



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ  
ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ Ν.  
ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ**

**Φεργαδάκη Μαρία  
Οικονομολόγος**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
  - 2. Κ. Σουλιώτης**, Δρ. Πολιτικής & Οικονομικών της Υγείας



## *Ευχαριστίες*

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τους επιβλέποντες καθηγητές μου κκ Φιλαλήθη και Σουλιώτη για την βοήθεια και την καθοδήγηση τους σε καίρια σημεία....  
Ακόμα, πολλά ευχαριστώ στον πρώην Δήμαρχο Ν. Αλικαρνασσού και νυν αντιδήμαρχο Ηρακλείου κ. Σισαμάκη καθώς και όλους τους δημοτικούς υπαλλήλους, για την παροχή των απαραίτητων στοιχείων σε μια περίοδο μεταβατική για τον Δήμο και εξ' ου ιδιαίτερα δύσκολη γι' αυτούς....  
Τέλος, πολλά ευχαριστώ στους γονείς μου, για την ηθική και πρακτική συμπαράσταση τους!

*Στον Σταμάτη και την Καλλιόπη μου.....*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.1
ABSTRACT.....	σελ.2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	σελ.3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	σελ.4

### ΜΕΡΟΣ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

#### 1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. <u>Η έννοια της υγείας</u> .....	σελ.5
1.2. <u>Πρόληψη, Προαγωγή και Αγωγή Υγείας</u> .....	σελ.5
1.3. <u>Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</u> .....	σελ. 7
1.4. <u>Η Δημόσια Υγεία</u> .....	σελ.8
1.5. <u>Η Δημόσια Υγεία στην πορεία του χρόνου</u>	
1.5.1. <u>Διεθνείς εξελίξεις</u> .....	σελ.9
1.5.2. <u>Θεσμοθέτηση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα</u> .....	σελ.11
1.6. <u>Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα</u> .....	σελ.12

#### 2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. <u>Πώς ορίζεται η κοινωνική πολιτική</u> .....	σελ.12
2.2. <u>Περαιτέρω εννοιολογικοί προσδιορισμοί</u> .....	σελ.13
2.3. <u>Ιστορική Εξέλιξη Κοινωνικού Κράτους-Κράτους Πρόνοιας</u> .....	σελ.14
2.4. <u>Μοντέλα Κοινωνικής Πολιτικής</u> .....	σελ. 15
2.4.1. <u>Κατηγοριοποιήσεις</u> .....	σελ. 15
2.4.2. <u>Το Φιλελεύθερο ή αγγλοσαξωνικό μοντέλο</u> .....	σελ.16
2.4.3. <u>Το Σοσιαλδημοκρατικό ή σκανδιναβικό μοντέλο</u> .....	σελ.17
2.4.4. <u>Το Συντηρητικό- Κορπορατιστικό-Ηπειρωτικό μοντέλο</u> ....	σελ. 18
2.4.5. <u>Λοιπά μοντέλα</u> .....	σελ.19
2.5. <u>Το Κοινωνικό Κράτος στην Ελλάδα</u> .....	σελ.20
2.6. <u>Κοινωνική Πολιτική για την Υγεία</u>	
2.6.1. <u>Κοινωνική Πρόνοια</u> .....	σελ.21
2.6.2. <u>Κοινωνική Ασφάλιση</u> .....	σελ.22

## ΜΕΡΟΣ Β: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

1. Η ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΩΣ ΕΝΝΟΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ
  - 1.1. Η έννοια της αποκέντρωσης.....σελ.24
  - 1.2. Η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης και ο ρόλος της στην άσκηση δημόσιας διοίκησης.....σελ.26
  
2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
  - 2.1 Στην Ευρώπη.....σελ.27
  - 2.2 Στην Ελλάδα
    - 2.2.1. *Ιστορική εξέλιξη της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα*.....σελ.34
    - 2.2.2. *Η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στη σύγχρονη Ελλάδα*.....σελ.35
      - 2.2.2.1. Η Νομαρχιακή αυτοδιοίκηση.....σελ.36
      - 2.2.2.2. Δήμοι- Κοινότητες.....σελ.37
      - 2.2.2.3. Άλλες μορφές οργάνωσης της τοπικής αυτοδιοίκησης.....σελ.38
    - 2.2.3. *Τα κύρια χαρακτηριστικά των ΟΤΑ*.....σελ.40
  
3. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ
  - 3.1. Η πορεία προς τη μεταρρύθμιση- το σχέδιο Ι. Καποδίστριας.....σελ.40
  - 3.2. Το σχέδιο «Καλλικράτης».....σελ. 41
  
4. Η ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ.....σελ.43
  - 4.1. Διεθνώς.....σελ.44
  - 4.2. Στην Ευρώπη.....σελ. 44
  - 4.3. Στην Ελλάδα: κοινωνικές υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση.....σελ. 46
    - 4.3.1. *Προγράμματα και δράσεις υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση*.....σελ. 47
      - 4.3.1.1. Προγράμματα προστασίας ηλικιωμένων.....σελ.48

<u>4.3.1.2.Παροχή Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας &amp; προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας</u> .....σελ.53
<u>4.3.1.3. Προγράμματα στήριξης της οικογένειας</u> .....σελ.54
<u>4.3.1.4. Προγράμματα στήριξης των ευπαθών ομάδων</u> .....σελ.55

## ΜΕΡΟΣ Γ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ Ν. ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ

1. Η ΠΟΛΗ ΤΗΣ Ν. ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ.....σελ. 59
2. Ο ΔΗΜΟΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΑΥΡΙΟ.....σελ.60
3. ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ Ν. ΑΛΙ/ΣΣΟΥ.....σελ. 61
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....σελ. 74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....σελ. 82

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Κοινωνική Πολιτική Υγείας και Τοπική Αυτοδιοίκηση- η περίπτωση του δήμου Ν. Αλικαρνασσού

Της: Φεργαδάκη Μαρίας

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Φιλαλήθη Α.

2. Σουλιώτη Κ.

Ημερομηνία: 18/3/ 2011

Η κοινωνική πολιτική υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής του κράτους και ως τέτοιο εναρμονίζεται με τις προθέσεις της εκάστοτε κυβέρνησης. Η τρέχουσα τάση είναι η μεταβίβαση περισσότερων αρμοδιοτήτων στην τοπική αυτοδιοίκησης, σε μια προσπάθεια εφαρμογής του σκανδιναβικού μοντέλου κρατικής Στην παρούσα εργασία μελετώνται βιβλιογραφικά οι συνιστώσες παράμετροι της κοινωνικής πολιτικής υγείας, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης. Για τον σκοπό αυτό διερευνήθηκε τόσο η έννοια της κοινωνική πολιτικής γενικά, όσο και η εξέλιξη του θεσμού της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα και διεθνώς.

Ακολούθως, διερευνήθηκαν οι συνθήκες άσκησης κοινωνικής πολιτικής για την υγεία στον Δήμο Ν. Αλικαρνασσού, προτού αυτός συνενωθεί με τον όμορο Δήμο Ηρακλείου στα πλαίσια της διοικητικής μεταρρύθμισης με την ονομασία «Καλλικράτης».

### Λέξεις κλειδιά:

Κοινωνική πολιτική, τοπική αυτοδιοίκηση, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, δήμοι.



## **Abstract**

Title: Social Health Policy and Local Government

By: Fergadaki Maria

Supervisors: 1. A. Philalithis  
2. K. Souliotis

Date: 3/18/2011

The social policy for health is only one part of the general policy exercised by the national government and as such must be fully harmonized with its political intentions. The current trend in Greece is the transfer of more powers and responsibilities to the local governments, in an effort of copying the Scandinavian model of social welfare in our country.

The present study involves the component parameters of the social policy for health, as it is exercised by local governments and especially municipalities. For this intention, here are analyzed the possible meanings of the term “social policy”, but also the evolution of the institution of local government.

In the final part of the paper, the conditions and applications of social policy programmes for public health in the former municipality of N. Alikarnassos are explored.

Καλλικράτης».

Key words:

Social policy for health, local government, institutions for local government, municipality

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας  
ΙΤΑ= Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης  
ΠΦΥ= Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
ΟΗΕ= Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών  
ΚΕΕΛΠΝΟ= Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων  
ΟΚΑΝΑ= Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών  
ΕΟΦ= Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων  
ΕΦΕΤ= Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων  
ΟΤΑ= Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης  
ΚΔΚ= Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων  
ΝΠΔΔ= Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου  
ΝΠΔΙ= Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου  
ΚΕΔΚΕ= Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων  
ΚΑΠΗ= Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων  
ΚΗΦΗ= Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων  
ΑΜΕΑ= Άτομα με Ειδικές Ανάγκες  
ΔΔΥΚΑ= Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
ΕΣΔΥ= Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας  
ΕΑΠ= Επιτροπή Αποκατάστασης Προσφύγων  
ΚΕΘΕΑ= Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων  
ΙΑΚ= Ιατροκοινωνικό Κέντρο  
ΕΣΠΑ= Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρούσα μελέτη ως στόχο έχει την διερεύνηση των παραμέτρων που συνθέτουν την κοινωνική πολιτική υγείας, όπως αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης. Πιο συγκεκριμένα, αποπειράται μια αποσαφήνιση των όρων συσχετισμού της δημόσιας υγείας με την πολιτική και ιδιαίτερα με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Για τον παραπάνω λόγο, διερευνήθηκαν και κατεγράφησαν διεξοδικά οι έννοιες της κοινωνικής πολιτικής υγείας, αλλά και το πλαίσιο εξέλιξης και λειτουργίας της τοπικής αυτοδιοίκησης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς.

Σε δεύτερο επίπεδο, εξετάστηκε και αναπτύχθηκε η εφαρμογή των παραπάνω στον Δήμο Ν. Αλικαρνασσού, σε ένα κομβικό για την ύπαρξη του χρονικό σημείο, προτού ενταχθεί στον Δήμο Ηρακλείου, στα πλαίσια μιας ευρείας διοικητικής μεταρρύθμισης.

## ΜΕΡΟΣ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

### 1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ & ΧΡΟΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1. Η έννοια της υγείας

Στο βάθος του χρόνου, ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας έχει γίνει αντικείμενο προβληματισμού των ειδικών και έχει επιδεχθεί αρκετές αλλαγές. Κατά ένα μεγάλο βαθμό η απουσία σαφούς, συνεχούς και διακρατικά αποδεκτού τρόπου ορισμού της υγείας είναι λογική, καθώς- σύμφωνα και με τα όσα η Unesco ανέφερε το 1972- με την πάροδο του χρόνου αλλάζει σημαντικά τόσο ο τρόπος που ο άνθρωπος την αντιλαμβάνεται, όσο και οι γνώσεις και οι απαιτήσεις μας γύρω απ' αυτήν (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με την κλασσική ιατροκεντρική προσέγγιση (βιοιατρικό υπόδειγμα), ως υγεία ορίστηκε η απλή απουσία νόσου. Ο ορισμός αυτός έχει μια αρνητική χροιά και ουσιαστικά χρήζει την ιατρική και τους γιατρούς ως θεματοφύλακες της υγείας. (Λιαρόπουλος, 2007, ΙΤΑ, 2009). Στο Oxford English Dictionary του 1933, οριζόταν η υγεία ως «*η ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά*» (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε έκτοτε, οδήγησε στην αναζήτηση ενός ευρύτερου ορισμού, ο οποίος να ικανοποιεί τα κοινωνικά δεδομένα. Υπό το πρίσμα αυτό, δόθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην ιδρυτική του διακήρυξη, ο ορισμός της υγείας ως μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσίας νόσου ή αναπηρίας. (Λιαρόπουλος, 2007). Με τον ορισμό αυτό, αναγνωρίστηκαν δυο νέες παράμετροι στην υγεία: η παράμετρος της απουσίας ασθένειας και η ύπαρξη της ευεξίας, ενώ επιπλέον αναγνωρίζεται η ύπαρξη κοινωνικής και ψυχικής διάστασης, πέρα της σωματικής. Αυτός ο ορισμός αναφέρεται συχνά και ως ο θετικός ορισμός της υγείας.

#### 2.2. Πρόληψη, Προαγωγή και Αγωγή Υγείας

Αναπόσπαστο στοιχείο της Νέας Δημόσιας Υγείας αποτελεί η πρόληψη, η προαγωγή και η αγωγή υγείας. Ως **πρόληψη** (prevention) νοείται η διαδικασία εξάλειψης αιτιών θανάτου που μπορούν να αποφευχθούν και σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά ή το περιβάλλον. Στόχος της πρόληψης είναι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής και η μακροπρόθεσμη μείωση των δαπανών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Κατά μια άλλη άποψη, η έννοια της πρόληψης σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης για διατήρηση της υγείας ή -σε ενδεχόμενη εμφάνιση της νόσου- την διασφάλιση της αναστολής ή επιβράδυνσης της κλινικής της εξέλιξης (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Βασική παράμετρο της πρόληψης αποτελεί η γνώση της φυσικής ιστορίας της νόσου καθώς και του αποτελεσματικού χρονικού σημείου εφαρμογής της διαδικασίας (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Με βάση τα παραπάνω, η πρόληψη μπορεί να είναι:

α) πρωτογενής, με σκοπό την μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου με αποφυγή της επαφής με νοσογόνους παράγοντες ή με την ενίσχυση της φυσικής άμυνας (*χρονική περίοδος προπαθογένειας*) β) δευτερογενής, η οποία αφορά τα νοσήματα για τα οποία ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η έγκαιρη διάγνωση είναι εφικτά. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αναστολή της εξέλιξης της νόσου, η οποία όμως έχει ήδη εμφανιστεί (*παθογένεια*) γ) τριτογενής, που στοχεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που μπορεί να επέλθει ως αποτέλεσμα του νοσήματος, καθώς και στην ελαχιστοποίηση των ενδεχόμενων παρενεργειών της κλινικής θεραπείας. (Αθανασάκης κ. συν, 2009, Λιαρόπουλος, 2007).

Από την άλλη, η **προαγωγή υγείας** (health promotion) είναι- σύμφωνα με την Διακήρυξη της Οτάβα- η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα αποκτούν την ικανότητα ελέγχου και βελτίωσης της υγείας τους. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από περιβαλλοντολόγους και υιοθετήθηκε από τον υγειονομικό ιατρικό χώρο, ενώ αποτέλεσε προνομιακό πεδίο δράσης για την κοινότητα και την ατομική δράση (Αθανασάκης κ. συν κ. συν, 2009). Η προαγωγή υγείας αφορά σε υγιή άτομα και επιδιώκει την ανάπτυξη συμπεριφορών που προστατεύουν ή βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Η άποψη αυτή απορρέει από μια αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα του ατόμου να ικανοποιεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες του και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον του και να προσαρμόζεται σ' αυτό ([www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr)).

Ο χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας, το 1986 διατύπωσε τις απαραίτητες επιμέρους στρατηγικές, δηλαδή την οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής υποστηρικτικής προς την υγεία, την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση κοινοτικής δράσης, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. ([www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr)).

Επιπλέον, το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την προαγωγή της υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα ασχολήθηκε με τους καθοριστικούς παράγοντες για την προώθηση της υγείας. Ως προτεραιότητες ορίστηκαν: η προώθηση της κοινωνικής ευθύνης, η αύξηση των επενδύσεων για την υγεία, η εδραίωση και διεύρυνση συνεργασιών για την υγεία, η αύξηση του δυναμικού της κοινότητας και η ενδυνάμωση του ατόμου, καθώς και η εξασφάλιση της υποδομής για την προαγωγή της υγείας ([www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr)).

Τέλος, η **αγωγή υγείας** (health education) αποτελεί μια διαδικασία, η οποία βοηθά τα άτομα να λαμβάνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα

με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής τους ευεξίας (ΠΟΥ, 1996). Ουσιαστικά, πάντως δε αποτελεί μονοσήμαντα ατομική λειτουργία, καθώς οι αποφάσεις κάθε ατόμου σε σχέση με την υγεία του επηρεάζει και την κοινωνική ευημερία (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007).

Οι στόχοι της αγωγής υγείας έχουν να κάνουν με την ευαισθητοποίηση των ατόμων, την παροχή γνώσης, την ιεράρχηση αξιών, την ανταλλαγή απόψεων, την λήψη αποφάσεων, την αλλαγή περιβάλλοντος και συμπεριφοράς(Τούντας, 2009). Από την άλλη, τα επιθυμητά στάδια στην διαδικασία εφαρμογής αγωγής της υγείας είναι η αλλαγή πρώτα στις πεποιθήσεις των ατόμων, κατόπιν στη στάση τους και τέλος, η αλλαγή στη συμπεριφορά (Αθανασάκης κ. συν., 2009)

### 2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η συνεχόμενη κρίση των συστημάτων υγείας από τα τέλη της δεκαετίας του '80 και μετά, οδήγησε σε αναζήτηση νέων πολιτικών ή στην αναβάθμιση των υπαρχουσών. Το 1979, με την Διακήρυξη της Alma Ata, τέθηκε ως βασικός στόχος η ενδυνάμωση και προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίστηκε η *«βασική παροχή φροντίδας υγείας, προσιτή σε όλους- άτομα και οικογένειες στην κοινότητα- με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν»* (ΠΟΥ, 1978). Η ΠΦΥ βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, είναι στη διάθεση όλων των πολιτών και φέρνει τη φροντίδα όσο το δυνατόν πιο κοντά στο άτομο (Θεοδωράκης, 2009)

Η προσέγγιση αυτή για πρώτη φορά έφερε τον πολίτη σε θέση ενεργού συμμετοχής, αντί απλά να είναι παθητικός αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, για πρώτη φορά εστίασε στην βελτίωση του επιπέδου ζωής, με τρόπους στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η αγωγή υγείας, η πρόληψη και η προστασία της υγείας. Η ΠΦΥ αφορά και τα υγιή άτομα, σε αντιδιαστολή με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη νοσήσει και έχουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα.

Βασικοί στόχοι της ΠΦΥ είναι η πρόληψη πιθανών διαταραχών υγείας, η αποτελεσματική και αποδοτική διάγνωση και αντιμετώπιση τους, η βέλτιστη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα ή τελικού σταδίου καθώς και η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(1994) η ΠΦΥ πρέπει να είναι :

- Γενική
- προσβάσιμη
- ολοκληρωμένη

- συνεχής
- ομαδική
- ολιστική
- προσωπική
- προσανατολισμένη στην οικογένεια
- συντονισμένη
- εμπιστευτική
  
- υποστηρικτική

Σε συνέχεια, το 1981 η 34<sup>η</sup> γενική συνέλευση του ΠΟΥ με την στρατηγική «Υγεία για Όλους το έτος 2000» επαναβεβαίωσε την ανάγκη για ανάπτυξη της ΠΦΥ, με βασικούς στόχους τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας, την πρόληψη νοσημάτων, την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

#### 2.4. Η Δημόσια Υγεία

Η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην υγεία του κοινωνικού συνόλου, με την εφαρμογή και επίβλεψη της να είναι ευθύνη και θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Ουσιαστικά, αποτελεί μια μεταφορά του ζητήματος της υγείας από μικρο- σε μακρο- επίπεδο, από ατομικό σε συνολικό επίπεδο δηλαδή. (Αθανασάκης κ.συν, 2009). Για το λόγο αυτό και κατ' αντιστοιχία με τις αλλαγές στον ορισμό της υγείας, επέρχονται και αλλαγές στον ορισμό του περιεχομένου της Δημόσιας Υγείας.

Το 1922 ο Charles-Edward Amory Wilson προσδιόρισε την Δημόσια Υγεία ως την «επιστήμη και τέχνη για την πρόληψη της νόσου, την επιμήκυνση της ζωής και την προαγωγή της υγείας, μέσω οργανωμένων προσπαθειών και πληροφορημένων (τεκμηριωμένων) επιλογών του κοινωνικού συνόλου, των ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών, των κοινοτήτων αλλά και των ατόμων». Το αντικείμενο της δημόσιας υγείας είναι τα μέτρα εξυγίανσης του περιβάλλοντος, ο έλεγχος των λοιμωδών, η εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, η οργάνωση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη και η ανάπτυξη μιας κοινωνικής μηχανής που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής αρκετά ικανοποιητικό (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

Το 1968, ο Harry Mustard εξέφρασε την άποψη ότι η δημόσια υγεία αποτελεί ευθύνη της κοινωνίας, προκειμένου να επιλυθούν προβλήματα υγείας τα οποία δεν μπορούν

να αντιμετωπιστούν ατομικά, λόγω έκτασης τους(ανικανότητας-θανάτου- αριθμού προσβαλλόμενων ατόμων)(Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Μια ακόμα διατύπωση του ορισμού πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, με την έκθεση Acheson (Independent Inquiry into the Inequalities in Health Report, 1998), η οποία διερεύνησε τις ανισότητες στη Υγεία και τα πιθανά πεδία καταπολέμησης τους. Στον εν λόγω ορισμό αναφέρεται ότι « *δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας*» (Acheson, 1998).

Στην Ελλάδα πάλι και σύμφωνα με το Ν. 3370/2005, αρθρ. 1& 2, η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας και ως τέτοια χαρακτηρίζεται «*το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας*». (Λιαρόπουλος, 2007). Η άσκηση δράσεων δημόσιας υγείας αποσκοπεί στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Φορείς άσκησης της είναι η κεντρική και περιφερειακή διοίκηση, η αυτοδιοίκηση, οι μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, η κοινότητα κ.ο.κ. (Λιαρόπουλος, 2007)

Οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων που έχει στην υγεία το φυσικό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον, στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού (κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς), στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων, στην αντιμετώπιση έκτακτων γεγονότων, στην διαμόρφωση πολιτικών προαγωγής υγείας και τη διατήρηση του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Σήμερα, η δημόσια υγεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και στην εφαρμογή των απαραίτητων στρατηγικών, ήτοι την οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής που να στηρίζει την υγεία, την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση του ρόλου της κοινότητας, την ανάπτυξη των προσωπικών δεξιοτήτων και τον επανασχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

## 1.5. Η Δημόσια Υγεία στην πορεία του χρόνου

### 1.5.1. Διεθνείς εξελίξεις

Τα πρώτα βήματα για την εδραίωση της δημόσιας υγείας έγιναν την εποχή της Βιομηχανικής Επανάστασης, με την επικράτηση της αστικής και την ανάδειξη της



εργατικής τάξης. Το υπόβαθρο για την παρέμβαση του κράτους και την διαμόρφωση πολιτικών υγείας τέθηκε με τις παρατηρήσεις των Villermé, Engels και Edwin, με τις οποίες διαπιστώθηκε ότι οι εργάτες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Οι παρατηρήσεις αυτές αποτέλεσαν προάγγελο των αλλαγών που θα ακολουθούσαν πχ το "Public Health Act" στην Μ. Βρετανία το 1848 ή η πρώτη κοινωνική νομοθεσία του Otto von Bismarck, με διατάξεις για την γενική ασφαλιστική κάλυψη όλων των εργαζομένων (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Στη συνέχεια, κατά την περίοδο του Α' Παγκοσμίου Πολέμου (1914-18), την Οκτωβριανή Επανάσταση του 1917, την ανάδυση του εθνικοσοσιαλισμού Κραχ του 1929, αλλά και τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο (1939-45), ο κόσμος βίωσε μια μεγάλη περίοδο κοινωνικών- ιδεολογικών αντιθέσεων. Η ανάγκη για αλλαγή πολιτικών σε όλα τα επίπεδα έγινε εντονότερη και η απομάκρυνση από τον φιλελευθερισμό αισθητή, καθώς τα επίπεδα κρατικού παρεμβατισμού αυξανόταν διαρκώς. Έτσι και η δημιουργία κοινωνικής πολιτικής παροχών και η προάσπιση της υγείας και της ασφάλειας του πολίτη έγιναν αδήριτη ανάγκη (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Στο πνεύμα αυτών των αλλαγών, το 1918 στην Σοβιετική Ένωση οργανώθηκε το σύστημα Semashko, που έδινε δικαίωμα πρόσβασης σε όλους, χωρίς κόστος, καθώς η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν καθήκον και υποχρέωση της κοινωνίας ως συνόλου. Αντίστοιχα, το 1930 στην Γαλλία θεσμοθετήθηκε η δημιουργία γενικού ασφαλιστικού πλαισίου, ενώ το 1923 ιδρύθηκε η Οργάνωση Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, ως αποκύημα της ανάγκης για διεθνοποίηση της υγειονομικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων και την ενίσχυση των θυμάτων του Α' Παγκοσμίου Πολέμου (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

Όλο αυτό το πνεύμα αλλαγής και ανάπτυξης νέων πολιτικών έλαβε τέλος με τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Στον μεταπολεμικό κόσμο η προσπάθεια θα ξεκινούσε εκ νέου, με την προσπάθεια ανοικοδόμησης και δημιουργίας κράτους πρόνοιας (welfare state) και σημαντικό σημείο αυτού θα αποτελούσε η οργάνωση του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος (NHS) από τον Beveridge το 1948, το οποίο θα σηματοδοτούσε μια πλήρη στροφή από τις προϋπάρχουσες δομές υγείας.

Επίσης, το 1948, με πρόταση της Βραζιλίας και της Κίνας στον ΟΗΕ, ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος ανέλαβε το έργο της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών. Αρχικά οι χώρες μέλη ήταν 51 (ανάμεσα τους και η Ελλάδα) και σήμερα φθάνουν τα 139, ενώ η έδρα του οργανισμού βρίσκεται στη Γενεύη. Σημαντικές στιγμές στην ιστορία του ΠΟΥ υπήρξαν η Διακήρυξη της Alma Ata το 1978 και ο Χάρτης της Οτάβα το 1968. (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

### 1.5.2. Θεσμοθέτηση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα

Οι πρώτες προσπάθειες δημιουργίας δομών δημόσιας υγείας στον ελλαδικό χώρο έλαβαν χώρα στην Ζάκυνθο (1661) και την Κέρκυρα (1726), με την ίδρυση των πρώτων νοσηλευτηρίων. Στον υπόλοιπο ελλαδικό χώρο δεν συναντώνται αντίστοιχες δομές, εκτός από πρόχειρες εγκαταστάσεις περίθαλψης τραυματιών για τις ανάγκες των μαχών της Επανάστασης. Οι πρώτες δράσεις για την δημιουργία πιο οργανωμένων δομών γίνεται επί Καποδίστρια, η δολοφονία του οποίου θέτει τέρμα στην διαδικασία και έκτοτε οι προσπάθειες είναι σποραδικές και περιορίζονται μόνο σε νοσοκομειακή περίθαλψη, την οποία στηρίζουν οι δήμοι και οι κοινότητες και οι ευεργέτες (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

Αρκετά χρόνια μετά, με την είσοδο της χώρας σε μακρές περιόδους πολεμικών αναμετρήσεων (βαλκανικοί, Α' Παγκόσμιος Πόλεμος κλπ) και την προσάρτηση νέων περιοχών, την αύξηση του πληθυσμού και την όξυνση του προσφυγικού προβλήματος, έγινε πραγματικότητα η νομοθέτηση για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιου είδους νομοθετικές προσπάθειες υπήρξαν ο Ν. 346/14 «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», ο Ν. 748/17 για τη «Σύσταση Υπουργείου Περιθάλψεως» και ο Ν. 2882/22 «Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περιθάλψεως, μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Κοιν. Πρόνοιας» (Αθανασάκης κ. συν , 2009).

