

27 ΙΑΝ. 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
UNIVERSITY OF PELLOPONNESE

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»



Όροι και Προϋποθέσεις για την ανάπτυξη δομών Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού.

ΜΙΧΑΗΛ Γ. ΚΟΥΤΡΑΣ

Νευρολόγος

009476

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i.	Εισαγωγή	4
ii.	Το Υπόβαθρο	5
iii.	Ορισμοί	10
iv.	Παγκόσμιες Τάσεις και Προβλήματα	11
v.	Σενάρια για ένα νέο ρόλο των ΟΤΑ στην ΠΦΥ	15
vi.	Με Ποιούς Όρους & Προϋποθέσεις	20
vii.	Αναζητώντας Πόρους	40
viii.	Παράρτημα	43

"Είναι προφανές ότι η πόλη δεν είναι μια απλή εδαφική ενότητα η οποία αποβλέπει στην παρεμπόδιση των αδικιών κατά τις συναλλαγές. ... Αυτά είναι, βέβαια, απαραίτητα για να υπάρξει η πόλη. Αλλά κι αν δεχτούμε ότι συντρέχουν δεν θα έχουμε ακόμη οικοδομήσει μια πόλη: πόλη αποτελεί η κοινωνία του "εὐ ζήν", για τις οικογένειες και τις ευρύτερες ομάδες, η οποία στοχεύει σε μία τέλεια και αυτάρκη ζωή".

Αριστοτέλη "Πολιτικά" 1280b, 29-35

I. Εισαγωγή.

Η ραγδαία αστικοποίηση της ζωής οδήγησε στην ενίσχυση του θεσμού των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) α' βαθμού, αλλά οδήγησε επίσης και σε περιβαλλοντικές αλλαγές με σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία των πολιτών, ενώ μετέβαλε και την έννοια της ευεξίας την οποία προσάρμοσε στο αστικό περιβάλλον. Η 'ευεξία' είναι μια έννοια που συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό της υγείας όπως αυτή έχει κατατεθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ): «υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας»¹. Σε αυτό το πλαίσιο, η λογική της αναζήτησης των δυνατοτήτων των ΟΤΑ α' βαθμού στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ισχυρή. Ο John Ashton, το 1992 σχολίασε: *"The problems that were described in british cities 150 years ago are all to be found in the same cities today, albeit on a much bigger scale and with much greater consequences."*² Η κλίμακα αυτή πράγματι άλλαξε χάρις στην ανάπτυξη και την αστικοποίηση. Αλλά από τη στιγμή που η ανάπτυξη και το περιβάλλον είναι και οι δύο, καθοριστικοί παράγοντες της υγείας (determinants of health), θα ήταν αφύσικο να μη διερευνηθούν οι δυνατότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων στο σημείο που παράγονται, από τις αρχές που επιβλέπουν θεσμικά αυτό το σημείο. Άλλωστε, είναι σημαντικό πως και η ΚΕΔΚΕ στα συμπεράσματα του θεματικού κύκλου "Κοινωνική Πολιτική και Απασχόληση" του ετήσιου τακτικού συνεδρίου της για το 2010, αναγνώρισε την ΠΦΥ ως πρωτεύουσα στοχευόμενη αρμοδιότητα για τους δήμους που θα προκύψουν από το πρόγραμμα 'Καλλικράτης'³.

Έτσι, η εργασία αυτή έχει σαν σκοπό να διερευνήσει τους όρους και τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες θα μπορούσαν οι νέοι, 'Καλλικράτειοι', Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) α' βαθμού να αναπτύξουν δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η εργασία διαρθρώνεται ως εξής: Αρχικά γίνεται μια ανασκόπηση του νομικού υπόβαθρου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) όπως αυτό έχει θεμελιωθεί ήδη από το 1983, πάντα σε σχέση με τους ΟΤΑ και την ΠΦΥ και ακολούθως ψηλαφώνται τα βήματα που έγιναν στην πορεία του χρόνου προς αυτή την κατεύθυνση. Στη συνέχεια και αφού δοθούν οι απαραίτητοι ορισμοί, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής των τάσεων και των προβλημάτων που καταγράφονται στο διεθνές περιβάλλον. Κατόπιν, μέσα από το πρίσμα τόσο της ελληνικής πραγματικότητας όσο και των λύσεων που έχουν υιοθετηθεί σε

άλλες χώρες του δυτικού κόσμου, ψηλαφώνται οι σημερινές δυνατότητες και εξετάζονται τέσσερα πιθανά σενάρια εμπλοκής των ΟΤΑ α' βαθμού στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Ακολουθεί η ανάλυση των όρων και των προϋποθέσεων κάτω από τις οποίες θα μπορούσαν οι ΟΤΑ α' βαθμού να εμπλακούν στην παραγωγή υπηρεσιών ΠΦΥ και, τέλος, επιχειρείται μια πρώτη διερεύνηση των χρηματοδοτικών δυνατοτήτων για μια τέτοια πιθανή εμπλοκή.

II. Το Υπόβαθρο.

Στην ενότητα αυτή καταγράφεται το νομοθετικό υπόβαθρο που ισχύει αυτή τη στιγμή στη χώρα μας, ενώ γίνεται και μια σύντομη αναδρομή με αφετηρία τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (1397/1983).

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (1397/1987), κατέστησε εξ'αρχής σαφές πως οποιαδήποτε μονάδα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), συμπεριλαμβανομένων αυτών που είχαν συσταθεί από την τοπική αυτοδιοίκηση, καταργείτο χάριν των νεοσύστατων κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων. Το άρθρο 16 παρ. 1 αναφέρει:

«Τα κέντρα υγείας, τα πολυιατρεία, τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται.»

Η συγκεντρωτική αυτή νομοθετική πράξη, ανέστειλε τον όποιο ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), παρά το γεγονός ότι από το 1990 περίπου, με την καθιέρωση της αιρετής Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, την ενίσχυση των περιφερειών και τη μετέπειτα εφαρμογή του προγράμματος 'Ιωάννης Καποδίστριας', οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης ενισχύθηκαν σε πόρους και αρμοδιότητες.

Το 2003, με το νόμο 3172, ορίστηκε ήδη από άρθρο 1 παρ. 3 ότι "η δημόσια υγεία περιλαμβάνει τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού." Στο άρθρο 15 αυτού του νόμου, με τίτλο 'Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των ΟΤΑ α' βαθμού', δεν γίνεται μνεία σε υπηρεσίες υγείας, αναφέρεται όμως στην παράγραφο θ, ότι είναι αρμοδιότητα των ΟΤΑ α' βαθμού "κάθε άλλη αρμοδιότητα που προβλέπεται από το Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα ή ειδικές διατάξεις."

Πριν φτάσουμε στην ψήφιση του νέου κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων με το νόμο 3463 του 2006⁴, για να τεθεί ένα νέο, εκσυγχρονισμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών Κοινωνικής Πολιτικής από τους ΟΤΑ, προηγήθηκε ο νόμος 3235 του 2004, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ.

δ του οποίου, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται -μεταξύ άλλων- και από τις “μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης”, χωρίς να αναφέρεται ειδικά σε ΟΤΑ α’ βαθμού, ούτε να εξειδικεύει περαιτέρω. Επανερχόμενοι λοιπόν στο νόμο 3463/2006, εκεί σύμφωνα με την εισαγωγή του άρθρου 75,

«οι δημοτικές και 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».

Παρακάτω, εντός του ίδιου άρθρου, στο εδάφιο (ε) περιγράφονται οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ α’ βαθμού σε σχέση με την Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη, ως κάτωθι:

«1. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ. και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

2. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.

3. Η μέριμνα για τη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης κατά τις προβλέψεις αυτού του Κώδικα.

4. Η σχεδίαση, η οργάνωση, ο συντονισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρειά τους, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας.
5. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.
6. Η προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου και της Κοινότητας.»

Από την ανασκόπηση των αρμοδιοτήτων προκύπτει ότι προβλέπεται από την παράγραφο 2 του εδαφίου (ε), του άρθρου 75 του Κώδικα, η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της δημιουργίας δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, μόνο για ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Μια εποπτική παρουσίαση των Κοινωνικών Υπηρεσιών που προβλέπονται από το νέο Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, είναι η παρακάτω⁵:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Κοινωνικές Υπηρεσίες ανά Ομάδα Πληθυσμού

Παιδιά	<ul style="list-style-type: none"> ■ Βρεφικοί Σταθμοί ■ Παιδικοί Σταθμοί ■ Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (ΚΔΑΠ) ■ Συμβουλευτικά κέντρα για τα παιδιά και την οικογένεια ■ Υπηρεσίες υγείας που αφορούν την πρόληψη ■ Προγράμματα Υποστήριξης της σχολικής κοινότητας
Ηλικιωμένοι	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ■ Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) ■ Βοήθεια Στο Σπίτι ■ Γηροκομεία ■ Κοινωνική Μέριμνα
Γυναίκες	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Στήριξης Γυναικών ■ Γραφεία Προώθησης της Ισότητας των Φύλων
Ευπαθείς και Κοινωνικά Αποκλεισμένες Ομάδες (Τσιγγάνοι, Παλινοστούντες, Μετανάστες)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΚΕΣΥΥ) ■ Κέντρα Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΚΥΥ) ■ Κέντρα Στήριξης Τσιγγάνων ■ Ιατροκοινωνικά Κέντρα ■ Κέντρα Στήριξης Μεταναστών
ΑμεΑ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Υπηρεσίες Υγείας / Κέντρα Ημέρας ■ Κέντρα Υποστήριξης και Αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία
Ψυχικά Ασθενείς	<ul style="list-style-type: none"> ■ Δημοτικά Ιατρεία ■ Ξενώνες / Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Θύματα Ενδοοικογενειακής Βίας	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ξενώνες / Καταφύγια ■ Κέντρα Συμβουλευτικής Υποστήριξης ■ Γραμμές ΣΟΣ
Άτομα που εξαρτώνται από Εξαρτησιογόνες Ουσίες	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες
Νέοι	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Πληροφόρησης Νέων
Νέοι με Παραβατική Συμπεριφορά	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κέντρα Πρόληψης της Παραβατικότητας

Αποτυγχάνει όμως να ταυτοποιήσει τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που περιγράφονται στην παράγραφο 2 και είναι αντικείμενα υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω δημοτικών ιατρείων, αναφερόμενη μόνο στους ψυχικά ασθενείς. Οποσδήποτε, η ταυτοποίηση παρόμοιων ομάδων είναι ιδιαίτερα σημαντική, αν είναι οι ΟΤΑ να εκμεταλλευθούν το παρόν θεσμικό πλαίσιο και να προχωρήσουν στη δημιουργία δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το αρ. 32 του νόμου 1566 του 1985, ως άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑμεΑ) θεωρούνται όσοι «πάσχουν από ειδικές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες οφειλόμενες σε φυσικούς, διανοητικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, σε τέτοιο βαθμό, που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να συμμετάσχουν στη γενική και επαγγελματική κατάρτιση, να εξεύρουν εργασία ή να έχουν πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία».

Με βάση τον παραπάνω ορισμό, θα μπορούσαμε να ταυτοποιήσουμε ως ευπαθείς κοινωνικές ομάδες τις παρακάτω:

- Τα άτομα με ειδικές ανάγκες
- Τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα (ναρκωτικά, αλκοόλ κλπ) είτε είναι ενεργοί χρήστες, είτε βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης, είτε την έχουν ολοκληρώσει
- Άτομα με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας
- Αποφυλακισμένοι / Ανήλικοι παραβάτες
- Παλινοστούντες
- Πρόσφυγες και οικονομικοί μετανάστες
- Άτομα με γλωσσικές, πολιτισμικές ή άλλες ιδιαιτερότητες, πχ ρομά, πομάκοι κοκ
- Κακοποιημένες γυναίκες (θύματα ενδοοικογενειακής βίας, trafficking κλπ)
- Κακοποιημένα παιδιά
- Ηλικιωμένοι
- Άνεργοι
- Άποροι, άτομα που βιώνουν φτώχεια
- Άστεγοι

Από την ανασκόπηση αυτών των κατηγοριών ευπαθών κοινωνικών ομάδων, προκύπτει ότι υπάρχει σαφώς έδαφος, με το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη υπηρεσιών ΠΦΥ από τους ΟΤΑ α' βαθμού. Εντούτοις, η αναζήτηση δεν θα πρέπει να εξαντληθεί στα ανωτέρω, δεδομένου ότι το ισχύον δίκαιο τροποποιείται διαρκώς και δεν αποκλείεται όχι μόνο η επέκταση του παρόντος πλαισίου από την κυβέρνηση αλλά και η πίεση των ΟΤΑ για κάτι τέτοιο.

III. Ορισμοί.

Υγεία. Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), ως υγεία ορίζεται «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας»¹.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως σημείου υποδοχής και αφετηρίας πλοήγησης στο σύστημα υγείας περιγράφεται στη Διακήρυξη της Alma-Ata της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το 1978 (...It (*primary care*) is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process).

Οι Πολιτικές Υγείας αρκετές φορές συμπλέκονται με τις Κοινωνικές Πολιτικές, δημιουργώντας έτσι μια ασάφεια γύρω από την κάθε έννοια. Είναι λοιπόν χρήσιμο, πριν από ο,τιδήποτε άλλο, να ορίσουμε και τις έννοιες αυτές.

Ως **Πολιτική (policy)**, θα μπορούσε να οριστεί το “δίκτυο αποφάσεων και πράξεων που έχει σαν αποτέλεσμα τη διασπορά αξιών” (Easton, 1953, cited in Ham, 1992⁶). Ακόμη καλύτερα, θα μπορούσε να οριστεί ως το “σύνολο των αρχών που διαφεντεύουν τις δράσεις που στοχεύουν σε προκαθορισμένα αποτελέσματα” (“principles that govern action directed towards given ends”, page 12, Social Policy, R. Titmuss)⁷.

Η **Κοινωνική Πολιτική (Social Policy)** θα μπορούσε να περιγραφεί ως “ένα θετικό εργαλείο αλλαγής” (“a positive instrument for change”, page 26, Social Policy, R. Titmuss). Η κοινωνική πολιτική επιθυμεί την εμπέδωση ενός μίνιμουμ στόχων και δυνατοτήτων για όλη την κοινότητα, επιθυμεί να κατευθύνει την κοινωνία προς κατευθύνσεις και στόχους προς τους οποίους δεν θα κατευθυνόταν από μόνη της (αυτή η τελευταία φράση ουσιαστικά ανατρέπει το υπολειμματικό μοντέλο), και απαρτίζεται από την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση, την πρόνοια και μια σειρά πολιτικές για την εργασία, τη στέγη κ.ο.κ. Η κοινωνική πολιτική αντικατοπτρίζει τις κυρίαρχες αξίες της κοινωνίας από την οποία προέρχεται.

Η **Πολιτική Υγείας (Health Policy)** θα μπορούσε να οριστεί ως το πεδίο μελέτης και λήψης αποφάσεων σχετικών με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε έναν πληθυσμό.⁸

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, είναι σαφές πως η πολιτική υγείας είναι ένα υποσύνολο της κοινωνικής πολιτικής.

