

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ & ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΕ ΤΟΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.
ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ
ΔΗΜΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Φοιτητές: Σοφία Νικολάου

Στέλιος Ναναδάκης

Επιβλέπων: Θεόδωρος Τσέκος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για όλη την υποστήριξη και τη βοήθεια τους σε όλη τη διάρκεια των προπτυχιακών μας σπουδών. Επίσης ευχαριστούμε θερμά και τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Θεόδωρο Τσέκο για την επίβλεψη και τη συνεισφορά του στην υλοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάσει επιστημονικής παράφρασης. Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλοθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος ενάντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην Πτυχιακή μου Εργασία και κατα συνέπεια αποτυχία απόκτησης Τίτλου Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων. Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η Πτυχιακή Εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

ΣΟΦΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΣΤΕΛΙΟΣ ΝΑΝΑΔΑΚΗΣ

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γεγονός ότι οι προνοιακές υπηρεσίες είναι πάρα πολύ σημαντικές για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και ζωής όλων μας και ιδιαίτερα των πιο αδύναμων πολιτών.

Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι οι δομές υγείας και οι προνοιακές υπηρεσίες δοκιμάστηκαν και εν πολλοίς συνεχίζουν να δοκιμάζονται ακόμη και σήμερα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που μετεξελίχθηκε σε ύφεση. Έτσι λόγω της δύσκολης οικονομικής αυτής κατάστασης ολοένα και περισσότεροι ζητούν βοήθεια από τις διάφορες υπηρεσίες πρόνοιας σε μια περίοδο που τα δημόσια οικονομικά είναι ακόμη σε δύσκολη κατάσταση και οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και τη πρόνοια των πολιτών περικόπτονται συνεχώς.

Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει τη σημασία των δομών υγείας και πρόνοιας μέσα σε ένα σύγχρονο κοινωνικό κράτος και τη σημασία αυτών. Ως μελέτη περίπτωσης εξετάζονται στην εργασία οι προνοιακές δομές και υπηρεσίες του Δήμου Καλαμάτας και οι αρμοδιότητες αυτών.

Λέξεις Κλειδιά: *πρόνοια, προνοιακές υποδομές, υγεία, πολίτες, υπηρεσίες, Δήμος Καλαμάτας*

ABSTRACT

It is a fact that welfare services are too important to maintain a good level of health and life for all of us and especially for the weaker citizens.

It should also be stressed that health structures and welfare services have been tested and largely continue to be tested even today because of the economic crisis that has evolved into a recession. Because of this difficult economic situation, more and more people are seeking help from various welfare services at a time when public finances are still in a difficult situation and public spending on health and welfare is constantly being curtailed.

The aim of this work is to highlight the importance of health and welfare structures in a modern social state and their importance. The case study examines the welfare structures and services of the Municipality of Kalamata and their responsibilities.

Keywords: welfare, welfare infrastructure, health, citizens, services, Municipality of Kalamata

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ	8
1.1 Η έννοια της δημόσιας επιχείρησης	8
1.2 Τι είναι η ποιότητα	11
1.3 Προσεγγίσεις για την υγεία και το κοινωνικό κράτος	14
1.3.1 Η προσέγγιση του Mill	14
1.3.2 Η προσέγγιση των Goodin and LeGrand	15
1.3.3 Θεωρίες γραφειοκρατίας των Weber και Burnham	15
1.4 Τα συστήματα της κοινωνικής προστασίας των χωρών της ΕΕ-15	16
1.5 Τα συστατικά στοιχεία του κράτους πρόνοιας	19
1.6 Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα	20
1.8 Οι πληρωμές και η χρηματοδότηση στα συστήματα υγείας	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ	22
2.1 Η έννοια των δημοσίων δαπανών	22
2.2 Οι δαπάνες υγείας	23
2.3 Τα συστατικά των δαπανών υγείας	25
2.4 Η σημασία των δαπανών υγείας	27
2.5 Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ο ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	31
3.1 Ο Καλλικρατικός Δήμος Καλαμάτας	31
3.2 Ο Δήμος και οι δημοτικές ενότητες	32
3.2.1 Η δημοτική ενότητα Καλαμάτας	33
3.2.2 Η δημοτική ενότητα Θουρίας	34
3.2.3 Η δημοτική ενότητα Άριος	35
3.2.4 Η δημοτική ενότητα Αρφαρών	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΟΙ ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	37
4.1 Η διεύθυνση πρόνοιας	37
4.2 Αρμοδιότητες των τμημάτων	39

Αρμοδιότητες στον τομέα Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικών Ερευνών.....	39
Αρμοδιότητες στον τομέα Υγείας	41
Αρμοδιότητες στον τομέα Εποπτείας και Ελέγχου	43
Αρμοδιότητες στον τομέα Ισότητας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	49
5.1 Η αξία των προνοιακών υπηρεσιών.....	49
5.2 Το νοσοκομείο Καλαμάτας	50
5.3 Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων	53
5.4 Δομή κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας ΑΜΕΑ «ΚΕΚΥΚΑμεΑ Μεσσηνίας».....	54
5.4.1 Σκοπός.....	54
5.4.2 Η περίθαλψη του κέντρου	55
5.4.3 Προϋποθέσεις εισαγωγής ΑΜΕΑ στο κέντρο	57
5.4.4 Οικονομική διαχείριση – αυτοτέλεια του κέντρου	58
5.4.5. Διαμόρφωση των στρατηγικών του κέντρου, οι εμπλεκόμενοι φορείς και το χρονοδιάγραμμα αυτού	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

1.1 Η έννοια της δημόσιας επιχείρησης

Με τον όρο Δημόσιο Τομέα εννοούμε τη Γενική Κυβέρνηση και τις Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμούς ενός Κράτους.

«Δημόσια επιχείρηση¹, σύμφωνα με το Ν.3429/2005, νοείται κάθε ανώνυμη εταιρεία, στην οποία το ελληνικό δημόσιο δύναται να ασκεί άμεσα ή έμμεσα αποφασιστική επιρροή. Λόγω συμμετοχής του στο μετοχικό της κεφάλαιο ή της χρηματοοικονομικής συμμετοχής του ή των κανόνων που τη διέπουν.»

«Οι δημόσιες επιχειρήσεις οργανώνονται, λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα με το νόμο αυτόν, τις διατάξεις που διέπουν τις ανώνυμες εταιρείες και τυχόν ειδικές διατάξεις που αφορούν καθεμία από αυτές, εφόσον δεν έρχονται σε αντίθεση με τις διατάξεις νόμου αυτού.»

Δημόσια υπηρεσία με την οργανική έννοια είναι οι οργανώσεις του κράτους και των υπολοίπων δημόσιων νομικών προσώπων, οι οποίοι συναρθρώνονται από φυσικά πρόσωπα και υλικά μέσα με τα οποία επιδιώκουν να πραγματοποιήσουν τους σκοπούς τους ασκώντας δημόσια εξουσία².

Η οργάνωση και η λειτουργία αυτών των οργανισμών διέπεται από τους ειδικούς κανόνες του Διοικητικού Δικαίου. Στην κατηγορία των υπηρεσιών με δημόσιο χαρακτήρα ανήκουν τα υπουργεία, οι περιφέρειες, οι εφορίες, τα κρατικά νοσοκομεία, τα πανεπιστήμια κλπ.

Δημόσια υπηρεσία με την ουσιαστική έννοια είναι η δραστηριότητα των δημοσίων νομικών προσώπων, που σκοπό έχει την παροχή αγαθών ή υπηρεσιών προς τους διοικούμενους προκειμένου να ικανοποιήσουν ορισμένες βασικές τους ανάγκες, όπως καθορίζονται από την έννομη τάξη(εκπαίδευση, ύδρευση, ηλεκτρική ενέργεια, συγκοινωνίες κλπ.)

¹ Νόμος Ν.3429/2005

² Προβόπουλος Γ., (1982), Δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί, Μελέτη Ι.Ο.Β.Ε

Με τον όρο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου τα νομικά πρόσωπα που διέπονται, σχετικά με τη σύσταση και τη λειτουργία τους, από το δημόσιο δίκαιο.

Αποστολής τους είναι η άσκηση δημόσιας εξουσίας και η επιδίωξη κάποιου δημόσιου σκοπού.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το κράτος, το Ελληνικό Δημόσιο, οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, η Εκκλησία της Ελλάδος, τα Επιμελητήρια, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και οι οικείοι Επαγγελματικοί σύλλογοι, που επιδιώκουν την επίτευξη ειδικότερων σκοπών δημοσίου χαρακτήρα.

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για τις δημόσιες επιχειρήσεις. Παίρνουμε σαν βάση τον επίσημο ορισμό του Ευρωπαϊκού Κέντρου Δημόσιων Επιχειρήσεων (CEEP)³ που θεωρείται πιο ολοκληρωμένος. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό ονομάζεται "δημόσια επιχείρηση ή επιχείρηση με κρατική συμμετοχή κάθε επιχείρηση στην οποία το κράτος, δημόσιες αρχές, ιδρύματα ή άλλες δημόσιες επιχειρήσεις είναι συνολικά ή μεμονωμένα, άμεσα ή έμμεσα ιδιοκτήτες μέρους του κεφαλαίου, που αναφέρεται ως δημόσιο κεφάλαιο και του οποίου το ποσοστό:

- είτε υπερβαίνει το 50% του μετοχικού κεφαλαίου της επιχείρησης
- είτε είναι λιγότερο από 50% αλλά υπάρχουν ειδικά δικαιώματα που επιτρέπουν τη δημόσια αρχή να έχει τον έλεγχο της επιχείρησης. Ειδικά δικαιώματα θεωρούνται η τοποθέτηση της ανώτατης διοίκησης, η κατοχή της πλειοψηφίας στη γενική συνέλευση των μετόχων από κάποια δημόσια αρχή ή τέλος η δυνατότητα που έχει μια δημόσια αρχή να επηρεάσει τη λειτουργία ή τη δράση της συγκεκριμένης επιχείρησης σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Σύμφωνα με τον ορισμό του CEEP θεωρούνται δημόσιες επιχειρήσεις και οι θυγατρικές εταιρίες των δημοσίων επιχειρήσεων εάν το συνολικό κεφάλαιο που κατέχεται από τη μητέρα δημόσια επιχείρηση υπερβαίνει το 50% του μετοχικού κεφαλαίου. Επιπροσθέτως όλες οι θυγατρικές που περιλαμβάνονται στην ενοποιημένη λογιστική κατάσταση της μητέρας εταιρίας θεωρούνται και αυτές δημόσιες επιχειρήσεις ανεξάρτητα του ποσοστού που κατέχει η μητρική δημόσια επιχείρηση". Η επιχείρηση δεν μπορεί να θεωρηθεί δημόσια "εάν η δραστηριότητά της αφορά αποκλειστικά την εκπαίδευση, υγεία ή εντάσσεται σε ερευνητικές προσπάθειες που λειτουργούν σε μη κερδοσκοπική βάση.

³ Νικολινάκος Μ., (1996), Οι δημόσιες επιχειρήσεις και το ζήτημα της ιδιωτικοποίησης: Η ελληνική περίπτωση, εκδόσεις Λιβάνη

Οι ορισμοί των δημόσιων επιχειρήσεων διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με τα κριτήρια που υπογραμμίζουν. Ο Savas⁴ δίνει έμφαση στα κριτήρια του ελέγχου από το κράτος, της ελευθερίας διαχείρισης των υποθέσεων, της χρηματοοικονομικής ανεξαρτησίας. Οι Ευθύμογλου και Ξεπαπαδέας⁵ υπογραμμίζουν τα κριτήρια της αυτόνομης νομικής μορφής, του κρατικού ελέγχου και της χρηματοοικονομικής ανεξαρτησίας. Ο Γκότσιας⁶ θεωρεί βασικό κριτήριο της δημόσιας επιχείρησης την κατοχή της πλειοψηφίας της ιδιοκτησίας και της διοίκησης από το κράτος. Ο Musgrave⁷ υπογραμμίζει το κριτήριο της ιδιοκτησίας και ελέγχου από το κράτος καθώς και το κριτήριο της εξάρτησης της δημόσιας επιχείρησης από άλλους δημόσιους φορείς.

Ο Σπ. Λιούκας ορίζει ως δημόσιες επιχειρήσεις όλες τις οργανώσεις στις οποίες υπάρχει κρατική πλειοψηφία στο μετοχικό κεφάλαιο και επιχειρηματικός προσανατολισμός. Πιο συγκεκριμένα ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει επιχειρήσεις στις οποίες το κράτος κατέχει παραπάνω από το 50% του μετοχικού κεφαλαίου και οι οποίες αναλαμβάνουν επιχειρηματικού τύπου δραστηριότητες έχοντας δικούς του ισολογισμούς και καταστάσεις αποτελεσμάτων χρήσης. Ο παραπάνω ορισμός περιλαμβάνει τρία βασικά χαρακτηριστικά: την κρατική ιδιοκτησία, τον επιχειρηματικό προσανατολισμό και την ύπαρξη ισολογισμού.

Στη διεθνή βιβλιογραφία παράλληλα με τον όρο δημόσια επιχείρηση χρησιμοποιούνται οι όροι κρατική επιχείρηση, επιχείρηση με κρατική συμμετοχή και δημόσιος οργανισμός.

Ο όρος κρατική επιχείρηση έχει επικρατήσει στις ανατολικές χώρες. Η κρατική επιχείρηση προσδιορίζεται ως μονάδα ιδιοκτησίας και επιχειρηματικής δραστηριότητας του κράτους, ως νομικό πρόσωπο, ως βασική μονάδα της εμπορευματικής παραγωγής που αναπτύσσει σκοπό να προωθήσει την εκπλήρωση των σχεδίων της εθνικής οικονομίας, να εξυπηρετεί τα γενικά συμφέροντα της κοινωνίας, να συμβάλει στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών.

⁴ Savas E., (1993), Privitization. The key to better government. Chatham house publishers

⁵ Ευθύμογλου Π., Ξεπαπαδέας Α., (1990), Δημόσιες επιχειρήσεις, εκδόσεις Σταμούλη

⁶ Γκότσιας Α., (1993), Η διοίκηση των δημοσίων επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

⁷ Musgrave R., (1983), Δημόσια οικονομική στη θεωρία και πράξη, εκδόσεις Παπαζήση

Τελικά, η δημόσια επιχείρηση αποτελεί μια μορφή άμεσου κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία, διότι στην περίπτωση της το ίδιο το κράτος αναπτύσσει επιχειρηματική δραστηριότητα.

1.2 Τι είναι η ποιότητα

Η ποιότητα σαν έννοια μπορεί να προσδιοριστεί με αρκετούς τρόπους καθώς αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με αποτέλεσμα να εντοπίζεται δυσκολία στην κατανόηση και την ερμηνεία του όρου.

Σαν όρος η ποιότητα χρησιμοποιείται καθημερινά και συνήθως λανθασμένα διότι συνδέεται συχνά με έννοιες όπως «ακριβό», «πολυτέλεια», ή γενικότερα σχετίζεται με αυτό που ικανοποιεί κάποιες ιδιαίτερες απαιτήσεις.

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μια εσωτερική θεμελιώδη αντίληψη για την έννοια της ποιότητας, η οποία συνδέεται με ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά που απαιτούν να έχει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ώστε να το αποκτήσουν ή να τη χρησιμοποιήσουν.

Οι σύγχρονοι καταναλωτές παρουσιάζονται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που έχει οδηγήσει αρκετές επιχειρήσεις και οργανισμούς να υιοθετήσουν τις αρχές της ποιότητας στην παραγωγή των προϊόντων και των υπηρεσιών τους.

Έχουν δοθεί κατά καιρούς αρκετοί ορισμοί για την έννοια της Ποιότητας, ερευνώντας στη διεθνή βιβλιογραφία παραθέτουμε ορισμένους από αυτούς:

- Σύμφωνα με το ISO 9000:2005:⁸ « Ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών ικανοποιεί απαιτήσεις, χαρακτηριστικά ή ιδιότητες οποιουδήποτε προϊόντος το καθιστά καλό ή κακό, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει». Το πρότυπο ορίζει την απαίτηση ως ανάγκη ή προσδοκία.

⁸ www.iso.org

- Σύμφωνα με το EN ISO8402(ΕΛΟΤ): « Το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες»⁹

- Σύμφωνα με το Six Sigma:« Ο αριθμός των ελαττωμάτων ανά εκατομμύριο ευκαιρίες».¹⁰

- Σύμφωνα με τον Taguchi: « Ποιότητα είναι το μέγεθος της ζημιάς που υφίσταται η κοινωνία από τη στιγμή που το προϊόν φεύγει από το εργοστάσιο», με τον όρο «κοινωνία» εννοεί τον πελάτη αλλά και τους εργαζόμενους στην επιχείρηση.¹¹

- Σύμφωνα με τον Deming: « Ένα προϊόν ή μια υπηρεσία χωρίς ελλείψεις». Ο Deming θεωρεί την ποιότητα ως έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης (PLAN-DO-CHECK-ACT/PDCA-cycle). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μέθοδο πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία, σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα της και πραγματοποιούνται οι ανάλογες ενέργειες ώστε να προχωρήσουμε σε ένα νέο κύκλο συνεχούς βελτίωσης.¹²

- Σύμφωνα με το Juran: « Ικανοποίηση ή υπέρβαση των προσδοκιών των πελατών». Ο Juran έχει θέσει τρεις βασικούς άξονες για την ποιότητα γνωστές και ως η τριλογία ποιότητας του Juran, οι οποίοι είναι οι εξής:
 1. Σχεδιασμός της Ποιότητας: Η διαδικασία προετοιμασίας για την ικανοποίηση των ποιοτικών στόχων.
 2. Έλεγχος της Ποιότητας: Η διαδικασία ικανοποίησης των ποιοτικών στόχων κατά τη διάρκεια των λειτουργιών.

⁹ Στεφανάτος, Ν., (2000), Ολική Ποιότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

¹⁰ Johannsen F., Leist S., (2009), A Six Sigma approach for integrated solution, Managing Service Quality

¹¹ Λογοθέτης, Ν. , (2009), Διαδικασίες και Τεχνικές Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

¹² Deming W., (1974), Quality Handbook, Mc Graw Hill

3. Βελτίωση της Ποιότητας: Η διαδικασία εισαγωγής σε πρωτοφανή επίπεδα απόδοσης.¹³

- Crosby: « Συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις του πελάτη».

Οι βασικές παράμετροι της φιλοσοφίας του Crosby για την ποιότητα είναι οι εξής:

1. Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι κομψότητα.
2. Η μέθοδος για να επιτευχθεί η ποιότητα είναι η πρόβλεψη και η πρόληψη ελαττωμάτων και όχι η επιθεώρηση και η αξιολόγηση μετά την παραγωγή.
3. Το μόνο πρότυπο απόδοσης είναι «κανένα ελαττωματικό προϊόν».
4. Μοναδική μέτρηση της απόδοσης είναι το κόστος της ποιότητας.¹⁴

Όταν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες μας συνήθως αναφέρουμε ότι είναι καλής ποιότητας , όταν όμως είμαστε δυσαρεστημένοι λέμε ότι το προϊόν ή υπηρεσία είναι κακής ποιότητας.

Ωστόσο τα μέτρα της ποιότητας είναι υποκειμενικά καθώς κάτι το οποίο θεωρείται καλό για κάποιον μπορεί για κάποιον άλλο να θεωρείται κακό.

Η σημασία της ποιότητας για κάθε οργανισμό είναι τεράστια καθώς το ποιοτικό προϊόν ή υπηρεσία ενισχύει την αξιοπιστία μιας επιχείρησης τόσο μέσα στον οργανισμό/ επιχείρηση – εργαζόμενοι-όσο και έξω από αυτόν καταναλωτές και συμβάλλει σημαντικά στη δημιουργία αφοσιωμένων πελατών.

Οι αφοσιωμένοι πελάτες αποφέρουν σημαντικά οφέλη στον οργανισμό καθώς αυξάνουν τα κέρδη της επιχείρησης και της προσδίδουν κύρος και μια καλή θέση στην αγορά.

Έτσι αντιλαμβανόμαστε ότι η υιοθέτηση προτύπων για τη διασφάλιση της ποιότητας, προϊόντων και υπηρεσιών, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από το σχεδιασμό και από δραστηριότητες οι οποίες εφαρμόζονται στο πλαίσιο του συστήματος για την ποιότητα, καθίσταται αναγκαία και μεγάλης σημασίας.

¹³ Juran, J.M., (1986), The Quality Trilogy, Quality Progress

¹⁴ Crosby,P, (1979), Quality is Free:, McGraw-Hill

1.3 Προσεγγίσεις για την υγεία και το κοινωνικό κράτος

1.3.1 Η προσέγγιση του Mill

Είναι σαφές ότι ο Mill (1973)¹⁵ πιστεύει ότι: «Οι κυρίες πηγές της ανθρώπινης δυσπραγίας μπορούν να περιοριστούν με αγώνες και προσπάθειες. Κάθε γενναία διάνοια πρέπει να αποδέχεται με χαρά το μέρος του αγώνα που της ανήκει ενάντια στη δυστυχία, όσο μικρό κι αν είναι αυτό, και προπαντός να μην αρνείται ποτέ την εκτέλεσή του».

Θεωρεί ότι ο κάθε άνθρωπος είναι βέβαια υποχρεωμένος να «συμβάλλει στην κοινή άμυνα ή σε οποιοδήποτε άλλο κοινό έργο προς το συμφέρον της κοινωνίας, της οποίας την προστασία απολαμβάνει».

Υποστήριζε επίσης ότι «Αν δεν υπήρχε τίποτε πιο απαραίτητο και συνάμα επαρκές για να προσφέρει μόνιμη απασχόληση με επαρκείς μισθούς από μία υποχρεωτική συσσώρευση, τότε μία τέτοια πρόταση δε θα είχε πιο ένθερμο υποστηρικτή από εκείνον. Η κοινωνία κατά κύριο λόγο αποτελείται από αυτούς που ζουν από τη χειρωνακτική τους εργασία. Έτσι αν αυτοί που αποτελούν την κοινωνία, δηλαδή εργάτες, ξοδεύουν τη σωματική τους δύναμη για να προσφέρουν στα άτομα την απόλαυση πλεονασμάτων, είναι νομιμοποιημένοι να το πράξουν με τη δυνατότητα να φορολογούν αυτά τα πλεονάσματα για σκοπούς κοινής ωφέλειας, μεταξύ των οποίων η επάρκεια είναι για τους ανθρώπους ο πιο σημαντικός».

¹⁵ Mill J., (1973), Principles of political economy, Elsevier

1.3.2 Η προσέγγιση των Goodin and LeGrand

Όπως παρατηρούν οι Goodin και LeGrand (1987)¹⁶, παρά τις αρχικές προβλέψεις και προσδοκίες ότι το κοινωνικό κράτος (welfare state) θα βοηθούσε κυρίως την εργατική τάξη και τους λεγόμενους «μη προνομιούχους», το αποτέλεσμα υπήρξε αρκετά διαφορετικό. Ναι μεν η κατάσταση της εργατικής τάξης βελτιώθηκε αλλά οι κύριοι χρήστες και ωφελημένοι από το κοινωνικό κράτος υπήρξαν τα μεσαία στρώματα. Αυτοί ήταν και είναι σε θέση τόσο λόγω γνώσεων και καλύτερης κατανόησης του θεσμικού πλαισίου και των δικαιωμάτων που ανακύπτουν από αυτό, όσο και λόγω επαφών και γενικότερης κοινωνικής συμπεριφοράς να το εκμεταλλεύονται στο έπακρο. Οι κύριοι χρήστες ειδικά των υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης είναι τα μεσαία και περισσότερο μορφωμένα στρώματα του πληθυσμού.

Μία τέτοια προσέγγιση οδηγεί σε άλλες δύο πιθανές θεωρητικές επεξηγήσεις του κοινωνικού κράτους γενικότερα και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ειδικότερα: στις θεωρίες γραφειοκρατίας και τη συστημική προσέγγιση.

1.3.3 Θεωρίες γραφειοκρατίας των Weber και Burnham

Οι θεωρίες γραφειοκρατίας στη σύγχρονη μορφή τους ξεκινούν από το Max Weber (2009)¹⁷, που αναφέρθηκε στην ορθολογική νομιμοποίηση της εξουσίας και τη συνδύασε με το φαινόμενο μιας εξειδικευμένης και κατάλληλα εκπαιδευμένης και καταρτισμένης κρατικής υπαλληλίας η οποία λαμβάνει ορθές αποφάσεις, και κατόπιν κυρίως από τον Burnham (1987)¹⁸, που αναφέρθηκε στην «επανάσταση των

¹⁶ Goodin L, LeGrand D., (1987), Equity in health, Elsevier

¹⁷ Weber M., (2009), The theory of social and economic organization

¹⁸ Barnham J., (1987), How superstition won the science lost: Popularizing science and health in the USA

διευθυντών», οι οποίοι σιγά σιγά αναλαμβάνουν τη συνολική διοίκηση και διαχείριση της όλης κοινωνίας μέσα από τις σελίδες του ομώνυμου έργου του. Με μεγάλη συντομία, όσο και ελλειπτικά, η προσέγγιση αυτή θεωρεί ότι η κρατική υπαλληλία - γραφειοκρατία έχει τόσο πολύ αναπτυχθεί και αυτονομηθεί, που πλέον προασπίζει ίδια συμφέροντα, και το αίτημα βελτίωσης παροχών, διεύρυνσης δραστηριοτήτων κ.λπ. πρέπει να ειπωθεί μέσα από αυτήν την προοπτική.

1.4 Τα συστήματα της κοινωνικής προστασίας των χωρών της ΕΕ-15

Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες και διαφοροποιείται από τις προηγούμενες μορφές του κράτους εξαιτίας της μεγάλης παρέμβασης του στον κοινωνικό ιστό.

Ο ορισμός του κράτους πρόνοιας δεν είναι συγκεκριμένος και διαφέρει όχι μόνο από ερευνητή σ' ερευνητή, αλλά και από χώρα σε χώρα . Ο όρος ο οποίος χρησιμοποιείται σε κάθε χώρα για να περιγράψει τις συγκεκριμένες δραστηριότητες του κράτους την εν λόγω περίοδο αντικατοπτρίζει τις ιδιαίτερες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες κάθε χώρας. Σύμφωνα με τη Στασινοπούλου (1990)¹⁹, «ο όρος εκφράζει περισσότερο την ηθική αυτή διάσταση, που εμπεριέχει την υπόθεση ότι στις σύγχρονες καπιταλιστικές κοινωνίες είναι εφικτή η ευημερία όλων των πολιτών, για την επίτευξη της οποίας η κοινωνική λειτουργία του κράτους παίζει τον κεντρικό ρόλο. Ο γερμανικός όρος “sozial staat” υποδηλώνει επίσης ιστορικά καθορισμένη μορφή του αστικού κράτους και ιδεολογικό πρότυπο. Και στις δύο χώρες η διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, ήδη από τα μισά του 19ου αιώνα, συνδέθηκε με την άσκηση κοινωνικού ελέγχου, την εξασφάλιση της κοινωνικής ειρήνης και τις ανάγκες αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης».

¹⁹ Στασινοπούλου Ο., (2000), Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής, εκδόσεις

Επίσης σύμφωνα με το Ματθαίου (1996)²⁰, ο όρος «κράτος πρόνοιας» έχει κυρίως κοινωνικο-πολιτικό περιεχόμενο και αναφέρεται, κατά περιγραφικό τρόπο, στη σύγχρονη μορφή του καπιταλιστικού κράτους, που δρα, μέσω της παροχής κοινωνικής διοίκησης στην κατεύθυνση της άμβλυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων και της συστηματικής κάλυψης κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών.

Σύμφωνα με τις προσεγγίσεις των Espring – Andersen (1990)²¹ και Ferrera (1996)²² αυτά είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των τυπολογιών των διαφόρων συστημάτων κοινωνικής προστασίας που συναντούμε στις διάφορες χώρες της Ευρώπης.

Πίνακας 1: Ομαδοποίηση των χωρών της ΕΕ – 15 σε διακριτά συστήματα κοινωνικής προστασίας και βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων αυτών

Σύστημα	Χώρα	Βασικά χαρακτηριστικά
Κοινωνικής Προστασίας		
Φιλελεύθερο	Αγγλία, Ολλανδία	Παροχή κοινωνικής βοήθειας ορισμένου ποσού, λίγες μεταβιβαστικές πληρωμές προς όλους, το κράτος τονώνει την αγορά στην ανάληψη κάποιων πρωτοβουλιών για την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών. Το κράτος παρέχει μόνο ένα ελάχιστο κοινωνικό εισόδημα αλληλεγγύης.
Συντηρητικό	– Αυστρία, Γαλλία,	Στο πρότυπο αυτό υπάρχει υψηλή

²⁰ Ματθαίου Δ., (1996), κοινωνικός κράτος πρόνοιας, εκδόσεις Αφοι Κυριακίδη

²¹ Espring - Andersen, (1990), The three worlds of welfare capitalism,

²² Ferrera (1996), The Southern European social model: Changes and continuities

Κορπορατιστικό μοντέλο	Γερμανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Βέλγιο	διαφοροποίηση μεταξύ των διαφόρων ομάδων, η ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών γίνεται με γνώμονα την κοινωνική θέση. Αξίζει να τονιστεί ο σημαντικός αλλά και εξαιρετικά περιορισμένος εποπτικός ρόλος του κράτους
Σοσιαλοδημοκρατικό	Δανία, Φιλανδία, Ιρλανδία, Σουηδία	Επέκταση της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών και της μη εμπορευματοποίησης της υγείας σε όλες τις κοινωνικές τάξεις . Στόχος της κοινωνικής πολιτικής δεν είναι η ενθάρρυνση της αντιπαράθεσης ανάμεσα στο κράτος και την αγορά, ανάμεσα στην εργατική και στη μεσαία τάξη αλλά η προσπάθεια να επιτευχθεί ισότητα όλων σε ένα υψηλό και σε ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικών παροχών.
Νοτιοευρωπαϊκό	Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία	Ο υψηλός βαθμός μεταβιβαστικών πληρωμών σε συνδυασμό με τη δυαδικότητα του συστήματος σε ότι αφορά τη κοινωνική προστασία και την ανυπαρξία εθνικής πολιτικής ελάχιστου εισοδήματος για τη στήριξη ατόμων και οικογενειών με ανεπαρκή εισοδήματα. Ο ανισομερής καταμερισμός της κοινωνικής προστασίας απέναντι σε συγκεκριμένους κινδύνους Η παροχή χαμηλού ποσοστού κοινωνικών υπηρεσιών ευημερίας σε συνδυασμό με την ανάμειξη κρατικών

