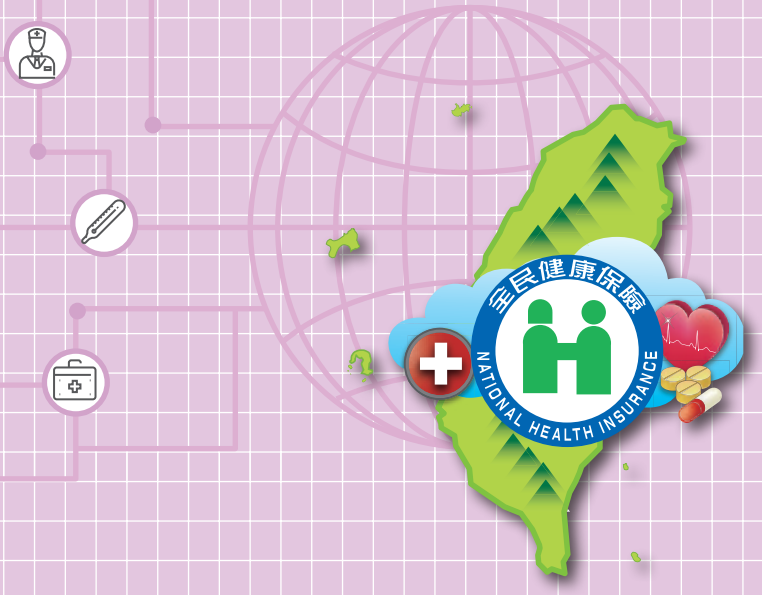
2563-2564

คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

ประกันสุขภาพ สุขกายสุขใจตราบนานเท่านาน

National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare



2563-2564

คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

ประกันสุขภาพ สุขกายสุขใจตราบนานเท่านาน

National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

สารบัญ

1

การประกันสุขภาพ คุ้มครองสิทธิการรักษาตลอดชีพ 06

การประกันสุขภาพคืออะไร 06

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ทุกคน
ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ 07

"บัตรประกันสุขภาพ" บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล 07

2

เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร 08

ประชาชนไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน 08

ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติ
ผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในไต้หวัน 13

3

กรณีพิเศษอื่นๆ 16

สูญเสียสถานะการทำประกัน 16

ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร 16

ประชาชนผู้พำนักในต่างประเทศเป็นเวลานาน 17

กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอระงับการทำประกัน
สุขภาพชั่วคราว 18

สาระน่ารู้ ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออก
นอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป 19

ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน 21

4

งบประมาณของระบบประกันสุขภาพและอัตราเงินสมทบ 23

งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมาจากไหน? 23

วิธีการคำนวณการจัดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ 23

เงินสมทบทั่วไป 23

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม 29

5

วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ 35

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบ
ค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด 35
จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี 35
ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร 36
วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ 37
จะทำอย่างไรหากลืมจ่ายเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคาร
ไม่เพียงพอสำหรับหักเงิน สมทบประกันสุขภาพ 40

6

บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ 41

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย 41
ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร 43
การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น 45
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 47
รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน 47
การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน 49
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 50
การรักษาพยาบาลในเคหสถานแบบบูรณาการ 53
การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการตามระบบประกันสุขภาพ 53
เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค 55

7

ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับการ
รักษาพยาบาลอย่างไร 57

พก "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล 57
อย่าลืมรับ "ใบสั่งยา" ทุกครั้งหลังพบแพทย์ 58
หลังพบแพทย์อย่าลืมต้องนัดคิวตรวจตามเวลาที่กำหนด 58
ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา 60
ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง 61
ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและใบสั่งยา 66

สารบัญ

7
แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง 67
ส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเองสำหรับอุปกรณ์พิเศษ 69
ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม 77
ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท 78

8
สมรรถนะ การอัพเดท การรักษาและการยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ 79
บทบาทของบัตร 79
การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ 81
บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่ 82
การรักษาบัตรประกันสุขภาพ 83
ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตรประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร 83
หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปภาพเป็นต้นควรทำอย่างไร 84
บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคดงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร 87

9
สิทธิการรักษาพยาบาลคนไข้โรคเจ็บป่วยพิเศษ 89
คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง) 89
ผู้ป่วยโรคร้ายแรง 92
ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน 93
ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย 95

10
มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความลำบากในการรักษาพยาบาล 97
รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส 97
กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน 100
รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลดล็อคบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย 103

10
ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ 104
เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส 104
โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ 105

11
ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ 106
อะไรคือ " ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" 106
ประโยชน์ของ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" สำหรับประชาชน 107
สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพสามารถใช้ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ"ได้ 108

12
การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง 110
กำหนดเวลาการขอเงินคืน 111
เอกสารที่ต้องเตรียม 112
วิธีการขอยื่นเรื่อง 115
จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้ 115

13
มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของประกันสุขภาพ 118
บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน 118
ยกระดับงานบริการ 119
ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก 121

ภาคผนวก 122

1

การประกันสุขภาพคุ้มครองสิทธิการรักษาตลอดชีพ

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

การประกันสุขภาพคืออะไร

การประกันสุขภาพ คือ ระบบประกันที่ประชาชนทุกคนต้องเข้าร่วมตั้งแต่แรกเกิด และเป็นระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างหนึ่งของประชาชนทุกคน โดยปกติทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบให้กับการประกันสุขภาพตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีคนเจ็บป่วยรัฐบาลจะนำเงินสมทบที่ได้รับ มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลบางส่วนแทนผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งช่วยให้ทุกคนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

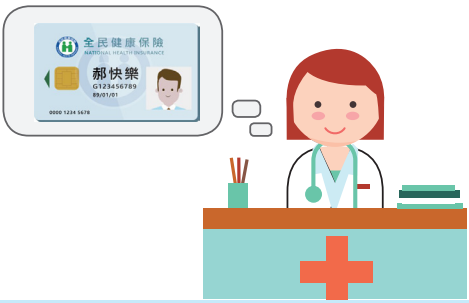
ในอีกแง่หนึ่งก็คือ ขอเพียงท่านจ่ายเงินสมทบให้กับการประกันสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ไม่เพียงแต่จะเป็นการช่วยเหลือตัวเองยามเจ็บป่วย ขณะเดียวกันท่านยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย และเมื่อผู้อื่นเจ็บป่วยก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากท่านเช่นกัน

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ทุกคนต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นประกันสังคมแบบบังคับ โดยกำหนดให้ชาวไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวันและชาวต่างชาติที่ถือใบถิ่นที่อยู่และมีถิ่นพำนักในไต้หวัน ไม่ว่าเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ผู้สูงอายุหรือ เด็กก่อนวัยเรียน มีงานทำหรือไม่มีงานทำ จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพตามกฎหมายทุกคน นอกจากนี้ การประกันดังกล่าวถือเป็นการประกันตลอดชีพ ยกเว้นแต่สูญเสียสถานะการทำประกัน (อาทิ เป็นบุคคลหายสาบสูญ สละสัญชาติ ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศหรือครบกำหนดอนุญาตการพำนักอยู่ในไต้หวัน) ดังนั้น ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตจึงไม่สามารถยกเลิกการทำประกันโดยพลการได้

"บัตรประกันสุขภาพ" บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน จะต้องยื่นเรื่องขอทำ "บัตรประกันสุขภาพ" เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล และจะต้องเก็บรักษาไว้ให้ดี

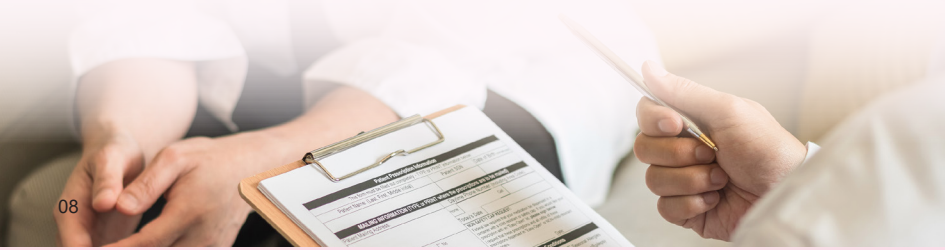


2

เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร

ประชาชนไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน

ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวัน จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่มีการเพิ่มชื่อและรายการบุคคลเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนเต็ม (ปัจจุบันผู้ที่ได้รับการว่าจ้างและเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ถูกส่งไปประจำอยู่ต่างประเทศรวมถึงคู่สมรสและบุตรธิดา ไม่อยู่ในข้อจำกัด 6 เดือนดังกล่าว โดยเด็กแรกเกิดซึ่งมีสัญชาติไต้หวันที่เกิดในไต้หวัน ต้องทำการแจ้งเกิดและเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้าน และยื่นทำประกันนับตั้งแต่วันที่เด็กเกิด) เนื่องจากสถานะของผู้ทำประกันแบ่งได้เป็น 6 ประเภท ผู้ทำประกันที่มีสถานะแตกต่างกันจะมีวิธีการทำประกันที่ไม่เหมือนกัน สถานะที่เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลให้วิธีการทำประกันเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย หากขณะนี้ท่านไม่มีงานทำ หรือถูกระงับประกันสุขภาพชั่วคราวในช่วงระหว่างเปลี่ยนงาน แต่ถ้ายังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านก็ต้องทำประกันต่อตามสถานะที่ถูกต้อง โดยจะระงับการทำประกันไม่ได้



ขอให้ท่านพิจารณาสถานะผู้ประกันตามลำดับต่อไปนี้ในการทำประกัน

หากท่านมีสถานะผู้ประกันตนสอดคล้องตามข้อที่ 1 หรือ 2 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 3 ถึง 5 ได้ หากท่านมีสถานะผู้ประกันตนสอดคล้องตามข้อที่ 3 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 4 ถึง 5 ได้ หากท่านมีสถานะผู้ประกันตนสอดคล้องกับข้อที่ 4 ก็ไม่สามารถเลือกข้อที่ 5 ได้

1. หากท่านเป็นพนักงานของบริษัท หน่วยงาน ห้างร้าน สถานประกอบการที่ท่านทำงานอยู่มีหน้าที่เป็นผู้ยื่นทำประกัน
2. หากท่านเป็นผู้รับผิดชอบบริษัทหรือห้างร้าน ท่านต้องจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการทำประกันเพื่อทำประกันให้กับตนเอง ลูกจ้างและครอบครัว
3. หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง องค์กรเหล่านี้มีหน้าที่ในการยื่นทำประกัน (ผู้ที่ในขณะเดียวกันเป็นทั้งสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ควรทำประกันกับสมาคมวิชาชีพก่อนเป็นอันดับแรก)
4. หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ตามกฎหมาย ให้ท่านยื่นทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ (หากท่านมีญาติสายตรงที่มีงานทำมากกว่า 2 คนขึ้นไป ต้องยื่นทำประกันกับญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด)
5. หากท่านไม่มีงานทำและไม่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ตามกฎหมาย ถ้างั้นหน่วยงานต้นสังกัดของท่านคือสำนักงานที่ว่าการเขตที่ท่านมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ขอให้ติดต่อหน่วยงานเหล่านั้นเพื่อยื่นเรื่องขอทำประกัน

ทารก

หลังจากที่แจ้งเกิดให้กับทารกเกิดใหม่แล้ว จะถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัวของบิดาหรือมารดา (ฝ่ายที่มีงานทำ หรือหากมีงานทำทั้งคู่ให้เลือกคนใดคนหนึ่ง) ตามกฎหมายนับแต่วันที่เด็กเกิด ให้ยื่นทำประกันกับหน่วย

งานต้นสังกัดของบิดาหรือมารดาในฐานะญาติ ส่วนทารกที่มีสัญชาติไต้หวันที่เกิดในต่างประเทศ จะต้องเดินทางกลับประเทศ และนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านครั้งแรกครบ 6 เดือน จึงจะยื่นเรื่องขอทำประกันได้

นักเรียนนักศึกษา

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

(1) หากท่านยังเรียนหนังสืออยู่ในสถานศึกษา (ต้องมีสถานภาพการเป็นนักเรียนและกำลังศึกษาอยู่ภายในประเทศในสถานศึกษาของรัฐหรือสถานศึกษาเอกชนที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านการศึกษาหรือสถานศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านการรับรอง โดยผู้ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ต้องแสดงหนังสือรับรองการศึกษา) และไม่มีงานทำ ต้องยื่นขอทำประกัน ร่วมกับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งในฐานะญาติ

(2) ผู้ที่ไม่สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาได้ ให้ยื่นขอทำประกันร่วมกับปู่ย่าหรือตายายในฐานะญาติได้เช่นกัน กรณีที่ไม่มีปู่ย่าหรือตายาย ให้ติดต่อกับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเพื่อยื่นเรื่องขอทำประกันสุขภาพ

(3) ผู้ที่จบการศึกษาหรือทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการและยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายในฐานะญาติได้ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่จบการศึกษาของปีการศึกษานั้น หรือภายใน 1 ปี นับจากวันที่ปลดประจำการหรือวันที่เสร็จสิ้นการฝึกทหาร

การประกันตนเมื่ออายุครบ 20 ปีบริบูรณ์และยังศึกษาอยู่

เมื่อมีอายุเกิน 20 ปี แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดูตนเองเนื่องจากอยู่ระหว่างศึกษาเล่าเรียน สามารถจะยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายได้ โดยหน่วยงานต้นสังกัดจะต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอต่อประกันพร้อมแนบสำเนาหนังสือรับรอง 1 ชุด ส่งให้กับฝ่ายบริการของสำนักงาน

ประกันสุขภาพ สาขาที่อยู่ภายใต้สังกัด เพื่อดำเนินเรื่องขอต่อการทำประกันภายในสิ้นเดือนของเดือนที่ผู้ทำประกันมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ หน่วยงานต้นสังกัดต้องตรวจหลักฐานประกอบเหตุผลการขอต่อประกันของผู้ขอทำประกันพร้อมเก็บฉบับถ่ายสำเนาไว้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบด้วย

2. เรียนด้วยทำงานด้วย

นักเรียนนักศึกษาที่มีงานประจำทำ ต้องให้บริษัทห้างร้านที่ตนทำงานอยู่เป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้ตนในฐานะลูกจ้างของบริษัทหรือห้างร้าน

3. ทำงานช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว (ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน)

หากท่านทำงานนอกเวลาช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว แต่มีระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน และจะกลับเข้าศึกษาต่อยังสถานศึกษาเดิมหลังเปิดภาคเรียน ช่วงระหว่างที่ท่านทำงานนอกเวลา ท่านสามารถเลือกทำประกันต่อโดยใช้สถานะเดิมได้

ผู้ที่มีงานทำ

สำหรับผู้ที่มีงานทำ บริษัทห้างร้านที่ท่านทำงานอยู่หรือองค์กรที่ท่านสังกัดอยู่มีหน้าที่ทำประกันให้กับท่าน

1. ผู้รับผิดชอบบริษัทห้างร้าน

ต้องจัดตั้งหน่วยงานต้นสังกัดสำหรับการทำประกันขึ้นเอง หากทำงานอื่นที่เป็นงานหลักก็สามารถยื่นขอทำประกันกับบริษัทห้างร้านหรือหน่วยงานที่ทำงานหลักอยู่ สามารถที่จะไม่ยื่นขอทำประกันด้วยสถานะผู้รับผิดชอบได้

2. ลูกจ้างของบริษัทห้างร้านที่มีนายจ้างประจำ

ให้นายจ้างเป็นผู้ทำประกันให้

3. มีงานทำแต่ไม่มีนายจ้างแน่นอน

หากเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ หรือเป็นสมาชิกสหกรณ์เกษตรหรือ

สหกรณ์ประมง หรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำประมง สมาคมวิชาชีพหรือสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมงมีหน้าที่ยื่นขอทำประกันให้

4. ผู้ที่ทำงานสองที่

ให้ยึดงานประจำเป็นหลัก (พิจารณาจากระยะเวลาการทำงานจริง หากระยะเวลาการทำงานเท่ากันให้อ้างอิงจากงานที่มีรายได้มากกว่าเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา) ในการกำหนดสถานะการทำประกัน

5. ผู้ที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือน (มิใช่การขอลางานโดยไม่รับเงินเดือนกรณีเลี้ยงดูบุตร)

หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมให้ความยินยอม ก็สามารถที่จะทำประกันต่อกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมโดยใช้อัตราทุนประกันเดิม ซึ่งผู้ทำประกันต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมในอัตราร้อยละ 30 ของเงินสมทบประกันสุขภาพ หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ยินยอมให้ผู้ทำประกันทำประกันต่อ ผู้ทำประกันต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำ แต่หากไม่มีญาติให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

6. ผู้ทำประกันที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือนกรณีคลอดบุตร ตามกฎหมายความเสมอภาคระหว่างเพศในการทำงาน

สามารถเลือกที่จะทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมโดยใช้อัตราทุนประกันเดิมและต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องรับภาระเองของเงินสมทบประกันสุขภาพซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งใบแจ้งเงินสมทบให้กับผู้ประกันตน เพื่อนำไปชำระโดยสามารถขอผัดผ่อนระยะเวลาการชำระได้ 3 ปี หากเลือกที่จะโอนย้ายออกจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม จะต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสที่มีงานทำในฐานะญาติ หากไม่มีญาติจะต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

ผู้ที่ไม่มีงานทำ

1. ผู้ที่ไม่มีงานทำและมีญาติที่ยื่นขอทำประกันร่วมได้ ต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติพี่น้องสายตรงที่มีงานทำ
2. ผู้ที่ไม่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่สามารถจะทำประกันร่วมด้วยได้ ให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านโดยใช้สถานะ “ประชากรในท้องที่” ในการทำประกัน
3. ทหารผ่านศึกที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกที่เสียชีวิตให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน โดยใช้สถานะ“ทหารผ่านศึก” ในการทำประกัน

ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในไต้หวัน

ตามกฎหมายการประกันสุขภาพ ชาวต่างชาติ (รวมชาวฮ่องกง มาเก๊า และจีนแผ่นดินใหญ่) ที่ถือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่พำนักในไต้หวันครบ 6 เดือนเต็มหลังจากที่ได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ (พำนักอยู่ในไต้หวันติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน หรือเคยเดินทางออกนอกไต้หวันหนึ่งครั้งแต่ไม่เกิน 30 วัน ให้นำจำนวนวันที่พำนักในไต้หวันหักลบจำนวนวันที่เดินทางออกนอกประเทศและมีจำนวนวันทั้งหมดเทียบเท่ากับ 6 เดือน) ยกเว้นผู้ที่เป็นลูกจ้างซึ่งมีนายจ้างแน่นอนที่ต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่เข้าทำงาน นับแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดในไต้หวันและถือเอกสารรับรองการมีที่ถิ่นที่อยู่ในไต้หวัน ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับตั้งแต่วันที่เกิด

นอกจากนี้นับแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นมา ชาวต่างชาติที่ได้รับการจ้างงานในสถานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คู่สมรส บุตรธิดาที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและบุตรธิดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากความทุพพลภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับเอกสารรับรองการพำนักในไต้หวันแล้ว ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับแต่วันที่บุคคล

ที่ทำงานเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ในไต้หวัน

1. นักเรียนนักศึกษาชาวจีนโพ้นทะเล (ฮ่องกงมาเก๊า) หรือชาวต่างชาติ

(1) สามารถยื่นขอทำประกันผ่านสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ กรณีจบการศึกษา พ้นสภาพจากการเป็นนักเรียน หรือพักการเรียน จะต้องยื่นเรื่องขอถอนการประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมก่อนเดินทางกลับประเทศที่ตนอาศัยอยู่หรือเดินทางออกจากไต้หวัน

(2) หากหลังจบการศึกษา ก่อนกำหนดการพำนักจะหมดอายุ หรือผู้ที่ได้รับอนุมัติต่ออายุการพำนักจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกระทรวงมหาดไทย ต้องทำการยื่นเรื่องร่วมทำประกันสุขภาพต่อ ตามสถานภาพบุคคลที่ถูกต้องตามกฎหมาย

2. ผู้เป็นลูกจ้างที่มีนายจ้างแน่นอน

นายจ้างเป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้ นับแต่วันที่ทำการจ้างงาน

3. กรณีไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่สามารถขอทำประกันร่วมในฐานะญาติได้

นับจากวันที่พำนักในไต้หวันครบ 6 เดือนเต็มเป็นต้นไปก็สามารถยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรงได้

4. กรณีไม่มีงานทำและไม่มีญาติที่สามารถขอทำประกันร่วมด้วยได้

ต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตถิ่นที่อยู่ นับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

5. ผู้รับผิดชอบบริษัท

ต้องยื่นทำประกันกับบริษัทนับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

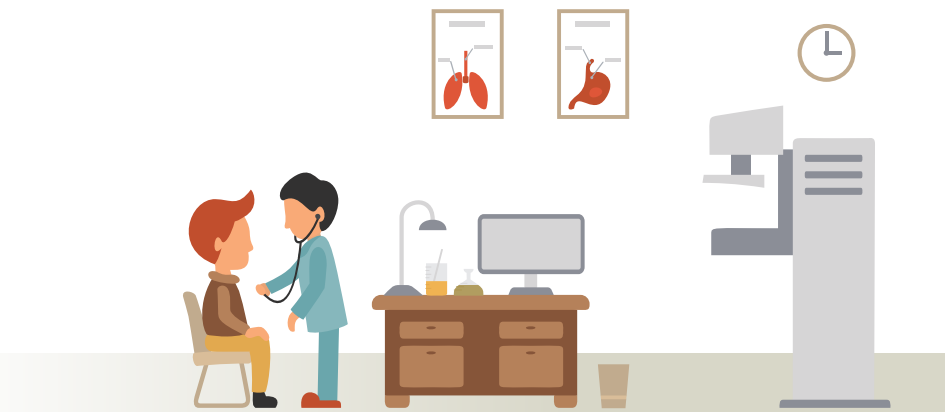
6. ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดในไต้หวัน

ตามกฎหมายการประกันสุขภาพมาตรา 9 วรรค 3 กำหนด นับแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ให้ทารกแรกเกิดชาวต่างชาติที่เกิดใน

ไต้หวัน และมีเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ไต้หวัน ต้องเข้าร่วมประกันสุขภาพนับตั้งแต่วันที่เกิด

7. ญาติของชาวต่างชาติที่ได้รับการจ้างงานในสถานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

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



3

กรณีพิเศษอื่นๆ

สูญเสียสถานะการทำประกัน

ผู้ที่มีเหตุตรงตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ไม่สามารถขอทำประกันได้ ผู้ที่ได้ทำประกันไปแล้วจะต้องถอนการทำประกัน

1. ผู้ที่หายสาบสูญครบ 6 เดือน: กรณีเป็นการหายสาบสูญเนื่องจากภัยพิบัติสามารถขอถอนประกันได้นับแต่วันที่มีเหตุภัยพิบัติเกิดขึ้น
2. เสียชีวิต สูญเสียสัญชาติสาธารณรัฐจีน ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศผู้ที่อาศัยในไต้หวัน ครบกำหนดตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต

ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร

หากประกันสุขภาพถูกระงับชั่วคราวเนื่องจากท่านเปลี่ยนงาน เปลี่ยนสถานะ ย้ายที่อยู่ต่าง ๆ เป็นต้น แนะนำให้ท่านยื่นเรื่องเพื่อขอทำประกันใหม่โดยเร็วที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลอาจจะจำเป็นต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน ขั้นตอนการยื่นเรื่องเพื่อขอทำบัตรใหม่มีดังนี้

1. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นลูกจ้างของบริษัท หน่วยงาน ห้างร้าน ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม
2. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคม วิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับ สมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง
3. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีญาติที่มี งานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับ หน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ
4. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคู่ สมรสหรือญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอ ทำประกันใหม่กับสำนักงานที่ว่าการเขตที่ท่านมีชื่ออยู่ในทะเบียน

ประชาชนผู้พำนักในต่างประเทศเป็นเวลานาน

ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศโดยไม่กลับเป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป ซึ่ง สำนักงานทะเบียนราษฎร์ได้ทำการย้ายทะเบียนบ้านของท่านออก ท่านก็ ไม่สามารถยื่นร่วมประกันสุขภาพได้ ควรทำการถอนประกัน หลังนำชื่อเข้า ทะเบียนบ้านแล้ว จึงทำการยื่นเข้าร่วมประกันใหม่ได้ หากเป็นผู้ที่เคยร่วม ประกันสุขภาพ และถอนประกันเนื่องจากทะเบียนบ้านย้ายออกจากการ ไปต่างประเทศ เมื่อนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านแล้ว กรณีผู้ที่ทำงานมีนายจ้าง แน่นอน หรือมีประวัติการร่วมประกันสุขภาพยังอยู่ภายใน 2 ปีเท่านั้นที่ สามารถร่วมประกันสุขภาพได้ทันทีเมื่อนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านแล้ว นอกนั้น ต้องรอให้นำชื่อเข้าทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนก่อนจึงจะสามารถร่วมประกัน สุขภาพได้

1. ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ขอเพียงยังมีชื่ออยู่ใน ทะเบียนบ้านถือว่ายังมีสถานะการประกันสุขภาพอยู่และต้องทำประกัน ตามกฎระเบียบ
2. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศแต่มีระยะเวลาการขอถอนประกัน ไม่ครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ สามารถจะกลับเข้าร่วมระบบ

ประกันสุขภาพได้ทันทีที่มีการแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านอีกครั้ง

3. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศและมีระยะเวลาขอถอนประกันครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ ต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน จึงจะกลับเข้าร่วมประกันสุขภาพได้

กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

1. ผู้ที่หายสาบสูญไม่เกิน 6 เดือน

(1) ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มแทนผู้ทำประกันเพื่อยื่นขอระงับการทำประกัน โดยมีผลนับจากเดือนที่หายสาบสูญ

(2) เอกสารรับรอง: บันทึกการรับแจ้งความเพื่อขอความช่วยเหลือค้นหาคนหายจากสถานีตำรวจ

(3) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ซึ่งยื่นขอระงับการทำประกันเนื่องจากหายสาบสูญและเป็นผู้ประกันตน จะต้องยื่นขอเปลี่ยนสถานะในการทำประกัน

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

(1) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศไม่เกิน 6 เดือนและเดินทางกลับประเทศก่อนกำหนด จะต้องยื่นเรื่องขอยกเลิกการระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว พร้อมทั้งต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลัง

(2) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ทำประกันที่ยื่นขอระงับการทำประกันชั่วคราวเนื่องจากเดินทางออกนอกประเทศ ต้องยื่นขอเปลี่ยนการทำประกันโดยใช้สถานะอื่น แต่ญาติของผู้ทำประกันที่ได้รับความยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ก็ให้ยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมต่อไป

สาระน่ารู้ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

หากท่านประสงค์จะเดินทางออกนอกประเทศนานเกินกว่า 6 เดือน ท่านสามารถเลือกที่จะ “ทำประกันสุขภาพต่อ” หรือ “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว” ได้

1. ต้องการทำประกันสุขภาพต่อ

ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องเพิ่มเติม แต่ต้องไม่ขาดส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เดินทางออกนอกประเทศ และยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพเช่นเดิม กรณีมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือคลอดบุตรฉุกเฉินอย่างไม่คาดหมายในต่างประเทศ สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ ได้สำรองจ่ายไปก่อนคืนได้ (“การอนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรอง จ่ายไปก่อน” กรุณาดูรายละเอียดในบทที่12)

2. ต้องการขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

(1) กรอกแบบฟอร์ม “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว” และยื่นเรื่องก่อนที่จะเดินทางออกนอกประเทศ โดยช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ แต่จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล หากไม่สามารถยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจให้ญาติพี่น้องที่อยู่ในไต้หวันเป็นผู้ดำเนินการแทนได้ โดยให้นำข้อมูลบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจประกอบการยื่นเรื่องขอระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว

กรมประกันสุขภาพอนุมัติให้ผู้ทำประกันประเภทที่ 6 (ประชากรในท้องที่ที่ว่างงานที่ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน) สามารถใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพยื่นขอระงับหรือขอกลับเข้าทำประกันสุขภาพทางเว็บไซต์ประกันสุขภาพ→บริการประกันสุขภาพ→เคาน์เตอร์งานร่วมประกันสุขภาพทางอินเตอร์เน็ต→“งานบริการผ่านอินเตอร์เน็ต

ข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล" หรือทาง "เคาน์เตอร์เคลื่อนที่" ใน APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซี่โก

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

(3) ผู้ที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว หลังจากที่พำนักอยู่ในต่างประเทศแล้ว ให้ยึดวันที่ที่เอกสารการยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันส่งถึงสำนักงานประกันสุขภาพเป็นวันระงับการทำประกัน ไม่สามารถขอระงับการทำประกันย้อนหลังไปยังวันที่เดินทางออกนอกประเทศได้ เมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศก็ไม่สามารถที่จะยื่นขอให้การระงับการทำประกันมีผลย้อนหลังหรือร้องขอให้คืนเงินสมทบค่าประกัน

สุขภาพในช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศซึ่งได้จ่ายไปแล้วก่อนหน้านี้ได้ นอกจากนี้ หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพแล้ว ท่านไม่สามารถที่จะยื่นขอกลับเข้าระบบประกัน

สุขภาพในระหว่างที่พำนักอยู่ในต่างประเทศได้ และไม่สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไป

ก่อน โดยต้องรอนับจากวันที่เดินทางกลับประเทศพร้อมยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพและชำระ

ค่าประกันสุขภาพย้อนหลังครบถ้วนแล้ว จึงจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ

(4) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศและได้ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวไปแล้วจะต้องมีระยะเวลาของการกลับเข้าระบบประกัน

สุขภาพหลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำประกันชั่วคราวได้ใหม่

ขั้นตอนการยื่นเรื่อง "ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว เมื่อเดินทางออกนอกประเทศ" และ "ขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับเข้าประเทศ"

การยื่นขอระงับการประกันสุขภาพ หน่วยงานต้นสังกัดมีหน้าที่ในการกรอกแบบฟอร์ม "แบบคำร้องขอระงับการทำประกันสุขภาพของผู้ทำประกัน" พร้อมแนบหลักฐานประกอบ อาทิ การตรวจลงตรา (วีซ่า)บัตรโดยสารเครื่องบิน เป็นต้น และส่งไปที่ฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อขอระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว การระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว สำหรับผู้ที่ส่งคำร้องถึงสำนักงานก่อนเดินทางออกนอกประเทศ ให้มีผลนับจากเดือนที่เดินทาง ส่วนผู้ที่ส่งคำร้องหลังจากเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว การระงับประกันจะมีผลนับจากเดือนที่เอกสารคำร้องส่งไปถึงสำนักงาน หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันไปแล้ว และเหตุผลในการขอ

ระงับการทำประกันได้สิ้นสุดลง เช่น เดินทางกลับเข้าประเทศ จะต้องยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในวันเดียวกับวันที่เดินทางกลับเข้าประเทศ โดยหน่วยงานต้นสังกัดของท่านต้องกรอกแบบฟอร์ม "แบบคำร้องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ" 1 ชุด ภายใน 3 วัน และหลักฐานแสดงประวัติการเดินทางเข้าออกประเทศ (หรือสำเนาหนังสือเดินทางทั้งเล่ม) ส่งมอบให้กับฝ่ายบริการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัด เพื่อยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ ผู้ที่ต้องยื่นขอกลับเข้าระบบประ กันสุขภาพแต่ไม่ได้ดำเนินการ จะต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ย้อนหลังนับจากวันที่เดินทางเข้าประเทศในภายหลัง

ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2556 เป็นต้นไป ขยายความคุ้มครองประกันสุขภาพสู่ผู้ถูกกักกัน (ผู้ถูกกักกันหมายถึง ผู้ที่อยู่ระหว่างรับโทษจำคุก หรือรับโทษควบคุมความประพฤติ ฝึกอบรมเป็นเวลาไม่เกิน 2 เดือนของหน่วย

งานสถานกักกัน) โดยบังคับให้ผู้ถูกกักกันจะต้องเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ ตามกฎหมายผู้ถูกกักกันถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิด และถูกจำกัด อิสรภาพในการเคลื่อนไหว ดังนั้น เพื่อคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาล ของผู้ถูกกักกัน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดสถานพยาบาล และวิธีการรักษา โดยผู้ถูกกักกันจะต้องเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายในหน่วย งานสถานกักกันก่อนเป็นลำดับแรกหากมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา จะนำส่งผู้ป่วยโดยให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มกัน

4

งบประมาณของระบบประกันสุขภาพ และอัตราเงินสมทบ

งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมาจากไหน?

รายได้หลักของระบบประกันสุขภาพมาจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ โดยมีประชาชน นายจ้างและรัฐบาล 3 ฝ่ายร่วมกันรับภาระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะนำเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์

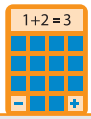
ขอชี้แจงอย่างชัดเจนว่า เงินสมทบค่าประกันสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ใช้สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เท่านั้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องของการประกันสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การบริหาร เงินเดือนพนักงาน รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบออกเงินทั้งหมด 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 ต้นสังกัด หรือรัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว)
ประเภทที่2 - ประเภทที่3		ผู้ทำประกัน	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ xจำนวนผู้ทำประกันจริง
ประเภท6	ทหารเกษียณ หรือตัวแทนครอบครัวทหารที่เสียชีวิต	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนสมาชิกในครอบครัว
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง
	ประชากรในท้องที่	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ xจำนวนผู้ทำประกันจริง

อธิบาย:

1. สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องจ่าย : ดูหน้าถัดไป "ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป"
2. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%
3. ค่าเงินประกัน : ดูหน้าถัดไป "ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นค่าเงินประกันสุขภาพที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ"
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว : ผู้ที่มากกว่า 3 คนให้ใช้จำนวน 3 คนในการคำนวณ
5. ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว : ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.58 คน
6. ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปสำหรับประเภทที่ 4 และ 5 เท่ากับ 1,785 เหรียญได้หวัน โดยรัฐบาลสนับสนุนให้ทั้งหมด
7. ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปของประชากรในท้องที่สำหรับประเภทที่ 6 เท่ากับ 1,249 เหรียญได้หวัน โดยต้องจ่ายเอง 60% รัฐบาลสนับสนุน 40% ดังนั้น จะต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพคนละ 749 เหรียญได้หวันต่อคนต่อเดือน

ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ประเภทของผู้ทำประกัน			สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระ (%)		
			ผู้ทำประกัน	หน่วยงานต้นสังกัด	รัฐบาล
ประเภทที่ 1	ข้าราชการ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ที่เป็นทหารด้วยความสมัครใจ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	พนักงานสถาบันการศึกษาเอกชน	ตนเองและครอบครัว	30	35	35
	ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน โดยมีนายจ้างประจำ	ตนเองและครอบครัว	30	60	10
	นายจ้าง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	เป็นนายจ้างของตัวเอง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	ผู้ประกอบวิชาชีพและช่างเทคนิคเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ประกอบอาชีพส่วนตัว	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
	นักเรียนทหารที่ได้รับทุนกองทัพครอบครัวของทหารที่เสียชีวิตในหน้าที่	ตนเอง	0	0	100
	ทหารเลือกบริการพลเรือน	ตนเอง	0	0	100
	ผู้ถูกกักกัน	ตนเอง	0	0	100
ประเภทที่ 5	ครอบครัวรายได้ต่ำ	สมาชิก	0	0	100
ประเภทที่ 6	ทหารผ่านศึก และตัวแทน	ตนเอง	0	0	100
	ครอบครัวทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต	ครอบครัว	30	0	70
	ประชากรท้องที่	ตนเองและครอบครัว	60	0	40

ตารางฐานเงินในการคำนวณค่าประกันสุขภาพ

กลุ่มช่วงต่าง	เอาประกันระดับ	ฐานเงินคำนวณค่าประกันรายเดือน	เงินเดือนรับจริง (เหรียญ)	กลุ่มช่วงต่าง	เอาประกันระดับ	ฐานเงินคำนวณค่าประกันรายเดือน	เงินเดือนรับจริง (เหรียญ)
กลุ่มที่1 ช่วงต่าง 900 เหรียญ	1	23,800	ต่ำกว่า 23,800	กลุ่มที่ 6 ช่วงต่าง 3,000 เหรียญ	22	60,800	57,801-60,800
					23	63,800	60,801-63,800
					24	66,800	63,801-66,800
					25	69,800	66,801-69,800
					26	72,800	69,801-72,800
กลุ่มที่ 2 ช่วงต่าง 1,200 เหรียญ	2	24,000	23,801-24,000	กลุ่มที่ 7 ช่วงต่าง 3,700 เหรียญ	27	76,500	72,801-76,500
	3	25,200	24,001-25,200		28	80,200	76,501-80,200
	4	26,400	25,201-26,400		29	83,900	80,201-83,900
	5	27,600	26,401-27,600		30	87,600	83,901-87,600
	6	28,800	27,601-28,800	กลุ่มที่ 8 ช่วงต่าง 4,500 เหรียญ	31	92,100	87,601-92,100
กลุ่มที่ 3 ช่วงต่าง 1,500 เหรียญ	7	30,300	28,801-30,300		32	96,600	92,101-96,600
	8	31,800	30,301-31,800		33	101,100	96,601-101,100
	9	33,300	31,801-33,300		34	105,600	101,101-105,600
	10	34,800	33,301-34,800		35	110,100	105,601-110,100
	11	36,300	34,801-36,300	กลุ่มที่ 9 ช่วงต่าง 5,400 เหรียญ	36	115,500	110,101-115,500
กลุ่มที่ 4 ช่วงต่าง 1,900 เหรียญ	12	38,200	36,301-38,200		37	120,900	115,501-120,900
	13	40,100	38,201-40,100		38	126,300	120,901-126,300
	14	42,000	40,101-42,000		39	131,700	126,301-131,700
	15	43,900	42,001-43,900		40	137,100	131,701-137,100
	16	45,800	43,901-45,800		41	142,500	137,101-142,500
กลุ่มที่ 5 ช่วงต่าง 2,400 เหรียญ	17	48,200	45,801-48,200		42	147,900	142,501-147,900
	18	50,600	48,201-50,600		43	150,000	147,901-150,000
	19	53,000	50,601-53,000	กลุ่มที่ 10 ช่วงต่าง 6,400 เหรียญ	44	156,400	150,001-156,400
	20	55,400	53,001-55,400		45	162,800	156,401-162,800
	21	57,800	55,401-57,800		46	169,200	162,801-169,200
					47	175,600	169,201-175,600
					48	182,000	175,601 ขึ้นไป

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563

เกณฑ์การคิดคำนวณค่าประกันสุขภาพทั่วไป

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

ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ตัวอย่างที่ 1 : นายจางซานทำงานอยู่ในบริษัท ก. ได้รับเงินเดือนเดือนละ 35,000 เหรียญได้หวัน ภรรยาเป็นแม่บ้านและมีบุตรสามคน ที่ยังเรียนหนังสืออยู่

อธิบาย:

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

2. อ้างอิงจากเงินเดือนของนายจางซาน ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของนายจางซานคือ 36,300 เหรียญไต้หวัน (ตรงกับระดับที่ 11 ตามตารางฐานเงินคำนวณ)
3. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายจางซานต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :
   36,300 เหรียญไต้หวัน x 4.69% x 30% (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น) x (1+3) = 2,044 เหรียญไต้หวัน
4. เงินสมทบประกันสุขภาพที่บริษัท ก. ต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :
   36,300 เหรียญไต้หวัน x 4.69% x 60% x (1+0.58) (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น) = 1,614 เหรียญไต้หวัน
5. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายจางซานเป็นประจำทุกเดือนตามที่กฎหมายประกันสุขภาพกำหนดเท่ากับ :
   36,300 เหรียญไต้หวัน x 4.69% x 10% x (1+0.58) (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น) = 269 เหรียญไต้หวัน

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

ตัวอย่างที่ 2 : นายหลี่ซื่อและภรรยายื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

อธิบาย:

1. เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายหลี่ซื่อต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :
   1,249 เหรียญไต้หวัน x 60% (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น) x (1+1) = 1,498 เหรียญไต้หวัน

2. เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายหลี่ซื่อเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :
1,249 เหรียญไต้หวัน x 40% (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 ปัดทิ้ง 5 ปัดขึ้น) x (1+1) = 1,000 เหรียญไต้หวัน

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

เกณฑ์การคิดคำนวณเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

1. ผู้มีเงินได้หรือมีรายได้ตามรายการ 6 ประเภทด้านล่างนี้ ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมตามอัตราที่กำหนด(ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเป็น 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, 79A, 79B
เงินได้จากวิชาชีพเสริม	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับผู้ประกอบวิชาชีพเสริม (หมายถึงรายได้ที่ไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันสุขภาพด้วย)	50, 79A, 79B
รายได้จากการประกอบธุรกิจ	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับประชาชนจากการประกอบธุรกิจ (ไม่มีการหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นหรือต้นทุนออก)	9A, 9B
เงินได้จากเงินปันผล	เงินปันผลที่บริษัทจ่ายให้กับผู้ถือหุ้น	54, 71G
เงินได้จากดอกเบี้ย	เงินได้ที่จ่ายให้กับประชาชนในรูปดอกเบี้ยพันธบัตร ดอกเบี้ยพันธบัตรองค์กร ดอกเบี้ยตราสารทางการเงิน ดอกเบี้ยตั๋วเงินระยะสั้นทุกประเภท ดอกเบี้ยเงินฝาก และดอกเบี้ยที่ได้จากการให้กู้ยืม	5A, 5B, 5C, 52, 73G
รายได้จากการจัดเก็บค่าเช่า	เงินค่าเช่าที่จ่ายให้กับประชาชน (โดยไม่มีการหักค่าเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายที่จำเป็น)	51, 74G

2. เงินสมทบเพิ่มเติมใช้วิธีการหัก ณ ที่จ่าย โดยผู้มีหน้าที่จัดเก็บหักเก็บขณะจ่ายแต่ละครั้ง ผู้ประกันตนแต่ละรายจะถูกเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมคำนวณต่อคนต่อครั้งและไม่มีการคำนวณรวม

ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

[เงินได้จากดอกเบี้ย]

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

[เงินรางวัล]

- ตัวอย่าง : นายหวังมีอาชีพเป็นวิศวกรซอฟท์แวร์ ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากบริษัท ค. โดยมีค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณต่อเดือนเท่ากับ 150,000 เหรียญไต้หวัน ได้รับเงินโบนัสปลายปีในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวน 450,000 เหรียญไต้หวัน และได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญในเดือนตุลาคม

- การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 450,000 เหรียญไต้หวัน (600,000 + 450,000 - 150,000 x 4 เหรียญไต้หวัน) × 1.91% = 8,595 เหรียญไต้หวัน
- อธิบาย : นายหวังได้รับเงินรางวัลสะสม ณ เดือนกุมภาพันธ์รวม 450,000 เหรียญ ซึ่งเป็นยอดเงินที่ไม่ถึง 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ ในเดือนนั้น คือ 600,000 เหรียญ (150,000 เหรียญไต้หวัน x 4) จึงไม่ต้องนำมาหักค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม แต่ในเดือนตุลาคมได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญไต้หวัน จึงมีเงินรางวัลสะสมรวมเป็น 1,050,000 เหรียญไต้หวัน ซึ่งมียอดเงินที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้นเท่ากับ 450,000 เหรียญ (1,050,000 - 600,000 เหรียญไต้หวัน) ดังนั้น เมื่อบริษัท ค.จะจ่ายเงินรางวัลให้ในเดือนตุลาคม จะต้องหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม จำนวน 8,595 เหรียญไต้หวันก่อนดูวิธีการคำนวณอย่างละเอียดจากตารางด้านล่าง:

วันเดือนปีที่จ่าย	รายการเงินรางวัล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (A)	4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (B=Ax4)	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 เหรียญได้หวันต่อครั้ง
เงินได้จากวิชาชีพเสริม	จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้ง เท่ากับรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หวัน
รายได้จากการประกอบธุรกิจ(หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หวัน(หมายเหตุ 3)	
เงินได้จากเงินปันผล (หมายเหตุ 2)	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าเกินจากค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเกินกว่า 20,000 เหรียญได้หวัน(หมายเหตุ 3) 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าถึง 20,000 เหรียญได้หวัน(หมายเหตุ 3)	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง: จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่าเกินจากค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หวัน 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หวัน
เงินได้จากดอกเบี้ย (หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หวัน(หมายเหตุ 3)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หวัน
รายได้จากค่าเช่า (หมายเหตุ 2)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หวัน(หมายเหตุ 3)	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หวัน

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 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง (ปัจจุบันคือ 20,008 เหรียญได้หวัน) ไม่จำเป็นต้องหัก เก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ
3. ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 เป็นต้นมา

4. ผู้ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมบุคคลที่มีหลักฐานดังต่อไปนี้ ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเมื่อได้รับการจ่ายเงินได้

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

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง	ยอดเงินที่ได้รับต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำสำหรับรายได้ต่อไปนี้: 1. รายได้จากการ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดในมาตราที่ 100 ของกฎหมายการประกันสุขภาพ		บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วมประกันภัยแรงงาน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง		หนังสือรับรองคุณสมบัติที่ออกโดยหน่วยงานราชการในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์		
เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ		
ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ		

5. เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายจ้าง (หน่วยงานต้นสังกัด)

(ยอดเงินเดือนรวมทั้งหมดที่หน่วยงานต้นสังกัดจ่ายในแต่ละเดือน - ยอดเงินค่าประกันรวมที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของลูกจ้าง) × 1.91%

- **ไม่มีฐานอ้างอิงสูงสุด**
- **นายจ้างคำนวณเองและนำส่งร่วมกับเงินสมทบค่าประกัน สุขภาพทั่วไป ทุกเดือน**

5

วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด

ใบแจ้งการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ทางสำนักงานประกันสุขภาพจัดส่งให้กับท่านหรือบริษัท มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ หากท่านยังคงมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณ อัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถโทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพผู้นั้นโดยตรง เพื่อขอให้ช่วยเหลือจัดการได้

จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี

ตามมาตรา 17 แห่งกฎหมายภาษีเงินได้ เงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้จ่ายไป สามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีได้โดยไม่จำกัดวงเงิน หรือหมายถึง เมื่อยื่นแบบแสดงรายการชำระภาษี หากเลือกการหักลดหย่อนตามรายการที่จ่ายจริง จะสามารถแบ่งการหักลดหย่อนค่าประกันภัยออกได้เป็นสองส่วน:

1. ค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพ

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพ (หมายรวมถึงเงินสมทบค่าประกันทั่วไปและเงินสมทบค่าประกันเพิ่มเติม) ไม่ว่าจะของตนเอง คู่สมรสหรือญาติสายตรงที่อยู่ในการ

อุปการะเลี้ยงดู ที่ได้จ่ายไปในปีนั้นของแต่ละคน สามารถนำมาหักลดหย่อนตามรายการที่ได้จ่ายจริงโดยไม่จำกัดวงเงินการหักลดหย่อน หรือก็คือ ยามปกติจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพยิ่งมาก ก็นำมาหักลดหย่อนภาษีได้มากขึ้น และเสียภาษีเงินได้น้อยลง

2. ค่าใช้จ่ายประกันภัยอื่นๆ

ค่าเบี้ยประกันอื่นๆ ได้แก่ ประกันชีวิต ประกันการบาดเจ็บ ประกันบำนาญ ประกันภัยแรงงาน ประกันการจ้างงาน ประกันภัยสำหรับเกษตรกร ประกันภัยสำหรับข้าราชการ ครูและทหาร โดยทุกคนสามารถนำค่าเบี้ยประกันที่ได้จ่ายไปในปีนั้นมาหักลดหย่อนภาษีได้แต่ไม่เกินวงเงินการหักลดหย่อนสูงสุด

ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร

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

   (1) ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ตรวจสอบหรือดาวน์โหลดผ่านบริการเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ

   (2) นำบัตรประชาชนตัวจริงไปยื่นขอได้ยังหน่วยงานร่วมยื่นทำประกันที่ว่าการเขต หรือฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาทุกเขตหรือสำนักงานติดต่อประกันสุขภาพทุกแห่ง

(3) ใช้แพลตฟอร์มบริการมัลติมีเดียร้านสะดวกซื้อ ตรวจสอบหรือดาวน์โหลด โดยใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์

2. ในระหว่างการแจ้งเสียภาษีรายได้ทุกปีในเดือนพฤษภาคม สำนักงานสรรพากรและสาขาของทุกเขต ล้วนสามารถตรวจสอบเพื่อใช้ข้อมูลประกันสุขภาพได้ นอกจากนี้การใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ก็สามารถแจ้งรายการภาษีเงินได้ผ่านโปรแกรมระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบจำนวนเงินที่จ่ายสมทบประกันสุขภาพได้

วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

ท่านสามารถเลือกช่องทางการชำระเงินต่อไปนี้ตามความสะดวกของท่าน:

1. หักจ่ายจากบัญชีเงินฝากธนาคารที่ตกลง

(1) บัญชีเงินฝาก

ท่านสามารถติดต่อสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ เพื่อยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบด้วย

วิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร เมื่อยื่นเรื่องหักจากบัญชีเงินฝากเรียบร้อยแล้ว เดือนต่อไปของการชำระเงินสมทบค่าประกัน ก็จะถูกหักจากยอดเงินในบัญชีของท่าน

(2) บัตรเครดิต

ท่านสามารถติดต่อตกลงชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพด้วยบัตรเครดิตกับสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระ กรอกแบบฟอร์ม “หนังสือตกลงยินยอมเพิ่มการมอบหมายหักผ่านบัญชีชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ (ฉบับบัตรเครดิต)” เพื่อดำเนินการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพอัตโนมัติด้วยบัตรเครดิต

2. ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

ในการชำระเงินสบทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับยื่นชำระเป็นเงินสดหรือชำระด้วยบัตรเครดิตที่เจ้าหน้าที่ที่เคาน์เตอร์บริการของสถาบันการเงินที่ให้บริการหรือที่เคาน์เตอร์ของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง โปรด

ทำการตรวจสอบกับเจ้าหน้าที่ก่อนว่าสามารถใช้บัตรเครดิตของสถาบันเงินใดได้บ้าง

3. ผ่านร้านสะดวกซื้อ (ต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง)

ท่านสามารถนำใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพยื่นชำระได้ที่ร้านสะดวกซื้อ (โดยมีวงเงินชำระสูงสุดไม่เกิน 20,000 เหรียญไต้หวัน) ได้แก่ ร้านเซเว่นอีเลเว่น ร้านแฟมิลี่มาร์ท ร้านไฮไลฟ์ และร้านโอเค ทุกสาขา

4. โอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) (โอนผ่านต่างธนาคารต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเอง)

ท่านสามารถชำระโดยโอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) ที่มีสัญลักษณ์บริการโอนเงินต่างธนาคารผ่านระบบอัตโนมัติได้

5. จ่ายผ่านระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต (ต้องจ่ายค่าบริการเอง)

ท่านสามารถใช้ บริการทางอินเตอร์เน็ตของเว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ เชื่อมต่อไปยัง“งานบริการผ่านอินเตอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล”(ช่องทาง “บริการประกันสุขภาพ” > “เคาน์เตอร์อินเตอร์เน็ต” > “เคาน์เตอร์งานร่วมประกันสุขภาพทางอินเตอร์เน็ต” > “ประชาชนทั่วไป”) หรือ “พื้นที่ชำระค่าประกันสุขภาพ ประกันสุขภาพสำหรับประชาชน” (ช่องทาง “บริการประกันสุขภาพ” > “เคาน์เตอร์อินเตอร์เน็ต”> “ชำระค่าประกันสุขภาพ”) และสามารถใช้ APP “ประกันสุขภาพประชาชนอีซี่โก”—“เคาน์เตอร์ระบบเคลื่อนที่” หรือสแกน QR-Code บนใบแจ้งชำระค่าประกันสุขภาพด้วยอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่โดยตรง แล้วเชื่อมไปยัง “พื้นที่ชำระค่าประกันสุขภาพ การประกันสุขภาพประชาชน” จ่ายเงินโดยใช้บัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวัน บัตรเครดิต (จำกัดการชำระเงินเฉพาะค่าประกันสุขภาพของเจ้าของบัญชีหรือผู้ถือบัตรเครดิตเท่านั้น) หรือใช้โมบายเพย์เมนต์ในการจ่ายเงิน

(1) จ่ายเงินโดยใช้บัญชีธนาคารเงินฝากกระแสรายวัน

ใช้เว็บไซต์ e-Bill จ่ายเงินทั่วประเทศ(https://ebill.ba.org.tw) เลือกค่าประกันสุขภาพ ทำตามขั้นตอนที่ระบุ จ่ายเงินโดยบัญชีธนาคาร

เงินฝากกระแสรายวัน(จำกัดเฉพาะชำระค่าประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของบัญชีเท่านั้น) หรือจ่ายเงินโดยใช้บัตรเอทีเอ็มติดไมโครชิป หรือใช้เว็บไซต์ของธนาคาร Bank of Taiwan (https://ebank.bot.com.tw)

เลือกอินเตอร์เน็ตเอทีเอ็ม ใช้บัตรเอทีเอ็มติดไมโครชิป เลือก“ใช้บัตรจ่ายเงินภาษีรายการต่างๆ/ค่าประกันสุขภาพ” หลังทำการป้อนข้อมูลตามขั้นตอนที่ระบุ ถือว่าจ่ายเงินเสร็จสมบรูณ์

(2) จ่ายเงินโดยใช้บัตรเครดิต

ล็อกอิน “บริการแพลตฟอร์มรัฐบาลออนไลน์” ใช้บัตรเครดิตจ่ายเงิน หลังได้หมายเลขอ้างอิงการชำระเงินจากหน่วยงานออกบัตรแล้ว ถือว่าจ่ายเงินเสร็จสมบรูณ์ หลังจ่ายเงินตามการอ้างอิงสำเร็จแล้ว ห้ามยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลง

(3) จ่ายเงินโดยใช้โมบายเพย์เมนต์

จ่ายเงินผ่านระบบโมบายเพย์เมนต์ 3 ระบบได้แก่ “JKo Pay” “Line Pay – iPASS” “Pi Wallet”

6. จ่ายเงินโดยใช้โมบายเพย์เมนต์(ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเอง)

(1) Taiwan Pay

ใช้อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ดาวน์โหลดธนาคารที่ร่วมมือกับ Taiwan Pay หรือ APPของ “ไต้หวันโมบายเพย์เมนต์” สแกน QR-Code บนใบแจ้งชำระค่าประกันสุขภาพ จ่ายเงินผ่านบัญชีเงินฝาก

(2) JKo Pay Line Pay – iPASS และ Pi Wallet

ใช้ APP ของระบบโมบายเพย์เมนต์ทั้ง 3 สแกน QR-Code บนใบแจ้งชำระค่าประกันสุขภาพ ดึงข้อมูลเข้าโดยอัตโนมัติ ชำระเงินค่าประกันสุขภาพ

แนะนำให้ท่านใช้วิธีตกลงหักเงินจากบัญชีชำระค่าประกันสุขภาพ ทั้งประหยัดเวลา และไม่ต้องเสียค่าปรับเนื่องจากลืมชำระค่าประกันสุขภาพด้วย

จะทำอย่างไรหากลืมจ่ายเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคารไม่เพียงพอสำหรับหักเงินสมทบประกันสุขภาพ

("การจ่ายเงินสมทบล่าช้า" และ การคำนวณ "ค่าปรับ")

หลังจากที่การยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ด้วยวิธีหักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของท่านมีผลอนุมัติอย่างเป็นทางการแล้ว สถาบันการเงินที่ได้รับมอบหมายจะทำการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทุกวันที่15 ของเดือน (เป็นวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผันชำระเงิน สมทบ) หากเงินฝากในบัญชีของท่านไม่เพียงพอ สถาบันการเงินจะไม่ ทำการหักเงินอีก จะเปลี่ยนเป็นการส่งใบแจ้งชำระเนื่องจากหักชำระผ่าน บัญชีไม่สำเร็จของสำนักงานประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ของท่าน เวลานี้ท่าน ต้องนำใบแจ้งไปชำระด้วยช่องทางอื่น ดังนั้นก่อนทุกวันที่15 ของเดือน ท่านต้องฝากเงินในบัญชีของท่านให้เพียงพอ เพื่อสะดวกในการหักชำระ

ไม่ว่าท่านเลือกช่องทางใดในการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ หากท่านชำระเงินสมทบล่าช้ากว่าระยะเวลาผ่อนผันที่กำหนด (วันครบ กำหนดชำระเงินคือวันที่15 ของเดือนถัดไป) สำนักงานประกันสุขภาพ จะคิดค่าปรับในอัตราวันละร้อยละ 0.1 ของค่าประกันสุขภาพ นับตั้งแต่วันถัดไปของวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผัน (คือวันที่16 ของเดือนถัดไป) จนถึงวันก่อนวันที่ชำระครบถ้วน โดยเงินค่าปรับที่เรียกเก็บจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้มีหน้าที่จัดเก็บสูงสุดไม่เกิน 15% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ ส่วนผู้ประกันตนจะเสียค่าปรับสูงสุดไม่เกิน 5% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ

6

บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการ ประกันสุขภาพ

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย

เมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษา การประกันสุขภาพจะช่วยท่านรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากการตรวจวินิจฉัยโรคประเภทผู้ป่วยนอก ค่ายาและเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ให้ ซึ่งท่านเพียงแต่ชำระค่าใช้จ่ายในส่วนน้อยเท่านั้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก” และ “ค่ายาและเวชภัณฑ์ส่วนที่ต้องรับภาระเอง” บทที่ 7)

1. เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิก หากมีความจำเป็นค่อยส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล :

เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับชั้นสามารถให้บริการท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ขอให้ท่านเลือกแพทย์ซึ่งใกล้บ้านที่น่าไว้วางใจเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของท่าน โดยเมื่อท่านเจ็บป่วยก็สามารถให้แพทย์ผู้นี้เป็นผู้ดูแลรักษา หากมีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม ผ่าตัดหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางคลินิกจะช่วยเหลือนำส่งท่านไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ข้อดีของการทำเช่นนี้ คือช่วยลดเวลาที่ท่านต้องไปทำการลงทะเบียนที่โรงพยาบาล รอรับการตรวจจากแพทย์ รอการจ่ายเงินและรับยา ด้านหนึ่งคือท่านสามารถจัดเก็บประวัติผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนไว้กับแพทย์ที่คลินิก พร้อมทั้งได้รับบริการการรักษา

จากผู้เชี่ยวชาญ อีกด้านหนึ่งคือท่านสามารถลดเวลาและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปกับการตระเวนพบแพทย์ลงได้

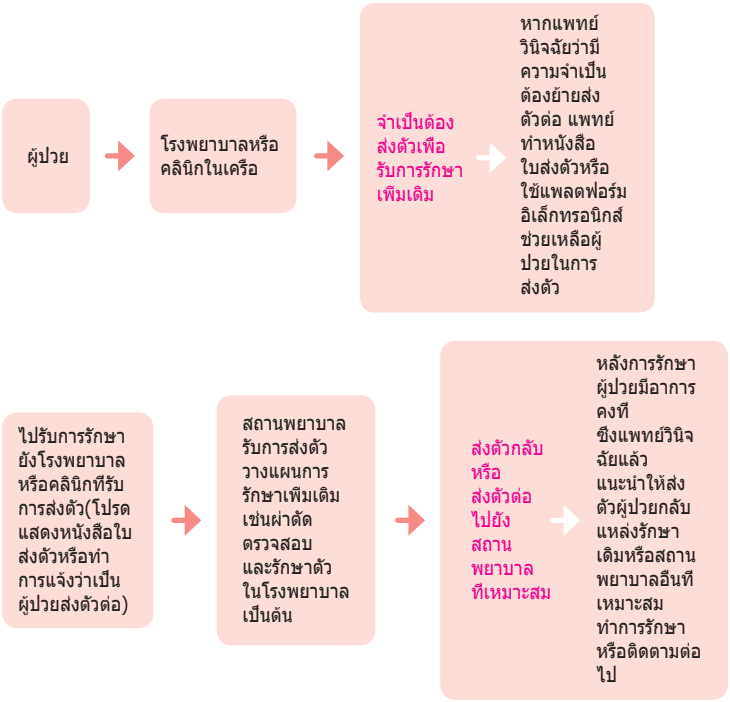
2. เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น :

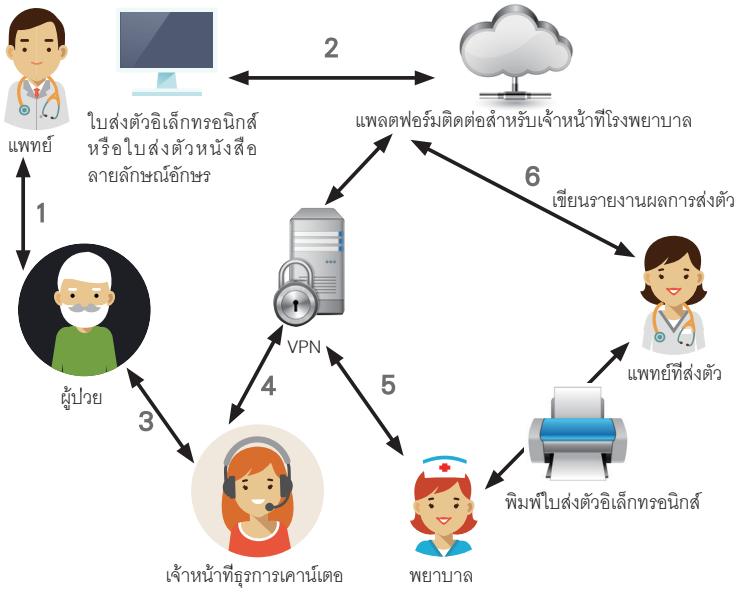
ตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2560 เป็นต้นมา หากท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิกจะเสียค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกครั้งละ 50 เหรียญไต้หวันเท่าเดิม กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมที่วิทยาลัยการแพทย์ โรงพยาบาลประจำเขตโดยมีใบส่งตัวจากแพทย์ จะเสียค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองลดลง 40 เหรียญไต้หวัน โดยวิทยาลัยการแพทย์จาก 210 เหรียญไต้หวันลดเหลือ 170 เหรียญไต้หวัน สำหรับโรงพยาบาลประจำเขตจาก 140 เหรียญไต้หวันลดเหลือ 100 เหรียญไต้หวัน กรณีแพทย์วินิจฉัยจากสภาพความเจ็บป่วยว่ามีความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ก็สามารถถือใบนำส่งตัวซึ่งออกให้โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาของสถานพยาบาล เข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมได้ที่โรงพยาบาลในท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือที่วิทยาลัยการแพทย์ หลังรับการรักษาแล้ว หากแพทย์วินิฉัยแล้วว่าต้องรับการรักษาต่อแผนกผู้ป่วยนอก ให้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมได้ไม่เกิน 4 ครั้ง ภายใน 1 เดือนนับจากวันที่เข้ารับการรักษาพร้อมใบส่งตัว หรือเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่กลับไปตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งแรกภายใน 1เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่กลับไปตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งแรก หลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วย แพทย์แผนปัจจุบันค่าธรรมเนียมพื้นฐานผู้ป่วยนอกที่ต้องจ่ายเอง ให้เก็บตามข้อกำหนดของผู้ป่วยลักษณะส่งต่อ

กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือวิทยาลัยการแพทย์โดยตรง โดยไม่ได้ผ่านขั้นตอนการส่งตัว (ไม่รวมกรณีทันตกรรม และแพทย์แผนจีน) “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก”จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว 30,140 หรือ 250 เหรียญไต้หวันแล้วแต่กรณี ส่วน “ค่ายาและเวชภัณฑ์

ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” จะไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัว

ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร





ขอเพียงจดจำขั้นตอนดังต่อไปนี้ ท่านก็สามารถจะขอรับการส่งตัวได้อย่างเหมาะสม ประหยัดเวลาและกำลังของท่าน:

ขั้นที่ 1 : ผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาจากคลินิกใกล้บ้านหรือแพทย์ประจำครอบครัวก่อน หากแพทย์วินิจฉัยว่า ท่านมีความจำเป็นต้องทำการรักษาเพิ่มเติมยังสถานพยาบาลอื่น อาทิผ่าตัด ตรวจสอบหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นต้น ท่านสามารถปรึกษากับแพทย์ก่อนได้ แพทย์จะช่วยจัดการย้ายส่งตัวต่อเพื่อให้ท่านได้ทำการรักษาในแผนกและสถานพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นที่ 2 : แพทย์จะทำการออกหนังสือใบส่งตัวหรือทำการส่งตัวผ่านทางแพลตฟอร์มส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ของกรมประกันสุขภาพ ช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วย แพทย์จะมอบใบส่งตัวหรือใช้แพลตฟอร์มส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ดำเนินการส่งตัวรักษาต่อ โดยจะวางแผนช่วยเหลือนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะรับการตรวจรักษา

ขั้นที่ 3 : เข้ารับการตรวจรักษาก่อนวันหมดอายุตามที่ระบุไว้ในใบส่งตัว โดยให้นำใบส่งตัวมอบให้กับเคาน์เตอร์บริการของสถานพยาบาลที่รับส่งตัว เพื่อตรวจสอบหรือแจ้งว่าตนคือผู้ป่วยส่งตัวต่อ

ขั้นที่ 4 : หลังจากที่ทางโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งตัวทำการการรักษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ต้องทำการแจ้งรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อแนะนำ หรือบันทึกเวชระเบียนโดยย่อหลังออกจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิม กรณีผู้ป่วยนอกจะแจ้งภายใน 3 วัน ผู้ป่วยในจะแจ้งหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ทั้งนี้หากอาการเจ็บป่วยมีความจำเป็น ต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อ ก็จะแจ้งไปพร้อมกันด้วย

ขั้นที่ 5 : สำหรับผู้ป่วยหลังการรักษาอาการคงที่ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยแล้วสามารถส่งตัวกลับไปยังแหล่งรักษาเดิม หรือสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมเพื่อทำการรักษาหรือติดตามต่อไป ส่งตัวกลับรักษาที่เดิมหรือคลินิก สถานพยาบาลในเครือสัญญาประกันสุขภาพเพื่อรักษาต่อหรือติดตามต่อไป

หมายเหตุ:

1. การส่งต่อผู้ป่วยควรดำเนินการตามสภาพความเจ็บป่วย และความต้องการพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาล โดยมีแพทย์วินิจฉัยตามความเชี่ยวชาญว่าจำเป็นต้องส่งตัว แพทย์จึงจะทำการออกใบส่งตัวผู้ป่วย
2. โรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือประกันสุขภาพทุกแห่งสามารถออกใบส่งตัวผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเพียงนำใบส่งตัวดังกล่าวเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตามที่ระบุได้ทุกแห่ง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการส่งตัวต่อตามลำดับขั้น
3. โรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือสัญญาประกันสุขภาพทุกแห่งสามารถออกใบส่งตัวผู้ป่วยได้ผู้ป่วยเพียงนำใบส่งตัวดังกล่าวเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตามที่ระบุได้ทุกแห่ง โดยไม่จำเป็นต้องทำการส่งตัวผ่านโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ต่อกันตามลำดับขั้นแต่อย่างใด

การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น

เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่เห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามรายการดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นการบำบัดรักษาโรคซ้ำ

1. แพทย์แผนปัจจุบัน : นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

(1) การทำแผลธรรมดาภายใน 2 วัน

(2) ฉีดยาที่ไม่ใช่ยาเคมีบำบัดชนิดเดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

(3) กายภาพบำบัดแพทย์แผนปัจจุบันไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(4) การรักษาโรคผิวหนังโดยใช้แสงบำบัด การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า และการฝึกหัดการเบ่งถ่ายอุจจาระด้วยวิธี Biofeedback Therapy ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(5) ถอดไหมหลังจากผ่าตัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(6) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(7) การรักษากายภาพบำบัดแพทย์แผนปัจจุบันของเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปีไม่เกิน 6 ครั้งภายในก่อนปลายเดือนถัดไป
(8) การฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งภายใน 30 วัน
(9) การฟอกเลือดการล้างไตทางหน้าท้องภายใน 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 สำหรับฟันซี่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(2) ทันตกรรมหัตถการ (อุดฟัน) สำหรับฟันซี่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้ง ภายใน 30 วัน
(3) การรักษาฟันซี่เดียวกันด้วยการขูดหินปูน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
(4) การรักษารากฟันเฉพาะที่ภายใน 60 วัน

3. แพทย์แผนจีน: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

(1) การฝังเข็มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วันต้องรักษาต่อเนื่อง
(2) การรักษากระดูกเคลื่อนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วันต้องรักษาต่อเนื่อง
(3) การรักษาการบาดเจ็บกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วันต้องรักษาต่อเนื่อง

การบำบัดรักษาโรคซ้ำ ยกเว้นการตรวจรักษาในครั้งแรกที่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ระหว่างรับการ

รักษาครั้งอื่นๆ ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมดังกล่าวเพิ่มอีก (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัด และการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน)

กรณีท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่ารับบริการเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญไต้หวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษากายภาพบำบัดในระดับ ปานกลาง-รุนแรง และรุนแรง)

ต้องพกบัตรประกันสุขภาพทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับให้ทางสถานพยาบาลบันทึกประวัติการรักษา

ข้อควรระวัง

ระหว่างรับการรักษา หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาโรคซ้ำ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งเมื่อแพทย์ตรวจรักษาและวินิจฉัยใหม่ว่าไม่อยู่ในขอบข่ายการบำบัดรักษาโรคซ้ำ จะต้องชำระค่าใช้จ่ายการลงทะเบียน และการตรวจรักษาตามขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์ทั่วไป

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ค่าดูแล ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ กรมประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านจึงเพียงแค่รับผิดชอบ “ส่วนที่ต้องรับภาระเองในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน” เท่านั้น (ส่วนที่ต้องรับภาระเองกรณีรักษาฉุกเฉิน กรุณาดูบทที่7)

รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน หากมีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ประกันสุขภาพจะช่วยท่านออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ “ค่าห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ” และ “ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล” ส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านเพียงแต่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเองระหว่าง

5%-30% เท่านั้น (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเอง ในบทที่ 7)

1. ค่าห้อง :

"เตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ" หมายถึง ห้องพักผู้ป่วยที่มีเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 3 เตียง (รวม) ขึ้นไปและห้องผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยไอซียู และผู้ป่วยแยก เป็นต้น หากท่านพักรักษาตัวในห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าห้องพักผู้ป่วยทั้งหมด หากท่านพักรักษาตัวในห้องประเภทอื่น ท่านจะต้องจ่ายส่วนต่างค่าห้องพักที่เกิดขึ้นเอง โดยสามารถสอบถามอัตราค่าห้องพักเดี่ยวและห้องพักคู่ได้ที่ เคาน์เตอร์บริการผู้ป่วยใน จากเว็บไซต์หรือเคาน์เตอร์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ

การคิดค่าห้องพักผู้ป่วยจะเริ่มนับจากวันที่ท่านเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันแรก แต่ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือหมายถึง “นับวันเข้าแต่ไม่นับวันออก”

2. ค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล :

ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค การดูแลและการผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น แม้จะไม่จำกัดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล แต่ต้องขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรับการรักษาตามอาการของท่าน

หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลอีก แต่ท่านยังต้องการที่จะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ ประกันสุขภาพจะไม่รับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายให้ โดยท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเอง นอกจากนี้ การสั่งใช้ยาพิเศษบางตัวจะมีระเบียบกำหนดการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างหาก ซึ่งหากแพทย์ลงความเห็นว่าอาการของโรคเป็นไปตามข้อกำหนดในระเบียบ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

3. พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพ

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ได้มีการยกเลิกข้อกำหนดเดิมที่ประชาชนต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แก้ไขเป็นไม่ต้องมัดจำบัตรประกันสุขภาพอีกต่อไป พิจารณาจากประชาชนหากเป็นโรคที่ต้องรับการตรวจรักษาจากแพทย์ต่างแผนกในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และผ่านการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รับผิดชอบแล้วว่าต้องทำการตรวจรักษาทันที ประกอบกับโรงพยาบาลดังกล่าว ไม่มีแพทย์ในแผนกที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษา ซึ่งต้องทำการขออนุญาตออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปทำการตรวจยังสถานพยาบาลอื่นและต้องใช้บัตรประกันสุขภาพ แต่ก่อนที่ท่านจะออกจากโรงพยาบาล ขอให้ท่านเตรียมบัตรประกันสุขภาพเพื่อทำเรื่องขอออกจากโรงพยาบาลด้วย

การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน

การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยถึงที่พักอาศัยโดยแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่ คือ การไปตรวจเยี่ยม การรักษาพยาบาล จัดหาอุปกรณ์การรักษาให้ การรักษาพยาบาลทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายอาหารหรือใส่สายสวนปัสสาวะ ตลอดจนจัดเก็บตัวอย่างเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้อนุบาล

1. ยื่นเรื่องอย่างไร

(1) ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าตรงตามเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคหสถานของโรงพยาบาลนั้นจะรับเรื่องโดยตรง หรือส่งเรื่องต่อให้กับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน

(2) หากไม่ใช่กรณีจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขของการดูแลในเคหสถาน ก็สามารถที่จะยื่นเรื่องกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคหสถานได้โดยตรง

ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขการขอรับบริการดูแลในเคหสถานดังต่อไปนี้หรือไม่

1. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากกว่า 50% จะจำกัดอยู่เพียงบนเตียงหรือเก้าอี้
2. เป็นผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการทางการแพทย์ที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล

2. กฎระเบียบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

(1) การให้บริการดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน 30 วันถือเป็นการบำบัดรักษาโรคครั้งเดียวกัน ดังนั้นจะหักจำนวนครั้งของการรักษาในบัตรประกันสุขภาพ 1 ครั้งในครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมในเดือนนั้นเท่านั้น

(2) เกณฑ์การให้บริการดูแลในเคหสถานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลเดือนละ 2 ครั้ง แพทย์สองเดือนต่อ 1 ครั้ง

(3) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระ คือ 5% ของค่ารักษาพยาบาลจริงในแต่ละครั้ง (ยกเว้นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องรับภาระเองและผู้ที่อยู่ในพื้นที่การรักษาพยาบาลขาดแคลน)

(4) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ไปตรวจเยี่ยม

(5) พิจารณาจากผู้ป่วยที่รับการดูแลในเคหสถาน ไม่สะดวกต่อการเดินทางไปรับยา จึงอนุโลมให้แพทย์เมื่อทำการออกใบสั่งยาควบคุมประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ผู้ป่วยหากมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถไปรับยาที่โรงพยาบาลที่ออกใบสั่งยาเดิมได้ สามารถไปขอรับยายังโรงพยาบาลอื่นในเครือประกันสุขภาพหรือที่สถานีอนามัยในท้องที่ได้

การดูแลแบบประคับประคอง

การให้บริการดูแลแบบประคับประคองโดยประกันสุขภาพแบ่งออก

เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ให้การดูแลในโรงพยาบาล ให้การดูแลที่บ้าน (รวมการดูแลในชุมชน) และให้การดูแลร่วมโดยเป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วย 8 โรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ซึ่งได้แก่ โรคความจำ เสื่อมในวัยชราและใกล้ชรา โรคสมองเสื่อมอื่นๆ โรคหัวใจล้มเหลว โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังซึ่งไม่ได้จัดประเภทไว้ โรคทางปอดอื่นๆ โรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคไตวายเฉียบพลันไม่ระบุรายละเอียด และโรคไตวายเรื้อรังไม่ระบุรายละเอียด

การให้บริการ :

1. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→แผนงานการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→ดูแลแบบประคับประคอง(โรงพยาบาล เคหสถาน บูรณาการ) ตรวจสอบบริการผ่านเว็บไซต์ หรือโทรศัพท์

สอบถามรายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการดังกล่าวจากฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพทุกสาขา จากนั้นจึงไปติดต่อสถานพยาบาล หลังจากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยแล้วเห็นว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด แพทย์จะจัดเตรียมห้องพักผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้กับท่าน โดยจะมีชุดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางอย่างเข้มงวด ชี้แจงเกี่ยวกับการลงนามในหนังสือยินยอมขอรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างละเอียด การรักษาโดยไม่บีบบังคับ และข้อควรระวังต่างๆ เป็นต้น

2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

หากท่านหรือครอบครัวของท่านเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน หรือสถานดูแลพักฟื้นใกล้บ้าน สำนักงานประกันสุขภาพก็ให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านเช่นกัน โดยจะมีเจ้าหน้าที่ทีมรักษาพยาบาล (ประเภทก.) หรือสถานดูแลพักฟื้น ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน ให้การ

รักษาพยาบาลทั่วไป ตลอดจนให้การดูแลปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและของญาติด้วย นับแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้เพิ่มการดูแลประคับประคองแบบชุมชน (ประเภทข.) ขยายขอบเขตการดูแลของเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล “ดูแลประคับประคองแบบชุมชน” ให้แพทย์ระดับต้นมีโอกาสคุณสมบัติเข้าข่าย ทำให้การดูแลแบบประคับประคองขยายสู่ชุมชนและสร้างประโยชน์ต่อประชาชนที่อาศัยในเกาะรอบนอก ทั้งนี้สถานพยาบาลมีบริการสายตรงให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ดูแลรักษาที่บ้านโดยเฉพาะ โดยท่านสามารถโทรศัพท์สอบถาม เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอดเวลา ค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→แผนงานการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→ดูแลแบบประคับประคอง(โรงพยาบาล เคหสถานบูรณาการ) เพื่อตรวจสอบบริการผ่านเว็บไซต์

3. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน

เนื่องจากหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความสมัครใจเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่สามารถเข้าพักรักษาตัวเพื่อรับการดูแลในห้องพักผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ สำนักงานประกันสุขภาพจึงเริ่มใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคฉับพลันทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษอย่างไอซียู อาร์ซียู เป็นต้นและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้การรักษาพยาบาลชุดเดิม
ควบคู่กับทีมแพทย์ที่ “ให้การดูแลแบบประคับประคอง” ในโรงพยาบาลเดียวกัน (โดยทีมแพทย์การดูแลแบบประคับประคอง จะให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนทีมแพทย์ชุดเดิมจะให้บริการการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

การรักษาพยาบาลในเคหสถานแบบบูรณาการ

ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์พ.ศ.2559 เป็นต้นมาสำนักงานประกันสุขภาพมีบริการรักษาพยาบาลในเคหสถานแบบบูรณาการแบบต่อเนื่อง 3 ระดับ ได้แก่ “การรักษาพยาบาลในเคหสถาน” “การรักษาพยาบาลในเคหสถานสำหรับผู้ป่วยอาการหนัก” และ “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” โดยสถานพยาบาลและศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคหสถานร่วมกันจัดทีมงานแพทย์ให้การดูแลรักษาตามลักษณะอาการของคนไข้ให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยยึดคนไข้เป็นหลักเพื่อให้คนไข้สามารถใช้ชีวิตในบ้านได้ทีมงานแพทย์นอกจากบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงแล้วหากพบว่าคนไข้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวก็จะช่วยส่งเรื่องต่อไปยังศูนย์จัดการดูแลระยะยาวประจำเขตต่างๆช่วยประสานงานระหว่างทรัพยากรด้านการแพทย์และด้านการดูแลพยาบาลให้มากขึ้น

นับแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ได้มีการขยายรายละเอียดแผนงาน เพิ่มการบรรจุบริการของทันตแพทย์ แพทย์แผนจีนและเภสัชกร พร้อมทั้งเพิ่มความรับผิดชอบของแพทย์รักษาในเคหสถาน และความต้องการโดยรวมของคนไข้ โดยมีแพทย์ผู้รักษาในเคหะสถานประเมิน หากมีความจำเป็น ให้ทำการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลอื่น เช่นทันตแพทย์ แพทย์แผนจีน พยาบาล และนักบำบัดระบบหายใจเป็นต้น ส่วนคนไข้ก็ต้องให้ความร่วมมือในการรักษาใช้ยาของแพทย์ผู้รักษาในเคหะสถาน รับการรักษาแบบครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านสามารถดูรายชื่อสถานให้บริการใกล้บ้านได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→แผนงานการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→บริการการรักษาพยาบาลในเคหะสถานที่เกี่ยวข้อง

การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ ตามระบบประกันสุขภาพ

เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เรียกว่า “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างคลินิกปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่

เดียวกันตั้งแต่ 5 แห่งขึ้นไป โดยอาศัยความร่วมมือภายในกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

รายละเอียดการให้บริการ :

1. “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” จะมีหมายเลขโทรศัพท์สายตรงสำหรับให้คำปรึกษาทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ที่สามารถตอบคำถามของท่านได้ในทันทีทันใด พร้อมทั้งให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา แนะนำความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่าน ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น
3. หากมีความต้องการรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลหรือมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของท่านจะติดต่อกับโรงพยาบาลที่อยู่ในความร่วมมือ ช่วยเหลือในการนำส่งตัวท่านเพื่อรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยที่ประวัติผู้ป่วยของท่านจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นด้วย ซึ่งโรงพยาบาลในความร่วมมือจะแจ้งผลการส่งตัว และการตรวจรักษากลับไปยังคลินิก การประสานงานจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะสามารถช่วยให้ท่าน “ได้พบแพทย์ที่เหมาะสม และรับการรักษาที่ถูกทาง” ช่วยลดขั้นตอนการตรวจสอบ และการใช้ยาที่ไม่จำเป็น รวมทั้งลดระยะเวลาการรอเตียงในหอผู้ป่วยให้กับท่าน และยังช่วยลดปัญหาเมื่อไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่ไม่ทราบว่าจะต้องรับการรักษาอย่างไรด้วย
4. หลังจากที่มีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือท่านกลับไปรับการดูแลรักษากับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งเดิม ซึ่งจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาล

การเข้าร่วม “โครงการการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ”:

สำนักงานประกันสุขภาพจะนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันประเภทผู้ป่วยนอกของประชาชนในปีก่อนหน้ามา

ทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาผู้ทำประกันที่มีความเหมาะสมสำหรับให้การดูแลในระดับปฐมภูมิ และจะกำหนดให้คลินิกที่ผู้ทำประกันไปใช้บริการทางการแพทย์บ่อยที่สุดเป็นคลินิกดูแลหลัก โดยหลังจากที่คลินิกดังกล่าวเข้าร่วมในโครงการ สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งรายชื่อให้กับคลินิกในเครือกลุ่มการแพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปขององค์รวม นอกจากตามที่กล่าวมา ญาติในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีรายชื่อตามโครงการหรือคนไข้ที่มีแพทย์รักษาประจำ หรือแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการก็สามารถจัดการด้านการรักษาด้วยตนเองได้

หากท่านต้องการทราบว่าคลินิกใกล้บ้านแห่งใดที่เป็นคลินิกในเครือ “กลุ่มการแพทย์ชุมชน”สามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่ โทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678 หรือค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→แผนงานการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→โครงการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ→มุมสมาชิก→ค้นหาแพทย์ประจำบ้านบริเวณใกล้บ้าน

เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค

“การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา” โรคส่วนใหญ่เมื่อเริ่มแสดงอาการหากสามารถใช้การคัดกรองเพื่อให้พบโรคตั้งแต่ระยะแรกและทำการรักษาอย่างทันท่วงทีทำให้โอกาสที่จะหายจากโรคเป็นปกติเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวบางประเภท หากสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำและทานยาตามเวลาเพียงรู้จักการควบคุมที่เหมาะสม ก็สามารถจะใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไป

กรมประกันสุขภาพ ได้ทำการคัดเลือกโรคที่พบบ่อยมาจัดทำเป็นโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” บนแนวคิดพื้นฐาน “ซื้อสุขภาพให้ประชาชน” โดยอาศัยการเสนอแรงดึงดูดที่เหมาะสมในการชักนำให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ที่ครบถ้วนและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคุณภาพ และประสิทธิภาพของการ

รักษาพยาบาลในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และเป็นมาตรการใหม่เพื่อการซื้อสุขภาพที่แท้จริง

รายละเอียดการให้บริการ :

ปัจจุบันมีโรคที่เข้าข่ายในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” ได้แก่โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะแรก โรคหืดหอบ ผู้ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี มะเร็งเต้านม โรคจิตเภท การดูแลสตรีมีครรภ์และคลอดบุตรแบบครบวงจรการดูแลรักษาแต่แรกเริ่มและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปีพ.ศ. 2562 ได้เพิ่มดำเนินการตาม “โครงการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยการใช้ยาของโรงพยาบาล” เพื่อเพิ่มคุณภาพดูแลการใช้ยาทางคลินิกของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเปลี่ยนจุดยืนจากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายเข้าหาแพทย์ มาเป็น

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเฉพาะทางในเชิงรุกน โดยหารือการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย คอยเตือนให้ผู้ป่วยทายาตามเวลา ติดตามอาการโรคและเตือนให้กลับมาติดตามการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา เป็นต้น

จะเข้าร่วมได้อย่างไร:

สามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→แจ้งและจ่ายค่ารักษาพยาบาล→พื้นที่แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” จากฝ่ายธุรการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกเขต ซึ่งท่านสามารถจะเข้ารับการรักษาได้โดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วย

หากแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคที่อยู่ในข้อกำหนดตามแผนดังกล่าวก็ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องใดๆ อีก โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะให้การดูแลรักษาอาการของท่านพร้อมทั้งกำหนดแผนการรักษาที่ครบถ้วน ขอเตือนท่านว่าเพื่อให้ท่านได้รับการรักษาที่ครบถ้วนและติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขอให้ท่านเลือกทำการรักษาในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน

7

ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับ การรักษาพยาบาลอย่างไร

พก "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล

ไม่ว่าจะเป็นการพบแพทย์ รับยาหรือรับการตรวจรักษาขอให้นำ "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวไปด้วยทุกครั้ง ก็จะสามารถใช้สถานะขอรับผู้ประกันตนในการบริการทางการแพทย์ได้ แต่จะต้องเสียค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

หากท่านลืมพกบัตรประกันสุขภาพ ท่านจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดก่อน และเพียงท่านนำบัตรประกันสุขภาพและใบเสร็จไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตรวจรักษาให้กับท่านภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ทางคลินิกหรือโรงพยาบาลจะคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับท่านทั้งหมด

อย่าลืมรับ "ใบสั่งยา" ทุกครั้งหลังพบแพทย์

ใบสั่งยาก็คือชื่อที่รู้จักกันทั่วไปของ “รายการยา” กฎระเบียบของสำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยาให้กับท่าน โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่จัดเตรียมยาให้กับท่านตามใบสั่งยาของแพทย์ พร้อมแนะนำข้อควรระวังในการใช้ยาเมื่อส่งมอบยาให้กับท่าน

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

ใบสั่งยาต้องระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

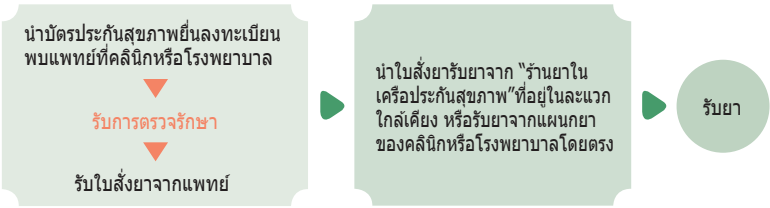
หลังพบแพทย์อย่าลืมต้องนัดคิวตรวจตามเวลาที่กำหนด

หากแพทย์ออกใบสั่งทำการตรวจวิเคราะห์ ตรวจสอบหรือทำกายภาพบำบัดให้กับท่าน โปรดให้ความสนใจต่อกำหนดเวลาที่ต้องทำการนัดคิวกับสถาน

พยาบาลในเครือประกันสุขภาพหรือขอรับบริการด้านการแพทย์ (วันสุดท้ายหากตรงกับวันหยุดให้เลื่อนออกไป) หากเลยกำหนดเวลา ห้ามสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพรับการจองคิวหรือให้บริการด้านการแพทย์ โดยมีกำหนดเวลาดังนี้:

1. นัดคิวตามใบสั่งตรวจวิเคราะห์ ตรวจสอบ: ภายใน 180 วัน นับจากวันออกใบสั่ง
2. นัดคิวทำกายภาพบำบัด: ภายใน 30 วัน นับจากวันออกใบสั่ง

ขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์



หมายเหตุ :
ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ไม่ใช่รายการที่การประกันสุขภาพจ่ายให้ และไม่ใช่การเรียกเก็บโดยกรมประกันสุขภาพ หากท่านมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม ได้จากกองสาธารณสุขท้องถิ่น

ระเบียบทั่วไปสำหรับใบสั่งยา

การสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละครั้งของแพทย์ จะสั่งจ่ายยาให้สูงสุดไม่เกิน 7 วันเป็นหลัก หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาให้กับท่านต่อครั้งมากที่สุด 30 วัน (รายละเอียดเกี่ยวกับใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง กรุณาดูบทที่ 9)หากร้านยาไม่มียาตามที่ระบุในใบสั่งยา โดยที่แพทย์ก็ไม่ได้ระบุว่าจะต้องใช้ยาชนิดนี้เท่านั้น เภสัชกรจะพิจารณาจัดยาตัวเดียวกันแต่คนละบริษัทผู้ผลิตให้กับท่านแทน โดยจะต้องเป็นยาที่มีราคา "ไม่เกินจาก" ยาที่ระบุในใบสั่งยา และต้องเป็นยาที่มีส่วนประกอบ ขนาดยาและปริมาณยาที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามการจัดยาแทนดังกล่าวจะต้องเป็นยาในรายการยาที่กรมประกันสุขภาพจ่ายให้

ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

กรณีที่โรงพยาบาลและคลินิกในเครือประกันสุขภาพ ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะต้องให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ แต่หากท่านมีอาการที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพจะต้องให้การรักษาพยาบาลเร่งด่วนที่เหมาะสมก่อน จึงจะส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อได้ นอกจากนี้ หลังการส่งตัวเพื่อรับการรักษาและท่านมีอาการดีขึ้นโดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับการอยู่รักษาตัวในสถานพยาบาลดังกล่าวต่อไปอีก สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวกลับไปยังสถานพยาบาลที่เป็นผู้นำส่งตัวท่านมาในครั้งแรกหรือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพแห่งอื่นที่เหมาะสม เพื่อตรวจติดตามการรักษาต่อไป

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

กรณีที่ท่านมีเหตุจำเป็นและไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามวันเวลาที่ระบุในใบส่งตัว ท่านสามารถติดต่อกับเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือที่รับส่งตัวท่านไปรักษาต่อได้โดยตรง เพื่อช่วยเหลือนัดหมายวันเข้ารับการรักษาใหม่ (เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย กรุณาดูบทที่ 6)

ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง

เมื่อเราไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล นอกจากกรมประกันสุขภาพจะช่วยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับเราแล้ว เรายังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งเพียงเล็กน้อย ซึ่งก็คือ “ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” มาตรการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อไว้เตือนทุกคนว่าทรัพยากรทางการแพทย์ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยและต้องใช้ในที่ที่มีความจำเป็น ทรัพยากรเหล่านี้มีค่าและไม่ควรใช้อย่างฟุ่มเฟือย

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

1. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

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

หมายเหตุ :

1. สำหรับผู้ที่มี หนังสือรับรองผู้ทุพพลภาพ ไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลระดับใดก็ตาม จะถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองในอัตราเดียวกับการรับบริการจากคลินิกคือ 50 เหรียญได้หวัน
2. ผู้ป่วยหลังจากที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่พักรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามการรักษาครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ หลังพบแพทย์โดยมีใบส่งตัว เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าการเจ็บป่วยจากการส่งตัว ต้องทำการรักษาแบบผู้ป่วยนอกต่อ นับแต่วันถือใบส่งตัวพบแพทย์เป็นต้นไป รับการรักษาผู้ป่วยนอกไม่เกิน 4 ครั้งภายใน 1 เดือน ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วยโดยโรงพยาบาลจะต้องออกหนังสือรับรองให้กับผู้ป่วย

2. ค่ายาผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

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

3. ค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน) ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

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

4. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่ท่านต้องรับภาระเองกรณีรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของเครือประกันสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับประเภทห้องพักว่าเป็นห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันหรือผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่พัก โดยจะจัดเก็บตามสัดส่วนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนการจัดเก็บค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองดังนี้ :

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

หมายเหตุ:
หากท่านเนื่องจากโรคเดียวกันพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองจะจัดเก็บโดยมีเพดานสูงสุด ซึ่งจะมีการประกาศกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดปีละครั้ง เช่นระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 หากเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเดียวกันในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน การรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 39,000 เหรียญไต้หวัน และการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดปีส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 65,000 เหรียญไต้หวัน โดยสามารถขอเบิกคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากกำหนดเพดานสูงสุดตลอดปีได้ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ของปีถัดไป (หมายเหตุ:กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการประกาศเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองประจำปีสำหรับปีนั้นๆ)

ยื่นเรื่องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อนอย่างไร:

1. กรอกแบบฟอร์มขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนจากการประกัน สุขภาพพร้อมแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด แต่หากผู้ประกันตนเป็นผู้ที่ตกลงให้ผู้รับการประกันคิดคำนวนอนุมัติคืนเงินค่าใช้จ่าย ก็ไม่จำเป็นต้องแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด โดยให้และยื่นเรื่องได้ที่ ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับการตรวจรักษาครั้งแรก
2. สามารถขอแบบฟอร์มได้ที่เคาน์เตอร์ฝ่ายธุรการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกเขตหรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→ค่ารักษาพยาบาลและคืนเงิน→คืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง→ รายละเอียดโดยสังเขปขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง→แบบคำร้องขออนุมัติค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองประกันสุขภาพประชาชน

ใครคือผู้มีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

1. ผู้มีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองทั้งหมด:
   (1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคร้ายแรง คลอดบุตรและอยู่อาศัยในพื้นที่ภูเขาหรือพื้นที่หมู่เกาะรอบนอก
   (2) ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลในพื้น ที่หมู่เกาะรอบนอกเพื่อมารับการรักษาต่อในไต้หวัน
   (3) ทหารผ่านศึกและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกเสียชีวิตที่มีระบุคำว่า "เกียรติ" บนบัตรประกันสุขภาพ
   (4) ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ
   (5) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ
   (6) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลในเครือ ประกันสุขภาพ

(7) ผู้ทำประกันภัยแรงงานที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน
(8) ผู้ป่วยได้รับสารพิษโพลีคลอรีเนท ไบฟีนอลที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
(9) ผู้สูงอายุเกิน 100 ปี
(10) ทหารบริการพลเรือนที่อยู่ระหว่างการเป็นทหารและมีบัตรทหาร (รวมทหารบริการพลเรือนทั่วไปและทหารบริการพลเรือนที่อยู่ในการวิจัยพัฒนาระยะแรกและระยะที่2)

2. ผู้มีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นค่ายาในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :
(1) ผู้ที่มี "ใบสั่งยารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง" (การสั่งยาสำหรับ 28 วันขึ้นไป) (โรคเรื้อรังตามประกาศของทบวงสาธารณสุขมีทั้งสิ้น 100 ประเภท เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ https://www.nhi.gov.tw)→บริการประกันสุขภาพ→บริการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→โรคเรื้อรังและใบสั่งยา→ค้นหาใบสั่งยารักษาโรคเรื้องรังต่อเนื่อง
(2) ผู้รับบริการรักษาทางทันตกรรม
(3) ผู้รับบริการรักษา "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือดีอาร์จี (DRG)" ตามข้อกำหนด มาตรฐานค่าใช้จ่ายและรายการบริการทางการแพทย์ที่การประกันสุขภาพออกให้

3. ผู้มีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :
(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 หรือบริการดูแลรักษาในเคหสถาน ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ จะได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง 20% (สำนักงานประกันสุขภาพจะประกาศรายชื่อพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ปีละ 1 ครั้ง)

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและใบรายการยา

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 จะช่วยให้ท่านสามารถตรวจสอบได้ว่าคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากท่านถูกต้องหรือไม่ และช่วยให้ท่านทราบด้วยว่าการรักษาในครั้งนั้นสำนักงานประกันสุขภาพมีการเบิกจ่ายไปเท่าไหร่

3.ใบรายการยา

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

ใบรายการยาจะสามารถช่วยให้ท่านมีความชัดเจนมากขึ้นว่ารับประทานยาชนิดใดบ้าง และจะรับประทานอย่างไร กรณีที่ท่านต้องการรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์คนละแผนก ก็สามารถมอบให้กับแพทย์ผู้ตรวจรักษาใช้อ้างอิงประกอบการรักษาได้

แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง

กรณีที่แพทย์จะให้การรักษาแก่ท่าน “ในรายการที่นอกเหนือจากที่ประกันสุขภาพจ่ายให้” จะต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและได้รับความยินยอมจากท่านก่อน จึงจะทำการรักษาได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับ “รายการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง” ที่ปรากฏบนใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดสามารถขอให้ทางสถานพยาบาลช่วยตรวจสอบได้หรือสามารถโทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678

มาตรา 51 กฎหมายการประกันสุขภาพระบุว่าค่าใช้จ่ายจากรายการดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในขอบข่ายที่การประกันสุขภาพจ่ายให้

