ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
ในการจัดซื้อจัดจ้างที่มิใช่งานก่อสร้าง

๑. ชื่อโครงการ จัดซื้อเวชภัณฑ์ (ยา) Everolimus 10 mg Tablet
/ หน่วยงานเจ้าของโครงการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. **วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร** ๑๙๙,๗๒๖.๒๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยยี่สิบหกบาทยี่สิบสตางค์)

๓. **วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง)** วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐
เป็นเงิน ๑๙๙,๗๒๖.๒๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยยี่สิบหกบาทยี่สิบสตางค์)

ที่	รายการเวชภัณฑ์(ยา)	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	วงเงิน (บาท)
๑	Everolimus 10 mg Tablet	๑๐ Tab	๔	๔๙,๙๓๑.๕๕	๑๙๙,๗๒๖.๒๐

๔. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)

๔.๑ รายการที่ ๑ กำหนดตามราคาที่จัดซื้อครั้งหลังสุด เนื่องจากไม่มีราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา พ.ศ. ๒๕๖๐ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ และไม่แพงกว่าราคาในท้องตลาด (จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข, http://dmsic.moph.go.th) โดยกำหนดที่ราคา ๔๙,๙๓๑.๕๕ บาท / ๑๐ เม็ด

๕. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน

เจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง

๑. นางรพีภรณ์ เจียรกูล เภสัชกรชำนาญการ

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

๑. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา พ.ศ. ๒๕๖๐ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. ราคาอ้างอิงจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข, http://dmsic.moph.go.th
๓. ใบเสนอราคาจากบริษัท

ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง กำหนดราคากลางยา พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๖ ข้อ ๖๑ และ ข้อ ๖๒ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ ประกอบกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้กำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐให้ทันสมัย

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ข้อ ๒ ให้ใช้ราคากลางของยา ตามบัญชีแนบท้ายประกาศ

ข้อ ๓ ราคากลางของยาที่ประกาศนี้ เป็นราคาที่ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

ข้อ ๔ ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติฉบับนี้ ให้ใช้บังคับกับ

๔.๑ รายการยาในกลุ่มยาที่ ๑ - ๒๐ และ กลุ่ม others ตั้งแต่วันที่ลงนามในประกาศ เป็นต้นไป

๔.๒ รายการยาในกลุ่มที่ ๒๑ กลุ่มยา Angiotensin Receptor Blocker (ARB) เมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

พลเรือเอก

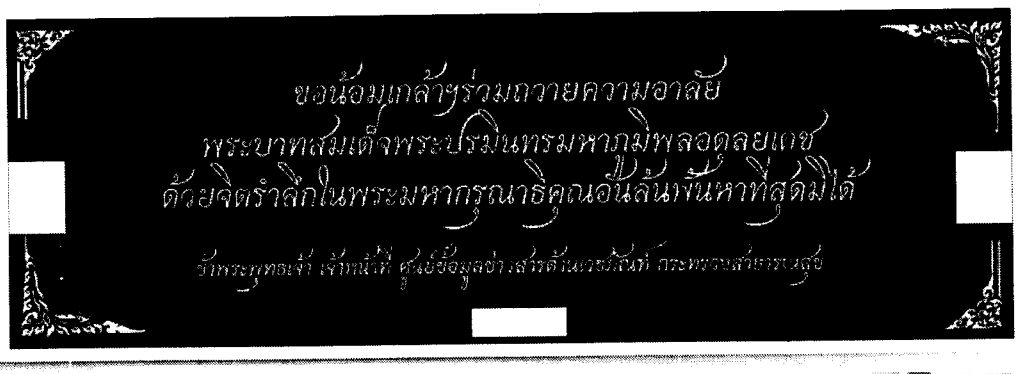
(ณรงค์ พิพัฒนาศัย)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

