



ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

της Κρήτης

Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ -

ΦΥΛΛΟ 21 ΜΑΡΤΗΣ - ΑΠΡΙΛΙΣ - ΜΑΪΣ 2005

26/6/2005: ΕΚΛΟΓΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΧΑΝΙΩΝ
ΥΤΗ ΤΗ ΦΟΡΑ ΑΣ ΜΗ ΛΕΙΨΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

υνεχίζοντας την «εκστρατεία ενημέρωσης και επιμόρφωσης» πάνω σε θέματα διαχείρισης συστημάτων υγείας, δημοσιεύουμε σε αυτό το ίχος των Ι.Χ. την εισήγηση του κ. Ανδρέα Καρταπάνη, Διοικητή του αναλύτερου Νοσοκομείου της χώρας μας, του Ευαγγελισμού. Η εισήγηση νε στα πλαίσια της Ημερίδας που διοργάνωσε η Εταιρεία Ιατρικών

Μελετών Κρήτης σε συνεργασία με το Πολυτεχνείο (Τμήμα Μηχανικής Παραγωγής και Διοίκησης), τη Νομαρχιακή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή Χανίων και το τμήμα δια βίου εκπαίδευσης της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Χανίων στις 19 Φλεβάρη σε αίθουσα του Πολυτεχνείου Κρήτης.

του Ανδρέα Καρταπάνη,
Διοικητή Γ.Ν.Α.
«ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

την αρχή του περασμένου αιώνα ο Γάλλος μεγαλοβιομήχανος Henri Cottin έγραψε ότι όλοι οι διαχειριστές γυμναστοποιού πέντε πειτουργίες: διάζουν, οργανώνουν, διοικούν, ποντίζουν, επέχουν.

Ενεργειακές πειτουργίες ως τον ταξινόμιση της εργασίας του Διοικητή ενός Νοσοκομείου, πουκνώνονται συνήθως σε τέσσερις: διαδομός, οργάνωση, καθοδήγηση, επέχοντας.

Πειτουργίες της Διοίκησης του Νοσοκομείου

Υπάρχουν διάφορες κατατάξεις κηπούς στο σύγχρονο νοσοκομείο. Κατατάξεις αυτές μπορεί να ποικίλουν, μεταξύ με το μέγεθος και την υπηλικότητα ενός συγκεκριμένου Νοσοκομείου.

Τα νοσοκομεία, όπως και άλλοι ανισμοί, υπάρχουν για την επίτευξη οιας αποστολής ή σκοπού. Κάποιος πει να καθορίσει αυτόν το σκοπό τα μέσα για την εκπλήρωσή του. Το ίσω αυτό γιατί οι στόχοι μεταξύ διόσιων Νοσοκομείων και ιδιωτικών απαντευτηρίων, εκτός του βασικού είναι η θεραπεία του ασθενή, δεν είναι πάντα ίδιοι. Η πειτουργία του διασημού πειραματίστη των καθορισμών στόχων ενός Νοσοκομείου, την ιερώση μιας γενικής στρατηγικής την επίτευξη αυτών των στόχων ώς και την ανάπτυξη μιας περιεκτικής ρηχόποιη σχεδίων για την ενσωμάτωση το συντονισμό δραστηριοτήτων. Οι ειριστές της διοίκησης είναι υπεύθυνοι το σχεδιασμό της δομής ενός



και αφ' ετέρου η διάρθρωση της Ιατρικής υπηρεσίας (ποια ιατρικά τμήματα θα πειτουργήσουν τι εξοπλισμός θα αγορασθεί κλπ.). Η πειτουργία αυτή καθίσταται οργάνωση. Αυτή πειριθαμβάνει τον προσδιορισμό των καθηκόντων που πρέπει να ανατίθεσην, ποιος θα τα εκτελέσει, με ποιο τρόπο θα ομαδοποιηθεί, ποιος θα δίνει αναφορά σε ποιον, καθώς και το επίπεδο στο οποίο θα ληφθούν οι αποφάσεις μέσα στον οργανισμό. Κάθε νοσοκομείο διαθέτει ανθρώπους, και είναι η δουλειά της διοίκησης του νοσοκομείου να καθοδηγεί και να συντονίζει τον κόσμο αυτό. Αυτή είναι η πειτουργία της καθοδήγησης. Όταν οι διευθυντές παρέχουν κίνητρα στους υπαλλήλους, κατευθύνουν τις δραστηριότητες άλλων, επιλέγουν το πιο αποτελεσματικό κανάλι, επικοινωνίας ή επικίνδυνου αντιθέσεις

μεταξύ των μελών, ασχολούνται με την καθοδήγηση. Η τελική πειτουργία της διαχείρισης που εκτελούν οι διοικητικοί είναι ο έλεγχος. Ακόμα και μετά την τοποθέτηση των στόχων, τη διατύπωση των σχεδίων, την περιγραφή των διαθρωτικών ρυθμίσεων, την πρόσθιψη ανθρώπων, την εκπαίδευση και την παροχή κινήτρων, κάτι μπορεί να πάει στραβά. Για να διασφαλισθεί ότι οι πρωτοβουλίες προχωρούν όπως θα έπρεπε, η διοίκηση πρέπει να παρακολουθεί την απόδοση του οργανισμού. Η πραγματική απόδοση πρέπει να συγκριθεί με τους προκαθορισμένους στόχους. Στην περίπτωση που παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές αποκλίσεις, αποτελεί ευθύνη της διοίκησης η απαθοιφή των αιτίων. Η διαδικασία αυτή παρακολουθούμενη, σύγκρισης και διόρθωσης συνιστά τη

πειτουργία του επέχου.

Ας έρθουμε στο χώρο των Δημόσιων Νοσοκομείων. Τέσσερις είναι οι βασικές υπηρεσίες στο οργανόγραμμα ενός Νοσοκομείου που αποτελούν κανονικό του περιβάλλον.

Ιατρική, Νοσοκομείο, Διοικητική, Τεχνολογία. Ενώ στο εξωτερικό του περιβάλλον έχει υπολογιστεί ότι δραστηριοποιείται πάνω από 300 επαγγέλματα.

Οι τέσσερεις αυτές υπηρεσίες είναι απολύτως απαραίτητες και απαιτείται ισόρροπη ανάπτυξη όλων, ώστε το Νοσοκομείο να πειτουργεί απρόσκοπτα.

Η οργάνωση και πειτουργία αυτών των υπηρεσιών διέπεται από τη σχετικούς νόμους και από οργανόγραμμα του Νοσοκομείου. Το πάνω υπηρεσίες του Νοσοκομείου απασχολούνται εργαζόμενοι διαφορετικών μορφωτικών και κοινωνικών επιπέδων (από εργάτες μέχρι καθηγητές Πανεπιστημίου Α' βαθμίδας), στον οποίων τις επιδιώξεις και τις φιλοδοξίες πρέπει να βρεις κοινή συνισταμένη ώστε να επιτυγχάνεις τους σκοπούς του Νοσοκομείου κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Σ' αυτή την προσπάθεια ουσιαστικά είσαι μόνος, χωρίς εργαζόμενοι που διέπει τη πειτουργία των δημόσιων Νοσοκομείων στη χώρα μας είναι τέτοιοι που σου αφήνει ελάχιστα περιθώρια για επιλογή. Έχεις ελάχιστα μέσα επιβράβευσης των καλών προσπαθήσεων των εργάζομένων, ώστε να τους δώσεις το κίνητρο για ακόμη καλύτερη προσπάθειες. Έχεις ακόμα πιο πάντα δυνατότητες συνετισμού των μη σωστών εργάζομένων, ιδιαίτερα αν δεν διαθέρευονται για την εξέπλεξη των αιτίων (π.χ. αποπομπή ιατρού για βαρύτατη πειθαρχική παράπτωμα). Έτσι ο μόνος τρόπος που μπορείς να προωθήσεις την εύρυθμη πειτουργία του Νοσοκομείου είναι συναρπάζοντας σχέσεις





ΕΚΛΟΓΕΣ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥΣ: Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ

Οι εκλογές που πραγματοποιούνται ή έχουν πραγματοποιηθεί στους ιατρικούς συλλόγους της χώρας μας το 2005, αποτελούν για μια ακόμη φορά μια καθοριστική καμπή για το ιατρικό Σώμα.

Αυτό διότι θα πρέπει να δείξει όλο το ιατρικό σώμα μπορεί να συσπειρωθεί γύρω από τους ιατρικούς Συλλόγους και με την ανατολική του παρουσία να τους μετατρέψει σε ουσιαστικά όργανα των Ιατρών. Είναι γεγονός ότι η μέχρι τώρα πειτουργία των ιατρικών Συλλόγων τους έχει αστατήσει γραφειοκρατικά όργανα χωρίς καμία δυνατότητα παρέμβασης στην ιατρικά δρώμενα απλά και στο ουσιαστικό ρόλο παρέμβασης τους στην μόρφωση των συνθηκών υγείας. Είναι επίσης γεγονός ότι στο ιατρικό σώμα υπάρχουν διαμορφωθεί διαφορετικά επαγγελματικά συμφέροντα τα οποία ωθούν τους γιατρούς να συσπειρώνονται ανά ομάδα τέτοιων συμφερόντων είτε αυτά είναι ανά εργασιακό χώρο είτε είναι ανά επιστημονικό αντικείμενο κ.α.. Παρ' όλα αυτά όμως θα πρέπει όλοι οι γιατροί να πλαισιώσουν και να δυναμώσουν την ιατρικούς Συλλόγους και τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο γιατί μέσα από την αρχή τα όργανα θα μπορέσουμε να βγάλουμε προς τα έξω μια ενιαία φωνή και να αντισταθούμε στις προκλήσεις και στην προσπάθεια απαξίωσης και ποινικοποίησης της ιατρικού επαγγέλματος που επικειρείται από διάφορα κέντρα. Ως αυτά για την ιατρική συγένεια πρέπει πρώτα και κύρια να αγωνισθούμε για την απλήση του αιθετικού πλαισίου κάτω από το οποίο πειτουργούν οι ιατρικοί Σύλλογοι και της Ε.Ι.Σ. Εδώ και τόσα χρόνια η πολιτεία γνωρίζοντας την αδιαφορία των γιατρών ποιεί στο έπακρον την δυνατότητα της στο "διάρει και βασίζεις" και επιθετεί την αποτελεσματική κατηγορία ιατρών, ώστε οι αντιδράσεις να είναι στοιχειωμένες, εξ' αιτίας της αδιαφορίας και του εφουσυασμού των υπολοίπων που πιστεύουν ότι δεν θα έπθει η σειρά τους.

Πέρα όμως από αυτά η τεράστια αύξηση του αριθμού των γιατρών (σήμερα άνοιμει αισιώς τις 65000) χωρίς να μπορούμε να υπολογίσουμε το τι είναι γεγονός να προκληθεί με τυχών μετακινήσεις ιατρικού δυναμικού μετά την άρνηση των νέων χωρών στην Ευρωπαϊκή ένωση. Δημιουργεί μία σειρά προβλημάτων που επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας απλά και στο επίπεδο εργασιακών σεων των ιατρών δημιουργώντας μια υπερπροσφορά και κατά συνέπεια μία απίστευτη ποικιλία αμοιβών των ιατρών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

Τους καθιστά αντικείμενο εκμετάλλευσης και εμπαιγμού 1ο) από την πολιτεία για την αγορά της συγένειας την αναπροσαρμογή της κοστοπλόγησης των ιατρικών σκέψεων και μη πραγματοποιούμενη ποτέ, 2ο) τους διάφορους ασφαλιστικούς φρείς που επιθυμούν να κάνουν συμβάσεις είτε αυτοί επλέγχονται από το δημόσιο είτε αυτοί είναι ιδιωτικοί. Οι μεν φορείς που επλέγχονται από το δημόσιο ποιοιούνται προς άγραν κομματικής πεπλατείας καταργώντας όποτε αυτοί έχουν τις συμβάσεις και προσλαμβάνοντας γιατρούς ανεξαρτήτως αντικειμενικών περίπτωσης (ΤΑΞΥ, ΤΕΒΕ κ.α.), οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φρείς προτείνοντας συμβάσεις με πολλή χαμηλή αμοιβές, 3ο) στις έμμισθες θέσεις του ιδιωτικού τομέα, 4ο) εμπαιγμούς τους νοσοκομειακούς γιατρούς μη εφαρμόζοντας την νοτική οδηγίας 93/14 για το ωράριο εργασίας και αδιαφορώντας για το ιατρικοδοτικό τους, 5ο) εμπαιγμούς τους γιατρούς του ΙΚΑ, βάζοντας συνεχώς σύνδικα στην επίβλωση του ασφαλιστικού τους και μη καλύπτοντας τις πραγματικές ανάγκες των ασφαλισμένων απλά κάνοντας προσπλήψεις με ρουσφετολογικά στρίπια, κ.α.

Σε αυτό ποιοντος το διαμορφωμένο τοπίο όλοι οι γιατροί θα πρέπει να βοηθήσουν και ώστε να ισχυροποιηθούν οι ιατρικοί συλλόγοι απλάζοντας το νομοθετικό πλαισίο που έχει ωστε: να μπορούν οι σύλλογοι των ιατρών να διεκδικούν την σύναψη διαθητικών συμβάσεων εργασίας, να είναι υπεύθυνοι και να ρυθμίζουν των δημόσιων ιατρών που εργάζονται στην περιοχή ευθύνης τους και να έχουν δυνατότητα συμμετοχής σε όλα τα κέντρα λίπψεως αποφάσεων που έχουν κάνουν με την υγεία.

ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ. ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΧΑΝΙΩΝ
ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΟΝ Π.Ι.Σ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης
ΚΩΔΙΚΟΣ: 5684

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης
ΕΚΔΟΤΗΣ: Χαράλαμπος Μπατάκης, e-mail: batakis@otenet.gr
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: GYRAKIS PUBLICATIONS
Γιώργος Γυράκης, e-mail: ggypakis@yahoo.com
ΤΗΛ. 28210 56790, 28210 69162, ΦΑΞ: 28210 52577
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 8ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 37, ΧΑΝΙΑ Τ.Κ. 73132

Ιατρικά Χρονικά διανέμονται δωρεάν σε όλους τους Γιατρούς της Κρήτης. Εάν δεν τα μιμάνετε, παρακαλούμε, αποστείλτε μας την πλήρη διεύθυνσή σας (με T.K.) στα e-mail της εφημερίδας μας, ή ταχυδρομικά.

