

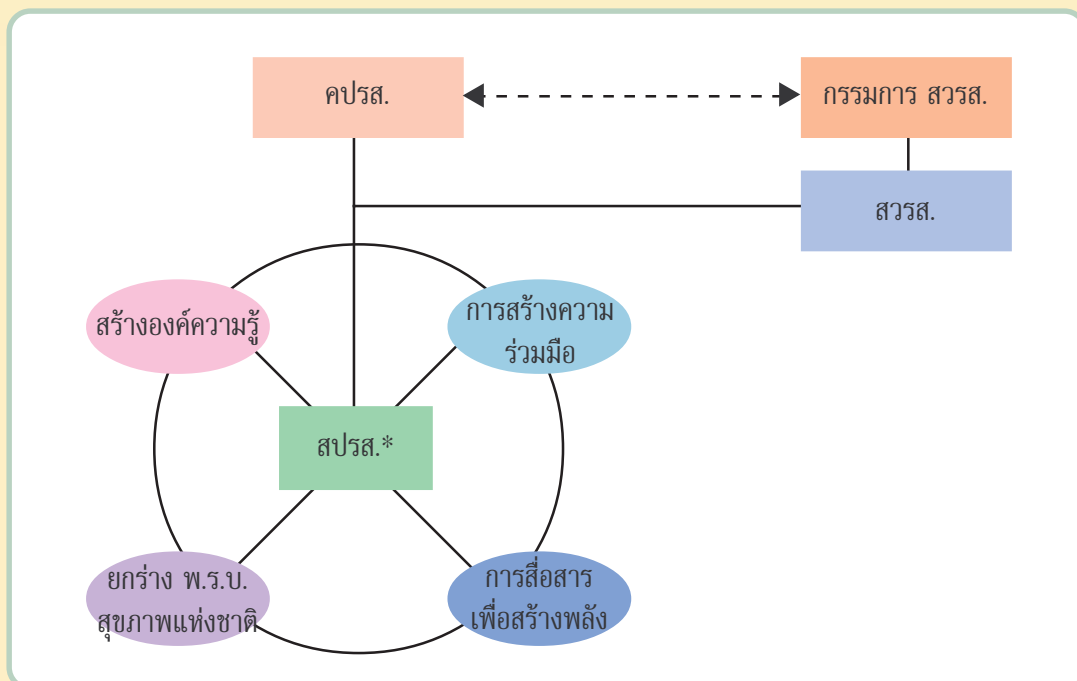
บทที่ 11

การปฏิรูประบบสุขภาพและ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

1. ความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพ

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543 ภายใต้ระเบียบดังกล่าว มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ สำนักงานดังกล่าวจัดตั้งขึ้นภายใต้ข้อบังคับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภารกิจหลักของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะต้องร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ แล้ว ยังมุ่งในการสร้างองค์ความรู้และความเข้มแข็งของประชาสังคมและสื่อมวลชน เพื่อเป็นหลักในการสนับสนุนความสำเร็จและความยั่งยืนของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย (ภาพที่ 11.1)

ภาพที่ 11.1 โครงสร้างกลไกและภารกิจเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



* สปรส. ตั้งขึ้นตามข้อบังคับของ สวรส.

คปรส. = คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สวรส. = สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

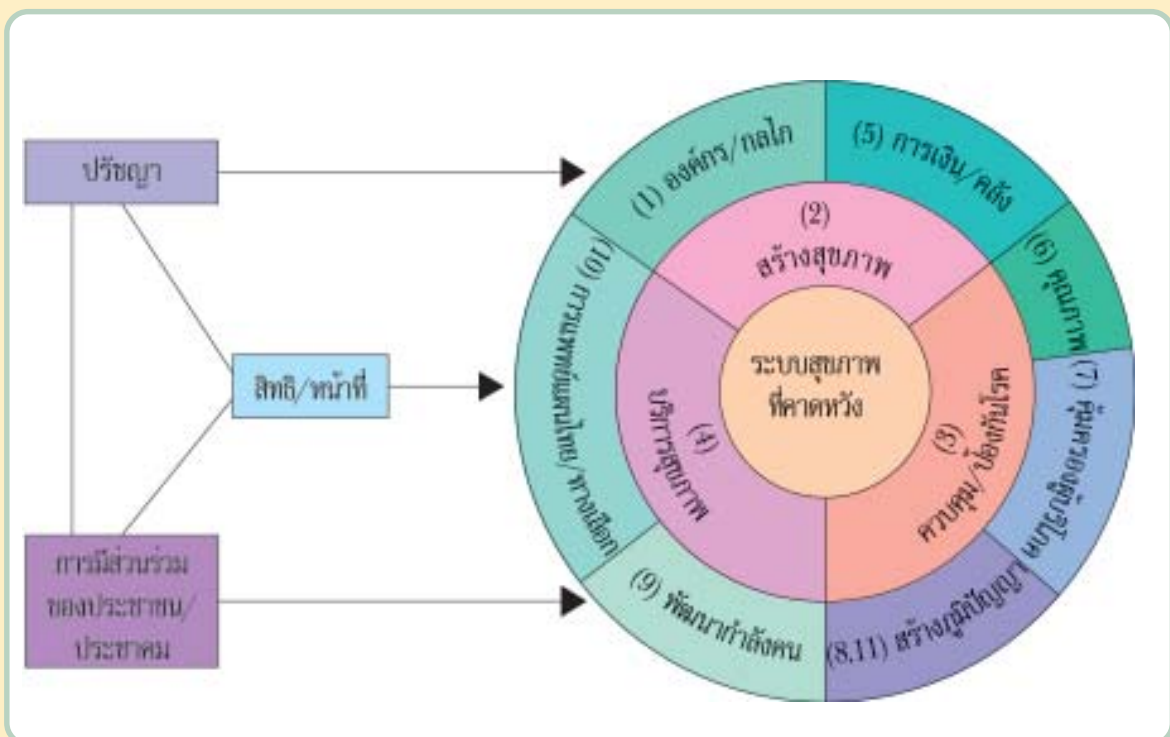
สปรส. = สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1.1 ปรัชญาพื้นฐาน ของการปฏิรูประบบสุขภาพ มี 8 ประการ ได้แก่

