



Formulář žádosti o schválení a zařazení nového přístroje

Kategorie I:

Obnova stávajícího přístroje identického typu ve stejném místě a provozovaného stejným poskytovatelem

Žadatel	1	Žadatel	Karlovarská krajská nemocnice a.s.
	2	IČ	26365804
	3	Zřizovatel	Karlovarský kraj
	4	Adresa	Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary
	5	Statutární zástupce	Ing. [redacted] předsedkyně představenstva; Mgr. [redacted] [redacted] místopředseda představenstva; MUDr. [redacted], člen představenstva
	6	Telefon	354 225 111
	7	E-mail	[redacted]
Přístroj	8	Typ přístroje	LUMINOS dRF Max (Siemens), příp. ADORA s flat panelem Canon RF (výrobce CANON, dodavatel AURA Medical), příp. SonialVision G4 se stropním závěsem CH 200 a vertigrafem BR 120 (výrobce Shimadzu, dodavatel Edomed)
	9	Technická specifikace	Viz Příloha č. 2
	10	Výrobce	Siemens, příp. Canon, příp.



			Shimadzu
	11	Účel provozu	Na tomto komplementu se provádějí skiaskopická vyšetření. Jedná se o vyšetření gastrointestinálního traktu s podáním kontrastní látky (vyšetření jícnu, žaludku, duodena, enteroklýzy, irrigografie, vyšetření žlučových cest) a vyšetřování ledvin a močových cest (vylučovací urografie, ascendentní pyelografie, vyšetření vesicoureterálního reflexu). Tato vyšetřovací metoda se provádí zejména u pacientů, kteří nejsou schopni podstoupit endoskopická vyšetření. Tato modalita musí být součástí akreditovaného pracoviště. Tento přístroj se dá zároveň využít jako záložní přístroj pro vaskulární intervenční výkony.
	12	Životnost	10 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	Ročně se jedná o stovky vyšetření. V současné době se nedá provést toto vyšetření na žádném RDG pracovišti ZZ v Karlovarském kraji. Nejenom že finanční ohodnocení za tyto výkony odchází mimo KKN, avšak může dojít k nebezpečí z prodlení pro pacienty, kterým nebudeme schopni danou modalitu poskytnout.
	14	Návaznost na obory	Chirurgie, Interna, urologie
	15	Součást specializovaného centra	Ne



	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	90 km - Plzeň
	17	Spádová oblast, populace	Karlovarský kraj – cca 300 tis. obyvatel
Náklady na provoz	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	4 184 000 Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	11 621 000 Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	348 667 Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	830
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	250
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	420 Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	1 395 Kč
	26	Smlouvy se ZP	Se všemi ZP v ČR (tj. 111, 201, 205, 207, 209, 211, 213)
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	6 700 000 Kč bez DPH
	28	Roční náklady na servis	550 000 Kč bez DPH
	29	Ostatní nezbytné náklady	0
	30	Roční náklady na spotřební	10 000 Kč



		materiál	
	31	Způsob financování	Pojistné plnění na základě pojistné smlouvy KKN; následně bude uplatňováno na viníku škody - Metrostav a.s.
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	V rámci cenového průzkumu byly předloženy nabídkové ceny od renomovaných společností: 1) SIEMENS - 6,57 mil. Kč bez DPH, 7,949 mil. Kč vč. DPH; 2) AURA Medical - 9.008 mil. Kč Bez DPH, 10,9 mil Kč vč. DPH; 3) EDOMED - 9,1 mil. Kč bez DPH, 11,011 mil. Kč vč. DPH. V současné době probíhá JŘBU s Výzvou třem dodavatelům - SIEMENS, EDOMED, AURA Medical.
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	3; personál RDG viz Příloha 3
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	Ne
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	Ne

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno.

V: Karlových Varech

dne: 19.10.2018

podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Nedílnou součástí této žádosti je Příloha: studie proveditelnosti, kterou vyhotoví žadatel



Žádost včetně povinné přílohy se zasílá v písemné formě na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotních služeb, Ing. [REDACTED], Palackého nám. 4 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail: [REDACTED]

Formulář žádosti o schválení a zařazení nového přístroje

Kategorie II:

Přístroje, které jsou po 1.1.2018 již zapojeny do systému úhrad ze zdravotního pojištění

Žadatel	1	Žadatel	
	2	IČ	
	3	Zřizovatel	
	4	Adresa	
	5	Statutární zástupce	
	6	Telefon	
	7	E-mail	
Přístroj	8	Typ přístroje	
	9	Technická specifikace	
	10	Výrobce	
	11	Účel provozu	
	12	Životnost	
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	



	14	Návaznost na obory	
	15	Součást specializovaného centra	
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	
	17	Spádová oblast, populace	
Očekávané náklady na provoz	18	Očekávané platby ZP na jeden rok	
	19	Očekávané platby ZP na 3 roky	
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	
	21	Počet výkonů/měsíc	
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	
	26	Smlouvy se ZP	
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	
	28	Roční náklady na servis	
	29	Ostatní nezbytné náklady	



	30	Roční náklady na spotřební materiál	
	31	Způsob financování	
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno.

V:

dne: _____ podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Nedílnou součástí této žádosti je Příloha: studie proveditelnosti, kterou vyhotoví žadatel

Žádost včetně povinné přílohy se zasílá v písemné formě na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotních služeb, Ing. [REDACTED], Palackého nám. 4 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail:

[REDACTED]



Formuláře žádosti o schválení a zařazení nového přístroje

Kategorie III:

Přístroje, které zatím nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění (nejsou uvedeny v katalogu)

Žadatel	1	Žadatel	
	2	IČ	
	3	Zřizovatel	
	4	Adresa	
	5	Statutární zástupce	
	6	Telefon	
	7	E-mail	
Přístroj	8	Typ přístroje	
	9	Technická specifikace	
	10	Výrobce	
	11	Účel provozu	
	12	Životnost	
Přínos pro pacienta	13	Srovnání medicínského přínosu pro pacienta se současnou technologií	



Zahraniční HTA	14	Dostupnost zahraničních HTA	
Lokální HTA	15	Dostupnost zahraničních HTA	
Odborné standardy	16	Existence idagnosticko-terapeutických standardů	
Potřeba	17	Využití u poskytovatele	
	18	Návaznost na obory	
	19	Součást specializovaného centra	
	20	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	
	21	Spádová oblast, populace	
Očekávané náklady na provoz	22	Očekávané platby ZP na jeden rok	
	23	Očekávané platby ZP na 3 roky	
	24	Průměrný měsíční náklad pro ZP	
	25	Počet výkonů/měsíc	
	26	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	
	27	Náklady ZP na jedno vyšetření	
	28	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	
	29	Smlouvy se ZP	



Pořizovací cena	30	Nákupní cena	
	31	Roční náklady na servis	
	32	Ostatní nezbytné náklady	
	33	Roční náklady na spotřební materiál	
	34	Způsob financování	
	35	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	
Personální zajištění	36	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	
	37	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	
	38	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno.

V:

dne: _____ podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Nedílnou součástí této žádosti je Příloha: studie proveditelnosti, kterou vyhotoví žadatel

Žádost včetně povinné přílohy se zasílá v písemné formě na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotních služeb, Ing. [REDACTED], Palackého nám. 4 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail: [REDACTED]