



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	Sušická nemocnice s.r.o.
	2	IČ	08176302
	3	Zřizovatel	Město Sušice
	4	Adresa	Chmelenská 117, 34201 Sušice III
	5	Statutární zástupce	Ing. ██████████
	6	Telefon	██████████
	7	E-mail	██████████@██████████.cz
Přístroj	8	Typ přístroje	CT
	9	Technická specifikace	Aquilion Lightning SP – gantra průměr 78 cm, 80 detektorových řad
	10	Výrobce	Canon
	11	Účel provozu	Diagnostika
	12	Životnost	15 let
Potřeba	13	Využití u poskytovatele	Neinvazivní diagnostika zranění a chorob
	14	Návaznost na obory	Interní medicína, chirurgie



	15	Součást specializovaného centra	Ne
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	32 km a více
	17	Spádová oblast, populace	50.000 obyvatel/80.000 obyvatel v sezóně
Očekávané náklady na provoz	18	Očekávané platby ZP na jeden rok	4.300.000 Kč
	19	Očekávané platby ZP na 3 roky	12.900.000 Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	360.000 Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	230
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	200
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	1.560 Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	1.800 Kč
	26	Smlouvy se ZP	Se všemi ZP
Pořizovací cena	27	Nákupní cena	7.650.000 Kč
	28	Roční náklady na servis	480.000 Kč – 960.000 Kč
	29	Ostatní nezbytné náklady	Úpravy prostoru do 300.000 Kč
	30	Roční náklady na spotřební	120.000 Kč



		materiál	
	31	Způsob financování	Vlastní zdroje
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Průzkum trhu: 1. Aquilion Lightning SP, 2. SOMATOM Definition AS Eco 3. Incisive 64 CT Plus 4. Optima CT540
Personální zajištění	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Ano
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	Ano
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	Ano

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

Ing. [redacted]

V Sušici

dne: 25.10.2019

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

[redacted]