Εισήγηση της Νομαρχιακής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής Ν. Χανίων στο Αναπτυξιακό Συνέδριο του Νομού.
Εισηγητής: Χαράλαμπος Μπατάκης

Oι κοινωνικές και οικονομικές απλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, απλά και στον ευρύτερο περίγυρο μας, Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταβάλλουν σημαντικά το τοπίο, όσον αφορά το προσδιοριστικό περιβάλλον που βιώνεται η υγεία και η ασθένεια ενός λαού.

Σε αυτό, ποιοπόν, το συνεχώς διαμορφούμενο περιβάλλον πηγάδειεν της υγείας σαν βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός αναπτυξιακού προγράμματος.

Για την ανάδειξη του στόχου αυτού η NOKE, θεώρησε σκόπιμο ότι θα πρέπει να προσεγγίσουμε τις παραμέτρους που επιδρούν και προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας στον τόπο μας, καθώς και τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας όπως είναι ο Δημόσιος Τομέας (Νοσοκομεία του ΕΣΥ ή άπλα νοσοκομεία δημόσιου χαρακτήρα, Κέντρα Υγείας και περιφερειακά ιατρεία αυτών, πολυπλατείες ασφαλιστικών οργανισμών, Δημοτικά ιατρεία, προνοιακά ιδρύματα κλπ) και ο Ιδιωτικός Τομέας (Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κλινικές, Διαγνωστικά Κέντρα, Ιατρεία επειδημοτικής ιατρών και Οδοντιάτρων κλπ) με τις υπάρχουσες υποδομές τους που έως τώρα καλύπτονται τις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής του νομού Χανίων.

Παράμετροι που επιδρούν και προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας είναι η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη(όπως αυτή εκφράζεται από δείκτες ανεργίας, συνθηκών διαβίωσης, δείκτες και είδος παραγωγικότητας κ.α), ο τρόπος ζωής και τα πρότυπα συμπεριφοράς καθώς και οι δημογραφικές τάσεις που ίσως μέχρι ένα βαθμό καθορίζουν όλα τα υπόλοιπα. Ο προσδιορισμός της προοπτικής του πληθυσμού μιας περιοχής καθώς και μίας χώρας αποτελεί σήμερα βασικό μετριοπαθητικό στοιχείο για την χάραξη κοινωνικοοικονομικής πολιτικής και οποιουδήποτε

ένας προγραμματισμός υγείας πρέπει να γίνει πλαισίοντας την οικονομία όπως την πορεία πληθυσμού της περιοχής απλά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του αφού οι δημογραφικές εξελίξεις διαμορφώνουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού

Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (μέσος χρόνος ζωής στην Κρήτη αυξήθηκε από το 1960 που ήταν για τους άνδρες 68,5 έτη στα 73,44 το 1981 και για γυναίκες από 71,80 το 1961 στα 77,53 το 1999).
(Πηγή: Μ.Παπαδάκης, Κ.Τσιμόπουλος, Περιφερειακοί πίνακες επιβίωσης της Ελληνικού πληθυσμού 1960-1998, ΚΩΔΕ, Πανεπιστημιακό Πειραιώς, Αντίστοιχα για τον Ελληνικό πληθυσμό στο σύνοπτο του προσδόκιμου επιβίωσης αυξήθηκε κατά την περίοδο 1980-1997 από 72,2 σε 75,3 έτη για τους άνδρες από 76,6 σε 80,6 για τις γυναίκες (Πηγή Ο.Ο.Σ.Α., 1999)).

Έτσι οι Ελλάδα στο σύνοπτο της σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. για το 1996, κατέχει την 8η θέση στην Ευρώπη ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης του συνολικού πληθυσμού (Π.Ο.Υ. 1997).

Η αύξηση δε του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση συνέβαλλε καθοριστικά στη σημαντική μείωση του δείκτη βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας που για τα Χανιά ήταν την περίοδο 1952-62 35,0 από 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών ενώ την περίοδο 1978-1982 15,0 από 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.. Ταυτόχρονα, προσδόκιμο επιβίωσης σε άτομα πληκτικά άνω των 65 ετών αυξήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 1980-1997, από 14,6 σε 16,2 έτη για τις άνδρες και από 16,7 σε 18,7 έτη για τις γυναίκες πλόγω της μείωσης της γεννητικής θνησιμότητας.

Ανασυχητικό ωστόσο είναι ότι αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού και κατ'επέκταση της Κρήτης και του Νομού Χανίων παρουσιάζει μείωση τις τελευταίες δεκαετίες. Τα βασικά αίτια της υπογεννητικότητας είναι κυρίως γεωγραφική και επαγγελματική, εγκατάσταση περιοχών εργασίας, καθώς και η πλήθηση των γεννητικών θνησιμότητας που γίνεται στην Κρήτη από την αριθμού των αγροτών παραδοσιακά συνιστούσαν την αναπαραγωγική ομάδα των πολιτισμών της ασύμμετρη αστικοποίηση, η εκπαίδευση σε περιοχές που μειώνεται σημαντικά η εργασία των γυναικών.

Υγεία, βασική συνισταμένη ανάπτυξης στο νομό ΧΑΝΙΩΝ

	Άνδρες	Γυναίκες
<1 έτους		
1-4 έτών	15.527	14.585
5-9 έτών	16.345	15.281
10-14 έτών	18.163	17.246
15-19 έτών	21.312	19.963
20-24 έτών	22.722	21.257
25-29 έτών	25.534	21.351
30-34 έτών	22.122	20.837
35-39 έτών	20.478	19.087
40-44 έτών	19.019	17.467
45-49 έτών	17.836	16.165
50-54 έτών	16.641	15.305
55-59 έτών	14.028	13.840
60-64 έτών	14.370	15.106
65-69 έτών	13.775	14.912
70-74 έτών	11.489	13.516
75-79 έτών	7.880	10.051
80-84 έτών	5.089	6.722
85 έτών και άνω	5.138	6.460

γή : ΕΣΥΕ, 1999

Πίνακας 1

ίταν το 1983 μειώθηκε σε 16% το 1997 (Πηγή ΕΣΥΕ, ίδιοι υπολογισμοί, 2000). Αν και δεν πρόκειται για καθησυχαστική διαπίστωση αξίζει να σημειωθεί ότι ανάλογη τάση παρουσιάζουν και τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη, όπου παρατηρείται μία συνεχιζόμενη αύξηση του πληθυσμού για τις ηλικίες άνω των 65 ετών.

Είναι αναμενόμενο επομένως ότι η μεταβολή της σύνθεσης του πληθυσμού θα επιφέρει μεταβολές στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Βάσει των εκτιμήσεων

προβλέπεται αύξηση των ζητούμενων υπηρεσιών υγείας, πόγως της μεγαλύτερης νοσορότητας των ομάδων του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών, αλλά και τροποποίηση του είδους των ζητούμενων υπηρεσιών, αφού τα νοσήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν θα αφορούν νοσήματα φθοράς.

Προβληματίζει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης που μεταφράζεται σε ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών και οφείλεται κυρίως στον περιορισμό των γεννήσεων και στην επιμήκυνση της ζωής ενώ συνεπάγεται αύξηση των δαπανών υγείας. Η διαχρονική εξέπλιξη του δείκτη γήρανσης (αναλογία του πληθυσμού άνω των 65 ετών προς τον πληθυσμό 0-14 ετών, εκφρασμένη σε ποσοστιαία βάση) και του δείκτη εξάρτησης (αναλογία μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού 0-14 και 65 και άνω ετών προς τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό 15-64 ετών) παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό, στο διάστημα 1997-1999 παρατηρείται αύξηση του δείκτη γήρανσης από 97,69% σε 101,96% και αύξηση του

3% το 2021.
Η Ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της Κρήτης ανά φύλο δίνεται στον πίνακα 1.

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

έως 30 ετών, καθώς και μία σημαντική παρουσία τοξικοεξαρτόμενων ατόμων που από στοιχεία υπηρεσιών το 80% είναι άτομα ηλικίας 20 έως 40 ετών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η NOKE θεωρεί αναγκαία για την ανάπτυξη του νομού μας μια διαδικασία με την οποία θα προσδιορίζονται προτεραιότητες για την υγεία της κοινότητας. Έτσι βλέπουμε απαραίτητη δημιουργία και στήριξη ενός φορέ

Ετος	1997	1998	1999
Δείκτης Γήρανσης ¹	97,69	100,01	101,96
Δείκτης Εξάρτησης ²	45,42	45,55	45,83

Πίνακας 2: Δείκτες Γήρανσης και Εξάρτησης

1 Δείκτης Γήρανσης: Αναλογία του πληθυσμού άνω των 65 ετών προς τον πληθυσμό 0-14 ετών σε ποσοστιαία βάση.

2 Δείκτης Εξάρτησης: Αναλογία μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού 0-14 και άνω των 65 ετών προς πληθυσμό 14- 65 ετών σε ποσοστιαία βάση.

Πληθυσμός νομού ΧΑΝΙΩΝ σε σχέση με τον άλλος νομούς ανά φύλο				
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΧΑΝΙΩΝ	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΛΑΣΙΘΙΟΥ
ΑΝΔΡΕΣ	75.623	41.123	148.886	38.238
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	72.540	40.658	146.426	37.665
ΣΥΝΟΛΟ	148.163	81.781	295.312	75.903

αποτελεί μόνο προσωπική επιλογή των ατόμων αλλά επηρεάζεται σημαντικά από το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον, από την εισοδηματική και εκπαιδευτική κατάσταση των ατόμων καθώς και από την εργασιακή ανασφάλεια που πιθανών τα διακατέχει.

Στο νομό Χανίων με ένα πληθυσμό 148.163 κατοίκων ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός (ηλικία 15 έως 64 ετών) είναι 63.117 από τους οποίους 7000 είναι οι άνεργοι. Οι κανονικές κατοικίες είναι 74.334 από τις οποίες 1000 δεν έχουν κουζίνα, 4.000 δεν έχουν πούτρο, και 35.000 δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση, με 13.000 καταγεγραμμένους απλοδαπούς, με περίπου 13.700 ανώτερους και ανώτατους μορφωτικού επίπεδου και 31.800 μέσου μορφωτικού επίπεδου από 564.19 συνολικά απασχολούμενους.

Σημειώνεται ένα σημαντικό ποσοστό παρουσίασης ψυχικών

που θα έχει σαν στόχο την ανάπτυξη τριών βασικών αξόνων:

1ον) την βελτίωση της πληροφόρησης για την ανάπτυξη της υγείας. Αυτό θα υλοποιηθεί μέσα από την ανάπτυξη ενός συστήματος συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης δεδομένων για την επίπεδο, τους καθοριστικούς παράγοντες (π.χ. ρύπανση περιβάλλοντος) και τα συστήματα υγείας,

2ον) την ανάπτυξη μηχανισμών επιπτήρων και έγκαιρης ειδοποίησης προκειμένου να υπάρξει ταχείς αντίδραση στις απειλές για την υγεία, και

3ον) την αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσα από την πρόληψη των ασθενειών.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

νέχεια από τη σελ. 1 Νομίζω πως η

κίκηση ενός Δημόσιου Νοσοκομείου και κατ' εξοχήν χειρισμός προσώπων.

Αυτή την άποψη την διατύπωσε ο καθηγητής Henry Mintzberg Πανεπιστημίου McGill στα τέλη της αετίας του 1960, όταν ανέλαβε μια σοσεκτική μελέτη της εργασίας πέντε άπων, διοικητικών στελεχών. Επί τάσσει των ημερολογίων που τηρούσαν

τα στελέχη και μέσω των σωσπικών του παρατηρήσεων, ο Mintzberg κατέληξε στο συμπέρασμα οι διαχειριστές επιτελούν 10 φορετικούς, αλλά στενά πληρένετους ρόλους. Ο όρος διοικητικοί ρόλοι αναφέρεται σε τεκεριμένες κατηγορίες διοικητικής περιφοράς. Οι 10 ρόλοι του Mintzberg προύν να ομαδοποιηθούν γύρω από τις θεματικές: τις διαπροσωπικές σεις, τη μεταφορά της πληροφορίας τη λήψη αποφάσεων. Για τα δύο ευταία θα μιλήσουμε πιο κάτω.

Τα θέματα που έχει να διαχειριστεί τα προβλήματα στα οποία καθίσται ήδησει πίστη στον Διοικητή είναι τέτοια,

τις περισσότερες φορές ξεπερνούνται και οργανογράμματα. Πρέπει όταν να βρίσκει τρόπους μέσα πάντα πλαίσια της νομιμότητας κινούμενος παραφές της νομιμότητας, να θωθεί ήδησει σε προβλήματα που περισσότερες φορές οφείλονται στην ταχύτατη ανάπτυξη της ιατρικής στήμπις και της ιατρικής τεχνολογίας. Λιστα με την ραγδαία εξέλιξη που έχει σημειωθεί σε αυτό τον τομέα και πλαίσιον που απαιτούνται στην ιατρική ευνα, οι εταιρείες που αποτελούνται στο χώρο πιέζουν πέριξ φορές για την είσοδο της νομοθείας που διαθέτουν στο νοσοκομείο και την αύξηση της ζήτησης πρεσών μέσω αυτής. Επειδή πολλές σε αυτές τις περιπτώσεις για την επευξιά των στόχων τους οι εταιρείες σημειούν διάφορα μέσα, έρχεσαι στο Διοίκηση μπροστά στο δίλημμα, ν' έλλειψει το κόστος μιας νέας ιατρικής ζήτησης για να σωθεί μια ζωή ή η ζήτηση στην ιατρική πράξη είναι προκλητή; Έκπληκτη η απάντηση σε ένα τέτοιο θέτημα. Για να γίνει πιο κατανοητή η κοινή ανεύρεσης ήδησεων ένταξης στην διαγνωστική και θεραπευτική θόδων στη πειτούργια ενός νοσοκομείου, θα έλλεγα ότι:

Ο Διοικητής φειδόμενος και του ευταία ευρώ, που το Νοσοκομείο η Ελληνική Πολιτεία έχουν στον πραγματισμό τους να επενδύσουν για να είναι αποδοτικότερη αυτή η ένδυση, η συνέπεια σε ένα πρόγραμμα,

αν το όφελος από μια εφαρμογή υπερβαίνει το κόστος που προξενεί, δηλ. αν υπάρχει καθαρό κοινωνικό όφελος, το οποίο καθιστά σαφές ότι αυτό το πρόγραμμα αξίζει τον κόπο. Γιατί είναι σοβαρό μειονέκτημα του στενού πλαισίου κόστους - οφέλους να αποτιμάται με χρηματικές μονάδες τόσο ο ανθρώπινη ζωή όσο και η ποιότητά της.

Θα ήθελα να τονίσω, και υπό την ιδιότητά μου ως Οικονομολόγου, ότι το να εκπαιδευθεί κανείς στην ιατρική, τη νοσηλευτική, ή σε κάποια άλλη από τις Επιστήμες υγείας και στην συνέχεια να βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα ψυχρό ορθολογιστή Οικονομολόγο, ο οποίος αποδίδει χρηματικές αξέσ στην ανθρώπινη ζωή θεωρείται από πολλούς κατάρα. Η πραγματικότητα πιστεύω ότι βρίσκεται κάπου στη μέση. Πρέπει αναγνωρίζοντας

περιστασιακά, ενδεχομένων μπορεί να φαίνονται θεαματικά με μια πρώτη ματιά. Πρέπει να προσδοκούμε σε μια συνομική προσπάθεια σε κάθε σημείο δράσης του Νοσοκομείου, από το θυρωρείο ως το κρεβάτι του ασθενή, τη φιλικότητα και το ενδιαφέρον προς αυτόν, τα οποία πρέπει να αισθάνεται κατά την παραμονή του στο Νοσοκομείο, ο οποία παραμονή πρέπει να είναι σύντομη, αποτελεσματική και κατά το δυνατόν ευχάριστη.

Καθημερινά προβλήματα ενός Νοσοκομείου

Ας πάμε τώρα σε πιο πρακτικά ζητήματα. Σαν Διοικητή του μεγαλύτερου Νοσοκομείου της χώρας, θα ήθελα να σας αναπτύξω ορισμένα πρακτικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουμε καθημερινά στην προσπάθεια διοίκησης

η Διοίκηση ενός Δημόσιου Νοσοκομείου είναι κατ' εξοχήν χειρισμός προσώπων

τις βασικές αρχές ανταποδοτικότητας να εστιάσουμε στο μεγαλύτερο όφελος για όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς.

Οι ιατροί του Νοσοκομείου προσπαθούν πάντα να εφαρμόσουν καινούργιες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας. Επειδή όμως οι νεωτερισμοί δεν επιφέρουν πάντα τα προσδοκόμενα αποτελέσματα σε σχέση με το κόστος τους, που συνήθως είναι υψηλό, θα πρέπει η Διοίκηση ενός Δημόσιου Νοσοκομείου να είναι προσεκτική στην εισαγωγή νέων μεθόδων στο Νοσοκομείο.

Κατά την άποψή μου τρία είναι τα κριτήρια για τις επιπλογές μας στην καθημερινή μας πρακτική:

1ον) Μπορεί να φέρει αποτέλεσμα μια θεραπεία, υπηρεσία ή πρόγραμμα; (Δηλ. είναι δραστικό;)

2ον) Είναι χρήσιμο; Λαμβάνει υπόψη του την δραστικότητα και την αποδοχή από τους ασθενείς; (Δηλ. είναι αποτελεσματικό;) και

3ον) Επαρκεί για όσους ασθενείς μας το έχουν ανάγκη; (Είναι δηλ. διαθέσιμο;)

Ωστόσο, προκειμένου να μετρήσουμε τις αναπλωθείσες νοσοκομειακές υπηρεσίες, θα συμπεριλάβουμε και ένα άυλο συναισθηματικό κόστος, αυτό των ασθενών και εργαζομένων, παρά τη δυσκολία αυτό να είναι μετρήσιμο. Θα πρέπει να αναζητούμε κάθε εναπλακτική ήδηση για τους ασθενείς, όταν αυτό είναι αναγκαίο, για να συνεισφέρουμε όχι μόνο στην νοσοκομειακή φροντίδα αλλά και στην τελική έκβαση για την υγεία τους και την επακόλουθη ποιότητα ζωής. Δεν πρέπει να αποειραθούμε να εκφράσουμε

των Νοσοκομείων.

Μπορούμε να πούμε ότι τα προβλήματα που καθιούμαστε καθημερινά να αντιμετωπίσουμε κατατάσσονται σε 4 μεγάλες κατηγορίες.

- 1) Προβλήματα διαδικασιών
- 2) Προβλήματα προσωπικού
- 3) Προβλήματα οργάνωσης των υπηρεσιών
- 4) Προβλήματα προμηθειών και οικονομικής διαχείρισης

Προβλήματα διαδικασιών

Η πολυπλοκότητα και η ασάφεια σε πολλές περιπτώσεις της νομοθεσίας συχνά δημιουργεί τεράστιες καθυστερήσεις και δυσκολίες στην διεκπεραίωση των διαφόρων διαδικασιών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ή να κινδυνεύουν με διακοπή κάποιες πειτούργιες του Νοσοκομείου ή για να αποφευχθεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο, να αναγκαστείς ακόμα και να παρανομήσεις. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα τέτοιων δυσλειτουργιών όπως η απίστευτη χρονοβόρα διαδικασία οικοκλήρωσης ακόμα και μιας μικρής τροποποίησης του οργανισμού που πρέπει εκτός των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και του ίδιου του Υπουργού, να συνυπογράψουν και άλλα δύο συναρμόδια Υπουργεία, των Εσωτερικών και των Οικονομικών. Ιδιαίτερα δε αν προβλέπεται σ' αυτή την τροποποίηση έστω και μία καινούργια θέση προσωπικού τότε βρίσκει συνήθως απέναντί σου τον Υπουργό Οικονομικών που δύσκολα εγκρίνει νέες δαπάνες επικαλούμενος τη μόνιμη στενότητα

Όπως ανέφερα και προηγουμένως σε ύφιση πειτούργια του Νοσοκομείου προϋποθέτει την ισόρροπη ανάπτυξη των τεσσάρων υπηρεσιών του. Δυστυχώς όμως κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει ποτέ στους ιατρούς της Αθήνας.

Αν δούμε αναπτυτικά κάθε υπηρεσίας πειτούργια, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

- 1) Στην Ιατρική υπηρεσία τα πράγματα είναι κάπως καλύτερα, με τις κερδισμένες θέσεις να μην είναι πάρα πολλές αριθμός. Κενά ίσως υπάρχουν σε κάποιες ειδικότητες άγονες όπως χαρακτηρίζεται η θεραπεία της άσθνης. Όμως υπάρχουν τεράστιες καθυστερήσεις στην οικοκλήρωση των κρίσεων από τη συμβούλια επιπλογής και αν πάβοταν υπ' όψη τις ενστάσεις και τις προσφυγές που πάντα υποβάλλονται (οι ιατροί είναι οι καλύτεροι πελάτες των δικηγόρων τότε για να καλυφθεί μια θέση ιατρού), μπορεί να χρειασθούν και τρία χρόνια.
- 2) Στη νοσηλευτική υπηρεσία κατάσταση είναι πολύ χειρότερη. Κενά που υπάρχουν είναι τεράστια. Πολλά τμήματα πειτούργιον προσωπικού στα όρια ασφαλείας προσήλυψης μέσω ΑΣΕΠ χρειάζονται 24 μένες για να οικοκλήρωσονται είναι πάντα πλήγες και συνήθως δεν καλύπτουν οι τις συνταξιδοτήσεις ή παραπτώσεις χρονιάς της προκήρυξης. Οι τάσεις φυγής του νοσηλευτικού προσωπικού από τα πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας είναι συνεχής γιατί η δουλειά είναι πολλή, ενώ ο μισθός είναι ο ίδιος. Πολλές φορές στα νοσοκομεία οι οποία θέλουν να μετακινηθούν σε πειτούργια έχουν κενές οργανικές θέσεις και ζητούν να γίνουν οι μετακινήσεις ακόμα και συνιστώμενες θέσεις. Κάποιοι ανάπτυξη με τις προσβάσεις τους το πετυχαίνουν. Επίσης συνήθως ένα σημαντικό ποσού του νοσηλευτικού προσωπικού πουσούνται καθημερινά με δαρείς διαφόρων ειδών. Ο συνδυασμός όλων αυτών, δημιουργεί τεράστια προβλήματα στη πειτούργια του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στα ειδικά τμήματα που χρειάζονται αυξημένη δύναμη προσωπικού για πειτούργιας. Αποτέλεσμα είναι παραμένουν κλειστά κρεβάτια ειδικών μονάδων πάνω γύρευσης προσωπικού. Μεγάλες δαπάνες σε προσωπικό προστατεύονται από την προσφυγή των ιατρών στην πειτούργια. Τα προβλήματα στη πειτούργια του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στα ειδικά τμήματα που χρειάζονται αυξημένη δύναμη προσωπικού για πειτούργιας συνεχίζουν παραμένουν κλειστά κρεβάτια ειδικών μονάδων πάνω γύρευσης προσωπικού. Για να καταπλάξετε το μέγεθος της προβλήματος, σας παραθέτω πρόσφατα στοιχεία του νοσοκομείου Ευαγγελισμός.
- Οργανικές θέσεις 1481
Υπηρετούντες 1079
Κενές θέσεις 402
- Αποσπάσεις 58
Μακροχρόνιες άδειες 29
- Αιτήσεις για αποσπάσεις 152