

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΜΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ αφαιρώντας το Ε

Νέα ορολογία και μια άλλη πραγματικότητα εμφανίζεται στην ζωή των νοσοκομείων και στην διαχείριση των ασθενών μέσα από τις προτάσεις πού με περισσή περηφάνια παρουσίασε ο καθηγητής Λιαρόπουλος.

Μετά από επιστημονική προσέγγιση **τριών μηνών (!)**, καταφέρνει να καταλήξει σε προτάσεις για το σύστημα υγείας της χώρας, προτάσεις που αποδομούν εκ θεμελίων το ΕΣΥ.

Η σοβαρότητα της δουλειάς του φαίνεται αρχικά στο χρόνο εκπόνησης. Για αναδρομική μελέτη με έτοιμο υλικό, ένας σοβαρός επιστήμονας θα ήθελε λίγο παραπάνω μόνο για την καταγραφή.

Σε επίπεδο χώρας ανοίγουν κύκλοι και κλείνουν τμήματα και νοσοκομεία.

Ο κύκλος σαν σχήμα σημαίνει απόλυτη ισότητα. Η ισότητα οφείλει να αφορά τόσο τους ασθενείς, όσο και τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ, γεγονός πού όχι μόνο δεν διασφαλίζεται, αλλά και καταστρατηγείται.

Η ενιαία ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία των κύκλων σημαίνει ότι το προσωπικό θα βρίσκεται μόνιμα σε μετακίνηση από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και μάλιστα σε μεγάλες αποστάσεις. Θα χάνει την επαφή με το τμήμα του, τους ασθενείς του, θα κινδυνεύει στο δρόμο καθημερινά και φυσικά δεν θα καλύπτεται οικονομικά το κόστος των μετακινήσεων. Σταδιακά θα χάσει και το όποιο ενδιαφέρον του έχει μείνει για τον κοινωνικό του ρόλο ως λειτουργός. Θα είναι ο ίδιος ασθενής – σύμπτωμα, μιας άρρωστης κοινωνίας, πού δεν κατάφερε να υπερασπιστεί τα στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Ο ενιαίος σχεδιασμός αγνοεί από τη μιά τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της χώρας μας, νησιά-ορεινές περιοχές και αγνοεί επίσης το βασικό εργαλείο-γρανάζι του συστήματος, τον εργαζόμενο. Τον μετατρέπει σε οικοδομικό υλικό επιδιόρθωσης φθαρμένης επιφάνειας. Καταργεί την προσωπική ενεργητική συμμετοχή και το αποτέλεσμα θα είναι ο πλήρης ευνουχισμός και η ακύρωση του έργου του.

Τα Συμβούλια Διοίκησης (ΣΔ)

Είναι σαφές ότι με διορισμένη πλειοψηφία δεν υπάρχει καμιά δυνατότητα απόκλισης από ήδη ειλημμένες αποφάσεις σε κεντρικό επίπεδο. Ο ρόλος των εκλεγμένων φαίνεται να είναι εισηγητικός και εν τέλει διακοσμητικός.

Τα ΣΔ από καταστατικό και σύνθεση θα λειτουργεί με όρους κερδοφορίας, αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών και τις επί μέρους γεωγραφικές ανισότητες.

Οι Καλλικρατικοί Δήμοι και Περιφέρειες θα επιφορτιστούν τις δομές υγείας,

ενώ ουσιαστικά δεν έχουν ακόμη σταθεί στα πόδια τους, δεν έχουν δοκιμαστεί ως λειτουργία και αποτελεσματικότητα, δεν έχουν οικονομική αυτάρκεια, εμπειρία και δυναμικό. Ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα, είναι θετικός εν δυνάμει, αρκεί να μη σημαίνει εκχώρηση αρμοδιοτήτων της δημόσιας υγείας, με σκοπό την μεταφορά κεφαλαίου προς τον ιδιωτικό τομέα.

Η πρόληψη, βασική λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν φαίνεται να απασχολεί ιδιαίτερα τον σχεδιασμό του καθηγητή.

Σε επίπεδο νοσοκομείων.

Εντυπωσιάζει το γεγονός της αναγγελίας ανέγερσης **νέων νοσοκομείων** σε συνδυασμό με την δηλωμένη οικονομική αδυναμία στήριξης των ήδη υπαρχόντων.

Εντυπωσιάζει επίσης το γεγονός, ότι ενώ είναι αέρας στο παρόν, εντάσσονται ως λύση και απάντηση στις καταργήσεις και συγχωνεύσεις νοσοκομείων.

Γνωρίζουμε όλοι τον χρόνο πού απαιτείται για να στηθεί ένα νοσοκομείο. Μόνο ο Λιαρόπουλος δεν γνωρίζει ότι η **10** ετία είναι η πιο αισιόδοξη προοπτική.

Το σημαντικότερο, όμως όλων είναι, η δια νόμου θεσμοθέτηση της ανισότητας στην υγεία.

Ακυρώνεται η υπογραφή της χώρας σε διεθνείς διακηρύξεις περί ισότητας στην υγεία, τη ζωή, την ελευθερία.

Αναβαθμισμένες κλίνες νοσηλείας εμφανίζονται, μόνο για τους δικαιούχους ιδιωτικής ασφάλισης, δηλαδή όσους έχουν διατηρήσει το εισόδημα και τα αποθεματικά τους. Όλοι αυτοί που πλούτισαν εις βάρος όλων μας, τώρα θα έχουν και ιδιαίτερη μεταχείριση ως ανταμοιβή.

Το **1/5** των νέων κλινών θα πωληθεί στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, πού θα καθορίζουν στο εξής την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης υγείας, εκμεταλλευόμενοι δομές δημόσιες.

Η εφαρμογή δε της πολιτικής αποασυλοποίησης και το κλείσιμο ψυχιατρικών δομών, χωρίς την ύπαρξη δομών επανένταξης, είναι γεγονός πού θα οδηγήσει απλώς τους ασθενείς στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, εφόσον έχουν γεμάτο πορτοφόλι.

Οι μη έχοντες θα βρεθούν στο δρόμο και στα παγκάκια.

Επένδυση, απόδοση επένδυσης, τραπεζικός δανεισμός, εξάρτηση από το τραπεζικό κεφάλαιο, όροι πού δεν συνάδουν με τα δημόσια αγαθά και τα ανθρώπινα δικαιώματα, είναι το αποτέλεσμα του "πονήματος" για το οποίο πληρώσαμε τον καθηγητή.

Επείγουσα φροντίδα

Η επείγουσα φροντίδα θα διατίθεται **μόνο στο κέντρο του κύκλου των**

νοσοκομείων.

Τα υπόλοιπα νοσοκομεία δεν θα έχουν τμήμα επειγόντων.

Νοσοκομείο χωρίς τμήμα επειγόντων δεν είναι οντότητα αντιληπτή για άνθρωπο πού έχει δουλέψει στο χώρο της υγείας. Είναι ο κορμός λειτουργίας του νοσοκομείου για την διασφάλιση της αντιμετώπισης του επείγοντος προβλήματος του αρρώστου.

Η κατάργηση τους θα σημαίνει απώλειες ζωής μέσα σε ασθενοφόρα, σε διαδρόμους και δρόμους διακομιδής.

Στελέχωση ανεξάρτητου τμήματος επειγόντων με 6-7 γιατρούς για κύκλο 3-4 νοσοκομείων, είναι επιστημονική φαντασία ή σχιζοφρένεια. Έξι γιατροί σε τμήμα με καθημερινή 24ωρη εφημερία, σε κυλιόμενα 8ωρα και θα πρέπει να υπολογίσουμε ρεπό, κανονικές και εκπαιδευτικές άδειες.

Δεν θα ήθελα να βρεθώ στα χέρια αυτών των γιατρών, αλλά ούτε και στη θέση αυτή επαγγελματικά όσο κι αν είμαι απελπισμένη από την ανεργία.

Είναι ανέφικτο ένας γιατρός να αντιμετωπίσει, διαγνώσει και διακινήσει όγκο ασθενών εφημερίας 4 νοσοκομείων μαζί, με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

Για εφημερία τμήματος επειγόντων, αλλά όχι γιατρών δεν έχω άποψη.

Υπάρχει άραγε, τέτοια οντότητα;

Οι ασθενείς, ισχυρίζεται ο καθηγητής, θα σταθεροποιούνται στα ΤΕΠ του κέντρου του κύκλου της κολάσεως και στην συνέχεια θα διακομίζονται **σε εργάσιμη μέρα και ώρα** στα υπόλοιπα νοσοκομεία. Θα έχουμε δηλαδή ένα νοσοκομείο κέντρο, το οποίο λόγω της 24ωρης εφημέρευσης θα αναγκάζεται να διεκπεραιώνει τεράστιο όγκο ασθενών (ουσιαστικά ότι προλαβαίνει – γρήγορα άρα πρόχειρα) και μόνο αφού πληρωθούν οι κλίνες του θα διακομίζει στα άλλα νοσοκομεία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

1.Ο καθηγητής έχει δουλέψει ποτέ σε δομή περίθαλψης;

2.Οι ασθενείς, πού θα βρίσκονται μέχρι τότε; Στα φορεία και τους διαδρόμους;

3.Το ΕΚΑΒ θα μπορεί να καλύψει τις διακομιδές και τα καινούρια επείγοντα που θα προκύπτουν;

4.Ο ασθενής θα συνοδεύεται από γιατρό; και ποιο γιατρό; αυτόν που θα εφημερεύει στα ΤΕΠ;

5.Σταθεροποίηση σημαίνει και ασφάλεια κατά την διακομιδή; Εμείς την σταθεροποίηση την γνωρίζουμε ως συνεχή διαδικασία, όχι ως περιορισμένου χρόνου φροντίδα.

6.Γνωρίζει ο καθηγητής ότι δεν υπάρχει ειδικότητα επείγουσας ιατρικής στην Ελλάδα; Με ποιους θα στελεχώσει τα τμήματα επειγόντων;

7.Ο γιατρός πού θα δέχεται τον ασθενή στο τμήμα του, είναι δυνατόν να αφήνει ακάλυπτο το τομέα και να κάνει βόλτα από το Σωτηρία στον Ερυθρό για να παραλάβει και ελέγξει τον ασθενή; Ποιος νόμος θα τον καλύψει αν κατά την απουσία του συμβεί θάνατος;

Η εφημερία τομέα πού προτείνεται, ακυρώνει την εξειδικευμένη φροντίδα για τον ασθενή κατά τα 2/3 της νοσηλείας του. Απαιτεί από τον ασθενή να περιορίσει τα συμπτώματα του μόνο στις πρωινές ώρες λειτουργίας της κλινικής.

Απαιτεί επίσης, άλλου τύπου εκπαίδευση πού οι γιατροί αυτή την στιγμή δεν την έχουν. Το σύστημα ως τώρα, τους ήθελε απόλυτα ειδικούς σε ομάδες νοσημάτων.

Το έλλειμμα ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού είναι δεδομένο. Ο φόρτος εργασίας δεν επιτρέπει άδεια για ειδικευση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι μετρημένο στα δάχτυλα στα ελληνικά νοσοκομεία.

Άρα είναι και αδύνατον να στελεχωθούν τα νοσοκομεία με ανύπαρκτες οντότητες.

Έτσι κι αλλιώς η φύση της νοσηλευτικής εργασίας και η εκπαίδευση του νοσηλευτή ως τα τώρα, δεν αρκεί για την αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων και δεν είναι εφικτό να υποκαταστήσει την παρουσία του γιατρού.

Για την εφημερία των εργαστηριακών ειδικοτήτων, που θεωρείται μη αναγκαία, ενημερώνουμε τον κ. Λιαρόπουλο ότι το επείγον πρόβλημα και η ασθένεια δεν έχουν πρωινό ωράριο.

Η επείγουσα αξονική τομογραφία, όπως και η οσφυονωτιαία παρακέντηση εκτελούνται με την ίδια συχνότητα μέρα και νύχτα.

Αν εννοεί δε την εφημερία των παθολογοανατόμων και των κυτταρολόγων, η απάντηση είναι ότι δεν θα παίρναμε ποτέ αποτελέσματα βιοψιών χωρίς την υπερωριακή απασχόληση των συναδέλφων και ότι τα επείγοντα χειρουργεία έχουν και επείγουσες βιοψίες.

Το άλλο ευτράπελο είναι η γνώμη Λιαρόπουλου για την εφημερία των επαρχιακών νοσοκομείων, που εν τέλει μας πείθει για την σοβαρότητα του, αλλά και για την βαθιά του γνώση της πραγματικότητας των ελληνικών νοσοκομείων.

Πληροφορήθηκα ότι η εφημερία που εκτελούμε δεν είναι εφημερία είναι ψευδαίσθηση. Και ότι όχι μόνο είμαι επικίνδυνη, αλλά και αναποτελεσματική.

Ενημερώνω τον καθηγητή ότι επικίνδυνος δεν είναι ο γιατρός πού εφημερεύει για να σώζει ζωές επαρχιωτών, αλλά ο εκάστοτε καθηγητής που θεωρεί ότι τα σχέδια επί χάρτου σε γραφεία μακριά από την κλίνη του αρρώστου, μπορούν να ακυρώσουν ανθρώπινα δικαιώματα ασθενών και εργαζομένων.

Το ΕΣΥ σε επίπεδο περιφέρειας έχει πρόβλημα στελέχωσης από την έναρξη λειτουργίας του.

Το 50% των θέσεων του σχεδιασμού του 1985 έμεινε ακάλυπτο, αφήνοντας το

προσωπικό να εξουθενωθεί και το σύστημα να υπολειτουργεί για να παραπέμπονται οι ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα.

Παρ' όλα αυτά το προσωπικό με προσωπικές θυσίες σε χρόνο και έργο και πάντα κακοπληρωμένοι κατάφεραν μέχρι τώρα να διασφαλίζουν τη ασφαλή λειτουργία και την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στην υγεία.

Το νοσοκομείο Ρεθύμνου είτε εντός είτε εκτός της αναδιάθρωσης

Οι αλλαγές πού προτείνονται, ως αναβάθμιση του νοσοκομείου Ρεθύμνου, είναι η δημιουργία Μονάδας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Τύπου I (ΜΑΑ) και Ογκολογικής Μονάδας (ΟΜ) Τύπου I.

Επιπλέον η 7η ΥΠΕ προτείνει **ενιαία διοίκηση με το νοσοκομείο Χανίων**, με την προοπτική να μεταφέρει προσωπικό από το Ρέθυμνο, στο από 10ετίας υποστελεχωμένο νοσηλευτικά, νοσοκομείο Χανίων. Το νοσοκομείο Ρεθύμνου, όμως, λειτουργεί ήδη οριακά όσον αφορά και το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό. Είναι δεδομένο ότι η οποιαδήποτε μετακίνηση προσωπικού θα προκαλέσει αναγκαστικό κλείσιμο τμημάτων.

Η ΜΑΑ τύπου I, πού προτείνεται για το νοσοκομείο Ρεθύμνου, στις προτάσεις του κ. Λιαρόπουλου, παρέχει συμβουλευτικές πνευμονολογικές υπηρεσίες και χορήγηση θεραπείας σε εξωτερική βάση. Είναι δηλαδή ένα πνευμονολογικό εξωτερικό ιατρείο, το οποίο ήδη λειτουργεί..

Η ΜΑΑ τύπου I δεν προβλέπει πνευμονολογική κλινική και νοσηλεία ασθενών.

Δηλώνεται, όμως, αύξηση κλινών της Πνευμονολογικής Κλινικής.

