

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ Κ. ΤΟΥΝΤΑΣ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασέρνουν προς έτους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται σπρωγμένα από ευρύτερες διεργασίες, όπως είναι η ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων ή από εσωτερικές δυνάμεις, όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργών τους.

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το έντονο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής – νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα νέα νοσήματα της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές και ορισμένα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό – νοσοκομειακό τομέα.

Αυτά τα δυο φαινόμενα, που αποτελούν την πεμπτοσύνη της ολυσυζητημένης κρίσης της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Στα πλαίσια αυτών των αναζητήσεων, η πρόληψη και η πρωτοβάθμια φροντίδα αναδείχθηκαν στο επίκεντρο του σχετικού προληψιασμού. Η στενή συνείφανση των νέων απειλών για την υγεία με τον καθημερινό τρόπο ζωής και με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατέστησαν φανερό τη δυνατότητα επέμβασης δια μέσου της πρόληψης στην καταπολέμηση των αιτιολογικών νοσογόνων παραγόντων και στη μείωση της σχετικής σοβαρότητας. Η δε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι το ενοσοκομειακό επίπεδο οργάνωσης ενός συστήματος υγείας που όχι μόνο προάγει την υπόθεση της πρόληψης αλλά και παρέχει εκείνες τις υπηρεσίες που καθιστούν δυνατή την παραγωγή μιας ολοκληρωμένης και προσιτής απ' όλους ιατρικής φροντίδας. Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουσιαστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστεια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η πρωτοβάθμια φροντίδα έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ρόλου και του ειδικού βάρους της υπερειδικευμένης σύγχρονης ιατρικής.

Ένας δε από τους βασικότερους φορείς, αν όχι ο σημαντικότερος, παροχής υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι τα Κέντρα Υγείας, που ενώ έχουν ενσωματωθεί και λειτουργούν στα συστήματα υγείας πολλών χωρών εδώ και 50 χρόνια, μόνο πρόσφατα απέκτησαν αποφασιστικό ρόλο στην άσκηση της πολιτικής υγείας.

ΙΙ. ΙΣΤΟΡΙΑ

Εξωνοσοκομειακά ιατρικά κέντρα πρωτοεμφανίσθηκαν στην Ευρώπη από τις αρχές του 17ου αιώνα, για την περίθαλψη κυρίως των απόρων¹. Ο θεσμός όμως των Κέντρων Υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης, υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά το 1920 στην Αγγλία². Λίγα χρόνια αργότερα η αρχική αυτή ιδέα τέθηκε σε εφαρμογή τόσο στη Σοβιετική Ένωση όσο και στη Νέα Υόρκη και Καλιφόρνια των ΗΠΑ³. Όμως ενώ το σοβιετικό καθεστώς έδωσε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας, ο αναπτυσσόμενος ιδιωτικός ιατρικός τομέας και το πολιτικά ισχυρό ιατρικό κατεστημένο, δεν επέτρεψαν την ανάπτυξη του θεσμού στα χρόνια εκείνα στις ΗΠΑ και στις άλλες οικονομικά αναπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες.

Στην Αγγλία χρειάστηκε να περάσουν 15 ολόκληρα χρόνια μετά την αρχική διακήρυξη του 1920, για να λειτουργήσει το πρώτο Κ. Υ. Το κέντρο αυτό στην περιοχή του Λονδίνου, χαρακτηρίστηκε σαν «πρότυπο» και παρείχε κατά βάση προληπτικές υπηρεσίες και περιορισμένη θεραπεία. Η προσπάθεια αυτή που συγκέντρωσε τη διεθνή προσοχή, διακόπηκε το 1939 λόγω του πολέμου και συνεχίστηκε αργότερα το 1946 μέχρι το 1950, που άρχισε η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας⁴. Το Αγγλικό ΕΣΥ πρόβλεπε την κατασκευή δικτύου Κ. Υ. που θα στέγαζαν ομάδες γιατρών γενικής ιατρικής (General Practitioners) και παραιατρικό προσωπικό. Όμως μέχρι το 1958, 10 χρόνια δηλαδή μετά την απαρχή του ΕΣΥ, λίγα μόνο Κ. Υ. λειτουργούσαν εξαιτίας της απροθυμίας των γενικών γιατρών να συστεγαστούν σ' αυτά⁵. Στη δεκαετία του '60 δόθηκε μια νέα πνοή, σε ιδιωτική όμως βάση, με την τάση που άρχισε να εμφανίζεται για συλλογική δουλειά των γενικών γιατρών (group practice). Μέχρι το 1966 μόνο το 25% των γενικών γιατρών στην Αγγλία ασκούσε κατ' ιδίαν το επάγγελμά solo practice)⁶. Το δημόσιο και οι τοπικές αρχές συνεργάστηκαν με τις ομάδες αυτές των γιατρών και έτσι τα Κ. Υ. άρχισαν να απλώνονται σ' όλη τη Μεγάλη Βρετανία, παρέχοντας προληπτικές και θεραπευτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και εξυπηρέτώντας πληθυσμούς που δεν ξεπερνούσαν τους 10.000 κατοίκους για κάθε Κ. Υ.⁷.

