



**Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση**

Τίτλος διπλωματικής

« Η κοινωνική πολιτική υγείας στη Τοπική Αυτοδιοίκηση: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Πρόληψη , Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στο Δήμο Ιλίου».

Όνοματεπώνυμο
Δημάκης Χρήστος – τραα 17108

Επιβλέπων καθηγητής : Βενιέρης Δημήτριος

Αθήνα, Φεβρουάριος 2019

Περίληψη

Η υγεία αποτελεί το βασικότερο αγαθό της ζωής του ανθρώπου αλλά και κοινωνικό δικαίωμα. Η κοινωνική πολιτική υγείας αποτελεί μέρος της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής του κράτους και επηρεάζεται άμεσα από το πολιτικό και το οικονομικό περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνεται . Η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων από το κεντρικό κράτος αλλά και από τις περιφέρειες στους Δήμους στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής γενικά και της υγείας ειδικότερα σύμφωνα με το σκανδιναβικό μοντέλο αποτελεί τάση στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Στην παρούσα εργασία διερευνάται βιβλιογραφικά η σημασία της κοινωνικής πολιτικής γενικά και της κοινωνικής πολιτικής υγείας στην πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Για το λόγο αυτό διερευνήθηκε η έννοια της κοινωνικής πολιτικής και η εξέλιξή της από την αρχαιότητα μέχρι τη δημιουργία του σύγχρονου κοινωνικού κράτους . Στη συνέχεια διερευνάται η κοινωνική πολιτική υγείας του Δήμου Ιλίου μέσα από τις δομές, τις δράσεις και τα προγράμματα της κοινωνικής υπηρεσίας .

Λέξεις κλειδιά :

Κοινωνική πολιτική, υγεία, τοπική αυτοδιοίκηση.

Abstract

Health, besides being the most important asset in people's lives, is a social right. The local authority health policy is part of the wider government policy and is directly influenced by the political and economic environment in which it is formed. Transferring responsibilities from the central or regional state to the municipal authorities in the field of social policy in general, and health in particular, following the Nordic model, has been a trend in our country in recent years. In this study, which is based on bibliography, we are trying to look into the importance of social, in general, and social health policy of the local authority, concerning primary health care and prevention. For this reason, the concept of social policy and its development from ancient times to the creation of contemporary social state has been probed. Subsequently, the social health policy of the Municipality of Ilion through structures, actions and programs is explored.

Key words:

Social policy, health, local authorities.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ.5
---------------	-------

ΜΕΡΟΣ Α - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΕΙΑ

1.1. Εισαγωγή.....	6
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	
1.1.1. Τι είναι υγεία.....	6
1.2.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.....	7
1.2.3.1. Συστήματα Υγείας.....	8
1.2.3.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	9
1.2.4. Υπηρεσίες Υγείας.....	9
1.2.5. Δημόσια Υγεία.....	10
1.2.6. Υπηρεσίες και Φορείς Δημόσιας Υγείας.....	11
1.2.4 Συμπεράσματα.....	12
Βιβλιογραφία.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1. Εισαγωγή.....	14
1.2. Έννοια και σημασία Κοινωνικής Πολιτικής.....	14
1.3. Κοινωνική Πολιτική για την Υγεία.....	15
1.4. Σύντομη αναδρομή Κοινωνικής Πολιτικής.....	16
1.5. Μοντέλα Κοινωνικής Πολιτικής.....	19
1.6. Τύποι Κοινωνικού Κράτους.....	19
1.7. Το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα.....	22
Συμπεράσματα.....	23
Βιβλιογραφία.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

1.1.Εισαγωγή.....	26
-------------------	----

1.2. Έννοια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	27
1.3. Θεσμικό πλαίσιο και πεδία κοινωνικής πολιτικής των Δήμων.....	27
1.4. Πηγές χρηματοδότησης των Δήμων.....	28
1.5. Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και πρόληψη.....	29
Συμπεράσματα.....	31
Βιβλιογραφία.....	33

ΜΕΡΟΣ Β - ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΙΛΙΟΥ

1.1. Εισαγωγή.....	34
1.2. Τμήματα-Δομές	34
1.3. Υγεία και Δημόσια Υγιεινή.....	34
1.3.1. Δημοτικά Ιατρεία.....	35
1.3.2. Κοινωνικό Φαρμακείο.....	36
1.3.3. Δημοτικό οδοντιατρείο.....	36
1.3.4. Φυσικοθεραπευτήριο.....	36
1.3.5. Ψυχοπαιδαγωγικό Κέντρο.....	37
1.3.6. Ψυχόδραμα.....	37
1.3.7. Σταθμός Μητρικού Θηλασμού.....	38
1.3.8. Πρόγραμμα Πρόληψης και Διάγνωσης διαταραχών Μνήμης και Διάθεσης σε άτομα Γ΄ και Δ΄ ηλικίας.....	38
1.3.9. Συμβουλευτικό Κέντρο ΚΕΘΕΑ Ιλίου.....	38
1.3.10. Κέντρο Πρόληψης «ΦΑΕΘΩΝ»	39
1.3.11. Άλλες δράσεις και προγράμματα	39
Τελικά Συμπεράσματα.....	43

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό της για τη ζωή του ανθρώπου και είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση των προσωπικών του στόχων αλλά και για την διατήρηση της κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας. Με την αναγνώρισή της ως κοινωνικό δικαίωμα τελεί υπό την ευθύνη του κράτους που με τις πολιτικές του οφείλει να διασφαλίζει το δικαίωμα της υγείας για όλους τους πολίτες. Η μεταβίβαση της άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από το κεντρικό κράτος στην πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση τα τελευταία χρόνια σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα έγινε με σκοπό την αποτελεσματικότερη κάλυψη των βασικών αναγκών όπως η υγεία. Έτσι οι Δήμοι της χώρας αν και έχουν υποστεί μεγάλη μείωση των εσόδων τους καλούνται να βρουν λύσεις για την ανακούφιση των ευπαθών ομάδων σε μία εποχή που η οικονομική κρίση μαστιάζει τη χώρα και δημιουργεί συνεχώς περισσότερες ανάγκες σε περισσότερα άτομα.

Η παρούσα εργασία δομείται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος είναι το θεωρητικό που αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της υγείας ως ατομικό και ως δημόσιο αγαθό, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, το Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και η σημασία της κοινωνικής πολιτικής, επιχειρείται μία σύντομη αναδρομή στο παρελθόν που εκκινεί από την αρχαιότητα και φτάνει ως τις μέρες μας και τη θεσμοθέτηση του κοινωνικού κράτους. Αναφέρονται επίσης τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, οι τύποι του κοινωνικού κράτους και η κοινωνική πολιτική για την υγεία. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η σχέση της κοινωνικής πολιτικής με την τοπική αυτοδιοίκηση, το θεσμικό πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής των Δήμων, οι πόροι των Δήμων για την επιτέλεση του έργου τους γενικά και της κοινωνικής πολιτικής ειδικότερα. Επίσης περιγράφονται οι τομείς δράσης τους στην υγεία μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την αγωγή υγείας και ορίζονται οι έννοιες αυτές.

Το δεύτερο μέρος είναι το εμπειρικό κομμάτι της εργασίας και αφορά την περιγραφή της κοινωνικής πολιτικής του Δήμου Ιλίου στον τομέα της ΠΦΥ. Αναφέρονται οι δομές και τα τμήματα της Διεύθυνσης και Κοινωνικής Υπηρεσίας και όλες οι δράσεις και τα προγράμματα που σχετίζονται με την ΠΦΥ, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Ο σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της κοινωνικής πολιτικής του Δήμου Ιλίου στον τομέα της υγείας μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την Πρόληψη, την Προαγωγή και την Αγωγή της Υγείας. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι η ανεύρεση της οργάνωσης της τοπικής αυτοδιοίκησης μέσα από τις δομές και τα τμήματα της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου. Επιπλέον στόχοι είναι η μελέτη της κοινωνικής πολιτικής του Δήμου Ιλίου σχετικά με την ΠΦΥ και η ανεύρεση των δράσεων και των προγραμμάτων που έχουν να κάνουν με την πρόληψη την προαγωγή και την αγωγή υγείας στο Δήμο Ιλίου.

Στο κλείσιμο της εργασίας αναφέρονται τα τελικά συμπεράσματα και διατυπώνονται προτάσεις βελτίωσης.

ΜΕΡΟΣ Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΥΓΕΙΑ

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του ανθρώπου και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής του αλλά και τις επιλογές του. Από την αρχαιότητα οι Έλληνες αποδίδοντας μεγάλη σημασία στην υγεία τη θεωρούσαν ύψιστο αγαθό και πίστευαν ότι η Υγεία (αρχ. *Υγιεία*) ήταν θεότητα και μάλιστα προσωποποίηση της υγείας του σώματος και της ψυχής¹. Κατ' επέκταση η φροντίδα και η επιδίωξη της υγείας του ανθρώπου τελεί υπό τον έλεγχο της θείας δύναμης (Λαμπρινουδάκης σ.10). Μάλιστα είχαν συνδέσει την σκληραγωγία του σώματος και την σωματική αγωγή με την διατήρηση της καλής υγείας άποψη που ενστερνίζονται πολλοί σοφοί της εποχής. Στη σημερινή εποχή που έχουν επέλθει τεράστιες αλλαγές στον τομέα της υγείας αλλά και στον πίνακα αξιών της ζωής η θέση των αρχαίων Ελλήνων παραμένει ακλόνητη και η υγεία θεωρείται το μεγαλύτερο αγαθό του ανθρώπου. Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής δύναται να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις εργασιακές, οικογενειακές και κοινωνικές του υποχρεώσεις. Αντίθετα όταν ο άνθρωπος δεν είναι υγιής αδυνατεί στην εκπλήρωση των παραπάνω υποχρεώσεων του με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας της προσωπικής του ζωής, της προσφοράς του στο κοινωνικό σύνολο αλλά και στην οικονομική παραγωγικότητα. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην έννοια της υγείας ως ατομικό αλλά και ως δημόσιο αγαθό, των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, του συστήματος υγείας όπως και της οργάνωσης των υπηρεσιών της χώρας μας.

1.2. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

1.2.1. Τι είναι υγεία.

Πέραν της ιατρικής πολλές και διαφορετικές είναι οι επιστήμες που έχουν ασχοληθεί και εντυφλήσει στο θέμα της υγείας, όπως η επιδημιολογία, η δημογραφία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, και η οικονομία. Ανάλογα έχουν δοθεί διαφορετικοί ορισμοί της έννοιας της υγείας. Εδώ αναφέρονται τέσσερις βασικοί (Λιαρόπουλος, 2007:31 και Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007 :19)

- Θετικός ορισμός της υγείας. Ένας τέτοιος ορισμός δίνεται το 1946 από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) , όπου σύμφωνα με τον οργανισμό «υγεία είναι όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας , αλλά η πλήρης σωματική ,κοινωνική ,και ψυχική ευεξία του ατόμου». Στον ορισμό αυτό εκφράζεται η θετική διάσταση της υγείας, γίνεται αναφορά στην ψυχική υγεία και περιγράφονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που οδηγούν σε κατάσταση απόλυτης υγείας.

- Αρνητικός ορισμός της υγείας . Ο αρνητικός ορισμός στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην άποψη του Jeremy Bentham σύμφωνα με την οποία «υγεία είναι η απουσία νόσου». Η

ιατρική επιστήμη όμως έχει αποδείξει ότι η έλλειψη συμπτωμάτων δεν σημαίνει πάντα ότι δεν υπάρχουν αλλοιώσεις και προβλήματα στον οργανισμό –άρα καλή υγεία- και για αυτό το λόγο ο ορισμός αυτός αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη επιφύλαξη.

- Λειτουργικός ορισμός της υγείας. Ο Parson (1979) ως υγεία ορίζει την ικανότητα του ατόμου να επιτελεί τους κοινωνικούς του ρόλους είτε αυτοί αφορούν στην εργασία του, είτε στις διαπροσωπικές σχέσεις του.

- Βιωματικός ορισμός της υγείας. Ο ορισμός αυτός εστιάζει πρώτιστα στην αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο για την υγεία του.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. δεν υπάρχει κάποιος επίσημος ορισμός. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν υποκειμενικές απόψεις και εκτιμήσεις, επαγγελματικές θεωρίες που δεν ταυτίζονται αλλά και πολιτιστικές διαφορές που δυσχεραίνουν τη διαμόρφωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού. Η ψυχική υγεία είναι μία έννοια που αναφέρεται στην συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου και στην απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η απουσία σε ένα άτομο μιας αναγνωρισμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι απαραίτητα και δείκτης ψυχικής υγείας².

Όπως γίνεται αντιληπτό όταν μιλάμε για υγεία εννοούμε την καλή σωματική υγεία σε συνδυασμό με την καλή ψυχική υγεία άποψη που διαφαίνεται περισσότερο στον ορισμό του Π.Ο.Υ. Μην ξεχνάμε ότι τη σύνδεση ανάμεσα στην σωματική και ψυχική υγεία και στην ενιαία ψυχοσωματική ανθρώπινη οντότητα είχε κάνει από την αρχαιότητα ο Θαλής ο Μιλήσιος λέγοντας αυτό που όλοι γνωρίζουμε «Νούς υγιής εν σώματι υγιεί».

1.2.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.

Η πολυδιάστατη φύση της υγείας σύμφωνα με τη θεώρηση του Π.Ο.Υ. έδωσε το έναυσμα για μία νέα αντίληψη που έχει να κάνει με μεγαλύτερο αριθμό μεταβλητών σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία σε σύγκριση με την κλασική ιατροκεντρική προσέγγιση. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της βέλτιστης υγείας για όσο μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού γίνεται και να μειωθούν οι ανισότητες που αφορούν την πρόσβαση στην υγεία τόσο σε επίπεδο χωρών όσο και κοινωνικών τάξεων σύμφωνα με τη χάρτα της Ottawa(1986) πρέπει να υφίστανται κάποιες θεμελιώδεις προϋποθέσεις. Αυτές είναι η τροφή, η κατοικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η ισότητα, η ειρήνη, η κοινωνική δικαιοσύνη, το καθαρό περιβάλλον και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η φτώχεια αναγνωρίζεται ως η κύρια απειλή για την υγεία.

Παράλληλα γίνεται καταγραφή κάποιων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία των ατόμων που στη βιβλιογραφία είναι γνωστοί ως προσδιοριστές της υγείας και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι (Wilkinson σε Κυριόπουλο 2007:27):

2. <https://el.wikipedia.org>

- Η παιδική ηλικία
- Το εισόδημα και η κοινωνική θέση του ατόμου
- Το άγχος και η διαχείριση καταστάσεων που το προκαλούν
- Η εργασία και το εργασιακό περιβάλλον
- Η ανεργία
- Τα κοινωνικά δίκτυα
- Η επάρκεια και ποιότητα της διατροφής
- Η δυνατότητα μετακίνησης ατομικά και συλλογικά
- Ο εθισμός γενικά. Βαρύνουσας σημασίας θεωρείται ο εθισμός στα ναρκωτικά , το αλκοόλ και το κάπνισμα.

Ο Οικονόμος (σε Πεχλιβανίδου Παρθένα 2017:9) συνεχίζοντας λέει ότι πέρα από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ένας ακόμη προσδιοριστικός παράγοντας είναι ο βαθμός πρόσβασης των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότηση σε συνδυασμό με την παροχή φροντίδας που αυτές προσφέρουν. Σε μία περαιτέρω προσέγγιση του ζητήματος οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007:23) αναφέρουν τον ατομικό παράγοντα ως προσδιοριστή υγείας αλλά και το πολιτικό περιβάλλον. Οι ατομικοί παράγοντες έχουν να κάνουν κυρίως με την κληρονομικότητα και την γενετική προδιάθεση του ατόμου προς κάποια συγκεκριμένη ασθένεια από τη μία και τον τρόπο ζωής όπως και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας από την άλλη.

Το πολιτικό περιβάλλον επηρεάζει με πολλούς τρόπους το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού μέσα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις που λαμβάνει. Για παράδειγμα οι πολιτικές απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, η απαγόρευση αλκοόλ σε ανήλικα άτομα, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και ο στόχος της συνεχούς βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημόσια υγεία.

1.2.3.1. Σύστημα Υγείας.

Τα συστήματα υγείας είναι μία διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών αλλά και παροχής υγείας που έχουν ως σκοπό την προστασία της υγείας του πληθυσμού και την αντιμετώπιση των ασθενειών. Για το λόγο αυτό πρέπει να υφίσταται σωστή οργάνωση και συντονισμός των ανθρώπινων, υλικών και των οικονομικών πόρων ώστε να παράγεται η κατά το δυνατόν καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος (Κυριόπουλος και Νιάκας :23-39) .

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Λιαρόπουλος 2007:201) το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες , των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας. Από την πλευρά τους ο Δικαίος (1999:45-85) λέει ότι το σύστημα υγείας αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και οποιαδήποτε αλλαγή ή μεταβολή της κοινωνικής πολιτικής επηρεάζει αναλόγως και το σύστημα υγείας. Και καταλήγει υποστηρίζοντας ότι το σύστημα υγείας ως αγαθό είναι βασικό συστατικό για την δημιουργία οποιουδήποτε άλλου αγαθού. Κρίνεται σκόπιμο στην περιορισμένη έκταση της παρούσας εργασίας να μην αναφερθούμε σε όλους

τους τύπους συστημάτων υγείας αλλά συνοπτικά μόνο στο Σύστημα Υγείας της χώρας μας η μελέτη του οποίου θα καταστεί χρήσιμη για το αντικείμενο που εξετάζεται.

1.2.3.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ .)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας ιδρύθηκε το 1983 με το νόμο 1397/1983 με στόχο τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη ολοκληρωμένη πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε ποτέ στην Ελλάδα. Το Ελληνικό Ε.Σ.Υ. χρησιμοποίησε ως πρότυπο το αντίστοιχο Αγγλικό (σύστημα τύπου Beveringe). Η φιλοσοφία του έγκειται στο γεγονός ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και το κράτος ευθύνης αναλαμβάνει την παροχή καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς καμία απολύτως διάκριση.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι:

- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φέρει την ευθύνη στην διαμόρφωση των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.
- Δίνεται έμφαση στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ οι οποίες υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΙ.ΠΕ)
- Προωθείται η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσηλευτικά ιδρύματα
- Ο θεσμός του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- Η χρηματοδότησή του προέρχεται κατά ένα μέρος από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων και κατά το άλλο μέρος από τον κρατικό προϋπολογισμό και για το λόγο αυτό χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα υγείας.

