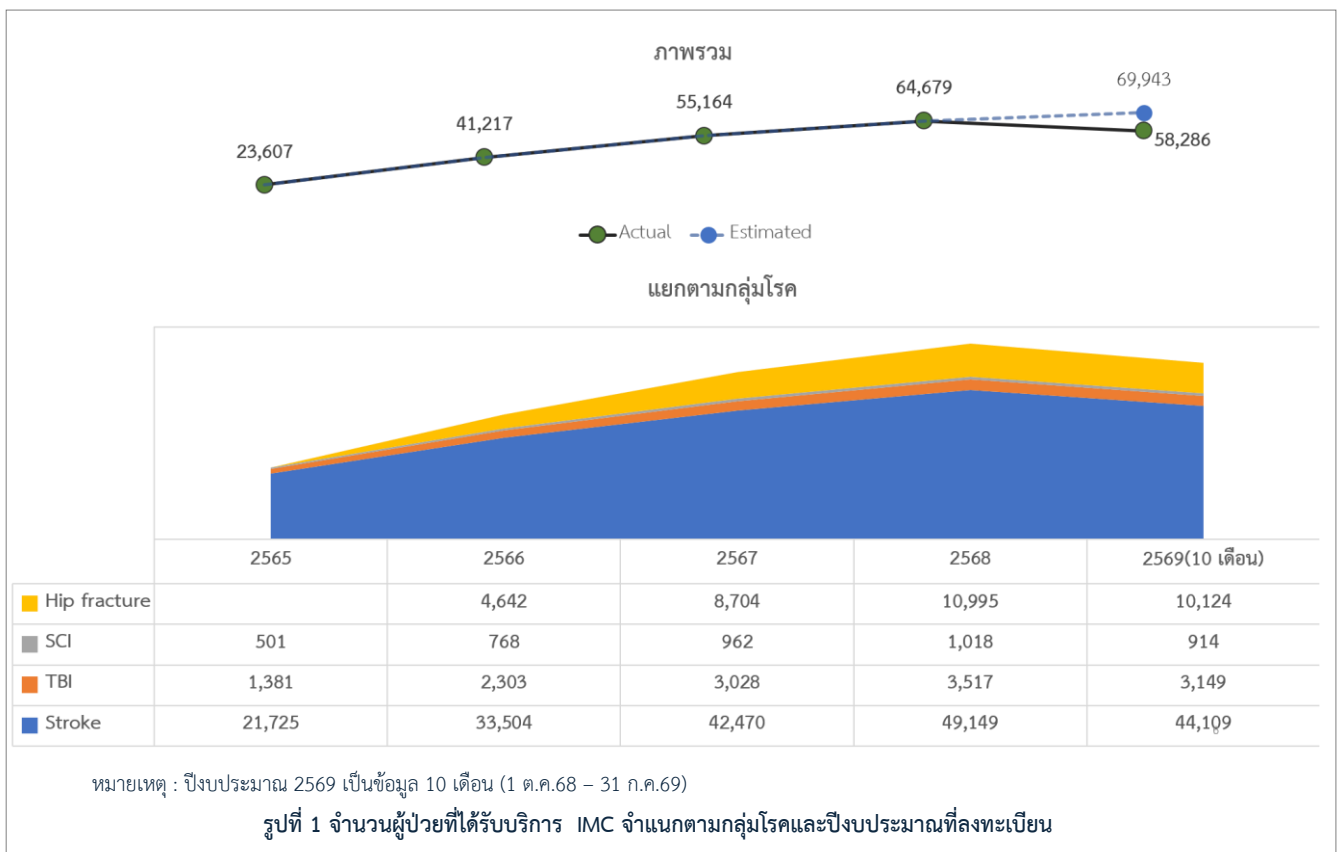


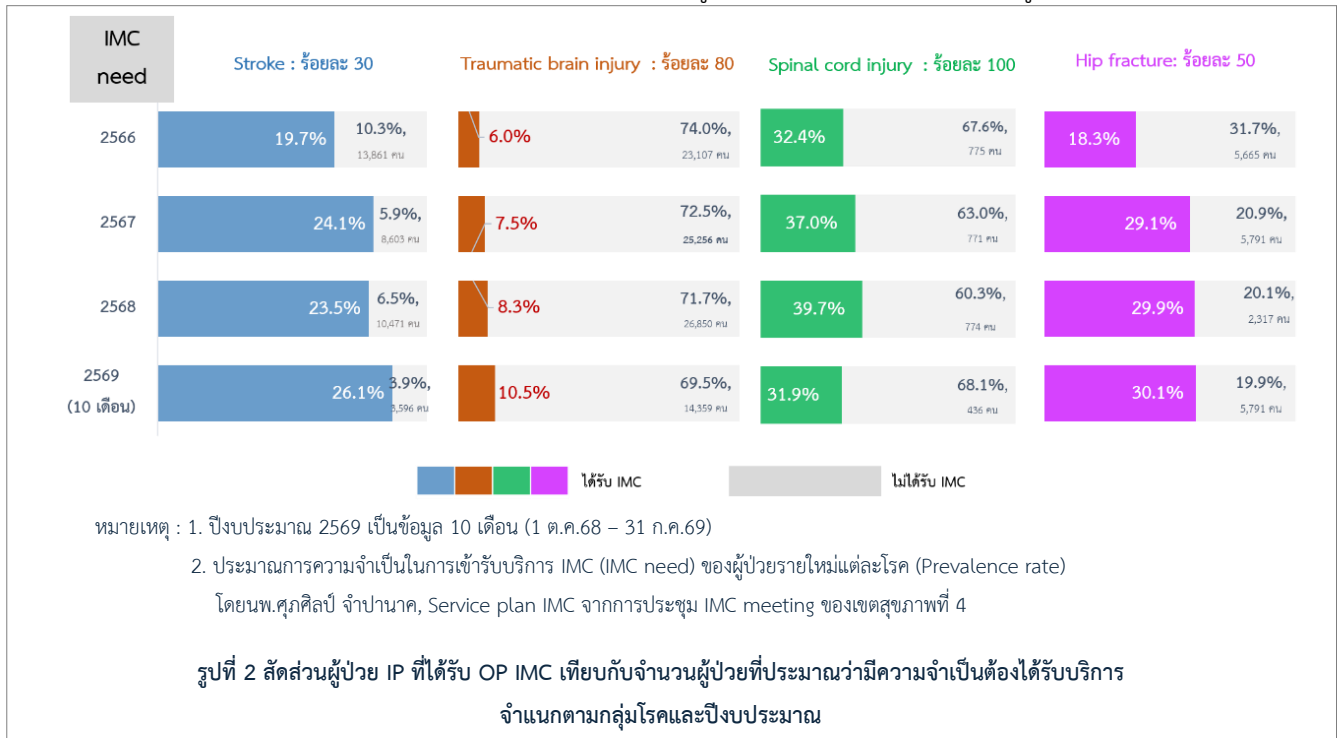
การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เป็นการดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยพ้นระยะเฉียบพลัน เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะพึ่งพิง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนบริการ IMC สำหรับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fragility Hip Fracture (เริ่มจ่ายปีงบประมาณ 2566) โดยบริการผู้ป่วยนอกได้รับการจ่ายตามรายการและจำนวนบริการ มีกำหนดระยะเวลาภายใน 180 วันหลังลงทะเบียน ขณะที่บริการผู้ป่วยในจ่ายผ่านระบบ DRG การวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการขยายผลจาก Factsheet ฉบับที่ได้รับการเผยแพร่ไปเมื่อ 28 สิงหาคม 2568 โดยยังคงใช้ข้อมูลจากข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายของสปสช. และเพิ่มเติมประยุกต์แนวทางการวิเคราะห์ตามกรอบ OECD Health System Performance Assessment เพื่อพิจารณาบริการ IMC ตั้งแต่ ความจำเป็น การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่อง และผลลัพธ์การฟื้นฟู ตลอดจนค่าใช้จ่ายและรูปแบบการจ่าย

1. ความจำเป็นและการเข้าถึงบริการ IMC (Need & Access)

จำนวนผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคเป้าหมายของ IMC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ระบบสามารถขยายบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยจำนวนผู้ได้รับบริการ OP-IMC เพิ่มขึ้นจาก 23,607 รายในปี 2565 เป็น 64,679 รายในปี 2568 และในปีงบประมาณ 2569 ในช่วง 10 เดือนแรก มีผู้รับบริการแล้ว 58,286 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Stroke คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2569 จะมีผู้ป่วยได้รับบริการ IMC 69,943 ราย อย่างไรก็ตาม แม้จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเพิ่มเริ่มชะลอตัวลงในปีงบประมาณ 2569 รายละเอียดตามรูปที่ 1

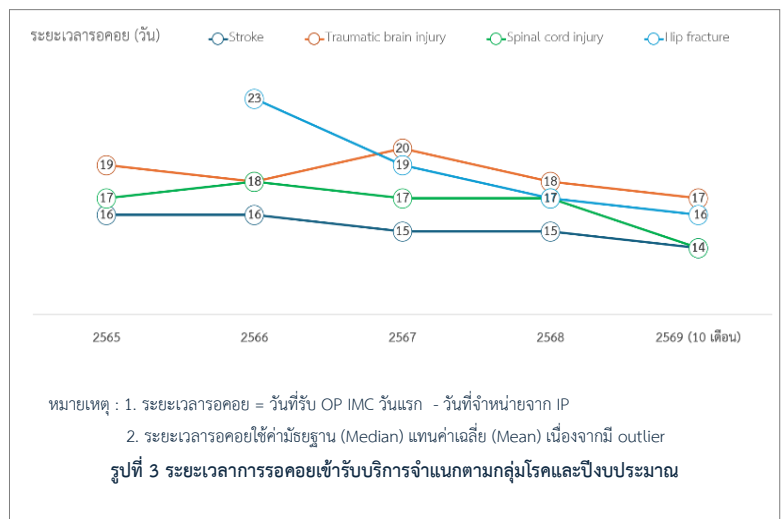


อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีความจำเป็นต้องได้รับ IMC ยังพบช่องว่างของการเข้าถึง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม Traumatic brain injury และ Spinal cord injury และถึงแม้ว่าสัดส่วนที่ได้รับจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ในโรค spinal cord injury พบว่าปีงบประมาณ 2569 สัดส่วนลดลง ทั้งนี้ ข้อมูลยังไม่ครบปี จึงควรติดตามเมื่อครบปีแล้วอีกครั้ง ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการ รายละเอียดตามรูปที่ 2



2. ความต่อเนื่องของบริการ และผลลัพธ์การฟื้นฟู (Quality & Outcome)

การเข้าถึงบริการเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของ IMC ผลลัพธ์ของผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับ การได้รับบริการ อย่างทันเวลา ต่อเนื่อง และเพียงพอต่อความจำเป็น จากข้อมูลพบว่าระยะเวลารอคอยลดลงในช่วงปีงบประมาณที่ผ่านมา รายละเอียดตามรูป 3 และเมื่อวิเคราะห์ด้วย Ordinary Least Squares พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอคอยนานกว่ามีแนวโน้มได้ผลลัพธ์ด้าน ADL ต่ำกว่า สะท้อนความสำคัญของความทันเวลาในการเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดระยะเวลามาตรฐานในการเริ่มรับบริการ IMC

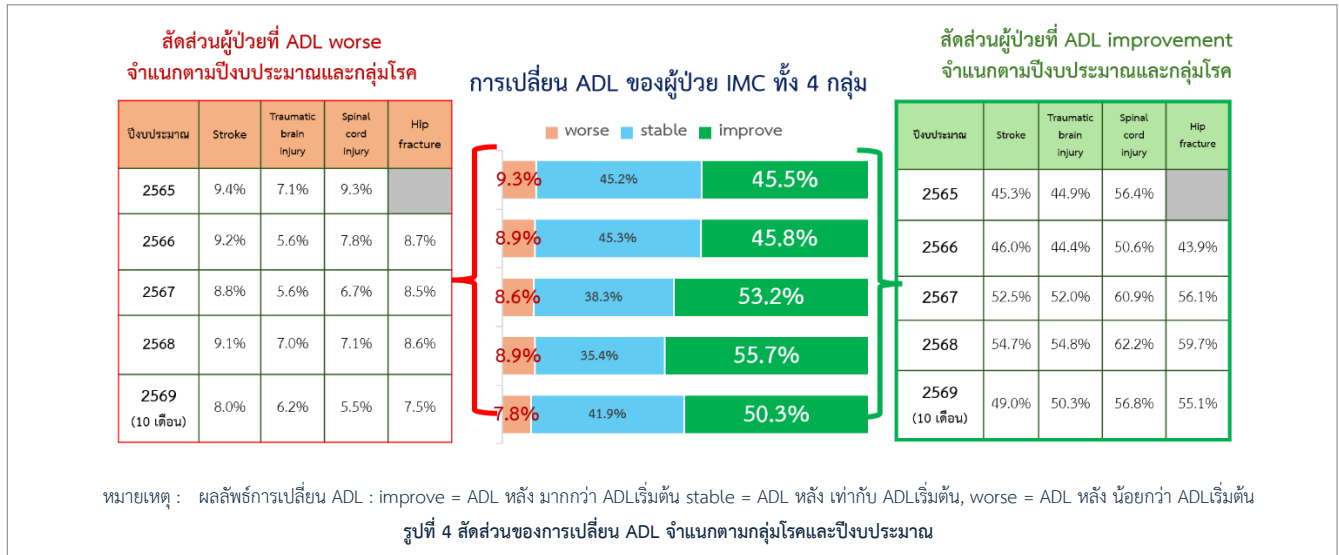


ปีงบประมาณ	Stroke (1)	Traumatic brain injury (2)	Spinal cord injury (3)	Hip fracture (4)
2565	6.8	5.8	8.1	
2566	9.7	8.9	11.3	7.5
2567	13.0	12.4	14.5	11.4
2568	16.1	15.4	18.6	15.8
2569 (10 เดือน)	12.6	15.0	18.5	15.4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งบริการ IMC ต่อคน จำแนกตามกลุ่มโรคและปีงบประมาณ

นอกจากนี้ ในประเด็นความถี่ในการรับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งบริการ IMC ต่อคนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในปีงบประมาณ 2569 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจน รายละเอียดตามตารางที่ 1 ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ด้วย Ordinary Least Squares พบว่าจำนวนครั้งบริการ OP ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนน ADL ที่ดีขึ้นเช่นกัน จึงควรติดตามว่าการลดลงของจำนวนครั้งในกลุ่ม Stroke จะส่งผลอย่างไรต่อผลลัพธ์การฟื้นฟู

ด้านผลลัพธ์ ADL พบว่าในช่วงปี 2564–2568 สัดส่วนผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มที่มี ADL ดีขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.9 เป็นร้อยละ 55.7 เมื่อพิจารณาเฉพาะโรคกลุ่มผู้ป่วย พบว่า Spinal Cord Injury มีสัดส่วน ADL ดีขึ้นสูงที่สุดทุกปี ขณะที่ Stroke มีสัดส่วน ADL ลดลงสูงกว่ากลุ่มอื่นเล็กน้อย สำหรับปี 2569 เป็นข้อมูลเพียง 10 เดือน พบว่ามีสัดส่วน ADL ดีขึ้นร้อยละ 50.3 ซึ่งลดลงจากช่วงปี 2567-2568 รายละเอียดตามรูปที่ 4 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างกระบวนการฟื้นฟู อาจยังไม่สะท้อนผลลัพธ์สุดท้าย จึงควรติดตามผลอีกครั้งเมื่อกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยสิ้นสุดแล้ว



สภ.เขตที่ลงทะเบียน	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนคนที่ได้รับบริการ	ค่ามัธยฐานของระยะเวลาออก (วัน)	จำนวนครั้งที่ได้รับบริการเฉลี่ย (ครั้ง)	ร้อยละของคนที่ ADL improvement
เขต 1 เชียงใหม่	168	8,748	15	14	56.5%
เขต 2 พิษณุโลก	62	3,609	15	14	52.4%
เขต 3 นครสวรรค์	62	2,184	21	16	52.3%
เขต 4 สระบุรี	101	4,262	18	14	50.6%
เขต 5 ราชบุรี	83	3,879	15	16	47.5%
เขต 6 ระยอง	101	4,820	15	14	51.8%
เขต 7 ขอนแก่น	109	6,136	13	17	60.6%
เขต 8 อุตรดิตถ์	125	6,146	15	17	61.6%
เขต 9 นครราชสีมา	124	4,654	18	13	52.6%
เขต 10 อุบลราชธานี	102	6,284	14	16	62.3%
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	121	3,612	13	17	58.9%
เขต 12 สงขลา	118	4,819	15	13	52.6%
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	81	1,083	20	15	52.5%
รวมทั้งหมด	1,357	60,236	15	15	55.7%

หมายเหตุ : วิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ได้รับบริการ OP-IMC และมีข้อมูลผลการประเมิน ADL

ตารางที่ 2 จำนวนคนที่ได้รับบริการ IMC ระยะเวลาออก จำนวนครั้งที่ได้รับบริการ และร้อยละของ ADL improvement ของปีงบประมาณ 2568 จำแนกตามสภ.เขตที่ลงทะเบียน

อยู่ระหว่าง 18–21 วัน แต่ไม่ได้มีจำนวนหน่วยบริการน้อยกว่าเขตอื่นชัดเจน จึงอาจต้องพิจารณาปัจจัยด้านการจัดบริการและบริบทเฉพาะของพื้นที่ประกอบด้วย รายละเอียดตามตารางที่ 2

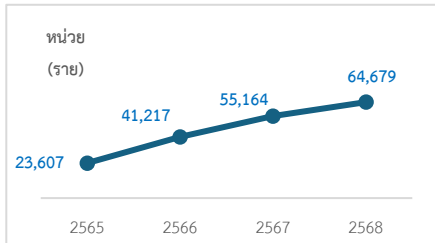
3. ค่าใช้จ่ายและรูปแบบการจ่าย (Expenditure & Payment)

ปัจจุบันบริการ IMC มีรูปแบบการจ่ายแตกต่างกันตามลักษณะบริการ โดย บริการผู้ป่วยนอก (OP-IMC) จ่ายตามรายการและปริมาณบริการ ขณะที่บริการผู้ป่วยในจ่ายผ่านระบบ DRG ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายของการรักษาทั้ง admission จึงไม่สามารถแยกได้โดยตรงว่าส่วนใดเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ IMC ดังนั้น การวิเคราะห์ในครั้งนี้ จึงใช้ค่าใช้จ่าย OP-IMC เป็นหลัก เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงกับบริการฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับได้ชัดเจนกว่า

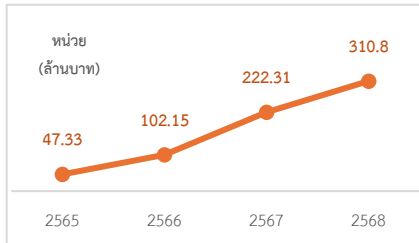
เมื่อพิจารณารายเขตในปีงบประมาณ 2568 พบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับบริการเฉลี่ยรายเขตมีความแตกต่างกันเล็กน้อยอยู่ระหว่าง 13.1–17.4 ครั้งต่อคน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาออกส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณ 2 สัปดาห์ เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุตรดิตถ์ เขต 10 อุบลราชธานี และเขต 11 สุราษฎร์ธานี มีระยะเวลาออกไม่เกินระดับประเทศที่ 15 วัน และมีสัดส่วนผู้รับบริการที่มี ADL ดีขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 58.9–62.3 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่ร้อยละ 55.7

ขณะที่เขต 3 นครสวรรค์ เขต 4 สระบุรี เขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาออกนานกว่าระดับประเทศ

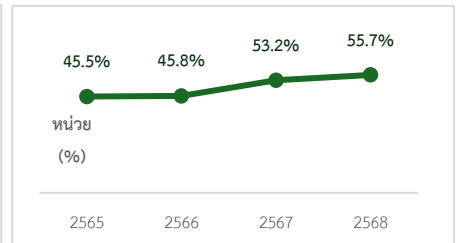
ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2568 จำนวนผู้รับบริการ OP-IMC เพิ่มจาก 23,607 ราย เป็น 64,679 ราย ประมาณ 2.7 เท่า ขณะที่ค่าใช้จ่ายเพิ่มจาก 47.33 ล้านบาท เป็น 310.8 ล้านบาท หรือประมาณ 6.6 เท่า ซึ่งเพิ่มขึ้นเร็วกว่าจำนวนผู้รับบริการ รายละเอียดตามรูปที่ 6 ในขณะที่ผลลัพธ์ ADL improvement เพิ่มจากร้อยละ 45.5 เป็นร้อยละ 55.7 โดยผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 จึงควรติดตามผลลัพธ์ ADL improvement ควบคู่กับค่าใช้จ่ายต่อไป เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้มีคุณภาพและคุ้มค่ายิ่งขึ้น รายละเอียดตามรูปที่ 5, 6 และ 7



