

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบใหม่ ของการพัฒนาการให้บริการซึ่งยังไม่มีดำเนินการมาก่อน กระทรวงสาธารณสุขจะเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2535 เป็นต้นไป ซึ่งแนวคิดในการตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นผลมาจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่พัฒนาการตามสถานการณ์ทางด้าน การหารูปแบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยซึ่งจะกล่าวถึงดังนี้

1. ประวัติการพัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทย
2. ยุคริเริ่มการสาธารณสุขมูลฐานของโลกและประเทศไทย
3. การดำเนินงานจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

1. ประวัติการพัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทย

วิวัฒนาการของสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพของไทยมีมานาน แต่มีการบันทึก และมีหลักฐานทางมานุษยวิทยาเริ่มตั้งแต่ยุคหิน ⁽⁷⁾ หรือประมาณ 500,000 ปีมาแล้ว ในสมัยนั้นมีการเจ็บป่วยด้วย อากาศใช้ อากาศชัก โรคอุจจาระร่วง การหาสาเหตุของโรคใช้วิธีการ สังเกตธรรมชาติและ เชื้อกตผีปีศาจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต่อมายุคบ้านเชียง ⁽⁸⁾ การเจ็บป่วยเพิ่มเติม คือ การถูกสัตว์มีพิษกัด ไฟไหม้ ในยุคนี้มีการรักษากับหมอพื้นบ้านและการใช้สมุนไพรจากรากไม้ ในยุคอ้ายลาวและนานเจ้า ประมาณ 4,000 ปีก่อนพุทธกาล มีการรวบรวมตำราแพทย์ชื่อตำรา ไนซิงและมีการรักษาพยาบาลตามสำนักสงฆ์ โดยมีพระเป็นผู้ให้การรักษา ในระยะนี้ประเทศไทย ได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรมจากอินเดียซึ่งมี 3 ยุค คือ ยุคคัมภีร์พระเวท ยุคคัมภีร์พราหมณ์ และ ยุคพระพุทธรศาสนา

ในสมัยสุโขทัย มีการปรับปรุงการสุขภาพโดยใช้ทอระบายน้ำ การทำส้วม ต่อมาในสมัยอยุธยา มีการพัฒนาสุขภาพโดยการเอาการแพทย์จีนผสมอินเดียและแพทย์พื้นบ้านของไทย ในสมัยนี้มีการผลิตยาขี้ผึ้ง และการทำน้ำประปา

ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น มีโรคหิวอดัรระบาด ทำให้ประชาชนเสียชีวิตจำนวนมาก ต่อมาในสมัยสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว มีศิลปการนวดขึ้นเพื่อรักษาโรคและอาการปวดเมื่อย มีการใช้สมุนไพรมากขึ้น ในรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 6 มีการสำรวจประชากร มีการปลูกฝี และการออกพระราชบัญญัติสุขภาพมีการสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาใน พ.ศ. 2461 มีการตั้งกรมสาธารณสุข ในกระทรวงมหาดไทยและแยกออกมาตั้งเป็นกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485 ในปัจจุบันการดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุข เกือบทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศด้วยเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO)^(๑) ให้ความช่วยเหลือในการพัฒนางานการแพทย์และสาธารณสุข กองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การนี้ให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนาสุขภาพของเด็กและมารดาที่ยากจน

ในสมัยรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม พ.ศ. 2494-2499 มีการสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดและมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอ โรคติดต่อที่สำคัญคือ กาฬโรคและ ไข้ทรพิษ ได้รับการปราบปรามจนสงบในปี พ.ศ. 2490 และพ.ศ. 2516 ตามลำดับ ในสมัยนี้เริ่มใช้กลวิธีพัฒนาชุมชนในรูปสุขภาพหมู่บ้าน

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาและวิวัฒนาการวิทยาศาสตร์สุขภาพของไทยมี 3 ช่วงคือ ช่วงแรกมีวิวัฒนาการทางธรรมชาติและการสร้างเมืองได้รับอิทธิพลอารยธรรมจากจีน มอญ อินเดีย และทมิฬชัณนารี ช่วงกลางมีการจัดตั้งองค์กรให้บริการของรัฐ การจัดตั้ง โรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาลขึ้น ช่วงปัจจุบัน นับตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา มีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสาธารณสุขทั้งจากต่างประเทศและทดลองในประเทศไทยเอง มีการจัดรูปแบบการบริหารงาน การจัดรูปแบบการบริการส่งเสริมการประสานงานทั้งในและต่างสาขา มีแนวคิดที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองมากยิ่งขึ้นทำให้ความเจริญก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้งและนำไปสู่การสาธารณสุขมูลฐาน

