

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.515  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 49/23 |

Λευκωσία, 24 Φεβρουαρίου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Γαστρεντερολόγου για διενέργεια εξέτασης ERCP για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Ειδικού Γαστρεντερολόγου για διενέργεια εξέτασης ERCP για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **έξι (6) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης ανά έξι (6) μήνες αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Αποζημίωση ιατρού: **€794 (χωρίς ΦΠΑ) ανά εξέταση ERCP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DRG** | **Περιγραφή DRG** | **Αποζημίωση ιατρού** |
| H41A | Σύνθετη θεραπευτική ERCP με εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή φωτοδυναμική θεραπεία | €794 |
| H41B | Σύνθετη θεραπευτική ERCP με σοβαρές Σ/Ε, χωρίς φωτοδυναμική θεραπεία ή ηλικία < 16 ετών ή σύνθετη επέμβαση | €794 |
| H41C | Σύνθετη θεραπευτική ERCP χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς φωτοδυναμική θεραπεία, ηλικία ≥ 16 ετών, χωρίς σύνθετη επέμβαση, ή άλλη ERCP | €794 |

**Ωράριο Εργασίας:**

* Η διενέργεια εξετάσεων ERCP, για μη επείγοντα περιστατικά, θα προγραμματίζονται σε καθορισμένες μέρες που θα ορίζονται από τον Συντονιστή της Σύμβασης από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, 07:30π.μ – 14:00 μ.μ. εξαιρουμένων επίσημων αργιών.
* Κάλυψη επείγοντων περιστατικών, με το σύστημα on call από Δευτέρα μέχρι Κυριακή. Σε περίπτωση που ο ιατρός αδυνατεί να ανταποκριθεί σε επείγον περιστατικό οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον Συντονιστή της Σύμβασης για να μπορέσει ο ΟΚΥπΥ να προβεί άμεσα στις ανάλογες ενέργειες για την νοσηλεία του ασθενή.

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 στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Άντρη Σταυρίδου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 854.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**a.stavridou@shso.org.cy**](mailto:a.stavridou@shso.org.cy) **υποβάλλοντας τα ακόλουθα**:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το σημείο «Β. Απαιτούμενα Προσόντα»**

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 03/03/2023 και ώρα 09:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α.** **Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Διενέργεια της ERCP εξέτασης (διαγνωστικής και επεμβατικής) στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας.
2. Σφιγκτηροτομή, διαστολή χοληδόχου πόρου, αφαίρεση χοληδόχων, τοποθέτηση πλαστικών και μεταλλικών ενδοπροθέσεις (Stent) στα χοληφόρα, λιθοθρυψία
3. Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

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.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Γαστρεντερολόγου
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19
4. Εμπειρία σε διενέργεια τουλάχιστο 100 ECP εξετάσεων (δύναται να ζητηθεί σχετικό πιστοποιητικό από την Αναθέτουσα Αρχή)

O ΟΚΥπΥ δύναται να συμβληθεί με περισσότερους από ένα ιατρούς για καλύτερη και άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών.

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι ήδη υπηρετούν στον ΟΚΥπΥ μέσω αγοράς υπηρεσιών δεν μπορούν να αιτηθούν εκτός αν ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών.

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι υπηρετούν στον ΟΚΥπΥ, είτε μέσω συμβολαίου είτε μέσω αποσπάσεώς τους από το Υπουργείο Υγείας θα μπορέσουν να ξεκινήσουν την σύμβαση αγοράς υπηρεσιών μετά την επίσημη αποχώρηση ή αφυπηρέτησή τους από τον ΟΚΥπΥ.

**Έντυπο 1 - ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |
| 1. **Τηλέφωνο Επικοινωνίας:** |  |
| 1. **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:** |  |

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. **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.