



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	DISCARE CZ, a.s.
	2	IČ	078 86 454
	3	Zřizovatel	N/A
	4	Adresa	Revoluční 1080/2, Nové Město, 110 00 Praha 1
	5	Statutární zástupce	██████████, člen představenstva, ██████████, člen představenstva
	6	Telefon	+ ██████████
	7	E-mail	██████████@██████████.██████████
Přístroj	8	Typ přístroje	Magnetická rezonance
	9	Technická specifikace	3.0T
	10	Výrobce	Philips
	11	Účel provozu	Celotělová diagnostika za pomoci MR pro děti a dospělé
	12	Životnost	10 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	Poskytování zdravotních služeb.



	14	Návaznost na obory	chirurgie, ortopedie, gastroenterologie, gynekologie, neurologie, onkologie a další
	15	Součást specializovaného centra	NE
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	VFN Praha – 8 km ÚVN Praha – 12 km IKEM – 16 km Nemocnice na Homolce – 16 km ACHK Praha – 20 km
	17	Spádová oblast, populace	Primárně Praha 9, Praha 14 Celkově více než 100 000 obyvatel
Očekávané náklady na provoz	18	Očekávané platby ZP na jeden rok	24 400 000 Kč
	19	Očekávané platby ZP na 3 roky	64 788 000 Kč (zohledněna náběhová fáze)
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	1 800 000 Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	670
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	515
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	2 686 Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	3 495 Kč
	26	Smlouvy se ZP	
Požizovací	27	Nákupní cena	27 163 200 Kč bez DPH



cena	28	Roční náklady na servis	1 850 000 Kč bez DPH
	29	Ostatní nezbytné náklady	
	30	Roční náklady na spotřební materiál	Cca 1 400 000 Kč
	31	Způsob financování	Vlastní zdroje, bankovní úvěr
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Philips Ingenia 3.0T Omega HP
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Viz. Studie proveditelnosti, oddíl 5
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	



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

V: PDARE

dne: 23.4.2019


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, , Palackého nám. 4
128 01 Praha 2 nebo datovou schránkou a současně i elektronicky na e-mail:
@mzcr.cz