

สรุปผลการเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ “ครูเยี่ยมศิษย์”

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ส่งที่ปรึกษาทางด้านคลินิกออกไปเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ “ครูเยี่ยมศิษย์” ได้ข้อสรุปว่า เป้าหมาย ปรัชญา หลักการ ของโครงการหลักประกันถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ยังมีปัญหาในการนำไปปฏิบัติ ที่ปรึกษาได้พบเห็นสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้ เช่น

“ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพมาก เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความกระตือรือร้น”

“การบริการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก การบริหารจัดการอยู่ในเกณฑ์ดีมาก”

“เจ้าหน้าที่มีความมุ่งมั่น ทำงานเป็นทีม”

“ผอ.กระตือรือร้นที่จะพัฒนาบริการ”

“ผอ.มีความคำนึงด้านสังคมมาก มีพื้นฐานความรู้ด้านรัฐประศาสนศาสตร์”

“ผอ.มีความมุ่งมั่นและกระตือรือร้น บรรยากาศของการทำงานดี มีการร่วมงานระหว่างแพทย์และพยาบาล เป็นมิตรภาพที่ดี”

“สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศดี โครงสร้างสายการบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน ผอ.มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เป็นที่ยอมรับ การพัฒนาคุณภาพก้าวหน้าไปมาก มีโครงการให้ facilitator ถ่ายทอดความรู้วันละเรื่อง บุคลากรกระตือรือร้นและมีความสุขในการทำงาน ขวัญกำลังใจดี ได้รับรางวัลหลายรางวัล ใช้ระบบ LAN ให้บริการแบบ one-stop”

“คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีการซับซ้อนมาก คุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะมุ่งเน้นพัฒนาระบบ primary คือการส่งเสริมสุขภาพ”

“โรงพยาบาลที่แพทย์ไม่มีการทำคลินิกส่วนตัวเลย แพทย์จะออกตรวจผู้ป่วยนอกได้พร้อมกันเกือบทุกคน เริ่มเวลา ๘.๐๐ น. จนกว่าผู้ป่วยจะหมดจึงพักกลางวัน ตอนบ่ายเริ่มใหม่และเลิกเวลา ๑๖.๐๐ น.หรือเกินเวลาไปจนกว่าผู้ป่วยจะหมด หลังเลิกงานก็อาจประชุมแพทย์ได้”

สำหรับปัญหาในทางปฏิบัติซึ่งมีผลต่อคุณภาพบริการ และการบรรลุเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังต่อไปนี้

๑. กำลังคน

ปัญหาสำคัญที่พบคือความขาดแคลนกำลังคน การอาศัยพยาบาลดูแลแทนแพทย์โดยไม่มี การเตรียมความพร้อมและการควบคุมกำกับที่ดีพอ ไม่มีการกำหนดลำดับขั้นของความต้องการใช้ กำลังคนที่เหมาะสม การทำคลินิกส่วนตัวของแพทย์ การโยกย้ายบ่อยๆ

ความขาดแคลนพื้นฐาน

สถานการณ์ที่พบทั่วไปคือความไม่เพียงพอของกำลังคนในชั้นพื้นฐานที่จะให้บริการที่มี คุณภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความขาดแคลนที่มีมาแต่เดิมแล้ว และโครงการประกันสุขภาพถ้วน หน้าทำให้มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แพทย์มีเวลาให้กับผู้ป่วยแต่ละรายสั้นมาก ไม่อาจเป็นหลักประกันว่า จะให้บริการที่มีคุณภาพได้

“เจ้าหน้าที่ไม่พอ กรอบแพทย์มี 6 มีจริง 3”

“รพ. 60 เตียง กำลังขยายเป็น 90 เตียง อัตรากำลังไม่เพียงพอ น้อยมาก มี 41 จากกรอบ 74”

“รพ.ทุกแห่งที่ไปเยี่ยมมีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลัง ศักยภาพ”

“คนแสนคน มีหมอ 5 คน มีสอ. 28 แห่ง เพิ่งมีพยาบาลเข้าไปอยู่ 3 แห่งจะหวังให้แพทย์เข้าไปดูแล คนไข้ได้อย่างไร”

“ปัญหาที่เด่นชัดทั้งฝ่ายแพทย์และฝ่ายพยาบาลคือคำกล่าวที่ว่า ถ้าจะให้มีความดีกว่านี้ต้องมี บุคลากรเพิ่มขึ้น มีแห่งหนึ่งที่พยาบาลยอมรับว่าจำนวนพยาบาลเพียงพอกับงาน สำหรับแพทย์ไม่พอทุก แห่ง”

“งานหลักของแพทย์ทุกโรงพยาบาลคือการดูแลผู้ป่วยนอก เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่เห็น เอง และจากสถิติของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ยืนยันได้ว่าเป็นจริงตามนั้น ผู้ป่วยในมีปัญหาน้อยกว่า เนื่องจากจำนวนไม่มากนัก มีไข้ผู้ป่วยอาการหนัก และแพทย์สามารถปรับเวลาได้ตามความจำเป็น”

แพทย์เฉพาะทาง

ปัญหาที่ยังไม่ชัดเจนก็คือต้องการให้มีกำลังคนระดับใดสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและบริการ ปฐมภูมิ รพ.บางแห่งต้องการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้สามารถแข่งขันและอยู่รอดได้ โดยมองว่าแพทย์ เฉพาะทางเป็นคำตอบหนึ่งเพื่อให้เกิดคุณภาพและศรัทธาแก่ประชาชน

“กรอบ ขาดแคลนแพทย์ ขอแพทย์เฉพาะทางไม่ได้ กรอบเป็นแบบเดียว อยากให้ขยายศักยภาพให้ มากขึ้น”

“การอบรม เมื่อจะมีแพทย์เฉพาะทาง อบรมกลับมาไม่นานก็ย้ายไปแล้ว”

การพิจารณากำลังคนที่ต้องการขณะนี้พิจารณาเฉพาะความต้องการสำหรับบริการปฐมภูมิ แต่ไม่ได้พิจารณาความต้องการสำหรับบริการทุติยภูมิ อะไรคือบริการทุติยภูมิ จะวางน้ำหนัก

ความสำคัญของงานระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการทุติยภูมิอย่างไร จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ อย่างไร

บทบาทของพยาบาล

สิ่งที่เป็นความจริงในปัจจุบันก็คือแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยทั้งหมดได้แม้จะเกลี่ยแพทย์จนมีสัดส่วนขั้นต่ำตามที่กำหนดไว้ ๑:๓๐,๐๐๐ ก็ตาม (ถ้าประมาณว่าประชาชนเจ็บป่วยต้องมารับบริการจากสถานพยาบาลเฉลี่ยปีละ ๒ ครั้ง ปีหนึ่งต้องมารับการรักษา ๖๐,๐๐๐ ครั้ง แพทย์หนึ่งคนทำงาน ๒๒๐ วันจะต้องตรวจผู้ป่วยวันละ ๒๗๒ ราย ซึ่งเป็นไปไม่ได้) จำเป็นต้องให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยบางส่วน หรืออาจจะเป็นการมอบหมายให้ทำหน้าที่แทน

“พยาบาลเป็นคนตรวจและใส่ข้อมูลไว้ให้ แล้วแพทย์มาดู เขามีระบบ Lan ดีมาก paperless แพทย์ตรวจแล้วก็เคาะเข้าไป พอจะสั่งยาก็มีรายชื่อยาออกมา dose เท่าไร ระบบดีมาก แต่พอถามคนไข้ คนไข้บอกว่า ‘หมอเอาแต่เคาะคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ดูคนไข้’”

“ไม่มี ผอ. ไม่มีแพทย์ประจำ มีแพทย์หมุนเวียนเพิ่งมาได้ 2 เดือน การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่พยาบาลทำ แพทย์ไม่ได้ตรวจ มุ่งแต่เคาะคอมพิวเตอร์”

“พยาบาลต้องทำหน้าที่แพทย์ ในการตรวจคนไข้นอกเวลาราชการ”

“ไม่มีแพทย์มาทำ OT เพราะได้รับอนุมัติค่าจ้างเพียง 100 บาทต่อชั่วโมง”

“พยาบาลต้องทำงานนอกเหนืออำนาจหน้าที่ของตัวเอง มีผลต่อความมั่นคง”

“มีความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน เนื่องใช้บุคลากรผิดประเภท ที่รพ.ชุมชนไม่ไกลจากกรุงเทพฯ พยาบาลต้องทำผ่าตัดเล็ก”

“การดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ทุกโรงพยาบาลต้องอาศัยพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ห้องฉุกเฉิน แม้จะมีข้อแนะนำเป็นการภายในให้ตามแพทย์ในกรณีที่เป็นบ้าง บางแห่งทราบว่าเป็น guideline ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติจริงก็ทำได้ไม่ง่าย และมีปัญหาพอสมควรทั้งที่พูดและไม่พูด แม้ว่าผู้อำนวยการจะยืนยันว่าแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบเองหากเกิดปัญหาใดๆ แต่ก็เป็นการบริหารจัดการภายใน อยู่นอกระบบ ผู้ปฏิบัติมีความลังเลใจที่จะเขียนบันทึก ย่อมมีผลทำให้การตรวจสอบคุณภาพทำได้ยาก หรือได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริง”

จะใช้กำลังคนอย่างไรให้เหมาะสมกับสภาพทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ถ้ายอมรับความจริงว่าแพทย์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอ จะต้องใช้พยาบาลเป็นด่านหน้า เก็บแพทย์ไว้ทำในสิ่งที่จำเป็น จะทำอะไรให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ จะฝึกอบรมอย่างไร มีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจนอย่างไร ดูแลกำกับอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหาหรือข้อผิดพลาด มี career path ที่ชัดเจนอย่างไร

“การให้พยาบาลทำเวชปฏิบัติแทนแพทย์ ยังไม่ค่อยเห็นด้วย พยาบาลช่วยแพทย์ในการซักประวัติได้ดี อันนี้ให้ช่วยได้”

“ถ้าจะทำเรื่องเชิงรุก การป้องกันบางโรค พยาบาลทำได้อย่างดี”

“การพัฒนาคน เอาพยาบาลไปรักษาคณไ้ ถ้าจำเป็นต้องทำอย่างนั้น ต้องสอนเขาอีกมาก”

“ถ้าใช้พยาบาลซึ่งไม่ได้อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติไปทำงานแทนแพทย์ ถ้าเกิดการฟ้องร้องขึ้นก็จะเป็นกรรมกับเขา รพ.แห่งหนึ่ง มีแพทย์สองคน แพทย์อยู่เวรคนละสัปดาห์แต่ไม่เคยถูกตามเลย”

“เรื่องพยาบาล หากมี standing order โดย สสจ. ก็จะช่วยคุ้มครองได้ ทำให้พยาบาลทำงานได้ด้วย ความสบายใจ”

“คนที่มีความสามารถมีอยู่เป็นจำนวนมาก อย่าเอาเป็นประเด็นหลัก ไม่เช่นนั้นสิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคในการจัดการ ประชาชนจะขาดความเชื่อถือ พยาบาลจะเลิกทำ น่าจะช่วยเหลือให้เขาทำได้”

