

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราจ่ายการให้บริการโรคโควิด 19  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ปีงบประมาณ พ.ศ.2565



สายงานบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน

- 1) การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด 19
- 2) การกักกันโรคกรณีผู้สัมผัสใกล้ชิดความเสี่ยงสูง (High Risk close contract) ตามที่หน่วยบริการจัดให้
- 3) ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
- 4) ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19
- 5) ความเสียหายเบื้องต้นจากการฉีดวัคซีนโควิด-19

## รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 1) การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- 2) การให้บริการดูแลรักษากรณีผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย ได้แก่ Home Isolation , Community Isolation , Hotel Isolation
- 3) การให้บริการดูแลรักษากรณีผู้ป่วยสำหรับผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ใน Hospital, รพ.สนาม
- 4) การให้บริการสาธารณสุข กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

# รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน

เอกชน : เชิงรอกผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด/แจ้ง สพอ.4 ไปยัง สปส.

## 1. กรณีคัดกรองความเสี่ยง



**มีการขอ AUTHEN CODE ทุกครั้งที่ให้บริการ**

1. กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงกำหนด
2. Pre op ตามที่กระทรวงกำหนด
3. ดุลยพินิจของแพทย์



รายการ	ตรวจ Lab	ค่าบริการ	เก็บตัวอย่าง	จ่ายต่อครั้ง
RT-PCR ชนิด 2 ยีน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	1,300 บาท
RT-PCR ชนิด 3 ยีน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	1,500 บาท
Pooled saliva	จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาท	เหมาจ่าย 40 บาท	เหมาจ่าย 40 บาท	280 บาท
Pooled swab	จ่ายตามจริงไม่เกิน 250 บาท	เหมาจ่าย 50 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	400 บาท
PR-PCR (Pooled หลวมก)	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท		1,200 บาท
Antibody	เหมาจ่าย 350 บาท			350 บาท
Antigen	Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้งบริการ/ Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้งบริการ			

## 2.



### Hospital Quarantine

สถานกักกันโรคที่หน่วยบริการจัด **\*สำหรับหน่วยบริการในระบบ UC เท่านั้น**

- จ่ายชดเชยค่าตรวจ Lab และ ค่าดูแล รวมอาหาร 3 มื้อ วันละไม่เกิน 600 บาท /ไม่เกิน 10 วัน

## 3. กรณีฉีดวัคซีนโควิด 19



ค่าฉีดเหมาจ่ายครั้งละ 40 บาท ครั้ง จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อคน

## 4.

ค่าป้องกันการ  
แพร่กระจายเชื้อ

เหมาจ่าย 2,500 บาท  
ต่อผู้เสียชีวิต

## 5.

ความเสียหายเบื้องต้นจาก  
การฉีดวัคซีนโควิด-19

กรณีเสียชีวิต 400,000 บาท  
กรณีพิการ/ทุพพลภาพ 240,000 บาท  
กรณีบาดเจ็บต่อเนื่อง 100,000 บาท

# การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน การติดเชื้อโรคโควิด 19



# การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด 19

1. เป็นการช่วยให้แก่หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่มีศักยภาพในการให้บริการการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19
2. เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่
  - เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
  - การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
  - แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ และสถานบริการ
  - Test and go , Sandbox (ครั้งที่ 2 ในวันที่ 5-6) ได้รับอนุมัติก่อน 22 ธค.64 และเดินทางตั้งแต่วันที่ 24 ธค.64
3. รูปแบบการดำเนินการตรวจคัดกรอง
  - การตรวจคัดกรองในหน่วยบริการหรือสถานบริการ
  - การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่

# การตรวจคัดกรองสำหรับการเดินทางเข้าราชอาณาจักร : Sanbox, Test and Go

ผู้ที่ได้รับอนุมัติ การเข้ามาแล้ว ก่อนวันที่ 22 ธ.ค. 64 และมาถึงก่อนวันที่ 24 ธ.ค. 64

ให้ใช้ตามมาตรการเดิมผู้ที่ได้รับอนุมัติการเข้ามา ก่อนวันที่ 22 ธ.ค. 64 และตั้งแต่วันที่ 24 ธ.ค. 64

เพิ่มมาตรการการตรวจหาเชื้อทั้งระบบ Test & Go และ Sandbox เป็น RT- PCR 2 ครั้ง (รัฐบาลรับผิดชอบครั้งที่ 2)

รายละเอียด/ ประเภท	Test and Go ไม่กักตัว เดินทางได้ทุกพื้นที่	SandboxProgramme พื้นที่นำร่องการท่องเที่ยว	Quarantine Facilities (AQ,OQ,AHQ,SQ)กักตัว
<b>มาตรการขณะและหลังเข้าประเทศ</b>			
1. ระยะเวลา พำนัก/ กักตัว	พำนักเพื่อรอผลตรวจ RT-PCRในAQ OQ AHQ/ SHA++ ที่มีโรงพยาบาล คู่มือปฏิบัติการ 1 วัน	พำนักในพื้นที่ Sandbox(AQ OQ AHQ/ SHA++) เป็น เวลาอย่างน้อย7วันหรือตามระยะเวลาที่พำนักในประเทศ ไทย	กักตัวในสถานกักกันที่ราชการกำหนด (AQ OQ AHQ SQ) -ได้วัดขึ้นครบตามเกณฑ์:ทุกช่องทาง7วัน -ไม่ได้วัดขึ้น:ทุกช่องทาง 10วัน -มาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงต่ำ (ประเทศในทวีปแอฟริกา) :14 วัน -เข้ามาแบบผิดกฎหมาย :14 วัน
2. การตรวจหาเชื้อ โควิด19เมื่อ เดินทางถึงไทย	ตรวจหาเชื้อ 2 ครั้ง • ครั้งที่1 ตรวจด้วยวิธี RT-PCR • ครั้งที่ 2 ตรวจด้วยวิธี RT-PCR ในวันที่ 5 –6 (รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย) กรณีมีอาการให้เข้ารับการตรวจทันที		RT-PCR จำนวน 2ครั้ง • ครั้งแรก : วันที่ 0 –1 • ครั้งที่สอง : วันที่ 5–6 หรือ 8 –9 หรือ 12 –13 แล้วแต่กรณี

**1) การเข้าตรวจครั้งที่ 1 : ผู้เดินทางชำระเงินเอง**

**2) การเข้าตรวจครั้งที่ 2 : คนไทยเบิกที่ สปสข. ต่างชาติเบิกที่กองคลัง กรมควบคุมโรค**

- กรณีพักในพื้นที่เดิม โรงแรม และโรงพยาบาลคู่มือปฏิบัติการ (กรณีอยู่ในรายชื่อโรงพยาบาลที่รับตรวจหาเชื้อครั้งที่ 2 และ รพ.รัฐที่กำหนด) แจงผู้เดินทางเพื่อนัดหมาย การตรวจในวันที่ 5-6 ของวันเดินทาง
- กรณีย้ายพื้นที่พำนัก ให้โรงแรมแจ้งผู้เดินทางให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน/ที่พัก (รพ.รัฐที่กำหนด หรือ รพ.เอกชนตามรายชื่อโรงพยาบาลที่รับตรวจหาเชื้อครั้งที่ 2)
- โรงแรม บันทึกรายละเอียดการเดินทาง ในโปรแกรม COSTE ว่าไปจังหวัดใด และแจ้ง จพต.ในพื้นที่ทราบเพื่อประสานไปยังจังหวัดปลายทางอีกทางหนึ่ง
  - โรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ทำการตรวจเรียกเก็บค่าตรวจ ตามอัตราที่กำหนดไปยัง สปสข. หรือ กรมควบคุมโรค ตามแนวทางที่กำหนด

# อัตราจ่ายการคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

## 1. การตรวจด้วยวิธี Realtime RT-PCR โดย nasopharyngeal and throat swab samples

### 1.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ

- ประเภท 2 ยืน จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งบริการ และ
- ประเภท 3 ยืน จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

### 1.2 ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่าย เหมาจ่าย อัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

### 1.3 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายเหมาจ่าย อัตรา 100 บาท ต่อครั้งบริการ

# อัตราจ่ายการคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

2. ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม)
  - 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาท ต่อตัวอย่าง
  - 2) ค่าบริการอื่น ๆ ทางห้องปฏิบัติการฯ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาท ต่อตัวอย่าง
  - 3) ค่าบริการเก็บสิ่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาท ต่อตัวอย่าง
  
3. ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูก และป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน 4 ราย ต่อ 1 กลุ่ม)
  - 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 250 บาท ต่อตัวอย่าง
  - 2) ค่าบริการอื่น ๆ ทางห้องปฏิบัติการฯ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาท ต่อตัวอย่าง
  - 3) ค่าบริการเก็บสิ่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาท ต่อตัวอย่าง



# อัตราจ่ายการคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

## 4. การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample

พบผลตรวจเป็นบวก

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample **จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งบริการ**
- 2) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บสิ่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการฯ **จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ**

