

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : «Δείκτες νοσηρότητας και υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε  
διασυνοριακούς νομούς της Βόρειας Ελλάδας»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΣΠΑΣΙΑ ΒΑΓΓΗ  
ΓΡΗΓΟΡΙΑ ΤΑΡΑΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

2004

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	9
“ΔΕΙΚΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΦΛΩΡΙΝΑΣ” .....	9
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.2 ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ – ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ .....	12
1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.....	18
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1 .....	22
ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	24
“ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΚΑΙ ΕΒΡΟΥ” .....	24
2.1 ΓΕΝΙΚΑ .....	24
2.2 ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ .....	25
2.3 ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ.....	26
2.4 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ .....	27

<b>2.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ.....</b>	<b>28</b>
<b>2.6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ .....</b>	<b>28</b>
<b>2.6.1 ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ.....</b>	<b>28</b>
<b>2.6.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΘΟΥΣ.....</b>	<b>28</b>
<b>2.6.3 ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ .....</b>	<b>29</b>
<b>2.6.4 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ .....</b>	<b>29</b>
<b>2.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....</b>	<b>29</b>
<b>2.8 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕΡΡΩΝ.....</b>	<b>29</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 2 .....</b>	<b>32</b>
<b>ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....</b>	<b>32</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> .....</b>	<b>35</b>
<b>“ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΣΕΡΡΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ &amp; ΕΒΡΟΥ” .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 ΓΕΝΙΚΑ .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ.....</b>	<b>38</b>
<b>3.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α &amp; Ε.....</b>	<b>39</b>

3.4.1.1. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΝΤΙ-ΗΑΝ	40
3.4.1.2. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΝΤΙ-ΗΕΝ	41
3.4.1.3. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	42
3.4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, C	42
3.5 AIDS	44
3.6 ΛΟΙΜΩΔΗ	46
3.6.1 ΕΡΥΘΡΑ	46
3.6.2 ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ	46
3.6.3 ΙΛΑΡΑ	47
3.7 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΕΣ	48
3.8 ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ	51
3.9 ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	52
3.10 ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΟΙ	54
3.11 ΑΦΘΩΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ (FOOT AND MOUTH DISEASE) ΚΑΙ ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΩΝ (SHEEP POX, GOAT POX) ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ	70
3.11.1 ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΩΝ	71
3.11.2 ΑΦΘΩΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ (FOOT AND MOUTH DISEASE – FIEVRE ARHTHEUESE)	73
3.12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΣΕΡΡΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΕΒΡΟΥ	77

<b>3.12.1 ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>77</b>
<b>3.12.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ .....</b>	<b>79</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 3 .....</b>	<b>83</b>
<b>ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....</b>	<b>83</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> .....</b>	<b>100</b>
<b>“ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΦΛΩΡΙΝΑΣ” .....</b>	<b>100</b>
<b>4.1 ΘΩΡΑΚΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΕΝΑΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ....</b>	<b>100</b>
<b>4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>102</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 4 .....</b>	<b>103</b>
<b>ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....</b>	<b>103</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> .....</b>	<b>106</b>
<b>“ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΔΑΤΟΣ, ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΡΡΩΝ” .....</b>	<b>106</b>
<b>5.1 ΓΕΝΙΚΑ .....</b>	<b>106</b>
<b>5.2 ΥΔΡΕΥΣΗ.....</b>	<b>106</b>
<b>5.3 ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ .....</b>	<b>110</b>
<b>5.4 ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ.....</b>	<b>113</b>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 5 .....	117
ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> .....	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	126
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	132
“ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ” (Ν. 3172/2003) .....	132

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, του ΤΕΙ Καλαμάτας.

**Σκοπός** της εργασίας είναι η αποτύπωση του υγειονομικού χάρτη τεσσάρων νομών της βόρειας Ελλάδας. Μέσα από τον υγειονομικό χάρτη θα αναδειχθούν τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας του πληθυσμού και οι ανεπάρκειες της υπάρχουσας υγειονομικής υποδομής. Επίσης, να διερευνήσει τις εφικτές λύσεις για την επίλυσή τους.

**Αντικείμενο** της εργασίας είναι για τους νομούς Φλώρινας, Ιωαννίνων, Έβρου και Σερρών:

1. Η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των δεικτών νοσηρότητας.
2. Επιδημιολογική καταγραφή παραγόντων κινδύνου του πληθυσμού.
3. Εκτίμηση δεικτών νοσηρότητας (φυματίωση, φορεία μηνιγγιτιδόκοκκου, ηπατίτιδα, AIDS, ανεμοβλογιά, ιλαρά, γαστρεντερίτιδα κα).
4. Εκτίμηση επάρκειας των υγειονομικών υπηρεσιών και της ικανότητας του υγειονομικού προσωπικού.
5. Προγράμματα εμβολιασμών και υγειονομικού ελέγχου ύδατος, ασφαλούς και υγιούς διάθεσης επεξεργασμένων στερεών αποβλήτων και λυμάτων.
6. Σεξουαλική υγεία των γυναικών στο νομό Σερρών.

**Αφορμή** αποτέλεσε το ότι στα πλαίσια της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας,

υπήρξε πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση με το Ν. 3172/2003, σχετικά με την οργάνωση και εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας δεν εντάχθηκαν στα ΠεΣΥΠ του Ν. 2889/2001, αλλά στις διοικητικές περιφέρειες. Το ερώτημα είναι αν θα βοηθήσει ο σχεδιασμός αυτός στην επιτυχή δημιουργία του επιδιωκόμενου ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Η εργασία δεν θα απαντήσει στο ερώτημα αυτό, αλλά θα καταγράψει την υπάρχουσα κατάσταση από πλευράς υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε τέσσερις πολύ ευαίσθητους νομούς της βόρειας Ελλάδας.

**Η μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν να μελετηθούν διαθέσιμες έρευνες σε επίπεδο υπηρεσιών δημόσιας υγείας για νομούς της βόρειας Ελλάδας. Η βόρεια Ελλάδα επιλέχθηκε διότι αποτελεί τη διασυνοριακή γραμμή της χώρας μας, σε εποχή που παρατηρείται έντονη εισροή οικονομικών μεταναστών από γειτονικές χώρες. Οι διαθέσιμες έρευνες αφορούν τους νομούς Φλώρινας, Ιωαννίνων, Έβρου και Σερρών και έχουν πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της ίδρυσης Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας. Τα συμπεράσματα των ερευνών αξιολογήθηκαν και παρουσιάζονται συνοπτικά εδώ.

Η εργασία είναι **δομημένη** σε έξι ενότητες - κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο διερευνάται η νοσηρότητα – θνησιμότητα του πληθυσμού στις περιοχές που εξετάζουμε. Στο δεύτερο κεφάλαιο διερευνώνται οι συμπεριφορικοί κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι των περιοχών αναφοράς. Στο τρίτο κεφάλαιο καταγράφονται οι συνθήκες που σχετίζονται με διάφορα νοσήματα. Στο τέταρτο κεφάλαιο διερευνάται η προστασία του πληθυσμού από μεταδοτικές ασθένειες (ανοσοποίηση). Στο πέμπτο κεφάλαιο διερευνώνται οι



συνθήκες που σχετίζονται με τους ελέγχους ύδατος και ασφαλούς διάθεσης λυμάτων και απορριμμάτων. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε συνοπτικά τα συμπεράσματα και τις προτάσεις μας.

Επιθυμούμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραιτήσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

Στα στελέχη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, που πραγματοποίησαν αρκετές από τις έρευνες δημόσιας υγείας που υπάρχουν για την βόρεια Ελλάδα.

Στους καθηγητές μας στο Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας για τις γνώσεις που μας παρείχαν, στα πλαίσια των σπουδών μας και στον Λ. Παρασκευόπουλο, επίκουρο καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας, που ήταν ο εισηγητής του θέματος της εργασίας μας.

Στις οικογένειές μας και όλους όσους βοήθησαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## “ΔΕΙΚΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΦΛΩΡΙΝΑΣ”

### 1.1 Γενικά περί Δημόσιας Υγείας

Αντλώντας από Λ. Παρασκευόπουλος (2004), κάποια προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας που απευθύνονται σε ομάδες ή στο σύνολο του πληθυσμού και περιλαμβάνονται στην έννοια της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, αλλά και κάθε συστηματική προσπάθεια και δράση (γνωστή ως δημόσια υγιεινή) για την αντιμετώπιση προβλημάτων κακής υγείας, που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν σε ατομικό επίπεδο (προφύλαξη και περιστολή μολύνσεων, ενδημιών και επιδημιών), είναι γνωστά ως **Δημόσια Υγεία (Public Health)**. Ένα πρόβλημα κακής υγείας θα θεωρηθεί πρόβλημα “δημόσιας υγείας” εάν λόγω χαρακτηριστικών ή έκτασης, μπορεί να αντιμετωπιστεί με συστηματική και οργανωμένη δράση του υγειονομικού συστήματος.

Γενικά με τον όρο “**δημόσια υγεία**” αρκετοί σήμερα εννοούν όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες, εκτός από τη θεραπευτική πρακτική του γιατρού και την αλληλεπίδραση γιατρού - ασθενή. Υπό αυτήν την έννοια η δημόσια υγεία αφορά το σύνολο του πληθυσμού.

Στη χώρα μας σήμερα με νομοθετική παρέμβαση η Πολιτεία (Ν.3172/2003) επιχειρεί να εκσυγχρονίσει τις οργανωτικές δομές της Δημόσιας Υγείας και στο Πρώτο Άρθρο του Νόμου, ορίζει τη Δημόσια Υγεία ως «το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της

ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού». Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται ότι «η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε συντονισμένες ενέργειες και δραστηριότητες στο Κέντρο και στην Περιφέρεια. Είναι πολυτομεακή, καθώς κάθε τομέας που υπάγεται ή αναφέρεται στη Δημόσια Υγεία ενεργεί ή δρα ανεξάρτητα, στο πλαίσιο πάντοτε της ενιαίας εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, και διατομεακή, καθώς βασίζεται στη συνεργασία πολλών τομέων που υπάγονται ή αναφέρονται στη Δημόσια Υγεία».

Προς διευκόλυνση και ευρύτερη ενημέρωση του αναγνώστη, ο Ν.3172/2003, «Περί οργάνωσης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», τοποθετήθηκε σε Παράρτημα της παρούσης εργασίας. Επιλεκτικά μεταφέρονται εδώ βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας, όπως προβλέπονται στο Άρθρο 2:

- παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν
- προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και πρόληψη των ασθενειών
- σχεδιασμός και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας
- προάσπιση των αναγκών υγείας και διαφόρων ομάδων του πληθυσμού
- έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων
- αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών,

και δράσεις:

- εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής
- διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και την βιωσιμότητα.

Στη χώρα μας οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας υλοποιούν τα προγράμματα δημόσιας υγείας, μέσω ενός δικτύου σε κάθε νομό της χώρας (Νομαρχίες) και ειδικών φορέων, όπως το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων κ.ά.

Οι κυριότερες καινοτομίες της νομοθετικής παρέμβασης της πολιτείας, αφορούν την πρόβλεψη για ίδρυση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (άρθρο 10) και για μετατροπή της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας σε κάθε διοικητική περιφέρεια της χώρας σε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας Περιφέρειας (άρθρο 11). Οι οργανωτικές αυτές αλλαγές εντάσσονται στην ευρύτερη πολιτική αποκέντρωσης του Ε.Σ.Υ. της χώρας μας, η οποία ξεκίνησε με την νομοθετική παρέμβαση Ν.2889/2001 και την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας παραμένουν εντούτοις συγκεντρωμένες, σε σύγκριση με την αποκέντρωση των λοιπών υγειονομικών υπηρεσιών, εφόσον δεν προβλέπεται να ενταχθούν στα Πε.Σ.Υ.Π., αλλά στις διοικητικές περιφέρειες της χώρας.

Αντικείμενο της εργασίας μας δεν είναι η κριτική προσέγγιση των τελευταίων νομοθετικών παρεμβάσεων της πολιτείας περί την Δημόσια Υγεία, αλλά μια προσπάθεια αποτίμησης της κατάστασης που υφίσταται από πλευράς αναγκών αλλά και υπηρεσιών, σε επιλεγμένες περιοχές της χώρας μας. Οι περιοχές αυτές χαρακτηρίζονται κρίσιμες σήμερα, διότι ως διασυνοριακές, αποτελούν πύλη εισόδου πολιτικών και οικονομικών μεταναστών από γειτονικές χώρες. Ο έλεγχος της εισόδου αυτών των πληθυσμών είναι ουσιαστικός για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Στο παρόν κεφάλαιο ερευνάται η κατάσταση του δικτύου υπηρεσιών υγείας, καθώς και η καταγραφή των αναγκών, σύμφωνα με την υγεία του πληθυσμού στους τέσσερις νομούς της βόρειας Ελλάδας: Έβρου, Σερρών, Φλωρίνης και Ιωαννίνων.

Η έρευνα αποσκοπεί στην επιδημιολογική διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών του πληθυσμού στις περιοχές αναφοράς. Η νοσηρότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από κοινωνικο-οικονομικούς, πολιτισμικούς και κλιματολογικούς παράγοντες.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε προέρχεται από έρευνες δημόσιας υγείας που πραγματοποιήθηκαν από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η ταυτότητα των ερευνών αναφέρεται στο παράρτημα του παρόντος κεφαλαίου.

### ***Δημογραφικά στοιχεία των περιοχών αναφοράς:***

Ο πληθυσμός του Ν. Σερρών παρουσιάζει τάση συνεχούς μείωσης, ο ρυθμός της οποίας όμως μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Ο πληθυσμός της Φλώρινας παρουσιάζει στασιμότητα με τάση αύξησης στα αστικά κέντρα και τάση μείωσης στους οικισμούς των παραμεθωρίων περιοχών. Ο πληθυσμός του Έβρου παρουσιάζει τάση συνεχούς μείωσης, ο ρυθμός της οποίας όμως μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Ο πληθυσμός του Ν. Ιωαννίνων παρουσιάζει συνεχή συρρίκνωση.

Ο αγροτικός πληθυσμός στις περιοχές αναφοράς απασχολείται κυρίως στον πρωτογενή τομέα, ενώ στα αστικά και ημιαστικά κέντρα κυρίως στον τριτογενή τομέα. Οι περιοχές έχουν πλούσια ιστορική και πολιτιστική κληρονομιά, ενώ διαθέτουν τοπία ιδιαίτερου φυσικού κάλλους.

## **1.2 Νοσηρότητα – θνησιμότητα του πληθυσμού στους νομούς αναφοράς**

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε την νοσηρότητα, δηλαδή τα κύρια νοσήματα, τις αιτίες και τη διάρκεια νοσηλείας, το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και τη θνησιμότητα στον πληθυσμό των τεσσάρων νομών.

Τα κύρια νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι κάτοικοι των νομών που εξετάζουμε είναι: γαστρεντερικές παθήσεις, χρόνια νοσήματα, καρδιακά νοσήματα και νοσήματα των ενδοκρινών αδένων. Η συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων σε δείγματα του πληθυσμού, παρουσιάζονται στον πίνακα 1.1 παρακάτω.

**Πίνακας 1.1: Συχνότητα εμφάνισης κύριων νόσων σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Νόσοι	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Νόσος Γαστρεντερικού συστήματος	8,7%	12,2%	8,0%	9,2%
Χρόνιοι Νόσοι (διαβήτης/υπέρταση)	11,7%	6,9%	8,2%	13,4%
Νόσος καρδιακού συστήματος	6,7%	4,3%	5,2%	6,6%
Νόσοι ενδοκρινών αδένων (θυρεοειδής)	3,7%	6,1%	4,3%	3,5%
Χρόνιες ρευματοπάθειες	3,5%	4,8%	3,9%	3,8%
Νόσος αγγειακού Συστήματος	3,4%	2,7%	3,2%	3,5%
Αναπνευστικό	1,6%	3,1%	2,8%	3,8%
Νευρολογικές νόσοι	0,6%	2,0%	1,9%	1,9%
Ψυχικές νόσοι	1,2%	1,2%	1,9%	1,8%
Γυναικολογικές παθήσεις	0,2%	0,4%	0,7%	0,3%
Ηπατίτιδα / ίκτερος	2,2%	2,6%	0,7%	1,4%
Λοιμώδη νοσήματα	2,0%	4,1%	0,6%	1,6%
Νεφροπάθεια	0,3%	1,1%	0,6%	1,5%
Ουρολογικά προβλήματα	0,3%	0,3%	0,6%	0,4%
Νεοπλασμάτα	1,2%	-	0,6%	-
Άλλο	7,7%	9,8%	11,7%	22,3%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Υψηλό ιστορικό νοσηλείας εμφανίζουν οι κάτοικοι του Ν. Φλώρινας, όπως προέκυψε από έρευνες σε δείγματα του πληθυσμού των υπό εξέταση νομών και αναλυτικά παρουσιάζονται στον πίνακα 1.2.

**Πίνακας 1.2: Ιστορικό νοσηλείας στο νοσοκομείο, σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Σερρών	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Ναι	26,2%	27,4%	37,1%	29,5%
Όχι	73,8%	72,6%	62,9%	70,5%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Όσον αφορά τις κύριες αιτίες νοσηλείας, σε δείγματα κατοίκων στους τέσσερις υπό εξέταση νομούς επιβεβαιώνονται τα δεδομένα προηγούμενου πίνακα. Στον πίνακα 1.3. παρατηρούμε ότι από τα κύρια νοσήματα, οι νόσοι του γαστρεντερικού συστήματος παρουσιάζονται εντονότερα στο Ν. Ιωαννίνων και λιγότερο στο Ν. Έβρου. Επίσης, μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων έχουν νοσηλευτεί για καρδιακό ή αγγειακό πρόβλημα στο Ν. Έβρου και μικρότερο στο Ν. Φλώρινας. Τα λοιμώδη νοσήματα εμφανίζονται εντονότερα στο Ν. Έβρου και σπανιότερα στο Ν. Ιωαννίνων. Σε νοσοκομεία του Ν. Ιωαννίνων νοσηλεύονται συχνότερα άτομα με χρόνιες παθήσεις, σε αντίθεση με το Ν. Σερρών.

**Πίνακας 1.3: Αιτίες νοσηλείας σε νοσοκομείο σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Νόσος Γαστρεντερικού συστήματος	3,7%	5,9%	6,9%	5,75%
Νόσος Καρδιακού συστήματος	4,4%	0,9%	2,0%	2,3%
Νόσος αγγειακού συστήματος	1,5%	0,6%	0,7%	0,8%
Λοιμώδη νοσήματα	1,0%	0,7%	0,2%	0,8%
Χρόνιοι νόσοι (διαβήτης / υπέρταση)	0,5%	0,4%	0,7%	0,1%
Νόσοι ενδοκρινών αδένων (θυρεοειδής)	0,4%	0,8%	1,1%	0,3%
Ψυχικές νόσοι	0,4%	-	0,7%	0,4%
Νευρολογικές νόσοι	0,4%	0,6%	1,5%	0,5%
Νεφροπάθεια	-	0,8%	1,1%	1,1%
Αναπνευστικό	1,4%	1,0%	3,3%	0,8%
Ουρολογικά προβλήματα	0,4%	0,3%	0,9%	0,9%
Νεοπλάσματα	0,9%	0,2%	0,4%	0,2%
Γυναικολογικές παθήσεις	1,0%	1,4%	0,7%	1,6%
Ατυχήματα	3,6%	4,00%	1,1%	3,1%
Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος	0,9%	2,5%	3,0%	2,1%
ΟΡΛ	0,4%	1,0%	1,1%	0,5%
Άλλο	3,8%	4,6%	8,0%	2,7%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Στο νομό Ιωαννίνων, όπου λειτουργεί Πανεπιστημιακό νοσοκομείο και υπάρχει δυνατότητα νοσηλείας για σοβαρότερα προβλήματα, νοσηλεύονται κατά μέσο



όρο σχετικά περισσότερες μέρες (από 11-15) σε νοσοκομείο. Συνήθως η νοσηλεία είναι από 4 έως και 10 ημέρες, όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στον πίνακα 1.4.

**Πίνακας 1.4: Ημέρες νοσηλείας σε νοσοκομείο σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Ημέρες νοσηλείας	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
1-3	23,7%	19,5%	1,3%	18,3%
4-6	19,8%	25,7%	21,5%	17,8%
7-10	28,8%	28,3%	23,4%	33,3%
11-15	7,0%	8,5%	30,4%	11,1%
16++	19,8%	15,7%	9,5%	18,3%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Τα περισσότερα άτομα έχουν χειρουργηθεί για κάποια πάθηση στο Ν. Φλώρινας, ενώ τα λιγότερα στο Ν. Ιωαννίνων, όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στον πίνακα 1.5.

**Πίνακας 1.5: Ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Σερρών	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Ναι	29,6%	30,0%	40,4%	22,2%
Όχι	64,2%	69,6%	57,6%	74,5%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Οι κυριότερες αιτίες για χειρουργικές επεμβάσεις ήταν τα προβλήματα του πεπτικού συστήματος και ακολουθούν γυναικολογικά και ορθοπεδικά, όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στον πίνακα 1.6. Τη μεγαλύτερη επιβάρυνση με προβλήματα του πεπτικού

εμφανίζει ο Ν. Φλώρινας, με γυναικολογικά προβλήματα ο Ν. Σερρών και με ορθοπεδικά ο Ν. Ιωαννίνων.

**Πίνακας 1.6: Είδη Χειρουργικών επεμβάσεων σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Είδος Επέμβασης	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Αναπνευστικό	0,7%	1,3%	1,7%	1,1%
Πεπτικά	50,7%	64,2%	48,7%	55,3%
Καρδιαγγειακά	2,5%	0,5%	1,7%	7,5%
Γυναικολογικά	12,4%	8,2%	7,6%	15,1%
Καρκίνοι	1,8%	0,5%	4,2%	0,9%
Ορθοπεδικά	7,4%	7,4%	12,6%	7,3%
Ουροποιητικά	4,6%	2,4%	4,2%	3,2%
Άλλα προβλήματα	19,1%	15,0%	18,5%	11,4%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Πρωταρχική αιτία θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ακολουθούν τα κακοήθη νεοπλάσματα, όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στον πίνακα 1.7. Αναλυτικότερα, μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζουν οι θάνατοι από καρδιαγγειακά στο Ν. Φλώρινας και από κακοήθη νεοπλάσματα στο Ν. Έβρου. Να σημειωθεί ότι τα θανατηφόρα ατυχήματα υπερέχουν σε αριθμό στο Ν. Σερρών και ακολουθεί ο Ν. Έβρου. Οι θάνατοι γυναικών από γυναικολογικά αίτια εμφανίζονται μειωμένοι και στους τέσσερις νομούς, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην ενημέρωση των γυναικών και την πρόληψη που είναι υψηλότερη στην εποχή μας. Με τη διάδοση του προγενετικού ελέγχου, πολλά προβλήματα νόσων του αίματος μπορούν να αντιμετωπισθούν έγκαιρα. Τα ποσοστά θνησιμότητας από νόσους του αίματος παρουσιάζονται αρκετά χαμηλά.

**Πίνακας 1.7: Αιτίες θνησιμότητας γονέων σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Αιτίες θανάτου γονέων	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Καρδιαγγειακά	7,7%	11,9%	9,14%	9,3%
Κακοήθη Νεοπλάσματα	8,1%	6,8%	6,7%	8,2%
Κ.Ν.Σ	2,2%	4,7%	2,8%	5,9%
Ατυχήματα	3,6%	2,6%	2,0%	5,8%
Αναπνευστικά	2,1%	1,3%	1,9%	1,2%
Πεπτικά	1,2%	2,1%	0,6%	1,8%
Γυναικολογικά	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%
Νόσοι αίματος	0,1%	0,7%	0,2%	0,4%
Ουροποιητικά συστήματος	-	1,0%	-	0,4%
Ορθοπαιδικά	0,1%	0,3%	-	0,1%
Άλλα προβλήματα	11,8%	10,5%	18,4%	20,9%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

### **1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από το πληθυσμό των νομών αναφοράς**

Στην ενότητα αυτή θα μελετηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το βαθμό χρήσης από τους πολίτες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας της περιοχής.

Πάνω από το 80% των κατοίκων κάνει χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στον πίνακα 1.8.

**Πίνακας 1.8: Χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Σερρών	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Ναι	89.8%	84%	85.6%	82.2%
Όχι	10.2%	16%	14.4%	17.8%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Μάλιστα οι κάτοικοι γνωρίζουν (πάνω από 80% αυτών) τι υπηρεσίες προσφέρουν οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές μονάδες, όπως Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, (Πίνακας 1.9).

**Πίνακας 1.9: Γνώση για τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υγειονομικές σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Σερρών	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Ναι	83.25%	87.7%	83.4%	84.7%
Όχι	16.4%	9.8%	15.7%	11.1%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Τα περισσότερα άτομα από τον πληθυσμό αναφοράς, προσέρχονται στις μονάδες πρωτοβάθμιων υγειονομικών φροντίδων κυρίως για αναγραφή φαρμάκων ή εργαστηριακών εξετάσεων, για πρώτες βοήθειες και όσοι πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (Πίνακας 1.10).

**Πίνακας 1.10: Αιτία χρήσης των πρωτοβάθμιων υγειονομικών μονάδων από δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	N. Έβρου	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων	N. Σερρών
Αναγραφή φαρμάκων / εργ. Εξετάσεων	61,8%	84,5%	76,2%	75,2%
Α' βοήθειες (έκτακτο περιστατικό)	71,8%	56,5%	60,0%	47,7%
Ιατρική φροντίδα Χρόνιων Περιστατικών	25,4%	50,0%	38,4%	40,7%
Ενημέρωση/ πληροφόρηση σε θέματα υγείας	8,1%	4,5%	7,3%	11,2%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Οι απόψεις πάντως για το αν οι υφιστάμενες υγειονομικές μονάδες πρωτοβάθμιων υγειονομικών φροντίδων καλύπτουν τις ανάγκες των περιοχών αναφοράς δίστανται. (Πίνακας 1.11). Πιο δυσαρεστημένοι εμφανίζονται οι κάτοικοι του N. Ιωαννίνων και του N. Έβρου.

**Πίνακας 1.11: Άποψη των κατοίκων για το αν οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές μονάδες καλύπτουν τις ανάγκες τους, από δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	N. Σερρών	N. Έβρου	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων
Ναι	63,8%	43,2%	51,0%	32,2%
Όχι	36,2%	54,4%	49,0%	66,2%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Επικεντρώνονται στις ελλείψεις ανθρωπίνων πόρων και μέσων, αλλά και στην απουσία μιας ορθολογικής πολιτικής ανάπτυξης, αξιοποίησης και βελτίωσης

των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ελλείψεις σε εξοπλισμό θεωρούνται επίσης σημαντικές (Πίνακας 1.12).

**Πίνακας 1.12: Άποψη των κατοίκων για τη βελτίωση των πρωτοβάθμιων υγειονομικών μονάδων από δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Σερρών	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Προληπτικές υπηρεσίες	7,3%	18,4%	9,1%	3,4%
Υπηρεσίες Α' βοηθειών	6,9%	4,9%	3,7%	4,0%
Ιατρικός εξοπλισμός	8,7%	16,4%	29,6%	22,8%
Εξειδικευμένοι ιατροί /στελέχωση	50,5%	47,1%	52,5%	43,6%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1

## ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Ε. Κων/νίδη, Χ. Σισμάνης.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη συγκεντρώθηκε από την Νομαρχία, το Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας μέσω ειδικού οδηγού ερωτηματολογίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 13/3/1997 έως 30/4/1998. Τα ειδικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 939 άτομα.

### 2. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Φ. Κασάπης.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη συγκεντρώθηκε από την Νομαρχία, το Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας μέσω ειδικού οδηγού ερωτηματολογίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 13/3/1997 έως 30/4/1998. Τα ειδικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 740 άτομα.

### **3. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Β. Παπανικολάου, Χ. Κατσουλίδης, Ν. Κολαίτης, Η. Μπούτης, Γ. Πάφη.*

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη συγκεντρώθηκε από την Νομαρχία, το Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας μέσω ειδικού οδηγού ερωτηματολογίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 13/3/1997 έως 30/4/1998. Τα ειδικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 537 άτομα.

### **4. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Β. Παπανικολάου, Α. Θεοδωρίδης, Δ. Παπαθανασίου.*

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη συγκεντρώθηκε από την Νομαρχία, το Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας μέσω ειδικού οδηγού ερωτηματολογίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 13/3/1997 έως 30/4/1998. Τα ειδικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 941 άτομα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

# “ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΚΑΙ ΕΒΡΟΥ”

### 2.1 Γενικά

Οι συνήθειες παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία των ατόμων είναι:

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση οινοπνευματωδών
- Ναρκωτικές και λοιπές εξαρτησιογόνες ουσίες

Επίδραση στην υγεία των ατόμων έχουν επίσης:

- Οι διατροφικές συνήθειες
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός
- Η ποιότητα ζωής
- Η σεξουαλική συμπεριφορά των αναπαραγωγικών ηλικιών

Στο παρόν κεφάλαιο ερευνάται ο βαθμός που οι ανωτέρω παράγοντες επιδρούν στην υγεία του πληθυσμού των νομών Φλωρίνης, Έβρου, Ιωαννίνων και Σερρών.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε προέρχεται από έρευνες δημόσιας υγείας που πραγματοποιήθηκαν από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η ταυτότητα των ερευνών αναφέρεται στο παράρτημα του παρόντος κεφαλαίου.

## 2.2 Καπνιστικές συνήθειες

Οι καπνιστές αποτελούν το 37% στον Ν. Σερρών, το 42% Ν. Έβρου, το 39% στον Ν. Ιωαννίνων και το 44% στον Ν. Φλώρινας. Η μέση ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων είναι 22 έως 28 τσιγάρα / ημέρα. Κατά φύλο υπερτερούν οι άνδρες (περίπου 28 τσιγάρα / ημέρα) έναντι των γυναικών (περίπου 17 τσιγάρα / ημέρα). Οι καπνιστές προέρχονται κυρίως από ηλικιακές ομάδες κάτω των 44 ετών. Ο Μ.Ο. ηλικίας έναρξης του καπνίσματος είναι 18 – 18,5 έτη.

Οι λόγοι που ωθούν τους ανθρώπους στην έναρξη του καπνίσματος είναι η περιέργεια, η μίμηση, η στεναχώρια, το άγχος. Πρωταρχικός παράγοντας νοσηρότητας θεωρείται το κάπνισμα, αφού τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη καπνιστές συσχετίζουν το κάπνισμα με παράγοντες κινδύνου, όπως καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθειες, κ.ά.

Οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος του πνεύμονα είναι τα κύρια σχετιζόμενα νοσήματα με το κάπνισμα, κατά τη γνώμη των κατοίκων στους εξεταζόμενους νομούς (Πίνακας 2.1). Οι κάτοικοι του Ν. Έβρου εμφανίζεται να συσχετίζουν το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα μόνο κατά 6,4%. Αυτό το ποσοστό είναι πολύ μικρό και πιθανόν να οφείλεται σε αδυναμία της έρευνας, γι' αυτό και δεν το αξιολογούμε ως αξιόπιστο.

**Πίνακας 2.1: Γνώση των συνεπειών του καπνίσματος από τους κατοίκους, σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Πιστεύετε ότι το κάπνισμα σχετίζεται με:	N. Έβρου	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων	N. Σερρών
Καρκίνο πνεύμονα	6,4%	31,0%	69,6%	60,0%
Καρδιοπάθειες	63,1%	52,9%	52,9%	59,7%
Εξασθένηση μνήμης	11,2%	16,3%	5,6%	-
Γέννηση ελλειποβαρών νεογνών	22,6%	25,0%	8,5%	17,7%
Αυξημένη θνησιμότητα	21,7%	25,1%	8,1%	15,9%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Οι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους καπνίζουν λιγότερο από τους δυσαρεστημένους (Πίνακας 2.2).

**Πίνακας 2.2: Κάπνισμα και ικανοποίηση από την ζωή τους, σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Ικανοποίηση από τη ζωή τους και κάπνισμα	N. Έβρου	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων	N. Σερρών
Ικανοποιημένοι	39,0%	42,7%	40,1%	35,7%
Δυσανεστημένοι	61,2%	60,9%	45,8%	54,1%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

### 2.3 Χρήση οινοπνευματωδών ποτών

Η μπίρα και τα σκληρά οινοπνευματώδη αποτελούν κυρίως τις προτιμήσεις των κατοίκων στις περιοχές αναφοράς (Πίνακας 2.3).

**Πίνακας 2.3: Προτίμηση οινοπνευματωδών ποτών,  
σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας,  
Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Είδος ποτού	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Μπύρα	55,4%	68,4%	61,5%	40,7%
Κρασί	31,4%	30,1%	33,5%	20,4%
Ούζο / Τσίπουρο / ρακί	29,0%	16,7%	29,1%	26,5%
Σκληρά οινοπνευματώδη (βότκα, τεκίλα, ουίσκι)	41,9%	36,1%	40,8%	49,4%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Τρεις στους δέκα κάνουν συστηματική χρήση οινοπνευματωδών (περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα). Οι νεότερες ηλικίες είναι αυτές που κάνουν περισσότερο συστηματική χρήση οινοπνευματωδών (έως 34 ετών), όπως προκύπτει από σχετικές έρευνες.

## 2.4 Ναρκωτικά και εξαρτησιογόνες ουσίες

Στο Ν. Έβρου εμφανίζεται το υψηλότερο ποσοστό χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό στο Ν. Ιωαννίνων.

**Πίνακας 2.4: Ύπαρξη προβλήματος ναρκωτικών στην περιοχή,  
σε δείγματα του πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας,  
Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
ΝΑΙ	60,7%	14,3%	8,9%	45,7%
ΟΧΙ	20,6%	63,3%	45,8%	20,8%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Δεν υπάρχουν πληρέστερα στοιχεία για το τόσο σημαντικό θέμα και κυρίως η ανάμιξη των νεαρών ηλικιών με τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Η προσέγγιση του

θέματος αυτού απαιτεί εξειδικευμένες έρευνες, που ξεπερνούν τους στόχους της παρούσης εργασίας.

## **2.5 Διατροφικές συνήθειες**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, η ταυτότητα των οποίων αναφέρεται στο παράρτημα του παρόντος κεφαλαίου, οι διατροφικές συνήθειες των κατοίκων των περιοχών αναφοράς, είναι συμβατές με την ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Το ελαιόλαδο και τα γαλακτοκομικά είναι στις καθημερινές προτιμήσεις. Υψηλή είναι η κατανάλωση κρέατος, 2-3 φορές την εβδομάδα, και γίνεται περισσότερο από άτομα ηλικίας έως 44 ετών. Χαμηλή θεωρείται η κατανάλωση ψαριών.

## **2.6. Οικογενειακός προγραμματισμός**

### **2.6.1 Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο Ν. Σερρών (2,3%) και σε μικρότερο στο Ν. Έβρου (1,8%). Στους λοιπούς νομούς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι πλησίον της μονάδας.

Οι γυναίκες των περιοχών αναφοράς επιλέγουν την ίδια μέθοδο αντισύλληψης (χρήση προφυλακτικού).

### **2.6.2 Προληπτική εξέταση στήθους**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, η προληπτική εξέταση στήθους κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Ο συχνότερος τρόπος προληπτικής εξέτασης στήθους είναι η αυτοεξέταση. Οργανωμένη και συστηματική ενημέρωση στις γυναίκες των περιοχών αναφοράς, για τη σημασία της προληπτικής εξέτασης στήθους, απουσιάζει.

### **2.6.3 Τεστ Παπανικολάου**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, 5 στις 10 γυναίκες ηλικίας άνω των 55 ετών δεν έχουν υποβληθεί σε test pap. Σήμερα θεωρείται ότι το 25% των διηθητικών (πιο προχωρημένων) καρκίνων εμφανίζεται σε ηλικίες >65 ετών, όπου το 40-50% τελικά θα υποκύψουν στην νόσο. Η ηλικιακή αυτή ομάδα είναι εκείνη που δυστυχώς έχει και το χαμηλότερο ποσοστό ελέγχου, καθώς σε ορισμένες περιοχές και οικονομικές τάξεις το 75% των γυναικών δεν ελέγχονται με τεστ Παπανικολάου τα τελευταία 5 χρόνια<sup>1</sup>.

Οι χώροι πραγματοποίησης των ελέγχων με test pap, στις περιοχές αναφοράς, είναι τα ιδιωτικά ιατρεία και το Δημόσιο Νοσοκομείο. Στο Ν. Φλώρινας λειτουργεί και κινητή μονάδα.

### **2.6.4 Προληπτική εξέταση για οστεοπόρωση**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, 8 στις 10 γυναίκες δεν έχουν κάνει εξέταση οστεοπόρωσης. Πάνω από τις μισές γυναίκες γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος οστεοπόρωσης μετά την εμμηνόπαυση είναι υψηλός.

## **2.7 Ποιότητα ζωής**

Η πλειοψηφία των κατοίκων των περιοχών αναφοράς δηλώνουν πως είναι ευχαριστημένοι από την καθημερινή ζωή τους, ενώ ο ελεύθερος χρόνος τους καταναλώνεται βλέποντας τηλεόραση.

## **2.8 Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών της περιοχής Σερρών**

Είναι σημαντική η διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά. Στην παρούσα ενότητα γίνεται

προσπάθεια προσέγγισης ζητημάτων που αφορά τη σεξουαλική υγεία των γυναικών και συγκεκριμένα τη συχνότητα εκτρώσεων και βίας σε νέες γυναίκες (στην εφηβική ηλικία 14 – 18 ετών και σε γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία έως 45 ετών).

Τα διαθέσιμα δεδομένα αφορούν μόνο τη πόλη των Σερρών. Προέρχονται από σχετική έρευνα, στην οποία η πόλη των Σερρών επιλέχθηκε λόγω της γεωγραφικής θέσης του Νομού στα κοινά σύνορα με τις Βαλκανικές χώρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν εμφανίζεται κάποιο σημαντικό πρόβλημα, που να συσχετίζεται με την σεξουαλική υγεία ή τη βία κατά των γυναικών. Τα σημαντικά προβλήματα που αναγνωρίζουν ότι αντιμετωπίζουν στην περιοχή είναι ο καρκίνος του μαστού και των γεννητικών οργάνων, η κατάθλιψη και άλλα ψυχολογικά προβλήματα γενικότερα.

Από τη διερεύνηση των μητρώων θανάτου του Δήμου Σερρών φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού αλλά και των γεννητικών οργάνων, αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου των γυναικών στην περιοχή. Σε σχέση με τα ψυχολογικά προβλήματα εστιάζονται κυρίως στο άγχος, το οποίο το σχετίζουν με τις συνθήκες εργασίας, τις ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις και τα οικονομικά προβλήματα, τα οποία θεωρούν ότι έχουν επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία τους.

Σε θέματα σεξουαλικής υγείας η έλλειψη ενημέρωσης εστιάζεται κυρίως στις μεθόδους αντισύλληψης και ειδικότερα σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους. Οι ενήλικες γυναίκες εμφανίζονται να χρησιμοποιούν κυρίως τις παραδοσιακές μεθόδους αντισύλληψης (διακεκομμένη συνουσία και μέτρηση των ημερών), ενώ η χρήση του προφυλακτικού παρουσιάζεται περιστασιακή. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν την εμπειρία εκτρώσεων, επιβεβαιώνοντας για άλλη μια φορά ότι η έκτρωση αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης στη χώρα μας.

---

<sup>1</sup> Σχετική πληροφορία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα <http://users.otenet.gr/~mainas/pap.htm>

Στην ομάδα των νέων κοριτσιών διαπιστώνεται υψηλό γνωστικό επίπεδο, κυρίως στα κορίτσια που έχουν συμμετάσχει σε προγράμματα σεξουαλικής αγωγής. Υπάρχει όμως έντονη η ανησυχία σχετικά με τις ηθικές διαστάσεις θεμάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα (π.χ. ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής, κατάλληλος σύντροφος, επιπτώσεις της πρώιμης έναρξης κ.λ.π). Η στάση των γονέων δεν είναι και τόσο βοηθητική και φαίνεται ότι οι γονείς δεν συζητούν με τα παιδιά γενικότερα για θέματα σχέσεων με το άλλο φύλο, αλλά περιορίζονται σε συστάσεις απαγορευτικού χαρακτήρα.

Στο θέμα της κακοποίησης είναι εμφανής η έλλειψη καταγεγραμμένων στοιχείων στις αρμόδιες υπηρεσίες του Νομού, που όμως δεν σχετίζεται πάντοτε με την ανυπαρξία του φαινομένου.

Εκεί όπου εντοπίζεται ανάγκη για παρέμβαση είναι σε θέματα ενημέρωσης, ιδιαίτερα σε ότι σχετίζεται με την σεξουαλική υγεία. Σε αναλυτικότερη και λεπτομερέστερη μορφή φαίνεται ότι υπάρχει μια πρώτη γνώση για όλα αυτά τα θέματα, αλλά και αρκετές ελλείψεις που οδηγούν σε λανθασμένες επιλογές και πράξεις.

Επίσης παρατηρείται άγνοια για πρόληψη άλλων μορφών καρκίνου, πέρα του τραχήλου της μήτρας που αφορά τις γυναίκες, όπως για παράδειγμα των ωοθηκών ή του μαστού.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 2

## ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Ε. Κων/νίδη, Χ. Σισμάνης, Ε. Μπουτζίκα, Κ. Χατζής.

Συλλογή υποκειμενικών παρατηρήσεων και πληροφοριών, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, από τυχαίο δείγμα του πληθυσμού ηλικίας από 15 ετών και άνω, με ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1/3/1997 έως 10/4/1998. Το δείγμα ήταν 939 άτομα.

### 2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Θ. Βενέτης, Α. Θωμαΐδου, Φ. Σοφianού.

Συλλογή υποκειμενικών παρατηρήσεων και πληροφοριών, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, από τυχαίο δείγμα του πληθυσμού ηλικίας από 15 ετών και άνω, με ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1/3/1997 έως 10/4/1998. Το δείγμα ήταν 740 άτομα.

### **3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Χ. Κατσουλίδης, Κ. Πύρσου.

Συλλογή υποκειμενικών παρατηρήσεων και πληροφοριών, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, από τυχαίο δείγμα του πληθυσμού ηλικίας από 15 ετών και άνω, με ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1/3/1997 έως 10/4/1998. Το δείγμα ήταν 537 άτομα.

### **4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Παπανικολάου, Α. Θεοδωρίδης, Δ. Παπαθανασίου.

Συλλογή υποκειμενικών παρατηρήσεων και πληροφοριών, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, από τυχαίο δείγμα του πληθυσμού ηλικίας από 15 ετών και άνω, με ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1/3/1997 έως 10/4/1998. Το δείγμα ήταν 941 άτομα.

### **5. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ**

*Υπεύθυνος:* Δ. Αγραφιώτης, Καθηγητής

*Ομάδα εργασίας:* Ε. Ιωαννίδη, Χρ. Τσελέπη, Π. Πάντζου

Προκειμένου να διερευνηθούν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γυναικών που ζουν και εργάζονται στην περιοχή των Σερρών, σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική υγεία και την βία, εφαρμόστηκαν διαφορετικές τεχνικές συλλογής στοιχείων. Συγκεκριμένα, η έρευνα βασίστηκε σε ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους. Αρχικά δόθηκε ένα μικρό δείγμα ερωτηματολογίου για μια πρώτη αποτύπωση των απόψεων των γυναικών της περιοχής, με σημαντικά ζητήματα που τις απασχολούν. Στη συνέχεια μέσα από την βιογραφική – ερμηνευτική μέθοδο και τις ημικατευθυνόμενες συνεντεύξεις, διερευνήθηκαν οι απόψεις και οι εμπειρίες των γυναικών ηλικίας 20 και άνω. Τέλος, οι νέες 14 – 18 μέσα από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν τις απόψεις τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### “ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΣΕΡΡΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ & ΕΒΡΟΥ”

#### 3.1 Γενικά

Με τον όρο “επιπολασμό” εννοούμε τη διάρκεια μιας νόσου στον πληθυσμό. Με τον όρο “επίπτωση” εννοούμε την εμφάνιση νέων περιστατικών μιας νόσου στον πληθυσμό<sup>2</sup>.

Στο παρόν κεφάλαιο θα μας απασχολήσουν τα παρακάτω νοσήματα:

- Φυματίωση
- Μηνιγγίτιδα
- Ηπατίτιδα Α, Β, C και Ε
- AIDS
- Λοιμώδη
- Γαστρεντερίτιδα
- Νοσήματα που μεταδίδονται με αρθρόποδα
- Παρασιτικές λοιμώξεις
- Ζωο-ανθρωπονόσοι

#### 3.2 Φυματίωση

Με τον όρο “φυματίωση” εννοούμε μια μυκοβακτηριακή νόσο, γνωστή από παλιά σαν μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο. Θεωρείται μια βαριά νόσος, που εάν δεν ακολουθηθεί θεραπεία οδηγεί σε θάνατο, ενώ η εφαρμογή χημειοθεραπείας καταλήγει σε ίαση.

---

<sup>2</sup> Παρασκευόπουλος, Α. (2004).

Οι παράγοντες που επέδρασαν στην εξάπλωση της φυματίωσης είναι, μεταξύ άλλων, οι εξής:

- οι κοινωνικές ανισότητες και αναστατώσεις
- η φτώχεια
- ο υπερπληθυσμός
- η μειωμένη επένδυση σε μέτρα και πολιτικές δημόσιας υγείας.

Η φυματίωση, όπως έχει προαναφερθεί, αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες ασθένειες ανά τον κόσμο. Αποτελεί προτεραιότητα για τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), καθώς καλεί τις χώρες μέλη να υποστηρίξουν παγκόσμια προγράμματα, που ωθούν στην εξάλειψή της.

Η επιδημιολογική μελέτη, πάνω στην οποία στηριχθήκαμε και η ταυτότητά της αναφέρεται στο παράρτημα του παρόντος κεφαλαίου, βασίστηκε στην ανασκόπηση των υπάρχοντων δεδομένων όλων των τοπικών φορέων παροχής υγείας όλων των βαθμίδων (κέντρο υγείας, νοσοκομείο, νομαρχία) στους νομούς Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, Έβρου.

Το σύστημα καταγραφής όλων των λοιμωδών νοσημάτων στη χώρα μας είναι ελλιπές και αυτό οφείλεται στη μη ακριβή δήλωση των κρουσμάτων, καθώς δεν δηλώνονται όλες οι περιπτώσεις φυματίωσης (TB), τόσο από τα νοσοκομεία, όσο και από ιδιώτες γιατρούς, παρόλο όπου ο νόμος 4053/1960 το επιβάλλει. Έτσι λοιπόν, είναι δύσκολο να ερμηνευθούν με ακρίβεια οι τάσεις εξέλιξης της φυματίωσης. Με επιφύλαξη λοιπόν υπολογίστηκε η διάδοση της νόσου στους εξεταζόμενους νομούς:

- Στο Ν. Έβρου, το 1994 η επίπτωση της TB έχει την ελάχιστη τιμή 2,1/100.000 κατοίκους, για να ανέλθει το 1996 στους 10,3/100.000 κατοίκους και να μειωθεί εκ νέου το 1998 στους 5,5/100.000 κατοίκους, σε σύγκριση με το Ν. Φλώρινας, όπου το 1994 η επίπτωση της TB έχει τη μέγιστη τιμή 28,8/100.000 κατοίκους, για να μειωθεί το 1997 στους

15,3/100.000 κατοίκους και να αυξηθεί το 1998 στους 17,3/100.000 κατοίκους. Στο Ν. Σερρών, το 1996 η επίπτωση της TB είναι 10/100.000 κατοίκους και παραμένει στο ίδιο επίπεδο 9/100.000 κατοίκους δύο χρόνια μετά το 1998, σε σχέση με το Ν. Ιωαννίνων, όπου το μέσο μέγεθος της επίπτωσης είναι 18,9/100.000 κατοίκους με ακραίες τιμές 33,5/100.000 κατοίκους το 1994 και 12,6/100.000 κατοίκους το 1998.

**Πίνακας 3.1: Επίπτωση της TB ανά 100.000 κατοίκους, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1994-98.**

	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
1994	2,1	28,8	33,5	
1996	10,3			10
1997		15,3		
1998	5,5	17,3	12,6	9

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Η επιδημιολογική διερεύνηση των ηλικιών που προσβάλλονται από φυματίωση σε έναν ή πολλούς πληθυσμούς έχει πολλαπλή σημασία. Αποτελεί μία έμμεση και ασφαλή εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ελέγχου της νόσου.

Συγκεκριμένα, ύστερα από μια λεπτομερή σύγκριση των τεσσάρων νομών για τη κατανομή περιπτώσεων φυματίωσης, διαπιστώθηκε ότι:

- Φαίνεται ότι η συντριπτική πλειονότητα των νοσούντων αφορά ηλικίες 60 ετών και άνω. Αναλυτικότερα, **στο Ν. Ιωαννίνων** στις ηλικίες 60-70 ετών εμφανίζεται το (20%) των περιπτώσεων, ενώ οι ηλικίες άνω των 70 ετών το (30%) των περιπτώσεων. Σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών εμφανίζονται τα λιγότερα περιστατικά (περίπου 4%), ενώ στις ηλικίες 20-30, 30-40 και 40-50 ετών, η συχνότητα νόσησης είναι σταθερά, περίπου η ίδια (10%). Στο **Ν. Φλώρινας** μέχρι την ηλικία 16 ετών δεν έχουν δηλωθεί κρούσματα. Ένα

ποσοστό 9% αφορούσε νέους 17-21 ετών και ένα ποσοστό 7% νέους 22-30 ετών. Τέλος ένα ποσοστό 13% είναι άτομα ηλικίας 31-50 ετών και 41% ηλικίας άνω των 50 ετών. Κοινό στοιχείο στους δύο νομούς είναι το γεγονός πως ένας στους τρεις ασθενείς είναι άτομο παραγωγικής ηλικίας 17 έως 60 ετών. Στο **Ν. Σερρών** το 42% των νοσούντων και στο νομό Έβρου το 53% ήταν άτομα ηλικίας άνω 50 ετών. Συγκεκριμένα στο Ν. Σερρών μέχρι την ηλικία των 16 ετών έχουν δηλωθεί 6 κρούσματα (6%), ένα 4% αφορούσε σε νέους 17 έως 21 ετών και ένα 9% σε νέους 22-30 ετών. Στο **Ν. Έβρου** ένα 5% αφορούσε εφήβους 11-16 ετών και ένα ποσοστό 6% άτομα 17 έως 30 ετών. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως στο Ν. Σερρών οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (52%) είναι άτομα παραγωγικής ηλικίας, ενώ στο Ν. Έβρου ένας στους τρεις ασθενείς είναι άτομα παραγωγικής ηλικίας.

Όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη στους τέσσερις νομούς, παρόλη την έλλειψη επαρκών μέσων, γίνεται προσπάθεια να καλυφθούν με εμβόλιο όσα παιδιά είναι εφικτό. Διαπιστώθηκε από σχετική έρευνα ότι:

- Ο Ν.Φλώρινας παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό της "μέσης εμβολιαστικής κάλυψης" (85%).
- Αντιθέτως, οι νομοί: Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων εμφανίζουν ποσοστό (80%).

Όπως προκύπτει από τις έρευνες, τα άτομα που προσβλήθηκαν από τη νόσο αυτή ζήτησαν αργοπορημένα ιατρική συμβουλή. Τα συμπτώματα που παρουσίασαν θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως συμπτώματα προχωρημένης ενεργού νόσου. Τέτοια είναι ο έντονος βήχας και η αιμόπτυση.

### 3.3 Μηνιγγίτιδα

Στην παρούσα ενότητα θα εξετασθεί το επιδημιολογικό προφίλ, η φορεία του μικροοργανισμού *N. Meningitides* και η διερεύνηση των φαινοτυπικών

χαρακτηριστικών (υπότυποι, ευαισθησία σε αντιβιοτικά) των στελεχών που απομονώθηκαν στους τέσσερις νομούς. Να αναφερθεί ότι ο αριθμός των μεταναστών στις υπό εξέταση περιοχές ήταν αυξημένος την περίοδο που διενεργήθηκαν οι σχετικές έρευνες, οι ταυτότητες των οποίων παρατίθενται στο παράρτημα του κεφαλαίου. Επίσης, να αναφερθεί ότι σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα για τις περιοχές αναφοράς.

Στο Ν. Σερρών το ποσοστό της φορέας ανήλθε στο 6% στο γενικό πληθυσμό, στο Ν. Έβρου στο 8,4%, στο Ν. Ιωαννίνων στο 6,1% και στο Ν. Φλωρίνης στο 6,8%. Στο Ν. Έβρου η φορεία στους μαθητές δημοτικών σχολείων παρουσιάστηκε με 2,2%, ενώ στους μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων 13,7%. Στο Ν. Σερρών η φορεία στους μαθητές δημοτικών σχολείων βρέθηκε 2,9%, ενώ στους μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων η φορεία ανήλθε σε 8,1%. Χαμηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν στα άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας (2,8%). Στο Ν. Ιωαννίνων η φορεία στα παιδιά των παιδικών σταθμών ανήλθε σε 2,1%, στους μαθητές δημοτικών σχολείων σε 10,1%, ενώ στους μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων η φορεία ήταν 6,5%. Τέλος, στο Ν. Φλωρίνης η φορεία στους μαθητές δημοτικών σχολείων ανήλθε σε ποσοστό 1,9%, στους δε μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων η φορεία ήταν 12,4%. Χαμηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν στα άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας (6,2%).

Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως και στους τέσσερις νομούς το κάπνισμα και οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, δεν έδειξαν να επηρέασαν τη φορεία.

### **3.4 Ηπατίτιδα**

#### **3.4.1. Ηπατίτιδα A & E**

Η ηπατίτιδα A (HAV) είναι μια λοίμωξη του ήπατος που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας A. Το ήπαρ προσβάλλεται από τον ιό και ένας μεγάλος αριθμός των κυττάρων που το αποτελούν, παθαίνουν φλεγμονή και στη συνέχεια



πολλά από αυτά νεκρώνονται<sup>3</sup>. Αποτελεί την πρώτη μορφή ηπατίτιδας, έγινε γνωστή γύρω στο 1940 και ονομάστηκε στην αρχή "λοιμώδης ηπατίτιδα". Μεταδίδεται με το φαγητό, το νερό και τα κόπρανα, ειδικά όταν υπάρχουν άσχημες συνθήκες υγιεινής. Η σωστή καθαριότητα και η απολύμανση των χώρων υγιεινής, καθώς και το σωστό πλύσιμο των χεριών αποτελούν τα σημαντικότερα προφυλακτικά μέτρα. Η ηπατίτιδα Α προκαλεί οξεία λοίμωξη, η οποία σχεδόν ποτέ δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή και αφήνει μόνιμη ανοσία.

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε είναι ένας μικρός RNA ιός και έχει προκαλέσει μεγάλες επιδημίες οξείας μη –Α, μη –Β ηπατίτιδας, τόσο στην Ινδία όσο και σε χώρες της Αφρικής και της Ασίας τα τελευταία 30 χρόνια. Ο ιός της ηπατίτιδας Ε μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, ενώ αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον HEV παρουσιάζουν άτομα νέας ηλικίας και εγκυμονούσες γυναίκες. Η ηπατίτιδα Ε είναι μια ήπια αυτοπεριοριζόμενη νόσος, που δεν παρουσιάζει μετάπτωση σε χρονιότητα, αλλά εγκυμονούσες γυναίκες μπορούν να παρουσιάσουν οξεία ηπατίτιδα.

#### 3.4.1.1. Επιπολασμός anti-HAV

Συγκριτικά, όπως προκύπτει από τους εξεταζόμενους νομούς, στο Ν. Σερρών και στο Ν. Ιωαννίνων η συχνότητα αποδεικνύεται πολύ υψηλή. Αντίθετα, στο Ν. Έβρου η συχνότητα των anti-HAV παρουσιάστηκε σε χαμηλότερα επίπεδα.

**Πίνακας 3.2: Συχνότητα anti-HAV στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
Συχνότητα anti-HAV	69,5	72,8	77,6	95,2

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

<sup>3</sup> [http://www.medlook.net.cy/article.asp?item\\_id=414](http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=414) (Μάιος 2004)

- Σε ηλικία <15 ετών συχνότητα προσβολής παρουσιάζεται μόνο στο Ν. Ιωαννίνων.
- Σε ηλικία 15-24, υψηλό ποσοστό συχνότητας προσβολής παρουσιάζεται στο Ν. Σερρών, ενώ χαμηλό ποσοστό στο Ν. Έβρου.
- Σε ηλικία 25-34, το μέγιστο ποσοστό συχνότητας προσβολής καταγράφεται στο Ν. Σερρών, ενώ το ελάχιστο στο Ν. Έβρου.
- Σε ηλικία 35-44, υψηλό είναι το ποσοστό συχνότητας στο Ν. Ιωαννίνων, ενώ χαμηλότερο στο Ν. Έβρου.

**Πίνακας 3.3: Συχνότητα anti-HAV κατά ηλικία, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

Ηλικία	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών
<15	0	10,6	-	-
15-24	13,8	11,8	10,8	75,5
25-34	58,7	34,7	27,5	87,5
35-44	93,2	88,3	81,4	98,7
45-54	97,9	98,6	97,3	96,5
55-64	98,9	99,5	100,0	98,0
65+	94,2	99,4	100,0	100,0

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

#### **3.4.1.2. Επιπολασμός anti-HEV**

- Στο Ν. Ιωαννίνων αντισώματα προς το HEV ανιχνεύθηκαν σε 4 από τα 300 άτομα που ελέγχθηκαν.
- Στο Ν. Φλώρινας αντισώματα προς το HEV ανιχνεύθηκαν σε ένα από τα 189 άτομα που ελέγχθηκαν.
- Στο Ν. Σερρών αντισώματα προς το HEV ανιχνεύθηκαν σε 7 από τα 285 άτομα που ελέγχθηκαν.
- Στο Ν. Έβρου σε κανένα από τους 200 εξετασθέντες δεν ανιχνεύθηκαν anti-HAV.

### 3.4.1.3. Επίπτωση της Οξείας Ηπατίτιδας Α

- Η επίπτωση της οξείας ηπατίτιδας Α στο Ν. Ιωαννίνων παρουσιάζει μείωση, την τριετία 1997-1999.
- Η επίπτωση της οξείας ηπατίτιδας Α στο Ν. Έβρου παρουσιάζει σημαντική μείωση, το έτος 1999.
- Η επίπτωση της οξείας ηπατίτιδας Α στο Ν. Σερρών παρουσιάζει σταδιακή αύξηση, την τριετία 1997-1999.

**Πίνακας 3.4: Επίπτωση (0/0000) Οξείας Ηπατίτιδας, στους νομούς\*  
Έβρου, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-99.**

	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών
1997	-	5,6	1,3	2,9
1998	-	2,8	14,0	4,8
1999	-	1,6	5,3	7,8

\*Στο Ν. Φλώρινας δεν καταγράφηκε περίπτωση οξείας ηπατίτιδας Α την τριετία 1997 – 1999.  
Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων.

### 3.4.2. Ηπατίτιδα Β, C

Η ηπατίτιδα Β και η C οφείλονται σε ιό. Μεταδίδονται με επαφή με μολυσμένο αίμα, σπέρμα, βλέννες και σάλιο ατόμου που έχει μολυνθεί. Θεραπεία της ηπατίτιδας Β και της ηπατίτιδας C δεν υπάρχει, εκτός από υποστηρικτική αγωγή με ανάπαυση και ανάλογη διαίτα. Το θετικό είναι ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ατόμων που μολύνονται από ηπατίτιδα C έχει μείνει στάσιμος, γεγονός που δείχνει ότι όλο και περισσότερα άτομα ενημερώνονται για την ασθένεια και λαμβάνουν προφυλάξεις.

- Η συχνότητα του αντιγόνου του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg) στα δείγματα, είναι υψηλή στο Ν. Σερρών, ενώ σε χαμηλότερα επίπεδα κυμαίνεται στο Ν. Ιωαννίνων.

- Η συχνότητα άνοσων κυμάνθηκε από 20% έως περίπου 30%.
- Η συχνότητα των anti-HCV θετικών ατόμων βρέθηκε σε υψηλά επίπεδα στο Ν.Σερρών, ενώ στο Ν.Φλωρίνης μηδενικό παρουσιάζεται το ποσοστό για την παρουσία αντισωμάτων, έναντι του ιού της ηπατίτιδας C.

**Πίνακας 3.5: Επιπολασμός HBV και HCV λοίμωξης σε δείγματα πληθυσμού, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

		Ν.Σερρών	Ν.Ιωαννίνων	Ν.Φλώρινας
HBV λοίμωξη	HBsAg (+)	8,4	0,8	3,6
	Άνοσοι	29,6	25,3	19,7
HCV λοίμωξη	Anti – HCV (+)	1,7	1,7	-

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας.

Μεγαλύτερη συχνότητα του ιού της ηπατίτιδας Β βρέθηκε στο Ν. Σερρών και μικρότερη στο Ν. Φλωρίνης. Αντίθετα, μεγαλύτερη συχνότητα ηπατίτιδας Β εμφανίζεται στο Ν. Ιωαννίνων στις γυναίκες και μικρότερη στο Ν. Φλωρίνης.

**Πίνακας 3.6: Επιπολασμός HBV ανά φύλο σε δείγματα πληθυσμού, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997-98.**

	Ν.Σερρών	Ν. Ιωαννίνων	Ν.Φλώρινας
Άνδρες	34,5	22,2	16,7
Γυναίκες	26,6	28,5	22,3

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Συμπερασματικά, η ηπατίτιδα Α πρέπει να απασχολήσει τις υγειονομικές υπηρεσίες του Ν.Έβρου, ενώ η ηπατίτιδα Β τον Ν. Σερρών. Η ηπατίτιδα C δεν αποτελεί πρόβλημα για κανέναν νομό.

Ως τρόποι αντιμετώπισης που συνήθως προτείνονται είναι:

- Συστηματική εφαρμογή προγράμματος εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β σε νεογέννητα και εφήβους.
- Διερεύνηση της συχνότητας του HBsAg και Anti-HCV και της πηγής μόλυνσης στις γειτονικές χώρες και ανάπτυξη κοινών στρατηγικών αντιμετώπισης.
- Ανάπτυξη δομών συνεργασίας Δ/σης Υγιεινής-Νοσοκομείου-Κέντρου Υγείας και ιδιωτών ιατρών με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- Εφαρμογή προγράμματος αναζήτησης και θεραπείας των φορέων HBsAg σε περιοχές που έχουν εντοπιστεί ως υψηλής επικινδυνότητας, για την πρόληψη της εξέλιξης της χρόνιας HBV λοίμωξης σε κίρρωση και καρκίνο ήπατος.
- Εφαρμογή κοινών προγραμμάτων πρόληψης ηπατίτιδας Β και C σε πληθυσμιακές ομάδες με υψηλό κίνδυνο λοίμωξης.
- Τέλος, υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων οξείας ηπατίτιδας Β και C.

### 3.5 AIDS

Στη παρούσα ενότητα θα εξετάσουμε τον επιπολασμό της λοίμωξης HIV και τι γνωρίζει ο πληθυσμός για τις επιπτώσεις, καθώς και τα μέτρα πρόληψης.

Το AIDS αποτελεί το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας και προκαλείται από τον ιό HIV. Έχει χαρακτηριστεί ως η μάστιγα του αιώνα και έχει προσελκύσει το έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, τόσο για την αντιμετώπισή του, όσο και για τις κοινωνικές του προεκτάσεις.

Ο ιός προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και τον καθιστά ευάλωτο σε πολλές λοιμώξεις, που εξελίσσονται σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Οι περισσότερες από αυτές τις λοιμώξεις προκαλούνται από μικροοργανισμούς, που σε φυσιολογικές συνθήκες δεν θα προκαλούσαν νόσο, καθώς ο οργανισμός εύκολα θα τις αντιμετώπιζε.

Η νόσος μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και την κοινή χρησιμοποίηση αντικειμένων μολυσμένων με αίμα ασθενούς, όπως είναι τα ξυραφάκια ή οι βελόνες από σύριγγες και η μετάγγιση μολυσμένου αίματος, δηλαδή με την ανταλλαγή υγρών του οργανισμού, εφόσον μόνο μέσα σε αυτά μπορεί να επιβιώσει ο ιός HIV. Επίσης, συχνή είναι η μετάδοση από τη μητέρα, που είναι φορέας της νόσου στο έμβρυο. Φορέας της νόσου είναι κάποιος που, ενώ έχει μολυνθεί, δεν έχει αρχίσει ακόμα να εμφανίζει συμπτώματα. Με άλλα λόγια, ο ιός βρίσκεται μέσα στον οργανισμό του, αλλά δεν έχει ακόμα παρουσιάσει συμπτώματα από την προσβολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, ο φορέας μπορεί να μη γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί από τον ιό HIV. Ο ασθενής που πάσχει από τη νόσο έχει εκδηλώσει ήδη συμπτώματα. Τόσο οι φορείς όσο και οι πάσχοντες μπορούν να μεταδώσουν το AIDS. Οι φορείς που δεν γνωρίζουν ότι έχουν προσβληθεί, αποτελούν την κύρια εστία μετάδοσής του<sup>4</sup>.

Μέτρα πρόληψης-διάγνωσης είναι η λήψη αίματος και ο προσδιορισμός του anti-HIV με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA).

Στα πλαίσια σχετικών μελετών, εξετάστηκαν για AIDS πολίτες και αιμοδότες. Δεν εντοπίστηκε φορέας.

Όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών των περιοχών αναφοράς, από τις μελέτες προέκυψε ότι οι κύριες πηγές ενημέρωσης είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Όσοι ρωτήθηκαν γνωρίζουν ότι το AIDS μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, ενώ έχουν λανθασμένη γνώμη για τους τρόπους μετάδοσης. Θεωρούν ότι το AIDS απειλεί την περιοχή τους, ενώ λίγοι πιστεύουν ότι υπάρχουν ήδη κρούσματα στη περιοχή τους. Διαπιστώθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει θετικά την ορθή γνώση, σε σχέση με τους τρόπους μετάδοσης του ιού, όπως επίσης και τη συνειδητοποίηση του

<sup>4</sup> <http://health.in.gr> (Μάιος 2004)

κινδύνου για πιθανή μόλυνση. Τέλος, διαπιστώθηκε πως η ηλικία δεν παίζει ρόλο στην ενημέρωση, αφού άτομα μικρότερων ηλικιών ήταν καλύτερα ενημερωμένοι, όπως και οι ανύπαντροι.

### 3.6 Λοιμώδη

#### 3.6.1 Ερυθρά

Διαπιστώθηκε από σχετικές μελέτες πως η ερυθρά κατά την τριετία 1997-99 για τους νομούς Έβρου, Φλώρινας και Ιωαννίνων δεν αποτελεί πρόβλημα, ενώ αντιθέτως στο Ν. Σερρών η επίπτωση κρουσμάτων ερυθράς παρουσίασε αυξομειώσεις με μέγιστη τιμή επίπτωσης το έτος 1998 (Πίνακας 3.7).

**Πίνακας 3.7: Επίπτωση ερυθράς την τριετία 1997-1999, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Έτος	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
1997	0	0	0	2,51
1998	0	0	0	11,56
1999	0	0	0,56	3,51

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

#### 3.6.2 Ανεμοβλογιά

Διαπιστώθηκε από σχετικές μελέτες πως η επίπτωση της ανεμοβλογιάς κατά την τριετία 1997-99 στους νομούς Έβρου και Φλώρινας παρουσίασε άνοδος, ενώ στο Ν. Ιωαννίνων και Ν. Σερρών έχουμε μείωση της ασθένειας (Πίνακας 3.8).

**Πίνακας 3.8: Επίπτωση ανεμοβλογιάς την τριετία 1997-1999, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Έτος	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
1997	6,12	136,40	39,90	232,67
1998	-	29,90	11,85	237,70
1999	29,08	44,80	2,80	154,30

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

### 3.6.3 Ιλαρά

Διαπιστώθηκε από σχετικές μελέτες πως από απόψεως κρουσμάτων ιλαράς ο Ν. Έβρου βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, εν αντιθέσει με τους λοιπούς τρεις νομούς αναφοράς, όπου η παρουσία κρουσμάτων παρουσιάζει μια ανοδική πορεία (Πίνακας 3.9).

**Πίνακας 3.9: Επίπτωση ιλαράς την τριετία 1997-1999, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Έτος	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Σερρών
1997	-	5,60	0,56	19,10
1998	-	-	1,12	14,57
1999	-	8,60	2,24	12,56

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Συνοπτικά, όσον αφορά τα λοιμώδη που εξετάστηκαν για την τριετία 1997-1999 στις περιοχές αναφοράς, διαπιστώνεται ότι:

- Κρούσματα ερυθράς παρατηρούνται στο Ν. Σερρών.
- Παρά τη σταδιακή μείωση ανεμοβλογιάς στο Ν. Σερρών φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα.



- Τέλος, κρούσματα ιλαράς δεν έχουμε στο Ν. Έβρου, συγκριτικά με τους άλλους νομούς.

Η ιλαρά και η ανεμοβλογιά πρέπει να απασχολήσουν τις υγειονομικές υπηρεσίες της Νομαρχίας Σερρών και λιγότερο των υπολοίπων νομών.

### 3.7 Γαστρεντερίτιδες

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε τα κρούσματα γαστρεντερίτιδας σε δύο από τους τέσσερις νομούς αναφοράς (Ιωαννίνων και Σερρών), διότι δεν υφίστανται σχετικές μελέτες για τους λοιπούς νομούς.

Στα πλαίσια των υφισταμένων μελετών υπήρξε συνεργασία με τις υγειονομικές υπηρεσίες των νομών, όπου “χαρτογραφήθηκαν” τα δίκτυα ύδρευσης των δύο νομών, σε σχέση με την υγιεινή τους κατάσταση και ιδίως σε σχέση με το αν εφαρμόζεται συνεχής και συστηματική χλωρίωση των δικτύων.

Το 1999 εισήχθησαν 1.450 ασθενείς στο νοσοκομείο Ιωαννίνων και 477 στο νοσοκομείο Σερρών με συμπτώματα γαστρεντερίτιδας. Από τους 1.450 ασθενείς στο νομό Ιωαννίνων διενεργήθηκαν 2.277 καλλιέργειες κοπράνων, με πρότυπες μικροβιολογικές μεθόδους για την απομόνωση Σαλμονελλών και Σιγκελλών και 477 καλλιέργειες δειγμάτων κοπράνων στο νοσοκομείο Σερρών σε αντίστοιχους ασθενείς, εκ των οποίων οι 366 αφορούσαν την Παιδιατρική κλινική και οι 111 άλλη κλινική.

Από τις 477 εξετάσεις, μόνο στις 17 περιπτώσεις (ποσοστό 3.6% επί των πραγματοποιηθέντων καλλιεργειών) απομονώθηκαν στελέχη Σαλμονέλας στο Ν. Σερρών. Στο Ν. Ιωαννίνων, από τις 2.277 οι 90 ήταν θετικές για βακτήρια *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Campylobacter jejuni* και *Aeromonas hydrophila*.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι και τα 17 στελέχη Σαλμονέλας απομονώθηκαν στην Παιδιατρική κλινική Νοσοκομείου Σερρών από κρούσματα γαστρεντερίτιδας που εμφανίστηκαν σε παιδιά, ενώ κανένα στέλεχος δεν απομονώθηκε από άλλη κλινική.

Σε μικροβιολογικές εξετάσεις 192 δειγμάτων νερού στους δύο νομούς, για να διαπιστωθεί η βακτηριολογική τους ποιότητα, διαπιστώθηκε ότι στο Ν. Ιωαννίνων οι 10 από τις 15 περιπτώσεις όπου απομονώθηκαν ακατάλληλα δείγματα νερού, η χλωρίωση του νερού ήταν έκτακτη, ενώ στο Ν. Σερρών δεν ανιχνεύτηκε υπολειμματικό χλώριο στα ακατάλληλα δείγματα.

Σε ανάλυση 68 δειγμάτων τροφίμων (20 δείγματα για το Ν. Ιωαννίνων και 48 δείγματα για το Ν. Σερρών), τα οποία ελήφθησαν από “επιδημιολογικά ευπαθή” κέντρα μαζικής εστίασης (νοσοκομεία, κρατικοί Παιδικοί Σταθμοί κ.λ.π), δεν απομονώθηκε *Salmonella* spp. ή *Staphylococcus aureus*.

Σε μελέτες για τη χλωρίωση των δικτύων ύδρευσης των δύο νομών προέκυψε ότι (Πίνακας 3.10):

**Πίνακας 3.10: Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης που κάνουν χλωρίωση των δικτύων ύδρευσης στους νομούς Ιωαννίνων και Σερρών, 1999.**

	Ν. Σερρών	Ν. Ιωαννίνων
Χλωρίωση	52 Ο.Τ.Α (94.5%)	28 Ο.Τ.Α (65.1%)
Συνεχή χλωρίωση	40 Ο.Τ.Α (72.7%)	16 Ο.Τ.Α (37.2%)
Περιοδική χλωρίωση	15 Ο.Τ.Α (27.3%)	27 Ο.Τ.Α (62.7%)
Καθημερινό έλεγχο	12 Ο.Τ.Α (21.8%)	1 Ο.Τ.Α (4.65%)

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Σερρών και Ιωαννίνων.

Σε ότι αφορά το δίκτυο αποχέτευσης, διαπιστώθηκε ότι 30 Ο.Τ.Α (69.7%) δεν διαθέτουν ανάλογο δίκτυο στο Ν. Ιωαννίνων και 14 Ο.Τ.Α (24.5%) στο Ν. Σερρών.

Όσον αφορά τη διάθεση των λυμάτων, διαπιστώθηκε ότι 27 Ο.Τ.Α (62.8%) διαθέτουν τα λύματα σε απορροφητικούς βόθρους και 14 Ο.Τ.Α (32.6%) σε στεγανούς βόθρους. Στο Ν. Σερρών 22 Ο.Τ.Α (40%) διαθέτουν τα λύματα σε απορροφητικούς βόθρους και 8 Ο.Τ.Α (14.5%) σε στεγανούς βόθρους.

Οι γαστρεντερίτιδες έχουν συνηθέστατα υδατογενή ή και τροφιμογενή προέλευση. Τα υδατογενή και τροφογενή νοσήματα, για διάφορους λόγους, εμφανίζουν παγκοσμίως αυξητική τάση.

Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου, όπου η εμφάνιση των συγκεκριμένων νοσημάτων είναι πιο πιθανή. Μια τέτοια ομάδα είναι και οι οικονομικοί μετανάστες, οι οποίοι λόγω των συχνών μετακινήσεων σε διάφορες περιοχές, αναγκάζονται να διαβιώσουν κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες (προβληματική η κατανάλωση υγιεινού νερού, η παρασκευή και συντήρηση τροφής, έλλειψη στοιχειωδών κανόνων ατομικής υγιεινής κ.α), γεγονός που ευνοεί την εμφάνιση κρουσμάτων τροφικών δηλητηριάσεων. Στους νομούς Ιωαννίνων και Σερρών υπάρχει μεγάλος αριθμός οικονομικών μεταναστών.

Η όλη εικόνα δείχνει ότι παρά τα γενικότερα προβλήματα καταγραφής των λοιμωδών νόσων που υπάρχουν στη χώρα, δεν υπάρχουν μείζονα προβλήματα γαστρεντερίτιδων στην περιοχή αναφοράς. Όμως, υπάρχουν σαφώς περιθώρια βελτίωσης, τόσο στο σύστημα ύδρευσης, όσο και στο σύστημα αποχέτευσης των διαφόρων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Εκτιμάται ότι η αναβάθμιση σε επίπεδο υποδομών και στελέχωσης με κατάλληλο προσωπικό των υπηρεσιών ύδρευσης, θα θωρακίσει καλύτερα την ευρύτερη περιοχή από την ενδεχόμενη εμφάνιση επιδημικών εξάρσεων.

Οι έλεγχοι του πόσιμου νερού που πραγματοποιούνται με μικροβιολογικές εξετάσεις θα πρέπει να ενταθούν, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να οργανωθεί

ένα σύστημα ελέγχου των χώρων μαζικής εστίασης, κυρίως των πληθυσμιακά ευαίσθητων ομάδων.

### 3.8 Νοσήματα μεταδιδόμενα με αρθρόποδα

Η μετάδοση λοιμογόνων παραγόντων (ιών, μικροβίων, παρασίτων) στον άνθρωπο με διάφορα είδη αρθροπόδων (κουνούπια, φλεβοτόμοι, κρότωνες), αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας.

Από εντομολογικές μελέτες σε βιότοπους που εντοπίστηκαν, τα κυριότερα έντομα που βρέθηκαν ήταν: *Anopheles maculipennis*, *A. maculipennis*, complex, *A. sacharovi*, *A. hyrcanus*, *A. claviger*, *Culex ripiens*, *C. modestus*, *C. territans*, *C. hortensis*, *Aedes caspius*, *A. vexans*, *Phlebotomus tobbi*, *P. perfiliewi*, *P. balcanicus*, *P. simici*, *P. neglectus*, *P. neglectus-like*.

Από οροεπιδημιολογικές μελέτες ευρέθησαν αντισώματα έναντι (Πίνακας 3.11):

**Πίνακας 3.11: Αντισώματα σε οροεπιδημιολογικές μελέτες σε δείγματα πληθυσμού, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1999.**

Ιός	N. Έβρου	N. Σερρών	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων
του Δυτικού Νείλου	3,9%	3,2%	2,3%	2,8%
του τριημέρου πυρετού-SF	6,2%	2,4%	1,1%	1,6%
της θερινής μηνιγγο – εγκεφαλίτιδος (TBE)	7,4%	3,2%	1,7%	0,8%
της Λείσμάνιας	0,8%	0,8%	1,53%	1,4%

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Ο Ν. Έβρου έχει το μεγαλύτερο ποσοστό από τους άλλους νομούς στον ιό της θερινής μηνιγγο-εγκεφαλίτιδος (TBE) και τον ιό του τριημέρου πυρετού-SF.

Συμπερασματικά, απαιτείται άμεση οργάνωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων καταπολέμησης των αρθροπόδων, με ειδικά εκπαιδευμένο στελεχιακό δυναμικό.

### 3.9 Παρασιτικές Λοιμώξεις

Τα τελευταία 10 χρόνια παρατηρήθηκε μια αύξηση της συχνότητας παρασιτικών λοιμώξεων και αναγνωρίστηκαν παράσιτα που θεωρείται ότι είχαν εξαφανιστεί από την χώρα μας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την είσοδο μεγάλου αριθμού αλλοδαπών και την ανεύρεση σε δείγματα ληφθέντα εξ αυτών ποικιλίας παρασίτων, τονίζει την ανάγκη συντονισμένης αναζήτησης πρωτοζώων και ελμίνθων, σε άτομα που διαβιούν στις υπό μελέτη περιοχές.

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι τα παράσιτα έχουν μορφές ιδιαίτερα ανθεκτικές σε δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντος, που τους επιτρέπουν να διατηρούν τη βιωσιμότητα και τη λοιμογονικότητά τους.

Από εξέταση δειγμάτων κοπράνων πληθυσμού στις περιοχές αναφοράς, προέκυψαν τα παρακάτω:

Ο Ν. Φλώρινας έχει περισσότερα θετικά δείγματα σε παράσιτα, από τους άλλους νομούς. Ο Ν. Φλώρινας και ο Νομός Σερρών τα περισσότερα θετικά δείγματα σε παράσιτα τα είχαν σε *Entamoeba dispar* και σε *Giardia lamblia*. Αντίθετα ο Ν. Ιωαννίνων τα περισσότερα δείγματα τα είχε σε *Ascaris lumbricoides* (Πίνακας 3.12).

Για το Ν. Έβρου δεν υφίσταται σχετική έρευνα.

**Πίνακας 3.12: Αναγνώριση παρασίτων σε δείγματα κοπράνων πληθυσμού, στους νομούς Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1999.**

	N. Σερρών	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων
Δείγματα κοπράνων:	205	250	210
<u>Θετικά σε:</u>	11	14	9
<i>Entamoeba dispar</i>	4	4	-
<i>Taenia</i> sp	-	-	2
<i>Hymenolepis nana</i>	-	-	2
<i>Ascaris lumbricoides</i>	-	-	3
<i>Trichuris trichiura</i>	2	-	-
<i>Endolimax nana</i>	2	2	-
<i>Opisthorchis</i> sp	-	1	-
<i>Enterobius vermicularis</i>	-	3	-
<i>Giardia lamblia</i>	3	4	2

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Από αντίστοιχες εξετάσεις δειγμάτων αίματος πληθυσμού στις περιοχές αναφοράς, ανιχνεύθηκαν τα παρακάτω αντισώματα (Πίνακας 3.13):

**Πίνακας 3.13: Αντισώματα σε δείγματα πληθυσμού, στους νομούς Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1999.**

	N. Σερρών	N. Φλώρινας	N. Ιωαννίνων
Δείγματα αίματος:	500	500	505
<i>E. histolytica</i>	1,8%	1,2%	2,4%
<i>G. lamblia</i>	2,2%	1,8%	2,6%

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Από εξέταση δειγμάτων χύματος βρέθηκαν σε όλους τους Νομούς - πλήν του Ν. Έυρου - σε διάφορους χώρους ωά *Toxocara canis* και *Trichuris trichiura*, καθώς και προνύμφες νηματωδών, που ζουν ελεύθερες στο περιβάλλον και δεν είναι παθογόνες για τον άνθρωπο.

Συμπερασματικά, η συχνότητα των παρασιτικών λοιμώξεων του πεπτικού είναι σε άμεση σχέση με το επίπεδο υγιεινής, ατομικό και περιβαλλοντικό. Με συντονισμένες ενέργειες των αρμοδίων φορέων δύναται να ελαχιστοποιηθεί.

### **3.10 Ζωοανθρωπονόσοι**

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε την υπάρχουσα κατάσταση σε ότι αφορά τις Κτηνιατρικές Υπηρεσίες των νομών αναφοράς, νοσήματα ζώων που συνήθως διαγιγνώσκονται και μεταδίδονται στον άνθρωπο, καθώς και τη συχνότητά τους, τον τρόπο διάγνωσής τους και την υποδομή γι' αυτό. Επίσης, τη σχέση με τα όμορα κράτη και την πιθανή συνεργασία των Νοσοκομειακών-Ιατρικών υπηρεσιών με τις αντίστοιχες Κτηνιατρικές Υπηρεσίες, τις σχετικές με τις ζωοανθρωπονόσους.

Όσον αφορά την κατάσταση των Κτηνιατρικών Υπηρεσιών στους νομούς αναφοράς, μπορούμε να καταγράψουμε τα εξής;

#### **N. Σερρών**

Από σχετική μελέτη, η ταυτότητα της οποίας αναφέρεται στο παράρτημα, προέκυψε ότι οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες, παρά το υψηλής ποιότητας έργο τους, χρήζουν αναδιάταξης, συρρίκνωσης του αριθμού τους και δημιουργίας πολυδυνάμων Κτηνιατρικών Κέντρων. Πρέπει να παραμείνουν δύο Κτηνιατρικά Κέντρα στην περιοχή (Ροδόπολη – Σιδηρόκαστρο). Σοβαρές υπηρεσίες προσφέρει το Κτηνιατρικό Εργαστήριο Σερρών. Η υποδομή σε σφαγεία είναι πολύ καλή και η σημερινή δυνατότητα διακίνησης των ζώων στο Ν. Σερρών επιτρέπει πλέον την κατάργηση των περίφημων στεγάστρων ζώων. Σχετική βελτίωση απαιτείται σε ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, πρόσληψη νέων κτηνιάτρων και προσπάθεια εξειδίκευσης – ενημέρωσης σε θέματα Δημόσιας Υγείας.

## **N. Φλώρινας**

Από σχετική μελέτη, η ταυτότητα της οποίας αναφέρεται στο παράρτημα, προέκυψε ότι πέρα από τις Βρουκελλώσεις, για τις οποίες υπάρχει ευαισθητοποίηση και τρόπος διάγνωσης επί τόπου, εφαρμόζεται, έστω και με δυσκολίες, πρόγραμμα εμβολιασμού των αμνοεριφίων και περιοδική ορολογική εξέταση των αγελάδων. Ουσιαστικά, δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλαίσιο αντιμετώπισης των ζωοανθρωπονόσων. Ακόμη και η Βρουκέλλωση υφίσταται ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, καθώς το 1998 διαγνώστηκαν 14 περιστατικά Μελιταίου στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας.

Το γεγονός αυτό θα πρέπει να εντείνει τη διαφώτιση του κοινού, κυρίως στην αποφυγή κατανάλωσης προϊόντων ζωικής προέλευσης, που δεν έχουν παστεριωθεί ή μαγειρευτεί κατάλληλα, καθώς και για μέτρα ατομικής υγιεινής κατά το χειρισμό των ζώων, υπόπτων ή ασθενών από Βρουκέλλωση (π.χ τοκετός ζώων).

## **N. Έβρου**

Η μεθόριος με την Τουρκία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πύλες εισόδου λοιμωδών νοσημάτων των ανθρώπων και των ζώων. Το ζωικό κεφάλαιο της περιοχής προσβάλλεται από σοβαρά, εισαγόμενα εξ ανατολής όπου ενδημούν, νοσολογικά προβλήματα: Αφθώδης Πυρετός, Ευλογία, Βρουκέλλωση, Φυματίωση, Παραφυματίωση, Maedi Visna και Scrapie, Ρικκετσιώσεις, Λύσσα, Εχينوκοκκίαση – Υδατιδωση, Καταρροϊκός Πυρετός κ.α.

Από σχετική μελέτη, η ταυτότητα της οποίας αναφέρεται στο παράρτημα, προέκυψε ότι οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες στο νομό είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένες, προχωράει πολύ καλά η καταγραφή των εκτροφών και δημιουργείται βάση δεδομένων ικανή για επιτήρηση των παραπάνω



νοσημάτων. Όμως, είναι αναγκαία η αναδιάρθρωση των κτηνιατρείων και η ενίσχυση σε επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό.

### **N. Ιωαννίνων**

Στη περιοχή του Ν. Ιωαννίνων παρατηρείται έντονη πληθυσμιακή και παραγωγική συρρίκνωση. Από σχετική μελέτη, η ταυτότητα της οποίας αναφέρεται στο παράρτημα, προέκυψε ότι υπάρχει ανάγκη ριζικής μεταρρύθμισης, κατάργησης των σημερινών κτηνιατρείων και δημιουργία 3 έως 4 κτηνιατρικών κέντρων. Επίσης, ταχύρυθμη κατάρτιση – εξειδίκευση των κτηνιάτρων του Δημοσίου και μεγαλύτερη εμπλοκή τους σε θέματα Δημόσιας Υγείας.

Όσον αφορά τα νοσήματα, από σχετικές μελέτες προέκυψε ότι σοβαρά νοσολογικά προβλήματα προσβάλλουν το ζωικό κεφάλαιο και στους τέσσερις νομούς. Για τα νοσήματα που σχετίζονται με την Δημόσια Υγεία απαιτείται η ένταξη τους στα προγράμματα εκρίζωσης των ζωοανθρωπονόσων. Απαιτείται αποτελεσματικός μηχανισμός και 100% αποζημίωση των παραγωγών, ώστε να δεχθούν τη σφαγή των ζώων τους. Μεγάλο είναι το ενδιαφέρον από τα τοπικά στελέχη για ενημέρωση – κατάρτισή τους, σε θέματα σχετικά με τις ζωοανθρωπονόσους. Υπάρχει έντονο μεθοριακό πρόβλημα με την ασφάλεια (λαθρομετανάστες) και την διακίνηση ζώντων ζώων.

Από επιδημιολογικές έρευνες στους τέσσερις νομούς προέκυψε ότι η Βρουκέλλωση των βοοειδών και ο Μελιταίος Πυρετός των αιγοπροβάτων αποτελούν το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα και δευτερεύον η Εχينوκοκκίαση – Υδατίδωση. Το πρόβλημα των τροφιμογενών νοσημάτων εμφανίζεται ολοένα και μικρότερο.

## Λείσμανίαση (Γενικευμένη Λείσμανίαση του σκύλου, Kala - Azar )<sup>5</sup>

Η λείσμανίαση του σκύλου είναι ένα λοιμώδες νόσημα του σκύλου με βραδεία εξέλιξη, που προκαλείται από μικροοργανισμούς (πρωτόζωα) του γένους *Leishmania* και με κυριότερο εκπρόσωπο τη *Leishmania donovani*. Η λοίμωξη του σκύλου προκαλείται από τσίμπημα μολυσμένου φλεβοτόμου (σκνίπα). Μετά από τον τοπικό πολλαπλασιασμό, η μόλυνση αρχικά επικεντρώνεται στα λεμφογάγγλια και το σπλήνα, στη συνέχεια δε, γενικεύεται σε ολόκληρο τον οργανισμό του ζώου.

Η πρόληψη στην λείσμανίαση του σκύλου, αφορά στην προσεκτική καταπολέμηση των σκνιπών στο περιβάλλον του ζώου, με τη χρησιμοποίηση των διαφόρων εντομοκτόνων και εντομοαπωθητικών σκευασμάτων που κυκλοφορούν. Ο σκύλος συνήθως παρουσιάζει απώλεια βάρους, ενώ η όρεξη διατηρείται, εύκολη κόπωση, ρινορραγία, πιτυρίαση, κακή κατάσταση τριχώματος, έλκη στο δέρμα, επιπεφυκίτιδα, μεγάλη ανάπτυξη νυχιών, αναιμικοί βλεννογόνοι.

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στις εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις αίματος όπως η αναζήτηση αντισωμάτων έναντι της νόσου. Η αντιμετώπιση είναι αρκετά δύσκολη και πολύπλοκη, με πεινχρά πολλές φορές αποτελέσματα. Χρησιμοποιούνται συνήθως συνδυασμοί αλάτων του αντιμονίου, αλλοπουρινόλης, αμινοσιδίνης, κετοκοναζόλης και λεβαμιζόλης. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα που επιλέγει ο κτηνίατρος. Απαιτείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας τακτικός αιματολογικός έλεγχος των νεφρών και του ήπατος του ζώου.

<sup>5</sup> <http://www.care.gr/enc/vet/topic/?id=5> (Μάιος 2004)

Η μόλυνση του σκύλου από *Leishmania tropica*, μικροοργανισμό που προκαλεί στον άνθρωπο τη Δερματική Λείσμανίαση ("φύμα της Ανατολής"), δεν είναι διαδεδομένη στην Ελλάδα.

Στον άνθρωπο προκαλείται νόσος που οφείλεται στο μικροοργανισμό *Leishmania donovani* και ονομάζεται Σπλαχνική Λείσμανίαση. Προσβάλλει κυρίως τα μικρά παιδιά. Η μετάδοση γίνεται με το τσίμπημα του φλεβοτόμου (σκνίπας). Είναι όμως ακόμη αμφισβητούμενη η μετάδοση του μικροοργανισμού αυτού με τη διαδρομή: σκύλος - σκνίπα – άνθρωπος.

Στον Ν. Έβρου, παρά τον σχετικά μεγάλο αριθμό σκύλων (17.000), μόνο το 2.1% είχε μολυνθεί, όπως προκύπτει από σχετική έρευνα. Μάλιστα δεν βρέθηκαν θετικοί σκύλοι μη μετακινηθέντες από τον Ν. Έβρου. Εξάλλου, κατά την τελευταία πενταετία, δεν έχουν αναφερθεί κρούσματα σε ανθρώπους. Στο Ν. Έβρου υπάρχει πρόγραμμα καταπολέμησης εντόμων.

Στον Ν. Φλώρινας μόνο το 1% των σκύλων έχουν μολυνθεί και βρέθηκαν αντισώματα *L. Infantum*, ενώ δεν έχει αναφερθεί κρούσμα Σπλαχνικής Λείσμανίασης του ανθρώπου την τελευταία πενταετία. Έτσι φαίνεται ότι δεν αποτελεί πρόβλημα η νόσος στην περιοχή, παρ' ότι ο αριθμός των αδέσποτων φαίνεται εξαιρετικά μεγάλος.

Στο Ν. Σερρών το ποσοστό μόλυνσης των σκύλων φτάνει το 6.6%. Πρέπει να τονισθεί ότι το ποσοστό των μολυσμένων σκύλων είναι σχετικά μεγάλο (περί 20.000) και με το λοιπό Ζωικό κεφάλαιο. Σε ότι αφορά τα αδέσποτα, ο αριθμός είναι περιορισμένος, ενώ υπάρχει μηχανισμός ελέγχου (Δημοτικό Κυνοκομείο) αυτών και από τις τοπικές αρχές θεωρείται σοβαρό πρόβλημα.

Στον άνθρωπο παρατηρούνται σποραδικά κρούσματα (1-3 ετησίως). Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και το υφιστάμενο πρόγραμμα καταπολέμησης των κουνουπιών και εμμέσως των σκνιπών.

Στο Ν. Ιωαννίνων υπάρχει μεγάλο ποσοστό μόλυνσης των σκύλων σε σχέση με τους άλλους νομούς. Μόλις το 24,2% των σκύλων έχουν μολυνθεί και βρέθηκαν αντισώματα κατά της *Leishmania Infantum*. Οι σκύλοι αυτοί με βάση την εμπειρία αλλά και με τα διεθνή δεδομένα, θα νοσήσουν ύστερα από μερικούς μήνες ή και χρόνια. Έτσι, στην περιοχή υπάρχει μια σημαντική αποθήκη του παθογόνου αυτού παράγοντα και δυνητικά επικίνδυνη για τη Δημόσια Υγεία.

Σε ότι αφορά τον άνθρωπο, η νόσος παρατηρείται σποραδικά (1-2 κρούσματα ετησίως). Κατά το έτος 1999 παρατηρήθηκαν 4 περιστατικά που αφορούσαν παιδιά – μετανάστες από την γειτονική Αλβανία.

### **Ρικετσιώσεις – Κροτωνογενή νοσήματα**

Σε σχετικές μελέτες, ως δείκτης των ρικετσιώσεων επιλέχθηκε η μονοκυτταρική Ερλιχίωση του σκύλου (*Ehrlichia canis*).

Ερλιχίωση του σκύλου από *Ehrlichia spp*, είναι ένα λοιμώδες νόσημα του σκύλου που προκαλείται από μικροοργανισμούς (ρικέτσιες) του γένους *Ehrlichia*, και με κυριότερο εκπρόσωπο την *Ehrlichia canis*<sup>6</sup>. Η μόλυνση του σκύλου γίνεται με τσιμπήματα κροτώνων (τσιμπούρια). Η ερλίχια πολλαπλασιάζεται μέσα στα λευκοκύτταρα του αίματος του ζώου. Στη συνέχεια προκαλεί καταστροφή των θρομβοκυττάρων (αιμοπετάλια) του αίματος, οπότε προκαλούνται αιμορραγίες, αλλά και καταστροφή των λευκοκυττάρων, οπότε έχουμε δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις. Η νόσος εμφανίζεται με την οξεία μορφή και την υποξεία ή χρόνια μορφή.

Για την πρόληψη της νόσου απαιτείται προσεκτική και συστηματική καταπολέμηση των κροτώνων με τα διάφορα μέσα που υπάρχουν σήμερα σε μεγάλη ποικιλία (περιλαίμια, sprays, spot on κλπ). Ο σκύλος παρουσιάζει

<sup>6</sup> <http://www.care.gr/enc/vet/topic/?id=3> (Μάιος 2004)

πυρετό, συχνά υψηλό, ανορεξία, απώλεια βάρους, και σπανιότερα οιδήματα στα άκρα, εμετούς και ελαφρές αιμορραγίες.

Η διάγνωση θα βασιστεί κυρίως στην κλινική εικόνα, αλλά και σε ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις, όπως η γενική αίματος (κυρίως ο αριθμός αιμοπεταλίων και λευκοκυττάρων), αλλά και ο τίτλος αντισωμάτων.

Χορηγούνται ειδικά αντιβιοτικά, όπως οι τετρακυκλίνες και ειδικότερα η δοξυκυκλίνη για τουλάχιστον 15 ημέρες. Απαιτούνται επίσης και συμπτωματικές υποστηρικτικές αγωγές, ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων. Η θεραπευτική αγωγή στα αρχικά στάδια της νόσου είναι αποτελεσματική.

Δεν έχει αναφερθεί προσβολή ανθρώπου από Ερλίχια

Στο Ν. Έβρου, λόγω των μέτρων κατά του Αφθώδη Πυρετού υπάρχει η πλέον οργανωμένη επιτήρηση – καταπολέμηση όλων των Ζωοανθρωπονόσων. Σε ότι αφορά τα κροτωνογενή νοσήματα, οι παρεμβάσεις δεν είναι επιτυχείς, καθόσον θετικά στην *E. Canis* βρέθηκε το 21.8% των σκύλων, σε σχετική έρευνα. Εξάλλου, ειδικά για τον Έβρο οι οροί αίματος από τους σκύλους εξετάστηκαν και για την ύπαρξη αντισωμάτων κατά της σπειροχαιίτης *Borrelia burgdorferi* - Νόσος Lyme, καθόσον μεγάλος αριθμός στρατιωτών μας στρατοπεδεύει και δραστηριοποιείται στο ύπαιθρο.

Έναντι της σπειροχαιίτης, μικρό ποσοστό των σκύλων βρέθηκε να φέρει αντισώματα (2,7%) ενδεικτικά μόλυνσης (τίτλος  $\geq 1/200$ , IFA test). Παρ' ότι το ποσοστό αυτό θεωρείται χαμηλό, αποτελεί σήμα κινδύνου και πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους εμπλεκόμενους στη Δημόσια Υγεία και ειδικότερα τους Στρατιωτικούς Ιατρούς και τους Παιδίατρους.

Στο Ν. Φλώρινας αντίθετα, με την Λεϊσμανίαση οι ρικετσιώσεις φαίνεται να κινούνται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, αφού βρέθηκε μολυσμένο το 7.1% των σκύλων.

Στο Ν. Σερρών η μόλυνση των σκύλων είναι σε επίπεδα συναγερμού, αφού φθάνει το 29.8%, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη μελέτη όλων των κροτωγενών νοσημάτων και όχι μόνο των Ρικετσιώσεων. Αναγκαία είναι και η εφαρμογή μέτρων καταπολέμησης των κροτώνων. Παράλληλα απαιτείται ενημέρωση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, αλλά και του πληθυσμού.

Στο Ν. Ιωαννίνων, το 17,4% των ζώων που ελέγχθηκαν βρέθηκαν επίσης θετικά. Αν λάβει κανείς υπ' όψιν την μακροχρόνια βακτηριαμία των ρικετσιώσεων στο σκύλο, μπορεί να συμπεράνει για το υψηλό ποσοστό των κροτώνων που είναι μολυσμένοι. Εξάλλου, οι σκύλοι της περιοχής αυτής ελέγχθηκαν για αντισώματα κατά της Ρικετσιώσης του ανθρώπου (*Rickettsia Coenophila*) και το 5.7% αυτών βρέθηκε να φιλοξενεί αντισώματά της. Το γεγονός αυτό καθιστά σαφέστερο τον κίνδυνο για τους ανθρώπους που τυχόν νύσσονται από κρότωνες. Δεν υπάρχει πρόγραμμα καταπολέμησης των κροτωγενών νοσημάτων.

## **Φιλαριώσεις**

Οι φιλάριες είναι ευμεγέθεις νηματώδεις σκώληκες. Ειδικότερα, η *Dirofilaria immitis* έχει τελικό ξενιστή το σκύλο. Στη δεξιά κοιλία-κόλπο της καρδιάς, καθώς και στην πνευμονική αρτηρία, του οποίου εγκαθίστανται τα ανήλικα μεγέθους 20 - 30 cm.

Τα προνυμφικά στάδια αυτών, μικροφιλάριες, σε μεγάλο αριθμό κυκλοφορούν με το αίμα. Τα κουνούπια αλλά και άλλα αιματοφάγα έντομα, νύσσοντας το σκύλο παραλαμβάνουν και μικροφιλάριες, τις οποίες και ενοφθαλμίζουν είτε στο επόμενο ζώο, είτε και στον άνθρωπο. Οι προνύμφες αυτές ανίκανες να

ενηλικιωθούν στον άνθρωπο, εγκαθίστανται σε διάφορα όργανα και κυρίως στον πνεύμονα και τον οφθαλμό, δημιουργώντας κοκκιώματα προσομοιάζοντα με πρωτογενείς εστίες νεοπλασμάτων, εξ ου και η σημασία τους για την Δημόσια Υγεία.

Σύμφωνα με σχετική μελέτη βρέθηκαν φιλαριόπληκτα το 8,1% των σκύλων στο Ν. Φλώρινας, το 6.8% στο Ν. Έβρου, το 6.95% στο Ν. Σερρών και το 16.06% στο Ν. Ιωαννίνων.

Οι φιλαριώσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία και πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα.

### Τοξοπλάσμωση

Η τοξοπλάσμωση είναι παρασιτικό νόσημα των ζώων και του ανθρώπου, σε ολόκληρο τον κόσμο και οφείλεται στο πρωτόζωο παράσιτο *Toxoplasma gondii*.<sup>7</sup>

Το πρόβατο με τη χαμηλή βόσκηση αποτελεί δείκτη μόλυνσης μιας περιοχής από ωκύστη τοξοπλάσματος (*Toxoplasma Gondii*).

Το μεγαλύτερο ποσοστό μόλυνσης το έχει ο Ν. Ιωαννίνων, της τάξης του 71 – 75% (Πίνακας 3.14).

**Πίνακας 3.14: Αντισώματα\* σε δείγματα προβάτων, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1999.**

	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Αντισώματα	6 – 8.5 %	30 – 33 %	18 – 20 %	71 - 75 %

\*Τα αντισώματα βρέθηκαν με ανοσοφθορισμό και την ELISA

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

<sup>7</sup> <http://users.auth.gr/~harala/9.Toxoplasmosis.htm>

Τα γενικά μέτρα ατομικής υγιεινής, η αγωγή υγείας για τα παιδιά και ο προγεννητικός έλεγχος για τις μέλλουσες μητέρες, αποτελούν μέτρα που πρέπει να ενταθούν, για την πρόληψη των συνεπειών από την τοξοπλάσμωση.

### **Εχينوκοκκίαση – Υδατίδωση**

Το πρόβλημα της Εχينوκοκκίασης – Υδατίδωσης είναι δείκτης πολιτισμού, ανάπτυξης και κοινωνικής ευθύνης σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο. Δυστυχώς και παρά τη σχετική πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία 20 χρόνια (συνεχής μείωση κρουσμάτων σε ανθρώπους), θα μπορούσε να λεχθεί ότι εξακολουθεί για τη χώρα μας να είναι ένα από τα μελανότερα σημεία.

Ο μέσος όρος προσβολής των προβάτων ηλικίας μεγαλύτερης των 2 ετών, που εξετάστηκαν και για τους τέσσερις νομούς αναφοράς σε σχετικές μελέτες, ανέρχεται στο 51% έως και 70%. Γεγονός που δείχνει ότι σε μεγάλο βαθμό οι ποιμενικοί κυρίως σκύλοι, αλλά και τα αδέσποτα ζώα που διαβιούν στις μη αστικές περιοχές, φέρουν την ταινία του Εχινόκοκκου.

Πηγή μόλυνσης των σκύλων και αποκλειστικός υπεύθυνος είναι ο άνθρωπος. Δεν φροντίζει για την καλή καταστροφή των προσβλημένων με υδάτιδες κύστες και απορριπτόμενων σπλάχνων των αιγοπροβάτων (ανοιχτά σφαγεία), καθώς και η συνειδητή χορήγηση μη θερμικά επεξεργασμένων (απλός βρασμός) των απορριπτόμενων από τους ποιμένες σφαγείων ή θανόντων ζώων.

Σε συλλογικό επίπεδο, υπεύθυνες είναι οι ενέργειες των υπηρεσιών που οδήγησαν σε χαλάρωση ή εγκατάλειψη του προγράμματος καταπολέμησης του Εχινόκοκκου, όπως διαπιστώθηκε και από επιτόπιες έρευνες.



## Βρουκελλώσεις - Μελιταίος Πυρετός

Η Βρουκέλλωση θεωρείται μια από τις σπουδαιότερες ζωοανθρωπονόσους. Έχει παγκόσμια εξάπλωση, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις χώρες τις Μεσογείου και κυρίως για τη χώρα μας, για την οποία αποτελεί ίσως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα.

Τόσο η Βρουκέλλωση των βοοειδών, όσο και αυτή των αιγών και των προβάτων προκαλεί σημαντικές οικονομικές απώλειες στην κτηνοτροφία της χώρας μας. Αιτία είναι οι αποβολές των μολυσμένων ζώων, η μείωση της γαλακτοπαραγωγής και η κακή ποιότητα των παραγομένων ζωοκομικών προϊόντων. Παράλληλα διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο (*Br.melitensis*) και στη Δημόσια Υγεία.

Για τους παραπάνω λόγους θεωρήθηκε αναγκαία μια εκτεταμένη αναφορά στο όλο πρόβλημα. Στην χώρα μας, η κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά την τελευταία εικοσαετία. Γίνεται εφαρμογή των προγραμμάτων εκρίζωσης της νόσου στα βοοειδή και καταπολέμησης του νοσήματος στις αίγες και στα πρόβατα, που πραγματοποιεί η κτηνιατρική υπηρεσία του Υπουργείου Γεωργίας.

Στα βοοειδή, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Γεωργίας, με την εφαρμογή του προγράμματος «έλεγχος και σφαγή των θετικών ζώων», το ποσοστό των οροθετικών ζώων μειώθηκε από 2.67% το 1977, σε 0.90% το 1991 και σε 0.4% το 1994.

Το ποσοστό των μολυσμένων εκτροφών από 1.93% που ήταν το 1977, έφτασε στο 0.98% το 1991. Πρέπει να σημειωθεί εδώ, ότι τα ποσοστά του 1977 ανάγονται μόνο στο 13.7% του συνολικού βοείου πληθυσμού και στο 29.9% του συνόλου των εκτροφών της χώρας, ενώ τα ποσοστά του 1994 στο

91.3% του συνολικού βοείου πληθυσμού και στο 95.5% των εκτροφών της χώρας.

Το σύνολο σχεδόν των εκτροφών της χώρας βρίσκονται κάτω από συνεχή κτηνιατρικό έλεγχο. Από τους 52 νομούς της χώρας οι 14 θεωρούνται επίσημα απαλλαγμένοι από τη νόσο. Στους υπόλοιπους τα ποσοστά μόλυνσης τόσο σε επίπεδο εκτροφών, όσο και σε επίπεδο ζώων, είναι σχετικά μικρά.

**Πίνακας 3.15: Μόλυνση από Βρουκέλλωση σε δείγματα βοοειδών, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1991.**

	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Εκτροφές	0,6% – 1,6%	0,6% – 1,6%	0,6% – 1,6%	10%
Ζώα	1,5% – 3,4%	1,5% – 3,4%	1,5% – 3,4%	25%

Πηγή: Υπ. Γεωργίας.

Σε ότι αφορά την καταπολέμηση της Βρουκέλλωσης των αιγών και των προβάτων, στη χώρα μας άρχισε να εφαρμόζεται από το 1975 εμβολιασμός θηλυκών αμνών και εριφίων, ηλικίας 3-6 μηνών, τα οποία διατηρούνται για αναπαραγωγή, με το εμβόλιο Rev.1. Σκοπός είναι η μείωση του ποσοστού μόλυνσης, ώστε αργότερα να είναι εφικτή η εκρίζωση της νόσου με την εφαρμογή του προγράμματος «έλεγχος και σφαγή των οροθετικών ζώων».

Με την εφαρμογή του προγράμματος αυτού, σύμφωνα με στοιχεία που προέκυψαν από επιδημιολογική έρευνα που διενεργήθηκε (Υπουργείο Γεωργίας, 1985) στα ποιμνία όλης της χώρας, το ποσοστό μόλυνσης των ποιμνίων προβάτων μειώθηκε στο 3.4% και των αιγών στο 2.69%, από 8-10% ή και μεγαλύτερο που ήταν το 1977 όταν άρχισαν οι εμβολιασμοί.

Ο μέσος όρος μόλυνσης των ποιμνίων της Ηπειρωτικής χώρας ήταν 3.07%, ενώ αντίθετα αυτός των νησιών ήταν περίπου 0.8%. Τα ποσοστά αυτά φαίνεται ότι παρέμειναν περίπου τα ίδια μέχρι και το 1992, ενώ το πρόγραμμα

συνεχιζόταν σε όλη τη χώρα. Στο χρονικό αυτό διάστημα εφαρμογής του προγράμματος εμβολιασμών με Rev.1, το ποσοστό των Βρουκελλικών αποβολών των μικρών μηρυκαστικών από 49% το 1976, μειώθηκε σε 15% το 1980 και σε 4.9% το 1990.

Παράλληλα, από το 1981 παρατηρείται σημαντική μείωση των περιστατικών της Βρουκέλλωσης στον άνθρωπο. Από 1.081 που ήταν το 1980, έφτασαν 248 το 1991 και ήταν λίγο περισσότερα από 100 το 1993, που είναι και χρονιά με τα λιγότερα δηλωθέντα περιστατικά Βρουκέλλωσης στον άνθρωπο. Ενώ από το 1994 μέχρι και σήμερα τα περιστατικά έχουν μια σταθερή ανοδική πορεία, το 1998 δηλώθηκαν περίπου 500 περιστατικά. Η αύξηση βέβαια των περιστατικών στον άνθρωπο δεν είναι συμπτωματική, διότι αρχίζει τη στιγμή που ετοιμάζονται οι αλλαγές στο πρόγραμμα καταπολέμησης της νόσου στις αίγες και στα πρόβατα. Επίσης, είναι γνωστό ότι ο αριθμός των περιστατικών της νόσου στον άνθρωπο έχει άμεση σχέση με την πορεία της νόσου στα μικρά μηρυκαστικά.

Αν και η δήλωση της νόσου είναι υποχρεωτική στην Ελλάδα, πιστεύεται ότι ο πραγματικός αριθμός περιπτώσεων Βρουκέλλωσης στον άνθρωπο είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν που δηλώνεται. Ιδιαίτερα σε περιοχές όπως η Μακεδονία, η Θεσσαλία, η Στερεά Ελλάδα, η Πελοπόννησος και η Ήπειρος αποδείχτηκε ότι τα ποσοστά μόλυνσης των μικρών μηρυκαστικών στους περισσότερους νομούς των περιοχών αυτών είναι πολύ μεγάλα, από 10% μέχρι και περισσότερο από 20% (Υπουργείο Γεωργίας, 1998).

Το 1990 οι κτηνιατρικές υπηρεσίες του Υπ. Γεωργίας, μελετώντας τα αποτελέσματα των εμβολιασμών πανελλαδικά και με γνώμονα την πολύ ικανοποιητική μείωση του ποσοστού μόλυνσης των αιγών και των προβάτων σε αρκετά διαμερίσματα της χώρας, θεώρησαν ότι ο πρώτος στόχος του προγράμματος είχε επιτευχθεί. Οι συνθήκες ήταν πλέον κατάλληλες να

προχωρήσουν στην εφαρμογή του δεύτερου και τελευταίου στόχου του προγράμματος, δηλαδή την εκρίζωση της νόσου.

Όπως προαναφέρθηκε, υπήρχαν μεγάλες αποκλίσεις στα ποσοστά μόλυνσης των ποιμνίων των διαφόρων περιοχών και λαμβανόμενης υπ' όψιν της μετακίνησης των ποιμνίων από περιοχή σε περιοχή, για την καλύτερη εφαρμογή του νέου προγράμματος εκρίζωσης της νόσου, χωρίστηκε η χώρα σε τρεις γεωγραφικές περιοχές και τέθηκε χρονοδιάγραμμα έναρξης σε τρεις φάσεις: 1) Περιοχή Α: Τα νησιά. 2) Περιοχή Β: Πελοπόννησος και 3) Περιοχή Γ: Ηπειρωτική Χώρα και νήσος Εύβοια.

Το νέο πρόγραμμα προέβλεπε την παύση των εμβολιασμών και τη σφαγή των οροθετικών ζώων. Κάτω από το πρίσμα αυτό οι εμβολιασμοί σταμάτησαν στα νησιά το 1981 και στην υπόλοιπη χώρα από το 1992 μέχρι το 1994. Στα νησιά το πρόγραμμα εκρίζωσης, ορολογικός έλεγχος των ζώων και σφαγή των οροθετικών, άρχισε από το 1993, στην Πελοπόννησο από 1994 και στην υπόλοιπη χώρα το 1995.

Εξαιτίας πολλών παραγόντων και δυσκολιών το πρόγραμμα εκρίζωσης της νόσου σε πολλές περιοχές δεν εφαρμόστηκε ή εφαρμόστηκε πλημμελώς, χωρίς συγκεκριμένο σχεδιασμό και περιστασιακά. Το πρόγραμμα δεν πέτυχε τους στόχους του, με αποτέλεσμα την αύξηση των κρουσμάτων Βρουκέλλωσης τόσο στα ποίμνια προβάτων και αιγών, όσο και στον άνθρωπο.

Μετά την εκτίμηση της νέα κατάσταση και αφού λήφθηκε υπ' όψιν ότι η εκρίζωση της Βρουκέλλωσης των μικρών μηρυκαστικών είναι υψίστης σημασίας για την Δημόσια Υγεία, αλλά και για την προώθηση του ενδοκοινοτικού εμπορίου ζώντων ζώων και ζωοκομικών προϊόντων, η κτηνιατρική υπηρεσία του Υπ. Γεωργίας αναθεώρησε την εφαρμοζόμενη μέχρι τότε πολιτική της για την εκρίζωση της νόσου. Το 1997 υπέβαλλε νέο

πρόγραμμα για τον έλεγχο και την εκρίζωση της νόσου, βασιζόμενο σε συνδυασμό εμβολιασμών, (Rev.1 υποδόρια), ορολογικών ελέγχων και σφαγής των οροθετικών ζώων, το οποίο εγκρίθηκε και χρηματοδοτήθηκε από την Ε.Ε.

Ειδικότερα, σε ότι αφορά τους νομούς αναφοράς, με βάση τα στοιχεία του Υπουργείου Γεωργίας η κατάσταση παρουσιάζεται ως εξής (Πίνακας 3.16):

**Πίνακας 3.16: Εξετάσεις Εκτροφών και Ζώων, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1997.**

	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Σύνολο Εκτροφών	1.825	1.879	754	7.533
Εξετάσεις Εκτροφών	364	1.165	199	2.001
Θετικές	23	116	108	9
%	6,32	9,96	54,27	9,89
Σύνολο Ζώων	202.651	297.215	105.439	510.034
Εξετασθέντα Ζώα	16.939	113.048	10.622	47.090
Θετικά	398	1.455	1.165	1.630
%	2,34	1,30	10,96	3,50

Πηγή: Υπ. Γεωργίας.

Η Βρουκέλλωση είναι σοβαρή ζωνόσος, με παρατηρούμενη σημαντική αύξηση των κρουσμάτων στον άνθρωπο. Η μη αναπροσαρμογή προγράμματος ελέγχου και εκρίζωσης, θα έχει σοβαρές συνέπειες για τη Δημόσια Υγεία και για την οικονομία της χώρας. Θεωρείται απαραίτητο να μελετηθεί η συμμετοχή και άλλων φορέων, εφόσον υπάρχει το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει τη συμμετοχή τους.

Διαπιστώνεται ότι οι Ζωοανθρωπονόσοι, παρ' ότι ήταν γνωστό από δεκαετιών πρόβλημα, εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία. Πολλά από τα προκύψαντα δεδομένα αποτελούν στοιχεία που

για πρώτη φορά προσκομίζονται, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις περιοχές των νομών που εξετάζουμε.

Η χώρα μας φιλοξενεί το Μεσογειακό Κέντρο Ζωονόσων (μοναδικό στη Μεσόγειο), το οποίο όμως στεγάζεται σε διαμέρισμα των 100 m<sup>2</sup> με 3-4 άτομα προσωπικό και ανυπαρξία δραστηριότητας σε ότι αφορά τα Εθνικά προβλήματα Δημόσιας Υγείας. Ενδεικτικά, στα 100 στελέχη Δημόσιας Υγείας των τεσσάρων νομών που εξετάζουμε 3 μόνο γνώριζαν την ύπαρξή τους.

Υπό την απειλή των «παλαιών» αλλά και των «νέων» (BSE – ΔΙΟΞΙΝΕΣ) δυνητικών κινδύνων, απαιτείται εκ νέου σχεδιασμός υπηρεσιών και προγραμμάτων για την καταπολέμησή τους. Πρωταρχικά πρέπει να εκλείψουν τα στεγανά των αντίστοιχων υπηρεσιών των Υπουργείων Υγείας και Γεωργίας.

Συμπερασματικά, για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στους τέσσερις νομούς, που θεσμικά σχετίζονται με την προστασία από τις ζωοανθρωπονόσους, μπορούν να προταθούν τα εξής:

- Επειδή οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες παρουσιάζουν μία εικόνα φθίνουσα, χρήζουν αναδιάταξης, συρρίκνωσης του αριθμού των κτηνιατρείων και δημιουργίας πολυδύναμων κέντρων με κατεύθυνση την πρόληψη – επιτήρηση των νόσων των ζώων και των ζωοανθρωπονόσων και την ένταση των ελέγχων των τροφίμων ζωικής προέλευσης. Επίσης, υπάρχει ανάγκη ενίσχυσής τους με νέο εξειδικευμένο προσωπικό.
- Οι γιατροί των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων να ευαισθητοποιηθούν με ημερίδες ή με ταχύρυθμα προγράμματα κατάρτισης, σχετικά με τις ζωοανθρωπονόσους και τα τροφιμογενή νοσήματα.
- Ενημέρωση του κοινού. Να προγραμματιστούν ομιλίες στα Γυμνάσια και Λύκεια των περιοχών αυτών.

*Στο σημείο αυτό θα κάνουμε μια συνοπτική αναφορά για δύο νόσους των ζώων, οι οποίες είναι μεταδοτικές και θεωρούνται ως σημαντική απειλή για την κτηνοτροφία. Έχει γίνει μια μελέτη για το Ν. Έβρου, τα συμπεράσματα της οποίας βρήκαμε ενδιαφέροντα και παρουσιάζουμε στο επόμενο τμήμα.*

### **3.11 Αφθώδης πυρετός (foot and mouth disease) και ευλογία των μηρυκαστικών (sheep pox, goat pox) στο Ν. Έβρου**

Η ευλογία των προβάτων (sheep pox) και ο αφθώδης πυρετός των βοοειδών (foot and mouth disease), αποτελούν δυο κατ' εξοχήν μεγάλης μεταδοτικότητας ιογενή λοιμώδη νοσήματα.

Τα δύο νοσήματα δεν σχετίζονται με την Δημόσια Υγεία. Η σημασία τους όμως είναι μεγάλη για την Ζωική παραγωγή. Για τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από πολλών ετών, δεν υφίστανται πρόβλημα, καθόσον θεωρούνται απαλλαγμένες. Αποτέλεσμα αυτού είναι αποφάσεις της Ε.Ε να χαρακτηρίζουν τα νοσήματα αυτά ως «εξωτικά» και να επιβάλλουν ως μόνο τρόπο αντιμετώπισης τους, τη συνεχή επιτήρηση και εφόσον εντοπιστούν εστίες την εκρίζωση αυτών, με καταστροφή όλου του ζωικού κεφαλαίου των προσβληθέντων εκτροφών ή και περιοχών και όχι μόνον των οροθετικών και τον εμβολιασμό των υπολοίπων ζώων, όπως παλαιότερα συνέβαινε.

Για την χώρα μας αντίθετα, τόσο η ευλογία των προβάτων, όσο και ο αφθώδης πυρετός, έχουν τεράστια κοινωνική και οικονομική σημασία. Αν εξαιρέσει κανείς τη δεκαετία 1977 – 1987, κατά την οποία δεν είχαμε κρούσματα, κάθε 3 έως 5 έτη ενσκήπτουν μεγαλύτερης ή μικρότερης έκτασης επιζωοτίες.

Σταθερή πύλη εισόδου αυτών αποτελεί η μεθοριακή γραμμή της Θράκης (βόρεια και ανατολική και τα ανατολικά νησιά του Αιγαίου και από αυτά κυρίως η Λέσβος). Έτσι στις περιοχές αυτές και κατά περιόδους μεγάλος αριθμός των παραγωγών μας είναι αναγκασμένοι να καταστρέφουν τα ποίμνια τους, ενώ

ταυτόχρονα στις περιοχές αυτές ή και σε όλη τη χώρα, να αναστέλλεται η εμπορία ζώων αλλά και ζωοκομικών προϊόντων.

Έτσι, τόσο οι ασχολούμενοι με την πρωτογενή, όσο και οι λοιποί εμπλεκόμενοι στην παραγωγική αλυσίδα ζωοκομικών προϊόντων, να ζουν με το συνεχές άγχος. Η εκτροφή ή η παραγωγική μονάδα που με μύριους κόπους αναπτύχθηκε, την επομένη να μην υπάρχει. Οι επιπτώσεις είναι βαρύτερες όχι μόνο σε ότι αφορά την οικονομική πλευρά (αποζημιώσεις, μέτρα επιτήρησης κ.ά.), αλλά κυρίως σε κοινωνικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις που επιτείνουν το δημογραφικό πρόβλημα των ζωτικής σημασίας για την χώρα μας παραμεθωρίων αυτών περιοχών.

Μονομερώς, όσα μέτρα και αν ληφθούν και όσα κεφάλαια και αν επενδυθούν δεν θα είναι ικανά, να αναστείλουν την κατά καιρούς επέκταση των λοιμωδών αυτών νοσημάτων και ένθεν των συνόρων μας.

Η μελέτη και η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 1998 και Δεκεμβρίου 1999 που επεκτάθηκε υπό το φως των εξελίξεων ως τον Ιούλιο του 2000 και βασίστηκε στις επιτόπιες επισκέψεις και στη ορολογική εξέταση δειγμάτων αίματος προβάτων και βοοειδών που εκτελέστηκαν σε συνεργασία με τις Κτηνιατρικές Υπηρεσίες.

### **3.11.1 Ευλογία των μηρυκαστικών**

#### **Ευλογία, μεταδοτική ιογενής νόσος των αιγών και των προβάτων**

Οι ιοί ανήκουν στην οικογένεια *Poxviridae* και στο γένος *Capripoxvirus*. Από τη νόσο των αιγών δεν προσβάλλονται τα πρόβατα και αντίστροφα, ενώ υπάρχουν κενά στη διαφοροποίηση των δύο ιών.



Η ανθεκτικότητα των ιών αυτών είναι πολύ μεγάλη ιδιαίτερα σε αποξηραμένα βιολογικά υλικά και κυρίως ξηρές και κονιοποιημένες εφελκίδες. Έτσι, η μετάδοση της νόσου γίνεται κυρίως αερογενώς. Κατά την οξεία φάση κυρίως με την εισπνοή των απεκκρινόμενων εκκρίσεων από το αναπνευστικό, αλλά και διαμέσου λύσεων συνεχείας των βλεννογόνων και του δέρματος και στη συνέχεια με την εισπνοή σκόνης, που περιέχει σωματίδια του ιού και τα οποία μπορεί να μεταφερθούν και παθητικά, με μετακίνηση ανθρώπων, ζώων και οχημάτων. Τέλος, στην επέκταση της μόλυνσης ρόλο μπορεί να παίξουν και αιματοφάγα έντομα του γένους *Stomoxus*.

Στις αίγες η νόσος αναφέρθηκε για τελευταία φορά στη χώρα μας τη δεκαετία του 1930, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει υπό ενζωοτική μορφή σε πολλές χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Αντίθετα, αυτή των προβάτων, αφενός μεν αποτελεί τη σοβαρότερη από κλινική άποψη ευλογιά των ζώων και αφετέρου, όπως εισαγωγικά αναφέρθηκε, κατά τακτά διαστήματα παρατηρούνται στη χώρα μας επιζωοτίες με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα. Στην υπόλοιπη Ευρώπη και ειδικά οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από ετών, θεωρούνται απαλλαγμένες ευλογιάς.

Η ευλογιά του προβάτου όπως και αυτή των αιγών υπάρχει υπό ενζωοτική μορφή στην Αφρική και στην Ασία, της Τουρκίας συμπεριλαμβανομένης, από την οποία και εκπορεύεται η νόσος στη χώρα μας.

Ειδικότερα, από το 1950 έως και το 1977 η νόσος εμφανίστηκε σε πολλές περιοχές της χώρας μας, από τον Έβρο ως την Κρήτη και συγκεκριμένα κατά τα έτη 1956, 1959 έως 1962, 1965 και 1966, καθώς και το έτος 1976. Ακολούθως, για μια δεκαετία δεν παρουσιάστηκαν κρούσματα και η χώρα μας θεωρήθηκε ελεύθερη της νόσου. Δυστυχώς, μετά από σχετική χαλάρωση των μέτρων επιτήρησης, η επιζωοτία επανακάμπτει, ώστε να επανεμφανιστούν αρχικά με περιορισμένο αριθμό κρούσματα το 1987 στη Λέσβο, 1988 στον Ν. Έβρου και το 1994 επίσης στον Έβρο (1 εστία) και πάλι το 1995 με (7 εστίες).

Την τριετία 1995 – 1997 παρατηρήθηκε μεγάλη επιζωοτία, που δεν αφορούσε μόνο τους Νομούς Λέσβου και Έβρου, αλλά επεκτάθηκε και στους Νομούς Θεσσαλονίκης, Χαλκιδικής, Λάρισας και Μαγνησίας, με κίνδυνο γενίκευσης.

Για να δοθεί μια τάξη μεγέθους για τη σημασία αυτής της νόσου, πέρα των άλλων συνεπειών, η υφιστάμενη οικονομική επιβάρυνση κατά την τελευταία επιζωοτία (1995 –1997), όπου θανατώθηκαν 38.732 πρόβατα, μόνο το κόστος για τον έλεγχο και την εκρίζωση της, ανήλθε στο ποσό των 2 δισεκατομμυρίων δραχμών.

### **3.11.2 Αφθώδης πυρετός (Foot and mouth disease – Fievre Aphtheuse)**

Ο αφθώδης πυρετός είναι μια οξεία και πολύ μεταδοτική ιογενής λοιμώδη νόσος των δίχηλων ζώων (βοοειδή, αίγες, πρόβατα, χοίροι, ελάφια κ.λ.π), άγριων και οικόσιτων. Ακόμη και ο ακανθόχοιρος μπορεί να προσβληθεί και να μεταδώσει τη νόσο. Τα βοοειδή θεωρούνται τα πλέον ευπαθή από τα ζώα.

Ο ιός του αφθώδη πυρετού ανήκει στην οικογένεια των Picornaviridae και ενώ αρχικά υπάγονταν στους ρινοϊούς, σήμερα κατατάσσεται σε ένα αυτόνομο γένος (Aphthonivirus) με 7 διαφορετικούς αντιγονικούς τύπους, που ο καθένας τους έχει πολλούς υποτύπους με διαφορετική γεωγραφική εξάπλωση.

Θεωρείται σχετικά ευαίσθητος ιός, ώστε να καταστρέφεται εύκολα στα θερμικώς επεξεργασμένα προϊόντα (54°C για 20΄) και στην ηλιακή ακτινοβολία, αλλά και στα λύματα των ζωοστασίων διατηρείται μόνο μερικές εβδομάδες. Γενικά οι εκτροφές απαλλάσσονται σε 2 έως 4 μήνες (καλοκαίρι). Αντίθετα, στα υπό ψύξη και κατάψυξη προϊόντα διατηρείται πολύ καιρό. Έτσι, τα κατεψυγμένα προϊόντα αποτελούν έναν από τους κύριους τρόπους διασποράς του ιού.

Η λοιμογόνος δύναμη του ιού είναι πολύ μεγάλη, ώστε να είναι δυνατή η μόλυνση των ζώων, που με οποιονδήποτε τρόπο (οδό) ήλθαν σε επαφή με τον ιό. Η εξάπλωση μέσα στην εκτροφή είναι ταχύτατη και η νοσηρότητα εξαιρετικά υψηλή, αντίθετα, η θνητότητα είναι πολύ μικρή και περιορίζεται συνήθως στα νεαρά ζώα.

Έτσι, η σημασία του αφθώδους πυρετού έγκειται βασικά στην αναστάτωση που προκαλείται στην διακίνηση και εμπορία ζώων και ζωοκομικών προϊόντων και στην εφαρμογή των λοιπών μέτρων, προκειμένου να ελεγχθεί η επιζωοτία.

Ο αφθώδης θεωρείται κοσμοπολίτικη νόσος με παγκόσμια εξάπλωση. Η Β. Αμερική, η Αυστραλία και η Ν. Ζηλανδία, θεωρούνται από δεκαετιών απαλλαγμένες από τη νόσο. Σε όλο τον υπόλοιπο κόσμο παρατηρούνται ενζωοτίες ή επιζωοτίες των διαφόρων τύπων και υποτύπων του ιού. Ειδικότερα, στη Μέση Ανατολή και στην Τουρκία παρατηρούνται με ενδημική μορφή οι κλασικοί Ο, Α, C, και εξωτικοί SAT 1, SAT 2, SAT 3, ASIA 1, τύποι του ιού. Στην Ευρώπη παρατηρούνται κατά καιρούς σποραδικά κρούσματα οφειλόμενα στην εισαγωγή κατεψυγμένων προϊόντων.

Στην χώρα μας, το πρόβλημα είναι διπλό, καθόσον πέρα από την αθρόα εισαγωγή ζωοκομικών προϊόντων, υπάρχει η μόνιμη απειλή από τα βόρεια και κυρίως τα ανατολικά σύνορα. Όπως ήδη αναφέρθηκε, στην Τουρκία ο αφθώδης πυρετός υπάρχει υπό ενδημική μορφή, κατά μήκος του ποταμού Έβρου. Συχνά στην περιοχή αυτή τα ζώα συναγελάζονται. Έτσι ο νομός αυτός από βάση της βοοτροφίας μας, με τις αλληπάλληλες επιζωοτίες έχει μετατραπεί σε έναν περιθωριακό από άποψη βοοτροφικής παραγωγής, ώστε σήμερα το ζωικό κεφάλαιο να μην υπερβαίνει τις 15.000 ζώα. Η τελευταία επιζωοτία Αφθώδους Πυρετού διήρκεσε τέσσερα χρόνια (1994 – 1997). Συνέλαβε τα μέγιστα στη μείωση αυτή, καθόσον προσεβλήθησαν 176 εκτροφές και θανατώθηκαν 6.260 βοοειδή, με πολύ δυσμενείς οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Από έρευνες που έγιναν το 1999, προέκυψε η ανάγκη αναδιάταξης των υπαρχόντων Κτηνιατρείων. Οι Κτηνίατροι που υπηρετούσαν τότε στο Ν. Έβρου δεν επαρκούσαν. Συγκεκριμένα, στα 10 θεσμοθετημένα Κτηνιατρεία υπηρετούσαν μόνο 12 Κτηνίατροι και 3 έως 4 Κτηνιατρικά Κέντρα. Η κατάσταση σήμερα δεν έχει βελτιωθεί αισθητά, όπως προέκυψε από δική μας τηλεφωνική έρευνα. Πρέπει να τονιστεί ότι στην περιοχή παρατηρείται έλλειψη και ιδιωτών Κτηνιάτρων, καθόσον από τους 16 που δραστηριοποιούνται στο Νομό, οι 10 ασχολούνται κυρίως με την εμπορία Κτηνιατρικών φαρμάκων και ειδών.

Έχει δημιουργηθεί βάση δεδομένων για την παρακολούθηση όλων των εκτροφών ζώων, με δυνατότητα να ενημερώνεται άμεσα η Διεύθυνση Κτηνιατρικής του Νομού από τα κατά τόπους Κτηνιατρεία και από αυτήν η Κεντρική Διεύθυνση στο Υπουργείο Γεωργίας. Έτσι ανά πάσα στιγμή είναι δυνατή η παρακολούθηση κάθε μεταβολής σε επίπεδο εκτροφής – αριθμού ζώων, πιθανών απωλειών ή σφαγής, καθώς και η άμεση καταγραφή των λοιμωδών νοσημάτων και ιδιαίτερος του Αφθώδους Πυρετού και της Ευλογιάς.

Παρά τις διάφορες αδυναμίες των υπηρεσιών σε ανθρώπινο δυναμικό, (υποδομές κ.λ.π) στο Νομό Έβρου, η παρέμβαση των περιφερειακών και Κεντρικών Κτηνιατρικών Υπηρεσιών αποτελεί ένα πρότυπο έργο, που αξίζει να επεκταθεί και να καλύψει όλη τη χώρα.

Το ζωικό κεφάλαιο του Νομού σήμερα περιορίζεται στις 15.000 στα βοοειδή και στις 20.000 στα πρόβατα. Αιτία της συρρίκνωσης αυτής αποτελούν οι επανειλημμένες επιζωοτίες αφθώδους και ευλογιάς. Η κατάσταση αυτή δεν ήταν ανατρέψιμη, παρά τη στήριξη των παραγωγών για την αντικατάστασή τους με νέα ζώα.

Ένας δεύτερος λόγος θεωρείται η γενικότερη τάση αστικοποίησης και συρρίκνωσης της ενδοχώρας, στην οποία πέραν των άλλων παραμέτρων που ισχύουν για όλη την ελληνική ύπαιθρο, έπαιξαν σαφώς ρόλο και οι κοινωνικο-οικονομικοί, ψυχολογικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την υποχρεωτική σφαγή των ζώων κατά την εφαρμογή των μέτρων επιτήρησης – εκρίζωσης.

Από τον Οκτώβριο του 1998 έως και τον Δεκέμβριο του 1999 εξετάστηκαν για ευλογιά 496 οροί αιγοπροβάτων και για αφθώδη πυρετό 519 οροί βοοειδών και 496 οροί αιγοπροβάτων. Σε ότι αφορά την ευλογιά όλοι βρέθηκαν αρνητικοί.

Τον Ιούλιο του 2000 σημειώθηκε το πρώτο κλινικό περιστατικό αφθώδους πυρετού στο Δέλτα του Έβρου. Ο τύπος του ιού που ταυτοποιήθηκε ήταν ASIA 1. Για πρώτη φορά εισέβαλε στη χώρα μας ο ιός και είναι προφανής η προέλευση της επιζωοτίας από την Τουρκία, καθόσον εύκολα διαπιστώνει κανείς την δυνατότητα επαφής των ζώων εκατέρωθεν του ποταμού Έβρου. Τους καλοκαιρινούς μήνες η στάθμη των υδάτων του ποταμού είναι χαμηλή. Η επιζωοτία αυτή ταυτόχρονα επεκτάθηκε σε πολλές εκτροφές κατά μήκος του ποταμού Έβρου και της Εθνικής Οδού Αλεξανδρουπόλεως – Δικαίων, με αποτέλεσμα να θανατωθούν 5.500 βοοειδή.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει συνεχής εξ ανατολών απειλή για την κτηνοτροφία μας. Τα υπάρχοντα μέτρα επιτήρησης δεν ήταν ικανά να αποτρέψουν τα περιοδικά κύματα επιζωοτιών, με σοβαρότατες συνέπειες για την κτηνοτροφική παραγωγή και εμπορία.

Ως συνέπεια της παραπάνω διαπίστωσης ενδείνονται τα μέτρα επιτήρησης με την εφαρμογή από το 2000 ενός νέου προγράμματος, που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, και έχει τίτλο «EVROS» (Epidemo –Vigilance – Rotational In System).

Στόχοι του προγράμματος είναι η προστασία της Ζωικής Παραγωγής, με συνεχή επιτήρηση (κλινική εξέταση, δειγματοληψία, ορολογικές εξετάσεις) στην ζώνη Α υψηλού κινδύνου 20 km κατά μήκος των συνόρων.

Με το παραπάνω πρόγραμμα, πέρα από τον Αφθώδη Πυρετό και την Ευλογιά των μηρυκαστικών, εντάσσονται στην επιτήρηση και άλλα λοιμώδη νοσήματα, όπως Καταρροϊκός Πυρετός, Πανώλης των μικρών μηρυκαστικών και η Πανώλης των βοοειδών. Επίσης, η ζώνη επιτήρησης επεκτείνεται και περιλαμβάνει πλέον και τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Δωδεκανήσων.

Περαιτέρω βελτίωση θα ήταν η ανάπτυξη της διασυνοριακής συνεργασίας και η εγκατάσταση ανάλογου δικτύου και από την πλευρά της Τουρκίας. Διαφορετικά, και πάλι παρά την επίμονη αυτή επιτήρηση, θα είναι ευάλωτη η κτηνοτροφία μας.

### **3.12 Αξιολόγηση εφαρμοσθέντων μέτρων πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων στους νόμους Σερρών, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Έβρου**

Στο τμήμα αξιολογείται η αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων, σε σχέση με τις πρακτικές που εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες Υγείας σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας, καθώς η αποδοχή από το πληθυσμό των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Διερευνάται ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, με βάση τη λειτουργικότητα και τη δομή των χώρων στους οποίους παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας.

#### **3.12.1 Επάρκεια ως προς την ενημέρωση και γνώση των επαγγελματιών υγείας για τα λοιμώδη νοσήματα**

Οι Επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν ότι έχουν επαρκή ενημέρωση για τα λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση, μηνιγγίτιδα, ηπατίτιδες, και AIDS).

**Πίνακας 3.17: Τρόποι ενημέρωσης επαγγελματιών υγείας στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών για τα λοιμώδη νοσήματα.**

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ %			
	N. Σερρών	N. Ιωαννίνων	N. Έβρου	N. Φλώρινας
Επάρκεια ενημέρωσης κατά άποψή τους	21,5	74,4	19,1	70,7
<b>ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>				
Ενημέρωση σε τακτική βάση	23,7	24,6	16,6	19,7
Ενημέρωση από επιστημονικά περιοδικά	31,2	47,8	67,0	67,6
Συμμετοχή σε προγράμματα ενημέρωσης	4,6	12,2	7,2	12,8
Συμμετοχή σε συνέδριο	1,6	9,9	0,4	4,0

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Από το παραπάνω πίνακα προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Μη επαρκή ενημέρωση για τα λοιμώδη νοσήματα από επαγγελματίες υγείας παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό στο Ν. Ιωαννίνων, ενώ στο Ν. Έβρου φαίνεται να είναι συγκριτικά πιο ενημερωμένοι. Είναι επομένως φυσικό οι επαγγελματίες υγείας του Ν. Ιωαννίνων να ζητούν καλύτερη και σαφέστατη ενημέρωση στους τρόπους αντιμετώπισης και στους κινδύνους μετάδοσης.
- Η ενημέρωση από επιστημονικά περιοδικά κρίνεται μέτρια και σίγουρα είναι πολύ καλύτερη σε σχέση με συμμετοχή σε προγράμματα ενημέρωσης και σε συνέδρια.

Ο δείκτης γνώσης των επαγγελματιών υγείας για τα λοιμώδη νοσήματα αλλάζει, ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Πίνακας 3.18).

**Πίνακας 3.18: δείκτη γνώσης των επαγγελματιών υγείας για τα λοιμώδη νοσήματα, με άριστα το 1, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Λοιμώδη νοσήματα	N. Σερρών %	N. Ιωαννίνων %	N. Έβρου %	N. Φλώρινας %
Φυματίωση	0,68	0,68	0,69	0,76
Μηνιγγίτιδα	0,67	0,70	0,67	0,76
Ηπατίτιδες	0,67	0,68	0,63	0,67
AIDS	0,81	0,85	0,76	0,82
Συνολικά	0,70	0,72	0,68	0,76

Πηγή: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Καλύτερη ενημέρωση για το AIDS έχουν οι επαγγελματίες υγείας στο Ν. Ιωαννίνων, ενώ στο Ν. Έβρου χαμηλότερη.

Η μέση τιμή γνώσης για τους τέσσερις νομούς είναι 0,70 με άριστα το 1.

### **3.12.2 Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Νοσοκομείου**

Με βάση σχετικές έρευνες, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται ικανοποιημένοι, σε αναφορά με την "επιστημονική κατάρτιση" του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο Ν. Ιωαννίνων, ενώ στο Ν. Φλώρινας οι χρήστες δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι. Όσον αφορά την "συμπεριφορά" του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται ευχαριστημένοι στο Ν. Ιωαννίνων και δυσαρεστημένοι στο Ν. Φλώρινας. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων είναι καλύτερη στο Ν. Έβρου και η λιγότερο καλή στο Ν. Φλώρινας. Από άποψη οργανωτικής ικανότητας "ιατρικού προσωπικού" των νοσοκομείων, σε υψηλά επίπεδα είναι ο Ν. Έβρου, ενώ σε χαμηλά επίπεδα ο Ν. Φλώρινας. Η



αντίστοιχη ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώνεται καλύτερη στο Ν. Έβρου, σε σχέση με τους χρήστες υπηρεσιών υγείας στο Ν. Φλώρινας (Πίνακας 3.19).

**Πίνακας 3.19: Ικανοποίηση χρηστών από προσωπικό νοσοκομείων, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Κριτήρια ικανοποίησης	Ιατρικό προσωπικό νοσοκομείων (%)			
	Ν. Σερρών	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας
Επιστημονική κατάρτιση	75,9	97,5	94,1	19,9
Συμπεριφορά	74,2	94,7	94,0	25,0
Οργανωτική Ικανότητα	72,7	91,6	93,4	20,0
	Νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων (%)			
Επιστημονική κατάρτιση	68,2	94,2	92,1	24,8
Συμπεριφορά	67,0	85,5	93,4	21,8
Οργανωτική Ικανότητα	67,5	85,5	93,4	25,1

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Επίσης, οι χρήστες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Κέντρα Υγείας) στο Ν. Έβρου είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, όσον αφορά την επιστημονική κατάρτιση τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού. Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού είναι καλύτερη στο Ν. Έβρου, ενώ του νοσηλευτικού προσωπικού στο Ν. Σερρών. Από πλευράς οργανωτικής ικανότητας υπερτερεί το ιατρικό προσωπικό στο Ν. Έβρου και το νοσηλευτικό προσωπικό στο Ν. Σερρών (Πίνακας 3.20).

**Πίνακας 3.20: Ικανοποίηση χρηστών από προσωπικό Κ.Υ., στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

Κριτήρια ικανοποίησης	Ιατρικό προσωπικό Κ.Υ. (%)			
	Ν. Σερρών	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας
Επιστημονική κατάρτιση	40,0	74,3	93,0	66,7
Συμπεριφορά	40,0	70,0	80,0	70,3
Οργανωτική Ικανότητα	40,0	62,0	82,0	60,3
Νοσηλευτικό προσωπικό Κ.Υ. (%)				
Επιστημονική κατάρτιση	81,8	77,5	84,0	63,5
Συμπεριφορά	81,8	77,5	63,0	63,5
Οργανωτική Ικανότητα	81,8	72,0	76,0	62,5

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Ανεξαρτήτως κριτηρίου, η ικανοποίηση στα νοσοκομεία εμφανίζεται καλύτερη στους νομούς Ιωαννίνων και Έβρου, ενώ στα Κ.Υ. στους νομούς Σερρών και Έβρου. Η πιο χαμηλή ικανοποίηση εμφανίζεται από τα νοσοκομεία του Ν. Φλώρινας (Πίνακας 3.21).

**Πίνακας 3.21: Συνολική ικανοποίηση χρηστών από μονάδες υγείας, στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών.**

	Ν. Σερρών	Ν. Ιωαννίνων	Ν. Έβρου	Ν. Φλώρινας
Νοσοκομείο %	67,9	90,8	90,6	17,3
Κ.Υ. %	86,0	71,1	85,8	63,8

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Συνοπτικά προτείνονται:

1. Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για τακτική και πλήρη καταγραφή των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και όλων των στοιχείων που αφορούν τα συγκεκριμένα περιστατικά.

2. Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης προς τους επαγγελματίες υγείας σε όλους τους τομείς των λοιμωδών νοσημάτων.
3. Οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρωθούν όχι τόσο στο AIDS, για το οποίο εμφανίζονται οι επαγγελματίες υγείας ότι έχουν επαρκή γνώση, αλλά στις ηπατίτιδες, φυματίωση, μηνιγγίτιδα και σε άλλα λοιμώδη νοσήματα.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 3

## ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Χ. Κωστόπουλος κ.α.

Η επιδημιολογική μελέτη βασίστηκε στην ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων όλων των τοπικών φορέων παροχής υγείας όλων των βαθμίδων (κέντρο υγείας, νοσοκομείο, νομαρχία). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1994 έως 1998.

### 2. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Χ. Κωστόπουλος κ.α..

Η επιδημιολογική μελέτη βασίστηκε στην ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων όλων των τοπικών φορέων παροχής υγείας όλων των βαθμίδων (κέντρο υγείας, νοσοκομείο, νομαρχία). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1994 έως 1998.

### 3. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

**Ομάδα εργασίας:** Χ. Κωστόπουλος κ.α..

Η επιδημιολογική μελέτη βασίστηκε στην ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων όλων των τοπικών φορέων παροχής υγείας όλων των βαθμίδων (κέντρο υγείας, νοσοκομείο, νομαρχία). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1994 έως 1998.

#### **4. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

**Υπεύθυνος:** Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

**Ομάδα εργασίας:** Χ. Κωστόπουλος κ.α..

Η επιδημιολογική μελέτη βασίστηκε στην ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων όλων των τοπικών φορέων παροχής υγείας όλων των βαθμίδων (κέντρο υγείας, νοσοκομείο, νομαρχία). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 1994 έως 1998.

#### **5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ν. ΜΙΝΙΓΙΤΙΔΙΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

**Υπεύθυνος:** Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

**Ομάδα εργασίας:** Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, ΕΣΔΥ: Τ. Τζανακάκη, Α. Βογιατζή.

Εξετάσθηκαν συνολικά 690 άτομα διαφόρων ομάδων και ηλικιών. Η απομόνωση των μηνιγγιτιδόκοκκων έγινε σε εκλεκτικό υλικό New York City και η ορολογική τυποποίησή τους με αντιορούς (welcome) με τη μέθοδο της συγκόλλησης. Οι ορότυποι και οι υπότυποι προσδιορίστηκαν με τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Η ελάχιστη ανασταλτική πυκνότητα (M.T.C) μετρήθηκε με την μέθοδο του E-test.

## **6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ N. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, ΕΣΔΥ: Τ. Τζανακάκη, Α. Βογιατζή.

Εξετάσθηκαν συνολικά 690 άτομα διαφόρων ομάδων και ηλικιών. Η απομόνωση των μηνιγγιτιδόκοκκων έγινε σε εκλεκτικό υλικό New York City και η ορολογική τυποποίησή τους με αντιορούς (welcome) με τη μέθοδο της συγκόλλησης. Οι ορότυποι και οι υπότυποι προσδιορίστηκαν με τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Η ελάχιστη ανασταλτική πυκνότητα (M.T.C) μετρήθηκε με την μέθοδο του E-test.

## **7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ N. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, ΕΣΔΥ: Τ. Τζανακάκη, Α. Βογιατζή.

Εξετάσθηκαν συνολικά 1.193 άτομα διαφόρων ομάδων και ηλικιών, καθώς και 53 άτομα, κάτοικοι Αργυρόκαστρου Αλβανίας. Η απομόνωση των μηνιγγιτιδόκοκκων έγινε σε εκλεκτικό υλικό New York City και η ορολογική τυποποίησή τους με αντιορούς (welcome) με τη μέθοδο της συγκόλλησης. Οι ορότυποι και οι υπότυποι προσδιορίστηκαν με τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Η ελάχιστη ανασταλτική πυκνότητα (M.T.C) μετρήθηκε με την μέθοδο του E-test.

## **8. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ N. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος:* Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, ΕΣΔΥ: Τ. Τζανακάκη, Α. Βογιατζή.

Εξετάσθηκαν συνολικά 595 άτομα διαφόρων ομάδων και ηλικιών. Η απομόνωση των μηνιγγιτιδόκοκκων έγινε σε εκλεκτικό υλικό New York City και η ορολογική τυποποίησή τους με αντιορούς (welcome) με τη μέθοδο της συγκόλλησης. Οι ορότυποι και οι υπότυποι προσδιορίστηκαν με τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Η ελάχιστη ανασταλτική πυκνότητα (M.T.C) μετρήθηκε με την μέθοδο του E-test.

## **9. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ A & E ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Β. Βαριαμίδης, Ε. Καμπαδάης, Κ. Τσολακίδης.

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν τυχαία επιλεγμένα 200 άτομα. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1/1998-10/1998.

## **10. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ A & E ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Χρ. Ζαραμπούκας, Κ. Σλιάκα.

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν τυχαία επιλεγμένα 502 άτομα. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 4/1997-10/1998.

#### **11. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Ν. Κολαϊτης, Β. Κούκου, Α. Μπαλάσκα.

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν τυχαία επιλεγμένα 1.259 άτομα. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1/1998-10/1998.

#### **12. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.

*Ομάδα εργασίας:* Ε. Αναστασίου, Ν. Βαμβακούσης, Αικ. Ζηβόντση.

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν τυχαία επιλεγμένα 618 άτομα. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1/1998-9/1998.

#### **13. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος:* Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.



*Ομάδα εργασίας: Α. Τσιπούρα-Καραπατάκη, κ.α.*

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Εξετάσθηκε η πιθανή συσχέτιση της συχνότητας των δεικτών της ηπατίτιδας Β και C, με διάφορους παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, τόπος διαμονής. Για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Β και C οι τρόποι αναζήτησης όπου χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HBsAg και το anti-HCV. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 891. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 5/1997-5/1998.

#### **14. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κτενάς, κ.α.*

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Εξετάσθηκε η πιθανή συσχέτιση της συχνότητας των δεικτών της ηπατίτιδας Β και C, με διάφορους παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, τόπος διαμονής. Για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Β και C οι τρόποι αναζήτησης όπου χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HBsAg και το anti-HCV. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 2.518. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 5/1997-5/1998.

#### **15. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κτενάς, κ.α.*

Συλλογή υλικού που αφορούσε τη λήψη αίματος και τη συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου με σχετικές προς το θέμα πληροφορίες. Εξετάσθηκε η πιθανή συσχέτιση της συχνότητας των δεικτών της ηπατίτιδας Β και C, με διάφορους παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, τόπος διαμονής. Για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Β και C οι τρόποι αναζήτησης όπου χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HBsAg και το anti-HCV. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 1.842. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 5/1997-5/1998.

#### **16. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Αικ. Νεστορίδου, Κ. Σουλτογιάννη, Ν. Κοντογιώργου.*

Έγινε λήψη αίματος και προσδιορισμός των Anti-HIV με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) σε 906 κατοίκους με παρόμοια κατά ηλικία και φύλο κατανομή. Λόγω της μη ύπαρξης θετικού Anti-HIV αποτελέσματος, η προοπτική παρακολούθηση κρίθηκε άσκοπη και επιδιώχθηκε η ιστορική προοπτική μελέτη (1994-1998).

Για τον προσδιορισμό και τη μελέτη της γνώσης, της στάσης, της αντίληψης του κινδύνου μόλυνσης από τον HIV, καθώς και της σεξουαλικής συμπεριφοράς των μόνιμων κατοίκων της περιοχής, 740 άτομα με παρόμοια κατά φύλο κατανομή, συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο.

#### **17. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Αικ. Νεστορίδου, κ.α..*

Έγινε λήψη αίματος και προσδιορισμός των Anti-HIV με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) σε 751 κατοίκους με παρόμοια κατά ηλικία και φύλο κατανομή. Λόγω της μη ύπαρξης θετικού Anti-HIV αποτελέσματος, η προοπτική παρακολούθηση κρίθηκε άσκοπη και επιδιώχθηκε η ιστορική προοπτική μελέτη (1994-1998).

Για τον προσδιορισμό και τη μελέτη της γνώσης, της στάσης, της αντίληψης του κινδύνου μόλυνσης από τον HIV, καθώς και της σεξουαλικής συμπεριφοράς των μόνιμων κατοίκων της περιοχής, 531 άτομα με παρόμοια κατά φύλο κατανομή, συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο.

#### **18. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Αικ. Νεστορίδου, κ.α..*

Έγινε λήψη αίματος και προσδιορισμός των Anti-HIV με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) σε 846 κατοίκους με παρόμοια κατά ηλικία και φύλο κατανομή. Λόγω της μη ύπαρξης θετικού Anti-HIV αποτελέσματος, η προοπτική παρακολούθηση κρίθηκε άσκοπη και επιδιώχθηκε η ιστορική προοπτική μελέτη (1994-1998).

Για τον προσδιορισμό και τη μελέτη της γνώσης, της στάσης, της αντίληψης του κινδύνου μόλυνσης από τον HIV, καθώς και της σεξουαλικής συμπεριφοράς των μόνιμων κατοίκων της περιοχής, 932 άτομα με παρόμοια κατά φύλο κατανομή, συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο.

**19. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ, ΣΕΡΡΩΝ ΚΑΙ ΕΒΡΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1997-1999. (Ηπατίτιδα Α, Β, C, ερυθρά, φυματίωση και ανεμοβλογιά).**

*Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κτενάς, Ε. Κορνάρου.*

Κατά τόπους καταγραφή των κρουσμάτων των υπό εξέταση λοιμωδών νοσημάτων με την ενεργό συμμετοχή των κατά τόπους υπηρεσιών των αντίστοιχων Νομαρχιών για τα έτη 1997-1999.

**20. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ. (1999)**

*Υπεύθυνος: Εμμαν. Βελονάκης.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Ψωμά, Χ. Παλάζης, Φ. Μάρκου, Α. Μαρκογιαννάκης.*

**21. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Εμμαν. Βελονάκης.*

*Ομάδα εργασίας: Α. Μαρκογιαννάκης, κ.α..*

**22. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

*Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Παρασιτολογίας Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, ΕΣΔΥ.*

**23. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Παρασιτολογίας Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, ΕΣΔΥ.*

**24. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Παρασιτολογίας Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, ΕΣΔΥ.*

**25. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Παρασιτολογίας Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, ΕΣΔΥ.*

**26. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

*Υπεύθυνος: Α. Ρουμेलιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κορνάρου, κ.α.*

Με τη μέθοδο της συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων με συνεντευκτή από 1/1 – 30/8/1999, διερευνήθηκαν η γνώση και η πρακτική 296

επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης 253 χρηστών υπηρεσιών υγείας.

## **27. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κορνάρου, κ.α.*

Με τη μέθοδο της συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων με συνεντευκτική από 1/1 – 30/8/1999, διερευνήθηκαν η γνώση και η πρακτική 200 επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης 254 χρηστών υπηρεσιών υγείας.

## **28. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κορνάρου, κ.α.*

Με τη μέθοδο της συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων με συνεντευκτική από 1/1 – 30/8/1999, διερευνήθηκαν η γνώση και η πρακτική 120 επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης 392 χρηστών υπηρεσιών υγείας.

## **29. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*

*Ομάδα εργασίας: Ε. Κορνάρου, κ.α.*

Με τη μέθοδο της συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων με συνεντευκτική από 1/1 – 30/8/1999, διερευνήθηκαν η γνώση και η πρακτική 86 επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης 255 χρηστών υπηρεσιών υγείας.

## **30. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Συντάχθηκαν και διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια που συζητήθηκαν σε επανειλημμένες επιτόπιες επισκέψεις. Εκτελέσθηκε επιδημιολογική έρευνα με τη συλλογή δειγμάτων αίματος από σκύλους. Οι ζωοανθρωπονόσοι που διερευνήθηκαν ήταν όσες οφείλονταν σε ρικέτσιες και ειδικότερα οι Ερλιχιώσεις, οι Λεισμανιάσεις (kala azar) και οι Φιλαριώσεις. Για τη διάγνωση τους χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του έμμεσου ανοσοφθορισμού (IFA – test ) για την Ερλιχίωση και τη Λεισμανίαση και επιβεβαιωτικά η Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Για τις φιλαριώσεις, η μικροσκοπική εξέταση (ανεύρεση μικροφιλαριών), η ταυτοποίηση μικροφιλαριών με τη μέθοδο Knott και η ορολογική διερεύνηση της *Dirofilaria immitis* με τη μέθοδο ELISA καθώς και με kits του εμπορίου.

### **31. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Συντάχθηκαν και διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια που συζητήθηκαν σε επανειλημμένες επιτόπιες επισκέψεις. Εκτελέσθηκε επιδημιολογική έρευνα με τη συλλογή δειγμάτων αίματος από σκύλους. Οι ζωοανθρωπονόσοι που διερευνήθηκαν ήταν όσες οφείλονταν σε ρικέτσιες και ειδικότερα οι Ερλιχιώσεις, οι Λεισμανιάσεις (kala azar) και οι Φιλαριώσεις. Για τη διάγνωση τους χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του έμμεσου ανοσοφθο-ρισμού (IFA – test ) για την Ερλιχίωση και τη Λεισμανίαση και επιβεβαιωτικά η Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Για τις φιλαριώσεις, η μικροσκοπική εξέταση (ανεύρεση μικροφιλαριών), η ταυτοποίηση μικροφιλαριών με τη μέθοδο Knott και η ορολογική διερεύνηση της *Dirofilaria immitis* με τη μέθοδο ELISA καθώς και με kits του εμπορίου.

### **32. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Συντάχθηκαν και διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια που συζητήθηκαν σε επανειλημμένες επιτόπιες επισκέψεις. Εκτελέσθηκε επιδημιολογική έρευνα με τη συλλογή δειγμάτων αίματος από σκύλους. Οι ζωοανθρωπονόσοι που διερευνήθηκαν ήταν όσες οφείλονταν σε ρικέτσιες και ειδικότερα οι Ερλιχιώσεις, οι Λεισμανιάσεις (kala azar) και οι Φιλαριώσεις. Για τη διάγνωση τους χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του έμμεσου ανοσοφθο-ρισμού (IFA – test ) για την Ερλιχίωση και τη Λεισμανίαση και επιβεβαιωτικά η Αλυσιδωτή



Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Για τις φιλαριώσεις, η μικροσκοπική εξέταση (ανεύρεση μικροφιλαριών), η ταυτοποίηση μικροφιλαριών με τη μέθοδο Knott και η ορολογική διερεύνηση της *Dirofilaria immitis* με τη μέθοδο ELISA καθώς και με kits του εμπορίου.

### **33. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Συντάχθηκαν και διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια που συζητήθηκαν σε επανειλημμένες επιτόπιες επισκέψεις. Εκτελέσθηκε επιδημιολογική έρευνα με τη συλλογή δειγμάτων αίματος από σκύλους. Οι ζωοανθρωπονόσοι που διερευνήθηκαν ήταν όσες οφείλονταν σε ρικέτσιες και ειδικότερα οι Ερλιχιώσεις, οι Λείσμανιάσεις (*kala azar*) και οι Φιλαριώσεις. Για τη διάγνωση τους χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του έμμεσου ανοσοφθορισμού (IFA – test ) για την Ερλιχίωση και τη Λείσμανίαση και επιβεβαιωτικά η Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Για τις φιλαριώσεις, η μικροσκοπική εξέταση (ανεύρεση μικροφιλαριών), η ταυτοποίηση μικροφιλαριών με τη μέθοδο Knott και η ορολογική διερεύνηση της *Dirofilaria immitis* με τη μέθοδο ELISA καθώς και με kits του εμπορίου.

### **34. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε βασίστηκε στην επιτόπια έρευνα – παρατηρήσεις, στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων από τις ορολογικές εξετάσεις των ολοκληρωθέντων ήδη ενεργειών και στην περαιτέρω συλλογή

δειγμάτων αίματος από αιγοπρόβατα και στην εξέταση τους για Τοξόπλασμα (με την μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, αλλά και αυτή της ELISA) και για Εχινοκοκκίαση – Υδατίδωση (με την μέθοδο ELISA). Τα αιγοπρόβατα αποτελούν το βασικό δείκτη μόλυνσης μίας περιοχής από τις δύο αυτές Ζωοανθρωπονόσους.

### **35. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε βασίστηκε στην επιτόπια έρευνα – παρατηρήσεις, στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων από τις ορολογικές εξετάσεις των ολοκληρωθέντων ήδη ενεργειών και στην περαιτέρω συλλογή δειγμάτων αίματος από αιγοπρόβατα και στην εξέταση τους για Τοξόπλασμα (με την μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, αλλά και αυτή της ELISA) και για Εχινοκοκκίαση – Υδατίδωση (με την μέθοδο ELISA). Τα αιγοπρόβατα αποτελούν το βασικό δείκτη μόλυνσης μίας περιοχής από τις δύο αυτές Ζωοανθρωπονόσους.

### **36. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε βασίστηκε στην επιτόπια έρευνα – παρατηρήσεις, στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων από τις ορολογικές εξετάσεις των ολοκληρωθέντων ήδη ενεργειών και στην περαιτέρω συλλογή

δειγμάτων αίματος από αιγοπρόβατα και στην εξέταση τους για Τοξόπλασμα (με την μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, αλλά και αυτή της ELISA) και για Εχινοκοκκίαση – Υδατίδωση (με την μέθοδο ELISA). Τα αιγοπρόβατα αποτελούν το βασικό δείκτη μόλυνσης μίας περιοχής από τις δύο αυτές Ζωοανθρωπονόσους.

### **37. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε βασίστηκε στην επιτόπια έρευνα – παρατηρήσεις, στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων από τις ορολογικές εξετάσεις των ολοκληρωθέντων ήδη ενεργειών και στην περαιτέρω συλλογή δειγμάτων αίματος από αιγοπρόβατα και στην εξέταση τους για Τοξόπλασμα (με την μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, αλλά και αυτή της ELISA) και για Εχινοκοκκίαση – Υδατίδωση (με την μέθοδο ELISA). Τα αιγοπρόβατα αποτελούν το βασικό δείκτη μόλυνσης μίας περιοχής από τις δύο αυτές Ζωοανθρωπονόσους.

### **38. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΦΘΩΔΟΥΣ ΠΥΡΕΤΟΥ (FOOT AND MOUTH DISEASE) ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΩΝ (SHEEP POX, GOAT POX) ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ**

*Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.*

Η μελέτη και η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 1998 και Δεκεμβρίου 1999 που επεκτάθηκε ως τον Ιούλιο

του 2000. Βασίστηκε στις επιτόπιες επισκέψεις και στη ορολογική εξέταση δειγμάτων αίματος προβάτων και βοοειδών, που εκτελέστηκαν σε συνεργασία με τις Κτηνιατρικές Υπηρεσίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### “ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΣΕΡΡΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΦΛΩΡΙΝΑΣ”

#### 4.1 Θωράκιση του πληθυσμού, έναντι μεταδοτικών νοσημάτων

Η γεωγραφική θέση των νομών που εξετάζουμε, κάνει τις περιοχές αυτές το πρώτο επίπεδο επαφής της χώρας μας με πολιτικούς πρόσφυγες και οικονομικούς μετανάστες από άλλες χώρες, που βρίσκονται κυρίως στα βόρεια και δυτικά της χώρας μας. Την πρόσφατη χρονική περίοδο έχει παρατηρηθεί είσοδος πολιτικών προσφύγων και οικονομικών μεταναστών από τη Βουλγαρία, Αλβανία, Σκόπια και μέσω της γειτονικής Τουρκίας ασιατών (κυρίως Κούρδων, Πακιστανών, Αφγανών, Ιρακινών). Η εισροή προσφύγων και μεταναστών είναι σε κάποιο βαθμό ανεξέλεγκτη και συνοδεύεται από εγκατάσταση αυτών (μόνιμη ή προσωρινή) στις εν λόγω περιοχές ή σε νοτιότερες περιοχές της χώρας. Στις περιοχές αναφοράς έχουν εγκατασταθεί μόνιμα τα τελευταία χρόνια παλιννοστούντες Έλληνες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.

Η επιδημιολογική κατάσταση των εισερχομένων είναι εν πολλοίς άγνωστη, όπως και η τυχόν ανοσοποιητική τους κάλυψη. Κατά συνέπεια αποτελούν δυνητικές πηγές διασποράς μεταδοτικών νοσημάτων και ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος, επειδή, όπως αναφέρθηκε, ο κύριος όγκος των εισερχομένων μετακινείται στην ενδοχώρα προς εξεύρεση εργασίας.

Είναι επομένως σημαντικό να υπάρχει εγρήγορση σχετικά με τη θωράκιση του ντόπιου πληθυσμού, έναντι μεταδοτικών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, πρέπει να αυξηθεί ο έλεγχος και η ανοσοποίηση των μετακινούμενων πληθυσμών στα σημεία εισόδου, για ορισμένα λοιμώδη νοσήματα.

Στην παρούσα ενότητα ερευνάται η ανοσοποίηση του πληθυσμού για κύρια νοσήματα, σε δείγματα πληθυσμού επιλεγμένων υποπεριοχών των νομών αναφοράς. Οι σχετικές έρευνες, οι ταυτότητες των οποίων αναφέρονται στο παράρτημα, έγιναν στις περιοχές:

- Δικαίων και Ορεστιάδας στο Ν. Έβρου, με επικέντρωση τις παραμεθόριες κοινότητες, όπου διαμένουν μόνιμα τρεις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι παλιννοστούντες Έλληνες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.
- Σιδηροκάστρου στο Ν. Σερρών, με επικέντρωση τις παραμεθόριες κοινότητες, όπου διαμένουν εκτός από τον ελληνικό πληθυσμό και πεντακόσιοι παλιννοστούντες Έλληνες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.
- Πρεσπών και Νίκης στο Ν. Φλώρινας, όπου διαμένουν μόνιμα τρεις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι Αλβανοί.
- Κόνιτσας και Δελβινακίου στο Ν. Ιωαννίνων, όπου διαμένουν μόνιμα τέσσερις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι Αλβανοί.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων κατοίκων των περιοχών (οικονομικά ενεργού πληθυσμού) δεν έχουν εμβολιαστεί (Πίνακας 4.1).

**Πίνακας 4.1: Ποσοστά εμβολιασμών για κύρια νοσήματα, σε δείγματα πληθυσμού στους νομούς Έβρου, Φλώρινας, Ιωαννίνων, Σερρών, 1998.**

	Ν. Έβρου	Ν. Σερρών	Ν. Φλώρινας	Ν. Ιωαννίνων
Παιδιά και έφηβοι (0-18 ετών)	υψηλά (>90%)	υψηλά (>95%)	υψηλά (>85%)	υψηλά (>90%)
Ενήλικες	πολύ χαμηλά (<10%)	πολύ χαμηλά (<10%)	πολύ χαμηλά (<10%)	πολύ χαμηλά (<10%)

Πηγή: Ιδία έρευνα. Επεξεργασία αποτελεσμάτων σχετικών ερευνών για τους νομούς Έβρου, Σερρών, Ιωαννίνων και Φλώρινας

Μοναδική εξαίρεση στους ενήλικες αφορά τον αντιτετανικό εμβολιασμό (30% περίπου). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι συχνά το αντιτετανικό εμβόλιο

γίνεται σε περιπτώσεις μικροτραυματισμών. Το σημαντικότερο αποτέλεσμα των ερευνών είναι ότι η ανοσοποιητική κάλυψη των πολιτικών προσφύγων και οικονομικών μεταναστών είναι αρκετά χαμηλή έως και ανύπαρκτη.

## **4.2 Συμπέρασμα - Προτάσεις**

Η κατάσταση, όσον αφορά τη θωράκιση του πληθυσμού από μεταδοτικά νοσήματα, δεν είναι ικανοποιητική, δεδομένης και της ιδιαιτερότητας των περιοχών αναφοράς να αποτελούν το πρώτο επίπεδο επαφής μετακινούμενων πληθυσμών από γειτονικές χώρες. Είναι επομένως σημαντικό να λειτουργήσουν Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων εμβολιασμού στους ενήλικες ντόπιους και εισερχόμενους πληθυσμούς. Ταυτόχρονα, οι αντίστοιχοι πληθυσμοί πρέπει να ενημερωθούν για την αξία των εμβολίων και τους κινδύνους που διατρέχουν αν παραμείνουν ανεμβολίαστοι.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 4

## ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.

*Υπεύθυνος:* Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.

*Φορέας υλοποίησης:* Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.

Η ενέργεια υλοποιήθηκε σε συνεργασία με τοπικούς φορείς στην περιοχή Δικαίων και Ορεστιάδας, με επικέντρωση τις παραμεθόριες κοινότητες, όπου διαμένουν μόνιμα τρεις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι παλιννοστούντες Έλληνες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις. Α΄ Φάση: Καταγραφή. Με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο καταγράφηκε η εμβολιαστική κάλυψη και η επιδεκτικότητα (ποσοστό επινόσων), έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη, πολιομελίτιδας, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας. Β΄ Φάση: Εμβολιαστική κάλυψη. Εμβολιάσθηκε σημαντικό μέρος του καταγραφέντος ανεμβολίαστου πληθυσμού, έναντι των ελεγχέντων νοσημάτων.

### 2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.

*Υπεύθυνος:* Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.

*Φορέας υλοποίησης:* Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.

Η ενέργεια υλοποιήθηκε σε συνεργασία με τοπικούς φορείς στην περιοχή Σιδηροκάστρου, με επικέντρωση τις παραμεθόριες κοινότητες, όπου διαμένουν



μόνιμα πεντακόσιοι παλιννοστούντες Έλληνες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις. Α΄ Φάση: Καταγραφή. Με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο καταγράφηκε η εμβολιαστική κάλυψη και η επιδεκτικότητα (ποσοστό επινόσων), έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη, πολιομελίτιδας, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας. Β΄ Φάση: Εμβολιαστική κάλυψη. Εμβολιάσθηκε σημαντικό μέρος του καταγραφέντος ανεμβολίαστου πληθυσμού, έναντι των ελεγχέντων νοσημάτων.

### **3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.*

Η ενέργεια υλοποιήθηκε σε συνεργασία με τοπικούς φορείς στην περιοχή Κόνιτσας και Δελβινακίου, όπου διαμένουν μόνιμα τέσσερις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι Αλβανοί. Πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις. Α΄ Φάση: Καταγραφή. Με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο καταγράφηκε η εμβολιαστική κάλυψη και η επιδεκτικότητα (ποσοστό επινόσων), έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη, πολιομελίτιδας, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας. Β΄ Φάση: Εμβολιαστική κάλυψη. Εμβολιάσθηκε σημαντικό μέρος του καταγραφέντος ανεμβολίαστου πληθυσμού, έναντι των ελεγχέντων νοσημάτων.

### **4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.*

Η ενέργεια υλοποιήθηκε σε συνεργασία με τοπικούς φορείς στην περιοχή Πρεσπών και Νίκης, όπου διαμένουν μόνιμα τρεις χιλιάδες Έλληνες και πεντακόσιοι Αλβανοί. Πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις. Α΄ Φάση: Καταγραφή. Με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο καταγράφηκε η εμβολιαστική κάλυψη και η επιδεκτικότητα (ποσοστό επινόσων), έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη, πολιομελίτιδας, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας. Β΄ Φάση: Εμβολιαστική κάλυψη. Εμβολιάσθηκε σημαντικό μέρος του καταγραφέντος ανεμβολίαστου πληθυσμού, έναντι των ελεγχέντων νοσημάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

# “ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΔΑΤΟΣ, ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΕΒΡΟΥ, ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΡΡΩΝ”

### 5.1 Γενικά

Στην παρούσα ενότητα ερευνάται η κατάσταση που επικρατεί στις εξεταζόμενες περιοχές, σχετικά με την ύδρευση, αποχέτευση και διαχείριση απορριμμάτων. Από σχετικές έρευνες, οι οποίες περιγράφονται στο παράρτημα του παρόντος κεφαλαίου, συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν στοιχεία από αρμόδιες υπηρεσίες, όπως μελέτες, έρευνες, μετρήσεις. Τα συμπεράσματα αυτών των ερευνών συνοψίζονται εδώ.

### 5.2 Ύδρευση

#### Ν. Σερρών

Η περιοχή υδρεύεται από πηγές και γεωτρήσεις. Από πηγές υδρεύονται οι ορεινές κοινότητες κοντά στην συνοριακή γραμμή, ενώ από γεωτρήσεις υδρεύονται οι πεδινές περιοχές. Το ποσοστό των πηγών είναι 37.5% και των γεωτρήσεων 58.3%. Στο Σιδηρόκαστρο υπάρχει μια ύδρευση από επιφανειακά νερά.

Τέσσερις από τις πηγές υδροληψίας (16.7%), έχουν ακατάλληλη ποιότητα από χημικής άποψης, λόγω παρουσίας υψηλών συγκεντρώσεων φωσφορικών σιδήρου και μαγγανίου.

Ως προς την μικροβιολογική ποιότητα, αρκετές πηγές βρέθηκαν ακατάλληλες (7 στις 24, ποσοστό 29%) και 6 από τις 24 (25%) βρέθηκαν ύποπτες. Ως προς τη χλωρίωση, μόνο 5 στα 15 Δ. Διαμερίσματα έχουν χλωριωτήρες εγκατεστημένους στις δεξαμενές, κυρίως λόγω έλλειψης ηλεκτροδότησης. Η κατάσταση των δικτύων είναι γενικά καλή.

### **N. Φλώρινας**

Η πόλη της Φλώρινας υδρεύεται από πηγές που βρίσκονται στον ορεινό όγκο του όρους Βίτσι και συμπληρωματικά από το χείμαρρο Δροσοπηγής Μπογάζι. Τα νερά υφίστανται επεξεργασία σε διυλιστήριο και στη συνέχεια χλωριώνονται.

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία για τη διενέργεια φυσικοχημικών και μικροβιολογικών αναλύσεων για το πόσιμο νερό και τα απόβλητα. Δείγματα αποστέλλονται συχνά σε πανεπιστημιακά εργαστήρια της Θεσ/νίκης, με αρκετά υψηλό κόστος. Σε πολλά σημεία του δικτύου ελέγχεται συστηματικά το υπολειμματικό χλώριο και το pH.

Όσον αφορά στη επάρκεια των δεξαμενών, βρέθηκε ότι 19 υδρεύσεις έχουν δεξαμενές με επαρκή χωρητικότητα (46%) και 22 δεν έχουν. Ως προς την παροχή των πηγών υδροληψίας, με την εξαίρεση της Φλώρινας, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Ως προς το είδος των πηγών υδροληψίας, υπάρχουν τρεις υδροληψίες από επιφανειακά νερά (νερά χειμάρρων), που εξυπηρετούν μέρος των αναγκών της

Φλώρινας, το Δήμο Αμυνταίου και τον Υδρευτικό Σύνδεσμο Μελίτη – Σκοπού. Το ποσοστό των κατοίκων που εξυπηρετούνται είναι 39%. Οι υπόλοιπες υδροληψίες, που είναι οι πηγές και οι γεωτρήσεις, εξυπηρετούν ένα ποσοστό κατοίκων της τάξεως 34% και 24% αντίστοιχα.

Από τα 89 Δημοτικά Διαμερίσματα του Νομού, τα 24 (27%) χλωριώνουν το νερό συστηματικά. Τα 55 Δ.Δ (61%) εφαρμόζουν έκτακτα ή περιοδικά τη χλωρίωση, ενώ ένα Δ.Δ (1%) δεν χλωριώνει το νερό. Για 10 Δ.Δ (11%) δεν υπάρχουν στοιχεία για το εάν και πόσο συχνά γίνεται χλωρίωση στο νερό.

Ένα αρχικό συμπέρασμα που προκύπτει από τις περιορισμένες χημικές και μικροβιολογικές μετρήσεις είναι ότι το νερό όλων σχεδόν των Διαμερισμάτων, με την εξαίρεση της Φλώρινας, έχει κακή ποιότητα και ανεπαρκή μικροβιολογική προστασία.

Στα 75 από τα 89 Δημοτικά Διαμερίσματα (84%) οι αγωγοί μεταφοράς και το δίκτυο διανομής πόσιμου νερού βρίσκονται σε καλή κατάσταση και μόνο σε 14 Δ.Δ (16%) οι αγωγοί είναι σε κακή κατάσταση.

Λαμβάνεται αυστηρή μέριμνα ώστε το δίκτυο ύδρευσης να είναι πάντα πάνω από το δίκτυο αποχέτευσης, ώστε να μην υπάρχει περίπτωση μόλυνσης από τα λύματα.

Όσον αφορά την ποιότητα του πόσιμου νερού που προέρχεται από τις διάφορες πηγές ύδρευσης για την κάλυψη των αναγκών του Νομού, μόνο σε 2 Δήμους και 5 Κοινότητες έχουν γίνει δειγματοληψίες και έχουν προσδιοριστεί οι διάφορες φυσικοχημικές και μικροβιολογικοί παράμετροι. Για τα υπόλοιπα Δημοτικά Διαμερίσματα δεν υπάρχουν στοιχεία για την ποιότητα του νερού που προορίζεται για κατανάλωση.

## N. Έβρου

Στον Νομό Έβρου όλες οι κοινότητες υδρεύονται από γεωτρήσεις. Οι γεωτρήσεις βρίσκονται σε αμμώδη και σε αμμοαργιλώδη εδάφη, κοντά στις όχθες παραποτάμων του ποταμού Έβρου. Είναι προφανής ο κίνδυνος ρύπανσής τους από τις γεωργικές και ανθρωπογενείς δραστηριότητες της περιοχής.

Γενικά υπάρχει επάρκεια νερού, εκτός ενός μικρού αριθμού Διαμερισμάτων, όπου τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ελλείψεις σε ποσότητα νερού και σε έργα υποδομής, π.χ δεξαμενές.

Η κατάσταση του εξωτερικού υδραγωγείου είναι καλή, σε ποσοστό 53% των Διαμερισμάτων, μέτρια στο 31% και κακή στο 6%.

Ως προς την κατάσταση του εσωτερικού δικτύου, η εικόνα είναι εντελώς διαφορετική. Καλή είναι η κατάσταση μόνο στο 27% των Διαμερισμάτων, μέτρια στο 24% και κακή στο 43%.

Η περιοχή έχει μεγάλο πρόβλημα ποιότητας νερού. Από χημική άποψη, μόνο το 27% των Διαμερισμάτων έχουν νερό καλής ποιότητας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (53%) έχει μέτρια ποιότητα και το 14% έχει ακατάλληλη ποιότητα. Τα κύρια προβλήματα του νερού είναι η υψηλή περιεκτικότητα αλάτων, η σκληρότητα, η περιεκτικότητα νιτρικών και αμμωνιακών και σε ορισμένες περιπτώσεις υψηλή περιεκτικότητα σιδήρου και μαγγανίου.

Από μικροβιολογική άποψη, το 59% των Διαμερισμάτων έχουν νερό καλής ποιότητας, το 27% ύποπτης και το 10% νερό ακατάλληλης ποιότητας.

## N. Ιωαννίνων

Όλες οι Κοινότητες έχουν επάρκεια νερού, με την εξαίρεση δύο μόνο Κοινοτήτων, των Δολιανών και της Πωγώνιανης, που παρουσιάζουν μικρή έλλειψη.

Όσον αφορά στην επάρκεια των δεξαμενών, η έρευνα έδειξε ότι από τα 18 Δημοτικά Διαμερίσματα μόνο τα 6 δεν εξασφαλίζουν επάρκεια ούτε μιας ημέρας (ποσοστό 33.3%). Η ποιότητα του πόσιμου νερού από χημική άποψη κρίνεται «κατάλληλη» για τα 18 από τα 19 Δημοτικά Διαμερίσματα, με εξαίρεση την Κακαβιά.

Από μικροβιολογική άποψη έχουν ακατάλληλη ποιότητα τα 9 από τα 16 Δημοτικά Διαμερίσματα (ποσοστό 56%). Λαμβανομένου υπ' όψιν ότι τα 5 δεν κάνουν καθόλου χλωρίωση, ενώ 4 κάνουν μόνο περιοδική. Από αυτά προκύπτει ότι εάν εφαρμοστεί συστηματική χλωρίωση το νερό προς κατανάλωση θα είναι κατάλληλο και θα αποκλείεται κάθε υγειονομικός κίνδυνος. Από τα 19 Δημοτικά Διαμερίσματα μόνο ένα, η Κόνιτσα, χλωριώνει το νερό συστηματικά.

### **5.3 Αποχέτευση**

## N. Σερρών

Όλες οι Κοινότητες της περιοχής δεν διαθέτουν αποχετευτικό δίκτυο και εξυπηρετούνται από βόθρους. Ο τρόπος αυτός αποχέτευσης δεν δημιουργεί γενικά προβλήματα, λόγω του αγροτικού χαρακτήρα της περιοχής. Υποχρέωση κατασκευής μονάδας βιολογικού καθαρισμού έχουν οι Κοινότητες με πληθυσμό μεγαλύτερο των 2.000 κατοίκων. Τέτοιοι οικισμοί στην περιοχή είναι δυο, ο Δήμος Σιδηροκάστρου και Νέου Πετρισίου. Πάντως, με την εφαρμογή του Σχεδίου Καποδίστρια, όλοι οι νέοι Δήμοι έχουν πληθυσμό μεγαλύτερο των 2.000

κατοίκων και επομένως αναμένεται ότι το πρόβλημα της αποχέτευσης θα αντιμετωπισθεί συνολικά.

Η Κοινότητα Προμαχώνα δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα με την αποχέτευση των λυμάτων. Πρόβλημα αποχέτευσης αντιμετωπίζει όμως ο διασυνοριακός σταθμός. Το υπέδαφος δεν είναι απορροφητικό, αλλά παράλληλα ο ορίζοντας των υπόγειων νερών είναι πολύ υψηλά, λόγω του ποταμού Στρυμόνα, που διέρχεται δίπλα ακριβώς από το σταθμό. Σαν αποτέλεσμα των συνθηκών αυτών είναι να υπερχειλίζουν τα λύματα του σταθμού, να ρυπαίνουν τον περιβάλλοντα χώρο του σταθμού και τελικά με επιφανειακή απορροή να καταλήγουν στο Στρυμόνα.

Το πρόβλημα της αποχέτευσης του σταθμού θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με την κατασκευή μικρής μονάδας βιολογικής επεξεργασίας. Στην περίπτωση αυτή στην ίδια μονάδα θα μπορούσαν να οδηγηθούν και τα λύματα του Προμαχώνα.

Η πόλη του Σιδηροκάστρου διαθέτει αποχετευτικό δίκτυο που έχει πρόσφατα αποπερατωθεί, αλλά όχι και μονάδα βιολογικού καθαρισμού. Η διάθεση των λυμάτων γίνεται στον χείμαρρο Κρουσοβίτη. Είναι και εδώ απαραίτητη η κατασκευή μονάδας επεξεργασίας λυμάτων.

### **N. Φλώρινας**

Στην πόλη της Φλώρινας λειτουργεί χωριστικό σύστημα ακαθάρτων και όμβριων υδάτων. Στη συνέχεια, με κεντρικούς συλλεκτηρίους αγωγούς τα μεν λύματα οδηγούνται στην εγκατάσταση βιολογικής επεξεργασίας λυμάτων, τα δε όμβρια ύδατα στον ποταμό Σακουλέβα που διασχίζει την πόλη.

Εκτός από την πόλη της Φλώρινας, τα λύματα και τα όμβρια ύδατα των υπολοίπων Δημοτικών Διαμερισμάτων χωρίς καμία επεξεργασία και διαμέσου



ανοιχτών αγωγών καταλήγουν στους τελικούς φυσικούς αποδέκτες, οι οποίοι είναι οι λίμνες και οι ποταμοί της περιοχής.

Τα περισσότερα Δημοτικά Διαμερίσματα του Νομού διαθέτουν δίκτυο αποχέτευσης ή διαθέτουν κάποιο υποτυπώδες δίκτυο. Γενικά το σύστημα αποχέτευσης του Νομού δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι καλύπτει τις σημερινές ανάγκες.

### **N. Έβρου**

Μόνο 6 Δημοτικά Διαμερίσματα διαθέτουν σύστημα αποχέτευσης, έστω και ημιτελές. Οι υπόλοιπες κοινότητες εξυπηρετούνται από βόθρους. Συνήθως η διάθεση των βοθρολυμάτων γίνεται στους ίδιους χώρους όπου ρίπτονται και τα απορρίμματα, δημιουργώντας συχνά πολύ δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες.

Η Ορεστιάδα έχει ολοκληρώσει το δίκτυο αποχέτευσης κατά 90% και κατασκευάζεται μονάδα βιολογικής επεξεργασίας λυμάτων. Η διάθεση των λυμάτων γίνεται στην τάφρο T16 που αποχετεύεται στον ποταμό Έβρο.

Το Διδυμότειχο, ο άλλος μεγάλος Δήμος της περιοχής, έχει δίκτυο που καλύπτει το 90% της πόλης. Διαθέτει μονάδα βιολογικού καθαρισμού. Η διάθεση των λυμάτων γίνεται στον Ερυθροπόταμο, παραπόταμο του Έβρου.

Ο συνοριακός σταθμός του Ορμενίου αποχετεύεται σε απορροφητικό βόθρο. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται καθημερινά στο σταθμό ξεπερνά τους 26, χωρίς να ληφθούν υπ' όψη οι διερχόμενοι, εκτιμάται ότι θα απαιτηθεί η κατασκευή μικρής μονάδας βιολογικής επεξεργασίας λυμάτων.

## N. Ιωαννίνων

Κανένας δήμος δεν διαθέτει εγκατάσταση βιολογικού καθαρισμού, εκτός του δήμου Ιωαννίνων και του δήμου Μετσόβου. Όλα τα Δημοτικά Διαμερίσματα της περιοχής χρησιμοποιούν βόθρους. Αυτό γίνεται γιατί υπάρχει μικρό μέγεθος των οικισμών και αραιή δόμηση. Η αποχέτευση σε βόθρους δεν παρουσιάζει ιδιαίτερο περιβαλλοντικό πρόβλημα. Από τα Δημοτικά Διαμερίσματα μόνο η Κόνιτσα υπερβαίνει σε πληθυσμό τους 2.000 κατοίκους και συνεπώς θα πρέπει να δρομολογήσει την κατασκευή μονάδας βιολογικού καθαρισμού.

## **5.4 Απορρίμματα**

### N. Σερρών

Η υφιστάμενη κατάσταση είναι ελάχιστα ικανοποιητική. Στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων, η τελική απόθεση γίνεται σε χώρους ανεξέλεγκτους και ακατάλληλους, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται το περιβάλλον.

Ανάλογα με τον τρόπο διαχείρισης των απορριμμάτων τους, οι οικισμοί διακρίνονται σε 3 κατηγορίες:

- Σε οικισμούς που διαθέτουν υπηρεσία καθαριότητας σε οργανωμένο επίπεδο με προσωπικό και εξοπλισμό σε απορριματοφόρα, κάδους, κ.λ.π
- Σε οικισμούς που απλώς δημοπρατούν ετησίως τη συλλογή και απόρριψη των απορριμμάτων σε ιδιώτη.
- Σε οικισμούς στους οποίους δεν λαμβάνεται καμία μέριμνα και το πρόβλημα των απορριμμάτων αντιμετωπίζεται ατομικά από τους κατοίκους.

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη διαχείρισης των απορριμμάτων σε επίπεδο νομού, προβλέπεται η κατασκευή ενός κεντρικού ΧΥΤΑ που θα εξυπηρετεί όλο το νομό. Ο νομός διαιρείται σε 15 συνολικά τομείς, με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά στοιχεία. Από τους 15 τομείς, οι 14 θα εξυπηρετούνται από σταθμούς μεταφόρτωσης και ένας με απ' ευθείας διάθεση στον κεντρικό ΧΥΤΑ.

### **N. Φλώρινας**

Η συλλογή, μεταφορά και διάθεση των απορριμμάτων στο νομό γίνεται με ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Σε γενικές γραμμές η μεταφορά γίνεται με απορριμματοφόρα, τα οποία έχουν τεθεί σε λειτουργία μέσα στο 1999, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τους ανεξέλεγκτους χώρους διάθεσης που υπήρχαν στο νομό. Με την εισαγωγή απορριμματοφόρων στους περισσότερους Δήμους, οι χώροι ανεξέλεγκτης απόρριψης μειώθηκαν σημαντικά.

Με πρωτοβουλία του Δήμου Κοζάνης έχει ξεκινήσει η διαδικασία κατασκευής ενιαίου χώρου υγειονομικής ταφής απορριμμάτων (ΧΥΤΑ), που θα εξυπηρετεί συνολικά την Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας. Ο νέος ΧΥΤΑ κατασκευάζεται στο χώρο των ορυχείων της ΔΕΗ του άξονα Κοζάνης – Πτολεμαΐδας και συγκεκριμένα μέσα στο νότιο πεδίο της ΔΕΗ, όπου έχουν αποπερατωθεί όλες οι διαδικασίες εξόρυξης. Η συνολική έκταση του ΧΥΤΑ είναι 32.7 στρέμματα.

Η μεταφορά των απορριμμάτων του Ν. Φλώρινας προς το ΧΥΤΑ θα γίνεται διαμέσου δύο σταθμών μεταφόρτωσης, της Φλώρινας και του Αμυνταίου. Ο σταθμός μεταφόρτωσης της Φλώρινας θα δέχεται τα απορρίμματα των Δήμων Πρεσπών, Κάτω Κλεινών, Μελίτης, Φλώρινας, Περάσματος και από την Κοινότητα Κρυσταλλοπηγής. Ο σταθμός μεταφόρτωσης του Αμυνταίου δέχεται τα απορρίμματα των Δήμων Φιλώτα, Αετού, Αμυνταίου και των Κοινοτήτων Νυμφαίου και Λεχόβου. Τα απορρίμματα της Κοινότητας Βαρικού θα καταλήγουν στο σταθμό μεταφόρτωσης του Δήμου Πτολεμαΐδας στο Ν. Κοζάνης.

Με την έναρξη της λειτουργίας του Περιφερειακού ΧΥΤΑ όλοι οι χώροι ανεξέλεγκτης και ημ-ελεγχόμενης διάθεσης καταργούνται οριστικά. Η μεταφορά των απορριμμάτων στον ΧΥΤΑ γίνεται μέσω εγκαταστάσεων μεταφόρτωσης της Φλώρινας και του Αμυνταίου.

### **N. Έβρου**

Οργανωμένη συλλογή των απορριμμάτων γίνεται μόνο στους μεγάλους Δήμους και σε ελάχιστες παλαιές Κοινότητες. Στις υπόλοιπες, που είναι και η πλειοψηφία, η διαχείριση των απορριμμάτων γίνεται με αυτοεξυπηρέτηση των κατοίκων, σε χώρους που έχουν καθοριστεί από τις Κοινότητες, με κριτήριο ότι πρόκειται για χώρο κοινόχρηστο, για τον οποίο υπάρχει σιωπηρή αποδοχή.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα μελέτη διαχείρισης απορριμμάτων σε επίπεδο νομού, προτείνεται η δημιουργία τεσσάρων ΧΥΤΑ. Θα εξυπηρετούν τους Δήμους Διδυμοτείχου, Μεταξάδων, Ορεστιάδας, Τριγώνου και Βύσσας.

### **N. Ιωαννίνων**

Όλες οι Κοινότητες και οι Δήμοι στην περιοχή μελέτης διαθέτουν τα απορρίμματά τους με τρόπο ανεξέλεγκτο, ή σε χώρους που πρόχειρα έχουν επιλεγεί, χωρίς καμία περιβαλλοντική προστασία. Στις περισσότερες Κοινότητες και Δήμους η συλλογή και η αποκομιδή των απορριμμάτων ανατίθεται σε κάποιον ιδιώτη. Από τα Δημοτικά Διαμερίσματα της περιοχής μόνον ο Δήμος Κόνιτσας διαθέτει δύο απορριμματοφόρα.

Για το Ν. Ιωαννίνων υπάρχει εγκεκριμένη μελέτη διαχείρισης απορριμμάτων, που εκπονήθηκε το 1997 και αντιμετωπίζει συνολικά το πρόβλημα των απορριμμάτων.

Το εγκεκριμένο σχέδιο διαχείρισης προβλέπει τη λειτουργία 5 Χώρων Υγειονομικής Ταφής Απορριμμάτων σε όλο τον Ν. Ιωαννίνων. Η περιοχή μελέτης περιλαμβάνεται στην πρώτη από τις πέντε γεωγραφικές ενότητες του νομού. Προβλέπεται να εξυπηρετηθεί από έναν νέο ΧΥΤΑ στη θέση Φρύδια της Κοινότητας Γεροπλατάνου και από δύο σταθμούς μεταφόρτωσης (ΣΜΑ).

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 5

## ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.

*Υπεύθυνος: Ν. Κατσίρης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Υγειονομικής Μηχανικής, ΕΣΔΥ.*

Οργανώθηκε το πρόγραμμα παρακολούθησης των Υγειονομικών Συνθηκών, σε Γεωγραφικό Πληροφορικό Σύστημα GIS (Geographic Information System) και χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Arc View της ESRI. Η ηλεκτρονική βάση δεδομένων του προγράμματος δομήθηκε ώστε να περιλαμβάνει στοιχεία ύδρευσης, αποχέτευσης λυμάτων και αποβλήτων, διάθεσης απορριμμάτων, σε επίπεδο Δημοτικών Διαμερισμάτων. Επίσης, στοιχεία δημογραφικά, απασχόλησης και διάθρωσης υπηρεσιών, σε επίπεδο Δήμων όλου του Νομού. Για την συλλογή των στοιχείων ακολούθησε η εξής διαδικασία:

1. Συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν όλα τα διαθέσιμα στοιχεία στις αρμόδιες υπηρεσίες, όπως μελέτες, έρευνες, μετρήσεις.
2. Έγιναν αναγνωριστικές επισκέψεις και επαφές με τους υπευθύνους των συναρμοδίων τοπικών υπηρεσιών.
3. Συντάχθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο για την συλλογή στοιχείων ύδρευσης, αποχέτευσης και διαχείρισης απορριμμάτων, που συμπληρώθηκε και με την βοήθεια της Διεύθυνσης Υγιεινής του Νομού.
4. Οργανώθηκε πρόγραμμα δειγματοληψιών και αναλύσεων πόσιμου νερού από πηγές υδροληψίας και νερού από το δίκτυο, ειδικά για τις ανάγκες του προγράμματος.

**2. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.*

Ομοίως όπως (1) παραπάνω.

**3. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.**

*Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.*

Ομοίως όπως (1) παραπάνω.

**4. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ.**

*Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

*Φορέας υλοποίησης: Τομέας Ευγονικής και Μητρότητας, ΕΣΔΥ.*

Ομοίως όπως (1) παραπάνω.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η μελέτη της νοσηρότητας – θνησιμότητας, η επαφή του πληθυσμού με το υγειονομικό σύστημα στο πρώτο κεφάλαιο καθώς και οι συμπεριφορικοί κίνδυνοι που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός στο δεύτερο κεφάλαιο, δεν μας αποκάλυψε ιδιαίτερα προβλήματα που να διαφοροποιούν σημαντικά τις υπό διερεύνηση περιοχές από λοιπές περιφέρειες της χώρας. Ιδιομορφίες ασφαλώς υπάρχουν, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα έντονες. Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι οι έρευνες πάνω στις οποίες στηρίξαμε τα συμπεράσματά μας, πραγματοποιήθηκαν την περίοδο 1997 έως και 1999. Εν τω μεταξύ, δεν έχει μεσολαβήσει κάποιο ιδιαίτερο γεγονός ή πολιτικές, που να διαμορφώσουν διαφορετικές ~~πραγματικές~~ <sup>προληπτικές</sup>. Έτσι, μπορούμε συνοπτικά να προτείνουμε γενικές κατευθύνσεις πολιτικής και δραστηριοτήτων, με βάση την υπάρχουσα κατάσταση. Συγκεκριμένα:

Δεδομένου ότι καταγράφηκε ένας πολύ περιορισμένος έως μηδενικός αριθμός προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας, είναι αναγκαία η αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας και η προώθηση της προληπτικής ιατρικής σε επίπεδο περιφέρειας, μέσω ενός ορθολογικού σχεδιασμού, λαμβάνοντας υπ' όψη παράγοντες δημογραφικούς, επιδημιολογικούς και κοινωνικούς, ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι υφιστάμενες σήμερα ροές διακίνησης ασθενών σε επίπεδο τοπικό ή διασυνοριακό. Προς αυτή την κατεύθυνση θα βοηθήσει η δημιουργία βάσης δεδομένων για την πρόληψη προβλημάτων δημόσιας υγείας και η ενημέρωση των κατοίκων των περιοχών σε θέματα δημόσιας υγείας και προληπτικής ιατρικής.



Σε περιοχές απομακρυσμένες από τις Υπηρεσίες Υγείας θα πρέπει να οργανωθούν κινητές υγειονομικές μονάδες, κατάλληλα στελεχωμένες, ώστε να καλύπτουν με επάρκεια τις ανάγκες του πληθυσμού.

Είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, για την αντιμετώπιση επιδημιών. Επίσης απαιτείται βελτίωση του εξοπλισμού όλων των υγειονομικών μονάδων, για τη μέγιστη δυνατή διερεύνηση των διαγνωστικών – θεραπευτικών δυνατοτήτων.

Είναι ακόμα αναγκαία η διασύνδεση των Α' βάθμιων υπηρεσιών με όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, ώστε να βρίσκονται σε στενή λειτουργική επαφή – συνεργασία, τόσο μεταξύ τους, όσο και με άλλες υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου, Εθνικά – Διακρατικά – Διεθνώς (W.H.O. κ.α).

Στο Ν. Σερρών, όπου διερευνήθηκαν ζητήματα σχετιζόμενα με προβλήματα που αφορούν τις γυναίκες και τις σεξουαλικές συμπεριφορές, εντοπίστηκε η ανάγκη για παρέμβαση σε θέματα ενημέρωσης, ιδιαίτερα σε ότι σχετίζεται με την σεξουαλική υγεία. Φαίνεται να υπάρχει σχετική γνώση για όλα αυτά τα θέματα, αλλά και αρκετή παραπληροφόρηση ή έλλειψη γνώσης, που οδηγούν σε λανθασμένες επιλογές και ενέργειες από πλευράς των γυναικών.

Επίσης παρατηρήθηκε σχετική άγνοια στην πρόληψη από τις γυναίκες άλλων μορφών καρκίνου, πέραν του τραχήλου της μήτρας, όπως για παράδειγμα των ωοθηκών ή του μαστού.

Η συνεχής μέσα στο χρόνο επιδημιολογική παρακολούθηση των στοιχείων που υπάρχουν σε κάθε νομό και η επαναξιολόγηση της υπάρχουσας υποδομής και οργάνωσης, είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη, ώστε να καταστεί δυνατός ο έλεγχος της φυματίωσης. Προτείνεται η δημιουργία ενός δικτύου συνεχούς αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, καθώς και η μεταφορά τεχνογνωσίας από το κέντρο στη περιφέρεια.

Η ηπατίτιδα Α πρέπει να απασχολήσει τις υγειονομικές υπηρεσίες του Ν.Έβρου, ενώ η ηπατίτιδα Β τον Ν. Σερρών. Η ηπατίτιδα C δεν αποτελεί πρόβλημα για κανέναν νομό. Στο τμήμα 3.4.2 της εργασίας μας παρουσιάσαμε μεθόδους που συνήθως προτείνονται από τους ειδικούς, για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στα πλαίσια σχετικών μελετών δεν εντοπίστηκε φορέας του AIDS στις περιοχές που εξετάσαμε. Όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών για τη νόσο, προέκυψε ότι οι κύριες πηγές ενημέρωσης είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Έχουν λανθασμένη γνώμη για τους τρόπους μετάδοσης. Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει θετικά την ορθή γνώση, σε σχέση με τους τρόπους μετάδοσης του ιού, όπως επίσης και τη συνειδητοποίηση του κινδύνου για πιθανή μόλυνση. Η ηλικία δεν παίζει ρόλο στην ενημέρωση, αφού άτομα μικρότερων ηλικιών ήταν καλύτερα ενημερωμένοι, όπως και οι ανύπαντροι. Προτείνεται η παρέμβαση με προγράμματα αγωγής υγείας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Όσον αφορά τα λοιμώδη, διαπιστώθηκε ότι η ιλαρά και η ανεμοβλογιά πρέπει να απασχολήσουν τις υγειονομικές υπηρεσίες της Νομαρχίας Σερρών και λιγότερο των υπολοίπων νομών.

Δεν υπάρχουν μείζονα προβλήματα γαστρεντερίτιδων στην περιοχή αναφοράς. Όμως, υπάρχουν σαφώς περιθώρια βελτίωσης, τόσο στο σύστημα ύδρευσης, όσο και στο σύστημα αποχέτευσης των διαφόρων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Εκτιμάται ότι η αναβάθμιση σε επίπεδο υποδομών και στελέχωσης με κατάλληλο προσωπικό των υπηρεσιών ύδρευσης, θα θωρακίσει καλύτερα την ευρύτερη περιοχή από την ενδεχόμενη εμφάνιση επιδημικών εξάρσεων.

Από ειδικούς προτείνεται οι έλεγχοι του πόσιμου νερού που πραγματοποιούνται με μικροβιολογικές εξετάσεις να ενταθούν, ενώ

ταυτόχρονα πρέπει να οργανωθεί ένα σύστημα ελέγχου των χώρων μαζικής εστίασης, κυρίως των πληθυσμιακά ευαίσθητων ομάδων.

Η μετάδοση λοιμογόνων παραγόντων (ιών, μικροβίων, παρασίτων) στον άνθρωπο με διάφορα είδη αρθροπόδων (κουνούπια, φλεβοτόμοι, κρότνες), αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας. Ο Ν. Έβρου έχει το μεγαλύτερο ποσοστό από τους άλλους νομούς στον ιό της θερινής μηνιγγο-εγκεφαλίτιδος (TBE) και στον ιό του τριημέρου πυρετού-SF. Προτείνεται άμεση οργάνωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων καταπολέμησης των αρθροπόδων, με ειδικά εκπαιδευμένο στελεχιακό δυναμικό.

Όσον αφορά τις παρασιτικές λοιμώξεις του πεπτικού, επειδή σύμφωνα με τους ειδικούς η συχνότητά τους είναι σε άμεση σχέση με το επίπεδο Υγιεινής, ατομικό και περιβαλλοντικό, προτείνονται συντονισμένες ενέργειες των αρμοδίων φορέων (εξετάσεις ανθρώπινων δειγμάτων, χύματος και πόσιμου νερού), ώστε να ελαχιστοποιηθεί.

Στο τμήμα 3.10 διερευνήθηκε η κατάσταση των Κτηνιατρικών Υπηρεσιών. Το ενδιαφέρον για τη δημόσια υγεία προκύπτει από την δραστηριοποίηση των Υπηρεσιών αυτών σε θέματα ζωοανθρωπονόσων. Από τα πορίσματα των σχετικών μελετών προέκυψαν προτάσεις αναλυτικά για κάθε νομό, ως προς την αναδιάρθρωση των Κτηνιατρικών Υπηρεσιών. Υπάρχουν ελλείψεις προσωπικού, κυρίως εξειδικευμένου και πρέπει να προωθηθεί η συνεργασία και ο συντονισμός των ενεργειών, με τις λοιπές εμπλεκόμενες υπηρεσίες.

Όσον αφορά τα νοσήματα, σοβαρά νοσολογικά προβλήματα προσβάλλουν το ζωικό κεφάλαιο και στους τέσσερις νομούς. Για τα νοσήματα που σχετίζονται με την Δημόσια Υγεία απαιτείται η ένταξη τους στα προγράμματα εκρίζωσης των ζωοανθρωπονόσων. Προτείνεται αποτελεσματικός μηχανισμός και 100% αποζημίωση των παραγωγών, ώστε να δεχθούν τη σφαγή των ζώων τους. Μεγάλο είναι το ενδιαφέρον από τα τοπικά στελέχη για ενημέρωση –

κατάρτισή τους, σε θέματα σχετικά με τις ζωοανθρωπονόσους. Υπάρχει έντονο μεθοριακό πρόβλημα με την ασφάλεια (λαθρομετανάστες) και την διακίνηση ζώντων ζώων.

Τα ποσοστά προσβολής για τους τρεις παθογόνους παράγοντες που διαπιστώθηκαν ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Η Βρουκέλλωση των βοοειδών και ο Μελιταίος Πυρετός των αιγοπροβάτων αποτελούν το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα και δευτερεύον η Εχينوκοκκίαση – Υδατίδωση. Το πρόβλημα των τροφιμογενών νοσημάτων εμφανίζεται ολοένα και μικρότερο.

Συμπερασματικά, για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στους τέσσερις νομούς, που θεσμικά σχετίζονται με την προστασία από τις ζωοανθρωπονόσους, μπορούν να προταθούν τα εξής:

- Επειδή οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες παρουσιάζουν μία εικόνα φθίνουσα, χρήζουν αναδιάταξης, συρρίκνωσης του αριθμού των κτηνιατρείων και δημιουργίας πολυδύναμων κέντρων με κατεύθυνση την πρόληψη – επιτήρηση των νόσων των ζώων και των ζωοανθρωπονόσων και την ένταση των ελέγχων των τροφίμων ζωικής προέλευσης. Επίσης, υπάρχει ανάγκη ενίσχυσής τους με νέο εξειδικευμένο προσωπικό.
- Οι γιατροί των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων να ευαισθητοποιηθούν με ημερίδες ή με ταχύρυθμα προγράμματα κατάρτισης, σχετικά με τις ζωοανθρωπονόσους και τα τροφιμογενή νοσήματα.
- Ενημέρωση του κοινού. Να προγραμματιστούν ομιλίες στα Γυμνάσια και Λύκεια των περιοχών αυτών.

Παρουσιάστηκαν στο τέλος του τρίτου κεφαλαίου οι διαπιστώσεις μελέτης σχετικής με νόσους που πλήττουν την κτηνοτροφία στον Ν. Έβρου. Υπάρχει συνεχής εξ ανατολών απειλή για την κτηνοτροφία. Τα ισχύοντα μέτρα επιτήρησης δεν ήταν ικανά να αποτρέψουν τα περιοδικά κύματα επιζωοτιών,

με σοβαρότατες συνέπειες για την κτηνοτροφική παραγωγή και εμπορία. Από το 2000 εφαρμόζεται ενισχυτικά το πρόγραμμα επιτήρησης «EVROS» (Epidemo –Vigilance – Rotationaln System), συγχρηματοδοτούμενο από την Ε.Ε.

Για περαιτέρω βελτίωση προτείνουμε την ανάπτυξη διασυνοριακής συνεργασίας και εγκατάσταση ανάλογου δικτύου από την πλευρά της Τουρκίας. Διαφορετικά, θα είναι ευάλωτη η κτηνοτροφία μας.

Για να αποδώσει η προσπάθεια προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα, προτείνουμε στο αντίστοιχο τμήμα της εργασίας μας, στη βάση των πορισμάτων σχετικών μελετών, τα παρακάτω:

- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για τακτική και πλήρη καταγραφή των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και όλων των στοιχείων που αφορούν τα συγκεκριμένα περιστατικά.
- Σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης προς τους επαγγελματίες υγείας σε όλους τους τομείς των λοιμωδών νοσημάτων.
- Οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρωθούν όχι τόσο στο AIDS, για το οποίο εμφανίζονται οι επαγγελματίες υγείας ότι έχουν επαρκή γνώση, αλλά στις ηπατίτιδες, φυματίωση, μηνιγγίτιδα και σε άλλα λοιμώδη νοσήματα.

Η κατάσταση, όσον αφορά τη θωράκιση του πληθυσμού από μεταδοτικά νοσήματα, δεν είναι ικανοποιητική, δεδομένης και της ιδιαιτερότητας των περιοχών αναφοράς να αποτελούν το πρώτο επίπεδο επαφής μετακινούμενων πληθυσμών από γειτονικές χώρες. Προτείνεται η λειτουργία Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων εμβολιασμού στους ενήλικες ντόπιους και εισερχόμενους πληθυσμούς. Ταυτόχρονα, οι αντίστοιχοι πληθυσμοί πρέπει να ενημερωθούν

για την αξία των εμβολίων και τους κινδύνους που διατρέχουν αν παραμείνουν ανεμβολίαστοι.

Η κατάσταση που επικρατεί στα θέματα της υδροδότησης, υγιούς διάθεσης αποβλήτων και λυμάτων, διερευνήθηκε στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μας. Η κατάσταση που επικρατεί είναι γενικώς προβληματική και εμπλέκονται πολλές κρατικές υπηρεσίες. Επειδή το θέμα αυτό από μόνο του θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο ειδικής έρευνας, λόγω της πολυπλοκότητάς του, το μόνο που μπορούμε να προτείνουμε σχετικά, είναι ότι όλες οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να λειτουργούν παράλληλα και σε συνεργασία με τις άλλες συναρμόδιες Υπηρεσίες των Νομών. Έχει σημασία να στελεχωθούν κατάλληλα, για να μπορέσουν να παίξουν συμβουλευτικό και συντονιστικό ρόλο.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ.** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 2. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 3. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 4. ΕΡΕΥΝΑ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 8. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ,** *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
- 9. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ,** *Υπεύθυνος: Δ. Αγραφιιώτης, Καθηγητής*

- 10. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 11. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 12. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 13. ΜΕΛΕΤΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 14. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ν. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 15. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ν. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 16. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ν. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 17. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ν. MINIGITIDIS ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, Υπεύθυνος: Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 18. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 19. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**
- 20. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.**



21. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α & Ε ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
22. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
23. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
24. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
25. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
26. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
27. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
28. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΦΛΩΡΙΝΑΣ, ΣΕΡΡΩΝ ΚΑΙ ΕΒΡΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1997-1999. (Ηπατίτιδα Α, Β, C, ερυθρά, φυματίωση και ανεμοβλογιά), *Υπεύθυνος: Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Ε.Σ.Δ.Υ.*
29. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ. (1999), *Υπεύθυνος: Εμμαν. Βελονάκης.*
30. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Εμμαν. Βελονάκης.*
31. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
32. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

33. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
34. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Ν. Βακάλης, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
35. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*
36. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*
37. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*
38. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Α. Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια ΕΣΔΥ.*
39. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
40. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
41. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*
42. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

43. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

44. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

45. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

46. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΝΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΖΩΟΑΝΘΡΩΠΟΝΟΣΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

47. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΦΘΩΔΟΥΣ ΠΥΡΕΤΟΥ (FOOT AND MOUTH DISEASE) ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΩΝ (SHEEP POX, GOAT POX) ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Β. Κοντός, Καθηγητής ΕΣΔΥ.*

48. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, *Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

49. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, *Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

50. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, *Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

51. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΝΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, *Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.*

**52. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ, Υπεύθυνος: Ν. Κατσίρης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.**

**53. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΣΕΡΡΩΝ, Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.**

**54. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.**

**55. ΕΡΕΥΝΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΟΣ, ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ, Υπεύθυνος: Θ. Θωμαΐδης, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ.**

**56. Παρασκευόπουλος, Λ. (2004). “Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας”, Σημειώσεις Διδασκαλίας, ΤΕΙ Καλαμάτας.**

**57. Ν. 3172/2003**

## **ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**“Περί οργάνωσης και εκσυγχρονισμού της  
Δημόσιας Υγείας” (Ν. 3172/2003)**



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 197

6 Αυγούστου 2003

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3172

*Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις.*

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ - ΑΡΧΕΣ**

**Άρθρο 1**

**Έννοια και χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας**

1. Δημόσια Υγεία είναι το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού.

2. Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε συντονισμένες ενέργειες και δραστηριότητες στο Κέντρο και την Περιφέρεια. Είναι πολυτομεακή, καθώς κάθε τομέας που υπάγεται ή αναφέρεται στη Δημόσια Υγεία ενεργεί ή δρα ανεξάρτητα, στο πλαίσιο πάντοτε της ενιαίας εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, και διατομεακή, καθώς βασίζεται στη συνεργασία πολλών τομέων που υπάγονται ή αναφέρονται στη Δημόσια Υγεία.

3. Η Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού.

4. Η προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας αποτελεί θεμελιώδη ευθύνη της Πολιτείας.

**Άρθρο 2**

**Βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας και προτεραιότητες**

1. Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

α. στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν,

β. στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών,

γ. στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας,

δ. στην πρόσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού,

ε. στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και  
στ. στην αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

2. Οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται:

α. στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής,

β. στους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας,

γ. στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν,

δ. στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων και

ε. γενικά στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα,

στ. στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρωπίνου κεφαλαίου της χώρας.

**Άρθρο 3**

**Υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας**

1. Οι υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας είναι:

α. Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.).

β. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, καθώς και όλες οι άλλες συναφείς υπηρεσίες και συλλογικά όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

γ. Όλοι οι οργανισμοί, ανεξάρτητα από τη νομική τους φύση, που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και έχουν ως καταστατική αρμοδιότητα την προσφορά υπηρεσιών, που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας και του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού της χώρας.

δ. Όλες οι υπηρεσίες των λοιπών Υπουργείων, καθώς και οι Οργανισμοί που υπάγονται σε αυτές, ανεξάρτητα από τη νομική τους φύση και προσφέρουν υπηρεσίες με το ίδιο αντικείμενο.

ε. Όλες οι υπηρεσίες της Περιφέρειας με το ίδιο αντικείμενο.

στ. Όλες οι υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που υπάγονται σε αυτή, καθώς και τα Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται σε αυτή, με το ίδιο αντικείμενο.

ζ. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, που συνιστάται με τις διατάξεις του άρθρου 10 αυτού του νόμου.

2. Οι υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας ακολουθούν τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και συνεργάζονται με κάθε άλλο Διεθνή Οργανισμό που έχει ως κύριο σκοπό την υποστήριξη των υπηρεσιών υγείας σε όλον τον κόσμο ή σε ευρύτερες περιφέρειες.

3. Φορείς της Δημόσιας Υγείας μπορούν να είναι και μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, οι οποίες:

α. έχουν καταστατική αρμοδιότητα να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας και του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού, κυρίως μέσα από την κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού,

β. ασκούν δραστηριότητες σύμφωνα με τις οδηγίες των κρατικών υπηρεσιών ή οργάνων της Δημόσιας Υγείας ή υποστηρίζονται υλικά ή και με άλλον τρόπο μέσα από κρατικά προγράμματα Δημόσιας Υγείας και

γ. έχουν εγγραφεί στο Ειδικό Μητρώο μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α').

#### Άρθρο 4

##### Εθνική στρατηγική Δημόσιας Υγείας

1. Η εθνική στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού και δεν περιορίζεται στις δράσεις προστασίας του πληθυσμού από παράγοντες κινδύνου. Η εθνική στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία: α. καθορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της, β. περιγράφει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις και γ. προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της Διοίκησης που έχουν την ευθύνη για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή της.

2. Στη διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής συμβάλλουν όλες οι υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας. Η τελική διαμόρφωσή της ανήκει στην αποκλειστική ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, εκτός εάν, με ειδικές διατάξεις, προβλέπεται συναρμοδιότητα και με άλλα Υπουργεία.

3. Η εθνική στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία, όπως αυτή τελικά διαμορφώνεται, είναι υποχρεωτική και δεσμευτική για όλες τις υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

##### ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### Άρθρο 5

##### Σύσταση

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται και λειτουργεί το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.).

2. Το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. αποτελείται από πρόσωπα που έχουν:

α. ιδιαίτερο επιστημονικό και κοινωνικό κύρος,

β. διακριθεί στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό για τις γνώσεις τους, την πείρα και την προσφορά τους στα θέματα της Δημόσιας Υγείας και

γ. δύνανται να συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της πολιτικής ή των πολιτικών στο χώρο της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στις άλλες αρμοδιότητες του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.

3. Το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. αποτελείται από:

α. έναν ειδικό στην προαγωγή υγείας,

β. έναν ειδικό στη βιοπαθολογία ή την εργαστηριακή Δημόσια Υγεία,

γ. έναν ειδικό στην κοινωνική ιατρική,

δ. έναν ειδικό στη στοματική φροντίδα,

ε. έναν ειδικό στον έλεγχο λοιμωδών νόσων,

στ. έναν ειδικό στην ψυχική υγεία,

ζ. έναν ειδικό στα χρόνια νοσήματα,

η. έναν ειδικό στην επιδημιολογία,

θ. έναν ειδικό στην παιδιατρική,

ι. έναν ειδικό στα οικονομικά της υγείας,

ια. έναν ειδικό σε θέματα υγιεινής του φυσικού περιβάλλοντος,

ιβ. έναν ειδικό στη διατροφή,

ιγ. έναν ειδικό στην ιατρική της εργασίας,

ιδ. έναν ειδικό στην κλινική φαρμακολογία,

ιε. τον Γενικό Διευθυντή του Γενικού Χημείου του Κράτους.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να διευρύνεται η σύνθεση του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ., με την προσθήκη και άλλων ειδικών με αντικείμενο τη Δημόσια Υγεία.

4. Η θητεία των μελών του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. είναι πενταετής. Σε περίπτωση παραίτησης μέλους ή αποχώρησής του ή αντικατάστασής του, για οποιονδήποτε λόγο, τότε για το υπόλοιπο της θητείας ορίζεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, νέο πρόσωπο με τις ίδιες επιστημονικές ιδιότητες.

5. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται αναπληρωτής. Ο Γενικός Διευθυντής του Γενικού Χημείου του Κράτους αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του Συμβουλίου ορίζονται με την απόφαση συγκρότησης αυτού. Ο αντιπρόεδρος αναπληρώνει τον πρόεδρο, όταν αυτός κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει. Ο Πρόεδρος μπορεί να είναι είτε ένα από τα μέλη της παρ. 3 είτε άλλο πρόσωπο με ανάλογα προσόντα.

6. Το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

7. Τα μέλη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας με πλήρη ή μερική απασχόληση.

8. Ως μέλη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. μπορεί να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη Διδακτικού Επιστημονικού Προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των Α.Ε.Ι. ή Επιστημονικού Προσωπικού (Ε.Π.) των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 32 παρ. 18 του Ν. 2190/1994, της παρ. 6 του άρθρου 8 του Ν. 2194/1994 και του άρθρου 4 του Ν. 2198/1994, όπως κάθε φορά ισχύουν. Σε περίπτωση που τα μέλη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. είναι ταυτόχρονα και μέλη Δ.Ε.Π. Πανεπιστημίου ή Ε.Π. Τεχνολογικού Ιδρύματος εφαρμόζονται οι διατάξεις περί μερικής απασχόλησης του Ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218/Α'), καθώς και οι διατάξεις των άρθρων 5 παρ. 11β και 14 του Ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72/Α').

9. Η αμοιβή και η αποζημίωση για έξοδα παράστασης και κίνησης του προέδρου, του αντιπροέδρου και των λοιπών μελών του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. καθώς και η αποζημίωση των γραμματέων αυτού, καθορίζονται, κατά παρέκκλιση από τις κείμενες διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

**Άρθρο 6****Φύση και αρμοδιότητες του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.**

1. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας, που στηρίζεται και λειτουργεί με βάση αποδεδειγμένες, τεκμηριωμένες και αναγνωρισμένες γνώσεις στο χώρο της Δημόσιας Υγείας.

2. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. γνωμοδοτεί αυτεπαγγέλτως για θέματα Δημόσιας Υγείας ή αποφαινεται με βάση ερωτήματα του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή άλλου Υπουργού, που έχει, σύμφωνα με το Ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα» (ΦΕΚ 137/Α'), όπως αυτός ισχύει σήμερα, αρμοδιότητα σε θέματα Δημόσιας Υγείας, όπως αυτή προσδιορίζεται στο νόμο αυτόν.

3. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., ως επιστημονικό, συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό όργανο, έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Γνωμοδοτεί και προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της Δημόσιας Υγείας, καθώς και σε περιπτώσεις κρίσεων.

β. Γνωμοδοτεί και υποβάλλει προτάσεις για τη διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία. Σε κάθε περίπτωση η εθνική αυτή στρατηγική εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελεί κατευθυντήριο οδηγό για τη δραστηριότητα όλων των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

γ. Γνωμοδοτεί σε ειδικότερα θέματα στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

δ. Γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

ε. Γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να ανατίθενται στο Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και άλλες επιστημονικές, γνωμοδοτικές, συμβουλευτικές, καθώς και εκτελεστικές αρμοδιότητες και να καθορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις άσκησης των νέων αρμοδιοτήτων.

**Άρθρο 7****Οργάνωση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας Κανονισμός Λειτουργίας**

1. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. λειτουργεί, οργανώνεται και δραστηριοποιείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου και του Κανονισμού Οργάνωσης και Λειτουργίας του, που συντάσσεται από την Ολομέλειά του, εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με τον Κανονισμό αυτόν ρυθμίζονται ιδίως τα θέματα που αφορούν τη σύγκληση σε συνεδριάσεις της Ολομέλειας και των Τμημάτων αυτής, τον ορισμό των θεμάτων της ημερήσιας διάταξης, την ύπαρξη απαρτίας, τις απαιτούμενες πλειοψηφίες για τη λήψη αποφάσεων, τον καθορισμό των τμημάτων, τη συγκρότηση, σύνθεση και τις αρμοδιότητες αυτών, τον ορισμό εισηγητών, που επιτρέπεται να είναι και πρόσωπα που αναφέρονται στην παρ. 3 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Συμπληρωματικά και για θέματα που δεν ρυθμίζει ο ανωτέρω Κανονισμός εφαρμόζονται οι σχετικές διατάξεις του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/Α').

2. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. λειτουργεί σε Ολομέλεια και σε Τμήματα, με τριμελή τουλάχιστον σύνθεση το καθένα.

3. Στην Ολομέλεια και στα Τμήματα μπορεί να καλούνται και να παρίστανται και άλλα πρόσωπα, που επιλέγονται από την Ολομέλεια και έχουν ειδικές γνώσεις ή εμπειρία στα θέματα της Δημόσιας Υγείας.

4. Η Ολομέλεια του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συγκαλείται τακτικά τουλάχιστον μία φορά κάθε δίμηνο και έκτακτα, όταν κριθεί αναγκαίο από τον πρόεδρό του ή με εντολή του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση της ολομέλειας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., μπορεί να συνιστώνται, κατά περίπτωση, επιστημονικές επιτροπές ή ομάδες εργασίας, για τη μελέτη συγκεκριμένων θεμάτων και την υποβολή τεκμηριωμένων προτάσεων. Στις αρμοδιότητες των επιτροπών αυτών συμπεριλαμβάνεται και η προετοιμασία και εκπόνηση Ετήσιας Αναφοράς για την Κατάσταση της Υγείας του Πληθυσμού, η οποία δημοσιοποιείται μετά από σχετική έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Στις επιτροπές και τις ομάδες αυτές μπορούν να συμμετέχουν και εμπειρογνώμονες ή ειδικοί επιστήμονες που δεν είναι μέλη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. Στους πρόεδρους, τα μέλη και τους γραμματείς των ανωτέρω επιτροπών και ομάδων εργασίας καταβάλλεται αποζημίωση, που καθορίζεται, κατά παρέκκλιση των διατάξεων που ισχύουν, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

**Άρθρο 8****Συντονισμός Πολιτικών και Δράσεων Δημόσιας Υγείας με άλλα Υπουργεία και φορείς**

1. Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας (ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ.). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκαλείται η Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας (ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ.), με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας και την επίλυση σχετικών ζητημάτων διατομεακού χαρακτήρα. Στη ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ. συμμετέχει ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και οι Γενικοί ή Ειδικοί Γραμματείς που έχουν αρμοδιότητα ή συναρμοδιότητα σε θέματα Δημόσιας Υγείας ή σε θέματα που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τη Δημόσια Υγεία. Σε κάθε περίπτωση καλούνται:

α) Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών.

β) Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας του ίδιου Υπουργείου.

γ) Ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

δ) Ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Χωροταξίας και Περιβάλλοντος του Υπουργείου Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων.

ε) Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που έχει την αρμοδιότητα για τα θέματα σχολικής υγείας.

στ) Ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Αγροτικής Πολιτικής και Διεθνών Σχέσεων του Υπουργείου Γεωργίας.

ζ) Ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Αθλητισμού του Υπουργείου Πολιτισμού.

η) Ο Γενικός Γραμματέας, προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Επικοινωνιών του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών.



θ) Ο Γενικός Γραμματέας Έρευνας και Τεχνολογίας του Υπουργείου Ανάπτυξης.

ι) Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στη ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, δύναται να καλούνται, κατά περίπτωση, και άλλοι Γενικοί Γραμματείς Υπουργείων ή και της Περιφέρειας.

2. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εκτελεί τα καθήκοντα του Προέδρου των συσκέψεων και έχει την ευθύνη της κοινοποίησης των εκτιμήσεων, συμπερασμάτων ή και αποφάσεων του στις αρμόδιες υπηρεσίες και οργανισμούς. Στις συσκέψεις αυτές μπορεί να καλούνται και να συμμετέχουν, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ο Πρόεδρος και τα λοιπά μέλη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. ή ορισμένα από αυτά.

3.1. Συντονιστική Οργανισμών Δημόσιας Υγείας (ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ.). Με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας συγκαλείται η Συντονιστική Οργανισμών Δημόσιας Υγείας (ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ.), με σκοπό την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία. Στη ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ. συμμετέχουν ο Πρόεδρος του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., εκπρόσωποι και πρόσωπα που προτείνονται από τους ακόλουθους οργανισμούς ή οργανώσεις ή υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας:

- α. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).
- β. Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας.
- γ. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- δ. Εθνικό Κέντρο για το Διαβήτη.
- ε. Εθνικό Κέντρο Φυσικών Επιστημών Δημόκριτος (Ε.ΚΕ.Φ.Ε. Δημόκριτος).
- στ. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.).
- ζ. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.).
- η. Το Ινστιτούτο Θώρακος, Υγείας και Ασφάλειας εργαζομένων.
- θ. Ινστιτούτο PASTEUR.
- ι. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- ια. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).
- ιβ. Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).
- ιγ. Γενικό Χημείο του Κράτους.
- ιδ. Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας.

3.2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού μπορεί να προστίθενται και άλλοι οργανισμοί και φορείς.

4. Στη Συντονιστική Οργανισμών Δημόσιας Υγείας συμμετέχουν ειδικοί επιστήμονες ή εμπειρογνώμονες, που υποδεικνύουν τα αντίστοιχα διοικητικά συμβούλια των Οργανισμών αυτών, χωρίς να αποκλείεται η παράσταση του προσώπου που έχει την κύρια διοικητική ευθύνη του αντίστοιχου Οργανισμού. Επίσης, συμμετέχουν ο Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας, οι προϊστάμενοι των διευθύνσεων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και, κατά περίπτωση, ειδικοί επιστήμονες που καλούνται από τον Πρόεδρο του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.

5. Ο Πρόεδρος του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. εκτελεί τα καθήκοντα του Προέδρου της Συντονιστικής Οργανισμών Δημόσιας Υγείας, ο οποίος έχει και την ευθύνη της κοινοποίησης των εκτιμήσεων, συμπερασμάτων ή και αποφάσεων στις αρμόδιες υπηρεσίες και οργανισμούς. Στις συσκέψεις αυτές μπορούν να παρίστανται και μέλη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. που καλεί ο Πρόεδρος αυτού.

6. Στη Διαγραμματική Συντονιστική Δημόσιας Υγείας (ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ.) και στη Συντονιστική Οργανισμών Δημόσιας Υγείας (ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ.) μπορούν να καλούνται οι Πρόεδροι, οι Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας και οι Διευθυντές Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας ή ορισμένοι από αυτούς.

7. Η ευθύνη της γραμματειακής υποστήριξης των δραστηριοτήτων και της λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. της ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ. και της ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ. ανήκει στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που διαθέτει το απαραίτητο και κατάλληλο προσωπικό, με δυνατότητα πλήρους ή μερικής απασχόλησής του.

8. Η αρμοδιότητα της επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων ασκείται και συντονίζεται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), το οποίο συνεργάζεται με τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας και κάθε άλλον αρμόδιο φορέα για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### Άρθρο 9

#### Σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (Γ.Δ.Δ.Υ.), με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων που υλοποιούν την εθνική πολιτική για τη Δημόσια Υγεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

2. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει την αρμοδιότητα της υλοποίησης μέτρων στα πλαίσια της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, του ελέγχου και της αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, καθώς και της παρακολούθησης και εποπτείας της εφαρμογής των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Ειδικότερα, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας ασκεί τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Εισηγείται τις προτάσεις για τη δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών Δημόσιας Υγείας, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.).

β. Ελέγχει την εφαρμογή της πολιτικής και αξιολογεί το σύνολο των υπηρεσιών και φορέων Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

γ. Διαμορφώνει ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας.

δ. Μεριμνά για το συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων, που ασκούν αρμοδιότητες που αφορούν τη Δημόσια Υγεία.

ε. Παρεμβαίνει ανάλογα με τη σοβαρότητα του κινδύνου και διαχειρίζεται αποκλειστικά τον κίνδυνο, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτού από τους αρμόδιους φορείς και τις ιδιαιτερότητες κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης.

στ. Σε περιπτώσεις κρίσεων ή απειλών για τη Δημόσια Υγεία λαμβάνει αποφάσεις ταχείας αντίδρασης και εφαρμογής των κατάλληλων μέτρων, με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του κινδύνου από τους αρμόδιους φορείς.

3. Με τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δύναται να εξειδικεύονται οι αρμοδιότητες της Γενικής Διεύθυνσης, των διευθύνσεων και των τμημάτων της, να προστίθενται ή αφαιρούνται αρμοδιότητες.

4. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται μία θέση Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας.

5. Στη θέση του Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας τοποθετείται ιατρός Δημόσιας Υγείας του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή ιατρός Ε.Σ.Υ. που διαθέτει τα προσόντα για διορισμό σε θέση ιατρού Δημόσιας Υγείας, μόνιμος υπάλληλος με βαθμό Διευθυντή του Δημοσίου, των Περιφερειών ή Ν.Π.Δ.Δ., ο οποίος επιλέγεται σύμφωνα με τις διατάξεις αυτής της παραγράφου.

Η επιλογή ενεργείται από το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 160 του Ν. 2683/1999, όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. 2993/2002 (ΦΕΚ 58/Α'), ύστερα από αίτηση υποψηφιότητας, που υποβάλλεται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία, την οποία τάσσει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Η προθεσμία δεν μπορεί να είναι μικρότερη των δέκα (10) ημερών από τη δημοσίευση της σχετικής ανακοίνωσης στον τύπο. Η ανακοίνωση τοιχοκολλάται στο κατάστημα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και περιληψή της δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες των Αθηνών.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν βιογραφικό σημείωμα, το περιεχόμενο του οποίου προκύπτει από τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου τους και άλλα στοιχεία που κατά την κρίση τους αποδεικνύουν την ικανότητά τους να ασκήσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντα του Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας.

Για την επιλογή και προαγωγή συνεκτιμώνται τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου του υποψηφίου, οι μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών, η άριστη γνώση ξένων γλωσσών κατά προτίμηση μιας των κύριων γλωσσών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα στοιχεία του βιογραφικού σημειώματος και η γνώμη του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου για την προσωπικότητα του υποψηφίου να ασκήσει καθήκοντα Γενικού Διευθυντή, που διαμορφώνεται από την προφορική συνέντευξη. Κατά τα λοιπά για την προαγωγή, την τοποθέτηση και τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας έχουν εφαρμογή οι διατάξεις του Ν. 2683/1999, όπως αυτές ισχύει. Αν ο Γενικός Διευθυντής προέρχεται από υπηρεσία εκτός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η απόφαση τοποθέτησής του αποτελεί και πράξη μετάταξης και δημοσιεύεται περιληπτικά στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

6. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συντονίζει τη δράση των επί μέρους υπηρεσιακών μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσιαστικότερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους και ασκεί τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στο άρθρο 8 του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76/Α').

7. Για τη στελέχωση της Γ.Δ.Δ.Υ. συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είκοσι (20) θέσεις μόνιμου προσωπικού κατηγοριών Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) και δέκα (10) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Τα προσόντα διορισμού ή πρόσληψης του προσωπικού του προηγούμενου εδαφίου καθορίζονται από τις κείμενες διατάξεις. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονται προσωρινά, μέχρι την τροποποίηση του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, οι ανωτέρω θέσεις κατά κατηγορία, κλάδο ή ειδικότητα και, αν δεν προβλέπονται στον

Οργανισμό ο οικείος κλάδος ή ειδικότητα, με τη σύσταση αντίστοιχου κλάδου ή ειδικότητας.

8. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συγκροτείται από τις παρακάτω διευθύνσεις και αυτοτελή τμήματα:

- α. Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής.
- β. Διεύθυνση Υγιεινής Περιβάλλοντος.
- γ. Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων.
- δ. Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας.
- ε. Διεύθυνση Αγωγής της Υγείας και Πληροφόρησης.
- στ. Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών.
- ζ. Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας.

Οι αρμοδιότητες του τμήματος της περίπτωσης ζ και τα θέματα στελέχωσης αυτού καθορίζονται με τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

9. Οι Διευθύνσεις: α) Δημόσιας Υγιεινής, β) Υγιεινής Περιβάλλοντος, γ) Φαρμάκων και Φαρμακείων και δ) Αγωγής της Υγείας και Πληροφόρησης, της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας του Π.Δ. 95/2000 υπάγονται εφεξής στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και αποτελούν τις αντίστοιχες διευθύνσεις της παρ. 8 αυτού του άρθρου.

Το Τμήμα για την αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (Υ5γ) της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (άρθρο 14 παρ. 1γ του π.δ 95/2000) εντάσσεται ως αυτοτελές τμήμα στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και διατηρεί τις ίδιες αρμοδιότητες.

10. Οι Διευθύνσεις Υγιεινής Περιβάλλοντος, Φαρμάκων και Φαρμακείων και Αγωγής της Υγείας και Πληροφόρησης διαρθρώνονται στα τμήματα που ορίζουν αντίστοιχα οι διατάξεις των άρθρων 11, 15 και 17 του Π.Δ. 95/2000 και έχουν τις αρμοδιότητες που αναφέρουν οι διατάξεις αυτές.

11. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής διαρθρώνεται στα παρακάτω τμήματα:

- α) Τμήμα Επιδημιολογίας Νοσημάτων.
- β) Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας.
- γ) Τμήμα Υγειονομικών Κανονισμών Δημόσιας Υγείας.
- δ) Τμήμα Στοματικής Υγείας.
- ε) Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας.
- στ) Τμήμα Σχολικής Υγείας.

Τα Τμήματα Επιδημιολογίας Νοσημάτων, Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας και Υγειονομικών Κανονισμών Δημόσιας Υγείας έχουν τις αρμοδιότητες που ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 10 του Π.Δ. 95/2000.

Για τις αρμοδιότητες και τη στελέχωση των τμημάτων Στοματικής Υγείας και Ιατρικής της Εργασίας εφαρμόζονται οι διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α').

Για τις αρμοδιότητες και τη στελέχωση του τμήματος Σχολικής Υγείας εφαρμόζονται οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως 7 του άρθρου 7 του Ν. 2519/1997.

12.1. Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, το οποίο κατά τις διατάξεις του άρθρου 10 του Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76/Α') αποτελεί τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής, μετατρέπεται σε Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, που συνιστάται με τις διατάξεις αυτού του άρθρου. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατή η μετατροπή του Κ.Ε.Δ.Υ. και των Περιφερειακών Εργαστηρίων

Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) σε ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ. και η μεταφορά σε αυτό των αρμοδιοτήτων τους, των πόρων τους, καθώς και η μεταβίβαση της υλικοτεχνικής τους υποδομής και της περιουσίας τους. Με το διάταγμα αυτό καθορίζεται και η διοίκηση, η οργάνωση και η λειτουργία του Ν.Π.Δ.Δ., οι προϋποθέσεις και η διαδικασία μετάταξης του προσωπικού που υπηρετεί, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

12.2. Η Διεύθυνση Κ.Ε.Δ.Υ. συντονίζει, εποπτεύει και ελέγχει το επιστημονικό έργο των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αναπτύσσει διατομεακή συνεργασία και δράση με άλλες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα στα αντικείμενα της δραστηριότητάς του και συμβάλλει στη διάγνωση, επισήμανση και λύση των σημαντικών υγειονομικών προβλημάτων της χώρας. Αναλαμβάνει η ίδια Διεύθυνση την εκτέλεση προγραμμάτων εργαστηριακού ελέγχου νερών, τροφίμων και ποτών ή άλλων εργαστηριακών εξετάσεων, είτε στα πλαίσια του προγραμματισμού των δραστηριοτήτων του είτε της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών είτε για λογαριασμό φορέων της τοπικής ή νομαρχιακής αυτοδιοίκησης ή άλλων φυσικών ή νομικών προσώπων. Η Διεύθυνση του Κ.Ε.Δ.Υ. παρέχει τις υπηρεσίες της στα Πε.Σ.Υ.Π., στους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού και σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, έναντι ανταποδοτικού τέλους.

Αντικείμενο της δραστηριότητας της Διεύθυνσης του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας είναι κυρίως:

α. Ο υγειονομικός έλεγχος της ποιότητας των θαλάσσιων και χερσαίων υδάτων και ο υγειονομικός έλεγχος των επεξεργασμένων λυμάτων.

β. Ο υγειονομικός έλεγχος των τροφίμων και ποτών και ο έλεγχος των πρόσθετων ουσιών σε τρόφιμα και ποτά.

γ. Η έγκαιρη απομόνωση, ταυτοποίηση και τυποποίηση παθογόνων μικροοργανισμών σε περίπτωση επιδημιών.

δ. Ο ποιοτικός έλεγχος εμβολίων και ορών, καθώς και η συντήρηση και διάθεση εμβολίων, ορών και συναφών βιολογικών προϊόντων.

ε. Η εργαστηριακή και τεχνολογική υποστήριξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

στ. Η τήρηση και η επεξεργασία των στοιχείων που προκύπτουν από τους υγειονομικούς ελέγχους, που πραγματοποιεί τόσο αυτό όσο και τα άλλα εργαστήρια και η συστηματική αξιολόγησή τους.

ζ. Η υποβολή αναφορών και διαβίβαση στοιχείων σε αρμόδιες δικαστικές ή ελεγκτικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

η. Η έκδοση πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων για θέματα αρμοδιοτήτάς του.

θ. Η εκπαίδευση, μετεκπαίδευση ή ειδικευση του υγειονομικού προσωπικού, επιστημονικού και τεχνικού, και η άσκηση ιατρών για απόκτηση της ειδικότητας Βιοπαθολογίας.

ι. Η εκτέλεση επιστημονικής έρευνας σε όλους τους τομείς υγιεινής, καθώς και σε θέματα διεθνούς επιδημιολογικού ενδιαφέροντος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και άλλων διεθνών οργανισμών.

ια. Η συνδρομή στα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, στις κινητές μονάδες και τα κέντρα αναφοράς.

ιβ. Η εποπτεία της λειτουργίας κάθε άλλου εργαστηρίου του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα, του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία.

ιγ. Η συνεργασία με τα Π.Ε.Δ.Υ., τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς, το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, τα κατά περίπτωση αρμόδια Ινστιτούτα Δημόσιας Υγείας, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και κάθε άλλο φορέα αρμόδιο για τη συλλογή, ανάλυση ή περαιτέρω διερεύνηση αντίστοιχων στοιχείων.

ιδ. Η εξασφάλιση της ικανότητας άμεσης και ακριβούς διαχείρισης μεγάλου αριθμού αναλύσεων σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών, βιοτρομοκρατίας και κάθε άλλης κατάστασης ανάγκης.

ιε. Η συνεργασία με τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, καθώς και τις αρμόδιες υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού.

12.3. Η Διεύθυνση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

α) Τμήμα Εργαστηρίου Διερεύνησης Μικροβιογενών και Ιογενών Λοιμώξεων και Επιδημιών.

β) Τμήμα Εργαστηρίου Μικροβιολογικού Ελέγχου Τροφίμων και Νερών.

γ) Τμήμα Εργαστηρίου Ανοσο-Βιολογικού.

δ) Τμήμα Εργαστηρίου Χημικού Ελέγχου Ύδατος και Τροφίμων.

ε) Τμήμα Διεθνούς Συνεργασίας και Επιδημιολογίας.

στ) Τμήμα Διοικητικής Υποστήριξης.

12.3.1. Οι αρμοδιότητες του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας κατανέμονται στα τμήματα ως εξής:

α) Τμήμα Εργαστηρίου Διερεύνησης Μικροβιογενών και Ιογενών Λοιμώξεων και Επιδημιών:

Η εργαστηριακή διερεύνηση Μικροβιογενών και Ιογενών Λοιμώξεων, καθώς και Επιδημιών.

β) Τμήμα Εργαστηρίου Μικροβιολογικού Ελέγχου Τροφίμων και Νερών:

Ο μικροβιολογικός έλεγχος ύδατος, πόσιμου και μη, θαλάσσιου ύδατος, λυμάτων και λοιπών περιβαλλοντικών παραμέτρων, ο μικροβιολογικός έλεγχος γάλακτος, γαλακτοκομικών προϊόντων και λοιπών τροφίμων, αναψυκτικών, καθώς και η διερεύνηση τροφομογενών λοιμώξεων.

γ) Τμήμα Εργαστηρίου Ανοσο-Βιολογικού:

i. Η παρασκευή εμβολίων και ορών.

ii. Ο ποιοτικός έλεγχος ορών, εμβολίων και λοιπών βιολογικών προϊόντων, χειρουργικών ραμμάτων, επιδημιολογικού υλικού και λοιπού υγειονομικού υλικού, καθώς και η εκτροφή πειραματόζων αναγκαίων για την εκτέλεση ορισμένων από τους ελέγχους αυτούς.

iii. Η παρασκευή βιολογικών και μη διαγνωστικών αντιδραστηρίων για μικροβιολογικές, ανοσοβιολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, καθώς και προτύπων βιολογικών δειγμάτων για τον ποιοτικό έλεγχο των εργαστηρίων της χώρας, καθώς και παντοειδών θρεπτικών υλικών.

δ) Τμήμα Εργαστηρίου Χημικού Ελέγχου Ύδατος και Τροφίμων:

Ο χημικός έλεγχος τροφίμων, καθώς επίσης ο χημικός, βιοχημικός και βιολογικός έλεγχος νερού, υγρών αποβλήτων (BOOs, COD) και κάθε άλλου στοιχείου ή παράγοντα (ατμόσφαιρα, έδαφος) που μπορεί να έχει επίδραση στη Δημόσια Υγεία.

ε) Τμήμα Διεθνούς Συνεργασίας και Επιδημιολογίας:

i. Η διεξαγωγή επίσημων εργαστηριακών επιδημιολογικών ερευνών σε θέματα διεθνούς επιδημιολογικού ενδιαφέροντος.

ii. Η συλλογή πληροφοριών από αρμόδιους φορείς σχετικά με επιδημίες και η επεξεργασία στοιχείων επιδημιολογικών ερευνών και στατιστικών αναλύσεων, με σκοπό

τη διερεύνηση επιδημιών και περιστατικών σπάνιου ή ιδιαίτερου ενδιαφέροντος.

στ) Τμήμα Διοικητικής Υποστήριξης:

Η γραμματειακή υποστήριξη, ο χειρισμός διοικητικών και οικονομικών θεμάτων, η διαχείριση υλικού και η φροντίδα για τη συσκευασία και αποστολή εμβολίων, ορών και λοιπών βιολογικών προϊόντων στα εμβολιαστικά κέντρα της χώρας με τους σύγχρονους τεχνικούς κανόνες.

12.4. Στη Διεύθυνση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας προΐσταται ιατρός του κλάδου Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή και ειδικότητα Βιοπαθολόγου. Σε περίπτωση έλλειψης επιτρέπεται να αποσπάται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ιατρός Δημόσιας Υγείας ή ιατρός με ειδικότητα Βιοπαθολογίας του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. από οποιαδήποτε μονάδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μετά από γνώμη του οικείου Υπηρεσιακού Συμβουλίου.

Για τη στελέχωση της Διεύθυνσης Κ.Ε.Δ.Υ. συνιστώνται και προστίθενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας πενήντα (50) νέες οργανικές θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού. Η κατανομή των θέσεων αυτών κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, καθώς και η διαβάθμισή τους, γίνεται με τον οργανισμό του Υπουργείου και προσωρινά, μέχρι την έκδοση του οργανισμού, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

12.5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα ανταποδοτικά τέλη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ο τρόπος είσπραξής τους.

#### Άρθρο 10

##### Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

1. Σε κάθε Περιφέρεια συνιστάται Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, το οποίο αποτελείται από:

- α) Το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας, ως Πρόεδρο.
- β) Το Γενικό Διευθυντή της Περιφέρειας.
- γ) Τον Πρόεδρο του Π.Σ.Υ.Π. ή τους Προέδρους όλων των Π.Σ.Υ.Π. σε Περιφέρειες που λειτουργούν περισσότερα από ένα.
- δ) Το Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

ε) Τους Διευθυντές των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, με τους νόμιμους αναπληρωτές τους.

στ) Το Διευθυντή του Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας του μεγαλύτερου Νοσοκομείου της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του.

ζ) Τον πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του μεγαλύτερου νοσοκομείου της Περιφέρειας και τον αναπληρωτή του.

η) Έναν (1) Διευθυντή Κτηνιατρικής Υπηρεσίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ένωση Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων Ελλάδος (Ε.Ν.Α.Ε.).

θ) Έναν Διευθυντή Περιβάλλοντος μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ε.Ν.Α.Ε.

ι) Έναν Διευθυντή Γεωργίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ε.Ν.Α.Ε.

ια) Τον προϊστάμενο της περιφερειακής υπηρεσίας του Γενικού Χημείου του Κράτους.

ιβ) Τον προϊστάμενο της περιφερειακής διεύθυνσης του Ε.Φ.Ε.Τ.

ιγ) Έναν προϊστάμενο, αρμόδιο για τη Δημόσια Υγεία, ενός δήμου της Περιφέρειας, που προτείνεται μαζί με τον αναπληρωτή του από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

2. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας συγκροτείται με πράξη του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, με την οποία ορίζεται ο Γενικός Διευθυντής της Περιφέρειας ως Αντιπρόεδρος. Τα μέλη των περιπτώσεων δ', ια' και ιβ' αναπληρώνονται από το νόμιμο αναπληρωτή τους. Όταν ο Πρόεδρος κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει, τον αναπληρώνει στη διεύθυνση των συνεδριάσεων του Περιφερειακού Συμβουλίου ο Αντιπρόεδρος.

Ο Πρόεδρος μπορεί με αποφάσεις του να αναθέτει στον Αντιπρόεδρο του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ειδικά καθήκοντα ή να του εκχωρεί μέρος των αρμοδιοτήτων του. Οι αποφάσεις αυτές του Προέδρου δημοσιεύονται με τοιχοκόλληση στον πίνακα ανακοινώσεων του Περιφερειακού Συμβουλίου.

Η θητεία των μελών του Περιφερειακού Συμβουλίου είναι τριετής. Επιτρέπεται η αιτιολογημένη αντικατάσταση μέλους του Περιφερειακού Συμβουλίου για το υπόλοιπο της θητείας του.

Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του, εφόσον αυτά επαρκούν για το σχηματισμό απαρτίας και μετέχει ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος. Κατά τα λοιπά η λειτουργία του Συμβουλίου διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2690/1999.

3. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Συντονίζει τις δράσεις Δημόσιας Υγείας όλων των συμμετεχόντων φορέων και υπηρεσιών της Περιφέρειας.

β) Γνωμοδοτεί, εισηγείται ή αποφασίζει για κάθε θέμα σχετικό με την ανάπτυξη υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια.

γ) Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τα όργανα διοίκησης της συγκεκριμένης Περιφέρειας.

δ) Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της συγκεκριμένης Περιφέρειας.

#### Άρθρο 11

##### Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας Περιφέρειας

1. Η προβλεπόμενη από τη διάταξη της παρ.3.Α β. του άρθρου 5 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/Α') Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας κάθε Περιφέρειας μετονομάζεται σε «Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας».

2. Η παρ. 2 του άρθρου 6 του Ν. 2503/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας είναι:

α) Η προστασία και η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην αντίστοιχη Περιφέρεια, μέσα στα πλαίσια της πολιτικής και των κατευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας και η συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, με σκοπό τη διενέργεια αναλύσεων, εκθέσεων και προβλέψεων για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τον προσδιορισμό των αναγκών Δημόσιας Υγείας και τον καθορισμό στόχων.

γ) Η ανάπτυξη προγραμμάτων και γενικά δράσεων και πολιτικών πρόληψης των ασθενειών και προαγωγής της

υγείας, της περιβαλλοντικής και δημόσιας υγιεινής, της υγιεινής των τροφίμων και του νερού και της επαγγελματικής υγιεινής στην Περιφέρεια.

δ) Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων όλων των φορέων Δημόσιας Υγείας που λειτουργούν στην Περιφέρεια στο πλαίσιο της εφαρμογής της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

ε) Ο συντονισμός των περιφερειακών υπηρεσιών του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) με τις υπηρεσίες των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων της ίδιας Περιφέρειας.

στ) Ο συντονισμός του έργου όλων των φορέων Δημόσιας Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, της Περιφέρειας.

ζ) Η μελέτη και πρόταση ρυθμίσεων κατάλληλων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στους κατοίκους της Περιφέρειας.

η) Η μελέτη και πρόταση ρυθμίσεων κατάλληλων για την προστασία του πληθυσμού από ατυχήματα.

3. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας συγκροτείται από τις παρακάτω μονάδες:

α) Τμήμα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας.

β) Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος.

γ) Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας.

δ) Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης.

ε) Τμήμα Περιφερειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.).

Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, τα οποία σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 8 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') ιδρύονται ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, μετατρέπονται σε τμήματα ή ιδρύονται εφεξής ως τμήματα των αντίστοιχων Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών της χώρας.

στ) Τμήμα Πρόνοιας.

4. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας κατανομούνται στα τμήματα, ως εξής:

4.1. Το Τμήμα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Μελετά τις ανάγκες Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας και εισηγείται ειδικές δράσεις και προγράμματα για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων ή προτεραιοτήτων Δημόσιας Υγείας, για το σύνολο του πληθυσμού ή για ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες.

β. Παρακολουθεί και εποπτεύει την εφαρμογή των κειμένων διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία από κάθε φορέα ή υπηρεσία οι αρμοδιότητες της οποίας σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία.

γ. Μεριμνά για τη συνεργασία με τις νομαρχιακές και δημοτικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, τις νομαρχιακές υπηρεσίες Κτηνιατρικής, Γεωργίας, Περιβάλλοντος και Εκπαίδευσης, το Γενικό Χημείο του Κράτους, τις Αστυνομικές Αρχές και κάθε άλλη υπηρεσία το αντικείμενο της οποίας σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία.

δ. Παρέχει γραμματειακή υποστήριξη στο Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας.

ε. Παρακολουθεί, εποπτεύει και εξασφαλίζει την εφαρμογή των διατάξεων που αφορούν στην πιστοποίηση των πάσης φύσεως υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας στην Περιφέρεια.

στ. Τηρεί μητρώο των νομίμως λειτουργούντων και πιστοποιημένων υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας της Περιφέρειας.

ζ. Συντονίζει το έργο όλων των φορέων υγείας οποιασδήποτε νομικής μορφής της Περιφέρειας.

η. Μελετά ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της Περιφέρειας.

θ. Είναι αρμόδιο για την καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση των δεδομένων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια και ειδικότερα:

- των επιδημιολογικών και κοινωνιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού,

- των περιβαλλοντικών δεδομένων που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία,

- των δεδομένων από τη λειτουργία των πάσης φύσεως υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια,

- των δεδομένων που αφορούν στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στην Περιφέρεια,

- των σημαντικότερων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια.

ι. Ασκει κάθε άλλη αρμοδιότητα, σύμφωνα με το Ν. 2503/1997, όπως ισχύει, πλην αυτών που ασκούνται από το Π.Ε.Σ.Υ.Π.

4.2. Το Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Ελέγχει την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων που αφορούν:

- στην προστασία και εξυγίανση του πόσιμου και εμφιαλωμένου νερού, των δικτύων ύδρευσης και των δικτύων αποχέτευσης,

- στην προστασία των επιφανειακών, υπόγειων και θαλάσσιων υδάτων, καθώς και των ακτών κολύμβησης και των κολυμβητικών δεξαμενών,

- στην αποκομιδή των πάσης φύσεως αποβλήτων και απορριμμάτων και την τήρηση των όρων υγιεινής των εγκαταστάσεων και επιχειρήσεων, η δραστηριότητα των οποίων μπορεί να επηρεάσει τη Δημόσια Υγεία,

- στον έλεγχο της κάθε είδους ατμοσφαιρικής ρύπανσης και στην προστασία από το θόρυβο και τους κραδασμούς,

- στην προστασία από τις ιονίζουσες ακτινοβολίες και τα μαγνητικά πεδία.

β. Εφαρμόζει τις οδηγίες του Ε.Φ.Ε.Τ. στην αντίστοιχη Περιφέρεια.

4.3. Το Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Ελέγχει, εποπτεύει και μεριμνά για την καλή εφαρμογή του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων στην Περιφέρεια.

β. Συγκεντρώνει, αναλύει και κοινοποιεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στοιχεία που αφορούν στην εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού της Περιφέρειας.

γ. Ελέγχει, εποπτεύει και μεριμνά για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, των ζωοανθρωπονόσων και κάθε άλλου λοιμώδους νοσήματος.

δ. Συντονίζει, εποπτεύει και ελέγχει τις πάσης φύσεως υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, των οποίων η δραστηριότητα αναφέρεται στην εφαρμογή των εμβολιασμών και την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στην Περιφέρειά του.

ε. Δύναται να οργανώνει και να συντονίζει τα προγράμματα αγωγής υγείας για την πρόληψη των ατομικών παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό της Περιφέρειάς του.

στ. Δύναται να οργανώνει και να εποπτεύει την υλοποίηση των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης των

χρονίων νοσημάτων (screening) στον πληθυσμό της Περιφέρειάς του.

ζ. Δύναται να οργανώνει και να εποπτεύει την υλοποίηση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού.

η. Δύναται να οργανώνει, συντονίζει και να εποπτεύει προγράμματα και δραστηριότητες για την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

θ. Δύναται να οργανώνει, συντονίζει και να εποπτεύει προγράμματα για την προστασία του πληθυσμού από ατυχήματα.

4.4. Το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α. Οργανώνει το μηχανισμό και εποπτεύει την τήρηση των διατάξεων που αφορούν στην υποχρεωτική δήλωση και καταγραφή των λοιμωδών νοσημάτων.

β. Οργανώνει και εποπτεύει το μηχανισμό παρακολούθησης της επιδημιολογικής εικόνας του πληθυσμού της Περιφέρειας, των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας και των εν γένει αναγκών υγείας του πληθυσμού.

γ. Καταγράφει και αναλύει τα επιδημιολογικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της Περιφέρειας, με σκοπό την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και της πορείας της Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο το οποίο είναι αναγκαίο για τη χάραξη πολιτικής Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια.

δ. Συνεργάζεται με το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και κάθε άλλον αρμόδιο φορέα το αντικείμενο, του οποίου σχετίζεται με την επιδημιολογική επιτήρηση στην Ελλάδα.

ε. Οργανώνει και εποπτεύει τις υπηρεσίες σχολικής υγιεινής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α').

στ. Οργανώνει, σε συνεργασία με τις λοιπές υπηρεσίες υγείας και τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, προγράμματα ενημέρωσης και προαγωγής των συνθηκών υγιεινής στα σχολεία.

ζ. Συνεργάζεται με τα Γραφεία Αγωγής Υγείας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που εδρεύουν στους νομούς, με σκοπό την αποτελεσματικότερη οργάνωση της αγωγής υγείας στα σχολεία.

4.5. Το Τμήμα Περιφερειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας είναι αρμόδιο για:

α. Την εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρειά του και την άσκηση των προβλεπόμενων από την παρ. 3 του άρθρου 8 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') αρμοδιοτήτων.

β. Τον εργαστηριακό υγειονομικό έλεγχο της επεξεργασίας των λυμάτων.

γ. Τον έλεγχο της λειτουργίας κάθε άλλου εργαστηρίου του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα που λειτουργεί στην Περιφέρειά του και του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία, σε συνεργασία με το Τμήμα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας.

δ. Την τήρηση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τους ελέγχους που πραγματοποιεί τόσο αυτό όσο και κάθε άλλο εργαστήριο της Περιφέρειας, του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία.

ε. Τη συνεργασία για την αμοιβαία και υποχρεωτική διάθεση στοιχείων προς και από τη διεύθυνση του Κεντρικού

Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας, του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, των κατά περίπτωση αρμόδιων Ινστιτούτων Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και κάθε άλλο φορέα αρμόδιο για τη συλλογή, ανάλυση ή περαιτέρω διερεύνηση αντίστοιχων στοιχείων.

στ. Την υποβολή αναφορών και την τακτική διαβίβαση στοιχείων στις αρμόδιες ελεγκτικές αρχές ή υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης και σε δικαστικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

4.6. Το Τμήμα Πρόνοιας:

α. Συντονίζει τη λειτουργία μεταξύ των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.Π.) και των λοιπών φορέων πρόνοιας της Περιφέρειας, οποιασδήποτε νομικής μορφής.

β. Αξιολογεί τη λειτουργία των φορέων πρόνοιας της Περιφέρειας, που δεν υπάγονται στα Πε.Σ.Υ.Π.

γ. Μελετά και προτείνει κατάλληλες ρυθμίσεις για την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών πρόνοιας στους κατοίκους της Περιφέρειας.

δ. Ασκει τις αρμοδιότητες που ορίζουν οι διατάξεις του Ν. 2503/1997, όπως ισχύει, με εξαίρεση όσες ασκούνται από τα Πε.Σ.Υ.Π.

5. Σε οργανική θέση Διευθυντή της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας επιλέγεται με τη διαδικασία που ορίζεται στις επόμενες διατάξεις αυτού του άρθρου και διορίζεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας ιατρός, ο οποίος πρέπει να διαθέτει τα προσόντα που απαιτούνται, με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, για κατάληψη θέσης διευθυντή του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. και επιπλέον ιδιαίτερη εμπειρία σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης, συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα σχεδιασμού, προγραμματισμού, οργάνωσης και διαχείρισης προγραμμάτων και υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η προκήρυξη για την πλήρωση της θέσης γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, με την οποία ορίζονται παράλληλα τα δικαιολογητικά, οι προθεσμίες, ο τύπος, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες πανελληνίας κυκλοφορίας και δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες της αντίστοιχης Περιφέρειας.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν βιογραφικό σημείωμα, το περιεχόμενο του οποίου προκύπτει από τα στοιχεία του προσωπικού τους μητρώου και άλλα στοιχεία που κατά την κρίση τους αποδεικνύουν την ικανότητά τους να ασκήσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους ως Διευθυντών Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας.

6. Η επιλογή του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας γίνεται από το Συμβούλιο Κρίσης της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α'), το οποίο μετονομάζεται σε Συμβούλιο Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας, και του οποίου η σύνθεση τροποποιείται, αποτελούμενη στο εξής από:

α) Τον Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αναπληρώνεται σε περίπτωση έλλειψης ή κωλύματος από τον Γενικό Διευθυντή Υγείας.

β) Έναν (1) ιατρό μέλος Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι. του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής.

γ) Έναν (1) ιατρό καθηγητή της Ε.Σ.Δ.Υ., αντικειμένου σχετικού με τη Δημόσια Υγεία, ο οποίος προτείνεται από την Ε.Σ.Δ.Υ.

δ) Έναν (1) Ιατρό κλάδου Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος υπηρετεί σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Ειδικά κατά την πρώτη συγκρότηση του Συμβουλίου είναι δυνατόν το μέλος αυτό να υπηρετεί σε οποιαδήποτε Κεντρική, Περιφερειακή ή Νομαρχιακή Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας.

ε) Έναν (1) ιατρό κλάδου Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος υπηρετεί σε οποιαδήποτε Νομαρχιακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και ο οποίος προτείνεται από την Ε.Ν.Α.Ε.

Τα υπό τα ως άνω στοιχεία α', β' και δ' μέλη του Συμβουλίου ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Όλα τα μέλη ορίζονται μαζί με τους αναπληρωτές τους.

7. Ο Διευθυντής Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας λαμβάνει τις τακτικές αποδοχές και το σύνολο των επιδομάτων του Διευθυντή του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς και μηνιαίο επίδομα επιφυλακής ίσο με ποσοστό 40% του βασικού του μισθού.

Β.1. Ο Διευθυντής Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου της Διεύθυνσης, ώστε αυτή να ανταποκρίνεται στην αποστολή της, να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική της λειτουργία και να αναπτύσσει τη συνεργασία με τις λοιπές υπηρεσίες της Περιφέρειας, τις νομαρχιακές ή άλλες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τις υπηρεσίες υγείας.

β) Ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο σε όλους τους υπαλλήλους της υπηρεσίας και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο της Διεύθυνσης. Ο Διευθυντής Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας μπορεί να επιβάλλει τις πειθαρχικές ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι του ύψους των αποδοχών δέκα (10) ημερών.

γ) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και των στόχων της Διεύθυνσης, στα πλαίσια των γενικών κατευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας.

δ) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την υλοποίηση με τη νόμιμη διαδικασία προγραμμάτων προστασίας της Δημόσιας Υγείας, ποσού μέχρι δεκαπέντε χιλιάδες (15.000) ευρώ.

ε) Εισηγείται τη σύσταση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου στη Διεύθυνση.

στ) Εισηγείται στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας την έκδοση περιφερειακών υγειονομικών διατάξεων.

ζ) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων της Διεύθυνσης και συντάσσει και υποβάλλει στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας την «Τακτική Έκθεση για τη Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια», της παρ. 6 του άρθρου 13 αυτού του νόμου.

η) Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της υπηρεσίας.

8.2. Ο Γενικός Γραμματέας Περιφέρειας μπορεί αιτιολογημένα να ανακαλεί αυτεπαγγέλτως οποιαδήποτε ενέργεια, απόφαση, πράξη ή έγγραφο του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας.

9. Στις Οργανικές Μονάδες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας τοποθετούνται ως

προϊστάμενοι υπάλληλοι που προέρχονται από τους παρακάτω κλάδους:

α) Στο Τμήμα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας προϊστάται υπάλληλος του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Ιατρών Υγιεινολόγων και Κοινωνικής Ιατρικής ή, επί ελλείψεως, Οδοντιάτρων Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Υγιεινολόγων Μηχανικών ή ΠΕ Κτηνιάτρων με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή ΠΕ Φαρμακοποιών και κατά προτεραιότητα με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή ΠΕ Νοσηλευτικής και κατά προτεραιότητα με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή ΠΕ Βιολόγων με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή ΠΕ Διοικητικού - Οικονομικού και κατά προτεραιότητα με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή τη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

β) Στο Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος προϊστάται υπάλληλος κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Ιατρών Υγιεινολόγων και Κοινωνικής Ιατρικής ή ΠΕ Υγιεινολόγων Μηχανικών με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγείας.

γ) Στο τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας προϊστάται υπάλληλος του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Ιατρών ειδικότητας Παιδιατρικής ή Γενικής Ιατρικής ή ΠΕ Ιατρών Υγιεινολόγων και Κοινωνικής Ιατρικής ή, επί ελλείψεως, ΠΕ Νοσηλευτικής και κατά προτεραιότητα με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή, επί ελλείψεως, ΤΕ Επισκεπτών - Επισκεπτριών Υγείας ή ΤΕ Νοσηλευτικής.

δ) Στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης προϊστάται υπάλληλος κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Ιατρών Υγιεινολόγων και Κοινωνικής Ιατρικής ή ΠΕ Ιατρών ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παιδιατρικής ή ΠΕ Στατιστικής ή ΠΕ Νοσηλευτικής και κατά προτεραιότητα με πτυχίο της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλο μεταπτυχιακό τίτλο στη Δημόσια Υγεία ή, επί ελλείψεως, ΤΕ Επισκεπτών Υγείας.

ε) Στο Τμήμα Περιφερειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας προϊστάται υπάλληλος κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα Βιοπαθολογίας.

10. Το προσωπικό των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, για θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια των αντίστοιχων Περιφερειών, με εξαίρεση τον Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και το λοιπό ιατρικό προσωπικό του κλάδου ΠΕ Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., το οποίο για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης υπάγεται στο Συμβούλιο Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας της παρ. 2 αυτού του άρθρου και για τα πειθαρχικά του παραπτώματα υπάγεται στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ., που προβλέπεται από την παρ. 3 του άρθρου 34 του Ν. 1397/1983, όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 20 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001.

11. Για τις ανάγκες στελέχωσης των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών συνιστώνται 70 νέες οργανικές θέσεις προσωπικού, οι οποίες προστίθενται στις θέσεις που έχουν συσταθεί με το άρθρο 4 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/Α'), την υπ' αριθ. Δ3α/οικ.357/22.4.1998 (ΦΕΚ 437/Β') κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και την υπ' αριθμ. Δ3α/οικ.509/30.7.1999 (ΦΕΚ 1593/Β') κοινή

απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Το σύνολο των παραπάνω οργανικών θέσεων ανακατανέμεται κατά Περιφέρεια με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας. Με όμοια απόφαση κατανέμονται προσωρινά, μέχρι την τροποποίηση των οργανισμών των Περιφερειών, οι παραπάνω θέσεις κατά κατηγορία, κλάδο, ειδικότητα και βαθμό και ορίζονται οι κλάδοι από τους οποίους προέρχονται οι προϊστάμενοι των τμημάτων.

#### Άρθρο 12

##### Προγράμματα Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια

1. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας οργανώνει, μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, είτε στο σύνολο της Περιφέρειας αρμοδιότητάς της είτε σε συγκεκριμένα τμήματα, περιοχές ή ομάδες του πληθυσμού. Για καθένα από τα προγράμματα αυτά η Διεύθυνση συντάσσει τεχνικό δελτίο, στο οποίο περιγράφονται ιδίως τα ακόλουθα:

- α) Το αντικείμενο και οι στόχοι του προγράμματος.
- β) Οι λόγοι που καθιστούν αναγκαία την εκτέλεσή του.
- γ) Η περιοχή και ο πληθυσμός στον οποίο αναφέρεται.
- δ) Η χρονική διάρκεια της εκτέλεσής του.
- ε) Η μεθοδολογία του και οι δράσεις που περιλαμβάνει.
- στ) Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.
- ζ) Το προσωπικό που θα απασχοληθεί.
- η) Ο εξοπλισμός που απαιτείται.
- θ) Ο συνολικός του προϋπολογισμός και η διάρθρωση των κονδυλίων του.

Τα προγράμματα αυτά, συνοδευόμενα από τα τεχνικά τους δελτία, τίθενται προς έγκριση στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας και εφόσον εγκριθούν, υλοποιούνται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

Για την εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συνάπτει συμβάσεις έργου με φυσικά ή νομικά πρόσωπα, κατά τις ισχύουσες διατάξεις.

2. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας μπορεί επιπλέον να εκτελεί και τα εξής προγράμματα:

α) Έκτακτα προγράμματα Δημόσιας Υγείας, η οργάνωση των οποίων επιβάλλεται από έκτακτες ανάγκες. Τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται είτε με έκτακτη χρηματοδότηση είτε με αναμόρφωση του προϋπολογισμού κατά τις ισχύουσες διατάξεις.

β) Προγράμματα Δημόσιας Υγείας που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή από άλλο Υπουργείο, των οποίων το κόστος βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου.

γ) Προγράμματα Δημόσιας Υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3. Το Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας αναλαμβάνει την εκτέλεση προγραμμάτων εργαστηριακού ελέγχου νερών, τροφίμων και ποτών ή άλλων εργαστηριακών εξετάσεων, είτε στα πλαίσια του προγραμματισμού των δραστηριοτήτων της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είτε για λογαριασμό φορέων της Τοπικής ή Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης ή άλλων φυσικών ή νομικών προσώπων. Το Περιφερειακό Εργαστήριο παρέχει τις υπηρεσίες του στους φορείς της Τοπικής και Νομαρχια-

κής Αυτοδιοίκησης και στα άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα έναντι ανταποδοτικού τέλους, το οποίο καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας.

Τα εισπραττόμενα ανταποδοτικά τέλη αποτελούν έσοδα της υπηρεσίας και εγγράφονται στον προϋπολογισμό της.

#### Άρθρο 13

##### Μέτρα προστασίας της Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια

1. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας δύναται να τροποποιεί ή ανακαλεί για λόγους νομιμότητας τις αποφάσεις ή πράξεις των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, μέσα σε τρεις (3) μήνες από την έκδοσή τους.

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών κοινοποιούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τις εκθέσεις και αναφορές που υποβάλλουν στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας και υποχρεούνται:

- α) Να εφαρμόζουν τις αποφάσεις και τις εγκυκλίους του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.
- β) Να διευκολύνουν οποιονδήποτε έλεγχο ασκείται από αρμόδια όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- γ) Να χορηγούν κάθε στοιχείο ή πληροφορία η οποία ζητείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες και φορείς του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- δ) Να υποβάλλουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας την προβλεπόμενη από την παρ. 6 αυτού του άρθρου «Τακτική Έκθεση για τη Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια».
- ε) Να υποβάλλουν στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας και κοινοποιούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, εντός του πρώτου διμήνου κάθε έτους, απολογισμό των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων και δράσεων που υλοποίησαν κατά το προηγούμενο έτος.

2. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για την αντιμετώπιση ή προώθηση θεμάτων Δημόσιας Υγείας, μπορεί, κατά περίπτωση, να καλεί σε σύσκεψη:

α) Τους Προέδρους των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών.

β) Τους Αναπληρωτές Γενικούς Διευθυντές των Πε.Σ.Υ.Π.

γ) Τους Διευθυντές Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών, τους Διευθυντές Δημόσιας Υγείας ή τους Διευθυντές Υγείας και Πρόνοιας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Δημοτικών ή Κοινοτικών Υπηρεσιών, που ασκούν δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας, καθώς και κάθε Ν.Π.Δ.Δ. και κρατικού Ν.Π.Ι.Δ., που ασκεί δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας. Οι προϊστάμενοι των διευθυντών αυτών οφείλουν να τους διευκολύνουν για τη συμμετοχή τους στις σχετικές συσκέψεις.

3. Οι Γενικοί Γραμματείς των Περιφερειών της χώρας ασκούν την εποπτεία και τον έλεγχο των διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Δημοτικών ή Κοινοτικών υπηρεσιών, που ασκούν δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας, καθώς και κάθε Ν.Π.Δ.Δ. και κρατικού Ν.Π.Ι.Δ., που ασκεί δραστηριότητες σχετικές με τη Δημόσια Υγεία.

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες και φορείς υποχρεούνται να παρέχουν πληροφορίες και συνδρομή στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας για την



επιτέλεση του έργου της και τον αποτελεσματικό συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων σε επίπεδο Περιφέρειας.

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών συνεργάζονται με τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Φ.Ε.Τ και τους λοιπούς αρμόδιους φορείς σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων που αφορούν την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας και ειδικότερα:

α) Στην οργάνωση και υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, εμβολιασμών και προσυμπλωματικού ελέγχου.

β) Στην προστασία της Δημόσιας Υγείας στα νοσοκομεία, κέντρα υγείας ή άλλες αποκεντρωμένες μονάδες τους.

γ) Στην καταγραφή, συλλογή, δήλωση και επεξεργασία των στοιχείων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία.

δ) Στην εκπαίδευση του προσωπικού και στην έρευνα για τη Δημόσια Υγεία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα ειδικότερα θέματα και οι αναγκαίες λεπτομέρειες για τη συνεργασία μεταξύ των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών και των Κεντρικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Ε.Φ.Ε.Τ και των λοιπών φορέων Δημόσιας Υγείας.

4. Οι νομαρχιακές και δημοτικές υπηρεσίες υποχρεούνται:

α) Να εφαρμόζουν τις υπουργικές αποφάσεις και τις εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και τις αποφάσεις και εγκυκλίους της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

β) Να διευκολύνουν οποιονδήποτε έλεγχο ασκείται από αρμόδια όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

γ) Να παρέχουν κάθε στοιχείο ή πληροφορία η οποία ζητείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή από την Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας.

δ) Να υποβάλλουν στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, εντός του πρώτου διμήνου κάθε έτους, έκθεση πεπραγμένων και αποτελεσμάτων για το αντικείμενο των αρμοδιοτήτων τους κατά το προηγούμενο έτος, εκτίμηση της κατάστασης της Δημόσιας Υγείας στο πεδίο των αρμοδιοτήτων τους και τον προγραμματισμό των στόχων και προτεραιοτήτων για το επόμενο έτος.

5. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, μετά από εισήγηση του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και γνώμη του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, μπορεί να εκδίδει Περιφερειακές Υγειονομικές Διατάξεις, για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Οι Περιφερειακές Υγειονομικές Διατάξεις μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο είτε σε μέρος της συγκεκριμένης Περιφέρειας ή να έχουν καθορισμένη διάρκεια ισχύος.

6. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συντάσσει ανά διετία την «Τακτική Έκθεση για τη Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια», η οποία υποβάλλεται στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας. Η έκθεση περιλαμβάνει:

α) Παρουσίαση των δημογραφικών και πληθυσμιακών εξελίξεων στην Περιφέρεια.

β) Παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων και των εξελίξεων στα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας.

γ) Έκθεση για τη δραστηριότητα των πάσης φύσεως υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια.

δ) Απολογισμό των δράσεων και του έργου στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

ε) Αναφορά στους στόχους, τις προτεραιότητες και τις προοπτικές της Δημόσιας Υγείας στην επόμενη διετία.

7. Οι δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς που αναλαμβάνουν για λογαριασμό ιδιωτικών επιχειρήσεων τροφίμων ή ποτών την εφαρμογή του συστήματος Ανάλυσης Κινδύνων και Κρισίμων Σημείων Ελέγχου (HACCP), σε εφαρμογή των διατάξεων της κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης και Δικαιοσύνης 487/2000 (ΦΕΚ 1219/Β'), πρέπει να έχουν λάβει σχετική άδεια λειτουργίας από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

Οι εγκαταστάσεις φορέων που λειτουργούν χωρίς τη νόμιμη άδεια σφραγίζονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, με την οποία επιβάλλεται και πρόστιμο από 10.000 μέχρι 50.000 ευρώ.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία έκδοσης της άδειας λειτουργίας των ανωτέρω φορέων, ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του συστήματος HACCP από τους ανωτέρω φορείς και προβλέπονται οι απαραίτητες μεταβατικές ρυθμίσεις.

8. Με εξαίρεση τα εργαστήρια του Γενικού Χημείου του Κράτους, τα πάσης φύσεως δημόσια και ιδιωτικά εργαστήρια, τα οποία πραγματοποιούν μικροβιολογικές εξετάσεις ελέγχου νερού, τροφίμων ή ποτών, συμπεριλαμβανομένων και των αντίστοιχων εργαστηρίων των δημοτικών επιχειρήσεων ύδρευσης, υποχρεούνται να λάβουν σχετική άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την αρμόδια Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Εργαστήρια που λειτουργούν χωρίς τη νόμιμη άδεια, κλείνονται με απόφαση του αρμόδιου Νομάρχη, με την οποία επιβάλλεται και πρόστιμο από 10.000 μέχρι 50.000 ευρώ.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, καθώς και η διαδικασία για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των ανωτέρω φορέων, ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες και προβλέπονται οι απαραίτητες μεταβατικές ρυθμίσεις.

#### **Άρθρο 14** **Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας** **στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση**

1. Κάθε Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση υποχρεούται να συσταθεί με τον οργανισμό της Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας.

2. Κάθε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης περιλαμβάνει στη διάρθρωσή της τα παρακάτω Τμήματα:

α) Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής.

β) Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας.

γ) Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής και Υγειονομικού Ελέγχου.

δ) Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας.

ε) Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων.

3. Στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης υπάγονται οργανικά και τα υφιστάμενα Υγειονομεία, Σταθμοί Ελονοσίας και Αερούγειονομεία, με

εξαίρεση το Αερούγειομείο που προβλέπεται από τη διάταξη του άρθρου 14 του Ν. 2920/2001, το οποίο λειτουργεί ως τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Αττικής.

4. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και των τμημάτων της, οι κλάδοι από τους οποίους προέρχονται οι προϊστάμενοι των τμημάτων και τα λοιπά θέματα στελέχωσης αυτών καθορίζονται με τον οργανισμό της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τις ισχύουσες ειδικές διατάξεις.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται, με βάση τον πληθυσμό, πλαίσιο στελέχωσης των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων με Ιατρούς, Επόπτες Υγείας, Επισκέπτες Υγείας και λοιπό προσωπικό.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται με τη σύμφωνη γνώμη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ., καθορίζεται, ανάλογα με τον πληθυσμό, ο αριθμός των οργανικών θέσεων και η σύνθεση του προσωπικού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού και προσδιορίζονται τα καθήκοντα των υπαλλήλων.

7. Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων μπορούν να οργανώνουν αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υπηρεσίες ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους.

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων μπορούν επιπλέον να υλοποιούν:

- α) προγράμματα Δημόσιας Υγείας που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,
- β) έκτακτα προγράμματα Δημόσιας Υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση, καθώς και
- γ) προγράμματα Δημόσιας Υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

#### Άρθρο 15

##### Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού

1. Οι αρμοδιότητες των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης Α' βαθμού, που σχετίζονται με την προστασία της Δημόσιας Υγείας, ασκούνται μέσα στα πλαίσια των διατάξεων αυτού του νόμου και των κατευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας. Ειδικότερα, αρμοδιότητες των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού είναι:

α) Η εξασφάλιση των όρων υγιεινής διατροφής, ύδρευσης, αποχέτευσης και καθαριότητας σε δημοτικούς βρεφικούς και νηπιακούς σταθμούς, σχολεία, οικοτροφεία, γηροκομεία, κατασκηνώσεις και κάθε άλλου είδους εγκαταστάσεις ομαδικής διαβίωσης, που ανήκουν στη δημοτική αρμοδιότητα.

β) Η εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας των ατόμων που εργάζονται στις παραπάνω εγκαταστάσεις.

γ) Ο έλεγχος της τήρησης των υγειονομικών προϋποθέσεων ίδρυσης και της χορήγησης άδειας λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος.

δ) Η εξασφάλιση της υγιεινής του πόσιμου νερού και της καλής λειτουργίας των εγκαταστάσεων συλλογής και επεξεργασίας του νερού και των δικτύων ύδρευσης.

ε) Η καθαριότητα και υγιεινή των δημοτικών και κοινοτικών οδών, κοινόχρηστων χώρων, λαϊκών αγορών, αθλητικών εγκαταστάσεων και γενικά των όρων υγιεινής κάθε δημοτικής ή κοινοτικής δραστηριότητας.

στ) Η αποκομιδή των οικιακών, αστικών, επαγγελματικών και βιομηχανικών απορριμμάτων και τήρηση των όρων υγιεινής κατά τη συλλογή και αποκομιδή των απορριμμάτων.

ζ) Η εξασφάλιση της υγιεινής στους χώρους υγειονομικής ταφής και γενικά τελικής διάθεσης των απορριμμάτων.

η) Η αποκομιδή των οικιακών, αστικών, επαγγελματικών και βιομηχανικών υγρών αποβλήτων και τήρηση των όρων υγιεινής και καλής λειτουργίας των αποχετευτικών δικτύων.

θ) Κάθε άλλη αρμοδιότητα που προβλέπεται από το Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα ή ειδικές διατάξεις.

#### Άρθρο 16

##### Ρύθμιση θεμάτων προσωπικού Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

1. Σε περίπτωση που οι οργανικές θέσεις Ιατρών ή Οδοντιάτρων Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., Εποπών Υγείας, Επισκεπτριών /τών Υγείας και Νοσηλευτριών /τών των κεντρικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας έχουν κενωθεί για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, η προκήρυξη γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, χωρίς να απαιτείται εγκριτική απόφαση από την τριμελή επιτροπή της παρ. 1 του άρθρου 2 της Π.Υ.Σ. 55/1998, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

2. Η παράγραφος 7 του άρθρου 6 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«7. Οι ιατροί και οδοντίατροι Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. εξελίσσονται με κρίση στον επόμενο βαθμό ως εξής: Από τον Β' στον Α', αφού συμπληρώσουν πέντε (5) χρόνια υπηρεσίας και από το βαθμό Α' στο βαθμό του Διευθυντή αφού συμπληρώσουν επτά (7) χρόνια υπηρεσίας. Η προαγωγή γίνεται μετά από κρίση του Συμβουλίου Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας, κατά την οποία λαμβάνεται ιδίως υπόψη η απόδοση του κρινομένου στην υπηρεσία, η επιστημονική κατάρτιση, το επιστημονικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και η ικανότητά του στη διοίκηση. Σε αρνητική κρίση, ο υποψήφιος δεν προάγεται.»

3.α. Ιατροί και οδοντίατροι που εντάχθηκαν στον κλάδο Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 11 του άρθρου 6 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') και της παρ. 8 του άρθρου 25 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α'), επανακατατάσσονται ανεξαρτήτως ηλικίας, σε βαθμό ανάλογο με τα χρόνια της συνολικής τους προϋπηρεσίας, ως εξής:

α) Με συνολική προϋπηρεσία δεκατριών (13) ετών και άνω, σε βαθμό Διευθυντή.

β) Με συνολική προϋπηρεσία επτά (7) μέχρι δεκατριών (13) ετών, σε βαθμό Α'.

γ) Με συνολική προϋπηρεσία μέχρι επτά (7) ετών, σε βαθμό Β'.

3.β. Ιατροί ή οδοντίατροι των κλάδων ΠΕ Κοινωνικής Ιατρικής ή ΠΕ Οδοντιάτρων ή ΠΕ Υγιεινολόγων ή ΠΕ Ια-

τρών, που έχουν τα προσόντα των παραγράφων 2 και 6 του άρθρου 6 του Ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου σε υπηρεσίες της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, εντάσσονται με αίτησή τους σε θέσεις του Κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, η δε κατάταξή τους γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης (3α) παραγράφου του παρόντος άρθρου.

4. Οι ιατροί και οδοντίατροι Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν σε οποιαδήποτε Κεντρική, Περιφερειακή ή Νομαρχιακή Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, καθώς και οι ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής και Βιοπαθολογίας που υπηρετούν στη διεύθυνση Κ.Ε.Δ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή σε διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας ή Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, λαμβάνουν το σύνολο των τακτικών αποδοχών και το σύνολο των επιδομάτων του αντίστοιχου βαθμού του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς και μηνιαίο επίδομα επιφυλακής ίσο με ποσοστό 40% του βασικού τους μισθού.

5. Οι ιατροί και οδοντίατροι Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την υπηρεσία στην οποία υπηρετούν, έχουν το δικαίωμα λήψης εκπαιδευτικής άδειας, ίσης διάρκειας και με τους ίδιους όρους, διαδικασία και προϋποθέσεις που ισχύουν για όλους του ιατρούς Ε.Σ.Υ. Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, η χορήγηση της άδειας από την υπηρεσία στην οποία υπηρετεί ο αιτών είναι υποχρεωτική.

6. Στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της παραγράφου 22 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α) μπορούν να εγγράφονται με αίτησή τους και ιατροί που είναι κάτοχοι τίτλου ειδικότητας Κοινωνικής Ιατρικής ή Γενικής Ιατρικής ή Ιατρικής της Εργασίας και μεταπτυχιακού τίτλου της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλου μεταπτυχιακού τίτλου στη Δημόσια Υγεία.

Από τον κατάλογο των επικουρικών ιατρών που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να τοποθετούνται ιατροί για την κάλυψη έκτακτων, επειγουσών ή αυξημένων αναγκών σε κάθε είδους Νομαρχιακές, Περιφερειακές ή Κεντρικές Υπηρεσίες ή Νομικά Πρόσωπα με αρμοδιότητες Δημόσιας Υγείας, με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις της παραγράφου 22 του άρθρου 11 του Ν. 2889 /2001 (ΦΕΚ 37/Α).

Η σύμβαση του επικουρικού ιατρού Δημόσιας Υγείας συνάπτεται με την αντίστοιχη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση ή Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας ή Υπουργείο ή νομικό πρόσωπο Δημόσιας Υγείας, τον προϋπολογισμό του οποίου βαρύνει και η δαπάνη για την αμοιβή του επικουρικού ιατρού.

7. Οι υπάλληλοι των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με τα απαραίτητα διαπιστωτικά έγγραφα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία έκδοσης και ο τύπος των αναπέρω διαπιστωτικών εγγράφων.

#### **Άρθρο 17** **Εκπαίδευση στη Δημόσια Υγεία**

1. Στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία η Διοίκηση λαμβάνει κάθε μέτρο για την ανάπτυξη

και προαγωγή της Κοινωνικής Ιατρικής, όπως αυτή ορίζεται στην επόμενη παράγραφο και ενθαρρύνει και υποστηρίζει τη λήψη της ειδικότητας Κοινωνικής Ιατρικής.

2. Η Κοινωνική Ιατρική, ως επιστημονικός κλάδος που έχει ως στόχο την εφαρμοσμένη γνώση για την πρόληψη της ασθένειας, την αύξηση της διάρκειας της ζωής και την προαγωγή της υγείας μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της κοινωνίας, περιλαμβάνει ιδίως:

α. τη γνώση των μεθόδων εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού,

β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ή ειδικών ομάδων του πληθυσμού,

γ. την επιδημιολογική μελέτη των νόσων και την έρευνα της αιτίας των νόσων,

δ. την παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων,

ε. την παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς,

στ. τη γνώση των μεθόδων και των τεχνικών πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης των ασθενειών,

ζ. το σχεδιασμό, οργάνωση, διοίκηση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.

3. Η εκπαίδευση στην Κοινωνική Ιατρική διαρκεί τέσσερα (4) χρόνια, τα οποία κατανέμονται ως εξής:

α. Α΄ Περίοδος διάρκειας δώδεκα (12) μηνών, από την οποία:

i. έξι (6) μήνες αφιερώνονται στην Εσωτερική Παθολογία, η οποία περιλαμβάνει βασική θεωρητική, κλινική θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση και

ii. έξι (6) μήνες σε Κέντρο Υγείας.

β. Β΄ Περίοδος διάρκειας τριάντα έξι (36) μηνών, από την οποία:

i. δώδεκα (12) μήνες αφιερώνονται στη θεωρητική κατάρτιση σε Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, σε Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα ή στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η θεωρητική κατάρτιση καλύπτει τα εξής γνωστικά αντικείμενα: Επιδημιολογία, Βιοστατιστική, Κοινωνικές Επιστήμες, Οικονομία της Υγείας, Οργάνωση, Διοίκηση και Προγραμματισμό των Υπηρεσιών Υγείας, Πρόληπτική Ιατρική και Προαγωγή της Υγείας, Έλεγχος και Πρόληψη των Λοιμωδών Νοσημάτων, Περιβαλλοντική Ιατρική και Διατροφή,

ii. δώδεκα (12) μήνες αφιερώνονται σε πρακτική άσκηση που πραγματοποιείται σε Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής ή Εργαστήριο Επιδημιολογίας ή τομέα ή εργαστήριο με δραστηριότητα που εμπίπτει στα αντικείμενα του προηγούμενου εδαφίου.

iii. δώδεκα (12) μήνες αφιερώνονται σε πρακτική άσκηση που πραγματοποιείται σε Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας.

4. Ο διορισμός για την απόκτηση της ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής είναι ενιαίος και γίνεται στο νοσοκομείο το οποίο θα επιλέξουν για την άσκηση στην Παθολογία. Για το διορισμό για έναρξη της ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής δεν προαπαιτείται η πλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου.

5. Συνιστώνται εβδομήντα (70) θέσεις ειδικευομένων στην Κοινωνική Ιατρική, οι οποίες κατανέμονται σε νοσοκομεία που πραγματοποιούν άσκηση στην παθολογία, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

6. Κατά τη διάρκεια της άσκησης στην παθολογία, οι ειδικευόμενοι μετέχουν κανονικά στο πρόγραμμα εφημεριών του νοσοκομείου, στο οποίο εργάζονται. Κατά τη διάρκεια των τριών υπολοίπων ετών της ειδικότητάς τους, οι ειδικευόμενοι λαμβάνουν το σύνολο των επιδομάτων των ειδικευομένων σε οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα και επιπλέον επίδομα επιφυλακής ίσο με ποσοστό 20% του βασικού τους μισθού.

7. Καθηγητές και Επιμελητές, καθώς και οι μόνιμοι επιστημονικοί συνεργάτες, που υπηρετούν σε μόνιμες οργανικές θέσεις της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, παραμένουν σε ενεργή υπηρεσία έως και το 67ο έτος της ηλικίας τους, εφόσον κατέχουν αναγνωρισμένο διδακτορικό δίπλωμα σπουδών.

8. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Οικονομίας και Οικονομικών ορίζονται τα μέτρα που αναφέρονται στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου (στα οποία περιλαμβάνονται η χορήγηση υποτροφιών, μετεκπαίδευση στο εξωτερικό και άλλα) και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων.

9. Η παράγραφος 14 του άρθρου 1 του Π.Δ. 415/1994 «Περί του χρόνου ειδικεύσεως ιατρών για απόκτηση ειδικότητας» (ΦΕΚ 236/Α) καταργείται.

#### **Άρθρο 18** **Χάρτης υγείας της χώρας**

1. Για την εναρμόνιση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας των πολιτών, συντάσσεται ο χάρτης υγείας της χώρας. Ο χάρτης υγείας αποτελεί ένα σύστημα δεδομένων και δεικτών σε διαχρονική βάση με το οποίο: α) καταγράφεται και μετράται το επίπεδο υγείας των πολιτών και β) εκτιμάται η επάρκεια, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας της χώρας, στις οποίες περιλαμβάνονται τόσο εκείνες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα όσο και εκείνες που παρέχονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις.

2. Ο χάρτης υγείας περιλαμβάνει ιδίως τις εξής πληροφορίες και δεδομένα: α) δημογραφικά και πρωτογενή επιδημιολογικά στοιχεία, β) στοιχεία για τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους υγείας, γ) αναλυτικά στοιχεία για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, δ) στοιχεία κόστους των υπηρεσιών υγείας, ε) ποιοτικά στοιχεία για τη λειτουργία του συστήματος υγείας σε περιφερειακή βάση, όπως η ικανοποίηση των πολιτών και στ) γενικότερα στοιχεία, τα οποία σχετίζονται με το επίπεδο υγείας των πολιτών, όπως περιβαλλοντικά, οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα των περιοχών αναφοράς.

3. Φορέας σχεδιασμού, συντονισμού και διαχείρισης του χάρτη υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Η διοικητική υποστήριξη του συστήματος ανατίθεται στο αυτοτελές τμήμα του Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο συνιστάται με την παράγραφο Β του άρθρου 9 του παρόντος.

4. Φορείς συγκέντρωσης των πληροφοριών είναι: α) τα Πε.Σ.Υ.Π. και οι ανεξάρτητες αποκεντρωμένες μονάδες τους, β) οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών, γ) οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και δ) όλοι οι φορείς του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, καθώς και οι αναγνωρισμένες μη κυβερνητικές οργανώσεις, στις οποίες έχει παραχωρηθεί η αρμοδιότητα ή το δικαίωμα να συλλέγουν σχετικά δεδομένα.

5. Τα Πε.Σ.Υ.Π. έχουν την ευθύνη της συλλογής των πληροφοριών που προέρχονται από τους άλλους φορείς

της περιφέρειάς τους. Επιπλέον, αναλαμβάνουν τον έλεγχο της αξιοπιστίας, της πληρότητας και της εγκυρότητας των πληροφοριών αυτών.

6. Η δημοσιοποίηση του συνόλου ή μέρους των πληροφοριών, δεδομένων και δεικτών του χάρτη υγείας επιτρέπεται μόνο εφόσον εξασφαλίζεται απόλυτα η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ρυθμίζονται όλες οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του παρόντος άρθρου και ιδίως:

α) Η περιγραφή του συστήματος συλλογής πληροφοριών, δεδομένων και δεικτών.

β) Το είδος, η ποιότητα και η ποσότητα των πληροφοριών που αναφέρονται στην παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου.

γ) Η διαδικασία επικαιροποίησης του χάρτη υγείας.

δ) Η επιλογή των φορέων στους οποίους ανατίθεται η αρμοδιότητα ή το δικαίωμα της συλλογής των στοιχείων, οι όροι λειτουργίας τους, καθώς και το είδος και το περιεχόμενο της εποπτείας που ασκείται σε αυτούς.

ε) Τα συστήματα διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων.

στ) Κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'**

#### **ΤΕΛΙΚΕΣ - ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

#### **Άρθρο 19**

1. Με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., επιτρέπεται να αποσπώνται στην αντίστοιχη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, μετά από αίτησή τους, για διάστημα μέχρι δύο (2) έτη από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, υπάλληλοι της Κεντρικής Υπηρεσίας του ή των αποκεντρωμένων μονάδων του, μετά από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου ή της διοίκησης της αποκεντρωμένης μονάδας σε περίπτωση που δεν υπάρχει Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου, και μέχρι την πλήρωση των αντίστοιχων οργανικών θέσεων της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, η στελέχωση της Διεύθυνσης γίνεται με αποσπάσεις προσωπικού από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της οικείας Περιφέρειας, κατά τις διατάξεις της παραγράφου 4 αυτού του άρθρου, ή άλλης Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης κατά τις ισχύουσες διατάξεις και από την Κεντρική Υπηρεσία ή τις αποκεντρωμένες μονάδες του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. Ειδικότερα επιτρέπεται η απόσπαση: ενός (1) Ιατρού Γενικής Ιατρικής, ενός (1) Μικροβιολόγου, ενός (1) Παιδιάτρου, δύο (2) Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, δύο (2) Νοσηλευτριών, δύο (2) Επισκεπτριών Υγείας και ενός (1) τουλάχιστον υπαλλήλου του κλάδου ΤΕ Διοικητικού - Λογιστικού. Εφόσον μεταξύ των ενδιαφερομένων υπάρχουν ιατροί κάτοχοι τίτλου ειδικότητας Κοινωνικής Ιατρικής ή απόφοιτοι της Ε.Σ.Δ.Υ. ή υπάλληλοι με προϋπηρεσία σε υπηρεσία Δημόσιας Υγείας ή με μεταπτυχιακές σπουδές στη Δημόσια Υγεία, προτιμώνται κατά προτεραιότητα αυτοί. Οι υπάλληλοι αυτοί μπορούν να ζητήσουν τη μετάταξή τους στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας και να καταλάβουν αντίστοιχη οργανική θέση. Η μετάταξη γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του, χωρίς να απαιτείται η σύμ-

φωνη γνώμη της Διοίκησης ή του Υπηρεσιακού Συμβουλίου της αποκεντρωμένης μονάδας στην οποία υπηρετούσαν οι εν λόγω υπάλληλοι.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου, μπορούν να αποσπώνται στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, για δύο (2) χρόνια, μέχρι τρεις (3) συνολικά υπάλληλοι από κάθε Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση της οικείας Περιφέρειας, των κλάδων Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., ΠΕ Κτηνιατρικής, ΤΕ Επισκεπτών - Επισκεπτριών Υγείας και ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγείας. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, για την έκδοση της οποίας απαιτείται μόνο η σύμφωνη γνώμη του οικείου Νομάρχη.

4. Οι διατάξεις των παραγράφων 12, 13 και 14 του άρθρου 13 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256/Α') εφαρμόζονται ανάλογα και για τις θέσεις των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

5. Επιτρέπεται η μετάταξη, υπαλλήλων του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ. από τις μονάδες υγείας στις οποίες υπηρετούν προς τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, με την υπόθεση ότι οι ιατροί αυτοί έχουν τις προϋποθέσεις για το διορισμό στην αντίστοιχη οργανική θέση. Η μετάταξη γίνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου και με την εξής διαδικασία:

α) Αν πρόκειται για μετάταξη στην Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της ίδιας Περιφέρειας στην οποία ο ιατρός υπηρετεί, η μετάταξη γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του.

β) Αν πρόκειται για μετάταξη σε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας άλλης Περιφέρειας, η μετάταξη γίνεται με κοινή απόφαση των Γενικών Γραμματέων των δύο Περιφερειών, μετά από σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του.

γ) Αν πρόκειται για μετάταξη σε Νομαρχιακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, η μετάταξη γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μετά από σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του και του Νομάρχη της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης υποδοχής του μετατασσόμενου.

6. Για ένα (1) χρόνο από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι δυνατή η χορήγηση της ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής, με τη διαδικασία και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στο άρθρο 2 του Π. Δ. 521/1988 (ΦΕΚ 230/Α/24.10.1988).

### Άρθρο 20

Α. 1. Σε περιπτώσεις εμφάνισης κινδύνου διάδοσης μεταδοτικού νοσήματος, η οποία ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλονται μέτρα στην είσοδο και τη διακίνηση προσώπων στη χώρα, με σκοπό τη διάγνωση και την αποτροπή της διάδοσης της νόσου.

2. Τα μέτρα αυτά συνίστανται:

(α) στην υποχρεωτική υποβολή σε κλινικό και εργαστηριακό ιατρικό έλεγχο, παρακολούθηση, εμβολιασμό, φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία προσώπων για τα οποία υπάρχουν εύλογες υπόνοιες ότι μπορεί να μεταδώσουν άμεσα ή έμμεσα τη νόσο,

(β) στον προσωρινό περιορισμό των ίδιων προσώπων υπό συνθήκες που αποτρέπουν τη συνάφεια με τρίτα πρόσωπα, από την οποία θα μπορούσε να προέλθει μετάδο-

ση της νόσου, ιδίως ο περιορισμός σε κατάλληλο χώρο θεραπευτικού καταστήματος ή κατ' οίκον και

(γ) στην προσωρινή απαγόρευση της λειτουργίας θεάτρων, κινηματογράφων, καταστημάτων, χώρων αθλητικών και καλλιτεχνικών εκδηλώσεων και γενικά χώρων συνάθροισης κοινού.

Κατά την επιβολή των μέτρων επιλέγεται το ηπιότερο δυνατό για την εκπλήρωση του σκοπού του.

3. Η εκτέλεση των μέτρων των στοιχείων α' και β' της προηγούμενης παραγράφου γίνεται από υγειονομικό ή ιατρικό προσωπικό σε κατάλληλους χώρους ή καταστήματα και τα μέτρα περιορίζονται κατά το περιεχόμενο και κατά τη διάρκεια τους στο μέτρο που είναι απολύτως αναγκαίο για τη διαμόρφωση ασφαλούς κρίσεως για την κατάσταση της υγείας των προσώπων στα οποία επιβάλλονται, τη λήψη των κατάλληλων προληπτικών ή θεραπευτικών μέτρων και την αποτροπή του κινδύνου μετάδοσης της νόσου. Αν δεν έχει προηγηθεί διαφορετική συμφωνία, οι δαπάνες λήψης των ίδιων μέτρων βαρύνουν τον οικείο ασφαλιστικό οργανισμό και αν δεν υπάρχει τέτοιος, για τις δαπάνες εφαρμόζεται η νομοθεσία για την περίθαλψη απόρων.

4. Τα αρμόδια για την επιβολή των μέτρων του παρόντος άρθρου όργανα μπορούν να ζητούν τη συνδρομή των αρμόδιων αρχών σε κάθε περίπτωση αντίστασης ή διατάραξης της τάξης από εκείνον που υποχρεούται να ανεχθεί τη λήψη του μέτρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Κέντρου Ειδικών Λοιμώξεων, εξειδικεύονται τα μέτρα του παρόντος άρθρου, ορίζονται τα αρμόδια όργανα και η διαδικασία επιβολής τους, οι χώροι και τα καταστήματα εκτέλεσής τους, καθορίζεται ο τρόπος γνωστοποίησης της απόφασης εφαρμογής των μέτρων αυτών κατά την επόμενη παράγραφο και ρυθμίζεται κάθε σχετική λεπτομέρεια.

6. Η εφαρμογή όλων ή ορισμένων από τα μέτρα του παρόντος άρθρου, αναλόγως της περιπτώσεως, διατάσσεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας κάθε φορά που η εφαρμογή τους κρίνεται αναγκαία για την αποτροπή κινδύνων της δημόσιας υγείας. Η διάρκεια ισχύος των μέτρων καθορίζεται με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που διατάσσει την εφαρμογή τους και μπορεί να ανανεώνεται με όμοιο τρόπο. Η απόφαση αυτή του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ισχύει από την έκδοσή της και πριν τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, η οποία πάντως δεν μπορεί να βραδύνει περισσότερο από τρεις (3) εργάσιμες ημέρες.

7. Κάθε πρόσωπο που θίγεται από τα μέτρα του παρόντος άρθρου έχει δικαίωμα να ασκήσει ενώπιον του Πρωτόδικου του Διοικητικού Πρωτοδικείου της περιφέρειας, όπου λαμβάνεται το μέτρο, αντιρρήσεις κατά του μέτρου. Οι αντιρρήσεις υποβάλλονται και προφορικά στο όργανο που αποφάσισε τη λήψη του μέτρου, το οποίο συντάσσει σχετική έκθεση, την οποία διαβιβάζει αμέσως στη γραμματεία του αρμόδιου κατά το προηγούμενο εδάφιο δικαστηρίου. Η εκδίκαση των αντιρρήσεων γίνεται χωρίς την παρουσία του αντιλέγοντος, ο οποίος μπορεί να εκπροσωπείται από δικηγόρο ή άλλο πρόσωπο, με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 243 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας.

8. Όποιος δεν συμμορφώνεται με τα μέτρα του παρόντος άρθρου ή τα παραβιάζει ή παρεμποδίζει την εφαρμογή τους τιμωρείται με φυλάκιση έως δύο (2) ετών, εκτός αν η πράξη τιμωρείται βαρύτερα με άλλη διάταξη.

9. Οι διατάξεις του παρόντος δεν θίγουν ισχύουσες διατάξεις που ρυθμίζουν την είσοδο και την παραμονή στη χώρα αλλοδαπών.

Β. 1. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 3 του Ν. 2889/2001 αντικαθίσταται ως εξής:

«Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, που απαρτίζεται από τα εξής μέλη:

(1) Νομικό Σύμβουλο του Κράτους, ως Πρόεδρο, ο οποίος ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, από τον Πρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

(2) Τον Πρόεδρο του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), με αναπληρωτή του ένα μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ., που υποδεικνύεται από την Εκτελεστική Επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.

(3) Τον Γενικό Διευθυντή Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου και, εφόσον δεν υπάρχει, Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, που υποδεικνύεται από τον Υπουργό Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

(4) Τον Γενικό Διευθυντή Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου και, εφόσον δεν υπάρχει, Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, που υποδεικνύεται από τον Υπουργό Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

(5) Έναν Γενικό Διευθυντή του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή της ίδιας υπηρεσίας, που υποδεικνύονται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

(6) Έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος (Α.Ε.Ι.), ειδικό σε θέματα δημόσιας διοίκησης, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

(7) Τον Πρόεδρο της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., με αναπληρωτή του ένα μέλος της Διοίκησης της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., που ο Πρόεδρος αυτής υποδεικνύει.

Η συγκρότηση της Επιτροπής γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και η θητεία της είναι τριετής.

Με την ίδια απόφαση ορίζονται τρεις (3) υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με τους αναπληρωτές τους, ως γραμματείς.»

2. Στο τέλος της παρ. 8 του άρθρου 5 του Ν. 2889/2001 προστίθενται εδάφια, ως εξής:

«α) Ο Αναπληρωτής Διοικητής έχει την ευθύνη για τα θέματα εκπαίδευσης του ιατρικού και λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και για τα θέματα επιστημονικής έρευνας, με την επιφύλαξη των διατάξεων των επόμενων εδαφίων.

β) Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία συνιστάται και θέση Αναπληρωτή Διοικητή Ακαδημαϊκών Υποθέσεων. Στη θέση αυτή τοποθετείται ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, ο οποίος πρέπει να είναι μέλος Δ.Ε.Π. με βαθμό καθηγητή, Διευθυντής τμήματος εργαστηρίου ή μονάδας του νοσοκομείου, που εκλέγεται από τα μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο νοσοκομείο, με

ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων της υπ' αριθμ. ΔΥ18/οικ. 35327/27.11.2001 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ 1579/Β'). Ο Αναπληρωτής Διοικητής Ακαδημαϊκών Υποθέσεων εξακολουθεί παράλληλα να κατέχει και την οργανική του θέση.

Ο Αναπληρωτής Διοικητής Ακαδημαϊκών Υποθέσεων έχει ιδίως τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Συμμετέχει στο Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου και εισηγείται για κάθε θέμα που σχετίζεται με τη συγκρότηση και τη λειτουργία κλινικών και εργαστηρίων.

- Έχει την εποπτεία σε όλα τα θέματα που ανήκουν στην αρμοδιότητα του Επιστημονικού Συμβουλίου.

- Προϊσταται στην Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου.

- Εποπτεύει και συντονίζει τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες των ειδικευόμενων ιατρών και των φοιτητών.

- Εποπτεύει και συντονίζει τις ερευνητικές δραστηριότητες των μελών Δ.Ε.Π.

- Επιμελείται το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των μεταπτυχιακών σπουδών σε ειδικότητες και εξειδικεύσεις, με βάση τις διεθνείς προοπτικές στο χώρο της υγείας.

γ) Ο Αναπληρωτής Διοικητής Ακαδημαϊκών Υποθέσεων μπορεί να επιλέξει τις αποδοχές Αναπληρωτή Διοικητή ή τις αποδοχές της οργανικής του θέσης.»

Γ. 1. Οι Πρόεδροι των Πε.Σ.Υ.Π. και οι Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές των Πε.Σ.Υ.Π. επιτρέπεται, για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών, να αποσπώνται, μετά γνώμη της αρμόδιας επιτροπής της Βουλής, σε άλλο Πε.Σ.Υ.Π. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η διάρκεια της απόσπασης δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) έτη. Παράταση της απόσπασης επιτρέπεται μέχρι ένα (1) ακόμη έτος.

2. Οι Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται να μετακινούνται σε άλλο νοσοκομείο της Περιφέρειας του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. ή να αποσπώνται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. άλλου Πε.Σ.Υ.Π., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών. Οι μετακινούμενοι Διοικητές υπογράφουν νέο συμβόλαιο αποδοκότητας, το οποίο ισχύει για το υπόλοιπο της θητείας τους. Η διάρκεια της απόσπασης δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) έτη. Παράταση της απόσπασης επιτρέπεται μέχρι ένα (1) ακόμη έτος.

3. Επιτρέπεται η πρόωρη λήξη της θητείας των Προέδρων των Πε.Σ.Υ.Π., των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών των Πε.Σ.Υ.Π., των Διοικητών και των Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., οζημίως για τα Πε.Σ.Υ.Π. και τα νοσοκομεία, για σπουδαίο λόγο, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, η οποία ορίζεται ως υπηρεσιακό συμβούλιο για όλα τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης των ανωτέρω προσωπών. Η διάταξη της παρ. 16 του άρθρου 13 του Ν. 2955/2001 καταργείται. Η γνώμη της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται μέσα σε προθεσμία ενός (1) μήνα από τη λήψη του σχετικού ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο κοινοποιείται και στον ενδιαφερόμενο. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία αυτή, η απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας εκδίδεται χωρίς τη γνώμη του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου.

Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, όταν συντρέχει σοβαρός λόγος, που συνεπάγεται τη μη εύρυθμη λειτουργία του συγκεκριμένου Πε.Σ.Υ.Π., μπορεί να επιβάλλει το μέτρο της αναστολής άσκησης των καθηκόντων του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.Π. ή του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π. ή του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή του νοσοκομείου, με απόφασή του, η οποία εκδίδεται αμέσως μετά την κοινοποίηση στον ενδιαφερόμενο του ανωτέρω ερωτήματος προς το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Η αναστολή άσκησης των καθηκόντων αίρεται αυτοδικαίως, με την έκδοση της απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας για την πρόωπη λήξη της θητείας ή, αν δεν εκδοθεί η απόφαση αυτή μέσα σε προθεσμία τριών (3) μηνών, από την κοινοποίηση στον ενδιαφερόμενο του κατά τα ανωτέρω ερωτήματος προς το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Κατά το χρονικό διάστημα της αναστολής άσκησης των καθηκόντων, στους ενδιαφερομένους καταβάλλεται το ήμισυ των τακτικών μηνιαίων αποδοχών τους.

Δ. 1. Η διάταξη της παρ. 8 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001, όπως συμπληρώθηκε με την παρ. 12 του άρθρου 19 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

«8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συγκροτούνται, με απόφαση του Προέδρου του Περιφερειακού Συμβουλίου Επιλογής των ιατρών Ε.Σ.Υ., ανά ειδικότητα.

Η θητεία των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής είναι διετής.

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Τον Διοικητή του νοσοκομείου, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρος, ή τον Αναπληρωτή Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π., όταν πρόκειται για κέντρα υγείας. Σε περίπτωση έλλειψης Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή ή κωλύματος αυτού, τα καθήκοντά του ασκεί άλλο μέλος του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., που αυτό υποδεικνύει.

β) Τον Διευθυντή του οικείου τμήματος ή κλινικής του νοσοκομείου ή τον Διευθυντή του κέντρου υγείας. Εάν για οποιονδήποτε λόγο δεν υπάρχει Διευθυντής ή υπάρχουν περισσότεροι από έναν, προτείνει Διευθυντή ίδιας ή συναφούς ειδικότητας το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.Π.

γ) Τον Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., όταν πρόκειται για κέντρα υγείας.

Σε περίπτωση έλλειψης Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ή κωλύματος αυτού, τα καθήκοντά του ασκεί μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., που αυτό υποδεικνύει.

δ. Έναν ιατρό Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. και προτείνεται από το ΚΕ.Σ.Υ. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει, ορίζεται ένας ιατρός Διευθυντής της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας άλλου Πε.Σ.Υ.Π. και προτείνεται από το ΚΕ.Σ.Υ.

ε. Έναν ιατρό Επιμελητή Α' ή Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. και προτείνεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.). Σε περίπτωση έλλειψης προτείνεται από τον Π.Ι.Σ. ιατρός με βαθμό Επιμελητή Α' ή Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, από άλλο Πε.Σ.Υ.Π.

Τα μέλη των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής αναπληρώνονται από τους νόμιμους αναπληρωτές τους.

Τα μέλη των περιπτώσεων δ' και ε' ορίζονται ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων, ως μέλη του Περιφερειακού Συμβουλίου Επιλογής για τις περιπτώσεις δ' και ε' ορίζονται οδοντίατροι. Όπου δεν υπάρχουν οδοντίατροι των βαθμίδων που ορίζονται στις περιπτώσεις δ' και ε', επιτρέπεται να ορίζονται ως μέλη των Συμβουλίων οδοντίατροι, που υπηρετούν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας άλλου Πε.Σ.Υ.Π.

Όταν πρόκειται για επιλογή σε θέση Επιμελητών ιατρών / οδοντιάτρων του κλάδου Ε.Σ.Υ. για τη στελέχωση νοσοκομείων ή κέντρων υγείας, που λειτουργούν για πρώτη φορά και στα οποία δεν έχουν τοποθετηθεί ακόμη ο Διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας ή ο Διευθυντής του οικείου τμήματος ή του κέντρου υγείας, τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' ορίζονται από άλλα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., με απόφαση του Δ.Σ. αυτού.»

2. Η περίπτωση α' της παρ. 14 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 αντικαθίσταται ως εξής:

«α. Τον Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο, ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π., όταν πρόκειται για κέντρα υγείας. Σε περίπτωση έλλειψης Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή, απουσίας ή κωλύματος αυτού, τα καθήκοντά του ασκεί ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ.Π.»

3. Η περίπτωση δ' της παρ. 14 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 αντικαθίσταται, ως εξής:

«δ. Έναν Διευθυντή και έναν Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας από νοσοκομεία ή κέντρα υγείας της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.Π., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το ΚΕ.Σ.Υ. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν, επιτρέπεται να ορίζονται ως μέλη ένας Διευθυντής και ένας Αναπληρωτής Διευθυντής της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας από νοσοκομεία ή κέντρα υγείας άλλου Πε.Σ.Υ.Π., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το ΚΕ.Σ.Υ.»

4.α. Στο τέλος της παρ. 8 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Όταν πρόκειται για κρίση θέσης Επιμελητών, για την οποία μπορούν να είναι υποψήφιοι ιατροί περισσότερων της μιας ειδικότητας, αρμόδιο Περιφερειακό Συμβούλιο Επιλογής Επιμελητών για την κρίση ορίζεται το Συμβούλιο της πρώτης ειδικότητας, κατά τη σειρά που ορίζεται στον Οργανισμό του νοσοκομείου.

Για την κρίση θέσης παιδοκαρδιολογίας, παιδονευρολογίας, παιδοαιματολογίας, παιδογαστρεντερολογίας, παιδονεφρολογίας, παιδοενδοκρινολογίας και παιδοαλλεργιολογίας αρμόδιο είναι το Συμβούλιο της παιδιατρικής ειδικότητας.»

4.β. Στο τέλος της παρ. 11 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Όταν πρόκειται για κρίση θέσης Διευθυντών, για την οποία μπορούν να είναι υποψήφιοι ιατροί περισσότερων της μιας ειδικότητας, αρμόδιο Συμβούλιο Επιλογής Διευθυντών για την κρίση ορίζεται το Συμβούλιο της πρώτης ειδικότητας, κατά τη σειρά που ορίζεται στον Οργανισμό του νοσοκομείου.

Για την κρίση θέσης παιδοκαρδιολογίας, παιδονευρολογίας, παιδοαιματολογίας, παιδογαστρεντερολογίας, παιδονεφρολογίας, παιδοενδοκρινολογίας και παιδοαλλεργιολογίας αρμόδιο είναι το Συμβούλιο της παιδιατρικής ειδικότητας.»

Ε. 1. Επιτρέπεται, κατόπιν απήσεώς τους, η μετάταξη μόνιμων υπαλλήλων του κλάδου ΔΕ Τεχνικού (οδηγών αυτοκινήτων) και ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων των αποκεντρωμένων και ανεξαρτήτων υπηρεσιακών μονάδων των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) και των λοιπών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε κενές θέσεις του κλάδου ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) και των παραρτημάτων του, εφόσον κατέχουν τα απαιτούμενα για τις θέσεις αυτά προσόντα.

Η μετάταξη διενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά γνώμη των Διοικητικών και Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Νομικών Προσώπων, που συνεκτιμούν και τις υπηρεσιακές ανάγκες.

Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 69, των παραγράφων 2, 3 και 4 του άρθρου 71 και της παρ. 2 του άρθρου 73 του Ν. 2683/1999.

Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής εφαρμόζονται αναλογικά και για τη μεταφορά οδηγών αυτοκινήτων ή πληρωμάτων ασθενοφόρων με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

Αν δεν υπάρχουν κενές θέσεις με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, η μετάταξη γίνεται σε αντίστοιχες προσωποπαγείς οργανικές θέσεις, που συνιστώνται αυτοδικαίως με την απόφαση της μεταφοράς.

Οι διατάξεις αυτής της παραγράφου ισχύουν για μία διετία από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

2. Η έβδομη περίοδος του πρώτου εδαφίου της παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213/Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Στο τέλος της εκπαίδευσης και μετά από επιτυχείς εξετάσεις παρέχεται στους αποφοιτούντες ιατρούς από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας πιστοποιητικό επάρκειας στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική, το οποίο αποτελεί προσόν και δίνει προτεραιότητα στον κάτοχο του κατά τις κρίσεις πρόσληψης ιατρών για το Ε.Κ.Α.Β.»

ΣΤ. Ο κλάδος ΠΕ Φαρμακοποιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Π.Δ. 95/2000, ΦΕΚ 76/Α', άρθρο 54) μετατρέπεται σε κλάδο ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. Ομοίως σε κλάδο ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. μετατρέπονται και οι κλάδοι ΠΕ Φαρμακοποιών των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Περιφερειών της χώρας.

Στις θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., προσόν διορισμού ορίζεται το πτυχίο Φαρμακευτικής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής και κατά προτεραιότητα μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της ημεδαπής ή ισότιμος της αλλοδαπής σε θέματα δημόσιας υγείας ή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, καθώς και άδεια άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Οι οργανικές θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών, που προβλέπονται στους Οργανισμούς της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, μεταφέρονται στον κλάδο ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., αντίστοιχα και οι υπηρετούντες υπάλληλοι κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών εντάσσονται στον ανωτέρω κλάδο ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ.

Ο κλάδος ΠΕ Φαρμακοποιών καταργείται αυτοδικαίως.

Στις Διευθύνσεις και Τμήματα Φαρμάκων και Φαρμακείων και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της Κεντρικής Υπ-

ηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων προΐστανται υπάλληλος του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ.

Για τους Φαρμακοποιούς Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ισχύει το μισθολόγιο που καθορίζεται από τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 για τον κλάδο ΠΕ Φαρμακοποιών, όπως αυτό κάθε φορά ισχύει.

Ζ. 1. Έργα κτιριακής υποδομής ενταγμένα στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία - Πρόνοια», που υλοποιούνται από Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, προϋπολογισμού μέχρι 80.000 ευρώ συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α., εκτελούνται από τον ίδιο το φορέα, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του άρθρου 4 του Π.Δ. 103/1997.

2. Η προθεσμία που προβλέπεται από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256/Α') για την ολοκλήρωση του ειδικού μητρώου επιτρεπόμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων παρατείνεται μέχρι 31.12.2004.

3. Η διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 6 του Ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174/Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που εποπτεύονται κατά περίπτωση από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας ή Ανάπτυξης ή στο Κέντρο Ερευνών «Ο ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ» ή στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών.»

#### Άρθρο 21

Α. 1. Μετά το πρώτο εδάφιο της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 προστίθεται εδάφιο, ως εξής:

«Ομοίως, η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Ε.Ο.Κ.Φ., που χρησιμοποιείται από τις μονάδες αυτού που αναφέρονται στην παρ.2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003, περιέρχεται αυτοδικαίως, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα, στα Πε.Σ.Υ.Π, στα οποία υπάγονται οι παραπάνω μονάδες του.»

2. α. Στο τέλος του άρθρου 5 του Ν. 3106/2003 προστίθενται παράγραφοι 3 έως 8, ως εξής:

«3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι φορείς στους οποίους ανατίθεται η αρμοδιότητα για τη διαφύλαξη του αρχείου του προσωπικού και του λοιπού αρχείου του Ε.Ο.Κ.Φ. (Π.Ι.Κ.Π.Α. και Ε.Ο.Π.) ως και η διαδικασία παράδοσης - παραλαβής αυτών.

Με όμοια απόφαση ορίζονται επίσης οι φορείς στους οποίους ανατίθεται η αρμοδιότητα για τη διαφύλαξη του προνοιακού αρχείου του Ε.Ο.Κ.Φ. (ατομικοί φάκελοι παιδιών ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης, υιοθεσιών, ανάδοχων παιδιών, επιδοτούμενων σπουδαστών, επιδοτούμενων φυσικών οικογενειών κ.λπ.).

4. Η επιμέλεια και η γονική μέριμνα παιδιών που έχουν ανατεθεί στον Ε.Ο.Κ.Φ. με δικαστικές αποφάσεις, ασκούνται, από την ημερομηνία κατάργησής του, από φορείς του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Η αρμοδιότητα σε θέματα υιοθεσιών και αναδοχών, τα οποία παραμένουν σε εκκρεμότητα στις υπηρεσίες του Ε.Ο.Κ.Φ. μετά την, σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 5



του νόμου αυτού, κατάργησή του, ανατίθεται σε φορείς του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

6. Η εφαρμογή των προγραμμάτων κοινωνικοπρονοιακού χαρακτήρα του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π.), στα πλαίσια του θεσμού των αναδοχών γονέων και της στήριξης γενικότερα των οικογενειών σε «κρίση», συνεχίζεται από τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Πε.ΣΥ.Π, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

7. Είδη εξοπλισμού, μεταφορικά μέσα και κάθε είδος κινητών πραγμάτων, ως και ο μηχανολογικός εξοπλισμός της Διεύθυνσης Πληροφορικής του Ε.Ο.Π., η κυριότητα των οποίων ανήκει στις Κεντρικές Υπηρεσίες του Ε.Ο.Κ.Φ. ή χρησιμοποιούνται από τις Κεντρικές Υπηρεσίες των ΚΕ.Φ.Ο. που λειτουργούν στις έδρες των νομών και τα οποία μετά την κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ. παραμένουν αδιάθετα, διατίθενται σε μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

8. Η κυριότητα της ακίνητης περιουσίας του Ε.Ο.Κ.Φ., η οποία δεν μεταφέρεται με τις διατάξεις του νόμου αυτού σε άλλους φορείς, περιέρχεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα, με την επιφύλαξη των κειμένων διατάξεων περί δωρεών, κληρονομιών και κληροδοσιών.»

β. Μέσα σε προθεσμία έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής όλων των ακινήτων, που κατά τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου περιέρχονται στην κυριότητά του. Απόσπασμα της έκθεσης απογραφής που περιγράφει τα ακίνητα που αποκτώνται κατά κυριότητα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί των ακινήτων καταχωρίζεται ατελώς στα οικεία βιβλία του υποθηκοφυλακείου.

3. Στο τέλος του άρθρου 7 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α') προστίθενται παράγραφοι 13 έως 17, ως εξής:

«13. Μέχρι τη δημοσίευση του Οργανισμού του το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. λειτουργεί με το προσωπικό το οποίο μεταφέρεται αυτοδικαίως σε αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 8 και 11 του άρθρου αυτού, καθώς και με το προσωπικό το οποίο θα μεταφερθεί ή θα μεταταγεί σε αυτό σύμφωνα με τις διατάξεις της παράγραφου 2 του άρθρου 5 του νόμου αυτού. Στο προσωπικό αυτό ανατίθενται προσωρινά καθήκοντα με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου.

14. Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. ως αυτοτελούς Ν.Π.Δ.Δ. η κυριότητα επί του συνόλου της κινητής περιουσίας του Ε.Ο.Κ.Φ. που χρησιμοποιείται από τις υπηρεσίες οι οποίες περιέρχονται στην αρμοδιότητα του Ε.ΣΥ.Κ.Φ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, περιέρχεται στο νέο φορέα αυτοδικαίως, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα.

Μέσα σε προθεσμία τεσσάρων (4) μηνών από την έναρξη της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ.Κ.Φ. ως αυτοτελούς Ν.Π.Δ.Δ. το Διοικητικό Συμβούλιο αυτού υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής όλων των κινητών που κατά τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου περιέρχονται στην κυριότητα του νομικού προσώπου. Η έκθεση απογραφής υποβάλλεται για έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

15. Η περίπτωση θ' της παρ. 2 του άρθρου 7 του Ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

«θ. Τηρεί το Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών και το Εθνικό Μητρώο Αναδόχων Γονέων και διαφυλάσσει τον απόρρητο χαρακτήρα τους.

Με απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθορίζονται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών, ο τρόπος διασφάλισης του απόρρητου χαρακτήρα του και κάθε άλλο σχετικό στοιχείο.

Με όμοια απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο Αναδόχων Γονέων και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια.»

16. Μετά την κατάργηση του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.), σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του νόμου αυτού, το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. ορίζεται ως αρμόδιος φορέας για την είσπραξη οποιουδήποτε χρηματικού ποσού, που αφορά αποπληρωμές προγραμμάτων συγχρηματοδοτούμενων από κοινοτικούς πόρους, προγραμμάτων εκπαίδευσης με χρηματοδότηση του Ο.Α.Ε.Δ. (Λογαριασμός Α.Α.Ε.Κ.) ή οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα της Διεύθυνσης Ερευνών και Προγραμματισμού του Ε.Ο.Π.

17. Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις της Κεντρικής Επιτροπής Αποκατάστασης Απόρων Κορασιδών (Κ.Ε.Π. Α.Α.Κ.), όπως ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις που κωδικοποιήθηκαν με το από 14/25 Απριλίου 1959 Β.Δ. (ΦΕΚ 75/Α) και οι οποίες, μετά την κατάργησή της με το άρθρο 2 παρ.6 του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125/Α/2.6.70), περιήλθαν στον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.), ως διάδοχό της, περιέρχονται στο Ε.ΣΥ.Κ.Φ. το οποίο ασκεί τα δικαιώματα και εκπληροί τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τις ανωτέρω διατάξεις.»

4. α. Η παρ. 6 του άρθρου 8 του Ν. 3106/2003 τροποποιείται ως εξής:

«6. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Ε.Ο.Κ.Φ. που χρησιμοποιείται από τα ΚΕ.Φ.Ο. περιέρχεται αυτοδικαίως, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα, στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης Α' βαθμού.»

β. Μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, το οικείο Δημοτικό ή Κοινοτικό Συμβούλιο υποχρεούται σε διενέργεια απογραφής όλων των κινητών και ακινήτων, που κατά το προηγούμενο εδάφιο περιέρχονται στην κυριότητα του δήμου ή της κοινότητας. Απόσπασμα της έκθεσης απογραφής, που περιγράφει τα ακίνητα που αποκτώνται κατά κυριότητα από το δήμο ή την κοινότητα, καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί των ακινήτων, καταχωρίζεται ατελώς στα οικεία βιβλία του υποθηκοφυλακείου.

5. Στο άρθρο 8 του Ν. 3106/2003 προστίθεται παράγραφος 11, ως εξής:

«11. Η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Ιδρυμάτων Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), που ανήκει στα Ιδρύματα αυτά και χρησιμοποιείται από τους παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς που μεταβιβάζονται στους Ο.Τ.Α., περιέρχεται αυτοδικαίως από το χρόνο της μεταβίβασής τους στους οικείους οργανισμούς τοπι-

κής αυτοδιοίκησης Α΄ βαθμού, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα.

Μέσα σε προθεσμία έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, το οικείο Δημοτικό ή Κοινοτικό Συμβούλιο υποχρεούται σε διενέργεια απογραφής όλων των κινητών και ακινήτων, που κατά το προηγούμενο εδάφιο περιέχονται στην κυριότητα του δήμου ή της κοινότητας. Απόσπασμα της έκθεσης απογραφής, που περιγράφει τα ακίνητα που αποκτώνται κατά κυριότητα από το δήμο ή την κοινότητα, καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί των ακινήτων, καταχωρίζεται ατελώς στα οικεία βιβλία του υποθηκοφυλακείου.»

6. Το άρθρο 16 του Ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 16

Επέκταση του προγράμματος οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών, παραπληγικών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου

Η οικονομική ενίσχυση που χορηγείται από το πρόγραμμα των ανασφάλιστων τετραπληγικών - παραπληγικών και ακρωτηριασμένων ατόμων που προβλέπεται και ρυθμίζεται από τις υπ.αρ. 115750/3006 (ΦΕΚ 572/Β΄, 16.9.81), Γ4/Φ298/οικ.1931 (ΦΕΚ 724/Β΄, 30.9.82), Γ4α/Φ29/1499 (ΦΕΚ 366/Β΄, 30.6.83) κοινές υπουργικές αποφάσεις, όπως ισχύουν, επεκτείνεται και στους ακρωτηριασμένους που είναι ασφαλισμένοι άμεσα και έμμεσα στο Δημόσιο, εργαζόμενους και συνταξιούχους, σύμφωνα με τα όσα ισχύουν στο πρόγραμμα τετραπληγικών - παραπληγικών ασφαλισμένων Δημοσίου, όπως ορίζεται με το άρθρο 3 του Ν. 1284/1982 (ΦΕΚ 114/Α΄) και την 61384/1638 (ΦΕΚ 324/Β΄, 1983) κοινή υπουργική απόφαση, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει μέχρι σήμερα.

Οι ακρωτηριασμένοι που θα εντάσσονται στα προγράμματα οικονομικών ενισχύσεων ακρωτηριασμένων ανασφάλιστων και ασφαλισμένων του Δημοσίου πρέπει να έχουν παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% προερχόμενο από ακρωτηριασμό και ανεξαρτησίας του σημείου του ακρωτηριασμού ή του αριθμού των ακρωτηριασμένων μελών.

Για τους έχοντες μονό ακρωτηριασμό άνω ή κάτω άκρου, το ύψος του επιδόματος καθορίζεται στο δεκαπλάσιο του βασικού ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, όπως εκάστοτε ισχύει.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης των οικονομικών ενισχύσεων, όπως αυτές ρυθμίζονται από τις ανωτέρω αναφερόμενες κοινές υπουργικές αποφάσεις. Η ισχύς του παρόντος ορίζεται από 1.1.2003.»

7. Μετά το τρίτο εδάφιο της παρ.2 του άρθρου 21 του Ν. 3106/2003 προστίθενται εδάφια, ως εξής:

«α. Η κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού των νομικών προσώπων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 3106/2003, καθώς και η αναγνώριση, εκκαθάριση και εντολή πληρωμής των δαπανών τους διέπονται από τις διατάξεις του Ν.Δ. 496/1974. Οι προϋπολογισμοί και απολογισμοί αυτών εγκρίνονται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών. Για την εκκαθάριση και την εντολή πληρωμής των εξόδων των νομικών προσώπων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 3106/2003 αρμόδια είναι η υφιστάμενη για κάθε φορέα Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου. Μέχρι τη σύσταση Υπηρεσίας Δημοσιονομικού Ελέγχου για καθέναν ή και για τους δύο ως άνω φορείς, η εκκαθάριση και η

εντολή πληρωμής των δαπανών γίνεται από την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου που είναι αρμόδια για τις δαπάνες της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β. Τα κατά την, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του νόμου αυτού, κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ. υφιστάμενα ταμειακά υπόλοιπα και υπόλοιπα των λογαριασμών καταθέσεων των οικονομικών υπηρεσιών του Π.Ι.Κ.Π.Α. και του Ε.Ο.Π. μεταφέρονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.»

8. Στο άρθρο 21 του Ν. 3106/2003 προστίθεται παρ.7 ως εξής:

«7. Συμβάσεις που έχουν συναφθεί μεταξύ Ε.Ο.Κ.Φ. (Π.Ι.Κ.Π.Α. και Ε.Ο.Π.) και τρίτων εξακολουθούν να ισχύουν και θεωρούνται ότι έχουν υπογραφεί από το φορέα στον οποίο έχει μεταφερθεί η σχετική με το αντικείμενο της σύμβασης αρμοδιότητα.

Τυχόν εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται από τους φορείς στους οποίους μεταφέρθηκε η σχετική με το αντικείμενο της δίκης αρμοδιότητα.

Απαιτήσεις, υποχρεώσεις και πάσης φύσεως εκκρεμότητες που υφίστανται κατά την κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ. μεταφέρονται στους φορείς στους οποίους μεταφέρθηκε η σχετική με το αντικείμενο αρμοδιότητα.»

9. Το Ελληνικό Δημόσιο, από 1.7.2003, υπεισέρχεται ως ειδικός διάδοχος σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του καταργούμενου με τη διάταξη της παρ.10 του άρθρου 8 του Ν. 3106/2003 Ιδρύματος Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.). Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις Θεσσαλονίκης και Λάρισας υπεισέρχονται, από την ίδια ημερομηνία, σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις των καταργούμενων με τις παραπάνω διατάξεις Ιδρυμάτων Βρεφονηπιακών Σταθμών Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.). Εκκρεμείς δικαστικές υποθέσεις κατά την 1.7.2003, σε οποιοδήποτε στάδιο, συνεχίζονται από το Ελληνικό Δημόσιο, εκπροσωπούμενο από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, για το Ι.Β.Σ.Α. και από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις Θεσσαλονίκης και Λάρισας για το Ι.Β.Σ.Θ. και Ι.Β.Σ.Λ. αντίστοιχα.

10. Τα αρχεία του καταργούμενου με το Ν. 3106/2003 Ιδρύματος Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.) παραλαμβάνονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, των δε Ιδρυμάτων Βρεφονηπιακών Σταθμών Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.) από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις Θεσσαλονίκης και Λάρισας αντίστοιχα. Οι πρόεδροι των παραπάνω Ιδρυμάτων υποχρεούνται να συντάξουν πρωτόκολλο παράδοσης και παραλαβής, στο οποίο οπωσδήποτε θα περιλαμβάνονται τα βιβλία πρακτικών των Διοικητικών Συμβουλίων, τα πρωτόκολλα, αλληλογραφία τουλάχιστον είκοσι (20) ετών, απολογισμοί-ισολογισμοί, βιβλία γενικού καθολικού, εγγράφων ισολογισμού, αναλυτικά καθολικά, βιβλία μισθοδοσίας, καταστάσεων Ι.Κ.Α., ενσήμων προσωπικού, βιβλία αποθήκης, βιβλία προμηθειών-πιστωτών, βιβλία απαιτήσεων, καθώς και τα παραστατικά τουλάχιστον είκοσι (20) ετών. Το πρωτόκολλο παράδοσης και παραλαβής υπογράφεται από τον πρόεδρο κάθε Ιδρύματος και τον προς τούτο εξουσιοδοτημένο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για το Ι.Β.Σ.Α. και με απόφαση του Νομάρχη Θεσσαλονίκης και Λάρισας, για το Ι.Β.Σ.Θ. και Ι.Β.Σ.Λ. αντίστοιχα.

Το παραπάνω πρωτόκολλο υπογράφεται μέσα σε έναν μήνα από τη δημοσίευση αυτού του νόμου και περιλαμ-

βάνει τα παραπάνω βιβλία και λοιπά έγγραφα μέχρι την ημερομηνία αυτή.

11. Όπου οι διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 παραπέμπουν στο άρθρο 20 του ίδιου νόμου, η παραπομπή νοείται ότι γίνεται στο άρθρο 21 του νόμου αυτού.

12. Το ποσό που προκύπτει από την ετήσια αύξηση του επιδόματος χανσενικών για το έτος 2002, καθώς και η διαφορά από το διπλασιασμό του επιδόματος αυτού για το ίδιο έτος στις κατηγορίες β' και γ', σύμφωνα με την παρ.4 του άρθρου 7 του Ν. 1137/1981, θα καταβληθεί εφάπαξ στους δικαιούχους.

Β. 1. Μετά το πρώτο εδάφιο του άρθρου 9 του Ν. 3106/2003, προστίθεται εδάφιο, ως εξής:

«Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης που προβλέπεται στην παρ.4 του άρθρου 15 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α') η μεταφορά και συγχώνευση των ιατροκοινωνικών κέντρων και των παιδικών πολυκλινικών του Π.Ι.Κ.Π.Α. θα γίνει σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία του οικείου Πε.Σ.Υ.Π.»

2. Στο τέλος της παρ. 1 του άρθρου 21 του Ν. 3106/2003 προστίθενται εδάφια, ως εξής:

α) Οι προϋπολογισμοί του τρέχοντος οικονομικού έτους των Ν.Π.Δ.Δ., που αναφέρονται στην παρ.2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 και μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., αποτελούν προϋπολογισμούς των παραπάνω μονάδων και εκτελούνται με ευθύνη των οργάνων διοίκησης, όπως αυτά ορίζονται στο άρθρο 4 του ίδιου νόμου. Για το υπόλοιπο του έτους 2003 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και οι Περιφέρειες μέσω των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων εξακολουθούν να επιχορηγούν τις παραπάνω αποκεντρωμένες υπηρεσιακές μονάδες.

β) Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του Ν. 2592/1998 (ΦΕΚ 57/Α'), των άρθρων 1 έως και 3 του Π.Δ. 412/1998 (ΦΕΚ 288/Α') και της παραγράφου 5 του άρθρου 10 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 251/Α') εφαρμόζονται από 1.1.2004 και για τη μισθοδοσία του προσωπικού, που υπηρετεί στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, οι οποίες με το Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α') αποτελούν αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π.

γ) Από τις διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 10 του Ν. 2955/2001 από τη δεύτερη σειρά απαλείφεται η λέξη «έως» και αντικαθίσταται με τη λέξη «και». Η δαπάνη για την κάλυψη της αποζημίωσης των πρόσθετων αμοιβών του προσωπικού που υπηρετεί στις κεντρικές υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. θα βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του κάθε Πε.Σ.Υ.Π.

δ) Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.), που συστήθηκε ως Ν.Π.Δ.Δ. με τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 3106/2003 και το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Σ.Υ.Κ.Φ.), που συστήθηκε ως Ν.Π.Δ.Δ. με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3106/2003, υπόκεινται στον προληπτικό έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου.»

3. Οι διατάξεις του τέταρτου και πέμπτου εδαφίου της παραγράφου 3 του άρθρου 4 του Ν. 3106/2003 ισχύουν και για τον Πρόεδρο του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.).

4. Τα τρία πρώτα εδάφια της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 αντικαθίστανται ως εξής:

«Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.), που αναφέρονται στα επόμενα εδάφια, μετατρέπονται σε υπηρεσίες του Περιφερειακού Συστή-

ματος Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) στην περιφέρεια του οποίου λειτουργούν. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και εφεξής θα αναφέρονται ως μονάδες κοινωνικής φροντίδας.»

## Άρθρο 22

### Θέματα Ο.Π.Α.Δ. - Τρόπος πληρωμής φαρμακοποιών

Α. 1. Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) Ν.Π.Δ.Δ. εξομοιώνεται πλήρως με το Ελληνικό Δημόσιο και έχει όλες ανεξαιρέτως τις στέλειες, τα δικαστικά, δικονομικά, διοικητικά, οικονομικά και ουσιαστικά προνόμια που παρέχονται στο Δημόσιο.

Απαλλαγές, που προβλέπονται υπέρ του Δημοσίου, από το παράβολο για άσκηση ενδίκων μέσων και βοηθημάτων, για την εισφορά υπέρ του Ταμείου Χρηματοδότησης Δικαστικών Κτιρίων και για το δικαστικό ένσημο αντιγράφων και απογραφών, ισχύουν και για τον Ο.Π.Α.Δ.

Για την είσπραξη των απαιτήσεων του Ο.Π.Α.Δ. και γενικά των εσόδων που εφαρμόζονται οι διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε.

2. Στο άρθρο 3 του Π.Δ. 52/2001 (ΦΕΚ 41/Α/8.3.01) προστίθεται παράγραφος 3, ως εξής:

«3. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει την άσκηση αγωγών και ενδίκων μέσων, την παραίτησή τους, τη διενέργεια εξώδικων διαμαρτυριών, τους συμβιβασμούς δικαστικούς ή εξώδικους, τη δικαστική ή εξώδικη επίλυση υποθέσεων και διαφορών σχετικών με τους σκοπούς του Ο.Π.Α.Δ. εφόσον η γενεσιουργός τους αιτία ανάγεται σε χρόνο μεταγενέστερο της 1.7.2001.

Η εξώδικος επίλυση των διαφορών που γεννήθηκαν μέχρι και την 1.7.2001 θα εξακολουθήσει να γίνεται με τον ίδιο τρόπο που γινόταν μέχρι την ημερομηνία αυτή.

Εκκρεμείς δικαστικές υποθέσεις αλλά και εκείνες που θα προκύψουν στο μέλλον, εφόσον ανάγονται σε χρόνο προγενέστερο της 1.7.2001 εκδικάζονται και εκκαθαρίζονται με το ίδιο καθεστώς που ίσχυε μέχρι την ημερομηνία αυτή.»

3. Η παρ. 4 του άρθρου 11 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273/Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«4. Ο έλεγχος, η εκκαθάριση και η εντολή πληρωμής των δαπανών των περιφερειακών υπηρεσιών του Ο.Π.Α.Δ. ενεργείται από τις κατά τόπους αρμόδιες Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.). Ο έλεγχος, η εκκαθάριση και η εντολή πληρωμής των δαπανών της Κεντρικής Υπηρεσίας ενεργείται από τη Διεύθυνση Διοικητικού - Οικονομικού του Ο.Π.Α.Δ., πλην των δαπανών νοσηλείων εξωτερικού που ενεργείται από την Υ.Δ.Ε. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία, τα όργανα ελέγχου και οι αρμοδιότητές τους, συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού που απαιτούνται, κατά κατηγορία και βαθμό, καθώς και η κατανομή αυτών στην Κεντρική και στις Περιφερειακές Υπηρεσίες, ο χρόνος έναρξης ισχύος της διάταξης της παραγράφου αυτής, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.»

4. Τα δύο τελευταία εδάφια της περίπτωσης ιζ της παρ. 1 του άρθρου 3 του Π.Δ. 52/2001 (ΦΕΚ 41/Α'), όπως η περίπτωση αυτή προστέθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 18 του Ν. 3049/2002 (ΦΕΚ 212/Α'), αντικαθίστανται ως εξής:

«Επιτρέπεται η συγκρότηση επιτροπών ή ομάδων εργασίας για τη μελέτη θεμάτων και διεκπεραίωση εργασιών σχετικών με τη λειτουργία του Οργανισμού. Η αποζημίωση των μελών των επιτροπών και ομάδων εργασίας καθορίζεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά παρέκκλιση των ισχυουσών διατάξεων.»

Β. 1. Για τη χορήγηση φαρμάκων στους ασφαλισμένους του Ο.Π.Α.Δ., ο Οργανισμός υποχρεούται να καταβάλλει στο φαρμακοποιό, ανεξάρτητα από το χρόνο ελέγχου και εκκαθάρισης του λογαριασμού του, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά την αφαίρεση των νόμιμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό μέσα σε σαράντα πέντε (45) ημέρες από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και την εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο του απηθέντος από το φαρμακοποιό και εξοφληθέντος ποσού, η διαφορά παρακρατείται από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού. Σε περίπτωση μη υποβολής νεότερου λογαριασμού, η διαφορά αναζητείται από τον Ο.Π.Α.Δ. κατά τις κείμενες διατάξεις. Η έναρξη ισχύος της διάταξης αυτής ορίζεται με την απόφαση της παραγράφου 4 του προηγούμενου άρθρου.

2. Ο έλεγχος των εντολών που υποβάλλουν οι φαρμακοποιοί στις κατά τόπους αρμόδιες Υπηρεσίες Περιθαλψής Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.) προς αναγνώριση των απαιτήσεών τους, για τη χορήγηση φαρμάκων σε ασφαλισμένους του Δημοσίου, μπορεί να είναι δειγματοληπτικός.

Με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών καθορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία, το ποσοστό των ελεγχόμενων λογαριασμών, τα όργανα ελέγχου και οι αρμοδιότητές τους, ο χρόνος διεκπεραίωσης, οι συνέπειες (διοικητικές κυρώσεις) σε περίπτωση καταστρατήγησης των ισχυουσών διατάξεων, καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

3. Μέχρι την εφαρμογή των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του παρόντος άρθρου για την καταβολή στους φαρμακοποιούς του δικαιούμενου ποσού, ισχύει η προθεσμία των σαράνταπέντε (45) ημερών με την ακόλουθη διαδικασία:

Η υποβολή των δικαιολογητικών γίνεται στην αρμόδια Υ.Π.Α.Δ. η οποία εντός είκοσι (20) ημερών αποστέλλει τα δικαιολογητικά στην οικεία Υ.Δ.Ε. Η Υ.Δ.Ε. ύστερα από έλεγχο εκδίδει το σχετικό ένταλμα και το αποστέλλει εντός είκοσι (20) ημερών στην Υ.Π.Α.Δ. Η εξόφληση του εντάλματος γίνεται από την Υ.Π.Α.Δ. εντός πέντε (5) ημερών.

### Άρθρο 23

1. Η πρώτη περίοδος του πρώτου εδαφίου της παρ. 1 του άρθρου 27 του Ν. 2519/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Περιφερειακά ιατρεία, τα οποία βρίσκονται σε περιοχές με ιδιαίτερες γεωγραφικές και πληθυσμιακές ανάγκες και είναι απομακρυσμένα από τα Κέντρα Υγείας στα οποία υπάγονται, μπορεί, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία.»

2. Η πρώτη περίοδος του εδαφίου 1 της παραγράφου Δ του άρθρου 12 του Ν. 2955/2001 αντικαθίσταται ως εξής:

«Η προθεσμία για την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης, που προβλέπεται από το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 5 του άρθρου 5 του Ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119/Α'), όπως αυτό αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 1 του άρθρου 6 του Ν. 2256/1994 (ΦΕΚ 196/Α'), παρατείνεται μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2003.»

3. Στη διάταξη της παρ. 1 περ. στ' του άρθρου 48 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') προστίθεται εδάφιο, που έχει ως εξής:

«Τα ανωτέρω ποσά διατίθενται για την κάλυψη της δαπάνης του άρθρου 6 παρ. 10 του Ν. 1965/1991 και του άρθρου 16 παρ. 8 του Ν. 2227/1994, όπως διατηρήθηκε σε ισχύ με τη διάταξη του άρθρου 13 παρ. 8 του Ν. 2470/1997 και σύμφωνα με όσα ορίζονται στην υπ' αριθμ. πρωτ. 2/92492/0022/13.1.2000 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ 50/Β'/25.1.2000).»

4. Τα Πε.Σ.Υ.Π. δύνανται να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για δαπάνες λειτουργίας τόσο των κεντρικών υπηρεσιών τους όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων τους.

Οι επιχορηγήσεις αυτές διατίθενται στις αποκεντρωμένες μονάδες κατά το μέρος που τις αφορούν, με αποφάσεις των Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ.Π.

Επίσης τα Πε.Σ.Υ.Π. δύνανται να επιχορηγούν τις αποκεντρωμένες μονάδες τους και από ίδιους πόρους.

5. Μετά την παρ. 22 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 προστίθεται παράγραφος 22α, ως εξής:

«22α. Σε κάθε Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.Π.) καταρτίζονται κατάλογοι επισκοπικού προσωπικού, κατά κατηγορία, για τους κλάδους Νοσηλευτικού Προσωπικού, ΔΕ Τεχνικού Προσωπικού, ειδικότητας Οδηγού Αυτοκινήτου, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, Πληρώματος Ασθενοφόρου, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων και ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας για την κάλυψη των έκτακτων και των επείγουσων αναγκών των Νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας, Ειδικών Κέντρων Υγείας, Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων και Περιφερειακών Ιατρείων Κέντρων Υγείας σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Για καθέναν από τους φορείς αυτούς και κάθε κλάδο καταρτίζεται ξεχωριστός κατάλογος.

Οι κατάλογοι καταρτίζονται από τον Πρόεδρο του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. μέσα στο μήνα Δεκέμβριο κάθε έτους, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 2190/1994 και ισχύουν για δύο (2) έτη. Για την εγγραφή στον κατάλογο απαιτείται αίτηση των ενδιαφερομένων, που υποβάλλεται το μήνα Νοέμβριο κάθε έτους. Ο υποψήφιος δικαιούται να υποβάλει αίτηση μόνο σε έναν φορέα. Η υποβολή μέσα στο ίδιο έτος περισσότερων από μία αιτήσεων συνεπάγεται τον αποκλεισμό ή τη διαγραφή του υποψηφίου από όλους τους καταλόγους. Ο κατάλογος δημοσιεύεται με τοιχοκόλληση στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος του Πε.Σ.Υ.Π. και για το σκοπό αυτόν συντάσσεται αυθημερόν βεβαίωση δύο υπαλλήλων του Πε.Σ.Υ.Π., που πρωτοκολλείται στο βιβλίο πρωτοκόλλου του Πε.Σ.Υ.Π. Μετά τον έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π., που ασκείται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ.Π. καταρτίζει τον οριστικό κατάλογο, που δημοσιεύεται σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου.

Οι εγγραφόμενοι στον κατάλογο, μέσα σε δέκα (10) ημέρες από τη δημοσίευσή του, δηλώνουν το χρονικό διάστημα για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών (3) μηνών και μεγαλύτερο του ενός έτους, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αρμόδια υπηρεσία του Πε.Σ.Υ.Π. καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ'όλο το έτος. Οι απασχολούμενοι αμείβονται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για το προσωπικό με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου των ίδιων φορέων. Η δαπάνη για την αμοιβή τους βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου που θα τους απασχολήσει.

Μετά την εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 15 του Ν. 2889/2001, οι δαπάνες των απασχολούμενων σε Κέντρα Υγείας θα βαρύνουν αντίστοιχα και τους προϋπολογισμούς των Κέντρων Υγείας. Η σχετική σύμβαση συνάπτεται με το φορέα που είναι υπόχρεος για την καταβολή των αποδοχών.

Οι προσλήψεις του προσωπικού αυτής της παραγράφου διενεργούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να απαιτείται εγκριτική απόφαση της Τριμελούς Επιτροπής της παρ. 1 του άρθρου 2 της ΠΥΣ 55/1998 (ΦΕΚ 252/Α/12.11.1998), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.»

Κατά την πρώτη εφαρμογή αυτού του νόμου οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων υποβάλλονται μέσα σε έναν (1) μήνα από τη δημοσίευσή του και οι κατάλογοι καταρτίζονται μέσα στον επόμενο μήνα και ισχύουν μέχρι το τέλος του επόμενου έτους.

#### Άρθρο 24

1. Η παρ. 4 του άρθρου 14 του Ν. 1397/1983, που προστέθηκε με το άρθρο 62 του Ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50/Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

«4. Στα Κέντρα Υγείας των απομακρυσμένων ή μικρών νησιών μπορεί να διορίζεται, με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. τριμελής Διοικούσα Επιτροπή, η οποία αποτελείται: α) από τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο, που ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου ΠΕ.Σ.Υ. και β) από έναν δημοτικό ή κοινοτικό σύμβουλο του Ο.Τ.Α. Α' βαθμού της έδρας του Κέντρου Υγείας, που ορίζεται από τον Ο.Τ.Α. Η θητεία των μελών της Διοικούσας Επιτροπής είναι τριετής.

Ο Πρόεδρος της Διοικούσας Επιτροπής μετέχει χωρίς ψήφο στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. όταν συζητούνται θέματα του Κέντρου Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι αρμοδιότητες της Διοικούσας Επιτροπής του Κέντρου Υγείας.»

2. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 17 και η παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

«Υπεύθυνος για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός ή οδοντίατρος του Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. μετά από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής του Διευθυντή.

Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός ή οδοντίατρος με βαθμό Διευθυντή, το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. μπορεί να αναθέσει τη διεύθυνση σε έναν από τους Αναπληρωτές Διευθυντές ή Επιμελητές Α' του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Διευθυντή είναι τριετής.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του Διευθυντή του Κέντρου Υγείας.»

#### Άρθρο 25 Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Αυγούστου 2003

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
Κ. ΣΚΑΝΔΑΛΙΔΗΣ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΑΠ. ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ  
Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
Π. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
Δ. ΡΕΠΠΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ  
Γ. ΔΡΥΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ

ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ  
ΕΥΑΓΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ  
Χ. ΒΕΡΕΛΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 4 Αυγούστου 2003

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