Μετά την Μικρασιατική καταστροφή του 1922, η αδυναμία διαχείρισης του προσφυγικού προβλήματος κατέστησε αναγκαία την διεθνή συνδρομή. Το 1929, μετά από παράκληση της κυβέρνησης Βενιζέλου, επιτροπή εμπειρογνομόνων της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών επισκέφθηκε την Ελλάδα και πρότεινε την λήψη μέτρων. Στα αμέσως επόμενα χρόνια και μέχρι το 1938 η νοσοκομειακή φροντίδα μεταφέρθηκε ολοκληρωτικά στο Κράτος. (Αθανασάκης κ. συν , 2009).

Οι προσπάθειες ανακόπηκαν με την έναρξη του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, οπότε οι μόνες απόπειρες δημιουργίας υγειονομικής πολιτικής γινόταν από τις αντάρτικες ομάδες του ΕΑΜ ΕΛΑΣ, με την εγκατάσταση νοσηλευτηρίων και χειρουργείων σε χωριά της ορεινής Στερεάς, για τους πολεμιστές και τους ντόπιους. Μετά την λήξη του πολέμου ακολούθησε σειρά νόμων και διαταγμάτων για την οργάνωση και σύσταση υγειονομικών υπηρεσιών, με ιδιαίτερη στιγμή την ψήφιση του Ν. 1397/83, που αποτέλεσε τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

### 1.6. Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας παρέχονται σε τρία πολιτικά-οργανωσιακά επίπεδα. Στο κεντρικό επίπεδο οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας

ασκούνται από την Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου και ακολούθως από την Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, στην οποία υπάγονται πέντε Διευθύνσεις και 2 Αυτοτελή Τμήματα. Ακόμα, σε κεντρικό επίπεδο δρα το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), και πλήθος εθνικών οργανισμών, όπως το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, το ΚΕΕΛΠΝΟ, το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, ο ΟΚΑΝΑ, ο ΕΟΦ, ο ΕΦΕΤ και τέλος η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

Σε περιφερειακό επίπεδο, έχουν διαμορφωθεί Διευθύνσεις και Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας, ενώ όσον αφορά τις αρμοδιότητες και τους φορείς δημόσιας υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση θα αναφερθούμε εκτενώς σε επόμενα κεφάλαια.

## 2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1. Πώς ορίζεται η κοινωνική πολιτική

Η χρήση του όρου «κοινωνική πολιτική» αναφέρεται στην ύπαρξη ενός πλέγματος ή συνόλου δραστηριοτήτων που ως αντικείμενο έχουν τις κάθε μορφής υπηρεσίες, παροχές και επιδοτήσεις προς το κοινωνικό σύνολο (Λιαρόπουλος, 2007). Κατά έναν άλλο ορισμό αυτόν του Titmuss, η κοινωνική πολιτική είναι αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας, που εξελίσσεται σε συνάρτηση και σε στενότερη σχέση με τα άλλα κοινωνικά πεδία, ενώ ο Midgley το 1997, διατύπωσε έναν συνθετικό ορισμό, όπου αναφέρονται τέσσερις κατευθύνσεις δράσης, που είναι: α) η περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων, β) η ανάλυση και εξήγηση των αιτιακών παραγόντων που επηρεάζουν τις κοινωνικές συνθήκες και παροχές, γ) η διατύπωση θεωρητικής βάσης για παρέμβαση και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων και δ) η προώθηση της κοινωνικής ευημερίας (Μακαρώνη, 2008). Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από το ESSPROS (Εναρμονισμένο Ευρωπαϊκό Σύστημα Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας), η κοινωνική πολιτική συντίθεται από το σύνολο των παροχών σε χρήμα ή είδος από πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας, που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών, ενώ σε μελέτη του ΙΤΑ αναφέρεται ως η «*καταγραφή, ιεράρχηση και κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών μέσα από σύνολα ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως υγεία, ασφάλιση, απασχόληση, στέγαση και προνοιακές υπηρεσίες*». (Κοντιάδης κ. συν, 2006)

Ακόμα, σύμφωνα με την σχολή Κοινωνικής Διοίκησης, η κοινωνική πολιτική απαρτίζεται από το σύνολο της διοίκησης, της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα, ενώ μια πιο θεωρητική

αντίληψη των πραγμάτων αντιλαμβάνεται την κοινωνική πολιτική ως «ένα σχέδιο για τη διαχείριση και αλλαγή της κοινωνίας για την επίτευξη κοινωνικών στόχων, όπως η ισότητα, η ευημερία και η ασφάλεια των πολιτών μέσω υπηρεσιών που εμπλέκονται στις κοινωνικές και πολιτικές συγκρούσεις, την οικονομία και την πολιτική» (Μακαρώνη, 2008).

## 2.2. Περαιτέρω εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Η κοινωνική πολιτική, όπως ορίστηκε παραπάνω εντάσσεται και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies). Ως τέτοιο, εξαρτάται από τις γενικότερες πολιτικές δομές (politics), αλλά και το ευρύτερο οικονομικό περιβάλλον (Κωνσταντοπούλου, 2009).

Η κοινωνική πολιτική εντάσσεται στον ευρύτερο *κοινωνικό τομέα*, ο οποίος παρουσιάζει ιδιαιτερότητα στο ότι η παροχή των υπηρεσιών δεν εξαρτάται από τους μηχανισμούς των τιμών και δεν υπόκειται πλήρως στον νόμο του κέρδους (Λιαρόπουλος, 2007). Επιπλέον, πραγματοποιείται μέσω ενός ανατροφοδοτούμενου συστήματος που απαρτίζεται από το «*σύνολο των παρεμβάσεων στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού, τομεακής εξειδίκευσης και χωρικής προσαρμογής, υλοποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης κάθε μορφής δημόσιας δράσης από φορείς που εντάσσονται σε διαδοχικά διοικητικά επίπεδα, από το ευρύτερο στο τοπικότερο*» (Κοντιαδης κ. συν, 2006). Το σύστημα αυτό ονομάζεται *αλυσίδα κοινωνικής πολιτικής (policy chain)*.

Εργαλεία της κοινωνικής πολιτικής αποτελούν: η αναδιανομή του εισοδήματος, είτε από το κράτος προς τους πολίτες ή από γενεά σε γενεά, οι νομοθετικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων και η προσπάθεια ένταξης της κοινωνικής πολιτικής στην αγορά.

Η θεσμική οργάνωση όλων των υπηρεσιών που εξυπηρετούν την κοινωνική πολιτική αποτελεί την οργανωτική έκφραση του *κράτους πρόνοιας*, το οποίο αποτελεί καθολικό τύπο οργάνωσης όλων των βιομηχανικών χωρών, καθώς συνδέεται άμεσα με το καπιταλιστικό σύστημα (Κατρούγκαλος, 2004)

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Σακελλαρόπουλο (2008), η κοινωνική πολιτική κα γενικά όλες οι δημόσιες πολιτικές και οι κοινωνικοί θεσμοί αποτελούν το *κοινωνικό κράτος*. Το βαθύτερο νόημα και η έκφραση της κοινωνικής πολιτικής, αλλά και του κοινωνικού κράτους εκφράζεται με την εκδήλωση αλληλεγγύης προς τους αδύνατους, τους άπορους, τους άνεργους, τους αναξιοπαθούντες κλπ. Η ουσιαστική πραγμάτωση της αλληλεγγύης αυτής γίνεται με την αναδιανομή του εισοδήματος από γενιά σε γενιά ή και στο εσωτερικό μιας γενιάς, τις κοινωνικές νομοθετικές ρυθμίσεις, και τέλος με την μεταφορά πόρων μέσω των προνοιακών πολιτικών, οι οποίες περιλαμβάνουν και πολιτικές που αφορούν την υγεία.

Σε καθαρά τοπικό επίπεδο, η κοινωνική πολιτική με την ευρεία της έννοια ορίζεται ως «*το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών προστασίας, αναπαραγωγής και ανάπτυξης των ατομικών και συλλογικών εργασιακών δεξιοτήτων*» και σε αυτήν εμπεριέχονται οι προνοιακές υπηρεσίες, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευσης, κατάρτισης κλπ.(Κοντιάδης, 2006β), Από την άλλη, όπως αναφέρεται στην παραπάνω μελέτη του ΙΤΑ, με την στενή έννοια του όρου αναφέρεται «*το σύνολο των προνοιακών υπηρεσιών προσωπικού χαρακτήρα, που στοχεύουν στο να θεραπεύσουν προβλήματα τα οποία παρεμποδίζουν τα άτομα, πρώτον, από το να απολαμβάνουν ένα ελάχιστο επίπεδο ποιότητας διαβίωσης και δεύτερον από το να είναι παραγωγικά*»

### 2.3. Ιστορική Εξέλιξη Κοινωνικού Κράτους- Κράτους Πρόνοιας

Τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής φροντίδας εξελίχθηκαν πάνω σε θρησκευτικές δομές του παρελθόντος, όπως η φιλανθρωπία, ο αλφαριθμητισμός προκειμένου οι πιστοί να μπορούν να διαβάζουν τα ιερά κείμενα, η προστασία των ηλικιωμένων, τα πτωχοκομεία, τα μοναστήρια- νοσοκομεία κλπ( Αντωνάκης, 2006).

Η έννοια του κοινωνικού κράτους εδραιώθηκε την περίοδο 1930-70 και θεμελιώθηκε σε κρατικές παρεμβάσεις που αποσκοπούσαν στην καταπολέμηση των κοινωνικών κινδύνων. Με την λογική αυτή, δημιουργήθηκαν οι υπάρχουσες σήμερα πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης, υγείας, πρόνοιας, καταπολέμησης της ανεργίας κλπ. (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Από την δεκαετία του '80 το κοινωνικό κράτος έγινε αντικείμενο αυξανόμενης κριτικής από την νεοφιλελεύθερη θεωρία, η οποία το αντιμετώπισε ως εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη. Αντιπροτάθηκε το μοντέλο του *κοινωνικού φιλελευθερισμού*, το οποίο αντιπαρέταξε τις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης στις παθητικές επιδοματικές πολιτικές, την ευκαιρία στην έννοια του κοινωνικού κινδύνου, και τις πολιτικές κοινωνικής ενσωμάτωσης στην πρόνοια (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Τρεις δεκαετίες μετά, η αντίληψη αυτή έχει γίνει αντικείμενο δριμείας κριτικής και ταυτόχρονα, νέα μοντέλα έχουν αρχίσει να εδραιώνονται σε σχέση με τον χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής, τα οποία θα αναφερθούν παρακάτω συνοπτικά.

Το φλέγον ζήτημα ή «*Νέο Κοινωνικό Ζήτημα*» στις μέρες μας δεν είναι πλέον η κατάσταση της εργατικής τάξης( όπως τον 19<sup>ο</sup> αι), αλλά ο κοινωνικός αποκλεισμός. Με την έννοια αυτή προσδιορίζεται η απώλεια της κοινωνικής κατάστασης του ατόμου και η κατάταξη του στην κατηγορία των «κοινωνικά αστέγων». Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με την απώλεια των δικαιωμάτων στέγασης, απασχόλησης, εκπαίδευσης, κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής προστασίας( Κοντιάδης, 2006). Από την άλλη, σύμφωνα με τον Κατρούγκαλο (2004), «*το κράτος πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και*

περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Δεν πρέπει να συγχέεται με το κοινωνικό κράτος, όρος που συμπυκνώνει θεσμικά και πολιτειολογία την ανάληψη από το κράτος συνταγματικών υποχρεώσεων για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών των μελών της κοινωνίας και προσδιορίζει ένα υποσύνολο μόνο των κρατών πρόνοιας».

#### 2.4. Μοντέλα Κοινωνικής Πολιτικής

Σε έναν κόσμο εξ ορισμού πλέον αλληλεξαρτώμενο, ως συνέπεια της παγκοσμιοποίησης, είναι εύλογο να απαντάται πλήθος κοινών χαρακτηριστικών σε ομάδες κρατών, ακόμα και στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.

Η «μοντελοποίηση», ως μέθοδος μελέτης της κοινωνικής πολιτικής χρησιμοποιεί κανόνες γενικούς και αφηρημένους, προκειμένου να κατατάξει τα κράτη σε ομοειδή σύνολα. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν είναι ποικίλλα και ως εκ τούτου και οι κατατάξεις είναι αρκετές και η διατύπωση κριτικών και αντιρρήσεων από την πλευρά των κοινωνικών επιστημόνων συχνότατη.

Η αναφορά που ακολουθεί αποσκοπεί σε μια απλή και κατά το μέτρο του δυνατού τεκμηριωμένη βιβλιογραφική αναφορά, προς διευκόλυνση της περαιτέρω μελέτης και σε καμία περίπτωση δεν ενέχει στοιχεία κριτικής προς τις διάφορες προσεγγίσεις.

##### 2.4.1. Κατηγοριοποιήσεις

Μια από τις πρώτες κατηγοριοποιήσεις υπήρξε αυτή του Titmuss (1974), ο οποίος με κριτήριο τη σχέση ισχύος ανάμεσα στην αγορά και τις κρατικές προνοιακές πολιτικές, κατέταξε τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής σε τρεις κατηγορίες:

α) «υπολειμματικά», στα οποία οι ανάγκες καλύπτονται από τον μηχανισμό της αγοράς και την οικογένεια, ενώ το κράτος δρα επικουρικά με την κοινωνική ασφάλιση πχ ΗΠΑ

β) «βιομηχανικά», όπου οι ανάγκες καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία, ενώ η κοινωνική ασφάλιση δρα συμπληρωματικά και

γ) «θεσμικά ή αναδιανεμητικά» (πχ Σκανδιναβικές χώρες), όπου ως κύριος στόχος της κοινωνικής πολιτικής τίθεται η καθολική κάλυψη των αναγκών εκτός μηχανισμών αγοράς.

Οι Furniss & Tilton (1977), με κριτήριο κατάταξης τον διαφορετικό βαθμό παρεμβατικότητας του μηχανισμού αγοράς διέκριναν τα παρακάτω μοντέλα:

α) «θετικό κράτος», στο οποίο η κρατική παρέμβαση περιορίζεται σε δραστηριότητες που στοχεύουν στην ανάπτυξη της οικονομικής δραστηριότητας

β) «κοινωνικής ασφάλειας», όπου οι κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες διακρίνονται με σαφήνεια και

γ) «κοινωνικό κράτος πρόνοιας», στο οποίο στόχος είναι η επίτευξη κοινωνικής ισότητας μέσω των κοινωνικών πολιτικών, οι οποίες επικεντρώνονται σε κοινωνικούς, παρά σε οικονομικούς στόχους. (Μακαρώνη, 2008).

Το 1990, ο Palme χρησιμοποίησε ως κριτήριο την παροχή καθολικού και επαρκούς ελάχιστου εισοδήματος σε όσους βρίσκονται πάνω από ηλικία συνταξιοδότησης και κατέταξε τα κοινωνικά κράτη σε:

α) «υπολειμματικά», όπου η ελάχιστη σύνταξη είναι ανεπαρκής και προσδιορίζεται συναρτήσει των προηγούμενων εισφορών του δικαιούχου, ενώ ενθαρρύνεται η κάλυψη των αναγκών μέσω της αγοράς (ουσιαστικά δηλαδή μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης)

β) «διασφάλισης του εισοδήματος», μοντέλο που απαντάται κυρίως στις παραδοσιακές κοινωνίες, όπου η οικογένεια έχει πρωταρχικό ρόλο. Οι παροχές στην περίπτωση αυτή, συνδέονται με την απασχόληση και είναι ανάλογες των προηγούμενων παροχών, δίδονται δε κυρίως από το κράτος.

γ) «βασικής ασφάλισης», στο οποίο πραγματοποιείται καθολική καταβολή σύνταξης, χωρίς ιδιαίτερους δεσμούς με την απασχόληση ή το πρότερο εισόδημα. Η χρηματοδότηση στην περίπτωση αυτή πραγματοποιείται μέσω της γενικής φορολογίας και τέλος,

δ) «θεσμικό», όπου υπάρχει καθολικό σύστημα ασφάλισης που βασίζεται στις προηγούμενες αποδοχές και παρουσιάζει υψηλά ποσοστά ανταποδοτικότητας.

Τέλος, ιδιαίτερα περίοπτη θέση στην βιβλιογραφία κατέχει η κατηγοριοποίηση του Esping-Andersen (1989-90), για τα «κράτη του καπιταλισμού της ευημερίας», με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας και δείκτη την από-εμπορευματοποίηση της εργασίας.

Στην περίπτωση αυτή, τα κράτη διαχωρίζονται σε : «φιλελεύθερα», «συντηρητικά-κορπορατιστικά» και «σοσιαλδημοκρατικά», κατάταξη που θα αναπτυχθεί λίγο εκτενέστερα παρακάτω.

#### 2.4.2. Το φιλελεύθερο ή αγγλοσαξονικό μοντέλο

Η έννοια της ατομικότητας και της ευθύνης κάθε ατόμου για τις πράξεις του είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό του φιλελεύθερου ή αγγλοσαξονικού μοντέλου κατά Esping-Andersen, το οποίο απαντάται κυρίως στις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά, την Αυστραλία, αλλά και στην Ελβετία..

Η κρατική φροντίδα στην περίπτωση αυτή περιορίζεται μόνο στους αναξιοπαθούντες και η κοινωνική πολιτική δρα αποκλειστικά ως δίκτυ ασφαλείας απέναντι στην απόλυτη φτώχεια. Οι παροχές είναι μεν καθολικές για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα ασφαλιστικού δεσμού, αλλά παρέχονται μόνο στην περίπτωση απόλυτης ένδειας, Ακόμα και σ' αυτή την περίπτωση όμως, οι παροχές δεν δίδονται ως χρηματικό

βοήθημα, αλλά ως προσπάθεια επανένταξης στην παραγωγική διαδικασία. Ως εκ τούτου, υπάρχει κρατική παρέμβαση στην προσωπική ζωή του βοηθούμενου, αλλά και ηθικός στιγματισμός του αν αυτό καταστεί αναγκαίο.

Η κοινωνική πρόνοια υφίσταται ως μορφή δωρεάς από το κράτος προς τον πολίτη και ως εκ τούτου, υπόκειται σε οποιουσδήποτε όρους ο δωρητής επιθυμεί να θέσει, ενώ δεν υπάρχει αναδιανεμητικός χαρακτήρας. Η χρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας. Κυρίαρχο δικαίωμα στα κράτη φιλελεύθερης αντίληψης είναι το δικαίωμα της ιδιοκτησίας, ενώ τα κοινωνικά δικαιώματα δεν κατοχυρώνονται συνταγματικά, αλλά εντάσσονται στα πλαίσια του common law (εθιμικού δικαίου) προκειμένου να αποφευχθούν άστοχες γενικεύσεις

Η κριτική σε σχέση με το μοντέλο αυτό συνίσταται στην επέκταση των θέσεων εργασίας χαμηλής ειδίκευσης και αμοιβής, στην εμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών, στον στιγματισμό των ωφελουμένων και στον μη αναδιανεμητικό του χαρακτήρα, που αυξάνει τις ανισότητες και στην ιδιωτικοποίηση της κρατικής πρόνοιας (Μακαρώνη, 2008)

#### 2.4.3 Το Σοσιαλδημοκρατικό ή Σκανδιναβικό Μοντέλο

Στις Σκανδιναβικές χώρες αναπτύχθηκε το μοντέλο της πρακτικής του κοινωνικού κράτους ως κοινωνικής επένδυσης (Σακελλαρόπουλος, 2008), το οποίο αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως *θεσμικό* ή *αναδιανεμητικό* ή *σοσιαλιστικό* ή *σκανδιναβικό* μοντέλο. Αφετηρία εδραίωσης του μοντέλου υπήρξε η Γαλλική επανάσταση του 1848 κατά την διάρκεια της οποίας άρχισαν να διαφαίνονται νέες διεκδικήσεις, κοινωνικού κυρίως περιεχομένου, που προβλήθηκαν από τους εργάτες, το νέο στρώμα της κοινωνίας που αναδείχθηκε μετά τη βιομηχανική επανάσταση.

Βάση του μοντέλου αυτού αποτελεί η αντίληψη ότι προέχει η πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων (πχ. ανεργία, κοινωνικός αποκλεισμός) με την λήψη ρυθμίσεων για την προστασία του παιδιού, της οικογένειας, του φύλου και την εργασιακή κατάρτιση. Το σκανδιναβικό παράδειγμα αποτελεί ένα μίγμα κλασικών κοινωνικών πολιτικών με σύγχρονες πολιτικές κοινωνικής επένδυσης (Σακελλαρόπουλος, 2008). Το σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικού κράτους χαρακτηρίζεται από καθολικότητα όλων των παροχών, η οποία απορρέει από την ιθαγένεια μέσω ενός μεγάλου, αλλά ευέλικτου και αποκεντρωμένο γραφειοκρατικό μηχανισμό, με ιδιαίτερη έμφαση στις οικογενειακές παροχές και τις υπηρεσίες κατάρτισης. (Abrahamson, 1999, Μακαρώνη, 2008).

Η χρηματοδότηση των παροχών πραγματοποιείται μέσω φορολόγησης από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ η κοινωνική πολιτική αποτελεί ευθύνη και αρμοδιότητα



της τοπικής αυτοδιοίκησης (με εξαίρεση την πολιτική απασχόλησης). Μάλιστα ο τοπικός φόρος προσεγγίζει το 50% της συνολικής φορολόγησης και το μοντέλο χαρακτηρίζεται ως αναδιανεμητικό. (Abrahamson, 1999, Μακαρώνη, 2008).

Η αυτοδιοίκηση έχει σε πολύ μεγάλο βαθμό αυτοτέλεια διοικητική, αλλά, όπως προαναφέρθηκε, και οικονομική. Υφίσταται διαχειριστικό έλεγχο, αλλά όχι έλεγχο σκοπιμότητας ή εποπτεία ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών ή την αξιοποίηση των κονδυλίων που διατίθενται. Το μοντέλο αυτό αποτελεί ιστορικό συμβιβασμό ανάμεσα στην αποκεντρωτική και φιλελεύθερη αρχή της αυτοδιοίκησης και στην εξισωτική και συγκεντρωτική αρχή του κράτους πρόνοιας (Μακαρώνη, 2008).

Τα κοινωνικά δικαιώματα στο σκανδιναβικό μοντέλο δεν είναι συνταγματικά κατοχυρωμένα, πλην του δικαιώματος στην εργασία και στην διατήρηση αξιοπρεπούς ορίου διαβίωσης. Η κριτική συνίσταται στα προβλήματα κόστους των παροχών και δημιουργίας θέσεων εργασίας, της δυσκολίας υιοθέτησής του από άλλα κράτη, της ανομοιομορφίας παροχών σε πλούσιες και φτωχές κοινότητες και του φόβου οικονομικής συρρίκνωσης λόγω της κινητικότητας των κεφαλαίων στο παγκοσμιοποιημένο οικονομικό περιβάλλον. (Abrahamson, 1999)

#### 2.4.4. Το Συντηρητικό- Κορπορατιστικό- Ηπειρωτικό Μοντέλο

Στην Ηπειρωτική Ευρώπη πχ Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο επικράτησε ένα διαφορετικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής, με ρίζες στον 19<sup>ο</sup> αιώνα και συντηρητικές προδιαγραφές, εξ' ου και ονομάστηκε επίσης *συντηρητικό* ή *κορπορατιστικό*. Οι βάσεις του μοντέλου αυτού είναι βισμαρκιανές, ως εκ τούτου χαρακτηρίζεται από παροχές ανάλογες με την συνεισφορά του εργαζομένου, χρηματοδότηση κυρίως από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και σε μικρότερο ποσοστό από τη φορολογία, περιορισμένη αναδιανομή εισοδήματος, ισχυρή και εκτεταμένη γραφειοκρατία, στήριξη οικογένειας με τον άνδρα ως κύρια πηγή εισοδήματος, αποθάρρυνση της γυναικείας συμμετοχής στην εργασία και συνταγματική κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, αναδεικνύοντας την αρχή του κοινωνικού κράτους ως οργανωτική βάση του πολιτεύματος και νομιμοποιώντας τον οικονομικό παρεμβατισμό (Αντωνάκης, 2006)

Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται δεν είναι καθολικά, αλλά βασίζονται κυρίως στον ασφαλιστικό δεσμό και ως εκ τούτου είναι δικαιώματα των εργαζομένων και όχι των πολιτών. Οι παροχές είναι κυμαινόμενες και κυρίως χρηματικές και εξαρτώνται από τις κρατήσεις των δικαιούχων

Η χρηματοδότηση των παροχών προέρχεται κυρίως από τις εισφορές και σε μικρότερο βαθμό από την φορολογία. Η αναδιανομή του εισοδήματος είναι περιορισμένη και δεν αλλάζει ριζικά τους κοινωνικούς συσχετισμούς.

Βασικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας είναι η παραδοσιακή οικογένεια, η οποία στηρίζεται οικονομικά με χρηματικές ενισχύσεις ή μέσω ειδικής φορολογικής μεταχείρισης. Ο άντρας αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος, ενώ η συμμετοχή της γυναίκας στην εργασία αποθαρρύνεται και μέσω των ελλειμματικών κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας για τα παιδιά.

Η κριτική επικεντρώνεται στον μη αναδιανεμητικό χαρακτήρα του, στην παθητική μορφή των παροχών με αποτέλεσμα την έλλειψη κινήτρων, στην ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη στην αγορά των γυναικών, στην ακαμψία και στην απροθυμία εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στην αγορά, και τέλος στον τρόπο επίτευξης της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου δεν είναι ορατές κρατικές εγγυήσεις για τους αδυνάτους (Μακαρώνη, 2008).

#### 2.4.5. Λοιπά μοντέλα

Πέρα από τα προαναφερθέντα μοντέλα, μπορούν σε παγκόσμιο επίπεδο να εντοπιστούν διάφορα ακόμη μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, υβριδικά ή ως ξεχωριστές περιπτώσεις.

Για παράδειγμα, σε χώρες της Λατινικής Αμερικής συναντάται ένα έλλειμμα κοινωνικής πολιτικής, με εγκαθίδρυση ενός τύπου ηπειρωτικού μοντέλου, με εύνοια προς την κρατική γραφειοκρατία. Σε περιπτώσεις όπως στην Χιλή ακολουθείται το φιλελεύθερο μοντέλο, ενώ σε άλλες όπως στην Κόστα Ρίκα το σοσιαλδημοκρατικό (Μακαρώνη, 2008). Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο παρεμβατισμός των ισχυρών, δυτικών δυνάμεων σε όλα τα επίπεδα.

Τα κράτη της Ασίας, από την άλλη, επί αιώνες ακολουθούν του παραδοσιακού θρησκευτικού μοντέλου κοινωνικού κράτους, με κυρίαρχα στοιχεία του τη φροντίδα για όλα τα μέλη και κυρίως τα φτωχά και την ανυπαρξία της έννοιας του ατόμου, σε αντιδιαστολή με αυτή του «πιστού υπηκόου». Τα κράτη αυτά, αν και ακολουθούν ένα υποτυπώδες ηπειρωτικό πρότυπο, δεν έχουν υπερβεί τις προκαπιταλιστικές κοινωνικές σχέσεις, δημιουργώντας ένα ιδιαίτερο ιδιότυπο, το συχνά αποκαλούμενο κομφουκιανό μοντέλο. Το πρότυπο είναι αρκετά αναδιανεμητικό, ξένο σε κάθε είδους ατομικιστικής θεωρίας και συνεπώς του φιλελευθερισμού, με πολυκερματισμό των ασφαλιστικών φορέων και υποτυπώδεις κοινωνικές δαπάνες και ασφαλιστική κάλυψη. (Μακαρώνη, 2008)

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν την ύπαρξη νότιο - ευρωπαϊκού μοντέλου κράτους πρόνοιας με την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία να συμμετέχουν σε αυτό. Οι κύριες θέσεις για ύπαρξη ή μη του προτύπου αυτού είναι τρεις: η πρώτη, με κύριο εκφραστή τον Esping- Andersen (1990) υποστηρίζει ότι δεν υφίσταται ξεχωριστό μοντέλο, αλλά αποτελεί μια παραλλαγή του ηπειρωτικού

μοντέλου, με ιδιαίτερη έμφαση στον επικουρικό ρόλο της οικογένειας. Η δεύτερη ομάδα θεωρητικών με κύριο εκφραστή τον Leibfried (1993), αναφέρεται στην ύπαρξη ενός υποτυπώδους υπανάπτυκτου κοινωνικού μοντέλου της «λατινικής περιφέρειας», το οποίο χαρακτηρίζεται από την χαμηλή αξία των κοινωνικών επιδομάτων και το περιορισμένο εύρος των κοινωνικών υπηρεσιών (Μακαρώνη, 2008). Τέλος, η τρίτη ομάδα με εκφραστή τον Ferrera (1996) κάνει λόγο για ξεχωριστό, ανεξάρτητο μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας με κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά, (π.χ. εθνική και θρησκευτική ομοιογένεια, φαινόμενα μετανάστευσης και μακροχρόνιας πολεμικής δραστηριότητας, εκτεταμένα φαινόμενα διαπλοκής, έμφαση στην βοήθεια από την οικογένεια κλπ) και ένα σύνολο ιδιαίτερων προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Γεγονός είναι ότι μπορούν να καταγραφούν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, ενδεικτικά των νοτιοευρωπαϊκών χωρών όπως: η εξάρτηση των κοινωνικών παροχών από την εργασία, ο κατακερματισμός του προνοιακού συστήματος, η ανισότητα των παροχών, ο υψηλός μέσος όρος σύνταξης, η καθολικότητα στην υγειονομική περίθαλψη, η διαπλοκή του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα, η ύπαρξη θεσμικής ευνοιοκρατίας, η χαμηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα του δημόσιου τομέα, η ανομοιόμορφη κατανομή των φορολογικών βαρών στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού κοκ (Μακαρώνη, 2008).

Παρόλα αυτά, η ύπαρξη και αρκετών ανομοιοτήτων (πχ. στα επίπεδα των συντάξεων ή στην καθολικότητα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας), καθώς και κάποιες μεθοδολογικές ανορθοδοξίες που παρουσιάζει η κατάταξη Ferrera, επιτρέπει την διατύπωση αμφιβολιών από άλλους ερευνητές του χώρου, σχετικά με το αν το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο είναι ένα ανεξάρτητο πρότυπο ή μια ακραία έκφανση-στρέβλωση του ηπειρωτικού μοντέλου (Μακαρώνη, 2008)

### 2.5. Το Κοινωνικό Κράτος στην Ελλάδα

Η πολύχρονη υποδούλωση του ελληνικού κράτους στην Οθωμανική Αυτοκρατορία, αλλά και τα ταραγμένα χρόνια που ακολούθησαν κάθε άλλο παρά συνέβαλλαν στην ανάπτυξη ενός ισχυρού και οργανωμένου κοινωνικού κράτους. Η έντονη εξάρτηση του νεοσύστατου κράτους από τις ξένες δυνάμεις, καθώς και ο συντηρητισμός των δικτατορικών καθεστώτων που επακολούθησαν δεν επέτρεψαν την προώθηση των κοινωνικών απαιτήσεων και την καθιέρωση ενός προτύπου κοινωνικού κράτους. Την περίοδο εκείνη, η κοινωνική φροντίδα παρέχεται κυρίως από την Εκκλησία, με τρόπο επικουρικό και ανεξάρτητα από το επίσημο κράτος καθώς και μέσω της φιλανθρωπίας των ανώτερων τάξεων και την φροντίδα διαφόρων κοινοτήτων και συντεχνιών. (Μακαρώνη, 2008, Αντωνάκης, 2008). Η βασίλισσα Φρειδερίκη

αποτέλεσε φορέα εισαγωγής στην Ελλάδα του κρατικίστικου γερμανικού μοντέλου, το οποίο υιοθετήθηκε, με συνέπεια πλέον οι κοινωνικές παροχές να εξαρτώνται από τον ασφαλιστικό δεσμό και να αποτελούν μέσο «ανταμοιβής» του πολίτη για την εργασία του.

Μετεμφυλιακά, το ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας δεν κατόρθωσε να απεμπλακεί από τις στρεβλώσεις που προέκυψαν από τον ανορθολογικό τρόπο δημιουργίας του και συνέχισε να υφίσταται ως ένα μέσο εξυπηρέτησης πελατειακών σχέσεων και συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, οι οποίες συμμετείχαν κυρίως στο σύστημα εξουσίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του φαινομένου υπήρξε ο πολλαπλασιασμός των συντάξεων και επιδομάτων «αναπηρίας», καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, οι οποίοι παρείχαν εξαιρετικά άνισες καλύψεις και παροχές (Αντωνάκης, 2008).

Το 1975 τέθηκε σε ισχύ το νέο Σύνταγμα και ως πολίτευμα του κράτους καθιερώθηκε η προεδρευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία, με θεμέλιο λίθο την λαϊκή κυριαρχία. Το κοινωνικό κράτος κατοχυρώθηκε και συνταγματικά, παράλληλα όμως πύκνωσαν τα αιτήματα για εκσυγχρονισμό και αναδιάρθρωση του. Ιδιαίτερα μετά το 1980, έγινε εμφανής η επικράτηση της ιδεολογικής κατεύθυνσης του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου των σκανδιναβικών χωρών, παρόλα αυτά όμως και μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο βάρος δίνεται στο ασφαλιστικό και στις επιδοματικές παροχές (Αντωνάκης, 2008).

Η παρούσα περίοδος χαρακτηρίζεται ως το «τέλος της Μεταπολίτευσης» και από πολλούς επιστήμονες αντιμετωπίζεται ως η εποχή της αποδόμησης του κοινωνικού κράτους, με την πραγματοποιηθείσα επιμήκυνση του χρόνου εργασίας, τις περικοπές μισθών και συντάξεων, την κατάργηση ή μείωση των επιδοματικών παροχών και ότι άλλο ήθελε ακολουθήσει (Μητρόπουλος, 2010). Από την άλλη, ακούγονται φωνές που υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό κράτος όπως το γνωρίζαμε έχει φτάσει στα όρια του και είναι απαραίτητο να μεταβληθεί ριζικά προκειμένου να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του μέλλοντος (Σκόρδας, 2010)

## 2.6. Κοινωνική Πολιτική για την Υγεία

### *2.6.1 Κοινωνική Πρόνοια*

Η πολιτική υγείας αναφέρεται στο σύνολο των προσπαθειών που αποσκοπούν στην επίτευξη πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής υγείας (Κωνσταντοπούλου, 2009). Η *κοινωνική πρόνοια* από την άλλη, ορίζεται ως ένας *«μηχανισμός συστήματος κοινωνικής ασφάλειας που επικεντρώνεται στην κάλυψη των αναγκών κάθε ατόμου, το οποίο δεν διαθέτει επαρκείς πόρους ή τελεί σε καθεστώς κοινωνικού αποκλεισμού και δεν καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής*

ασφάλισης ως μηχανισμού προστασίας έναντι τυποποιημένων ασφαλιστικών κινδύνων»(Κοντιάδης,2006).

Θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας του μηχανισμού αυτού είναι η αλληλεγγύη μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικών γενεών, η επικουρικότητα, η οποία αναφέρεται στην κάλυψη της βιοτικής ανάγκης όταν δεν μπορεί να καλυφθεί με άλλο μέσο και τέλος η εξατομίκευση της πολιτικής (Κοντιάδης, 2006)

### 2.6.2. Η Κοινωνική Ασφάλιση

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας απαρτίζεται από ένα πλέγμα μέτρων, τα οποία λαμβάνει η πολιτεία και αποσκοπούν στην προστασία των πολιτών από διάφορους κινδύνους και εν τέλει στην *κοινωνική ασφάλεια*.(Κοντιάδης, 2006β, Λαζαρίδου, 2009). Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας καταγράφηκε ως δικαίωμα στο άρθρο 22 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1948 και αφορά στα συγκεκριμένα μέτρα που λαμβάνει μια κοινωνία, για την άρση ή μείωση δυσμενών επιδράσεων στα μέλη της, οι οποίες δύναται να προκύψουν συνεπεία ορισμένων κινδύνων (Κοντιάδης, 2006β, Λαζαρίδου, 2009).

Κίνδυνος μπορεί να προκληθεί από ενδεχόμενα μελλοντικά και αβέβαια, που δεν είναι δυνατό να ληφθούν υπόψη εκ των προτέρων. Τέτοιου είδους ενδεχόμενα μπορεί να αφορούν φυσικά φαινόμενα, χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης ή επαγγελματικές και οικογενειακές ιδιαιτερότητες. Σε περίπτωση που οι κίνδυνοι αυτοί, αλλά και η πρόληψη τους αποτελεί κοινωνικό μέλημα, ονομάζονται κοινωνικοί κίνδυνοι και μπορούν να αντιμετωπιστούν ατομικά μεν (όπως γινόταν μέχρι το 1900) με την αποταμίευση, την ιδιωτική ασφάλιση και την φιλανθρωπία ή σε συλλογικό επίπεδο, μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας(Λαζαρίδου, 2009, Χλέτσος, 2003)

Κοινωνική ασφάλεια είναι δυνατό να επιτευχθεί με την διατήρηση των πηγών συντήρησης, την προστασία της υγείας, την εξασφάλιση της απασχόλησης και την διατήρηση της εργασιακής ικανότητας, την εγγύηση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης, την διασφάλιση της δυνατότητας του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στην οικονομική- κοινωνική ζωή, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, την αναδιανομή του εισοδήματος και εν τέλει, την κοινωνική δικαιοσύνη (Κοντιάδης, 2006β).

Η έννοια των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας υποδιαιρείται σε τρεις επιμέρους χώρους- έννοιες, οι οποίοι είναι μεν αυτοτελείς, αλλά και αλληλοσυνδεόμενοι: την *κοινωνική ασφάλιση*, την *κοινωνική πρόνοια* και την *προστασία της υγείας*.

Η κοινωνική ασφάλιση συμπεριλαμβάνει «μέτρα για την χορήγηση οικονομικών πόρων (ασφαλιστικές παροχές) από ειδικούς φορείς (ασφαλιστικούς οργανισμούς), σε πρόσωπα που υπάγονται σ' αυτούς (ασφαλισμένοι), τα οποία αντιμετωπίζουν τυποποιημένους κινδύνους (ασφαλιστικοί κίνδυνοι) μείωσης εισοδημάτων ή αύξησης

*των δαπανών τους κι έχουν συμπληρώσει προκαθορισμένες χρονικές(χρόνο ασφάλισης) και οικονομικές (εισφορές) προϋποθέσεις» (Κοντιάδης, 2006β) Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα μικτό σύστημα, με χαρακτηριστικά τόσο από το σύστημα Bismark, όσο και από το Beveridge. Υπάρχει μεγάλη πολυπλοκότητα και ανάλογα μεγάλα ελλείμματα, τα οποία ως σήμερα δεν έχουν αντιμετωπιστεί επιτυχώς.*

*Η κοινωνική πρόνοια αφορά «μέτρα που αφορούν την χορήγηση μη ανταποδοτικών εισοδηματικών παροχών, παροχών σε είδος και κοινωνικών υπηρεσιών μέσω ειδικών φορέων (προνοιακοί φορείς), σε άτομα που τελούν σε κατάσταση ανάγκης και δε μπορούν να την αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα» (Κοντιάδης, 2006β).*

*Τέλος, η προστασία της υγείας ως μέρος της κοινωνικής ασφάλειας και συνεπώς του κοινωνικού κράτους, αφορά τα μέτρα για «την χορήγηση παροχών σε είδος , αλλά και υγειονομικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους φορείς, με σκοπό την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Κοντιάδης, 2006β).*

## ΜΕΡΟΣ Β: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

### 1. Η ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΩΣ ΕΝΝΟΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

#### 1.1. Η έννοια της αποκέντρωσης

Οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών για καλύτερη κρατική οργάνωση και αποτελεσματικότερη δημόσια διοίκηση έχουν φέρει στο προσκήνιο εδώ και χρόνια την συζήτηση για διοικητική αποκέντρωση και ενδυνάμωση της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ως γενική έννοια, η *αποκέντρωση* αναφέρεται στην μεταφορά εξουσίας ή τον διασκορπισμό δύναμης στον δημόσιο σχεδιασμό, την διαχείριση και την λήψη απόφασης από εθνικό σε υποεθνικό επίπεδο (Mills et al, 1990). Με απλούστερα λόγια, η αποκέντρωση σε σχέση με την δημόσια διοίκηση, ορίζεται ως η διαχείριση κρατικών υποθέσεων στην περιφέρεια από όργανα όμως που αποτελούν μέρος της ίδιας αυτής της κρατικής μηχανής(Σαρκόπουλος, 1993).

Η αποκέντρωση προωθήθηκε διεθνώς ως έννοια την δεκαετία του 1959 και αρχές του 1960, από αποικιοκρατικά κυρίως κράτη, τα οποία συναντούσαν προβλήματα αποτελεσματικής διακυβέρνησης. Η μέθοδος αποκέντρωσης που επελέγη ήταν ως επί το πλείστον αυτή της τοπικής διακυβέρνησης, το σχήμα όμως γρήγορα εγκαταλείφθηκε, καθότι παρουσιάστηκαν προβλήματα εθνικής ενότητας (Mills et al, 1990). Στις αμέσως επόμενες δεκαετίες το ζήτημα επανετέθη επί τάπητος, αλλά την φορά αυτή η περιφέρεια πίεζε για την ανάληψη εξουσιών και όχι το κέντρο για παραχώρησή τους.

Στην δεκαετία του 1980, η αποκέντρωση χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την εκκίνηση μιας εποχής «αναδόμησης» της Αφρικανικής Ηπείρου, με την συμμετοχή της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Ο ίδιος στόχος και το ίδιο μέσο χρησιμοποιήθηκε και για την Λατινική Αμερική, η οποία λόγω αποικιοκρατίας ήταν εξοικειωμένη με την έννοια της αποκέντρωσης. Παρόλα αυτά, η αποκέντρωση δεν υπήρξε η αναμενόμενη πανάκεια, οπότε απεδείχθη εκ των υστέρων στις παραπάνω, αλλά και άλλες ακόμα περιπτώσεις(Bach, 2000).

Οι στόχοι της αποκέντρωσης ποικίλλουν από φιλοσοφικούς – ιδεολογικούς, όπως η τοπική αυτάρκεια και η προώθηση της συμμετοχής στην κοινότητα, έως πραγματιστικούς π.χ. η καλύτερη ανταπόκριση στις τοπικές ανάγκες, η βελτίωση της διαχείρισης των προμηθειών ή η μεταφορά της ευθύνης για την ανάπτυξη από το κέντρο στην περιφέρεια (Mills et al, 1990).

Επιπλέον, παρουσιάζεται διαχωρισμός ανάμεσα στην *λειτουργική* (functional) και την *γεωγραφική* αποκέντρωση. Κατά την πρώτη, πραγματοποιείται μεταφορά εξουσίας σε εξειδικευμένη τοπική αρχή, ενώ κατά τη δεύτερη, η ευθύνη για τις δημόσιες λειτουργίες μεταφέρονται σε τοπικούς οργανισμούς με καθορισμένα γεωγραφικά όρια (Mills et al, 1990). Ένας άλλος διαχωρισμός της διοικητικής αποκέντρωσης που συναντάται στην βιβλιογραφία, αναφέρει ως υποκατηγορίες της : την αποσυγκέντρωση (μεταφορά εξουσίας από κέντρο σε περιφέρεια εντός της ίδιας δομής), την αντιπροσώπευση (μεταφορά εξουσίας και ευθύνης σε ημι- αυτόνομους φορείς), την μεταβίβαση (μεταφορά εξουσίας από κέντρο σε διαφορετικές διοικητικές δομές, εντός δημόσιας διοίκησης) και ιδιωτικοποίηση (μεταφορά λειτουργικών ευθυνών και σε κάποιες περιπτώσεις ιδιοκτησίας σε ιδιωτικούς παρόχους)(Bossert, 1998, Mills et al, 1990).

Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με το Σύνταγμα, αρθρ. 101, παρ1, «*η διοίκηση του κράτους οργανώνεται σύμφωνα με το αποκεντρωτικό σύστημα*». Κύρια χαρακτηριστικά της ελληνικής διοικητικής αποκέντρωσης είναι η διάκριση των κεντρικών από τα περιφερειακά όργανα, με βάση την εδαφική διοικητική διαίρεση της χώρας, η ιεράρχηση της σχέσης περιφερειακών και κεντρικών οργάνων και η άσκηση αποφασιστικών διοικητικών αρμοδιοτήτων από τα διοικητικά όργανα του κράτους για υποθέσεις της περιφέρειας τους (Σαρκόπουλος, 1993). Ως περιφέρεια νοείται «*μια γεωγραφική, λειτουργική και ουσιαστική οντότητα διακριτή από τις άλλες, σε όρους πολιτιστικής ιδιαιτερότητας, κοινωνικής πολιτικής κυρίως και δευτερευόντως οικονομικής, σύμφωνα με τη σύγχρονη οικονομική λειτουργία*» (Παπακωνσταντινίδης, 2003)

Η διοικητική αποκέντρωση όπως αναλύθηκε παραπάνω δεν αποτελεί ταυτόσημο, αλλά έννοια παράλληλη με αυτή της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η εδαφική διοικητική διαίρεση της χώρας ως στοιχείο της αποκέντρωσης προσομοιάζει με την τοπική αυτοδιοίκηση στο ότι και οι δύο φέρουν το χωρικό στοιχείο ως προϋπόθεση που προσδιορίζει την αρμοδιότητα των οργάνων



τους. (Σαρκόπουλος, 1993). Ειδοποιός διαφορά, από την άλλη, είναι ότι η διοικητική αποκέντρωση πραγματοποιείται από όργανα το κράτους, ενώ η τοπική αυτοδιοίκηση ασκείται από ανεξάρτητα όργανα, όπως θα αναφερθεί εκτενέστερα παρακάτω.

### 1.2. Η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης και ο ρόλος της στην άσκηση δημόσιας διοίκησης

Η ίδια η έννοια της αυτοδιοίκησης υπονοεί την ύπαρξη ίδιας βούλησης των διοικουμένων στην άσκηση της δημόσιας διοίκησης. Σύμφωνα με μια διαφορετική διατύπωση, η αυτοδιοίκηση είναι «η άσκηση δημόσιας διοίκησης, την οποία ασκούν οι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί δημόσιας διοίκησης, υπό ιδίαν ευθύνη, με τα δικά τους όργανα, κατά παραχώρηση του κράτους» (Σαρκόπουλος, 1993).

Η τοπική αυτοδιοίκηση κατά συνέπεια, είναι η διαχείριση των τοπικών υποθέσεων από τοπικά όργανα, που επιλέγονται από το τοπικό εκλογικό σώμα, κατοικούν στον δεδομένο χώρο και ασκούν εξουσία με δική τους ευθύνη (Σαρκόπουλος, 1993). Με άλλα λόγια, η τοπική αυτοδιοίκηση απαρτίζεται από ένα σύνολο δράσεων των τοπικών αρχών, που αποσκοπούν στην εξυπηρέτηση των τοπικών υποθέσεων και την ικανοποίηση των δημοτών.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης της τοπικής αυτοδιοίκησης έγκειται στον ενωτικό ρόλο που καλείται να διαδραματίσει, γεφυρώνοντας το χάσμα ανάμεσα στην κεντρική διοίκηση και το τοπικό στοιχείο. Η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να παράσχει ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες αναγκαία για την εύρυθμη λειτουργία της κρατικής μηχανής, ενώ γνωρίζει καλύτερα τα τοπικά προβλήματα καθώς και τον βέλτιστο τρόπο επίλυσης τους. Επιπλέον, μπορεί να συντονίσει καλύτερα την επίλυση των προβλημάτων στη βάση δημιουργίας τους και να ελαφρύνει την κεντρική διοίκηση από κάποια βάρη της. Επιπρόσθετα, η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να αποτελέσει φραγμό σε ενδεχόμενες τάσεις των οργάνων κεντρικής εξουσίας για κατάχρηση της δύναμης τους, καθώς και να συντελέσει στην πολιτική εκπαίδευση των πολιτών, παρέχοντας τους τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (Σαρκόπουλος, 1993).

Όπως αναφέρει και ο Stewart(2003), «...η αποτελεσματική τοπική αυτοδιοίκηση είναι απαραίτητη για την καλή διακυβέρνηση της κοινωνίας.....»

αποτελεσματική διακυβέρνηση αποκτάει αξία ως μέσο εκπλήρωσης των διαφόρων αναγκών και στόχων, συσχετίζοντας εθνικές πολιτικές με τοπικές συνθήκες και προωθώντας προτάσεις και καινοτομίες σε τοπικό επίπεδο. Επίσης, η τοπική αυτοδιοίκηση δίνει αξία στο γενικότερο σύστημα διακυβέρνησης, δημιουργώντας δυνατότητες πολυφωνίας στα πλαίσια του...». Για να συνεχίσει παρακάτω, «Μια αποτελεσματική τοπική αυτοδιοίκηση προϋποθέτει τοπικές επιλογές. Προϋποθέτει τοπικές αρχές ικανές να ανταπεξέρχονται σε συγκεκριμένα προβλήματα, να λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές συνθήκες και επίσης να επιτρέπουν και να προωθούν προγράμματα και καινοτομίες, στηρίζοντας έτσι την ύπαρξη της πολυφωνίας στο κυβερνητικό σύστημα.» Και καταλήγει στο ότι το δυσκολότερο σημείο στην εφαρμογή ενός συστήματος αποτελεσματικής τοπικής αυτοδιοίκησης είναι η εξεύρεση του κρίσιμου σημείου στην εξισορρόπηση της πολυφωνίας που προάγει η τοπική αυτοδιοίκηση και της ομοιογένειας, που ενισχύει η εθνική διακυβέρνηση. (Χατζηπαντελής κ. συν, 2008).

## 2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

### 2.1. Στην Ευρώπη

Στην συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης επικρατεί η δύναμη των τοπικών αρχών οι οποίες αντιπροσωπεύουν αυτοδιοικούμενες κοινότητες, με δικαίωμα να ενεργούν υπέρ των κοινοτήτων τους, εκτός και αν ο νόμος το απαγορεύει ρητά(στην Ελλάδα τα πράγματα λειτουργούν αντίστροφα και έχουν το δικαίωμα να πράττουν μόνο όσα ο νόμος ορίζει). Η ταυτότητα της κάθε τοπικής αρχής καθορίζεται από την κοινότητα που εκπροσωπεί και όχι από τις παρεχόμενες απ' αυτήν υπηρεσίες (Χατζηπαντελής κ. συν, 2008).

Η συμβολή της υπό- εθνικής παραμέτρου στην δημόσια διοίκηση στην Ευρώπη διαφοροποιείται ανάλογα με την πολιτική (προ)ιστορία κάθε κράτους. Έτσι, για τα μεν κράτη με παράδοση στην τοπική αυτονομία (πχ Σκανδιναβικές χώρες), η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διακυβέρνηση της χώρας είναι αποφασιστικής σημασίας, ενώ για τα κράτη συγκεντρωτικής λειτουργίας (Ιταλία, Γαλλία, Ελλάδα), οι δράσεις της αυτοδιοίκησης περιορίζονται από τον στενό και (ενίοτε) ασφυκτικό κλοιό των κεντρικών μηχανισμών (Σκαμνάκης, 2007).

Το μέγεθος και η πολυπλοκότητα των μηχανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης αντικατοπτρίζεται στο πλήθος των επιπέδων της (βαθμίδες) , αλλά και την δομή και αλληλεπίδραση αυτών. Έτσι, η διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ευρώπη παρουσιάζεται όπως παρακάτω:

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

	Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	Μ.Ο. κατοίκων /δήμο
ΑΥΣΤΡΙΑ	2.359			3.400
ΒΕΛΓΙΟ	589	10		17.400
ΚΥΠΡΟΣ	389			1.800
ΤΣΕΧΙΑ	6.258	14		1.600
ΔΑΝΙΑ	275	14		19.400
ΕΣΘΟΝΙΑ	241			5.600
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	444			11.700
ΓΑΛΛΙΑ	36.565	96	22	1.600
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	13.854	323		5.900
ΕΛΛΑΔΑ	1.031	54		10.200
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	3.158	19		3.200
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	85	29	8	44.900
ΙΤΑΛΙΑ	8.100	104	20	7.100
ΛΕΤΟΝΙΑ	547	26		4.300
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	61			60.500
ΛΟΥΞΕΜΒ.	118			3.700
ΜΑΛΤΑ	68			5.800
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	483	12		33.500
ΠΟΛΩΝΙΑ	2.489	373	16	15.500
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	278			36.000
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	2.920	8		1.900
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	193			10.300
ΙΣΠΑΝΙΑ	8.106	50	17	4.900
ΣΟΥΗΔΙΑ	289	21		30.800
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	434	36		135.700
ΕΕ-15	73.012	745	67	5.200
ΕΕ-10	16.324	440	16	4.600
ΕΕ-25	89.336	1.185	83	5.100

(πηγή: ΙΤΑ, 2006)

Εμφανώς, η διαδημοτικότητα εμφανίζεται πολύ διαδεδομένη σε χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία. Στην Φινλανδία, ενδεικτικά, υπάρχουν 444 δήμοι

και 252 διαδημοτικές αρχές, ενώ το μέσο μέγεθος του δήμου είναι 11.700 κάτοικοι.