Η νοσηλεία προβλέπεται μόνο στις ΜΑΑ τύπου II και στα Κέντρα

Αναπνευστικής Αποκατάστασης.

Τελικά θα είναι τύπου I ή τύπου II, η ΜΑΑ του Ρεθύμνου;

Η ΟΜ τύπου I, πού επίσης προτείνεται για το Ρέθυμνο, απλώς νομιμοποιεί έργο πού ήδη εκτελείται. Τίποτα παραπάνω, από την ημερήσια φροντίδα καρκινοπαθών μέσω της χορήγησης των χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Οι κάτοικοι του νησιού (εκτός της Ιεράπετρας), δεν έχουν ακόμη αντιληφθεί, ότι η υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, θα λειτουργήσει καταστρεπτικά γι ά τους ίδιους και επιπλέον θα μειώσει κατά πολύ την προτίμηση των επισκεπτών του νησιού ως τουριστικό προορισμό, πού είναι το ουσιαστικότερο βιοποριστικό για τους περισσότερους. Θα λειτουργήσει ως τόμπολα ακυρώνοντας ακόμη περισσότερες θέσεις εργασίας σε όλες τις εμπορικές δραστηριότητες.

Περιγράφουμε τις σημερινές συνθήκες λειτουργίας του νοσοκομείου Ρεθύμνης για όσους ενδιαφέρονται πραγματικά για την αναβάθμιση του.

Οι βάρδιες του νοσηλευτικού προσωπικού εκτελούνται οριακά στα περισσότερα τμήματα.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δεν διαθέτει κανένα μόνιμο γιατρό και δεν έχει αυτονομία λειτουργίας. Ένας γιατρός αποσπασμένος από το ΚΥ Περάματος καλύπτει μέρος της πρωινής εργασίας και 4 εφημερίες.

Αρκετά βασικά τμήματα λειτουργούν με επικουρικό ιατρικό προσωπικό, με συμβάσεις ετήσιες που δεν ανανεώνονται έγκαιρα, με αποτέλεσμα να μένουν για μήνες ακάλυπτα. Η επικουρική στελέχωση δεν επιτρέπει μακροπρόθεσμο σχεδιασμό με ασφάλεια.

Τουλάχιστον 7 γιατροί έχουν αποχωρήσει είτε λόγω συνταξιοδότησης, είτε λόγω μετακίνησης σε άλλο νομό.

Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού αναγκάζεται να διώχνει ασθενείς στην ιδιωτική μονάδα, λόγω ελλιπούς ιατρικής και νοσηλευτικής στελέχωσης (2 γιατροί μόνιμοι, 1 με 5 ετή θητεία και ένας επικουρικός-προσωρινός).

Η Χειρουργική Κλινική είναι με 3 γιατρούς και ένα επικουρικό.

Το Μικροβιολογικό με 2 γιατρούς και έναν αποσπασμένο από το ΚΥ Περάματος.

Η Αιμοδοσία λειτουργεί χωρίς γιατρό. Η Ψυχιατρική με 3 γιατρούς.

Η Ουρολογική είναι μόνο με δύο γιατρούς.

Τα τμήματα για να λειτουργούν με ασφάλεια και επάρκεια για το πρόγραμμα εφημέρευσης χρειάζονται τουλάχιστον 5 γιατρούς έκαστο.

Με την υπάρχουσα στελέχωση οι γιατροί υποχρεώνονται για την ασφαλή κάλυψη του Νομού, σε αριθμό εφημεριών τις οποίες δεν πληρώνονται.

Ο αξονικός τομογράφος, δεν έχει αντικατασταθεί και συχνά είναι ακυρωμένος λόγω βλάβης. Το μηχάνημα του υπερήχου καρδιάς δεν λειτουργεί 1,5 μήνα και περιμένουμε το ΕΣΠΑ (!) να το αντικαταστήσει. Τα μηχανήματα Τεχνητού Νεφρού είναι σε λειτουργία σχεδόν 20 χρόνια και χρήζουν αντικατάστασης, όπως και το σύστημα διανομής απιονισμένου νερού.

Τα ΚΥ του νομού, 4 τω αριθμώ, δεν μπορούν να αναπτύξουν τον τομέα πρόληψη, λόγω συνεχούς υποστελέχωσης ιατρικής και νοσηλευτικής, γεγονός που δεν επιτρέπει ούτε καν ασφαλές πρόγραμμα εφημέρευσης. Αδυνατούν να αναπτύξουν σε σωστή βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα και πρόληψη, καθώς και τμήμα ημερήσιας νοσηλείας και πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι, που θα μπορούσαν να αποσυμφορήσουν το νοσοκομείο.

Τα περισσότερα τμήματα λειτουργούν χωρίς να είναι καν στον οργανισμό λειτουργίας του νοσοκομείου. Ο νέος οργανισμός παρά τις επίμονες προσπάθειες δεν έχει εγκριθεί.

Η νέα πτέρυγα, αν και κτιριακά είναι τελειωμένη, αδυνατεί να λειτουργήσει

λόγω έλλειψης προσωπικού. Μας λείπουν, για τις υπάρχουσες δομές, τουλάχιστον **50** νοσηλευτές, **29** διοικητικοί και **20** άτομα βοηθητικό προσωπικό για την περιποίηση του ασθενούς. Υπενθυμίζουμε την δήλωση του Διοικητή του Νοσοκομείου για την σειρά κατάταξης από άποψη προσωπικού, στα νοσοκομεία της χώρας. Είναι προτελευταίο στη λίστα για το νοσηλευτικό προσωπικό και κάτω από το μέσο όρο για το ιατρικό.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Ο πληθυσμός του Νομού Ρεθύμνου, σύμφωνα με την απογραφή του **2001** είναι **82.000**, δηλαδή το **0,7%** της χώρας με τάση αύξησης.

Η φυσική αύξηση του πληθυσμού την δεκαετία **1991-2001** ήταν **17%**, ενώ ο μέσος όρος για την Ελλάδα ήταν **6,9%**. Με βάση αυτό ο σημερινός πληθυσμός σήμερα υπολογίζεται στις **96.000**, χωρίς να υπολογιστούν, λόγω της τάσης αποαστικοποίησης από Ελλάδα και εξωτερικό, οι νεοεγκαθιστόμενοι.

Στο πληθυσμό αυτό πρέπει να προστεθεί:

Ο αριθμός των φοιτητών των τμημάτων του Πανεπιστημίου Κρήτης που λειτουργούν στο Ρέθυμνο, που ανέρχεται στις **6.000**.

Ο αριθμός των νομίμως εγκατεστημένων μεταναστών που ανέρχεται στις **7.000** και αυτών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, που βάση των στοιχείων της Νομαρχίας υπολογίζεται στις **3000**.

Οι πολίτες ΕΕ με μόνιμη εγκατάσταση στο Ρέθυμνο, λόγω τάσης αποαστικοποίησης, ανέρχονται σε περίπου **5.000**.

Οι κάτοικοι των περιοχών Αποκορώνου (Γεωργιούπολη, Κουρνάς, Αση Γωνιά) καθώς και μεγάλο μέρος του πληθυσμού του νοτίου Ηρακλείου, που συνορεύουν με το Ρέθυμνο και προσέρχονται μόνο στο Ρέθυμνο για υπηρεσίες υγείας, ανέρχονται στις **6.000** (μόνο για τους Χανιώτες). Οι τουριστικές δομές των περιοχών αυτών, είναι δε, σε ιδιαίτερα πυκνή ανάπτυξη.

Ο Νομός Ρεθύμνου, όπως και όλη η Κρήτη, στηρίζει κατά μεγάλο μέρος την επιβίωση του στις τουριστικές δομές, βάση εφαρμοσμένων, κυβερνητικών πολιτικών και κατευθύνσεων της τελευταίας **20**ετίας.

Το **2000** είχε **24.505** ξενοδοχειακές κλίνες με **2, 1** εκατ. διανυκτερεύσεις ετησίως (χωρίς τα ενοικιαζόμενα δωμάτια).

Σήμερα έχει **30.000** ξενοδοχειακές κλίνες και **15.690** ενοικιαζόμενα δωμάτια. Δεν υπάρχει πλήρης καταγραφή διανυκτερεύσεων. Το **2000** κατατάσσεται στην **6η** θέση, σε αριθμό διανυκτερεύσεων.

Αναφέρω, επίσης, ενδεικτικά τον αριθμό των τραυματιών που προσκομίστηκαν λόγω τροχαίων ατυχημάτων, μόνο από το αστικό περιβάλλον του δήμου Ρεθύμνου το **2009**, στα **101** άτομα και με **40%** προσάυξηση στατιστική, λόγω μη καταγραφής όλων, ανέρχονται στα **140** άτομα.

Θα πρέπει να συνυπολογίσουμε την κατά **20-30%** αύξηση στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας στο Νοσοκομείο, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που μεταφέρθηκαν στις πλάτες του φορολογούμενου και της αύξησης του δείκτη ανεργίας που σήμερα έφτασε, με τα στοιχεία της ΕΣΥ, το **15%**.

Την δεκαετία **2000-2010** μόνο οι ξενοδοχειακές κλίνες, υπογραμμίζεται, είχαν αύξηση κατά **6.000**. Για το Νομό, η συμμετοχή ποσοστιαία του τουρισμού στο ΑΕΠ το **2000** ήταν **18%**. Επιπλέον η παραγωγή ελαιόλαδου καλύπτει το **7%** της συνολικής παραγωγής της χώρας, με στοιχεία του **2001** και είναι **4ος** σε παραγωγή στη χώρα. Αυτό ερμηνεύει και το αριθμό των μεταναστών που απασχολούνται στη συγκομιδή της ελιάς.

Η παραγωγικότητα της Κρήτης, το 1996 έφτανε το 72% του ΜΟ της της ΕΕ με τάση αυξητική και ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού της είναι σχεδόν διπλάσιος αυτού της υπόλοιπης Ελλάδας στην 6ετία 1993-1998. Η Κρήτη παρήγαγε το 2001 το 5,7% του συνολικού ΑΕΠ της χώρας, στήριξε πάντα με απaráδεκτα υψηλά ποσοστά το σοσιαλιστικό κόμμα και αυτό ποτέ δεν φρόντισε, σαν κυβέρνηση, η Κρήτη να έχει τις αναλογούσες έστω, σ αυτήν, υποδομές. Ειδικά ο Νομός Ρεθύμνου, λόγω ιδιαιτερότητας με την επικράτηση οικογενειοκρατίας συντηρητικής, παραμελήθηκε σκόπιμα και συστηματικά.

Οι βουλευτές του δε, αναλώνονταν σε μικροπολιτικούς ψηφοθηρικούς στόχους και όχι στα ζωτικά προβλήματα που είναι κυρίως τα:

Έλλειμμα υποδομών υγείας, βία, οπλοκατοχή, έλλειμμα σε δομές απασχόλησης για συσκευασία και προώθηση των τοπικών προϊόντων, οδικό δίκτυο εγκληματικά παραμελημένο με εκατοντάδες ανθρώπους να χάνονται ετήσια στην άσφαλο.

Αφού πρέπει να μιλήσουμε στο υπουργό με την γλώσσα των αριθμών. Καί εφόσον, χρειάζεται να υπενθυμίζουμε στους Ρεθεμνιώτες, στο Δημοτικό Συμβούλιο, στην Αντι Περιφέρεια και στους εαυτούς μας τί είναι για όλους μας το Νοσοκομείο.

**ΕΝΩΣΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ
με ένα ερώτημα ακόμη για τον υπουργό μας**

"Πώς θα ονομάζεται το νέο πράσινο Σύστημα Υγείας;"