



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ.๒๕๖๒ ให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม หรือสัญชาติอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเพิ่มเติม ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม พร้อมผู้ติดตามทุกราย ต้องอยู่ในระบบประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่อนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทย และอนุญาตให้ทำงานเป็นการชั่วคราว ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว เพื่อให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ และลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ เรื่อง การให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมโดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง และจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างด้าว และ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ เรื่องขยายระยะเวลาการอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและการทำงานของแรงงานในกิจการประมงทะเลและกิจการแปรรูปสัตว์น้ำ ให้ตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยสถานบริการสุขภาพของรัฐเท่านั้น และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ เรื่องการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสุขภาพ ประกันสุขภาพ และออกใบรับรองแพทย์ ให้แก่แรงงานต่างด้าว และหลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เกี่ยวข้อง โดยให้หน่วยงานที่ได้รับเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตามประกาศฉบับนี้เก็บเงินนั้นเข้าเป็นเงินบำรุง หรือเงินรายรับสถานพยาบาลของรัฐ หรือ บัญชีเงินของหน่วยงานของรัฐ เพื่อใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่แรงงานต่างด้าว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ.๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๘ และมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๘ ที่แนบท้ายประกาศ

(๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๙

ข้อ ๓ ประกาศนี้...

ข้อ ๓ ประกาศนี้

“แรงงานต่างด้าว” หมายความว่า คนซึ่งมีสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม หรือ สัญชาติอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเพิ่มเติม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยและอนุญาตให้ทำงานชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว และไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

“ผู้ติดตาม” หมายความว่า บุตรแรงงานต่างด้าวอายุไม่เกิน ๑๘ ปี และได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ ที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

“กองทุนส่วนกลาง” หมายความว่า เงินที่ได้รับจากการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการ และชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง ส่วนที่ดำเนินการโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

ข้อ ๔ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าว หรือ ผู้ติดตาม โดยสถานพยาบาลของรัฐแห่งเดียวกัน เท่านั้น

ข้อ ๖ ให้สถานพยาบาล ดำเนินการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทุกราย อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยกำหนดอายุความคุ้มครองการประกันสุขภาพไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงาน

กรณี เข้ามาทำงานในลักษณะไป-กลับ หรือตามฤดูกาล ตามมาตรา ๖๔ แห่งพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และกรณีเข้ามาตามฤดูกาลให้ประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่กำหนดอายุความคุ้มครองไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงาน

ข้อ ๗ โรคที่ไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ และต้องประสานเพื่อการส่งกลับประเทศต้นทางได้แก่ วัณโรคในระยะอันตราย โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓ ติดสารเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรังที่ปรากฏอาการชัดเจน หรือเป็นโรคอื่นๆ โดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หรือร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

ข้อ ๘ อัตราค่าบริการ

๘.๑ กลุ่มแรงงานต่างด้าว

(๑) อายุความคุ้มครอง ๒ ปี บัตรรวมราคา ๔,๒๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ (สองครั้ง) คนละ ๑,๐๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๓,๒๐๐ บาท

หมายเหตุ การตรวจสุขภาพปีที่ ๒ ให้สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนกำหนดนัดหมายการตรวจสุขภาพ ภายใน ๑ เดือน นับจากวันครบกำหนด ๑ ปี ของการตรวจสุขภาพครั้งแรก

(๒) อายุความคุ้มครอง ๑ ปี บัตรรวมราคา ๒,๑๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๑,๖๐๐ บาท

(๓) อายุความคุ้มครอง ๖ เดือน บั้ตรราคา ๑,๕๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๙๐๐ บาท

(๕) อายุความคุ้มครอง ๓ เดือน บั้ตรราคา ๑,๐๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท

๘.๒ กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว

๘.๒.๑ บุตรอายุเกิน ๗ ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๑๘ ปี

(๑) อายุความคุ้มครอง ๒ ปี บั้ตรราคา ๔,๒๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ (สองครั้ง) คนละ ๑,๐๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๓,๒๐๐ บาท

หมายเหตุ การตรวจสุขภาพปีที่ ๒ ให้สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนกำหนดนัดหมายการตรวจสุขภาพ ภายใน ๑ เดือน นับจากวันครบกำหนด ๑ ปี ของการตรวจสุขภาพครั้งแรก

(๒) อายุความคุ้มครอง ๑ ปี บั้ตรราคา ๒,๑๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๑,๖๐๐ บาท

(๓) อายุความคุ้มครอง ๖ เดือน บัตรราคา ๑,๕๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๙๐๐ บาท

(๔) อายุความคุ้มครอง ๓ เดือน บัตรราคา ๑,๐๐๐ บาท

- ค่าตรวจสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท

ทั้งนี้ ทุกอายุการคุ้มครอง การตรวจสุขภาพบุตรอายุเกิน ๗ ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๑๘ ปี คิดอัตรา
ค่าตรวจสุขภาพ ๕๐๐ บาท ต่อราย

๘.๒.๒ บุตรอายุไม่เกิน ๗ ปี

(๑) อายุความคุ้มครอง ๒ ปี บั้ตรราคา ๗๓๐ บาท

- ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๗๓๐ บาท

(๒) อายุความคุ้มครอง ๑ ปี บั้ตรราคา ๓๖๕ บาท

- ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ
- ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๓๖๕ บาท

ทั้งนี้ ทุกอายุการคุ้มครอง การตรวจสุขภาพบุตรอายุไม่เกิน ๗ ปี ให้ตรวจตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ

ข้อ ๙ ให้สถานพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามมาตรการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๑๐ มาตรการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอื่น ๆ ที่จำเป็นและเร่งด่วน นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศ ให้ดำเนินการตามความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และให้รายงานผลการดำเนินการนั้นต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทราบ

ข้อ ๑๑ กรณีที่ได้มีการขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อายุคุ้มครอง ๒ ปี เนื่องจากตามอายุการอนุญาตให้ทำงาน ๒ ปี ที่ได้ดำเนินการไปแล้วตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ให้ถือว่าได้ดำเนินการตามประกาศนี้

ข้อ ๑๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

นายปิยะสกล สกลสัตยาทร

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

มาตรการ
ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๒

๑ แนวทางการดำเนินงาน

ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพร้อมผู้ติดตามทุกราย ให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่อนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงานชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว เพื่อให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการให้บริการของสถานพยาบาล

๒ กลุ่มเป้าหมาย

แรงงานต่างด้าว สัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และได้รับอนุญาตให้ทำงานตามกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม กลุ่มที่นายจ้างแจ้งเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งอยู่ระหว่างรอสิทธิ และกลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

๓ การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการดำเนินการบริหารจัดการรูปแบบกองทุน แบ่งเป็น ๓ ด้านได้แก่

๓.๑.ด้านการดำเนินงาน

๓.๒.ด้านการรับเงิน การเก็บรักษาเงินและการจ่ายเงิน

๓.๓.ด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

๓.๑ ด้านการดำเนินงาน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ การดำเนินการในส่วนกลาง และการดำเนินการในพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ดำเนินการในกรุงเทพมหานคร

(๑) การดำเนินการในส่วนกลาง ให้บริหารจัดการรูปแบบกองทุน โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว โดยมีกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

(๒) การดำเนินการในพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคแต่ละจังหวัด หรือพื้นที่ดำเนินการในกรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินการภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวจังหวัด คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกรมการแพทย์ หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

๓.๒ ด้านการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงิน ให้ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เกี่ยวข้อง

สำหรับ...



สำหรับกองทุนส่วนกลาง ให้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โอนเงินส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง และค่าบริการจัดการ เข้าบัญชี ชื่อบัญชี “เงินประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง” ธนาคารกรุงไทยจำกัด(มหาชน) สาขาย่อย กระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ ประเภทเงินฝากกระแสรายวัน เลขที่บัญชี ๑๔๒-๖-๐๑๘๕๔-๑ ภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ

กรณีมีเหตุขัดข้องไม่อาจส่งเงินได้ตามกำหนดให้สถานพยาบาลชี้แจงและขออุทธรณ์ต่อ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หรือ ดำเนินการอื่นใดตามมติคณะกรรมการ

๓.๓. ด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ติดตามกำกับโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว จังหวัด คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกรมการแพทย์ หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร เช่น ประเมินความครอบคลุมการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ความพึงพอใจ ในการรับบริการ คุณภาพบริการ ความคุ้มค่าคุ้มทุนของสถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๔ การแบ่งเขตพื้นที่ดำเนินการ

ให้สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพดำเนินการตามเขตบริการสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งพื้นที่ดำเนินการโดยอ้างอิงพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment Area) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยอนุโลมและตามดุลยพินิจของคณะกรรมการของจังหวัด สำหรับสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้อยู่ในดุลยพินิจของกรมการแพทย์ และ ของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ตามความเหมาะสม หรือตามถิ่นที่อยู่ของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ยกเว้น แรงงานต่างด้าว ในกิจการประมงทะเลและแปรรูปสัตว์น้ำ ให้ดำเนินการในสถานพยาบาลในพื้นที่ ๒๒ จังหวัดชายฝั่งทะเล ตามที่กำหนดในมติคณะรัฐมนตรี

สถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ได้แก่ สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่สมัคร เข้าร่วมโครงการ

สถานพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ต้องผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ HA (Hospital Accreditation) ตั้งแต่บันไดขั้นที่ ๒ ขึ้นไป หรือ JCI (Joint Commission International) หรือ ISO (International Standardization Organization) ด้านที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ และต้องเป็นสถานพยาบาล ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็น สถานพยาบาลตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมที่จัดให้บริการผู้ป่วย ที่สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่น้อยกว่า ๕๐ เตียงขึ้นไป และอยู่ภายใต้การตกลงและความเห็นชอบของ คณะกรรมการของจังหวัด คณะกรรมการของกรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามความเหมาะสม และเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าว พิจารณออนุมัติ



