

ที่ สปสช ๖.๗๐ / ว.๗๖๒๕

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราจ่ายการให้บริการโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการเอกชน

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แจ้งหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราจ่ายการตรวจคัดกรองและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 การให้บริการกับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง สำหรับคนไทยทุกคน การบริการดูแลรักษา บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ไปแล้วนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับโรคโควิด 19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช.ขอแจ้งปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ดังนี้

๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

สำหรับการตรวจคัดกรองและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับคนไทยทุกคน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ใช้อัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

๑.๑) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

๑.๑.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๑.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด-19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR

๑.๒.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๒ ยืน

๑.๒.๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒.๑.๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒.๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๓ ยืน

๑.๒.๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒.๒.๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

...๒/๑.๒.๒.๓) ค่าบริการ

๑.๒.๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

๑.๒.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample

๑.๒.๓.๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาท ต่อตัวอย่าง

(ข) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐ บาท ต่อตัวอย่าง

(ค) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๒.๓.๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาท ต่อตัวอย่าง

(ข) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาท ต่อตัวอย่าง

(ค) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๒.๓.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

(ข) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒) การกักกันโรคในสถานที่ที่หน่วยบริการจัดให้ (hospital Quarantine) เป็นการให้บริการกับ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk closed contract) สำหรับคนไทยทุกคน จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงโดยยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน

๒.๒) ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ขอยกเลิกอัตราจ่ายเดิม และกำหนดอัตราจ่ายใหม่เป็น จ่ายตามจริงไม่เกิน ๖๐๐ บาทต่อวัน รวมค่าอาหารจำนวน ๓ มื้อ ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน

๓) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไปจ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๔) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราดังต่อไปนี้

๔.๑) สำหรับการดูแลรักษาผู้มีสิทธิ ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระยะเวลาการให้บริการ ให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อวัน

....๓ /๔.๒) สำหรับ

๔.๒) สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ที่ใช้ Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อวัน

๔.๓) สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง)

๔.๓.๑) อาการรุนแรง ใช้ Oxygen High flow จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๙,๐๐๐ บาทต่อวัน

๔.๓.๒) อาการรุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๘,๐๐๐ บาทต่อวัน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และอัตราจ่ายตาม ข้อ ๔.๒) และ ข้อ ๔.๓) มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

๕) กรณีบริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)

๕.๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระยะเวลาการให้บริการ ให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน

๕.๒) ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราดังต่อไปนี้

๕.๒.๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร ๓ มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน

๕.๒.๒) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย (ไม่รวมค่าอาหาร) และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน

๕.๒.๓) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชน (Community Isolation)

(ก) สำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ เหมาจ่าย ๕๐๐ บาทต่อราย

(ข) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย โดยในการเรียกเก็บจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

ทั้งนี้ ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 แบบ Home Isolation จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อราย

๕.๒.๔) การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อค่าบริการสาธารณสุขงวดแรก แบบเหมาจ่าย เมื่อหน่วยบริการ รับผิดชอบผู้ป่วยโรคโควิด 19 แรกรับดำเนินการพิสูจน์การเข้ารับบริการ โดยการทำ Authentication ด้วยบัตรประชาชน แบบ Smart card หรือตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

(ก) กรณีให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ยกเลิกการจ่ายเหมาจ่ายงวดแรก

(ข) กรณีการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) ปรับลดอัตราจ่ายงวดแรกเหลือ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อราย

๖) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับกลุ่มอาการสีเขียว ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น โรงพยาบาลสนาม, Hospitel , Hotel Isolation ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราเดียวกับบริการแบบ Community Isolation ดังต่อไปนี้

....๔ / ๑) ค่าบริการ

๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร ๓ มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา
จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน

๒) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการและ
เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(ก) สำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ เหมาจ่าย ๕๐๐
บาทต่อราย

(ข) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
(Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย โดยในการเรียกเก็บจ่ายค่าใช้จ่าย
ดังกล่าว ให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

ทั้งนี้ สำหรับวิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามรายการที่มีการเปลี่ยนแปลงในหนังสือฉบับนี้
ท่านสามารถศึกษา ได้จาก <https://eclaim.nhso.go.th> หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดได้เพิ่มเติมที่เบอร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๕๕-๐๕๐๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๖๑ ๔๑๘๔๘๖๘

ผู้ประสานงาน นางสาวณัฐมา สัมมาคาม และนางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง

สำเนาเรียน ๑.นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด

๒.ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑-๑๓

ตารางสรุปการปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราจ่ายการให้บริการโรคโควิด 19
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

รายการ	เงื่อนไข และอัตราจ่าย
๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔	
๑.๑) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test	
๑.๑.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography	ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๑.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA)	ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด-19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR	
๑.๒.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๒ ยืน	๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๒.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๓ ยืน	๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๑.๒.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample	
๑.๒.๓.๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)	๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง ๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐ บาท ต่อตัวอย่าง ๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง
๑.๒.๓.๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)	๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาทต่อตัวอย่าง ๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาท ต่อตัวอย่าง ๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๑.๒.๓.๓) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก	๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้งบริการ ๒) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

รายการ	เงื่อนไข และอัตราจ่าย
๒) การกักกันโรคในสถานที่ที่หน่วยบริการจัดให้ (hospital Quarantine)	
เป็นการให้บริการกับ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk closed contract) สำหรับคนไทย ทุกคน	๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ปรับระยะเวลาในการให้บริการแก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง โดยยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน ๒) ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ขอยกเลิกอัตราจ่ายเดิม และ กำหนดอัตราจ่ายใหม่เป็น จ่ายตามจริงไม่เกิน ๖๐๐ บาทต่อวัน รวม ค่าอาหารจำนวน ๓ มื้อ ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน
๓) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ	
	จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๔) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE)	
๔.๑) สำหรับการดูแลรักษาผู้มีสิทธิ ไม่มี อาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว)	ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระยะเวลาการให้บริการ ให้ยึดตาม แนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวง สาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน จ่ายตามจริง ไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อวัน
๔.๒) สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการปาน กลาง (สีเหลือง) ที่ใช้ Oxygen Canula	จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือ ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อวัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๔.๓) สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง)	
๔.๓.๑) อาการรุนแรง ใช้ Oxygen High flow	จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๙,๐๐๐ บาทต่อวัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๔.๓.๒) อาการรุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจ	จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๘,๐๐๐ บาทต่อวัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๕) กรณีบริการดูแลรักษาใน Home Isolation และ Community Isolation	
ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระยะเวลาการให้บริการ ให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากจำนวน ๑๔ วัน เหลือจำนวน ๑๐ วัน	
๕.๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวม ค่าอาหาร ๓ มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๕.๒) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย (ไม่รวม ค่าอาหาร) และติดตามประเมินอาการ การ ให้คำปรึกษา	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๕.๓) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับ Community Isolation	เหมาจ่าย ๕๐๐ บาทต่อราย มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ทั้งนี้ จ่ายการดูแลใน Home Isolation อัตราจ่ายคงเดิม

รายการ	เงื่อนไข และอัตราจ่าย
๕.๔) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นๆ สำหรับ Community Isolation	จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย โดยให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๕.๔) การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขช่วงแรก แบบเหมาจ่าย เมื่อหน่วย บริการรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19	(ก) กรณีให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ยกเลิกการจ่ายเหมาจ่ายช่วงแรก (ข) กรณีการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (Home Isolation) ปรับลดอัตราจ่ายค่าใช้จ่ายช่วงแรก เหลือ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อราย มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
๖) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับกลุ่มอาการสีเขียว ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป	
๖.๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวม ค่าอาหาร ๓ มื้อ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน ๑๐ วัน
๖.๒) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตาม อาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	(ก) สำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ เหมาจ่าย ๕๐๐ บาทต่อราย (ข) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรือ อุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใด กรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย โดยในการเรียก เก็บจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวน บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน