ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม และที่ปรึกษา (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” ในข้อ ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

““ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน ก. ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ก. กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

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

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

๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ด้วยชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-Cov-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งการตรวจและการแปรผลต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้ กรณีที่ยังจัดหาไม่ได้ สำนักงานจะจ่ายชดเชยเป็นเงิน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองดังกล่าว สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย เป็นไปตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศนี้ โดยมีผลบังคับใช้ ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๑

(๒) ตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๒”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุขที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ดังนี้

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

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

(๑.๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ด้วยชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-Cov-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งการตรวจและการแปรผลต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๑.๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

(๑.๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้ กรณีที่ยังจัดหาไม่ได้ สำนักงานจะจ่ายชดเชยเป็นเงิน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคดังกล่าว สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศนี้ โดยมีผลบังคับใช้ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จนถึงก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๑

(๒) ตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๒”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ดังนี้

(๑.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหารดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความใน (๕) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๕) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๕.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๓๐๐ บาท

(๕.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตราชุดละ ๗๔๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๑๑,๑๐๐ บาท

(๕.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตราชุดละ ๗๔๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๒๒,๒๐๐ บาท

ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป”

ข้อ ๗ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ฉ. ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

"ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต ทั้งนี้ ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิตดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป"

ข้อ ๘ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย สำหรับกรณีการตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ตาม ๑. ของข้อ ๔ ก. และตาม (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑.๑ (๑) (๑.๑) กรณีค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลรักษาตาม (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ และกรณีค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ตาม (๕) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าบริการดังกล่าวได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ บัญชี ๑
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๖๐๐ บาท
๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท
๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท
๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๒๐๐ บาท
(๒) ค่าตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน สามารถตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ร่วมกับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT – PCR ได้ โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษาพิจารณา	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๐๐ บาท
๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ บัญชี ๒
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	
(๑) ประเภท ๒ ยืน	
(๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๑๐๐ บาท
(๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๐๐ บาท
(๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายครั้งละ ๑๐๐ บาท
(๒) ประเภท ๓ ยืน	
(๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๓๐๐ บาท
(๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๐๐ บาท
(๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายครั้งละ ๑๐๐ บาท
๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท
๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท
๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

รายการ	อัตราค่าบริการ
๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท