

6 P4P ยาดีสำหรับ วงการสาธารณสุข...จริงหรือ?



ปัญหาสมองไหลของบุคลากรสาธารณสุขเป็นเรื่องที่มีมาอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุขต้องการแก้ปัญหานี้ด้วยการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนตามผลงาน ที่เรียกว่า P4P เพื่อจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุข ตั้งใจทำงานเพื่อให้ได้ผลตอบแทนมากยิ่งขึ้น

แต่รายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P เป็นที่ถกเถียงในวงการสาธารณสุขว่า อาจส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในชนบทห่างไกลย้ายมาทำงานในตัวเมือง รวมทั้งอาจเป็นการลดทอนคุณภาพการให้บริการลง โดยจะเน้นไปที่การเพิ่มปริมาณในการให้บริการแทน สังคมคงต้องติดตามกันต่อไปถึงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ว่าเหมาะสมและเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยรวมจริงหรือไม่

ข่าวเด่นประเด็นร้อนเรื่องหนึ่งในแวดวงสาธารณสุขตั้งแต่ต้นปี 2556 เป็นต้นมา คงหนีไม่พ้นกรณี ที่กระทรวงสาธารณสุขโดย นพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวง ณ เวลานั้น จุดประเด็นเรื่องการนำระบบจ่ายเงินตามผลการทำงาน หรือที่รู้จักกันในนาม P4P มาใช้ จนนำมาสู่ความสับสนวุ่นวายและการต่อต้านอย่างหนักโดยเฉพาะจากกลุ่มแพทย์ชนบท

P4P คืออะไร

P4P มาจากคำว่า Pay for Performance เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนตามผลการปฏิบัติงานทั้งงานบริการ งานบริหารและงานวิชาการ โดยผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ปริมาณภาระงานและคุณภาพงาน ที่เพิ่มขึ้นเกินจากมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด¹ จะว่าไปแล้ว P4P เป็นเครื่องมือที่มุ่งให้

ระบบการจ่ายค่าตอบแทน ปี 2556

ส่วนที่ 1 การจัดแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ใหม่ ให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน

การดำเนินการเรื่องที่ 1 โดยการปรับพื้นที่สำหรับการเบิกจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแบ่งเป็น 4 กลุ่มพื้นที่ คือ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่ปกติ พื้นที่เฉพาะระดับ 1 และพื้นที่ระดับ 2 โดยวางแผนการดำเนินการเป็น 2 ระยะ เพื่อให้บุคลากรและโรงพยาบาลมีเวลาปรับตัว และศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดประสิทธิภาพและลดช่องว่างให้น้อยที่สุด จะเริ่มดำเนินการตามระบบใหม่ ระยะแรก ตั้งแต่ 1 เมษายน 2556-31 มีนาคม 2557 และระยะที่ 2 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2557 เป็นต้นไป

ส่วนที่ 2 ปรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเป็น 2 ระบบคู่ขนาน

ระบบ 1 การจ่ายแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปที่อยู่ไกลเมือง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และมีความยากลำบากในการเดินทาง	ระบบ 2 การจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน หรือ P4P ซึ่งเป็นระบบการจ่ายที่สร้างความเป็นธรรม ภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในภาคบริการทุกคน
การดำเนินการเรื่องที่ 2 ปรับอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้เป็นธรรมมากขึ้น ให้สอดคล้องกับการปรับในส่วนที่ 1	การดำเนินการเรื่องที่ 3 เพิ่มการจ่ายแบบ P4P ตามคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน

เริ่มปรับใช้ 1 เมษายน 2556 ใช้เวลาในระยะเปลี่ยนผ่าน 1 ปี และจะใช้เต็มรูปแบบ 1 เมษายน 2557

เกิดการจูงใจให้คนทำงานในองค์กรขยัน หรือตั้งใจทำงาน เพื่อจะได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น โดยก่อนหน้านี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ประสบปัญหาเรื่องการกระจายบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากรมานานแล้ว และได้พยายามแก้ไขปัญหาระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อให้ทัดเทียมกับภาคเอกชน ซึ่งความริเริ่มครั้งล่าสุด ในปี 2556 คือระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P²

จะว่าไปแล้ว ระบบ P4P ก็เป็นหลักการที่ดี แต่ก็ เป็นเรื่องน่าคิดว่า เมื่อกระทรวงสาธารณสุขนำระบบนี้ มาใช้ ทำไมจึงถูกต่อต้านขนาดนี้

อันที่จริงหลักการเรื่องการจ่ายผลตอบแทนตามผลงาน (Pay for Performance) ไม่ใช่เรื่องใหม่ ในภาคเอกชนมีการนำระบบนี้มาใช้กว่า 20 ปีแล้ว ต้นตอเริ่มจากเดิมที่การจ่ายผลตอบแทนขององค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะภาครัฐ หรือเอกชนตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมการทำงานแบบที่เรียกว่า “ถึงเวลาต้องได้” (Entitlement Culture) รวมทั้งในวงการสาธารณสุขก็เช่นกัน

กรณีแรกๆ ที่มีการนำ P4P มาใช้เมื่อกว่า 30 ปีที่แล้ว คือ การจ่ายเงินเพิ่มแก่โรงพยาบาลชุมชนที่ทำหมันหญิง ในโครงการวางแผนครอบครัว มาตรการนี้ได้ผลดี ทำในระยะหนึ่งก็เลิกไป เพราะบรรลุเป้าหมายแล้ว³ อีกกรณีที่น่าสนใจคือ โครงการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน

แก่เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ เพื่อจูงใจให้แพทย์พยาบาลที่อยู่เวร ขยันในการดูแลคนไข้มากขึ้น โครงการนี้ แม้จะมีข้อเสียอยู่บ้าง แต่ก็นับว่าประสบผลสำเร็จ เพราะเป็น มาตรการสมัครงใจ ไม่บังคับ เพราะจะได้ค่าตอบแทนมากขึ้น ถ้าทำงานมากขึ้น

วิวาทะของวงการสาธารณสุข

วิวาทะของทั้ง 2 ฝ่ายเริ่มต้นขึ้น เมื่อรัฐบาลประกาศว่าจะใช้นโยบาย P4P ซึ่งจะทำให้แพทย์ในเขตเมืองซึ่งมีจำนวนคนไข้มากกว่าได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าแพทย์ในเขตชนบท ความเห็นต่างเริ่มลุกลามจนกลายเป็นความขัดแย้งที่ดูเหมือนจะไม่จบลงง่ายๆ นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท และบุคลากรทางการแพทย์ที่ประจำอยู่ต่างจังหวัด โดยเฉพาะภูมิภาคที่ห่างไกลจากความเจริญ ได้ประท้วง นพ.ประดิษฐ สินธวันรงค์ รมว. กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการแต่งชุดดำ และถึงขั้นเผาหุ่น นพ.ประดิษฐ โดย นพ.เกรียงศักดิ์กล่าวว่า ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจจากกรณีรัฐมนตรีพูดว่า แพทย์ชนบทไม่มีน้ำใจ ตลอดชีวิตของท่านรัฐมนตรีไม่เคยเป็นแพทย์ชนบท จึงไม่รู้ว่าการทำงานของแพทย์ชนบทเป็นอย่างไร⁴ และการนำ P4P มาใช้ทำให้แพทย์และบุคลากรในพื้นที่ชนบทขาดแรงจูงใจ จนลาออกไปชบอเอกชนมากขึ้น เกิดความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล⁵



ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า หลักการที่กำลังจะใช้เป็น Pay for Service มากกว่า กล่าวคือ รับคนไข้มากแค่ไหนได้เงินมากเท่านั้น ความเห็นส่วนตัวคิดว่า ระบบนี้ทำให้คุณภาพในการรักษาคนไข้ต่ำลง เนื่องจากระบบบังคับให้แพทย์ต้องทำแถมเยอะๆ เพื่อให้ได้เงินตามจำนวนงาน ซึ่งอาจทำให้แพทย์ต้องเร่งตรวจคนไข้ให้ไวขึ้น เพื่อจะทำแถม⁶ ในฝั่งของ นพ.สมชาย ศรีสมบัติ ผอ.รพ.ตากใบ ได้บอกว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ยิ่งสร้างความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะในสายงานบริหาร⁷ ทั้งนี้ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนี้มี 2 สาเหตุ⁸

สาเหตุแรก คือ การจ่ายเฉพาะตามรายการกิจกรรมมากขึ้น เช่น ผ่าตัดเส้นเลือดหรือเย็บแผลจะได้เท่าโน้นเท่านี้ กลายเป็นรายละเอียดในกิจกรรม ซึ่งอาจจะไม่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขหรือการมีสุขภาพดีของคนไข้ เพราะเป็นการมองการรักษาคนไข้แบบแยกส่วน ตามกิจกรรมการให้บริการ อาจทำให้การดูแลคนไข้แบบองค์รวมไม่เกิดขึ้นได้ตามที่ควรจะเป็น

สาเหตุที่สอง คือ แพทย์ที่ทำงานในชนบทเกรงว่าจะเปลี่ยนจากระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในพื้นที่ทุรกันดารมาเป็น P4P ซึ่งเป็นเรื่องที่ย่อมนไหวมาก เพราะว่า แพทย์ที่ทำงานในชนบทนั้นอยู่ในที่ลำบาก เครื่องมือไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ทางราชการจึงจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้ตามพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากของการทำงานในพื้นที่ และหากเอา P4P มาแทนก็มีข้อกังวลว่า โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) คนใช้น้อย หากจ่ายตามปริมาณงานก็อาจมีส่วนทำให้ได้รับค่าตอบแทนน้อยลง รวมทั้ง

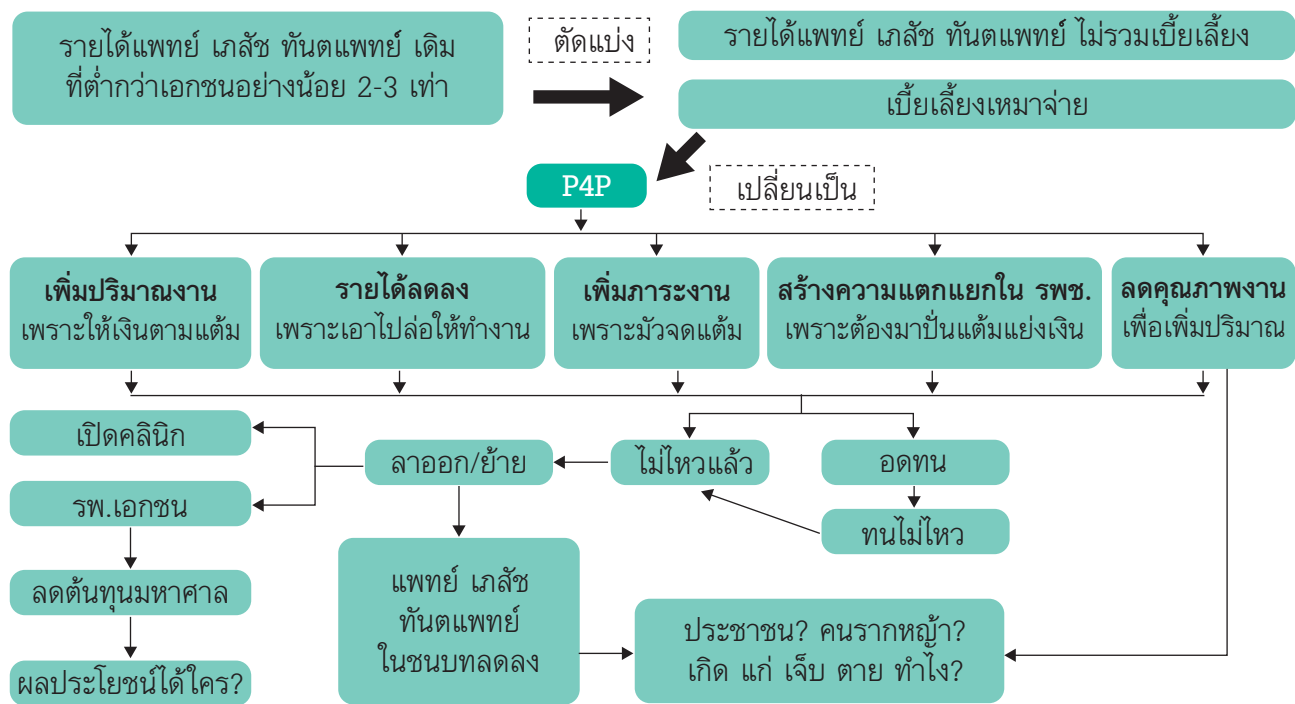
การนำระบบ P4P มาใช้นี้ เริ่มต้นด้วยการจัดแบ่งพื้นที่ รพช. ใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง บางพื้นที่ จากที่เคยแบ่งเป็น รพช. เล็ก ย่อยเป็นพื้นที่ปกติ พื้นที่ทุรกันดาร 1-2, รพช.กลาง ย่อยเป็นพื้นที่ปกติ พื้นที่ทุรกันดาร 1-2 และ รพช.ใหญ่ จะแบ่งใหม่เป็น รพช.ขนาดเล็กพื้นที่ปกติ, พื้นที่เฉพาะ 1-2 รพช.กลางพื้นที่ปกติ, รพช.ใหญ่พื้นที่ปกติ และ รพช.พื้นที่ชุมชนเมือง

เมื่อมีการแบ่งพื้นที่ รพช.ที่มีอยู่ทั้งสิ้น 737 แห่งใหม่ จะทำให้ รพช.บางแห่ง ถูกยกเป็นพื้นที่ปกติตามขนาด โรงพยาบาลเล็ก กลาง ใหญ่ รวม 591 แห่ง และพื้นที่ชุมชนเมือง 33 แห่ง ขณะที่พื้นที่ที่ยังมีความทุรกันดารแท้จริง ยังคงถูกระบุเช่นเดิมแต่เปลี่ยนชื่อเป็นพื้นที่เฉพาะ 1 และ 2 อาทิ รพช.ทุกแห่งใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พื้นที่เกาะที่ยากลำบากในการเดินทาง พื้นที่ชายแดน และพื้นที่ห่างไกล เช่น รพ.ปางมะผ้า รพ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน รพ.อุ้มผาง จ.ตาก เป็นต้น จำนวน 113 แห่ง การถูกยกระดับให้กลายเป็นพื้นที่ปกติและพื้นที่ชุมชนเมืองมีผลอย่างยิ่งต่ออัตราการได้รับเบี้ยกัณดาร ที่มีการทยอยปรับเป็น 2 ระยะ

ระยะแรก เริ่ม 1 เมษายน 2556 รพช.ขนาดเล็กพื้นที่ปกติ และพื้นที่เฉพาะ 1-2 ไม่มีการปรับเบี้ยกัณดาร ให้รับเท่าเดิม มีการปรับลดลงในส่วนของรพช.กลางและใหญ่พื้นที่ปกติและพื้นที่ชุมชนเมือง และระยะที่ 2 เริ่ม 1 เมษายน 2557 พื้นที่เฉพาะ 1-2 ไม่มีการปรับเบี้ยกัณดาร ส่วน รพช.พื้นที่ปกติทั้งขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ปรับลดลงและได้รับการจ่ายเพิ่มเติมตามหลัก P4P และพื้นที่ชุมชนเมือง จะยกเลิกเบี้ยกัณดารจ่ายแบบ P4P อย่างเดียว หลังจากผ่านพ้น 2 ระยะจะมีการประเมินผลและพิจารณาอีกครั้งว่าจะมีทิศทางแนวการจ่ายค่าตอบแทนอย่างไรต่อไป

แม้จะได้รับการคัดค้านอย่างมาก แต่ น.พ. ประดิษฐ์ ได้ให้สัมภาษณ์ผ่านหนังสือพิมพ์ไทยรัฐฉบับวันที่ 26 เมษายน 2556 ว่า “P4P ไม่มีทางที่จะทำให้แพทย์ลาออกมากขึ้น มีแต่จะทำให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ มีขวัญและกำลังใจมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรับผิดชอบภาระงานที่ยากและมีปริมาณมาก”⁹

ในทางกลับกัน มีเสียงสนับสนุนนโยบายนี้จากบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่ม โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรง



ที่มา: <https://www.facebook.com/pages/ชมรมแพทย์ชนบท#sthash.q56no8Vz.dpuf>

พยายามทั่วไป ได้เข้าให้กำลังใจกับ นพ.ประดิษฐ ว่า P4P มาถูกทางแล้ว เหมาะสม ยุติธรรมกับคนทำงาน ส่วนคนที่ได้ประโยชน์ คือ ประชาชนผู้รับบริการ นั่นคือ ทำมากได้มาก ทำน้อยได้น้อย รวมทั้ง นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แสดงความคิดเห็นผ่านรายการรัฐบาลยิ่งลักษณ์พบประชาชนทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 11 เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2556 ว่า “P4P จะช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด”¹⁰

ปัญหานี้คาราคาซังมาพอสมควรและทำท่าว่าจะต่อเนื่องต่อไปอีกนาน ยังไม่มีใครตอบได้ว่าสุดท้ายจะออก “หัว” หรือ “ก้อย” แต่คำถามที่น่าสนใจในตอนนี้คือ “เราเรียนรู้อะไรจากเรื่องนี้ได้บ้าง?”

ที่ผ่านมา วงการสาธารณสุขพบว่าภาวะสมองไหลในหน่วยงานราชการโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง โดยแต่ละปีกระทรวงสาธารณสุขสูญเสียแพทย์ที่มีฝีมือไปไม่น้อยกว่าปีละ 600-700 คน อัตราการลาออกรวมทุกประเภทของบุคลากรสายงานแพทย์ตามรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 19 มีนาคม 2556 ตั้งแต่ปี 2550-2555 ตามลำดับดังนี้ 792, 736, 650, 622, 711, 675 คน

ดังนั้นหากมองย้อนกลับไป คงเป็นที่เข้าใจได้ว่าเหตุใดแนวคิดเรื่อง P4P จึงถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาและประกาศใช้เป็นนโยบายในที่สุด ก็เพราะเชื่อว่าการจ่ายผลตอบแทนแบบนี้จะช่วยแก้ปัญหาบุคลากรภายในองค์กรได้ดังที่เคยใช้กับภาคเอกชน

อันที่จริงก่อนการประกาศใช้นโยบาย P4P ในสมัยรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการ “ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หรือ Pay-for-Performance (P4P)” มาแล้ว เมื่อปีงบประมาณ 2546 โดยนำร่องที่ โรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา ในลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม นอกเหนือการจ่ายค่าตอบแทนในรูปแบบพื้นฐานอื่นๆ จากนั้นในปีงบประมาณ 2551 ได้ขยายโครงการนำร่องไปที่ โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี โรงพยาบาลมะการักษ์ จ.กาญจนบุรี โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย โรงพยาบาลพนมสารคามและโรงพยาบาลบางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา มาแล้ว จากนั้น ได้ประชุม “สรุปบทเรียน” เรื่อง P4P ที่โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 22-24 กันยายน พ.ศ. 2551 ซึ่งสามารถสรุปผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบของโครงการได้ดังนี้¹¹

สรุปบทเรียน เรื่อง P4P

ด้านบวก	ด้านลบ
1. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานเพิ่มขึ้น 2.ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 3. ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการสร้างงานและนวัตกรรมใหม่ๆ 4. ผลผลิตของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 5. พฤติกรรมการให้บริการของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น	1. มีการปฏิบัติงานที่มีคะแนนน้อยหรือไม่มีคะแนน 2. มีการไม่ยอมกระจายงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการทำงาน เพราะต้องการให้ตนเองได้ผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ 3. เกิดทัศนคติเชิงลบและต่อต้านในกลุ่มที่ไม่เข้าใจนโยบาย ไม่มีส่วนร่วมหรือไม่ได้รับการสื่อสาร/ให้ข้อมูลที่เพียงพอ 4. มีความรู้สึกไม่เป็นธรรมในการกำหนดคะแนนระหว่างแผนกหรือลักษณะงานที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ยังไม่สามารถตอบคำถามได้ว่า P4P จะส่งผลดีต่อบริการที่ประชาชนจะได้รับหรือไม่ ขอร้องเรียนจะลดลงหรือไม่ และอัตราความผิดพลาดทางการแพทย์จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร รวมทั้งจะลดภาวะสมองไหลได้อย่างไร และจากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าโรงพยาบาลน่านรองที่ได้ทดลองใช้ P4P ได้สะท้อนถึงข้ออ่อนอาทิ ใช้ได้กับบางระบบเท่านั้น หรือระบบ P4P มีความซับซ้อนมากและต้องพัฒนาก่อนที่จะมีการนำมาใช้จริง แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ยังเร่งรัดประกาศใช้ในลักษณะบังคับใช้ทั่วประเทศ

ในต่างประเทศมีการ ศึกษาเรื่อง P4P ขององค์การอนามัยโลกที่ทำในประเทศเอลโดเนีย เมื่อปี 2551 พบว่า การใช้ P4P อาจทำให้เกิดการเบี่ยงเบน มุ่งบริการเฉพาะกิจกรรมที่ “ได้แต้ม” แต่ละเลย “การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น” และการศึกษาของ Bruin และคณะ ที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ของอังกฤษ เมื่อปี 2554 ที่ได้ศึกษาในสหรัฐอเมริกา เยอรมนี และออสเตรเลีย พบว่า แม้ว่า P4P จะทำให้ “ปริมาณงานมากขึ้น” แต่ก็ไม่มีหลักฐานว่าจะได้รับการดีขึ้น ตรงข้ามอาจเกิดผลทางลบ เพื่อ “เพิ่มแต้ม”¹² ก็เป็นไปได้

ดังนั้นหากมองเรื่องนี้ด้วยใจเป็นกลาง ต้องยอมรับว่าการจ่ายผลตอบแทนทุกระบบล้วนมีปัญหาทั้งสิ้น หากใช้วิธีการเดิมแบบ “ถึงเวลาต้องได้” (Entitlement) จะส่งผลให้องค์กรสูญเสียสิ่งที่จะสูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไป ในทางกลับกันหากใช้การจ่ายผลตอบแทนตามผลงาน (Pay-for-Performance) อาจช่วยให้องค์กร

รักษาคณเฑาะว์คนดีไว้ได้ แต่คงมีปัญหาเรื่องการเกี่ยงงานและความรู้สึกไม่เป็นธรรมตามมา เพราะฉะนั้นปัญหาคงไม่ได้อยู่ที่ “หลักการ” ใดดีกว่ากัน แต่อยู่ที่ “การนำหลักการไปสู่การปฏิบัติ” มากกว่า ซึ่งมุมมองนี้สอดคล้องกับความเห็นของคุณอภิชาติ พิมลแสงสุริยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาองค์กรและพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นที่ปรึกษาให้กับองค์การภาครัฐและเอกชนหลายแห่ง¹³ ที่มองว่า “P4P เป็นแนวคิดที่ดีและเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้ในการบริหารจัดการเพื่อให้คนที่มีความดี ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม แตกต่างจากคนที่มีความปานกลางหรือไม่ค่อยดี เพื่อเป็นกำลังใจให้บุคลากรเหล่านั้นทำดียิ่งๆ ขึ้นไป แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เพราะหลักการไม่ดีแต่กลับกลายเป็นปัญหาในการนำไปปฏิบัติ ต่างหาก จุดเริ่มต้นของความล้มเหลวอยู่ที่ผู้บริหารมองการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้เป็นโครงการ (Project) แทนที่จะมองเป็นกระบวนการ (Process) ซึ่งต้องมีการบูรณาการปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน รวมทั้งต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ไม่ใช่คิดวันนี้... พรุ่งนี้ทำ !”

P4P เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของการนำหลักการและนโยบายที่ดีไปสู่ความล้มเหลวในการปฏิบัติ จริงอยู่แม้เราไม่สามารถย้อนเวลากลับไปได้ใหม่ แต่หากใส่ใจและสนใจในเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมา ความผิดพลาดก็สามารถเป็นครูชั้นดีให้กับเราได้

