



**Příloha č. 1a: Formuláře 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	Thomayerova nemocnice
	2	IČ	00064190
	3	Zřizovatel	MZČR
	4	Adresa	Vídeňská 800, 14059 Praha 4 - Krč
	5	Statutární zástupce	doc. ██████████ CSc., ředitel
	6	Telefon	██████████
	7	E-mail	██████████
<b>Přístroj</b>	8	Typ přístroje	Lineární urychlovač
	9	Technická specifikace	Viz příloha
	10	Výrobce	Dle výběrového řízení ( Electa - typ přístroje Versa HD, Varian Medical Systems Varian – typ přístroje TrueBeam )
	11	Účel provozu	Radioterapie
	12	Životnost	8 let



<b>Potřeba</b>	13	Využití u poskytovatele	Náhrada doslouživšího přístroje
	14	Návaznost na obory	413 – radiační onkologie
	15	Součást specializovaného centra	Ano – součást KOC
	16	Vzdálenost od stejných přístrojů v okolí	Nejbližší FNKV nebo VFN
	17	Spádová oblast, populace	JV část Prahy a Středočeského kraje, cca 500 tis. osob
<b>Náklady na provoz</b>	18	Sumární platby ZP v uplynulém roce	31 393 411,- Kč
	19	Sumární platby ZP za poslední 3 roky	95 021 701 Kč
	20	Průměrný měsíční náklad pro ZP	1 300 000,- Kč
	21	Počet výkonů/měsíc	5200
	22	Počet ošetřených pojištěnců za měsíc	335
	23	Náklady ZP na jedno vyšetření	367,- Kč
	24	Náklady ZP na jednoho pojištěnce	5 225,- Kč
	26	Smlouvy se ZP	<i>se všemi 7 zdrav. pojišťovnami: VZP + 6 zaměstnaneckých zdravotní pojišťovny č.: 111, 201, 205, 207, 209, 211, 213</i>



<b>Pořizovací cena</b>	27	Nákupní cena	60 mil. Kč včetně DPH / přístroj
	28	Roční náklady na servis	Cca 8% z pořizovací ceny
	29	Ostatní nezbytné náklady	Stavební úpravy pracoviště, školení personálu
	30	Roční náklady na spotřební materiál	
	31	Způsob financování	75% státní rozpočet, 25% vlastní zdroje TN
	32	Výsledky průzkumu trhu/poptávkového řízení	Viz příloha
<b>Personální zajištění</b>	33	Dedikovaný personál pro provoz přístroje	Přítomen - obměna
	34	Je nezbytné navýšení personální kapacity?	t.č. nikoliv
	35	Je nezbytná rekvalifikace personálu?	Pouze uživatelské školení na jiný typ přístroje

**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]