Ανάλογα φαινόμενα συστέγασης ιδιωτών γιατρών παρατηρήθηκαν και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες. Στη Γαλλία δημιουργήθηκαν Κ. Υ. γενικών γιατρών (centres de santé) αλλά



Από το βιβλίο *THE FAMILY OF MAN*. Wayne Miller (ΗΠΑ).
(Εκδ. Museum of Modern Art, New York, 1955).

χωρίς καμμία σύνδεση ή εξάρτηση από το δημόσιο ή το κράτος, παρά μόνο στο θέμα των αμοιβών από το Γαλλικό Εθνικό Φορέα κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτει τα ιατρικά έξοδα των ασφαλισμένων σ' αυτό. Το 1971 τα κέντρα αυτά ξεπερνούσαν τα 2000⁸

Στις ΗΠΑ, Κ. Υ. ονομάστηκαν στην αρχή οι χώροι που στέγαζαν τις περιφερειακές κρατικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Σιγά-σιγά, άρχισε να παρατηρείται και εδώ το φαινόμενο της συστέγασης και συλλογικής δουλειάς ιδιωτών γιατρών της ίδιας ειδικότητας ή διαφορετικών ειδικοτήτων. Πραγματικά Κ. Υ. μέχρι και τη δεκαετία του '60 υπήρξαν ελάχιστα, άλλοτε σαν πρότυπα πανεπιστημιακά κέντρα και άλλοτε σαν αποσπασματική προσφορά κάποιας προοδευτικής δημοτικής αρχής⁹. Μόνο τα 20 τελευταία χρόνια κάπως αναπτύχθηκαν τα Κ. Υ., κυρίως στις φτωχογειτονίες των μεγαλουπόλεων, με τη μορφή των «Κοινοτικών Κέντρων Υγείας», τα οποία με την ενίσχυση του κρατικού προϋπολογισμού, με τη βοήθεια της τοπικής Πανεπιστημιακής Ιατρικής κοινότητας και υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης, επιτέλεσαν ένα αξιόλογο έργο¹⁰. Παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα, με σύγχρονο τεχνικό και εργαστηριακό εξοπλισμό και με ειδικευμένο και πολυπληθή επιστημονικό προσωπικό, κατάφεραν να βελτιώσουν θεαματικά τους δείκτες υγείας των φτωχών αστικών πληθυσμών. Όσον αφορά τις ΗΠΑ, θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η περιορισμένη ανάπτυξη των Κ. Υ. οφείλεται και στη ραγδαία εξάπλωση του θεσμού των ολοκληρωμένων προγραμμάτων ιατρικής φροντίδας (Health Maintenance Organization – HMO) που παρέχουν πλήρη ιατρική κάλυψη σε όσους εθελοντικά συμμετέχουν προπληρώνοντας κάθε χρόνο ένα σεβαστό ποσό ανεξάρτητα από το αν θα αρρωστήσουν ή όχι και ανεξάρτητα από το πόσες υπηρεσίες υγείας θα καταναλώσουν. Για το λόγο αυτό, τα προγράμματα αυτά δίνουν μεγάλη έμφαση στην πρόληψη προκειμένου να περιορίσουν όσο το δυνατόν περισσότερο τα έξοδα θεραπείας και νοσηλείας.

Στις υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες τα πράγματα ήταν κάπως διαφορετικά εξαιτίας των άμεσων και καυτών προβλημάτων υγείας, του περιορισμένου ιατρικού δυναμικού και συνακόλουθα των σαφώς μειωμένων σχετικών αντιστάσεων. Έτσι το 1926 ιδρύεται στην Καλατούρα της τότε Κεϋλάνης, το πρώτο Κέντρο Υγείας στο λεγόμενο Τρίτο Κόσμο¹¹. Οι υπηρεσίες που προσέφερε το κέντρο, ήταν σχεδόν αποκλειστικά υπηρεσίες πρόληψης. Προληπτικές εξετάσεις για τα παιδιά και τις μητέρες, εμβολιασμοί, υγιεινή του περιβάλλοντος, αγωγή υγείας και περιγεννητική φροντίδα. Μέχρι το 1938 10 τέτοια κέντρα είχαν αναπτυχθεί σ' όλη τη χώρα.

