



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม  
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง ผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย หรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด นอกสถานพยาบาล ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศ ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample ครอบคลุมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

๓. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

๔. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

๕. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศ ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample ครอบคลุมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

(๑.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

(๑.๔) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

(๑.๕) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

(๒) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

#### ๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษามือประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษา ดังนี้

(๑.๑) เติงระดับ ๐ จ่ายชดเชยในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น รักษาในโรงพยาบาล

(ไม่จ่ายด้วยระบบ DRGs)

โดยจ่ายค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ ตามอัตรา ดังนี้

(๑.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยจำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่ายในอัตรา

๖,๐๐๐ บาทต่อราย

(๑.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา

๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๑.๒) เติงระดับ ๑ ไม่ใช่ Oxygen ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ

๑,๐๐๐ บาท

(๑.๓) เติงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๔) เติงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๕) เติงระดับ ๓ ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น Hotel Isolation หรือโรงพยาบาลสนาม ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยอาการสีเขียว จ่ายชดเชยในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น โดยรักษานอกโรงพยาบาลที่

หน่วยบริการพิจารณาให้การดูแลแบบ Hotel Isolation และโรงพยาบาลสนาม เป็นต้น

ตามอัตรา ดังนี้

(๒.๑) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ

(๒.๑.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหม่าจ่ายในอัตรา

๖,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๑.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหม่าจ่ายในอัตรา

๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร โดยผู้ป่วย

ได้รับอาหารจากแหล่งอื่น

(๒.๒.๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหม่าจ่ายในอัตรา

๔,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒.๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหม่าจ่ายในอัตรา

๘,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓) สำหรับกรณีดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยอาการสีเขียว ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแบบ Home Isolation, Community Isolation, Hotel Isolation และโรงพยาบาลสนาม ให้สามารถเข้ารับการรักษาประเภทบริการ Hospitel โดยจ่ายสำหรับการรักษาไม่เกิน ๗ วัน (นับตั้งแต่วันที่ Admit) ดังนี้

(๓.๑) ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามรายการ ดังนี้

(๓.๑.๑) ค่าห้องพักพร้อมอาหาร ๓ มื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน

วันละ ๑,๐๐๐ บาท

(๓.๑.๒) ค่าบริการตรวจเยี่ยมของแพทย์ทางออนไลน์ ในอัตรา

เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๒๐๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๓) ค่าบริการของพยาบาลทางออนไลน์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง

ไม่เกินวันละ ๖๗๕ บาทต่อราย

(๓.๑.๔) ค่ายารวมค่าบริการจัดการยา เช่น ยาฟ้าทะลายโจร

เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๕) ค่า mobile X-ray ฟิล์ม ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน

๓๓๘ บาทต่อราย หรือ Digital mobile X-ray ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อราย

(๓.๑.๖) ค่าอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ เช่น ปอหวัดใช้แบบดิจิทัล

เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ชนิดปลายนิ้ว เป็นต้น ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒) ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จ่ายชดเชย  
ในลักษณะเหมาจ่าย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

- ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยค่าบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ  
การติดตามประเมินอาการอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง และการให้คำปรึกษา

- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ

- ค่ายาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

- ค่า Chest X-ray กรณีที่มีความจำเป็น โดยรักษาในโรงพยาบาล

(ไม่จ่ายด้วยระบบ DRGs)

ตามอัตรา ดังนี้

(๓.๒.๑) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการจัดหาอาหาร ๓ มื้อ

๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่าย

ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อราย

๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่าย

ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อราย

(๓.๒.๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบหน่วยบริการไม่จัดหาอาหาร

โดยผู้ป่วยได้รับอาหารจากแหล่งอื่น

๑) ดูแลการให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑ - ๖ วัน เหมาจ่าย

ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อราย

๒) ดูแลการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป เหมาจ่าย

ในอัตรา ๘,๐๐๐ บาทต่อราย

(๔) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่ม  
วินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted  
Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative  
weight : AdjRW)

(๕) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับ  
การจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๖) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวง  
สาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

(๗) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)  
หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๗.๑) เติงระดับ ๑ ไม่ใช้ Oxygen ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ  
๓๐๐ บาท

(๗.๒) เติงระดับ ๒.๑ ที่ต้องใช้ Oxygen Canula ในอัตราชุดละ ๕๕๐ บาท  
จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๒,๗๕๐ บาทต่อวัน

(๗.๓) เติงระดับ ๒.๒ ที่ต้องใช้ Oxygen High flow ในอัตราชุดละ  
๕๕๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๕,๕๐๐ บาทต่อวัน

(๗.๔) เติงระดับ ๓ ที่ต้องใช้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราชุดละ ๕๕๐ บาท  
จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๑,๐๐๐ บาทต่อวัน

### ๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม (๑) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

(๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

#### ๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายรวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia : VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ง. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหม่าจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต

#### จ. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๔๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

ฉ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนสัญชาติไทยที่ไม่ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่กำหนดในประกาศฉบับนี้

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-Isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

๑. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษา ประกอบด้วยสถานพยาบาล ดังนี้

๑.๑ สถานพยาบาลประกันสังคมและเครือข่ายตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดเขตท้องที่และรายชื่อสถานพยาบาล ซึ่งเป็นรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชนที่สำนักงานประกันสังคมได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๑.๒ สถานพยาบาลของทางราชการที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

๑.๓ สถานพยาบาลอื่นที่บ้านที่กักข้อตกลงกับสถานพยาบาลประกันสังคม เพื่อเข้าร่วม

ให้บริการ

๒. ค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-Isolation) ดังนี้

๒.๑ ค่าบริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย เหมาะจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

(๑) ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

(๒) การให้ยาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจร หรือยา Favipiravir (เบิกจากกระทรวงสาธารณสุข) ตามแนวทางการแพทย์ และหรือ ยารักษาตามอาการรวมค่าจัดส่ง เป็นต้น

(๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง

(๔) การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

๒.๒ ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยขอรับคำปรึกษาหลังให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว หรือเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือขอรับคำปรึกษาอื่นๆ เหมาะจ่ายในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อราย สำหรับสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาตามข้อ ๒.๑

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือร้านยาที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

๑. ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน

๑.๒ ค่ายาฟ้าทะลายโจร และยาพื้นฐานอื่นๆ ที่จำเป็น ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย รวมค่าบริการจ่ายยากรณีแพทย์สั่งจ่ายเฉพาะในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยรวมค่าจัดส่งยา

๑.๓ ค่าบริการให้คำปรึกษา แนะนำการใช้ยา และติดตามอาการ เมื่อครบ ๔๘ ชั่วโมงแรก

๑.๔ การจัดระบบส่งต่อเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อ

๒. ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ประกันตนที่ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และขอรับคำปรึกษาหลังให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อราย สำหรับร้านยาที่ให้การดูแลรักษาตาม ๑. ของข้อ ๗

การให้บริการทางการแพทย์โดยร้านยาที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๘ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์



**บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์**  
**แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม**  
**เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19**  
**(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))**  
**ฉบับลงวันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕**

รายการ	อัตราค่าบริการ
<b>๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการนำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)</b>	
<b>๑.๑ ประเภท ๒ ยืน</b>	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๑๐๐ บาท
<b>๑.๒ ประเภท ๓ ยืน</b>	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๑๐๐ บาท
<b>๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการนำ Pooled sample</b>	
๒.๑ ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๑๘๐ บาท
๒.๒ ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๒๒๕ บาท
<b>๓. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก</b>	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท
<b>๔. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)</b>	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการ เก็บสิ่งส่งตรวจ	เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๓๕๐ บาท
<b>๕. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test</b>	
๕.๑ การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography, Lateral flow test ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท
๕.๒ การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๓๕๐ บาท