IV. Παγκόσμιες Τάσεις και Προβλήματα.

Μέχρι σήμερα, τρία κυρίαρχα θεωρητικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής έχουν αναπτυχθεί:

A) το **υπολειμματικό (residual model ή laissez-faire model ή Physiocrat model)**, κατά το οποίο δύο είναι τα κανάλια αντιμετώπισης των κοινωνικών αναγκών: η οικογένεια και η ελεύθερη αγορά. Η κοινωνική πολιτική μπορεί να παρέμβει μόνο αν οι δύο αυτές δυνατότητες έχουν καταρρεύσει, και ακόμη τότε, μόνο για να διδάξει τα άτομα πώς να ζήσουν χωρίς αυτά. Οι Hayek και Friedman συγκαταλέγονται στους υποστηρικτές αυτού του μοντέλου. Μέγα πρόβλημα αυτής της θεώρησης, ο στιγματισμός αυτών που χρήζουν στήριξης.

B) το **βιομηχανικό-ανταποδοτικό μοντέλο (industrial achievement-performance model)**, κατά το οποίο οι κοινωνικές παροχές χορηγούνται στη βάση της απόδοσης και της παραγωγικότητας κατά την εργασία και άρα είναι στενά συνδεδεμένο με τους χώρους εργασίας. Έλκει την καταγωγή του από διάφορες οικονομικές και ψυχολογικές θεωρήσεις που διερευνούν τα κίνητρα, την προσπάθεια, την ανταμοιβή, το σχηματισμό των κοινωνικών τάξεων και την αφοσίωση σε κοινωνικές ομάδες. Έχει περιγραφεί και ως 'το μοντέλο της υπηρέτριας' (handmaiden model)⁹, αν και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι γυναίκες είναι μάλλον οι μεγάλες χαμένες αυτής της θεώρησης.

Γ) το **θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο (institutional – redistributive model)**, το οποίο αντιμετωπίζει την κοινωνική πολιτική σαν έναν ιδιαίτερα σημαντικό θεσμό, εντός του σώματος της κοινωνίας, που διανέμει καθολικά παροχές επί τη βάση των αναγκών, εκτός του μηχανισμού της αγοράς. Βασίζεται κυρίως στην αρχή της κοινωνικής ισότητας και η ιδιότητα του πολίτη αρκεί για να θεμελιώσει την κάλυψη των βασικών του αναγκών. Αυτές καλύπτονται μέσω ενός αναδιανεμητικού μηχανισμού πόρων που συγκεντρώνονται σε συλλογική βάση και διανέμονται καθολικά, αλλά και ανάλογα με τις ανάγκες, δηλαδή, και επιλεκτικά. Είναι ακριβώς η καθολικότητα των παροχών που απαλλάσσει το χρήστη από τον κίνδυνο στιγματισμού. Το βάρος αυτής της αναδιανομής, επωμίζεται κλασικά το κράτος.

Βασιζόμενος στην παραπάνω ταξινόμηση, ο Gösta Esping-Andersen, διέκρινε τρεις τύπους καθεστώτων: 1) το **φιλελεύθερο (liberal)** με σημαντικότερους εκπροσώπους τις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Αυστραλία, 2) το **συντηρητικό-κορπορατιστικό (conservative-corporatistic)** με σημαντικότερους εκπροσώπους τη Γερμανία, την Αυστρία και τη Γαλλία,

και 3) το σοσιαλδημοκρατικό (social-democratic) που εκπροσωπείται από τις σκανδιναβικές χώρες.¹⁰

Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα, οι Anttonen και Sipilä diέκριναν το 1996¹¹, πέντε διαφορετικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής:

- Το Σκανδιναβικό μοντέλο δημόσιων κοινωνικών παροχών
- Το Αγγλοσαξωνικό μοντέλο κοινωνικών παροχών με ελεγχόμενους πόρους
- Το παραδοσιακό ή νοτιο-ευρωπαϊκό μοντέλο οικιακής φροντίδας
- Το Γερμανο-Ολλανδικό μοντέλο της επικουρικότητας, και
- Το Γαλλο-Βελγικό μοντέλο της οικογενειακής φροντίδας.

Η ταξινόμηση αυτή είναι σημαντική διότι διακρίνει το νοτιο-ευρωπαϊκό μοντέλο στο οποίο υπάγεται η χώρα μας μαζί με τις υπόλοιπες χώρες της ευρωπαϊκής Μεσογείου και την Πορτογαλία, αλλά και διότι το νοτιο-ευρωπαϊκό και το σκανδιναβικό μοντέλο συγκροτούν τα άκρα ενός συνεχούς που εμπεριέχει όλα τα μοντέλα. Το νοτιο-ευρωπαϊκό μοντέλο χαρακτηρίζεται από την περιορισμένη παροχή κοινωνικής φροντίδας και το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό. Αντίθετα, στο σκανδιναβικό μοντέλο, υπάρχει εκτεταμένη παροχή δημόσιας κοινωνικής φροντίδας για όλες τις ηλικίες και υψηλή συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό. Στο αγγλο-σαξωνικό μοντέλο, το κράτος έχει αναλάβει σημαντικούς ρόλους στην υγεία και την μέριμνα για τους ηλικιωμένους, αλλά υπολείπεται στην παροχή κοινωνικής φροντίδας στα παιδιά. Στο γαλλο-βελγικό μοντέλο συναντάται εκτεταμένη βρεφονηπιακή και προσχολική φροντίδα, ενώ στο γερμανο-ολλανδικό, η φροντίδα των παιδιών παραμένει ευρέως στην ευθύνη της οικογένειας. Η διαφορά αυτή ερμηνεύεται από το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό στη Γαλλία και το Βέλγιο και τα συνακόλουθα δικαιώματα που κατοχύρωσαν οι γυναίκες ως πολίτες-εργαζόμενες-μητέρες.¹²

Η θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής πολιτικής εξειδικεύεται διεθνώς σε τρεις βασικούς μηχανισμούς: α) την κοινωνική ασφάλιση, β) την κοινωνική πρόνοια και γ) την προστασία της υγείας. Αυτοί λειτουργούν σε γενικές γραμμές διακριτά πλην συμπληρωματικά και στην παρούσα μελέτη μας απασχολεί μόνο η προστασία της υγείας και μάλιστα η ΠΦΥ όπως ορίστηκε νωρίτερα.

Ενώ, όμως, τα παραπάνω πρότυπα ερμηνεύουν μέχρι σήμερα ικανοποιητικά τα τεκταινόμενα, η κατάσταση είναι κάθε άλλο παρά στάσιμη. Ο παράγων ‘οικονομία’ μεταβάλλεται και συμπαρασύρει τους χθεσινούς σχεδιασμούς. Το κόστος της υγείας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, οδηγούμενο από τρεις γνωστούς καταλύτες: α) τη ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας που προσφέρει εκπληκτικά νέα εργαλεία κατά των ασθενειών αλλά κάθε άλλο παρά με αξιοκαταφρόνητο κόστος, β) τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού που οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και γ) την ίδια την οικονομική ανάπτυξη που οδηγεί και αυτή στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν περιγραφεί και ως ‘οι αποτυχίες της επιτυχίας’ (failures of success) αφού και οι τρεις είναι επιθυμητοί.¹³

Οι διεθνείς κεφαλαιακές αγορές επιβάλλουν σφιχτούς όρους στις οικονομίες των κρατών, μειώνοντας τη δυνατότητά τους να ανταποκριθούν σε παροδικές μειώσεις των εσόδων με αναχρηματοδότηση του ελλείμματος. Η απειλή μαζικής φυγής κεφαλαίων, οι δράσεις των νομισματικών κερδοσκόπων, οι πιέσεις από τους διεθνείς δανειστικούς οργανισμούς και πολύ περισσότερο, ο κίνδυνος της μακροχρόνιας ύφεσης, επιβάλλουν περιορισμούς στις δαπάνες και η υγεία δεν εκφεύγει αυτών. Στις προηγμένες χώρες, οι υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης οδήγησαν μεν σε αύξηση των φορολογικών εσόδων αλλά ανέβασαν και το εργατικό κόστος. Επειδή όμως τα προϊόντα ανταγωνίζονται στις διεθνείς αγορές με αυτά που προέρχονται από χώρες με χαμηλότερο εργατικό κόστος και, προφανώς, χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών κατακτήσεων, νέοι περιορισμοί προκύπτουν, αν είναι τα προϊόντα αυτά να διατηρήσουν μέρος έστω της ανταγωνιστικότητάς τους, γιατί δεν μπορεί να αυξηθεί το κομάτι εκείνο της φορολόγησης της εργασίας που θα μπορούσε να χρηματοδοτήσει περαιτέρω επενδύσεις στην υγεία. Δεδομένου ότι η χώρα μας σήμερα βρίσκεται σε μια φάση όπου το πλέον αισιόδοξο σενάριο προβλέπει αργούς πλην θετικούς ρυθμούς αύξησης του ΑΕΠ για τα επόμενα χρόνια, είναι προφανές ότι η εποχή δεν συνάδει με σπάταλους πειραματισμούς.

Η οικονομία λοιπόν είναι ένας κρίσιμος παράγων, αλλά εξίσου κρίσιμη είναι και η ίδια η πολιτική, η οποία βρίσκεται στην καλύτερη περίπτωση σε μια περίοδο σύγχυσης που ακολούθησε την κατάρρευση των καθεστώτων του ‘υπαρκτού σοσιαλισμού’ και την απώλεια της ‘ψυχροπολεμικής’ ισορροπίας του τρόμου. Φαίνεται πως η διεθνής πολιτική σκηνή βρίσκεται αυτή τη στιγμή εντός ενός ελιγμού που θα μας οδηγήσει από τη

υπηρεσίες στους Δήμους μιας χώρας με τη γεωγραφική πολυμορφία της Ελλάδας, δεν μπορεί παρά να είναι σημαντικά διαφορετικές. Άρα, το μοντέλο ανάπτυξης τέτοιων υπηρεσιών δεν μπορεί να είναι καθολικό, γεγονός που δυσχεραίνει -αν δεν ακυρώνει- έναν ενιαίο κεντρικό σχεδιασμό και μας οδηγεί στην οδό της δυνατότητας των Δήμων να διαμορφώνουν αφ'εαυτών τις υπηρεσίες που θα παράξουν, με μεγάλη ελευθερία. Από την άλλη μεριά όμως, η μεγάλη ελευθερία των Δήμων να σχεδιάσουν και να παράξουν υπηρεσίες ΠΦΥ, ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντικές αποκλίσεις από έναν ικανοποιητικό μέσο όρο υπηρεσιών. Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε ότι η ανάπτυξη δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στους δήμους θα έλθει αναγκαστικά να ανταγωνιστεί την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από ιδιώτες οι οποίοι είναι ταυτόχρονα και ψηφοφόροι, δημιουργώντας έτσι τριβές που μπορεί να στρεβλώνουν το τοπικό πολιτικό πεδίο, ειδικά σε δήμους της περιφέρειας. Ακόμη, ανταγωνισμός αναγκαστικά θα προκύψει μεταξύ διπλανών δήμων στην περίπτωση που υπάρχει σημαντική διαφορά ποιότητας ή/και ποσότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό δεν θα ήταν καθόλου κακό, αν οι πολίτες είχαν τη δυνατότητα να μεταφέρουν από δήμο σε δήμο και κάποια μορφή χρηματοδότησης. Επειδή όμως αυτό δεν προβλέπεται και η θεσμοθέτησή του θα απαιτούσε άλλες μείζονες μεταρρυθμίσεις, η συνέχιση του σημερινού καθεστώτος θα οδηγήσει το σύστημα να ισορροπήσει αναγκαστικά προς τα κάτω. Μέσα σε όλο αυτό το περιβάλλον, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η μέχρι σήμερα εμπειρία, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο, μας προσφέρει τον κανόνα ότι οι δημοτικές επιχειρήσεις αποτυγχάνουν να είναι ανταγωνιστικές και αποτελεσματικές, κυρίως λόγω ανεπαρκούς διοίκησης. Ειδικά στη χώρα μας, οι παθογένειες της τοπικής αυτοδιοίκησης παίζουν σημαντικό ρόλο: στους περισσότερους Δήμους συναντάται το κομματικο-κεντρικό μοντέλο της κεντρικής πολιτικής σκηνής, με μια οσμή από την εποχή της Τουρκοκρατίας όπου οι βοεβόδες αναπαρήγαγαν σε τοπικό επίπεδο την κεντρική εξουσία. Οι επιδόσεις των δημοτικών αρχόντων δεν είναι πάντοτε το κυρίαρχο κριτήριο στις εκλογές, όσο η κομματική πειθαρχία και η συνύπαρξη τοπικής και εθνικής παράταξης στην εξουσία. Σε γενικές γραμμές, το πολιτικό σύστημα της χώρας θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένας **‘διεφθαρμένος νοτιοευρωπαϊκός κορπορατισμός’**. Ο όρος ‘διεφθαρμένος’ ερμηνεύει την ύπαρξη πελατειακών σχέσεων, οι οποίες ιστορικά διατρέχουν τη λειτουργία του νεοελληνικού κράτους από τη στιγμή της ίδρυσής του μέχρι σήμερα και οι οποίες δεν θα μπορούσαν να απουσιάζουν –αντίθετα, ενδημούν– στην κοινωνική πολιτική.¹⁴ Με τον όρο

‘διεφθαρμένος νοτιοευρωπαϊκός κορπορατισμός’ σηματοδοτείται ακόμη, η ιδιαίτερη εκείνη μορφή του κορπορατισμού που αντικατέστησε την αλληλεγγύη μεταξύ των τάξεων που συγκροτούν το κοινωνικό σώμα (corpus), με την ιδιοτέλεια των εκπροσώπων αυτών των τάξεων (συνδικαλιστές, πολιτικοί κοκ) αλλά και των ‘υπηρετών’ του (πχ δημοσιογράφοι), οι οποίοι απομακρύνονται όλο και περισσότερο από τα ‘σώματα’ που εκφράζουν ή εκπροσωπούν, σηματοδοτώντας έτσι την κρίση του νεοελληνικού πολιτικού συστήματος.