- 1.1.1 **ความเป็นองค์กร** โดยมุ่งบูรณาการระบบสุขภาพที่มุ่งสร้างสุขสภาวะที่เป็นองค์กรรวมทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ
- 1.1.2 **การมีส่วนร่วม** มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
- 1.1.3 **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** โดยมุ่งให้นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเป็นไปเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ
- 1.1.4 **ความเสมอภาค** มุ่งความเสมอภาคในระดับของสุขภาพ และในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- 1.1.5 **ประสิทธิภาพ** มุ่งให้ใช้ทรัพยากรที่จำกัดไปสู่ผลลัพธ์สูงสุด
- 1.1.6 **คุณภาพ** มุ่งการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพและการตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชน
- 1.1.7 **พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร** มุ่งพัฒนาให้องค์กรผู้บริโภครมีความเข้มแข็ง และผู้บริโภครสามารถเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
- 1.1.8 **การพึ่งตนเอง** มุ่งพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองในหมู่ประชาชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพในการศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น

1.2 ประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ (ภาพที่ 11.2)

ภาพที่ 11.2 ประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ



1.2.1 องค์กร/กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมืองค์ประกอบทั้งภาคการเมือง ราชการ นักวิชาการและประชาสังคม กลไกนี้ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพและกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบาย

1.2.2 การสร้างสุขภาพ มุ่งสร้างกลไก เจริญใจ และสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพและต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.3 การควบคุมและป้องกันโรค มุ่งสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งพัฒนากลไกควบคุมโรคระดับชาติ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 การบริการสุขภาพ มุ่งสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดการในการควบคุมค่าใช้จ่าย และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสมในลักษณะองค์รวม

1.2.5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มุ่งสร้างระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่จะเป็นหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ให้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่ต้องมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

1.2.6 การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล มุ่งพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลภายใต้การดำเนินการของสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

1.2.7 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มุ่งสร้างกลไกการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค การตรวจสอบการละเมิดสิทธิและการจัดระบบชดเชยการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค ให้มีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน/ท้องถิ่น

1.2.8 การประเมินเทคโนโลยี มุ่งสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความคุ้มค่าและความปลอดภัยของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้ที่เหมาะสม

1.2.9 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีกลไกระดับชาติ เพื่อวางแผนและควบคุมการผลิต การพัฒนาการกระจาย และการใช้กำลังคนด้านสุขภาพ

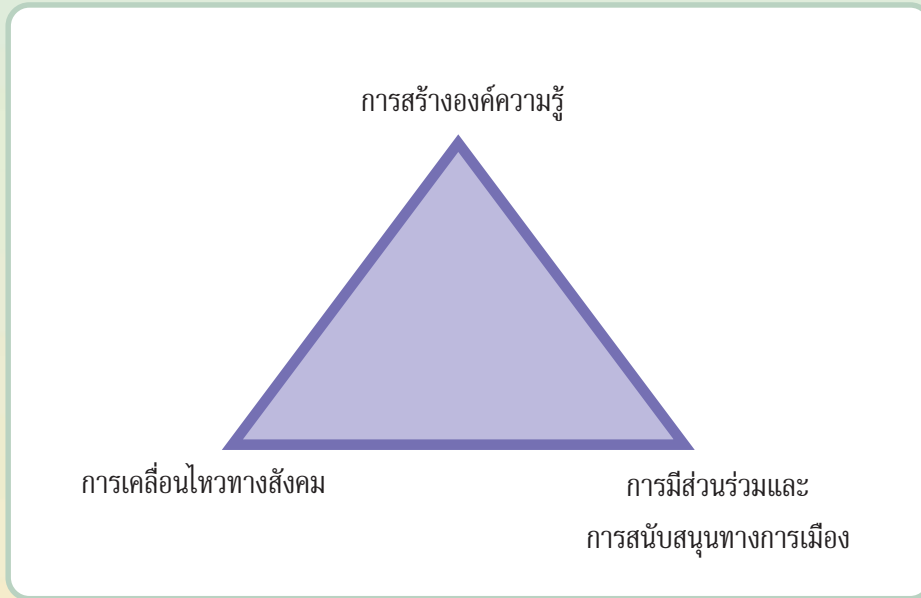
1.2.10 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้มีกลไกระดับชาติที่จะสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทย รวมทั้งการแพทย์ทางเลือก

1.2.11 ระบบวิจัยสุขภาพ ให้มีกลไกใหม่เพื่อการสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพที่ครบวงจรและดำเนินการอย่างคล่องตัว เพื่อให้มีเอกภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

1.3 ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ

ใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยเชื่อมโยงการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน/สังคม และการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน (ภาพที่ 11.3)

ภาพที่ 11.3 ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”



1.4 ความคืบหน้าในการดำเนินการ

1.4.1 การสร้างความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพ

(1) มีการสนับสนุนการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งจัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2545

(2) มีการสนับสนุนกิจกรรมของประชาคมสุขภาพทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และมีการรวบรวมประสบการณ์การสร้างสุขภาพในชุมชนต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

1.4.2 การสร้างองค์ความรู้ มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเทศและต่างประเทศ เพื่อจัดเป็นข้อสรุปในการสนับสนุนการเคลื่อนไหวยางประชาคมสุขภาพและการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

1.4.3 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและมีการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา คาดว่าน่าจะได้รับการเห็นชอบจากรัฐสภาได้ภายในกลางปี พ.ศ. 2548

2. การปฏิรูปโรงพยาบาลในภาครัฐ

2.1 แรงผลักดันในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

การจัดการในโรงพยาบาลของรัฐยังคงเป็นแบบการรวมศูนย์ ไม่ว่าจะเป็นการบรรจุบุคลากรและการจัดการด้านบุคลากร ล้วนถูกกำหนดโดยหน่วยงานกลางของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนและงบประมาณของรัฐ ได้แก่ สำนักงาน ก.พ. สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าโรงพยาบาลจะสามารถมีรายได้จากผู้ใช้บริการ แต่รายได้นั้นจะนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายของบุคลากรได้ภายใต้กฎระเบียบกลางที่กำหนดขึ้น งบประมาณของโรงพยาบาลต่างๆ ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง ซึ่งมากกว่า 70% ของงบประมาณนั้น ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและไม่สามารถใช้เพื่อจุดประสงค์อื่นๆ ได้ งบประมาณในการดำเนินงานต้องใช้ให้หมดภายในปีงบประมาณนั้น ไม่เช่นนั้นต้องส่งคืนคลัง ไม่ค่อยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เว้นแต่จะผ่านทางระบบนิเทศติดตามและรายงานตามปกติ สถานบริการไม่อยู่ภายใต้การตรวจสอบของประชาชนและไม่ตอบสนองต่อผู้ให้บริการอย่างเพียงพอ

คำถามที่เกิดขึ้นใหม่ ก็คือ ประเทศไทยจะพัฒนาโรงพยาบาลรัฐแบบใหม่ที่จะกระตุ้นให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยมากขึ้นได้อย่างไร และควรมีการพัฒนาระบบการจัดการแบบเอกชนภายในสถานพยาบาลของรัฐหรือไม่

2.2 การก้าวไปสู่การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้นโยบายของรัฐและสถาบันต่างๆ ของรัฐหลายแห่ง กลายเป็นเป้าหมายในการปฏิรูป ธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) เสนอเงินกู้เพื่อการปฏิรูปภาคสังคม เพื่อช่วยให้รัฐสามารถดำเนินการปฏิรูปการดำเนินการของรัฐในด้านการศึกษา แรงงาน และสาธารณสุข สำหรับด้านสาธารณสุข มีเงื่อนไขหนึ่งคือ การให้โรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยมีเงื่อนไขที่กำหนดให้มีโรงพยาบาลรัฐอย่างน้อย 1 แห่งออกนอกระบบรัฐได้ในต้นปี พ.ศ. 2542

2.3 หลักการและกลยุทธ์ในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

2.3.1 แนวทางที่เป็นไปได้ในการปฏิรูป

คณะทำงานวิชาการของธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) ได้เสนอให้หลีกเลี่ยงการใช้คำที่ทำให้เข้าใจผิดว่า เป็นการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐให้เป็นบริษัทเอกชนที่มุ่งให้ได้กำไรสูงสุดสำหรับผู้ถือหุ้น โดยเสนอให้ใช้คำว่า **โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ (autonomous public hospital)** ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือการดำเนินการที่เป็นสาธารณประโยชน์ มีการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น มีกฎเกณฑ์ระเบียบที่จัดตั้งขึ้นโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล แต่ยังคงรับนโยบายจากรัฐด้วย

2.3.2 รูปแบบองค์กร

เนื่องจากได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 จึงทำให้สามารถจะปฏิรูปโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น โดยออกพระราชกฤษฎีกาให้เป็นลักษณะองค์การมหาชน และสามารถจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนของรัฐในการกำกับดูแลการทำงานของโรงพยาบาลอิสระแต่ละแห่ง

2.3.3 การสร้างความมั่นใจในการตอบสนองความต้องการของชุมชน

ในการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐต้องการที่จะได้รูปแบบที่การควบคุมจากส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข ถูกแทนที่โดยชุมชนในพื้นที่ซึ่งโรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อให้โรงพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้นๆ ได้ดีขึ้น โดยผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวแทนจากชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง

2.3.4 แหล่งเงิน

จุดมุ่งหมายของการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ต้องการให้เป็นโรงพยาบาลที่หาเงินเลี้ยงตัวเองได้โดยลำพัง แต่โรงพยาบาลยังจะต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลยังคงต้องรับนโยบายจากรัฐด้วย ทั้งนี้การบริหารจัดการงบประมาณ ทั้งในแง่ของการใช้งบประมาณและการติดตามกำกับจะเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งเน้นผลงานเป็นหลัก โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการตรวจสอบผลงานที่ชัดเจนและโปร่งใส จำนวนงบประมาณจากรัฐนั้นจะถูกกำหนดโดยหลักเกณฑ์ที่พิจารณาเป็นรายๆ มากกว่าที่จะเป็นสูตรเดียวกันที่ตายตัว

2.3.5 การควบคุมจากส่วนกลางและความร่วมมือกันของโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

การจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ ต้องป้องกันปัญหาให้ระบบบริการสาธารณสุขแยกเป็นส่วนๆ โดยการสร้างกลไกเฉพาะที่มีประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งการควบคุมให้โรงพยาบาลมีขนาดและประเภทบริการที่เหมาะสม ซึ่งหากปล่อยให้แต่ละโรงพยาบาลตัดสินใจเอง อาจจะทำให้เกิดกลไกตลาดและการแข่งขันการให้บริการสุขภาพที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

2.4 ผลกระทบของการดำเนินการ

ในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขได้ร่างแผนที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยที่สุด 7 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันในแต่ละส่วนของประเทศ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสอันดีในการหาจุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการในการพัฒนาระบบโดยเฉพาะในเรื่องการปรับตัวของบุคลากร และการพัฒนาบุคลากรต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้จัดการ และสมาชิกในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความสงสัยของสาธารณสุขชนต่อเหตุผลในการปฏิรูปและการขาดซึ่งการประสานงานร่วมมือจากฝ่ายการเมือง รวมถึงการต่อต้านจากบุคลากรในโรงพยาบาล จึงมีเพียงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงเพียงโรงพยาบาลเดียว (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร) ที่สามารถพัฒนาเป็นโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

ถึงแม้ว่ามีเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวที่สามารถทำได้ ก็เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ระบบต่างๆ ของรัฐในปัจจุบันยังไม่พร้อมและยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสนับสนุนการปฏิรูป รัฐไม่สามารถทำให้สาธารณสุขชนและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อได้ว่า แรงกระตุ้น/แรงขับ ในการปฏิรูปทำไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เรื่องที่สำคัญที่สุดคือ ระดับของความสามารถในการหาเงินเลี้ยงตนเอง และการกำหนดราคาค่าบริการกับสาธารณสุขชน เป็นการยากที่จะทำให้ประชาชนเชื่อว่า สถานภาพใหม่ของโรงพยาบาลจะไม่นำไปสู่การเพิ่มค่ารักษาพยาบาล เมื่อปราศจากทิศทางและนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการหารายได้จากการบริการประชาชน ในระยะแรกสาธารณสุขชนและบุคลากรการแพทย์จึงมีความสงสัยและไม่เต็มใจที่จะสนับสนุนการจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

3. การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนอำนาจในภาคสาธารณสุข

3.1 กฎหมายที่รองรับ

เมื่อรัฐสภาผ่านกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อันเป็นกฎหมายลูกของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พ.ร.บ.นี้ กำหนดให้ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วย ต้องจัดทำรายละเอียดของแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากรและบุคลากร ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และ/หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2553)

ในพระราชบัญญัติยังได้กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากระดับในขณะนั้นคือ 9% ของรายรับทั้งหมดของรัฐ เป็น 20% ในปี พ.ศ. 2544 และ 35% ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งในการกระจายรายได้แบบนี้เองที่จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมการบริการสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายการบริหารส่วนท้องถิ่นโดยมีหน้าที่หลัก 6 ประการ คือ

- (1) การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น
- (2) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต อันได้แก่ บริการสาธารณสุขและการศึกษาเป็นสำคัญ
- (3) การจัดการชุมชนและสังคม
- (4) การวางแผนและลงทุนระดับท้องถิ่นและการท่องเที่ยว
- (5) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (6) การจัดการวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย

3.2 ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและสุขภาพ

การปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด โดยบรรลุเป้าหมายในการกระจายอำนาจความรับผิดชอบ และการ

บริหารให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น น่าจะมีผลทำให้ร้อยละ 80 ของงบประมาณประจำปี และร้อยละ 90 ของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขถูกกระจายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามเนื่องจากท้องถิ่นมีการบริหารที่แยกออกเป็นส่วน ๆ และขาดประสบการณ์ในด้านสุขภาพ จึงมีประเด็นต่างๆ ที่ถูกยกขึ้นมาถกเถียง ดังนี้

3.2.1 การบริการที่แยกส่วน

การบริหารส่วนท้องถิ่น 2 รูปแบบ คือ อบต. และเทศบาล ครอบคลุมพื้นที่ด้านภูมิศาสตร์และขนาดของประชากรแตกต่างกัน เกณฑ์ในการแยกความแตกต่างระหว่าง อบต. และเทศบาล มีพัฒนาการจากอดีต โดยเทศบาลเป็นการบริหารส่วนท้องถิ่นที่ถูกตั้งขึ้นมาก่อน อบต. และอยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่า ส่วน อบต. ได้มีการตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2538 แต่องค์กรรัฐทั้ง 2 แบบนี้จะมีขนาดที่เล็กกว่าอำเภอ ทั้ง อบต. และเทศบาล มีหน้าที่ที่จะต้องจัดหาทรัพยากรเพื่อให้บริการด้านสังคมในพื้นที่ของตนดำเนินการไปได้ โดยไม่จำเป็นต้องร่วมมือซึ่งกันและกัน ดังนั้นการกระจายอำนาจให้แต่ละท้องถิ่นดูแลสถานบริการแต่ละประเภท จะทำให้เกิดการแยกส่วนของระบบบริการและทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพน้อยลง

ในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยนั้น หากมีกลไกการจัดการทางการเงินดีก็อาจมีปัญหาไม่มากนัก แต่ถ้าหากกลไกนี้ไม่ดีพอ ทางเลือกก็คือควรให้สถานบริการสาธารณสุขหลายๆ ระดับอยู่ภายใต้การบริหารเดียวกัน และถ้าหากว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเล็กเกินไปที่จะดูแลสถานบริการซึ่งมีหลายระดับได้ ก็ควรต้องจัดตั้งหน่วยบริหารส่วนท้องถิ่นที่ใหญ่ขึ้น เพื่อดูแลเรื่องสุขภาพ และดูแลสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำงานเชื่อมต่อกันโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมาเป็นผู้ดูแล

