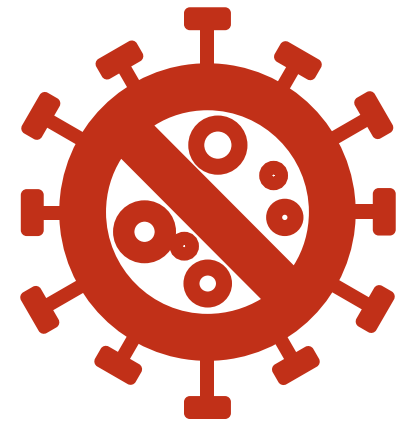




แนวทางการปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข  
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ปีงบประมาณ 2565

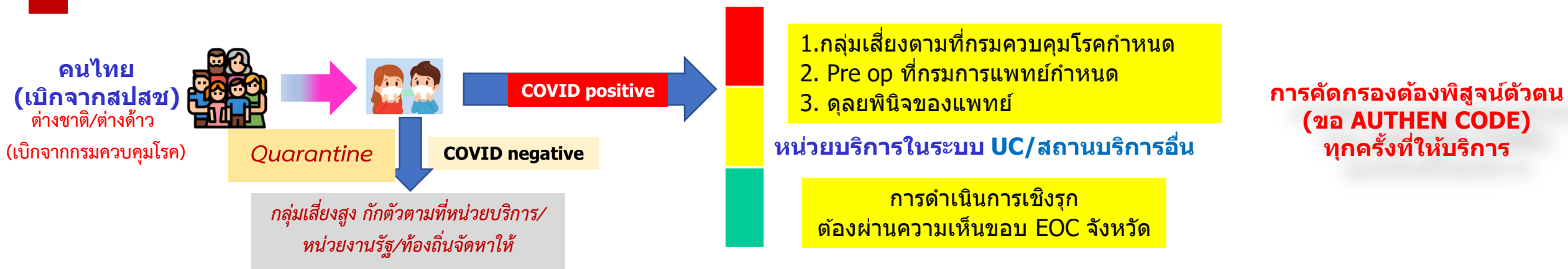
**STOP**



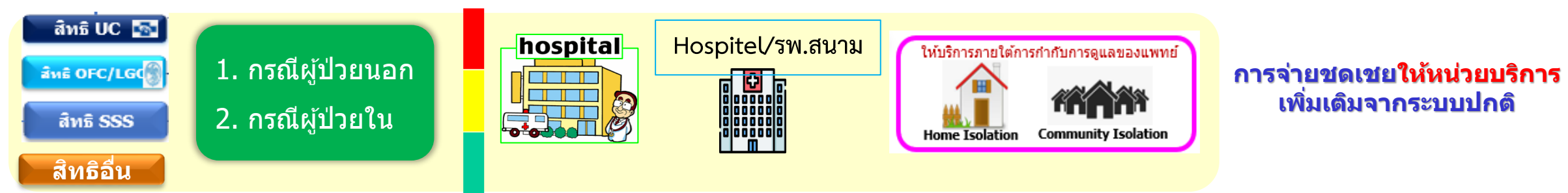
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่

# ภาพรวมการให้บริการโรคติดเชื้อโรค COVID-19

## 1 ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19



## 2 กรณีรักษาพ.รัฐ/หน่วยบริการ (เป็นไปตามสิทธิการรักษา)



## 3 กรณีรักษาสถานบริการอื่น (สถานบริการนอกระบบ UC) UCEP-COVID ทุกสิทธิ



\*กรณี PUI สามารถใช้สิทธิถึงวันที่ผลตรวจออก หากเป็น Negative จะยุติการใช้สิทธิ



การถ่ายทอดเชยกรณีคัดกรอง COVID19  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# การจ่ายชดเชยกรณีคัดกรอง COVID19

ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 (หน่วยบริการในระบบ UC/ สถานบริการอื่น

คนไทย  
ทุกสิทธิ



COVID positive

COVID negative

รายการจ่าย	ตรวจlab	ค่าบริการ	ค่าเก็บตัวอย่าง
Antigen (เทคนิคChromatography) /ครั้ง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาท/ครั้ง (เดิม 450 บาท/ครั้ง)		
Antigen (เทคนิค FIA ) /ครั้ง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาท/ครั้ง (เดิม 550 บาท/ครั้ง)		
RT-PCR (ประเภท 2 ยีน) /ครั้ง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท (เดิม 1,100 บาท)	เหมาจ่าย 200 บาท (เดิม 300 บาท)	เหมาจ่าย 100 บาท (เท่าเดิม)
RT-PCR (ประเภท 3 ยีน) /ครั้ง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาท (เดิม 1,300 บาท)	เหมาจ่าย 200 บาท (เดิม 300 บาท)	เหมาจ่าย 100 บาท (เท่าเดิม)
Pooled saliva (<=5 ตัวอย่าง) /ตัวอย่าง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาท (เดิม 320 บาท)	เหมาจ่าย 40 บาท (เดิม 100 บาท)	เหมาจ่าย 40 บาท (เท่าเดิม)
Pooled swab(<= 4 ตัวอย่าง) /ตัวอย่าง	จ่ายตามจริงไม่เกิน 250 บาท (เดิม 400 บาท)	เหมาจ่าย 50 บาท (เดิม 75 บาท)	เหมาจ่าย 100 บาท (เท่าเดิม)
Antibody /ครั้ง	เหมาจ่าย 350 บาท (เท่าเดิม)		