Μελετώντας τις διεθνείς πρακτικές, θα μπορούσε κανείς να διακρίνει τα εξής σενάρια για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας από τους νέους ΟΤΑ α’ βαθμού:

1. **Το υποχρεωτικό.** Πρόκειται στην πραγματικότητα για το Σκανδιναβικό μοντέλο (Σουηδία, Νορβηγία, Φινλανδία, Δανία), όπου η Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένη με μείζονα ρόλο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Στα κράτη αυτά, των οποίων τα συστήματα υγείας ακολουθούν το μοντέλο του Beveridge, υπήρξε ήδη από την αρχή του 20^{ου} αιώνα μια κουλτούρα υπέρ της αποκέντρωσης, είτε σε περιφερειακό είτε σε τοπικό επίπεδο. Βεβαίως, οι αποκεντρωμένες λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής χρειάστηκε να φτάσουμε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 για να ολοκληρωθούν. Το σχήμα αυτό αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες, ένα μοντέλο κλασικής σοφίας για όσους υποστήριζαν την έννοια της αποκέντρωσης. Όμως, παρά τη σημαντική παράδοση δεκαετιών, πρόσφατα, πολλά σκανδιναβικά κράτη προχωρούν τώρα σε επανα-συγκεντροποίηση ορισμένων λειτουργιών. Στη Δανία, οι οικονομικές και οι περισσότερες πολιτικές λειτουργίες επανήλθαν υπό τον έλεγχο της εθνικής κυβέρνησης, ενώ στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης παρέμειναν μόνο λειτουργίες σχετικές με τα χρόνια νοσήματα και την πρόληψη. Στο μοτίβο αυτό συμβάλλει και η μόδα της συγκεντρωτικής διοικητικής μεταρρύθμισης που σαρώνει την Ευρώπη με τη μείωση του αριθμού των διοικητικών περιφερειών και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α’ βαθμού, όπως άλλωστε συμβαίνει και στη χώρα μας, αρχικά με το σχέδιο ‘Ιωάννης Καποδίστριας’ και τώρα με το σχέδιο ‘Καλλικράτης’. Αντίστοιχη τάση σημειώνεται στη Σουηδία όπου οι διοικητικές περιφέρειες στις οποίες ανήκουν τα νοσοκομεία και η ΠΦΥ αναμένεται από 21 να μειωθούν σε μονοψήφιο αριθμό, αλλά και στη Φινλανδία όπου οι ΟΤΑ α’ βαθμού που ευθύνονται για την ΠΦΥ, αναμένεται να μειωθούν από 450 σε περίπου 250.¹⁵

Κρίσιμο σημείο είναι κατά τη γνώμη μας το γεγονός πως στη Σουηδία, το 80% της χρηματοδότησης για την υγεία προέρχεται από τοπική φορολόγηση.

2. **Το προαιρετικό.** Κατά αυτή την εκδοχή, οι ΟΤΑ μπορούν να καθορίζουν μόνοι τους τη θέση τους στο σύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Είναι η εκδοχή που ισχύει στις ΗΠΑ. Έτσι, στη χώρα αυτή, θα συναντήσει κανείς ΟΤΑ που απέχουν πλήρως από την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, αλλά και ΟΤΑ που κατέχουν και λειτουργούν μεγάλες ή πολυάριθμες νοσοκομειακές μονάδες (όπως είναι ο δήμος της Νέας Υόρκης). Κινητικότητα επίσης υπάρχει και σε ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως πχ η πώληση δημοτικών νοσοκομείων, όπως αυτό του San Diego, το οποίο πωλήθηκε στην τοπική ιατρική σχολή, ή και το κλείσιμο δημοτικών νοσοκομείων λόγω υπερβολικού κόστους, όπως έγινε στη Philadelphia. Σε γενικές γραμμές, η μεγάλη αδυναμία αυτού του μοντέλου έγκειται στη χρηματοδότηση. Είναι προφανώς απρόσφορο η χρηματοδότηση να είναι ευθύνη του κράτους και οι ΟΤΑ να δημιουργούν ό,τι δομές κρίνουν αυτοί αναγκαίες. Είναι επίσης προβληματικό, οι ΟΤΑ να ανακαλύπτουν ότι αδυνατούν να λειτουργήσουν μια δομή, που παρά τα οικονομικά της προβλήματα, καλύπτει αληθείς και καταγεγραμμένες ανάγκες του πληθυσμού.

3. **Το ελεγχόμενο.** Κατά το σενάριο αυτό, οι ΟΤΑ έχουν κάποιο ρόλο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας αλλά τα διαθέσιμα και οι δυνατότητες είναι σαφώς ελεγχόμενα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η Γερμανία και ο Καναδάς είναι παραδείγματα αυτού του μοντέλου. Ειδικά στη Γερμανία που είναι και η χώρα καταγωγής του μοντέλου του Bismarck, η κυβέρνηση αποφάσισε να συγκεντρώσει όλα τα κεφάλαια από τα ασφαλιστικά ταμεία και να τα αναδιανείμει η ίδια, βασισμένη σε μια προοπτική ανάλυση ανάλογα με τον κίνδυνο νόσησης (risk adjustment) και τους πληθυσμούς ανά ασθένεια (capitation basis).

Στον Καναδά, ο πρώτος δημοτικός ιατρός ήταν ο dr Henry Schmitt στην πόλη Holdfast της επαρχίας Saskatchewan, το 1915. Ο Schmitt εγκαταστάθηκε στο Holdfast το 1914, προερχόμενος από το Illinois. Το Holdfast ήταν μια κωμόπολη μεταναστών αγροτών στη δεύτερη γενεά. Πολλοί απ' αυτούς δεν μπορούσαν να

πληρώσουν το γιατρό και δεν το έκαναν. Ο Schmitt αρχικά δεν είχε αντίρρηση αλλά όταν είδε ότι τα οικονομικά του δεν είχαν προοπτική βελτίωσης, αποφάσισε να μετακομίσει αλλού. Τότε, οι κάτοικοι του Holdfast του πρότειναν μισθό 1.500\$ για το 1915 και 2500\$ για το 1916, τον οποίο και αποδέχθηκε. Ένα χρόνο αργότερα, η κυβέρνηση του Saskatchewan πέρασε νόμο που κατοχύρωνε επίσημα αυτή την πρακτική. Τα δημοτικά ιατρεία ήταν πλέον πραγματικότητα για τον Καναδά. Η πολιτεία του Saskatchewan αποδείχθηκε πρωτοπόρα στην ανάπτυξη του καναδικού μοντέλου για την υγεία, με την υιοθέτηση του νόμου “Saskatchewan Hospitalization Act”¹⁶ το 1946 με τον οποίο η πολιτεία εγγυάτο τη νοσοκομειακή φροντίδα στην πλειοψηφία των πολιτών, πολύ πριν το κάνει η ομόσπονδη κυβέρνηση. Τα προγράμματα δημοτικών ιατρείων έληξαν το 1962 με την υιοθέτηση του προγράμματος Medicare με το οποίο η ομόσπονδη κυβέρνηση αναλάμβανε την οικονομική ευθύνη για ολόκληρο το σύστημα υγείας. Σήμερα, η ομόσπονδη κυβέρνηση καλύπτει περίπου το 70% των δαπανών για την υγεία, αρκετά από τα οποία κατευθύνονται στους δήμους οι οποίοι έχουν την ευθύνη λειτουργίας όχι μόνο δημοτικών ιατρείων αλλά σε αρκετές περιπτώσεις και δημοτικών νοσοκομείων.¹⁷

4. **Το απαγορευτικό.** Δεν πρόκειται ουσιαστικά για σενάριο. Σε αυτό οι ΟΤΑ αποκλείονται της δυνατότητας να παράξουν υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας εδώ, διαρθρώνεται σε ένα καθαρά εθνικό επίπεδο. Η Μεγάλη Βρετανία και η Αυστραλία είναι παραδείγματα τέτοιας πολιτικής, αν και η τελευταία φαίνεται να επιδιώκει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια τη θέση της, αναζητώντας κατάλληλο ρόλο για τους ΟΤΑ της στο πεδίο της παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Σε μερικές αυστραλιανές πολιτείες όπως το Queensland, οι τοπικές κυβερνήσεις (των πολιτειών) προέτρεψαν τις τοπικές αυτοδιοικήσεις να αναπτύξουν δημοτικά προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας, βασισμένα στις ανάγκες κάθε δήμου.¹⁸

IV. Με Ποιούς Όρους & Προϋποθέσεις

Ένα κομβικό ερώτημα για την κατανόηση των όρων και των προϋποθέσεων εμπλοκής των ΟΤΑ στην παραγωγή υπηρεσιών ΠΦΥ, είναι το πώς αυτοί συναρμολογούνται στην ευρύτερη «αλυσίδα κοινωνικής πολιτικής» (policy chain). Ως αλυσίδα πολιτικής νοείται *‘το ανατροφοδοτούμενο σύστημα που συντίθεται 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’*.¹⁹ Στην περίπτωση του ελληνικού δημόσιου χώρου (που είναι κράτος-μέλος της ΕΕ), παρόμοιες αλυσίδες πολιτικών εκτείνονται από το ενωσιακό έως το τοπικό επίπεδο. Η αλυσίδα όμως της κοινωνικής πολιτικής, αποτελεί από μόνη της κρίκο σε μιαν άλλη αλυσίδα, που ο ΟΟΣΑ ονομάζει “The ‘Statistics, Knowledge and Policy’ Chain”.²⁰ Οι πολιτικοί χρειάζονται πρόσβαση στα στατιστικά εκείνα δεδομένα που μαζί με τις θεωρητικές αναλύσεις θα συγκροτήσουν την αναγκαία γνώση η οποία θα οδηγήσει στο σχεδιασμό κοινωνικών πολιτικών που να απαντούν στις ανάγκες. Αλλά και οι πολίτες έχουν ανάγκη να πληροφορούνται στατιστικά και άλλα δεδομένα των δομών που χρησιμοποιούν ώστε να οδηγούνται σε εγνωσμένες αποφάσεις και να συγκροτούν ατομικές και συλλογικές συμπεριφορές. Το πρόβλημα των ελληνικών ΟΤΑ, παλαιών και νέων, είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό, γνωστικό.

Σε γενικές γραμμές, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι το εγχείρημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από ΟΤΑ α’ βαθμού, είναι εύκολο. Αν κρίνει μάλιστα κανείς από τις μέχρι τώρα επιδόσεις των ΟΤΑ σε ζητήματα όπως το χωροταξικό ή η διαχείριση απορριμμάτων, μικρά περιθώρια απομένουν για αισιοδοξία. Όμως υπάρχουν δύο σημαντικές παράμετροι: α) οι ΟΤΑ α’ βαθμού που θα προκύψουν από την εφαρμογή του σχεδίου ‘Καλλικράτης’ θα έχουν, θεωρητικά τουλάχιστον, αυξημένους πόρους και διαχειριστική ικανότητα και β) δεν ευθύνεται εξ’ολοκλήρου η Τοπική Αυτοδιοίκηση για τις χαμηλές της επιδόσεις αλλά και η κεντρική εξουσία. Σε πρόσφατη σχετικά ημερίδα της με τίτλο “Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”²¹ που έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη το Νοέμβριο του 2009, η ΚΕΔΚΕ συνόψισε τους τομείς προτεραιότητας στα κάτωθι:

- ✓ *“Ο εξορθολογισμός του υπάρχοντος θεσμικού οργανωτικού πλαισίου, εναρμόνιση των Ν. 3172/2003 και Ν. 3643/2006 (ΚΔΚ) με τις σύγχρονες ανάγκες.*
- ✓ *Η δημιουργία και λειτουργία Περιφερειακών και Τοπικών Δομών, παροχής τυποποιημένων υπηρεσιών υγείας για την διαχείριση του μικρού κινδύνου, συμβουλευτικής και καθοδήγησης των ασθενών για την διαχείριση του μείζονος κινδύνου. Η δικτύωσή τους σε Ευρωπαϊκό και Εθνικό επίπεδο, με δυνατότητα αξιοποίησης πρωτοβουλιών και δράσεων της κοινωνίας των πολιτών.*
- ✓ *Η δημιουργία συστήματος ορθής εκτίμησης των αναγκών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο για την αποτελεσματική διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου.*
- ✓ *Η έμφαση στην ποιότητα του ανθρωπίνου κεφαλαίου, ορθός σχεδιασμός αναγκών στελέχωσης και διαρκής επιμόρφωση του προσωπικού.*
- ✓ *Η on line διασύνδεση και στενή συνεργασία των υπηρεσιών και δομών Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης με τους ΟΤΑ, με ανακατανομή πόρων προς το τοπικό επίπεδο”.*

Τα συμπεράσματα αυτά, αν και ορθά, μάλλον αδυνατούν να περιγράψουν συστηματικά και με επάρκεια το πεδίο, περιγράφοντας μερικές όψεις του. Οι όροι και οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες οι ΟΤΑ α' βαθμού θα μπορούσαν να παράξουν υπηρεσίες ΠΦΥ, σχετίζονται –σύμφωνα και με την αντίληψη περί αλυσίδας πολιτικής– με τη συνολική διάρθρωση της εξουσίας στη χώρα, τοπικής και κεντρικής, τις αλληλεπιδράσεις της με το χώρο της ΕΕ και τις μέχρι σήμερα γνώσεις και εμπειρίες. Έτσι, μπορεί κανείς να διακρίνει όρους και προϋποθέσεις που αφορούν είτε το επίπεδο των ΟΤΑ, είτε ανώτερα επίπεδα. Δεδομένου ότι η αλυσίδα πολιτικής είναι κάθετη και όχι οριζόντια, η ικανοποίηση των όρων και των προϋποθέσεων που αφορούν τους ΟΤΑ, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και πάλι από τις πολιτικές και τις ισορροπίες που επικρατούν στα ανώτερα επίπεδα. Άλλωστε, η ζητούμενη μέσω της αναδιανομής πόρων ‘σύγκλιση’, δεν μπορεί παρά να συνεπάγεται χάραξη πολιτικών στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, δηλαδή το υπερεθνικό. Κάτω από αυτό το πρίσμα, θα μπορούσαν να διακριθούν τρεις όροι και προϋποθέσεις για την εμπλοκή των ΟΤΑ α' βαθμού στην ΠΦΥ:

1. Πολιτική σταθερότητα
2. Υγής Τοπική Διακυβέρνηση
3. Βελτίωση της οργανωτικής, σχεδιαστικής και διαχειριστικής ικανότητας των ΟΤΑ (organisational, planning & managerial capacity)

Πολιτική σταθερότητα. Με τον όρο αυτό δεν εννοείται η σταθερότητα του πολιτεύματος αυτή καθαυτή. Η τελευταία θα πρέπει να θεωρείται κερτημένο για τη χώρα. Η σταθερότητα αναφέρεται στην πολιτική ισορροπία που πρέπει να επιτευχθεί στον άξονα ‘κοινωνική αλληλεγγύη – ελεύθερη ατομική επιλογή’ και δεν αναφέρεται ρητά στο εθνικό μόνο επίπεδο, αλλά και στο υπερεθνικό. Πρέπει δηλαδή να υπάρξει συναίνεση εκ μέρους των ανώτερων στρωμάτων της εξουσίας, η οποία μάλιστα να είναι δεσμευτική για ένα χρονικό διάστημα σαφώς υπέρτερο μιας απλής θητείας των αυτοδιοικητικών οργάνων, για το μοντέλο της κοινωνικής πολιτικής και ειδικότερα το μοντέλο των υπηρεσιών υγείας εντός του οποίου θα κληθούν να δράσουν και οι ΟΤΑ α’ βαθμού. Το εκκρεμές ανάμεσα στο κράτος και τις αγορές συνεχίζει να ταλαντεύεται ενώπιόν μας. Η οικονομική κρίση που διατρέχει τουλάχιστον το ένα ημισφαίριο του πλανήτη, αναγέννησε το ενδιαφέρον για μία -εσχάτως παραμελημένη- συνταγή ενός σοσιαλδημοκρατικού καπιταλισμού. Η σημερινή κρίση του νεοφιλελευθερισμού παρουσιάζει μια πραγματική ευκαιρία για τους θεωρητικούς του αντιπάλους, να ξαναρχίσει η συζήτηση σχετικά με το είδος της κοινωνίας που επιθυμούμε. Μετά από περισσότερο από μια δεκαετία κατά την οποία οι λέξεις ‘καπιταλισμός’ και ‘σοσιαλισμός’ ήταν μάλλον δυσεύρετες στο πολιτικό λεξιλόγιο των κομμάτων εξουσίας, ξαφνικά η συζήτηση για το πώς η οικονομία θα πρέπει να λειτουργεί και τι έλεγχο θα πρέπει να έχει επάνω της το κράτος, επανήλθε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Ο ιδεολογικός ορίζοντας άνοιξε και πάλι, αφού τα προσανατολισμένα στην αγορά δόγματα δείχνουν, στην καλύτερη περίπτωση, αδυναμία σύμπλευσης με τις ανάγκες της εποχής. Αυτό όμως καθόλου δεν σημαίνει ότι τα ‘ξεχασμένα’ στο συρτάρι μαθήματα του Κεϋνσιανισμού μπορούν να ανασυρθούν από τα συρτάρια της ιστορίας, να ξεσκονιστούν και να τεθούν και πάλι σε λειτουργία. Άλλωστε, η ιστορία, όπως κατέγραψε τώρα τις αστοχίες της πολιτικής του laissez-faire, άλλο τόσο έχει καταγράψει στο παρελθόν τις αδυναμίες και τους περιορισμούς του Κεϋνσιανού μοντέλου.

Η σύγχρονη πρόκληση για όποια προσέγγιση φιλοδοξεί να αντιπαρέλθει τα νεοφιλελεύθερα δόγματα, συνίσταται στην εδραίωσή της επί της ιδεολογικής τράπεζας με πραγματικά αλλά και οραματικά επιχειρήματα-προτάσεις που να συντονίζονται με τη σύγχρονη εμπειρία της ζωής σε συνθήκες καπιταλισμού. Αυτή η προσπάθεια, είναι αλήθεια, έχει ξεκινήσει δειλά ήδη από τη δεκαετία του '80, αλλά έλαβε τεκμηριωμένη υπόσταση αρκετά αργότερα, με τη δημοσίευση το 1998, του βιβλίου του Anthony Giddens 'The Third Way: The Renewal of Social Democracy'²², που είναι αποτέλεσμα της ανάλυσης των πολιτικών και πολιτιστικών επιπτώσεων της παγκοσμιοποίησης. Η ουσιώδης συνεισφορά της δουλειάς του Giddens συνίσταται στη σύνδεση των δικαιωμάτων του πολίτη με τις ευθύνες του, μέσα από την εγκαθίδρυση μιας νέας ατομικής ηθικής που συνοψίζεται στο δόγμα «όχι δικαιώματα χωρίς υποχρεώσεις».

“...third way politics looks for a new relationship between the individual and the community, a redefinition of rights and obligations... Old-style social democracy, however, was inclined to treat rights as unconditional claims. With expanding individualism should come an extension of individual obligations. Unemployment benefits, for example, should carry the obligation to look actively for work, and it is up to governments to ensure that welfare systems do not discourage active search” (The Third Way, p. 65, 1998).

Η ενδιαφέρουσα όμως προσέγγιση του Giddens, ενώ έτυχε υποστήριξης και προσπάθειας υλοποίησης της πρότασής του από σημαντικές πολιτικές φυσιογνωμίες σε μεγάλες χώρες όπως ο Bill Clinton στις ΗΠΑ (New Democrats), ο Tony Blair στη Μεγάλη Βρετανία (New Labour) και ο Gerhard Schroeder (Die Neue Mitte) στη Γερμανία, δεν κατάφερε να αποτρέψει τον έλεγχο της παγκόσμιας οικονομίας από τις μη διαφανείς και μη ελεγχόμενες 'παγκόσμιες' κεφαλαιακές οντότητες που συνέβαλαν καθοριστικά στην οικονομική κρίση.

Η προσπάθεια από την άλλη μεριά, του νεοφιλελεύθερου μετώπου να παρουσιάσει την κατάσταση στις αγορές ως ένα 'fait accompli', και ο νιχιλισμός που απορρέει για ο,τιδήποτε έξω από αυτήν, δεν μπορούν τώρα πια να γίνουν αποδεκτά. 'Κάποιον' βαθμού έλεγχος της οικονομίας από την πολιτική, είναι σήμερα αποδεκτός από ένα ευρύτατο φάσμα πολιτικών οργανισμών και πολιτών. Αυτό που απομένει είναι να αποτυπωθούν επί χάρτου οι κανόνες, οι μέθοδοι και τα όρια παραγωγής υπηρεσιών ανάμεσα στο κράτος και τις αγορές. Αυτό είναι προς το παρόν ζητούμενο. Ίσως η απάντηση, ή μέρος αυτής, να βρίσκεται στη «Θεωρία της Αλλαγής» του Barack Obama (The Theory for Change), η οποία προβλέπει την σωστά

δομημένη και εξαντλητική διαβούλευση ως μέθοδο υπέρβασης πολιτικών - κομματικών διαφορών. Η θεωρία σχολιάστηκε ως εκ πρώτης όψεως αφελής από τον John Edwards, τον Paul Krugman και άλλους, που υποστηρίζουν τη συγκρουσιακή φύση της πολιτικής και δεν πιστεύουν σε διαπαραταξιακές αλήθειες. Στην πράξη όμως αποδείχθηκε ότι οι πολίτες που δεν ανέχονται άλλο τον συγκρουσιακό δικομματισμό, στήριξαν την πολιτική αυτή και εξέλεξαν πρόεδρο τον Obama. Σε συνέχεια αυτής της θεωρίας, ο Obama είναι σήμερα ο μόνος Δημοκρατικός πρόεδρος των ΗΠΑ που κατάφερε να μεταρρυθμίσει την υγεία προς την κατεύθυνση της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, τα τελευταία πενήντα χρόνια. Αν μια παρόμοια πολιτική διαβούλευσης μπορούσε να εφαρμοστεί στη χώρα μας και κατάφερνε να διακρίνει και να περιγράψει το εύρος μιας νέας κοινωνικής πολιτικής, τότε ο ρόλος και οι δυνατότητες των ΟΤΑ α' βαθμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας θα έβρισκαν ένα περιγεγραμμένο και γόνιμο πεδίο ανάπτυξης.

Υγιής Τοπική Διακυβέρνηση: με τον όρο αυτό εννοείται η εμβάθυνση των δημοκρατικών πρακτικών και διαδικασιών σε τοπικό επίπεδο, με στόχο την κατάρτιση μεσοπρόθεσμου τουλάχιστον πλάνου, που να βρίσκεται σε αρμονία με τις πολιτικές σε ανώτερο επίπεδο, εθνικές και υπερεθνικές, να αναγνωρίζει τις ανάγκες για πολυεπίπεδο σχεδιασμό, υλοποίηση, συντήρηση ή/και επέκτασή του και το οποίο να χαίρει της έγκρισης της τοπικής κοινωνίας και ιδιαίτερα των ομάδων εκείνων του πληθυσμού που εμπλέκονται ευθέως σε αυτό. Στα πλαίσια του continuum της αλυσίδας πολιτικής που αναφέρθηκε νωρίτερα, διακρίνονται δύο αντίδρομες, συγκλίνουσες πορείες. Από το υπερεθνικό άκρο της αλυσίδας αφορμάται αφενός ένα σημαντικό αναδιανεμητικό οικονομικό κεφάλαιο και αφετέρου μια τεχνογνωσία που παρήχθη από ένα υψηλότερο γνωστικό, διαχειριστικό και εμπειρικό κεφάλαιο και τα δύο αυτά είδη κεφαλαίου κατευθύνονται να συναντήσουν τους ελληνικούς ΟΤΑ που αφορμώνται από το άλλο άκρο, έχοντας στη φαρέτρα τους το 'κεφάλαιο' (εν μέρει, όχι συνολικά), της άνισης ικανότητάς τους για προσαρμογή, των πελατειακών σχέσεων, της αδιαφάνειας και της διαφθοράς. Μεσολαβεί, ασφαλώς, το κράτος που επιχειρεί να συντονίσει αυτή τη 'μετάγχιση' των κεφαλαίων που αναφέραμε, προσθέτοντας όμως αναπόφευκτα και τις δικές του ανεπάρκειες στο εγχείρημα.

Είναι κοινός τόπος ότι οι ΟΤΑ α' βαθμού της χώρας μας, δεν είναι πρωταθλητές στην εφαρμογή δημοκρατικών πρακτικών και διαδικασιών, διαφάνειας και λογοδοσίας. Αρκετές

έρευνες και μελέτες έχουν καταστήσει αυτό το επιχείρημα έγκυρο, τόσο που να μη χρειάζεται μια εκ νέου μελέτη¹⁸. Για της ανάγκες της παρούσης παραγράφου θα χρησιμοποιηθούν τα παραδείγματα του Δήμου Κορινθίων και του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας. Τα παραδείγματα αυτά επιλέχθηκαν με βάση τη θεώρηση ότι τα τεκταινόμενα σε άλλους δήμους δεν απέχουν παρασάγγας από αυτά που λαμβάνουν χώρα σε αυτούς. Βεβαίως, είναι προφανώς κατανοητό, ότι υπάρχουν και παραδείγματα πολύ διαφορετικά, προς το καλύτερο και το χειρότερο. Ωστόσο, τα παραδείγματα αυτά αντιστοιχούν στην πρωτεύουσα ενός νομού και έναν μεγάλο, ανεπτυγμένο τουριστικά και άρα εύρωστο οικονομικά δήμο, δηλαδή σε πρωτεύοντες υποψήφιους για το θέμα που μελετάμε.

Ο Δήμος Κορινθίων.

Κατ' αρχάς, μια βασική δράση διαφάνειας, που είναι η έγκαιρη ανάρτηση σε κοινή θέα της ημερήσιας διάταξης των συνεδριάσεων του Δημοτικού Συμβουλίου και, πολύ περισσότερο η ανάρτηση του περιεχομένου των συνεδριάσεων στο διαδίκτυο, σε οποιαδήποτε μορφή (εικόνα, ήχος, απομαγνητοφωνημένο κείμενο), σε κατάλληλο σημείο πχ. στην ιστοσελίδα του δήμου, ταξινομημένων ημερολογιακά, δεν υφίσταται. Οι συνεδριάσεις του δημοτικού συμβουλίου αναμεταδίδονται από τοπικά ΜΜΕ, αλλά καμία δυνατότητα αναδρομής και ελέγχου δεν υφίσταται. Επίσης, εξίσου σημαντικό, ο προϋπολογισμός του δήμου Κορινθίων δεν είναι διαθέσιμος στην ιστοσελίδα του στο διαδίκτυο. Επιπλέον, δεν είναι διαθέσιμος σε ηλεκτρονική μορφή σε κανέναν και μοιράζεται αυστηρά και μόνο σε εκτυπωμένη μορφή (ο προσωρινός προϋπολογισμός του έτους 2009 αριθμεί 122 σελίδες). Αυτό από μόνο του στερεί σημαντικές δυνατότητες ελέγχου από όποιον επιθυμεί να μελετήσει τον προϋπολογισμό. Ακόμη περισσότερο, δεν υφίσταται μια περιληπτική, εποπτική μορφή του προϋπολογισμού για ενημέρωση των πολιτών. Αυτή θα μπορούσε να είναι μόλις μια - δύο σελίδες όπου θα αναφέρονταν τα έσοδα και τα έξοδα, ταξινομημένα ανά κατηγορία δράσης και ειδικά για τα έξοδα, η διαμόρφωσή τους μέχρι τη στιγμή της κατάρτισης του προϋπολογισμού και η βεβαίωσή τους μέχρι την ίδια στιγμή. Θα μπορούσε κανείς να αντιπαρέλθει το επιχείρημα αυτό με την παράθεση των σελίδων 117 έως και 120 που υποτίθεται ότι περιέχουν την ανακεφαλαίωση του προϋπολογισμού (βλ. Παράρτημα Α'). Αλλά η μελέτη των σχετικών σελίδων δεν δύναται να πληροφορήσει με επάρκεια για το ύψος πχ. των δαπανών για κοινωνική πολιτική. Είναι χαρακτηριστικό, ότι ενώ ο 'Κωδικός 15' αντιστοιχεί σε 'Υπηρεσίες Πολιτισμού, Αθλητισμού και Κοινωνικής Πολιτικής', η

ανασκόπηση των επιμέρους υποκατηγοριών του κωδικού 15 δεν αποκαλύπτει ούτε μία δράση κοινωνικής πολιτικής. Στον παρακάτω πίνακα γίνεται ορατό ότι έξοδα για δράσεις κοινωνικής πολιτικής θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνονται στους κωδικούς 15.60 (αμοιβές και έξοδα προσωπικού), 15.6473 (έξοδα οργάνωσης κοινωνικών δραστηριοτήτων), 15.6474 (έξοδα λοιπών παρεμφερών δραστηριοτήτων) και 15.7 (επενδύσεις).

ΕΞΟΔΑ ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	Διαμορφωθέντα μέχρι 20/11/2008 euro	Βεβαιωθέντα μέχρι 20/11/2008 euro
15.	Υπηρεσίες Πολιτισμού, Αθλητισμού και Κοινωνικής Πολιτικής	1.366.663,61	603.515,95
15.6	Έξοδα χρήσης		
15.60	Αμοιβές και έξοδα προσωπικού		394.944,43
15.61	Αμοιβές αφετών και τρίτων		0,00
15.62	Παροχές τρίτων		18.348,00
15.64	Λοιπά γενικά έξοδα		163.468,36
15.647	Έξοδα καλλιτεχνικών, αθλητικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων		163.468,36
15.6471	Έξοδα πολιτιστικών δραστηριοτήτων		132.171,80
15.6472	Έξοδα αθλητικών δραστηριοτήτων		18.891,77
15.6473	Έξοδα οργάνωσης κοινωνικών δραστηριοτήτων		6.833,65
15.6474	Έξοδα λοιπών παρεμφερών δραστηριοτήτων		5.571,14
	ΣΥΝΟΛΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 6 (Έξοδα Χρήσης)	1.321.663,61	576.760,79
15.7	ΣΥΝΟΛΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 7 (Επενδύσεις)	45.000,00	26.755,16

Ο κωδικός 15.60 δεν αναλύεται περαιτέρω έτσι ώστε να είναι εμφανές πόσοι εργάζονται στον τομέα κοινωνικής πολιτικής του δήμου και πόσο κοστίζουν, αλλά συμπλέκονται με τους εργαζόμενους στον αθλητισμό και τον πολιτισμό. Οι κωδικοί 15.6473, 15.6474 και 15.7, πέραν του αμελητέου ύψους τους (39.159,95 € συνολικά βεβαιωθέντα έξοδα), δεν συμπεριλαμβάνουν καμία δράση κοινωνικής πολιτικής.

Αυτό, είναι ενδεικτικό του χαμηλού επιπέδου διαφάνειας αλλά καθόλου δεν σημαίνει ότι ο δήμος στερείται δομών και δράσεων κοινωνικής πολιτικής. Οι ΟΤΑ έχουν τη δυνατότητα να οργανώνουν την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής είτε μέσω της σύστασης νομικών προσώπων (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, Αναπτυξιακές εταιρείες, Αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες κατά τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις του Ν. 2072/92, άρθρο 11, παρ. 3), είτε μέσω της σύστασης κοινωνικής υπηρεσίας, κατά τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις του νόμου 1188/81, η οποία πρέπει να προβλέπεται από τον εσωτερικό κανονισμό του δήμου. Στην περίπτωση του δήμου Κορινθίων, η κοινωνική υπηρεσία προβλέπεται από τον εσωτερικό του κανονισμό

αλλά αποτελείται από μία και μόνη υπάλληλο (σε απόσπαση από άλλο δήμο) η οποία υλοποιεί μία και μόνη δράση κοινωνικής πολιτικής, το πρόγραμμα ‘Έξω Μαζί’ που αναφέρεται στην επίσκεψη παιδιών με ειδικές ανάγκες σε θεατρικές, κινηματογραφικές παραστάσεις κοκ.

Οι υπόλοιπες δράσεις κοινωνικής πολιτικής που συνιστούν και το συντριπτικό μέρος του συνόλου, υλοποιούνται μέσω της νεοσυσταθείσας Κοινωνικής Επιχείρησης (πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο Σπίτι’ με πέντε (5) εργαζόμενους, πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας με επίσης πέντε (5) εργαζόμενους και Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) με τρεις (3) εργαζόμενους), του Οργανισμού για τους Βρεφονηπιακούς σταθμούς και των τεσσάρων (4) ΚΑΠΗ που είναι ΝΠΔΔ, το καθένα με δικό του ΔΣ και δικό του προϋπολογισμό, που επιχορηγείται όμως από τον προϋπολογισμό του δήμου με ένα μέσο όρο, περίπου 60.000 € ετησίως. Αντιστοίχως, επιδοτείται και ο οργανισμός για τους βρεφονηπιακούς σταθμούς, ο οποίος τα τελευταία δύο χρόνια επιδοτείται με ποσό περίπου 250.000 € ετησίως.

Ουδείς όμως γνωρίζει τον ακριβή αριθμό των ωφελουμένων στους παραπάνω οργανισμούς, ούτε τα κριτήρια και η διαδικασία επιλογής τους είναι δημόσια και διαφανής. Η μόνη δράση η οποία μπορεί να συσχετιστεί με την ΠΦΥ είναι η συνταγογράφηση που παρέχεται στα ΚΑΠΗ (ενδεχομένως όχι σε όλα). Δημοτικό ιατρείο δεν λειτουργεί στο δήμο Κορινθίων.

Ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας.

Στο γειτονικό δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας, επίσης δεν υπάρχει ο προϋπολογισμός ανηρτημένος στη διαδικτυακή σελίδα του δήμου, και, ενώ δεν υπάρχουν ούτε τα πρακτικά του δημοτικού συμβουλίου, αναρτάται τουλάχιστον η εκάστοτε ημερήσια διάταξη. Στο δήμο έχει συσταθεί ο Δημοτικός Οργανισμός Υγείας και Κοινωνικής Αντίληψης (Δ.Ο.Υ.Κ.Α.Λ.Π.), μέσω του οποίου ασκούνται οι πολιτικές υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Η ουσιώδης διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η Δ.Ο.Υ.Κ.Α.Λ.Π., σε αντίθεση με την Κοινοφελή Επιχείρηση του δήμου Κορινθίων, δραστηριοποιείται στον τομέα υγείας με Δημοτικό Ιατρείο στο οποίο απασχολούνται ιατροί (καρδιολόγοι και παθολόγοι) και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ έχει στη διάθεσή του και ασθενοφόρο. Εκτός από το προηγούμενο επιστημονικό προσωπικό, στον Οργανισμό προσφέρουν τις υπηρεσίες τους Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνιολόγος και Ψυχολόγος.

Από τα αναφερόμενα παραδείγματα γίνεται εμφανές ότι συναντώνται δύο μοντέλα: ένα παλαιότερο που συναντάτο μέχρι πρότινος στο δήμο Κορινθίων και το οποίο προέβλεπε

πρακτικά έναν οργανισμό για κάθε είδος δράσης και ένα νεότερο που ισχύει στο δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας στο οποίο, όλες οι δράσεις κοινωνικής πολιτικής μαζεύονται κάτω από τον ίδιο οργανισμό (ΔΟΥΚΑΛΠ). Προς το δεύτερο μοντέλο οδεύει και ο δήμος Κορινθίων, με την πρόσφατη ίδρυση της Κοινωφελούς επιχείρησης. Είναι όμως σαφές ότι κανείς από τους δύο δήμους δεν κινείται προς την κατεύθυνση πραγματικής εδραίωσης μιας διεύθυνσης κοινωνικών υπηρεσιών. Με την ίδρυση της διεύθυνσης αυτής, θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερος συντονισμός όλων των υπηρεσιών της πρώτου βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης ώστε να παρθούν μέτρα για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες για τις οποίες μέχρι σήμερα δεν έχουν δημιουργηθεί οι κατάλληλες υποδομές. Η δημιουργία της διεύθυνσης αυτής εκτός από τη διοικητική αναδιάρθρωση που θα επιφέρει, θα εξασφαλίσει και σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων μιας και όλες οι δράσεις και τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας θα επιβλέπονται αποτελεσματικότερα, καθιστάμενα έτσι περισσότερο βιώσιμα, ενώ και οι σχετικοί υπάλληλοι που εργάζονται σήμερα με συμβάσεις, θα μπορούσαν να μονιμοποιηθούν.

Βελτίωση της οργανωτικής, σχεδιαστικής και διαχειριστικής ικανότητας των ΟΤΑ.

Οι οργανισμοί, είτε αυτοί είναι ΟΤΑ, είτε είναι ΝΠΔΔ, Α.Ε. ή οτιδήποτε άλλο, έχουν ένα κοινό στοιχείο: ξεπερνώντας τους περιορισμούς που ενσκύπτουν σε ατομικό επίπεδο, μας επιτρέπουν να κατακτήσουμε στόχους που διαφορετικά θα ήταν ασύλληπτοι. Επίσης, συντηρούν εντός τους την αναγκαία συλλογική μνήμη και νοημοσύνη που είναι απαραίτητες για να συνδέουμε τις μελλοντικές κατακτήσεις με τις περασμένες και τις τρέχουσες.²³

Οι ΟΤΑ α' βαθμού οφείλουν να επαυξήσουν τις οργανωτικές τους ικανότητες καθώς και τις εσωτερικές στρατηγικές διευθυντικές πρακτικές, έτσι ώστε να παράξουν εσωτερικές διαδικασίες τέτοιες που να επιτρέπουν τον στρατηγικό σχεδιασμό με διατομεακές προσεγγίσεις. Ως στρατηγική διεύθυνση (strategic management) ορίζεται το σύνολο των διευθυντικών αποφάσεων και πράξεων που καθορίζει την μακροπρόθεσμη απόδοση ενός οργανισμού. Αυτό περιλαμβάνει τη χαρτογράφηση του περιβάλλοντος (εσωτερικού και εξωτερικού), τη διαμόρφωση της στρατηγικής, την υλοποίησή της, και τέλος, την αξιολόγηση και τον έλεγχό της (βλ. παρακάτω σχήμα).²⁴

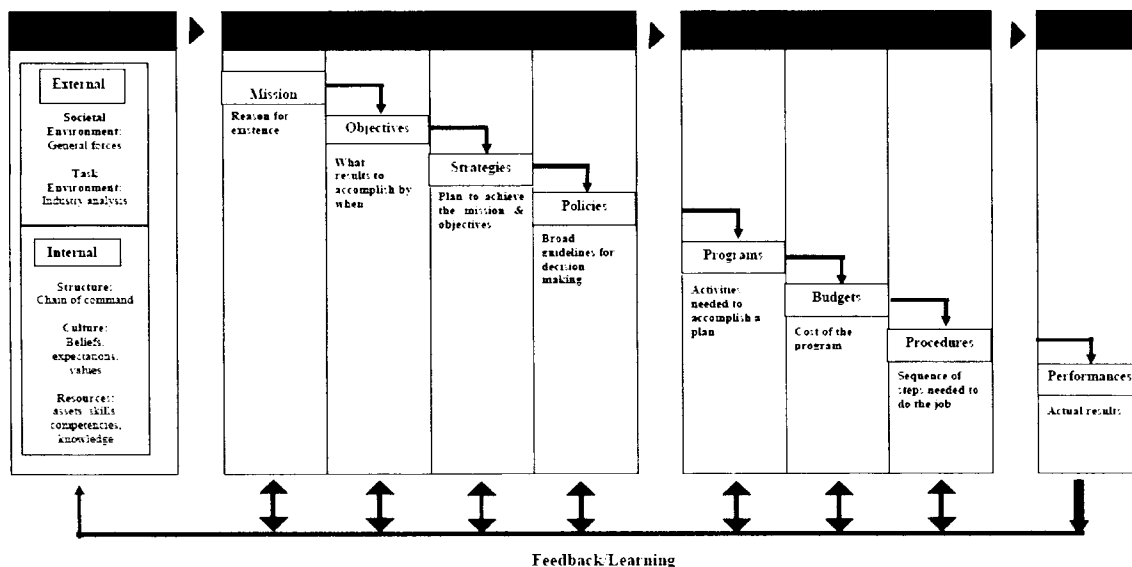


Figure 8 Strategic Management Model
 (Source: Wheelen and Hunger, 2004, p.10)

Οι άνθρωποι που υλοποιούν τη διεύθυνση (managers), διαθέτουν διαφορετικά προσόντα ανάλογα με το ρόλο που έχουν ως διευθυντές. Οι managers δουλεύουν μαζί αλλά και μέσω άλλων. Είναι υπεύθυνοι αλλά και λογοδοτούν. Δρουν ως επιστήμονες, πολιτικοί και διπλωμάτες, αλλάζοντας ρόλους όποτε οι καταστάσεις το απαιτούν. Τέτοιοι άνθρωποι, με τέτοιες ικανότητες και τέτοια ευελιξία δεν συναντώνται στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης. Αντίθετα, τις αποφάσεις λαμβάνουν οι εκάστοτε δημοτικοί άρχοντες, με τρόπο βιωματικό. Όμως, οι προσωπικές τους εκτιμήσεις είναι κάθε άλλο παρά επιστημονικές και στην πλειονότητα των περιπτώσεων καθοδηγούνται από συγκυριακές καταστάσεις, πελατειακές σχέσεις και κοντόφθαλμα πολιτικά ή άλλα συμφέροντα. Αλλά, πέραν των διευθυντών, υπάρχει και ένα πρόβλημα ανθρώπινου δυναμικού σε χαμηλότερο επίπεδο. Το πρόβλημα της ποσοτικής και ποιοτικής ανεπάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού των ΟΤΑ είναι γνωστό και πολλάκις καταγεγραμμένο. Ειδικά στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, που η υψηλή εξειδίκευση είναι *sine qua non*, το πρόβλημα λαμβάνει κρίσιμες διαστάσεις. Αφενός ο περιορισμός των προσλήψεων και αφετέρου η προγραμματική μορφή των περισσότερων κοινωνικών δράσεων –που συνδέει τις προσλήψεις με τον χρονικό ορίζοντα των χρηματοδοτήσεων– ακυρώνει κάθε δυνατότητα άσκησης ουσιαστικής πολιτικής

ανθρώπινου δυναμικού. Συμβάσεις ορισμένου χρόνου (αν όχι και έργου) αποτελούν στις πλείστες των περιπτώσεων το κύριο καθεστώς του υπηρετούντος εξειδικευμένου προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κλπ), με αποτέλεσμα η δαμόκλειος σπάθη της ανανέωσης να παρεμποδίζει την ανάπτυξη, τη συνέχεια και την πρωτοβουλία λειτουργώντας σαν αντικίνητρο για το ανθρώπινο δυναμικό σε έναν τομέα ιδιαζόντως ανθρωποκεντρικό και 'εντάσεως εργασίας'. Με τέτοιας ποιότητας ανθρώπινο δυναμικό είναι αδύνατον να συλλεχθούν αξιόπιστα δεδομένα σε διαρκή βάση. Ακόμα όμως και αν τα προβλήματα αυτά δεν υφίσταντο, ακόμα και αν υπήρχαν καλοσχεδιασμένα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής και το κατάλληλο προσωπικό για να τα τρέξει, τα προγράμματα αυτά θα ήταν εκτεθειμένα σε δυο σημαντικές προκλήσεις: α) πώς να συντηρήσουν ή και να διευρύνουν την χωρητικότητά τους (capacity) και β) πώς να συντηρήσουν ή και να επαυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους στην πορεία του χρόνου.²⁵ Όμως, η αδυναμία προγραμματισμού κληρονομεί κατά αδήριτο τρόπο την αδυναμία ελέγχου. Η πρώτη ευθύνεται για τη μη καθιέρωση στόχων, ενδιάμεσων και οριστικών, παραδοτέων επίσης ενδιάμεσων και οριστικών, βαθμολόγησης της απόδοσης ανθρώπων και τμημάτων. Η δεύτερη, ελλείπει των πρώτων, περιορίζεται σε έναν έλεγχο νομιμότητας *a posteriori* που τις περισσότερες φορές υπάρχει μόνο ως εκφοβιστικός και όχι ως πραγματικός μηχανισμός. Αυτό βεβαίως ανατρέπει το θεμέλιο του δικαίου που κατά τον Αραβαντινό 'ερείδεται στη δυνατότητα καταναγκασμού'.²⁶

Ένα θέμα που συχνά αναφέρεται ως πρόβλημα στην ανάπτυξη δομών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στους ΟΤΑ α' βαθμού είναι η ανομοιομορφία των δράσεων. Κατ' αρχάς, η ανομοιομορφία των δράσεων είναι καθεστώς και μάλιστα σε δύο άξονες: έναν εντός του ιδίου ΟΤΑ και έναν μεταξύ διαφόρων ΟΤΑ (και πολύ περισσότερο μεταξύ ΟΤΑ διαφορετικού μεγέθους).

Πράγματι, οι ΟΤΑ δεν αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δράσεις κατά τρόπο ώστε το σύνολο των επιμέρους πληθυσμών (πχ συνοικίες αλλά και κατηγορίες δικαιούχων) να έχει ισότιμη πρόσβαση στα προϊόντα αυτών των δράσεων. Θα μπορούσε κανείς ίσως να ισχυριστεί ότι αυτό οφείλεται στις διαφορετικές ανάγκες που κάθε πληθυσμός μπορεί να έχει. Στην πραγματικότητα, αυτό οφείλεται σε σφάλματα κατά τη σχεδίαση αλλά και κάποτε, στην παρουσία –ειδικά σε μεγάλους δήμους– υπέρτερων κρατικών δομών οπότε η σχετική

υστέρηση του ΟΤΑ να είναι, εν μέρει τουλάχιστον, δικαιολογημένη. Πχ, σε έναν δήμο με δημόσιο νοσοκομείο, ανεπτυγμένα ιατρεία ΙΚΑ κλπ, ο ρόλος ενός δημοτικού ιατρείου μπορεί να είναι περιορισμένος ή και να μην είναι απαιτητός. Στην υγεία, σε αντίθεση με ό,τι οφείλει να συμβαίνει στους λοιπούς τομείς κοινωνικής πολιτικής, η ανάπτυξη δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, ίσως θα όφειλε να είναι ως ένα βαθμό, ομοιογενής. Με τον όρο αυτό, εννοούμε την ανάπτυξη δομών προσανατολισμένων σε συγκυριακές, ή τοπικές υγειονομικές απειλές. Ασφαλώς σε μια τέτοια περίπτωση, θα αναφύετο εδώ, ένα πρόβλημα συναρμογής των δομών των ΟΤΑ με τις υπόλοιπες κρατικές και μη δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διάκριση ανάμεσα σε κρατικές και αυτοδιοικητικές δομές δεν μπορεί να συνεπάγεται την κατάτμηση των πολιτικών. Η κυκλοφορία των ασθενών μεταξύ διαφορετικών δομών ΠΦΥ -αυτοδιοικητικών, κρατικών, ιδιωτικών- αλλά και μεταξύ δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας, θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που να εξασφαλίζει τη συνέχεια, διαφορετικά θα προκύψει κατακερματισμός της φροντίδας, αναπαραγωγή των μέχρι σήμερα αδυναμιών του συστήματος και δημιουργία καθεστώτος απουσίας συντονισμού. Η τελευταία θα ερχόταν να προστεθεί στις αδυναμίες τόσο του εσωτερικού συντονισμού όσο και του εξωτερικού, δηλαδή κυρίως προς το κράτος. Μια απάντηση σε αυτό το πρόβλημα, θα ήταν η εκπόνηση ενός εθνικού σχεδιασμού για τη δημιουργία ενός δικτύου παροχής υπηρεσιών υγείας, κάτω από μια κοινή ομπρέλα, πιθανώς υλοποιούμενη με ψηφιακές, διαδικτυακές τεχνολογίες (εθνικό portal για την υγεία, ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας, ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών). Αρκετές χώρες έχουν ήδη εκπονήσει σχετικές εθνικές ψηφιακές στρατηγικές όπως το πρόγραμμα NHS Connecting for Health στη Μεγάλη Βρετανία ή το πρόγραμμα “National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service 2008-2012” στη Δανία.²⁷ Κάτι τέτοιο όμως, αν και απολύτως αναγκαίο δεν είναι καθ’ οδόν στη χώρα μας, παρά τις σχετικές πρόνοιες του νόμου 3235/2004 (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική κάρτα υγείας, φορέας πιστοποίησης μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ κτλ).

Η ανάπτυξη δομών ΠΦΥ από τους ΟΤΑ α’ βαθμού δεν θα πρέπει να επιτραπεί αν οι τελευταίοι δεν είναι σε θέση να συλλέξουν έγκυρα και αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την υγεία των δημοτών τους, γιατί δεν νοείται βελτίωση της υγείας αν δεν υπάρχει ένα αρχικό σημείο σύγκρισης. Η ΠΟΥ, στη Διακήρυξη της Ottawa αναφέρει: “Health is a positive

concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Health promotion therefore, is not only the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to wellbeing”²⁸. Αυτό σημαίνει ότι η εκτίμηση του επιπέδου της υγείας ενός πληθυσμού εκφεύγει των ιατρικών στατιστικών και εισέρχεται σε τομείς όπως το φυσικό, το κοινωνικό αλλά ακόμη και το ψυχολογικό περιβάλλον. Είναι άλλωστε τεκμηριωμένη η αλληλεπίδραση της κοινωνικής πολιτικής με την υγεία των πολιτών.²⁹ Μια σειρά από μεθόδους και δείκτες για την εκτίμηση του επιπέδου της υγείας ενός πληθυσμού έχει καταγραφεί και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ΟΤΑ³⁰. Σ’ αυτήν συμπεριλαμβάνονται ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι έρευνας, από στατιστικές λίστες μέχρι ερωτηματολόγια συνεντεύξεων. Το τι από αυτά δύναται να υλοποιησει κάθε δήμος, παραμένει άδηλο. Όσο όμως η προϋπόθεση αυτή δεν απαντάται (από κάθε δήμο ξεχωριστά), τόσο η ανάπτυξη δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ θα πρέπει να θεωρείται ανέφικτη. Εξ’ αυτών, κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά τα κάτωθι:

1. **Θνησιμότητα.** Η γενική (crude) εκτίμηση της θνησιμότητας γίνεται με τη μέτρηση των θανάτων ανεξαρτήτως αιτίου, συνήθως ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Ασφαλώς πολύτιμη είναι η καταγραφή του αιτίου για κάθε θάνατο και η εκτίμηση έτσι της ετήσιας θνησιμότητας ανά αίτιο ή κατηγορία αιτιών θανάτου, πχ ετήσια θνησιμότητα από καρκίνο ή καρδιαγγειακό επεισόδιο ανά 100.000 πληθυσμού κοκ. Κρίσιμη είναι επίσης και η καταγραφή του βάρους κατά τη γέννηση και η μέτρηση της επίπτωσης του χαμηλού βάρους (μικρότερο από 2,5 κιλά) κατά τη γέννηση. Στη χώρα μας έχει ιδιαίτερη σημασία το γεγονός πως πολλά παιδιά γεννιούνται σε άλλο δήμο από αυτόν της διαμονής των γονέων, καθεστώς ιδιαίτερα εκτεταμένο στην Αθήνα και τους περίξ αυτής επαρχιακούς νομούς, όπου η πλειοψηφία των γεννήσεων καταγράφεται στο δήμο Αμαρουσίου λόγω της παρουσίας σ’ αυτόν, πολλών μεγάλων μαιευτηρίων. Ο δήμος διαμονής των γονέων και των βρεφών οφείλει να ενημερώνεται πέραν του γεγονότος της γέννησης και για το βάρος του βρέφους κατά τη γέννησή του.

2. **Υγειονομικές Υπηρεσίες.** Οι ΟΤΑ α' βαθμού θα πρέπει να αυξήσουν το γνωστικό τους επίπεδο σχετικά με μια σειρά από ζητήματα όπως:

- Τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στα όριά τους και τη διάρθρωσή τους σε κατηγορίες (ιδιώτες ιατροί, ιατροί ΠΦΥ, νοσοκομειακοί ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο σε ΝΠΔΔ, νοσηλευτικό προσωπικό εκτός ΝΠΔΔ, μαίες, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κοκ). Σε περίπτωση που ο πληθυσμός του δήμου παρουσιάζει γλωσσική, θρησκευτική ή πολιτιστική ανομοιογένεια, θα πρέπει να συγκροτούνται και επιμέρους κατάλογοι.
- Το ποσοστό των πολιτών που στερούνται κοινωνικής ασφάλισης. Η εκτίμηση αυτού του ποσοστού μπορεί να παρουσιάζει δυσκολίες αν συνυπολογίσει –που πρέπει να συνυπολογίσει- κανείς τους μη νόμιμους μετανάστες, τους ρομά που μετεγκαθίστανται, το συνδυασμό της κυκλικής ανεργίας με την εποχική και την ανεργία τριβής κοκ.
- Το ποσοστό των πολιτών που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τα δημόσια προγράμματα εμβολιασμών.
- Την ύπαρξη προγραμμάτων υγειονομικής εκπαίδευσης. Αυτά θα πρέπει να είναι διαρθρωμένα ανά ομάδα ηλικιών (πχ. παιδιά, έφηβοι, ηλικιωμένοι κλπ) και να στοχεύουν σε μια σειρά από ζητήματα όπως η διατροφή, η άθληση, η σεξουαλικότητα, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η χρήση και κατάχρηση φαρμάκων, οι κίνδυνοι στο σπίτι, οι καθημερινές δραστηριότητες στην τρίτη ηλικία (ADL's), η κυκλοφοριακή αγωγή κοκ.

3. **Κυριότερα Νοσήματα.** Άσχετα από τις στατιστικές της θνησιμότητας, ένας ΟΤΑ οφείλει να έχει πρόσβαση σε κρίσιμες πληροφορίες για την επίπτωση νοσημάτων, όπως αυτές μπορούν να προέλθουν από τις υγειονομικές δομές του δήμου, του νομού, της οικείας υγειονομικής περιφέρειας, ρξριδικευμένες

έρευνες ή ακόμα και από εθνικές στατιστικές. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τα χρόνια νοσήματα διότι εκεί μπορεί να ασκηθεί υγειονομική και κοινωνική δημοτική πολιτική μεγάλης σημασίας για το συνολικό επίπεδο της υγείας των πολιτών, ενώ οι επείγουσες καταστάσεις απαιτούν συχνά δευτεροβάθμιες ή/και τριτοβάθμιες υγειονομικές υποδομές που ξεφεύγουν των δυνατοτήτων των ΟΤΑ α' βαθμού. Τα νοσήματα που έχουν ιδιαίτερη σημασία μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Καρδιαγγειακά νοσήματα
 - Στεφανιαία νόσος και έμφραγμα του μυοκαρδίου
 - Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
 - Περιφερική αγγειοπάθεια
- Πνευμονοπάθειες
 - Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
 - Άσθμα
 - Φυματίωση
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ηπατίτιδες
- Καρκίνοι
- Ατυχήματα (τροχαία, εργατικά, αποτελέσματα βίας κτλ)
- Γενετικές ανωμαλίες – κώφωση – τύφλωση – ακρωτηριασμός – περιγεννητικές νόσοι – νευροψυχιατρικές διαταραχές

4. **Φυσικό Περιβάλλον.** Το φυσικό περιβάλλον είναι αναγνωρισμένο ως ένας καθοριστικός για την υγεία παράγων (determinant of health). Η επίγνωση λοιπόν της κατάστασης του φυσικού περιβάλλοντος είναι τεράστιας σημασίας για τους ΟΤΑ α' βαθμού που ενδιαφέρονται για την υγεία των δημοτών τους. Τα επιστημονικά δεδομένα καταδεικνύουν πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο σε περισσότερο από το 80% των νοσημάτων τα οποία αναφέρονται στην ΠΟΥ. Σε πλανητικό επίπεδο, τουλάχιστον το ¼ όλων των θανάτων και ασθενειών, μπορεί να αποδοθεί σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.³¹ Ειδικά για τα παιδιά, είναι το 1/3 των θανάτων και ασθενειών

που μπορεί να αποδοθεί στο περιβάλλον. Αυτά θέτουν σημαντικές προϋποθέσεις στον καθορισμό των κοινωνικών πολιτικών, καθώς οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ισορροπημένες στο κόστος σε σχέση με το όφελος, να προάγουν την ισότητα απευθυνόμενες σε όλο τον πληθυσμό χωρίς αποκλεισμούς και, ταυτόχρονα, να απαντούν στις ανάγκες αυτών που εκτίθενται στους μεγαλύτερους κινδύνους. Μια σειρά από μεγέθη και δείκτες θα πρέπει να συλλέγονται συστηματικά, όπως:

- Η ποιότητα του νερού
- Η ποιότητα του αέρα (ατμοσφαιρική ρύπανση)
- Τα προγράμματα ανακύκλωσης οικιακών απορριμμάτων
- Η διάθεση των απορριμμάτων
- Η διαχείριση των αποβλήτων (αστικών, βιομηχανικών, βιολογικών κλπ)
- Η πυκνότητα κατοίκησης (κάτοικοι ανά km²)
- Το ποσοστό των χώρων πρασίνου σε σχέση με το συνολικό εμβαδόν
- Το δίκτυο αστικών συγκοινωνιών και ο χάρτης κάλυψης αυτού
- Η επάρκεια των χώρων άθλησης για τον πληθυσμό
- Το δίκτυο πεζοδρομίων, πεζόδρομων και ποδηλατόδρομων
- Η χωροθέτηση βιομηχανικών ζωνών

Πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι στο νέο κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (2006), γίνεται αναφορά στη μέριμνα και τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας, όπως ο υγειονομικός έλεγχος των δημοτικών και κοινοτικών δεξαμενών νερού, ο υγειονομικός έλεγχος των καταστημάτων και επιχειρήσεων που λειτουργούν στην περιφέρειά τους, ο έλεγχος της ηχορύπανσης, της κοινής ησυχίας και της εκπομπής ρύπων, θορύβων και άλλων επιβαρύνσεων του περιβάλλοντος από τροχοφόρα, η περισυλλογή και εν γένει η μέριμνα για τα αδέσποτα ζώα και η δημιουργία καταφυγίων, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

5. **Κοινωνικο-Οικονομικό Περιβάλλον.** Η έννοια του κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος αναφέρεται στον συνδυασμό των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή ατόμων ή ομάδων. Είναι ένας ιδιαίτερα ισχυρός αλλά τροποποιήσιμος παράγων και η κοινωνική πολιτική ενός ΟΤΑ α' βαθμού είναι εργαλείο για τη βελτίωση αυτού του παράγοντα, διότι το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται και η επίπτωση των νοσημάτων αυξάνεται όσο κατεβαίνουμε την κοινωνική κλίμακα σε κάθε κοινωνία. Είναι γεγονός πως αυτοί που βρίσκονται στα τελευταία σκαλοπάτια της κοινωνικής κλίμακας, εκτίθενται σε δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης από σοβαρή νόσο ή από πρόωμο θάνατο, σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα ανώτερα σκαλοπάτια.³² Αυτό μάλιστα, δεν αφορά μόνο τους φτωχούς, αλλά διατρέχει οριζόντια την κοινωνία, καθώς αυτοί που εργάζονται σε χαμηλότερες βαθμίδες στην ιεραρχία μιας επιχείρησης, εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τα διευθυντικά στελέχη κοκ.³³ Οι λόγοι είναι τόσο υλικοί όσο και ψυχο-κοινωνικοί³⁴. Η ζωή απαρτίζεται από μια διαδοχή μεταβάσεων από κατάσταση σε κατάσταση. Οι συναισθηματικές αλλαγές στην πρώιμη παιδική ζωή, η μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο και από εκεί στο Πανεπιστήμιο, η φυγή από το σπίτι, η έναρξη της επαγγελματικής ζωής, η θεμελίωση της οικογενειακής ζωής, οι αλλαγές στο οικογενειακό ή και το εργασιακό περιβάλλον, η εμμηνόπαυση για τις γυναίκες, η συνταξιοδότηση, όλα μπορούν να επηρεάσουν την υγεία ενός ανθρώπου, θέτοντάς τον σε ένα πλεονεκτικότερο ή μειονεκτικότερο περιβάλλον. Επειδή οι άνθρωποι που υπέστησαν πλήγματα στο παρελθόν έχουν την τάση να υποχωρούν σε χειρότερη θέση κατά τις μεταβάσεις από κατάσταση σε κατάσταση, οι κοινωνικές πολιτικές δεν πρέπει μόνο να παρέχουν «δίχτυ προστασίας» αλλά και να λειτουργούν ενισχυτικά για την υπερπήδηση παλαιότερων πληγμάτων ή μειονεκτημάτων.³⁵ Η κοινωνικές τους πολιτικές μάλιστα, δεν πρέπει να εστιάζονται μόνο στην κάλυψη υλικών αναγκών αλλά και ψυχοκοινωνικών, διότι και οι δυο είναι πηγές άγχους, ανασφάλειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αποκλεισμού.³⁶ Ιδιαίτερης σημασίας για έναν ΟΤΑ α' βαθμού είναι τα παρακάτω:

- Αριθμός και ποσοστό αστέγων (συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διαμένουν σε μη μόνιμα καταλύματα)
- Αριθμός και ποσοστό ανέργων με διάκριση ανάλογα με τα είδη της ανεργίας
- Χωρητικότητα βρεφονηπιακών σταθμών και σταθμών προσχολικής αγωγής
- Ποσοστό πληθυσμού κάτω από το όριο της φτώχειας
- Αριθμός ΑΜΕΑ με μόνιμη απασχόληση
- Αριθμός γεννήσεων ανά 100.000 πληθυσμού. Ταξινόμηση των γεννήσεων ανάλογα με την ηλικία της μητέρας (<20, 21-34, >35). Σύγκριση του αριθμού γεννήσεων με τον αριθμό αμβλώσεων.

Η καταγραφή αυτών και ενδεχομένως και άλλων παραμέτρων, δεν μπορεί να γίνει δυνατή αν δεν οργανωθεί, επανδρωθεί και χρηματοδοτηθεί κατάλληλα η κοινωνική υπηρεσία κάθε δήμου. Πιθανό αίτημα όμως να προβλεφθεί σε μελλοντική έκδοση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, η δυνατότητα δημιουργίας αυτοτελούς υπηρεσίας Υγείας, θα έπρεπε να απορριφθεί καθώς αυτό θα διασπούσε το πεδίο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, το οποίο οφείλει να είναι ενιαίο, ειδικά στην ΠΦΥ και το οποίο περιλαμβάνει σαφώς την υγεία.

Είναι προφανές, πως στην περίπτωση που οι ΟΤΑ α' βαθμού παρήγαγαν υπηρεσίες ΠΦΥ, αυτές θα έπρεπε να είναι προσηλωμένες σε αρχές όπως:

- 1. Ισότητα**
- 2. Διατομεακή προσέγγιση**
- 3. Προαγωγή της Υγείας**
- 4. Κοινωνική Συμμετοχή**
- 5. Κοινωνική Λογοδοσία**
- 6. Σεβασμός του δικαιώματος στη γαλήνη** (υψίστης σημασίας, ειδικά για ασθενείς τελικού σταδίου, έχει αναγνωριστεί εδώ και 20 περίπου χρόνια από την ΠΟΥ)

Στην περίπτωση που οι δήμοι ανέπτυσαν ικανοποιητικά τις οργανωτικές, σχεδιαστικές, διαχειριστικές και λοιπές ικανότητές τους, τότε θα μπορούσαν να καταστούν πολύτιμοι και αδιαμφισβήτητοι συνέταιροι των ΔΥΠΕ στην καταγραφή και αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων. Οι τελευταίες θα μπορούσαν να εκμεταλλευθούν την πληθώρα των στοιχείων που θα προέκυπταν από τη συλλογή των προαναφερθέντων -και ενδεχομένως και άλλων- στοιχείων από τους δήμους και να οδηγηθούν σε εγνωσμένες αποφάσεις σχετικά με τον υγειονομικό χάρτη, τον προσανατολισμό των υποδομών, τη διανομή των κεφαλαίων, τις επιμέρους πολιτικές κοκ. Στην περίπτωση αυτή ασφαλώς, τόσο οι δήμοι όσο και οι ΔΥΠΕ θα έπρεπε να συνεργαστούν για να αναπτύξουν τα εργαλεία και τις μεθόδους εκείνες που θα επέτρεπαν την όσο το δυνατόν καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους.

Σε κάθε περίπτωση, από την παράθεση των ανωτέρω, προκύπτει αβίαστα η ανάγκη της πιστοποίησης της ικανότητας των δήμων να εμπλακούν σε ένα πεδίο τόσο κρίσιμο κοινωνικά και οικονομικά όσο η ΠΦΥ. Άρα, απαιτείται η συγκρότηση ενός μηχανισμού ή ενός θεσμού πιστοποίησης των δήμων, ο οποίος να θέτει, να αξιολογεί, να παρακολουθεί και να επικαιροποιεί τα δεδομένα σχετικά με την ικανότητα των ΟΤΑ α' βαθμού να λειτουργούν δομές ΠΦΥ.

Ο νόμος 3235 του 2004, προέβλεπε την πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας. Συγκεκριμένα, το 4^ο Κεφάλαιο με τα άρθρα 12, 13 και 14 ήταν αφιερωμένο στο θέμα αυτό:

“Άρθρο 12 – Περιεχόμενο Πιστοποίησης.

Τα Κέντρα Υγείας πιστοποιούνται κατά τη διαδικασία των άρθρων 13 και επόμενα, με βάση τα εξής κριτήρια:

α. Ιατρική υποδομή και εξοπλισμός,

β. Ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός,

γ. Υποδομή μηχανογράφησης,

δ. Στελέχωση τόσο όσο αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευσή του,

ε. Τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών,

στ. Διαδικασίες πρόσβασης,

ζ. Ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού,

η. Διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης,

θ. Ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Άρθρο 13 – Φορέας Πιστοποίησης.

1. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο φορέας πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και των ΦΚΑ. Ο φορέας αυτός δύναται να ενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους, επιτόπιες μεταβάσεις, καθώς και να χρησιμοποιεί κάθε πρόσφορο και αναγκαίο μέσο για την άσκηση των καθηκόντων του.
2. Στο τέλος κάθε έτους ο φορέας πιστοποίησης της πιο πάνω παραγράφου οφείλει να συντάσσει ετήσια έκθεση αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ την οποία κοινοποιεί στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των ΦΚΑ η έκθεση κοινοποιείται επιπλέον και στον υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και στη διοίκηση του ΦΚΑ, στον οποίο υπάγεται διοικητικά το Κέντρο.

Άρθρο 14 – Συνέπειες Πιστοποίησης.

1. Σε περίπτωση που ο φορέας πιστοποίησης του προηγούμενου άρθρου διαπιστώσει ότι Κέντρο Υγείας του ΕΣΥ, το οποίο βρίσκεται υπό διαδικασία πιστοποίησης ή έχει ήδη πιστοποιηθεί αλλά επανελέγχεται, δεν πληροί τα κριτήρια του άρθρου 12 του παρόντος νόμου, ενημερώνει άμεσα τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος καθορίζει την προθεσμία συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας του ΕΣΥ από τη διαπίστωση της παράβασης. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των ΦΚΑ, η προθεσμία συμμόρφωσης καθορίζεται από κοινού από τους υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας μέσα στην ταχθείσα προθεσμία, ο φορέας διοικητικής υπαγωγής οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης.”

Η απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας για τον καθορισμό φορέα πιστοποίησης, όπως προβλεπόταν στο άρθρο 13, παρ. 1, ουδέποτε εξεδόθη και το γράμμα του νόμου παρέμεινε κενό. Αλλά ακόμα και αν ένας τέτοιος φορέας συσταθεί, η πιστοποίηση ενός ΟΤΑ α' βαθμού δεν θα πρέπει να οδηγεί στο αβίαστο συμπέρασμα ότι ο ΟΤΑ αυτός 'μπορεί και οφείλει' να αναπτύξει δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Τουλάχιστον σε πρώτο στάδιο, θα μπορούσε να σημαίνει ότι μπορεί να ανατίθεται η δυνατότητα σε έναν ΟΤΑ να λειτουργήσει υπάρχουσες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εκ μέρους του κράτους (delegated). Αλλά αυτό δεν θα σήμαινε ότι οι δήμοι θα καθίσταντο κατ' αυτόν τον τρόπο ιδιοκτήτες των δομών, ούτε ότι το κράτος δεν θα μπορούσε να πάρει πίσω τη λειτουργία αυτών των δομών, σε περίπτωση που έκρινε κάτι τέτοιο αναγκαίο. Ασφαλώς, οι σχετικές δράσεις θα γίνονταν υπό το καθεστώς προγραμματικών συμφωνιών που θα προϋπέθεταν την πιστοποίηση των δήμων μέσω ενός σταδιακού benchmarking. Για τις περιπτώσεις εκείνες ΟΤΑ α' βαθμού στις οποίες δεν υπάρχει παρουσία κρατικών δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, η προγραμματική συμφωνία θα μπορούσε να συμπεριλάβει τη δημιουργία της δομής εκ μέρους του κράτους και τη λειτουργία της από τον ΟΤΑ, ή την κατάθεση εκ μέρους του ΟΤΑ κατάλληλου χρηματοδοτικού σεναρίου, που θα περιέγραφε αναλυτικά τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε μελλοντικά το κράτος να αναλάβει τον έλεγχο της δομής.

VII. Αναζητώντας Πόρους.

Η σημερινή κοινωνική παρέμβαση των ΟΤΑ δεν βασίζεται σε ένα διαρκές και βιώσιμο σύστημα χρηματοδότησης, αλλά, κυρίως, στην ευκαιριακή αξιοποίηση κοινοτικών πόρων. Σε γενικές γραμμές, οι αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι περιορισμένες και οι πόροι της, ανεπαρκείς και επισφαλείς. Από την άλλη πλευρά, οι χρηματοδοτικές δυνατότητες του κράτους είναι όχι απλά πεπερασμένες, αλλά στην παρούσα συγκυρία, εμφανώς μειωμένες. Αν οι ΟΤΑ α' βαθμού επιθυμούν να υπερβούν τα σημερινά επίπεδα υπηρεσιών και να χρηματοδοτήσουν κοινωνικές υπηρεσίες και παρεμβάσεις, πρέπει να εξαντλήσουν τους σύγχρονους χρηματο-οικονομικούς τρόπους εξεύρεσης κεφαλαίων. Ένας τέτοιος τρόπος θα μπορούσε να είναι η έκδοση δημοτικών ομολόγων.

Μετά την ανακάλυψη της σύγχρονης πίστωσης από τις τράπεζες – στην Αναγέννηση των Μεδίκων – το ομόλογο αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη επανάσταση στην άνοδο του χρήματος. Κυβερνήσεις και μεγάλοι οργανισμοί εκδίδουν ομόλογα για να δανείζονται από ένα ευρύ φάσμα ανθρώπων και ιδρυμάτων και όχι μόνο από τις τράπεζες.

Όλοι μας, είτε μας αρέσει είτε όχι (και οι περισσότεροι ούτε καν το γνωρίζουμε), επηρεαζόμαστε από την αγορά των ομολόγων με δύο σημαντικούς τρόπους. Πρώτον, ένα σημαντικό μέρος των ασφαλιστικών μας κρατήσεων (για τις συντάξεις) επενδύονται στην αγορά των ομολόγων. Δεύτερον, λόγω του τεράστιου όγκου αυτής της αγοράς και επειδή οι κυβερνήσεις θεωρούνται οι πιο αξιόπιστοι δανειολήπτες, είναι η αγορά των ομολόγων που καθορίζει τα μακροπρόθεσμα επιτόκια. Όταν οι τιμές των ομολόγων πέφτουν, τα επιτόκια αυξάνονται ραγδαία, με οδυνηρές συνέπειες για όλους όσους αποπληρώνουν δάνεια.

Το ομόλογο είναι ένα χρεόγραφο με το οποίο ένας επενδυτής δανείζει χρήματα σε μία οντότητα (κυβέρνηση, εταιρεία) η οποία τα δανείζεται για συγκεκριμένη χρονική διάρκεια με σταθερό επιτόκιο. Ένα χρεόγραφο, στο οποίο ο εκδότης έχει την υποχρέωση να καταβάλει, στην λήξη της σύμβασης, την ονομαστική αξία αυτής και σε τακτά προκαθορισμένα διαστήματα, ένα ποσό χρημάτων (το κουπόνι). Τα ομόλογα τα χρησιμοποιούν κυβερνήσεις, εταιρείες αλλά και δήμοι για να χρηματοδοτούν διάφορα προγράμματα (projects) και δραστηριότητες.

Τα δημοτικά ομόλογα (municipal bonds ή munis) εκδίδονται στη διεθνή σκηνή από διάφορα επίπεδα της τοπικής αυτοδιοίκησης, αλλά κυρίως, δήμους. Τα δημοτικά ομόλογα είναι

περισσότερο δημοφιλή στην αγορά των ΗΠΑ όπου και γνωρίζουν τεράστια ανάπτυξη, ήδη από το 1812 όταν το πρώτο δημοτικό ομόλογο εκδόθηκε από το δήμο της Νέας Υόρκης. Το πρωτοποριακό αυτό χρεόγραφο χρησιμοποιήθηκε διεξοδικά στις ΗΠΑ για την εξασφάλιση κεφαλαίων πέραν των παραδοσιακών τρόπων χρηματοδότησης. Υποστηρίζεται για τις ΗΠΑ, ότι η δυνατότητα έκδοσης δημοτικών ομολογιών ξεπέρασε τον παραδοσιακό εισπρακτικό ρόλο των δήμων, μεταμορφώνοντας και ισχυροποιώντας την εθνική οικονομία στο σύνολο της.

Ενδεικτικά, το 1902 το σύνολο του χρέους των δήμων των ΗΠΑ ανήρχετο στα \$2.1 δις ή \$27 κατά κεφαλήν και το 1927 σε αλματώδη άνοδο έφτασε στα \$14.9 δις ή \$125 κατά κεφαλήν. Στη διάρκεια του 20ου αιώνα με την σημαντική αύξηση του πληθυσμού και τη ραγδαία αστικοποίηση που επέφερε η εκβιομηχάνιση, εκτοξεύθηκαν οι ανάγκες για χωροταξικές παρεμβάσεις, στέγαση, δίκτυα υποδομών όπως οι μεταφορές, η ύδρευση, η αποχέτευση κτλ και ιδιαίτερα για βιομηχανικές εγκαταστάσεις. Ο συνδυασμός όλων αυτών δημιούργησε τεράστια πίεση στη ζήτηση για δημόσιες και ιδιωτικές υποδομές. Οι δήμοι ανταποκρινόμενοι στη ζήτηση αυτή αύξησαν ραγδαία το δημοτικό χρέος μέσω των ομολογιών, με αποτέλεσμα το χρέος των \$66 δις το 1960 να ανέβει μέσα σε 21 χρόνια κατά 611% στα \$361 δις το 1981. Η ομόσπονδη τράπεζα (FED) εκτιμά ότι το 2009 το συνολικό ποσό των δημοτικών ομολόγων ανέρχεται στα \$2.7 τρις από 50.000 και πλέον διαφορετικούς εκδότες (δήμους). Οι δήμοι χρηματοδότησαν ενεργά την ανάπτυξη των ΗΠΑ, από το λιμάνι της Νέας Ορλεάνης το 1800 μέχρι τη σύγχρονη τοπική οικιστική ανάπτυξη.

Στη χώρα μας, οι ΟΤΑ α' βαθμού θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην τοπική και εθνική ανάπτυξη με τη λελογισμένη χρήση νέων χρηματοοικονομικών εργαλείων όπως είναι τα δημοτικά ομόλογα. Η εξάρτηση των δημοτικών ταμείων κυρίως από την κεντρική διοίκηση και τα κοινοτικά προγράμματα έχει σαφή όρια και στερεί από τις τοπικές κοινωνίες τη δυνατότητα αυτόνομης ανάπτυξης. Αλλά τα δημοτικά ομόλογα δεν θα πρέπει να μετατραπούν σε νέο 'πίθο των Δαναΐδων', αφού ο ανεξέλεγκτος δανεισμός θα είχε ολέθριες συνέπειες όχι μόνο για τις χρηματοδοτούμενες κοινωνικές υπηρεσίες και υποδομές αλλά και για την οικονομική σταθερότητα των δήμων συνολικά. Η χώρα έχει πρόσφατη μνήμη από τη διαχείριση χρηματο-οικονομικών προϊόντων από οργανισμούς που λειτουργούν με χαμηλή διαφάνεια και αμφισβητούμενη λογοδοσία και το μόνο που ασφαλώς δεν θα επιθυμούσε, θα ήταν ένας ακόμη δρόμος αύξησης του χρέους από ανεξέλεγκτους οργανισμούς που παρά

ταύτα, διαθέτουν δημοκρατική νομιμοποίηση. Όπως όμως όλες οι αγορές, έτσι και η αγορά των ομολόγων μπορεί να ρυθμιστεί. Ο προφανέστερος ρυθμιστικός μηχανισμός παραγωγής δημοτικών ομολόγων θα μπορούσε να είναι η –προβλεπόμενη από νόμο του κράτους– σύνδεση του ύψους του συνόλου των εκδόσεων με ένα ποσοστό του μέσου όρου των δημοτικών εσόδων κατά την τελευταία δεκαετία, ενώ και η κατάλληλη δέσμευση των δήμων να επενδύσουν αυτά τα κεφάλαια στην κοινωνική τους πολιτική και μόνο, θα ήταν απαραίτητη. Έτσι, αφενός οι ΟΤΑ α' βαθμού θα είχαν τη δυνατότητα να αναπτύξουν την κοινωνική τους πολιτική και αφετέρου η δυνατότητα έκδοσης δημοτικών ομολόγων δεν θα προσφέρετο ως εργαλείο μακροπρόθεσμης οικονομικής αποσταθεροποίησης αυτών.

Παράρτημα

Α. Σελίδες απο τον Προσωρινό Προϋπολογισμό έτους 2009 του Δήμου Κορινθίων

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ

05/12/2008

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ 2009 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΕΣΟΔΩΝ

6	Έξοδα χρήσης	
60	Αμοιβές και έξοδα προσωπικού	8.226.882,04
61	Αμοιβές αιρετών και τρίτων	958.036,91
62	Παροχές τρίτων	1.017.970,00
63	Φόροι - Τέλη	39.500,00
64	Λοιπά γενικά έξοδα	252.174,00
65	Πληρωμές για την εξυπηρέτηση της δημόσιας πίστης	132.500,00
66	Δαπάνες προμήθειας αναλωσίμων	704.605,97
67	Πληρωμές για μεταβιβάσεις εσόδων σε τρίτους Παραχωρήσεις - Παροχές - Επιχορηγήσεις - Επιδότησεις - Δωρεές	3.728.677,99
68	Λοιπά έξοδα	16.500,00
	ΣΥΝΟΛΟ	15.076.846,91
7	Επενδύσεις	
71	Αγορές κτιρίων τεχνικών έργων και προμήθειες παγίων	4.727.405,08
73	Έργα	15.830.016,57
74	Μελέτες, έρευνες, πειραματικές εργασίες και ειδικές δαπάνες	850.815,48
75	Τίτλοι πάγιας επένδυσης (συμμετοχές σε επιχειρήσεις)	428.973,41
	ΣΥΝΟΛΟ	21.637.210,54
8	ΠΛΗΡΩΜΕΣ Π.Ο.Ε & ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	
81	Πληρωμές υποχρεώσεων (Π.Ο.Ε.)	1.948.761,87
82	Λοιπές αποδόσεις	2.486.000,00
85	Προβλέψεις μη εισπραχθείς εισπρακτέων υπολοίπων βεβαιωμένων κατά τα ΠΟΕ εντός του οικονομικού έτους	4.846.000,68
	ΣΥΝΟΛΟ	9.280.762,53

Σελ. 117 / 122

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ 2009

9	Αποθεματικό	
91	Ποσό διαθέσιμο για αναπλήρωση των ανεπαρκών πιστώσεων για τη δημιουργία νέων μη προβλεπόμενων στον προϋπολογισμό	384.114,66
ΣΥΝΟΛΟ		384.114,66
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		46.378.934,62

ΣΥΝΟΛΑ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

00	Γενικές υπηρεσίες	5.176.390,55
10	Οικονομικές και Διοικητικές υπηρεσίες	2.201.923,14
15	Υπηρεσίες Πολιτισμού, Αθλητισμού και κοινωνικής πολιτικής	1.042.313,15
20	Υπηρεσία καθαριότητας και ηλεκτροφωτισμού	5.275.761,41
25	Υπηρεσίες Ύδρευσης-άδρευσης-αποχέτευσης	0,00
30	Υπηρεσία Τεχνικών Έργων	21.216.372,24
35	Υπηρεσίες πρασίνου	1.035.984,81
40	Υπηρεσία Πολεοδομίας	0,00
45	Υπηρεσία Νεκροταφείων	547.706,43
50	Δημοτική Αστυνομία	217.605,74
70	Λοιπές υπηρεσίες	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		36.714.057,43

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ 2009
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΕΣΟΔΩΝ

*Παρατηρήσεις
των προϋπολογιστικών τμημάτων*

ΕΣΟΔΑ ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ 2008		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ 2009	ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
		ΔΙΑΜΟΡΦΩΘΕΝΤΑ	ΕΝΤΑΛΛΕΝΤΑ	ΨΗΦΙΣΘΕΝΤΑ ΑΠΟ Δ.Σ.	
		Euro	Euro	Euro	Euro
6 ΕΙΔΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΥΠΗΡ.					
00	Γενικές υπηρεσίες	5.815.913,02	4.273.449,94	5.176.390,55	5.176.390,55
10	Οικονομικές και διοικητικές υπηρεσίες	1.642.600,15	1.140.059,07	1.681.949,73	1.681.949,73
15	Υπηρεσίες Πολιτισμού, Αθλητισμού και κοινωνικής πολιτικής	1.321.663,61	576.760,79	1.042.313,11	1.042.313,11
20	Υπηρεσία καθαριότητας και ηλεκτροφωτισμού	3.914.034,30	2.169.590,60	3.975.298,06	3.975.298,06
25	Υπηρεσίες Ύδρευσης-άδρευσης-αποχέτευσης	0,00	0,00	0,00	0,00
30	Υπηρεσία Τεχνικών Έργων	1.913.355,15	793.438,73	1.850.594,02	1.850.594,02
35	Υπηρεσίες πρασίνου	769.552,84	469.229,80	875.695,83	875.695,83
40	Υπηρεσία Πολεοδομίας	0,00	0,00	0,00	0,00
45	Υπηρεσία Νεκροταφείων	286.500,00	172.685,93	276.999,87	276.999,87
50	Δημοτική Αστυνομία	113.036,11	59.869,26	217.605,74	217.605,74
70	Λοιπές υπηρεσίες	0,00	0,00	0,00	0,00
	ΣΥΝΟΛΟ	15.776.655,18	9.655.104,12	15.076.846,91	15.076.846,91

Σελ. 119 / 122

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ 2009

ΕΣΟΔΑ ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ 2008		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ 2009	ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
		ΔΙΑΜΟΡΦΩΘΕΝΤΑ	ΕΝΤΑΛΛΕΝΤΑ	ΨΗΦΙΣΘΕΝΤΑ ΑΠΟ Δ.Σ.	
		Euro	Euro	Euro	Euro
7 ΕΙΔΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΥΠΗΡ.					
00	Γενικές υπηρεσίες				
10	Οικονομικές και διοικητικές υπηρεσίες	138.473,41	29.342,69	539.973,41	539.973,41
15	Υπηρεσίες Πολιτισμού, Αθλητισμού και κοινωνικής πολιτικής	45.000,00	26.755,16	0,00	0,00
20	Υπηρεσία καθαριότητας και ηλεκτροφωτισμού	1.138.244,99	67.405,93	1.300.463,35	1.300.463,35
25	Υπηρεσίες Ύδρευσης-άδρευσης-αποχέτευσης	0,00	0,00	0,00	0,00
30	Υπηρεσία Τεχνικών Έργων	16.261.217,89	2.570.545,52	19.365.778,22	19.365.778,22
35	Υπηρεσίες πρασίνου	275.210,00	67.534,01	160.288,98	160.288,98
40	Υπηρεσία Πολεοδομίας	0,00	0,00	0,00	0,00
45	Υπηρεσία Νεκροταφείων	602.643,22	60.414,32	270.706,56	270.706,56
50	Δημοτική Αστυνομία	0,00	0,00	0,00	0,00
70	Λοιπές υπηρεσίες		0,00	0,00	0,00
	ΣΥΝΟΛΟ	18.460.789,51	2.821.997,63	21.637.210,52	21.637.210,52
8	ΠΛΗΡΩΜΕΣ Π.Ο.Ε & ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	8.055.172,18	2.620.590,08	9.280.762,53	9.280.762,53
9	Αποθεματικό	113.965,97	0,00	384.114,86	384.114,66
	ΣΥΝΟΛΟ	8.169.138,15	2.620.590,08	9.664.877,19	9.664.877,19
	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	42.406.582,84	35.097.691,83	46.378.934,62	46.378.934,62

Σελ. 120 / 122

Βιβλιογραφία

- ¹ WHO definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html/>
- ² Ashton J. *Healthy Cities*, p. 23, 1992. Milton Keynes, Open University Press
- ³ ΕΤΗΣΙΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 2010, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΘΕΜΑΤΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ « ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ», ΚΕΔΚΕ.
- ⁴ Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων, 2006.
<http://www.ypes.gr/el/Regions/LocalGovernmentA/CodeofMunicipalities/>
- ⁵ Η Άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής σε Τοπικό Επίπεδο. Προτάσεις για τη Διαμόρφωση ενός νέου μοντέλου. ΚΕΔΚΕ, ΕΕΤΑΑ, ΓΝΩΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ, Σελ. 41, 2008.
- ⁶ Ham C. *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*. Macmillan, London, 1992.
- ⁷ *Social Policy*. Richard Titmuss, edited by Brian Abel-Smith & Kay Titmuss. G. Allen & Unwin (Publishers) Ltd, 1974.
- ⁸ Ian Hodgson. *Health and Social Policy: An Overview*, 2001.
- ⁹ *Welfare and Wellbeing*. Richard Titmuss's contribution to social policy. Edited by Pete Alcock, Howard Glennerster, Ann Oakley and Adrian Sinfield. Page 178, The Policy Press, 2001.
- ¹⁰ *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. G. Esping-Andersen, Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990.
- ¹¹ Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (1996): European Social Care Services. Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy* 6:2(1996): 87-100.
- ¹² Gendering citizenship in Western Europe: new challenges for citizenship research in a cross-national context. Ruth Lister, Fiona Williams, Anneli Anttonen, Jet Bussemaker, Ute Gerhard, Jacqueline Heinen, Stina Johansson, Arnlaug Leira, Birte Siim & Constanza Tobio with Anna Gavanoas. The Policy Press, University of Bristol, 2007.
- ¹³ *The Failures of Success*. Ernest M. Gruenberg, Milband Memorial Fund Quarterly, 1977.
- ¹⁴ Ferrera M. The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1):17-37, 1996.
- ¹⁵ Richard B. Saltman. Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European Journal of Public Health*, Vol. 18, No. 2, 104-106
- ¹⁶ The Saskatchewan Hospitalization Act, Repealed by Chapter 12 of the Statutes of Saskatchewan, 1997 (effective August 2, 2002). <http://www.qp.gov.sk.ca/documents/English/Statutes/Repealed/S23.pdf>
- ¹⁷ Private Health Care Funding and Delivery Under the Canada Health Act. Odette Madore, Marlisa Tiedemann, December 2005. Parliamentary information and research service.
- ¹⁸ Baum F, Palmer C. 'Opportunity structures': urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promotion International*, 17(4), 351-361.
- ¹⁹ Κοντιάδης Ξ. & συν. Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση, ΙΤΑ, 2006
- ²⁰ The 'Statistics, Knowledge and Policy' Chain . OECD,
http://www.oecd.org/document/3/0,3343,en_40033426_40037349_41319683_1_1_1_1,00.html
- ²¹ «Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» - Συμπεράσματα, ΚΕΔΚΕ, Νοέμβριος 2009, Θεσσαλονίκη.
- ²² Anthony Giddens. *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, 1998. Polity Press in association with Blackwell Publishers Ltd.
- ²³ Stoner JF, Collins RR & Yetton PW. *Management in Australia*, 1985, Sydney, Prentice Hall of Australia.
- ²⁴ Wheelen T. & Hunger J. *Strategic Management and Business Policy*, 2004, 9th ed, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- ²⁵ Cassidy EF, Leviton LC, Hunter DEK. The relationship of program and organizational capacity to program sustainability: What helps programs survive? *Evaluation and Program Planning*, Volume 30, Issue 3, August 2007, Pages 237-246
- ²⁶ Αραβαντινός Ιωάννης. *Εισαγωγή στην Επιστήμη του Δικαίου*, 1983. Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα.
- ²⁷ National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service 2008-2012.
http://www.sdsd.dk/~media/Files/Strategi/Strategy_english.ashx
- ²⁸ The Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, 1986.

-
- ²⁹ Dennis Raphael. When Social Policy Is Health Policy. *Canadian Review of Social Policy*, Summer 2003, No 51.
- ³⁰ Measuring Health. A STEP IN THE DEVELOPMENT OF CITY HEALTH PROFILES. Dr Pilar Garcia, Dr Mark McCarthy, WHO, 1996.
- ³¹ Preventing Disease through Healthy Environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. Prüss-Üstün A, Corvalán C. WHO, 2006. ISBN 92 4 159382 2
- ³² Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 15:5–15.
- ³³ Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336–341.
- ³⁴ Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472–1476.
- ³⁵ van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15–19.
- ³⁶ Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson & Michael Marmot, WHO Publications, 2003