ขณะที่บางจังหวัดมีค่านิยมว่าจะต้องตรวจกับแพทย์เท่านั้น ความคิดอย่างนี้ของประชาชนจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบในอนาคตหรือไม่

“ที่จังหวัดหนึ่ง คนไข้เรียกร้องว่าต้องหมอเท่านั้น”

ปัญหาอื่น ๆ

“งานมาก คนไม่พอ รพ.มีขนาดเล็ก ไกล มีปัญหาการโอนย้ายของบุคลากรสูงมาก มีแพทย์เปลี่ยนงานบ่อย”

“อัตรากำลังไม่เพียงพอ ใช้บุคลากรผิดประเภท เช่น ใช้เจ้าหน้าที่จิตวิทยามาเป็นหัวหน้าฝ่ายส่งเสริม”

“โรงพยาบาลที่แพทย์ส่วนมากทำคลินิกส่วนตัว จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยที่คลินิกส่วนตัวหมดเสียก่อน จึงจะมาตรวจที่โรงพยาบาลได้ ส่วนมากจึงเริ่มประมาณ ๙.๐๐ น.ไปแล้ว แต่ที่ ‘พยายาม’ ที่จะจัดให้มีแพทย์หนึ่งท่านมาตรวจก่อนตั้งแต่ ๘.๓๐ น.”

“ผลกระทบจากการมีปริมาณงานมากเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ และการทำคลินิกส่วนตัว ทำให้แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยคนละ ๒ นาที”

“บางโรงพยาบาลมีการโยกย้ายบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์มีปัญหาทุกแห่ง บางแห่งรวมถึงพยาบาลด้วย เป็นเหตุให้ความพยายามที่จะพัฒนางานให้เป็นระบบทำได้ยาก เกิดการสะดุด เนื่องจากคนใหม่ไม่ชอบของที่คนเก่าทำไว้ ต้องมีการเริ่มต้น ‘คุยกันใหม่’ บางกรณีมากกว่าหนึ่งครั้ง เห็นชัดเจนในเรื่อง CPG แม้ทุกแห่งจะพยายามทำ ทั้งสี่แห่งมี CPG ที่ใช้ปฏิบัติได้จริงเพียงหนึ่งรายการ”

๒. ความเข้าใจ ในปรัชญา หลักการ หรือเจตคติที่อาจจะไม่ตรงกับโครงการ

บางพื้นที่ซึ่งที่ปรึกษาเข้าไปเยี่ยม พบว่ามีความเข้าใจเรื่องระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าดี การจัดโครงการมีโครงการร่วมกับชุมชนมากมาย แนะนำเรื่องการออกดูสุขภาพในสถานที่ต่างๆ การหมุนเวียนแพทย์พยาบาลออกไปตาม สอ.เพื่อเป็นการป้องกัน

ในบางพื้นที่ก็มีปัญหาในการทำความเข้าใจ ปัญหาการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ หรือ จำเป็นต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

“ระบบที่ลงไปกลายเป็นว่า มันครอบคลุมทั้งจังหวัด เพราะฉะนั้นใครก็ตามมีบัตรทองไปไหนก็ได้ รพ.ใหญ่ที่จังหวัดก็เล่น รพ.ที่ดีก็คนไข้ล้น เหมือนกับย้ายกรุงเทพออกไปอยู่ตรงนั้น ไม่ได้ปฐมภูมิอย่างที่ว่า”

“อำเภอที่ไปเยี่ยมมี สอ. ๒๘ แห่ง รพ.ชุมชนส่งพยาบาลลงไปประจำอยู่ ๓ แห่ง เพิ่งลงไปไม่กี่เดือน ความสัมพันธ์เกือบจะเป็นศูนย์ เจ้าหน้าที่ สอ.เดิมคงจะมีคลินิกรักษาคนไข้ แต่เขาก็ยอมรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ ถามพยาบาลว่ามีปัญหาอะไร คำตอบยังคงมุ่งอยู่ที่การรักษา คือตอบว่า “ที่นี่มีแค่ PenV ไม่มี Cloxa”

“อีกอำเภอหนึ่งมีความสัมพันธ์ดีกว่า มีการส่งคนไข้ซึ่งมารักษาที่ รพ.ชุมชนต่อไป สอ. ถาม สอ. ว่ามีไข้เลือดออกเท่าไร เขาตอบว่ามี 8 คน ที่นี้ค้นหาเองได้ 2 ราย แล้วส่งต่อไป รพ. รพ.แจ้งกลับมา สอ.รู้ว่า ในพื้นที่ของเขามีผู้ป่วยเบาหวานเท่าไร มีการเชื่อมโยงแต่ยังไม่มีการติดตาม”

“มีทันตแพทย์ 3 คนทำงานถ้วน ถามว่าคนไหนมีสิทธิ์คนในอำเภอจะอย่างไร คำตอบเป็นการตั้งรับ ไม่เคยมองว่าประชากรต้องการอะไร”

“ส่วนของ รพ.พังดูไม่ค่อยเข้าใจเรื่อง 30 บาท เหมือนกับมีโครงการอีกอันหนึ่งมาคู่กับประกันสังคม มันไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เขาก็ยังทำงานอย่างเก่า มีอะไรเปลี่ยนไปนิดหน่อย”

“ที่รู้สึกว่าเป็นปัญหา คือใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างมากกว่าซ่อม มันไม่จริง เพราะฐานอยู่ รพ.เดิมที่ รพ.ไม่รู้สึกรู้ว่าเขารับผิดชอบคนทั้งอำเภอ รอรับอยู่ที่ รพ.”

ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาเชิงลึก เป็นเรื่องวิสัยคิดและการวางแผนไปในอนาคต ซึ่งหากเข้าไปดูอย่างผิวเผินจะไม่สามารถตรวจพบได้ เป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบซึ่งต้องการความเข้าใจแนวคิดและหลักการพื้นฐานอย่างลึกซึ้งของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อนำไปตรวจสอบวิธีการหรือแผนงานที่ตนรับผิดชอบว่าเป็นไปตามแนวคิดและหลักการดังกล่าวหรือไม่ มิฉะนั้นจะเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และในที่สุดปัญหาจะวนเวียนกลับมาที่เดิม

๓. ระบบงาน

ในพื้นที่ต่างๆ พยายามที่จะพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ บางโรงพยาบาลได้เริ่มต้นดำเนินการเรื่องนี้มาก่อนแล้ว เช่น การทำงานเชิงรุก การเข้าหาชุมชน การเก็บข้อมูลมาแล้วใช้เวทีชาวบ้านมาช่วยกันแก้ปัญหา บางโรงพยาบาลเริ่มต้นดำเนินการตามแนวทางที่สวนกลางให้ไป มีการจัดส่งแพทย์และพยาบาลหมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยจำนวนหนึ่ง สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง รพ.ชุมชนกับ สอ.

“จุดเด่น พัฒนาด้านการป้องกันโรคมีโครงการชัดเจน และลด งบประมาณ. เพื่อให้มีเงินเหลือมาจ้างบุคลากร”

“จะให้ สอ.เป็นหน่วยเชิงรุก มีแพทย์ไปออกตรวจ มี Home Health Care”

“ผู้บริหารพอใจโครงการนี้เพราะเขาจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น ปกติจะได้ 6-7 ล้าน บางแห่งจะได้เพิ่มถึง 16 ล้าน จะมีการจัดหมอไปอยู่สถานีนอนามัย เพื่อให้ สอ.ได้รับการ recognise ดีขึ้น คิดว่าถ้า สอ.ทำงานได้ดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยที่ รพ.ชช.ลดลง”

ปัญหาที่พบสืบเนื่องมาจากความเข้าใจ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภารกิจใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ความไม่ชัดเจนของการจำแนกระดับบริการ และการจัดโครงสร้างระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ปัญหาและความท้าทายในพื้นที่

ในการเปลี่ยนแปลงนี้มีทั้งปัญหาและความท้าทายต่อผู้ให้บริการ

“นโยบายดีมาก แต่การปฏิบัติยุ่งยากมาก ถ้ามีกระบวนการที่ชัดเจนจะช่วย”

“ได้ประชากรที่ขึ้นทะเบียนจำนวนมาก ถือว่าเป็นทุกขลาภเนื่องจากภาระงานเพิ่มขึ้น เห็นว่าน่าจะปรับลดจำนวนผู้ป่วยลงหรือเพิ่มจำนวนบุคลากร”

“นโยบายสามสิบบาท คนไข้เพิ่มชัดเจนเท่าตัว เขาต้องจัด PCU ต้องส่งหมอออกไป คนไข้รพ.เพิ่มขึ้นแล้วยังต้องส่งหมอออกไปอยู่ตามหน่วยต่างๆ ร้องกันลั่น”

“พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดต้องขึ้นปฏิบัติงานในเวลาราชการ และขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลาในเวรบ่าย-ดึก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งต้องออกไปปฏิบัติงานประจำสถานีนอนามัย ทั้งยังจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถบริการครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่”

“มีการเพิ่มงานระหว่างปีโดยกรมกองส่งงานมา การปฏิบัติงานไม่มุ่งผลลัพธ์ ไม่นำความต้องการของประชาชนมาพิจารณา ไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริงในการวางแผนแก้ปัญหา”

“การใช้ยาบัญชี ค.ยังเป็นปัญหา คุณภาพลดลง ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เสียเวลากับเอกสาร”

“ขอข้อมูลข่าวสารจากส่วนกลางให้เร็วที่สุด ต้องการแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ เช่น oxymeter, Bird respirator”

“ปัญหาที่กังวลคือการตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่จะมารับบัตร งบประมาณขณะนี้ดูแลตัวเองได้แต่มีหนี้สินเดิมอยู่ 6 ล้านบาท ไม่รู้จะทำอะไร”

“การสำรวจข้อมูลของผู้ที่จะมารับบัตรทอง สำรวจได้หมด 100% แต่แจกบัตรได้เพียง 70% ที่เหลือไม่สามารถได้ข้อมูลของผู้ที่มีสิทธิประโยชน์อื่นๆ มาครบ”

“การจ่ายค่าตอบแทนทำน้อยทำได้เท่ากัน มีเงินเดือนบัญชีเดียว ส่วนกลางได้มากกว่า การย้ายโดยติดเงินเดือนไปด้วย”

“รูปแบบไม่ชัดเจนว่าเป็นรายการครั้งหรือรายโรค งบประมาณต่อหัวไม่พอ เช่น pap smear คลุม 30 บาทหรือไม่ ต้องส่งรพ. 50 บาท”

“การมีนโยบายให้เอกชนเข้ามาร่วม คุณคาดหวัง รพ. จึงเกิดนโยบายนี้ตายโดยปรับระบบบริการให้ดีที่สุด เช่น จ้างแพทย์มาตรวจ OPD ให้พยาบาลทำงานเชิงรุก”

“กังวลว่าจำนวนผู้เลือกจะลดลง และจะเสียสัมพันธภาพระหว่าง รพ. เพราะแย่งกัน”

“เจ้าหน้าที่มีความเครียดมาก เพราะภาระหนัก”

“บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับความมั่นคงและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่บางจุดต้องเดินทางเท้า ใช้เวลาในการเดินทางไปกลับ 12 ชั่วโมง”

ส่วนของผู้รับบริการมีทั้งความพึงพอใจและความคาดหวังที่อาจจะสูงกว่าที่โรงพยาบาลจะตอบสนองได้ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้บริการที่เป็นปัญหา

“มีทั้งสองลักษณะคือ ผู้ที่มีสิทธิประโยชน์อยู่แล้วบางส่วนพยายามจะใช้บัตรทองเพราะสะดวกไม่ต้องจ่ายค่ารักษาล่วงหน้า ไม่ต้องรอเบิก ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งไม่มั่นใจในโครงการ 30 บาท จึงไม่ทำบัตร หรือไม่แจ้งว่ามีบัตรทอง”

“ความคาดหวังของประชาชนมากขึ้น การร้องเรียนมากขึ้น มีการมารอคิวตั้งแต่เช้ามีด”

“ปัญหาการร้องเรียน ส่วนมากเป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเพราะผู้ป่วยมากขึ้น”

“ผู้รับบริการผิดสถานที่ โดยเฉพาะชายเขต”

ความไม่ชัดเจนของระดับบริการ

คำถามที่เกิดขึ้นคือตัวระบบ อะไรคือปฐมภูมิ อะไรคือทุติยภูมิ มิได้มีการระบุให้ชัดเจนว่า บริการปฐมภูมิครอบคลุมอะไรบ้าง ครอบคลุมการผ่าตัดบางอย่างที่จำเป็น เช่น การผ่าตัดคลอดหรือไม่ โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องทำผ่าตัดง่ายๆ เช่น ไส้ติ่ง ไส้เลื่อน หรือไม่ ถ้าจำเป็น เป็นเพราะเหตุผลอะไร เพื่อความน่าเชื่อถือ หรือเพื่อการเข้าถึงบริการ จะทำให้มีคุณภาพอย่างไร

โครงสร้างของการจัดระบบบริการ

ที่ปรึกษาท่านหนึ่งได้ลงไปดูในเชิงโครงสร้างของการจัดระบบ และให้ความเห็นว่า

“ควรมี รพ.สองแบบ คือ รพ.คู่สัญญา กับ รพ.เครือข่ายที่รับลงทะเบียน รพ.ชุมชนทุกแห่งต้องถูกประเมินและกำหนดให้ชัดเจนว่าอยู่ในประเภทใด มิฉะนั้นจะสับสนว่าเขาอยู่ในระดับใด

ในแต่ละพื้นที่ควรกำหนดจำนวนเตียงตามขนาดประชากรในอัตราสิบเตียงต่อประชากรหมื่นคน กิจกรรมหลักที่มีความจำเป็นคือการคลอดบุตร รพ.ที่รับผิดชอบประชากรต่ำกว่าสามหมื่นคน น่าจะให้เพียง รพ.ในเครือข่าย ไม่สมควรเป็นคู่สัญญา เพราะขาดศักยภาพในการผ่าตัด

รพ.ที่รับผิดชอบประชากรสามหมื่นคนขึ้นไป จะต้องแยกแยะกว่าใครที่ควรเป็นคู่สัญญา ในระดับประชากรสี่หมื่นถึงหกหมื่นคน จะต้องมียุทธศาสตร์ ๔๐ เตียงขึ้นไป มีการให้บริการทุติยภูมิมากขึ้น รพ.ระดับนี้น่าจะมีห้องผ่าตัด สามารถทำการผ่าตัดไส้ติ่ง ไส้เลื่อน ได้ ควรวิเคราะห์และจำแนกเป็นสามกลุ่ม คือ ๑) รพ.ที่พร้อมจะเป็นคู่สัญญาได้ทันที พร้อมที่จะส่งต่อ ตามไปจ่าย คนไปชนกลับ สามารถดูแล รพ.

เครือข่ายและบริการปฐมภูมิได้ อาจจะเป็น supracontractor ซึ่งกันและกัน เช่น รวมกันมีแพทย์ออร์โธ ๑-๒ คน ๒) ยังไม่พร้อมในปัจจุบัน แต่มีศักยภาพที่จะพัฒนา ๓) ไม่มีศักยภาพ ผู้อำนวยการเปลี่ยนบ่อย ขณะนี้จำนวนเพียงพอ งบก่อสร้าง ๙๔.๒ บาทต่อหัวควรลงในจุดที่เป็นปัญหาโดยดูความตั้งใจของผู้อำนวยการเป็นสำคัญ

รพ.ที่รับผิดชอบพื้นที่ที่มีประชากรน้อย แต่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล จะต้องจ่ายเงินไปช่วยเป็นพิเศษ ไม่สามารถจ่ายเงินเหมาจ่ายต่อหัวได้”

๔. ระบบการเงินการบัญชี

รายได้

โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมีความกังวลในเรื่องความไม่แน่นอนของรายได้

“เรากังวลเรื่องเงินรายได้ เดิมที่มีเงินบำรุงมากพอสมควร การประกันสุขภาพทำให้เรียกเก็บเงินจากคนไข้ไม่ได้ เงินบำรุงเขาจะลดลง เงินสนับสนุนรายหัวก็ยังไม่มา สร้างความปั่นป่วนพอสมควร”

“โครงการสามสิบบาท กังวลเรื่องงบประมาณว่าจะมีเงินพอใช้หรือไม่ ที่ รพ.คิดว่าเงินจะไม่พอ”

“รพ.แห่งหนึ่งมีปัญหาเรื่องงบประมาณมากเนื่องจากมาช้า ต้องนำเงินเดิมมาใช้ก่อน รพ.อีกแห่งหนึ่งไม่มีปัญหา เพราะมีคนบริจาคเงินมาก”

คำตอบแทน

แม้จะได้รับเงินเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามที่ต้องการได้ การตั้งอัตราค่าตอบแทนน่าจะเป็นไปตามความจำเป็นและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

“ความยุ่งยากคือเงินมามาก หมอมีน้อย ได้ปลดพันธนาการไปแล้วในเรื่องการจ้าง คนไข้ 150 คน มาช่วงเช้า ทำไมไม่แบ่งกำลังไปอนามัยสักครึ่งวัน 14-15 อนามัยที่ต้องดูแล ก็จะทำให้ดูแลดีขึ้น ไปช่วยออกลูกที่ สอ.จะได้ทำให้ออกลูกที่ รพ.น้อยลง เขาบอกว่าไปไม่ไหว ได้แค่วันละ 52 บาท บอกว่าให้ไปเลย 1500 บาท เขาบอกว่าเอาพันเดียวก็พอ ทันทันสมัยเขามีอยู่แล้ว การเยี่ยมบ้านก็น่าจะใช้เจ้าหน้าที่ดั้งเดิมแล้วเอาพยาบาลไปเสริม”

“อัตราค่าตอบแทนซึ่ง สธ.ได้ปรับเปลี่ยนแล้วขอให้อำนาจการตั้งอัตรานั้นมาอยู่ที่ปลัด สธ. ได้พยายามทำระเบียบกลางขึ้นซึ่งเป็นอันตราย น่าจะให้ท้องที่เสนอขึ้นมา”

ระบบบัญชี

ข้อก้ำกักับการใช้และความรับผิดชอบยังไม่มีชัดเจนนัก ระบบบัญชีน่าจะเป็นระบบที่ใช้ได้ง่าย น่าจะต้องพัฒนาทั้งตัวระบบและตัวผู้ใช้โดยด่วนเพื่อกำกับและวางแผนการจ่ายเงิน

“บาง รพ. จ่ายแพทย์เฉพาะทางได้ในอัตรา 500 บาทต่อชั่วโมง แต่บาง รพ.จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อชั่วโมง”

“ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิมากขึ้น ระเบียบการจ่ายเงินบำรุงยังไม่คล่องตัว”

“ถ้าเขาได้บริหารจัดการการเงินเอง เขาจะทำอะไรได้เยอะกว่านี้มาก”

“มีปัญหาในการบริหารจัดการเรื่องการเงิน การคิดเงินไม่ค่อยมีรูปแบบที่สะท้อนถึงการใช้เงินจริงองค์กรไม่แสวงหากำไร ผู้บริหารน่าจะมีความรู้เรื่องการบริหารการกระแสเงินสด ไม่น่าจะมองที่รายจ่าย แต่มองเงินที่ต้องจ่ายก่อน”

“เรื่องบัญชีกระทรวงทำอยู่แล้ว มีการอบรมมาแล้ว คนที่รับผิดชอบอย่างน้อยต้องเป็น ปวส. ระบบดีแต่คนที่จะไปใช้ระบบยังลำบาก”

“แม้จะมีการอบรมแล้วแต่ข้างล่างยังใช้การไม่ได้ ทำอย่างไรให้ข้างล่างใช้การได้”

๕. การพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพสู่ HA ได้กำหนดไว้เป็นลำดับขั้น โรงพยาบาลต่างๆ มีความตั้งใจและความพยายาม มีความตื่นตัวในเรื่อง HA ต้องการความช่วยเหลือ

“มีความตั้งใจที่ดี พยายามทำ HA น่าจะมีศักยภาพที่จะทำได้ สิ่งที่ต้องการคือที่ปรึกษาด้าน HA”

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังติดปัญหาเรื่องกำลังคนที่จำกัด แม้ในงานปกติประจำก็ให้เวลากับผู้รับบริการได้ไม่เพียงพอ ความตั้งใจที่จะพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นจึงไม่อาจบรรลุผลได้ง่ายนัก อีกทั้งยังขาดความตระหนักและความรู้ในเรื่องคุณภาพเชิงวิชาชีพ

“แพทย์ส่วนมากคิดว่าคุณภาพดีอยู่แล้ว และยากที่จะทำให้อีกกว่านี้”

“งระหว่างการเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานวิชาชีพกับ HA”

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

“การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอกโดยตรงจากบทบาทของแพทย์คงไม่มีอะไรให้ประเมินมากนัก นอกจากประเมินบุคลิกภาพของแพทย์เป็นรายบุคคล ที่เหลือคงต้องประเมินจากเวชระเบียนหรือข้อมูลด้านอื่นๆ”

“เท่าที่ตรวจสอบเวชระเบียน สังเกตจากผู้ป่วยที่คอยแพทย์ และสอบถามจากพยาบาล ได้ข้อสรุปตรงกันว่า แม้ผู้ป่วยจะมีจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาเจ็บป่วยร้ายแรงหรือซับซ้อน เมื่อพิจารณาพร้อมกับเวลาที่แพทย์มีให้กับผู้ป่วย (๒ นาที) คุณภาพการดูแลของแพทย์จึงไม่น่าจะมีผลกระทบโดยตรงต่อโรคของผู้ป่วยมากนัก ปัญหาที่ปรากฏจึงมีเพียงด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย เช่น คำร้องเรียนว่าแพทย์สั่งยาโดยไม่ตรวจ เป็นต้น”

