



กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Forum II)
เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City)
ครั้งที่ ๒



วันศุกร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
กำหนดการ	จ
พิธีเปิดการประชุมและมอบนโยบายการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่	1
โดย นายแพทย์อำนาจ กาจันนะ อธิบดีกรมควบคุมโรค	
อภิปราย เรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์การบริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่”	4
โดย นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	5
นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	7
นายชำนาญวิทย์ ศรีสุพล ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครอุดรธานี	9
นางสาวสมศรี เตชะไกรศรี กรรมการผู้จัดการ บริษัท ลุมพินี พรอพเพอร์ตี้ มาเนจเม้นท์ จำกัด	10
อภิปรายเรื่อง ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง	12
โดย นายแพทย์ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน	13
พลตำรวจโท อำนาจ นิยมมะโน สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ	16
นายสมนึก ธนเดชากุล นายกเทศมนตรีนครนนทบุรี	17
นายภักดี กล่อมคอน ผู้อำนวยการกองนโยบายและแผนงาน สำนักการจราจรและขนส่ง กทม.	17
นายแพทย์สัญญาชัย ชาสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	18
ภาคผนวก	20
สรุปแบบประเมิน	21
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม	24

บทสรุปผู้บริหาร
การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Forum II)
เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) ครั้งที่ ๒
วันศุกร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

ความเป็นมา

กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานระดับชาติที่ดูแลระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ โดยมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ และมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในส่วนภูมิภาค ครอบคลุม ๑๒ เขตทั่วประเทศเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

จากสภาพปัจจุบันประเทศไทยมีการเคลื่อนย้ายประชากรเพื่อเข้ามาประกอบอาชีพในเขตเมือง ทั้งที่เป็นประชากรในประเทศและประชากรต่างด้าวเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองใหญ่ในระดับภูมิภาคต่างๆ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในเขตเมือง ด้านความไม่เป็นธรรม ไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจทำให้ได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ ปัญหาต่างๆ อันสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตแบบเมืองซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางสังคมและสุขภาพที่มีความซับซ้อนจากสภาพดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคและการป้องกันควบคุมโรคมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจึงเห็นความสำคัญเรื่องการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ที่จะพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในภาพรวมระดับประเทศเพื่อนำสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-base policy)

วิธีดำเนินการ

- คณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ผ่านการอบรมนักวิจัยด้านนโยบาย (DCSR) ได้มีการทบทวนวรรณกรรม (Review Literature) ที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City)
- จัดเวที (Policy Forum) เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) จำนวน ๒ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ เป็นการให้ข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคในเขตกรุงเทพมหานคร และครั้งที่ ๒ เน้นการให้ข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ของภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งประเด็นการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง
- ประมวลผลข้อมูลทั้งหมดและยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City)
- จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายฯ จาก Stakeholder ที่เกี่ยวข้อง
- นำความคิดเห็นและข้อเสนอจากเวทีรับฟังไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายฯ
- เสนอต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป

สรุปผลการประชุมที่สำคัญ

นิยาม และสิ่งสะท้อนความเป็นเมือง

- เขตเมือง หมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากร ตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ คนขึ้นไป ในประเทศไทย เทศบาลเมือง และเทศบาลนครทั้งหมด คือ พื้นที่เขตเมือง รวมทั้ง กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา เทศบาลเมือง ๑๗๘ แห่ง ประชากรมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน เทศบาลบาลนคร ๓๐ แห่ง ประชากรตั้งแต่ ๕๑,๒๙๕-๒๕๗,๗๔๕ คน (ราชบัณฑิตสถาน, ๒๕๒๔)

- เขตเมือง (Urban area) ยังหมายถึง พื้นที่ที่มีลักษณะสำคัญของความเป็นเมือง คือ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น หรือมีจำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ (ประชากรหนาแน่น) และประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้น ประกอบอาชีพที่มีใช้เกษตรกรรม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม "ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม", ๒๕๕๘)

- เทศบาลนคร ที่มีจำนวนประชากรมาก ได้แก่ นนทบุรี หาดใหญ่ นครราชสีมา อุตรธานี และสุราษฎร์ธานี จะเห็นได้ว่า เขตเมือง/เมืองใหญ่ของประเทศไทย ไม่ได้มีเพียงกรุงเทพฯ และพัทยาเท่านั้น และยังพบว่าใน กทม. มีระบบบริการสุขภาพที่แยกส่วน (เอกชน>ภาครัฐ) การเข้าถึงบริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพประชาชน ความหลากหลายทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ ประชากรเคลื่อนย้ายสูง มีแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว และภายในปี ๒๕๙๓ คาดว่าร้อยละ ๗๐ ของประชากรทั่วโลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และประเทศไทยมีแนวโน้มการมีประชากรที่อาศัยในเขตเมือง และใช้ชีวิตแบบเมืองเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์โรค และประสบการณ์ป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง

- โรคที่พบ ได้แก่ NCD City RTI โรคติดต่อ (ไข้หวัดใหญ่, โรคไข้เลือดออก, โรคมือเท้าปาก, วัณโรค) ซึ่งขณะนี้ยังมีปัญหาเรื่องข้อมูลที่ต้องแยกระหว่างเขตเมือง และ เขตชนบท

- ในเขตเมือง เครือข่ายเฝ้าระวังใน รพ.เอกชน มีความสำคัญมาก การจัดทำ MOU เพื่อสร้างความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ ของเมืองใหญ่ เช่น DHF/RTI ถ้าหากมีการจับมือกับพันธมิตรอาจจะได้วิธีแก้ปัญหาใหม่ (พันธมิตรในระบบสุขภาพ ได้แก่ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, อาสาสมัครสาธารณสุข, ภาคเอกชน เช่น บริษัท หน่วยงาน, ประชาชน) ดังนั้นในเขตเมืองแม้จะมีปัญหา/อุปสรรค มาก แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นโอกาสในการแก้ปัญหา ทั้งกระแสความใส่ใจสุขภาพของประชาชน กฎหมาย สถานพยาบาลที่มากขึ้น ประชาชนมีการศึกษา เทคโนโลยี การบริหารจัดการสมัยใหม่

- ปัญหาสุขภาพในเขตเมืองที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ โรค TB DHF ไข้หวัดใหญ่ AIDS โรคไม่ติดต่อ สุรา/ยาเสพติด ต้องมีการทำงานประสานระหว่างภาคส่วนโดยใช้กฎหมาย นำทฤษฎีมาใช้ ควรใช้รูปแบบใหม่ๆ ในการทำงาน

TB : ลดอุบัติการณ์จาก ๑๗๑ ต่อแสนประชากร ให้เหลือ ๑๒๘ ต่อแสนประชากร โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่า ๕๐% อยู่ในเขตเมือง

DHF : Bangkok Dengue Unit (BDU) การควบคุมโรคควรมีมาตรการที่ต่างไปจากเดิม ยกตัวอย่างประเทศสิงคโปร์ที่มีการปรับเงินบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย

AIDS: ดำเนินมาตรการ ๙๐:๙๐:๙๐ ให้ได้เร็วกว่าพื้นที่อื่นๆ โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่เชิงใหม่ Fast Track City Initiative การทำให้ท้องถิ่นมองเห็นคุณค่าและเข้ามามีส่วนร่วม โดยวันที่ ๑ ก.ค. ของทุกปีได้มีการรณรงค์ตรวจหาเชื้อ HIV ฟรี แต่ไม่มีคนยอมไปตรวจ ทั้งนี้เมื่อทราบผลจะได้รับยากินฟรี (เข้าไม่ถึงยา เพราะไม่ได้ไปรับการตรวจ)

NCD : HT/DM คนในสังคมเมืองอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด ใช้ชีวิตเร่งด่วน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และพักผ่อน การเข้าถึงบริการ รอคิวนาน เช่น การเข้าถึงบริการวัคซีน ตึกในเมืองไม่มี Primary Care Unit

RTI : ดำเนินการลง MOU ๗ เทศบาลนคร/เมือง เมื่อ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ โดยพบว่า ที่เมืองพัทยาได้ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพให้สามารถทำอะไรได้หลากหลาย เช่น มี Situation Room ส่งเสริมการจัดการข้อมูลในการติดตามสถานการณ์ โดยเน้น ๓ เรื่อง ได้แก่ ๑) สวมหมวกนิรภัย ๒) จำกัดความเร็ว ๓) มีทางเฉพาะจักรยาน ในอนาคตจะลงนามร่วมกันกับ กทม. และคาดหวังให้เมืองใหญ่อื่นๆ เข้าร่วมมากขึ้น

ระบบข้อมูล

- ข้อมูลภาพรวมของสถานการณ์และบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังมีน้อย ควรมีกลไกการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

- ควรเร่งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของเขตเมือง
- ยังมีปัญหาเรื่องข้อมูลที่ต้องแยกระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท

ระบบเฝ้าระวัง

- ความสำเร็จในการควบคุมโรคในเขตเมือง ต้องมีระบบเฝ้าระวังที่ตรวจจับความผิดปกติได้เร็วและการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

- ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance) จะสามารถเสริมระบบเฝ้าระวังในสถานพยาบาลได้ดี แต่การตอบรับยังมีข้อจำกัดในเขตเมืองจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

- ระบบเฝ้าระวัง ต้องมีการเก็บข้อมูล ผู้จัดเก็บข้อมูลต้องอยู่ที่เดียวกับที่เกิดโรคสิ่งสำคัญในการทำงาน ป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง คือ ความรู้เรื่องระบบ surveillance ต้องจัดการอบรมให้พยาบาลในสถานประกอบการ, กระบวนการสอบสวนโรคเพื่อให้ early detection

- ปัญหาการรายงาน Event base surveillance/Passive surveillance ในเขตเมืองคือ ยังไม่มีการวางระบบการเฝ้าระวังที่ชัดเจน (ไม่ทราบรายงานไปที่ไหน รายงานไปที่ใคร)

การทำงานกับภาคีเครือข่าย

- ในเขตเมืองใหญ่เครือข่ายเฝ้าระวังของ รพ.เอกชน มีความสำคัญมาก การจัดทำ MOU ในการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ ของเมืองใหญ่ เช่น DHF/RTI ถ้าหากมีการจับมือกับพันธมิตรอาจจะได้วิธีแก้ปัญหาใหม่ ซึ่งบางเรื่องแก้ไขปัญหาด้วยวิธีเดิมยังไม่สำเร็จ

- การใช้รูปแบบใหม่ๆ ในการทำงานไม่สามารถประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร การเปลี่ยนมุมมองในการทำงานที่ใหม่ๆ จะทำให้งานบรรลุผลสำเร็จได้ การป้องกันควบคุมโรคในรูปแบบของ Social Enterprise: SE เป็นนวัตกรรมหนึ่งของการทำงานกับภาคเอกชนและสถานประกอบการ โดยต้องเปลี่ยนแนวคิดในการทำงาน จากรูปแบบเดิมๆ ที่ต้องเรียกคนที่ดูแลรับผิดชอบมารับการพัฒนาศักยภาพ แต่ในรูปแบบใหม่ต้องเป็นเจ้าของกิจการร่วม เป็นธุรกิจเพื่อสังคม ซึ่งค่าใช้จ่ายไม่สูง ระบบงานมีคุณภาพ เป็นเอกชนเต็มรูปแบบ สิ่งที่แข่งขันได้คือ ลดราคาที่ดินทุน

- ทิศทางการควบคุมป้องกันโรคในเขตเมือง พบว่า เจ้าภาพด้านสุขภาพในเขตเมือง มีจำนวนมาก เช่น รพ.สต. ท้องถิ่น โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวง โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์/พยาบาล ร้านขายยา จึงไม่มีความเป็นเอกภาพในการทำงาน

- ทิศทางการควบคุมป้องกันโรคในเขตเมือง ได้ก้าวเข้าสู่ภาคท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรัฐบาล ในท้องถิ่น มีทรัพยากรเป็นของตนเองสามารถดำเนินการได้เองในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ แต่ยังคงขาดความรู้ใหม่ๆ และเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะนำไปทำงานในมุมมองที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งหากมีการบูรณาการร่วมกัน

นำทรัพยากรของท้องถิ่นผนวกกับความรู้ใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ โอกาสในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง ควรเปลี่ยนจากการทำงานตามเทศกาลเป็นแบบต่อเนื่อง และเปลี่ยนงานเชิงการรณรงค์ (Event) เป็นแบบสร้างและพัฒนากลไกจะเกิดความยั่งยืนมากขึ้น

กฎหมาย

- พบว่ามีกฎหมายรองรับการทำงานควบคุมโรคในบริบทเขตเมือง แต่ยังพบปัญหาเรื่องช่องว่างของการบังคับใช้กฎหมาย และการฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อการป้องกันควบคุมโรค

บุคลากร

- การพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพสำหรับคนในชุมชน โดยเน้นไปที่กลุ่ม อสม. อสส. ในการทำงานแก้ไขปัญหาในชุมชน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีจำนวนจำกัด

โอกาสในการทำงานเขตเมือง

- กระแสความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของประชาชน
- กฎหมาย/เทศบัญญัติ ท้องถิ่น
- สถานพยาบาลมีจำนวนมาก
- ประชาชนมีการศึกษา
- เทคโนโลยีที่ทันสมัย และการสื่อสารรวดเร็ว
- ทรัพยากรจำนวนมาก
- การบริหารจัดการสมัยใหม่

สรุปปัญหาสำคัญของเมืองใหญ่ (Big City)

- ความเป็นเมือง ขยายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดปัญหาในการป้องกันควบคุมโรคที่ซับซ้อน
- ปัจจุบันยังขาดกลไกในการทำงานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง
- ปัญหาสำคัญของเขตเมืองคือ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

- ประมวลผลและยกยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบายฯ
- จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายฯ จาก Stakeholder ที่เกี่ยวข้อง
- นำความคิดเห็นและข้อเสนอจากเวทีรับฟังไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป

พิธีเปิดการประชุมและมอบนโยบาย
การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่
โดย
นายแพทย์อำนวยการ กาจจันะ อธิบดีกรมควบคุมโรค



พิธีเปิดการประชุมและมอบนโยบายการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่

โดย นายแพทย์อำนวยการ กาจินะ อธิบดีกรมควบคุมโรค

การประชุมครั้งนี้ต้องการข้อมูลนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย “การป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง” เนื่องจากปัจจุบันการขยายตัวในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น การป้องกันควบคุมโรคมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งรูปแบบในเมืองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การที่ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวมาทำงานมากขึ้น ซึ่งไม่ใช่พม่าเหมือนเดิม แต่มีประเทศเวียดนาม ฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นพวก non-skill labor การใช้ชีวิตแบบดิจิทัล วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้จัดกิจกรรมวันนี้ เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย นำประเด็นที่ร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อสรุปว่านโยบายที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

กรมควบคุมโรคได้จัดตั้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ทำหน้าที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนงาน และได้กำหนดให้ สคร. ทั้ง 12 แห่ง จัดตั้งกลุ่มงาน/งาน ให้มีผู้รับผิดชอบ (Focal Point)

ทั่วโลกได้ให้ความสนใจกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กลายเป็นเมืองอย่างรวดเร็วมาก เกินครึ่งของประชากร ประมาณ 54% ในปี 2016 และในอนาคตจะเพิ่มขึ้นไปถึง 60% ในปี 2030 และเพิ่มไปถึง 65% ในปี 2050 โดยในช่วงเดือนกันยายน 2015 มีการประชุมที่ New York จำนวน 193 ประเทศ ได้เห็นชอบกำหนดเป้าหมาย 17 เรื่องในการพัฒนา (Global Development Target) ตั้งเป็นเป้าหมายระดับชาติ/ประเทศ 169 เป้าหมาย โดยมีเป้าหมายที่ 11 เน้นไปที่เรื่องการพัฒนาความเป็นเมือง ซึ่งทิศทางการพัฒนาให้มีความครบถ้วนในตัว ไม่ควรเจริญแบบขาดแห่ง บางทีคนที่อยู่ในเมืองมีความด้อยโอกาสกว่าคนในชนบท ระบบที่มีควรทำชีวิตให้อยู่ได้อย่างยืดหยุ่น แต่ถ้าเราไม่มีการจัดการที่ดี จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนเมือง

ประเด็นปัญหาของ Big City

- ความเป็นเมือง ขยายไปทั่วประเทศ
- ปัญหาในการป้องกันควบคุมโรค
- ขาดกลไกในการทำงานในเขตเมือง
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

ปัญหาสุขภาพในเขตเมือง

- วัณโรค
- ไข้เลือดออก
- ไข้หวัดใหญ่
- AIDS
- โรคไม่ติดต่อ
- สุรา/ยาเสพติด

ปัญหาสุขภาพในเขตเมือง ที่เป็นปัญหา ได้แก่ โรค TB DHF ไข้หวัดใหญ่ AIDS โรคไม่ติดต่อ สุรา/ยาเสพติด ต้องมีการทำงานประสานระหว่างภาคส่วนโดยใช้กฎหมาย นำทฤษฎีมาใช้ ควรใช้รูปแบบใหม่ๆ ในการทำงาน

TB: ลดอุบัติการณ์จาก 171 ต่อแสนประชากรให้เหลือ 128 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 50% อยู่ในเขตเมือง

DHF: Bangkok Dengue Unit (BDU) การควบคุมโรคควรมีมาตรการที่ต่างไปจากเดิม ยกตัวอย่างประเทศสิงคโปร์ ที่มีการปรับเจ้าของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย

AIDS: ดำเนินมาตรการ 90:90:90 ให้ได้เร็วกว่าพื้นที่อื่นๆ โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่เชียงใหม่ Fast Track City Initiative การทำให้ท้องถิ่นมองเห็นคุณค่าและเข้ามามีส่วนร่วม โดยวันที่ 1 ก.ค. ได้มีการรณรงค์ตรวจหาเชื้อ HIV ฟรี แต่ไม่มีคนยอมไปตรวจ ทั้งที่เมื่อทราบผลจะได้รับยากินฟรี (เข้าไม่ถึงยา เพราะไม่ได้ไปรับการตรวจ)

NCD: HT/DM คนในสังคมเมืองอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด ใช้ชีวิตเร่งด่วน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และพักผ่อน การที่ไม่เข้าถึงบริการ รอคิวนาน เช่น การเข้าถึงบริการวัคซีน หรืออาคารที่เป็นตึกในเมืองไม่มี Primary Care Unit

RTI: เชิญ 7 เทศบาลนคร/เมือง เมื่อ 8 มิถุนายน 2559 ดำเนินการลงนาม MOU โดยที่เมืองพัทยาได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพให้สามารถทำอะไรได้หลากหลาย เช่น มี Situation Room ส่งเสริมการจัดการข้อมูลในการติดตามสถานการณ์ เน้น 3 เรื่อง 1) สวมหมวกกันน็อค 2) จำกัดความเร็ว และ 3) มีถนนเฉพาะจักรยาน ในอนาคตจะลงนามร่วมกันใน กทม. และคาดหวังให้เมืองใหญ่เข้าร่วมมากขึ้น

การพัฒนา Traffic Safety Zones ได้แก่

- การใช้พื้นที่จราจร
- การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย
- การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่
- การใช้สารเสพติดขณะขับขี่
- การจัดการความปลอดภัยในเด็ก
- การจัดการความปลอดภัยของรถจักรยาน
- มาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน

อภิปราย

เรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์บริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่”



อภิปราย เรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์บริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่”

ผู้ดำเนินการอภิปราย นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้ฟังประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ ซึ่งต่อไปทางคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะได้สังเคราะห์ประเด็นเป็นข้อเสนอในการป้องกันควบคุมโรค โดยจะคุยกันในขอบเขตตามค่านิยม เขตเมือง โดยแบ่งจากเขตการปกครอง ซึ่งถ้าเป็นเขตเทศบาล หมายถึงมีประชากร 10,000 คนขึ้นไป และเทศบาลนคร มีประชากร 50,000 คน พร้อมรายได้ ซึ่งหลักในการทำงานเบื้องต้นเป็นการหาภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน

❖ นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ค่านิยม

เขตเมือง หมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากร ตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป ในประเทศไทย เทศบาลเมือง และเทศบาลนครทั้งหมด คือ พื้นที่เขตเมือง รวมทั้งกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา เทศบาลเมือง 178 แห่ง ประชากรมากกว่า 10,000 คน เทศบาลบาลนคร 30 แห่ง ประชากรตั้งแต่ 51,295-257,745 คน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2524)

เขตเมือง (Urban area) หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น หรือมีจำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ (ประชากรหนาแน่น) และประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่มีใช้เกษตรกรรม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม "ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม" พ.ศ.2558)

ปัจจุบันสัดส่วนของประชากรในเขตเมืองและชนบท อยู่ประมาณ 50% และในอนาคตประชากรในเขตเมืองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ขณะนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาตินำเรื่องระบบสุขภาพเขตเมืองเป็นประเด็นในการทำงานมากขึ้น โดยกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานแรกๆ ที่มีความชัดเจนด้านโครงสร้างในการทำงานเขตเมือง

5 เมืองใหญ่ในประเทศไทย

เทศบาลนคร ที่มีจำนวนประชากรมาก ได้แก่ เมืองนนทบุรี หาดใหญ่ นครราชสีมา อุตรธานี และสุราษฎร์ธานี

กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 50 เขต มีประชากรจำนวน 5.7 ล้านคน (อยู่จริงประมาณ 15 ล้านคน) ซึ่งถือว่าเป็นเมืองที่เป็น Mega City ลำดับที่ 20 ของโลก

ภายในปี 2593 คาดว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั่วโลก จะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ประเทศไทยมีแนวโน้มการมีประชากรที่อาศัยในเขตเมือง และใช้ชีวิตแบบเมืองเพิ่มมากขึ้น

ความน่าสนใจของเมือง

มีทั้งประชากรที่จดทะเบียน และประชากรเคลื่อนย้าย มีนักท่องเที่ยวต่างชาติ มีแรงงานต่างชาติเข้ามาใช้แรงงานเป็นหลัก ทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ดำเนินการที่สนามบิน จะให้ความสนใจไปที่ชาวต่างชาติเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมควบคุมโรคมีบทบาทในส่วนนี้มากขึ้น

ความเป็นเมือง มาจากการที่มีนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้น รถที่จดทะเบียนมีมากขึ้น และจำนวนการตายมีมากขึ้น และใน กทม.มีแรงงานต่างด้าวมากที่สุด เช่น มีแคมป์ก่อสร้างที่มีการระบาดของโรคบ่อย ซึ่งมีหลากหลายสัญชาติ และในการป้องกันควบคุมโรคจะต้องใช้ภาษา สื่อ ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ความท้าทาย

ระบบบริการสุขภาพที่แยกส่วน (เอกชน>ภาครัฐ) การเข้าถึงบริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพประชาชน ความหลากหลายทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ ประชากรเคลื่อนย้ายสูง มีแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว

สถานการณ์โรคเขตเมือง

โรคที่พบ ได้แก่ NCD City RTI โรคติดต่อ (ไข้หวัดใหญ่, โรคไข้เลือดออก, โรคมือเท้าปาก, วัณโรค) ซึ่งตอนนี้มีปัญหาเรื่องข้อมูลที่ต้องแยกระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท

ในเขตเมืองใหญ่เครือข่ายเฝ้าระวังของ รพ.เอกชน มีความสำคัญมาก การจัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ในโรคต่างๆ ของเมืองใหญ่ เช่น DHF/RTI ถ้าหากมีการจับมือกับพันธมิตรอาจจะได้วิธีแก้ปัญหาใหม่ ซึ่งบางเรื่องแก้ไขปัญหาด้วยวิธีเดิมยังไม่สำเร็จ

พันธมิตรในระบบสุขภาพ

ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, อาสาสมัครสาธารณสุข, ภาคเอกชน เช่น บริษัท หน่วยงาน, ประชาชน

โอกาสในการทำงานเขตเมือง

- กระแสความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของประชาชน
- กฎหมาย/เทศบัญญัติ ท้องถิ่น
- สถานพยาบาลมีจำนวนมาก
- ประชาชนมีการศึกษา
- เทคโนโลยีที่ทันสมัย และการสื่อสารรวดเร็ว
- ทรัพยากรจำนวนมาก
- การบริหารจัดการสมัยใหม่

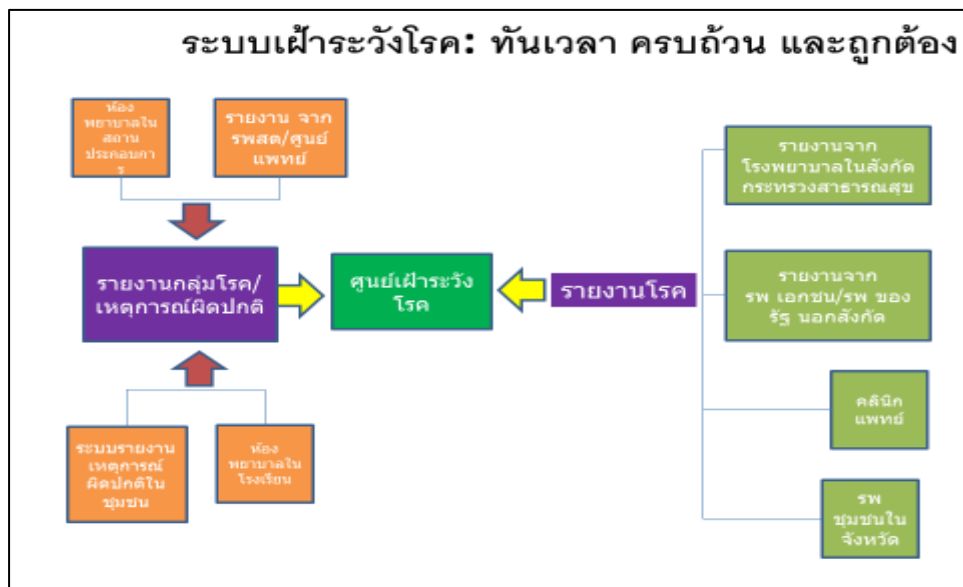
ดังนั้นในเขตเมืองแม้จะมีปัญหา/อุปสรรค มาก แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นโอกาสในการแก้ปัญหา ทั้งกระแสความใส่ใจสุขภาพของประชาชน กฎหมาย สถานพยาบาลที่มากขึ้น ประชาชนมีการศึกษา เทคโนโลยี การบริหารจัดการสมัยใหม่

❖ นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง หัวหน้ากลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
การควบคุมป้องกันโรคในสถานประกอบการในรูปแบบของ Social Enterprise: SE

การทำงานป้องกันควบคุมโรคมีอุปสรรคต่างๆ ทำให้เกิดความท้อ การใช้รูปแบบใหม่ๆ ในการทำงานจึงไม่สามารถประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร การเปลี่ยนมุมมองในการทำงานที่ใหม่ๆ จะทำให้งานบรรลุผลสำเร็จได้
ประเทศไทยมีเสาหลักเศรษฐกิจ 3 เสา ได้แก่

1. รัฐบาล : มีอุปสรรคเรื่องการทำงาน ความล่าช้า ความยากลำบากในการทำงาน
2. เอกชน : แสวงหากำไร/ NGO : งบประมาณหมดก็คือหยุดทำงาน ไม่มีความต่อเนื่อง
3. คสช. กำลังออก พ.ร.บ. คือ Social Enterprise ซึ่งเป็นระบบที่มีการทำงานเพื่อสังคม เป็นระบบที่มีความยั่งยืน ต่อเนื่อง สามารถเลี้ยงตัวของตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งเงินจากภาครัฐ

ระบบเฝ้าระวังโรครูปแบบเดิม

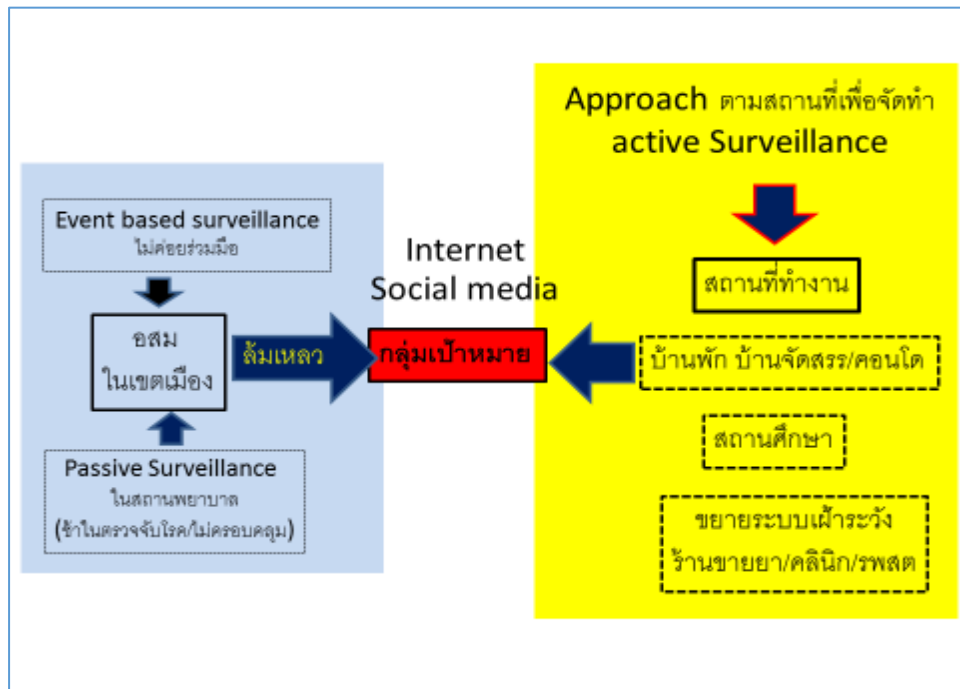


การป้องกันควบคุมโรคในรูปแบบเดิม คือ ทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง การรายงานโรคจากโรงพยาบาลจะรายงานโดยการวินิจฉัยของแพทย์ทำให้เกิดความแม่นยำ และจากรายงาน Event Base ในโรงงาน มีห้องพยาบาลเป็นผู้รายงาน

ความท้าทายของระบบควบคุมโรคในเขตเมือง

- ทิศทางการควบคุมป้องกันโรคในเขตเมือง ได้ก้าวเข้าสู่ภาคท้องถิ่น ซึ่งจะมียุทธศาสตร์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลเป็นเจ้าภาพร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
- เจ้าภาพด้านสุขภาพในเขตเมือง มีจำนวนมาก เช่น รพ.สต. ท้องถิ่น โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวง โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์/พยาบาล ร้านขายยา จึงไม่มีความเป็นเอกภาพในการทำงาน
- เจ้าหน้าที่ภาครัฐมีจำนวนจำกัด
- ขั้วเคลื่อนการทำงานโดย อสม

ทางออกของความท้าทาย



เดิมปัญหาการรายงาน Event base surveillance/Passive surveillance ในเขตเมืองคือ รายงานไปทีไหน รายงานไปที่ใคร ดำเนินการโดย อสม.ในเขตเมือง ทำให้เกิดความล้นเหลือ มีปัญหาด้านเอกภาพในการทำงาน ทั้งภาครัฐที่มีจำนวนคนที่จำกัด การขับเคลื่อนการเฝ้าระวังโรคโดยใช้กลุ่ม อสม.ในการเข้าถึงประชาชน ซึ่งจะทำให้ในเขตเมืองคงมีปัญหาในการเข้าถึง โดยยกตัวอย่างระบบการเฝ้าระวังโรคในสถานประกอบการ จะใช้ อสม.ไม่ได้ และในปัจจุบันหากมีการเฝ้าระวังโดยแบ่งตามสถานที่ จึงได้ Approach ตามสถานที่เพื่อจัดทำ Active surveillance ได้แก่ สถานที่ทำงาน บ้านพัก บ้านจัดสรร/คอนโด สถานศึกษา ขยายระบบเฝ้าระวังในร้านขายยา/คลินิก/รพ.สต.

ความสำเร็จในการควบคุมโรคเขตเมือง ต้องมีระบบเฝ้าระวังที่ตรวจจับความผิดปกติได้เร็วและการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

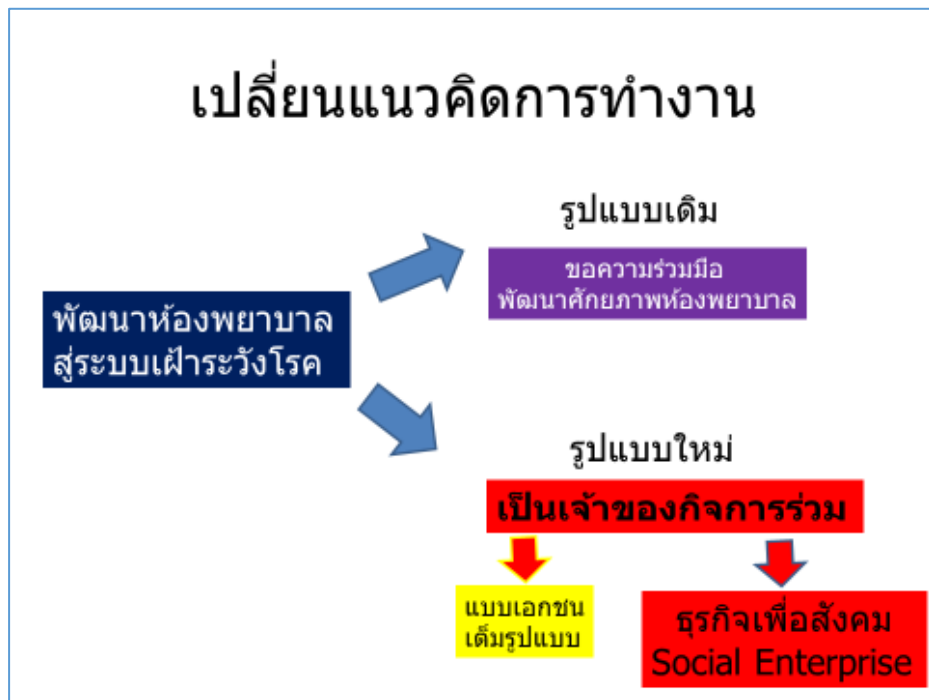
- ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ เสริมระบบเฝ้าระวังในสถานพยาบาลได้ดี แต่การตอบรับยังน้อยในเขตเมือง แต่ก็ยังจำเป็นต้องใช้
- ระบบเฝ้าระวัง ต้องมีการเก็บข้อมูล คนเก็บข้อมูลต้องอยู่ที่เดียวกับที่เกิดโรค

ระบบการจัดเฝ้าระวังโรคในสถานประกอบการ

สิ่งที่ควรรู้ก่อนที่จะทำงานร่วมกับสถานประกอบการ การจะทำงานร่วมกับสถานประกอบการ ต้องมีความรู้อย่างน้อย ดังนี้

1. กฎหมายคุ้มครองแรงงาน ในส่วนของสวัสดิการกำหนดไว้ หากมีแรงงานตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีห้องพยาบาลและพยาบาล
2. สุขภาพเป็นภาระที่ไม่สร้างกำไรให้กับสถานประกอบการ แต่ต้องจัดให้มีเนื่องจากลูกค้าจะเข้ามาประเมิน หากไม่ผ่านจะไม่สามารถขายสินค้าได้
3. หน่วยงานที่ดูแลเรื่องสุขภาพ มี 2 หน่วยงาน ฝ่ายบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ดูแลเรื่องโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานและสวัสดิการอื่นๆ

4. โรงงานต้องการมากเกี่ยวกับสุขภาพ คือการจัดการควบคุมโรคระบาด
5. การจัดการโครงการด้านสุขภาพที่สามารถวัดและประเมินผลได้



เราต้องเปลี่ยนแนวคิดในการทำงาน จากรูปแบบเดิมๆ ที่ต้องเรียกคนที่ดูแลรับผิดชอบมารับการพัฒนาศักยภาพ แต่ในรูปแบบใหม่เราต้องเป็นเจ้าของกิจการร่วม เป็นธุรกิจเพื่อสังคม ซึ่งค่าใช้จ่ายไม่สูง ระบบงานมีคุณภาพ เป็นเอกชนเต็มรูปแบบ สิ่งที่แข่งได้คือ ลดราคาที่ดินทุน

❖ **นายชำนาญวิทย์ ศรีสุพล** ผอ.สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครอุดรธานี
การบริหารราชการแผ่นดิน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น
งานที่หน่วยงานดูแลรับผิดชอบ ได้แก่ งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสัตว์แพทย์ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินงานจะต้องร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น สสจ. รพ. ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข
กิจกรรมที่หน่วยงานมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ใช้เลือดออก, ใช้ออกผื่น : การออกพ่นยุง โรงเรียน วัด/ชุมชน การให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออก รณรงค์และประเมินส้มลูกน้ำยุงลายในชุมชน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์

โรคมือเท้าปาก : การอบรมเครือข่าย SRRT

โรคพิษสุนัขบ้า : รณรงค์การฉีดวัคซีนให้สุนัข แมว

การควบคุมและพัฒนาคุณภาพเนื้อสัตว์จากโรงฆ่าสัตว์

งานอนามัยสิ่งแวดล้อม : สุขาภิบาลในโรงเรียน/สถานศึกษา ตลาด ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร รณรงค์การเลิกใช้โฟมบรรจุอาหาร

การควบคุมโรคไม่ติดต่อ : รณรงค์ลดอุบัติเหตุช่วงเทศกาล

ยาเสพติด : พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติดในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพ : โครงการไร้พุง การออกกำลังกาย พัฒนาโรงเรียน

❖ นางสาวสมศรี เตชะไกรศรี บริษัท ลุมพินี พรอพเพอร์ตี้ มาเนจเม้นท์ จำกัด

บริษัทลุมพินี(LPNI) เป็นบริษัทด้านอสังหาริมทรัพย์ โดยมีแนวทางพัฒนาอาคารชุดพักอาศัย ภายใต้วิสัยทัศน์ “ชุมชนน่าอยู่” มีครอบครัวพักอาศัยอยู่ราว 112,000 ครอบครัว ประชากรประมาณ 197,000 ราย ซึ่งเทียบกับประชากรเท่ากับ 5 อำเภอ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้พักอาศัยอยู่ในวัยทำงาน

บริษัทลุมพินีได้สร้างกิจกรรม เพื่อสร้างความผูกพันกันในครอบครัว และสังคม ซึ่งบริษัททำกำไรที่เหมาะสม เน้นเรื่องคุณภาพชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อม สังคมที่ดี ส่งเสริมให้ทุกคนมีจิตสำนึกที่ดี สร้างกิจกรรมให้ชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กันกับเพื่อนบ้าน

ความท้าทาย จะทำอย่างไรทำให้ผู้อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ชุมชนน่าอยู่ คือ ชุมชนลุมพินี ที่ผู้อยู่อาศัยทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยมีองค์ประกอบที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม และสังคมที่ดี รวมทั้งจิตสำนึกของการอยู่ร่วมกันดูแลห่วงใย และแบ่งปัน

กิจกรรมที่ทำ

เน้นเรื่องความห่วงใย ความเอาใจใส่ โดยเน้นเรื่องสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น กิจกรรมร่วมกับสภาภาษาชาดรวมกลุ่มชุมชนใช้รถโมบายของสภาภาษาชาดรับบริจาคเลือดทุก 3 เดือน เพื่อเสริมจิตสำนึกในการให้

กิจกรรมปลูกแปลงแบ่งปัน กำหนดพื้นที่สีเขียวให้สมาชิกในชุมชนร่วมกันปลูก ร่วมกันดูแล เช่น ปลูกพริก ผักสวนครัว ชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประกอบอาหารได้ เป็นการพัฒนาโครงการภายใต้ธุรกิจ

ช่องทางการทำงานของภาครัฐและ LPNI

มีกิจกรรมที่ทำในชุมชน และพยายามทำให้เป็นต้นแบบ ถ้า LPNI เป็นช่องทางให้หน่วยงานรัฐเข้าพัฒนาเราเป็นพื้นที่สามารถทำงานร่วมกันได้ และขยายผลไปได้รวดเร็ว

การทำกิจกรรมเหล่านี้ อาจเป็นช่องทางในการทำงานร่วมกับรัฐ ซึ่งทางบริษัทยังไม่เคยให้ความสำคัญในเรื่องการควบคุมโรคติดต่อเท่าที่ควร แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนา เช่น ถ้าท่านถามว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกี่คนแล้ว เรายังไม่ทราบในสิ่งนี้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการพัฒนาต่อไป และทางเราพยายามให้มองถึงด้านโรคไม่ติดต่อร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะของวิทยากรต่อที่ประชุม