Πηγή: Ιδία επεξεργασία

1.5 Τα συστατικά στοιχεία του κράτους πρόνοιας

Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας είναι αποτέλεσμα των συστατικών του παραγόντων, που είναι η σχέση ανάμεσα στο κράτος πρόνοιας και τη μισθωτή εργασία, τη συσσώρευση του κεφαλαίου και την κοινωνία και τέλος ανάμεσα στο κράτος πρόνοιας και το πολιτικό καθεστώς.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση ανάπτυξης του καπιταλισμού το κράτος εμφανίζεται με μία συγκεκριμένη μορφή. Εδώ όμως θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί, εφόσον το κράτος δεν είναι απλώς και μόνο μία παθητική αντιγραφή της συγκεκριμένης καπιταλιστικής ανάπτυξης, αλλά αποτελεί ενεργό στοιχείο της καπιταλιστικής διαδικασίας. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο κράτος πρόνοιας και τη διαδικασία της ανάπτυξης είναι αμφίδρομη. Μπορούμε να πούμε ότι το κράτος πρόνοιας είναι η συγκεκριμένη μορφή οργάνωσης του «κοινωνικού». Ποια είναι όμως τα στοιχεία που έδωσαν στο κράτος τη συγκεκριμένη μορφή του κράτους πρόνοιας²³;

Πρώτα απ' όλα αλλάζει η σχέση ανάμεσα στο κράτος και τη μισθωτή εργασία. Εφόσον η μισθωτή εργασία αποτελείτο κυρίαρχο γνώρισμα που διαφοροποιεί τον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής του από τους προηγούμενους, θα πρέπει ν' αλλάξει και η σχέση του κράτους απέναντι της. Η πολιτική του κράτους έχει στόχο την εξάπλωση του θεσμού της μισθωτής εργασίας. Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στηρίζεται στην επέκταση της μισθωτής εργασίας, αλλά και αυτή η ίδια η αύξηση του αριθμού των μισθωτών προϋποθέτει την ύπαρξή του. Έτσι τίθενται οι βάσεις για την κοινωνική ασφάλιση, για τη σταθερότητα και κανονικότητα στην καταβολή του μισθού, για οικονομικά βοηθήματα καθώς επίσης και για την επέκταση του θεσμού της

²³ Στασινοπούλου Ο., (2000), Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής, εκδόσεις

κατανάλωσης για όλο τον κόσμο. Όταν λέμε επέκταση του θεσμού της κατανάλωσης, εννοούμε μία σειρά οικονομικών μέτρων που έχουν σκοπό να βοηθήσουν τις ασθενέστερες και σταθερές οικονομικά κοινωνικές ομάδες να αποκτήσουν πρόσβαση στα λεγόμενα διαρκή καταναλωτικά αγαθά²⁴.

1.6 Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η υπόθεση της αναδιάρθρωσης και της αναβάθμισης του συστήματος της κοινωνικής προστασίας είναι μια διαδικασία η οποία διαρκεί εδώ και αρκετά χρόνια. Ήδη από το 1936 χρονιά όπου και ιδρύθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α) έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες ώστε η το σύστημα της κοινωνικής προστασίας και υγείας να γίνει πιο άμεσο, πιο φιλικό απέναντι στο πολίτη και φυσικά πιο αποτελεσματικό. Στα χρόνια που ακολούθησαν την ίδρυση του ΙΚΑ διάφορες δομές κοινωνικής ασφάλισης έχουν εμφανιστεί και έχουν αποτύχει στη προσπάθεια να βελτιώσουν το επίπεδο της κοινωνικής προστασίας

Σήμερα, η Κοινωνική Προστασία και η υγεία των πολιτών στη χώρα μας καλύπτεται από διάφορα ταμεία τα οποία και καλύπτουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων της εκάστοτε ομάδας εργαζομένων (μισθωτοί – ελεύθεροι επαγγελματίες – δημόσιοι υπάλληλοι κτλ). Στη προσπάθεια όμως να δοθεί ένα τέλος σε όλη αυτή τη πολυνομία και τους δαιδαλώδης και δυσκίνητους οργανισμούς έγινε προσπάθεια από τις πρώτες κιόλας ημέρες του 2017 να δημιουργηθεί ένας φορέας ο οποίος και να εμπεριέχει όλα τα παραπάνω ταμεία. Ο φορέας αυτός θα ονομάζεται Ε.Φ.Κ.Α (Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης) θα περιλαμβάνει το σύνολο των ασφαλιστικών ταμείων και θα καλύπτει όλους τους ασφαλισμένους της χώρας.

Παρά τις μεγάλες δαπάνες που γίνονται σε ετήσια βάση από το κρατικό προϋπολογισμό για ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες και σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του ΟΟΣΑ για το 2014 (OECD Health Statistics) το επίπεδο της

²⁴ Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ., (1999), Υπηρεσίες υγείας / Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Β', Πολιτική υγείας / Κοινωνική πολιτική, ΕΑΠ

Κοινωνικής Προστασίας και υγείας στη χώρα μας δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τη χρηματοπιστωτική κρίση και για να αναμορφωθεί θα πρέπει να γίνει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος σχεδιασμός με βάση τα αντίστοιχα πρότυπα που ισχύουν σε μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες²⁵.

1.8 Οι πληρωμές και η χρηματοδότηση στα συστήματα υγείας

Στις χώρες όπου η διαχείριση της υγειονομικής κάλυψης βασίζεται στα ταμεία ασθένειας ή τους ασφαλιστικούς φορείς προκύπτει ένα ζήτημα που αφορά το βαθμό στον οποίο οι οντότητες αυτές συντονίζουν την πληρωμή των φορέων παροχής υπηρεσιών. Κάθε ασφαλιστικός φορέας καθιερώνει τον δικό του μηχανισμό για την πληρωμή των φορέων παροχής υπηρεσιών. Ακόμα και όταν δύο ασφαλιστικοί φορείς εφαρμόζουν παρόμοια συστήματα (π.χ. αμοιβή κατά πράξη με παρακρατούμενα ποσά), συνήθως το ποσό που καταβάλλουν στην πράξη διαφέρει.

Αντιθέτως, στο πλαίσιο ενός συστήματος «all-payer» όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς καταβάλλουν το ίδιο ποσό στους φορείς παροχής υπηρεσιών. Το σύστημα της Σουηδίας θεωρείται από πολλούς ως η αμιγέστερη μορφή all-payer, καθώς οι καταβαλλόμενες αμοιβές είναι οι ίδιες ανεξάρτητα από το φορέα παροχής υπηρεσιών από τον οποίο ζητείται η θεραπεία ή από το χώρο όπου γίνεται η θεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. πληρωμές προς νοσοκομεία στη Γαλλία και την Ολλανδία), οι αμοιβές καθορίζονται από τους ρυθμιστικούς φορείς του κράτους. Στη Γερμανία η ανάμιξη του κράτους είναι μικρότερη. Μια κοινοπραξία ταμείων ασθένειας διαπραγματεύεται από κοινού τις τιμές με τα νοσοκομεία. Σε τέτοιες χώρες, ο καθορισμός ενιαίας τιμής για όλους τους φορείς πληρωμής αποτελεί τον κανόνα και όσον αφορά τις πληρωμές προς τους ιατρούς.

Παρόλο που στις χώρες αυτές η τιμολόγηση με βάση το σύστημα all-payer αποτελεί τον κανόνα, υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις. Η πιο αξιοσημείωτη ίσως εξαίρεση είναι εκείνη της Γερμανίας: οι πιο εύποροι Γερμανοί μπορούν να συνάψουν ιδιωτικά ασφαλιστήρια αντί να ενταχθούν στα ταμεία ασθένειας

²⁵ Υφαντόπουλος Γ., (2009), Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας, εκδόσεις Gutenberg

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

2.1 Η έννοια των δημοσίων δαπανών

Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούσαν από την αρχή της δημιουργίας των πρώτων αναπτυγμένων ανθρώπινων κοινοτήτων ένα ευρύ πεδίο πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών αντιπαραθέσεων. Ο κάθε ένας από τους παράγοντες της δημόσιας ζωής που καλούνταν να μελετήσει, καθορίσει και εκτελέσει τις δαπάνες αυτές προσπαθούσε να επωφεληθεί από το πλεονέκτημα αυτό που του δινόταν ώστε να παραμείνει κύριος παίκτης στη διαμόρφωση των πολιτικών που τις καθόριζαν. Δεν θα μπορούσε να συμβαίνει, λοιπόν, το αντίθετο στον τομέα των δαπανών υγείας.

Η συνεχιζόμενη αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η αύξηση των δαπανών υγείας στις περισσότερες χώρες, οι προβλέψεις για περαιτέρω αύξηση τόσο της ζήτησης όσο και της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας εξαιτίας και της γήρανσης του πληθυσμού είναι μόνο μερικοί από τους παράγοντες που κάνουν τη διεξοδική μελέτη των δαπανών υγείας κάτι παραπάνω από επιβεβλημένη²⁶.

Ο ευαίσθητος, τόσο από οικονομική όσο και από κοινωνική σκοπιά, τομέας της παροχής υγείας και της χρηματοδότησής της, απασχόλησαν από πολύ νωρίς τα κέντρα λήψης αποφάσεων και κατ' επέκταση τις δεξαμενές σκέψης (π.χ. ερευνητικά κέντρα, πανεπιστήμια) που άρχισαν να ερευνούν τρόπους για να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη από την παρεχόμενη υπηρεσία ελαχιστοποιώντας παράλληλα το κόστος, μία πρακτική, άλλωστε, που αποτελεί θεμελιώδες αξίωμα της οικονομικής επιστήμης²⁷. Αν και αυτό, εκ πρώτης αναγνώσεως, ακούγεται σχετικά εύκολο, εντούτοις στον τομέα της υγείας καθίσταται αρκετά απαιτητικό εξαιτίας των πολλών παραγόντων που επηρεάζουν το δίπολο αυτό και περιλαμβάνουν τόσο ποσοτικούς-συγκρίσιμους (π.χ. εισόδημα, προσδόκιμο ζωής, αριθμός παθολόγων, αριθμός κλινών, αριθμός εξιτηρίων κλπ.), όσο και ποιοτικούς που μπορούν δύσκολα να ποσοτικοποιηθούν και

²⁶ Arrow K.J. and Lind R.C., (1970), "Uncertainty and the Evaluation of Public Investment Decisions", American Economic Review

²⁷ Cremieux Pierre-Yves, Ouelette Pierre and Pilon Caroline, (1999), "Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes", Health Economics

να συμπεριληφθούν σε οποιαδήποτε οικονομετρική προσέγγιση (π.χ. κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, περιβάλλον, τρόπος ζωής κλπ.).

2.2 Οι δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες υγείας απασχολούν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα εδώ και πολλά χρόνια, ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες η ανάγκη για διερεύνηση εναλλακτικών τρόπων χρηματοδότησης μεγάλωσε εξαιτίας και του αυξανόμενου ρυθμού με τον οποίο γιγαντώνονται. Με τον όρο Δαπάνες Υγείας, σύμφωνα με τον ορισμό του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), εννοούνται όλες εκείνες οι δαπάνες που περιλαμβάνουν την τελική κατανάλωση ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών, καθώς και τις κεφαλαιακές επενδύσεις για δημιουργία υποδομών στον χώρο της υγείας. Αυτές αφορούν δαπάνες δημόσιες ή ιδιωτικές, δαπάνες δημόσιας υγείας για χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών (πχ. εμβολιασμοί κλπ.) και διοικητικές δαπάνες²⁸.

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να διαχωρίσουμε τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία από τις ιδιωτικές. Οι δημόσιες είναι αυτές που απασχολούν κυρίως τις κυβερνήσεις και κατ' επέκταση κατέχουν το μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής στόχευσης. Σ' αυτές περιλαμβάνονται τόσο δαπάνες που προέρχονται με απευθείας χρηματοδότηση από τα κρατικά ταμεία μέσω της φορολογίας, αλλά και δαπάνες που οφείλονται στους ασφαλιστικούς φορείς που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν τόσο τις λεγόμενες Out-of-Pocket (OOP) πληρωμές, δηλαδή τις δαπάνες των ίδιων των ασθενών ατομικά, όσο και τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα για επενδύσεις στην υγεία. Σε ορισμένες χώρες όπου οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούν υπό καθεστώς ιδιωτικού δικαίου, στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας συγκαταλέγονται και οι δαπάνες των φορέων αυτών. Οι OOP πληρωμές, αν και είναι ιδιωτικές, συνήθως λαμβάνονται υπόψιν στις μελέτες επειδή το εισόδημα των πολιτών-ασθενών είναι σημαντικός παράγοντας για τη διαμόρφωση της δημόσιας υγείας, συνεπώς το ύψος του εισοδήματος επηρεάζει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση και τα επίπεδα της υγείας του γενικού πληθυσμού. Ο τελευταίος παράγοντας, δηλαδή το γενικό επίπεδο υγείας είναι το

²⁸ Gerdtham et al., (1998), The determinants of health expenditure in the OECD countries, Health, The Medical Profession, and Regulation, Dordrecht : Kluwer Academic

αποτέλεσμα των περισσότερων μελετών και καθορίζει την πολιτική υγείας που θα ακολουθηθεί σε κάθε περίπτωση.

Επανερχόμενοι, λοιπόν, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι είναι χαρακτηριστικό ότι η ποσοστιαία αύξηση των δαπανών υγείας στις χώρες-μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), από το 2000 και έπειτα, είναι μεγαλύτερη και μάλιστα υπερδιπλάσια από το ποσοστό της ετήσιας αύξησης του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) (4% αύξηση των δαπανών υγείας, έναντι μόλις 1,6%²⁹ του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις χώρες-μέλη), πράγμα που αποδεικνύει τη συνεχώς αυξανόμενη δυναμική που δημιουργείται όσον αφορά τις δαπάνες υγείας. Αν αναλογιστεί κανείς ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, (ποσοστό 72% των συνολικών δαπανών υγείας κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ σε μερικές χώρες όπως Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο Τσεχία, Λουξεμβούργο, Ιαπωνία, Νέα Ζηλανδία ξεπερνά και το 80% προέρχεται από κρατική δαπάνη, γίνεται εύκολα κατανοητό πόσο επιβεβλημένη γίνεται η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη εναλλακτικών τρόπων ή «μιγμάτων» χρηματοδότησης. Αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, μόνο τρεις χώρες-μέλη του εμφανίζουν ιδιωτικές δαπάνες υγείας μεγαλύτερες από τις δημόσιες (Χιλή, Μεξικό, Ηνωμένες Πολιτείες). Συνεπώς, σε ένα περιβάλλον συνεχών προκλήσεων για συγκράτηση των δημοσίων εξόδων, που ενισχύθηκε τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της παγκόσμιας ύφεσης, γίνεται εξαιρετικά επίκαιρο το θέμα του εξορθολογισμού και της δημόσιας δαπάνης υγείας.

Ωστόσο, όσο θεμιτό είναι αυτό, αλλό τόσο υπάρχουν αξίες που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Τέτοιες είναι η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε αξιοπρεπή επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών και η κοινωνική αλληλεγγύη τόσο προς την τρίτη ηλικία που έχει μεγαλύτερη ανάγκη για τέτοιες υπηρεσίες, όσο και προς τους οικονομικά ασθενέστερους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μη διασφάλιση των παραπάνω συνθηκών μπορεί να αποβεί τελικά επιζήμια οικονομικά και να υπονομεύσει την όλη προσπάθεια για συγκράτηση των δαπανών, αφού υποβάθμιση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού εξαιτίας αδυναμίας πρόσβασης σε υπηρεσίες είτε λόγω αποκλεισμού είτε λόγω οικονομικής δυσπραγίας, αναπόφευκτα αργά ή γρήγορα θα οδηγήσει σε αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα θα τεθεί ζήτημα αξιοπιστίας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

²⁹ OECD Health at a Glance, OECD, 2016

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι ένα σημαντικό μέρος της οικονομικής ζωής μιας χώρας κινείται γύρω από επαγγέλματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία, συνεπώς μια συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών θα οδηγούσε και σε οικονομική ύφεση μεγάλο μέρος της οικονομίας. Ένα άλλο πράγμα που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από αυτούς που καθορίζουν την πολιτική υγείας μιας χώρας είναι το ύψος των ιδιωτικών δαπανών, που παρόλο που είναι ιδιωτικές συνήθως καθορίζονται από το κράτος. Για παράδειγμα, υψηλά ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στην υγειονομική δαπάνη (είτε φαρμακευτική είτε νοσοκομειακή), μπορεί να μειώσει μεν τη ζήτηση για άσκοπες υπηρεσίες, αλλά θα οδηγήσει σίγουρα σε υποβάθμιση του επιπέδου υγείας εξαιτίας της αδυναμίας πολλών νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν στο υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας που θα κληθούν να πληρώσουν, ιδιαίτερα εκείνων των νοικοκυριών που έχουν χρονίως πάσχοντες ασθενείς.

Αν αυτή η υποβάθμιση συνδυαστεί με υποβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται, εξαιτίας της ελλιπούς χρηματοδότησης που συνήθως είναι αποτέλεσμα της ύφεσης και των πολιτικών που ακολουθούνται, έχουμε ένα εξαιρετικά επικίνδυνο μείγμα για τη δημόσια υγεία³⁰.

2.3 Τα συστατικά των δαπανών υγείας

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που αναλαμβάνονται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας³¹.

Οι δαπάνες υγείας μπορούν, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- *Ιατρικές Δαπάνες*, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες κ.α

³⁰ OECD Health at a Glance, OECD, 2016

³¹ Parkin David, (1987), Aggregate Health Care Expenditures and National Income. Is Health Care a Luxury Good?", Journal of Health Economics

- *Νοσοκομειακές Δαπάνες* που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α
- *Φαρμακευτικές Δαπάνες*, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Αν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως *Συνολικές Δαπάνες υγείας*. Επιπλέον, οι δαπάνες υγείας μπορούν να διαχωριστούν σε δημόσιες και ιδιωτικές.

Μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας μελετά τις δαπάνες υγείας ενιαία ως σύνολο και τις συγκρίνει με το εισόδημα³².

Όμως, πόσο σωστή είναι η αντιμετώπιση των δαπανών υγείας ως ενιαίες; Μπορούμε να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα αναλύοντας ψυχρά τις δαπάνες υγείας ως ποσοστά οικονομικών μεγεθών; Ο τομέας της υγείας εμφανίζει αρκετά μεγάλες ιδιαιτερότητες όσον αφορά τον οικονομικό χειρισμό της χρηματοδότησης του. Τα αποτελέσματα μίας ελλιπούς χρηματοδότησης επηρεάζουν και άλλους τομείς της δημόσιας οικονομικής ζωής μιας χώρας και μία τέτοια πολιτική επιλογή μπορεί σε βάθος χρόνου να οδηγήσει στα ακριβώς αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συνεπώς, η αναλυτική προσέγγιση των δαπανών διαχωρίζοντας τα επιμέρους στοιχεία τους θεωρείται αρκετά πιο αξιόπιστη όταν θέλουμε να μετρήσουμε την ωφέλεια μιας αλλαγής στο χρηματοδοτικό «μείγμα».

³² Parkin David, (1987), *Aggregate Health Care Expenditures and National Income. Is Health Care a Luxury Good?*", *Journal of Health Economics*

2.4 Η σημασία των δαπανών υγείας

Οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι του κρατικού προϋπολογισμού και για το λόγο αυτό τυγχάνουν ιδιαίτερης στατιστικής έρευνας.

Συνήθως, μελετώνται ενιαία ως συνολικές δαπάνες υγείας και συγκρίνονται με άλλους δείκτες της οικονομίας όπως το ΑΕΠ, το εισόδημα των πολιτών κ.α. Ωστόσο, πολλοί άλλοι τις μελετούν με βάση τα συστατικά τους κατά πάροχο (νοσοκομεία, ιατροί, φαρμακεία, ασφαλιστικοί φορείς, ασθενείς), ενώ άλλοι κατά πηγή χρηματοδότησης (δημόσιες και ιδιωτικές). Ορισμένοι συμπεριλαμβάνουν και ποιοτικούς δείκτες που μπορεί να επηρεάζουν το ύψος των δαπανών, όπως η ηλικία (σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού), ο τρόπος ζωής, η αστικοποίηση, γενετικοί και δημογραφικοί παράγοντες και ατομικές αποφάσεις.

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας είναι το εισόδημα και η ηλικία. Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, επιβαρύνοντας τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την πλευρά του το κράτος προσπαθεί να μειώσει τις δαπάνες, διατηρώντας επαρκές επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών αλλά και διασφαλίζοντας την καθολική πρόσβαση σ' αυτές, μετακυλώντας ένα μέρος των δαπανών στους ασθενείς-καταναλωτές. Συνεπώς, το εισόδημα των ασθενών είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας³³.

Ορισμένοι από τους παράγοντες καθορισμού της ζήτησης αυτής μπορούν να επηρεαστούν από τις πολιτικές υγείας ενός κράτους, ενώ άλλες όχι. Η μελέτη εκείνων των παραγόντων που μπορούν να καθοριστούν από το κράτος, όπως η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, η δραστηριότητα και το κόστος λειτουργίας των μονάδων υγείας κλπ., είναι πολλή σημαντική και εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας που εφαρμόζει η εκάστοτε εκτελεστική εξουσία.

Συχνά, οι δείκτες αποδοτικότητας συγκρίνονται με τους οικονομικούς δείκτες, οπότε αποκαλύπτονται οι αδυναμίες του συστήματος υγείας και λαμβάνονται τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα. Οι cross-country αναλύσεις δεδομένων τύπου panel11 είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών κρατών, ώστε να εντοπιστούν οι αδυναμίες αλλά και τα «δυνατά» σημεία ενός συστήματος και να εφαρμοστούν και σε άλλες χώρες. Ωστόσο, η συλλογή στατιστικών δεδομένων από

³³ Υφαντόπουλος Γ., (2013), Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και εφαρμογή, εκδόσεις Τυπωθήτω

διαφορετικές χώρες εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους λαθών στην ανάλυση εξαιτίας της διαφορετικότητας των παραμέτρων και των μεθόδων συλλογής τους. Ο αναλυτής οφείλει να λάβει υπόψη του συγκεκριμένες μεθοδολογίες που μπορούν να υπερκεράσουν τα συγκεκριμένα τεχνικά εμπόδια και να εξάγει σωστά αποτελέσματα. Η μελέτη των δαπανών υγείας ως ενιαίες ενέχει κινδύνους να απαλειφθούν ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτών που όμως είναι σημαντικά για τον καθορισμό τους, συνεπώς στα επόμενα κεφάλαια θα προσπαθήσουμε να χρησιμοποιήσουμε το μοντέλο των διαχωρισμένων δαπανών υγείας. Επίσης, η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας επηρεάζει και τη χρηματοδότησή του. Ένα ποιοτικά ή οικονομικά αποδοτικότερο σύστημα υγείας μεγιστοποιεί τα οφέλη που αποκομίζει το κοινωνικό σύνολο ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τη δαπάνη για τη χρηματοδότησή του. Έτσι, η μελέτη της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας μέσω μίας σειράς δεικτών, όπως προαναφέρθηκαν και θα χρησιμοποιηθούν και στο επόμενο κεφάλαιο, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας του ελέγχου των δαπανών υγείας. Τέλος, η συγκριτική μελέτη των στοιχείων μεταξύ κρατών μας επιτρέπει να εξάγουμε σημαντικά συμπεράσματα για τις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας και να ερευνήσουμε τις ατέλειες ή αστοχίες ενός συστήματος έναντι των υπολοίπων με σκοπό την υιοθέτηση αποδοτικότερου μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας³⁴.

2.5 Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Στην Ελλάδα η υπόθεση της αναδιάρθρωσης και της αναβάθμισης του Συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι μια διαδικασία η οποία διαρκεί εδώ και αρκετά χρόνια. Ήδη από το 1983 χρονιά όπου και ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες ώστε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να γίνει πιο άμεση, πιο φιλική απέναντι στο πολίτη και φυσικά πιο αποτελεσματική. Στα χρόνια που ακολούθησαν την ίδρυση του Ε.Σ.Υ διάφορες δομές υγείας έχουν εμφανιστεί (εξωτερικά ιατρεία του ΙΚΑ, ΕΟΠΠΥ κτλ) και έχουν αποτύχει στη προσπάθεια να βελτιώσουν το επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Υγείας.

³⁴ Υφαντόπουλος Γ., (2013), Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και εφαρμογή, εκδόσεις Τυπωθήτω

Σήμερα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας καλύπτεται από τα πολυϊατρεία του ΠΕΔΥ για τις αστικές περιοχές, τα Κέντρα Υγείας για τις αγροτικές και ημιαγροτικές περιοχές, από τα περιφερειακά κέντρα υγείας καθώς και από ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία υγείας.

Παρά τις μεγάλες δαπάνες που γίνονται σε ετήσια βάση από το κρατικό προϋπολογισμό για ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες και σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του ΟΟΣΑ για το 2014 (OECD Health Statistics) το επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τη χρηματοπιστωτική κρίση και για να αναμορφωθεί θα πρέπει να γίνει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος σχεδιασμός με βάση τα αντίστοιχα πρότυπα που ισχύουν σε μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες³⁵.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως στην εισαγωγή από το 1983 που δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας έως και σήμερα έγιναν αρκετές ανεπιτυχείς προσπάθειες ώστε το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αναβαθμιστεί, να γίνει φιλικότερο στο πολίτη και πιο λειτουργικό για αυτόν.

Μετά την αποτυχία αυτού του μοντέλου προωθείται σήμερα στη χώρα μας η δημιουργία ενός διεθνούς αναγνωρισμένου προτύπου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το οποίο θα προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους πολίτες δίνοντας έμφαση τόσο στη πρόληψη όσο και στην αγωγή της υγείας. Βασικό ρόλο στη δημιουργία του μοντέλου αυτού διαδραματίζει ο οικογενειακός γιατρός ο οποίος θα αντιμετωπίζει τα διάφορα προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στην εκάστοτε οικογένεια και έτσι δεν θα χρειάζεται να γίνεται σε τόσο μεγάλο βαθμό εισαγωγή πολιτών σε περιφερειακά ιατρεία, κέντρα υγείας κτλ. Έτσι στο προτεινόμενο αυτό μοντέλο κυρίαρχο ρόλο έχουν η πρόληψη όσο και η αγωγή της υγείας.

Με την έννοια της πρόληψης αναφερόμαστε στη δυνατότητα που θα υπάρχει εντός του κάθε νοικοκυριού να προλαμβάνονται και καταστέλλονται διάφορες ασθένειες στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης τους χωρίς να χρειάζεται η εισαγωγή κάποιου ατόμου σε κέντρα υγείας, ιατρεία του ΠΕΔΥ κτλ γεγονός το οποίο και επιβαρύνει σημαντικά το κόστος νοσηλείας και το συνολικό κόστος του συστήματος

³⁵ Υφαντόπουλος Γ., (2013), Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και εφαρμογή, εκδόσεις Τυπωθήτω

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Είναι σημαντικό στοιχείο επομένως η πρόληψη όσο αφορά τη λειτουργικότητα και τη διάρκεια του συστήματος αυτού.

Μια άλλη κρίσιμη παράμετρος στην επιτυχία του νέου αυτού εγχειρήματος είναι και η αγωγή υγείας και η νέα νοοτροπία που θα πρέπει να περάσει στη καθημερινότητα των πολιτών. Όπως είναι γνωστό η αγωγή της υγείας ξεκινά από το σχολείο έτσι μέσα από την εκπαίδευση τα παιδιά, οι μικροί μαθητές θα πρέπει να διδάσκονται τη σημασία της ατομικής υγιεινής και της καθαριότητας έτσι ώστε να μην δημιουργούνται παθογόνες καταστάσεις οι οποίες θα οδηγούν σε ασθένειες. Μέσω της εκπαίδευσης οι μικροί μαθητές θα αποτελέσουν τα θετικά πρότυπα για τους γονείς και συνολικά για τις οικογένειες τους έτσι η αγωγή υγείας και τα σωστά πρότυπα της ατομικής υγιεινής θα περάσουν σταδιακά και με τη πάροδο του χρόνου στις οικογένειες των παιδιών και σε όλη τη κοινωνία.

Έτσι μέσα από όλη αυτή την ανάλυση αναδεικνύεται η σημασία της δημιουργίας ενός νέου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας το οποίο θα βασίζεται στις αρχές της πρόληψης και της αγωγής υγείας. Στο τομέα της πρόληψης σημαντικό ρόλο θα διαδραματίζει ο οικογενειακός γιατρός και στην αγωγή υγείας το σχολείο και η εκπαίδευση. Ένα τέτοιο νέο σύστημα είναι αναγκαίο να δημιουργηθεί άμεσα στη χώρα μας καθώς με λειτουργία του θα μειωθεί η προσέλευση των πολιτών στα δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας κτλ και θα υπάρξει σημαντική εξοικονόμηση πόρων ώστε αυτοί να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά σε άλλους τομείς της δημόσιας υγείας. Τέλος, με τη δημιουργία ενός νέου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα αυτού καθώς και η ποιότητα υγείας την οποία θα απολαμβάνουν οι πολίτες γεγονός το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς αναμένεται να αυξήσει το γενικό επίπεδο της υγείας στη χώρα³⁶.

³⁶ Υφαντόπουλος Γ., (2013), Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και εφαρμογή, εκδόσεις Τυπωθήτω

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Ο ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

3.1 Ο Καλλικρατικός Δήμος Καλαμάτας

Ο Δήμος Καλαμάτας αποτελείται από τον Δήμαρχο Καλαμάτας , τους Αντιδημάρχους, το Δημοτικό Συμβούλιο, τις Δημοτικές Κοινότητες, τις Τοπικές Κοινότητες, τις Επιτροπές , τις Δημοτικές Επιχειρήσεις και τα Νομικά πρόσωπα.

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο όπως αυτό εκφράζεται μέσω του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων ν.3463/2006 κάθε δήμος έχει και τα ακόλουθα αιρετά όργανα διοίκησης πλην του δημάρχου:

- Το Δημοτικό Συμβούλιο
- Την Δημαρχιακή Επιτροπή
- Τους Αντιδημάρχους³⁷

Ο δήμος Καλαμάτας προκειμένου να ασκήσει αποτελεσματικά όλες του της αρμοδιότητες και ταυτόχρονα να είναι σε θέση να κατασκευάζει και να διαχειρίζεται σωστά όλες τις κρίσιμες υποδομές για την ποιότητα ζωής των δημοτών και την τοπική ανάπτυξη διαθέτει τις ακόλουθες υπηρεσίες με τα τμήματα τους :

- Διεύθυνση Διοικητικών
- Διεύθυνση Οικονομικών
- Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης
- Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών
- Διεύθυνση Γεωτεχνικών Υπηρεσιών
- Διεύθυνση Καθαριότητας και Αμαξοστασίου
- Διεύθυνση Εξυπηρέτησης του Πολίτη (Κ.Ε.Π)
- Διεύθυνση Δημοτικής Αστυνομίας
- Διεύθυνση Πολεοδομίας
- Διεύθυνση Πρόνοιας³⁸

³⁷ ν.3463/2006 "Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων" Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης .

3.2 Ο Δήμος και οι δημοτικές ενότητες

Ο Δήμος Καλαμάτας συνενώνεται με τους Δήμους Αρφαρών, Άριος και Θουρίας για τη δημιουργία του Δήμου Καλαμάτας με έδρα την Καλαμάτα. Η έκταση του νέου Δήμου είναι 442.67 τ.χλμ και ο πληθυσμός του 67127 κάτοικοι σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ του 2001.



ΕΙΚΟΝΑ 1: Δήμος Καλαμάτας³⁹

³⁸ <http://www.kalamata.gr/default.asp?static=32>

³⁹ <http://www.okxe.gr/kallikra/Default.aspx>

3.2.1 Η δημοτική ενότητα Καλαμάτας

Η Καλαμάτα, είναι πόλη της νοτιοδυτικής Πελοποννήσου και πρωτεύουσα του νομού Μεσσηνίας, είναι η δεύτερη μεγαλύτερη σε πληθυσμό πόλη της Πελοποννήσου, μετά την Πάτρα και απέχει 255 χλμ. από την Αθήνα, 215 χλμ. από την Πάτρα και 715 χλμ. από την Θεσσαλονίκη.

Η πόλη της Καλαμάτας αποτελεί το οικονομικό, εμπορικό και διοικητικό κέντρο της νοτιοδυτικής Πελοποννήσου ενώ η γεωγραφική της θέση και το εύκρατο μεσογειακό της κλίμα την καθιστούν μια από τις πιο χαρισματικές πόλεις της Ελλάδας.

Ο δήμος Καλαμάτας, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, έχει πληθυσμό 57.620 κατοίκους και έκταση 253,2 Km². Ο δήμος περιλαμβάνει και 13 δημοτικά διαμερίσματα που εκτείνονται από τα δυτικά πεδινά της πόλης έως τον κεντρικό όγκο του Ταΰγετου και τα ανατολικά παράλια. Στα τέλη του 19ου αιώνα χτίζεται το λιμάνι της Καλαμάτας που υπάρχει μέχρι και σήμερα, και η πόλη γνώρισε σημαντική ανάπτυξη και ακμή. Η οικονομία της πόλης στηρίζεται στην αγροτική παραγωγή και κυρίως στην παραγωγή ελαιολάδου, ελιάς, σύκα, σταφίδα και οπωροκηπευτικών αλλά και στον τουρισμό. Στην περιοχή υπάρχουν και αρκετές βιομηχανίες μεταποίησης και τυποποίησης αγροτικών προϊόντων αλλά σημαντική είναι και η μονάδα της καπνοβιομηχανίας Καρέλια.

Η Καλαμάτα, είναι μια από τις πιο σύγχρονες πόλεις της Ελλάδας, με άρτια ρυμοτομία αλλά και έντονη εκπαιδευτική και πολιτιστική δραστηριότητα. Στην πόλη υπάρχει σύγχρονο νοσοκομείο, πλήρης και υπερσύγχρονες αθλητικές εγκαταστάσεις ενώ στην πόλη εδρεύει ΑΤΕΙ και σχολές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Στην περιοχή λειτουργεί πολιτικό αεροδρόμιο που διευκολύνει την προσέλευση τουριστών..

Χαρακτηριστικό της Καλαμάτας είναι η πνευματική ζωή και η έντονη πολιτιστική δράση από την οποία έγινε γνωστή σε όλη την Ελλάδα. Πολλοί πολιτιστικοί σύλλογοι δραστηριοποιούνται στην περιοχή ενώ πραγματοποιούνται και πάρα πολλές πολιτιστικές δραστηριότητες κάθε χρόνο όπως το Διεθνές Φεστιβάλ Χορού, εκθέσεις, εικαστικά, θεατρικές και μουσικές παραστάσεις, φεστιβάλ κ.α.

Πολλά αξιοθέατα θα βρείτε στην γραφική πόλη της Καλαμάτας όπως το κάστρο, τον Μητροπολιτικό Ναό της Υπαπαντής, το μοναστήρι των Καλογραιών, το αρχαιολογικό μουσείο Μπενάκη, την εκκλησία των Αγίων Αποστόλων και άλλα.⁴⁰

3.2.2 Η δημοτική ενότητα Θουρίας

Ο Δήμος Θουρίας έλαβε το όνομά του από την αρχαία πόλη Θουρία, που σύμφωνα με τον Στράβωνα βρισκόταν «επί λόφου υψηλού» και απείχε από την πόλη των Φαρών 80 στάδια. η πόλη της Θουρίας έχει 1.257 κατοίκους. Η συνολική έκταση του Δήμου ανέρχεται σε 76.992 στρέμματα, καλύπτοντας το 2,6% της συνολικής έκτασης του Ν. Μεσσηνίας. Ο Δήμος Θουρίας αποτελείται τόσο από πεδινές όσο και από ορεινές περιοχές.

Η Θουρία βρίσκεται στους πρόποδες των διακλαδώσεων του Ταυγέτου, κυκλωμένη από πλούσιο πράσινο. Ο οικισμός έχει στενά δρομάκια-σοκάκια, που διευκολύνουν ακόμα τους κατοίκους κρατώντας τη γραφικότητά τους. Μερικά από τα σπίτια της Θουρίας είναι παλιά αρχοντικά, παραδοσιακά, αφού η πλούσια Θουρία υπήρξε το μεγαλύτερο διαμετακομιστικό εμπορικό κέντρο της περιοχής για προϊόντα όπως σύκα, σταφίδα κλπ. Η Θουρία διαθέτει Νηπιαγωγείο, Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, αθλητικό κέντρο και γυμναστήριο.

Η οικονομική δραστηριότητα της Θουρίας στηρίζεται στις μικρές εμπορικές και μεταποιητικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στη περιοχή, καθώς επίσης και με τη καλλιέργεια των εσπεριδοειδή και των κηπευτικών. Από φυσικά αξιοθέατα η Θουρία έχει ένα σπουδαίο σπήλαιο στα Βορειοανατολικά της, πάνω στο βουνό Λιαρεϊκά, το οποίο είναι βαθύ, ανεξερεύνητο με πολλές διακλαδώσεις. Ο Δήμος Θουρίας έχει όλα τα πλεονεκτήματα μιας περιοχής δίπλα στο οικονομικό, εμπορικό και πολιτιστικό κέντρο του Νομού Μεσσηνίας, την Καλαμάτα, από την οποία απέχει μόλις 8 χιλ. και τους συνδέει η Εθνική Οδός Τρίπολης - Καλαμάτας, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί και

⁴⁰ <http://www.web-greece.gr/messinia/kalamata/kalamata-gr.htm>

εντείνει την οικονομική και πολιτιστική της ανάπτυξη στηριζόμενη σε μια σημαντική αγροτική παραγωγή της Μικρομάνης.⁴¹

3.2.3 Η δημοτική ενότητα Άριος

Ο Δήμος Άριος εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη διοικητική ιστορία του Νομού Μεσσηνίας το 1836 και η ιδρυτική του νομοθετική πράξη δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 80/28-12-1936. Κατά την ίδρυσή του περιλάμβανε τα χωριά: Ασλάναγα (Άρις), Μπαλιάγα (Άμμος), Γκορτζόγλι (Αλώνια), Γκλιάτα (Ανεμόμυλος), Μπάστα (Πλατύ), Γαϊδουροχώρι (Αριοχώρι), Βραχάταγα, Μπισπάρδι (Ασπροπουλιά), Πήδημα. Ο νέος Δήμος Άριος συστάθηκε το έτος 1999 μετά την εφαρμογή του Ν. 2539/1997 (Ι. Καποδίστρια) από τη συνένωση των Κοινοτήτων Άριος, Αλωνίων, Άμμου, Ανεμομούλου, Αριοχωρίου και Ασπροπουλιάς.

Ο Δήμος πήρε το όνομά του από τον ποταμό Άρι, οι πηγές του οποίου βρίσκονται στο χωριό Πήδημα. Στον Άρι υπάρχει το φράγμα του ποταμού Παμίσου, όπου έχει δημιουργηθεί μια περιοχή απείρου κάλλους, ο σιδηροδρομικός σταθμός, οι εγκαταστάσεις του πρώην ΑΣΟ, οι οποίες έχουν παραχωρηθεί στο Δήμο για τη δημιουργία πολιτιστικού κέντρου, ενώ στο Δημοτικό Διαμέρισμα Ανεμομούλου υπάρχει το πέτρινο λαξευτό γεφύρι στην περιοχή «Κάραβος», το οποίο χρονολογείται από το 1850.

Η γεωργία αποτελεί την κινητήρια δύναμη της τοπικής οικονομίας. Η περιοχή είναι πολύ πλούσια σε αγροτικά προϊόντα: λάδι, εσπεριδοειδή, κρασί, οπωροκηπευτικά.

Ο επισκέπτης μπορεί να χαρεί στο Δήμο μας τοπία απaráμιλλης φυσικής ομορφιάς, γραφικές ταβέρνες και τη θερμή φιλοξενία των κατοίκων.⁴²

⁴¹ <http://www.dimosthourias.gr/parousiasedemou/parousiasedemou/topikadiamerismata.html>

⁴² <http://www.aris.gov.gr/>

3.2.4 Η δημοτική ενότητα Αρφαρών

Ο Δήμος Αρφαρών προήλθε με βάση το Νόμο «Ιωάννης Καποδίστριας» από συνένωση οκτώ πρώην κοινοτήτων, Αρφαρών, Πλατέως, Πηδήματος, Βελανιδιάς, Βρομόβρυσης, Αγρίλου, Αγίου Φλώρου και Σταματινού και ο πληθυσμός του είναι, με βάση την τελευταία απογραφή, 3.081 κάτοικοι. Η έκταση του είναι 8.671 στρέμματα. Στο Δ.Δ. Αγίου Φλώρου υπάγεται και ο συνοικισμός των Χριστοφιλέικων. Η περιοχή εξυπηρετείται κατά βάση από την Ενική οδό Τρίπολης - Καλαμάτας η οποία διέρχεται από το Δήμο σε απόσταση 1,5χλμ. Δυτικά της έδρας του Δήμου παρακάμπτοντας το Πήδημα και διασχίζοντας το συνοικισμό του Αγίου Κωνσταντίνου και το Δ.Δ. Αγίου Φλώρου. Ο οδικός άξονας της εθνικής οδού προσφέρει πρόσβαση με τα πολυπληθέστερα Δ.Δ. του Δήμου και η τυπική κυκλοφορία είναι της τάξεως των 8.000 οχημάτων ημερησίως. Ο Δήμος υδρεύεται από γεωτρήσεις και πηγές ποταμών πηγές (Πηδήματος και Αγίου Φλώρου). Ο Δήμος Αρφαρών καλύπτει τις ανάγκες υγείας των δημοτών του με το Περιφερειακό Ιατρείο του Δήμου Αρφαρών που ανήκει διοικητικά στο Κέντρο Υγείας Μελιγαλά, και βρίσκεται στην είσοδο του Δ.Δ. Αρφαρών απέναντι από το Γυμνάσιο- Λύκειο Αρφαρών. Καλύπτει υγειονομικά εκτός από το Δ.Δ. Αρφαρών και άλλα 5 Δημοτικά Διαμερίσματα ("Αγρίλος, Βελανιδιά, Βρομόβρυση, Σταματινού και Πήδημα). Ο πληθυσμός ευθύνης του είναι περίπου 2.300 άτομα. Ιδιαίτερη θέση στην ενημέρωση των δημοτών μας καταλαμβάνει ο τοπικός τύπος τον οποίο αποτελούν, Η εφημερίδα «Ηχώ των Αρφαρών», η εφημερίδα «Το Πλατύ», το περιοδικό «Σταματινού» και το περιοδικό του Αγρίλου. Ο Δήμος Αρφαρών με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των αθλητικών δραστηριοτήτων του, έχει συγκροτήσει Δημοτική επιτροπή άθλησης και Νεολαίας, σε συνεργασία με τους Αθλητικούς Συλλόγους και τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων της περιοχής. Στη διάθεση των δημοτών βρίσκεται το Δημοτικό Γυμναστήριο που βρίσκεται στο Αρφαρά, το προσφάτως ανακαινισμένο με χλοοτάπητα γήπεδο ποδοσφαίρου όπου αγωνίζεται ο Αστέρας Αρφαρών στο Περιφερειακό Πρωτάθλημα, το γήπεδο ποδοσφαίρου Πλατέως όπου αγωνίζεται ο Ατρόμητος Πλατέως και διάφορα γήπεδα καλαθοσφαίρισης και αντισφαίρισης.⁴³

⁴³ http://www.wiw.gr/greek/arfara_municipality_of_arfara/

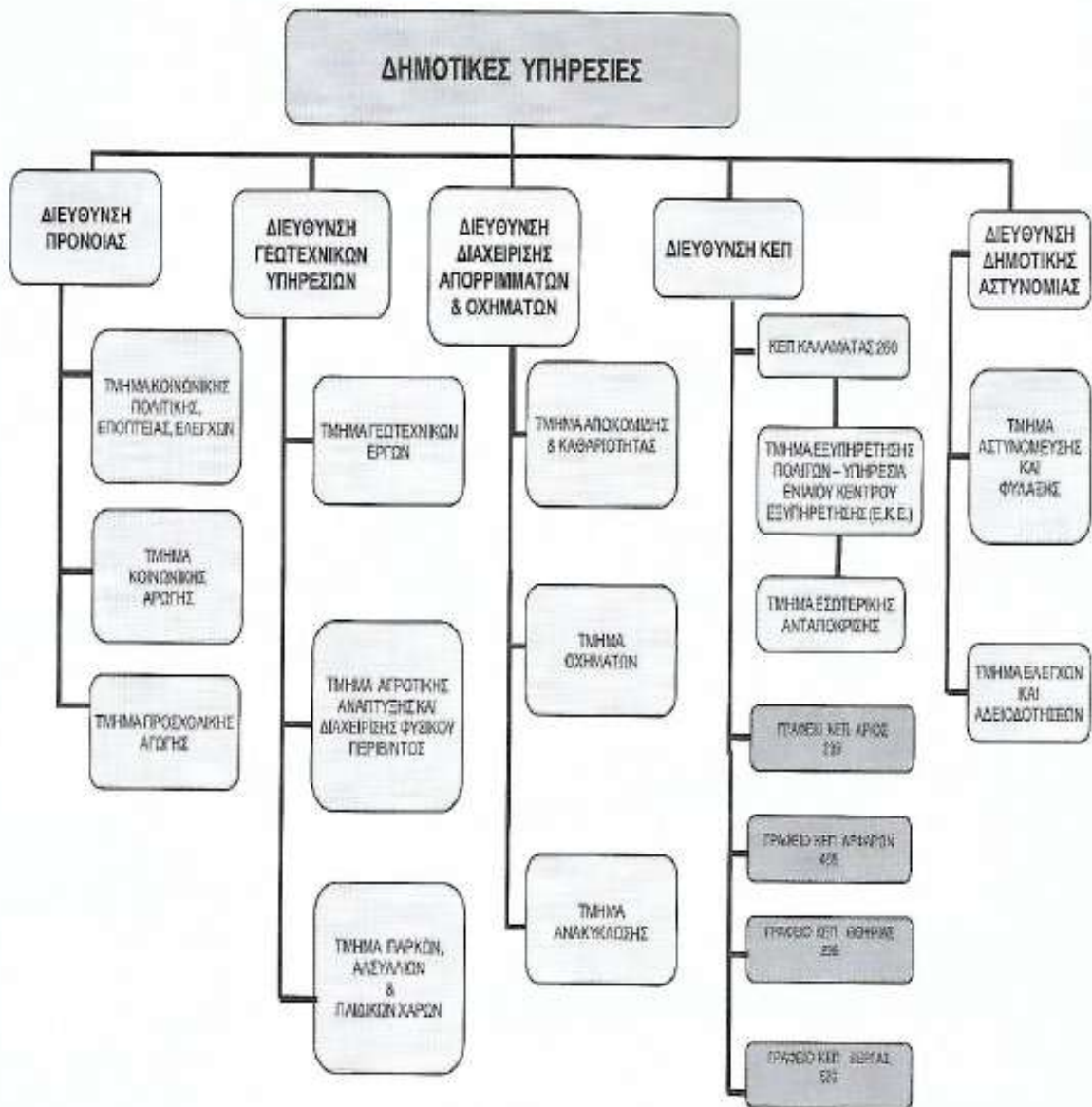
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΟΙ ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

4.1 Η διεύθυνση πρόνοιας

Ο Δήμος Καλαμάτας αποτελείται από μια σειρά διευθύνσεις οι οποίες και βοηθούν στην εκπλήρωση του έργου του. Οι διευθύνσεις όπως φαίνονται και στο παρακάτω οργανόγραμμα είναι οι εξής⁴⁴:

1. Διεύθυνση πρόνοιας
2. Διεύθυνση γεωτεχνικών υπηρεσιών
3. Διεύθυνση διαχείρισης απορριμμάτων και οχημάτων
4. Διεύθυνση ΚΕΠ
5. Διεύθυνση Δημοτικής αστυνομίας

⁴⁴ www.kalamata.gr



Πηγή: Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

Όπως μπορούμε να διακρίνουμε η διεύθυνση πρόνοιας του Δήμου αποτελείται από τα εξής τμήματα:

1. Τμήμα κοινωνικής πολιτικής, εποπτείας και ελέγχων
2. Τμήμα κοινωνικής αρωγής
3. Τμήμα προσχολικής αγωγής

4.2 Αρμοδιότητες των τμημάτων

Αρμοδιότητες στον τομέα Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικών Ερευνών

- Διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων, ιδρυμάτων και επιχειρήσεων (παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί, βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, κέντρα ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κλπ).
- Σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετέχει σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη ατίγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών, και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας⁴⁵.
- Διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που αφορούν την κοινωνική φροντίδα της οικογένειας, του παιδιού, των εφήβων, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία καθώς και ευπαθών κοινωνικών ομάδων.
- Σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και φροντίδα της υγείας των δημοτών με την ίδρυση και λειτουργία εγκαταστάσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας (με τη δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, κέντρων υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, κέντρων συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών).
- Σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών που στοχεύουν στην πρόληψη της παραβατικότητας στην περιοχή του Δήμου, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης

⁴⁵ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

Παραβατικότητα.

- Μεριμνά για την προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών.
- Συντονίζει, παρακολουθεί και αξιολογεί την άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής σε τοπικό επίπεδο (πχ μέσω της εκπόνησης και περιοδικής αναπροσαρμογής ενός «Τοπικού Συμφώνου Κοινωνικής Πολιτικής»),
- Οργανώνει, παρακολουθεί και αξιολογεί τη δικτύωση τοπικών φορέων Κοινωνικής Φροντίδας, όπως:
 - οι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου και των Νομικών Προσώπων αυτού.
 - οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
 - οι υπηρεσίες και δομές κοινωνικής προστασίας της περιφέρειας και του κράτους
 - τα αντιπροσωπευτικά σώματα των ομάδων-χρηστών⁴⁶.
- Υλοποιεί δράσεις και προγράμματα κοινωνικής πολιτικής συμπληρωματικά με τις δράσεις και τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής που υλοποιούνται από τα Νομικά πρόσωπα του Δήμου. Στο πλαίσιο αυτό ενδεικτικά:
 - α) Διενεργεί κοινωνικές έρευνες για τη χορήγηση των επιδομάτων πρόνοιας.
 - β) Ασκεί κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και κοινωνικές ομάδες.
 - γ) Λειτουργεί μονάδες συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης.
 - δ) Συνεργάζεται με τα σχολεία της περιοχής για ενημέρωση σε κοινωνικά θέματα (AIDS, ναρκωτικά κλπ) και σε συνεργασία με τους συλλόγους γονέων διοργανώνει Σχολές Γονέων.
 - ε) Υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων (προσφύγων, μεταναστών, παλιννοστούντων, φυλακισμένων, υπερηλίκων κ.λ.π.).
 - στ) Υλοποιεί δράσεις προστασίας περιθαλπομένων σε ιδρύματα κλειστής

⁴⁶ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

περίθαλψης.

ζ) Υλοποιεί δράσεις προστασίας μονογονεϊκών οικογενειών.

- Επιμελείται της εφαρμογής του προγράμματος «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» και κάθε άλλου ανάλογου προγράμματος.
- Εισηγείται στον καθορισμό των χώρων και των όρων για την προσωρινή διαμονή μετακινουμένων πληθυσμιακών ομάδων.

Αρμοδιότητες στον τομέα Υγείας

- Σχεδιάζει, προγραμματίζει και μεριμνά για την εφαρμογή μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις:
 - α) Μεριμνά για τον υγειονομικό έλεγχο των δημοτικών δεξαμενών νερού.
 - β) Μεριμνά για τον υγειονομικό έλεγχο των καταστημάτων και επιχειρήσεων.
 - γ) Μεριμνά για τον έλεγχο της ηχορύπανσης, της κοινής ησυχίας και της εκπομπής ρύπων, θορύβων και άλλων επιβαρύνσεων του περιβάλλοντος από τροχοφόρα.
 - δ) Χορηγεί βιβλιάρια υγείας στους εκδοροσφαγείς.
 - ε) Παρέχει συνδρομή στο έργο του Ε.Φ.Ε.Τ. και διενεργεί ελέγχους ή άλλες πράξεις, που ζητούν τα εντεταλμένα όργανα του Ε.Φ.Ε.Τ. και σύμφωνα με τις οδηγίες τους. (Συνεργασία με τον τομέα ζωικής παραγωγής της Διεύθυνσης Γεωτεχνικών Υπηρεσιών, όταν απαιτείται).
 - στ) Μεριμνά για την τήρηση των κανόνων υγιεινής στα δημόσια και ιδιωτικά σχολεία της περιοχής.
- Σχεδιάζει, προγραμματίζει και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων-μέτρων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις:
 - α) Μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών⁴⁷.
 - β) Μεριμνά για την υλοποίηση ι)προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που

⁴⁷ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου ι)εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται _ε έκτακτη χρηματοδότηση ιι)προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται, στο τόρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

γ) Εκδίδει τοπικές υγειονομικές διατάξεις και λαμβάνει μέτρα σε θέματα δημόσιας υγιεινής.

δ) Μεριμνά για την πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας,

ε) Οργανώνει αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητας του Δήμου, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

- Ρυθμίζει διάφορα διοικητικά ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία στην περιοχή του Δήμου. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις:

α) Εισηγείται τον ορισμό ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.

β) Εισηγείται την επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρος ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.

γ) Εισηγείται τον ορισμό ελεγκτή γιατρού ΟΓΑ για τα ν.π.δ.δ. της περιοχής του Δήμου.

- Επιμελείται της οργάνωσης και λειτουργίας του Δημοτικού Ιατρείου⁴⁸.

⁴⁸ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

Αρμοδιότητες στον τομέα Εποπτείας και Ελέγχου

Χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.

- Ασκεί έλεγχο και εποπτεία στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί).
- Επιμελείται τον διορισμό των μελών των Διοικητικών Συμβουλίων των Παιδικών Εξοχών (Κατασκήνωσεων) και έχει την ευθύνη της λειτουργίας αυτών.

Έχει την ευθύνη λειτουργίας της δημοτικής παιδικής κατασκήνωσης Αγία Μαρίνα"

- Χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.
- Ασκεί εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, εγκρίνει τον προϋπολογισμό τους και παρακολουθεί και ελέγχει τις επιχορηγήσεις, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.
- Μεριμνά για τον διορισμό των μελών διοικητικών συμβουλίων και εποπτεύει και ρυθμίζει θέματα λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού, (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).
- Χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.

Μεριμνά για τον ορισμό μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, όταν η έδρα των Ταμείων είναι στο Δήμο⁴⁹.

⁴⁹ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

Αρμοδιότητες στον τομέα Ισότητας

- Σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων που στοχεύουν στην ισότητα γυναικών και ανδρών σε όλους τους τομείς. Στο πλαίσιο αυτό μεριμνά για:
 - α) τη λήψη μέτρων για την πρόληψη και καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και των παιδιών.
 - β) την ανάπτυξη δράσεων για την καταπολέμηση των κοινωνικών στερεότυπων με βάση το φύλο.
 - γ) την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για ευπαθείς ομάδες γυναικών
 - δ) Την ανάπτυξη δράσεων για την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην απασχόληση
 - ε) τη λήψη μέτρων για την εναρμόνιση επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων.
 - στ) την ανάπτυξη δράσεων για την κοινωνική και πολιτική συμμετοχή των γυναικών και την προώθησή τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων.
- Μελετά, σχεδιάζει και εισηγείται την εφαρμογή προγραμμάτων και δράσεων, που ενσωματώνουν την ισότητα των φύλων και τη λήψη θετικών μέτρων υπέρ των γυναικών στις προτάσεις του Δήμου στα εθνικά και συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Προγραμματισμού, Ανάπτυξης & Ευρωπαϊκών Θεμάτων.
- Εισηγείται προτάσεων για τη διασφάλιση της ένταξης των πολιτικών ισότητας των φύλων στις τοπικές πολιτικές⁵⁰

⁵⁰ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

B. Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής

- Μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας που στοχεύουν στη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις :
 - α) Μεριμνά για την παροχή οικονομικής ενίσχυσης των αυτοστεγαζομένων, για τη σχετική μίσθωση ακινήτων, τη ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και την επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.
 - β) Εκδίδει πιστοποιητικά οικονομικής αδυναμίας⁵¹.
 - γ) Εκδίδει αποφάσεις για την καταβολή επιδομάτων σε τυφλούς, κωφάλαλους, ανασφάλιστους παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους, διανοητικά καθυστερημένους, ανίκανους προς εργασία, υποφέροντες από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτους ανήλικους, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία και βαριά ανάπηρους, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων.
 - δ) Εισηγείται την δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων, δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε άστεγους και άπορους πολίτες ή για άλλους σοβαρούς λόγους.
 - ε) Προβαίνει στην αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής, στ) Εκδίδει αποφάσεις παροχής κοινωνικής προστασίας.
 - ζ) Εισηγείται την χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.
 - η) Χορηγεί κάρτες αναπηρίας, έπειτα από γνωμάτευση της Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.
- Επιμελείται των θεμάτων που αφορούν ασφαλισμένους του ΟΓΑ δημότες και εκδίδει βιβλιάρια και βεβαιώσεις σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία που διέπει τους ασφαλισμένους αυτούς.

⁵¹ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

- Επιμελείται της οργάνωσης και λειτουργίας των κοινωνικών δομών του Δήμου: Δημοτικό Ιατρείο, Δημοτικό Φαρμακείο, Δημοτικό - Κοινωνικό Παντοπωλείο, Δημοτικό Εστιατόριο
- Επιμελείται για την αποτελεσματική λειτουργία των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου, καθώς και για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων φροντίδας ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων τρίτης ηλικίας οι λειτουργίες Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων παρέχονται σε γεωγραφικά αποκεντρωμένες μονάδες (Παραρτήματα ΚΑΠΗ), οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο Γραφείου.

Παρέχουν πληροφόρηση στους πολίτες για το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου και τα παραρτήματά του με σκοπό την προσέλκυση των ανθρώπων, που έχουν ανάγκη των παροχών του ή εκείνων που θέλουν να προσφέρουν εθελοντικές υπηρεσίες, και γενικά μεριμνούν για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής συνοχής⁵².

1) Υποδέχονται, ενημερώνει, συμβουλεύει και παρέχει κοινωνική υποστήριξη στα μέλη του ΚΑΠΗ και στις οικογένειές τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην προσπάθεια: α) για την παραμονή των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο οικείο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, την πρόληψη και αντιμετώπιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης, β) για την ενημέρωση και υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στη διαδικασία κοινωνικής ένταξης.

2) Υλοποιούν προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας για τα μέλη και τους επωφελούμενους του ΚΑΠΗ.

3) Συνεργάζονται με την αρμόδια Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου και των άλλων νομικών του προσώπων, καθώς και με άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για την παροχή πλήρους υποστήριξης στους επωφελούμενους και τις οικογένειές τους και την παραπομπή σε αυτές όταν απαιτείται.

4) Μεριμνούν για την προσέλκυση εθελοντών, την εκπαίδευσή τους και την αξιοποίησή τους στις δομές και υπηρεσίες του ΚΑΠΗ.

⁵² Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

- 5) Μεριμνούν για την φύλαξη, την καθαριότητα και την ευπρεπή εμφάνιση των εγκαταστάσεων του Τομέα και του εξοπλισμού του σε συνεργασία με το Τμήμα Διοικητικών και Οικονομικών Υπηρεσιών.
- 6) Παρακολουθούν τη λειτουργία τυχόν υφιστάμενων παραρτημάτων τα οποία ανήκουν διοικητικά στον Τομέα.
- 7) Υλοποιούν προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας για τους χρήστες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ και των εξυπηρετούμενων από τα προγράμματα Φροντίδας Τρίτης Ηλικίας.
- 8) Παρέχουν υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας και (ηλεκτρονικής) συνταγογράφησης φαρμάκων από τον υπεύθυνο ιατρό (που εργάζεται ή συνεργάζεται με το Τμήμα).
- 9) Παρέχουν υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και ήπιας αθλητικής άσκησης στους χρήστες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ και των εξυπηρετούμενων από τα προγράμματα Φροντίδας Τρίτης Ηλικίας.
- 10) Συμμετέχουν σε δράσεις κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής προστασίας που περιλαμβάνουν ενέργειες πρόληψης και αγωγής υγείας.
- 11) Παρέχουν τις ανωτέρω υπηρεσίες περιοδικά στα επιμέρους παραρτήματα ΚΑΠΗ και στα προγράμματα Φροντίδας Τρίτης Ηλικίας.

Το αντικείμενο του Τομέα πραγματοποιείται από τις βασικές ειδικότητες του Κοινωνικού Λειτουργού, του Νοσηλευτή ή Επισκέπτη Υγείας, του Φυσικοθεραπευτή και του Εργοθεραπευτή. Όλες οι ειδικότητες λειτουργούν στο πλαίσιο του Τομέα και συνεργάζονται με το υπόλοιπο προσωπικό του Τομέα με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευομένων ατόμων τρίτης ηλικίας.

Στον Τομέα εντάσσονται διοικητικά τα ακόλουθα Γραφεία, τα οποία εξυπηρετούν μια υποπεριοχή της περιοχής του Τομέα και είναι δυνατόν να ασκούν μερικές ή και το σύνολο των αρμοδιοτήτων του Τομέα⁵³.

Γραφείο Α' ΚΑΠΗ

Γραφείο Β' ΚΑΠΗ

⁵³ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

Γ. Τμήμα προσχολικής αγωγής

Επιμελείται για την αποτελεσματική λειτουργία των Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών του Δήμου, για την υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων για παιδιά προσχολικής ηλικίας. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των κατοίκων του Δήμου οι υπηρεσίες των παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών παρέχονται σε γεωγραφικά αποκεντρωμένες μονάδες (παραρτήματα), οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο γραφείου υπό την παρακολούθηση και εποπτεία του υπεύθυνου τομέα.

- Φροντίζουν για τη σωστή ψυχοσωματική υγεία και ψυχοκινητική εξέλιξη των παιδιών, με πραγματοποίηση ατομικών προγραμμάτων, κύκλους παιδαγωγικών δραστηριοτήτων, παιδαγωγικά εργαστήρια και άλλες παιδαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα και ανάλογα με την ηλικία τους.
- Απασχολούν τα παιδιά σύμφωνα με τους καθορισμένους στόχους του προγράμματος και τηρούν βιβλίο ύλης για την καθημερινή διδασκαλία σύμφωνα με τα προγράμματα του Υπουργείου Παιδείας⁵⁴.
- Ευθύνονται, όχι μόνο για την ολόπλευρη ανάπτυξη των παιδιών, αλλά και για τη φύλαξη και προστασία τους.
- Προσφέρουν αγωγή, ψυχαγωγία, περιποίηση, φροντίδα και φαγητό, σύμφωνα με τις αρχές της βρεφονηπιοκομίας και τις οδηγίες του παιδίατρου.
- Ενημερώνουν τους γονείς σε τακτά χρονικά διαστήματα για τη γενική - σφαιρική εξέλιξη του παιδιού τους. Συνεργάζονται με τους γονείς σε όλα τα θέματα που αφορούν τη ζωή και την εξέλιξη των παιδιών μέσα στον Σταθμό.
- Μεριμνούν για τη διοργάνωση εκδηλώσεων και επισκέψεων προς όφελος των παιδιών, σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα.
- φροντίζουν για την υγιεινή κατάσταση των παιδιών και ενημερώνουν αρμοδίως σε κάθε περίπτωση που χρειάζεται ιατρική φροντίδα και κοινωνική μέριμνα.
- Παρακολουθούν την καθαριότητα των παιδιών και κάθε αντικείμενο που έχει σχέση με αυτά, ενθαρρύνοντας την αυτοεξυπηρέτησή τους.

⁵⁴ Δήμος Καλαμάτας, πρακτικά δημοτικού συμβουλίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

5.1 Η αξία των προνοιακών υπηρεσιών

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, «αναπηρία είναι ο περιορισμός της κοινής δραστηριότητας λόγου, έργου ή άμεσης αντίληψης λόγω σωματικής ή πνευματικής βλάβης ενός ανθρώπου. Διακρίνουμε τους σωματικά ανάπηρους και τους διανοητικά ανάπηρους. Η αναπηρία γενικά διακρίνεται σε ολική και μερική καθώς και σε σωματική και διανοητική».

Ως ΑΜΕΑ θεωρούνται πάσης φύσεως άτομα με διαφόρων ειδών αναπηρίες όπως είναι τα εξής

- Τυφλά άτομα και με προβλήματα όρασης
- Κωφά & βαρήκοα άτομα
- Άτομα με κινητικές διαταραχές
- Άτομα με νοητική καθυστέρηση και μαθησιακές δυσκολίες
- Άτομα με ψυχικές παθήσεις
- Άτομα επιληπτικά και άτομα χανσενικά
- Άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες και παθήσεις τα οποία διαμένουν μόνιμα σε ιδρύματα
- Άτομα με διαταραχές από οποιαδήποτε άλλη εξωγενής αιτία

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως η αναπηρία διακρίνεται και στις εξής ακόμη κατηγορίες:

- Εκ γενετής ή επίκτητη
- Αφανής ή εμφανής
- Μόνιμη ή προσωρινή

Ως στατιστικά στοιχεία αξίζει επίσης να αναφέρουμε ότι εκτός από το 15% του παγκόσμιο πληθυσμού το οποίο χαρακτηρίζεται ως ΑΜΕΑ αναμένεται το ποσοστό αυτό να αυξηθεί έως το 2030 στο 17% του πληθυσμού. Επίσης το 80% των

περιστατικών ΑΜΕΑ εντοπίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες ως αποτέλεσμα των ειδικών συνθηκών που υπάρχουν

5.2 Το νοσοκομείο Καλαμάτας

Το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας έκτασης 24.273 τ.μ. έχει κτιστεί σε εμβαδόν οικοπέδου 43.000 τ.μ⁵⁵.

Περιλαμβάνει το κυρίως κτίριο, το κτίριο της Ψυχιατρικής Μονάδας και τα επί μέρους Βοηθητικά κτίσματα. Το κυρίως κτίριο αποτελείται από 5 βασικές στάθμες και τις απολήξεις κλιμακοστασίων και ανελκυστήρων στο δώμα του κτιρίου και διαχωρίζεται σε 8 στατικά ανεξάρτητα μεταξύ τους τμήματα με αρμούς διαστολής πλάτους 5 εκ. Το κυρίως κτίριο, ευρίσκεται σε 5 στάθμες και η Ψυχιατρική Μονάδα αποτελεί ξεχωριστό ισόγειο κτίριο με διάδρομο σύνδεσης με την 2η στάθμη.

Τα βοηθητικά επί μέρους κτίρια είναι:

- Θυρωρείο κυρίας εισόδου και αναμονής επισκεπτών
- Θυρωρείο εισόδου Επειγόντων Περιστατικών
- Ενιαία κατασκευή που περιλαμβάνει τις δεξαμενές νερού, το αντλιοστάσιο, τις δεξαμενές καυσίμων, το συνεργείο αυτοκινήτων, τους χώρους για τα ιατρικά αέρια και τους χώρους μετασχηματιστών, υψηλής τάσης, ΔΕΗ και Η/Ζ.

Οι κλίνες του νοσοκομείου κατανέμονται ως εξής:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ 40

Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ 40

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ 30

Μ.Μ.Α. 16

Μ.Τ.Ν.20

⁵⁵ www.nosokomeiokalamatas.gr

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	29
ΠΡΟΩΡΑ	8
ΣΥΝΟΛΑ Π/Τ:	183
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	20
Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	20
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	24
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	24
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	10
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	10
Ω.Ρ.Λ.	10
ΣΥΝΟΛΟ Χ/Τ:	118
ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	8
ΜΕΘ	5
ΣΥΝΟΛΟ Δ/Τ:	13
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	314

Ο περιβάλλον χώρος⁵⁶ του Νοσοκομείου διαμορφώνεται κηποτεχνικά και περιλαμβάνει δύο εισόδους με θυρωρεία, αυλή τροφοδοσίας και χώρους στάθμευσης 237 θέσεων. Η δαπάνη ανέγερσης του Νοσοκομείου ανέρχεται σε 10 δις περίπου. Το Νοσοκομείο θεμελιώθηκε στις 21/5/89 και μέχρι το 1990 κατασκευάστηκε μόνο ο φέροντας Οργανισμός του Νοσοκομείου. Το 1990 – 1994 ουδεμία εργασία και πρόοδος έγινε για την κατασκευή του Νοσοκομείου. Με τις αρ. πρωτ.

⁵⁶ www.nosokomeiokalamatas.gr

Υ4α/2687/Φ14/102/95, Υ4α/5905/Φ14/102/95 και Υ4α/7410/ Φ14/102/95 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανατίθεται⁵⁷:

Το έργο της ολοκλήρωσης της κατασκευής.

Της προμήθειας του βασικού Ιατρικού Εξοπλισμού.

Της προμήθειας του Ξενοδοχειακού εξοπλισμού στην ΔΕΠΙΑΝΟΜ, η οποία αναθέτει το συνολικό έργο στις Εταιρείες «ΖΕΥΣ-ΤΕΒ-VAMED ENGINEERING» με την υπογραφή σύμβασης την 12.1.1996 και συμβατική υποχρέωση αποπεράτωσης έργου 12.1.1999.

Τον Φεβρουάριο του 2000 μεταφέρονται στο Νέο Νοσοκομείο η Διοικητική – τεχνική Υπηρεσία. Η μεταφορά του παλαιού Νοσοκομείου στις εγκαταστάσεις του Νέου πραγματοποιείται από τις 10/6/2000 έως τις 19/6/2000. Από τις 19/6/2000 λειτουργεί μονίμως το Νέο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

Στο Νοσοκομείο Καλαμάτας υπηρετούν 131 Ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και 82 Ιατροί στα Κέντρα Υγείας. Στην Νοσηλευτική και Διοικητική υπηρεσία υπηρετούν 636 υπάλληλοι.

Στο Νοσοκομείο Καλαμάτας λειτουργούν Ιατρικά Εργαστήρια, ως ακολούθως:

- Βιοχημικό, Παθολογοανατομικό, Κυτταρολογικό, Μικροβιολογικό, Σταθμός Αιμοδοσίας και Αιματολογικό εργάζονται κάθε ημέρα σε τρεις βάρδιες (7:00-15:00, 15:00-23:00 και 23:00-7:00). Στην απογευματινή και βραδινή βάρδια αντιμετωπίζονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά.
- Το Ακτινολογικό εργαστήριο δέχεται εξωτερικούς ασθενείς εκάστη Τρίτη και Πέμπτη κατόπιν ραντεβού και κατά τις ώρες 8:00 –14:30, 14:30 – 23:00 και 23:00 – 8:00. Στην απογευματινή και βραδινή βάρδια αντιμετωπίζονται μόνο έκτακτα περιστατικά.

Ο Αξονικός Τομογράφος αντιμετωπίζει μόνο έκτακτα περιστατικά των Εξωτερικών ασθενών και εργάζεται καθημερινά τις εργάσιμες ημέρες από 8:00 μέχρι 14:30.

⁵⁷ www.nosokomeiokalamatas.gr

Το τμήμα Υπερήχων δέχεται εξωτερικούς ασθενείς κατόπιν ραντεβού τις εργάσιμες ημέρες, από 8:00 μέχρι 14:30. Στην απογευματινή και βραδινή βάρδια αντιμετωπίζονται μόνο έκτακτα περιστατικά.

5.3 Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Στο Δήμο Καλαμάτας λειτουργούν δύο (2) **ΚΑΠΗ**, το ένα σε κτήριο επί της οδού Μπούτση 1 και το άλλο στον καταυλισμό Κουφού Ελιές, τα οποία εξυπηρετούν 1.500 ηλικιωμένους. Το Α' ΚΑΠΗ λειτουργεί από τις 16 Ιουνίου 1983.

Το σημαντικότερο σημείο στην έννοια της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα και σε ότι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν: στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου. Φαινόμενα όπως η “ασυλοποίηση” και ο “ιδρυματισμός” και πολλές φορές τη “κατάθλιψη”, έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής της Τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των Ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων⁵⁸.

Στα πλαίσια αυτά, **σκοπός** των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η εφαρμογή προγράμματος εξωϊδρυματικής προστασίας υπερηλίκων και η παροχή ιατροκοινωνικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα στην περιοχή του Δήμου Καλαμάτας, ώστε αυτά να παραμένουν στην οικογένεια και στην κοινότητα.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους. Πολύ σημαντική τομή σε αυτό το τρίτο σημείο είναι η πρόληψη όπου αυτή διακρίνεται σε:
 - πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων),

⁵⁸ www.kalamata.gr

- δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).
- Η πρόληψη είναι μια αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους, αλλά ως πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στην δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους.

5.4 Δομή κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας ΑΜΕΑ «ΚΕΚΥΚΑμεΑ Μεσσηνίας»

Στη παρούσα ενότητα αναλύεται η διαδικασία λήψης των αποφάσεων για την ανάπτυξη μιας δομής αποθεραπείας και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρίες στη πόλη της Καλαμάτας.

Στη πόλη της Καλαμάτας υπάρχουν κάποιες υποδομές για άτομα με αναπηρίες οι οποίες υποστηρίζονται από Μ.Κ.Ο αλλά και από το ίδιο το κράτος. Οι υποδομές αυτές χαρακτηρίζονται ως ελλιπείς και δυστυχώς δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις αυξανόμενες ανάγκες που υπάρχουν για την περίθαλψη των ΑΜΕΑ στη περιοχή. Έτσι για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε μια νέα δομή με το διακριτικό τίτλο «ΚΕΚΥΚΑμεΑ Μεσσηνίας».

5.4.1 Σκοπός

1. Το κέντρο φροντίδας και προστασίας των ΑΜΕΑ έχει ως σκοπό:
 - α) Την περίθαλψη, την καθοδήγηση και υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες και των με νοητική υστέρηση καθώς και με χρόνιες σωματικές αναπηρίες με στόχο την όσο το δυνατόν καλύτερη κάλυψη των αναγκών τους, των επιθυμιών τους αλλά και την κοινωνική τους ένταξη
 - β) Τη λειτουργική, κοινωνική και την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση ατόμων με αναπηρίες, με συνέπεια την προσπάθεια για ολική ή μερική αυτοεξυπηρέτηση αυτών

- γ) Την εφαρμογή προγραμμάτων ημερήσιας φροντίδας αλλά και λειτουργικών συνθηκών έτσι ώστε και άτομα τα οποία δεν διαμένουν στο συγκεκριμένο κέντρο να μπορούν να εξυπηρετούνται ως επισκέπτες από τις υπηρεσίες αυτού
- δ) Την εφαρμογή προγράμματος άμεσης παρέμβασης σε άτομα με αναπηρίες που χρήζουν ιδιαίτερης βοήθειας
- ε) Την εφαρμογή προγραμμάτων «βοήθειας στο σπίτι» για άτομα με αναπηρίες έχοντας ως στόχο τη παροχή βοήθειας σε άτομα τα οποία βρίσκονται στο σπίτι
- θ) Την παροχή συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με αναπηρίες των προαναφερθεισών κατηγοριών και των οικογενειών τους καθώς και την διασύνδεση των οικογενειών τους με υπηρεσίες υποστήριξης με σκοπό την παραμονή των παιδιών στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

5.4.2 Η περίθαλψη του κέντρου

Ως περίθαλψη θεωρείται η εξασφάλιση στέγασης, φαγητού, ένδυσης και υπόδησης, η παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, κινησιοθεραπείας, η αθλητικές δραστηριότητες, η παροχή υπηρεσιών εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, μουσικοθεραπείας, η ψυχολογική υποστήριξη των ΑΜΕΑ, καθώς και η προσπάθεια για κοινωνική ένταξη και επαγγελματική κατάρτιση καθώς και η εφαρμογή εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, δράσεων ψυχαγωγίας και δημιουργικής ενασχόλησης των οποίων κύριος στόχος να είναι η ψυχική και σωματική ανάταση και η κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρία τα οποία και θα οφελούνται από τις δράσεις αυτές. Επίσης στην έννοια της περίθαλψης εμπεριέχεται επίσης και η ιατροφαρμακευτική υποστήριξη και η προσπάθεια για την ίαση ασθενειών και την ανακούφιση των ΑΜΕΑ όσο γίνεται στα πλαίσια της μονάδας και στις περιπτώσεις όπου αυτό δεν καθίσταται δυνατό στη μέριμνα για την άμεση εισαγωγή των ωφελούμενων ΑΜΕΑ σε νοσοκομεία ή και σε ιδιωτικές κλινικές

Επίσης στόχος του κέντρου είναι η παροχή ημερήσιας φροντίδας, η αποκατάσταση και η αποθεραπεία, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με αναπηρίες τα οποία αν και δεν θα διαμένουν στο κέντρο θα μπορούν να το επισκέπτονται και να απολαμβάνουν τις παροχές αυτού δωρεάν, χωρίς κανένα κόστος.

