



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	Nemocnice Blansko
	2	IČ/DIČ	00386634 / CZ00386634
	3	Zřizovatel	Město Blansko
	4	Adresa	Sadová 1596/33, 678 31 Blansko
	5	Statutární zástupce	MUDr. [REDACTED] MBA
	6	Telefon	[REDACTED]
	7	E-mail	[REDACTED].CZ
Přístroj	8	Typ přístroje	Digitální mamograf se stereotaktickou jednotkou
	9	Technická specifikace	Uvedeno v příloze č. 1a)
	10	Výrobce	Siemens Healthcare, Holovic, GE Healthcare
	11	Účel provozu	Mamografická vyšetření
	12	Životnost	8,5 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	ANO, 8 hod. denně
	14	Návaznost na obory	Onkologie, jednodenní péče, nukleární medicína



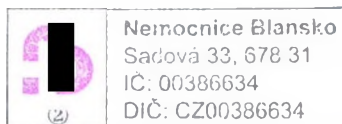
	15	Součást specializovaného centra	NE
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	20 km
	17	Spádová oblast, populace	Okres Blansko, 120 tis. obyvatel
Náklady na provoz	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	4,9 mil. Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	14,7 mil. Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	410 tis. Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	880
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	420
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	467 Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	970 Kč
	26	Smlouvy se ZP	Ano, se všemi.
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	Cca 5,2 mil. Kč bez DPH
	28	Roční náklady na servis	420 tis. Kč
	29	Ostatní nezbytné náklady	20 tis. Kč
	30	Roční náklady na spotřební materiál	25 tis. Kč



	31	Způsob financování	Vlastní zdroje, dotace.
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Uvedeno v příloze č. 1b)
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	1,8 úvazku
	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 Blansku



MUDr. [redacted], MBA
ředitelka Nemocnice Blansko

dne: 8.2.2019

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, [redacted], Palackého nám. 4 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail:

[redacted] [mzcr.cz](mailto:[redacted]@mzcr.cz)