

ที่ อน ๐๐๓๓.๐๐๖/ว ๖๕๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐

๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอยกเวลาเชิญร่วมเสวนาราคา

เรียน ผู้จัดการบริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ อน ๐๐๓๓.๐๐๖/ว๖๕๗๙ ลงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารในการยื่นขอขึ้นของสีบราคาและใบเสวนาราคา จำนวน ๑ ฉบับ

๒. รายการยาสีบราคา จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอเชิญร่วมเสวนาราคา โดยมีความประสงค์จะสีบราคา เพื่อจัดทำบัญชีผู้ขายให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยมีรายละเอียดการสีบราคาปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงขอเชิญบริษัทที่สนใจเข้าร่วมเสวนาราคา จัดเตรียมเอกสาร ผลิตภัณฑ์และไฟล์ข้อมูลเพื่อจัดส่งมายังกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอยกเวลาส่งเอกสารจากภายในวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ร้อยตรี 
(ดนัย พิทักษ์อรรมพ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๑๐๖

โทรสาร ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗

ที่ อนุ ๐๐๓๓.๐๐๖/๒๕๖๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐

๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญร่วมเสนอราคา

เรียน ผู้จัดการบริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารในการยื่นซองสีบราคาและใบเสนอราคา

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. รายการยาสีบราคา

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มีความประสงค์จะสีบราคา เพื่อจัดทำบัญชีผู้ขายให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๒๐ รายการ ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ราชการ และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ การดำเนินการเป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจังหวัดอุทัยธานี โดยมีรายละเอียดการสีบราคาปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงขอเชิญบริษัทที่สนใจเข้าร่วมเสนอราคา จัดเตรียมเอกสาร ผลิตภัณฑ์และไฟล์ข้อมูลเพื่อจัดส่งมายังกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ภายในวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางจินตนา พูลสุขเสริม)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๑๐๖

โทรสาร ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗

เอกสารในการสืบราคายา จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๑ เงื่อนไขการสืบราคายา

