



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๘ อุดรธานี เลขที่ ๒๑/๖๘ อาคารบริษัทโทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด(มหาชน) ถ.วัฒนธรรม
ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี ๔๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๔๒๓๒-๕๖๘๑ โทรสาร ๐-๔๒๓๒-๕๖๗๔
<http://udonthani.nhso.go.th/>

ที่ สปสช. ๙.๓๘/ ว ๕๕๘๘

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งแนวทางการขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET ๕๐ MG สำหรับรักษา MDR-TB/Pre-XDR-TB
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี /สกลนคร /นครพนม /
หนองคาย/เลย/หนองบัวลำภู/ บึงกาฬ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๘ อุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตัวอย่างหนังสือขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET ๕๐ MG สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรค
MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แนวทางการขอสนับสนุนยารักษาวัณโรค รายการ DELAMANID TABLET ๕๐ MG
สำหรับรักษา MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามมติ การประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2569 วันที่ 1
เมษายน 2569 เห็นชอบข้อเสนอการจัดระบบครบวงจรเพื่อมุ่งเป้าสู่การกำจัดวัณโรคในประเทศไทย (Ending TB)
โดย ข้อเสนอประกอบด้วย การขยายความครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองวัณโรค การปรับอัตราค่าบริการตรวจ
วินิจฉัยวัณโรค การขยายกลุ่มเป้าหมายการให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อระยะแฝง ไม่ให้พัฒนาเป็นผู้ป่วยวัณโรค
เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทยทุกสิทธิในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งให้มีการจัดหาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
ชนิด MDR/RR, Pre-XDR, XDR ในรายการ DELAMANID TABLET 50 MG ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ได้ดำเนินการจัดหาตามกลไกเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR, Pre-XDR, XDR ได้รับการรักษาตามแนว
ทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย และได้รับยาตามเงื่อนไขการจ่ายภายใต้ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
แห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุดรธานี จึงใคร่ขอแจ้งแนว
ทางการขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET 50 MG ให้หน่วยบริการรับทราบและดำเนินการต่อไป
(รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ชอบ
นำเรียนท่าน ผอ. โปรดพิจารณา

เรียน ผอ.สนช.8

สปสช.แจ้งแนวทางการขอเบิกยา

DELAMANID TABLET 50 MG

สำหรับรักษา MDR-TB/Pre-XDR-TB

เห็นควรมอบ CSO ดำเนินการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

นิตยา ศิริรัตน์ไพฑูริย์
(นางสาวนิตยา ศิริรัตน์ไพฑูริย์)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๙

ขอแสดงความนับถือ

(นายพนรัตน์ พันธุเศรษฐ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี

(นายสุริยนต์ ปัญหากร)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ชอบ
ดำเนินการ

(นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวกัญญา อารยะศิลปธร มือถือ : ๐๖ ๕๙๘๗ ๒๔๑๑ : Email: apinya.a@nhso.go.th

FM-401-01-040

นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ฉบับที่: 06

วันที่ 1 มีนาคม 2566



ที่/.....

โรงพยาบาล

เลขที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET ๕๐ MG สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรค MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.....ลง.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาเอกสารการอนุมัติการใช้ยาจากคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคตื้อยาระดับประเทศ/เขต

ตามที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) แจ้งแนวทางการขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET ๕๐ MG สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรค MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางที่แจ้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
HN.....อายุ.....เพศ.....
๒. ดำเนินการตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ดังนี้
☐ ได้รับการอนุมัติการใช้ยาจากคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคตื้อยาระดับประเทศ/เขต (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)
☐ บันทึกข้อมูลการเบิก-จ่ายยาในโปรแกรม NTIP ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค
๓. ข้อมูลผู้ประสานงาน ชื่อ-สกุล..... เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

ในการนี้ โรงพยาบาล.....ได้ดำเนินการตามแนวทาง การขอเบิกชดเชยยา DELAMANID TABLET ๕๐ MG สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรค MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียบร้อยแล้ว จึงขอเบิกชดเชยยาเพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรคฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ชื่อเต็ม)

ตำแหน่ง

กลุ่มงาน.....