ที่	รายการยา	รูปแบบยาและความแรง	หน่วย	ราคากลางยาต่อหน่วย (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) (บาท)	หมายเหตุ
148	Dicloxacillin sodium	cap 500 mg	500	935.00	3
149	Dicloxacillin sodium	dry syr 62.5 mg/5ml (60 ml)	1	21.00	3
150	Digoxin	sterile sol 0.25 mg/ml (2 ml)	5	164.00	3
151	Diltiazem hydrochloride	immediate release tab 30 mg	100	73.00	3
152	Dimenhydrinate	sterile sol 50 mg/ml (1 ml)	1	2.80	3
153	Dobutamine hydrochloride	sterile sol12.5 mg/ml (20 ml)	1	200.00	3
154	Domperidone	susp (as base/maleate) 1 mg/ml (30 ml)	1	6.00	3
155	Dopamine hydrochloride	sterile sol 25 mg/ml (10 ml)	1	14.02	3
156	Doxazosin mesilate	immediate release tab 2 mg	100	184.00	3
157	Doxazosin mesilate	immediate release tab 4 mg	100	308.00	3
158	Doxorubicin hydrochloride	sterile sol 2 mg/ml (25 ml)	1	690.00	3
159	Doxycycline hyclate (Doxycycline hydrochloride)	cap 100 mg	500	328.00	3
160	Ephedrine hydrochloride	sterile sol 30 mg/ml (1 ml)		ราคาตามที่สนง.อย.กำหนด	3
161	Ethambutol hydrochloride	film coated tab 400 mg	500	739.00	3
162	Ethanol	sol 70% (450 ml)	1	26.00	3
163	Etoposide	sterile sol (as base) 20 mg/ml (5 ml)	1	300.00	3
164	Factor VIII concentrate, dried	sterile preparation for intravenous use 250 iu	1	2,790.00	3
165	Factor VIII concentrate, dried	sterile preparation for intravenous use 500 iu	1	5,580.00	3
166	Filgrastim	sterile sol 300 mcg/ml (1 ml)	1	1,402.00	3
167	Finasteride	tab 5 mg	30	583.00	3
168	Fluconazole	cap 200 mg	60	309.00	3
169	Fluorometholone	eye susp (as base) 0.1% (5 ml)	1	73.00	3
170	Fluoxetine hydrochloride	cap 20 mg	100	71.00	3

หมายเหตุ 1 = รายการยาที่ได้มีการปรับปรุงราคากลางยา 2 = รายการยาที่ประกาศราคากลางยาเพิ่มเติม 3 = รายการยาที่อยู่ระหว่างปรับปรุงราคากลางยา



ข่าวและดาวน์โหลด Google
ข้อมูลยาและเวชภัณฑ์

ค้นหา

ราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ (ยา)

ค้นหา

a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q | r | s | t | u | v | w | x | y | z |
ก | ข | ค | ง | จ | ฉ | ช | ซ | ฌ | ญ | ฐ | ฑ | ฒ | ณ | ด | ต | ถ | ท | ธ | น | บ | ป | ผ | ฝ | พ | ฟ | ภ | ม | ย
| ร | ล | ว | ศ | ษ | ส | ห | ฬ | อ | ฮ |

KeyWord= e

--เลือก--

EVEROLIMUS TAB 10 MG

ขนาดบรรจุ	บริษัท	ต่ำสุด	ฐานนิยม	มัธยฐาน	เฉลี่ย	จำนวนแห่ง	ชื่อการค้า	ระยะดำเนินการ
10	NOVARTIS	49931.5	49931.5	49931.5	49931.52	6	AFINITOR	ก.ค.-ก.ย. 59

<-- มีนาคม 2560 -->

มีนาคม 2560

อา.	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVARTIS
ONCOLOGY

Kingthip Pupipat
Associated Head of Solid Tumor &
Rare Disease Franchise
Oncology Unit

Novartis (Thailand) Ltd.
Pharmaceuticals
622 Emporium Tower
15th/1 – 8 Floor
Sukhumvit Road,
Klongton, Klongtoey,
Bangkok 10110
Tel: 02 685 0999
Fax: 02 685 0766