3.2.2 ระบบธรรมาภิบาล (good governance)

สิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาโดยบุคลากรสาธารณสุขคือการขาดประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. เพิ่งจะถูกจัดตั้งขึ้น การจัดการต่างๆ ก็ยังไม่เรียบร้อย นอกจากนี้ท้ายที่สุดการเมืองท้องถิ่นก็ถูกมองว่ามีการฉ้อราษฎร์บังหลวง และขาดความโปร่งใส จึงมีข้อโต้แย้งในหมู่เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ต่อต้านการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในส่วนของการตรวจสอบการทุจริต ได้เสนอให้มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีองค์ประกอบที่มาจากหลายฝ่ายนอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กสพ. ประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขและบุคคลทั่วไปที่เป็นที่เคารพ มีประสบการณ์ในการจัดการและการสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนและการตัดสินใจใดๆ ให้เกิดความโปร่งใส และความมั่นใจในการบริหารสาธารณสุขระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังจะช่วยให้กลุ่มประชาคมในท้องถิ่นหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลการพัฒนาสาธารณสุข มากกว่าการที่ปล่อยให้เป็นเรื่องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยลำพัง

3.2.3 ประสิทธิภาพ

เกิดความกังวลว่า ความพยายามต่างๆ ในการปรับปรุงประสิทธิภาพนั้น จะหายไปพร้อมกับการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้มีข้อเสนอว่าควรจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งข้อเสนอข้อหนึ่งก็คือ ให้สถานบริการสาธารณสุขรวมกันเป็นเครือข่ายที่มีการบริหารที่อิสระภายใต้การควบคุมของ กสพ. โดย กสพ.เป็นผู้บริหารทรัพยากรเหล่านั้นภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งก็อาจจะบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดการปกครองและระบบการจัดการที่ดีในระดับท้องถิ่น พร้อมๆ กับการพยายามที่จะปรับปรุงระบบการจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

3.2.4 สถานภาพและเงื่อนไขการจ้างงานในอนาคต

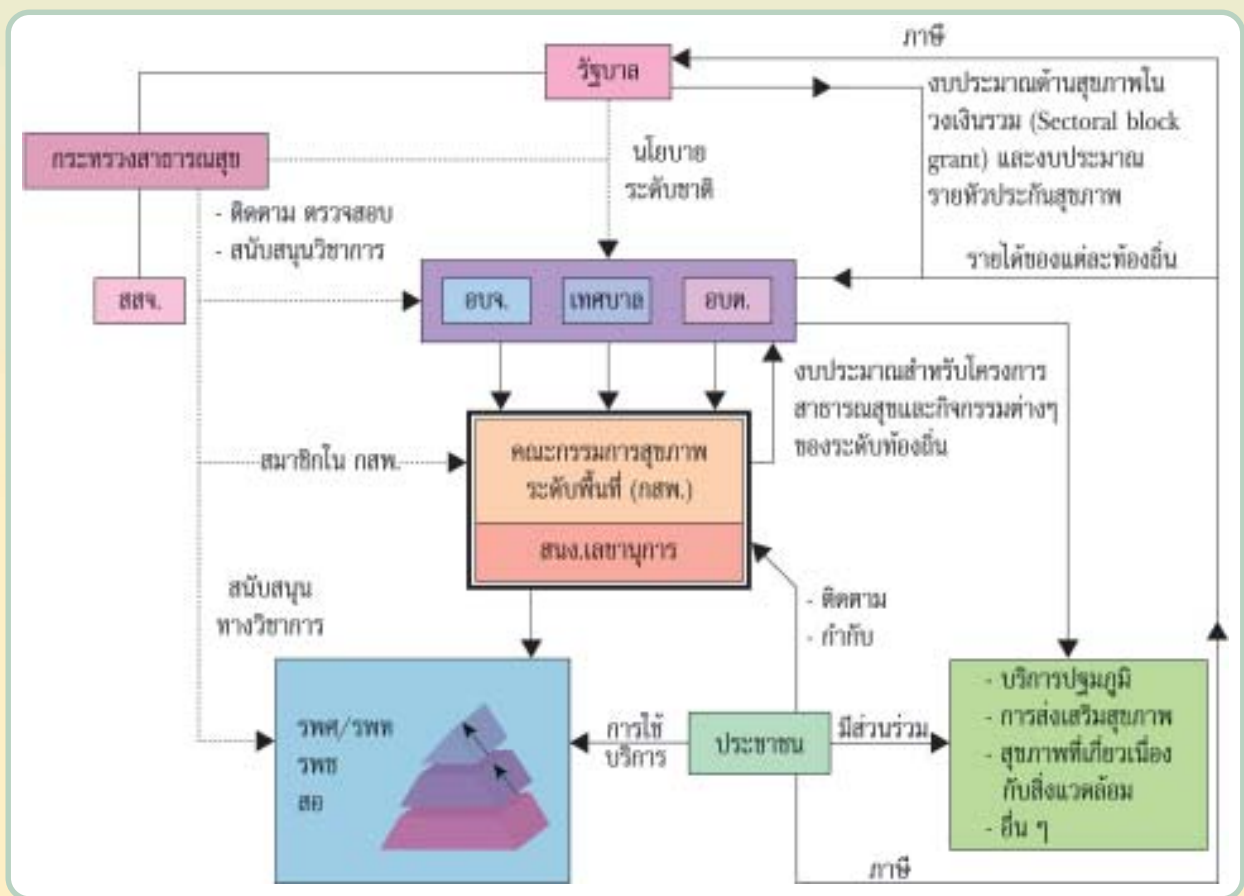
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคลากรหวาดวิตกถึงความไม่มั่นคงที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่เป็นข้าราชการ จะได้รับการประกันการจ้างงานตลอดชีพ พร้อมทั้งบำนาญ สวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ แต่ระบบใหม่นี้ไม่ได้

ประกันว่าผลประโยชน์ต่างๆ และความมั่นคงจะยังมีต่อไปหรือไม่ ความกังวลเกี่ยวกับความโปร่งใสขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้เกิดความลังเลใจ ยิ่งไปกว่านั้น ระบบปัจจุบันของ ก.พ. บุคลากรสามารถย้ายไปยังจังหวัดอื่นๆ ได้ทั่วประเทศ แต่ระบบใหม่นี้ดูเหมือนจะจำกัดการจ้างงานไว้เป็นแต่ละท้องถิ่น และมีความเป็นไปได้น้อยที่จะย้ายไปยังจังหวัดอื่น หรือท้องถิ่นอื่น

3.3 รูปแบบที่เสนอและผลกระทบต่อระบบการเงินในอนาคต

ได้มีการเสนอให้พัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ **การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)** ซึ่งจะรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพในท้องถิ่น ขนาดของ กสพ. สามารถเกิดจากการรวมตัวกันใน 1 อำเภอ หรืออาจจะใหญ่กว่า 1 อำเภอ เช่น 2 - 3 อำเภอ (ภาพที่ 11.4)

ภาพที่ 11.4 ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่



ที่มา: Public sector reform and future development of health insurance in Thailand

กสพ. ประกอบด้วย คณะกรรมการและสำนักงานเลขานุการ กรรมการส่วนใหญ่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหนึ่งจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่เหลือมาจากประชาคม กสพ. ต้องมีสถานภาพทางกฎหมาย และมีอำนาจในการตัดสินใจ

ลักษณะที่สำคัญประการที่สองของระบบการกระจายอำนาจแบบใหม่ก็คือ **การรวมสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในหลายๆ ระดับ มาอยู่ภายใต้การดูแลของ กสพ.** ซึ่งจะต้องการโครงสร้างการจัดการแบบใหม่ โดยที่ไม่ได้เป็นการอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รูปแบบใหม่นี้ โรงพยาบาลอำเภอ และสถานอนามัยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จะร่วมกันในการวางแผนและจัดการองค์กร โดยมีจุดประสงค์ร่วมกันในการใช้ทรัพยากร เงิน และกำลังคน ให้ได้ประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ลักษณะที่สามของระบบการกระจายอำนาจ คือ การกำหนดให้จัดสรรเงินเฉพาะสาขาจากกระทรวงไปยัง กสพ. รัฐบาลกลางจะมีส่วนในการกำหนดและสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพที่ตัดโอนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และให้ท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจการใช้งบประมาณทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในลักษณะของวงเงินรวมจากส่วนกลางร่วมกับเงินของท้องถิ่นโดยมีสัดส่วนที่เหมาะสมกัน (central government block grant + matching grant จาก กสพ.) นอกจากนี้ เมื่อรัฐบาลดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจายรายหัวก็สามารถใช้กลไก กสพ. ในการบริหารจัดการงบประมาณก่อนนี้ในระดับพื้นที่ได้

ลักษณะที่สี่คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ. และสถานบริการต่างๆ กสพ. จะจัดการดูแลสถานบริการสาธารณสุขด้วยระบบที่ยืดหยุ่นและให้อิสระ โดยสถานบริการไม่จำเป็นต้องทำตามกฎระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ได้รับจัดสรรงบประมาณโดยขึ้นอยู่กับผลงาน และมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องของการจัดการด้านกำลังคน

3.4 การเปรียบเทียบรูปแบบต่างๆ ในการกระจายอำนาจ

เราอาจสามารถเปรียบเทียบรูปแบบของการกระจายอำนาจในประเด็นต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 11.1

ตารางที่ 11.1 เปรียบเทียบรูปแบบการกระจายอำนาจ

	รูปแบบที่ 1 การถ่ายโอนโดยตรง	รูปแบบที่ 2 ระบบเครือข่าย (กสพ.)
1. ความเป็นธรรม	ต่ำ	สูง
2. ประสิทธิภาพ	ต่ำ	สูง
3. การส่งต่อ	ไม่ดี	ดีกว่า
4. การปกครองที่ดี	?	อาจจะดีกว่า
5. ควบคุมโดยตรงจากท้องถิ่น	สูง	ปานกลาง
6. การตอบสนอง	สูง	ปานกลาง
7. การต่อต้าน	สูง	ปานกลาง
8. การเปลี่ยนผ่านที่ค่อยเป็นค่อยไป	ต่ำ	ปานกลาง

3.4.1 ความเป็นธรรม

การยกสถานบริการไปให้ท้องถิ่นบริหารโดยตรง จะมีความเป็นไปได้ยากที่ทำให้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีการประสานงานและถ่ายเทไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลน ส่วนในรูปแบบที่ 2 แบบรวมกลุ่มจะทำให้มีการดูแลประชากรภายใต้พื้นที่ในความรับผิดชอบที่ใหญ่กว่า ทำให้สามารถปรับระดับการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ได้ดีกว่า

3.4.2 ประสิทธิภาพ

รูปแบบที่ 2 จะสามารถสร้างศูนย์รวมทรัพยากรที่ใหญ่กว่า โดยเฉพาะทรัพยากรมนุษย์ ทำให้เกิดประสิทธิภาพจากขนาดของทรัพยากร

3.4.3 ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ

รูปแบบที่ 1 ทำให้ระบบส่งต่อต่อลงไป เนื่องจากมีอุปสรรคระหว่างสถานบริการที่มีเจ้าของต่างกัน สำหรับรูปแบบที่ 2 จะทำให้แก้ปัญหานี้ได้โดยการรวมกลุ่มกันของสถานบริการสุขภาพหลายๆ ระดับภายใต้การจัดการเดียว

3.4.4 การปกครองที่ดี (ธรรมาธิปไตย)

ระบบบริหารร่วมกันในรูปแบบที่ 2 อาจจะทำให้มีการปกครองที่ดี เพราะ องค์การปกครองท้องถิ่นจะค่อยๆ สร้างความพร้อมขึ้นมา โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและประชาคมในพื้นที่ร่วมในการตัดสินใจ

3.4.5 การควบคุมและการตอบสนองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบที่ 1 จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการควบคุมทรัพยากรต่างๆ และตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้ดีกว่า ส่วนรูปแบบที่ 2 ยังคงมีการควบคุมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ แต่ไม่มากเท่าแบบที่ 1

3.4.6 การต่อต้านจากบุคลากรด้านสุขภาพ

รูปแบบที่ 1 จะทำให้เกิดการต่อต้านมากที่สุด เนื่องจากความไม่มั่นใจในสถานภาพและการเมืองท้องถิ่น ส่วนรูปแบบที่ 2 อาจจะมีการต่อต้านน้อยกว่า เนื่องจากมีการให้อิสระแก่หน่วยให้บริการ

3.4.7 การเปลี่ยนผ่านจากระบบปัจจุบัน

รูปแบบที่ 1 จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลของบุคลากร ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้การให้บริการที่ดำเนินอยู่หยุดชะงัก สำหรับรูปแบบที่ 2 จะมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ใน สสจ. ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานมาเป็นเวลานาน ทำให้เปลี่ยนผ่านได้สะดวกกว่า

3.5 การเงินการคลังด้านสุขภาพภายใต้การกระจายอำนาจ

แหล่งเงินที่สำคัญของ กสพ. ประกอบด้วย 2 แหล่งด้วยกันคือ งบประมาณด้านสุขภาพในวงเงินรวมจากส่วนกลางและงบประมาณที่ได้จากท้องถิ่น เงินสองส่วนนี้รวมกันไม่ควรจะน้อยกว่าส่วนที่รัฐบาลกลางใช้จ่ายอยู่ในแต่ละพื้นที่ ในปัจจุบันนี้ เงินส่วนนี้จะจัดสรรไปให้กลุ่มต่างๆ ที่ทำงานในด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีส่วนหนึ่งจะจัดสรรให้กับโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งจัดสรรให้แก่เครือข่ายบริการที่ได้ทำสัญญาในการที่จะจัดบริการให้ตามเงื่อนไขต่างๆ ตามที่ตกลงร่วมกัน นอกจากนี้ เงินจากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติก็อาจจัดสรรเหมาจ่ายรายหัว มาให้ กสพ. บริหารจัดการได้ เมื่อ กสพ. มีความเข้มแข็งและจัดตั้งได้ดีแล้ว กสพ. ก็จะเป็นผู้ดูแลเงินและกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ สำหรับบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ กสพ. มีหน้าที่ที่จะบริหารจัดการให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ได้กำหนดไว้ และหาก กสพ. บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถมีเงินส่วนหนึ่งเหลือพอที่จะใช้จ่ายอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ ดังนั้น เงินแต่ละกองทุนก็จะมีการบริหารจัดการ โดยบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่ม โดยผ่าน กสพ. ซึ่งก็จะเป็นแรงจูงใจให้ กสพ. บริหารอย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์ที่แต่ละกลุ่มเป้าหมายพึงได้รับ

4. การดำเนินการในการกระจายอำนาจ

4.1 ความจำเป็นในการวิจัยและพัฒนา

ภายใต้ช่วงเวลาที่จำกัด ของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ จะต้องมีการใช้เวลาช่วงแรกของการดำเนินการที่เป็นลักษณะวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น โดยจัดให้มีการวิจัยและพัฒนาในจังหวัดนำร่องที่ได้คัดเลือกมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการปรับองค์กรของหน่วยบริหารท้องถิ่นภายในจังหวัดนั้นๆ ประเด็นสำคัญๆ ที่ต้องมีการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

4.1.1 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีประเด็นในการศึกษา เกี่ยวกับองค์ประกอบ ภาระหน้าที่ สถานภาพทางกฎหมาย โครงสร้าง กลไกและสถานภาพบุคลากร

4.1.2 หน่วยบริการสุขภาพ มีประเด็นที่ต้องศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพขององค์กร บุคลากร การจัดการด้านการเงินการคลัง การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย รวมทั้งระบบการจัดบริการผสมผสานเบ็ดเสร็จด้วย นอกจากนี้จะต้องศึกษาด้วยว่าจะมีการกำหนดเงื่อนไขความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือ กสพ. ในการถ่ายโอนสถานพยาบาลอย่างไรด้วย

4.1.3 งบประมาณและการเงินการคลัง มีประเด็นที่ต้องศึกษา เช่น สัดส่วนของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ กระบวนการจัดสรรและบริหารงบประมาณ ระบบการบัญชีและข้อมูลข่าวสารที่จะแสดงถึงความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณ

4.1.4 สสจ. และ สสอ. ในบทบาทใหม่ มีประเด็นที่ต้องวิจัย เช่น บทบาทใหม่ควรเป็นอย่างไร การปรับบทบาทจะมีขั้นตอนอย่างไร ต้องมีการพัฒนาศักยภาพอย่างไร เป็นต้น

4.2 ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพ

4.2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง กสพ.

เป้าหมายสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแม้ว่าจะมีเทศบาลมานานถึง 50 ปีมาแล้ว แต่ท้องถิ่นก็ยังมีประสบการณ์ไม่มากนักในเรื่องของการพัฒนาระบบสุขภาพ มีเพียงจำนวนหนึ่งที่มีหน่วยบริการสุขภาพของตัวเอง และได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดสรรงบประมาณในด้านสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพ

จึงมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการของท้องถิ่นหลายด้านด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) การวางแผนงบประมาณ และการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณ ท้องถิ่นจำเป็นต้องมีความสามารถในการกำหนดผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcome) จากทั้งหน่วยงานของท้องถิ่นและจากหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการปฏิบัติงานจากหน่วยปฏิบัติต่างๆ

4.2.2 เครือข่ายสถานบริการ

แนวโน้มของเครือข่ายสถานบริการในระบบสุขภาพ ที่มีการกระจายอำนาจนี้จะต้องมีการดำเนินการในลักษณะของเครือข่ายที่ประกอบด้วยบริการหลายระดับ (multi - level network) และมีขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งกระบวนการทำงานใหม่ที่จะต้องมีการตัดสินใจร่วมกันภายในองค์กร มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารใหม่ ให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร

นอกจากนี้ เครือข่ายบริการยังต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันของพื้นที่และชุมชนแต่ละแห่ง รวมทั้งจะต้องให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และรักษาโรค จะเห็นได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) จะเป็นจุดแรกของการปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญและต้องการความพยายามอย่างมากในการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่หน่วยบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะบริการแบบตั้งรับอยู่ในสำนักงาน จึงต้องการพัฒนารูปแบบการอบรมและหลักสูตรต่างๆ เพื่อที่จะอบรมบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถแสดงบทบาทที่มีประสิทธิภาพได้ โดยสามารถที่จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง

4.2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

บทบาทของ สสจ. และ สสอ. ในปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณและให้การสนับสนุนด้านบริหารจัดการแก่หน่วยบริการต่างๆ ซึ่งบทบาทนี้จะหายไปเป็นบทบาทของ กสพ. และสำนักเลขานุการของ กสพ. ส่วน สสจ. และ สสอ. จะมีบทบาทในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการ และนโยบายระดับชาติ ซึ่งจะเป็น

บทบาทใหม่ของทั้ง สสจ. และ สสอ. ที่ต่างไปจากปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการปรับบทบาทโดยจะต้องมีการเพิ่มศักยภาพในด้านของการกำกับติดตามประเมินผลสุขภาพต่างๆ ซึ่งส่วนนี้อาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีในการประเมินระบบสุขภาพใหม่ๆ ให้กับทั้งพื้นที่ สสจ. และ สสอ. ใหม่ด้วย

4.3 ความสามารถของส่วนกลางในการติดตามกำกับ

นอกเหนือไปจากการที่ต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างเข้มข้นในช่วงแรกแล้ว ในช่วง 10 ปีแรกของการกระจายอำนาจ ยังต้องการการสนับสนุนและกำกับอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ดำเนินการต่างๆ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบสำหรับผลลัพธ์ที่ปลาย กระทรวงฯ จึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทอย่างแข็งขันในการพัฒนาโลกที่จะทำงานกับท้องถิ่น โดยต้องมีบทบาทในเชิงกว้าง เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี, กระทรวงมหาดไทย, สำนักงบประมาณ, กระทรวงการคลัง รวมทั้งผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ของท้องถิ่น

5. ความคืบหน้าในการดำเนินการ

จวบจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 มีความคืบหน้าในการดำเนินการเกี่ยวกับการกระจายอำนาจตามกฎหมายไม่มากนักด้านสาธารณสุข จะมีเพียงการถ่ายโอนงานที่เกี่ยวกับการจัดหาน้ำสะอาด งานสุขาภิบาล บางส่วนไปให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น

ยังไม่มี การดำเนินการใด ๆ ที่จะเริ่มต้นการถ่ายโอนงบประมาณสถานบริการไปให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การกำหนดเงื่อนไข/มาตรฐานต่างๆ ในการถ่ายโอน เป็นต้น การทดลองดำเนินการของ กสพ. ในบางจังหวัดก็ยุติลงไปในช่วง พ.ศ. 2546 - 2547

มีแนวโน้มสูงที่จะมีการแก้ไขกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อให้มีการขยายระยะเวลาในการกระจายอำนาจออกไปอีก

ในด้านโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นอิสระ ก็ยังคงมีเพียงโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมมหาชน) เท่านั้น ซึ่งเวลาผ่านไป 3 ปี ก็ได้พิสูจน์ตัวเองว่าสามารถดำเนินการได้อย่างดีมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริหารทั้งระดับสูงและระดับล่างได้ดี แต่ก็ไม่มีความคิดหรือเป้าหมายที่จะขยายผล รวมทั้งไม่มีการจัดตั้งกลไกส่วนกลางที่จะสนับสนุนในเรื่องนี้