



Αθήνα, 07-04-2023

Αρ. Πρωτ.: 3025

Θέμα: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) για τη σύναψη συμβάσεων έργου με πέντε (5) Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων διάρκειας δύο (2) ετών, στο πλαίσιο της Β' Φάσης της πιλοτικής εφαρμογής του θεσμού του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.Μ.) στην Ελλάδα.

Ο Ελληνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

Έχοντας υπόψη:

1. την παρ. 10 του άρθρου 27 του ν. 3984/2011 (ΦΕΚ Α'150/27.6.2011) «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν. 4737/2020 και ισχύει,
2. το Π.Δ. 6/2001 «Κανονισμός λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων»,
3. το Π.Δ. 93/2002 «Προσόντα και καθήκοντα Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων»,
4. την ανάγκη αύξησης των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων μέσω του έγκαιρου εντοπισμού δυνητικών δοτών και της μεγιστοποίησης της αξιοποίησης των διαθέσιμων μοσχευμάτων σε νοσοκομειακό περιβάλλον,
5. το γεγονός ότι η δαπάνη για την σύναψη της συγκεκριμένης σύμβασης έργου, θα προέλθει από δωρεά του Ιδρύματος Ωνάση,
6. το υπ' αριθμ. 2296/17-03-2023 αίτημα του Ε.Ο.Μ. προς το Υπουργείο Υγείας για την έγκριση σύναψης σύμβασης έργου με πέντε (5) Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων διάρκειας δύο (2) ετών,
7. την υπ' αριθμ. Γ4β/16702/07-04-2023 Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας, κας. Α. Γκάγκα για την έγκριση συνεργασίας του Ε.Ο.Μ. με επτά (7) Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου παροχής υπηρεσιών για δύο (2) έτη με κάλυψη της δαπάνης από δωρεά του Ιδρύματος Ωνάση,
8. το γεγονός ότι στον τριτοβάθμιο λογαριασμό Ε.Λ.Π. 64.01.01 του προϋπολογισμού εξόδων του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων του οικονομικού έτους 2023 περιλαμβάνονται δαπάνες για επτά (7) τοπικούς συντονιστές μεταμοσχεύσεων σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας στο πλαίσιο της πιλοτικής εφαρμογής του θεσμού του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.Μ.) στην Ελλάδα,
9. την υπ' αριθ. Ε.Ο.Μ. 305/13-01-2023 Απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης/Δέσμευσης (ΑΔΑ: ΨΩΛΨ465ΓΛΖ-ΩΙ9) σε βάρος πίστωσης του λογαριασμού Ε.Λ.Π. 64.01.01 του προϋπολογισμού εξόδων του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων του οικονομικού έτους 2023,

Υπουργείο Υγείας



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

καλεί τους ενδιαφερόμενους για τη σύναψη σύμβασης έργου σύμφωνα με την παρ. 10 του άρθρου 27 του ν. 3984/2011, όπως προστέθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν. 4737/2020, ως κάτωθι:

Κωδικός θέσης	Ειδικότητα	Σχέση εργασίας	Συνολικός αριθμός θέσεων	Διάρκεια σύμβασης	Τόπος εργασίας
A1	ΠΕ Ιατρικής (ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας, Νεφρολογίας ή Γαστρεντερολογίας ή Ουρολογίας ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής ή Γενικής Ιατρικής ή Χειρουργικής) ή ΠΕ Νοσηλευτικής ή ΤΕ Νοσηλευτικής	Σύμβαση έργου (καθεστώς έκδοσης δελτίου ΑΠΥ)	Πέντε (5)	Δύο (2) έτη	Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ.

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ

Ο Ελληνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.), στο πλαίσιο ανάληψης πρωτοβουλιών για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας και αποσκοπώντας κατά προτεραιότητα στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων μέσω του έγκαιρου εντοπισμού δυνητικών δοτών και της μεγιστοποίησης της αξιοποίησης των διαθέσιμων μοσχευμάτων σε νοσοκομειακό περιβάλλον, αποφάσισε την υλοποίηση σχετικής δράσης στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται η πιλοτική εφαρμογή στη χώρα μας του θεσμού του **Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.Μ.)**. Η δράση αποσκοπεί: i) στη διερεύνηση και αξιολόγηση των δυνατοτήτων θεσμοθέτησης στη χώρα μας του διεθνώς δοκιμασμένου θεσμού του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και ii) στον προσδιορισμό του ρόλου, των αρμοδιοτήτων και του πλαισίου απασχόλησης των Τοπικών Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας. Η δράση σχεδιάστηκε κατόπιν συνεργασίας του Ε.Ο.Μ. με το Ίδρυμα Ωνάση, υλοποιείται από τον Ε.Ο.Μ. και χρηματοδοτείται μέσω

Υπουργείο Υγείας

**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

δωρεάς του Ιδρύματος Ωνάση. Στο πλαίσιο αυτό, το ΔΣ του Οργανισμού με απόφασή του, αποδέχθηκε πρόταση δωρεάς του Ιδρύματος Ωνάση για την κάλυψη του κόστους των συμβάσεων μίσθωσης έργου με τον Ε.Ο.Μ. επτά (7) Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων αρχικά για ένα (1) έτος (Α' Φάση), οι οποίοι τοποθετήθηκαν σε επτά (7) μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και κάλυψαν τις ανάγκες των νοσοκομείων τοποθέτησης και πρόσθετων δημόσιων νοσοκομείων σε εύλογη απόσταση από τα νοσοκομεία τοποθέτησής τους.

Με την παρούσα πρόσκληση ξεκινά η υλοποίηση της Β' Φάσης διάρκειας δύο (2) ετών της πιλοτικής εφαρμογής του θεσμού των Τ.Σ.Μ. στην Ελλάδα, η οποία, όπως και η Α' Φάση, υλοποιείται από τον Ε.Ο.Μ. και χρηματοδοτείται μέσω δωρεάς του Ιδρύματος Ωνάση.

Το αντικείμενο του έργου των τοπικών συντονιστών συνίσταται στον έγκαιρο εντοπισμό δυνητικών δοτών εντός του νοσοκομείου, την καταγραφή των εγκεφαλικών θανάτων, την ενημέρωση και την κινητοποίηση του προσωπικού του νοσοκομείου σε θέματα μεταμοσχεύσεων, τη συντήρηση και προετοιμασία του δυνητικού δότη οργάνων, την επικοινωνία με την οικογένειά του για τη λήψη της σχετικής συναίνεσης και το σύνολο της επικοινωνίας με τον Ε.Ο.Μ. και τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων για τον συντονισμό της αφαίρεσης των οργάνων, έτσι ώστε το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου να αποφορτιστεί από την απαιτητική και πολύωρη αυτή διαδικασία. Επιπλέον, οι τοπικοί συντονιστές καταγράφουν παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να δυσχεραίνουν την ανεύρεση και αξιοποίηση δυνητικών δοτών αλλά και των προσφερόμενων μοσχευμάτων και προτείνουν κατάλληλες λύσεις.

Η δράση αποτελεί πιλοτική εφαρμογή του θεσμού του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.Μ.) για πρώτη φορά στην Ελλάδα, κατά το πρότυπο της Ισπανίας και άλλων χωρών με υψηλούς δείκτες δωρεάς οργάνων και μεταμοσχεύσεων. Οι τοπικοί συντονιστές της δράσης έχουν ευρύ, πολυδιάστατο και αποκλειστικό αντικείμενο, που αφορά στις μεταμοσχεύσεις και διακρίνονται πλήρως από τους υπάρχοντες τοπικούς συντονιστές μεταμοσχεύσεων των ΜΕΘ, οι οποίοι ασκούν πρωτίστως τις αρμοδιότητες των οργανικών τους θέσεων στο νοσοκομείο και συμπληρωματικά μόνο παρέχουν περιορισμένες και συγκεκριμένες υπηρεσίες κατά τη διαδικασία συντονισμού των μεταμοσχεύσεων.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ. καθορίστηκαν οι βασικοί «Όροι απασχόλησης τοπικών συντονιστών μεταμοσχεύσεων του Ε.Ο.Μ. σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα» για την υλοποίηση της παρούσας δράσης (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ).

Εφόσον κριθεί σκόπιμο από τον Ε.Ο.Μ., ένας τοπικός συντονιστής θα δύναται να καλύψει τις ανάγκες όχι μόνο του νοσοκομείου υποδοχής αλλά και ενός ακόμη δημόσιου νοσοκομείου χωροθετημένου σε εύλογη απόσταση από το νοσοκομείο υποδοχής. Στην περίπτωση αυτή, περιλαμβάνεται στη σύμβαση με τον αντίστοιχο τοπικό συντονιστή όρος που αναφέρει το πρόσθετο νοσοκομείο, την ευρύτερη περιοχή, στην οποία θα είναι χωροθετημένο.

Υπουργείο Υγείας

**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 – 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

Οι τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων που θα επιλεγούν, θα υπογράψουν σύμβαση διάρκειας δύο (2) ετών με τον Ε.Ο.Μ.

Οι τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων που θα επιλεγούν, θα εκπαιδεύονται με ευθύνη του Ε.Ο.Μ., πριν την τοποθέτησή τους στα νοσοκομεία υποδοχής, εφόσον δεν έχουν απασχοληθεί ως Τ.Σ.Μ. στην Α' Φάση της πιλοτικής εφαρμογής. Η διάρκεια της εκπαίδευσης δεν ξεπερνά τις 15 εργάσιμες ημέρες και περιλαμβάνεται στη διάρκεια της διετούς σύμβασης που θα συνάψουν με τον Ε.Ο.Μ.

Η διαδικασία σύναψης των συμβάσεων μίσθωσης έργου θα ακολουθήσει τα προβλεπόμενα στην παρ. 10 άρθρο 27 ν. 3984/2011, όπως προστέθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν. 4737/2020.

Δικαίωμα υποβολής αίτησης έχουν ιατροί ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας, Νεφρολογίας ή Γαστρεντερολογίας ή Ουρολογίας ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής ή Γενικής Ιατρικής ή Χειρουργικής και νοσηλευτές/τριες ΠΕ ή ΤΕ.

2. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ – ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Α) Για τους υποψήφιους ιατρούς τα απαραίτητα προσόντα για τη συμμετοχή στην πρόσκληση είναι τα εξής:

1	Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής
2	Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
3	Εγγραφή μέλους Ιατρικού συλλόγου
4	Εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους στην ιατρική. Η εμπειρία λαμβάνεται υπόψη μετά την άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5	Τίτλος ιατρικής ειδικότητας (Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας, Νεφρολογίας ή Γαστρεντερολογίας ή Ουρολογίας ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής ή Γενικής Ιατρικής ή Χειρουργικής)

Β) Για τους υποψήφιους νοσηλευτές τα απαραίτητα προσόντα για τη συμμετοχή στην πρόσκληση είναι τα εξής:

1	Πτυχίο ή δίπλωμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής εκπαίδευσης της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής
2	Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτή/τριας

Υπουργείο Υγείας



ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

3	Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.), για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά
4	Εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους στη νοσηλευτική. Η εμπειρία λαμβάνεται υπόψη μετά την κτήση της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

3. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ - ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Οι υποψήφιοι, οι οποίοι καλύπτουν τα απαραίτητα προσόντα, εν συνεχεία θα βαθμολογηθούν ως κάτωθι:

ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

	ΠΡΟΣΟΝΤΑ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1	α) Εργασιακή εμπειρία Ως βαθμολογούμενη εμπειρία για τις προκηρυσσόμενες θέσεις νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ή έργα συναφή με το αντικείμενο: i) της ιατρικής για τους ιατρούς με ειδικότητα, μετά την κτήση της άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, ii) της νοσηλευτικής για τους ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτές, μετά την κτήση της άδειας άσκησης επαγγέλματος. β) Ειδική εργασιακή εμπειρία Ως βαθμολογούμενη ειδική εμπειρία για τις προκηρυσσόμενες θέσεις νοείται η συμμετοχή στην Α' Φάση υλοποίησης της πιλοτικής εφαρμογής του θεσμού του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.Μ.).	5 μόρια/μήνα έως 84 μήνες 25 μόρια/μήνα
	*Το σύνολο της εμπειρίας (εργασιακή εμπειρία και ειδική εργασιακή εμπειρία) δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 84 μήνες	
2	α. Διδακτορικός τίτλος στην ιατρική / νοσηλευτική β. Διδακτορικός τίτλος στις μεταμοσχεύσεις οργάνων	120 μόρια 180 μόρια
3	α. Μεταπτυχιακός τίτλος στην ιατρική / νοσηλευτική	70 μόρια

Υπουργείο Υγείας



ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 – 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

	β. Μεταπτυχιακός τίτλος στις μεταμοσχεύσεις οργάνων	100 μόρια
4	Γνώση αγγλικής γλώσσας	
	α. Άριστη γνώση	40 μόρια
	β. Πολύ καλή γνώση	30 μόρια
	γ. Καλή γνώση	20 μόρια
	* Για καθένα από τα προσόντα 2, 3 και 4 οι υποψήφιοι θα βαθμολογηθούν ΜΟΝΟ για τον τίτλο με τα περισσότερα μόρια, από το σύνολο των τίτλων που διαθέτουν.	
5	Συνέντευξη	400 μόρια

Πρόσθετα ουσιαστικά προσόντα που θα συνεκτιμηθούν μέσω συνέντευξης.

Θα συνεκτιμηθούν προσόντα όπως η ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας, η ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και ευθυνών, η οργανωτικότητα και αποτελεσματικότητα (μέγιστο μορίων 400).

Οι θεματικές ενότητες αξιολόγησης των υποψηφίων έχουν ως εξής :

Α. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Β. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΙΝΗΤΡΟ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Γ. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Δ. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ

Κατά τη συνέντευξη όλοι οι υποψήφιοι απαντούν σε όμοιες ή παρεμφερείς ερωτήσεις που σχετίζονται με την περιγραφή και το αντικείμενο της θέσης εργασίας, τις απαιτούμενες γνώσεις, ικανότητες ή δεξιότητες και αξιολογούνται στις παραπάνω θεματικές ενότητες.

Η Επιτροπή που θα διενεργήσει την συνέντευξη ορίζεται με απόφαση του ΔΣ του Ε.Ο.Μ.. Μετά τη διενέργεια των συνεντεύξεων η εν λόγω επιτροπή καταρτίζει πίνακα κατάταξής τους κατά αξιολογική σειρά.

Υπουργείο Υγείας

**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

4. ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Οι προϋποθέσεις όλων των υπαρχόντων, αναφερομένων και υποβαλλομένων προσόντων από τους υποψηφίους θα πρέπει να συντρέχουν κατά το χρόνο κατάθεσης της αίτησης, λαμβανομένου δε ιδιαίτερως υπόψη ότι ο εκάστοτε υποψήφιος μαζί με την υποβολή της αίτησής του, υπογράφει για την ορθότητα των υποβληθέντων και επικαλουμένων υπ' αυτόν στοιχείων.

Επισημαίνεται ότι υποψήφιοι, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα υποχρεωτικά απαιτούμενα προσόντα, θα αποκλείονται αυτομάτως από την περαιτέρω διαδικασία αξιολόγησης.

5. ΕΠΙΛΟΓΗ – ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ

Τα πέντε (5) νοσοκομεία υποδοχής εντάσσονται σε χωρικές ενότητες ως κάτωθι:

1. ΑΤΤΙΚΗ

α. Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

β. Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

γ. Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

2. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

3. ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Κάθε υποψήφιος με την αίτησή του δηλώνει υποχρεωτικά μια (1) χωρική ενότητα προτίμησης. Οι υποψήφιοι αξιολογούνται, βαθμολογούνται και κατατάσσονται ανά χωρική ενότητα.

Στη χωρική ενότητα των Ιωαννίνων, ο πρώτος σε κατάταξη υποψήφιος καταλαμβάνει τη σχετική θέση.

Με απόφαση του Ε.Ο.Μ. καθορίζεται το νοσοκομείο τοποθέτησης του κάθε Τ.Σ.Μ. στις χωρικές ενότητες Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Τυχόν κενή θέση σε μία χωρική ενότητα που προκύπτει από την εφαρμογή της ανωτέρω διαδικασίας, καλύπτεται από τους υπόλοιπους υποψήφιους της χωρικής ενότητας, σύμφωνα με τη σειρά κατάταξής τους.

Υπουργείο Υγείας



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 – 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

6. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στον επίσημο ιστότοπο του Ε.Ο.Μ. Οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν τις αιτήσεις τους, όπως ορίζεται ανωτέρω στην παρούσα πρόσκληση, μετά όλων των απαιτούμενων δικαιολογητικών.

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων αρχίζει από την επόμενη ημέρα της δημοσίευσης της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ. και λήγει την **Τετάρτη 19 Απριλίου 2023**.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος (σε κλειστό φάκελο) είτε αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στη Γραμματεία του Ε.Ο.Μ., Αν. Τσόχα 5, ΤΚ 11521 Αθήνα. Ο φάκελος θα πρέπει να φέρει το υπόδειγμα εξωτερικής σήμανσης, όπως αποτυπώνεται παρακάτω. Η υπηρεσία θα λειτουργεί καθημερινά, Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 9:00 έως τις 14:00 για την παραλαβή των αιτήσεων.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ

Ελληνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)

Αν. Τσόχα 5, Αθήνα ΤΚ 11521

Για την:

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος με αριθμ. πρωτ. /

Στοιχεία αποστολέα:

ΝΑ ΜΗΝ ΑΝΟΙΧΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ή ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Συμπληρωματικές ή/και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από το Τμήμα Β' Διοικητικού – Οικονομικού του Ε.Ο.Μ. στα τηλέφωνα 213 2027019, - 025, -026, 029, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00-15:00.

7. ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Οι συμβαλλόμενοι με τον Ε.Ο.Μ. θα απασχοληθούν με σύμβαση έργου διάρκειας δύο (2) ετών, με άμεση έναρξη. Το σύνολο της αμοιβής, συμπεριλαμβανομένων όλων των προβλεπόμενων κρατήσεων – εισφορών, ανέρχεται στο ποσό των 25.714,28€ ανά έτος και οι πληρωμές από τον Ε.Ο.Μ. θα γίνονται βάσει παραδοτέων που θα περιγράφονται στη σύμβαση και μέσω της έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

Υπουργείο Υγείας

**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

8. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι). Η αίτηση - δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 για τη μη καταδίκη, παραπομπή, στερητική δικαστική συμπαράσταση κτλ του/της υποψηφίου/ιας.
3. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.
4. Αντίγραφο Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών καθώς και βεβαίωση από το Πανεπιστήμιο που να καθορίζει το γνωστικό αντικείμενο αυτών ή την απαιτούμενη εξειδίκευση από την πρόσκληση, εφόσον τούτο δεν προκύπτει σαφώς από τους προσκομιζόμενους τίτλους. Σε περίπτωση Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.



5. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή επαγγέλματος Νοσηλεύτη - Νοσηλεύτριας.
6. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας για τους υποψήφιους γιατρούς.
7. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο για τους υποψήφιους γιατρούς ή βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) για τους υποψηφίους νοσηλευτές.
8. Αντίγραφο πιστοποιητικού γλωσσομάθειας (βλ. ιστοσελίδα του ΑΣΕΠ <http://www.asep.gr> στη διαδρομή Πολίτες > Έντυπα/Διαδικασίες > Απόδειξη γλωσσομάθειας)
9. Βεβαίωση προϋπηρεσίας του εργοδότη ή του αντίστοιχου ασφαλιστικού φορέα για την απόδειξη εμπειρίας στο γνωστικό αντικείμενο της θέσης ή Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II).
10. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο του Δικαιώματος Άδειας Εργασίας στην Ελλάδα.

9. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η αξιολόγηση των αιτήσεων θα γίνει από την Επιτροπή Αξιολόγησης, η οποία ορίζεται από το ΔΣ του Ε.Ο.Μ. Η Επιτροπή θα αξιολογήσει τους υποψηφίους σύμφωνα με τον ανωτέρω πίνακα βαθμολόγησης κριτηρίων της παρούσας πρόσκλησης και θα καταρτίσει σχετικούς προσωρινούς πίνακες επιτυχόντων, επιλαχόντων και απορριπτέων, οι οποίοι θα δημοσιοποιηθούν με ανάρτησή τους στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ..

Κατά των ανωτέρω προσωρινών πινάκων προσληπτέων δύναται να ασκηθεί ένσταση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία πέντε (5) εργάσιμων ημερών, που αρχίζει από την επόμενη της ημερομηνίας δημοσίευσης/ ανάρτησής τους στο διαδικτυακό τόπο του Ε.Ο.Μ.. Η ένσταση αποστέλλεται αποκλειστικά με συστημένη επιστολή απευθείας στον Ελληνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Αν, Τσόχα 5, Αθήνα 11521). Ο φάκελος θα πρέπει να φέρει την ένδειξη «**Ένσταση για την υπ' αριθμ 3025/07-04-2023 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος**». Το εμπρόθεσμο της ένστασης κρίνεται από την ημερομηνία ταχυδρομικής αποστολής του φακέλου.

Οι ενστάσεις εξετάζονται από την αρμόδια Επιτροπή Ενστάσεων που ορίζεται από το Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.. Μετά την πάροδο της ανωτέρω προθεσμίας ή τον έλεγχο και αποδοχή ή απόρριψη των ενστάσεων,

Υπουργείο Υγείας



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

οριστικοποιείται ο πίνακας κατάταξης και ο πίνακας επιτυχόντων με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Η διαδικασία της αξιολόγησης θα ολοκληρωθεί με ανάρτηση, στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ., οριστικού πίνακα επιτυχόντων, επιλαχόντων και απορριπτέων. Όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν ατομικά. Επισημαίνεται ότι υποψήφιοι, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα, θα αποκλείονται αυτομάτως από την περαιτέρω διαδικασία αξιολόγησης.

Με την υποβολή των αιτήσεων εκδήλωσης ενδιαφέροντος, οι ενδιαφερόμενοι αποδέχονται πλήρως τους όρους της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, καθώς και ότι η διαδικασία δύναται με απόφαση της αναθέτουσας αρχής να διακοπεί, αναβληθεί ή επαναληφθεί με τα ίδια ή και άλλο περιεχόμενο χωρίς να μπορεί να υπάρξει οιαδήποτε αξίωση των ενδιαφερομένων έναντι της αναθέτουσας αρχής.

Ο Πρόεδρος του ΔΣ του Ε.Ο.Μ.

Καθηγητής Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης

Υπουργείο Υγείας



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΘΕΣΗΣ

ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΧΩΡΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ:

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα πατρός :

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail :

Ημερομηνία γέννησης :

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:/...../2023

Ονοματεπώνυμο

Υπουργείο Υγείας

**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

Υπογραφή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II**ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – ΕΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ**

Ως εμπειρία νοείται η απασχόληση που έχει αποκτηθεί στην ημεδαπή ή αλλοδαπή με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ή έργα, των αντικειμένων που περιγράφονται για τη θέση. Η εμπειρία λαμβάνεται υπόψη μετά τη κτήση της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Τα δικαιολογητικά τα οποία απαιτούνται κατά περίπτωση, για την απόδειξη του γνωστικού αντικείμενου και της χρονικής διάρκειας της εμπειρίας, είναι τα εξής:

1. Για τους μισθωτούς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα

Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, από την οποία να προκύπτει η χρονική διάρκεια της ασφάλισης.

Οι μισθωτοί του δημοσίου τομέα μπορούν, εναλλακτικά, αντί της βεβαίωσης του ασφαλιστικού φορέα, να προσκομίσουν βεβαίωση του οικείου φορέα του δημοσίου τομέα, από την οποία να προκύπτει η χρονική διάρκεια και το αντικείμενο της ανωτέρω εμπειρίας καθώς και οι υπηρεσιακές μονάδες που διανύθηκε αυτή.

Ειδικότερα, για τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα, εφόσον από την βεβαίωση του ασφαλιστικού φορέα δεν προκύπτει το αντικείμενο της εμπειρίας, δύναται να προσκομίσουν σχετική βεβαίωση εργοδότη με σαφή περιγραφή της θέσης.

2. Για τους λοιπούς ελεύθερους επαγγελματίες

- Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία να αναγράφεται η χρονική διάρκεια της ασφάλισης,

και

- Μια τουλάχιστον σχετική σύμβαση ή δελτία παροχής υπηρεσιών, που να καλύπτουν ενδεικτικώς τη χρονική διάρκεια και το αντικείμενο της εν λόγω εμπειρίας.

Όταν η εμπειρία έχει αποκτηθεί στην αλλοδαπή

Για εμπειρία η οποία έχει αποκτηθεί στην αλλοδαπή επιπλέον των λοιπών δικαιολογητικών που απαιτούνται από τις ανωτέρω, κατά περίπτωση, παραγράφους ο υποψήφιος προσκομίζει:

Όταν κατά το ισχύον νομικό καθεστώς του κράτους η ασφάλιση των εργαζομένων για συγκεκριμένο επάγγελμα ή συγκεκριμένη σχέση εργασίας είναι υποχρεωτική:

- Βεβαίωση του εργοδότη στον οποίο απασχολήθηκε, στην οποία να αναφέρεται η χρονική διάρκεια και το είδος της απασχόλησης του ενδιαφερομένου και
- Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού οργανισμού, είτε πρόκειται για αμιγώς κρατική ή αμιγώς ιδιωτική ή μικτή ασφάλιση, για τη χρονική διάρκεια της απασχόλησης του ενδιαφερομένου.

Υπουργείο Υγείας



ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 – 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

Όταν κατά το ισχύον νομικό καθεστώς του κράτους η ασφάλιση των εργαζομένων για συγκεκριμένο επάγγελμα ή συγκεκριμένη σχέση εργασίας είναι μη υποχρεωτική:

- Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους στο οποίο απασχολήθηκε ότι η ασφάλιση για το συγκεκριμένο επάγγελμα ή τη συγκεκριμένη σχέση εργασίας δεν είναι υποχρεωτική, κατά τη νομοθεσία του κράτους τούτου.
- Βεβαίωση του εργοδότη στον οποίο απασχολήθηκε, στην οποία να αναφέρεται η χρονική διάρκεια και το είδος της απασχόλησης του ενδιαφερομένου.

Όταν ο χρόνος εμπειρίας έχει διανυθεί σε υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα της αλλοδαπής μπορεί να αποδεικνύεται και με βεβαίωση του αντίστοιχου δημόσιου φορέα.

Στις περιπτώσεις εργαζομένων σε κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την αναγνώριση τυχόν προϋπηρεσίας εφαρμόζονται τα ισχύοντα περί δικαιώματος άσκησης επαγγέλματος στο κράτος – μέλος που παρασχέθηκε η εργασία. Για την αξιολόγηση αυτής απαιτείται η προσκόμιση σχετικής βεβαίωσης από το αρμόδιο κατά νόμο όργανο του κράτους – μέλους προέλευσης.

Τα δικαιολογητικά του υποψηφίου, ο οποίος επικαλείται εμπειρία που αποκτήθηκε στο εξωτερικό, θα πρέπει να συνοδεύονται εκτός από τα ευκρινή φωτοαντίγραφα από αντίγραφα εγγράφων που έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο και από επίσημη μετάφρασή τους στην ελληνική γλώσσα.

Υπουργείο Υγείας



ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000**FAX:** 210 6475818**EMAIL:** hellenictransplantorg@gmail.com**WEB:** www.eom.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΟΡΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΤΟΠΙΚΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Μ. ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Οι Τοπικοί Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων (ΤΣΜ) του Ε.Ο.Μ.:

1. Είναι ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων ή νοσηλευτές/τριες ΠΕ ή ΤΕ, που συμβάλλονται με τον Ε.Ο.Μ. με σύμβαση μίσθωσης έργου, μετά από διαδικασία επιλογής βάσει τυπικών και ουσιαστικών προσόντων.
2. Τοποθετούνται σε Νοσοκομεία με Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), κατόπιν πρότασης του Ε.Ο.Μ. και απόφασης του ΔΣ των Νοσοκομείων και κατόπιν σχετικής εκπαίδευσής τους από τον Ε.Ο.Μ.
3. Μισθοδοτούνται εξ ολοκλήρου από τον Ε.Ο.Μ.. Το Νοσοκομείο δεν έχει καμία υποχρέωση μισθοδοσίας, αποζημίωσης ή κάλυψης εξόδων των ΤΣΜ.
4. Τελούν υπό την εποπτεία του Διευθυντή της ΜΕΘ και ευρίσκονται σε άμεση συνεργασία με αυτόν και αναφέρονται απ' ευθείας στον Διοικητή και στον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου καθώς και στον Ε.Ο.Μ.
5. Συνεργάζονται στενά με τους υπάρχοντες Τοπικούς Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων της ΜΕΘ του Νοσοκομείου, οι οποίοι εξακολουθούν να διατηρούν το ρόλο και τις αρμοδιότητες τους περί των διαδικασιών δωρεάς οργάνων. Σε περίπτωση δότη οργάνων ο ΤΣΜ του Ε.Ο.Μ., σε συνεργασία και συνεννόηση μαζί τους, συντονίζει το περιστατικό με σκοπό την αποφόρτιση των ΤΣΜ της ΜΕΘ.
6. Ως παραδοτέα οι ΤΣΜ, συντάσσουν και παραδίδουν προς τον Ε.Ο.Μ. μηνιαίο απολογισμό δραστηριοτήτων εντός του Νοσοκομείου, όπως περιγράφεται στη σύμβασή τους. Το παραδοτέο κοινοποιείται στον Διοικητή, τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και τον Διευθυντή της ΜΕΘ του Νοσοκομείου και σύμφωνα με τα όσα ορίζονται σχετικά με την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
7. Οι αρμοδιότητες τους σχετίζονται αποκλειστικά με τις διαδικασίες περί τη δωρεά οργάνων και δεν απασχολούνται στη νοσηλεία ασθενών και σε λοιπές δραστηριότητες του Νοσοκομείου.
8. Η παρουσία τους στο Νοσοκομείο είναι 5νθήμερη πρωινή. Στις 5 ημέρες εργασίας υπολογίζεται και η παρουσία τους μετά από Γενικές Εφημερίες με σκοπό τον άμεσο

Υπουργείο Υγείας



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΑΝ. ΤΣΟΧΑ 5 - 11521 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 2132027000

FAX: 210 6475818

EMAIL: hellenictransplantorg@gmail.com

WEB: www.eom.gr

εντοπισμό εισαγωγών ασθενών με βαριά εγκεφαλική βλάβη. Δύνανται να απουσιάζουν σε περιπτώσεις υπερεργασίας λόγω διαδικασιών δωρεάς οργάνων προκειμένου να αναπαύονται.

9. Οι ΤΣΜ είναι σε ετοιμότητα 24/24ωρο 365 ημέρες το χρόνο σχετικά με διαδικασίες δωρεάς οργάνων και σύμφωνα με τις αρμοδιότητές τους.

Το Νοσηλευτικό Ίδρυμα όπου απασχολούνται οι ΤΣΜ του Ε.Ο.Μ.:

1. Δύνανται να τους τοποθετεί σε κλινική σχετική με το αντικείμενο της δωρεάς οργάνων (ΜΕΘ / ΤΕΠ/ Νευροχειρουργική), παρά ταύτα οφείλει να τους παρέχει πρόσβαση σε όλες τις κλινικές που ενδέχεται να υπάρχει δυνητικός δότης οργάνων.
2. Θα πρέπει να παρέχει στον ΤΣΜ πρόσβαση σε υπολογιστή και γραφειακό χώρο.
3. Θα πρέπει να επιτρέπει στους ΤΣΜ θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αρχεία και ιατρικούς φακέλους ασθενών για την παρακολούθηση περιστατικών που ενδέχεται να εξελιχθούν σε δυνητικούς δότες. Η πρόσβαση στα αρχεία γίνεται σε συνεργασία με τους ιατρούς της κλινικής ή κατόπιν ενημέρωσης του Διευθυντή της εκάστοτε κλινικής και με τον απαραίτητο σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο και τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.
4. Θα πρέπει να φροντίσει να γνωστοποιήσει την ύπαρξη, τις αρμοδιότητες και τα στοιχεία επικοινωνίας του ΤΣΜ του Ε.Ο.Μ. σε όλες τις Κλινικές, Εργαστήρια, και τις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, προκειμένου να διευκολύνει το έργο του και τη συνεργασία του μαζί τους.