2. ยุคริเริ่มสาธารณสุขมูลฐานของโลกและประเทศไทย

การสาธารณสุขมูลฐานของโลกเพื่อพัฒนาประชาชนในภูมิภาคเอเชีย เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2480 เมื่อมีการประชุมระหว่างชาติที่เมืองบันดุง ประเทศอินโดนีเซีย ที่ประชุมได้ยกประเด็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชนบทและมีข้อคิดเห็นที่สำคัญคือ ในเรื่องของการสูญเสียด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชน ความจำเป็นที่จะต้องให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้ตรงกับความต้องการและได้รับการสนับสนุนจากพื้นที่ การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ที่ประชุมได้เสนอแนะกิจกรรม การจัดหาน้ำสะอาด และการกำจัดสิ่งปฏิกูลเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี แต่เนื่องจากมีผลกระทบจากสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2500 ได้มีการประชุมลักษณะนี้ในหัวข้อเดียวกันที่เมืองนิวเดลีประเทศอินเดีย มีการพูดถึงอาสาสมัครอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน (The Multipurpose Village Worker) มีการตั้งกรรมการหมู่บ้านและมีการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพและร่วมในการดำเนินโครงการต่างๆ⁽¹⁰⁾

การริเริ่มกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของไทยนั้น เกิดจากประสบการณ์และแนวคิดที่จะพัฒนาการจัดระบบการให้บริการ ระบบการบริหารและขยายบริการให้ครอบคลุม ซึ่งประสบการณ์และแนวคิดดังกล่าว ส่วนหนึ่งได้จากโครงการนำร่องที่สำคัญในประเทศไทย ที่จะขอกกล่าวถึงคือ

2.1 โครงการควบคุมโรคคุดทะราดระยะถาวร⁽⁴⁾ เกิดขึ้นใน ปี พ.ศ. 2493 เป็นการรณรงค์กวาดล้างและควบคุมโรคติดต่อ มีกิจกรรมการบริหารจัดการในรูปของ โครงการพิเศษ (Vertical Programs) มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านระบาดวิทยา และผลจากการดำเนินงานโครงการนี้ทำให้โรคคุดทะราดหมดไปใน พ.ศ. 2509

2.2 โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น⁽⁴⁾ ในพ.ศ. 2503 กิจกรรมที่เกิดขึ้นในโครงการนี้คือการปรับปรุงสุขาภิบาล การผลิตพนักงานอนามัยซึ่งเป็นการพัฒนากำลังคนในการป้องกันโรค และการแสวงหาความร่วมมือจากชุมชน โดยริเริ่มการมีคณะกรรมการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น

2.3 โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท⁽⁴⁾ หรือโครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (Strengthening of Rural Health Service) ใน พ.ศ. 2507 มีกิจกรรม

ที่สำคัญคือ การบริหารจัดการด้านบริการสาธารณสุขผสมผสาน ระดับจังหวัด อำเภอ การปรับปรุงและขยายสถานีอนามัย ทำให้เป็นแนวคิดในการพัฒนาเครือข่ายสถานบริการทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ใช้รูปแบบของโครงการนี้ไปกำหนดแนวทางใน "โครงการปรับปรุงและขยายสถานีอนามัย" ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 3

2.4 โครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ⁽¹¹⁾ ในพ.ศ. 2509 มีกิจกรรมที่สำคัญคือการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขผสมผสาน การพัฒนาความร่วมมือจากชุมชน โดยการพัฒนา ผสส., อสม. แนวคิดที่ได้จากโครงการนี้ คือการพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุขในระดับ อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน การแสวงหาความร่วมมือจากชุมชนและการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขในระดับอาสาสมัคร

2.5 โครงการลำปาง ⁽¹²⁾ (DEIDS or LAMPANG PROJECT) ในพ.ศ. 2517 มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การพัฒนารูปแบบของการสาธารณสุขในระดับจังหวัดลงไปถึงหมู่บ้าน มีระบบอาสาสมัคร, ผสส., อสม. มีการแสวงหาความร่วมมือจากเอกชน มีการผลิต "เวชกร" เพื่อแบ่งเบาภาระแพทย์ แนวคิดที่สำคัญของโครงการนี้คือการมีระบบอาสาสมัคร การแสวงหาความร่วมมือจากชุมชน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบงานสาธารณสุขและที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือโครงการนี้เป็นโครงการที่ดำเนินการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสามารถนำความรู้และความคิดใหม่มาปฏิบัติได้ตั้งนั้น โครงการลำปางจึงเป็นประสบการณ์ที่แพร่หลายอย่างกว้างขวางในวงนักวิชาการและนักบริหารสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศด้วย

จากโครงการสำคัญที่กล่าวมาได้ช่วยให้นักวิชาการและนักบริหารสาธารณสุข นำเอาบทเรียนและประสบการณ์ที่ได้จากโครงการเหล่านี้ มาสังเคราะห์เข้าด้วยกันจนเกิดแนวคิดที่จะพัฒนากลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างมี ระบบและตรงประเด็นปัญหาอันเป็นผลผลักดันประการหนึ่งที่ทำให้เกิดกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานชั้น (Primary Health Care Approach) ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2521 ⁽⁴⁾ ในด้านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขคือ

1. การเตรียมการดำเนินการ โดยระดมผู้มีประสบการณ์ในงานสาธารณสุข นักวิจัย นักวิชาการ กำหนดหลักการวิธีการและแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุข การกำหนดบทบาท วิธีการค้นหา คัดเลือก หลักสูตรและวิธีการอบรม

2. การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดขบวนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงกำหนดให้มีครูฝึกส่วนกลาง ครูฝึกระดับจังหวัด ครูฝึกระดับระดับอำเภอ และครูฝึกระดับตำบล เพื่อฝึกอบรม ผสส., อสม. ต่อไป

3. การดำเนินงานศึกษาค้นคว้าวิจัย
4. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
5. การควบคุมกำกับงาน

เหตุการณ์ที่สำคัญและเป็นประวัติศาสตร์ของการสาธารณสุขมูลฐานโลกคือ ในเดือนกันยายน 2521 มีการประชุมผู้แทนรัฐบาลจากประเทศต่างๆทั่วโลกจำนวน 134 ประเทศและผู้แทนองค์กรจำนวน 67 องค์กร ที่เมือง อัลมา-อตา(Alma Ata) ในประเทศโซเวียต ที่ประชุมมีมติร่วมกันที่จะพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่ยังด้อยอยู่ซึ่งมีนับร้อยล้านทั่วโลกโดยการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ด้วยการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรม เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี และมติที่สำคัญในการประชุมคือ การยืนยันการใช้วิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน

การประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดแถลงการณ์แห่ง อัลมา-อตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐานและเพื่อให้ทุกประเทศสมาชิกยึดหลักการและแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องและเกื้อกูลซึ่งกันและกันจึงได้กำหนดแนวคิด โดยอาศัยปรัชญาพื้นฐาน 7 ประการคือ⁽⁴⁾

1. ความสมบูรณ์แห่งสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนจักพึงมี
2. ทุกประเทศต้องถือว่าความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องสุขภาพอนามัยของพลเมือง เป็นปัญหาที่จะต้องขจัดให้หมดสิ้นไป
3. ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ให้ความร่วมมือเพื่อจัดบริการให้แก่พวกเขาเอง
4. รัฐบาลต้องรีบรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน
5. ทุกประเทศต้องดำเนินการให้พึ่งตนเองได้ในเรื่องสุขภาพอนามัย
6. การสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญอันจักขาดเสียมิได้ในการพัฒนาทุกสาขา
7. ทรัพยากรโลกจะต้องถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อจรรโลงสุขภาพอนามัยและการพัฒนามนุษยชาติ

ประเทศไทย ได้ยึดหลักการและปรัชญาดังกล่าวและได้ดำเนินการให้สอดคล้องคือ

1. การส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการกำหนดนโยบายให้ความสำคัญแก่งานสาธารณสุขมูลฐาน ระดมทรัพยากร การประสานงานระหว่างสาขา การสนับสนุนในทางนิติบัญญัติและระดมความร่วมมือจากชุมชน

2. การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการวางแผนงานและโครงการ การพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม การติดตามประเมินผล การค้นคว้าวิจัย การพัฒนากำลังคน การปรับปรุงโครงสร้างข่ายงาน การจัดหาทรัพยากรและขยายสถานบริการ

3. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีการบริหารทรัพยากรคือ เงิน กำลังคน และข้อมูลข่าวสาร การประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควบคุมกำกับและนิเทศ การจัดหายา เวชภัณฑ์ เครื่องมือที่จำเป็นสนับสนุน