Εν τω μεταξύ, το 1931, η Οργάνωση Υγείας της Κοινότητας των Εθνών, πραγματοποίησε ειδική συνάντηση για την προστασία της υγείας αγροτικών πληθυσμών¹². Στη συνάντηση αυτή, διακηρύχθηκε η ανάγκη δημιουργίας αγροτικών Κέντρων Υγείας. Μόνο όμως μετά το 2ο Παγκόσμιο πόλεμο αρχίζει ο θεσμός των Κ. Υ. να εφαρμόζεται σε ευρεία βάση διεθνώς. Έξω από το σοσιαλιστικό στρατόπεδο, οι πρώτες χώρες που δημιούργησαν Κ. Υ. ήταν κυρίως οι πρώην Αγγικές αποικίες επηρεασμένες από την Αγγλική ιατρική παράδοση. Το 1926 λειτούργησε το πρώτο Κ. Υ. στις Ινδίες με τις εξής βασικές λειτουργίες κατά σειρά σπουδαιότητας¹³. 1. Ιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη, 2. προστασία μητέρας – παιδιού, 3. σχολική υγιεινή, 4. οικογενειακός προγραμματισμός, 5. έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων, 6. υγιεινή περιβάλλοντος, 7. αγωγή υγείας, 8. βιοστατικές μελέτες. Το επιστημονικό προσωπικό απαρτιζόταν από ένα γιατρό, μια νοσηλεύτρια δημόσιας υγείας, έναν εκπαιδευτή υγείας, μια μαία και έναν υγιεινολόγο.

Την ίδια περίοδο αρχίζουν να αναπτύσσονται τα πρώτα Κ. Υ. στην Αφρική, κυρίως στις χώρες της Ανατολικής Αφρικής. Ένα κλασικό παράδειγμα είναι η Κένυα όπου τα Κ. Υ. που δημιουργήθηκαν κάλυπταν ένα πληθυσμό περίπου 20.000 κα-

τοίκων το καθένα και προσέφεραν διάφορες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες στηριγμένες στα εκπαιδευόμενα στελέχη επαγγελματιών υγείας, λόγω της σημαντικής έλλειψης εκπαιδευμένου επιστημονικού προσωπικού¹⁴. Η κάλυψη πιο σύνθετων ιατρικών αναγκών αντιμετωπίστηκε με περιοδεύοντες γιατρούς και κινητά ιατρικά συνεργεία.

Στη Λατινική Αμερική, ανάλογες προσπάθειες άρχισαν να εκδηλώνονται διστακτικά και σε περιορισμένη έκταση μερικά χρόνια αργότερα, εξαιτίας των αντιδραστικών καθεστώτων που κυριάρχησαν σε πολλές περιπτώσεις και ενός αρκετά ισχυρού ιδιωτικού ιατρικού τομέα συγκεντρωμένου στις μεγάλες πόλεις με σημαντικές πολιτικές διασυνδέσεις¹⁵.

Εκεί όμως που η υποθεση των Κέντρων Υγείας βρήκε μεγάλη απήχηση και έτυχε στην περίοδο αυτή ευρείας εφαρμογής, ήταν, όπως ήδη τονίστηκε, στη Σοβιετική Ένωση. Από τα πρώτα του δήματα το Σοβιετικό σύστημα υγείας στηρίχθηκε σ' ένα εθνικό δίκτυο Κέντρων Υγείας και Πολυκλινικών που παρείχαν προληπτικές αλλά και θεραπευτικές υπηρεσίες σε στενή συνεργασία με τα τοπικά (λίγα βέβαια τα πρώτα εκείνα χρόνια) νοσοκομεία¹⁶. Σιγά-σιγά, καθώς οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονταν και αυξάνονταν η παραγωγή ανθρώπινων πόρων, τα Κέντρα Υγείας πολλαπλασιάζονταν και διεύρυναν το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, μια που στις αστικές περιοχές κυριάρχησε προοδευτικά ο θεσμός της Πολυκλινικής. Με βάση τη Σοβιετική εμπειρία διαμορφώθηκε αργότερα το «Τσεχοσλοβάκικο μοντέλο» που χρησιμοποιήθηκε από πολλές χώρες με κομμουνιστικά ή φιλο-σοβιετικά καθεστώτα, όπως στην Κούβα, όπου η εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας και των Πολυκλινικών υπήρξε καθοριστικός παράγοντας για τη θεαματική βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού τα τελευταία 30 χρόνια¹⁷.