Υπάρχει επίσης η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα ο οποίος αποτελείται από νοσοκομεία, ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα και η χρηματοδότησή του στηρίζεται στις πληρωμές από τους ασθενείς ή τις ιδιωτικές ασφάλειες υγείας. Ένα τμήμα του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία που αφορούν παροχές υπηρεσιών υγείας σε τιμές που έχουν προσυμφωνηθεί (Οικονόμου σε Πεχλιβανίδου Παρθένα 2017:15) Με την ψήφιση του ν. 3918/2011 τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία (ΟΠΑΔ,ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΟΑΕΕ) εντάσσονται σε ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο, το οποίο έχει τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. και επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) όπου θα εκπροσωπεί όλα τα ταμεία στη διαπραγμάτευση των τιμών και των συμβάσεων με ιατρούς ,νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα (Ξένος κ.ά 2014:172-185) .

1.2.4. Υπηρεσίες Υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας σε περιφέρειες με βάση τον πληθυσμό και τα τρία επίπεδα φροντίδας αποτελεί κλασική δομή όλων των εθνικών συστημάτων υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει συνδέσει αυτή τη δομή με την επίτευξη των καλύτερων ιατρικών αλλά και οικονομικών αποτελεσμάτων .

A. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Το 1978 διοργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Alma-Ata όπου προσδιορίστηκε η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην τελική διακήρυξη διατυπώθηκε ότι αποτελεί το μέσο για την υλοποίηση του σκοπού που υιοθετήθηκε, «Υγεία για όλους το 2000». Η στρατηγική αυτή αποβλέπει στο γεγονός ότι οι άνθρωποι πρέπει να κατανοήσουν ότι η ασθένεια δεν είναι μοιραία και ότι μπορεί να αποφευχθεί και να αναζητήσουν καλύτερες μορφές πρόληψης και αποκατάστασης της ασθένειας. Οι πόροι για την υγεία πρέπει να κατανέμονται με τέτοιο τρόπο ώστε η φροντίδα υγείας να είναι προσιτή σε κάθε μέλος της κοινότητας. Για την επίτευξη της στρατηγικής αυτής είναι σαφής η στροφή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) στηρίζεται σε επιστημονικές μεθόδους και τεχνολογίες προσιτές σε όλους ενώ απαιτεί και την πλήρη συμμετοχή όλων. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού συστήματος της χώρας και το επίκεντρό του. Η Π.Φ.Υ. είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντάς το πιο κοντά στο σημείο όπου ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο σημείο ενός συνεχούς προγράμματος υγειονομικής φροντίδας (Διακήρυξη της Alma-Ata Π.Φ.Υ, Τεύχος 1 1986:2-3). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις προσπαθώντας να καλύψει τις πραγματικές του ανάγκες. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης των ασθενειών, θεραπείας και φροντίδας στο σπίτι, ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνει και στο τομέα της αποκατάστασης και επανένταξης. Εστιάζει στην προάσπιση της υγείας και στην σημασία της πρόληψης των ασθενειών και αναπτύσσει μία συνεχή σχέση με τον ασθενή στο περιβάλλον του. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που θα μας απασχολήσει στην παρούσα εργασία παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, από τα Κέντρα Υγείας, την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις υπηρεσίες πρόνοιας και τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

B. Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια φροντίδα έχει να κάνει με την περίθαλψη των ασθενών σε νοσοκομεία που καλύπτουν βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα τα οποία χρειάζονται νοσηλεία (Κυριόπουλος και Νιάκας 1994:72) Φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα νομαρχιακά νοσοκομεία τα οποία είναι γενικά νοσοκομεία και λειτουργούν σε κάθε νομό.

Γ. Τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη αφορά την αντιμετώπιση σημαντικών ιατρικών προβλημάτων τα οποία απαιτούν υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών και δεξιοτήτων (Κυριόπουλος και Νιάκας 1994:72). Παρέχεται από τα περιφερειακά νοσοκομεία στα οποία ανήκουν οι πανεπιστημιακές κλινικές.

2.2.5. Δημόσια υγεία.

Το άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος ορίζει ότι το κράτος πρέπει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών, ενώ με τα άρθρα 2 παρ.3, 5 παρ.5 και 7 παρ. 2 κατοχυρώνεται όχι μόνο ως αγαθό αλλά και ως δικαίωμα. Η δημόσια υγεία είναι η καταγραφή και αντιμετώπιση των κινδύνων που μπορούν να καταστούν επιβλαβείς για την υγεία του πληθυσμού μίας κοινωνίας και είναι θέμα πρωτίστως «πολιτικής επιλογής»³. Αποτελεί επί της ουσίας μία μεταφορά από το ατομικό επίπεδο υγείας στο συνολικό επίπεδο. Αντίστοιχα διαμορφώνεται και ο ορισμός της δημόσιας υγείας. Το 1922 ο βακτηριολόγος Charles-Edward Amory Winslow ο οποίος υπήρξε ένας από τους θεμελιωτές της Δημόσιας υγείας ορίζει ότι δημόσια υγεία «ως επιστήμη και τέχνη πρόληψης της νόσου, την επιμήκυνση της ζωής και την προαγωγή της υγείας, μέσω οργανωμένων προσπαθειών και τις πληροφορημένων επιλογών του κοινωνικού συνόλου, των ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών, των κοινοτήτων αλλά και των ατόμων»(Κυριόπουλος κ.ά. 2010:29).

Κατά τα επόμενα χρόνια στόχοι της δημόσιας υγείας γίνονται τα λοιμώδη νοσήματα και ο τρόπος αντιμετώπισής τους , ο προσδιορισμός των ομάδων υψηλού κινδύνου στο γενικό πληθυσμό και τίθεται μεγάλη σημασία στον περιορισμό του κόστους της κάθε δράσης (Κουρέα-Κρεμαστινού σε Κυριόπουλο κ.α.2010 :30). Το 1968 ο Harry Mustard αποδίδει στην έννοια της δημόσιας υγείας κοινωνικά χαρακτηριστικά αφού θεωρεί ευθύνη της κοινωνίας την επίλυση προβλημάτων υγείας στα άτομα που δεν μπορούν να τα αντιμετωπίσουν μόνα τους (Κυριόπουλος κ.α. 2010 :72). Σε αυτό το πνεύμα το 1988 η Επιτροπή Δημόσιας Υγείας στις ΗΠΑ αναφέρει ότι το σύστημα της δημόσιας υγείας πρέπει να διασφαλίσει συνθήκες προαγωγής της υγείας των ανθρώπων και δίνεται έμφαση στα άτομα που δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Κυριόπουλος κ.α. 2010 :72). Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 «Η Δημόσια υγεία είναι επένδυση για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας . Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας ,που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...» Σήμερα το βασικό αντικείμενο της δημόσιας υγείας είναι η πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, τα μέτρα εξυγίανσης του περιβάλλοντος, η εκπαίδευση κάθε ατόμου ανεξαρτήτου ηλικίας στην ατομική υγιεινή, η υγιεινή στους εργασιακούς χώρους και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας για την έγκαιρη πρόληψη. Με λίγα λόγια αντικείμενο της δημόσιας υγείας είναι η ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η ανάπτυξη ενός κοινωνικού πεδίου που να μπορεί να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

2.2.6.Υπηρεσίες και φορείς Δημόσιας Υγείας.

Η Δημόσια υγεία ασκείται από την κεντρική και περιφερειακή διοίκηση καθώς και από τις τοπικές αυτοδιοικήσεις α' και β' βαθμού ενώ οι δράσεις της ολοκληρώνονται και μέσω άλλων φορέων. Σε κεντρικό επίπεδο οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας ασκούνται από τη γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου και στη συνέχεια από τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας στην οποία υπάγονται πέντε Διευθύνσεις και δύο αυτοτελή τμήματα. Επίσης σε κεντρικό επίπεδο δρα το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.ΔΥ) και πολλοί εθνικοί οργανισμοί , όπως το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού,

το ΚΕΕΛΠΝΟ, το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, ο ΟΚΑΝΑ, ο ΕΟΦ, ο ΕΦΕΤ και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (Κυριόπουλος κ.α.2010:135-136). Σε περιφερειακό επίπεδο λειτουργούν Διευθύνσεις και Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας ενώ όσον αφορά τις αρμοδιότητες και τους φορείς στους οργανισμούς τοπικής Αυτοδιοίκησης θα αναφερθούμε σε παρακάτω κεφάλαιο.

Συμπεράσματα.

Από την εποχή της κλασσικής ελληνικής αρχαιότητας που απέδιδε στην υγεία θεία προέλευση ως τις μέρες μας η σημασία της υγείας για την ανθρώπινη φύση είναι τεράστια. Η καλή υγεία παρέχει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να επιτύχουν πολλά επιθυμητά πράγματα και στόχους αλλά και να μπορούν να αξιοποιούν τις δυνατότητές τους ώστε να εξελίσσονται συνεχώς. Επιπλέον αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία και την ευτυχία τους, αλλά και για την διαθεσιμότητά τους στην παραγωγική και οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Θα μπορούσαμε να ορίσουμε την υγεία ως την ισορροπη λειτουργία του οργανισμού και την αρμονία ανάμεσα στην ψυχή και το σώμα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι πολλοί και ποικίλοι και έχει μεγάλη σημασία τα άτομα να γνωρίζουν από τι πρέπει να προφυλάσσονται και τι να αποφεύγουν προκειμένου να διαφυλάξουν την υγεία τους. Το ρόλο αυτό πρέπει να επιτελεί το κράτος γιατί η βασική αποστολή της δημόσιας υγείας ως πολιτική και διοικητική επιλογή είναι η διαχείριση των μεγάλων παραγόντων κινδύνου για την υγεία σε μία βάση επιστημονικής προσέγγισης. Οι πολλές εμπλεκόμενες υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο αφήνουν περιθώρια κριτικής για το πόσο είναι δυνατό να συνεργαστούν και να διασυνδεθούν για τα βέλτιστα αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση τα βασικά μέσα της Δημόσιας Υγείας αποτελούν τόσο η πρόληψη όσο και Αγωγή και Προαγωγή της υγείας όπου σε τοπικό επίπεδο μπορούν να αποτελέσουν ένα πεδίο δράσης όπου με στοχευμένες ενέργειες να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. Η Δημόσια Υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα των πολιτών και υποχρέωση του κράτους και δεν πρέπει να υπόκειται στο νόμο του κέρδους. Η δωρεάν υγεία αποτελεί ένδειξη ότι το κράτος ενδιαφέρεται για την κοινωνία γενικά αλλά και για τα ασθενέστερα οικονομικά στρώματα ειδικότερα αλλά και ότι υπάρχει κοινωνικό κράτος που καλύπτει τις ανάγκες όλων των ατόμων και προάγει έτσι την δικαιοσύνη και την ευημερία. Θεμελιώδη ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή διαδραματίζουν οι εθνικές πολιτικές υγείας, οι οποίες αποσκοπούν στην διαμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας και στην αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας. Η κρατική παρέμβαση στη διαχείριση των υγειονομικών ζητημάτων αποτελεί μία διαδικασία που σχετίζεται με τους κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες αλλά και της προόδου της ιατρικής. Το σύστημα υγείας της χώρας μας παρουσιάζει κοινωνικά χαρακτηριστικά και παρά τα προβλήματα που μπορεί να έχει στοχεύει στην κάλυψη βασικών αναγκών αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα και πρόληψης της ασθένειας. Η δομή της κοινωνικής πολιτικής υγείας ως αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής πολιτικής του κράτους πρέπει να είναι τέτοια ούτως ώστε να εξασφαλίζει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλα τα άτομα χωρίς εξαιρέσεις και αποκλεισμούς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Διακήρυξη της Alma –Ata, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1986, τεύχος 1.
2. Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ., 1999, *Πολιτική Υγείας /Κοινωνική Πολιτική*, τομ.Β εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
3. Θαλής ο Μιλήσιος «*Νούς υγιής εν σώματι υγείη*».
4. Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., 2007, *Υπηρεσίες Υγείας*, τομ.Α, εκδ. Κλειδάριθμος ,Αθήνα.
5. Λαμπρινουδάκης Κ.Β. «*Η φροντίδα της υγείας και η εξέλιξη της ιατρικής κατά την αρχαιότητα*» αρθ. στο περ. Αρχαιολογία & Τέχνες τ.102.
6. Κουρέα –Κρεμαστινού Τ ,2007 ,σε Κυριόπουλο κ.α. 2010, *Ο Ρόλος Της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Στη Δημόσια Υγεία*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
7. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ. , 2010, *Ο Ρόλος Της Τοπικής Αυτοδιοίκησης*
8. *Στη Δημόσια Υγεία*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
9. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994, *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
10. Λιαρόπουλος Λ., 2007, *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, τομ.Α εκδ. Βήτα, Αθήνα.
11. Οικονόμου Χ. 2012, σε Πεχλιβανίδου Παρθένα 2017, Διπλωματική Εργασία, «*Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα. Προβλήματα και Προοπτικές*».
12. Οικονόμου Χ. 2013 α, σε Πεχλιβανίδου Παρθένα 2017, Διπλωματική Εργασία, «*Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα. Προβλήματα και Προοπτικές*».
13. Wilkinson R, Marmot M, 2003, σε Κυριόπουλο κ.α. 2010, *Ο Ρόλος Της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Στη Δημόσια Υγεία*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
14. Ξένος Π. κ.ά., 2014, Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>. Ανάκτηση 18-01-2019

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1,2 . <https://el.wikipedia.org>
3. <https://www.medzitsa.gr/to-ergo-5/dimosia-igeia/91-dikaiwma-stin-ugeia>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΥΟ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.

2.1. Εισαγωγή .

Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής και η λειτουργία της όπως και η έννοια του κοινωνικού κράτους, είναι άμεσα συνυφασμένες και αποτελούν βασικές έννοιες στην παρούσα εργασία. Για το λόγο αυτό θα επιχειρηθεί να γίνει μία περιγραφική απόδοσή τους. Επίσης θα γίνει μία σύντομη αναδρομή στις δράσεις της κοινωνικής πολιτικής από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας όπου διαμορφώθηκε και θεσμοθετήθηκε το κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Μέσα από αυτό το πέρασμα θα γίνει συγχρόνως προσπάθεια αναδίφησης των συμπεριφορών και δράσεων που αφορούν τον τομέα της υγείας και της πρόληψης ως βασικού πεδίου δράσης της κοινωνικής πολιτικής.

2.2. Έννοια και σημασία κοινωνικής πολιτικής.

Ο όρος κοινωνική πολιτική αναφέρεται σε ένα πλέγμα κοινωνικών δράσεων από τη μία και σε ένα αντικείμενο επιστημονικής μελέτης των επί μέρους πολιτικών που την συγκροτούν αλλά και των επιστημών που την επηρεάζουν. Για την έννοια της κοινωνικής πολιτικής και αν αυτή οριοθετείται και μπορεί να οριστεί έχει γίνει μεγάλη συζήτηση κατά το παρελθόν από πολλούς επιστήμονες και μελετητές εκκινώντας από διαφορετικά επιστημονικά πεδία αλλά και οπτικές γωνίες. Στις μέρες μας αν και υπάρχει η παραδοχή ότι η κοινωνική πολιτική επηρεάζεται από άλλες κοινωνικές επιστήμες, έχει σύνθετο χαρακτήρα και αποτελεί κατ'επέκταση ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο διεπιστημονικό πεδίο που δεν επιτρέπει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό έχει επικρατήσει η άποψη ότι η κοινωνική πολιτική μπορεί τελικά να οριστεί. Ήδη από το 1965 ο κοινωνιολόγος Thomas Humphrey Marshall υποστήριξε ότι η κοινωνική πολιτική *«αναφέρεται στην πολιτική δράση των κυβερνήσεων που επιφέρει άμεση επίδραση στην ευημερία των πολιτών μέσω της παροχής υπηρεσιών ή εισοδήματος»*. (Marshall σε Βενιέρη, 2015:16). Ανάλογα ο Spieker (2004:280) λέει ότι τα μέτρα και οι προσεγγίσεις κάθε κυβέρνησης που αποσκοπούν στην κοινωνική προστασία και ευημερία των πολιτών αποτελούν την κοινωνική πολιτική της. Ο Βενιέρης (2015:22) λέει ότι κοινωνική πολιτική είναι «η ανάλυση των δράσεων για δίκαιη διανομή της ευημερίας αλλά και ένας καθρέφτης που αντικατοπτρίζει τις αξίες και τα πρότυπα μιας κοινωνίας». Σύμφωνα με το ESSPROS (Εναρμονισμένο Ευρωπαϊκό Σύστημα Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας) η κοινωνική πολιτική αποσκοπεί στην αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών μέσα από ένα σύνολο παροχών σε χρήμα ή είδος και διατίθενται από οργανωμένα προγράμματα κοινωνικής προστασίας. Ο Titmuss με το έργο του από την άλλη θεμελίωσε την κοινωνική πολιτική ως γνωστικό αντικείμενο

και επιστήμη με τα ερωτήματα που έθεσε για το ιδεατό κράτος ευημερίας (Βενιέρης 2015:25).

Παίρνοντας αφορμή από τις παραπάνω προσεγγίσεις θα μπορούσαμε να πούμε ότι η κοινωνική πολιτική διαμορφώνεται κυρίως από τις κρατικές πολιτικές αλλά και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τους. Η θεσμοθέτηση από μέρους του κράτους ενός εγγυημένου επιπέδου παροχών για την κάλυψη κοινωνικών ή οικονομικών αναγκών είναι ζήτημα θεμελιώδους σημασίας. Αποσκοπεί όχι μόνο στην αντιμετώπιση αλλά και στην πρόληψη των κινδύνων που μπορούν να οδηγήσουν στην φτώχεια και κυρίως τον κοινωνικού αποκλεισμό που έχει πιο επικίνδυνες προεκτάσεις από τη φτώχεια αφού μπορεί να διαταράξει την κοινωνική συνοχή. Η κοινωνική πολιτική εξαρτάται άμεσα από το εκάστοτε πολιτικό περιβάλλον αλλά και από το γενικότερο οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο διαμορφώνεται. Επίσης μέσα από τις επιδιώξεις της κοινωνικής πολιτικής διαφαίνεται το όραμα κάθε κοινωνίας για τον ίδιο της τον εαυτό ως μέσο προαγωγής τόσο της ατομικής όσο και της συλλογικής ευημερίας και την εξασφάλιση της ισότητας. Η ευημερία ένας όρος που χρησιμοποιείται ευρύτατα από τους επιστήμονες της κοινωνικής πολιτικής πρέπει να αφορά στο σύνολο της κοινωνίας γιατί έτσι οδηγεί στην κοινωνική δικαιοσύνη η οποία αποτελεί την αφετηρία της κοινωνικής πολιτικής.

