

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.538  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 95/23 |

Λευκωσία, 08 Μαΐου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Αγορά Υπηρεσιών Χειρούργου Οφθαλμίατρου με εμπειρία στις υαλοειδεκτομές για τις ανάγκες του Νοσοκομείου Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ 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 Χειρούργου Οφθαλμίατρου με εμπειρία στις υαλοειδεκτομές για τις ανάγκες του Νοσοκομείου Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **ένα (1) χρόνο, με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμα ένα (1) χρόνο** αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκηκαι εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

Ο Ανάδοχος θα αποζημιώνεται με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Για κάθε επέμβαση **Υαλοειδεκτομής** (ZF-043 Vitrectomy), ο Ανάδοχος θα αποζημιώνεται με **€1.000 ανά επέμβαση**.
2. Σε περίπτωση περιστατικών που καταγράφονται στο Παράρτημα 1 και αφορούν σε επιπλοκές (α) **μετά από χειρουργείο** **Καταρράκτη ή/και** (β) **κατά την επέμβαση Υαλοειδεκτομής μετά από επέμβαση Καταρράκτη,** η αποζημίωση προς τον Ανάδοχο θα ανέρχεται στο **25%** των εκάστοτε καθορισμένων αποζημιώσεων των DRGs, με μέγιστο ποσό αμοιβής τα €1500.
3. Επιπρόσθετα, το κόστος των αναλωσίμων τα οποία θα παρέχει ο Ανάδοχος, και δεν εντάσσονται στον κατάλογο Ζ ή δεν τα παρέχει ο ΟΚΥπΥ, θα αποζημιώνονται κατόπιν προσκόμισης σχετικού παραστατικού με λεπτομερή καταγραφή των αναλωσίμων, περιλαμβανομένου:
   * 1. σχετικού αποδεικτικού χρήσης των αναλωσίμων (να διαφαίνεται το barcode του αναλωσίμου), και
     2. σχετικού τιμολογίου αγοράς των αναλωσίμων.

Η αποζημίωση του Αναδόχου περιλαμβάνει την αμοιβή του και τη χρήση του αναγκαίου εξοπλισμού (μηχάνημα Υαλοειδεκτομής) που θα παρέχεται από τον Ανάδοχο.

Ο Ανάδοχος εκτιμάται να καλείται περίπου μία φορά την εβδομάδα για διενέργεια επεμβάσεων, μη συμπεριλαμβανομένου των επειγόντων περιστατικών που πιθανόν να προκύψουν.

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 των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

**O ΟΚΥπΥ δύναται να συμβληθεί με περισσότερους από ένα χειρούργους οφθαλμίατρους για την καλύτερη και άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών.**

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 16/05/2023 και ώρα 11:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Εκτελεί Υαλοειδεκτομές και τα καθήκοντα που αναλύονται στο Έντυπο Εργασιών και Καθηκόντων (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**) που επισυνάπτεται στην παρούσα σύμβαση.
2. Κατά τις επεμβάσεις ο Ανάδοχος οφείλει να παρέχει τα απαραίτητα αναλώσιμα τα οποία δεν εντάσσονται στον κατάλογο Ζ, και τα οποία θα αποζημιώνονται επιπρόσθετα της αμοιβής βάσει των εκάστοτε καθορισμένων αποζημιώσεων των DRGs του ΟΑΥ. Επιπρόσθετα, ο Ανάδοχος θα πρέπει να υποβάλει σχετικό παραστατικό με λεπτομερή καταγραφή των εν λόγω αναλωσίμων.
3. Κατά τις επεμβάσεις ο Ανάδοχος οφείλει να παρέχει τον αναγκαίο εξοπλισμό (μηχάνημα Υαλοειδεκτομής) ο οποίος θα είναι συμβατός με αναλώσιμα του καταλόγου Ζ και θα είναι σε καλή κατάσταση. Το μηχάνημα θα παραμείνει στον χώρο του νοσοκομείου κατά την διάρκεια της σύμβασης.
4. Εκτελεί καθήκοντα της ειδικότητας του στο ΝΑΜ ΙΙΙ.
5. Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί.
6. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά με την ειδικότητά του καθήκοντα του ανατεθούν.

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 Χειρούργου Οφθαλμίατρου.
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχον έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19.
4. 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).

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

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 5 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι έχουν σε ισχύ σύμβαση αγοράς υπηρεσιών με τον ΟΚΥπΥ δεν μπορούν να αιτηθούν, εκτός αν ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο συγκεκριμένο τμήμα/μονάδα 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.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

**Έντυπο Εργασιών και Καθηκόντων**

1. Διενέργεια Οφθαλμολογικών επεμβάσεων, συμβατών με τον πιο κάτω πίνακα:

|  |  |
| --- | --- |
| **Α/Α** | **Οφθαλμολογική Επέμβαση** |
| 1 | Υαλοειδεκτομή και Ενδοφωτοπηξία Laser |
| 2 | Υαλοειδεκτομή και Μεμβρανεκτομή με Ενδολείζερ |
| 3 | Υαλοειδεκτομή και Αφαίρεση Επιωχρικής Μεμβράνης (Επιωχρική Μεμβράνη χωρίς πλήρη αποκόλληση υαλωδούς με αφαίρεση της έσω αφοριστικής Μεμβράνης) |
| 4 | Υαλοειδεκτομή και Ανάταξη Αμφίβληστροειδούς (Με αέριο ή σιλικόνη) |
| 5 | Υαλοειδεκτομή για θεραπεία πρωτογενούς αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς με παραγωγική υαλοειδο – αμφιβληστροειδοπάθεια – PVR (Με αέριο ή Σιλικόνη) |
| 6 | Υαλοειδεκτομή για θεραπεία υποτροπής επιπεπλεγμένης αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς με παραγωγική υαλοειδοαμφιβληστροειδοπάθεια – PVR (Με αέριο ή σιλικόνη) |
| 7 | Υαλοειδεκτομή, Μεμβρανεκτομή για ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς (Delamination) και ενδολειζερ για παραγωγική αμφιβληστοειδοπάθεια ψηλού κινδύνου με ή χωρίς σιλικόνη |
| 8 | Υαλοειδεκτομή με αφαίρεση ενδοβολβικού ξένου σώματος |
| 9 | Υαλοειδεκτομή με αφαίρεση ενδοβολβικού ξένου σώματος (Με αποκόλληση Αμφιβληστροειδούς ή αιμορραγία υαλωδους) |
| 10 | Υαλοειδεκτομή επιπλεγμένης Μετατραυματικής Αποκόλλησης Αμφιβληστροειδούς (Με αέριο ή Σιλικόνη) |
| 11 | Υαλοειδεκτομή με αφαίρεση πυρήνα ή Ψευδοφακού |
| 12 | Υαλοειδεκτομή με αφαίρεση πυρήνα ή Ψευδοφακού, με ένθεση ενδοφακού με σκληρική στήριξη |
| 13 | Αφαίρεση Ελαίου Σιλικόνης |
| 14 | Αφαίρεση Ελαίου Σιλικόνης σε συνδυασμό με καταρράκτη |
| 15 | Αφαίρεση Ελαίου Σιλικόνης με Αφαίρεση Επιαμφιβληστροειδικής Μεμβράνης |
| 16 | Αφαίρεση Ελαίου Σιλικόνης και Καταρράκτη με αφαίρεση Επιαμφιβληστροειδικής Μεμβράνης |
| 17 | Υαλοειδεκτομή για Αποκατάσταση οπης ώχρας κηλίδας (αφαίρεση έσω αφοριστικής μεμβράνης και αερίο) |
| 18 | Υαλοειδεκτομή και ενδουαλοειδική έγχυση αντιβιοτικών για ενδοφθαλμιτιδα |
| 19 | Υαλοειδεκτομή, Ενδουαλοειδική έγχυση TPA και αέριο για Μετατόπιση υποωχρικής Αιμορραγίας |
| 20 | Υαλοειδεκτομή, Ανασχηματισμός / Επιδιόρθωση Πρόσθιου Θαλάμου, Συρραφή Τραύματος |
| 21 | Υαλοειδεκτομή, Ιριδοπλαστική |

1. Οποιαδήποτε άλλη επέμβαση που αφορά επιπλοκή Καταρράκτη ή/και την Υαλοειδεκτομή μετά από επέμβαση Καταρράκτη.
2. Να εκπαιδεύει οφθαλμίατρους κατά την διάρκεια της εγχείρησης, τηρώντας πάντα την ασφάλεια των ασθενών.

**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:……………………