

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม  
ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๕.๘ ของข้อ ๕ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

“๕.๘ บริการตรวจวินิจฉัยโรคหูดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๕ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๘.๑ ของเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๖ การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา  
โรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอกตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติในการให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ การตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จ่ายแบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่

๒.๑.๑ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 1 จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๒ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 2 จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๓ แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๔ แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๒ ค่าอุปกรณ์ในการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ให้แนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒  
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหุดหายใจขณะหลับจากการอดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกตามประกาศนี้ ให้นำหน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓  
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรอบที่สำนักงานกำหนด

๖.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้งตามข้อความที่ได้รับการตอบกลับ

๖.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ยทุกรายการด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ ตามเงื่อนไข ความถี่ ความซ้ำซ้อน และความเบี่ยงเบนจากค่ามาตรฐานเปรียบเทียบกับข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการที่บันทึกในระบบของสำนักงาน หน่วยบริการในประเภทและระดับศักยภาพเดียวกัน โดยสำนักงานจะขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการเมื่อพบข้อมูลผิดปกติ ดังต่อไปนี้

๗.๑ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบก่อนจ่าย สำนักงานจะมีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือสอบถามผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพิ่มเติม

๗.๒ กรณีที่ต้องใช้เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการตรวจสอบ ให้หน่วยบริการแนบเอกสารผ่านระบบโปรแกรมตามที่สำนักงานกำหนด ภายในระยะเวลา ๑๐ วันหลังได้รับการแจ้งจากสำนักงาน

ข้อ ๘ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

๘.๑ พบเอกสารหลักฐานใบรับรอง (Certificate of Accreditation) การเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต คอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

๘.๒ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๘.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในการส่งตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๘.๒.๒ พบหลักฐานการตรวจวินิจฉัยตามวิธีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๒.๓ พบหลักฐานการอ่านผลวิธีการทดสอบตามวิธีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๓ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

๘.๓.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับ

๘.๓.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้เอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

๘.๓.๓ คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจากองค์การอาหารและยา

๘.๓.๔ คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์หน้ากากและท่อหน้าอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๘.๓.๕ พบรายงานผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก และหลักฐานการติดตามผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอย่างสม่ำเสมอทุก ๑ ปี

๘.๓.๖ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก หน้ากาก และท่อหน้าอากาศใหม่ก่อนระยะเวลาที่กำหนด ต้องพบหลักฐานหรือหนังสือรับรอง กรณีอุปกรณ์เสีย หรือไม่สามารถใช้งานได้

ข้อ ๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๙.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๙.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๙.๓ ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๘

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการ อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่าย ค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบ การตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นและการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

**๑. กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา**

๑.๑ การตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น มีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการและข้อบ่งชี้  
ดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปี ขึ้นไป

๑.๑.๒ มีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ กรนดังผิดปกติ หรือมีอาการง่วงนอนกลางวันมากผิดปกติ  
ทั้งที่ได้นอนอย่างเพียงพอแล้ว หายใจลำบาก สงสัยว่าจะมีการหยุดหายใจขณะหลับ หรือพฤติกรรมกรน  
ผิดปกติอื่น ๆ และรู้สึกไม่สดชื่น หรืออาจปวดศีรษะหลังตื่นนอน อารมณ์ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย สมาธิความจำ  
สมรรถภาพการทำงานถดถอย เป็นต้น

๑.๑.๓ มีคะแนนประเมินความเสี่ยงโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น : Stop-Bang  $\geq$  ๓  
หรือ Score Berlin  $\geq$  ๒

๑.๑.๔ กรณีที่นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ ข้อ ๑.๑.๒ และ ๑.๑.๓ ให้เป็นการพิจารณาของแพทย์  
ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับเห็นว่ามีคามจำเป็น

**หมายเหตุ** ผู้รับบริการต้องเป็นกลุ่มเป้าหมายตาม ๑.๑.๑ ร่วมกับ ๑.๑.๒ และ ๑.๑.๓ หรือเป็นกลุ่มเป้าหมาย  
ตาม ๑.๑.๑ ร่วมกับ ๑.๑.๔

๑.๒ การรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ผู้รับบริการต้องมีอายุ  
ตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป และผ่านการทดลองการยอมรับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยอย่างน้อย  
๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) ระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่ง หรือสองสัปดาห์ก่อนทำการส่งมอบ  
เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก โดยมีระดับความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับมาก (ดัชนี  
การหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)  $\geq$  ๓๐ ครั้ง/ชม.)

๑.๒.๒ มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับปานกลาง (ดัชนี  
การหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI) = ๑๕-๒๙ ครั้ง/ชม.) และเป็นโรคเกี่ยวกับ  
หัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เช่น โรคสมองขาดเลือด (Stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
(Myocardial infarction) ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ Refractory HT (ผู้ป่วยที่มี SBP/DBP มากกว่า หรือเท่ากับ  
๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับยาลดความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ ๓ กลุ่ม)

## ๒. วิธีการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๒.๑ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type ๑ ตรวจในหน่วยบริการ

๒.๒ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type ๒ ตรวจนอกหน่วยบริการ โดยต้องมีระบบ Identification การติดตาม Online และสามารถอ่านผลวิธีการทดสอบการนอนหลับได้

กรณีที่ไม่สามารถอ่านผลได้ (Technical failed) หมายถึง ระยะเวลาการตรวจมีข้อมูลไม่น้อยกว่า ๒ ชั่วโมง ได้แก่

- (๑) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดด้วยแสง
- (๒) สัญญาณวัดลมหายใจ และความพยายามในการหายใจ
- (๓) สามารถอ่านระยะการหลับจากคลื่นไฟฟ้าสมองได้

๒.๓ แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) ตรวจในหน่วยบริการ

๒.๔ แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) มีข้อบ่งชี้ในการตรวจซึ่งพิจารณาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ และประกอบด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ มีโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง โดยดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI) = ๑๕-๒๙ ครั้ง/ชม. ร่วมกับมีโรคสมองขาดเลือด (Stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) Refractory HT หรือภาวะหัวใจล้มเหลว

๒.๔.๒ มีโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่มีความรุนแรงระดับมาก โดยดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)  $\geq$  ๓๐ ครั้ง/ชม.

๒.๔.๓ มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๒.๔.๑ หรือ ๒.๔.๒ และการปรับระดับแรงดันไม่สำเร็จจากการตรวจการนอนหลับในครั้งก่อน หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

หมายเหตุ ๑) กำหนดให้ผู้รับบริการ ตรวจวิธีที่ ๒.๑ ๒.๒ หรือ ๒.๓ จำนวน ๑ ครั้งในระยะเวลา ๓ ปี วิธีที่ ๒.๔ ให้รับการตรวจได้ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี

๒) กรณีที่ไม่สามารถอ่านผลได้ (Technical failed) หน่วยบริการจะไม่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขจากสำนักงานได้

## ๓. คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์

๓.๑ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกมีลักษณะดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ เป็นเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ระดับแรงดัน ๑ หรือ ๒ ระดับ

๓.๑.๒ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจากองค์การอาหารและยา

๓.๑.๓ รายงานผลการการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) ระยะเวลาอย่างน้อย ๑ หรือ ๒ สัปดาห์ ก่อนทำการส่งมอบเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเครื่องแรก หรือหากเป็นเครื่องถัดไป ให้มีการใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ก่อนทำการส่งมอบเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เครื่องถัดไป

๓.๑.๔ กำหนดให้ผู้รับบริการแต่ละราย สามารถเบิกได้ ๑ เครื่อง ในระยะเวลา ๕ ปี

ทั้งนี้ กำหนดให้มีหลักฐานหรือหนังสือรับรอง กรณีเครื่องเสีย หรือไม่สามารถใช้งานได้



๓.๒ หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกมีข้อกำหนดการใช้ ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ กำหนดให้ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเบิกหน้ากากได้ ๑ ชิ้นต่อปี

๓.๒.๒ กรณีต้องการเบิกหน้ากากใหม่ โดยต้องมีหลักฐานว่าหน้ากากเสื่อม ไม่สามารถใช้งานได้ และนำหน้ากากเดิมมาแสดง

๓.๓ ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก มีข้อกำหนดการใช้ ดังต่อไปนี้

๓.๓.๑ กำหนดให้ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเบิกได้ ๑ ชิ้น ในระยะเวลา ๕ ปี

๓.๓.๒ กรณีต้องการเบิกท่อนำอากาศใหม่ โดยต้องมีหลักฐานว่าท่อนำอากาศชำรุดไม่สามารถใช้งานได้ และนำท่อนำอากาศเดิมมาแสดง

หมายเหตุ ควรมีระบบติดตามผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอย่างสม่ำเสมอทุก ๑ ปี ถ้าผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยน้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) จะไม่สามารถเบิกหน้ากากใหม่ และควรคืนเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ทั้งนี้ ให้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

.....