๑. การคัดเลือกยา คณะกรรมการฯ จะพิจารณาจากมาตรฐานคุณภาพผลิตภัณฑ์ มาตรฐานโรงงานผลิต การให้บริการหลังการขาย บริษัทที่เสนอเงื่อนไขที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทางราชการเป็นสำคัญ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาราคาต่ำสุดเสมอไป
๒. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด
๓. การเสนอราคายา บริษัทต้องสามารถยื่นราคาที่เสนอได้อย่างน้อย ๑ ปี
๔. ยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิตจำหน่าย องค์การเภสัชกรรมจะได้รับคัดเลือกเป็นลำดับแรก โรงพยาบาลจะเลือกซื้อรายการยาตามลำดับที่คณะกรรมการฯ พิจารณาคัดเลือกสำรองไว้ในกรณีองค์การเภสัชกรรมแจ้งขาด
๕. หากบริษัทมีรายการยาเม็ดและยาแผงที่มีชื่อสามัญเดียวกัน ให้เสนอราคามาทั้ง ๒ แบบ โดยระบุแบบของบรรจุภัณฑ์ให้ถูกต้อง คณะกรรมการฯ จะมีการจัดลำดับผู้ขายเป็น ๒ บัญชี คือ แบบนับเม็ด และแบบแผง โดยโรงพยาบาลสามารถเลือกซื้อแบบใดก็ได้ ตามข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและกำลังคน
๖. กรณีทางโรงพยาบาลต้องการตรวจสอบคุณภาพยาเพิ่มเติมก่อนและหลังได้รับการคัดเลือก โดยการสุ่มส่งตรวจวิเคราะห์เพื่อเป็นการประกันคุณภาพยา บริษัทต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งวิเคราะห์และชดเชยยาให้ทางโรงพยาบาล
๗. บริษัทยาที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว ต้องสามารถปฏิบัติหลังการจัดซื้อยาเข้าใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี ได้ดังนี้
 - ๗.๑ หากบริษัทมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกี่ยวกับยาไม่ว่าจะเป็นด้านการ supply ยา ขนาด การบรรจุ ความคงตัวของยา การเก็บรักษา หรือข้อมูลทางวิชาการที่มีผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยา เช่น การเรียกคืน ระวังการใช้ ถอนทะเบียนทั้งในและต่างประเทศ ฯลฯ ให้ทำหนังสือแจ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโดยทันที และนำส่งเอกสารของข้อมูลที่แก้ไขที่คลังยา กลุ่มงานเภสัชกรรม ในแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดอุทัยธานี เพื่อแก้ไขในฐานข้อมูลยาของโรงพยาบาล
 - ๗.๒ ยาที่จัดส่งต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือน
 - ๗.๓ ต้องแนบใบวิเคราะห์ของยาที่จัดส่งทุกรายการ ไม่ว่าจะเป็นยาที่ส่งตามใบสั่งซื้อหรือยาที่ส่งเพื่อแลกเปลี่ยนอายุหรือปัญหาคุณภาพยา
 - ๗.๔ บริษัทต้องรับรองว่าจะมีปริมาณรายการยาสำรองเพียงพอตลอดปี
 - ๗.๕ บริษัทต้องรับรองว่าสามารถส่งรายการยาได้ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับคำสั่งซื้อ
๘. โรงพยาบาลอาจไม่สามารถจัดซื้อตามผลการสืบราคาที่ได้ประกาศไว้แล้ว ในกรณีต่อไปนี้
 - ๘.๑ ยาที่จัดซื้อพร้อมด้วยวิธี e-bidding (ประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์) ในระดับจังหวัด/เขต
 - ๘.๒ วงเงินที่ใช้ในการจัดซื้อสูงกว่าวิธีเฉพาะเจาะจงตาม พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
 - ๘.๓ ยาที่มีรูปร่างภายนอกคล้ายกัน (Look alike drug) โรงพยาบาลอาจพิจารณาความเสี่ยงอีกครั้ง ก่อนจัดซื้อมาใช้ในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ๘.๔ ยาที่ขึ้นบัญชีนวัตกรรมแล้ว โรงพยาบาลอาจพิจารณาลำดับการจัดซื้ออีกครั้ง เนื่องจากต้องจัดซื้อตามบัญชีนวัตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของเงินงบประมาณที่จะจัดซื้อยานวัตกรรมทั้งหมดในหน่วยงาน
๙. หากรายการยาของบริษัท มีความแรงหรือขนาดบรรจุ (เช่น Amiodarone ๑๕๐ mg/๓ ml amp) ไม่ตรงกับรายการยาสีบราคา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ไม่ต้องยื่นเสนอราคา เพราะคณะกรรมการฯ จะไม่นำมาพิจารณาและอาจก่อให้เกิดความสับสนได้
๑๐. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีและโรงพยาบาลในจังหวัดอุทัยธานีสงวนสิทธิ์ในการที่จะปรับเกณฑ์ข้อกำหนดการคัดเลือกตามมาตรฐานการแพทย์หรือความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ส่วนที่ ๒ แนวทางการคัดเลือกยา

ในการสืบราคานี้ คณะกรรมการฯ จะพิจารณาตัดสินด้วยราคาต่อรายการ โดยพิจารณาคัดเลือกบริษัทจากความครบถ้วนของข้อมูลในเอกสารที่กำหนด

การประกาศผล

ประกาศทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี <https://uthaihealth.moph.go.th/uthaihealth/index.php> และป้ายประกาศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ส่วนที่ ๓ เอกสารเสนอข้อมูลและการจัดส่งตัวอย่างยา

๑. ใบเสนอราคา (ส่วนที่ ๔)
๒. สำเนาหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตยา GMP/PICS หรือ GMP โดยสำเนาหนังสือรับรองต้องแสดงชื่อหน่วยงานและประเทศของผู้รับรอง และเป็นฉบับล่าสุดตามรอบการตรวจสอบ โดยมีผลการรับรองถึงวันที่เสนอ
๓. สำเนาใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา ได้แก่ ทย.๒ ทย.๓ ทย.๔ หรือ ย.๒ แล้วแต่กรณี กรณีที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มเติมจะต้องแนบเอกสารการขอแก้ไขมาพร้อมกันด้วย
๔. สำเนาใบคำขอขึ้นทะเบียน ทย.๑ หรือ ย.๑ พร้อมรายละเอียดหัวข้อการควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ตามที่ขึ้นทะเบียน (finished product specification) และข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ (drug substance specification) กรณีที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มเติมจะต้องแนบเอกสารการขอแก้ไขมาพร้อมกันด้วย
๕. สำเนา Certificate of Analysis (COA) ของ Raw Material จากผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูป
๖. สำเนา COA ของ Raw Material จากผู้ผลิตวัตถุดิบตัวยาสำคัญ
๗. สำเนา COA ของ Finish Product ของผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูป ในรุ่นการผลิตที่ถูกสุ่มตัวอย่างและใช้วัตถุดิบตัวยาสำคัญรุ่นเดียวกับสำเนา COA ของ Raw Material
๘. สำเนาเอกสารแสดงผลการศึกษาความคงตัว (เสนอตามแต่กรณี)

- Long term stability
- In-use stability data
- Accelerated stability

๙. เอกสารหรือหลักฐานแสดงมาตรฐานผลิตภัณฑ์ (เสนอตามที่มี)

WHO List of Prequalified Medicinal Products

GREEN BOOK ฉบับล่าสุด

ยาในรายชื่อผลิตภัณฑ์ยาที่ได้รับการรับรอง (approved medicinal list) โดยเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ผลตรวจวิเคราะห์ยา ๓ lot โดยห้องปฏิบัติการ ISO/IEC ๑๗๐๒๕ ที่ไม่ใช่ผู้ผลิต

๑๐. กรณียาที่เสนอเป็นยาสามัญ (generic) ให้แนบสำเนาการศึกษาชีวสมมูล (Bioequivalence study; BE) หรือ Therapeutic equivalent (TE)

๑๑. สำเนาใบรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองความสามารถตามมาตรฐาน ISO/IEC ๑๗๐๒๕ ด้านการทดสอบผลิตภัณฑ์ยาที่เสนอราคาในรายการทดสอบ

๑๒. รูปภาพยาและภาชนะบรรจุ เป็นรูปภาพสีเท่านั้น (ส่วนที่ ๕)

๑๓. ตัวอย่างยา ผู้เสนอราคายินดีที่จะมอบตัวอย่างที่เสนอมาพร้อมใบเสนอราคานี้ ให้กับโรงพยาบาลอุทัยธานี โดยไม่คิดมูลค่า

- ยาเม็ดแบบนับเม็ด ๑๐ เม็ด (tablet)/แคปซูล (capsule) พร้อมกับ ****ภาชนะบรรจุสุดท้ายที่สัมผัสยา****

- ยาเม็ดแบบแผง ๑ แผง

- ยาฉีด ๑ แอมป์ (ampule)/ไวอัล (vial)

- ยาน้ำ/ยาผงแห้งแบบผสมน้ำก่อนใช้ ๑ ขวด (bottle)/แกลลอน (gallon)

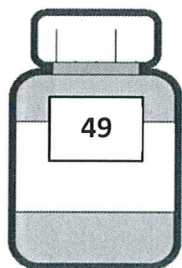
- ยาครีม/เจล ๑ หลอด (tube)/อื่น

- ยาพ่น ๑ ชุด (set) พร้อมอุปกรณ์พ่น (spacer) ถ้ามี

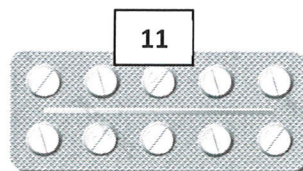
- ยาผงชนิดซอง ๑ ซอง (sachet)

- สารละลายที่ให้ทางหลอดเลือด ๑ ถุง (bag)

***** ยาทุกตัวให้ติดลำดับที่ (ระบุตามลำดับรายการยาสีบราคา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)) ดังตัวอย่าง หรือจะใช้ปากกาเคมีเขียนลำดับที่ก็ได้ *****



ยานับเม็ดในขวด



ยาเม็ดแบบแผง

ส่วนที่ ๔ ใบเสนอราคา (เสนอราคายา ๑ รายการ ต่อ ๑ ใบเสนอราคา)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า ผู้จำหน่ายบริษัท.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ผู้แทนฝ่ายขาย (นาย/นาง/น.ส.).....

