

รายงานการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ 1 (Continuum of Medical Education)
การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 10

คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ 1 ได้รับมอบหมายให้จัดทำร่างข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดสมรรถนะและความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตแพทย์ที่สอดคล้องกับระบบบริบาลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต สร้างเสริมการเปลี่ยนผ่านอย่างมีสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาแพทย์สู่การเป็นแพทย์เวชปฏิบัติและแพทย์ประจำบ้าน และดำรงไว้ซึ่งความไว้วางใจของสังคมต่อวิชาชีพแพทย์ ตลอดจนการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการได้หารือร่วมกันและแบ่งคณะทำงานเพื่อหาข้อมูลเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่ม 1 ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต (อัตรากำลัง)
- กลุ่ม 2 ความหลากหลายของการผลิตแพทย์ (Curriculum Diversity)
- กลุ่ม 3 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- กลุ่ม 4 Global Medical Training

กลุ่ม 1 ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต (อัตรากำลัง)

ผู้รับผิดชอบ

ดอกเตอร์ นายแพทย์ทินกร โนรี
นายแพทย์ทชา พิทยาพิบูลพงศ์

การดำเนินงาน

คณะทำงานได้ทบทวนนโยบายระยะสั้นและระยะยาวของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ผ่านมา รวมถึงแนวโน้มในอนาคตของการให้บริการทางสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ ประเมินความต้องการแพทย์ของประเทศทั้งในปัจจุบันและระยะยาว

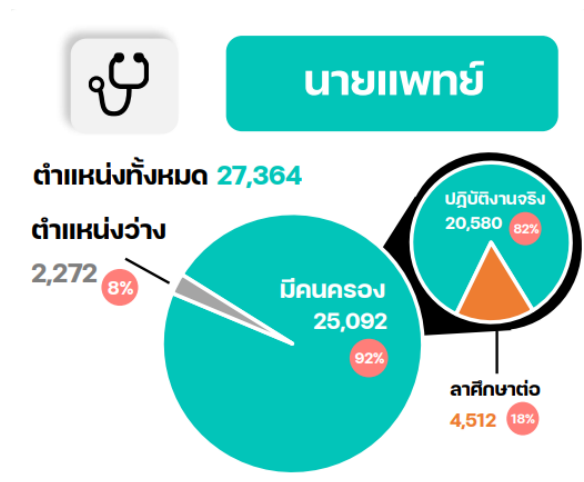
ข้อมูลจำนวนแพทย์ทั้งหมดในฐานข้อมูลแพทยสภา ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2566 มีดังนี้

ข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลแพทยสภา

	ทั้งหมด	ชาย	หญิง
จำนวนแพทย์ทั้งหมด	75,199	40,539	34,660
1.จำนวนแพทย์ที่มีชีวิต ที่มีใบอนุญาต	71,616	37,694	33,922
1.1 แพทย์ที่ติดต่อได้	69,596	36,257	33,339
1.1.1 ตามที่อยู่ใน กทม.	33,457	17,638	15,819
1.1.2 ตามที่อยู่ในต่างจังหวัด	36,139	18,619	17,520
1.1.3 จำแนกตามช่วงอายุ	69,596	36,257	33,339
24 - 30 ปี	16,937	7,854	9,083
31 - 40 ปี	21,689	9,651	12,038
41 - 50 ปี	13,568	6,555	7,013
51 - 60 ปี	7,785	5,126	2,659
61 - 70 ปี	5,423	4,185	1,238
70 ปีขึ้นไป	4,194	2,886	1,308
1.2 แพทย์ที่อยู่ต่างประเทศ	434	358	76
1.3 แพทย์ขาดการติดต่อ	1,586	1,079	507
2. แพทย์ที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต	22	19	3
3.จำนวนแพทย์ ที่เสียชีวิตแล้ว	3,561	2,826	735

ข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลแพทยสภา 28 ธันวาคม 2566

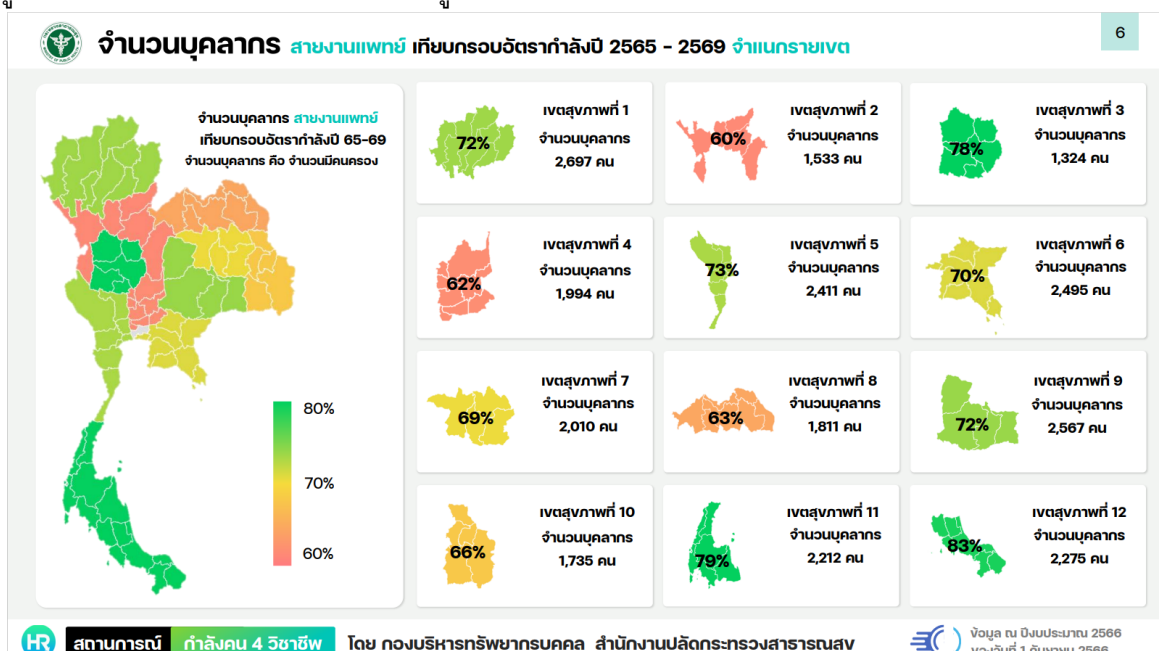
ข้อมูลกำลังคนปีงบประมาณ 2566 (1 กันยายน 2566) โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีตำแหน่งแพทย์ทั้งหมดทุกประเภทการจ้างจำนวน 27,364 คน โดยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในระบบเพียง 20,580 ราย (ร้อยละ 82)



เมื่อเทียบกรอบอัตราค่าจ้างปี 2566-2569 พบว่ามีคนครองตำแหน่งเพียงร้อยละ 66

	กรอบ 65 - 69	35,578 อัตรา
	กรอบ 66	31,032 อัตรา
จำนวนบุคลากร 66 %	ปฏิบัติงานจริง	20,580 คน
	คงเหลือจากกรอบ 66	10,452 อัตรา
	มีคนครอง	25,092 คน
	คงเหลือจากกรอบ 66	5,940 อัตรา

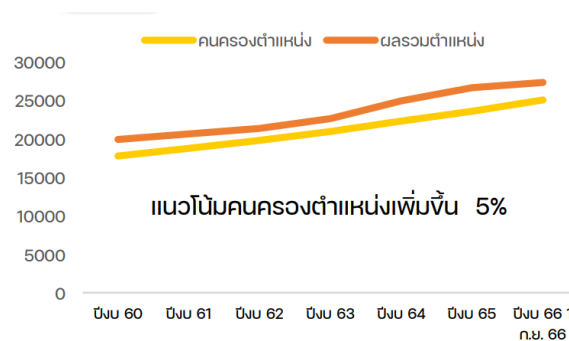
ในภาพของการกระจายตัวตามพื้นที่ เมื่อจำแนกตามรายเขตแล้ว พบว่าจำนวนแพทย์เมื่อเทียบกับกรอบอัตราค่าจ้างอยู่ในช่วงร้อยละ 60-83 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมกันอยู่ที่ร้อยละ 70



ในการเทียบสัดส่วนการกระจายตามระดับสถานพยาบาล จะพบว่าอัตราครองตำแหน่งเมื่อเทียบกับกรอบนั้นต่ำ
ที่สุดในระดับโรงพยาบาลทั่วไป

ระดับหน่วย บริการ	กรอบ 66	กรอบ 65-69	บุคลากรสาธารณสุข สายงานนายแพทย์				จำนวนคนที่ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ที่เพิ่มขึ้น
			จำนวนบุคลากร ปี 2560	จำนวนบุคลากร ณ 1 ก.ย. 66				
				จำนวน	ร้อยละ เทียบกรอบ 66	ร้อยละ เทียบกรอบ 65-69		
สพศ	9,809	10,769	5,196	7,767	79%	72%	2,571	49%
สพท	8,788	9,818	5,009	6,385	73%	65%	1,376	27%
สพช	12,435	14,991	7,443	10,859	87%	72%	3,416	46%
สอณ/สวสอ			8	4				
สสจ.			131	47			-84	-64%
สสอ.			2	2			0	
สำนักงานเขต								
รวม	31,032	35,578	17,811	25,064	81%	70%	7,253	41%

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ครองตำแหน่งโดยดูข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2566 จะเห็นว่าแนวโน้ม
คนครองตำแหน่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี



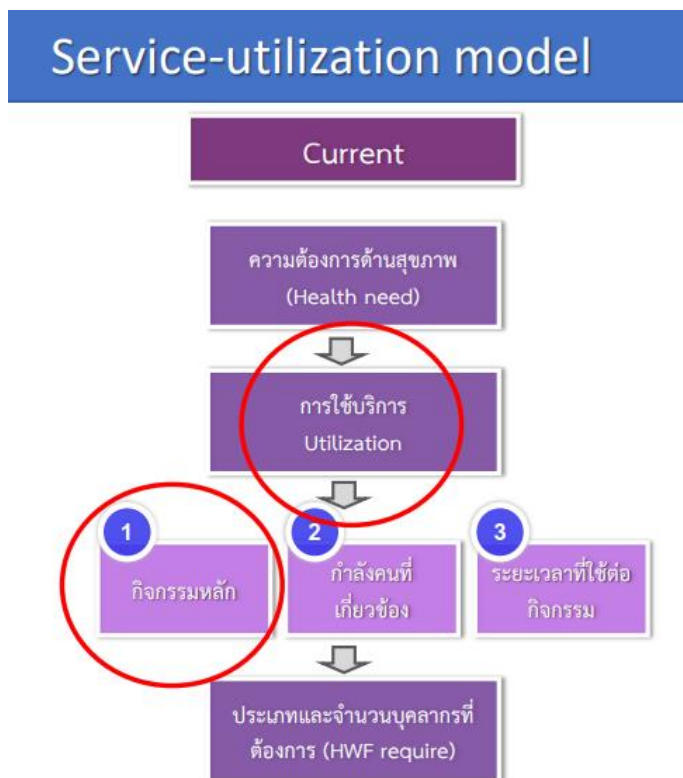
โดยมีแพทย์ที่เกษียณอายุราชการประมาณ 200 คนต่อปี

ปี	สายวิชาชีพ	เกษียณ (ราย)
ปี 2566	นายแพทย์	197
	ทันตแพทย์	33
	พยาบาลวิชาชีพ	1,687
	เภสัชกร	32
ปี 2567	นายแพทย์	183
	ทันตแพทย์	27
	พยาบาลวิชาชีพ	2,330
	เภสัชกร	42
ปี 2568	นายแพทย์	178
	ทันตแพทย์	40
	พยาบาลวิชาชีพ	2,434
	เภสัชกร	62
ปี 2569	นายแพทย์	172
	ทันตแพทย์	33
	พยาบาลวิชาชีพ	2,165
	เภสัชกร	80
ปี 2570	นายแพทย์	205
	ทันตแพทย์	54
	พยาบาลวิชาชีพ	1,802
	เภสัชกร	93

เมื่อบัณฑิตแพทย์ผ่านการเพิ่มพูนทักษะและใช้ทุนซึ่งปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทั่วไปแล้ว ส่วนใหญ่ก็มีความต้องการศึกษาต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ถือเป็นกลุ่มใหญ่ของแพทย์ที่ให้บริการในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงต้องคำนึงถึงความต้องการของแพทย์กลุ่มนี้ด้วยในการวางแผนผลิตแพทย์อย่างเป็นระบบต่อเนื่องจากแพทยศาสตรบัณฑิต กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.นพ.ทิศกร โนรี จึงได้ทำการสำรวจเพื่อคาดการณ์อุปสงค์แพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย ขอบเขตการศึกษาจำนวนแพทย์ที่ต้องการของระบบบริการสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย 1) แพทย์ทั่วไป และ 2) แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก วิธีการที่ใช้ในการคาดการณ์นี้คือ health demand method เป็นการวิเคราะห์จากอัตราการใช้บริการในปัจจุบันและอดีต จากนั้นคาดการณ์การใช้บริการไปในอนาคต แล้วนำ “ผลิตภาพกำลังคน” (productivity) มาเปลี่ยนให้เป็นความต้องการกำลังคน ทั้งนี้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group หรือ DRG) และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกที่รายงานเข้าระบบข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขโดยข้อมูล DRG ส่วนข้อมูลจาก Health and Welfare Survey ใช้เพื่อวิเคราะห์สัดส่วนผู้ที่ต้องการบริการสุขภาพแต่เข้าไม่ถึงและข้อมูลอื่นๆ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลรักษาได้มาจากบุคลากรที่สัมผัสตัวอย่างจากราชวิทยาลัยและกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ ส่วนข้อมูลเวลาที่ใช้ในการให้บริการได้มาจากการสังเกตการณ์

Full time equivalent (FTE) เป็นหน่วยนับอัตรากำลังโดยการเทียบกับชั่วโมงการทำงานของพนักงานเต็มเวลาหนึ่งคนในช่วงเวลาหนึ่ง อาจเป็น 1 วัน 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1 FTE = 7 ชั่วโมงต่อวัน x 240 วันต่อปี (5 วันต่อสัปดาห์ หักลบวันหยุดพักผ่อน 20 วัน) รวมเป็น 1,680 ชั่วโมงต่อปี

การวิเคราะห์การใช้บริการผู้ป่วยใน นำข้อมูลมาจากโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ ปี 2565 โดยใช้ service-utilization model



ข้อมูลพื้นฐาน การใช้บริการผู้ป่วยใน ปี 2565

ลำดับ	โรงพยาบาล		OP	IP
1	ศิริราชพยาบาล มหิดล	SI	ให้ข้อมูลมาแบบภาพรวม ราย OP IPD ตาม ICD10	
2	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	CU	3,864,064	140,335
3	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	CMU	4,535,610	106,148
4	โรงพยาบาลรามารินทร์ มหิดล	RA	3,229,679	73,605
5	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	PSU	922,962	41,735
6	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	KKU	1,068,578	72,855
7	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	SWU	1,663,140	72,855
8	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	TU	1,982,960	59,613
9	มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	NU	840,584	106,114
10	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	MSU	361,021	10,528
11	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	SUT	777,659	27,494
12	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	UBC	73,370	792
13	มหาวิทยาลัยบูรพา	BU	542,729	17,230
14	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มี 2 รพ. วงรีเกิด ตรง	WU	2,062,400	116,835
15	มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์	PNU	15,141	356
16	มหาวิทยาลัยพะเยา	UP	98,980	3,028
17	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	MFU	371,946	10,658
18	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง	KMITL	59,727	-
19	ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์	CRA	764,144	15,844
20	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	PCM	1,800,000	44,009
21	มหาวิทยาลัยรังสิต รพ.ราชวิถี+สถาบันเด็ก	RSU	90,421	25,843
	รวม		25,125,115	945,877

ทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยรายบุคคล (Individual data) คือ 1) เพศ 2) อายุ 3) ประเภทของการมารับบริการ (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) 4) แผนกที่รับบริการ 5) การวินิจฉัย (ICD-10) 6) การทำหัตถการ (ICD9-CM) และ 7) ระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ในกรณีผู้ป่วยใน) จากนั้นจัดกลุ่มผู้ป่วยในโดยใช้ DRG grouper (ตัวอย่างแสดงดังภาพ)

ตัวอย่าง

icd10	DxGroup	PCT	diagnosis
A00	Cholera	Medicine	CHOLERA
A000	Cholera	Medicine	CHOLERA DUE TO VIBRIO CHOLERAE 01, BIOVAR CHOLERAE
A001	Cholera	Medicine	CHOLERA DUE TO VIBRIO CHOLERAE 01, BIOVAR ELTOR
A009	Cholera	Medicine	CHOLERA, UNSPECIFIED
A01	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	TYPHOID AND PARATYPHOID FEVERS
A010	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	TYPHOID FEVER
A011	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	PARATYPHOID FEVER A
A012	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	PARATYPHOID FEVER B
A013	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	PARATYPHOID FEVER C
A014	Typhoid-Paratyphoid fever	Medicine	PARATYPHOID FEVER, UNSPECIFIED
A02	Salmonella infection (other)	Medicine	OTHER SALMONELLA INFECTIONS
A020	Salmonella infection (other)	Medicine	SALMONELLA ENTERITIS
A021	Salmonella infection (other)	Medicine	SALMONELLA SEPTICAEMIA
A022	Salmonella infection (other)	Medicine	LOCALIZED SALMONELLA INFECTIONS
A028	Salmonella infection (other)	Medicine	OTHER SPECIFIED SALMONELLA INFECTIONS
A029	Salmonella infection (other)	Medicine	SALMONELLA INFECTION, UNSPECIFIED

เมื่อนำข้อมูลมารวมกันพบว่าภาระงานของผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นทางสาขาอายุรกรรม ตัวอย่างดังตาราง

จุฬาลงกรณ์

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Medicine	54,999	57.44
2	OB-GYN	7,903	8.25
3	Surgery	6,682	6.98
4	Excellent-cardio	6,307	6.59
5	Excellent-cancer	6,093	6.36
6	Excellent-newborn	3,285	3.43
7	Excellent-trauma	3,122	3.26
8	Psychai	1,256	1.31
9	Eye	1,243	1.30
10	ENT	1,166	1.22

รามาริปดี

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Medicine	8,711	17.14
2	Excellent-cancer	8,499	16.72
3	ENT	8,068	15.88
4	Surgery	7,024	13.82
5	OB-GYN	6,564	12.92
6	Excellent-cardio	3,205	6.31
7	OrthoSx	2,468	4.86
8	Eye	1,338	2.63
9	Social medicine	1,279	2.52
10	Excellent-newborn	1,116	2.20

เชียงใหม่

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Medicine	117,028	59.29
2	Excellent-cancer	14,642	7.42
3	Surgery	12,183	6.17
4	Excellent-cardio	9,464	4.79
5	Excellent-trauma	8,702	4.41
6	ENT	7,841	3.97
7	OB-GYN	7,081	3.59
8	Eye	6,821	3.46
9	OrthoSx	3,053	1.55
10	Quality center	2,398	1.21

ขอนแก่น

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Excellent-cancer	12,385	25.47
2	Medicine	11,357	23.36
3	Surgery	6,403	13.17
4	ENT	3,885	7.99
5	OB-GYN	3,485	7.17
6	Eye	2,705	5.56
7	Excellent-trauma	2,225	4.58
8	OrthoSx	2,015	4.14
9	Excellent-cardio	1,122	2.31
10	Excellent-newborn	944	1.94

แม่ฟ้าหลวง

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Medicine	2,429	32.26
2	ENT	1,962	26.06
3	Surgery	639	8.49
4	Excellent-trauma	513	6.81
5	OrthoSx	404	5.37
6	Eye	322	4.28
7	Excellent-cardio	287	3.81
8	OB-GYN	284	3.77
9	Excellent-cancer	245	3.25
10	Psychai	158	2.10

เทคโนโลยีสุรนารี

	PCT	จำนวน	ร้อยละ
1	Medicine	5,730	30.94
2	Surgery	2,976	16.07
3	Excellent-cancer	2,195	11.85
4	ENT	1,868	10.09
5	OB-GYN	1,779	9.61
6	Excellent-trauma	1,074	5.80
7	Eye	816	4.41
8	OrthoSx	556	3.00
9	Excellent-newborn	532	2.87
10	Excellent-cardio	324	1.75

ในส่วนการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์ (Medical services) ของประเทศไทย ปี 2575 มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ใช้ข้อมูลบริการหลักของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 เป็นฐานการคำนวณ
- 2) คาดการณ์บริการในอนาคต ปี 2575 โดยใช้แนวโน้มการรับบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงย้อนหลัง 10 ปี
- 3) Blow up เป็นข้อมูลการบริการของประเทศ โดยใช้การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน จากการอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2566
- 4) กำหนดเวลาต่อกิจกรรมบริการหลักโดยประยุกต์จากการศึกษาปี 2559 และการทำกรอบอัตรากำลังคนของสำนักงานปลัดปี 2566
- 5) คำนวณระยะเวลาที่ต้องใช้ในกิจกรรมบริการหลักในหน่วยบริการระดับต่างๆ