รูปที่ 5 จำนวนผู้รับบริการ OP-IMC
จำแนกตามปีงบประมาณ



รูปที่ 6 ค่าใช้จ่าย OP-IMC
จำแนกตามปีงบประมาณ



รูปที่ 7 สัดส่วน ADL improvement OP-IMC
จำแนกตามปีงบประมาณ

4. ข้อค้นพบสำคัญ	5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย
สัดส่วนการเข้าถึงบริการ IMC ทุกกลุ่มโรค ยังน้อยกว่าความจำเป็นที่ประมาณการ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม Traumatic brain injury และ Spinal cord injury	- สนับสนุน primary prevention เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้ง 4 กลุ่มโรค - พัฒนาระบบฐานข้อมูล IMC registry โดยกำหนดให้มีการประเมินความ จำเป็นในการรับบริการ IMC ตั้งแต่ออกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเชื่อมโยง ข้อมูลไปสู่ระบบ Disability portal
ระยะเวลารอคอยมีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ 2569 มีค่ามัธยฐาน ประมาณ 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มี การกำหนดระยะเวลารอคอยมาตรฐาน	กำหนดมาตรฐานระยะเวลาในการเริ่มรับบริการ IMC ภายหลังจากจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล โดยร่วมกับหน่วยงานวิชาการ สภากายภาพบำบัด Service plan และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง
จำนวนครั้งในการรับบริการใกล้เคียงกัน แต่ระยะเวลารอคอยและผลลัพธ์การฟื้นฟู ยังแตกต่างกันระหว่างพื้นที่	- วิเคราะห์ปัจจัยด้านการจัดบริการและบริบทเฉพาะของพื้นที่ เพื่อพัฒนา กลไกให้เหมาะสมกับพื้นที่ - พัฒนาระบบข้อมูลและการรายงานให้ครอบคลุม ถึงเรื่องการติดตามผู้ป่วย ผลลัพธ์บริการ และการส่งต่อผู้ป่วยไปถึงระบบ Long term care Palliative และผู้พิการ เพื่อให้เขตติดตามได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ
ค่าใช้จ่ายมีการเพิ่มขึ้นเร็วกว่าจำนวน ผู้รับบริการ ในขณะที่ผลลัพธ์ ADL improvement เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน	พัฒนารูปแบบบริการ IMC ที่ค่าใช้จ่ายเหมาะสม และมีผลในการทำให้ได้ ผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ดี โดยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายและผลลัพธ์ประกอบ การกำหนดการจ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
พ.ศ. 2567
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้าน
กายภาพบำบัด พ.ศ. 2567
3. OECD. (2024). Rethinking Health System Performance
Assessment: A Renewed Framework.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2568). ผลการดำเนินงาน
การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (IMC) แบบผู้ป่วยนอกในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มาของข้อมูล

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน การรับบริการ และผลการ
ประเมิน ADL จากระบบ IMC Registry ของ
สปสช. ประมวลผล ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2569
2. ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในจากระบบ e-Claim
ของ สปสช. ประมวลผล ณ วันที่ 20 สิงหาคม
2569
3. ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ OP-IMC จาก
ระบบ Seamless ของ สปสช. ประมวลผล ณ
วันที่ 20 สิงหาคม 2569

วิธีการวิเคราะห์

ใช้การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยวิธี
Ordinary Least Squares (OLS) เพื่อวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของ
คะแนน ADL กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยควบคุม
ลักษณะผู้ป่วย กลุ่มโรค และรูปแบบการรับ
บริการ ผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์
ทางสถิติ (association) และไม่สามารถยืนยัน
ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causation) ได้