



## 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	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], místopředseda představenstva; MUDr. [REDACTED], člen představenstva
	6	Telefon	[REDACTED]
	7	E-mail	[REDACTED]
<b>Přístroj</b>	8	Typ přístroje	Azurion 7C20 PHILIPS
	9	Technická specifikace	Viz Příloha č. 2
	10	Výrobce	Philips
	11	Účel provozu	Angiolinka v prostorách RDG oddělení. Tato angiolinka je nosnou součástí intervenční radiologie v KKN, resp. jediné v celém Karlovarském kraji. Díky této technologii je KKN schopna provádět



			<p>miniinvazivní diagnostické i terapeutické výkony na nekoronárním cévním řečišti. Mezi vaskulární intervence patří výkony rekanalizační a rekonstrukční, embolizační, zajištění cévního řečiště – úzká spolupráce s dialyzačními středisky v kraji.</p> <p>Mezi nevaskulární intervence patří biopsie, drenáže kolekcí, biliární intervence, urointervence. Nedílnou součástí jsou i onkologické intervence, kdy jsou pacienti neúnosní k rozsáhlému chirurgickému výkonu.</p>
	12	Životnost	10 let
<b>Potřeba</b>	13	Využití u poskytovatele	Nutnost obměny přístroje (za stávající porušený přístroj) a pokračování v modalitě, která je unikátní v Karlovarském kraji, je naprosto medicínsky nezbytné pro pacienty tohoto kraje, neboť kapacity v jiných krajích jsou vytíženy.
	14	Návaznost na obory	Chirurgie, Interna, urologie, kardiologie, onkologie
	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
<b>Náklady na provoz</b>	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	19 215 000 Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	39 396 000 Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	1 601 250 Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	105
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	90
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	15 250 Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	17 792 Kč
	26	Smlouvy se ZP	Se všemi ZP v ČR (tj. 111, 201, 205, 207, 209, 211, 213)
<b>Pořizovací cena</b>	27	Nákupní cena	22 000 000 Kč bez DPH
	28	Roční náklady na servis	1 200 000 Kč bez DPH
	29	Ostatní nezbytné náklady	0
	30	Roční náklady na spotřební materiál	10 000 Kč
	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	Z důvodu časové naléhavosti pro urychlenou obměnu poškozeného přístroje KKN využije nepoškozený stropní závěs a podlahové žlaby pro instalaci nového přístroje. Tuto podmínku splňuje pouze přístroj od výrobce PHILIPS nebo dodavatele EDOMED (který dodává stejný typ přístroje PHILIPS). Cenové nabídky jsou ve výši přibližně 22 mil. Kč bez DPH; v současné době ještě není uzavřeno JŘBU.
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	5; 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**

<b>Žadatel</b>	1	Žadatel	
	2	IČ	
	3	Zřizovatel	
	4	Adresa	
	5	Statutární zástupce	
	6	Telefon	
	7	E-mail	
<b>Přístroj</b>	8	Typ přístroje	
	9	Technická specifikace	
	10	Výrobce	
	11	Účel provozu	
	12	Životnost	
<b>Potřeba</b>	13	Využití u poskytovatele	
	14	Návaznost na obory	
	15	Součást specializovaného centra	



	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	
	17	Spádová oblast, populace	
<b>Očekávané náklady na provoz</b>	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	
<b>Požizovací cena</b>	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	
Požizovací	30	Nákupní cena	



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]**