

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙



การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต

Transforming medical education for future society



วันที่ ๑๔-๑๖ กันยายน ๒๕๕๘
ณ โรงแรม Swissotel Le Concorde

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙



การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต

Transforming medical education for future society



วันที่ ๑๔-๑๖ กันยายน ๒๕๕๘
ณ โรงแรม Swisshotel Le Concorde

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
วันที่ ๑๔-๑๖ กันยายน ๒๕๕๘

บรรณาธิการ พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์
วรพล จรุงวณิชกุล

จัดทำโดย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา

ออกแบบและพิมพ์ที่

บริษัท ปริ้นท์แอนด์มอร์ จำกัด

เลขที่ ๑๗๗/๖ ถนนนาคนิวาส แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ ๑๐๒๓๐

โทร. ๐ ๒๕๓๘ ๗๒๖๙, ๐๘ ๑๒๖๗ ๘๑๘๑

คำนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่า การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศ ผลของการประชุมได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการผลิตแพทย์ของประเทศ จากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘ ได้กำหนดหัวข้อในการประชุม เรื่อง การบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People-centered health care) และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยได้ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อผลักดันและติดตามผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมครั้งนั้น ซึ่งในปีนี้เป็นคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับมอบหมายจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยให้เป็นผู้ดำเนินการหลักในการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙ โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตรศึกษามีมติเห็นชอบร่วมกันให้จัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ภายใต้หัวข้อ “การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมอนาคต” (Transforming medical education for future society) ด้วยเห็นว่าในขณะนี้สภาพเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การผลิตแพทย์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง นานัปการที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศและการผลิตแพทย์

เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เป็นผลจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ มีความเป็นไปได้สูงที่จะนำไปปฏิบัติต่อได้และก่อให้เกิดการพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ในประเทศไทยอย่างก้าวกระโดด คณะผู้ดำเนินการจัดประชุมได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการ จำนวน ๕ ชุด โดยมีหน้าที่ศึกษาประเด็นสำคัญที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะกรรมการวิชาการดังกล่าวได้แก่

๑. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๑ ความหลากหลายของระบบสุขภาพ
๒. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๒ วิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์
๓. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๓ Physician for community
๔. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๔ Academic physician/researcher
๕. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๕ Physician for advanced care

นอกจากนี้ในการดำเนินการและเตรียมการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ยังได้เสนอแต่งตั้งคณะกรรมการอีกหลายคณะ ได้แก่

- คณะกรรมการอำนวยการ
- คณะกรรมการดำเนินการกลาง
- คณะกรรมการจัดทำร่างข้อเสนอแนะ
- คณะกรรมการเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์
- คณะกรรมการจัดทำนิทรรศการ “หกทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่อนาคต”

และคณะทำงานประมวลข้อมูลและจัดทำรายงานข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ โดยรายละเอียดของการดำเนินการในคณะกรรมการชุดต่างๆ สามารถศึกษาได้จากเอกสารเล่มนี้

อนึ่ง ในการประชุมครั้งนี้ได้รับพระกรุณาจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาธินัดตามาตุ ทรงพระกรุณาเสด็จมาเปิดการประชุมและประทานพระดำรัสแก่ที่ประชุมซึ่งนับเป็นศิริมงคลอย่างสูงยิ่งแก่คณะกรรมการ ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากรและนิสิตนักศึกษาที่มาร่วมประชุมพร้อมหน้ากันในโอกาสนี้

การดำเนินการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติทุกครั้ง ถือเป็นงานระดับชาติที่มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมาก การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย แพทยสภา สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน คณาจารย์ บุคลากร นิสิตนักศึกษาแพทย์ ผู้ปกครองและหน่วยงานอื่นที่ไม่สามารถยกมากล่าวได้ทั้งหมดในที่นี้ คณะผู้ดำเนินงานขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องที่ได้เสียสละและร่วมทำงานอย่างหนักเป็นเวลาเกือบ ๒ ปี โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้ จะได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่ การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สารบัญ

	หน้า
ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๙
• คำอธิบายข้อเสนอแนะ	๑๒
พิธีเปิด การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๑๕
• คำกราบทูลของประธานคณะกรรมการอำนวยการฯ	๑๙
• คำกราบทูลของรองประธานอำนวยการฯ	๒๐
• คำกราบทูลของประธานคณะกรรมการดำเนินการกลาง	๒๑
• พระดำรัสในโอกาสเสด็จเปิดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙	๒๒
กำหนดการ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๒๓
ภาพบรรยากาศการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๒๕
ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง ปฏิรูปการศึกษาแพทยศาสตร์ ๒๕๕๘	๔๑
โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา	
• ยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูปการศึกษานักวิชาชีพสุขภาพที่มุ่งสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพ	๕๗
• ข้อคิดเห็นของที่ประชุม	๖๘
รายงานการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘	๖๙
ประเด็นที่ ๑: ระบบสุขภาพและความต้องการแพทย์	๘๗
• รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๑	๘๙
วิเคราะห์ความหลากหลายของระบบสุขภาพ	
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๑๑๑
ประเด็นที่ ๒ และ ๓: นโยบายการผลิตแพทย์และการจัดการศึกษาของสถาบันผลิตแพทย์	๑๑๗
• รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๒	๑๑๙
วิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์	
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๑๔๑
ประเด็นที่ ๔: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ	๑๔๙
ทั้งในชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง	
• รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๓: Physician for Community	๑๕๑
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๑๕๗

สารบัญ

	หน้า
ประเด็นที่ ๕: การผลิตแพทย์เพื่อให้ความพร้อมในโรคที่มีความซับซ้อน	๑๖๓
• รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๕: Physician for Advance Care	๑๖๕
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๑๖๘
ประเด็นที่ ๖: การผลิตแพทย์เพื่อให้ความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัย	๑๗๕
• รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๔: Academic Physician and Researcher	๑๗๗
• เอกสารประกอบ ๖.๑ Research in the Medical Curriculum	๑๗๙
• เอกสารประกอบ ๖.๓ ผลจากแบบสำรวจความหลากหลายพื้นฐานการทำวิจัยที่สำคัญ ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	๑๘๖
• เอกสารประกอบ ๖.๔ สรุปการเรียนรู้การสอน Evidence Based Medicine (EBM) สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี ๖ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	๑๙๔
• เอกสารประกอบ ๖.๕ โครงการเพชรชมพู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๑๙๖
• เอกสารประกอบ ๖.๖ โครงการ PhD/MD มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการนวมณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	๒๐๑
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๒๐๓
ประเด็นที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ	๒๐๗
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๒๐๙
ประเด็นที่ ๘: เกณฑ์ความรู้ความสามารถและการสอบในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม	๒๑๕
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๒๑๗
ประเด็นที่ ๙: ภาระงานอาจารย์แพทย์และการพัฒนาอาจารย์	๒๑๙
• ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	๒๒๑
การอภิปรายข้อเสนอแนะการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙	๒๒๕
คำกล่าวปิดการประชุมโดย เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	๒๓๙
ผลการประชาพิจารณ์ร่างข้อเสนอแนะการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙	๒๔๓
• ผลสรุปการประชาพิจารณ์ร่างข้อเสนอแนะ	๒๔๕
• ข้อเสนอแนะจากการประชาพิจารณ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๒๔๗

สารบัญ

	หน้า
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์	๒๕๐
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ มหาวิทาลัยเชียงใหม่	๒๕๑
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	๒๕๒
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์	๒๖๙
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	๒๗๐
• ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	๒๗๔
• ข้อเสนอแนะจากการประชุมวิชาการ โรงแรมมณเฑียร กรุงเทพฯ	๒๗๙
ภาคผนวก	๒๘๕
• โครงการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๒๘๗
• คำสั่งกระทรวงศึกษาธิการ ที่ สกอ. ๘๑๓/๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๒๙๑
• รายงานคณะกรรมการจัดทำนิตยสาร การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๓๐๔
• รายงานคณะทำงานประมวลข้อมูลและจัดทำรายงานข้อเสนอแนะจากการประชุม แพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๓๐๕
• จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๓๐๖
• รายงานผู้เข้าร่วมการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๓๐๘



ข้อเสนอแนะ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

๑. การจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ด้วยคุณสมบัติที่สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลาง แพทย์ผู้ให้การบริบาลผู้ป่วยซับซ้อนและแพทย์ผู้พัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาและเทคโนโลยี จึงสมควรปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร เพื่อผลิตแพทย์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายนี้
๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ควรดำเนินการตามมาตรฐานการศึกษาในระดับสากลที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและคำนึงถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจและศักยภาพของสถาบัน โดยกำหนดเป้าหมายบัณฑิตแพทย์ให้มีสมรรถนะหลักและสมรรถนะอื่นที่สำคัญ ดังนี้
 - ๒.๑ สมรรถนะหลัก หมายถึง สมรรถนะทางวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาและมาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษา
 - ๒.๒ สมรรถนะอื่นที่สำคัญ หมายถึง สมรรถนะที่ต้องเสริมสร้างให้ผู้เรียนตามความสนใจและศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้สถาบันอาจเลือกส่งเสริมสมรรถนะดังกล่าวในแนวทางที่แตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่ตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของระบบบริการสุขภาพและการดำเนินชีวิต
๓. โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะพึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษาแพทยศาสตร โดยกำหนดเป้าหมายวางระบบการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ จัดประสบการณ์การเรียนรู้และประเมินผล ภายใต้การประกันคุณภาพการศึกษา โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. สถาบันพึงมีระบบสนับสนุนให้อาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำอธิบายข้อเสนอแนะ

๑. ในการจัดการหลักสูตร สถาบันพึงกำหนดสมรรถนะหลักและสมรรถนะอื่นที่สำคัญของบัณฑิตแพทย์ไว้ อย่างชัดเจน สมรรถนะหลักเป็นสมรรถนะที่ต้องมีในบัณฑิตทุกคน โดยต้องมีสมรรถนะอย่างน้อยตาม เกณฑ์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาและมาตรฐานการศึกษาาระดับอุดมศึกษา (เช่น มคอ.) ทั้งนี้สถาบันอาจเพิ่มสมรรถนะอย่างอื่นที่สถาบันพิจารณาว่าเป็นสมรรถนะหลักของบัณฑิตของสถาบัน ตามความเหมาะสม ส่วนสมรรถนะอื่นที่สำคัญ เช่น สมรรถนะในการดำเนินชีวิต สมรรถนะในการ ตัดสินใจในงานสุขภาพ สมรรถนะในการทำงานสหวิชาชีพ สมรรถนะในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะในการวิจัยและนวัตกรรม เป็นต้น สถาบันพึงพิจารณาเลือกเสริมให้กับบัณฑิตแต่ละคนตามความ เหมาะสม



๒. ในการผลิตบัณฑิตแพทย์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของระบบสุขภาพนั้น สถาบัน อาจดำเนินการโดยการเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในภาคส่วนต่างๆ ดังนี้
- ๒.๑ การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่จะศึกษาและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นแพทย์ผู้ให้ บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลางสำหรับชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง เพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของสังคมไทย หรือฝึกอบรมต่อยอด สถาบันพึงดำเนินการ ดังนี้
- ๒.๑.๑ จัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและผูกพันกับชุมชน (Community engagement) อย่างเพียงพอ โดยได้เรียนรู้จากต้นแบบที่ดี (Role model)
- ๒.๑.๒ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริบาล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Primary care with longitudinal care)
- ๒.๒ การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่จะศึกษาและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นแพทย์ผู้ให้การ บริบาลผู้ป่วยซับซ้อน สถาบันพึงดำเนินการดังนี้
- ๒.๒.๑ จัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากผู้ป่วยซับซ้อนอย่างเป็นองค์รวมภายใต้บรรยากาศทางวิชาการ
- ๒.๒.๒ บูรณาการการเรียนรู้ร่วมกับวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อ สร้างความเข้าใจในการบริบาลผู้ป่วยซับซ้อน
- ๒.๒.๓ มีวิชาเลือกเสริมประสบการณ์ที่เหมาะสม

- ๒.๓ การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่จะศึกษาและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นแพทย์ผู้พัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาและเทคโนโลยี สถาบันพึงดำเนินการดังนี้
- ๒.๓.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม และมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย
 - ๒.๓.๒ ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการทำโครงการวิจัยตั้งแต่ระยะแรกของหลักสูตรและจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ
 - ๒.๓.๔ เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน
 - ๒.๓.๕ สร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยให้แก่ผู้เรียน
๓. ระบบสนับสนุนอาจารย์ควรรวมถึงการกำหนดแนวทางการคัดเลือก การดำเนินการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง การธำรงรักษาอาจารย์ และการมีมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณลักษณะตามมาตรฐานกลาง เช่น ความรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการเรียนการสอน คุณธรรม จริยธรรม การเป็นต้นแบบ จรรยาบรรณของอาจารย์ ฯลฯ



พิธีเปิด
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ
ครั้งที่ ๙

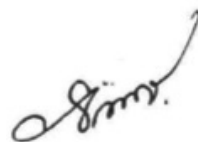
กำหนดการ

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ
เสด็จไปทรงเปิด “การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ” ครั้งที่ ๙
ณ ห้องเลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘

- เวลา ๑๓.๐๐ น. - พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จโดยรถยนต์ที่นั่ง
ถึงโรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ เขตห้วยขวาง
- รองศาสตราจารย์พินิติ รตะนานุกูล เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ศาสตราจารย์อาวุธ ศรีศุกรี เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
ศาสตราจารย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ไศภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
และผู้แทนโรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ ฝ้ารับเสด็จ
 - รองศาสตราจารย์นวลทิพย์ กมลวารินทร์ ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ
รองศาสตราจารย์กัญญรัตน์ ทรัพย์วิเชียร ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
รองศาสตราจารย์จิตต์ดาดา ดีโรจนวงศ์ ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
รองศาสตราจารย์จุไรพร สมบุญวงศ์ ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
และนางสาวสุริศศา วิเวกานนท์ ผู้แทนโรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ ถวายพวงมาลัย
 - เสด็จขึ้นชั้น ๒ (โดยลิฟต์)
 - เสด็จเข้าห้องเลอ คองคอร์ด บอลรูม
(ดนตรีบรรเลงเพลงมหาชัย)
 - ประทับพระเจ้าอื้อ (บนเวที)
 - ศาสตราจารย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์ กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการดำเนินการ
กลางเข้าเฝ้าถวายของที่ระลึก
 - รองศาสตราจารย์พินิติ รตะนานุกูล เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา
กราบทูลสำนึกในพระกรุณา และกราบทูลรายงานความสำคัญของการประชุม
แพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
 - ศาสตราจารย์อาวุธ ศรีศุกรี เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
กราบทูลรายงานวัตถุประสงค์และความเป็นมาในการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ
 - รองศาสตราจารย์ไศภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
กราบทูลรายละเอียดของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
 - พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ มีพระดำรัสเปิดการประชุมฯ
(จบพระดำรัส / ดนตรีบรรเลงเพลงมหาชัย)

- เสด็จลงจากเวที
- เสด็จออกจากห้องเลอ คองคอร์ด บอลรูม
- ทอดพระเนตรนิทรรศการ ๖ ทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่นาคต (บริเวณหน้าห้อง)
- เสด็จไปยังห้องจามจุรี
- ฉายพระรूपร่วมกับคณะกรรมการดำเนินการกลาง คณะบดีโรงเรียนแพทย์ ๒๑ แห่ง คณะกรรมการนิทรรศการและกรรมการประชาสัมพันธ์ และเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์ (จำนวน ๔ ชุด)
- เสด็จลงชั้น G (โดยลิฟต์)
(ดนตรีบรรเลงเพลงมหาชัย)
- เสด็จไปประทับรถยนต์ที่นั่ง
- เสด็จกลับ

การแต่งกาย แต่งเครื่องแบบปกติขาว



๑๐ กันยายน ๒๕๕๘

คำกราบทูลของประธานคณะกรรมการอำนวยการ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
รองศาสตราจารย์พินิติ รตะนานุกูล
เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘
ณ ห้อง เลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ
ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

ขอประทานกราบทูลทราบบฝ่าพระบาท

เกล้ากระหม่อม รองศาสตราจารย์พินิติ รตะนานุกูล เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในฐานะประธานคณะกรรมการอำนวยการ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พร้อมด้วยคณะกรรมการการทุกคณะ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ที่มาเฝ้าพร้อมกันอยู่ ณ ที่แห่งนี้ รู้สึกปลาบปลื้มปิติและสำนึกในพระกรุณาเป็นล้นพ้น ที่ได้ฝ่าพระบาท ทรงพระกรุณาเสด็จมาทรงเปิด การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ในวันนี้

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ ณ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของ คณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการและกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย การประชุมนี้ นับเป็นการประชุมระดับชาติที่สำคัญ อันจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายในการพัฒนาด้านแพทยศาสตรศึกษาของประเทศต่อไป ดังนั้น การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างหลากหลายมาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในด้านกว้างและเชิงลึก ทั้งยังต้องมีการทำประชาพิจารณ์ข้อสรุปต่างๆ ก่อนการประชุมด้วย

กระทรวงศึกษาธิการได้แต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่อจัดการประชุมรวม ๑๐ ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินการกลาง คณะกรรมการจัดทำร่างข้อเสนอแนะ คณะกรรมการจัดทำนิทรรศการ คณะกรรมการเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์และคณะกรรมการวิชาการ ๕ ชุด นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษายังได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดการประชุมครั้งนี้ด้วย

ในการดำเนินงานจัดการประชุมนี้ คณะกรรมการอำนวยการได้มอบหมายให้ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการดำเนินการกลางเป็นผู้จัดการประชุม

ในลำดับต่อไปเกล้ากระหม่อมขอประทานพระอนุญาตเบิก ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กราบทูลรายงานเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ควรมิควรแล้วแต่จะโปรด

คำกราบทูลของรองประธานอำนวยการ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี
เลขาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘
ณ ห้อง เลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ
ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

ขอประทานกราบทูลทราบบฝ่าพระบาท

เกล้ากระหม่อม ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ขอประทานพระอนุญาตกราบทูลความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พอสังเขป ดังนี้

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติจัดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๔๙ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาและปรับปรุงการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศไทยให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพพร้อมคุณธรรมออกไปรับใช้สังคม ทั้งยังต้องสอดคล้องกับนโยบายด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย การประชุมในแต่ละครั้งนั้นจะมีข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการผลิตแพทย์ของประเทศต่อไป การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาตินี้กำหนดจัดขึ้นทุกๆ ๖ หรือ ๗ ปี และได้มีการจัดมาแล้วรวม ๘ ครั้ง

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ระหว่าง วันจันทร์ที่ ๑๔ – วันพุธที่ ๑๖ กันยายนศกนี้มีหัวข้อหลักของการประชุมว่า “การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต” [Transforming Medical Education for Future Society] เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐที่มุ่งเน้นการผลิตแพทย์เพิ่ม ซึ่งเป็นที่คาดว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีจำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้น โดยคาดหวังว่าอัตราแพทย์ต่อประชากรจะอยู่ที่ ๑ : ๑,๒๐๐ ถึง ๑ : ๑,๕๐๐ นอกจากนี้ความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการจะทวีสูงขึ้นและนโยบายของการจัดระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิย่อมมีความชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งนโยบายของรัฐในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ทำให้รูปแบบของความต้องการแพทย์ในแต่ละชุมชนมีแตกต่างกันออกไป ดังนั้น การผลิตแพทย์ของประเทศในอนาคต จึงควรได้รับการพัฒนาให้เข้าถึงความต้องการของชุมชนมากยิ่งขึ้น

นอกเหนือจาก คณะกรรมการชุดต่างๆ แล้ว คณะกรรมการวิชาการ จำนวน ๕ ชุดซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดหัวข้อและเนื้อหาที่จะนำมาพิจารณา แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในที่ประชุมด้วย คณะกรรมการวิชาการ ๕ ชุด ประกอบด้วย

- คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๑ : ความหลากหลายของระบบสุขภาพ
- คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๒ : วิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์
- คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๓ : Physician for Community
- คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๔ : Academic Physician/Researcher
- คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๕ : Physician for Advanced Care

ในลำดับต่อไป เกล้ากระหม่อม ขอประทานพระอนุญาตเบิก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในฐานะประธานคณะกรรมการดำเนินการกลาง กราบทูลรายงาน รายละเอียดของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ควรมิควรแล้วแต่จะโปรด

คำกราบทูลของประธานคณะกรรมการดำเนินการกลาง การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภาธร
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘

ณ ห้อง เลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเทล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ
ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

ขอประทานกราบทูลทราบบฝ่าพระบาท

เกล้ากระหม่อม รองศาสตราจารย์นายแพทย์โสภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานคณะกรรมการดำเนินการกลาง การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ขอประทานพระอนุญาต กราบทูลรายละเอียดของการจัดการประชุมพอสังเขป ดังนี้

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ประกอบด้วย ปาฐกถาเกียรติยศ โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา นิทรรศการ “หกทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่นาคต” การอภิปราย การวิเคราะห์ และการสรุปข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ ซึ่งได้ผ่านการทำประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั่วประเทศ รวม ๗ ครั้ง ระหว่างวันที่ ๕ กรกฎาคม - ๖ สิงหาคมศกนี้ ซึ่งได้จัดขึ้น ณ สถานที่ต่างๆ ดังนี้

วันพุธที่ ๘ กรกฎาคม	จัดโดย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วันจันทร์ที่ ๑๓ กรกฎาคม	จัดโดย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วันอังคารที่ ๒๘ กรกฎาคม	จัดโดย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
วันพุธที่ ๒๙ กรกฎาคม	จัดโดย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
วันพฤหัสบดีที่ ๖ สิงหาคม	จัดโดย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ มีผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย คณาจารย์และบุคลากร จากโรงเรียนแพทย์ ๒๑ สถาบันทั่วประเทศ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ๓๗ แห่ง แพทยสภา แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย กระทรวงศึกษาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ผู้แทนนิสิตนักศึกษา รวมทั้งหน่วยงาน และบุคคลผู้เกี่ยวข้อง ประมาณ ๑,๐๐๐ คน ในการประชุมครั้งนี้จะมีการนำเสนอข้อเสนอแนะที่ผ่านการทำประชาพิจารณ์มาแล้ว เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนร่วมในการผลิตแพทย์อย่างทั่วถึง จากนั้นจะจัดสรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อนำไปจัดทำเป็นนโยบายในการผลิตแพทย์สำหรับประเทศไทยต่อไป

บัดนี้ ได้เวลาอันเป็นอุดมมงคลฤกษ์แล้ว เกล้ากระหม่อมในเฝ้าขอประทานพระกรุณาประทานพระดำรัสทรงเปิดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ เพื่อความเป็นสิริมงคล เป็นขวัญและกำลังใจแก่คณะกรรมการทุกชุดและผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน จากนั้นเฝ้าขอประทานพระวโรกาส กราบทูลเชิญเสด็จไปทอดพระเนตรนิทรรศการ “หกทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่นาคต” และขอประทานพระอนุญาตฉายพระรูปร่วมกับคณะกรรมการรวม ๔ ชุด ตามลำดับต่อไป

ควรมิควรแล้วแต่จะโปรด



พระดำรัส

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ
 ในโอกาสเสด็จเปิดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
 วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘
 ณ ห้อง เลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ
 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้ามีความยินดีที่ได้มาเปิดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ และได้ทราบรายละเอียดและจุดมุ่งหมายของการจัดประชุม มีความชื่นชมที่ได้เห็นคณาจารย์ บุคลากร ผู้แทนนิสิตนักศึกษา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานทางการแพทย์ต่างๆ มาประชุมกันด้วยความพร้อมเพรียง

ในปัจจุบันการแพทย์ของไทยได้พัฒนาเจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ จนได้รับการยอมรับว่าอยู่ในระดับแนวหน้าของภูมิภาค แต่การพัฒนาทางการแพทย์ยังต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพราะวิทยาการทางการแพทย์ได้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งประชาชนผู้ขอรับบริการต่างก็มีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีและได้มาตรฐานจากแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญ ดังนั้นการปรับปรุงการศึกษาแพทยศาสตร์เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีคุณภาพพร้อมจริยธรรมและจรรยาบรรณ จึงถือว่ามีสำคัญอย่างยิ่ง

เป็นที่น่ายินดีที่การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติซึ่งจัดขึ้นในครั้งนี้มีหัวข้อการปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต ทำให้หวังได้ว่าการประชุมที่จัดขึ้นจะส่งผลให้ การศึกษาแพทยศาสตร์ได้รับการปรับเปลี่ยนไปในทางสร้างสรรค์และสามารถผลิตแพทย์ที่ถึงพร้อมด้วยคุณสมบัติที่พึงประสงค์ การแพทย์ในบ้านเมืองของเราจะได้เจริญก้าวหน้ามั่นคง ประชาชนได้รับการบริการที่ดี ทำให้มีสุขภาพอนามัยและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีตลอดไป

ได้เวลาอันสมควรแล้ว ข้าพเจ้าขอเปิดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙ ณ บัดนี้ ขอให้การประชุมบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามจุดมุ่งหมายและผู้ประชุมทุกคนประสบแต่ความสุขความเจริญ พร้อมด้วยความสำเร็จสมหวังทุกเมื่อเทวักัน



กำหนดการ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
วันจันทร์ที่ ๑๔ - วันพุธที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘
ห้อง Le Concorde Ballroom
โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอคอนคอร์ด กรุงเทพฯ

วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘	
เวลา	หัวข้อ
๘.๐๐ - ๘.๓๐	ลงทะเบียน
๘.๓๐ - ๙.๓๐	ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง ปฏิรูปการศึกษาแพทยศาสตร์ ๒๕๕๘ ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา
๙.๓๐ - ๑๐.๐๐	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๐๐-๑๑.๐๐	การรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล รองเลขาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
๑๑.๐๐-๑๒.๐๐	รับประทานอาหารกลางวัน
๑๒.๐๐-๑๒.๓๐	ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าห้องประชุม Le Concorde Ballroom
๑๒.๓๐-๑๓.๐๐	ผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมกันในห้อง Le Concorde Ballroom
๑๓.๐๐-๑๔.๐๐	พิธีเปิด พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จทรงเป็นประธานในพิธีเปิด
๑๔.๐๐-๑๔.๓๐	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๓๐-๑๖.๐๐	ข้อเสนอแนะที่ ๑: ระบบสุขภาพและความต้องการแพทย์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล
วันอังคารที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๘	
๘.๐๐ - ๘.๓๐	ลงทะเบียน
๘.๓๐ - ๑๐.๐๐	ข้อเสนอแนะที่ ๒ และ ๓: นโยบายการผลิตแพทย์และการจัดการศึกษาของสถาบันผลิตแพทย์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร
๑๐.๐๐-๑๐.๓๐	พักรับประทานอาหารว่าง

๑๐.๓๐-๑๒.๐๐	ข้อเสนอแนะที่ ๔: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ นายแพทย์รายิน อโรร่า
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐	รับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐	ข้อเสนอแนะที่ ๕: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความพร้อมในโรคที่มีความซับซ้อน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อังถาวร ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์
๑๔.๓๐-๑๕.๐๐	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๕.๐๐-๑๖.๓๐	ข้อเสนอแนะที่ ๖: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์ และ ศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงณัฐธิดา หิรัญกาญจน์
วันพุธที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘	
เวลา	หัวข้อ
๘.๓๐-๑๐.๐๐	ห้อง ๑ ข้อเสนอแนะที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์ อาจารย์ ดร. นายแพทย์दनัย ว่างสุทรค
	ห้อง ๒ ข้อเสนอแนะที่ ๘ และ ๙ :
	๑. เกณฑ์ความรู้ความสามารถและการสอบในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ๒. ภาระงานอาจารย์แพทย์และการพัฒนาอาจารย์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงษ์ อัครผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินันท์ เกตุลอย
๑๐.๐๐-๑๐.๓๐	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐	สรุปข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภาธร คณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๒.๐๐-๑๒.๓๐	พิธีปิดการประชุม ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี เลขาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
๑๒.๓๐-๑๓.๓๐	รับประทานอาหารกลางวัน



พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชธิดาตามาตุ ทรงพระกรุณาเสด็จเปิด
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙
วันจันทร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๘
ณ ห้อง เลอ คองคอร์ด บอลรูม ชั้น ๒ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ





ทรงฉายพระรูปร่วมกับคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินการกลางและ
คณะกรรมการจัดทำนิตยสาร



ทรงฉายพระรูปร่วมกับคณะกรรมการเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์



ทอดพระเนตรนิทรรศการทบทวนรศชแพทยศาสตรศึกษาไทยก้าวไกลสู่อนาคต



การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต
Transforming medical education for future society



ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง การปฏิรูปแพทยศาสตรศึกษา ๒๕๕๘
โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา





การรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘
โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล รองเลขาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย





การนำเสนอรายงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๑: ระบบสุขภาพและความต้องการแพทย์
โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ และ แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญาตกุล





การนำเสนอรายงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๒
 นโยบายการผลิตแพทย์และการจัดการศึกษาของสถาบันผลิตแพทย์
 โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์
 และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร



บรรยากาศการเสนอข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม



บรรยากาศการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙



บรรยากาศการเสนอข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม



การนำเสนอรายงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๓ Physician for Community
โดยรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์และ นายแพทย์รามิณ อโรร่า



การนำเสนอรายงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๔ Academic Physician and Researcher
โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์ และ
ศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงฉวีรัตน์ หิรัญกาญจน์



การนำเสนอรายงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๕
โดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวรและศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์



การเสนอข้อคิดเห็นโดยนิสิตนักศึกษาแพทย์



บรรยากาศการเสนอข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม



การอภิปรายประเด็นที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
โดย อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์และ อาจารย์ ดร. นายแพทย์ดนัย วังsturค



บรรยากาศการอภิปรายประเด็นที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ



การอภิปรายประเด็นที่ ๘ เกณฑ์ความรู้ความสามารถและการสอบในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและประเด็นที่ ๙ ภาระงานอาจารย์แพทย์และการพัฒนาอาจารย์ โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงษ์ อัครผล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตีธร เกตุลอย



การอภิปรายข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙
 ดำเนินรายการโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภากาศและ
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร



บรรยากาศการอภิปรายข้อเสนอแนะ



บรรยายภาคการอภิปรายข้อเสนอแนะ



บรรยายภาคการอภิปรายข้อเสนอแนะ



บรรยากาศการอภิปรายข้อเสนอแนะ



บรรยากาศการอภิปรายข้อเสนอแนะ



นิทรรศการ “มหกทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่สากล”





ปาฐกถาพิเศษ
เรื่อง

ปฏิรูปการศึกษาแพทยศาสตร์ ๒๕๕๘

โดย

ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

ปฏิรูปการศึกษาแพทยศาสตร์ 2558 Medical Education Reform 2015

จรัส สุวรรณเวลา
การประชุมการศึกษาแพทยศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๑๔ กันยายน ๒๕๕๘

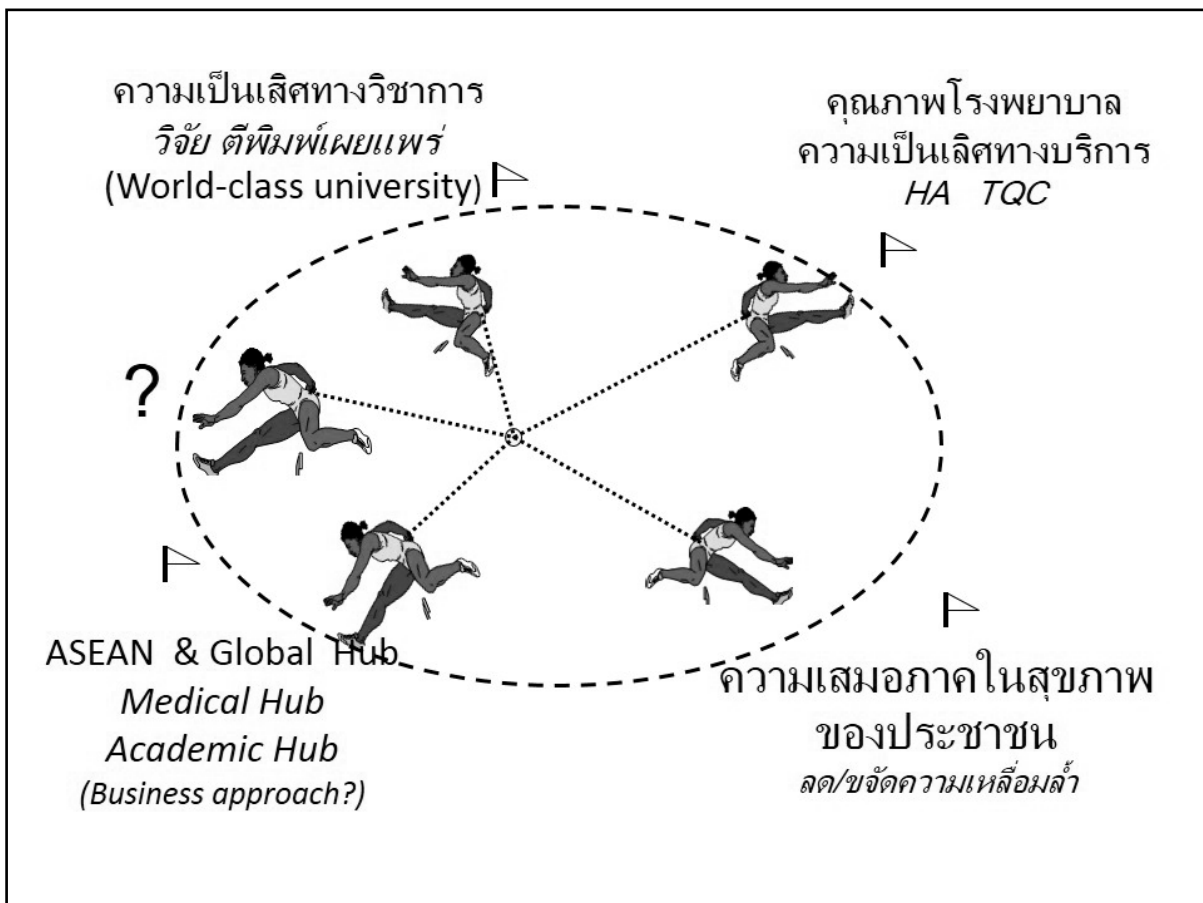
การประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ
ผู้ผลิต - ผู้ใช้แพทย์ ร่วมกัน
ทบทวนปัญหา/สิ่งท้าทาย
วางทิศทางนโยบาย (บริการ - การศึกษา)
ข้อเสนอแนะการเปลี่ยนแปลง

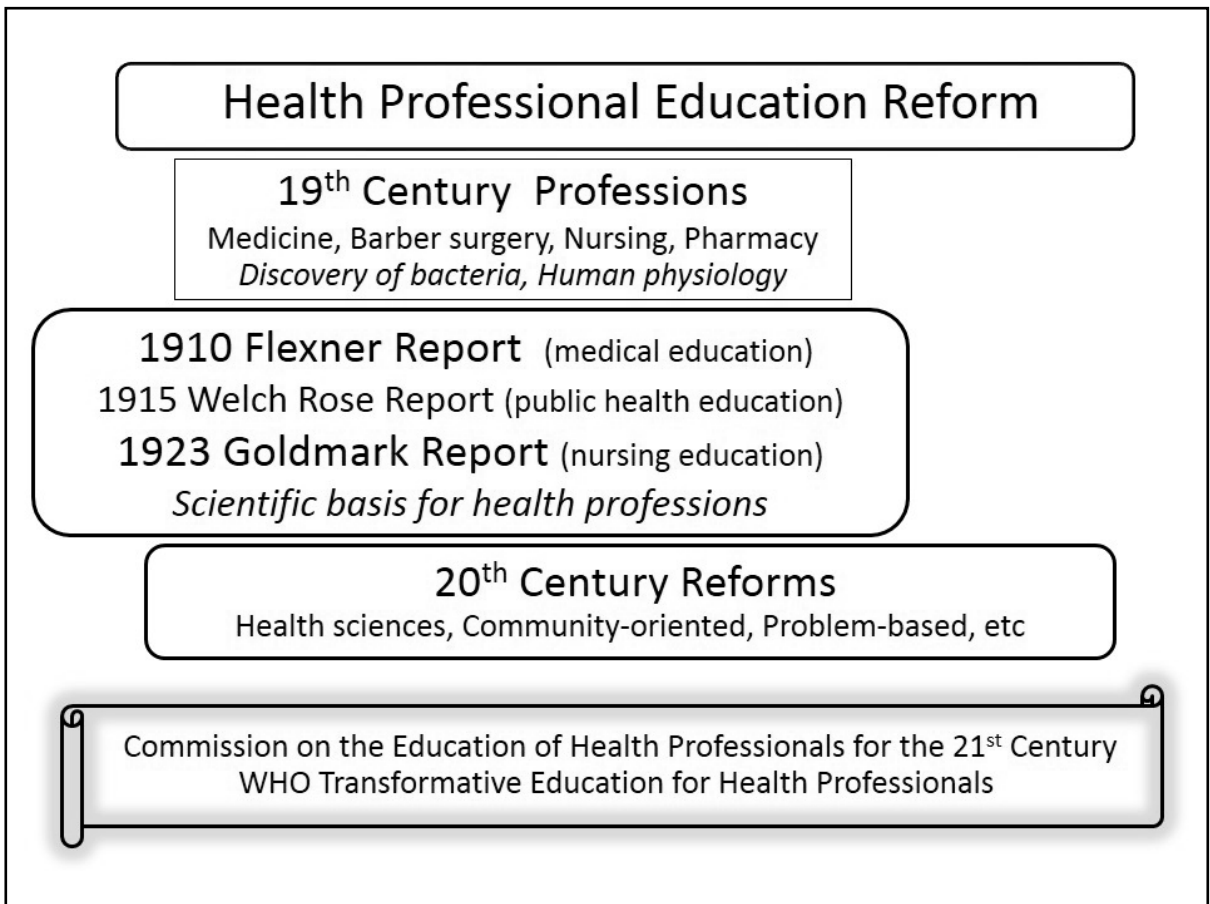
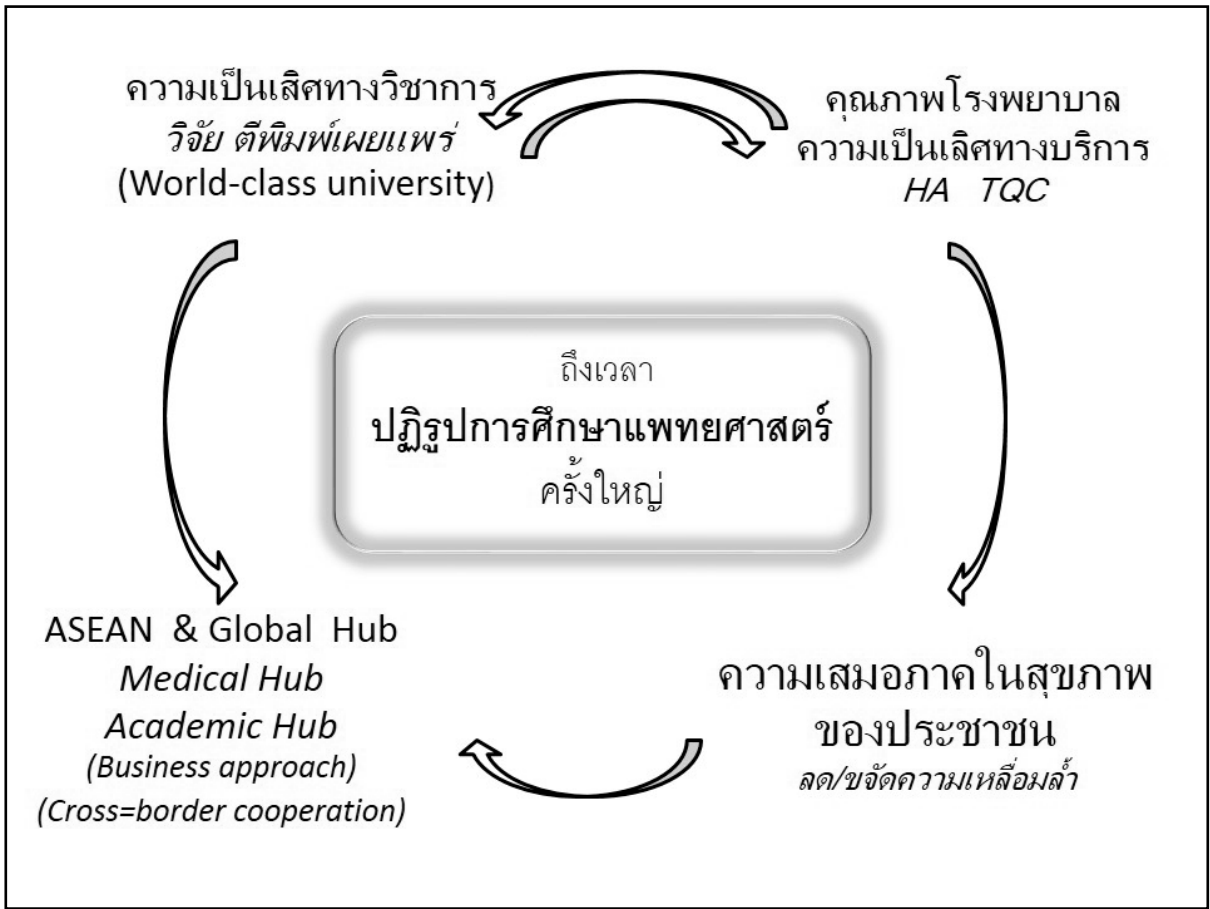


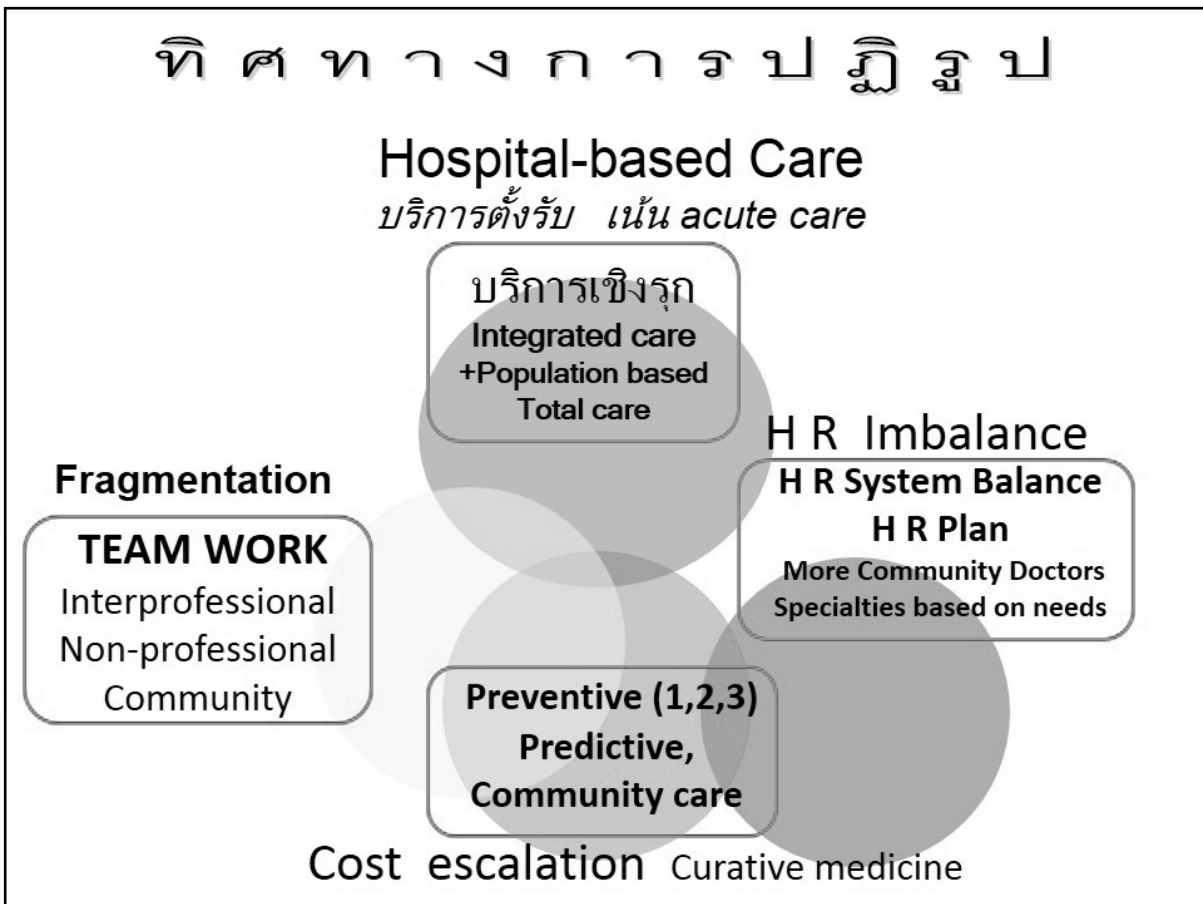
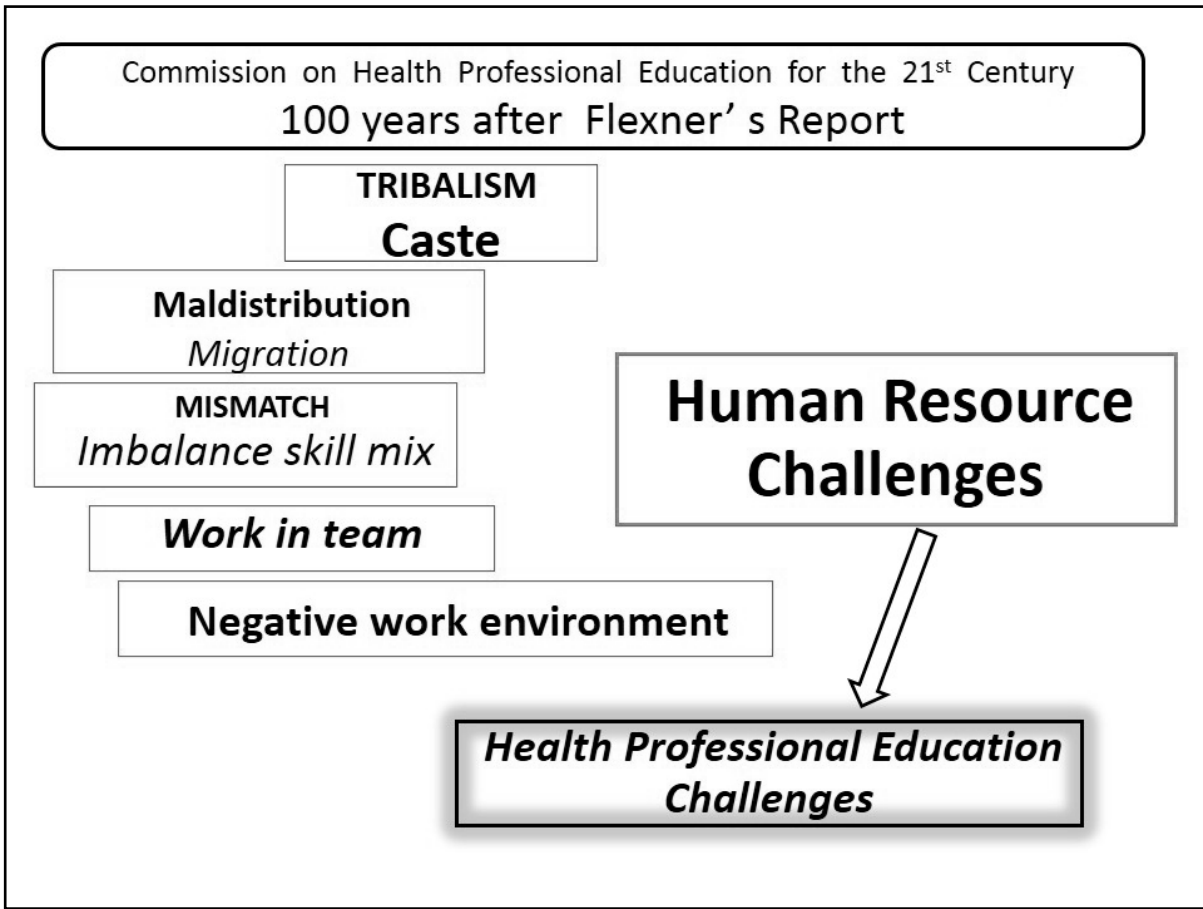
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ
ผู้ผลิต - ผู้ใช้แพทย์ ร่วมกัน
ทบทวนปัญหา/สิ่งท้าทาย
วางทิศทางนโยบาย (บริการ - การศึกษา)
ข้อเสนอแนะการเปลี่ยนแปลง

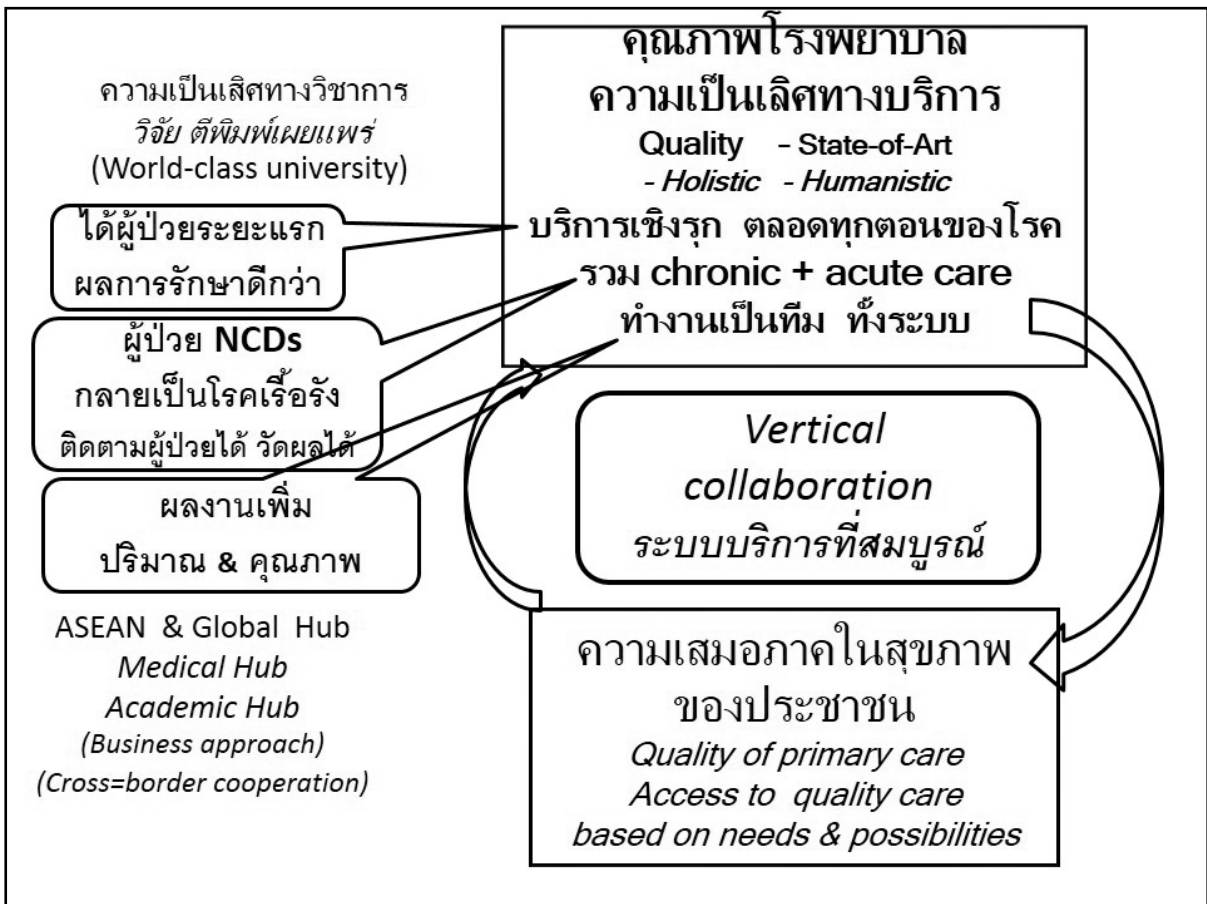
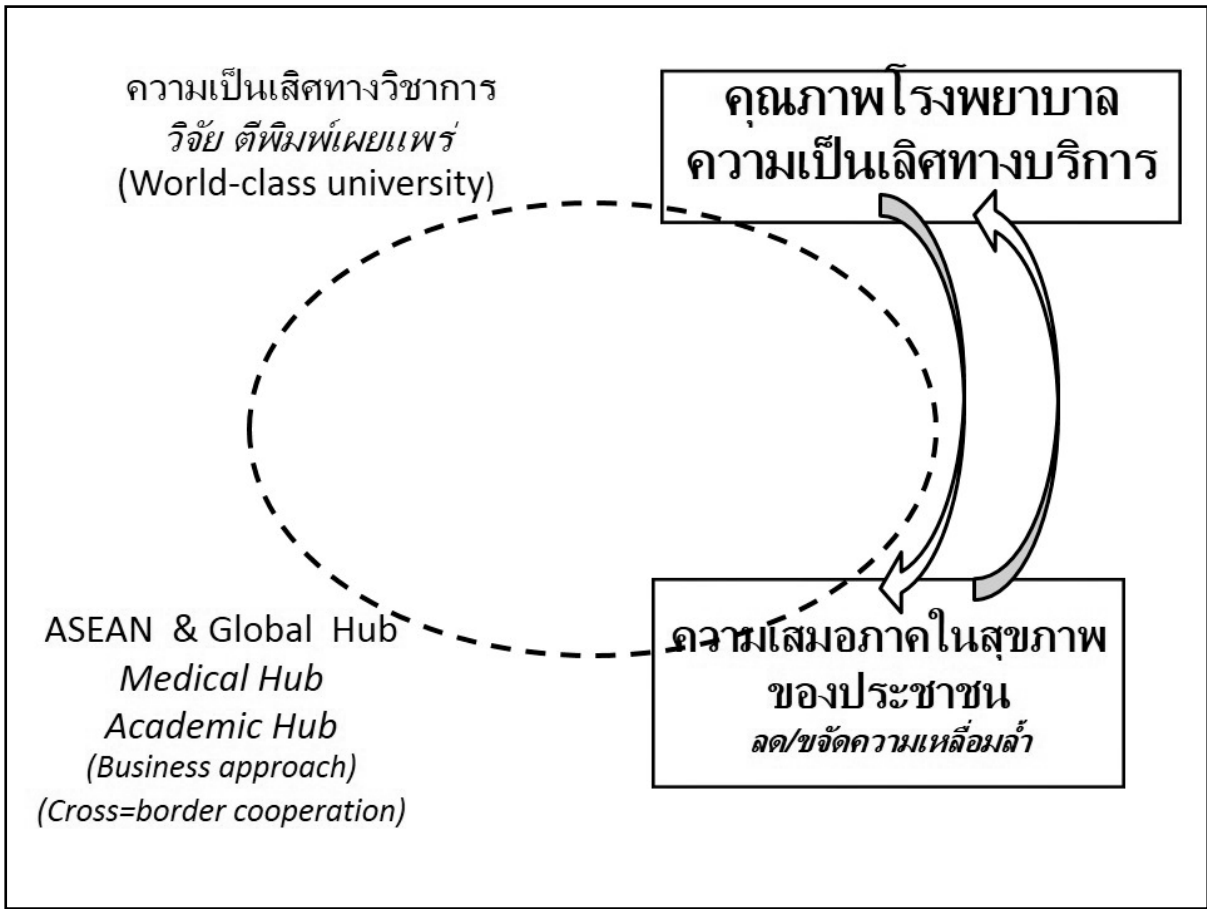
ตัวอย่างข้อเสนอแนะ

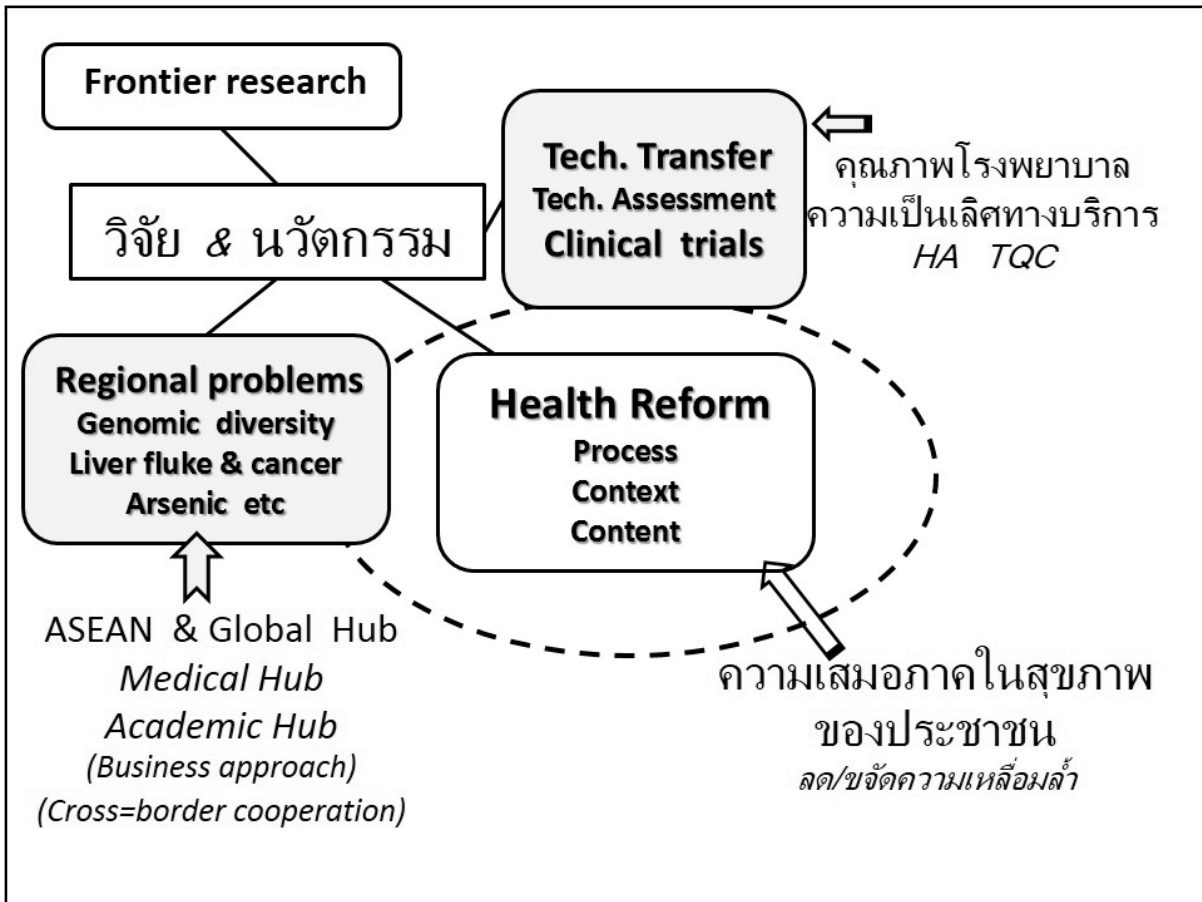
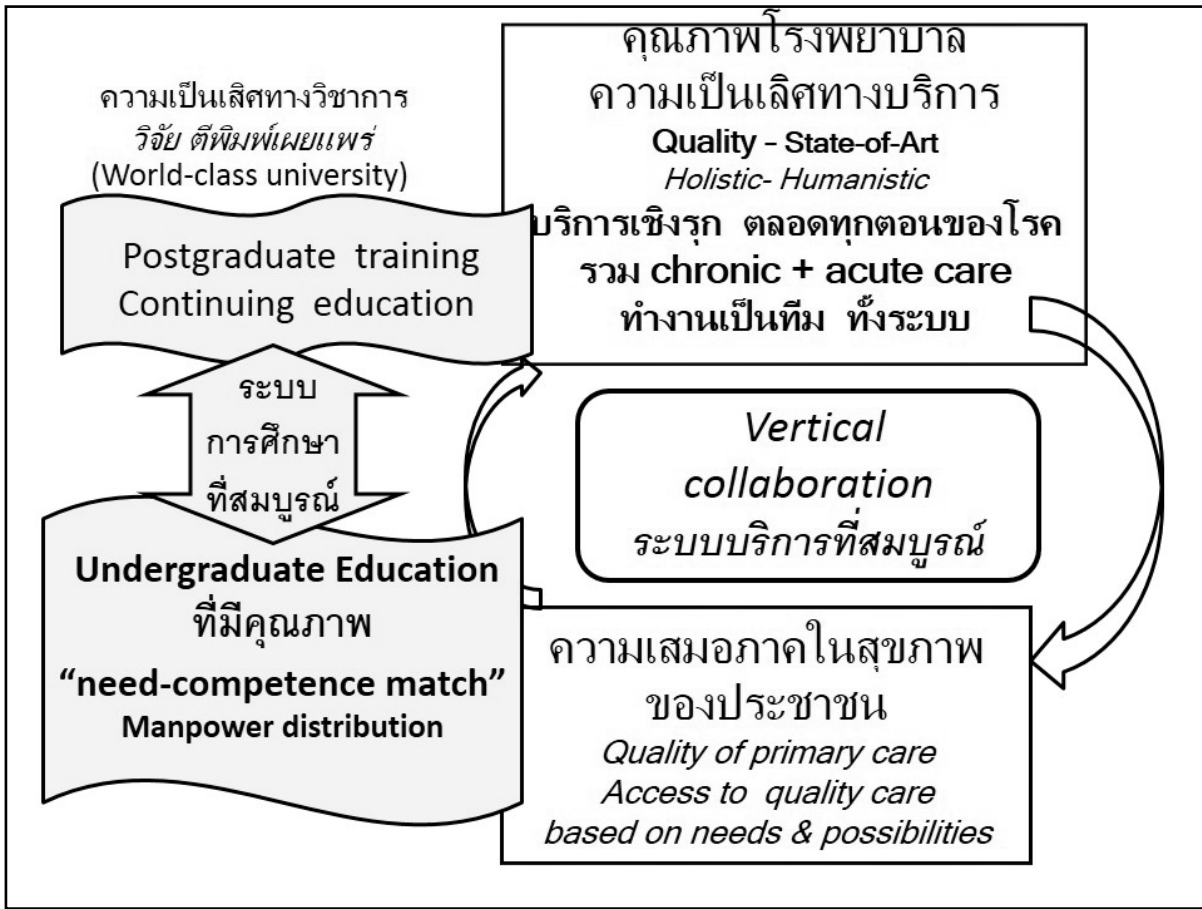
การปรับปรุงหลักสูตร -- การเกิดแพทย์ฝึกหัด มาตรฐานแพทย์ฝึกหัด
การปรับระยะเวลา ๗ปี เป็น ๑ + ๒ + ๒ + ๑(externer)
การใช้โรงพยาบาลทั่วไปในภูมิภาคเป็นที่ศึกษาชั้นคลินิก
การพัฒนาครูแพทย์
การศึกษาแพทย์เพื่อชนบท









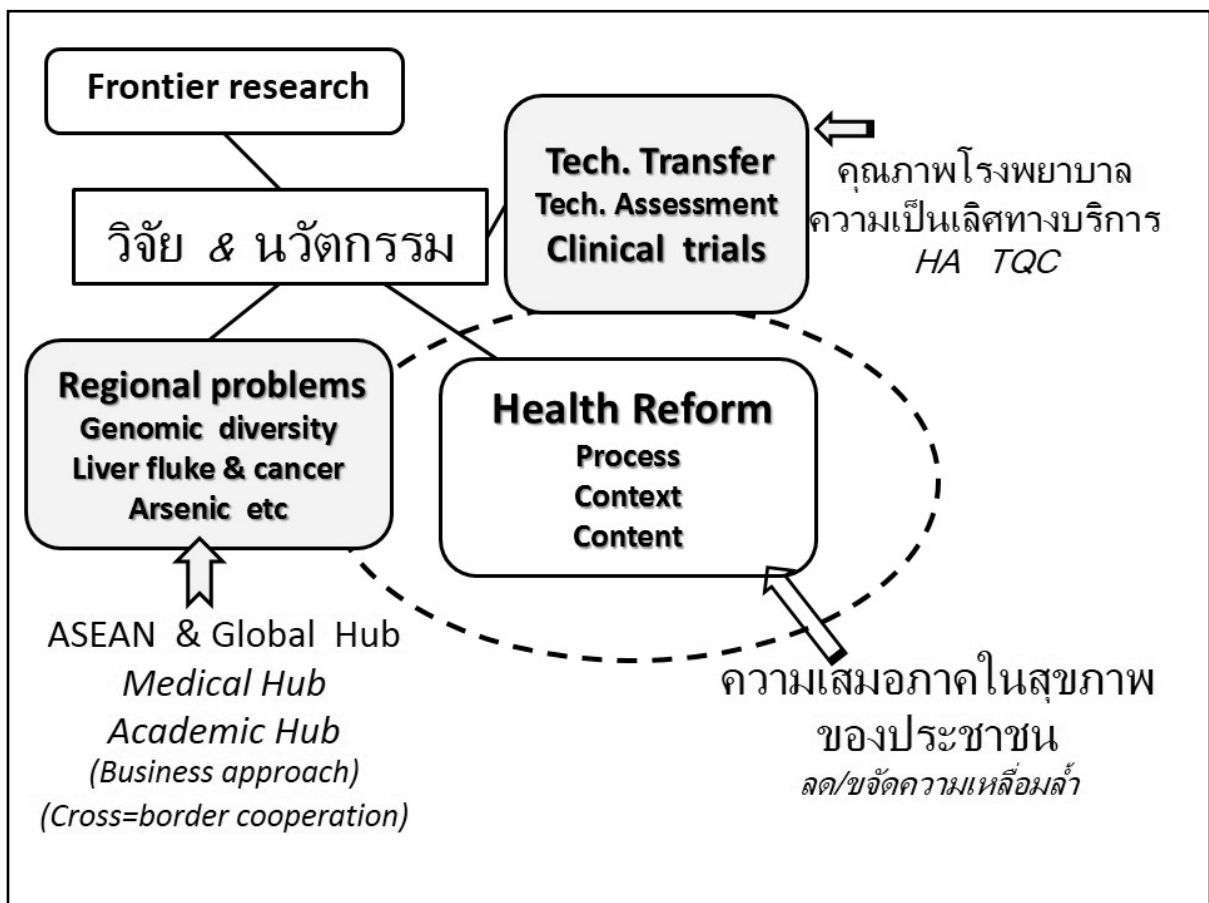


Medical Education Reform

Institutional Reform

Instructional Reform

ปฏิรูปการศึกษา (instructional reform)
 ให้บัณฑิตมีสมรรถนะ (competence) ตรงตามจำเป็น
 (need-competence match)
 และมีพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 (transformative learning)



Medical Education Reform

Institutional Reform

Instructional Reform

ปฏิรูปการศึกษา (instructional reform)
 ให้บัณฑิตมีสมรรถนะ (competence) ตรงความจำเป็น
 (need-competence match)
 และมีพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 (transformative learning)

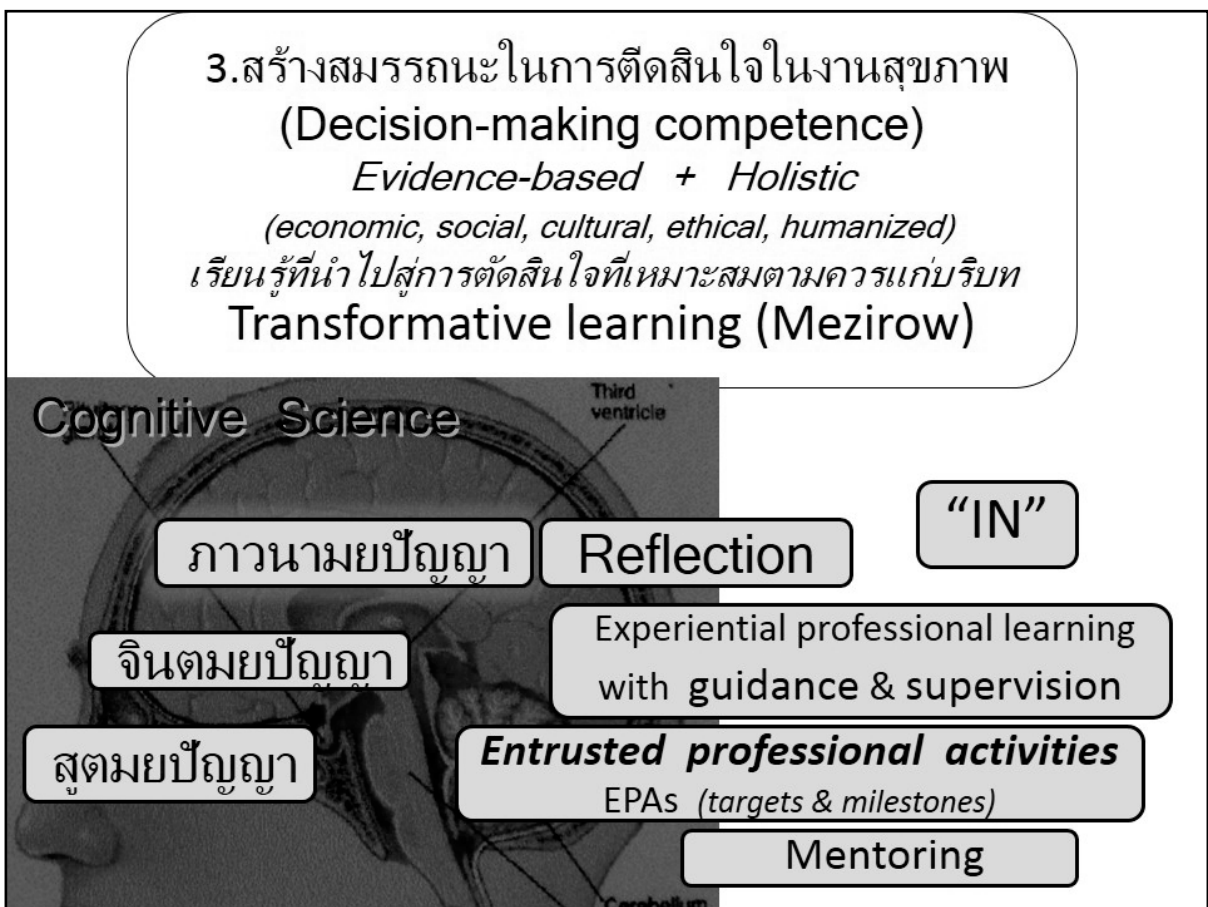
ปฏิรูปการศึกษาแพทยศาสตร์

1. สร้างบัณฑิตให้มีความเป็นแพทย์ (professionalism)

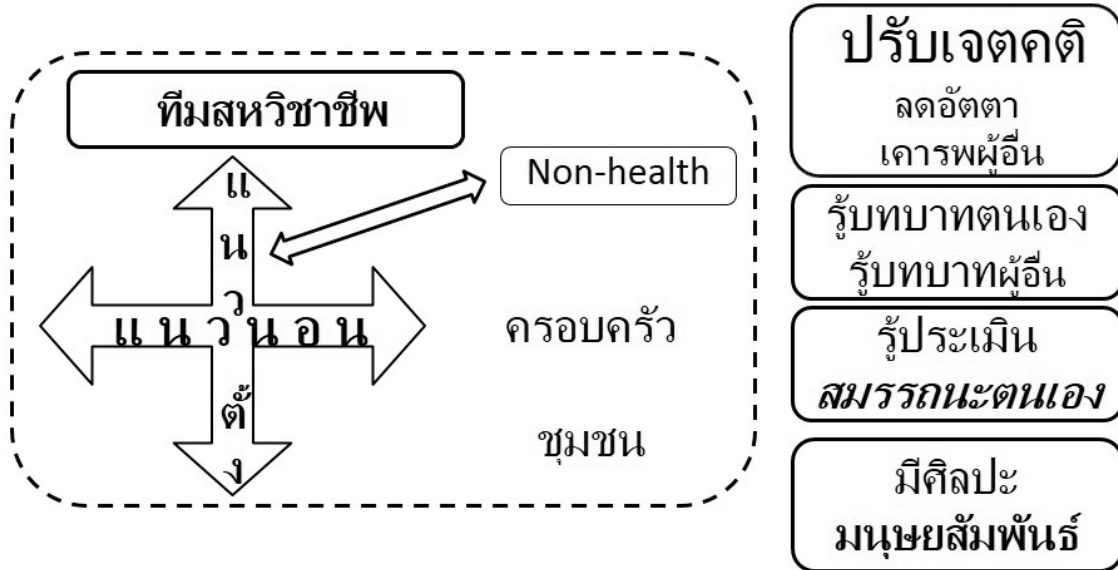
เมตตา กรุณา เอื้ออาทร
 รับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ของแพทย์
 มุ่งสิ่งที่ดีที่สุด (คุณค่าของชีวิต และของสุขภาพดี)

สงสาร เห็นทุกข์จากความเหลื่อมล้ำ
 เห็นผู้ด้อยโอกาส มุ่งมั่นแก้ไข
 มีเจตคติเชิงความยุติธรรมในสังคม

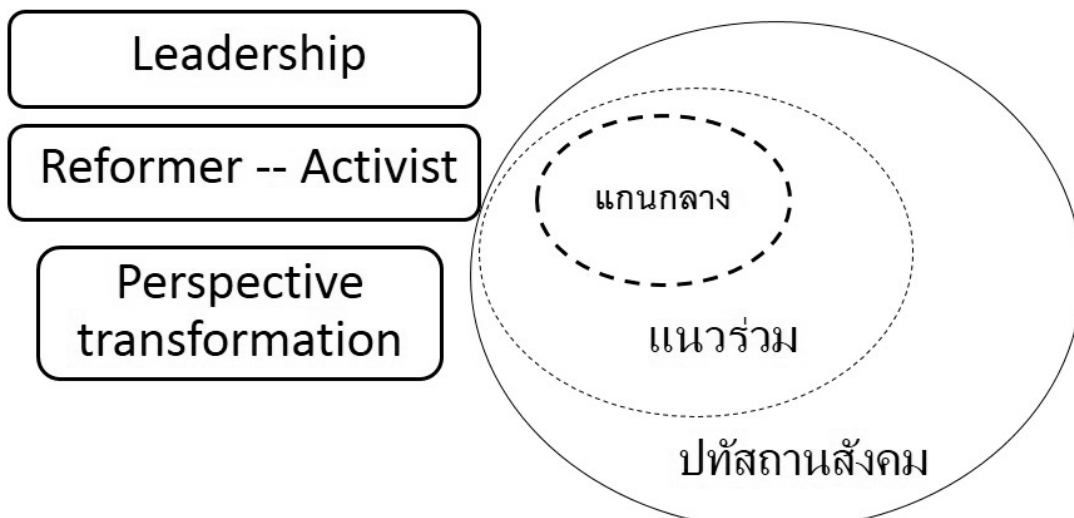




4. สร้างสมรรถนะในการทำงานเป็นทีม
(Collaborative/teamwork competence)
(Communication competence)



5. สร้างสมรรถนะในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
(transformational competence)
อุดมการณ์ ประสบการณ์จริง เจ้าของโครงการ



6. สร้างสมรรถนะในการวิจัยและนวัตกรรม (Research / innovation competence)

Research as educational tool

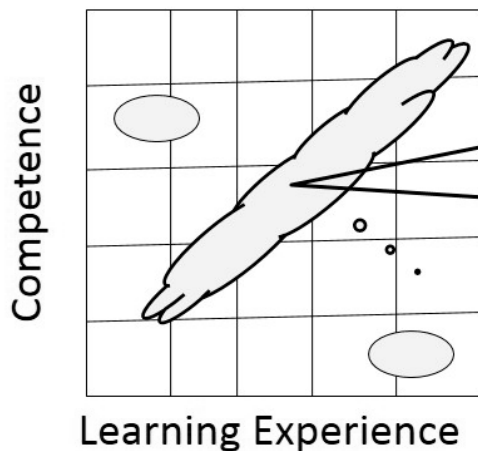
รู้วิธีการวิจัย
สามารถใช้เหตุผล
มีวิจารณ์ญาณ
สามารถคิดเป็นระบบ
สามารถริเริ่มสร้างสรรค์
กล้าที่จะบุกเบิกทดลอง

ปรับเจตคติ มุ่งแก้ไข
ปรับปรุงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
Research Lifestyle

Preparation for
Future academics &
researchers

Research in healthcare / education reform
Research ON healthcare / education reform

กลยุทธ์ร่วมรองรับยุทธศาสตร์



ประสบการณ์จริง
ในสภาพ
ที่เกิดผลสัมฤทธิ์
ในการสร้าง
สมรรถนะที่ต้องการ

ใช้เวลาในการศึกษา ที่บริการส่วนปลาย ที่ได้ปฏิรูประบบบริการ

Collaborative efforts of the whole HPE system

สร้างกลไกระดับชาติเพื่อการปฏิรูป การศึกษาวิชาชีพสุขภาพ
(**National mechanisms supporting HPE reform**)
เพื่อทำให้การปฏิรูปเกิดขึ้นและได้ผลดี

National Health Knowledge Resources

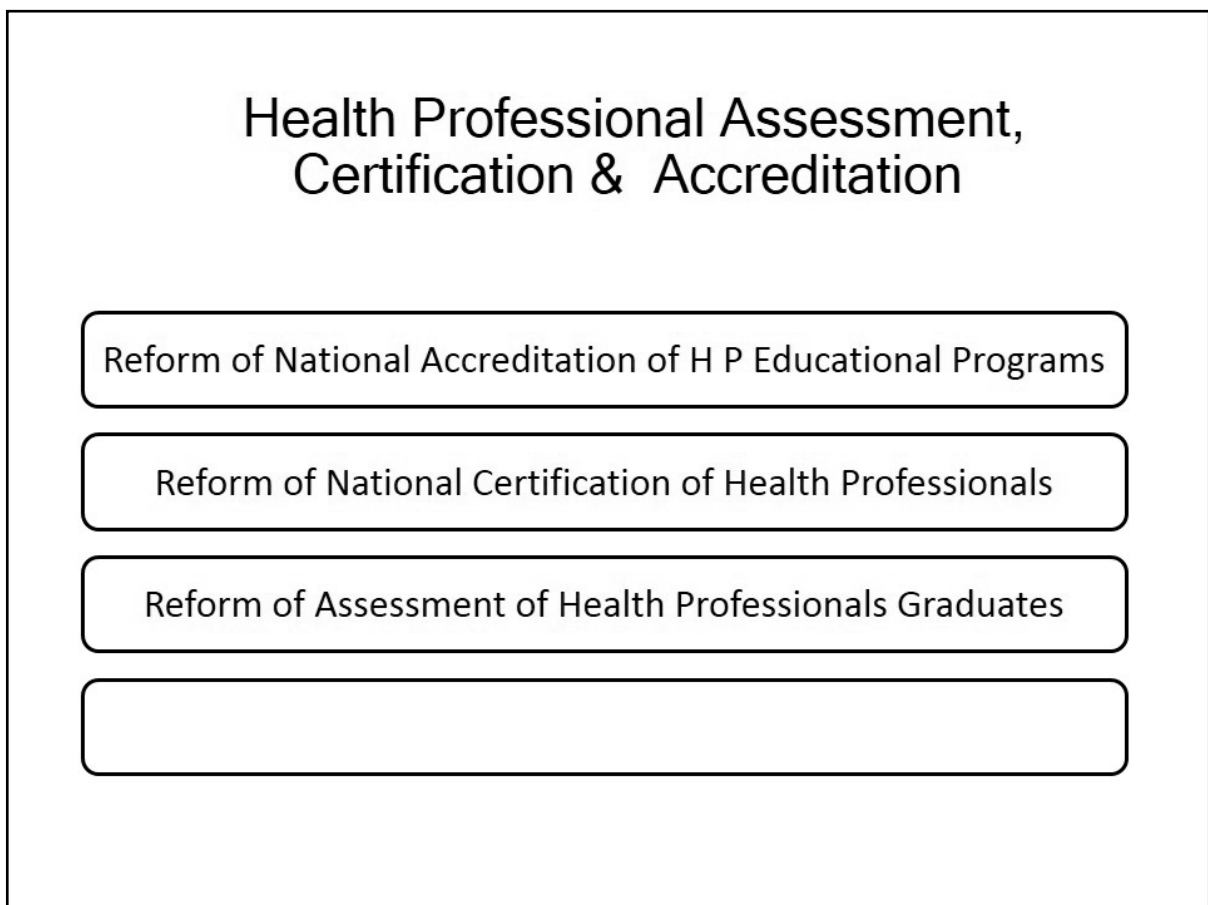
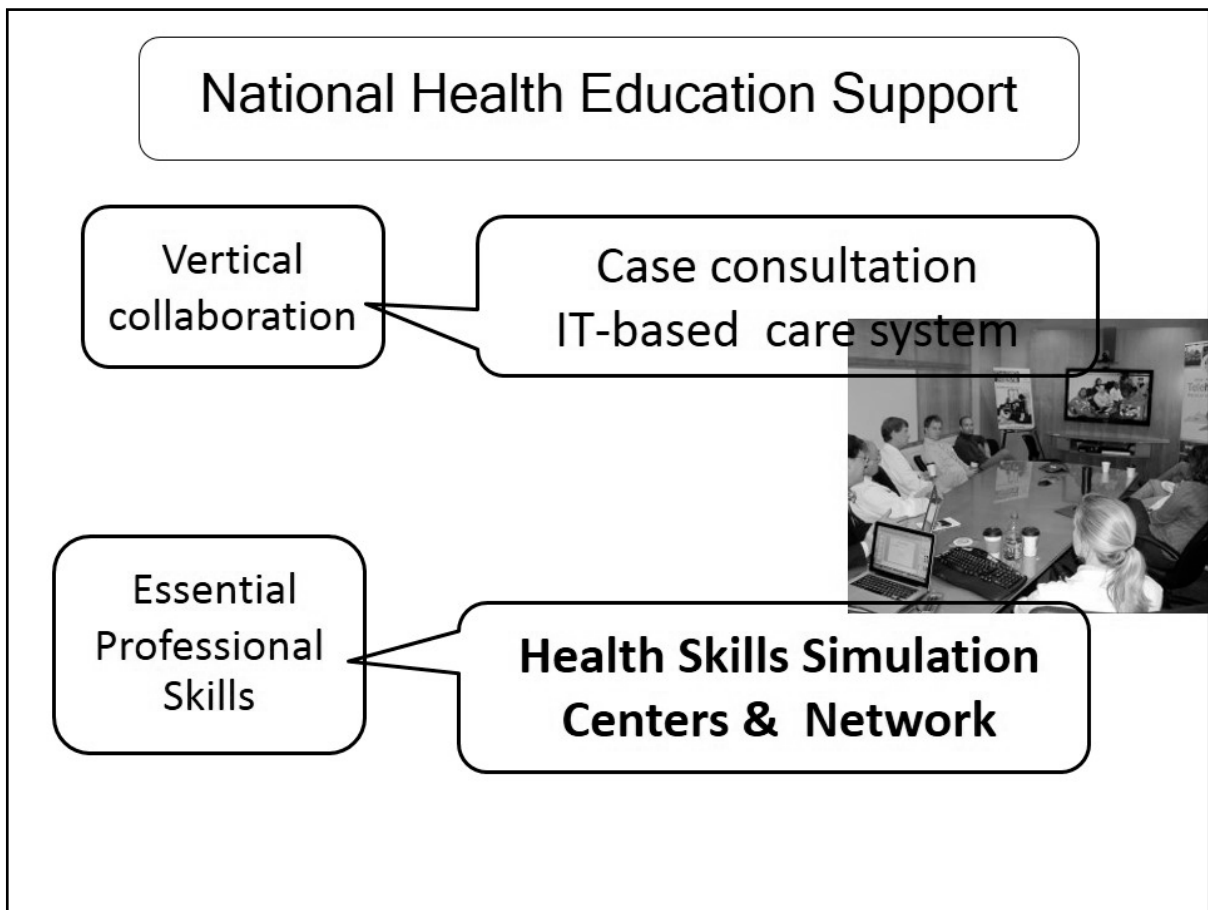
Basic/clinical
Essential
Professional
Knowledge

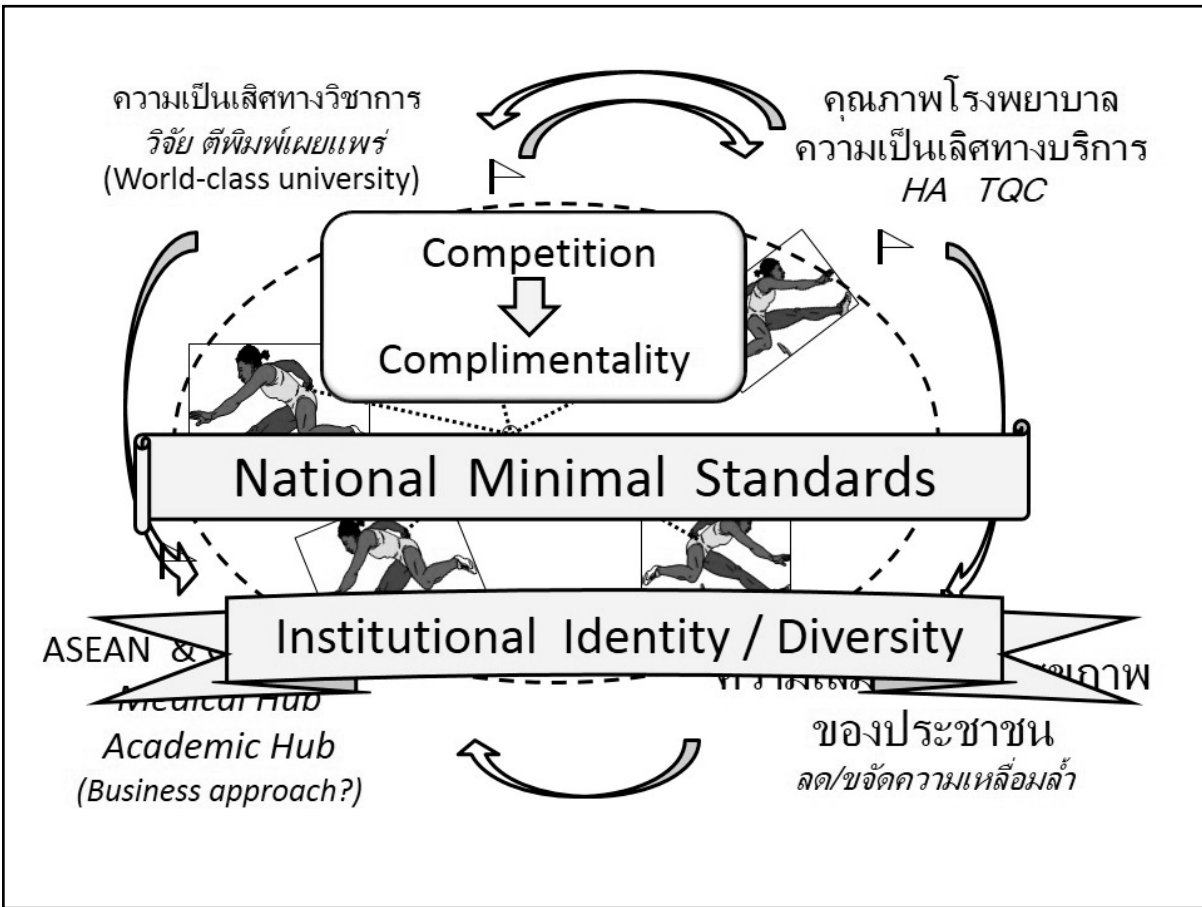
โครงการเติมความรู้วิชาชีพสุขภาพ
เช่น จัดการสอนทางไกลโดยอาจารย์ที่ชำนาญ
ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ

โครงการสร้างแหล่งความรู้วิชาชีพสุขภาพ
เช่น จัดฐานข้อความรู้โดยอาจารย์เฉพาะทาง
ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ

Professional
Knowledge pool
consensus, controversial

โครงการสร้าง **guidelines**
(ฐานข้อความรู้ พร้อมใช้)
เช่น แนวปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิ
& สำหรับบริการสุขภาพส่วนปลาย





ยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูปการศึกษานักวิชาชีพสุขภาพที่มุ่งสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพ
 Strategies for Health Professionals Education Reform Towards Health Equity
 จรัส สุวรรณเวลา

นำเสนอในการประชุมการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพครั้งที่ ๒ (ANHPERF ๒)
 วันที่ ๕ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ปัญหาหลักประการหนึ่งของประเทศไทย คือความเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในชีวิตของประชาชน จากข้อมูล จปฐ. ของกรมการปกครอง ปรากฏว่า ในพ.ศ. ๒๕๕๖ ประชากรไทย ซึ่งมีอยู่ ๖๔.๕ ล้านคนนั้น ๓๐.๑ ล้านคนอาศัยอยู่ในชนบท ความเหลื่อมล้ำจึงมีมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตามที่พึงจะเป็นไปได้ด้วยเทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน (Access to “State-of-Art” technological possibilities) ประชาชนชาวไทยที่อยู่ในชนบท และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ไม่ได้มีโอกาสเท่ากับคนในเมืองและคนที่มีฐานะดี ผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการต่างๆ จึงต้องตระหนักว่าเป็นด้านหนึ่งของความไม่ยุติธรรมในสังคมอันพึงได้รับการแก้ไข

อาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยได้สร้างความก้าวหน้าเชิงสุขภาพได้เป็นอย่างดีในหลายด้าน ได้แก่ ความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพที่กระจายออกไปครอบคลุมประชากรทั้งประเทศตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ขึ้นไปถึงโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทางที่เป็นเลิศ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนเชื่อมสู่ประชาชนทุกท้องถิ่น อีกด้านหนึ่งคือ ความก้าวหน้าของระบบบุคลากรสุขภาพในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ได้มีการพัฒนาทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ และระบบวิชาการรวมทั้งระดับความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การศึกษาตลอดชีวิต และการกำกับคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีระบบการเงินเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม เงินสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การประกันสุขภาพเอกชน และแหล่งทุนอื่นๆ ที่มุ่งครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจึงมีความพร้อมที่จะปฏิรูปเพื่อมุ่งสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพของประชาชน แต่ก็มีสิ่งกีดขวางที่ยังข้ามให้ได้อยู่ไม่น้อย

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่ามี ๔ ประการ ประการแรกคือ ระบบที่เน้นบริการที่โรงพยาบาล ประการที่ ๒ เป็นระบบที่แยกเป็นส่วนเสี้ยวและขาดการประสานกัน เช่น ด้านปัญหาที่ดูเป็นโรคๆ ที่มุ่งแก้ทีละโรค ด้านบุคลากรก็เป็นลักษณะที่ต่างวิชาชีพแยกกันทำงาน ด้านระดับบริการที่ต่างระดับก็แยกเป้าหมายกัน แม้จะมีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ก็ขัดข้องด้วยการจัดสรรเงิน และการคิดผลงาน การประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกระบบสุขภาพก็มีอย่างจำกัด ประการที่ ๓ มีความไม่สมดุลในระบบบุคลากร ที่การกระจายของบุคลากรขึ้นกับอคติต่างๆ และเน้นไปทางบุคลากรเฉพาะทาง ประการสุดท้ายคือ ค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเน้นที่การรักษา การปรับเปลี่ยนเพื่อแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ก็กระทำได้ยาก เนื่องจากมีความเฉื่อยในระบบ ที่มีวิสัยทัศน์แคบ และมุ่งเน้นด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นหลัก

การดำเนินงานต่อไป จึงต้องเปลี่ยนทิศของงาน (vector shift) เน้นที่การปฏิรูปบริการสุขภาพ ปรับไปสู่ทิศทางใหม่ คือ การจัดบริการที่ให้ประชากรเป็นฐาน และปรับบริการเป็นเชิงรุก แทนการตั้งรับที่โรงพยาบาล ด้วยการใช้ความสามารถในการคาดคะเนปัญหาสุขภาพ และการเกิดโรค เพื่อเป็นการป้องกันโรค และดักโรคในระยะที่ยังเป็นน้อย อันจะทำให้ได้ผลลัพธ์ดียิ่งขึ้น ทิศที่สอง เป็นการทำงานเป็นทีม ให้มีการร่วมมือกัน โดยมีส่วนช่วยเหลือกันอย่างกว้างขวาง ยังให้เกิดความเป็นไปได้ในสภาพที่ขาดแคลนบุคลากร อีกทิศหนึ่งคือ การเน้นคุณภาพ ณ จุดที่ให้

บริการประชาชนโดยตรง โดยให้มีบริการที่มีหลักฐานถูกต้องทางวิชาการ ประกอบกับการพิจารณาครอบครัวประกอบรวมถึงด้านเศรษฐศาสตร์ สังคม วัฒนธรรม จริยศาสตร์ และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การปฏิรูปการศึกษาสำหรับนักวิชาชีพสุขภาพ ก็จัดให้สอดคล้องกับการปฏิรูปบริการ

ด้วยเหตุผลดังได้กล่าวมา จึงอาจวางวิสัยทัศน์สำหรับการพิจารณายุทธศาสตร์ในการดำเนินการระยะต่อไปได้ว่าเป็นการปฏิรูปบริการสุขภาพ และปฏิรูปการศึกษาสำหรับนักวิชาชีพสุขภาพพร้อมกันไป เพื่อสร้างความเสมอภาคทางสุขภาพ ลดหรือขจัดความเหลื่อมล้ำ โดยเน้นที่บริการส่วนปลาย ร่วมกับการสนับสนุนของระบบส่วนบน สำหรับประชากรกลุ่มอื่นที่มีปัญหาความเหลื่อมล้ำ เช่น คนยากจนในเมือง อาจใช้ยุทธศาสตร์เช่นเดียวกันได้ โดยอนุโลม

เพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ของการปรับทิศทาง ขอยกตัวอย่างงานที่ได้มีการดำเนินการเป็นผลอยู่บ้างแล้ว

ที่โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด ๙๐ เตียง มีหน้าที่ดูแลประชากรเป้าหมายราว ๑๐๐,๐๐๐ คนนั้น มีโครงการวิจัยและนวัตกรรมบริการโรคกลุ่มเมตาบอลิก ในรูปฐานประชากร ที่มุ่งปรับเปลี่ยนไปจากเดิม ด้วยการมีส่วนร่วมหลายวิชาชีพ มีการจัดทำแผน ซึ่งประสาน งานที่อำเภอทั้งที่จังหวัด ในลักษณะบุกเบิก และศึกษาวิจัย เช่น ใช้นักเทคนิคการแพทย์ดูแล เลือกรับผิดชอบวิธีตรวจเบาหวาน และตรวจไขมันในเลือด ส่วนการตรวจความดันโลหิต และการวัดความอ้วน อาศัยเจ้าหน้าที่ อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งต้องได้รับข้อมูลความรู้และการฝึกอบรมที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลช่วยสนับสนุน โครงการนี้ ทำการสำรวจและคัดแยกประชาชนตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสภาพความร้ายแรงของปัญหา ทั้งนี้ แพทย์มีบทบาทในการนำ และให้บริการการรักษา หากมีปัญหาที่เกินความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน ก็มีการประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป การดำเนินการมุ่งครอบคลุมประชากรทั้งหมด และติดตามดูแลระยะยาวตามความจำเป็น การให้การศึกษาระดับประชาชนสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดำเนินการในลักษณะนี้ และทราบว่าเป็นการป้องกันโรคร้ายที่อาจจะตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์อัมพาต โรคไตวาย โรคตาบอด และโรคหลอดเลือดและแผลที่ปลายเท้า ซึ่งล้วนทำให้เกิดความพิการ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ที่โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด มีแพทย์ประจำ ๗ คน แต่มีทันตแพทย์ถึง ๑๐ คน จึงมีโครงการจัดบริการป้องกันและบำบัดโรคฟันผุ และโรคเหงือก ในทุกขั้นตอน ให้ครอบคลุมประชากรทั้งอำเภอ

ที่โรงพยาบาลชุมชนพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีโครงการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ อำเภอพนมไพรของจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนประชากร: ๑๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นประชากรที่มี อายุสูงกว่า ๕๐ ปีจำนวน ๒๑,๐๐๐ คน โครงการนี้ได้ใช้ อสม.ซึ่งมีอยู่ทุกหมู่บ้านและทำหน้าที่อย่างเข้มแข็ง ได้ช่วยแนะนำประชาชน และจัดเก็บอุจจาระจากทุกคนในอำเภอ แม้จะเป็นผู้ที่ไม่มีอาการแต่อย่างใด แล้วส่งไปตรวจ Fecal immunochemical test ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปรากฏว่าสามารถจัดการตรวจได้ในกลุ่มแรก ถึง ๙,๒๒๐ คน และได้ผลบวกถึง ๗๓๐ คน ผู้ที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อหาโรคมะเร็ง (Colonoscopy) ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ๕๓๙ คน ผลปรากฏว่า มีผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑๐ ราย ข้อมูลที่น่าประทับใจคือ มะเร็งที่พบ อยู่ในระยะ ๐ และระยะ ๑ ถึง ๘ ราย ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดี ด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว ไม่ต้องฉายรังสีรักษา หรือให้ยาเคมีบำบัด นับว่าดีกว่าการรอจนโรคดำเนินไปมากขึ้นและทำให้เกิดอาการแล้วจึงจะตรวจ อันจะพบโรคในระยะที่เป็นมากแล้ว และรักษายาก ทั้งผลการรักษาไม่ค่อยดี นอกจากนั้น ยังตรวจพบผู้ที่มีติ่งเนื้อที่อาจกลายเป็นมะเร็ง (precancerous polyps) ได้ถึง ๑๐๙ คน ซึ่งได้รับการรักษาระหว่างการส่องกล้องด้วยการตัด

ตั้งเนื้อไปแล้ว แต่ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดเป็นโรคมะเร็งได้ ทางโรงพยาบาลชุมชนที่อำเภอมีข้อมูล และแผนที่บ้านของประชาชนเหล่านี้ และได้ติดตามระวางการเกิดโรคต่อไป

ที่โรงพยาบาลชุมชนพนมไพรยังมีโครงการคัดกรองมะเร็งตับ ด้วยการตรวจหาความเสี่ยง และตรวจหาโรคระยะแรก เพื่อให้การรักษาตัดต่อนก่อนที่โรคมะเร็งจะเข้าขั้นร้ายแรง (Interception)

อีกตัวอย่างหนึ่ง ที่โรงพยาบาลชุมชนแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ได้เน้นบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุในอำเภอแก่งคอยทั้งอำเภอ โดยจัดศูนย์พัฒนาบริการผู้พิการขึ้นที่โรงพยาบาล มีเครื่องมือที่จำเป็นครบครัน และยังได้ทำการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้พิการทั้งอำเภอ พบว่ามี ๑๖๘๔ ราย โรงพยาบาลได้จัดการอบรม ฝึกทักษะการดูแลผู้พิการที่บ้าน พร้อมกับสร้างเครือข่ายและฝึกอบรมอาสาสมัครที่ช่วยเหลือผู้พิการ นับว่าได้จัดรูปแบบบริการที่มุ่งประชากรเป้าหมาย กลุ่มทั้งพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีการร่วมมือกันของกำลังคนทุกภาคส่วน

ตัวอย่างที่น่าสนใจอีกกรณีหนึ่ง คือ ที่โรงพยาบาลชุมชนวังวิเศษ จังหวัดตรัง มีระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามโครงการ STEMI ของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยที่เข้าไปที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและมีอาการเป็นที่น่าสงสัยว่าอาจเป็นโรคนี้อาจได้รับการตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ EKG แล้วหากมีข้อบ่งชี้ ก็สามารถตรวจ biomarker คือ Troponin ได้ที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกลงบน iPad ของแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งได้เชื่อมต่อส่งข้อมูลไปยังแพทย์เฉพาะทางหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อให้คำแนะนำในการรักษาได้ ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ข้อมูลวิธีการและผลการรักษาขั้นต่อไป ยังได้ส่งกลับไปให้โรงพยาบาลชุมชนวังวิเศษให้ได้ทราบผลและความก้าวหน้าด้วย นับเป็นบริการที่ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกล สามารถได้รับด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย และทันเวลา เพราะการรักษาโรคเช่นนี้ ต้องกระทำการวินิจฉัยให้ได้และจัดการรักษาภายในไม่กี่ชั่วโมงจึงจะได้ผลดี ขณะนี้โรงพยาบาลวังวิเศษกำลังสร้างกระบวนการในการรักษาดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดของสมอง หรือ stroke ในลักษณะคล้ายกัน นับว่าเป็นรูปแบบบริการที่ประชาชนได้รับ แม้ว่าจะมีแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลเพียง ๓ คน และไม่มีทางที่จะมีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญพิเศษที่บริการระดับนั้น

ยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูปการศึกษานักวิชาชีพสุขภาพ

ในการปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิชาชีพสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และอื่นๆ ที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยยุทธศาสตร์หลายด้านประกอบกัน

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การปฏิรูปการเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดสมรรถนะตรงตามความจำเป็น (need-competence match)

เป้าหมายของยุทธศาสตร์การปฏิรูปการเรียนรู้ (instructional reform) เป็นการสร้างให้บัณฑิตในอนาคตมีจำนวนไม่น้อย ที่มีสมรรถนะ (competence) ตรงตามความจำเป็นของงานที่ต้องปฏิบัติ (need-competence match) และมีพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (transformative learning)

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๑ สร้างสมรรถนะความเป็นนักวิชาชีพสุขภาพ (professionalism competence)

Professionalism หมายถึงสมรรถนะ หรือเจตคติที่เป็นลักษณะจำเป็น แห่งวิชาชีพนั้นๆ อันนักวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา จะขาดเสียมิได้ ภาณิธานแพทย์ ภาณิธานพยาบาล และภาณิธานแห่งวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา

เป็นเครื่องหมายแห่งความดีในวิชาชีพ ย่อมต้องมีประดับใจ เป็นศักดิ์และศรีแห่งวิชาชีพ เป็นฐานแห่งศรัทธาที่ผู้ป่วย ประชาชนและสังคมมอบให้แก่แก่นวิชาชีพ ทั้งยังเป็นปัจจัยแห่งความสุขหรือความปิติ ที่เกิดในใจของผู้นั้นจากผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานเพื่อผู้อื่น ส่วนที่สำคัญคือ ความมีเมตตา กรุณา เอื้ออาทร และเกื้อกูล รวมทั้งความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย โดยมุ่งให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและประชาชนที่ตนรับผิดชอบ ในปัจจุบันนี้การศึกษาได้มุ่งสร้างส่วนนี้อยู่แล้ว แต่ก็ยังไม่มีการวัดผลยืนยันว่าได้เกิดขึ้นจริง

เมื่อพิจารณาเป้าหมายที่มุ่งปฏิรูปในวาระนี้แล้ว สิ่งที่ต้องเพิ่มขึ้น คือ ความสงสาร เห็นความทุกข์ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ และเห็นปัญหาของผู้ด้อยโอกาส พร้อมกับตระหนักว่า ตนได้เรียนรู้และมีความสามารถที่จะนำเทคโนโลยีที่ตนมีไปช่วยได้ จึงไม่ดูดายและพร้อมที่จะมุ่งมั่นช่วยแก้ไข

จุดสำคัญอยู่ที่ นักวิชาชีพสุขภาพต้องมีจิตวิญญาณที่เห็นความสำคัญของความยุติธรรมในสังคม และตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องร่วมแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฐานะของผู้ที่มีความสามารถจะช่วยให้

พระบรมราชาวาท พระราชทานในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มีความตอนหนึ่งว่า

“การที่แต่ละคนได้ทำหน้าที่ในด้านสาธารณสุข ในด้านแพทย์ และพยาบาล ก็นับว่าเป็นการสร้างกรรมที่ดี นับว่าเป็นการสร้างตนเองให้เป็นคนที่ดี มีอนาคต มีความเจริญ มีความสุขในใจได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานนี้จึงเป็นผู้ที่มีโอกาสได้สร้างความดี ก็ขออย่าได้ละเลยความดีที่จะสร้างได้ ผู้ที่อยู่ในฐานะที่จะช่วยผู้อื่น และไม่ช่วยนั้น เป็นผู้ประกอบกรรมอกุศล ผู้ที่ไม่อยู่ในฐานะจะช่วยผู้อื่น เพราะเป็นคนโง่ไม่มีความรู้ ไม่มีการศึกษาที่จะช่วยผู้อื่น เราก็อภัยได้ เพราะว่าเขาเป็นผู้ที่นำสงสารที่ไม่มีโอกาสที่จะสร้างกรรมดี แต่ทุกคนที่เกี่ยวข้องและอยู่ในกิจการแพทย์มีความรู้ทั้งนั้น มีความรู้สูงด้วย ทั้งมีโอกาสที่จะทำ จึงเป็นผู้ที่เคราะห์ดี เป็นผู้อยู่ในฐานะที่จะสามารถก้าวหน้าในชีวิตในจิตใจ ที่จะสร้างตัวเองให้สูง จึงขอให้จำไว้ว่า ผู้ที่อยู่สูงแล้ว ถ้าไม่พยายามที่จะก้าวตัวเองให้อยู่สูง ให้คงอยู่สูงในทางกายและจิตใจ ก็จำต้องถอยหลัง และการถอยหลังหรือตกจากที่สูง มันเจ็บกว่าจะถอย หรือตกจากที่ต่ำ”

ขอยกพระบรมราชาวาทที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานไว้มา ณ ที่นี้

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๒ สร้างสมรรถนะความรู้พื้นฐานและความรู้ทางคลินิก (information competence)

นักวิชาชีพสุขภาพต้องมีฐานความรู้เพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ ทั้งความรู้พื้นฐานและความรู้ทางคลินิกแห่งวิชาชีพ ซึ่งหากไม่เพียงพอ หรือไม่ครบถ้วน ก็จะนับเป็นนักวิชาชีพนั้นๆ ไม่ได้ นอกจากความรู้เชิงทฤษฎีแล้ว จะต้องมีความรู้ในทางปฏิบัติ และความรู้ที่พร้อมใช้ และสามารถนำไปใช้ได้ การศึกษาส่วนนี้เป็นการเก็บรวบรวมสะสมความรู้ (Informative learning)

สมรรถนะและความรู้ที่พึงมี ประกอบด้วยหลายส่วน ส่วนแรกเป็น ความรู้ที่ต้องสะสมไว้ในตัวผู้เรียน เพื่อให้พร้อมที่จะดึงมาใช้ได้ตลอดเวลาในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหา เรียกได้ว่า เป็นความจำเป็นในวิชาชีพ (Basic/clinical Essential Professional Knowledge)

ความรู้ในส่วนแรกนี้ยังไม่เพียงพอ เพราะความรู้ในแต่ละเรื่องนั้นมีมาก นักวิชาชีพสุขภาพต้องสามารถดึงความรู้ที่อยู่นอกตัว ซึ่งมีอยู่ในที่ต่างๆ มาใช้ได้ตามความจำเป็นด้วย อาจด้วยการเปิดหนังสือตำรา การเปิด

จากสื่ออินเทอร์เน็ต หรือการสอบถามจากผู้รู้ ในปัจจุบันนี้ ความรู้ด้านสุขภาพมีมาก นักวิชาชีพสุขภาพจึงต้องมีความสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งต่างๆ ความรู้จะมีอยู่ในสภาพต่างๆ กัน ทั้งที่เป็นความรู้ที่มีหลักฐานเพียงพอและเห็นตรงกันแล้ว (consensus knowledge) หรือเป็นความรู้ที่ยังไม่สามารถสรุปให้แน่ชัดได้ คงเห็นแตกต่างกันอยู่ (controversial knowledge) ตลอดจนมีความรู้ที่ไม่น่าเชื่อถือปะปนอยู่ด้วย สภาพของความรู้ดังกล่าวนี้มีพลวัตรด้วย ซึ่งหมายความว่ามีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ความรู้อีกส่วนหนึ่ง คือความรู้ใหม่ เนื่องจากวิชาชีพสุขภาพ มีการศึกษาค้นคว้าวิจัย และความรู้จากประสบการณ์เกิดขึ้นมากตลอดเวลา นักวิชาชีพสุขภาพต้องสามารถติดตามความรู้ให้ทัน เพราะความรู้ที่มีอยู่เดิมอาจจะล้าสมัย หรือถูกกลบล้างไปแล้วก็ได้ ในกรณีนี้ จำเป็นต้องมีวิจารณญาณ สามารถวิเคราะห์ความถูกต้องเชื่อถือได้ (validity) ความคุ้มค่า (valuation) และความเหมาะสมในการใช้ด้วย (appropriateness)

นักวิชาชีพสุขภาพ ยังต้องมีทักษะแห่งวิชาชีพ (Essential professional skills) ตามความจำเป็นในการปฏิบัติงาน

ในการประเมินความรู้และสมรรถนะในวิชาชีพนั้น เรามักจะเน้นที่ ความรู้พื้นฐานและความรู้ทางคลินิกที่มีในตัว ด้วยการสอบเนื้อหาวิชาการ หากเป็นการสอบแบบเปิดหนังสือหรือเข้าอินเทอร์เน็ตได้ ก็เพิ่มการเข้าถึงความรู้ที่มีอยู่นอกตัวได้ด้วย ในระบบการศึกษาแบบ Competence-based จะมีการทดสอบความสามารถในการใช้วิจารณญาณ ในการรับข้อมูลใหม่ เช่นการวิเคราะห์วิจารณ์ผลงานวิจัยใหม่ด้วย

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๓ สร้างสมรรถนะในการตัดสินใจในงานสุขภาพ (Decision-making competence)

ในบริการสุขภาพนั้น นักวิชาชีพสุขภาพมีหน้าที่ในการตัดสินใจ บ่อยครั้ง หรือตลอดเวลาในการทำงาน หรือในการการแก้ปัญหา โดยต้องตัดสินใจเลือกในระหว่างทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ เช่น ทางเลือกในการรักษาโรค ทางเลือกในการป้องกันโรค หรือทางเลือกในการรักษาสุขภาพให้คงอยู่ไม่ถดถอย เป็นต้น ในการนี้ ทางเลือกที่ดีในทางวิชาชีพ ต้องมีหลักฐานทางวิชาการ (Evidence-based) ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทั้งสามแบบที่กล่าวมาแล้ว แต่เท่านั้นยังไม่พอ ต้องพิจารณาให้รอบคอบ โดยอาศัยข้อมูลความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ จริยธรรม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย (Holistic - economic, social, cultural, ethical, humanized) จึงเป็นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมตามควรแก่บริบท

การศึกษาเพื่อให้เกิดสมรรถนะในการตัดสินใจที่ถูกต้องนี้ ต้องเป็นการศึกษาที่ลึก เข้าไปปรับเปลี่ยนวิธีคิด และวิถีกระทำของผู้เรียน เพื่อให้มีวิถีชีวิต ตลอดจนบุคลิกภาพที่ต่างไปจากเดิม ซึ่ง Mezirow และนักการศึกษาอีกหลายคนได้พัฒนาหลักการการศึกษา ที่เรียกว่า Transformative Learning Theory

แต่เดิมนั้น การศึกษาวิชาชีพ เราเน้นที่ความรู้ที่ผู้เรียนพึงเก็บสะสมไว้ให้เพียงพอ เรียกได้ว่า เป็น informative learning ต่อมาเพิ่มการเน้นการสร้างคนให้เป็นนักวิชาชีพ ตามทักษะและวัตรปฏิบัติของวิชาชีพนั้นๆ (formative learning) ในปัจจุบันนี้ การศึกษาด้านการทำงานของสมองเกี่ยวกับความคิดของมนุษย์ (Cognitive Science) ได้สร้างความเข้าใจเพิ่มขึ้น

ในประเด็นนี้ คำสอนทางพุทธศาสนา ซึ่งมีมา กว่าสองพันปีแล้ว ได้อธิบายการเรียนรู้ของมนุษย์ว่าเป็น ปาฏิหาริย์ชนิดหนึ่ง เรียกว่า อนุศาสนียปาฏิหาริย์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ปรับเปลี่ยนคน ให้เป็นคนที่ดีขึ้นกว่าเดิม อันเป็นผลจากการเกิดปัญญา ทั้งได้จัดปัญญาไว้เป็น ๓ ระดับ คือสุดมยปัญญา หมายถึงปัญญาที่เกิดจากการได้ยินได้ฟังมามาก หรือการเรียนรู้จากการจำสิ่งที่ได้รับสอนมา นับเป็นบันไดขั้นต้น แล้วจึงถึงระดับ

ที่สอง เรียกว่า จินตามยปัญญา หรือโยนิโสมนสิการ ซึ่งหมายถึง การรู้เหตุผล การเชื่อมต่อของปรากฏการณ์ต่างๆ ในลักษณะเหตุและผล ส่วนนี้ตรงตามหลักวิทยาศาสตร์ ที่เป็นวิธีการในการหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในธรรมชาติ ส่วนระดับสูงของปัญญา เรียกว่า ภาวนามยปัญญา หรือการพิจารณาให้เห็นอย่างถ่องแท้ด้วยตนเอง การมีสติและสมาธิจึงจำเป็นในการสร้างปัญญาระดับสูงนี้ ในการศึกษา ผู้เรียนต้องใช้เวลาในการพินิจพิเคราะห์ ด้วยตนเอง นำข้อความรู้เหล่านั้นเข้าไปเป็นของตน แล้วจึงสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบนี้ต้องอาศัยประสบการณ์จริงโดยตรง การบอกเล่าจะเกิดผลสัมฤทธิ์ในระดับนี้ได้ยาก

ในความรู้ที่ได้จากการศึกษาการทำงานของสมองมนุษย์ ที่เรียกว่า cognitive science อธิบายการเกิดกระบวนการส่วนนี้ว่า internalization หรือการนำข้อเรียนรู้เข้าไปภายในตน ไม่ได้ติดอยู่แค่บนผิว วิธีการที่นำไปสู่การเรียนรู้ในลักษณะนี้ คือ reflection หรือ reflective activity ซึ่งเป็นฐานของการเกิด transformative learning

การศึกษาวิชาชีพสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างสมรรถนะในลักษณะสูงนี้ ดังนั้นการศึกษาจึงต้องมีการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย หรือในชุมชน แต่ก็เป็นที่น่าเสียดายที่ ในความเป็นจริงผู้เรียนเกิดสมรรถนะนี้อย่างจำกัด คงมุ่งเน้นที่การสะสมข้อความรู้ แม้แต่ในการตัดสินใจก็ยังอาศัยความจำ และการลอกเลียนมาจากผู้อื่น

ในกระบวนการที่กำลังเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นในขณะนี้ และได้มีการพัฒนาในโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง หรือ competency-based medical education (CBME) ที่ได้กำหนดกรอบขององค์ประกอบสมรรถนะที่ต้องการด้านต่างๆ (competency targets) ไว้ และกำหนดขั้นตอนที่ต้องสร้างเป็นลำดับขั้นขึ้นไป เรียกว่า milestones ซึ่งคิดว่าเมื่อพัฒนาตามขั้นตอนไปทีละขั้นแล้วจะทำให้การศึกษานำไปสู่สมรรถนะแห่งวิชาชีพได้

การศึกษาวิชาชีพสุขภาพ นอกจากการสะสมความรู้และทักษะแล้ว ยังต้องสะสมสมรรถนะจากประสบการณ์จริง อย่างไรก็ตามประสบการณ์จริงที่เกิดลอยๆ อาจนำไปสู่ความคิดที่ผิดเพี้ยนได้ ต้องมีการแนะนำและการกำกับที่ดีด้วย จึงจะเป็นผล (Experiential professional learning with guidance & supervision)

ในกระบวนการตัดสินใจและการกระทำในงานบริการวิชานั้น ผู้เรียนต้องเกิดความสามารถที่เป็นที่ไว้วางใจให้กระทำเองได้ เช่นการตัดสินใจเลือกยารักษาโรค การตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นต้น เพราะผู้ประกอบการวิชาชีพมีสิทธิตามกฎหมายที่จะกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยินยอมให้ผู้อื่นทำ การอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ จึงเป็นการรับรองว่ามีความสามารถที่ควรไว้วางใจในความความสามารถที่จะกระทำได้ด้วยตนเอง การศึกษาจึงต้องสร้างสิ่งนี้ขึ้น ซึ่งอาจเรียกว่า Entrusted professional activities (EPAs) แต่ละหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพควรกำหนดเป้าหมายในเชิงนี้ไว้ให้ชัดเจน (targets) และหากจะให้เป็ผลจริงควรกำหนดความสามารถที่ต้องสร้างสมเป็นขั้นตอนไว้ด้วย ที่จะวัดสัมฤทธิ์ผลของผู้เรียนเพื่อก้าวสู่ความสามารถขั้นสูงขึ้นไป บางคนเรียกกลไกนี้ว่า milestones เช่นในการสร้างความสามารถในการผ่าตัด ต้องแสดงความสามารถในการผูกปมด้วยมือเดียว หรือความสามารถในการเย็บแผลแบบต่างๆ เป็นต้น

ในการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง จึงต้องมีพี่เลี้ยง โดยอาจารย์ผู้สอนทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (mentors) ในสถานศึกษาที่มีผู้สอนจำนวนจำกัด จะไม่สามารถเป็นแหล่งข้อความรู้ทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์ แต่จะได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นพี่เลี้ยงได้

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๔ สร้างสมรรถนะในการทำงานเป็นทีม (Collaborative / teamwork competence)

ในการให้บริการสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน นักวิชาชีพสุขภาพได้รับการฝึกฝนมาให้สามารถทำงานได้ด้วยตนเอง โดยไม่ได้เน้นการทำงานเป็นทีม แต่ในสภาพที่เป็นจริง บริการสุขภาพที่จะได้ผลดีนั้น ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งทีมสหวิชาชีพ ที่หลายวิชาชีพทำงานร่วมกัน และยังจำเป็นต้องมีการประสานงานในแนวนอนสำหรับบุคลากรหลายด้าน และการประสานงานในแนวตั้ง ระหว่างส่วนบริการชั้นต่างๆ ในระบบบริการ ทั้งยังต้องร่วมมือกับบุคคลและส่วนงานนอกระบบสุขภาพด้วย รวมทั้งครอบครัวและชุมชน

ในการร่วมกันทำงานเป็นทีมนั้น ต้องปรับเจตคติ และลดอัตตาของตนเองลง ด้วยการเคารพผู้อื่น รับผิดชอบต่อตนเอง รับผิดชอบต่อผู้อื่น และที่สำคัญมาก คือ รู้ประเมินสมรรถนะตนเอง หรือประมาณตนเอง ตลอดจนมีศิลปะ และมนุษยสัมพันธ์

สมรรถนะในการสื่อสาร (Communication competence) ทั้งในแง่ศาสตร์และศิลป์ เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการร่วมมือทำงานกับผู้อื่น

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๕ สร้างสมรรถนะในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (transformational competence)

ระบบบริการที่พึงประสงค์ อันจะลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปจากสภาพในปัจจุบันอยู่ไม่น้อย นักวิชาชีพสุขภาพจึงต้องมีสมรรถนะ และความมุ่งมั่นที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น โดยมีส่วนในการเป็นผู้นำและเป็นกำลังในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง

นักวิชาชีพสุขภาพ มีหน้าที่ในการปรับตนเอง ทั้งความรู้และความคิด พร้อมไปกับการปรับเปลี่ยนสิ่งรอบข้างด้วย (Perspective transformation) ในการนี้ต้องมีอุดมการณ์ และมีประสบการณ์จริง โดยอาจร่วมหรือเป็นเจ้าของโครงการที่มุ่งสู่การปรับเปลี่ยน โดยสามารถใช้กระบวนการทางสังคม ในการสร้างแกนกลาง และแนวร่วม จนสามารถนำไปสู่การสร้างค่านิยม หรือปทัสถานสังคมได้

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๑/๖ สร้างสมรรถนะในการวิจัยและนวัตกรรม (Research / innovation competence)

นักวิชาชีพสุขภาพที่พึงประสงค์ มิใช่เพียงเป็นผู้ทำงานที่เป็นปกติอยู่ได้ แต่ต้องปรับเจตคติ ไม่ยอมรับสิ่งที่ยังไม่สมบูรณ์ หรือยังไม่ดีพอ โดยมุ่งแก้ไข และปรับปรุงงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ ทั้งนี้ต้องมีการวิจัยเพื่อหาแนวทางที่ดีขึ้น และสร้างนวัตกรรมใหม่ โดยอาจทำการวิจัย ร่วมโครงการวิจัย หรือสร้างโครงการวิจัยจากประสบการณ์จริง

ในการศึกษาของนักวิชาชีพสุขภาพ จึงต้องมีการเรียนรู้วิธีการวิจัยให้สามารถใช้เหตุผล มีวิจารณ์ญาณ สามารถคิดเป็นระบบ สามารถริเริ่มสร้างสรรค์ และกล้าที่จะบุกเบิกทดลอง

การปฏิรูปต้องอาศัยความรู้จากการวิจัย ซึ่งอาจเป็นการวิจัย และนวัตกรรมในงานต่างๆ ในระบบบริการ และระบบการศึกษา (Research in healthcare / education reform) หรืองานวิจัยและนวัตกรรมในกระบวนการปฏิรูปนั่นเอง (Research on healthcare / education reform)

กลยุทธ์ร่วมรองรับยุทธศาสตร์

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะที่ต้องการ กับประสบการณ์การเรียนรู้แล้ว จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การเรียนรู้แต่ละอย่าง อาจนำไปสู่สมรรถนะคนละอย่างกัน หรือหลายสมรรถนะก็ได้ การปฏิรูปการเรียนรู้ ที่มุ่ง need-competence match ด้วยยุทธศาสตร์ย่อยต่างๆ นั้น อาจจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีผล

สัมฤทธิ์ร่วมของหลายสมรรถนะก็ได้

การจัดการเรียนรู้ในสถานบริการที่แตกต่างและผสมผสานกันอย่างเหมาะสม น่าจะทำให้เกิดสมรรถนะที่ต้องการได้ ในทางตรงกันข้าม การจัดการเรียนรู้เฉพาะแต่ในสถานบริการระดับสูง อาจไม่สามารถสร้างสมรรถนะที่ต้องการใช้ในสถานบริการส่วนปลายได้ เพราะการที่จะให้เกิด professionalism และความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองในบริการสาธารณสุขส่วนปลาย ตลอดจนถึงเจตคติต่อความเหลื่อมล้ำนั้น ต้องอาศัยการพิจารณาอย่างถ่องแท้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้เวลาและประสบการณ์จริง ในขณะที่เดียวกันรูปแบบของบริการที่ส่วนปลายจะต้องมีความเหมาะสม และเอื้อต่อการเรียนรู้ ทั้งสามารถสร้างความคิด ความรู้สึกที่ดี และแรงบันดาลใจได้ การให้ได้พบกับสภาพอย่างผิวเผิน อาจไม่สามารถนำไปสู่สมรรถนะที่ต้องการ หรืออาจเกิดความรู้สึกในทางลบได้ด้วย

เป้าหมายของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ จึงมุ่งที่ประสบการณ์จริงในสภาพที่เกิดผลสัมฤทธิ์ในการสร้างสมรรถนะที่ต้องการ

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (healthcare structural reform)

เพื่อให้การปฏิรูปการศึกษาระดับวิชาชีพสุขภาพเกิดขึ้น และเป็นผลได้ตามที่ประสงค์ จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพร้อมกันไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการสุขภาพในส่วนปลาย หรือในระดับอำเภอ ซึ่งต้องได้รับการปรับปรุงอีกมาก แม้ว่าจะได้มีพัฒนาการมากแล้วก็ตาม ได้มีตัวอย่างของบริการที่โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่ได้ปรับแก้ไปแล้ว อันแสดงว่าการปฏิรูปในส่วนนี้มีความเป็นไปได้ ด้วยการสร้างความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด หรือความเป็นเจ้าของร่วมกัน ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ฝ่าย

บริการเชิงรุก ฐานประชากร ด้วยเทคโนโลยี predictive medicine น่าจะเป็นแนวทางที่อาจพัฒนาขึ้นได้ ส่วนการทำงานเป็นทีมอย่างร่วมมือผสมผสานกัน เป็นธรรมชาติที่เกิดได้จากความจำเป็น สำหรับบริการที่มีคุณภาพตาม state-of-art ที่สามารถนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยไปใช้นั้น ต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากระบบบริการในระดับสูงด้วย ทั้งมีระบบการเงิน และระบบบุคลากรที่เอื้อต่อเป้าหมายดังกล่าว มิใช่ระบบที่สร้างความแตกแยก

ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ การสร้างกลไกระดับชาติเพื่อการปฏิรูป การศึกษาวิชาชีพสุขภาพ (National mechanisms supporting Health Professionals Education reform)

มาตรการที่กระทำร่วมกันได้ มีหลายอย่าง ที่จะทำให้การปฏิรูปเกิดขึ้นได้ และบรรลุผลสำเร็จอย่างมีคุณภาพ

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๓/๑ การจัดสร้างฐานทรัพยากรความรู้ (National Health Knowledge Resources)

ความรู้ที่ต้องใช้ในระบบบริการสุขภาพนั้น มีมากมาย และลึกซึ้ง จนต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง จำเพาะและเน้นแคบลงไปในเรื่องนั้นๆ จึงจะมีความถูกต้องแม่นยำตรง ดังนั้นจึงเป็นการยากที่สถานศึกษาที่เกิดขึ้นใหม่ และมีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในทางวิชาการอย่างจำกัด จะสามารถสะสมความรู้และความเชี่ยวชาญได้เพียงพอ แม้จะได้มีความพยายามและลงแรงกันอย่างมากมายแล้ว ความไม่เท่าเทียมกันในการศึกษาจึงยังเกิดขึ้น ทางออกอย่างหนึ่งเพื่อยกระดับความรู้ของสถานศึกษาที่กระจายออกไปอยู่ในส่วนภูมิภาคและห่างไกล อาจมี โครงการเติมความรู้วิชาชีพสุขภาพ เช่น จัดการสอนทางไกลโดยอาจารย์ที่ชำนาญครอบคลุมเนื้อหาสาระที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ

แม้ว่าข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพมีอยู่มากมาย และเข้าถึงได้ด้วยอินเทอร์เน็ต และนักศึกษาที่มีความสามารถ

ที่จะเข้าถึงได้ แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่นความสามารถในการอ่านและเข้าใจภาษาวิชาการ หรือ การเข้าถึงเพียงบทคัดย่อ ไม่สามารถรับข้อมูลรายงานผลการวิจัยฉบับเต็ม เป็นต้น โครงการสร้างแหล่งความรู้วิชาชีพสุขภาพ ที่จัดทำเป็นภาษาไทย ที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงได้ง่าย น่าจะมีประโยชน์ เช่น จัดฐานข้อความรู้โดยอาจารย์เฉพาะทาง ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ ที่มีการปรับปรุงอยู่เสมอ

ขณะนี้ กรมควบคุมโรคกำลังจัดทำเอกสารแนวปฏิบัติ (guidelines) เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พร้อมใช้ ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ หากจัดให้มีโครงการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับบริการสุขภาพส่วนปลาย (practice / services guidelines) น่าจะมีประโยชน์อย่างมาก ในการยกระดับคุณภาพบริการในส่วนปลาย ทั้งนี้ อาจ กระทำให้ครบขั้นตอน ตั้งแต่การจัดทำบนฐานความรู้ แล้วนำไปทดลองใช้ พร้อมการประเมินและปรับปรุง ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น หรือจัดทำเป็นกระบวนการที่ปรับเป็นระยะตามเวลาและพื้นที่ที่เหมาะสม

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๓/๒ มาตรการระดับชาติเพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ (National Health Decision-Making Support)

การสร้างสมรรถนะในการตัดสินใจเป็นสิ่งที่กระทำได้ไม่ง่าย จำเป็นต้องมีรูปแบบการเรียนรู้ และ สิ่งประกอบที่เอื้อให้เกิดขึ้น การจัดให้มีส่วนสนับสนุนที่เอื้อในเรื่องนี้ ในระดับชาติ น่าจะช่วยยกระดับความ เป็นไปได้และได้ผลอย่างกว้างขวาง

ตัวอย่างเช่น การทำหน้าที่พี่เลี้ยง สำหรับอาจารย์ที่ถนัดในการสอน ด้วยการให้ข้อมูลความรู้ นั้น เป็นการ ปรับตัวที่ยากไม่น้อย อาจารย์หลายท่านไม่มีความอดทนเพียงพอที่จะยอมให้นักศึกษาค้นพบคำตอบด้วย ตนเอง ยิ่งเป็นกรณีที่จะมีผลต่อชีวิตผู้ป่วย เช่นการให้นักศึกษาได้ทำหัตถการเอง การเป็นพี่เลี้ยงที่ต้องประเมิน ความสามารถของนักศึกษาไม่ให้กระทำเกินความสามารถและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การจัดการฝึกอบรมใน การทำหน้าที่พี่เลี้ยง (Staff Mentor Training Programs) จึงมีความสำคัญ และอาศัยทั้งความสามารถ และทักษะที่พัฒนาเป็นพิเศษ กิจกรรมนี้อาจจัดร่วมกันหลายสถาบัน หรือจัดในระดับชาติก็ได้

การสร้างสมรรถนะในการตัดสินใจ ที่ต้องมีการพิจารณาประเด็นรอบด้านพร้อมกัน โดยมีเหตุผลอย่าง เหมาะสมนั้น ต้องมีกลไกที่ดี จึงจะเป็นผล ต้องอาศัยกรณีที่เป็นจริง จะใช้แต่ความรู้ทางทฤษฎีไม่ได้ มีหน้าซ้ำ การให้เกิดประสบการณ์เองอย่างโดดเดี่ยว อาจนำไปสู่วิธีคิดที่ไม่ถูกต้องได้ การประชุมเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์ กรณีจริง จะเป็นประโยชน์ได้มาก ที่โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทอนออสเตรเลีย ซึ่งส่งนักศึกษา แพทย์ออกไปเรียนและหาประสบการณ์โดยตรงที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในชนบท เขาจัดให้มีการประชุม สัมมนาทุกสัปดาห์ โดยระบบสื่อสารทางไกล อันทำให้นักศึกษาที่กระจายอยู่ห่างไกลกัน สามารถติดต่อกัน และมี การอภิปรายปัญหากรณีจริง โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ดูแล (Teleconferences, Case seminar & discussion) บางมหาวิทยาลัยใช้การประชุมผ่าน web ที่เรียกว่า Webinar

การมีระบบปรึกษาหารือในแนวตั้ง ระหว่างบริการระดับต่างๆ ดังที่ปรากฏที่โรงพยาบาลชุมชนวังวิเศษ อาจทำประโยชน์ได้มาก ทั้งในการให้บริการเฉพาะกรณี และในการศึกษา (Case consultation, IT-based care system)

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๓/๓ กิจกรรมระดับชาติเพื่อสนับสนุนการศึกษาสุขภาพ (National Health Education Support)

ในการจัดการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ หากมีการจัดเพื่อประโยชน์ร่วมกันหลายสถาบัน จะเป็นไป ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรน้อยลง และอาจมีคุณภาพดีกว่าที่แต่ละสถาบันไปจัดเอง เนื่องจากหลายอย่าง

เป็นความจำเป็นทำนองเดียวกัน และมีทรัพยากรจำกัด ตัวอย่างเช่น

การจัดการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีสื่อสารสารสนเทศเพื่อการศึกษา (IT Resources Training Programs) และการจัดการฝึกอบรมเพื่อสร้างวิจรรณญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลและความรู้ (Critical Appraisal Training Programs)

นักวิชาชีพสุขภาพหลายสาขา เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น จำเป็นต้องมีทักษะแห่งวิชาชีพ ซึ่งต้องสร้างขึ้นด้วยการลงมือกระทำเอง ขณะนี้มีเทคนิควิธีในการเรียนรู้เพิ่มขึ้นเป็นอันมาก ได้แก่ การใช้หุ่นในสภาพเสมือน การใช้กรณีจำลอง การประเมินทักษะเฉพาะ และการควบคุมคุณภาพ เป็นต้น เทคนิควิธีเหล่านี้ ต้องมีการจัดทั้งสถานที่และอุปกรณ์ ซึ่งอาศัยการลงทุนหากสามารถจัดร่วมกันเป็นโครงการระดับชาติ หรือเป็นเครือข่ายที่ช่วยเหลือร่วมมือกัน จะช่วยให้การศึกษาฝึกอบรมได้ผลดีขึ้น (Health Skills Simulation Centers/ Network)

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๓/๔ การประเมินความสามารถทางวิชาชีพ (Health Professional Assessment), การให้การรับรองวุฒิ (Professional Certification) และการรับรองสถาบันการศึกษาฝึกอบรม (Training Institution Accreditation)

โดยที่การให้การศึกษาศึกษาฝึกอบรมนักวิชาชีพสุขภาพได้กระจายออกไปกว้าง และเพิ่มความสลับซับซ้อนขึ้น ทั้งจำเป็นต้องมีความหลากหลายแตกต่าง การพัฒนาและรับรองสถาบันให้รับผิดชอบทำหน้าที่ให้การศึกษารูปแบบ และระดับที่หลากหลาย จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (Reform of National Accreditation of Health Professional Educational Programs)

ระบบการรับรองคุณนักรวิชาชีพสุขภาพ ขณะนี้มีสภาวิชาชีพเป็นผู้ดูแล ในทำนองวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลกันเอง ซึ่งมีส่วนต้อยไม่น้อย แต่ผลกระทบในวิชาชีพเองจะเป็นข้อจำกัดทำให้เปลี่ยนแปลงได้ยาก และไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากโดยรอบ ตัวอย่างเช่น อายุของการรับรอง และความจำเป็นต้องเรียนรู้เพิ่มเติม เป็นต้น (Reform of National Certification of Health Professionals)

การให้การรับรองวุฒิ ของผู้ที่จบการศึกษา เพื่อให้สามารถประกอบวิชาชีพได้ ก็ต้องมีการปฏิรูป เนื่องจากว่า การรับรองวุฒิมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้อย่างมาก หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนนี้ การปฏิรูปการศึกษาก็จะเกิดขึ้นได้ยาก กระบวนการในการรับรองในปัจจุบันได้พัฒนามามากทั้งในส่วนการเรียนการสอน และการสอบประเมิน ซึ่งได้เริ่มประเมินสมรรถนะที่จำเป็นมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการประเมินบางสมรรถนะที่จำเป็นอยู่ (Reform of Assessment of Health Professionals Graduates)

• ยุทธศาสตร์ย่อย ที่ ๓/๕ กลไกระดับชาติเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ (National Health Professional Education Research & Innovations Programs)

การปฏิรูปการศึกษาศึกษาวิชาชีพสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพเป็นสิ่งใหม่ และยิ่งในสภาพแวดล้อมที่หลากหลายด้วยแล้ว การวิจัยและนวัตกรรม เพื่อบุกเบิกหาแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในสภาพปัจจุบันความสนใจในเรื่องนี้ยังมีน้อย ในวงการศึกษา จึงจำเป็นต้องมีกลไกผลักดันเป็นการเฉพาะ เช่นการมีกองทุนเพื่อการนี้ (National Fund for Health Professionals Education Research and Innovations)

ขณะนี้ได้มีการทดลองและนวัตกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาศึกษาวิชาชีพสุขภาพอยู่บ้างแล้ว และได้มีการศึกษารวบรวมและเผยแพร่อยู่ หากได้มีโครงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตัวอย่างซึ่งกันและกัน ก็จะได้ผล

เต็มที (National Program for Health Professionals Education Success Story Sharing)

โครงการระดับชาติเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมกระบวนการจัดการและขั้นตอนต่างๆ ในการศึกษา
วิชาชีพสุขภาพ (National Program for Research/Innovations on Health Professionals Education)
และโครงการเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมในเนื้อหาของของการศึกษานักวิชาชีพสุขภาพ (National Program
for Research/Innovations in Health Professionals Education) น่าจะมีประโยชน์อย่างมากในการ
ดำเนินการปฏิรูป

ยุทธศาสตร์ ที่ ๔ การสร้างพลังร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Advocacy)

การปฏิรูปที่กล่าวมานี้ จะเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างลึกซึ้ง อันต้องปรับเปลี่ยนค่านิยมในวงการ
วิชาการและในสังคม งานนี้จึงเป็นไปได้ยาก หากจะให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญ และยั่งยืน ต้องสร้างความตระหนักถึง
ความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูป โดยเห็นคุณค่าของเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ อันยังให้เกิดความยุติธรรมในสังคม
ตลอดจนเห็นความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งยินดีมีส่วนร่วมในบริบทต่างๆ การเกิดกระแสที่แรงพอ
และขับเคลื่อนได้ในสังคม จึงจะเกิดความเป็นปึกแผ่นมั่นคง

มาตรการในส่วนนี้คงต้องช่วยกันคิดและดำเนินการ

สรุป

๑. จำเป็นต้องปฏิรูปบริการสุขภาพ เพื่อความเสมอภาคด้านสุขภาพของประชาชน ในประเทศไทย
๒. จำเป็นต้องปฏิรูปการศึกษานักวิชาชีพสุขภาพ จึงจะปฏิรูปบริการได้
๓. ต้องปรับทิศบริการและการศึกษา ด้วยวิสัยทัศน์ใหม่
๔. ระบบสุขภาพไทยมีความพร้อมที่จะนำการปฏิรูป
๕. ยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปมีหลากหลาย และต้องอาศัยการช่วยกันทุกภาคส่วน
๖. การปฏิรูปการศึกษา ตั้งต้นที่เป้าหมายสมรรถนะที่พึงเกิด ด้วยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม
๗. มาตรการที่เกิดได้ร่วมกัน หรือระดับชาติ มีส่วนช่วยได้มาก

ข้อคิดเห็นของที่ประชุม

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 - คิดว่าเรามาทางเดียวกันแล้ว และก็ทำแบบนี้มาตลอด แต่อาจจะไม่เร็วทันใจ หวังว่าพวกเราจะช่วยกันแสดงข้อคิดเห็นเพื่อให้ประสบความสำเร็จต่อไป
- นายแพทย์ศุภชัย ครบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - ผมอยากเสนอเพิ่มอีก ๑ ข้อ คือการจัดการความทุกข์ ตั้งใจจะไปอยู่ รพ.ชุมชน พอทุกข์มากก็หนีมาเรียนต่อเพื่ออยู่ รพ.ใหญ่ เช่น คนไข้มาตอนตี ๒ มาด้วยการขอยา ทุกข์เพราะว่าตอนอยู่โรงพยาบาลแพทย์เรายังไม่เจอเคสแบบนี้ เจอความแตกต่าง พบว่าความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้มีขึ้นเรื่อยๆ การทำงานร่วมกับคนอื่นที่เอาเปรียบกัน ซึ่งทุกข์นี้ก็รอคอยการเยียวยา
- ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา
 - เห็นชัดเลยว่าต้องมีการจัดการความทุกข์ เปลี่ยนความทุกข์ให้เป็นความสุข ที่ต้องสอนนักเรียนเราให้ทราบ ความเมตตาและสงสาร ก็จะช่วยปรับจากความทุกข์ให้กลายเป็นทำหาย และเมื่อทำได้ก็จะมีความสุข เราต้องใส่เข้าไปในใจศิษย์ให้เห็นคุณค่าของการทำ เราต้องปรับค่านิยม ให้มีความสามารถที่จะเป็นสุข
- นายแพทย์สาธิต ทิมขำ โรงพยาบาลท่ายาง
 - โรงพยาบาลชุมชนเป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของโรงเรียนแพทย์ ความต้องการของชุมชน ยังต้องการแพทย์ที่มีเจตคติที่ดี ที่โรงพยาบาลชุมชนช่วยได้คือเป็นแหล่งฝึก ให้ความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ต่าง ให้ตรงกับความต้องการ ส่วนที่อยากเชียร์คือ ให้หันกลับมามองความต้องการของประชาชน ชุมชนต้องการแพทย์ ซึ่งแพทย์ที่เข้ามาก็หมุนเวียนกันไป หรือไปเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงอยากฝากให้มีหลักสูตรไหนที่ผลิตแพทย์ให้อยากอยู่โรงพยาบาลชุมชนที่มีความเหมาะสม และอยากอยู่ในพื้นที่ได้นาน ตัวอย่างที่ได้ทำแล้ว คือ แพทย์ CPIRD หรือที่ขอนแก่น ที่ใช้แนวคิดโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน
- ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา
 - การที่เราส่งนักเรียนแพทย์ไปอยู่ โรงพยาบาลชุมชนก็เป็นประโยชน์ แต่บางคนไปแล้วก็บอกว่าจะไม่กลับมาที่นี้อีกเลย เราจึงต้องมีการปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชนให้มีบริการครบถ้วน เปลี่ยนจากตั้งรับเป็นเชิงรุก การปฏิรูประบบบริการต้องมาพร้อมกับการปฏิรูปการศึกษา



รายงานการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจาก
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘
๒๐ - ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

การบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
(People-Centered Health Care)

รายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘
 การบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Health Care)
 ๒๐ - ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒
 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๗

ครั้งที่	ผลลัพธ์ที่สำคัญ
๑, ๒, ๓ (๒๔๙๙, ๒๕๐๗, ๒๕๑๔)	ทบทวนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ รร. แพทย์ แยกแผนก-ภาควิชา โดยเฉพาะทางปรีคลินิก เวชศาสตร์ชุมชน แพทย์ฝึกหัด แพทย์เชี่ยวชาญ
๔, ๕ (๒๕๒๒, ๒๕๒๙)	ลดเวลาเรียนวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยกเลิกแพทย์ฝึกหัด การสอน PBL, CBL การบริการทางการแพทย์ Health for all by the year ๒๐๐๐
๖, ๗ (๒๕๓๖, ๒๕๔๔)	การศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ระบบการบริการทางการแพทย์ การกระจายแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ระบบการคัดเลือกนักศึกษา การประกันคุณภาพ

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘

- การบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
- การบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
- การใช้ยาและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

A shift in focus ...

- “The essence of care is to centre on the patient. This is a shift from traditional, provider focused practice, and it requires the workforce to develop *communication* skills that empower patients through seeing health from the *patient’s perspective*, and motivating and training patients in health-related *self-management*.”

Core Competencies of the Health Care Workforce for the 21st Century:
 The Challenge of Chronic Conditions (WHO 2005)

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Health Care) ๒๔ ข้อ

แนวทางที่ใช้: รายงานการดำเนินการตามข้อเสนอแนะฯ

๑. ทบทวนรายงานการประชุม กก.บริหาร และ กก.อำนวยการ กสพท.
๒. สรุปผลการประชุมทบทวนแผนปฏิบัติการตามข้อเสนอแนะฯ (๑๒ ธ.ค. ๒๕๕๖)
๓. แบบสอบถามจากผู้แทนสถาบันที่กรุณาช่วยรับผิดชอบในการติดตาม ๗ กลุ่มข้อเสนอแนะ
๔. แบบสอบถามสถาบันผลิตแพทย์
๕. รายงานการประชุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มีการประชุมทบทวนแผนปฏิบัติการตามข้อเสนอแนะ ที่ โรงแรมคุ้มภูคำ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๖

The 8th National Conference on Medical Education 24 ข้อเสนอแนะจากการประชุม พศช.8

- 1. การแพทย์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์**
การสร้างครูแพทย์เพิ่มขึ้น และการดำรงไว้ซึ่งครูแพทย์ที่เป็นแบบอย่างในการบริหารสุขภาพที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
- 2. ระบบสาธารณสุข และการปรับปรุงการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง**
- 3. การสร้างเสริมสุขภาพ**
- 4. การปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรอื่นๆ และการประกันคุณภาพการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต**
- 5. การปรับปรุงระบบใช้ทุน และเพิ่มพูนทักษะของแพทย์**
- 6. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และเวชศาสตร์ครอบครัว**
- 7. การใช้ยา ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยี อย่างเหมาะสม**

การนำเสนอ: รายงานการดำเนินการตามข้อเสนอแนะฯ

๑. วัตถุประสงค์ ตามกลุ่มข้อเสนอแนะและการดำเนินการโดยรวม ในช่วงที่ผ่านมา
๒. สรุปการดำเนินงานของสถาบันผลิตแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง
๓. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. การแพทย์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

การสร้างครูแพทย์เพิ่มขึ้นและการอ้างไว้ซึ่งครูแพทย์ที่เป็นแบบอย่างในการบริหารฯ

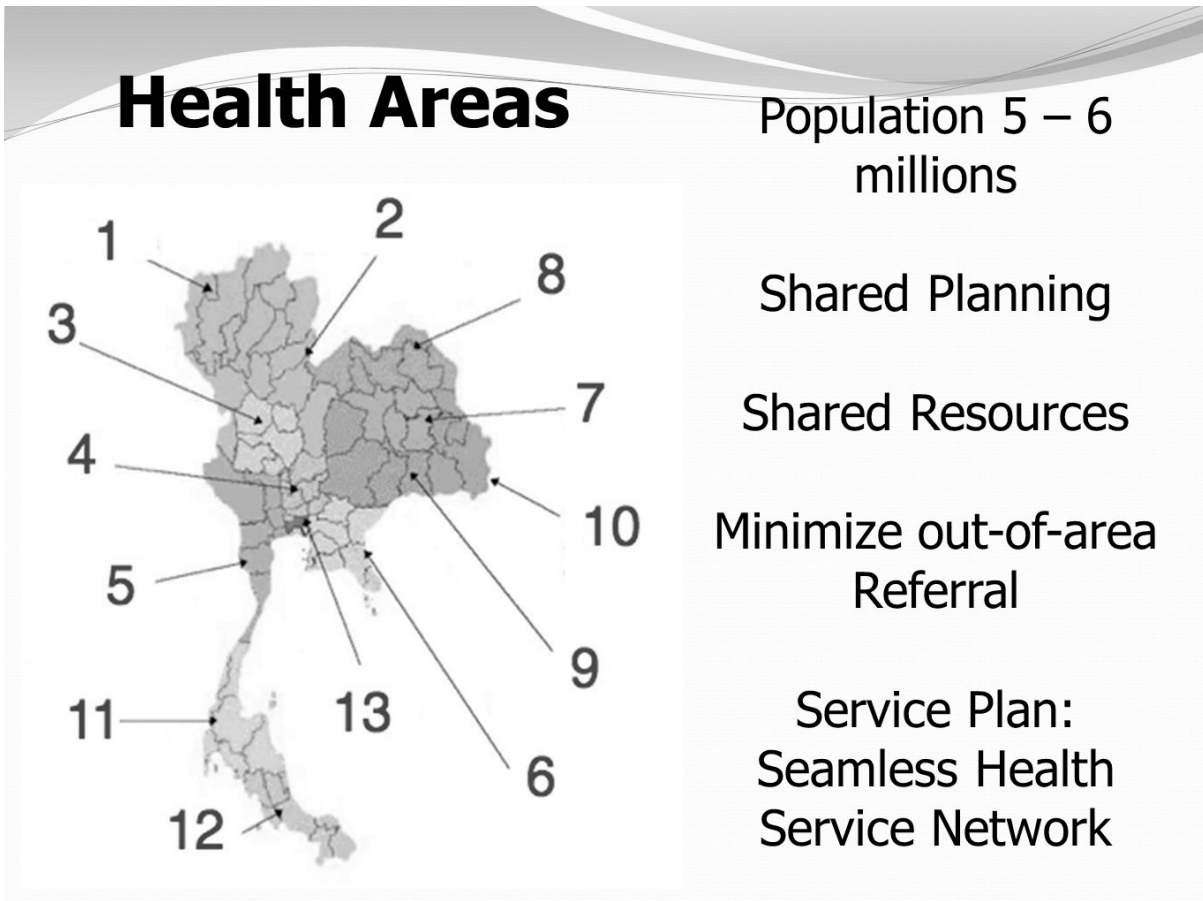
- มีการนำเรื่อง การบริหารสุขภาพที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง มาพิจารณา ทั้งในด้านการจัดหลักสูตร และการบริหารสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง การแพทย์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ และการบริหารที่มุ่งเน้นสุขภาพของคน (people) ไม่ใช่โรค (disease)
- ในประเด็นเรื่องคุณภาพและปริมาณของครูแพทย์ที่เหมาะสม ยังเป็นปัญหาสำคัญซึ่งทุกสถาบันผลิตแพทย์ ประสบอยู่ รวมถึงแนวทางการพัฒนาครูแพทย์ให้เป็นแบบอย่างที่ดี (และอยู่ได้) รวมถึงแนวทางการสนับสนุนส่งเสริมให้ “ครูแพทย์” ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง
- สถาบันส่วนใหญ่ ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง PHC และ HHC ในการวางแผนการเรียนการสอนโดยส่วนมากจัดให้มีตั้งแต่ระดับชั้นปริคlinik บางสถาบันมีการกำหนดใน มคอ.๒-๔ เป็นลายลักษณ์อักษร
- บางสถาบันนำมาใช้กำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของหลักสูตร การพัฒนาคุณลักษณะพิเศษของนักศึกษา ผลการเรียนรู้ต่าง ๆ กลยุทธ์การสอน กิจกรรมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน จิตอาสาและการประเมินผล
- การนำกรอบแนวคิดเรื่อง “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นส่วนหนึ่งในหัวข้อการเรียนการสอน ส่วนใหญ่ผ่านรูปแบบการบรรยาย มีการศึกษาดูงาน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรบ้าง
- สถาบันส่วนใหญ่ มีการประเมินด้าน PHC และ HHC ใน ๓ มิติด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ส่วนใหญ่ ประเมินด้วยการสอบ
- มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมและพัฒนาครูผู้สอนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การปฐมนิเทศ การจัดสัมมนาประชุมวิชาการ และอบรมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาสาระที่จัดอบรมโดยส่วนมากจะเป็นเทคนิคการสอน จิตปัญญาศึกษา การสร้างและพัฒนาข้อสอบ การวัดและประเมินผล ส่วนการพิจารณาถึงเรื่อง “People-Centered Health Care” นั้น ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. ควรมีแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม รวมถึงแนวทางการประเมินผล และการติดตามเพื่อพัฒนา ทั้งด้านการจัดการเรียนการสอนและบริการ
๒. จัดให้มีคลังรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้และการประเมินผล ที่สะท้อนเจตคติและจิตสำนึกของบัณฑิตแพทย์ต่อ PHC และ HHC
๓. จัดให้มีรูปแบบการสรรหา และการสร้างครูแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ทั้งเป็นแบบอย่างของสถาบันผลิตแพทย์ต่าง ๆ
๔. ควรจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีผู้รับไปติดตาม ทบทวน ปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

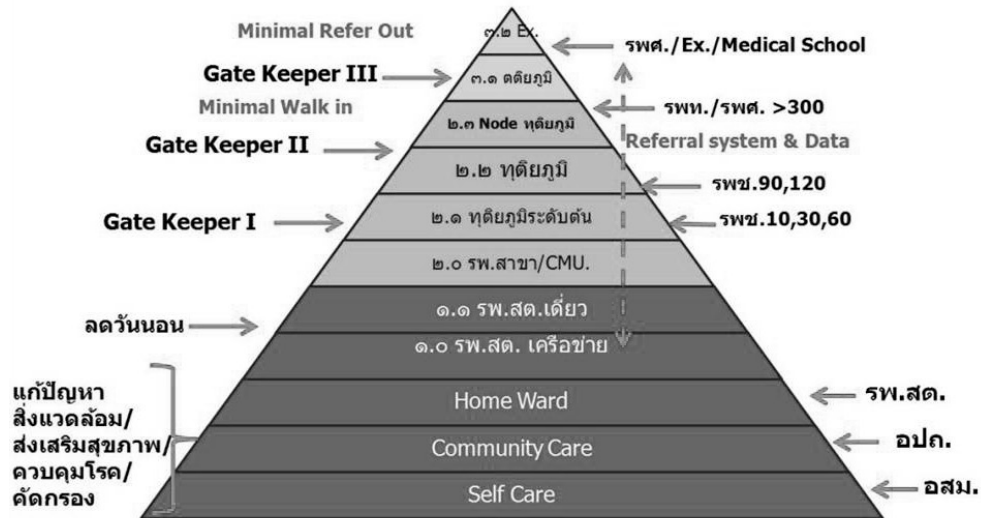
๒. ระบบสาธารณสุข และการปรับปรุงการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
 - สุขภาพไม่ใช่โรคและการรักษาโรค แต่หมายถึงสภาวะที่กาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล
 - ปรับจากระบบสุขภาพแบบตั้งรับมาเป็นระบบแบบรุก สร้างสุขภาพที่ดี ที่เน้นการดูแลป้องกันสุขภาพมากกว่ารักษาความเจ็บป่วย
 - กำหนดว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญฯ (ประกาศ พ.ศ. ๒๕๕๒) เพื่อเป็นกรอบทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติ
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
 - เป็น “พื้นที่สาธารณะเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม”
 - มีฐานะเป็น “กลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะ”
 - ในฐานะ “กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม”
- การจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข (ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙)



ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ
(Integrated Health Care System)

**ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ
(Integrated Health Care System)**



- ในประเด็นเรื่องการปรับปรุงการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีแนวคิดในการปรับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชน (community based) เพิ่มขึ้น โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพเป็นแหล่งฝึก ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขจะนำร่องในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ๓๗ แห่งเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนดังกล่าว
- ทุกสถาบันมีการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อระบบสุขภาพในประเทศ ผ่านการเรียนการสอนแบบบูรณาการในรายวิชาบังคับ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน รวมทั้งรายวิชาศึกษาทั่วไป
- สถาบันบางแห่งยังกำหนดให้มีรายวิชาระบบบริการสุขภาพ อยู่ในหมวดของรายวิชาเลือกสำหรับชั้นคลินิก บางแห่งจัดให้มีการบรรยายให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ/ชำนาญ ในเรื่องระบบสุขภาพของประเทศ
- ส่วนใหญ่จัดสอนในระดับชั้นปริคlinik มีในระดับชั้นคลินิกบ้าง
- สถาบันบางแห่งมีการฝึกภาคสนาม เพื่อศึกษาระบบสุขภาพในจังหวัดใกล้เคียงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงตติยภูมิ
- บางแห่งได้มีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ตั้งแต่รับเข้ามาเป็นนักศึกษาแพทย์ (ก่อนเปิดภาคการศึกษา)
- การส่งเสริมวิจัยด้านการศึกษาและด้านระบบบริการสุขภาพ
- ทุกสถาบันมีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดการทำวิจัยทางด้านการศึกษา ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการจัดตั้งหน่วยงานสนับสนุน
- งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพยังมีไม่มากนัก บางสถาบันมีโครงการวิจัยที่ร่วมมือกับ สปสช.
- ในส่วนผู้เรียน: มีจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ทั้งในระดับชั้นปริคlinik และระดับชั้นคลินิก เช่น การโครงการสำรวจและติดตามสุขภาพของประชาชนในชุมชนใกล้เคียง หรือให้นักศึกษาแพทย์เลือกทำวิจัยตามปัญหาที่ตนเองพบในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

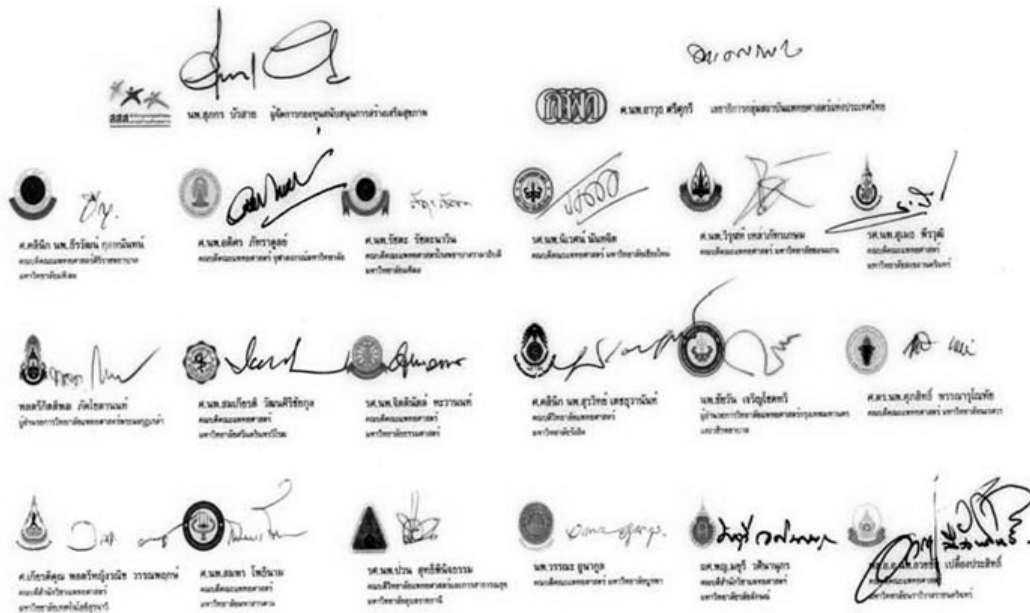
- ๑. สถาบันควรคำนึงถึงทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศ ที่จะใช้ยุทธศาสตร์การกระจายบริการผู้ป่วยนอก และการรวมศูนย์การบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อบริการผู้ป่วยใน ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตด้วย
- ๒. ระบบสุขภาพในประเทศ มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปมากในช่วงที่ผ่านมา ควรมีความร่วมมือระหว่างสถาบันผลิตแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้ความรู้แก่ผู้เรียน
- ๓. ควรกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการทำวิจัยการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาให้เหมาะสมในการบริหารสุขภาพที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางในประเทศ ทั้งนี้ควรให้สามารถนำผลงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ได้จริง และมีผลต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ

๓. การสร้างเสริมสุขภาพ มีการบันทึกการลงนามของคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ๑๘ สถาบัน

“ปฏิญญาโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”

(Code of practice on health promotion in medical school 2009)

๒๐-๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๒



๑. ประกาศนโยบาย ทิศทาง แผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรให้รับทราบและปฏิบัติ และทำการติดตาม ประเมินผลและพัฒนา ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
๒. บรรจุนโยบายหลักสูตรการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตร พร้อมทั้งบูรณาการระหว่าง การเรียนการสอน งานบริการ และงานวิจัยในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ผู้บริหารต้องมีเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและพึงปฏิบัติตนเป็นต้นแบบที่ดี
๔. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดระบบงานหรือสิ่งแวดล้อมที่เสริมพลังอำนาจ หรือเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรในโรงเรียนแพทย์
๕. จัดให้มีการสำรวจและปรับปรุงบรรยากาศ ภูมิสถาปัตยกรรม สิ่งแวดล้อม โครงสร้างของอาคาร ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย ให้บริการอาหารสุขภาพที่สะอาดปลอดภัยและจัดระบบการปฏิบัติที่เอื้อต่อบุคลากรให้มีกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ
๖. ส่งเสริมให้บุคลากรและนักศึกษา มีระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในโอกาสต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ
๗. สนับสนุนชุมชนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่ รวมทั้งเป็นตัวกลางในการสร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน องค์กรภาคเอกชน กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยกันเอง (Self-help Group)
๘. พึงสร้างค่านิยมให้บุคลากรมีจิตสำนึกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
๙. สร้างสมดุลชีวิต งาน/การเรียน ฐานะการเงิน ครอบครัว สุขภาพตนเอง
๑๐. จัดให้มีระบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ นักศึกษา และบุคลากร
๑๑. จัดระบบจัดการบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม บูรณาการและเบ็ดเสร็จในเรื่องข้อมูลผู้ป่วย
๑๒. จัดระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) ครอบคลุมวงจรชีวิต (Life cycle)

แผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ

ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๔๖) ยุค “ร่วมหาทาง”

ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๗ – ๒๕๔๘) ยุค “สร้างสำนึก”

ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๔๙ – ๒๕๕๑) ยุค “เสาหลักคือคณะ”

ระยะที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๔) ยุค “ประจักษ์ผลงาน”

นำเกณฑ์ TOA มาใช้ ทำให้เกิดกลุ่มภาคีพันธมิตรในการขึ้นนำสังคม ด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ ร่วมกัน และใช้แนวคิดแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) มาเป็นแนวทางจัดทำข้อเสนอแผนงานฯ

ระยะที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ปัจจุบัน) ยุค “บูรณาการกับงานประจำ” เป็นการดำเนินงานบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในพันธกิจต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละคณะแพทย์

๑. สถาบันส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและมีความตื่นตัวกับการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดี การมีความสุขของทั้งนักศึกษา ครูผู้สอน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
 - อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อดูแล ติดตามปัญหาต่าง ๆ
 - สร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง สนับสนุนชมรมกิจกรรมต่าง ๆ
 - ระบบสวัสดิการรักษายาบาล การตรวจสุขภาพ ป้องกันโรค
 - ระบบรักษาความปลอดภัย
 - การมอบรางวัลประกาศเกียรติคุณ
 - การส่งนักศึกษาไปประชุมแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ หรือนำเสนอผลงานทั้งในและต่างประเทศ
๒. ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมกับชุมชน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานของโรงเรียนแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งในพันธกิจ กสพท. หรือจัดให้มีคณะทำงานเฉพาะ
๒. ควรแสวงหาแนวทางสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์พัฒนาไปสู่การเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพรุ่นใหม่ให้มากขึ้น
๓. ควรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง
๔. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ยิ่งขึ้น
๕. ควรสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติสำหรับโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ และเกณฑ์คุณภาพของการปฏิบัติที่เป็นเลิศของโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ มาใช้อย่างจริงจังต่อไป

๔. การปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรอื่นๆ และการประกันคุณภาพการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต

ประกาศแพทยสภาที่ ๑๑ / ๒๕๕๕

เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๕๕ (Professional Standards for Medical Practitioners 2012)

ด้วยเป้าประสงค์ที่จะตอบสนองปรัชญาการศึกษาแพทยศาสตร์ อันสืบเนื่องจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ที่มุ่งเน้นการบริบาลสุขภาพโดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health care) แพทยสภาจึงเห็นสมควรปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๔๕ และเพื่อเป็นการส่งเสริมการประกอบวิชาชีพตามมาตรา ๗ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ แพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ ๑๒ / ๒๕๕๔ วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๔ จึงออกประกาศดังต่อไปนี้

- หลังการประชุม พศช. ครั้งที่ ๘ ทาง กสพท. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. ๒๕๕๓) ที่มีผู้แทนจากสถาบันต่าง ๆ เข้าร่วม เพื่อจัดทำ (ร่าง) มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาแพทยศาสตร์ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ของคณะกรรมการการอุดมศึกษา (มคอ.๑)
- แล้วเสร็จ ผ่านการอนุมัติจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการและกรรมการบริหาร กสพท. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และนำเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาพิจารณา - ๑
- พ.ศ. ๒๕๕๕ จัดประชุมสัมมนา เพื่อวิพากษ์และนำไปแก้ไขปรับปรุง
- ส่ง (ร่าง) มาตรฐานฯ ตามที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ให้ สกอ. เพื่อพิจารณาเป็นครั้งที่ ๒ ซึ่งได้ผลกลับมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๗
- ควรสำรวจสภาพของปัญหาปัจจุบัน
- ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเรียนการสอน เช่น การจัดหลักสูตร กลยุทธ์การสอน และ การประเมินผลของประเทศทางตะวันตก ประเทศทางตะวันออก ประเทศในกลุ่มอาเซียน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบ อภิปรายผล สรุปผล การศึกษาข้อมูลเหล่านั้น เพื่อแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนของประเทศไทยเหมือนหรือแตกต่างจากประเทศอื่นอย่างไร
- สังเคราะห์ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
- การประกันคุณภาพการศึกษา
 - สถาบันผลิตแพทย์ ต้องจัดให้มีการตรวจสอบและประเมินคุณภาพภายในทุกปี และภายนอกทุก ๕ ปี ซึ่ง กสพท. จะเป็นผู้จัดการตรวจประกันคุณภาพระดับสถาบันในนามของแพทยสภา โดยใช้เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX)

- ในการประเมินระดับหลักสูตร มติที่ประชุมกรรมการอำนวยการ กสพท. ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ กำหนดให้ใช้เกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนแพทย์ในระดับนานาชาติ (WFME) ในการตรวจประเมิน
- มีการแปลเกณฑ์ดังกล่าวเป็นภาษาไทย และอยู่ระหว่างจัดตั้งสมาคมรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (Association of Medical Education Accreditation, AMEAc)
- ด้านหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ... แต่ละสถาบันได้ใช้ (ร่าง) มคอ.๑ และเกณฑ์มาตรฐานฯ แพทยสภา พ.ศ. ๒๕๕๕ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง และได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การเรียนการสอนของอาจารย์ เนื้อหาสาระการเรียนรู้ ตลอดจนการวัดและการประเมินผลการเรียนรู้ ให้สอดคล้องกัน
 - การจัดการเรียนการสอนคำนึงถึงความต้องการและความถนัดผู้เรียน
 - การบูรณาการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน กับแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
 - การบูรณาการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ... ยังมีไม่มากนัก
 - มีการตรวจประกันคุณภาพระดับสถาบันด้วยเกณฑ์ EdPEX ไปแล้ว ๑๐ แห่ง ทั้งนี้ สถาบันได้นำผลลัพธ์ที่ได้จากการประกันคุณภาพการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินการต่าง ๆ
 - มีการตรวจประเมินหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตด้วยเกณฑ์ WFME ไปแล้ว ๖ แห่ง มีการจัดอบรมเกณฑ์ การเขียนรายงานการตรวจประเมิน การเตรียมการตรวจประเมิน และการเป็นผู้ตรวจประเมินอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. การดำเนินการร่าง มคอ.๑ ต้องใช้พลังในการดำเนินการอย่างมาก และต้องการคณะกรรมการดำเนินการที่มีเวลาเพียงพอ
๒. การปฏิรูปแพทยศาสตรศึกษาควรเริ่มจาก outcome ก่อน อาจจำแนกได้เป็น ๓ ประเภท คือ
 - ๑) Community physician
 - ๒) Physician for advanced care และ
 - ๓) Academic physician
 หากโครงสร้างนี้เหมาะสม ก็จะเห็นแนวทางว่าควรผลิตแพทย์อย่างไร
๓. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการควรพิจารณาร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมายการผลิตแพทย์ให้ชัดเจน และควรรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครบถ้วนด้วย
๔. สถาบันควรให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพการศึกษา

๕. การปรับปรุงระบบใช้ทุน และเพิ่มพูนทักษะ

การดำเนินการของแพทยสภา

- จัดตั้งคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินสถาบันปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ ๑๐ เครือข่าย เพื่อตรวจเยี่ยม ประเมิน และรับรองสถาบันปฏิบัติงานฯ พร้อมหาแนวทางสนับสนุนทางวิชาการแก่สถาบันปฏิบัติงานฯ
- กำกับให้มีการเพิ่มพูนทักษะ ตามกรอบระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ ๑๒ เดือน ดังนี้
 - อายุรศาสตร์ ๓ เดือน
 - ศัลยศาสตร์ และออร์โธปิดิกส์ ๓ เดือน
 - กุมารเวชศาสตร์ ๒ เดือน
 - สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ๒ เดือน
 - วิชาเลือกตามความต้องการ หรือสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ๒ เดือน
- เนื่องจากหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ (แพทย์ใช้ทุน) เป็นผู้ดำเนินการจัดสรรแพทย์เข้าปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการกระจายแพทย์ โรงพยาบาลบางแห่งอาจได้รับแพทย์น้อยกว่าศักยภาพที่แพทยสภารับรอง
- การจัดให้แพทย์หมุนเวียนปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะในกรอบเวลาที่กำหนด เป็นไปไม่ได้ทั้งหมด และอาจต้องไปโรงพยาบาลชุมชน ๓ เดือน (รวมทั้งในช่วง ๓ เดือนแรก)
- มีการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน
- ด้านที่พัก ความปลอดภัย และสวัสดิการ มีการปรับปรุงต่อเนื่อง
- คุณภาพการปฏิบัติงาน/supervision ที่ยังแตกต่างกันตามสถานที่
- กระบวนการวัดคุณลักษณะของบัณฑิตแพทย์ในทั้ง ๒ ด้านของสถาบันผลิตแพทย์ส่วนใหญ่ ใช้การสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต โดยใช้แบบสอบถาม rating scale ๕ ระดับ (๑-๕) มีการสอบถามจากผู้ใช้บัณฑิตโดยตรงบ้าง และการสอบถามจากบัณฑิตแพทย์เอง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี
- ตัวชี้วัดหลักที่สถาบันส่วนใหญ่ใช้ในการประเมินว่า บัณฑิตแพทย์มีคุณลักษณะที่ดีในการนำแนวคิดเรื่อง People-Centered Health Care มาใช้ในการปฏิบัติงาน มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่
 - ตัวชี้วัดด้านคุณธรรม จริยธรรม
 - ตัวชี้วัดด้านทักษะการสื่อสาร และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - ตัวชี้วัดด้านความรู้ความสามารถ
- ตัวชี้วัดที่สถาบันใช้ในการประเมินว่า บัณฑิตแพทย์มีคุณลักษณะที่ดีในการนำ “Humanized Health Care” ไปใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ด้านคุณธรรม จริยธรรม
 - ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - ด้านการยึดถือประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก
 - ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม
 - การเคารพสิทธิ ความคิดเห็น คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้อื่น
 - การวางตัว และการแสดงความคิดเห็นได้เหมาะสมกับบทบาทและหน้าที่
 - ทักษะการติดต่อสื่อสาร การให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ
 - การธำรงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของวิชาชีพแพทย์

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

ข้อเสนอแนะจากการประชุม โครงการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพชีวิตแพทย์ใช้ทุน (๒๑ มกราคม ๒๕๕๖) จัดโดย เครือข่ายแพทย์ยุคใหม่ ใส่ใจ ใฝ่รู้ เพื่อการสร้างสรรค์สังคม ร่วมกับ กสพท. สปสช. และคณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

๑. ปรับปรุงระบบการหมุนเวียนปฏิบัติงานในช่วงเพิ่มพูนทักษะ ๑๒ เดือนแรก ให้เป็นไปได้และเหมาะสมที่สุด
๒. สนับสนุนกิจกรรมวิชาการพื้นฐานที่กำหนดในช่วงปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะให้เป็นไปได้ตามเกณฑ์ โดยเฉพาะระบบการสืบค้นข้อมูลทางสารสนเทศ และการสร้าง career path ที่ชัดเจน
๓. ทบทวนหัตถการตามที่ได้กำหนดในเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕
๔. กำหนดช่วงเวลาให้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตามความเหมาะสม
๕. กำหนดการประเมินให้เป็นมาตรฐาน
๖. ทบทวนเรื่องสวัสดิการ / ระบบแพทย์พี่เลี้ยง-แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
๗. อื่นๆ ที่ควรดำเนินการต่อไป:
 - การเตรียมการของสถาบันแพทย์ และ กสพท. ให้บัณฑิตพร้อมไปปฏิบัติงานได้ทั้งในโรงพยาบาลเพิ่มพูนทักษะ และ โรงพยาบาลชุมชน
 - ระบบรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอ จากแพทย์ในโครงการ และแพทย์ใช้ทุน แก่ผู้เกี่ยวข้อง
 - ระบบรับปรึกษาปัญหาทางคลินิก หรือให้คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วย จากอาจารย์ในสถาบันผลิตแพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
 - การจัดให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบร่วมพัฒนาทั้งระบบ ระหว่าง กสพท. แพทยสภา ต้นสังกัด เป็นต้น

คณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๕๗ ได้พิจารณาแนวทางการดำเนินการโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะในปัจจุบันแล้ว มีมติให้ทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการ กสพท. ถึงข้อเสนอในการปรับเปลี่ยนโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และขอให้บรรจุข้อเสนอนี้ในวาระการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ สรุปได้ดังนี้

- ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เป็นระบบแพทย์ฝึกหัด (Intern) ภาคบังคับ ระยะเวลา ๑ ปี หลังสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว และพัฒนาให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับความถนัด และความต้องการของแพทย์ตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้แพทย์ได้รับการฝึกฝนทักษะทางคลินิกในสาขาที่ตนเองประสงค์มากขึ้น เพื่อเป็นพื้นฐานในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและปฏิบัติงานในชุมชนต่อไป

- ระหว่างการปฏิบัติงานในโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี ให้แพทยสภาเพิ่มระเบียบการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวก่อนออกฉบบัถาวรต่อไป

- ควรพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและระบบการใช้ทุน รวมทั้งการสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านให้สอดคล้องกัน

๖. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และเวชศาสตร์ครอบครัว

- จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้ได้รับวุฒิบัตรจากแพทยสภาประมาณ ๓๐๐ คนในปัจจุบัน
 - ข้อเสนอจากการประชุมทบทวนแผนปฏิบัติการ ตามข้อเสนอแนะฯ มีข้อเสนอให้กำหนดมีแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิ ๑ คน ต่อประชากรในเขตเมือง ๕,๐๐๐ คน ส่วนในเขตชนบท ควรเป็น ๑:๑,๐๐๐ หรือทุกโรงพยาบาลชุมชนต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน
- มีสถาบันที่มีศักยภาพในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ มากถึง ๒๕ แห่ง แต่ผลิตได้ปีละประมาณ ๒๐ คน มีผู้สมัครเข้าฝึกอบรมไม่เต็มโควตาการผลิต เพราะไม่ใช่สาขาที่แพทย์รุ่นใหม่นิยม (ปี ๒๕๕๕ มี ๑๗, ปี ๒๕๕๖ มี ๒๙, ปี ๒๕๕๗ มี ๑๘, และปี ๒๕๕๘ มี ๒๓ คน)
- มีแนวทางการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยวิธีการอื่น ๆ
 - โครงการ in-service training ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. และกองทุน กว. ผลิตได้ ๙๑ คน และปิดไปเมื่อปี ๒๕๕๗ และ
 - หลักสูตร แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็น in-service training รับบัณฑิตแพทย์ ขณะใช้ทุน เริ่มปี ๒๕๕๕ โดยนับแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีแรกเป็น แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑ และการใช้ทุนใน รพ.ชุมชนอีก ๒ ปี เป็น แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒-๓ เมื่อครบ ๓ ปี สามารถสมัครสอบเพื่อรับวุฒิบัตรได้ (ปี ๒๕๕๕ มี ๔๙, ปี ๒๕๕๖ มี ๕๑, ปี ๒๕๕๗ มี ๗๔, และปี ๒๕๕๘ มี ๑๑๘ คน)
- ให้ทุนเรียน ให้ทำงานใช้ทุนไปด้วยเรียนไปด้วย มีอาจารย์พี่เลี้ยงที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้คำแนะนำ
- ทุกสถาบันผลิตแพทย์ให้ความสำคัญในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว และระบุลงในแผนการศึกษาของหลักสูตรฯ โดยส่วนใหญ่จะกำหนดเป็นรายวิชาบังคับ และมีสถาบันบางแห่งที่กำหนดเป็นทั้งรายวิชาบังคับและรายวิชาเลือก
- ส่วนใหญ่จะจัดการเรียนทั้งในระดับชั้นปริคลินิกและระดับชั้นคลินิก รองลงมาคือ เริ่มจัดการเรียนการสอนในระดับชั้นคลินิก
- มีทั้งการสอนในภาคทฤษฎี และปฏิบัติ ตลอดจนการฝึกภาคสนามในโรงพยาบาลชุมชน หรือดูแลครอบครัวในชุมชนใกล้เคียงด้วย

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. ควรทบทวนการเรียนการสอนในหลักสูตรปัจจุบัน ให้มีแนวทางเดียวกัน เพื่อให้แพทย์รุ่นใหม่มีศักยภาพในการทำเวชปฏิบัติปฐมภูมิได้ และยังเป็นจุดแรงบันดาลใจให้มาศึกษาต่อเพิ่มขึ้น
๒. ควรพัฒนาระบบประกันคุณภาพการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สังคมมีความเชื่อถือ
๓. ควรมีการสรรหา พัฒนาและธำรงรักษาอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
๔. ควรสร้าง career path ที่ชัดเจนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพ มีกระบวนการทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ยอมรับในความรู้ความสามารถ
๕. ควรวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพที่จำเป็น และเหมาะสมกับความต้องการของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และแพทย์ปฏิบัติให้บริการปฐมภูมิ

๗. การใช้ยา ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยี อย่างเหมาะสม

การดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ในด้านการบริการ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) ด้านที่ ๒ ว่าด้วยเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีวัตถุประสงค์ให้เกิดการใช้ยาโดยแพทย์ บุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชน เป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และคุ้มค่า ... คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงจัดทำโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือ Rational Drug Use (RDU) Hospital ขึ้น

กุญแจสำคัญ 6 ประการ

สู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

P
1. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee)
L
2. ฉลากยาและข้อมูลสู่ประชาชน (Labeling and Leaflet)
E
3. เครื่องมือจำเป็นเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools)
A
4. ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (Awareness of RDU in health personnel and patients)
S
5. ความปลอดภัยและการสั่งใช้ยาในประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population prescription and safety)
E
6. จริยธรรมในการสั่งใช้ยาและการส่งเสริมการขายยา (Ethics in prescription and drug promotion)

RDU Hospital PLEASE

๒. มีการจัดทำ “เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย” เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบยาของประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน และประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ สามารถดาวน์โหลดเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย ได้ที่เว็บไซต์ http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/sites/default/files/1ethical_criteriaoct14.pdf
๓. ในด้านการศึกษา มีการพัฒนาหลักสูตรกลางเรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในลักษณะของ Problem-based pharmacotherapy ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก สำหรับการเรียนการสอนในระดับก่อนปริญญาสำหรับหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตทุกวิชาชีพ และนำ Patient Safety Curriculum ขององค์การอนามัยโลกมาแปลเป็น คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย: ฉบับสหวิชาชีพ มีหัวข้อที่สำคัญทั้งสิ้น ๑๑ หัวข้อ เพื่อเป็นหลักสูตรกลาง ให้สถาบันฯ นำไปประยุกต์ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาในระดับก่อนปริญญาต่อไป

- สถาบันผลิตแพทย์ได้มีจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยา ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและแพทย์เฉพาะทาง
- มีการสอนเรื่องการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมคุ้มค่า
- มีการส่งเสริมและอบรมการค้นหาข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูล online
- มีการจัดกิจกรรมสอดแทรกเรื่องการใช้ยา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

แม้สถาบันทางการแพทย์ที่มีระบบบริการขนาดใหญ่ ที่มีผู้ป่วยโรคซับซ้อนจำนวนมาก และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัยและรักษา แต่ในการสอนนักศึกษาแพทย์นั้น ยังต้องเน้นทักษะพื้นฐานทางคลินิก (การซักประวัติ การตรวจร่างกาย) เป็นหลัก โดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เหล่านี้ต้องมีข้อบ่งชี้ชัดเจน เมื่อมีความจำเป็นในการวินิจฉัยและรักษา

Current Thai MD Curriculum

- สถาบันผลิตแพทย์ โดย กสพท. ได้ร่วมกันตกลงวิธีจัดการเรียนการสอนและหัวข้อมาตรฐาน เรื่องการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล สำหรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย
- มีการจัดทำเนื้อหาเป็นหลักสูตรกลาง รวมทั้งคู่มือผู้สอน สื่อการสอนพร้อมกำหนดวัตถุประสงค์ ทักษะ และเจตคติที่พึงประสงค์ของผู้เรียนไว้ เพื่อนำไปสู่การประเมินที่เหมาะสมและในทิศทางเดียวกัน
 - ความรู้พื้นฐานในระดับปรีคลินิก ที่จำเป็นสำหรับ RUM
 - การซักประวัติเกี่ยวกับยา และสารต่างๆ
 - ขั้นตอนของการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล
 - ผลกระทบของการสั่งจ่ายไม่สมเหตุผลประเภทต่างๆ การป้องกัน กฎเกณฑ์ จริยธรรม ปฏิสัมพันธ์กับภาคเอกชน เศรษฐศาสตร์
 - แนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้สั่งจ่ายยา การหาข้อมูลยา

Proposed RDU Curriculum for Thai Medical Student

Keywords: ทัศนคติ (Attitude)

1. Awareness of rational approach to prescribing and therapeutics
2. Assessing the balance of benefit to harm
3. Adhering to National Drug Policy and National Policy on Health
4. Recognizing the responsibilities of a doctor as part of the prescribing community
5. Recognizing personal limitations in knowledge
6. Recognizing the effects of irrational drug prescription

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. ยังมีการเรียนการสอนแบบ Problem-based pharmacotherapy ไม่มากนัก และยังไม่ครบถ้วนในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้บัณฑิตแพทย์มีศักยภาพในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้จริง
๒. การนำโมดูลต่าง ๆ จากหลักสูตรกลางไปใช้ ยังต้องการความร่วมมือจากทุกสถาบันในการติดตาม ประเมิน และปรับปรุงร่วมกัน
๓. ควรมีแนวทางการนำ คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย: ฉบับสหวิชาชีพ ทั้ง ๑๑ หัวข้อ ไปใช้ พร้อมการติดตาม และการประเมินเพื่อพัฒนา
๔. ควรจัดให้มีแนวทางการประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในเรื่อง การใช้ยา ผลลัพธ์ และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างเป็นรูปธรรม

คณะผู้จัดทำรายงานการดำเนินการตามข้อเสนอแนะจาก

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล	รองเลขาธิการ กสพท คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๒. คุณกิตติยา ภมรดล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๓. คุณสุชีรา วิบูลย์สุข	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๔. คุณอลิษา แคล้วเครือ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๕. คุณแพรวพรรณ แก้วเพชร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ประเด็นที่ ๑: ระบบสุขภาพและความต้องการแพทย์
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

รายงานเรื่องวิเคราะห์ความหลากหลายของระบบสุขภาพ เสนอต่อที่ประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๙

กรอบแนวคิด การเชื่อมโยงระบบบริการ การจัดการด้านกำลังคนและแพทยศาสตรศึกษา

ระบบสุขภาพ (Health system) ของประเทศไทยมีความเป็นพลวัตตามความเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากนโยบายสุขภาพของสังคมโลก (ฉัตรวีระ องค์กรสิงห์ และคณะ, ๒๕๔๙:๘) ระยะเวลานับศตวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพของไทยถูกกำกับด้วย แนวคิดปรัชญาและวิทยาการตามแบบอย่างของตะวันตก และนอกจากนี้ นโยบายด้านสาธารณสุขก็ยังเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดระบบสุขภาพของคนในประเทศ ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงระบบสุขภาพ จึงต้องรวมระบบอื่นๆ ของประเทศเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจและสังคม สิ่งเหล่านี้ถูกนำมาพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งระดับของรายได้ ระดับของสุขภาพ ระดับความมั่นคงทางสังคม คุณภาพชีวิตของประชาชนจึงได้รับการจัดสรรให้เป็นดัชนีวัดระดับการพัฒนาของประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการกำหนดปรัชญา แนวคิดและวิธีการสร้างระบบสาธารณสุขในหลายประเทศ โดยเฉพาะการวางระบบสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) ก่อให้เกิดการจัดวางโครงสร้างและการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งให้มีการจัดการเชิงนโยบายโดยอาศัยกลไกบทบาทและหน้าที่ขององค์กรด้วยการทำความเข้าใจกับเหตุปัจจัยในทุกภาคส่วนที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (WHO, ๒๐๐๐)

ระบบบริการสุขภาพ (health care system) นับได้ว่าเป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญมากในระบบหนึ่งในระบบสุขภาพ ความหมายของระบบบริการสุขภาพจะกว้างขวางครอบคลุมเพียงไร ขึ้นกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ได้ให้ความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ

“...ระบบบริการสุขภาพ...ครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขภาพิบาล การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมไปถึงการมีเศรษฐกิจ ระบบการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้...เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากมาย เมื่อพิการก็มีเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาพะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้...”^[๑]

ระบบบริการสุขภาพจึงครอบคลุมการจัดการบริการที่สุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (non-professional care)

เดิมมีการใช้คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุข” และ “ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ในความหมายเช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากคำดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสน เช่น กรณีคำว่า ระบบบริการสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า หมายถึง ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว หรือกรณีคำว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า เป็นระบบบริการที่จัดให้โดยบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จึงทำให้การใช้คำดังกล่าวมีความนิยมน้อยลงในระยะหลัง

นอกจากนี้ ประเด็นอื่นๆ ที่ควรเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ

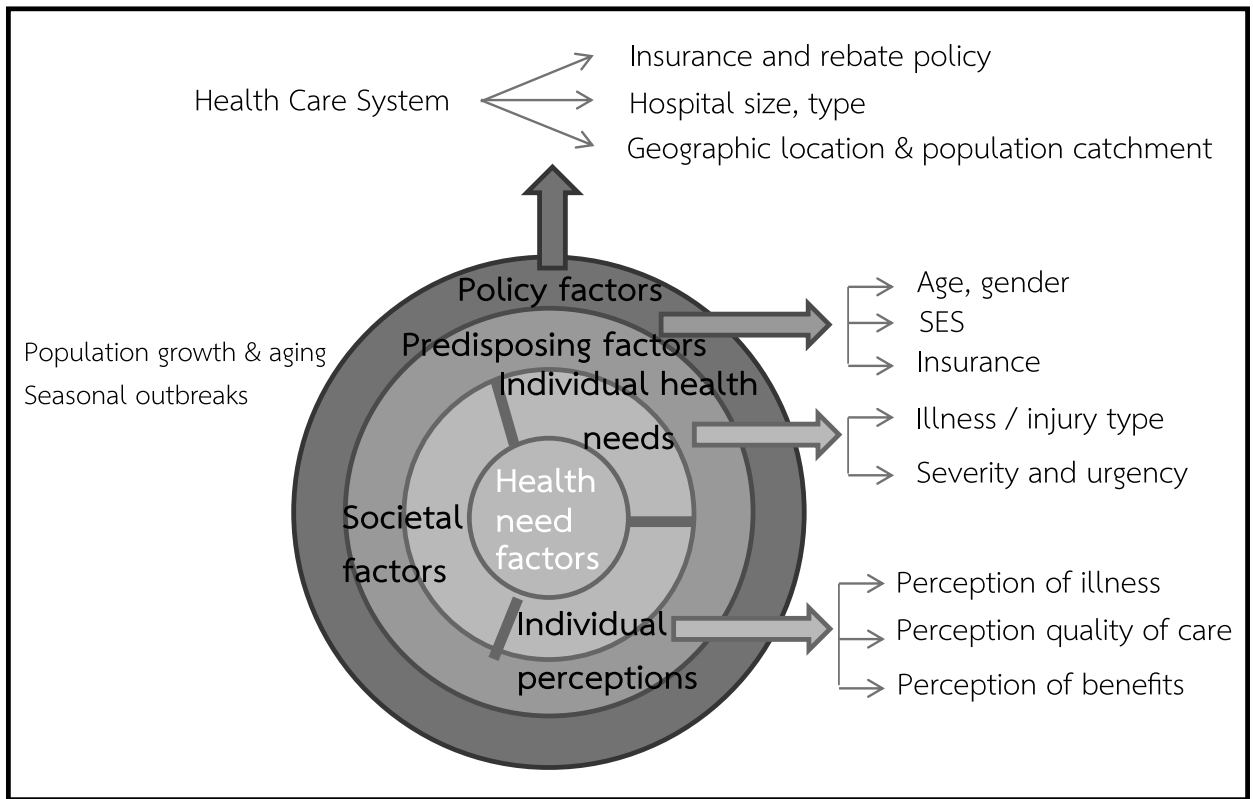
๑) ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว เป็นระบบที่เรียกว่าเป็น “ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ (pluralistic health care system)” การที่ “การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine)” มีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีระบบบริการสุขภาพในแนวอื่นดำรงอยู่ หรือระบบบริการสุขภาพแนวอื่นไม่มีความสำคัญ ความนิยมของ “การแพทย์ทางเลือก” ในปัจจุบันสะท้อนภาพดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

๒) ระบบบริการสุขภาพ มิใช่ระบบหลักในการทำให้คนในสังคมมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ได้ ความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” ในปัจจุบันครอบคลุมการมีสุขภาพะของทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบย่อยอื่นๆ ในระบบสุขภาพให้มีความพร้อม และสามารถสนับสนุนการสร้าง “สุขภาพดี” ได้อย่างเต็มที่ การลงทุนเน้นหนักที่ระบบบริการสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวเหมือนเช่นอดีตที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า นอกจากจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมี “สุขภาพดี” ได้แล้ว ยังเป็นการใช้จ่ายทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าด้วย

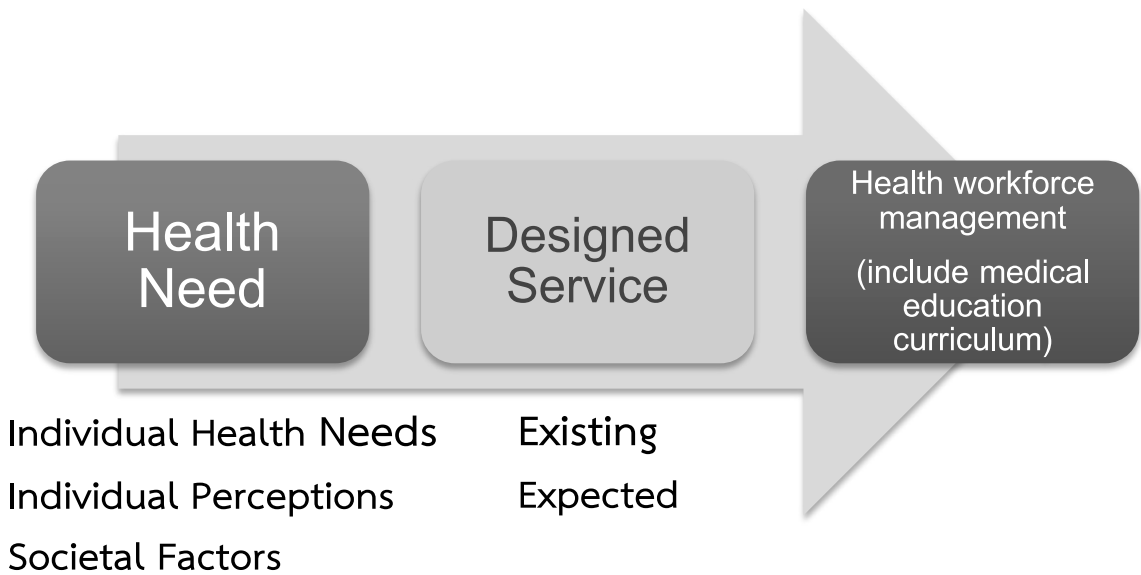
ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว โดยเป็นระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ ที่มีใช้ระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่นๆ ในระบบสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพของ Anfersen และ Newman ปัจจัยที่นำมาสู่การจัดบริการสุขภาพ คือ

๑. Health need ประกอบด้วย Individual health needs, Individual perceptions และ Societal factor
๒. Predisposing factors ประกอบด้วย อายุขัยประชากร, เพศ, สถานะของ socioeconomic และระบบประกันของประเทศ
๓. Policy factor นโยบายรัฐบาลเรื่องระบบสุขภาพของประเทศ



แผนภูมิที่ ๑ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของ Anferson และ Newman



แผนภูมิที่ ๒ กรอบแนวคิด การเชื่อมโยงระบบบริการ การจัดการด้านกำลังคนและแพทยศาสตรศึกษา

จากแผนภูมิดังกล่าวจะเห็นว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้ทางแพทยศาสตรศึกษานั้นเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการกำลังคนให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีที่มาจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศตามแผนภูมิที่ ๒

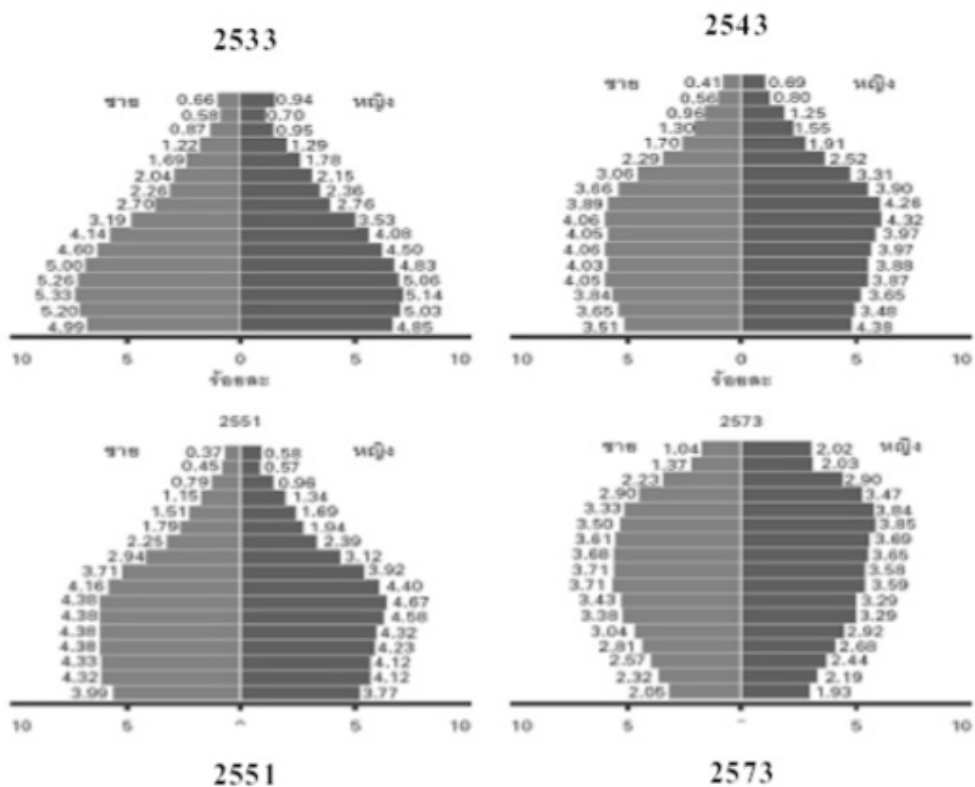
ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ

สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

คนไทยมีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาและสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าอีกยี่สิบปีข้างหน้าเราจะมีผู้สูงอายุสูงถึงหนึ่งในสี่ของประชากร แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชากรไทยมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าว มักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพคนไทยในทศวรรษที่ ๒๑

๑. สังคมผู้สูงอายุ



แผนภูมิที่ ๓ ปิรามิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๓, ๒๕๔๓, ๒๕๕๑ และ ๒๕๗๓

จากแผนภูมิที่ ๓ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย จาก พ.ศ. ๒๕๓๓, ๒๕๔๓, ๒๕๕๑ และ ๒๕๗๓ มีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพของคนไทยในทศวรรษที่ ๒๑ จึงต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น

ที่มา : รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

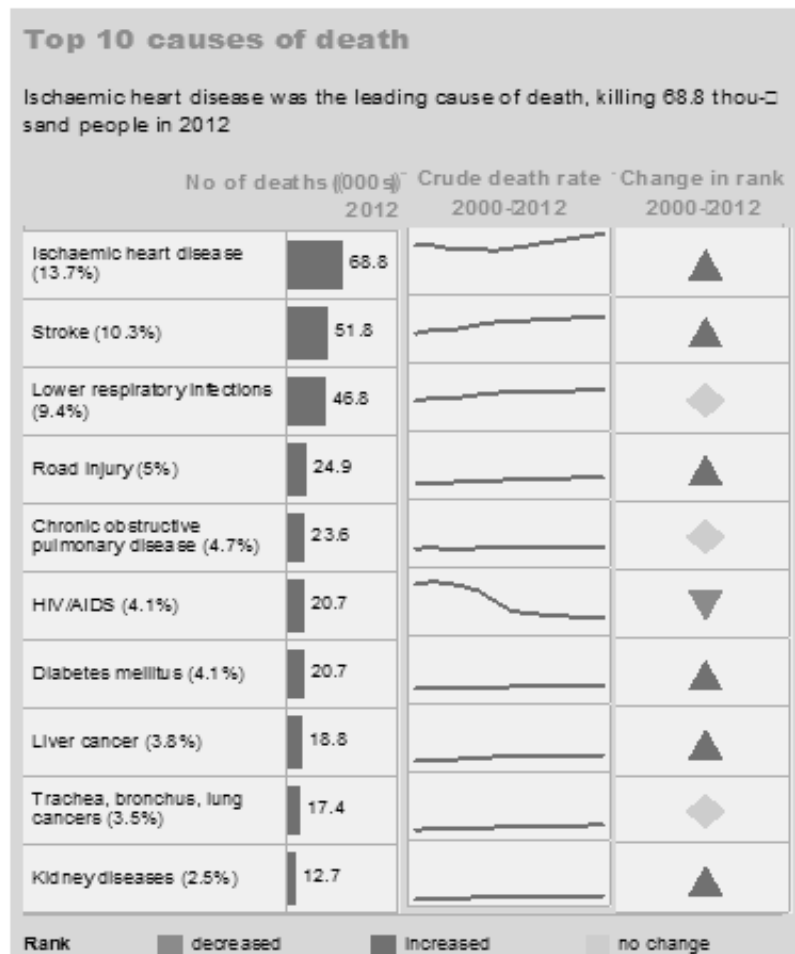
ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ พ.ศ. ๒๕๓๗ พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๕๐ พ.ศ. ๒๕๕๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๗

ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ
๒๕๓๗	๔,๐๑๑,๘๕๔	๖.๘
๒๕๔๕	๕,๙๖๙,๐๓๐	๙.๔
๒๕๕๐	๗,๐๒๐,๙๕๙	๑๐.๗
๒๕๕๔	๘,๒๖๖,๓๐๔	๑๒.๒
๒๕๕๗	๑๐,๐๑๔,๖๙๙	๑๔.๙

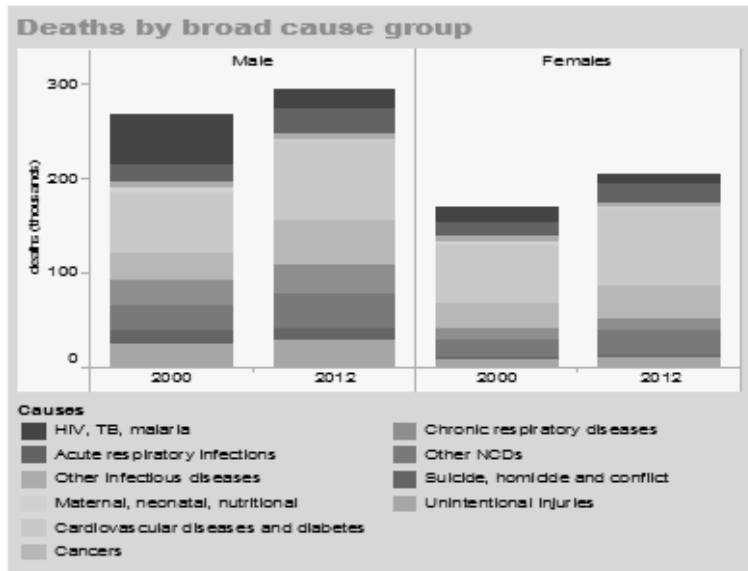
จากตารางนี้จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น ถึง ๑๔.๙% ซึ่งเป็นปริมาณประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ดังนั้นการที่สังคมก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ

๒. สาเหตุการเสียชีวิตหรือคุณภาพของประชากรไทย เปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อ (แผนภูมิที่ ๔ และ ๕)

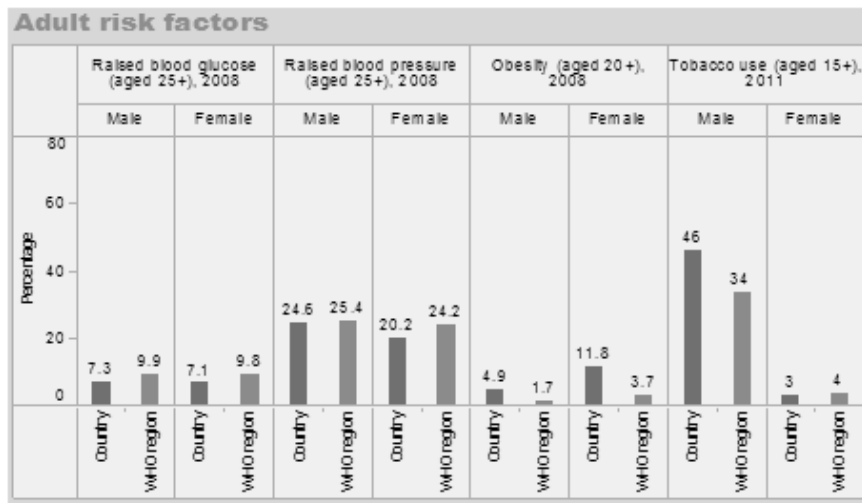


แผนภูมิที่ ๔



แผนภูมิที่ ๕ แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายเกิดจากโรคหัวใจและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรค NCD

๓. พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคของคนไทย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าประเทศอื่นๆ ตามข้อมูลของ WHO คือโรคอ้วนในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ชาย (แผนภูมิที่ ๖)



แผนภูมิที่ ๖

๔. จำนวนแรงงานนอกประเทศและประชากรแฝงในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ เดือน ธันวาคม ๒๕๕๗ มีจำนวนกว่า ๕ ล้านคน และได้สุ่มตัวอย่าง พบว่ามีจำนวนประชากรแฝงมากถึง ๑,๔๙๖ คนต่อครัวเรือน หรือคำนวณได้ประชากรแฝงกว่า ๓ ล้านคน ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างตามห้างร้าน บริษัท และค้าขาย ขณะที่แรงงานนอกประเทศมี ๓ สัญชาติ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่เข้ามาโดยมิชอบ และได้จัดทำประวัติไว้เพียง ๓๑๘,๙๑๒ คน นอกจากนี้ปัญหานี้ยังเกิดในภูมิภาค เช่น จังหวัดที่อยู่ติดชายแดนและจังหวัดซึ่งเป็นเขตเศรษฐกิจ^[๒]

๕. ในแผนงานการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเป็นเมดิคัล ฮับ ๒ เรื่องคือการเคลื่อนย้ายบริการและการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี การค้าบริการ โดยทั่วไปมี ๔ รูปแบบ

รูปแบบแรก เรียกว่า Cross-Border Supply เป็นการค่าบริการผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยที่ผู้ซื้อและผู้ขายไม่ต้องพบกัน เช่น หากทราบว่ามีความพิเศษเฉพาะทางเกี่ยวกับปอดอยู่ที่สิงคโปร์ เราสามารถไปเอกซเรย์ปอดจากในเมืองไทย แล้วนำผลส่งไปให้ทางสิงคโปร์ช่วยวินิจฉัย

รูปแบบที่สอง เรียกว่า Consumption Aboard คือ ผู้ซื้อบริการเดินทางมารับบริการในประเทศของผู้ขายโดยตรง เช่น คนต่างชาติเดินทางเข้ามาประเทศไทยเพื่อมารับบริการศัลยกรรม

รูปแบบที่สาม เรียกว่า Commercial Presence คือ การค้าที่ผู้ให้บริการเข้าไปลงทุนตั้งสาขาย่อยในประเทศผู้รับบริการเอง เช่น เมื่อแพทย์ไทยพบว่ามีความพิเศษเฉพาะทางเข้ามาทำศัลยกรรมจำนวนมาก ก็อาจไปตั้งสาขาที่ประเทศนั้นเลย

รูปแบบสุดท้าย เรียกว่า Movement of Natural Persons ก็คือผู้ประกอบการวิชาชีพบริการเป็นผู้เดินทางไปให้บริการในประเทศผู้รับบริการเอง แพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี

จากกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน ระบุว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ นักลงทุนอาเซียนสามารถถือหุ้นในธุรกิจบริการสาขาต่างๆ ได้ถึง ๗๐% ในด้านสาธารณสุขนั้น สาขาที่เปิดให้ต่างชาติถือสัดส่วนได้เพิ่มขึ้นเป็น ๗๐% มีเพียงบางด้าน เช่น บริการการแพทย์เฉพาะทาง “ในโรงพยาบาลเอกชน” และบริการ “ให้คำปรึกษา” ด้านกุมารเวช จิตวิทยา การผ่าตัด สำหรับเรื่องการเคลื่อนย้ายแพทย์ วิชาชีพแพทย์ถือเป็นวิชาชีพที่มีการเคลื่อนย้ายเสรีแต่ก็ต้องอยู่ภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมคุณสมบัตินักวิชาชีพ (MRA) แล้ว MRA ก็กำหนดคุณสมบัติรวมเอาไว้ทั้งด้านการศึกษา ด้านประสบการณ์ นอกจากนี้แต่ละประเทศยังมีข้อกำหนดเพิ่มเติมกันเอง เช่น ต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะเป็นภาษาของประเทศนั้นๆ ^{[๓] [๔]}

๖. โรคระบาดข้ามประเทศและโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพที่อาจจะพบจากการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ของผู้ใช้แรงงาน และปัญหาการเกิดโรคระบาดจากผู้ใช้แรงงาน นักท่องเที่ยว การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การได้รับสารเคมี การเกิดอุบัติเหตุ การบริการสุขภาพที่ Overload กับทีมสุขภาพ ที่อยู่อาศัย ชยะ มลภาวะต่างๆ ที่ตามมา อาจจะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่ เกิดขึ้น เช่น บอทูลิซึม ชาร์ส ไข้หวัดนกชิคุนกุนยา ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ , ๒๐๑๑ ไข้กาฬหลังแอ่น (อีโบล่า) มือ เท้า ปาก โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ กาฬโรค พยาธิใบไม้เลือด เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมโรคติดต่อ การเสริมสร้างความร่วมมือโดยการแบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรค การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ และภัยพิบัติที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติหรือจากมนุษย์ ไทยอาจต้องพัฒนาบุคลากร และปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานของบุคลากร ทีมสุขภาพ ของหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เช่น การสรรหาและขยายอัตราข้าราชการ พนักงานราชการ ที่มีความรู้ความสามารถด้านภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาเซียนประจำหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น ด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ด้านการควบคุมโรค ป้องกันโรคและการรับมือกับโรคระบาด ประเทศไทยมีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรค เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของในวงกว้างและลดการเสียชีวิต เพื่อตรวจจับการระบาดให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยให้สถานพยาบาลทุกแห่งทบทวนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ ยังมีนโยบายให้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแรงกันให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทั้งในครอบครัวและชุมชน และได้มีการสร้างความเข้มแข็งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงระดับประเทศ ซึ่งขณะนี้ทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วมากกว่า ๑,๐๐๐ ทีม และมีผลงานเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และไทยมีนโยบายที่จะสร้างทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระหว่างประเทศในภูมิภาคนี้ด้วย ^[๕]

การจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย

ประกอบไปด้วย ภาครัฐและภาคเอกชน

ปัจจุบันมีการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) มี ๕ ระดับดังนี้

๑. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level)

ประชากรคนไทยจำนวน ๖๕,๓๒๔,๗๑๖ คน / ๒๐.๓ ล้านครอบครัว โดยแกนนำสุขภาพ
ครอบครัว ๑ คน / ครอบครัว

๒. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level)

จัดบริการโดย

- ๒.๑ ส่วนภูมิภาคมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๗๑,๔๓๕ คน
- ๒.๒ กรุงเทพมหานครมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น ๒๐,๐๐๐ คน

๓. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level)

จัดบริการโดย

- ๓.๑ กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๙,๗๔๑ แห่ง ให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข หรือพนักงานอนามัย
- ๓.๒ ศูนย์อนามัยในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน ๖๘ แห่ง ให้บริการโดยแพทย์ หรือพยาบาล
- ๓.๓ คลินิกเอกชนจำนวน ๒๑,๖๗๖ แห่ง ให้บริการโดยแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข

๔. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level)

จัดบริการโดย

- ๔.๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๗๕๑ แห่ง ให้บริการโดยทีมบุคลากรสุขภาพโดยมีแพทย์ general practice หรือ family physician เป็นหัวหน้าทีม
- ๔.๒ กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๓๕ แห่ง ให้บริการโดยทีมบุคลากรสุขภาพโดยมีแพทย์ general practice หรือ family physician เป็นหัวหน้าทีม
- ๔.๓ โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙๒ แห่ง ให้บริการโดยทีมบุคลากรสุขภาพโดยมีแพทย์ general practice หรือ family physician เป็นหัวหน้าทีม
- ๔.๔ โรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๒๐๘ แห่ง ให้บริการโดยทีมบุคลากรสุขภาพ มีแพทย์ general practice หรือแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ให้บริการ

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level)

จัดบริการโดย

- ๕.๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙๙ แห่ง ให้บริการโดยทีมสุขภาพ มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาเป็นผู้ให้บริการ
- ๕.๒ กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๑๗ แห่ง มีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ให้บริการ

๕.๓ โรงพยาบาลของรัฐ นอกกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๒๑ แห่ง มีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ให้บริการ

๕.๔ โรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๒๒ แห่ง มีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ให้บริการ

ตัวอย่างการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

ระดับสถานพยาบาลและจำนวนแพทย์ที่ควรมีในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. F3 (โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก)

- จำนวนเตียง ๑๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๘๖ แห่ง
- GP /Fam Med
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๑-๒ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

ไม่มีผ่าตัดใหญ่ ไม่จำเป็นต้องจัดบริการเต็มรูปแบบ ๑-๒

๒. F2 (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง)

- จำนวนเตียง ๓๐-๙๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๕๑๘ แห่ง
- GP / Fam Med ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๒-๕ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

จัดบริการตามมาตรฐานทุติยภูมิที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

๓. F1 (โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่)

- จำนวนเตียง ๖๐-๑๒๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๗๓ แห่ง
- GP / Fam Med มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักเท่าที่มี
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๓-๑๐ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

จัดบริการตามมาตรฐานทุติยภูมิตามสาขาที่มีแพทย์เฉพาะทาง

๔. M1 (โรงพยาบาลทั่วประเทศขนาดเล็ก)

- จำนวนเตียง ๑๕๐-๒๕๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๓๕ แห่ง
- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาหลักและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๒๐-๒๕ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

รองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อระดับกลาง

๕. M2 (โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (Node))

- จำนวนเตียง ๑๒๐-๑๕๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๙๑ แห่ง
- GP/ Fam med + แพทย์เฉพาะทาง ๖ สาขาหลัก
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๑๕-๑๗ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย

๖. Standard (S) ประกอบด้วย

- จำนวนเตียง ๒๕๐-๔๐๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๔๘ แห่ง
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๕๐-๑๐๐ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

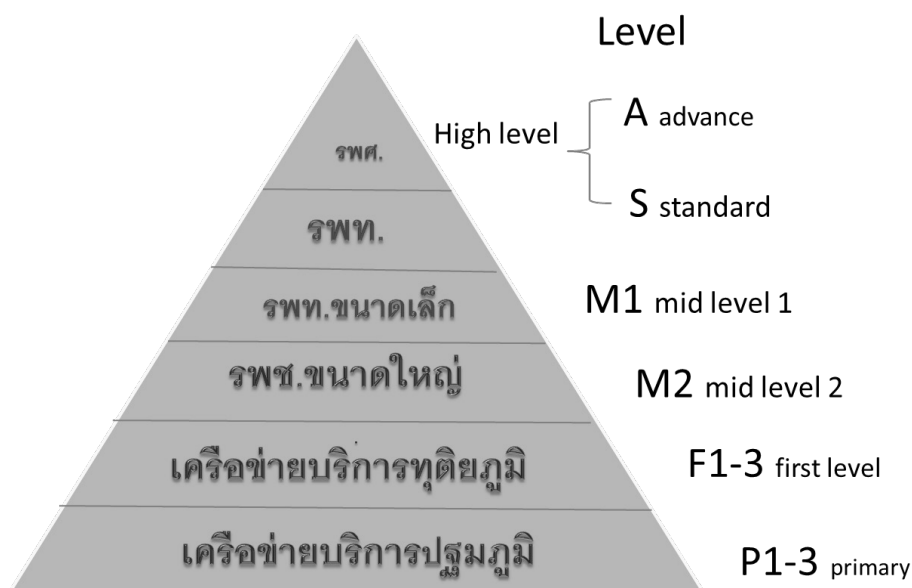
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยบางสาขา มีรูปแบบในการจัดการบริหารดังนี้รองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะเป็น โรงพยาบาลที่รับส่งต่อระดับมาตรฐาน อาจเพิ่มภารกิจแพทยศาสตรศึกษาได้

๗. Advance (A)

- จำนวนมากกว่า ๔๐๐ เตียง
- มีทั้งสิ้น ๓๓ แห่ง
- จำนวนแพทย์ที่ควรจะมีต่อแห่งประมาณ ๑๐๐-๒๕๐ คน

รูปแบบและการจัดบริการ

รองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง เป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อระดับสูง มีภารกิจแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัย



แผนภูมิที่ ๗ การแบ่งระดับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

เพื่อให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม และพัฒนาหลักประกันสุขภาพทุกระบบทั้ง UC., ประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ

Health Insurance Scheme

<input type="checkbox"/>	30 Bath scheme (Universal Coverage)	48 m
	General People	
	Vulnerable Groups	
<input type="checkbox"/>	Social Security scheme	10 m
<input type="checkbox"/>	Civil Servant Medical Benefit scheme	6 m
<input type="checkbox"/>	Others	



National Health Security Scheme

แผนภูมิที่ ๘ ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

การผลิตบุคลากรที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการกระจายให้เป็นธรรมเป็นสิ่งที่ต้องจัดการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์และยังมีชีวิตอยู่จำนวน ๔๘,๑๑๖ คน จำนวนนี้เป็นแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานบริการและบริหารจำนวนประมาณ ๒๕,๐๐๐ คน

สัดส่วนแพทย์ทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทาง = ๑ : ๑.๕ และ สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร = ๑ : ๑,๘๖๓ (ตารางที่ ๒ - ๑๑)

ตารางที่ ๒ จำนวนแพทย์ของประเทศไทยประจำปี ๒๕๕๗ (ข้อมูลจาก แพทยสภาประจำปี ๒๕๕๗)

ข้อมูล	จำนวน
จำนวนแพทย์ที่มีชีวิตที่ลงทะเบียนกับแพทยสภา	๔๘,๑๑๖
แพทย์ที่ติดต่อได้	๔๕,๔๔๙
แพทย์ที่ติดต่อได้ ตามที่อยู่ในกรม	๒๒,๗๙๗
แพทย์ที่ติดต่อได้ ตามที่อยู่ต่างจังหวัด	๒๒,๖๕๒
แพทย์ที่อยู่ในต่างประเทศ	๔๗๒
แพทย์ไม่ทราบที่อยู่	๒,๑๙๕

ตารางที่ ๓ จำนวนแพทย์เฉพาะทาง (ข้อมูลจาก แพทยสภาประจำปี ๒๕๕๗)

สาขา	จำนวน (ใบวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร)
เวชปฏิบัติทั่วไป	๒๕๑
เวชศาสตร์ครอบครัว	๖,๖๗๘ (อว ๖,๒๗๗ / วว ๔๐๑)
เวชกรรมป้องกัน ทุกสาขา	๒,๐๖๑
ศัลยศาสตร์ทุกสาขา	๔,๕๖๘
อายุรศาสตร์ทุกสาขา	๙,๕๕๗
กุมารเวชศาสตร์ทุกสาขา	๔,๖๑๕
สูตินรีเวชทุกสาขา	๓,๒๘๒
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๒,๐๓๖
วิสัญญีทุกสาขา	๑,๖๑๙
หูคอจมูก	๑,๓๐๙
จักษุ	๑,๒๙๓
จิตเวช	๗๐๔ (จิตเวช ๕๑๘ / เด็ก ๑๘๖)
รังสีทุกสาขา	๑,๙๖๔
พยาธิวิทยาทุกสาขา	๗๐๐
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๕๐๓
รวม	วว/อว ๔๑,๒๗๔ ใบ(จำนวนแพทย์ ๒๙,๑๕๐คน) **แพทย์ ๑ คน ได้ วว หรือ อว มากกว่า ๑ สาขา

แพทย์เฉพาะทางที่มีจำนวนมากที่สุดคือ แพทย์อายุรศาสตร์ทุกสาขา

ตารางที่ ๔ ข้อมูลแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางทุกระบบ ทั้งประเทศ

แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	แพทย์ทั้งหมด (ที่ติดต่อข้อมูลได้)
๑๘,๙๖๖	๒๙,๑๕๐	๔๘,๑๑๖

สัดส่วนแพทย์ทั่วไป : แพทย์เฉพาะทาง = ๑ : ๑.๕

ข้อมูลแพทย์ทั่วไปนี้เป็นแพทย์ General Practice ที่ปฏิบัติงานรวมถึงแพทย์ใช้ทุนรัฐบาลปี ๑-๓ และแพทย์ที่กำลังศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางที่ยังไม่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร

ตารางที่ ๕ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเปรียบเทียบต่างประเทศ และข้อมูล GDP ต่อประชากร

ประเทศ	แพทย์ : ประชากร	GDP ต่อประชากร (US\$)
ญี่ปุ่น	๑ : ๔๗๖	๔๖,๖๗๙
สิงคโปร์	๑ : ๕๘๘	๕๔,๕๗๘
ฟิลิปปินส์	๑ : ๘๖๒	๒,๕๘๗
มาเลเซีย	๑ : ๑,๑๔๕	๑๐,๔๒๙
ลาว	๑ : ๕,๓๔๗	๑,๔๐๘
ไทย	๑ : ๑,๙๘๕	๕,๔๗๙
สหรัฐอเมริกา	๑ : ๖๑๓	๕๑,๔๕๖
อังกฤษ	๑ : ๗๔๖	๔๑,๐๕๐
อิตาลี	๑ : ๑๗๘	๓๔,๘๕๔
คิวบา	๑ : ๑๖๙	๖,๑๑๘

ตารางที่ ๖ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเปรียบเทียบในประเทศไทย

ภูมิภาค	แพทย์ : ประชากร
ประเทศไทย	๑ : ๑,๙๘๕
กรุงเทพมหานครฯ	๑ : ๖๒๘
กลาง (ตะวันออกเฉียงเหนือ และตะวันตก)	๑ : ๒,๕๓๓
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๑ : ๔,๖๘๒
เหนือ	๑ : ๓,๐๕๙
ใต้	๑ : ๓,๑๓๘

ที่มา: เอกสาร กสพท เสนอ กรม.เพื่อการผลิตแพทย์ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ และข้อมูล World bank 2012

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าแพทย์ในประเทศไทยยังคงขาดแคลนเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม AEC เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และประเทศไทยยังมีปัญหาการกระจายแพทย์ที่ไม่ครอบคลุมในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

จำนวนแพทย์ที่เพียงพอของประเทศ

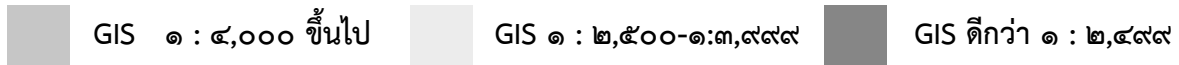
- องค์การอนามัยโลก (World Health Organization ตัวย่อ WHO) ไม่ได้กำหนดมาตรฐานสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรไว้
- ตามมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การอนามัยโลก สัดส่วนของบุคลากรแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ต่อประชากร คือ ๒.๒๘ : ๑,๐๐๐ คนและมาตรฐานของสัดส่วนแพทย์ต่อพยาบาล ผดุงครรภ์ คือ ๑ : ๓-๕ คน ดังนั้นเมื่อคิดเป็นสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานขั้นต่ำดังกล่าว ควรจะอยู่ที่ ๑ : ๒,๐๐๐ คน ซึ่งข้อมูลของประเทศไทย ณ ปัจจุบัน โดยมีสัดส่วนแพทย์ต่อพยาบาลอยู่ที่ ๑ : ๔ (๓๐,๐๐๐ : ๑๒๐,๐๐๐) สัดส่วนของบุคลากรแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ต่อ ประชากร คือ ๒.๓๑ : ๑,๐๐๐ คน (ดีกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของ WHO)

ตารางที่ ๗ ข้อมูลแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคและกรุงเทพมหานครทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐบาลและเอกชนโดยแบ่งตามเขตสุขภาพดังนี้ โดยข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๖

จังหวัด	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	เอกชน	รวม	แพทย์ : ประชากร
ทั่วประเทศ	๑๕,๖๗๓	๓,๖๔๘	๒๗	๗๓๘	๕๒๐	๔,๗๓๔	๒๕,๓๓๕	๒,๕๕๑
กทม.	๖๙๑	๙๘๙	๒๖	๕๔๖	๔๕๐	๒,๕๔๖	๕,๒๔๘	๑,๐๘๒

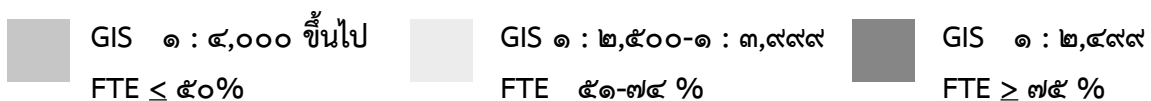
ตารางที่ ๙ จำนวนแพทย์ต่อประชากรโดยแบ่งตามเขตบริการสุขภาพ

เขต	แพทย์ ๑ คน : ปชก รวมนอกสถ เอกชน ไม่รวม กทม.	แพทย์ ๑ คน : ปชก เฉพาะ สปสธ. ไม่รวม กทม.
๑	๑ : ๒,๖๔๓	๑ : ๓,๙๓๓
๒	๑ : ๒,๙๐๕	๑ : ๓,๙๘๐
๓	๑ : ๔,๑๓๐	๑ : ๔,๗๒๒
๔	๑ : ๑,๙๕๓	๑ : ๔,๑๘๘
๕	๑ : ๒,๘๖๗	๑ : ๔,๑๖๓
๖	๑ : ๒,๓๐๔	๑ : ๔,๑๘๕
๗	๑ : ๓,๑๐๒	๑ : ๕,๓๗๔
๘	๑ : ๔,๙๙๘	๑ : ๕,๖๓๒
๙	๑ : ๔,๔๕๘	๑ : ๕,๑๙๒
๑๐	๑ : ๔,๖๐๐	๑ : ๕,๐๓๖
๑๑	๑ : ๓,๑๒๔	๑ : ๔,๑๑๓
๑๒	๑ : ๓,๐๘๕	๑ : ๔,๓๒๑
รวม	๑ : ๒,๕๓๓	๑ : ๔,๕๒๕



ตารางที่ ๑๐ เปรียบเทียบสัดส่วนแพทย์ : ประชากร และการคิด Full time equivalent ของกระทรวงสาธารณสุข

เขต	แพทย์ ๑ คน : ปชก รวมนอกสถ เอกชน	แพทย์ ๑ คน : ปชก เฉพาะ สปสธ.	% แพทย์มีจริงต่อแพทย์ควรมี ตาม Full Time Equivalent ทุก ขนาด รพ.	%แพทย์มีจริงต่อแพทย์ควรมี ตาม Full Time Equivalent เฉพาะ รพช ไม่นับ รพ. M๑ S A
๑	๑ : ๒,๖๔๓	๑ : ๓,๙๓๓	๖๑.๑	๔๗.๙
๒	๑ : ๒,๙๐๕	๑ : ๓,๙๘๐	๖๔.๑	๔๒.๗
๓	๑ : ๔,๑๓๐	๑ : ๔,๗๒๒	๖๓.๔	๕๓.๒
๔	๑ : ๑,๙๕๓	๑ : ๔,๑๘๘	๗๑.๒	๗๕
๕	๑ : ๒,๘๖๗	๑ : ๔,๑๖๓	๕๙.๙	๖๐
๖	๑ : ๒,๓๐๔	๑ : ๔,๑๘๕	๖๙.๗	๗๖.๑
๗	๑ : ๓,๑๐๒	๑ : ๕,๓๗๔	๕๘.๓	๖๕.๙
๘	๑ : ๔,๙๙๘	๑ : ๕,๖๓๒	๕๘.๔	๔๗.๔
๙	๑ : ๔,๔๕๘	๑ : ๕,๑๙๒	๖๑.๕	๕๖.๔
๑๐	๑ : ๔,๖๐๐	๑ : ๕,๐๓๖	๖๑.๖	๕๒.๔
๑๑	๑ : ๓,๑๒๔	๑ : ๔,๑๑๓	๖๔	๗๗.๑
๑๒	๑ : ๓,๐๘๕	๑ : ๔,๓๒๑	๗๐.๒	๖๔.๑
รวม	๑ : ๒,๕๓๓	๑ : ๔,๕๒๕	๖๓.๖	๕๙.๑



ตารางที่ ๑๑ Population based / Full time equivalent

Population based		
แพทย์ : ปชก ทั้งระบบ ทั่วประเทศ	แพทย์ : ปชก รวมภาครัฐ เอกชนไม่รวม กทม.	แพทย์ : ปชก เฉพาะ สปสธ. ไม่รวม กทม.
๑ : ๑,๘๖๓	๑ : ๒,๕๓๓	๑ : ๔,๕๒๕

Full time equivalent

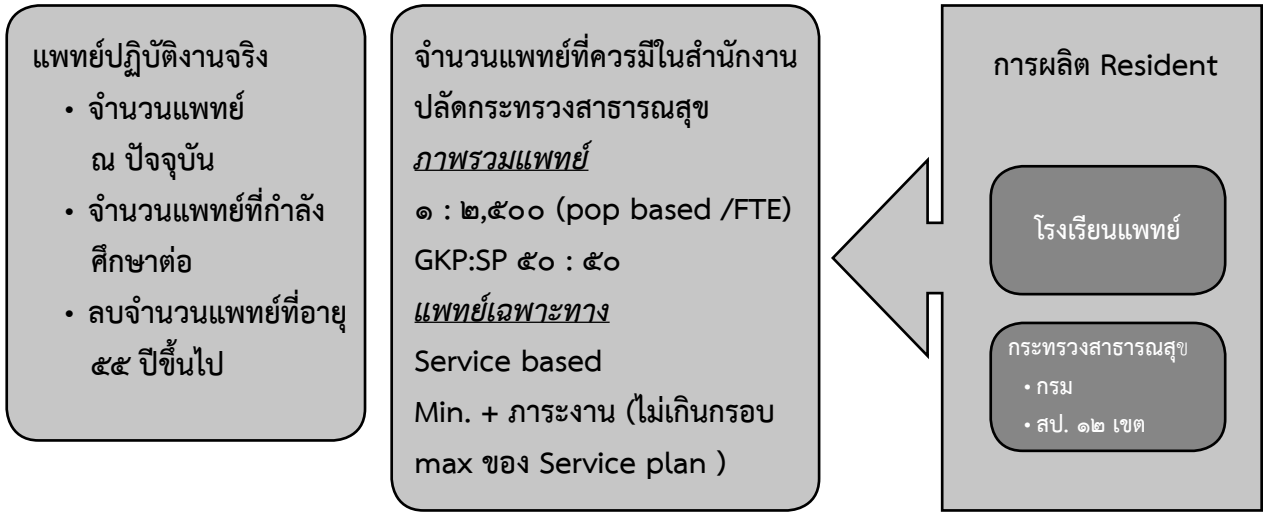
ConvertFTE รพ ทุกขนาด สัดส่วนแพทย์ : ประชากร

๑ : ๒,๘๐๐

สรุปประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

๑. ให้ระบบบริการสุขภาพทุกระดับครอบคลุมทั่วประเทศ
๒. จำนวนเตียงต่อประชากรมากที่สุดคือเขต ๔ (ภาคกลาง) คือ ๑ เตียงต่อประชากรจำนวน ๓๒๔ คนและน้อยที่สุดคือ เขต ๘ (ภาคอีสาน) คือ ๑ เตียงต่อประชากรจำนวน ๖๔๘ คน
๓. ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรต้องไม่รวมแรงงานอพยพ และแรงงานต่างด้าว
๔. จำนวนแพทย์ที่ยังทำเวชปฏิบัติอยู่อาจทำให้ underestimate
 - เนื่องจากเป็นข้อมูลปี ๒๕๕๖
 - ข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง คือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เพราะมีการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แพทย์ใหม่ / residency training
 - ข้อมูลหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากกรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุขไม่มีการส่งผลปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยและปัจจุบัน
๕. ข้อมูล Private sector มีแพทย์ fulltime ภาครัฐไปปฏิบัติงานนอกเวลารวมอยู่ด้วย
๖. การบริการของกรุงเทพมหานครยังพบว่าไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่
 - กรุงเทพมหานคร มีศูนย์อนามัยทั้งสิ้น ๖๘ แห่งจาก ๕๐ เขต
 - การบริการทุติยภูมิ ขึ้นไป พบว่า ๘ เขต ไม่มีโรงพยาบาล คือ เขตคลองสามวา เขตดอนเมือง เขตตลิ่งชัน เขตทุ่งครุ เขตบางกอกใหญ่ เขตพระนคร เขตพระโขนงและเขตยานนาวา
๗. จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์ไม่ขาดแคลนรุนแรง แต่พบปัญหาในการกระจายแพทย์ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังคงขาดแคลนแพทย์มากกว่าภาคอื่นๆ
๘. สัดส่วนแพทย์ทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทางนั้น มีแนวโน้มว่าแพทย์เฉพาะทางจะมากขึ้น
๙. โรงพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลรับผิดชอบประชากร มากกว่า ๗๐% แต่มีแพทย์อยู่เพียง ๑ ใน ๔ ของแพทย์ทั่วประเทศ (แพทย์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๓,๙๘๕/ แพทย์ทั่วประเทศ ๔๘,๑๖๖)
๑๐. แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นแพทย์ชดใช้ทุนรัฐบาลซึ่งมีแนวโน้มจะไปศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง > ๗๕% (ศึกษาแพทย์เฉพาะทาง ๑,๘๐๐ คน / ปี แพทย์จบ ๒,๓๐๐ คน / ปี)
๑๑. แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว มีจำนวนประมาณ ๖,๐๐๐ คน แต่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เพียง ๕๐๐ คน ผลกระทบคือ ทำให้การบริการปฐมภูมิยังขาดแพทย์หัวหน้าทีมอีกเป็นจำนวนมาก
๑๒. ข้อมูลความเชื่อมโยงกำลังคนด้านสุขภาพทั้งระบบ ยังไม่เพียงพอต่อการวางแผนกำลังคนในภาพรวมของทั้งประเทศ

การบริหารระดับเขตบริการสุขภาพ



แผนภูมิที่ ๙ ตัวอย่าง กรอบแนวคิดในการคิดกำลังคนด้านแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข
Health workforce management of MOP

ตารางที่ ๑๒ ความต้องการแพทย์ ของ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข โดยคิดจาก Existing data (FTE) ณ ปัจจุบัน

ตำแหน่ง	จำนวนควรมี ๕๗	จำนวนที่มีทั้งหมด ๕๘	ส่วนขาด ๕๘	อายุ ๕๕-๕๙	สูญเสีย			ส่วนขาด +ทดแทนคนอายุ >๕๕	ควรรับทดแทน ส่วนขาด/ปี
					เกษียณ	ลาออกเฉลี่ย/ปี	รวมสูญเสีย/ปี		
แพทย์	๒๓,๓๔๕	๑๕,๕๖๘	๗,๗๗๗	๕๙๑	๑๘๖	๖๙๘	๘๘๔	๘,๓๖๘	๒,๕๕๗

ตำแหน่ง	ใน pipeline จบปี ๕๘-๖๒			คาดประมาณผู้เข้าทำงานในกระทรวง ๕๘-๖๒					Supply stock in ๖๒	ส่วนขาด ๖๒	% Supply ๖๒
	กระทรวงผลิต	สังกัดอื่นผลิต	รวม	รับจาก กสธ ผลิต	รับจากนอก กสธ	รวมรับ	รวมรับ/ปี	รับจากนอก กสธ/ปี			
แพทย์	๔,๙๐๐	๗,๙๒๗	๑๒,๘๒๗	๔,๙๐๐	๔,๙๗๗	๙,๘๗๗	๑,๙๗๕	๙๙๕	๒๑,๐๒๗	๒,๓๑๘	๙๐.๐๗

จากแผนภูมิที่ ๙ และตารางที่ ๑๒ แสดงวิธีการคิดกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขด้วยวิธี Full time equivalent จะพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการแพทย์จำนวน ๒,๕๕๗ คน / ปี ในขณะที่กำลังการผลิตจากทุกภาคส่วนรับได้เพียง ๑,๙๗๕ คน / ปี ดังนั้นในปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนแพทย์ (คิดตาม FTE) จำนวน ๒,๓๑๘ คน คิดเป็น ๙๐% ของ supply ในปี ๒๕๖๒ อย่างไรก็ตามการคิดแบบ FTE เป็นการคิดภาระงานในอดีตประมาณ ๒ ปี จนถึงภาระงานในปัจจุบันไม่ได้คิดภาระงานในอนาคต

สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ประเทศไทย ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

- Loss rate ของแพทย์ในประเทศไทย ๑๙๙๗ loss rate ๐.๔%
- พยากรณ์ ปี ๒๐๑๕ คิด loss rate ๒%

จะพบว่าสัดส่วน แพทย์ : ประชากร กรณีที่ยังคงผลิตแพทย์ ๓,๐๐๐ คน / ปี

๒๐๑๔ (พศ. ๒๕๕๗) ๑ : ๑,๙๙๔

๒๐๒๐ (พศ. ๒๕๖๓) ๑ : ๑,๕๓๖

๒๐๒๕ (พศ. ๒๕๖๘) ๑ : ๑,๓๒๖

๒๐๓๐ (พศ. ๒๕๗๓) ๑ : ๑,๒๐๑

วางแผนกำลังคนด้านแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ใน ๒๐ ปีจากนี้

โดยได้นำปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพของประชาชนคนไทยในทศวรรษที่ ๒๑ มาคิดอัตรา กำลังคน

ตารางที่ ๑๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : จำนวนแพทย์และสาขาต่างๆ ที่ควรมี ๒๕๖๑-๒๕๘๐

ชนิดของ รพ.	จำนวน (แห่ง)	Community physician
รพ สด ขนาดใหญ่ ศูนย์แพทย์ฯ เขตเมือง ๑ แห่ง : ปชก ๒๐,๐๐๐	๑,๐๐๐ ๑,๒๐๐ ปัจจุบันมีเพียง ๒๐๐ แห่ง	GP = ๑,๐๐๐ GP = (๓ คน/ศสม) = ๓,๖๐๐ Fammed (๕ คน/ศสม) = ๖,๐๐๐ รวมแพทย์ ๘ คน/ศสม. (แพทย์ : ปชก = ๑ : ๒,๕๐๐)
โรงพยาบาลชุมชน	๗๖๘	- GP = ๔,๕๒๖ คิดต่อเท่าของ Service plan เหตุผล aging society / Family care team / การย้ายหมุนเวียนหรือออกจากราชการ (F3 ๘๖x๔ /F2 ๕๑๘x๖ /F1 ๗๓x๑๐/M2 ๙๑x๕) - Fam med = ๒,๕๔๖ (F3 ๘๖x๒/ F2 ๕๑๘x๓/F1 ๗๓x๕/ M2 ๙๑x๕) - เวชกรรมป้องกันสาขาอื่นๆ = ๗๖๘ (๗๖๘x๑)
รพท / รพศ (รพ ๓๐๐-๗๐๐ เตียง)	๘๓	- GP แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ๘-๒๐ คน/ปี ขึ้นกับแพทย์สภานุมัติ แพทย์พี่เลี้ยง ๖-๑๕ คน/ปี ใน รพ.ที่เป็นศูนย์แพทย์ฯ รวมแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์พี่เลี้ยง = ๒,๙๐๐ คน/ปี - Fammed = ๖๖๔ (M1 ๓๕x๘ / S ๔๘x๘) - เวชกรรมป้องกันสาขาอื่นๆ = ๓๓๒ (๘๓x๒)
รพ.excellence (รพ ระดับ A>๗๐๐เตียง)	๓๓	- GP แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ๘-๒๐ คน/ปี ขึ้นกับแพทย์สภานุมัติ แพทย์พี่เลี้ยง ๖-๑๕ คน/ปี ใน รพ.ที่เป็นศูนย์แพทย์ฯ (คิดรวมใน รพท/รพศ ๒,๙๐๐ คน/ปี) - Fam med = ๓๙๖ (A ๓๓x๑๒) - เวชกรรมป้องกันสาขาอื่นๆ = ๒๖๔ (๓๓x๘)

ตารางที่ ๑๔ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : จำนวนแพทย์และสาขาต่างๆ ที่ควรมี ๒๕๖๑-๒๕๘๐

ชนิดของ รพ.	จำนวน (แห่ง)	Advance care physician		
		หลัก	รอง	ต่อยอด
รพสต ขนาดใหญ่ ศสม	๑,๐๐๐ ๑,๒๐๐	-	-	-
รพชF1-F3M2	๖๗๗	-	-	-
	๙๑	๑,๒๗๔ คน สูติ๒/ศัลย์๒/ เด็ก๒/ortho๒ / วิสัญญี๒/ Med๔	-	-
รพท / รพศ (รพ ๓๐๐-๗๐๐ เต็ม) M1 SA	๘๓	๔,๓๑๖ คน สูติ๘/ ศัลย์๘/ เด็ก๘/ ortho๘ / วิสัญญี๕/ อายุรกรรม๑๐ / EP๕	๓,๐๐๓ คน จิตเวช ๒/ จักษุ๓/ โสต๓/ตจ๑/ ประสาท๒/ประสา ทศัลย์๓ /xray๔/ พื่นฟู๓ /plastic๒/ uro ๓/นิติเวช๒/ patho๒/อายุเลือด๒ /กุมารศัลย์๑ /	๑,๒๔๕ คน MedEndocrine ๒ Infection ๑ nephro ๑ GI ๑ Pulmo ๑ cardio ๑ Geriatric ๑ critical care ๒ SurgVascular ๑ Trauma๑ rectum๑ AnesCVT ๒
รพ.excellence (รพ ระดับ A>๗๐๐ เต็ม)	๓๓	๓,๑๓๕ คน สูติ๑๕/ศัลย์๑๕/ เด็ก๑๕/ortho๑๕ /วิสัญญี๑๐ / อายุรกรรม๑๕/ EP๑๐	๒,๖๔๐ คน จิตเวช ๕/ จักษุ๖/ โสต๕/ตจ ๓/ ประสาท๕/ประสา ทศัลย์ ๕/ x-ray๕/ พื่นฟู๕ /plastic๕/ uro๕/นิติเวช๓/ patho๗/อายุเลือด๕/ กุมารศัลย์๓ / รังสี รักษามะเร็ง๕ / นิวเคลียร์๕/ อายุ มะเร็ง๓/ CVT๓/	๓,๔๖๕ คน Med ๑๒ สาขาฯ ละ ๕ ยกเว้น Rhumato Toxico Nutrition Allergy-immuno geriatric สาขาละ ๒ Surg ๕ สาขาฯ ละ ๒ ยกเว้น trauma ๕ Ped ๑๒ สาขาฯ ละ ๒ ยกเว้น Newborn ๕ Ob ๒ สาขาฯ ละ ๒ Anes ๔ สาขาฯ ละ ๒ X-ray ๒ สาขาฯ ละ ๒ รังสีรักษา ๒ สาขาฯ ละ ๒

ตารางที่ ๑๕ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : จำนวนแพทย์และสาขาต่างๆ ที่ควรมี ๒๕๖๑-๒๕๘๐

ชนิดของ รพ.	จำนวน (แห่ง)	Academic physician เช่น Evidence based medicine /Reserch / ระบาดวิทยา / Health economy
รพ สด	๑,๐๐๐	-
ศสม	๑,๒๐๐	-
รพช	๗๖๘	-
รพทรพศ (รพ ๓๐๐-๗๐๐ เต็ม)	๘๓	รพ.ละ ๔ คน X ๘๓ แห่ง = ๓๓๒ คน
รพ.excellence (รพ ระดับ A>๗๐๐เต็ม)	๓๓	รพ.ละ๑๐ คน X ๓๓ แห่ง = ๓๓๐ คน

ตารางที่ ๑๓ ความต้องการ /แพทย์ที่มี ณ ปัจจุบัน/ส่วนขาดของแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (คิดตาม service based ใน ๑๐-๒๐ ปีข้างหน้า)

	Community Physician GP Fam med เวชกรรมป้องกันฯ	Advance care physician สาขาหลัก สาขารอง สาขาท่อยอด	Academic physician เช่น Evidence based medicine /Reserch / ระบาดวิทยา / Healtheconomy	รวม
ความต้องการแพทย์	๒๒,๙๙๖ คน	๒๑,๑๑๕ คน	๑,๑๕๐ คน	๔๕,๒๖๑
แพทย์ที่มี ณ ปัจจุบัน	๗,๖๖๕ คน GP รพช / intern ๖,๗๖๐ คน Fam med ๕๑๐ คน เวชศาสตร์ป้องกันอื่นๆ ๓๙๕ คน	๗,๙๙๗ คน	๒๘๔ คน	๑๕,๙๔๖
ส่วนขาด	๑๕,๓๓๑ คน	๑๓,๑๑๘ คน	๘๖๖ คน	๒๙,๓๑๕

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินความต้องการของแพทย์ประเภทต่างๆ ในอนาคต ๒๐ ปีจากนี้ไป ดังนี้

๑. Community Physician ๒๒,๙๙๖ คน
 ๒. Advance care physician ๒๑,๑๑๕ คน
 ๓. Academic physician ๑,๑๕๐ คน
- รวมทั้งสิ้นเป็น ๔๕,๒๖๑ คน

เมื่อหักออกจากแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขต้องการของแพทย์ประเภทต่างๆ เพิ่มเติมดังนี้

๑. Community Physician ๑๕,๓๓๑ คน
 ๒. Advance care physician ๑๓,๑๑๘ คน
 ๓. Academic physician ๘๖๖ คน
- รวมต้องการเพิ่มทั้งสิ้น ๒๙,๓๑๕ คน

ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อวางแผนกำลังคนด้านการแพทย์ทั้งประเทศ

๑. ระบบ IT ที่มีการปรับปรุงข้อมูล
 - ข้อมูลด้านสุขภาพของทั้งประเทศครอบคลุมการบริการ การศึกษา การวิจัย
 - พื้นที่เฉพาะที่มีผลต่อการจัดบริการ เช่น ๓ จังหวัดชายแดนใต้ (พื้นที่ชายขอบ พื้นที่แรงงานต่างด้าว เขตเมืองใหญ่)
 - ภาคเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็น excellence center (ซึ่งปัจจุบันยังมีการไหลของแพทย์รัฐบาลไปยัง รพ.เอกชน)
๒. กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ โดยคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

บรรณานุกรม

- [๑] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม. (บรรณาธิการ) (๒๕๔๕). **๓๐ ประเด็นสู่การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- [๒] พนิดนาฎ ขวัญแสนสุข . **แรงงานแอบแฝง** . สถาบันวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย.
- [๓] **บทบาทด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในอาเซียน** . <http://www.med.cmu.ac.th/library/asean-web/aseanmed/บทบาทด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในอาเซียน.doc>
- [๔] **เปิดเสรี สาธารณสุข เป็นอย่างไร?** . <http://www.thai-aec.com/731>
- [๕] **ผลกระทบทางสุขภาพจากการเปิดเสรีอาเซียน ปี ๒๕๕๘** . <http://www.rsu.ac.th/studentdevelop/news/doc/Asean01%20.pdf>

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

ประเด็นที่ ๑ : ระบบสุขภาพและความต้องการแพทย์

๑. เพื่อให้การบริการสุขภาพของประเทศไทยภายใต้โครงการสร้างระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสถานบริการปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีแพทย์ปฏิบัติงานกระจายอยู่ในทุกภาคส่วนเพื่อให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิหรือระดับที่สูงกว่า ด้วยแพทย์ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับระดับของการให้บริการ ตั้งแต่แพทย์ทั่วไปจนถึงแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะสาขา และแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในการค้นคว้าวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ พัฒนาการศึกษาและเทคโนโลยีทางสาขาวิชาแพทยศาสตร์ เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระยะยาว จึงสมควรที่จะปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การผลิตแพทย์สู่สังคมแห่งความต้องการที่หลากหลายนี้

ผู้ดำเนินการ : ๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ
๒. แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล

ข้อเสนอแนะ

• พันเอก นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม แพทยสภา

- เวลาคำนวณแพทย์ต่อประชากรควรต้องแยก community physician และ academic physician และหากมองในกรุงเทพฯ มีแพทย์ต่อประชากรประมาณ ๑ : ๗๐๐ คน ซึ่งถ้าเป็นค่าเฉลี่ยของแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรุงเทพมหานครก็ยิ่งถือว่าน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าแพทย์เราขาดจริงๆ และข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในอดีต ตอนนี้นักศึกษาแพทย์จบ ๒,๕๐๐ คน และจะเป็น ๓,๐๐๐ คน ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า แต่ตำแหน่งที่รับได้แค่ ๑,๕๐๐ คน ทำให้ผู้ที่ตกค้างปีละ ๑,๐๐๐ กว่าคน ที่จะเข้าสู่แพทย์เฉพาะทางได้
- ระบบแพทย์ของเรากล้ายสหรัฐอเมริกา เขานับ primary care physician เป็น specialty สิ่งที่เราปรับเปลี่ยนได้คือ ปรับให้เป็น primary care non-board physician ซึ่งหากเราไปศึกษาระบบแบบอังกฤษก็จะมองกันคนละระบบ
- Emergency medicine โรงเรียนแพทย์ไม่มีหลักสูตรการสอนด้านนี้เฉพาะ แพทย์ที่จบใหม่จึงมีปัญหาด้านการเตรียมผู้ป่วย ก่อนและระหว่างการส่งต่อ จึงควรต้องเน้นให้มากขึ้น

• นายแพทย์สมชาย ยงศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- ความต้องการแพทย์ในแต่ละระดับในอนาคต ๑๐ ปี ต้องการรูปแบบใด ยังคงเป็นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้หรือไม่ ระบบ primary care ระบบ advanced care ต้องการแบบใดบ้าง สอดคล้องกับที่วางไว้หรือไม่
- จำนวนตัวเลขในการแบ่งเขตสุขภาพ การคาดการณ์ตรงนี้ได้รวมถึงเรื่องการย้ายถิ่นฐานของประชากรขนาดใหญ่
- มีกลไกใดบ้างที่จัดสรรงบประมาณประจำปีไปให้โรงเรียนแพทย์ที่ต้องการ เนื่องจากจำนวนประชากรที่ต้องดูแลมีจำนวนมาก

• แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

- เรื่องแผนกำลังคน มีการผลิตได้ใกล้เคียงมากตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแบบไว้
- การกำหนดเขตบริการสุขภาพเป็นไปตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ไม่ได้รวมการย้ายถิ่น
- งบประมาณโรงเรียนแพทย์ ยังไม่ได้ลงลึกในประเด็นนี้ แต่มีการประชุมเป็นระยะ สำหรับเรื่องเขตบริการสุขภาพไม่ได้ลงไปถึงเรื่องงบประมาณ ซึ่งถ้าทำได้ดีก็อาจจะมีการพิจารณา

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 - Future society ในอนาคตเป็นเรื่อง Digital โลกในอีก ๒๐ ปี บางอาชีพอาจจะหายไป เรายังไม่ได้พูดถึงเรื่องนี้เลย แต่ IT จะเข้ามาเชื่อมอย่างไร จะเป็น Individual IT ระบบสุขภาพในอนาคตจะเป็นเรื่องของ IT ทั้งหมด และเพื่อเราจะเตรียมรองรับ AEC ก็สามารถบอกข้อมูลของคนไข้ได้ ถ้าเรามีระบบ IT ที่ดี การบริการก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมยุรี หอมสนิท คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ความหมายของ general กับ family medicine เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร
- แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
 - gatekeeper physician หมายถึงแพทย์ที่ใช้ทุนรัฐ หรือหมายถึงแพทย์ที่จบใหม่ แต่แพทย์มีบทบาทหลายหน้าที่ จึงต้องมีแพทย์ที่เพียงพอ ไม่เช่นนั้นก็จะเปลี่ยนไปตามรอบปี
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - มีแนวทางจูงใจให้เรียน family medicine อย่างไรบ้าง
- แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
 - เป็นโปรโมชันที่จูงใจมาก ที่กระทรวงสาธารณสุขให้เรียนได้ตั้งแต่จบปีแรก ในระหว่างที่เรียนด้วยทำงานด้วยจะได้ค่าตอบแทนเต็มที่ เมื่อจบปีที่ ๓ สามารถสอบ Board ได้ แต่ในเรื่อง career path สำหรับ researcher ขณะนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขกำลังทำเรื่องสนับสนุน
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ประเทศไทยต้องการแพทย์จำพวกไหนบ้าง เป็นสัดส่วนอย่างไร ระบบการพักควรเป็นอย่างไร
- แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
 - แพทย์ในประเทศไทยในกระทรวงสาธารณสุขมองว่า แพทย์ที่เป็น general practice ต้องเป็นสัดส่วน ๕๐% เมื่อเทียบกับ specialist ระบบการพักมีงานวิจัยอยู่แล้ว แต่จากประสบการณ์น้องบางคนไม่ยอมพัก เพราะมีค่าตอบแทน แต่บางคนก็อยากพักบางช่วงเพราะงานมากเกินไป แต่ในกระทรวงก็ได้จัดสัดส่วนไว้ไม่ต้องทำงานตลอดโดยไม่ได้พักอยู่แล้ว
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชาติ อาริมิตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 - เห็นด้วยกับประเด็นนี้แต่เนื่องจากมีผลกระทบต่อวงกว้างทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ อีกทั้งโครงการนี้ต้องใช้เวลายาวนานและต่อเนื่อง ทำอย่างไรที่จะให้โครงการนี้มีการรับรองให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของภาคการเมืองและหรือผู้บริหารระดับสูงของภาครัฐ
- แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
 - โครงการนี้ไม่ได้เกี่ยวกับการเมือง กรรมการจะต้องมีการประชุมต่อ ทางรัฐมนตรีได้ทำแผนสำหรับการแพทย์และสถาบันผลิตแพทย์ขั้นสูง ส่งให้ ครม.ตัดสินใจว่าจะสนับสนุนงบประมาณอย่างไร คณะกรรมการ ๒๓ คนนี้น่าจะต้องทำต่อแน่นอน
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ระบบสาธารณสุขคงเคลื่อนไปได้ แต่ความต้องการของประชาชนจะมีความต้องการมากขึ้นเป็น ๒-๓ เท่าทันที มีแพทย์อยู่เท่าเดิม และตัวแปรสำคัญเรื่อง IT น่าจะมีศักยภาพเข้ามาช่วยได้ และตัวแปรจากการเมือง เศรษฐกิจเป็นตัวสำคัญ เมื่อไหร่เศรษฐกิจดีกองทุนจะใหญ่ขึ้นและมีแรงดึงให้แพทย์ไปอยู่เอกชนมาก ก็เป็นโจทย์ที่ต้องคิด แต่กระบวนการติดตามสำคัญมากที่จะต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ทางเลือกของการออกแบบระบบ แบบเขตสุขภาพน่าจะคงอยู่เพราะเป็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพที่สุด

- แพทย์หญิงธนัญญา ศิริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - จริงหรือไม่ที่แผนการรับนักศึกษาแพทย์แบ่งกลุ่มตั้งแต่แรกเพื่อแพทย์วิจัย ชนบท เฉพาะทาง หากมีการแบ่งจริงจะเป็นการแบ่งแยกวรรณอย่างชัดเจน
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - มาตรฐานแพทยสภากำหนด minimal standard ทั่วประเทศไว้เหมือนกัน แต่ on-top ต้องมีการปรับเปลี่ยนได้ สามารถเลือกได้ว่าเป็นแพทย์แบบไหน
- นายแพทย์ศุภชัย ครบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - โรงพยาบาลโนนแดงขนาด ๓๐ เตียง มีแพทย์ ๓ คน โรงพยาบาลชุมชนก็อยากได้หมอที่เก่งมาอยู่เหมือนกัน มันไม่ใช่แค่ gatekeeper แต่เป็นกองหน้าที่ทำได้ทุกอย่าง หลักสูตรแพทย์ ๖ ปี จบมายังไม่เข้าใจไม่มั่นใจโรคในวอร์ด เบาหวานไฮยาอะไรยังไม่รู้ รู้สึกถึงความเหลื่อมล้ำสุด ๆ สำหรับบ้านนอกและในเมือง ซึ่งกว่าจะมาถึงก็ใช้เวลาานมากแล้ว มีคนมองว่า หมอโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้เรื่อง แต่มันมีเรื่องอะไรที่มากกว่าการดูแลคนไข้ เช่น ยาหมดอายุ ระบบโรงพยาบาลไม่ได้เรื่อง เมื่อเชื่อมโยงไปถึง Family medicine อาจจะตอบโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กต้องการหมอที่ทำทุกอย่างได้ โดยเฉพาะ emergency สาเหตุที่แพทย์ไม่ยอมมาอยู่โรงพยาบาลชุมชนเพราะกลัวหัตถการทางสูติศาสตร์ ทำไม่ค่อยได้และการส่งต่อก็เป็นเรื่องยาก เพราะเขาบอกว่า case มันไม่ต้องมาถึงก็ได้ พยาบาลเก่งๆ ก็จะไปอยู่โรงพยาบาลใหญ่ๆ เหมือนกัน เรื่องแบบนี้ไม่มีใครสอน และก็ไม่มีใครคิดว่าจะเจอ ระบบมาตรฐานต่างๆ เช่น การเจาะเลือด อยากได้แพทย์ที่ดูแลทุกอย่างได้ และจัดการชุมชนได้ อยากให้พูดถึงประเด็นนี้ และความทุกข์ที่แพทย์จบใหม่ต้องเจอ ถ้าอยากมอง primary care จริงๆ ก็อยากให้มีมองโรงพยาบาลขนาดเล็กด้วย
 - การให้แพทย์ไปอยู่ รพ.สต. จะมีแรงจูงใจได้อย่างไร และปัจจุบันการขาดแคลนพยาบาล ถ้ามีแต่แพทย์ประจำ รพ.สต. แพทย์จะอยู่ได้หรือไม่ เหตุใดจึงไม่ทำโรงพยาบาลชุมชนให้เข้มแข็ง แล้วเป็น node ให้กับ รพ.สต. โดยมีบุคลากรสาธารณสุขอื่นประจำที่ รพ.สต. แล้วทำเรื่อง self-care ของประชาชนให้เข้มแข็ง
- แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
 - เรามองถึง ๒๐ ปีข้างหน้า ที่พูดว่าเรื่อง รพ.สต. และต้องมีความชัดเจนที่ต้องคุยกับวิชาชีพอื่นด้วย คือตอนนี้ต้องเติมโรงพยาบาลชุมชนก่อน
- อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์ รัตนมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - หน้า ๓๒ ข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจับที่ไม่สื่อความหมายในเชิงความต้องการว่า primary physician คืออะไร advance คืออะไร เช่น ส่งนิสิตแพทย์ไปโรงพยาบาลชุมชน family medicine ไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว ถ้าไม่เห็นหน้าตาความชัดเจนของ ๓ track นี้ก็จะคุยกันต่อได้ลำบาก
 - การผลิตแพทย์เหมือนหว่านนาด้วยเมล็ดข้าวเปลือก ถ้าเราไม่สามารถเตรียมพื้นที่ที่จะหว่านให้ดีข้าวเปลือกก็จะไม่งอก
 - จริงๆ แล้ว Track ๑ ๒ ๓ จะอยู่อย่างนี้ตลอดไปหรือไม่ และต้องตัดสินใจเมื่อไหร่
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - สรุป ได้รับทราบสภาพจำนวนแพทย์ การกระจายแพทย์
 - ระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้กระจายเป็นระบบเขต
 - มีการเชื่อมโยงกันกับโรงเรียนแพทย์ ทั้งรากหญ้า ครอบคลุม สาธารณสุขมูลฐาน รพ.สต. โรงพยาบาลทั่วไป
 - รูปแบบของโรงเรียนแพทย์ มี ๓ รูปแบบชัดเจน แพทย์เฉพาะทาง วิจัย และเชี่ยวชาญชุมชน แพทย์ที่ทำงานชุมชน โจทย์ของแพทย์ชุดนี้คือ มีการหมุนเวียนเร็ว มีความทุกข์ใจมาก

- จำนวนแพทย์มีการตกลงมาก่อนหน้านี้ คือ กำลังการผลิต ๓,๐๐๐ คนต่อปี จะมีสัดส่วน ๑ : ๑,๒๐๐ คนในปี ๒๕๗๓
- ข้อสรุปที่สำคัญมาก คือ มีการร่วมมือการทำงานมากขึ้นระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์

ข้อคิดเห็นอื่นๆ

- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงสุนันทา ฉันทกาญจน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - อยากให้การเรียนการสอนแพทย์เน้นเรื่องการป้องกันมากกว่านี้
- **แพทย์หญิงทักษิณา เทียงธรรม โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์**
 - การผลิตแพทย์เพื่อให้กระจายทุกภาคส่วนมีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะในระดับปทุมภูมิ เนื่องจากข้อมูลที่น่าเสนอสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากรในแต่ละจังหวัดนั้นไม่ได้เจาะจงให้ชัดเจนว่าเป็นแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ที่เป็น specialist โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะในความเป็นจริงนั้นไม่ว่าจะผลิตแพทย์เพิ่มมากน้อยเพียงใด ก็ไปเรียนต่อเป็น specialist ไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนหรือไปกระจุกตัวในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะขนาด F๒ F๓ ยังมีแพทย์เพียง ๒-๓ คนเท่านั้น เทียบกับจำนวนประชากรประมาณ ๑ : ๑๐,๐๐๐ คน ดังนั้นหากหลักสูตรการผลิตแพทย์เพิ่มยังเป็นไปในทิศทางนี้ อีก ๑๐ ปีข้างหน้าประมาณแพทย์โดยรวมของประเทศจะเพียงพอ แต่จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน F๒ -F๓ ก็จะเป็นจำนวนเท่าๆ เดิม และการพัฒนาในระดับปทุมภูมิ เพื่อประชาชนอย่างแท้จริงก็จะเป็นไปได้ยากเช่นอย่างทุกวันนี้
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - เสนอให้สรุปประเด็นข้อเสนอแนะ ข้อ ๑ ให้ชัด ๆ เข้าใจง่ายเป็นเชิงนโยบาย การตอบสนองความต้องการแพทย์ของสังคม ดังนี้ ควรปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชนในประเทศ ทั้งปริมาณและคุณภาพ
 - การแยกแพทย์เป็นแบบใดแบบหนึ่งใน ๓ แบบ และให้แพทย์หนึ่งคนเป็นเฉพาะแบบนั้น อาจไม่เหมาะกับเมืองไทย อาจทำให้แต่ละแบบ แยกกันมากขึ้น ไม่เข้าใจกัน วันหนึ่งแพทย์เฉพาะทางอาจต้องการไปเป็น community physician หรือกลับกันก็ได้
- **นิสิต/นักศึกษาแพทย์**
 - หากเห็นด้วยกับสัดส่วนแพทย์ ๓ กลุ่ม ที่ประชุมก็ควรกำหนดโควตา แต่ละโรงเรียนแพทย์จะผลิตประเภทละกี่ % ถ้าไม่คุยกันก็จะผลิตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ๑๐๐% ไม่มีใครผลิตตามเป้าหมาย
 - แพทยสภาควรกำหนดโควตาการฝึกแพทย์เชี่ยวชาญตามความต้องการของประเทศ ไม่ควรตามขีดความสามารถผลิต แพทยสภาควรวางแผนผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้แพทย์
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอก แพทย์หญิงเบญจมาศ ทองอุการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต**
 - จากปัญหาจำนวนแพทย์ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชากรเพราะติดปัญหาทั้งส่วนตัวงบประมาณ และการคิดเกรดจากผลเรียน หากปัญหานี้จะหันกลับมาแก้ไขโดยการใช้นักเรียนคนอื่น เช่น ระบบการแพทย์ทางเลือก เข้าร่วมให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสศึกษาองค์ความรู้ร่วมจะเป็นไปได้ไหม
 - บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์จะมีโอกาสเข้าเรียนรู้แพทยศาสตร์เบื้องต้น เพื่อเติมเต็มหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีความเป็นไปได้แค่ไหนเพียงไร

- **นายแพทย์นิพนธ์ อุปมานรเศรษฐ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา**
 - หากศึกษาที่ต่างช่องทางหรือ track ถ้าต้องการโอนข้าม track หลังจบแล้วจะต้องไปเสริมความรู้ประสบการณ์ก่อนหรือไม่ ไม่ควรให้ความหลากหลายนี้ไปจำกัดการศึกษาก่อนข้าม track
- **แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง**
 - ทุกวันนี้การผลิตแพทย์ตอบโจทย์การเปลี่ยนแปลงของสังคมแล้วหรือยัง ที่สำคัญทำอย่างไรที่ผลิตออกมาแล้วยังคงอยู่ในระบบสาธารณสุขได้ ความเข้าใจของแพทย์มีน้อยเรื่องระบบสุขภาพ เข้าใจเพียงแค่ระบบการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น ปัจจุบันความรู้ระบบสาธารณสุขนั้นไม่เพียงพอแล้ว แพทย์ต้องเข้าใจระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกันเป็นพลวัตรทุกเรื่องในการดำเนินชีวิต
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตวัต รุ่งเจ็ดฟ้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - อยากทราบว่าแพทย์ที่มีความขาดแคลนมากและมีความสำคัญมากในการบริการสุขภาพของประเทศไทย ในการปรับเปลี่ยนสาขาพยาธิวิทยาคลินิก ทำไปไม่มีมีการกล่าวถึงทั้งที่มีความสำคัญมาก และจำนวนแพทย์ด้านนี้น้อยมาก ความสำคัญคือ ด้านการสอน เชื่อมโยงการสอนทาง Preclinic ไปสู่ clinic ได้ดีและทุกโรงพยาบาลต้องอาศัยในการจัดห้อง lab ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ พื้นฐานที่มีคุณภาพและส่งตรวจสมเหตุสมผล และเชิงงานวิจัย
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - การสาธารณสุขของประเทศน่าจะมองภาพรวมว่าปัญหาของประเทศคืออะไร การพัฒนาให้ไปตามความต้องการ เช่น ด้านสาธารณสุขพื้นฐาน ด้านการดูแลจำเพาะโรค หรือการวิจัยและฐานข้อมูลในระดับประเทศ ระบบสาธารณสุขในบางประเทศให้การสนับสนุนเป็นนโยบายระดับประเทศ เช่น การปลูกถ่ายอวัยวะ การป้องกันและดูแลอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือแพทย์ประจำครอบครัวได้ รวมทั้งการใช้ระบบ IT มาใช้ในการส่งต่อหรือติดตามผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การฝึกหัดแพทย์ประจำบ้านในสาขาจำเพาะ ใช้การหมุนเวียนไปทุกสถาบันหลักทั่วไปจบเป็นแพทย์เฉพาะทางของประเทศ รั้วอุฒิบัตร์จากราชวิทยาลัยนั้น โดยหลักสูตรเดียวกัน เรียนแบบเดียวกัน ได้รู้จักกับอาจารย์เหมือนกัน ลดการแบ่งแยกสถาบัน มีความรักเพื่อชาติเดียวกัน แนะนำให้มีแพทย์หมุนเวียนในจังหวัด ไม่ควรประจำอยู่แต่ในโรงพยาบาลศูนย์ ในขณะเดียวกัน ควรมีแพทย์หมุนไปชั่วคราวขณะมีแพทย์พัก
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง**
 - ในอดีตหลายฝ่ายพยายามแก้ไข แต่ยังไม่สามารถจูงใจให้คนหันมาทำ family medicine เพิ่มได้ อยากให้ลองพิจารณา ควรกำหนดนโยบายจากรัฐบาลว่าผู้ที่ทำ family medicine จะได้ค่าจ้างในอัตราสูงกว่าสาขาอื่นอย่างชัดเจน น่าจะได้ผล ขณะนี้ทุกภาคส่วนมองเงินเป็นปัจจัยสำคัญ
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ**
 - กว้างขวางมาก และเป็นนามธรรม จากข้อมูลของ อ.อัจฉรา และการวางแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขอาจารย์ยอมรับว่า ยังไม่แน่ใจในข้อมูล ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบข้อมูล ซึ่งจะทำให้การวางแผนตรงขึ้น การปรับเปลี่ยนจำเป็นอยู่แล้ว แต่ในระดับปริญญาตรี essential contents ควรจะเหมือนกัน ไม่ควรแยกตั้งแต่ต้น ควรเรียน core essential เหมือนกัน แต่ electives ต่างกันได้ ไม่ควรแยกให้เห็นความแตกต่าง การคาดหวังว่า รพ.สต. มีแพทย์ประจำ ๑ คน คาดว่าจะไม่มีแพทย์อยู่ แพทย์ก็ต้องการเพื่อนแพทย์ผู้ร่วมงานเช่นกัน



ประเด็นที่ ๒ และ ๓: นโยบายการผลิตแพทย์และการจัดการ
ศึกษาของสถาบันผลิตแพทย์
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

รายงานผลการศึกษา
คณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๒
การวิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- จำนวนของสถาบันผลิตแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์/สำนักวิชา/วิทยาลัย และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก) ในขณะนี้เพียงพอเพียงกับความต้องการของประเทศแล้ว แต่สมควรที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของแต่ละสถาบันให้เหมาะสมกับการผลิตแพทย์ที่ตอบสนองต่อความต้องการและนโยบายระบบสุขภาพของประเทศ
- สถาบันผลิตแพทย์ควรจะพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ให้ชัดเจน โดยเปิดให้มีรายวิชาที่ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ตามความสนใจและความถนัดของตนให้มากขึ้น
- สถาบันผลิตแพทย์ที่เป็นคู่ความร่วมมือควรกำหนดคุณลักษณะของบัณฑิตร่วมหรือเหมือนกันในหลักสูตรเดียวกัน
- สถาบันผลิตแพทย์ต้องมีแผนจัดหาและพัฒนาบุคลากรตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรการศึกษาให้สอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตร

รายงานการศึกษา
เรื่อง การวิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์
(สำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๗)

ความเป็นมา

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติมีมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ และจัดต่อเนื่องถึง ๘ ครั้งแล้ว โดยแต่ละครั้งจัดห่างกันประมาณ ๗ - ๘ ปี วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางการผลิตบัณฑิตแพทย์จากสถาบันต่างๆ ในขณะนั้นให้ตรงตามความต้องการของประเทศและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ (ขณะนั้นยังแยกกันอยู่) สถาบันผลิตแพทย์และผู้มีส่วนได้เสีย ผลการประชุมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการผลิตแพทย์และการบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน เช่น

- ผลการประชุมครั้งแรก ได้ข้อสรุปว่า ต้องมีการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดหรือ intern
- ผลการประชุมครั้งที่ ๔ ได้ข้อสรุปว่า ให้เปลี่ยนระยะเวลาการเรียนแพทย์ (เตรียมแพทย์-ปริคลินิก-คลินิก) จาก ๒-๒-๒ เป็น ๑-๒-๓ และยกเลิกแพทย์ฝึกหัด
- ผลการประชุมครั้งที่ ๖ ได้ข้อสรุปว่า ต้องมีการสอบและประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ผลการประชุมครั้งที่ ๘ ให้ความสำคัญกับการให้บริการอย่างมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) และการจัดการเรียนการสอนชนิดปลูกฝังความเป็นมนุษย์แก่แพทย์ (Humanized Medical Curriculum)

ในระยะแรก เนื้อหาของการประชุมจะเป็นเรื่องของการปรับปรุงหลักสูตร เพิ่ม-ลดวิชา ต่อมาได้ขยายกรอบไปที่การจัดการเรียนการสอน การให้บริการสาธารณสุข การกระจายแพทย์ การศึกษาหลังปริญญา โดยคงให้ความสำคัญด้านคุณธรรมจริยธรรมในการศึกษาทุกระดับ การส่งเสริมการวิจัย การพัฒนาอาจารย์และการติดตามประเมินผล ในปัจจุบันจุดเน้นของแพทยศาสตรศึกษามีใช่ที่เพียงการให้บริการทางสาธารณสุขอีกต่อไป แต่เน้นที่ระบบสุขภาพ การจัดการศึกษาสาขาแพทยศาสตร์ของประเทศไทยในปัจจุบันจึงต้องมุ่งเน้นผลิตแพทย์เพื่อเป็นผู้บริหารสุขภาพ (Health care provider) ให้กับทุกภาคส่วน ถึงกระนั้นความต้องการของประเทศในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงโดยมีความต้องการแพทย์ในรูปแบบอื่นร่วมด้วย เช่น แพทย์ในฐานะนักวิชาการ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นต้น

คณะกรรมการวิชาการเพื่อการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ที่จะจัดในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงมีดำริเพื่อค้นหาความหลากหลายของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และสถาบันผลิตแพทย์ของประเทศไทย

สถานการณ์ปัจจุบันของการผลิตแพทย์ในประเทศไทย

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี ๒๕๕๕ พบว่าประเทศไทยมีแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑ : ๑,๙๘๕ ซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนตามมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การอนามัยโลก (ประมาณ ๑ : ๒,๐๐๐) เมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคต่างๆ ของโลกแล้วพบเป็นดังนี้

ประเทศ	แพทย์ : ประชากร
ไทย	๑ : ๑,๙๘๕
ญี่ปุ่น	๑ : ๔๗๖
สิงคโปร์	๑ : ๕๘๘
ฟิลิปปินส์	๑ : ๘๖๒
มาเลเซีย	๑ : ๑,๑๔๕
ลาว	๑ : ๕,๓๔๗
สหรัฐอเมริกา	๑ : ๖๑๓
สหราชอาณาจักร	๑ : ๗๔๖
อิตาลี	๑ : ๑๗๘

เมื่อดูการกระจายของแพทย์ในประเทศไทยตามภาคส่วนต่างๆ แล้วจะพบว่าสัดส่วนในกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑ : ๖๒๘ ซึ่งใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา หรือสหราชอาณาจักร ในขณะที่ภาคต่างๆ ของประเทศนั้นยังดูเหมือนจะขาดแคลนอยู่ เช่น ภาคกลาง (รวมตะวันออกและตะวันตก) ๑ : ๒,๕๓๓ ภาคอีสาน ๑ : ๔,๖๘๒ ภาคเหนือ ๑ : ๓,๐๕๙ และ ภาคใต้ ๑ : ๓,๑๓๘ ด้วยเหตุนี้ทางรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแผนเพิ่มผลผลิตแพทย์ในโครงการศึกษาแพทย์เพื่อประชาชนบท (CPIRD) และโครงการแพทย์หนึ่งคนต่อหนึ่งอำเภอ (ODOD) ให้มากขึ้น โดยให้ใช้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอยู่ทั้ง ๔๙ แห่งทั่วประเทศเป็นฐานในการผลิตแพทย์และพิจารณาการใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานร่วมผลิตด้วย โดยร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ของรัฐที่มีอยู่เดิม ๒๐ แห่ง ตามแผนที่วางไว้ และของบประมาณไปยังรัฐบาลจากปี ๒๕๖๑-๒๕๗๐ จะเพิ่มปริมาณแพทย์ CPIRD และ ODOD จากปีละประมาณ ๕๐๐ คนไปเป็น ๑,๕๐๐ คนในที่สุด ทำให้จำนวนบัณฑิตแพทย์ที่ผลิตในประเทศต่อปีจะเพิ่มขึ้นไปถึงปีละประมาณ ๓,๕๐๐ คน ซึ่งหากเป็นไปตามโครงการนี้ทำให้สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรทั่วประเทศและทุกภูมิภาคเป็น ๑ : ๑,๑๐๐-๑ : ๑,๒๐๐ โดยแพทย์ในโครงการ CPIRD และ ODOD นี้จะได้รับการสนับสนุนให้เรียนต่อเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกประมาณปีละ ๒๐๐ คน ในขณะที่อัตราการบรรจุแพทย์ใช้ทุนในกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะอยู่ที่ประมาณ ๑,๘๐๐ อัตราต่อไป หมายถึงแพทย์ที่จบใหม่อีกประมาณ ๑,๕๐๐ คนอาจจะต้องกระจายไปทำงานอยู่ในภาคส่วนอื่น เช่น คณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สภากาชาดไทย กองทัพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ศูนย์การแพทย์ทั้งของรัฐและเอกชน เป็นต้น ซึ่งในส่วนนี้จริงๆ แล้วมีความต้องการแพทย์ที่จะได้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือมีความรู้ ความสามารถพิเศษเฉพาะอย่างมากกว่าแพทย์ที่เพิ่งจบ พบ. แม้แต่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเองนั้นความต้องการแพทย์เฉพาะทางโดยเฉพาะในสาขาหลัก เช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์

ออร์โธปิดิกส์ รังสีวิทยา และ สาขาขาดแคลน เช่น พยาธิวิทยา นิติเวชศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ ก็มีรวมกันมากกว่าแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเดียวหลายเท่า การผลิตแพทย์ในส่วนนี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือของโรงเรียนแพทย์หลัก และราชวิทยาลัยต่างๆ ในการฝึกอบรมต่อระดับหลังปริญญา ในส่วนนี้ยังไม่ได้มีการวางแผนแบ่งความรับผิดชอบกันอย่างชัดเจนในระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้ทบทวนเตรียมความพร้อมของบัณฑิตแพทย์ให้สามารถเข้ารับการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหรือฝึกอบรมต่อยอดให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการพัฒนาประเทศในอนาคต

วัตถุประสงค์

การสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานด้านการผลิตแพทย์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมที่จะผลิตแพทย์สำหรับชุมชน แพทย์นักวิจัย และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสำรวจออนไลน์ ผ่านทางช่องทางของ Google Doc สอบถามทุกสถาบัน แพทยศาสตร์ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ในโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ของกระทรวงสาธารณสุข (ดังเอกสารที่แนบมานี้)

แบบสอบถามสำหรับการสำรวจความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์ (แก้ไขล่าสุด ๔ ตุลาคม ๒๕๕๗)

คำนิยามที่ใช้ในแบบสอบถาม

การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ชุมชน หมายถึง การศึกษาด้านการแพทย์และสุขภาพในชุมชนทั้งเชิงสังคม ความสัมพันธ์ สิ่งแวดล้อม หรือระบบ ที่ก่อให้เกิดคนมีการรวมตัวกัน ประยุกต์ใช้หลักการทางสังคม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความเป็นไปด้านคุณภาพชีวิต และสุขภาพ รวมถึงต้องเข้าใจทรัพยากรทางสังคมและชุมชน ที่มีอยู่ เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในแง่คุณภาพชีวิตและสุขภาพ ศึกษาความเป็นไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในกลุ่มประชากรโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขวิเคราะห์ เลือกใช้หลักฐานทางสุขภาพและการแพทย์ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมและชุมชน

การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง การศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ เพื่อให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การเรียนใน Clinical skill lab หมายถึง การฝึกทักษะ หัตถการทางคลินิกในสถานที่ที่จัดให้นิสิต นักศึกษา ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ เช่น การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การฝึกปฏิบัติหัตถการ เป็นต้น

การเรียนการสอนด้านงานวิจัย หมายถึง การเรียนการสอนที่ครอบคลุมอย่างน้อยเรื่อง การเรียนรู้พื้นฐาน การวิจัย เวชศาสตร์เชิงหลักฐาน (evidence-based medicine) การวิพากษ์ (critical appraisal)

การเรียนการสอนภาษาอังกฤษ หมายถึง การเรียนทักษะการสื่อสารทั้งในรูปการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนการใช้ภาษาอังกฤษในการดำรงชีวิตประจำวันหรือการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมวดที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของสถาบัน

๑. ชื่อสถาบัน _____
๒. วิสัยทัศน์ของสถาบัน _____
๓. อัตลักษณ์ของบัณฑิต _____
๔. จำนวนอาจารย์ประจำ (ข้าราชการ พนักงาน และบุคลากรที่มีสัญญาจ้างกับสถาบันทั้งปีการศึกษา ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามพันธกิจหลักของสถาบัน)

<input type="checkbox"/>	คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน	_____ คน
<input type="checkbox"/>	คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	_____ คน
<input type="checkbox"/>	คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา	_____ คน
๕. คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ _____

๖. ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด ในปีการศึกษา ๒๕๕๖ _____

๗. ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สอบผ่านการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม นับเฉพาะการสอบครั้งแรก ในปีการศึกษา ๒๕๕๖

ชั้นตอนที่ ๑ ร้อยละ _____

ชั้นตอนที่ ๒ ร้อยละ _____

ชั้นตอนที่ ๓ ร้อยละ _____

หมวดที่ ๒ ข้อมูลของหลักสูตร

กรณีสถาบันมีหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตหลายหลักสูตร กรุณาแยกตอบโดยสำเนาแบบสอบถาม

๘. จำนวนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของสถาบัน _____ หลักสูตร

๙. ระบบ และจำนวนการรับนิสิตนักศึกษาแพทย์ของสถาบัน

- รับตรงผ่าน กสพท. จำนวน _____ คน
- โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD) จำนวน _____ คน
- โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอต่อหนึ่งทุน (ODOD) จำนวน _____ คน
- รับตรงของสถาบันตนเอง จำนวน _____ คน
- อื่น ๆ ระบุ _____ จำนวน _____ คน

๑๐. จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร _____ หน่วยกิต

๑๑. งบประมาณรายได้

- กระทรวงศึกษาธิการ เป็นจำนวนเงินต่อปีการศึกษา _____ บาท
- กระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวนเงินต่อปีการศึกษา _____ บาท
- กระทรวงกลาโหม เป็นจำนวนเงินต่อปีการศึกษา _____ บาท
- อื่น ๆ ระบุ _____
เป็นจำนวนเงินต่อปีการศึกษา _____ บาท

๑๒. การสำรวจปริมาณการเรียนการสอน

(การนับจำนวนชั่วโมง ถ้าระยะเวลาสอน ๑-๓๐ นาที นับเป็น ๐.๕ ชม. ๓๑-๖๐ นาที นับเป็น ๑ ชม.)

หัวข้อ	จำนวนชั่วโมงที่สอนในแต่ละชั้นปี (ชม.)					
	ปีที่ ๑	ปีที่ ๒	ปีที่ ๓	ปีที่ ๔	ปีที่ ๕	ปีที่ ๖
๑. การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ชุมชน						
๑.๑ ภาคทฤษฎี						
๑.๒ ภาคปฏิบัติ / ภาคสนาม						
๒. การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว						
๒.๑ ภาคทฤษฎี						
๒.๒ ภาคปฏิบัติ / ภาคสนาม						
๓. การเรียนใน Clinical skill lab						
๔. การเรียนการสอนด้านงานวิจัย						
๔.๑ ภาคทฤษฎี						
๔.๒ ภาคปฏิบัติ / ภาคสนาม						
๕. การเรียนการสอนภาษาอังกฤษ						

๑๓. การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ชุมชน

๑๓.๑ รายวิชาที่จัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ชุมชน

๑. _____
๒. _____
๓. _____
๔. _____
๕. _____
๖. _____
๗. _____
๘. _____
๙. _____
๑๐. _____

๑๓.๒ ประเภทของชุมชน

- ชุมชนในเขตเมือง/เทศบาล
- ชุมชนนอกเขตเมือง/นอกเทศบาล

๑๓.๓ สถานพยาบาลที่ให้นิสิตนักศึกษาฝึกในชุมชน และระยะเวลาเฉลี่ยต่อคนตลอดหลักสูตร

- ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกคู่ความร่วมมือ ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล ระยะเวลา _____ เดือน
- ศูนย์บริการสาธารณสุข ระยะเวลา _____ เดือน
- อื่น ๆ ระบุ _____ ระยะเวลา _____ เดือน

๑๓.๔ กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในชุมชน

- การฝึกปฏิบัติในช่วงปิดภาคการศึกษา
- อื่น ๆ ระบุ _____

๑๔. การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

๑๔.๑ รายวิชาที่จัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

๑. _____
๒. _____
๓. _____
๔. _____
๕. _____
๖. _____
๗. _____
๘. _____
๙. _____
๑๐. _____

๑๔.๒ ประเภทของชุมชน

- ชุมชนในเขตเมือง/เทศบาล
- ชุมชนนอกเขตเมือง/นอกเทศบาล

๑๔.๓ สถานพยาบาลที่ให้นิสิตนักศึกษาฝึกในชุมชน และระยะเวลาเฉลี่ยต่อคนตลอดหลักสูตร

- ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกคู่ความร่วมมือ ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลา _____ เดือน
- โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล ระยะเวลา _____ เดือน
- ศูนย์บริการสาธารณสุข ระยะเวลา _____ เดือน
- อื่น ๆ ระบุ _____ ระยะเวลา _____ เดือน

๑๔.๔ กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาฝึกปฏิบัติในชุมชน

- การฝึกปฏิบัติในช่วงปิดภาคการศึกษา
- อื่น ๆ ระบุ _____

๑๕. การเรียนการสอนด้านงานวิจัย

๑๕.๑ คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่แสดงถึงความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๑๕.๒ หัวข้อเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์

๑. _____
๒. _____
๓. _____
๔. _____
๕. _____

๑๕.๓ รายวิชาบังคับหรือรายวิชาเลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้นิสิตนักศึกษาทำงานวิจัยต้นฉบับหรือวิจัยเชิงลึก

๑. _____
๒. _____
๓. _____
๔. _____
๕. _____

๑๕.๔ กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาฝึกการทำวิจัย

- การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย
- การเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย
- อื่น ๆ ระบุ _____

๑๕.๕ ทุนสนับสนุนการวิจัยให้แก่บัณฑิตศึกษา

ไม่มี

มี โดยให้ทุนเป็นจำนวนเงิน _____ บาท/โครงการ

๑๕.๖ การเปิดโอกาสให้นักศึกษานำเสนอผลงานในรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖

ไม่มี

มี โปรดระบุชื่อการประชุม _____

๑๕.๗ สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย

ห้องปฏิบัติการวิจัย

ฐานข้อมูล

อื่น ๆ ระบุ _____

๑๖. การแลกเปลี่ยนนิสิตนักศึกษากับสถาบันต่างประเทศ ในรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖

๑๖.๑ จำนวนเฉลี่ย _____ คน/ปีการศึกษา

๑๖.๒ รายชื่อประเทศที่มีการแลกเปลี่ยนมากที่สุด ๕ อันดับแรก

๑. _____

๒. _____

๓. _____

๔. _____

๕. _____

ผลการศึกษาที่ได้

ข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนโรงเรียนแพทย์ที่ตอบแบบสำรวจ ๑๓ แห่ง

จำนวนศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่ตอบแบบสำรวจ ๒๓ แห่ง

ข้อสรุป

(เลขลำดับสอดคล้องกับลำดับคำถามในแบบสอบถาม บางลำดับมิได้นำมาพิจารณา)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๑.	วิสัยทัศน์	<p>มุ่งเน้นชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ระดับแนวหน้าในภูมิภาค (ศพค.นครพิงค์) - ศูนย์การผลิตแพทย์ชั้นนำเพื่อชนบท (ศพค. สวรรคประชากรักษ์) - เป็นสถาบันผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทที่เป็นเลิศทางวิชาการและคุณธรรม (ศพค.ราชบุรี) - เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ระดับนำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณภาพมาตรฐานและพร้อมคุณธรรม จริยธรรม และสอดคล้องในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและท้องถิ่น (ศพค.อุดรธานี) - เป็นสถาบันผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทชั้นนำระดับภูมิภาค ในปี 2560 (ศพค.นครราชสีมา) - เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพเพื่อชาวชนบทภาคกลาง (ศพค.สระบุรี) - ผลิตแพทย์มาตรฐานระดับประเทศและคงอยู่ในพื้นที่จังหวัดอย่างมีความสุข (ศพค.ยะลา) <p>มุ่งเน้นระดับชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานระดับประเทศ (ศพค.ลำปาง) - เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ที่เป็นเลิศ 1 ใน 5 ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาในกระทรวงสาธารณสุข (ศพค.สรรพสิทธิประสงค์) - เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นนำระดับประเทศในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทที่มีคุณภาพมาตรฐาน และมีคุณธรรม สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้ยั่งยืน และมีความสุข (ศพค.หาดใหญ่)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
		<ul style="list-style-type: none"> - คณะแพทย์ชั้นนำของประเทศ ที่มีความโดดเด่นด้าน เวชศาสตร์เขตเมืองและเครือข่ายสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล (วชิรพยาบาล) - เป็นสถาบันชั้นนำระดับประเทศ ในการผลิตแพทย์ ที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (ศพค. เชียงรายฯ) <p>มุ่งเน้นระดับนานาชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นนำระดับโลก (จุฬาฯ) - เป็นสถาบันการแพทย์ชั้นนำในระดับสากล (รามฯ) - สถาบันทางการแพทย์เพื่อชุมชนชั้นนำของอนุภาคลุ่มแม่น้ำโขง (มพล.) - เป็นสถาบันชั้นนำแห่งการเรียนรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงและอาเซียน (อุบลฯ) - สถาบันการแพทย์ชั้นนำ ระดับมาตรฐานสากล (มช.) - เป็นสถาบันผลิตแพทย์ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมและมีคุณภาพในระดับนานาชาติ (รังสิต) - สำนักวิชาแพทยศาสตร์เป็นเลิศในการผลิตบัณฑิต การวิจัย และบริการวิชาการด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เป็นมาตรฐานสากลในปี ๒๕๖๐ (มทส.) - เป็นสถาบันผลิตแพทย์และวิจัยชั้นนำ ๑ ใน ๓ ของประเทศ เป็นผู้นำในการเรียนการสอนแบบ PBL, CBL และแพทย์แผนไทย เป็นสถาบันที่มุ่งสู่ความเป็นนานาชาติทั้งในระดับปริญญาตรี แพทย์หลังปริญญา และบัณฑิตศึกษา (มธ.) - เป็นสถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดิน มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล (ศิริราช) - พัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สู่คณะแพทยศาสตร์ชั้นนำมาตรฐานสากล (บูรพา)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๒.	อัตลักษณ์ของบัณฑิต	<ul style="list-style-type: none"> - คงอยู่ในชุมชนบ้านเกิด อย่างมีความสุข (ศพค.ชุมพรฯ) - คือ แพทย์ของชุมชน ความสามารถ วิชาการ สื่อสาร หัตถการ ผู้นำชุมชน มีความคงอยู่ในชนบท (ศพค.สวรรคประชารักษ์) - การทำงานในชุมชน (ศพค.พระปกเกล้า) - ปัญญาเพื่อความเข้มแข็งชุมชน (ศพค.พะเยา) - เป็นแพทย์ของชุมชน มีเจตคติ คุณธรรม จริยธรรม ในการเป็นแพทย์ (ศพค.สุราษฎร์ธานี) - มีคุณธรรม มีพหุศักยภาพ และมีความเป็นสากล (รามาริบัติ) - บัณฑิตแพทย์มีความรู้ คุณธรรม ทักษะชีวิต (ศพค.นครพิงค์) - วินัย หน้าที่ สามัคคี เสียสละ สัจจะ กตเวที (ม.พะเยา) - มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน (Community Medicine) มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ของท้องถิ่นและภูมิภาค (Local & Regional issues; earthquake, smog, cross border medicine, emerging diseases) (มฟล.) - สร้างสรรค์ สามัคคี สำนึกดีต่อสังคม (ม.อุบลฯ) - บัณฑิตทั้งหลายย่อมฝึกฝนตนเอง (มช.) - ใฝ่รู้ คู่คุณธรรม รับผิดชอบต่อสังคม (รังสิต) - P=Professional วิชาชีพแพทย์เด่น, M=Morality มุ่งเน้นคุณธรรม, E-Educationalist ก้าวล้ำวิชาการ, C=Concordance สัมครสมานสามัคคี (ศพค.พิจิตร) - มุ่งมั่น สามัคคี พัฒนาต่อเนื่อง (ศพค.สรรพสิทธิประสงค์) - CPIRD (ศพค.หาดใหญ่ ยะลา) - เก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิต เก่งพิชิตปัญหา (ศพค.พุทธชินราช) - อ่อนน้อมถ่อมตน (ศพค.กาฬสินธุ์) - เฝ้ายพร้อมด้วยความรู้ ทักษะ และคุณธรรม สามารถ นำไปแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชน ครอบคลุม และชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศพค.อุดรธานี) - ใฝ่รู้ ใฝ่รอบ กอปรคุณธรรม พร้อมนำสังคม (จุฬาฯ)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
		<ul style="list-style-type: none"> - บัณฑิตนักวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีผู้มีภูมิรู้ ภูมิธรรม ภูมิปัญญา (มทส.) - มีจิตสาธารณะ (วชิรพยาบาล) - มีความรู้คู่คุณธรรม (มธ.) - Problem-based learning (PBL) และ Community-based learning (CBL) (ศพค.สระบุรี) - Altruism มุ่งผลเพื่อผู้อื่น (ศิริราช) - เก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิต เก่งพิชิตปัญหา (ศพค.อุตรดิตถ์) - บัณฑิตรักษาสุภาพ (ม.บูรพา)
๓.	จำนวนอาจารย์ประจำที่มีคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ	<ul style="list-style-type: none"> - คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน เฉลี่ย ๓.๔๗ (๐-๒๑) - คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เฉลี่ย ๑๓.๘๓ (๐-๒๕๒) - คุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา เฉลี่ย ๓.๒๙ (๐-๓๔)
๔.	คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจและรักชุมชน - พกตินิสัย คุณธรรมจริยธรรมสำหรับวิชาชีพแพทย์ - ความรู้ความสามารถ - ทักษะการสื่อสาร - คิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ - เรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง - ปรับตัว ดำรงชีวิต ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข - แพทย์ของชุมชน - เก่ง ดี มีสุข - มีสุนทรียภาพ สุขภาพ บุคลิกภาพ - มีความเข้าใจและเข้าถึงวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น - ความรู้ด้าน IT - ภาวะผู้นำ - ทักษะการดำรงชีวิต - เรียนรู้ตลอดชีพ - จิตอาสา สำนึกสาธารณะ - น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง - รู้ข้อจำกัดของตนเอง - เป็นผู้นำชุมชน - เวชศาสตร์เขตเมือง - การสร้างเสริมสุขภาพ

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๕.	ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด	ค่าเฉลี่ยร้อยละ ๘๗.๔๖ (๕๔.๕๕ - ๑๐๐)
๖.	ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สอบผ่านการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้นตอนที่ ๑ (นับเฉพาะการสอบครั้งแรก)	ค่าเฉลี่ยร้อยละ ๘๕.๐๒ (๖๒.๐๗ - ๑๐๐)
๗.	ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สอบผ่านการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้นตอนที่ ๒ (นับเฉพาะการสอบครั้งแรก)	ค่าเฉลี่ยร้อยละ ๘๙.๖๙ (๗๒ - ๑๐๐)
๘.	ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่สอบผ่านการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้นตอนที่ ๓ (นับเฉพาะการสอบครั้งแรก)	ค่าเฉลี่ยร้อยละ ๙๑.๗๘ (๗๖.๙๐ - ๑๐๐)
๙.	จำนวนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของสถาบัน	ส่วนใหญ่มี ๑ หลักสูตร จำนวนสถาบันที่มี ๒ หลักสูตร ๒ สถาบันได้แก่ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๑๐.	จำนวนการรับนิสิตนักศึกษาแพทย์ของสถาบันผ่านระบบรับตรง กสพท.	๒๐ - ๒๖๐ คน
๑๑.	จำนวนการรับนิสิตนักศึกษาแพทย์ของสถาบันผ่านโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)	๐ - ๑๓๘
๑๒.	จำนวนการรับนิสิตนักศึกษาแพทย์ของสถาบันผ่านโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)	๐ - ๑๐๑
๑๓.	จำนวนการรับนิสิตนักศึกษาแพทย์ของสถาบันผ่านระบบรับตรงของสถาบันตนเอง	อยู่ระหว่าง ๐ - ๑๓๐ คน
๑๔.	จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๒๒๔ ถึง ๒๖๐ หน่วยกิต (ใช้ข้อมูลเฉพาะ รร.แพทย์ คำนวณในระบบทวิภาค)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๑๘.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ด้านเวชศาสตร์ชุมชนตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๒๔ – ๑๒๕ ชั่วโมง
๑๙.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติ/ภาคสนาม ด้านเวชศาสตร์ชุมชนตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๐ – ๕๘๐ ชั่วโมง
๒๐.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอน ภาคทฤษฎี ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๑๕ – ๗๕ ชั่วโมง
๒๑.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ/ภาคสนาม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๓๓ – ๒๗๐ ชั่วโมง
๒๒.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนใน Clinical skill laboratory ตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๔๐ – ๒,๕๘๐ ชั่วโมง (บางสถาบันอาจรายงานรวมเวลาฝึกปฏิบัตินอกเวลา)
๒๔.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ด้านการวิจัย ตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๐ – ๑๐๕ ชั่วโมง
๒๕.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ/ภาคสนาม ด้านการวิจัยตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๐ – ๑๙๐ ชั่วโมง
๒๖.	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาษาอังกฤษตลอดหลักสูตร	อยู่ระหว่าง ๐ – ๕๔๐ ชั่วโมง
๒๗.	รายวิชาที่จัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ชุมชน	ชื่อรายวิชามีความหลากหลายของแต่ละหลักสูตร
๒๘.	ประเภทของชุมชนที่ใช้ในการเรียนการสอน	มีความหลากหลาย
๒๙.	สถานพยาบาลที่ให้นิสิตนักศึกษาฝึกในชุมชน	มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วยชุมชนนอกเขตเมืองนอกเขตเทศบาล และชุมชนในเขตเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข หมู่บ้าน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๓๐.	กิจกรรมเสริม/ นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในชุมชน	ส่วนใหญ่จัดกิจกรรมในช่วงปิดปีการศึกษา บางแห่งมีการจัดกิจกรรมออกตรวจร่วมกับหน่วยงานของคณะ เช่น มูลนิธิสวนดอก
๓๑.	รายวิชาที่จัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	ชื่อรายวิชามีความหลากหลายของแต่ละหลักสูตร
๓๒.	ประเภทของชุมชน	มีความหลากหลาย
๓๓.	สถานพยาบาลที่ให้นิสิตนักศึกษาฝึกในชุมชน และระยะเวลาเฉลี่ยต่อคนตลอดหลักสูตร	มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วยชุมชนนอกเขตเมืองนอกเขตเทศบาล และชุมชนในเขตเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข หมู่บ้าน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด
๓๔.	กิจกรรมเสริม/ นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในชุมชน	ส่วนใหญ่จัดกิจกรรมในช่วงปิดปีการศึกษา บางแห่งมีการจัดกิจกรรมออกตรวจร่วมกับหน่วยงานของคณะ เช่น มูลนิธิสวนดอก การออกค่าย
๓๕.	โปรตรระบุคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรที่แสดงถึงความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	<p>๑. มีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานของชาติและสากล</p> <p>๒. มีนิสัยใฝ่รู้สนใจใฝ่รู้ตลอดชีวิต (lifelong learner) (๘)</p> <p>๓. มีการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่ออํารงและพัฒนาความสามารถด้านความรู้ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้มีมาตรฐานทันสมัยและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สังคม และการเปลี่ยนแปลง (๘)</p> <p>๔. สามารถนำไปแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชน ครอบครัว และชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความรู้ มีคุณธรรมและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (๓)</p> <p>๕. มีแนวคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการประเมินตนเอง การวิจัย การศึกษา แสวงหาความรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถพัฒนาตนเองเพื่อประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขไปสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ นักบริหารจัดการ รวมทั้งพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ได้ มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ (๘)</p>

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
		<p>๖. สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ศึกษาและแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และพึ่งพาตนเอง มีความสามารถทาง IT ในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ และมีวิจารณญาณในการตัดสินใจ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล นำความรู้และเทคโนโลยีมาประยุกต์ในการบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Evidence-Based Medicine) (๓๕)</p> <p>๗. มีทักษะการเรียนรู้และสร้างสรรค์สิ่งใหม่ มีความสามารถในการศึกษาค้นคว้า ทำวิจัย (๙) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ประยุกต์ตรรกะทางคณิตศาสตร์และสถิติทางการแพทย์เพื่อการวิจัย ใช้ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และเทคโนโลยีสารสนเทศ - มีความรู้ความเข้าใจในการทำวิจัยจากงานประจำ การวิจัยระบบสาธารณสุขและใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ รวมถึงการเผยแพร่ผลงานวิจัย - เป็นพื้นฐานการศึกษาต่อสาขาเฉพาะทางและการทำวิจัย
๓๖.	โปรดระบุหัวข้อเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiology (๓), Measurement in Epidemiology, Research Methodology (๔): Study Design: Qualitative & Quantitative Research - IT Resources and Medical Database Searching Method (๒) - Research for Medical Students: Health System, Public Health, Clinical Research - Evidence-Based Medicine (๑๔): Introduction, Evidence Searching in Evidence-Based Medicine and Endnote, Evidence-Based Medicine: Systematic Review and Meta-analysis, Evidence-Based Medicine: Therapy, Evidence-Based Medicine: Prognosis - Critical Appraisal Skill (๖) - Critical Thinking in Medicine, Clinical Reasoning (๓) - Journal Club (๑) - จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (๒)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
๓๗.	โปรตรระบุรายวิชาบังคับหรือรายวิชาเลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้นิสิตนักศึกษาทำงานวิจัยต้นฉบับหรือวิจัยเชิงลึก	<ul style="list-style-type: none"> - รายวิชาการพัฒนาตนเองและรายวิชาการพัฒนาวิชาชีพ (๒) - รายวิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ๓, ๕ - รายวิชาสร้างเสริมสุขภาพโดยฝึกการทำวิจัยจากงานประจำในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่ม - รายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เรียนรู้กระบวนการทำวิจัยและฝึกปฏิบัติในรูปแบบโครงการ มีการนำเสนอและส่งรายงาน (ไม่ถึงขนาดงานวิจัยต้นฉบับหรืองานวิจัยเชิงลึก) - รายวิชา Community, Family and Occupational Medicine ๑, ๒, ๕ และ Family Research ในชั้นปี ๔ - รายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ๑, ๒, ๓, ๔, ๖ (๗) - รายวิชาบูรณาการเวชศาสตร์ครอบครัว ๕ - รายวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ๓ เรียนรู้ทักษะการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในสถานพยาบาลหรือในชุมชน - รายวิชา Epidemiology and Research - รายวิชาเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (๔) - รายวิชาวิจัยทางการแพทย์พื้นฐานในชั้นปี ๔ (๓) - รายวิชาการวิจัยทางภูมิคุ้มกันติดเชื้อเอชไอวี ๑, ๒ - โครงการวิจัยทางชีวเคมีทางการแพทย์ ประสบการณ์วิจัยโรคเขตร้อน ประสบการณ์วิจัยทางเภสัชวิทยา - ประสบการณ์วิจัยทางสรีรวิทยา ๓ ประสบการณ์การวิจัย ๑, ๒ เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน - การทำโครงงานวิจัยในชั้นปี ๕ ทำวิจัยเชิงระบบในชั้นปีที่ ๖ - รายวิชา Research Experiences and Applications in Medicine ๒ และวิชาเลือก Research Experiences in Clinical Sciences ๔
๓๘.	กิจกรรม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาฝึกการทำวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้เป็นเจ้าของโครงการวิจัย (๒๓) - การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย (๑๑) - มีกิจกรรมส่งเสริมการทำวิจัยเชิงลึกสำหรับนักศึกษาที่สนใจสมัครเข้าโครงการ โดยมีงบประมาณสนับสนุน มีระบบการคัดเลือกผู้สมัคร อาจารย์ที่ปรึกษาและติดตามผลงานความก้าวหน้าของโครงการ - โครงการหมอน้อยนักวิจัย - ส่งเสริมและสนับสนุนการนำเสนอ

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
		<ul style="list-style-type: none"> - ให้นำงานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรชั้นปี ๕ โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็น - ค่าก่อสร้างเสริมประสบการณ์นักศึกษาแพทย์ - การแข่งขันงานวิจัยสำหรับนักศึกษาแพทย์ - โครงการ “เพชรชมพู”
๓๙.	ทุนสนับสนุนการวิจัยให้แก่นิสิตนักศึกษา (บาท)	<ul style="list-style-type: none"> - ๑,๐๐๐ บาท - ๕,๐๐๐ บาทต่อเรื่อง (๒) - ๑๐,๐๐๐ บาท - ๑๘,๐๐๐ บาท - ๒๐,๐๐๐ บาท (๒) - ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเรื่อง - ๕๐,๐๐๐ บาทต่อปี (๒) - ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อตลอดหลักสูตร - ๑๘๐,๐๐๐ บาท - เขียนเบิกตามใช้จ่ายจริงโดยนักศึกษาแจ้งมา - หาแหล่งทุนในท้องถิ่น - อยู่ระหว่างดำเนินการของงบประมาณสนับสนุน
๔๐.	โปรดระบุชื่อการประชุมให้นิสิตศึกษานำเสนอผลงาน ในรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ (ถ้ามี)	<ul style="list-style-type: none"> - การนำเสนอผลงานในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน - การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการประจำปีของ คณะแพทยศาสตร์ เช่น มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: SIMPIC: Siriraj International Medical Microbiology, Parasitology Competition - การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลพะเยา - การนำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย - การนำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษา โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (๕) - การนำเสนอผลงานในเวทีสหพันธ์นิสิตนักศึกษา - การนำเสนอผลงานที่ Association of Medical Education in Europe Conference (AMEE) (๕)

ลำดับ	หัวข้อ	สิ่งค้นพบ
		<ul style="list-style-type: none"> - การนำเสนอผลงานที่ WONCA และ World Conference on Health Promotion - การนำเสนอผลงานที่ International Conference on Health Sciences - การส่งตีพิมพ์ในวารสารของมหาวิทยาลัย เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔๑.	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - การอบรมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง - ให้อุปกรณ์การวิจัย (๒) - ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำงานวิจัย (๒) - คลินิกให้การปรึกษาการวิจัย (๑) - ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่สถิติช่วยวิเคราะห์ข้อมูล (๒) - ฐานข้อมูล (๒๕) - ห้องปฏิบัติการวิจัย (๑๔)
๔๒.	จำนวนเฉลี่ยในการแลกเปลี่ยนต่อปีการศึกษา (คน)	อยู่ระหว่าง ๐ - ๗๕ คน/ปี
๔๓.	รายชื่อประเทศที่มีการแลกเปลี่ยนมากที่สุด ๕ อันดับแรก	<p><u>ทวีปอเมริกาเหนือ:</u> US (๗) แคนาดา</p> <p><u>ทวีปยุโรป:</u> UK (๔), เยอรมัน (๓) เนเธอร์แลนด์ (๒) สวีเดน ฝรั่งเศส นอร์เวย์ ฮังการี สาธารณรัฐเช็ก โปแลนด์</p> <p><u>ทวีปเอเชีย:</u> ญี่ปุ่น (๖) ออสเตรเลีย (๓) เกาหลีใต้ (๒) จีน (๒) สิงคโปร์ อินโดนีเซีย เวียดนาม เมียนมาร์ มาเลเซีย ลาว เวียดนาม ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน</p>

วิจารณ์

ด้านการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ป้องกัน และเวชศาสตร์ชุมชน

จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนสาขาวิชาแพทยศาสตร์ในรายวิชาที่ต้องการให้นิสิตนักศึกษา มีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทย ยังแบ่งเป็นสองรายวิชาใหญ่ๆ คือ เวชศาสตร์ครอบครัว และเวชศาสตร์ชุมชน ตามแนวทางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในประเทศไทย ซึ่งมีราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว แยกจากเวชศาสตร์ชุมชน จึงเป็นสิ่งที่น่าจะได้ทบทวนในแนวคิดและวิธีการจัดการเรียนการสอนของทั้งสองรายวิชา ในเชิงลึก เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนของนิสิตนักศึกษามีแนวทางที่ชัดเจน

จากการที่ได้รับทราบรายละเอียดของหลักสูตรเพียงสองคณะ คือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า จึงได้ทบทวนหัวข้อที่สอน พบว่าทั้งสองคณะให้ความสำคัญกับเนื้อหาทาง ระบาดวิทยาและการวิจัยชุมชนมากพอๆ กับการวินิจฉัยชุมชนและการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการดูภาพกว้างของทั้งองค์กร ข้อมูลที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะศึกษาลึกลงไป ในแต่ละกระบวนการ จากข้อมูลที่มีพบว่าแต่ละสถาบันมีความแตกต่างกันในระยะเวลาที่ให้นิสิตนักศึกษามีประสบการณ์ ในชุมชน และมี ๒ รายวิชาที่เกี่ยวข้องกัน คือ เวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ต่อไปว่า อัตลักษณ์ของนักศึกษาที่ได้รับจากแต่ละรายวิชาแตกต่างกันอย่างไร (Outcome-based) เนื้อหาของแต่ละ รายวิชาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร ควรติดตามประเมินนิสิตนักศึกษาอย่างไร จึงจะสามารถตอบวัตถุประสงค์ได้

ด้านการจัดการเรียนการสอนด้านการวิจัย

ทุกสถาบันตระหนักความสำคัญของการผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีศักยภาพในการใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนา วิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมทักษะความสามารถด้านการวิจัยได้แก่

๑. เนื้อหารายวิชาทางระบาดวิทยา เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และการวิจัยทั้งทางแพทยศาสตร์ศึกษา การวิจัย ทางสุขภาพและระบบสาธารณสุข การวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการวิจัยทางคลินิก
๒. รายวิชาที่รับผิดชอบมีแตกต่างกันตามหลักสูตรระหว่าง วิชาเวชศาสตร์ชุมชน วิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม วิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วิชาการพัฒนาวิชาชีพ วิชาการพัฒนา ตนเอง วิชาเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ วิชาระบาดวิทยาและการวิจัย
๓. ให้งบทุนการทำวิจัยระหว่าง ๑,๐๐๐ – ๑๘๐,๐๐๐ บาท
๔. จัดให้มีระบบสนับสนุนการทำวิจัย ทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย เจ้าหน้าที่ช่วยการทำวิจัยด้านการ วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ฐานข้อมูลและห้องปฏิบัติการวิจัย
๕. ส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการตีพิมพ์ ผลงาน วิจัยในวารสารวิชาการของบางคณะแพทยศาสตร์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. จำนวนของสถาบันผลิตแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์/สำนักวิชา/ วิทยาลัย และ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
ชั้นคลินิก) ในขณะนี้พอเพียงกับความต้องการของประเทศแล้ว แต่สมควรที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพ
ของแต่ละสถาบันให้เหมาะสมกับการผลิตแพทย์ที่ตอบสนองต่อความต้องการและนโยบายระบบสุขภาพ
ของประเทศ
๒. สถาบันผลิตแพทย์ควรจะพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ให้ชัดเจน
โดยเปิดให้มีรายวิชาที่ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ตามความสนใจและความถนัดของตนให้มากขึ้น
๓. สถาบันผลิตแพทย์ที่เป็นคู่ความร่วมมือควรกำหนดคุณลักษณะของบัณฑิตร่วมหรือเหมือนกันในหลักสูตร
เดียวกัน
๔. สถาบันผลิตแพทย์ต้องมีแผนจัดหาและพัฒนาบุคลากรตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรการศึกษาให้
สอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตร

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
ประเด็นที่ ๒ และ ๓: นโยบายการผลิตแพทย์และการจัดการศึกษาของสถาบันผลิตแพทย์

๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

๒.๑ ควรกำหนดเป้าหมายให้บัณฑิตแพทย์

๒.๑.๑ มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา ได้แก่

(๑) พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

(๒) ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

(๓) ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์

(๔) การบริหารผู้ป่วย

(๕) การสร้างเสริมสุขภาพและระบบบริหารสุขภาพ: สุขภาพของบุคคลชุมชนและประชาชน

(๖) การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๒ มีความพร้อมในการศึกษาหรือฝึกอบรมต่อยอด

๒.๑.๓ มีคุณลักษณะของผู้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ (leadership attributes)

๒.๑.๔ มีการคิดเชิงวิพากษ์ สามารถสืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือของวรรณกรรมทางการแพทย์ตลอดจนประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารผู้ป่วยและสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่

๒.๒ ควรประเมินผู้เรียนโดยใช้

๒.๒.๑ ระบบการประเมินเพื่อยืนยันว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

๒.๒.๒ วิธีและเครื่องมืออันหลากหลายให้ครอบคลุมการประเมินทุกระดับ ได้แก่ การประเมินความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง

๒.๓ ควรออกแบบกลยุทธ์ทางการศึกษา โดย

๒.๓.๑ บูรณาการภายใต้กรอบแนวคิดของการใช้ผลลัพธ์เป็นฐาน

๒.๓.๒ จัดให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกตั้งแต่ในระยะแรกของหลักสูตร

๒.๓.๓ เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ

๒.๓.๔ มีระบบการดูแลให้คำปรึกษา

๒.๓.๕ จัดให้มีการเรียนรู้จากต้นแบบที่ดี

๒.๔ พึงคัดเลือกผู้เรียน โดย

๒.๔.๑ พิจารณาความรู้ทางวิชาการ และคุณสมบัติอื่น ๆ ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์

๒.๔.๒ ดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเที่ยงธรรม (equity)

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ

๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร

๓. อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์

ข้อเสนอแนะ

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัลลิ สัตยาศัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ตั้งข้อสังเกต ข้อมูลตัวเลขอาจจะมีการคลาดเคลื่อน เช่น จำนวนโรงเรียนแพทย์แสดง ๒๔ แห่ง แต่มีแค่ ๒๑ แห่ง ข้อมูลเรื่องการเรียนเวชศาสตร์ชุมชน ไม่น่าจะเป็นไปได้ตามจริง ข้อมูลภาษาอังกฤษที่บอกว่าเป็นศูนย์ ก็ไม่น่าจะใช้ ข้อมูลอาจจะคลาดเคลื่อน ดังนั้นการส่งแบบสอบถามไปให้โรงเรียนแพทย์ กรอกข้อมูล อาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่เป็นข้อมูลกลางและอาจไม่เป็นจริง จึงควรประเมินจากหลักสูตร การเรียนการสอนของแต่ละโรงเรียนแพทย์มากกว่า
 - ได้มีการรวบรวมการประเมินในแต่ละหลักสูตรหรือไม่ว่า ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ที่ไม่ใช่กระทรวง สาธารณสุข
 - ข้อเสนอแนะบางเรื่องเป็นข้อมูลเดิมของการประชุมครั้งก่อนๆ ได้มีการประเมินในสิ่งที่ผ่านมาหรือไม่ ดำเนินการไปอย่างไร ปัญหาอุปสรรคคืออะไร สมควรเป็นข้อเสนอแนะใหม่ในครั้งหรือไม่อย่างไร
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - ข้อ ๒.๓.๓ เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ เป็นมาตรฐานของการทำงานโดยทั่วไป แต่ยังไม่มีการออกแบบแบบสอบถามที่ระบุให้ได้แสดงความคิดเห็นด้านนี้
- นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 - ความหลากหลายในการผลิตได้ครอบคลุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นพอเพียงหรือไม่ เรามองความต้องการของภาคชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข เรายังไม่ได้มองดีมานของภาคอื่น และยังไม่ได้พูดถึงความต้องการของผู้เรียน ทำให้ยังหาศักยภาพของโรงเรียนแพทย์ในไทยไม่เจอ
 - การเปิดเสรีอาเซียน จะมีผลกระทบต่อการผลิตแพทย์ในประเทศไทยหรือไม่
 - ในการมีส่วนร่วมในการผลิตแพทย์ จะมีระบบบริหารจัดการอย่างไรให้เป็นธรรมมากขึ้น เรื่อง กสพท เราต้องการแพทย์ในแบบไหน ระบบการประเมินเป็นแบบนี้จริงหรือไม่ ถ้าระบบประเมินไม่ไป แต่หลักสูตรเขียนไว้ คนสอนก็จะไม่ทำอยู่ดี
- ผู้ดำเนินการประชุม
 - เห็นด้วยในข้อเสนอแนะเรื่องการประเมิน แต่ในส่วนการประเมินหลักสูตรตรงความต้องการของประเทศหรือไม่นั้น เรามองว่า หลักสูตรเราเป็นไปตามกรอบของแพทยสภา ที่เป็นความต้องการของประเทศและของประชาชนอยู่แล้ว และเวลาค่อนข้างกระชั้นจึงไม่มีเวลาค้นหาข้อมูลอย่างละเอียดเพียงพอ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - การรวบรวมข้อมูล ไม่ควรโฟกัสเพียงแค่ ๒ รายวิชาเท่านั้นที่ทำได้ คือเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ทุกสาขาวิชา
 - การที่โรงเรียนแพทย์มีแนวโน้มที่จะผลิตแพทย์เป็น ๓ tracks และจะคัดเลือกตั้งแต่ต้น มองว่าเป็นความเสี่ยง และไม่ควรเป็นการกำหนดจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารเท่านั้น ควรมาจากนักเรียนแพทย์ด้วย
 - ความเข้าใจใน primary medical care, secondary care ยังไม่ตรงกัน ควรให้ความหมาย นิยามที่เข้าใจตรงกัน

- **ผู้ดำเนินการประชุม**
 - ผลการศึกษาไม่ได้ต้องการดูว่าอาจารย์สอนอะไรอย่างไร แต่ต้องการดูความหลากหลายในการกำหนดของแต่ละสถาบัน
- **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - คำถามคือ ควรนิยามคำว่าความหลากหลายให้มีความเข้าใจที่ตรงกันและกลไก (บุคลากร/ระบบ) ที่มีส่วนอยู่ทั้งหมด เพียงพอแล้วหรือยังในการจะผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลาย
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - ข้อ ๒.๓ กลยุทธ์ทางการศึกษาอ้างอิงถึงเรื่องบูรณาการ ไม่ทราบว่ามีข้อมูลเรื่องบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนของแต่ละคณะหรือไม่อย่างไร ตามประสบการณ์อุปสรรคของการบูรณาการคือ อาจารย์ขอทราบ strategy ในการจัดการเรื่อง integration
- **ผู้ดำเนินการประชุม**
 - ในการเรียนการสอนคณะกรรมการเห็นว่าอาจารย์เป็นสำคัญอยู่แล้ว และได้เขียนไว้ในข้อ ๙ และเรื่องกลไกที่มีอยู่เพียงพอหรือยัง มันยังเป็นไปได้ยาก และหลากหลายอยู่อย่างนั้นเพราะการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งต้องอาศัยข้อเสนอแนะจากทุกภาคส่วน
 - การทำงานแบบบูรณาการของประเทศไทยยังเป็นการทำงานอย่างแยกส่วน ยังไม่เป็นจริง
- **ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - การผลิตอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ไม่ได้เห็นว่ามีจัดการเรียนรู้อย่างไร ได้มีการสอบถามข้อมูลจากภาคต่างๆ บ้างหรือไม่ (ข้อ ๗)
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กิจประมุข ตันตยาภรณ์**
 - life skills และ social skills เป็นทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ ๒๑ ได้มีการรวมอยู่ในคุณลักษณะข้อใด มีการสอนหรือไม่ (life skills และ social skills เป็นส่วนสำคัญเพื่อให้แพทย์สามารถจัดการกับการดำรงชีวิตและทำงานได้อย่างมีความสุขในสังคมที่ตนเองอยู่และพัฒนาการเข้าสู่ AEC และสังคมโลก)
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพนัสยา เรียรธาดากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - ในปัจจุบันเนื้อหาหลักสูตรที่จะครอบคลุมมาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีมากแล้ว และอะไรคือคุณสมบัติในการศึกษาต่อ หรือต่อยอดจริง ๆ และปัญหาของประเทศอยู่ที่แพทย์ขาดความสามารถในการต่อยอดจริงหรือ
 - ปัญหาปัจจุบันเรื่องการใช้ lab หรือ investigation อย่างไม่เหมาะสม เป็นปัญหาใหญ่ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข มากกว่าหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขต้องการลดค่าใช้จ่ายทาง lab ๒๐% แต่ปัญหาการส่งตรวจที่มากที่สุดมีงานวิจัยพบว่า เกิดจากการส่งตรวจที่ไม่เหมาะสมถึง ๑๒%
- **ผู้ดำเนินการประชุม**
 - เรื่องหลักสูตร ทุกหลักสูตรให้ความรู้ต่างๆ ไป แต่การที่จะเรียนต่อได้หรือไม่ จะอยู่ใน lifelong learning ในการวิจัยไม่สามารถลงลึกได้ว่าแต่ละสถาบันทำหรือไม่

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - การคัดเลือกแพทย์ควรมีแนวทางเดียวกันหรือไม่อย่างไร
 - การประเมินผลลัพธ์ทางการศึกษาควรมีแนวทางอย่างไร
 - การคัดเลือกนักศึกษาเข้ามาเรียนแพทย์ควรมีมากกว่าการใช้คะแนนสอบจาก MCQ เช่น ใบกิจกรรม การเขียนบรรยาย ใบแนะนำ การทำกิจกรรมกลุ่ม หรือการแก้ไขเฉพาะหน้า
 - การประเมินผลลัพธ์น่าจะมีผู้ช่วยผู้ร่วมงานในการประเมินนักศึกษา มากกว่าเพียงแค่อาจารย์
 - ให้องค์กรนอกเขามีส่วนร่วมในการวางแผนคัดเลือกและประเมินนักศึกษา
- ผู้ดำเนินการประชุม
 - การคัดเลือกแพทย์ควรเป็นไปในแนวทางที่คณะหรือโรงเรียนแพทย์กำหนดไว้ แต่คณะแพทย์ทุกที่มีแนวทางไปในทางเดียวกัน จึงมีมาตรฐานการคัดเลือกร่วมกัน และการประเมินผลลัพธ์ทางการศึกษา ควรประเมินได้ทุกด้านที่ระบุไว้ competency ซึ่งหลายแห่งทั่วโลกได้ทำการประเมินแบบ work-place-based ซึ่งประเทศไทยยังไม่เป็นไปตามแนวทางแบบนี้
- นายแพทย์อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลชลบุรี
 - การเรียนการสอนเพื่อให้แพทย์คำนึงถึง patient safety มีความสำคัญต่อการเป็นแพทย์ในอนาคต มีการประเมินจากสถาบันต่างๆ และมีข้อเสนอแนะอย่างไร
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - พศช.๘ มีข้อเสนอแนะเรื่องการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม น่าจะมีการนำมาพิจารณาต่อ เพราะยังไม่ได้รับการแก้ไข
 - ๒.๑.๑ (๖) ควรมีการกำหนดวิธีการอย่างชัดเจน
- นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - ๒.๑.๑ (๕) แพทย์จบใหม่ไม่ได้นำเนื้อหาบางส่วนมาใช้ และไม่เห็นว่าแพทย์คนไหนจบมาแล้วจะทำเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ
 - ข้อ ๓ ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ น่าเป็นห่วง อยากให้สอน common EQ ในการพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษาแพทย์
 - ๒.๑.๓ ควรมีการกำหนดคุณลักษณะ leadership attributes ให้ชัดเจน
 - การประเมินผู้เรียน ควรให้ผู้รับผลกระทบโดยตรง (พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ คนในชุมชน) ได้มีส่วนในการประเมินด้วย
- แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง
 - ข้อ ๒ การออกแบบการจัดการการศึกษาควรมีการใช้การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บัณฑิตด้วย แต่ละกลุ่มของผู้ใช้บัณฑิตไม่ว่าจะเป็นชุมชน หน่วยงานต่างๆ หรือโรงเรียนแพทย์ควรร่วมกันคิดและออกแบบหลักสูตร
 - ความเข้าใจของแพทย์ แม้เป็นอาจารย์แพทย์ก็ควรเข้าใจ primary care ซึ่งมีทั้ง primary medical care และ primary health care ซึ่งไปด้วยกันกับทุกสาขาของแพทย์มิใช่แยกส่วนใดส่วนหนึ่งหรือส่วน primary ออกไป

- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลฆะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - สิ่งที่ต้องอธิบายในหลักสูตรยุคปัจจุบันคือ outcome-based ที่ต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันอย่างแท้จริง
 - เรามีการคัดเลือกนักศึกษาหลาย track แต่ยังไม่เห็นว่าจะมีหลักสูตรที่มีการปรับให้สอดคล้องกับการแยก ๓ track
 - แนวคิดการปรับเปลี่ยนการศึกษา จะอยู่ในข้อ ๔ น่าจะดึงมาไว้ใกล้ๆ กัน และการปรับทัศนคติของอาจารย์เป็นเรื่องสำคัญ
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ๒.๔.๒ การศึกษาอย่างเที่ยงธรรม คำว่าเที่ยงธรรม ไม่เท่ากับ equity แต่น่าจะใช้คำว่าเท่าเทียม
 - ข้อเสนอแนะข้อ ๒ ลงรายละเอียดมากเกินไป รวมคุณลักษณะปัจจุบันด้วย อ่านแล้วไม่เห็น “Change” พศช ๙ เสนอให้เขียนให้กระชับเฉพาะที่ต้องการการขับเคลื่อน เช่น นอกจากเกณฑ์แยกผลิตแล้ว
 - Outcome based curriculum and assessment
 - Lifelong learning
 - Foster leadership skills, team work, inter-professional education
 - International standard เช่น WFME
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - ต้องให้โรงเรียนแพทย์เข้าใจระบบสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อเป็นฐานสำคัญในการออกแบบหลักสูตร
 - Health-man power training มีการวางแผนกำลังคนว่าต้องการแพทย์อะไรเท่าไร ต้องการเวชศาสตร์ครอบครัวเท่าไร เฉพาะทางเท่าไร จะได้วางแผนหลักสูตรได้ตรงตามความเป็นจริง
- อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์ รัตนะมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - ควรมีการพูดคุยแนวคิดที่มาในการแยก ๓ Track ว่ามีแนวคิดในแยกแต่ละ Track อย่างไร
 - ไม่แน่ใจว่า ข้อ ๓ จะนำไปสู่ข้อ ๔, ๕ และ ๖ หรือไม่
 - วันนี้ในมุมมองของใคร แพทย์ หรือ สังคม แต่ถ้ามองในมุมโรงเรียนแพทย์ก็จะผลิตไปตามความถนัดของตนเอง ถ้าในมุมมองของสังคมอาจไม่ตอบสนองความต้องการในเชิงปริมาณ การกระจายพื้นที่ และในมุมมองของผู้เรียนต้องผลิตแพทย์ไปตอบสนองให้แพทย์มีความสุข หรือไม่
 - ความหลากหลายในการผลิต เป็นความหลากหลายของใคร สถาบันหรือผู้เรียน
 - ต้องการผลิตวิชาชีพแพทย์ หรือสร้างคน เราต้องการแพทย์ที่ต้อรู้ ๓ Track หรือไม่
- ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์เฉลิม วราวิทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
 - แนวทางการแยก Track ของทุกสถาบันควรมีแนวทางอย่างไร

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- อาจารย์ นายแพทย์ภูมิ ตริตระการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ข้อ ๒.๓ กลยุทธ์ทางการศึกษา อยากให้เพิ่ม patient safety เข้าในกลยุทธ์ และใช้สถานการณ์จำลอง แทนหรือใช้นำก่อนไปสู่ผู้ป่วยจริง ควร patient safety ลงในกลยุทธ์และเป้าหมายของการศึกษา
- พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรีพร พ่วงพงษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
 - ๒.๑.๑ (๓) ทำโมเดลการประเมิน NL๑ จึงเอาโรคมะเร็งของแต่ละ system ออกจากเรื่องที่ต้องรู้
 - การที่แต่ละสถาบันต้องติวนักศึกษาแพทย์เพื่อให้สอบผ่าน NL เป็นสิ่งที่สมควรหรือไม่ แล้วการที่ติวเพื่อให้สอบผ่าน NL เป็นการสะท้อนถึงความล้มเหลวของการเรียนการสอนในสถาบันหรือไม่ แล้วบรรลุตามวัตถุประสงค์ในการจัดสอบ NL ของ ศรว. หรือไม่
- นายแพทย์สาธิต ทิมขำ โรงพยาบาลท่า양
 - หลักสูตรการศึกษาแพทย์ควรให้แหล่งฝึก เช่น โรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอ content ให้เหมาะสมกับความต้องการแพทย์ที่จะมาทำงานในชนบท ไม่ใช่เพียงแค่ฝากฝึก เนื่องจากพบว่าไม่สอดคล้องกับความต้องการจริง และควรสร้างเจตคติที่ดีในการทำงานในชนบท
- นายธนภพ การุณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 - การคัดเลือกผู้เรียนมาศึกษา อยากให้ลดน้ำหนักการประเมินทางวิชาการ และเสริมให้มีการประเมินด้านทัศนคติ เจตคติในการเรียนแพทย์ เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความต้องการรักษาคนไข้อย่างเต็มที่ ไม่ใช่เกิดจากการบังคับ หรือเรียนตามค่านิยม และเมื่อเข้ามาเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ควรมีการสร้างความรู้พื้นฐานทางการแพทย์อย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นระบบ เพื่อให้นักศึกษาแพทย์มีความสุขในการเรียน และเกิดการใฝ่รู้ค้นหาความรู้เพิ่มเติม อันจะส่งผลต่อการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ อีกทั้งหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต อยากส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ให้ครอบคลุมทุก Track ที่สามารถทำได้ ทั้งการทำงาน การเรียนต่อเฉพาะทาง การวิจัย การสอน หรือแม้กระทั่งการบริหาร

๓. การกำหนดผลลัพธ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตที่เพิ่มเติมจากเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในแต่ละสถาบัน ควรคำนึงถึงวิสัยทัศน์ศักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบัน ที่แตกต่างกัน

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษย์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร
๓. อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์

ข้อเสนอแนะ

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - บริบทของประเทศไทยในแต่ละภูมิภาคมีความคล้ายกันบางส่วนและต่างกันในส่วน การกำหนดผลลัพธ์ควรมีทั้งผลที่เหมือนกันร่วมกัน และในบางส่วนที่เป็นไปตามอัตลักษณ์ของภูมิกษณนั้น ซึ่งคาดหวังว่าผลลัพธ์ร่วมกันควรมาจากความเห็นความร่วมมือของผู้นำหลักในภูมิภาคนำไปสู่ระดับประเทศ กำหนดให้ชัดเจน โดยมีเครื่องมือที่วัดได้อย่างเที่ยงตรง ควรกำหนดผลลัพธ์ของแพทย์ที่ต้องการ
- แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มทอง
 - นอกจากกำหนดผลลัพธ์แล้วที่มาของผลลัพธ์ที่ต้องการนั้นควรศึกษาเชิงลึกมากกว่าการใช้แบบสอบถาม และผลลัพธ์ที่ต้องการควรกำหนดให้ได้ว่า กลุ่มไหนต้องการ
- อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์ รัตนะมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - วิสัยทัศน์ของสถาบันไม่น่าเป็นตัวหลักของการพิจารณา
 - การนำไปสู่ข้อ ๔,๕,๖ ควรได้คุยกันก่อน

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- นายธนภพ การุณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 - อยากให้คำนึงถึงความเท่าเทียมและศักยภาพของแต่ละมหาวิทยาลัย ว่าสามารถจะผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลายและมีคุณภาพ และได้พัฒนาทักษะตามที่ตนได้สนใจจริงๆ เพื่อสามารถนำไปต่อยอดความรู้ ทักษะในอนาคต เมื่อจบการเรียนแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว



ประเด็นที่ ๔: การผลิตแพทย์เพื่อมีความสามารถในการ
ให้บริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ
ทั้งในชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

รายงานผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ คณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๓ : Physician for community
 คำนิยาม Physician for community หมายถึงการผลิตแพทย์ ทั้งระดับก่อนปริญญาและหลังปริญญา เพื่อให้มีความสามารถในการบริการสาธารณสุขในชุมชนเขตชนบท เขตเมือง รวมไปถึงในระดับโลก

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
๑. การคัดเลือกนักศึกษา	<p>๑.๑ กลไกการคัดเลือก นอกเหนือจากความรู้ทางวิชาการ ควรพิจารณาคุณสมบัติในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์ เช่น ภูมิสำเนา เจตคติการทำงานในชนบท ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงาน และการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท</p> <p>๑.๒ ผู้สมัครเข้าศึกษาแพทย์เพื่อชุมชน ควรมีความหลากหลาย อารมณ์ดีทั้งผู้ที่จบระดับมัธยมปลาย และปริญญาตรี</p>		<p>๑. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. ๒๐๐๒;๗๗(๘):๗๙๐-๘.</p> <p>๒. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. ๒๐๐๘;๘๓(๑๐):๙๕๒-๖๑.</p> <p>๓. MacDowell M, Glasser M, Hunsaker M. A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. ๒๐๑๓;๘๘(๑๒):๑๙๔๑-๗.</p> <p>๔. Ranmuthugala G, Humphreys J, Solarsh B, Walters L, Worley P, Wakerman J, et al. Where is the evidence that rural exposure increases uptake of rural medical practice? The Australian journal of rural health. ๒๐๐๗;๑๕(๕):๒๘๕-๘.</p> <p>๕. Rolfe IE, Pearson SA, O'Connell DL, Dickinson JA. Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. Australian and New Zealand journal of medicine. ๑๙๙๕;๒๕(๕):๕๑๒-๗.</p>

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
			<p>๖. Rourke JT, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la medecine rurale: le journal officiel de la Societe de medecine rurale du Canada. ๒๐๐๕;๑๐(๔):๒๓๑-๔๐.</p> <p>๗. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medical teacher. ๒๐๐๔;๒๖(๓):๒๖๕-๗๒.</p> <p>๘. Hsueh W, Wilkinson T, Bills J. What evidence-based undergraduate interventions promote rural health? The New Zealand medical journal. ๒๐๐๔;๑๑๗(๑๒๐๔):U๑๑๑๗.</p> <p>๙. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? Rural and remote health. ๒๐๐๙;๙(๑):๑๐๘๓.</p> <p>๑๐. Rourke J, Dewar D, Harris K, Hutten-Czapski P, Johnston M, Klassen D, et al. Strategies to increase the enrollment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. ๒๐๐๕;๑๗๒(๑):๖๒-๕.</p> <p>๑๑. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an inter-dependent world. Lancet. ๒๐๑๐;๓๗๖(๙๗๕๖):๑๙๒๓-๕๘.</p>
๒. คุณสมบัติของบัณฑิตที่พึงประสงค์	เป็นไปตามเกณฑ์ของแพทยสภาซึ่งมีความครอบคลุมคุณสมบัติของบัณฑิตที่พึงประสงค์		๑. Carraccio C, Burke AE. Beyond competencies and milestones: adding meaning through context. Journal of graduate medical education. ๒๐๑๐;๒(๓):๔๑๙-๒๒.

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
			<p>๒. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. <i>Lancet</i>. ๒๐๑๐;๓๗๖(๙๗๕๖): ๑๙๒๓-๕๘.</p> <p>๓. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๕๕</p>
๓. หลักสูตร	<p>๓.๑ ควรจัดหลักสูตรแบบ Outcome-based and Integrated curriculum</p> <p>๓.๒ มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีการเรียนรู้ที่มี Early clinical และ community exposure</p> <p>๓.๓ มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้น Primary care ที่มี Longitudinal patient care</p> <p>๓.๔ เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ</p> <p>๓.๕ มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยมี Community exposure เป็นระยะเวลา ๘ - ๑๖ สัปดาห์</p> <p>๓.๖ มีระบบ Preceptorship หรือ Mentorship</p> <p>๓.๗ มีครูแพทย์เป็น Role model ที่ดี</p>		<p>๑. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. <i>Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges</i>. ๒๐๐๒;๗๗(๘):๗๙๐-๘.</p> <p>๒. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. <i>Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges</i>. ๒๐๐๘;๘๓(๑๐):๙๕๒-๖๑.</p> <p>๓. MacDowell M, Glasser M, Hunsaker M. A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois. <i>Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges</i>. ๒๐๑๓;๘๘(๑๒):๑๙๔๑-๗.</p> <p>๔. Ranmuthugala G, Humphreys J, Solarsh B, Walters L, Worley P, Wakerman J, et al. Where is the evidence that rural exposure increases uptake of rural medical practice? <i>The Australian journal of rural health</i>. ๒๐๐๗;๑๕(๕):๒๘๕-๘.</p> <p>๕. Rolfe IE, Pearson SA, O'Connell DL, Dickinson JA. Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at</p>

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
			<p>Newcastle. Australian and New Zealand journal of medicine. ๑๙๙๕;๒๕(๕):๕๑๒-๗.</p> <p>๖. Rourke JT, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la medecine rurale : le journal officiel de la Societe de medecine rurale du Canada. ๒๐๐๕;๑๐(๔):๒๓๑-๔๐.</p> <p>๗. Carraccio C, Burke AE. Beyond competencies and milestones: adding meaning through context. Journal of graduate medical education. ๒๐๑๐;๒(๓):๔๑๙-๒๒.</p> <p>๘. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medical teacher. ๒๐๐๔; ๒๖(๓):๒๖๕-๗๒.</p> <p>๙. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education ๑๐๐ years after the Flexner report. The New England journal of medicine. ๒๐๐๖;๓๕๕(๑๓):๑๓๓๙-๔๔.</p> <p>๑๐. Hsueh W, Wilkinson T, Bills J. What evidence-based undergraduate interventions promote rural health? The New Zealand medical journal. ๒๐๐๔;๑๑๗(๑๒๐๔):U๑๑๑๗.</p> <p>๑๑. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? Rural and remote health. ๒๐๐๙;๙(๑):๑๐๘๓.</p> <p>๑๒. Rourke J, Dewar D, Harris K, Hutten-Czapski P, Johnston M, Klassen D, et al. Strategies to increase the enrollment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. ๒๐๐๕;๑๗๒(๑):๖๒-๕.</p>

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
			๑๓. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. ๒๐๑๐; ๓๗๖ (๙๗๕๖):๑๙๒๓-๕๘.
๔. การประเมินผล	๔.๑ ประเมินผลตาม Outcomes ที่กำหนด ๔.๒ ประเมินทั้ง Authentic assessment และ Written examination		๑. Carraccio C, Burke AE. Beyond competencies and milestones: adding meaning through context. Journal of graduate medical education. ๒๐๑๐;๒(๓):๔๑๙-๒๒. ๒. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education ๑๐๐ years after the Flexner report. The New England journal of medicine. ๒๐๐๖;๓๕๕(๑๓):๑๓๓๙-๔๔. ๓. ๑๓ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. ๒๐๑๐;๓๗๖ (๙๗๕๖):๑๙๒๓-๕๘.
๕. การสอบเพื่อ การประเมินและ รับรองความรู้ ความสามารถในการ ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม	ให้ความสำคัญในการ ประเมินสมรรถนะของ บัณฑิตแพทย์ที่จะทำงานใน ชุมชน เช่นเรียนรู้ระบบ บริการสาธารณสุขของ ประเทศ		๑. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education ๑๐๐ years after the Flexner report. The New England journal of medicine. ๒๐๐๖;๓๕๕(๑๓):๑๓๓๙-๔๔. ๒. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. ๒๐๑๐;๓๗๖ (๙๗๕๖):๑๙๒๓-๕๘. ๓. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบ อนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕
๖. การฝึกอบรม แพทย์เพิ่มพูน ทักษะ	ถือเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติม ควรมีหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ เพิ่มพูนทักษะสำหรับแพทย์ เพื่อชุมชนโดยเฉพาะ และมีการ ประเมินหลักสูตร		Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? Rural and remote health. ๒๐๐๙;๙(๑):๑๐๘๓.

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ	เอกสารอ้างอิง
๗. การฝึกอบรมระดับหลังปริญญา	หลังจบการอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว ควรมีการฝึกอบรมระดับหลังปริญญาในพื้นที่ชนบทเพื่อเพิ่มการกระจายแพทย์และสร้างบรรยากาศการทำงานในชุมชน		Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. ๒๐๐๒;๗๗
๘. การคงอยู่ของแพทย์ในชุมชน	ควรมีค่าตอบแทนที่เหมาะสมและมีแผนเรื่องความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ชัดเจน		Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? Rural and remote health. ๒๐๐๙;๙(๑):๑๐๘๓.

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

ประเด็นที่ ๔: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์
ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง๔. การเตรียมให้แพทย์มีความพร้อมในการบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับชุมชนเขตชนบท และเขตเมือง
พึงดำเนินการ ดังนี้

๔.๑ จัดให้มีประสบการณ์ในชุมชนอย่างเพียงพอ

๔.๒ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์

๒. นายแพทย์รายิน อโรรา

ข้อเสนอแนะ

• ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

○ มีประเด็นที่จะแสดงความคิดเห็น ๒ เรื่อง

■ จะทำอะไรให้มี Harmony Diversity จะทำอะไรให้แพทย์ที่อยู่ในชุมชนรู้สึกกว่าตนเองอยู่ในระบบด้วย และส่วนอื่นๆ ที่ต่างไปก็รับรู้และเข้าใจการทำงานของแพทย์ในชนบทด้วย

■ เรื่องการศึกษาในระดับปริญญาที่ทำในระดับพื้นที่ ถ้าทำจริงๆ การเกิด harmony จะทำได้ยาก ซึ่งสิ่งที่ขาดไปคือเรื่องของ professional development เพื่อให้แพทย์ได้พัฒนาตนเองให้มากขึ้นไปและทำงานได้อย่างมีความสุขด้วย

• ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สิริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

○ มี ๓ ประเด็นที่ควรพิจารณา

■ แหล่งทรัพยากรที่สอดคล้องเหมาะสมกับสมรรถนะที่แพทย์สภาได้กำหนดไว้ เหมาะสมดีอยู่แล้ว และการแปลความหมายชุมชน ซึ่งไม่ได้หมายถึงชุมชนในชนบทแต่เพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงชุมชนเมืองและชุมชนโลกด้วย

■ Harmony Diversity มองได้ ๒ มิติ คือ ๑) จะทำอะไรที่ให้เกิดการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถนำไปใช้ได้ในส่วนของการฝึกอบรมและการใช้ต่อของนักศึกษาแพทย์ ๒) สำหรับความหลากหลายถ้ารวมความถึงการทำงานของทีมและการเรียนรู้ของทีม (Team Learning) นักศึกษาแพทย์ด้วย คำถามคือ การฝึกอบรมทั้งก่อนและหลังปริญญา นั้น เราจะวัดการทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ของทีมอย่างไร ซึ่งถ้าเราคาดหวังให้มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรหรือโปรแกรม เราอาจจะต้องมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Research and Development) ด้วย

- ปัญหาที่พบในส่วนของการบริหารงานในองค์กร จะเป็นการทำงานแบบบังคับบัญชาหรือ Top Down ซึ่งเป็นสิ่งที่จะปรับเปลี่ยนได้ยากมาก เพราะไม่สามารถที่จะทำให้คนทำงานสามารถคิดและนำเสนอแนวทางใหม่ๆ ขึ้นมาได้

- **นายแพทย์รายิน อโรรา สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท**

- การเปลี่ยนแปลงของประเทศเรา ต้องยอมรับว่าเราต้องเปลี่ยนภายใต้ระบบโครงสร้างเชิงอำนาจ หรือว่า “ระบบอำนาจนิยม” ซึ่งในระบบจะมีทั้งความอาวุโสและตำแหน่งที่จะครอบงำอยู่ ซึ่งเรามองว่าเป็นความท้าทายและนำประเด็นนี้ไปออกแบบหลักสูตรเชิงอำนาจตามวิถีไทยที่นักศึกษาแพทย์จะนำไปใช้และปรับเปลี่ยนได้

- **แพทย์หญิงทักษิณา เทียงธรรม โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์**

- ขอเล่าเรื่องประสบการณ์ ตนเองเพิ่งจบมาใหม่ และเป็นผลผลิตจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชนบท (CPIRD) ตอนแรกเข้าไปเรียนไม่รู้ด้วยซ้ำว่าโครงการนี้ มีเป้าหมายเพื่ออะไร ไม่รู้วัตถุประสงค์และความสำคัญ เสนออยากให้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการคัดเลือกเพราะการคัดเลือกที่ผ่านมาจะให้ลำดับการคัดเลือกจากคะแนน ภูมิลำเนา และเจตคติต่อการทำงานในชุมชน ในส่วนนี้ไม่ทราบว่าปัจจุบันยังใช้ระบบการคัดเลือกเหมือนในอดีตหรือไม่

- ประสบการณ์ที่เข้าไปเรียนในโครงการ ก็ได้เรียนเหมือนกับเพื่อนๆ นักศึกษาในหลักสูตรอื่นๆ แต่ก็เข้าใจว่าเมื่อเรียนไปแล้ว ก็จะทำให้เรามีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านด้วย แต่ได้มีโอกาสไปฝึกงานในชุมชนเพียงแค่ ๑ สัปดาห์เท่านั้น ซึ่งทำให้ได้เรียนรู้จากชุมชนน้อยมาก

- การที่จะหล่อหลอมให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ได้มากที่สุด ปัจจัยสำคัญ คือ Role Model หรืออาจารย์ที่สอน ทำให้เราเห็นแบบอย่างที่ดี ยกตัวอย่างของ Role Model ที่รักษาเด็ก หากเราไปเรียนรู้และศึกษาจาก Role Model ก็จะเกิดการซึมซับและเกิดแรงบันดาลใจเฉพาะในเรื่องนี้ แต่เมื่อต้องเรียนรู้และทำงานกับชุมชนนั้น จะต้องทำงานที่ยากขึ้น ซึ่งในจุดนี้ไม่ได้เห็นบทบาทของ Role Model ที่จะสร้างการเรียนรู้ในชุมชนให้แก่นักศึกษาแพทย์ และทำให้ไม่เห็นบทบาทของแพทย์ในชนบทจริงๆ และไม่ได้เห็นความทุกข์ยากของคนไข้ ซึ่งการฝึกงานเพียง ๗ วัน ก็ต้องไปเรียนรู้ตามหัวข้อที่อาจารย์มอบหมายให้ไปศึกษา ทำให้เราไม่ได้ลงไปทำงานในชุมชนจริงๆ และก็ทำให้เราไม่เห็นถึงความเมตตาไม่เข้าใจคนไข้ ชาวบ้านและปัญหาอื่นๆ ของชุมชน

- เมื่อจบการศึกษามาเป็นแพทย์จริงๆ แต่มีความรู้เรื่องชุมชนน้อย ทำให้รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ เพราะมีความรู้ในเรื่องนี้น้อยและไม่เข้าใจชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เพื่อนๆ ในรุ่น มี ๔๐ คน แต่ตัดสินใจขอลาออก แล้วไปทำงานคลินิกด้านผิวหนังเพียงแค่มิถุนายน ประมาณ ๓ เดือน ก็มีเงินมาใช้คืนทุนศึกษาได้แล้ว ซึ่งในตอนนั้น มีเพื่อนในรุ่นที่เรียนจบจากโครงการ เหลือเพียง ๓ คน สำหรับประเด็นมองว่า จะทำอย่างไรให้นักเรียนแพทย์ได้เข้าใจอุดมการณ์ของโครงการ CPIRD อย่างแท้จริง และมีหมอมที่จะทำงานในชนบทอย่างต่อเนื่อง

- **ศาสตราจารย์ นายแพทย์สารเนตร์ ไวกุล แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์**

- การทำงานของแพทย์ในชนบทนั้น ต้องอาศัยการซึมซับ การสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาด้วย เสนอว่าควรใช้หลักสูตรเดิม ๖ ปี + ให้มี Intern ๑ ปี เหมือนเดิมจะดีกว่า และให้ไปเรียนรู้กับชุมชนตั้งแต่นั้น เพื่อให้เข้าใจเรื่องชุมชนและการวิจัยมากขึ้น

- **นายแพทย์ราชิน อโรร่า สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท**
 - ตอนนี้นำเราเห็นได้ว่ามีโอกาส ใน ๑๐% ที่จะขยับได้ในหลักสูตร มองว่าใน ๖ ปีนั้น สามารถเรียนไปตามหลักสูตร และค่อยมาคิดว่าส่วนที่เป็นเฉพาะด้านจะมาเพิ่มเติมอย่างไร ตามที่ผู้เรียนสนใจ
 - สำหรับโครงการแพทย์เพื่อชนบท เป็นตัวอย่างที่ดี ที่ควรจะมีการปรับให้สอดคล้องกับคนที่ต้องการเข้ามาเรียนแพทย์เพื่อชนบท ควรมีหลักสูตรใน ๖ ปี ที่พัฒนาให้เป็นหมอที่เข้าใจบริบทของชุมชนได้จริง และให้มีการช่วยพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมอีก โดยอาจารย์ผู้สอนควรออกแบบให้เหมาะสมกับความ ต้องการของนักศึกษา
- **ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุเศรษฐินางค์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - สิ่งที่อาจารย์ได้นำเสนอมานั้น ได้ตอบความหวังของตนเอง ซึ่งในอดีตได้เคยไปทำงานใช้ทุนในต่างจังหวัด โดยเฉพาะในประเด็น rural curriculum ที่มีคุณภาพชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำลังจัดทำหลักสูตร และควรนำมาถ่ายทอดให้ที่อื่นได้เรียนรู้ไปด้วย รวมทั้ง role model จะทำอย่างไร ที่จะทำให้นักศึกษาได้เห็นภาพแบบอย่างที่ดี แต่เราก็เข้าใจว่านักศึกษาแพทย์ไม่ได้ไปสูชุมชนทั้งหมด แต่ให้เขาได้เห็นตัวอย่างที่หลากหลาย ในส่วน outcome-based ก็ต้องให้ทุกมหาวิทยาลัยได้ เข้าใจตรงกันด้วย ถ้าสามารถทำแบบนี้ได้ นักศึกษาแพทย์ก็จะสามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ อย่างมีความสุข
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - สำหรับ rural curriculum จะต้องมีการมาตรฐานตามเกณฑ์ที่เหมือนกันด้วย
- **นายแพทย์ปวิตร วณิชชานนท์ โรงพยาบาลละงู**
 - ถ้าเรามี vision ร่วมกัน จะทำอย่างไรให้ vision เหล่านี้ ได้รับรู้ไปถึงแพทย์สภาและโครงสร้างทั้งหมด รับรู้ร่วมกันด้วย ซึ่งอาจารย์ในศูนย์แพทย์เองก็กังวลว่า นักศึกษาแพทย์จะสอบผ่านหรือไม่ หรือว่าควรจะมีข้อสอบอื่นๆ สำหรับนักศึกษาแพทย์ชุมชน เพราะในระบบการศึกษานั้น จะมุ่งเน้นที่ specialist ถึง ๘๐% ส่วนอีก ๒๐% เป็นส่วนอื่นๆ ที่เข้ามาผสม
 - เห็นด้วยว่านักศึกษาแพทย์ ปีที่ ๑ ถึง ปีที่ ๓ ควรเข้าไปเรียนรู้ ชื่นชมสิ่งดีๆ จากชุมชนให้มาก และหลังจากปีที่ ๓ ไปแล้ว ให้มาเรียนรู้จาก role model ให้มาก เพื่อที่จะได้ซึมซับจากอาจารย์
 - ในส่วนของ role model นั้น จากประสบการณ์ เรามีแพทย์ที่เป็น role model อยู่มากทั่วทั้งประเทศ ในทุกภูมิภาค ซึ่งบุคคลเหล่านี้ สามารถให้นักศึกษาได้เข้าไปอยู่ ไปเรียนรู้จากโมเดลเหล่านี้ได้ทันที โดยโรงเรียนแพทย์ควรส่งนักศึกษาไปเรียนรู้จากโมเดลเหล่านี้ และจะทำให้เกิดแรงบันดาลใจและมีใจที่จะทำงานในชนบท เกิดความภูมิใจเห็นคุณค่าในตัวเองในระยะยาวด้วย
 - ถ้าได้เรียนรู้ในลักษณะนี้แล้ว การที่นักศึกษาแพทย์จะต้องไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้น จะทำให้ อยู่ได้อย่างมีความสุขและทำงานได้นานอย่างต่อเนื่อง
- **นายแพทย์ราชิน อโรร่า สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท**
 - ในประเด็นการศึกษา เราต้องทำตามมาตรฐานการศึกษา ส่วนการเรียนรู้จาก role model สามารถทำได้ทันที
 - สิ่งที่ได้ทำทันทีคือ เรื่องการเรียนรู้จาก role model แต่ที่น่ากังวลตัวอย่างเช่น การให้นักศึกษาแพทย์ ชุมชนไปเรียนรู้จาก role model ที่เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างและให้คำแนะนำ

ที่ต่างไปจาก role model ที่ทำงานอยู่ในชุมชน ทำให้นักศึกษาแพทย์รู้สึกที่ไม่อยากไปทำงานอยู่ในชุมชน เพราะอาจจะได้รับทัศนคติที่คลาดเคลื่อนจากโมเดล ซึ่งประเด็น role model เป็นสิ่งที่สำคัญมาก

• **นายแพทย์ประสงค์ ปานไพโรศล โรงพยาบาลปทุมธานี**

- ตนเองทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนมาตลอด มีความสุขมาก และไม่ได้คิดจะย้ายไปที่อื่น เพราะเชื่อว่าไม่ว่าจะทำงานที่ไหน การทำงานแพทย์ในชนบทนั้น สังคมชุมชนจะให้การยอมรับสูง รู้สึกว่าชาวบ้านให้ความยอมรับ ศรัทธาได้มาก และสามารถมีบทบาท มีส่วนร่วมกับการทำงานในชุมชน ตอนนี้เข้าใจว่าผมอยู่ในที่เล็ก แต่ความรู้สึกใหญ่มาก แต่ถ้าเรามาเป็นอาจารย์ในโรงเรียน เราจะตัวเล็กในที่ใหญ่ ซึ่งประสบการณ์ที่ได้เรียนแพทย์มา ๖ ปีนั้น พบว่า การเรียนด้านวิชาชีพได้ให้ความรู้เพียงพอ ซึ่งที่เรียนมาทั้งหมดนำมาใช้ไม่ถึง ๕๐% เท่านั้น แต่ในส่วนของ การเรียนรู้และประสบการณ์ของการเป็นแพทย์ที่มีต่อการทำงานชุมชน จะได้เรียนรู้รู้อย่างมาก และขาดความรู้ในเรื่องการบริหารองค์กร บริหารบุคลากรมากมาย แต่เมื่อต้องนำความรู้ที่เรียนมาปฏิบัติในชุมชน จะพบว่า เราจะอ่อนด้อยมากๆ ในเรื่องนี้ เพราะมีทักษะชีวิตทางด้านนี้น้อยมาก เราควรให้โอกาสนักศึกษาแพทย์รุ่นหลังๆ ได้เรียนรู้และเข้าใจกับเรื่องนี้ให้มาก โดยควรให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ร่วมกับชุมชนอย่างน้อย ๑-๓ ปี หลังจากนั้นจึงค่อยตัดสินใจว่าชอบอะไร แล้วค่อยไปเรียนตามสายที่ตนเองชอบ และให้เข้าใจว่าเมื่อเรียนจบไปแล้วต้องไปอยู่ในพื้นที่เหล่านี้เป็นส่วนใหญ่ การเป็นแพทย์ในชนบทนั้น จะได้รับการยอมรับจากชุมชนสูง และเราต้องเป็นเปิด เพราะต้องทำได้ทุกอย่าง แต่เราอ่อนด้อยเรื่องชุมชน เราไม่รู้เรื่องความสัมพันธ์ของคน
- ส่วนในเรื่องค่าตอบแทน ถามว่าลำบากหรือไม่ ซึ่งแพทย์ที่ไปอยู่ในชนบทนั้น ได้รับค่าตอบแทนที่คุ้มค่ามาก และแพทย์สภาได้ดำเนินการให้แล้ว ตามที่ได้มีการเรียกร้องให้ปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสมขึ้น และยิ่งถ้าเข้าใจระบบ Health Decide system จะทำให้เราสามารถทำงานกับชนบทได้ เพราะอาชีพแพทย์จะมีความมั่นคงและปลอดภัยในพื้นที่อันตราย ยกตัวอย่างเช่น ใน ๓ จังหวัดภาคใต้ แพทย์สามารถทำงานได้ เพราะผู้ก่อการร้ายไม่มุ่งที่จะทำร้ายแพทย์โดยเจตนา นอกเหนือจากแพทย์เกิดอุบัติเหตุในระหว่างปฏิบัติหน้าที่เอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นการได้รับการยอมรับจากสังคมอย่างมาก หรือในกรณีแพทย์เลือกตัดสินใจไปทำงานแถบชายแดน จะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าแพทย์ในเมือง

• **นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง**

- แต่ละปี แพทย์ในชนบท โดยเฉพาะหมอสูติฯ ไม่สามารถช่วยชีวิตเด็กได้ทั้งหมด เพราะในบางครั้งแพทย์ใหม่ ยังขาดความเชี่ยวชาญอยู่มาก ซึ่งพื้นที่ในชนบทเองก็ต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (specialist) ไปให้คำแนะนำหรือปฏิบัติงานด้วย และการใช้ primary care เป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับแพทย์ในชนบทมากๆ แต่ในสองส่วนนี้ยังขาดการเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ซึ่งในความเป็นจริง แพทย์ชุมชนควรมีความยืดหยุ่น สามารถตรวจโรคทั่วไปได้ เพราะในบางโรงพยาบาลชุมชน จะมีหมอที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทั้งหมด ทำให้โรคพื้นฐานไม่ได้รับการดูแล ถ้าหากคิดว่าเราเป็นหมอ เราควรผลิตแพทย์ของแผ่นดิน แพทย์ของโรงพยาบาล เราจะทำอย่างไรที่จะให้แพทย์ได้เห็นคุณค่าของงาน และลดความเป็นตัวตนลง ควรที่จะมีจิตใจกว้างขวางและแบ่งปันช่วยเหลือให้แก่คนอื่นๆ ด้วย
- ควรเห็นคุณค่าของเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งแพทย์ที่จบวิชาชีพมานั้น ไม่รู้จักแพทย์อื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทย และไม่รู้จักหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลว่าทำงานอย่างไร มีบทบาทอย่างไรบ้าง

• ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

- ที่เสนอแนะไว้ว่า เรื่องเวลาในการเรียน ๖ ปี นั้นเพียงพอหรือไม่ ควรปรับปรุงอย่างไร
- สำหรับการเรียนในชุมชนนั้น ให้ไปเรียน ๑ ปี ร่วมกับวิชาอื่นๆ ที่โรงเรียนจะสอนด้วย ให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น โดยควรปรับการเรียนการสอนใน ๑ ปี และทุกสาขาควรลงไปเรียนจากชุมชนจริงๆ จะทำให้เกิด attachment คือความสัมพันธ์ ผูกพันกับชุมชน และเกิด engagement หรือเกิดการค้นพบความรู้จากการเรียนอย่างแท้จริง โดยใช้วิธีการถอดความรู้จากนักศึกษาด้วย ซึ่งควรเพิ่มเติมจากการวัดผลด้วยการสอบเพียงอย่างเดียว โดยมีผลเปรียบเทียบพบว่า นักศึกษาที่เรียนในชุมชน มีผลการเรียนที่ดีกว่านักศึกษาที่เรียนในโรงเรียนเพียงอย่างเดียว
- นายแพทย์ราชิน อโรร่า สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
 - เราต้องทำให้การให้ความหมาย (define) ความหลากหลาย (diversity) นั้น มีเกณฑ์มาตรฐานอย่างไร และจะทำอย่างไรที่จะนำไปสู่ engagement จริงๆ
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ต้องพิจารณาที่ outcome-based ที่ต้องการว่าคืออะไร และจะทำให้เกิด engagement อย่างไร

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - การค้นหา “ความสุข” หรือ การขจัด “ความทุกข์” ในการเรียนและการทำงาน น่าจะเป็นแนวทางในการคงอยู่ของแพทย์ในระบบ
 - การค้นหา “ครูแพทย์” หรือ “role model” น่าจะมีคุณลักษณะที่ระบุได้จำเพาะ
- แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง
 - ๓ tracks พื้นฐานเหมือนกัน แต่แตกต่างกันตรง add-on แต่ละปี และตอน intern
 - tracks ต้องหรือควรคัดเลือกจากภูมิลำเนา มีข้อตกลงชัดเจน ส่วนการเรียนรู้เช่นเดียวกับสาขาอื่นๆ และตอบเป็น intern เพิ่มประสบการณ์
 - อีกมุมหนึ่งต้องมีการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่ใช้เป็นฐานนั้นร่วมกันพัฒนากับโรงเรียนแพทย์
- นายแพทย์สาธิต ทิมขำ โรงพยาบาลท่ายาง
 - การมีหลักสูตรที่ปรับจากความต้องการของพื้นที่ ไม่ใช่แค่จัดให้มีประสบการณ์เท่านั้น
 - พื้นที่ควรเป็นฐานการผลิตร่วมกับการจัดทำหลักสูตรที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของพื้นที่
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมยุรี หอมสนธิ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ขอให้ข้อมูลจากบัณฑิตแพทย์ที่ทำงานในกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้พูดคุยซักถาม เนื่องจาก speaker จากกระทรวงฯ กล่าวว่า แพทย์ใช้ทุนชอบที่จะอยู่เวร ซึ่งจากการพูดคุยซักถาม แพทย์ใช้ทุนมิได้เป็นดังที่กล่าวจริง ขออนุญาตสรุปให้ทราบดังต่อไปนี้
 - การอยู่เวร แพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่ยินดีและเข้าใจในการปฏิบัติงานส่วนนี้ มีความเต็มใจและตั้งใจในการปฏิบัติงาน แต่ปัญหาคือ การถูกบังคับอยู่เวรเพิ่มจากแพทย์อาวุโสกว่าในโรงพยาบาลที่ไปปฏิบัติงาน เช่น อยู่เวรวันเว้นวัน ๑๕ วันต่อเดือน แล้วยังถูกบังคับอยู่เวรเพิ่มอีก โดยรวมต้องอยู่เวรมากกว่า

๒๐ วันต่อเดือน และยังคงปฏิบัติงานในเวลาหลังอยู่เวร ทำให้เหนื่อยล้า ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่ควรจะเป็นเท่าที่แพทย์ใช้ทุนขอ คือ อยากรู้ดูแนวทางของต่างประเทศที่จัดการอยู่เวร night float ที่แพทย์มีเวลาพักผ่อนหลังอยู่เวร concept ที่ว่ารุ่นพี่เคยโดนทำอย่างนี้มาก่อน นื่องก็ต้องถูกทำต่อไป และต้องทำให้ได้ตามที่ถูกบังคับ เพื่อให้รุ่นพี่เอาเวลาไปทำ private practice ได้ สมควรที่จะแก้ไขได้แล้ว การที่ brian drain ไม่ได้เป็นจากปัญหาเรื่องเงินทั้งหมด แต่กลับเป็นปัญหาเรื่องนี้เป็นส่วนใหญ่ การ abuse แพทย์ใช้ทุน หากแก้ไขกันจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยดึงคนทำงานไว้ในระบบได้ นอกจากนี้ปัญหาเรื่องนี้ ยังมีผลกระทบต่อการทำงานด้วย เนื่องจาก tiredness ของแพทย์ ผู้ปฏิบัติงาน และยิ่งน่าจะเป็นเหตุของ fatal accident ในแพทย์ใช้ทุนด้วย

- การเพิ่มพูนทักษะ ควรปฏิบัติให้ได้ประสิทธิภาพจริงๆ หากแพทย์ที่ควรจะช่วยเหลือแพทย์ใช้ทุนเพื่อ “เพิ่มพูนทักษะ” กลับมองแพทย์ใช้ทุนเป็นแรงงานที่จะ exploit เพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยไม่ได้ให้การดูแลฝึกฝนตามที่ควรจะเป็น ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่อยู่ในระบบ
- แพทย์ใช้ทุนยืนยันว่าไม่ได้มีความสุขในการอยู่เวรเกินขอบเขต ยินดีรับหน้าที่ตามที่สมควร แต่ขอให้พิจารณาเรื่อง night float และการพักผ่อนอยู่เวร และควรมีมาตรการในการป้องกัน exploitation ของแพทย์จบใหม่ และเพิ่มพูนทักษะให้ได้ตามสมควรจริงๆ หากต้องการให้แพทย์ที่ผลิตออกมาสามารถอยู่ในระบบเพื่อทำงานตอบสนองความต้องการของสังคมได้จริงๆ ไม่ทราบว่าจะ voice ไปถึงกระทรวงฯ และแก้ปัญหาค่าปรับแพทย์ที่ลาออกไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาค่าต้นเหตุ โรงเรียนแพทย์น่าจะช่วยให้ input แก่กระทรวงฯ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน อย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ มีมาตรการกำกับที่ดี เพื่อไม่ให้บัณฑิตแพทย์ต้องกลายเป็นแรงงานในระบบสาธารณสุขที่ถูก abuse และจะได้เป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

• นายธนภพ การุณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- การที่จะได้แพทย์ที่ทำงานในชนบทจริง ต้องมีการเรียนรู้การทำงานในชุมชนได้เจอประสบการณ์จริง ตั้งแต่เข้ามาเป็นนักศึกษาแพทย์ แต่ไม่จำเป็นว่าจะต้องเน้นกับหลักสูตร หรือรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน หรือเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น สามารถแทรกในวิชาที่เป็นความรู้ทางวิชาการหรือวิชาในชั้นคลินิก (สูติศาสตร์, ศัลยศาสตร์, อายุรศาสตร์, กุมารเวชศาสตร์ ฯลฯ) ให้มีช่วงได้ออกชุมชนบ้าง เพื่อให้ได้สัมผัสความรู้สึกจริง
- อีกประเด็นหนึ่ง คือ การมี role model ที่ดี และเป็นแบบอย่างที่เหมาะสม ซึ่งการที่จะมี role model ที่ดีได้ ควรเริ่มจากการมีหรือการได้รับประสบการณ์ตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ สำหรับความเห็นของข้าพเจ้า คือ อาจมีวิชาหนึ่งที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นวิชาเลือก หรือวิชาบังคับ จะเป็นเรื่องดี

• ผู้เข้าร่วมประชุม

- ทำอย่างไร harmony diversity จึงจะมี
- การศึกษา postgrad ในหลักสูตรนี้ อาจจะไม่เห็นใน harmony หรือ diversity



ประเด็นที่ ๕: การผลิตแพทย์เพื่อให้ความพร้อม
ในโรคที่มีความซับซ้อน
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

รายงานผลการศึกษา

คณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๕ : Physician for Advanced Care

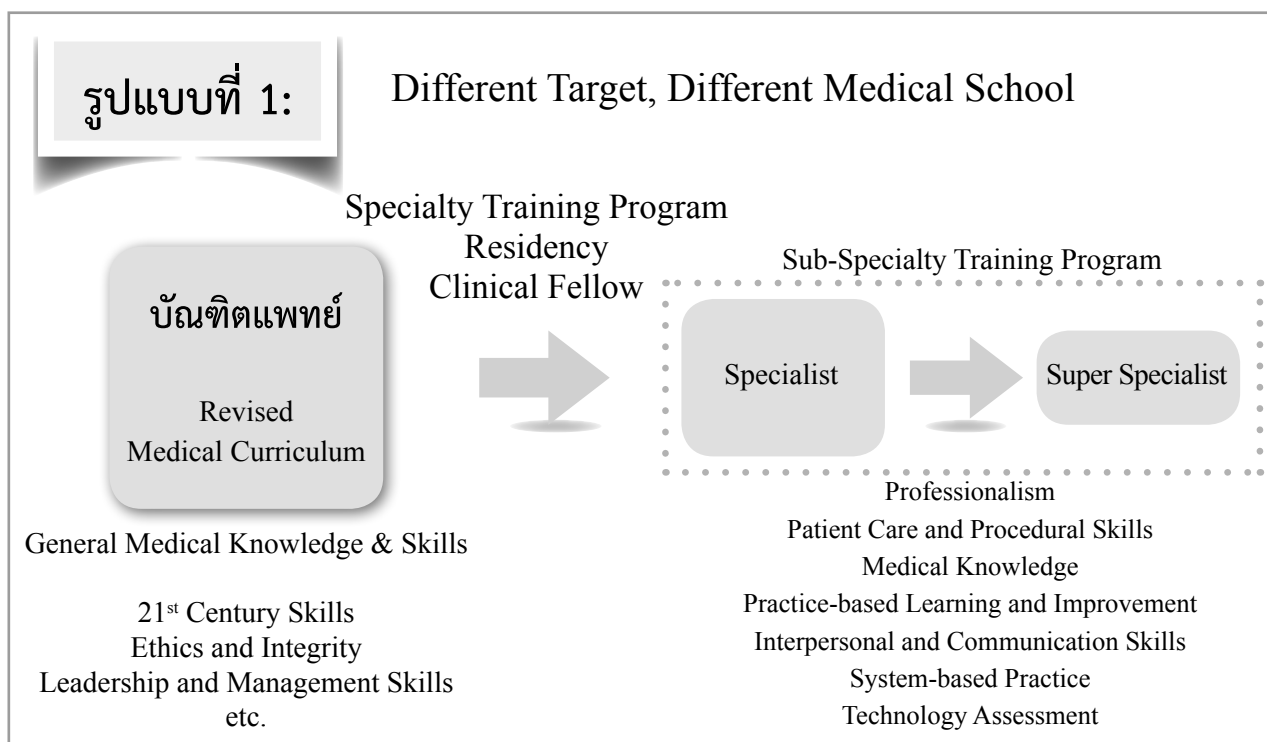
๑. คุณลักษณะบัณฑิต

- core competency ๖ ข้อ ตามที่แพทยสภากำหนด
- ACGME Competency: patient care and procedural skills, medical knowledge, practice based learning and development, professionalism, interpersonal & communication skills, system based practice, technology assessment

๒. หลักสูตร มีได้ ๓ รูปแบบได้แก่

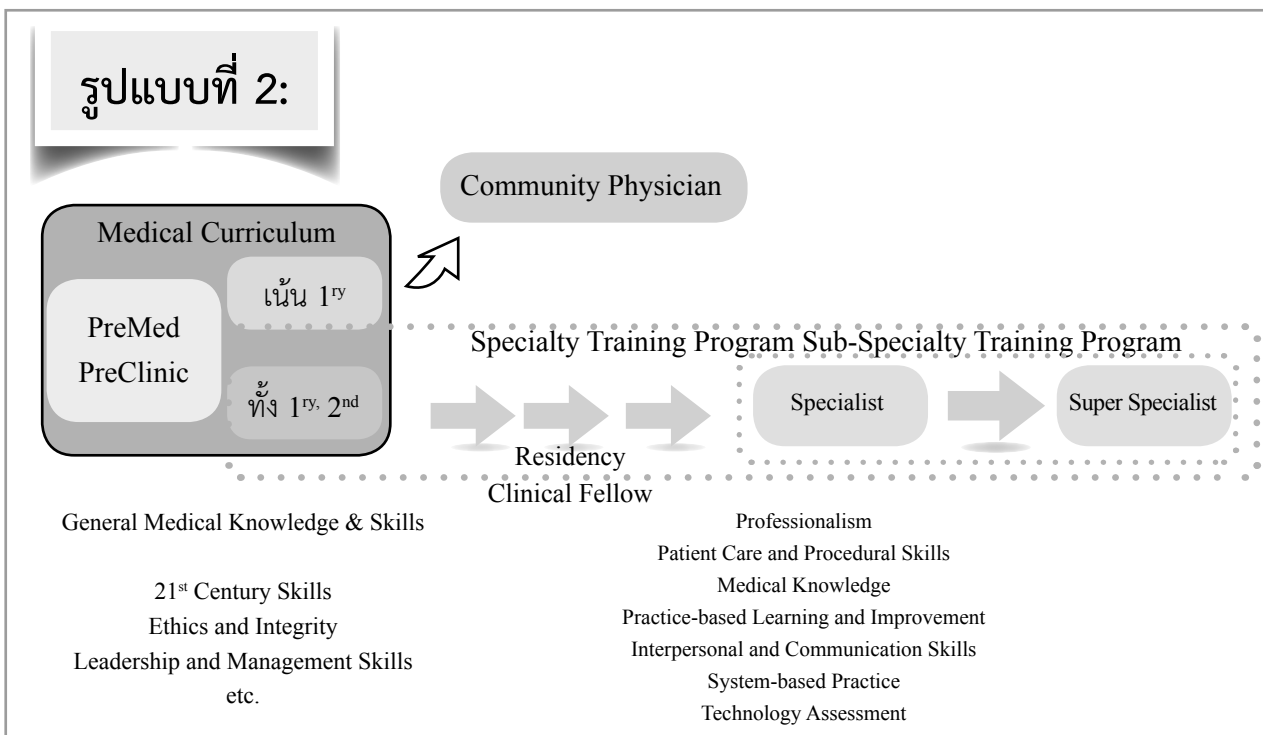
รูปแบบที่ ๑

การผลิตแพทย์ที่ดูแลรักษาโรคที่ซับซ้อน ยากในการวินิจฉัยและ/หรือรักษา เป็นส่วนต่อยอดจากการผลิตบัณฑิตแพทย์ นั่นคือ ฐานในการผลิตแพทย์เพื่อปฏิบัติหน้าที่ที่ต่างกันในอนาคต ยังมาจากฐานเดียวกัน (ฐานที่มีการปรับหลักสูตรเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์-การสาธารณสุขและสถานการณ์ของโรคและความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป) เป็นฐานเชิงกว้าง วินิจฉัยภาวะวิกฤต ภาวะซับซ้อน รู้วิธีการดูแลเบื้องต้น และส่งต่อเป็น