**หมายเหตุ** เริ่ม อัตราใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป

บันทึกผ่านโปรแกรม E claim ตัดยอดข้อมูลทุก 15 วัน และจะมีการโอนเงินให้หน่วยบริการไม่เกิน 5 วันนับจากวันตัดยอดข้อมูล

# การจ่ายชดเชยกรณีเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (HIGH RISK CLOSE CONTACT)

คนไทย  
ทุกสิทธิ



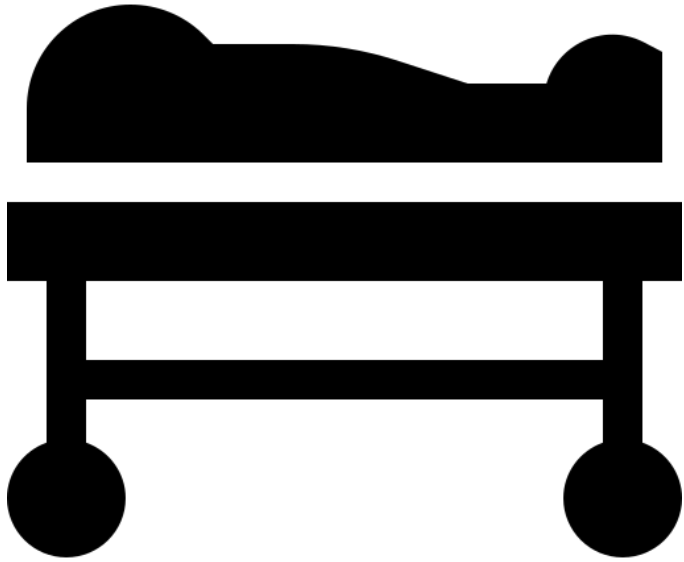
COVID negative



กลุ่มเสี่ยงสูง กักตัวตามที่หน่วยบริการจัดหาให้

จ่ายค่าดูแลการให้บริการ รวมอาหาร 3 มื้อ  
โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน 600 บาท/วัน ไม่เกิน 10 วัน  
(เดิม ไม่เกิน 1,000 บาท/วัน ไม่เกิน 14 วัน)

หมายเหตุ เริ่ม อัตราใหม่ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป แต่ ระยะเวลาไม่เกิน 10 วันเริ่ม 11 พฤศจิกายน 2564



ถือเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค  
สิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยทุกคน  
อัตราเหมาจ่าย 2,500 บาทต่อผู้เสียชีวิต  
(เท่าเดิม)

การจ่ายชดเชย COVID-19 เพิ่มเติมจากระบบปกติ ดังนี้

สิทธิ UC



เบิก 1 - 3

COVID  
negativeCOVID  
positive

เบิก 1 - 5

COVID  
negativeCOVID  
positive

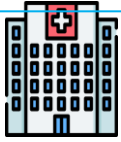
PUI Admit \*

\* PUI Admit เบิกค่ายารักษาโควิดไม่ได้

1. ค่าตรวจ LAB + ค่าเก็บตัวอย่าง : ราคาจ่ายเหมือนจ่ายตรวจ lab คัดกรอง
2. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 รวม ฟ้ำทะเลลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/ราย
3. ค่าพาหนะ กรณีรถทั่วไป จ่ายตามคู่มือแนวทางขอรับค่าใช้จ่ายปี64 + ค่าอุปกรณ์ป้องกันและค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+ 1,400 บาท) ต่อ ครั้ง (เดิม 3,700 บาท)  
ยกเว้น กรณีใช้รถโดยสารขนาดใหญ่ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไปจ่ายค่าพาหนะ + ค่าอุปกรณ์ป้องกันและค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง +1,400 บาท) ต่อ ครั้ง (เดิม 3,700 บาท) ดังนี้
  - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 100 กม จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท
  - ระยะทางไปกลับมากกว่า 100 กม จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาทและจ่ายชดเชยเพิ่มกม.ละ 10 บาท
4. ค่าห้อง : ค่าห้องแบ่งตามอาการผู้ป่วย เขียว เหลือง แดง
  - 1) (กลุ่มสีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน (เหมือนเดิม/รอรายการจากสปสช.)
  - 2) (กลุ่มสีเหลือง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาทต่อวัน (เหมือนเดิม)
  - 3) (กลุ่มสีแดง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาทต่อวัน (เหมือนเดิม)
- 5 PPE รักษา/อุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อ แบ่งตามอาการผู้ป่วย (เขียว เริ่ม 11 พย 64, เหลือง แดง เริ่ม 1 ธค 64)
  - 1) (กลุ่มสีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อวัน (เท่าเดิม) (ตามจริงไม่เกิน 10 วัน)
  - 2) (กลุ่มสีเหลือง) ใช้ Oxygen Canula จ่ายอัตราชุดละ 600 บ/วันตามจริงไม่เกิน 5 ชุด/วัน / ไม่เกิน 3,000 บ/วัน (เดิม จ่ายอัตราชุดละ 740 บาท/วัน ตามจริงไม่เกิน 15 ชุด/วัน / ไม่เกิน 11,100 บ./วัน)
  - 3) (กลุ่มสีแดง) (เดิม จ่ายอัตราชุดละ 740 บาท/วัน ตามจริงไม่เกิน 30 ชุด/วัน / ไม่เกิน 22,200 บ./วัน)
    - 3.1) กรณีที่ใช้ oxygen high flow อัตราชุดละ 600 บ/วัน ตามจริงไม่เกิน 15 ชุด/วัน / ไม่เกิน 9,000 บ/วัน
    - 3.2) กรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราชุดละ 600 บ/วัน ตามจริงไม่เกิน 30 ชุด/วัน / ไม่เกิน 18,000 บ/วัน