๕ โรคที่ไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ และต้องประสานเพื่อการส่งกลับประเทศต้นทาง

โรคที่ไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ และต้องประสานเพื่อการส่งกลับประเทศต้นทาง ได้แก่ วัณโรคในระยะอันตราย โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓ ติดสารเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรังที่ปรากฏอาการชัดเจน หรือเป็นโรคอื่นๆ โดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หรือร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หากตรวจพบ ต้องประสานกับสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (สตม.) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งกลับประเทศต้นทางต่อไป เว้นแต่ผู้นั้นเป็นบิดา มารดา สามี ภริยา หรือบุตรของบุคคลซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทยและมีฐานะที่จะเลี้ยงดู ซึ่งกันและกันได้

๖ การตรวจสุขภาพ

๖.๑ วิธีดำเนินการ

(๑) ให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจสุขภาพให้แล้วเสร็จภายในวันเดียว และให้แจ้งผลการตรวจสุขภาพและออกใบรับรองแพทย์ให้แก่แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม ภายใน ๓ วันทำการ นับถัดจากวันที่ตรวจสุขภาพ

(๒) ให้สถานพยาบาลจัดบริการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทุกราย อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ตามแผนปฏิบัติการของสถานพยาบาล

(๓) สถานพยาบาลต้องปิดประกาศ ประชาสัมพันธ์ ให้ทราบว่าเป็นสถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

(๔) แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม ต้องแสดงความจำนงและลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วมียอมรับเงื่อนไขการประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองและไม่คุ้มครอง รวมถึงการร่วมจ่ายค่าบริการส่วนต่างบางรายการของการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งสถานพยาบาลไม่อาจเรียกเก็บชดเชยได้จากกองทุนส่วนกลาง

(๕) ให้สถานพยาบาลจัดทำเอกสาร ๒ ชุด เก็บไว้ที่สถานพยาบาลจำนวน ๑ ชุดจนกว่าจะหมดอายุการคุ้มครอง และเอกสารอีก ๑ ชุดให้แก่แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม ที่ขอรับการตรวจสุขภาพ เก็บไว้เป็นหลักฐาน

๖.๒ อัตราค่าบริการการตรวจสุขภาพ

(๑) แรงงานต่างด้าว ค่าตรวจสุขภาพ ๕๐๐ บาท/ราย/ครั้ง

(๒) ผู้ติดตามอายุเกิน ๗ ปี แต่ไม่เกิน ๑๘ ปี ค่าตรวจสุขภาพ ๕๐๐ บาท/ราย /ครั้ง

(๓) ผู้ติดตามอายุไม่เกิน ๗ ปี ยกเว้นค่าตรวจสุขภาพ โดยให้ตรวจพัฒนาการตามวัยตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ

กรณี แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม ที่ซื้อประกันสุขภาพอายุความคุ้มครอง ๒ ปี ให้สถานพยาบาลออกใบนัดหมายการตรวจสุขภาพปีที่ ๒

๖.๓ เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นขอรับการตรวจสุขภาพ

(๑) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว(Temporary Passport) หรือสำเนาเอกสารเดินทาง (Travel Document) หรือ สำเนาเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) สำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกให้โดยกรมการปกครอง หรือ สำเนาเอกสารรับรองรายการทะเบียนประวัติ (ท.ร. ๓๘/๑) กรณี ผู้ที่ไม่มีหลักฐานการพิสูจน์สัญชาติให้จัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการระบุตัวบุคคล เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ ภาพถ่าย เป็นต้น

(๒) สำเนาบัตร...

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของนายจ้าง

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลอ้างอิงที่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามพักอาศัย

(๔) สำเนาหนังสือรับรองสิทธิประกันสังคมหรือเอกสารรับรองการส่งเงินสมทบของแรงงานต่างด้าวกรณีนายจ้างอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยประกันสังคม (ถ้ามี)

(๕) ใบรับคำขออนุญาตทำงาน หรือใบอนุญาตทำงาน หรือหนังสืออนุญาตให้รับคนต่างด้าวทำงาน (ใบโควตา) ที่ออกโดยกรมการจัดหางาน (ถ้ามี)

(๖) เงินค่าตรวจสุขภาพตามอัตราที่กำหนด

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการของจังหวัด คณะกรรมการของกรมการแพทย์ คณะกรรมการของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร

๖.๔ การจำแนกผลการตรวจสุขภาพ แบ่งเป็น ๓ ประเภท ได้แก่

ประเภท ๑ ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพ “ปกติ”

ประเภท ๒ ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพ “ผ่าน” แต่ต้องให้การรักษา ติดตาม อย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นผู้มีภาวะติดเชื้อ หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่จะต้องให้การรักษาและควบคุมตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ ได้แก่ วัณโรค โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส

ประเภท ๓ ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพ “ไม่ผ่าน” เนื่องจาก

(๑) เป็นวัณโรคในระยะอันตราย โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ติดสารเสพติดให้โทษ โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓ โรคพิษสุราเรื้อรังที่ปรากฏอาการชัดเจน

(๒) เป็นโรคอื่นๆ นอกจากที่ปรากฏในข้อ (๑) โดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

(๓) ภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

(๔) ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการทำงานได้ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

ทั้งนี้ เมื่อสถานพยาบาลตรวจสุขภาพแล้ว ผลปรากฏว่าแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่ขอรับการตรวจสุขภาพมีผลตรวจจัดอยู่ในประเภทที่ ๒ ให้สถานพยาบาลให้การรักษา ติดตาม อย่างต่อเนื่อง หรือส่งต่อให้สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาตามข้อตกลงในพื้นที่ให้การรักษา ติดตามต่อไป

๖.๕ การออกใบรับรองแพทย์

(๑) ให้ใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กำหนด โดยกรอกข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลเลขที่ที่ใช้เลขที่เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (OPD card) ข้อมูลสถานที่ตรวจให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลที่รับผิดชอบ ข้อมูลชื่อแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม อายุ ที่อยู่ ให้ใช้ชื่อที่อยู่ในต่างประเทศจากสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือสำเนาเอกสารเดินทาง (Travel Document) หรือสำเนาเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกให้โดยกรมการปกครอง หรือสำเนาเอกสารรับรองรายการทะเบียนประวัติ (ท.ร. ๓๘/๑) เช่น เมืองเมียวดี เกาะสอง ทวาย มะละแหม่ง (เพื่อผลทางด้านระดับการศึกษาและเส้นทางที่เข้าเมือง) ข้อมูลสัญชาติ เชื้อชาติ ให้ระบุให้ชัดเจน เช่น สัญชาติเมียนมา เชื้อชาติมอญ กะเหรี่ยง ไทยใหญ่ การกรอกข้อมูลอาจเขียนด้วยลายมือหรือพิมพ์และลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ พร้อมประทับตราสถานพยาบาล เป็นต้น

(๒) ให้สรุปผลการตรวจดังนี้

(๒.๑) สุขภาพสมบูรณ์ดี หมายถึง ผลการตรวจเป็นประเภทที่ ๑

(๒.๒) ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่ต้องรักษา ติดตาม หมายถึง ผลการตรวจเป็นประเภทที่ ๒

(๒.๓) ตรวจสุขภาพไม่ผ่าน หมายถึง ผลการตรวจเป็นประเภทที่ ๓

(๓) ใบรับรองแพทย์ มีอายุ ๖๐ วัน นับแต่วันที่ตรวจสุขภาพ ยกเว้นเพื่อการประกันสุขภาพ ให้มีอายุ ๑ ปี นับแต่วันที่ตรวจสุขภาพ

๖.๖ การรายงานการตรวจสุขภาพ

(๑) กรณีผลการตรวจสุขภาพ “ผ่าน” (ผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๑ และ ๒)

ให้สถานพยาบาล มอบใบรับรองแพทย์ใส่ซองปิดผนึกและลงนามกำกับพร้อมประทับตราสถานบริการ จำนวน ๑ ฉบับ ให้แก่แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่ขอรับการตรวจไว้เป็นหลักฐาน เพื่อนำไปประกอบการขออนุญาตทำงาน และให้ส่งสำเนาผลการตรวจให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกรณีพื้นที่ส่วนภูมิภาค สำหรับกรณีสถานพยาบาลอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ส่งสำเนาผลการตรวจให้กรมการแพทย์ เพื่อนำไปประเมิน วิเคราะห์ แปรผล

(๒) กรณีผลการตรวจสุขภาพ “ไม่ผ่าน” (ผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๓) ให้สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ ประทับตราแดงสีแดงในใบรับรองแพทย์ ข้อความว่า “ต้องส่งกลับ” และดำเนินการดังนี้

(๒.๑) ให้สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ส่วนภูมิภาคส่งสำเนาผลการตรวจสุขภาพไปที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่หรือจังหวัดใกล้เคียงเพื่อผลักดันส่งกลับ ส่งให้สถานีดำรงท้องที่นั้น ๆ เพื่อผลักดันส่งกลับ ส่งให้จัดหางานจังหวัดเพื่อพิจารณายกเลิกใบอนุญาตทำงาน ส่งให้นายอำเภอในพื้นที่ที่แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามพักอาศัยเพื่อพิจารณายกเลิกการคุ้มครองชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดทำทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ต้องส่งกลับไว้เพื่อตรวจสอบด้วย

(๒.๒) ให้สถานพยาบาลประสานการรักษาผู้ป่วยจนพ้นระยะติดต่อหรือระยะอันตรายแล้ว ให้เร่งรัดการส่งกลับทันที โดยในระหว่างการรักษา ให้ผู้ป่วยและนายจ้างรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(๓) วิธีการรายงานผลการตรวจสุขภาพ

ให้สถานพยาบาลทุกแห่งที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม รายงานผลการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพตลอดจนการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาทุกเดือนตามระบบรายงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ครบถ้วน ในส่วนภูมิภาคให้รายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำหรับในเขตกรุงเทพมหานครให้รายงานไปที่กรมการแพทย์

