

**ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
ในการจัดซื้อจัดจ้างที่มีชิ้นงานก่อสร้าง**

๑. ชื่อโครงการ จัดซื้อเวชภัณฑ์ (ยา) Hydroxychloroquin 200 mg Tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง / หน่วยงานเจ้าของโครงการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
๒. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๒๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)
๓. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑
เป็นเงิน ๕๐๐,๗๖๐.๐๐ บาท (ห้าแสนเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

ที่	รายการเวชภัณฑ์(ยา)	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	วงเงิน (บาท)
๑	Hydroxychloroquin 200 mg Tablet	๕๐ Tab	๑,๐๐๐	๕๐๐.๗๖	๕๐๐,๗๖๐.๐๐

๔. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)

๔.๑ รายการที่ ๑ กำหนดตามราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกำหนดที่ราคา ๕๐๐.๗๖ บาท / ๕๐ Tablet

**๕. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน
เจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง**

๑. นางรพีภรณ์ เจียรกุล เกษีชรชำนาญการ

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

๑. ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง กำหนดราคากลางยา

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ (๔) แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยาลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๐

ข้อ ๓ ให้ใช้ราคากลางของยา ตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ราคากลางของยาตามประกาศนี้ เป็นราคาที่ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับกับ

๕.๑ รายการยาในกลุ่มยาที่ ๑ - ๒๓ และกลุ่ม Others นับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป ยกเว้น รายการยาในกลุ่มยาที่ ๓ กลุ่มยา Anti-neoplastic drugs ในลำดับที่ ๒ - ๔๐, กลุ่มยาที่ ๙ กลุ่มยาลดไขมัน ในลำดับที่ ๖

๕.๒ รายการยาในกลุ่มยาที่ ๓ กลุ่มยา Anti-neoplastic drugs ในลำดับที่ ๒ - ๔๐, กลุ่มยาที่ ๙ กลุ่มยาลดไขมัน ในลำดับที่ ๖, กลุ่มยาที่ ๒๔ กลุ่มยา Proton Pump Inhibitors, กลุ่มยาที่ ๒๕ กลุ่มยา Atypical anti-psychotic drugs, กลุ่มยาที่ ๒๖ กลุ่มยา Anti-dementia drugs, กลุ่มยาที่ ๒๗ กลุ่มยา Drugs used in benign prostatic hypertrophy, กลุ่มยาที่ ๒๘ กลุ่มยา Drugs for obstructive airway diseases และกลุ่มยาที่ ๒๙ กลุ่มยา Immunosuppression in solid organ transplant เมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2560

ที่	รายการยา	รูปแบบยาและความแรง	หน่วย	ราคากลางยาต่อหน่วย (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) (บาท)	หมายเหตุ
164	Hydrochlorothiazide (HCTZ)	tab 50 mg	500	118.30	3
165	Hydrocortisone	sterile susp (as acetate) 50 mg/ml (2ml)	1	48.00	3
166	Hydrogen peroxide	sol 6% (450 ml)	1	25.00	3
167	Hydroxychloroquine sulfate	tab 200 mg	50	468.00	3 500.76
168	Hydroxyprogesterone caproate	sterile oily sol for inj 250 mg/ml (1 ml)	1	97.00	3
169	Hypromellose (with preservative)	eye drop 5 mg/ml (10 ml)	1	26.00	3
170	Ibuprofen	susp 100 mg/5 ml (60 ml)	1	10.00	3
171	Imipenem + Cilastatin sodium	sterile pwdr 500 + 500 mg	1	600.00	3
172	Imipramine hydrochloride	tab 25 mg	1000	515.00	3
173	Indinavir sulfate	cap 200 mg	360	1,543.00	3
174	Indinavir sulfate	cap 400 mg	180	1,543.00	3
175	Indomethacin	cap 25 mg	1000	187.00	3
176	Iopamidol	sterile sol 300 mg/ml as iodine (10 ml)	1	497.00	3
177	Isoflurane	volatile liquid (250 ml)	1	4,300.00	3
178	Isoniazid	tab 100 mg	500	59.00	3
179	Isosorbide dinitrate	tab 10 mg	1000	505.00	3
180	Isosorbide dinitrate	tab 10 mg	500	253.00	3
181	Isosorbide mononitrate	tab 20 mg	100	90.00	3
182	Itraconazole	cap 100 mg	100	685.00	3
183	Ketamine hydrochloride	sterile sol 50 mg/ml (10 ml)		ราคาตามที่สนง.อย.กำหนด	3
184	Ketoconazole	cream 2% (5 g)	1	10.00	3
185	Ketoconazole	tab 200 mg	250	449.00	3
186	Lactulose	syr 66.7% (100 ml)	1	55.00	3
187	Lamivudine (3TC)	syr 10 mg/ml (60 ml)	1	57.00	3
188	Lamivudine (3TC)	tab 100 mg	28	184.00	3
189	Lamivudine (3TC)	tab 150 mg	60	455.00	3
190	Levodopa + Benserazide hydrochloride (Co-beneldopa)	dispersible tab 100+25 mg	100	750.00	3

หมายเหตุ 1 = รายการยาที่ได้มีการปรับปรุงราคากลางยา 2 = รายการยาที่ประกาศราคากลางยาเพิ่มเติม 3 = รายการยาที่อยู่ระหว่างปรับปรุงราคากลางยา