

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.533  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 93/23 |

Λευκωσία, 24 Απριλίου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών από έμπειρο Ιατρικό Λειτουργό για τις ανάγκες παραμετροποίησης, ελέγχου και εφαρμογής λειτουργίας των ιατρικών υποσυστημάτων του νέου Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (ΟΠΣΥ) του ΟΚΥπΥ 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 έμπειρο Ιατρικό Λειτουργό για τις ανάγκες παραμετροποίησης, ελέγχου και εφαρμογής λειτουργίας των ιατρικών υποσυστημάτων του νέου Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (ΟΠΣΥ) του ΟΚΥπΥ

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **δώδεκα (12) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης ανά ένα (1) μήνα αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη και εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα έως Παρασκευή** με **ευέλικτο ωράριο από** τις **07:30π.μ.- 08:30π.μ. μέχρι 15:00μ.μ.-16:00μ.μ.** αντίστοιχα, εξαιρουμένων επίσημων αργιών.

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€7.000/μήνα**.

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 ή εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοβαθμίας των υποψηφίων, 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**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **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 03/05/2023 και ώρα 09:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Υπεύθυνος όλων των συνεργαζόμενων ομάδων συλλογής επιχειρησιακών απαιτήσεων που αφορούν ιατρικά συστήματα
2. Παροχή εμπειρογνωμοσύνης σε ιατρικά θέματα και διαδικασίες.
3. Αναθεώρηση ροών προς βελτίωση της εξυπηρέτησης του ασθενή
4. Καταρτισμός και συντονισμός ομάδων για την ανάλυση του προτεινόμενου συστήματος και παραμετροποίηση για εισαγωγή συμφωνά και με τις διαδικασίες και φιλοσοφία του Οργανισμού.
5. Συντονισμός εξωτερικών και εσωτερικών πόρων για την εναρμόνιση/συμμόρφωση του συστήματος συμφώνα με τις αρχικές προδιαγραφές, τις νέες προδιαγραφές που έχουν προκύψει με το ΓεΣΥ
6. Συμμετέχει στις συναντήσεις που εκτελούνται για συλλογή επιχειρησιακών αναγκών.
7. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και καθοδήγηση για την επιτυχή και πλήρη εφαρμογή του νέου συστήματος.
8. Καθορισμός του συνόλου δεδομένων που θα περιληφθούν στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή
9. Δημιουργία προτάσεων σχετικά με την βελτίωση των διαδικασιών που ακολουθούνται στην εξυπηρέτηση του ασθενή, αξιολόγηση και δοκιμή.
10. Συμμετοχή στις ομάδες πιλοτικής εφαρμογής και αξιολόγησης των συστημάτων.
11. Σημείο επαφής με το Υπουργείο Υγείας και την Εθνικής Αρχής Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΑΗΥ) για θέματα Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου και άλλων δράσεων του Υπουργείου σχετικά με τα ιατρικά συστήματα του Οργανισμού
12. Υποβάλει μηνιαία αναφορά προόδου των εργασιών που αφορούν τα ιατρικά συστήματα του ΟΠΣΥ
13. Εμπειρογνώμονας σχετικά με την αναδιοργάνωση και επανασχεδιασμό της λειτουργίας των ΤΑΕΠ Παγκύπρια με βάση την στρατηγική του Οργανισμού.
14. Προετοιμασία εκθέσεων και στατιστικών σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση στα ΤΑΕΠ.
15. Προτείνει και αξιολογεί αλλαγές στις διαδικασίες που εκτελούνται στα ΤΑΕΠ
16. Εκτελεί επιτόπιους ελέγχους για την εφαρμογή των διαδικασιών από τα ΤΑΕΠ
17. Υποβάλει μηνιαία αναφορά κατάστασης λειτουργίας των ΤΑΕΠ προς την διεύθυνση
18. 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.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
3. Πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και καλή γνώση της αγγλικής ή της γαλλικής ή της γερμανικής γλώσσας. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας ([www.psc.gov.cy](http://www.psc.gov.cy)).
4. Ιατρικός Λειτουργός με εμπειρία τουλάχιστον 10 χρόνων σε Νοσηλευτήριο μετά την απόκτηση της ειδικότητας
5. Εμπειρία τουλάχιστο 5 ετών σε Διευθυντική Θέση στον τομέα της Υγείας
6. Εμπειρία τουλάχιστον 3 ετών σε Τμήμα Αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ)

Για την τεκμηρίωση της πείρας ο υποψήφιος θα πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση απασχόλησης από προηγούμενους εργοδότες όπου θα αναγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα και οι ημερομηνίες εργοδότησης.

Προτεραιότητα θα δοθεί σε υποψηφίους που κατέχουν, πέραν των πιο πάνω απαιτούμενων προσόντων, επιπρόσθετη σχετική για τα σημεία 5 και 4 εμπειρία ως ακολούθως:

* Δίνεται 1 μονάδα για κάθε επιπλέον χρόνο τεκμηριωμένης εμπειρίας σε Διευθυντική Θέση στον τομέα της Υγείας ή/και σε Τμήμα Αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ).

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοβαθμίας των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία των ενδιαφερομένων.

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 18 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

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. **Διεύθυνση Διαμονής:** | Οδός: ……………………………………………………  Αριθμός: …………  T.K.: ……………  Πόλη/Χωριό: ……………………… |

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.

**Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**

**Προς Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

Εγώ ο/η …………………………………………………………………………… με αριθμό δελτίου ταυτότητας ……………………………….. δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω εργαστεί στο Υπουργείο Υγείας ή στον ΟΚΥπΥ μέχρι σήμερα συνολικά για ………………………………….. μήνες:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Θέση** | **Οργανισμός & Τμήμα** | **Από** | **Μέχρι** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

Υπογραφή: ……………………………. Ημερομηνία:……………………