

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

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

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

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองนอกสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด และไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูก และลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

๑.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๑.๒ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒.๒ ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

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

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) สำนักงานจ่ายค่าตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

(๑.๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

(๑.๑.๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม ดังนี้

(๑.๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

(๑.๒.๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

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

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษามูลนิธิผู้ประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา ดังนี้

(๑.๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหารตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินวันละ ๒,๕๐๐ บาท

(๑.๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) โรงพยาบาลสนาม และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)

(๓) ค่ายาต้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายตามจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

(๕) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) จำนวนตามอาการผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๕.๑) กรณีอาการเล็กน้อยถึงอาการปานกลาง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น ไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

(๕.๒) กรณีอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น ไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) และสถานพยาบาลให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย 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) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ ๓,๗๐๐ บาท

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความว่า รวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ง. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๔๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

จ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย สำหรับกรณีค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่นตาม ๒. ของข้อ ค. แห่งประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าพาหนะดังกล่าวได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประธานกรรมการการแพทย์ลงนามในประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์
ประธานกรรมการการแพทย์