- 6) จำนวนความต้องการแพทย์โดยกำหนดให้แพทย์ 1 คน ปฏิบัติงานเท่ากับ 1,680 ชั่วโมงต่อปี จะได้ความต้องการแพทย์ในระดับบริการต่างๆ

แหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้วิเคราะห์ แสดงในตาราง

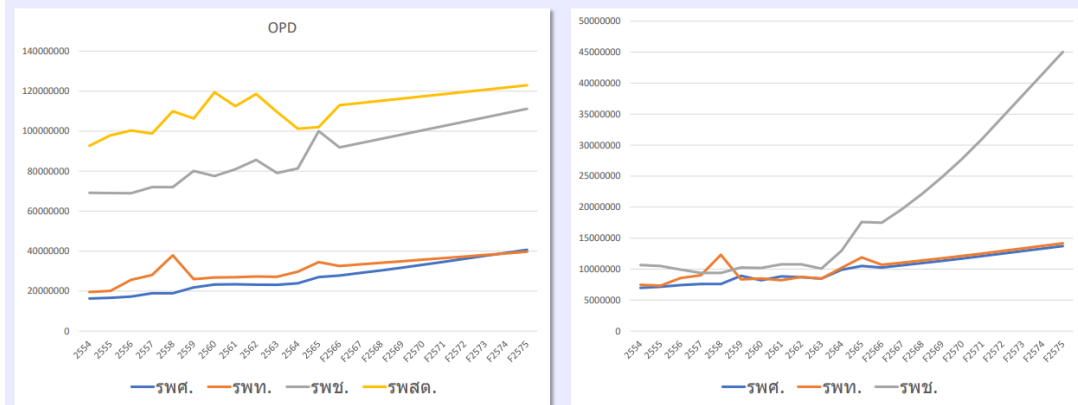
ข้อมูล	แหล่งข้อมูล	ปีของข้อมูลที่ใช้
1) จำนวนบริการต่างๆ	รายงานทรัพยากรสาธารณสุขของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.สธ.	2565
2) สัดส่วนพฤติกรรมการใช้บริการของคนไทย	รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	2566
3) ข้อมูลประชากร	การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	-

ข้อมูลการมารับบริการหลักของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขแสดงในตารางด้านล่าง การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนสูงสุดจะเป็นระดับปฐมภูมิ ในส่วนของผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่จะเป็นทางศัลยกรรม ถ้าเป็นผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1. ข้อมูลการมารับบริการหลักของ รพ.ในกระทรวงสาธารณสุข				
		Primary care	Secondary care	Tertiary care
OP treatment		102,020,196	100,015,989	61,473,326
IP treatment		-	17,581,865	22,363,635
Surgery	IPD	-	106,549	1,352,510
Normal delivery	IPD	-	281,048	243,857
Abnormal delivery	IPD	-	15,664	43,368
A&E service	OPD	-	5,974,225	4,851,152
ICU	IPD	-	125,683	2,386,955
Ultrasound services	IPD	-	902,553	970,912
แหล่งข้อมูล: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กสธ.				

การคาดการณ์แนวโน้มการมารับบริการแยกตามระดับสถานพยาบาลแสดงในภาพด้านล่าง กราฟทางซ้ายแสดงถึงผู้ป่วยนอก (OPD) ส่วนกราฟทางขวาแสดงถึงผู้ป่วยใน ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของผู้ป่วยในในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีค่าสูงผิดปกติซึ่งอาจไม่เป็นไปตามจริงเนื่องจากเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณ ทั้งนี้ในปี 2563-2564 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้ยอดจำนวนผู้ป่วยในพุ่งสูงมากผิดปกติโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลในการคาดการณ์แนวโน้มต่อจากนั้นมีความคลาดเคลื่อนได้สูง

2. การคาดการณ์แนวโน้มการมารับบริการ



ข้อมูลการมารับบริการสุขภาพของประชาชนแยกตามหน่วยบริการ พบว่าในผู้ป่วยนอก ประชาชนชื้อยารับประทานเองสูงที่สุด (ร้อยละ 23.5) รองลงมาคือไปรับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 22.6) ซึ่งมากกว่าสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลสิบเตียง (ร้อยละ 19.5) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้น นอกจากประชาชนไปใช้บริการน้อยกว่าสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลสิบเตียงแล้ว ยังน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกอีกด้วย ซึ่งอาจจะสะท้อนได้ถึงค่านิยมและความคิดของประชาชนที่ยังคงยึดติดกับแพทย์เฉพาะทาง แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากเป็นแพทย์ทั่วไป อาจเป็นแพทย์จบใหม่หรือแพทย์ใช้ทุนจึงทำให้เป็นที่นิยมของประชาชนไม่สูงมากทั้งที่อยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนน่าจะเข้าถึงได้ง่ายกว่าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์

3. ข้อมูลการมารับบริการสุขภาพของประชาชน : แยกรายหน่วยบริการ

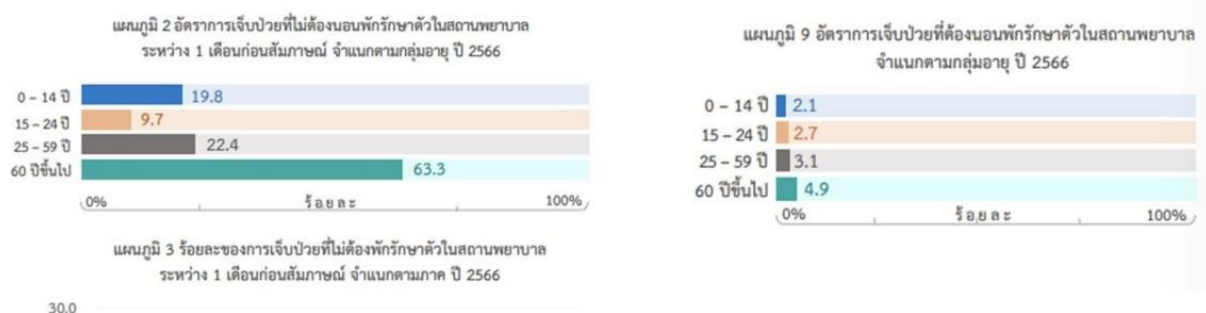
OPD		IPD	
	ร้อยละ		ร้อยละ
ไม่ได้รับการรักษา	5.8	รพ.ชุมชน	21.7
ซื้อยากินเอง	23.5	รพ.ทั่วไป/ศูนย์	51.9
สถานอนามัย/รพ.สต.	19.5	รพ.ของมหาวิทยาลัย/สังกัดอื่นของรัฐ	11.2
รพ.ชุมชน	10.9	รพ.เอกชน/คลินิก	14.7
รพ.ทั่วไป/ศูนย์	22.6	อื่นๆ เช่น ศูนย์รักษาผู้ป่วยโควิด	0.5
รพ.มหาวิทยาลัย/สังกัดอื่นๆ	5.6		100
รพ.เอกชน/คลินิก	12.1		
	100		

แหล่งข้อมูล: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2566 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

7

เมื่อแยกกรายตามอายุ แผนภูมิทางซ้ายเป็นแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) ซึ่งเหมือนกับแผนกผู้ป่วยในที่แสดงในแผนภูมิทางขวา

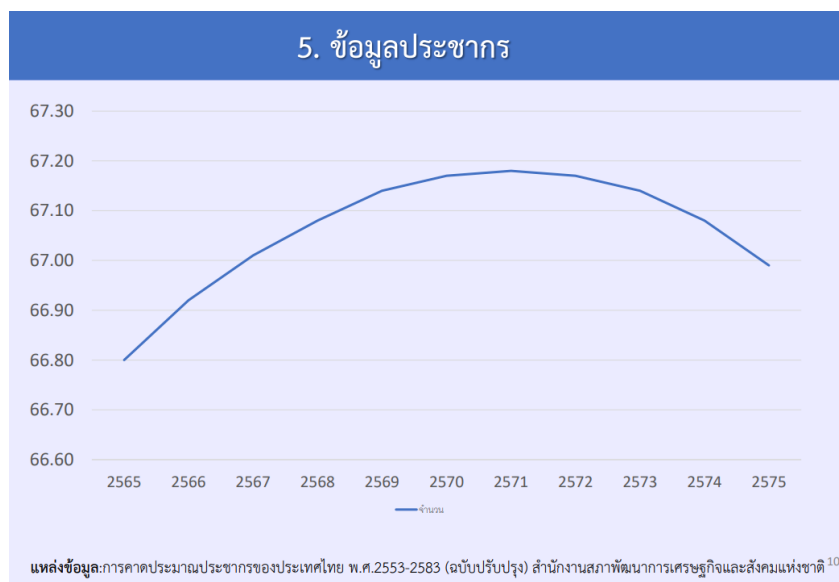
4. ข้อมูลการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน : แยกอายุ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2566 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

8

ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583 แสดงในภาพด้านล่าง เห็นได้ว่าจำนวนประชากรทั้งหมดในปี 2575 มีแนวโน้มที่ลดลงเนื่องเป็นสังคมสูงวัยและอัตราเกิดใหม่ไม่มาก ได้มีการประมาณจำนวนประชากรไทยในปี 2575 ไว้ที่ 66,996,035 คน ซึ่งใกล้เคียงกับปี 2566 (66,920,864 คน)



ข้อมูลระยะเวลาในการทำกิจกรรมหลักแสดงในตารางด้านล่าง

	กิจกรรม	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้
1	การตรวจผู้ป่วยนอก	Primary care 7 นาที/ราย Secondary care 7 นาที/ราย Tertiary care 15 นาที/ราย

	กิจกรรม	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้
2	การตรวจผู้ป่วยใน	30 นาที/ราย
3	การผ่าตัด	2.5 ชม./ราย
4	คลอดปกติ	15 นาที/ราย
5	คลอดผิดปกติ	2.5 ชม./ราย
6	ตรวจ ER	15 นาที/ราย
7	ตรวจ ICU	60 นาที/ราย
8	ตรวจคลื่นความถี่เสียงสูง	15 นาที/ราย

แหล่งข้อมูล: การจัดทำกรอบอัตรากำลังของ สป.สธ.

นำข้อมูลทั้งหมดข้างต้นมาคำนวณ ได้ผลการคาดการณ์ความต้องการแพทย์สำหรับการให้บริการ ในปี 2575 ดังนี้

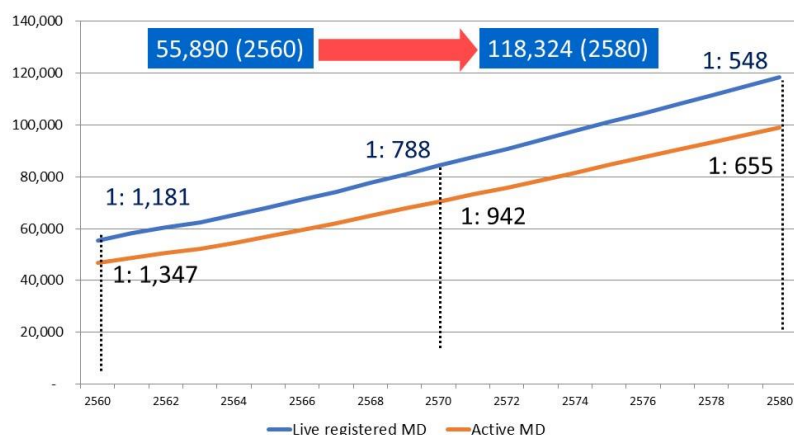
	ระดับบริการ	จำนวนแพทย์ที่ต้องการ วิธีที่ 1 Age structure	จำนวนแพทย์ที่ต้องการ วิธีที่ 2 Trend analysis
1	Primary care	7,764	8,035
2	Secondary care	18,869	30,396
3	Tertiary care	29,080	34,563
	Total	55,713	72,994

แต่จากข้อจำกัดของข้อมูลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้ค่าที่ได้จากการคำนวณวิธีที่ 2 คลาดเคลื่อนสูงเกินไปได้ ดังนั้นจำนวนแพทย์ที่ต้องการจึงควรเป็น 55,713 ซึ่งเป็นค่า FTE เทียบได้เท่ากับการทำงานร้อยละ 100 แต่แพทย์ในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ นั้นมีภาระงานบริการที่แตกต่างกัน สัดส่วนที่ต่างกันเมื่อเทียบเป็นจำนวนคนแสดงดังตาราง

ภาระงานบริการ (ร้อยละ)	จำนวนคน
100	55,713
90	61,903
80	69,641
75	74,284
70	79,590
65	85,712
60	92,855
55	101,296
50	111,426

จากการวิเคราะห์แนวโน้มจำนวนแพทย์ในช่วง 20 ปี นับจากปี 2560 ดังแสดงในภาพ

MD projection for Thailand in next 20 years



13

ที่ปี 2575 จะมีแพทย์ที่ยังทำงานทางแพทย์อยู่ประมาณ 82,000 คน โดยจำนวนแพทย์ในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขที่ปี 2575 จะมีประมาณ 36,000 คน และแพทย์ในส่วนที่นอกเหนือจากการกระทรวงสาธารณสุขจะมีประมาณ 46,000 คน หากคิดว่าการะงานบริการของแพทย์กระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 80 เทียบกลับเป็นค่า FTE คือ 28,800 ส่วนแพทย์ส่วนอื่น เช่น โรงเรียนแพทย์ หรือเอกชน น่าจะมีการะงานบริการที่น้อยกว่า ประมาณค่าไว้ที่ร้อยละ 50 เทียบกลับเป็นค่า FTE คือ 23,000 คิดเป็น FTE รวมที่ 51,800 ซึ่งน้อยกว่า FTE จากการคำนวณความต้องการที่ 55,713

จากข้อมูลข้างต้นทั้งหมดที่มีในขณะนี้ เมื่อมองไปข้างหน้าแล้วอัตรากำลังแพทย์ยังคงต่ำกว่าความต้องการ ซึ่งแนวทางในการแก้ไขอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ คือ

- 1) ผลิตแพทย์เพิ่ม
- 2) พยายามทำให้แพทย์ยังคงอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขให้ได้จำนวนเพิ่มขึ้นและระยะยาว

ในปัจจุบันในแต่ละปีมีแพทย์จบใหม่ที่ออกไปจากระบบของกระทรวงสาธารณสุขหลังผ่านการเพิ่มพูนทักษะปริมาณมากพอสมควรและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นต่อไป ซึ่งควรต้องมีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

อัตรากำลังแพทย์ยังคงต่ำกว่าการะงานในภาพรวม ควรพิจารณาแนวทางเพื่อให้แพทย์คงอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขให้ได้จำนวนเพิ่มขึ้นและระยะยาว

กลุ่ม 2 ความหลากหลายของการผลิตแพทย์ (Curriculum Diversity)

ผู้รับผิดชอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพฐุ ตันทีไพโรจน์
 นายแพทย์สุทธิวัฒน์ ชุมเงิน
 นายแพทย์ธีรภัทร์ เขียรโชติ
 แพทย์หญิงปริญพัศ พรประเสริฐ

การดำเนินงาน

ชนิดของปริญญา นอกเหนือจากแพทยศาสตรบัณฑิตโดยทั่วไปที่เป็นปริญญาตรีในปัจจุบันมี 3 ประเภท คือ

- 1) Double degree เป็นการได้รับ 2 ปริญญา ในสาขาที่แตกต่างกัน
- 2) Dual degree เป็นการได้รับ 2 ปริญญา ในสาขาที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกัน

3) Joint degree เป็นการได้รับ 1 ปริญญา จาก 2 มหาวิทยาลัย โดยเป็นความร่วมมือกันพัฒนาหลักสูตร รวมถึงให้การดูแล และการวิจัย

คณะทำงานได้ทำการสำรวจข้อมูลความหลากหลายของการผลิตแพทย์ มุ่งเน้นหลักสูตรอื่นนอกเหนือจากแพทยศาสตรบัณฑิตตามปกติ โดยการส่งแบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกใน 5 ประเด็น ได้แก่

- กระบวนการรับเข้าศึกษา
- จำนวนนักศึกษาที่รับ
- รายละเอียดของหลักสูตร
- ค่าใช้จ่าย
- การวางแผนอนาคตสำหรับแพทย์ที่จบหลักสูตรพิเศษ

จากการสำรวจ ได้ข้อมูลตามตาราง

สรุป Curriculum diversity (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กรกฎาคม 2566)

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
จุฬาลงกรณ์							
หลักสูตรควบข้ามระดับ	Dual degree สาขาวิชาในคณะ แพทยศาสตร์ คณะ วิศวกรรมศาสตร์ คณะ บัญชี MD – MSc	2564	คัดเลือกจากนิสิตหลักสูตร ปกติชั้นปี 3 ตามเกณฑ์ โดย ให้ยื่นความจำนง	ไม่จำกัด (ล่าสุด ประมาณ 20 คน) เด็กหลักสูตรปกติ ประมาณ 200 คน (EN 24, CPIRD 80, BB 30)	6 ปี เป็นการเรียนควบคู่กัน ระหว่างหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิตและ หลักสูตรปริญญาโท	คณะสนับสนุนทุน วิจัยส่วนปริญญา โท	ไม่มีพันธะผูกมัดใดๆ กับคณะ
ศิริราช							
แพทยศาสตรบัณฑิต	ปริญญาแพทยศาสตร บัณฑิต (MD) ที่เปิด โอกาสให้เรียนรู้ เพิ่มเติมในรูปแบบ Pi education เพื่อให้ สามารถเรียนรายวิชา ปริญญาโทได้ตั้งแต่ ระดับปริญญาตรี และ พร้อม transfer credit เพื่อรับวุฒิปริญญาโท (MSc) เมื่อสำเร็จ การศึกษาระดับ ปริญญาตรี โดยได้รับ การสนับสนุนจาก	2564	เป็นระบบสมัครใจและมี ทุนการศึกษา โดยผู้เรียนทุก คนและทุกระดับสามารถ เลือกเข้าระบบ Pi education เมื่อใดก็ได้ และสามารถเลือก รูปแบบการเรียนรู้ได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) <u>สะสมความรู้</u> การเรียน สะสมหน่วยกิตตามความ สนใจ 2) <u>จริงจัง</u> การเรียนเพื่อ เป้าหมายให้ได้ปริญญาโท เมื่อสำเร็จการศึกษา	ร้อยละ 10-15 หรือประมาณ 30-45 คนต่อรุ่น (หลักสูตรปกติ 292 คนต่อปี)	6 ปี เป็นการเรียนควบคู่กัน ระหว่างหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิตและ หลักสูตรปริญญาโทที่ ผู้เรียนสนใจ โดยมีทั้ง รูปแบบการเรียนในเวลา และนอกเวลาราชการ รวมทั้งการเรียนรู้ผ่าน ระบบออนไลน์ โดยไม่มี gap year การลงทะเบียน เรียนวิชา Pi education เป็นไปตามที่หลักสูตร	ค่าใช้จ่ายเป็นระบบ เหมาจ่ายตามที่ มหาวิทยาลัย กำหนด และคณะมี ทุนการศึกษา สนับสนุนนักศึกษา ในหลักสูตร Pi education โดย แยกทุนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ สาย สะสมความรู้ และ สายจริงจัง (สาย จริงจังได้มากกว่า)	ไม่มีพันธะผูกมัดใดๆ กับคณะ

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
	นโยบายด้านการศึกษา ของมหาวิทยาลัยมหิดล สาขา Pi education : Health science education, Biodesign in medicine, Hospital management, Public health, Engineering				กำหนดควบคู่ไปกับการ ลงทะเบียนเรียนวิชาแพทย์		
รามาธิบดี							
โครงการร่วมหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต - วิศวกรรมศาสตร มหาบัณฑิต (วิศวกรรม ชีวการแพทย์)	Dual degree ร่วมมือกับภาควิชา วิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แพทยศาสตรบัณฑิต (พบ.) และ วิศวกรรม ศาสตรมหาบัณฑิต (วศ.ม.) สาขาวิศวกรรม ชีวการแพทย์ (M.D.- M.Eng. (Biomedical Engineering))	2563	วิธีรับตรงผ่านระบบ TCAS รอบ Portfolio ของ ทปอ. และพิจารณาคัดเลือกโดยดู จาก Portfolio และสัมภาษณ์ แบบ Multiple Mini Interview (MMI)	20 คนต่อปี (หลักสูตรปกติ 124 คนต่อปี) (M.D.-M.Eng. 20 / M.D.-M.M. 20 / M.D. 124)	ระยะเวลาการศึกษา ทั้งหมด 7 ปี (3+1+3 ปี) <u>ปีที่ 1-3</u> ความรู้ด้านพรี คลินิก มีวิชาพื้นฐานด้าน วิศวกรรมชีวการแพทย์ใน <u>ปีที่ 1</u> และกิจกรรมเสริม หลักสูตรใน <u>ปีที่ 2-3</u> <u>ปีที่ 4</u> จัดให้มีการเรียนการ สอนและการดำเนินงาน วิจัยในหลักสูตรวิศวกรรม ศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิศวกรรมชีวการแพทย์ <u>ปีที่ 5-7</u> กลับเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิต เรียนทางด้าน	นักศึกษามี ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ประมาณ 240,000 บาท โดยในกรณีจำเป็น นักศึกษาสามารถ ยื่นขอการ สนับสนุน ทุนการศึกษาจาก คณะได้ ส่วนกิจกรรมเสริม หลักสูตรทางคณะ จัดให้มีการ สนับสนุนตาม แผนการ	ไม่มีพันธะผูกมัดใดๆ กับคณะ