๖.๗ ขั้นตอน กระบวนการตรวจสุขภาพ ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่มีอายุเกิน ๗ ปีขึ้นไป

(๑.๑) ให้เก็บปัสสาวะเป็นรายการแรกก่อนดำเนินการตรวจรายการอื่น เนื่องจากหากได้รับประทานยา Diethylcabamazine ก่อนเก็บปัสสาวะ อาจทำให้ผลการตรวจ Meth-Amphetamine (Screening Test) เกิดผล False positive และหากผู้หญิงที่ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์อาจมีผลต่อเด็กในครรภ์

(๑.๒) ให้นำปัสสาวะไปทดสอบหาสารเสพติดชนิด Meth-Amphetamine (Screening Test) หากได้ผลเป็นบวก (Positive) ให้ถือว่าผลการตรวจสุขภาพไม่ผ่าน จัดอยู่ในประเภทที่ ๓ ทั้งนี้ ผู้ขอรับการตรวจสุขภาพมีสิทธิขอตรวจยืนยัน (Confirmed Test) ได้อีก โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

(๑.๓) ให้นำปัสสาวะไปทดสอบการตั้งครรภ์ในเพศหญิงทุกราย และควรให้รู้ผลทดสอบการตั้งครรภ์ก่อนดำเนินการขั้นตอนการเอกซเรย์

(๑.๔) ให้รับประทานยา Albendazole (๔๐๐ มิลลิกรัม) ตามข้อบ่งชี้การใช้ยาหรือตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ เพื่อควบคุมโรคพยาธิไส้

(๑.๕) ให้รับประทาน...

(๑.๕) รับประทานยา Diethylcabamazine (๓๐๐ มิลลิกรัม) ตามข้อบ่งชี้การใช้ยา ต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการตรวจ และรอจนกระทั่งรับประทานยาผ่านไปแล้วยังน้อย ๓๐ นาที ต่อจากนั้น ให้เจาะโลหิตเพื่อนำไปตรวจหาเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง (Microfilaria) และตรวจหาเชื้อซิฟิลิส

(๑.๖) ให้นำโลหิตไปตรวจหาเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง (Microfilaria)

(๑.๖.๑) หากพบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างและปรากฏอาการอันน่ารังเกียจแก่สังคม ให้ถือว่า ผลการตรวจสุขภาพไม่ผ่าน จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๓

(๑.๖.๒) หากพบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างแต่ไม่ปรากฏอาการอันน่ารังเกียจแก่สังคม ให้ถือว่า ผลการตรวจสุขภาพผ่าน จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ ๒ แต่มีเงื่อนไขให้รับยา Diethylcabamazine (๓๐๐ มิลลิกรัม) รับประทาน (Single Dose) ทุก ๖ เดือน จนครบ ๒ ปี และให้หยุดยาเมื่อผลการตรวจโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกันแล้วไม่พบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง

(๑.๗) ให้นำโลหิตไปตรวจหาเชื้อซิฟิลิส หากพบเชื้อและปรากฏอาการของโรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓ ให้ถือว่าผลการตรวจสุขภาพไม่ผ่าน จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ ๓

(๑.๘) ให้ตรวจหาสภาวะโรคเรื้อน หากพบว่าผลการตรวจเป็นโรคเรื้อนให้จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๓

(๑.๙) ให้เอ็กซเรย์ปอด หากพบความผิดปกติ สงสัยว่าเป็นวัณโรคให้ตรวจเสมหะเพื่อการยืนยัน

(๑.๑๐) ให้ซักถาม สังเกต พิจารณา ประเมินภาวะพิษสุราเรื้อรัง ลักษณะวิกลจริต จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(๑.๑๑) ให้พิจารณาวินิจฉัยภาวะทุพพลภาพทางกายที่ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบ การหาเลี้ยงชีพได้ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หากพบให้ถือว่าผลการตรวจสุขภาพไม่ผ่าน จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๓

(๒) การตรวจสุขภาพผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นเด็ก

(๒.๑) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๗ ปี ให้ตรวจสุขภาพ เฉพาะรายการที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตาม ดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น

(๒.๒) รับประทานยา Albendazole และ Diethylcabamazine ตามข้อบ่งชี้ขนาด การใช้ยาในเด็ก

๗ การประกันสุขภาพ

๗.๑ อัตราค่าประกันสุขภาพและอายุความคุ้มครอง

(๑) กลุ่มแรงงานต่างด้าวและกลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว อายุเกิน ๗ ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๑๘ ปี

อายุความคุ้มครอง ๒ ปี ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๓,๒๐๐ บาท

อายุความคุ้มครอง ๑ ปี ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๑,๖๐๐ บาท

อายุความคุ้มครอง ๖ เดือน ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๘๐๐ บาท

อายุความคุ้มครอง ๓ เดือน ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๕๐๐ บาท

กรณี การประกันสุขภาพที่มีอายุความคุ้มครอง ๓ เดือน ให้ใช้เฉพาะผู้ประกันตนตามกฎหมาย ว่าด้วยประกันสังคมที่อยู่ระหว่างรอสิทธิ

(๒) บุตรอายุไม่เกิน ๗ ปี

อายุความคุ้มครอง ๒ ปี ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๗๓๐ บาท

อายุความคุ้มครอง ๑ ปี ค่าประกันสุขภาพ คนละ ๓๖๕ บาท

๗.๒ สัดส่วนการบริหารจัดการค่าประกันสุขภาพ

รายการสัดส่วนการให้บริการจากเงินค่าประกันสุขภาพให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค่าประกันสุขภาพ (บาท) ต่อราย						
รายการสัดส่วนการให้บริการ	คุ้มครอง ๒ ปี		คุ้มครอง ๑ ปี		คุ้มครอง ๖ เดือน	คุ้มครอง ๓ เดือน
	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	กรณีผู้ติดตาม อายุไม่เกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	กรณีผู้ติดตาม อายุไม่เกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี
	๓,๒๐๐	๗๓๐	๑,๖๐๐	๓๖๕	๙๐๐	๕๐๐
๑.สถานพยาบาล						
- ค่าบริการทางการแพทย์	๑,๘๒๘	๕๑๔	๙๑๔	๒๕๗	๕๑๕	๒๘๖
รวม	๑,๘๒๘	๕๑๔	๙๑๔	๒๕๗	๕๑๕	๒๘๖
๒.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/กรมการแพทย์						
- ค่าส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค	๔๑๒	๑๑๖	๒๐๖	๕๘	๑๑๗	๓๗
- ค่าบริหารจัดการ	๒๔๐	๖๖	๑๒๐	๓๓	๖๖	๖๕
รวม	๖๕๒	๑๘๒	๓๒๖	๙๑	๑๘๓	๑๐๒
๓.กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ สป.สธ.						
- ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง	๗๐๐	๒๘	๓๕๐	๑๔	๑๙๓	๑๐๗
- ค่าบริหารจัดการ	๒๐	๖	๑๐	๓	๙	๕
รวม	๗๒๐	๓๔	๓๖๐	๑๗	๒๐๒	๑๑๒

๗.๓ การขึ้นทะเบียน

ให้สถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพจัดทำทะเบียนผู้ขอตรวจสุขภาพ พร้อมผลการตรวจไว้ที่สถานพยาบาล ภายหลังจากการออกใบรับรองแพทย์และบัตรประกันสุขภาพ โดยสถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพต้องเป็นสถานพยาบาลเดียวกัน

(๑) การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามให้สถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพเป็นผู้ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ กำหนดอายุความคุ้มครองการประกันสุขภาพไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงาน

(๒) การขึ้นทะเบียนผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวกรณีเด็กแรกเกิด

การขึ้นทะเบียนผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นเด็กแรกเกิด ให้ดำเนินการโดยกำหนดให้ชื่อประกันสุขภาพ ณ สถานพยาบาลเดียวกันกับสิทธิประกันสุขภาพของบิดาหรือมารดา หรือสถานพยาบาลของรัฐ

ในพื้นที่...



ในพื้นที่ถิ่นที่อยู่ของบิดาหรือมารดาหรือของนายจ้างในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment Area) ตามประกาศนี้ หรือตามดุลยพินิจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สถานพยาบาลของรัฐสังกัดกรมการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานครให้เป็นไปตามข้อตกลงของคณะกรรมการของกรมการแพทย์

สถานพยาบาลของรัฐสังกัดสำนักการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปตามข้อตกลงของคณะกรรมการของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ ให้บันทึกวันขึ้นทะเบียนเป็นวันเดียวกันกับวันเกิดของเด็ก และให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลา ๑๕ วัน นับแต่วันเกิด

(๓) เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน

(๓.๑) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือสำเนาเอกสารเดินทาง (Travel Document) หรือสำเนาเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกให้โดยกรมการปกครอง หรือสำเนาเอกสารรับรองรายการทะเบียนประวัติ(ท.ร.๓๘/๑) หรือสูติบัตรคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (ท.ร.๓) กรณี ผู้ที่ไม่มีหลักฐานการพิสูจน์สัญชาติให้จัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการระบุตัวบุคคล เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ หรือภาพถ่าย เป็นต้น

(๓.๒) ใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานค่าตรวจสุขภาพ

(๓.๓) ใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานค่าประกันสุขภาพ

(๓.๔) เอกสารขอมอบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามแบบที่กำหนด

๗.๔ การลงทะเบียนข้อมูลการขึ้นทะเบียน

(๑) ให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์กองทุนตามรอบการขึ้นทะเบียน โดยส่งข้อมูลการลงทะเบียนและโอนเงินให้กองทุนส่วนกลาง ภายใน ๖๐ วัน และพิมพ์บัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าว ต่อไป

รูปแบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม ให้ทำตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ เช่น เลขประจำตัวแรงงานต่างด้าว / เลขที่บัตร(card No.)/ ชื่อ - สกุล/ เพศ/ วัน เดือน ปีเกิด/ ที่อยู่/ ชื่อมารดาหรือผู้ปกครองกรณีที่เป็นบัตรผู้ติดตามซึ่งเป็นเด็ก/ วันที่ออกบัตร/วันเริ่มใช้สิทธิ/วันหมดอายุ/ และมีลายมือชื่อผู้ออกบัตรกำกับ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) เป็นต้น หรืออาจใช้บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ตามที่กระทรวงมหาดไทยออกให้ ซึ่งได้ระบุสถานพยาบาลไว้ให้ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเข้ารับบริการพร้อมแล้ว

(๒) ให้สถานพยาบาล ขอเลขอ้างอิงเพื่อนำส่งเงินเข้ากองทุนส่วนกลาง และนำส่งเงินเข้ากองทุนส่วนกลาง ตามที่ได้ขอเลขอ้างอิงทุกครั้งไม่เกิน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ขึ้นทะเบียน

๘ การคืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพและค่าตรวจสุขภาพ

๘.๑ เงื่อนไขการคืนเงินค่าประกันสุขภาพและค่าตรวจสุขภาพ

(๑) กรณีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม เมื่อแรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพ ต่อมาได้รับสิทธิประกันสังคม (ส่งเงินครบ ๓ เดือน นับจากวันที่เกิดสิทธิประกันสังคม) ให้คืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพตามสัดส่วนวันที่เหลือ นับตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิประกันสังคมจนถึงวันบัตรประกันสุขภาพหมดอายุ

(๒) กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพเกินระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย ให้คืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพตามสัดส่วนวันที่เหลือ โดยบัตรประกันสุขภาพนั้นต้องมีเวลาไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของระยะเวลาคุ้มครอง

(๓) กรณีได้ตรวจสุขภาพและได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ มีความประสงค์ขอรับเงินคืน ให้คืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพเต็มจำนวน

(๔) กรณีมีการเก็บเงินค่าตรวจสุขภาพและค่าบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า และไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ แรงงานต่างด้าวไม่ได้มาตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพตามที่นัดหมาย ให้คืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพเต็มจำนวน

ทั้งนี้ เงินค่าตรวจสุขภาพไม่สามารถคืนได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ยกเว้น กรณีผู้มีสิทธิไม่ได้รับการตรวจสุขภาพและได้เดินทางกลับประเทศต้นทางแล้ว

๘.๒ เงื่อนไขการไม่คืนเงินค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ

- (๑) กรณีไม่เข้าตามเงื่อนไขการคืนเงินค่าประกันสุขภาพตามข้อที่ ๑-๔
- (๒) กรณีที่ผู้ประกันสุขภาพได้ใช้สิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์แล้ว
- (๓) กรณีเอกสารและหลักฐานในการขอรับเงินคืน ไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด
- (๔) มีระยะเวลาคงเหลือไม่เกินกึ่งหนึ่งของอายุความคุ้มครอง
- (๕) กรณีเงินค่าตรวจสุขภาพปีที่สองที่ได้จ่ายไว้สำหรับประกันสุขภาพ ๒ ปี

๘.๓ วิธีการ กระบวนการขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ

(๑) ฝ่ายผู้มีสิทธิ

ให้ผู้มีสิทธิตามบัตรประกันสุขภาพดำเนินการเอง หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน โดยยื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ พร้อมเอกสารหรือหลักฐานประกอบ ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ ทุกกรณี

(๒) ฝ่ายสถานพยาบาล

เมื่อสถานพยาบาลได้รับคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพจากผู้มีสิทธิแล้ว ให้พิจารณาตรวจสอบ วินิจฉัยสัดส่วนที่ต้องคืนเบื้องต้น แล้วรีบดำเนินการจัดทำหนังสือประกอบด้วยสาระสำคัญได้แก่ จำนวนราย และจำนวนเงิน ที่ขอเงินคืน เลขอ้างอิงที่ผู้มีสิทธิตามบัตรประกันสุขภาพขอเงินคืนค่าประกันสุขภาพ เลขที่บัญชีและชื่อบัญชีที่ให้โอนเงินคืนของสถานบริการ ตามหลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงินและการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เกี่ยวข้อง พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบของผู้ร้องขอ และแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของสถานบริการ ชื่อบัญชี “ เงินประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ” แจ้งไปยังกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ และกองทุนส่วนกลางจะโอนเงินส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง และค่าบริหารจัดการให้แก่สถานพยาบาล เพื่อรวมกับสัดส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมการแพทย์ สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร เพื่อคืนให้แก่ผู้มีสิทธิตามคำร้องขอ ตามระเบียบราชการ ต่อไป

หากสถานพยาบาลยังไม่ได้โอนเงินประกันสุขภาพเข้ากองทุนส่วนกลาง ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสถานพยาบาล เพื่อคืนเงินให้แก่ผู้มีสิทธิตามเงื่อนไขการคืนเงินของกองทุน

๘.๔ เอกสารหลักฐานประกอบการขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ

ให้ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ ดังนี้

- (๑) กรณีขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพด้วยตนเองให้ยื่นคำร้องขอตามแบบ คป.๐๑ หรือ

กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทนให้ยื่นคำร้องขอตามแบบ คป.๐๒ และตามแบบ คป.๐๓ พร้อมกับเอกสารหลักฐานประกอบการมอบอำนาจ ทั้งนี้ หนังสือมอบอำนาจต้องติดอากรแสตมป์

(๒) ใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการชำระค่าประกันสุขภาพ (ฉบับจริง)

(๓) บัตรประกันสุขภาพ (ฉบับจริง) (ถ้ามี)

(๔) เอกสารแสดงตัวตนฉบับจริงพร้อมสำเนา เช่น สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือ สำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือสำเนาเอกสารเดินทาง (Travel Document) หรือ สำเนาเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกให้ โดยกรมการปกครอง หรือสำเนาเอกสารรับรองรายการทะเบียนประวัติ (ท.ร. ๓๘/๑) เป็นต้น

(๕) หลักฐานการมีสิทธิประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา ๑ ฉบับ

(๖) หลักฐานการได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา ๑ ฉบับ

๘.๕ กรณีคืนเต็มจำนวน ให้คืนตามอัตราค่าประกันสุขภาพตามประกาศนี้

๘.๖ กรณีคืนตามสัดส่วนวันที่เหลือ ให้คืนตามตารางการคำนวณเงินคืนตามสัดส่วนวันที่เหลือ ตามประกาศนี้

๘.๗ การคำนวณเงินคืนตามสัดส่วนวันที่เหลือ รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางการคำนวณเงินคืนตามสัดส่วนวันที่เหลือ				
ราคาบัตร	ค่าบริการทางการแพทย์	ค่าส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	รวม	อัตราส่วนต่อวัน (บาท)
(๑)	(๒)	(๓)	(๔) = (๒) + (๓)	(๕) = (๔)/จำนวนวันที่คุ้มครอง
๓,๒๐๐	๑,๘๒๘	๔๑๒	๒,๒๔๐	๓.๐๗
๗๓๐	๕๑๔	๑๑๖	๖๓๐	๐.๘๖
๑,๖๐๐	๙๑๔	๒๐๖	๑,๑๒๐	๓.๐๗
๙๐๐	๕๑๕	๑๑๗	๖๓๒	๓.๕๑
๕๐๐	๒๘๖	๖๕	๓๕๑	๓.๙๐
๓๖๕	๒๕๗	๕๘	๓๑๕	๐.๘๖

๙ การขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

การขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงจากกองทุนส่วนกลาง และการเรียกเก็บชดเชยค่าใช้จ่ายกรณีต่างๆ ระหว่างสถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอกให้ดำเนินการเรียกเก็บภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ให้บริการ หรือกรณีผู้ป่วยในให้ดำเนินการเรียกเก็บภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันได้จำหน่ายผู้ป่วย และให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๙.๑ กรณีขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาล ให้ดำเนินการตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) ขอชดเชยภายในเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๑-๓๐)

ให้ได้รับการชดเชยตามอัตราที่กำหนด

(๒) ขอชดเชย...



- (๒) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๓๑ - ๖๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๕
- (๓) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๖๑ - ๙๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๑๐
- (๔) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๙๑ - ๓๖๕)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๒๐
- (๕) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด เกิน ๓๖๕ วัน
ให้ถือว่าไม่ประสงค์ขอชดเชย ให้ปฏิเสธการจ่าย

๙.๒ กรณีสถานพยาบาลขอชดเชยจากกองทุนส่วนกลาง ให้ดำเนินการตามรายการเงื่อนไข ตามที่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกำหนด

ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงเข้ามา ผ่านเว็บไซต์กองทุนเพื่อรับการตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ หากข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน สถานพยาบาลจะได้รับแจ้งให้ดำเนินการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และให้ส่งข้อมูลที่แก้ไขเข้ามาในระบบอีกครั้ง กรณีผู้ป่วยนอกให้ดำเนินการเรียกเก็บภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ให้บริการ หรือกรณีผู้ป่วยในให้ดำเนินการเรียกเก็บ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันได้จำหน่ายผู้ป่วย โดยให้จ่ายชดเชยตามอัตราดังต่อไปนี้

- (๑) ขอชดเชยภายในเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๑-๓๐)
ให้ได้รับการชดเชยตามอัตราที่กำหนด
- (๒) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๓๑ - ๖๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๕
- (๓) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๖๑ - ๙๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๑๐
- (๔) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๙๑ - ๓๖๕)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๒๐
- (๕) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด เกิน ๓๖๕ วัน
ให้ถือว่าไม่ประสงค์ขอชดเชย ให้ปฏิเสธการจ่าย

๙.๓ คณะกรรมการได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน ดังนี้

- (๑) กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มีราคาสูง

หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า $RW \geq 4$ ในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ปัจจุบันใช้ฉบับที่ ๕.๑) ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอน ในอัตรา $Adj.RW = 10,300$ บาท จะได้รับการชดเชยจากกองทุนกลาง