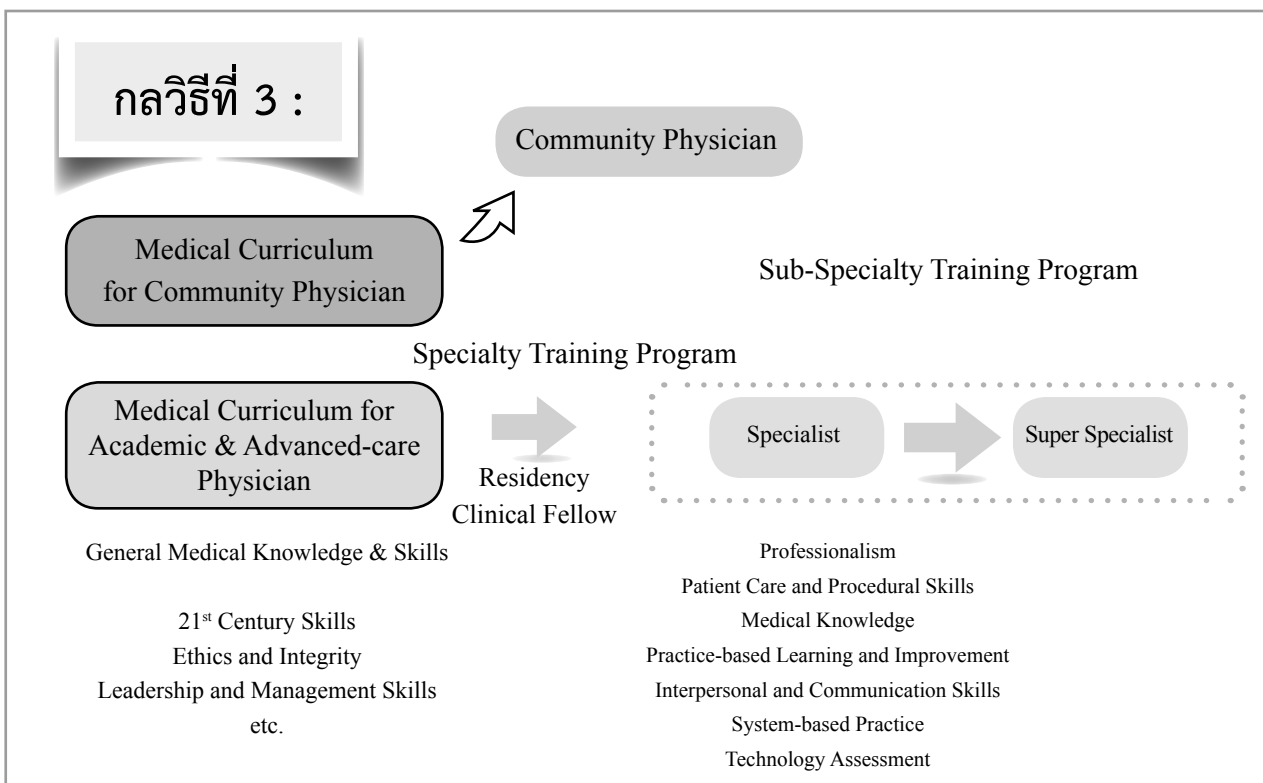
รูปแบบที่ ๒

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต แบ่งเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่เป็น core course ได้แก่ ส่วนของ premedicine และ preclinic ความต่างเริ่มเกิดในช่วงขึ้น clinic สามารถเลือกหลักสูตรที่นำไปสู่การเป็น community physician ใน USA เรียกหลักสูตรนี้ว่า primary doctor medical school เน้นเรื่อง primary care และ community medicine เป็นหลักและเสริมด้วย secondary care บ้าง หรือเลือกหลักสูตรมีลักษณะคล้ายในปัจจุบัน ส่วนต่อของการไปสู่ physician for advanced care อยู่ที่การต่อยอดเป็นหลัก



รูปแบบที่ ๓

การผลิตแพทย์แยกเป็น ๒ หลักสูตรตาม outcome ที่ต้องการ คือหลักสูตรที่ผลิต community physician กับหลักสูตรที่ผลิต academic and advanced-care physician หลักสูตรที่ผลิต academic and advanced-care physician เป็นหลักสูตรที่วางความเชื่อมโยงต่อเนื่องไปกับการฝึกอบรมการเป็นแพทย์เฉพาะทาง



๓. **เส้นทางวิชาชีพ** ความต้องการ physician for advanced care ยังคงสูงขึ้น อัตราการเพิ่ม specialist ของแต่ละประเทศมีมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเพิ่มของโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. สถาบันผลิตแพทย์หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตต้องมีมาตรฐานในการผลิตเดียวกัน แต่มีแนวโน้มของการผลิตอาจจะมีจุดเน้นแต่ละแบบแตกต่างกัน โดยการจัดการเรียนการสอนตามศักยภาพของสถาบัน

๒. หากโรงเรียนแพทย์ที่จะผลิตแพทย์ เพื่อรองรับ physician for advanced care ควรจะมีการเรียนการสอน พื้นฐานด้าน basic science ที่บวกเพิ่มเข้าไปเกินกว่าเกณฑ์ที่มีอยู่

๓. เมื่อเรียนในระดับคลินิกควรแบ่งเป็น ๒ ส่วน ในส่วนแรกคือการเรียนคลินิกทั่วไป เช่น ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่วนที่สองต้องมี learning environment ที่รองรับ เพื่อจะไปต่อแพทย์เฉพาะทางได้ เช่น มีการประชุมวิชาการ หรือมีการเรียนการสอนแบบ higher education มากขึ้น และในเวลาเดียวกันสถาบันต้องมีการจัด ward ที่มีผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อน เพื่อรองรับการเรียนการสอน โดยมีการจัด rotation หมุนเวียนให้นักศึกษาได้เลือก

๔. สำหรับหลักสูตรควรเปิดโอกาสให้มีวิชาเลือกที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเลิศในด้านของ advanced care โดยไม่ไปกระทบกับหลักสูตรทั่วไปของโรงเรียนแพทย์

๕. การให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว เมื่อจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต แล้วให้มาสอบ NT ๓ หลังปฏิบัติงานชดใช้ทุนแล้ว ๓ ปี จะเห็นความสามารถด้านหัตถการมากกว่า

๖. ควรจัดช่วงเวลาปฏิบัติงานชดใช้ทุนในช่วงสองปีแรกให้มีการเพิ่มประสบการณ์ในโรงพยาบาลที่เน้นในเรื่องของ physician for advanced care เพื่อให้แพทย์รู้ตัวเองว่าจะไปเรียนต่อด้านใด อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมด้วย

๗. ควรเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการชดใช้ทุนให้อยู่ในรูปแบบที่ตรงกับบริบทของประเทศ เสนอให้เลิกชดใช้ทุน

๘. ควรมีโรงเรียนแพทย์ที่คัดนักเรียนที่อยู่ในชนบท และระหว่างทางที่ศึกษาควรพยายามผลักดันความคิดให้มองเห็นความสว่างงามของสถาบัน และอาจารย์แพทย์ที่อยู่ในชนบท รวมทั้งสร้างบรรยากาศกระตุ้นเพื่อให้เมื่อจบไปแล้วยังคงปฏิบัติงานอยู่ในชนบท

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ประเด็นที่ ๕: การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความพร้อมในโรคที่มีความซับซ้อน

๕. การเตรียมให้แพทย์มีความพร้อมในการศึกษาต่อ เพื่อการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน ยากต่อการวินิจฉัย และ/หรือการรักษา พึงดำเนินการดังนี้

- ๕.๑ จัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนภายใต้บรรยากาศทางวิชาการ
- ๕.๒ มีวิชาเลือกเสริมประสบการณ์ที่เหมาะสม

ผู้ดำเนินรายการ

๑. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
๒. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุเศรษฐินวงศ์

ข้อเสนอแนะ

- **ผู้เข้าร่วมประชุม**
 - การเลือก track ของนักศึกษา ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าเล่าเรียนให้นักศึกษา
- **อาจารย์ นายแพทย์กฤษฎี ทองบรรจบ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
 - ระหว่างการเรียนการสอนระหว่าง track ที่ ๑, ๒ และ ๓ จะทำอะไรให้นักศึกษาที่เรียนได้เป็นเพื่อนกัน ได้รู้จักกัน ซึ่งในการทำงานจริง ไม่ว่าจะจบมาจาก track ไหน เมื่อไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนก็ต้องทำงานร่วมกัน ก็น่าจะคุยกันรู้เรื่องกว่าที่ต้องไปเจอตอนทำงาน
 - หมอเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพของประเทศ จะทำอะไรที่จะทำให้หมอเป็นผู้นำที่ดี เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงของประเทศและในส่วนบุคคล
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - เรื่องนี้อยู่ใน competency ที่ ๑ อยู่ใน major track ของประเทศอยู่แล้ว ซึ่งการที่จะเป็นเรื่องทำให้อีกกัน รู้จักกันนั้น ควรให้ฝ่ายส่งเสริมฯ ของแพทยสภาดำเนินการ
 - ในส่วน networking โดยเจตนาธรรมณ์ จะให้นักเรียนทุนที่มาจากพื้นที่เดียวกัน รู้จักกัน แต่พอต้องไปทำงาน นักเรียนบางคนต้องไปใช้ทุนในพื้นที่อื่นที่ขาดกำลังคน ก็ทำให้ขาดการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนๆ ในพื้นที่ และต้องไปสร้างความสัมพันธ์ใหม่ต่างพื้นที่ และในวันนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ปลดกระทรวงคนใหม่ น่าจะทำให้การสร้างเครือข่ายกลับมาเหมือนเดิม และการปฏิสัมพันธ์ของแพทย์ในกระทรวงฯ น่าจะดีขึ้น และต่อไปแพทย์จะต้องสัมพันธ์ทั้งในส่วนโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลท้องถิ่น และส่วนอื่นๆ ซึ่งต้องสัมพันธ์กับ stakeholder ทั้งหมดด้วย เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายใหม่ขึ้น
 - แพทย์ที่จะไปเป็นผู้เชี่ยวชาญไม่ว่าสาขาอะไรก็ตาม แต่ที่ไม่ได้รับการปลูกฝัง คือ การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ส่วนใหญ่จะดูแลแต่เฉพาะในส่วนที่เรียนมา จะทำอะไรให้เกิดคุณลักษณะแบบนี้ขึ้นกับนักเรียนแพทย์
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวนิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง**
 - เคยมีการติดตามดูหรือไม่ว่า นักเรียนที่ได้รับการศึกษา เมื่อจบหลักสูตรไปแล้ว จะขาดคุณสมบัติอะไรบ้าง จะทำอะไร ที่จะทำให้เป็นแพทย์ระดับห้าดาว ซึ่งไม่ได้เป็นการพัฒนาที่นำไปสู่ความเชี่ยวชาญ

(specialist) เพียงอย่างเดียว

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - เห็นด้วยกับการสอนให้นักศึกษาเน้นการใช้ primary care
- ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเสริมวงศ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ประสบการณ์ที่เคยเรียนแพทย์ประจำบ้าน จะพบว่าน้องๆ ที่มีพื้นฐาน basic science อ่อนจะเรียนได้ช้า ถ้าคนไหนมีพื้นฐานมาดีจะเรียนรู้อาจได้เร็ว และภาษาอังกฤษก็จะมีผลต่อความเข้าใจของนักศึกษาด้วย และนักศึกษาที่เข้ามาอยู่หอพักจะต้องฝึกฝนอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น ที่ศิริราช นักศึกษาแพทย์จะมี skill น้อยมาก แต่ knowledge หรือความรู้จะดีมาก ซึ่งสถาบันใหญ่ๆ จะมีการตัดสินใจที่ช้ากว่านักศึกษาจากสถาบันเล็ก
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ยกตัวอย่างโทรศัพท์มือถือ จัดว่าเป็น specific holistic ของโลก ที่จะเปลี่ยนแปลงโลก เป็นการออกแบบเทคโนโลยีที่เป็นองค์รวมซึ่งอยู่ที่ที่เราจะคิดออกแบบนักศึกษาแพทย์ให้มีความเชี่ยวชาญแบบองค์รวม หรือเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และการนำเทคโนโลยีมาใช้จะประสานร่วมกันอย่างไร
 - จะวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนในโลกนี้อย่างไร ที่มีความสัมพันธ์ร่วมกัน ด้วยความเฉพาะด้านแบบเดิมทำให้การแพทย์ประเทศไทยต้องตามหลัง ซึ่งมีกรณีตัวอย่างที่
 - โมเดลที่ ๑ คือ ประกิดโมเดล สูงสุดคืนสู่สามัญ
 - โมเดลที่ ๒ อยู่ที่ขอนแก่น สมศักดิ์โมเดล สามารถจัดการ primary care ได้อย่างดีมาก
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - ในขณะนี้ แพทยสภา กำลังพิจารณาในเรื่อง การเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ไม่จำเป็นต้องเป็น full specific เพราะคนเหล่านี้สามารถแสวงหาความรู้และพัฒนาเพิ่มเติมจากการทำงานได้ด้วยตนเอง
- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุฑ์ สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ปัจจัยเชิงพหุ รวมถึงการแยก track เป็นการกลับมาสู่ผลการสรุปครั้งก่อนหรือไม่
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - ทุกอย่างในโลกนี้ มีทั้งขึ้นและลงอยู่เสมอ ซึ่งทุกคนต้องเป็นปัจจัยเชิงพหุไปด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่นในประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้อง ก็สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่แพทย์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางเรื่องไม่จำเป็นต้องทำอย่างอื่นทั้งหมด บางคนเก่งส่องกล้องอย่างเดียวก็ไม่ต้องทำอย่างอื่นก็ได้ ซึ่งแต่ละคนจะต้องรู้ว่าตนเองถนัดอะไร มีความรู้อะไร ถนัดอะไร แต่ประเทศไทยต้องจัดระบบให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ และประชาชนต้องได้รับบริการอย่างทั่วถึง เพราะฉะนั้น สำหรับไทยภูมิใจว่าเรามีการฝึกอบรมเอง ไม่ต้องส่งคนไปเรียนที่ต่างประเทศ และต้องให้เกิดความต่อเนื่องในการเรียนรู้ด้วย
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เคยนำเรื่องความก้าวหน้าทางการแพทย์กับการพัฒนาสังคมมาพูดเชิงเปรียบเทียบกัน ซึ่งทางการแพทย์นำหน้าแผนพัฒนา โดยเราพูดเรื่อง people center มาพูดกันก่อน และเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนา ในอีกประเด็นหนึ่ง ให้พิจารณาว่าสังคมกำลังตรวจสอบเราหรือเปล่า ว่าเราก้าวล้ำไปเกินที่สังคมกำลังขยับ

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - การจัดประชุมนี้ ตั้งแต่ครั้งที่ ๑ เป็นการพูดเรื่องที่จะหาประเด็นที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาแพทย์ ซึ่งเราวิเคราะห์เรื่อง people-centered มาตั้งแต่แรก และตอนนี้กำลังวิเคราะห์ว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 - เรื่องการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะมีปัญหา ๓ ส่วน คือ ๑) มีความซับซ้อน ๒) มีความหลากหลาย เพราะมีปัจจัยต่างๆ มากมาย และ ๓) เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมอยู่เสมอ ซึ่งการที่จะทำให้เกิดการรักษาแบบองค์รวมขึ้นได้นั้น จะต้องปรับให้การศึกษาในอนาคตสอดคล้องกับสิ่งที่เรากำลังดำเนินการในขณะนี้
 - การที่จะกล่าวว่า เราต้องมาทำการศึกษาวางแผน วิจัยต่างๆ นั้น ต้องนำสามประเด็นข้างต้นมาวิเคราะห์ด้วย และต้องดูบริบทเป็นหลักว่ามีความเหมาะสมหรือไม่
- นายแพทย์ศุภชัย ครบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - กระแสการดูแลคนไข้อย่างเป็นองค์รวม คือ หมอต้องเป็น general physician ที่เก่ง ถ้าไม่เก่งจะยากมาก ยกตัวอย่างเช่นที่วอร์ด นักศึกษาจะไม่สนใจเพื่อนในสาขาอื่น ซึ่งคนที่เรียนเก่งจะมุ่งเอาแต่ของตัวเองเป็นหลัก การที่จะให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างเป็นองค์รวมนั้น ต้องฝึกตั้งแต่การเรียนมาด้วย
 - การเลือก track จะต้องให้ผู้เรียนมีความเข้าใจการศึกษาแบบองค์รวมก่อน ไม่ใช่เป็นการเรียนเพื่อที่จะมุ่งไปเลือก track
 - การศึกษาสำหรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (specialist) ตอนนี้มีแพทย์เชี่ยวชาญเยอะมาก และหลายคนเป็น role model แต่ในส่วนของ post track ที่จะพัฒนาให้เกิดการวิจัยและพัฒนางาน ยังมีอยู่น้อยมาก ส่วน under track มีอยู่มากแล้ว
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - แพทย์จะต้องรับผิดชอบกับสมรรถนะและความเป็นมืออาชีพที่ดี ซึ่งเป็น competency ข้อแรกของการเป็นแพทย์เลย และตอนนี้เกิดปัญหาเรื่องแพทย์โดนฟ้องจากพยาบาลมีเยอะมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการขาดพลังสามัคคีร่วมกัน
 - สำหรับ post track เมื่อมาเรียนแล้ว กลับไปจะไม่มีทีมทำงาน เพราะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น
 - บริบทของไทย ไม่รองรับ แพทย์ที่มาอบรมเพื่อเป็นเชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้น ไม่สอดคล้อง ส่วนกลุ่มที่ต้องการ post track นั้น ต้องกำหนดเป็นนโยบาย และดูทิศทางความต้องการด้วย
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - การเลือก track จะให้นักศึกษาสามารถเลือกได้เลยหรือไม่
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร
 - การเปิดโรงเรียนและเรียนตามหลักสูตร จะต้องใช้เกณฑ์ของแพทย์สภาอย่างเดียวกัน จึงไม่มีการแบ่งเป็นแพทย์ชั้น ๑ ชั้น ๒ ได้ และต่อไปแพทย์ต้องสามารถใช้ภาษาของอาเซียนได้ และใช้ภาษาสากลได้
 - ส่วนการไปอบรมต่างประเทศนั้น จะไม่ค่อยอนุญาตให้แพทย์ไปเรียน เนื่องจากบางคนไปแล้วเรียนไม่จบ และเหตุผลต้องการให้แพทย์ไปทำงานในชนบทมากกว่าที่จะไปเป็นผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งตรงนี้เป็นแนวคิด

กลาง แต่ในส่วนของภารกิจของแต่ละมหาวิทยาลัยนั้น จะเปิดให้แต่ละแห่งสามารถปรับให้เหมาะสมกับของตัวเองได้ ถ้าไม่ถนัดในเรื่องอะไรก็อย่าไปทำ แต่ต้องทำตามเกณฑ์มาตรฐาน และการทำตรงนี้ต้องกลับไปปรับโครงสร้างใหม่ เพื่อให้ทันยุค ๒๑st century มากขึ้น

- **อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์ รัตนมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**
 - ตุ๊กตาที่ยกตัวอย่างขึ้นมาทั้ง technical care กับ advanced care ควรมีบทบาทอย่างไร จะทำงานที่ไหน
 - ประเด็นที่ว่า ส่งมาเรียนแล้วกลับไปทำงานไม่ได้ น่าจะเป็นเพราะ อาจารย์สอนไม่ตรงกับสิ่งที่เขาต้องการหรือไม่ จะสอนให้เขาไปทำงานอย่างไร ซึ่งการสอนจะไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่แล้ว advance care ควรจะเป็นอย่างไร
 - คำว่า diversity จะมีความหมายเพื่ออะไร จะเป็นไปเพื่ออะไร
- **ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุเศรษฐินางค์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - สำหรับหลักสูตรที่ออกแบบไว้ ออกแบบให้ล้าไปกับต่างประเทศส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งเป็นการคิดออกแบบเอง ซึ่งต้องนำไปขบคิดและปรับให้เหมาะสมมากขึ้น เพราะความหลากหลายของแต่ละมหาวิทยาลัยมีความแตกต่างกัน
 - ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ไม่อยากกลับไปทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ เป็นเพราะอะไร เช่น นักศึกษาดมยา ต้องไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน แต่ต้องทำงานด้านอื่นไปด้วย ซึ่งทำให้เขาแสดงบทบาทไม่ถูกต้องกับตำแหน่ง
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - คำตอบอยู่ที่อำนาจของโรงพยาบาลทั้งหมดว่าจะจัดการ จัดสรรอย่างไร ซึ่งปัจจุบัน พบว่า คนที่เก่งๆ จะโดนโรงพยาบาลเอกชนดึงตัวไปทำงานหมด และเราต้องยอมรับว่า ตอนนี้เรามีบุคลากรที่มีศักยภาพอยู่ประมาณนี้ แต่ก็ต้องทำงานกันต่อไป
 - ฝากไปถึงผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ น่าจะมีการประเมินและกระตุ้นให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น
 - ตอนนี้พยายามพัฒนาศูนย์ทั้งหลายให้เป็น caring center ซึ่งในประเทศไทยมีอยู่มาตรฐานเดียว
- **นักศึกษาแพทย์**
 - การผลิตแพทย์ในสถาบันต่างๆ เปิดให้นักศึกษาได้เลือกตามความถนัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและเห็นด้วยอย่างมาก เพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักศึกษา ซึ่งปัญหาก็พบว่าเรายังขาดผู้เชี่ยวชาญทั้งสามด้านนี้อยู่
 - การใช้ทุนเป็นระเบียบที่ดี ที่ให้ทุกคนได้กลับไปใช้ทุน มีจิตสำนึกสาธารณะที่ต้องไปใช้คืน ซึ่งอยู่ที่สำนึกของผู้เรียนด้วย
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล วีระศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
 - จะเห็นว่าผู้เรียนที่จบออกไป จะมีส่วนที่แตกต่างกัน เช่น เรื่องของแพทย์ที่เรียนจบไปแล้วควรจะมีกลุ่มให้เลือกได้ ซึ่งการเรียนการสอนก็สามารถออกแบบให้มีการเรียนแบบ advance ไปพร้อมกันก็ได้ และอีกส่วนหนึ่ง คือ การออกแบบที่จะทำให้ผู้เรียนสามารถไปทำงานในชุมชนได้ด้วย ในหลักสูตรควรจะปรับด้วยว่า เมื่อผู้เรียนได้เรียนแล้ว ก็มีการรับประกันว่าเขาสามารถทำงานได้ และมีความสุขมากขึ้น ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าออกเหนือจากความรู้

- ส่วนการจัด track จะกระทบต่อความรู้สึกของบุคลากร ซึ่งอาจจะพาดเกี่ยวกับเรื่องธุรกิจ หรือการแบ่งระดับชั้น
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - ควรมีการสอนแบบ holistic care เข้าไปในระหว่างการเรียนรู้ด้วย ส่วน advance care ในภาพรวมของการหลักสูตร คาดหวังว่านักเรียนแพทย์ต้องมีความเก่งในทุกด้าน และสามารถเลือก track ได้ในอนาคต ใช้การตัดสินใจว่าจะเลือก track ไหน ซึ่งขึ้นกับ role model และสภาพแวดล้อม environment ที่เหมาะสม
 - เราสามารถมีหมอที่จบใหม่ และสามารถเลือกได้ว่าจะทำงานอย่างไร ขึ้นกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้มีความสุข มีพี่เลี้ยงคอยช่วยให้สอดคล้องกับภาระหน้าที่ไปด้วย และจะทำให้ทุกคนในระบบมีเส้นทางของตัวเอง แต่ทำงานไปด้วยอย่างมีความสุข
- **ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - ถ้าโครงการนี้มีการดำเนินการ ถ้าผมเป็นคนไข้แล้วมีปัญหาเกิดขึ้น ใครจะเป็นคนรับผิดชอบคนไข้ เพราะมีหมออยู่ ๓ ประเภท มีพยาบาลอีก ๓ ประเภท เพราะฉะนั้น แพทย์สภา ต้องกำหนดเกณฑ์แต่ละประเภทใหม่ การทำงาน ทักษะ และแหล่งเรียนรู้ก็ไม่เหมือนกัน ผมมองว่าเป็นการแบ่งชั้นหมอมือชั้น ๑ คือ เชี่ยวชาญเทียบ ส่วนชั้น ๒ และชั้น ๓ ไปแบ่งกันเองว่าจะไปวิจัยหรือชุมชน
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - ประเด็นนี้ ไม่มีปัญหา เพราะทุกคนที่เรียนจบ จะมีคุณสมบัติเหมือนกัน แต่ในช่วง ๓ ปีในการไปใช้ทุนก็ขึ้นอยู่กับคนนั้นต้องการไปทางไหน ไม่มีสถาบันใดจะระบุว่าเลือกสอนแต่เพียงด้านใดด้านหนึ่ง
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพนัสยา เรียรธาดากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - โรงเรียนแพทย์ควรให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญหรือควรสอนให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจชุมชนได้เลยหรือไม่
- **ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - โรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง จะต้องตอบโจทย์และคิดให้สมดุลว่าให้สอนอย่างไรให้เหมาะสมกัน
- **ผู้เข้าร่วมประชุม**
 - ให้บรรจุ advanced care เข้าไปใน community care เพื่อให้หมอที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาได้
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - ตอนนีระบบต่างๆ ลงไปถึงพื้นที่หมดแล้ว เป็น health care system ของประเทศไทย อาจารย์หมอต้องเข้าไปในชุมชน เพื่อไปแนะนำหมอในชุมชนด้วย ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขกำลังขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานใหญ่ และตรวจรักษาได้เองมากกว่าที่จะส่งมาที่โรงพยาบาลศูนย์ใหญ่
- **ผู้เข้าร่วมประชุม**
 - ควรจัดหลักสูตรให้ผู้เรียนมีศักยภาพทั้งสามด้าน นำไปบรรจุใน competency ของหลักสูตรได้เลย จะได้ไม่มีการแยก tracks
- **ผู้เข้าร่วมประชุม**
 - competency ของนักเรียนแพทย์ควรมีทั้งหมด ครู และสุดท้ายคือ ความเป็นคน ซึ่งเราควรกำหนด

main outcome ให้ชัดว่า คุณลักษณะในศตวรรษที่ ๒๑ เราต้องการนักเรียนแพทย์แบบไหน เราจะจัดลำดับของสถาบันอย่างไร เพื่อให้แต่ละสถาบันมีความเหมาะสมกับการพัฒนาตามศักยภาพของโรงเรียน

- ใน post track ควรให้มีการเพิ่ม behavior science เข้าไปด้วย
- คำว่า advanced care physician ยังไม่เข้าใจความหมายของคำนี้ ควรจะจัดระดับและจำแนกให้ชัด
- การเป็นผู้เชี่ยวชาญของสังคมไทยเป็นที่นิยม เราไม่ควรปฏิเสธเรื่องนี้ และความเชี่ยวชาญสามารถเป็นได้ทุกเรื่อง มองว่า หมอ general ก็มีความเชี่ยวชาญทางด้านนี้ ส่วนหมอในชนบทก็มีความเชี่ยวชาญทางด้านนี้ ซึ่งถ้าเป็นแบบนี้ เราจะเห็นความหลากหลายของหมอในประเทศไทย ซึ่งเราควรจะมาช่วยกันทำงาน แทนที่จะมามองแบบแยกชั้น หรือเป็นวาระทางการแพทย์ โดยเฉพาะ advanced care จะยิ่งทำให้รู้สึกถึงการแบ่งชั้น
- การจะพัฒนาแพทย์ให้มีอยู่ในระบบ จะมีโปรแกรมการศึกษาที่จะทำให้เกิดการยกระดับไปได้เรื่อยๆ หรือไม่ โดยไม่เกี่ยวกับ licensing หรือควรมีการศึกษาที่ตอบสนองได้ในทุกๆ ระดับ เราจะตอบสนองได้อย่างทั่วถึง และทำให้หมอมีความสุขในการทำงานด้วย
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - ในตอนนี้พยายามผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขได้รับหลักสูตรให้แพทย์สามารถเลือกและตอบสนองความต้องการได้
- **นักศึกษาแพทย์**
 - คิดว่านักศึกษาทุกคน มีความต้องการเลือกเรียนได้ตามที่ตนเองสนใจ ซึ่งถ้านักศึกษาเลือกได้ จะทำได้ดีกว่าที่ถูกบังคับหรือมีข้อจำกัด ซึ่งการเรียนให้มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การเรียนตามแรงบันดาลใจของผู้เรียน
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร**
 - สรุปได้ว่า ๑) ไม่ต้องมี track ๒) ไม่ต้องแบ่งชั้นหมอ ซึ่งในประเทศไทย หมอทุกคนต้องมุ่งไปที่ people center ซึ่งต้องเพิ่มเรื่อง student engagement ให้นักเรียนได้คิดเอง ตั้งใจและรู้ตัวเองว่าจะทำอะไร น่าจะสร้างแรงบันดาลใจ และให้นักเรียนแพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางเรียนของตนเอง

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- **อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์ รัตนมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**
 - ผู้เชี่ยวชาญทำงานที่ไหน มีความหลากหลายอย่างไร
- **นายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่**
 - ปัญหาเท่าที่เห็นในปัจจุบัน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมักเน้นการดูแลเฉพาะโรคที่ซับซ้อน (ขาดดูแลจิตใจ) แยกย่อย ไม่ทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น รวมถึงไม่ค่อยให้ความสนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
 - เสนอเพิ่มเติม เน้น attitudes ด้านการดูแลองค์รวม การทำงานเป็นทีม แทนที่จะเน้นเฉพาะ knowledge หรือ skills ด้านใดด้านหนึ่ง มีเช่นนั้นปัญหาความพึงพอใจของประชาชน ปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์คงไม่ลดลงครับ

- **อาจารย์ นายแพทย์ภูมิ ตริตรระการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - แนะนำบรรจุ community care เข้าไปใน competency ของ advanced care ส่วน holistic approach และ professionalism เพื่อให้มีการ communicate ต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจาก advance care แล้ว กลับไปสู่ community ของตน พร้อมจดหมายแนะนำวิธีการดูแลให้กับแพทย์ใน community เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากหมอ community ได้อย่างถูกต้องและสะดวก
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพนัสยา เรียรธาดากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - ทุกวันนี้โรงเรียนแพทย์ใหญ่ๆ ไม่ต้องจัดพิเศษก็มีโรคที่ซับซ้อนอยู่แล้ว ปัญหาคือแพทย์ที่จบไปดูแลโรคในชุมชนไม่ได้มากกว่า ถ้าโรงเรียนแพทย์ใหญ่ๆ อย่างที่ศิริราชจะเน้นโรคซับซ้อนแต่แพทย์ที่จบไปยังไม่ก็ไปใช้ทุนโรงพยาบาลชุมชนอยู่ดี แทนที่โรงเรียนแพทย์จะปรับปรุงให้มีความสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้นกลับหันมาเน้นเรื่องผู้เชี่ยวชาญแล้วจะเหมาะสมจริงหรือ
 - โรงเรียนแพทย์ที่ฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ เพียงมีการให้ elective สำหรับแพทย์ที่จบแล้วน่าจะเพียงพอ เพราะผู้เชี่ยวชาญมีมากมายหลายสาขา จะเตรียมพยาบาลอย่างไร เป็นเรื่องยาก
 - การเพิ่มหลักสูตรให้มีปริคลินิกมากขึ้น ถ้าการสอนเป็นแบบเหวี่ยงแห ไม่รู้สุดท้ายจะไปเป็น specialist อย่างไร ก็สูญเปล่า ผู้เรียนตอนปี ๑-๒ ยังไม่เห็นตัวเองไปเรียนอะไร สอนไปก็เป็นการให้ข้อมูลที่สุดท้าย เขาไม่เห็น relevant ความรู้นั้นก็ไม่คงทน แต่ละ specialist ต้อง need basic science เรื่องอะไรก็น่าจะเอาไปสอนตอนนั้น
- **นายแพทย์สาธิต พิมขำ โรงพยาบาลท่าปาง**
 - competency ของแพทย์ ควรสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขและบริบทของพื้นที่
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวนิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง**
 - เห็นด้วยในการเตรียมแพทย์ตามข้อเสนอแนะ จะพัฒนาแพทย์อย่างไร
 - เคยวิเคราะห์ว่า มีปัญหาอะไรในการผลิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญบ้าง เช่น ด้าน leadership, management
 - ควรพัฒนาการเรียนการสอนในสาขานี้ ให้สามารถดูแลแพทย์เป็นแบบองค์รวมเน้นการบริหารจัดการ



ประเด็นที่ ๖: การผลิตแพทย์เพื่อให้ความพร้อม
ที่จะเป็นนักวิจัย
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

- เอกสารประกอบ ๖.๑ Research in the Medical Curriculum
- เอกสารประกอบ ๖.๒ The Lancet Commissions Report
- เอกสารประกอบ ๖.๓ ผลจากแบบสำรวจความหลากหลายพื้นฐานการทำวิจัยที่สำคัญ
ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- เอกสารประกอบ ๖.๔ สรุปการเรียนรู้การสอน Evidence Based Medicine (EBM)
สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี ๖ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- เอกสารประกอบ ๖.๕ โครงการเพชรชมพู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เอกสารประกอบ ๖.๖ โครงการ PhD/MD มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการนวมณี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายงานผลการศึกษา

คณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๔: Academic Physician and Researcher

ข้อเสนอแนะสำหรับหลักสูตรและเส้นทางวิชาชีพของแพทย์ที่จะมีอาชีพเป็นนักวิชาการ อาจารย์ในมหาวิทยาลัย และนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนี้

๑. สถาบันต้องวิเคราะห์ให้มีเนื้อหาในหลักสูตรปัจจุบันให้เหมาะสมทั้งด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ เช่นลดเวลาในส่วนที่เกินจาก Basic Requirement ของแพทยสภาเพื่อให้มีเวลาเพียงพอที่ผู้เรียนจะศึกษาและพัฒนาทักษะที่ต้องการเพิ่มเติมสำหรับแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ โดยคณะอนุกรรมการฯ เสนอเอกสารแนบ ๒ ฉบับ คือ Powerpoint เรื่อง Research in the Medical Curriculum ซึ่งสรุปแนวทางการเรียนการสอนของหลักสูตรต่างประเทศ (เอกสารประกอบ ๖.๑) และ The Lancet Commissions Report (เอกสารประกอบ ๖.๒)

๒. ข้อเสนอแนะสำหรับ: พื้นฐานการทำวิจัยที่สำคัญในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

๒.๑ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับพื้นฐานการทำวิจัยที่สำคัญ เป็น Core Competency ได้แก่ Basic Epidemiology, Biostatistics, Ethics, GCP, Critical Appraisal, Evidence-Based Medicine (EBM), Literature Review, Research Question Identification โดยผลจากแบบสำรวจความหลากหลายก็พบว่าหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในปัจจุบันมีการเรียนการสอนในส่วนนี้ส่วนใหญ่อยู่แล้ว (เอกสารประกอบ ๖.๓)

๒.๒ นอกจากการจัดการเรียนการสอนในเชิงทฤษฎีแล้วหลักสูตรฯ ควรคำนึงถึงความต่อเนื่องในช่วงการเรียนทางคลินิกเพื่อให้บัณฑิต/นักศึกษามีโอกาสฝึกปฏิบัติการทำวิจัย โดยให้เน้นที่ EBM ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติทุกคนจะต้องนำไปใช้ปฏิบัติจริงในอนาคตรวมทั้งคำนึงถึงปัญหาสุขภาพจริงในชุมชนและประเทศ

๒.๓ หลักสูตรต้องคำนึงถึงวิธีการวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการวิจัยของนิสิต/นักศึกษารายบุคคล และควรพิจารณาใช้ผลการประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการสำเร็จการศึกษา เช่น การประเมิน EBM ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยให้นักศึกษาแพทย์ identify ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติการจริงแล้วใช้ความรู้ด้าน EBM เพื่อวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (เอกสารประกอบ ๖.๔)

๒.๔ หลักสูตรฯ ต้องมีการอบรมเตรียมความพร้อมให้กับผู้สอนทุกระดับเพื่อให้สามารถสอนนิสิต/นักศึกษาในภาคปฏิบัติตามข้อแนะนำในข้อ ๒.๒-๒.๓ และสถาบันฯ ควรมีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมภาระงานของอาจารย์ที่ทำหน้าที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการและประเมิน

๓. ข้อเสนอแนะสำหรับหลักสูตรพิเศษ (special track) สำหรับแพทย์ที่จะมีอาชีพเป็นนักวิชาการ อาจารย์ในมหาวิทยาลัย และนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๑ หลักสูตรฯ ควรจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้นิสิต/นักศึกษากลุ่มนี้มีโอกาสได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม (เช่นมีอาจารย์ทั้งทางปรีคลินิก ทางคลินิก หรือศาสตร์อื่นๆ เพื่อเพิ่มมุมมองและโอกาสการสร้างนวัตกรรม)

๓.๒ หลักสูตรฯ ควรเพิ่มทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น research presentation skill, research writing skill

๓.๓ หลักสูตรฯ ควรจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้นิสิต/นักศึกษากลุ่มนี้มีโอกาสได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยควรมีระยะเวลาที่เพียงพอภายในระยะเวลา ๖ ปีของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เช่น ใช้เวลาในช่วงวิชาเลือกร่วมกับเวลานอกหลักสูตรในช่วงปิดเทอมหรือวันหยุด ซึ่งขึ้นกับการบริหารจัดการของแต่ละสถาบัน

๓.๔ จากข้อจำกัดด้านเวลา การคัดเลือกนิสิต/นักศึกษาเข้าหลักสูตรพิเศษควรเริ่มโดยเร็วเพื่อให้มีเวลาทำโครงการวิจัยได้เพียงพอ

๓.๕ หลักสูตรฯ ควรจัดให้มีทุนการศึกษาหรือทุนเพื่อสนับสนุนโครงการวิจัยเพื่อเป็นแรงจูงใจ

๓.๖ หลักสูตรฯ อาจจัดให้มีการมอบประกาศนียบัตรหรือวุฒิปริญญาบัตรพิเศษสำหรับบัณฑิตแพทย์ที่จบจากหลักสูตรพิเศษนี้

๓.๗ โรงเรียนแพทย์ควรมีนโยบายร่วมกันในการพิจารณาคัดเลือกอาจารย์แพทย์ที่จบจากหลักสูตรพิเศษนี้แล้วมีประสบการณ์การทำโครงการวิจัยหรือมีผลงานวิจัย

๓.๘ หลักสูตรฯ อาจเปิดโอกาสให้นิสิต/นักศึกษาได้ปริญญาโทหรือเอกในสาขาที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมด้วย ถ้านิสิต/นักศึกษามีความสามารถปฏิบัติได้ครบตามข้อกำหนดของหลักสูตรเพิ่มเติม โดยเรื่องเวลาว่าจะเพิ่มเติมมากน้อยเพียงใดขึ้นกับการบริหารจัดการของแต่ละสถาบัน

๓.๙ เอกสารแนบจากโครงการพิเศษสำหรับแพทย์ที่จะมีอาชีพเป็นนักวิชาการ อาจารย์ในมหาวิทยาลัย และนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์อยู่แล้ว ได้แก่ โครงการเพชรชมพูของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารประกอบ ๖.๕) โครงการ PhD/MD ของมหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการนวมณีของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารประกอบ ๖.๖)

เอกสารประกอบ ๖.๑ Research in the Medical Curriculum

RESEARCH IN THE MEDICAL CURRICULUM

Academic Physician/Researchers
Subcommittee Meeting

1 Dec 2014

Introduction of a Research component in the undergraduate medical curriculum –Review of a trend (Sreedharam J, Nepal J of Epidemiology 2012)

- Ability to conduct research is an important skill for the academic and professional advancement of an individual.
- Many developed countries have introduced more research programs for medical students
- Ranging from summer program (extracurriculum) to research block (within curriculum)
- In many developing countries, research is not a part of the medical curriculum yet.

Major barrier of introducing research in MD curriculum

- The TIME and VOLUME of content in the current MD curriculum
- The medieval curriculum focuses on didactic learning. Whether the research projects will deprive the student time that could be used for didactic training?
- Lack of time. Inadequate faculty-student interaction.
- Some faculty lack experience in research
- The nature of work (even in developed settings) makes it difficult to recruit the qualified health professionals into research.

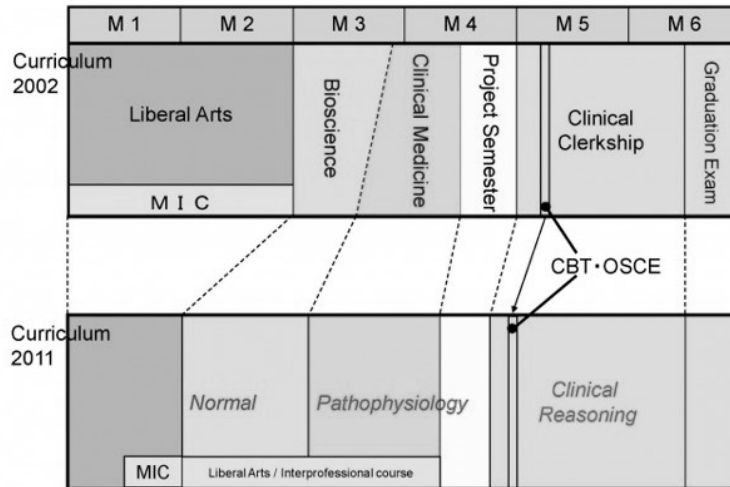
Guideline for implementation

- WHO, South East Asia Region meeting suggested that “Field-oriented/Field-based research is an important component of the undergraduate training in Community Medicine in all countries”.
- Linking the research activities in community medicine and clinical disciplines
- All institutes and research funding agencies must use a certain portion of their budget for promoting student research

Tokyo Medical and Dental University (TMDU)

- 6 years MD program (similar to Thailand)
- Project Semester (6 months) in the fourth year

Medical Curriculum



Erasmus University Medical Center

- 6 years MD curriculum similar to Thailand (3 year Bachelor and 3 year Master phase)
- Research Elective (6 months) in the last year

The Leiden Medical School

- 6 years MD curriculum similar to Thailand (3 year Bachelor and 3 year Master phase)
- Year 1 : basic epidemiology and biostatistics, Communication in Science (pair and write review article)
- Year 2: 3 wk course in scientific writing, discuss and judge a peer-reviewed article
- Year 3: Evidence-based medicine
- Year 4: 3 wk course on practical research skills (preparation for the individual research project)
- Research Project (3.5-6 months) just before or following their clinical clerkships

The Leiden Medical School “Extra track”

- “The Excellence Track” is available for 10 students
- At the end of their first year, these students are selected based on the basis of motivation and high grades
- In parallel to the MD curriculum, they spend 20% of their time on extra research under supervision at one of the departments of the LUMC.
- The selected students receive a small grant to visit scientific meeting abroad and can apply for a MD/PhD project for which 2 year of salary is provided by the LUMC

The Leiden Medical School “Extra track”

- “An Epidemiology Track”, students can focus on clinical research and clinical epidemiology”
- 12 wk of extra courses on clinical epidemiology and biostatistics are offered
- A Master class on Clinical Epidemiology

The Leiden Medical School “Extra track”

- “Biomedical Sciences Track”
- 3 mo-premaster course in basic sciences
- Upon successful completion, medical students can apply for a research master in Biomedical Sciences (1 year of extra study) in addition to the clinical master to become a physician.

Duke-NUS Graduate Medical School

- 4 years MD program
- The 3rd year is devoted to individual research
- Students have to submit a thesis e.g., identifying and cloning new gene at the lab bench, formulating public health policy, beginning studies toward a second degree, or studying specific patient populations
- Students can choose to pursue the MD/PhD program by devoting extended time
- Together with Family Medicine Clerkship

Yale University, School of Medicine

- All students begin research work during the summer following their first year (with stipends available to support summer research)
- Many students continue their research work in the afternoon, evening and weekends during the second year
- Additional 8 wk block available for student research during the summer before the beginning of the third year
- Additional 3 mo block available in late third year to mid-fourth year for completion of research work
- Total of 6-9 month for research during 4 year MD program
- Less Scheduled class hours than other medical school in the US

Yale University, “Extra 1 year program”

- One Year Medical Students Research Fellowships
- Fifth year with no extra tuition fee and student stipends

Yale University, “Joint Degree Programs”

- MD/Master of Health Sciences Degree Program
 - 2 pathways : Clinical research pathway and Laboratory/translational pathway
- MD/MPH (Department of Epidemiology and Public Health)
- MD/JD (Law School)
- MD/MBA (Management)
- MD/M.Div (Divinity School)

เอกสารประกอบ ๖.๓ ผลจากแบบสำรวจความหลากหลายพื้นฐานการทำวิจัยที่สำคัญในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

ชื่อสถาบัน	จำนวนอาจารย์ประจำที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา (คน)	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอนภาคทฤษฎีด้านการวิจัย	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอนภาคปฏิบัติ/ภาคสนามด้านการวิจัยหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนภาคทฤษฎี/ภาคสนามด้านการวิจัยหลักสูตร	โปรแกรมหัวข้อเนื้อหาที่สอดคล้องกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์	โปรแกรมบูรณาการวิจัยหรือรายวิชาเลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้นักศึกษามีบทบาทหรือวิจัยเชิงลึก	กิจกรรมเสริม/มอบหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีบทบาทวิจัย	ทุนสนับสนุนการวิจัยให้นักศึกษา (บาท)	โปรแกรมหรือการประชุมให้บัณฑิตศึกษานำเสนอผลงานในกรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔-๒๕๕๖ (ถ้ามี)	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	๓๙	๓๐	๐	๙๐	<p>โปรแกรมหัวข้อเนื้อหาที่สอดคล้องกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction to Evidence-Based Medicine - Evidence-Based Medicine on Diagnosis - Evidence-Based Medicine on treatment and prevention - Evidence-Based Medicine on Risk factor/cause of disease 	<p>โปรแกรมบูรณาการวิจัยหรือรายวิชาเลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้นักศึกษามีบทบาทหรือวิจัยเชิงลึก</p> <p>๑. รายวิชาเรื่องสังเคราะห์ทางการแพทย์และวิชาแพทยปี ๓ (เลือกศึกษาหัวข้อเรื่องตั้งแต่เกี่ยวกับการศึกษาแพทย์หรือวิชาชีพแพทย์ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา) เน้นความสามารถในทางคลินิก/หัวข้อเรื่อง การวางแผน สืบค้นข้อมูล การสรุปสาระสำคัญและคำแนะนำ) ๒. วิชาเวชศาสตร์ชุมชนปี ๔ (เน้นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน พร้อมทั้งแนวทางการค้นหาปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และการวินิจฉัยชุมชน ด้วยวิธีการระบาดวิทยา)</p>	<p>การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในโครงการวิจัย</p>	๕๐,๐๐๐ บาท	<p>๑) การประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย</p> <p>๒) การประชุมวิชาการแพทยศึกษา-โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท</p>	ห้องปฏิบัติการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๔	๔๒	๓๓	๑๖๘	<p>โปรแกรมหัวข้อเนื้อหาที่สอดคล้องกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digital & Print Library Systems • Formulating Questions • Research Ethics • Biostatistics • Introduction to online biomedical information • Curiosity & literature search • Clinical practice guidelines • Qualitative and quantitative research • Outcomes of measurement • Finding and appraising the evidence: clinical exam, diagnostics, prognosis and therapy • Systematic reviews & meta-analysis • Decision analysis and technology assessment 	<p>ระดับ Pre-clinic ชั้นปีที่ ๓</p> <ul style="list-style-type: none"> • โครงการวิจัยอยู่คู่วิทยาและพันธุศาสตร์ทางการแพทย์ ๑ • ประสบการณ์วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน • ประสบการณ์การวิจัยทางจุลชีววิทยาและภูมิคุ้มกันวิทยาทางการแพทย์ • โครงการวิจัยทางคลินิกทางการแพทย์ • ประสบการณ์การวิจัยทางการแพทย์ • ประสบการณ์การวิจัยทางเภสัชวิทยา • ประสบการณ์การวิจัยทางสรีรวิทยา ๑ • ประสบการณ์การวิจัยทางสรีรวิทยา ๒ • โครงการวิจัยอยู่คู่วิทยาและพันธุศาสตร์ทางการแพทย์ ๒ • การเขียนงานวิจัย ๑-๒ • การวิจัยทางภูมิคุ้มกันการติดเชื้อเอชไอวี • ประสบการณ์การวิจัยทางสรีรวิทยา 	<p>การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>- อื่นๆ เช่น โครงการเพชรชมพู/โครงการผลิตและบริหารการสุขภาพ (The Medical Students and Health Systems and Services: MS-HSS)</p>	๒๐๐,๐๐๐ บาท/โครงการ (เพชรชมพู)	<p>9th International society for Stem Cell Research (ISSCR)</p> <p>• AMEE Conference 2011, 2012, 2013</p> <p>• 25th EAMSC</p> <p>• 27th EAMSC</p> <p>• The 87th Annual Meeting of The Japanese Orthopedic Association</p> <p>• 24th Annual Scientific Meeting of the Stroke Society of Australasia</p> <p>• Second Global Symposium on Health Systems Research</p>	ห้องปฏิบัติการวิจัย, ฐานข้อมูล, นักสถิติ

ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์ มธรมติศาสตร์
จำนวนอาจารย์ประจำที่มีคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา (คน)	๙	๑๕	๑๕	๑๐	๑๐
จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี/ภาคสนาม/การวิจัยตลอดหลักสูตร	ไม่มีเป็นกระบวนการเรียนการสอนภาคทฤษฎี/ภาคสนาม/การวิจัยตลอดหลักสูตร	๓๐	๑๒๕	๔๑	ประมาณ ๖๐
จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี/ภาคสนาม/การวิจัยตลอดหลักสูตร	ไม่มีเป็นกระบวนการเรียนการสอนภาคทฤษฎี/ภาคสนาม/การวิจัยตลอดหลักสูตร	๔๕	๒๘	๑๒	ประมาณ ๓๐
จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี/ภาคสนาม/การวิจัยตลอดหลักสูตร	๕๔๐	๙๐	๑๓๕	๑๒๐	ประมาณ ๒๐๐
โปรแกรมบูรณาการวิจัยหรือโครงการวิจัยที่สนับสนุน/สนับสนุน/สนับสนุน	ไม่มี (ในหลักสูตร ๒๕๕๓)	ในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เป็นรายวิชาบังคับในหลักสูตร ได้รับทุนการวิจัยการทำสอนให้นักศึกษาได้รับรู้กระบวนการทำวิจัย มีการฝึกทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ทำโครงการและนำเสนอผลงาน เขียนรายงานส่ง แต่ไม่ได้กำหนดผลให้หรือวิจัยเชิงลึก	หลักการ และทักษะในการใช้เหตุผลทางคลินิก การประเมินคุณค่าของข้อมูลที่ใช้ในทางการแพทย์ กระบวนการนำข้อมูลสู่การปฏิบัติ กระบวนการวิจัยเชิงสถิติเบื้องต้น	Principle of EBM ขั้นตอนของการตัดสินใจ การค้นคว้าข้อมูล critical appraisal และการนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง	หลักการด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ critical thinking research methodology research proposal data analysis and biostatistics writing research etc
โครงการบูรณาการวิจัยหรือโครงการวิจัยที่สนับสนุน/สนับสนุน/สนับสนุน	ไม่มี (ในหลักสูตร ๒๕๕๓)	หลักการ และทักษะในการใช้เหตุผลทางคลินิก การประเมินคุณค่าของข้อมูลที่ใช้ในทางการแพทย์ กระบวนการนำข้อมูลสู่การปฏิบัติ กระบวนการวิจัยเชิงสถิติเบื้องต้น	หลักการ และทักษะในการใช้เหตุผลทางคลินิก การประเมินคุณค่าของข้อมูลที่ใช้ในทางการแพทย์ กระบวนการนำข้อมูลสู่การปฏิบัติ กระบวนการวิจัยเชิงสถิติเบื้องต้น	Principle of EBM ขั้นตอนของการตัดสินใจ การค้นคว้าข้อมูล critical appraisal และการนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง	หลักการด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ critical thinking research methodology research proposal data analysis and biostatistics writing research etc
กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีการวิจัย	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย, โครงการขอวิทยานิพนธ์	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย, มีการส่งเสริมการวิจัยเชิงลึกสำหรับนักศึกษาที่สนใจสมัครเข้าโครงการ โดยมีงบประมาณสนับสนุนและมีอาจารย์ที่ปรึกษา-โครงการวิจัยและมีระบบติดตามผลงาน ความก้าวหน้าของโครงการ	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย การเปิดโอกาสให้นักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย
ทุนสนับสนุนการวิจัยแก่นักศึกษา (บาท)	๒๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐ บาทตลอดหลักสูตร	๕,๐๐๐	๐	๒๐,๐๐๐ บาทต่อเรื่อง
วัตถุประสงค์ของโครงการ	Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor (CPIRD) Association for Medical Education in Europe (AMEE)	ไม่ได้ตั้งอย่างเป็นทางการทุกปี มีการนำเสนอในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน และมีงานนำเสนอในการประชุมวิชาการคณะบงปี	AMEE 2013 World Conference on Health Promotion 2013	-	งานประชุม AMEE 2013 - การประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ มธรมติศาสตร์ ทุกปี การวิจัย การวิจัยตามที่มีโครงการขอ
สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล, ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล	ฐานข้อมูล	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล, ตามที่มีโครงการขอ

ชื่อสถาบัน	1	อาจารย์ประจำภาควิชา (คณ.)	จำนวนอาจารย์ประจำภาควิชา (คน)	จำนวนการเรียนการสอนภาคการวิจัย	จำนวนการเรียนการสอนภาคทฤษฎี	จำนวนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ	จำนวนการเรียนการสอนภาคภาษาอังกฤษ	จำนวนการเรียนการสอนภาคภาษาอังกฤษตลอดหลักสูตร	ไปตระพบคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรที่แสดงความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	ไปตระพบข้อเนื้อหาที่สอดคล้องกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์	ไปตระพบรายวิชาบังคับหรือรายวิชาเลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้บัณฑิตศึกษาทำงานวิจัยต้นฉบับหรือวิจัยเชิงลึก	กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้บัณฑิตศึกษาศึกษาทำการวิจัย	ทุนสนับสนุนการวิจัยให้นักศึกษา (บาท)	ไปตระพบเรื่องการประเมินผลบัณฑิตศึกษานำเสนอผลงานในรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔-๒๕๕๖ (ถ้ามี)	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย
ชื่อสถาบัน	๑	1	๑	ปี ๑=๑๐ ชม., ปี ๒=๒๐ ชม., ปี ๓=๒๐ ชม., ปี ๔=๑๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	ปี ๑=๑๐ ชม., ปี ๒=๒๐ ชม., ปี ๓=๒๐ ชม., ปี ๔=๑๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	ปี ๑=๔ ชม., ปี ๒=๔ ชม., ปี ๓=๔ ชม., ปี ๔=๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	ปี ๑=๔ ชม., ปี ๒=๔ ชม., ปี ๓=๔ ชม., ปี ๔=๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	ปี ๑=๔ ชม., ปี ๒=๔ ชม., ปี ๓=๔ ชม., ปี ๔=๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	ปี ๑=๔ ชม., ปี ๒=๔ ชม., ปี ๓=๔ ชม., ปี ๔=๒ ชม., ปี ๕=๒ ชม.	๑. Basic Epidemiology ๒. Evidence based medicine (การตัดสินใจทางคลินิก, PICO การสืบค้น, critical appraisal) ๓. Community and clinical research ๔. How to write the critical	๑. self-development ๒. FMC 3 ๓. FMC 4 ๔. FMC 6	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์/นักวิจัย, การเปิดโอกาสให้นักศึกษานักเรียนเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	๑,๐๐๐	- AMIEE - นาน้อย - wonca - เวทีประชุมวิชาการ - เวทีสหพันธมิตร นวัตกรรม	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล
ชื่อสถาบัน	๑	๑	๑	๑๕ ชม. จำนวนมากกว่านั้น ขึ้นกับผู้ประเมิน	๑๕ ชม. จำนวนมากกว่านั้น ขึ้นกับผู้ประเมิน	๒๐๕	๑๐๕	๑๐๕	- มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการนำข้อมูลและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยมาวิเคราะห์ โดยอาศัยหลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย ใช้ภาษาไทย อังกฤษ ฝรั่งเศส และจีน รวมถึงชีวิต สังคม วัฒนธรรม ไม่มีปัญหาท้องถิ่น สามารถนำเสนอปัญหาในกรณีสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนด้วยการบริการสุขภาพแบบองค์รวม - ตระหนักในศักยภาพและข้อควรพัฒนาของตนในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตัดสินใจในการปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	Evidence-based medicine สอนในชั้นปี ๑	วิชา professional development และ วิทยานิพนธ์ทางการแพทย์พื้นฐาน	การเปิดโอกาสให้นักศึกษานักเรียนเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	มาจากแหล่งทุนในท้องถิ่น	-	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล
ชื่อสถาบัน	๑	๐	๐	๑๕ ชม. จำนวนมากกว่านั้น ขึ้นกับผู้ประเมิน	๑๕ ชม. จำนวนมากกว่านั้น ขึ้นกับผู้ประเมิน	๑๐๕	๑๐๕	๑๐๕	บัณฑิตศึกษานำเสนอผลงานในรอบปีการศึกษา ๒๕๕๔-๒๕๕๖	ห้องปฏิบัติการการวิจัย, ฐานข้อมูล					

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์ผู้สังคมในอนาคต Transforming medical education for future society

ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	จำนวนอาจารย์ประจำที่มีคุณวุฒิ	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอน/ภาคการศึกษา	จำนวนชั่วโมงการวิจัย	จำนวนชั่วโมงสอนภาคปฏิบัติ	จำนวนชั่วโมงการเขียน/การเรียบเรียงตำรา	จำนวนชั่วโมงการแปลเอกสาร/บทความวิจัย	จำนวนชั่วโมงการเข้าร่วมประชุม/สัมมนา	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย
ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒	ปี ๑-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ห้องปฏิบัติการวิจัย
ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ห้องปฏิบัติการวิจัย
ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ห้องปฏิบัติการวิจัย
ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ห้องปฏิบัติการวิจัย
ชื่อสถาบัน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ปี ๑-๖, ปี ๒-๖, ปี ๓-๖, ปี ๔-๖, ปี ๕-๖, ปี ๖-๖	ห้องปฏิบัติการวิจัย

ชื่อสถาบัน	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	จำนวน อาจารย์ประจำที่มี ๑ คน	จำนวน ชั่วโมงการสอนภาค การวิจัย ๓๖ ชม.	จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย ๑๒ ชม.	จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย ๑๒ ชม.	จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย ๑๒ ชม.	จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย ๑๒ ชม.	จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย ๑๒ ชม.
ผู้เขียนรายงาน	๑ คน	๓ คน	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
จำนวน ชั่วโมงการสอนภาค การวิจัย	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
จำนวน ชั่วโมง การเรียนการสอนภาค การวิจัย	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.
ชื่อสถาบัน	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	๑ คน	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.	๑๒ ชม.

ชื่อสถาบัน	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมทรวงศ์ นครราชสีมา	จำนวนอาจารย์ประจำที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา (คน)	จำนวนชั่วโมงเรียนภาคปฏิบัติ การวิจัยตลอดหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี การวิจัยตลอดหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี การวิจัยตลอดหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎี การวิจัยตลอดหลักสูตร	วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้อย่างน้อยที่สุดของหลักสูตรที่แสดงถึงความมุ่งเน้นต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	วัตถุประสงค์เพื่อหาที่สอดคล้องกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์	โปรดระบุรายวิชาบังคับหรือรายวิชาเลือก หรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้บัณฑิตศึกษาทำงานวิจัยต้นฉบับ หรือวิจัยเชิงลึก	กิจกรรมเสริม/มอบหลักสูตรที่ส่งเสริมให้บัณฑิตศึกษาทำกิจการวิจัย	ทุนสนับสนุน การวิจัยให้แก่นักศึกษานักศึกษา (บาท)	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย
		๑	๓๓.๕	๕๘	๒๖	๒๐	วัตถุประสงค์ผลิตแพทย์โดยรับนักศึกษาแพทย์จากทั้งที่ในและที่นอก มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กำกับดูแลโดยแพทยสภา พัฒนาให้เป็นแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจมีประสบการณ์และเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชุมชน สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม กู้การพัฒนาคณาจารย์และประชาชนมีความไม่สู้ มีคุณธรรมและสามารถดำรงชีวิตด้วยความสุข	What is EBM? Literature searching ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Cause and Harm good than harm: therapy การคัดกรองและวินิจฉัย (Diagnosis and screening) Using meta analysis and appropriate systematic reviews The Good, the Bad, and the Ugly: Choosing Guideline with confidence ความสัมพันธ์ถึงเหตุและผล (cause and Harm effect relationship) การพยากรณ์โรค (Prognosis) Evaluating qualitative research	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๕ โดรงรงงานวิจัย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ การวิจัยเชิงระบบ	ค่ายส่งเสริมประสบการณ์นักศึกษาแพทย์	๕,๐๐๐ บาท/เรื่อง	ห้องปฏิบัติการ การวิจัย, เจ้าหน้าที่ สติช่วย วิเคราะห์ข้อมูล
							ความสามารถในการใช้ IT ในการสื่อสารค้นข้อมูลทางวิชาการ change management ความสามารถในการนำงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ	Critical appraisal Clinical research Evidence-based medicine	การเปิดโอกาสให้นักศึกษาค้นคว้างานวิจัยโครงการวิจัย			งานประชุมวิชาการประจำปี ของ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การประชุมวิชาการชมรม เครือข่ายวิจัยของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ การประชุมวิชาการประจำปี โครงการผลิตแพทย์เพื่อชุมชน CPRD

ชื่อสถาบัน	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาล ราชบุรี	จำนวน อาจารย์ ประจำที่มี คุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านระบาด วิทยา (คน)	๑	จำนวน ชั่วโมง เรียนภาค ทฤษฎี ด้าน การวิจัย ตลอด หลักสูตร	๑๒ ชั่วโมง	จำนวนชั่วโมง การเรียนภาค ปฏิบัติ ภาคสนาม ด้าน การวิจัยตลอด หลักสูตร	๑๖/๓๐ ชั่วโมง	จำนวนชั่วโมง เรียนภาค สอนภาคปฏิบัติ ภาคสนาม ด้าน การวิจัยตลอด หลักสูตร	๑๖/๓๐ ชั่วโมง	จำนวน ชั่วโมงการ เรียนภาค สอนภาค ทฤษฎี ด้าน การวิจัย ตลอด หลักสูตร	๑๔ ชั่วโมง	โครงการคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ หรือ มาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรที่แสดงถึงความเข้มแข็ง ต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	วัตถุประสงค์ หรือ มาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรที่แสดงถึงความเข้มแข็ง ต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	วัตถุประสงค์เพื่อเนื้อหาที่สอดคล้องกับ เวชศาสตร์รังสีประจักษ์	ไม่	ไปตระเตรียมรายวิชาบังคับหรือรายวิชา เลือกหรือกิจกรรมในหลักสูตรที่ให้ บัณฑิตนักศึกษากำงานวิจัยต้นฉบับ หรือวิจัยเชิงลึก	กิจกรรมเสริม/นอก หลักสูตรที่ส่งเสริมให้บัณฑิต นักศึกษานำผลการวิจัย	ทุน สนับสนุน การวิจัยให้ นักศึกษา (บาท)	-	การประชุมวิชาการ CPRO2013 มีนักศึกษาแพทย์หน้า เสนอลงทุน	สิ่ง สนับสนุน การวิจัย ด้าน การวิจัย
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า	๑ คน	๒๔ ชั่วโมง	๖๐ ชั่วโมง	๖๐ ชั่วโมง	๓๖๐ ชั่วโมง	๑. คิดเป็น ๒. ทำเป็น ๓. ผู้ใช้และผู้จัดการเรียนรู้	มีความรู้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่สนใจ และให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (๕) มีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชาชน (Health promotion and health care system: individual, community and population health) (๖) มีการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Continuous professional development) เพื่อสร้างและพัฒนาความสามารถด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้มีมาตรฐาน ทันสมัย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สังคมและการเปลี่ยนแปลง	Basic of epidemiology Measurement in Epidemiology Study Design	1. Measurement of Outcomes 2. Biostatistics 3. Scientific reasoning and process-Qualitative and Quantitative Research 4. Overview of Evidence-based Medicine 5. Formulating Questions+SDL 6. Finding the best evidence 7. Pub Med Searching 8. Clinical Appraisal - Etiology & Diagnosis - Therapy - Prognosis 9. Clinical Practice Guidelines 10. An Overview of Systematic Reviews & Meta-analysis Workshop - Prognosis - Therapy - Etiology - Clinical Exam & Diagnosis - Clinical Exam & Diagnosis Systematic Reviews & Meta-analysis	๑. การวิจัยทางพันธุศาสตร์เชิงลึก ๑ ๒. การวิจัยทางพันธุศาสตร์เชิงลึก ๒ ๓. โครงการวิจัยทางพันธุศาสตร์ ๔. ประสบการณ์วิจัยทางพันธุศาสตร์ ๕. ประสบการณ์วิจัยทางพันธุศาสตร์ ๖. ประสบการณ์วิจัยทางพันธุศาสตร์ ๗. เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ๘. ประสบการณ์การวิจัย ๑ ๙. ประสบการณ์การวิจัย ๒	การเป็นผู้ช่วยอาจารย์นักวิจัย, การเป็นโคออร์ดิเนเตอร์นักศึกษา เป็นเจ้าของโครงการวิจัย	๕๕,๐๐๐ บาท เรื่อง	๑. ประชุมวิชาการประจำปี รพ.พระปกเกล้าวิชาการ ๒. ประชุมวิชาการแพทยศาสตร์ ศึกษาโครงการคลินิกแพทย์เพื่อ ชาวชุมชน (CPRD)	ห้องปฏิบัติการ การวิจัย, ฐานข้อมูล							
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาล นครราชสีมา	๑	๑๘	๘๕	๒๖๖																	

ชื่อสถาบัน	จำนวนอาจารย์ประจำที่มีคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา (คน)	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอนภาคทฤษฎี/ด้านหลักสูตรตลอดหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอนภาคปฏิบัติ/ภาคสนาม/ด้านหลักสูตรตลอดหลักสูตร	จำนวนชั่วโมงเรียนการสอนภาษาอังกฤษตลอดหลักสูตร	โปรแกรมคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรที่แสดงถึงความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต	โปรแกรมบูรณาการเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์	โครงการบูรณาการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ระดับนิสิตศึกษาทั้งในวิจัยพื้นฐานหรือวิจัยเชิงลึก	กิจกรรมเสริม/นอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาฝึกการวิจัย	ทุนสนับสนุนการวิจัยแก่นิสิตนักศึกษา (บาท)	ปีงบประมาณที่โครงการประชุมให้ทุนสนับสนุนการวิจัย	สิ่งสนับสนุนด้านการวิจัย
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลป่าปาง	๒	๙	๗๘		Introduction to EBM and self-study technique	Community-based research ระดับปี ๔	มี	ฐานข้อมูล			
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลทิดต๋อง	-										
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลทิดต๋อง	-	ปี ๖ เรียน ๔๘ ชั่วโมง	ปี ๖ เรียน ๗๒ ชั่วโมง	-	-	บูรณาการเวชศาสตร์ครอบครัว ๕	-	ฐานข้อมูล			
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อุดรราชธานี	๑	๓๐	๖๐	-	๑. อธิบายขั้นตอนกระบวนการวิจัยระบบสารสนเทศสุขภาพ ๒. ใช้กระบวนการวิจัยในสาขาโรคและเผยแพร่การวิจัย ๓. อธิบายความถูกต้องและเชื่อถือได้ของผลการวิจัย ๔. พิจารณาตนเองทั้งการศึกษาระดับปริญญา การใช้งาน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง	เวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว ๔	ไม่มี	ฐานข้อมูล			
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลอุดรธานี	๐	๖๐	๒๘	๐	มีความรู้ทักษะ สามารถนำไปแก้ปัญหาสถานการณ์ของประชาชน ครอบครัว และชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีคุณธรรม		ให้องานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปี ๕ โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็น	๐			
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลแม่พระ	๐						การเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	๐			ฐานข้อมูล
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสระบุรี	-	-	-								
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลเชียงใหม่	๓	๗	๔		ไม่มีเสียค่าใช้จ่าย และศึกษาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ	Introduction to EBM and self study technique EBM assignment EBM presentation EBM diagnosis test	การเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	๑๘,๐๐๐ บาท	CPIRD ๒๐๑๑-๒๐๑๓	ห้องปฏิบัติการ การวิจัย, ฐานข้อมูล	
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์	๑				สามารถเป็น life long learner	Journal club research for medical student topic discussion	การเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาเป็นเจ้าของโครงการวิจัย	๕๐,๐๐๐ บาท/year	ไม่มี แต่ส่งตีพิมพ์ในวารสารของ มร. ได้	ฐานข้อมูล, ทุน	

เอกสารประกอบ ๖.๔ สรุปการเรียนรู้การสอน Evidence Based Medicine (EBM) สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี ๖
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สรุปการเรียนรู้การสอน Evidence Based Medicine (EBM) สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี ๖

ระยะเวลาในการสอน

เริ่มสอนตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๔๘ ถึง ๒๕๕๖

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้

๑. ตั้งคำถามจากกรณีผู้ป่วยศึกษา (Clinical Question) ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย (Diagnosis) ปัจจัยเสี่ยง (Risk & harm) การรักษา (Treatment) และพยากรณ์ของโรค (Prognosis) เพื่อนำไปสู่การค้นคว้าเพิ่มเติม
๒. ค้นหาหลักฐานอ้างอิงที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและพิจารณาคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงตามหลักการ Evidence-Based Medicine ได้ถูกต้อง
๓. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาพยากรณ์ของโรค ในกรณีผู้ป่วยศึกษา (Case scenario) ได้

รูปแบบการเรียนรู้การสอน

- นักศึกษาทำรายงานเป็นรายบุคคล ๑ ฉบับ เริ่มจากการตั้งคำถามจากผู้ป่วย ค้นหาข้อมูลด้วยตัวเอง เลือกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อตอบคำถาม ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้นตามหลัก EBM วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อตอบคำถามจากผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- ส่งรายงานที่เสร็จสมบูรณ์ทาง website ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในเวลาที่กำหนด
- อาจารย์ผู้รับผิดชอบนักศึกษาดำเนินการตรวจและประเมินรายงานที่ส่งให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยการสื่อสารตอบกลับทาง website

จำนวนนักศึกษา

นักศึกษาแพทย์ปี ๖ ทั้งชั้นปี จะต้องผ่านการเรียนการสอนนี้ โดยมีจำนวนนักศึกษาประมาณ ๑๖๐-๑๘๐ คน/ปีการศึกษา

อาจารย์ผู้รับผิดชอบ

รายวิชานี้จำนวนอาจารย์ผู้รับผิดชอบ ๑๕ คน เนื่องจากทรัพยากรทางด้านบุคลากรอาจารย์ที่มีความรู้พื้นฐานทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและ EBM มีจำนวนจำกัด ดังนั้นอาจารย์ ๑ ท่าน จะต้องดูแลนักศึกษาแพทย์ประมาณ ๑๐-๑๒ คน/ปีการศึกษา

ผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชา

นักศึกษาแพทย์ปี ๖ ทุกคน สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้คะแนนมากกว่า ๖๐% และมีจำนวนนักศึกษาผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่า ๘๐% ถึงร้อยละ ๓๐

ทั้งนี้ มีนักศึกษาแพทย์บางคนที่สามารถแสดงศักยภาพทางด้าน EBM และได้รับการสนับสนุนผลักดันให้ศึกษาต่อด้านระบาดวิทยา จนบรรจุเป็นอาจารย์ประจำปฏิบัติงานกลุ่มสาขาวิชาระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ

เหตุผลที่ปรับปรุง

เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนอาจารย์ที่มีอยู่จำกัด และอาจารย์ผู้รับผิดชอบต่างมีภาระงานประจำที่มีเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทำให้การประชุมการเรียนการสอน EBM ล่าสุด เห็นสมควรให้มีการปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนเป็นการเรียนเป็นแบบกลุ่มโดยใช้เวลาช่วงเวลา Elective เริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๕๗ เป็นต้นมา และมีแผนในการประเมินผลการเรียนการสอนทุกปีเพื่อปรับปรุงต่อไป

โครงการเพชรชมพู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความสามารถสูงในด้านการวิจัย และการเป็นครูแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาประเทศ

กิจกรรม/การอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพนิสิต

หัวข้อ/เนื้อหา

- | | |
|--|---|
| - ปฐมนิเทศ | - การประเมินการสอน |
| - บทบาทครูแพทย์ | - หลักการและรูปแบบการประเมินผล |
| - คุณสมบัติครูแพทย์ | - การสืบค้นข้อมูลและการคัดลอก |
| - หลักการ, ประมวลรายวิชา, แผนการสอน | - การพัฒนา Professional Development ด้านการเป็นครูแพทย์ |
| - จิตวิทยาการเรียนรู้ | - การทำงานเป็นทีมและผู้นำ |
| - การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนการสอน | - การคิดอย่างมีวิจารณญาณ |
| - หลักการวิจัย | - เวชจริยศาสตร์ |
| - ทักษะการสื่อสาร | - การพิจารณาบุคคลอย่างองค์รวม (กาย, ใจ, วิญญาณ) |
| - การพัฒนาบุคลิกภาพ | - การนำหลักคำสอนของศาสนาเป็นหลักในการครองตน |
| - การให้คำปรึกษา | - การสอนจุลภาค (Micro Teaching) |
| - วิธีการสอนแบบต่าง ๆ | - Review Literature |

เกณฑ์ของนิสิตที่มีสิทธิสมัครเข้าโครงการ

1. เป็นนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดหลักสูตร
2. ผ่านการสอบภาษาอังกฤษได้คะแนน CU TEP ไม่น้อยกว่า 75 หรือ TOFEL ไม่น้อยกว่า 79 คะแนน (Internet-based) หรือ IELTS ไม่น้อยกว่า 60 หรือเทียบเท่า

การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ

1. มีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นครูและการทำงานวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากเรียงความแสดงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการ การเขียนโครงร่าง/โครงการเกี่ยวกับการเรียนการสอนและหรือการวิจัย และสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการ
2. มีจดหมายรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและ หรืออาจารย์ที่เคยทำงานร่วมกัน 2 ฉบับ
3. มีคุณธรรม จริยธรรม ประพฤติตนอยู่ในครรลองที่เหมาะสม

การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

4. มี Portfolio ที่สมบูรณ์ตามเกณฑ์
5. ไม่เคยถูกลงโทษทางวิจัย
6. ผ่านการประเมินว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

สิทธิประโยชน์ของนิสิตที่ได้รับการคัดเลือก

1. ได้รับการสนับสนุนค่าเล่าเรียนขณะอยู่ในโครงการ
2. ได้รับสิทธิเข้าพักในหอพักนิสิตแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
3. ได้รับการสนับสนุนเพื่อการเรียนการสอนไม่เกิน 200,000 บาท ต่อนิสิตเพชรชมพู 1 คน ตลอดโครงการ โดยไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี และมีหลักฐานการจ่ายเงินทั้งนี้ต้องได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

สิทธิประโยชน์ของนิสิตที่ได้รับการคัดเลือก (ต่อ)

4. สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการไปเสนอผลงานทั้งในและต่างประเทศตามที่จ่ายจริงและไม่เกิน 200,000 บาท ตลอดโครงการ
5. หากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เป็น first author จะได้รับเงินรางวัลเป็นเงิน 5,000 บาท ในระดับชาติ หรือ 10,000 บาท ในระดับนานาชาติ
6. ได้รับเกียรติบัตรโครงการเพชรชมพู

ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ

มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติ หรือ นานาชาติ โดยนิสิตแต่ละคนมีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่องภายใน 1 ปี หลังจบโครงการ และ/หรือมีผลงานเกี่ยวกับนวัตกรรมการศึกษาที่มีการนำไปใช้งานจริง

การสมัครเข้าร่วมโครงการ

ส่งใบสมัครพร้อมเอกสาร

1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
2. ใบประมวลผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน
3. ผลการสอบภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 2 ปี นับจนถึงวันสมัคร
4. เรียงความ 1 เรื่อง ความยาว 1-2 หน้ากระดาษ เป็นภาษาไทย
บรรยายเหตุผลในการสมัครเข้าโครงการ
5. โครงการที่คิดว่าจะทำเมื่อได้รับเลือกให้ร่วมโครงการเพชรชมพู
ความยาวประมาณ 4-5 หน้า
6. จดหมายรับรอง จากอาจารย์ที่ปรึกษาและหรืออาจารย์ที่เคยทำงาน
ร่วมกันจำนวน 2 ฉบับ

เอกสารประกอบ ๖.๖ โครงการ PhD/MD มหาวิทยาลัยมหิดล
และโครงการนวมณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สรุปโครงการแพทย์นักวิจัย-วิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

	Mahidol Medical Scholars Program	นวมณี
เจ้าของโครงการ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ชื่ออื่น	<ul style="list-style-type: none"> โครงการ Ph.D. - M.D. โครงการ Ph.D. - M.D. / D.D.S. / Pharm.D. โครงการผลิตอาจารย์แพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการผลิตอาจารย์แพทย์-นักวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล 	<ul style="list-style-type: none"> Cultivating Wisdom Project
เริ่มโครงการ	พ.ศ. ๒๕๓๓	พ.ศ. ๒๕๕๗
วัตถุประสงค์	เพื่อผลิตแพทย์ที่เป็น นักวิจัย-วิชาการ	
หลักสูตร พ.บ. ปกติ	<p style="text-align: center;">M.D. / D.D.S.</p>	
หลักสูตรสำหรับ Mahidol Medical Scholars Program		
หลักสูตรสำหรับ Cultivating Wisdom-นวมณี		

	Mahidol Medical Scholars Program	นวมเมธี
คุณสมบัติ ของผู้เข้า โครงการ	<ul style="list-style-type: none"> GPA >๓.๐๐ 	<ul style="list-style-type: none"> GPA >๓.๒๕ มีผลงานวิจัยที่พร้อมตีพิมพ์เมื่อสิ้นสุดปีที่ ๕ ของหลักสูตร พ.บ.
สิทธิ ประโยชน์ ของนักศึกษา ในโครงการ	<ul style="list-style-type: none"> ค่าธรรมเนียมการศึกษาในระดับปริญญาตรี (B.Sc.) และปริญญาโท/ดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.) เงินเดือน ตามลำดับขั้นการศึกษา ๕,๐๐๐-๑๑,๑๒๐ บาท เงินสนับสนุนประชุมวิชาการทั้งใน/ต่างประเทศ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เงินสนับสนุนวิจัย ๑๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๔ ปีการศึกษา เงินสนับสนุนการทำวิจัยทั้งใน/ต่างประเทศ ไม่เกิน ๖ เดือน เงินสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับการฝึกอบรมคุณสมบัติของนักวิจัย-วิชาการ ไม่มีเงินเดือนพิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ขอทุนวิจัย นักศึกษาสามารถขออนุญาตนำเสนองานวิจัยจากกองทุนพัฒนาแพทยศาสตร์
หน้าที่ของ นักศึกษาใน โครงการ	<ul style="list-style-type: none"> ตั้งใจศึกษาและทำงานวิจัยให้สำเร็จ ปฏิบัติตามเกณฑ์ของหลักสูตรที่ศึกษา และมหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ และแจ้งความคืบหน้าทางการศึกษาให้ทางโครงการฯ ทราบเป็นระยะ ดำเนินการต่างๆ ตามข้อกำหนดของโครงการฯ 	
เส้นทางชีวิต เมื่อสำเร็จ จากโครงการ	<ul style="list-style-type: none"> เป็นอาจารย์สอนในโรงเรียนแพทย์ และทำงานวิจัยในสาขาที่สนใจ ฝึกอบรมต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และปฏิบัติงานในคณะฯ หรือหน่วยงานอื่นๆ ประกอบวิชาชีพในหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน 	

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ประเด็นที่ ๖: การผลิตแพทย์เพื่อให้ความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัย

๖. การเตรียมให้แพทย์มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยพึงดำเนินการดังนี้

- ๖.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม และมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย
- ๖.๒ ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยตั้งแต่ระยะแรกของหลักสูตร และจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ
- ๖.๓ เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน
- ๖.๔ สร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยให้แก่ผู้เรียน

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์
๒. ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงณัฐธิดา หิรัญกาญจน์

ข้อเสนอแนะ

- ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์เฉลิม วราวิทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
 - สนับสนุนชั้น pre-clinic ในการทำวิจัยและตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ
- นายแพทย์พิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 - ๖.๑ หลังจากคำว่า “จัดให้ผู้เรียนได้ทำงานวิจัยจริง” อยากให้เติมว่า “จากงานประจำ” จะทำให้เกิด lifelong learning จะเข้ากับวิจัยคือวิถีชีวิต
 - ๖.๕ ตัวอย่างสำคัญมาก คือ role model น่าจะต้องมีการแนะนำพัฒนาอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีมาก interpersonal development
 - หลักสูตร mythology น่าจะสอนปี ๓ ช่วงปลายปีแทน
- พลโท รองศาสตราจารย์วิโรจน์ อารีย์กุล วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
 - ตัวอย่างที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า นักเรียนทุกคนก่อนจะจบต้องได้ทำงานวิจัย ได้เรียนรู้กระบวนการวิจัย เหมือนกระบวนการนักวิจัยจริง ๆ แบบเต็มรูปแบบ และนำเสนอ (เป็นภาษาอังกฤษ) ตีพิมพ์ และมีเวทีสำหรับนำเสนองานวิจัย มีการประกวด ได้ประกาศนียบัตร และบางครั้งสามารถนำไปเสนอในต่างประเทศได้ ซึ่งคิดว่าการจัดการเรียนการสอนเรื่องงานวิจัยไม่ใช่เรื่องยาก
 - อาจารย์สอนและทีมงานต้อง support เยอะ จะทำให้เด็กได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยดีมาก ๆ
 - งบประมาณสำคัญมากในการทำวิจัย เนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์ต้องใช้งบประมาณมาก ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 - ถ้ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันน่าจะพัฒนาไปได้เร็ว ส่วนงบประมาณก็เห็นด้วย
- นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - เห็นด้วยไม่ว่าหมอที่ไหนก็ต้องทำวิจัยเป็น เห็นด้วยว่าควรอยู่ในงานประจำ ทำให้เด็กเห็นว่ามันไม่ยากเกินไป ไม่ว่าจะ เป็น specialist หรือ community ก็ต้องทำงานวิจัยเหมือนกัน และให้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น “ความทุกข์ของอาจารย์แพทย์กับนักศึกษาในศตวรรษที่ ๒๑”
 - ควรศึกษาถึงองค์ความรู้ในการเข้าถึงระบบบริการของท้องถิ่นเป็นอย่างไร
 - ชี้แจง จริงๆ ควรอยู่ในงานประจำและถ้าไม่เกี่ยวกับเรื่องงบประมาณก็คงจะทำให้คงทนยั่งยืน
- นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 - ควรเขียนข้อเสนอแนะให้ชัดเจน ถึงงานวิจัยควรเป็นความรู้พื้นฐานของทุกโรงเรียนแพทย์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 - มีรายละเอียดของที่มาที่ไปและจะทำให้สมบูรณ์ในตอนสุดท้ายเพื่อความชัดเจน
 - ในภาพใหญ่ของประเทศไทยยังขาด professional researcher ที่จะแก้ปัญหาหลายๆ ของประเทศ ควรสร้างบัณฑิตแพทย์รุ่นใหม่ให้เป็น professional researcher
 - น่าจะ apply กับแพทย์ส่วนใหญ่ ที่เป็นคนใช้ประโยชน์จากงานวิจัย
 - เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้สังคม การใช้ประโยชน์งานวิจัย team learning งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ทีมแพทย์ ทีมสุขภาพทั้งทีมต้องเรียน
 - Anti-role model เป็นอุปสรรคในการแสวงหาความรู้และใช้ความรู้ในการทำวิจัย และการปกปิดข้อมูลตัวเอง ปกปิดคนไข้ ปล่อยให้อิทธิพลของบริษัทยาเข้ามาครอบงำ
 - How to งานวิจัยทำแบบ story telling เป็นประโยชน์ต่อการสร้างองค์ความรู้ใหม่และนโยบายอย่างไร
- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุส สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ผู้ที่จะวิจัยต้องมีคุณสมบัติ ใฝ่รู้ ชี้สงสัย ตั้งคำถาม อาจารย์จะบอกให้เด็กเป็นแบบนั้นได้อย่างไร น่าจะมีการหล่อหลอมได้ ขอให้ที่ปรึกษาเขียนคำถามเกี่ยวกับคนไข้ที่เขาจับเพื่อฝึกการตั้งคำถาม หรือเพิ่มการตั้งคำถามในการเขียนรายงานผู้ป่วยโดยไม่ต้องหาคำตอบ
- รองศาสตราจารย์ ดร.วรารุณ เอี้ยวสกุล สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
 - ในหลักสูตรมี core เหมือนกันของเกณฑ์แพทยสภา ควรเพิ่ม selective มากขึ้น และ elective หลักสูตรจึงต้องมี ๓ อย่างนี้ ให้สามารถเทียบกับต่างประเทศได้
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ได้ศึกษาข้อดีข้อเสีย โครงการ PhD/MD อยากบอกว่าการทำให้มีความหลากหลายเป็นสิ่งที่ดี นักเรียนแพทย์เขามีความฝันหลายอย่าง บางคนอยากเป็นนักวิจัย ถ้าเราขยายให้กว้างมากขึ้น คิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ เราจึงควรร่วมกันทำทั่วประเทศ Track นี้เป็นเรื่องดีแต่ต้องมีการพุ่มพักและทำให้กว้างขึ้น น่าจะดี

- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - เห็นด้วยกับการมีงานวิจัย เมื่อไหร่ที่โรงเรียนแพทย์พูดถึงวิจัย ก็จะพูดถึง community research, critical research ต้องเปิดกว้างสำหรับวิจัยหลายรูปแบบ และกว้างขวาง
 - อาจารย์และกรรมการ ethics ควรยอมรับ research ในรูปแบบอื่นๆ บ้าง
 - ควรมีเวทีสำหรับนำเสนอแบ่งปันข้อมูลงานวิจัยในประเทศ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในประเทศไทยและเกิดการพัฒนา ซึ่งไม่จำเป็นต้องตีพิมพ์เท่านั้น
 - ควรจัดเวลาให้นักศึกษาได้ทำงานวิจัยที่มีคุณภาพ
- **พันตรีทงสรรค์ เทียนถาวร วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า**
 - ทำอย่างไรให้จัดอยู่ใน ๖ ปีได้ เราใช้ ๓ ปี ให้เด็กได้เรียนรู้มีพื้นฐานงานวิจัยในประเด็นที่เด็กสนใจ และปี ๔ ขึ้นไป ลองให้เด็กคิดคำถามวิจัย ว่าสนใจอะไรบ้าง และทำวิจัยชุมชน ทำเรื่องอะไรที่เหมาะสมกับชุมชน หรือนำเรื่อง clinical เข้ามาสู่ชุมชนก็ได้ อาจแค่ตั้งปัญหากับการทำงานที่พบมา และไม่ใช้เด็กได้อย่างเดียวอาจารย์ก็ได้ด้วยได้เห็นมุมมองที่หลากหลาย
- **แพทย์หญิงณัฐินี นันทาทอง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา**
 - ถ้าจะเป็น academic physician ต้องมีทักษะของการเป็นนักวิจัย เช่น learning-method evaluation แม้ว่าจะลงไปชุมชนก็ต้องมีความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยชุมชนด้วย

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- **แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง**
 - เห็นด้วยอย่างยิ่งที่ Integrate เรื่องงานวิจัยไปในหลักสูตรแบบไม่ต้องเพิ่มเวลาเรียน
 - ควรพัฒนาอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยเพื่อเป็นที่ปรึกษาสำหรับเด็กสำคัญยิ่งเพราะครูผู้บ่มเพาะหล่อหลอมจิตวิญญาณของนักเรียนแพทย์ให้มีความคิดไปในทุกๆ ด้าน
- **นายธณภพ การุญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**
 - ควรมีการปลูกฝังความรู้เกี่ยวกับงานวิจัย หรือระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญ และนำไปใช้เมื่อจบเป็นแพทย์ได้ เพราะเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเห็นประโยชน์ถึงเนื้อหาของงานวิจัย และไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้เท่าที่ควร
 - การปลูกฝังให้มีทัศนคติที่ดีต่องานวิจัยแก่นักศึกษาแพทย์ เพราะ guideline หรือวิธีการรักษาต่างๆ ล้วนมีที่มาจากการทำงานวิจัยทั้งสิ้น และอุปสรรคที่บางมหาวิทยาลัย เช่น ค่าใช้จ่าย แหล่งเงินทุน เวลาทำให้เกิดอุปสรรคที่ทำให้ทำงานวิจัยได้ไม่เต็มที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรนำไปพิจารณา
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมยุรี หอมสนธิ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - อาจารย์และบุคลากรในสถาบันและโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่มีความรู้ความชำนาญด้าน quantitative research แต่ research ยังมีด้าน quantitative social-behavioral และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ research ที่ไม่ใช่ quantitative จึงไม่ควรถูก quantify หรือ mediatize ไปทั้งหมด

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ในประเทศไทยหากให้นักศึกษาทำวิจัย ท่านคิดว่าหัวข้อใดบ้าง หรือปัญหาวิจัยใดที่ควรเป็นทิศทางหลัก ซึ่งสามารถนำผลงานวิจัยมาใช้ในชุมชนหรือสังคมได้จริง
 - ควรปรับ MD เป็น Master degree ด้านการวิจัย
 - กระตุ้นให้นักศึกษารู้จักตั้งคำถาม หรือใช้ EBM น่าจะเป็นพื้นฐานส่วนสำคัญ และเพิ่มเติมต่อไปยังการทำโครงการ หรือวิจัยพื้นฐานโดยใช้ Positive motivation มากกว่าการบังคับด้วยหลักสูตรหรือหน่วยกิจ
 - การมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มีอยู่ของนักศึกษา เช่น IFMSA ซึ่งมี SCORE มีการแลกเปลี่ยนในการวิจัยระดับนักศึกษา อาจส่งเสริมต่อยอดได้โดยอาจารย์หรือคณะกรรมการที่ช่วยส่งเสริม และควรสร้างความร่วมมือกันในระหว่างสถาบันภายในประเทศ เพื่อความเจริญของประเทศ



ประเด็นที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ประเด็นที่ ๗: การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรจัดให้มีกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์ที่หลากหลาย (diversified) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต และสอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์
๒. อาจารย์ ดร. นายแพทย์ดนัย วังสุตรค

ข้อเสนอแนะ

- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - การเพิ่มพูนทักษะไปอยู่ในวิชาต่างๆ ซึ่งนักศึกษาสามารถไปศึกษาต่อในเรื่องที่เขาสนใจ อยากนำเสนอในเรื่องที่สำคัญ คือ สังคมคาดหวังให้แพทย์ไปทำงาน รับภาระทุกอย่าง การที่จบแพทย์ extern แล้วไปทำงานเลย คิดว่ามีทักษะไม่พอ เราจึงต้องมีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะก่อน จะเป็นไปได้หรือไม่ว่าเมื่อเขาจบการอบรมเพิ่มพูนทักษะแล้วจะได้ license เพิ่มเติม เพื่อประกันว่าเขามีความรู้ มีทักษะที่จะไปทำงานได้จริงๆ ซึ่งตอนนี้ นักศึกษาแพทย์ได้ license แล้วจึงไปต่อเพิ่มพูนทักษะ จึงอาจจะมี temporary license ก่อนก็ได้
 - ปัจจุบันนี้ยังไม่ได้มีการประเมินนักศึกษาแพทย์ที่จบ extern ควรมีการประเมินความรู้ ทักษะนักศึกษาแพทย์ก่อน
 - ควรให้นักศึกษาแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ได้ไปทำงานใช้ทุนก่อนอย่างน้อย ๑ ปี เนื่องจากที่เป็นอยู่ นักศึกษาบางรายจ่ายเงิน ๔ แสน แล้วก็ไปทำงานที่อื่น
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - แพทย์เพิ่มพูนทักษะ มีการกำหนดเกณฑ์หลายประการ ตั้งแต่มีความรู้ ทักษะ และสุดท้ายคือการอยู่อย่างมีความสุข และมีเกณฑ์รายละเอียดอื่นๆ เช่น อยู่ในโรงพยาบาลที่มี ๑๒๐ เตียงขึ้นไป และมีอีกหลายอย่าง แต่เกณฑ์ในปัจจุบันแพทยสภาได้ปรับลดลง ซึ่งประเด็นนี้อาจจะพิจารณาว่าการเพิ่มพูนทักษะ ควรให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถทำงานได้ เห็นคุณค่าในโรงพยาบาลชุมชน ควรพิจารณาว่ามีทักษะที่จำเป็นสำหรับแพทย์อะไรบ้าง ที่จะไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน
 - เรื่องประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่มีขึ้นมาใหม่ ซึ่งควรปรับให้เป็นเครือข่ายเขตประกันสุขภาพในพื้นที่
 - ที่รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์กล่าวเรื่อง การออกไปฝึกประสบการณ์ ๑ ปี ก่อนที่จะออกไปทำงานที่อื่น ซึ่งตรงนี้โรงเรียนแพทย์ก็น่าจะสอนได้ครบใน ๖ ปีแล้ว แต่ถ้านักศึกษาแพทย์มีทักษะไม่เพียงพอ ควรจะเป็นความรับผิดชอบของโรงเรียนแพทย์หรือไม่
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล วีระศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับมอบหมายจากแพทยสภา ให้ไปตรวจเยี่ยมแพทย์เพิ่มพูนทักษะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกปี สิ่งที่ได้เรียนรู้มา คือแพทย์เพิ่มพูนในหลายๆ ที่จะทำงานหนักมาก และเน้น

การรักษาพยาบาล แต่ในเรื่องอื่นๆ ไม่สามารถรับประกันได้ว่าเมื่อเขาจบแล้ว จะสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขหรือลดความเสี่ยงได้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทำ guideline และตัวชี้วัดว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะในแต่ละปีควรทำอะไรบ้าง เช่น การได้เรียนรู้เรื่องการบริหารทั้งในโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน เรียนรู้เรื่องการจัดการในโรงพยาบาล เรียนรู้การทำงานกับชุมชน ส่วนในเรื่องการรักษาไม่น่าห่วง แต่ควรมี guideline แนะนำการลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน เมื่อจบควรมีคณะกรรมการเข้าไปประเมินนักศึกษาดูว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ซึ่งตรงนี้จะเป็ประโยชน์แก่โรงพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ ที่จะเป็ไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

• **ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

- มองเห็นว่า เราละเลยการศึกษาของบัณฑิตแพทย์ไป ที่แพทยสภาได้กำหนดไว้ว่าต้องไปถึงแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เป็นเรื่องที่ดีที่นำมาพูดกัน เพราะไม่เคยได้นำมาพูดกันเลย ตั้งสมมติฐานไว้ว่า การที่แพทยสภา กำหนดไว้ ในเรื่องหัตถการ ในระดับที่ ๑ และ ระดับที่ ๒ ซึ่งเกณฑ์นี้ทุกคนจะสามารถทำได้ระดับที่คาดหวัง จากการเรียนแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งในเรื่องนี้กระทรวงสาธารณสุข ควรรับทราบ โรงเรียนแพทย์และศูนย์แพทย์ก็ควรรับทราบเรื่องนี้ด้วย ในเรื่องนี้ขาดการประสานงานกันและไม่ได้วางแผน อย่างเป็นระบบ
- เมื่อไม่ได้พูดคุยในประเด็นที่หนึ่ง จึงไม่ได้มีการกำหนดว่าควรทำอะไร อย่างไร ไม่ทราบว่ามีติดตาม แพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือเปล่า ซึ่งไม่มีรายงานหรือข้อมูลที่แสดงให้เห็นของเรื่องนี้
- โรงเรียนแพทย์ “หวังลมๆ แล้งๆ” ว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะจะได้รับการดูแลหลายเรื่องจากโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และจะไม่มีการปฏิบัติหรือการสอนเลยในเรื่องนั้นๆ ซึ่งต้องพิจารณาและ พังเล็งในเรื่องนี้ด้วย
- การเรียนของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ต้องจัดเป็น systematic ที่เป็นระบบ
- เรื่องการติดตามผล อยู่ในความรับผิดชอบของใคร ใครทำหน้าที่ แพทย์จะบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างไร มีเกณฑ์ในระดับใด มีใครรับผิดชอบ ต้องให้มีการพูดคุยกัน และต้องวางแผนว่าใครรับผิดชอบในส่วน ใด และเป็นไปตามแพทยสภากำหนดหรือไม่
- สบพช. ต้องรู้ว่าการติดตามงานผลิตแพทย์ ไม่ใช่จบที่ พบ. แต่ต้องไปถึงแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ถ้าไปถึง จุดนี้แล้ว ปัญหาจะเป็นอย่างไร เมื่อสองปีก่อน เกิดเป็น pilot project ติดตามดูว่านักศึกษาแพทย์ เพิ่มพูนทักษะสามารถไปได้ถึงไหน และได้ให้มีการทดสอบ แต่พบว่าข้อสอบมีน้อยมาก เพราะมีเพียง ๗ ข้อ ในปีนี้ ทำ ๑๐ ข้อ ปีหน้ามี ๑๒ ข้อ มีแพทย์สนใจสมัครใจ ๓๒๑ คน จาก ๒๑ โรงพยาบาล มี ๔๕% สอบผ่านทุกข้อ มี ๓๕% ตก ๑ ข้อ มี ๑๒% ตก ๒ ข้อ และมี ๑ คน ผ่านเพียงแค่อข้อเดียว จาก ๗ ข้อ ซึ่งทำให้เห็นว่าสิ่งที่แพทยสภาได้กำหนดไว้ ไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง ได้เสนอว่าควรที่ จะมีการ workplace base เป็นตัวกำกับ
- สำหรับการประเมิน ศรช.บอกว่า ไม่เกี่ยว เพราะต้องให้แต่ละโรงเรียนประเมินเอง โดยเน้นประเมิน จากการปฏิบัติจริง
- เกณฑ์แพทยสภาไม่ได้ให้ความสำคัญกับ การคลอด เพราะเรื่องหัตถการให้ความสำคัญกับเรื่อง emergency medicine เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งถูกมองข้ามไป ควรนำมาพูดกันในเรื่องนี้

- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท**
 - ควรให้มีการทบทวนเรื่องการเพิ่มพูนทักษะ ต้องมองตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการฝึกอบรม ได้มีโอกาสร่วมงานกับเครือข่าย ๑๐ โรงพยาบาล และทำมาหลายปี ซึ่งพบว่าแพทย์ที่จบไป มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอ จบไปแล้วส่วนหนึ่งใช้ทุนก็หลุดไปเลย และเมื่อนักเรียนแพทย์ต้องการไปเรียนต่อเมืองนอกก็ไม่สามารถไปได้เนื่องจากทักษะไม่เพียงพอ จึงให้นักเรียนแพทย์ไปทำงานในชุมชน และให้เพิ่ม technical skill ให้มีประสบการณ์มากขึ้น
 - เกณฑ์จึงอยู่ที่แต่ละโรงพยาบาลจะประเมินอย่างไร สิ่งที่แพทย์สภาทำได้ คือ การทำให้เป็นเกณฑ์ทั่วไป และติดตามนักศึกษา ให้คงอยู่ในชุมชน ไม่ออกไปเร็ว พยายามให้อยู่ ๓ ปีให้ได้ และสุดท้าย จึงมีโครงการ CPIRD เข้ามา
 - เกณฑ์เหตุการณ์ มี ๒๔ เกณฑ์ ที่ผ่านการทำประชาพิจารณ์จากทั่วประเทศ แต่ไม่สามารถทำได้ในโรงเรียนแพทย์หรือศูนย์แพทย์ แต่ให้ไปทำในระดับหลังปริญญา Post track แต่ถ้าเป็นเหตุการณ์ในระดับ ๑ ทุกคนต้องทำให้ได้ ส่วนระดับที่สูงขึ้นไป แพทย์จะต้องพัฒนาตนเอง จึงมีเกณฑ์นักเรียนแพทย์ได้ตรวจสอบว่าทำอะไรได้บ้าง โครงการนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาทำได้ และต้องให้ไปอยู่โรงพยาบาลใหญ่ เพื่อให้เกิด technical skill
 - ในตอนนี้ มีนักเรียนแพทย์จบปีละ ๒,๐๐๐ กว่าคน ใน ๓ ปีที่ใช้ทุน เราจะต้องพุ่มพักให้มีทักษะที่ดี และออกแบบให้เหมาะสมว่าจะไปทางเชี่ยวชาญ หรือใช้ระบบหมุนเวียนเพื่อให้นักเรียนได้เข้าไปฝึกในเวิร์ด
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญชัย พานทองวิริยะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
 - ๔๐ ปีก่อน การเป็น internship เรามีความ smart ในการทำงานชุมชน ทุกคนมุ่งมั่นที่จะบริการให้แก่ประชาชน แต่หลังจากนั้นเมื่ออยู่ระบบ internship ทำให้ความสามารถ ความรู้ของนักเรียนแพทย์ลดลง
 - ปัญหาของการเพิ่มพูนทักษะที่บดบังที่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คือ common medicine ไม่คล่อง การลงไปโรงพยาบาลชุมชน ต้องไปอยู่ในชุมชนได้เลย ถ้าเป็น resident ก็จะไม่ตอบสนองต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนอาจารย์ต้องจัดการหลายอย่าง เช่น จัดเวร จัดระบบหมุนเวียน ซึ่งนักเรียนแพทย์ต้องทำงานแทน
 - การประสานงานระหว่าง สสจ. กับ โรงพยาบาลอำเภอ ที่จะให้นักศึกษาแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความเหมาะสมแค่ไหน ผู้ตรวจการจะประเมินได้หรือไม่ และสุดท้ายการผลิตแพทย์เพิ่มพูนทักษะยังจำเป็นหรือไม่ ส่วน MD ที่เกิดมาหน้าตาจะเป็นอย่างไร มีความภาคภูมิใจหรือไม่
- **อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์**
 - จะทำอย่างไรให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบอย่างแท้จริง มีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ความหลากหลายควรให้เกิดการต่อยอดที่จะนำไปสู่การเพิ่มพูนทักษะ
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - เห็นด้วยว่าการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะนั้น ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแพทย์ ปัญหาในตอนนี้เราขาดการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นระบบ และขาดระบบประกันคุณภาพการศึกษา ซึ่งทุกวันนี้แพทย์สภาให้โรงเรียนแพทย์ไปตรวจประเมิน แต่ไม่ได้ไปถึงว่าเราจะพัฒนาอย่างไร และจะทำให้ระบบดีขึ้นได้อย่างไร

- o temporary license ควรให้มีก่อน ส่วนเมื่อผ่านการประเมินแล้ว จึงค่อยมี license
- o ระบบที่ส่ง พบ. จบใหม่ ส่งไปทำงานที่ โรงพยาบาลชุมชนเลยทันที เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ทั้งแพทย์เองและประชาชน
- **อาจารย์ นายแพทย์ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**
 - o การดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในเรื่อง accountability จะเป็นอย่างไร ให้รางวัลอย่างไร และจะเพิ่มพูนทักษะอย่างไร
- **นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง**
 - o โครงการเพิ่มพูนทักษะจะทำไปเพื่ออะไร แต่ที่เข้าใจการให้แพทย์ได้มีทักษะที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้แพทย์ไปทำงานในชุมชนได้จริง ซึ่งจากประสบการณ์ของผม ตอนไปทำงาน ต้องการความรู้และทักษะในเรื่องการทำคลอด แต่ทำไม่เป็น การลงไปทำงานจะต้องไปทำงานเป็น “เบ้” จึงไม่ได้เรียนรู้จากการทำงานมากนัก
 - o ในส่วนนักเรียนทุน มี track ให้เลือก แต่บางคนมีเป้าหมายอยากจะเป็นหมอแบบไหนอยู่แล้ว จึงไม่เปิดใจเรียนรู้ จึงทำให้การเพิ่มพูนทักษะเป็นเรื่องภาระและเสียเวลา เพราะเขาไม่ได้อยากไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน
 - o มีการประเมินจากแพทย์สภาทุกปี แต่โรงพยาบาลจังหวัดจะมา “เตี้ยม” กับนักศึกษาแพทย์ ไม่ให้พูดแง่ลบหรือไม่ดี ทำให้การประเมินไม่เป็นจริง
 - o ควรมีการประเมิน intern ในแต่ละระดับ ควรมีการประเมินอย่างไร
 - o ตอนนี้ ควรเพิ่มเรื่อง life skill และ public health เข้าใจระบบบริการ และเสนอว่าควรให้ฝึก ๒ ปี ก่อนที่จะจบ
 - o แพทย์ fixed ward จะไม่เข้าใจคนไข้และไม่เข้าใจชุมชนเลย ซึ่งแพทย์ที่อยู่ในวอร์ด จะมีแนวโน้มไปเป็นอาจารย์จำนวนมาก ซึ่งตรงนี้จะทำให้เกิดการบิดเบี้ยวไป เพราะยังมีประสบการณ์ในชุมชนไม่เพียงพอ
- **อาจารย์ นายแพทย์สมพงษ์ นาคพิณิจ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**
 - o ทำงานกับชุมชนและเป็น specialist ด้วย แพทย์เพิ่มพูนทักษะต้องการงานรับใช้สังคม จึงใช้คำว่า general practictional ซึ่งตรงนี้คาดหวังให้แพทย์จบใหม่ทำงานได้ ฝ่าตัดเล็กๆ ได้ ทักษะเหล่านี้คาดหวังให้แพทย์จบใหม่ไปทำงานกับชุมชน แต่เมื่อผ่านไป พบว่าแพทย์ยังอาจจะมีทักษะไม่เพียงพอ จึงเกิดโครงการนี้ขึ้น
 - o คำว่า public health ในตอนเรียนจะได้เรียนน้อยมาก เป็นอีกส่วนที่กว้างกว่าที่ พบ. จะเรียน ซึ่งไม่น่าสงสัยว่าเรียนจบไปเราจะเน้นที่ พบ. ไม่ได้ไปถึง public health ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ ประสบการณ์ตัวเองต้องทำงานทั้งในชุมชนและเชิง technical ด้วย เราจะต้องพิจารณาให้เหมาะสม
- **แพทย์หญิงบุญรัตน์ วราชิต สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท**
 - o ในตอนนี้ สบพช. ได้รับมอบหมายจากแพทย์สภาในเรื่องการดูแล intern ด้วย และจะทำอย่างไรให้เกิดการประเมินแบบ workplace base assessments ซึ่งตอนนี้ก็ต้องยอมรับว่าในบางโรงพยาบาลมีบุคลากรน้อย ทำให้ intern เกิดการเรียนรู้น้อย ส่วนการลงไปเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ต้องมีระบบหมุนเวียนให้ลงไปศึกษาด้วย และพบว่า intern บางคนไม่ตั้งใจเรียนรู้และปฏิบัติงาน ควรจะให้ มี temporary license หลังจากจบเพิ่มพูนทักษะแล้ว

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ์ วัฒนเรืองโกวิท คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - เห็นด้วยกับ temporary แต่จะเหมาะกับ license ด้วย
 - เห็นด้วยกับการพัฒนาเชิงระบบ แต่ทั้งประเทศก็ไม่สามารถใช้ระบบเดียวกันได้ เพราะมีความหลากหลาย เพราะฉะนั้นการเพิ่มพูนทักษะไม่ได้มุ่งหวังให้ไปทำงานชุมชนเพียงอย่างเดียว เพราะมีความหลากหลาย และไม่จำเป็นต้องขยายไปถึงสองปีแล้ว ควรมีการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อตรวจสอบมาตรฐานได้
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - การมี intern เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น การกำหนด outcome เราดู function intern ได้สองแบบ คือ ๑) ยังไม่มีทักษะเลย และ ๒) เป็นการเตรียมพร้อมที่จะไปเป็นแพทย์ แต่ตรงนี้ใครจะรับผิดชอบ เพราะแพทยสภาให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งฝ่ายอบรมและประเมิน จึงต้องควรมีองค์กรมารับผิดชอบดูแลในเรื่องนี้โดยเฉพาะ
- นายแพทย์สรรัตน์ เลอมานูวรรรัตน์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 - ในความเป็นจริง intern ต้องสามารถทำได้ทุกอย่างได้
 - แพทยสภาไม่ได้คิดเกณฑ์จากความต้องการของชาติ แต่คิดจากการต้องการทดสอบเป็นขั้นๆ ไม่ได้สร้างเกณฑ์เพื่อการปฏิบัติ
 - เกิดการต่อรองให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนขาดกำลังคน ซึ่งในเรื่องนี้ต้องคุยกันเป็นภาพรวม
 - ในระยะยาว ควรทำแบบมองเชิงระบบทั้งหมด ในครั้งนี้ดีใจที่ดึง stakeholder เข้ามา แต่ยังไม่ทั้งหมด และควรมองร่วมกัน ซึ่งไม่รู้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะทำอะไร อย่างไร ตอนนี้ต้องการ outcome-based มาติดตามดู เพื่อที่จะนำไปใช้พัฒนาต่อ
 - ในระยะสั้นเสนอให้ทุกโรงเรียนแพทย์ ต้องสอนเรื่อง indication ในการเพิ่มพูนทักษะ ต้องเน้นเรื่องการดูแลคนไข้ได้
 - วิธีการประเมินต้องคุยกันจริงๆ ว่าปัญหาของโรงพยาบาลคืออะไร และปัญหาของประเทศคืออะไร
 - การนำเกณฑ์มาใช้ ต้องใช้เกณฑ์ชาติ ไม่ใช่เป็นเกณฑ์แค่สอบเท่านั้น ซึ่งเรื่องนี้เป็นพันธกิจ
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรสัจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - การจัดการเรียนรู้จะอย่างไร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดการทำงานมากกว่า คือ ให้น้อง intern ไปทำงานแทนหน้าที่
 - intern รู้สึกเป็นทุกข์ คือ ทำงานหนัก ค่าตอบแทนน้อย พี่ดูแลไม่ดี อยากเสนอให้มีข้อกำหนดเรื่องเวลาการทำงานด้วย เพราะในต่างประเทศมีการทำแบบนี้
- แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง
 - โรงเรียนแพทย์ต้องปลูกฝังเรื่อง pro-active และใฝ่รู้ใฝ่เรียน อดทนและไม่หนีปัญหาซึ่งในรุ่นปัจจุบันเราไปปกป้องรุ่นน้องใหม่ๆ มากไปหรือเปล่า
 - การเพิ่มพูนทักษะควรเพิ่มตั้งแต่ก่อนที่จะเข้ามา ไม่ใช่ไปเพิ่มในปีสุดท้ายและในทุกๆ ปี ควรแทรกเรื่องชุมชน เรื่องวิจัยเข้าไปตลอด

- ควรปลูกฝังเรื่องความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง intern รุ่นใหม่ต้องเข้าไปสองคนเพราะคนเดียวไปทำงานไม่ได้

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- นายธนภพ การุญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 - ควรมีการจัดการเรียนรู้ให้ได้ไว้ในแผนที่เป็นแผนหลัก คือ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และควรจัดแผนกรองตามศักยภาพของแต่ละศูนย์ และตามโรคหรือสภาวะที่พบเจอได้บ่อยในพื้นที่นั้น เพื่อให้แพทย์จบใหม่มีความรู้ทักษะพื้นฐาน ตัวอย่างเช่น ER รวมทั้งจัดให้มีการฝึกในโรงพยาบาลชุมชนเหมือนในปัจจุบัน อีกทั้งควรมีการพิจารณาให้การฝึกแพทย์เพื่อเพิ่มพูนทักษะเป็นส่วนหนึ่งในการได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยสมบูรณ์



ประเด็นที่ ๘: เกณฑ์ความรู้ความสามารถและ
การสอบในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็น
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
ประเด็นที่ ๘: เกณฑ์ความรู้ความสามารถและการสอบในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงษ์ อัครพล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินันท์ เกตุลลอย

ข้อเสนอแนะ

- อาจารย์ แพทย์หญิงวรลักษณ์ สัจจาตุระ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ในการวัดประเมินผลของ ศรว. ข้อมูลที่ได้ไม่ควรเป็นข้อมูลเพื่อทราบ แต่ควรนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง การผลิตนักศึกษาแพทย์ด้วย
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - มีข้อสังเกตว่า ใคร หน่วยงานใดบ้างควรมีส่วนร่วมในการออกแบบเกณฑ์ประเมินผล คงไม่ใช่หน้าที่ของ แพทยสภาเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งที่ผ่านมาในการกำหนดเกณฑ์ประเมินผล มีการนำเสนออย่างหลากหลาย แต่ไม่มีข้อมูลมารองรับเกณฑ์นั้นๆ และปัจจุบัน คณะแพทยศาสตร์แต่ละสถาบัน ยังไม่สามารถ ร่วมกันสร้างมาตรฐาน core competency ของการผลิตแพทย์ได้ ทำให้เกณฑ์ประเมินของ ศรว. ที่กำหนดไว้นั้นมีข้อโต้แย้งจากสถาบันต่างๆ โดยสรุป เราควรหา minimum requirement ของการ ผลิตนักศึกษาแพทย์
- อาจารย์ นายแพทย์พิชิตพล วัชรวงศ์วาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ผู้ใช้บัณฑิตแพทย์ ควรมีส่วนร่วมในการออกแบบเกณฑ์ประเมินของ ศรว.หรือไม่ อย่างไร (ผู้ที่ไม่ใช่ อาจารย์แพทย์ แต่มีประสบการณ์ในการรักษา และเห็นความสำคัญที่นักศึกษาแพทย์ต้องมีความรู้)
 - ข้อสอบของ ศรว. ยังมีความรู้ที่ไม่ครอบคลุม core competency ของการเป็นแพทย์
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัลลิ สัตยาศัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ให้ข้อชี้แจงว่า เกณฑ์ในการประเมินแพทย์เพิ่มพูนทักษะของ ศรว. มาจากกรรมการหลายส่วน และมี การให้ผู้ใช้บัณฑิตแพทย์ได้ร่วมออกแบบประเมินด้วย
- แพทย์หญิงอุษา ศิริบุญฤทธิ์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลชลบุรี
 - เกณฑ์การประเมิน ศรว. ที่มีอยู่นั้น ปัจจุบันมีความเหมาะสมอยู่หรือไม่ เห็นว่าควรมีการทบทวนเกณฑ์ โดยนำผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholder) มาร่วมกำหนดด้วย
- พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรพร พ่วงพงษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
 - ทำไม่ถึงมีการปรับเกณฑ์ประเมิน NL ๑ ในส่วนของโรคที่เกี่ยวกับมะเร็งทั้งหมด ซึ่งถูกย้ายไปอยู่ในส่วน ที่เป็น “ควรรู้” ไม่ใช่สิ่งที่ “ต้องรู้” ซึ่งควรย้ายมาเป็นเรื่องที่ “ต้องรู้”

- มีข้อสังเกตว่าในการสอบ license ในหน้าแรกมีการระบุว่าห้ามคัดลอกข้อสอบ แต่เมื่อสอบเสร็จกลับพบว่าสหพันธ์นักศึกษาแพทย์ มีการนำข้อสอบมารวมเล่มขาย อยากให้โรงเรียนแพทย์ทำสัตยาบันร่วมกันว่าการสอบ license ต้องไม่มีการคัดลอกข้อสอบออกมาเผยแพร่ เพื่อไม่ให้เกิดการท้วงข้อสอบเพื่อสอบ
- การสอบ National Resident ควรมีการติวข้อสอบหรือไม่ เพราะการติวทำให้แพทย์สามารถสอบผ่านได้ แต่ทำให้แพทย์ไม่สนใจการเรียนเพื่อให้มีความรู้จริง
- **พลตรี รองศาสตราจารย์วิชัย ประยูรวิวัฒน์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า**
 - การสอบ ศรว. มีข้อสอบบางข้อที่ยากเกินกว่าความรู้ของนักศึกษาแพทย์ เป็นความรู้ของ Resident ปัจจุบันพบว่า นักศึกษาแพทย์เรียนเพื่อสอบ ไม่ได้เรียนเพื่อรู้ เราควรจะทำอย่างไรเพื่อให้นักศึกษาแพทย์เรียนเพื่อรู้ ไม่ได้เรียนเพื่อสอบ สะท้อนให้เห็นว่าอาจารย์แพทย์ ก็มุ่งสอนให้นักศึกษาแพทย์เรียนเพื่อสอบผ่านมากกว่าเพื่อความรู้
 - ควรมีการปรับเกณฑ์ประเมินผลของ ศรว. ให้มุ่งการประเมินผลความรู้หลักของแพทย์
- **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**
 - เกณฑ์ประเมินของ ศรว. การปรับเกณฑ์เป็นบทบาทของแพทยสภาซึ่งกำลังดำเนินการปรับอยู่
 - ศรว. จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๔๖ ซึ่งเกิดจากการที่อาจารย์แพทย์ร่วมกันสร้างสรรค์ขึ้นมา สร้างหลักประกันกับคนในสังคมว่า แพทย์ที่เราผลิตขึ้น มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลคนในสังคมได้
 - อยากให้โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ถ้าเห็นข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ขอให้แจ้ง ศรว. ด้วย เพื่อปรับปรุง ร่วมกันสร้างแพทย์ที่มีมาตรฐาน
 - อยากให้คณะแพทย์ ทำการประเมินเพื่อปรับวิธีการเรียนรู้ของสถาบันตนเอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการกำกับการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์



ประเด็นที่ ๙: ภาระงานอาจารย์แพทย์และการพัฒนาอาจารย์
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ประเด็นที่ ๙: ภาระงานอาจารย์แพทย์และการพัฒนาอาจารย์

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติการกิจด้านการศึกษได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุนส่งเสริมและประเมินภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์ทางการศึกษา

ผู้ดำเนินการประชุม

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงษ์ อัครพล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินันท์ เกตุลอย

ข้อเสนอแนะ

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพนัสยา เขียวธาตกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ในข้อเสนอฯ ยังไม่มีการระบุเรื่องจริยธรรม โดยเฉพาะแพทย์กับบริษัทฯ ไม่มีการกำกับเรื่องนี้อย่างชัดเจน เสนอให้ควรมีกำหนดนโยบายเรื่องจริยธรรมของแพทย์ ให้ครอบคลุมถึงการกำกับบริษัทฯ บริษัท สปอนเซอร์ต่างๆ ที่เข้ามาสนับสนุนแพทย์ในด้านต่างๆ ไม่ให้มีอิทธิพลในการใช้ยารักษาคนไข้
 - เสนอแนะให้แพทย์ไม่ควรรับสปอนเซอร์จากบริษัทฯ ในทุกรูปแบบ เพื่อแสดงความโปร่งใสในการบริหารงาน และแสดงถึงความมีจริยธรรมต่อวิชาชีพ
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เรื่องบริษัทฯ ขอเสนอทางออกว่า ควรมีการตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการห้องยาและเครื่องมือแพทย์ ของคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีอำนาจในการตัดสินใจใช้ยาตามมาตรฐานคณะกรรมการยาแห่งชาติ โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนหรืออยู่ภายใต้อำนาจของบริษัทฯ
 - การพัฒนาครูแพทย์ ควรเป็นแบบ on the job learning คือเปิดการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละสถาบันมีการส่งแพทย์ไปปฏิบัติงานบ้าง การเรียนรู้จากคนไข้บ้าง ซึ่งควรมีการพัฒนาครูแพทย์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ความรู้ในตัวของอาจารย์เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง ไม่ใช่พัฒนาแบบ off the job Learning ซึ่งควรมีการสนับสนุนให้เกิด workplace ให้เกิดการจัดการความรู้ที่เป็น tacit knowledge ที่เกิดจากความเชี่ยวชาญของอาจารย์แพทย์
 - การพัฒนา database ของอาจารย์แพทย์ ให้เป็นข้อมูลที่แสดงถึงการพัฒนาความรู้ของตัวอาจารย์แพทย์เอง และควรมี smart supporter staff เพื่อคอยดูแลอาจารย์แพทย์ให้มีความสะดวกในการทำงาน
 - การประเมินผล ควรเป็นการประเมินแบบ multi-dimensional คือครอบคลุมหลายมิติ ซึ่งการประเมินต้องให้มีผลสะท้อนกลับในเรื่อง information feedback / moral feedback / material feedback
 - การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการพัฒนาระบบให้ครูแพทย์ดีๆ เข้ามาทำงานนานๆ ไม่ให้เกิดการ anti-role model ซึ่งทำให้แพทย์ไม่ยอมมาเป็นครูแพทย์

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมยุรี หอมสนิท คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ตั้งคำถามว่า พบปัญหาลูกศิษย์ถูกคุกคามทางเพศทั้งทางกาย ทางวาจา แต่ไม่ถูกนำเสนอเพื่อหาทางแก้ไข ในความเป็นครู เมื่อรู้ข้อมูลนี้แล้ว ไม่สบายใจ เราจะแก้ปัญหาลักษณะนี้อย่างไร และจะมีแนวทางเครื่องมือในการป้องกันปัญหานี้อย่างไร
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย สุนทรโลหะะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - เมื่อคัดเลือกครูแพทย์มาแล้ว ให้มีการฝึกอบรมความเป็นครูกับครูแพทย์ด้วย ให้เป็น professional standard ในความเป็นครู เป็นนักวิชาการ วิชาชีพแพทย์
 - ควรมีการวางระบบ ระเบียบที่เหมาะสม ในการสนับสนุนให้ครูแพทย์ได้ทำหน้าที่ครูอย่างเต็มที่ ให้ครูเกิดความอยากทำงานกับสถาบันอย่างมั่นคง
 - การประเมินผลงาน ควรเป็นไปตามเนื้อหาของอาจารย์นั้นๆ
- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัลลี สัตยาชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - เห็นด้วยกับ professional standard แต่อยากให้ทบทวนเกณฑ์การประเมินเข้าสู่ตำแหน่งวิชาการ จากเดิมที่พิจารณาจากงานวิชาการ จากผลงานวิจัย ทำให้คนที่มุ่งแต่การสอนโดยไม่มุ่งงานวิจัย ขาดโอกาสก้าวหน้าทางตำแหน่งวิชาการ การพิจารณาตำแหน่งทางวิชาการ ควรมีการพิจารณาการสอนประกอบด้วย
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทยา ธิวาทันท์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
 - อยากให้บรรจุคำว่า “ครู” อยู่ในเอกสารราชการด้วย โดยหมายรวมถึงอาจารย์ที่เป็น ผศ./รศ./ศ. ซึ่งต้องมีการทำงานวิชาการมาก ขณะเดียวกันให้รวมถึงคนที่ตั้งใจสอนลูกศิษย์จริงๆ โดยไม่ได้มุ่งตำแหน่งทางวิชาการด้วย นั่นจะทำให้ครูแพทย์ได้รับการพัฒนาให้ก้าวหน้าอย่างเท่าเทียมกัน “จงช่วยกันพัฒนาครู อย่าพัฒนาแต่อาจารย์”
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวนิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
 - ในการประชุม พศช. ครั้งที่ ๘ เราพูดถึงการสร้างครูแพทย์ ที่เป็น role model จนกระทั่งปัจจุบันก็ยังขาดอยู่ เราจะทำอย่างไรที่จะจูงใจแพทย์ให้มาเป็นครูแพทย์
 - ระบบงานของครูแพทย์ ยังขาดพี่เลี้ยงในการดูแลให้คำแนะนำครูแพทย์ใหม่ เราควรมีระบบพี่เลี้ยงให้กับครูแพทย์ในระยะ ๓ เดือนแรก เพื่อให้เขาารู้ เขามั่นใจในการเป็นครูแพทย์
 - การคัดเลือกครูแพทย์ ควรมีเกณฑ์คัดเลือกการเป็นครูแพทย์ เพื่อให้ได้ครูแพทย์ที่ดี
- นายแพทย์รายิน อโรรา สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
 - ในการเป็นครูแพทย์นอกจากการมีความรู้และทักษะแล้ว พบว่าเรื่องทัศนคติในการเป็นครูมีความสำคัญกว่า เพราะเรื่องความรู้และทักษะแพทย์ทุกท่านมีศักยภาพอยู่แล้ว ฉะนั้นในการเป็นครูแพทย์ อยากให้มีการปรับทัศนคติครูก่อนเริ่มต้นสอนนักศึกษาแพทย์
 - อยากให้มีการ orientation แพทย์ที่จะมาเป็นครู โดยการสร้าง inspiration ให้กับครูแพทย์ตั้งแต่ครั้งแรกจะทำให้เขาเห็นคุณค่าของการเป็นครู จากนั้นค่อยให้เขาเลือกเรื่องที่เขาสนใจ จะสอน และพัฒนาด้วยการทำ professional learning community (PLC)
 - การเป็นครูแพทย์ ควรมีมาตรฐานของการเป็นครู ให้แพทย์ที่มาเป็นครูสามารถสอนลูกศิษย์ให้ได้ดี เหมือนกับตอนที่เป็นแพทย์รักษาคนไข้

- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตวัต รุ่งเจติฟ้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - บทบาทของอาจารย์แพทย์ ถูกจำกัดด้วยกรอบพันธกิจของสถาบัน ทำให้อาจารย์แพทย์ขาดอิสระในการทำงาน อยากให้มุ่งการให้ความสำคัญกับความสุข การทำงาน
 - ควรพัฒนาการตอบแทนการเป็นครูแพทย์ที่ดีให้มีความชัดเจน ไม่เน้นการพิจารณาการตอบแทนจากการประเมินงานวิชาการหรือตำแหน่งวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่ควรเน้นให้ครูแพทย์ได้ทำหน้าที่ครูให้เป็นต้นแบบที่ดีกับนักศึกษาแพทย์
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานุกาฬ เลชะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - ควรมีการพัฒนาอาจารย์แพทย์แบบครบวงจรตั้งแต่ recruit/develop/maintenance
 - การเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ ควรมีการพิจารณาการเรียนการสอนและการทำงานวิชาการ ควบคู่กัน
 - ควรมีการทบทวนรูปแบบการประเมินการเรียนการสอนของครูแพทย์ให้ได้ผลลัพธ์ที่แท้จริงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาครูแพทย์และรูปแบบการสอน
 - ผู้ที่เข้ามาเป็นอาจารย์แพทย์ ยังขาดทักษะการสอน
 - การดูแลครูแพทย์ ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีการดูแลโดยการตั้งมาตรฐานครูแพทย์ และกำหนดค่าตอบแทนเป็น ๔ ระดับ ตามภาระการสอนและงานวิชาการ
- **นิสิตแพทย์จิรัฏก วรินทร์ปราโมทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
 - สิ่งที่ทำให้อยากเข้ามาเป็นนิสิตแพทย์คือการเห็น role model ที่ดี
 - การพัฒนาครูแพทย์ คิดว่าควรมีการพัฒนาให้ครูแพทย์เป็น role model แก่นิสิตแพทย์
- **พลตรี รองศาสตราจารย์วิชัย ประยูรวิวัฒน์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า**
 - ในเรื่องจริยธรรมแพทย์ ปัจจุบันเรามีการกำหนดจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเราควรมีการกำหนดจริยธรรมของครูแพทย์ (medical teacher) ด้วย
- **อาจารย์ นายแพทย์พลิษฐ์พล วัชรวงศ์วาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**
 - ในร่างข้อเสนอแนะที่ ๙ ให้เปลี่ยนคำว่า “..แพทย์พึงสนับสนุน..” เป็นคำว่า “..แพทย์ต้องสนับสนุน..”
- **นายแพทย์สาธิต ทิมขำ โรงพยาบาลท่าสาย**
 - ครูแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาสาธารณสุขของประเทศ/ข้อจำกัด/บริบทของระบบสุขภาพของประเทศ จึงจะสามารถถ่ายทอด เข้าใจต่อการผลิตแพทย์ให้ตรงต่อความต้องการจริง
- **รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ เชียงไกรเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - การประเมินอาจารย์ ควรมีรูปแบบหรือหัวข้อใดบ้าง โดยเฉพาะในช่วงการสอน
 - ด้วยการเรียนรู้ต่อเนื่อง และความจำระยะยาว เกิดจากการเรียนโดยการสอนดังเช่นมีผู้ศึกษาไว้แล้ว เสนอให้มีการจัดกิจกรรมสอนหรือฝึกนักเรียนให้เป็นครูหรือผู้สอน
 - จัดหลักสูตรให้มีหน่วยกิตสำหรับแพทยศาสตรศึกษา เนื้อหาอาจว่าด้วย วิธีการเรียน วิธีการสอน วิธีการประเมินผล การทำให้คำปรึกษา การสะท้อนกลับ (reflection) การตั้งคำถาม เป็นต้น



การอภิปรายข้อเสนอแนะ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

การอภิปรายข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ผู้ดำเนินการประชุม

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภากาศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร

ข้อ ๑. การจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในทุกภาคส่วน ทั้งสถานบริการสุขภาพระดับต้น ระดับกลางและระดับสูง ด้วยคุณสมบัติที่สอดคล้องกับระดับบริบทของการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลาง แพทย์ผู้ให้การบริบาลผู้ป่วยซับซ้อนและแพทย์ผู้พัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาและเทคโนโลยี จึงสมควรปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายนี้

- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เสนอ ให้แก้ไข “...จึงสมควรปรับเปลี่ยน...” เป็น “...จึงสมควรปรับ...” เพราะไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - บรรทัดที่ ๕ คำว่า “จึงสมควรปรับเปลี่ยน” นำมาจากคำว่า transform เห็นว่าเหมาะสมแล้ว
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ประโยคแรกเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่การยกตัวอย่างตามระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง ไม่ควรนำมาใส่ไว้ เพราะเป็นการแบ่งชั้นวรรณะโดยที่เราไม่เข้าใจว่าคืออะไร ควรเปลี่ยนเป็นตามระดับความต้องการให้บริการและเสนอแนะไปว่าควรปรับเปลี่ยนอะไรบ้าง
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถ์รัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เสนอ primary care, secondary care, tertiary care ไม่ใช่ระบบบริการระดับต้น กลางและสูง เพราะฉะนั้นควรใช้เป็นเวชปฏิบัติปฐมภูมิ เวชปฏิบัติทุติยภูมิและเวชปฏิบัติตติยภูมิ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ์ วัฒนเรืองโกวิท คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - น่าจะมีการฉายให้ครบ ๙ ข้อก่อนจะทำให้ทำความเข้าใจง่ายกว่า
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - เสนอ คำว่า “ทุกภาคส่วน” หมายถึง แพทย์กระจายไปในทุกภาคส่วนของสังคม เช่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม เป็นต้น
 - เสนอ ที่แยกค่าเป็น ๓ ระดับ ระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง เป็นลือไปตาม recommendation ตามเดิมว่าเป็นแพทย์ที่ดูแล community, advanced care และ academic หรือ researcher การใช้คำนี้เปลี่ยนไปตามบริบทที่กระทรวงสาธารณสุขนำเสนอ ตาม service plan ที่แบ่งแบบนี้ สำหรับข้อกังวลของ อ.สายพิณ เราจะทำคำอธิบายเป็นเชิงอรรถ

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - คำว่า “ระบบบริการสุขภาพ” และ “สถานบริการสุขภาพ” ซึ่งคำแรกเป็นคำหลัก ส่วนคำที่สองเป็นส่วนย่อยของคำแรก แต่สรุปสุดท้ายอาจทำให้เข้าใจว่าเราผลิตแพทย์เพื่อสนับสนุนสถานบริการสุขภาพ คำที่น่าจะเหมาะสม คือ “..ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดที่จำเป็นต้องมีทุกองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ...”
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทยา ถิฐาพันธ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
 - ขอเสนอว่าให้ใช้ภาษาอังกฤษกำกับคำภาษาไทยในบางคำ หรือเป็นคำเฉพาะ เช่น ระดับต้น เป็น primary care
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - ตัดคำว่าบริการระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูงออกเพราะเข้าใจไม่ตรงกัน
 - แพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลาง แพทย์ผู้ให้การบริบาลผู้ป่วยซับซ้อนและแพทย์ผู้พัฒนาองค์ความรู้ ไม่ใช่ระดับของการให้บริการ
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 - จากข้อความของข้อที่ ๑ ไม่มีคำ ภาคส่วนเอกชนเลย ปัจจุบันค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ตอนนี้เป็นภาครัฐถึง ๗๕% ในส่วนของภาคเอกชน มีถึง ๒๕ และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คำว่า “ทุกภาคส่วน” ควรระบุให้ชัดขึ้น ขยายเป็นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นก็มีบทบาทสูงขึ้นด้วย
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภทร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - เต็มจากทุกภาคส่วนเป็น “..ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน...”
 - คำว่าสถานบริการ ต้น กลาง สูง ควรจะตัดออกหรือไม่ หรือจะปรับอย่างไร
- พันเอกหญิง รองศาสตราจารย์ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
 - ถัด “ทั้งสถานบริการ...” ควรตัด “ระดับ” ออกด้วย อาจเปลี่ยนเป็น “...ด้วยคุณสมบัติที่สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการ...”
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - เราควรเลือกใช้คำที่สื่อความหมายใครอ่านก็เข้าใจได้ เช่นภาคเอกชน ถ้าเราตั้งใจเน้นก็ควรใส่ไว้แต่อาจทำให้ข้อเสนอแนะมีความยาว ซึ่งเราอาจจะใส่ในคำอธิบายศัพท์
 - ถ้าเขียนเช่นนี้คือเรามุ่งเน้นการผลิตแพทย์ไปเพื่องานบริการสุขภาพเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันเราคุยเรื่อง academic physician ด้วย ดังนั้นเราควรมีคำที่ครอบคลุมการผลิตอาจารย์แพทย์ในอนาคตด้วย
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - คำว่า ระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น รวมถึงองค์ประกอบทางการศึกษากการวิจัย เทคโนโลยีและการพัฒนานวัตกรรมด้วย
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 - เสนอว่า ข้อความเหล่านี้เป็นเพียงข้อสรุปเบื้องต้นซึ่งเราต้องไปทำต่อกันอีก แก้อย่างก็ไม่ถูกใจทุกคน ต้องไปตีความกันอีก ยังไม่ใช่ข้อสรุปที่ตายตัว และเราต้องขับเคลื่อนงานกันต่อไป

ข้อ ๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ควรดำเนินการตามมาตรฐานการศึกษาในระดับสากลและคำนึงถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และศักยภาพของสถาบัน โดยกำหนดเป้าหมายบัณฑิตแพทย์มีสมรรถนะหลักและสมรรถนะเสริม ดังนี้

๒.๑ สมรรถนะหลัก หมายถึง สมรรถนะทางวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการของแพทยสภาและมาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษา

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ๒.๑ สมรรถนะ หมายถึง สมรรถนะทางวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมองเป็นสองส่วนด้วยกันคือ มองเป้าหมายสมรรถนะของบัณฑิตและมองสมรรถนะของหลักสูตร
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เสนอ เอกสารชิ้นนี้ควรให้มีการบันทึกคำอธิบายเพิ่ม เช่น คำว่า “ระดับสากล” ซึ่งคนไทยไม่ควรเชื่อฝรั่งทั้งหมด แต่สามารถพัฒนาให้ทัดเทียมได้ แต่ให้เน้นความเป็นไทย ไม่ใช่หมายถึงสากลที่ต้องตามฝรั่งทั้งหมด
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เสนอ ควรเพิ่มหลังจากคำว่า “สากล” ขยายเป็น “ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย” หรือตอบสนองความต้องการของประเทศไทย

๒.๒ สมรรถนะอื่นที่สำคัญ หมายถึง สมรรถนะที่ต้องเสริมสร้างให้ผู้เรียนตามความสนใจและศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้สถาบันอาจเลือกส่งเสริมสมรรถนะดังกล่าวในแนวทางที่แตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการศึกษาหรือฝึกอบรมต่อยอดที่ตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่างของสมรรถนะเสริม...

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ข้อ ๒.๒ สมรรถนะเสริม หมายถึง competency ที่เพิ่มเติมจาก professional competency ทั้งการปรับตัวกับที่ทำงาน การเป็น change agent, transformative learning, research และนวัตกรรม เป็นสิ่งที่เสริมตามความสนใจของผู้เรียนแต่ละคน ขึ้นกับความสนใจและศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคน รวมถึงความพร้อมของแต่ละสถาบัน โดยสุดท้ายแล้วสามารถอยู่ในแต่ละภาคส่วนของบริการสุขภาพได้
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เสนอ นึกถึงคำว่า “uniqueness/อัตลักษณ์” แต่ละคนมีสิ่งใดที่ไม่เหมือนกันเลยในตัวของเรา ทำให้มนุษย์ดำรงเผ่าพันธุ์ได้เป็นความเข้มแข็งของความหลากหลาย มีความเป็นอัตลักษณ์ของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น หมอโกมาตร ซึ่งเป็นบุคคลที่มีแนวคิดสังคมศาสตร์ในแพทยศาสตรศึกษา มีผู้อ้างอิง ๑๐,๐๐๐ กว่าครั้งในรอบ ๑๐ ปี เราจะสร้างนักศึกษาในบริบทที่เขาเรียนอย่างไร เป็นความท้าทายอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เขามองเห็นตนเองและต้องการสิ่งแวดล้อมที่เคารพในอัตลักษณ์ของเขา anti-role model ต้องลดความสำคัญลง

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวนิช วรรณพุกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
 - ตัวอย่างในข้อ ๒.๒.๑-๒.๒.๕ ควรย้ายไปใส่ใน appendix
- อาจารย์ นายแพทย์พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - เสนอ ควรจะเพิ่มคำว่า เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการทำงาน การใช้ชีวิตและการศึกษา
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - การศึกษาและการฝึกอบรมต่อยอดเป็นการจำกัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังนั้นสร้างบัณฑิตแพทย์ควรมีสมรรถนะที่จะเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาแบบทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งเรียนรู้จากการทำงาน น่าจะเปลี่ยนคำที่แสดงให้เห็นว่าเรียนรู้ได้
 - การยกตัวอย่าง “เช่น” ฟังแล้วอ่อนไป ควรใช้ได้แก่ หรือยกไปไว้ในเชิงอรรถ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - การศึกษารวมทั้งการศึกษาด้วยตนเอง การศึกษาในระบบซึ่งจะต้องใส่ในเชิงอรรถ
 - ถ้าใช้ได้แก่ต้องมีครบทุกอย่าง แต่ตัวอย่างที่อาจมีมากหรือน้อยกว่านี้ได้
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เสนอ เรื่องสมรรถนะเสริมที่จริงแล้ว เป็นสมรรถนะอื่นๆ ที่สำคัญอย่างยิ่งด้วย ที่จริงการดำเนินชีวิตของแพทย์ที่จบใหม่ไม่มีความสุขเพราะขาดทักษะที่สำคัญ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - หลักการคือสมรรถนะหลักหมายถึงสิ่งที่แพทยสภากำหนด ส่วนสมรรถนะที่สำคัญอื่นจึงใช้สมรรถนะเสริม หากแพทยสภาเห็นว่าสำคัญก็ต้องไปเปลี่ยนที่เกณฑ์ของแพทยสภา
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานุกาฬ เลชะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - เสนอ เห็นด้วยกับหลายท่าน ว่าควรเขียนให้กระชับ เสนอให้ตัดคำว่า “ในการศึกษาหรือฝึกอบรมต่อยอด” เพราะดูตบสนองแค่มุมเดียว เป็น “เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่ตอบสนองต่อความต้องการอันหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ..”
 - คำสำคัญคือ adaptive learning และ diversity ของระบบ
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภารัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ขอสรุปว่า สมรรถนะเสริม หมายถึงสมรรถนะอื่นที่สำคัญที่ควรเสริมสร้างให้กับผู้เรียนตามความสนใจและศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้สถาบันอาจเลือกส่งเสริมสมรรถนะต่างๆ ในแนวทางที่ต่างกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่ตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ ในส่วนตัวอย่างให้ย้ายไปที่เชิงอรรถ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ตัวอย่างสมรรถนะเสริมจริงแล้วเป็นสมรรถนะหลักของผู้เรียนในศตวรรษที่ ๒๑ สำหรับการเป็น transformative physician ในยุคใหม่ไม่ควรเป็นสมรรถนะสำรองตามความสนใจเท่านั้น สมรรถนะหลักที่ปรากฏในเกณฑ์แพทยสภาก็มีการพูดถึงการทำงานเป็นทีมเพียงแต่เกณฑ์ที่มีอยู่เป็น competency-based evaluation หรือไม่ และสมรรถนะเสริมคงไม่ใช่ตามตัวอย่างที่ยกมา

- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วราวุธ สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เสนอเติมคำว่า “...หลากหลายของบริการสุขภาพและการดำเนินชีวิต..”
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - เสนอ ดัดใจคำว่า สมรรถนะเสริม ทำให้มองว่าประเด็นเหล่านี้ไม่สำคัญ เสนอให้เป็นคำว่า “สมรรถนะอื่นที่สำคัญ” และควรแก้เป็นต้องเสริมสร้างตามความสนใจและศักยภาพ
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เสนอว่า สมรรถนะ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรก เป็นสมรรถนะหลัก ส่วนสมรรถนะเสริม เป็นเรื่องการสร้างนวัตกรรม ซึ่งหลายคนเป็นนักสร้างนวัตกรรม แต่ไม่ได้หมายถึงว่าจะต้องเป็นระดับประเทศ อาจจะเป็นนวัตกรรมในระดับองค์กรก็ได้ และทั้งสองส่วนเป็นส่วนที่เสริมซึ่งกันและกัน
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 - ในการประเมิน competency มีอยู่ ๒ ประเด็น คือ core competency และ functional competency จึงไม่ใช่เป็นรองหรือเสริม เป็นสมรรถนะสำคัญในการทำหน้าที่นั้นๆ
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - เปลี่ยนเป็น “สมรรถนะอื่นที่สำคัญ” หมายถึง สมรรถนะที่ต้องเสริมสร้างให้ผู้เรียนตามความสนใจและศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้สถาบันอาจเลือกส่งเสริมสมรรถนะดังกล่าวในแนวทางที่แตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่ตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของระบบบริการสุขภาพและการดำเนินชีวิต

ข้อ ๓. การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการศึกษาหรือฝึกอบรมต่อยอดเป็นแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลางสำหรับชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง สถาบันพึงดำเนินการ ดังนี้

- ๓.๑ จัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและผูกพันกับชุมชนอย่างเพียงพอโดยและได้เรียนรู้จากต้นแบบที่ดี
 - ๓.๒ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ข้อ ๓ นี้เป็นข้อ ๔ เดิมคำสำคัญ คือการเตรียมให้มีความพร้อมที่จะไปศึกษาต่อ ชุมชนรวมทั้งเขตชนบทและเขตเมือง นอกจากนี้ยังอยากให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและผูกพันกับชุมชน (community engagement) และมี role model ที่ดีเพื่อแก้ปัญหา anti-role model
 - เน้นการดูแล primary care ตามที่ WHO กำหนด ขณะเดียวกันต้องเป็น longitudinal patient care ด้วย
 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - เสนอ ต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการศึกษาต่อเนื่องด้วยวิธีใดก็ตาม จึงไม่จำเป็นต้องระบุว่าเป็น residency หรือ fellowship

- **นายแพทย์รายิน อโรรา สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท**
 - จากมุมมองกระทรวงสาธารณสุขมองว่าเมื่อจบแล้วทำงานได้เลยในระดับหนึ่ง เราไม่หลอกประชาชนว่าจบมาเพื่อเรียนต่อ จึงมีความกังวลว่า “การเตรียมความพร้อมเพื่อไปศึกษาต่อ” ซึ่งควรปรับตรงนี้จะเป็นการเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือศึกษาต่อเนื่องหรืออบรมต่อยอดก็ได้
- **ผู้เข้าร่วมประชุม**
 - เสนอ เรากำลังสร้างคนที่จะอยู่ใน career path ไปอีก ๓๐ ปีซึ่งมี dynamic สูงมาก ควรเน้นว่าให้เป็น “...การเตรียมความพร้อมของผู้เรียนที่จะพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมไทยทั้งระบบ..”
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - เสนอ การศึกษาที่เขียนไม่หลากหลายและไม่รองรับการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวในอนาคต เมื่อใดที่มีคำฝึกอบรมหรือการศึกษาต่อยอดจะจำกัดอยู่เฉพาะ formal education ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคการศึกษาในอนาคตที่จะเป็นไว้รูปแบบและการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต การศึกษาเองควรมีความหลากหลายด้วย
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ์ วัฒนเรืองโกวิท คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**
 - ในประเด็นการศึกษาที่ตอบสนองต่อสังคมไทยใน core competency ต้องตอบสนองอยู่แล้วแต่เรากำลังดูในส่วนข้อ ๓, ๔, ๕ ซึ่งเสริมในสิ่งที่แพทย์ต้องเหมือนกัน เช่นในคนที่จะต้องทำงานในชุมชนบทหรือเขตเมืองจะต้องมีสมรรถนะเสริม หรือที่จะดูแลผู้ป่วยซับซ้อนก็จะต้องมีส่วนเสริม ดังนั้นการที่ต้องตอบสนองต่อสังคมไทยอยู่ในข้อที่ ๑ ไปแล้ว ตรงนี้ต้องการให้รายละเอียดกลุ่มที่จะทำงานในชุมชน จึงไม่ควรถูกเขียนว่าตอบสนองต่อสังคมไทยในข้อนี้แล้ว
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลชนะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**
 - คำสำคัญข้อนี้คือเรียนแล้วปฏิบัติงานได้ ตามที่กระทรวงกล่าวว่าเรียนแล้วสามารถปฏิบัติงานในระบอบสุขภาพของประเทศได้ทุกระดับและเห็นด้วยว่ายังสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**
 - น่าจะสลับที่ระหว่างการพัฒนาตนเองกับการเป็นแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพ...
 - ข้อ ๓.๒ ถ้าเราจะใช้คำเฉพาะเลยเช่น จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่โรงพยาบาลชุมชน
 - ควรแยก “และมีโอกาสให้การบริบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง” เป็นอีกข้อย่อยหนึ่ง
- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ**
 - เสนอว่า ข้อ ๓, ๔ และ ๕ เป็นส่วนขยายของข้อ ๑ และ ๒ ควรใส่เป็นเชิงอรรถ
- **ศาสตราจารย์ นายแพทย์พิเชฐ สัมปทานุกุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
 - เสนอ ในส่วนของกิจกรรมของนิสิตนักศึกษา เช่น การออกค่ายหรือกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งนิสิตคิดค้นเองตามศักยภาพ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้นิสิตมีการพัฒนา ถ้าจะเพิ่มตรงนี้ก็จะเป็นการเตรียมความพร้อมและเราสนับสนุนกิจกรรมของนิสิตนักศึกษาทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อให้เกิดความพร้อม

- อาจารย์ นายแพทย์พิสิษฐวุฒิ อยุทธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - เสนอ ข้อ ๓.๑ มีคำสำคัญ ๒ คำคือ ผูกพันกับชุมชนอย่างเพียงพอ และการเรียนรู้จากต้นแบบที่ดีเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ขอเปลี่ยน “โดยได้” เป็น “และได้”
- พันตรีทงสรรค์ เทียนถาวร วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
 - เสนอว่าไม่แน่ใจว่ารายละเอียดมากจนเกินไป ไม่แน่ใจว่าต้องการพูดถึงเชิงนโยบายหรือระบุการปฏิบัติ ข้อนี้เราจะเตรียมนักเรียนให้พร้อมที่จะเป็นแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของสังคมไทย
 - ข้อ ๓.๑ ต้องตอบ health need หรือ community engagement อาจเกิดความสับสนได้
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - เป็นการพูดถึงกลยุทธ์ในการจัดการศึกษา ๑.community engagement ๒.role model ๓. longitudinal primary care
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - อยากฝากว่าการจะไปเป็นแพทย์เพื่อให้บริการสุขภาพในระดับนี้ได้อาจต้องเชื่อมโยงไปถึง people-centered health care ซึ่งอยู่ในข้อที่ ๘ ซึ่งจะครอบคลุมเรื่องอื่นๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ อีก
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลขะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - อีกประเด็นที่สำคัญคือ interprofessional education ควรเขียนให้ชัดเจน ประเด็นการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพก็มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยน
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ยุทธศาสตร์ไม่ควรมีจำนวนข้อมาก ประเด็นสำคัญคือเป้าหมาย เวลาที่จะบรรลุยุทธศาสตร์และกลไกขับเคลื่อน
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - จุดมุ่งหมายของข้อนี้คือสำหรับการเตรียมความพร้อมแพทย์ที่จะไปปฏิบัติงานในชุมชน อย่างน้อยที่สุดให้ดำเนินการอย่างน้อย ๓.๑ และ ๓.๒ ไม่ควรเติม “เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทย”
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ๓. การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นและระดับกลางสำหรับชุมชนเขตชนบทและเขตเมืองและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สถาบันพึงดำเนินการ ดังนี้
 - ๓.๑ จัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและผูกพันกับชุมชน ๑ อย่างเพียงพอและได้เรียนรู้จากต้นแบบที่ดี
 - ๓.๒ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เอี้ยวสกุล สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
 - อยากให้นำเสนอภาพรวมทั้งหมดแล้วค่อยมาแก้รายข้อเพื่อให้สอดคล้องไปด้วยกันทั้งหมด

- รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรสังข์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - เป้าประสงค์กับกลยุทธ์มีการปะปนกัน เสนอว่าให้นักกลยุทธ์ออกไปแล้วค่อยมาคิดกันว่าจะทำอย่างไรให้ได้ตามเป้า เพราะกลยุทธ์อาจมีมากกว่าที่ปรากฏ
 - คนที่ทำแพทยศาสตรศึกษากับ TQA EdPEX แยกกันเมื่อมาเขียนรวมกันทำให้ดูสับสน แต่ความจริงถ้าช่วยกันคิดจะทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น วันนี้น่าจะเน้นเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - สิ่งที่ได้วันนี้คือ diversity แต่ทุกคนที่จะจบได้ต้องเป็น community doctor ต้องไปทำเวชปฏิบัติได้ทุกคนเป็น minimum แต่ทุกคนจะพัฒนาไปอย่างไรเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ถ้าเราจะ diversify เราอาจต้องขยายเวลาเลือกเรียนได้ตามความต้องการของเขา แต่ไม่ใช่การแยก track ตั้งแต่ปี ๓-๔
 - สิ่งให้เห็นพ้องต้องกันคืออาจารย์เป็นบุคคลสำคัญที่สุด ที่เราจะพัฒนาอย่างไรได้
 - เกณฑ์แพทย์สภาสามารถปรับได้โดยไม่ต้องรอที่ประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ศรว. เป็นผู้ปฏิบัติ ไม่ใช่ผู้กำหนดนโยบาย
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวนิช วรรณพฤกษ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
 - ที่เขียนว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นส่วนหนึ่งของระบบหมายถึงเราจะจัดเป็น ๗ ปีใช่หรือไม่
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 - เสนอให้ระบุแต่ละประเด็นหัวข้อเป็นหลัก ส่วนวิธีการ ยุทธศาสตร์หรือรายละเอียดยังไม่จำเป็นต้องใส่มาในตอนนี เพราะแต่ละคนคิดวิธีการทำได้ ยังต้องนำมาพูดคุยกันอีกมากและมาช่วยกันทำต่ออีก
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - สรุปจะตัดข้อ ๓, ๔, ๕ ออกแต่อาจจะต้องมาขยายหรือไม่ว่ามีสิ่งใดบ้าง
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 - ตัดออกแต่ใส่ในภาคผนวกสำหรับให้คนที่ไปทำต่อไปคิดต่อ
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ถ้าดูเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับ มคอ.๑ หรือแม้แต่สมรรถนะรองลงมา ก็มีสิ่งเหล่านี้ระบุไว้แล้ว ควรทำข้อเสนอแนะที่สั้นแต่ภาคผนวกที่ยาว และมีกระบวนการที่ต่อเนื่องหลังจาก พศช ๙ ต่อไป
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - ความหลากหลาย คือ diversified ซึ่งจะสับสนว่า already diversified, diversifying หรือ prepare to diversify ในอนาคต ทำให้นึกถึงอีกคำหนึ่งคือ pluripotential บัณฑิตแพทย์ต้องมีศักยภาพที่จะพัฒนาไปใน ๓ track
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลขะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - เสนอ ข้อ ๓ ควรให้คงอยู่ เพราะเป็นเป้าหมายหลักที่จะผลิตแพทย์ไปทำงานได้ ส่วนข้อ ๔ และ ๕ ถ้าสามารถรวมเพื่อแสดงให้เห็น diversity เช่นสถาบันการศึกษาพึงจัดการเรียนการสอนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถพัฒนา...งานวิจัยและ advanced care จะทำให้กระชับขึ้น

- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ข้อ ๓ จะคงไว้แต่การดำเนินงานจะย้ายไปในภาคผนวกส่วนข้อ ๔ และ ๕ นำมารวมกัน ขอไปดำเนินการอีกรอบ

ข้อ ๖. ให้โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษาแพทยศาสตร์โดยกำหนดเป้าหมายวางระบบการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ จัดประสบการณ์การเรียนรู้และประเมินผล ภายใต้การประกันคุณภาพการศึกษา โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

- นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง
 - สอบถามการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะปี ๑ หรือว่ารวมทั้ง ๓ ปี ซึ่งสิ่งที่ยังขาดหายระหว่างการเพิ่มพูนทักษะคือ life skill และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพซึ่งจะได้จากโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งในอนาคตถ้าโรงพยาบาลชุมชนมีกำลังพอเพียงก็จะเป็นแหล่งเรียนรู้ในหลายเรื่องและเป็นการเติมเต็มตามคุณสมบัติที่แพทยสภากำหนดไว้เช่น public health การทำงานในชุมชน
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - โครงการนี้มีความสำคัญเพราะจบ ๖ ปีแล้วยังไม่พร้อมในการทำงานเลย จึงต้องไปเพิ่มพูนทักษะ และในปัจจุบันมีอุปสรรคจึงจำเป็นต้องจัดระบบให้ชัดเจน และหมายถึงปีแรกในปีเดียวไม่ใช่ ๓ ปี
- นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 - จากห้องประชุมสรุปได้ว่าทำให้เป็นระบบ จะอยู่ใน undergrad หรือการศึกษาต่อเนื่องค่อยไปคุยกัน และควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๗. พึงทบทวนเกณฑ์และกระบวนการสอบ เพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ที่ตอบสนองต่อความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ

- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานุกาฬ เลชะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - เสนอ ให้ตัดข้อ ๗ ออก เพราะเป็นกระบวนการที่ทำได้ตลอดเวลาแล้วและทำได้เลย
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ไม่จำเป็นต้องใส่ เพราะต้องทำไปตามที่เป็นไปได้ การจัดการสอบจะจำกัดด้วยเนื้อหาและวิธีการประเมิน ในจำนวนผู้เข้าสอบ ๓,๐๐๐-๔,๐๐๐ คน ต้องมีการปรับกระบวนการอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อยที่สุดที่ทำอยู่ต้องการจะให้เป็นหลักประกันของสังคม ว่าเรามีการประเมินเพื่อให้สังคมมั่นใจว่าบัณฑิตจากสถาบันใดๆ ก็ได้มาตรฐานระดับหนึ่ง ส่วนจะดิขนาดไหนก็ค่อยๆ ต้องพัฒนาไป ความสำคัญอยู่ที่คณะแพทย์ที่จะประเมินบัณฑิตของตนเพื่อให้ พบ. ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ เป็นความจำเป็นที่เราจะต้องมีระบบในการประกันคุณภาพการศึกษา
- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
 - เสนอ ให้เปลี่ยน เมื่อสักครู่นี้ไม่ได้มีการพูดถึง มคอ. ๑ ซึ่งเป็นกฎเกณฑ์สำคัญในการออกข้อสอบ ข้อนี้ควรปรากฏอยู่แต่เปลี่ยนคำว่าทบทวนเพราะมีฉะนั้นจะหายไป

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวูร ศรีศุกรี กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 - เกณฑ์ต้องมีการปรับอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นไม่ต้องมีข้อนี้อยู่เพราะเราทำอยู่แล้ว
 - ส่วน มคอ.๑ เป็นนโยบายของ สกอ. ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนได้อีกถ้าใส่ไว้อาจเกิดความยุ่งยาก

ข้อ ๘. สถาบันพึงกระตุ้นมีระบบสนับสนุนให้อาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวมทั้งกำหนดแนวทางการคัดเลือก ดำเนินการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง อำนวยรักษาอาจารย์ และมีมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณลักษณะตามมาตรฐานกลาง เช่น คุณธรรม จริยธรรม การเป็นต้นแบบ จรรยาบรรณของอาจารย์ ฯลฯ)

- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เรื่องคุณธรรม จริยธรรม ถ้าเขียนไว้ลอยๆ จะไม่มีรูปธรรมชัดเจน ควรจะมี code of conducts ของอาจารย์ ซึ่งต้องระมัดระวังและบางคนมีความเข้มงวดมาก และมีความหลากหลายของอาจารย์แต่ละท่านมาก แต่ที่ผ่านมาไม่เคยมีนโยบายหรือกำหนดไว้ว่าต่อไปนี้จะต้องมีมาตรฐานระบุว่าจะอะไรที่ควรทำหรือไม่ควรทำ ถ้าทำได้แบบนี้จะชัดเจนมาก
- ผู้เข้าร่วมประชุม
 - เราอาจจะมองการเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงของบุคคล คือ code of conducts จริงๆ อาจต้องสร้างระบบมากำกับ เช่น กรรมการห้องยาถ้ายึดหลัก evidence-based บริษัทยาที่ไม่สามารถใช้กลยุทธ์มาชักจูงโน้มน้าวได้ การออกแบบกลไกสามารถมีผลสะท้อนทั่วประเทศได้
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - จาก พศช.๘ อยากให้จัดทำมาตรฐานกลางในทุกๆ โรงเรียนแพทย์ให้มีความคล้ายกัน ถ้ามีมาตรฐานกลางก็น่าจะทำให้การดำเนินต่อไปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 - ขณะนี้ไม่ค่อยมีใครอยากเป็นอาจารย์แพทย์ น่าจะเป็นประเด็นปัญหาหลักที่ พศช. ครั้งนี้ไม่ได้ระบุถึงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาและแก้ปัญหาที่น่าจะมีการเขียนไว้ในข้อเสนอแนะว่าจะมียุทธศาสตร์ใดที่จะทำให้คนเก่งและดีเข้ามาสู่ในระบบ
 - อาจแก้เหลือ “พึงสนับสนุนให้อาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ”
 - หากจะมี code of conducts แล้วจะทำหรือไม่
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลชนะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ถึงเวลาที่เราน่าจะมีการกำหนดกรอบมาตรฐานสมรรถนะของอาจารย์ น่าจะเป็นสิ่งที่พัฒนาไปสู่ professional standard framework
- ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วราวุธ สุมาวงศ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
 - อยากให้เปลี่ยนจากคำว่าสนับสนุนเป็น “กระตุ้นให้อาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น” และแก้ไขเป็น “รวมทั้งกำหนดแนวทางการคัดเลือก”

- ผู้เข้าร่วมประชุม

- เสนอให้ตัดบรรทัดบนอย่างเดียว ที่เหลือเป็นกลยุทธ์ จริงๆ แล้วอาจารย์หลายท่านอยากเป็นอาจารย์ที่ดีแต่ประสบปัญหาที่มีภารกิจหลายด้าน ต้องแบ่งเวลาไปทำวิจัย ไปให้บริการจึงมีเวลาเพื่อการเรียนการสอนและการศึกษาน้อยลง และเป็นปัญหาว่าตกลงคณะให้ความสนใจด้านไหนมากกว่ากัน อาจารย์ก็จะเน้นไปด้านนั้น ถ้าคณะให้ความสำคัญกับการศึกษาอาจารย์ก็จะให้ความสำคัญด้วย
- สำหรับ competency ของอาจารย์ด้วย สมรรถนะหลักของอาจารย์คืออะไร เราเรียนจบ ๖ ปีโดยไม่ได้เรียนมาทางครุศาสตร์มาก่อนแล้วเป็นอาจารย์ได้โดยผ่านการอบรมไม่กี่วันก็ทำงานเป็นอาจารย์ ซึ่งในประเด็นนี้ทำให้เห็นว่าเป็นจุดอ่อนของ faculty development ที่ต้องปรับปรุง ที่เหลือไปอยู่ในกลยุทธ์ว่าแนวทางการคัดเลือก ดำเนินการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง อารังรักษาอาจารย์จะวางแนวทางอย่างไร

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- การเขียนข้อเสนอแนะคือการบอกว่าเราจะเน้นเรื่องใด สำหรับในข้อนี้ไม่ได้มีการตั้งกรรมการเพื่อศึกษา โดยเฉพาะแต่เนื่องจากเราเห็นความสำคัญของข้อนี้ และเขียนเพื่อให้เกิดความชัดเจนแม้จะเป็นหลักการโดยทั่วไป ถ้าตัดเหลือแค่ “สถาบันพึงกระตุ้นมีระบบสนับสนุนให้อาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษได้อย่างมีประสิทธิภาพ” สถาบันก็จะไม่ทราบว่าจะทำอะไรบ้าง แต่ไม่ต้องลงรายละเอียดถึงกรอบมาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากยังไม่เคยมีการทำประชาพิจารณ์หรือการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน หากเขียนตอนนี้อาจเร็วเกินไป

- นายแพทย์ศุภชัย ครอบตระกูลชัย โรงพยาบาลโนนแดง

- เสนอว่าเราควรมาทบทวนถึงเป้าหมายของการเพิ่มพูนทักษะด้วย ถ้าแต่ละคนเข้าใจเป้าหมายผิดอาจส่งผลกระทบต่อได้ การเพิ่มพูนทักษะน่าจะเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน อาจต้องมีการออกแบบรูปแบบการประเมินผลต่างๆ การที่จะทำให้แพทย์อยู่ได้น่าจะมี stakeholder หรือทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินด้วยว่าแพทย์ที่มาอยู่นี้เป็นอย่างไร

- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานุกาฬ เลขะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- เห็นว่าถ้าต้องเน้นก็ควรเขียนเรื่องนั้นๆ ให้ชัดเจนตรงไหนที่เราขาดหรือเป็นสิ่งสำคัญก็เขียนระบุไว้เลย เช่นการคัดเลือกเป็นระบบที่ชัดเจน มี mentorship ซึ่งอาจจะไปอยู่ในกลยุทธ์ได้

- รองศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงษ์ อัครผล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ไม่ได้ทิ้งประเด็นเรื่อง professional standard หรือ code of conducts แต่ขณะสรุปหลายๆ คนกังวลเรื่องมุมมองแง่ลบจนเกินไปไหม แต่ถ้าที่ประชุมยอมรับว่าต้องมีก็สามารถใส่ให้ชัดเจนขึ้นได้

- ผู้เข้าร่วมประชุม

- ขอให้เพิ่ม internationalization ความสัมพันธ์กับต่างประเทศ บัณฑิตแพทย์ควรมีความสามารถทั้งในเรื่องภาษาอังกฤษ และการติดตามโรคระบาดต่างๆ เราตอบสนองต่อบริบทสังคมไทยอาจไม่พอดังนั้นควรเพิ่มเรื่องการเตรียมความพร้อมที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของโลกด้วย

- **ผู้เข้าร่วมประชุม**

- จุดประสงค์ของข้อ ๘ คือเราอยากมีอาจารย์ที่ปฏิบัติงานด้านการศึกษาแพทย์ ที่เขียนควรทำให้ชัดว่าเราจะมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง สนับสนุนอย่างไรให้เป็นรูปธรรม ซึ่งคนที่จะมาเป็นอาจารย์ ต้องมาตั้งแต่ต้นน้ำ ต้องเป็นคนที่ผ่านการคัดเลือกมาเป็นแพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่ควรปรับปรุงหรือไม่ บางแห่งรับมาด้วยการออกเสียง บ้างก็คุ้นเคยกัน ควรจะมีระบบการคัดเลือกคนที่มาเป็นอาจารย์ อาจจะดูตั้งแต่เป็นนักศึกษา แพทย์ประจำบ้าน เป็นการเตรียมคนก่อนเข้ามาเป็นอาจารย์ ที่จะทำให้เรามีอาจารย์ที่มีประสิทธิภาพในการสอน

- **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภธร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

- ควรไปอยู่ในส่วนกลยุทธ์ที่เราจะดำเนินการคัดเลือกอย่างไร
- สำหรับข้อเสนอแนะในครั้งที่ ๘ ที่ยังไม่ประสบผลก็ควรต้องดำเนินการต่อไป
- จะมีการেলাภาษาและนำเสนอในโอกาสต่อไป

- **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

- แก่ไขเป็นให้มีระบบการที่จะสนับสนุนให้อาจารย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่เหลือจะไปอยู่ในส่วนคำขยาย และเน้นให้มีคุณลักษณะกลางหรือมาตรฐานสำหรับอาจารย์แพทย์ซึ่งต้องไปดำเนินการในระยะต่อไป



คำกล่าวปิดประชุมโดย
เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

คำกล่าวปิด

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

วันพุธที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี

เลขาธิการ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

การประชุมได้ดำเนินมาถึงวันสุดท้าย ยังเห็นท่านนั่งอยู่ก็น่าดีใจ ต้องขอขอบคุณมากสำหรับคณะทำงาน คณะกรรมการและท่านผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งท่านที่เข้าร่วมประชุมที่ยังอยู่อย่างเข้มแข็ง อันนี้แสดงเบื้องต้นว่า การประชุมครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ถ้าดูจากขั้นต้น แต่จะประสบความสำเร็จจริงคือเราสามารถนำไปทำต่อให้เกิดผลจริงๆ ในทางปฏิบัติในเรื่องของเราทั้งหมด

คิดว่าพวกเราจะช่วยกันทำต่อแน่นอน เพราะฉะนั้นไม่ต้องห่วงว่าเราไม่มีโอกาสในครั้งนี้นี้ คงมีโอกาสอีกเยอะ ที่จะต้องช่วยกันทำ เพราะว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่มาก ก็อยากจะฝากว่าขอความกรุณาช่วยกันทำเวลามีคนเรียกร้องไป แล้วก็ข้อเสนอที่แต่ละท่านยังไม่มีโอกาส ตอนนี้อาจยังจำได้ขอให้เขียนไว้เลย แล้วเราจะหาที่รับ ตอนนี้อาจไม่รู้จะส่งที่ไหนสามารถส่งไปที่ กสพท.ก่อนได้และในอนาคตจะมีชุดที่ตั้งรับเป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งจะเป็นข้อเสนอของผมต่อกลุ่มสถาบันฯ ว่าเราจะตั้งองค์กรถาวร เพื่อจะทำเรื่องแพทยศาสตรศึกษานี้ให้สำเร็จด้วยดีให้ได้ ให้เป็นอีกจุดหนึ่งที่เรา ก้าวหน้าไป

การประชุมครั้งนี้ต้องขอชมคณะกรรมการจัดงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เป็นเจ้าภาพ ที่จัดได้เรียบร้อยและดีมาก

ผมอยากจะบอกว่าการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติทุกครั้งที่ผ่านมา เป็นการประชุมที่ช่วยให้เกิดการ หักเห เกิดความก้าวหน้าของคณะแพทยศาสตร์และวิชาแพทยศาสตรศึกษาตลอดมา การพัฒนาของเราที่ทำมาเรื่อยๆ มีเยอะมากที่พัฒนามาตามแนวนั้น

วิชาแพทยศาสตร์หรือแพทยศาสตรศึกษาหรือวิชาชีพของเรา มีจุดหักเหหลายครั้ง ตั้งแต่ที่เริ่มต้นมีการสร้าง โรงพยาบาลศิริราชขึ้นมา รวมถึงการที่สมเด็จพระราชบิดาเสด็จเข้ามาช่วยเรา รวมทั้งการไปดึง Rockefeller Foundation เข้ามา เหล่านี้เป็นจุดหักเหที่ทำให้เราพัฒนาก้าวหน้ากระโดด ผมเองก็มีความเชื่อว่าการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติเป็นอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดจุดหักเหอันนี้ ก็เชื่อว่าก้าวไปข้างหน้า เราจะไปเร็วขึ้นจากการประชุมครั้งนี้

ในการประชุมครั้งนี้ที่เราได้ big word หรือ keyword ก็จะเป็น diversification เราอย่าไปนึกมากกว่า diversification คือเราต้องออกไปนอกกรอบเยอะแยะ อันที่จริงเราทำอะไรนอกกรอบมาตลอดในช่วงชีวิตเรา เราทำจนกระทั่งนึกว่าเป็นของธรรมดาไปแล้ว เพราะฉะนั้นถ้าเราจะ diversified เป็นเรื่องเป็นราว เป็นหลัก ก็เป็นธรรมดาของพวกเรา อย่าไปคิดว่าเราจะไปทำอะไรพิลึกมากมาย แต่เป้าหมายของพวกเราคือจะเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมแน่นอน

สิ่งที่ผมอยากจะฝากอีกอย่างหนึ่งคือ ในวิชาชีพของเราทั้งเป็นอาจารย์แพทย์ ทั้งเป็นแพทย์ ทุกๆ พวกนี้ เรามีกการเปลี่ยนแปลงไปมาก ถ้าย้อนกลับไปสมัยที่ผมจบแพทย์ แพทย์เราจะอยู่ใน status ที่สูงมาก เราจะไม่มีผู้คัดค้าน ผู้ต่อต้านที่อยู่ในกลุ่มที่รับบริการจากเราเลย ผมอยากให้เรื่องแบบนี้กลับมา เรื่องเหล่านี้มาพร้อมกับเรื่องคุณธรรม จริยธรรม เรื่องการที่สมเด็จพระราชบิดาทรงตรัสไว้ว่าอย่าเป็นแพทย์แต่ให้เป็นคนด้วย เกี่ยวเนื่องกับประเด็นนี้ก็คือ

เวลาคุณเล่นโซเชียล เราก็ต้องดูเป็นคนด้วย ไม่ใช่รักษาโรค แต่เป็นรักษาคน ไม่ใช่ไปดูโรคแยกกันหมดต้องคิดว่าเป็นโรคของคน เป็นสิ่งที่คิดว่าเรามีงานทำต่อเพื่อให้เกิดขึ้นจริงๆ ในรุ่นต่อไป

ผมสัญญาได้ว่าหลังการประชุมครั้งนี้จะนำเสนอต่อกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยคณบดีของทุกโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย ที่จะจัดตั้งองค์การถาวรก็จะเป็นการดี แต่คนไม่ได้ถาวร องค์การถาวรที่จะทำเรื่องแพทยศาสตรศึกษาต่อเนื่อง แล้วก็ไม่ได้จำกัดอยู่ในกลุ่มคนที่เป็นกรรมการเท่านั้น แต่ต้องแตกวงออกไปให้กว้างที่สุด และที่เราได้ข้อมูลน้อยที่สุดเวลานี้คือจากคนรุ่นใหม่ คนรุ่นใหม่เราได้ข้อมูลน้อยที่สุด ก็จะพยายามให้เกิดสัดส่วนที่มากขึ้นในการพัฒนาพวกเราต่อไป

ท่านที่นั่งอยู่ในนี้ ท่านต้องนึกว่าท่านทำเพื่อตัวเองน้อยลงแล้ว สิ่งที่ท่านต้องทำคือทำสำหรับอนาคต ทำสำหรับรุ่นต่อไป เพราะกว่าที่เราจะสำเร็จออกมาใช้ได้ผลกินเวลามาก เพราะฉะนั้นเราต้องหาความรู้จากคนรุ่นใหม่ๆ เพื่อไปข้างหน้าจะต้องทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้าง

เรื่องที่ยากจะฝากไปอีกเรื่องคือ พชช. ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งนี้ ผมบังเอิญอยู่มาตลอด เป็นการประชุมที่วิ่งตามหลังถ้าในความรู้สึกของผม เราวิ่งตามหลังเหตุการณ์ตลอดเวลา เราวิ่งให้ทันเท่านั้นเอง แต่ครั้งต่อไปเราคงต้องเปลี่ยนรูปเพื่อให้เป็นการวิ่งนำไม่ใช่การวิ่งตาม ต้องช่วยกันคิดว่าจะวิ่งนำวิ่งอย่างไรและมาช่วยกันทำ

ขอให้ทุกท่านประสบความสำเร็จในวิชาชีพ ในสิ่งที่ท่านเลือกและได้ช่วยกันกับสังคมของเราให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ต่อพวกเราด้วย ต่อประเทศชาติและต่อสังคมด้วยทุกๆ วันครับ ขอให้มีความสุขความเจริญครับ

ขอบคุณครับ



ผลการประชาพิจารณ์
ร่างข้อเสนอแนะ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พุทธศักราช ๒๕๕๘

การทำประชาพิจารณ์ (ร่าง) ข้อเสนอแนะ

ครั้งที่	วันที่ เวลา	สถานที่	กรรมการ/ผู้ดูแล	จำนวนผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์
๑	๘ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องประชุมมอดินแดง ชั้น ๓ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ. นพ.เรืองศักดิ์ เดลิตจรัสสุข รศ. พญ.อนุรุฒ เดลิตจรัสสุข รศ. พญ.ประนอม บุพศิริ	ทั้งหมด ๑๖๗ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนกรรมการ ๓ คน ๒. อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๙๘ คน ๓. นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๗ คน ๔. อาจารย์และเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ๙ คน ๕. สมาคมผู้ประกอบการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน ๔ คน ๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗ คน ๗. เทศบาลนครขอนแก่น ๑ คน ๘. องค์การบริหารส่วนตำบลสาวะถี จังหวัดขอนแก่น ๑ คน ๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ๑ คน ๑๐. บุคคลทั่วไป ๓๖ คน
๒	๘ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้อง Med ๒๐๖ ชั้น ๒ อาคารแพทยศาสตรศึกษา ราชนครินทร์ ม.สงขลานครินทร์	ผศ. นพ.พิศิษฐ วัฒนเรืองวิวิท รศ. พญ.จิตเกษม สุวรรณรัฐ ดร. นพ.ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย ผศ. นพ.ปราวเมทย์ ทานอุทิศ	ทั้งหมด ๕๕ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนกรรมการ ๔ คน ๒. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ๓๔ คน ๓. บุคคลภายนอกคณะฯ ๕ คน ๔. ผู้ปกครองนักศึกษาแพทย์ ๑๒ คน
๓	๑๓ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องประชุมชั้น ๒ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่	รศ. พญ.นันทนา ศิริทรัพย์ รศ. นพ.ณัฐพงษ์ อัครพล อ. นพ.มานิช โชคแจ่มใส	ทั้งหมด ๑๓๐ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนคณะกรรมการ ๓ คน ๒. ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๓ คน ๓. อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๖๗ คน ๔. เจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๓๗ คน ๕. หน่วยงานภายนอก ๑๒ คน ๖. ผู้ปกครองนักศึกษาแพทย์ ๘ คน ๗. นักศึกษาแพทย์ ๓๐ คน

ครั้งที่	วันที่ เวลา	สถานที่	กรรมการ/ผู้ดูแล	จำนวนผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์
๔	๒๘ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องบรรยายอายุ เกตสิงห์ อาคารศรีสุวิรินทรา ชั้น ๓ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ. นพ. พงษ์ศักดิ์ วรณโกโรจัน ผศ. นพ.เชิดศักดิ์ เอี่ยมรัตน์ ผศ. นพ. รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์ สุวรรณ	ทั้งหมด ๑๔๒ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนคณะกรรมการ ๓ คน ๒. ผู้บริหาร และอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ๖๒ คน ๓. เจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ๕๕ คน ๔. หน่วยงานภายนอก ๑๒ คน ๕. นักศึกษาแพทย์ ๑๐ คน
๕	๒๙ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องแพทย์โดม ๒ ชั้น ๒ อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	ผศ. นพ. พิศิษฐ์ วัฒนเรืองโกวิท นพ. จิโรจน์ สุรพันธ์	ทั้งหมด ๓๕ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนคณะกรรมการ ๒ คน ๒. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๕๔ คน ๓. บุคคลภายนอกคณะฯ ๑๙ คน ๔. นักศึกษาแพทย์ ๓ คน
๖	๒๙ ก.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องประชุมกุมาร ชั้น ๑๐ อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	รศ. พันเอก อภิชัย ลีละสิริ รศ. นพ. เรืองศักดิ์ เลิศจรสุช รศ. พญ. อาบอรุณ เลิศจรสุช	ทั้งหมด ๓๕ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนคณะกรรมการ ๓ คน ๒. แพทย์และอาจารย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๑๐ คน ๓. แพทย์และอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ๑๒ คน ๔. แพทย์และอาจารย์ จากหน่วยงานอื่นๆ ๖ คน ๕. เจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ๔ คน ๖. ผู้ปกครองนักศึกษาแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๓ คน
๗	๖ ส.ค. ๕๘ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐)	ห้องราชมณเฑียร แกรนด์ บอลรูม โรงแรมมณเฑียร กรุงเทพฯ ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ	รศ. นพ. เรืองศักดิ์ เลิศจรสุช รศ. พญ. อาบอรุณ เลิศจรสุช อ. ดร. นพ. คณัย วังสุทรค	ทั้งหมด ๔๓ คน ๑. วิทยากรและตัวแทนคณะกรรมการ ๓ คน ๒. แพทย์ อาจารย์และบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ๑๘ คน ๓. บุคคลภายนอก ๒๒ คน

สรุปผลการประชาพิจารณ์

(ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
ณ ห้องประชุมมอดินแดง ชั้น ๓ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วันพุธที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๑. ควรให้ข้อมูลประกอบเรื่องการกระจายของแพทย์ นโยบายการผลิต ประเทศต้องการแพทย์อีกเท่าไร
๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
 - คำว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความหมายที่เข้าใจยาก (Abstract) เกินไป ควรมีการขยายความ เช่น Life Long Learning Communication Skill การทำงานเป็นทีม ฯลฯ และควรมีการเพิ่มเติมในการจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ควรจะเพิ่มเติมหรือขยาย Inter Professional education
 - ในร่างข้อเสนอแนะฯ ควรให้ความสำคัญในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม และความมีวินัย ในวิชาชีพ โดยสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดส่วนของเนื้อหาหลัก หรือในเชิงอรรถ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนร่วมกัน
๓. การกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในแต่ละสถาบันควรคำนึงวิสัยทัศน์ คักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบันที่แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ
 - ๓.๑ การประเมิน NL ๑ ๒ ๓ ข้อสอบมาจากส่วนกลางโดยประเมินทุกสถาบันเหมือนกันหมด อาจมีความขัดแย้งกับร่างข้อเสนอแนะฯ ข้อ ๓ จึงควรพิจารณาระบบว่าเป็นอย่างไร ข้อ ๓ หรือไม่ และควรมีการปรับการเรียนการสอนอย่างไรให้นักศึกษาแพทย์เรียนแบบมีความสุข ระบบการออกข้อสอบเราต้องการอะไรจากเด็ก
 - เข้าใจว่าในการจัดการเรียนในอนาคต ในหลักสูตรใหม่ ๗๐% เรียนเหมือนกันหมด และ ๓๐% จึงค่อยเลือกกว่าอยากจะไปทางด้านใด
๔. การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้การบริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชนเขตชนบท และเขตเมือง พึงดำเนินการดังนี้
 - ๔.๑ การคัดเลือกผู้เรียน
 - ควรพิจารณาคุณสมบัติอื่นๆ ให้นำหนักเทียบเคียงกับน้ำหนักทางวิชาการ และในการคัดเลือกแพทย์ให้ให้ความสำคัญในทักษะ EQ (Emotional Quotient) และ AQ (Adversity Quotient)
 - ควรมีการลงรายละเอียดเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน เพื่อให้โรงเรียนแพทย์แต่ละสถาบันได้นำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นไปตามหลักเกณฑ์เดียวกัน
 - ๔.๒ หลักสูตร
 - ขอให้เปลี่ยนจาก Medicine for Community เป็น for family เพราะ for community จะไปทับซ้อนกับการผลิตแพทย์ของสาธารณสุข ซึ่ง Family doctor ได้เคยมีการบัญญัติในแพทยสภา
 - ควรเพิ่มระบบการดูแลให้คำปรึกษานักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ เนื่องจากพบนักศึกษาที่มีปัญหาเป็นจำนวนมาก

๕. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป

ไม่มีข้อเสนอแนะ

๖. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยต่อไปพึงดำเนินการดังนี้

- เวลาของทั้งอาจารย์และบัณฑิตที่ไม่เอื้ออำนวย จึงไม่แน่ใจว่าจะเกิดขึ้นได้อย่างไร หรือควรเป็นเพียงการกระตุ้นให้เกิดแนวคิดการสร้างงานวิจัยทางการแพทย์
- ควรให้นักศึกษาได้ทำงานวิจัยถึงระดับไหน
- ไม่ควรจัดให้มีการแยก Track ออกไป บัณฑิตแพทย์ไม่มีทักษะการวิจัยไม่ได้ และการเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ดีต้องเข้าใจปัญหาของชุมชน สิ่งที่แพทย์เผชิญหน้าต้องทำวิจัยหมด งานวิจัยจึงต้อง integrated เข้าไป
- ควรมีการปรับแก้ข้อเสนอในร่างข้อเสนอแนะ เป็น ให้มีแนวทาง (Track) ของแพทย์ที่มีความตั้งใจอยากเป็นนักวิจัย เพื่อเป็นฐานให้ประเทศไทยได้มีนักประดิษฐ์ระดับโลก หรือได้มีโอกาสสร้างผลงานในระดับรางวัลโนเบล ในอนาคต ยกตัวอย่าง การจัดการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือ PhD-MD หรืออาจมีการขยายโอกาสเป็น MSc-MD ซึ่งใช้เวลาสั้นลง
- ไม่ควรเริ่มต้นเร็วในช่วงเรียนปริญญาตรี ซึ่งควรเป็นช่วงเวลาในการปูพื้นฐานทางการแพทย์เบื้องต้น ส่วนความรู้เฉพาะด้าน เช่น การเป็นนักวิจัย ควรเกิดขึ้นหลังจากบัณฑิตแพทย์มีความเชี่ยวชาญก่อน
- ในร่างของข้อเสนอแนะฯ ควรอธิบายให้ชัดเจน ว่าเป็นการสนับสนุนทักษะการวิจัยของนักศึกษาแพทย์ โดยมีอาจารย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรมีหลักสูตรที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์เพื่อชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและแพทย์นักวิจัย

- เห็นด้วยในร่างข้อเสนอแนะฯ แต่ยังไม่ออกในแนวทางปฏิบัติจริง จึงอยากให้มีการชี้แจงรายละเอียดมากกว่านี้
- ถ้าเลือกแล้วมีการเปลี่ยนเส้นทาง จะมีกระบวนการปฏิบัติอย่างไร ที่ช่วยเขา นักศึกษาจะมีโอกาสให้เปลี่ยนแปลงหรือไม่
- ต้องมีกระบวนการทำความเข้าใจร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อไม่ให้เกิดการทับซ้อนในการจัดการศึกษา

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ (ข้อ ๔, ๕ และ ๖)

- การกำหนดเกณฑ์การสอบใบประกอบโรคศิลป์ อาจจะกำหนดโดยโรงเรียนแพทย์ประจำภูมิภาค เพื่อสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาแพทย์ตามวิสัยทัศน์ของแต่ละสถาบัน รวมทั้งความรู้พื้นฐานระดับวิทยาของแต่ละโรคในแต่ละภูมิภาคต่างกัน หากเกณฑ์ปรับเปลี่ยนตามภูมิภาคอาจมีประโยชน์มากขึ้น

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติการกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

- การพัฒนาอาจารย์ มีข้อจำกัดคือ ผู้ผลิตกับผู้ใช้งานจิต ยังมีการสื่อสารไม่เพียงพอ ว่าสิ่งที่ผลิตใช้ประโยชน์ได้จริงมากน้อยเพียงใด
- พัฒนาอาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถครบทุกด้าน เพื่อเป็นต้นแบบให้กับนักศึกษา

อื่นๆ

- การทำประชาพิจารณ์ในวันนี้ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งการเปิดรับฟังความคิดเห็นในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ ควรเปิดรับฟังจากคนหลากหลายกลุ่มอาชีพ เช่น วิศวกรรมศาสตร์ ชีววิทยา เคมี สถาปัตยกรรมศาสตร์ ภาคประชาชน เพื่อนำเสนอมุมมองต่อการพัฒนาแพทย์ในมิติที่แตกต่าง
- อยากให้มีเวทีที่ประชาชน หรือผู้ใช้บริการทางการแพทย์ได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นมากกว่านี้ และควรมีช่องทางสื่อสารสาธารณะเพื่อให้เกิดการรับรู้อย่างทั่วถึง ทั้งใน Social Media วิทยุชุมชน
- ชื่นชมร่างข้อเสนอแนะฯ ต้นแบบมีเนื้อหาที่ดีมาก แต่ไม่มั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติจริงในโรงเรียนแพทย์ เนื่องจากมีองค์ประกอบอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น นโยบายของรัฐ ระบบการจัดการของสาธารณสุข ระบบอาจารย์ การพัฒนาคณาจารย์ที่มีความสามารถในการสอน
- เห็นด้วยกับร่างข้อเสนอแนะฯ และอยากให้มีการเผยแพร่รายละเอียดความเป็นมา ความสำคัญของแต่ละหัวข้อ และมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาเหตุผลว่า การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรแพทยศาสตร์ช่วยทำให้สังคมหรือวงการแพทย์เปลี่ยนไปอย่างไร

ข้อเสนอแนะจากการประชาพิจารณ์
ร่างข้อเสนอแนะการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๑. ควรจัดทำ Glossary คำศัพท์ต่างๆ ที่ใช้ในข้อเสนอแนะ เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ เกณฑ์ความรู้ความสามารถฯ บูรณาการการใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน ฯลฯ นอกจากนี้คำว่า outcome น่าจะใช้ผลลัพธ์

๒. ข้อ ๑ เพิ่มข้อความ แพทย์ที่มีความหลากหลาย “อาทิ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือการแพทย์ปฐมภูมิ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อาจารย์แพทย์หรือนักวิจัย” เพื่อให้.....