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
					คลินิก และยังคงดำเนิน งานวิจัยของหลักสูตร วิศวกรรมศาสตร มหาบัณฑิต สาขา วิศวกรรมชีวการแพทย์	ดำเนินงานของ โครงการร่วม หลักสูตรฯ	
โครงการร่วมหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต - การจัดการมหาบัณฑิต (นานาชาติ)	Dual degree ร่วมมือกับวิทยาลัยการ จัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล แพทยศาสตรบัณฑิต (พบ.) และ การจัดการ มหาบัณฑิต (กจ.ม.), M.D.-M.M. (Healthcare and Wellness Management)	2564	วิธีรับตรงผ่านระบบ TCAS รอบ Portfolio ของ ทปอ. และพิจารณาคัดเลือกโดยดู จาก Portfolio และสัมภาษณ์ แบบ Multiple Mini Interview (MMI)	20 คนต่อปี (หลักสูตรปกติ 124 คนต่อปี) (M.D.-M.Eng. 20 / M.D.-M.M. 20 / M.D. 124)	ระยะเวลาการศึกษา ทั้งหมด 7 ปี (3+1+3 ปี) <u>ปีที่ 1-3</u> ความรู้ด้านพรี คลินิก มีวิชาพื้นฐานด้าน การจัดการในปีที่ 1 และ กิจกรรมเสริมหลักสูตรในปี ที่ 2-3 <u>ปีที่ 4</u> จัดให้มีการเรียนการ สอนและการดำเนินงาน วิจัยในหลักสูตรจัดการ มหาบัณฑิต สาขา Healthcare and Wellness Management <u>ปีที่ 5-7</u> กลับเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิต เรียนทางด้าน คลินิก และยังคงดำเนิน งานวิจัยของหลักสูตรการ จัดการมหาบัณฑิต สาขา	นักศึกษามี ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ประมาณ 380,000 บาท โดยในกรณีจำเป็น นักศึกษาสามารถ ยื่นขอการ สนับสนุน ทุนการศึกษาจาก คณะได้ ส่วนกิจกรรมเสริม หลักสูตรทางคณะ จัดให้มีการ สนับสนุนตาม แผนการ ดำเนินงานของ โครงการร่วม หลักสูตรฯ	ไม่มีพันธะผูกมัดใดๆ กับคณะ

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
					Healthcare and Wellness Management		
เชียงใหม่							
โครงการผลิตแพทย์ วิทยาการข้อมูล หลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิต และหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการข้อมูล	Double degree ร่วมมือกับคณะ วิทยาศาสตร์ คณะ วิศวกรรมศาสตร์ วิทยาลัยศิลปะ สื่อ และ เทคโนโลยี และสำนัก บริการเทคโนโลยี สารสนเทศ (กลุ่มบูรณา การวิชาการด้าน วิทยาการข้อมูล) ปริญญาตรี MD, และ ปริญญาโท M.Sc.	2564	แยกรับเป็นรอบพิเศษตั้งแต่ แรก admission โดยรับใน TCAS รอบที่ 1 (portfolio) โดยคุณสมบัติเหมือนกับ โครงการเรียนดีโอลิมปิก	ไม่เกิน 10 คนต่อ ปี และเด็ก หลักสูตรปกติรับ เพิ่มเติมให้รวม เป็น 250 คนต่อปี	ระยะเวลาการศึกษา ทั้งหมด 7 ปี <u>ชั้นปีที่ 1</u> เลือกวิชาเลือก เสรี ตามที่โครงการกำหนด (ภาคเรียนละ 3 หน่วยกิต) และลงเรียนภาคฤดูร้อน เพิ่มเติม 3 หน่วยกิต <u>ชั้นปีที่ 2 และ 3</u> เรียนภาค ฤดูร้อน ปีละ 3 หน่วยกิต <u>ชั้นปีที่ 4</u> ปฏิบัติงาน ตามปกติ <u>ชั้นปีที่ 5 และ 6</u> เตรียมร่าง วิทยานิพนธ์ สอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ ทำวิจัยและ นำเสนอผลงาน สลับไปกับ การเรียนการสอนของ หลักสูตร พบ. <u>ชั้นปีที่ 5</u> <u>ชั้นปีที่ 7</u> ปฏิบัติงานเป็น extern ตามปกติ	นักศึกษาต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเอง	ไม่มีพันธะผูกมัดใดๆ กับคณะ

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
โครงการหลักสูตร 2 ปริญญา (แพทยศาสตร บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) และ Master Degree ของ Faculty of Biological Sciences และ Faculty of Medicine and Health ของมหาวิทยาลัย Leeds ประเทศสหราชอาณาจักร (UK)	Double degree ร่วมมือกับ School of Medicine and International Office, University of Leeds, UK ปริญญาตรี MD จาก คณะแพทยศาสตร์ ม. เชียงใหม่, และปริญญา โทสาขา biological science หรือ medicine (M.Sc.) จาก University of Leeds	2566	รับสมัครจากนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 4 ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสม และต้องไม่เป็น นักศึกษาในโครงการ CPIRD และ MD/M.Sc. data science	ไม่เกิน 20 คนต่อ ปี (จากทั้งหมด 250 คนต่อปี)	ระยะเวลาการศึกษา ทั้งหมด 7 ปี <u>ชั้นปีที่ 1-4</u> เรียนและ ปฏิบัติงานตามปกติ <u>ชั้นปีที่ 5-6</u> เรียนหลักสูตร พบ. ชั้นปีที่ 5 ประมาณ 20 สัปดาห์ (ถึง 31 ส.ค.) หลังจากนั้นไปเรียน ปริญญาโท ที่ University of Leeds เป็นเวลา 1 ปี แล้วกลับมาเรียนหลักสูตร พบ. ชั้นปีที่ 5 ที่เหลือ ในช่วงกลางเดือน ต.ค. ของปีถัดไป <u>ชั้นปีที่ 7</u> ปฏิบัติงานเป็น extern ตามปกติ	นักศึกษาต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเอง แต่ ทางคณะช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายให้ บางส่วน	ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ แต่ อาจจะพิจารณารับเป็น อาจารย์ทางคลินิก หากมีคุณสมบัติ เหมาะสม
ขอนแก่น							
หลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิตและหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร จัดการโรงพยาบาล (Master of Science in hospital administration)	Dual degree	2566	รับรอบที่ 1 ระบุเลือก โครงการตั้งแต่แรก	รุ่นละ 30 คน	6 หรือ 7 ปี? ต้องให้ลงวิชาเฉพาะพิเศษ สำหรับหลักสูตรเริ่มตั้งแต่ ชั้นปีที่ 1 ในระหว่างที่เรียน หลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิต	นักศึกษาออก ค่าใช้จ่ายเอง และ คณะสนับสนุน ค่าใช้จ่ายในการจัด กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง การจัดการเรียน การสอนบางส่วน	จบแล้วใช้ทุนตาม ข้อกำหนดของรัฐบาล ในส่วนหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ (Master of Data Science and Health Informatics)	Dual degree	2566	รับรอบที่ 1 ระบุเลือกโครงการตั้งแต่แรก	รุ่นละ 10 คน	6 หรือ 7 ปี? ต้องให้ลงวิชาเฉพาะพิเศษสำหรับหลักสูตรเริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ในระหว่างที่เรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	นักศึกษาออกค่าใช้จ่ายเอง และคณะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียนการสอนบางส่วน	จบแล้วใช้ทุนตามข้อกำหนดของรัฐบาลในส่วนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
มศว							
The Joint Medical Programme	Joint degree ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปริญญา Bachelor Degree of Medical Sciences (B.Med.Sci.) จาก University of Nottingham	2546	วิธีรับตรงผ่านระบบ TCAS รอบ Portfolio ของ ทปอ. และพิจารณาคัดเลือกโดยดูจาก Portfolio และสัมภาษณ์แบบ Multiple Mini Interview (MMI)	25 คนต่อปี	6 ปี <u>ชั้นปีที่ 1-3</u> ประเทศอังกฤษ <u>ชั้นปีที่ 4-6</u> ประเทศไทย	นักศึกษาต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง	ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ
ธรรมศาสตร์							
ป.โท ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต	Dual degree	2566	แยกรับเป็นรอบพิเศษตั้งแต่แรก admission แต่ลงทะเบียนเรียนเพิ่มได้ตาม	10 คนต่อปี (หลักสูตรปกติ 74 คนต่อปี)	6 หรือ 7 ปี? เป็นการเรียนเก็บรายวิชาแล้วจึงลงทะเบียน ป.โท	นิสิตต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง (ค่า	ไม่มีการวางแผนอนาคตเป็นการเฉพาะ

ชื่อหลักสูตร	ชนิดของหลักสูตร	เริ่ม	กระบวนการรับเข้าศึกษา	จำนวน	โครงสร้างหลักสูตร	ค่าใช้จ่าย	การวางแผนอนาคต
	ร่วมมือกับคณะ นิติศาสตร์ ม. ธรรมศาสตร์		เด็กสมัครใจ และมีเกณฑ์ คร่าว ๆ คือความสามารถ พิเศษ ตามเกณฑ์คะแนน ภาษาอังกฤษ		เมื่อจบ ป.ตรี พบ. ร่วมกับ การลงทะเบียนวิชา สาระ นิพนธ์หรือวิจัย ทาง กฎหมายทางการแพทย์	เทอมอิงหลักสูตร ปกติ)	ไม่มีข้อผูกมัดใด ใช้ทุน แบบ พบ. ปกติ
ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์							
หลักสูตร พ.ศ.2563	Dual degree ปริญญาแพทยศาสตร บัณฑิต (พบ.) จากราช วิทยาลัยจุฬาภรณ์ ปริญญา iBSc จาก University college of London (UCL), UK	2563	รับตรงรอบที่ 1 พิจารณา คัดเลือกโดยดูจาก Portfolio และสัมภาษณ์แบบ Multiple Mini Interview (MMI)	32 คนต่อปี	7 ปี <u>ชั้นปีที่ 1-3</u> ประเทศไทย (preclinic) <u>ชั้นปีที่ 4</u> ประเทศอังกฤษ ทำวิจัย <u>ชั้นปีที่ 5-7</u> ประเทศไทย (clinic)	นักศึกษาต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเอง	ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ
หลักสูตร พ.ศ.2567	Dual degree ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล และเกษตรศาสตร์	2567	มีการรับทั้งรอบ 1 และ 3	48 คนต่อปี	7 ปี <u>ชั้นปีที่ 1-3</u> ประเทศไทย (preclinic) <u>ชั้นปีที่ 4</u> ประเทศไทย ทำ วิจัย <u>ชั้นปีที่ 5-7</u> ประเทศไทย (clinic)	นักศึกษาต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเอง	ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ

สรุปข้อมูลได้ดังนี้

- 1) ในปัจจุบันมีทั้งหมด 8 สถาบันที่มีหลักสูตรอื่นร่วมด้วยนอกเหนือจากแพทยศาสตรบัณฑิตตามปกติ เป็นรูปแบบ dual degree ได้แก่
 - คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ปริญญาโท)
 - คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
- 2) การรับเข้าศึกษาส่วนใหญ่รับในรอบที่ 1 พิจารณาจากแฟ้มสะสมงานและสัมภาษณ์
- 3) รับจำนวนประมาณร้อยละ 10-25 ของนิสิตทั้งหมดที่รับของสถาบันนั้นต่อปี เทียบเท่ากับจำนวนทั้งหมดของประเทศประมาณ 240 คนต่อปี
- 4) หลักสูตร Dual degree เมื่อจบการศึกษาแล้วได้รับปริญญาโท สาขาวิชาที่เปิดสอน มีดังนี้

• Engineering • Biomedical engineering • Biodesign in medicine • Management • Healthcare and Wellness Management • Hospital administration • Business administration • Data science and health informatics • Public health • Laws	• Related basic sciences & Medicine • Biological science • Physiology • Parasite • Biochemistry • Psychology
---	---

- 5) ระยะเวลาการศึกษาเรียน 6-7 ปี เป็นการเรียนควบคู่กันระหว่างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรปริญญาโทที่ผู้สนใจเรียน และมักทำวิจัยในช่วงปีที่อยู่ชั้นคลินิก
- 6) ผู้เรียนจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง บางมหาวิทยาลัยอาจจะสนับสนุนเงินวิจัย หรือค่าเล่าเรียนบางส่วน
- 7) ปัจจุบันยังไม่มีผลลัพธ์เนื่องจากยังไม่มีผู้จบการศึกษา
- 8) ทุกหลักสูตรไม่มีข้อผูกมัดการทำงานหลังเรียนจบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการกำหนดทิศทางของเส้นทางวิชาชีพให้สอดคล้องกับคุณสมบัติที่ได้รับ

กลุ่ม 3 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ผู้รับผิดชอบ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
นายแพทย์กนก วยธรรม
นายแพทย์เสกสรร ไขเจริญ

แพทย์หญิงกมลลักษณ์ ชัชวาลย์สายสิทธิ์

การดำเนินงาน

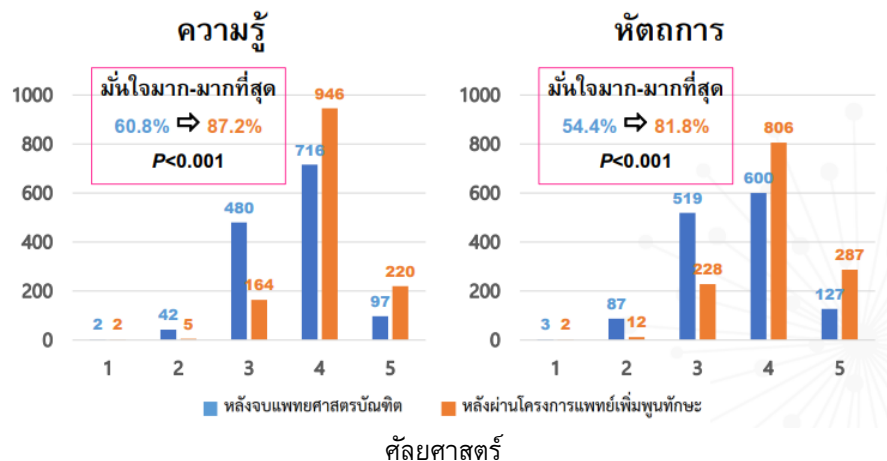
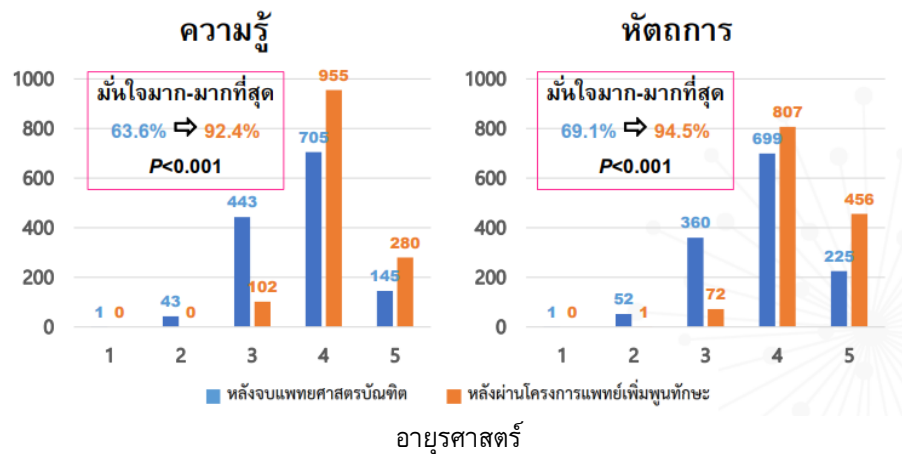
คณะทำงานได้จัดทำแบบสอบถามเรื่องความจำเป็นและความเหมาะสมของโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของแพทยสภา ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2566 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ทั้งนี้ได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายแพทย์เพิ่มพูนทักษะเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นมาตอบแบบสอบถามด้วย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

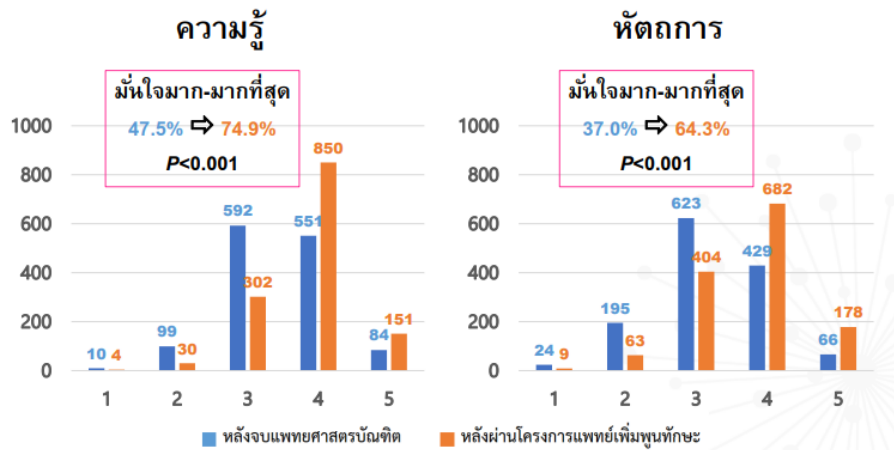
1) ข้อมูลพื้นฐาน

- จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 2,473 คน
- อายุเฉลี่ย 28.2 ปี (23-70 ปี)
- คำมัยฐานของประสบการณ์ทำงานหลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิตที่ 3 ปี (น้อยกว่า 1 ปี - 36 ปี)
- ปฏิบัติงานในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 40.8)
- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 44.4)
- สถานภาพส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน ปี 2-3 (ร้อยละ 54.1)

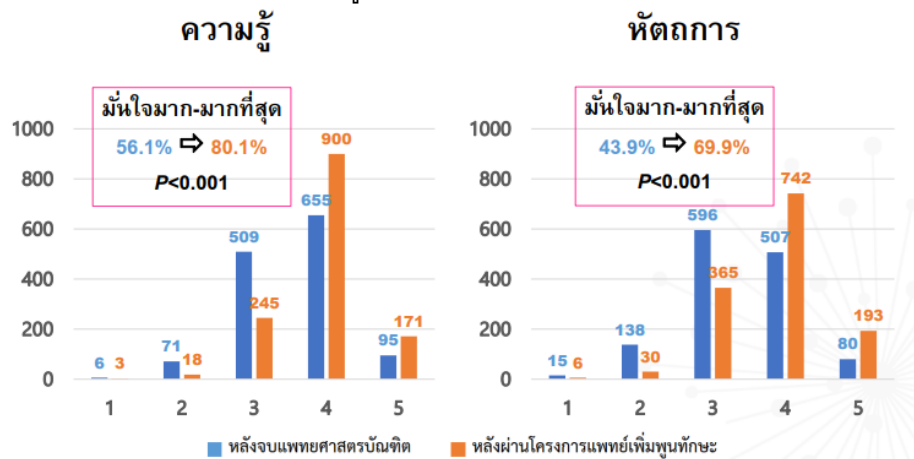
2) ผู้ตอบแบบสอบถามเฉพาะแพทย์ใช้ทุน ปี 2-3

- สัดส่วนของแพทย์ที่มีความมั่นใจในการทำงานเวชปฏิบัติระดับมาก-มากที่สุดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 74.1 เพิ่มขึ้นเป็น 96, $p < 0.001$)
- โครงการเพิ่มพูนทักษะเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานสาขาหลักทุกสาขาอย่างมีนัยสำคัญ

