



ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΛΟΙΠΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΚΑΙ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ Α΄**

Αθήνα, 10/03/2026  
 Αριθμ. πρωτ: Γ5α/Γ.Π.οικ.11966

Ταχ. Δ/νση : Μακεδονίας 8  
 Ταχ. Κώδικας: 104 33 Αθήνα  
 Πληροφορίες : Καπέλλα Π.  
 Τηλέφωνο : 210 82 08 812  
 E-Mail : [dey\\_a@moh.gov.gr](mailto:dey_a@moh.gov.gr)

**ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ**

**Θέμα:** «Παρέχονται διευκρινήσεις σχετικά με τη διαδικασία αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων ιατρικών ειδικοτήτων»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

- α. του ν. 1278/1982 «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας» (Α΄ 105),
- β. της παρ. 1 του άρθρου 31 του ν. 1397/1983 «Εθνικό σύστημα υγείας» (Α΄ 143),
- γ. του άρθρου 6 του ν.δ. 3366/55 «Περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων τινών διατάξεων» (Α΄ 258),
- δ. του π.δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α΄ 148),
- ε. του π.δ. 79/2023 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (Α΄ 131),
- στ. του άρθρου 90 του π.δ. 63/2005 «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα» (Α΄98), όπως διατηρήθηκε σε ισχύ με την περ. 22 του άρθρου 199 του ν. 4622/2019 (Α΄133),
2. Την υπ΄ αρ. 37310/09-07-2023 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Μάριο Θεμιστοκλέους» (Β΄ 4435),
3. Την υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-08-2018 απόφαση Αναπληρωτή Υπουργού «Σύσταση, μετονομασία ιατρικών ειδικοτήτων, καθορισμός χρόνου και περιεχομένου άσκησης για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας» (Β΄ 4138),
4. Την υπ΄ αριθμ.824/17-06-2025 απόφαση της Διοικούσας Επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ. «Ορισμός διαδικασίας και στοιχεία φακέλου αξιολόγησης εκπαιδευτικών κέντρων ειδικοτήτων και έντυπο αξιολόγησης εκπαιδευτικού κέντρου από ειδικευόμενους», όπως έγινε δεκτή από τον Υφυπουργό Υγείας,
5. Την υπ΄ αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.27892/23-06-2025 (Β΄3627), απόφαση Υφυπουργού, με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Ακτινολογίας και της Πυρηνικής Ιατρικής» (ΑΔΑ:9ΦΗ6465ΦΥΟ-ΩΒΞ)
6. Την υπ΄ αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.27875/23-06-2025 (Β΄3627), απόφαση Υφυπουργού με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση των ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Αιματολογίας, Αλλεργιολογίας, Αναισθησιολογίας, Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Γαστρεντερολογίας, Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Εσωτερικής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας – Διαβήτη – Μεταβολισμού, Ιατροδικαστικής, Καρδιολογίας, Νευρολογίας, Νεφρολογίας, Παθολογικής Ογκολογίας, Παιδιατρικής, Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας και Ρευματολογίας» (ΑΔΑ:6064465ΦΥΟ-ΒΗΜ)
7. Την υπ΄ αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.27881/23-06-2025 (Β΄3627), απόφαση Υφυπουργού, με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση ιατρών στην Ιατρική

Ειδικότητα της Ιατρικής Βιοπαθολογίας/Εργαστηριακής Ιατρικής» (ΑΔΑ:6Η5Ε465ΦΥΟ-ΠΩΙ)  
8.Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.27884/23-06-2025 (Β'3627), απόφαση Υφυπουργού, με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση ιατρών στην Ιατρική Ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης» (ΑΔΑ:Ψ87Σ465ΦΥΟ-ΑΤΞ)

9. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.27887/23-06-2025 (Β'3695), απόφαση Υφυπουργού, με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση των ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Αγγειοχειρουργικής, Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Νευροχειρουργικής, Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Ουρολογίας, Οφθαλμολογίας, Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Χειρουργικής, Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, Χειρουργικής Παίδων, και Ωτορινολαρυγγολογίας» (ΑΔΑ:ΡΛΨΓ465ΦΥΟ-1ΔΥ)

10. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.30546/09-07-2025 (Β'4692), Απόφαση Υφυπουργών, με θέμα: «Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων/δικτύων για άσκηση στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής» (ΑΔΑ:ΨΚΩΚ465ΦΥΟ-ΚΞΠ)

11. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.30543/09-07-2025 (Β'4692), απόφαση Υφυπουργών, με θέμα:«Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων/δικτύων για άσκηση ιατρών στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου» (ΑΔΑ:6Τ5Π465ΦΥΟ-426)

12.Την υπ' αριθμ.πρωτ.Γ5α/Γ.Π.οικ.47649/15-10-2025 (Β'5829) απόφαση Υφυπουργού, με θέμα:«Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.27892/23-06-2025 απόφασης Υφυπουργού Υγείας, με θέμα: “Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Ακτινολογίας και της Πυρηνικής Ιατρικής» (Β'3627)”» (ΑΔΑ:9ΨΤΠ465ΦΥΟ-ΥΛ8).

13.Την υπ' αριθμ.πρωτ.Γ5α/Γ.Π.οικ.47648/15-10-2025 (Β'5829) απόφαση Υφυπουργού, με θέμα:«Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ.27887/23-06-2025 απόφασης Υφυπουργού Υγείας, με θέμα: “Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση των ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Αγγειοχειρουργικής, Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Νευροχειρουργικής, Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Ουρολογίας, Οφθαλμολογίας, Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Χειρουργικής, Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, Χειρουργικής Παίδων, και Ωτορινολαρυγγολογίας»(Β'3695)”» (ΑΔΑ:ΨΗ16465ΦΥΟ-ΟΑ4).

14.Την υπ' αριθμ.πρωτ.Γ5α/Γ.Π.οικ.47650/15-10-2025 (Β'5829) απόφαση Υφυπουργού, με θέμα:«Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ.27875/23-06-2025 απόφασης Υφυπουργού Υγείας, με θέμα: “Κριτήρια αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων για άσκηση ιατρών στις Ιατρικές Ειδικότητες της Αιματολογίας, Αλλεργιολογίας, Αναισθησιολογίας, Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Γαστρεντερολογίας, Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Εσωτερικής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας – Διαβήτη – Μεταβολισμού, Ιατροδικαστικής, Καρδιολογίας, Νευρολογίας, Νεφρολογίας, Παθολογικής Ογκολογίας, Παιδιατρικής, Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας και Ρευματολογίας» (Β'3627)”»(ΑΔΑ:9ΗΚ6465ΦΥΟ-ΧΘΕ).

Ως προς την διαδικασία υποβολής αιτήσεων Εκπαιδευτικών Κέντρων ιατρικών ειδικοτήτων προς αξιολόγηση, ως κατάλληλων για χορήγηση χρόνου εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες, διευκρινίζονται τα κάτωθι:

#### **Α. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ :**

1. Για την αναγνώριση Νοσοκομείου ή Ομάδας Νοσοκομείων/Εκπαιδευτικού δικτύου Μ.Ψ.Υ. ως Εκπαιδευτικού Κέντρου (Ε.Κ.) για την χορήγηση χρόνου εκπαίδευσης σε ειδικότητα, υποβάλλεται αίτηση προς αξιολόγηση, συνοδευόμενη από την απαιτούμενη τεκμηρίωση, η οποία συντάσσεται και υπογράφεται αρμοδίως από τον Διευθυντή ή τον Συντονιστή Διευθυντή της αντίστοιχης ανά ειδικότητα Κλινικής/Τμήματος ή Εργαστηρίου του υποψήφιου Εκπαιδευτικού Κέντρου και τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Σε περίπτωση που Κλινική/Τμήμα ή Εργαστήριο χορηγεί περισσότερες από μία ειδικότητες, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό έντυπο για κάθε ειδικότητα.

2. Ο φάκελος αξιολόγησης υποβάλλεται για γνωμοδότηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και εφόσον λάβει θετική γνωμοδότηση, διαβιβάζεται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου ή στο αρμόδιο όργανο Διοίκησης του φορέα, στον οποίο ανήκει το Εκπαιδευτικό Κέντρο, για σχετική απόφαση.
3. Στη συνέχεια, ο φάκελος υποβάλλεται από το Διοικητικό Συμβούλιο ή το αρμόδιο όργανο Διοίκησης του φορέα, στην οικεία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ) ή στον εποπτεύοντα φορέα, για σχετική έγκριση.
4. Μετά την έγκριση, η οικεία Δ.Υ.ΠΕ. ή ο εποπτεύων φορέας διαβιβάζει το αίτημα στη Διεύθυνση Ιατρών, Λοιπών Επιστημόνων και Επαγγελματιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την παράγραφο Γ της παρούσας εγκυκλίου, προκειμένου να υποβληθεί στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) για αξιολόγηση.
5. Για αιτήματα αναγνώρισης στρατιωτικών νοσοκομείων και των νοσοκομείων αρμοδιότητας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών-Υπουργείου Παιδείας Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, ως Εκπαιδευτικών Κέντρων, ακολουθείται η αντίστοιχη διοικητική διάρθρωση.
6. Η αναγνώριση Εκπαιδευτικού Κέντρου/Δικτύου για τη χορήγηση χρόνου εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής και Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου ακολουθεί την ίδια διαδικασία, με έγκριση από τα αρμόδια όργανα των Υγειονομικών Περιφερειών, σύμφωνα με τον ν.5129/2024 (Α' 124).

**Β.ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ/ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ Μ.Ψ.Υ., ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ.**

1. Διευκρινίζεται ότι το Εκπαιδευτικό Κέντρο πλήρους ειδικότητας πρέπει να παρακολουθεί περιστατικά από όλο το φάσμα της ειδικότητας, για την οποία αιτείται την αναγνώριση και να εκτελεί το σύνολο των παρεμβάσεων που περιλαμβάνονται στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας, ώστε να συμπληρώνεται πλήρως το βιβλιάριο εκπαίδευσης.
2. Εάν ένα Τμήμα/Κλινική ή Εργαστήριο δεν καλύπτει τις προϋποθέσεις χορήγησης πλήρους ειδικότητας, θα χορηγεί περιορισμένο χρόνο ειδικότητας από 12 μέχρι 24 μήνες και οι ειδικευόμενοι θα συνεχίζουν την ειδικότητα τους σε κέντρο πλήρους ειδικότητας. Επιπλέον, Τμήματα/Κλινικές ή Εργαστήρια που δεν καλύπτουν κάποιες από τις προβλεπόμενες προϋποθέσεις μπορούν να διασυνδεθούν επιστημονικά με Τμήματα/Κλινικές ή Εργαστήρια της ίδιας ή όμορης υγειονομικής περιφέρειας, ως Ομάδα Νοσοκομείων, για τη δημιουργία εκπαιδευτικού κέντρου πλήρους ειδικότητας, με στόχο την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού αντικειμένου και την συμπλήρωση του βιβλιαρίου εκπαίδευσης στην ειδικότητα. Η μετακίνηση των ειδικευομένων θα προγραμματίζεται από τον υπεύθυνο του εκπαιδευτικού κέντρου, όπως ορίζεται από τις σχετικές ισχύουσες διατάξεις.
3. Για τις Ομάδες Νοσοκομείων, προκειμένου να εγκριθεί αίτημα Εκπαιδευτικού Κέντρου χορήγησης πλήρους ειδικότητας, απαιτείται εισήγηση των Επιστημονικών Συμβουλίων των διασυνδεόμενων επιστημονικά Νοσοκομείων, αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των εν λόγω διασυνδεόμενων επιστημονικά Νοσοκομείων, καθώς και έγκριση της/των αρμοδίων Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) ή των εποπτευόμενων φορέων.
4. Για το Εκπαιδευτικό Δίκτυο διασυνδεόμενων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, προκειμένου να εγκριθεί αίτημα Εκπαιδευτικού Δικτύου χορήγησης πλήρους εκπαίδευσης στις ειδικότητες της Ψυχιατρικής και Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, απαιτείται εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ή των Επιστημονικών Συμβουλίων των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών των εκπαιδευτικά διασυνδεόμενων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, καθώς και έγκριση της/των αρμοδίων Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) ή των εποπτευόμενων φορέων.

5. Η Υγειονομική Περιφέρεια ή ο εποπτεύον φορέας του αιτούντος πλήρη χρόνο άσκησης Εκπαιδευτικού Κέντρου, είναι αρμόδια/αρμόδιος για την συγκέντρωση των απαραίτητων δικαιολογητικών έγκρισης και την διαβίβαση του αιτήματος στην Διεύθυνση Ιατρών, Λοιπών Επιστημόνων και Επαγγελματιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την παράγραφο Γ της παρούσας εγκυκλίου, προκειμένου να υποβληθεί στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) για αξιολόγηση.

### **Γ.ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΩΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Για την αναγνώριση Νοσοκομείων ή Ομάδας Νοσοκομείων ή Εκπαιδευτικού Δικτύου Μ.Ψ.Υ., ως Εκπαιδευτικού Κέντρου, υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

<p><b>1.ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ</b></p> <p><b>(Συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι της παρούσας εγκυκλίου)</b></p>
<p><b>2.ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:</b></p>
<p>α.ΦΕΚ Οργανισμού του/των Νοσοκομείων ή ΦΕΚ εγκατάστασης/ένταξης Πανεπιστημιακού Εργαστηρίου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή ΦΕΚ Λειτουργίας του Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., όπως προβλέπεται από τις κείμενες διατάξεις.</p>
<p>β.Βιογραφικά σημειώματα όλων των ειδικευμένων ιατρών στα οποία περιγράφονται απαραίτητα το έτος λήψης ειδικότητας, η προϋπηρεσία μετά την λήψη του τίτλου ειδικότητας, η επιστημονική δραστηριότητα (επιστημονικές δημοσιεύσεις, ενεργή συμμετοχή σε εθνικά και διεθνή συνέδρια κ.λ.π.), σε αρχείο με μορφή zip.</p>
<p>γ.Πεπραγμένα του Εκπαιδευτικού Κέντρου, τα οποία θα αποτυπώνουν αναλυτικά τη δραστηριότητα του Εκπαιδευτικού Κέντρου και θα συνοπογράφονται από τον Διοικητικό Διευθυντή του αιτούντος Εκπαιδευτικού Κέντρου</p>
<p>δ.Έντυπα αξιολόγησης του Εκπαιδευτικού Κέντρου από τους ειδικευόμενους ιατρούς (Συμπληρωμένο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ, της παρούσας εγκυκλίου), σε αρχείο με μορφή zip.</p> <p>*Τα ανωτέρω έντυπα υποβάλλονται ανωνυμοποιημένα.</p>

Παρακαλούνται οι Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών και τα Γενικά Επιτελεία των Ενόπλων Δυνάμεων, για την κοινοποίηση της παρούσας, στους φορείς αρμοδιότητάς τους, προκειμένου να προσαρμόζονται τα αιτήματά τους, σύμφωνα με τα ανωτέρω διαλαμβανόμενα.

Η υπηρεσία μας θα επανέλθει με οδηγίες για τον τρόπο υποβολής των αιτημάτων αναγνώρισης.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΤΖΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΜΑΡΙΟΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΕΟΥΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ****1. Όλες οι Υ.Πε της χώρας**

(με την παράκληση κοινοποίησης στους εποπτευόμενους φορείς, αρμοδιότητάς τους).

**2. ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Β.ΣΟΦΙΑΣ 72  
115 28 Αθήνα

**3. ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Β.ΣΟΦΙΑΣ 76  
115 28 Αθήνα

**4. ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΥ**

(με την παράκληση κοινοποίησης στους εποπτευόμενους φορείς, αρμοδιότητάς του)

Λ.Μεσογείων 227-229  
145 51 Ν.Ψυχικό

**5. ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ**

(με την παράκληση κοινοποίησης στους εποπτευόμενους φορείς, αρμοδιότητάς του)

Λ.Μεσογείων 227-231  
155 61 Χολαργός

**6. ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΝΑΥΤΙΚΟΥ**

(με την παράκληση κοινοποίησης στους εποπτευόμενους φορείς, αρμοδιότητάς του)

Λ.Μεσογείων 229  
155 61 Χολαργός

**7. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ**

Προδρόμου 1 & Χείλωνος 17  
1448 Λευκωσία

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

Δ/ση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης Διοικητικής και Γραμματειακής Υποστήριξης ΚΕ.Σ.Υ

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ (μέσω Τμήματος Γραμματείας)**

1. Ιδιαίτερο Γραφείο Υπουργού Υγείας
2. Ιδιαίτερο Γραφείο Υφυπουργού Υγείας κ. Μάριου Θεμιστοκλέους
3. Ιδιαίτερο Γραφείο Υφυπουργού Υγείας κ. Δημητρίου Βαρτζόπουλου
4. Ιδιαίτερο Γραφείο Γεν. Γραμματέως Υπηρεσιών Υγείας
5. Γραφείο Προϊσταμένης Γεν. Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας
6. Διεύθυνση Ιατρών, Λοιπών Επιστημόνων και Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Α'
7. Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων, Τμήμα Δ'

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι****ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

ΤΟΥ (Τμήμα/κλινική).....

Του (ΦΟΡΕΑΣ Ή ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ).....

**ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ**

.....

Η αίτηση χωρίζεται σε τρία (3) μέρη:

- α) Στο πρώτο μέρος καταγράφονται στοιχεία ταυτότητας του προς αξιολόγηση εκπαιδευτικού κέντρου
- β) Στο δεύτερο μέρος καταγράφονται στοιχεία που αφορούν στα κριτήρια τα οποία θα πρέπει να πληρούνται για την αναγνώριση του εκπαιδευτικού κέντρου.
- γ) Το τρίτο μέρος αποτελεί Συμφωνία-Υπεύθυνη Δήλωση των αναγραφόμενων στην αίτηση και φέρει τις υπογραφές των αρμόδιων.

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ<sup>1</sup>****1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΑΝΗΚΕΙ Ο ΦΟΡΕΑΣ Ή ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ:**ΥΠΕ: 1<sup>η</sup> (Αττικής)  2<sup>η</sup> (Πειραιώς-Αιγαίου) 3<sup>η</sup> (Μακεδονίας)  4<sup>η</sup> (Μακεδονίας και Θράκης) 5<sup>η</sup> (Θεσσαλίας/Στερεάς Ελλάδας) 6<sup>η</sup> (Πελοποννήσου, Ιονίων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας) 7<sup>η</sup> (Κρήτης) ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ: **2. ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ, ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΑΝΗΚΕΙ ΤΟ ΠΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....e-mail.....

1. Σε περίπτωση ομαδοποίησης, η σχετική αίτηση για χορήγηση πλήρους ειδικότητας, συμπληρώνεται αντίστοιχα από τους εκπαιδευτικά διασυνδεδεμένους φορείς και υπογράφεται από τα αρμόδια όργανα αυτών.

**3. ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ/ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ:.....**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  ΕΣΥ 

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ .....

ΠΛΗΡΗΣ ΜΕΡΙΚΗ (..... ΜΗΝΕΣ) **4. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑ: .....ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ: .....ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΒΑΘΜΟΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....e-mail:.....

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΑΝΑΘΕΣΗΣ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ)**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

e-mail:.....

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (Εάν είναι διαθέσιμη):.....

**B. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ<sup>2</sup>.****I. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

1. Δυναμικότητα νοσοκομείου
  - i) ΓΕΝΙΚΟ ..... κλίνες
  - ii) ΕΙΔΙΚΟ .....κλίνες
2. Πλήρης (24ωρη) συμμετοχή στο πρόγραμμα των εφημεριών
  - i) Γενικές εφημερίες (ετήσια) ανά ειδικευόμενο
  - ii) Εσωτερικές εφημερίες (ετήσια) ανά ειδικευόμενο
3. Κλινικές στον οργανισμό του νοσοκομείου
  - i) Παθολογική  αριθμός κλινών.....
  - ii) Παιδιατρική  αριθμός κλινών.....
  - iii) Χειρουργική  αριθμός κλινών .....
  - iv) Καρδιολογική  αριθμός κλινών.....

2.Σε περίπτωση ομαδοποίησης, η σχετική αίτηση για χορήγηση πλήρους ειδικότητας, συμπληρώνεται αντίστοιχα από τους εκπαιδευτικά διασυνδεδεμένους φορείς και υπογράφεται από τα αρμόδια όργανα αυτών.

ν) Άλλες κλινικές /τμήματα απαραίτητες για την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις :

(1) ....

(2) .....

4. Ογκολογικό Συμβούλιο
5. Διεπιστημονικές συναντήσεις
6. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
7. Ακτινολογικό Εργαστήριο με τμήμα υπερήχων και αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας
8. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας
9. Αιμοδοσία
10. Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής,
11. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
12. Ηλεκτρονικό αρχείο νοσηλεύομένων και προσερχόμενων στο Εξωτερικό Ιατρείο
13. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
14. Βιβλιοθήκη
15. Αίθουσα με οπτικοακουστικά μέσα διδασκαλίας

## II. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

1. Κλινική/Τμήμα αποτυπωμένο στο οργανόγραμμα του Νοσοκομείου   
 Αριθμός κλινών .....
- Παρατηρήσεις:
2. Εξωτερικά Ιατρεία   
 Ημέρες .....και ώρες λειτουργίας.....
3. Γραφεία ιατρών (επιμελητών/μελών ΔΕΠ/ειδικευομένων) με πρόσβαση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή
4. Αίθουσα με οπτικοακουστικά μέσα διδασκαλίας και ανάλογο εκπαιδευτικό υλικό
5. Πρόσβαση σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (ιατρικά περιοδικά, UpToDate κλπ)
6. Αρχείο πεπραγμένων
7. Ειδικά ιατρεία (με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου), ημέρες και ώρες λειτουργίας
  - i. ....
  - ii. ....
  - iii. ....κτλ
8. Να περιγραφούν τυχόν άλλα ειδικά τμήματα/μονάδες/εργαστήρια κτλ τα οποία λειτουργούν, σχετικά με την ειδικότητα, και ο τυχόν ειδικός εξοπλισμός τους
9. Προκειμένου για τμήματα εργαστηριακών ειδικοτήτων να περιγραφεί
  - I. ο ετήσιος αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων με τους κωδικούς τους την τελευταία 5ετία (2020 ως και 2024)
  - II. την εφαρμογή συστημάτων εξωτερικού ελέγχου ποιότητας και την αντίστοιχη τεκμηρίωση

## III. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ΕΤΗΣΙΑ) ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ	Αριθμός
Γενικές εφημερίες/μήνα ( μέσος όρος/εκπαιδευόμενο)	
Εσωτερικές εφημερίες/μήνα ( μέσος όρος/εκπαιδευόμενο)	

Νοσηλεία ασθενών σε:	Σύνολο ασθενών (τελευταία 5ετία)	Αριθμός ασθενών ανά έτος				
		2024	2023	2022	2021	2020
Κλίνες Κλινικής/Τμήματος						
Κλίνες βραχείας (ημερήσιας) νοσηλείας						
Ειδικές Μονάδες Τμήματος/ Κλινικής (εξειδικεύστε):						
Αριθμός ασθενών άλλων Κλινικών/Τμημάτων για τους οποίους ζητείται εκτίμηση από το ΕΚ						
<b>Εξέταση ασθενών σε:</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>
ΤΕΠ						
ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ (ΕΙ):						
ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ						

ΕΙ που υπάγονται στην Κλινική/Τμήμα και τοποθετούνται κυκλικά οι εκπαιδευόμενοι (Εξειδικεύστε):						
ΕΙ του Νοσοκομείου που δεν υπάγονται στην Κλινική αλλά τοποθετούνται κυκλικά οι ειδικευόμενοι (Εξειδικεύστε):						

#### ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ με νοσήματα της ειδικότητας

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο ασθενών (τελευταία 5ετία)	Αριθμός ασθενών ανά έτος				
		2024	2023	2022	2021	2020
Επεμβάσεις ειδικότητας						
Ελαφράς βαρύτητας						
Μέσης βαρύτητας						
Σοβαρής βαρύτητας						

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

##### Α. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Εργαστηριακός Τομέας	Σύνολο ασθενών	Αριθμός ασθενών ανά έτος				
		2024	2023	2022	2021	2020

	(τελευταία 5ετία)					
<b>Αριθμός διενεργούμενων εξετάσεων (με κωδικό)</b>						

**Β .ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

<b>Εφαρμογή συστημάτων εξωτερικού ελέγχου ποιότητας, σε ισχύ</b>	<b>Έτος Λήξης</b>

**ΙV. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ**

<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Βαθμός</b>	<b>Έτος λήψης ειδικότητας</b>	<b>Οργανική/προσωποπαγής θέση</b>
<b>Ειδικευμένοι Ιατροί (όνομα επώνυμο)</b>			
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>Αριθμός Ειδικευόμενων</b>	<b>Προβλεπόμενες θέσεις</b>	<b>Υπηρετούντες</b>	<b>Υπεράριθμοι (υπηρετούντες)</b>

--	--	--	--

#### V. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΑΝ ΝΑΙ X
<b>Εκπαιδευτική επίσκεψη νοσηλευόμενων ασθενών παρουσία επιμελητή/Δ-ντή Κλινικής</b>	<input type="checkbox"/>
Εάν ναι, συχνότητα	
1-2 φορές /εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
3-4 φορές/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
Καθημερινά	<input type="checkbox"/>
Άλλη (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>
<b>Παρουσίαση-Συζήτηση περιπτώσεων ασθενών της Κλινικής με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας</b>	<input type="checkbox"/>
Εάν ναι, συχνότητα	
1 φορά/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
1 φορά/ανά 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>
1 φορά/μήνα	<input type="checkbox"/>
Άλλη (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>
<b>Βιβλιογραφική Ενημέρωση με παρουσίαση πρόσφατων άρθρων της διεθνούς βιβλιογραφίας</b>	<input type="checkbox"/>
Εάν ναι, συχνότητα	
1 φορά/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
1 φορά/ανά 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>
1 φορά/μήνα	<input type="checkbox"/>

Άλλη (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>
<b>Τακτικά Μαθήματα/Σεμινάρια στο γνωστικό αντικείμενο της Ειδικότητας (Core Curriculum)</b>	<input type="checkbox"/>
Εάν ναι, συχνότητα	
1 φορά/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
1 φορά/ανά 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>
1 φορά/μήνα	<input type="checkbox"/>
Άλλη (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>

<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>	<b>ΕΑΝ ΝΑΙ X</b>
<b>Συμμετοχή σε διαδικτυακά Μαθήματα</b> (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>
<b>Ημερίδες/Εκπαιδευτικές Εκδηλώσεις Κλινικής</b> (εξειδικεύστε)	<input type="checkbox"/>
<b>Συμμετοχή σε ελληνικά/διεθνή Συνέδρια</b>	
Χωρίς παρουσίαση εργασιών	<input type="checkbox"/>

Με δυνατότητα παρουσίασης εργασιών	<input type="checkbox"/>

**VI. ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΑ ΑΡΜΟΔΙΑ ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ**

1.Ο υπογράφων, με την ιδιότητά μου, ως Διευθυντής, επιστημονικά και διοικητικά υπεύθυνος του προς αξιολόγηση εκπαιδευτικού κέντρου, έχοντας λάβει υπόψη το ισχύον θεσμικό πλαίσιο και τα πεδία της παρούσης αίτησης, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση είναι ορθές, όπως επίσης και το σχετικό υλικό τεκμηρίωσης.

1α. Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ή ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΤΜΗΜΑΤΟΣ ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

1β. Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

2.Συμφωνώ για την υποβολή της παρούσας αίτησης αξιολόγησης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ/ή ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.,ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

3. Εγκρίνω την υποβολή της παρούσας αίτησης αξιολόγησης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ (ή ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ) ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ/ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ  
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ  
ΙΑΤΡΟΥΣ

(ο ειδικευόμενος καλείται να συμπληρώσει το έντυπο ετησίως, σημειώνοντας την αντίστοιχη βαθμολογία και με αιτιολόγηση)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ΕΤΟΣ) \_\_\_\_\_

	5 εξαιρετική	4 πολύ καλή	3 μέτρια	2 ανεπαρκής	
<b>Α.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ</b>					
<u>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ Α</u> (ονοματεπώνυμο)					
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ					
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ					
<u>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ Β</u> (ονοματεπώνυμο)					
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ					
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ					
<b>Β.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</b>					
<b>Γ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ</b>					
<b>Δ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ</b>					
<b>Ε.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΜΕ ΑΛΛΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (για συμπλήρωση του γνωστικού αντικειμένου της ειδικότητας)</b>					
Εκπαιδευτικό κέντρο.....					
Εκπαιδευτικό κέντρο.....					

Αντικείμενο εκπαίδευσης:.....					
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ</b>					

**ΣΧΟΛΙΑ-ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Παρατίθενται σχόλια και επεξηγήσεις που τεκμηριώνουν τη βαθμολογία και προτάσεις για βελτίωση ανά πεδίο αξιολόγησης Α, Β, Γ, Δ, και Ε.

**ΣΧΟΛΙΑ:****ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ:****ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:**