ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

---

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีการรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับและมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๘ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (ช) ของข้อ ๕ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(ช) การตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับ ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ ดังนี้

(๑) ค่าตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) ชนิดที่ ๑ (มีเจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามขณะตรวจทั้งคืน) จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) ชนิดที่ ๒ (การตรวจวัดเหมือนการตรวจชนิดที่ ๑ เว้นแต่ไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามขณะตรวจ) จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาท

(๓) ค่าอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure : PAP) และอุปกรณ์เสริมสำหรับการรักษา

ทั้งนี้ ในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนและการจ่ายค่าอุปกรณ์ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๓ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและจัดหาอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก หน้ากากครอบจมูกหรือปากในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน หรือส่งผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลอื่น ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์พร้อมค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้แก่สถานพยาบาลอื่นที่ทำการรักษา และนำมายื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์พร้อมค่าอุปกรณ์ต่อสำนักงาน ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานกำหนดตาม ข้อ ๒

ข้อ ๔ ให้ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้าและหน้ากากครอบจมูกหรือปากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้า ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้รับสิทธิการเบิกเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้าและหน้ากากครอบจมูกหรือปากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้าต่อไปจนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์

**หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับ ท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙**

---

๑. หลักเกณฑ์ในการประเมินก่อนส่งตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Polysomnography) ให้มีการบันทึกของแพทย์ผู้ส่งตรวจในเวชระเบียน ประกอบด้วย

๑.๑ การซักประวัติ สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยละเอียด เช่น ประวัติการนอน การกรนการสังเกตเห็นการหยุดหายใจ (witnessed apnea) การตื่นขึ้นมาสำลัก (nocturnal choking หรือ gasping) การนอนกระสับกระส่าย (restlessness) และการง่วงนอนมากผิดปกติช่วงกลางวัน รวมทั้งสอบถามประวัติเกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ประกันตนที่ป่วย โรคประจำตัว รวมถึงความผิดปกติของการนอนหลับอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วย

๑.๒ การตรวจร่างกาย โดยตรวจหาลักษณะที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค Obstructive Sleep Apnea ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบคอ ความยาวรอบเอว โครงสร้างศีรษะและใบหน้า เช่น คางเล็ก ฟันสบผิดปกติ ลักษณะทางเดินหายใจ เช่น จมูก ช่องปาก ทอนซิล ลิ้นไก่ เพดานอ่อน ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินโรคที่อาจเกิดร่วมกันหรือเกิดขึ้นตามหลังปัจจัยเสี่ยงของโรค (Obstructive Sleep Apnea)

๑.๓ มีคะแนนประเมินความเสี่ยงโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จากแบบประเมิน Stop - Bang ≥ ๕

๑.๔ กรณีนอกเหนือจากหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การนอนหลับเป็นผู้พิจารณาความจำเป็น

ทั้งนี้ ผู้ประกันตนต้องเป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๑.๑ ข้อ ๑.๒ และข้อ ๑.๓ หรือเป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๑.๑ ข้อ ๑.๒ และข้อ ๑.๔ โดยให้เข้ารับการตรวจการนอนหลับชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ ในสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

๒. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ส่งตรวจ Polysomnography ต้องเป็นแพทย์ที่รายงานผลตรวจการนอนหลับและแพทย์ผู้สั่งเบิกเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกรวมทั้งหน้ากากครอบจมูกหรือปาก ให้แก่ผู้ประกันตนได้ในกรณีดังต่อไปนี้

๒.๑ ในกรณีที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์การนอนหลับ ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การนอนหลับที่สามารถรายงานผลตรวจการนอนหลับดังนี้เป็นผู้ส่งตรวจ

(๑) อายุรแพทย์การนอนหลับ
(๒) กุมารแพทย์การนอนหลับ
(๓) โสต ศอ นาสิกการนอนหลับ
(๔) จิตแพทย์การนอนหลับ

๒.๒ ในกรณีที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์การนอนหลับ ให้แพทย์สาขาดังนี้ สามารถส่งตรวจได้ตามความเหมาะสม

(๑) อายุรแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ สาขาประสาทวิทยา
(๒) กุมารแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ สาขาประสาทวิทยา
(๓) โสต ศอ นาสิก

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ดังนี้

๓.๑ ค่าตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) ชนิดที่ ๑ (มีเจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามขณะตรวจทั้งคืน) จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท

๓.๒ ค่าตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) ชนิดที่ ๒ (การตรวจวัดเหมือนการตรวจชนิดที่ ๑ เว้นแต่ไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามขณะตรวจ) จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาท

๓.๓ ค่าอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure : PAP) และอุปกรณ์เสริมสำหรับการรักษาในอัตราที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

| รหัสอุปกรณ์ | ประเภท | หน่วย | ราคา (บาท) |
|---|---|---|---|
| ๓๐๑๒ | เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure : PAP)<br>**ลักษณะ** เป็นเครื่องเพิ่มความดันอากาศในทางเดินหายใจ เพื่อให้ความดันอากาศในทางเดินหายใจเป็นบวกตลอดเวลา สามารถปรับแรงดันได้ ใช้ร่วมกับหน้ากากครอบจมูกหรือปาก แต่ละชุดประกอบด้วยตัวเครื่องหน้ากาก ท่อต่อและอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วน พร้อมใช้งานได้<br>**ข้อบ่งชี้**<br>สำหรับผู้ประกันตนที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษ์แล้วไม่ได้ผลหรือไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน หรือผ่าตัดแล้วไม่ได้ผล โดยผู้ประกันตนต้องผ่านการประเมินด้วยการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Polysomnography) และมีเอกสารรายงานผลว่าผู้ประกันตนผ่านการทดลองการยอมรับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมง/คืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ หรือ ๒ สัปดาห์ในเครื่องแรก หรือกรณีเป็นเครื่องถัดไปให้มีการทดลองใช้เครื่องใหม่ว่าผู้ประกันตนผ่านการทดลองการยอมรับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมง/คืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ ร่วมกับมีเอกสารหลักฐานยืนยันว่าเครื่องเดิมชำรุด ก่อนทำการส่งมอบเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเครื่องถัดไป ทั้งนี้ ต้องมีระดับความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้<br>๑. มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับมาก (ดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)) ≥ ๓๐ ครั้ง/ชม.)<br>๒. มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับปานกลาง (ดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)) = ๑๕-๒๙ ครั้ง/ชม.) และเป็นโรคเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด (Stroke) หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ Refractory HT (ผู้ป่วยที่มี SBP/DBP มากกว่า หรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับยาลดความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ ๓ กลุ่ม) | ชุดละ | ๒๐,๐๐๐ |

| รหัสอุปกรณ์ | ประเภท | หน่วย | ราคา (บาท) |
|---|---|---|---|
| | **คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก**<br>๑. สถานพยาบาลต้องจัดหาเครื่องที่มีการรับประกันตัวเครื่อง ๕ ปี ขึ้นไป หากเครื่องชำรุดสถานพยาบาลต้องดำเนินการรับผิดชอบซ่อม/เปลี่ยนเครื่องให้ผู้ประกันตน<br>๒. ต้องเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา<br>๓. เป็นเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ระดับแรงดัน ๑ ระดับ หรือ ๒ ระดับ หรือแบบอัตโนมัติ<br>๔. สามารถคำนวณและออกบันทึกผลการใช้เครื่องขณะให้การรักษาด้วยแรงดันบวกเป็นร้อยละของจำนวนวันที่ใช้ได้เฉลี่ย ๔ ชั่วโมง/วัน ต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี<br>๕. บริษัทที่จำหน่ายเครื่องต้องมีระบบติดตามผลและให้ความรู้แก่ผู้ประกันตน (PAP Education) | | |
| ๓๐๑๓ | หน้ากากครอบจมูกหรือปากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก<br>**ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ประกันตนที่ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก<br>ทั้งนี้ ในการเบิกจ่ายหน้ากากครอบจมูกหรือปาก ที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (ในครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป) ประกอบด้วยทุกข้อดังต่อไปนี้<br>๑. ในกรณีที่ใช้ทดแทนกรณีหน้ากากครอบจมูกหรือปากที่ใช้อยู่ชำรุดหรือใช้งานไม่ได้ ให้เบิกได้ไม่เกิน ๑ ชิ้น/ปี<br>๒. แนบเอกสารยืนยันว่ามีการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมง/วัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ในระหว่างที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๓ เดือน | ชิ้นละ | ๔,๐๐๐ |

ทั้งนี้ ค่าอุปกรณ์เสริม รายการแผ่นกรองอากาศ (Filter) กระดาษ และแผ่นกรองอากาศ (Filter) ฟองน้ำ ให้รวมอยู่ในค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน

๓.๔ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกและหน้ากากครอบจมูกหรือปาก จะต้องเป็นแพทย์ ดังต่อไปนี้

(๑) อายุรแพทย์การนอนหลับ หรือโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต หรือโรคระบบการหายใจ สาขาประสาทวิทยา

(๒) กุมารแพทย์การนอนหลับ หรือโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต หรือโรคระบบการหายใจ สาขาประสาทวิทยา

(๓) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโสต ศอ นาสิก อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา

(๔) จิตแพทย์การนอนหลับ

๓.๕ คุณสมบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การนอนหลับที่สามารถรายงานผลตรวจการนอนหลับ จะต้องเป็นแพทย์ ดังต่อไปนี้

(๑) แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติการนอนหลับจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์ หรือโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

(๒) แพทย์ที่ผ่านการสอบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากสมาคมโรคจากการนอนหลับแห่งประเทศไทย

(๓) แพทย์ที่ผ่านการสอบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมประกาศนียบัตรเวชศาสตร์การนอนหลับหรือเทียบเท่า หลักสูตรอย่างน้อย ๑ ปี จากสถาบันฝึกอบรมหรือสมาคม หรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

๔. กรณีแพทย์ประเมินว่าผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์ชนิดที่เหมาะสมกับผู้ประกันตน ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิจัดหาเครื่องที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามที่แพทย์พิจารณา และมิให้เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากผู้ประกันตน เว้นแต่กรณีเป็นความต้องการของผู้ประกันตน ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากสิทธิ

๕. ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและจัดหาเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกและหน้ากากครอบจมูกหรือปาก ให้กับผู้ประกันตนภายในระยะเวลา ๑ เดือน กรณีเกินศักยภาพให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิส่งตัวผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลระดับสูง หรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพซึ่งผ่านการรับรองจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องในการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนด

๖. กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพซึ่งผ่านการรับรองจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมที่เกี่ยวข้อง และสถานพยาบาลได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงาน โดยผู้ประกันตนไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้สถานพยาบาลที่มีศักยภาพดังกล่าวจัดทำรายงานข้อมูลส่งมายังสำนักงานเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ตามอัตราที่ประกาศกำหนด ทั้งนี้ กรณีมีค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจากอัตราที่ประกาศกำหนด ให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินแก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพดังกล่าว