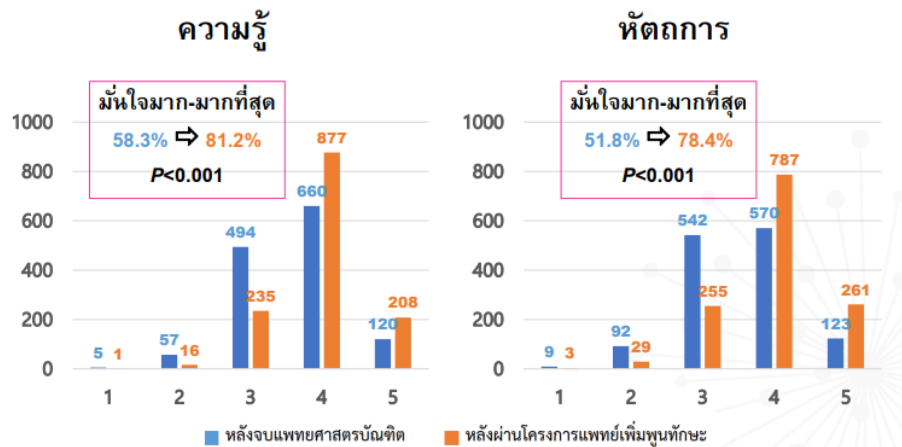




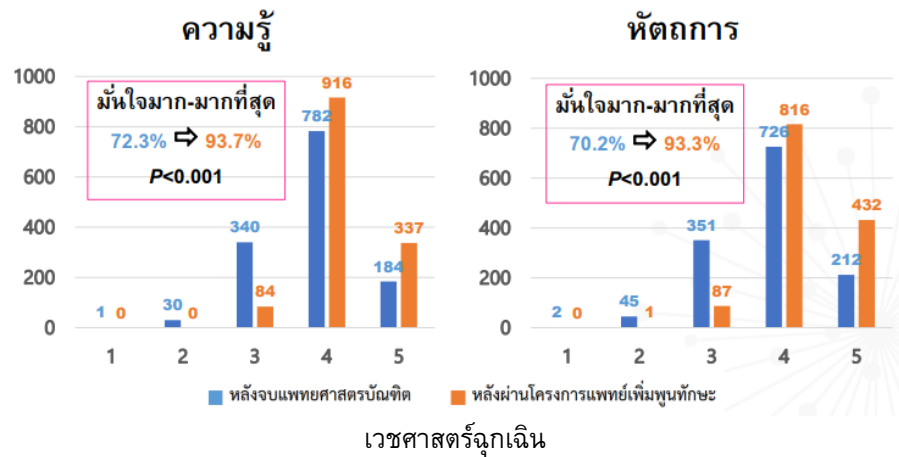
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



กุมารเวชศาสตร์

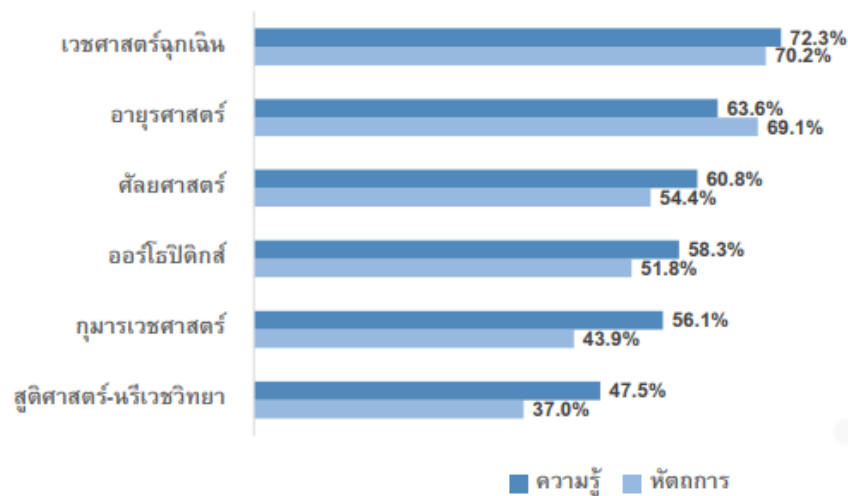


ออร์โธปิดิกส์



เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

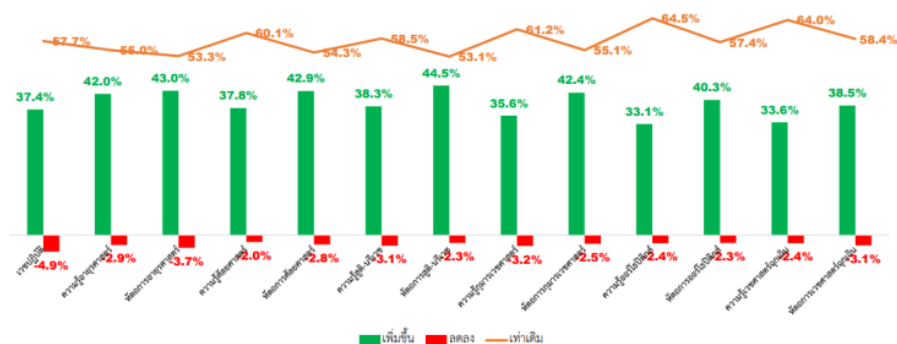
- เมื่อเทียบระหว่างสาขาแล้ว สาขาหลักที่แพทย์จบใหม่มีความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติมากที่สุดคือ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสาขาอายุรศาสตร์ ส่วนสาขาที่น้อยที่สุดคือ สาขาวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และสาขากุมารเวชศาสตร์



- การเปลี่ยนแปลงความมั่นใจเมื่อผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่เป็นระดับเท่าเดิมและเพิ่มขึ้น มีส่วนน้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 5) ที่มีความมั่นใจลดลง

การเปลี่ยนแปลงความมั่นใจเมื่อผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

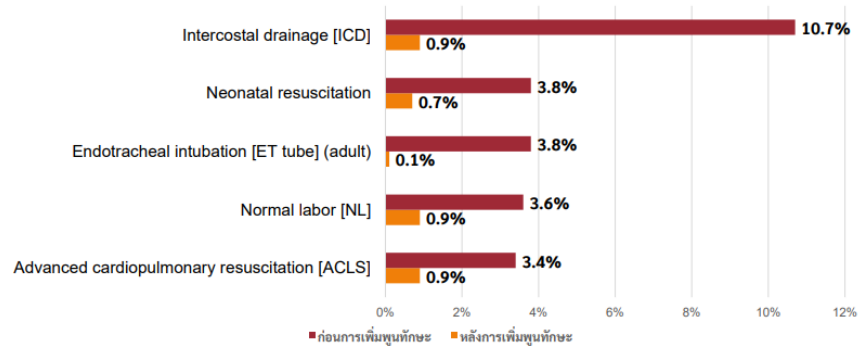
แสดงเป็น % (แพทย์ใช้ทุนปี 2-3, n=1337)



- ยังคงมีหัตถการระดับที่ 1.1 ที่แพทย์จบใหม่ไม่มั่นใจประมาณร้อยละ 10 ซึ่งจำนวนลดเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 หลังผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ โดยหัตถการที่ไม่มั่นใจสูงที่สุดคือการใส่สาย intercostal drainage รองลงมาคือ neonatal resuscitation และการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ใหญ่

หัตถการที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มั่นใจในการทำ หัตถการระดับที่ 1.1

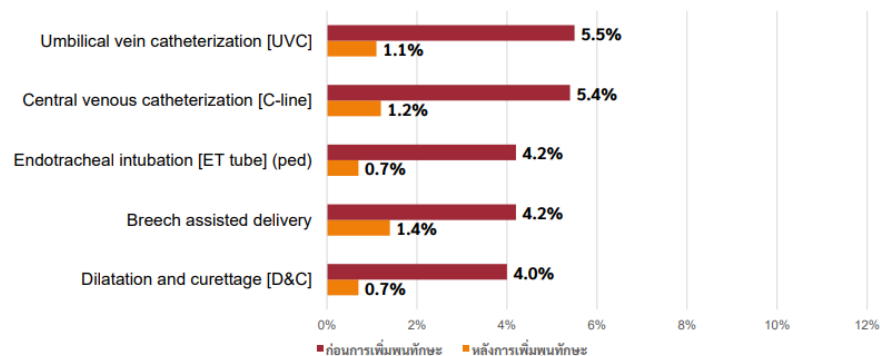
(n = 1,518)



- หัตถการระดับที่ 1.2 ที่แพทย์จบใหม่ไม่มั่นใจสูงที่สุดคือการใส่สาย umbilical vein catheter รองลงมาคือ C-line และการใส่ท่อช่วยหายใจในเด็ก

หัตถการที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มั่นใจในการทำ หัตถการระดับที่ 1.2

(n = 1,518)



- จำแนกชนิดของหัตถการที่ไม่มั่นใจสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งตามแต่ละสาขาหลัก แสดงในตาราง

หัตถการที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มั่นใจในการทำ สูงสุดแต่ละสาขา

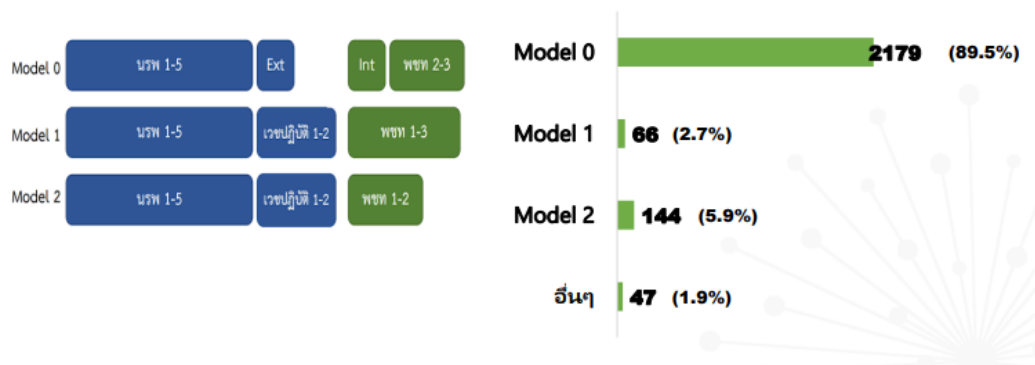
(n = 1,518)

		ก่อนเพิ่มพูนทักษะ	หลังเพิ่มพูนทักษะ
General	Intercostal drainage [ICD]	10.7	0.9
Ped	Umbilical vein catheterization [UVC]	5.5	1.1
Surgery	Excision of benign tumor or cyst of skin and subcutaneous tissue	1.6	0.1
Ob/Gyn	Breech assisted delivery	4.2	1.4
Ortho	Closed reduction of simple fractures		

- ส่วนหัตถการที่ไม่อยู่ในเกณฑ์แพทยสภาที่แพทย์จบใหม่ไม่มั่นใจ ได้แก่ การคลอดไหล่ยาก การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด และ advance trauma life support (ATLS)

3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

- ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าแพทย์จบใหม่มีความจำเป็นมากถึงมากที่สุดที่ต้องผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 95.5) ซึ่งเมื่อจำแนกตามสถานภาพและช่วงอายุของผู้ตอบแบบสอบถามแล้วเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.5) เห็นด้วยกับรูปแบบการเพิ่มพูนทักษะของแพทย์จบใหม่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน คือ เรียนในโรงเรียนแพทย์ 6 ปี (รวม extern) แล้วมาเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 ปี



ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีแนวทางเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และกุมารเวชศาสตร์
- 2) กระบวนการเพิ่มพูนทักษะยังคงมีความจำเป็นและสำคัญสำหรับแพทย์จบใหม่

กลุ่ม 4 Global Medical Training

ผู้รับผิดชอบ

แพทย์หญิงนวิศริ สิริประเสริฐ

แพทย์หญิงอิสริยา เกลียวศักดิ์

การดำเนินงาน

คณะทำงานได้ทำการรวบรวมและศึกษาข้อมูล ดังนี้

- 1) ข้อมูลหลักสูตรจากสถาบันผลิตแพทย์ชั้นนำ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับระบบแนวทางการศึกษาและเพิ่มพูนทักษะรวมถึงการอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และประเทศอื่นที่เป็นกลุ่มแพทย์จบจากต่างประเทศที่เข้ามาทำงานต่อในประเทศไทย เช่น จีน ฟิลิปปินส์

	อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
จบปริญญาตรีก่อนเข้าศึกษา	ไม่ใช่	ใช่	มีทั้ง 2 แบบ	ไม่ใช่
จำนวนปีในโรงเรียนแพทย์	5 ปี (+1 foundation) (+1 iBSc)	4 ปี	4 ปี 5-6 ปี	6 ปี
Postgraduate training	2 ปี	-	1-3 ปี	2 ปี
ต้องเป็นแพทย์ประจำบ้านก่อนทำงานเป็น GP	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด	GP 3 ปี สาขาอื่น 5-8 ปี	เวชศาสตร์ ครอบครัว 3 ปี	GP 3 ปี สาขาอื่น 3-7 ปี	4-6 ปี

	อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
		สาขาอื่น 5-7 ปี		
แพทยศาสตรบัณฑิต	หลังจบโรงเรียนแพทย์	หลังจบโรงเรียนแพทย์	หลังจบโรงเรียนแพทย์	หลังจบโรงเรียนแพทย์
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม	GMC registration ได้ full license หลังจบ foundation	State medical license หลัง USMLE step 3 (ระหว่างหรือหลังอบรมแพทย์ประจำบ้าน)	Medical board registration (จบ internship)	National license for physician (สอบหลังเรียนจบ 6 ปี)
National exam	ไม่มี	USMLE 1 ปลายปี 2 USMLE 2 ปี 4 USMLE 3 หลังอบรมแพทย์ประจำบ้านปีแรก	ไม่มี	Japanese national examination for physicians ที่ปี 6
ระยะเวลาที่ได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหลังได้รับแพทยศาสตรบัณฑิต	1 ปี	2-7 ปี	1 ปี	-

- 2) ข้อมูลจำนวนแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างประเทศที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย (อ้างอิงจากข้อมูลแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2543-2566 จากเว็บไซต์ของแพทยสภา) จะเห็นว่าตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา มีแพทย์ที่จบจากต่างประเทศจำนวนเกิน 100 คน และในปี 2566 มีถึง 228 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของบัณฑิตแพทย์และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ

แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2543-2566

ปีที่ได้รับใบอนุญาต	รวม	ศิริราช	รามา	เชียงใหม่	ขอนแก่น	จุฬา	สงขลา	วพม.	มศว.	ธรรมศาสตร์	วิจิตร	รังสิต	นครสวรรค์	ศูนย์ราชสีห์	ศูนย์ราชบุรี	สวรรค์ประชารักษ์	นครศรีธรรมราช	สุรนารี	ม.อุบลราชธานี	มหาสารคาม	ม.บูรพา	ม.นราธิวาส	ม.วลัยลักษณ์	ม.พะเยา	ม.สยาม	แม่ฟ้าหลวง	ต่างประเทศ
2543	1,250	227	138	139	142	198	120	57	68	57	31	58															15
2544	1,272	222	144	159	146	191	112	61	60	58	29	40	33														17
2545	1,326	226	151	149	165	176	115	61	62	68	40	66	28														19
2546	1,476	224	145	172	150	213	132	68	78	78	52	80	60	13													11
2547	1,430	211	157	167	165	207	123	62	86	53	25	80	63	23													8
2548	1,550	222	146	176	155	210	136	64	90	83	30	71	78	30	14	16	15										14
2549	1,544	218	141	178	159	201	136	60	86	92	29	75	85	33	16	13	17										5
2550	1,572	218	148	194	155	197	135	58	82	85	34	100	82	31	14	13	15										11
2551	1,449	182	114	153	133	220	133	35	87	69	31	95	116	26	14	16	15										10
2552	1,377	174	115	148	126	178	125	28	89	71	31	87	111	32	16	22	15										9
2553	1,814	239	117	161	176	251	160	54	119	115	64	94	169	30	15	22	13										15
2554	1,888	230	130	178	230	226	164	94	113	128	77	84	132	32	19	29	14										8
2555	2,228	236	133	189	281	249	179	105	119	130	80	116	159	33	17	32	18	42	56	44							10
2556	2,298	227	156	223	281	272	184	90	129	138	76	113	144	37	15	27	22	46	16	45	31	12					14
2557	2,481	247	153	240	268	279	183	100	127	160	76	120	149	48	15	33	24	48	12	48	32	25	47				47
2558	2,546	282	161	244	266	281	174	95	126	179	84	120	162	48	15	29	17	44	18	49	32	23	41				56
2559	2,708	293	168	246	279	313	196	90	128	165	79	133	168	48	31	33	31	45	27	43	47	23	46	16			60
2560	2,762	295	173	244	271	307	196	108	159	171	77	106	167	46	31	29	29	50	34	51	43	26	52	14			83
2561	2,662	282	174	230	232	310	181	98	167	171	73	87	168	46	32	31	29	50	31	50	47	22	45	29			77
2562	2,858	283	176	238	252	297	195	96	178	165	78	113	152	48	33	26	31	82	28	48	46	23	47	26	40	30	127
2563	2,849	277	186	226	258	287	175	103	188	179	75	113	164	37	26	29	24	72	35	59	44	18	43	30	35	32	134
2564	2,865	275	174	223	228	284	160	93	179	190	78	109	161	38	29	30	32	79	50	58	44	28	48	29	32	31	183
2565	2,961	282	177	228	224	296	177	97	192	200	84	120	152	49	29	27	32	78	34	59	49	24	45	42	37	31	196
2566	3,031	287	188	233	267	285	169	96	188	199	75	128	164	36	34	24	31	90	32	51	39	29	47	40	40	31	228

3) อัตราการสอบผ่านขั้นตอนที่ 3 (OSCE) ของผู้จบการศึกษาจากต่างประเทศ (ข้อมูลจาก ศรว.) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากประเทศจีนที่มีสัดส่วนสูงที่สุด จะเห็นว่าในปีหลัง ๆ ผู้จบการศึกษาจากต่างประเทศ มีอัตราการสอบผ่านค่อนข้างสูงมาก

FMG OSCE performance by year				
Year 2562	All FMG	China	Philippines	Poland
จำนวนครั้งของการสอบ	246	159	58	10
จำนวนคนสอบ	222	147	48	8
จำนวนคนผ่าน	157	109	36	6
%ผ่าน	70.7	74.1	75.0	75.0
Year 2563	All FMG	China	Philippines	Poland
จำนวนครั้งของการสอบ	168	123	20	12
จำนวนคนสอบ	164	119	20	12
จำนวนคนผ่าน	163	118	20	12
%ผ่าน	99.4	99.2	100.0	100.0
Year 2564	All FMG	China	Philippines	Poland
จำนวนครั้งของการสอบ	288	181	57	20
จำนวนคนสอบ	246	151	49	18
จำนวนคนผ่าน	194	141	40	17
%ผ่าน	78.9	93.4	81.6	94.4
Year 2565	All FMG	China	Philippines	Poland
จำนวนครั้งของการสอบ	267	140	65	16
จำนวนคนสอบ	241	129	56	15
จำนวนคนผ่าน	218	109	53	14
%ผ่าน	90.5	84.5	94.6	93.3

* ในการสอบ ปี พ.ศ. 2566 ยังไม่ครบรอบปี จึงยังไม่ได้รวบรวมข้อมูล

- 4) ข้อมูลแพทย์ที่จบจากต่างประเทศที่เข้าสู่ระบบแพทย์เพิ่มพูนทักษะ พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนล่าสุดปี 2565 มีเกิน 100 คน

ปี พ.ศ.	เพศ		รวม	ปฏิบัติงานไม่ครบ
	ชาย	หญิง		
2561	22	19	41	0
2562	14	31	45	1
2563	18	63	81	1
2564	27	61	88	1
2565	32	80	112	1
รวม	113	154	367	4

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวได้ข้อสรุป ดังนี้

- 1) แพทย์ที่จบจากสถาบันต่างประเทศที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา
- 2) สถาบันต่างประเทศมีแพทย์ที่จบมากที่สุดคือประเทศจีน รองลงมาคือประเทศฟิลิปปินส์
- 3) แพทย์ที่จบจากสถาบันต่างประเทศ ในปี 2561-2565 จำนวนร้อยละ 51.2 (จำนวน 367 คน จาก 717 คน) เข้าสู่กระบวนการเพิ่มพูนทักษะ
- 4) แพทย์ที่จบจากสถาบันต่างประเทศและเข้ากระบวนการเพิ่มพูนทักษะมีอัตราผ่านการประเมินไม่แตกต่างจากแพทย์ที่จบจากสถาบันในประเทศ

ข้อเสนอแนะ

- 1) แพทย์ที่จบต่างประเทศเป็นกลุ่มที่เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ควรให้โอกาสเข้าสู่กระบวนการเพิ่มพูนทักษะเพิ่มขึ้น
- 2) ควรสนับสนุนแพทย์ที่จบต่างประเทศและผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้วให้มีงานรองรับอยู่ในระบบสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงการเรียนต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสายเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งตรงกับความต้องการและบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน

โดยสรุปแล้ว จากการศึกษและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด คณะกรรมการวิชาการ ชุดที่ 1 มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- 1) อัตรากำลังแพทย์ยังไม่เพียงพอต่อภาระงานในภาพรวม ควรพิจารณาแนวทางทำให้แพทย์คงอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขให้ได้จำนวนเพิ่มขึ้นและระยะยาว
- 2) กระบวนการเพิ่มพูนทักษะยังคงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับแพทย์จบใหม่
- 3) โรงเรียนแพทย์ควรมีกระบวนการเสริมสร้างให้บัณฑิตแพทย์มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานสาขาหลัก เช่น สาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา และสาขากุมารเวชศาสตร์
- 4) ควรมีการกำหนดเส้นทางวิชาชีพแพทย์ของบัณฑิตที่ได้รับวุฒิการศึกษาอื่นนอกเหนือจากแพทยศาสตรบัณฑิตให้สอดคล้องและเหมาะสมกับคุณวุฒิที่ได้รับ
- 5) สนับสนุนให้แพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศเข้าสู่กระบวนการเพิ่มพูนทักษะและทำงานต่อเนื่องในสาขาที่ระบบสาธารณสุขไทยต้องการ เช่น สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว