



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ " ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๐๐๐๐ โทรสาร (Fax) ๐๒ ๑๔๓ ๘๗๓๐

ที่ สปสช. ๒.๕๗ / ว. ๒๐๑๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) จำนวน ๑ ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และ เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) กำหนดค่าใช้จ่ายบริการตรวจคัดกรอง บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนไทยทุกคน ในหน่วยบริการ หรือในสถานบริการอื่น และค่าใช้จ่ายบริการดูแลรักษาและบริการรับส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอส่งแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ ๐๖๑ ๔๐๒ ๖๓๖๘ / ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๑๒๙
ผู้ประสานงาน นางนิตา ผู้สำอาง และนางवासพิมพ์สา ศรีเมือง

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๔
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๓



แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))
ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอแจ้งแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไข) โดยยกเลิกแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (ตามหนังสือที่ สปสช.2.57/ว.7155 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563) โดยให้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขต่อไปนี้แทน ซึ่งครอบคลุมการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 2 ส่วน ดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน) โดยมีการกำหนดวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 และเพิ่มเติม ดังนี้

- 1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)
- 2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample)
 - 2.1) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) 5 ตัวอย่าง
 - 2.2) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) 4 ตัวอย่าง
- 3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)
- 4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

สำหรับค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) และการตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) สำนักงานฯ จ่ายชดเชยตามผลงานการให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป

ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ขึ้นอยู่กับแพทย์พิจารณาวิธีการตรวจ ที่เหมาะสมสำหรับผู้มีสิทธิแต่ละราย และขอรับค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขในแต่ละวิธีที่ สปสช.กำหนด

2) แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการกรณีการดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

คำจำกัดความ ในแนวทางนี้

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สถานบริการอื่น” หมายความว่า สถานบริการเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

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

การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)

1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค Covid-19 (early screening)

2. หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

1. ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ)
2. เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่
 - 2.1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - 2.2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - 2.3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ และสถานบริการอื่น
3. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการอื่น ที่ทำการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อ ต้องผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจแต่ละวิธี ดังนี้
 - 3.1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)
 - 3.2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) จำนวน 5 ตัวอย่าง
 - 3.3) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) จำนวน 4 ตัวอย่างทั้งนี้ กรณีห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ชำรงต้น หากมีการเปลี่ยนแปลงการใช้เครื่องมือ หรือชุดน้ำยาสำหรับการตรวจ ต้องมีการแจ้งต่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการก่อนใช้ดำเนินการ ถ้ามีการตรวจสอบพบว่าไม่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด สปสช.จะถือว่าไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการ
4. สำหรับสถานบริการอื่น ที่ดำเนินการตรวจคัดกรอง จะต้องดำเนินการเก็บส่งตรวจ และส่งส่งตรวจไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. แนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธี เป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6. การจ่ายชดเชยค่าบริการ หากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการอื่น ได้รับการจ่าย หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเบิกจ่ายซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

7. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ และสถานบริการอื่น ที่ให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ แก่ผู้มีสิทธิ ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด โดยนำร่องดำเนินการในหน่วยบริการเอกชน และสถานบริการอื่น

8. การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่ ของหน่วยบริการภาครัฐ ภาคเอกชน และสถานบริการอื่น ต้องผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด หรือหรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยหน่วยบริการเอกชนในระบบ/สถานบริการอื่น ต้องดำเนินการดังนี้

8.1) การตรวจคัดกรอง ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ (กรณีสถานบริการเอกชน ดำเนินการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการได้ ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่กักกัน เป็นการชั่วคราว ไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ เนื่องจากไม่สามารถออกมาภายนอกได้ จะต้องดำเนินการ ณ ที่พักหรือสถานที่กักกันเท่านั้น ห้ามตั้งจุดในพื้นที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนที่มีการสัญจรพลุกพล่านโดยเด็ดขาด) โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สพ.อ.4 (แบบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด ไปยังผู้อนุญาตทราบก่อนให้บริการอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง และการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่นกรณีเข้าเงื่อนไขการผ่อนปรนของรัฐบาล ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตในพื้นที่รับผิดชอบ

2) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

โดยหน่วยบริการเอกชน/สถานบริการอื่น ต้องเก็บแบบ สพ.อ.4 ไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และดำเนินการตามวิธีการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศ หรือกำหนด

8.2) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) วัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจาก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง ต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปตรวจยังห้องปฏิบัติการตามที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

8.3) การรายงาน และการให้คำปรึกษา

1) เมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แจ้งไปยังผู้รับบริการ พร้อมทั้ง รายงานผลไปยังกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามช่องทางที่กำหนด ทุกราย

2) การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงทุกราย ระหว่างรอผลตรวจคัดกรองและตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการแยกตัวที่บ้าน เป็นระยะเวลา 14 วัน (Self-Quarantine) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กรณีพบผู้ป่วยผลบวก (Positive) หากหน่วยบริการ หรือสถานบริการเอกชน มี ศักยภาพในการให้ดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) สถานบริการนั้นควรรับผู้ป่วยไว้รักษาให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีเงื่อนไขการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย ทั้งนี้ กรณีสถานบริการไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในเครือข่าย ของสถานบริการ หรือประสานสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อส่งผู้ป่วยในการรักษาต่อไป

3. อัตราจ่ายการคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

3.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ
- 2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ
- 3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

3.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample

เงื่อนไขบริการ

- 1) สำหรับการตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่
- 2) การตรวจบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ ที่มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นจำนวนมาก
- 3) การตรวจโดยการนำ Pooled Sample แล้วพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 อีกครั้ง ตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนด

อัตราจ่าย

- 1) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม)
 - 1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 320 บาท ต่อตัวอย่าง
 - 1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาท ต่อตัวอย่าง
 - 1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อตัวอย่าง

2) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน 4 ราย ต่อ 1 กลุ่ม)

2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาท ต่อตัวอย่าง

2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 75 บาท ต่อตัวอย่าง

2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาท ต่อตัวอย่าง

3) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

3.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

3.2) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการฯ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

3.3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ :

1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แนะนำการใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยให้จำหน่ายได้เฉพาะสถานพยาบาล โรงพยาบาลเฉพาะทาง คลินิกเวชกรรม คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ หรือสหคลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งการตรวจและการแปลผลต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

2) แนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3.4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน สามารถตรวจ Antigen ร่วมกับการตรวจ RT-PCR ได้โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษาพิจารณา โดยจ่ายอัตราค่าการตรวจ Antigen จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งบริการ

4. เอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

4.1 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยต้องระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใดตามประกาศของกรมควบคุมโรค
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

1.2 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)

4.3 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แต่ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเอง

- 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 หรือผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. สำหรับการเข้ารับบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป
4. สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มรายการตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) และการตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) สำหรับประเภทบริการผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป
5. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ 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) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

3. อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

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

1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก (OP)

1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ
- 2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ
- 3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

1.1.2) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

1.1.3) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

1.2 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา

ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้รักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี ถ้าหน่วยบริการได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vendor Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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.ได้ตามอัตราและเงื่อนไข

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2.1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

2.1.2) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

2.1.3) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

2.2 ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร

2.2.1 ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร 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 หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ภูมิใดกรณีหนึ่ง ดังนี้

2.3.1 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด

1) * สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามการให้บริการจริงไม่เกินจำนวน 15 ชุดต่อวัน

2) ** สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน

2.3.2 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1) * สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 11,100 บาทต่อวัน

2) ** สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 22,200 บาทต่อวัน

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

สรุปการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) มีรายละเอียด ดังนี้

ฉบับเดิม	ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม
<p>1. การตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID สำหรับประชาชนไทยทุกคน</p>	
<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ดำเนินการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</p>	<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ดำเนินการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) สำหรับบริการตั้งแต่ 1 ม.ค.64 เป็นต้นไป เพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการอื่น ดำเนินการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID ได้ โดยถือเป็นกรณีเหตุสมควร ทั้งนี้สถานบริการอื่นต้องผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2. การตรวจเชิงรุก สำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคม ในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. 2.2 ดำเนินการโดยสถานบริการอื่น ขอรับค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานประกันสังคมจังหวัด <p>ทั้งนี้ เมื่อสำนักงานประกันสังคมสิ้นสุดการดำเนินการ ให้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.</p>
<p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19</p>	
<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ตรวจ Lab ด้วยวิธี RT – PCR จากตัวอย่าง nasopharyngeal swab</p>	<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ตรวจ Lab ด้วยวิธี RT – PCR จากตัวอย่าง nasopharyngeal swab สำหรับบริการตั้งแต่ 1 ม.ค.64 เป็นต้นไป เพิ่มเติม การตรวจ Lab ด้วยวิธี</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pooled saliva samples 3. Pooled nasopharyngeal and throat swab samples 4. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) 5. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

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

○ Pooled saliva samples

○ Pooled nasopharyngeal and throat swab samples

○ Antibody

○ Antigen

○ 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.....