วันที่ 8 มีนาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอราคายา Afinitor® 5 mg และ 10 mg

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งมีบริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด เป็นผู้แทนจำหน่าย ขอเสนอราคายา Afinitor® 5 mg และ 10 mg ขนาดบรรจุกล่องละ 10 เม็ด โดยมีรายละเอียดของขนาดและราคายาดังต่อไปนี้

ชื่อยา	ชื่อสามัญ	ขนาดบรรจุ	ราคาสุทธิต่อกล่อง	
			ราคา ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	ราคา รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%
Afinitor® 5 mg.	Everolimus 5 mg.	1X10's	32,665.00	34,951.55
* Afinitor® 10 mg	Everolimus 10 mg.	1X10's	46,665.00	49,931.55

บริษัทฯ ยินดียืนยันราคา 1 ปี นับจากวันที่เสนอราคา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ภญ.กิ่งทิพย์ ภู่พิพัฒน์)

Associated Head of Solid Tumor & Rare Disease Franchise

บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด

แผนกเวชภัณฑ์ยามะเร็ง

NOVARTIS
ONCOLOGY

Sujin Nitadpakorn
Head of Solid Tumor Franchise
Oncology Unit

Novartis (Thailand) Ltd.
689 Bhiraj Tower at Emquartier,
25th Floor, North Klongton,
BKK,Thailand 10110
Tel. : 0-2080-0999
Fax : 0-2028-9795

สำนักงานสิทธิประสงค์
เลขที่รับ 18292
- 6 S.A. 2559
รับวันที่.....
เวลา 10.32 น.

วันที่ 21 ตุลาคม 2559

2321
13 S.A. 2559
11.11

เรื่อง ขอเสนอโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามER+และHER2- ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา Everolimus (Afinitor®) สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตามที่บริษัทโนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ผู้วิจัยและนำเข้ายา Everolimus (Afinitor®) ชนิดเม็ดขนาด 5 มิลลิกรัม และ 10 มิลลิกรัม ซึ่งได้รับอนุมัติข้อบ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามในสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนที่มีผล hormone receptor เป็นบวก และ HER-2 receptor เป็นลบ ร่วมกับยา exemestane หลังจากดื้อต่อการรักษาด้วยยา letrozole หรือยา anastrozole จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทยนั้น

ทางบริษัทฯ มีความยินดีนำเสนอโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา Afinitor® ในข้อบ่งใช้ข้างต้น สำหรับผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นกรณีพิเศษ โดยมีรายละเอียดของโครงการฯ ดังต่อไปนี้

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา Afinitor® ตามข้อบ่งใช้ขั้นต้น ทางโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยจะรับผิดชอบค่ายา Afinitor® ในขนาดที่ใช้ในการรักษาในช่วงระยะเวลาภายใน 7 เดือนแรกของการรักษาเท่านั้น (Cost Capitation) หลังจากนั้นหากผู้ป่วยยังคงต้องรับประทานยา Afinitor® เพื่อประโยชน์จากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางบริษัทฯ ยินดีจะบริจาคยา Afinitor® ในขนาดที่ใช้ในการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนั้นตราบเท่าที่ผู้ป่วยยังคงมีการตอบสนองที่ดีต่อยาและไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง ยาบริจาคจะส่งผ่านระบบห้องยาของโรงพยาบาลเพื่อให้เพียงพอสำหรับการรักษาครั้งละ 30 วัน โดยโครงการดังกล่าวครอบคลุมถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา Afinitor® ในทุกสิทธิการรักษาที่ได้รับการรักษาที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(ภ.ก.สุจินต์ นิทัศน์ปกรณ์)
Head of Solid Tumor Franchise
บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด
แผนกเวชภัณฑ์ยามะเร็ง

เรียน ผอ.รพ.
เพื่อโปรดทราบ
-เห็นควรแจ้ง.....
ดำเนินการ
- 6 S.A. 2559

- 7 S.A. 2559