Πως όμως επιτυγχάνεται η ευημερία; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι ότι η ευημερία για κάθε άνθρωπο έχει να κάνει με την κάλυψη βασικών αναγκών της ζωής του όπως η υγεία, η κοινωνική ασφάλιση, η παιδεία, η απασχόληση, η κατοικία αλλά και η αντιμετώπιση της φτώχειας όπου αποτελούν και τα βασικά πεδία δράσης της κοινωνικής πολιτικής. Σε αυτά θα μπορούσαν να προστεθούν η παιδική μέριμνα, η προστασία της τρίτης ηλικίας, η ενίσχυση της οικογένειας, η αρωγή στα άτομα με οποιαδήποτε τύπου αναπηρία, ο πολιτισμός και η μετανάστευση. Η κάλυψη βασικών αναγκών και της ευημερίας σύμφωνα με τον Spieker αποτελεί και προϋπόθεση της διασφάλισης της ελευθερίας για τα άτομα μιας κοινωνίας μαζί με την απουσία οποιασδήποτε μορφής καταπίεσης και την ελευθερία του πνεύματος (Spieker σε Βενιέρη 2015:220). Οι έννοιες «ανάγκη» και «ευημερία» βρίσκονται στον πυρήνα της κοινωνικής πολιτικής και η δίκαιη διασφάλιση τους είναι η κύρια αποστολή της (Βενιέρης,2015:16). Το βαθύτερο νόημα και η ουσιαστικότερη έκφραση της κοινωνικής πολιτικής εκδηλώνεται με την αλληλεγγύη προς τα αδύνατα άτομα, τους άνεργους, τους ηλικιωμένους, τους αναξιοπαθούντες αλλά και όλες τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Συντελείται δε με την αναδιανομή του εισοδήματος τη δικαιότερη δηλαδή κατανομή του πλούτου, τη νομοθεσία του κράτους σχετικά με κοινωνικές δράσεις και οργανωμένα προγράμματα όπως και με την μεταφορά των αναγκαίων πόρων για την υλοποίηση πολιτικών όπως οι πολιτικές που αφορούν τον τομέα της υγείας.

2.3. Η κοινωνική πολιτική για την υγεία.

Για τα περισσότερα συστήματα κοινωνικής πολιτικής η προσοχή εστιάζεται στην κοινωνική ασφάλεια και την προστασία των μελών της κοινωνίας. Έτσι διαμορφώθηκαν τρεις μορφές κοινωνικής πολιτικής (Ιατρίδης 1999) :

- η κοινωνική πρόνοια, όπου το κράτος κάνει παροχές σε άτομα που χρήζουν βοήθειας αφού αδυνατούν από μόνα τους να έχουν τα απαραίτητα.

- Η κοινωνική ασφάλιση η οποία είναι μία σύμβαση ανάμεσα στον ασφαλισμένο και στον ασφαλιστικό φορέα η οποία λειτουργεί ανταποδοτικά προσφέροντας παροχές έναντι εισφορών όταν προκύψει ανάγκη ή επέλθει το διάστημα της σύμβασης .

- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας αποτελείται από μέτρα και δράσεις της πολιτείας και σκοπό έχουν την προφύλαξη των πολιτών από διάφορους κινδύνους και που οδηγούν τελικά στην κοινωνική ασφάλεια. (Λαζαρίδου,2009). Κίνδυνοι μπορεί να προκληθούν από ενδεχόμενα μελλοντικά που δεν προβλέπονται όπως τα φυσικά φαινόμενα, επαγγελματικές και οικογενειακές ιδιαιτερότητες. Όταν οι κίνδυνοι αυτοί, αλλά και η πρόληψή τους αποτελούν κοινωνική ευθύνη , ονομάζονται κοινωνικοί κίνδυνοι και αντιμετωπίζονται είτε ατομικά (κάτι που συνέβαινε έως το 1900) με την φιλανθρωπία και την αποταμίευση είτε συλλογικά μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας. (Χλέτσος,2003). Κοινωνική ασφάλεια δύναται να πραγματοποιηθεί με την προστασία της υγείας , την εξασφάλιση της απασχόλησης και ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης, τη σιγουριά του ατόμου ότι δεν θα αποκλειστεί από την οικονομική και κοινωνική πραγματικότητα , τη διατήρηση και ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής , την δικαιότερη κατανομή του εισοδήματος που οδηγεί στην κοινωνική δικαιοσύνη (Κοντιάδης , 2006β).

Τέλος ο τομέας της προστασία της υγείας ως μέρους του κοινωνικού κράτους έχει να κάνει με δράσεις που αφορούν την παροχή είτε σε είδος είτε σε υγειονομικές υπηρεσίες που αποσκοπούν τόσο στη διατήρηση της υγείας όσο και στην προαγωγή της και αφορά όλο το φάσμα του πληθυσμού.

2.4. Σύνοψη αναδρομή Κοινωνικής Πολιτικής.

Στην μακρόχρονη ευρωπαϊκή ιστορία η έννοια της κοινωνικής πολιτικής είχε να κάνει με ατομικές συμπεριφορές που σχετίζονταν με την ελεημοσύνη και την αγαθοεργία. Στην Αρχαία Ελλάδα (Στασινοπούλου,2006:35) η κρατική εξουσία θέσπιζε μέτρα υπέρ της προστασίας των αδυνάτων , την εξασφάλιση τροφής και στέγης στους φτωχούς αλλά και μέτρα που αφορούσαν τη δημόσια υγεία. Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι υπήρχε σύστημα δωρεάν περίθαλψης και προληπτικής υγιεινής.

Κατά τη διάρκεια της Ρωμαϊκής εποχής υπήρχαν δύο περίοδοι που χαρακτηρίζουν την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής από το κράτος. Η μία είχε σχέση με τα χρόνια της ακμής όπου τις παροχές της κοινωνικής φροντίδας καθόριζαν οι επεκτατικές πολιτικές των κρατούντων και στα χρόνια της παρακμής όπου το κράτος πρόνοιας εγκαταλείπεται τελείως. Σε περιόδους όπου εγκυμονούσε ο κίνδυνος κοινωνικών αναταραχών λαμβάνονταν μέτρα κοινωνικής προστασίας προκειμένου να εκτονωθεί ο λαός (Στασινοπούλου,2006:37).

Κατά τους Βυζαντινούς χρόνους παρατηρείται η οργανωμένη και συστηματική λειτουργία του κράτους πρόνοιας, κάτι που αποτελεί σταθμό για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής. Η εκκλησία σε συνεργασία με το κράτος και ως φορέας της χριστιανικής διδασκαλίας περί φιλευσπλαχνίας έχοντας τον κύριο ρόλο στη διαμόρφωση και άσκηση της κοινωνικής πολιτικής προσφέρει βοήθεια σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού όπως οι άρρωστοι, οι χήρες και τα ορφανά και προωθεί τη δημιουργία ιδρυμάτων όπως ορφανοτροφεία και πτωχοκομεία. Από την άλλη τα νοσοκομεία πέρα από την υγειονομική

περίθαλψη παρέχουν και πεδίο έρευνας της ιατρικής επιστήμης. Την περίοδο αυτή (Το βήμα του Ασκληπιού) η κοινωνική βοήθεια παίρνει και τη μορφή του εθελοντισμού σε μια προσπάθεια δημιουργίας ενός κοινωνικού τόπου που θα προφύλασσε τους κοινωνικά και οικονομικά αναξιοπαθούντες

Στην Αναγέννηση, εποχή που τα ατομικά δικαιώματα άρχισαν να διαμορφώνονται αρχίζει να κυοφορείται η έννοια της πρόνοιας ως ατομικό δικαίωμα. Στον τομέα της υγείας η κοινωνική πολιτική δίνει έμφαση στην πρόληψη και στην ιδέα ότι η φροντίδα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και σύμφωνη με την ανάγκη εκείνου που τη δέχεται. Η δράση της εκκλησίας εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική στη δημιουργία ιδρυμάτων. Σταδιακά το χριστιανικό ιδεώδες περί φιλευσπλαχνίας ατονεί και εγκαταλείπεται ενώ οι άποροι διαπαιδαγωγούνται στην εξεύρεση εργασίας ώστε να εξαιρεθεί η επαιτεία (Στασινοπούλου,2006:38-39).

Στη σύγχρονη καπιταλιστική εποχή, η εμφάνιση και εξέλιξη του κοινωνικού κράτους στον ευρωπαϊκό χώρο έγινε αντικείμενο έντονης συζήτησης και η ιστορική του πορεία αξιολογήθηκε με διαφορετικό τρόπο (Σακελλαρόπουλος 1999:34). Η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας θεμελιώθηκε προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά προβλήματα , γίνεται σε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα , χαρακτηρίζεται δε από τέσσερις βασικές περιόδους .

Η πρώτη περίοδος εκτείνεται από το 1870 έως το 1930 και αποκαλείται στάδιο πειραματισμού αφού ο φακός της κοινωνικής πολιτικής στρέφεται στη δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων , τα είδη των προγραμμάτων αυτών , στους δικαιούχους κ.α. . Κατά την περίοδο αυτή η αναβάθμιση της υγείας και των σχετικών προγραμμάτων , των συνθηκών διαβίωσης και της εκπαίδευσης βρίσκονται σε πρώτο πλάνο και υποστηρίζονται από νομοθετικές ρυθμίσεις. Η δύσκολη περίοδος μέχρι το 1950 αποτελεί το δεύτερο στάδιο γνωστό ως στάδιο σταθεροποίησης αφού συνεχίζουν να υφίστανται οι ίδιες αρχές της κοινωνικής πολιτικής με τις υπάρχουσες δομές και προγράμματα. Παρά την έλλειψη νέων ιδεών και δράσεων περισσότερα κράτη υιοθετούν την υπάρχουσα εμπειρία. Η τρίτη περίοδος γνωστή ως «κλασική ή χρυσή» εξέλιξης των κοινωνικών δικαιωμάτων αφορά το διάστημα μέχρι το 1970. Η γενικότερη οικονομική ανάπτυξη φέρνει αύξηση των δαπανών των κοινωνικών προγραμμάτων όπως και τη δημιουργία νέων ενώ ο τομέας της υγείας αλλά και της πρόληψης ευνοούνται ιδιαίτερα. Η τέταρτη περίοδος εξελίσσεται έως τις μέρες μας και χαρακτηριστικό της αποτελεί το γεγονός ότι το κοινωνικό κράτος δέχτηκε τα βέλη του νεοφιλελευθερισμού κυρίως κατά τη δεκαετία του '80 που το θεώρησε ανασταλτικό παράγοντα ανάπτυξης και οικονομικής προόδου. Έκτοτε πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι είναι το στάδιο της κρίσης του κράτους πρόνοιας αφού πέρα από την έντονη κριτική και αμφισβήτηση αυτού επιδιώκεται η μείωση των κοινωνικών δαπανών. Από την άλλη ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Βενιέρη (2015:102) η οποία τεκμηριώνεται από τα στοιχεία της Eurostat που υποστηρίζει ότι τα τελευταία χρόνια οι κοινωνικές δαπάνες στις ευρωπαϊκές χώρες όχι μόνο δεν μειώθηκαν αλλά αυξάνονται συνεχώς. Στη συνέχεια ο ίδιος τονίζει ότι το κοινωνικό κράτος της νέας εποχής λαμβάνοντας ένα πιο ενεργητικό ρόλο μετακινεί την προσοχή του από τις επιδοματικές πολιτικές προς τα κίνητρα που αφορούν την εξεύρεση εργασίας μέσα σ' ένα πλαίσιο αξιών όπου καθοριστικό ρόλο κατέχει η ισότητα των ευκαιριών.

Η ιδέα της μετάβασης του κοινωνικού κράτους από την κουλτούρα του παθητικού ρόλου της επιδοματικής πολιτικής σε ένα πλαίσιο όπου η χρηματοδότηση αφορά την δημιουργία προγραμμάτων για την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γνώσεων για όλους

εξυπηρετεί καλύτερα τους σκοπούς της κοινωνικής πολιτικής. Σίγουρα μια τέτοια διαδικασία προωθεί με καλύτερο τρόπο το δικαίωμα του κάθε ατόμου για εργασία, βοηθά στην ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων και εντάσσει το άτομο στην παραγωγική διαδικασία και οικονομική ανάπτυξη της χώρας του. Επιπλέον αποφεύγεται ο κίνδυνος στιγματισμού ατόμων ή ομάδων ενώ το κράτος μπορεί να διανείμει τους διαθέσιμους πόρους σε άλλους κρίσιμους τομείς κάλυψης αναγκών. Το σύγχρονο κοινωνικό κράτος μπορεί να εξελίσσεται και να δραστηριοποιείται και πέραν από τα στενά όρια του δημόσιου τομέα και εντός της ιδιωτικής σφαίρας αλλά και της εθελοντικής δράσης με μοναδικό γνώμονα την κάλυψη των βασικών αναγκών και την κατ'επέκταση παροχή της ευημερίας. Βασική όμως προϋπόθεση της μετεξέλιξης αυτής του κοινωνικού κράτους θα πρέπει να αποτελεί το γεγονός ότι οι θεμελιώδεις ανθρώπινες ανάγκες όπως είναι η υγεία και η πρόνοια θα πρέπει να τελεί υπό την ευθύνη του κράτους γιατί στην περίπτωση ιδιωτικοποίησης αυτών η πρόσβαση σε αυτές από τα χαμηλά και μεσαία κοινωνικά στρώματα θα καταστεί εξαιρετικά δύσκολη αν όχι αδύνατη. Το αποτέλεσμα θα είναι η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων που θα δημιουργήσει μεγάλη δυσαρέσκεια με αποτέλεσμα τη διατάραξη της κοινωνικής συνοχής. Στον αντίλογο και όσον αφορά την υγεία ο Λιανός (2000:246) υποστηρίζει ότι η παράλληλη ύπαρξη του ιδιωτικού τομέα υγείας μπορεί να φανεί χρήσιμη για αρκετούς λόγους όπως η μείωση των λειτουργικών δαπανών του εθνικού συστήματος από τη στιγμή που ένα τμήμα των πολιτών θα κατευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα αλλά και η δημιουργία ανταγωνισμού προς όφελος των ασθενών.

Κατά το χρονικό διάστημα των δύο τελευταίων περιόδων ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη και την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε.Ο.Κ.) ξεκίνησε η συζήτηση για τη δημιουργία κοινής κοινωνικής πολιτικής κάτι που εντάθηκε αργότερα με την Ευρωπαϊκή Ένωση και την οικονομική ενοποίηση των κρατών-μελών. Η βασική αιτία υπήρξε ότι μέσα από αυτή τη διαδικασία δημιουργήθηκε φόβος ότι ο επερχόμενος ανταγωνισμός θα ευνοούσε τη μετανάστευση κεφαλαίου και επιχειρήσεων σε χώρες με λιγότερο εργατικό κόστος κάτι που θα επέφερε αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας. Πέραν αυτού η διαδικασία ενοποίησης θα ευνοούσε κάποιες χώρες ενώ κάποιες άλλες όχι. Η άσκηση κοινής κοινωνικής πολιτικής και η μεταβίβαση των αναγκαίων πόρων θα μείωναν κάπως τις αρνητικές επιδράσεις ώστε να προωθείται καλύτερα η διαδικασία της ενοποίησης. (Σακελλαρόπουλος 2011:27). Ήδη από το 1987 η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη στόχευε στην οικονομική και κοινωνική συνοχή στην κοινότητα (Spieker, 2004:105-106). Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι στον ευρωπαϊκό χώρο φαίνεται να έχει γίνει συνείδηση η αλληλένδετη σχέση ανάμεσα στην οικονομική και κοινωνική πολιτική και ότι το ενδιαφέρον πρέπει να στραφεί στην κάλυψη βασικών κοινωνικών αναγκών όπως η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και παιδείας και σε ζητήματα κοινωνικής προστασίας γενικότερα. Προς το παρόν δεν έχουν γίνει μεγάλα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση και το μέλλον είναι αυτό που θα δείξει αν το ενδιαφέρον αυτό είναι κάτι το θεωρητικό ή αν είναι ειλικρινές και υλοποιηθεί προς όφελος όλων των πολιτών.

Κλείνοντας κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στους όρους «κράτος πρόνοιας» και «κοινωνικό κράτος» αφού εύκολα μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση λόγω της σχέσης της κοινωνικής πολιτικής με το κράτος. Το κράτος πρόνοιας σύμφωνα με τον Κοντιάδη (2008:17-19) «δρα μέσω της παροχικής κοινωνικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυση κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών». Ο όρος επικράτησε μεταπολεμικά και περιγράφει τους οργανωμένους θεσμούς του κράτους που αποσκοπούν στην κοινωνική προστασία. Βασικός

του σκοπός είναι η αναδιανομή προκειμένου να επιτευχθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης. Το «κοινωνικό κράτος» όπως θα δούμε και στη συνέχεια αναφέρεται στην συνταγματική υποχρέωση της Πολιτείας για παροχή κοινωνικής προστασίας. Το κοινωνικό κράτος είναι μεταγενέστερο και αποτελεί τμήμα του κράτους πρόνοιας.

2.5. Μοντέλα κοινωνικής πολιτικής.

Όσον αφορά τον τρόπο που ασκείται η κοινωνική πολιτική εξαρτάται από την υιοθέτηση αντιλήψεων και επιλογών που στηρίζονται στα δύο βασικά μοντέλα άσκησης κοινωνικής πολιτικής (Στασινοπούλου 2003: 24): το υπολειμματικό το πνεύμα του οποίου διέπει η αντίληψη ότι το κράτος παρεμβαίνει σε περιπτώσεις όπου η οικογένεια, η κοινότητα και οι μηχανισμοί της ελεύθερης αγοράς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην επίλυση προβλημάτων ή κάλυψη αναγκών ατόμων ή κοινωνικών ομάδων. Εύκολα μπορεί να γίνει κατανοητό ότι στο μοντέλο αυτό εμπεριέχεται ο κίνδυνος κοινωνικού στιγματισμού των ατόμων και των ομάδων. Από την άλλη πλευρά το θεσμικό - αναδιανεμητικό μοντέλο εστιάζει τόσο στην ανάπτυξη θεσμών καθολικής κάλυψης κοινωνικών αναγκών όσο και στην πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων και προτάσσει την κοινωνική αλληλεγγύη και το ρόλο της κοινωνικής πολιτικής προκειμένου να διαφυλάσσεται η κοινωνική συνοχή. Το μοντέλο αυτό παρότι έχει κατηγορηθεί για το μεγάλο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται φαίνεται ότι υπηρετεί καλύτερα τις αρχές και αξίες της κοινωνικής πολιτικής για κάλυψη των βασικών αναγκών για όλους χωρίς εξαιρέσεις. Η φιλοσοφία των μοντέλων αυτών αντανακλά και στη διαμόρφωση των πολιτικών των κοινωνικών κρατών για την ανακούφιση των ευάλωτων ατόμων και ομάδων σε όλους τους κρίσιμους τομείς συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της πρόληψης σε συνδυασμό δε και με άλλους παράγοντες μιλάμε για τύπους κοινωνικών κρατών.

2.6. Τύποι Κοινωνικού κράτους.

Κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα στα κοινωνικά κράτη παρουσιάζονται πλήθος συστημάτων κοινωνικής προστασίας, διαφορετικοί στόχοι και επιλογές όπως και ιδεολογικοπολιτικές τάσεις. Κοινός στόχος όλων των συστημάτων αποτελεί η κάλυψη των βασικών αναγκών και η προαγωγή της ευημερίας μέσα από κρατικούς ή συλλογικούς πόρους. Αυτό όμως που χαρακτηρίζει κατά κύριο λόγο τα συστήματα αυτά είναι ο τρόπος που αναγνωρίζονται τα κοινωνικά δικαιώματα. Μέσα από τη φιλοσοφία του εκάστοτε συστήματος αναγνωρίζεται η ανάγκη για πρόσβαση στην υγεία αλλά και στην κοινωνική ασφάλιση. Έτσι διακρίνουμε τέσσερις διαφορετικούς τύπους κοινωνικών κρατών: α) το αγγλοσαξονικό ή φιλελεύθερο β) το κρατικό κορπορατιστικό γ) το σκανδιναβικό και δ) το νοτιοευρωπαϊκό (Καρβούνης 2004:42). Τα τρία πρώτα είναι σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Espring-Antersen (1990) ενώ τον τελευταίο σύμφωνα με τον Mauricio Ferrera.

A. Αγγλοσαξονικό ή Φιλελεύθερο μοντέλο

Το φιλελεύθερο αγγλοσαξονικό κοινωνικό κράτος διέπεται από τις αντιλήψεις του υπολειμματικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής (Στασινοπούλου 2003:24). Η ευθύνη κάθε ατόμου για τις πράξεις του είναι το κύριο χαρακτηριστικό του και η κάλυψη αναγκών πρέπει να γίνεται από την οικογένεια και τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς. Η κρατική φροντίδα αφορά μόνο τους αναξιοπαθούντες και όταν ελέγχεται το εισόδημά τους. Η κοινωνική πολιτική δρα αποκλειστικά ως δίκτυ ασφαλείας απέναντι στην ακραία φτώχεια και οι όποιες παροχές αν και καθολικές για κάθε πολίτη δεν δίνονται σε χρηματικό ποσό αλλά σε είδος. Στον τομέα της υγείας οι όποιες παροχές δίνονται μόνο από το κράτος χωρίς ανάμιξη του ιδιωτικού τομέα. Στο μοντέλο αυτό η κοινωνική ανάμιξη συντελεί στην διατήρηση των κοινωνικών ανισοτήτων και η ισότητα που εξασφαλίζει είναι ισότητα προς τα κάτω (το βήμα του Ασκληπιού). Κύριες χώρες που υπάγονται σε αυτόν τον τύπο κοινωνικού κράτους είναι οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστραλία.

B. Κρατικό κορπορατιστικό μοντέλο.

Βασικός στόχος αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες και η απονομή των όποιων προνομίων αφορά ρυθμίσεις με βασικά κριτήρια την κοινωνική θέση και κοινωνική τάξη. (Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2013:3). Η επαγγελματική κατάσταση και η ασφάλιση είναι αυτές που καθορίζουν τα δικαιώματα αλλά και τις παροχές που θα απολαμβάνει κάθε άτομο. Οι κοινωνικές παροχές έχουν τη μορφή επιδόματος και η χρηματοδότησή τους στηρίζεται στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων αλλά και στη γενική φορολογία. Ο βασικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας αφορά τη στήριξη της οικογένειας, αφού θεωρείται το βασικό κύτταρο της κοινωνίας. Εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι αποκλείει όσους δεν εργάζονται με ορατό τον κίνδυνο της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ολλανδία και το Βέλγιο υποστηρίζουν τις αρχές του μοντέλου αυτού.

Γ. Σκανδιναβικό ή σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο

Ο σκανδιναβικός τύπος κοινωνικού κράτους έχει ως κύρια γνωρίσματα την καθολικότητα των παροχών και την χρηματοδότησή τους από τη γενική φορολογία. Σε περίοπτη θέση βρίσκονται οι κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που δεν περιλαμβάνει επιδόματα. Αναγνωρίζονται κοινωνικά δικαιώματα σε όλους τους πολίτες που διαμένουν μόνιμα στη χώρα συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών ανεξάρτητα από την ανάγκη που μπορεί να βρεθούν ή την επαγγελματική-εργασιακή τους σχέση. Εδώ διαπιστώνει κανείς ότι η φιλοσοφία του μοντέλου αυτού έγκειται στο γεγονός ότι δεν υφίστανται προϋποθέσεις και όλοι οι πολίτες χωρίς αποκλεισμούς πρέπει να απολαμβάνουν τα βασικά αγαθά για την κάλυψη των αναγκών τους. Η πρόσβαση στην υγεία είναι καθολική ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνεται στον τομέα της πρόληψης. Ο συγκεκριμένος τύπος κοινωνικού κράτους είναι αρκετά περιορισμένος και εφαρμόζεται στη Σουηδία, στη Φινλανδία, στη Νορβηγία και στη Δανία.

Δ. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο.

Το χαρακτηριστικό του νοτιοευρωπαϊκού τύπου κοινωνικού κράτους αποτελεί η διαφοροποίησή του τόσο από το σκανδιναβικό μοντέλο το οποίο εστιάζει στην κοινωνική ιδιότητα του πολίτη και στην καθολικότητα των παροχών όσο και από το κρατικό κορπορατιστικό που βασίζεται στην επαγγελματική κατάσταση του ατόμου. Σύμφωνα με τον Ferrera δανείζεται στοιχεία και από το μοντέλο του Beveringe σε ότι σχετίζεται με τον τομέα της υγείας και του Bismarck σε ότι σχετίζεται με τον τομέα της ασφαλιστικής κάλυψης. Παρότι ως ξεχωριστό μοντέλο δεν γίνεται αποδεκτό από όλους τους επιστήμονες κάποια κοινά σημεία που θα αναφερθούν στη συνέχεια ενισχύουν την άποψη υπέρ της ομαδοποίησης των κρατών της νότιας Ευρώπης (Ισπανίας, Ιταλίας, Ελλάδα και Πορτογαλίας) σε ένα ξεχωριστό τύπο ο οποίος αναγνωρίζεται από τον Ferrera και σύμφωνα με αυτόν παρουσιάζει επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- Η χαρακτηριστικότερη ιδιομορφία του συστήματος αυτού αποτελεί το γεγονός ότι τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας αφορούν κυρίως επιδόματα και παρέχουν φροντίδα στους εργαζόμενους που βρίσκονται υπό την σκέπη της θεσμοθετημένης εργασίας ενώ αντίθετα σε αυτούς που βρίσκονται στο εσωτερικό της λεγόμενης ανεπίσημης εργασίας όπως οι ανασφάλιστοι και οι μετανάστες οι επιδοματικές παροχές είναι πενιχρές. Στις χώρες της νότιας Ευρώπης δεν υπάρχει ένα πρόγραμμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες όπως στις άλλες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Η ανισοροπία που παρουσιάζεται στην κατανομή της προστασίας των ομάδων αλλά και της λειτουργίας της κοινωνικής πολιτικής και αφορά τρία βασικά σημεία: α) υπερβολική προστασία προς τους ηλικιωμένους ως κοινωνική ομάδα με έμφαση στις συνταξιοδοτικές δαπάνες σε σχέση με άλλες δαπάνες ιδίως στην Ελλάδα και την Ιταλία και στον καταμερισμό των δαπανών μεταξύ των ηλικιωμένων και μη β) πολύ χαμηλές παροχές και υπηρεσίες προς την οικογένεια σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ευρωζώνης γ) υποανάπτυξη της δημόσιας στεγαστικής πολιτικής και των στεγαστικών επιδοτήσεων.

- Η καθολικότητα σε ότι αφορά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

- Η μικρή συμμετοχή του κράτους σε αυτό που λέμε πρόνοια και η συνύπαρξη του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα με πρακτικές που οδήγησαν τελικά σε διαπλοκή προς όφελος του ιδιωτικού τομέα.

- Οι χρηματικές επιδοτήσεις δίνονται με τέτοιο τρόπο από την κοινωνική διοίκηση ώστε να ευνοούνται συγκεκριμένες ομάδες κάτι που φανερώνει έντονα πελατειακή συμπεριφορά.

- Η χαμηλή απόδοση που παρουσιάζουν οι κοινωνικές υπηρεσίες του και κατ'αντιστοιχία τα μεγάλα ποσοστά δυσαρέσκειας που δείχνουν οι νοτιοευρωπαίοι σύμφωνα με σχετικές έρευνες απέναντι στις υπηρεσίες αυτές.

- Τέλος ένα άλλο γνώρισμα αφορά τη χρηματοδότηση του κοινωνικού κράτους αφού λόγω της μεγάλης φοροδιαφυγής που παρατηρείται υπάρχει μεγάλη ανισοκατανομή βαρών ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες.

Και στις τέσσερις χώρες παρατηρείται αναιμικό κοινωνικό κράτος και τα κενά του σε ένα βαθμό καλύπτει η οικογένεια η οποία προσφέρει άτυπες υπηρεσίες πρόνοιας στα μέλη

της, ο εθελοντισμός και η εκκλησία, θυμίζοντας έντονα τη Βυζαντινή εποχή. Η υγειονομική περίθαλψη όπως ήδη αναφέρθηκε παρουσιάζει καθολικότητα και όλες οι χώρες έχουν εθνικό σύστημα υγείας όπου όμως δεν κατάφερε να εκτοπίσει την ιδιωτική κερδοσκοπική πρωτοβουλία όπως συνέβη στις σκανδιναβικές χώρες.

2.7. Το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα.

Το άρθρο 25 παρ.1 του ελληνικού Συντάγματος αναφέρει : « τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του κράτους». Σύμφωνα με το Σύνταγμα λοιπόν η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να εγγυάται την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων αλλά και να διασφαλίζει την απρόσκοπτη άσκησή τους. Με τη συνταγματική κατοχύρωση της κοινωνικής αρχής ουσιαστικά θεσμοθετείται το κοινωνικό κράτος το οποίο εκτός από κοινωνικές παροχές με παρεμβάσεις του αποσκοπεί στην αναδιανομή του πλούτου, την επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης και την εξασφάλιση της ευημερίας. Έτσι ο Κατρούγκαλος (1998:108) ορίζει το κοινωνικό κράτος ως «το κράτος εκείνο που αναλαμβάνει θεσμικά υποχρεώσεις σχετικά με την εξασφάλιση βασικών αναγκών των πολιτών του». Η προαγωγή της ανθρώπινης αξίας ως σημείο αναφοράς κάνει τον Δημητρόπουλο (2004:176) να πει ότι «κοινωνικο-ανθρωπιστικό κράτος είναι το κράτος εκείνο που συνταγματικά υποχρεούται , (όχι μόνο να σέβεται, αλλά) να προστατεύει και να εξασφαλίζει την ανθρώπινη αξία». Άρα κριτήριο για την κάλυψη των βασικών αναγκών διαμέσου των κρατικών αγαθών και της δίκαιης διανομής αυτών δεν αποτελεί η ανθρώπινη ύπαρξη αλλά η αξία της. Ο Spicker (2004) συμπληρώνει ότι η έννοια του κοινωνικού κράτους δημιουργήθηκε από την πολιτική και οικονομική επιστήμη και υπήρξε σημείο αναφοράς για την άσκηση όχι μόνο της κοινωνικής αλλά και της οικονομικής πολιτικής ενώ στοχεύει στη δημιουργία δικού του κανονιστικού περιεχομένου με δεσμευτική ισχύ και ξεχωριστά πεδία και λειτουργίες. Ο όρος « κοινωνικό κράτος» εισήχθη στο πολιτικό λεξιλόγιο στην μεταπολεμική περίοδο και θεσμοθετήθηκε στα συντάγματα των περισσότερων δυτικών χωρών. Η δημόσια ευθύνη που αφορά τους τομείς της υγείας, της παιδείας , της κατοικίας κ.α. παρουσίασε μεγάλη ανάπτυξη στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες.

Στη χώρα μας εισήχθη κατά την δεκαετία του 1950 από την βασίλισσα Φρειδερίκη το κρατικίστικο Γερμανικό μοντέλο κοινωνικού κράτους όπου η ασφάλιση δίνεται σαν ανταπόδοση στους εργαζόμενους και οι παροχές αφορούν επιδόματα. Στη συνέχεια και παρότι δεν πέρασαν πολλά χρόνια από τη συνταγματική θεσμοθέτηση του κοινωνικού κράτους όταν στη χώρα μας επικράτησε η σοσιαλδημοκρατική πολιτική αντίληψη δεν παρουσιάζεται κάποια αλλαγή στις παροχές και στην ασφάλιση. Στη σημερινή περίοδο,

πολλοί επιστήμονες μιλάνε για την αποδόμηση και παρακμή του κοινωνικού κράτους της χώρας μας, λόγω των περικοπών μισθών και συντάξεων, της επιμήκυνσης του χρόνου εργασίας και την κατάργηση ή μείωση των επιδομάτων. Στην αντίπερα όχθη δεν είναι λίγοι αυτοί που θεωρούν ότι το κοινωνικό κράτος όπως το γνωρίζαμε εξάντλησε τα όριά του και ότι πρέπει να γίνουν ριζικές αλλαγές προκειμένου να καταστεί δυνατό να ανταποκριθεί στις ανάγκες του μέλλοντος. Σε αυτή την κατεύθυνση στον τομέα της υγείας οι περικοπές των δαπανών κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης είναι μεγάλες και επώδυνες με αντίκτυπο τόσο στον τομέα των παροχών όσο και της ασφάλισης. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε. κατά 52,1%¹. Μία άλλη ουσιώδη διαπίστωση είναι ότι οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (άνεργοι, μετανάστες, ηλικιωμένοι κ.λπ.),

1 .OECD.Health Statistics,,OECD 2016

δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος για την υγεία τους με επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς και στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων και απευθύνονται στον δημόσιο τομέα και κυρίως στα νοσοκομεία (Εconoμoυ 2014:99-115). Έτσι παρουσιάζεται ένα ασφυκτικό πλαίσιο που αποτελείται από ένα δημόσιο σύστημα υγείας με περιορισμένες δυνατότητες από τη μία πλευρά και πολλά άτομα να μην έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την άλλη. Ενδιαφέρον εδώ παρουσιάζει να ερευνηθεί κατά πόσο η τοπική αυτοδιοίκηση με την φροντίδα που μπορεί να παρέχει δύναται να αποσυμφορήσει την παραπάνω κατάσταση ανακουφίζοντας τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Συμπεράσματα.

Η Κοινωνική πολιτική είναι η πολιτική δράση των κυβερνήσεων που αποσκοπεί στην πρόληψη πιθανών κινδύνων αλλά και στην παροχή βοήθειας στα αδύνατα άτομα και στις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών και τη δίκαιη παροχή της ευημερίας. Η κοινωνική πολιτική εκφράζεται με την αλληλεγγύη και εκτός από τις δράσεις που επιτελεί είναι και επιστήμη που αναλύει τις συμπεριφορές των κοινωνιών και εντοπίζει το αξιακό τους σύστημα. Η αφετηρία της βρίσκεται στην έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης ενώ σημαντικές αξίες στην άσκησή της αποτελούν η έννοια της ισότητας και της ελευθερίας αφού μόνο μέσα από τις αξίες αυτές δύναται το άτομο να αναπτύξει τις ικανότητές του και να έχει μία ευτυχισμένη ζωή. Αποτελεί μία διαρκώς μεταβαλλόμενη δράση αφού επηρεάζεται άμεσα τόσο από το πολιτικό όσο και από το οικονομικό περιβάλλον που αναπτύσσεται. Αποδεικνύει το σκοπό της μέσα από την αναδιανομή του πλούτου, τα κοινωνικά προγράμματα και την μεταφορά των απαραίτητων

πόρων για τη διαμόρφωση των πολιτικών της για την κάλυψη των βασικών αναγκών όπως είναι και η υγεία η οποία αποτελεί πέρα από θεμελιώδες αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα.

Η κοινωνική πολιτική για την υγεία εκφράζεται με την κοινωνική πρόνοια , την κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική ασφάλεια έννοια ευρύτερη της κοινωνικής ασφάλισης που αποσκοπεί στην διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής. Τέλος η προστασία της υγείας αποβλέπει στη διατήρηση αλλά και προαγωγή της υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.

Στην μακρά πορεία της κοινωνικής πολιτικής στη γηραιά ήπειρο από την αρχαιότητα έως σήμερα στα θέματα της υγείας παρατηρούμε ότι η σημασία της πρόληψης ήταν σημαντική στην αρχαία Ελλάδα όπως επίσης και το σύστημα καθολικής περίθαλψης. Στη συνέχεια άξια μνείας είναι η εποχή του Βυζαντίου όπου η εκκλησία με τις ευλογίες του αυτοκράτορα και τη συνδρομή του εθελοντισμού δημιουργεί ένα υποτυπώδες δίκτυο ασφαλείας για τον ευάλωτο πληθυσμό ενώ στην υγεία τα νοσοκομεία εκτός από χώρο υγειονομικής περίθαλψης είναι και πεδίο ιατρικής έρευνας . Κατά την περίοδο της αναγέννησης δεν έχουμε μεγάλες αλλαγές στον τομέα της υγείας ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει το γεγονός ότι πέρα από την σημασία στην πρόληψη αναπτύσσεται η ιδέα της εξατομικευμένης θεραπείας στην υγεία. Για το επόμενο διάστημα οι θεσμικές διαδικασίες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη πρόοδο. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και μετά και μέσα από μια σειρά μεταρρυθμίσεων που αφορούν την κοινωνική προστασία έχουμε τη δημιουργία του κράτους πρόνοιας και του κοινωνικού κράτους όπως το γνωρίζουμε σήμερα. Η υγεία αναγνωρίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα στις ευρωπαϊκές χώρες ενώ μεγάλη σημασία δίνεται στην πρόληψη.

Η φιλοσοφία των μοντέλων της κοινωνικής πολιτικής καθορίζουν και τα μοντέλα κοινωνικού κράτους. Υπάρχουν τέσσερα μοντέλα κοινωνικού κράτους και ο τρόπος που αναγνωρίζονται τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό τους αλλά και καταδεικνύει τις διαφορές τους. Κοινός τους στόχος όμως είναι η προαγωγή της ευημερίας με την κάλυψη των βασικών αναγκών από κρατικούς πόρους. Ανάλογα με τη φιλοσοφία τους είναι και η πρόσβαση στην υγεία αλλά και στην περίθαλψη. Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικού κράτους που εφαρμόζεται στη χώρα μας παρότι έχει καθολικότητα στην περίθαλψη παρουσιάζει προβλήματα κυρίως για αυτούς που βρίσκονται εκτός θεσμοθετημένης εργασίας, αρκείται στην επιδοματική πολιτική, παρουσιάζει φτωχά προγράμματα πρόνοιας και η εμπλοκή του με τον ιδιωτικό τομέα έχει οδηγήσει σε διαπλοκή.

Το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε με το Σύνταγμα του 1975 και παρότι μετά από λίγα χρόνια επικράτησε στη χώρα μας η σοσιαλδημοκρατική σκέψη εντούτοις δεν εφαρμόστηκε το μοντέλο των σκανδιναβικών χωρών στον τομέα της υγείας και η προσοχή αρκέστηκε στην επιδοματική πολιτική και την καθολικότητα της περίθαλψης. Η παρούσα αντίληψη εξακολουθεί να υφίσταται παρότι το σύγχρονο κοινωνικό κράτος της Ευρώπης απομακρύνεται από τέτοιου είδους παθητικές δράσεις αναζητώντας τις λύσεις σε πιο ενεργητικές συμπεριφορές. Στις μέρες μας η οικονομική κρίση οδήγησε στη μείωση των δαπανών της υγείας και στην αύξηση των ατόμων που στρέφονται στην παροχή βοήθειας από το Ε.Σ.Υ. και ιδίως από τα νοσοκομεία. Έτσι η τοπική αυτοδιοίκηση ως φορέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καλείται να διαδραματίσει ρόλο στο βαθμό που μπορεί στον τομέα αυτό παρέχοντας υπηρεσίες στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βενιέρης Δ. (2015), *Κοινωνική Πολιτική – Έννοιες & Σχέσεις*, Εκδόσεις Τόπος.
2. Δημητρόπουλος Α.(2004),*Γενική Συνταγματική Θεωρία*, τ. Α εκδ.Σάκουλα
3. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τομ. 5, τευχ.4. Διαθέσιμο στο <https://docplayer.gr>
4. Ferrera Maurizio. *Η ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο utoria.duth.gr
5. Ιατρίδης Δ (1999), *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*, εκδ.Gutenberg
6. Καρβούνης Α,(2004), *Εισαγωγή στην οργάνωση και λειτουργία του κράτους*, εκδ.Πατάκης .
7. Κατρούγκαλος Γ.(1998), *Το κοινωνικό κράτος της μεταβιομηχανικής εποχής*, εκδ Σάκουλα
8. Κοντιάδης Ξ , Καλατζής Ν , Μίχος Λ, Μπιτσάνη Ε, Τσέκος Θ, 2006β,*Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση*, εκδ.ΙΤΑ
9. Κοντιάδης Ξ (2008),*Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*, εκδ.Παπαζήση
10. Λαζαρίδου Δ,(2009),*Η Οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειές του*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο : www.pspa.uoa.gr/data/download/ede
11. Λιανός Θ., (2000), *Κοινωνική Δικαιοσύνη* , εκδ. Καστανιώτη
12. Σακελλαρόπουλος Θ., (1999), *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*, εκδ. Κριτική.
13. Σακελλαρόπουλος Θ., (2011),*Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.* εκδ. Διόνικος.
14. Στασινοπούλου Ο.,(2003), *Κράτος Πρόνοιας*, εκδ.Gutenberg
15. Spieker P(2004), *Το Κράτος Πρόνοιας* , μετ-επιμ. Οικονόμου Χ., εκδ. Διόνικος.
16. Thomas Humphray Marsall , σε Βενιέρη Δ. (2015), *Κοινωνική Πολιτική – Έννοιες & Σχέσεις*, Εκδόσεις Τόπος

17. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 15, τεύχος 4 (Οκτ.- Δεκ. 2016). Διαθέσιμο στο www.vima-asklipiou.gr
18. Χλέτσος Μ (2003). Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα: Τάσεις και προοπτικές. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο www.econ.uoi.gr/seminars/oikonomiakoinonia/.../pdf

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. OECD. Health Statistics, OECD 2016
2. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M., 2014, *Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with the focus on the vulnerable groups of the population*. Social Cohesion and Development.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΑ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Η μεταβίβαση από την κεντρική διοίκηση στους Ο.Τ.Α. αρμοδιοτήτων ολοκληρωμένης κοινωνικής παρέμβασης, δημιούργησε ένα αποκεντρωμένο μοντέλο άσκησης κοινωνικής πολιτικής, βασικό πλεονέκτημα του οποίου είναι η καλύτερη αντίληψη των τοπικών κοινωνικών αναγκών (Σκαμνάκης 2006:114). Από την άλλη υποστηρίζεται η άποψη (Κοντιάδης και Τσέκος 2008 :104-107) ότι η εκπόνηση του παραπάνω εγχειρήματος είναι προβληματική γιατί παρουσιάζει ανομοιομορφίες και η χάραξη των κοινωνικών δράσεων δεν είναι εξειδικευμένη λόγω απουσίας καταγραφής ποσοτικών δεδομένων. Επίσης παρατηρείται αλληλοκάλυψη αρμοδιοτήτων μεταξύ των φορέων άσκησης κοινωνικής πολιτικής που οδηγεί σε σύγχυση και αποσυντονισμό δράσεων. Ένα ακόμα σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί ο αποσπασματικός και ευκαιριακός χαρακτήρας πολλών κοινωνικών δράσεων, εξαιτίας της μη σταθερής χρηματοδότησής τους μέσω Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων και ΕΣΠΑ. Εκεί όμως που όλοι συμφωνούν είναι το γεγονός ότι η τοπική αυτοδιοίκηση παρά τις περικοπές που υπέστη τα τελευταία χρόνια κατάφερε να διατηρήσει την κοινωνική της δράση και σε κάποιες περιπτώσεις να την επεκτείνει. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι στηρίχθηκε από την τοπική κοινωνία αλλά και από τους εργαζόμενους σε αυτή από τη μία αλλά και στο ότι επέδειξε μία αξιοθαύμαστη προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα από την άλλη (Κοινωνικό Πολύκεντρο-ΑΔΕΔΥ, 2014). Άλλοστε όπως είναι γνωστό η κοινωνική πολιτική είναι ο πρώτος τομέας αρμοδιοτήτων που παραχωρήθηκαν στην τοπική αυτοδιοίκηση αλλά και το πρώτο πεδίο δράσης που δοκιμάστηκε και αξιολογήθηκε η ικανότητα των Δήμων να παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες (βρεφονηπιακοί σταθμοί, πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι). Όσον αφορά στα θέματα υγείας οι Δήμοι προσπαθούν με δική τους πρωτοβουλία και με τους ελάχιστους πόρους που διαθέτουν να δημιουργήσουν δράσεις που θα καλύπτουν τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών. Η αδυναμία των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών να παρέχουν

συμβουλευτική και προληπτική ιατρική και κοινωνική στήριξη σε πολίτες με προβλήματα υγείας αποτυπώνεται σύμφωνα με επιστήμονες στους δείκτες θνησιμότητας με την έννοια ότι πολλές αιτίες θανάτου θα είχαν αποφευχθεί αν ο τομέας της πρόληψης στη χώρα μας ήταν πιο αποτελεσματικός. Έτσι ο ρόλος των Δήμων στον τομέα αυτό κρίνεται ήσσονος σημασίας και η δράση του μπορεί να αλλάξει πολύ τα δεδομένα στον χώρο της υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό αφού προσδιοριστεί η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης θα γίνει σύντομη αναφορά του θεσμικού πλαισίου, των πεδίων δράσης και των πηγών χρηματοδότησης των Δήμων. Επίσης στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής των Δήμων θα διερευνηθεί η έννοια της πρόληψης της υγείας και η σημασία της.

3.2 Έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης

Σύμφωνα με το νόμο 3852/2010 «*Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης*», οι δήμοι και οι περιφέρειες συγκροτούν τον πρώτο και δεύτερο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης και ως έκφραση της λαϊκής κυριαρχίας αποτελούν θεμελιώδη θεσμό του δημόσιου βίου των Ελλήνων, όπως αυτός κατοχυρώνεται από τις διατάξεις του άρθρου 102 του Συντάγματος και του Ευρωπαϊκού Χάρτη Τοπικής Αυτονομίας που κυρώθηκε με το ν. 1850/1989 (ΦΕΚ 144 Α'). Οι δήμοι και οι περιφέρειες είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου τα οποία έχουν οικονομική αυτοτέλεια. Η εποπτεία του κράτους αφορά μόνο τον έλεγχο των αποφάσεών τους. Ο ρόλος των Ο.Τ.Α. περιορίζεται στην διοίκηση τοπικών υποθέσεων. Οι περιφέρειες σχεδιάζουν, προγραμματίζουν και υλοποιούν πολιτικές σε περιφερειακό επίπεδο στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, σύμφωνα με τις αρχές της αιεφόρου ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής της χώρας, λαμβάνοντας υπόψη και τις εθνικές και ευρωπαϊκές πολιτικές, ενώ οι δήμοι είναι αρμόδιοι για τα στενά τοπικά ζητήματα. Μεταξύ των δύο βαθμών τοπικής αυτοδιοίκησης δεν υφίστανται σχέσεις ελέγχου και ιεραρχίας, αλλά συνεργασίας και συναλληλίας, οι οποίες αναπτύσσονται βάσει του νόμου, κοινών συμφωνιών, καθώς και με το συντονισμό κοινών δράσεων.

3.3. Θεσμικό πλαίσιο και πεδία κοινωνικής πολιτικής των Δήμων

Με το νόμο 3463/2006 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων θεσμοθετείται η δυνατότητα των Ο.Τ.Α. να ασκούν κοινωνική πολιτική και οι αρμοδιότητές τους καταγράφονται αναλυτικά και ως προς την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής υγείας. Οι παραπάνω ρυθμίσεις αντανακλούν βασικές αξίες της συνθήκης της Λισσαβόνας σύμφωνα με τις οποίες οι πολιτικές ασκούνται στο πλησιέστερο στον πολίτη επίπεδο και προκρίνεται ένα σύστημα πολυεπίπεδης διακυβέρνησης όπου ο ρόλος του κράτους περιορίζεται σε επιτελικές και εποπτικές λειτουργίες¹.

Οι αρμοδιότητες που στο σύνολό τους ασκούνται από τους Δήμους διακρίνονται σε επτά ειδικότερους τομείς δράσης και είναι οι εξής (Κυριόπουλος κ.α. 2010):

- Ανάπτυξης
- Περιβάλλοντος

- Ποιότητας ζωής και εύρυθμης λειτουργίας των πόλεων και των οικισμών
- Απασχόλησης
- Κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης
- Παιδείας, Πολιτισμού και Αθλητισμού
- Πολιτικής προστασία

-
1. ΔΔΠΜΣ. 2017, Σημειώσεις μαθήματος « Διαχείριση Ευρωπαϊκών προγραμμάτων στην τοπική και περιφερειακή αυτοδιοίκηση»

Σε μια εποχή όπου η οικονομική κρίση έχει προκαλέσει πολλά δεινά και οι κοινωνικές ανάγκες αυξάνονται συνεχώς η τοπική αυτοδιοίκηση καλείται να εφαρμόσει αποτελεσματικές πολιτικές που θα ανακουφίσουν τις ευπαθείς ομάδες. Η εγγύτητα των Δήμων στα τοπικά ζητήματα τους παρέχει το προνόμιο να διαμορφώνουν την κοινωνική τους πολιτική με τέτοιο τρόπο ώστε πέρα από την άμεση αντιμετώπιση των υφιστάμενων αναγκών να σχεδιάζουν και μηχανισμούς πρόληψης δυσάρεστων καταστάσεων εντός των τειχών. Άλλοστε η κοινωνική δράση είναι μια διαρκής και εξελισσόμενη διαδικασία και ευθύνη των τοπικών φορέων είναι η αδιάκοπη προσπάθεια για την κάλυψη των βασικών αναγκών που προάγουν την ευημερία του δημότη. Η ενίσχυση του ρόλου των Δήμων είναι αισθητή στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής με την ανάληψη αρμοδιοτήτων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης στα πρότυπα ευρωπαϊκών χωρών με εμπειρία αλλά και οργανωμένες κοινωνικές δομές.

Ειδικότερα τα πεδία δράσης της κοινωνικής πολιτικής των Δήμων προσδιορίζονται στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, της προστασίας της υγείας και των ευπαθών ομάδων. Οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως στην προστασία των ατόμων που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση και κινδυνεύουν να περιθωριοποιηθούν. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια έννοια διαφορετική από αυτή της φτώχειας και περιγράφεται ως μια διαδικασία όπου κάποια άτομα αποκλείονται σταθερά από την κοινωνία και τις λειτουργίες της όταν κάποια άλλα ενσωματώνονται σταθερά με ευνοϊκούς όρους. (Shanaham 1999:54). Παρότι το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και τα αίτιά του δεν οφείλονται στην τοπική κοινωνία του ατόμου που τον βιώνει είναι φυσικό να αντιμετωπίζεται με καλύτερο και πιο άμεσο τρόπο από την τοπική κοινότητα λόγω της εγγύτητας του προβλήματος. Με αυτή την έννοια οι Δήμοι συμβάλουν στην διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και καλούνται σε μια δύσκολη περίοδο που διανύει η χώρα μας να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση των σκοπών της κοινωνικής πολιτικής μέσα από τις δράσεις τους.

Τα πεδία δράσεων αφορούν:

- Προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας για ηλικιωμένους όπου παρέχονται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αναψυχή. Παραδείγματα αποτελούν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας

Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η), όπως και το «Βοήθεια στο σπίτι».

- Ενίσχυση της οικογένειας και της μητρότητας. Λειτουργία βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών, αθλητικές και πολιτιστικές δράσεις για γυναίκες και νέους κ.λ.π
- Προστασία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού όπως οι μακροχρόνια άνεργοι και ειδικών ευπαθών ομάδων όπως οι Ρομά και οι μετανάστες προκειμένου να ενταχθούν κοινωνικά.
- Προστασία υγείας. Το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων - Προαγωγής της υγείας έχει σχεδιάσει την ανάπτυξη των «ΚΕΠ Υγείας» σε κάθε ενδιαφερόμενο Δήμο και στόχο έχουν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Επίσης θα μπορούν να παρέχουν σε μικρό βαθμό θεραπεία στους ανασφάλιστους που δεν έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ.
- Προγράμματα Πρόληψης που παρέχονται από τα δημοτικά ιατρεία και εστιάζουν στην ψυχική υγεία, στην εξάρτηση από ουσίες με τη συνδρομή του ΟΚΑΝΑ, της αγωγής υγείας και πολλές φορές παρέχονται σε συνεργασία με νοσοκομεία, το ΚΕΘΕΑ κ.λ.π.
- Υποστήριξη ατόμων με αναπηρία (Α.Μ.Ε.Α.) με στόχο την κοινωνική τους ένταξη
- Πιλοτικά προγράμματα ανθρωπιστικής κρίσης .

3.4. Πηγές χρηματοδότησης της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε η οικονομική αυτοτέλεια των Δήμων είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη. Πιο συγκεκριμένα το άρθρο 102 παρ.5 του Συντάγματος αναφέρει την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την εξασφάλιση όλων των αναγκών πόρων προς την αυτοδιοίκηση για την ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στην αποστολή της. Μάλιστα κάθε φορά που μεταβιβάζονται αρμοδιότητες από το κεντρικό κράτος στην αυτοδιοίκηση πρέπει να συνοδεύονται από τους απαραίτητους πόρους. Με την έννοια αυτή η οικονομική αυτοτέλεια των Δήμων τελεί πάντα υπό την εγγύηση του κράτους (Μακροδημήτρης 2010:281). Οι οικονομικοί πόροι των Δήμων αποτελούνται από τα τακτικά και έκτακτα έσοδα καθώς και από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους (ΚΑΠ).

