



วาระ 4.4 การปรับจ่าย INTERMEDIATED CARE  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

# ข้อมูลเดิมจากการประชุม 5x5 ครั้งที่ 2/2566

## วาระ 4.3 ข้อเสนอการดำเนินงานตามโครงการ Intermediate care ปี 2567

นายแพทย์ภานุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด คณะทำงานและเลขานุการรายงานข้อเสนอการดำเนินงานตามโครงการ Intermediate care ปี 2567 ดังนี้

ในปีงบประมาณ 2567 มีข้อเพิ่มเติมจากปีงบประมาณ 2566 คือ IMC ที่เป็น OPD Case สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่มเติม แต่โรงพยาบาล IMC2 โรงพยาบาลที่รับ Refer Back ได้เฉพาะแค่ DRG เป็นที่มาของงบประมาณปี 2566 ขอให้จ่าย On Top โดยปีงบประมาณ 2567 เสนอให้ทางส่วนกลางได้จ่าย IMC2 On Top เป็น Case ละ 5,000 บาท กรณีที่โรงพยาบาลที่รับ Refer in แต่ต้องผ่านขั้นตอนการประเมินให้ครบถ้วน

### เรื่องเพื่อพิจารณา

มีการจ่ายโรงพยาบาล IMC2 แบบ On Top โดยทาง Service Plan IMC เสนอมาที่ทำอยู่ในปัจจุบันเสนอเข้าไปใน สปสช.พิจารณา หากไม่สามารถจ่ายแบบ On Top ได้ จะกลับมาใช้เงินกันของเขตในปีงบประมาณ 2567 เป็นข้อเสนอสืบเนื่องจากวาระที่ 4.4 นำเรียนเพื่อพิจารณา

### แนวทางขอพิจารณา เงินเพิ่มพิเศษผู้ป่วยใน Intermediate care เสนอบงกองทุนปี 2567

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. สิทธิ UC</li><li>2. โรงพยาบาลทุกระดับ A,S,M,F และนอก สป.</li><li>3. การวินิจฉัยหลัก 5 กลุ่มโรค<ol style="list-style-type: none"><li>1. Stroke (I60-I64)</li><li>2. Spinal cord injury (S140, S141, S240, S241, S340, S341, S343)</li><li>3. Traumatic brain injury (S061-S069)</li><li>4. Hip Fracture อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (S720, S721, S722)</li></ol></li><li>4. วันนอน , ทัศนคติการ<ol style="list-style-type: none"><li>4.1 ในช่วง 6 เดือนหลัง onset</li><li>4.2 <math>\geq 5</math> rehab day /visit ตาม protocol</li><li>4.3 ICD 9 9311,9312,9313,9317,9319,9322,9324,9327,9339,9372,9375,9383,9385,9389</li></ol></li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>5. การจ่ายเงิน<ol style="list-style-type: none"><li>5.1 IMC OPD Case ดำเนินการใช้แนวทางจ่ายเดิมตามประกาศสปสช. IMC ปี 66</li><li>5.2 IMC1 และ IMC3 ผู้ป่วยที่ได้รับการตามเกณฑ์ IMC ของผู้ป่วยในใช้แนวทางการจ่ายเดิมตามประกาศสปสช. IMC ปี 66<ul style="list-style-type: none"><li>- โรงพยาบาล A และ S</li><li>- โรงพยาบาล M1 และนอกสังกัด สป. ที่ผ่านการประเมิน โดยคณะกรรมการ IMC เขต</li></ul></li><li>5.3 IMC2 จ่ายตาม Case ผู้ป่วยที่ได้รับการตามเกณฑ์ IMC ของผู้ป่วยใน จ่าย On-top รายละเอียด 5000 บาท ในโรงพยาบาลที่รับ Refer in<ul style="list-style-type: none"><li>- โรงพยาบาล M1, M2, และ F</li><li>- โรงพยาบาลนอกสังกัด สป. ที่ผ่านการประเมิน โดยคณะกรรมการ IMC จังหวัด หรือเขต (อ้างอิงเกณฑ์ประเมิน IMC bed- IMC Ward ของกรมการแพทย์)</li></ul></li></ol></li><li>6. กำหนด code โดย สป.สช.</li><li>7. Outcome<ol style="list-style-type: none"><li>1. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการติดตามครบ 6 เดือน</li><li>2. ร้อยละผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก IMC ที่ติดตามครบ 6 เดือน มี Barthel index เพิ่มขึ้น</li></ol></li></ol> |
|---|--|

### มติที่ประชุม

รับทราบข้อเสนอการดำเนินงานตามโครงการ Intermediate care ปี 2567 โดยสปสช.รับไว้พิจารณา



# ขอปรับการจ่าย Intermediated Care ปีงบประมาณ 2566

จากการประชุมวันที่ 26 มิ.ย. 2566 สปสช. จัดประชุมหารือแนวทางการจ่าย Ontop บริการ IMC ปี 2566

จากเดิมที่จะจ่ายเพิ่มเฉพาะ IMC 2 ต้องมีการปรับจ่ายเป็น IMC 1 และ 3 ด้วย เนื่องจากสปสช.กลางแจ้งไม่สามารถแก้ประกาศได้ทันปี 2566 ดังนั้น สปสช. จึงไม่สามารถจ่าย IMC On top ได้ ตามที่ชี้แจงเมื่อต้นปีงบประมาณ

มติที่ประชุม IMC เขตสุขภาพที่ 6 วันที่ 26 มิถุนายน 2566

IMC 1 จ่ายเต็ม 2,000 บาทต่อราย

IMC 2 จ่ายเต็ม 5,000 บาทต่อราย

IMC 3 จ่ายไม่เต็ม 5,000 บาทต่อราย

(IMC3 ปรับเป็น point ตามจำนวนเงินคงเหลือหลังจ่าย IMC 1 และ IMC 2)

การจ่าย IMC ปี 2566

>IMC1 173 ราย เป็นเงิน 346,000 บาท

>IMC2 287 ราย เป็นเงิน 1,435,000 บาท

>IMC3 1,205 ราย เป็นเงิน 6,025,000 บาท

รวมเป็นเงิน 7,806,000 บาท

ปรับวงเงินให้เหลือ 4,500,000 บาทตามที่ 5x5 อนุมัติ มีหน่วยบริการ 50 แห่งที่ได้รับงบ IMC ปี 2566