



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

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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 จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

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

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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 กำหนดและไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ดังนี้

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

๑.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๑.๒ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

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

๒.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒.๒ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

(๑.๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

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

(๑.๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

(๑.๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

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

#### ๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา ดังนี้

(๑.๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ 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) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

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

(๕.๑) กรณีอาการเล็กน้อยถึงอาการปานกลาง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

(๕.๒) กรณีอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

### ๑.๓ ค่าพาหนะ

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

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

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

(๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ ๓,๗๐๐ บาท

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 โดยคำนวณ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วย มีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน 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 สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย สำหรับกรณีค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่นตาม ๒. ของข้อ ค. แห่งประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าพาหนะดังกล่าวได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประธานกรรมการการแพทย์ ลงนามในประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)  
ประธานกรรมการการแพทย์