- (๒) กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะบางรายการ

- (๒.๑) รายการที่เป็นการรักษาผู้ป่วยในทั้งราย

กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการทั้งรายแม้ค่า $RW < 4$ ในอัตราตามระบบ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวน วันนอนในอัตรา $Adj.RW = 10,300$ บาท ในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบด้วย

- ๑) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา
- ๒) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัด
- ๓) การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัด
- ๔) การทำหัตถการของเส้นเลือดหัวใจ ได้แก่

๔.๑) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

๔.๒) การรักษาโรคหัวใจ โดยใช้บอลลูนผ่านทางผิวหนัง

๔.๓) การรักษาผู้ป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือการแก้ไข

การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวใจ

๔.๔) เด็กแรกเกิดที่คลอดกับมารดาต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่มีภาวะผิดปกติ ต้องรักษาต่อเนื่องจากวันคลอดไม่เกิน ๒๘ วัน (ต่อเนื่องนับจากวันคลอด ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากวันคลอด)

(๒.๒) รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย

กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการเป็นค่า Lab/ ค่ายา/ ค่าอุปกรณ์/ ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาตามจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด โดยการเบิกค่าชดเชยดังกล่าวเป็นการเบิกส่วนเพิ่มขึ้นมา ได้แก่

๑) การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

๑.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท/Visit

๒) การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมอง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

๒.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/Visit

๒.๒) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/Admission

๓) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๖๐ วัน

๓.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/Visit

๓.๒) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/admission

(๒.๓) รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคให้เรียกเก็บตามจริง กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด

(๒.๔) ARV

(๒.๕) การให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน (ในเด็ก ๐-๑๕ ปี)

หมายเหตุ การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอื่นๆ ที่เว็บไซต์กองทุน

๑๐ สิทธิประโยชน์และความครอบคลุมการประกันสุขภาพ

๑๐.๑ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

๑๐.๒ การส่งเสริมสุขภาพ

๑๐.๓ การเฝ้าระวังโรค

๑๐.๔ การป้องกันและควบคุมโรค

๑๐.๑ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

- (๑) การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา การคลอดบุตรปกติ การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ
- (๒) การบริการทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด
- (๓) บริการอาหารและเตียงผู้ป่วยสามัญ
- (๔) ยาและเวชภัณฑ์ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๑๐.๒ การส่งเสริมสุขภาพ

- (๑) การจัดให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพบุคคล
- (๒) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย
- (๓) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การคลอด ตลอดจนการให้บริการดูแลหลังคลอด
- (๔) การวางแผนครอบครัว (ให้คำปรึกษา/ ฝังยาอนามัย/ ยาเม็ด/ ยาฉีด/ ยาฝัง/ ทำหมัน)
- (๕) การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- (๖) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว ผ่านสื่อต่างๆ
- (๗) การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- (๘) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
- (๙) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- (๑๐) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค
- (๑๑) ให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตามที่คณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอเห็นสมควร
- (๑๒) วัคซีนป้องกันโรคที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

๑๐.๓ การเฝ้าระวังโรค

- (๑) การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อพยพ หรือที่อยู่เป็นชุมชนเพื่อทำงานในพื้นที่
- (๒) รายงานสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- (๓) กรณีมีผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ให้ดำเนินการตามแนวทางตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด และจัดให้มีการให้สอบสวนโรคในผู้ป่วยทุกรายกรณีพบว่ามีการระบาดของโรค
- (๔) จัดให้มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เมื่อเกิดการระบาดของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

๑๐.๔ การป้องกันและควบคุมโรค

- (๑) ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่ตรวจพบว่ามีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างแต่ไม่ปรากฏอาการอันน่ารังเกียจแก่สังคม ให้ถือว่าผลการตรวจสุขภาพผ่าน จัดอยู่ในกลุ่มผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภทที่ ๒ แต่มีเงื่อนไขให้รับยา Diethylcabamazine ไปรับประทานครั้งละ ๓๐๐ มิลลิกรัม (Single Dose) ทุก ๖ เดือนครบ ๒ ปี จนพบว่าผลการตรวจโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกันไม่พบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างจึงหยุดยา
- (๒) ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามทุกราย รับประทานยา Albendazole ตามข้อบ่งชี้การใช้ยา เพื่อควบคุมโรคพยาธิลำไส้

(๓) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์

(๔) จัดให้มีการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามดุลยพินิจของสถานพยาบาล คณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบกรมการแพทย์ คณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบกรุงเทพมหานคร

(๕) จัดให้มีการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตามที่ได้ดูลยพินิจของสถานพยาบาล คณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบกรมการแพทย์ คณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

๑๑ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง มีดังนี้

๑๑.๑ โรคจิตเวช

๑๑.๒ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

๑๑.๓ ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในอัตราที่กฎหมายกำหนดก่อน ส่วนเกินจึงจะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนนี้

๑๑.๔ ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

๑๑.๕ การรักษาภาวะมีบุตรยาก

๑๑.๖ การผสมเทียม

๑๑.๗ การผ่าตัดแปลงเพศ

๑๑.๘ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๑๑.๙ การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๑๑.๑๐ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน ๑๘๐ วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๑๑.๑๑ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

๑๑.๑๒ การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกกรณี

๑๑.๑๓ การเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ

๑๑.๑๔ อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์

๑๑.๑๕ การทำฟันปลอม

๑๑.๑๖ โรคต้องห้ามมิให้อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เมื่อตรวจพบภายหลังว่ามีระยะ/ อาการหรือลักษณะที่ต้องห้าม (ต้องผลักดันส่งกลับ)

๑๑.๑๗ ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ และความครอบคลุมบริการทางการแพทย์ ให้คณะกรรมการสิทธิประโยชน์พิจารณา และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป

๑๒ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ นอกพื้นที่ให้เข้ารับบริการสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ที่เกิดเหตุ และให้สถานพยาบาลที่ให้บริการเป็นผู้ประสานเรียกเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

กรณีผู้ป่วยนอกให้สถานพยาบาลที่ให้บริการเรียกเก็บไปยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามอัตราค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ภายในจังหวัดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการจังหวัดกำหนด แต่ไม่เกิน ๗๐๐ บาท สำหรับกรณีข้ามจังหวัดให้จ่ายตามจริง

กรณีผู้ป่วยในให้จ่ายในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่กำหนด

๑๓ การเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล

กรณีแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเลให้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่แต่ละจังหวัดกำหนด ในจังหวัดชายฝั่งทะเล ๒๒ จังหวัด และให้สถานพยาบาลที่ให้บริการประสานเรียกเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน กรณีผู้ป่วยนอกให้สถานพยาบาลที่ให้บริการเรียกเก็บไปยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามอัตราค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง แต่ไม่เกิน ๗๐๐ บาท สำหรับกรณีผู้ป่วยในให้จ่ายในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่กำหนด

๑๔ การส่งต่อผู้ป่วย

กรณีที่สถานพยาบาลที่แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นเพื่อการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

กรณีส่งต่อภายในจังหวัดเดียวกัน หรือสถานพยาบาลภายในกรุงเทพมหานครที่เข้าร่วมโครงการหรือไม่เข้าร่วมโครงการโดยการรับส่งต่อตามความจำเป็น การกำหนดอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ให้เป็นไปตามข้อตกลงกันระหว่างสถานพยาบาลในภายในจังหวัดเดียวกัน หรือสถานพยาบาลภายในกรุงเทพมหานครที่เข้าร่วมโครงการหรือไม่เข้าร่วมโครงการ กรณีผู้ป่วยนอกให้สถานพยาบาลที่ให้บริการเรียกเก็บไปยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามอัตราค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ภายในจังหวัดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการจังหวัดกำหนด สำหรับกรณีข้ามจังหวัดให้จ่ายตามจริง ส่วนกรณีผู้ป่วยในให้จ่ายในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่กำหนด

กรณีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลซึ่งไม่ได้ร่วมโครงการ ให้เป็นข้อตกลงกันระหว่างสถานพยาบาลขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย โดยสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามจริง หรือตามข้อตกลง

๑๕ การย้ายสถานพยาบาลเพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพ

ในกรณีที่เปลี่ยนนายจ้างหรือกรณีเป็นนายจ้างเดิมแต่เปลี่ยนหรือเพิ่มพื้นที่ทำงานข้ามจังหวัด ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม มีสิทธิย้ายสถานพยาบาลไปในพื้นที่ ที่เป็นถิ่นที่อยู่ใหม่ เพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพได้ตามความเหมาะสม โดยให้ใช้ใบรับคำร้องที่สถานพยาบาลเดิมที่ขึ้นทะเบียนออกให้ เพื่อใช้ในการขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามปกติ ณ สถานพยาบาลแห่งใหม่

ทั้งนี้ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่มีสิทธิย้ายสถานพยาบาลเพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพ จะต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพประเภทบัตรประกันสุขภาพอายุการคุ้มครองตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป และคงเหลือระยะเวลาคุ้มครองไม่น้อยกว่า ๖ เดือนขึ้นไป โดยกำหนดช่วงการย้ายได้ปีละ ๒ รอบ ได้แก่ ช่วงเดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคม โดยดำเนินการดังนี้

๑๕.๑ ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม หรือผู้ได้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทนยื่นคำร้องขอย้ายสถานพยาบาลเพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพตามแบบที่กำหนด ณ สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพไว้ โดยให้เกิดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสถานพยาบาลใหม่ในวันถัดไปนับจากวันที่ยื่นคำร้อง

๑๕.๒ การโอนเงินประกันสุขภาพตามสัดส่วนวันที่เหลืออยู่นับถัดจากวันที่ยื่นคำร้องจนถึงวันที่หมดความคุ้มครอง ให้สถานพยาบาลเดิมโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลใหม่ และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเดิมโอนเงินค่าบริการจัดการและค่าส่งเสริมป้องกันโรคให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใหม่ ภายใน ๗ วันนับถัดจากวันที่ยื่นคำร้อง และแจ้งให้หน่วยงานปลายทางทราบถึงการโอนเงิสดังกล่าว

๑๕.๓ ให้สถานพยาบาลเดิมบันทึกข้อมูลการย้ายผ่านเว็บไซต์ของกองทุน และดำเนินการประสานแจ้งสถานพยาบาลใหม่บันทึกข้อมูลรับย้าย

๑๕.๔ เอกสารประกอบการย้าย

- ใบอนุญาตทำงาน
- หลักฐานการเปลี่ยนนายจ้าง หรือ กรณีนายจ้างเดิมที่เปลี่ยนหรือเพิ่มพื้นที่ทำงาน
- ใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการชำระเงินค่าประกันสุขภาพ ฉบับจริง (ถ้ามี)
- บัตรประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลออกให้ ฉบับจริง
- หนังสือเดินทาง (Passport) หรือหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทาง หรือเอกสารรับรองบุคคลจากประเทศต้นทาง หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือเอกสารใบรับรองรายการทะเบียนประวัติ (ทร.๓๘/๑) หรือสูติบัตรคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกโดยกรมการปกครอง หรือเอกสารที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก

- คำร้องขอย้ายสถานพยาบาลเพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพ

๑๖ การรับบริการสาธารณสุขของผู้ประกันสุขภาพ

๑๖.๑ เอกสารที่ใช้ในการแสดงตนเพื่อขอรับบริการสาธารณสุข เช่น หนังสือเดินทาง (Passport) หรือหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทาง หรือเอกสารรับรองบุคคลจากประเทศต้นทาง หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือเอกสารใบรับรองรายการทะเบียนประวัติ (ทร.๓๘/๑) หรือสูติบัตรคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ออกโดยกรมการปกครอง หรือเอกสารที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก

๑๖.๒ บัตรประกันสุขภาพหรือใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการชำระเงินค่าประกันสุขภาพที่สถานพยาบาลออกให้

๑๖.๓ กรณีแรงงานในกิจการประมงที่ใช้บริการสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการอื่นในจังหวัดชายฝั่งทะเล ต้องมีใบอนุญาตทำงานที่ระบุว่าเป็นกรรมกร (ประมง)

๑๖.๔ ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม รับบริการปกติได้ ณ สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพ ในวันและเวลาราชการ หรือตามเวลาที่สถานพยาบาลแห่งนั้นกำหนด

๑๖.๕ ให้แรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตาม มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขหลังจากได้ประกันสุขภาพไปแล้ว ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกันสุขภาพ

ยกเว้น กรณีแรงงานต่างด้าวหรือผู้ติดตามที่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service : OSS) หรือได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพต่อเนื่องภายในระยะเวลา ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่บัตรประกันสุขภาพเดิมสิ้นสุดอายุการคุ้มครอง ให้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการได้ทันที นับตั้งแต่วันที่ซื้อประกันสุขภาพ

๑๖.๖ ให้ผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นเด็กแรกเกิด มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการได้ทันที โดยให้เบิกค่าใช้จ่ายตามจริงตั้งแต่แรกเกิด

ถึง ๒๘ วัน จากเงินกองทุนส่วนกลางกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ป่วยใน หลังจากนั้นให้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่กำหนด

๑๗ การให้บริการและสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ติดเชื้อเอชไอวี

อัตราที่เรียกเก็บกำหนดตามอัตราที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้บริการได้แก่

๑๗.๑ การให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ (ARV) และยาอื่นๆ

๑๗.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา (Laboratory Testing)

๑๗.๓ บริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling & Testing: VCT)

๑๗.๑ การให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ (ARV) และยาอื่นๆ เพื่อประโยชน์ดังนี้

(๑) เพื่อให้การรักษา (Antiretroviral Treatment : ART)

(๒) เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด (Prevention of Mother to Child Transmission : PMTCT) โดยวิธีการดังนี้

(๒.๑) ให้ยาด้านไวรัสสูตร ๓ ตัว หรือสูตรที่เหมาะสมสำหรับมารดาในระยะก่อนคลอด และหลังคลอด

(๒.๒) ให้ยาด้านไวรัสสำหรับทารกแรกเกิด

(๒.๓) ให้การตรวจ DNA PCR ในทารกที่มีอายุระหว่าง ๒ สัปดาห์ ถึง ๖ เดือน

(๓) เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายหลังสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ได้แก่

(๓.๑) ภายหลังสัมผัสจากการทำงาน

(๓.๒) ภายหลังสัมผัสจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV SEX-PEP)

การให้บริการนี้ให้ดำเนินการโดยให้ยาด้านไวรัส และให้เข้ารับการตรวจ Anti-HIV Antibody ซึ่งการเลือกใช้สูตรยาด้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสนั้น ให้เป็นไปตามแนวทางตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ

(๔) เพื่อการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาด้านไวรัส

๑๗.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา (Laboratory Testing)

ให้ผู้ติดเชื้อได้รับสิทธิในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเพื่อติดตามการรักษาโดยอิงตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งชาติ ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เริ่มยาด้านไวรัส จะได้รับสิทธิการตรวจ CD4 ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี

(๒) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับยาด้านไวรัส ได้รับสิทธิการตรวจดังนี้

(๒.๑) Blood Chemistry (CBC, FBS, Cr, ALT, Cholesterol, Triglyceride) ๑-๒ ครั้ง/ปี ตามระยะของโรค

(๒.๒) CD4 ๑-๒ ครั้ง/ปีตามระยะของโรค

(๒.๓) Viral Load ๑-๒ ครั้ง/ปีตามระยะของโรค

(๒.๔) Drug Resistance ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี (ต้องมี Viral Load มากกว่า ๒,๐๐๐ copies/ml)

สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์และอัตราการชดเชย

สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์		อัตราการชดเชย
การตรวจพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT)		๒๕ บาท/ครั้ง/ รายการ
ในกรณีที่เริ่มยาแล้ว		
- ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว	ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	
- ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	
- ผู้ติดเชื้อมีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	๔๐๐ บาท/ครั้ง
การตรวจ CD๔		
กรณีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส		
- CD๔ > ๕๐๐ cells/mm๓	ปีละ ๑ ครั้ง	
- CD๔ ๓๕๐ - ๕๐๐ cells/mm๓	ปีละ ๒ ครั้ง	
กรณีเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
- CD๔ > ๓๕๐ cells/mm๓ และ VL < ๕๐ copies/ml	ปีละ ๑ ครั้ง	๑,๓๕๐ บาท/ครั้ง
- CD๔ < ๓๕๐ cells/mm๓ หรือ VL > ๕๐ copies/ml	ปีละ ๒ ครั้ง	
การตรวจ VL		
เฉพาะผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัสแล้ว		
- ตั้งแต่เริ่มยาต้านไวรัส จน VL < ๕๐ copies/ml	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	
- VL < ๕๐ copies/ml	๑ ครั้ง/ปี	
- กรณีที่มีข้อสงสัยว่าผู้ติดเชื้อจะมีการเกิดเชื้อดื้อยา		
๑. มีประวัติทานยาไม่ตรงเวลา มากกว่า ๑ ชม. (ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป) หรือทานยาไม่สม่ำเสมอ	สามารถตรวจเพิ่ม ได้ตามดุลยพินิจ ของ แพทย์ทั้งนี้ ไม่เกินปีละ ๒ ครั้ง	
๒. มีอาการป่วยของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส		
การตรวจ Drug Resistance		
- VL> ๒,๐๐๐ copies/ml ในขณะที่ยังทานยาอยู่ หรือหยุดยาไม่เกิน ๔ สัปดาห์	ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	
- Drug Resistance (Commercial)		๖,๐๐๐ บาท/ครั้ง
- Drug Resistance (In-House)		๕,๕๐๐ บาท/ครั้ง
การตรวจ anti - HIV	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	๑๔๐ บาท/ครั้ง
การตรวจ DNA PCR ในเด็ก	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	๑,๐๐๐ บาท/ครั้ง

๑๗.๓ บริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling & Testing: VCT)

ให้สถานพยาบาลดำเนินการให้บริการให้คำปรึกษา เพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ โดยการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี เพื่อนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Antibody Testing) ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธี PCR ในทารกอายุระหว่าง ๒ สัปดาห์ - ๖ เดือน ไม่เกิน ๒ ครั้ง ดังนี้

(๑) อัตราค่าบริการปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

กิจกรรม	อัตราสนับสนุนค่าบริการ	หมายเหตุ
- ค่าบริการปรึกษา (Counseling)	๗ บาท/ครั้ง	- การปรึกษาเป็นกลุ่มคิดเป็น ๑ ครั้ง
- HIV Antibody Testing	๑๔๐ บาท/การตรวจรู้ผล	- ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ

(๒) เงื่อนไขที่ไม่ครอบคลุมในบริการ VCT

(๒.๑) เคยตรวจเลือด Anti HIV มีผลบวก หรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ *

(๒.๒) การตรวจคัดกรองก่อนการผ่าตัด

(๒.๓) เพื่อนำไปประกอบการทำธุรกรรมต่างๆ

(๒.๔) การสมัครเข้าทำงาน

(๒.๕) การสมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

(๒.๖) การบวชพระ

(๒.๗) การตรวจเลือดเพื่อทำประกันชีวิต

(๓) เงื่อนไขการขอรับสิทธิประโยชน์กรณี PCR ในทารก

(๓.๑) เกิดจากมารดาที่เป็นคนต่างด้าว

(๓.๒) เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางรายการและราคายาต้านไวรัส/ยาลดไขมันในเลือด

