

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๒๖/ว ๗๐๐๗



สำนักงานประกันสังคม

ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งเวียนแนวทางหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน
เพื่อรองรับการเป็นโรคประจำถิ่น

เรียน สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 19 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕
๒. แนวทางหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อรองรับการเป็นโรคประจำถิ่น

การประชุมคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
มีมติเห็นชอบ ให้ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. ให้คงหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วยด้วย
โรคติดเชื้อโควิด 19 ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 19
(COVID-19)) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยให้ยกเลิกเฉพาะการดูแลรูปแบบ Hotel Isolation Hospital
และโรงพยาบาลสนาม ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๒. ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease
2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล
(Home Isolation) และการดูแลรักษาการแยกกันในชุมชน (Community Isolation) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานประกันสังคม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยไม่ปฏิเสธการดูแลรักษา และไม่เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์
ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงค่าใบรับรองแพทย์ โดยสถานพยาบาลสามารถเบิกจ่าย
ค่าบริการทางการแพทย์ตามแนวทางหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
ของผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อรองรับการเป็นโรคประจำถิ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
สำนักงานประกันสังคมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือเช่นทุกครั้งที่ผ่านมา ขอกราบขอบพระคุณ
ล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๑๘, ๒๕๐๗

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๒๔๙๖



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง ผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการ ภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย หรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด นอกสถานพยาบาล ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศ ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample ครอบคลุมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

๓. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

๔. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

๕. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศ ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample ครอบคลุมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

(๑.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

(๑.๔) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

(๑.๕) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

(๒) ค่ายาต้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษามูลค่าบริการทางการแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษา ดังนี้

(๑.๑) เพียงระดับ ๐ จ่ายชดเชยในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น รักษาในโรงพยาบาล

(ไม่จ่ายด้วยระบบ DRGs)

โดยจ่ายค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ ตามอัตรา ดังนี้

(๑.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยจำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่ายในอัตรา

๖,๐๐๐ บาทต่อราย

(๑.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา

๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๑.๒) เพียงระดับ ๑ ไม่ใช้ Oxygen ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ

๑,๐๐๐ บาท

(๑.๓) เพียงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๔) เพียงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๕) เพียงระดับ ๓ ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น Hotel Isolation หรือโรงพยาบาลสนามตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยอาการสีเขียว จ่ายชดเชยในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น โดยรักษานอกโรงพยาบาลที่หน่วยบริการพิจารณาให้การดูแลแบบ Hotel Isolation และโรงพยาบาลสนาม เป็นต้น ตามอัตรา ดังนี้

(๒.๑) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ

(๒.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหม่าจ่ายในอัตรา

๖,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหม่าจ่ายในอัตรา

๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร โดยผู้ป่วย

ได้รับอาหารจากแหล่งอื่น

(๒.๒.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหม่าจ่ายในอัตรา

๔,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหม่าจ่ายในอัตรา

๘,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓) สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยอาการสีเขียว ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแบบ Home Isolation, Community Isolation, Hotel Isolation และโรงพยาบาลสนาม ให้สามารถเข้ารับการรักษาประเภทบริการ Hospitel โดยจ่ายสำหรับการรักษาไม่เกิน ๗ วัน (นับตั้งแต่วันที่ Admit) ดังนี้

(๓.๑) ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามรายการ ดังนี้

(๓.๑.๑) ค่าห้องพักพร้อมอาหาร ๓ มื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน

วันละ ๑,๐๐๐ บาท

(๓.๑.๒) ค่าบริการตรวจเยี่ยมของแพทย์ทางออนไลน์ ในอัตรา

เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๒๐๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๓) ค่าบริการของพยาบาลทางออนไลน์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๖๗๕ บาทต่อราย

(๓.๑.๔) ค่ายารวมค่าบริการจัดการยา เช่น ยาฟ้าทะลายโจร

เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๕) ค่า mobile X-ray ฟลิ้ม ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน

๓๓๘ บาทต่อราย หรือ Digital mobile X-ray ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๖) ค่าอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ เช่น ปอร์ทวัดไข้แบบดิจิทัล เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ชนิดปลายนิ้ว เป็นต้น ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒) ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จ่ายชดเชย
ในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ
การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น โดยรักษาในโรงพยาบาล

