

แพทย์เพื่อสังคมในศตวรรษใหม่: สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์
เพื่อระบบสุขภาพไทย

Physicians for Society in the New Century: Desired Competencies of
Medical Graduates for Thailand's Health System

บุญเรือง ขาวนวล^{1*} สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ² สุรัตน์ ตันติทวีวรกุล³ และลิลดา ขันติ³

Boonruang Khaonuan^{1*} Suwat Wiriyaongsukit² Surat Tuntitaveevorakul³ and Lilada Khanti³

¹คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

²ศูนย์แพทย์แบบองค์รวม มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

³โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

¹Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Province

²Holistic Medical Center, Thaksin University, Phatthalung Province

³Krabi Hospital, Krabi Province

(Received: October 1, 2025; Accepted: December 27, 2025)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทยในศตวรรษที่ 21 อันเป็นผลจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทำให้บทบาทของบัณฑิตแพทย์จำเป็นต้องขยายจากการมุ่งเน้นการรักษาเชิงรายบุคคล ไปสู่การเป็น “แพทย์เพื่อสังคม” ที่สามารถทำงานเชิงระบบและเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคต และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษา อาจารย์และนิสิตสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้เรียนในอนาคต ผู้ใช้บัณฑิต ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว (2) ความเข้มแข็งด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลทางคลินิกแบบองค์รวม (3) การคิดเชิงระบบด้านสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ (4) คุณธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม (5) สมรรถนะด้านการแพทย์เชิงบูรณาการ และ (6) สมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล นวัตกรรม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์และนโยบายกำลังคนแพทย์ เพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

คำสำคัญ : แพทย์เพื่อสังคม สมรรถนะบัณฑิตแพทย์ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

*ผู้ประสานงานบทความ (Corresponding Author): บุญเรือง ขาวนวล อีเมล: Boonruang@tsu.ac.th



Abstract

The transformation of Thailand's health system in the 21st century—driven by population aging, the increasing burden of non-communicable diseases, health inequities, and reforms in primary health care and health decentralization—has necessitated a shift in the role of medical graduates from individual clinical care toward becoming physicians for society who can effectively operate at both system and community levels. This study aimed to explore the desired competencies of medical graduates for driving Thailand's future health system and to synthesize policy implications for medical workforce development. This qualitative study employed in-depth interviews and focus group discussions with diverse stakeholders, including university administrators, medical education experts, faculty members and students in health science disciplines, future learners, employers of medical graduates, health policy makers, local government organizations, healthcare providers across all service levels, professional organizations, and civil society representatives. Data were analyzed using content analysis and thematic analysis.

The findings identified six core domains of desired competencies for medical graduates: (1) understanding of the health system and the role of family medicine; (2) strong biomedical foundations and holistic clinical care; (3) systems thinking in public health and health promotion; (4) humanistic values, ethics, and social responsibility; (5) competencies in integrative medicine; and (6) competencies in digital health, innovation, evidence-based practice, and lifelong learning. These integrated competencies encompass clinical, health system, social, and technological dimensions. The findings provide empirical evidence to inform competency-based medical education, curriculum development, and health workforce policy to strengthen and sustain Thailand's health system in the future.

Keywords : Socially Accountable Physicians, Medical Graduate Competencies; Primary Health Care, Holistic Health Care

บทนำ

ระบบสุขภาพไทยในศตวรรษที่ 21 กำลังเผชิญ การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจากหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และความท้าทายจากภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น โรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติ และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (World Health Organization [WHO], 2018; Thai Health Promotion Foundation, 2023) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ภายใต้บริบทดังกล่าว แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นฐานรากสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ โดยเน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การบูรณาการการดูแลระหว่างระดับบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ (World Health Organization & UNICEF, 2018; Starfield, 1998) สำหรับประเทศไทย การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการผ่านพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของบริการใกล้บ้านใกล้ใจ และการจัดบริการแบบทีมหมอบรรลุเพื่อการดูแลต่อเนื่องและไร้รอยต่อ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายด้านระบบสุขภาพไทยมิได้จำกัดอยู่เพียงการจัดบริการ หากแต่รวมถึงปัญหาด้านกำลังคนสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนวิชาชีพแพทย์ ทั้งใน

