

ที่ สปสช. ๒.๕๗ / ว. ๗๑๕๕

๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกแห่ง

|  |             |
|--|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.สิ่งที่เปลี่ยนแปลงแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒.แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ                           | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓.สิ่งที่เปลี่ยนแปลงการบันทึกข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายฯ         | จำนวน ๑ ชุด |

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอส่งแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑,๒ และ ๓) ทั้งนี้ ขอให้หน่วยบริการใช้แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ แทนแนวทางปฏิบัติบทที่ ๑๘ ในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๖๑ ๑๔๐๒ ๖๓๖๘ / ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๑๒๙

ผู้ประสานงาน นางนิสา ผู้สำอาง และนางวราสพิมพัสวาศ ศรีเมือง

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๔  
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๓



สรุปหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
กรณีโรคติดเชื้อไวรัส โควิดา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 ZCOVID 19) ปีงบประมาณ 2564

| รายการ  | หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข   |
|---|---|
| 1.หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย  | 1) ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) และผู้ที่รับบริการในสถานกักกัน<br>ในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine)<br>2) การให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไปหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ<br>ต้องดำเนินการผ่านระบบพิสูจน์ตัวตน (Smart card) ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด โดยเริ่มนำร่องในหน่วยบริการประเภท<br>เอกชน  |
| 2.เกณฑ์การตรวจคัดกรอง และ<br>ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน<br>การติดเชื้อ COVID-19 (สำหรับ<br>ประชาชนไทยทุกคน) | สิ่งที่เปลี่ยนแปลง : เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ดังนี้<br>1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด<br>2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด<br>3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ   |
| 3.ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน<br>การติดเชื้อ และค่าบริการเก็บตัวอย่าง<br>เพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ            | สิ่งที่เปลี่ยนแปลง : ปรับราคาจ่ายชดเชย ดังนี้<br>1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ดังนี้<br>1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงต่อครั้งบริการ ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบ<br>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุง<br>2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ<br>2) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ<br>หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์<br>ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป<br>ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข |
| 4. ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย   | สิ่งที่เปลี่ยนแปลง : เพิ่มการจ่ายชดเชยที่ครอบคลุมการส่งต่อ ดังนี้<br>ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่<br>กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19<br>(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่าย   |

| รายการ   | หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  |
|--|--|
|  | ชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งผู้ป่วย และมีระบบการจัดซื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)   |
| 5. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) สำหรับการรักษา | <p>สิ่งที่เปลี่ยนแปลง : ปรับวิธีจ่ายชดเชย ดังนี้</p> <p>ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ทั้งแบบชนิดใช้ซ้ำและชนิดที่ใช้ได้ครั้งเดียว จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด</p> |

# แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ( Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))

ปีงบประมาณ 2564

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) 2 ส่วน คือ

- 1) แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)
- 2) แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

## คำจำกัดความ ในแนวทางนี้

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ติดเชื้อ หรือ ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

## แนวทาง เจื่อนใจ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ย

การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อกันหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม
- 1.2 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค Covid-19 (early screening)

### 2. หลักเกณฑ์เจื่อนใจการจ่าย

- 2.1 ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) และผู้รับบริการในสถานกักกันโรงพยาบาล (Hospital Quarantine)
- 2.2 การให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ต้องดำเนินการผ่านระบบพิสูจน์ตัวตน (Smart card) ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด โดยเริ่มนำร่องในหน่วยบริการประเภทเอกชน
- 2.3 เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่
  - 1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
  - 2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
  - 3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ

### 2.4 การตรวจคัดกรอง

- 1) การให้บริการต้องดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่ สำหรับหน่วยบริการประเภทเอกชน

2.1) การตรวจคัดกรอง ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ (กรณีสถานบริการเอกชนดำเนินการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถดำเนินการได้ตามเจื่อนใจตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการได้ ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่กักกันเป็นการชั่วคราว ไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ เนื่องจากไม่สามารถออกมาภายนอกได้ จะต้องดำเนินการ ณ ที่พัก หรือสถานที่กักกันเท่านั้น ห้ามตั้งจุดในพื้นที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนที่มีการสัญจรพลุกพล่านโดยเด็ดขาด) โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สป.อ.4 (แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไปยังผู้อนุญาตทราบ ก่อนให้บริการอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง และการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่นกรณีเข้าเจื่อนใจการผ่อนปรนของรัฐบาล ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

2.1.1) นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตในพื้นที่รับผิดชอบ

2.1.2) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการ ให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หน่วยบริการเอกชนต้องเก็บแบบ สฟ.อ.4 ไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และดำเนินการตามวิธีการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศ หรือกำหนด

2.2) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) วัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือดังกล่าวต้อง ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง ต้องส่งสิ่งส่งตรวจให้ส่งไปตรวจยัง ห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

2.3) การรายงาน และการให้คำปรึกษา

2.3.1) เมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แจ้งไปยัง ผู้รับบริการ พร้อมทั้ง รายงานผลไปยังกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามช่องทางที่กำหนดทุกราย

2.3.2) การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงทุกราย ระหว่างรอผลตรวจคัดกรองและตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการ แยกตัวที่บ้านเป็นระยะเวลา 14 วัน (Self-Quarantine) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข

ทั้งนี้ กรณีพบผู้ป่วยผลบวก (Positive) หากสถานบริการเอกชน มีศักยภาพในการให้ ดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) สถานบริการนั้นควรรับผู้ป่วยไว้รักษาให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีเงื่อนไขการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย ทั้งนี้ กรณีสถานบริการไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาใน เครื่องมือของสถานบริการ หรือประสานสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อส่งผู้ป่วยในการรักษาต่อไป

2.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ต้องเป็นห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ผ่านการ ทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการทางด้านห้องปฏิบัติการหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน เทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในการดำเนินการต้องปฏิบัติตามแนวทาง ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

ทั้งนี้ กรณีห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ เครื่อง หรือชุดน้ำยาสำหรับการตรวจ RT-PCR ต้องมีการแจ้งต่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อ ทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการก่อนใช้ดำเนินการ หากมีการตรวจพบว่าไม่ได้ดำเนินการ สปสช. จะไม่จ่ายชดเชยค่าบริการ

2.6 การจ่ายชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการได้รับการจ่าย หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใด รายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐแล้ว ไม่ให้นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช. อีก

#### หมายเหตุ

1. สำหรับหน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วม ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วย Covid 19 การ ให้บริการในการตรวจ Lab ต้องมีการส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก ครั้ง

2. การให้บริการคัดกรอง สถานบริการเอกชนในเครือไม่สามารถดำเนินการแทนกันได้ หากประสงค์จะดำเนินการคัดกรองจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วย Covid 19

3.กรณีที่หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 โดยวิธีแบบรวมตัวอย่าง (pooled sample testing) และตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ยังไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ได้ เนื่องจากทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังไม่ได้ประกาศมาตรฐานในกรณีนี้

### 3. อัตราจ่าย

#### 3.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จ่ายตามจริงต่อครั้งบริการ ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุงแก้ไข

2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

#### 3.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เป็นไปตามแนวทางการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

### 4 การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย การตัดรอบข้อมูลและรอบการจ่าย

4.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการตามที่ สปสช.กำหนด ในโปรแกรม e-Claimเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ , ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

2) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจคัดกรองเก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ ในการส่งสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ไปตรวจยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หน่วยตรวจ LAB) ให้หน่วยบริการที่เก็บสิ่งส่งตรวจ แจ้งไปด้วยว่า เป็นกรณีการตรวจคัดกรอง (Screening) เพื่อให้หน่วยตรวจ LAB ทราบว่า เป็นกรณีของการตรวจคัดกรองกลุ่มประชาชนที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองตามที่ สปสช.กำหนด ซึ่งหน่วยตรวจ LAB สามารถส่งข้อมูลมาขอรับค่าใช้จ่ายได้จาก สปสช.โดยตรง (กรณีที่เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการรักษาประเภผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่รักษาจะเป็นผู้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการแทนหน่วยตรวจ LAB ตามแต่ละสิทธิ)

3) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หน่วยตรวจ LAB) ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตรา 600 บาทต่อครั้ง บริการ

ทั้งนี้ หน่วยตรวจ LAB ต้องรับส่งตรวจจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น โดยต้องระบุว่ารับส่งตรวจมาจากหน่วยบริการใด

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง

“ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

4.2 การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD10) เป็นไปตามแนวทางการสรุปและให้รหัสโรค ในกรณีการตรวจ lab เพื่อคัดกรอง ให้ใช้ Z11.5 Special screening examination for other viral diseases เป็นรหัสการวินิจฉัยอื่นร่วมด้วย เพื่อใช้ในการประมวลผลจ่ายชดเชย

4.3 หน่วยบริการตามข้อ 1) ข้อ 2) และ ข้อ 3) ต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19 ตามที่กำหนด รายละเอียดตามวิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในโปรแกรม e-Claim

4.4 สปสช. จะตอบกลับผลการส่งข้อมูลทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ แสดงให้หน่วยบริการทราบทาง [www.eclaim.nhso.go.th](http://www.eclaim.nhso.go.th) โดยจะตัดยอดข้อมูลตามรอบที่กำหนด และจะมีการโอนเงินให้หน่วยบริการไม่เกิน 30 วันนับจากวันตัดยอดข้อมูล

## 5. การแก้ไขข้อมูลและการอุทธรณ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการสามารถแก้ไขข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ และส่งเข้ามาใหม่ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ โดยดำเนินการส่งข้อมูลเหมือนกับการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ กรณีที่หน่วยบริการพบความผิดพลาดของการจ่าย สามารถขออุทธรณ์มายัง สปสช.ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช.กำหนด

## 6. เอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

6.1 กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยต้องระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใดตามประกาศของกรมควบคุมโรค
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ตุลยวินิจฉัยของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา



- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด
- 6.2. กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้
- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด
  - เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็น การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ หรือดุลยพินิจของแพทย์
  - ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)
- 6.3 กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แต่ไม่ได้เก็บส่งตรวจเอง
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
  - รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

ทั้งนี้ สปสช. ได้จัดทำ ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 แบบ one- page ให้หน่วยบริการสามารถปรับให้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน แต่ขอให้มีข้อมูลสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานวิชาชีพ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

การให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

### 1. ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. สำหรับการเข้ารับบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป
4. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐแล้ว ไม่ให้นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

### 2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ
- 2) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))
- 3) ค่าห้องควบคุมและค่าอาหาร
- 4) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment : PPE)
- 5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

### 3. อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

#### 1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก (OP)

1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จ่ายตามจริงต่อครั้ง บริการ ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุง

2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

1.1.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

1.2 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี

กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม ( Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

1.3.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

1.3.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

2) ประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP) หมายถึง กรณีเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด 19 หรือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์มีความเห็นว่าต้องรับไว้ในหน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จะถือว่า เป็นกรณีบริการประเภทผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ได้ตามอัตราและเงื่อนไขนี้

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2.1.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จ่ายตามจริงต่อครั้ง บริการ ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุง

2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

2.1.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง

“ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

## 2.2 ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร

2.2.1 ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,500 บาทต่อวัน

2.2.2 ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน

“หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หมายถึง สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นหอผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ”

2.3 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ทั้งแบบชนิดใช้ซ้ำ และชนิดที่ใช้ได้ครั้งเดียว จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด

2.3.1 \* สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามการให้บริการจริงไม่เกิน จำนวน 15 ชุดต่อวัน

2.3.2 \*\* สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน

หมายเหตุ :

\* ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 1,2 และ 3

\*\* ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 4

2.4 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี

ทั้งนี้ กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม ( Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

2.5 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

2.5.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.5.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายกรณี ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

#### 4. การประมวลผล การตัดยอดข้อมูล และการอุทธรณ์การจ่าย

- 1) การบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านโปรแกรม e-claim
- 2) สปสช.ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธ และศุกร์
- 3) การตัดยอดข้อมูล จะตัดทุกวันสุดท้ายของเดือนและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนดเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายในระบบปกติอื่น ๆ
- 4) การโอนเงินให้หน่วยบริการ หน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินภายใน 30 วัน นับจากวันตัดยอดข้อมูล
- 5) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

#### 5.การติดต่อประสานงาน

หากหน่วยบริการมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ดังนี้

- 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-13
- 2) สายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง
- 3) Help Desk สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ในวันและเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 02-142-3100-3

ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19

โรงพยาบาล/หน่วยบริการ.....HN/VN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....

วันที่รับบริการ.....

● ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป

○ อาการ.....

○ การตรวจร่างกาย.....

● ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19

○ ความเสี่ยงเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด\* ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด (หรือใช้เอกสารแนบ).....

○ แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด

○ กรณีที่แพทย์ผู้ตรวจรักษามีดุลยพินิจว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรอง ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด

● คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19

○ Nasopharyngeal /throat swab for Real-time RT-PCR

○ Sputum exam for for Real-time RT-PCR

○ อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....) เลข ว. ....

คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 (ควรมี)

ข้าพเจ้า.....รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID และมีความยินยอมให้เก็บส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้แทน.....

(.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เก็บส่งตรวจ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยบริการห้อง LAB-COVID19 ที่ส่ง specimen ไปตรวจ.....

**การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย**  
**เพื่อบริการสาธารณสุขในโปรแกรม e-Claim ที่มีการเปลี่ยนแปลง**  
**ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564**

➤ การบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน (Smart card)

- 1) ตรวจสอบสิทธิในหน้า Website สปสช.ผ่านระบบ Smart Card และขอ Claim code (ปีงบประมาณ 2564 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เริ่มนำร่องในหน่วยบริการเอกชน)
- 2) นำเลขที่ Claim code มาบันทึกในโปรแกรม e-Claim ในหน้าจอเมนู ข้อมูลทั่วไป (F1)

➤ การบันทึกเบิกค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการการยืนยันการติดเชื้อ

- 1) เลือกเมนู ค่ารักษาพยาบาล (F7)
- 2) เลือกเมนู รายการ ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
  - ☒ สิทธิ UCS และอื่นๆ เลือกรายการ COPUI : ค่า LAB คัดกรอง
  - ☒ สิทธิข้าราชการ และอปท. เลือกรายการ
    - 36590 : SARS coronavirus 2, qualitative RT-PCR
    - 36591 : SARS coronavirus 2 N gene, qualitative RT-PCR
    - 36592 : SARS coronavirus 2 RdRp gene, qualitative RT-PCR
    - 36593 : SARS coronavirus 2 IgG Ab [+/-] in Serum or Plasma by Rapid immunoassay
    - 36594 : SARS coronavirus 2 IgM Ab [+/-] in Serum or Plasma by Rapid immunoassay
    - 36595 : SARS coronavirus 2 IgG+IgM Ab [+/-] in Serum or Plasma by Immunoassay
- 3) บันทึก จำนวนที่ต้องการขอเบิก
- 4) บันทึก จำนวนเงินที่ต้องการขอเบิก
- 5) บันทึก ผลตรวจ Lab (POSITIVE หรือ NEGATIVE)
- 6) กดปุ่ม เพิ่มรายการ

ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคฯ : **1** **2**

รหัส : COPUI คำตรวจ Lab Covid

หน่วย : ครึ่ง ราคากลาง : 1,600.00 จำนวน : 1

พึงเบิกได้ : 1,600 **3** ขอบเบิก : 1,600.00 ส่วนเกิน : 0.00

ผลตรวจ :  POSITIVE  NEGATIVE HCT : 0 % MCV : 0 fl

**4** **5**

| รหัส  | รายการ           | หน่วย | จำนวน | ราคากลาง | ยอดรวม   | HCT  | พึงเบิ   |
|-------|------------------|-------|-------|----------|----------|------|----------|
| COPUI | คำตรวจ Lab Covid | ครึ่ง | 1     | 1,600.00 | 1,600.00 | 0.00 | 1,600.00 |

รวม : พึงเบิกได้ : 1,600.00 ขอบเบิก : 1,600.00 ส่วนเกิน : 0.00

บิล  ยกเลิก

หน้าจอการบันทึกข้อมูลสิทธิ UCS และอื่นๆ

➢ การบันทึกเบิกค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 1) เลือกเมนู รายการหมวดบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกรายการ
- 2) เลือกรายการ
  - 045004: ค่าบริการตรวจแลป
  - 045005: ค่าบริการเก็บตัวอย่าง
- 3) บันทึกจำนวนที่ต้องการขอเบิก
- 4) บันทึกยอดค่าใช้จ่ายที่ต้องการเบิก
- 5) กดเพิ่มรายการ

กำหนด **1** การอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

รหัสรายการ : 045004 คำบริการตรวจแลป **2**

หน่วย : ราคากลาง : 600.00 จำนวน : 1

พึงเบิกได้ : 600 **3** ขอบเบิก : 600 ส่วนเกิน : 0.00

จำนวนวันที่ขอเบิก : 0 วัน **4**

| รหัส   | รายการ                       | หน่วย | ราคากลาง | จำนวน | พึงเบิกได้ |
|--------|------------------------------|-------|----------|-------|------------|
| 045004 | 045004 ค่าบริการตรวจแลป      |       | 600.00   | 1     | 600.00     |
| 045005 | 045005 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง |       | 100.00   | 1     | 100.00     |

หมายเหตุ : **5** พึงเบิกได้ : 700.00 ขอบเบิก : 700.00 ส่วนเกิน : 0.00

บันทึกรายการขอรับการชดเชยหาหนะดังนี้  
- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าหาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801

บิล  ยกเลิก