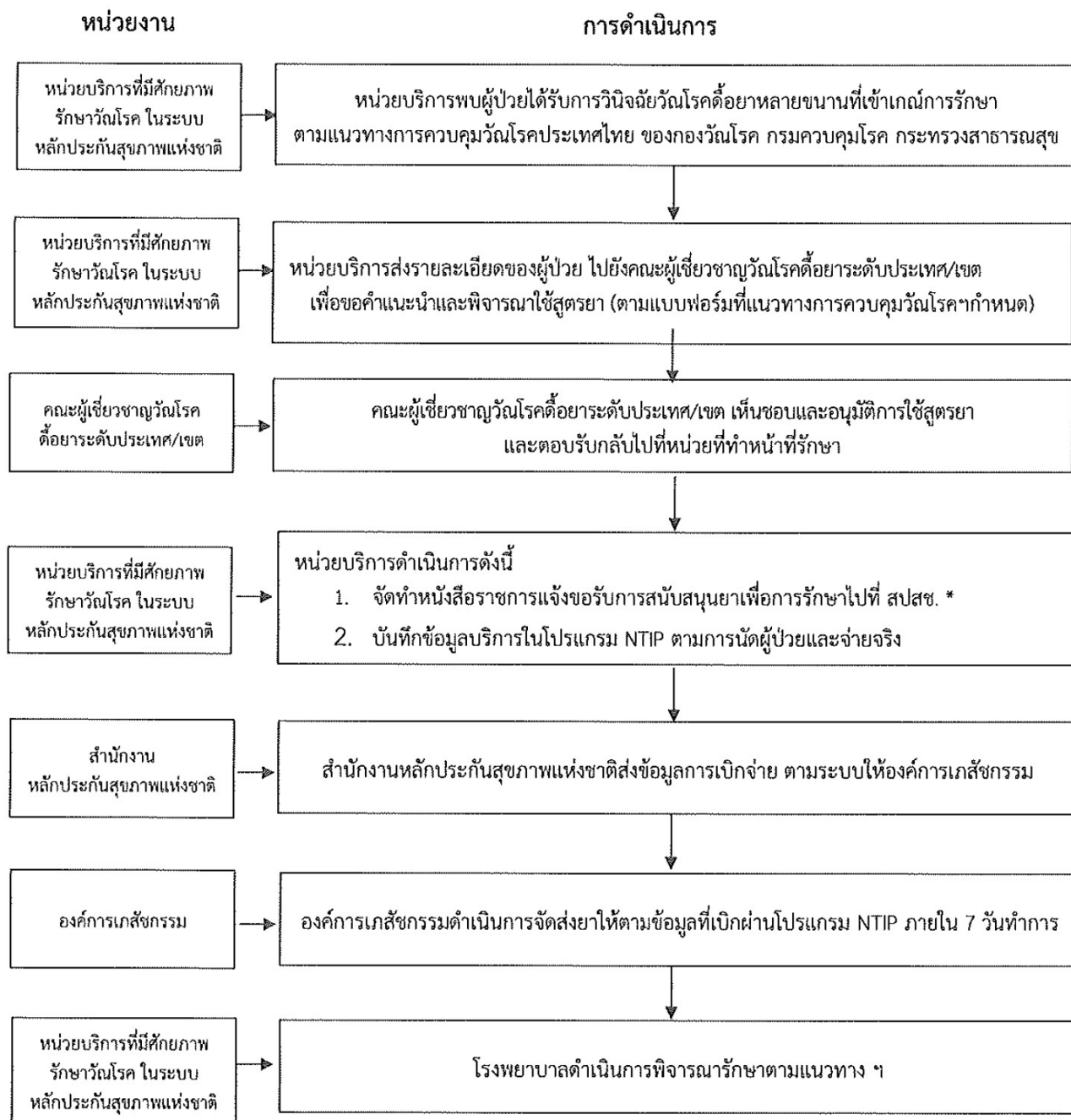
โรงพยาบาล.....

โทร.

โทรสาร

E-mail

แนวทางการขอสนับสนุนยารักษาวัณโรค รายการ DELAMANID TABLET 50 MG
สำหรับรักษา MDR-TB/Pre-XDR-TB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หน่วยบริการส่งสำเนาหนังสือแจ้งขอรับการสนับสนุนยาเพื่อการรักษา มาที่

E-mail = saraban@nhso.go.th , artit.p@nhso.go.th , prapaporn.n@nhso.go.th

ผู้ประสานงาน

1. นายอาทิตย์ ผู้สำอางค์

เบอร์โทรศัพท์ 090 197 5138

2. นางสาวประภาพร นพรัตยาภรณ์

เบอร์โทรศัพท์ 061 402 8021