โทรศัพท์..... โดยผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารเชิญร่วมเสนอราคาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีโดย

ตลอด และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขแล้ว รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด และไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

ข้าพเจ้าขอเสนอราคายาและราคา ดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	ชื่อสามัญทางยา (ชื่อการค้า)	เลข ทะเบียนยา	เลข ๒๔ หลัก	TMT code	ราคายาต่อ หน่วย/ราคา ต่อขนาด บรรจุ (บาท)	ราคาอ้างอิง ของกระทรวง สาธารณสุข (ถ้ามี)	ราคากลาง รวม VAT ตาม ประกาศฉบับ ล่าสุด (ถ้ามี)	ชื่อและที่ตั้ง สถานที่ผลิต	บริษัท ผู้จำหน่าย	บริษัท ผู้นำเข้า
	รูปแบบ ความแรง ขนาดบรรจุ									
บริษัทเป็นตัวแทนจำหน่ายรายการยาที่เสนอราคาเพียงรายเดียว (monopoly) [] ใช่ [] ไม่ใช่										
รายการยาที่เสนอราคาเป็นยา [] ต้นแบบ [] สำมัญที่เป็น second brand ของยาต้นแบบ [] สำมัญที่ยาต้นแบบเดิมหมดสิทธิ										

หมายเหตุ * ลำดับที่ ระบุตามลำดับรายการยาสีราคา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

** ราคา ให้เสนอเป็นราคารวมทั้งสิ้น ซึ่งรวมค่าภาษีมูลค่าเพิ่มและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จนส่งมอบยาให้ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด
อุทัยธานี

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา
(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ ๕ รูปภาพยาและภาชนะบรรจุ (ต้องเป็นรูปภาพสีเท่านั้น)

ตัวอย่าง ชื่อการค้า.....
ชื่อสามัญทางยา.....
ความแรงของยา.....

ลักษณะกล่องยา หรือ ขวดยา

รูปภาพ
ความละเอียดของไฟล์รูปภาพ : อย่างน้อย 300 dpi
นามสกุลไฟล์ : jpg

จำนวนยาต่อกล่อง :
จำนวนยาต่อแผง :
จำนวนแผงต่อกล่อง :

ลักษณะแผงยา

รูปภาพ แสดงรูปทั้งด้านหน้าและด้านหลัง
ความละเอียดของไฟล์รูปภาพ : อย่างน้อย 300 dpi
นามสกุลไฟล์ : jpg

ประเภทของแผงยา :

ลักษณะเม็ดยา

รูปภาพ แสดงรูปทั้งด้านหน้าและด้านหลัง
ความละเอียดของไฟล์รูปภาพ : อย่างน้อย 300 dpi
นามสกุลไฟล์ : jpg
มี scale ไม่บรรทัดเทียบเม็ดยา (เป็นสเกลจริง)

รูปแบบยา :
สี :
ขนาด : ...(กว้าง...ยาว...สูง).....
รูปร่าง :
สัญลักษณ์บนเม็ดยา :
รอยแบ่งบนเม็ดยา :

*** ชื่อไฟล์รูปภาพ ให้ใช้ชื่อ “ลำดับที่_ชื่อการค้า” เช่น ๑๔_Merislon ***

ตัวอย่าง Merislon ๑๒ mg

ชื่อสามัญทางยา : Betahistine mesilate

ความแรงของยา : ๑๒ mg

ลักษณะกล่องยา หรือ ขวดยา

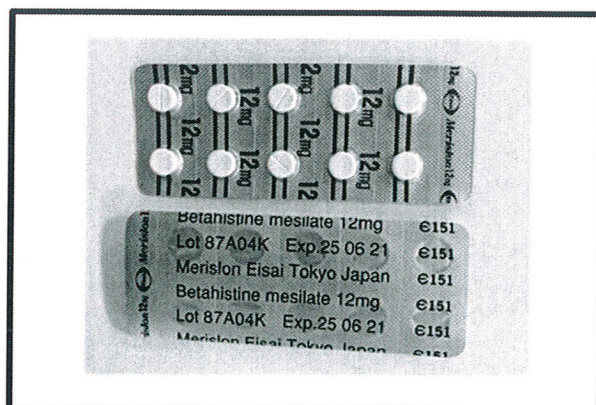


จำนวนเม็ดยาต่อกล่อง : 1000 เม็ด

จำนวนเม็ดยาต่อแผง : 10 เม็ด

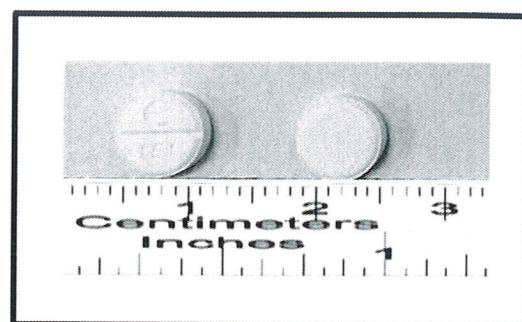
จำนวนแผงต่อกล่อง : 100 แผง

ลักษณะแผงยา



ประเภทของแผงยา : Aluminium - Plastic Blister

ลักษณะเม็ดยา



รูปแบบยา : Tablet

สี : ขาว

ขนาด : กว้าง 0.5 cm. ยาว 0.5 cm.
หนา 0.12 cm.

รูปร่าง : Round

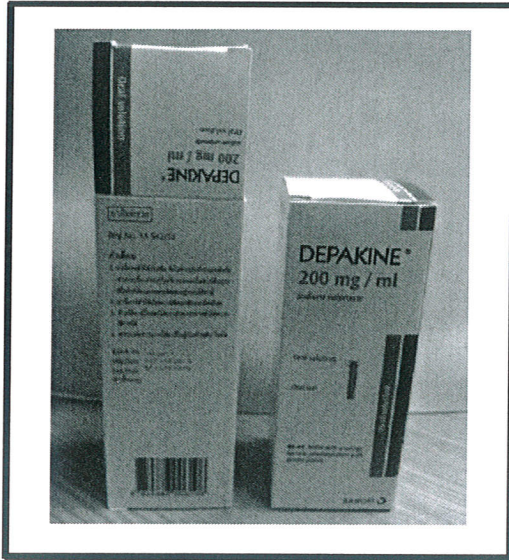
สัญลักษณ์บนเม็ดยา : มี

รอยแบ่งบนเม็ดยา : มี

ตัวอย่าง Depakine syrup

ชื่อสามัญทางยา : Depakine

ลักษณะกล่องยา



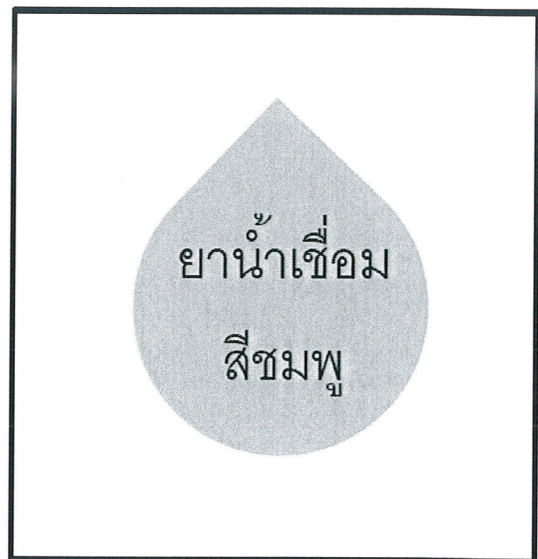
ลักษณะขวดยา



ลักษณะโดยรวมพร้อมอุปกรณ์(ถ้ามี)



ลักษณะและสีน้ำกระสายยา



ปริมาณยาต่อหนึ่งหน่วยบรรจุ : 60 ml

อุปกรณ์ที่บรรจุมาพร้อมยา : syringe ขนาด 5 ml

ความแรงของยา : Sodium valproate ๒๐๐ mg/ml

รูปแบบยา : Syrup

ลักษณะน้ำกระสายยา : สารละลายใสชมพู

รายการและประมาณการจัดซื้อของรายการเวชภัณฑ์ยาที่เชิญร่วมเสนอราคา การสืบราคาอย่างต่อเนื่องรายปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์ยา	ความแรง	รูปแบบ	ประมาณการจัดซื้อ
๑	Sitagliptin ๑๐๐ mg	๑๐๐ mg	tab	๗๐,๐๐๐
๒	Salmeterol ๒๕ mcg+Fluticasone ๒๕๐ mcg	๒๕/๒๕๐ mcg	MDI	๓,๘๒๐
๓	Enalapril ๒๐ mg	๒๐ mg	tab	๔,๒๔๖,๐๐๐
๔	N.S.S ๑๐๐ml ๐.๙% ๑๐๐ML	๐.๙% NSS ๑๐๐ ml	น้ำเกลือ ปราศจากเชื้อ ใส ไม่มีสีสำหรับฉีด	๑๗๐,๒๐๐
๕	Atorvastatin ๔๐ MG	๔๐ mg	tab	๑,๒๘๘,๖๐๐
๖	HYDRALAZINE ๕๐MG	๕๐ mg	tab	๒,๔๔๗,๕๐๐
๗	Manidipine ๒๐ MG	๒๐ mg	tab	๑,๔๖๕,๐๐๐
๘	N.S.S ๐.๙% ๑๐๐๐ML	๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml	น้ำเกลือ ปราศจากเชื้อ ใส ไม่มีสีสำหรับฉีด	๕๗,๕๐๐
๙	Salmeterol+FluticasoneMDI ๒๕/๑๒๕mcg	๒๕/๑๒๕ mcg	MDI	๕,๓๕๐
๑๐	Enalapril ๕ MG	๕ mg	tab	๖,๒๘๙,๐๐๐
๑๑	NPH insulin ๑๐๐ U/ml inj. ๑๐ ml	sterile susp ๑๐๐ iu/ml, ๑๐ ml vial	inj	๒๐,๑๓๔
๑๒	Ceftazidime ๑ GM	๑ gm	inj	๕๙,๕๐๐
๑๓	Aluminum+Magnesium sus ๒๔๐ ML		suspension	๕๒,๔๘๐
๑๔	Insulin (Biphasic isophan)inj๗๐/๓๐(๑๐ML)	sterile susp (๓๐ + ๗๐ iu/ml), ๑๐ ml vial	inj	๑๔,๙๐๐
๑๕	Sodium valproate chrono ๕๐๐ mg	๕๐๐ mg	Tablet CR	๙๒,๔๐๐
๑๖	Saline Irrigate ๑๐๐๐ ML	Saline Irrigate ๑๐๐๐ ml	น้ำเกลือ ปราศจากเชื้อ	๓๒,๔๒๘
๑๗	Glipizide ๕ mg	๕ mg	tab	๗,๔๐๕,๕๐๐
๑๘	INSULIN MIXT. CARTIEDGE	sterile susp (๓๐ + ๗๐ iu/ml), ๓ ml cartridge	inj	๘,๘๓๖
๑๙	Ceftriaxone ๑ G inj.	๑ GM	inj	๗๒,๙๖๐
๒๐	Gemfibrozil ๓๐๐ mg	๓๐๐ mg	cap	๑,๐๘๑,๐๐๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

รายการและประมาณการจัดซื้อของรายการเวชภัณฑ์ยาที่เชิญร่วมเสนอราคา (กรณีयोगค์การเภสัชกรรมแห่งชาติ)
การสืบราคาขายจังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ลำดับที่	รายการเวชภัณฑ์ยา	ความแรง	รูปแบบ	ประมาณการจัดซื้อ
๑	Simvastatin ๒๐ mg	๒๐ mg	Tab	๘,๙๙๕,๐๐๐
๒	Losartan ๕๐ mg	๕๐ mg	Tab	๓,๑๙๘,๑๐๐
๓	Metformin ๕๐๐ mg	๕๐๐ mg	Tab	๑๕,๙๒๕,๐๐๐
๔	Paracetamol ๕๐๐ mg	๕๐๐ mg	Tab	๕,๓๒๑,๐๐๐
๕	Amlodipine ๕ mg	๕ mg	Tab	๖,๔๖๐,๘๐๐
๖	Amlodipine ๑๐ mg	๑๐ mg	Tab	๕๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ: - รายการยา ๖ รายการนี้จัดซื้อกรณีयोगค์การเภสัชกรรมแห่งชาติจำหน่าย
- ตัวเลขในตารางเป็นเพียงค่าประมาณการเท่านั้น