มิติการกระจายตัว ความสอดคล้องของสมรรถนะกับภารกิจบริการ และความสามารถในการทำงานเชิงระบบ รายงานสถานการณ์กำลังคนสุขภาพของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเผชิญปัญหาการกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุล และความท้าทายในการรักษา กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท (World Health Organization, 2024) ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของแพทย์ให้สอดคล้องกับบทบาทในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพในมิติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565; Health Systems Research Institute, 2022) การถ่ายโอนดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับการพัฒนาท้องถิ่นอย่างบูรณาการ อย่างไรก็ตาม งานศึกษาหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. สร้างทั้งโอกาสและความท้าทายต่อคุณภาพบริการ มาตรฐานการกำกับดูแล และความมั่นคงด้านกำลังคน โดยเฉพาะความพร้อมของบุคลากรในการทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารใหม่ และความสามารถในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการหลายระดับ (Health Systems Research Institute, 2022; Ministry of Public Health, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้บทบาทของแพทย์ในอนาคตจำเป็นต้องขยายจากผู้ให้บริการทาง



คลินิกไปสู่การเป็นผู้นำเชิงระบบ ผู้ประสานเครือข่าย และผู้สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพเชิงพื้นที่ ในระดับสากล การปฏิรูปการศึกษาแพทย์ได้เน้นการผลิตแพทย์ที่มีสมรรถนะเชิงระบบ ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยงานสำคัญของ Frenk และคณะ (2010) ชี้ว่าการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษใหม่ต้องเชื่อมโยงการศึกษาเข้ากับระบบสุขภาพจริง ขณะที่มาตรฐานการศึกษาของ World Federation for Medical Education (WFME, 2020) และแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) เสนอให้การผลิตแพทย์ยึดความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทสังคมเป็นศูนย์กลาง (Boelen & Woollard, 2011)

ดังนั้น การกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อระบบสุขภาพไทยในอนาคต จึงเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทจริงของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่เปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนสะท้อนมุมมองอย่างรอบด้าน จึงมีความจำเป็นเพื่อสังเคราะห์กรอบสมรรถนะที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตระบบฝึกประสบการณ์ และการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคต จากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน และเพื่อเสนอข้อเสนอนโยบายด้านการผลิตและพัฒนา

กำลังคนวิชาชีพแพทย์ ในการหนุนเสริมระบบสุขภาพของประเทศไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจและสังเคราะห์มุมมองเชิงลึกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทยในอนาคต การออกแบบการวิจัยยึดแนวคิดการพัฒนากำลังคนสุขภาพเชิงระบบ (Systems-based Health Workforce Development) และแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมของสถาบันผลิตบุคลากรสุขภาพ (Social Accountability) เป็นกรอบในการตั้งคำถามวิจัยและการตีความข้อมูล เพื่อให้ผลการศึกษาสะท้อนบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพไทย โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือก: ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การใช้บัณฑิตแพทย์ และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 9 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้บริหารมหาวิทยาลัยและผู้กำหนดนโยบายด้านการผลิตบัณฑิตแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตรศึกษา อาจารย์และนิสิต/นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้เรียนในอนาคตและผู้เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายโรงเรียนและผู้ปกครอง ผู้ใช้บัณฑิตและผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์และองค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพ และผู้แทนองค์กรภาคประชาชนและภาคประชาสังคม

