



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	Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
	2	IČ	00209775
	3	Zřizovatel	Ministerstvo zdravotnictví ČR
	4	Adresa	Pekařská 53, 656 91 Brno
	5	Statutární zástupce	██, FETCS
	6	Telefon	+420 ██████████
	7	E-mail	████████████████████
Přístroj	8	Typ přístroje	Přístroj pro mimotělní oběh
	9	Technická specifikace	Viz příloha č. 1
	10	Výrobce	Sorin, z důvodů plné kompatibility se stávajícími přístroji a zachování jednotného spotřebního materiálu
	11	Účel provozu	Přístroj suplující v časovém horizontu minimálně 6 hod. mechanickou práci srdečního myokardu a difuzní funkci plicního parenchymu.



			Výkony pro veřejné zdravotní pojištění.
	12	Životnost	10 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	100%
	14	Návaznost na obory	Kardiochirurgie, transplantační chirurgie
	15	Součást specializovaného centra	CKTCH
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	80 km – Fakultní nemocnice Olomouc
	17	Spádová oblast, populace	Jihomoravský kraj, Kraj Vysočina, Zlínský kraj
Náklady na provoz	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	9 169 875,- Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	26 829 538,- Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	764 156,25 Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	87
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	86
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	8 783,- Kč



	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	8 886,- Kč
	26	Smlouvy se ZP	Se všemi ZP
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	9 559 000,- Kč
	28	Roční náklady na servis	Po skončení záruční doby cca 2% z nákupní ceny (cca 150.000,- Kč vč. DPH)
	29	Ostatní nezbytné náklady	Ne
	30	Roční náklady na spotřební materiál	9 718 500,- Kč
	31	Způsob financování	Z vlastních zdrojů
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Přístroj bude požadován od výrobce Sorin, z důvodů plné kompatibility se stávajícími přístroji a zachování jednotného spotřebního materiálu
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Přítomen
	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 Brně

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