

## Formulář žádosti o schválení a zařazení nového přístroje

### Kategorie I:

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

<b>Žadatel</b>	1	Žadatel	Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
	2	IČ	00844896
	3	Zřizovatel	Moravskoslezský kraj
	4	Adresa	Dělnická 1132/24, 736 01 Havířov Město
	5	Statutární zástupce	████████████████████ ředitel
	6	Telefon	██████████
	7	E-mail	██████████
<b>Přístroj</b>	8	Typ přístroje	Skiagraficko-skiaskopický přístroj s přímou digitalizací
	9	Technická specifikace	viz příloha č. 1
	10	Výrobce	Siemens
	11	Účel provozu	Obnova stávající zastaralé radiografie
	12	Životnost	15 let
<b>Potřeba</b>	13	Využití u poskytovatele	Provádění základních i speciálních skiaskopických a skiagrafických vyšetření, vyšetření v oblasti trávicí trubice (polykací akt, jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo (irrigografie, defekografie), ERCP



	14	Návaznost na obory	Onkologické centrum, Traumatologické a popáleninové centrum, Kardiologické centrum, Cerebrovaskulární a iktové centrum, Onkogynekologické centrum, Perinatologické centrum a dětské oddělení
	15	Součást specializovaného centra	NE
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	20 km
	17	Spádová oblast, populace	Spádovou oblastí NsP Havířov je zejména okres Karviná, částečně také okres Frýdek-Místek a Ostrava – město. Jedná se tedy o spádovost přes 250 tis. obyvatel. Díky husté infrastrukturální síti v rámci okresu Karviná je dostupnost akutní péče z hlediska času (tj. dojezd optimálně do 60 minut, maximálně do 120 minut – viz Standard bod 1.2) zajištěna.
<b>Náklady na provoz</b>	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	842 400,- Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	2 476 800,- Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	70 200,- Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	3 633
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	2 000



	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	19,32 Kč								
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	35,10 Kč								
	26	Smlouvy se ZP	VZP, Vojenská ZP, Česká průmyslová ZP, Oborová ZP, ZP ŠKODA, ZP MV ČR, Revírní zdravotní pojišťovna								
<b>Pořizovací cena</b>	27	Nákupní cena	11.446.600,- Kč s DPH								
	28	Roční náklady na servis	560.000,- Kč								
	29	Ostatní nezbytné náklady	1 976 384,- Kč mzdové náklady								
	30	Roční náklady na spotřební materiál	12 000,- Kč								
	31	Způsob financování	<table><thead><tr><th>zdroj</th><th>% podíl</th></tr></thead><tbody><tr><td>příspěvek EFRR</td><td>85</td></tr><tr><td>státní rozpočet</td><td>5</td></tr><tr><td>vlastní zdroje</td><td>10</td></tr></tbody></table>	zdroj	% podíl	příspěvek EFRR	85	státní rozpočet	5	vlastní zdroje	10
	zdroj	% podíl									
příspěvek EFRR	85										
státní rozpočet	5										
vlastní zdroje	10										
32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	od 8.512.000 bez DPH/ 10.299.520 s DPH do 9.460.000 bez DPH / 11.446.600 s DPH dále viz příloha č. 2									
<b>Personální zajištění</b>	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Vedoucí laborant – Mgr. T. [redacted] Zástupce - Dis. [redacted] Radiologičtí asistenti – Bc. [redacted] a [redacted]. [redacted] Odborná garance – prim. MUDr. [redacted] [redacted] Všichni pracovníci mají pracovní poměr na plný úvazek.								
	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: Havířově

dne: 25.4.2019

I [redacted] e, ředitel                      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]

**ŽÁDOST O POSOUZENÍ UMÍSTĚNÍ A PROVOZU PŘÍSTROJOVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH  
PROSTŘEDKŮ, JEJICHŽ PROVOZ JE HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO  
POJIŠTĚNÍ, NEBO JDE-LI O NÁKUP PŘÍSTROJŮ S POSKYTNUTÍM DOTACE  
ZE STÁTNÍHO ROZPOČTU**

1	<b>Žadatel</b>	Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
2	<b>IČ/DIČ</b>	00844896/CZ00844896
3	<b>Adresa</b>	Dělnická 1132/24, 736 01 Havířov Město
4	<b>Statutární zástupce</b>	████████████████████ - ředitel
5	<b>telefon</b>	██████████
6	<b>email</b>	██████████
7	<b>Kontaktní osoba pověřená statutárním zástupcem</b>	████████████████████, provozně-technická náměstkyně
8	<b>telefon</b>	██████████
9	<b>email</b>	████████████████████
10	<b>Požadované přístrojové vybavení. Uveďte typově</b>	Skiograficko-skiaskopický přístroj s přímou digitalizací
11	<b>Medicínské zdůvodnění</b>	Obnova stávající zastaralé radiografie
12	<b>Technická specifikace</b>	viz příloha č. 1
13	Uveďte konkrétní typ a výrobce přístrojového vybavení číslo 1 splňující technickou specifikaci dle přílohy 1	typ Luminos dRF Max, výrobce SIEMENS
14	Uveďte konkrétní typ a výrobce přístrojového vybavení číslo 2 splňující technickou specifikaci dle přílohy 1	typ Luminos dRF Max, výrobce Siemens
15	Uveďte konkrétní typ a výrobce přístrojového vybavení číslo 3 splňující technickou specifikaci dle přílohy 1	nabídka nebyla dodavatelem Promedica Praha Group, a. s. předložena
16	<b>Investiční náklady na pořízení přístrojového vybavení v Kč bez DPH a s DPH</b>	od 8.512.000 bez DPH/ 10.299.520 s DPH do 9.460.000 bez DPH / 11.446.600 s DPH
17	<b>Průzkum trhu dle řádku 12-15</b>	viz příloha č. 2
18	<b>Zdůvodnění menšího počtu typů než tři požadovaných.</b>	<i>Doložen jeden typ LUMINOS DRF MAX od výrobce Siemens ve dvou technických konfiguracích od dvou dodavatelů. Třetí oslovený dodavatel nabídku nepředložil.</i>
19	<b>Pokud se jedná o unikátní zařízení, žadatel dodá na tento typ potvrzení výrobce/distributora o této skutečnosti</b>	<i>Nejedná se o unikátní zařízení</i>
20	<b>Jak bude nákup financován (vlasní zdroje, EU fondy, dary...)</b>	EU fondy
21	<b>Odhad roční produkce výkonů na tomto zařízení</b>	24.000 pacientů, 43.600 expozic
22	<b>Odhad roční produkce bodů na tomto zařízení</b>	785.500
23	<b>Předpokládané časové využití přístroje [hod/rok]</b>	2.000
24	<b>Je zajištěno personální zabezpečení pro předpokládané časové využití přístroje</b>	ANO

25	Odhad ročních nákladů na spotřební materiál pro toto zařízení. Výpočet z řádku 21 a 22	RTG materiál žádný, spotřební materiál méně než 10.000,-
26	Odhad ročních nákladů na veškerý pozáruční servis pro toto zařízení. Výpočet z řádku 21 a 22	560.000,- Kč
	vyžaduje instalace přístrojového vybavení nějaké další náklady (stavební, datové, instalační atp). Pokud ano, uveďte odhadovanou celkovou částku	Nejsou nutné stavební úpravy vyžadující instalaci přístroje a klimatizace
28	vyžaduje instalace přístrojového vybavení zvýšení počtu personálu. Pokud ano, uveďte odhadovanou celkovou částku na jejich platy včetně odvodů	NE
29	<b>Je tato investice na obnovované zařízení. Pokud ano, uveďte typ, výrobce a rok pořízení.</b>	typ DUO DIAGNOST, výrobce PHILIPS, rok pořízení 2006
30	Roční produkce výkonů na zařízení z řádku 29	22.000 pacientů, 40.000 expozic
31	Roční produkce bodů na zařízení z řádku 29	720.000
32	Se kterými ZP jsou uzavřené smlouvy o proplácení výkonů na zařízení?	všechny
33	<b>Má žadatel obdobné další přístrojové vybavení - uveďte počet a typ(y)</b>	NE
34	Roční produkce výkonů na zařízení z řádku 33	NE
35	Roční produkce bodů na zařízení z řádku 33	NE
36	Se kterými ZP jsou uzavřené smlouvy o proplácení výkonů na zařízení z řádku 31 ?	všechny
37	Nejbližší zdravotnické zařízení s obdobným přístrojem	Městská nemocnice Ostrava Fifejdy
38	<b>Je přístrojové vybavení z řádku 10 pořizované do centra specializované péče dle Věstníků MZ ČR?</b>	NE

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic n

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV,  
příspěvková organizace

V Havířově

dne 17.4.2019

.....  
- ředitel  
podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Nedílnou součástí této žádosti je **Příloha č. 4 - studie proveditelnosti**, kterou vyhotoví žadatel:

(Studie proveditelnosti /Feasibility Study/ popisuje projekt z ekonomického a technického hlediska a slouží k hodnocení efektivnosti a realizovatelnosti projektu)

Žádost včetně povinných příloh se zasílá v písemné formě na adresu Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotního dohledu, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a **současně i elektronicky na e-mail:**