

ที่ สปสช. ๖.๗๐ / ว. ๓๒๘๑

๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ตามแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สูโรครประจำถิ่น

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการโรคโควิด 19 จำนวน ๑ ชุด  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ที่เปลี่ยนแปลง)

๒. รายการที่ยกเลิกการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการโรคโควิด 19 จำนวน ๑ ชุด

ตามมติคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติในการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบมาตรการรองรับการเปลี่ยนผ่านการระบาดของโรคโควิด 19 สูโรครประจำถิ่น ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไปนั้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สูโรครประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) เพื่อให้ประชาชนจะกลับมาดำเนินชีวิต ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่นั้น

ในการนี้ สปสช. จึงขอแจ้งหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขโรคโควิด 19 เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผลตั้งแต่วันที่รับบริการ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

**๑. รายการที่มีการปรับหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

๑.๑ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับประชาชนไทยทุกคน

๑.๒ ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19

๑.๓ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

**๒. รายการที่ยกเลิกการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการให้บริการโรคโควิด 19**

(รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ๐๒-๕๕๔๐๕๐๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายเจตต์ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๖๑ ๔๐๒ ๖๓๖๘ , ๐๖๑-๔๑๘๔๘๖๙

ผู้ประสานงาน นางนินา ผู้สำอองค์ /นางสาวณัฐมา สัมมาคาม/นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง

สำเนาเรียน ๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่ง

๒. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑-๑๓

แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการโรคโควิด 19  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ที่เปลี่ยนแปลง)  
โดยมีผลตั้งแต่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕

๑. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับประชาชนไทยทุกคน

๑.๑ ผู้มีสิทธิ เป็นประชาชนไทยทุกคน

๑.๒ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการ ที่ให้บริการและมีสิทธิรับ  
ค่าใช้จ่าย มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงาน  
กำหนด และต้องมีความพร้อมในการดำเนินการยืนยันการให้บริการใน Application ที่กำหนด และมีความ  
พร้อมรับเงินผ่านระบบ I-banking Mobile banking หรือ Application ตามที่สำนักงานกำหนด

๑.๓. เงื่อนไขการให้บริการ

๑.๓.๑ เป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์เพื่อรับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ที่เป็นผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยสงสัย  
(Suspected case) ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตามกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

๑.๓.๒ เป็นการให้บริการเฉพาะในหน่วยบริการ และสถานบริการ ไม่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองเชิง  
รุกรานนอกหน่วยบริการ และสถานบริการ

หมายเหตุ : กรณีกรมควบคุมโรคติดต่อ มีนโยบายการตรวจคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังเป็น  
การเฉพาะ ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจน อาจแจ้ง สปสช.เพื่อสนับสนุนงบประมาณได้

๑.๓.๓ การจ่ายชุดตรวจการตรวจการติดเชื้อโควิด เป็นค่าชุดตรวจการติดเชื้อโรคโควิด 19 แบบ  
ตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (ATK self test) ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
และค่าบริการในการให้คำแนะนำการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อโรคโควิด 19 แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเองการ  
อ่านผล และการปฏิบัติตัวของประชาชน โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๕ บาทต่อชุด

ทั้งนี้ การให้บริการโดยสถานบริการ ดำเนินการได้จนถึงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ (ฉบับที่ ๓)  
พ.ศ. ๒๕๖๔ กรณีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ตามดุลยพินิจของแพทย์ ในสถานบริการอื่น ให้ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควรประกาศยกเลิก

๒. ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 สำหรับผู้มีสิทธิ UC

(๑) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก และในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่อื่นตามที่กระทรวง  
สาธารณสุขกำหนด

๑.๑ ผู้มีสิทธิ เป็นผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ

๑.๒ หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑.๓ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการ ดังนี้

**๑.๓.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด**

(๑) ผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หรือ ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19

(๒) อัตราจ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้เมื่อตรวจด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit แล้วแพทย์มีดุลยพินิจว่าต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR เช่น การตรวจก่อนทำหัตถการในกลุ่มผู้ป่วยนัดมาผ่าตัด เป็นต้น สามารถขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.ได้ตามอัตราที่กำหนด

**๑.๓.๒ กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 กลุ่มไม่มีอาการหรือสบายดี และกลุ่มมีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้**

(๑) การให้บริการดูแลรักษาแบบบริการผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP-Self Isolation) โดยหน่วยบริการ ที่มีความพร้อมในการให้บริการและมีแพทย์ดูแลให้บริการ หรือมีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุม รายการดังนี้

(๑.๑) ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

(๑.๒) ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคโควิด 19 ได้แก่ ฟาโพลาลาเวียร์ หรือ Favipiravir (เบิกจากกระทรวงสาธารณสุข) และยาพื้นฐานอื่นๆ ที่จำเป็น ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมค่าจัดส่ง

(๑.๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง

(๑.๔) การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

(๒) การให้บริการดูแลรักษาแบบบริการผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP-Self Isolation) โดยหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ที่มีความพร้อมในการให้บริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไข และอัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุม รายการดังนี้

(๒.๑) ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

(๒.๒) ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคโควิด 19 และยาพื้นฐานอื่นๆ ที่จำเป็น ตามแนวทางของสภาเภสัชกรรม โดยรวมค่าจัดส่งยา

ทั้งนี้ การส่งจ่ายรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ตามใบสั่งแพทย์ สามารถดำเนินการในหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยาคุณภาพ) ตามรูปแบบการดำเนินการที่ทำข้อตกลงหน่วยบริการแม่ข่าย

(๒.๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง

(๒.๔) การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

(๓) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง หรือกลุ่มที่มีปอดอักเสบแต่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ ตามกระทรวงสาธารณสุข กำหนด หน่วยบริการให้การดูแล ในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเช่น Home Isolation Community Isolation Hotel Isolation เป็นต้น หรือสถานที่อื่นที่คล้ายกันตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายดังนี้

(๓.๑) กรณีรักษาแบบ Home Isolation สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในลักษณะ เหม่าจ่ายชดเชยแบบไม่รวมการจัดอาหาร (ไม่จ่ายตามระบบ DRGs) ดังนี้

(๓.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ – ๖ วัน จ่ายแบบเหม่าจ่ายใน อัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป จ่ายแบบเหม่าจ่ายใน อัตรา ๘,๐๐๐ บาทต่อราย โดยการจ่ายชดเชยตามข้อ (๓.๑.๑) และข้อ (๓.๑.๒) โดยครอบคลุม รายการดังนี้

(๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย การติดตามประเมิน อาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

(๒) ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

(๓) ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคโควิด 19 เช่น ฟาโทลาโยโร เป็นต้น

(๔) ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ การจ่ายชดเชย สำหรับกรณี Home Isolation จะมีทบทุนการปรับอัตราการจ่ายชดเชย รวมทั้ง มีการประเมินสถานการณ์ความจำเป็นบริการแบบ Home Isolation อีกครั้ง

(๓.๒) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคโควิด 19 แบบ Community Isolation Hotel Isolation หรือสถานที่อื่นที่คล้ายกันตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำนักงานจะจ่าย ค่าใช้จ่ายในลักษณะเหม่าจ่ายชดเชยแบบ รวมการจัดหาอาหาร และ ไม่รวมการจัดอาหาร (ไม่จ่ายตามระบบ DRGs) ดังนี้

(๓.๒.๑) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ

(๓.๒.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ – ๖ วัน จ่ายแบบ เหม่าจ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป จ่ายแบบเหม่า จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒.๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร โดย ผู้ป่วยได้รับอาหารจากแหล่งอื่น

(๓.๒.๒.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ – ๖ วัน จ่ายแบบเหม่า จ่ายในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒.๒.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป จ่ายแบบเหม่า จ่ายในอัตรา ๘,๐๐๐ บาทต่อราย โดยการจ่ายชดเชยตามข้อ (๓.๒.๑) และข้อ (๓.๒.๒) โดยครอบคลุม รายการ ดังนี้

(๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย ค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ (กรณีเบิกจ่ายแบบรวมการจัดหาอาหาร ) การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

(๒) ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

(๓) ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคโควิด 19 เช่น ฟาโทลาโยโร เป็นต้น

(๔) ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ยกเลิกการจ่ายชดเชยกรณีให้บริการ Community Isolation Hotel Isolation ตามแนวทางการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สูโรครประจำถิ่น

หมายเหตุ : การดูแลแบบ Community Isolation แพทย์สามารถพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR หรือตรวจด้วย ATK 2 ชนิด ต่างยี่ห้อเพื่อลดปัญหาของ ATK false negative ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.ได้ตามอัตราที่กำหนด

**(๒) ประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP) สำหรับกลุ่มที่มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือกรณีอื่นๆ ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด**

๒.๑. ผู้มีสิทธิ เป็นผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๓. เจ็บป่วย และอัตราค่าบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

#### ๒.๓.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อโควิด 19

##### (๑) การตรวจโดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

(๑.๑) ผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หรือ ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๑.๒) อัตราจ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

**(๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)**

(๒.๑) ผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล

(๒.๒) อัตราจ่ายตามจริงไม่เกิน ๙๐๐ บาทต่อครั้ง โดยครอบคลุม ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ค่าบริการอื่น ๆ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

ทั้งนี้ กรณีหน่วยบริการไม่มีศักยภาพการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR สามารถส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการเครือข่ายตรวจ SARS-CoV-๒ ที่ผ่านรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำหรับการจ่ายชดเชยเป็นการจ่ายให้หน่วยบริการผู้ดูแลรักษา ซึ่งต้องตามจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการให้กับหน่วยห้องปฏิบัติการเครือข่ายตรวจ SARS-CoV-๒

#### ๒.๓.๒ ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร ดังนี้

(๑) เตียงระดับ ๑ ไม่ใช้ Oxygen จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อวัน

(๒) เตียงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน

(๓) เตียงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อวัน

(๔) เตียงระดับ ๓ ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗,๕๐๐ บาทต่อวัน

#### ๒.๓.๓ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้

(๑) เตียงระดับ ๑ ไม่ใช้ Oxygen จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๕๐ บาทต่อวัน

(๒) เตียงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อวัน

(ก) เติียงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒,๗๕๐ บาทต่อวัน

(ค) เติียงระดับ ๓ ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๑,๐๐๐ บาทต่อวัน

**๒.๓.๔ ค่ายารักษาโรคโควิด 19** จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗,๒๐๐ บาทต่อราย สำหรับยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๒๐ บาทต่อราย กรณีที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้รับการค่าใช้จ่ายเป็นเงินอีก

สำหรับผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หรือ ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด เมื่อเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของหน่วยบริการแล้วต่อมาพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 แล้วไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้การขอรับค่าใช้จ่ายเป็นไปตามระบบปกติ

ทั้งนี้ กรณีค่าบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายการนี้

**(๓) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ (กรณีรถยนต์)** จ่ายชดเชยเฉพาะการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล จ่ายชดเชยดังนี้

๓.๑ จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บดังนี้

(๑) ระยะทางไป - กลับ ไม่เกิน ๕๐ กิโลเมตร จ่ายค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า ๕๐ กิโลเมตร จ่ายค่าใช้จ่ายเริ่มต้น ๕๐๐ บาท และจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกิโลเมตรละ ๔ บาท

๓.๒ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ สำหรับรายการค่าบริการที่ไม่ได้กล่าวข้างต้น สปสช.ยังคงจ่ายชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนดไว้เดิม ดังนี้

#### **๑. ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับประชาชนไทยทุกคน**

จ่ายชดเชยค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้ง โดยแนวทางการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ทั้งนี้ การให้บริการค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โดยสถานบริการ ดำเนินการได้จนถึงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๖๔ กรณีการเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ในสถานบริการอื่น ให้ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควรประกาศยกเลิก

## ๒. ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต สำหรับประชาชนไทยทุกคน

หน่วยบริการที่ให้บริการ และมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิต เพื่อป้องกันบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอกจากการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้เสียชีวิต

๓. ค่าบริการกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับผู้มีสิทธิ UC สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ๓.๑ บริการผู้ป่วยนอก

จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๑๕๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ อัตราดังกล่าว รวมถึงกรณีการให้บริการในลักษณะบริการสาธารณสุขทางไกล และการส่งยาทางไปรษณีย์แล้ว

### ๓.๒ บริการผู้ป่วยใน

จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adj.RW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้

๓.๒.๑ ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขตเดียวกัน กับหน่วยบริการที่รักษาจ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขต ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐจะไม่มี การปรับลดค่าแรง รวมทั้ง กลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะไม่มีค่านวนปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

๓.๒.๒ ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

๓.๓ กรณีการตรวจวินิจฉัยและรักษา ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจาก ภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine Induced thrombotic thrombocytopenia :VITT) สำหรับผู้ป่วยที่มี อาการหรืออาการแสดงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับ วัคซีน หลังฉีดวัคซีนประมาณ ๔-๓๐ วัน ตามแนวทางที่สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทยกำหนดหรือแนะนำ โดยจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

๓.๓.๑ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง CBC จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐ บาทต่อครั้ง

๓.๓.๒ การตรวจวินิจฉัยด้วย Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๕๕๐ บาทต่อครั้ง

๓.๓.๓ การตรวจวินิจฉัย Heparin induced Platelet activation test (HIPA) จ่ายตามจริง ไม่เกิน ๑,๕๕๐ บาทต่อครั้ง

๓.๓.๔ จ่ายเพิ่มเติมกรณียา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะ VITT โดยรูปแบบของการชดเชยเป็นยาที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

รายการที่ยกเลิกการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการให้บริการโรคโควิด 19  
โดยมีผลตั้งแต่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เงื่อนไขและอัตราจ่าย (เดิม)	เงื่อนไขและอัตราจ่าย (ที่มีการปรับปรุง)
<b>๑.การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับประชาชนไทยทุกคน</b>	
<b>๑.๑ การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test</b>	
๑.๑.๑ การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography, Lateral flow test จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาทต่อครั้ง	ยกเลิกการจ่าย ATK-professional กรณีใช้ตรวจคัดกรองสำหรับคนไทยทุกคน แต่สามารถเบิกเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคโควิด19 ตามสิทธิ์การรักษาได้ โดยจ่ายอัตราเดียวไม่ระบุเทคนิคจ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๑.๒ การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๕๐ บาทต่อครั้ง	
<b>๑.๒ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR</b>	
๑.๒.๑ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๒ ยืน จ่ายตามจริงไม่เกิน ๙๐๐ บาทต่อครั้ง	ยกเลิกการจ่าย RT-PCR กรณีใช้ตรวจคัดกรองสำหรับคนไทยทุกคน แต่สามารถเบิกเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคโควิด19 ตามสิทธิ์การรักษาได้โดยจ่ายอัตราเดียวไม่กำหนดประเภท ๒ หรือ ๓ ยืนส์ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๙๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๒.๒ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๓ ยืน จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อครั้ง	
๑.๒.๓ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำให้ Pooled Sample	ยกเลิกการจ่าย
<b>๑.๓ การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)</b>	
การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕๐ บาท ต่อครั้ง	ยกเลิกการจ่าย
<b>๒. การกักกันโรคในสถานที่ที่หน่วยบริการจัดให้ (hospital Quarantine)</b>	
การกักกันโรคในสถานที่ที่หน่วยบริการจัดให้ (Hospital Quarantine) กรณีผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High Risk close contract) รวมค่าอาหารจำนวน ๓ มื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน จำนวน ๖๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน	ยกเลิกการจ่าย โดยหน่วยบริการแนะนำผู้สัมผัสเสี่ยงสูง Self-Quarantine
<b>๓. กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับผู้มีสิทธิ UC</b>	
<b>๓.๑ กรณีผู้ป่วยนอก</b>	
๑) การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ๑.๑) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ ๑.๒) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ๑.๓) การตรวจโดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)	- ยกเลิกการจ่ายแบบกรณีผู้ป่วยนอก - เปลี่ยนเป็นการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP-Self Isolation) โดยหน่วยบริการ และร้านยา โดยปรับปรุงอัตราจ่าย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑



เงื่อนไขและอัตราจ่าย (เดิม)	เงื่อนไขและอัตราจ่าย (ที่มีการปรับปรุง)
ชนิด professional test ๒) ค่ายารักษาโรคโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗,๒๐๐ บาทต่อราย	
<b>๓.๑ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ป่วยอาการสีเขียว</b>	
<p>กรณีรักษาในโรงพยาบาล และกรณีรักษานอกโรงพยาบาล ที่หน่วยบริการพิจารณาให้การดูแลแบบ Home Isolation Community Isolation Hotel Isolation โรงพยาบาลสนาม และ Hospitel เป็นต้น จ่ายชดเชยในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุม รายการ ดังนี้</p> <p>(๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และ การให้คำปรึกษา</p> <p>(๒) ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ</p> <p>(๓) ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคโควิด 19 เช่น พลาทาลายโจร เป็นต้น</p> <p>(๔) ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น ทั้งกรณีรักษาในโรงพยาบาล (ไม่จ่ายด้วยระบบ DRGs) และกรณีรักษานอกโรงพยาบาล ที่หน่วยบริการพิจารณาให้การดูแลแบบ Home Isolation Community Isolation Hotel Isolation โรงพยาบาลสนาม และ Hospitel เป็นต้น ตามอัตราดังนี้</p> <p>(ก) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ</p> <p>๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ – ๖ วัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อราย</p> <p>๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย</p> <p>(ข) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร โดยผู้ป่วยได้รับอาหารจากแหล่งอื่น</p> <p>๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ – ๖ วัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อราย</p> <p>๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘,๐๐๐ บาทต่อราย</p>	<p>- ปรับปรุงเงื่อนไขการจ่าย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑</p>
<b>๔. ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ</b>	
<p>กรณีรถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ ๒๐ ที่นั่งขึ้นไป</p> <p>(๑) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้</p> <p>(๑.๑) ระยะทางไป - กลับ ไม่เกิน ๑๐๐ กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท</p> <p>(๑.๒) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า ๑๐๐ กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น ๕,๐๐๐ บาท และจ่ายเพิ่มเติมกิโลเมตรละ ๑๐ บาท</p> <p>(๒) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>ยกเลิกการจ่าย</p>