

**อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 ธันวาคม 2564 ตามหนังสือเวียนสปสช. ที่ 6.70-ว.7625\_ลว.29 พฤศจิกายน 2564**

<b>อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 ธันวาคม 2564</b>		อัตราเดิม	อัตราใหม่	รหัสเบิก	บริการ
<b>การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test</b>					
การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography	450	300	AgCG3	Antigen Chromatography	
การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA)	550	400	AgFI3	Antigen Fluorescent Immunoassay (FIA)	
<b>การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 2 ยีน</b>					
❖ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	1,100	1,000	PCR2G	LAB RT-PCR (2 Genes)	
❖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	300	200	145004	ค่าบริการสำหรับตรวจ Lab	
❖ ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	100	100	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	
<b>การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 3 ยีน</b>					
❖ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	1,300	1,200	PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes)	
❖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	300	200	145004	ค่าบริการสำหรับตรวจ Lab	
❖ ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	100	100	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	
<b>การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample</b>					
<b>★ ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม</b>					
❖ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	320	200	Salva	Lab saliva+บริการตรวจ Lab(2)	
❖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	100	40			
❖ ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	40	40	145006	ค่าบริการเก็บตัวอย่าง Pooled saliva	
<b>★ ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) ไม่เกิน 4 ราย ต่อ 1 กลุ่ม</b>					
❖ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	400	250	Nswab	Lab Nswab + บริการตรวจ Lab (3)	
❖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	75	50			
❖ ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	100	100	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	
<b>การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก</b>					
❖ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample	1,600	1,000	POPUI	LAB RT-PCR+ค่าบริการอื่นๆ Pooled Positive (4)	
❖ ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย	200	200			
<b>การกักกันโรคในสถานที่ที่หน่วยบริการจัดให้ (hospital Quarantine)</b>					
★ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564 ปรับระยะเวลาลดลงจากจำนวน 14 วัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน					
★ ★ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป อัตราจ่ายใหม่เป็น จ่ายตามจริงไม่เกิน 600 บาทต่อวัน รวมค่าอาหารจำนวน 3 มื้อ ไม่เกินจำนวน 10 วัน	1,000	600	COVR04	ค่าดูแลผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในสถานกักกันโรค (High Risk closed contract)	
<b>บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)</b>					
บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป	3,700	1,400	COV01	ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE	
<b>ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)</b>					
ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) การดูแลรักษาผู้มีสิทธิ ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564	300	300	145010	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล ผู้ป่วยโควิดสีเขียว	
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลรักษาผู้มีสิทธิ ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564	300	300	145011	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีเขียว)	
การดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564	740	600	145002	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล	
ค่าใช้จ่าย Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 5 ชุดต่อวัน	11,100-22,200	3,000	145012	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีเหลือง)	
การดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564	740	600	145002	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล	

**อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 ธันวาคม 2564 ตามหนังสือเวียนสปสช. ที่ 6.70-ว.7625\_ลว.29 พฤศจิกายน 2564**

<b>อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 ธันวาคม 2564</b>	อัตราเดิม	อัตราใหม่	รหัสเบิก	บริการ
✎ อาการรุนแรง ใช้ออกซิเจน High flow จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 15 ชุดต่อวัน	11,100	<b>9,000</b>	<b>145013</b>	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีแดง) ใช้ออกซิเจน High flow
✎ อาการรุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 30 ชุดต่อวัน	22,200	<b>18,000</b>	<b>145015</b>	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีแดง) ใส่เครื่องช่วยหายใจ

**บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation & Community Isolation)**

ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาการให้บริการ ลดลงจากจำนวน 14 วัน เหลือจำนวน 10 วัน				
ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้				
✎ ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา ไม่เกินจำนวน 10 วัน	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>COVR05</b>	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) รวมอาหาร
✎ ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา ไม่เกินจำนวน 10 วัน	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>COVR06</b>	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) รวมอาหาร
✎ ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) ไม่รวมค่าอาหาร และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา ไม่เกินจำนวน 10 วัน	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>COVR11</b>	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) ไม่รวมอาหาร
✎ ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) ไม่รวมค่าอาหาร และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา ไม่เกินจำนวน 10 วัน	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>COVR12</b>	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) ไม่รวมอาหาร
✎ ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 แบบ Home Isolation	<b>1,100</b>	<b>1,100</b>	<b>145016</b>	HI_ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพสำหรับผู้ป่วยสีเขียวที่ดูแลใน Home Isolation
ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบบ Community Isolation				
✎ สำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ	1,100	<b>500</b>	<b>145017</b>	CI/Cohort_ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ สำหรับผู้ป่วยสีเขียวที่ดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation
✎ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	740	<b>150</b>	<b>145018</b>	CI/Cohort_ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation

**การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อค่าบริการสาธารณสุขของวดแรก แบบเหมาจ่าย**

กรณีให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ยกเลิกการจ่ายเหมาจ่ายงวดแรก	3,000	ไม่มี		
กรณีการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) ปรับลดอัตราจ่ายงวดแรกเหลือ	3,000	<b>1,000</b>		

**อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 มกราคม 2565**

<b>อัตราค่าบริการ Covid-19 ปรับใหม่ เริ่ม 1 มกราคม 2565</b>	อัตราเดิม	อัตราใหม่	รหัสเบิก	บริการ
<b>บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับกลุ่มอาการสีเขียว ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น โรงพยาบาลสนาม, Hospital , Hotel Isolation</b>				
ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ สำหรับผู้ป่วยสีเขียวในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19	1,500	<b>1,000</b>	<b>COVR13</b>	ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ สำหรับผู้ป่วยสีเขียวในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19
✎ สำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ	ไม่มี	<b>500</b>	<b>145017</b>	CI/Cohort_ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ สำหรับผู้ป่วยสีเขียวที่ดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation
✎ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	ไม่มี	<b>150</b>	<b>145018</b>	CI/Cohort_ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation