

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.616  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 13/24 |

Λευκωσία, 19 Ιανουαρίου 2024

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών εξειδικευμένου Λογοθεραπευτή για κάλυψη των αναγκών του Κέντρου για Παιδιά με Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (NDD) 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 εξειδικευμένου Λογοθεραπευτή για κάλυψη των αναγκών του Κέντρου για Παιδιά με Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (NDD) του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **έξι (6) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης για τρείς (3) + (3) μήνες αν εξακολουθεί τεκμηριωμένα να υφίσταται η ανάγκη και εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

1. **Αμοιβή Παραδοτέα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Κωδικός ΓεΣΥ** | **Εξειδικευμένη Θεραπεία και Αξιολόγηση για παιδιά με Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (NDD)** | **Ενδεικτικός Αριθμός ανά μήνα** | **Αμοίβή €** |
| SLP01 | Παροχή εξατομικευμένης και τεκμηριωμένης λογοθεραπευτικής παρέμβασης ή και συμβουλευτικής, με φυσική παρουσία του ασθενή ή αλλιώς, με βάση το σχέδιο θεραπείας αξιοποιώντας όλο το φάσμα υπηρεσιών και σύμφωνα με τα καθήκοντα επιμέλειας του Λογοπαθολόγου. Για δημιουργία ολοκληρωμένης εικόνας του κλινικού προφίλ δύναται να χρειάζεται παρακολούθηση του παιδιού στο σπίτι ή το σχολείο. | 80-100 | €20 |
| SLP02 | Λογοθεραπευτική αξιολόγηση ή ανίχνευση (είτε αυτή αφορά λόγο, ομιλία, επικοινωνία και γνωστικές λειτουργίες, είτε σίτιση και κατάποση) με βάση την κλινική του συμπτωματολογία, η οποία καταλήγει σε κλινική διάγνωση και καταρτισμό κατάλληλου για την περίπτωση σχεδίου θεραπείας και ετοιμασία σύντομης έκθεσης σύμφωνα με τα καθήκοντα επιμέλειας του λογοπαθολόγου. Απαιτείται να συμπληρωθεί και εγκριθεί το σχετικό ερωτηματολόγιο κατά την υποβολή της απαίτησης αποζημίωσης της εν λόγω δραστηριότητας. | 2 | €26 |
| SLP03 | Λογοθεραπευτική αξιολόγηση του ασθενή (είτε αυτή αφορά λόγο, ομιλία, επικοινωνία και γνωστικές λειτουργίες, είτε σίτιση και κατάποση) με βάση την κλινική του συμπτωματολογία, η οποία καταλήγει σε κλινική διάγνωση και καταρτισμό κατάλληλου για την περίπτωση σχεδίου θεραπείας και ετοιμασία έκθεσης, σύμφωνα με τα καθήκοντα επιμέλειας του λογοπαθολόγου. Απαιτείται να συμπληρωθεί και εγκριθεί το σχετικό ερωτηματολόγιο κατά την υποβολή της απαίτησης αποζημίωσης της εν λόγω δραστηριότητας. | 1 | €72 |

Στα πλαίσια θεραπείας του παιδιού ο Λογοθεραπευτής θα πρέπει να συμμετάσχει στην κλινική ομάδα με όλους τους λειτουργούς του Κέντρου για Παιδιά με Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (NDD) και όπου χρειάζεται σε πολυθεματική ομάδα (στο σχολείο φοίτησης του παιδιού ή στο Κέντρο) με σκοπό τη δημιουργία από κοινού πλάνου.

Ο Ανάδοχος θα πρέπει να συμπληρώνει το ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή στο σύστημα του ΓεΣΥ.

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 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. Έλενα Νεοφύτου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 891.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**e.neophytou@shso.org.cy**](mailto:e.neophytou@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 31/01/2024 και ώρα 10:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

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 €100.000**. 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:**

1. **Απαιτούμενα Προσόντα:**
2. Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν στην ειδικότητα της Λογοθεραπέιας
3. Πιστοποιητικό εγγραφής στο Μητρώο Λογοπαθολόγων Κύπρου
4. Ετήσια Άδεια άσκησης Επαγγέλματος Λογοθεραπευτή σε ισχύ
5. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19

**Προτεραιότητα θα δοθεί σε υποψηφίους που κατέχουν, πέραν των πιο πάνω απαιτούμενων προσόντων, σχετική εμπειρία ως ακολούθως:**

Τεκμηριωμένη πείρα με παιδιά και εφήβους με νευροαναπτυξιακές διαταραχές (NDD). 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.**

Οι υποψήφιοι θα βαθμολογηθούν βάσει τα χρόνια σχετικής πείρας τους:

* **Δίνεται 1 μονάδα για κάθε χρόνο σχετικής τεκμηριωμένης εμπειρίας**

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 24 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

Λογοθεραπευτές 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.

Λογοθεραπευτές 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 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 |  |  |  |  |

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