# อัตราจ่ายการคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

## 5. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

## 6. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจ ATK ชนิด professional test

1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้งบริการ

2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้งบริการ

# การกักกันโรคกรณีผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk close contract) ตามที่หน่วยบริการจัดให้

- การกักกันโรคในสถานที่หน่วยบริการจัดให้
- เป็นการให้บริการกับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk closed contract)
- หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายได้แก่  
หน่วยบริการในระบบ UC เท่านั้น
- รวมค่าอาหารจำนวน 3 มื้อ จ่ายตามจริงไม่เกินจำนวน 600 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน



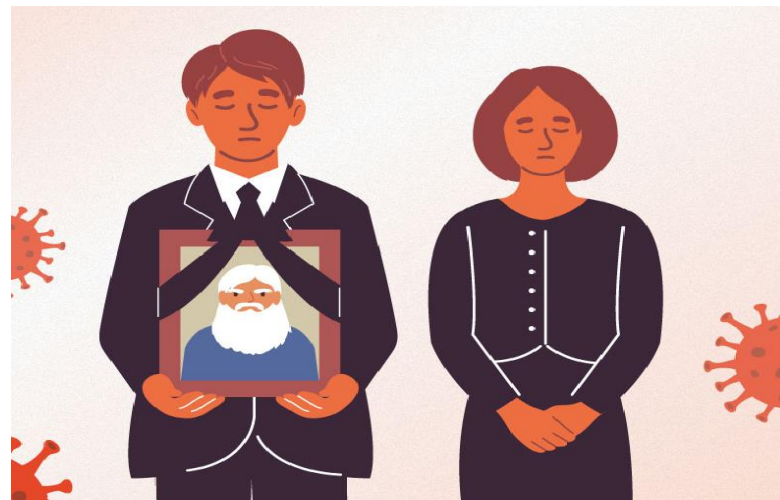
# ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

- ❑ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อคน
- ❑ สปสช. ใช้ข้อมูลจากระบบการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลจ่ายชดเชยค่าบริการ



# ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19

- ❑ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิต
- ❑ หน่วยบริการที่ให้บริการ และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายได้แก่ หน่วยบริการที่จัดการศพผู้เสียชีวิต
- ❑ **เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อผู้เสียชีวิต**



# รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19

## กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รพ.

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ที่เข้าเกณฑ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19
2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเรียกเก็บซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

# การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 กรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับผู้มีสิทธิ UC

หน่วยบริการในระบบ UC

## 1. กรณี OP



1. ค่าตรวจ Lab + ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR, Antibody, Antigen)
2. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 (รวมยาฟ้าทลายโจร) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/ราย
3. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ, บ้าน, ด่าน ,SQ + ชุด PPE + ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+1,400 บาท)

จ่ายระบบ Drgs และจ่ายเพิ่มเติม

## 2. กรณี IP

**\*\*PUI**  
**COVID-19**  
Negative

**COVID-19**  
Positive

1. ค่าตรวจ Lab + ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR, Antibody, Antigen)
2. **\*\***ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 (รวมยาฟ้าทลายโจร) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย
3. ค่าชุด PPE เหน่าจ่าย หรือ ค่าอุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
  - ผู้ป่วยโควิดสีเขียว จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาท/วัน
  - ผู้ป่วยโควิดสีเหลือง ใช้ Oxygen Canula จ่ายชุดละ 600 บาท ไม่เกิน 5 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 3,000 บาท ต่อวัน
  - ผู้ป่วยโควิดสีแดง
    - ใช้ Oxygen High flow จ่ายชุดละ 600 บาท ไม่เกิน 15 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 9,000 บาท/วัน
    - ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายชุดละ 600 บาท ไม่เกิน 30 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 18,000 บาท/วัน
4. ค่าห้อง ผู้ป่วยโควิดสีเขียว จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาท/วัน ผู้ป่วยโควิดสีเหลือง จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท ต่อวัน ผู้ป่วยโควิดสีแดง ตามจริงไม่เกิน 7,500 บาท ต่อวัน
5. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ, บ้าน , ด่าน ,SQ + ชุด PPE + ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+1,400 บาท)

\*\* กรณี PUI admit จะไม่สามารถเบิกค่ายา COVID19 ได้

\*\* สถานบริการอื่น/หน่วยบริการในระบบ ที่ตรวจ RT-PCR หรือ Pool Samples ต้องผ่านการรับรองจากกรมวิทย์



# ประเภทบริการผู้ป่วยใน

## ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร

- กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน
- กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาทต่อวัน
- กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาทต่อวัน



## การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย COVID-19 เพื่อใช้ในการเบิกจ่าย



1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19)
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

ผู้ติดเชื้อที่  
มีอาการ  
เล็กน้อย  
(สีเขียว)

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ >60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI  $\geq 30$  กก./ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรครุนแรงมากขึ้น

ผู้ติดเชื้อที่  
มีอาการ  
ปานกลาง  
(สีเหลือง)

4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) ที่ไม่ต้องให้การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง (HFNC)

5. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ HFNC หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ มีอาการ ของ multi organ failure ต้องได้รับการรักษาเพื่อพยุงอวัยวะ (organ support)

ผู้ติดเชื้อที่  
มีอาการ  
รุนแรง  
(สีแดง)

# ประเภทบริการผู้ป่วยใน

## อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)

- 1) มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อวัน
- 2) มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ใช้ Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 5 ชุดต่อวัน หรือ ไม่เกิน 3,000 บาทต่อวัน
- 3) มีอาการรุนแรง (สีแดง)
  - อาการรุนแรง (สีแดง) ใช้ Oxygen High flow จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 15 ชุดต่อวัน หรือ ไม่เกิน 9,000 บาทต่อวัน
  - อาการรุนแรง (สีแดง) ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 30 ชุดต่อวัน หรือ ไม่เกิน 18,000 บาทต่อวัน

# การให้บริการดูแลรักษากรณีผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย/รพ.สนาม/Hopitel

“สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย” หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ระหว่างรอเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว หลังเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้แล้วอย่างน้อยสิบวันหรือตามระยะเวลา ที่กรมการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด และจำหน่ายเพื่อรักษาต่อเนื่องที่พำนักของผู้ป่วย โดยถือว่าเป็นผู้ป่วยของสถานพยาบาลหรือเป็นไปตามที่หน่วยงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

(1) Home Isolation ได้แก่ บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมาย ว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

(2) Hotel Isolation ได้แก่ โรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก อพาร์ตเมนต์ หรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

(3) Community Isolation ได้แก่ หมู่บ้าน วัด โรงเรียน ที่พักคนงานก่อสร้าง หรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

# การให้บริการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย, Hospitel, รพ.สนาม

สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย ได้แก่ Home Isolation , Community Isolation , Hotel Isolation



**Community Isolation**



ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจาก คคก.โรคติดต่อจังหวัด

**การเบิกจ่าย**



ขอ AUTHEN CODE ทุกครั้งที่ให้บริการ

**ประเภทการเบิกจ่าย**



HI-CI-Hotel Isolation → ส่งเบิกเป็นบริการแบบ OP  
 Hospitel , รพ.สนาม → ส่งเบิกเป็นบริการแบบ IP

## 1.RT-PCR

- ตรวจLab 1,000-1,200 บาท/ครั้ง
- ค่าอื่นๆในห้อง Lab 200 บาท/ครั้ง
- ค่าเก็บSwab 100 บาท /ครั้ง

## 5.ค่ายา

ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะ covid 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย

## 2.ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย

ตั้งแต่ 11 พ.ย.64 ไม่เกิน 10 วัน

จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อวัน (ไม่รวมค่าอาหาร)  
 จ่ายแบบเหมาจ่าย ใน 1,000 บาท ต่อวัน (รวมค่าอาหาร 3 มื้อ)

## 6.ค่ารถส่งต่อ

จ่ายตามจริงตามระยะทาง+ ค่าทำความสะอาด 1,400 บาท

## 3.ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย HI

ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัด Oxygen Sat ตามรายการที่ใช้จริง ไม่เกินจำนวน 1,100 บาทต่อราย

## 7. ค่า chest X-ray

จ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อครั้ง

จ่ายเฉพาะ OP

## 4.ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย CI/Hospitel/Hotel Isolation/ รพ.สนาม

ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตาม สัญญาชีพ  
 เหมาจ่าย 500 บาทต่อราย

## 8. ค่าออกซิเจน

จ่ายในอัตรา 450บาท ต่อวัน

\*\* CI/Hospitel/ Hotel Isolation/ รพ.สนาม

7.ค่าชุด PPE หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการติดเชื้อจ่ายตามจริงไม่เกิน 150 บาทต่อราย

# หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (กลุ่มอาการสีเขียว) และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้ว ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย โรงพยาบาลสนามและฮอสพิเทล (Hospital)
2. หน่วยบริการสามารถให้การดูแลเป็น
  - ประเภทบริการผู้ป่วยนอก สำหรับบริการ CI - HI - Hotel Isolation
  - ประเภทบริการผู้ป่วยใน สำหรับโรงพยาบาลสนามและฮอสพิเทล (Hospital)
3. หน่วยบริการต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอรหัสยืนยันตัวตน (Authentication Code) ด้วยบัตรสมาร์ทการ์ด ตามแนวทางดำเนินการที่สำนักงานกำหนด
4. สำนักงานจะสนับสนุนโดยประสานติดตามอาการผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์ให้บริการดูแลรักษาในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย โรงพยาบาลสนามและฮอสพิเทล (Hospital) เพื่อเป็นการติดตามประเมินว่ามีการให้บริการกับประชาชน
5. การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามสำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
6. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเรียกเก็บซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

## การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย โดยเป็นค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล Home Isolation, Community Isolation, **Hotel Isolation, โรงพยาบาลสนามและ Hospitel**

(ก) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน

(ข) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย (ไม่รวมค่าอาหาร) และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน



# การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- 1) กรณี **Home Isolation** ประกอบด้วย พรอพท์ใช้แบบดิจิทัล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือดและอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริงเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ติดเชื้อรายบุคคล ไม่เกิน **จำนวน 1,100 บาทต่อราย** หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้
- 2) กรณี **Community Isolation, Hotel Isolation, Hospitel, โรงพยาบาลสนาม** โดยจ่ายเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแล และติดตามสัญญาณชีพ **เหมาจ่าย 500 บาทต่อราย**
- 3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลรักษาใน **Community Isolation, Hotel Isolation, Hospitel, โรงพยาบาลสนาม** โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกิน **150 บาทต่อรายต่อวัน** โดยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน



# การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

## 5. ค่ายารักษาโรคโควิด 19

ค่ายารักษาโรคโควิด 19 รวมยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยา โดยยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

6. ค่าพาหนะรับส่งต่อ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ

### ▪ กรณีรถยนต์ :

- ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท /กรณีมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายเพิ่มเติม กิโลเมตรละ 5 บาท
- ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้ง
- กรณีรถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป
  - ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท /กรณีมากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 10 บาท
  - ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้ง

## การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

7. ค่าออกซิเจน เป็นค่าใช้จ่ายในการให้ออกซิเจนแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย โรงพยาบาลสนามและฮอสพิเทล (Hospital) ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือที่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อวัน
8. ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) สำนักงาน จ่ายค่าใช้จ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง เฉพาะบริการผู้ป่วยนอก

# กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

1. จ่ายเพิ่มเติมค่าบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา Vaccine Induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ประกอบด้วย

- 1) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง CBC อัตราไม่เกิน 50 บาท
- 2) การตรวจวินิจฉัย ด้วย Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay อัตราไม่เกิน 1,550 บาท
- 3) การตรวจวินิจฉัย Heparin induced Platelet activation test (HIPA) อัตราไม่เกิน 1,550 บาท
- 4) ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะ VITT เบิกจ่ายตามระบบ VMI

2. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับค่าบริการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีน COVID-19 ทั้งแบบบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน

## 1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก

กรณีรักษาภายในจังหวัด และรักษาข้ามจังหวัด สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. โดยเหมาจ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้งบริการ ทั้งกรณีที่หน่วยบริการรักษามีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำของตนเอง และรักษาผู้มีสิทธิหน่วยบริการประจำของหน่วยบริการอื่น

2) ประเภทบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adj.RW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้

2.1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต จ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขต ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐจะไม่มี การปรับลดค่าแรง รวมทั้ง ในกลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะไม่มีคำนวณปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

2.2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

# การใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) เริ่มวันที่ 1 มกราคม 2565

1) วัตถุประสงค์ : ขยายข้อบ่งชี้การใช้ยา IVIg สำหรับผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ดังนี้

1.1 กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C) ในเด็กที่ติดเชื้อ COVID-19

1.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis / Pericarditis) ที่เกิดหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ

2) ขอบเขตบริการและกลุ่มเป้าหมาย

2.1 กรณี MIS-C

- การตรวจวินิจฉัยภาวะ MIS-C ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ESR, C Reactive Protein (CRP), d-dimer, Fibrinogen, Procalcitonin, Ferritin เป็นต้น และการรักษาด้วยยา IVIg
- กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ติดเชื้อโควิด-19 และมีภาวะ MIS-C

2.2 กรณี Myocarditis / Pericarditis

- รักษาภาวะ Myocarditis ด้วยยา IVIg ในเด็กหลังรับวัคซีน mRNA
- กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ 12-18 ปี ที่ได้รับวัคซีน mRNA และมีอาการไม่พึงประสงค์เข้าได้กับภาวะ Myocarditis และ Pericarditis