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดสมรรถนะกำลังคนสุขภาพ กรอบมาตรฐานแพทยศาสตร์ศึกษา และนโยบายระบบสุขภาพไทย แนวคำถามออกแบบให้มีความยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์และมุมมองเชิงลึก ครอบคลุมประเด็นหลัก 3 ด้าน ได้แก่ (1) บทบาทและความคาดหวังต่อแพทย์ในระบบสุขภาพไทยในอนาคต (2) สมรรถนะที่จำเป็นของบัณฑิตแพทย์เพื่อรองรับบทบาทดังกล่าว และ (3) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ การจัดการเรียนรู้ และการฝึกประสบการณ์ในระบบบริการ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-ตุลาคม 2568 โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจและทำความเข้าใจบริบทของผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด การเก็บข้อมูลดำเนินการทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและรูปแบบออนไลน์ตามความเหมาะสมของบริบทและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มได้รับการบันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอม พร้อมทั้งมีการจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) เพื่อบันทึกบรรยากาศการสนทนา ปฏิสัมพันธ์ และข้อสังเกตเชิงบริบทที่อาจไม่ปรากฏในข้อความถอดเทป การเก็บข้อมูลดำเนินไปควบคู่กับการทบทวนข้อมูลเบื้องต้น เพื่อปรับแนวคำถามให้ลึกและเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นตามประเด็นที่ค้นพบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดเทปเป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แนวทางผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) โดยอาศัยทั้งการเข้ารหัสเชิงอุปนัย (Inductive Coding) จากข้อมูลภาคสนาม และการเข้ารหัสเชิงนิรนัย (Deductive Coding) จากกรอบแนวคิดสมรรถนะกำลังคนสุขภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ และนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยเริ่มจากการอ่านทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหา จากนั้นกำหนดรหัสข้อมูลจากข้อความที่สะท้อนบทบาท ความคาดหวัง และสมรรถนะของบัณฑิตแพทย์ และจัดกลุ่มรหัสที่มีความใกล้เคียงกันเป็นหมวดหมู่เชิงเนื้อหา เพื่อสร้างโครงสร้างข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อมาได้สังเคราะห์หมวดหมู่เชิงเนื้อหาเป็นประเด็นย่อย และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Main Themes) ที่สะท้อนสาระสำคัญของสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ในมิติคลินิก ระบบสุขภาพ และสังคม การพัฒนาและปรับปรุงประเด็นดำเนินการแบบวนซ้ำ โดยย้อนกลับไปตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลดิบอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล เพื่อเสริมความเชื่อมั่นและความเข้มแข็งของผลการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามกรอบแนวคิดของ Lincoln และ Guba โดยใช้ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation): โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร หน่วยบริการ ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ นักศึกษา และภาคประชาชน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของประเด็นที่ค้นพบ

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Method Triangulation): โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการจัดบันทึกภาคสนาม เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากหลายวิธีการเก็บข้อมูล

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation): โดยการอภิปราย ทบทวนรหัสข้อมูล หมวดยุทธศาสตร์ และประเด็นร่วมกับนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อช่วยลอคอคติในการตีความข้อมูล

นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) การทบทวนโดยเพื่อนผู้ร่วมวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) และการจัดทำหลักฐานกระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (Audit Trail) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความโปร่งใส ตรวจสอบย้อนกลับได้ และสะท้อนมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนสะท้อนฉันทามติร่วมกันว่า การเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการจัดการสุขภาพเชิงพื้นที่ ทำให้บทบาทของบัณฑิตแพทย์ต้องปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้ให้บริการรักษาเชิงรายบุคคล ไปสู่การเป็น “แพทย์เพื่อสังคม” ที่มีสมรรถนะเชิงระบบ เชิงเครือข่าย และเชิงความรับผิดชอบต่อสังคม

การสังเคราะห์ข้อมูลสามารถจัดกลุ่มเป็น 6 ประเด็นหลัก (Themes) โดยแต่ละประเด็นประกอบด้วยรหัสและประเด็นย่อยดังนี้:

1. สมรรถนะด้านความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว (Health System Literacy and Family Medicine Role)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เข้าใจโครงสร้างระบบสุขภาพ (HS1) การดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ (HS2) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (HS3) บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (HS4)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับความเข้าใจโครงสร้างระบบสุขภาพไทยและบทบาทของแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะความสามารถในการประสานงานทีมสหวิชาชีพและ

เครือข่ายทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ รวมถึงการยึดหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้ระบบบริการ “เป็นหนึ่งเดียว” ทั้งเชิงคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ สมรรถนะย่อยที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยเรื้อรังแบบทีม (Team-based Chronic Care), การส่งต่อที่มีคุณภาพ, การบริหารจัดการรายกรณี (Case Management) และภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์ในหน่วยบริการและชุมชน

เสียงสะท้อน: “แพทย์รุ่นใหม่ต้องรู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหนของระบบ ไม่ใช่รักษาเสร็จแล้วจบ แต่ต้องเชื่อมต่อกับทีมและชุมชนได้” (EMP1)

2. สมรรถนะด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลทางคลินิกแบบองค์รวม (Biomedical and Holistic Clinical Competency)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “ความรู้พื้นฐานการแพทย์เข้มแข็ง (CL1) การใช้เหตุผลทางคลินิก (Clinical Reasoning) และความปลอดภัย (CL2) การดูแลแบบองค์รวม (CL3) และการรับมือโรคเรื้อรังและสังคมสูงวัย (CL4)”

ข้อค้นพบ: ผู้ใช้บัณฑิตและผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า “แกนกลาง” ของความเป็นแพทย์ยังคงอยู่ที่ ความเข้มแข็งของพื้นฐานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และความสามารถทางคลินิก ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย วางแผนการรักษา ติดตามผล และดูแลอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งขยายสู่การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการรับมือสถานการณ์สุขภาพยุคใหม่ เช่น สังคมสูงวัย ผู้ป่วยหลายโรค โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภัยคุกคามสุขภาพ/ภัยพิบัติ ผู้ใช้บัณฑิตและผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษาย้ำว่า แม้บทบาทแพทย์จะเปลี่ยนไป แต่ความเข้มแข็งด้านคลินิกยังคงเป็นรากฐานสำคัญ อย่างไรก็ตาม การดูแลต้อง

ขยายจากมิติทางชีวการแพทย์ไปสู่การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิตของผู้ป่วย

เสียงสะท้อน: “คนไข้ไม่ได้มีแค่โรค แต่มีชีวิต มีครอบครัว แพทย์ต้องมองให้ครบ” (MED-ED2)

3. สมรรถนะด้านการคิดเชิงระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ (Systems Thinking, Health Promotion and Prevention)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ (PH1) การสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ (PH2) การทำงานเชิงพื้นที่และนโยบายท้องถิ่น (PH3)”

ข้อค้นพบ: ผู้กำหนดนโยบายและองค์กรภาคประชาชนสะท้อนว่า แพทย์ในอนาคตต้องมีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ เข้าใจปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และสามารถทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนได้ แพทย์ในอนาคตต้อง “สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ” โดยเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเชิงระบบ วางแผนเชิงพื้นที่ และทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม สมรรถนะย่อย ได้แก่ การใช้ข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการวางแผน การสื่อสารความเสี่ยง การทำงานเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เสียงสะท้อน: “ถ้าแพทย์เข้าใจชุมชน จะป้องกันโรคได้มากกว่ารักษาที่หลัง” (LAO1)

4. สมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม และหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanism, Ethics, and Social Responsibility)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “จิตสาธารณะและ ความรับผิดชอบต่อสังคม (HU1) การสื่อสารกับผู้ป่วย อย่างมีมนุษยธรรม (HU2) ความพร้อมทำงานพื้นที่ ชนบท (HU3)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ความสำคัญสูง กับคุณลักษณะด้านมนุษยธรรมและจริยธรรม โดยมอง ว่าเป็นหัวใจของความเป็นแพทย์และเป็นปัจจัยสำคัญต่อ ความไว้วางใจของสังคม ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ ความสำคัญสูงกับ “หัวใจความเป็นมนุษย์” ของแพทย์ ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความเคารพศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ การสื่อสารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกกลุ่ม ความไวต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความ รับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงความพร้อมในการทำงานใน ทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สมรรถนะย่อยที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism), จิตสาธารณะ, การสื่อสารข่าวร้ายและการตัดสินใจร่วม (Shared Decision Making) และการดูแลตนเองเพื่อความยั่งยืน ในวิชาชีพ

เสียงสะท้อน: “ความเก่งอย่างเดียวไม่พอ ต้อง มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ด้วย” (CIVIL1)

5. สมรรถนะด้านการแพทย์บูรณาการ (Integrative Medicine Competency)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เน้นการแพทย์แผน ไทยและทางเลือก (IM1) การบูรณาการอย่างปลอดภัย (IM2) การสื่อสารทางเลือกการรักษา (IM3)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบัณฑิตแพทย์ควรมีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมต่อการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างมีหลักฐานและความ ปลอดภัย บัณฑิตแพทย์ควรสามารถประยุกต์และบูรณา การการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือกอย่างเหมาะสม โดยยึดหลัก ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วย อย่างโปร่งใส เพื่อเพิ่มทางเลือกการดูแลสุขภาพแบบองค์ รวม สมรรถนะย่อย ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การประเมิน ข้อบ่งชี้และข้อห้าม การประสานการดูแลร่วมกับผู้ ประกอบวิชาชีพอื่น และการใช้หลักฐานสนับสนุนการ ตัดสินใจ

6. สมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล นวัตกรรม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Digital Health, Innovation, and Lifelong Learning)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “สุขภาพดิจิทัลและ ข้อมูล (DH1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (DH2) การ เรียนรู้ตลอดชีวิตและการปรับตัว (DH3)”

ข้อค้นพบ: ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายเน้น ว่าบัณฑิตแพทย์ต้องพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน เทคโนโลยี สามารถใช้ข้อมูล หลักฐาน และนวัตกรรม เพื่อการตัดสินใจเชิงระบบ และพัฒนาตนเองอย่าง ต่อเนื่อง ผู้บริหารและภาคนโยบายเน้นว่าบัณฑิตแพทย์ ต้องมีทักษะด้านเทคโนโลยีการแพทย์และสุขภาพดิจิทัล สามารถใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการ ตัดสินใจทางคลินิกและเชิงระบบ รวมถึงมีทักษะคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหาเชิงระบบ และสร้างนวัตกรรมเพื่อ สุขภาพ พร้อมเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ปรับตัวได้ดี และมี ทักษะการสื่อสารในยุคดิจิทัล สมรรถนะย่อย ได้แก่ ความเข้าใจดิจิทัลและข้อมูล (Data Literacy), การแพทย์ทางไกล (Telemedicine), การประเมิน เทคโนโลยีสุขภาพเบื้องต้น และการทำงานร่วมกับสาขา อื่นเพื่อพัฒนานวัตกรรม

เสียงสะท้อน: “ระบบเปลี่ยนเร็ว แพทย์ต้อง เรียนรู้เร็วและเรียนรู้ตลอดชีวิต” (MOPH2)

ผลการวิจัยสะท้อนว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคตมีลักษณะเชิงบูรณาการ ครอบคลุมคลินิก ระบบสุขภาพ สังคม เทคโนโลยี และคุณค่าความเป็นมนุษย์ ข้อค้นพบเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคนแพทย์ การออกแบบหลักสูตรแพทยศาสตร์ และการจัดระบบฝึกประสบการณ์ที่ตอบโจทย์การพัฒนาสุขภาพไทยในระยะยาว

ข้อค้นพบจากการวิจัย สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการผลิตและพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์จากการวิเคราะห์มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายภาคส่วน พบว่า การพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยในอนาคตจำเป็นต้องปรับกรอบนโยบายจากการมุ่งเน้น “การผลิตแพทย์เชิงปริมาณและทักษะคลินิกเป็นหลัก” ไปสู่การพัฒนากำลังคนแพทย์เชิงระบบที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเชิงพื้นที่ ข้อค้นพบเชิงนโยบายสามารถสังเคราะห์ออกเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การปรับนโยบายการผลิตแพทย์สู่กรอบสมรรถนะเชิงระบบและความรับผิดชอบต่อสังคม ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องว่า นโยบายการผลิตแพทย์ควรกำหนด “สมรรถนะเป้าหมาย” ที่สะท้อนบทบาทแพทย์เพื่อสังคมและระบบสุขภาพ มากกว่าการเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะคลินิกเพียงอย่างเดียว สมรรถนะดังกล่าวควรครอบคลุมความเข้าใจระบบสุขภาพ การทำงานเชิงเครือข่าย การคิดเชิงระบบสาธารณสุข และความรับผิดชอบต่อสังคม ข้อค้นพบสะท้อนความจำเป็นในการเชื่อมโยงนโยบายการผลิตแพทย์กับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทพื้นที่ เพื่อให้บัณฑิต

แพทย์สามารถทำงานตอบโจทย์ระบบสุขภาพไทยได้จริง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท

2. การพัฒนานโยบายหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า นโยบายด้านหลักสูตรแพทยศาสตร์ควรเพิ่มน้ำหนักการเรียนรู้ในบริบทระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลแบบต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยควรเปิดโอกาสให้นิสิตแพทย์ได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายการผลิตแพทย์ควรเชื่อมโยงการเรียนรู้ในชั้นเรียนกับการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงระบบและเสริมสร้างทักษะการทำงานเชิงพื้นที่ตั้งแต่ระยะการศึกษา

3. การเชื่อมโยงนโยบายกำลังคนแพทย์กับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลโดยตรงต่อบทบาทและสมรรถนะของแพทย์ในอนาคต นโยบายกำลังคนแพทย์จึงควรเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ที่หลากหลาย และสามารถประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้สะท้อนความจำเป็นของนโยบายกำลังคนที่มีมองแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพัฒนาพื้นที่ ไม่ใช่เพียงบุคลากรทางคลินิกในสถานพยาบาล

4. การพัฒนานโยบายเสริมสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนของกำลังคนแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยบริการและองค์กรวิชาชีพเห็นว่า นโยบายกำลังคนแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานใน



ระบบสุขภาพปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท โดยไม่จำกัด เฉพาะมาตรการด้านค่าตอบแทน แต่รวมถึงการพัฒนา สภาพแวดล้อมการทำงาน ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และการสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับการผลิตแพทย์ใหม่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการรักษาและพัฒนาศักยภาพของ กำลังคนแพทย์ในระบบอย่างต่อเนื่อง

5. การบูรณาการนโยบายสุขภาพดิจิทัลและ นวัตกรรมในการพัฒนากำลังคนแพทย์ ผู้กำหนด นโยบายและผู้บริหารสะท้อนว่า นโยบายการผลิตและ พัฒนากำลังคนแพทย์ควรบูรณาการสมรรถนะด้าน สุขภาพดิจิทัล การใช้ข้อมูล และการสร้างนวัตกรรม เพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพใน อนาคต บัณฑิตแพทย์ควรได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ เทคโนโลยีสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ และนำข้อมูลไป ใช้ในการตัดสินใจเชิงคลินิกและเชิงระบบ ข้อค้นพบนี้ สะท้อนความจำเป็นของนโยบายกำลังคนที่เตรียมแพทย์ ให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและรูปแบบ การให้บริการสุขภาพใหม่ ๆ

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้ให้ข้อมูลเห็น พ้องว่า การกำหนดนโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคน วิชาชีพแพทย์ควรอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากมุมมอง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน เพื่อให้สอดคล้อง กับบริบทจริงของระบบสุขภาพไทย ข้อค้นพบจากการ วิจัยเชิงคุณภาพนี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการ กำหนดนโยบายเชิงระบบ การออกแบบหลักสูตร แพทย์ศาสตร์ และการวางแผนกำลังคนแพทย์ในระยะ ยาว เพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของ ระบบสุขภาพประเทศไทย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้สะท้อนฉันทามติจากผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียหลายภาคส่วนว่า “บัณฑิตแพทย์ในอนาคต” ต้องขยายบทบาทจากการรักษารายบุคคลไปสู่การเป็น แพทย์เพื่อสังคมและระบบสุขภาพ ที่ทำงานเชิงระบบ เชิงพื้นที่ และเชิงเครือข่ายได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ ทิศทางสากลที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา PHC เพื่อ UHC และ SDGs โดยเน้น 3 องค์ประกอบหลักคือ นโยบายข้ามภาคส่วน ประชาชน/ชุมชนเข้มแข็ง และ บริการปฐมภูมิพร้อมงานสาธารณสุขจำเป็น (WHO & UNICEF, 2018) ในบริบทไทย ข้อค้นพบยังสอดคล้อง กับกรอบกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่นิยามบริการ ปฐมภูมิเป็นบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเชื่อมโยง ข้อมูล/การส่งต่อระหว่างระดับบริการ โดยมีทีมหมอ ครอบครัวยุคใหม่เป็นแกน (Primary Health System Act, B.E. 2562)

1) ความเข้าใจระบบสุขภาพ-เวชศาสตร์ ครอบครัวยุคใหม่: จาก “รักษา” สู่ “จัดการการดูแลต่อเนื่อง” ข้อค้นพบด้านความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวช ศาสตร์ครอบครัวยุคใหม่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังให้ แพทย์เป็น “ผู้เชื่อมระบบ” มากกว่าผู้รักษาเฉพาะ เหตุการณ์ กล่าวคือ ต้องเข้าใจโครงสร้างบริการหลาย ระดับ การดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ และการทำงานเป็น ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PHC สากลที่เน้น บริการแบบบูรณาการและเชื่อมโยงระบบ (WHO & UNICEF, 2018) อีกทั้งสอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษา ของ WFME ที่ปรับเป็น Principles-based และเน้น การตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของสังคม/ ระบบสุขภาพมากขึ้น (WFME, 2020) ในเชิงนโยบาย และการจัดการศึกษาแพทย์ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการ ออกแบบหลักสูตรที่ทำให้ผู้เรียน “คิดและทำงานแบบ ระบบ” ตั้งแต่ก่อนจบ เช่น การฝึกภาคสนามในหน่วย

บริการปฐมภูมิ การฝึกประสบการณ์ส่งต่อ และการเรียนรู้ร่วมสหวิชาชีพ (Interprofessional Education) เพื่อให้สมรรถนะด้านระบบไม่เป็นเพียงทฤษฎี แต่เป็นทักษะที่ปฏิบัติได้จริง

2) วิทยาศาสตร์การแพทย์เข้มแข็งร่วมกับคลินิกองค์รวม: รากฐานเดิมที่ต้อง “ต่อยอดให้ทันโจทย์สังคมสูงวัย-โรคเรื้อรัง” ด้านความรู้พื้นฐานและสมรรถนะทางคลินิกแบบองค์รวมสะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูล “ไม่ได้ลดความสำคัญของคลินิก” แต่ต้องการให้คลินิกถูกยกระดับสู่การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริบทผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งเป็นโจทย์ของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว (WHO, 2018) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะวิชาชีพแพทย์ร่วมสมัย เช่น CanMEDS ที่มองแพทย์ต้องมีบทบาทมากกว่าผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้สื่อสาร ผู้ร่วมมือ ผู้พิทักษ์สุขภาพ ผู้เรียนรู้ และผู้นำระบบ (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, n.d.; Thoma et al., 2023)

3) การคิดเชิงระบบสาธารณสุข-สร้างเสริมสุขภาพ: สอดรับ PHC และลดความเหลื่อมล้ำ ด้านการคิดเชิงระบบสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพสะท้อนความคาดหวังให้แพทย์มีความสามารถด้าน Population Perspective เข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพและทำงานเชิงรุกมากกว่ารอรักษา ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PHC ที่เน้น Essential Public Health Functions และการทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและความเหลื่อมล้ำ (WHO & UNICEF, 2018) นอกจากนี้ ข้อค้นพบยังสัมพันธ์กับหลักฐานเชิงระบบเรื่อง “ความเป็นธรรมด้านการกระจายแพทย์” ในไทย ซึ่งมีงานศึกษาที่ประเมินผลนโยบายจัดสรรแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคน (Noree et al., 2023) เมื่อระบบต้อง

ตอบโจทย์ความเหลื่อมล้ำ แพทย์จึงต้องมีสมรรถนะในการทำงานกับข้อมูลระดับพื้นที่ การวางแผนเชิงระบบและการประสานกับท้องถิ่น/ชุมชนเพื่อสุขภาพเชิงรุก

4) หัวใจความเป็นมนุษย์-จริยธรรม-ความรับผิดชอบต่อสังคม: แก่นของ “แพทย์เพื่อสังคม” ข้อค้นพบที่เน้น Humanism และ Social Responsibility สอดคล้องกับแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ในการศึกษาแพทย์ที่เสนอให้สถาบันผลิตแพทย์ตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทสังคมอย่างแท้จริง และสะท้อนในทิศทางมาตรฐานการรับรองคุณภาพที่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมมากขึ้น (Lindgren & Karle, 2011; WFME, 2020) นัยสำคัญคือ “สมรรถนะเชิงคุณค่า” ไม่ควรถูกวางเป็นเนื้อหาทฤษฎี แต่ควรฝังอยู่ในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้และการประเมินผล เช่น การสื่อสารอย่างเคารพศักดิ์ศรีผู้ป่วย การตัดสินใจร่วม (Shared Decision-making) และความสามารถในการทำงานในบริบทชนบท/ปฐมภูมิอย่างมีความสุขและยั่งยืน

5) การแพทย์บูรณาการ: ความเฉพาะของบริบทไทยที่ต้อง “รู้จริง-ใช้เป็น-ปลอดภัย” การแพทย์บูรณาการสะท้อนความต้องการให้แพทย์มีความรู้และทัศนคติในการทำงานร่วมกับการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกอย่างเหมาะสมบนฐานความปลอดภัยและการสื่อสารที่ถูกต้อง แม้งานหลักฐานเชิงระบบในประเทศนี้มีความหลากหลาย แต่ข้อค้นพบชี้ว่าการเพิกเฉยต่อบริบทดังกล่าวอาจทำให้แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยไม่ทันต่อพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจริง ดังนั้น การกำหนดสมรรถนะขั้นต่ำด้าน Integrative Care เช่น การซักประวัติการใช้สมุนไพร/ทางเลือก การประเมินความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยง-ประโยชน์ จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในเชิงหลักสูตร



6) สุขภาพดิจิทัล-นวัตกรรม-การเรียนรู้ตลอดชีวิต: สมรรถนะจำเป็นของระบบสุขภาพยุคใหม่ ข้อค้นพบด้าน Digital Health และ Lifelong Learning สอดคล้องอย่างยิ่งกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของ WHO ที่ระบุว่า การขับเคลื่อนต้องอาศัยทั้ง “คน ระบบ และธรรมาภิบาลข้อมูล” (WHO, 2021) นอกจากนี้ เอกสารของ WHO ในปี 2024 ยังตอกย้ำความจำเป็นของสมรรถนะด้านนี้ในช่วงเปลี่ยนผ่าน (WHO Executive Board document, 2024) ข้อค้นพบจึงชี้ว่าการผลิตแพทย์ยุคใหม่ควรบูรณาการ Health Data Literacy, Evidence-based Decision-making, Telehealth Readiness และ Innovation Mindset เข้ากับการเรียนรู้ทางคลินิกและระบบสุขภาพ โดยต้องพิจารณาควบคู่กับจริยธรรมข้อมูลและความเสมอภาค

บทสรุป กรอบสมรรถนะ 6 ด้านจากการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตรแบบ Competency-based Medical Education การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร และการจัดระบบฝึกประสบการณ์ที่เชื่อมโยงระหว่างทุกระดับบริการ รวมถึงการพัฒนากลไกประเมินสมรรถนะที่สะท้อนผลลัพธ์จริงในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการถอดบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด. กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2566. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการนำไปใช้

1. ควรกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะ 6 ด้าน และเพิ่มสัดส่วนการเรียนรู้ในระดับปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว และการทำงานเชิงพื้นที่ รวมถึงบูรณาการประเด็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) และการสร้างเสริมสุขภาพในทุกชั้นปี
2. ควรพัฒนาระบบฝึกประสบการณ์แบบเครือข่าย (Network-based Training) ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อฝึกทักษะการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless Continuity of Care) และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรใช้กรอบสมรรถนะเป็นฐานในการกำหนดมาตรฐานบัณฑิตแพทย์ การวางแผนกำลังคน และการจัดระบบแรงจูงใจเพื่อดึงดูดและรักษาแพทย์ให้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท
4. ควรสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อพัฒนาทักษะสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) และความเข้าใจข้อมูล (Data Literacy) ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงระบบและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ



- Boelen, C., & Woollard, R. (2011). Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education*, 45(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03713.x>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Lindgren, S., & Karle, H. (2011). Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. *Medical Teacher*, 33(8), 667–672. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590245>
- Noree, T., Phathamavong, O., & Jitapunkul, S. (2023). Effect of doctor allocation policies on the equitable distribution of doctors in Thailand. *International Journal for Equity in Health*, 22, Article 187. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01956-1>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS 2015 physician competency framework*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Thoma, B., Caretta-Weyer, H., Schumacher, D. J., Borman-Shoap, E., & Chan, T. M. (2023). Becoming a CanMEDS scholar: A contemporary framework for medical education. *Academic Medicine*, 98(2), 181–187. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000005011>
- World Federation for Medical Education. (2020). *WFME global standards for quality improvement: Basic medical education*. WFME. <https://wfme.org/standards/bme/>
- World Health Organization. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* (WHO/HIS/SDS/2018.15). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- World Health Organization. (2024). *Thailand: Human resources for health country profile*. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. <https://www.who.int/publications>
- World Health Organization, & UNICEF. (2018). *Declaration of Astana*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>