1. การบริการทางการแพทย์ที่รัฐบาล ต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ตามที่ระบุไว้ในกฎหมายฉบับอื่น
2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่รัฐบาลต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย
3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (รวมการติดสุรา ติดบุหรี่) การผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง การจัดฟันที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาการบาดเจ็บภายนอก การผ่าตัดป้องกัน การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ
4. ยาที่ขายได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ ยาที่แพทย์ เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรแนะนำ
5. การระบุแพทย์ พยาบาลพิเศษหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา
6. โลหิต ยกเว้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องถ่ายเลือดเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บอันตรายเร่งด่วน
7. การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
8. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวัน ยกเว้นการดูแลทางจิตเภท
9. ค่าอาหารนอกเหนือจากค่าอาหารทางสายยาง ส่วนต่างค่าห้องพักผู้ป่วย
10. ค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าเอกสารรับรองของผู้ป่วย
11. ฟันปลอม ตาปลอม แว่นตา เครื่องช่วยฟัง รถเข็น ไม้เท้าและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
12. การบริการทางการแพทย์และยาอื่นๆ ที่เสนอโดยผู้ประกันตน ซึ่งจะต้องได้รับการอนุมัติประกาศจากหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจ หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประกันสุขภาพ

ส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเองสำหรับอุปกรณ์พิเศษ

1. ประกันสุขภาพเปิดเผยราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ประกันสุขภาพพิจารณาอนุมัติราคาอุปกรณ์การแพทย์พิเศษบางส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ปัจจุบันสำนักงานประกันสุขภาพมีการจ่ายค่าอุปกรณ์พิเศษอย่างเพียงพอและได้ผลดี แต่เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มีการปรับปรุงดีขึ้นต่อเนื่องอุปกรณ์พิเศษบางส่วนที่ปรับปรุงวัสดุหรือสมรรถนะให้ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ราคากลับแพงกว่าอุปกรณ์ตามรายการที่ประกันสุขภาพระบุเป็นอย่างมาก ประกันสุขภาพไม่สามารถชดเชยเต็มจำนวนได้ เพื่อบรรเทาภาระของประชาชนสำนักงานประกันสุขภาพจึงได้มีการแสดงรายการส่วนต่างค่าอุปกรณ์พิเศษ ซึ่งก็คือประกันสุขภาพจ่ายชดเชยราคาตามสมรรถนะพื้นฐาน โดยมีประชาชนเป็นผู้รับภาระจ่ายส่วนต่างเองเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นเมื่อรับการรักษาพยาบาล จนถึงวันที่ 1 ม.ค. 2562 ประกันสุขภาพได้รวบรวมรายการอุปกรณ์พิเศษไว้ดังต่อไปนี้

(1) กายอุปกรณ์

นับแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้คือกายอุปกรณ์แบบทั่วไป ส่วนกายอุปกรณ์ที่ประชาชนออกค่าใช้จ่ายส่วนต่างเองสามารถสั่งทำเฉพาะได้ สวยงามมากกว่า หากคนไข้ต้องการใช้กายอุปกรณ์ที่มีสมรรถนะพิเศษ หลังจากที่แพทย์ได้อธิบายชี้แจงอย่างละเอียดและเข้าใจแล้วหากมีความต้องการเลือกใช้ตามความสมัครใจ สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาของกายอุปกรณ์ทั่วไปจ่ายให้โดยคนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(2) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจสมรรถนะพิเศษ

นับแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2538 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ปัจจุบันเครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (รวมสายสื่อนำสัญญาณไฟฟ้า) ที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้เป็นการใช้กระแสไฟอย่างอ่อนกระตุ้นหัวใจ เพื่อปรับการเต้นของหัวใจรักษาการทำงานและกระตุ้นการเต้นของหัวใจส่วน "เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวในสมรรถนะพิเศษ" ที่เพิ่มเข้ามาใหม่นี้ มีการตรวจวัดสัญญาณที่ดีกว่าเหมาะสมต่อความต้องการในการทำงานของหัวใจมากขึ้น ช่วยสนองความต้องการระยะยาวทางคลินิกแก่ผู้ป่วยได้อย่างใกล้เคียงมากขึ้น แต่เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจประเภทนี้ก็มีข้อจำกัดอาการโรคที่ห้ามใช้เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียดเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุด

หากต้องการใช้ "เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวในสมรรถนะพิเศษ" สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายในการใช้เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคา “เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ” จ่ายให้โดยคนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(3) ขดลวดเคลือบยาถ่างหลอดเลือดหัวใจ

ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคมพ.ศ. 2549 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเองโดยอุปกรณ์ขดลวด (stent) แบบทั่วไปที่ประกันสุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ในปัจจุบันนั้นเพียงพอกับการใช้งานอยู่แล้ว ส่วน “ขดลวดเคลือบยาถ่างหลอดเลือดหัวใจ" ก็คือขดลวดแบบทั่วไปที่เคลือบด้วยยาหรือเคลือบชั้นพิเศษที่สามารถลดหรือยับยั้งอัตราการตีบของเส้นเลือดลงได้ แต่ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด

หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ขดลวดเคลือบยาถ่างหลอดเลือดหัวใจ” สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคา “ขดลวดทั่วไป” จ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(4) ข้อสะโพกเทียมทำจากวัสดุพิเศษ:

ทั้งข้อสะโพกเทียมทำจากเซรามิกและข้อสะโพกเทียมพลาสติกโพลีเอททิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูงผสมสารแอนตี้ออกซิแดนท์ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 และ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเองตามลำดับ ปัจจุบันประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้สำหรับข้อสะโพกเทียมไทเทเนียมและโคบอลท์-โครงกระดูกปีกสะโพกทำจากโพลีเอทิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูง มีอัตราการสึกหรอที่ต่ำมาก ในสภาวะปกติสามารถใช้งานได้นาน 15 ถึง 20ปี สมาคมแพทย์สาธารณรัฐจีนระบุว่าข้อสะโพกเทียมที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ ล้วนจัดอยู่ในระดับคุณภาพชั้นนำไม่ว่าจะเป็นทางด้านวัสดุหรือคุณภาพ ซึ่งหากมีการใช้งานอย่างเหมาะสมก็มีโอกาสไม่มากนักที่จะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอีกครั้ง หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ข้อสะโพกเทียมเซรามิก” หรือ “ข้อสะโพกเทียมพลาสติกโพลีเอททิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูง" สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคา “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม”จ่ายให้กับผู้ที่มีเงื่อนไขตรงตามการรักษาด้วยการเปลี่ยน “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” โดยคนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง ทั้งนี้ข้อสะโพกเทียมก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน ควรต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินอย่างละเอียด

(5) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ:

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ผู้ที่มีเงื่อนไขสอดคล้องกับการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกตามระเบียบประกันสุขภาพ จะได้รับสิทธิ์ในการผ่าตัดเปลี่ยน “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา” ซึ่งเป็นรายการที่อยู่ในขอบข่ายของประกันสุขภาพเลนส์แก้วตาเทียมดังกล่าว ผลิตจากวัสดุ PMMA, Silicone และ Acrylic “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา” มีความคงทนเป็นเวลานาน พร้อมกับมีประสบการณ์ใช้งานได้ถึง 20 ปีของจักษุแพทย์ในประเทศ เพียงพอสำหรับการใช้งานมากกว่า 90%ในคนไข้ต้อกระจก ส่วนเลนส์ “แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ”มีการใช้วัสดุที่ไม่ใช่เลนส์สมรรถนะโฟกัสภาพได้หลายระยะ และ

แก้ไขสายตาเอียงเป็นต้น จึงไม่ได้หมายความว่าจะเหมาะสมกับคนไข้ต้อกระจกทุกคนควรให้แพทย์ตรวจดูสภาพความเจ็บป่วยของคนไข้รายกรณี เมื่อแพทย์ประเมินพร้อมปรึกษาร่วมกับคนไข้แล้ว จึงค่อยเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ให้เหมาสมอย่างระมัดระวัง

เมื่อผู้ป่วยมีเงื่อนไขที่ตรงตามระเบียบการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกหลังจากที่แพทย์ได้อธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแล้ว หากมีความต้องการเลือกใช้ “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ” สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคา “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา” จ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(6) อุปกรณ์พิเศษลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อ

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ปัจจุบันลิ้นหัวใจเทียมของประกันสุขภาพมีคุณภาพเพียงพอต่อการใช้ของคนไข้ส่วนใหญ่ สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นได้แก่ อุปกรณ์พิเศษลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นลิ้นหัวใจจากเนื้อเยื่อประเภทหนึ่งเทียบกับลิ้นหัวใจจากเนื้อเยื่อแบบดั้งเดิม มีความแตกต่างด้านเทคนิคด้านการเกิดหินปูนวิธีการ ทำให้เนื้อเยื่อคงตัววัสดุลิ้นหัวใจและวิธีการใส่ลิ้นหัวใจหรืออายุการใช้งานเป็นต้นซึ่งมีตัวเลขวิจัยยืนยันที่แสดงว่าดีกว่า แต่อุปกรณ์พิเศษลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงของการใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียดเพื่อให้การตรวจรักษาที่ดีที่สุด

หากคนไข้มีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมหลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์แล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ “อุปกรณ์พิเศษลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อ” ซึ่งมีส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองสำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาลิ้นหัวใจเทียมแบบดั้งเดิมจ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(7) ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายนพ.ศ. 2558 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วน

ต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเองปัจจุบันระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องทั่วไปที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้เป็นวาล์วระบายแบบความดันคงที่สำหรับคนไข้ที่อาการคงตัวสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วยส่วนใหญ่แต่สำหรับผู้ป่วยที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (เช่นผู้ป่วยโรคน้ำคั่งในโพรงสมองภาวะความดันปกติ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ผู้ป่วยเด็ก ฯลฯ) หากต้องการเปลี่ยนการตั้งค่าความดันในภายหลังจะทำได้โดยการติดตั้งใหม่อีกครั้งเท่านั้น รายการเพิ่ม “ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน” ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดอีกครั้ง สามารถปรับความดันจากภายนอกร่างกายได้โดยตรง แต่จำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุด

หากคนไข้จำเป็นต้องใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจแล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดันสำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องทั่วไปจ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(8) การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา

นับแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ปัจจุบันการใช้ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดที่ประกันสุขภาพจ่ายให้เป็นชนิดไม่เคลือบยา สามารถที่จะเลือกขนาดได้ตามความเหมาะสมของเส้นเลือดที่จะใช้อีกทั้งลดการเกิดความตีบตันหรือการฉีกขาดของเส้นเลือดเพื่อช่วยให้โลหิตไหลเวียนสะดวกได้เพิ่ม “การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา” (รวมขดลวดเคลือบยาและบอลลูนเคลือบยา) ที่ต้องจ่ายเองซึ่งเทียบกับการรักษาแบบดั้งเดิมคือการถ่างขยายด้วยบอลลูนหรือการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้นแล้ว (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) โดยเฉลี่ยหลังการรักษา 1 ปีจะมีอัตราการเกิดอุดตันซ้ำต่ำกว่า แต่เนื่องจากคนไข้แต่ละรายมีสภาพความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ยังคงต้องผ่านการประเมินอย่าง

ละเอียดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด หากคนไข้ต้องใช้การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา เมื่อผ่านการอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดจากแพทย์และมีความเข้าใจอย่างเต็มที่แล้ว ผู้ที่ตกลงเลือกใช้การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้นอุดตันด้วยอุปกรณ์เคลือบยา สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาของการใส่ขดลวดที่หลอดเลือดแดงต้นขาชั้นตื้น (ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดชนิดไม่เคลือบยา) จ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(9) การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด

นับแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ปัจจุบันการรักษาที่ประกันสุขภาพจ่ายให้คือ ระบบภาพหัวใจ 3 มิติ (3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการใช้ไฟฟ้าเปลี่ยนเป็นความร้อนใส่สายสวนพิเศษเข้าสู่หัวใจใช้พลังงานความร้อนจี้รักษา ซึ่งสามารถใช้รักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากหลายสาเหตุได้ สำหรับ “การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด” ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย “ระบบภาพหัวใจ 3 มิติ(3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้า” ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้ จะสามารถลดเวลาในการผ่าตัดลงและผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกเจ็บในระหว่างการรักษา แต่เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน อีกทั้งความเหมาะสมต่อตำแหน่งที่ใช้ก็ต่างกันด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างละเอียด เพื่อเลือกใช้วิธีการตรวจรักษาที่ดีที่สุด

หากคนไข้จำเป็นต้องใช้การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัด หลังรับฟังการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจดีแล้ว ผู้ที่เลือกใช้การรักษาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็นจัดด้วยความสมัครใจสำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาการรักษาด้วยระบบภาพหัวใจ 3 มิติ (3D) สอดสายสวนจี้ร้อนด้วยไฟฟ้าจ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(10) อุปกรณ์พิเศษโลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบเสริมความยาว

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ประชาชนต้องจ่ายเอง ปัจจุบันประกันสุขภาพจ่ายให้คือการรักษาโดยใช้โลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบธรรมดา ใช้สำหรับการยึดติดกระดูกจากภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอคอดหัก เนื่องจากกระดูกต้นขาส่วนขอคอดอยู่บริเวณต้นกระดูก จึงใช้โลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกที่ค่อนข้างสั้น เพียงพอต่อความแข็งแรงมั่นคงในการยึดกระดูก และการประสานติดกันของกระดูก หากบริเวณที่กระดูกต้นขาหักลามลงไปจากต้นกระดูก เช่นคอคอดกระดูกต้นขาหักร่วมกับกระดูกส่วนที่อยู่ต่ำกว่าคอคอดกระดูกลงมา กระดูกบริเวณต่ำกว่าคอคอดกระดูกหัก กระดูกต้นขาส่วนบนหัก หรือกระดูกหักที่มีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้วเป็นต้นเนื่องจากบางรายมีภาวะกระดูกหักเป็นบริเวณค่อนข้างยาว โลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบธรรมดามีความยาวไม่เพียงพอต่อการยึดกระดูกที่หักได้อย่างแข็งแรง ในภาวะเช่นนี้ จำเป็นต้องใช้โลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบเสริมความยาว จึงจะสามารถให้ความแข็งแรงต่อการยึดกระดูกได้อย่างเหมาะสม

หากคนไข้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษโลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบเสริมความยาว หลังรับฟังการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจดีแล้วและเลือกใช้การรักษาด้วยความสมัครใจ สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายตามราคาการรักษาด้วยโลหะยึดตรึงกระดูกภายในโพรงกระดูกแกรมม่าแบบธรรมดาจ่ายให้ ทั้งนี้คนไข้ต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

2. การรักษาด้วยระบบยึดตรึงกระดูกกะโหลกศีรษะโดยคอมพิวเตอร์ช่วยออกแบบ ที่แต่เดิมประชาชนต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายเองนั้น นับตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการชดเชยทั้งหมดของประกันสุขภาพ หากประชาชนเข้าข่ายตามเงื่อนไขชดเชยของ

ประกันสุขภาพ ใช้อุปกรณ์ตามระบบยึดตรึงนี้ในการรักษา ไม่จำเป็นต้องจ่ายเองในส่วนต่างอีกต่อไป ประกันสุขภาพจ่ายให้ทั้งหมด

3. 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) ตามกำหนดของสำนักงานประกันสุขภาพ และประกาศในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถตรวจสอบได้ ประชาชนสามารถใช้เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพส่วน “เว็บเปรียบเทียบราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง”(เว็บเพจ/บริการประกันสุขภาพ/ยาและอุปกรณ์พิเศษประกันสุขภาพ/อุปกรณ์พิเศษประกันสุขภาพ/เว็บเปรียบเทียบราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง) ตรวจสอบการเก็บค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลต่างๆ พร้อมทั้งสามารถลิงค์ดูรายละเอียดข้อควรระวังสำหรับรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่ได้รับอนุมัติ เช่นความเหมาะสม โรคที่ห้ามใช้ ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง เป็นต้น

ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม

เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น สามารถจะร้องเรียนหรือปรึกษาสอบถามผ่านช่องทางต่อไปนี้ :

1. โทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678
2. ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อกับฝ่ายรับร้องเรียนของโรงพยาบาลในเครือทุกแห่ง (ค้นหาข้อมูลหมายเลข

โทรศัพท์ติดต่อเกี่ยวข้องได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพhttps://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→บริการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→บริการค้นหาร้องเรียนการรักษาพยาบาล)

3. ติดต่อฝ่ายบริการหรือฝ่ายประสานงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งด้วยตัวเอง

ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท

ผู้ที่มีข้อสงสัยการประกาศอนุมัติเรื่องดังต่อไปนี้ของกรมประกันสุขภาพ สามารถยื่นคำร้องขอตรวจสอบการพิจารณาข้อโต้แย้งต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่สองที่เอกสารการอนุมัติของสำนักงานประกันสุขภาพส่งไปถึง

1.คุณสมบัติผู้ทำประกันและขั้นตอนการยื่นขอทำประกัน

2.การกำหนดค่าประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ

3.เงินสมทบประกันสุขภาพและค่าปรับ

4.ค่าบริการทางการแพทย์ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้

5.เกี่ยวกับการควบคุมดูแลเครือสัญญาประกันสุขภาพ

6.สิทธิประโยชน์การประกันสุขภาพอื่นๆ

ข้อมูลการติดต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพกระทรวงสาธาณสุขและสวัสดิการดังนี้:

ที่อยู่: เลขที่ 488 ถ.จงเสี่ยวตงลู่ตอน 6 เขตหนานกั่ง กรุงไทเป รหัสไปรษณีย์ 11558

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

รายละเอียดดำเนินการ		โทรศัพท์
ข้อพิพาทด้านสิทธิประโยชน์	สำหรับผู้ประกันตนและหน่วยงานทำประกัน เกี่ยวกับการจ่ายเงินสมทบการประกัน เงินสมทบเพิ่มเติม สถานะการทำประกัน การจ่ายชดเชย การอนุมัติออกใบรับรองโรคร้ายแรง หน่วยงานทางการแพทย์ที่ร่วมประกันสุขภาพในส่วนรายการที่ร่วมและสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ	(02)8590-7222

8

สมรรถนะ การอัพเดท การรักษาและการยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพ

สำนักงานประกันสุขภาพเริ่มใช้บัตรประกันสุขภาพติดไมโครชิปทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 หากบนบัตรมีรูปถ่ายของผู้ถือบัตร เวลาไปพบแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องแสดงบัตร
ประจำตัวประชาชนให้สถานพยาบาลตรวจสอบ นอกจากนี้ไมโครชิปในบัตรยังสามารถเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลได้ถึง 6 ครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งข้อมูลการเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง การตรวจที่สำคัญๆ และประวัติการใช้ยา เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เวลาท่านรับการรักษาพยาบาลจะได้มีหลักประกันยิ่งขึ้น

บทบาทของบัตร

1. บันทึกการรักษาพยาบาลต่างๆ

บัตรประกันสุขภาพเป็นใบรับรองในการรักษาพยาบาลของประกันสุขภาพพลเมือง รายการรักษาพยาบาลต่างๆ จะถูกบันทึกไว้ในบัตร

2. บันทึกการตรวจที่สำคัญๆ และการใช้ยา

การบันทึกรายการใช้ยาและการตรวจไว้ในบัตรประกันสุขภาพเพื่อเวลาแพทย์ทำการรักษาท่าน สามารถอ้างอิงลักษณะการใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยครั้งก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาหรือการตรวจที่ซ้ำซ้อน ทั้งนี้เพื่อประกันความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ยกระดับคุณภาพทางการแพทย์ ทั้งยังสามารถลดความสูญเสียทรัพยากรทางการแพทย์อีกด้วย

3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยโรคร้ายแรง

การป่วยเป็นโรคร้ายแรงจะถูกบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพโดยตรง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงไปพบแพทย์เพียงแค่พกบัตรประกันสุขภาพก็จะได้ลดหย่อนค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเองผู้ประกันที่สมัครและได้รับอนุมัติเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงแล้วเวลาไปพบ

แพทย์หากบัตรประกันสุขภาพยังไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลว่าป่วยเป็นโรคร้ายแรงสามารถขอให้คลินิกหรือโรงพยาบาลช่วยปรับข้อมูลให้ใหม่หรือไปยังจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร (สำนักงานประกันสุขภาพท้องที่หรือที่ว่าการจังหวัดเขตอำเภอตำบลทุกแห่ง) เพื่อทำการปรับข้อมูลบันทึกการเจ็บป่วยโรคร้ายแรงในบัตรประกันสุขภาพโดยอัตโนมัติ

4. สมัครใจลงบันทึกการบริจาคอวัยวะร่างกายหรือผู้ป่วยดูแลระยะสุดท้ายหรือบันทึกการตัดสินใจด้านความต้องการการรักษาพยาบาลล่วงหน้า

ท่านสามารถเขียนแบบคำร้องยื่นเรื่องตามความต้องการผ่าน “สมาคมรับบริจาคอวัยวะร่างกายไต้หวัน ”หรือ “ มูลนิธิศูนย์รับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายไต้หวัน” หรือ “องค์กรให้บริการปรึกษาการทำบันทึกด้านความต้องการการรักษาพยาบาลล่วงหน้าที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ” หน่วยงานดังกล่าวจะส่งต่อข้อมูลไปให้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ หลังจากยืนยันแล้วกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจะส่งต่อให้ศูนย์ข้อมูลสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อมีการปรับข้อมูลบนบัตรประกันสุขภาพใหม่ก็จะทำการบันทึกข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลลงในบัตรประกันสุขภาพของท่านโดย

อัตโนมัติ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบความประสงค์ของท่านแต่แรกได้ทันทีว่าท่านสมัครใจบริจาคอวัยวะร่างกายหรือประสงค์เป็นผู้ป่วยดูแลระยะสุดท้ายหรือได้มีบันทึกการตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลล่วงหน้า

5. ใช้กลไกตรวจสอบของบัตรประกันสุขภาพเตือนให้ประชาชนจะต้องเข้าร่วมประกันและชำระเบี้ยประกันที่ค้างอยู่

หากท่านยังไม่ได้เข้าร่วมประกันสุขภาพท่านจะไม่สามารถพบแพทย์หรือทำเรื่องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในสถานะผู้ประกันตนได้ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของตัวท่านเองขอให้ท่านรีบทำเรื่องเข้าร่วมประกันโดยเร็วที่สุด

6. ใช้บัตรประกันสุขภาพลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเตอร์เน็ต (หรือติดตั้งระบบผูกข้อมูลกับอุปกรณ์เคลื่อนที่)

เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพจัดทำ “งานบริการผ่านอินเตอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” ประชาชนสามารถใช้ “หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์” ยื่นทำเรื่องเกี่ยวกับประกันสุขภาพผ่านอินเตอร์เน็ตได้หลายรายการ และนับแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 เป็นต้นมาได้เปิดให้ประชาชนใช้ “บัตรประกันสุขภาพ” ลงทะเบียนรับบริการผ่านอินเตอร์เน็ต ตรวจสอบและยื่นทำเรื่องประกันสุขภาพรายการต่างๆ

นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถดาวน์โหลด “APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซี่โก” จาก Google play หรือ Apple store พร้อมลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาและติดตั้งระบบผูกข้อมูลบัตรในโทรศัพท์เคลื่อนที่ ก็สามารถใช้บริการทางอินเตอร์เน็ตที่สะดวกรวดเร็ว

การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

1. การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

ทุกครั้งก่อนการนำบัตรประกันสุขภาพไปรับการรักษา สถานพยาบาลที่ท่านรับการรักษาจะทำการปรับข้อมูลบัตรให้กับท่านโดยอัตโนมัติ แล้วจึงจะใช้บัตรไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลต่อได้ เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน โปรดระวังเรื่องสภาพการ

ร่วมประกันสุขภาพของท่าน พร้อมทั้งจ่ายค่าประกันสุขภาพตามเวลา และเก็บรักษาบัตรประกันสุขภาพให้ดี เพื่อหลีกเลี่ยงบัตรประกันสุขภาพไม่สามารถปรับข้อมูลใหม่ ส่งผลต่อสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

2. สถานที่ปรับข้อมูลบัตร

โดยทั่วไปคลินิกหรือโรงพยาบาลจะเป็นผู้ปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่โดยอัตโนมัติ ในขณะที่ท่านลงทะเบียนรับการรักษา ทั้งนี้ท่านยังสามารถปรับข้อมูลบัตรได้เองที่เครื่องอ่านบัตรของฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาทุกเขต หรือสำนักงานติดต่อประกันสุขภาพทุกแห่ง หรือสำนักงานที่ว่าการเขตทุกแห่ง