Nucleoside Reverse Transcriptase (NRTIs)				
NO.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	ราคา
๑	Lamivudine ๑๕๐ mg tabs. (๓TC)	LAMIVIR	๖๐'s	๒๒๐.๔๕
๒	Lamivudine ๓๐๐ mg tabs. (๓TC)	LAMIVIR	๓๐'s	๒๑๙.๗๗
๓	Lamivudine ๑๐ mg/ml syr. (๓TC)	LAMIVIR	๖๐ ml	๖๐.๐๐
๔	Zidovudine ๑๐๐ mg caps. (AZT)	ANTIVIR	๑๐๐'s	๒๖๘.๕๕
๕	Zidovudine ๓๐๐ mg caps. (AZT)	ANTIVIR	๑๐๐'s	๘๐๒.๑๑
๖	Zidovudine ๑๐ mg/ml syr. (AZT)	ANTIVIR	๖๐ ml	๕๐.๐๐
๗	Stavudine ๑๕ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๑๕๐.๐๐
๘	Stavudine ๒๐ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๑๘๐.๐๐
๙	Stavudine ๓๐ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๒๑๐.๐๐

Nucleoside Reverse Transcriptase (NRTIs)				
01	Stavudine 5 mg/ml oral soln. (d4T)	STAVIR	60 ml	85.00
02	Didanosine 125 mg tabs. (ddI)	VIDEX*EC	60's	85.00
03	Didanosine 125 mg tabs. (ddI)	VIDEX*EC	60's	150.00
04	Didanosine 125 mg tabs. (ddI)	VIDEX*EC	30's	85.00
05	Didanosine 200 mg tabs. (ddI)	VIDEX*EC	60's	-
06	Didanosine 200 mg tabs. (ddI)	VIDEX*EC	30's	150.00
07	Tenofovir 300 mg tabs. (TDF)	Viread	30's	150.00
Non- Nucleoside Reverse Transcriptase (NNRTIs)				
NO.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	Price
08	Efavirenze 600 mg caps. (EFV)	STOCRIN	30's	150.00
09	Efavirenze 600 mg caps. (EFV)	STOCRIN	60's	150.00
10	Efavirenze 600 mg caps. (EFV)	STOCRIN	30's	150.00
11	Nevirapine 200 mg tabs. (NVP)	NERAVIR	60's	150.00
12	Nevirapine 600 mg/60ml susp. (NVP)	NERAVIR	60 ml.	150.00
Protease Inhibitor (PIs)				
NO.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	Price
13	Atazanavir 200 mg caps. (ATV)	REYATAZ	60's	150.00
14	Atazanavir 300 mg caps. (ATV)	REYATAZ	30's	150.00
15	Lopinavir 200 mg (LPV) + Ritonavir 100 mg (RTV) tabs.	Kaletra	60's	150.00
16	Lopinavir 400 mg (LPV) + Ritonavir 100 mg (RTV) oral sol.	Kaletra	60 ml	150.00
17	Ritonavir 300 mg caps. (RTV)	NORVIR	60's	150.00
18	Darunavir 300 mg tabs. (DRV)	PREZISTA	60's	150.00
Combo Drugs				
No.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	Price
19	Stavudine 30 mg (d4T) + Lamivudine 150 mg (3TC) tabs.	LASTAVIR	60's	150.00
20	Zidovudine 300 mg (AZT) + Lamivudine 150 mg (3TC) tabs.	ZILARVIR	60's	150.00
21	Nevirapine 200 mg (NVP) + Lamivudine 150 mg (3TC) + Stavudine 30 mg (d4T) Tabs.	GPO-VIR S 30	60's	150.00
22	Nevirapine 200 mg (NVP) + Lamivudine 150 mg (3TC) + Zidovudine 300 mg (AZT) Tabs.	GPO-VIR Z150	60's	150.00

Dr.

ยาลดไขมันในเลือด				
No.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	ราคา
๑	Simvastatin ๑๐ mg tabs.	ZOCOR	๑๐x๑๐'s	๕๐.๐๐
๒	Gemfibrozil ๖๐๐ mg tabs.	LOPID	๑๐x๑๐'s	๘๒.๑๗
๓	Fenofibrate ๑๐๐ mg caps.	TRICOR	๑๐x๑๐'s	๑๔๗.๗๑
๔	Atorvastatin ๔๐ mg caps.	LIPITOR	๓๐'s	๖๒๒.๒๑

๑๘ โปรแกรมการให้ Vaccine (EPI) สำหรับบุตรแรงงานต่างด้าว

ให้ดำเนินการตามที่คณะกรรมการกำหนด รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

อายุ	ตัวย่อ	การให้ Vaccine (EPI)	ครั้งที่	หมายเหตุ
แรกเกิด	BCG	บีซีจี	๑	
	HB	ตับอักเสบบี	๑	
๑ เดือน	HB	ตับอักเสบบี	๒	เฉพาะรายที่คลอดจากแม่ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
๒ เดือน	DTP-HB-Hib*	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ	๑	
	OPV	วัคซีนโปลิโอ	๑	
๔ เดือน	DTP-HB-Hib*	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ	๒	
	OPV	วัคซีนโปลิโอ	๒	
	IPV	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด	๑	
๖ เดือน	DTP-HB-Hib*	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ	๓	
	OPV	วัคซีนโปลิโอ	๓	
๙ เดือน	MMR	หัด คางทูม หัดเยอรมัน	๑	
๑ ปี	LAJE	ใช้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์	๑	
๑ ปี ๖ เดือน	DTP	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	๔	
	OPV	วัคซีนโปลิโอ	๔	
๒ ปี ๖ เดือน	MMR	หัด คางทูม หัดเยอรมัน	๒	
	LAJE	ใช้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์	๒	
๔ ปี	DTP	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	๕	
	OPV	วัคซีนโปลิโอ	๕	
๗ ปี	MMR	หัด คางทูม หัดเยอรมัน		เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์
	HB	ตับอักเสบบี		
	LAJE	ใช้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์		
	dT	คอตีบ บาดทะยัก		
	OPV	วัคซีนโปลิโอ		
	IPV	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด		

อายุ	ตัวย่อ	การให้ Vaccine (EPI)	ครั้งที่	หมายเหตุ
	BCG	บีซีจี		๑. ให้ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิด และไม่มีแผลเป็น ๒. ไม่ให้ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของโรคเอดส์
๑๒ ปี	dT	คอตีบ บาดทะยัก	๑	

*วัคซีน DTP-HB และ/หรือวัคซีน DTP-HB-HIP

๑๙ การประกันสุขภาพสิ้นสุดลง ในกรณีต่างๆ ดังนี้

- (๑) หมดอายุคุ้มครองตามระยะเวลาที่ประกันสุขภาพไว้
- (๒) ตรวจพบโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน และมีให้อยู่ในประเทศไทยภายหลัง ซึ่งต้องผลักดันส่งกลับ

๒๐ การต่ออายุการประกันสุขภาพ

ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ประกันสุขภาพสิ้นสุดลง และได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงานชั่วคราว เข้ารับการตรวจสุขภาพและซื้อประกันสุขภาพประเภทอายุการคุ้มครองตามช่วงระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยและอนุญาตให้ทำงานชั่วคราว ภายในระยะเวลา ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่บัตรประกันสุขภาพเดิมสิ้นสุดอายุการคุ้มครอง โดยให้มีผลคุ้มครองทันที นับตั้งแต่วันที่ซื้อประกันสุขภาพ

On

ภาคผนวก
แบบฟอร์มที่กำหนด

๑ แบบใบรับรองแพทย์ตรวจสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

๒ แบบลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

๓ แบบการคืนเงินค่าบัตรประกันสุขภาพและค่าตรวจสุขภาพ

(๓.๑) แบบ คป. 01

(๓.๒) แบบ คป. 02

(๓.๓) แบบ คป. 03

๔ แบบการย้ายสถานพยาบาลเพื่อรับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพ

(๔.๑) แบบคำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

(๔.๒) แบบคำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว (กรณีมอบอำนาจ

ให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน)

(๔.๓) หนังสือมอบอำนาจ

Dr



ใบรับรองแพทย์
ตรวจสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

- ๑) ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,นางสาว,เด็กชาย,เด็กหญิง).....
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
เลขประจำตัวบุคคล
เลขที่ Passport.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....เมืองที่เกิด.....ประเทศ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
๒) ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทร.มือถือ.....

๒ ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ - สกุล (นายจ้าง).....สถานประกอบการ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทร.มือถือ.....

๓ ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ
ที่อยู่

ผลการตรวจสุขภาพ

ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. สีผิว..... ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที
สภาพร่างกาย จิตใจทั่วไป.....

ผลการตรวจวัณโรค	ปกติ ☐	ผิดปกติ/ให้รักษา ☐	ระยะอันตราย ☐
ผลการตรวจโรคเรื้อน	ปกติ ☐	ผิดปกติ/ให้รักษา ☐	ระยะติดต่อ/อาการเป็นที่รังเกียจ ☐
ผลการตรวจโรคเท้าช้าง	ปกติ ☐	ผิดปกติ/ให้รักษา ☐	อาการเป็นที่รังเกียจ ☐
ผลการตรวจโรคซิฟิลิส	ปกติ ☐	ผิดปกติ/ให้รักษา ☐	ระยะที่ ๓ ☐
ผลการตรวจสารเสพติด	ปกติ ☐	พบสารเสพติด ☐	ให้ตรวจยืนยัน ☐
ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง	ปกติ ☐	ปรากฏอาการ ☐	
ผลการตรวจการตั้งครรภ์	ไม่ตั้งครรภ์ ☐	ตั้งครรภ์ ☐	
ผลการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี)			

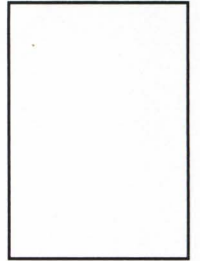
สรุปผลการตรวจ

- 1) ☐ สุขภาพสมบูรณ์ดี
2) ☐ ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่ต้องให้การรักษา ควบคุม ติดตามอย่างต่อเนื่อง
☐ วัณโรค ☐ โรคเรื้อน ☐ โรคเท้าช้าง ☐ โรคซิฟิลิส
3) ☐ ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพเนื่องจาก
3.1 ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ /จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
3.2 เป็นโรคไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ)

แพทย์ผู้ตรวจ

(.....) ให้ประทับตรา

(หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้มีอายุ 60 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย ยกเว้น กรณีใช้สำหรับประกันสุขภาพมีอายุ 1 ปี)



แบบลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

๑. ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,นางสาว,เด็กชาย,เด็กหญิง).....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

เลขประจำตัวบุคคล

เลขที่ Passport.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เมืองที่เกิด.....ประเทศ.....