Σκοπός του κέντρου είναι επίσης να οργανώνει και να πραγματοποιεί προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» τα οποία και στις δράσεις τους συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

- α) κοινωνική εργασία στην οποία θα συμμετέχουν τα ΑΜΕΑ σε συνεργασία με οργανώσεις εθελοντών και ΜΚΟ
- β) κατ' οίκον επισκέψεις από τις υπαλλήλους του προγράμματος για να διαπιστώσουν τις συνθήκες ζωής των ΑΜΕΑ και να συνδράμουν στη βελτίωση των συνθηκών της ζωής τους
- γ) βοήθεια σε πρακτικά σημεία της καθημερινότητας των ΑΜΕΑ όπως στη συνοδεία αυτών σε δημόσιες επιχειρήσεις, σε καταστήματα και γενικότερα στήριξη της καθημερινότητας αυτών
- δ) ενέργειες και δραστηριότητες για τη ψυχαγωγία των ΑΜΕΑ
- ε) νοσηλεία και φροντίδα των ΑΜΕΑ στο χώρο της οικείας τους
- στ) βελτίωση της υγιεινής και της καθαριότητας του σπιτιού των ΑΜΕΑ καθώς είναι προφανές πως άτομα τα οποία ζουν μόνα τους δίχως τη συνοδεία και την επίβλεψη κάποιου αδυνατούν να βοηθήσουν να φροντίσουν την ατομική τους υγιεινή

Τέλος, σκοπός του κέντρου είναι να παρέχει τουλάχιστον 5 κλίνες για επείγουσα εισαγωγή ΑΜΕΑ στις περιπτώσεις όπου παρατηρούνται φαινόμενα εγκατάλειψης ή κακοποίησης ατόμων με αναπηρία ή κατόπιν εντολής των εισαγγελικών αρχών. Η παραμονή των ΑΜΕΑ θα είναι ολιγοήμερη μέχρι την πλήρη διεξαγωγή όλων των απαιτούμενων διαδικασιών και εξετάσεων με την ολοκλήρωση των οποίων το άτομο είτε θα επιστρέφει στο οικείο – οικογενειακό του περιβάλλον είτε θα παραμένει στο κέντρο για μόνιμη διαμονή.

5.4.3 Προϋποθέσεις εισαγωγής ΑΜΕΑ στο κέντρο

Βάση του καταστατικού του κέντρου στις δομές και υπό τη φροντίδα του θα μπορούν να βρίσκονται άτομα με αναπηρίες όπως αυτά ορίζονται από το Διεθνή Οργανισμό Υγείας και έχουν πιστοποιηθεί από δημόσιο νοσοκομείο ότι έχουν ποσοστό αναπηρίας μεγαλύτερο του 50% σε μία από τις παρακάτω παθήσεις. Νοητική υστέρηση, αυτισμό, βαριές αναπηρίες, ψυχικές διαταραχές κτλ. Τα άτομα τα οποία θα εισάγονται στο κέντρο θα είναι αυστηρά ηλικίας από 5 έως 60 ετών, ενώ θα προέρχονται από ολόκληρη τη περιοχή της Πελοποννήσου και ειδικότερα από το νομό Μεσσηνίας και το Δήμο Καλαμάτας.

Στα διαδικαστικά θέματα προκειμένου ένα άτομο με αναπηρίες να εισαχθεί στο κέντρο θα απαιτούνται ορισμένα δικαιολογητικά τα οποία και θα πρέπει να προσκομιστούν από άτομο που έχει τη κηδεμονία του ή από δημόσιο λειτουργό. Τα δικαιολογητικά είναι τα εξής

- α) Αίτηση εισαγωγής, η οποία συμπληρώνεται στο χώρο του κέντρου
- β) Δελτίο ταυτότητας, πιστοποιητικό γέννησης ή άλλο έγγραφο που να πιστοποιεί την εγκυρότητα των στοιχείων του ατόμου
- γ) Πιστοποιητικό από την υπηρεσία της κοινωνικής μέριμνας του δήμου και την πρόνοια το οποίο να βεβαιώνει πως το άτομο χρειάζεται την υποστήριξη του κέντρου
- δ) Βεβαίωση από δημόσιο φορέα όπου θα αναφέρεται εάν το άτομο εισπράττει κάποιο επίδομα από την πρόνοια ή εισπράττει σύνταξη από θανόντα γονέα ως προστατευόμενο μέλος
- ε) Βιβλιάριο υγείας ή άλλο σχετικό πιστοποιητικό
- ζ) Βεβαίωση από δημόσιο νοσοκομείο ότι το άτομο έχει ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί όσο αφορά την οικονομική διαχείριση του προς δημιουργία κέντρου ότι οι διανεμόντες ΑΜΕΑ θα συμμετέχουν στη δαπάνη περίθαλψης και φιλοξενίας ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες και εφόσον αυτοί λαμβάνουν σύνταξη ή επίδομα από την πρόνοια το μεγαλύτερο μέρος θα παρακρατείται υπέρ της οικονομικής αυτοδιαχείρισης και της αυτοτέλειας του

κέντρου. Το ποσό της εκάστοτε εισφοράς ανά φιλοξενούμενο θα καθορίζεται κατά περίπτωση από τη διοίκηση του κέντρου.

5.4.4 Οικονομική διαχείριση – αυτοτέλεια του κέντρου

Στόχος του υπό σύσταση κέντρου είναι η προσπάθεια για οικονομική αυτοτέλεια και έτσι να μπορεί να εξαρτάται στο μεγαλύτερο βαθμό από τις εισφορές των φιλοξενούμενων του. Βέβαια αξίζει να τονιστεί πως για την επιτυχία του εγχειρήματος αυτού απαιτείται και η χρηματοδότηση από κρατικούς πόρους και ειδικότερα από κονδύλια του Υπουργείου Υγείας αλλά και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

5.4.5. Διαμόρφωση των στρατηγικών του κέντρου, οι εμπλεκόμενοι φορείς και το χρονοδιάγραμμα αυτού

Η στρατηγική του κέντρου για την περίοδο 2019 – 2023 καθορίζεται με βάση τους 3 άξονες στους οποίους το κέντρο επιχειρεί να εστιάσει προκειμένου να παρέχει τις καλύτερες υπηρεσίες στα άτομα που θα φιλοξενεί. Οι στρατηγικές αυτές είναι οι εξής:

Ο πρώτος στρατηγικός στόχος είναι η προσπάθεια για παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών διαμονής και φιλοξενίας των τροφίμων. Προτείνεται για τους επόμενους 6 μήνες να υπάρξει διαβούλευση μεταξύ του Υπουργείου, της διοίκησης του κέντρου, της δημοτικής επιτροπής και της πρόνοιας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε περίπτωση αποτυχίας του διαλόγου προτείνεται η υιοθέτηση των προτάσεων της επιτροπής. Σε κάθε περίπτωση μέσα σε 1 χρόνο από την ημέρα της συμφωνίας θα πρέπει να τεθεί σε λειτουργία το κέντρο και η αξιολόγηση του προγράμματος να γίνει σε ορίζοντα πενταετίας

Η δεύτερη στρατηγική εστιάζει στην επιλογή των κατάλληλων παιδαγωγών και προσωπικού το οποίο θα κληθεί να εργαστεί στο εν λόγω κέντρο. Προτείνεται μέσα στους επόμενους 6 μήνες να υπάρξει διαβούλευση των εμπλεκόμενων φορέων. Σε περίπτωση αποτυχίας του διαλόγου προτείνεται η άμεση εφαρμογή του σχεδίου αξιολόγησης της επιτροπής προκειμένου να προχωρήσει άμεσα η διαδικασία. Σε κάθε

περίπτωση εντός ενός έτους η διαδικασία της αξιολόγησης θα πρέπει να έχει τεθεί σε ισχύ προκειμένου τα αποτελέσματά της να αξιολογηθούν στο τέλος της πενταετίας.

Ο τρίτος στρατηγικός στόχος σχετίζεται για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σχετικά με τη νέα προσπάθεια που ξεκινά. Στο στάδιο της διαβούλευσης προτείνεται να υπάρξει διάλογος μεταξύ της επιτροπής και εκπροσώπων της τοπικής κοινωνίας για τη βελτίωση της δουλειάς που θα γίνεται στο κέντρο. Σε κάθε περίπτωση μέσα στους επόμενους 6 μήνες θα πρέπει να έχει παρθεί απόφαση για την οριστική έναρξη και στήριξη από όλους του εγχειρήματος αυτού.

Πιθανά εμπόδια τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διαδικασία είναι τα εξής: το υψηλό κόστος αγοράς του εξοπλισμού καθώς και οι διαφορετικές απόψεις των μελών της επιτροπής για την εύρεση του πιο κατάλληλου εξοπλισμού και χώρου για να στεγάσει το κέντρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πέραν πάσης αμφιβολίας το ζήτημα της μελέτης των εννοιών του κοινωνικού κράτους, του κράτους πρόνοιας καθώς και των συστημάτων αυτού αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα το οποίο μελετάται και βρίσκεται στην καθημερινότητα όλων των κοινωνικών επιστημόνων οι οποίοι και ασχολούνται με τα οικονομικά της υγείας.

Μελετώντας το ζήτημα των συστημάτων και των διαφόρων τυπολογιών της κοινωνικής πρόνοιας χρησιμοποιώντας την πλούσια βιβλιογραφία η οποία και υπάρχει τα σημαντικότερα πορίσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του θέματος είναι τα εξής:

- Τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας διαφέρουν μεταξύ των χωρών και εξαρτώνται συχνά από διάφορες πολιτιστικές και γεωγραφικές διαφορές
- Κάθε σύστημα προσπαθεί να μεγιστοποιήσει τη κοινωνική ωφέλεια με το μικρότερο δυνατό κόστος
- Ακόμα και σήμερα μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν αρκετά ετερόκλητα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας στις διάφορες χώρες
- Το πιο κρίσιμο ζήτημα και η μεγαλύτερη πρόκληση την οποία έχουν να αντιμετωπίσουν σήμερα οι σχεδιαστές των προγραμμάτων της κοινωνικής πρόνοιας είναι πώς να συνεχίσουν τα προγράμματα αυτά να προσφέρουν την ίδια ικανοποίηση στους πολίτες όταν εξαιτίας της κρίσης ο αριθμός των πολιτών που ζητάει να εξυπηρετηθεί από το δημόσιο σύστημα υγείας αυξάνεται ενώ οι πόροι έχουν μειωθεί αρκετά.

Τέλος, μελετήθηκε ο Δήμος Καλαμάτας ο οποίος θεωρείται ότι προσφέρει ικανοποιητικές υπηρεσίες στους πολίτες του όσο αφορά στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Οι υπηρεσίες όμως αυτές θα πρέπει να βελτιωθούν συνολικά και αρκετά ειδικά σε ένα Δήμο ο οποίος μεγαλώνει και εξελίσσεται συνεχώς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

- Γκότσιας Α., (1993), Η διοίκηση των δημοσίων επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ., (1999), Υπηρεσίες υγείας / Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Β' , Πολιτική υγείας / Κοινωνική πολιτική, ΕΑΠ
- Ευθύμογλου Π., Ξεπαπαδέας Α., (1990), Δημόσιες επιχειρήσεις, εκδόσεις Σταμούλη
- Λογοθέτης, Ν. , (2009), Διαδικασίες και Τεχνικές Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Ματθαίου Δ., (1996), κοινωνικός κράτος πρόνοιας, εκδόσεις Αφοι Κυριακίδη
- Νικολινάκος Μ., (1996), Οι δημόσιες επιχειρήσεις και το ζήτημα της ιδιωτικοποίησης: Η ελληνική περίπτωση, εκδόσεις Λιβάνη
- Στεφανάτος, Ν., (2000), Ολική Ποιότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Υφαντόπουλος Γ., (2009), Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας, εκδόσεις Gutenberg
- Υφαντόπουλος Γ., (2013), Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και εφαρμογή, εκδόσεις Τυπωθήτω
- Musgrave R., (1983), Δημόσια οικονομική στη θεωρία και πράξη, εκδόσεις Παπαζήση

Ξενόγλωσση:

Savas E., (1993), Privitization. The key to better government. Chatham house publishers

Johannsen F., Leist S., (2009), A Six Sigma approach for integrated solution, Managing Service Quality

Deming W., (1974), Quality Handbook, Mc Graw Hill

Mill J., (1973), Principles of political economy, Elsevier

Goodin L, LeGrand D., (1987), Equity in health, Elsevier

Weber M., (2009), The theory of social and economic organization

Barnham J., (1987), How superstition won the science lost: Popularizing science and health in the USA

Espring - Andersen, (1990), The three worlds of welfare capitalism,

Ferrera (1996), The Southern European social model: Changes and continuities

Arrow K.J. and Lind R.C., (1970), "Uncertainty and the Evaluation of Public Investment Decisions", American Economic Review

Cremieux Pierre-Yves, Ouelette Pierre and Pilon Caroline, (1999), "Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes", Health Economics

Gerdtham et al., (1998), The determinants of health expenditure in the OECD countries, Health, The Medical Profession, and Regulation, Dordrecht : Kluwer Academic

OECD Health at a Glance, OECD, 2016

Parkin David, (1987), Aggregate Health Care Expenditures and National Income. Is Health Care a Luxury Good?", Journal of Health Economics

Εκδόσεις - Μελέτες - Νόμοι:

Προβόπουλος Γ., (1982), Δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί, Μελέτη Ι.Ο.Β.Ε

Νόμος Ν.3429/2005

Διαδίκτυο:

www.iso.org

<http://www.kalamata.gr/default.asp?static=32>

<http://www.okxe.gr/kallikra/Default.aspx>

<http://www.web-greece.gr/messinia/kalamata/kalamata-gr.htm>

<http://www.dimosthourias.gr/parousiasedemou/parousiasedemou/topikadiamerismata.html>

<http://www.aris.gov.gr/>

http://www.wiw.gr/greek/arfara_municipality_of_arfara/

www.nosokomeiokalamatas.gr