(ไม่จ่ายด้วยระบบ DRGs)

ตามอัตรา ดังนี้

(๓.๒.๑) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ

๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่าย

ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อราย

๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่าย

ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒.๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร

โดยผู้ป่วยได้รับอาหารจากแหล่งอื่น

๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่าย

ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อราย

๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่าย

ในอัตรา ๘,๐๐๐ บาทต่อราย

(๔) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted
Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative
weight : AdjRW)

(๕) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่ใช้ในการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับ
การจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๖) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวง
สาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

(๗) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)
หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๗.๑) เพียงระดับ ๑ ไม่ใช้ Oxygen ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ
๓๐๐ บาท

(๗.๒) เพียงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula ในอัตราชุดละ ๕๕๐ บาท
จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๒,๗๕๐ บาทต่อวัน

(๗.๓) เพียงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow ในอัตราชุดละ
๕๕๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๕,๕๐๐ บาทต่อวัน

(๗.๔) เพียงระดับ ๓ ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราชุดละ ๕๕๐ บาท
จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๑,๐๐๐ บาทต่อวัน

๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospitel) และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม (๑) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรา กิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

(๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia : VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ง. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหนือจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต

จ. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

ง. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนสัญชาติไทยที่ไม่ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่กำหนดในประกาศฉบับนี้

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

๑. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษา ประกอบด้วยสถานพยาบาล ดังนี้

๑.๑ สถานพยาบาลประกันสังคมและเครือข่ายตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดเขตท้องที่และรายชื่อสถานพยาบาล ซึ่งเป็นรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชนที่สำนักงานประกันสังคมได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๑.๒ สถานพยาบาลของทางราชการที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

๑.๓ สถานพยาบาลอื่นที่ทำบันทึกข้อตกลงกับสถานพยาบาลประกันสังคม เพื่อเข้าร่วมให้บริการ

๒. ค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation) ดังนี้

๒.๑ ค่าบริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย เหมาะจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

(๑) ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

(๒) การให้ยาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจร หรือยา Favipiravir (เบิกจากกระทรวงสาธารณสุข) ตามแนวทางการแพทย์ และหรือ ยารักษาตามอาการรวมค่าจัดส่ง เป็นต้น

(๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง

(๔) การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

๒.๒ ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยขอรับคำปรึกษาหลังให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว หรือเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือขอรับคำปรึกษาอื่นๆ เหมาะจ่ายในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อราย สำหรับสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาตามข้อ ๒.๑

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือร้านยาที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-Isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

๑. ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

๑.๒ ค่ายาฟ้าทะลายโจร และยาพื้นฐานอื่นๆ ที่จำเป็น ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย รวมค่าบริการจ่ายยากรณีแพทย์สั่งจ่ายเฉพาะในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยรวมค่าจัดส่งยา

๑.๓ ค่าบริการให้คำปรึกษา แนะนำการใช้ยา และติดตามอาการ เมื่อครบ ๔๘ ชั่วโมงแรก

๑.๔ การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

๒. ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และขอรับคำปรึกษาหลังให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อราย สำหรับร้านยาที่ให้การดูแลรักษาตาม ๑. ของข้อ ๗

การให้บริการทางการแพทย์โดยร้านยาที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๘ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
ฉบับลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	
๑.๑ ประเภท ๒ ยืน	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๑๐๐ บาท
๑.๒ ประเภท ๓ ยืน	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๑๐๐ บาท
๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำ Pooled sample	
๒.๑ ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๑๘๐ บาท
๒.๒ ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๒๒๕ บาท
๓. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท
๔. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๓๕๐ บาท
๕. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test	
๕.๑ การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography, Lateral flow test ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท
๕.๒ การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๓๕๐ บาท

**แนวทางหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย
ด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ครั้งที่ 9/2565 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2565

สำนักงานประกันสังคม ได้ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่เข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นมา ปรากฏมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อกลับมาเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง แม้ว่าอาการของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่จำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในภาพรวม ดังนั้นในการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 จึงมีมติเห็นชอบให้ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 และไม่มีอาการรุนแรงเข้ารับการรักษาแบบ OP self Isolation ในสถานพยาบาล และร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่ง รายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2565 และยังคงให้สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่าย กรณีการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตามดุลยพินิจของแพทย์ ค่าบริการฉีดวัคซีน ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด 19 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต ตามหลักเกณฑ์และอัตราในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เมษายน 2565 สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต เหลืองแดงให้สามารถใช้สิทธิ UCEP Plus ณ สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน ทั้งนี้ให้ยกเลิกการดูแลรูปแบบ HI/CI Hotel Isolation Hospitel และโรงพยาบาลสนาม ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

รายการ	อัตราตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 ตั้งแต่ 1 มี.ค. 2565	มติคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 11 ก.ค. 2565
1. การตรวจคัดกรอง		
1.1 Antigen professional test		
1) Chromatography	จ่ายตามจริงไม่เกิน 250 บาท/ครั้ง	คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 จนกว่า จะมีประกาศเปลี่ยนแปลง โดยก่อนวันที่ 4 ก.ค.2565 สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่าย ผ่านระบบ E-claim และตั้งแต่วันที่ 4 ก.ค. 2565 ให้เบิกจ่ายผ่านระบบของ สกส.
2) Fluorescent Immunoassay	จ่ายตามจริงไม่เกิน 350 บาท/ครั้ง	

รายการ	อัตราตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 ตั้งแต่ 1 มี.ค. 2565	มติคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 11 ก.ค. 2565
1.2 RT-PCR		คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง
1) 2 ยืน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 900 บาท/ครั้ง	
2) 3 ยืน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาท/ครั้ง	
1.3 RT-PCR แบบ Pooled Sample		
1) Pooled Saliva Samples ไม่เกิน 5 ราย / 1 กลุ่ม	จ่ายตามจริงไม่เกิน 180 บาท/ครั้ง	
2) Pooled nasopharyngeal & throat swab sample ไม่เกิน 4 ราย/1กลุ่ม	จ่ายตามจริงไม่เกิน 225 บาท/ครั้ง	
1.4 การตรวจยืนยัน กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็น บวก จ่ายเป็นค่าตรวจทางด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples	จ่ายตามจริงไม่เกิน 800 บาท/ครั้ง	
2. ประเภทผู้ป่วยใน		ประเภทผู้ป่วยใน
2.1 สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ป่วยอาการสีเขียว HI/CI Hotel Isolation/ Hospitel และ รพ.สนาม		ยกเลิก การดูแลรักษาแบบ HI/CI Hotel Isolation Hospitel และ โรงพยาบาลสนาม
2.2 สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล		คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง
1) เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen (U071 + รหัสโรคเรื้อรัง)	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท/วัน	
2) เตียงระดับ 2.1 ที่ต้องใช้ Oxygen Canular	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาท/วัน	
3) เตียงระดับ 2.2 ที่ต้องใช้ Oxygen High flow	จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท/วัน	
4) เตียงระดับ 3 ที่ต้องใส่เครื่องช่วย หายใจ	จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาท/วัน	
ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)		

3.กรณีผู้ป่วยนอก	มติคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 11 ก.ค. 2565
3.1 กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก OP-self isolation บันทึกเบิกจ่ายผ่านระบบสกส.	คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 โดยสถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการเป็นไปตามข้อ 6 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง
: บริการผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาท ต่อราย : หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมงไปแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 300 บาทต่อราย	
3.2 กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก กับร้านยาที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บันทึกเบิกจ่ายผ่านระบบ Amed Telehealth	คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง
: บริการผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท ต่อราย : หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมงไปแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 150 บาทต่อราย	
4. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19	คงเดิม ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เม.ย. 2565 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง
5. ค่าบริการฉีดวัคซีน	
6. ค่าพาหนะ	
7. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต	

ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างเสนอปรับปรุงหลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลงวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2565 เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจะเสนอคณะกรรมการการแพทย์และคณะกรรมการประกันสังคม เพื่อออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉบับใหม่ให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

สำนักงานประกันสังคม
สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
วันที่ 11 กรกฎาคม 2565