สัญชาติ.....ประกอบอาชีพ.....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทร.มือถือ.....

๒. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ - สกุล (นายจ้าง).....สถานประกอบการ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทร.มือถือ.....

๓. ประเภทการลงทะเบียน

- ☐ คนต่างด้าวทั่วไป/แรงงานต่างด้าว/ผู้ติดตาม
☐ แรงงานต่างด้าวรอสิทธิประกันสังคม
☐ แรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล
☐ เด็กอายุไม่เกิน ๗ ปีบริบูรณ์
☐ อื่นๆ

หลักฐานประกอบ
การลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑) ทร.๓๘/๑ เฉพาะกลุ่มที่รอพิสูจน์
สัญชาติ
๒) Passport อาชีพอื่นๆ
๓) ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจสุขภาพ
๔) ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ

๔. สถานพยาบาลที่ต้องลงทะเบียน

โรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)



คำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ

คนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

(กรณีผู้ประกันสุขภาพดำเนินการด้วยตนเอง)

แบบ คป. 01

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ผู้ประกันสุขภาพ ชื่อ.....ชื่อสกุล.....สัญชาติ.....
เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....
ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....
ขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าว เนื่องจาก
☐ กรณีสิทธิประกันสุขภาพเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
☐ กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพเกินระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน
☐ กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้
☐ กรณีมีการเก็บเงินค่าบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า

ส่วนที่ 3 เอกสารหลักฐาน

- ☐ ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสุขภาพ
- ☐ เอกสารแสดงตนของประเทศต้นทาง หรือเอกสารแสดงตนที่ทางการไทยออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ
- ☐ หลักฐานการมีสิทธิประกันสังคม (กรณีสิทธิประกันสุขภาพเข้าซ้อน)
- ☐ หลักฐานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต)
- ☐ หลักฐานที่แสดงว่าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้)

หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังรายการแนบใบคำร้องนี้ส่งมา กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถคืนค่าประกันสุขภาพได้
☐ 1) คืนเต็มจำนวน
☐ 2) ตามสัดส่วนวันที่เหลือ จำนวน.....วัน สัดส่วนต่อวันวันละ.....บาท
ดังนั้น ต้องคืนค่าประกันสุขภาพ จำนวน.....บาท (.....)
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....

Dr



คำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ

คนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

(กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน)

แบบ คป. 02

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เป็นผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกันสุขภาพ ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....
เกี่ยวข้องกับผู้ประกันสุขภาพในฐานะ ☐ นายจ้าง ☐ สามเณร/ภรรยา/บุตรตามกฎหมาย ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
โดยผู้ประกันสุขภาพมีนายจ้าง/สถานประกอบการชื่อ..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....
ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....
ขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าว เนื่องจาก ☐ กรณีสิทธิประกันสุขภาพเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
☐ กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพเกินระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน
☐ กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้
☐ กรณีมีการเก็บเงินค่าบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า

ส่วนที่ 3 เอกสารหลักฐาน

- ☐ ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสุขภาพ
- ☐ เอกสารแสดงตนของประเทศต้นทาง หรือเอกสารแสดงตนที่ทางการไทยออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ
- ☐ หนังสือมอบอำนาจกรณียื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ แทนคนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว ฉบับจริง
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ หลักฐานการมีสิทธิประกันสังคม (กรณีสิทธิประกันสุขภาพเข้าซ้อน)
- ☐ หลักฐานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต)
- ☐ หลักฐานที่แสดงว่าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้)

หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังรายการแนบใบคำร้องนี้ส่งกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่า
ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถคืนเงินค่าประกันสุขภาพได้
☐ 1) คืนเต็มจำนวน
☐ 2) ตามสัดส่วนวันที่เหลือ จำนวน.....วัน สัดส่วนต่อวันวันละ.....บาท
ดังนั้น ต้องคืนเงินค่าประกันสุขภาพ จำนวน.....บาท (.....)
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....

an

ติดอากรแสตมป์

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง ยื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพแทนคนต่างด้าวหรือแรงงานต่างด้าว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ ยื่นคำร้องขอเงินคืนค่าประกันสุขภาพ และดำเนินการอื่นใด ๆ เพื่อให้ได้รับคืนเงินค่าประกันสุขภาพ ตลอดจนรับเงินคืนแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับผิชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

Or



คำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพ
คนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
โดยผู้ประกันสุขภาพมีนายจ้าง/สถานประกอบการชื่อ..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....
ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....
ขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพไปยังหน่วยบริการแห่งใหม่ โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (แห่งใหม่).....
ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ (แห่งใหม่).....โทรศัพท์นายจ้าง.....
เนื่องจาก ☐ ได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนนายจ้าง จากกรมการจัดหางาน
☐ ได้รับอนุญาตขยายท้องที่/ เพิ่มท้องที่การทำงาน จากกรมการจัดหางาน
☐ ได้รับอนุญาตให้ออกนอกพื้นที่เป็นการถาวร จากกรมการปกครอง
☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 3 เอกสาร

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ
☐ หนังสือมอบอำนาจกรณียื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ แทนคนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว ฉบับจริง
☐ สำเนาเอกสารที่ได้รับอนุญาตอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทางราชการออกให้
☐ ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ ฉบับจริง และบัตรประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลออกให้ ฉบับจริง (ถ้ามี)
หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ขอสำเนาแนบใบคำร้องนี้

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่า
ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องได้ประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพได้
เบื้องต้นได้ประสานกับโรงพยาบาลปลายทาง คือโรงพยาบาล.....โดยเจ้าหน้าที่ชื่อ.....
โทรศัพท์.....ยินดียรับย้ายโดยไม่ขัดข้อง ทั้งนี้ ได้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์และค่าส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค ตามส่วนวันที่เหลือ นับตั้งแต่วันที่รับคำร้องนี้จนถึงวันหมดความคุ้มครอง จำนวน.....วัน สิ้นส่วนต่อวันวันละ.....บาท
ดังนั้น ต้องโอนค่าประกันสุขภาพตามส่วนวันที่เหลือ ให้หน่วยบริการปลายทาง เข้าบัญชีธนาคาร.....
เลขที่บัญชี.....จำนวน.....บาท (.....)
และให้ผู้ประกันสุขภาพไปใช้สิทธิ ณ หน่วยบริการแห่งใหม่ได้ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

หมายเหตุ: โปรดสำเนาเอกสารฉบับนี้
ส่งให้กับหน่วยบริการแห่งใหม่
พร้อมหนังสือแจ้งการโอนเงิน

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
วันที่.....

✓



คำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพ

คนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว

(กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน)

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....

เป็นผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกันสุขภาพ ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....

เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....

เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....

เกี่ยวข้องกับผู้ประกันสุขภาพในฐานะ ☐ นายจ้าง ☐ สามเณร/ภรรยา/บุตรตามกฎหมาย ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

โดยผู้ประกันสุขภาพมีนายจ้าง/สถานประกอบการชื่อ..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....

ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....

ขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพไปยังหน่วยบริการแห่งใหม่ โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (แห่งใหม่).....

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ (แห่งใหม่).....โทรศัพท์นายจ้าง.....

เนื่องจาก ☐ ได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนนายจ้าง จากกรมการจัดหางาน

☐ ได้รับอนุญาตขยายท้องที่/ เพิ่มท้องที่การทำงาน จากกรมการจัดหางาน

☐ ได้รับอนุญาตให้ออกนอกพื้นที่เป็นการถาวร จากกรมการปกครอง

☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 3 เอกสาร

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ

☐ หนังสือมอบอำนาจกรณียื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ แทนคนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว ฉบับจริง

☐ สำเนาเอกสารที่ได้รับอนุญาตอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทางราชการออกให้

☐ ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ ฉบับจริง และบัตรประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลออกให้ ฉบับจริง (ถ้ามี)

หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ขอสำเนาแนบใบคำร้องนี้

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่า

ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องได้ประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพได้

เบื้องต้นได้ประสานกับโรงพยาบาลปลายทาง คือโรงพยาบาล..... โดยเจ้าหน้าที่ชื่อ.....

โทรศัพท์.....ยินดีรับย้ายโดยไม่ขัดข้อง ทั้งนี้ ได้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์และค่าส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค ตามส่วนวันที่เหลือ นับตั้งแต่วันที่รับคำร้องนี้จนถึงวันหมดความคุ้มครอง จำนวน.....วัน สิ้นสุดต่อวันวันละ.....บาท

ดังนั้น ต้องโอนค่าประกันสุขภาพตามส่วนวันที่เหลือ ให้หน่วยบริการปลายทาง เข้าบัญชีธนาคาร.....

เลขที่บัญชี.....จำนวน.....บาท (.....)

และให้ผู้ประกันสุขภาพไปใช้สิทธิ ณ หน่วยบริการแห่งใหม่ได้ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

หมายเหตุ: โปรดสำเนาเอกสารฉบับนี้
ส่งให้กับหน่วยบริการแห่งใหม่
พร้อมหนังสือแจ้งการโอนเงิน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

วันที่.....

Handwritten signature

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง ยื่นคำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพแทนคนต่างด้าวหรือแรงงานต่างด้าว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการยื่นคำร้องขอย้ายหน่วยบริการประกันสุขภาพ และดำเนินการอื่นใดเพื่อให้ได้รับการย้ายหน่วยบริการจนสำเร็จแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง



