

กรมการแพทย์



ลำดับที่ ๑๐๖๘
เลขที่ ๓๑ สค ๒๕๖๔
วันที่ ๓๑ สค ๒๕๖๔
เวลา ๑๐.๑๐

ที่ สธ ๐๒๐๖.๐๙.๗/๑ & ๙๙

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

งานการเงิน - งบประมาณ
รับเลขที่ ๑๑๐๐
วันที่ ๓๑ สค ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในกิจกรรมเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation) ในระหว่างรอเตียงเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมีทีมบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวอยู่ในระบบดังกล่าว นั้น

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation) เพื่อให้หน่วยงานได้ถือปฏิบัติ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ หน่วยงานจะเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยฯ ดังกล่าวได้ เมื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

๒๕ สค ๖๔

ขอแสดงความนับถือ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลยพัฒน์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
๒๐๑๙ อธิบดีกรมการแพทย์
Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

(นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลยพัฒน์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พร้อมทั้งกลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแบบอิเล็กทรอนิกส์

๒๕ สค ๖๔
1. นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลยพัฒน์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารการคลัง
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๒๒๕
โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๖๘๕๕

๒๕
๓๑ สค ๖๔
๓๑ สค ๖๔

หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน
ในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

.....

ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๐๒.๕/๐๑๐๘๑๖ ลงวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓
กรมบัญชีกลางอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง
สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามที่กระทรวงสาธารณสุข
ขอทำความตกลงนั้น เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไปอย่างรวดเร็ว
ส่งผลกระทบต่อจำนวนเตียงผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่สถานพยาบาลของทางราชการ
หรือสถานที่อื่นที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดเตรียมไว้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดระบบการรักษา
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบ
การดูแลในชุมชน (Community Isolation) ในระหว่างรอเตียงเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน
ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน
(Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation) เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายฯ
และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตามความจำเป็น เหมาะสม ประหยัด และเป็นประโยชน์ต่อทางราชการ
กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. บุคคลที่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนเสี่ยงภัย เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่ง/หนังสือมอบหมายให้ปฏิบัติงาน
ในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรค และรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบ
การดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

๒. ลักษณะการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบ
การดูแลในชุมชน (Community Isolation) ได้แก่

(๑) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (Home Isolation) เยี่ยมชุมชน (Community Isolation)
พร้อมกับทีม Home Health Survey

(๒) ลงพื้นที่คัดกรองเบื้องต้นให้กับบุคคลใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโควิด-19
โดยการเก็บตัวอย่างจากสารคัดหลั่งในโพรงจมูก ช่องปาก ลำคอ และน้ำลาย ตรวจหาเชื้อด้วยชุดทดสอบแอนติเจน
แปลผล และสรุปรายงานการตรวจวินิจฉัย

(๓) ลงพื้นที่ตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสมของบ้านผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโควิด-19
ในการเข้าสู่กระบวนการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) หากไม่เหมาะสมให้เข้าสู่ระบบการดูแลในชุมชน
(Community Isolation)

(๔) ลงพื้นที่ติดตามอาการและดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการดูแลตนเอง
ที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation) รายงานผลการติดตามอาการ
ต่อแพทย์ผู้ดูแลจนครบ ๑๔ วัน



(๕) ลงพื้นที่ฉีดวัคซีนให้กับผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโควิด-19 ใน Home Isolation และ Community Isolation

(๖) ลงพื้นที่ให้การเยียวยาจิตใจผู้ป่วยโควิด-19 และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

(๗) การให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยโควิด-19 ไปยังสถานพยาบาล โรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอย หรือสถานที่อื่นที่กำหนดให้เป็นที่รองรับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

(๘) การให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest-x-ray) ในรายที่จำเป็น โดยการเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในพื้นที่เสี่ยง

(๙) ลงพื้นที่ตรวจสอบ เตรียมความพร้อมและช่วยเหลือชุมชนที่มีการติดเชื้อในการจัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ตามมาตรการป้องกันโรคด้านสุขอนามัยบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัย ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation)

๓.๑ ผู้มีสิทธิเบิกค่าตอบแทนเสี่ยงภัย ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างเหมาบริการของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นของหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๒ การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยฯ ด้วยระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Isolation) และระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation) สำหรับแพทย์ให้เบิกค่าตอบแทนในอัตราวันละ ๑,๕๐๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) เจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้เบิกค่าตอบแทน ในอัตราวันละ ๑,๐๐๐.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยให้เบิกเฉพาะวันที่ปฏิบัติงานจริง ทั้งนี้ ต้องปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า ๘ ชั่วโมง กรณีที่ปฏิบัติงานไม่ถึง ๘ ชั่วโมง ให้ได้รับค่าตอบแทนเสี่ยงภัยลดลงตามสัดส่วน โดยคิดเป็นรายชั่วโมง เศษของชั่วโมงถ้าไม่ถึงครึ่งชั่วโมงให้ตัดทิ้ง ถ้าถึงครึ่งชั่วโมงให้ปัดเศษเป็น ๑ ชั่วโมง

๔. หน่วยงานผู้เบิก

๔.๑ ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด

๔.๒ ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ให้เบิกจ่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๔.๓ ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีคำสั่งให้ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เบิกจ่าย



๕. หลักฐานการเบิกจ่าย

๕.๑ คำสั่ง/หนังสือมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

๕.๒ แบบบันทึกการปฏิบัติงาน แบบ HI, CI-1

๕.๓ หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนเสี่ยงภัย แบบ HI, CI-2

๕.๔ หนังสือขออนุมัติเบิกจ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัย

หลักเกณฑ์นี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะยุติ



แบบบันทึกการปฏิบัติงาน Home Isolation, Community Isolation

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....

| วัน/เดือน/ปี | เวลา | | กิจกรรม/เหตุการณ์ | หมายเหตุ |
|--------------|--------------------|----------------------|-------------------|----------|
| | เริ่มการปฏิบัติงาน | สิ้นสุดการปฏิบัติงาน | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าเป็นการปฏิบัติงานจริง
 ลงชื่อ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนเลี้ยงชีพของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วย
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ Home Isolation, Community Isolation

ชื่อหน่วยงาน.....

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | อัตรา ค่าตอบแทน ต่อวัน | จำนวนวัน | จำนวนเงิน (๑) | จำนวนชั่วโมง ที่ปฏิบัติงาน | จำนวนเงิน (๒) | จำนวนเงิน รวม (๑+๒) | ลายมือชื่อผู้รับเงิน | วันที่รับเงิน |
|-------------------------------------|-------------|---------|------------------------------|----------|------------------|-------------------------------|------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... | | | | | | | | | | |



ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
ตำแหน่ง.....