Στα τακτικά έσοδα εντάσσονται: α)οι θεσμοθετημένοι κρατικοί πόροι , β)ανταποδοτικά τέλη γ) φόροι και εισφορές και τοπικά δυνητικά τέλη και εισφορές . Στα έκτακτα περιλαμβάνονται α)εκμετάλλευση δημοτικών περιουσιακών στοιχείων, β)δάνεια, κληρονομίες και δωρεές γ)διοικητικές κυρώσεις και πρόστιμα δ) οποιαδήποτε συμμετοχή σε επιχειρηματική δραστηριότητα και ε) κάθε άλλη πηγή (ΚΔΚ άρθ.157). Οι ΚΑΠ χρηματοδοτούνται από τις ετήσιες εισπράξεις από το φόρο εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων, το ΦΠΑ και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί η σημαντική μείωση των εσόδων από τους ΚΑΠ για τους Δήμους τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να γίνεται πιο δύσκολη η επιτέλεση των σκοπών τους.

Οι δαπάνες των Δήμων διακρίνονται σε υποχρεωτικές και προαιρετικές. Ως προς τις δαπάνες που αφορούν την άσκηση κοινωνικής πολιτικής στις υποχρεωτικές εντάσσονται οι επιχορηγήσεις που αφορούν τα δημοτικά ιδρύματα. Από την άλλη στις προαιρετικές εντάσσονται οι δαπάνες προς ΝΠΔΔ και μη κερδοσκοπικά ΝΠΙΔ που έχουν φιλανθρωπικό ή

κοινωνικό σκοπό και όλες οι παροχές σε οικονομικά ασθενέστερα στρώματα της τοπικής κοινωνίας (ΚΔΚ άρθ. 202). Από το 2010 στους ΚΑΠ ενσωματώθηκαν πρόσθετες χρηματοδοτήσεις λόγω μεταφοράς αρμοδιοτήτων όπως μεταξύ άλλων στην κοινωνική πολιτική (π.χ. παιδικοί σταθμοί, αμοιβές αργαζομένων στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι») κ.λ.π.. Στις χρηματοδοτήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν τις δράσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της πρόληψης που υλοποιούνται από τους Δήμους. Έτσι στον κρίσιμο αυτό τομέα οι Δήμοι καλούνται χωρίς την οικονομική στήριξη του κράτους να ασκήσουν δράσεις για τη βελτίωση της υγείας των οικονομικά ασθενέστερων στρωμάτων αλλά και της πρόληψης για όλο τον τοπικό πληθυσμό.

3.5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και Πρόληψη.

Η ιατρική ως επιστήμη αποτελείται από δύο παράλληλους τομείς μα ξεχωριστές ο καθένας δράσεις που όμως αποσκοπούν σε ένα κοινό σκοπό : στην καταπολέμηση της ασθένειας και στη διατήρηση της υγείας. Οι δυο αυτοί τομείς είναι η Θεραπευτική ιατρική και η Προληπτική ιατρική. Η πρόληψη εντάσσεται στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο και αποτελεί σημαντικό στοιχείο δράσης της ιατρικής κοινότητας. Από την ετυμολογία της λέξης πρόληψη μπορούμε να κατανοήσουμε το νόημά της .Ο όρος πρόληψη προέρχεται από τη λέξη «λήψη» και την πρόθεση «προ» (πριν από), δηλ. πριν από τη λήψη (Liddell-Scott, 712). Ειδικότερα με τον όρο προληπτική ιατρική νοούνται οι ενέργειες της ιατρικής κοινότητας να προφυλάξει τον άνθρωπο και την κοινωνία από τα διάφορα νοσήματα. Ο Ιπποκράτης διατύπωσε πρώτος μια σαφήνεια ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Το 1964 ο Gerald Carlan στην προσπάθεια να διαχωρίσει την έννοια της πρόληψης από αυτή της έγκαιρης διάγνωσης εισήγαγε τους όρους πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη όπου χρησιμοποιούνται έως σήμερα².

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά ενέργειες που αποσκοπούν στην αποφυγή παραγόντων που δύναται να αποτελέσουν νοσήματα όπως για παράδειγμα η έκθεση στον καπνό που συνδέεται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Περιλαμβάνει μέτρα τόσο ατομικής όσο και ομαδικής προστασίας. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου ώστε να αντιμετωπιστεί καλύτερα ακόμα και αν δεν έχει εκδηλωθεί κλινικά, ενώ η τριτογενής πρόληψη σχετίζεται με την πρόληψη πιθανών επιπλοκών αλλά και θεραπεία όσων έχουν νοσήσει. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω ο όρος πρόληψη ταυτίζεται με την έννοια της πρωτογενούς πρόληψης. Κύριος σκοπός της πρόληψης είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσα από την διατήρηση της καλής υγείας και κατ'επέκταση η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Στόχος της πρόληψης είναι να ενημερώσει τα άτομα και την κοινωνία για την αποδοχή ενός υγιούς προτύπου διαβίωσης και τα μέσα που χρησιμοποιεί είναι η Προαγωγή υγείας, η Αγωγή Υγείας και η Προληπτική Ιατρική.

Η Προαγωγή Υγείας στοχεύει τόσο στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος όσο και στη δημιουργία συνείδησης σχετικά με την σημασία της πρόληψης και να βελτιώσει τις παραμέτρους που επηρεάζουν θετικά την υγεία . Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων παρότι παρουσιάζουν χειρότερους δείκτες θετικής υγείας προσφεύγουν σπανιότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ευνοούνται συνεπώς λιγότερο από τα προγράμματα πρόληψης. Είναι γνωστή η ρήση στους κόλπους της ιατρικής κοινότητας ότι «το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια». Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των φορέων και όχι μόνο των

υπηρεσιών υγείας προκειμένου τα παραπάνω άτομα να έχουν πρόσβαση στην πρόληψη. Ο δεύτερος στόχος της Προαγωγής Υγείας που αφορά τη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία είναι το αντικείμενο που ασχολείται η Αγωγή Υγείας μέσα από μια συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα έχει να κάνει περισσότερο με «Παιδεία Υγείας» που απέχει από την απλή ενημέρωση. Η Αγωγή Υγείας προσφέρει την επιστημονική τεκμηρίωση στους πολίτες προκειμένου μόνοι τους να αποφασίσουν ποιες συμπεριφορές θα ακολουθήσουν.

Η μεγαλύτερη επιτυχία της πρωτογενούς πρόληψης² που είναι η αντιμετώπιση των λοιμωδών νόσων μέσω εμβολιασμών οφείλεται στην προληπτική ιατρική. Πέρα από αυτά πεδίο δράσης για την προληπτική ιατρική είναι η και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων τα οποία δεν έχουν εκδηλωθεί κλινικά. Παραδείγματα εξετάσεων τέτοιου είδους είναι το τεστ ΠΑΠ και η μαστογραφία.

1.<http://proliptiki.blogspot.com/2010/06/blog-post.html>

Είναι γνωστό ότι η πρόληψη σώζει ζωές και εξαρτάται κυρίως από εμάς τους ίδιους και τις συμπεριφορές μας. Αν μάθουμε να ζούμε υγιεινά δηλ. σε αντιστοιχία με τις πραγματικές ανάγκες του εαυτού μας και σε αρμονία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον διαφυλάττουμε την υγεία μας και την ποιότητα της ζωής μας. Είναι πολύ σημαντική υπόθεση η διαμόρφωση συνείδησης που αφορά την αποφυγή κινδύνων που απειλούν την υγεία μας καθώς και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές που την επηρεάζουν. Η καλή υγεία αφορά όχι μόνο την ευημερία του ατόμου αλλά και την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας και της οικονομικής παραγωγικότητας. Για τη διατήρηση της καλής υγείας σημαντικό ρόλο παίζει η πρόληψη και οι Δήμοι στην χάραξη της κοινωνικής τους πολιτικής στον τομέα της ΠΦΥ πρέπει να διαμορφώνουν συνθήκες πρόσβασης για όλους με έμφαση στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Συμπεράσματα.

Η μεταβίβαση από το κεντρικό κράτος στους Δήμους της άσκησης κοινωνικής πολιτικής ακολουθώντας το Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικού κράτους παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στα πρώτα συγκαταλέγονται η απαγκίστρωση από την γραφειοκρατική παρέμβαση του κεντρικού κράτους και η εγγύτητα της δημοτικής αρχής στα τοπικά ζητήματα και προβλήματα που σημαίνει πιο άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών. Κάτι τέτοιο έχει τεράστια σημασία για την Δημόσια υγεία αφού σε πολλές περιπτώσεις η ταχύτητα και η αποτελεσματικότητα επίλυσης θεμάτων που σχετίζονται με θέματα υγείας είναι απαραίτητες για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων που μπορεί να αφορούν είτε μεμονομένα άτομα είτε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Εκτός αυτού η εύκολη πρόσβαση διευκολύνει όλο τον πληθυσμό έχει όμως ιδιαίτερη σημασία για άτομα

και ομάδες που δυσκολεύονται να μετακινούνται όπως οι ηλικιωμένοι και τα ΑΜΕΑ που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης στην κάλυψη βασικών τους αναγκών και ιδιαίτερα ιατρικής φροντίδας . Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι η άσκηση της πολιτικής στο πλησιέστερο για τον πολίτη επίπεδο όπως είναι οι Δήμοι είναι πιο εύκολο να δώσει ερεθίσματα για ενεργοποίηση δράσης ατόμων που διατίθενται να προσφέρουν στην τοπική κοινωνία.

Τα μειονεκτήματα από την άλλη αφορούν τον πρόχειρο σχεδιασμό της ιδέας αφού μεταξύ των άλλων παρατηρείται απουσία ποσοτικών δεδομένων, αλληλοκάλυψη αρμοδιοτήτων ανάμεσα στους φορείς που ασκούν κοινωνική πολιτική με συνέπεια τον αποσυντονισμό των δράσεων. Επίσης η χρηματοδότηση των κοινωνικών δράσεων όταν αφορά κοινοτικά προγράμματα και ΕΣΠΑ δεν είναι μόνιμη και σταθερή με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αποσπασματικού και ευκαιριακού χαρακτήρα πεδίου άσκησης κοινωνικής πολιτικής που δεν βοηθάει στην επιτέλεση των στόχων της. Αρνητικό γεγονός αποτελεί επίσης η μεγάλη μείωση των εσόδων των Δήμων από τους ΚΑΠ τα τελευταία χρόνια κάτι που δρα αποτρεπτικά για την διαδικασία σχεδιασμού κοινωνικών δράσεων.

3.<http://proliptiki.blogspot.com/2010/06/blog-post.html>

Πάραυτα οι Δήμοι δείχνουν ανθεκτικοί σε τέτοιου είδους πιέσεις και συνεχίζουν να επιτελούν το ρόλο τους στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής στην τοπική κοινωνία. Μία κοινωνική δράση με ιδιαίτερη σημασία όπως ο τομέας της υγείας αλλά και της πρόληψης όπως είδαμε είναι καθοριστικός παράγοντας για την ευζωία των ατόμων αλλά και της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας. Η πρόληψη η οποία διακρίνεται από την έννοια της έγκαιρης διάγνωσης ως βασικός άξονας της πολιτικής υγείας των Δήμων αφορά δράσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας του ατόμου αλλά κυρίως στην ενημέρωση και συμβουλευτική για την αποτροπή επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών. Η σημασία της είναι μεγάλη αφού προλαμβάνει τις ασθένειες και μειώνει έτσι τη θνησιμότητα . Παρόλα αυτά στη χώρα μας δεν έχει διαμορφωθεί ακόμα μία κουλτούρα που θα αναγνωρίζει τη σημασία της πρόληψης για την υγεία στο βαθμό που πρέπει . Από την πλευρά του κράτους η αδυναμία του να παρέχει ουσιαστικές δράσεις στον τομέα της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας από τη μία και η ανάγκη πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αδύνατων ατόμων και ομάδων που δεν έχουν πρόσβαση στο Ε.Σ.Υ από την άλλη καθιστά το ρόλο των Δήμων στον τομέα αυτό ιδιαίτερα σημαντικό. Στο εμπειρικό μέρος της εργασίας που ακολουθεί θα καταγραφούν οι δράσεις και τα προγράμματα της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου στην ΠΦΥ, στην πρόληψη, προαγωγή και αγωγή υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. ΔΔΠΜΣ. 2017, Σημειώσεις μαθήματος « Διαχείριση Ευρωπαϊκών προγραμμάτων στην τοπική και περιφερειακή αυτοδιοίκηση»
2. Henry G Liddell- Robert Scott, Μέγα λεξικόν της ελληνικής γλώσσης.
3. Ιπποκράτης, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν».
4. Κοντιάδης Ξ. - Τσέκος Θ.(2008). *Η αναδιάρθρωση της κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο*, εκδ.Παπαζήση .
5. Κοινωνικό Πολύκεντρο-ΑΔΕΔΥ,2014, *Τοπική Αυτοδιοίκηση: Οικονομική κατάσταση,εκχώρηση αρμοδιοτήτων, επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό των Δήμων και στα δημόσια αγαθά*.
6. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ. , 2010, *Ο Ρόλος Της Τοπικής Αυτοδιοίκησης*
7. *Στη Δημόσια Υγεία*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
8. Μακροδημήτρης Α. (2010). *Δημόσια Διοίκηση: Στοιχεία διοικητικής οργάνωσης*.,εκδ. Σάκκουλα
9. Σκαμνάκης Χ, 2006,*Ο ρόλος των φορέων της Αυτοδιοίκησης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής . Η περίπτωση των φορέων της Αχαΐας*. Εκδ. Gutenberg

2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Shanaham P. exclusion,1999, *the European Union and community participation*.

3. ΗΛΕΚΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://proliptiki.blogspot.com/2010/06/blog-post.html>

4. ΝΟΜΟΙ

1. Ν.3852/2010 «*Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης*»,
2. Ν. 1850/1989 (ΦΕΚ 144 Α').
3. Ν. 3463/2006

ΜΕΡΟΣ Β.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑ. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΙΛΙΟΥ.

1.1.Εισαγωγή .

Στο εμπειρικό μέρος της παρούσας εργασίας θα αναφερθούμε στην Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Ιλίου η οποία αποτελεί ξεχωριστή Διεύθυνση , τις δομές και τα τμήματα αυτής. Επίσης θα καταγραφούν όλες οι δράσεις της που σχετίζονται με τον τομέα της ΠΦΥ και της πρόληψης και προαγωγής ειδικότερα . Τα στοιχεία αφορούν τον απολογισμό του έτους 2017 της Κοινωνικής Υπηρεσίας αφού εκκρεμεί ο απολογισμός του 2018.

1.2. Τμήματα- Δομές .

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας του Δήμου Ιλίου απαρτίζεται από τα εξής τμήματα:

- . Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλλων
- . Τμήμα Εφαρμογής Προγραμμάτων Κοινωνικής Προστασίας
- . Τμήμα Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής
- . ΚΕΠ Υγείας

Από τις αρχές του 2018 λειτουργεί το “Διευρυμένο Κέντρο Κοινότητας Δήμου Ιλίου (Κεντρική Δομή και Παράρτημα Ρομά)”, το οποίο αποτελεί μία νέα δράση που θα λειτουργεί ως δομή συμπληρωματική της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Ο Δήμος Ιλίου στην άσκηση της κοινωνικής Πολιτικής και στο πλαίσιο του Ψηφιακού Μετασχηματισμού της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δημιούργησε την διαδικτυακή εφαρμογή «Νοιάζομαι» (<http://www.ilionsocial.gr>) με στόχο την εύκολη πρόσβαση και την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ευπαθών ομάδων στον τομέα της υγείας. Η εφαρμογή αυτή βραβεύτηκε με το Χρυσό Βραβείο Βιώσιμης Πόλης στον Τομέα της Υγείας στο διαγωνισμό Best City Awards το 2017.

Η Κοινωνική Υπηρεσία απευθύνεται σε όλους τους δημότες και κατοίκους που έχουν ανάγκη υποστήριξης και φροντίδας και παρέχει υπηρεσίες μέσω των δομών της σε τέσσερις άξονες:

- A. Αντιμετώπισης των άμεσων αναγκών φτώχειας
- B. Υγεία και Δημόσια Υγιεινή
- Γ. Κοινωνική φροντίδα και κοινωνική αρωγή
- Δ. Καταπολέμηση των διακρίσεων

1.3. Υγεία και Δημόσια Υγιεινή

Το Τμήμα Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών πρωτογενούς πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας. Οι υπηρεσίες παρέχονται στα δύο Δημοτικά Ιατρεία, δωρεάν από εθελοντές (ιατροί, ψυχολόγοι, μαίες κ.α) και χωρίς διακρίσεις σε δημότες και κατοίκου.

Οι εθελοντές επικουρούνται από τρεις νοσηλεύτριες, δύο μόνιμες υπαλλήλους και μία με σύμβαση έργου.

1.3.1 Δημοτικά Ιατρεία

Στα δημοτικά ιατρεία, τα οποία λειτουργούν ως φορέας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες μια δέσμη βασικών υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης που περιλαμβάνει:

- Προληπτικές εξετάσεις (καρδιογραφήματα, testrap, μετρήσεις σακχάρου, χοληστερίνης κλπ)
- Προληπτική οδοντιατρική και φροντίδα
- Ψυχοκοινωνική στήριξη
- Νοσηλευτική φροντίδα

Παράλληλα προβαίνουν σε εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σχεδιασμό και υλοποίηση δράσεων για την πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας

Στόχος της λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων είναι η δωρεάν κάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων αναγκών προληπτικής ιατρικής όλων των δημοτών και κατοίκων του Ιλίου χωρίς διακρίσεις. Προηγούνται οι άποροι, οι ανασφάλιστοι πολίτες, οι άνεργοι, οι μετανάστες και οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Στα Δημοτικά Ιατρεία εφαρμόζονται προγράμματα με σκοπό την πρόληψη, την ενημέρωση, την αγωγή υγείας, την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών και την αποτελεσματική πρωτοβάθμια περίθαλψη όλων των δημοτών. Πραγματοποιούνται Τεστ ΠΑΠ και Μαστογραφία σε συνεργασία με το Εθνικό Ίδρυμα Ογκολογίας, σπιρομετρήσεις σε συνεργασία με την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, προληπτικοί έλεγχοι πληθυσμιακών ομάδων σε συνεργασία με το Αττικό Νοσοκομείο και το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, κλπ.