Στη Σοβιετική Ένωση σήμερα, τα Κ. Υ. στις αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές είναι στελεχωμένα κατά βάση από ένα ιατρικό βοηθό και μια μαία και εξυπηρετούν μικρούς πληθυσμούς 300-800 κατοίκων. Κατά ομάδες τα κέντρα αυτά διευθύνονται από ένα αγροτικό γιατρό που είναι εγκατεστημένος στο μεγαλύτερο χωρίο ή πόλη της περιοχής¹⁸. Τα πιο τυπικά αγροτικά Κ. Υ. έχουν τουλάχιστον 1 γιατρό το καθένα και καλύπτουν 5000-7000 άτομα. Τα κέντρα αυτά είναι συνδεδεμένα με μικρά αγροτικά νοσοκομεία λίγων κρεβατιών, που περιλαμβάνουν όμως στο προσωπικό τους γιατρούς των τεσσάρων βασικών ειδικοτήτων (παθολόγο, χειρουργό, παιδίατρο, γυναικολόγο), νοσηλεύτριες και βοηθητικό προσωπικό. Αυτή η οργανική σύνδεση των Κ. Υ. με τα τοπικά νοσοκομεία είναι το πιο βασικό χαρακτηριστικό του σοβιετικού μοντέλου Κ. Υ.

III. Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι φανερό με βάση όσα προαναφέρθηκαν, ότι ο θεσμός του Κ. Υ. έχει διάφορες εφαρμογές και σημαντικές διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα ή ακόμα στο εσωτερικό κάθε χώρας. Στην τυπική του μορφή έχει ταυτισθεί με την παροχή πρωτοβάθμιων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές άλλοτε είναι αποκλειστικά προληπτικές, άλλοτε κυρίως θεραπευτικές ενώ συχνά συνυπάρχει η θεραπεία και η πρόληψη σε ποικίλους συσχετισμούς. Αντίστοιχες διαφοροποιήσεις παρουσιάζει και η στελέχωση των Κ. Υ. Στις περισσότερες περιπτώσεις στελεχώνονται με ιατρικό προσωπικό που μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς βασικών ειδικοτήτων ή ειδικά εκπαιδευμένους γενικούς γιατρούς (ή οικογενειακούς γιατρούς), συνεπικουρούμενο από άλλα επαγγέλματα υγείας, κυρίως δε νοσηλεύτριες, μαίες και υγιεινολόγους. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, τα Κ. Υ. λειτουργούν κατά βάση με βοηθητικό ή εκπαιδευόμενο επιστημονικό προσωπικό. Η στελέχωση επίσης διαφοροποι-

είται και ποσοτικά και μπορεί να κυμαίνεται από 1 άτομο μέχρι μια πολυπληθή ομάδα.

Οι διακυμάνσεις αυτές εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης ενός Κ. Υ. που μπορεί να είναι από λίγες εκατοντάδες μέχρι και 50.000 άτομα. Επίσης εξαρτώνται από γεωγραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες, τις συγκοινωνίες, τη δημογραφία, το επιστημονικό δυναμικό, καθώς και από άλλους πολιτικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Στις πόλεις για παράδειγμα, όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία είναι προσιτά, τα Κ. Υ. είναι προσανατολισμένα κυρίως στην πρόληψη. Στις αγροτικές όμως περιοχές όπου οι θεραπευτικές υπηρεσίες σπανίζουν τα Κ. Υ. προσφέρουν πρόληψη αλλά και θεραπεία. Μια φτωχή πάλι χώρα, με περιορισμένο επιστημονικό προσωπικό και με συντηρητική πολιτική, συχνά αγνοεί την αναγκαιότητα των Κ. Υ., ή τα αναπτύσσει σε περιορισμένη κλίμακα. Αντίθετα, σε χώρες με μεγαλύτερη οικονομική άνεση, με προγραμματισμένη ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων και με φιλολαϊκές πολιτικές επιλογές, τα Κ. Υ. αποτελούν ουσιαστικούς φορείς παροχής υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας¹⁹.

Το πως λοιπόν πρέπει να σχεδιαστεί και να λειτουργήσει ένα Κ. Υ., που να τοποθετηθεί, από ποιους να στελεχωθεί, τι σχέση θα έχει με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, τι υπηρεσίες θα προσφέρει και πολλά άλλα ερωτήματα μπορούν να απαντηθούν μόνο στη βάση των ιδιαίτερων συνθηκών κάθε περίπτωσης. Και κυρίως στη βάση των αναγκών υγείας κάθε πληθυσμού και των υπαρκτών δυνατοτήτων για την ικανοποίησή τους. Βέβαια, δεν πρέπει αυτές οι διαφοροποιήσεις και αναγκαίες προσαρμογές να οδηγούν στη ρευστοποίηση του βασικού χαρακτήρα ενός Κ. Υ. που σε κάθε περίπτωση αποτελεί μια αποκεντρωμένη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για την προστασία και προαγωγή της υγείας του τοπικού πληθυσμού.

Στα πλαίσια αυτής της αποστολής του, ένα Κ. Υ. πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει²⁰:

1. Ατομικές προληπτικές υπηρεσίες όπως είναι οι εμβολιασμοί, οι περιοδικές εξετάσεις, οι συμβουλευτικές οδηγίες, η προστασία μητέρας-παιδιού κ.ά.
2. Συλλογικά προληπτικά προγράμματα αγωγής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, αντικαπνιστικού αγώνα κλπ.
3. Κοινοτικά προγράμματα υγείας για την βελτίωση της διατροφής, για την προστασία του περιβάλλοντος, κλπ.
4. Αρχική θεραπεία σε κάθε σχεδόν περίπτωση και ολική θεραπεία για τις απλές περιπτώσεις.
5. Πρώτες βοήθειες σε τραυματίες ή άλλες επείγουσες περιπτώσεις.

Στις πέντε αυτές βασικές λειτουργίες μπορούν να προστεθούν ανάλογα και πολλές άλλες, όπως είναι οι οδοντιατρική φροντίδα, η ψυχική υγεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η αποκατάσταση των αναπήρων ή των χρονίων πασχόντων, η επιδημιολογική και βιοστατιστική έρευνα, η χορήγηση φαρμάκων, ειδικευμένες ιατρικές φροντίδες, η νοσηλεία στο σπίτι ή και σύντομη ακόμη νοσηλεία στο Κ. Υ.

Η παροχή των παραπάνω υπηρεσιών σε κάθε Κ. Υ. πρέπει να χαρακτηρίζεται σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό από τις παρακάτω αρχές²¹:

1. Οι υπηρεσίες και οι δραστηριότητες του Κέντρου να είναι βασικά προσανατολισμένες προς την Κοινότητα και να κατοχυρώνεται η ουσιαστική συμμετοχή της κοινότητας σ' αυτές.
2. Να τις χαρακτηρίζει η συνέπεια και η συνέχεια.
3. Να είναι προσιτές σ' όλο το πληθυσμό που απευθύνονται, υπερβαίνοντας γεωγραφικούς, κοινωνικούς ή πολιτιστικούς φραγμούς.
4. Να είναι αποδεκτές σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.
5. Να συντονίζονται με τις άλλες υπηρεσίες και με τις υπό-

λοιπές βαθμίδες του συστήματος υγείας:

6. Να στηρίζονται στη συλλογική δουλειά (team work) και στη διεπιστημονική συνεργασία όλων όσων εργάζονται στο Κ. Υ.

7. Να προσφέρουν δυνατότητες εκπαίδευσης και αναβάθμισης του στελεχιακού τους δυναμικού.

Για την κατοχύρωση των αρχών αυτών είναι απαραίτητο, πριν από το σχεδιασμό και λειτουργία ενός Κ. Υ. ή ενός δικτύου περισσότερων Κ. Υ., να εκτιμηθεί σωστά η υπάρχουσα κατάσταση σ' ότι αφορά το επίπεδο υγείας και τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Επίσης θα πρέπει να μελετηθεί το υπάρχον σύστημα υγείας και να σχεδιαστεί ο τρόπος συνάρθρωσης των Κ. Υ. με τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Σημαντικό είναι επίσης να υπολογισθούν οι τωρινές και μελλοντικές δυνατότητες ή κτηριακή υποδομή. Με βάση αυτά, θα πρέπει να καθοριστούν οι στόχοι που καλούνται να εκπληρώσουν τα Κ. Υ. και να εκφραστούν σε μετρήσιμα μεγέθη. Τέλος θα πρέπει να λειφθούν σοβαρά υπ' όψη οι πιθανές αλλαγές και διαφοροποιήσεις που αναμένονται ή μπορεί να παρουσιασθούν στο άμεσο ή απώτερο μέλλον σε σχέση με όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία ενός Κ. Υ.

Οι παραπάνω επισημάνσεις αφορούν τον γενικό σχεδιασμό ενός ή περισσότερων Κ. Υ. Από τη στιγμή που ένα Κ. Υ. αρχίσει τη λειτουργία του, προκειμένου να προσανατολίσει ακόμη πιο συγκεκριμένα τις δραστηριότητές του, θα πρέπει να προχωρήσει σε ανάλυση της κατάστασης με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία ή με τη διενέργεια ειδικών επιδημιολογικών ερευνών, να προσδιορίσει τη μεθοδολογία για την επίτευξή τους και να σχεδιάσει συγκεκριμένα προγράμματα σύμφωνα με τις προηγούμενες εκτιμήσεις και διαπιστώσεις²².

Όσον αφορά τον προγραμματισμό για τη στελέχωση ενός Κ. Υ., είναι σκόπιμο να επιδιώκεται πάντοτε η συμμετοχή γιατρών, νοσηλευτριών και υγιεινολόγων. Από και πέρα, ανάλογα με τις υπηρεσίες που σχεδιάζει να αναπτύξει ένα Κ. Υ., και εφόσον υπάρχουν διαθέσιμοι άνθρωποι πόροι, το προσωπικό ενός Κ. Υ. μπορεί να περιλαμβάνει εκτός από το διοικητικό προσωπικό, επισκέπτες δημόσιας υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους και ψυχολόγους, στατιστικούς, βοηθητικό ιατρικό προσωπικό και τεχνίτες εργαστηρίου.

IV. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι πολύ σημαντική υπόθεση για κάθε Κ. Υ., όπως άλλωστε και για κάθε υπηρεσία και πρόγραμμα υγείας, να υπάρχει διαδικασία συνεχούς αξιολόγησης. Διότι μόνο χάρη στην ύπαρξη μιας τέτοιας διαδικασίας είναι δυνατή η εκτίμηση της λειτουργίας ενός Κ. Υ., η επισήμανση προβλημάτων ή ελλείψεων και η τροποποίηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς την κατεύθυνση εκείνη που επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση των βασικών κριτηρίων αξιολόγησης. Της επάρκειας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας.

Η αξιολόγηση ενός Κ. Υ., με βάση ένα ή περισσότερα από τα κριτήρια αυτά, μπορεί να πραγματοποιηθεί με τέσσερις βασικούς τρόπους²³. Ο πρώτος τρόπος είναι η περιγραφή και εκτίμηση των συντελεστών λειτουργίας του κέντρου, δηλαδή οι κτηριακές εγκαταστάσεις, η σύνθεση του προσωπικού, ο εξοπλισμός του κλπ. Ο δεύτερος τρόπος είναι η ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρει και των υπηρεσιών που καταναλώνονται. Ο τρίτος τρόπος αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών και τέλος ο τέταρτος και πιο σημαντικός τρόπος έχει να κάνει με τη βελτίωση των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του υπό αξιολόγηση κέντρου.

Ο πρώτος τρόπος της περιγραφής, είναι ο πιο εύκολος και γι' αυτό ο πιο συνήθης τρόπος αξιολόγησης. Με την απαρίθμηση

ση π.χ. του εργαστηριακού εξοπλισμού ή με την καταγραφή των εργαζομένων, έχουμε αμέσως μια εικόνα της «αξίας» του κέντρου. Η ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με τη μεθοδολογία της επιχειρησιακής έρευνας (operational research), που μετράει το προϊόν που παράγουν οι υπηρεσίες ενός οργανισμού, είτε με βάση τους δείκτες χρησιμοποίησης των υπηρεσιών από τον τοπικό πληθυσμό (αριθμός επισκέψεων ανά 1000 κατοίκους, αριθμός εμβολίων ανά 100 παιδιά κλπ)²⁴. Ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί με συγκρίσεις σύμφωνα με κοινά παραδεκτά στάνταρς (π.χ. η χρονική διάρκεια μιας επισκεψής, ή η αποφυγή αντιβιοτικών σε ιώσεις) ή ακόμη με τη γνώμη ειδικών για την ορθότητα μιας αγωγής ή την αναγκαιότητα μιας εξέτασης. Τέλος η αξιολόγηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του τοπικού πληθυσμού είναι ο βασικός στόχος κάθε ολοκληρωμένου προγράμματος αξιολόγησης. Αναμφισβήτητο είναι και ο πιο δύσκολος, γιατί οι βελτιώσεις στην υγεία συχνά δεν είναι εύκολο να μετρηθούν. Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας δεν αρκούν για μια πλήρη εκτίμηση, γι' αυτό και τις περισσότερες φορές είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν δαπανηρές και χρονοβόρες ειδικές επιδημιολογικές έρευνες πεδίου (field surveys), με ερωτηματολόγια, κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού²⁵.

Μια πλευρά της αξιολόγησης ενός Κ. Υ., που συγκεντρώνει στις μέρες μας για λόγους αρκετά ευνόητους το ενδιαφέρον, είναι η οικονομική διάσταση. Στα πλαίσια του κλάδου της οικονομίας της υγείας, πέρα από το κριτήριο της αποδοτικότητας, που συγκρίνει τις θεωρητικά ιδανικές δαπάνες προς τις πραγματικές δαπάνες μιας υπηρεσίας ή ενός προγράμματος, έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη μεθοδολογία που στηρίζεται στον υπολογισμό κόστους/ωφέλειας (cost-benefit) και κόστους/αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness)²⁶. Στη μεν πρώτη περίπτωση, ο αριθμητής και ο παρανομαστής του κλάσματος είναι οικονομικά μεγέθη, ενώ στη δεύτερη ο παρανομαστής είναι μή οικονομικό μέγεθος π.χ. κέρδη σε χρόνια ζωής σαν αποτέλεσμα μιας θεραπείας ή μιας έγκαιρης διάγνωσης.

Σ' ότι αφορά τον συνυπολογισμό των οικονομικών δαπανών στην αξιολόγηση ενός Κ. Υ., ή των υπηρεσιών που αυτό προσφέρει, θα πρέπει να τονιστεί ότι οικονομικοί και μόνο λόγοι δεν πρέπει να οδηγούν στην απόρριψη ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας εφόσον αυτή έχει αποδεδειγμένο θετικό αποτέλεσμα έστω και μικρό. Η υπόθεση του κόστους είναι χρήσιμη και πρέπει να αξιοποιείται μόνο σε περιπτώσεις που καλούμαστε να επιλέξουμε ανάμεσα σε δυο ή περισσότερες εναλλακτικές κατευθύνσεις για την επίτευξη κάποιου σκοπού. Αν δηλαδή θέλουμε να εμβολιάσουμε τα παιδιά μιας περιοχής είναι χρήσιμο να συνυπολογίσουμε το κόστος στην αποφασή μας για το αν τα παιδιά θα εμβολιαστούν στο Κ. Υ., στα σπίτια τους ή στα σχολεία τους.

Στα πλαίσια διαφόρων προγραμμάτων αξιολόγησης της λειτουργίας των Κ. Υ. διεθνώς, έχουν ανακοινωθεί περιορισμένα μεν αλλά ενθαρρυντικά αποτελέσματα που καλύπτουν διάφορους τομείς των δραστηριοτήτων τους. Χάρης στα κοινοτικά Κ. Υ. στις υποδαθμισμένες περιοχές των μεγαλουπόλεων των ΗΠΑ, σημειώθηκε σημαντική μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στις φτωχογειτονίες της Βαλτιμόρης, μεταξύ 1960 και 1970 μειώθηκε η επίπτωση του ρευματικού πυρετού κατά 60%²⁷. Στο Ντένβερ παρατηρήθηκε μείωση της παιδικής θνησιμότητας κατά 25%²⁸, ενώ στις αγροτικές περιοχές του νότου η μείωση της παιδικής θνησιμότητας που αποδόθηκε στη λειτουργία των Κ. Υ., ήταν της τάξης του 50%²⁹. Σε 13 μεγάλες πόλεις των ΗΠΑ, οι χρήστες των Κ. Υ. παρουσίασαν 25% λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία σε σύγκριση με τους μη χρήστες³⁰. Στο Μπρόνξ της Νέας Υόρκης, σε διάστημα 2 ετών τέθηκε υπό έλεγχο η υπέρταση του μισού πληθυσμού υπερ-

τασικών της περιοχής³¹. Στο Ρότσεστερ, κοντά στη Νέα Υόρκη, στο διάστημα 1967 ως 1970, μειώθηκαν κατά 38% οι επισκέψεις των παιδιών στο τμήμα επείγουσας ιατρικής του τοπικού νοσοκομείου³².

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι είναι κοινά διαπιστωμένη η θετική συνεισφορά ενός Κ. Υ. στη γενικότερη αναβάθμιση της περιοχής. Η λειτουργία ενός Κ. Υ. προωθεί σημαντικά την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της κοινότητας, αυξάνει τις επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο και δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες για συμμετοχή, ενεργό δράση και χειραφέτηση στα θέματα που αφορούν το σώμα τους και την υγεία τους³³. Διαδικασίες πολύ σημαντικές στην καταπολέμηση της σύγχρονης νοσηρότητας, που όπως ήδη τονίστηκε είναι στενά συνειφασμένη με τον καθημερινό τρόπο ζωής και με πολλές πτυχές του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

V. ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ – ΤΑ Κ. Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι έχουμε Κ. Υ. από παλιά. Και από μια άποψη όντως τα 1800 περίπου αγροτικά ιατρεία που είναι σκορπισμένα σ' όλη τη χώρα εδώ και αρκετά χρόνια, αποτελούν υποτυπώδη Κ. Υ., όπου νέοι γιατροί εκτελούσαν και εκτελούν την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου. Βέβαια είναι γνωστό σ' όλους, το χαμηλό επίπεδο της περίθαλψης που παρέχουν, η απειρία των νέων γιατρών και η αδυναμία πλήρωσης πολλών ιατρικών θέσεων στις πιο απόμακρες περιοχές.

Γι' αυτό και η ανάγκη δημιουργίας ενός σύγχρονου δικτύου Κ. Υ., στη χώρα μας, είχε καταστεί εδώ και καιρό περισσότερο από αναγκαία. Δυστυχώς όμως η σωστή πρόθεση των κυβερνήσεων για τη δημιουργία Κ. Υ., τον τρόπο στελέχωσής τους, την κατάλληλη προετοιμασία τους και πολλά άλλα που έχουν διατυπωθεί από τις στήλες άλλου περιοδικού πριν ένα περίπου χρόνο³⁴. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο ούτε αναπάντεχο, που τελευταία όλο και πυκνώνουν οι καταγγελίες στον ημερήσιο τύπο για την απαράδεκτη λειτουργία των νεοσύστατων Κ. Υ., για τις σημαντικές ελλείψεις που παρουσιάζουν και για τη μετατροπή τους σε μικρές θεραπευτικές μονάδες άσχετες με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Davis M. M., Warner A. R. (1918): Dispensaries: Their Management and Development. Macmillan, New York.
2. Englad and Wales, Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services (1920): Interim Report on the Future of Medical and Allied Services. H. M. Stationery Office, London.
3. Terris M. (1946): Herman Biggs' contribution to the modern concept of the health center. Bull. Hist Med, 20, 387-412.
4. Williamson G. S., Pearse I. H. (1951): The Passing of Peckham. Pioneer Health Center, London.
5. Ashworth H. W. (1959): The failure of health centers. J. Coll Gen. Practit. 2, 357-364.
6. Medical Practitioners Union (1967): Design for Family Doctoring. Medical World, London.
7. Laurie A. (1969): Health centre development. Hlth Bull. 27, 46-51.
8. Comite de defense et de liaison des centres de santé (1969): Les centres de santé en péril. Centres de Santé, 15, 25-38.
9. Grant J. B. (1963): Health centers and regionalization. Amer. J. Publ. Hlth., 43, 9-13.
10. Gibson C. (1968): The neighborhood health center: The primary unit of health care. Amer. J. Publ. Hlth., 58, 1188-1191.
11. Wickremesinghe W. G. (1951): The Premier Health Unit in Ceylon. Colombo, London.
12. League of Nations Health Organization (1931): Recommendations on the principles governing the organization of medical assistance, the public health services and sanitation in rural districts. League of Nations, Geneva.

13. Takulia H. S., Taylor C. E. Sangal S. P., Alter J. D. (1967): The Health Center Doctor in India. Johns Hopkins University Press; Baltimore.
14. King M. (ed) (1966): Medical Care in Developing Countries. Oxford University Press, London.
15. Roemer M. I. (1963): Medical Care in Latin America. Pan American Union, Washington.
16. Sigerist H. E. (1938): Socialized Medicine in the Soviet Union. Norton, New York.
17. Navarro V. (1972): Health Services in Cuba. N. Engl. J. Med. 287, 954-959.
18. Ryan M. (1978): The Organization of Soviet Medical Care. Basil Blackwell, Oxford.
19. Roemer M. I. (1972): Evaluation of Community Health Centers. Public Health Papers 48, WHO, Geneva.
20. Pritchard P. (1978): Manual of Primary Health Care. Oxford University Press, Oxford.
21. Kark S. L. (1981): The Practice of Community - Oriented Primary Health Care. Appleton-Century-Crofts, New York.
22. Abramson J. H. (1979): Survey Methods in Community Medicine (2nd edition). Churchill Livingstone, Edinburgh.
23. Donabedian A. (1966): Evaluating the quality of Medical Care. Milb. Mem. Fd. Quart. 44, 166-200.
24. Holland W. W. (1983): Evaluation of Health Care. Oxford University Press, Oxford.
25. Rossi P. H. (1978): Issues in the evaluation of human services delivery. Evaluation Quart., 2, 580-584.
26. Thompson M. S. (1980): Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation. Sage Publications, London.
27. Gordis L. (1973): Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever. N. Engl. J. Med., 290, 330-336.
28. Chabot A. (1971): Improved infant mortality rates in a population served by a comprehensive neighborhood health program. Pediatrics, 47, 989-994.
29. Anderson R. E., Morgan S. (1973): Comprehensive Health Care: A Southern View. Southern Regional Council, Atlanta.
30. Okada L. M., Wan T. (1980): Impact of Community health Centers and medicaid on the use of health services. Publ. Hlth. Rep., 95, 520-535.
31. Smith D. A., Schnall P. L. (1980): Improved hypertension control using a surveillance system in a neighborhood health center. Med. Care, 18, 766-774.
32. Hochheiser L. E. (1971): Effect of the neighborhood health center on the use of pediatric emergency departments in Rochester, N. Y. N. Engl. J. Med., 285, 148-152.
33. Davis K. (1981): Primary Health Care: Past, Present and Future. Harriman, New York.
34. Τούντας Γ. (1985): Κέντρα Υγείας: Ο δεκάλογος μιας (πιθανής) αποτυχίας. Αντί, 301, 36-37