**การจ่ายชดเชย COVID-19 เพิ่มเติมจากระบบปกติ ดังนี้**

Hospitel/รพ.สนาม



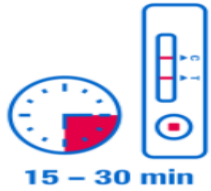
สิทธิ UC



1. ค่าตรวจ LAB + ค่าเก็บตัวอย่าง : ราคาจ่ายเหมือนจ่ายตรวจ lab คัดกรอง
2. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 รวม ฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/ราย
3. ค่าพาหนะ กรณีรถทั่วไป จ่ายตามคู่มือแนวทางขอรับค่าใช้จ่ายปี64 + ค่าอุปกรณ์ป้องกันและค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง + **1,400 บาท**) ต่อ ครั้ง (เดิม 3,700 บาท)  
ยกเว้น กรณีใช้รถโดยสารขนาดใหญ่ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไปจ่ายค่าพาหนะ + ค่าอุปกรณ์ป้องกันและค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+1,400 บาท) ต่อ ครั้ง (เดิม 3,700 บาท) ดังนี้
  - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 100 กม จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท
  - ระยะทางไปกลับมากกว่า 100 กม จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาทและจ่ายชดเชยเพิ่มกม.ละ 10 บาท
4. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับกลุ่มอาการสีเขียว **ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวม ค่าอาหาร 3 มื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน (เริ่ม 1มค 65)**
5. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น **เหมาจ่าย 500 บาท/ราย (เริ่ม 1 มค 65)**
6. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรือ อุปกรณ์อื่นๆ สำหรับ Community Isolation **จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 150 บ/ราย** โดยให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน (เริ่ม 1 มค 65)

\* \* หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 ” สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นหอผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานก.สธ เช่น Cohort ward, Camp Isolation, โรงพยาบาลสนาม, hospitel เป็นต้น \*ตามประกาศกสธ.ปัจจุบัน





**Positive**

ให้บริการภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์



สิทธิ UC



1. ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาการให้บริการ ให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข **ลดลงจากจำนวน 14 วัน เหลือจำนวน 10 วัน**
2. ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวม ค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา จ่ายเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาท/วัน (ค่าอาหาร 3 มื้อ ติดตามประเมินอาการ ให้คำปรึกษา) **หรือ** จ่ายค่าติดตามประเมินอาการ ให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท/วัน (เริ่ม 1 ธค 64)
3. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น **สำหรับ Community Isolation เหมาจ่าย 500 บาท/ราย** ทั้งนี้ จ่ายการดูแลใน Home Isolation อัตราจ่ายคงเดิม คือ 1,100 บาท/ราย (เริ่ม 1 ธค 64)
4. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรือ อุปกรณ์อื่นๆ สำหรับ Community Isolation **จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 150 บ/ราย** โดยให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน (เริ่ม 1 ธค 64)
5. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข **งวดแรกแบบเหมาจ่าย** เมื่อหน่วย บริการรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19
  - (ก) กรณีให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) **ยกเลิกการจ่ายเหมาจ่ายงวดแรก**
  - (ข) กรณีการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (Home Isolation) **ปรับลดอัตราค่าใช้จ่ายงวดแรก เหลือ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อราย (เดิม 3,000 บาท)**
6. ค่ายาเฉพาะรักษาโควิด ไม่เกิน 7,200 บาท , ค่า Xray เฉพาะ OP 100 บ/ครั้ง , ค่าออกซิเจน ไม่เกิน 450 บาท/วัน เหมือนเดิม
7. ค่า LAB และค่ารถตามแนวทางใหม่ เริ่ม 1 ธันวาคม 2564

# THANK

---