Συγκεκριμένα στα Δημοτικά Ιατρεία το 2017 παρασχέθηκαν οι παρακάτω υπηρεσίες:

Μονάδα Αγ. Φανουρίου_ : 1096 Επισκέψεις - ραντεβού

Παιδίατρος : 123 (εμβόλια, ιατρικές βεβαιώσεις και εξετάσεις)

Ορθοπαιδικός : 154

Οδοντίατρος : 15

Γενικός Ιατρός : 10

Χειρουργός Ογκολόγος: 29

Μαία - Test PAP : 100

Νοσηλευτικές υπηρεσίες : 648 (μετρήσεις πίεσης / σακχάρου / χοληστερίνης)

Η μονάδα του Αγ. Φανουρίου από το 2016 λειτουργεί και ως ΚΕΠ Υγείας και στοχεύει στον συντονισμό και οργάνωση προληπτικών εξετάσεων στους δημότες από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και στην δωρεάν παροχή υπηρεσιών στις ευπαθείς ομάδες. Στη νέα αυτή δομή δημιουργείται ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος σε κάθε ωφελούμενο δημότη. Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη και εύρεση ιατρών εγγεγραμμένων συνεργατών των ΚΕΠ Υγείας που αφορά επτά ειδικότητες. Στρατηγικός στόχος είναι να αποτελέσουν τα ΚΕΠ Υγείας Υπηρεσία μιας Στάσης σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με την Προληπτική ιατρική και την Προαγωγή Υγείας.¹

1.Δήμος Ιλίου, ΑΔΣ 33/2016

Η χρηματοδότηση προήλθε από το ΕΚΤ. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Δήμος Ιλίου βραβεύτηκε στο 1^ο Πανελλήνιο Θεματικό Συνέδριο «ΚΕΠ Υγείας» του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων , που πραγματοποιήθηκε στην Ηγουμενίτσα από 30.11.2018 έως 01.12.2018., για τις καλές πρακτικές κοινωνικού χαρακτήρα στον τομέα της Πρόληψης της Υγείας.

Μονάδα Αγίου Νικόλαου_ : 969 Επισκέψεις - ραντεβού

Χειρουργός Ογκολόγος : 45

Γυναικολόγος - Test PAP : 50

Ψυχολόγοι : 40 αιτήματα (163 συνεδρίες)

Παιδοψυχίατρος : 28 αιτήματα (81 συνεδρίες)

Καρδιογράφημα : 80

Νοσηλευτικές υπηρεσίες : 550 (μετρήσεις πίεσης / σακχάρου / χοληστερίνης)

Εκτός από τις παραπάνω ειδικότητες υπάρχουν ακόμα ένας εθελοντής παθολόγος και ένας οφθαλμίατρος.

Όσον αφορά τα παιδιά, ο Δήμος Ιλίου ξεκίνησε το 2012 και λειτουργεί παράρτημα του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής στεγασμένο στη 2^η Μονάδα των Δημοτικών Ιατρείων , σε συνεργασία με τον Ιατρικό σύλλογο Αθηνών και τη ΜΚΟ «Αποστολή» της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής παρέχει πλήρη Παιδιατρική κάλυψη σε άπορα και ανασφάλιστα παιδιά , δωρεάν εμβολιασμούς και τα ατομικά δελτία υγείας που χρειάζονται οι μαθητές κάθε χρόνο για το σχολείο τους.

1.3.2. Κοινωνικό Φαρμακείο

Το Κοινωνικό Φαρμακείο αποτελεί δομή που εντάσσεται στα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου και λειτουργεί σε συνεργασία με τους ιατρούς του Δήμου, τους εθελοντές ιατρούς και εθελοντές Φαρμακοποιούς των Δημοτικών Ιατρείων. Μέσω της δομής προσφέρονται δωρεάν φάρμακα, παραφαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό σε πολίτες που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από αυτή καθώς και μέλη ευπαθών ομάδων που χρήζουν άμεσης βοήθειας, με απαραίτητη προϋπόθεση να είναι ανασφάλιστοι/ες ή ασφαλισμένοι/ες από την Πρόνοια (άστεγοι, άποροι, άνεργοι).

1.3.3. Δημοτικό Οδοντιατρείο

Το Δημοτικό Οδοντιατρείο εξυπηρετεί τους ωφελούμενους των κοινωνικών δομών και προγραμμάτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου σύμφωνα με τα κριτήρια που έχουν οριστεί με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου. Βασικός σκοπός της νέας αυτής δομής είναι η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη των νόσων του στόματος και ο σωστός σχεδιασμός αντιμετώπισης τους, με κύριο μέλημα την προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού καθώς και την πρόληψη προβλημάτων που σχετίζονται με την στοματική υγεία. . Μέχρι τέλος του έτους εξυπηρετήθηκαν τρία άτομα σε 6 επισκέψεις .

1.3.4. Φυσικοθεραπευτήριο

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Τμήματος Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής λειτουργεί οργανωμένο φυσικοθεραπευτήριο στο οποίο προσφέρονται υπηρεσίες αποκατάστασης ορθοπεδικών, νευροκινητικών και ρευματολογικών παθήσεων κατόπιν ιατρικής παραπομπής. Επιπλέον γίνεται κατ'οίκον αξιολόγηση, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Το 2017 στο φυσικοθεραπευτήριο του Δήμου εξυπηρετήθηκαν συνολικά 128 άτομα και πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1222 συνεδρίες φυσικοθεραπείας, κατόπιν ιατρικής παραπομπής.

Πιο αναλυτικά :

- 35 άτομα συμμετείχαν στο πρόγραμμα πρόληψης πτώσεων
- 3 άτομα ήταν ωφελούμενοι της Κοινωνικής Υπηρεσίας
- 12 άτομα ήταν ενταγμένα στο πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι
- 78 άτομα ήταν μέλη των ΚΑΠΗ

Και:

- 35 συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια του προγράμματος πρόληψης πτώσεων
- 1044 συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν σε μέλη των ΚΑΠΗ
- 143 συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν κατ'οίκον

Οι υπηρεσίες προσφέρονται σε δημότες και κατοίκους:

- ΑΜΕΑ
- Ανασφάλιστοι
- Υπερήλικες
- Μέλη των ΚΑΠΗ

1.3.5. Ψυχοπαιδαγωγικό Κέντρο.

Το 2009 ξεκίνησε η λειτουργία του ψυχοπαιδαγωγικού Κέντρου «Ιλιαχτίδα», το οποίο στελεχώνεται από ένα ευρύ φάσμα θεραπευτών. Σε συνεργασία με την ΜΚΟ «ΕΔΡΑ», προσφέρει σε παιδιά και εφήβους προγράμματα Εργοθεραπείας, Λογοθεραπείας, Ειδικής Αγωγής, Ψυχολογικής Υποστήριξης, αλλά και Συμβουλευτικής οικογένειας.

Τα προγράμματα καλύπτονται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων χωρίς καμία πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση των πολιτών, ενώ οι ανασφάλιστοι έφηβοι και παιδιά εξυπηρετούνται δωρεάν.

1.3.6. Ψυχόδραμα

Για την ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, η Κοινωνική Υπηρεσία έχει επεκτείνει τις θεραπευτικές της δραστηριότητες, εγκαινιάζοντας, από το έτος 2015, την ομαδική ψυχοθεραπεία και συγκεκριμένα την μέθοδο του Ομαδικο-αναλυτικού Ψυχοδράματος. Το ομαδικο-αναλυτικό ψυχόδραμα συνιστά έναν ελκυστικό και παιγνιώδη τρόπο για την ανασυγκρότηση της ψυχικής δομής μέσω των εμπειριών των σχέσεων και η θεραπευτική αξία της ομάδας έγκειται στον εμπλουτισμό των ρόλων, την αυθόρμητη και δημιουργική έκφραση, την κάθαρση, την ενίσχυση των σχέσεων και της επικοινωνίας, δίνοντας την ευκαιρία για επαναδόμηση της προσωπικότητας. Η εισδοχή στην ομάδα συναποφασίζεται από τον υπεύθυνο ψυχολόγο και τον θεραπευόμενο, έπειτα από την αρχική διαγνωστική περίοδο και έναν κύκλο δυαδικών συναντήσεων, για αποκλειστικά θεραπευτικό σκοπό.

Το έτος 2016 (δεν υπάρχουν στοιχεία για το 2017) λειτούργησαν δύο (2) Ομάδες :

- Ομάδα Ψυχοδράματος Εβδομαδιαίας Συχνότητας, με έξι (6) μέλη
- Ομάδα Ψυχοδράματος Δεκαπενθήμερης Συχνότητας, με επτά (7) μέλη.

1.3.7. Σταθμός μητρικού θηλασμού.

Ο Δήμος Ιλίου, ανταποκρινόμενος στην αναγκαιότητα αλλαγής της στάσης της Ελληνικής κοινωνίας απέναντι στον μητρικό θηλασμό, ίδρυσε το 2016 το Ιατρείο Μητρικού Θηλασμού και περιγεννητικής φροντίδας, στο πλαίσιο της εφαρμογής προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της και παιδιού. Επιπρόσθετα, με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, το Ιατρείο περιλαμβάνει Βρεφική Βιβλιοθήκη, η οποία θα δίνει στις νέες μητέρες τη δυνατότητα να ενημερώνονται για θέματα θηλασμού, μητρότητας και παιδιού. Το έτος 2017, 41 γυναίκες, κάτοικοι Ιλίου, απευθύνθηκαν και έλαβαν κατευθύνσεις και ατομική συμβουλευτική για θέματα μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν 8 δίωρα μαθήματα ανώδυνου τοκετού σε ομάδες γυναικών (έως 5 μέλη) και 7 δίωρα μαθήματα για θηλασμό, συλλογή και δωρεά γάλακτος.

1.3.8. Πρόγραμμα Πρόληψης και Διάγνωσης Διαταραχών Μνήμης και Διάθεσης σε άτομα Γ' & Δ' Ηλικίας.

Το πρόγραμμα υλοποιείται στην Κοινωνική Υπηρεσία από το 2009 σε συνεργασία με το «Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πειραιά». Στόχο έχει την έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων άνοιας και κατάθλιψης και η παραπομπή του ηλικιωμένου για κλινική εξέταση. Το πρόγραμμα

συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου.

1.3.9. Συμβουλευτικό κέντρο ΚΕΘΕΑ Ιλίου.

Το Συμβουλευτικό Κέντρο ξεκίνησε τη λειτουργία του μετά από αίτημα της τοπικής κοινωνίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης ουσιών. Το κέντρο στεγάζεται σε εγκαταστάσεις που έχει παραχωρήσει ο Δήμος Ιλίου και απευθύνεται σε χρήστες και οικογένειες του Δήμου καθώς και της ευρύτερης περιοχής. Στελεχώνεται από εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό του ΚΕΘΕΑ, του μεγαλύτερου δικτύου απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας ,το οποίο έχει και την επιστημονική εποπτεία. Το Κέντρο απευθύνεται σε:

- χρήστες ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ
- οικογένειες και συντρόφους εξαρτημένων,
- μετανάστες ,πρόσφυγες, παλιννοστούντες .

Προσφέρει σε καθημερινή βάση:

- ενημέρωση και σεμινάρια γύρω από τη χρήση ουσιών, την εξάρτηση και τις δυνατότητες θεραπείας ,
- υποστήριξη για μείωση ή διακοπή της χρήσης,
- υπηρεσίες μείωσης της βλάβης,
- συμβουλευτική σε άτομα /ομάδες/οικογένειες,
- άμεση παραπομπή σε υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας ,
- νομική στήριξη,
- υποστήριξη σε μετανάστες , με γνώση και σεβασμό απέναντι στα γλωσσικά πολιτιστικά τους χαρακτηριστικά.

1.3.10. Κέντρο Πρόληψης «ΦΑΕΘΩΝ»

Το κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «ΦΑΕΘΩΝ» λειτουργεί από το 2006 στο Δήμο Ιλίου, σε συνεργασία με τους όμορους Δήμους Πετρούπολης και Αγ. Αναργύρων - Καματερού και τον ΟΚΑΝΑ.

Στόχοι του Κέντρου Πρόληψης «Φαέθων» είναι:

- η πρόληψη και ο περιορισμός της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών,
- η προώθηση της αναζήτησης πιο δημιουργικών τρόπων ζωής, σε ατομικό και
- Κοινωνικό επίπεδο .

Σκοπός του Κέντρου είναι:

- η ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και ενεργή συμμετοχή της κοινότητας σε θέματα
- Πρόληψης,
- η συναισθηματική και ψυχολογική ωρίμανση του ατόμου και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων,
- η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών και της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια,
- η ενίσχυση των δεσμών ανάμεσα στους μαθητές και το σχολικό περιβάλλον,
- η αξιολόγηση κάθε δράσης και σχεδίου με στόχο τη βελτίωσή τους,
- η πρόληψη που επικεντρώνεται στις αιτίες του προβλήματος.

Το κέντρο Πρόληψης είναι στελεχωμένο με επιστημονικό προσωπικό , κατάλληλα εκπαιδευμένο στον τομέα της πρόληψης και απαρτίζεται από ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

1.3.11. Άλλες δράσεις και προγράμματα

Επιπρόσθετα στο πλαίσιο της πρόληψης και προαγωγής της Υγείας πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 2017:

- Εισήγηση ψυχολόγου σε Νηπιαγωγείο Ιλίου 25/1/2017
Επίσκεψη της ψυχολόγου της Κοινωνικής Υπηρεσίας, κας Κόκκαλη Αναστασία, στο 12^ο νηπιαγωγείο για ομιλία σε γονείς και εκπαιδευτικούς με θέμα : «όρια στην παιδική ηλικία»
- Προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος στους φιλοξενούμενους (μητέρες κι ανήλικα τέκνα) στο Πάρκο Τρίτση από εθελοντές οδοντιάτρους . Συνολικά εξετάστηκαν 10 παιδιά (από ενός έτους έως 8 χρονών) και 11 γυναίκες (από 18 χρονών έως 46 χρονών).
- Διενέργεια εμβολιασμών σε 25 φιλοξενούμενα βρέφη-νήπια και παιδιά του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ) από από το ΙΑΚ Ιλίου.
- Ημερίδα για την πρόληψη ιατρικών παθήσεων με στόχο την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και την ευαισθητοποίησή του στο θέμα της πρόληψης σε θέματα καρδιολογίας από ιατρούς της ειδικότητας.
- Εμβολιασμός 11 παιδιών κυρίως αθιγγανόπαιδα ηλικίας από 3 μηνών έως 11 ετών σε συνεργασία με τη UNICEF και τον Ολυμπιακό (Ο.Σ.Φ.Π.) καλύπτοντας την έλλειψη συγκεκριμένων εμβολίων.
- Δωρεάν πρόγραμμα Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας από 24 έως και τις 28 Απριλίου με στόχο την έγκαιρη διάγνωση της οστεοπόρωσης. Η εξέταση απευθύνονταν σε άνδρες και γυναίκες άνω των 45 ετών, σε γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή με προβλήματα Θυρεοειδούς Αδένα, καθώς και με οικογενειακό ιστορικό Οστεοπόρωσης. Συνολικά εξετάστηκαν 378 άτομα.
- Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας – σπιρομέτρηση σε συνεργασία με την ελληνική Πνευμονολογική εταιρία_και την Κινητή Μονάδα Σπιρομετρήσεων, στο 6^ο

ΚΑΠΗ στις 8/6/2017 και στο Δημαρχείο στις 28/11/2017. Συνολικά εξετάστηκαν 142 άτομα (60 ΚΑΠΗ : εξετάστηκαν 52 άτομα, Δημαρχείο Ιλίου : εξετάστηκαν 89 άτομα).

- Προληπτικός Έλεγχος Καρκίνου του Προστάτη στον Δήμο Ιλίου 24/6/2017 για άντρες ηλικίας από 48 έως 88 ετών.
- Εκστρατεία ενημέρωσης για την Ορθή Κατανάλωση Αλκοόλ 20/06/2017
Συμμετοχή στην 5^η πανελλαδική εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού για την Ορθή Κατανάλωση του Αλκοόλ, ως μέλος του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων – Προαγωγής Υγείας (ΕΔΔΥΠΠΥ) που διεξάγεται υπό την αιγίδα του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Συμμετοχή στην 15^η Πανελλήνια Λαμπαδηδρομίας Εθελοντών Αιμοδοτών - «Φλόγα της Αγάπης», της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών (Π.Ο.Σ.Ε.Α.) την Τρίτη 19 Σεπτεμβρίου 2017. Στο πλαίσιο της δράσης, βραβεύτηκε το Κέντρο Γυναικών Ιλίου, για το κοινωνικό του έργο και τη στήριξη των Κοινωνικών δράσεων του Δήμου Ιλίου, καθώς και η Π.Ο.Σ.Ε.Α. για την προσπάθειά της να διαδώσει την ιδέα της Εθελοντικής Αιμοδοσίας και της Δωρεάς Οργάνων & Ιστών Σώματος.
- Πρόγραμμα Πρόληψης των Πτώσεων στην Τρίτη Ηλικία Με αφορμή την Ημέρα Μυοσκελετικής Υγείας, το Σάββατο 30 Σεπτεμβρίου 2017, υλοποιήθηκε Πρόγραμμα Πρόληψης των Πτώσεων στην Τρίτη Ηλικία, από 02.10.2017 έως και 06.10.2017. Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στο χώρο του Φυσικοθεραπευτηρίου του Δήμου Ιλίου (Δαναών 35) και συμμετείχαν 35 άτομα, τα οποία υποβλήθηκαν δωρεάν σε ειδικές δοκιμασίες για την πρόληψη των πτώσεων, οι οποίες περιλάμβαναν αξιολόγηση κινητικότητας και συμπλήρωση σχετικού ερωτηματολογίου.
- Πρόγραμμα Επιδημιολογικής Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης σε ενήλικες, σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και το Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
Το πρόγραμμα απευθύνονταν σε ενήλικα άτομα άνω των 18 ετών, συμμετείχαν 100 άτομα.
- Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Πολιτών στις Α΄ Βοήθειες - ΚΑΡΠΑ σε συνεργασία με το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων - Προαγωγής Υγείας και την Ελληνική Διασωστική Ομάδα Κρίσεων (ΕΔΟΚ), με σκοπό την ευαισθητοποίηση των πολιτών στις 22 Οκτωβρίου 2017.
- Ενημερωτική εκδήλωση στον Δήμο Ιλίου με θέμα «Μύθοι & Αλήθειες για τα Αντιβιοτικά και τα Εμβόλια» 1/11/2017, στο πλαίσιο της Εκστρατείας Ενημέρωσης για την Ορθή Χρήση των Αντιβιοτικών & των Εμβολίων.
Σκοπός της εκδήλωσης ήταν η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τη μείωση της άσκοπης χρήσης των αντιβιοτικών φαρμάκων, και ποιες είναι οι συνέπειες από την αλόγιστη χρήση τους, καθώς επίσης, τον ρόλο των εμβολιασμών στην πρόληψη των λοιμώξεων.
Χορηγήθηκαν αντίτυπα του βιβλίου “Ποιος παγίδεψε την Πένυ Κιλλίνη” της Ιωάννας Μπουλντούμη, το οποίο διενεμήθη σε όλα τα Δημοτικά Σχολεία του Δήμου.

- Συμμετοχή της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε ενημερωτική ημερίδα με θέμα: «ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ - Πολιτικές και Δράσεις» 3/11/2017, που από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων και το Γενικό Νοσοκομείο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2017.
- Δωρεάν εξέταση ψηφιακής μαστογραφίας. Καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, σε μηνιαία βάση, πραγματοποιούνται δωρεάν ψηφιακές μαστογραφίες σε άπορες και ανασφάλιστες γυναίκες του Δήμου, στο πλαίσιο συνεργασίας του Δήμου Ιλίου με το Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών. Το 2017 πραγματοποιήθηκαν 41 δωρεάν εξετάσεις ψηφιακής μαστογραφίας.
- Πρόγραμμα ανίχνευσης διαταραχών μνήμης σε ηλικιωμένους Συνεχίζεται το πρόγραμμα της ανίχνευσης διαταραχών μνήμης στην 3^η και 4^η ηλικία. Το 2017 εξετάστηκαν 25 άτομα.
- «Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας Σχολικού Πληθυσμού»
Για 4^η συνεχή χρονιά υλοποιήθηκε το πρόγραμμα «Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας Σχολικού Πληθυσμού» στα σχολεία του Δήμου Ιλίου μετά από πρόταση του Δήμου σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και την 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου. Οι εξετάσεις αφορούν τον παιδιατρικό έλεγχο, οφθαλμολογικό έλεγχο, οδοντιατρικό έλεγχο και έλεγχο μυοσκελετικού συστήματος. Πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε 11 δημοτικά σχολεία του Δήμου. Οι μαθητές Β' Τάξης των Δημοτικών Σχολείων υποβλήθηκαν σε:
Σωματομέτρηση (έλεγχος βάρους και ύψους σώματος) και έλεγχο οπτικής οξύτητας με οπτόμετρο κατά Snellen, από παιδίατρο. Συνολικά εξετάστηκαν 359 παιδιά.
Οδοντιατρικό έλεγχο και συμβουλές στοματικής υγιεινής, από 2 οδοντιάτρους. Συνολικά εξετάστηκαν 359 παιδιά.
Κλινικό έλεγχο σκολίωσης, κύφωσης και λόρδωσης, από ορθοπεδικό. Συνολικά εξετάστηκαν 60 παιδιά.

Επίσης εξετάστηκαν 34 παιδιά του Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Ιλίου από παιδίατρο (σωματομέτρηση και έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης).

Παράλληλα πραγματοποιήθηκε διενέργεια φυματινοαντίδρασης Mantoux σε μαθητές έξι (6) των Νηπιαγωγείων του Ιλίου, σε συνεργασία με την κα Μεγρέμη, παιδίατρο, από το ΙΑΚ Ιλίου, Β' ΔΥΠΕ. Συνολικά συμμετείχαν 83 μαθητές.

Ενημερωτική – διαδραστική ομιλία με θέμα : «Εθισμός στο Διαδίκτυο» από την Παιδίατρο του Π.Ε.Δ.Υ.- Κ.Υ. Περιστερίου - Ι.Α.Κ. Ιλίου κα. Αμαλία Μεγρέμη, στο 10^ο Γυμνάσιο Ιλίου. Συνολικά συμμετείχαν 100 μαθητές και 4 εκπαιδευτικοί.

Συναντήσεις εργασίας συνέδρια με ΕΔΔΥΠΠΥ -Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων
15η Συνάντηση Εργασίας Δήμων μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ 10/3/2017

16^η τακτική τριμηνιαία Συνάντηση Εργασίας και 13^ο πανελλήνιο συνέδριο ΕΔΔΥΠΠΥ του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου με θέμα: “ Υγιείς Πόλεις: Ανθεκτικές-Βιώσιμες- Συμμετοχικές”. 7-8/7/2017

17^η τακτική τριμηνιαία Συνάντηση Εργασίας Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ. 15/12/2017

Αιμοδοσίες

Στη διάρκεια του έτους πραγματοποιήθηκαν τρεις (3) διήμερες αιμοδοσίες σε συνεργασία με το Νοσοκομείο «Αττικών» για την ενίσχυση της Δημοτικής Τράπεζας Αίματος, η οποία εξυπηρετεί ανά πάσα στιγμή τις ανάγκες των δημοτών, των αιμοδοτών μελών και των συγγενών τους. Συνολικά συγκεντρώθηκαν 800 μονάδες αίματος και διατέθηκαν 448 μονάδες αίματος σε άτομα.

Τελικά συμπεράσματα και προτάσεις.

Η υγεία από την αρχαιότητα αποτελεί το βασικότερο αγαθό στη ζωή του ανθρώπου που οδηγεί στην προαγωγή της ατομικής, κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας. Για το λόγο αυτό το κράτος πρέπει να παρέχει δωρεάν πρόσβαση στις μονάδες υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς αποκλεισμούς και εξαιρέσεις. Θεμελιώδη ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή αποτελούν τα συστήματα υγείας στα οποία αποτυπώνονται οι εθνικές πολιτικές υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα στην περίθαλψη αλλά η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και στην Πρόληψη αφορά μόνο τους ασφαλισμένους. Έτσι οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι υπερήλικες, οι μετανάστες κ.λ.π δεν καλύπτονται από τους φορείς της Δημόσιας Υγείας από τη μία ενώ αδυνατούν να προσφύγουν στον ιδιωτικό τομέα υγείας από την άλλη με αποτέλεσμα να προκληθούν πιθανοί κίνδυνοι για τη ζωή τους.

Για την αποφυγή τέτοιων πιθανών κινδύνων και για την παροχή βοήθειας σε αδύνατα άτομα και ομάδες του πληθυσμού και για την κάλυψη βασικών τους αναγκών έρχεται η κοινωνική πολιτική ως πολιτική δράση των κυβερνήσεων. Με αφετηρία την έννοια της

κοινωνικής δικαιοσύνης και έκφρασή της την αλληλεγγύη η κοινωνική πολιτική κατανέμει δικαιότερα τον πλούτο και διασφαλίζει τη μεταφορά των απαραίτητων πόρων για την επιτέλεση των σκοπών της που είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών και η ευημερία για όλους. Στον βασικό άξονα των αναγκών αυτών εκτός από την υγεία ανήκουν η παιδεία, η κατοικία, η απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση και η αντιμετώπιση της φτώχειας. Η κοινωνική πολιτική για την υγεία υλοποιείται μέσα από την κοινωνική πρόνοια την κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική ασφάλεια αλλά και την προστασία της υγείας που πέρα από την διατήρηση της υγείας αποβλέπει και στην πρόληψη και την προαγωγή της.

Η ιδέα της διατήρησης της υγείας αλλά και της πρόληψης ως βασικών ανθρωπίνων αγαθών έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα αφού ήδη στην αρχαία Ελλάδα υπήρχε καθολική υγειονομική περίθαλψη και είχε αναγνωριστεί η σημασία της πρόληψης. Κατά τη βυζαντινή περίοδο η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής γίνεται από την εκκλησία με την στήριξη του αυτοκράτορα σε πιο οργανωμένη βάση. Το χριστιανικό ιδεώδες επιτάσσει βοήθεια προς όλους κάτι που εκφράζεται με την ίδρυση κοινωνικών ιδρυμάτων ενώ στον τομέα της υγείας τα νοσοκομεία πέρα από την περίθαλψη χρησιμοποιούνται και για ιατρική έρευνα. Στην Αναγέννηση χωρίς να παρατηρούνται καινοτόμες δράσεις στον τομέα της υγείας η προσοχή εστιάζει στην πρόληψη αλλά και στη εξατομικευμένη θεραπεία. Σημαντικές εξελίξεις για την κοινωνική πολιτική παρατηρούνται στο τέλος το 19^{ου} αι. και μετά όπου άρχισε να διαμορφώνεται το κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη και η κάλυψη των βασικών ανθρωπίνων αναγκών όπως η υγεία καταγράφονται ως κοινωνικά δικαιώματα. Η τάση των κοινωνικών κρατών στην Ευρώπη παρότι οι δαπάνες για το κοινωνικό κράτος είναι σταθερές ή και αυξητικές είναι οι πιο ενεργητικές συμπεριφορές στην αντιμετώπιση των βασικών αναγκών και περιλαμβάνουν και την ανάμιξη του ιδιωτικού τομέα αλλά και της εθελοντικής δράσης. Στον κρίσιμο τομέα της υγείας και της πρόνοιας όμως η φροντίδα θα πρέπει να βρίσκεται υπό της σκέπης του κράτους ώστε να υπάρχει πρόσβαση για όλους. Στη χώρα μας το κοινωνικό κράτος θεσμοθετήθηκε με το Σύνταγμα του 1975. Η βοήθεια δίνεται κυρίως με την παθητική μορφή των επιδομάτων ενώ στον τομέα της υγείας ακολουθώντας το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικού κράτους παρουσιάζει επιλεκτικότητα στην ΠΦΥ και καθολικότητα στην περίθαλψη. Στην ΠΦΥ παρατηρείται διαχρονικά μία υπανάπτυξη και όπως είδαμε υπάρχει έλλειψη ουσιαστικής οργάνωσης, πολυδιάσπαση φορέων και κίνδυνος αλληλεπικαλύψεων αυτών. Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών με τις περικοπές στην τομέα της υγείας από τη μία αλλά και η απώλεια εργασίας πολλών ατόμων με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στην ΠΦΥ δημιούργησε μία ασφυκτική κατάσταση η οποία εκφράζεται κυρίως με το συνωστισμό στα νοσοκομεία της χώρας. Από την άλλη τα άτομα που ζουν σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν νοσοκομεία ή αυτά βρίσκονται σε μακρινές αποστάσεις που δεν είναι εύκολα προσβάσιμα σε ηλικιωμένα άτομα ή ΑΜΕΑ δημιουργούν μία επιπλέον δύσκολη κατάσταση.

Λύση σε αυτή την κατάσταση προσπαθεί να δώσει η πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση αφού με την μεταβίβαση προς αυτήν της άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από το κεντρικό κράτος στα πρότυπα του σκανδιναβικού μοντέλου κοινωνικού κράτους την τοποθετεί στην πρώτη γραμμή κρούσης. Η άσκηση πολιτικής στο πλησιέστερο για τον πολίτη επίπεδο είναι σύμφωνη με τις σύγχρονες ευρωπαϊκές αντιλήψεις και αποσκοπεί στην καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων. Οι ανάγκες για την υγεία εντάσσονται στον ειδικότερο τομέα δράσης των Δήμων που είναι αυτός της Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης. Οι δράσεις αυτές έχουν να κάνουν με την ΠΦΥ που ο ρόλος των Δήμων είναι συμπληρωματικός και επικουρικός. Σε αυτό το πλαίσιο

εντάσσεται η μελέτη της περίπτωσης του Δήμου Ιλίου και της Κοινωνικής Υπηρεσίας με τα προγράμματα και τις δράσεις της στην παρούσα εργασία.

Όπως διαπιστώθηκε από το εμπειρικό μέρος της εργασίας οι δράσεις της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου στοχεύει σε τέσσερα πεδία αντιμετώπισης και κάλυψης αναγκών. Αυτά αφορούν την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών φτώχειας, την υγεία και τη Δημόσια Υγιεινή, την κοινωνική φροντίδα και κοινωνική αρωγή και τέλος την καταπολέμηση των διακρίσεων.

Στο τμήμα Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής ανήκουν τα δημοτικά ιατρεία όπου παρέχονται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και πρόληψη. Μία πρώτη παρατήρηση είναι ότι το μόνιμο εξειδικευμένο προσωπικό σε θέματα υγείας είναι ελάχιστο κάτι που θα αργήσει να αλλάξει λόγω της ασφυκτικής πολιτικής προσλήψεων στους Δήμους. Η ΠΦΥ παρέχεται από γιατρούς εθελοντές σε άτομα που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη (άνεργοι, μετανάστες, άποροι) και αδυνατούν να εξεταστούν από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Από τα στοιχεία που καταγράφηκαν προκύπτει ότι υπάρχουν κάποιες «βασικές» ειδικότητες ιατρών απουσιάζουν όμως κάποιες άλλες που γίνεται προσπάθεια να καλυφθούν με εξωτερικούς γιατρούς που συνεργάζονται με το ΚΕΠ Υγείας το οποίο δρα συμπληρωματικά με τα δημοτικά ιατρεία. Παρόλες τις προσπάθειες όμως δεν έχουν καλυφθεί ακόμα όλες οι ιατρικές ειδικότητες κάτι που αποτελεί στόχο υλοποίησης στο άμεσο μέλλον. Έως τότε τα ανασφάλιστα άτομα θα αναγκάζονται να προσφεύγουν στα νοσοκομεία. Από την άλλη ο εθελοντισμός αν και αποτελεί μία ευπρόσδεκτη επιλογή δεν παύει να είναι μία προσωρινή λύση που δεν αποπνέει μία αίσθηση ασφάλειας στους ωφελούμενους. Σίγουρα η πρόσληψη ιατρών και εξειδικευμένου προσωπικού από τους Δήμους θα απέπνεε μία αίσθηση σιγουριάς στις ευάλωτες ομάδες και θα υπήρχε δυνατότητα ολοκληρωμένης ΠΦΥ αλλά και προγραμμάτων πρόληψης.

Τα προγράμματα πρόληψης, η ψυχοκοινωνική στήριξη (δράση που απουσιάζει από το ΕΣΥ) και η νοσηλευτική φροντίδα (μέτρηση πίεσης, σακχάρου, χοληστερίνης) έχουν καθολικότητα αλλά προηγούνται οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Μέσα από τα δημοτικά ιατρεία παρέχονται όλα τα προγράμματα Πρόληψης, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Ο συνολικός αριθμός των επισκέψεων που καταγράφηκαν στα δημοτικά ιατρεία και αφορά εξετάσεις ξεπερνά τις δύο χιλιάδες για το 2017, κάτι που φανερώνει ότι σα δομή έχει ζήτηση και υπάρχει μεγάλος αριθμός ωφελούμενων.

Σημαντική η δράση του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής όπου παρέχει εξετάσεις και εμβολιασμούς σε άπορα και ανασφάλιστα παιδιά καλύπτοντας έτσι μία ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού. Σε ότι αφορά το Ψυχοπαιδαγωγικό Κέντρο τα προγράμματα για τους ανασφάλιστους έφηβους και παιδιά είναι δωρεάν. Μεγάλο αριθμό ωφελούμενων έχει και το φυσικοθεραπευτήριο όπου απευθύνεται στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

Όσον αφορά τα προγράμματα ο εμβολιασμός αθιγγανόπαιδων δείχνει την προσπάθεια ανακούφισης της ειδικής αυτής ευπαθούς ομάδας. Από εκεί και πέρα παρατηρούνται πολλά προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας που αφορούν όλο τον πληθυσμό αλλά και άλλα που απευθύνονται σε μικρά παιδιά και άτομα τρίτης ηλικίας ειδικότερα.

Προχωρώντας σε οικονομικά ζητήματα θα λέγαμε ότι η μεγάλη μείωση των ΚΑΠ λόγω της κρίσης κατά 50-60% δεν αφήνει περιθώρια για περισσότερες ουσιαστικές δράσεις στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και της υγείας ειδικότερα. Συγχρόνως η συγκυρία της κρίσης φέρνει μείωση των τοπικών φορολογικών εσόδων (κυρίως δημοτικά τέλη), ή έκτακτων εσόδων (τέλη κατάληψης κοινόχρηστων χώρων κ.ά.). Μία λύση θα μπορούσε να αποτελέσει η αξιοποίηση της δημοτικής περιουσίας στο άμεσο μέλλον για την ανάπτυξη και βελτίωση των δομών της υγείας καθιστώντας την κοινωνική πολιτική στον τομέα αυτό αποδοτικότερη.

Οι συνθήκες δημοσιονομικής στενότητας καθιστούν τους πόρους του ΕΣΠΑ εν πολλοίς ως μία έσχατη λύση για τα έσοδα των Δήμων. Η αναπτυξιακή πολιτική είναι κάτι που

σχεδιάζεται σε κεντρικό επίπεδο και οι Δήμοι όλα αυτά τα χρόνια απλά στόχευαν στην απορρόφηση κονδυλίων. Η στρατηγική αυτή πρέπει να εμπλουτισθεί με ουσιαστικότερες παρεμβάσεις των Δήμων και στον τομέα της υγείας θα πρέπει να γίνει καταγραφή των αναγκών της τοπικής κοινωνίας έτσι ώστε να γίνει σχεδιασμός και υλοποίηση στοχευμένων προγραμμάτων που θα επιφέρουν ουσιαστικά αποτελέσματα στον πληθυσμό.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ΠΦΥ του Δήμου Ιλίου φανερώνει μία αποσπασματικότητα από τη μία αλλά και μία σοβαρή προσπάθεια για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης από την άλλη. Στον πεδίο της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας γίνονται πολλές δράσεις και προγράμματα που αφορούν όλο τον πληθυσμό αλλά και στοχευμένα τις ευάλωτες ομάδες. Έχοντας ως παράδειγμα το Δήμο Ιλίου μπορούμε να πούμε ότι τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Δήμοι στον τομέα της υγείας αφορούν την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και υποδομών, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι και η διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του ΕΣΥ. Η ολοκλήρωση του συστήματος της Δημόσιας Υγείας απαιτεί την εμπλοκή της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης λόγω της στενής επαφής της με τους πολίτες κάτι που θα πρέπει να εξεταστεί σοβαρά από την κεντρική διοίκηση η οποία θα πρέπει να μεριμνήσει και για την εξεύρεση των απαραίτητων πόρων.