3. บันทึกเปลี่ยนแปลงสถานภาพ

หากท่านเปลี่ยนแปลงสถานภาพใช้ฐานะผู้มีรายได้น้อยหรือทหารผ่านศึกที่ไม่มีอาชีพเข้าร่วมประกัน ต้องไปยังฝ่ายธุรการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกเขต หรือคลินิก โรงพยาบาลเพื่อปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่ขึ้น จึงจะลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองได้

บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่

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

ของประกันสุขภาพ ณ ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานติดต่อและที่ว่าการเขตทุกแห่ง หากลืมรหัสให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปติดต่อทำเรื่องที่ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพสำนักงานติดต่อทุกแห่ง หรือยื่นเรื่องทางโทรสารเพื่อขอยกเลิกการตั้งรหัส

การรักษาบัตรประกันสุขภาพ

หากข้อมูลหรือแผ่นไมโครชิปบนผิวของบัตรประกันสุขภาพสึกหรอ จะเป็นผลให้อ่านข้อมูลไม่ได้ จึงควรระวังเป็นพิเศษดังนี้ :

1. อย่าดัดบัตรจนงอเกินไป ขูดขีดแผ่นไมโครชิป หรือนั่งทับ มิเช่นนั้นแผ่นไมโครชิปอาจชำรุด
2. อย่าใช้น้ำล้างหรือแช่น้ำ อย่าใช้แอลกอฮอล์ สารละลาย ยางลบลบแผ่นไมโครชิป อย่าใส่บัตรไว้ร่วมกับของแหลมคม หรือใส่บัตรไว้ในบริเวณที่มีสารกัดกร่อนที่เป็นกรดหรือด่างอย่างรุนแรง
3. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับไฟฟ้า แหล่งไฟ ตากแดดที่อุณหภูมิสูงโดยตรง หรือวางอยู่ในบริเวณที่มีสนามแม่เหล็กสูงจากโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น
4. บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานเป็นเวลานานมากแม้จะเปลี่ยนสถานที่ทำงานก็ไม่ต้องเปลี่ยนบัตรใหม่กรุณาเก็บบัตรประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม

ทารกแรกเกิดหรือชาวต่างชาติจะยื่นขอบัตรประกันสุขภาพครั้งแรกอย่างไร

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 เป็นต้นไป เมื่อไปขอแจ้งเกิดให้กับทารกแรกเกิดที่สำนักงานทะเบียนราษฎร์ทุกเขต ก็สามารถยื่นขอร่วมทำประกันสุขภาพและรับบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกัน สำหรับทารกที่เกิดในต่างประเทศที่แจ้งขอมีชื่อในทะเบียนบ้านเป็นครั้งแรก จะต้องรอให้มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนก่อน ถึงจะมีสิทธิขอทำประกันสุขภาพได้ โดยสามารถยื่นคำร้องขอร่วมประกันและรับบัตรประกันสุขภาพได้ที่หน่วยงานต้นสังกัด สำหรับทารกแรกเกิดและชาวต่างชาติที่ต้องการมีรูปถ่ายบนบัตรประกัน

สุขภาพ กรุณาดูจากบทที่ 2 เลือกการร่วมประกันสุขภาพตามสถานะบุคคลที่เหมาะสม พร้อมทั้งกรอก “แบบฟอร์มยื่นขอบัตรประกันสุขภาพ” พร้อมแนบสำเนาหลักฐานประจำตัวและรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ (เด็กทารกแรกเกิดอายุไม่ครบ 1 ขวบ สามารถเลือกแบบไม่ติดรูปภาพ) ส่งทางไปรษณีย์หรือยื่นที่ฝ่ายงานธุรการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขา
เขตต่างๆ บัตรประกันสุขภาพใบแรกเป็นการออกฟรี ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการทำบัตร ในระหว่างรอการทำบัตร หากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล กรุณานำแบบฟอร์มยื่นขอทำบัตรและบัตรประจำตัวประชาชน เขียนใบคำร้อง “รายชื่อการรักษาแบบพิเศษ” ยังสถานพยาบาลที่ร่วมมือกับประกันสุขภาพ ก็สามารถรับการรักษาในสถานะผู้ประกันตนของประกันสุขภาพได้ ทารกแรกเกิดหลังคลอดภายใน 60 วันที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพของตนเอง หากต้องรับการรักษาพยาบาล สามารถใช้บัตรประกันสุขภาพของบิดาหรือมารดา(ที่ถือบัตรที่มีบันทึกทารกแรกเกิด) เพื่อรับการรักษาได้

หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปภาพ ฯลฯ ควรทำอย่างไร

เพื่ออำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ลดความยุ่งยากการตรวจสอบสถานะบุคคลของสถานพยาบาล ขณะเดียวกันก็สามารถหลีกเลี่ยงการแอบอ้างใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลเป็นต้น จึงได้เพิ่มข้อกำหนดให้ผู้ประกันตนที่ยื่นขอรับบัตรใหม่ ขอเปลี่ยนบัตรหรือขอออกบัตรใหม่แทนบัตรเก่าที่ชำรุดหรือสูญหาย ต้องแนบรูปถ่าย 1 ใบ เพื่อพิมพ์ลงบนบัตร แต่พิจารณาจากผู้ที่มีอายุไม่ครบ1 ขวบ การแยกแยะบุคคลด้วยรูปภาพทำได้ยาก และผู้ที่มีลักษณะพิเศษ สามารถเลือกขอทำบัตรที่ไม่มีรูปถ่ายได้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน รูปถ่ายที่ใช้กับบัตรประกันสุขภาพ นอกจากผู้ประกันตนนำมาเองแล้ว สามารถใช้ไฟล์รูปถ่ายที่ผู้ประกันตนเก็บบันทึกไว้หรือตรวจสอบโอนใช้ระหว่างหน่วยงานได้

1. ยื่นเรื่องขอรับบัตรด้วยตนเองที่สำนักงานประกันสุขภาพ

หากไปทำเรื่องด้วยตนเอง กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชน รูปถ่าย 2 นิ้ว 1

รูป และเงินค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวัน ไปติดต่อทำเรื่องที่ฝ่ายธุรการสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขตและที่ว่าการตำบลอำเภอและเขตที่ได้รับมอบอำนาจ หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย

จุดบริการยื่นเรื่องขอรับบัตรประกันสุขภาพของสำนักงานประกันสุขภาพ (สามารถดูได้จากภาคผนวก: หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆ)

2. ไปรษณีย์รับเรื่องแทน

กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว ด้านหน้าและติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้านหลังแบบคำร้องขอ พร้อมจ่ายค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวันมอบให้กับพนักงานบริการเคาน์เตอร์ จะได้รับบัตรใหม่หลังยื่นขอภายใน 7 วันทำการ สามารถขอแบบคำร้องได้ที่ทำการไปรษณีย์หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกัน

◎ สุขภาพที่อยู่และเวลาทำการของไปรษณีย์เขตต่าง ๆ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์การไปรษณีย์จงฮวา https://www.post.gov.tw

3. ยื่นเรื่องผ่านอินเตอร์เน็ต

ผู้ที่ยื่นเรื่องผ่านอินเตอร์เน็ต (เฉพาะขอบัตรใหม่เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหายหรือเปลี่ยนรูปถ่าย) กรุณาไปทำเรื่องผ่านช่องทางต่อไปนี้:

ช่องทางในการยื่นเรื่อง	ช่องทางบริการผ่านอินเตอร์เน็ตโดยพิสูจน์หลักฐาน	งานบริการผ่านอินเตอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล	เว็บไซต์ E.SUN Commercial Bank	APP ประกันสุขภาพประชาชนอีซีโก	บริการแบบไม่ใช้หลักฐานแสดงตน
วิธีการใช้งาน	ใช้หลักฐานแสดงตนของหน่วยงาน (หรือบัตรประกันสุขภาพของผู้รับผิดชอบที่ลงทะเบียนแล้ว) หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับมอบหมาย (หรือบัตรประกันสุขภาพที่ลงทะเบียนแล้ว) เข้าสู่ระบบจัดการ	ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ (หรือบัตรประกันสุขภาพที่ลงทะเบียนแล้ว) เข้าสู่ระบบจัดการ	ใช้บัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป E.SUN Commecial Bank เข้าสู่ระบบจัดการ	เข้าสู่ระบบครั้งแรกต้องตรวจสอบยืนยันการติดตั้งระบบอุปกรณ์ สามารถเลือกทำได้ดังนี้ 1. ตรวจสอบยืนยัน "หมายเลขระบบอุปกรณ์" ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ (หรือบัตรประกันสุขภาพที่ลงทะเบียนแล้ว) 2. ตรวจสอบยืนยัน "โทรศัพท์เคลื่อนที่" ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ส่วนบุคคลและหมายเลขเซ่ารายเดือนภายในประเทศ สื่อสารไร้สายผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ (4G)	ใส่เลขรหัสบ้านที่อยู่บนทะเบียนบ้านของผู้ขอทำบัตร หลังจากยื่นคำร้องและชำระค่าธรรมเนียมทางอินเตอร์เน็ตแล้ว ให้ไปรับบัตรประกันสุขภาพที่จุดบริการกรมประกันสุขภาพตามที่กำหนด
ผู้ยื่นเรื่อง	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ระหว่างร่วมประกันกับหน่วยงานยื่นทำประกัน	เจ้าของหมายเลขบัญชีและสมาชิกในครอบครัว	เจ้าของผู้ถือบัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป	เจ้าของหมายเลขบัญชีและสมาชิกในครอบครัว	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ระหว่างร่วมประกัน
วิธีการชำระเงิน	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก ดาวน์โหลดใบชำระเงิน	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก ดาวน์โหลดใบชำระเงิน	ATM ออนไลน์	บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก	ATM ออนไลน์ บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก

4. หน่วยงานทะเบียนราษฎร์รับเรื่องแทน

หากประชาชนทำบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสุขภาพสูญหายเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (หมายเลขบัตรประชาชนชื่อนามสกุลและวันเดือนปีเกิด) สามารถยื่นเรื่องขอทำบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกันกับการยื่นขอทำบัตรประชาชนได้ที่สำนักทะเบียนราษฎร์ทุกเขตประชาชนเพียงแต่ระบุว่าจะทำการยื่นขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมกันพร้อมนำใบชำระเงินทำการชำระเงินแล้วภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพโดยหลักการแล้วบัตรประกันสุขภาพจะใช้รูปภาพที่บันทึกไว้ในข้อมูลบัตรประชาชนที่ส่งผ่านมาจากสำนักทะเบียน

ราษฎร์ ผู้ที่ยังไม่ได้รับบัตรประชาชน เนื่องจากไม่สามารถใช้รูปภาพจากบันทึกข้อมูลบัตรประชาชน สามารถขอให้สำนักทะเบียนราษฎร์แจ้งเรื่อง “ทำบัตรประกันสุขภาพแบบมีรูปภาพ (มอบรูปภาพภายหลัง)” ได้ เมื่อแจ้งเรื่องแล้วโปรดสแกน QR Code บนหนังสือหลักฐานที่สำนักทะเบียนราษฎร์มอบให้ ลิงค์ไปยัง “แพลตฟอร์มอัพโหลดรูปภาพ” ของสำนักงานประกันสุขภาพ เพื่อส่งมอบรูปภาพ สำนักงานประกันสุขภาพจะทำบัตรประกันสุขภาพที่ติดรูปภาพดังกล่าวส่งให้ต่อไป

5. ยื่นขอยังที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต)

หากบัตรประกันสุขภาพสูญหายหรือชำรุด ประชาชนสามารถไปทำการยื่นขอยังที่ว่าการท้องที่ใกล้บ้านได้ ผู้ยื่นขอนำบัตรประจำตัวประชาชน (หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวฉบับจริงของผู้ยื่นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย) และไฟล์รูปภาพไปยื่นเรื่องต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์สำนักงานที่ว่าการเขตที่ได้รับมอบอำนาจ พร้อมนำใบชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ

◎ ที่อยู่เคาน์เตอร์ยื่นรับบัตรประกันสุขภาพภายในที่ว่าการเขตที่ได้รับมอบอำนาจ สามารถตรวจสอบจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ→www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→ยื่นขอและลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ→ยื่นทำบัตรประกันสุขภาพอย่างไร→เปลี่ยนบัตรประกันสุขภาพใหม่→รับบัตรประกันสุขภาพที่เคาน์เตอร์ในสถานที่

บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคดงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

กรณีที่ไม่ใช่เกิดจากการกระทำของบุคคล ซึ่งตัวบัตรประกันสุขภาพและแผ่นไมโครชิปบิดงอ มีรอยฉีกขาด รูปร่างบิดเบี้ยว แผ่นไมโครชิปหลุด เปลี่ยนสี หรือชำรุดสึกหรอจนไม่สามารถใช้งานได้ สามารถยื่นเรื่องขอเปลี่ยนทำบัตรใหม่ได้ฟรีกับสำนักงานประกันสุขภาพ โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้

1. หากยื่นเรื่องที่ที่ทำการไปรษณีย์กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” พร้อมติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรูปภาพ 2 นิ้ว รวม

ทั้งบัตรเก่าทำการส่งคืนไปยังสำนักงานประกันสุขภาพทางไปรษณีย์

2. หากยื่นเรื่องที่เคาน์เตอร์กรมประกันสุขภาพ กรุณานำหลักฐานประจำตัวฉบับจริง (หากให้ผู้อื่นทำการแทน ผู้ทำ การแทนต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของตนมาแสดงด้วย) รูปถ่าย 2 นิ้วและบัตรประกันสุขภาพ มาติดต่อทำการที่จุดบริการต่างๆ ของกรมประกันสุขภาพ

ข้อควรระวัง

1. **เพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจสอบสถานะบุคคลแก่แพทย์และพยาบาล ทั้งหลีกเลี่ยงการแอบอ้างใช้บัตรประกันสุขภาพโดยพลการ การยื่นขอบัตรประกันสุขภาพแบบทำบัตรใหม่ การขอเปลี่ยนบัตรหรือขอทำบัตรทดแทน ต้องแนบรูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ (สำนักงานประกันสุขภาพทุกเขตหรือสำนักงานติดต่อประกันสุขภาพทุกแห่งล้วนมีบริการถ่ายรูปในสถานที่ฟรี) สำหรับทารกแรกเกิดหรือผู้ที่มีลักษณะพิเศษสามารถยื่นทำบัตรประกันสุขภาพที่ไม่มีรูปภาพได้**
2. **การเปลี่ยนหรือขอบัตรใหม่แทนบัตรเดิมต้องเสียค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวัน เมื่อทำบัตรใหม่เสร็จแล้ว บัตรเก่าจะถูกยกเลิกโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถใช้ได้ต่อไป**
3. **สำหรับผู้ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพที่ไม่มีรูปถ่ายเข้ารับการรักษาพยาบาล ต้องมีบัตรประจำตัวอื่นที่สามารถใช้แสดงตนมายื่นแสดงด้วย เช่นบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ไม่มีบัตรประชาชนให้ใช้ทะเบียนบ้านหรือทะเบียนบ้านฉบับคัดสำเนาแทน) ใบขับขี่ หนังสือเดินทางหรือหลักฐานใบถิ่นที่อยู่เป็นต้น เพื่อให้สถานพยาบาลใช้ในการตรวจสอบสถานะบุคคล**
4. **ในระหว่างที่รอรับบัตรที่ขอใหม่ หากมีเหตุจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลด่วน ท่านสามารถนำหลักฐานการจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อขอมีบัตรใหม่ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน (เช่น ใบรับในกรณีขอบัตรใหม่) และหลักฐานประจำตัวประชาชนไปที่สถานพยาบาล เขียน "รายชื่อผู้รับการรักษาพยาบาลในกรณีพิเศษ" ก็สามารถรับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ประกันสุขภาพได้**

9

สิทธิการรักษาพยาบาลคนไข้โรคเจ็บป่วยพิเศษ

คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

เมื่อท่านผ่านการตรวจและรับรองจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและอาการโรคคงที่ เพียงกินยาก็ควบคุมอาการได้ แพทย์ก็จะออก“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”ให้แก่ท่าน ซึ่งช่วยให้ท่านประหยัดค่ารักษาพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าไปตรวจสอบขอบข่ายโรคเรื้อรังได้ในเว็บไซต์ ของกรมประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→บริการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ→โรคเรื้อรังและใบสั่งยา→ค้นหาใบสั่งยารักษาโรคเรื้องรังต่อเนื่อง

กำหนดเวลาการใช้ของ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เริ่มนับตั้งแต่วันที่ออกใบสั่งยาให้ นอกจากน้ำยาที่ใช้เพื่อการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องจ่ายยามากที่สุดจำนวน 31 วันตามอาการของโรคแล้ว นอกนั้นสูงสุดรับได้ไม่เกิน 30 วัน จำนวนวันให้ยารวมสูงสุดคือ 90 วันการรับยาแต่ละครั้งโรงพยาบาล คลินิกหรือร้านยาต้องตรวจสอบบัตรประกันสุขภาพของท่าน แต่จะไม่นับสะสมจำนวนครั้งของการรักษา เพียงแต่จะบันทึกการเบิกใช้ยาของท่านตาม “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เท่านั้น หากรับยาแต่ละครั้งมากกว่า 28 วันยังไม่ต้องจ่ายเงินค่ายาที่ต้องรับภาระเองอีกด้วย

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

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

ข้อควรระวังในการใช้ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง

1. นับแต่วันที่1 มิถุนายน พ.ศ.2561 เป็นต้นมาสำหรับประชาชนที่ไม่ได้พกบัตรประกันสุขภาพ สามารถออกใบสั่งยาทั่วไปได้เท่านั้น ห้ามออกใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง
2. หากท่านทำ "ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง" สูญหาย กรุณากลับไปพบแพทย์ยังคลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมใหม่อีกครั้ง พร้อมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องจ่ายเองตามข้อกำหนด
3. หากต้องพบแพทย์ใหม่ เนื่องจากทำยาหรือใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังสูญหายหรือเสียหาย บนพื้นฐานแห่งหลักการของประกันสุขภาพห้ามมิให้จ่ายยาซ้ำสำหรับการรักษาในครั้งเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่เกิดจากการพบแพทย์ใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบเอง ดังนั้นจึงขอให้ประชาชนระมัดระวังในการเก็บรักษายา
4. เพื่อป้องกันปัญหาการทานยาไม่ต่อเนื่อง ท่านสามารถรับยาใหม่ได้ภายใน 10 วันก่อนที่ยาจะหมด ยกเว้นช่วงเทศกาลตรุษจีน ซึ่งเป็นวันหยุดยาว และเนื่องจากยึดหลักการทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะอนุโลมให้ท่านไปรับยาก่อนเวลาได้
5. ถือ "ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง" ไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมที่ทำการรักษา หรือร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ หากในท้องที่นั้นไม่มีร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่สามารถไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมได้ ท่านสามารถไปรับยาจากโรงพยาบาลอื่น หรือสาธารณสุขท้องที่ได้
6. กรณีที่ท่านวางแผนจะเดินทางไปต่างประเทศ (กำหนดเกิน 2 เดือน) เดินทางกลับภูมิลำเนาในเกาะรอบนอก หรือเป็นลูกเรือประมงจับปลาทะเลหรือลูกเรือเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ หรือเป็นผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย หรือสำนักงานประกันสุขภาพตรวจสอบรับรองเป็นผู้ป่วยลักษณะพิเศษที่จำเป็นต้องรับยาในครั้งเดียว เพียงแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือหนังสือยืนยันขณะรับยา ก็

สามารถรับยาตามใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังได้ทั้งหมดในครั้งเดียว โดยจำกัดจำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับต้องไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง

7. ในระหว่างที่ท่านทานยาตาม "ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง" หากพบว่ามีอาการไม่สบาย ให้รีบกลับไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิม โดยต้องนำใบสั่งยาเดิมไปปรึกษาแพทย์ของท่าน จำไว้ว่าท่านต้องแจ้งการใช้ยาตามใบสั่งยาเดิมให้แพทย์ทราบ จึงจะไม่เกิดกรณีการจัดยาซ้ำโดยแพทย์ไม่รู้ตัว ซึ่งจะมีผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของท่าน

ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

หากท่านเป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าข่าตามประกาศ รายการโรคร้ายแรงของกระทรวงสาธารณสุข ตัวท่านเองหรือผู้รับมอบอำนาจ โรงพยาบาลคลินิก เป็นผู้ทำการแทนในการเตรียมหลักที่เกี่ยวข้องยื่นคำร้อง (หรือให้สถานพยาบาลที่รักษาเป็นผู้ยื่นคำร้องแทนให้) เมื่อผ่านการพิจารณาก็จะได้ใบรับรอง ผู้ป่วยโรคร้ายแรง กรุณานำข้อมูลใบรับรองไปยังโรงพยาบาลที่ทำสัญญากับ กรมประกันสุขภาพเพื่อทำการบันทึกข้อมูลไว้ในบัตรประกันสุขภาพ คนไข้ สามารถใช้ขอรับการรักษาที่สถานพยาบาล ตราบเท่าที่ใบรับรองผู้ป่วยโรค ร้ายแรงมีอายุ หากเป็นการรักษาโรคที่ระบุไว้ในใบรับรองผู้ป่วยร้ายแรง หรือ แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าเป็นการรักษาที่เกี่ยวกับโรคร้ายแรงนั้น ตรวจรัก ษาผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคร้ายแรง การรักษาโรคอื่นที่ทำโดยแพทย์คนเดียวกัน ในการรักษาครั้งนั้น ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลพร้อมทำ การรักษาโรคในแผนกอื่น หรือมีความจำเป็นตามลักษณะอาการขณะที่อยู่ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเอง เมื่อไปตรวจรักษาผู้ป่วยนอกหรือเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สำหรับโรคนอกเหนือจากโรคร้ายแรงคนไข้จะต้องรับการรักษาตามขั้นตอนปกติและรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

เกี่ยวกับขอบเขตของโรคร้ายแรง สามารถดูจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ www.nhi.gov.tw⟶บริการประกันสุขภาพ⟶บริการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ⟶สอบถามขอบเขตโรคร้ายแรง

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 พร้อมให้หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประทับตรา แล้วจึงสามารถใช้ในการรักษาได้ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงาน https://www.bli.gov.tw
2. "แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานทีเจ็บป่วยจากการทำงาน" ใบเดียวกัน จำกัดให้ใช้ได้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลแห่งเดียวกันและรักษาโรคเดียวกันเท่านั้น หนึ่งใบใช้ได้ 6 ครั้ง
3. ผู้ที่ไม่มี "แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ไปขอรับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก หากเป็นแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์กลางแพทย์ระดับเขตขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบแล้วเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากการทำงานจริง ก็ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองเช่นกัน

เมื่อไปรับการรักษาไม่ได้นำ "หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ติดตัวไป และได้จ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองไปแล้ว จะ ทำอย่างไร

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

(2) แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (ตามที่กล่าวมา ผู้ที่แบบคำร้องขอคืนที่หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประทับตรารับรองแล้วไม่จำเป็นต้องแนบ)

(3) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริงพร้อมรายละเอียด ผู้ที่ใบเสร็จฉบับจริงและรายละเอียดสูญหายหรือใช้ไปเพื่อการอื่น ต้องแสดงฉบับสำเนาที่ออกให้พร้อมทั้งประทับตราโดยสถานพยาบาลและประทับคำแสดงว่าเหมือนต้นฉบับจริงด้วย

(4) ใบรับรองแพทย์หรือใบรับรอง

หมายเหตุ: "แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานและหลักฐานการจ่ายเงิน" ขอได้ที่กรมประกันภัยแรงงานและสำนักงานทำการทุกสาขา หรือดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงาน:

1. **เว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงานประกันสุขภาพ** https://www.bli.gov.tw/en→Employee → How to Apply for Insurance Benefit? → Labor Insurance Benefit→ Occupational Accident Medical Benefits
2. **ที่อยู่กรมประกันภัยแรงงาน เลขที่:** No.4, Sec. 1, Roosevelt Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10013, Taiwan (R.O.C.) **โทรศัพท์:** (02)2396-1266