Στην Σουηδία, από την άλλη, υπάρχουν 289 πρωτοβάθμιες δομές τοπικής αυτοδιοίκησης (δήμοι) και 21 δευτεροβάθμιες, με μέσο όρο κατοίκων ανά δήμο τους 30.800. Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η οικονομική ανεξαρτησία των σουηδικών δήμων, καθώς το 90% των εσόδων των δήμων απορρέει απευθείας από την φορολογία, ενώ μόνο το 1% προέρχεται από κρατική ενίσχυση. Έτσι, η πολιτική εξάρτηση των δήμων από την κεντρική εξουσία είναι μικρή, ενώ ποικίλλει η φορολογική πολιτική, αλλά και διαφορετική χρηματοδότηση δραστηριοτήτων από δήμο σε δήμο (Κυριακίδης, 2006).

Στην Δανία, η αναδιοργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης ξεκίνησε το 1970 με την δημιουργία μεγάλων κομητειών και δήμων και την αποκέντρωση των δημοσίων υπηρεσιών. Σήμερα, υπάρχουν 15 διοικητικές μονάδες (14 κομητείες και 1 μητροπολιτικό κέντρο) και 275 δήμοι. Τόσο οι κομητείες, όσο και οι δήμοι διοικούνται από αιρετούς αντιπροσώπους και επιτροπές για τις διάφορες εργασίες, ενώ συλλέγουν φόρους και ορίζουν το ύψος τους εντός γενικών βέβαια ορίων της φορολογικής πολιτικής (Christiansen, 2002).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

### ΤΟΠΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 2001

	σε εκατομμύρια €	% του ευρωπ. Συνόλου	σε € ανά κάτοικο	% του ΑΕΠ	% συνολ. Δημοσιων δαπανών
ΑΥΣΤΡΙΑ	17.429	1,70	2.150	8,20	15,8
ΒΕΛΓΙΟ	16.566	1,60	1.610	6,50	13,2
ΓΑΛΛΙΑ	146.206	14,10	2.460	9,90	18,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	151.850	14,60	1.850	7,30	15,2
ΔΑΝΙΑ	53.714	5,20	10.040	30,20	54,6
ΤΣΕΧΙΑ	5.976	0,60	580	9,40	20,8
ΕΛΛΑΔΑ	3.456	0,30	330	2,60	5,5
ΕΣΘΟΝΙΑ	571	0,10	420	9,20	24,4
ΗΝΩΜ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	149.210	14,40	2.540	9,30	23,2
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	15.553	1,50	4.070	13,60	39,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	95.886	9,20	2.430	14,70	37,3
ΙΤΑΛΙΑ	177.510	17,10	3.070	14,50	30,0
ΚΥΠΡΟΣ	181	0,00	260	1,80	4,1
ΛΕΤΟΝΙΑ	876	0,10	370	10,30	25,8

ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	944	0,10	260	7,10	21,7
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	1.274	0,10	2.890	5,80	14,8
ΜΑΛΤΑ	33	0,00	90	0,80	1,7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	73.392	7,10	4.590	17,10	36,7
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	7.414	0,70	740	12,80	23,7
ΠΟΛΩΝΙΑ	22.530	2,20	580	11,50	22,2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7.724	0,70	770	6,30	13,5
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	660	0,10	120	2,90	7,3
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	1.098	0,10	550	5,20	11,6
ΣΟΥΗΔΙΑ	61.986	6,00	6.980	25,30	44,3
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	25.199	2,40	4.860	18,60	37,9
ΣΥΝΟΛΟ	1.037.239	100,00	2.300	11,20	24,0

(πηγή: IΤΑ, 2006)

Στην Γαλλία, από την άλλη πλευρά, είναι έντονη η παρουσία του κέντρου. Υπάρχουν τρία αυτοδιοικητικά επίπεδα: 100 νομοί (departments), 26 περιφέρειες (regions) και 36.683 δήμοι. Τα καθήκοντα σε κάθε ΟΤΑ κατανέμονται ανάλογα με την γεωγραφική του έκταση (Μπαρδής, 2006). Ο μέσος πληθυσμός του γαλλικού δήμου είναι 1600 άτομα, ενώ αξιοπρόσεκτο είναι ότι η Γαλλία κατέχει το 40% όλων των δήμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κάθε επίπεδο της γαλλικής αυτοδιοίκησης εκπροσωπείται από μια ένωση, ενώ υπάρχουν και μια σειρά ενώσεων που εξειδικεύονται στην εκπροσώπηση συγκεκριμένων ομάδων ΟΤΑ (ΠΧ. Ένωση μεγάλων πόλεων, Ένωση Αγροτικών Δήμων κλπ)

Η Γερμανία έχει ομοσπονδιακή κρατική οργάνωση, η οποία περιλαμβάνει τα ομοσπονδιακά κρατίδια, τις περιοχές- επαρχίες (Kreise) και τους δήμους. Υπάρχουν 16 ομόσπονδα κρατίδια, 116 πόλεις- επαρχίες, 323 επαρχίες- αγροτικές περιοχές και 12.196 δήμοι, οι οποίοι έχουν μέσο πληθυσμό μικρότερο των 6.690 κατοίκων. Πάνω από το 75% των κατοίκων έχει πληθυσμό κάτω των 5.000 κατοίκων, ενώ το 42% του συνολικού πληθυσμού ζει σε πόλεις μικρότερες των 20.000 κατοίκων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΟΤΑ											
	Αυστρία	Βέλγιο	Δανία	Φινλανδία	Γαλλία	Γερμανία	Ιταλία	Λουξεμβούργο	Ολλανδία	Πορτογαλία	Ελλάδα
Ληξιαρχείο	X	X			X	X	X	X		X	
Νόμος & Τάξη	X	X					X	X		X	
Πυροσβεστική	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Χωρική Ανάπτυξη, Πολεοδομικός σχεδιασμός	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Ύδρευση-αποχέτευση	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Οικιακά απορρίμματα	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Διανομή ενέργειας			X	X			X	X		X	
Αστικές Μεταφορές	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Δρόμοι		X	X	X	X	X	X	X		X	X
Πάρκα και κήποι		X		X	X	X	X	X		X	
Κατοικία				X			X		X	X	X
Υγειονομική περίθαλψη	X	X	X	X		X		X	X	X	
Κοινων. Υπηρεσίες	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Εκπαίδευση	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Πολιτισμός		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Αθλητισμός & ελεύθερος χρόνος	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Οικον. Ανάπτυξη				X	X	X	X			X	
Δραστηρ. εμπορικών συναλλαγών											
Άλλες	X		X			X					

(πηγή:ITA, 2006)

Στη γειτονική της χώρα, την Αυστρία, υπάρχουν δύο επίπεδα αυτοδιοίκησης: εννέα ομόσπονδα κρατίδια και 2.537 δήμοι, εκ των οποίων 15 πόλεις με ειδικό καθεστώς, 197 αστικοί δήμοι, 755 προάστια και 1290 χωριά. Πάνω από το 90% των αυστριακών δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων και μόνο πέντε δήμοι έχουν πληθυσμό μεγαλύτερο των 150.000 κατοίκων.

Σκόπιμο είναι να αναφερθούμε εδώ στην διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στις χώρες της Μεσογείου, που αναμένει κανείς να προσομοιάζουν περισσότερο με τα ελληνικά δεδομένα. Στην Ισπανία, καταρχάς, υπάρχουν τρία επίπεδα αυτοδιοίκησης, αποτελούμενο από 17 αυτόνομες κοινότητες, 50 επαρχίες και 8.106 δήμους. Στη χώρα ανήκουν επίσης δύο αυτόνομες πόλεις της Β. Αφρικής. Ο μέσος πληθυσμός των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ (δήμων) είναι 5.430 κάτοικοι, με το 85% των δήμων να έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000.

Στην γειτονική Ιταλία, επίσης οι βαθμίδες αυτοδιοίκησης είναι τρεις και απαρτίζονται από 20 περιφέρειες, 104 επαρχίες και 8.100 δήμους, ενώ υπάρχουν ακόμα και δυο ανεξάρτητα κρατίδια- του Σαν Μαρίνο και του Βατικανού. Οι ιταλικοί δήμοι έχουν σχετικά μικρό μέγεθος, με μέσο όρο κατοίκων 7.270 και 71% των ΟΤΑ να διαθέτουν πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων.

Τέλος, το πορτογαλικό σύνταγμα ορίζει δύο βαθμούς αυτοδιοίκησης: πρωτοβάθμια και περιφερειακή, με τη δεύτερη όμως να μην έχει εφαρμοστεί ακόμα στην πράξη. Κατά συνέπεια, στην Πορτογαλία υπάρχουν μόνο 278 δήμοι, με πληθυσμό που κυμαίνεται ανάμεσα στους 10.000 και 50.000 κατοίκους και μέσο όρο κατοίκων τους 34.380. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι η πληθυσμιακή διασπορά των δήμων δεν είναι συμμετρική, αλλά οι ανατολικότεροι είναι μικρότεροι, ενώ μεγάλες συγκεντρώσεις πληθυσμού παρατηρούνται στους παραθαλάσσιους δήμους.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4</b> <b>ΤΟΠΙΚΟΙ ΦΟΡΟΙ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΕ</b>															
	Ακίνητης περιουσίας	Εισοδήματος	Επιτηδεύματος	Κατοικίας	Διασκέδαση	Απόβλητα	Ηλεκτρική ενέργεια	Μεταφορές	Διαφήμιση	Κατάληψη δημ. Χώρων	Μεταβίβαση ακινήτων	Τυχερών παιχνιδιών	Παρεπιδημούντων	Αγορές	Τράπεζες
ΑΥΣΤΡ	✓		✓	✓	✓										
ΒΕΛΓ	✓	✓													
ΔΑΝΙΑ	✓	✓													
ΦΙΝΛ.	✓	✓													
ΓΑΛΛΙΑ	✓		✓			✓	✓	✓							
ΓΕΡΜ.	✓		✓												
ΙΤΑΛΙΑ	✓	✓				✓	✓		✓	✓					
ΙΡΛΑΝ	✓														
ΛΟΥΞ	✓	✓		✓							✓	✓			
ΟΛΛΑΝ Δ	✓					✓							✓		
ΠΟΡΤ.	✓	✓									✓			✓	
ΙΣΠΑΝ	✓	✓	✓									✓		✓	✓
ΣΟΥΗΔ		✓													
Μ. ΒΡΕΤ	✓														

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ευρωπαϊκή τοπική αυτοδιοίκηση βρίθκει διαφοροποιήσεων και αυτή η πολυμορφία είναι αντίστοιχη των συνθηκών που επικρατούν ή επικράτησαν σε κάποια χρονική στιγμή στις διάφορες χώρες. Εύλογο είναι το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει μια επικρατέστερη «συνταγή», αλλά η διαμόρφωση της τοπικής αυτοδιοίκησης σε κάθε χώρα είναι απόρροια των τοπικών εθνικών, ιστορικών, πολιτικών και κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών. Στις παραγράφους που ακολουθούν θα αναφερθούμε στην διαμόρφωση της ελληνικής τοπικής αυτοδιοίκησης, όπως αυτή προέκυψε μέσα από τις τοπικές ιδιαίτερες συνθήκες.



## 2.2. Στην Ελλάδα

### 2.2.1. *Ιστορική εξέλιξη της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα*

Ως «πατέρας» της αυτοδιοίκησης θεωρείται από πολλούς ιστορικούς ο Κλεισθένης, ο οποίος χώρισε την αθηναϊκή πολιτεία σε 100 δήμους, εις εκ των οποίων είχε δική του διοικητική περιφέρεια, ονομασία και άμεσα εκλεγμένα από τους κατοίκους του, διοικητικά όργανα. Επιπρόσθετα, ο Κλεισθένης δημιούργησε το 580 π.χ. τις *Τριπύες*, το αντίστοιχο των σημερινών νομαρχιών (Ιατρού κ. συν, 2005). Οι ίδιες αρχές της αποκέντρωσης και της αυτοδιοίκησης χαρακτήριζαν τόσο το κράτος του Μ. Αλεξάνδρου, όσο και αργότερα την Ρωμαϊκή και Βυζαντινή μορφή διοίκησης (Ιατρού κ. συν, 2005). Επί των ετών της τουρκοκρατίας, βασική μονάδα τοπικής διοίκησης υπήρξε η κοινότητα, η οποία περιελάμβανε έναν ή περισσότερους οικισμούς και έφερε την ευθύνη της συλλογής και απόδοσης των φόρων στην κεντρική διοίκηση. Στην πορεία και ανάλογα με τις περιστάσεις, οι κοινότητες εξελίχθηκαν είτε σε κύτταρα διατήρησης της εθνικής συνείδησης είτε σε εμπόδια στην δημιουργία ελεύθερου ελληνικού κράτους, λόγω του μεταξύ τους ανταγωνισμού. Τις κοινότητες διοικούσαν οι *δημογέροντες ή προεστοί*, τους οποίους ο λαός εξέλεγε δια βοής (Ιατρού κ. συν, 2005).

Μετά την απελευθέρωση και επί των ημερών του Ι. Καποδίστρια, η ελληνική επικράτεια διαιρέθηκε σε επαρχίες, υπό –επαρχίες και κοινότητες, με τους έπαρχους και τους κοινοτάρχες να διορίζονται όμως από την κεντρική διοίκηση. Το 1833 εκδόθηκε ο Νόμος «περί συστάσεως των δήμων», με τον οποίο η χώρα διαιρέθηκε σε νομούς, επαρχίες και δήμους, με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά δεδομένα. Ο εν λόγω νόμος αποτελεί και τον μακροβιότερο νόμο που ψηφίστηκε ποτέ για την αυτοδιοίκηση και διατηρήθηκε για 80 έτη (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Οι νομάρχες υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου των Εσωτερικών και διορίζονταν από αυτό. Οι δήμοι είχαν αρκετές αρμοδιότητες, με κυριότερες: την στοιχειώδη εκπαίδευση (απ' όπου και «δημοτικά» σχολεία), την αστυνόμευση και την στρατολόγηση. Τα δημοτικά συμβούλια εκλέγονταν από τους δημότες, αλλά ο

δήμαρχος επιλεγόταν από το νομάρχη, από κατάλογο υποψηφίων που συνέτασσε το δημοτικό συμβούλιο.

Η επόμενη προσπάθεια αναμόρφωσης του ελληνικού αυτοδιοικητικού τοπίου πραγματοποιήθηκε το 1912 από τον Ελ. Βενιζέλο, με την ψήφιση του νόμου ΔΝΖ/1912 περί «συστάσεως δήμων και κοινοτήτων». Με τον νόμο αυτό εισήχθησαν οι κοινότητες ως δεύτερο είδος πρωτοβάθμιων ΟΤΑ και δημιουργήθηκαν περίπου 6000 πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ, οι οποίοι ήταν ως επί το πλείστον θνησιγενείς και λειτουργούσαν ως παραρτήματα της κρατικής γραφειοκρατίας. Ο νόμος προέβλεπε την δυνατότητα σύμπραξης δυο κοινοτήτων «προς θεραπεία κοινών τους τοπικών συμφερόντων (Αθανασάκης κ. συν, 2009)

Το πρώτο Σύνταγμα του 1927, στο αρθρ. 107, αναφέρει *«το Κράτος διαιρείται εις περιφέρειας, εντός των οποίων οι πολίτες διαχειρίζονται απευθείας τας τοπικάς υποθέσεις, αις ο νόμος θέλει ορίσει»*. Κατά αυτόν τον τρόπο, η αυτοδιοίκηση ως θεσμός κατοχυρώνεται στον ανώτατο νόμο της χώρας. Με το Σύνταγμα του 1927 θεσπίστηκε η αυτοδιοίκηση δυο βαθμίδων κατ' ελάχιστον και ως πρώτη βαθμίδα ορίστηκε η κοινότητα (Ιατρού κ. συν, 2005).

Έκτοτε, υπήρξαν διάφορες αναθεωρήσεις, με τις πιο πρόσφατες να θεσπίζουν το τεκμήριο της διοικητικής διαίρεσης της χώρας βάσει γεωοικονομικών, κοινωνικών και συγκοινωνιακών συνθηκών (αρθρ. 101, παρ. 2), το οποίο οδήγησε στην διαίρεση της χώρας σε ενιαίες περιφέρειες (νομοί), που ανήκουν σε μια από τις δεκατρείς περιφέρειες. Η διάκριση αυτή σε νομούς και περιφέρειες ωστόσο αφορά την αποκέντρωση α' και β' βαθμού και όχι την τοπική αυτοδιοίκηση (Αθανασάκης κ. συν, 2009) Επίσης, με το αρθρ. 102 του αναθεωρημένου Συντάγματος διασφαλίζεται η αυτοτέλεια των ΟΤΑ και ο περιορισμός του κρατικού παρεμβατισμού ενώ με τον Ν. 1850/89 επικυρώθηκε ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Τοπικής Αυτονομίας. (βλ. Παράρτημα 1)

### 2.2.2 Η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στη σύγχρονη Ελλάδα

Όπως προαναφέρθηκε, με τις τελευταίες συνταγματικές αναθεωρήσεις, η χώρα διαιρέθηκε, βάσει γεωοικονομικών, κοινωνικών και συγκοινωνιακών συνθηκών, σε 13 περιφέρειες, οι οποίες υποδιαιρέθηκαν σε νομούς και σε δεύτερο επίπεδο σε δήμους και κοινότητες. Αυτή η ταξινόμηση βασίζεται στην διαίρεση της χώρας με βάση την αποκέντρωση της διοίκησης. Από την άλλη,

η χώρα διαιρέθηκε με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση, σε περιφέρειες, αυτές σε νομαρχίες(β' βαθμός αυτοδιοίκησης) και κατόπιν σε δήμους και κοινότητες (α' βαθμός αυτοδιοίκησης). Σκόπιμο είναι να αναφερθεί εδώ ότι οι δυο βαθμίδες αυτοδιοίκησης δεν τελούν σε ιεραρχική θέση, αλλά έχουν διακριτές αρμοδιότητες, χωρίς να ασκείται εποπτεία από τη μια προς την άλλη πλευρά (Αθανασάκης κ. συν, 2009)

Επιπρόσθετα, διαχωρίζεται από την τοπική αυτοδιοίκηση, η ειδική καθ' ύλην αυτοδιοίκηση. Ενώ η πρώτη εμπεριέχει το εδαφικό στοιχείο(περιοχή), αλλά και το αθροιστικό έμψυχο στοιχείο (δημότες), η ειδική καθ' ύλην αυτοδιοίκηση αποτελείται από ΝΠΔΔ, τα οποία ασκούν δημόσια διοίκηση επί ορισμένων μόνο καθ' ύλην αντικειμένων, που έχει προβλεφθεί για αυτά από το Σύνταγμα ή τον ιδρυτικό τους νόμο/καταστατικό (Σαρκόπουλος, 1993).

#### 2.2.2.1 Νομαρχιακή αυτοδιοίκηση

Κατά την παραπάνω έννοια, ο νομός δεν έχει νομική προσωπικότητα, ούτε είναι κάποιο πρόσωπο ή αρχή, αλλά απλά μια γεωγραφική περιοχή ή μια διοικητική μονάδα, ενταγμένη στο νομικό πρόσωπο του Κράτους (Δαγτόγλου, 2004). Σήμερα και εν όψει των μεταρρυθμίσεων που αναμένεται να εφαρμοστούν, η χώρα χωρίζεται σε 51 νομούς συν το Άγιο Όρος, το οποίο διέπεται από αυτόνομο διοικητικό καθεστώς. Από την άλλη, η νομαρχία απαρτίζεται από το σύνολο των οργάνων του νομού, αποτελεί την τοπική αυτοδιοίκηση δευτέρου βαθμού και καθιερώθηκε συνταγματικά το 1927. Με το Ν.2218/94 «*Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια κ.α. διατάξεις*», εισήχθησαν οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις με προορισμό την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη των νομών. Οι νομαρχίες διακρίνονται σε απλές, όταν ταυτίζονται με το νομό και ενιαίες, όταν συμπεριλαμβάνουν περισσότερους νομούς ή νομαρχίες. Με βάση το αρθρ. 1 του Ν2240/94 ορίστηκε η ύπαρξη τριών ενιαίων νομαρχιών: Αθηνών- Πειραιώς, Ροδόπης- Έβρου και Δράμας- Καβάλας- Ξάνθης (Αθανασάκης κ. συν κ.συν, 2009).

Σήμερα πλέον, με την εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης», που θα αναφερθεί εκτενέστερα παρακάτω, οι νομαρχίες έπαψαν να υφίστανται ως αυτοδιοικητικό όργανο.

### 2.2.2.2. Δήμοι- Κοινότητες

Όπως προαναφέρθηκε, το Διάταγμα 27/12/1833, συνέστησε τον δήμο ως ενιαίο τύπο ΟΤΑ πρώτου βαθμού. Συγκεκριμένα στο πρώτο του άρθρο αναφέρεται ότι «όλο το Βασίλειον της Ελλάδος θέλει διαιρεθεί σε Δήμους, έκαστου δε δήμου θέλει προσδιορισθεί η περιοχή...». Επίσης, στο αρθρ. 4, παρ.7 προσδιορίζεται ο ελάχιστος αριθμός κατοίκων για το σχηματισμό δήμων και ορίζονται πληθυσμιακά κριτήρια διαχωρισμού τους σε τρεις τάξεις. Με το Ν. ΔΝΖ/1912 εισήχθη η κοινότητα ως διακριτή μορφή τοπικής αυτοδιοίκησης, με μικρότερο πληθυσμιακό μέγεθος, γεγονός που οδήγησε στην ραγδαία αύξηση του αριθμού των ΟΤΑ και κατά συνέπεια στην δυσλειτουργία και την αναποτελεσματικότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Έκτοτε επήλθαν πολλές διαφοροποιήσεις στη μορφή των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ, με πιο αξιομνημόνευτη την αναπροσαρμογή που προέκυψε με την εφαρμογή του Ν. 2539/97 «Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης» ή αλλιώς «Σχέδιο Ιωάννης Καποδίστριας». Με την εφαρμογή του εν λόγω νόμου καταργήθηκαν οι υφιστάμενοι δήμοι και κοινότητες και συστάθηκαν νέοι, προερχόμενοι από συνενώσεις ΟΤΑ. Συνολικά, δημιουργήθηκαν 900 νέοι δήμοι και 133 κοινότητες, έναντι των σχεδόν 6.000 που υπήρχαν πριν. Σύμφωνα με το αρθρ. 2, παρ. 10 του σχεδίου, η εδαφική περιφέρεια του καταργούμενου ή προσαρτώμενου ΟΤΑ, αποτελεί υποδιαίρεση της εδαφικής περιφέρειας του νεοσυσταθέντος ΟΤΑ και ονομάζεται «δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα» ή σύμφωνα με το αρθρ. 4 του Ν. 3463/06 «τοπικό διαμέρισμα». (Αθανασάκης κ.συν, 2009).

Η γενική αρμοδιότητα των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ ορίζεται στο Σύνταγμα (αρθρ. 102, παρ. 1) και στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων ( Ν. 3463/2006, αρθρ. 75): «οι δημοτικές και οι κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας». Στον ΚΔΚ αναφέρονται κάποιες ενδεικτικές «τοπικές υποθέσεις», χωρίς όμως να εξαντλείται το θέμα. Όπως έχει κριθεί από το Συμβούλιο της Επικρατείας, σκοπός των α' βαθμίων ΟΤΑ είναι η προαγωγή των συμφερόντων των κατοίκων της περιφέρειας του ΟΤΑ ή κατά μια άλλη διατύπωση, η προστασία, ανάπτυξη και βελτίωση των όρων και της ποιότητας ζωής της τοπικής

κοινωνίας (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Οι «τοπικές υποθέσεις» ως έννοια είναι περιεκτικότερη της έννοιας του «τοπικού συμφέροντος» και μάλιστα την εμπεριέχει, καθότι στους ΟΤΑ μπορεί να αναπτυχθούν δραστηριότητες που δεν είναι τοπικές, αλλά αφορούν και το σύνολο της χώρας (Σαρκόπουλος, 1993)

Ο νέος ΚΔΚ προσπάθησε να συστηματοποιήσει τους τομείς αρμοδιότητας των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ και κατέληξε σε ένα γενικότερό πλαίσιο που αναφέρει τους παρακάτω:

- Ανάπτυξη
- Περιβάλλον
- Ποιότητα ζωής και εύρυθμη λειτουργία πόλεων και οικισμών
- Απασχόληση
- Κοινωνική προστασία & αλληλεγγύη
- Παιδεία, πολιτισμός και αθλητισμός
- Πολιτική προστασία (Κοντιάδης κ. συν, 2006β)

Παρόλα αυτά, δεν παρέχεται στους ΟΤΑ οικονομική δυνατότητα να στηρίξουν τις δραστηριότητες που τους αναλογούν. Η ελληνική τοπική αυτοδιοίκηση είναι μάλιστα η πιο ασθενής σε όλη την Ευρώπη των 15, σε ότι αφορά την σχέση εσόδων τοπικής αυτοδιοίκησης και κράτους (Ράλλης, 2004). Τα έσοδα της τοπικής αυτοδιοίκησης προκύπτουν κατά 23% από κρατικές επιχορηγήσεις και μόνο κατά το υπόλοιπο από ίδιους πόρους, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζεται κατά πολύ η τοπική πρωτοβουλία, λόγω της ανελαστικότητας των αναγκών της. Με άλλα λόγια, ο προϋπολογισμός κατανέμεται εκ των προτέρων σε συγκεκριμένες ανάγκες και ένα μεγάλο τμήμα του αφορά την πλέον ανελαστική δαπάνη, την μισθοδοσία του προσωπικού (Ράλλης, 2004).

### 2.2.2.3. Ιδιαίτερες μορφές οργάνωσης της τοπικής αυτοδιοίκησης

Προκειμένου να καλυφθούν ιδιαίτερες ανάγκες είναι δυνατό να ιδρυθούν διάφορες οργανικές μονάδες, με ευρεία διοικητική αυτοτέλεια και την μορφή του ΝΠΔΔ ή ΝΠΔΙ ή ακόμα δημοτικών-κοινοτικών επιχειρήσεων/υπηρεσιών. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες ενδεικτικές κατηγορίες (Σαρκόπουλος, 1993)

- Ιδρύματα( π.χ. νοσοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, βρεφοκομεία), τα οποία συστήνονται με απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου και κατά το αρθρ. 164 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο συμμετέχει ο Δήμαρχος και 6-12 εκλεγμένα μέλη από το δημοτικό συμβούλιο
- ΝΠΔΔ (π.χ. γυμναστήρια, φιλαρμονική, νεκροταφείο), τα οποία δημιουργούνται για την καλύτερη ικανοποίηση τοπικών υποθέσεων με απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου και με σύμφωνη απόφαση της Νομαρχίας, βάσει των οριζομένων στο αρθρ. 187 του ΚΔΚ.
- Σύνδεσμοι Δήμων και Κοινοτήτων. Με βάση τα οριζόμενα στο Σύνταγμα (αρθρ. 102, παρ. 3), είναι δυνατό με νόμο να δημιουργηθούν αναγκαστικά ή εκούσια, σύνδεσμοι ΟΤΑ , προκειμένου να εκτελεστούν έργα ή να παρασχεθεί κάποια υπηρεσία. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι να μετέχει στον σύνδεσμο τουλάχιστον το 1/3 των δήμων και κοινοτήτων του νομού, να υπάρχουν αποφάσεις των συμβουλίων διοίκησης με απόλυτη πλειοψηφία των μελών τους και οι ανάγκες των κατοίκων να μην μπορούν να ικανοποιηθούν αλλιώς.
- Επιχειρήσεις. Σύμφωνα με τον ΚΔΚ, αρθρ. 260, οι δήμοι και οι κοινότητες έχουν το δικαίωμα να συνιστούν δικές τους επιχειρήσεις ή να μετέχουν σε άλλες, προκειμένου να εκτελεστούν έργα ή να παραχθούν αγαθά και υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση του κοινού ή ακόμα για να αναπτυχθούν δραστηριότητες για την πραγματοποίηση εσόδων
- Τοπικές Ενώσεις Δήμων και Κοινοτήτων, οι οποίες αποσκοπούν στην καλύτερη συνεργασία των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ.

Επίσης, ιδιαίτερη μορφή αυτοδιοίκησης φέρει, σύμφωνα με το άρθρο 1050 του Συντάγματος, το Άγιο Όρος, το οποίο είναι αυτοδιοίκητο τμήμα με προνομιακό καθεστώς και διοικείται από την Ιερά Κοινότητα (αντιπροσώπους των ιερών μονών), ενώ το κράτος έχει απλά τη διοικητική εποπτεία(Σαρκόπουλος, 1993)

### 2.2.3. Τα κύρια χαρακτηριστικά των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Στα κύρια χαρακτηριστικά όλων των ΟΤΑ συμπεριλαμβάνεται η άμεση εκλογή των οργάνων τους από το σύνολο των εγγεγραμμένων δημοτών, γεγονός που οδηγεί στην άμεση συμμετοχή των οργάνων και στην έμμεση συμμετοχή των δημοτών στη διοίκηση του ΟΤΑ. Επιπλέον, χαρακτηριστικό των ΟΤΑ είναι η τοπική έκταση της υπευθυνότητας του αποκλειστικά στις υποθέσεις της περιφέρειας του, καθώς η φύση και η μορφή των αγαθών και των υπηρεσιών που προσφέρει είναι κυρίως τοπικού χαρακτήρα και μόνο κατ' εξαίρεση γενικού ενδιαφέροντος (Σαρκόπουλος, 1993)

Επίσης, κατοχυρώνεται το δικαίωμα των ΟΤΑ να επιβάλλουν φορολογία κάποιου είδους και σε κάποιο βαθμό, προκειμένου να εξασφαλίζει μέρος των εσόδων του. Αυτή η εν μέρει αυτόνομη χρηματοδότηση διασφαλίζει σε ένα βαθμό την αυτοτέλεια της τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει μόνο την εποπτεία επ' αυτών των εσόδων.

Τέλος, με την αναθεώρηση του Συντάγματος, ορίστηκε ότι « η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους ΟΤΑ α' και β' βαθμού». Με την διατύπωση αυτή κατοχυρώθηκε η ύπαρξη των δύο βαθμίδων, χωρίς να κατονομάζεται ως αναγκαστική η ύπαρξη δήμων και κοινοτήτων, ενώ αποκλείεται η ύπαρξη τρίτης βαθμίδας (Σαρκόπουλος, 1993).

## 3. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

### 3.1. Η πορεία προς την μεταρρύθμιση- το σχέδιο «Ι. Καποδίστριας»

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση αποτέλεσε πάγιο αίτημα της τοπικής αυτοδιοίκησης για χρόνια. Η ίδια η ΚΕΔΚΕ (Κεντρική Ένωση Δήμων & Κοινοτήτων) διατύπωνε συχνά την ανάγκη για σχεδιασμό και εφαρμογή κύκλου μεταρρυθμίσεων με κέντρο την αυτοδιοίκηση. Στο νέο περιβάλλον που θα διαμορφωνόταν με την διοικητική μεταρρύθμιση, η τοπική αυτοδιοίκηση δεν θα ήταν απλά ένα εκτελεστικό όργανο της κεντρικής εξουσίας, αλλά ένας αυτόνομος θεσμός διαμόρφωσης των τοπικών προτεραιοτήτων, με επαρκείς χρηματικούς, αλλά και ανθρώπινους πόρους ώστε να επιτελέσει αυτόν το σκοπό (Χατζηπαντελής, 2008).

Η ευρωπαϊκή εμπειρία στη μεταρρύθμιση θα ήταν ο μπούσουλας σε αυτή την προσπάθεια. Η πιο συνεκτική προσπάθεια συντελέστηκε στη Μ. Βρετανία στην δεκαετία του '30, αλλά εξίσου αξιόλογες προσπάθειες έλαβαν χώρα στην Δανία (1970), την Σουηδία, τη Νορβηγία και τη Δ. Γερμανία (δεκαετία του '50) και τη Γαλλία το 1963 (Χατζηπαντελής, 2008).

Μέχρι την εφαρμογή του σχεδίου «Ι. Καποδίστριας», το οποίο εφαρμόστηκε με τον Ν. 2539/97, υπήρχε πλήθος ΟΤΑ, οι οποίοι λειτουργούσαν ανισομερώς ως διεκπεραιωτές της τοπικής γραφειοκρατίας και ως κέντρα οργάνωσης της τοπικής ζωής. Προσπάθειες μεταρρύθμισης της τοπικής αυτοδιοικητικής ζωής είχαν γίνει και πριν τον «Καποδίστρια», για παράδειγμα με τον Ν. 1416/84 και τον Ν. 1622/86, οι οποίοι όμως απλά προλείπαιναν το έδαφος, παρέχοντας κίνητρα εθελοντικής συνένωσης. Από τους 5775 ΟΤΑ που υπήρχαν, όμως, πριν τον «Καποδίστρια», μόνο 400 εκδήλωσαν ενδιαφέρον. Μετά το 2008, πάλι, οι 5775 ΟΤΑ έγιναν 1034.

Η αποτίμηση του «Καποδίστρια» είχε δύο σκέλη: από τη μία η συγχώνευση των 457 δήμων και 5.318 κοινοτήτων σε 900 και 134 αντίστοιχα υπήρξε θετικό βήμα σε σχέση με το παρελθόν, από την άλλη όμως, ο αριθμός των ΟΤΑ παρέμεινε υψηλός, ενώ δεν ακολούθησε ανάλογη οικονομική και διοικητική στήριξη, ούτε σημαντική αλλαγή του πολιτικού και διοικητικού σκηνικού (Χατζηπαντελής, 2008)

### 3.2. Το σχέδιο «Καλλικράτης»

Με τον Ν. 3852/2010 ψηφίστηκε το σχέδιο «Καλλικράτης», η «*νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης*», με στόχο τον καλύτερο σχεδιασμό, τη σαφέστερη οριοθέτηση αρμοδιοτήτων, την αναβάθμιση της δημοκρατικής λειτουργίας της αυτοδιοίκησης και την δημιουργία ισχυρών διοικητικών ενοτήτων.

Με το νόμο αυτό οι δήμοι και οι περιφέρειες συγκροτούν τον πρώτο και δεύτερο βαθμό αυτοδιοίκησης και αποτελούν θεμελιώδη θεσμό του δημόσιου βίου και έκφραση της λαϊκής κυριαρχίας, όπως κατοχυρώνεται στο αρθρ. 102 του Συντάγματος και στον ευρωπαϊκό χάρτη τοπικής αυτονομίας.

Ο δεύτερος βαθμός αυτοδιοίκησης αποτελείται πλέον από τις περιφέρειες, οι οποίες φέρουν την ευθύνη του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών σε περιφερειακό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη εθνικές και ευρωπαϊκές παραμέτρους (αρθρ.3). Η περιφερειακή αυτοδιοίκηση



προκύπτει από τη συνένωση των υφιστάμενων νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι οποίες καταργούνται και οι αρμοδιότητες τους μεταφέρονται., με ουσιαστικότερη αυτή του «ενιαίου στρατηγικού αναπτυξιακού σχεδιασμού» της περιφέρειας.

Από τις 76 διοικητικές ενότητες, διατηρούνται 13 περιφέρειες, οι οποίες διοικούνται από τον (αιρετό) περιφερειάρχη, τους αντιπεριφερειάρχες, το περιφερειακό συμβούλιο και το συμβούλιο διαβούλευσης της περιφέρειας. Ενδεικτικοί τομείς αρμοδιότητας είναι ο προγραμματισμός & η ανάπτυξη, οι υποδομές- μεταφορές- επικοινωνίες, η χωροταξία- πολεοδομία-περιβάλλον, οι φυσικοί πόροι-ενέργεια- βιομηχανία, το εμπόριο, ο τουρισμός και η απασχόληση, η εκπαίδευση, ο πολιτισμός και αθλητισμός, η γεωργία, η κτηνοτροφία και η αλιεία και η πολιτική προστασία

Οι δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο ΝΠΔΔ και αποτελούν τον πρώτο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης( αρθρ.1). Οι καλλικρατικοί δήμοι προκύπτουν από τις συνενώσεις των παλαιότερων δήμων και απαρτίζονται από επιμέρους δημοτικές και τοπικές κοινότητες, οι οποίες ταυτίζονται με τους παλιούς δήμους και τοπικά διαμερίσματα αντίστοιχα (αρθρ. 2). Με την επαναθεμελίωση των δήμων, δημιουργούνται λιγότεροι και ισχυρότεροι δήμοι (περίπου 370), ενώ περιορίζονται δραστικά τα ΝΠΔΔ και ΝΠΔΙ των ΟΤΑ(από 6.000 σε 2.000).

Στις νέες αρμοδιότητες των δήμων συμπεριλαμβάνεται η ανέγερση σχολικών κτιρίων, η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, η ένταξη των μεταναστών, πολεοδομικές εφαρμογές, ο υγειονομικός έλεγχος, η προστασία της παιδικής, αλλά και της τρίτης ηλικίας, οι λαϊκές αγορές, οι αδειοδοτήσεις και έλεγχος πολλών τοπικών δραστηριοτήτων, αλλά και η πρόνοια και η προστασία της δημόσιας υγείας. Η διακυβέρνηση του δήμου γίνεται από τον Δήμαρχο και τους Αντιδημάρχους, το Δημοτικό Συμβούλιο και την Εκτελεστική Επιτροπή, την Δημαρχιακή Επιτροπή και τις διάφορες Επιτροπές του ΔΣ.

Η σχέση των δυο βαθμίδων εξακολουθεί να μην είναι ιεραρχική ή ελεγκτική, αλλά σχέση συνεργασίας και συναλληλίας (αρθρ.4).Τα κριτήρια των συνενώσεων ήταν η οικονομική αυτοδυναμία, γεωοικονομικές, κοινωνικές και συγκοινωνιακές συνθήκες, όπως και διάφορα κριτήρια χωροθέτησης των διοικητικών ορίων (πληθυσμιακά, κοινωνικά, οικονομικά, γεωγραφικά, αναπτυξιακά, λειτουργικά, πολιτιστικά και χωροταξικά).

Το φλέγον ζήτημα και σε αυτή τη μεταρρύθμιση, σύμφωνα και με τα όσα αναφέρονταν στο κείμενο διαβούλευσης για τον «Καλλικράτη», είναι οι οικονομικοί πόροι της αυτοδιοίκησης, δεδομένου ότι η ελληνική τοπική αυτοδιοίκηση είναι στις τελευταίες σειρές των ευρωπαϊκών, από άποψη ποσοστού συμμετοχής των ιδίων εσόδων στα συνολικά έσοδα (2,7 για την Ελλάδα, έναντι 11,3 για της Ευρώπη το 2008). Αναμένεται να δούμε αν η αύξηση των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ θα συνοδεύονται κα από αύξηση των πόρων τους ή θα αφευθούν στην τύχη τους, με πενιχρά εισοδήματα.

#### 4. Η ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η αμεσότητα της σχέσης μεταξύ της τοπικής εξουσίας που εκπροσωπείται από τους πρωτοβάθμιους ΟΤΑ και στην τοπική κοινότητα αποτελεί την ιδανικότερη λύση για πλήθος προβλημάτων με τοπικό χαρακτήρα, τα οποία χρήζουν δράσεων προσαρμοσμένων στα επιμέρους χαρακτηριστικά κάθε κοινότητας (Σκαμνάκης, 2007). Η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης έχει αναχθεί σε μείζον θέμα, εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής και της επακόλουθης αύξησης των απαιτήσεων των πολιτών για ποιότητα στην υγεία, με την έννοια της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ισότητας, της ασθενοκεντρικής αντίληψης και της έγκαιρης επέμβασης. Ακόμα, η αδυναμία ολοκλήρωσης του συστήματος υγείας, λόγω του ανεπαρκούς δίκτυο ΠΦΥ, αλλά και του υψηλού κόστους, μέρος του οποίου μετακυλίεται στους καταναλωτές, αποτελούν σημαντικά επιχειρήματα στην πρόταση για αποκέντρωση της υγείας και ανάληψη πρωτοβουλιών από τους ΟΤΑ (Σουλιώτης, 2009).

Σε τοπικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα δυσχερής η διάκριση των υπηρεσιών υγείας από της υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, καθότι και οι δύο μαζί δημιουργούν ένα πλέγμα πολιτικών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των δημοτών. Οι τοπικές υπηρεσίες υγείας ως επί το πλείστον αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή την πρόληψη, την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τις προνοιακού τύπου υπηρεσίες (Σκαμνάκης, 2007). Παρότι ο διαχωρισμός των δυο πεδίων είναι δύσκολος, η συνάρθρωση τους είναι ιδιαίτερα επωφελής και

οδηγεί στην μεταξύ τους συνεργασία και στην αναβάθμιση της συνολικής τους απόδοσης, σύμφωνα με τον Hill(2000) και τον Weiner (2003).

Σύμφωνα με τον Glendinning (2003), η ανάληψη της ευθύνης για τον συντονισμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης προϋποθέτει την ύπαρξη της δυνατότητας επίλυσης των προβλημάτων, παράκαμψης της γραφειοκρατίας και εξατομίκευσης των υπηρεσιών.

#### 4.1. Διεθνώς

Η αποκέντρωση της υγείας ουσιαστικά ξεκίνησε το 1978 με την διακήρυξη της Alma Ata για την μετάβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ένα επιπλέον κίνητρο αποτέλεσε η εκδημοκρατικοποίηση των χωρών της Λατινικής Αμερικής και της Αφρικής την δεκαετία του '80 και η μεταφορά εξουσιών από το κέντρο προς τη βάση, με αποτέλεσμα οι μεν αναπτυσσόμενες χώρες να επιζητούν την πολιτική σταθερότητα, οι δε βιομηχανικές τη διανομή των ευθυνών της διοίκησης και την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών (Bach, 2000)

Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην αποκέντρωση της υγείας στις χώρες της Λατινικής Αμερικής στην δεκαετία του '80. Τα επιχειρήματα που τέθηκαν για να στηρίξουν το εν λόγω αίτημα αφορούσαν τόσο την άμεση γνώση και την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών από τους τοπικούς παράγοντες, την προώθηση της δημοκρατίας με την αυξημένη συμμετοχή της κοινότητας στην οργάνωση και επίβλεψη των τοπικών υπηρεσιών, αλλά και την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ικανοποίησης των πολιτών(Homedes, 2005). Τα αποτελέσματα ωστόσο της προσπάθειας υπήρξαν πενιχρά: πχ στην Βολιβία οι χρηματικοί πόροι της υγείας δαπανήθηκαν για την κατασκευή δρόμων, στην Κολομβία δόθηκαν χρήματα σε νοσοκομεία που δεν τα είχαν ανάγκη, στο Μεξικό τα χρήματα δαπανήθηκαν σε άλλες δραστηριότητες, ενώ στις χώρες της Καραϊβικής χάθηκαν οι οικονομίες κλίμακας στην αγορά φαρμάκων και υλικών, κατά 44%! (Homedes, 2005)

#### 4.2. Στην Ευρώπη

Γεγονός είναι ότι, η κοινωνική πολιτική δεν εντάσσεται στις κύριες αρμοδιότητες της ΕΕ, κατά συνέπεια και η κοινωνική πολιτική για την υγεία ασκείται με δράσεις συντονιστικές και συμπληρωματικές προς τις ανάλογες

εθνικές (Κοντιάδης, 2006β). Ως εκ τούτου, παρουσιάζονται αρκετές διαφοροποιήσεις στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής υγείας τοπικά, από χώρα σε χώρα.

Το 1993, στη Φινλανδία, ψηφίστηκε νόμος με τον οποίο χρηματοδοτούνταν οι υπηρεσίες υγείας προς όφελος των πιθανών αγοραστών τους, δηλαδή των δήμων. Με τον τρόπο αυτό κατέστη εφικτό για τους τελευταίους να μπορέσουν να κατανείμουν τους πόρους τους με προοπτική σε βάθος χρόνου αντί να πληρώνουν για τετελεσμένα γεγονότα. Επί του παρόντος, η υγεία χρηματοδοτείται από τοπική φορολογία εισοδήματος, ενώ αν υπάρχει δυσχέρεια στην διαχείριση των υπηρεσιών ή στην πληρωμή τους, υπάρχει η δυνατότητα διαδημοτικών συνεργασιών ή ακόμα και εκχώρησης σε ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς (Σουλιώτης, 2009). Ενδεικτικό της αποκέντρωσης της εξουσίας στην Φινλανδία είναι ότι υπάρχουν 230.000 υπάλληλοι δημοτικών κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ μόνο 120.000 αντίστοιχοι υπάλληλοι στις κεντρικές δομές (Κοντιάδης κ. συν, 2006β).

Σε μια ακόμα περίπτωση, αυτή της Δανίας, έγινε φανερό ότι η συνεργασία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας είναι εφικτή μόνο σε τοπικό ή περιφερειακό έστω επίπεδο, καθόσον μόνο έτσι είναι δυνατό να οργανωθεί διοικητικά ένα εύρυθμο σύστημα υγείας (Σουλιώτης, 2009). Στην Δανία υφίστανται 15 διοικητικές μονάδες (14 κομητείες και 1 μητροπολιτικό κέντρο), οι οποίες φέρουν το βάρος της χρηματοδότησης και της εύρυθμης λειτουργίας των νοσοκομείων, αλλά και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι 275 δήμοι της χώρας παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους, οδοντιατρική φροντίδα στα σχολεία, νοσηλεία κατ' οίκον, αλλά και υπηρεσίες πρόληψης (Christiansen, 2002)

Στη Σουηδία, το σύστημα υγείας βασίζεται στο μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση, με χρηματοδότηση του κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (78%) από τη γενική φορολογία και μόνο κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές. Τόσο η χρηματοδότηση, όσο και η διοίκηση του συστήματος υγείας επαφίεται στις τοπικές αρχές, η οποία αποτελείται από 21 περιφερειακά συμβούλια, που χωρίζονται σε περιοχές υγειονομικής ευθύνης και 289 δημοτικά συμβούλια (Τούντας, 2003, Μπαρδής, 2006).

Στην Αγγλία, η διάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) βασίζεται σημαντικά στην εξυπηρέτηση μεγάλου μέρους της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο, ενώ στην γείτονα της Γαλλία,

το κράτος έχει κυρίαρχο ρόλο, θέτοντας τους στόχους για κάθε έτος και το χρηματικό πλαίσιο. Οι τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες στην υγεία εξυπηρετούνται από τους Περιφερειακούς Νοσοκομειακούς Οργανισμούς και τις Νομαρχιακές και Περιφερειακές Διευθύνσεις Υγειονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων(Μπαρδής, 2006)

Η Ισπανία, από την άλλη, παραδοσιακά είναι χωρισμένη σε περιφέρειες, κάθε μια εκ των οποίων διέπεται από δικό της νόμο σχετικά με το ποιες αρμοδιότητες ανήκουν στην περιφέρεια και ποιες εκχωρούνται στο κράτος. Πάντως, όλες οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας ανήκουν στην περιφέρεια, ενώ το Υπουργείο Υγείας διατηρεί ρόλο συντονιστή, με αρμοδιότητες την θέσπιση νομοθεσίας για τα φάρμακα, την κατάρτιση του εθνικού προϋπολογισμού υγείας και την κοινωνική ασφάλιση (Mills, 1990)

#### 4.3.Στην Ελλάδα- Κοινωνικές υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση

Από την δεκαετία του '90 και μετά, στον διευρυνόμενο ρόλο των ΟΤΑ συμπεριλήφθηκε, πέρα από την μέριμνα και τη λήψη μέτρων για την άμεση προστασία της δημόσιας υγείας και η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την υγεία. Ο λόγος γι' αυτό ήταν τόσο η αδυναμία αποτελεσματικού χειρισμού της από την κεντρική εξουσία, όσο και η ανάγκη ύπαρξης ανθρωποκεντρικής πολιτικής, η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με την διαπρωσωπική φύση των πολιτικών σχέσεων σε τοπικό επίπεδο. Επιπλέον, σημαντικό είναι ότι ο βέλτιστος χειρισμός προβλημάτων κοινωνικής φύσεως πραγματοποιείται κοντά στο επίπεδο εμφάνισης τους, δηλαδή σε τοπικό επίπεδο (Κοντιάδης κ. συν, 2006β)

Το κατεξοχήν πεδίο άσκησης κοινωνικής πολιτικής από την τοπική αυτοδιοίκηση είναι η πρόληψη, τόσο λόγω της αμεσότητας στην σχέση με τον πολίτη, όσο και λόγω καλύτερου προσανατολισμού στις ανάγκες και τα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας. Ο καταλληλότερος φορέας υλοποίησης προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής υγείας, με την έννοια κυρίως της πρόληψης και της αγωγής υγείας είναι , υπό αυτή την έννοια, οι ΟΤΑ (Χρηστάκης, 2009).

Ο μέχρι πρότινος δεύτερος βαθμός αυτοδιοίκησης (νομαρχίες), δεν είχε ιδιαίτερα ευρύ πεδίο δράσης στην κοινωνική πολιτική και δη στην κοινωνική

πολιτική υγείας(Σκαμνάκης, 2007). Στις αρμοδιότητες της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης ενέπιπτε η συνεργασία και η λειτουργική διασύνδεση με αντίστοιχες υπηρεσίες σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, η υλοποίηση δράσεων που οργανώνονται κεντρικά, η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, οι περιβαλλοντικοί υγειονομικοί έλεγχοι, δράσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας και διάφορα προγράμματα προστασίας ευπαθών ομάδων (Κυριόπουλος, 2009).

Στον έως σήμερα ισχύοντα Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων τονίστηκε ιδιαίτερα η ανάγκη της αποκέντρωσης των κοινωνικών υπηρεσιών για την υγεία από τις νομαρχίες στους δήμους και μάλιστα έγινε αναγκαία η ίδρυση Διεύθυνσης Κοινωνικών Υπηρεσιών στα πλαίσια κάθε πρωτοβάθμιου ΟΤΑ(Κοντιάδης κ.συν, 2006β). Οι εν λόγω υπηρεσίες αποτελούν πλέον οργανωμένες και θεσμικά δομημένες οργανώσεις με σαφείς στόχους, παραδεκτούς μηχανισμούς παρέμβασης και αναγκαίες υποδομές ανθρώπινου δυναμικού. Μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών στηρίζονται και κατευθύνονται προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα, ανάμεσα στα οποία και διάφορα κοινωνικά προγράμματα που αφορούν την υγεία (Μπουρίκας, 2007).

#### *4.3.1. Προγράμματα & Δράσεις Υπηρεσιών Υγείας στην πρωτοβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση*

Στο άρθρο 15 του Ν. 3172/03 κατονομάζονται οι αρμοδιότητες των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ που σχετίζονται άμεσα με την προστασία της Δημόσιας Υγείας, χωρίς να καθορίζονται επαρκώς. Αναφορικά, σε αυτές συμπεριλαμβάνονται:

- Η εξασφάλιση των όρων υγιεινής διατροφής, ύδρευσης, αποχέτευσης και καθαριότητας σε παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς, σχολεία, οικοτροφεία, γηροκομεία κ.ο.κ
- Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας των ατόμων που εργάζονται στα παραπάνω
- Ο έλεγχος των υγειονομικών προϋποθέσεων ίδρυσης και χορήγησης άδειας λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος
- Η εξασφάλιση της υγιεινής του πόσιμου νερού
- Η καθαριότητα των δημοτικών οδών και των κοινόχρηστων χώρων

- Η αποκομιδή και υγιεινή διάθεση των αποβλήτων και απορριμμάτων και η συντήρηση των αποχετευτικών δικτύων (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Ωστόσο, ο μεγαλύτερος όγκος των δράσεων (κοινωνικής) πολιτικής που αφορά την υγεία σε τοπικό επίπεδο αφορά είτε παροχές προνοιακού χαρακτήρα, είτε υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας. Παρόλα αυτά, ακόμα και αυτά τα προγράμματα αποτελούν ως επί το πλείστον τους, εφαρμογές μιας γενικότερης, εθνικής πολιτικής κι όχι αυτόνομες δράσεις (Σκαμνάκης, 2007).

Παρακάτω αναφέρονται οι διάφορες δράσεις υπηρεσιών δημόσιας υγείας που ασκούνται στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής της τοπικής αυτοδιοίκησης.

#### 4.3.1.1 Προγράμματα Προστασίας Ηλικιωμένων

Τα πιο γνωστό πρόγραμμα προστασίας των ηλικιωμένων είναι τα **Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**. Η αναγνώριση της ανάγκης για παροχή προληπτικής ιατρικής, αλλά και κοινωνικής στήριξης στους ηλικιωμένους έγινε ιδιαίτερα αισθητή την δεκαετία του '70. Συγκεκριμένα, το 1979, η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας ζήτησε τη συνεργασία Ομίλου Εθελοντών, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοικτής Εξω-Ιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων. Ως τότε, ο Όμιλος Εθελοντών λειτουργούσε ένα πρόγραμμα με τίτλο «*η γωνιά του παππού και της γιαγιάς*», με παροχή συσσιτίου στους ηλικιωμένους. Το πρώτο ΚΑΠΗ που ιδρύθηκε με την ονομασία «*Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου*» ήταν στελεχωμένο με γιατρό, φυσιοθεραπευτή, επισκέπτη υγείας ή νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή και οικογενειακό βοηθό (Αραμπατζή κ.συν, 2009).

Νομοθετικά, η σύσταση των ΚΑΠΗ βασίστηκε στο Ν.Δ. 162/1974 «*περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων*», με το οποίο παραχωρείται αρμοδιότητα στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών και παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης κέντρων προστασία Γήρατος, για την παροχή εξωιδρυματικής φροντίδας και απασχόλησης των υπερηλίκων (Σηφάκη, 2007).

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, λειτουργούσαν ήδη στην Ελλάδα 8 ΚΑΠΗ, των οποίων την ευθύνη έφεραν εθελοντικές ομάδες, αλλά και οργανώσεις όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ή το Κέντρο Μέριμνας

Οικογένειας- Παιδιού (Ανδρεοπούλη κ. συν, 2009, Αραμπατζή κ.συν, 2009). Η παροχή των υπηρεσιών αφορά άτομα άνω των 60 ετών. Με τον Ν. 1416/84, η αρμοδιότητα για την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ μεταβιβάζεται στην τοπική αυτοδιοίκηση και μάλιστα προβλέπεται και ποσό ετήσιας επιχορήγησης των νέων ΝΠΔΔ που συστήνονται (Σηφάκη, 2007). Έκτοτε, η ανάπτυξη του θεσμού είναι ραγδαία: στα μέσα της δεκαετίας υπάρχουν 260 ΚΑΠΗ, εκ των οποίων 80 στην Αθήνα.

Ως το τέλος του 1988, οι δαπάνες μισθοδοσίας, καθώς και οι λειτουργικές δαπάνες των ΚΑΠΗ καλύπτονταν από το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, σε περίπτωση μάλιστα που υπήρχε δημοτικό οικόπεδο, επιχορηγούνταν και η ανέγερση κτιρίου για το ΚΑΠΗ. Το 1989 η ευθύνη για τις δαπάνες αυτές μεταβιβάστηκε στους ΟΤΑ, ενώ το Υπουργείο συνέχισε να χρηματοδοτεί τις δαπάνες για εξοπλισμό και κτιριακά (Αραμπατζή κ.συν, 2009, Ανδρεοπούλη κ.συν, 2009).

Βασική φιλοσοφία του θεσμού των ΚΑΠΗ είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Με βάση τα αναφερόμενα στο ΠΔ 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ συστήνεται Οργανισμός Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης, προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο κύριος στόχος που είναι η πρόληψη ενδεχόμενων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ενεργά και ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου (Αθανασάκης κ. συν, 2009, Αραμπατζή κ.συν, 2009). Ακόμα, στοχεύει στη διαφώτιση και τη συνεργασία του ευρύτερου κοινού, αλλά και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς και η έρευνα σχετικά με αυτούς (Αραμπατζή, 2009, Σηφάκη, 2007).

Οι βασικές υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ είναι:

- Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
- Παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και το άμεσο περιβάλλον τους
- Παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας
- Βοήθεια κατ' οίκον σε περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις
- Εντευκτήριο (Ανδρεοπούλη κ.συν, 2009, Σηφάκη, 2007).



Από την άλλη, στους στόχους των ΚΑΠΗ συμπεριλαμβάνεται: η κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων, η προληπτική ιατρική, η ενεργοποίηση των μελών του, η αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, η διασύνδεση με άλλους φορείς και η ιατροκοινωνική έρευνα (Σηφάκη, 2007).

Η διοίκηση των Κέντρων ασκείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζεται από:

1. Τον Δήμαρχο ή επί τούτου ορισμένο αντιδήμαρχο ως Πρόεδρο
2. Έναν Δημοτικό Σύμβουλο, που με ψήφο του ΔΣ ορίζεται ως μέλος
3. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ, που ψηφίζεται από τα μέλη του
4. Έναν Κοινωνικό Λειτουργό, που ορίζεται από το Υπουργείο Υγείας
5. Έναν δημότη που προτείνει ο Δήμαρχος, ανάμεσα από άτομα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση ΔΣ
6. Έναν αιρετό εκπρόσωπο των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ
7. Έναν εκπρόσωπο των τοπικών συλλόγων συνταξιούχων (Σηφάκη, 2007).

Μια ακόμα παροχή δημόσιας υγείας από τους δήμους είναι τα **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**. Ουσιαστικά, τα ΚΗΦΗ είναι χώροι ημερήσιας ή ολιγόωρης παραμονής, όπου προσφέρονται υπηρεσίες νοσηλευτικές, ικανοποίησης πρακτικών αναγκών, ατομικής υγιεινής ή και δημιουργικής απασχόλησης, από επαγγελματίες του αντίστοιχου κλάδου (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Ομάδα-στόχος των ΚΗΦΗ είναι τα ηλικιωμένα άτομα αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και που το περιβάλλον τους δεν μπορεί να τους φροντίσει. Τα ΚΗΦΗ φιλοδοξούν να καλύψουν το κενό αυτό με την παροχή οργανωμένης φροντίδας από ειδικευμένο προσωπικό, αλλά και εθελοντές (Αραμπατζή κ.συν, 2009)

Απώτερος σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας στο γνώριμο τους περιβάλλον, την εναρμόνιση της ζωής της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, την αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και της εξασφάλιση ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους (Αραμπατζή κ.συν, 2009). Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων για:

- ❖ Αξιοπρεπή διαβίωση των ηλικιωμένων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον
- ❖ Υποστήριξη της αυτονομίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της αυτάρκειας τους
- ❖ Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και εξασφάλιση της υγείας και ποιοτικής διαβίωσης (Δανιηλίδης, 2010)

Ανάμεσα στις υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΗΦΗ συμπεριλαμβάνονται: νοσηλευτική φροντίδα, φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, ατομική υγιεινή, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Αραμπατζή κ.συν, 2009).

Σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία της ΚΕΔΚΕ, λειτουργούν 61 ΚΗΦΗ σε ολόκληρη τη χώρα, τα οποία εξυπηρετούν πάνω από 1.000 ηλικιωμένους (Δανιηλίδης, 2010). Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται λειτουργικά με τα ΚΑΠΗ της περιοχής τους, προκειμένου να αλληλο-καλυφθούν σε θέματα καταγραφής και αξιολόγησης του πληθυσμού, αλλά και στην παροχή ειδικοτήτων που δεν υπάρχουν στα ΚΗΦΗ. Ακόμα, είναι δυνατή η συνεργασία με τοπικούς φορείς αντίστοιχου ενδιαφέροντος, με μονάδες υγείας, καθώς και με το ΕΚΑΒ ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

Ένα ακόμα σημαντικό πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων αποκλειστικής αρμοδιότητας των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ είναι το **«Βοήθεια στο Σπίτι»**. Η έναρξη λειτουργίας του προγράμματος χρονολογείται στα 1997, όταν ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά με πρωτοβουλία των Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών, της ΚΕΔΚΕ, των δήμων και των ΚΑΠΗ. Η πιλοτική εφαρμογή κρίθηκε επιτυχής, έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, με συγχρηματοδότηση του Β' ΚΠΣ και του Υπουργείου Εργασίας. Στη συνέχεια, το 2002 ξεκίνησε η εφαρμογή των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», που συγχρηματοδοτήθηκαν από το Γ' ΚΠΣ και Εθνικούς Πόρους. Σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία της ΚΕΔΚΕ, λειτουργούν πανελλαδικά 881 δομές «Βοήθειας στο Σπίτι» και 183 Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, οι οποίες παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες (Δανιηλίδης, 2010).

Το νομοθέτημα στο οποίο στηρίχθηκε η ανάπτυξη του θεσμού είναι, όπως και στην περίπτωση των ΚΑΠΗ, το ΝΔ 162/73 «περί μέτρων προστασίας

*υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων...», όπου στο αρθρ.2 αναφέρεται ότι η προστασία «δύναται να εκδηλούται ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχόμενη υπό μορφή ηθικής συμπαραστάσεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάψεως αυτών». Η πρωτοποριακή αυτή, για την εποχή της ιδέα, εφαρμόστηκε σχεδόν 30 χρόνια μετά, με την ένταξη της στο ΠΕΠ από το Υπουργείο Υγείας (Περγαμαλή, 2006). Σήμερα, η λειτουργία των ΠΒΣ διέπεται από τα ρηθέντα της ΚΥΑ 1845/2004 «Κωδικοποίηση/ Τροποποίηση ΚΥΑ για το Σύστημα διαχείρισης, αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου –διαδικασία εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερησίας Φροντίδας Ηλικιωμένων», συγχρηματοδοτούμενη από το ΕΚΤ, στα πλαίσια του Γ'ΚΠΣ».*

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε όλη τη χώρα (πάνω από το 80% των Δήμων) και κατά προτεραιότητα σε απομακρυσμένες, ορεινές και νησιωτικές περιοχές (Δανιηλίδης, 2010) και στοχεύει στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής βοήθειας σε όλους τους ηλικιωμένους, καθώς και σε ΑΜΕΑ και σε άτομα με αναπηρίες. Σκοπός του είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η παροχή βοήθειας για αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωση, αλλά και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Στο πρόγραμμα απασχολούνται κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικιακοί βοηθοί, οι οποίοι παρέχουν:

- ❖ Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις κατ' οίκον
- ❖ Νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία
- ❖ Κοινωνική εργασία, ατομική, με την οικογένεια, σε ομάδες, με την κοινότητα
- ❖ Πρακτικές εξυπηρετήσεις(πχ πληρωμή λογαριασμών, ψώνια, τηλεφωνικές επικοινωνίες κλπ)
- ❖ Καθαριότητα και φροντίδα νοικοκυριού (Αθανασάκης κ.συν,2009, Σηφάκη, 2007)

Τέλος, μια ακόμα παροχή, η οποία αποτελεί πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων είναι οι λέσχες φιλίας οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο γειτονιάς ή συνοικίας και αποσκοπούν στην εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της ηλικίας τους, την ομαλή συνύπαρξη τους με νεώτερους, αλλά και την παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Είναι χώροι όπου μπορούν οι ηλικιωμένοι να έρθουν σε επαφή με

συνομήλικους, να ψυχαγωγηθούν και να βρουν κοινωνική υποστήριξη. Στο πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας εντάσσονται ακόμη εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, δημιουργική απασχόληση, εκδρομές, επισκέψεις πολιτιστικού χαρακτήρα.

Στις Λέσχες Φιλίας μπορούν να εγγραφούν άτομα άνω των 60, μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής αλλά ακόμα και άτομα κάτω των εξήντα που πληρούν κάποια κοινωνικά κριτήρια (χαμηλοσυνταξιούχοι, μοναχικά άτομα κλπ). Τα μέλη καταβάλλουν ένα συμβολικό ποσό συνδρομής και μπορούν να παραμείνουν στη λέσχη από τις 7 το πρωί ως τις 7 το βράδυ. Τα εγγεγραμμένα μέλη ανέρχονται στις 5.000, ενώ από αυτά τα 2.500-3.000 είναι τα πιο ενεργά από άποψη συμμετοχής. Ο μέσος όρος εξυπηρετούμενων ανά λέσχη είναι 50-70 άτομα σε καθημερινή βάση ή 1.000 άτομα ημερησίως σε σύνολο των λεσχών([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

#### 4.3.1.2. Παροχή Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας & προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας

Σε ορισμένους δήμους της χώρας έχουν αναληφθεί πρωτοβουλίες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες όμως σε μεγάλο βαθμό είναι σποραδικές και ελλιπώς συντονισμένες(Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Για παράδειγμα, τα πολυσυζητημένα δημοτικά ιατρεία, ένας εν δυνάμει πολύ σημαντικός φορέας πρωτοβάθμιας φροντίδας, λειτουργούν σήμερα μόνο σε λίγους δήμους. Τα δημοτικά ιατρεία στελεχώνονται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και μπορούν να παράσχουν υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο, καθώς και προληπτική φροντίδα υγείας (οικογενειακό προγραμματισμό, προληπτική οδοντιατρική, μετανοσοκομειακή φροντίδα/ αποκατάσταση, παρακολούθηση χρονίως πασχόντων) και κοινωνική φροντίδα.

Σε σχέση με το πεδίο αυτό έχει αναπτυχθεί το «Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των ΟΤΑ», το οποίο αποτελείται από όλους τους δήμους που διαθέτουν υπηρεσίες υγείας. Σκοπός του ΔΔΥΚΑ είναι η συνένωση δυνάμεων, η συνεργασία και η δημιουργία ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των δομών υγείας στους ΟΤΑ, καθώς και η συνεργασία για τη διεκδίκηση κρατικών και ευρωπαϊκών πόρων ([www.ddy.gr](http://www.ddy.gr))

#### 4.3.1.3 Προγράμματα στήριξης της οικογένειας

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται προγράμματα και δράσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη της οικογένειας, της μητρότητας και του παιδιού. Οι πιο σημαντικές από αυτές τις δομές είναι οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί, οι οποίοι προσφέρουν βοήθεια στους εργαζόμενους γονείς αφενός, αλλά και αφετέρου δημιουργική απασχόληση και μάθηση στα παιδιά. Ακόμα, παρέχονται υπηρεσίες παρακολούθησης της υγείας των παιδιών και προληπτικός έλεγχος της σωματικής και ψυχολογικής υγείας (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Η ανάγκη για την ανάπτυξη δομών προστασίας του παιδιού έγινε φανερή αμέσως με την ίδρυση του νεοσύστατου ελληνικού κράτους. Το 1829, ο Ιωάννης Καποδίστριας προώθησε την ίδρυση του Ορφανοτροφείου της Αίγινας, το οποίο αποσκοπούσε στην προστασία, την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάρτιση των παιδιών. Το 1833, ο Όθωνας ίδρυσε με την σειρά του το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών, το οποίο αργότερα συμπεριέλαβε στις εγκαταστάσεις του και παιδικό σταθμό (Αθανασοπούλου κ.συν, 2010).

Οι πρώτες συνειδητοποιημένες προσπάθειες για ίδρυση κρατικών παιδικών σταθμών πραγματοποιούνται την περίοδο 1922-1940. Την περίοδο αυτή, οι παιδικοί σταθμοί στοχεύουν στην περίθαλψη και απασχόληση των νηπίων, προκειμένου οι μητέρες τους να μπορούν να συμμετάσχουν στην παραγωγική διαδικασία. Η εκπαίδευση και η μάθηση, πάλι, προκύπτουν κατά μάλλον συμπληρωματικό τρόπο, ενώ κύριο μέλημα είναι η κατάλληλη σίτιση των παιδιών και η αποφυγή των ασθενειών (Ζέρβα κ.συν, 2007). Οι βασικές ρυθμίσεις για την ίδρυση και τη λειτουργία των παιδικών σταθμών εμπεριέχονται στο Ν.2/5-11-1935, όπως αυτός τροποποιήθηκε μεταγενέστερα με τους Ν.2147/1939 και Ν. 1124/1944. Με βάση τους παραπάνω, ο σκοπός των δομών αυτών ήταν «η ημερήσια περίθαλψη και μόρφωση των απόρων ανηλίκων», ενώ υπήρχε και η δυνατότητα παροχής συσσιτίου για παιδιά 7-13 ετών (ΚΕΔΚΕ, 2001).

Στα χρόνια του Εμφυλίου πολέμου αναπτύσσεται μια μορφή παιδικών σταθμών, ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, που ονομάζονται *Εθνικά Αγροτικά Νηπιοτροφεία* για την «ανάπτυξη του εθνικού φρονήματος». Τις επόμενες δεκαετίες, ο αριθμός των ΕΑΝ αυξάνει ραγδαία, μέχρι που το 1973 μετονομάζονται σε *Εθνικούς Αγροτικούς Παιδικούς Σταθμούς*, ενώ το

1984 αλλάζουν ακόμα μια φορά ονομασία και μετατρέπονται σε *Κρατικούς Παιδικούς Σταθμούς*, ενώ για πρώτη φορά δημιουργούνται και *Κρατικοί Βρεφονηπιακοί Σταθμοί* (Ζέρβα κ.συν, 2007).

Τέλος, το 2001-λόγω ευρωπαϊκών υποδείξεων, αλλά και αύξησης του αριθμού των εξυπηρετούμενων παιδιών και των γραφειοκρατικών διαδικασιών- η αρμοδιότητα της λειτουργίας των Παιδικών Σταθμών μεταβιβάστηκε στους ΟΤΑ. Η μεταβίβαση αυτή σηματοδότησε μια αναζωογόνηση και αναβάθμιση της λειτουργίας των ΠΣ, καθώς η επίλυση ενδεχόμενων προβλημάτων μπορούσε πλέον να γίνει άμεσα και πιο αποτελεσματικά (Δανιηλίδης, 2010).

Στους στόχους των κρατικών παιδικών σταθμών σήμερα συμπεριλαμβάνεται, βάσει των οριζόμενων με την ΚΥΑ Π2β/ 2827/1997:

- A) η παροχή προσχολικής αγωγής
- B) η άμβλυνση τυχόν διαφορών που οφείλονται σε σωματική ή νοητική μειονεξία, πολιτισμικούς, θρησκευτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους
- Γ) η σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών
- Δ) η ομαλή μετάβαση από το οικογενειακό στο σχολικό περιβάλλον
- Ε) η στήριξη των γονιών σε θέματα παιδαγωγικής
- ΣΤ) η διευκόλυνση των εργαζόμενων γονιών (Δανιηλίδης, 2010)

Η επιβίωση των παιδικών σταθμών στηρίζεται σε διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, λαμβάνουν ετήσια επιχορήγηση από την Κεντρική Διοίκηση, αλλά χρηματοδοτούνται επίσης και από τον οικείο τους ΟΤΑ. Επιπλέον, εισπράττουν χρήματα από τα τροφεία, τα οποία μπορεί να κυμαίνονται από 15-120€ μηνιαία.

Βάσει στοιχείων της ΚΕΔΚΕ, σήμερα λειτουργούν 1.346 Παιδικοί Σταθμοί σε 565 Δήμους. Το 95, 3% αυτών είχαν συσταθεί κεντρικά και μεταφέρθηκαν στους ΟΤΑ με τους Ν. 2218/94 και 2881/01. Το 63% όλων των Παιδικών Σταθμών εισπράττει τροφεία, με το συντριπτικό ποσοστό αυτών (69%) να τα συσχετίζει με την εισοδηματική κατάσταση των γονέων, ενώ το υπόλοιπο 31% διατηρεί ένα σταθερό μηνιαίο κόστος.

#### 4.3.1.4 Προγράμματα προστασίας ευπαθών ομάδων

Σε πολλούς δήμους υπάρχουν προγράμματα και δράσεις για την προστασία ευπαθών ομάδων, όπως τα άτομα με αναπηρίες, τα εξαρτώμενα από ουσίες

άτομα, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, οι τσιγγάνοι κοκ. Στα πλαίσια αυτών των δράσεων, λειτουργούν προγράμματα όπως, οργανισμοί καταπολέμησης των ναρκωτικών, μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ιατροκοινωνικά κέντρα κλπ.

Η ίδρυση και λειτουργία των Ιατροκοινωνικών Κέντρων διέπεται από τα οριζόμενα στην ΚΥΑ 113956/ ΦΕΚ 1295/4-10-2002, αναφορικά με το «*Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης, Ελέγχου και Διαδικασία Εφαρμογής της Ενέργειας 'προάσπιση- προαγωγή υγείας και κοινωνική ενσωμάτωση Ελλήνων Τσιγγάνων'*».

Οι δράσεις των ΙΑΚ εντάσσονται στα Ολοκληρωμένα Προγράμματα Δράσης, τα οποία συμπεριλαμβάνουν «*προληπτικές και διορθωτικές παρεμβάσεις στην κοινωνική πραγματικότητα, προκειμένου να αμβλυθούν οι κοινωνικές ανισότητες και ενταχθούν κοινωνικά οι Έλληνες Τσιγγάνοι*».

Στο αρθρ. 2, της ανωτέρω ΚΥΑ αναφέρεται ότι στόχος είναι η λειτουργία δομών που θα παρέχουν ιατροκοινωνική φροντίδα και συγκεκριμένα «*θα προωθείται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η κοινωνική προστασία των Ελλήνων Τσιγγάνων*». Οι στόχοι των ΙΑΚ που κατονομάζονται αναλυτικά είναι:

- Η καταγραφή της ομάδας- στόχου, η μελέτη και ανάλυση των χαρακτηριστικών και των ιδιαιτεροτήτων
- Η καταγραφή των αναγκών και η επιδημιολογική έρευνα
- Οι δράσεις αγωγής υγείας και η ενημέρωση για την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες
- Η προάσπιση και προαγωγή υγείας
- Η σύνδεση των ΙΑΚ με άλλα κοινωνικό-προνοιακά προγράμματα
- Η παροχή βοήθειας για τυχόν εκκρεμότητες ή ρυθμίσεις με το δημόσιο
- Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για την ένταξη της οικογένειας στην οικογένεια

Στα ΙΑΚ είναι απαραίτητη η ύπαρξη:

Α) ιατρού γενικής ή κοινωνικής ιατρικής ή παθολόγου ή παιδίατρο,υ,

Β) κοινωνικού λειτουργού ή κοινωνιολόγου, ο οποίος δρα ως συντονιστής

Γ) επισκέπτη υγείας ή νοσηλεύτη

ενώ επιθυμητή, αλλά όχι απαραίτητη θεωρείται η ύπαρξη

Δ) ψυχολόγου, κατά προτίμηση εξειδικευμένου των παρακάτω ειδικοτήτων:

Ε) γυμναστή

ΣΤ) ειδικού παιδαγωγού για δημιουργική απασχόληση.

Επιπλέον, αναγκαία είναι η ύπαρξη διαμεσολαβητή, ο οποίος είναι ένα άτομο προερχόμενο από τον πληθυσμό αναφορά, που επιλέγεται από τον ίδιο τον πληθυσμό και κατά προτίμηση έχει προτιμήσει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης. Ο ρόλος του διαμεσολαβητή είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς αποτελεί συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην κοινωνία, το ΙΑΚ και τους ίδιους τους τσιγγάνους.

Η χρηματοδότηση του προγράμματος γίνεται με συγχρηματοδότηση, σε ποσοστό 75% από το ΕκΤ ( μέσω του ΕΣΠΑ) και κατά το υπόλοιπο μέρος από εθνικούς πόρους. Σήμερα, λειτουργούν πανελλαδικά 32 ΙΑΚ, κάποια από τα οποία υπολειτουργούν λόγω έλλειψης επαρκούς χρηματοδότησης.

Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε από ΙΤΑ σε συνεργασία με την ΕΣΔΥ ΤΟ 2009 (Αθανασάκης κ. συν, 2009), οι συχνότερα εμφανιζόμενες δράσεις δημόσιας υγείας που αναπτύσσονται από τους πρωτοβάθμιους ΟΤΑ είναι, όπως παρακάτω:

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5</b>	
<b>ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ Δ.Υ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ</b>	
1	Προγράμματα υποστήριξης ευπαθών ομάδων
2	«Βοήθεια Στο Σπίτι»
3	Προγράμματα Αγωγής Υγείας
4	Εμβολιασμοί
5	Προγράμματα ελέγχου υγείας μαθητών
6	Προστασία ασθενών με ψυχιατρικές παθήσεις
7	Προγράμματα υγιεινής στους χώρους εργασίας
8	Περιβαλλοντικοί έλεγχοι
9	Προγράμματα προσυμπτωματικών ελέγχω

(Πηγή: ΙΤΑ,2009)

Όσον αφορά τις δράσεις υπηρεσιών υγείας, στην παραπάνω έρευνα, αναδείχθηκαν ως οι συχνότερα εμφανιζόμενες οι παρακάτω:



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6</b>	
<b>ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ</b>	
1	ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Λέσχες Φιλίας
2	Βρεφονηπιακοί & Παιδικοί Σταθμοί
3	Ιατρεία & Πολυιατρεία
4	Ειδικά κέντρα υγείας & πρόνοιας
5	Κέντρα ψυχοκοινωνικήςστήριξης & απεξάρτησης
6	Κέντρα υποστήριξης & αποκατάστασης ατόμων με αναπηρίες

(Πηγή: ΙΤΑ, 2009)

Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι προτεραιότητα δίνεται κυρίως στις δομές για ηλικιωμένους και για παιδιά, ενώ οι υπόλοιπες φαίνεται να κατέχουν δευτερεύουσα θέση στην ιεράρχηση των αναγκών. Και παρότι οι διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις είναι μεγάλες, μπορεί να ειπωθεί με σχετική ασφάλεια ότι αποτελεί κανόνα για τους περισσότερους πρωτοβάθμιους ΟΤΑ.

## ΜΕΡΟΣ Γ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ

### 1. Η ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ

Η Νέα Αλικαρνασσός βρίσκεται στο 2,5 χλμ της κεντρικής οδικής αρτηρίας Ηρακλείου- Λασιθίου, στην ανατολική πλευρά της πόλης του Ηρακλείου. Η πόλη αποτελεί προσφυγικό οικισμό, που δημιουργήθηκε μετά από την Μικρασιατική καταστροφή και τον ξεριζωμό των Ελλήνων. Η Αλικαρνασσός της Μικράς Ασίας αποτελούσε ισχυρό αστικό κέντρο. Ιδρύθηκε στα παράλια της Καρίας, στο ΝΔ τμήμα της Μ. Ασίας, πάνω στο βραχώδες ακρωτήριο της Ζεφυρείας, ακριβώς απέναντι από την Κω και επεκτάθηκε στη χερσόνησο ανάμεσα στον Κεραμικό και τον Ιασικό κόλπο. Στη θέση της σήμερα βρίσκεται η τούρκικη πόλη Bodrum, χτισμένη ακριβώς πάνω από τα ερείπια της αρχαίας πόλης([www.nea-alikarnassos.gr](http://www.nea-alikarnassos.gr)). Πρέσβεις της Αλικαρνασσού στη Ρώμη αναφέρουν ως έτος ίδρυσης το 1175 π.χ., εντούτοις οι ιστορικοί τοποθετούν την ίδρυση της γύρω στο 1000 π.χ. Η Αλικαρνασσός υπήρξε δωρική αποικία. Μετά την Μικρασιατική καταστροφή, παραχωρήθηκε από το ελληνικό κράτος έκταση 6.000 στρεμμάτων για την ίδρυση προσφυγικού συνοικισμού, προκειμένου να στεγαστούν οι ξεριζωμένοι Πετρουμιανοί. Τα σύνορα του συνοικισμού ήταν: από Βορρά το Κρητικό πέλαγος, από Ανατολή και Νότο τα όρια της επαρχίας Πεδιάδος και από τη Δύση ο Σιλαμιανός ποταμός. Σύμφωνα με την Διεύθυνση Εποικισμού, ο χώρος πληρούσε όλες τις προϋποθέσεις, με βασικό σημείο για την επιλογή του να αποτελεί η παραθαλάσσια, επίπεδη θέση του που δημιουργούσε στους πρόσφυγες συναισθήματα οικειότητας και αποδοχής, αλλά παράλληλα τους εξασφάλιζε και εργασία, καθώς πολλοί απ' αυτούς ήταν κατ' επάγγελμα αλιείς. Το έργο ανατέθηκε στην ΕΑΠ (Επιτροπή Αποκατάστασης Προσφύγων) σε συνεργασία με το τοπικό Γραφείο Εποικισμού και το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας & Αντιλήψεως. Η διαδικασία ίδρυσης της Νέας Αλικαρνασσού ξεκίνησε το 1924, ενώ επίσημα οι δικαιούχοι παρέλαβαν τα νέα τους σπίτια το 1925. Κατά τη δημιουργία της η πόλη διαχωρίστηκε σε τρεις ζώνες ανάλογα με τα επαγγέλματα των οικιστών: η βόρεια ζώνη, όπου ζούσαν οι αλιείς ονομάστηκε «Θαλασσινά», η νότια «Γεωργικά», λόγω της παρουσίας πολλών αγροτών και

η κεντρική «αστικά», όπου έμεναν όσοι είχαν αναπτύξει αστικές δραστηριότητες (Δ. Ν. Αλι/σσού, 2006).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΔΗΜΟΥ Ν. ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ

ΕΤΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
1928	1500 (1317 πρόσφυγες)
1940	2127
1951	2912
1961	5132
1971	6185

Πηγή: Δήμος Ν. Αλικαρνασσού (2010)

## 2. Ο ΔΗΜΟΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΣΗΜΕΡΑ & ΑΥΡΙΟ....

Έως σήμερα η Νέα Αλικαρνασσοί αποτελούσε τον δεύτερο σε πυκνότητα δήμο του Νομού Ηρακλείου. Συνόρευε δυτικά με τον Δήμο Ηρακλείου, ανατολικά με τον Δήμο Γουβών και περιελάμβανε τα δημοτικά διαμερίσματα Ν. Αλι/σσού και Καλλιθέας, ο οποίος απαρτίζεται από τους οικισμούς Καλλιθέας, Πρασάς και Καρτερού. Καταλάμβανε 16,3 τ.χλμ. και στην απογραφή του 2001 είχε 12.542 κατοίκους. Στην διοικητική περιφέρεια του δήμου βρίσκεται η Βιομηχανική Περιοχή Ηρακλείου, το διεθνές αεροδρόμιο «Ν. Καζαντζάκης» και οι φυλακές.

Μετά την εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης», η πόλη της Ν. Αλικαρνασσοί συνενώθηκε διοικητικά με αυτή του Ηρακλείου και μαζί αποτελούν τον μεγαλύτερο δήμο του νομού Ηρακλείου. Τα αποτελέσματα της συνένωσης αναμένεται να ανακοινωθούν και να εκτιμηθούν εν ευθέτω χρόνω.



### 3. ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ Ν. ΑΛΙΣ/ΣΟΥ

Εντός των διοικητικών ορίων του Δήμου Ν. Αλικαρνασσοῦ (σημερινή δημοτική ενότητα) υπάρχουν διαφορετικών ειδών δομές, από τις οποίες ορισμένες μόνο χρηματοδοτούνται από τον Δήμο. Ενδεικτικά στις μη χρηματοδοτούμενες άμεσα από δημοτικούς πόρους υπηρεσίες συμπεριλαμβάνονται η Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα Αριάδνη του ΚΕΘΕΑ (η οποία απευθύνεται σε χρήστες ουσιών και στις οικογένειες τους) το Κέντρο Ειδικών Παιδιών «Η Ζωοδόχος Πηγή» (μη κερδοσκοπικός, μη κυβερνητικός οργανισμός που παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με νοητική υστέρηση ή αυτισμό και τις οικογένειες τους) και ακόμα το ΙΚΑ Αλικαρνασσοῦ, το οποίο διαθέτει και μια μονάδα εντός του αερολιμένα Ν. Καζαντζάκης.

Όσον αφορά τις αμιγώς δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, με βάση του στοιχεία που παρασχέθηκαν, αποτελούσαν αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Προγραμματισμού- Ανάπτυξης και Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου. Στις αρμοδιότητες της Δ/σης περιλαμβάνονταν:

- Συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων που αφορούν στην υφιστάμενη κατάσταση του Δήμου σε ζητήματα κοινωνικής πολιτικής, πρόνοιας, υγείας κλπ
- Συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων που αφορούν στην υφιστάμενη κατάσταση δημοτών που ανήκουν σε διαφορετικές ομάδες και ιδιαίτερα σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες
- Παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας κλπ προς τους δημότες, είτε μέσω των ΝΠΔΔ του δήμου είτε άλλων φορέων
- Συνεργασία με τα ΝΠΔΔ του Δήμου που ασκούν αρμοδιότητες κοινωνικής πολιτικής
- Υποβολή προτάσεων σε εθνικά και ευρωπαϊκά προγράμματα, υλοποίηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση τους
- Εκπόνηση ερευνών/ μελετών
- Δημιουργία μόνιμου μηχανισμού διασύνδεσης και συνεργασίας των φορέων (κρατικών, εθελοντικών, εθνικών- περιφερειακών- ευρωπαϊκών κλπ)

- Πληροφόρηση-ενημέρωση των δημοτών
- Προσέλκυση εθελοντών
- Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών συμπληρωματικά με τα ΝΠΔΔ

Με βάση τα στοιχεία που παρασχέθηκαν από την αρμόδια Διεύθυνση του Δήμου, στον τομέα των Κοινωνικών Υπηρεσιών που αφορούν ή σχετίζονται με την υγεία έχουν πραγματοποιηθεί οι παρακάτω δράσεις:

- ♣ Υλοποίηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Παρακολούθηση, υποστήριξη και συντονισμός προγράμματος
- ♣ Υλοποίηση του προγράμματος για δημιουργία Ιατροκοινωνικού Κέντρου για τους Ρομά- παροχή ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας

Φορέας υλοποίησης των παραπάνω προγραμμάτων είναι η ΔΗΚΕΝΑ (Δημοτική Κοινωφελής Επιχείρηση Ν. Αλικαρνασσού), στις αρμοδιότητες της οποίας εντάσσεται και η εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων που αποσκοπούν στην υποστήριξη της βρεφικής, παιδικής και τρίτης ηλικίας και στην υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας .

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενα, ηλικιωμένα άτομα ή άτομα με αναπηρίες. Ιδιαίτερη προτεραιότητα δίνεται σε άτομα μοναχικά, με χαμηλό εισόδημα, ελλιπές υποστηρικτικό περιβάλλον και απομακρυσμένα από υπηρεσίες. Είναι μια κινητή μονάδα που παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες οργανωμένης, συστηματικής και εξατομικευμένης φροντίδας και υποστήριξης. Από την έναρξη του προγράμματος στις 11/9/2002 και έως σήμερα έχουν εξυπηρετηθεί 257 άτομα, ενώ την τρέχουσα περίοδο εξυπηρετούνται καθημερινά 124 δημότες και κάτοικοι της περιοχής (64 ηλικιωμένοι, 59 άτομα με αναπηρίες και 1 μετανάστης). Το προσωπικό του προγράμματος αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια, δύο οικογενειακούς βοηθούς, έναν φυσιοθεραπευτή και έναν ιατρό παθολόγο. Η χρηματοδότηση του προγράμματος πραγματοποιείται από εθνικούς πόρους και έχει πάρει παράταση μέχρι το 2013, με προοπτική να ενταχθεί στο ΕΣΠΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ
2008	109.693,33	6	116
2009	73.635,98	6	136
2010	103.776,32	6	174

(πηγή: ΔΗΚΕΝΑ, 2011)

Το Ιατροκοινωνικό Κέντρο (ΙΑΚ) απευθύνεται στους Έλληνες τσιγγάνους που διαμένουν στον Δήμο Ν Αλι/σσού. Είναι ένα κέντρο παροχής φροντίδας, ιατρικής και κοινωνικής, που υλοποιείται με ευθύνη του Δήμου με την συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου στα πλαίσια του μέτρου 6.3 του ΠΕΠ Κρήτης 2000-6, 2007-13. Τα οφέλη του ΙΑΚ στον τομέα της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης είναι πολλά για τους εξυπηρετούμενους δημότες- αξίζει να αναφερθεί ότι από την έναρξη λειτουργίας του ΙΑΚ στις 26-7-2006 και έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί 1250 εμβολιασμοί σε 322 παιδιά, έναντι 420 που έχουν επισκεφτεί το παιδιατρείο. Επιπλέον, πάνω από 30 ενήλικες έχουν εμβολιαστεί προληπτικά για τον ιό της γρίπης και τον πνευμονόκοκκο.

Το ΙΑΚ διαθέτει ιατρείο παθολογίας και παιδιατρικής και παρέχει δυνατότητα κλινικής εξέτασης, παραπομπής σε νοσοκομείο, εμβολιασμού, παροχής πρώτων βοηθειών και αγωγής υγείας. Στελεχώνεται δε από κοινωνιολόγο, κοινωνικό λειτουργό, δύο νοσηλεύτες, γενικό γιατρό ή παθολόγο, παιδίατρο και διαμεσολαβητή, δηλ. τσιγγάνο εκπαιδευμένο στο πρόγραμμα «τοπικές πρωτοβουλίες απασχόλησης» του δήμου.

Προς το παρόν και αυτό το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από εθνικούς πόρους, με προοπτική να ενταχθεί στο ΕΣΠΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΙΑΚ

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ
2008	83.866,25	7	1.751
2009	65.582,67	4	1.400
2010	84.913,89	4	1.483

(πηγή: ΔΗΚΕΝΑ,2011)

Μια ακόμα δομή παροχής υπηρεσιών υγείας στον Δήμο είναι το Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Το ΚΑΠΗ είναι ΝΠΔΔ που αναλαμβάνει δράσεις για την Τρίτη και τέταρτη ηλικία, με στόχο :

- Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων
- Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων
- Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους

Στην Ν. Αλικαρνασσό υπάρχει ένα κεντρικό ΚΑΠΗ καθώς και ένα παράρτημα του, στα οποία δρουν ομάδες αλληλοβοήθεια, χορωδίας, μαγειρικής ποικίλων δραστηριοτήτων, γυμναστικής και boccia, ενώ ακόμα υπάρχουν επιτροπή εφημερίδας και εκδρομών.

Στο ΚΑΠΗ παρέχονται :

- Κοινωνικές Υπηρεσίες(κοινωνική εργασία ατομική, με οικογένεια και με κοινότητα),
- Ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες(ιατρική εξέταση από ιατρό παθολόγο, συνταγογράφηση φαρμάκων, τεστ σακχάρου, χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων, καρδιογράφημα, μέτρηση πίεσης, κατ' οίκον νοσηλεία, άσκηση προληπτικής ιατρικής, παροχή πρώτων βοηθειών)
- Υπηρεσίες Φυσιοθεραπείας (πρόληψη, βελτίωση της σωματικής κατάστασης, ενεργοποίηση για συμμετοχή σε ομάδες άθλησης)

Επίσης, υπάρχει συνεργασία του ΚΑΠΗ με φορείς όπως Νοσοκομεία, τη ΣΕΥΠ, αλλά και με όλα τα άλλα ΚΑΠΗ του Νομού Ηρακλείου.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΗ

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ		ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΕΚΤΑΚΤΟΙ	
2008	198.500,00	4	3	9.500
2009	190.000,00	4	3	9.600
2010	150.000,00	4	2	10.000

(πηγή: ΚΑΠΗ Ν. Αλι/σσού, 2011)

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ως μέρος των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας- πρόνοιας, η ύπαρξη του Δημοτικού Παιδικού Σταθμού, ο οποίος υφίσταται από το 1969, με σκοπό του την εξυπηρέτηση των εργαζομένων μητέρων. Έως το 2000, λειτουργούσε ως κρατικός παιδικός σταθμός, ενώ έκτοτε

μεταβιβάστηκε στον Δήμο. Σήμερα, φιλοξενεί περίπου 160 παιδιά, από 2,5 έως 5 ετών, τα οποία κατανέμονται σε έξι τμήματα, ανάλογα με της ηλικίες τους.

Η διοίκηση του Παιδικού Σταθμού ασκείται από 5μελές συμβούλιο, αποτελούμενο από τον Δήμαρχο της πόλης ή εκπρόσωπο αυτού, 2 αιρετούς, έναν εκπρόσωπο γονέων και ένα εκπρόσωπο των εργαζομένων. Στα πλαίσια της λειτουργίας του, δε, παρέχεται ενιαία σχολική αγωγή, η οποία στοχεύει στην ολόπλευρη ανάπτυξη των παιδιών, στην εξάλειψη των διαφορών που μπορεί να προκύπτουν λόγω ανισοτήτων στα οικογενειακά τους δεδομένα. Ο παιδικός σταθμός φροντίζει πέρα από την εκπαίδευση των νηπίων και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη τους, ενώ σε πολλές περιπτώσεις παρέχονται και υπηρεσίες υγείας, π.χ. εξέταση από γιατρούς, αγωγή υγείας κλπ.

Οικονομικά ο παιδικός σταθμός στηρίζεται στις επιχορηγήσεις του κράτους(με την ένταξη των σταθμών στους Δήμους το 2000 υπεγράφη 10ετής συμφωνία επιχορήγησης τους), αλλά και από τον Δήμο όποτε παραστεί ανάγκη.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ		ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΣΥΜΒΑΣΙΟΥΧΟΙ	
2008	60.000,00	13	2	130
2009	90.000,00	13	3	130
2010	70.000,00	11	4	137

(πηγή: Παιδικός Σταθμός, 2011)

Επιπλέον, στον προϋπολογισμό του 2008 και του 2009, παρουσιάζονται κάποιες επιπλέον δαπάνες που αφορούν την υγεία. Στον κωδικό αριθμό 15: Υπηρεσίες πολιτισμού- αθλητισμού- κοινωνικής πολιτικής παρουσιάστηκαν τα παρακάτω στοιχεία, που αφορούν δαπάνες για το Ιατροκοινωνικό κέντρο, την εκπόνησης μελέτης για την δημιουργία μονάδας ΠΦΥ και το Πρόγραμμα Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών:



ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Κ.Α						ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΕΤΟΣ	
							2008	2009
15						ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ- ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ & ΚΟΙΝ. ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	2.036.709, 01	2.324.729,38
	15- 6					Έξοδα χρήσης	786.987,26	993.458,52
		15- 61				ΑΜΟΙΒΕΣ ΑΙΡΕΤΩΝ & ΤΡΙΤΩΝ		
			15- 614			Αμοιβές αιρετών & τρίτων με την ιδιότητα των ΝΠΔΔ		
				15- 6141		Αμοιβές ΝΠΔΔ		
					.001	Εκπόνηση μελέτης βιωσιμότητας μονάδας ΠΦΥ	10.476,76	10.476,76
				15- 6142				
					.001	Πρόγραμμα ΙΑΚ	<b>50.710, 50</b>	<b>182.750, 00</b>
					.002	Πρόγραμμα Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών	<b>45.300, 00</b>	<b>50.700,00</b>

(πηγή : προϋπολογισμός 2009 Δήμου Ν. Αλι/σσού)

#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα όσα συζητήθηκαν και αναλύθηκαν παραπάνω, είναι δυνατή η εξαγωγή κάποιων-σχετικά- ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την υγεία στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, έχοντας σαν βάση αναφοράς τον Δήμο Ν. Αλικαρνασσού, όπως αυτός υφίστατο έως την 31/12/2010.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αναδεικνύεται είναι η ανομοιογένεια στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής. Συγκρίνοντας, για παράδειγμα τις δράσεις του Δήμου Ν. Αλι/σσού με αυτές του Δήμου Ηρακλείου ή κάποιου ακόμα μεγαλύτερου Δήμου, μπορεί κάποιος άνετα να συμπεράνει ότι οι μεγάλοι αστικοί δήμοι είναι σαφώς σε καλύτερη θέση απ' ότι οι μικρότεροι, αγροτικοί αντίστοιχοι τους. Στους μεγαλύτερους

πρωτοβάθμιους ΟΤΑ υπάρχουν περισσότερες δράσεις, αλλά ακόμα και ανάμεσα σε αυτές που έχουν κοινές με τους μικρότερους (πχ ΚΑΠΗ, Παιδικούς Σταθμούς), η οργανωτική ποικιλομορφία γεννά ανισότητες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στην υπάρχουσα ιστορία, δομή ή ανθρώπινο δυναμικό των μεγαλύτερων δήμων ή ακόμα στην «προσοχή» που δίδεται μέσω χρηματοδοτήσεων για πολιτικούς λόγους στους ισχυρότερους απ' αυτούς. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι λογικό οι δράσεις κοινωνικής πολιτικής να κατευθύνονται από παράγοντες κεντρικής πολιτικής ή συγκυριακούς, αντί να διέπονται από ένα σαφές και καλά οργανωμένο, ομοιόμορφο νομικό πλαίσιο που θα εξασφαλίζει σε όλους τους πολίτες ίσες ευκαιρίες. Η ύπαρξη πολλών ταχυτήτων και ειδικά σε ζητήματα τόσο ευαίσθητα όπως η κοινωνική πολιτική για την υγεία, δημιουργεί άμεσο πρόβλημα παραβίασης συνταγματικών δικαιωμάτων, σχετικά με την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες της.

Επιπλέον, είναι εμφανές από τα όσα παραπάνω αναπτύχθηκαν, ότι η εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής υγείας από την τοπική αυτοδιοίκηση στην Ελλάδα βρίσκεται αρκετά πίσω σε σχέση με τα δεδομένα αρκετών ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι, υπάρχουν πολλές δράσεις που αλληλεπικαλύπτονται, ενώ την ίδια στιγμή άλλες δεν καλύπτονται καθόλου. Τα προβλήματα αυτά είναι απόρροια της έλλειψης μιας κεντρικής υπηρεσίας που θα αναλαμβάνει τον συντονισμό και την οργάνωση των παράλληλων δράσεων των τοπικών υπηρεσιών, βοηθώντας έτσι στην καλύτερη κατανομή τους και την βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους.

Ζωτικής σημασίας πρόβλημα για την άσκηση δράσεων κοινωνικής πολιτικής για την υγεία στην Τ.Α είναι η χρηματοδότηση. Με τα νέα, «καλλικρατικά» δεδομένα, οι αρμοδιότητες που μεταβιβάστηκαν από την κεντρική διοίκηση στους ΟΤΑ είναι ακόμα περισσότερες, αλλά υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με την χορήγηση ανάλογων πόρων για την εξυπηρέτηση των δράσεων αυτών. Μέχρι σήμερα και δεδομένων των κακών οικονομικών συγκυριών που έχει δημιουργήσει για τη χώρα η οικονομική κρίση, η χρηματοδότηση είναι σποραδική και ανεπαρκής, με αποτέλεσμα οι δράσεις να λειτουργούν σπασμωδικά και εν μέσω κλίματος ανασφάλειας. Σημαντικά παραδείγματα, αποτελούν τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι», καθώς και τα ΙΑΚ αρκετά από τα οποία κλείνουν ή υπολειπούνται, σε αναμονή της πολυπόθητης εισροής χρημάτων. Είναι συνεπώς, απαραίτητο να εξασφαλιστεί κεντρικά η τακτική εισροή πόρων προς τους ΟΤΑ (με επιχορηγήσεις ή ακόμα και απευθείας μεταβίβαση τμήματος των φορολογικών εσόδων στους ΟΤΑ, όπως συμβαίνει σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες), προκειμένου να υπάρχει κίνητρο εφαρμογής των δράσεων από τους δήμους, ακόμα και τους ασθενέστερους οικονομικά.

Σε τοπικό επίπεδο, παρατηρώντας την λειτουργία των δομών π.χ. ΚΑΠΗ, γίνεται εμφανές ότι οι δράσεις παραμένουν επιφανειακές ή μονόπλευρες. Έτσι, ως επί το πλείστον τους τα ΚΑΠΗ ή τα Δημοτικά Ιατρεία μετατρέπονται σε χώρους

συνταγογράφησης ή σε απλά μέρη συνάντησης ηλικιωμένων, αντί να προσφέρουν όλο το φάσμα υπηρεσιών που δυνητικά μπορούν. Οι λόγοι είναι πολλοί: η υποστελέχωση, η ανεπάρκεια χρηματοδότησης, η έλλειψη κατάρτισης των εργαζομένων κοκ. Σκόπιμο θα ήταν να ενταθούν οι προσπάθειες για ουσιαστική και ολοκληρωμένη προσφορά κοινωνικών υπηρεσιών από τις υπάρχουσες δομές και η ανάπτυξη ακόμα περισσότερων, με σωστό τοπικό σχεδιασμό και χωρίς να «αξιοποιούνται» ευκαιριακά και συγκυριακά κάποια προγράμματα, τα οποία θα εγκαταλειφθούν αργότερα στην τύχη τους.

Εν τέλει, οι δυσχέρειες αυτές στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την υγεία δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ανυπέρβλητα εμπόδια. Αντίστοιχα προβλήματα παρουσιάζονται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με μακρόχρονη ιστορία στην τοπική αυτοδιοίκηση και τις αρμοδιότητες της. Αρκεί να χρησιμοποιηθεί η ευρωπαϊκή εμπειρία ως οδηγός και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα, ώστε οι προσπάθειες για αλλαγή των συνθηκών να ευοδωθούν!

## **BIBLIOΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

- Αγνώστου (2010). *Οι σύγχρονες τάσεις της προαγωγής υγείας*. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο στο [www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr). Προσπελάστηκε την 3/3/2010.
- Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β (2009). *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης- ΕΣΔΥ. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο [www.ita.org](http://www.ita.org). Προσπελάστηκε την 20/11/2009.
- Αθανασοπούλου Μ, Δρακοπούλου Μ(2010). *Ιστορική αναδρομή για τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα*. Περιοδικό Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (1): σ.51-60
- Αμίτσης Γ(2007). *Κοινωνική πολιτική, πρόνοια και νομικά πρόσωπα*. Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.
- Ανδρεοπούλη Μ, Κανελλοπούλου Κ, Χαμαλάκη Ε (2009). *Συνύπαρξη ηλικιωμένων και παιδιών στο πλαίσιο του ΚΑΠΗ. Το παράδειγμα του προγράμματος " Γέφυρα επικοινωνίας Γενεών. Ανταλλαγή συναισθημάτων, εμπειριών, σκέψεων....* ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ.
- Αντωνάκης Ν (2006). *Κοινωνική Φροντίδα*. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο στο [www.tasp.gr/Members/antonakis/...palio.../Koinwniki%20Frontida.doc](http://www.tasp.gr/Members/antonakis/...palio.../Koinwniki%20Frontida.doc). Προσπελάστηκε 2-12-09.
- Αραμπατζή Μ, Φαλκωνάκη Κ (2009). *Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας Ηλικιωμένων σε δήμους της Κρήτης:Καταγραφή, πρόληψη και αποκατάσταση ορθοπεδικών παθήσεων*. Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ. Διαθέσιμο στο [www.nefeli.lib.teicrete.gr](http://www.nefeli.lib.teicrete.gr). Προσπελάστηκε στις 3/3/2011.
- Δανιηλίδης Σ(2010). *Δομές Κοινωνικής Υποστήριξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα. Παρουσίαση σε συνέδριο της ΚΕΔΚΕ, Τιφλίδα, 10-11 Ιουνίου 2010*. Διαθέσιμο στο [www.inioxos.gr](http://www.inioxos.gr). (Δίκτυο Ελλήνων Αιρετών της Αυτοδιοίκησης). Προσπελάστηκε την 2-3-2011.
- Ζέρβα Μ, Σιδηροπούλου Τ, Ζέρβας Κ, Σαλωνίδης Β(2007). *Η προέκταση του ρόλου του βρεφονηπιακού σταθμού ως θεσμού του κράτους πρόνοιας: το παράδειγμα της αγωγής υγείας*. ΑΤΕΙ Αθηνas, Τμήμα Προσχολικής Αγωγής.
- Ζηλίδης Χ(2005). *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-4*. Εκδόσεις Mediforce.Αθήνα.
- Θεοδωράκης Π (2009). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το παράδειγμα του Δήμου Αθηναίων*. Παρουσίαση στην ημερίδα «Τοπική Αυτοδιοίκηση και ΠΦΥ», Θεσσαλονίκη, 27-11-09.

- Ιατρού Σ, Κουδούνη Α, Νικολακοπούλου Μ, Χασομέρη Σ (2005). *Δομή και λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης*. ΤΕΕ, Αθήνα. Διαθέσιμο στο [www.Library.tee.gr](http://www.Library.tee.gr). Προσπελάστηκε την 1/10/10
- Ινστιτούτο Στατιστικής Τεκμηρίωσης, Ανάλυσης και Έρευνας Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών(2009). *Βοήθεια στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Διαθέσιμο στο [www.uueb.gr/statistical.institute/deliberative.../answer19.pdf](http://www.uueb.gr/statistical.institute/deliberative.../answer19.pdf). Προσπελάστηκε την 25/5/10.
- Κοντιάδης Ξ, Απίστουλας Δ (2006). *Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους και Τοπική Αυτοδιοίκηση*. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Κοντιάδης Ξ, Καλατζής Ν, Μίχος Λ, Μπισάνη Ε, Τσέκος Θ.(2006β). *Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση*. Αθήνα, ΙΤΑ.
- Κοσμά Κ(2009). *Σκανδιναβικό μοντέλο: Το μεγάλο ελληνικό στοίχημα για την οικονομία*. Εφημερίδα «Ημερησία», φύλλο της 24/9/2009. Διαθέσιμο στο [www.imerisia.gr](http://www.imerisia.gr). Προσπελάστηκε την 21/11/2009
- Κυριακίδης Μ(2006). *Οικονομική ανεξαρτησία- ουσιαστική αποκέντρωση: το σουηδικό μοντέλο Τοπικής Αυτοδιοίκησης*. Μεταρρύθμιση, τ. 8. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο [www.metarithmisi.gr](http://www.metarithmisi.gr). Προσπελάστηκε την 2-12-2009.
- Κυριόπουλος Γ(2009). *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία*. ΙΤΑ, Αθήνα
- Κωνσταντοπούλου Α (2009). *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο στο [www.archive.gr/modules.php?name=news&file=article&sid](http://www.archive.gr/modules.php?name=news&file=article&sid). Προσπελάστηκε την 19/11/09.
- Λαζαρίδου Δ (2009). *Η οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο: [www.pspa.uoa.gr/data/download/ede/](http://www.pspa.uoa.gr/data/download/ede/)
- Λιαρόπουλος Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Τόμος Α', εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Μακαρώνη Ν, Παλουκτσή Β(2008). *Υπάρχει Νότιο Ευρωπαϊκό Μοντέλο Κοινωνικής Πρόνοιας*; Πτυχιακή Εργασία, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Μασαγγάνης Μ (1999). *Οι «κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας» η θεσμική συγκρότηση του κοινωνικού κράτους*. Διάλεξη στα πλαίσια του μαθήματος «Κοινωνική Πολιτική στις χώρες της ΕΕ» του Τμήματος Διεθνών & Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σπουδών του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μητρόπουλος Α(2010). *Η αποδόμηση του κοινωνικού κράτους*. Άρθρο στην Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 9 Μαΐου 2010.

- Μπαρδής Β(2006). *Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας* στο Σουλιώτης Κ(επιμ) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας». Παπαζήσης, Αθήνα.
- Μπένος Α(1995). *Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη :η πρόταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* στο «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», επιμ. Κυριόπουλος Γ, Θεμέλιο. Αθήνα.
- Μπουρίκος Δ(2007). *Τοπική αυτοδιοίκηση και κοινωνικές υπηρεσίες: ασυμβίβαστα και ελλείμματα*. Εφημερίδα Θριάσιο, αρ. φύλλου 866, 26-7-2007, σελ. 8.
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι(2000). *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση του ΕΣΥ*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6):627-639
- Ράλλης Γ(2004). *Ευρωπαϊκή εμπειρία για τα οικονομικά των ΟΤΑ*. Ομιλία στην Ημερίδα της ΚΕΔΚΕ για τα «Οικονομικά των ΟΤΑ», Ηράκλειο, 21-23/10/2004.
- Ράλλης Γ(2006). *Οι ΟΤΑ σε αριθμούς*. ΚΕΔΚΕ- ΙΤΑ. Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος Θ (2008). *Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική*. Άρθρο στο Βήμα Ιδεών, φύλλο της 7-11-2008.
- Σαρκόπουλος Γ (1993). *Η τοπική αυτοδιοίκηση σε συνάρτηση με την διοικητική αποκέντρωση στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Σηφάκη Α(2007). *Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δεν συμμετέχουν*. Μεταπτυχιακή εργασία στο Παν/μιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, ΠΜΣ Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Σκαμνάκης Χ(2007). *Τοπική αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες υγείας*, στο Σουλιώτης Κ (επιμ) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας». Εκδ. Παπαζήση.
- Σκόρδας Α (2010). *Η αγορά είναι προϋπόθεση του κοινωνικού κράτους*. Διαθέσιμο στο [ww1.voanews.com/greek/news/Greece/Economy-Greece-Interview-01-01-2010-89741307.html](http://ww1.voanews.com/greek/news/Greece/Economy-Greece-Interview-01-01-2010-89741307.html)
- Σουλιώτης Κ(2009). *Η αναζήτηση του «τοπικού» στην πολιτική υγείας: επιλογή ή αναγκαιότητα;* Ομιλία στην ημερίδα της ΚΕΔΚΕ «Τοπική Αυτοδιοίκηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Θεσσαλονίκη, 27-11-09
- Στασινοπούλου Ο(2006). *Κοινωνική πολιτική. Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα*. Σημειώσεις για το αντίστοιχο μάθημα του Τμήματος Κοιν. Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου.

- Σώκος Θ (2004). *Μεταφερόμενες και νέες αρμοδιότητες στους ΟΤΑ-Οικονομική διάσταση*. Ομιλία σε ημερίδα της ΚΕΔΚΕ για τα Οικονομικά των ΟΤΑ, Ηράκλειο, 21-23/10/2004.
- Τούντας Γ (2001). *Η Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(1), σελ. 13-15.
- Τούντας Γ (2003). *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (1): 76-87.
- Τούντας Γ (2009). *Αγωγή & Προαγωγή Υγείας*. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο στο [www.asclepieion.mpl.uoa.gr](http://www.asclepieion.mpl.uoa.gr). Προσπελάστηκε την 3/3/2010
- Υπουργείο Εσωτερικών(2010). *Αρχές Νομοθετικής Πρωτοβουλίας για τη Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης.Πρόγραμμα Καλλικράτης*. Κείμενο Διαβούλευσης. Διαθέσιμο στο [www.kedke.gr/uploads/100110](http://www.kedke.gr/uploads/100110). Προσπελάστηκε την 12-1-2010.
- Χατζηπαντελής Θ, Γκέκας Ρ, Γούπιος Γ, Κατσούλης Δ, Κουτσούρη Α, Μαίστρος Π, Μάνος Σ, Μπεριάτος Η, Παλαιολόγος Χ (2008).*Η πρόκληση μιας νέας μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.
- Χλέτσος Μ(2003). *Το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα: Τάσεις και προοπτικές*. Σημειώσεις σεμιναρίου στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Διαθέσιμες στο Διαδίκτυο στο [www.econ.uoi.gr/seminars\\_oikonimia\\_koinonia/.../pdf.pdf](http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/.../pdf.pdf). Προσπελάστηκε την 12/7/2010.
- Χρηστάκης Μ(2009). *Δυνατότητες αξιοποίησης του χρηματοδοτικού πλαισίου του ΕΣΠΑ από την τοπική αυτοδιοίκηση στον τομέα πρόληψης της υγείας*. Παρουσίαση στην ημερίδα της ΚΕΔΚΕ «Τοπική Αυτοδιοίκηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Θεσσαλονίκη, 27-11-2009

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Abrahamson P (1999). *The Scandinavian Model of Welfare*. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο στο <http://hdl.handle.net/10224/3574>. Προσπελάστηκε την 22/12/2009.
- Acheson D, Baker D, Illsley R (1998). *Inequalities in Health*. British Medical Journal, 317: 1659

- Bach S(2000). *Decentralization and privatization in municipal services*. Working Paper for the International Labour Office, Geneva.
- Bossert T(1998). *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries:decision, space, innovation and performance*. Social Science Medicine 47 (10): 1513-27
- Christiansen T(2002). *Organization and financing of the Danish healthcare system*. Health Policy (59), 107-118.
- Freeman R (1998). *Competition in context: the politics of health care reform in Europe*. Inrenational Journal for Quality in Health Care, col. 10, no 5, pp 395-400
- Homedes N, Ugalde A(2005). *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America*. Health Policy (71), 83-96.
- Stewart J(2003). *Modernizing British Local Government*. Palgrave Macmillan, London.

### **ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

- Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης των ΟΤΑ [www.ddy.gr](http://www.ddy.gr)
- Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης & Αυτοδιοίκησης. [www.eetaa.gr](http://www.eetaa.gr)
- Προγραμμα «Θησέας» [www.thiseas.ypes.gr](http://www.thiseas.ypes.gr)
- Πρόγραμμα «ΕΣΠΑ» [www.espa.gr](http://www.espa.gr)
- [www.interreg.gr](http://www.interreg.gr)
- [www.ec.europa.eu/social](http://www.ec.europa.eu/social)



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1****N.1850/1989****Κύρωση του Ευρωπαϊκού Χάρτη της Τοπικής Αυτονομίας****ΑΡΘΡΟ 1 (Πρώτο)**

Κυρώνεται και έχει την ισχύ που ορίζει το άρθρο 28 παράγραφος 1 του Συντάγματος ο Ευρωπαϊκός Χάρτης της Τοπικής Αυτονομίας, που υπογράφηκε στο Στρασβούργο τη 15η Οκτωβρίου 1985 με την επιφύλαξη ότι η Χώρα μας δεν αναλαμβάνει την υποχρέωση να δεσμευθεί με τις διατάξεις των άρθρων 5, 7 παρ. 2, 8 παρ. 2 και 10 παρ. 2 του Χάρτη. Το κείμενο του Χάρτη σε πρωτότυπο στην αγγλική και γαλλική γλώσσα και σε μετάφραση στην ελληνική έχει ως εξής:

**ΑΡΘΡΟ ΠΡΟΟΙΜΙΟ**

Τα Κράτη - μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, που υπογράφουν τον παρόντα Χάρτη. Θεωρώντας ότι ο σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης, πραγματοποίηση μιας πιο στενής ένωσης μεταξύ των μελών του για τη διασφάλιση και την προώθηση των ιδεωδών και των αρχών που είναι κοινή τους κληρονομιά. Θεωρώντας ότι ένα από τα μέσα με τα οποία ο σκοπός αυτός θα πραγματοποιηθεί είναι η σύναψη συμφωνιών στο διοικητικό τομέα. Θεωρώντας ότι οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι ένα από τα κύρια θεμέλια κάθε δημοκρατικού καθεστώτος. Θεωρώντας ότι το δικαίωμα συμμετοχής των πολιτών στη διαχείριση των δημοσίων υποθέσεων αποτελεί μέρος των κοινών δημοκρατικών αρχών όλων των Κρατών - μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης. Πεπεισμένα ότι αυτό το δικαίωμα μπορεί να ασκηθεί περισσότερο άμεσα στο τοπικό επίπεδο. Πεπεισμένα ότι η ύπαρξη Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης με πραγματικές αρμοδιότητες επιτρέπει μια διοίκηση ταυτόχρονα αποτελεσματική και πλησιέστερη στον πολίτη. Έχοντας συνείδηση του γεγονότος ότι η προστασία και η ενίσχυση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στις διάφορες χώρες της Ευρώπης αποτελούν σημαντική συμβολή στην οικοδόμηση μιας Ευρώπης θεμελιωμένης πάνω στις αρχές της δημοκρατίας και της αποκεντρώσεως της εξουσίας

Επιβεβαιώνοντας ότι αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης με δημοκρατικά συνεστημένα όργανα λήψης αποφάσεων και οι οποίοι θα απολαμβάνουν ευρείας αυτονομίας ως προς τις αρμοδιότητες, τους τρόπους άσκησης αυτών των αρμοδιοτήτων και ως προς τα αναγκαία μέσα για την εκπλήρωση της αποστολής τους συμφώνησαν τα ακόλουθα:

## **ΑΡΘΡΟ 1**

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να θεωρούνται δεσμευμένα από τα ακόλουθα άρθρα με τον τρόπο και στο μέτρο που ορίζει το άρθρο 12 αυτού του Χάρτη.

## **ΑΡΘΡΟ 2**

### **Συνταγματική και νομική θεμελίωση της τοπικής αυτονομίας**

Η αρχή τοπικής αυτονομίας πρέπει να αναγνωρίζεται από την εσωτερική νομοθεσία και κατά το δυνατόν από το Σύνταγμα.

## **ΑΡΘΡΟ 3**

### **Έννοια της τοπικής αυτονομίας**

1. Δια της τοπικής αυτονομίας νοείται το δικαίωμα και η πραγματική ικανότητα των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης να ρυθμίζουν και να διευθύνουν, στα πλαίσια του νόμου με δική τους ευθύνη και προς όφελος του πληθυσμού τους, ένα σημαντικό μέρος των δημοσίων υποθέσεων.

2. Το δικαίωμα αυτό ασκείται από συμβούλια ή συνελεύσεις που αποτελούνται από μέλη εκλεγόμενα με ελεύθερη, μυστική, ίση, άμεση και καθολική ψηφοφορία και που μπορούν να έχουν υπεύθυνα ενώπιόν τους εκτελεστικό όργανα. Η διάταξη αυτή δεν αντίκειται στην προσφυγή στις συνελεύσεις πολιτών, στο δημοψήφισμα ή σε κάθε άλλη μορφή άμεσης συμμετοχής των πολιτών εκεί όπου κατά το νόμο είναι επιτρεπτή.

## **ΑΡΘΡΟ 4**

### **Έκταση της τοπικής αυτονομίας**

1. Οι βασικές αρμοδιότητες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ορίζονται από το Σύνταγμα ή από το νόμο. Εν τούτοις, η διάταξη αυτή δεν

εμποδίζει την παροχή στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης αρμοδιοτήτων για ειδικούς σκοπούς, σύμφωνα με το νόμο.

2. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν, στα πλαίσια του νόμου, κάθε δυνατότητα δράσεως για να ασκήσουν την πρωτοβουλία τους για κάθε θέμα που δεν έχει εξαιρεθεί από την αρμοδιότητά τους ή δεν έχει παραχωρηθεί σε άλλη αρχή.

3. Η άσκηση των δημοσίων αρμοδιοτήτων πρέπει, κατά τρόπο γενικό, να ανήκει κατά προτίμηση στις αρχές τις πιο πλησιέστερες στους πολίτες. Για την ανάθεση μιας αρμοδιότητας σε άλλη αρχή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ευρύτητα και η φύση του έργου και οι απαιτήσεις αποτελεσματικότητας και οικονομίας.

4. Οι αρμοδιότητες που ανατίθενται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει κανονικά να είναι πλήρεις και αποκλειστικές. Δεν μπορούν να αμφισβητούνται ή να περιορίζονται από άλλη αρχή, κεντρική ή περιφερειακή, παρά στα πλαίσια του νόμου.

5. Σε περίπτωση αναθέσεως εξουσιών από μια κεντρική ή περιφερειακή αρχή, οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να απολαμβάνουν κατά το δυνατόν της ελευθερίας προσαρμογής της άσκησης των εξουσιών αυτών στις τοπικές συνθήκες.

6. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να διατυπώνουν τη γνώμη τους, κατά το δυνατόν, έγκαιρα και με τον προσήκοντα τρόπο, κατά τη διάρκεια των διαδικασιών προγραμματισμού και λήψεως αποφάσεως για όλα τα θέματα που τους αφορούν άμεσα.

## **ΑΡΘΡΟ 5**

### **Προστασία των εδαφικών ορίων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

Για κάθε μεταβολή των τοπικών εδαφικών ορίων, πρέπει προηγουμένως να ζητείται η γνώμη των ενδιαφερομένων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ενδεχομένως δια της οδού του δημοψηφίσματος εκεί όπου ο νόμος το επιτρέπει.

**ΑΡΘΡΟ 6****Προσαρμογή των διοικητικών δομών και μέσων στην αποστολή των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

1. Με την επιφύλαξη διατάξεων πιο γενικών που έχουν θεσπισθεί δια νόμου, οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να δύνανται να καθορίζουν αυτοί οι ίδιοι τις εσωτερικές διοικητικές δομές τις οποίες επιθυμούν να έχουν ώστε αν τις προσαρμόζουν στις ειδικές ανάγκες τους και να επιτυγχάνεται αποτελεσματική διαχείριση.

2. Το καταστατικό του προσωπικού των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να επιτρέπει μια ποιοτική στελέχωση, που να βασίζεται στις αρχές της αξίας και της ικανότητας προς το σκοπό αυτόν πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλους όρους εκπαίδευσης, αμοιβής και προοπτικών σταδιοδρομίας.

**ΑΡΘΡΟ 7****Προϋποθέσεις άσκησης των αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο.**

1. Το καταστατικό των τοπικών αιρετών πρέπει να εξασφαλίζει την ελεύθερη άσκηση της εντολής τους.

2. Το καταστατικό πρέπει να επιτρέπει επαρκή οικονομική αποζημίωση για τα έξοδα που προκύπτουν από την άσκηση της εντολής καθώς και ενδεχομένως την οικονομική αποζημίωση των διαφυγόντων κερδών ή αμοιβή του παρεχόμενου έργου και αντίστοιχη κοινωνική κάλυψη.

3. Τα καθήκοντα και οι δραστηριότητες που είναι ασυμβίβαστα με το αξίωμα του τοπικού αιρετού δεν μπορούν να καθορίζονται παρά με νόμο ή με βασικές νομικές αρχές.

**ΑΡΘΡΟ 8****Διοικητικός έλεγχος των πράξεων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

1. Κάθε διοικητικός έλεγχος επί των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης δεν μπορεί να ασκείται παρά μόνο σύμφωνα με τους τύπους και στις περιπτώσεις που προβλέπονται από το Σύνταγμα ή από το νόμο.

2. Κάθε διοικητικός έλεγχος των πράξεων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης δεν πρέπει κανονικά να στοχεύει παρά στην εξασφάλιση της τήρησης της νομιμότητας και των συνταγματικών αρχών. Ο διοικητικός έλεγχος μπορεί, εν τούτοις, να περιλαμβάνει έναν έλεγχο σκοπιμότητας ασκούμενο από τις αρχές ανώτερου επιπέδου όσον αφορά στα καθήκοντα των οποίων η εκτέλεση ανατίθεται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

3. Ο διοικητικός έλεγχος των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να ασκείται με τήρηση μιας αναλογίας μεταξύ της εκτάσεως της επεμβάσεως της εποπτεύουσας αρχής και της σπουδαιότητας των συμφερόντων που η αρχή αυτή προτίθεται να διαφυλάξει.

## **ΑΡΘΡΟ 9**

### **Οικονομικοί πόροι των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

1. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν δικαίωμα, στα πλαίσια της εθνικής οικονομικής πολιτικής, σε επαρκείς ίδιους πόρους τους οποίους μπορούν να διαθέτουν ελεύθερα κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους.

2. Οι οικονομικοί πόροι των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να είναι ανάλογοι με τις αρμοδιότητες που προβλέπονται από το Σύνταγμα ή το νόμο.

3. Τουλάχιστον ένα μέρος των οικονομικών πόρων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να προέρχεται από τοπικούς φόρους και τέλη των οποίων το ύψος έχουν το δικαίωμα να ορίζουν, μέσα στα πλαίσια του νόμου.

4. Τα οικονομικά συστήματα επί των οποίων βασίζονται οι πόροι τους οποίους διαθέτουν οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να είναι επαρκώς διαφοροποιημένης και εξελικτικής φύσεως ώστε να τους επιτρέπουν να ακολουθούν όσα είναι δυνατόν στην πράξη την πραγματική εξέλιξη του κόστους ασκήσεως των αρμοδιοτήτων τους.

5. Η προστασία των ασθενέστερων οικονομικά Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης απαιτεί την εφαρμογή διαδικασιών ίσης οικονομικής

κατανομής ή ισοδύναμων μέτρων των οποίων σκοπός είναι η διόρθωση των συνεπειών της άνιση κατανομής των δυνητικών πόρων χρηματοδότησεως καθώς και των βαρών τα οποία επωμίζονται. Τέτοιες διαδικασίες ή τέτοια μέτρα δεν πρέπει να περιορίζουν την ελευθερία επιλογής των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης στο δικό τους πεδίο αρμοδιότητας.

6. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να εκφράζουν τη γνώμη τους με κατάλληλο τρόπο, όσον αφορά στους τρόπους παροχής σ' αυτούς των ανακατανεμόμενων πόρων.

7. Στο μέτρο του δυνατού, οι επιχορηγήσεις που παρέχονται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης δεν πρέπει να προορίζονται για τη χρηματοδότηση ειδικών σχεδίων. Η παροχή επιχορηγήσεων δεν πρέπει να θίγει τη θεμελιώδη ελευθερία της πολιτικής των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης στο δικό τους πεδίο αρμοδιότητας.

8. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να έχουν, σύμφωνα με το νόμο, πρόσβαση στην εθνική αγορά κεφαλαίων, ώστε να χρηματοδοτούν τις επενδύσεις τους.

## **ΑΡΘΡΟ 10**

### **Το δικαίωμα συνεταιρισμού των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

1. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν το δικαίωμα, κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, να συνεργάζονται και, στα πλαίσια του νόμου, να συνεταιρίζονται με άλλους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την πραγματοποίηση έργων κοινού ενδιαφέροντος.

2. Το δικαίωμα των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης να προσχωρούν σε μία ένωση για την προσπάθεια και την προώθηση των κοινών συμφερόντων τους και το δικαίωμα να προσχωρούν σε μια διεθνή ένωση Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να αναγνωρίζονται από κάθε Κράτος.

3. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης μπορούν υπό τις υπό του νόμου ενδεχομένως προβλεπόμενες προϋποθέσεις να συνεργάζονται με Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης άλλων κρατών.

**ΑΡΘΡΟ 11****Νομική προστασία της τοπικής αυτονομίας**

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρέπει να έχουν δικαίωμα δικαστικής προσφυγής, ώστε να εξασφαλίζουν την ελεύθερη άσκηση των αρμοδιοτήτων τους και την τήρηση των αρχών τοπικής αυτονομίας που είναι καθιερωμένες στο Σύνταγμα ή την εσωτερική νομοθεσία.

**ΑΡΘΡΟ 2 (Δεύτερο)**

Το πεδίο εφαρμογής του Χάρτη περιορίζεται επί των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης της πρώτης βαθμίδας.

**ΑΡΘΡΟ 3 (Τρίτο)**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και του Χάρτη σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 15 αυτού.

Ο **Ευρωπαϊκός Χάρτης Τοπικής Αυτονομίας** υιοθετήθηκε στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης και η διαδικασία της επικύρωσης του από τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης ξεκίνησε στις 15 Οκτωβρίου 1985. Σχεδόν όλα τα κράτη μέλη του Συμβουλίου είναι και μέρη του Χάρτη - με εξαίρεση τα τρία μικρά κράτη του Μονακό, της Ανδόρρας και του Σαν Μαρίνο. Τα νέα κράτη μέλη στο Συμβούλιο της Ευρώπης αναμένεται να επικυρώσουν τον Χάρτη το συντομότερο δυνατόν.

Ο Χάρτης δεσμεύει τα κράτη μέρη που έχουν επικυρώσει την συνθήκη να εγγυώνται την πολιτική, διοικητική και οικονομική αυτονομία των τοπικών αρχών. Προνοεί ότι η *αρχή της τοπικής αυτοδιοίκησης* οφείλει να αναγνωρίζεται στην εσωτερική νομοθεσία και, εάν αυτό είναι δυνατό, στο Σύνταγμα. Οι τοπικές αρχές οφείλουν να εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία, και είναι το πιο πρώιμο νομικό όργανο για την καθιέρωση της αρχής της επικουρικότητας

Οι τοπικές αρχές, ενεργώντας εντός των ορίων του νόμου, θα πρέπει να είναι σε θέση να ρυθμίζουν και να διαχειρίζονται ένα σημαντικό μέρος των

δημοσίων υποθέσεων με δική τους αποκλειστική ευθύνη και προς το συμφέρον του τοπικού πληθυσμού. Ο Χάρτης θεωρεί ότι οι δημόσιες υποθέσεις θα πρέπει να ασκούνται κατά προτίμηση από αρχές που είναι εγγύτερα προς τους πολίτες, ενώ ένα υψηλότερο επίπεδο διοίκησης θεωρείται κατάλληλο μόνο όταν ο συντονισμός ή η παραχώρηση των αρμοδιοτήτων είναι αδύνατη ή λιγότερο αποτελεσματική στο αμέσως κατώτερο διοικητικό επίπεδο. Για το σκοπό αυτό, ο Χάρτης θέτει τις προϋποθέσεις που αφορούν την προστασία των ορίων των τοπικών αρχών, την ύπαρξη των κατάλληλων διοικητικών δομών και πόρων για την εκπλήρωση της αποστολής τους, τους όρους υπό τους οποίους οι αρμοδιότητες αυτές θα ασκούνται, τους οικονομικούς πόρους των τοπικών αρχών και την νομική προστασία της τοπικής αυτοδιοίκησης. Τα όρια της διοικητικής εποπτείας των τοπικών αρχών εκτείνονται μέχρι τον έλεγχο νομιμότητας της δράσης τους.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τρεις υπήρξαν οι επιλογές για τους δήμους στην προσπάθεια τους να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν. Η πρώτη επιλογή μέσω εθνικής χρηματοδότησης(αναπτυξιακό πρόγραμμα «Θησέας», η δεύτερη μέσω συγχρηματοδότησης (ΕΣΠΑ) και η τρίτη με κοινοτική χρηματοδότηση. Το πρόγραμμα « Θησέας» περιελάμβανε έργα, μελέτες και ενέργειες που αφορούσαν υποδομές και υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας, με στόχο την προώθηση ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας προληπτικής ιατρικής και του οικογενειακού προγραμματισμού στην τοπική αυτοδιοίκηση ,πχ υποδομές πολυιατρείων, κέντρων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κοκ([www.thiseas.ypes.gr](http://www.thiseas.ypes.gr)) . Δυστυχώς με τα δεδομένα της οικονομικής κρίσης που βιώνει η χώρα, το πρόγραμμα «πάγωσε» και οι όποιες προσπάθειες γίνονται πλέον προς την κατεύθυνση της χρηματοδότησης από το Δ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (ΕΣΠΑ).

Η συγχρηματοδότηση έργων από το ΕΣΠΑ(2007-13) συμπεριλαμβάνει α) το «επιχειρησιακό πρόγραμμα ανάπτυξης ανθρωπίνου δυναμικού», του οποίου ο άξονας 4 αφορά την υγεία (*«εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της ψυχικής υγείας, ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προάσπιση της δημόσιας υγείας του πληθυσμού»*) β) το επιχειρησιακό πρόγραμμα «ψηφιακή σύγκλιση» (πχ ψηφιακή κάρτα υγείας) και γ)τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (ΠΕΠ), τα οποία- αναφορικά με την υγείας- αφορούν δομές πρόληψης και αγωγής υγείας όπως εξειδικευμένο εξοπλισμό Κέντρων Υγείας Ανοιχτής Φροντίδας, τη δημιουργία Κ.Υ. Αστικού τύπου, τον συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη δημιουργία κέντρων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κ.α ([www.espa.gr](http://www.espa.gr)).

Τέλος σε επίπεδο κοινοτικής χρηματοδότησης υπάρχουν οι κοινοτικές πρωτοβουλίες «INTERREG», «PROGRESS»και το πρόγραμμα «URBACT». Σε αυτά είναι δυνατόν να υπαχθούν έργα όπως η λειτουργία Κινητών Μονάδων, Δημοτικών Ιατρείων, Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου(«INTERREG») ή η προσαρμογή κινητικά αναπήρων σε στοχευμένους εργασιακούς χώρους και περιπτώσεις διαχείρισης ενεργού γήρανσης («PROGRESS») και ακόμα προγράμματα και λύσεις για ζητήματα όπως η δημιουργία και ανάπλαση μονάδων υγείας,τα προγράμματα πρόληψης και η ανταλλαγή τεχνογνωσίας και εμπειριών(«URBACT»).

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΟΜΩΝ & ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ  
ΕΘΝΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ**

ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΤΕΛΙΚΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ	ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ
Λειτουργία Κέντρων Πρόληψης & Καταπολέμησης Ναρκωτικών	Πρόληψη-καταπολέμηση τοξικών ουσιών/ λειτουργικά έξοδα (αμοιβές προσωπικού)	ΟΤΑ	Κ..Π EQUAL, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΥΠΕΣΔΔΑ
Βοήθεια στο Σπίτι	Λειτουργία νέων δομών και συνέχιση υφιστάμενων	Δημοτικές επιχ/σεις ΟΤΑ	ΠΕΠ, ΕΠ «Απασχόληση & επαγγελματική κατάρτιση»
Ιατροκοινωνικά Κέντρα Φροντίδας Τσιγγάνων	Δημιουργία κέντρων, προμήθεια υποδομής και εξοπλισμού	ΟΤΑ	ΠΕΠ
Ανήλικοι παραβάτες, Ψυχικά Ασθενείς, Κέντρα Υποστήριξης Ευπαθών Ομάδων, Εξαρτημένοι κοκ	Συμβουλευτικές-υποστηρικτικές υπηρεσίες, ολοκληρωμένες παρεμβάσεις	ΟΤΑ	ΠΕΠ, ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια», ΕΠ «Απασχόληση & Επαγγελματική Κατάρτιση», ΚΠ Equal, Progress

(Πηγή:Χρηστάκης, 2009)