



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 ในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๒๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

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 เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“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. กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

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

๑) ประเภท ๒ ยืน

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๒) ประเภท ๓ ยืน

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท ต่อครั้ง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample

๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาท ต่อตัวอย่าง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาท ต่อตัวอย่าง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท

๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

๔.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

๔.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

๕.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท

๕.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

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

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ดังนี้

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

๑) ประเภท ๒ ยืน

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๒) ประเภท ๓ ยืน

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample

๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

(๑.๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ เหมจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท

(๑.๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

(๑.๔.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

(๑.๔.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

(๑.๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

(๑.๕.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท

(๑.๕.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

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

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาล ที่ให้การรักษามูลค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ดังนี้

(๑.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น โรงพยาบาลสนาม Hospitel, Hotel Isolation ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราเดียวกับบริการแบบ Community Isolation ดังนี้

(๒.๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย รวมค่าอาหาร ๓ มื้อ และติดตาม ประเมินอาการ การให้คำปรึกษา เหม่าจ่ายในอัตราวันละ ๑,๐๐๐ บาท ไม่เกิน ๑๐ วัน

(๒.๒) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วย สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๒.๒.๑) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแล และติดตามสัญญาณชีพ เหม่าจ่าย ๕๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒.๒) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย

(๓) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)

(๔) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายตามจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๕) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

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

(๖.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๓๐๐ บาท ไม่เกิน ๑๐ วัน

(๖.๒) สำหรับการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ที่ใช้ Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๖.๓) สำหรับการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย มีอาการรุนแรง (สีแดง)

(๖.๓.๑) อาการรุนแรง ใช้ Oxygen High flow ในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๙,๐๐๐ บาทต่อวัน

(๖.๓.๒) อาการรุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๘,๐๐๐ บาทต่อวัน

๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาล ที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น 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. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา 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 เหมายจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต ทั้งนี้ ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย

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 ๔๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

ฉ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนสัญชาติไทยที่ไม่ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่กำหนดในประกาศฉบับนี้

ข้อ ๖ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์