

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ 13.25.001.441  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο 182/22 |

01 Νοεμβρίου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Ηλεκτροφυσιολόγου για κάλυψη των αναγκών του Τμήματος Επεμβατικής Καρδιακής Ηλεκτροφυσιολογίας** **της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν. Λευκωσίας σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών από Ηλεκτροφυσιολόγο για κάλυψη των αναγκών του Τμήματος Επεμβατικής Καρδιακής Ηλεκτροφυσιολογίας (Η/Φ) της Καρδιολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείο Λευκωσίας.

Η χρονική διάρκεια της συμβάσης θα είναι για έξι (6) μήνες με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμα έξι (6) μήνες και ακόμα έξι (6) μήνες και ακόμα έξι (6) μήνες αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Το είδος επεμβάσεων που δύναται να διενεργούνται καθώς και το ποσό αποζημίωσης για τις υπηρεσίες που θα προσφέρει στο Νοσηλευτήριο ο Ανάδοχος, αναγράφεται στο Έντυπο 2 του Παραρτήματος Εντύπων.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ και η Αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης.

Παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την κα. Άντρη Σταυρίδου για πληροφορίες, στον αριθμό 22212854.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**a.stavridou@shso.org.cy**](mailto:a.stavridou@shso.org.cy) υποβάλλοντας συμπληρωμένο το Έντυπο 1 του παραρτήματος καθώς και όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις/πτυχία απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος παραμένει σε ισχύ και θα γίνονται δεκτές αιτήσεις καθ’ όλη τη διάρκεια που θα είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 08/11/2022 και ώρα 10:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Α) Απαιτούμενα Προσόντα**

1. Εγγεγραμμένος Ιατρός στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου καθώς επίσης και εν ισχύ εγγραφή για άδεια εξασκήσεως του επαγγέλματος του σύμφωνα με τον Περί Ιατρών Νόμο.
2. Κάτοχος Ειδικότητας στην Καρδιολογία
3. Αποδεδειγμένη δεκαπενταετής (15) εργασιακή εμπειρία στον τομέα της επεμβατικής καρδιακής ηλεκτροφυσιολογίας, η οποία προσμετράτε μετά απόκτηση της ειδικότητας στην καρδιολογία σε αναγνωρισμένο κέντρο αναφοράς στο χώρο της καρδιακής ηλεκτροφυσιολογίας.
4. Τεκμηριωμένη προηγούμενη εμπειρία ως κύριος επεμβατικός σε πολύπλοκές επεμβάσεις Η/Φ, συμπεριλαμβανομένων πολύπλοκων επεμβάσεων κοιλιακών αρρυθμιών (VT) ή VT με αιμοδυναμική αστάθεια (καταιγίδας VT/VT storm) και κολπικών ταχυκαρδιών εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής.
5. Να έχει διατελέσει Καθηγητής ή Λέκτορας ή Ανώτερος Λέκτορας στον κλάδο της Καρδιολογίας.
6. Τεκμηριωμένο ερευνητικό έργο στο τομέα της καρδιακής ηλεκτροφυσιολογίας με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά διεθνούς κύρους.
7. Τεκμηριωμένο ιστορικό εκπαίδευσης ιατρών ηλεκτροφυσιολόγων.
8. Πολύ καλή γνώση της ελληνικής και αγγλικής γλώσσας.
9. Εγγεγραμμένος στο ΓΕΣΥ

**Με την υποβολή της αίτησης να επισυναφθούν τα ακόλουθα**:

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Καρδιολογίας
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/2019
4. Για το εδάφιο Α3. των απαιτούμενων προσόντων να επισυναφθούν σχετικές βεβαιώσεις από Ιατρικά Κέντρα/Νοσηλευτήρια/ Κλινικέςκαθώς και στοιχεία επικοινωνίας με τα εν λόγω Κέντρα/Νοσηλευτήρια/Κλινικές
5. Για το εδάφιο Α4. των απαιτούμενων προσόντων να επισυναφθεί αντίγραφο βεβαίωσης από Κέντρα/Νοσηλευτήρια/Κλινικές καθώς και στοιχεία επικοινωνίας με τα εν λόγω Κέντρα/Νοσηλευτήρια/Κλινικές
6. Για το εδάφιο Α5. να επισυναφθεί τεκμηρίωση/βεβαίωση από Πανεπιστήμιο/Ίδρυμα
7. Για το εδάφιο Α6. Να επισυναφθούν αποδεικτικά στοιχεία που να τεκμηριώνουν τις δημοσιεύσεις.
8. Για το εδάφιο Α7. των απαιτούμενων προσόντων να επισυναφθεί βεβαίωση από Κέντρα/Νοσηλευτήρια/Κλινικές καθώς και στοιχεία επικοινωνίας με τα εν λόγω Κέντρα/Νοσηλευτήρια/Κλινικές.
9. Για το εδάφιο Α8. των απαιτούμενων προσόντων η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων είτε μέσω εξετάσεων με την υποβολή των αιτήσεων (αποδεκτά τεκμήρια στην ιστοσελίδα Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας <http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/page31_gr/page31_gr?OpenDocument>).
10. Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, **θα πρέπει με την υπογραφή της Σύμβασης** να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €450.000,00**.** Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

**Β) Καθήκοντα και ευθύνες**

* Εκτίμηση ασθενών πριν και μετά των επεμβάσεων, με τροποποίηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
* Διενέργεια βασικών και πολύπλοκων επεμβάσεων ηλεκτροφυσιολογίας σαν ο κύριος (υπεύθυνος) επεμβατικός, συμπεριλαμβανομένων επεμβάσεων κοιλιακών αρρυθμιών (VT) ή VT με αιμοδυναμική αστάθεια (καταιγίδας VT/VT storm), κολπικών ταχυκαρδίων και εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής, σύμφωνα με τον ενδεικτικό κατάλογο επεμβάσεων του Εντύπου 2 του Παραρτήματος Εντύπων.
* Κύριος επεμβατικός σε ομάδα με άλλους σχετικούς επαγγελματίες για τα περιστατικά.
* Επιτόπια πρακτική εκπαίδευση των ιατρών (ηλεκτροφυσιολόγων) για κάθε περιστατικό.
* Δύναται να εκπαιδεύει όλο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό του επεμβατικού εργαστηρίου καρδιακής ηλεκτροφυσιολογίας, καθώς και άλλους Λειτουργούς Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.
* **Ο Ανάδοχος θα ενημερώνεται έγκαιρα (τουλάχιστον 5 εβδομάδες πριν) για να παρευρίσκεται στο χώρο εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης, για διενέργεια επεμβάσεων.**
* **Η σύμβαση θα αφορά προγραμματισμένες επεμβάσεις και ο Ανάδοχος θα καλείται να προσέλθει στο χώρο εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης περίπου 3 φορές ανά εξάμηνο, διάρκειας μέγιστο 4 ημέρων ανά φορά, για πραγματοποίηση 8-12 επεμβάσεων στο σύνολο των 4 ημερών.**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΕΝΤΥΠΩΝ**

**Έντυπο 1 ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

**Έντυπο 2 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ**

**Έντυπο 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προτεινόμενη Θέση στην Ομάδα Έργου:** |  |
|  |  |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** (π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** (Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)
4. **Κύρια προσόντα:** (Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.

1. **Κατάλογος έργων συναφών με το προκηρυσσόμενο (ΔΕΝ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)**

| **Τίτλος έργου** | **Ημερομηνίες εκπόνησης**  **(έναρξη – ολοκλήρωση)** | **Αξία έργου** | **Αποδέκτης/**  **Φορέας Ανάθεσης** | **Συνοπτική περιγραφή έργου** | **Αρμοδιότητες - καθήκοντα** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Αιτητή | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ιδιότητα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ημερομηνία | ...................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Στοιχεία Προσφέροντος1 |  |
| Όνομα Προσφέροντος | ........................................................................ |

*Τηλέφωνο Επικοινωνίας ……………………………………………………………*

*Ηλεκτρονική Διεύθυνση ……………………………………………………………..*

**Έντυπο 2**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ** | | | |
| **Α/Α** | **Περιγραφή Διάγνωσης** | **Περιγραφή διαδικασίας** | **Ποσό Αποζημίωσης**  **€** |
| **1** | Supraventricular tachycardia  Types of arrhythmias – AVNRT, AVRT, Atrial Flutter (typical), focal atrial tachycardias | Cardiac catheter ablation of tachyarrhythmia | **€1500** |
| **2** | Ventricular Tachycardia (including ventricular ectopy) |
| **3** | Atrial Fibrillation and atrial tachycardias (including atypical atrial flutter) |
| **4** | Supraventricular tachycardia  Types of arrhythmias – AVNRT, AVRT, Atrial Flutter (typical) | Cardiac catheter ablation of tachyarrhythmia + Catheter based invasive electrophysiologic testing | **€1700** |
| **5** | Ventricular Tachycardia (including ventricular ectopy) |
| **6** | Atrial Fibrillation (including atypical atrial flutter) |
| **7** | Tachycardia, unspecified | Catheter based invasive electrophysiologic testing | **€345** |
| **8** | Bradycardia, unspecified |
| **9** | Tachycardia, unspecified | Cardiac catheter ablation of Tachyarrhythmia +  Catheter based invasive electrophysiologic testing | **€1700** |
| **10** | Bradycardia, unspecified |
| **11** | Supraventricular tachycardia  Types of arrhythmias – AVNRT, AVRT, Atrial Flutter (typical) | Catheter based invasive electrophysiologic testing | **€345** |
| **12** | Ventricular Tachycardia (including ventricular ectopy) |
| **13** | Atrial Fibrillation (including atypical atrial flutter) |