๓. ข้อ ๒ ควรเพิ่ม ๒.๑ เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา และเกณฑ์ความรู้ความสามารถ เนื่องจากเกณฑ์ความรู้ระบุแต่ความรู้ความสามารถ (ประกาศแพทยสภา ที่ ๑๒/๒๕๕๕ เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕ (Medical Competency Assessment Criteria for National License ๒๐๑๒) แต่ ๖ competencies อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ประกาศแพทยสภาที่ ๑๑/๒๕๕๕ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๕๕ (Professional Standards for Medical Practitioners ๒๐๑๒))

๔. ข้อเสนอแนะข้อ ๔, ๕, ๖ ควรเขียนในรูปที่คล้ายคลึงกัน เพราะการคัดเลือกและหลักสูตรปรากฏที่ข้อ ๔ แห่งเดียว ทำให้มีความเข้าใจผิดว่าใช้กับข้อ ๕, ๖ ด้วย

๕. ข้อ ๗ ขอแก้เป็น การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรจัดให้มีหลักสูตร และดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถาบันที่ผ่านการรับรองเป็นระยะ โดยอาจจัดให้มีประสบการณ์ฝึกอบรมที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อาจารย์แพทย์และแพทย์นักวิจัย

๖. ควรเพิ่มแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว ควรผ่านการประเมินการเพิ่มพูนทักษะก่อนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยอิสระ โดยอาจเป็นข้อ ๘ ใหม่ใน ๑๐ ข้อ เนื่องจากมีการเห็นด้วยกับ provisional license ๑ year มากกว่าผู้ไม่เห็นด้วย

ข้อเสนอแนะจากการประชาพิจารณ์
ร่างข้อเสนอแนะการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๑. ข้อ ๑ การผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ จะต้องผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลาย โดยมีการสำรวจความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตอย่างเป็นระบบ เพื่อให้....
๒. ข้อ ๒.๑ บัณฑิตแพทย์จะต้องมีผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
๓. ข้อ ๒, ๕ (๒) ครอบคลุมการประเมินทุกระดับมิติ
๔. ข้อ ๖.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ มีทักษะในการสร้างโจทย์วิจัย ออกแบบงานวิจัย และทำวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษา.....
๕. ข้อ ๙ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีทักษะการสอนที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ ๒๑ มีมาตรการการสนับสนุน.....

สรุปข้อมูลความคิดเห็นต่อ (ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
จัดประชาพิจารณ์โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
(เฉพาะข้อมูลจากแบบฟอร์มแสดงความคิดเห็นที่ตอบกลับ ณ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘)

แบบตอบรับที่แสดงความคิดเห็นจำนวน ๑๑๓ ฉบับ

๑. การผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศจะต้องผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลายเพื่อให้

๑.๑ การบริหารทางการแพทย์ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- เห็นด้วย ๑๐๕ ฉบับ (ร้อยละ ๙๒.๙๒)
- ไม่เห็นด้วย ๕ ฉบับ (ร้อยละ ๔.๔๒)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ควรให้ความสำคัญที่ระดับปฐมภูมิมากกว่า ลดสัดส่วนทาง specialist ตัดแพทย์พาณิชย์
- ตติยภูมิยังไม่จำเป็น
- ต้องมีความพร้อมรู้ในทุกๆ ด้านให้กับทักษะของแต่ละบุคคล ควรมีให้หลากหลาย เจาะลึก
- ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงตำแหน่งหน้าที่ available สอดคล้องไปด้วยกันกับค่าตอบแทนที่เหมาะสมเมื่อเทียบจากภาระงานที่ต่างกันของแพทย์ทั้ง ๓ ระดับนั้น
- ทั้งนี้หมายถึง การผลิตในหลายระดับ ทั้งระดับแพทยศาสตรบัณฑิตที่เน้นระดับปฐมภูมิโรคที่พบบ่อย และระดับแพทย์ประจำบ้าน ต้องให้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- เน้นให้ความรู้ในด้านส่งเสริม ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูโดยเน้นให้เกิดคุณภาพ
- เน้นให้มีความรู้ในด้านส่งเสริมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู
- ระบบตติยภูมิ

๑.๒ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับสังคมไทยและสังคมโลก

- เห็นด้วย ๑๐๗ ฉบับ (ร้อยละ ๙๔.๖๙)
- ไม่เห็นด้วย ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- การผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลายบนพื้นฐานของสาธารณสุขไทยที่อุดมไปด้วย”งานบริการ” คงไม่เกิดการพัฒนาองค์ความรู้อย่างเป็น รูปธรรม เหตุเพราะงานบริการที่มากล้นเป็นศัตรูของงานวิจัยที่มีคุณภาพ (ไม่มีเวลาและแรงกายแรงใจ)
- ขอให้เน้นที่สังคมไทยเป็นหลักก่อน
- จากข้อ ๑.๑ และ ๑.๒ นั้น บัณฑิตแพทย์ควรมีโอกาสได้สอบคัดเลือก เพื่อปฏิบัติงานส่วนสายงานวิจัย และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- ดูแลคนไทยในชนบทให้ทั่วถึงก่อนที่จะมุ่งสู่ระดับโลก อย่าทิ้งคนไทยในชนบท
- โดยเน้นให้เกิดคุณภาพ
- แพทย์ทุกปีนี้ที่ควรมีความรู้แล้วแต่จ้วงหวะ หรือสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง

๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

๒.๑ บัณฑิตแพทย์จะต้องมีผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- เห็นด้วย ๑๐๙ ฉบับ (ร้อยละ ๙๖.๔๖)
- ไม่เห็นด้วย ๒ ฉบับ (ร้อยละ ๑.๗๗)
- ไม่ระบุ ๒ ฉบับ (ร้อยละ ๑.๗๗)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- เกณฑ์ควรมีความชัดเจน+ประเมินแบบเด็ดขาดไม่มีการผ่อนปรน เพื่อให้แพทย์ที่จบไปเป็นแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง
- เกณฑ์ถือเป็น minimum requirement อยากให้เน้นผลตาม outcome ของสถาบัน
- เน้นเรื่อง attitude ด้วย
- best practice เพื่อลดการโดนฟ้องร้อง
- ต้องเพิ่มความเข้มแข็งทางด้าน basic science อีกมากสำหรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของไทย
- ต่อทำว่า “...ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นอย่างน้อย”

๒.๒ จะต้องเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เห็นด้วย ๑๐๕ ฉบับ (ร้อยละ ๙๒.๙๒)
- ไม่เห็นด้วย ๖ ฉบับ (ร้อยละ ๕.๓๑)
- ไม่ระบุ ๒ ฉบับ (ร้อยละ ๑.๗๗)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ข้อ ๒.๒-๒.๔ น่าจะมีคำว่าศึกษาด้วยตนเองในข้อใดข้อหนึ่ง (๒ ความเห็น)
- เน้นเรื่อง attitude ด้วย
- best practice เพื่อลดการโดนฟ้องร้อง
- ควรเน้นความเหมาะสมและสนใจเฉพาะบุคคลและใช้เวลาในส่วนของวิชาเลือก
- แต่จะอย่างไรหากเกิดความไม่สมดุลระหว่าง “ศาสตร์ที่ขาดแคลน” ที่เป็นที่นิยม (ซึ่งปัจจุบันก็เกิดขึ้นอยู่แล้ว)
- ทั้งนี้รวมถึงทักษะทางด้านสื่อสารสนเทศ ทักษะภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะการพูดและเขียนแบบ academic writing
- น่าจะเป็นการเตรียมตัวหรือปลูกฝังการพัฒนาทักษะทางวิชาการต่อเนื่องไม่จำเป็นต้องเป็นการฝึกอบรมในรูปแบบ
- เน้นที่ระดับปฐมนุฏีและเน้นให้ใฝ่รู้ตลอดชีวิต การระบุว่าเตรียมพร้อมสำหรับอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพค่อนข้างกว้างจับต้องยาก
- ไม่จำเป็น ฝึกแพทย์เพื่อให้เป็นแพทย์ทั่วไปได้เป็นหลัก
- ไม่แน่ใจว่าจะออกมาเป็นรูปธรรมได้อย่างไร อาจต้องทำให้เรียนรู้เรื่องกว้างและเชิงลึก
- อยากให้เน้นความถูกต้องเหมาะสมของการตรวจวินิจฉัย+รักษาให้มาก+เป็นหลักก่อน เนื่องจากแพทย์ปัจจุบันส่วนมากละเลยการซักประวัติ+ตรวจร่างกายแต่ไปเน้นการสืบค้น+ตรวจพิเศษมากเกินไป
- อยากให้เน้น lifelong learner ที่มี community - minded มากกว่า

๒.๓ พึ่งพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารสุขภาพ

- เห็นด้วย ๑๐๕ ฉบับ (ร้อยละ ๙๒.๙๒)
- ไม่เห็นด้วย ๕ ฉบับ (ร้อยละ ๔.๕๒)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ควรติดตามให้ชัดเจน เข้าใจแตกต่างกันเกิดปัญหาทางปฏิบัติ
- เน้นเรื่อง attitude ด้วย
- best practice เพื่อลดการโดนฟ้องร้อง
- ต้อง transform อาจารย์ก่อน
- มีความสำคัญมากเนื่องจากการปฏิบัติตามโรงพยาบาลส่วนใหญ่แพทย์มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและพัฒนองค์กร
- มีภาวะผู้นำ คิวคิดวิเคราะห์ critical thinking ที่พิจารณาเหตุผลในสถานการณ์ต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ใช่ประเด็น
- ไม่จำเป็นแพทย์ต้องเป็นผู้นำ บุคลากรอื่นก็ทำได้
- ไม่จำเป็นเสมอไป ขึ้นกับบุคคล
- สมควรทำแต่ไม่พบส่วนใดในหลักสูตรที่มุ่งเน้นทำให้ข้อนี้เป็นจริง
- หลักการทำดูดีน่าจะเป็นไปได้ยากที่จะสามารถจัดให้เกิดได้ในระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
- หากเป็นไปได้อยากให้นักเรียนได้เรียนรู้จากระดับผู้บริหารโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าจะเป็นเพียงระดับโรงพยาบาลชุมชนดังเช่นในปัจจุบัน

๒.๔ พึ่งเน้นการคิดเชิงวิพากษ์ให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือของวรรณกรรมทางการแพทย์ ตลอดจนประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารผู้ป่วยและสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่

- เห็นด้วย ๑๑๑ ฉบับ (ร้อยละ ๙๘.๒๓)
- ไม่เห็นด้วย ๐ ฉบับ (ร้อยละ ๐.๐๐)
- ไม่ระบุ ๒ ฉบับ (ร้อยละ ๑.๗๗)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- คงต้องแก้ย้อนกลับไปถึงระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ปัญหาที่ว่าเด็กไทย “คิดเชิงวิพากษ์” ไม่เป็นหรือเน้น “จำทำใช้ (สอบ)” ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการคงต้องมีส่วนรับผิดชอบ
- เน้นเรื่อง attitude ด้วย
- best practice เพื่อลดการโดนฟ้องร้อง
- ควรเปิดโอกาสให้นักเรียนได้วิพากษ์ในงานเขียนที่มีพื้นที่ส่วนตัว ไม่เปิดเผย เพื่อให้ให้นักเรียนได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่และเน้นพัฒนาระบบอาจารย์ที่ปรึกษา เพราะนักเรียนแต่ละคนมีพื้นฐานความถนัด และทักษะการเรียนรู้ที่ต่างกันโดยสิ้นเชิง
- ต้องให้อาจารย์ก่อน โดยเน้นที่เชิงวิพากษ์
- แต่ควรกำหนดความลึก ความเข้าใจว่าควรอยู่ในระดับใด และมีแหล่งหาข้อมูลอย่างไรบ้าง
- แต่น่าจะได้ระดับพื้นฐาน
- ควรจัดให้เรียนในเวลาที่เหมาะสม ถึงเวลาที่มีความรู้เพียงพอแล้ว ในระดับคลินิก
- ปัจจุบันแพทย์ขาดทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

- อาจารย์ต้องหัดก่อน ถ้าอาจารย์ยังฝึกหัดนักเรียนก็วิพากษ์ไม่ได้

๒.๕ ประเมินผู้เรียนโดยใช้

- (๑) ระบบการประเมินเพื่อยืนยันว่าผู้เรียนบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร
- (๒) วิธีและเครื่องมืออันหลากหลายให้ครอบคลุมการประเมินทุกระดับ ได้แก่ การประเมินความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง
 - เห็นด้วย ๑๐๙ ฉบับ (ร้อยละ ๙๖.๔๖)
 - ไม่เห็นด้วย ๐ ฉบับ (ร้อยละ ๐.๐๐)
 - ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- แต่ในระดับสถาบัน ควรเปิดโอกาสให้นักเรียนได้เลือกเครื่องมือในการประเมินตนเองด้วย
- แต่สัดส่วน ควรเน้นการประเมินในสถานการณ์จริงให้มากขึ้นกว่าเดิม และเน้นพัฒนาสนับสนุนจาก ส่วนกลาง เพื่อยกมาตรฐานการสอบประเมินในสถานการณ์จริงในแต่ละสถาบัน
- การลดความสำคัญของคะแนน/เกรด เช่น กำหนดให้วีซาระดับ pre-clinic มีผลการเรียนเป็น s/u
- ข้อ (๑) (๒) ตามเดิม เพิ่มประเมินการพัฒนาตนเองตาม Code of Conduct in Thai Medical Students (แพทยสภา)
- โดยเฉพาะ 2-way communication MCQ ไม่สามารถวัดผลได้เลย
- โดยใช้เครื่องมือใดข้อนี้ไม่ชัดเจน (๒ ความเห็น)
- แต่ในทางปฏิบัติคงทำได้ยาก

๓. การกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในแต่ละสถาบัน ควรคำนึงถึง วิสัยทัศน์ ศักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบันที่แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ

- เห็นด้วย ๘๕ ฉบับ (ร้อยละ ๗๕.๒๒)
- ไม่เห็นด้วย ๒๕ ฉบับ (ร้อยละ ๒๒.๑๒)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ควรกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดผลสัมฤทธิ์ให้ใช้ร่วมกัน
- ควรให้แต่ละสถาบันมีมาตรฐานเดียวกันในการกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา
- ควรเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน (๒ ความเห็น)
- ควรมีมาตรฐานเดียวกันเป็นมาตรฐานกลางขั้นต่ำ แต่พอเพียงกับประเทศไทย สถาบันไหนจะเพิ่มเติมอะไร ก็ค่อยเพิ่มเข้าไป
- ควรมีมาตรฐานระดับประเทศที่ตรงกันเป็นพื้นฐานเบื้องต้นก่อน
- ความแตกต่างควรเป็นองค์ประกอบเสริม แต่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาควรเป็นหลักที่ทุกสถาบันเห็นพ้อง ตรงกันเป็นมาตรฐาน
- แต่ควรมี minimum requirement ที่ใกล้เคียงกัน ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระดับพื้นฐานได้
- แต่ผลสัมฤทธิ์นั้นควรต้องมีมาตรฐานกลางที่จำเป็น เหมือนกันในทุกสถาบัน มิใช่แตกต่างตามวิสัยทัศน์ ศักยภาพ และสมรรถนะ
- ทั้งนี้ควรมีมาตรฐานหลักในการกำหนดผลสัมฤทธิ์ดังกล่าวด้วย

- ทุกคนควรได้มาตรฐานเดียวกัน ถ้าไม่ได้มาตรฐาน/ไม่ผ่านเกณฑ์ไม่ควรให้ผ่าน
- น่าจะเป็นไปในทางเดียวกันไม่แตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ
- น่าจะมีผลสัมฤทธิ์ขั้นพื้นฐานร่วมกันและมีผลสัมฤทธิ์เฉพาะสถาบันที่แตกต่างกัน
- บัณฑิตแพทย์ต้องสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ทั่วประเทศ การกำหนดผลสัมฤทธิ์ควรเป็นเกณฑ์เดียวกัน
- ผลสัมฤทธิ์ของแต่ละสถาบันควรทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากคงไม่อาจควบคุมได้ว่า แพทย์ที่จบจากสถาบันภูมิภาคมีความต้องการทำงานและใช้ชีวิตที่เหลือในภูมิภาคได้ทุกคน (เพื่อสนองความต้องการประเทศ)
- ผลสัมฤทธิ์ขั้นต่ำควรถูกกำหนดให้เหมือนกันทุกสถาบัน
- ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของแพทย์ควรอยู่ในระดับเดียวกันมากกว่า
- แพทย์ทุกท่านไม่ว่าจากสถาบันไหนควรได้ผลสัมฤทธิ์เท่ากัน
- ระดับ พ.บ. คิดว่าน่าจะมีเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน เพราะเด็ก ม.ปลาย ยังไม่ทราบข้อมูลสถาบันลักษณะนั้น แต่ถ้า resident/fellow จึงควรเป็นไปตามสมรรถนะหลัก
- สถาบันที่คิดว่าสามารถผลิตแพทย์ออกสู่สังคม+ชุมชนควรมีมาตรฐานเดียวกัน
- สถาบันที่ผลิตแพทย์ควรต้องจัดให้มีการเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์ไม่ใช่สอนตามศักยภาพของสถาบัน จะกลายเป็นแพทย์คนละชั้นกัน
- สมรรถนะหลักของสถาบันที่มีความแตกต่างเพื่อให้เกิดความหลากหลายของบัณฑิตแพทย์และตอบสนองของสาธารณสุขทุกระดับและความต้องการของประเทศ
- เห็นด้วยในความหลากหลายของการผลิตแพทย์เพื่อตอบโจทย์นี้มากกว่าจะเน้นการผลิต specialist
- เห็นด้วยอย่างยิ่งต้องใช้การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดตารางเรียนต่างๆ เพื่อให้เกิดระบบคุณภาพที่ดี
- เนื่องจากแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแล้วอาจต้องไปปฏิบัติงานทั่วประเทศ การทำให้เกิดมาตรฐานที่ต่างกันหลายๆ ในระยะยาวจะเกิดสภาวะการแบ่งแยก จัดลำดับ

๔. การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้การบริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชน เขตชนบทและเขตเมือง พึงดำเนินการดังนี้

๔.๑ การคัดเลือกผู้เรียน

- (๑) ควรพิจารณาความรู้ทางวิชาการ และคุณสมบัติอื่นๆ ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์
- (๒) ควรดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเป็นธรรม
 - เห็นด้วย ๑๐๕ ฉบับ (ร้อยละ ๙๒.๙๒)
 - ไม่เห็นด้วย ๕ ฉบับ (ร้อยละ ๔.๔๒)
 - ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- เห็นด้วยกับข้อ (๑) เวลาจบแล้วเด็กก็ไม่ได้ไปอยู่ในภูมิภาคสักเท่าไหร่ มักจะมีเหตุให้ต้องเปลี่ยนที่ทำงานเช่น การแต่งงาน เป็นต้น (๒) เห็นด้วย
- ควรใช้มาตรการเชิงบวกในการเชิญชวนให้บัณฑิตแพทย์ในโครงการพิเศษได้ศึกษาต่อในระดับสูงขึ้นไปในพื้นที่

- ควรเพิ่มการเขียนเรียงความเกี่ยวกับตนเองของผู้สมัครก่อนและมีการประเมินที่เข้มข้นขึ้นเพื่อให้ได้ผู้ที่อยาก/พร้อมที่จะเป็นแพทย์
- ควรมีมาตรฐานเดียว แต่ใช้สัดส่วนการคัดเลือกที่แตกต่างกัน เพราะตอนเข้าเรียนผู้เรียนคงยังไม่มั่นใจว่าจะไปเป็นแพทย์ประเภทใด
- ควรเลือกจากเด็กที่เรียนได้มากกว่าเด็กเก่งที่เรียนดี
- ความรู้ทางวิชาการเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ควรมีการประเมินเจตคติ/คุณสมบัติต่อวิชาชีพแพทย์ควรเปิดโอกาสให้เด็กในพื้นที่ห่างไกล
- คำว่า “คุณสมบัติอื่นๆ” ควรต้องเขียนให้ชัดเจน เช่น attitude มีความตั้งใจในการเรียนแพทย์มิใช่พ่อแม่อยากให้เรียน แต่ผู้เรียนไม่อยากจะเรียน และสุขภาพจิตของผู้เรียนต้องชัดเจนกว่าปกติ มิเช่นนั้น ถ้ามีหนึ่งในสองประเด็นดังกล่าว จะทำให้เป็นปัญหาอย่างมากในการฝึกอบรมระยะยาว
- นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่ที่เข้าโครงการ ODOD/แพทย์ชนบท มักไม่ทราบโอกาสของการมาเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ต้องลาออกและใช้เงินมาเพื่อเรียนต่อเป็น resident ไม่ทันเพื่อนรุ่นเดียวกัน
- บางคนเรียนเก่งก็มาเรียนแพทย์แต่ไม่อยู่ในชนบท เพราะอยากทำงานใกล้บ้านใกล้ครอบครัว หรือมีลักษณะนิสัยติดสิ่งอำนวยความสะดวกในเมือง
- ภูมิภาคไหน ควรสอดคล้องกับปริมาณแพทย์ใช้ทุนในจังหวัดนั้นๆ และควรเพื่อสำหรับแพทย์ที่อยู่จังหวัดนั้น ซึ่งไม่ได้เข้ารับการศึกษาศาสนาที่รับภูมิภาคนั้นๆ แต่เรียนในสถาบันที่ไม่ได้คัดเลือกภูมิภาคไหน ควรจัดสัดส่วนให้เหมาะสมกว่านี้
- ไม่เข้าใจในรูปธรรมว่าจะหมายถึงอะไร
- ไม่ควรใช้เจตคติเรื่องการทำงานในชนบทมาเป็นเกณฑ์พิจารณารับแพทย์
- ควรกำหนดเกณฑ์คำว่า “อื่นๆ” อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องความผิดปกติทางจิตที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานและเกี่ยวกับแพทย์พาณิชย์ด้วย

๔.๒ หลักสูตร

- (๑) ออกแบบหลักสูตรบูรณาการภายใต้กรอบแนวคิดของการใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน
- (๒) จัดให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกตั้งแต่ในระยะแรกของหลักสูตร
- (๓) จัดให้มีประสบการณ์ในชุมชนอย่างเพียงพอ
- (๔) จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริหารระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- (๕) เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ
- (๖) มีระบบการดูแลให้คำปรึกษา
- (๗) มีต้นแบบที่ดี
 - เห็นด้วย ๑๐๖ ฉบับ (ร้อยละ ๘๓.๘๑)
 - ไม่เห็นด้วย ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)
 - ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- การสอนให้มีความเชื่อมโยง (integration) ในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งทำได้ไม่ดี เนื่องจากอาจารย์แพทย์มีความเป็นเฉพาะทาง (specialty) อยู่มาก จนไม่สามารถมาเชื่อมโยงหรือสอน part general ได้ส่วนอาจารย์สอนได้ดีก็มักจะมีความเป็น general อยู่สูง
- ขยายความได้ไหมว่า “เป็นธรรมชาติ” แปลว่าอะไร

- ควรทำอย่างเหมาะสม การจัดการประสบการณ์เรียนรู้ตั้งแต่ระยะแรกทางคลินิก ต้องฝึกอาจารย์ก่อน มิฉะนั้นเกิดความสับสนไม่บรรลุ วัตถุประสงค์เมื่อเรียนทางคลินิกต้องทราบกลไกพื้นฐานมากกว่าเพื่อความมั่นคงถูกต้องในการรักษาดูแลผู้ป่วย
- ควรมิวิชาเลือกในแต่ละทักษะให้เด็กที่ถนัดทางใดจะได้มุ่งเน้นให้เพิ่มขึ้น และจะได้ทดลองว่าแนวทางควรเป็นอย่างไรในอนาคต
- ควรให้อยู่ในรูปแบบการปฏิบัติจริง เน้นการมีส่วนร่วมในการรักษามากกว่าขึ้นชั้นคลินิกเพื่อเฝ้าสังเกตการณ์
- จะสับสน
- แต่คงทำได้ยากด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาเรียน เช่น ประสบการณ์ในชุมชนอย่างเพียงพอ จะให้ exposure นานเท่าไรถึงจะบอกว่าพอ แต่ละ community ก็มีวัฒนธรรมต่างกันจะให้ exposure ภาคไหนดีหรือวนทุกภาคในประเทศไทย ในเวลา ๖ ปีคงทำให้ทุกคนเป็นอย่างที่ตั้งใจหวังคงไม่ได้
- น่าจะเพิ่มจริยธรรม คุณธรรม และการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมค่ะ
- ในทุกสาขาวิชาควรมีการเชื่อมโยงงานคุณภาพเพื่อให้เป็นระบบสุขภาพชุมชนภาพใหญ่อย่างเข้าใจ ถึงจะเข้าใจระบบการแพทย์ และระบบบริการทางการแพทย์/ใช้วิชาความเป็นคน เรียนรู้คนมากกว่าเรียนรู้เพียงแต่พยาธิสภาพและการแก้ไข โรงเรียนแพทย์ที่ไม่ได้ทำงานตรงนี้โดยตรงควรให้สถาบันที่ทำโดยตรงเป็นผู้สอน+อบรม
- เห็นด้วยอย่างมากทุกข้อ consolidate core curriculum ลดการสอนบรรยายเนื้อหามากมาย
- โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานเป็นทีม เห็นความสำคัญของความคิดเห็นในผู้ร่วมงาน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน
- ไม่เห็นด้วยในข้อ ๒ เพราะถ้าเรียนรู้ Basic knowledge น้อยกลับจะไม่สามารถเข้าใจ clinical concept ได้ดี และจะนำไปสู่ ความสามารถในข้อ ๒.๔ ไม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อ ๗ ต้นแบบที่ดีคือใคร มีเกณฑ์อย่างไร? ดีจริง?
- อยากเพิ่มเติมข้อ ๕ เนื่องจากว่าต้องการให้เน้นการทำงานเป็นทีม แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับนักศึกษาแพทย์ศิริราช เราจะได้เจอวิชาชีพอื่นก็ตอนปี ๑ และอีกทีก็ตอนปี ๔ ไปเลย ซึ่งในมุมมองของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเห็นว่าสำหรับหลักสูตรใหม่ในปัจจุบัน รวมถึงหลักสูตรแพทย์ของโรงเรียนแพทย์อื่นด้วย หากเป็นไปได้ควรมีการจัดให้เรียนร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ สาธารณสุข เช่น พยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร มากกว่านี้ซึ่งอาจจะเรียนร่วมกันในวิชาร่วมก็ได้ หากกังวลในเรื่องว่าในแต่ละวิชาชีพก็มีความจำเป็นต้องเรียนรู้รายละเอียดในเรื่องนั้นๆ เช่น Gross anatomy แตกต่างกันไป ประโยชน์จากการทำเช่นนี้มีหลายข้อดังนี้
- ทำให้แต่ละวิชาชีพมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ก่อนที่จะเจอกันจริงๆ ในที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ใช้เวลาปรับตัวลดลงในการทำงาน
- ถ้ามองในแง่ของกิจกรรมต่างๆ ที่ทำในแต่ละโรงเรียนแพทย์ การที่ให้โอกาสนักศึกษาแต่ละวิชาชีพมาเรียนด้วยกัน จะเป็นอีกทางที่จะเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของนักศึกษา เพราะปัจจุบันส่วนใหญ่เราก็ทำในวิชาชีพเรา

๕. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป พึงดำเนินการดังนี้

- ๕.๑ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคือ ได้เรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีบรรยากาศทางวิชาการ
 - เห็นด้วย ๙๕ ฉบับ (ร้อยละ ๘๔.๐๗)

- ไม่เห็นด้วย ๑๔ ฉบับ (ร้อยละ ๑๒.๓๙)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- จัดให้มีโอกาสได้เลือกเรียน
- ด้วยเวลาที่จำกัด ควรมุ่งเน้นโรคที่จะได้ใช้จริงเป็นหลัก
- ถ้าในระดับ พ.บ. ยังไม่เห็นด้วย อยากให้เน้นประสบการณ์ที่ common/investigation ที่มีทั่วไปในโรงพยาบาลขนาดเล็กมากกว่าเรียน case rare/ investigation ที่ high แต่ไม่ได้ใช้ในชีวิตจริง
- เป็นความคิดเชิงสมมติที่ได้จากผู้สอน ไม่ใช่จากผู้เรียน และเป็นสิ่งที่ผู้สอนไม่อยากจะปรับตัวเองควรทำเหมือน ๔.๒ และมีสิ่งเพิ่มเติม อะไรก็ค่อยใส่เพิ่ม
- เป็นบางส่วน ควรมีช่วงเวลาส่วนใหญ่ในการเรียนในสิ่งแวดล้อมที่ปกติ เนื่องจากชีวิตจริง ผู้ป่วยไม่ได้ซับซ้อนอย่างที่คิด และความซับซ้อนในโรงเรียนแพทย์ ควรมีบรรยากาศทางวิชาการตลอดเวลาและส่งเสริมให้มีความคุ้นเคยเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาตนเอง หลังจากเรียนจบไปแล้วและพัฒนาความรู้ในองค์กรที่ตนเองอยู่
- ผู้ป่วยซับซ้อนด้วยก็เรียนได้มาก ถ้าสอนเป็น
- มีได้แต่ให้เป็นวิชาเลือกเพราะส่วนใหญ่จะเน้นเม็ดความรู้มากกว่าการประยุกต์
- ไม่ควรมากเกินไป
- ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะทาง ควรเน้นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขของประเทศเป็นหลัก ส่งเสริมบรรยากาศวิชาการโดยศึกษาปัญหาที่สำคัญ
- หากจะต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางอยู่แล้วบรรยากาศเช่นที่หาตัวอย่างมา เช่น การต้องจัดให้ดูผู้ป่วยซับซ้อน คงไม่จำเป็น อยากให้เน้นที่การตรวจ+รักษาขั้นพื้นฐานให้ดีกว่า

๕.๒ มีวิชาเลือกที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเลิศในการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

- เห็นด้วย ๑๐๒ ฉบับ (ร้อยละ ๙๐.๒๗)
- ไม่เห็นด้วย ๙ ฉบับ (ร้อยละ ๗.๙๖)
- ไม่ระบุ ๒ ฉบับ (ร้อยละ ๑.๗๗)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- elective ควรเป็นวิชาที่นักศึกษาแพทย์อยากเรียนรู้จริงๆ อยากเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตนอกห้องเรียน
- ชัดแย้งไม่เข้ากับความคิดเรื่อง people-centered health care
- ขึ้นอยู่กับความสนใจพิเศษ
- ควรมุ่งเน้นเรื่องผลิตผลงานทางวิชาการ
- ตัดออกจากวิชาหลัก
- บางส่วนเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ต้องดูความถนัด ความชอบ วิชาเลือกเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ให้โอกาสเด็กทำ explore วิชาชีพ และดูตนเอง
- มีรายวิชาบังคับเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขของประเทศ health economics การระบาดของโรคการจัดการ เมื่อพบการระบาดของโรค การจัดการเมื่อพบการระบาดหรือภัยพิบัติ (tsunami, แผ่นดินไหว)
- วิชาเลือกควรมีความหลากหลาย และให้สร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตด้านอื่นบ้าง
- ผู้เชี่ยวชาญที่แท้จริง ต้องรู้จักและกว้าง การเรียนแต่เรื่องลึกจะกลายเป็น “รู้ลึกโง่กว้าง”

๖. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยต่อไป พึงดำเนินการดังนี้

๖.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสมและมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย

- เห็นด้วย ๙๔ ฉบับ (ร้อยละ ๘๓.๑๙)
- ไม่เห็นด้วย ๑๕ ฉบับ (ร้อยละ ๑๓.๒๗)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ข้อ ๖.๑ - ข้อ ๖.๔ โครงการวิจัยเหมาะสมกับความสามารถ+เวลาที่ให้ด้วย
- ข้อ ๖.๑ - ข้อ ๖.๔ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน
- ข้อ ๖.๑ - ข้อ ๖.๔ คิดว่าขึ้นอยู่กับผู้เรียนเป็นสำคัญ ไม่ควรบังคับให้เรียน แต่ควรสอนให้อ่าน Research เช่น วิเคราะห์แสดงความคิดเห็น ประยุกต์ใช้ได้
- ขึ้นอยู่กับศักยภาพ/ความถนัดของผู้เรียนอาจเริ่มจากการวิจัยกลุ่ม
- ควรดูเหตุผลในข้อ ๕ ประกอบ - เราชอบจะให้เด็กเป็นนั่นเป็นนี่ตามความคิดของเรา (อาจารย์) โดยไม่ได้ถามเด็ก - ควรพิจารณาถึงคำ ว่า Harmony in diversity อย่าให้เกิดการแปลกแยกกับความแตกต่างที่เราทำให้บัณฑิตแพทย์เป็น
- ควรทำในกลุ่มผู้เรียนที่มีความสนใจพิเศษ โดยจัดทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุน
- ควรเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพด้วย ดีพิมพ์ในวารสารที่มี Impact function ที่เหมาะสม มีใช้แค่ทำให้เสร็จๆ ให้ได้ชิ้นงาน
- ควรเป็นทางเลือกเฉพาะกลุ่มที่สนใจ
- ควรมีให้เลือก แต่ไม่ควรเป็นเกณฑ์บังคับ
- คิดว่าน่าจะทำได้เฉพาะนักศึกษาแพทย์บางกลุ่ม ไม่ใช่ทั้งนักศึกษาแพทย์ทั้ง class
- ใช้เวลาวิชาเลือกเสริมแต่ที่สำคัญควรให้จบเป็น พ.บ. ทำงานได้จริง มีความรู้ทางคลินิกจริง แพทย์นักวิจัยก็ควรเป็นนักวิจัย Ph.D ทางการแพทย์ ถ้ารักษาคนไข้เบื้องต้นไม่ได้ก็ไม่ใช้ พ.บ. Doctor of Medicine แต่เป็น Master แล้วไปต่อ Ph.D ไม่ใช่ M.D.
- โดยเฉพาะทุนสนับสนุนโครงการวิจัย
- แต่ควรเป็นทางเลือกมีใช้ข้อบังคับ
- แต่เน้นที่กระบวนการแก้ปัญหา การได้ลงมือทำจริง
- นอกจากทุน ควรมีปัจจัยสนับสนุนที่เหมาะสมด้วย เช่น การให้ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ
- เนื่องจากโครงการวิจัยจำเป็นต้องมีอาจารย์ที่ปรึกษา เพราะระหว่างการทำวิจัยมักมีปัญหาที่ยากในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานในการทำงานวิจัย
- ในระดับนักศึกษาแพทย์บางคนอาจจะยังไม่ทราบเป้าหมายของตนเองแน่ชัดว่าชอบการเป็น clinician หรือเป็นนักวิจัย อยากให้เห็น แพทย์ที่ตรวจรักษาได้ถูกต้อง+มีมาตรฐาน ส่วนงานวิจัยหากสนใจจริงสามารถหาความรู้+ประสบการณ์เพิ่มเติมได้ควบคู่ไปหรือในภายหลัง
- เพื่อเป็นการกระตุ้นการพัฒนาทางความคิด แต่ว่าการทำโครงการจริงอาจต้องใช้เวลาาน เพราะนักเรียนยังมีความรู้ไม่มากพอที่จะตั้งคำถามวิจัยในสาขาต่างๆ อาจต้องใช้บุคลากรจำนวนมากเพื่อเป็นที่เลี้ยง
- ไม่จำเป็น

- เห็นด้วย แต่ควรเน้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก เวลาสำหรับทำวิจัยไม่ควรมากเกินไป สถานการณ์ในปัจจุบันแม้แต่แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด หรืออาจารย์ส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีเวลาสำหรับการทำวิจัยมากนัก ถ้าอยากเป็นนักวิจัยก็ควรเลือกรเรียน Ph.D ไปเลย หรือจบ พ.บ. แล้วต่อทางด้านวิจัยจะได้มีความรู้ทางแพทย์และเป็นแพทย์วิจัยที่ดีมีคุณธรรม
- การพิจารณาทุนวิจัยจะมีเกณฑ์พิเศษหรือไม่

๖.๒ ให้ผู้เรียนได้เริ่มทำวิจัยโดยเร็ว และจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ

- เห็นด้วย ๙๒ ฉบับ (ร้อยละ ๘๑.๔๒)
- ไม่เห็นด้วย ๑๗ ฉบับ (ร้อยละ ๑๕.๐๔)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- การทำวิจัยที่ดีบางครั้งทำไม่ได้เพราะมีกรอบของเวลามาจำกัดไว้
- ควรเป็นทางเลือกเฉพาะกลุ่มที่สนใจ
- คิดว่า “คงเป็นไปได้ยาก” ที่จะจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ (แต่คงไม่ถึงกับเป็นไปได้ไม่ได้)
- ต้องดูเวลาที่ผู้เรียนต้องได้ core concept ของการเรียนแพทย์ด้วย เพราะเนื้อหาที่นักศึกษาแพทย์ต้องเรียนค่อนข้างมาก
- บางสถาบันมีบุคลากรไม่เพียงพอ มาตรฐานงานวิจัยอาจไม่ได้ตามเป้าหมาย เด็กอาจไม่ได้ความรู้
- เป็นทางเลือก
- ผู้เรียนควรได้รับการสอนและมีเวลาศึกษาในสิ่งที่สนใจเพื่อนำไปสู่การคิด/ทำงานวิจัยก่อน (ยังไม่ต้องรีบทำวิจัยโดยเร็ว)
- ไม่จำเป็น ขึ้นกับความสนใจและความเป็นไปได้
- ไม่แน่ใจเพราะมีเรื่องให้นักเรียนเรียนรู้อย่างมากมายหลายด้านเหลือเกิน
- ไม่มีเวลาเป็นหนึ่งในปัญหาการทำวิจัย
- เรื่องจัดเวลาให้นักศึกษาแพทย์เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในเวลานี้ครับ เด็กเองอยากลองได้ทำวิจัย แต่มีเวลาเพียง ๑ วันป่วย/สัปดาห์
- ส่งเสริมให้มีวิชาเลือกหลากหลาย Research methodology, technique ต่างๆ
- อาจไม่ต้องเน้นให้เริ่มเร็ว แต่ให้มีเวลาที่เพียงพอในหลักสูตร
- มองปัญหาว่ามีผลต่อการเรียนในหลักสูตรหรือไม่
- เห็นด้วยเป็นอย่างมาก เพราะปัจจุบันข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการทำวิจัยของนักศึกษาแพทย์ก็คือ เรื่องเวลา อย่างไรก็ตาม ในเวลา เช่น ปี ๑ ก็มีการเรียนที่น้อย ทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีทางเลือก ก็ไปทำกิจกรรมต่างๆ ไป แต่อย่างไรก็ตาม หากเราสนับสนุนให้เกิดการทำวิจัยตั้งแต่ชั้นปีที่ ๑ ก็จะเป็นอันมากเพราะจริงๆ แล้วหากจะพูดว่า เวลาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในทุกช่วงของการวิจัยก็ไม่ถูก เวลามีความสำคัญมากในจุดเริ่มต้นที่ต้องเริ่มหาหัวข้อ เริ่ม review paper มากกว่า ซึ่งช่วงนี้นั้นใช้เวลามากหาศาล อย่างไรก็ตาม หากเราผ่านพ้นช่วงนี้ไปได้ การทำวิจัยที่เหลือ เราสามารถที่จะวางแผนเวลาได้ซึ่งไม่หนักเหมือนตอนต้นแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษา แพทย์ที่เพิ่งมาเริ่มทำปี ๒ หรือปี ๓ นั้น เจอตอนแรกที่ต้องใช้เวลาหลายๆ ไปก็ไม่ไหวแล้ว

๖.๓ เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน

- เห็นด้วย ๑๐๗ ฉบับ (ร้อยละ ๙๔.๖๙)
- ไม่เห็นด้วย ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- โดยเฉพาะทักษะสารสนเทศ ทักษะการเขียนงานเชิงวิชาการ เป็นต้น
- โดยเฉพาะเรื่องข้อมูล ควรทำอย่างไร Data > Information > Knowledge > Wisdom
- ทั้งนี้รวมไปถึงการกำหนดวิชาบังคับและส่งเสริมทักษะทางภาษาอังกฤษ ชีวสถิติ (Biostatistics) ที่สอนโดยนักสถิติระดับ Ph.D. (ไม่ใช่บัณฑิตทั่วไปที่ใช้เป็นแต่ไม่ได้ถูก trained มาให้ถึง “แก่น” ทางวิธีทางสถิติ อบรม Program ที่จำเป็นได้แก่ Endnote (สำหรับ บรรณานุกรม), SPSS (หรือโปรแกรมสถิติใดๆ ที่มีมาตรฐาน)
- เพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์การออกแบบรูปแบบโครงการปลูกฝังจริยธรรมในการวิจัย
- อาจจะไม่ต้องเป็นหน่วยกิต อาจารย์ศึกษาแพทย์ที่สนใจใช้เวลาว่างในการฝึกทำวิจัย
- อาจจัดกิจกรรมในการส่งเสริมการวิจัย เช่น PBL จำนวน Journal club แต่ต้องมีคน Guide ในการสร้างทักษะนี้
- จริงๆ มองว่าทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนั้นควรจะเพิ่มเติมตัวอย่างดังนี้
 - เทคนิคแล็บ เพราะยังมีเทคนิคทางแล็บอีกมาก ที่ต้องใช้ในการวิจัย แต่รายวิชาต่างๆ ของแพทย์ไม่ได้มีไว้ ซึ่งจริงๆ ปัจจุบันนักศึกษาแพทย์ใช้วิธีศึกษาด้วยตัวเองผ่าน Internet หรือเรียนรู้กับพี่ๆ เทคนิคการแพทย์ หรือ นักวิทยาศาสตร์ ซึ่งข้าพเจ้ามองว่า เราสามารถปรับปรุงตรงนี้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ เช่น การเปิด E-lecture ของคณะวิทยาศาสตร์หรือ คณะเทคนิคการแพทย์ให้นักศึกษาแพทย์ที่ทำวิจัยได้เรียนด้วย
 - การหางานวิจัย รวมถึงการสืบค้นต่างๆ อาจมองดูเป็นเรื่องที่ง่ายสำหรับผู้ที่เคยทำวิจัยมาแล้ว แต่สำหรับนักศึกษาแพทย์ผู้ไม่เคยทำงานวิจัยแล้วนั้น เป็นเรื่องที่ยากมาก ให้เข้าไปในเว็บก็ยากแล้ว จะ search ให้ตรง keyword ก็ยิ่งยากเข้าไปอีก รวมถึงเขาอาจจะไม่ทราบด้วยซ้ำว่าควรจะเริ่มอ่านที่ systematic review ก่อน ในประเด็นนั้นๆ เป็นต้น ซึ่งอะไรพวกนี้เป็นอะไรที่ควรจะสอน
 - จริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง เนื่องจากว่าปัจจุบันในหลายๆ โรงเรียนแพทย์ เช่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้มีการบังคับว่าหากใครจะเป็นผู้ร่วมวิจัย มีความจำเป็นต้องผ่านการเรียน/อบรมจริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง ซึ่งปัจจุบันนี้มีสองทาง คือ
 - การอบรม ซึ่งปกติแล้ว นั้นมักจัดในวันธรรมดาซึ่งนักศึกษาแพทย์เข้าร่วมไม่ได้
 - CITI program ซึ่งต้องยอมรับว่าหลายๆ ส่วนนั้นอาจจะไม่ตรงจุด ไม่เห็นภาพ และไม่ตรงกับบริบทในประเทศไทยด้วย

๖.๔ สร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้เรียน

- เห็นด้วย ๑๐๗ ฉบับ (ร้อยละ ๙๔.๖๙)
- ไม่เห็นด้วย ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)
- ไม่ระบุ ๓ ฉบับ (ร้อยละ ๒.๖๕)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ควรเป็นข้อแรกเพราะคือจุดเริ่มต้น

- ควรให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเห็นบรรยากาศในการทำงานวิจัยด้วย โดยอาจให้เริ่มทำ project งานวิจัยสั้นๆ ร่วมกับอาจารย์ผู้มีประสบการณ์การทำงานวิจัย
- ควรอย่างยิ่งในการชี้ถึงประโยชน์ของนักเรียนที่จะได้รับ เช่น การเน้นนักวิชาการ รายได้และการพัฒนาองค์ความรู้ของตนเอง
- ใช้เป็นเกณฑ์รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน
- ถ้าเป็นไปได้ควรสร้างแรงบันดาลใจจะยังยืนกว่า
- ผู้เรียนควรได้รับรางวัลตอบแทนอย่างเป็นรูปธรรม
- มี Incentive ที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรม
- ไม่จำเป็น แพทย์ที่เลือกสายนี้มักมีแรงจูงใจอยู่ด้วยผลงานที่เห็นประจักษ์ไม่ใช่ถูกบังคับให้มาเสียสละเพื่อสังคม จนเกินไปที่จะต้องมาสร้างแรงจูงใจ
- แรงจูงใจนี้ยังต้องรวมไปถึงประโยชน์ (Benefit) ที่ผู้วิจัยจะได้หลังได้ทำงาน ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารคุณภาพ เช่น มีผลต่อการเรียน ต่อแพทย์ประจำบ้านหรือมีเงิน top up เหนือไปจากเงินปกติ
- อยากให้เสริมเรื่อง critical paper appraisal ให้มาก
- บางส่วน ควรเขียนให้ชัดว่าแรงจูงใจคืออะไร
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของตัวเองนั้น ข้าพเจ้าคิดว่าควรมีเพิ่มเติมดังนี้
 - โครงการเช่น การเรียนล่วงหน้าระดับโทหรือเอกต่อเนื่องเหมือนในโครงการปริญญาโทของคณะวิทยาศาสตร์มหิดล เป็นต้น ด้วยเหตุผลหลักๆ ดังนี้
 - เพิ่มความรวดเร็วในการไปถึงเป้าหมายของนักศึกษาแพทย์ที่สนใจด้านวิจัย เพราะว่าเป็นความจริงแล้ว งานวิจัยของนักศึกษาแพทย์ ส่วนใหญ่นั้นมักไม่มีเป้าหมายชัดเจน ครั้นจะมองไปถึงระดับตีพิมพ์ระดับ international ก็คงจะไกลตัวเกินไป ซึ่งสุดท้ายความไม่มีเป้าหมายชัดเจนนั้น ทำให้เลิกทำวิจัย แต่หากเราเปลี่ยนเป็นการทำวิจัยนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของ Thesis ในปริญญาโทหรือเอก จะเป็นแรงผลักดันอีกทางหนึ่งว่า การทำวิจัยนั้นจะไม่เสียเวลาเปล่าเป็นต้น
 - ต้องยอมรับว่าการทำวิจัยนั้น ต้องใช้ความรู้ basic science ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้ามองว่าเส้นทางปัจจุบันที่นักศึกษาแพทย์นั้น คือ ใช้การอ่านงานวิจัย ซึ่งเป็น systematic review หรือแม้กระทั่ง text book แต่เราต้องยอมรับว่ามันได้เป็น spot และไม่มีผู้ที่ตรวจสอบว่าการอ่านแบบลองผิดลองถูกนั้น ได้ concept ที่ถูกต้องจริงๆ หรือไม่ ข้าพเจ้าจึงมองว่า การเปิดให้นักศึกษาแพทย์ที่เรียนในระดับปริญญาตรีได้เรียนในระดับปริญญาโทด้วย ในส่วนที่เป็น course work ในบางรายวิชานั้นนอกจากจะเป็นประโยชน์คือ จบเร็วขึ้น ดังข้อ ๑.๑ แล้วยังช่วยสนับสนุนการทำวิจัยอีกด้วย
 - การปรับกฎระเบียบในการรับนักศึกษาเพื่อต่อแพทย์เฉพาะทาง ก่อนอื่นเราต้องยอมรับว่า ปัจจุบันงานวิจัยนั้นมีความสำคัญมากต่อการแพทย์ในทุกๆ แขนง รวมถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ด้วย แต่อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกนักศึกษาแพทย์เข้าต่อเฉพาะทางนั้น ต้องยอมรับว่างานวิจัยมีผลน้อยมาก และไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะไปอยู่ในส่วนสัมภาษณ์เสียมากกว่า ซึ่งจะต่างกับทาง US ที่การวิจัยก็มีผลในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะ University-based hospital ซึ่งจากจุดนี้เองสิ่งที่สำคัญที่สุดในการต่อเฉพาะทางก็คือ เกรด ดังนั้นเด็กจึงคิดว่าทำวิจัยไปก็ช่วยอะไรไม่ค่อยได้ เอาเวลามาทบทวนหนังสือเพื่อให้เกรดดีๆ จะดีกว่า ดังนั้นหากปรับเปลี่ยนให้มีการบรรจุการวิจัยไปในกฎระเบียบการรับเข้าให้เป็นคะแนนส่วนหนึ่งจะช่วยจูงใจได้มาก

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรมีหลักสูตรที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์เพื่อชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางและแพทย์นักวิจัย

- เห็นด้วย ๘๓ ฉบับ (ร้อยละ ๗๓.๔๕)
- ไม่เห็นด้วย ๒๖ ฉบับ (ร้อยละ ๒๓.๐๑)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- การมีหลักสูตรเดียวกันแต่อาจนำไปใช้ในแต่ละคนแตกต่างกัน เช่น ทุกคนควรจะได้เรียนรู้วิธีการทำวิจัย แต่ไม่ใช่ว่าจะต้องทำงานวิจัยต่อไปในอนาคตข้างหน้า
- การอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ควรเป็นแบบที่ตอบสนองความต้องการทางสังคม skill พื้นฐานสำหรับแพทย์ไม่ควรมุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่ง ตั้งใจอยากเป็นนักวิจัยหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก็ควรมีความรู้พื้นฐานบางสิ่งที่เป็นปัญหาของสังคมไทย ก็น่าจะได้จากการทำงาน เพิ่มพูนทักษะ
- เกิดมาตรฐานที่แตกต่างกันอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกคน
- ควรแตกต่าง แต่ไม่ทั้งหมด ทั้งนี้ควรมีจุดร่วมที่เหมือนกันอย่างน้อย ๕๐% เพราะประสบการณ์ช่วงเพิ่มพูนทักษะ อาจทำให้เป้าหมาย เดิมของแพทย์ทั้ง ๓ กลุ่มนั้นเปลี่ยนไปได้
- ควรแบ่งสัดส่วนว่าแต่ละกลุ่ม ๓ กลุ่มนี้ควรมีสัดส่วนเท่าไร ให้เด็กค้นหา ค้นพบตัวเองให้เจอ
- ควรเป็นไปในทางเดียวกัน ๑ ปีเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังจากนั้นแล้วแต่ทางเลือกของแต่ละคน
- ควรฝึกกว้างเพื่อให้เด็กพิจารณาถึงความถนัดความชอบของแต่ละคน
- ควรมีมาตรฐานเดียวกัน (๒ ความเห็น)
- ควรมีหลักสูตรเหมือนกัน จัดให้แพทย์มีทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา หลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิตมาแล้วเพื่อให้มีความรู้ general มากขึ้น
- แต่ควรเป็นเพียงหลักสูตรเสริมเพื่อให้เลือกเรียน
- แต่ต้องสามารถวิจารณ์ paper ได้ดีกว่างานสาธารณสุขในปัจจุบัน
- แต่นักวิจัยควรรับใช้ประเทศชาติเช่นกัน
- ทำไม่ต้องเพิ่มพูนทักษะ ต้องย้อนกลับไปหาสาเหตุ
- เนื่องจากนำความรู้เบื้องต้น/ข้อมูลพื้นฐานของลักษณะงานแพทย์แต่ละศาสตร์ไปใส่ไว้ในหลักสูตรก่อนปริญญาแล้ว
- ผู้เรียนควรได้รับการแนะนำที่มากพอก่อนจะเลือกเรียนในแต่ละด้าน และมีโอกาสเปลี่ยนหลักสูตรได้ขณะเรียน
- เพราะแพทย์เพิ่มพูนทักษะคือจบแพทย์ตามมาตรฐานแล้วมีประสบการณ์การทำงานแล้วทราบแนวทางของตนเองแล้วว่าต้องทำอะไร/เป็นแพทย์แบบไหน
- แพทย์ที่จบใหม่ส่วนใหญ่ยังตัดสินใจไม่ได้ว่าตนเองต้องการเป็นอะไร ควรมีทุกอย่างให้เห็น
- ไม่ควรแยกแพทย์เพื่อชุมชนกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ควรแยกเฉพาะแพทย์นักวิจัย
- ไม่อยากให้มีแพทย์ ๒ ชั้น
- หลักสูตรที่แตกต่างควรเป็นขั้นต่อยอด แต่ควรมีหลักพื้นฐานที่แพทย์ทุกคนมีเหมือนกัน
- หลักสูตรพื้นฐานควรเหมือนกันต่างที่วิชาเลือก
- เพราะเป็นพื้นฐาน แตกต่างกันมากอาจเกิดปัญหาได้ เพราะกฎหมายไม่ได้เขียนให้แตกต่าง

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเวลาสามปีของ intern นั้นมีค่าอย่างมาก หากเราสามารถ design ให้เหมาะสมกับแนวทางที่แพทย์อยากจะเป็นนั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้อย่างมาก

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ (ข้อ ๔, ๕ และ ๖)

- เห็นด้วย ๑๐๒ ฉบับ (ร้อยละ ๙๐.๒๗)
- ไม่เห็นด้วย ๗ ฉบับ (ร้อยละ ๖.๑๙)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- intern ต้องรับภาระงานบริการเป็นหลัก
- MCQ+OSCE พอผู้เฝ้าสังเกตไม่เข้าใจในหลายสิ่งที่เด็กทำควรถามด้วย ไม่ใช่ให้คะแนนโดยไม่ดู
- การผลิตแพทย์ทั่วไปควรเน้นแพทย์เพื่อชุมชนก่อนเป็นอันดับแรก เพื่อทำประโยชน์ให้แก่ประชาชน + ประเทศก่อน จากนั้นหากแพทย์ ทราบแนวทางของตนเองแล้วจึงกลับมาอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะตามสิ่งที่แพทย์นั้นต้องการในภายหลัง
- เกณฑ์ในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับความรู้ที่ควรมีในทางปฏิบัติ
- ควรมีทั้งส่วนที่เหมือนร่วมกันและส่วนที่แตกต่างของแต่ละเป้าหมาย (ข้อ ๔, ๕, ๖)
- แพทย์ทั้ง ๓ กลุ่ม (ข้อ ๔, ๕, ๖) ควรจะมีความรู้พื้นฐานในการวินิจฉัย รักษาคนไข้เท่าๆ กัน ไม่ใช่ว่าผู้ที่จะเป็นนักวิจัยจะเน้นแต่เรื่องวิจัยอย่างเดียว หรือผู้ที่ต้องการจะเป็นผู้เชี่ยวชาญจะรู้จักเฉพาะโรคซับซ้อน
- และเมื่อทบทวนแล้ว ได้ผลเป็นอย่างไร ควรมีการแจ้งผลต่อผู้ปกครองให้ทราบเป็นระยะ เพื่อรับทราบและให้การดูแลช่วยเหลือแก้ไข ในปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับอาจารย์ผู้สอน

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนา คณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

- เห็นด้วย ๑๐๙ ฉบับ (ร้อยละ ๙๖.๔๖)
- ไม่เห็นด้วย ๐ ฉบับ (ร้อยละ ๐.๐๐)
- ไม่ระบุ ๔ ฉบับ (ร้อยละ ๓.๕๔)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ความสำคัญอย่างยิ่ง คือทีมคณาจารย์เพราะเป็นผู้หล่อหลอมจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ที่สำคัญมาก ดังนั้น หลักสูตร transformative coaching จิตตปัญญา เป็นต้น จำเป็นที่คณาจารย์ต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ คณาจารย์จะเป็น role model ที่สำคัญของลูกศิษย์ (ตนเองจบมากกว่า ๒๖ ปีแรงบันดาลใจที่ทำให้มาถึงปัจจุบันคืออาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์)
- งานวิจัยด้านการศึกษา ควรสามารถนำไปรวมกับงานวิจัยเฉพาะทางด้านสาขาอื่นๆ ได้ในการขอตำแหน่งวิชาการ
- ต้องสอนด้วย ไม่ใช่โยนให้สถาบันร่วมสอน โดยที่สถาบันเหล่านี้ ไม่ได้มีความพร้อม อาจารย์รับเงินเดือนเพื่อสอนแต่ไม่ไปสอน

- ปัจจุบันอาจารย์แพทย์มีงานทำมหาศาล อย่างน้อย สนับสนุนกำลังเงินในการวิจัยหรือกำลังคนในการช่วยทำงานวิจัยและการสอน
- เป็นเรื่องที่พูดกันมานานแล้ว แต่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน อาจารย์ที่สอน/ทำงานด้านการศึกษา มักไม่ค่อยมีที่ยืนในโรงเรียนแพทย์ได้อย่างสง่างาม
- ยกระดับการศึกษาแพทยศาสตร์ให้เทียบเท่ากับงานบริการ งานวิจัย
- รวมถึงด้านการวิจัยอยากสอบถามความคืบหน้าที่เคยมีการให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลือก track ของอาจารย์ ว่าต้องการเป็น clinical investigator อื่นๆ ว่ามีการดำเนินการต่ออย่างไรหรือไม่
- อาจารย์ที่มีภารกิจด้านการศึกษา มีภาระงานชัดเจนให้สามารถมีเวลาสอนทั้งคลินิกและปริคลินิก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและวิจัยทางคลินิก ควรมีภาระด้านการศึกษาในลักษณะที่ Integrate ไปกับงานเฉพาะทางที่ทำอยู่ เพื่อให้มีผลงานวิจัยกลับมาเป็นได้ ความรู้ในการสอนทางคลินิกไม่ใช่อาจารย์ทุกคนเป็นเปิดต้องทำเหมือนกันหมด

ความคิดเห็นอื่นๆ (เพิ่มเติม)

- สาขาวิชาอื่นก็เหมือนกันจบแล้วก็ต้องไปเรียนรู้จากการทำงานเหมือนกัน แต่ขอให้มี knowledge ในสาขาวิชาชีพนั้นๆ อย่างพอเพียง
- ต้องการให้ผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาค เสนอการสอบวัดผลรวมทั่วประเทศ เพื่อลดความต่างจากคนละมหาวิทยาลัย
- กำหนดค่าเล่าเรียนให้เหมาะสมกับต้นทุน หรือแปลงเป็นการใช้ทุนที่เหมาะสมกว่าที่เป็นอยู่ มิเช่นนั้นจะเกิดแพทย์สมองไหลไปอยู่เอกชน ไม่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนส่วนรวมได้
- ความรู้หลายเรื่องที่สอนไปนักศึกษาแพทย์ ไม่สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ทำให้เกิดความล่าช้าหรือสูญเสียโอกาสต่อผู้ป่วย เช่น การส่งผู้ป่วย มารับการรักษาไทรอยด์เป็นพิษด้วยไอโอดีนรังสียังขาดความเข้าใจอยู่มากทำให้ยื้อคนไข้ไว้ทั้งๆ ที่การรักษาด้วยยาอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ
- หลักสูตรด้านการส่งตรวจวินิจฉัย ควรเพิ่มความสำคัญกว่าที่เป็นอยู่ เพราะถ้าวินิจฉัยไม่ได้/ล่าช้าก็เป็นผลเสียและไม่สามารถรักษาได้/ สิ้นเปลือง หลักสูตรที่จัดให้เวลาน้อยและไม่สามารถเรียนเรื่องนั้นข้ามก่อนเรื่องอื่นๆ ด้วย ทำให้ผู้เรียนไม่เห็นความสำคัญ
- ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการผลิตแพทย์ควรพัฒนาระบบการศึกษาให้ practical กับประเทศมากกว่ามุ่งเน้น ranking ของคณะฯ ในการประเมินของชาติตะวันตก/ผู้บริหารควรบริหารอาจารย์ให้ใส่ใจในการสอนมากกว่ามุ่งเน้นการประเมินตาม TQA-ลด-เล็งการทำ paper work ที่จะดึงความสนใจ-เวลาไปของอาจารย์/ผู้บริหารโรงเรียนแพทย์ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีจริงใจ ร่วมมือกันพัฒนาเพื่อการผลิตแพทย์ที่ดีให้ออกมา ทำความร่วมมือ มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน-แบ่งปันทรัพยากร เอื้อเพื่อโรงเรียนแพทย์ด้วยกันและร่วมมือควบคุมให้การผลิตแพทย์ของประเทศมีคุณภาพ (มีใช้เพียงปริมาณ)
- น่าจะเพิ่มการเรียนรู้และการประเมินคุณธรรม จริยธรรม การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม
- ควรแยกหลักสูตรหลักที่ พ.บ. ควรรู้และทำให้ได้กับหลักสูตรที่สามารถเลือกได้ตามความชอบและถนัด โดยมีอาจารย์ควบคุมเฉพาะ ซึ่งจะต้องให้อาจารย์ที่มีเวลาทุ่มเทไม่ควรทำแต่วิจัย เพราะจะพัฒนาด้านเดียวควรมีแพทย์ที่มีทักษะทางคลินิกเพิ่มเติมด้วย
- ควรผลิตบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข ควรให้ชุมชนเป็นฐาน เพราะระบบสุขภาพชุมชนที่ดีมีทั่วไทยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่จะทำให้ ประชาชนดูแลตนเองและคนรอบข้าง เราควรเรียนรู้หลักและเสริมตรงไหนให้ระบบสุขภาพสมบูรณ์ขึ้น ต้องปรับให้เป็น system

- ผลิตแพทย์เพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะก็ต้องใช้ความเฉพาะเป็นฐาน แต่ต้องเรียนรู้ชุมชนเป็นฐานด้วยเช่นกัน แต่น้ำหนักจะไม่เท่ากัน เพื่อความเชื่อมโยงที่เป็นระบบ
- ผลิตแพทย์นักวิจัย ทุกกลุ่มแพทย์ต้องเรียนรู้การเป็นนักวิจัย เพื่อที่ต่อยอดองค์ความรู้ตนเองได้แต่แพทย์นักวิจัยต้องใช้มากกว่า ดังนั้น ไม่ว่าจะผลิตแพทย์แบบไหน ควรมีพื้นฐานเบื้องต้นเท่ากัน และต้องเน้นหนักแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน
- ควรตัดเนื้อหาในชั้น Pre-clinical year ลงอีกหลายๆ เพราะมากเกินไปจนจำเป็นและการยึดเยียดเนื้อหาจำนวนมากในเวลาสั้น สุดท้ายก็ลืมหมด
- เปลี่ยนวิธีเรียนในชั้น pre-clinic จากลักษณะ “จำมาบอกต่อ” มาเป็น “คัดเลือกมาแล้ว” เพื่อเราให้เกิดความคิดใหม่
- ควรตัดหัวข้อบรรยายในชั้น clinic ให้เหลือเท่าที่จำเป็น การสอนบรรยายควรทำให้เหลือน้อยที่สุด เฉพาะเรื่องที่ศึกษาค้นคว้าเองยาก หรือเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจ
- การปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรเพิ่มปัญหาที่พบบ่อย เน้นการจัดการ เช่น โรคระบาด ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุหมู่ การจัดการทางระบบสาธารณสุข health economics ระบบประกันสุขภาพปัจจุบันและความเหมาะสม โดยเรียนรู้จากปัญหาจริงในประเทศและทั่วโลก รวมทั้งการปฏิบัติตนของเพื่อนร่วมวิชาชีพ/นักศึกษาว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น เรื่องการเป็นดารา/มีอาชีพเสริม/ความงาม
- ควรฝึกให้แพทย์เฉพาะทาง สามารถดูแลแบบทั่วไป ไม่ใช่เน้นแคโรคเฉพาะทาง
- การที่นักศึกษาตัดสินใจว่า จะเข้าเรียนในด้านไหนเป็นระดับปฐมภูมิหรือเชี่ยวชาญเฉพาะหรือวิจัย นักเรียนที่เพิ่งจบมัธยมปลาย ยังไม่น่าจะมีความสามารถหรือทราบข้อมูลในการตัดสินใจว่า ตนเองจะไปเรียนในสายไหนดี บางคนจบปี ๖ แล้วยังไม่แน่ใจเลยว่าจะเรียน ต่อสาขาไหนหรือจะทำอะไร บางคนตัดสินใจได้เมื่อได้ไปใช้ทุนแล้วและโรงเรียนแพทย์ไม่น่าจะมีความพร้อมในการจัดให้เป็น track ใด track หนึ่ง อย่างชัดเจน การสอบ national license จะเป็นไปในทางใด การที่จะเป็นหมอวิจัยโดยไม่เคยเรียนรู้เรื่องของแพทย์ในระดับปฐมภูมิก็จะขาดการวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบปฐมภูมิหรือไม่การวิจัยที่จบ พ.บ. แล้วค่อยไปเลือกอีกที แต่หากโรงเรียนแพทย์ใดสามารถมีงานวิจัยสำหรับนักศึกษาที่สนใจก็ไม่ใช่ไร แต่อย่างน้อยเขาควรได้เรียนพื้นฐานแพทย์ที่เหมือนกัน
- การปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรต้องทำควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบ
- การจัดหลักสูตรแพทยศาสตร
 - ขอให้เน้นเรื่องคุณธรรมให้มากขึ้น เช่น การปฏิบัติตนตามหลักทางพระพุทธศาสนา ในเรื่อง ศีลห้า หิริโอตตัปปะ และพรหมวิหาร ๔ โดยสอดแทรกในการเรียนการสอนทุกระดับ
 - การมองภาพรวมของการปฏิบัติงาน เช่น ไม่มองจะรักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรมองว่าจะรักษาผู้ป่วย เพราะในบริบทของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ แต่ละอาชีพ ความเหมาะสมในการสั่งการรักษานั้นแตกต่างกัน
 - ไม่ over investigation ไม่ over treatment การดูแลผู้ป่วยควรคำนึง เรื่อง cost-effectiveness ด้วย เนื่องจากภาวะด้านการเงิน การคลังของสาธารณสุขที่กำลังวิกฤตอยู่ในขณะนี้
- หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ขอเสนอให้สอดคล้องกับความต้องการแพทย์ในชนบทด้วย เนื่องจากความต้องการของแพทย์เองตามแนวโน้มของวิชาชีพ มักต้องการต่อเฉพาะทางอยู่แล้ว แต่ความต้องการแพทย์โดยส่วนรวมของประเทศยังขาดแพทย์ที่จะลงสู่ชุมชน ซึ่งพื้นฐานความรู้ของแพทย์ที่เรียนในหลักสูตรปกติมีความคิดเห็นว่าเป็นพอที่จะดูแลผู้ป่วย ๘๐% อยู่แล้ว แต่แพทย์ขาดประสบการณ์และเจตคติที่จะอยู่

- ในชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้ง การมีค่านิยมที่ดี มีเจตคติที่ดี ที่จะช่วยเหลือสังคม มีคุณธรรม ไม่น่าจะได้รับการเรียนการสอนในภาคปกติในห้องเรียนอย่างเดียว แต่การที่ได้ทำกิจกรรม เช่น ค่ายอาสา ชมรมต่างๆ จะปลูกฝัง สิ่งนี้ให้กับนักศึกษาแพทย์ได้ รวมทั้ง การปลูกฝังด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแพทย์ การมีตัวอย่างที่ดี สิ่งเหล่านี้จะมีผลให้ แพทย์อยากทำงานในชุมชนเพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดี ตอบสนองตามความต้องการของประเทศที่ขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยส่วนตัวมีความเห็นว่าการเรียนรู้ทางวิชาการในเชิงลึกนั้น แพทย์ที่สนใจและมีความถนัดทางวิชาชีพเฉพาะ สามารถมา training ได้ในภายหลัง แต่นักศึกษาแพทย์ควรเสริมทักษะ ความรู้ ความเข้าใจทางด้านสังคม และจริยธรรมเพิ่มขึ้น
- ในข้อที่ ๒ คิดว่าควรเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องของภาษาอังกฤษ และการเรียนรู้วัฒนธรรมของประเทศ ASEAN ลงไปเพราะเรากำลังจะเปิด AEC และแพทย์เป็นอีกอาชีพที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้นเรื่องนี้จะมีความสำคัญมากเห็นได้จากทาง EU ที่เมื่อรวมกันแล้ว ทำให้บุคคลในแต่ละประเทศนั้นเดินทางได้อย่างอิสระเสรีภายใน ASEAN ซึ่งหากเราที่เป็นแพทย์รักษาได้แต่คนไทยแล้ว ก็เป็นการยากที่เราจะเป็น medical hub อย่างที่เราหวังไว้
 - ในข้อที่ ๒ โดยส่วนตัวข้าพเจ้ามองว่า วิชาในทาง Social science นั้น โดยเฉพาะกฎหมายและการบริหาร นั้น มีความสำคัญอย่างมาก ต่อระบบสาธารณสุขไทย เราปฏิเสธไม่ได้ว่าที่ผ่านมา การที่แพทย์คนหนึ่ง ที่จบไปไม่ได้นาน ได้ขึ้นเป็นผู้อำนวยการในโรงพยาบาล ต่างจังหวัดนั้นพบได้บ่อยครั้ง และสิ่งที่พบก็คือ เขาไม่สามารถปรับตัวได้ทันจากการที่เปลี่ยนจากแพทย์มาเป็นผู้บริหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพโดยรวมของโรงพยาบาลตามมา และอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญคือ กฎหมาย เพราะปฏิเสธไม่ได้ว่ากฎหมายมีความสำคัญในทุกย่างก้าวของชีวิตเรา โดยเฉพาะในสาขาวิชาชีพแพทย์ซึ่งนับวันการฟ้องร้องมีเพิ่มขึ้นแล้ว เราควรที่จะมีความรู้ กฎหมายติดตัวมากไปกว่านี้ ดังนั้นข้าพเจ้าเห็นว่าหากเพิ่มข้อที่ว่าต้องมีความรู้ทางสังคมเพิ่มเติมให้ทันกับบริบทในโลกปัจจุบันได้นั้น จะเป็นการดีมาก

บันทึก: นางสาวสุวรรณี แรงครุฑ, นางสาวภัทรกร นาคนาเกร็ด

สรุป/รวบรวม: นางสาวปทุมยณัฐ พินชู ตรวจสอบ/แก้ไข: นางอรุณี ลีศิริชัยกุล

ข้อเสนอแนะจากการทำประชาพิจารณ์
(ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
“การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์เพื่อผลิตแพทย์ สู้สังคมในอนาคต”
วันพุธที่ ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๘ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมแพทย์โดม ๒ ชั้น ๒ อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

๑. ข้อเสนอแนะในภาพรวม

- ๑.๑ ข้อเสนอแนะโดยรวมระบุในภาพกว้าง ยังมีความไม่ชัดเจนต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
- ๑.๒ ควรระบุเพิ่มในเรื่อง การดูแลแบบองค์รวม คุณธรรมจริยธรรมและสมรรถนะการใช้ภาษาต่างประเทศเพื่อตอบสนองต่อ globalization

๒. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๑

- ๒.๑ โดยภาพรวมยังไม่ชัดเจน
- ๒.๒ ควรระบุเพิ่มในเรื่อง การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพความเป็นธรรมทางสุขภาพ คุณภาพการบริการ

๓. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๒

- ๓.๑ ควรระบุเพิ่มในเรื่อง ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ จริยธรรม ความพร้อมต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม

๔. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๓

- ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ไม่ควรมีความหลากหลาย นอกจากนั้นหลักสูตรควรมุ่งเน้นในการกำหนดสมรรถนะหลักที่สำคัญและจำเป็นให้เหมือนกันในหลักสูตรของทุกโรงเรียนแพทย์

๕. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๔

- ๕.๑ เสนอให้รวมข้อ ๔ และ ๕ เป็นข้อเดียวกันเพื่อลดความสับสน แล้วค่อยเขียนเป็นข้อย่อยตามประเภท
- ๕.๒ เห็นด้วยกับการเน้นเรื่องต้นแบบที่ดี และการเป็นพี่เลี้ยง
- ๕.๓ การจะกำหนดหลักสูตรที่เน้นในสายต่างๆ จำเป็นต้องทราบข้อมูลความต้องการของสัดส่วนในแต่ละประเภทในระดับประเทศก่อน

๖. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๕

- ๖.๑ ควรระบุเพิ่ม รู้ในเรื่องระบบบริการสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๗. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๖

ไม่มี

๘. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๗

เป็นข้อเสนอแนะที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากเป็นการยากที่จะให้นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์ตามสมรรถนะหลักในช่วงเวลาที่ศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โดยเฉพาะทักษะหัตถการ

๙. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๘

เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะในเรื่อง การให้ใบประกอบวิชาชีพชั่วคราวจนกว่าจะสำเร็จแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

๑๐. ข้อเสนอแนะต่อข้อที่ ๙

เสนอให้เปลี่ยนจากคำว่า “ฟัง” เป็น “ต้อง”

ข้อเสนอแนะจากการทำประชาพิจารณ์
(ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
ณ ห้องประชุมกุมาร อาคารพัชรกิติยาภา ชั้น ๑๐ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
วันพุธที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.

๑. การผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ จะต้องผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลายเพื่อให้
ข้อเสนอแนะ

- การแยกปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ยังคลุมเครือไม่ชัดเจน
- ควรมีข้อมูลเพิ่มเติมคือตอนนี้ประเทศต้องการอะไร แพทย์ที่จะไปอยู่ชุมชน หรือ specialist ต้องการอะไรกันแน่ ไม่รู้ว่าการปรับหลักสูตรครั้งนี้จะแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่
- basic requirement ของ พ.บ. ควรเท่ากันหมด ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ก็เพียงพอแล้ว ไม่เห็นด้วยที่จะผลิตได้เป็นระดับตติยภูมิ
- ไม่ค่อยเคลียร์ว่าสถาบันจะต้องชัดเจนตั้งแต่แรกเลยหรือว่าจบไปแล้วเป็นอะไร
- เด็กจะรู้หรือไม่ว่าจะเรียน หรือชอบอะไร มีความพร้อมที่จะเลือกหรือไม่
- ถ้าเข้าไปแล้วไม่ชอบจะทำอย่างไร
- เห็นด้วยในการผลิตแพทย์ที่หลากหลาย แต่ควรมี Core content ที่เหมือนกัน และให้เวลาผู้เรียนได้มีประสบการณ์เพื่อค้นหาความชอบของตนเอง และจึงค่อยอดเลือก track หลังจบ พ.บ. แต่อาจมีการเลือก elective ในสิ่งที่ตนเองชอบ
- ควรมีการให้คำจำกัดความ คำว่า “อย่างมีประสิทธิภาพ” หมายความว่าอย่างไร

๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

ข้อเสนอแนะ

- ๑) นักศึกษาแพทย์ควรมีความรู้แบบบูรณาการ เช่น ด้านวิชาการ การรักษาพยาบาล การจะเข้าถึงบริการ การการเงินค่าใช้จ่าย ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อโรคที่เป็น และความคิดด้านวัฒนธรรม
- ๒) ต้องตระหนักว่าความรู้ทางการแพทย์มีอยู่ใน Google มากมาย การสอนจึงต้องให้เขามีทักษะที่จะค้นหาอย่างมีระบบ รู้วิธีการนำมาใช้กับตนเองและกับคนไข้
- ๓) การเรียนการสอนต้องสอนทักษะด้านอื่นๆ ให้มีความรู้รอบด้านมากขึ้น เช่น วัฒนธรรม ศิลปะ ดนตรี กีฬา ทักษะสังคม การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- ข้อ ๒.๓ Transformative ใช้คำว่า “ผู้นำ” จะสับสน อาจแปลว่า Leader ก็ได้ จึงควรถามหาใหม่ หรือแก้เป็น ฟังพัฒนาให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารสุขภาพอย่างรวดเร็วและเหมาะสม
- Transformative น่าจะใช้คำว่า “ปรับเปลี่ยน”
- ข้อ ๒.๑ แพทย์ต้องประเมินตนเองและผู้อื่นได้ เพราะจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาต่อไป
- ข้อ ๒.๔ ควรจะทำหรือไม่ มีความจำเป็นสำหรับ นศพ. หรือไม่ และควรดูความต้องการของประเทศด้วย
- ควรนำรยาบรรณทางวิชาชีพ มากำหนดให้มีอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน

- ไม่เห็นด้วยในการให้ นศพ. เลือก Track ตั้งแต่ในช่วงที่เรียนแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งเด็กยังไม่มีวุฒิภาวะมากพอ แต่ควรมุ่งเน้นการให้ความรู้พื้นฐานตามหลักสูตรที่กำหนดไว้
- การจัดการศึกษาของแพทย์ควรเน้นเรื่องจริยธรรม การปรับตัวเข้ากับสังคม การมีทักษะชีวิต ระบบบริหารโรงพยาบาล ระบบประกันคุณภาพการศึกษา (Hospital accreditation)
- ในข้อ ๒.๕ ควรมีการประเมินให้ครบทุกด้านตามหลักการศึกษา ได้แก่ Knowledge Skill Attitude

๓. การกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในแต่ละสถาบันควรคำนึงวิสัยทัศน์ ศักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบันที่แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

- ควรนำข้อ ๓ มาเป็นข้อ ๑ คือเอาความต้องการของประเทศเป็นตัวตั้ง ว่าประเทศต้องการอะไร โรงพยาบาลชุมชนต้องการอะไร จำนวนเท่าไร ที่ไหนบ้าง
- การเลือก Track ควรให้เขาเลือกเองหลังจบ พ.บ. แล้ว อย่าไปกำหนดให้เขา
- ถ้าต้องการให้แต่ละโรงเรียนมีการผลิตแพทย์ที่ต่างกัน คิดว่ายังไม่ถูกจริตกับคนไทย การจะผลิตแพทย์หลายแบบให้ตอบบริบทของคนไทยคงยาก และแต่ละสถาบันคงลำบากที่จะผลิตแยก และอาจเกิดการแบ่งชนชั้นแพทย์ได้
- ไม่เห็นด้วยกับการแบ่ง Track ตอนเรียน
- อยากเน้นเรื่องผลิตแพทย์ระดับปฐมภูมิ และเปิดโอกาสให้สัมผัสกับเฉพาะทางบ้าง ซึ่งน่าจะเป็นการรองรับความหลากหลายของนักเรียนแพทย์ ควรผลิตออกไปเหมือนกันหมดแล้วให้เขาพิจารณาเลือกเองเมื่อจบออกไปแล้ว
- ส่วนใหญ่ไม่มีใครคัดค้าน ๓ ด้าน แต่เรื่องเวลาในการให้เขาตัดสินใจยังไม่เหมาะสม ซึ่งน่าจะให้เขาเลือกหลังจากเป็น พ.บ. แล้ว
- กังวลว่า ผู้เรียนจะทราบได้อย่างไรว่า สถาบันใดมีการเน้นการผลิตแพทย์ที่มีคุณสมบัติอย่างไร

๔. การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้การบริบาลทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชน เขตชนบท และเขตเมือง พึงดำเนินการดังนี้

๔.๑ การคัดเลือกผู้เรียน

- (๑) ควรพิจารณาความรู้ทางวิชาการ และคุณสมบัติอื่นๆ ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์
- (๒) ควรดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเป็นธรรม

ข้อเสนอแนะ

- การคัดเลือกผู้เรียน ๔.๑ (๑) และ (๒) ขัดแย้งกัน ควรมีเฉพาะข้อ (๑) ต่อด้วย โดยดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเป็นธรรม
- การคัดเลือกผู้เรียน เราใช้คะแนนสอบเป็นหลัก อยากจะให้มีการพิจารณาเรื่องอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น เจตคติ หรือให้มีการพิจารณาเด็กที่จบ ป.ตรี แล้ว เพราะถ้าเขามาสมัครก็แสดงว่ามีความมุ่งมั่นอยากเป็นแพทย์จริงๆ
- ควรมีการปรับกระบวนการคัดเลือก นศ. เพื่อคัดเลือก นศ. ที่จะมาทำงานรับใช้สังคม และมีจริยธรรมในการทำงาน

- ในข้อ ๔.๒ (๗) การเป็น “ต้นแบบ” หมายถึงใคร
- อยากรู้เรื่อง economy medicine ยังไม่เห็นว่ามีการสอนให้กับนักศึกษาแพทย์ให้เขาใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด
- การออกแบบหลักสูตร ในข้อ ๔.๒ (๑) ขอตัดคำว่า “บูรณาการ” ออก เหลือเป็น ออกแบบหลักสูตรภายใต้กรอบแนวคิดของการใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน

๕. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป พึงดำเนินการดังนี้

ข้อเสนอแนะ

- ไม่ใช่ requirement ของแพทย์ทุกคน น่าจะระบุว่า กลุ่มแพทย์กลุ่มที่ต้องการและมีความพร้อม

๖. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยต่อไป พึงดำเนินการดังนี้

- ๖.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม และมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย
- ๖.๒ ให้ผู้เรียนได้เริ่มทำวิจัยโดยเร็ว และจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ
- ๖.๓ เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน
- ๖.๔ สร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้เรียน

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรมีหลักสูตรที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์เพื่อชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและแพทย์นักวิจัย

ข้อเสนอแนะ

- การผลิตแพทย์ควรเป็นพื้นฐาน การเพิ่มพูนทักษะควรเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- ควรมีหลักสูตรเดียวกันเป็นมาตรฐานกลาง แต่หากมีความสนใจเฉพาะ จึงมี Special Track ให้เลือกในปีที่ ๒-๓
- เรื่องการเพิ่มพูนทักษะควรมีความชัดเจนมากกว่านี้
- ควรมี ๒ ปี เป็น foundation โดยให้ทุกคนได้ทำเหมือนกันหมด ให้มีความเข้มข้น หลังจากนั้นจึงเลือกตามความสนใจ
- ควรมีการเพิ่ม Clinical Skill สำหรับแพทย์เพื่อชุมชน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ (ข้อ ๔, ๕ และ ๖)

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีมาตรฐานเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง ๓ Track เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความรู้ ว่าแพทย์คนใดเป็นแพทย์ชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือแพทย์นักวิจัย ซึ่งหลังจากจบการศึกษาอาจไปทำงานที่ไม่ตรงกับ Track ที่เรียนมา

- หากให้เลือก Track ระหว่างที่เรียน พ.บ. เมื่อจบการศึกษาแล้วจะต้องมีวงเล็บเฉพาะด้านต่อท้ายด้านหลัง พ.บ. หรือไม่

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติการกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- ข้อ ๙ เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้บริหารให้ความสำคัญตรงนี้น้อย ควรถือว่าผลงานของอาจารย์กลุ่มมีคุณค่าต่อสถาบันด้วย และต้องมีการสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ที่ไม่ต่างกับการทำงานวิจัย
- เห็นด้วยกับทุกข้อ โดยเฉพาะข้อ ๙ สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นข้อบ่งชี้ในความสำเร็จในการผลิตแพทย์ได้ตามต้องการในข้อ ๑ - ๘ และอาจารย์ควรเป็น Roll model ให้ลูกศิษย์
- ควรมีการกำหนดเกณฑ์การวัดผลการเรียนการสอนและผลการสอนของครูผู้สอนด้วย

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- ข้อ ๔-๖ ไม่สามารถอภิปรายแยกกันได้ ไม่เห็นด้วยว่าจะแยกตั้งแต่ต้น เพราะเด็กจะยังไม่รู้ ถ้าแยกก็ควรเป็น ๒ แบบ คือ ๑.บริการ และแพทย์เชี่ยวชาญ ให้ลองมาอยู่กับอาจารย์แพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วย และ ๒. งานวิจัย
- การเขียนร่างข้อเสนอแนะ ยังมีการใช้ถ้อยคำที่ไม่ชัดเจน จึงอาจทำให้เกิดการตีความที่คาดเคลื่อน เช่น การแยกข้อ ๔-๖ อาจทำให้เข้าใจว่าการผลิตแพทยศาสตรบัณฑิต นศพ. ทุกคนต้องได้รับการพิจารณาครบทุกประเภท และการแจกแจงรายละเอียดการคัดเลือกและหลักสูตร มีเพียงในข้อ ๔ เท่านั้น ยังขาดการให้รายละเอียดในแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และแพทย์วิจัย
- สำหรับรายละเอียดในข้อ ๕-๖ ควรระบุให้ชัดว่าเฉพาะแพทย์ที่มีความสนใจเฉพาะด้าน ไม่ใช่พื้นฐานการเรียนรู้อื่นในหลักสูตร พ.บ.

**สรุปข้อมูลจากแบบฟอร์มแสดงความคิดเห็นต่อ
(ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี**

โดยแบบสอบถามทั้งหมดมี ๑๙ ชุด และมีรายละเอียดดังนี้

๑. การผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ จะต้องผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลาย เพื่อให้

- การบริหารทางการแพทย์ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เห็นด้วย	จำนวน ๑๗ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๒ คน

เหตุผลประกอบ

- แล้วแต่บริบทของสถาบันผลิตแพทย์แต่ละแห่ง
- ควรกำหนดแค่ ปฐมภูมิและทุติยภูมิส่วนตติยภูมิ ควรเป็นภาระของการอบรมต่อ
- เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับสังคมไทยและสังคมโลก

เห็นด้วย	จำนวน ๑๙ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- อาจจะต้องคำนึงถึงผลที่ได้กับงบประมาณที่เสียไปในการผลิตแพทย์เพื่อใช้ในสาขาอื่น เช่น นักวิจัยในภาวะปัจจุบันที่ยังมีความขาดแคลนแพทย์

๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

- บัณฑิตแพทย์จะต้องมีผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เห็นด้วย	จำนวน ๑๙ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- ไม่มี
- จะต้องเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เห็นด้วย	จำนวน ๑๖ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๓ คน

เหตุผลประกอบ

- การฝึกอบรมต่อมีความหลากหลายต่างกันไป
- เฉพาะในผู้ที่มีความสนใจ เฉพาะโดยเน้นเสริมวิชาเลือกเป็นหลัก
- ไม่จำเป็นทั้งหมด ควรให้สถาบันพิจารณา
- จะเลือกสาขาใดให้บัณฑิต หากเลือกสาขาใดไปอาจกระทบสาขาอื่น

- พึ่งพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารสุขภาพ
เห็นด้วย จำนวน ๑๘ คน
ไม่เห็นด้วย จำนวน ๑ คน

เหตุผลประกอบ

- ผู้ที่เป็นผู้นำไม่ได้ก็ควรอบรมให้เป็นผู้ตามที่ดีด้วย
- ควรแก้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการ เพราะเป็นไปไม่ได้ที่ทุกคนจะเป็นผู้นำ
- แต่ไม่จำเป็นต้องได้ทุกคนที่มีความสามารถในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง

- พึ่งเน้นการคิดเชิงวิพากษ์ ให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือของวรรณกรรมทางการแพทย์ ตลอดจนประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารผู้ป่วยและสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่
เห็นด้วย จำนวน ๑๙ คน
ไม่เห็นด้วย จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- นอกจากนี้อาจารย์และสถาบันก็ต้องหมั่นทบทวนด้วยเช่นกัน อย่าสอนอย่างทำอย่างเป็นอันขาด
- ความรู้เปลี่ยนแปลงเร็วมากต้องเรียนตลอดชีวิต

- ประเมินผู้เรียนโดยใช้

(๑) ระบบการประเมินเพื่อยืนยันว่าผู้เรียนบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

(๒) วิธีและเครื่องมืออันหลากหลายให้ครอบคลุมการประเมินทุกระดับ ได้แก่ การประเมินความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง

เห็นด้วย จำนวน ๑๙ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- ไม่มี

๓. การกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในแต่ละสถาบันควรคำนึง วิสัยทัศน์ คักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบันที่แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ

เห็นด้วย จำนวน ๑๖ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน ๓ คน

เหตุผลประกอบ

- ควรมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศเพื่อให้ได้แพทย์ที่มีคุณภาพเหมือนกัน
- ควรมีมาตรฐานเดียวกันเพื่อ
 - (๑) การต่อยอดเป็นแพทย์เฉพาะทางข้ามโรงพยาบาลที่ตนจบ พ.บ. ได้
 - (๒) ไม่มีการแบ่งความแตกต่างทางวิชาชีพ
- ควรให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๔. การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้การบริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชนเขตชนบท และเขตเมือง พึ่งดำเนินการดังนี้

- การคัดเลือกผู้เรียน

๑. ควรพิจารณาความรู้ทางวิชาการ และคุณสมบัติอื่นๆ ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์
๒. ควรดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเป็นธรรม

เห็นด้วย จำนวน ๑๘ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน ๑ คน

เหตุผลประกอบ

- เป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุเพราะปัจจุบันก็ปฏิบัติแบบนี้มาตลอด แต่แพทย์ในชนบทก็ยังไม่เพียงพอควรแก้ไขโครงสร้างให้รองรับแพทย์ปทุมภูมิจะมีความยั่งยืนมากกว่า
- ข้อ (๑) จะพิจารณาตามเขตพื้นที่ขาดแคลนเป็นพิเศษ ส่วนในพื้นที่ไม่ขาดแคลนมากควรให้เป็นไปตามระบบการคัดเลือกปกติ
- ข้อ (๒) ควรเคร่งครัดและให้ประชาคมอื่นๆ มีส่วนร่วม

• หลักสูตร

- (๑) ออกแบบหลักสูตรบูรณาการภายใต้กรอบแนวคิดของการใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน
- (๒) จัดให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกตั้งแต่ในระยแรกของหลักสูตร
- (๓) จัดให้มีประสบการณ์ในชุมชนอย่างเพียงพอ
- (๔) จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริหารระดับปทุมภูมิ และมีโอกาสให้การบริหารผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- (๕) เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ
- (๖) มีระบบการดูแลให้คำปรึกษา
- (๗) มีต้นแบบที่ดี

เห็นด้วย จำนวน ๑๘ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน ๑ คน

เหตุผลประกอบ

- ควรจะ Integrate พอประมาณให้สมเหตุสมผล เพราะถ้า Integrate ไม่เหมาะสมจะทำให้พื้นฐานของเด็กใน basic sciences ไม่แข็งแรง
- ขอให้คำนึงถึงความเป็นจริงของสาธารณสุขไทย โดยรวมว่า นักศึกษาแพทย์จะจบไปเจอกับอะไร และควรวางกรอบหน้าที่ของแพทย์จบใหม่ให้ชัดเจน เพื่อที่จะได้สอนไปในแนวเดียวกันและผู้เรียนสามารถนำไปใช้ได้จริง
- ควรมีการสอนและประเมินด้านจริยธรรมมากกว่านี้
- การบูรณาการเกิดที่ตัวบุคคลเอง ต้องส่งเสริมและกระตุ้นให้คิด ปรับ แก้ไขให้เข้ากับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม
- ข้อ (๕) การบริหารระดับปทุมภูมิควรปรับเป็นทุติยภูมิ เพราะระดับบริการปัจจุบันมีผู้ทำปทุมภูมิอยู่และแพทย์เป็นที่ปรึกษาอีกที
- ข้อ (๗) ควรพิจารณาด้านแบบในระดับชาติและประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง (ปัจจุบันไม่เป็นรูปธรรมจริง)
- ข้อ (๗) อาจจะยากถ้าผลิตบัณฑิตไปอยู่ในชนบท แต่สถาบันอยู่ในเมืองใหญ่

๕. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป พึ่งดำเนินการดังนี้

- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คือได้เรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีบรรยากาศทางวิชาการ

เห็นด้วย	จำนวน ๑๘ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๑ คน

เหตุผลประกอบ

- สงสัยจะได้แต่ อายุรแพทย์กับกุมารแพทย์เพราะศัลยศาสตร์ได้แตกย่อยออกเป็นเสี่ยงๆ เสียแล้ว ส่วนสาขาอื่นๆ ก็คงแล้วแต่ความชอบของนักศึกษา
- ควรมีหลักสูตรกลางและการประเมินหลักสูตรที่ชัดเจนมากกว่านี้เนื่องจากจะเห็นได้ชัดว่าแต่ละสถาบันผลิตแพทย์เฉพาะทางได้ต่างกัน และควรมีการดูแลสวัสดิการการทำงานมากกว่านี้

- มีวิชาเลือกที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเลิศในการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

เห็นด้วย	จำนวน ๑๙ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- เห็นด้วยถ้าเป็นการอบรมของ subspecialty
- ถ้าจะมุ่งเน้นนี้ต้องใช้วิธีวิชาเลือก

๖. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยต่อไป พึงดำเนินการดังนี้

- จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม และมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย

เห็นด้วย	จำนวน ๑๗ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๒ คน

เหตุผลประกอบ

- เร็วเกินไป ควรวางรากฐานการทำวิจัยให้แข็งแรงก่อน ตามข้อ (๖.๓)
- ควรเป็นทางเลือกของบางคนไม่ใช่ทั้งหมด
- สำหรับนักศึกษาที่สนใจเพราะมีศักยภาพเพียงพอ แต่ควรมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพเพื่อให้นักศึกษาที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้

- ให้ผู้เรียนได้เริ่มทำวิจัยโดยเร็ว และจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ

เห็นด้วย	จำนวน ๑๖ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๓ คน

เหตุผลประกอบ

- เร็วเกินไป ควรวางรากฐานการทำวิจัยให้แข็งแรงก่อน ตามข้อ (๖.๓)
- น่าจะเป็นแค่ส่วนเสริมหรือวิชาเลือกและนักศึกษาไม่น่าจะเป็นผู้ดำเนินการหลัก
- การทำวิจัยต้องอาศัยความเข้าใจในเนื้อหาแต่ละสาขาวิชา การเริ่มเร็วจึงเป็นปัญหาในเรื่องดังกล่าว

- เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน

เห็นด้วย	จำนวน ๑๘ คน
ไม่เห็นด้วย	จำนวน ๑ คน

เหตุผลประกอบ

- ไม่มี

- สร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้เรียน

เห็นด้วย จำนวน ๑๗ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน ๒ คน

เหตุผลประกอบ

- คิดว่าไม่จำเป็น

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรมีหลักสูตรที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์เพื่อชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และแพทย์นักวิจัย

เห็นด้วย จำนวน ๑๕ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน ๔ คน

เหตุผลประกอบ

- ในขั้นต้นควรเพื่อชุมชนเป็นหลัก
- เห็นด้วยแต่ก็ควรคงมาตรฐานของการอบรมในเรื่อง หัตถการพื้นฐานเช่นเดิม
- คิดว่าปัจจุบันมีหลายหลักสูตรที่รองรับอยู่แล้ว

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ (ข้อ ๔, ๕ และ ๖)

เห็นด้วย จำนวน ๑๙ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- ไม่มี

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

เห็นด้วย จำนวน ๑๙ คน

ไม่เห็นด้วย จำนวน - คน

เหตุผลประกอบ

- ไม่มี

**การประชุมวิชาการ (ร่าง) ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
ณ ห้องราชมนเฑียร แกรนด์ บอลรูม โรงแรมมณเฑียร กรุงเทพ
วันพฤหัสบดีที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.**

๑. การผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ จะต้องผลิตแพทย์ที่มีความหลากหลาย เพื่อให้

- ๑.๑ การบริหารทางการแพทย์ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑.๒ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับสังคมไทยและสังคมโลก

ข้อเสนอแนะ

- มี diversity ให้จำนวนมากพอหรือไม่ และสุดท้าย career path เพียงพอหรือไม่
- ข้อ ๑.๒ ยังขาด international standard อยากให้มีการขยายความให้ชัดเจน

๒. การจัดการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

- ๒.๑ บัณฑิตแพทย์จะต้องมีผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ๒.๒ จะต้องเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๓ พึ่งพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารสุขภาพ
- ๒.๔ พึ่งเน้นการคิดเชิงวิพากษ์ให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือของวรรณกรรมทางการแพทย์ ตลอดจนประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารผู้ป่วยและสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่
- ๒.๕ ประเมินผู้เรียนโดยใช้
 - (๑) ระบบการประเมินเพื่อยืนยันว่าผู้เรียนบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร
 - (๒) วิธีและเครื่องมืออันหลากหลายให้ครอบคลุมการประเมินทุกระดับ ได้แก่ การประเมินความรู้อ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะ

- ข้อ ๒.๓ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารสุขภาพต้องเป็นอย่างไร
- ข้อ ๒.๓ เขียนแบบนี้อาจเป็นการบังคับ ว่าทุกคนต้องเปลี่ยน ซึ่งอาจเปลี่ยนในหลักสูตร แต่ไม่จำเป็นต้องทุกคน
- keyword เป็นเรื่อง transforming แต่ยังไม่ลงรายละเอียดถึง Health system แปลว่า ระบบสุขภาพ ยังไม่มีคำว่าบริหาร ถ้าอีกระบบสุขภาพจะมี ๖ building box คงเป็นไปได้ที่แพทย์จบใหม่จะไปเป็น Leader ของทั้ง ๖ building box ถ้าจะปรับให้สอดคล้อง WHO และอ้างอิงถึง WHO เข้าไป น่าจะดีกว่า
- minimum basic science knowledge ที่ทุกคนต้องรู้คืออะไร

๓. การกำหนดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในแต่ละสถาบันควรคำนึง วิสัยทัศน์ คักยภาพ และสมรรถนะหลักของสถาบันที่แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

- การผลิตแพทย์ที่หลากหลาย ๓ track การให้เลือกว่าแพทย์จะไปทางไหน หัวข้อเขียนไว้ว่าตามความต้องการของประเทศ สังคม เพราะฉะนั้นสังคมต้องการในสัดส่วนเท่าไร ถ้าเน้นข้อ ๒ ตามเกณฑ์ของแพทย์สภาหมายความว่า แพทย์ที่จบ พ.บ. ก็ต้องได้ minimum requirement ก่อน ซึ่งในระหว่างหลักสูตรก็ต้อง add on เพิ่มอีก เมื่อเด็กเลือกแล้วจะเป็น Track ที่บังคับเลยหรือไม่ จะให้โอกาสเด็กเปลี่ยนได้แค่ไหน หรือเด็กจะมีสิทธิเลือกได้ขนาดไหน
- ใครคือคนกำหนด demand supply ว่าควรมีแต่ละ Track เท่าไหร่ หรือแต่ละสถาบันสามารถกำหนดตัวเอง ซึ่งบางสาขาที่ไม่เป็นที่นิยม จะกำหนดอย่างไร อาจพบปัญหาได้
- ใช้เกณฑ์อะไรในการยกเว้น เช่น แพทย์ชุมชนมีเกณฑ์การคัดเลือก หลักสูตรแต่ อีก ๒ track ไม่มีการพูดถึง ซึ่งต้องมีวิธีคิดที่ใช้หลักอะไรในการสร้างทั้ง ๓ track ให้บรรลุในสิ่งที่ต้องการได้
- จะแบ่งอย่างไรว่าสถาบันไหนจะผลิตแพทย์อย่างไร ตาม ๓ track

๔. การผลิตแพทย์เพื่อให้มีความสามารถในการให้การบริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทั้งในชุมชน เขตชนบท และเขตเมือง พึ่งดำเนินการดังนี้

๔.๑ การคัดเลือกผู้เรียน

- (๑) ควรพิจารณาความรู้ทางวิชาการ และคุณสมบัติอื่นๆ ตามเป้าหมายของบัณฑิตที่พึงประสงค์
- (๒) ควรดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงทางการศึกษาอย่างเป็นธรรม

ข้อเสนอแนะ

-

๔.๒ หลักสูตร

- (๑) ออกแบบหลักสูตรบูรณาการภายใต้กรอบแนวคิดของการใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน
- (๒) จัดให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกตั้งแต่ในระยะแรกของหลักสูตร
- (๓) จัดให้มีประสบการณ์ในชุมชนอย่างเพียงพอ
- (๔) จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นการบริหารระดับปฐมภูมิ และมีโอกาสให้การบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- (๕) เน้นการทำงานเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ
- (๖) มีระบบการดูแลให้คำปรึกษา
- (๗) มีต้นแบบที่ดี

ข้อเสนอแนะ

- ไม่มี

๕. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป พึ่งดำเนินการดังนี้

๕.๑ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคือ ได้เรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีบรรยากาศทางวิชาการ

๕.๒ มีวิชาเลือกที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเลิศในการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้อเสนอแนะ

- จัดกรอบการนำเสนอควรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันในข้อ ๔-๖

๖. การผลิตแพทย์ให้มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยต่อไป พึ่งดำเนินการดังนี้

๖.๑ จัดให้ผู้เรียนได้ทำโครงการวิจัยจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่เหมาะสม และมีทุนสนับสนุนโครงการวิจัย

๖.๒ ให้ผู้เรียนได้เริ่มทำวิจัยโดยเร็ว และจัดหลักสูตรให้มีเวลาในการทำวิจัยอย่างเพียงพอ

๖.๓ เสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้เรียน

๖.๔ สร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้เรียน

ข้อเสนอแนะ

- วิจัยเป็น skill ทุก track จึงต้องมี หมอทุกคนจึงต้องวิจัย
- การวิจัยเป็นเครื่องมือของแพทย์ ถ้าจะแยกเป็น ๑ track จะต้องมีการ Area of research ภาพจึงไม่ชัดว่า จะเป็นนักวิจัยแบบไหน อย่างไร ในฐานะแพทย์ แต่ควรพัฒนาให้ นศพ. มี skill ในการทำวิจัย และควรมีผลงานวิจัย ๑ เล่ม ก่อนจบ

๗. การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะควรมีหลักสูตรที่แตกต่างกันสำหรับแพทย์เพื่อชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และแพทย์นักวิจัย

ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้พิจารณา
 - o เพิ่มพูนทักษะควรเป็น purposely สำหรับเด็กทุกคนหรือไม่ที่สอดคล้องกับการผลิตแพทย์ ๓ track
 - o เพิ่มพูนทักษะควรเปลี่ยนแนวให้รับสนองกับ diversify หรือไม่
- Intern ควรไปอยู่ในของแต่ละ track เลยหรือไม่ โดยไม่ต้องไปทำอย่างอื่น เช่น ไปหมุนเวียนตามโรงพยาบาล แต่ถ้าเขาไม่เคยออกไปสัมผัสระบบสาธารณสุขของประเทศ โรงพยาบาลชุมชน ก็จะไม่สามารถออกไปพัฒนางานได้เลย จึงควรให้เขาได้ไปดูแลคนไข้ตามระบบสาธารณสุขของประเทศ

๘. ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการผลิตแพทย์ (ข้อ ๔, ๕ และ ๖)

ข้อเสนอแนะ

- ควรทบทวนเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมิน ควรทำเป็นหลายเกณฑ์ให้เข้ากับแต่ละ Track หรือ ไม่
- ควรมีการกำหนดและปรับเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน ในระดับความรู้ที่ต้องการ

๙. ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์พึงสนับสนุนให้คณาจารย์สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง มีมาตรการสนับสนุน และส่งเสริมภาระงานของคณาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- ไม่มี

ข้อเสนอแนะ

- ผศ.พญ.ประไพพรรณ ศุภจัตุรัส ม.รังสิต : การผลิตแพทย์เพิ่ม ๓,๐๐๐ คนต่อปี ในแง่ของนักวิชาการคาดว่าจะเป็นไปได้และมี specialist จบออกไปอยู่ private sector ค่อนข้างมากจะมองภาพกว้างของประเทศอย่างไร
- นพ.สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ ที่ปรึกษา สบพช. : นโยบายผลิตแพทย์ของรัฐบาลจะสิ้นสุดในปีการศึกษา ๒๕๖๐ จากนั้นคงต้องขอรับเพิ่ม ทุก ๑๐ ปี แผนฉบับต่อไปจึงเป็นแผนปีการศึกษา ๒๕๖๑-๒๕๗๐ โดยการผลิตในประเทศไทยตอนนี้มี ๒ แบบ คือ ผลิตปกติ และผลิตโดยการสนับสนุนของรัฐบาล คือใช้งบประมาณช่วยในการผลิต มี ๒ track คือผลิตแพทย์เพิ่มในสถาบันผลิตแพทย์ และการผลิตแพทย์เพื่อชนบท แยกเป็น ๒ ทาง คือ CPIRD ODOD ซึ่งจะหมดตามวาระ มติ ครม. ๒๕๖๐ เหมือนกันหมดซึ่งผลจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ นี้ก็จะถูกนำไปประกอบการวางแผนนโยบายต่อไป
- รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร อุปนายกแพทยสภา : ประเทศไทยในไม่นานนี้มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่ง CPIRD ODOD ต้องดูที่กระบวนการที่หลอมให้เด็กรักชนบท ต้องปรับตั้งแต่ selection criterion ให้สอบเรียนแพทย์แบบไม่มีปัญหา ซึ่งอาจต้องปรับหลักสูตร และต้องมีการปรับวิธีคิดใหม่ว่าแพทย์ชนบทไม่จำเป็นต้องอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนเสมอไป แต่ต้องรู้ว่าโรงพยาบาลชุมชนต้องการระดับไหน โรงพยาบาลทั่วไป เพราะฉะนั้นจะออกมาเป็น demand supply ที่จะพัฒนา CPIRD ODOD อย่างไร เพื่อรองรับไม่ให้เขาลาออก และจะเข้ากับการปรับเขตสุขภาพใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็น ๑๒+๑ (กทม.) เป็น ๑๓ เขตว่าจะมีวิธี referral system จาก primary care sector คือ รพสต. ขึ้นมาที่ชุมชนแต่ยังเป็นทฤษฎีในบางแห่ง และยังมีเรื่องของ career path เรื่องค่าตอบแทนที่ยังคงต้องพิจารณาจากปรับต่อไป รวมทั้งตำแหน่งด้วยว่ามีการรองรับพอหรือไม่ ซึ่งต้องลองคิดวิธีใหม่ว่าจะทำอย่างไรถ้าไม่มีตำแหน่งรองรับจะมีอะไรทดแทน

- อ.นพ.สุธี รัตนมงคลกุล มศว. : สิ่งที่กำลังแก้ไขไปเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอย่างไร ควรมีความชัดเจนในตัวระบบก่อน เพื่อผลิตแพทย์ได้เสริมกับระบบได้อย่างถูกต้อง
- รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร อุปนายกแพทยสภา : ควรมีข้อเสนอแนะให้กับกระทรวงสาธารณสุข ว่าชีวิตของเด็กอย่าไปผูกเด็กไว้ต้อง ๖ ปี ๑๒ ปี แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนให้มีการพัฒนาตนเองในพื้นที่ที่เขาต้องไปทำงาน ตามบริบทของสังคม
- นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : การประชาพิจารณ์นี้จะมีการปรับแก้อย่างไร
- อ.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล มศว. : กระบวนการหลังจากนี้เป็นอย่างไร การรับรอง ยกเว้น ควรแก้ concept วิธีคิดให้ชัดเจนก่อน
- นางวิรัชญา อานนท์กิจพานิช รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา : นิสิตที่เป็น CPIRD ODOD ที่ยื่นของเขาอาจถูกมองว่าเป็นแพทย์ชั้นสอง
- นพ.ธีรวุฒิ สว่างวารี : เพิ่มเติมการแก้ปัญหาแพทย์ที่ผลิตได้ลาออกจากราชการ



ภาคผนวก

- โครงการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
- คำสั่งกระทรวงศึกษาธิการ ที่ สกอ. ๘๑๓/๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
- รายงานคณะกรรมการจัดทำนิทรรศการการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
- ประกาศคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานประมวลข้อมูลและจัดทำรายงานข้อเสนอแนะ
จากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
- จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
- รายงานผู้เข้าร่วมการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

โครงการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

๑. หลักการและเหตุผล

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ จัดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๙๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาศาสนศาสตร์ของประเทศให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพ และคุณธรรม สามารถรับใช้สังคมได้ตามความต้องการ โดยให้สอดคล้องกับนโยบายด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จากนั้นก็ได้มีการจัดประชุมดังกล่าวขึ้นทุกๆ ประมาณ ๗ ปี รวมแล้ว ๘ ครั้ง โดยมีการจัดครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ การประชุมแต่ละครั้งมีข้อสรุป และข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการผลิตแพทย์ของประเทศอย่างมาก เช่น นโยบายให้มีการอบรมแพทย์ฝึกหัด การพัฒนาให้มีการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมในทุกโรงเรียนแพทย์ การให้ความสำคัญกับการเรียนเวชศาสตร์ครอบครัว การจัดให้นิสิตนักศึกษาามีประสบการณ์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด การปรับโครงสร้างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก ๒-๒-๒ เป็น ๑-๒-๓ การปรับกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และมีความสามารถในการหาความรู้ด้วยตนเอง นโยบายให้มีการจัดการสอบเพื่อใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการบริหารสุขภาพ โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health care) เป็นต้น

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายเพิ่มการผลิตแพทย์ขึ้นอย่างมาก เป็นที่คาดได้ว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า อัตราแพทย์ต่อประชากรจะเข้าใกล้ ๑ : ๑,๕๐๐ แม้วามีจำนวนแพทย์มากขึ้นและการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นมาก แต่ความเปลี่ยนแปลงในสังคมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น ความคาดหวังของผู้รับบริการสูงขึ้นมาก ความต้องการแพทย์ ในชุมชนต่างๆ เริ่มมีความชัดเจนขึ้น นโยบายของการจัดระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นรูปแบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ตามภูมิภาคต่างๆ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง นโยบายของรัฐในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและการกำหนดให้ประเทศเป็น Medical hub เป็นต้น ปัจจัยที่หลากหลายดังกล่าวทำให้รูปแบบของความต้องการแพทย์ในแต่ละชุมชนแตกต่างกันออกไป จึงเห็นว่าการผลิตแพทย์ของประเทศในอนาคต ควรได้รับการพัฒนาให้เข้าถึงความต้องการของชุมชนมากขึ้น จากเหตุปัจจัยต่างๆ เหล่านี้กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยจึงได้กำหนดให้หัวข้อการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ เป็นเรื่อง “การปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมในอนาคต (Transforming medical education for future society) โดยกำหนดให้จัดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๕๘ และมีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการจัดประชุม

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อพัฒนาการผลิตแพทย์ที่จะไปทำงานรับใช้สังคมในชุมชนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้ตรงตามความต้องการของสังคม
- ๒.๒ ทบทวนและพัฒนาโครงสร้างของหลักสูตร การผลิตแพทย์ และการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางให้รองรับการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งด้านการสาธารณสุขของประเทศ การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และเป็น Medical hub
- ๒.๓ เพื่อให้ความรู้ สนับสนุน แนวทางการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพของภาครัฐและเอกชนที่คำนึงถึงคนเป็นศูนย์กลาง และให้ตระหนักถึงการบริหารสุขภาพของภาครัฐและเอกชนที่คำนึงถึงคนเป็นศูนย์กลาง และให้ตระหนักถึงการบริหารสุขภาพอย่างเหมาะสม พอเพียง ครอบคลุม ตั้งแต่การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบริหารในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- ๒.๔ ติดตามและทบทวนข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

๒.๕ การรองรับมาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา World Federation for Medical Education (WFME)

๓. ระยะเวลา

๑. ระยะเวลาดำเนินงาน ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ – ๑๓ กันยายน ๒๕๕๘
๒. วันจัดประชุม ๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘
๓. ระยะเวลาสรุปประเมินผล ๑๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘

๔. สถานที่

- ๔.๑ คณะแพทยศาสตร์ทุกสถาบัน ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด
- ๔.๒ โรงแรม Swissotel le Concorde กรุงเทพฯ

๕. ผู้เข้าร่วมประชุม

- ๕.๑ คณาจารย์และบุคลากรจากคณะแพทยศาสตร์ ทุกสถาบัน
- ๕.๒ คณาจารย์ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทั่วประเทศ
- ๕.๓ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข
- ๕.๔ ผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการ
- ๕.๕ ผู้เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์/สถาบันผลิตแพทย์

๖. รูปแบบการจัดประชุม

เนื่องจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ เป็นการประชุมเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาด้านแพทยศาสตรศึกษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการระดมความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในด้านกว้าง และเชิงลึก มาล่วงหน้า และมีการทำประชาพิจารณ์ในข้อสรุปต่างๆ เป็นเบื้องต้นก่อนนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากกลุ่มต่างๆ เข้าไปอภิปรายในการประชุมใหญ่

โดยในการดำเนินการประกอบด้วยคณะกรรมการชุดต่างๆ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๒. คณะกรรมการดำเนินการการกลาง
๓. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๑ : ความหลากหลายของระบบสุขภาพ
๔. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๒ : วิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์
๕. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๓ : Physician for community
๖. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๔ : Academie Physician/researcher
๗. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๕ : Physician for advanced care
๘. คณะกรรมการจัดทำประชาพิจารณ์และข้อเสนอแนะ
๙. คณะกรรมการเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์

๗. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. นโยบายการผลิตแพทย์ของประเทศที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ
๒. หลักสูตรการผลิตแพทย์ของสถาบันผลิตแพทย์ และการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพของแพทย์ต้องตามความต้องการของสังคม
๓. การเตรียมการผลิตแพทย์ในประชาคมอาเซียนและรองรับการเป็น Medical hub

๘. ผู้รับผิดชอบโครงการ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

๙. งบประมาณ

ประมาณการรายรับ

เงินสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

๖,๒๔๓,๔๐๐

รวมประมาณการรายรับ

๖,๒๔๓,๔๐๐

ประมาณการรายจ่าย

๑. หมวดค่าตอบแทน

๑.๑ ค่าตอบแทนวิทยากรไทย/ชาวต่างประเทศ

(บรรยาย/อภิปราย/ปฏิบัติการกลุ่ม)

(ชั่วโมงละ ๓,๕๐๐ บาท X ๔ ชม. X ๒๐ คน)

๒๘๐,๐๐๐

๑.๒ ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ช่วยงาน

(ชั่วโมงละ ๑๒๐ บาท)

๗๒,๐๐๐

๓๕๒,๐๐๐

๒. หมวดค่าใช้จ่าย

๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่มประชุม

๓๔๒,๕๐๐

คณะกรรมการชุดต่างๆ ๙ ชุด รวม ๒๗๔ คน

ประชุมชุดละ ๕ ครั้ง ครั้งละครึ่งวัน

(๒๕๐ บาท X ๕ ครั้ง X ๒๗๔ คน)

๒.๒ ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่ม

๓๐๐,๐๐๐

ผู้เข้าร่วมประชุพบัณฑิต ๔ ครั้ง ครั้งละ ๓๐๐ คน ครั้งวัน

(๒๕๐ บาท X ๔ ครั้ง X ๓๐๐ คน)

๒.๓ ค่าอาหาร, ที่พัก, พาหนะคณะกรรมการจัดทำประชุบบัณฑิต

๓๐๐,๐๐๐

และข้อเสนอแนะ ๔ ครั้งๆ ละ ๕ คน เดินทาง ๒ วัน ๑ คืน

- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม และอาหารเย็น

- ค่าที่พัก คืนละ ๒,๐๐๐ บาท/คน

- ค่าตัวเครื่องบินไป-กลับ ชั้นประหยัด

๒.๔ ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่มประชุมใหญ่

๒,๑๖๐,๐๐๐

ที่โรงแรม Swissotel le Concorde กรุงเทพฯ

วันที่ ๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ (๙๐๐ บาท X ๓ วัน X ๘๐๐ คน)

๒.๕ ค่าที่พักคณะกรรมการจัดการประชุม, เจ้าหน้าที่, วิทยากร

๑๘๐,๐๐๐

พักค้างคืน ณ สถานที่จัดประชุม

(คืนละ ๑,๕๐๐ บาท/คน X ๓ คืน X ๔๐ คน)

๒.๖ ค่าอาหารเย็นคณะกรรมการปฏิบัติงานต่อเนื่องในวันประชุมใหญ่

๓๐,๐๐๐

(๔๐๐ บาท X ๒๕ คน X ๓ วัน)

๒.๗ ค่าเลี้ยงรับรองคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ

๙๐,๐๐๐

เพื่อจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

(๙๐๐ บาท X ๑๐๐ คน)

๒.๘ ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างประชุมเชิงปฏิบัติการ WFME (๗๕๐ บาท X ๑๐๐ คน X ๑ วัน)	๗๕,๐๐๐	
๒.๙ ค่าตัวเครื่องบินไป-กลับ (ชั้นประหยัด) สำหรับ คณะกรรมการฝ่ายจัดการประชุม	๑๐๐,๐๐๐	
๒.๑๐ ค่าพาหนะคณะกรรมการซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เหมาจ่าย) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท/คน	๑๕,๐๐๐	
๒.๑๑ ค่าตัวเครื่องบินไป-กลับวิทยากรจากต่างประเทศ (ไม่เกินชั้นธุรกิจ)	๑๕๐,๐๐๐	
๒.๑๒ ค่าห้องประชุมย่อย ๖ ห้อง	๑๘๐,๐๐๐	
๒.๑๓ ของที่ระลึกคณะกรรมการจัดการประชุม	๓๐,๐๐๐	
๒.๑๔ ค่าจ้างเหมาจ่าย organizer	๖๔๕,๐๐๐	
๒.๑๕ ค่าเช่าอุปกรณ์โสตทัศนศึกษา	๔๐๐,๐๐๐	
๒.๑๖ ค่าจ้างเหมาจ่ายทำ website ประชาสัมพันธ์การจัดประชุม	<u>๕๐,๐๐๐</u>	๕,๐๔๗,๕๐๐
๓. หมวดค่าวัสดุ		
๓.๑ วัสดุอุปกรณ์ในการจัดประชุม	๖๕,๐๐๐	
๓.๒ กระเป๋าเอกสารใบละ ๑๕๐ บาท X ๙๐๐ ใบ	๑๓๕,๐๐๐	
๓.๓ ค่าจัดพิมพ์รายงานผลการประชุม ๓,๐๐๐ เล่ม	<u>๖๐๐,๐๐๐</u>	๘๐๐,๐๐๐
๔. หมวดค่าสาธารณูปโภค		
๔.๑ ค่าไปรษณีย์, โทรศัพท์	๔๓,๙๐๐	
๔.๒ ค่าไฟฟ้า	} ขออนุมัติยกเว้น เนื่องจาก สกอ. มิได้สนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้ และเนื่องจากจัดการประชุมที่โรงแรม Swissotel le Concorde กรุงเทพฯ	๐
๔.๓ ค่าน้ำประปา		๐
๕. หมวดเงินอุดหนุน		๐
เงินอุดหนุนพัฒนาทางวิชาการ ๑๐%		
(ขออนุมัติยกเว้นเนื่องจาก สกอ. มิได้สนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้)		<u>๐</u>
รวมประมาณการรายจ่าย		<u>๖,๒๔๓,๕๐๐</u>
ประมาณการรายได้เห็นiorายจ่าย		<u>๐</u>

หมายเหตุ

ขออนุมัติจ่ายค่าใช้จ่ายนอกเหนืออัตราที่กำหนดไว้ในข้อบังคับจุฬาฯ ว่าด้วยการให้บริการทางวิชาการ พ.ศ. ๒๕๕๔ และประกาศจุฬาฯ เรื่องเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริการทางวิชาการ พ.ศ. ๒๕๕๕ ดังนี้

๑. ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย/อภิปราย/ปฏิบัติการ ชั่วโมงละ ๓,๕๐๐ บาท
๒. ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ช่วยงานระยะเตรียมงานและวันจัดประชุม ชั่วโมงละ ๑๒๐ บาท
๓. ขออนุมัติจ่ายค่าพาหนะคณะกรรมการซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจาก
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เหมาจ่าย) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท/คน
๔. ขอยกเว้นหมวดสาธารณูปโภค เนื่องจาก สกอ. มิได้สนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้
และเนื่องจากจัดการประชุมที่โรงแรม Swissotel le Concorde กรุงเทพฯ
๕. ขออนุมัติยกเว้นหมวดเงินอุดหนุนพัฒนาการ ๑๐% เนื่องจาก สกอ. มิได้สนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้
๖. ขออนุมัติยกเว้นหมวดงบประมาณสำรองทั่วไป
๗. ในกรณีที่มีรายได้เห็นiorายจ่ายต้องคืนแหล่งทุน (สกอ.)



คำสั่งกระทรวงศึกษาธิการ
ที่ สกอ. ๘๑๓/๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ด้วยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กระทรวงศึกษาธิการเห็นสมควรให้มีการจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ เพื่อให้ได้แนวทางการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรในทุกระดับของแต่ละสถาบัน ให้สามารถปรับเปลี่ยนการศึกษาแพทยศาสตรเพื่อผลิตแพทย์สู่สังคมที่หลากหลาย (Transforming medical education for social diversity/diverse society)

ดังนั้น เพื่อให้การจัดประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ

- | | |
|---|------------------|
| ๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๒. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๓. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๔. อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๕. อธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๖. อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๗. อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๘. อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๙. อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๐. อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๑. อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๒. อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๓. อธิการบดีมหาวิทยาลัยพะเยา | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๔. อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๕. อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๖. อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๗. อธิการบดีมหาวิทยาลัยรังสิต | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๘. อธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑๙. อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๒๐. อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๒๑. อธิการบดีมหาวิทยาลัยสยาม | กรรมการที่ปรึกษา |

/๒๒. อธิการบดี

๒๒. อธิการบดีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	กรรมการที่ปรึกษา
๒๓. เจ้ากรมแพทย์ทหารบก	กรรมการที่ปรึกษา
๒๔. เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ	กรรมการที่ปรึกษา
๒๕. เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ	กรรมการที่ปรึกษา
๒๖. นายแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	กรรมการที่ปรึกษา
๒๗. รองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุข	กรรมการที่ปรึกษา
๒๘. นายกแพทยสภา	กรรมการที่ปรึกษา
๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	ประธานกรรมการ
๓๐. รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	รองประธานกรรมการคนที่ ๑
๓๑. เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	รองประธานกรรมการคนที่ ๒
๓๒. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
๓๓. ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
๓๔. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
๓๕. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๓๖. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	กรรมการ
๓๗. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
๓๘. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	กรรมการ
๓๙. คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	กรรมการ
๔๐. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการ
๔๑. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กรรมการ
๔๒. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	กรรมการ
๔๓. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
๔๔. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๔๕. คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๔๖. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	กรรมการ
๔๗. คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กรรมการ
๔๘. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	กรรมการ
๔๙. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	กรรมการ
๕๐. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
๕๑. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	กรรมการ
๕๒. คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	กรรมการ
๕๓. ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๕๔. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท	กรรมการ
๕๕. ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา	กรรมการ
๕๖. นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
๕๗. นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ

/๕๘. ประธานกลุ่ม...

๕๘. ประธานกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๕๙. รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
๖๐. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและเลขานุการ
๖๑. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๒. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุไรพร สมบุญวงศ์)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. อำนวยการจัดการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๒. กำหนดหลักการและแนวทางในการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ และมอบหมายงานให้คณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ดำเนินการ
๓. แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจและคณะทำงานเพื่อดำเนินการในภารกิจที่เห็นสมควรเฉพาะกรณี

๒. คณะกรรมการดำเนินการกลาง

๑. เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	กรรมการที่ปรึกษา
๒. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการที่ปรึกษา
๓. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการที่ปรึกษา
๔. คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการที่ปรึกษา
๕. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการที่ปรึกษา
๖. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการที่ปรึกษา
๗. ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	กรรมการที่ปรึกษา
๘. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	กรรมการที่ปรึกษา
๙. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๐. คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กรรมการที่ปรึกษา
๑๑. คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	กรรมการที่ปรึกษา
๑๒. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการที่ปรึกษา
๑๓. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	กรรมการที่ปรึกษา
๑๔. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการที่ปรึกษา
๑๕. คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	กรรมการที่ปรึกษา
๑๖. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กรรมการที่ปรึกษา
๑๗. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๘. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๙. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	กรรมการที่ปรึกษา
๒๐. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	กรรมการที่ปรึกษา
๒๑. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	กรรมการที่ปรึกษา
๒๒. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ประธานกรรมการ

/๒๓. รองเลขาธิการ...

๒๓.	รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ศิริทรัพย์)	รองประธานกรรมการ
๒๔.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๒๕.	รองคณบดีด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๒๖.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๒๗.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
๒๘.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
๒๙.	รองผู้อำนวยการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ฝ่ายวิชาการ	กรรมการ
๓๐.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	กรรมการ
๓๑.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
๓๒.	รองคณบดีฝ่ายคลินิก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ประธาน จิรายน)	กรรมการ
๓๓.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช	กรรมการ
๓๔.	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการ
๓๕.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	กรรมการ
๓๖.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
๓๗.	รองคณบดีฝ่ายบริการการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	กรรมการ
๓๘.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กรรมการ
๓๙.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	กรรมการ
๔๐.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	กรรมการ
๔๑.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	กรรมการ
๔๒.	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	กรรมการ
๔๓.	รองผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท	กรรมการ
๔๔.	ประธานคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๑ หรือผู้แทน	กรรมการ
๔๕.	ประธานคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๒ หรือผู้แทน	กรรมการ
๔๖.	ประธานคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๓ หรือผู้แทน	กรรมการ
๔๗.	ประธานคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๔ หรือผู้แทน	กรรมการ

/๔๘. ประธานคณะ...

๔๘. ประธานคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๕ หรือผู้แทน	กรรมการ
๔๙. ประธานคณะกรรมการจัดทำร่างข้อเสนอแนะฯ	กรรมการ
๕๐. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและเลขานุการ
๕๑. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุไรพร สมบุญวงศ์)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๕๒. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓. ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (นางสาวกาญจนา ศรีวรพงษ์)	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. กำหนดแนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาการชุดที่ ๑ - ๕ คณะกรรมการจัดทำร่างข้อเสนอแนะและเลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์
๒. จัดประชุมร่วมคณะกรรมการดำเนินงานชุดต่างๆ
๓. จัดประชุมปรึกษาพิจารณารับฟังความคิดเห็น เพื่อสรุปผลการดำเนินการของคณะกรรมการดำเนินงานชุดต่างๆ
๔. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะ (Final recommendation)

๓. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๑ : ความหลากหลายของระบบสุขภาพ

๑. เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา	ที่ปรึกษา
๓. เลขาธิการสภาวิจัยแห่งชาติ	ที่ปรึกษา
๔. นายกแพทยสภา	ที่ปรึกษา
๕. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
๖. รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ)	รองประธานกรรมการ
๗. อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๘. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๙. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. เลขาธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๑๑. ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๑๒. ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	กรรมการ
๑๓. ผู้แทน UHOSNET	กรรมการ
๑๔. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕. ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	กรรมการ

/๑๖. ผู้อำนวยการ...

๑๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ (อาจารย์ นายแพทย์สกล ต่านักดี)	กรรมการ
๑๗. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ (อาจารย์ นายแพทย์พรณกิจ วนแสงสกุล)	กรรมการ
๑๘. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์	กรรมการ
๑๙. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ (นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง)	กรรมการ
๒๐. นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
๒๑. รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๒๒. รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๒๓. รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กรรมการ
๒๔. รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
๒๕. รองผู้อำนวยการ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรรมการ
๒๖. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๒๗. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการและโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
๒๘. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นิสิต วรรณัจฉริยา)	กรรมการ
๒๙. รองผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ฝ่ายกิจการนักศึกษา (แพทย์หญิงวชิรญา จิงเจริญรสสุข)	กรรมการ
๓๐. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
๓๑. ผู้แทนคณะทำงานวิชาการแพทยศาสตรศึกษา กสพท. (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยพฤกษ์ กุสุมาพรรณโณ)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๒. เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. วิเคราะห์ความหลากหลายของระบบสุขภาพ และความต้องการแพทย์ด้านต่างๆ เพื่อเป็นเป้าหมายในการผลิตแพทย์
๒. นำเสนอผลสรุปให้คณะกรรมการดำเนินการกลางเพื่อดำเนินการต่อไป
๓. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะเบื้องต้น (recommendation)

/๔. คณะกรรมการ...

๔. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๒ : วิเคราะห์ความหลากหลายของสถาบันผลิตแพทย์

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑. เลขานุการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| ๒. รองเลขานุการคณะกรรมการการอุดมศึกษา | ที่ปรึกษา |
| ๓. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิง วณิช วรรณพุกษ์ | ประธานกรรมการ |
| ๔. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | รองประธานกรรมการคนที่ ๑ |
| ๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานูภาพ เลขะกุล | รองประธานกรรมการคนที่ ๒ |
| ๖. รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๗. รองคณบดีด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | กรรมการ |
| ๘. ผู้อำนวยการกองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า | กรรมการ |
| ๙. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑๐. รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยรังสิต | กรรมการ |
| ๑๑. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | กรรมการ |
| ๑๒. รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและกิจการพิเศษ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | กรรมการ |
| ๑๓. รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑๔. รองศาสตราจารย์วราภรณ์ เอี้ยวสกุล | กรรมการ |
| ๑๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กิจประมุข ตันตยาภรณ์ | กรรมการ |
| ๑๖. แพทย์หญิงพัชรดา อมาตยกุล | กรรมการ |
| ๑๗. หัวหน้ากลุ่มวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี | กรรมการ |
| ๑๘. รองผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม
เพื่อชาวชนบท
(นายแพทย์รายิน อโรร่า) | กรรมการ |
| ๑๙. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร) | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒๐. ผู้แทนคณะทำงานวิชาการแพทยศาสตรศึกษา กสพท.
(อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์) | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

๑. วิเคราะห์ศักยภาพ (ประเภท/จำนวน) ของสถาบันในการผลิตแพทย์ตามความต้องการของชุมชน/ประเทศชาติ
๒. นำเสนอผลสรุปให้คณะกรรมการดำเนินการกลางเพื่อดำเนินการต่อไป
๓. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะเบื้องต้น (recommendation)

/๕. คณะกรรมการ...

๕. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๓ : Physician for community

๑. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา
๒. เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๓. คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานกรรมการ
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท	รองประธานกรรมการคนที่ ๑
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิรักษ์ อร่ามรัตน์	รองประธานกรรมการคนที่ ๒
๖. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น	กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	กรรมการ
๙. รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐. รองผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ฝ่ายวิชาการ	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์เพชร รอดอารีย์	กรรมการ
๑๒. รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑๓. อาจารย์ นายแพทย์นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	กรรมการ
๑๔. ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อาจารย์ แพทย์หญิงวรลักษณ์ สัจจาตุระ)	กรรมการ
๑๕. ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (อาจารย์ นายแพทย์อภิชาติ เอกัคคตาจิต)	กรรมการ
๑๖. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (อาจารย์ แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ)	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑๘. หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการ
๑๙. หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๒๐. ผู้แทนหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถ์รัตน์)	กรรมการ
๒๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย	กรรมการ
๒๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา	กรรมการ

/๒๓. หัวหน้าสถาน...

- | | |
|--|----------------------------|
| ๒๓. หัวหน้าสถานแพทยศาสตรศึกษา สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | กรรมการ |
| ๒๔. อาจารย์ นายแพทย์สรรัตน์ เลอมานูวรัตน์
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา | กรรมการ |
| ๒๕. นายแพทย์stadt ศุภผล
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น | กรรมการ |
| ๒๖. บรรณธิการธรรมศาสตร์เวชสาร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์) | กรรมการ |
| ๒๗. รองผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม
เพื่อชาวชนบท
(นายแพทย์รายิน อโรรา) | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒๘. ผู้แทนคณะทำงานวิชาการแพทยศาสตรศึกษา กสพท.
(อาจารย์ แพทย์หญิงสุธิดา สัมฤทธิ์) | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

๑. กำหนดคุณลักษณะบัณฑิต หลักสูตร และเส้นทางวิชาชีพในด้านการเป็นแพทย์ที่ทำงานเพื่อชุมชน
๒. นำเสนอผลสรุปให้คณะกรรมการดำเนินการกลางเพื่อดำเนินการต่อไป
๓. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะเบื้องต้น (recommendation)

๖. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๔ : Academic Physician/researcher

- | | |
|---|-------------------------|
| ๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช | ที่ปรึกษา |
| ๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ | ที่ปรึกษา |
| ๓. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ | ที่ปรึกษา |
| ๔. ผู้แทนเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
(MedResNet) | ที่ปรึกษา |
| ๕. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร | ประธานกรรมการ |
| ๖. รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | รองประธานกรรมการคนที่ ๑ |
| ๗. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์ | รองประธานกรรมการคนที่ ๒ |
| ๘. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสงขลา | กรรมการ |
| ๙. รองผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลบุรีรัมย์
(อาจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ เรืองสุขศรีวงศ์) | กรรมการ |
| ๑๐. รองผู้อำนวยการบริหารสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
ฝ่ายวางแผนด้านงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑๑. รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |

/๑๒. รองคณบดี...

๑๒. รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
๑๓. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑๔. รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการ
๑๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทิดศักดิ์ ผลจันทร์	กรรมการ
๑๖. ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาอาจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าสำนักงานพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๑๘. อาจารย์ นายแพทย์มานิช โชคแจ่มใส อาจารย์แพทย์สาขาวิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑๙. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต อูยวัฒน์กุล อาจารย์แพทย์สาขาศัลยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	กรรมการ
๒๐. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัฐธิดา หิรัญกาญจน์)	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. ผู้แทนคณะทำงานวิชาการแพทยศาสตรศึกษา กสพท. (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ วัฒนเรืองโกวิท)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. กำหนดคุณลักษณะบัณฑิต หลักสูตร และเส้นทางวิชาชีพในด้านความเป็นนักวิชาการ นักวิจัย
๒. นำเสนอผลสรุปให้คณะกรรมการดำเนินการกลางเพื่อดำเนินการต่อไป
๓. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะเบื้องต้น (recommendation)

๗. คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ ๕ : Physician for advanced care

๑. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๒. ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๓. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๔. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๕. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๖. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานกรรมการ
๗. รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รองประธานกรรมการคนที่ ๑
๘. รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)	รองประธานกรรมการคนที่ ๒
๙. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๑๐. รองผู้อำนวยการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา โรงพยาบาลบุรีรัมย์	กรรมการ

/๑๑. ผู้ช่วยคณบดี...

- | | |
|---|----------------------------|
| ๑๑. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| ๑๒. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร | กรรมการ |
| ๑๓. รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
(นายแพทย์วีระเดช ธีระวัฒน์) | กรรมการ |
| ๑๔. รองคณบดีฝ่ายบริหาร วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต | กรรมการ |
| ๑๕. รองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑๖. ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถวุฒิ ดีสมโชค) | กรรมการ |
| ๑๗. หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา โครงการจัดตั้งภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ก้องเกียรติ ภูณท์กัณฑ์กร) | กรรมการ |
| ๑๘. อาจารย์ นายแพทย์สรารุช สุขสุผิว
อาจารย์แพทย์สาขาวิชาอายุรศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | กรรมการ |
| ๑๙. อาจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์ นิ่มขุนทด
อาจารย์แพทย์สาขาวิชาอายุรศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | กรรมการ |
| ๒๐. รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒๑. รองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒๒. ผู้แทนคณะทำงานวิชาการแพทยศาสตรศึกษา กสพท.
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์) | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

๑. กำหนดคุณลักษณะบัณฑิต หลักสูตร และเส้นทางวิชาชีพ ในด้านการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง
๒. นำเสนอผลสรุปให้คณะกรรมการดำเนินการกลางเพื่อดำเนินการต่อไป
๓. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะเบื้องต้น (recommendation)

๘. คณะกรรมการจัดทำร่างข้อเสนอแนะ

- | | |
|--|------------------|
| ๑. รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ศิริทรัพย์) | ที่ปรึกษา |
| ๒. รองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการศึกษา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ประธานกรรมการ |
| ๓. รองคณบดีด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | รองประธานกรรมการ |
| ๔. ประธานคณะทำงานแพทยศาสตรศึกษา กสพท. | กรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประนอม บุพศิริ | กรรมการ |

/๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์...

๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยพฤกษ์ กุสุมาพรรณโณ	กรรมการ
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรรมณีนรัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์มานโซ โซคแจ่มใส	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงสุธิดา สัมฤทธิ์	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ วัฒนเรืองโกวิท	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธุ์	กรรมการ
๑๒. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอาบอรุณ เลิศขจรสุข	กรรมการ
๑๓. อาจารย์ นายแพทย์दनัย วังsturค	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชุตินร เกตุลอย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

- รวบรวมข้อเสนอแนะจากกรรมการวิชาการชุดที่ ๑ - ๕ เพื่อจัดทำร่างข้อเสนอแนะ
- จัดทำประชาพิจารณ์และสรุป

๙. เลขานุการกิจและประชาสัมพันธ์

๑. คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษา
๒. รองคณะบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ประธานกรรมการ
๓. รองคณะบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รองประธานกรรมการ
๔. รองคณะบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๕. รองคณะบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๖. รองคณะบดีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๗. รองคณะบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๘. รองคณะบดีฝ่ายนวัตกรรมการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๙. รองคณะบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๐. รองคณะบดีฝ่ายวิรัชกิจ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๑. ผู้ช่วยคณะบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุไรพร สมบุญวงศ์)	กรรมการ

/๑๒. ผู้ช่วยคณะบดี...

๑๒. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร)	กรรมการ
๑๓. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๔. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๕. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๖. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าฝ่ายประชาสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๘. หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๙. หัวหน้าอาคารสถานที่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๒๐. ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๒๑. ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๒๒. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและเลขานุการ
๒๓. หัวหน้าศูนย์ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. เตรียมการและดำเนินการจัดการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๒. ดำเนินการประชาสัมพันธ์
๓. ประสานงานระหว่างหน่วยงานในการจัดการประชุม
๔. สรุปผลการประชุม

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

พลเรือเอก

(ณรงค์ พิพัฒน์นาคัย)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

คณะกรรมการจัดทำนิตรรศการ
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
“มหกทศวรรษแพทยศาสตรศึกษาไทย ก้าวไกลสู่นาคต”

๑. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ศิริทรัพย์	ประธานกรรมการ
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล	รองประธานกรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เอื้อพงศ์ จตุรธำรง	กรรมการ
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์	กรรมการ
๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย สุนทรโลหะนกุล	กรรมการ
๖. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์	กรรมการ
๗. นางจารุณี อินทรรังษี	กรรมการ
๘. นางกรมาศ สงวนไทร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์วรพล จรูญวณิชกุล	กรรมการและเลขานุการ
๑๐. นางอรุณี ลีศิริชัยกุล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑. นางสาวณีย์ เต็มอุดม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



ประกาศ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประมวลข้อมูลและจัดทำรายงานข้อเสนอแนะ
จากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

เพื่อให้การดำเนินการจัดทำรายงานสรุปข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ (Final Recommendation) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งให้ผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการประมวลข้อมูลและจัดทำรายงานข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ คือ

๑. คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษา
๒. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ประธาน
๓. รองผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (นายแพทย์รายิน อโรร่า)	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุไรพร สมบุญวงศ์)	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร)	กรรมการ
๖. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรมนรัตน์	กรรมการ
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยพฤกษ์ กุสุมาพรรณโณ	กรรมการ
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ์ วัฒนเรืองโกวิท	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์จิโรจน์ สุรพันธ์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์มานิช โชคแจ่มใส	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงสุธิดา สัมฤทธิ์	กรรมการ
๑๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์คณัย ว่างสูตรค	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตีธร เกตุลอย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์วรพล จรุงวณิชกุล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ทั้งนี้ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดทำสรุปข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)
 คณบดี

จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘

คณะ/วิทยาลัย/สำนักวิชาแพทยศาสตร์	จำนวน (คน)				
	อาจารย์	ผู้ปกครอง	เจ้าหน้าที่	นิสิตนักศึกษา	รวม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	๒๕	๒๑	๐	๑	๔๗
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๕๑	๓๖	๑๙	๑	๑๐๗
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	๑๗	๓	๐	๐	๒๐
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	๑๒	๓	๖	๐	๒๑
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๑๓	๑	๐	๐	๑๔
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	๑๕	๗	๐	๐	๒๒
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	๒๘	๐	๐	๒	๓๐
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๒๖	๙	๐	๐	๓๕
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	๓๒	๔	๕	๐	๔๑
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	๓๐	๔	๓	๒	๓๙
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	๑๐	๑	๖	๐	๑๗
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	๑๐	๕	๐	๐	๑๕
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	๘	๐	๐	๐	๘
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	๓	๐	๐	๐	๓
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	๕	๐	๑	๐	๖
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	๕	๐	๐	๐	๕
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	๒	๐	๐	๐	๒
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	๖	๐	๐	๐	๖
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	๖	๑	๐	๐	๗
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	๔	๐	๐	๐	๔
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	๖	๐	๐	๐	๖
รวม	๓๑๔	๙๕	๔๐	๖	๔๕๕

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน (คน)
สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	๘
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ๒๓ แห่ง	๕๗
โรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป	๑๔
กรมการแพทย์	๑
โรงพยาบาลราชวิถี	๑
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	๑
กรมอนามัย	๑
รวม	๘๓

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงกลาโหม	จำนวน (คน)
กรมแพทย์ทหารบก	๓
โรงพยาบาลอานันทมหิดล	๑
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	๑
กรมแพทย์ทหารอากาศ	๑
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	๒
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	๑
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	๓
รวม	๑๒

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	จำนวน (คน)
กระทรวงศึกษาธิการ	๑
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	๒
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๒
มหาวิทยาลัยมหิดล	๑
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	๖
รวม	๑๒

หน่วยงานอื่นๆ	จำนวน (คน)
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๔
โรงพยาบาลตำรวจ	๑๐
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	๓
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	๒
โรงพยาบาลกลาง	๑
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	๒
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	๑
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ	๑
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย	๑
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	๑
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	๕
รวม	๓๑

สภาวิชาชีพ	จำนวน (คน)
แพทยสภา	๕
แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	๓
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	๑
สภาการพยาบาล	๒
สภาเทคนิคการแพทย์	๔
รวม	๑๕

รวมทั้งสิ้น ๖๐๘ คน

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๑๔ - ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘

กระทรวงศึกษาธิการ

นายแพทย์ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรนิต ศิลธรรม
นางอุดมลักษณ์ อินทรชิต

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

คณะกรรมการการสาธารณสุข สถาบันบัญญัติแห่งชาติ

นายแพทย์ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิชย์

กรมการแพทย์

นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร

สถาบันเวชศาสตร์ป้องกัน กรมอนามัย

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโสภานนท์

สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร

นายแพทย์สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ

แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล

แพทย์หญิงบุญรัตน์ วราชิต

นายแพทย์รายิน อโรร่า

นางรัตติยา ฤทธิรงค์

นายสุกิจ ภูริรักษ์

นางสาวอารีรัตน์ แซ่จ้อ

กรมแพทยทหารบก

พลโทชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์

พลตรีจิตพล วุฑฒกนก

พันเอกกิตติ ต่อจรัส

กรมแพทยทหารอากาศ

นาวาอากาศเอกหญิงจุฬารัตน์ เมฆมัลลิกา

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

พลตำรวจตรีกิตติพงษ์ สุวัธนเดชา

พลตำรวจตรีทรงชัย สิมะโรจน์

พลตำรวจตรีหญิงนาเรศ วงศ์ไพฑูริย์

พันตำรวจเอกหญิงพัชรีวรรณ วิเศษสุนน

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

นายแพทย์เกรียงไกร ตั้งจิตธมณีสักดา

นายแพทย์สามารถ ต้นอริยกุล

นายแพทย์สุรินทร์ ภูเจริญประสิทธิ์

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประสิทธิ์ ฟูตระกูล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นางสาวธนพร เตชฤทธิพิทักษ์

แพทยสภา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

พลอากาศตรีอิทธิพร คณะเจริญ

พันเอกสุรจิต สุนทรธรรม

นางทิพสิริ ศรีวิชัย

นางศศิพร ภาสบุตร

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทยา ถิฐาพันธ์

แพทยสมาคมในพระบรมราชูปถัมภ์

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธมนชัย คงสกนธ์

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สารเนตร์ ไวกุล

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โยธิน เบญจวง

สภาการพยาบาล

รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ดร.บุญวรา สุ่มะโน

สภาเทคนิคการแพทย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ทพ.เกรียงไกร กิจเจริญ

รองศาสตราจารย์ ทนพญ.อิสยา จันทรวินยานุชิต

อาจารย์ ดร.ทพ.เลิศยศ ตริรัตน์ไพบูลย์

ทพ.ประภาพร ด้านเศรษฐกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์	๒๕. อาจารย์ นายแพทย์ภูมิ	ตรีตระการ
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิเชียร ทองแดง	๒๖. อาจารย์ นายแพทย์วุฒินันท์	อัจฉริยะโพธา
๓. ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์สรโรจ แสงวิเชียร	๒๗. นางอรุณี	ลีศิริชัยกุล
๔. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์	๒๘. นางสาวกิตติยา	ภมรคล
๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล	๒๙. นางสาวเกวลิ	จิตแปลง
๖. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงงามแข เวียงวรเวทย์	๓๐. นางนภัสสร	รุ่งเรือง
๗. รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์เนียน เรืองเศรษฐกิจ	๓๑. นางสาวนิตดา	วงษ์วรรณนา
๘. รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์	๓๒. นางสาวนิตยาภรณ์	บุญสวัสดิ์
๙. รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ถาวรชัย ลิ้มจินดาพร	๓๓. นางสาวนุชจรี	หงษ์เหลี่ยม
๑๐. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปรียานุช แย้มวงษ์	๓๔. นางสาวปณนุช	พินชู
๑๑. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพนัสยา เรือธาตากล	๓๕. นายเพชร	แสงแก้ว
๑๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทเชษฐ พิชัยศักดิ์	๓๖. นางสาวพรรณนิการ์	พุ่มจันทร์
๑๓. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรินทร์ ธนพิพัฒนศิริ	๓๗. นางสาวพัชดาพรรณ	อุดมเพชร
๑๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัศวิน มุ่งนิรันดร์	๓๘. นางสาวพิรารวรรณ	หนูเสน
๑๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์	๓๙. นางสาวแพรวพรรณ	แก้วเพชร
๑๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พบชัย งามสกุลรุ่งโรจน์	๔๐. นางสาวภัทรพร	นาคนาเกร็ด
๑๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรสุข ชื่นสุขน	๔๑. นางภัทรวรรณ	บุญโยประการ
๑๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมยุรี หอมสนิท	๔๒. นางสาวรัตนภรณ์	ประกอบทรัพย์
๑๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ	๔๓. นางสาววิรงรอง	สิตไทย
๒๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงสุนันทา ฉันทกาญจน์	๔๔. นางสาวสุชีรา	วิบูลย์สุข
๒๑. อาจารย์ แพทย์หญิงกมลเนตร วรรณเสวก	๔๕. นางสาวสุพาภรณ์	เฉลิมวุฒิ
๒๒. อาจารย์ แพทย์หญิงกุลวรา กิตติสารศ	๔๖. นางสาวอรอนงค์	บินสมประสงค์
๒๓. อาจารย์ นายแพทย์ปภาณุ สุทธิประสิทธิ์	๔๗. นางสาวอลิษา	แคล้วเครือ
๒๔. อาจารย์ ดร.นายแพทย์พรนพ นัยเนตร		

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑. ศาสตราจารย์กิตติคุณ แพทย์หญิงคุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มปทยอม	๑๐. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวสี	ตุลวรรณนะ
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศนประดิษฐ์	๑๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมรัตน์	จารุลักษณะนันท์
๓. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กิจประมุข ดันตยาภรณ์	๑๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์	วัชรสินธุ์
๔. พลตำรวจตรี นายแพทย์ชุมศักดิ์ พลุกษาพงษ์	๑๓. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สิทธิศักดิ์	หรรษาเวก
๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมภาพ ลิ้มพจนารักษ์	๑๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงศักดิ์	ประสพสันติ
๖. ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงณัฐริยา หิรัญกาญจน์	๑๕. รองศาสตราจารย์จันทน์	อิทธิพานิชพงศ์
๗. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์	๑๖. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตลัดดา	ดีโรจนวงศ์
๘. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรีณย์กุล	๑๗. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	จิระถาวร
๙. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พิเชฐ สัมปทานุกุล	๑๘. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุไรพร	สมบุญวงศ์

๑๙. รองศาสตราจารย์ ดร.นวลทิพย์	กมลวารินทร์	๖๔. นิสิตแพทย์ปทุมุตต์	โตวิชัยธารง
๒๐. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปานฤทัย	ตรีนวรรตน์	๖๕. นิสิตแพทย์พศวีร์	ชีวะสาธน์
๒๑. รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวพันธ์	ภัทรโกศล	๖๖. นิสิตแพทย์เมธาวิ	เกียรติปานอภิกุล
๒๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งเรือง	ลีลานุกรม	๖๗. นิสิตแพทย์วิวัฒน์	กุลวิจิต
๒๓. รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล	อโนมะศิริ	๖๘. นิสิตแพทย์ศรันย์	โชคญาณกร
๒๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ	นภาธร	๖๙. นิสิตแพทย์ศุภวิชญ์	ปานไพรศล
๒๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย	ธนะวัฒนาเจริญ	๗๐. นิสิตแพทย์หฤษณ์	ศิริบำรุงสุข
๒๖. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบูรณ์	ศิลาวัฒน์	๗๑. นางสมศรี	ธรรมเศรษฐ์
๒๗. รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อยยา	เฮงพระพรหม	๗๒. นางกนิษฐา	แก้วศรี
๒๘. รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุนทร	ศุภพงษ์	๗๓. นางสาวกาญจนา	ศรีวรรณพงษ์
๒๙. รองศาสตราจารย์สุพีชา	วิทย์เลิศปัญญา	๗๔. นายเกรียงศักดิ์	กาญจนารักษ์
๓๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กวี	ภัทราคูลย์	๗๕. นายเกษมศักดิ์	ชมชื่นดี
๓๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกัญญา	คำวิไลศักดิ์	๗๖. นางสาวชวีอร	วงษ์ภักดี
๓๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตีธร	เกตุลอย	๗๗. นางสาวณัฐวดี	จโนภาส
๓๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนศิลป์	หวลมานพ	๗๘. นางดารัตน์	ธรรมายนต์
๓๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย	ดิชจรเดช	๗๙. นายทวิธร	ต้นศิริ
๓๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ธัญญพงษ์ ณ นคร		๘๐. นายธนพล	ทับทิม
๓๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสิษฐ	ประพันธ์วัฒน์	๘๑. นางสาวธันสมณ	พลศรี
๓๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ภาสกร	วิธธาดา	๘๒. นายธรรมสาร	ประธรรมสาร
๓๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศุภพงศ์	ถิรคุณวิเศษ	๘๓. นางสาวศินี	ยายิ่งสุข
๓๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศักดิ์	หุ่ณวิจิตร	๘๔. นายนพดล	เสื่อโรจน์
๔๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เอกสิทธิ์	โกวิทย์ดำรง	๘๕. นางสาวนฤมล	นรเสฏฐ์
๔๑. อาจารย์ แพทย์หญิงกมลวรรณ	จตุรกุล	๘๖. นางสาวนุจรีย์	ภูซ้อ
๔๒. อาจารย์ นายแพทย์จิรันดร	อภิรักษ์	๘๗. นายประวิทย์	การโสธร
๔๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์ฐิติณัฐ	ดิษยบุตร	๘๘. นางสาวปาจรีย์	เย็นบุตร
๔๔. อาจารย์ ดร.นายแพทย์ดนัย	วังสตรศ	๘๙. นางสาวปาริฉัตร	วัฒนสิรานนท์
๔๕. อาจารย์ แพทย์หญิงเปรมสุดา	สมบุญธรรม	๙๐. นางพรพรรณ	หล้าเพียง
๔๖. อาจารย์ แพทย์หญิงพธู	ตันทิไพโรจน์	๙๑. นายภาค	บิกขุนทด
๔๗. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงรังสิมา	เหรียญตระกูล	๙๒. นายภาณุราช	เรืองเกศ
๔๘. อาจารย์ นายแพทย์วรพล	จรรยาณิกุล	๙๓. นางสาวยิ่งลักษณ์	ใหม่กิกเหมา
๔๙. อาจารย์ แพทย์หญิงสรสิสา	แรงกล้า	๙๔. นายราชศักดิ์	วิโรจน์
๕๐. Dr.Myo Nyein	Aung	๙๕. นางสาววงเดือน	ศรีอินทร์จันทร์
๕๑. นายแพทย์ดนัย	นิยมในธรรม	๙๖. นางสาววิไลวรรณ	วิริยะกิตติการ
๕๒. นิสิตแพทย์กวี	วรธราพงศ์	๙๗. นางศิรินันท์	วัฒน์ชัยเดช
๕๓. นิสิตแพทย์กษิตติศ	ป้องกัน	๙๘. นางสาวศิริราไพ	สุวัฒน์คุปต์
๕๔. นิสิตแพทย์กษิตติศ	สัตยวงศ์	๙๙. นายสิริพงษ์	อรุณไพโรจน์
๕๕. นิสิตแพทย์กอบพัฒน์	ผดุงศักดิ์สวัสดิ์	๑๐๐. นางสุชีรา	มุขจัน
๕๖. นิสิตแพทย์กานต์	เลิศฤทธิ์มหาชัย	๑๐๑. นางสาวสุทธิวรรณ	ปรีชา
๕๗. นิสิตแพทย์จิรภัค	วรินทร์ปราโมทย์	๑๐๒. นางสาวสุธาทิพย์	ขุนจันทร์
๕๘. นิสิตแพทย์จิรวัฒน์	วงศ์สวัสดิ์	๑๐๓. นายสุริยะ	ชมสวัสดิ์
๕๙. นิสิตแพทย์ธนกฤต	พงษ์พิทักษ์เมธา	๑๐๔. นางสาวณีย์	เต็มอุดม
๖๐. นิสิตแพทย์ธนธิป	วิทย์ประเสริฐกุล	๑๐๕. นางสาวเสาวรส	เกียรตินาด
๖๑. นิสิตแพทย์ธันต์ถ์	เลิศอัศววิวัฒน์	๑๐๖. นางสาวอำไพ	โยธาดี
๖๒. นิสิตแพทย์ธนีสร	สุคนธ์บุษย์	๑๐๗. นายเอกชีพ	นิเวศน์วงศ์กุล
๖๓. นิสิตแพทย์นิพัทธ์	ชูลีระรักษ์		

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๑. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงษ์	อัครผล	๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อริยพงษ์	วงชนวิพิชญ์
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา	ศิริโรจน์	๑๒. อาจารย์ นายแพทย์กฤษฏี	ทองบรรจบ
๓. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รณภพ	เอื้อพันธ์เศรษฐ์	๑๓. อาจารย์ นายแพทย์กฤษณ์	ขวัญเงิน
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วัฒนา	นาวาเจริญ	๑๔. อาจารย์ นายแพทย์ชัยสิริ	อังกระวารานนท์
๕. รองศาสตราจารย์ สรिता	ธีระวัฒน์สกุล	๑๕. อาจารย์ นายแพทย์พิสิษฐวุฒิ	อยุทธิ์
๖. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิชา	โฆวินทะ	๑๖. อาจารย์ นายแพทย์มาโนช	โชคแจ่มใส
๗. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถวุฒิ	ติสมโชค	๑๗. อาจารย์ แพทย์หญิงวรลักษณ์	สัจจาตุระ
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นิสิต	วรรัตน์ฉฉริยา	๑๘. นางจารุณี	อินทร์ชัย
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	จิรพรเจริญ	๑๙. นางสาวนันทกา	ชัยบาล
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิรัตน์	อร่ามรัตน์	๒๐. นางสาวพรพรรณ	เรืองคุณวุฒิ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๑. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วราวุธ สุมาวงศ์		๑๒. อาจารย์ นายแพทย์วิศาล	วรสุวรรณรักษ์
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงบุญมี	สถาปัตยวงศ์	๑๓. นักศึกษาแพทย์นนทินี	เอี่ยมวรสิน
๓. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์	สุริยะวงศ์ไพศาล	๑๔. นักศึกษาแพทย์ปิ่นมพิช	เก็บเงิน
๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย	เอกพลากร	๑๕. นักศึกษาแพทย์ปิยวัฒน์	หิรัญนาท
๕. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุภาวดี	ประคุณหังสิต	๑๖. นักศึกษาแพทย์ณัฐวุฒิ	นิธินาบวร
๖. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์	เบญจพลพิทักษ์	๑๗. นักศึกษาแพทย์ภูริภัทร	บุญธรรมจินดา
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วรสรวง	ทองสุข	๑๘. นักศึกษาแพทย์มโนชา	มงคลิก
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ	หัตถิรัตน์	๑๙. นางสาวกชมน	หมั่นหา
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุธิดา	สัมฤทธิ์	๒๐. นางสาวปิยาภรณ์	วงศ์คำจันทร์
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์คมกฤษ	เอี่ยมจิรกุล	๒๑. นางสาวอรพรรณ	จรรุณฉาย
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์ปรีย	พรรณเชษฐ์		

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๑. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจามรี	ธีรตกุลพิศาล	๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์โกสินทร์	วิระษร
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิเศก	ลุมพิกานนท์	๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเดือนจิต	คำพิทักษ์
๓. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกมลวรรณ	เจนวิถีสุข	๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไลวรรณ	หม้อทอง
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญชัย	พานทองวิริยะกุล	๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรัตน์	เจียรณมงคล
๕. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประนอม	บุพศิริ	๑๒. อาจารย์ นายแพทย์วรานนท์	มันคง
๖. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุพินดา	คุณมี	๑๓. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงวิยะดา	ปัญญาธิ์
๗. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล	วีระศิริ	๑๔. นายไชยงค์	กงศิริ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

๑. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตเกษม	สุวรรณรัฐ	๑๒. แพทย์หญิงกันยิกา	ชำนาญประศาสน์
๒. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตติมา	สุนทรสัง	๑๓. นายแพทย์ชัชชัย	ปรีชาไว
๓. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยวรรณ	เชียงใหม่เวช	๑๔. แพทย์หญิงธนิษฐา	ศิริรักษ์
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธรรม	ปิ่นเจริญ	๑๕. แพทย์หญิงศรีลา	สำภา
๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานุภาพ	เลขากุล	๑๖. นางกรมาศ	สงวนไทร
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษณะ	สุวรรณภูมิ	๑๗. นางสาวจุฬาลักษณ์	เรืองณรงค์
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กอบประชุม	ตย์คานนท์	๑๘. นางนพวรรณ	โอสถากุล
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงงามจิตร	ภัทรวิทย์	๑๙. นางวรัญญา	ศรีพิเชียร
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตวัต	รุ่งเจตฟ้า	๒๐. นางสาวสุภาพรรณ	จิตติโสภณ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเพ็ญ	สิงหะ	๒๑. นางอัษฎาพร	แก้วทองงค์
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย	สุนทรโลหะนะกุล	๒๒. นางอารี	จันทนะ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

๑. พลเอกบุญยักษ์	พูนชัย	๑๖. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรีพร	พ่วงพงษ์
๒. พลโทหญิง รองศาสตราจารย์กนกพรธรรม	ประไพตระกูล	๑๗. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติลา	เสนามนตรี
๓. พลโท รองศาสตราจารย์วีโรจน์	อารีย์กุล	๑๘. พันเอกหญิงกิติพร	พุทธิพันธ์
๔. พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ปรียาพันธ์	แสงอรุณ	๑๙. พันเอกเพิ่มศักดิ์	สุเมษศรี
๕. พลตรี รองศาสตราจารย์วิชัย	ประยูรวิวัฒน์	๒๐. พันเอกหญิงภัสรา	อามัตติ
๖. พลตรีหญิงอารียา	เทพชาติ	๒๑. พันเอกหญิงระวีวรรณ	เอกสิทธิ์
๗. พลอากาศตรีรัชชัย	ใจเอื้อ	๒๒. พันเอกวรสิน	เกตานนท์
๘. พันเอกหญิง รองศาสตราจารย์ประไพพิมพ์	ธีรคุปต์	๒๓. พันเอกหญิงอรวิสี	จตุทอง
๙. พันเอก รองศาสตราจารย์ อติศักดิ์	หนูหน่าย	๒๔. พันโทหญิงชุลีภรณ์	บัวหลวง
๑๐. พันเอก รองศาสตราจารย์ อภิชัย	ลีละสิริ	๒๕. พันโทหญิงณัชชนม์	เจริญผล
๑๑. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราอนุช	ต้นคณิตเลิศ	๒๖. พันโทหญิงวรรณวิมล	ลิ้มวงษ์ทอง
๑๒. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทวดี	วุฒิวังค์	๒๗. พันโทหญิงสายสุรีย์	นิวัตวงศ์
๑๓. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนานันท์	ขอประเสริฐ	๒๘. พันตรีทงสรรรค์	เทียนถาวร
๑๔. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภวรรณ	สุอาชาวัฒน์	๒๙. ร้อยเอกอนุพงษ์	กันธิวงศ์
๑๕. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทพร	วีรวัฒน์	๓๐. แพทย์หญิงกมลทิพย์	เลิศชัยสภาพร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์	นิรันดร์ตัน	๑๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา	ผู้มีโชคชัย
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรศรี	เดชะปัญญา	๒๐. อาจารย์ ดร.กรรณิกา	เสริมสุวิทย์วงศ์
๓. รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ	วงศ์สัตยพนธ์	๒๑. อาจารย์ แพทย์หญิงจันทร์ทรา	ต้นันท์ยุทธวงศ์
๔. รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณณี	หนูชื่อตรง	๒๒. อาจารย์ ดร.พร้อมจิต	ศรียากัย
๕. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์	เทพอรินันท์	๒๓. อาจารย์ ดร.ยามาระตี	จัยสิน
๖. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์	แสงจารึก	๒๔. อาจารย์ แพทย์หญิงรัชพร	ทวิรุจจนะ
๗. รองศาสตราจารย์ ดร.ภนารี	บุษราคัมตระกูล	๒๕. อาจารย์ ดร.นายแพทย์สุธีร์	รัตนะมงคลกุล
๘. รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรวรรณ	ทองสะอาด	๒๖. อาจารย์ ดร.อนิรุทธิ์	ลิ้มตระกูล
๙. รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา	สุขุมศิริชาติ	๒๗. นายดำรงค์	เพ็ชรทอง
๑๐. รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล	รัตนตยารมณ	๒๘. นางสาวณอมรัตน์	วัชรชัยพงษ์
๑๑. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพิน	วงศ์สวัสดิ์กุล	๒๙. นายธิติเทพ	กอวัฒนา
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรัฐิญา	ไตรสมบุรณ์	๓๐. นางสาวภัณฑารักษ์	พรหมแก้ว
๑๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยพฤกษ์	กุสุมาพรรณโมโย	๓๑. นางสาวรัตนา	จำปาเกิดทรัพย์
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา	ชุมช่วย	๓๒. นายสมคิด	ลากภิกถาวร
๑๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปีพมา	ลิ้วนิช	๓๓. นายสันทนา	สีบสันติวงศ์
๑๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปิยกานต์	ลิ้มธัญญกุล	๓๔. นางสาวสุชัสสนีย์	สุขประเสริฐ
๑๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาลัย	ทวิโชคภัทร์	๓๕. นางสาวสุรีย์รัตน์	เรืองศรี
๑๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	สุภาพพล		

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ก้องเกียรติ	กฤษณ์กัณฑารากร	๒๒. อาจารย์ณัฐินี	พงศ์ไพฑูริย์สิน
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์	บูรณตรีเวทย์	๒๓. อาจารย์ แพทย์หญิงนติมา	ติเตียว
๓. รองศาสตราจารย์ ชุมพจน์	อมตยกุล	๒๔. อาจารย์ ดร.นิรามัย	สร้อยจักร
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนพงษ์	ไวทยะวิญญู	๒๕. อาจารย์ปฐมพงษ์	เผือกลี
๕. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนงลักษณ์	คณิตทรัพย์	๒๖. อาจารย์ นายแพทย์พลิชัฐพล	วัชรวงค์วาน
๖. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีชา	วณิชยเศรษฐกุล	๒๗. อาจารย์ภาณัฐ	เดชะยนต์
๗. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะ	ปิ่นศรีศักดิ์	๒๘. อาจารย์ แพทย์หญิงเรื่อนขวัญ	กัณหลัง์
๘. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัลลี	สัตยาศัย	๒๙. อาจารย์ แพทย์หญิงศิริวรรณ	จิตตปรมณีรัชต์
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจตรี นายแพทย์ธงชัย สุนทรภา		๓๐. อาจารย์สุภิกา	แดงกระจ่าง
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปรีฉัตร	เคอร์รี่	๓๑. อาจารย์ ดร.อัมรัตน์	ศรีสวัสดิ์
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปรีทรัพย์	อรุณากร	๓๒. อาจารย์ ดร.อารีจรรย์	โสทธิพันธุ์
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรหม	ย่อยสูงเนิน	๓๓. นักศึกษาแพทย์ณัฐ	ฉัตรชัยรัตนเวช
๑๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิศิษฐ์	วัฒน์เรืองไกรวิท	๓๔. นักศึกษาแพทย์พงศธรณ์	กลิ่นขจร
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วรางกูร	อุฬารางกูร	๓๕. นักศึกษาแพทย์ก้องภพ	พงษ์นุช
๑๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีเมื่อง	พลังฤทธิ์	๓๖. นักศึกษาแพทย์จิณณวัศย์	อารยางกูร
๑๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สวณีย์	เต็งรังสรรค์	๓๗. นักศึกษาแพทย์พงศกร	ชูชื่น
๑๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภภาพรณ	เอกรัตนวงศ์	๓๘. นางสาวกาญจนา	จำแนกทาน
๑๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ	คณิตทรัพย์	๓๙. นางสาวมณฑาทิพย์	มณีโชติรัตน์
๑๙. อาจารย์ แพทย์หญิงงามจิต	คงสุผล	๔๐. นางวันวิศา	วงษ์แหวน
๒๐. อาจารย์จิตพิสุทธิ์	จันทร์ทองอ่อน	๔๑. นายอนุพล	จันทร์ลา
๒๑. อาจารย์ นายแพทย์เจน	จิตะพันธ์กุล		

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

๑. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ประธาน	จินายน	๒๑. แพทย์หญิงภรณ์ลดา	ศัลกวิเศษ
๒. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ประไพพรรณ	ศุภจัตุรัส	๒๒. แพทย์หญิงมยุรี	ฮันตระกูล
๓. ศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงยุพิน	ไทยพิสุทธิกุล	๒๓. แพทย์หญิงศศิกันต์	ภูมิกอนสาร
๔. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุนทร	ฮ้อเผ่าพันธุ์	๒๔. นายแพทย์ศุภชัย	คุณารัตนพฤษ
๕. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุรวิทย์	เดชธวานันท์	๒๕. แพทย์หญิงสมลักษณ์	กาญจนาพงศ์กุล
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม	เสรีพรเจริญกุล	๒๖. แพทย์หญิงสุทธดา	อมรรภรณ์
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยสิทธิ์	แสงทวีสิน	๒๗. แพทย์หญิงเสาวนินทร์	อินทรภักดี
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญญ์ณัฐ	บุณนาค	๒๘. นายแพทย์สุรพันธ์	พงศ์สุธนะ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอก แพทย์หญิงเบญจมาศ ทองอุปการ		๒๙. แพทย์หญิงอรุโณทัย	มีแก้วกฤษ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวราภรณ์	แสงทวีสิน	๓๐. แพทย์หญิงอลิสา	เจนคุ้มวงศ์
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชิต	ลีละศิธร	๓๑. อาจารย์ประภาศรี	แพทย์ศิริ
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย	ศิริเจริญไทย	๓๒. อาจารย์วันเพ็ญ	อิมเอิบสิน
๑๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สิริพงศ์	สิริกุลพิบูลย์	๓๓. นักศึกษาแพทย์เจตวรงค์	ธนกิจจาร์
๑๔. แพทย์หญิงจิติมา	ติยาน	๓๔. นักศึกษาแพทย์ธเนศ	กุลโรจนวิจิตร
๑๕. นายแพทย์ฐกฤต	ชมพู่แรง	๓๕. นักศึกษาแพทย์พิมพ์ชนก	สุนทรมิตรภาพ
๑๖. นายแพทย์ฐิติ	กวัคเพฑูริย์	๓๖. นางสาวปานิสรา	ผลบุญ
๑๗. แพทย์หญิงณัฐชยา	ตรีศักดิ์ศรีสกุล	๓๗. นางสาววรรณมล	ยินต์จันทร์
๑๘. แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนวยพงษ์	๓๘. นางสุนิสา	โลแมกซ์
๑๙. นาวาโท นายแพทย์ประพนธ์	จรรย์วาศ์	๓๙. นางสาวโสภา	ไชยมุติ
๒๐. นายแพทย์พุทธิพร	เย็นบุตร		

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑. นายแพทย์จิโรจน์	สุรพันธ์	๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธ	วจนรจนา
๒. นายแพทย์ชวนันท์	สุนนะเศรษฐกุล	๑๑. นายภูวนาท	นนทรีย์
๓. นายแพทย์ชวลิต	หงส์เลิศสกุล	๑๒. นักศึกษาแพทย์พีรารินทร์	พงศ์เลิศฤทธิ์
๔. แพทย์หญิงเถาว์ลัย	ถาวรามร	๑๓. นักศึกษาแพทย์เกรียงพิพัฒน์	จิระวานิชย์กุล
๕. นายแพทย์ประยุทธ	ศิริวงษ์	๑๔. นักศึกษาแพทย์ปริยานุช	กฤตชนชัย
๖. ดร.แพทย์หญิงไปรยาภัก	สกุลวาทัญญู	๑๕. นักศึกษาแพทย์เมธาศิษฐ์	กุลธนาเรือนนท์
๗. แพทย์หญิงอิงรัตน์	ตันติรังสี	๑๖. นักศึกษาแพทย์สริน	เวคะวากยานนท์
๘. ดร.วรัญญา	อัมประสิทธิ์ชัย	๑๗. นักศึกษาแพทย์เสถียรพงษ์	โอฬาระชิน
๙. แพทย์หญิงสิริสุข	อู่ตระกูล		

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชุนนุม	พรหมชาติแก้ว	๙. อาจารย์ นายแพทย์ภูรินนท์	สรวงยานนท์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทิดศักดิ์	ผลจันทร์	๑๐. อาจารย์ นายแพทย์สุจินต์	อิมเอ็บสิน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รัฐพล	แสงรุ่ง	๑๑. นายบุญเกิด	เมืองแสน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศิริเกษม	ศิริลักษณ์	๑๒. นางสาวปฐมพร	ชื่นใจชน
๕. พันเอก นายแพทย์ทวีศักดิ์	นพเกษร	๑๓. นางสาวสายชล	ยอดนวล
๖. อาจารย์ ดร.กวิชช์	ธรรมสร	๑๔. นายไสว	บุญคำ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ธนิยะ	วงศ์วาร	๑๕. นางสาวอารยา	ชัยช่อฟ้า
๘. อาจารย์ นายแพทย์พิรุณ	ตั้งศรีพงศ์		

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ	พันธ์พิมานมาศ	๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารุช	สุขสุผิว
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ชวบูลย์	เดชสุขุม	๖. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพพร	อึ้งอารมณ์	๗. อาจารย์ แพทย์หญิงภัทรา	วัฒนพันธ์
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสรญา	แก้วพิทูลย์	๘. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อวยวัฒนกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพลักษณ์	ศิริชนะวุฒิชัย	๓. แพทย์หญิงสุกัญญา	ชูคันหอม
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชาติ	อารีมิตร		

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ป่วน	สุทธิพิณจรรยา	๔. แพทย์หญิงศุทธิณี	ธีราช
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา	พนมเขต	๕. ดร.อนุวัตร	ภิญญะชาติ
๓. แพทย์หญิงปรมาภรณ์	ภาสตรโรจน์	๖. นายธนภพ	การุณ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์สุจินต์	อึ้งถาวร	๔. อาจารย์ นายแพทย์ปรภากร	ทัตติยกุล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีลาภ	ตันสวัสดิ์	๕. อาจารย์ นายแพทย์สมชาย	ยงศิริ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์	พิริยาพรรณ		

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์ปรัชญะพันธ์	เพชรช่วย	๒. อาจารย์ ดร.รพีพร	ขวัญเชื้อ
-----------------------------------	----------	---------------------	-----------

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์

๑. พลอากาศเอกอวยชัย	เปลื้องประสิทธิ์	๔. อาจารย์ปิยอร	จอนเจิม
๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	ธีระกิตต์ธนาสกุล	๕. อาจารย์ นายแพทย์วีระเดช	ภริษวัฒน์
๓. อาจารย์ นายแพทย์ธเนศ	สังข์ศรี	๖. อาจารย์ ดร.อรุทัย	พรหมสงค์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

๑. ดร. นายแพทย์วิชัย	เทียนถาวร	๕. ดร.มารุต	แก้ววงศ์
๒. แพทย์หญิงณัฐินี	นันทาทอง	๖. ดร.สมคิด	จูหว่า
๓. อาจารย์นภิจ	จันทร์สมุทร	๗. นายปัญญา	ยงยิ่ง
๔. แพทย์หญิงเพ็ญนิภา	นภีรงค์		

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลโทนพดล	วรอุไร	๓. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	เอี้ยวสกุล
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงฉวี	วรรณพฤกษ์	๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชวาล	อภิชาติปิยกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

๑. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์เฉลิม	วราวิทย์	๔. รองศาสตราจารย์ ดร.สัตวแพทย์หญิงมาลินี ไทยรุ่งโรจน์	
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์บุญเจือ	ธรมินทร์	๕. รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี	จำปาเงิน
๓. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อมร	ลีลาศรี	๖. รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวณีย์	รัตนพานี

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.วีไล (เทียนรุ่งโรจน์)	หนูนภักดี	๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ	วิวิธนาภรณ์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เทพมนัส	บุปผาอินทร์	๕. อาจารย์ นายแพทย์ชินวุฒิ	สุริยนแปลงแสง
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์จามร	สมณะ	๖. อาจารย์ นายแพทย์สมพงษ์	นาคพินิจ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. แพทย์หญิงกนกวรรณ	ศรีรักษา	๓. แพทย์หญิงศิริจิตต์	วาสนะวัฒน์
๒. นายแพทย์วัฒน์ชัย	สุแสงรัตน์	๔. นายแพทย์สุรชัย	สราญฤทธิชัย

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลชลบุรี

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์	๒. แพทย์หญิงอุษา	ศิริบุญฤทธิ
---	------------------	-------------

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลตรัง

แพทย์หญิงสุวิมล ล้วนแสง

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลนครพิงค์

๑. นายแพทย์ชาญชัย	พจมานวิพุธ	๓. นายแพทย์อภิญา	นิรมิตสันติพงศ์
๒. แพทย์หญิงลดดาวรรณ	หาญไพโรจน์		

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

นายแพทย์จรัญ ทองทับ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลปัตตานี

แพทย์หญิงเสาวลักษณ์ ศิลาลาย

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า

๑. นายแพทย์ชัชวาล สมพีรวงศ์ ๒. แพทย์หญิงสิริลักษณ์ วงศ์ชัยสุริยะ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระพุทธโสธร

๑. นายแพทย์สมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล ๒. แพทย์หญิงสรภาพ มัทยาท

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช

๑. นายแพทย์กฤษฏา สระใจ ๓. แพทย์หญิงอรรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์
๒. แพทย์หญิงวรรณมา อางองค์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพิจิตร

๑. นายแพทย์ธเนศ ดุสิตสุนทรกุล ๒. นายแพทย์เสวี ยอดจันทร์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลแพร่

๑. แพทย์หญิงประภารัตน์ อองอาจบุญ ๒. นายแพทย์วีรพงษ์ ปรากฏเจริญ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๑. นายแพทย์พิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์ ๒. นายแพทย์สรรัตน์ เลอมานูวรรรัตน์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

๑. แพทย์หญิงพาฝัน มุสิกวัตร ๓. นายปรีชา แก่นอินทร์
๒. นายแพทย์สุกิจ มัทธนนท์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี

๑. นายแพทย์บรรจง เปรื่องประสพ ๓. แพทย์หญิงศรีณี จันทิพย์วงศ์
๒. แพทย์หญิงภัสรา มะลิตอง ๔. นายแพทย์สุรชัย เกียรติชัยพิพัฒน์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ

นายแพทย์มงคล ภัทรทิวานนท์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ศุภชัย นาทองไชย

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

๑. นายแพทย์เกริก สุวรรณภาพ ๔. นายณัฐวุฒิ วงษ์สิงห์
๒. นายแพทย์เสวต ศรีศิริ ๕. นางสุนีย์ จงใจ
๓. นางรัฐตาพร ทานะกิจ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสระบุรี

๑. แพทย์หญิงรัตติกาล เผือกสูงเนิน ๔. นางมาลินี บริพันธ์
๒. นางจตุพร ศุภรพันธ์ ๕. นางวันเพ็ญ บัวทอง
๓. นางจุฬาลักษณ์ สุขสำราญ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

๑. นายแพทย์ถนอม จิวสีบพงษ์ ๒. แพทย์หญิงพิมพ์เพชร สุขุมลไพบูลย์

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

๑. นายแพทย์ตามพ์	มุกต์มณี	๓. แพทย์หญิงอัจฉรา	รอดเกิด
๒. นายแพทย์ดีเรก	เอกบวรวงศ์		

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์

๑. นายแพทย์ธันต์ชัย	อัศวกรชัย	๒. นายแพทย์พรณกิจ	วนแสงสกุล
---------------------	-----------	-------------------	-----------

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่

๑. นายแพทย์เกียรติศักดิ์	ราชบริรักษ์	๔. นายแพทย์พนพัฒน์	โตเจริญวานิช
๒. แพทย์หญิงฐิติพร	ป่อเกิด	๕. แพทย์หญิงลักษมี	ชะอุรา
๓. แพทย์หญิงประภา	รัตนไชย		

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์กฤษ จารุชาติ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

๑. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช	นุชประยูร	๔. นางรักชนก	ประดิษฐ์
๒. นายแพทย์นิพนธ์	อุปมานรเศรษฐ์	๕. นางวิรัชญา	อานนท์กิจพานิช
๓. นางกาญจนา	ปัญญาดี		

โรงพยาบาลอานันทมหิดล

พันเอกนาวี รักในศีล

โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

พันเอกหญิงเปรม เก่งชน

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

นาวาเอกนิธิ พงศ์อนันต์ รน.

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

๑. นาวาเอกกำพล	ศรีโพธิ์ทอง รน.	๓. นาวาเอกหญิงนงลักษณ์	สิงห์โกวิท รน.
๒. นาวาเอกจิระพงศ์	พฤกษ์พิจารณา รน.		

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

๑. นาวาอากาศเอกไกรเลิศ	เจียรนกุล	๒. นาวาอากาศโทหญิงณัฐพรทิรา	ผลากรกุล
------------------------	-----------	-----------------------------	----------

โรงพยาบาลตำรวจ

๑. พันตำรวจเอกณัฐพงศ์	กุลสิทธิจินดา	๖. พันตำรวจโทสรวิชัย	วิจิตรพรกุล
๒. พันตำรวจเอกไพบูลย์	มะระพะฤกษ์วรรณ	๗. พันตำรวจตรีวรเทพ	กิจทวี
๓. พันตำรวจเอกไพบูลย์	เจียมอนกุลกิจ	๘. พันตำรวจตรีหญิงอุทัยวรรณ	เล็กยิ่งยง
๔. พันตำรวจเอกวิชัย	สิวรรณนาไส	๙. ร้อยตำรวจเอกผดุงรัฐ	เฮงเจริญ
๕. พันตำรวจเอกหญิงกานต์พิชชา	สุทธิสัตยรักษ์	๑๐. ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงปรียพรรณ	ศุขโรจน์

โรงพยาบาลกลาง

แพทย์หญิงคัชรินทร์ เจียมศิริพงษ์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

นายแพทย์สุกิจ ศรีทิพวรรณ

นายแพทย์ศุภราช สุวัฒน์พิมพ์

โรงพยาบาลราชวิถี

นายแพทย์ธฤต แตระกุล

โรงพยาบาลกบินทร์บุรี

นายแพทย์ชาลี สโมสร

โรงพยาบาลกระสัง

นายแพทย์สมชาย ธรรมสารโสภณ

โรงพยาบาลขุนหาญ

แพทย์หญิงรัชฎาพร รุญเจริญ

นางสาวธีราภรณ์ อุ่นแก้ว

โรงพยาบาลนครบุรี

นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ การณรงค์

โรงพยาบาลดอนเจดีย์

นายแพทย์พูนชัย อติยศพงศ์

โรงพยาบาลท่ายาง

นายแพทย์สาธิต ทิมขำ

โรงพยาบาลโนนแดง

นายแพทย์ศุภชัย ครบตระกูลชัย

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

แพทย์หญิงนัตตา พนาคุณากร

โรงพยาบาลปรางค์บุรี

นายแพทย์ประสงค์ ปานไพโรศล

โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

แพทย์หญิงทักษิณา เทียงธรรม

โรงพยาบาลละงู

นายแพทย์ปวีตร วณิชชานนท์

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

แพทย์หญิงนภัทร แผ่ผล

โรงพยาบาลอุ้มทอง

แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน

