



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2569 – 2573



<https://medicine.tsu.ac.th>

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 บทสรุปผู้บริหาร	2
ส่วนที่ 2 บทนำและความเป็นมา	4
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์บริบทเชิงยุทธศาสตร์	7
ส่วนที่ 4 ทิศทางเชิงยุทธศาสตร์	12
ส่วนที่ 5 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา พ.ศ. 2569–2573	17
ส่วนที่ 6 กลไกการขับเคลื่อนแผนและการกำกับติดตาม	27

ส่วนที่ 1

บทสรุปผู้บริหาร

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ปี พ.ศ. 2569–2573

1.1 สารสำคัญของแผนกลยุทธ์

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2569–2573 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบกำหนดทิศทางการจัดตั้งและพัฒนาคณะให้สามารถดำเนินพันธกิจของสถาบันผลิตกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมการจัดการศึกษาอย่างน้อย 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ควบคู่กับการกิจด้านการวิจัย นวัตกรรม การบริการสุขภาพ และการบริการวิชาการเพื่อสังคม สารสำคัญของแผนตั้งอยู่บนวิสัยทัศน์ “การเป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำด้านนวัตกรรมสังคมทางสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างยั่งยืน” โดยมุ่งพัฒนาบัณฑิตทั้งสองสาขาให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานสภาวิชาชีพ สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและการฟื้นฟูชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ มีจริยธรรมวิชาชีพ และสามารถทำงานแบบสหวิชาชีพโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้กำหนดแนวทางการพัฒนาเป็นลำดับขั้นเชิงระบบตลอดช่วงระยะเวลา 5 ปี โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็นช่วงการเตรียมความพร้อม การวางระบบพื้นฐาน การพัฒนาศักยภาพเชิงลึก และการเสริมความมั่นคงอย่างยั่งยืน ครอบคลุมการจัดทำหลักสูตร การจัดหาและพัฒนาบุคลากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรทางการศึกษา การจัดระบบประกันคุณภาพ และการยกระดับเครือข่ายแหล่งฝึกให้ได้มาตรฐาน ตลอดจนการขยายบทบาทด้านบริการสุขภาพและการวิจัยเชิงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ แผนให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาเครือข่ายร่วมผลิตกำลังคนสุขภาพ โดยกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลหลัก โรงพยาบาลสมทบ และหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นฐานการเรียนรู้ร่วมของทั้งสองหลักสูตร พร้อมทั้งพัฒนาระบบห้องฝึกทักษะทางคลินิก ห้องปฏิบัติการฟื้นฟู และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ให้สอดคล้องกับเกณฑ์การรับรองของสภาวิชาชีพและมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้อง โดยแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2569–2573 เป็นกรอบการพัฒนาเชิงโครงสร้างและเชิงระบบที่มุ่งสร้างความมั่นคงทางวิชาการ คุณภาพบัณฑิต และความยั่งยืนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว

1.2 เป้าหมายหลักและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

แผนยุทธศาสตร์กำหนดผลลัพธ์ระดับคณะที่ครอบคลุมการผลิตบัณฑิต การพัฒนากำลังคนต่อเนื่อง การวิจัยนวัตกรรม การบริการสุขภาพ และความร่วมมือเครือข่าย โดยมีเป้าหมายดำเนินการอย่างน้อยสองหลักสูตร ได้แก่ แพทยศาสตรบัณฑิตและวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) พร้อมทั้งเป้าหมายเพิ่มกำลังคน

สุขภาพ ไม่น้อยกว่า 60 คนต่อปี ภายในระยะ 5 ปีแรก ในมิติการพัฒนากำลังคนต่อเนื่อง กำหนดการจัดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ไม่น้อยกว่า 10 หลักสูตรต่อปี และพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ไม่น้อยกว่า 200 คนต่อปี เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิของพื้นที่ ด้านการวิจัยและนวัตกรรมตั้งเป้าผลงานตีพิมพ์หรือผลงานนวัตกรรม ไม่น้อยกว่าปีละ 20 เรื่อง โดยเน้นประเด็นสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เชื่อมบทบาทแพทย์-กิจกรรมบำบัด ด้านบริการสุขภาพ กำหนดเป้าหมายกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการ ไม่น้อยกว่า 10 รายการต่อปี มีผู้เข้าร่วม ไม่น้อยกว่า 500 คนต่อปี และให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ไม่น้อยกว่า 20,000 ครั้งต่อปี เพื่อเป็นทั้งกลไกยกระดับการเข้าถึงบริการของประชาชน และฐานการเรียนรู้ของนิสิตทั้งสองหลักสูตร สำหรับมิติความร่วมมือเครือข่าย กำหนดเป้าหมายขยายเครือข่าย ไม่น้อยกว่า 20 แห่ง จัดทำบันทึกข้อตกลง ไม่น้อยกว่า 10 ฉบับ ดำเนินโครงการระบบสุขภาพชุมชน ไม่น้อยกว่า 5 โครงการต่อปี และจัดกิจกรรมบริการวิชาการ ไม่น้อยกว่า 15 ครั้งต่อปี เพื่อสร้างระบบสนับสนุนการผลิตกำลังคนสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.3 กรอบเวลาและทรัพยากรที่ใช้

แผนยุทธศาสตร์กำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี (พ.ศ. 2569–2573) และจัดวางการขับเคลื่อนตาม 4 ระยะ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมหลักสูตรแพทย์และกิจกรรมบำบัด การพัฒนาบุคลากรสองสาขา การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานและระบบคุณภาพ ไปจนถึงการขยายศักยภาพการจัดการเรียนการสอนและบริการร่วมสหวิชาชีพ ด้านทรัพยากรทางการเงิน แผนเชื่อมโยงกับกรอบการสนับสนุนเชิงนโยบายระดับชาติ โดยมีวงเงินสนับสนุนโครงการรวม 1,500 ล้านบาท (ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง) และกรอบการจัดตั้งคณะ 506,465,000 บาท เพื่อรองรับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น อาทิ Simulation Center สำหรับการฝึกทักษะทางคลินิกของแพทย์และกิจกรรมบำบัด ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในแหล่งฝึก แผนกำหนดโครงสร้างเครือข่ายแหล่งฝึกอย่างชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลหลัก: โรงพยาบาลกระบี่ และ โรงพยาบาลสมทบ ในจังหวัดพัทลุงหลายแห่ง อาทิ ควนขนุน ตะโหมด เขาชัยสน ศรีนครินทร์ กงหรา รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน พร้อมฐานการเรียนรู้ชุมชนผ่านโรงพยาบาลป่าพะยอมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัด อบจ.พัทลุง ซึ่งทำหน้าที่เป็นแหล่งฝึกร่วมของสองหลักสูตร เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้แบบทีมสหวิชาชีพและการพัฒนาระบบปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

โดยสรุป แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้เป็นกรอบการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ในฐานะสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพสองหลักสูตรที่มีเป้าหมายชัดเจน วัดผลได้ วางลำดับการลงทุนตามความจำเป็น และสร้างเครือข่ายแหล่งฝึกร่วมที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและความต้องการของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2

บทนำและความเป็นมา

2.1 ความเป็นมาการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์

การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เป็นการดำเนินการตามพันธกิจของสถาบันอุดมศึกษาในการสนับสนุนหน้าที่ของรัฐด้านการสาธารณสุขและการพัฒนากำลังคนสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการกำลังคนสุขภาพสูงโดยมุ่งพัฒนาสถาบันที่สามารถผลิตกำลังคน 2 สาขาวิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทยศาสตรบัณฑิต และวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) บนฐานแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานสหวิชาชีพ มหาวิทยาลัยได้เตรียมความพร้อมมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการพัฒนาฐานวิทยาศาสตร์สุขภาพ การจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์และคณะสหเวชศาสตร์ การพัฒนาศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมให้เป็นแหล่งบริการและแหล่งฝึกทางคลินิก ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลหลัก โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในภูมิภาค เพื่อรองรับการจัดการเรียนการสอนของทั้งสองหลักสูตร

การดำเนินการดังกล่าวนำไปสู่มติที่ประชุมสภามหาวิทยาลัยทักษิณ ครั้งที่ 1/2569 ที่อนุมัติให้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์อย่างเป็นทางการ โดยมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตร ระบบอาจารย์ แหล่งฝึก และโครงสร้างพื้นฐานให้เป็นไปตามมาตรฐานของแพทยสภา มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบคุณภาพการศึกษาสากล WFME เพื่อให้สถาบันสามารถผลิตบัณฑิตแพทย์และบัณฑิตกิจกรรมบำบัดที่มีสมรรถนะวิชาชีพ พร้อมปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศไทยได้อย่างมีคุณภาพ

2.2 เหตุผลความจำเป็นเชิงพื้นที่และเชิงระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของจังหวัดพัทลุงและกลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอ่าวไทยเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหลายประการ ได้แก่ การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่สมดุล การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูง การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว และความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ขยายตัวต่อเนื่อง ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสามารถของระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง และครอบคลุมมิติการรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟู การพึ่งพาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการนอกพื้นที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่าย ความแออัดของระบบ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพ การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ในพื้นที่จึงเป็นมาตรการเชิงนโยบายที่มุ่งแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ผ่านการผลิตกำลังคนสุขภาพจากบริบทท้องถิ่น ทั้งแพทย์และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรในภูมิภาค เสริมสร้างทีมดูแลแบบองค์รวม และยกระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถจัดบริการเวชศาสตร์ครอบครัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีมาตรฐาน

นอกจากนี้ การพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของอ่าวไทย ประกอบกับ โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้จำเป็นต้องมีสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพที่สามารถสนับสนุนระบบ บริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์จึงเป็น กลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และตอบสนองต่อความ ต้องการของประชาชนอย่างยั่งยืน

2.3 ขอบเขตของแผนกลยุทธ์

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ครอบคลุมการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ในช่วงปี พ.ศ. 2569–2573 โดยมุ่งพัฒนาคณะให้เป็นสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพแบบบูรณาการที่รับผิดชอบการจัด การศึกษา อย่างน้อย 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ควบคู่กับพันธกิจด้านการวิจัย การบริการสุขภาพ และการบริการวิชาการแก่สังคม ขอบเขต แผนครอบคลุมการพัฒนาหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ของทั้งสองสาขาวิชาชีพ การจัดหาและพัฒนา อาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัด การพัฒนาระบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ การจัดตั้งศูนย์ แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและหน่วยฝึกกิจกรรมบำบัด การกำหนดเครือข่ายโรงพยาบาลหลัก โรงพยาบาล สมทบ และหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแหล่งฝึกพร้อม ตลอดจนการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน Simulation Center ระบบสารสนเทศสุขภาพ และระบบสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นอกจากนี้ แผนยังครอบคลุมการพัฒนางานวิจัยที่เชื่อมโยงการรักษาและการฟื้นฟูในชุมชน การ จัดบริการทางการแพทย์และบริการกิจกรรมบำบัดผ่านศูนย์การแพทย์แบบองค์รวม การบริการวิชาการเพื่ อยกระดับศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล โดยให้การดำเนินงาน ทั้งหมดสอดคล้องกับ เกณฑ์แพทยสภา มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบคุณภาพการศึกษาศากล WFME

2.4 วิธีการจัดทำแผนและการมีส่วนร่วม

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดำเนินการภายใต้หลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และการมีส่วนร่วมของ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มหาวิทยาลัยได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารสถาบัน ผู้แทนคณะ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โรงพยาบาลเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนวิชาชีพกิจกรรมบำบัด ผู้แทนงานฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตรศึกษา เพื่อให้การวางแผนครอบคลุมมิติการ ผลิตกำลังคนสุขภาพแบบสหวิชาชีพ

กระบวนการจัดทำแผนได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกำลังคนแพทย์และ บุคลากรฟื้นฟู ภาระโรคและความบกพร่องด้านการทำกิจกรรมของประชาชน ความต้องการบริการสุขภาพ และการฟื้นฟู ศักยภาพแหล่งฝึก สถานการณ์งบประมาณ และข้อกำหนดของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จากนั้นใช้ การวิเคราะห์บริบทเชิงกลยุทธ์ด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย ได้แก่ SWOT/TOWS, PESTEL Analysis, Five

Forces Analysis, Gap Analysis, Stakeholder Analysis และ Risk Assessment เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับความจำเป็นของพื้นที่และมาตรฐานการผลิตบัณฑิตทั้งสองสาขา

ร่างแผนได้รับการรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้แทนงานกิจกรรมบำบัด ประชาชน หน่วยงานกำกับ สถาบันพี่เลี้ยง และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ก่อนปรับปรุงและเสนอต่อคณะกรรมการประจำคณะและมหาวิทยาลัย กระบวนการดังกล่าวมุ่งให้แผนมีความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับมาตรฐานการรับรองสถาบันผลิตแพทย์ มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบคุณภาพการศึกษาศาสนา

ส่วนที่ 3

การวิเคราะห์บริบทเชิงยุทธศาสตร์

3.1 การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายนอก (PESTEL Analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายนอกตามกรอบ PESTEL ชี้ให้เห็นบริบทเชิงนโยบายของประเทศที่ให้ความสำคัญต่อการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายแพทย์และบุคลากรฟื้นฟูพื้นที่ขาดแคลน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาประเทศสู่ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง นโยบายดังกล่าวเป็นฐานสนับสนุนเชิงโครงสร้างต่อการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ที่รับผิดชอบการผลิตกำลังคน **ทั้งแพทย์และกิจกรรมบำบัด** ในพื้นที่ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย

ในมิติด้านเศรษฐกิจ ภูมิภาคมีศักยภาพการเติบโตของอุตสาหกรรมสุขภาพ บริการดูแลผู้สูงอายุ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งต้องการทีมสหวิชาชีพด้านการรักษาและการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้องเผชิญข้อจำกัดงบประมาณสาธารณะและต้นทุนบริการที่สูง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรที่คุ้มค่า

มิติทางสังคมสะท้อนการเข้าสู่สังคมสูงวัย ความชุกของโรคเรื้อรังและความบกพร่องด้านการทำกิจกรรม (functional limitation) ทำให้ความต้องการบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควบคู่กับบริการกิจกรรมบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

มิติเทคโนโลยีแสดงบทบาทของการแพทย์ดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ และระบบข้อมูลสุขภาพ-ข้อมูลสมรรถภาพร่างกาย ที่ต้องบูรณาการสู่การเรียนการสอนและการติดตามผลลัพธ์การฟื้นฟู

มิติสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงโรคอุบัติใหม่และภัยพิบัติ ซึ่งต้องการทีมดูแลชุมชนที่มีทั้งแพทย์และนักกิจกรรมบำบัด ส่วนนิติกฎหมายถูกกำหนดโดยเกณฑ์แพทยสภา พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบ WFME ที่เป็นเงื่อนไขต่อคุณภาพสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพ

3.2 การวิเคราะห์อุตสาหกรรมบริการสุขภาพ (Five Forces Analysis)

โครงสร้างอุตสาหกรรมบริการสุขภาพของภูมิภาคมีลักษณะเฉพาะ ผู้รับบริการมีอำนาจต่อรองสูงขึ้นจากการเข้าถึงข้อมูลและความคาดหวังต่อบริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการรักษาและการฟื้นฟู สถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพในภาคใต้เป็นทั้งคู่เทียบและพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ ทำให้จำเป็นต้องเน้นความร่วมมือด้านแหล่งฝึกและการวิจัย **แบบสหวิชาชีพแพทย์-กิจกรรมบำบัด** มากกว่าการแข่งขันเชิงปริมาณ

ผู้จัดหาทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทาง และอาจารย์กิจกรรมบำบัดมีอำนาจต่อรองสูงจากภาวะขาดแคลนทั่วประเทศ อุปสรรคการเข้าสู่ตลาดของผู้เล่นรายใหม่ยังสูงจากข้อกำหนดวิชาชีพและต้นทุนการลงทุน แต่แรงกดดันจากโรงพยาบาลเอกชนและเทคโนโลยีใหม่ให้คณะต้องสร้างความแตกต่างด้านเวชศาสตร์ครอบครัว **บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ** และการทำงานสหวิชาชีพเป็นจุดยืนหลัก

3.3 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis)

การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ได้แก่ ประชาชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการที่คาดหวังการเข้าถึงบริการรักษาและฟื้นฟูใกล้บ้าน นิสิตแพทย์และนิสิตกิจกรรมบำบัดที่ต้องการหลักสูตรมาตรฐานและแหล่งฝึกคุณภาพ โรงพยาบาลเครือข่ายที่ต้องการกำลังคนทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟู หน่วยงานกำกับวิชาชีพด้านแพทย์และกิจกรรมบำบัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เป็นต้น แผนกลยุทธ์จึงกำหนดกลไกการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ คณะกรรมการร่วมผลิตกำลังคนสุขภาพ เวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาคฟื้นฟูและชุมชนผู้สูงอายุ ระบบกำกับคุณภาพแหล่งฝึกร่วม และการรายงานผลลัพธ์การรักษา-การฟื้นฟูอย่างโปร่งใส เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความรับผิดชอบร่วมของทุกภาคส่วน

3.4 การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

การเทียบเคียงสถานะปัจจุบันกับมาตรฐานการผลิตกำลังคนสุขภาพพบช่องว่างเชิงโครงสร้างในหลายมิติ ได้แก่ อัตราส่วนอาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัดต่อผู้เรียน ความพร้อมแหล่งฝึกชั้นคลินิกและแหล่งฝึกฟื้นฟู ห้องปฏิบัติการทักษะ ระบบประกันคุณภาพตาม WFME และมาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด รวมถึงฐานข้อมูลการศึกษาและข้อมูลผลลัพธ์การทำการกิจกรรมของผู้ป่วย

ช่องว่างเชิงสมรรถนะยังพบด้านการจัดการเรียนรู้แบบผลลัพธ์เป็นฐาน (OBE) การประเมิน EPA/OSCE และการประเมินสมรรถนะฟื้นฟูแบบสหวิชาชีพ แผนยุทธศาสตร์จึงกำหนดโครงการปิดช่องว่างอย่างเป็นลำดับ ได้แก่ แผนสรรหาอาจารย์สองสาขา การจัดตั้งศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและหน่วยฝึกกิจกรรมบำบัด การลงทุน Simulation Center ด้านการรักษาและการฟื้นฟู การพัฒนาหลักสูตร OBE/IPE และระบบคุณภาพบูรณาการ

3.5 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ของการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์พิจารณาครอบคลุมการดำเนินงานทั้งสองหลักสูตร พบความเสี่ยงสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านการรับรองหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรกิจกรรมบำบัดตามเกณฑ์สภาวิชาชีพ ความเสี่ยงการขาดแคลนอาจารย์แพทย์และอาจารย์ฟื้นฟูที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์การสอนคลินิก ความล่าช้าของงบประมาณและการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน ความพร้อมของแหล่งฝึกร่วมในการรองรับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ และความเชื่อมั่นของชุมชนต่อบทบาทการดูแลแบบทีมสุขภาพ

มาตรการจัดการความเสี่ยงได้กำหนดกลไกเชิงระบบ ได้แก่ การทำความร่วมมือกับสถาบันพี่เลี้ยงด้านแพทยศาสตรศึกษาและกิจกรรมบำบัด แผนพัฒนาอาจารย์หลายเส้นทางทั้งรูปแบบ joint appointment และ clinical educator ระบบกำกับโครงการแบบ milestone การสำรองงบประมาณสำหรับครุภัณฑ์ที่

จำเป็น การพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการประเมินสมรรถนะฟื้นฟู และกลไกสื่อสารสาธารณะกับชุมชน เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพการผลิตบัณฑิตทั้งสองสาขาและความต่อเนื่องของบริการ

3.6 การวิเคราะห์ SWOT/TOWS

ผลการวิเคราะห์ SWOT ชี้ว่าจุดแข็งของมหาวิทยาลัยคือฐานคณะด้านสุขภาพที่ครบวงจร ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมที่รองรับการรักษาและการฟื้นฟู และเครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีความพร้อมเป็นแหล่งฝึกหัด จุดอ่อนสำคัญคือประสบการณ์การจัดการศึกษาชั้นคลินิกที่ยังอยู่ระยะเริ่มต้น จำนวนอาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัดที่ยังไม่เพียงพอต่อการกิจ และระบบประกันคุณภาพที่ต้องพัฒนาให้สอดคล้องมาตรฐานสากล

โอกาสเชิงยุทธศาสตร์เกิดจากนโยบายรัฐด้านระบบปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการสนับสนุนการผลิตกำลังคนสุขภาพในพื้นที่ ขณะที่ภัยคุกคามคือการแข่งขันแย่งชิงบุคลากร มาตรฐานวิชาชีพที่เข้มงวด และความผันผวนของงบประมาณสาธารณะ การประยุกต์กรอบ TOWS นำไปสู่ทิศทางยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ กลยุทธ์ SO การยกระดับเวชศาสตร์ครอบครัวควบคู่บริการกิจกรรมบำบัด กลยุทธ์ WO การพัฒนาอาจารย์สองสาขาและระบบคุณภาพ กลยุทธ์ ST การสร้างเครือข่ายแหล่งฝึกหัด และกลยุทธ์ WT การบริหารความเสี่ยงและการลงทุนตามลำดับความจำเป็น

3.7 ข้อมูลกำลังคนแพทย์และความต้องการบริการสุขภาพพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูลกำลังคนในพื้นที่ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทยพบว่าสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ขณะเดียวกันโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้อัตราผู้มีข้อจำกัดด้านการทำกิจกรรมและความต้องการบริการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรกิจกรรมบำบัด ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเชิงระบบในการผลิตกำลังคนสองสาขาที่มีความผูกพันกับพื้นที่ สามารถทำงานแบบทีมดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการติดตามผลในชุมชน แผนยุทธศาสตร์จึงกำหนดขนาดการผลิตและรูปแบบการฝึกหัดที่สอดคล้องกับภาระโรคและโครงสร้างประชากรของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3.8 ชีตความสามารถของมหาวิทยาลัยและเครือข่ายแหล่งฝึก

มหาวิทยาลัยทักษิณมีศักยภาพเชิงสถาบันจากคณะด้านสุขภาพที่หลากหลาย บุคลากรสหวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวม และเครือข่ายโรงพยาบาลหลัก-สมทบในจังหวัดพัทลุงและกระบี่ ซึ่งเอื้อต่อการจัดการศึกษาชั้นคลินิก การฝึกกิจกรรมบำบัด การวิจัยเชิงพื้นที่ และการให้บริการแบบบูรณาการ การบริหารทรัพยากรร่วมระหว่างคณะและเครือข่ายทำให้สามารถพัฒนาสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพสองสาขาได้ตามมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการระบบปฐมภูมิของพื้นที่

3.9 ความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์

ผลการวิเคราะห์บริบทที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณด้านนวัตกรรมสังคมและสุขภาพชุมชน ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นฐานเหตุผลเชิงระบบในการกำหนดยุทธศาสตร์การผลิตแพทย์และกิจกรรมบำบัดระยะ 5 ปี ให้เชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาพื้นที่อย่างยั่งยืน

3.10 การบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณด้านกำลังคนและภาระโรค

การกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ตั้งอยู่บนหลักการวางแผนเชิงประจักษ์ (evidence-based planning) โดยบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ฐานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสถิติประชากรและภาระโรคของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่พัทลุง-กลุ่มอ่าวไทย และข้อมูลด้านการศึกษาของมหาวิทยาลัย ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ครอบคลุมอัตราส่วนแพทย์และบุคลากรฟื้นฟูต่อประชากร สัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปริมาณการส่งต่อผู้ป่วย อัตราการครองเตียง ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนปริมาณบริการฟื้นฟูและระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)

หลักฐานเชิงระบบสะท้อนว่าประเทศไทยยังเผชิญปัญหาการขาดแคลนและการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่สมดุล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและโรงพยาบาลระดับรอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาและความสามารถในการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ขณะเดียวกันโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้ความต้องการบริการฟื้นฟูและการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง แต่กำลังคนด้านกิจกรรมบำบัดและวิชาชีพฟื้นฟูยังมีจำนวนจำกัด ไม่สอดคล้องกับภาระโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ปรากฏการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่าง “ความจำเป็นของระบบสุขภาพในพื้นที่” กับ “กำลังคนที่มีอยู่” ทั้งในมิติการรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การวิเคราะห์แนวโน้มระยะ 5–10 ปีจึงถูกนำมาใช้กำหนดขนาดการผลิตกำลังคนสองสาขาหลักของคณะ ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) รวมถึงการออกแบบศักยภาพแหล่งฝึกที่สามารรองรับการดูแลแบบสหวิชาชีพ ตั้งแต่การรักษาระยะเฉียบพลัน การดูแลต่อเนื่อง จนถึงการฟื้นฟูในชุมชน ผลการวิเคราะห์นำไปสู่กรอบการลงทุนด้านห้องปฏิบัติการฟื้นฟู ระบบติดตามผลลัพธ์การทำการกิจกรรม และการพัฒนาบุคลากรสนับสนุน เพื่อให้การจัดการศึกษาสอดคล้องกับภาระโรคและความต้องการบริการของพื้นที่อย่างแท้จริง

แนวคิดการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยทักษิณจึงมิได้มุ่งเพิ่มจำนวนแพทย์เพียงอย่างเดียว หากมุ่งสร้าง “ทีมสุขภาพเพื่อชุมชน” ที่เชื่อมการรักษากับการฟื้นฟูและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักกิจกรรมบำบัดเป็นกำลังหลักของระบบ การออกแบบยุทธศาสตร์ในลักษณะ

นี้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติด้านการพัฒนาระบบปฐมนิเทศ การดูแลผู้สูงอายุ และการลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกพื้นที่

3.11 การเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับเกณฑ์แพทยสภาและ WFME (Mapping)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้กำหนดให้มีการเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์บริบทเชิงยุทธศาสตร์กับมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสากลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การพัฒนาคณะมีความสอดคล้องกับเกณฑ์แพทยสภา 6 ด้าน กรอบคุณภาพการศึกษาของ WFME และมาตรฐานวิชาชีพของหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) โดยนำข้อมูลภาระโรค โครงสร้างประชากร และความต้องการบริการสุขภาพของพื้นที่มาใช้กำหนดสมรรถนะบัณฑิตทั้งสองสาขาให้มุ่งเน้นเวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ผลการวิเคราะห์ช่องว่างถูกนำไปกำหนดโครงสร้างหลักสูตรแบบ Outcome-based Education ระบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและทักษะฟื้นฟู ตลอดจนแผนพัฒนาอาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัดให้มีคุณวุฒิและสมรรถนะตามเกณฑ์รับรอง นอกจากนี้ ข้อมูลด้านเทคโนโลยีและศักยภาพแหล่งฝึกถูกใช้กำหนดการลงทุน Simulation Center ห้องปฏิบัติการฟื้นฟู ระบบสารสนเทศการศึกษา และโครงสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลหลัก-สมทบ เพื่อรองรับการเรียนการสอนของทั้งสองหลักสูตร พร้อมทั้งพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในตามแนวทาง WFME และมาตรฐานวิชาชีพ กิจกรรมบำบัด การดำเนินการดังกล่าวทำให้ประเด็นยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดของคณะมีความสอดคล้องกับข้อกำหนดของสภาวิชาชีพและสามารถตรวจสอบได้อย่างเป็นรูปธรรม

3.12 กลไก Traceability และการใช้หลักฐานในการตัดสินใจ

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดกลไกการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบายตั้งอยู่บนฐานหลักฐานอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกำลังคนสุขภาพ ภาระโรค ผลลัพธ์การรักษาและการฟื้นฟู ความพร้อมแหล่งฝึก และทรัพยากรการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม ได้แก่ PESTEL, Five Forces, Stakeholder, Gap, Risk และ SWOT/TOWS เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการผลิตแพทย์และนักกิจกรรมบำบัด การพัฒนาอาจารย์ การจัดการแหล่งฝึก ระบบข้อมูล และการบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ถูกถ่ายทอดสู่การกำหนดโครงการ ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายที่เชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้กับผลลัพธ์ด้านบริการและการฟื้นฟู พร้อมระบบติดตามประเมินผลรายไตรมาสและการทบทวนแผนประจำปี แนวทางดังกล่าวทำให้แผนยุทธศาสตร์ของคณะตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีใช้อาศัยดุลยพินิจเชิงบริหารเพียงลำพัง อีกทั้งเอื้อต่อการกำกับคุณภาพตามเกณฑ์แพทยสภา WFME และมาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัดอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

ส่วนที่ 4

ทิศทางเชิงยุทธศาสตร์

4.1 วิสัยทัศน์

คณะแพทยศาสตร์ชั้นนำด้านนวัตกรรมสังคมทางสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างยั่งยืน

A leading Faculty of Medicine in health-related social innovation and community health system development for sustainable quality of life

4.2 พันธกิจ

1) **การพัฒนากำลังคนทางการแพทย์และสุขภาพ** จัดการศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนทางการแพทย์และสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเน้นการผลิตแพทย์ที่มีสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบคลุมและการดูแลสุขภาพชุมชน สามารถบูรณาการองค์ความรู้จากแพทย์สมัยใหม่ แพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และมิติทางสังคมเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้บัณฑิตเข้าใจมนุษย์ทั้งในมิติชีวภาพ จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม พร้อมทั้งมีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกเพื่อสังคม

2) **การวิจัยและนวัตกรรมสังคมทางสุขภาพ** พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมที่เชื่อมโยงความรู้ทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศาสตร์ทางสังคม เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต สังคมพหุวัฒนธรรม และความเสี่ยงด้านสุขภาพ ต่อยอดสู่การพัฒนานโยบายและนวัตกรรมสุขภาพที่ใช้ประโยชน์ได้จริงในชุมชน

3) **การบริการทางการแพทย์และบริการสุขภาพแก่ชุมชน** สนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์และการบริการสุขภาพแก่ชุมชนผ่านศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมของมหาวิทยาลัย โดยผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และองค์ความรู้ทางสังคม เพื่อให้บริการที่ตอบโจทย์บริบทท้องถิ่น ควบคู่กับการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติคุณภาพสูงสำหรับนิสิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

4) **ด้านการบริการวิชาการ และการถ่ายทอดองค์ความรู้** บริการวิชาการแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับ ความจำเป็นของสังคม ชุมชน และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

4.3 ค่านิยมองค์กร

คณะแพทยศาสตร์กำหนดค่านิยมองค์กรภายใต้แนวคิด “TSU-MEDIC” เพื่อเป็นกรอบพฤติกรรมและ วัฒนธรรมของบุคลากรและนิสิตทุกสาขาวิชาชีพ ดังนี้

ค่านิยมองค์กร TSU-MEDIC

T – Teamwork with Interprofessional Collaboration การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาขาวิชาชีพต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เคารพบทบาทของกันและกัน และร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม

S – Social Innovation in Health นวัตกรรมสุขภาพเพื่อสังคม ส่งเสริมการสร้างสรรค์องค์ความรู้ เทคโนโลยี และแนวคิดใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชนอย่างยั่งยืน

U – Unity ความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียว ยึดมั่นในการทำงานร่วมกันด้วยความเข้าใจ เคารพความหลากหลาย และสร้างพลังความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

M – Morality คุณธรรมและจริยธรรมวิชาชีพ ปฏิบัติงานด้วยความถูกต้องตามหลักคุณธรรม จริยธรรมทางการแพทย์ และจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยยึดประโยชน์ของผู้ป่วยและสังคมเป็นสำคัญ

E – Excellence ความเป็นเลิศทางวิชาการและวิชาชีพ มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพการศึกษา การวิจัย และการบริการทางการแพทย์ให้มีมาตรฐานสูง สร้างองค์ความรู้และบริการที่เป็นเลิศ

D – Dedication ความทุ่มเทเพื่อผู้ป่วยและสังคม ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ มุ่งมั่น และรับผิดชอบต่อหน้าที่ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ชุมชน และระบบสุขภาพ

I – Integrity ความซื่อสัตย์และความโปร่งใส ยึดมั่นในความถูกต้อง ซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใส และรับผิดชอบต่อวิชาชีพและสังคม

C – Compassion / Community เมตตากรุณาและความรับผิดชอบต่อชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เอื้ออาทร และคำนึงถึงบริบทของครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพของสังคม

4.4 อัตลักษณ์องค์กร

“กำลังคนสุขภาพเพื่อชุมชน คุณธรรม นวัตกรรมสังคม”

คำอธิบาย

อัตลักษณ์ดังกล่าวสะท้อนเป้าหมายการผลิตบัณฑิตทั้งสาขาแพทยศาสตร์และกิจกรรมบำบัดให้มีจิตสำนึกรับใช้สังคม ยึดมั่นจริยธรรมวิชาชีพ และใช้ความรู้ทางการแพทย์และการฟื้นฟู สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อระบบสุขภาพของชุมชนและประเทศ

4.5 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives: SO)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ กำหนดขึ้นเพื่อขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และอัตลักษณ์ของสถาบันให้บรรลุผลอย่างเป็นระบบ โดยตั้งอยู่บนบริบทปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ความต้องการกำลังคนด้านการรักษาและการฟื้นฟู มาตรฐานแพทยสภา มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบคุณภาพสากล WFME ประกอบด้วย 5 วัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

SO1 การยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาสหวิชาชีพ (Excellence in Interprofessional Health Education) พัฒนาระบบการจัดการศึกษาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ให้เป็นไปตามมาตรฐานสภาวิชาชีพและ WFME ครอบคลุมการออกแบบหลักสูตรแบบผลลัพธ์เป็นฐาน การประเมินสมรรถนะทางคลินิกและการฟื้นฟู การพัฒนาอาจารย์ และระบบสนับสนุนการเรียนรู้ เพื่อสร้างบัณฑิตที่มีสมรรถนะ คุณธรรม และความพร้อมต่อการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

SO2 การผลิตกำลังคนสุขภาพที่ตอบสนองบริบทพื้นที่ (Area-Responsive Health Workforce Development) ผลิตแพทย์และนักกิจกรรมบำบัดที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับภาระโรค โครงสร้างประชากร และบริบทสังคมวัฒนธรรม โดยมุ่งเน้นเวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการทำงานแบบสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มการคงอยู่ของกำลังคนในพื้นที่และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการ

SO3 การพัฒนาแหล่งฝึกและบริการแบบองค์รวม (Integrated Clinical Training and Service Development) ยกระดับศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมและเครือข่ายโรงพยาบาลหลัก-สมทบให้เป็นฐานการเรียนรู้ การรักษา และการฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน มีระบบความปลอดภัยผู้ป่วย คุณภาพการดูแล และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตทั้งสองสาขา

SO4 การสร้างองค์ความรู้และการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Research and Evidence-Based System Development) ส่งเสริมการวิจัยเชิงพื้นที่ นวัตกรรมสังคมทางสุขภาพ และพัฒนาฐานข้อมูลผลลัพธ์การรักษาและการฟื้นฟู เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การจัดบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

SO5 การเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความยั่งยืนขององค์กร (Governance and Organizational Sustainability) พัฒนากลไกบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีระบบประกันคุณภาพที่สอดคล้อง WFME และมาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด พร้อมการบริหารทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และเครือข่ายร่วมผลิตอย่างคุ้มค่า เพื่อความยั่งยืนของคณะในระยะยาว

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ทั้ง 5 ข้อมีความเชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MEDCARE และสมรรถนะหลักขององค์กร ทำให้การดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของระบบสุขภาพและข้อกำหนดของสภาวิชาชีพได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.5 สมรรถนะหลักขององค์กร (Core Competency)

คณะแพทยศาสตร์กำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรเพื่อเป็นฐานการพัฒนาการศึกษา การวิจัย และการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์การเป็นสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพเพื่อชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้เกิดความสามารถสำคัญ ดังนี้

T – Transformative Knowledge Integration บูรณาการองค์ความรู้ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม

S – Social Accountability & Ethics ความรับผิดชอบต่อสังคม คำนึงถึงเพื่อนมนุษย์ บริการด้วยหัวใจ และรับผิดชอบต่อชุมชน

U – Unlimited Lifelong Learning การเรียนรู้ไม่สิ้นสุดตลอดชีวิต พัฒนาตนเองและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืนของสังคม

สมรรถนะหลักดังกล่าวเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อสร้างศักยภาพองค์กรให้สามารถผลิตบัณฑิตและให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สอดคล้องมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

4.6 ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Strategic Challenges: SC)

SC1 การพัฒนาและธำรงรักษาอาจารย์สองสาขาวิชาชีพ ภาวะขาดแคลนอาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัดในระดับประเทศ ทำให้การสรรหาบุคลากรที่มีคุณวุฒิด้านการสอนทางคลินิกและการฟื้นฟูมีความท้าทาย คณะจำเป็นต้องสร้างระบบจูงใจ เส้นทางความก้าวหน้า และกลไกความร่วมมือกับสถาบันพี่เลี้ยง เพื่อพัฒนาศักยภาพอาจารย์อย่างต่อเนื่อง

SC2 การยกระดับแหล่งฝึกให้ได้มาตรฐานสากล โรงพยาบาลและหน่วยบริการในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นระดับชุมชน มีข้อจำกัดด้านเคสเฉพาะทาง ครูแพทย์ และระบบคุณภาพ การพัฒนาให้สอดคล้องเกณฑ์แพทยสภา WFME และมาตรฐานกิจกรรมบำบัดต้องอาศัยการลงทุน ระบบกำกับคุณภาพ และการร่วมผลิตกับเครือข่าย

SC3 ข้อจำกัดทรัพยากรและความยั่งยืนทางการเงิน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือการแพทย์ และฟื้นฟู Simulation และระบบข้อมูลต้องใช้งบประมาณสูง ภายใต้กรอบงบประมาณจำกัด จำเป็นต้องบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและสร้างรูปแบบความร่วมมือหลายภาคส่วน

SC4 การเปลี่ยนผ่านสู่สุขภาพดิจิทัล เทคโนโลยีการแพทย์ดิจิทัล ระบบข้อมูลผลลัพธ์การรักษา-ฟื้นฟู และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดรูปแบบการเรียนรู้และบริการใหม่ คณะต้องพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีและการสอนสมัยใหม่ให้ทันต่อมาตรฐานที่เปลี่ยนแปลง

SC5 ความคาดหวังสังคมต่อบทบาทสหวิชาชีพ ประชาชนคาดหวังการยกระดับบริการรักษาและการฟื้นฟูในพื้นที่อย่างมีคุณภาพ การบริหารความคาดหวังและการสื่อสารเชิงนโยบายจึงเป็นประเด็นสำคัญ

4.7 ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (Strategic Advantages: SA)

SA1 ที่ตั้งเชิงยุทธศาสตร์ในพื้นที่ขาดแคลนกำลังคนสุขภาพ พื้นที่พัทลุง-อ่าวไทยมีความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการฟื้นฟูสูง ทำให้คณะมีบทบาทชัดเจนและได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนท้องถิ่น

SA2 ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมของมหาวิทยาลัย การบูรณาการการรักษา การฟื้นฟู และแพทย์แผนไทยเป็นฐานบริการและการเรียนรู้ที่แตกต่าง สอดคล้องอัตลักษณ์ด้านการดูแลชุมชน

SA3 ฐานสหวิชาชีพด้านสุขภาพ การมีคณะพยาบาลศาสตร์ สหเวชศาสตร์ และศาสตร์สุขภาพอื่นเป็นทุนเดิม เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม

SA4 เครือข่ายร่วมผลิตที่เข้มแข็ง ความร่วมมือกับโรงพยาบาลหลัก-สมทบ สสจ. และองค์กรท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญของการผลิตบัณฑิต การวิจัยเชิงพื้นที่ และบริการสุขภาพ

SA5 ความสอดคล้องนโยบายชาติ เป้าหมายการพัฒนาปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาฯ ทำให้มีฐานสนับสนุนเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง

ส่วนที่ 5

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยทักษิณ ปี พ.ศ. 2569–2573

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาวิชาชีพตามมาตรฐานสากล

เป้าหมายยุทธศาสตร์

ยกระดับระบบการจัดการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ให้เป็นไปตามมาตรฐานแพทยสภา มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และกรอบ WFME โดยผู้เรียนมีสมรรถนะพร้อมปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และทำงานวิชาชีพได้จริง

ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI)

- หลักสูตรทั้งสองได้รับการรับรองตามเกณฑ์สภาวิชาชีพ
- ผู้เรียนบรรลุสมรรถนะตาม EPA/มาตรฐานกิจกรรมบำบัด $\geq 90\%$
- ผลประเมินความพร้อมปฏิบัติงานจากแหล่งฝึก $\geq 4.00/5$
- ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต $\geq 85\%$

กลยุทธ์และตัวชี้วัด

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
1) พัฒนาหลักสูตรแบบผลลัพธ์เป็นฐาน	ออกแบบหลักสูตรสองสาขาคตาม OBE จัดทำ Curriculum Mapping เชื่อม PLO–CLO–EPA และพัฒนารายวิชา ร่วมสหวิชาชีพ	- หลักสูตรรับรอง 100%– Mapping ครอบคลุม $\geq 95\%$ -- รายวิชาร่วม ≥ 2
2) ประเมินสมรรถนะ EPA–OSCE	กำหนด EPA แพทย์และกรอบ สมรรถนะกิจกรรมบำบัด จัด OSCE/Practical และใช้ตัวชี้วัด ADL/Participation	- EPA ≥ 10 - OSCE ≥ 2 ครั้ง/ปี - ใช้ ADL $\geq 80\%$
3) พัฒนาอาจารย์เป็น Clinical Educator	อบรม OBE การประเมิน การให้ feedback ยกระดับ preceptor และระบบ mentoring	- อบรม $\geq 80\%$ - preceptor รับรอง $\geq 70\%$ - portfolio $\geq 90\%$
4) พัฒนาศูนย์ทักษะ	ยกระดับ Simulation Center และ OT Lab รองรับฝึกก่อนลงพื้นที่	- ศูนย์มาตรฐาน ≥ 1 - วิชาใช้ simulation $\geq 60\%$

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
		- พึงพอใจ ≥ 4.0
5) ฟीडแบ็กและ Feedback 360°	จัดฟีดแบ็กแหล่งฝึก นิเทศ และ feedback 360° เชื่อม ILP	- ฟีดแบ็กครบ 100% - feedback ภาควิชา 1 ครั้ง - บรรลุสมรรถนะ $\geq 90\%$

คำอธิบายกลยุทธ์

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 1	มุ่งวางรากฐานคุณภาพหลักสูตรทั้งสองสาขาให้ยึดผลลัพธ์ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การทำ Curriculum Mapping ช่วยให้เห็นความครอบคลุมสมรรถนะตามเกณฑ์วิชาชีพ และรายวิชาร่วมสหวิชาชีพจะสร้างทักษะทำงานเป็นทีมตั้งแต่ระยะต้น
กลยุทธ์ที่ 2	เน้นระบบประเมินที่สะท้อนการปฏิบัติงานจริง EPA และ OSCE ใช้วัดความพร้อมแพทย์ ส่วน ADL/Participation ใช้วัดผลลัพธ์การฟื้นฟูของกิจกรรมบำบัด ทำให้การประเมินเชื่อมกับคุณภาพบริการ
กลยุทธ์ที่ 3	ยกระดับบทบาทอาจารย์ให้เป็นครูคลินิกที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วเครือข่าย การพัฒนา preceptor และ portfolio ทำให้การสอนในแหล่งฝึกมีความต่อเนื่องและตรวจสอบได้
กลยุทธ์ที่ 4	ศูนย์ทักษะและห้องฟื้นฟูเป็นกลไกสำคัญลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เพิ่มความพร้อมผู้เรียน ก่อนปฏิบัติจริง และเป็นฐานการประเมิน OSCE
กลยุทธ์ที่ 5	ระบบฟีดแบ็กและ feedback 360° สร้างการเรียนรู้รายบุคคล เชื่อมกับแผนพัฒนาผู้เรียน และการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยง

ความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สนับสนุน

- SO1 การยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษา
- SO2 การผลิตกำลังคนตอบสนองความต้องการพื้นที่
- SO5 การเสริมสร้างระบบบริหารและการประกันคุณภาพ

โดยอาศัย

- SA3 ฐานคณะด้านสุขภาพและสหวิชาชีพ
- SA4 เครือข่ายโรงพยาบาลร่วมผลิต
- SA5 ความสอดคล้องกับนโยบายชาติด้านคุณภาพการศึกษา

สอดคล้องกับค่านิยม MEDCARE ด้าน Moral & Professional Ethics และ Excellence in Interprofessional Collaboration และสนับสนุนสมรรถนะหลักด้านการจัดการเรียนรู้เชิงสมรรถนะและการดูแลแบบสหวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การผลิตกำลังคนสุขภาพเพื่อตอบสนองระบบปฐมภูมิและการฟื้นฟูชุมชน

เป้าหมายยุทธศาสตร์

ผลิตบัณฑิตแพทย์และบัณฑิตกิจกรรมบำบัดที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับภาระโรคและโครงสร้างประชากรของพื้นที่ สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูชุมชนได้จริง มีจิตสำนึกเพื่อสังคม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และทำงานร่วมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI)

- อัตราการคงอยู่ของบัณฑิตในพื้นที่ภาคใต้ $\geq 60\%$ ภายใน 3 ปีหลังสำเร็จการศึกษา
- ผลประเมินสมรรถนะด้านปฐมภูมิ/การฟื้นฟูจากแหล่งฝึก $\geq 4.00/5$
- จำนวนโครงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม ≥ 10 โครงการ/ปี
- ความพึงพอใจของชุมชนและหน่วยบริการต่อบทบาทผู้เรียน $\geq 85\%$
- สัดส่วนผู้เรียนที่ผ่าน EPA ด้านปฐมภูมิและการฟื้นฟู $\geq 90\%$

กลยุทธ์และตัวชี้วัด

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
1) พัฒนาการเรียนรู้พื้นฐานชุมชน	จัดการเรียนการสอนที่ใช้โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยปฐมภูมิเป็นฐาน เน้นเวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูต่อเนื่อง	- รายวิชาชุมชน ≥ 3 รายวิชา/หลักสูตร - ผู้เรียนฝึกในหน่วยปฐมภูมิ ≥ 12 สัปดาห์
2) บูรณาการการดูแลต่อเนื่อง	พัฒนาระบบ case-based learning และ care pathway ร่วมแพทย์-กิจกรรมบำบัด ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน	- มี care pathway ร่วม ≥ 5 ประเด็นโรค - ผู้เรียนร่วมดูแล $\geq 80\%$
3) เสริมสมรรถนะเวชศาสตร์ครอบครัวและฟื้นฟู	จัดโมดูลทักษะการจัดการโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ และการประเมิน ADL	- โมดูลเฉพาะ ≥ 4 โมดูล - ผ่านการประเมิน $\geq 90\%$
4) พัฒนาโครงการบริการวิชาการเรียนรู้รับใช้สังคม	จัดโมดูลทักษะการจัดการโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ และการประเมิน ADL	- โครงการ ≥ 8 โครงการ/ปี - ชุมชนเข้าร่วม ≥ 500 คน

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
5) กลไกติดตามบัณฑิตและความต้องการพื้นที่	จัดระบบ alumni tracking และฐานข้อมูลความต้องการกำลังคน	- รายงานติดตามปีละ 1 ฉบับ - ใช้ข้อมูลปรับหลักสูตรทุกปี

คำอธิบายกลยุทธ์

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 1	มุ่งทำให้ “ชุมชนเป็นห้องเรียนหลัก” ผู้เรียนทั้งสองสาขาได้ฝึกในบริบทจริง เห็นปัญหาสุขภาพระดับครัวเรือน เรียนรู้การทำงานร่วมกับ อสม. รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความผูกพันกับพื้นที่
กลยุทธ์ที่ 2	การบูรณาการ care pathway ทำให้ผู้เรียนเข้าใจการดูแลแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษา การฟื้นฟู การปรับสิ่งแวดล้อม จนถึงการติดตามที่บ้าน เป็นจุดเชื่อมแพทย์-กิจกรรมบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม
กลยุทธ์ที่ 3	เน้นสมรรถนะที่พื้นที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ NCDs สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ และการฟื้นฟู ADL เพื่อให้บัณฑิตสามารถทำงานได้ทันทีหลังสำเร็จการศึกษา
กลยุทธ์ที่ 4	Service learning ทำให้การเรียนรู้เชื่อมกับประโยชน์ต่อสังคมจริง เสริมค่านิยม MEDCARE ด้าน Community Engagement และ Accountability
กลยุทธ์ที่ 5	ระบบติดตามบัณฑิตและความต้องการกำลังคนเป็นกลไกป้อนกลับเชิงข้อมูล ทำให้การผลิตกำลังคนยืดหยุ่นและตอบโจทย์พื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สนับสนุน

- SO2 การพัฒนากำลังคนตอบโจทย์ระบบสุขภาพพื้นที่
- SO3 การพัฒนาแหล่งฝึกคุณภาพ
- SO4 การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

โดยอาศัย

- SA1 ที่ตั้งเชิงยุทธศาสตร์ในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์
- SA2 ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวม
- SA4 เครือข่ายองค์กรท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิ

สอดคล้องกับค่านิยม MEDCARE ด้าน Community Engagement และ Empathy & Patient-Centeredness และสนับสนุนสมรรถนะหลักด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการฟื้นฟูชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การวิจัย และนวัตกรรมเพื่อขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน

เป้าหมายยุทธศาสตร์

พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและศักยภาพการวิจัยของคณะให้เป็นกลไกสนับสนุนการเรียนการสอน การตัดสินใจเชิงนโยบาย และการยกระดับบริการปฐมภูมิ-การฟื้นฟูชุมชน โดยมุ่งสร้างองค์ความรู้ที่ตอบโจทย์ภาระโรคของพื้นที่ เกิดนวัตกรรมที่ใช้ได้จริง และเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลระหว่างมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และองค์กรท้องถิ่น

ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI)

- มีระบบคลังข้อมูลสุขภาพเพื่อการศึกษาและวิจัยที่ใช้งานจริง ≥ 1 ระบบ
- ผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่นำไปใช้ในพื้นที่ ≥ 10 เรื่องต่อปี
- บทความวิจัยตีพิมพ์ระดับชาติ/นานาชาติ ≥ 20 เรื่องต่อปี
- รายงานวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนการวางแผนระบบสุขภาพ ≥ 2 ฉบับต่อปี
- ผู้เรียนมีส่วนร่วมงานวิจัยหรือโครงการนวัตกรรม $\geq 80\%$

กลยุทธ์และตัวชี้วัด

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
1) จัดตั้งคลังข้อมูลสุขภาพพื้นที่	พัฒนาระบบ Health Data Platform เชื่อมข้อมูลปฐมภูมิ-โรงพยาบาล เพื่อการเรียนการสอนและวิจัย	- มีแพลตฟอร์มใช้งาน ≥ 1 ระบบ - หน่วยบริการเชื่อมต่อ ≥ 10 แห่ง
2) พัฒนางานวิจัยเชิงพื้นที่	สนับสนุนวิจัย NCDs ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และการฟื้นฟูที่ตอบโจทย์ อ่าวไทย	- โครงการวิจัย ≥ 15 /ปี - ใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย ≥ 5 เรื่อง
3) สร้างนวัตกรรมบริการ	พัฒนาเครื่องมือดูแลต่อเนื่อง โปรแกรมฟื้นฟู และดิจิทัลสุขภาพ	- นวัตกรรมต้นแบบ ≥ 5 ชิ้น/ปี - นำใช้จริง ≥ 3 ชิ้น
4) พัฒนาศักยภาพวิจัย อาจารย์-นิสิต	อบรมระเบียบวิธีวิจัย จริยธรรม และ การใช้ข้อมูล	- อาจารย์ผ่านอบรม $\geq 80\%$ - นิสิตทำ mini-research $\geq 90\%$
5) เครือข่ายวิจัยและ จริยธรรมข้อมูล	ตั้งกลไกความร่วมมือและระบบกำกับ PDPA/ethics	- MOU วิจัย ≥ 8 แห่ง - ผ่านตรวจสอบจริยธรรม 100%

คำอธิบายกลยุทธ์

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 1	คลังข้อมูลสุขภาพเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญสำหรับการเรียนรู้เชิงหลักฐาน ช่วยให้ ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์จริง และสนับสนุนการวางแผนกำลังคนแพทย์- กิจกรรมบำบัดของพื้นที่
กลยุทธ์ที่ 2	มุ่งสร้างงานวิจัยที่ตอบปัญหาหลักของชุมชน เช่น NCDs ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และ ผลลัพธ์การฟื้นฟู เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่นำไปใช้ได้ทันที
กลยุทธ์ที่ 3	การสร้างนวัตกรรมบริการ เช่น โปรแกรมติดตามผู้ป่วย เครื่องมือประเมิน ADL หรือ digital rehabilitation จะยกระดับคุณภาพบริการและเป็นแหล่งเรียนรู้ของผู้เรียน
กลยุทธ์ที่ 4	การพัฒนาศักยภาพวิจัยทำให้อาจารย์และนิสิตมีทักษะคิดเชิงระบบ ใช้ข้อมูลตัดสินใจ และสร้างวัฒนธรรม evidence-based practice
กลยุทธ์ที่ 5	เครือข่ายวิจัยและการกำกับจริยธรรมข้อมูลสร้างความเชื่อมั่น ความปลอดภัยของข้อมูล และความยั่งยืนของความร่วมมือระหว่างสถาบัน
ความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 สนับสนุน • SO4 การสร้างงานวิจัยและการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ • SO2 การพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่ • SO5 การบริหารจัดการบนฐานหลักฐาน โดยอาศัย • SA2 ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมเป็นฐานข้อมูลบริการ • SA4 เครือข่ายโรงพยาบาลและแหล่งฝึก • SA5 นโยบายสุขภาพดิจิทัลและการขับเคลื่อนประเทศด้วยข้อมูล สอดคล้องกับค่านิยม MEDCARE ด้าน Research & Evidence-Based Practice และ Accountability และสนับสนุนสมรรถนะหลักด้านการใช้ข้อมูลและงานวิจัยเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายแหล่งฝึกเพื่อความยั่งยืน

เป้าหมายยุทธศาสตร์

ยกระดับศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมและเครือข่ายโรงพยาบาลหลัก-สมทบให้เป็นฐานบริการและแหล่งฝึกที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและความปลอดภัย สามารถรองรับการจัดการศึกษาทั้งหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ควบคู่กับการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI)

- ศูนย์การแพทย์และแหล่งฝึกผ่านการประเมินมาตรฐาน $\geq 100\%$
- อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ $\geq 85\%$
- อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (Serious Adverse Event) ลดลงต่อเนื่อง
- จำนวนครั้งบริการสุขภาพแบบองค์รวม $\geq 20,000$ ครั้งต่อปี
- แหล่งฝึกร่วมผลิตเพิ่มขึ้น ≥ 20 แห่ง ภายใน 5 ปี

กลยุทธ์และตัวชี้วัด

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
1) ยกระดับศูนย์การแพทย์แบบองค์รวม	พัฒนาระบบบริการรักษา-ฟื้นฟูแบบบูรณาการ รองรับแพทยศาสตร์และกิจกรรมบำบัด	- บริการครอบคลุม ≥ 5 คลินิกหลัก - Patient satisfaction $\geq 85\%$
2) พัฒนาเครือข่ายแหล่งฝึกร่วมผลิต	จัดระบบโรงพยาบาลหลัก-สมทบ พร้อมมาตรฐานการสอนและความปลอดภัยผู้ป่วย	- MOU ≥ 10 ฉบับ - แหล่งฝึกผ่านประเมิน 100%
3) ระบบคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย	จัดทำ Clinical Governance และระบบรายงานเหตุการณ์	- มีระบบ incident report ≥ 1 ระบบ - ผ่าน HA/มาตรฐานเทียบเท่า
4) พัฒนาบริการเฉพาะทางที่จำเป็นต่อพื้นที่	เน้นเวชศาสตร์ครอบครัว ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และการฟื้นฟู	- คลินิกเฉพาะทาง ≥ 4 ด้าน - ลดการส่งต่อ $\geq 10\%$
5) การบริหารทรัพยากรและรายได้บริการอย่างยั่งยืน	จัดรูปแบบบริการร่วมมหาวิทยาลัย-เครือข่าย สร้างรายได้สนับสนุนการศึกษา	- รายได้บริการเพิ่ม $\geq 10\%$ ต่อปี - ต้นทุนต่อหัวลดลงต่อเนื่อง

คำอธิบายกลยุทธ์

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 1	ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมเป็นหัวใจของการเชื่อมพันธกิจการศึกษาและบริการ การพัฒนาให้มีบริการรักษา-ฟื้นฟูครบวงจรช่วยสร้างพื้นที่เรียนรู้คุณภาพและยกระดับการเข้าถึงบริการของประชาชน
กลยุทธ์ที่ 2	เครือข่ายแหล่งฝึกร่วมผลิตเป็นกลไกหลักของการจัดการศึกษาชั้นคลินิกและการฟื้นฟู การกำหนดมาตรฐานเดียวกันช่วยให้คุณภาพการเรียนรู้มีความสม่ำเสมอ

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 3	ระบบ Clinical Governance และ Patient Safety เป็นเงื่อนไขสำคัญของการรับรองสถาบันผลิตแพทย์และกิจกรรมบำบัด และสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชน
กลยุทธ์ที่ 4	การพัฒนาบริการเฉพาะทางที่ตอบโจทย์ภาระโรคพื้นที่ เช่น ผู้สูงอายุ NCDs และการฟื้นฟู จะลดการส่งต่อและเพิ่มศักยภาพระบบปฐมภูมิ
กลยุทธ์ที่ 5	การบริหารทรัพยากรและรายได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยสร้างเสถียรภาพทางการเงินรองรับการลงทุนด้านการศึกษาและคุณภาพบริการในระยะยาว
ความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 4 สนับสนุน • SO3 การพัฒนาแหล่งฝึกคุณภาพ • SO2 การเสริมศักยภาพระบบสุขภาพพื้นที่ • SO5 ความยั่งยืนของระบบบริหารและบริการ โดยอาศัย • SA2 ศูนย์การแพทย์แบบองค์รวม • SA4 เครือข่ายโรงพยาบาลหลัก-สมทบ • SA1 ความต้องการบริการสูงในพื้นที่ สอดคล้องกับค่านิยม MEDCARE ด้าน Accountability และ Excellence in Interprofessional Collaboration และสนับสนุนสมรรถนะหลักด้านเครือข่ายร่วมผลิตและการดูแลแบบองค์รวม	

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างธรรมาภิบาล ความยั่งยืนทางการเงิน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

เป้าหมายยุทธศาสตร์

พัฒนาระบบบริหารจัดการคณะแพทยศาสตร์ให้มีธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีเสถียรภาพทางการเงิน และมีกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง สามารถขับเคลื่อนพันธกิจด้านการศึกษา การวิจัย และการบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI)

- ระบบประกันคุณภาพผ่านการประเมินภายในและภายนอก $\geq 100\%$
- ระดับความผูกพันบุคลากร (Employee Engagement) $\geq 80\%$
- รายได้สนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย $\geq 10\%$ ต่อปี
- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรหลัก $\geq 85\%$

ผ่านการประเมิน ITA/ธรรมาภิบาลในระดับดีขึ้นไปกลยุทธ์และตัวชี้วัด

กลยุทธ์	สาระสำคัญการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดสำคัญ
1) พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล	จัดโครงสร้างบริหารชัดเจน ระบบติดตามผล KPI และรายงานต่อสาธารณะ	- มีแผน KPI ครบทุกหน่วย - รายงานผลประจำปีเผยแพร่ 100%
2) สร้างเสถียรภาพทางการเงินและรูปแบบรายได้ สนับสนุนการศึกษา	พัฒนารายได้จากบริการสุขภาพ งานวิจัย และหลักสูตรระยะสั้น	- รายได้เพิ่ม $\geq 10\%$ ต่อปี - สัดส่วนรายได้สนับสนุน $\geq 30\%$ ของงบดำเนินงาน
3) บริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเชิงระบบ (Talent & Succession)	จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพรายบุคคล ระบบ succession plan และ career path	- มี succession plan $\geq 80\%$ ตำแหน่งสำคัญ - บุคลากรผ่านการพัฒนา $\geq 85\%$
4) ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรตามค่านิยม MEDCARE	สื่อสารค่านิยม จัดกิจกรรมสร้างความผูกพัน และระบบยกย่องเชิดชู	- ระดับ engagement $\geq 80\%$ - กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม ≥ 4 ครั้ง/ปี
5) พัฒนาระบบประกันคุณภาพแบบบูรณาการ	เชื่อม QA การศึกษา บริการ และวิจัย สอดคล้องเกณฑ์แพทยสภา มาตรฐานกิจกรรมบำบัด และ WFME	- ผ่าน internal audit 100% - ไม่มีข้อบกพร่องร้ายแรงในการประเมินภายนอก

คำอธิบายกลยุทธ์

กลยุทธ์	คำอธิบาย
กลยุทธ์ที่ 1	ธรรมาภิบาลเป็นรากฐานของความเชื่อมั่นต่อสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพ การกำหนด KPI และรายงานผลอย่างโปร่งใสช่วยให้การดำเนินงานตรวจสอบได้และสอดคล้องมาตรฐานสภาวิชาชีพ
กลยุทธ์ที่ 2	ความยั่งยืนทางการเงินเป็นเงื่อนไขสำคัญของคณะใหม่ การพัฒนารูปแบบรายได้จากบริการและหลักสูตรต่อเนื่องช่วยลดความเสี่ยงจากงบประมาณภาครัฐ
กลยุทธ์ที่ 3	การพัฒนาบุคลากรและวางแผนผู้สืบทอดตำแหน่งทำให้องค์กรมีเสถียรภาพ ลดความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร และรองรับการเติบโตระยะยาว
กลยุทธ์ที่ 4	ค่านิยม MEDCARE เป็นกลไกสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สะท้อนจริยธรรม ความรับผิดชอบ และการทำงานสหวิชาชีพ
กลยุทธ์ที่ 5	ระบบประกันคุณภาพที่เชื่อมโยงทุกพันธกิจช่วยให้คณะผ่านการรับรองมาตรฐานแพทยสภา มาตรฐานกิจกรรมบำบัด และ WFME อย่างต่อเนื่อง
ความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์	

กลยุทธ์	คำอธิบาย
	ยุทธศาสตร์ที่ 5 สนับสนุน • SO5 การเสริมสร้างระบบบริหารจัดการและประกันคุณภาพ • SO1 การยกระดับคุณภาพการศึกษา • SO3 ความมั่นคงของแหล่งฝึกและบุคลากร โดยอาศัย • SA5 ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ • SA3 ฐานบุคลากรสวิชาชีพ • SA4 เครือข่ายความร่วมมือเชิงระบบ สอดคล้องกับค่านิยม MEDCARE ด้าน Accountability และ Excellence และสนับสนุนสมรรถนะหลักด้านเครือข่ายและการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

ส่วนที่ 6

แผนปฏิบัติการ การกำกับติดตาม และกลไกการขับเคลื่อน

6.1 แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Action Plan)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2569–2573

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาวิชาชีพตามมาตรฐานสากล				
โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
พัฒนาหลักสูตร OBE และ Curriculum Mapping	รองคณบดี ฝ่ายวิชาการ / คณะกรรมการ หลักสูตร	2569–2570 (พัฒนา) ทบทวนทุกปี	2.5	2569: หลักสูตรปรับปรุง แล้วเสร็จ 100% 2570–2573: Mapping ครอบคลุม $\geq 95\%$
โครงการพัฒนาระบบ EPA–OSCE และการประเมิน ADL	งานประกัน คุณภาพ การศึกษา	2570–2573	2.0	จัด OSCE ≥ 2 ครั้ง/ปี EPA ≥ 10 ชุด ผู้เรียนผ่าน $\geq 90\%$
พัฒนา Clinical Educator (อบรมภายใน/ออนไลน์)	งานพัฒนา ทรัพยากร บุคคล	2570–2573	3.0	อาจารย์ผ่านอบรม $\geq 80\%$ Preceptor รับรอง $\geq 70\%$
โครงการจัดตั้ง Simulation Center และ OT Lab	ฝ่ายบริหาร	2570–2573 (ลงทุน)	30.0	2570: ศูนย์แล้วเสร็จ วิชาใช้ simulation $\geq 60\%$
ระบบพี่เลี้ยงและ Feedback 360°	งานกิจการ นิสิต / งาน แหล่งฝึก	2570–2573	1.5	พี่เลี้ยงครบ 100% Feedback ภาคละ 1 ครั้ง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การผลิตกำลังคนสุขภาพเพื่อตอบสนองระบบปฐมภูมิและการฟื้นฟูชุมชน				
โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการเรียนรู้ฐานชุมชน (Community-based Education)	ฝ่ายวิชาการ / เครือข่าย แหล่งฝึก	2570–2573	3.0	ผู้เรียนฝึกปฐมภูมิ ≥ 12 สัปดาห์ รายวิชาชุมชน ≥ 3
โครงการ Care Pathway แพทย์–กิจกรรมบำบัด	ศูนย์ การแพทย์ / คณะกรรมการ วิชาการ	2570–2573	2.5	Care Pathway ≥ 5 โรค หลัก
โครงการเสริมสมรรถนะ NCDs–ผู้สูงอายุ–ฟื้นฟู	งานวิชาการ	2570–2573	2.0	โมดูล ≥ 4 ผู้เรียนผ่าน $\geq 90\%$
โครงการ Service Learning & Health Outreach	งานบริการ วิชาการ	2570–2573	3.0	≥ 8 โครงการ/ปี ชุมชน ≥ 500 คน
ระบบติดตามบัณฑิต (Alumni Tracking System)	งานแผนและ ประกัน คุณภาพ	2570–2573	1.5	รายงานติดตามปีละ 1 ฉบับ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การวิจัย และนวัตกรรม				
โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการจัดตั้ง Health Data Platform	ฝ่ายวิจัย	2570–2571	5.0	ผู้เรียนฝึกปฐมภูมิ ≥ 12 สัปดาห์ รายวิชาชุมชน ≥ 3
โครงการสนับสนุนวิจัยเชิงพื้นที่	ฝ่ายวิจัย	2570–2573	8.0	Care Pathway ≥ 5 โรค หลัก
โครงการพัฒนานวัตกรรม บริการสุขภาพ	ฝ่ายวิจัย	2570–2573	5.0	โมดูล ≥ 4 ผู้เรียนผ่าน $\geq 90\%$
โครงการอบรมวิจัยอาจารย์– นิสิต	ฝ่ายวิจัย	2570–2573	2.5	≥ 8 โครงการ/ปี ชุมชน ≥ 500 คน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การวิจัย และนวัตกรรม

โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการกำกับจริยธรรมและ PDPA	คณะกรรมการ จริยธรรม	2570–2573	1.0	รายงานติดตามปีละ 1 ฉบับ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายแหล่งฝึก

โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการยกระดับศูนย์ การแพทย์แบบองค์รวม	ฝ่ายบริหาร ร่วมกับผอ. ศูนย์ การแพทย์	2570–2573	30.0	บริการ $\geq 20,000$ ครั้ง/ปี
โครงการพัฒนาเครือข่ายแหล่ง ฝึก	ฝ่ายบริหาร	2569–2573	5.0	MOU ≥ 10 ฉบับ
โครงการ Clinical Governance & Patient Safety	ฝ่ายบริหาร	2570–2573	4.0	Incident system ≥ 1 ระบบ
โครงการคลินิกเฉพาะทางพื้นที่	ฝ่ายบริการ วิชาการ	2570–2573	10.0	คลินิก ≥ 4 ด้าน
โครงการเพิ่มรายได้บริการ สุขภาพ	ฝ่ายบริหาร	2570–2573	0.5	รายได้เพิ่ม $\geq 10\%$ /ปี

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างธรรมาภิบาล ความยั่งยืนทางการเงิน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการระบบบริหาร KPI และ Dashboard	งานแผนและ ประกัน คุณภาพ	2570–2573	3.0	Dashboard ใช้งาน 100%

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างธรรมาภิบาล ความยั่งยืนทางการเงิน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร				
โครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ รวม 5 ปี (ลบ.)	KPI รายปี
โครงการพัฒนารูปแบบรายได้ สนับสนุน	ฝ่ายบริหาร	2570–2573	1.0	รายได้ $\geq 10\%$ /ปี
โครงการ Talent & Succession Plan	ฝ่ายบริหาร	2570–2573	3.0	Succession $\geq 80\%$
โครงการสร้างวัฒนธรรม MEDCAR	งานพัฒนา บุคลากร	2570–2573	2.0	Engagement $\geq 80\%$
โครงการประกันคุณภาพบูรณา การ	งานแผนและ ประกัน คุณภาพ	2570–2573	2.0	ผ่านประเมิน EdPEX 200

6.2 กรอบการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ (Monitoring & Evaluation Framework)

การติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2569–2573 กำหนดให้เป็น “ระบบบูรณาการ” ที่เชื่อมโยงเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของคณะกับการดำเนินงานเชิงปฏิบัติการในแต่ละปี โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based management) เป็นกรอบสำคัญ เพื่อให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังตามมาตรฐานสภาวิชาชีพ (แพทยสภา/มาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด) และแนวทางคุณภาพระดับสากล (WFME) ภายใต้บริบทการจัดตั้งคณะใหม่ซึ่งจำเป็นต้องบริหารความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรอย่างรอบคอบ

ในเชิงระบบ กรอบการติดตามและประเมินผลกำหนด “สายการวัดผล” (results chain) อย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับยุทธศาสตร์ไปสู่ระดับโครงการ ได้แก่ (1) เป้าหมายยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI) (2) กลยุทธ์และตัวชี้วัดระดับผลผลิต/ผลสำเร็จของการดำเนินงาน (Output KPI) และ (3) โครงการ/กิจกรรมรายปีและตัวชี้วัดความก้าวหน้า (Process KPI) ทั้งนี้เพื่อให้สามารถติดตามได้ทั้ง “ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน” และ “ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง” และเพื่อให้การตัดสินใจเชิงบริหารสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

(1) วัตถุประสงค์ของการติดตามและประเมินผล

กรอบการติดตามและประเมินผลมีวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1) ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการรายปีให้เป็นไปตาม Roadmap และ Milestone

ที่กำหนด (2) ประเมินผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ระดับยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านคุณภาพการจัดการศึกษา คุณภาพแหล่งฝึก ความพร้อมของผู้เรียน และคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วย (3) สนับสนุนการบริหารจัดการเชิงปรับตัว (adaptive management) เพื่อให้สามารถปรับแผน/จัดสรรทรัพยากร/ปรับมาตรการดำเนินงานได้ทันต่อความเสี่ยงและข้อจำกัดเชิงงบประมาณ และ (4) สร้างความเชื่อมั่นต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานกำกับ โดยเฉพาะแพทยสภาและเครือข่ายแหล่งฝึกร่วมผลิต ผ่านการรายงานผลอย่างโปร่งใสและสม่ำเสมอ

(2) โครงสร้างการกำกับติดตาม (Governance for Monitoring and Evaluation)

คณะกำหนดโครงสร้างการกำกับติดตามและประเมินผลแบบหลายระดับเพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติของ “คณะผลิตกำลังคนสุขภาพ 2 หลักสูตร” และการพึ่งพาเครือข่ายแหล่งฝึก โดยแบ่งบทบาทการกำกับเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับยุทธศาสตร์ (Strategic Oversight) รับผิดชอบโดยคณะกรรมการบริหารคณะ ทำหน้าที่กำกับผลลัพธ์ของยุทธศาสตร์ ติดตาม Outcome KPI รายครึ่งปี/รายปี พิจารณาความก้าวหน้าตาม Roadmap และอนุมัติการปรับแผนเมื่อเกิดความเสี่ยงหรือเมื่อผลการติดตามชี้ว่าต้องปรับแนวทาง ระดับแผนปฏิบัติการ (Operational Monitoring) รับผิดชอบโดยรองคณบดี/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ (ด้านการศึกษา ด้านวิจัย ด้านบริการ ด้านบริหารและประกันคุณภาพ) ทำหน้าที่ติดตามโครงการรายไตรมาส ตรวจสอบ Output/Process KPI วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนวทางแก้ไขเชิงระบบ ระดับแหล่งฝึกและหน่วยงานร่วมผลิต (Site & Network Monitoring) รับผิดชอบร่วมกับโรงพยาบาลหลัก-สมทบ/หน่วยปฐมภูมิ ผ่านคณะกรรมการร่วมผลิต ทำหน้าที่ติดตามคุณภาพการฝึกปฏิบัติ ความพร้อมของครูคลินิกและ clinical educator ความปลอดภัยผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และผลประเมินผู้เรียนจากแหล่งฝึก เพื่อให้มาตรฐานการจัดการศึกษา “สม่ำเสมอทั้งเครือข่าย”

(3) วงรอบการติดตามและรายงานผล (Monitoring & Reporting Cycle)

คณะกำหนดวงรอบการติดตามที่สมดุลระหว่างความเข้มงวดและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยใช้ 4 วงรอบหลัก ได้แก่ รายไตรมาส (ติดตามความก้าวหน้าโครงการ งบประมาณ ความเสี่ยง และตัวชี้วัดผลผลิต) รายครึ่งปี (ทบทวนสถานะตาม Milestone สำคัญ และการปรับแผนหากจำเป็น) รายปี (ประเมินผลตาม Outcome KPI ของแต่ละยุทธศาสตร์ สรุปบทเรียน และกำหนดแผนปีถัดไป) และ การทบทวนกลางแผน ในปี 2571 (Mid-term Review) เพื่อประเมินความเหมาะสมของเป้าหมายและความคุ้มค่าการลงทุน รวมถึงการประเมินปลายแผน ในปี 2573 (Final Review) เพื่อสรุปผลสัมฤทธิ์ของแผน 5 ปีและเตรียมฐานข้อมูลสำหรับแผนระยะถัดไป

(4) ชุดตัวชี้วัดและนิยามการประเมิน (KPI Architecture)

เพื่อให้การติดตามมีความหมายเชิงยุทธศาสตร์ คณะกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมทั้ง “คุณภาพการผลิตบัณฑิต” และ “คุณภาพระบบสนับสนุน” โดยจัดกลุ่มตัวชี้วัดเป็น 3 ระดับ คือ ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ (Outcome KPI) เช่น การรับรองหลักสูตรตามเกณฑ์สภาวิชาชีพ การบรรลุสมรรถนะตาม EPA/มาตรฐานกิจกรรมบำบัด ความพร้อมปฏิบัติงานจากแหล่งฝึก ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต อัตราคงอยู่ของบัณฑิตในพื้นที่ คุณภาพบริการและความปลอดภัยผู้ป่วย ตัวชี้วัดระดับผลผลิต (Output KPI) เช่น จำนวนครั้งการจัด OSCE/Practical Exam จำนวน clinical educator ที่ผ่านการพัฒนา จำนวนรายวิชาร่วมสหวิชาชีพ จำนวนเครือข่ายแหล่งฝึกร่วมผลิต จำนวนโครงการวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ และจำนวนรายงานวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนนโยบาย ตัวชี้วัดระดับกระบวนการ (Process KPI) เช่น ความก้าวหน้า Curriculum Mapping ความครบถ้วนของระบบนิเทศแหล่งฝึก การดำเนินการ audit ภายใน ความก้าวหน้าโครงการพัฒนาศูนย์ทักษะและห้องปฏิบัติการฟื้นฟู ความพร้อมของระบบฐานข้อมูลและการกำกับ PDPA/จริยธรรมข้อมูล รวมถึงความก้าวหน้าเชิงงบประมาณและการจัดซื้อจัดจ้างตามแผน

(5) แหล่งข้อมูล วิธีเก็บรวบรวม และการประกันคุณภาพข้อมูล (Data Sources & Data Quality)

การติดตามและประเมินผลอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อให้สะท้อนผลลัพธ์จริง โดยกำหนดแหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ (1) ระบบข้อมูลการศึกษาและผลการประเมินผู้เรียนของคณะ (เช่น OSCE/EPA/Practical, Teaching portfolio, ILP) (2) ข้อมูลจากแหล่งฝึกร่วมผลิต เช่น แบบประเมินความพร้อมปฏิบัติงานของผู้เรียน ความเห็นของครูคลินิก/ทีมสหวิชาชีพ และข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ (3) ข้อมูลบริการของศูนย์การแพทย์แบบองค์รวมและโรงพยาบาลเครือข่าย เช่น จำนวนบริการ ผลลัพธ์การรักษา/การฟื้นฟู ADL/Participation Outcome ความพึงพอใจผู้รับบริการ (4) ข้อมูลวิจัยและนวัตกรรม เช่น จำนวนโครงการตีพิมพ์/นำไปใช้ประโยชน์ และ (5) ข้อมูลงบประมาณและการเงินสำหรับการประเมินความคุ้มค่าเชิงการจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ คณะกำหนดกลไกประกันคุณภาพข้อมูล ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบข้อมูลรายตัวชี้วัด การตรวจสอบความครบถ้วน/ความถูกต้องตามรอบเวลา การใช้แบบฟอร์มมาตรฐานร่วมกับเครือข่าย และการทำ internal audit ของข้อมูลสำคัญอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานวิชาชีพและความปลอดภัยผู้ป่วย

(6) วิธีการประเมินผล (Evaluation Approach)

การประเมินผลใช้แนวทางผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณใช้การวัดผลตาม KPI และการวิเคราะห์แนวโน้มรายปีเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย ส่วนเชิงคุณภาพใช้การทบทวนเอกสารและผลการนิเทศแหล่งฝึก การประชุมสะท้อนผล (reflection

meeting) กับครูคลินิกและผู้เรียน และการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเครือข่าย เพื่ออธิบายเหตุผลของผลลัพธ์และระบุปัจจัยความสำเร็จ/ข้อจำกัดเชิงระบบ ในกรณีตัวชี้วัดสำคัญที่สัมพันธ์กับการรับรองมาตรฐาน คณะจะดำเนินการประเมินแบบ “จำลองการประเมิน” (mock review) เพื่อให้เห็นช่องว่างก่อนเข้าสู่การประเมินภายนอกจริง

(7) กลไกการใช้ผลติดตามเพื่อปรับปรุง (Feedback & Improvement Loop)

คณะกำหนดให้ผลการติดตามและประเมินผลถูกนำไปใช้จริงผ่านกลไก “วงจรปรับปรุงคุณภาพ” (quality improvement cycle) โดยผลรายไตรมาสใช้สำหรับปรับการบริหารโครงการและการแก้ไขคอขวด (bottleneck) ผลรายปีใช้สำหรับทบทวนเป้าหมายและจัดทำแผนปฏิบัติการปีถัดไป รวมถึงใช้ประกอบการปรับปรุงหลักสูตรและแผนพัฒนาอาจารย์ ส่วนผลการทบทวนกลางแผนใช้สำหรับปรับ Roadmap/ลำดับการลงทุนให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเชิงงบประมาณ และผลปลายแผนใช้สรุปทบทวนเชิงระบบเพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระยะถัดไป ทั้งนี้ หากพบประเด็นเสี่ยงที่กระทบต่อมาตรฐานวิชาชีพหรือความปลอดภัยผู้ป่วย คณะกำหนดให้มีมาตรการเร่งด่วนในรูปแบบ “แผนแก้ไขเฉพาะกิจ” (Corrective Action Plan) พร้อมผู้รับผิดชอบและกรอบเวลาชัดเจน

(8) การสื่อสารและการเปิดเผยผลการดำเนินงาน (Transparency & Reporting)

เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรับผิดชอบ คณะกำหนดรูปแบบการรายงานผลที่เหมาะสมต่อผู้รับผิดชอบและผู้กำกับดูแล ได้แก่ (1) รายงานสรุปผู้บริหารรายไตรมาสต่อที่ประชุมบริหารคณะ (2) รายงานผลการดำเนินงานรายปีต่อมหาวิทยาลัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (3) รายงานด้านคุณภาพการศึกษาและการฝึกปฏิบัติให้เครือข่ายแหล่งฝึกร่วมผลิตรับทราบ และ (4) รายงานผลลัพธ์สำคัญต่อสาธารณะในระดับที่เหมาะสม โดยเน้นข้อมูลเชิงระบบ เช่น ความก้าวหน้าการพัฒนาหลักสูตร เครือข่ายแหล่งฝึก คุณภาพบริการ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การเปิดเผยข้อมูลต้องอยู่ภายใต้กรอบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและจริยธรรมข้อมูลตามกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุป กรอบการติดตามและประเมินผลของแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ทำหน้าที่เป็น “กลไกกำกับคุณภาพและความรับผิดชอบ” ที่ช่วยให้การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ในระยะ 5 ปีสามารถดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ และปรับตัวได้ตามข้อจำกัดเชิงทรัพยากรและความเสี่ยงเชิงมาตรฐาน โดยยังคงยึดเป้าหมายหลักของคณะในการพัฒนากำลังคนสุขภาพ 2 หลักสูตรที่มีคุณภาพ ทำงานสหวิชาชีพได้จริง และตอบสนองต่อความจำเป็นของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการฟื้นฟูชุมชนอย่างยั่งยืน

6.3 ระบบการบริหารความเสี่ยงและการติดตามหมุดหมายความก้าวหน้า (Risk & Milestone Tracking)

การดำเนินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2569–2573 ซึ่งครอบคลุมการจัดการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) มีลักษณะเป็นการพัฒนาองค์กรเชิงระบบในระยะเริ่มต้น จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มี “ระบบบริหารความเสี่ยงและการติดตามหมุดหมายความก้าวหน้า” ที่เชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการรายปี และตัวชี้วัดของแต่ละยุทธศาสตร์ ตลอดจนสอดคล้องกับข้อกำหนดของสภาวิชาชีพและกรอบมาตรฐานสากล (WFME) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามกรอบเวลา มีคุณภาพ และสามารถตรวจสอบได้ในทุกช่วงระยะของการพัฒนา ทั้งนี้ระบบดังกล่าวมิได้จัดทำเพื่อการรายงานเชิงเอกสารเท่านั้น แต่เป็นกลไกกำกับการตัดสินใจเชิงบริหารที่ทำให้คณะสามารถ “คาดการณ์ปัญหา-จัดการก่อนเกิดผลกระทบ-เร่งแก้ไขเมื่อมีสัญญาณเตือน” โดยมุ่งลดความเสี่ยงที่กระทบต่อ (1) การรับรองหลักสูตรและคุณภาพการจัดการศึกษา (2) ความพร้อมของบุคลากรและแหล่งฝึก (3) ความต่อเนื่องของงบประมาณและโครงสร้างพื้นฐาน และ (4) ความเชื่อมั่นของสาธารณะและภาคีเครือข่าย

6.3.1 กรอบคิดและหลักการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Framework)

คณะกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงดำเนินการตามวงจรการบริหารความเสี่ยงมาตรฐานที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับการกำกับแผนยุทธศาสตร์ โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การระบุความเสี่ยง (Risk Identification) (2) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) (3) การกำหนดแนวทางตอบสนองและลดความเสี่ยง (Risk Response/Mitigation) (4) การติดตามควบคุมและสัญญาณเตือน (Risk Monitoring & Early Warning) และ (5) การรายงานผลและทบทวนเพื่อปรับมาตรการ (Risk Reporting & Review) โดยกำหนดให้ความเสี่ยงสำคัญ (High/Very High) ต้องมี “เจ้าของความเสี่ยง” (Risk Owner) และ “แผนลดความเสี่ยงที่ระบุผลผลิต/ผลลัพธ์ชัดเจน” (Mitigation Plan with Deliverables) รวมทั้งระบุหมุดหมายความก้าวหน้า (Milestone) เพื่อใช้เป็นจุดตรวจสอบว่าการลดความเสี่ยงเดินทางได้จริง

การจำแนกประเภทความเสี่ยงของคณะกำหนดเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) ความเสี่ยงเชิงวิชาการและการรับรองมาตรฐาน (Academic & Accreditation Risk) (2) ความเสี่ยงด้านบุคลากรและสมรรถนะอาจารย์คลินิก/ผู้กำกับการฝึกปฏิบัติ (Workforce & Clinical Educator Competency Risk) (3) ความเสี่ยงด้านงบประมาณและโครงสร้างพื้นฐาน/ระบบสารสนเทศ (Financial & Infrastructure Risk) และ (4) ความเสี่ยงด้านชื่อเสียง ความเชื่อมั่น และความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Reputation & Stakeholder Trust Risk) ทั้งนี้ การประเมินความเสี่ยงใช้เกณฑ์ “ความรุนแรงของผลกระทบ × ความน่าจะเป็นที่จะเกิด” พร้อมกำหนดระดับความเสี่ยงเป็น ต่ำ-ปานกลาง-สูง-สูงมาก เพื่อใช้จัดลำดับการจัดการ โดยความเสี่ยง

ระดับสูง/สูงมากต้องรายงานต่อคณะกรรมการบริหารคณะเป็นรายไตรมาส และต้องมีการทบทวนมาตรการทันทีเมื่อพบสัญญาณเตือนว่าความเสี่ยงเพิ่มระดับหรือมีแนวโน้มกระทบ Milestone

6.3.2 ระบบเชื่อมโยง “ความเสี่ยง-ตัวชี้วัด-หมุดหมาย” (Risk-KPI-Milestone Linkage)

คณะกำหนดให้ความเสี่ยงทุกประเด็นต้องเชื่อมโยงกับ (1) เป้าหมายยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ (Outcome KPI) (2) โครงการ/กิจกรรมในแผนปฏิบัติการรายปี และ (3) หมุดหมายความก้าวหน้า (Milestone) ที่เป็น “จุดตรวจสอบเชิงหลักฐาน” เพื่อยืนยันความพร้อมหรือความก้าวหน้า เช่น การอนุมัติหลักสูตร การผ่านการประเมินความพร้อมแหล่งฝึก การเปิดใช้งานศูนย์ทักษะ การมีอาจารย์ตามเกณฑ์ขั้นต่ำ และผลการประเมินสมรรถนะของผู้เรียน ฯลฯ กลไกดังกล่าวทำให้การบริหารความเสี่ยงไม่แยกส่วนออกจากการบริหารแผนยุทธศาสตร์ แต่เป็นระบบเดียวกับการตัดสินใจเชิงบริหารและการประกันคุณภาพ โดยมีสาระสำคัญคือ “หาก Milestone ใดล่าช้าหรือไม่ผ่านเกณฑ์” จะถือเป็นสัญญาณเตือน (Trigger) ที่ต้องยกระดับการจัดการความเสี่ยงทันที และอาจนำไปสู่การปรับแผนปฏิบัติการ การจัดลำดับการลงทุน หรือการเพิ่มมาตรการสนับสนุนในช่วงเวลาที่เหมาะสม

6.3.3 ความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญและแนวทางบริหาร (Strategic Risk Register – Key Risks)

(1) ความเสี่ยงด้านการรับรองหลักสูตรและมาตรฐานวิชาชีพ (Accreditation & Standards Risk)

คณะต้องดำเนินการให้หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเป็นไปตามเกณฑ์แพทยสภาและกรอบ WFME ขณะเดียวกันหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) ต้องสอดคล้องมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หากการออกแบบหลักสูตร การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ การประเมินสมรรถนะ หรือความพร้อมแหล่งฝึกไม่สอดคล้องเกณฑ์ จะกระทบโดยตรงต่อความน่าเชื่อถือของสถาบัน การเปิดรับผู้เรียน และความต่อเนื่องของการพัฒนาในระยะ 5 ปี

แนวทางบริหารความเสี่ยงกำหนดให้จัดทำ Curriculum Mapping ที่ครบถ้วนตั้งแต่ปีแรก ครอบคลุมการเชื่อมโยง PLO-CLO-EPA/สมรรถนะกิจกรรมบำบัด พร้อมกำหนดกลไก “คณะกรรมการกำกับมาตรฐานหลักสูตรและการประเมินสมรรถนะ” ที่มีบทบาทตรวจทานเชิงเทคนิคและกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์ รวมทั้งกำหนดการตรวจประเมินภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในประเด็นหลักสูตร การประเมินผู้เรียน คุณภาพแหล่งฝึก และระบบสนับสนุนผู้เรียน โดยมีการปรับปรุงทันทีเมื่อพบข้อบกพร่องระดับสำคัญ

Milestone สำคัญ ได้แก่ ปี 2569 หลักสูตรผ่านการอนุมัติภายในมหาวิทยาลัยและมีแผนที่หลักสูตรครบถ้วน ปี 2570 ผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเปิดรับนักศึกษาตามกรอบกำกับคุณภาพ ปี 2572-2573 ผ่านการติดตามประเมินและไม่มีข้อบกพร่องร้ายแรงที่กระทบการดำเนินการของหลักสูตร

(2) ความเสี่ยงด้านบุคลากรและความพร้อมของ Clinical Educator (Workforce & Clinical Educator Risk)

การขาดแคลนอาจารย์แพทย์และอาจารย์กิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์ด้านการสอนเชิงสมรรถนะและการประเมินในแหล่งฝึกอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน และความเชื่อมั่นของแหล่งฝึก โดยเฉพาะการจัดการศึกษาที่ต้องอาศัยอาจารย์คลินิกและผู้กำกับฝึกปฏิบัติด้านการฟื้นฟูจำนวนมากและมีมาตรฐานสอดคล้องกันในเครือข่าย

แนวทางบริหารความเสี่ยงกำหนดให้ใช้รูปแบบ Joint Appointment และการแต่งตั้งอาจารย์ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย พร้อมพัฒนา preceptor ให้เป็น clinical educator อย่างเป็นระบบผ่านหลักสูตรอบรม OBE, EPA/OSCE, feedback และการนิเทศในแหล่งฝึก รวมทั้งจัดทำ Succession Plan สำหรับตำแหน่งสำคัญและระบบบำรุงรักษาบุคลากรหลัก เช่น กลไกความก้าวหน้าในสายวิชาการ/สายวิชาชีพ สวัสดิการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ และระบบติดตามความผูกพันบุคลากรเพื่อป้องกันการลาออกเชิงระบบ

Milestone สำคัญ ได้แก่ ปี 2569 มีอาจารย์ประจำตามเกณฑ์ขั้นต่ำและมีแผนพัฒนาอาจารย์สองสาขา ปี 2571 preceptor/clinical educator ผ่านการรับรองตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ปี 2573 อัตราการคงอยู่ของบุคลากรหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และมี succession plan ครบในตำแหน่งสำคัญ

(3) ความเสี่ยงด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐาน และระบบสารสนเทศ (Financial, Infrastructure & Digital Readiness Risk)

การจัดตั้งคณะใหม่จำเป็นต้องพึ่งพาทรัพยากรด้านห้องฝึกทักษะทางคลินิก ห้องปฏิบัติการฟื้นฟู ระบบข้อมูลผลลัพธ์การเรียนรู้/ผลลัพธ์บริการ และระบบสนับสนุนการประกันคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ในระยะเริ่มต้นคณะอาจยังไม่มีศูนย์ทักษะหรือห้องปฏิบัติการเฉพาะของตนเองโดยสมบูรณ์ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานก่อนเปิดรับผู้เรียน จึงต้องวางระบบบริหารความเสี่ยงที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับศักยภาพจริง

แนวทางบริหารความเสี่ยงกำหนดให้ใช้หลัก “การพัฒนาทรัพยากรเป็นลำดับขั้น (Phased Infrastructure Development)” โดยในระยะต้นจะใช้ทรัพยากรร่วมกับคณะด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลหลัก-สมทบ และแหล่งฝึกที่มีห้องปฏิบัติการหรือศูนย์ทักษะอยู่แล้ว เพื่อรองรับการเรียนรู้แบบ

simulation และการฝึกทักษะพื้นฐานก่อนลงแหล่งฝึกจริง ควบคู่กับการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของทรัพยากรที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยและการประเมินสมรรถนะ (Minimum Academic & Patient Safety Requirement) จากนั้นจึงวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของคณะในระยะถัดไปตามความพร้อมด้านงบประมาณ

นอกจากนี้ คณะจะจัดทำแผนการลงทุนแบบจัดลำดับความสำคัญ โดยพิจารณาจากความจำเป็นต่อการรับรองหลักสูตรและความเสี่ยงด้านคุณภาพการเรียนรู้เป็นเกณฑ์หลัก พร้อมส่งเสริมการใช้ทรัพยากรร่วม (Resource Sharing Model) และพัฒนารายได้สนับสนุนจากบริการสุขภาพ หลักสูตรระยะสั้น และงานวิจัย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางการเงินและลดภาระการลงทุนเริ่มต้น

Milestone สำคัญ ได้แก่ ปี 2569–2570 จัดทำข้อตกลงการใช้ทรัพยากรร่วมกับคณะ/โรงพยาบาล เครือข่ายครบถ้วน และสามารถรองรับการฝึกทักษะขั้นพื้นฐานได้ตามเกณฑ์ขั้นต่ำ ปี 2571 ระบบการฝึกทักษะและการประเมิน OSCE/Practical ดำเนินการได้จริงภายใต้ทรัพยากรร่วม และผ่านการประเมินความพร้อมภายในปี 2572–2573 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเฉพาะของคณะตามลำดับความจำเป็น หากมีความพร้อมด้านงบประมาณ และมีรายได้สนับสนุนเพิ่มขึ้นตามแผนการเงิน

(4) ความเสี่ยงด้านความพร้อมของแหล่งฝึกร่วมผลิตและมาตรฐาน Patient Safety (Training Site Readiness & Patient Safety Risk)

โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่บางแห่งอาจมีข้อจำกัดด้านจำนวนเคส อาจารย์คลินิก ระบบกำกับคุณภาพ และระบบความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการฝึกปฏิบัติของ แพทย์ศาสตร์และกึ่งกรรมบำบัด หากแหล่งฝึกไม่พร้อมหรือมีความแตกต่างของมาตรฐานสูง จะกระทบคุณภาพผู้เรียนและความเชื่อมั่นของหน่วยงานกำกับ

แนวทางบริหารความเสี่ยงกำหนดให้มีเกณฑ์ประเมินแหล่งฝึกที่ชัดเจน (Training Site Criteria) ครอบคลุมด้านเคส บุคลากร ระบบคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ พร้อมจัดระบบนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอทุกภาคการศึกษา รวมทั้งจัดทำ MOU ที่ระบุบทบาท หน้าที่ และมาตรฐานการสอน/การประเมินอย่างชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับแหล่งฝึกหลักเป็นแกน และขยายแหล่งฝึกสมทบเมื่อผ่านเกณฑ์ประเมินแล้วเท่านั้น

Milestone สำคัญ ได้แก่ ปี 2570 แหล่งฝึกที่กำหนดสำหรับการเริ่มดำเนินหลักสูตรผ่านการประเมินภายในครบ 100% ปี 2572 มีเครือข่ายร่วมผลิตรวมไม่น้อยกว่า 20 แห่ง และมีระบบนิเทศและรายงานผลคุณภาพแหล่งฝึกที่ใช้งานจริง

(5) ความเสี่ยงด้านความเชื่อมั่นสาธารณะและการบริหารความคาดหวัง (Reputation & Public Trust Risk)

คณะแพทยศาสตร์ในช่วงพัฒนาอาจเผชิญความคาดหวังสูงจากประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งด้านคุณภาพบริการและการผลิตบัณฑิต หากการสื่อสารไม่เป็นระบบหรือไม่สามารถอธิบายระยะพัฒนาได้อย่างเหมาะสม อาจเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน กระทบความเชื่อมั่นของชุมชน เครือข่าย และหน่วยงาน กำกับ

แนวทางการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้มีการสื่อสารเชิงนโยบายที่โปร่งใสและสม่ำเสมอ รายงานผลความก้าวหน้าและผลลัพธ์สำคัญต่อสาธารณะอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมใช้ระบบประกันคุณภาพเชิงรุกเป็นฐานสร้างความเชื่อมั่น โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย มาตรฐานบริการ และคุณภาพแหล่งฝึก

Milestone สำคัญ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 อย่างต่อเนื่อง และผลการประเมินธรรมาภิบาล/ITA อยู่ในระดับดีขึ้นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

6.3.4 ระบบติดตามหมุดหมายความก้าวหน้า (Milestone Tracking System)

คณะกำหนดให้การติดตาม Milestone เป็นส่วนหนึ่งของการกำกับแผนปฏิบัติการรายปี โดยกำหนด “Strategic Checkpoints” ที่เป็นจุดตรวจสอบระดับคณะและระดับยุทธศาสตร์ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ (1) หมุดหมายด้านหลักสูตรและการรับรองมาตรฐาน (2) หมุดหมายด้านบุคลากรและ clinical educator (3) หมุดหมายด้านโครงสร้างพื้นฐานและความพร้อมของระบบการฝึกทักษะทางคลินิกและการฟื้นฟู (4) หมุดหมายด้านเครือข่ายแหล่งฝึกและคุณภาพ patient safety และ (5) หมุดหมายด้านผลลัพธ์ผู้เรียนและผลลัพธ์บริการที่สะท้อนคุณภาพจริง โดยกำหนดรอบการติดตามเป็นรายไตรมาสในระดับผู้บริหาร คณะ และรายปีในระดับรายงานเสนอมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ หากพบความล่าช้าเกินร้อยละ 10 ของแผน หรือพบว่า Milestone ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จะต้องมีการ “แผนเร่งรัด/แผนปรับแก้” (Corrective Action Plan) ที่ระบุรับผิดชอบ ระยะเวลา และผลผลิตที่ต้องส่งมอบอย่างชัดเจน และนำเข้าสู่การติดตามในรอบถัดไปจนกว่าจะปิดประเด็นได้

6.3.5 โครงสร้างกำกับดูแลและความรับผิดชอบ (Governance & Accountability)

การกำกับระบบบริหารความเสี่ยงและ Milestone ของคณะดำเนินการภายใต้โครงสร้างความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยคณะกรรมการบริหารคณะทำหน้าที่กำกับเชิงยุทธศาสตร์ อนุมัติทะเบียนความเสี่ยงระดับคณะ (Faculty Risk Register) และติดตามความเสี่ยงระดับสูงเป็นรายไตรมาส รองคณบดีแต่ละด้านทำหน้าที่เป็น Risk Owner รับผิดชอบความเสี่ยงตามภารกิจ เช่น ด้านการศึกษา ด้านวิจัย ด้านบริการและเครือข่าย และด้านบริหารและการเงิน ขณะที่หน่วยแผนงานและประกันคุณภาพทำหน้าที่เป็น Risk

Coordinator รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์แนวโน้ม จัดทำรายงานความเสี่ยงและความก้าวหน้า และสนับสนุนการจัดทำ corrective action plan ส่วนคณะกรรมการร่วมผลิตแพทย์และกิจกรรมบำบัดร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายทำหน้าที่ติดตามคุณภาพแหล่งฝึกและ patient safety ในพื้นที่จริง ระบบดังกล่าวทำให้การบริหารความเสี่ยงมีเจ้าภาพชัดเจน มีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ว่าการจัดการความเสี่ยงนำไปสู่การดำเนินงานที่เปลี่ยนแปลงจริง

โดยสรุประบบบริหารความเสี่ยงและการติดตามหมุดหมายความก้าวหน้าของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของการพัฒนาสถาบันผลิตกำลังคนสุขภาพสองสาขา โดยเน้นการบริหารเชิงรุก การเชื่อมโยงกับ KPI และแผนปฏิบัติการรายปี การกำกับด้วยหลักฐาน และการปรับแก้ได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดสัญญาณเตือน ทั้งนี้ การผนวกระบบ Milestone Tracking เข้ากับ Risk Management ทำให้คณะสามารถรักษา “ความต่อเนื่องของการพัฒนา” ลดความไม่แน่นอนของโครงการจัดตั้ง เพิ่มโอกาสบรรลุเป้าหมายด้านการรับรองมาตรฐาน คุณภาพบัณฑิต และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพและการฟื้นฟูในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและตรวจสอบได้