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย

โรคที่พบได้น้อยถือว่าอยู่ในขอบข่ายรายการของโรคร้ายแรง หลังจากแพทย์ตรวจสอบยืนยันและรายงานตามขั้นตอนไปยังกรมสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแล้ว แนบหลักฐานได้แก่ใบวินิจฉัยรับรองของแพทย์ หลักฐานแสดงตน และหนังสือคำร้องผู้ป่วยโรคร้ายแรง ยื่นขออนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว จะไม่ต้องรับภาระในส่วนที่ต้องจ่ายเอง สำหรับยารักษาโรคที่พบได้น้อยนั้น ประกันสุขภาพ
จะจ่ายให้แบบ "รายกรณี" เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อยสามารถไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่มีสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพ แพทย์จะดำเนินการจ่ายยาตามอาการวินิจฉัย ซึ่งจะเป็นไปตามระเบียบการจ่ายยาที่เกี่ยวข้อง

หากยาที่จำเป็นเป็นยาที่ยังไม่ได้รับอนุญาตและกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ อนุมัติให้นำเข้าเป็นกรณีพิเศษ (หรือผลิต) และได้จัดให้เป็นยาตาม “กฎหมายป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา” จะต้องผ่านการพิจารณาใช้เป็นกรณีของสำนักงานประกันสุขภาพ สำหรับขั้นตอนการยื่นคำร้องที่เกี่ยวข้อง สามารถดูได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw⟶ดาวน์โหลดข้อมูล⟶ดาวน์โหลดไฟล์⟶ไฟล์รายการใช้ยาเลือก“รายการยาตามประกันสุขภาพและจัดให้เป็นยาตาม “กฎหมายป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการใช้ยา”

10

มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความ ลำบากในการรักษาพยาบาล

รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

มีประชาชนบางส่วนสามารถได้รับเงินอุดหนุนค่าประกันสุขภาพจากรัฐบาล ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมรับการอุดหนุนแตกต่างกันดังนี้:

1. ผู้ที่ได้การอุดหนุนเต็มอัตรา

(1) ครอบครัวที่มีรายได้น้อย

(2) เด็กและเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง

(3) ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปครอบครัวมีรายได้น้อยและปานกลาง

(4) ใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่" ที่เข้าร่วมประกันกับสำนักงานที่ทำการเขต (ผู้ว่างงาน) และเป็นชนเผ่าพื้นเมืองที่มีอายุครบ 55 ปีขึ้นไปและอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์

(5) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านที่เกาะหลันอวี่ และใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่ "(หมายถึงผู้ว่างงาน) หรือ "สมาชิกสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตร สหกรณ์ประมง" หรือ “สมาชิกครอบครัว” เข้าร่วมประกัน

(6) ผู้พิการระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก

(7) ผู้เข้าร่วมประกันที่ว่างงานหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ว่างงาน (ผู้รับการช่วยเหลือจำกัดเป็นผู้เข้าร่วมประกันในสถานะประชากรในท้องที่ภายใต้ประเภทที่ 6 ข้อที่ 2 และสมาชิกครอบครัวผู้เข้าร่วมประกันประเภทที่ 1, ที่ 2 และที่ 3) การอุดหนุนเบี้ยประกันในระหว่างรับเงินชดเชยการว่างงานหรือรับเงินค่าครองชีพในระหว่างฝึกอบรมอาชีพ

(8) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป (อายุ 20 ปีบริบูรณ์แต่ไม่ถึง 55 ปี มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในไทเป 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากว่างงานโดยไม่สมัครใจ เศรษฐกิจครอบครัวอยู่ในสภาพลำบากหรือสภาพพิเศษที่คล้ายกัน จนทำให้การร่วมประกันสุขภาพขาดตอนและเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการอุดหนุนช่วยเหลือแบบเดียวกันจากหน่วยงานอื่น ซึ่งเมื่อคณะกรรมการกิจการชนพื้นเมืองเทศบาลกรุงไทเป ได้พิจารณารายชื่อที่ส่งโดยที่ว่าการตำบลต่างๆและเห็นชอบแล้ว อุดหนุนเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่ต้องจ่ายเองสูงสุดไม่เกิน 3 เดือน)

(9) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเกาะรอบนอกครบ 1 ปี

(10) ผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ผู้มีรายได้น้อยและยังไม่มีทะเบียนราษฎร์ (หลังจากทางกรมฯ ยื่นขอและได้รับการอนุมัติช่วยเหลือจาก “กองทุนพัฒนาผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่” ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง)

2. ผู้ที่ได้การอุดหนุน 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 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในนครเถาหยวน (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) หรือนครเกาสง (เสียภาษีในอัตรา 5%หรือต่ำกว่า) หรือนครไถจง(เสียภาษีในอัตรา 5 %หรือต่ำกว่า)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 นครเถาหยวน เมืองซินจู๋ เขตซินจู๋ นครไถจง เขตจังฮั่ว เขตหยุนหลิน เมืองเจียอี้ นครไถหนัน เขตอี๋หลัน เขตไถตง หรือเขตฮั่วเหลียนครบ 1 ปี

(4) ผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป นครเถาหยวน และนครเกาสง (ครบ 1 ปี) มีอายุไม่ครบ 70 ปี และเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนค่าครองชีพแก่ผู้สูงอายุ

(5) ชนเผ่าพื้นเมืองอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป(เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) นครเถาหยวน (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) หรือนครไถจง (เสียภาษีในอัตรา 5 %หรือต่ำกว่า) ครบ 1 ปี

(6) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านในเมืองจีหลงครบ 3 ปี

(7) ชาวบ้านที่มีทะเบียนบ้านในเขตอันหนัน (มีทะเบียนบ้านในเสี่ยนกงหลูเอ่อ ซื่อเฉ่าก่อนวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2548) ที่ได้รับผลกระทบจากมลภาวะการปิโตรเลี่ยมแห่งไต้หวัน (CPDC) และพนักงานบัญชีรายชื่อที่กระทรวงเศรษฐกิจทำขึ้นมา

(8) ผู้พิการระดับน้อย ระดับปานกลางที่มีอายุครบ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทะเบียนบ้านในนครไถหนานและนครเกาสง (ครบ 1 ปีและเสียภาษีในอัตรา 12% ลงมา)

(9) ประชาชนซึ่งมีคู่มือผู้พิการและเสียภาษีในอัตรา 5%หรือต่ำกว่า ที่มีทะเบียนบ้าน ในนครเกาสงครบ 1 ปี

(10) เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีและผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตเผิงหู

บุคคลที่ได้รับการอุดหนุนตามประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น (ผู้ยื่นขอต้องยื่นคำร้องทุกปี ยกเว้นผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ผู้มีรายได้น้อยและปานกลางและยังไม่มีทะเบียนราษฎร์) ไม่จำเป็นต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพด้วยตนเอง ทางสำนักงานประกันสุขภาพจะใช้ข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานให้การอุดหนุน ทำการลดค่าเบี้ยประกันโดยตรง กรณีผู้ที่มีคุณสมบัติรับการอุดหนุน แต่มีข้อสงสัยว่าไม่ได้รับการอุดหนุนเบี้ยประกัน กรุณาสอบถามได้จากหน่วยงานการอุดหนุนที่เกี่ยวข้อง สำหรับรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลแต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน สามารถดูได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw⟶บริการทั่วไป⟶การคำนวณและชำระเบี้ยประกันสุขภาพ⟶ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส⟶ตรวจสอบตารางรายการผู้มีคุณสมบัติตามการช่วยเหลือค่าประกันสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ

กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน

หากท่านไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพหรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองเพราะเกิดเหตุที่ไม่ได้คาดคิดปัจจุบันทางสำนักงานประกันสุขภาพมีมาตรการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ท่านดังนี้

1. เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ

(1) เงื่อนไขการสมัคร ต้องมีคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" ตามสำนักงานที่ทำการเขตที่ตนเองมีทะเบียนบ้านอยู่กำหนด

(2) วิธีการสมัคร: นำบัตรประจำตัวประชาชน และตราประทับของผู้ที่ค้างชำระเบี้ย (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชนและตราประทับของผู้ทำการแทนด้วย ซึ่งผู้ทำการแทน

ต้องบรรลุนิติภาวะ) และเอกสารยืนยันคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" (รวมทะเบียนบ้านทั้งเล่มของผู้ค้างชำระ คุณสมบัติผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจหลักฐานรายได้ปีที่ผ่านมาและหลักฐานทางทรัพย์สิน) สำหรับผู้ยื่นขอกู้เงิน ที่ใช้ประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จะต้องแสดงใบแจ้งชำระเงินที่ออกโดยสถานพยาบาลพร้อมกันด้วย ทำการยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่างๆ เมื่อคำร้องผ่าน ให้ชำระเงินคืนเป็นงวดตามข้อกำหนดในคำร้องกู้เงิน

2. แนะนำให้องค์กรการกุศลสาธารณะอุดหนุนเบี้ยประกัน

(1) เงื่อนไขการสมัครเป็นผู้เข้าร่วมประกันในฐานะ "ประชากรในท้องที่" กับสำนักงานที่ทำการเขตและไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน

(2) นำทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านหรือทะเบียนบ้านฉบับคัดรับรองพร้อมทั้งใบรับรองผู้ยากไร้ที่ออกให้โดยผู้ใหญ่บ้าน(หากผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถทำงานได้และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ต้องมีใบรับรองแพทย์มาด้วย)ให้ยื่นคำร้องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตต่างๆเพื่อส่งต่อ เมื่อผ่านการจากองค์กรสาธารณกุศล ก็จะได้รับอุดหนุนเบี้ยประกันจากองค์กรสาธารณะกุศล

3. ผ่อนจ่ายเบี้ยประกัน

(1) เงื่อนไขการสมัคร

①ผู้ขาดคุณสมบัติขอเงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ แต่ค้างจ่ายเบี้ยประกัน(รวมค่าปรับ) 2,000 เหรียญไต้หวันขึ้นไป ไม่สามารถชำระหมดได้ในครั้งเดียวเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่สามารถชำระเบี้ยประกันหมดได้ในครั้งเดียวได้ สามารถยื่นเรื่องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่างๆ เพื่อขอทำการผ่อนชำระเป็นงวด

②เบี้ยประกันสุขภาพของผู้เข้าร่วมประกันที่ได้ถูกส่งให้กรมบังคับคดีแล้ว ให้ทำการผ่อนชำระเป็นงวดตามคำสั่งของฝ่ายบังคับคดี

(2) วิธีการสมัคร

①ยื่นเรื่องที่เคาน์เตอร์:
นำบัตรประชาชน ตราประทับ (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชน และตราประทับของผู้ทำการแทน ซึ่งทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) ไปยื่นเรื่องยังสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ใกล้บ้าน พร้อมชำระเบี้ยประกันงวดแรกขณะยื่นขอ หากค้างชำระและได้ส่งกรมบังคับคดีในท้องที่แล้ว การยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวด ต้องได้รับการเห็นชอบจากหน่วยงานบังคับคดี

②ยื่นเรื่องทางอินเตอร์เน็ต:
นำบัตรประกันสุขภาพหรือหลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ที่ลงทะเบียนเปิดบัตรแล้วเข้าสู่ระบบ “งานบริการผ่านอินเตอร์เน็ตข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” ของกรมประกันสุขภาพ คลิกเลือก “สอบถามค้างชำระเบี้ยประกันส่วนบุคคลและการผ่อนจ่ายแบบง่าย” ที่อยู่ใต้หัวข้อ “สอบถามและพิมพ์งานที่เกี่ยวกับเบี้ยประกัน” ก็สามารถตรวจสอบข้อมูลการค้างเบี้ยประกันส่วนบุคคล พร้อมยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวดแบบง่าย (เฉพาะผู้ค้างชำระที่ไม่ได้ถูกส่งเรื่องให้กรมบังคับคดี และยังไม่เคยยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวดมาก่อน และไม่เคยมีหรือมีประวัติทำผิดสัญญาผ่อนชำระเป็นงวดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)

เงื่อนไขและคุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจประกอบด้วย:

1. **ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามกำหนดของกฎหมายสังคมสงเคราะห์ และมีหลักฐานที่ออกให้โดยสำนักงานที่ทำการเขต**
2. **ผู้หาเลี้ยงชีพหลักของครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน**
   (1) เสียชีวิตไม่ครบ 2 ปี
   (2) หายสาบสูญ 6 เดือนขึ้นไป และแจ้งความยังไม่ครบ 2 ปี
   (3) มีใบรับรองผู้พิการ

(4) ทำงานไม่ได้เนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้เวลารักษาระยะยาว
(5) ตั้งครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป หรือคลอดลูกภายใน 2 เดือน
(6) รับราชการทหารหรือทหารบริการพลเรือน เวลาประจำการมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
(7) อยู่ระหว่างคุมขังในทัณฑสถาน กำหนดเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
(8) ว่างงานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

3. สมาชิกครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
(1) คู่สมรสหรือญาติทางสายเลือดป่วยด้วยโรคร้ายแรง
(2) ครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียว ต้องเลี้ยงอุปการะบุตรตามลำพัง
(3) ลูกเสียชีวิต ต้องเลี้ยงอุปการะบุตรซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะที่เกิดจากลูกของ ตนตามลำพัง

รายละเอียดท่านสามารถดูเพิ่มเติมจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw→บริการประกันสุขภาพ→ร่วมประกันและค่าประกันสุขภาพ→ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส→เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ หรือโทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพ หมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678

รักษาสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ปลดล็อคบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด เสริมการเร่งรัดเก็บค่าค้างจ่าย

เพื่อสร้างคุณค่าแห่งการทัดเทียมด้านการรักษาพยาบาล นับตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินมาตรการตาม “แผนแยกการค้างชำระค่าประกันสุขภาพออกจากสิทธิการรักษาพยาบาล (ปลดล็อคบัตรทั้งหมด)” ผลักดันการปลดล็อคบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ให้การปกป้องสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน ประชาชนเพียงแต่ทำการยื่นเรื่องร่วมระบบประกันสุขภาพ ก็สามารถวางใจในการรับการรักษาได้ สำหรับผู้ที่ไม่มีกำลังความสามารถจ่ายค่าประกัน

สุขภาพ จะมีมาตรการช่วยเหลือเกี่ยวกับการค้างชำระ เช่น ผ่อนชำระเป็นงวด การกู้เงินจากกองทุนช่วยเหลือและการส่งต่อไปยังองค์กรสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาโทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678

ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

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

เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

นับแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2557 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการปรับปรุงเพิ่มมาตรฐานจำนวนรายได้ที่ไม่ใช่เงินเดือนจากหน่วยงานต้นสังกัด ที่ต้องหักจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม เป็นจำนวนเท่ากับรายได้ขั้นต่ำทั้งหมด

ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. พ.ศ.2558 เป็นต้นมา ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษและผู้ที่มีฐานะยากจน ตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพ

ประชาชนมาตรา100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง ไม่จำเป็นต้องหักเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ

โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์

สำนักงานประกันสุขภาพได้จัดทำโครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ โดยส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบัน แผนจีนและทันตแพทย์ไปให้บริการประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่อยู่พื้นที่ห่างไกลมากขึ้น

ดูข้อมูลสถานที่ และช่วงเวลาที่มีแพทย์สัญจรจากสถานพยาบาลออกไปให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ ได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw→นโยบายสำคัญ→ค้นหาพื้นที่ปรับปรุงขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ หรือโทรศัพท์สอบถามข้อมูลสถานที่ และช่วงเวลาที่มีแพทย์สัญจรจากสถานพยาบาลออกไปให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ได้ที่ฝ่ายธุรการของสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ และเลือกสถานที่ใกล้ที่สุดรับการรักษาพยาบาล

11

ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ

อะไรคือ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ"

健保醫療資訊雲端查詢系統
NHI MediCloud

เพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและการใช้ยาแก่ประชาชน พร้อมเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนของแพทย์และเภสัชกร สำนักงานประกันสุขภาพอาศัยเทคโนโลยีระบบคลาวด์ในการจัดทำ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" ขึ้น โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้แพทย์และเภสัชกรเมื่อทำการตรวจรักษา ออกใบสั่งยา สามารถตรวจสอบข้อมูลบันทึกการตรวจวิเคราะห์และการใช้ยาของคนไข้ในช่วงที่ผ่านมา ประกอบด้วยบันทึกการใช้ยาแพทย์แผนปัจจุบัน บันทึกการใช้ยา

แพทย์แผนจีนโบราณ บันทึกการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์ บันทึกผลการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์ บันทึกรายละเอียดการผ่าตัด บันทึกการตรวจรักษาทางทันตกรรมและการใช้ยา บันทึกการแพ้ยา บันทึกการใช้ยาชนิดควบคุม บันทึกการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด บันทึกการรักษากายภาพบำบัดและประวัติผู้ป่วยโดยย่อเมื่อออกจากโรงพยาบาลและรายการบันทึกการฉีดวัคซีนของกรมควบคุมโรค เป็นต้น รวมข้อมูลทั้งหมด 12 รายการ

นับแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา สำนักงานประกันสุขภาพได้สนับสนุนให้สถานพยาบาลทุกแห่งทำการอัพโหลดข้อมูลผลการตรวจรักษาและฟิลม์ภาพทันที ประกอบด้วยผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การตรวจอัลตราซาวด์และการเอ็กซ์เรย์ ฯลฯ แพทย์สามารถสามารถอ่านรายละเอียดข้อมูลฟิล์มและผลการตรวจผ่านทางระบบดังกล่าวนี้ได้ ยกระดับคุณภาพและความสะดวกสบายในการรักษาพยาบาลของคนไข้

นับแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 เป็นต้นมาได้เพิ่มสมรรถนะการเตือนออกใบสั่งยาแพทย์ซ้ำแบบอัตโนมัติ ให้ข้อมูลสนองกลับในการออกใบสั่งยาและการสั่งตรวจสอบซ้ำของแพทย์ในทันที ช่วยลดความฟุ่มเฟือยทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลจากการจ่ายยาและการตรวจสอบตรวจวิเคาะห์ที่ซ้ำซ้อน มีประโยชน์ด้านบวกอย่างกระตือรือร้นต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยในการใช้ยาของคนไข้เป็นอย่างมาก

ประโยชน์ของ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" สำหรับประชาชน

"ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง รวบรวมข้อมูลการตรวจรักษาจากแหล่งต่างกันของคนไข้ ช่วยให้แพทย์ทำความเข้าใจต่อผลการตรวจสอบและตรวจวิเคราะห์

ตลอดจนการใช้ยาของคนไข้ได้สมบูรณ์ขึ้น ตลอดจนแพทย์ตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาได้แม่นยำยิ่งขึ้น ลดการก่อผลร้ายต่อคนไข้และความฟุ่มเฟือยทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลจากการจ่ายยาและการตรวจสอบตรวจวิเคราะห์ที่ซ้ำซ้อน มีประโยชน์อย่างมากต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยในการใช้ยาของคนไข้ระบบสร้างประโยชน์ต่อประชาชนดังนี้:

1. ปลอดภัย:

(1) ลดการเจาะเลือดตรวจวิเคราะห์ซ้ำซ้อน ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาซ้ำซ้อน

(2) ลดการรับปริมาณรังสีแพร่กระจายเกินอัตราเนื่องจากการฉายเอ็กซเรย์หลายครั้ง

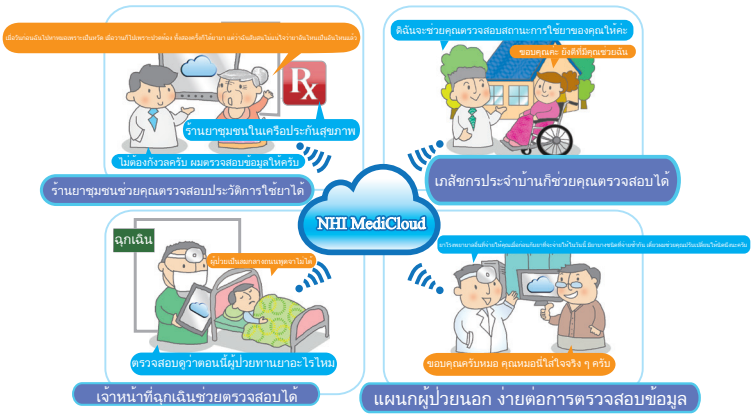
(3) ลดจำนวนครั้งของการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ซึ่งสร้างความไม่สบายต่อร่างกาย

2. ประหยัด: ลดค่าใช้จ่ายในการยื่นขอสำเนาประวัติผู้ป่วยและการก๊อปปี้แผ่นซีดีฟิล์ม ฯลฯ เมื่อต้องทำการย้ายไปรักษายังสถานพยาบาลอื่นตลอดจนต้นทุนด้านเวลาและการเดินทางด้วย

สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพสามารถใช้ "ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ" ได้

ระบบคลาวด์ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ เป็นระบบเครือข่ายบริการข้อมูลประกันสุขภาพ (VPN) ที่สร้างไว้ในเขตพื้นที่อินเตอร์เน็ตปิด เสนอให้แพทย์และเภสัชกรของสถานบริการการรักษาพยาบาลที่มีสัญญาในเครือประกันสุขภาพ สามารถใช้ตรวจสอบเมื่อประชาชนพบแพทย์และมีความต้องการข้อมูลในการตรวจรักษาจากสถิติปีพ.ศ. 2561 มีสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพและร้านยาจำนวน 25,885แห่งที่ใช้ระบบนี้ตรวจสอบข้อมูลแล้ว เมื่อประชาชนนำบัตรประกัน

สุขภาพไปทำการตรวจรักษายังสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการยืนยันจากการใช้ 3 บัตรร่วมกัน (บัตรโมดูลรักษาความปลอดภัยด้านฮาร์ดแวร์ บัตรผู้ทำงานการรักษาพยาบาลและบัตรประกันสุขภาพของผู้ป่วย) ผู้ทำงานด้านการรักษาพยาบาลจึงจะสามารถทำการตรวจสอบข้อมูลตามความต้องการในการรักษาได้



12

การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง

หากท่านเข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เพียงท่านยื่นคำร้องภายในเวลากำหนด เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นกับสำนักงานประกันสุขภาพ ก็จะสามารถคืนค่ารักษาพยาบาลแก่ท่านตามผลพิจารณา

1. กรณีเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญาไม่ทัน จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลด้านประกันสุขภาพในทันที หรือเนื่องจากไปทำธุระหรือท่องเที่ยวในต่างประเทศเกิดเหตุ
   เจ็บป่วยหรือคลอดลูกอย่างไม่คาดคิด จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลในท้องถิ่น
2. ในระหว่างที่ถูกระงับการใช้ชั่วคราว ได้เข้ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา และท่านก็ได้ชำระเบี้ยประกันต่างๆ ของช่วงเวลานั้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. การรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีสัญญา เนื่องจากไม่ใช่ความรับผิดชอบของท่าน (เช่น ในครั้งที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรง แต่หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วถึงได้รับอนุมัติให้เป็นผู้ป่วยร้ายแรง) เป็นเหตุทำให้ท่านต้องสำรอง จ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน และไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจาก
สถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) หรือก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ยื่นบัตรประกันสุขภาพและบัตรประชาชนย้อนหลัง
4. ผู้ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมตลอดปีห้องผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 30 วัน หรือห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใน 180 วัน มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย

กำหนดเวลาการขอเงินคืน

1. เริ่มนับตั้งแต่วันที่เข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน หรือนับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน แต่ลูกเรือที่ออกทำงาน กลางทะเล ถือภายใน 6 เดือนนับจากวันที่กลับประเทศ
2. หากรับการรักษาในช่วงระงับการจ่ายเงินชดเชยชั่วคราว และชำระเงินที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว กำหนดเวลาการยื่นขอคือเริ่มจากวันที่ชำระเบี้ยประกันทั้งหมดแล้วภายใน 6 เดือน (สามารถยื่นขอคืนเงินค่ารักษาในช่วงเวลาค้างชำระเบี้ยประกันภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
3. กำหนดเวลาดังกล่าวใช้กับเหตุที่เกิดทั้งภายในและต่างประเทศ เลยกำหนดเวลา ไม่สามารถยื่นขออนุมัติคืนเงินได้ ขอให้ท่านดูแลเรื่องกำหนดเวลาให้ดี
4. ผู้ที่พักรักษาตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลตลอดปี ส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ปีถัดไป
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังออกจากโรงพยาบาล การยื่นขอต้องเริ่มนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน

เอกสารที่ต้องเตรียม

1. แบบคำร้องขอคืนค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ
   ท่านสามารถขอแบบคำร้องได้โดยตรงที่ฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ
   (1) ขอที่สำนักงานประกันสุขภาพท้องที่ต่าง ๆ ได้โดยตรง
   (2) ท่านสามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ https://www.nhi.gov.tw⟶บริการประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลและคืนเงิน⟶คืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง⟶รายละเอียดโดยสังเขปขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง⟶แบบคำร้องขออนุมัติค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองประกันสุขภาพประชาชน
   (3) พิมพ์ข้อมูลในหนังสือคำร้องบนเว็บไซต์กรมประกัน สุขภาพและพิมพ์หนังสือคำร้องออกมาแบบออนไลน์ที่: https://www.nhi.gov.tw⟶บริการประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลและคืนเงิน⟶คืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง⟶เข้าสู่ระบบขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองด้วยตนเองแบบออนไลน์

2. แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายละเอียดค่าใช้จ่าย หากท่านทำใบเสร็จรับเงินฉบับจริงหรือรายละเอียดค่าใช้จ่ายหาย หรือใบเสร็จเอกสารฉบับจริงต้องนำไปใช้ในการอื่น ท่านสามารถยื่นขอให้สถานพยาบาลเดิมในประเทศออกสำเนาใบเสร็จ และประทับตรารับรองของสถานพยาบาลด้วยคำว่า "เหมือนต้นฉบับ" ใบเสร็จของต่างประเทศฉบับถ่ายสำเนา หากมีความลำบากในการขอประทับตรา ก็ไม่จำเป็นต้องกลับไปยังสถานพยาบาลเดิมเพื่อขอประทับตรา นอกจากนี้ไม่ว่าเป็นผู้ที่รักษาตัวในหรือต่างประเทศ หากใช้ใบเสร็จที่ไม่ใช่ตัวจริง ต้องลงนามหนังสือแถลง “ไม่สามารถแสดงใบเสร็จรับเงินฉบับจริง” พร้อมทั้งเขียนระบุอธิบายสาเหตุที่ไม่สามารถนำมาแสดงได้

3. สำหรับการรักษาพยาบาลของผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ต้องให้ตัวแทนตามที่กฎหมายกำหนดเป็นผู้ยื่นคำร้องพร้อมลงลายมือชื่อ และยังต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านเพื่อตรวจสอบ กรณีที่มอบอำนาจให้ผู้อื่นทำการแทน ต้องทำหนังสือมอบอำนาจ ผู้ทำการแทนต้องนำบัตรประชาชนของตนมาแสดงด้วย

4. ใบรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรอง
หากเป็นผู้รับการรักษาในพื้นที่ที่ไม่อยู่ในการคุ้มครองของประกันสุขภาพ (รวมถึงต่างประเทศและประเทศจีน) หรือคลินิก และโรงพยาบาลที่ไม่ได้ร่วมกับประกันสุขภาพ ให้ท่านขอเอกสารรับรองจากนายแพทย์หรือโรงพยาบาลดังนี้
   (1) หากเป็นผู้ป่วยนอกหรือรักษาฉุกเฉิน ให้เตรียม “ใบรับรองแพทย์” (รายละเอียดต้องบันทึกอาการและชื่อโรคที่วินิจฉัย)
   (2) หากนอนรักษาในโรงพยาบาล นอกจาก “ใบรับรองแพทย์” (ต้องเขียนชี้แจงลักษณะอาการและชื่อโรค) แล้ว ยังต้องเตรียม “ประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ”

5. หากท่านขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในต่างประเทศท่านจะต้องแนบสำเนาหลักฐานการเดินทางเข้าออกไต้หวันของครั้งนั้น (เช่น หน้าหนังสือเดินทางที่มีรูปถ่ายและหน้าที่มีตราประทับวันที่เข้าและออกสาธารณรัฐจีนเป็นต้น) ยื่นออนไลน์ขอหนังสือรับรองวันเดินทางเข้าออกประเทศจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกระทรวงมหาดไทยหรือใบรับรองที่ออกให้โดยหน่วยงานบริการนั้นหากท่านใช้ “ระบบตรวจหนังสือเดินทางอัตโนมัติ” ผ่านด่านตรวจคนเข้าเมือง ท่านสามารถขอทำการประทับตราการเดินทางออกประเทศในครั้งนั้นได้ที่ “เคาน์เตอร์เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ” ซึ่งจะอยู่ตรงทางเข้าเมื่อผ่านด่านแล้ว หรือสามารถพิมพ์หลักฐานได้โดยใช้ “ระบบยื่นขอหลักฐานวันที่เดินทางเข้าออกประเทศออนไลน์” ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกระทรวงมหาดไทย และยังสามารถใช้ใบคำร้องพร้อมสำเนาหน้าหนังสือเดินทางพร้อมระบุ “ใช้ระบบตรวจหนังสือเดินทางอัตโนมัติผ่านด่านตรวจคนเข้าเมือง” ได้เช่นกัน หากยังไม่กลับเข้าประเทศ

สามารถขอให้ผู้อื่นทำการแทนได้ แต่ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ: https://www.nhi.gov.tw⟶บริการประกันสุขภาพ⟶ ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ⟶ ค่ารักษาพยาบาลและคืนเงิน⟶ขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง⟶แนะนำการขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง⟶หนังสือมอบอำนาจ)

หมายเหตุ: ยื่นขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเองที่เกิดในพื้นที่นอกเขตไต้หวัน เอกสารที่แนบได้แก่ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จฉบับจริง รายละเอียดค่าใช้จ่ายและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ใช่ฉบับภาษาอังกฤษ ต้องแนบฉบับแปลเป็นภาษาจีนด้วย

6. หากท่านขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนที่เกิดจากการพักรักษาในโรงพยาบาลในประเทศจีน 5 วันขึ้นไป (รวม 5 วัน ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล: เช่น เข้าโรงพยาบาล วันที่ 1 มกราคม ออกจากโรงพยาบาล วันที่ 6 มกราคม รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน) ท่านจะต้องนำใบเสร็จรับเงินฉบับจริง ใบรับรองแพทย์ ประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ(รายงานติดตามอาการและบันทึกอาการหลังออกจากโรงพยาบาล) ไปรับรองที่ฝ่ายรับรองเอก
   สารในประเทศจีนก่อน เมื่อกลับถึงไต้หวัน ให้นำหนังสือรับรองฉบับจริงไปขอพิสูจน์การรับรองที่มูลนิธิแลกเปลี่ยนระหว่างสองฝั่งช่องแคบไต้หวัน สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ที่ โทรศัพท์ 02-2533-5995 หรือเว็บไซต์: http://www.sef.org.tw
7. หากเป็นผู้ที่จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเองจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสะสมรวมตลอดปีมากกว่าระดับสูงสุดตามที่กฎหมายกำหนด และหากผู้ประกันตนยินยอมให้สำนักงานประกันสุขภาพ คำนวณเงินจากช่องทางการแจ้งข้อมูลของสถานพยาบาล เพื่ออนุมัติจำนวนเงินคืนค่ารักษาพยาบาล ก็ไม่จำเป็นต้องแนบรายละเอียดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลและใบเสร็จรับเงินฉบับจริง

วิธีการขอยื่นเรื่อง

เมื่อท่านเตรียมเอกสารต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเรียบร้อยแล้วให้ยื่นคำร้องออนไลน์ทางเว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ (ยังคงต้องส่งหนังสือคำร้องใบเสร็จฉบับจริง ใบรับรองแพทย์ และใบรับรองประวัติคนไข้ออกจากโรงพยาบาลเป็นต้น ทางไปรษณีย์ด้วยการส่งจดหมายแบบลงทะเบียน) ยื่นด้วยตนเองที่เคาน์เตอร์หรือส่งทางไปรษณีย์:

1. ประชาชนที่ขออนุมัติคืนเงินจากต่างประเทศ กรุณายื่นขอต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่อยู่ หรือฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่อยู่เป็นผู้โอนย้ายข้อมูลการยื่นเรื่องแทน
2. ยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรุณายื่นเรื่องต่อฝ่ายธุรการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่สถานพยาบาลที่รับการรักษาตั้งอยู่

จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้

การยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรมประกันสุขภาพจะอนุมัติจ่ายเงินอ้างอิงตามมาตรฐานจ่ายเงินชดเชยของประกันสุขภาพ หลังจากที่ผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ดังนั้นจำนวนเงินอาจจะมีความแตกต่างจากการที่ท่านรับการรักษาพยาบาลโดยการจ่ายเอง อีกทั้งจำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อน เพื่อตัดสินการจ่ายในรายการและจำนวนเงิน จึงขอแนะนำให้ท่านพยายามดำเนินการนำบัตรประกันสุขภาพไปบันทึกข้อมูลยังสถานพยาบาลที่รับการรักษา นับแต่หลังวันรับการรักษาภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)

การขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของการรักษาผู้ป่วยนอก ฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตของการใช้ประกันสุขภาพนี้ (รวมต่างประเทศและประเทศจีนด้วย) เหมือนการขอเบิกค่าใช้จ่ายของคลินิกและโรงพยาบาลในไต้หวันคือต้องผ่านการวินิจฉัยเฉพาะทาง ตรวจสอบความเหมาะสมทางการแพทย์ ว่าอยู่ในขอบข่ายของความเจ็บป่วย

ฉุกเฉินที่ไม่อาจคาดการล่วงหน้าได้หรือไม่ เงื่อนไขและขอบเขตในการเบิกจ่ายเหมือนรักษาในไต้หวัน ซึ่งจะต้องสอดคล้องตามข้อกำหนดการเบิกจ่ายของประกันสุขภาพ

การกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้ จำนวนเงินสูงสุดคือ: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในไตรมาสก่อนหน้าที่ประกันสุขภาพจ่ายให้โรงพยาบาลหรือคลินิก จากผู้ป่วยนอกต่อคนต่อครั้ง ผู้ป่วยฉุกเฉินต่อคนต่อครั้ง หรือผู้ป่วยในต่อคนต่อวัน เนื่องจากจำนวนเงินที่อนุมัติคืนจะเปลี่ยนตามแต่ละไตรมาศ ซึ่งจะประกาศให้ทราบทางเว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพ ท่านสามารถขึ้นเว็บไซต์ตรวจสอบได้ที่ https://www.nhi.gov.tw⟶บริการประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพ⟶ค่ารักษาพยาบาลและคืนเงิน⟶ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองเอง⟶ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงสุดที่สำรองเองในต่างประเทศหรือประเทศจีน

สำนักงานประกันสุขภาพขอเรียกร้องให้ประชาชนร่วมกันใช้ทรัพยากรประกันสุขภาพด้วยความทนุถนอมอย่างถูกต้องตามฎหมาย สำหรับผู้ที่ใช้หลักฐานปลอมแปลง จะมีโทษปรับ 2 เท่าถึง 20 เท่าของจำนวนเงินที่ขอเบิกคืน ตามกำหนดของกฎหมายประกันสุขภาพมาตรา 81 สำหรับผู้ที่มีความผิดทางอาญา จะส่งตัวดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมต่อไป

หากท่านยังมีข้อสงสัย ให้ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพดังนี้

1. โทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598 มือถือโทร 02-4128-678 หรือโทรศัพท์สอบถามฝ่ายธุรการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกเขต
2. ส่งอีเมล์ไปที่ https://www.nhi.gov.tw “ตู้รับความคิดเห็น” ของสำนักงานประกันสุขภาพ
3. ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อสำนักงานต่างๆ ด้วยตนเอง

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกับกรมประกันสุขภาพ สำหรับดำเนินการด้านขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อน

ฝ่ายธุรการ	ที่อยู่	พื้นที่เขต	โทรศัพท์ติดต่อ
ฝ่ายธุรการไทเป	1F., No.15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City (10041)	กรุงไทเป นครนิวไทเป เมืองจีหลง เขตอี๋หลัน เขตจินเหมิน เขตเหลียนเจียง	(02)2523-2388
ฝ่ายธุรการเขตเหนือ	No.525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City (32005)	นครเถาหยวน เมืองซินจู๋ เขตซินจู๋ เขตเหมียวลี่	(03)433-9111
ฝ่ายธุรการเขตกลาง	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City (40709)	นครไถจง เขตจางฮั่ว เขตหนานโถว	(04)2258-3988
ฝ่ายธุรการเขตใต้	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City(70006)	เขตหยุนหลิน เมืองเจียอี้ เขตเจียอี้ เมืองไถหนาน	(06)224-5678
ฝ่ายธุรการเกาสง ผิงตง	No.259,Zhongzheng 4Th Rd.,Qianjin Dist.,Kaohsiung City(80147)	นครเกาสง เขตผิงตง เขตเผิงหู	(07)231-5151
ฝ่ายธุรการเขตตะวันออก	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)	เขตฮวาเหลียน เขตไถตง	(03)833-2111

13

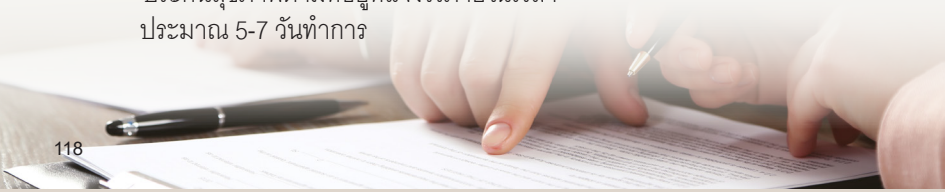
มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของประกันสุขภาพ

เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการจัดการ กรมประกันสุขภาพเสนอมาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนหลายรายการอย่างต่อเนื่อง ปกป้องสุขภาพของประชาชน

บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

"บริการแจ้งข้อมูลบัตรประกันสุขภาพข้ามหน่วยงานของสำนักทะเบียนราษฎร์" เพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

1. หากประชาชนยื่นขอบัตรประจำตัวประชาชนใหม่เนื่องจากบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสุขภาพสูญหายในเวลาเดียวกัน เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อนามสกุล วัน เดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน ชนพื้นเมืองเปลี่ยนกลับไปใช้ชื่อเดิม)
   เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์ใส่ข้อมูลผิด เป็นต้น สามารถทำการตามขั้นตอนพร้อมกันในที่เดียวได้ เมื่อกรมประกันสุขภาพได้รับข้อมูลชำระเงินของประชาชนแล้วเสร็จจะจัดทำและส่งมอบบัตรทันที ประชาชนจะได้รับบัตรประกันสุขภาพตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ภายในเวลาประมาณ 5-7 วันทำการ



2. ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดเมื่อไปดำเนินการแจ้งเกิดยังสำนักทะเบียนราษฎร์สามารถดำเนินการให้กับเด็กแรกเกิดทำประกันสุขภาพร่วมด้วย และทำบัตรประกันสุขภาพที่มีรูปภาพ (มอบรูปภาพภายหลัง) หรือบัตรแบบไม่มีรูปภาพได้เมื่อสำนักงานประกันสุขภาพได้รับข้อมูลการแจ้งเรื่องจะดำเนินการร่วมระบบประกันสุขภาพให้กับเด็กแรกเกิดเอง พร้อมทั้งส่งบัตรประกันสุขภาพให้ ผู้ที่เลือกทำบัตรประกันสุขภาพแบบ “มี” รูปภาพ (มอบรูปภาพภายหลัง) เมื่อแจ้งเรื่องแล้วโปรดสแกน QR Code บนหนังสือหลักฐานที่สำนักทะเบียนราษฎร์มอบให้ ลิงค์ไปยัง “แพลตฟอร์มอัพโหลดรูปภาพ” ของสำนักงานประกันสุขภาพเพื่อส่งมอบรูปภาพ สำนักงานประกันสุขภาพจะทำบัตรประกันสุขภาพที่ติดรูปภาพดังกล่าวส่งให้ต่อไป เด็กทารกแรกเกิดหลังคลอดภายใน 60 วันที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถรับบริการฉีดวัคซีนและตรวจสุขภาพหรือรักษาพยาบาลโดยใช้ร่วมกับบิดามารดาได้

ยกระดับงานบริการ

1. บริการ "ไม่ต้องกรอกแบบคำร้อง ไร้กระดาษ"

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

2. บริการทำบัตรในท้องที่

เพื่อบริการประชาชนในทุกพื้นที่ และเกาะรอบนอกพื้นที่ห่างไกลความเจริญ สามารถยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพได้ทันท่วงทีนับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 เป็นต้นมาจุดบริการภายนอกของสำนักงานประกันสุขภาพและที่ทำการเขตบางแห่ง เปิดบริการงานทำบัตรในพื้นที่แล้วทั้งหมด ประชาชนสามารถยื่นขอทำบัตรที่เคาน์เตอร์ และรับบัตรในสถานที่ได้ ทั้งนี้เพื่อบรรเทาความต้องการใช้บัตรเร่งด่วนของประชาชนในท้องที่

ประชาชนที่ไปยื่นเรื่องยังเคาน์เตอร์ สามารถใช้แผ่นซีดีไฟล์รูปภาพ หรือใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ E-mailอัพโหลดไฟล์รูปภาพได้ (สำหรับ “จุดบริการยื่นทำบัตรประกันสุขภาพในสถานที่” กรุณาดูได้ในบทที่ 8)

3. บริการยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพด้วยระบบบริการแบบไม่ใช้หลักฐานแสดงตน

เพื่อประหยัดเวลาในการรอยื่นขอและรับบัตรประกันสุขภาพของประชาชน และการให้บริการทางอินเตอร์เน็ตที่ดี จึงเปิดให้ประชาชนใช้รหัสเลขบ้านที่เขียนไว้ในทะเบียนบ้านของผู้ยื่นขอทำบัตร ทำการยื่นเรื่องขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมชำระค่าธรรมเนียมออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ ทั้งสามารถเลือกจุดบริการภายนอกของกรมประกันสุขภาพที่ต้องการไปรับบัตรได้ เมื่อไปขอรับบัตรกรุณานำหลักฐานประจำตัวฉบับจริงไปเพื่อการตรวจสอบด้วย หากให้ผู้อื่นไปรับบัตรแทน จะต้องมีแสดงหลักฐานประจำตัวฉบับจริงทั้งของผู้ยื่นขอบัตรและผู้ที่มารับบัตรแทน

4. มีเคาน์เตอร์บริการชำระเงินด้วยบัตรเครดิตและบัตรเงินสดอิเล็กทรอนิกส์

เพื่อลดความเสี่ยงในการพกเงินสดของประชาชน ที่จุดบริการต่างๆ ของสำนักงานประกันสุขภาพมีบริการชำระค่าประกันสุขภาพด้วยบัตรเครดิต นอกจากนี้ยังสามารถหักชำระเงินค่าทำบัตรประกันสุขภาพจากบัตรเงินสดอีซีการ์ด(EasyCard) และบัตรไอพาส(iPASS) ได้

5. ยื่นขอ "บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง" ไม่ต้องวิ่งรอก

(1) หากมีเหตุการณ์พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง ญาติสามารถนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงยังสำนักงานประกันสุขภาพในทุกเขต ของกรมประกันสุขภาพหลังผ่านการตรวจสอบอนุมัติแล้ว สามารถลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในส่วนต้องจ่ายเองได้ตามข้อกำหนด

(2) นอกจากนี้ หากโรคที่ป่วยตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง นอกจากไปทำเรื่องที่เคาน์เตอร์หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์แล้ว

โรงพยาบาลยังสามารถใช้บริการผ่านอินเตอร์เน็ตช่วยยื่นขอ “บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง” กับกรมประกันสุขภาพหรือตรวจสอบการอนุมัติได้ด้วย

(3) ปัจจุบันบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงจากมะเร็งหลายชนิดมีอายุ 5 ปี มะเร็งบางชนิดมีอายุบัตร 3 ปี เมื่อครบกำหนดต้องยื่นขอเปลี่ยนบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงใหม่ กรมประกันสุขภาพจะมอบหมายให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยอย่างรอบคอบว่าเข้าข่ายตามกำหนด “ต้องรักษาอย่างกระตือรือร้นหรือระยะยาว” หรือไม่ เพื่อใช้อ้างอิงในการอนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้ใหม่

ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก

1. ห่วงใยผู้ด้อยโอกาส ช่วยเหลือด้วยใจรัก

กรมประกันสุขภาพมีบริการ “บัญชีด้วยใจรัก” สำหรับผู้ด้อยโอกาสที่ไม่มีกำลังความสามารถจ่ายค่าประกันสุขภาพ ต้องผ่อนชำระเป็นงวด กู้เงินจากกองทุนช่วยเหลือ และไม่มีวิธีแก้ไขปัญหาความลำบากทางเศรษฐกิจของผู้นั้นได้ จะใช้เงินบริจาคด้วยใจรัก ช่วยจ่ายค่าประกันสุขภาพให้แก่ผู้นั้น เพื่อให้ความรักในสังคมถูกส่งและช่วยเหลือแก่ประชาชนด้อยโอกาสเหล่านี้

2. “โครงการอุดหนุนเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน”

สำนักงานประกันสุขภาพร่วมกับแผนกกิจการสังคมที่ว่าการเขตทุกแห่ง สำหรับ “ครอบครัวรายได้น้อย” หรือ“รายได้น้อยถึงปานกลาง” และผู้ตั้งถิ่นฐานใหม่ที่ยังไม่มีบัตรประชาชนให้การช่วยแนะแนว และรับเรื่องในเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถทำเรื่องยังที่ว่าการเขตใกล้บ้านได้

ภาคผนวก

หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานกลางประกันสุขภาพและฝ่ายธุรการสาขาเขตต่างๆกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ
โทรศัพท์บริการสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหมายเลข 0800-030-598
มือถือโทร 02-4128-678

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานใหญ่	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Daan District, Taipei City (10634), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการไทเป	(02)2191-2006	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng District, Taipei City (10041), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อจีหลง	(02)2191-2006	No. 95, Yiyi Rd., Keelung City (20241), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่ออีหลัน	(02)2191-2006	No. 11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County (26550), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อจินเหมิน	(082)372-465	1st Floor, No. 65, Huandao N. Rd., Jincheng Town,Jinmen County (89350), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อเหลียนเจียง	(083)622-368	No. 216, Fusing Village, Nangan Township, Lienchiang County (20941), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการเขตเหนือ	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อเถาหยวน	(03)433-9111	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan District, Taoyuan City (33062), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อซินจู๋	(03)433-9111	No. 3, Wuling Rd., North Section , Hsinchu City, (30054), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อจู๋เป่ย	(03)433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County (30268), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อเหมียวลี่	(03)433-9111	No. 1146, JhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County (36052), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการเขตกลาง	(04)2258-3988	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun District, Taichung City (40709), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อฟงหยวน	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อซาลู่	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352), Taiwan (R.O.C.)

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานติดต่อจังฮั่ว	(04)2258-3988	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อหนันโถว	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการเขตใต้	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongsi District, Tainan City (70006), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อซินหยิง	(06)224-5678	No. 78, Dongsyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อเจียอี้	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., Chiayi City (60085), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อหยุนหลิน	(06)224-5678	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County (64043), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการเขตเกาผิง	(07)231-5151	No.259, Zhongzheng 4Th Rd.,Qianjin Dist.,Kaohsiung City (80147), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อกังซัน	(07)231-5151	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (1st Floor, Inside the KaohsiungArmed Forced General Hospital Gangshan Branch), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อฉีซัน	(07)231-5151	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อผิงตง	(07)231-5151	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อตงกั่ง	(07)231-5151	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อเผิงหู	(07)231-5151	No. 63-40 Siwun Ao, Siwun Li, Magong City, Penghu County (88050), Taiwan (R.O.C.)
ฝ่ายธุรการเขตตะวันออก	(03)833-2111	No. 36, Syuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่ออวี่หลี่	(03)833-2111	No. 91, Hsinhsing St., Yuli Town, Hualian County (98142), Taiwan (R.O.C.)
สำนักงานติดต่อไถตง	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049), Taiwan (R.O.C.)

คู่มือนี้ได้รับการรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ระเบียบกฎหมายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา กรุณาเข้าดูเว็บไซต์ของสำนักงานสุขภาพได้ตลอดเวลา https://www.nhi.gov.tw เพื่อรับรู้ข้อมูลล่าสุด

2563-2564 คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

編著：衛生福利部中央健康保險署
出版機關：衛生福利部中央健康保險署
地址：10634臺北市大安區信義路三段140號
電話：02-2706-5866
出版日期：中華民國108年12月
版次：第1版第1刷
本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站
https://www.nhi.gov.tw
定價：新臺幣50元
經銷者：五南文化廣場
地址：400台中市中區中山路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: 1010802486　　ISBN: 9789865439187

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。

健保 25 永遠的健康好夥伴

Toll Free:
0800-030-598
4128-678
Phone:
02-4128-678

NHIA Website　My Health Bank　Facebook　LINE

ISBN 978-986543918-7
GPN：1010802486

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

No.140,Sec.3.Hsinyi Road,Taipei 10634, Taiwan,R.O.C
Tel: +886-2-2706-5866
https://www.nhi.gov.tw