- สิ่งสำคัญในการทำงานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง คือความรู้เรื่องระบบ surveillance ต้องจัดการอบรมให้พยาบาลในสถานประกอบการ, กระบวนการสอบสวนโรคเพื่อให้ early detection
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นรัฐบาลในท้องถิ่น มีทรัพยากรเป็นของตนเอง สามารถดำเนินการได้เองในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ แต่ยังคงขาดองค์ความรู้ใหม่ๆ และเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะนำไปทำงานในมุมมองที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งหากมีการบูรณาการร่วมกัน นำทรัพยากรของเทศบาลผนวกกับความรู้ใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ ทางเทศบาลมีความยินดีที่จะดำเนินการร่วมด้วย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- เห็นด้วยกับการจัดตั้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และการจัดตั้งกลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในระดับ สคร.
- ทำอย่างไรให้ทีมงานเหล่านี้มีอำนาจ บารมีในการทำงานในเขตเมือง เนื่องจากการทำงานในเขตเมืองไม่มีความเป็นเอกภาพ ถ้ามีกฎหมายในการรองรับการทำงานควบคุมโรคในบริบทเขตเมือง เช่น ในสถานศึกษา ในหน่วยงานราชการขนาดใหญ่ บ้านจัดสรร คอนโด ซึ่งจะมีความเป็นไปได้ในการทำงาน
- รูปแบบ Social Enterprise: SE ลองขยายผลไปทำร่วมกับ สคร. หรือ ขยายห้องพยาบาลเป็น รพสต. ประจำโรงงาน

อภิปราย

เรื่อง ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง



อภิปราย เรื่อง ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง

ผู้ดำเนินการอภิปราย แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

❖ นายแพทย์ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

จากสถิติเรื่องอุบัติเหตุในเขตเมือง จากในอดีต อันดับ 6 ขึ้นมาติดอันดับ 2 ซึ่งจากการวิเคราะห์ถึงประเด็นเรื่องปัจจัยเสี่ยง การเจริญเติบโตของเมือง การเกิดขึ้นของระบบราง จากสถิติพบว่า อุบัติเหตุที่เกิดบนท้องถนนประมาณร้อยละ 76.17 และจากการศึกษาเรื่อง GDP เทียบกับการตาย พบว่า จังหวัดที่มีรายได้ต่ำ และอยู่ใกล้กับจังหวัดขนาดใหญ่จะมีอัตราการตายสูง ในส่วนประเทศออสเตรเลีย มีการกำหนดมาตรการในเมืองใหญ่ เรื่อง Vulnerable road user, reduce speed, จุดเสี่ยง การร่วมทางแยก

ความเสี่ยงสำคัญ .. ในกลุ่ม Vulnerable Road User 83% ของคนไทยที่ตายบนถนน		
กลุ่มเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	ข้อพิจารณา
จยย. 70% 	<ul style="list-style-type: none"> ขับเร็ว ตัดหน้ากระชั้นชิด ย้อนศร, บรรทุกเกิน, ไม่มีใบขับขี่ (ทักษะ), คนต่างด้าว ไม่สวมหมวกนิรภัย 	A) จัดการเชิงระบบ <ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกอำนวยความสะดวก บูรณาการ มาตรการหน่วยงาน/องค์กร 2. กลไกข้อมูล (สืบค้นสาเหตุ) 3. การใช้เทคโนโลยี B) จัดการเชิงประเด็น (เสี่ยงหลัก) <ol style="list-style-type: none"> 1. ความเร็ว <ul style="list-style-type: none"> • Engineering : speed limit, traffic calming 2. ดั้ม/เมาขับ 3. อุปกรณ์ (หมวก, seat belt) 4. ถนน/จุดเสี่ยง จุดอันตราย <ul style="list-style-type: none"> • จัดลำดับชั้น function • Black spot: ทางแยก, U turn • อันตรายข้างทาง, work zone
คนข้ามถนน 8% 	<ul style="list-style-type: none"> ถนนกว้าง หลายช่องทาง ไม่มีจุดพักยืน ทางม้าลาย จำนวนน้อย รถไม่จอด ทางเท้าแคบ ขยายช่อง ... เดินบนถนน พฤติกรรมเสี่ยง การใช้มือถือ 	
จักรยาน 2% 	<ul style="list-style-type: none"> วิ่งปนกับรถที่ขับเร็ว (ไม่มีช่องทางจักรยาน) มีรถใหญ่วิ่งผ่าน (มีจุด blind spot หลายจุด) 	
รถสาธารณะ 	<ul style="list-style-type: none"> มีจำนวนน้อย, ประชาชนไม่ใช้รถส่วนบุคคล (จยย., เก๋ง) รถส่วนบุคคล (รถตู้/ปิกอัพ) มารับจ้างรับส่ง นร. ฯลฯ 	
อื่นๆ .. ถนน	<ul style="list-style-type: none"> ถนนกว้าง ไม่ได้จัดลำดับชั้น 	

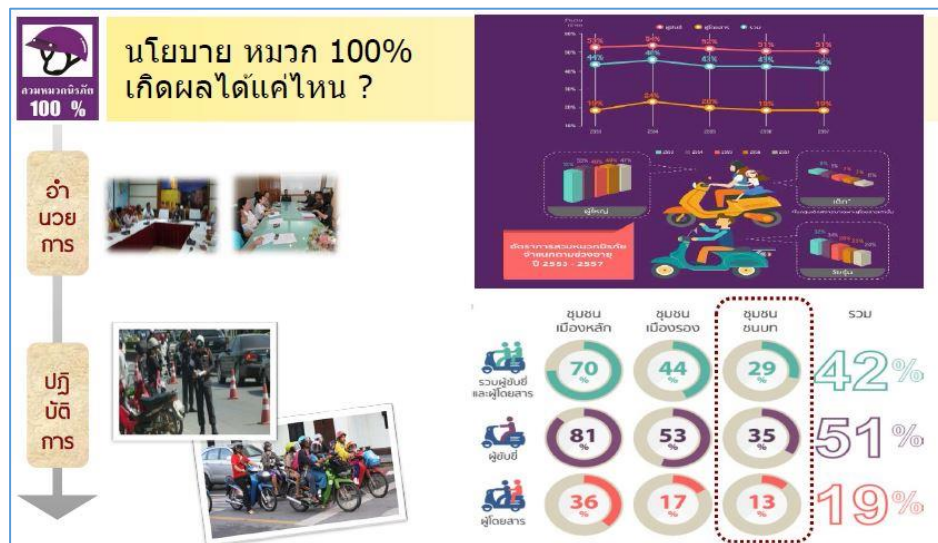
ในส่วนเรื่องการตาย อยู่อันดับ 2 พบว่ากลุ่มที่เป็น vulnerable user ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจาก จักรยานยนต์ คนข้ามถนน ร้อยละ 8 และจักรยานร้อยละ 2

ปัญหาเรื่องความซับซ้อนการจัดการความเสี่ยงในเขตเมือง และปัญหาเรื่องช่องว่างของการบังคับใช้กฎหมาย การจัดโครงสร้างศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน ต้องมองเรื่องนโยบาย การอำนวยความสะดวก และการปฏิบัติ



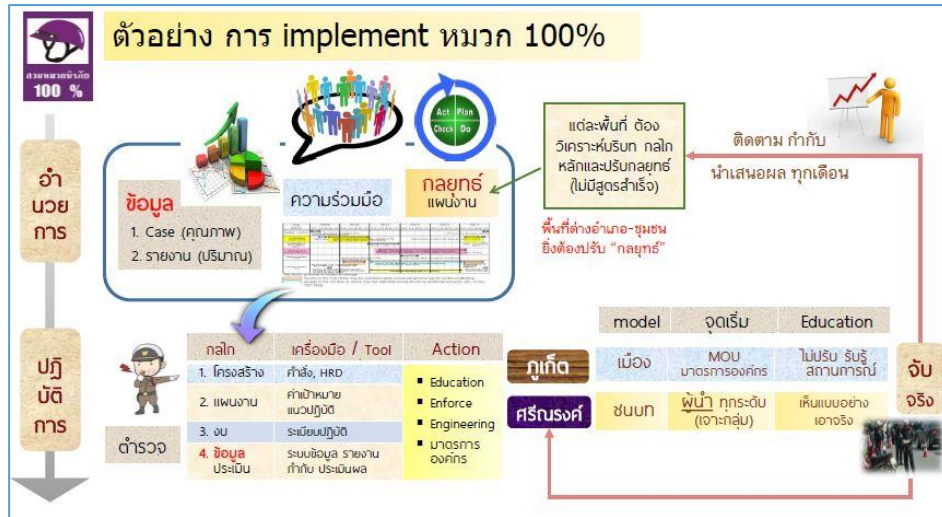
การผลักดันให้เกิดการ Implement ความปลอดภัยทางถนน

นโยบายของรัฐบาลอยู่ในโครงสร้างของศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยโครงสร้างนี้มีการออกแบบไว้ 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับอำนาจการ และระดับปฏิบัติการ แต่ช่องว่างของปัญหาคือ เวลามียุทธศาสตร์ จะมีช่องว่างในการบูรณาการ อยู่ 2 ช่วง คือ ปีใหม่ และสงกรานต์ ตัวอย่างเช่น รัฐบาลมีนโยบายสวมหมวกนิรภัย 100% ตั้งแต่ปี 54



นโยบายสวมหมวกนิรภัย 100% ฝ่ายอำนาจการมีการประชุมเตรียมการ และฝ่ายปฏิบัติดำเนินการโดยตำรวจ ผ่านมา 5 ปี ตัวเลขยังเหมือนเดิม คือ 42% ตัวเลขจะขึ้นในเขตเมือง

คำถามคือ ทำไม Implement นโยบายไม่ได้ สิ่งสำคัญคือฝ่ายอำนาจการมีจุดอ่อนในการจัดการรูปแบบก่อนที่จะนำไปสู่ฝ่ายปฏิบัติการ



ตัวอย่างการ Implement หมวกนิรภัย 100 %
หากฝ่ายอำนวยการ มีการจัดการข้อมูลที่ดี มีการใช้ข้อมูลเพื่อสร้างความร่วมมือ จัดทำแผนเพื่อบูรณาการ
คือแผนกลยุทธ์ได้ และแปลงแผนสู่การปฏิบัติได้ จะทำงานได้สำเร็จ



ยกตัวอย่างที่ภูเก็ต การขับเคลื่อนมาตรการสวมหมวก 100 %
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูล และการประชุมชี้แจง
ขั้นตอนที่ 2 ส่งมอบให้ตำรวจ ซึ่งตำรวจจะทำ MOU กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เชิญชวนให้ดำเนินการ
ร่วมกัน จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสสังคมให้ทราบถึงมาตรการ
ขั้นตอนที่ 3 การบังคับใช้กฎหมาย และให้ข้อมูล การจัดการกับผู้ไม่สวมหมวก โดยให้มาดู VDO และ
PPT ที่คนถูกตัดเสียชีวิตจากการไม่สวมหมวก
ซึ่งเขาดำเนินการในขั้นตอน 1 2 3 จำนวน 4 เดือน และทำตัวอย่างให้ผู้สวมหมวกกันน้อยคือเป็นตัวอย่าง
ขั้นตอนที่ 4 การบังคับใช้จริง

สรุปจุดเน้นการขับเคลื่อนงาน

- การมองหา “จุดจัดการ” และพัฒนาความร่วมมือในการจัดการ (ข้อมูล กลไกการจัดการ จัดทำแผนงาน ติดตามประเมินผล)
- กำหนดโจทย์ “ความเสี่ยงหลัก” เพื่อพัฒนากลไกเชิงระบบและแก้ปัญหาาร่วมกัน

ประเด็นเสริม

จุดที่ต้องเข้าไปเคาะประตู

- มองหาจุดจัดการว่าเป็นประเด็นใด เรื่องศูนย์ถนน หรือท้องถิ่น เรื่องสภาพรถ เชิญหน่วยงานสำนักงานขนส่งจังหวัด มาปรึกษาพูดคุย เรื่อง รถที่มีการแปลงสภาพ
- การเจาะโครงสร้างข้อมูล ความสูญเสีย ความเสี่ยง
- เปลี่ยนจากเทศกาล เป็นแบบต่อเนื่อง และเปลี่ยนงานเชิงการรณรงค์ (Event) เป็นแบบกลไก

แนวคิดพื้นฐานในการแก้ปัญหา Changing Fundamental Perceptions (WHO 2004)

1. Road Traffic Injury (RTI) ป้องกันได้ไม่ใช่เพียงเคราะห์กรรม ต้องอาศัยหลายภาคส่วนมาเกี่ยวข้องด้วยความรับผิดชอบ

2. ความผิดพลาดโดยปกติ ผู้ขับขี่ คนเดินเท้า จะต้องไม่นำไปสู่การเสียชีวิต (system that Accommodate human error)

3. ออกแบบระบบที่คำนึงถึงความหลากหลาย-ข้อจำกัดของมนุษย์ (system that account for the Vulnerability of the human body)

4. ความปลอดภัยทางถนน เป็นประเด็น/มิติด้านสังคม/สิทธิ-Road Safety as a social equity issue

❖ พลดารวจโทอำนาจ นิมมะโน สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

การทำงานของสภาปฏิรูปฯ เน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพ และเสนอแผน จากกรณีเรื่องอุบัติเหตุ มีการจัดตั้งคณะกรรมการอุบัติเหตุทางถนน ทั้งนี้อธิบดีกรมควบคุมโรคอยู่ในคณะกรรมการชุดนี้ด้วย ปัญหาเรื่องการรณรงค์ ขาดความต่อเนื่อง

สำหรับวิธีการแก้สาเหตุ อุบัติเหตุทางการจราจร ต้องวิเคราะห์องค์ประกอบดังนี้

1. สภาพถนน ถนน ซึ่งมีหลายส่วนรับผิดชอบ เช่น ทางหลวง ทางหลวงชนบท หรือ อบต./เทศบาล
2. สภาพของรถ
3. สภาพของคนขับ ความพร้อม คนเมา
4. ปัจจัยเสริม

ปัญหาที่พบเห็นในปัจจุบัน

- ยกตัวอย่างเรื่องการนำรถมาใช้ผิดประเภท เช่น การใช้รถสองชั้นขึ้นเขา
- ปัจจัยเรื่องถนน ทางเลี้ยวเมือง กลายเป็นถนนหลักจากการสำรวจจุดเสี่ยง มีมากกว่า 2,500 จุดที่เสี่ยง
- ปัญหาเรื่องสะพานลอย คนข้าม สามารถแก้ไขได้มาเพียงใด เรื่องวินัย
- การถมถนน ทำให้สะพานต่ำลง รถบรรทุกไม่สามารถลอดผ่านได้ ซึ่งกำหนดความสูง 7.5 เมตร
- สภาพรถ การต่อเติมผิดประเภท กรมการขนส่งต้องเข้มงวด โดยเฉพาะรถนักเรียน มีการต่อเติม
- การผลักดันเรื่องวินัยในตำราเรียน “วินัยจราจร สะท้อนวินัยชาติ”

สรุปประเด็น

- การฝ่าฝืนกฎหมาย
- สภาพของรถ
- พฤติกรรม เมมาแล้วขับ ชนแล้วหนี กฎหมายการผลักภาระ ซึ่งผู้ชนอาจจะไม่ผิด ต้องมีการสืบสวน จำเป็นต้องเก็บรถไว้ตรวจสอบ

บทบาทของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

- การจัดทำแผนปฏิรูป
- การสร้างวินัยจราจร แทรกตำราในการเรียน การพูดคุยกับกระทรวงศึกษาธิการ
- การแจ้งจุดเสี่ยง จุดตัดรถไฟ
- รถนักเรียน รถสาธารณะ big bike
- มาตรการประกันภัย มาตรการติดกล้องหน้ารถทุกคัน (เตือนจิตสำนึก)
- การปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล รพ.ร่วมดำเนินการอย่างไร รับแจ้งเหตุอย่างไร
- การสร้างวินัย ไม่กระทำความผิดกฎหมาย

❖ นายสมนึก ธนเดชากุล นายกเทศมนตรีนครนนทบุรี

บริบทของเทศบาลนครนนทบุรี มีความเป็นเมืองและประชากรหนาแน่นเป็นอันดับ 2 ประเทศ ประกอบด้วยหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ ปปช. กองสลาก และกรมราชทัณฑ์ ประเด็นสำคัญคือ เรื่องวินัยจราจร และเมาไม่ขับ สำหรับเรื่องแสงสว่างไม่เพียงพอ เทศบาลนครนนทบุรี มีการปรับไปเป็นแบบ LED เพื่อเพิ่มความสว่าง และพบว่าปัญหาเกิดจากการขาดระเบียบวินัย ขับเร็วเกินขนาด วิธีแก้ คือ การอบรมวินัยจราจร การจัดทำตำราเรียนเรื่องวินัยจราจร ซึ่งเทศบาลนครนนทบุรี ได้จัดทำโครงการอบรมรถจักรยานยนต์ แท็กซี่ ในเรื่องวินัยจราจร และ โครงการตาสับปะรด ในการสอดส่องดูแล

❖ นายภักดี กล่อมคอน ผอ.กองนโยบายและแผนงาน สำนักการจราจรและขนส่ง กทม.

เริ่มต้นด้วยการจัดทำนโยบายความปลอดภัย แนวคิดเรื่อง Vision zero (จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงเป็นจำนวนมาก)

1. การออกแบบถนน สิ่งแวดล้อม ปี 2554-2563 ทศวรรษแห่งความปลอดภัย เป้าหมาย 10 คน/ประชากรแสนคน
2. การบังคับใช้กฎหมายในเขตเทศบาล ความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่ให้เกิดอันตราย
3. การจำกัดความเร็ว ในเขตเทศบาล โรงเรียน

กระบวนการดำเนินงาน

1. การปรับปรุงลักษณะทางถนน
2. การรณรงค์ด้านวินัยจราจร/Social marketing การจัดทำประกาศเรื่องจุดเสี่ยง
3. การสำรวจจุดเสี่ยง
4. การใช้ IRAP สำหรับจัดเรทอัตราความปลอดภัย
5. การบังคับใช้กฎหมาย
6. การจัดทำโครงการวินัย สามัญสำนึกจราจร ดำเนินการในช่วงปีใหม่/สงกรานต์ การอบรมนักเรียนมัธยม การขับซิ่งรถ และนำความรู้ไปสู่ผู้ประกอบการ เป็นตัวแทนในการสื่อสารจราจร

7. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เรื่องการตีไม้ขับ จัดกิจกรรม สร้างจิตสำนึก การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
8. แนวคิดเรื่อง “ไม่ขับเร็ว ไม่ตัดหน้า ไม่ฝ่าไฟแดง”
9. การใช้รูปแบบการรณรงค์ผ่านสื่อเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยง โดย กทม. มีการตั้งเป้าในปี 2563 จะต้องลดลงร้อยละ 50

สรุปประเด็นสำคัญคือ

- การจัดตั้งศูนย์อำนวยความสะดวก
- แนวคิดเรื่อง vision zero
- โครงการรณรงค์การสร้างวินัย เทศกาลสำคัญ วินัยในเด็กมัธยม ความตระหนักรู้

หลักการของ Vision zero

- การวิเคราะห์ข้อมูล
- สภาพถนนและการออกแบบ
- เทคโนโลยี
- ขอบเขตเมืองและออกแบบเมือง
- พฤติกรรม
- การบังคับใช้
- เป้าหมายทางสังคมด้านอื่นๆ
- การดำเนินการ

❖ นายแพทย์สัญญาชัย ขาสสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

จากสถานการณ์ พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่ตลอดทั้งปีอยู่ในเขตเมือง ปัญหาเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องการดูแลระหว่างการขนส่งผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย

สรุปประเด็นสำคัญ

- เกิดขึ้นในเมืองใหญ่
- การใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้กล้อง public eye 4 ตัว (3 ตัวอยู่ในบ้าน และ 1 ตัวอยู่นอกบ้าน)
- การจัดการเรื่องโครงสร้าง ยกตัวอย่าง เมืองพัทยา การวางโครงสร้างใหม่ ในเรื่องการดูแลถนนทั้งเมือง พัทยา มีการใช้กล้อง 1,400 ตัวในการดูแล
- เทศบาลตำบลเขาชะเมา มีการจัดการเรื่องระบบ 1669

แนวทางการดำเนินงานคือ

- การมอบถนนให้พื้นที่ดำเนินงาน
- มอบอำนาจเทียบปรับ
- แก้ไขระเบียบการเงินของ สตง.
- มีการมอบเป้าหมายให้กับพื้นที่
- การปรับการทำงานไปที่เมืองใหญ่ เพราะเกิดปัญหาในช่วงเทศกาลเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น
- สร้างการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
- พัฒนารูปแบบเฉพาะแล้วเชื่อมโยง ศปถ.ระดับจังหวัด เป้าหมาย 30 จังหวัด

Traffic safety zones

- การใช้ผิวจราจร
 - การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย
 - การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่
 - การใช้สารเสพติดขณะขับขี่
 - การจัดการความปลอดภัยในเด็ก
 - การจัดการความปลอดภัยของรถจักรยาน
 - มาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน
-

ภาคผนวก

สรุปผลการประเมิน
การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Forum II)
เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) ครั้งที่ ๒
วันศุกร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Forum II) เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) ครั้งที่ ๒ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด ๑๐๐ คน ส่งแบบสอบถามกลับมาจำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐ ของผู้เข้าร่วมประชุม ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการประชุมสรุปได้ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตำแหน่ง	ร้อยละ
๑.๑ ผู้บริหารกรมควบคุมโรค	-
๑.๒ ผู้ทรงคุณวุฒิ	๖.๗
๑.๓ ผู้อำนวยการ	๓.๓
๑.๔ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในเขตเมือง	๓๖.๗
๑.๕ ผู้ผ่านหลักสูตร DCSR	๑๐.๐
๑.๖ อื่นๆ	๔๓.๓

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นอื่นๆ รองลงมาเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๓ และร้อยละ ๓๖.๗ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ด้านเนื้อหาวิชาการ

ประเด็นที่ประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
ส่วนที่ ๒ ด้านเนื้อหาวิชาการ				
๒.๑ ความรู้ที่ท่านได้รับจากการบรรยายพิเศษ เรื่อง ทิศทางการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ นายแพทย์อำนวยการ กาจินะ อธิบดีกรมควบคุมโรค 	-	-	๗๓.๓	๒๖.๗
๒.๒ ความรู้ที่ท่านได้รับจากการอภิปราย เรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์การบริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่”	-	-	๕๓.๓	๔๖.๗
๒.๓ ความรู้ที่ท่านได้รับจากการอภิปรายเรื่อง “ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง	-	-	๖๐.๐	๔๐.๐
ส่วนที่ ๓ ด้านวิทยากร				
๓.๑ วิทยากรมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ตรงกับเนื้อหาพร้อมทั้งสามารถสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจได้อย่างชัดเจน <ul style="list-style-type: none"> - วิทยากรอภิปรายเรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์การบริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่” <ul style="list-style-type: none"> ▪ นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร 	-	-	๕๖.๗	๔๓.๓

ประเด็นที่ประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
▪ นางสาวสมศรี เตชะไกรศรี	-	๖.๗	๖๖.๐	๓๓.๓
▪ นายชำนาญวิทย์ ศรีสุพล	-	๓.๓	๕๖.๗	๔๐.๐
▪ นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง	-	-	๓๖.๗	๖๓.๓
- วิทยากรอภิปรายเรื่อง ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง				
▪ นายสมนึก ธนเดชากุล	๓.๓	๑๓.๓	๖๓.๔	๒๐.๐
▪ พลตำรวจโท อำนวย นิมมะโน	-	-	๕๖.๗	๔๓.๓
▪ นายภักดี กล่อมคอน	-	๓.๓	๗๐.๐	๒๖.๗
▪ นายแพทย์ธนะพงศ์ จินวงษ์	-	-	๕๐.๐	๕๐.๐
▪ นายแพทย์สัญญาชัย ชาสสมบัติ	-	-	๖๓.๓	๓๖.๗
๓.๒ โดยภาพรวมวิทยากรสามารถสร้างบรรยากาศกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี	-	-	๖๓.๓	๓๖.๗
๓.๓ โดยภาพรวมวิทยากรเปิดโอกาสในการซักถาม เสนอความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม	-	-	๖๐.๐	๔๐.๐
๓.๔ ความพึงพอใจในวิทยากรโดยภาพรวม	-	-	๖๐.๐	๔๐.๐
ส่วนที่ ๔ ด้านสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเรียนรู้				
๔.๑ ห้องประชุมมีความเหมาะสม	-	๓.๓	๖๐.๐	๓๖.๗
๔.๒ โสตทัศนูปกรณ์มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการใช้งาน	-	-	๖๐.๐	๔๐.๐
๔.๓ ความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม	-	๖.๗	๖๐.๐	๓๓.๓
๔.๔ ความพึงพอใจต่อการบริการ/อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่	-	-	๖๓.๓	๓๖.๗
๔.๕ ความพึงพอใจในการบริการโดยภาพรวม	-	-	๖๓.๓	๓๖.๗
ส่วนที่ ๕ ภาพรวมการประชุม				
๕.๑ การประชุมฯครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการประชุมฯ	-	-	๖๖.๗	๓๓.๓
๕.๒ ท่านคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจ ที่ได้รับในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองในพื้นที่ของท่านได้	-	-	๖๓.๓	๓๖.๗

ส่วนที่ ๒ ระดับความคิดเห็นต่อเนื้อหาวิชาการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการบรรยายพิเศษ เรื่อง ทิศทางการป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ โดย นายแพทย์อำนวย กาจិនะ อธิบดีกรมควบคุมโรค ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐ ได้รับความรู้จากการอภิปราย เรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์การบริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่” และเรื่อง “ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมืองในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐

ส่วนที่ ๓ ด้านวิทยากร พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ตรงกับเนื้อหาพร้อมทั้งสามารถสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจได้อย่างชัดเจนต่อวิทยากร อภิปรายเรื่อง ความท้าทายและประสบการณ์การบริหารจัดการ “การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่” โดย นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และนายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

๑๐๐.๐ เท่ากัน นายชำนาญวิทย์ ศรีสุพล และนางสาวสมศรี เตชะไกรศรี ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗ และ ๙๓.๓ ตามลำดับ

ความพึงพอใจต่อวิทยากรอภิปรายเรื่อง ประสบการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ในเขตเมือง โดย พลตำรวจโท อำนวน นิยมมะโน นายแพทย์ธนะพงศ์ จินวงษ์ และนายแพทย์สัญญาชัย ขาสสมบัติ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐ เท่ากัน นายภักดี กล่อมคอน และนายสมนึก ธนเดชากุล ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗ และ ร้อยละ ๘๓.๔ ตามลำดับ และความพึงพอใจต่อวิทยากรโดยภาพรวม ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐

ส่วนที่ ๔ ด้านสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการโดยภาพรวม ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐

ส่วนที่ ๕ ระดับความคิดเห็นต่อภาพรวมการประชุม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่าการประชุมฯ ครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการประชุมฯ ระดับมากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐.๐ และคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองในพื้นที่ของตนได้ ระดับมาก ร้อยละ ๖๓.๓ และระดับมากที่สุด ร้อยละ ๓๖.๗

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

๑. การจัดประชุม ๑ วัน ควรเน้นย้ำว่าเลิกประชุมตามกำหนดการ ขอร้องให้ซื้อตั๋วเครื่องบิน Flight สุดท้าย แม้แต่คน กทม. ก็ทยอยกลับก่อน (อายุวิทยากร) ท่านอธิบดีก็ยังไม่อยู่
๒. อยากให้กรมควบคุมโรคหรือ สปคม. ได้กำหนดให้ชัดว่าปี ๖๐ กลุ่มโรคเขตเมืองของ สคร. ๑๒ แห่งทั่วประเทศ โดยเร็วเพื่อทันต่อการจัดหาโครงการปี ๒๕๖๐
๓. อยากให้มีระบบมาตรฐานในการทำงานควบคุมโรคเขตเมืองที่เป็นที่ยอมรับ เช่น ระบบโรงงานต้องผ่าน GMP ต้องผ่าน ISO ที่ผ่านแล้วมีผลต่อความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน มีผลต่อสินค้าและบริการ
๔. มีการประกวด “โครงการเมืองนี้ที่ฉันรัก” ระดับประเทศ
๕. อยากให้เน้นย้ำ มาตรการ สิ่งที่ต้องดำเนินการ/ทิศทาง/แนวทาง/เป้าหมายในการดำเนินงาน
๖. ชื่นชมทีมงาน Service Mind ดี สารระเนือหามีประโยชน์นำไปสู่การปฏิบัติได้ครบ

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Forum II)
เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่ (Big City) ครั้งที่ ๒
วันศุกร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
วิทยากร				
๑	พลตำรวจโท อำนวน นิมมะโน	สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ		
๒	นายสมนึก ธนเดชากุล	นายกเทศมนตรี เทศบาลนครนนทบุรี	๐๘๑ ๘๑๕ ๘๔๑๗	
๓	นายชำนาญวิทย์ ศรีสุพล	ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุข	๐๘๑ ๙๖๔ ๖๗๗๙	
๔	นายภักดี กล่อมคอน	ผู้อำนวยการกองนโยบายและแผนงาน สำนักการจราจรและขนส่ง	๐๙๒ ๒๕๒ ๕๖๙๕	
๕	นางสาวสมศรี เตชะไกรศรี	กรรมการผู้จัดการบริษัทลุมพินี พรอพเพอร์ตี้ มาเนจเม้นท์ จำกัด	๐๘๑ ๙๓๑ ๐๑๒๒ ๐๖๑ ๔๑๕ ๑๔๕๖	yamkanokon@lpn.co.th
๖	นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	ผู้อำนวยการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคในเมืองใหญ่	๐๘๑ ๕๕๕ ๙๒๑๖	iamsiri@gmail.com
๗	นายแพทย์อเนก มุ่งอ้อมกลาง	หัวหน้าศูนย์ป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	๐๘๙ ๖๔๑ ๕๙๐๕ ๐๘๑ ๗๘๙ ๔๖๔๓	Fetpl๒๘@gmail.com
ผู้บริหารกรมควบคุมโรค				
๘	นายแพทย์อำนวนาย กาจินะ	อธิบดีกรมควบคุมโรค		
๙	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค		
๑๐	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๑	นายแพทย์กฤษฏา มโหทาน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๒	นายแพทย์พรชัย จิระชนากุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๓	แพทย์หญิงปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๔	นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๕	แพทย์หญิงศรีประพา เนตรนิยม	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๖	นายแพทย์วิโรจน์ หมั่นคติธรรม	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๗	แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรร	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๑๘	นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	๐๘๑ ๘๒๗ ๗๑๑๕	sirut.somkiat@gmail.com
๑๙	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	๐๘๖ ๘๘๐ ๐๗๐๑	taweep@rocketmail.com
๒๐	นายแพทย์วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๒๑	แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๒๒	แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		
๒๓	นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ		

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
๒๔	นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๒๕	นายนสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ		
๒๖	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		
สถาบันราชประชาสมาสัย				
๒๗	นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์	ผู้อำนวยการ	๐๘๑ ๖๖๘ ๒๘๐๒	
๒๘	นางสาวฉลวย เสรีจกิจ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๙ ๕๒๔ ๑๓๐๐	chalkeang@gmail.com
๒๙	นางสาววิภา พริ้มแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๔ ๑๖๙ ๙๒๙๖	primkaew@gmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ				
๓๐	นายแพทย์สัญญาชัย ชาสสมบัติ	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	๐๙๙ ๕๓๕ ๑๖๑๕	drsanchai@hotmail.com
๓๑	นางนงนุช ตันดิธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๙๘๘๓๐๒๐	
๓๒	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุข	๐๘๕๙๐๓๙๖๗	
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
๓๓	นายเอกชัย แดงสอาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		ekeqq๘๘๘@hotmail.com
สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่				
๓๔	นางนพรัตน์ มงคลกลางกูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๘ ๒๐๘ ๙๑๘๖	noparatm@gmail.com
๓๕	นางสาวมลิสรา ฉิมอินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		maylissa@hotmail.com
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
๓๖	นางสาวจุรีย์ อูสาหะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๕ ๑๑๙ ๕๔๖๗	
๓๗	นายณฤพนธ์ ทรงพระ	นิติกรชำนาญการ		N_songphra@hotmail.com
สำนักวัณโรค				
๓๘	นายบุญเชิด กลัดพ่วง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
สถาบันบำราศนราดูร				
๓๙	แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา	ผู้อำนวยการ	๐๘๑๘๓๖๒๓๙	
๔๐	นางสาวลัษณพร วิสิฐนนทชัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๐๘๔ ๖๙๒ ๒๗๔๐	walaipornicn@hotmail.com
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ				
๔๑	ดร.พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๕ ๑๘๘ ๒๖๔๔	pk_taisu@yahoo.com

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
กองแผนงาน					
๔๒	นายนิติกร	หนูนาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	๐๘๓๑๐๐๙๙๔๔๒	
๔๓	นายกรณ์	เปี่ยมน้อย	นักวิชาการสถิติ	๐๒๓๕๔๑๒๑๒	
สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค					
๔๔	แพทย์หญิงชีวันท์	เลิศพิริยสุวัฒน์	ผู้อำนวยการ	๐๘๙ ๙๒๐ ๖๑๙๕	cheewanant@gmail.com
๔๕	ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิรักษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙๒ ๖๙๑ ๖๖๑๑	naiyana.pr@gmail.com
Bloomberg Philanthropies Initiative for Global Road Safety Bangkok					
๔๖	นายยุคนต์ทิวัดต์	กมลასน์กุล	Road Safety Coordinator	๐๙๕ ๖๙๕ ๖๒๓๕	yukhunthiwat@bigrs.org
๔๗	นายปัญญาเดช	สิงห์โท	Initiative Coordinator	๐๘๒ ๑๑๒ ๑๕๓๖	panjadach@bigrs.org
๔๘	คุณสุภารัชต์	ลักขมีวานิชย์	Liaison	๐๘๑ ๖๘๙ ๕๗๗๘	supharat@bigrs.org
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่					
๔๙	แพทย์หญิงเสาวนีย์	วิบูลสันติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	๐๘๑ ๘๘๓ ๐๓๒๒	sa๐๒๓๓๔@gmail.com
๕๐	นายพิษณุวัฒน์	พานารถ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๙ ๔๓๓ ๐๑๒๘	
๕๑	นายอำนาจ	ทิพศรีราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๖ ๙๒๐ ๓๗๐๔	amntip๕๗@yahoo.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก					
๕๒	นายสีไส	ยี่สุนแสลง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๙๔๓๙๑๖๗๗	seesaiy@hotmail.com
๕๓	นางอุษารัตน์	ติดเทียน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙๔ ๔๕๖ ๔๖๕๓	peawwarn@hotmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์					
๕๔	นายแพทย์ดิเรก	ข้าแป้น	ผู้อำนวยการ	๐๘๕ ๐๕๑ ๕๔๔๕	dr.tum@hotmail.com
๕๕	นางสาวธนภรณ์	พรหมมูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๑๘๘๗๘๐๖๒	Hgog๑๘@gmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ สระบุรี					
๕๖	แพทย์หญิงนันทพร	เมฆสวัสดิชัย	ผู้อำนวยการ	๐๘๖ ๖๐๙ ๑๖๔๒	nunny.cloud@hotmail.com
๕๗	นายเดชา	บัวเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๙๑๗๑๘๔๐๑๕	Decha๐๘๙@gmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ ราชบุรี					
๕๘	นายแพทย์อรรถพล	ชีพัสต์ยากร	ผู้อำนวยการ	๐๘๙ ๖๓๔ ๔๐๕๗	attapon๑๙๕๘@gmail.com
๕๙	นายแพทย์พงศ์ธร	ชาติพิทักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	๐๘๑ ๙๔๑ ๓๙๖๐	natsaint@hotmail.com
๖๐	นางเพชรรัตน์	อรุณภาคมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๐๘๕ ๘๔๔ ๑๐๒๕	petaroon@yahoo.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี					
๖๑	นางสุภาพร	พุทธรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	๐๘๙ ๙๓๙ ๗๖๔๔	timp๑๙@gmail.com
๖๒	แพทย์หญิงลานทิพย์	เหราปัติย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	๐๘๖ ๓๒๖ ๕๕๑๒	lanthip.dpc๓@gmail.com
๖๓	นางสาวสมปอง	โรจน์รุ่งศศิธร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๑ ๗๑๕ ๗๒๗๒	pong๙๘๖๙@gmail.com

	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น					
๖๔	แพทย์หญิงศศิธร	ตั้งสวัสดิ์	ผู้อำนวยการ	๐๘๑ ๗๑๗ ๑๔๘๖	sasitth@gmail.com
๖๕	นางชื่นพันธ์	วิริยะวิภาต	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๙ ๖๒๒ ๑๐๙๙	srisunthornv@gmail.com
๖๖	นางสุภาพร	ทวยบึงฉิม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๑ ๗๑๗ ๗๗๙๔	thsupaporn@gmail.com
๖๗	นางสาวกรรณิการ์	ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๙ ๖๒๒ ๒๙๘๖	ktinnawutipong@hotmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี					
๖๘	นางสาวแพพรพรรณ	ภูริปัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๕ ๙๒๑ ๔๗๖๓	noi๓๓๐๙๙@gmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา					
๖๙	นางทิติยาณี	เทพหัสติน ญ ออยุธยา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘๓ ๐๙๒ ๕๔๙๘	thititok๔@yahoo.com
๗๐	นางสาวธันวดี	รู้รอบ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ		
๗๑	นายศรเพชร	มหามาตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๙ ๐๒๓ ๕๖๗๗	pao_lo๒๐๐๒@yahoo.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี					
๗๒	นางสาวรพีพรรณ	เดชพิชัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		drapeepan@gmail.com
๗๓	นางสาวอรทัย	ศรีทองธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๙ ๑๓๐ ๙๑๔๖	tutuubonorathai@gmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช					
๗๔	แพทย์หญิงศิริลักษณ์	ไทยเจริญ	ผู้อำนวยการ	๐๘๙ ๕๕๓ ๕๕๕๙	siriluck๑๔๐๗๕@yahoo.com
๗๕	นายอนันต์	ดำแป้น	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	๐๘๖ ๙๔๓ ๒๐๕๐	aresearchnst@gmail.com
๗๖	นางสาวณัฐพิมล	ณ นคร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๔ ๘๙๔ ๐๓๙๐	natpimon๒๕๑๙@gmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา					
๗๗	นางสาวบงกชรัตน์	เชี่ยวชาญยนต์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ		b_chiewchanyon@yahoo.com
๗๘	นางสาวนันทพร	กลิ่นจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๖ ๙๕๖ ๕๖๑๖	Nk_pan๒๐๐๔@hotmail.com
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง					
๗๙	นางศรีนทร	สนธิศิริกฤตย์	รองผู้อำนวยการ	๐๘๑๖๓๒๘๐๔๙	Mambow๒๐๐๕@gmail.com
๘๐	นางธัญญา	รอดสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘๙๑๔๔๘๐๐๖	Tanya.rods@hotmail.com
๘๑	นางสาวเวสาร์ช	สรรพยา	นักวิชาการสาธารณสุข	๐๘๔๖๗๒๑๒๖๐	Veesa๙๙๙@gmail.com

	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
๘๒	นายพีระพงศ์	สิริโรจน์รัตนกุล	ผู้จัดการแผนกกิจกรรม LPN	๐๘๖๙๙๗๘๐๙๗	supeerapong@lpn.co.th
๘๓	นายอลงกรณ์	อิมเอิบ	จนท.ประชาสัมพันธ์เทศบาลนทบุรี		
๘๔	นางกชกร	เงินบำรุง	ผอ.ส่วนบริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองนนทบุรี		
๘๕	นางนภสร	ตรีรัตน์พิจารณ์	หัวหน้าฝ่ายบริการทางการแพทย์ เทศบาลเมืองนนทบุรี		
๘๖	ร.ต.ท.มณฑล	เรืองศรี			
๘๗	พ.ต.ต. พชร	ฐานฤทธิ			
๘๘	ร.ต.ท.ยรรยง	มุกมาก			
คณะทำงาน					
๘๙	นส.พจนา	จิตรจำนงค์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๐	นส.จิตรา	บุญโพก	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๑	นางวรรณฤดี	อุษณกุล	พนักงานธุรการ ๓ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๒	นส.จุฑารัตน์	นทร์สุข	นักจัดการงานทั่วไป สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๓	นส.จวรรณนา	เสนีย์	นักจัดการงานทั่วไป สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๔	นส.ทิพาภรณ์	สัตย์ณุชณ์	ผู้ประสานงานโครงการ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๕	นส.นันทนา	เถื่อนสว่าง	ผู้ประสานงานโครงการ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ		
๙๖	นส.สิริณัฐ	จันทร์ภาตรี	พนักงานพิมพ์ดีด ส.๓ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม		
๙๗	นายณัฐพงศ์	ศรีชาย	นักวิชาการศึกษา สำนักโรคติดต่อทั่วไป		
๙๘	นางปิยะภา	เหมือนสะอาด	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญ งาน กองคลัง		
๙๙	นางชลธิชา	กลางจันทร์	พนักงานการเงินและบัญชี ส.๓ กองคลัง		
๑๐๐	น.ส.ณัฐสิณี	สุทธิวีโรจน์	เจ้าหน้าที่พัสดุ		