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ในยุคนี้เริ่มที่สำคัญ และนำมาพิจารณา คือ ของนายแพทย์อมร นนทสฤต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2526 - 2529) ที่ได้ให้แก่กสาธารณสุขทั้งระดับบริหารและปฏิบัติซึ่งมี 12 ข้อ⁽⁴⁾ ได้แก่

1. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบเสริมการบริการของรัฐที่จัดขึ้นในชุมชน โดยชุมชน โดยภาครัฐให้การสนับสนุน

2. การสาธารณสุขมูลฐานจะทำให้ชุมชนแก้ปัญหาของเขาเองอย่างมีระบบและยั่งยืน

3. การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดผลดี เมื่อชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา เรียนรู้ข้อเท็จจริงด้วยตนเอง โดยรัฐคอยสนับสนุนในสิ่งที่เขาขาดแคลน

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่มากกว่าธรรมดา เป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน

5. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน

6. การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีอยู่ในชีวิตประจำวันของทุกคน จึงจะเกิดสุขภาพดี ถ้วนหน้า

7. ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นสิ่งเหมาะสมในการกำหนดเป้าหมาย ประเมินความก้าวหน้าและเป็นธรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

8. กระบวนการเป้าหมายคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพดีถ้วนหน้าคือการพึ่งตนเอง

9. การสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ของสถาบัน ในชุมชน

10. การสาธารณสุขมูลฐาน สามารถยืดหยุ่นตามสภาพปัญหาและความเหมาะสมของสภาพชุมชน

11. การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 8 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบ ตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชนจะต้องมีบทบาทรับผิดชอบร่วมกัน

12. การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีการเชื่อมต่อกับภาครัฐอย่างมีระบบและสามารถเกื้อกูลซึ่งกันและกันเพื่อเป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2521 - 2530) ซึ่งเรียกว่า "ทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน" ประเทศไทยได้อาศัยประสบการณ์ในการทดลองโครงการต่าง ๆ เทคโนโลยีทั้งในและนอกประเทศรวมทั้งการรับเอาปรัชญาพื้นฐานของแถลงการณ์ "อัลมา-อตา" ในการยึดหลักกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ หลายด้านคือ

- ด้านการจัดองค์การบริหารราชการให้เอื้อประโยชน์ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน วัตถุประสงค์การกำหนดนโยบายและแผนระดับชาติเกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน
- ด้านการระดมทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน
- ด้านการจัดสรรงบประมาณ สัดส่วนทรัพยากรที่เปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ

การใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน การพัฒนาชนบทยากจน การรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ด้านการพัฒนากำลังคนเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมีการพัฒนากำลังคนตามกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน การปรับปรุงนโยบายและแผนพัฒนากำลังคน การปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนากลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนทั้งระหว่างสาขาในภาครัฐและภาคเอกชน การกระจายกำลังคนในด้านสาธารณสุข

ด้านการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี มีการกำหนดแผนงานนโยบายและกลไกในการพัฒนางานวิจัย เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน มีการประยุกต์งานวิจัยและรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ด้านการจัดองค์กรและระบบบริหารเพื่อการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน มีการจัดองค์กรทั้งในสังกัดส่วนกลางส่วนภูมิภาคและองค์กรในชุมชน เพื่อพัฒนาการสาธารณสุขประสานงานภาครัฐและเอกชน

จากการประเมินสัมฤทธิ์ผลของบริการสาธารณสุข ตามกลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า

1. ด้านความพร้อมหลายของการจัดบริการ (Availability) สามารถขยายสถานบริการในระดับตำบลคือ สถานีอนามัยได้ครบ 6,632 ตำบลทั่วประเทศ ในปีพ.ศ. 2529 ซึ่งก่อนแผนพัฒนาฉบับที่ 4 มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พอส.) และมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้มีการประสานงานและใช้ทรัพยากรร่วมกันในระดับต่างๆ อีกด้วย การบริการสาธารณสุขในชุมชนเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 พบว่ามี ผสส.อสม. ครอบคลุมร้อยละ 42⁽⁴⁾ เป็นต้น

2. ด้านการยอมรับและใช้บริการของประชาชน (Acceptance) ได้มีการบริการสุขภาพครอบคลุม 4 ด้าน⁽¹³⁾ คือ ในสถานบริการ ในโรงเรียน ในชุมชนและทางสื่อมวลชน งานโภชนาการ⁽¹⁴⁾ ได้เน้นการดำเนินงานในชุมชนและอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานสามารถดำเนินการครอบคลุมภาวะโภชนาการในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ได้ร้อยละ 53 และลดปัญหาเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 - 3 จากร้อยละ 15.1 เหลือร้อยละ 2.4 การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด⁽¹⁵⁾ มีการอบรมช่างสุขภัณฑ์และอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ทำให้สามารถจัดหาน้ำดื่มได้ร้อยละ 70.21 (นอกเขตเทศบาล) ส่งเสริมการสร้างและใช้ส้วมได้ร้อยละ 51.16 งานอนามัยแม่และเด็กกับการวางแผนครอบครัว⁽¹⁶⁾ จากอนามัยแม่และเด็กกับการวางแผนครอบครัว จากการอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้มีการอบรมผดุงครรภ์โบราณ แม่ตัวอย่างทำให้การดูแลก่อนคลอดครอบคลุมร้อยละ 67.1 การดูแลหลังคลอดร้อยละ 65.4 การวางแผนครอบครัวมีอัตราคงใช้ร้อยละ 60.7 การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ⁽¹⁷⁾ มีการให้บีซีจีเด็กต่ำกว่า 1 ปี จากร้อยละ 38 ในปีพ.ศ. 2520 เป็นร้อยละ 96.2 ในปีพ.ศ. 2530 ส่วนโอพีวีและดีพีที (ครบชุด 3 ครั้ง) ในปีพ.ศ. 2530 ได้ร้อยละ 73.7 และ 75.1 ตามลำดับ การรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อย จากการให้ความรู้และกระจายอาสาสมัครสาธารณสุขทำ

ให้ชุมชนได้เกิดการพัฒนาตนเอง และรู้จักเข้ามาใช้บริการจากรัฐเพิ่มมากขึ้น คือ จากการซื้อยากินเองร้อยละ 51.4 ในปีพ.ศ. 2513 ลดเหลือร้อยละ 28.6 ในปีพ.ศ. 2528 การมารับบริการสถานอนามัยร้อยละ 4.4 ในปีพ.ศ. 2513 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ. 2528 การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ถึง 24,429 แห่งคิดเป็นร้อยละ 44.96 ของหมู่บ้านทั่วประเทศเมื่อสิ้นแผน 5

นอกจากการประเมินสัมฤทธิ์ผลของการบริการสาธารณสุขแล้ว ในด้านผลกระทบของการสาธารณสุขมูลฐาน ต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในรอบ 10 ปีแรกพบว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีตัวชี้วัดทางสถิติที่สำคัญคือ อัตราป่วยด้วยโรคที่สำคัญลดลง เช่น คอติบโปลิโอ ไกกรน บาดทะยัก ซึ่งในปีพ.ศ. 2519 มีอัตราป่วยต่อแสนจาก 5.53 1.89 4.67 และ 4.17 ลดลงเป็น 1.2 0.18 3.52 และ 2.62 ตามลำดับในปีพ.ศ. 2529 อัตราการตายของทารกในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 3 จาก 55 ลดเหลือ 35 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ส่วนอัตราตายของมารดาต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี 2523 จาก 1 ลดเหลือ 0.3 ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปีพ.ศ. 2525 มีการขาดสารอาหารทุกระดับรวม 50.79 เปอร์เซ็นต์ ลดเหลือ 25.09 เปอร์เซ็นต์ในปีพ.ศ. 2529

ผลจากการประเมินที่กล่าวจะเห็นได้ว่ากลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขก็ยังไม่สามารถลดปัญหาให้เหลือน้อยตามสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากอาสาสมัครยังขาดศูนย์การประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ขาดสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการแก่ประชาชน ขาดข้อมูลข่าวสารและไม่มี การวางแผนงานอย่างแท้จริง จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดการดำเนินงานตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 นี้ต่อไป

3. การดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

วัตถุประสงค์ของการตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน^(๑)

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีสถานที่เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นแหล่งพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนและพัฒนาระบบส่งต่อ
2. เพื่อให้อาสาสมัครมีวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติภารกิจแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ตรงเป้าหมาย
3. เพื่อเป็นศูนย์กลาง สำหรับองค์กรต่างๆที่จะสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
4. เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ของชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
5. เพื่อเป็นศูนย์บริหารจัดการกิจกรรมสาธารณสุข

สถานที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

เป็นสถานที่อาสาสมัครและองค์กรในหมู่บ้านร่วมกันเลือกและพิจารณาจัดทำ โดยมีหลักในการเลือกคือ ควรเป็นสถานที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ มิได้เป็นของคนใดคนหนึ่ง มีขนาดกว้างและความปลอดภัยแข็งแรง เพื่อใช้เป็นสถานที่อบรมความรู้และให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนในชุมชน