองกรณีรับการรักษาดว้ ในโรงพยาบาลของเครือข่ายประกันสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับประเภทห้องพักว่าเป็นห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันหรือผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่พัก โดยจะ จัดเก็บตามสัดส่วนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการพักรักษาตัวในโรง พยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนการจัดเก็บค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับ ภาระเองดังนี้ :

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:

หากท่านเนื่องจากโรคเดียวกันพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองจะจัดเก็บโดยมีเพดานสูงสุด ซึ่งจะมีการประกาศกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดปีละครั้ง เช่นระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 หากเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเดียวกันในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน การรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 36,000 เหรียญไต้หวัน และการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดปีส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 59,000 เหรียญไต้หวัน โดยสามารถขอเบิกคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากกำหนดเพดานสูงสุดตลอดปีได้ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ของปีถัดไป (หมายเหตุ: กรมประกันสุขภาพประกาศเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองประจำปีสำหรับปีนั้นๆ)

### ยื่นเรื่องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อนอย่างไร:

1. กรอกแบบฟอร์มขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนจากการประกันสุขภาพ พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด และยื่นเรื่องได้ที่ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพในเขต ที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับการตรวจรักษาครั้งแรก
2. สามารถขอแบบฟอร์มได้ที่เคาน์เตอร์ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งหรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ <http://www.nhi.gov.tw>



## ใครคือผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

1. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองทั้งหมด:

- (1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคร้ายแรง คลอดบุตรและอยู่อาศัยในพื้นที่ภูเขาหรือพื้นที่หมู่เกาะรอบนอก
- (2) ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลในพื้นที่หมู่เกาะรอบนอกเพื่อมารับการรักษาต่อในไต่หวั่น
- (3) ทหารผ่านศึกและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกเสียชีวิตที่มีระบุคำว่า "เกียรติ" บนบัตรประกันสุขภาพ
- (4) ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย
- (5) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ
- (6) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคและเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ
- (7) ผู้ที่ประกันภัยแรงงานที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน
- (8) ผู้ป่วยได้รับสารพิษโพลีคลอริเนท ไบฟีนอลที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
- (9) ผู้สูงอายุเกิน 100 ปี
- (10) ทหารบริการพลเรือนที่อยู่ระหว่างการเป็นทหารและมีบัตรทหาร (รวมทหารบริการพลเรือนทั่วไปและทหารบริการพลเรือนที่อยู่ในการวิจัยพัฒนาระยะแรกและระยะที่2)

2. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

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

(3) ผู้รับบริการรักษา "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือดีอาร์จี (DRG)" ตามข้อกำหนด มาตรฐานค่าใช้จ่ายและรายการบริการทางการแพทย์ที่การประกันสุขภาพออกให้

3. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

(1) การรักษาด้วยกายภาพบำบัดประเภท "การรักษาระดับ ปานกลาง-รุนแรง" ซึ่งก็คือการรับการรักษาระดับปานกลางตั้งแต่ 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” จะระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายสองรายการ ได้แก่ “รายการเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ” และ “รายการค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง” และเลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยใบเสร็จรับเงินฉบับนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานในการหักลดหย่อนภาษีเมื่อยื่นแบบแสดงรายการเสียภาษีเงินได้ส่วนบุคคล เลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ จะบ่งบอกถึงจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกในปีนั้น และยังช่วยป้องกันการลงบันทึกบัตรประกันสุขภาพผิดพลาดด้วย ทั้งนี้คลินิกและโรงพยาบาลบางแห่งจะออก “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” แยกต่างหาก แต่บางแห่งจะออก “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” โดยจัดพิมพ์พร้อมกับ “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” ลงบนกระดาษใบเดียวกัน

### 2. ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” ได้แก่ ยอดชำระเงินส่วนที่ต้องออกเองในการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนั้น (รวมถึงค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองและรายการค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ยอดเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ (แบ่งได้เป็น ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และค่าบริการ) หากท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” จะต้องระบุรายการที่เข้ารับการบำบัดรักษาไว้ด้วย

ใบแสดงรายการอย่างละเอียดนี้ จะช่วยให้ท่านสามารถตรวจสอบได้ว่า คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากท่าน ถูกต้องหรือไม่ และช่วยให้ท่านทราบด้วยว่าการรักษาในครั้งนั้น สำนักงานประกันสุขภาพมีการเบิกจ่ายไปเท่าไร

### 3. ใบรายการยา

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการยา” ได้แก่ ชื่อนามสกุลของผู้เข้ารับการรักษา เพศ ชื่อยา ขนาดยาและจำนวนยา วิธีใช้และปริมาณการใช้ยา ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่จัดยา (หน่วยงานที่ให้การรักษาหรือร้านยา) ชื่อนามสกุลของผู้จัดเตรียมยา วันที่จ่ายยา (มอบยา) ค่าเดือนต่างๆ เป็นต้น ตามกฎหมายยา ข้อมูลเหล่านี้ควรจัดพิมพ์ไว้บนซองยา หากไม่สามารถระบุได้ ควรมีใบรายการยาโดยละเอียดแนบมาด้วย

ใบรายการยาจะสามารถช่วยให้ท่านมีความชัดเจนมากขึ้นว่ารับ ประทานยาชนิดใดบ้าง และจะรับประทานอย่างไร กรณีที่ท่านต้องการรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์คนละแผนก ก็สามารถมอบให้กับแพทย์ผู้ตรวจรักษาใช้อ้างอิงประกอบการรักษาได้

### แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง

กรณีที่แพทย์จะให้การรักษาแก่ท่าน “ในรายการที่นอกเหนือจากที่ ประกันสุขภาพจ่ายให้” จะต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและได้รับความยินยอมจากท่านก่อน จึงจะทำการรักษาได้

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



## **มาตรา 51 กฎหมายการประกันสุขภาพระบุว่าค่าใช้จ่ายจากรายการดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในขอบข่ายที่การประกันสุขภาพจ่ายให้**

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 ยกเว้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องถ่ายเลือดเนื่องจากการได้รับการบาดเจ็บอันตรายรุนแรง
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 (รวมสายส่งนำสัญญาณไฟฟ้า) ที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ เป็นการใช้กระแสไฟอย่างอ่อนกระตุ้นหัวใจ เพื่อปรับการเต้นของหัวใจรักษาการทำงานและกระตุ้นการเต้นของหัวใจ ส่วน "ประเภทเพิ่มสมรรถนะ เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" ที่เพิ่มเข้ามาใหม่นี้มีการตรวจวัด สัญญาณที่ดีกว่าเหมาะสมต่อความต้องการในการทำงานของหัวใจ มากขึ้นสนองความต้องการระยะยาวทางคลินิกแก่ผู้ป่วยได้อย่าง ใกล้เคียงมากขึ้นแต่เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจประเภทนี้ก็มี ข้อจำกัดอาการโรคที่ห้ามใช้ เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องผ่านการประเมิน ของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่าง ดีที่สุดหากต้องการใช้ "ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายในการใช้เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจกรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามราคา "เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" ผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น





- (2) ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง โดยอุปกรณ์ขดลวด (stent) แบบทั่วไปที่การประกันสุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ในปัจจุบันนั้นเพียงพอกับการใช้งานอยู่แล้ว ส่วน “ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ” ก็คือขดลวดแบบทั่วไปที่เคลือบด้วยยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ ที่สามารถลดหรือยับยั้งอัตราการตีบของเส้นเลือดลงได้ แต่ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน ดังนั้น จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ” สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของขดลวดทั่วไปให้กับผู้ที่มีอาการเหมาะสมกับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ขดลวด โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- (3) ข้อสะโพกเทียมทำจากวัสดุพิเศษ: ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนแก่ข้อสะโพกเทียมทำจากเซรามิกและข้อสะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 และ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ตามลำดับ ปัจจุบันประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้สำหรับข้อสะโพกเทียมไทเทเนียมและโคบอลท์-โครม โดยที่ด้านในของข้อทำจากโพลีเอทิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูงที่มีคุณสมบัติทนต่อการสึกหรอได้ดี และมีอัตราการสึกหรอที่ต่ำมาก ซึ่งหากมีการใช้งานอย่างเหมาะสม ก็มีโอกาสน้อยมากที่จะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอีกครั้งหากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ข้อสะโพกเทียมเซรามิก” และ “ข้อ สะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ” สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของ “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” ให้กับผู้มีเงื่อนไขตรงตามการรักษาด้วยการเปลี่ยน “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่าย

จ่ายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ข้อสะโพกเทียมก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน และต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินอย่างละเอียด

(4) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ:

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

(5) ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันลิ้นหัวใจเทียมของประกันสุขภาพมีคุณภาพเพียงพอต่อการใช้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นได้แก่ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน ซึ่งเป็นลิ้นหัวใจจากเนื้อเยื่อประเภทหนึ่ง เทียบกับลิ้นหัวใจจากเนื้อเยื่อแบบดั้งเดิม มีความแตกต่างด้านเทคนิคด้านการเกิดหินปูน วิธีการทำให้เนื้อเยื่อคงตัว วัสดุลิ้นหัวใจ และวิธีการใส่ลิ้นหัวใจหรืออายุการใช้งาน เป็นต้น ซึ่งมีตัวเลขวิจัยยืนยันที่แสดงว่าดีกว่า แต่ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงของการใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การรักษาที่



ดีที่สุดหากมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์แล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทานซึ่งมีส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายชดเชยให้ตามมาตรฐานลิ้นหัวใจเทียมแบบดั้งเดิม ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง

- (6) ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน นับแต่วันที่ 1 มิถุนายนพ.ศ. 2558 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องทั่วไปที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ เป็นวาล์วระบายแบบความดันคงที่ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงตัว สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ สำหรับผู้ป่วยที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (เช่น ผู้ป่วยโรคน้ำคั่งในโพรงสมองภาวะความดันปกติ ผู้ป่วยสมองขาดเลือด ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น) หากต้องการเปลี่ยนการตั้งค่าความดันในภายหลัง จะทำได้โดยการติดตั้งใหม่อีกครั้งเท่านั้น รายการเพิ่ม “ระบบระบายน้ำจาก โพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน” ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดอีกครั้ง สามารถปรับความดันจากภายนอกร่างกายได้โดยตรง แต่จำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุดหากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจแล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน กรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามราคา “ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง” ทั่วไป ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง
- (7) การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา นับแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ได้เพิ่ม “การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา” (รวมขดลวดเคลือบยาและบอลูนเคลือบยา) ที่ต้องจ่ายเอง ซึ่งเทียบกับการรักษาแบบดั้งเดิมคือการถ่ายขยายด้วยบอลูนหรือการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นแล้ว (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) โดยเฉลี่ยหลังการรักษา

1 ปี จะมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุต่ำกว่า แต่เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีสภาพความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ยังคงต้องผ่านการประเมินอย่างละเอียดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการรักษาที่ให้ผลดีที่สุดหากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา เมื่อผ่านการอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดจากแพทย์และมีความเข้าใจอย่างเต็มที่แล้ว ผู้ที่ตกลงเลือกใช้การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา ประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้ตามราคาของการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้น (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

## 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 ยังต้องอธิบายการเก็บค่าใช้จ่ายและให้เวลาผู้ป่วยพิจารณาอย่างเต็มที่ จากนั้นขอให้ลงนามในหนังสือให้ความยินยอมแบบเดียวกัน 2 ฉบับ โดย 1 ฉบับมอบให้กับผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา อีก 1 ฉบับเก็บไว้กับแฟ้มประวัติคนไข้
- (2) รายการที่ระบุในหนังสือให้ความยินยอมประกอบด้วย:  
ชื่อรายการและหมายเลขรหัสอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง  
หมายเลขใบอนุญาตอุปกรณ์การแพทย์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและจำนวนเงินที่ต้องจ่ายเอง

สถานพยาบาลต้องออกใบเสร็จมอบให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บไว้ นอกจากนี้ต้องมอบรายละเอียดชื่อรายการของอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง หมายเลขรหัสอุปกรณ์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและจำนวนเงินโดยรวมที่ต้องจ่ายเองให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา

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

## ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม

เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น สามารถจะร้องเรียนหรือปรึกษาสอบถามผ่านช่องทางต่อไปนี้ :

1. โทรศัพท์สอบถามได้ที่หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี)
2. ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อกับฝ่ายรับร้องเรียนของโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง (ค้นหาข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อที่เกี่ยวข้องได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/>)
3. ติดต่อกับฝ่ายบริการหรือฝ่ายประสานงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งด้วยตัวเอง

## ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท

ผู้ที่มีข้อสงสัยการประกาศอนุมัติ เรื่องดังต่อไปนี้ของกรมประกันสุขภาพ สามารถยื่นคำร้องขอตรวจสอบการพิจารณาข้อโต้แย้งต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่สองที่เอกสารการอนุมัติของสำนักงานประกันสุขภาพส่งไปถึง

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

ข้อมูลการติดต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการดังนี้:

ที่อยู่: เลขที่ 488 ถ.จวงเสี่ยวตงลู่ต๋อน 6 เขตหนานกั๋ง กรุงไทเป รหัสไปรษณีย์

11558

เว็บไซต์: <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/>



รายละเอียดดำเนินการ		โทรศัพท์
ข้อพิพาทด้านสิทธิประโยชน์	สำหรับผู้ประกันตนและหน่วยงานทำประกัน เกี่ยวกับการจ่ายเงินสมทบการประกัน เงินสมทบเพิ่มเติม สถานะการทำประกัน การจ่ายชดเชย การอนุมัติออกใบรับรองโรคร้ายแรง หน่วยงานทางการแพทย์ที่ร่วมประกันสุขภาพ ในส่วนรายการที่ร่วมและสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ	(02)8590-7222
ตรวจสอบข้อพิพาทคำปรึกษาพยาบาล	ดำเนินการตรวจสอบข้อพิพาท	(1) หนังสือร้องเรียน ทันตแพทย์ (02)8590-7163
		(2) ร้องเรียนผ่านสื่อ การตรวจสอบล่วงหน้า (02)8590-7162



# 8

## สมรรถนะ การอัปเดต การรักษาและ การยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพ

กรมประกันสุขภาพเริ่มใช้บัตรรุ่นใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 หากบบนบัตรมีรูปภาพติดเวลาไปพบแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนให้สถานพยาบาลตรวจสอบ นอกจากนี้ไม่ว่าใครขีปีในบัตรยังสามารถเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลได้ถึง 6 ครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งข้อมูลการเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง การตรวจที่สำคัญๆ และประวัติการใช้ยา เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เวลาทำนรับการรักษาพยาบาลจะได้มีหลักประกันยิ่งขึ้น

### บทบาทของบัตร

#### 1. บันทึกรักษาพยาบาลต่างๆ

บัตรประกันสุขภาพเป็นใบรับรองในการรักษาพยาบาลของประกันสุขภาพพลเมือง รายการรักษาพยาบาลต่างๆ จะถูกบันทึกไว้ในบัตร







## 2. บันทึกการตรวจที่สำคัญ และการใช้ยา

การบันทึกการกรายการใช้ยาและการตรวจไว้ในบัตรประกันสุขภาพเพื่อเวลาแพทย์ทำการรักษาท่าน สามารถอ้างอิงถึงลักษณะการใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยครั้งก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาหรือการตรวจที่ซ้ำซ้อน ทั้งนี้เพื่อประกันความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ยกระดับคุณภาพทางการแพทย์ ทั้งยังสามารถลดความสูญเสียทรัพยากรทางการแพทย์อีกด้วย

## 3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยโรคร้ายแรง

การป่วยเป็นโรคร้ายแรงจะถูกบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพโดยตรง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงไปพบแพทย์ เพียงแค่พบบัตรประกันสุขภาพ ก็จะได้ลดหย่อนค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

ผู้ประกันที่สมัครและได้รับอนุมัติเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงแล้ว เวลาไปพบแพทย์ หากบัตรประกันสุขภาพยังไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลว่าป่วยเป็นโรคร้ายแรง สามารถขอให้คลินิกหรือโรงพยาบาลช่วยปรับข้อมูลให้ใหม่หรือไปยังจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร (สำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่น หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง) เพื่อทำการปรับข้อมูลโดยอัตโนมัติ

## 4. สมัครใจลงบันทึกการบริจาคอวัยวะหรือผู้ป่วย

### ดูแลระยะสุดท้าย

ท่านสามารถเขียนแบบคำร้องผ่าน “สมาคมรับบริจาคอวัยวะระว่างกายได้ทุกวัน” “มูลนิธิศูนย์รับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายได้ทุกวัน” “สมาคมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ทุกวัน” หน่วยงานดังกล่าวจะส่งต่อข้อมูลไปให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงจะส่งต่อให้สำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อมีการปรับข้อมูลบนบัตรประกันสุขภาพใหม่ ก็จะทำให้การบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพของท่านโดยอัตโนมัติ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบว่า ท่านสมัครใจบริจาคอวัยวะระว่างกาย หรือประสงค์เป็นผู้ป่วยดูแลระยะสุดท้ายได้ทันที

## 5. ใช้กลไกตรวจสอบของบัตรประกันสุขภาพเดือนให้ประชาชน จะต้องเข้าร่วมประกันและชำระเบี้ยประกันที่ค้างอยู่

หากท่านยังไม่ได้เข้าร่วมประกันสุขภาพ ท่านจะไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ประกันสุขภาพ เมื่อบัตรประกันสุขภาพของท่าน ใช้จำนวนครั้งรักษา 6 ครั้งหมด หรือบัตรประกันสุขภาพหมดอายุ ท่านจะไม่สามารถปรับข้อมูลใหม่ หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ เพื่อสิทธิประโยชน์ของตนเอง ให้ท่านรีบเข้าร่วมประกันโดยเร็วที่สุด

## 6. ใช้บัตรประกันสุขภาพลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเทอร์เน็ต

เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพจัดทำ “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” ประชาชนสามารถใช้ “หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์” ยื่นทำเรื่องเกี่ยวกับประกันสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต ได้หลายรายการ และนับแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ได้เปิดให้ประชาชนใช้ “บัตรประกันสุขภาพ” ลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเทอร์เน็ต ตรวจสอบและยื่นทำเรื่องประกันสุขภาพรายการต่างๆ

## การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

เมื่อมีเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ กรุณาทำการปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

### 1. จำนวนครั้งรักษาพยาบาลใช้หมด

หลังจากบัตรประกันสุขภาพปรับข้อมูลใหม่แล้ว สามารถใช้ได้ 6 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีความต้องการการรักษาพยาบาลที่สูง จำนวนครั้งรักษาจะเพิ่มมากขึ้น เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีสามารถใช้ได้ 18 ครั้ง ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปสามารถใช้ได้ 12 ครั้ง การใช้บัตรประกันสุขภาพไปพบแพทย์จะถูกหัก 1 ครั้งโดยอัตโนมัติ หลังจากจำนวนครั้งรักษาใช้หมด ก็ต้องปรับข้อมูลจำนวนครั้งรักษาใหม่ จึงจะใช้บัตรไปคลินิกหรือโรงพยาบาลต่อได้

### 2. บัตรใกล้หมดอายุ

บัตรประกันสุขภาพมีกำหนดอายุการใช้งาน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาท่านลืมปรับข้อมูลบัตรใหม่ภายในกำหนดเวลา จึงมีการตั้งกำหนดวันหมดอายุก่อนวันเกิด 1 วัน ท่านสามารถปรับข้อมูลบัตรใหม่ได้ภายใน 30 วัน



ก่อนถึงวันเกิดทุกปีตามจุดที่มีเครื่องอ่านบัตรหรือขณะที่ไปรับการรักษาพยาบาล คลินิกหรือโรงพยาบาลจะช่วยปรับข้อมูลบัตรใหม่ให้แก่ท่านโดยอัตโนมัติ

### 3. บันทึกละเอียดเปลี่ยนแปลงสถานภาพ

หากท่านเปลี่ยนแปลงสถานภาพใช้ฐานะผู้มีรายได้ น้อยหรือทหารผ่านศึกที่ไม่มีอาชีพเข้าร่วมประกัน จะต้องไปจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร เช่น สำนักงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง หรือคลินิก โรงพยาบาล เพื่อปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่ขึ้น จึงจะลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองได้

### 4. จุดปรับข้อมูลบัตร

หากจำนวนครั้งรักษาใช้หมดแล้ว ปกติคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นผู้ปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่โดยอัตโนมัติขณะที่ท่านลงทะเบียน นอกจากนี้ท่านยังสามารถปรับข้อมูลบัตรที่เครื่องอ่านบัตรของสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานติดต่อ หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง

## บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่

1. ข้อมูลในบัตรประกันสุขภาพได้รับการออกแบบเข้ารหัสอย่างเข้มงวด เครื่องอ่านบัตรตามสถานพยาบาลต้องใช้ “การ์ดโมเดลความปลอดภัย” ที่จัดให้โดยสำนักงานประกันสุขภาพจึงจะทำงานได้ มีกลไกมอบอำนาจและตรวจสอบซึ่งกันและกันอย่างเข้มงวด แพทย์จะต้องใช้ “บัตรแพทย์” จึงจะอ่านข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงและใบสั่งยาของผู้ป่วยนอก ไม่ใช่ใครก็สามารถอ่านข้อมูลได้ ดังนั้นท่านไม่ต้องกังวลใจในเรื่องข้อมูลส่วนตัวด้านการรักษาพยาบาลจะรั่วไหล
2. ท่านสามารถใช้วิธีตั้งรหัสบัตรหรือไม่ก็ได้ (บัตรใหม่จะถูกตั้งมาแบบปิดการใช้รหัส) เมื่อตั้งรหัสแล้ว แม้จะมีเครื่องอ่านบัตรและโมเดลความปลอดภัย ก็จะต้องใส่รหัสที่ถูกต้องจึงจะอ่านข้อมูลบัตรได้

3. สามารถตั้ง เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกรหัสบัตร ได้ที่เครื่องอ่านบัตรเฉพาะของประกันสุขภาพ ณ ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานติดต่อ หรือที่ว่าการอำเภอตำบลและเขตทุกแห่ง หากลิ้มรหัสสามารถโทรศัพท์ติดต่อขอยกเลิกการตั้งรหัสได้ที่เบอร์โทร 0800-030-598

## การรักษาบัตรประกันสุขภาพ

หากข้อมูลหรือแผ่นไมโครชิปบนผิวของบัตรประกันสุขภาพสึกหรอ จะ เป็นผลให้อ่านข้อมูลไม่ได้ จึงควรระวังเป็นพิเศษดังนี้ :

1. อย่าตัดบัตรจนงอเกินไป ชูตขีดแผ่นไมโครชิป หรือนั่งทับ มิเช่นนั้นแผ่นไมโครชิปอาจชำรุด
2. อย่าใช้น้ำล้างหรือแช่น้ำ อย่าใช้แอลกอฮอล์ สารละลาย ยางลบลบแผ่นไมโครชิป อย่าใส่บัตรไว้ร่วมกับของแหลมคม หรือใส่บัตรไว้ในบริเวณที่มีสารกัดกร่อนที่เป็นกรดหรือด่างอย่างรุนแรง
3. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับไฟฟ้า แหล่งไฟ ตากแดดที่อุณหภูมิสูงโดยตรง หรือวางอยู่ในบริเวณที่มีสนามแม่เหล็กสูงจากโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

## บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่

บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานเป็นเวลานานมาก แม้จะเปลี่ยนสถานที่ทำงานก็ไม่ต้องเปลี่ยนบัตรใหม่ กรุณาเก็บบัตรประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม

## ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตรประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร

กรุณาดูจากบทที่ 2 เลือกร่วมประกันสุขภาพตามสถานะบุคคลที่เหมาะสมพร้อมทั้งกรอก “แบบฟอร์มยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ” และแนบสำเนาหลักฐานประจำตัวและรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ (หรือเลือกแบบไม่ติดรูปถ่าย) ส่งทางไปรษณีย์ไปยังฝ่ายงานธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ บัตรประกันสุขภาพใบแรกเป็นการออกฟรี ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการทำบัตร ในระหว่างรอการทำบัตร หากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล กรุณานำแบบฟอร์มยื่นขอทำบัตรและบัตรประจำตัวประชาชน



เขียนใบคำร้อง “รายชื่อการรักษาแบบพิเศษ” ยังสถานพยาบาลที่ร่วมมี  
 อกับประกันสุขภาพ ก็สามารถรับการรักษาในสถานะผู้ประกันตนของ  
 ประกันสุขภาพได้ ทารกแรกเกิดสัญชาติได้ในวันหลังคลอดภายใน 60 วัน  
 หากมีความต้องรับการรักษายาบาล สามารถใช้บัตรประกันสุขภาพของ  
 บิดาหรือมารดาเพื่อรับการรักษาได้

## หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปถ่ายควรทำอย่างไร

### 1. ยื่นขอรับ ณ สถานที่ดำเนินการ

หากไปทำเรื่องด้วยตนเอง กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชน รูปถ่าย  
 2 นิ้ว 1 ใบ และเงินค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวัน ไปติดต่อทำ  
 เรื่องที่ฝ่ายธุรการและสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขต หาก  
 มอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐาน  
 ประจำตัวของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์  
 เพื่อตรวจสอบด้วย

### จุดบริการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพในสถานที่

ฝ่ายธุรการ	หน่วยงานบริการ	ที่อยู่
ฝ่ายธุรการไทเป	ศูนย์บริการรวม	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng Dist., Taipei City
	ศูนย์บริการหน่วยงานยื่นทำบัตร	No.7, Sec 1, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City
	หน่วยออกบัตรชั้นอี	B1, No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Da-an Dist., Taipei City
	สำนักงานติดต่ออีหลัน	No.11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County
	สำนักงานติดต่อจีหลง	No.95, Yiyi Rd., Keelung City
	สำนักงานติดต่อจินเหมิน	1st Fl., No. 65, Huandao N. Rd., Jincheng Town, Jinmen County

ฝ่ายธุรการ	หน่วยงานบริการ	ที่อยู่
ฝ่ายธุรการเขตเหนือ	ศูนย์บริการรวม	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City
	สำนักงานติดต่อเถาหยวน	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City
	สำนักงานติดต่อซินจู๋	No. 3, Wuling Rd., North Section, Hsinchu City
	สำนักงานติดต่อจู่เป่ย์	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County
	สำนักงานติดต่อเหมียวลี่	No. 1146, JhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County
ฝ่ายธุรการเขตกลาง	ศูนย์บริการรวม	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun Dist., Taichung City
	สำนักงานติดต่อฟงหยวน	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan Dist., Taichung City
	สำนักงานติดต่อซาลู่	No. 16, Fulu St., Shalu Dist., Taichung City
	สำนักงานติดต่อจางฮั่ว	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County
	สำนักงานติดต่อหนันโกว	No.126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County
ฝ่ายธุรการเขตใต้	ศูนย์บริการรวม	No. 96, Gongyuan Rd. Jhongsia Dist., Tainan City
	สำนักงานติดต่อซินหยิง	No.78, Dongsyue Rd., Sinying Dist., Tainan City
	สำนักงานติดต่อเจียอี้	No.131, De-an Rd., Chiayi City
	สำนักงานติดต่อหนุนหลิน	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County
ฝ่ายธุรการเขตเกาะส่งผิงตง	ศูนย์บริการรวม	No.259, Zhongzheng 4Th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City
	สำนักงานติดต่อก้งซัน	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan Dist., Kaohsiung City
	สำนักงานติดต่อจี้ซัน	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City
	สำนักงานติดต่อผิงตง	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County
	สำนักงานติดต่อดงก้ง	No.210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County
	สำนักงานติดต่อผิงหู	No. 63-40, Xiwenao, Xiwen Dist., Magong City, Penghu County
ฝ่ายธุรการเขตตะวันออก	ศูนย์บริการรวม	No. 36 Shuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County
	สำนักงานติดต่อไถตง	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung Count



## 2. ไปรษณีย์รับเรื่องแทน

กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว ด้านหน้าและติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้านหลังแบบคำร้องขอ พร้อมจ่ายค่าธรรมเนียม 200 เหรียญได้วันมอบให้กับพนักงานบริการเคาน์เตอร์ จะได้รับบัตรใหม่หลังยื่นขอภายใน 7 วันทำการ สามารถขอแบบคำร้องได้ที่ทำการไปรษณีย์หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพที่อยู่และเวลาทำการของไปรษณีย์เขตต่าง ๆ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์การไปรษณีย์จังหวัง http://www.post.gov.tw

## 3. ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต

ผู้ที่ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต (เฉพาะขอบัตรใหม่เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหายหรือเปลี่ยนรูปถ่าย) กรุณาไปทำเรื่องผ่านช่องทางต่อไปนี้:

ช่องทางในการยื่นเรื่อง	ช่องทางบริการผ่านอินเทอร์เน็ตโดยที่สุจริตหลักฐาน	งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล	เว็บไซต์ E.SUN Commercial Bank	APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซีที
เว็บไซต์	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/loginica.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/loginica.aspx</a>	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx</a>	<a href="https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/">https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/</a>	ดาวน์โหลดจาก App Store หรือ Google play
วิธีการใช้งาน	หลักฐานของหน่วยงานยื่นทำประกันและ หลักฐานแสดงตน อีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพของผู้ได้รับมอบหมาย	หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ	บัตรเอทีเอ็มแผ่นไม่โครชิป E.SUN Commercial Bank	หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพได้ลงทะเบียนและผูกกับระบบอุปกรณ์เคลื่อนที่แล้ว
ผู้ยื่นเรื่อง	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ระหว่างร่วมประกันกับหน่วยงานยื่นทำประกัน	ผู้ให้หลักฐานแสดงตนอีเล็กทรอนิกส์หรือผู้ถือบัตรประกันสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว	เจ้าของผู้ถือบัตรเอทีเอ็มแผ่นไม่โครชิป	เลขที่บัญชีลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพของเจ้าตัวและผู้ที่อยู่ในอุปการะ

หมายเหตุ:

ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถอาศัยการใช้อินเทอร์เน็ต ATM

หรือใช้เว็บไซต์จ่ายเงินทั่วประเทศ โอนเงินหรือดาวน์โหลดใบชำระเงิน และจ่ายค่าดำเนินการให้กับร้านสะดวกซื้อหรือสถาบันการเงินค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องและคู่มือการใช้งานยื่นเรื่องประกันสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต กรุณาตรวจสอบได้จากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ [www.nhi.gov.tw/](http://www.nhi.gov.tw/) ยื่นเรื่องบัตรประกันสุขภาพและตรวจสอบ

#### 4. หน่วยงานทะเบียนราษฎรรับเรื่องแทน

หากประชาชนทำบัตรประจำตัวประชาชนหาย เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (หมายเลขบัตรประชาชน ชื่อนามสกุลและวันเดือนปีเกิด) สามารถยื่นเรื่องขอทำบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกันกับการยื่นขอทำบัตรประชาชนได้ที่สำนักทะเบียนราษฎรทุกเขต ประชาชนเพียงแต่ระบุว่าจะทำการยื่น ขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมกัน พร้อมนำไปชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ แต่ประชาชนอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่ได้รับบัตรประจำตัวประชาชนสามารถยื่น ขอบัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่ายได้เท่านั้น

#### 5. ยื่นขอยังที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต)

หากบัตรประกันสุขภาพสูญหายหรือชำรุด ประชาชนสามารถไปทำการยื่นขอยังที่ว่าการท้องที่ใกล้บ้านได้ ผู้ยื่นขอนำบัตรประจำตัวประชาชนแผ่นซีดีรูปถ่ายไปยื่นเรื่องต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) พร้อมนำไปชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ หากเป็นผู้รับหากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย

### บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคดงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

1. ตรวจสอบแผ่นไมโครชิปของบัตรทั้งด้านหน้าและด้านหลังมีสนิม รอยขีดหลุดหลวมหรือปูดขึ้นหรือไม่ กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ระบุสาเหตุอื่น ๆ: สถานพยาบาลไม่สามารถอ่านข้อมูลบัตร (บัตรไม่ชำรุด) ทำการยื่นเปลี่ยนบัตรใหม่
2. นอกจากนี้ต้องแนบสำเนาหลักฐานประจำตัวและรูปถ่าย 2 นิ้ว พร้อมทั้งบัตรเก่า ทำการส่งคืนให้กับกรมประกันสุขภาพทางไปรษณีย์ หรือนำหลักฐานประจำตัวฉบับจริงไปดำเนินการด้วยตนเองยังฝ่ายธุรการ และสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขต

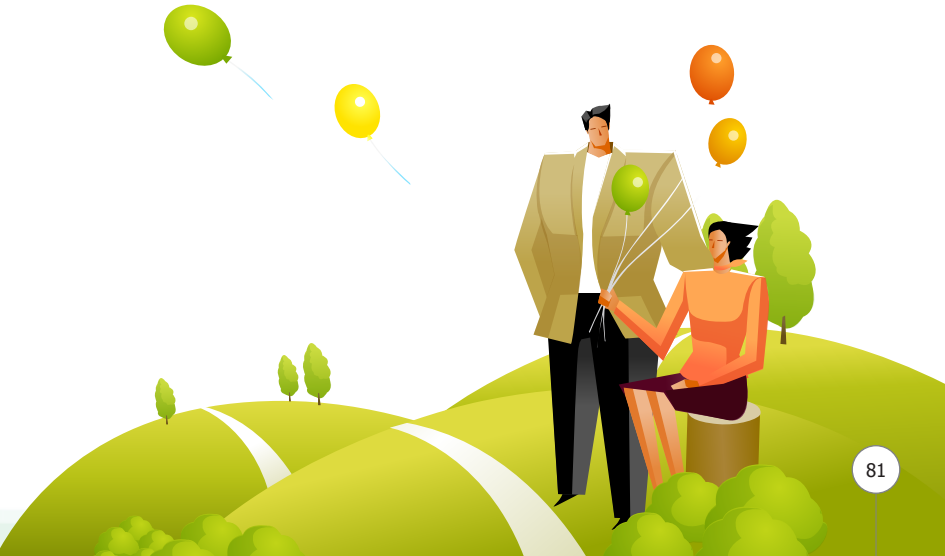




3. หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อกำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้อยู่ขอและผู้ทำการแทนด้วย (เด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ให้ใช้ทะเบียนบ้านแทน)

### ข้อควรระวัง

1. การเปลี่ยนบัตรใหม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 200 เหรียญได้วันเมื่อได้บัตรใหม่ บัตรเก่าจะถูกยกเลิกโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถใช้ได้ต่อไป
2. เมื่อขอบัตรใหม่ ท่านสามารถเลือกบัตรใหม่ติดรูปหรือไม่ก็ได้ หาก เลือกติดรูป ให้ติดรูปถ่ายหน้าตรงครั้งตัว ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา แบบเลนส์มีสี ขนาด 2 นิ้ว 1 ใบ บน "แบบคำร้องขอมีบัตรประกัน สุขภาพ" สำหรับบัตรที่ไม่ติดรูป เมื่อไปรับการรักษาพยาบาล จะต้อง แสดงเอกสารหลักฐานประจำตัวให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
3. ในระหว่างที่รอรับบัตรที่ขอใหม่ หากมีเหตุจำเป็นต้องรับการรักษา พยาบาลด่วน ท่านสามารถนำหลักฐานการจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อ ขอมีบัตรใหม่ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน (เช่น ใบรับในกรณีขอบัตรใหม่) ไป ที่สถานพยาบาลเขียน "รายชื่อผู้รับการรักษาพยาบาล ในกรณีพิเศษ" ก็สามารถรับการรักษาพยาบาล ในฐานะผู้ประกันสุขภาพได้



## สมรรถนะ การฉีพเดท การรักษาและ การยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพ

### คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

เมื่อท่านผ่านการตรวจและรับรองจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและอาการโรคคงที่ เพียงกินยาก็ควบคุมอาการได้ แพทย์ก็จะออก“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”ให้แก่ท่าน ซึ่งช่วยให้ท่านประหยัดค่ารักษาพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าไปตรวจสอบขอข้ายโรคเรื้อรังได้ในเว็บไซต์ ของกรมประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/บริการการรักษาประกันสุขภาพ/ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง

กำหนดเวลาการใช้ของ“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”เริ่มนับตั้งแต่วันที่ออกใบสั่งยาให้ สูงสุดไม่เกิน 90 วัน ปกติจะแบ่งรับยาเป็น 3 ครั้ง รับได้สูงสุด 30 วันต่อครั้ง การรับยาแต่ละครั้งโรงพยาบาล คลินิกหรือร้านยา ต้องตรวจสอบบัตรประกันสุขภาพของท่าน แต่จะไม่นับสะสมจำนวนครั้งที่รักษา เพียงแต่จะบันทึกการเบิกใช้ยาของท่านตาม “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เท่านั้น หากรับยาแต่ละครั้งมากกว่า 28 วัน ยังไม่ต้องจ่ายเงินค่ายาที่ต้องรับภาระเองอีกด้วย





คนไข้โรคเรื้อรังที่ต้องทานยาเป็นเวลานาน ในกรณีเคลื่อนไหวน้อยไม่สะดวก (มีแพทย์รับรองหรือผู้รับมอบฉันทะแสดงใบแสดงความยินยอม) หรือไปออกกำลังกายเนื่องจากประกอบอาชีพประมงหรือทำงานบริษัทเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ (มีแพทย์รับรองหรือผู้รับมอบฉันทะแสดงใบแสดงความยินยอม) หรือผ่านการรับรองจากกรมประกันสุขภาพว่าเป็นลักษณะพิเศษ (เช่นผู้ป่วยโรคจิตลักษณะไร้โรค) ซึ่งไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และรับยาตัวรับเดิมเท่านั้น ให้มอบหมายผู้อื่นไปแทนและบอกอาการโรคให้แพทย์ทราบ แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยตามความรู้เฉพาะทาง เมื่อแพทย์เชื่อว่าสามารถติดตามอาการโรคได้ จึงจะออกยาดำรับเดิมให้ต่อ

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

### **ข้อควรระวังในการใช้ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง**

1. เพื่อป้องกันปัญหาการทานยาไม่ต่อเนื่อง ท่านจะต้องไปรับยาใหม่ภายใน 10 วันก่อนที่ยาจะหมด ยกเว้นช่วงเทศกาลตรุษจีน ซึ่งเป็นวันหยุดยาว และเนื่องจากยึดหลักการทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะอนุโลมให้ท่านไปรับยาก่อนเวลาได้
2. ถือ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” ไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมที่ทำการรักษา หรือร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ หากในท้องที่นั้นไม่มีร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่สามารถไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมได้ ท่านสามารถไปรับยาจากโรงพยาบาลอื่น หรือสาธารณสุขท้องที่ได้

3. กรณีท่านวางแผนเดินทางไปต่างประเทศ (กำหนดเกิน 2 เดือน) กลับภูมิลำเนาเกาะรอบนอก หรือเป็นลูกเรือประมงจับปลาทะเล หรือลูกเรือเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ หรือเป็นคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย เพียงแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือใบแสดงความยินยอมในเวลารับยา ก็สามารถรับยาตามใบสั่งยาต่อเนื่องได้ทั้งหมดในครั้งเดียว โดยจำกัดไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง
4. ในระหว่างที่ท่านทานยาตาม "ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง" หากพบว่ามีอาการไม่สบาย ให้รีบกลับไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิม โดยต้องนำใบสั่งยาเดิมไปปรึกษาแพทย์ของท่าน จำไว้ว่าท่านต้องแจ้งการไขยาตามใบสั่งยาเดิมให้แพทย์ทราบ จึงจะไม่เกิดกรณีการจ่ายยาซ้ำโดยแพทย์ไม่รู้ตัว ซึ่งจะมีผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของท่าน
5. หากท่านบังเอิญหา "ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง" สูญหาย ให้กลับไปปรึกษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิม ยาที่เบิกแล้ว หากทำการเบิกใช้ยาซ้ำอีก ต้องรับภาระจ่ายค่ายาเอง

## ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

หากท่านเป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าข่ายตามประกาศ รายการโรคร้ายแรงของกระทรวงสาธารณสุข ท่าน สามารถเตรียมหลักฐานที่เกี่ยวข้องยื่นคำร้องได้ เมื่อผ่านการพิจารณาก็จะ ได้ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรง ข้อมูลใบรับรองจะถูกเก็บบันทึก ไว้ในบัตรประกันสุขภาพ คนไข้สามารถใช้ขอรับการรักษาที่สถานพยาบาล ตราบเท่าที่ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีอายุ หากเป็นโรคที่ระบุไว้ใน ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรง หรือแพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่า เป็นการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรงนั้น จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ในส่วนที่ต้องจ่ายเองเมื่อไปตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หรือเมื่อพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล

สำหรับโรคนอกเหนือจากโรคร้ายแรงคนไข้จะต้องรับการรักษาตามขั้นตอนปกติและรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง



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

## ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน

นอกเหนือจากประกันสุขภาพแล้ว ถ้าในขณะเดียวกันท่านยังได้เข้าร่วมประกันภัยแรงงาน เมื่อท่านเจ็บป่วยจากการทำงานและไปรับการรักษาที่คลินิกในเครือประกันสังคมหรือโรงพยาบาล นอกจากท่านจะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองแล้ว ทางสำนักงานประกันภัยแรงงานจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายค่าอาหารกึ่งหนึ่งขณะที่ท่านพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

## คำนิยามของการเจ็บป่วยจากการทำงาน

1. บาดเจ็บขณะปฏิบัติหน้าที่
2. ป่วยเป็นโรคจากการทำงานตามขอบข่ายที่สำนักงานประกันภัยแรงงานระบุ จากตารางชนิดของโรคที่เกิดจากการทำงานและการประกาศเพิ่มเติม
3. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะที่ไปหรือกลับจากทำงาน แต่ต้องตรวจสอบว่าเป็นช่วงเวลาทำงานหรือเลิกงาน และเป็นจุดที่จำเป็นต้องผ่านเพื่อไปทำงานจริง รวมทั้งไม่ได้ฝ่าฝืนกฎจราจรที่สำคัญ

หมายเหตุ:

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

## เอกสารที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1. หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (แบบคำร้องเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน หรือแบบคำร้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน)

## 2. บัตรประกันสุขภาพ

หมายเหตุ:

1. "หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" สามารถดาวน์โหลดได้สามารถดาวน์โหลด ได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงานหรือขอได้จาก สำนักงานทำการเขตต่างๆ พร้อมให้หน่วยงานต้นสังกัดทำประทับตราแล้วจึงสามารถใช้ในการรักษาได้ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงาน [http://www. bli.gov.tw](http://www.bli.gov.tw)
2. "แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ใบเดียวกัน จำกัดให้ใช้ได้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลแห่งเดียวกันและรักษาโรคเดียวกันเท่านั้น หนึ่งใบใช้ได้ 6 ครั้ง
3. ผู้ที่ "ไม่มี "แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ไปขอรับการรักษาค่าแผนกผู้ป่วยนอก หากเป็นแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์กลางแพทย์ระดับเขตขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบแล้วเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากการทำงานจริง ก็ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองเช่นกัน

**เมื่อไปรับการรักษาไม่ได้ นำ "หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ติดตัวไป และได้จ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองไปแล้ว จะ ทำอย่างไร**

1. นับจากวันรับการรักษาผู้ป่วยนอกภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)หรือก่อนออกจากโรงพยาบาล ให้ยื่น "หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ต่อคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ไปรักษาย้อนหลัง คลินิกหรือโรงพยาบาลก็จะคืนเงินส่วนที่จ่ายเองไปแล้วให้กับท่าน
2. นับจากวันรับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกภายใน 10 วันหรือก่อนออกจากโรงพยาบาล ไม่สามารถยื่นหนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานย้อนหลังได้ และได้ทำการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนที่จ่ายเอง ภายใน 6 เดือน (วันที่ 21 ธ.ค. 2555 เป็นต้นไป ผู้ที่มีเหตุผลพิเศษกำหนดภายใน 5 ปี) นับจากวันรับการรักษาผู้ป่วยนอก (หรือวันออกจากโรงพยาบาล) สามารถนำเอกสารดังต่อไปนี้ส่งทางไปรษณีย์ไปยังกรมประกันภัยแรงงาน:



- (1) แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
- (2) แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (ตามที่กล่าวมา ผู้ที่แบบคำร้องขอคืนที่หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประทับใจรับรองแล้วไม่จำเป็นต้องแนบ)
- (3) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริงพร้อมรายละเอียด ผู้ที่ใบเสร็จฉบับจริงและรายละเอียดสูญหายหรือใช้ไปเพื่อการอื่น ต้องแสดงฉบับสำเนาที่ออกให้พร้อมทั้งประทับใจตราโดยสถานพยาบาลและประทับใจค่าแสดงว่าเหมือนต้นฉบับจริงด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์หรือใบรับรอง  
“แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ขอได้ที่กรมประกันภัยแรงงานและสำนักงานทำการทุกสาขา หรือดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงาน:
  1. เว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> แรงงานบาดเจ็บจากการทำงาน/จ่ายชดเชยรักษาพยาบาลเจ็บป่วยจากการทำงาน/ตัวอย่างและดาวน์โหลดใบคำร้อง/แบบคำร้อง ขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
  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 สามารถยื่นขออนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว จะไม่ต้องรับภาระในส่วนที่ต้องจ่ายเอง สำหรับยารักษาโรคที่พบได้น้อยนั้น ประกันสุขภาพจะจ่ายให้แบบ “รายกรณี” เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อยสามารถไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่มีสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพ แพทย์จะดำเนินการจ่ายยาตามอาการวินิจฉัย ซึ่งจะเป็นไปตามระเบียบการจ่ายยาที่เกี่ยวข้อง

หากยาที่จำเป็นเป็นยาที่ยังไม่ได้รับอนุญาตและกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ อนุมัติให้นำเข้าเป็นกรณีพิเศษ (หรือผลิต) และได้จัดเป็นยาตาม “กฎหมายป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา” จะต้องผ่านการพิจารณาใช้เป็นการกรณีของสำนักงานประกันสุขภาพ สำหรับขั้นตอนการยื่นคำร้องที่เกี่ยวข้อง สามารถดูได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ดารนิโหลดข้อมูล/ดารนิโหลดไฟล์ /รายการยาที่ใช้ใน “การใช้ยาในรายการที่เหมาะสมตามกำหนด “กฎหมายการป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา” ของประกันสุขภาพ”



## มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความ ลำบากในการรักษาพยาบาล

### รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

มีประชาชนบางส่วนสามารถได้รับเงินอุดหนุนค่าประกันสุขภาพจากรัฐบาล ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมรับการอุดหนุนแตกต่างกันดังนี้:

#### 1. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุนเต็มอัตรา

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



- (5) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านที่เกาะหลังอวี และใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่" (หมายถึงผู้ว่างงาน) หรือ "สมาชิกสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์ เกษตร สหกรณ์ประมง" หรือ "สมาชิกรอบครัว" เข้าร่วมประกัน
- (6) ผู้พิการระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก
- (7) ผู้เข้าร่วมประกันที่ว่างงานหรือสมาชิกรอบครัวของผู้ว่างงาน (ผู้รับความช่วยเหลือจำกัดเป็นผู้เข้าร่วมประกันในสถานะประชากรในท้องที่ภายใต้ประเภทที่ 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. ผู้ที่ได้การอุดหนุน 1/4: ผู้พิการระดับต่ำ

### 4. เพดานการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันสำหรับประชากรในท้องที่ปัจจุบันคือ 749 เหรียญไต้หวัน

- (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในนครเกาหยวน (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 นครเกาหยวน เมืองซินจู๋ เขตซินจู๋ นครไถจง เขตจางฮั่ว เขตหยุนหลิน เมืองเจียอี้ นครไถหนัน เขตอิ๋หลัน เขตไถตง หรือเขตฮั่วเหลียนครบ 1 ปี
- (4) ผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเปและนครเกาสง (ครบ 1 ปี) มีอายุไม่ครบ 70 ปี และเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนค่าครองชีพแก่ผู้สูงอายุ
- (5) ชนเผ่าพื้นเมืองอายุ 55 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป นครเกาหยวนครบ 1 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%)
- (6) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 5%) มีทะเบียนบ้านในนครไถจงครบ 1 ปี
- (7) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านในเมืองจีหลงครบ 3 ปี
- (8) ชาวบ้านที่มีทะเบียนบ้านในเขตอันหนัน (มีทะเบียนบ้านในเสียนกง หลูเอ๋อ ชื่อเก่าก่อนวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2548) ที่ได้รับผลกระทบ

จากมลภาวะการปิโตรเลียมแห่งไต้หวัน (CPDC) และพนักงานบัญชีรายชื่อที่กระทรวงเศรษฐกิจทำขึ้นมา

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

บุคคลที่ได้รับการอุดหนุนตามประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ไม่จำเป็นต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพด้วยตนเอง ทางสำนักงานประกันสุขภาพจะใช้ข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานให้การอุดหนุน ทำการลดค่าเบี้ยประกันโดยตรง กรณีผู้ที่มีคุณสมบัติรับการอุดหนุน แต่มีข้อสงสัยว่าไม่ได้รับการอุดหนุนเบี้ยประกัน กรุณาสอบถามได้จากหน่วยงานการอุดหนุนที่เกี่ยวข้อง สำหรับรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลแต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน สามารถดูได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/มาตรการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ/ตารางรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลแต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน

## กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน

หากท่านไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพหรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองเพราะเกิดเหตุที่ไม่ได้คาดคิดปัจจุบันทางสำนักงานประกันสุขภาพมีมาตรการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ท่านดังนี้

### 1. เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ

- (1) เงินไขการสมัคร 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 อำเภอ ตำบล และไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
- (2) นำทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านหรือทะเบียนบ้านฉบับคัดรับรองพร้อมทั้งใบรับรองผู้ยากไร้ที่ออกให้โดยผู้ใหญ่บ้าน(หรือผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถทำงานได้และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ต้องมีใบรับรองแพทย์มาด้วย) ให้ยื่นคำร้องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ เพื่อส่งต่อ เมื่อผ่านการจากองค์กรการกุศล ก็จะได้รับอุดหนุนเบี้ยประกันจากองค์กรการกุศล

## 3. ผ่อนจ่ายเบี้ยประกัน

- (1) เงื่อนไขการสมัคร  
ผู้ขาดคุณสมบัติขอเงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ แต่ค้างจ่ายเบี้ยประกัน(รวมค่าปรับ) 2,000 เหยียญได้วันขึ้นไป ไม่สามารถชำระหมดได้ในครั้งเดียวเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ต้องชี้แจงเหตุผลโดยแสดงหลักฐานไม่สามารถชำระเบี้ยประกันหมดได้ในครั้งเดียว

ได้ ที่ออกให้โดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในเขตที่อาศัยอยู่หรือหลักฐานรายได้รวมที่ไม่เกินจำนวนเงินรวมของเงินยกเว้นภาษี จำนวนรวมของเงินหักลดหย่อนภาษีตามมาตรฐานและเงินหักลดหย่อนพิเศษสำหรับเงินเดือนรายได้ในปีภาษีนั้น ๆ หลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ ให้ทำการผ่อนชำระเป็นรายงวดเบี่ยประกันสุขภาพของผู้เข้าร่วมประกัน ที่ได้ถูกส่งให้กรมบังคับคดีแล้ว ให้ทำการผ่อนชำระเป็นงวดตามคำสั่งของฝ่ายบังคับคดี

- (2) วิธีการสมัคร: นำบัตรประจำตัวประชาชน ตราประทับ (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชนและตราประทับของผู้ทำการแทน ซึ่งผู้ทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) ไปยื่นเรื่องยังสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ใกล้บ้าน พร้อมชำระเบี่ยประกันงวดแรกขณะยื่นขอ หากค้างชำระและได้ส่งกรมบังคับคดีในท้องที่แล้ว การยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวด ต้องได้รับการเห็นชอบจากหน่วยงานบังคับคดี (หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่างๆ กรุณาดูจากบทแนบท้าย)





### **เงื่อนไขและคุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย:**

1. ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามกำหนดของกฎหมายสังคมสงเคราะห์ และมีหลักฐานที่ออกให้โดยสำนักงานตำบล (อำเภอ เมือง เขต)
2. ผู้หาเลี้ยงชีพหลักของครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
  - (1) ตายไม่ครบ 2 ปี
  - (2) หายสาบสูญ 6 เดือนขึ้นไป และแจ้งความยังไม่ครบ 2 ปี
  - (3) มีใบรับรองผู้พิการ
  - (4) ทำงานไม่ได้เนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้เวลารักษาในระยะยาว
  - (5) ตั้งครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป หรือคลอดลูกภายใน 2 เดือน
  - (6) รับราชการทหารหรือทหารบริการพลเรือน เวลาประจำการมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
  - (7) อยู่ระหว่างคุมขังในทัณฑสถาน กำหนดเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
  - (8) วางงานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
3. สมาชิกครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
  - (1) คู่สมรสหรือญาติทางสายเลือดป่วยด้วยโรคร้ายแรง
  - (2) ครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียว ต้องเลี้ยงอุปการะบุตรตามลำพัง
  - (3) ลูกเสียชีวิต ต้องเลี้ยงอุปการะบุตรซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะที่เกิดจากลูกของตนตามลำพัง

รายละเอียดท่านสามารถเข้าเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ  
<http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรสอบถามฟรีได้ที่ 0800-030-598

## รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลอดลี้ดค่าบริการ ประกันสุขภาพทั้งหมด เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย

เพื่อสร้างคุณค่าแห่งการตัดเทียมด้านการรักษาพยาบาล นับตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินมาตรการตาม “แผนแยกการค้างชำระค่าประกันสุขภาพออกจากสิทธิการรักษาพยาบาล (ปลอดลี้ดค่าบริการทั้งหมด)” ผลักดันการปลอดลี้ดค่าบริการประกันสุขภาพทั้งหมดให้การปกป้องสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน ประชาชนเพียงแต่ทำการยื่นเรื่องร่วมระบบประกันสุขภาพ ก็สามารถวางใจในการรับการรักษาได้ สำหรับผู้ที่ไม่มีการกำลังความสามารถจ่ายค่าประกันสุขภาพ จะมีมาตรการช่วยเหลือเกี่ยวกับการค้างชำระ เช่น ผ่อนชำระเป็นงวด การกู้เงินจากกองทุนช่วยเหลือและการส่งต่อไปยังองค์กรสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาโทรศัพท์สอบถามได้จากบริการสายตรงกรมประกันสุขภาพ: 0800-030-598

### ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

1. สำหรับผู้ที่มี “ใบรับรองผู้พิการ” เมื่อขอรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะโรงพยาบาลระดับไหนจะเก็บส่วนที่ต้องจ่ายเองเพียง 50 เหรียญได้วันเท่ากับคลินิก ซึ่งต่ำกว่าชาวบ้านทั่วไป (80-360 เหรียญได้วัน)
2. สำหรับผู้ป่วยที่มีใบรับรองว่าเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคประสาทเรื้อรัง โรคไต โรคที่พบได้น้อยและโรคเป็นมาแต่กำเนิด เมื่อเข้ารับการรักษาโรคนั้นๆ จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเอง นอกจากนี้เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย ยาที่ใช้กับโรคที่พบได้น้อยตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ทางสำนักงานฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด เท่ากับได้ช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างแท้จริง





## เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม ที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

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

ผู้ที่มีเงินเดือนน้อยและยังต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวพิจารณาจากภาระทางเศรษฐกิจที่หนัก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการปรับปรุงเพิ่มมาตรฐานจำนวนรายได้ที่ไม่ใช่เงินเดือนจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ต้องหักจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม เป็นจำนวนเท่ากับรายได้ขั้นต่ำทั้งหมด โดยเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557

นับแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา สมาชิกครอบครัวรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพมาตรา 100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ย และรายได้จากค่าเช่า 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

เกี่ยวกับข้อมูลของสถานที่ และช่วงเวลาที่ให้บริการแก่พื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ให้เข้าไปดูเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามได้ที่ สำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ ถึงข้อมูลของสถานที่ และช่วงเวลาที่ให้บริการแก่พื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล และเลือกสถานที่ใกล้ที่สุดรับการรักษาพยาบาล



## การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง

หากท่านเข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เพียงท่านยื่นคำร้องภายในเวลากำหนด เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นกับสำนักงานประกันสุขภาพ ก็จะสามารถคืนค่ารักษาพยาบาลแก่ท่านตามผลพิจารณา

1. กรณีเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญาไม่ทัน จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่ไม่มีสัญญา หรือเนื่องจากไปทำธุระหรือท่องเที่ยวในต่างประเทศเกิดเหตุเจ็บป่วยหรือคลอดลูกอย่างไม่คาดคิด จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลในท้องถิ่น
2. ในระหว่างที่ถูกระงับการใช้ชั่วคราว ได้เข้ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา และท่านก็ได้ชำระเบี้ยประกันต่างๆ ของช่วงเวลานั้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว



3. การรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา เนื่องจากไม่ใช่ความรับผิดชอบของท่าน (เช่นการรักษาที่ อยู่ระหว่างเรียกเก็บค่าประกันสุขภาพ หรือ ขณะรับการรักษาไม่สามารถแสดงหลักฐานผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก วัณโรค มีคู่มือผู้พิการ เป็นต้น) เป็นเหตุทำให้ท่านต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน และไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) หรือก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ยื่นบัตรประกันสุขภาพและบัตรประชาชนย้อนหลัง
4. ผู้ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมตลอดปีห้องผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 30 วัน หรือห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใน 180 วัน มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังจากออกจากโรงพยาบาล และได้สำรองส่วนต่างที่จ่ายเองแล้ว ทั้งไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) กลับไปทำการขอคืนเงินยังสถานพยาบาล

### กำหนดเวลาการขอเงินคืน

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



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

## เอกสารที่ต้องเตรียม

1. แบบคำร้องขอคืนค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพที่สำรองจ่ายเองท่านสามารถหาแบบคำร้องได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้
  - (1) ขอที่สำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ ได้โดยตรง
  - (2) ท่านสามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/>
  - (3) พิมพ์ข้อมูลในหนังสือคำร้องบนเว็บไซต์กรมประกัน สุขภาพและพิมพ์หนังสือคำร้องออกมาแบบออนไลน์ที่: <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/ อนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายก่อน/ระบบพิมพ์ข้อมูลอนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายก่อนออนไลน์
2. แบบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายละเอียดค่าใช้จ่าย หากท่านทำใบเสร็จรับเงินฉบับจริงหรือรายละเอียดค่าใช้จ่ายหายหรือใบเสร็จเอกสารฉบับจริงต้องนำไปใช้ในการอื่น ท่านสามารถยื่นขอให้สถานพยาบาลเดิมในประเทศออกสำเนาใบเสร็จ และประทับตรารับรองของสถานพยาบาลด้วยคำว่า "เหมือนต้นฉบับ" ใบเสร็จของต่างประเทศฉบับถ่ายสำเนา หากมีความลำบากในการขอประทับตราก็ไม่จำเป็นต้องกลับไปยังสถานพยาบาลเดิมเพื่อขอประทับตรานอกจากนี้ไม่ว่าเป็นผู้ที่รักษาตัวในหรือต่างประเทศ หากใช้ใบเสร็จที่ไม่ใช่ตัวจริง ต้องลงนามหนังสือแถลง "ไม่สามารถแสดงใบเสร็จรับเงินฉบับจริง" พร้อมทั้งเขียนระบุอธิบายสาเหตุที่ไม่สามารถนำมาแสดงได้

3. หากเป็นผู้ทำการแทนตามกฎหมายหรือรับมอบหมายทำการยื่นเรื่องแทน ต้องให้ผู้ยื่นเรื่องลงลายมือชื่อประทับตราประจำตัว พร้อมทั้งแนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบหมาย
4. ไปรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรอง  
 หากเป็นผู้รับการรักษาในพื้นที่ที่ไม่อยู่ในการคุ้มครองของประกันสุขภาพ (รวมถึงต่างประเทศและประเทศจีน) หรือคลินิก และโรงพยาบาลที่ไม่ได้ร่วมกับประกันสุขภาพ ให้ท่านขอเอกสารรับรองจากนายแพทย์หรือโรงพยาบาลดังนี้
  - (1) หากเป็นผู้ป่วยนอกหรือรักษาฉุกเฉิน ให้เตรียม “ใบรับรองแพทย์” (รายละเอียดต้องบันทึกอาการและชื่อโรคที่วินิจฉัย)
  - (2) หากนอนรักษาในโรงพยาบาล ต้องเตรียม “ประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ”
5. หากท่านขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในต่างประเทศ ท่านจะต้องแนบสำเนาหลักฐานการเดินทางเข้าออกได้หวัดของครั้งนั้น (เช่น หน้าพาสปอร์ตที่มีรูปถ่ายและหน้าที่มีตราประทับวันที่เข้าและออกสาธารณรัฐจีน เป็นต้น) ยื่นออนไลน์ขอหนังสือรับรองวันเดินทางเข้าออกประเทศจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงมหาดไทย หรือใบรับรองที่ออกให้โดยหน่วยงานบริการนั้น หากยังไม่กลับเข้าประเทศสามารถขอให้ผู้อื่นทำการแทนได้ แต่ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ: <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/ ขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง/แนะนำการขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง / หนังสือมอบอำนาจ)  
**หมายเหตุ:**  
 ยื่นขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในพื้นที่นอกเขตไต้หวัน เอกสารที่แนบได้แก่ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จฉบับจริง รายละเอียดค่าใช้จ่ายและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ใช่มัธยภาษาอังกฤษ ต้องแนบฉบับแปลเป็นภาษาจีนด้วย
6. หากท่านขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนที่เกิดจากการพักรักษาในโรงพยาบาลในประเทศจีน 5 วันขึ้นไป (รวม 5 วัน ไม่นับวันที่



ออกจากโรงพยาบาล: เช่น เข้าโรงพยาบาล วันที่ 1 มกราคม ออกจากโรงพยาบาล วันที่ 6 มกราคม รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน) ท่านจะต้องนำใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และใบรับรองแพทย์ ไปรับรองที่ฝ่ายรับรองเอกสารในประเทศจีนก่อน เมื่อกลับถึงได้หวันให้นำหนังสือรับรองฉบับจริงไปขอพิสูจน์การรับรองที่มูลนิธิแลกเปลี่ยนระหว่างสองฝั่งช่องแคบได้หวัน สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ที่ โทรศัพท์ 02-2533-5995 หรือเว็บไซต์: <http://www.sef.org.tw>

## วิธีการขอยื่นเรื่อง

เมื่อท่านเตรียมเอกสารต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ให้ยื่นคำร้องทางออนไลน์ (ยังคงต้องส่งหนังสือคำร้อง ใบเสร็จฉบับจริงและใบรับรองแพทย์ทางไปรษณีย์) ยื่นด้วยตนเองที่เคาน์เตอร์หรือส่งทางไปรษณีย์:

1. ประชาชนที่ขออนุมัติคืนเงินจากต่างประเทศ กรุณายื่นขอต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่อยู่ หรือฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่อยู่เป็นผู้โอนย้ายข้อมูลการยื่นเรื่องแทน
2. ยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรุณายื่นเรื่องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่สถานพยาบาลที่รับการรักษาตั้งอยู่

## จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้

การยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรมประกันสุขภาพจะอนุมัติจ่ายอ้างอิงตามมาตรฐานจ่ายเงินชดเชยของประกันสุขภาพ ดังนั้นจำนวนเงินอาจจะมีแตกต่างจากการที่ท่านรับการรักษาพยาบาลโดยการจ่ายเอง อีกทั้งจำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อน เพื่อตัดสินการจ่ายในรายการและจำนวนเงินจึงขอแนะนำให้ท่านพยายามดำเนินการนำบัตรประกันสุขภาพไปบันทึกข้อมูลยังสถานพยาบาลที่รับการรักษา นับแต่หลังวันรับการรักษาภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)

การขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของการรักษาผู้ป่วยนอก ฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตของการใช้ประกันสุขภาพนี้ (รวมต่างประเทศและประเทศจีนด้วย) เหมือนการขอเบิกค่าใช้จ่ายของคลินิกและโรงพยาบาลในไต้หวันคือต้องผ่านการวินิจฉัยเฉพาะทาง ตรวจสอบความเหมาะสมทางการแพทย์ เจ็บป่วยและขอบเขตในการเบิกจ่ายเหมือนรักษาในไต้หวัน ซึ่งจะต้องสอดคล้องตามข้อกำหนดการเบิกจ่ายของประกันสุขภาพ

การกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้ จำนวนเงินสูงสุดคือค่าเฉลี่ยในไตรมาสแรกที่สำนักงานประกันสุขภาพจ่ายให้แก่คนไข้/คน/วันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ฉุกเฉินหรือนอนรักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลระดับศูนย์กลางแพทย์ เนื่องจากจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้อาจเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละไตรมาส

หากท่านยังมีข้อสงสัย ให้ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพ ดังนี้

1. โทรสายบริการฟรีที่ 0800-030-598 หรือหมายเลขโทรศัพท์ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาต่างๆ
2. ส่งอีเมลไปที่ <http://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 เขตฉีหลัน 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	นครไถจง เขตจางฮั่ว เขตหนานโกว
ฝ่ายธุรการ เขตใต้	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City(70006)	(06)224-5678	เขตหยุนหลิน เมือง เจียอี้ เขตเจียอี้ เมือง ไถหนาน
ฝ่ายธุรการ เกาสง ผิงตง	No.259,Zhongzheng 4Th Rd.,Qianjin Dist.,Kaohsiung City(80147)	(07)231-5151	นครเกาสง เขตผิงตง เขตผิงหู
ฝ่ายธุรการ เขตตะวันออก	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)	(03)833-2111	เขตฮวาเหลียน เขตไถตง



# 12

## มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ ประชาชนของประกันสุขภาพ

เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการจัดการ กรมประกันสุขภาพเสนอ  
มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนหลายรายการอย่าง  
ต่อเนื่อง ปกป้องสุขภาพของประชาชน

### บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกรวดเร็วประชาชน

#### "บริการแจ้งข้อมูลบัตรประกันสุขภาพข้ามหน่วยงานของสำนัก ทะเบียนราษฎร" เพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

1. หากประชาชนยื่นขอบัตรประจำตัวประชาชนใหม่เนื่องจากทำบัตร  
ประจำตัวประชาชนหาย เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อนามสกุล วัน  
เดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน ชนพื้นเมืองเปลี่ยนกลับไปใช้ชื่อเดิม)  
เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรได้ข้อมูลผิด เป็นต้น สามารถทำการตามขั้นตอน  
พร้อมกันในทีเดียวได้ เมื่อกรมประกันสุขภาพได้รับข้อมูลชำระเงินของ  
ประชาชนแล้วเสร็จจะจัดทำและส่งมอบบัตรทันที ประชาชนจะได้รับบัตร  
ประกันสุขภาพตามที่อยู่แจ้งไว้ภายในเวลา  
ประมาณ 7-10 วันทำการ





- ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด เมื่อทำการแจ้งเกิดนำชื่อเข้าทะเบียนบ้าน ยังสำนักทะเบียนราษฎร สามารถแสดงความจำนงทำประกันสุขภาพของ เด็กแรกเกิดร่วมกับบิดาหรือมารดา จะทำการยื่นขอบัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่ายหรือไม่และแจ้งที่อยู่สำหรับส่งบัตรประกันสุขภาพทางไปรษณีย์กับทางสำนักทะเบียนราษฎรได้พร้อมกัน กรมประกันสุขภาพเมื่อได้รับข้อมูลการแจ้งเรื่อง จะดำเนินการร่วมระบบประกันสุขภาพให้กับเด็กแรกเกิดเอง พร้อมทั้งส่งบัตรประกันสุขภาพให้ทางไปรษณีย์ (ผู้ที่ตกลงทำบัตรแบบไม่ติดรูปถ่าย) หากท่านต้องการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพแบบติดรูปถ่าย สามารถส่ง “หนังสือคำร้องยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ” ทางไปรษณีย์ หรือไปยื่นเรื่องยังฝ่ายธุรการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตต่างๆได้ เพื่อประกันการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลอันพึงมีของเด็กแรกเกิด เด็กแรกเกิดหลังคลอด ภายใน 60 วันที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถรับบริการฉีดวัคซีน และตรวจสุขภาพหรือรักษาพยาบาลโดยใช้ร่วมกับบิดามารดาได้

## ยกระดับงานบริการ

### 1. บริการ "ไม่ต้องกรอกแบบคำร้อง 'ไร้กระดาษ'"

หากบัตรประกันสุขภาพของท่านสูญหาย ขำรุด หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล เป็นต้น กรุณานำหลักฐานประจำตัวฉบับจริง (ผู้ที่อายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่มีบัตรประชาชน กรุณาพกพาทะเบียนบ้านฉบับจริง) ไปทำเรื่องได้ที่ สำนักงานประกันสุขภาพเขตต่างๆ ของกรมประกันสุขภาพ ยื่นขอที่เคาน์เตอร์โดยไม่ต้องกรอกใบคำร้อง เพียงแต่ตรวจสอบยืนยันข้อมูลและรูปถ่ายถูกต้อง

### 2. บริการทำบัตรในท้องถิ่น

เพื่อบริการประชาชนในทุกพื้นที่ และเกาะรอบนอกพื้นที่ห่างไกลความเจริญ สามารถยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพได้ทันทีทั้งที่ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ศูนย์บริการรวม 7 แห่งและสำนักงานติดต่อ 22 แห่งของกรมประกันสุขภาพ ได้ปฏิบัติงานบริการออกบัตรในสถานที่แล้วทุกแห่ง ประชาชนสามารถยื่นขอและรับบัตรที่เคาน์เตอร์ดำเนินการได้

เพื่อบรรเทาความต้องการใช้บัตรเร่งด่วนของประชาชนในท้องที่ ประชาชนที่เปลี่ยนเรื่องยังเคาน์เตอร์ สามารถใช้แผ่นซีดีไฟล์รูปถ่าย หรือใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ E-mail อีพโหลดไฟล์รูปถ่ายได้ (สำหรับ “จุดบริการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพในสถานที่” กรุณาดูได้ในบทที่ 8 )

### 3. 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 เพื่อให้อ้างอิงในการอนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้ใหม่
- (4) ประชาชนอาศัยในเขตเมือง ผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขผู้ป่วยโรคร้ายแรง หากต้องการยื่นขอ “เงินอุดหนุนการเดินทางจากการโอนย้ายผู้ป่วยของประชาชนเกาะรอบนอกเมือง” เพื่อทำการรักษาในเกาะได้ทุกวัน สามารถนำบัตรประกันสุขภาพ ไปส่งตัวผู้ป่วย ไปคำร้องยื่นขอเงินอุดหนุนค่าเดินทางเป็นต้น ไปทำเรื่องยื่นขอที่กองสาธารณสุขเทศบาลเขตเมืองและสำนักงานสาธารณสุขท้องที่ทุกแห่งในเขตเมือง (ไม่ต้องยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงกับกรมประกันสุขภาพ)



## ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก

### 1. ห่วงใยผู้ด้อยโอกาส ช่วยเหลือด้วยใจรัก

สำนักงานประกันสุขภาพทุกเขตต่างมี “บัญชีด้วยใจรัก” เพียงแต่ท่านอยู่ในเงื่อนไข เช่น ยากจน เจ็บป่วย และฉุกเฉิน เป็นต้น เมื่อผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการกองทุนด้วยใจรัก อาศัยหลักฐานที่ท่านแสดง เช่น ใบรับรองแพทย์ ผู้มีความลำบากทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ก็สามารถช่วยยื่นขออุดหนุนค่าประกันสุขภาพด้วยใจรักแก่ท่านได้

### 2. “โครงการอุดหนุนเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน”

กรมประกันสุขภาพร่วมกับหน่วยงานสังคมที่ว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตทุกแห่ง สำหรับ “ครอบครัวรายได้น้อย หรือรายได้น้อยถึงปานกลาง” และผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน ให้การช่วยเหลือและรับเรื่องในเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถทำเรื่องขอยื่นว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตได้บ้านได้



## 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)
สำนักงานติดต่ออีหั่น	(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)
สำนักงานติดต่อซินจู่	(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)
สำนักงานติดต่อฟงหยวน	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041)
สำนักงานติดต่อซาลู่	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352)



จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานติดต่อจั้งฮั่ว	(04)2258-3988	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)
สำนักงานติดต่อหนันโถว	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
ฝ่ายธุรการเขตไถ่	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongs District, Tainan City (70006)
สำนักงานติดต่อซินหยิง	(06)224-5678	No. 78, Dongyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064)
สำนักงานติดต่อเจี้ยอี่	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., Chiayi City (60085)
สำนักงานติดต่อหมุนหลิน	(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)
สำนักงานติดต่อกังซัน	(07)323-3123	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (Inside the Kaohsiung Armed Forced General Hospital Gangshan Branch)
สำนักงานติดต่อฉีซัน	(07)323-3123	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital)
สำนักงานติดต่อผิงตง	(07)323-3123	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
สำนักงานติดต่อตงกั๋ง	(07)323-3123	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)
สำนักงานติดต่อผิงหู	(07)323-3123	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)
สำนักงานติดต่อไถตง	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

คู่มือนี้ได้รับการรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ระเบียบกฎหมายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา กรุณาเข้าดูเว็บไซต์ของสำนักงานสุขภาพได้ตลอดเวลา <http://www.nhi.gov.tw> เพื่อรับรู้ข้อมูลล่าสุด

## **2016-2017全民健康保險民眾權益手冊（泰文版）**

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105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

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

定價：新臺幣50元

經銷者：五南文化廣場

地址：400台中市中區中山路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：1010502811

ISBN：978-986-05-1235-9

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。