“ผู้ป่วยในจำนวนไม่น้อยรับไว้เพียงเพื่อสังเกตอาการ หรือผู้ป่วยอยากอยู่ หรือไม่มีรถกลับบ้าน จึงพอจะอธิบายสถิติเฉลี่ยของการอยู่โรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกันทุกโรงพยาบาลคือ ๒-๓ วัน จากการดูผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยพบว่า มีประเภนอน ๑ วันอยู่มาก (เพื่อสังเกตอาการหรือไม่มีรถกลับ) ร่วมกับประเภท ๔ วัน (สังเกตอาการใช้เลือดออกจนใช้ฉล) โรคซับซ้อนที่เห็นคือเป็นไข้หัดสาเหตุไม่ได้หากไม่ใช่ใช้เลือดออกและไข้ยังไม่ลงใน ๔ วัน”

“การรักษาบางอย่างไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น hand injury with skin loss ไม่ได้ปิด skin ทันที”

“สิ่งที่ผู้ป่วยขาดคือการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค”

“ตัวอย่างที่เป็นปัญหาการปฏิบัติงานที่เห็นได้ชัดเจนคือ นอกจากเวลารับประทานอาหารกลางวันแล้วยากที่จะนัดแพทย์ให้มาประชุมพร้อมเพรียงกัน ความหวังที่จะให้แพทย์ทำงานอื่น แม้แต่การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ย่อมทำได้ยาก”

“การบริหารความเสี่ยงไม่ค่อยดี มาตรฐานวิชาชีพไม่ค่อยมี ขาดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ”

“การใช้กระบวนการพยาบาลยังไม่ชัดเจน บันทึกยังไม่สมบูรณ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่พัฒนาแบบปัญหาเฉพาะหน้า ขาดอะไรก็ทำ”

“พยาบาลรู้สึกไม่ค่อยสบายใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาช่วงกลางดึก และไม่สามารถตามแพทย์ได้ ต้องบริหารจัดการเอง”

“ระบบบริหารความเสี่ยงยังไม่เป็นรูปธรรมนัก ในด้านกายภาพใช้ได้ ด้านวิชาการคงต้องช่วยเหลืออีก”

“ควรจัดให้มีกิจกรรมวิชาการ โดยเฉพาะ case discussion, mortality conference, journal club”

เวชระเบียน

ส่วนใหญ่จะมีปัญหาล้ำคลึงกันในเรื่องความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน ซึ่งในทางวิชาชีพแล้วถือว่าเป็นหน้าที่ เนื่องจากเวชระเบียนเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการสื่อสารเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการประเมินคุณภาพบริการ

“แพทย์ยังไม่ค่อยบันทึกเวชระเบียน คนไข้ในแทบจะไม่เขียนอะไรเลย บางครั้งเขียนอาการสำคัญใน order sheet ไว้หน่อยหนึ่ง ที่ OPD ยังดีที่มีการเขียนบ้าง ได้พยาบาลช่วยมาก”

“การบันทึกเวชระเบียนมีปัญหาทั้งด้านฝ่ายแพทย์และพยาบาล แพทย์มี progress note สั้นๆ ใน order ของพยาบาลไม่ครอบคลุมด้านอารมณ์จิตใจสังคม”

“การเขียนเวชระเบียนของแพทย์มีเพียงบันทึกการรักษา พร้อมให้เหตุผลว่าข้อมูลที่เหลืออยู่ในบัตรผู้ป่วยนอกแล้ว ไม่ต้องการเสียเวลาเขียนซ้ำ ซึ่งก็มีโอกาสสำคัญ ผลการตรวจเล็กน้อย และการวินิจฉัยโรค”

“ระบบเวชระเบียนไม่สมบูรณ์เลย เพราะเขาไม่มีเวลาลงนั่งเขียน”

“บันทึกของแพทย์ไม่มีเลย รายการคำสั่งแพทย์เป็น รคส.ทั้งหมด ไม่มีการเซ็น บันทึกของพยาบาลครบถ้วน”

“เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีการบันทึกคอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยในมีแต่คำสั่งการรักษา”

มีเพียงสองพื้นที่เท่านั้นที่มีระบบการทบทวนเวชระเบียน ส่งผลให้มีบันทึกเวชระเบียนที่

สมบูรณ์

“มีการทบทวนเวชระเบียนทุกเดือน และทบทวนเวชระเบียนของ รพ.ที่อยู่แถวนั้น”

“ที่ดีมากๆ คือเขามีระบบตรวจสอบเวชระเบียน มีกลุ่ม external auditor รวบรวมบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ รพ.ชุมชนต่างๆ จะส่งเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ 1

ท่าน มาตรวจสอบเวชระเบียนของแต่ละ รพ.โดย cross-exam กัน เมื่อตรวจเวชระเบียนของ รพ.จะพบว่าสมรรถนค่อนข้างมาก ทั้งที่ภาระงานค่อนข้างมาก เขาใช้ระบบพี่ดูแลน้อง”
ที่ปรึกษาได้เสนอแนะวิธีแก้ปัญหาไว้ดังนี้

“หากจะให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเขียนเวชระเบียนในรูปแบบปกติที่รู้จักกัน ไม่น่าจะมีความเป็นไปได้ จึงสมควรจะพิจารณารูปแบบการเขียนเวชระเบียนที่มีความเป็นไปได้สูงขึ้น ซึ่งต้องกระตือรือร้น สะดวกแก่การเขียน และสั้นที่สุด แต่มีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้เพื่อการตรวจสอบ ทั้งตรวจสอบตนเอง ตรวจสอบภายใน และรับการตรวจสอบจากภายนอก รวมทั้งการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย”

“เสนอให้เขียนเวชระเบียนในส่วนของแพทย์บนใบสั่งการรักษาทั้งหมด แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต้องมีข้อมูลเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งเป็นการเขียนเพียงครั้งเดียว เป็นรายการสั้นๆ กระชับ และมีความสำคัญ ได้แก่ ก) อาการสำคัญ ข) ประวัติการเจ็บป่วยสั้นๆ ๑-๓ วลี ค) การตรวจร่างกาย ง) การวินิจฉัย รวมข้อความทั้งหมดไว้ที่ส่วนต้นซ้ายมือของใบสั่งการรักษาแผ่นแรกโดยอาจทำเป็นตารางประทับไว้”

“ให้มีการเขียนบันทึกการเปลี่ยนแปลงต่อไปในช่องซ้ายมือของใบสั่งการรักษา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สมควรบันทึกไว้ เช่น มีข้อมูลใหม่ที่สำคัญเกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค หรือเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษากระบวนการคุณภาพ

ปัญหาคุณภาพอื่น ๆ

“การ identify ผู้ป่วยไม่รัดกุม การรักษาความลับไม่รัดกุม”

“มีอุปกรณ์เครื่องใช้จำนวนมาก บางอย่างไม่รู้วิธีใช้ ต้องเอาไปให้ที่อื่นใช้”

“ปัญหาเล็กน้อย เช่น การบันทึกในบัตร หลอดไฟในห้องฉายรังสีไม่ทำงาน การเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ บันทึกยังไม่สมบูรณ์ทั้งที่มีแบบฟอร์มที่กระชับ”

“ได้นำคอมพิวเตอร์ออนไลน์มาใช้ แต่มีปัญหาที่ตัวแพทย์ไม่ค่อยเข้าไปทำเอง แม้แต่เรื่องการสั่งยา ก็ให้พยาบาลคีย์ ทำให้มีความคลาดเคลื่อนมากมาย แก้โดยเอาเวชระเบียนไปที่ห้องยาให้เภสัชตรวจสอบซ้ำ”

“มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ ซึ่งยังขาดทักษะ”

“ขาดอุปกรณ์ ไม่มีเครื่องดมยาสลบ บาง รพ.มีเครื่องดมยาเมื่อ 20 ปีแล้ว บาง รพ.ไม่มีเครื่องดมยา ทำผ่าตัดดมยาและใส่ดิ่งด้วยวิธี spinal & Ketamine เคยมีคนใช้ aspirate & arrest วิสัญญีพยาบาลจบมานานแล้ว อยู่ด้วยความเป็นทุกข์อยากให้คนมาแทน”

“ไม่มีเวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เคยทำ 5 ส. แต่ระยะนี้ลดความเข้มข้นลง”

“ห้องผ่าตัดและห้องคลอดอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีหน่วยเวชกรรมสังคมรวมอยู่ด้วย และผู้ป่วยรอคลอดอยู่ในบริเวณนั้น ทำให้คนค่อนข้างจะพลุกพล่านไม่เป็นสัดส่วน”

“เตียงผ่าตัดในห้องผ่าตัดใช้ทำแผล หัวหน้าห้องผ่าตัดบอกว่ามีเตียงผ่าตัดแต่ไม่มีใครประกอบได้”

“บริเวณหอผู้ป่วยค่อนข้างแออัด ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ได้ทั้งหมด ต้องจัดให้ผู้ป่วยนอนบริเวณระเบียงติด”

“ทันตแพทย์ปวดหลังจากการใช้อุปกรณ์ทำฟันที่ไม่เหมาะสม เก่ามาก ไม่สามารถปรับระดับตามความต้องการได้”

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์

1. ควรยอมรับความจริงว่าในสภาพปัจจุบัน แพทย์ไม่ใช่กำลังคนหลักสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิอย่างแท้จริง การให้แพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกเพียงคนละ 2 นาที เป็นใช้แพทย์อย่างไม่คุ้มค่าและสร้างภาพหลอกแก่สังคม แพทย์ควรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้กำกับ ผู้ทบทวน ให้แก่บริการปฐมภูมิ ควรกำหนดและวางแผนพัฒนากำลังคนหลักสำหรับบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน มีระบบการประเมินความรู้และทักษะเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ วางขอบเขตการปฏิบัติงานให้เหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย และส่งเสริมการปฏิบัติงานให้เป็นที่ยอมรับจากสังคม

2. ควรพิจารณาวิธีการกำหนดโครงสร้างของระบบบริการให้ชัดเจน ถ้าจะจำแนกเป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ก็ควรกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนว่าบริการแต่ละระดับหมายถึงอะไร มีเส้นแบ่งอยู่ตรงไหน รวมทั้งคิดกรอบอัตรากำลังและจำนวนเตียงที่เหมาะสมสำหรับตามจำนวนประชากรโดยรวมรวมทั้งบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิเข้าด้วยกัน การคิดแบบแยกส่วนเฉพาะบริการปฐมภูมิก่อให้เกิดปัญหากับระบบโดยรวม

3. ควรหาวิธีการทำความเข้าใจแนวคิดและหลักการของการปฏิรูประบบบริการซึ่งเน้นประชาชนในพื้นที่ทั้งหมดเป็นฐานมากกว่าการตั้งรับ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เป็นอันตรายอย่างยิ่งว่า “คุณภาพดีอยู่แล้ว ยากที่จะทำให้ดีกว่านี้” ทั้งนี้โดยควบคู่ไปกับการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติในส่วนปลาย ควรใช้กระบวนการประเมินจากภายนอกเพื่อติดตามความเข้าใจและเจตคติดังกล่าวและสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ

4. ควรให้ความสำคัญกับการวางระบบบริหารการเงินการบัญชีเพื่อให้มีการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม สามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติงานในเชิงรุก และการกำกับดูแลให้คำปรึกษาครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ

5. ควรมีนโยบายให้สถานพยาบาลทุกแห่งสร้างระบบทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหา และนำไปสู่การป้องกันปัญหาและการให้บริการที่มีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง