

ข้อเสนอแนะ

1. ในฝ่ายของผู้กำหนดนโยบายนั้น ควรจะต้องมองถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน เพราะมีตัวอย่างให้เห็นได้จากปัญหาเรื่องโรงพยาบาลเอกชนขอดอนตัวออกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจำนวนมาก
2. การที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้นเป็นจุดบริการด่านแรก ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงภารกิจและหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนสิทธิและการใช้บริการของตน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และไม่ก่อให้เกิดความคาดหวังต่อการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเกินจริง
3. การมีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจำนวนมาก ข่อมเป็นผลดีต่อประชาชนในพื้นที่ ทำให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวก แต่ในขณะเดียวกัน ก็เป็นเสมือนการแข่งขันกันเองของหน่วยบริการในการหาประชากรมาขึ้นทะเบียนกับตน ในอนาคตจึงอาจจะควรต้องมีมาตรการควบคุมจำนวนหน่วยบริการตามความเหมาะสมเพื่อให้หน่วยบริการทุกแห่งอยู่รอดได้
4. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนไม่ควรเป็นแค่การระบุในนโยบายเท่านั้น แต่ควรมีแนวทางรองรับและปฏิบัติว่าถ้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคลินิกเวชกรรมเอกชนประสบปัญหาในการอยู่รอดในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น จะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างไร

- ประเมินผลบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคนอื่นๆ. บริการสุขภาพ ใจไกล-ใกล้บ้าน. 3,000เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 1. เอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาการบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545.
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. (11 พฤศจิกายน 2545).
- อรพินธ์ สฟโชคชัย. สังคมเสถียรภาพและกลไกประชารัฐที่ดี (good governance). เอกสารรายงาน TDR ฉบับที่ 20 (มกราคม 2540).
- อัมมาร สยามวาลา, (บรรณาธิการ). คนจนคนรวยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. ใน ไพโรจน์ วงศ์วิภาณนท์(บรรณาธิการ), อนาคตเมืองไทยใครว่าไม่น่าหวัง, กรุงเทพมหานคร: Knowledge Plus, 2547
- อานันท์ ปันยารชุน. ปาฐกถา “ธรรมรัฐกับอนาคตไทย. มติชนรายวัน (25 มีนาคม 2541): หน้า 2

ภาษาอังกฤษ

- David Smukowski. Center for Innovation and Entrepreneurship, University of Washington Business School, February 2006.
- Pedro Mendoza-Arana. Potential of private practitioners to deliver public health services in Peru in The new public/private mix in health: exploring the changing landscape, Malta: Alliance for Health Policy and Systems Research, 2003.
- Sanga Intajak. Cost and benefit analysis of contracting out primary medical care to private clinics under social security scheme. Master's thesis, Department of Economics Chulalongkorn University. 1996.
- Supasit Pannarunothai, Direk Patmasiriwat and Sukalaya Kongsawatt. Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need. Phitsanulok, Thailand Centre for Health Equity Monitoring (CHEM): Naresuan University, 2002.
- Supasit Pannarunothai, Mills Anne. Health Policy and Planning: Researching the Public/Private Mix in Health Care in a Thai Urban Area: Methodological

Approaches. Oxford University Press, 1998.

The New Merriam-Webster Dictionary. Massachusetts: MERRIAM-WEBSTER, 1989.

United Nations World Commission on Environment and Development (UNWCED). **Brundtland Report.** 1987.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายงานจำนวนหน่วยบริการตามคู่สัญญาในการจ่ายเงินรายหัวเข้าและออก ณ ปีงบประมาณ 45 - 49 (สิ้นเดือนมกราคม 2549)

ประเภทหน่วยบริการ	หน่วย บริการ ทั้งหมดใน 2545	จำนวนหน่วยบริการเข้าออก ปี 2546		หน่วย บริการ ทั้งหมดใน 2546	จำนวนหน่วยบริการเข้าออก ปี 2547		หน่วย บริการ ทั้งหมดใน 2547	จำนวนหน่วยบริการเข้าออก ปี 2548		หน่วย บริการ ทั้งหมดใน 2548	จำนวนหน่วยบริการเข้าออก ปี 2549		หน่วย บริการ ทั้งหมดใน 2549
		เข้าโครงการ	ออกจาก โครงการ		เข้าโครงการ	ออกจาก โครงการ		เข้าโครงการ	ออกจาก โครงการ		เข้าโครงการ	ออกจาก โครงการ	
ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ	817	2	5	814	-	1	813	8	2	819	3	-	822
นอกสังกัดสำนักงานปลัดฯ	21	-	13	8	-	3	5	1	-	6	-	1	5
ภาครัฐนอกกระทรวง	69	7	5	71	4	3	72	1	1	72	2	2	72
เอกชน	95	9	19	85	1	15	71	2	10	63	1	4	60
กาชาด	5	-	2	3	-	1	2	-	-	2	-	-	2
คลินิกชุมชนอบอุ่น(ในสังกัด สป.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
คลินิกชุมชนอบอุ่น(นอก สังกัด สป.)	-	-	-	-	3	-	3	-	-	3	1	-	1
คลินิกชุมชนอบอุ่น(รัฐ นอก สร.)	-	-	-	-	10	-	10	-	-	10	-	-	3
คลินิกชุมชนอบอุ่น- ศูนย์บริการสาธารณสุข(รัฐ นอก สร.)	-	-	-	-	30	-	30	-	-	30	-	-	10
คลินิกชุมชนอบอุ่น(เอกชน)	-	-	-	-	89	-	89	-	-	30	26	-	56
รวมทั้งรวม	1,007	18	44	981	137	23	1,095	36	21	1,110	49	13	1,146

ภาคผนวก ข

บริการปฐมภูมิ กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากนโยบายของรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายในปี 2544 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ...” นั้น

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ (เว้นแต่เป็นกรณีที่เกิดฉุกเฉิน) ความสามารถ หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงต้องส่งผู้ป่วยรับบริการต่อที่สถานพยาบาลแห่งอื่น) ทั้งยังจะสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลในระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนได้อีกด้วย ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่ต้องการให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายไปอย่างทั่วถึง และประชาชนกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย

เหตุนี้เองที่ทำให้บริการปฐมภูมิซึ่งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ จำเป็นต้องถูกกำหนดบทบาท รวมถึงพยายามให้ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมรายละเอียดต่าง ๆ ในกระบวนการปฏิบัติงานที่คาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ใช้บริการและต่อตัวระบบเอง

บริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขณะนี้รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในจำนวน 3 กลุ่มคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดครุภัณฑ์ดังนี้

“หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ”

หน่วยบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาอาจจัดบริการ โดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการก็ได้

ในกรณีที่จัดบริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เราจะเรียกบริการนี้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ส่วนหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ทุกประเภท หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เราจะเรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น องค์ประกอบสำคัญเบื้องต้นซึ่งจำเป็นต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิที่กล่าวไว้โดยรวมก่อนหน้านี้นี้ว่ามี 3 กลุ่มใหญ่ ๆ นั้น เมื่อนำมาพิจารณาควบคู่กับมาตรฐานเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล จะพบว่าไม่แตกต่างไปจากหลักการตามที่กล่าวมา เพียงแต่ในมาตรฐานตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีรายละเอียดของแต่ละประเด็นชัดเจนมากขึ้นดังนี้

1. การจัดหน่วยบริการ

การจัดหน่วยบริการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชากรที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วย

บริการปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิควรต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที

ในช่วงเวลาของระยะเปลี่ยนผ่านกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ มีประชากรรับผิดชอบจำนวนมาก ในระยะแรกให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภายในโรงพยาบาลได้ 1 แห่งต่อจำนวนประชากรไม่เกิน 30,000 คน และให้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ไม่มีสถานีนามข้อย่างน้อย 1 จุด โดยดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และจะต้องมีแผนขยายหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มให้ครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบทั้งหมดได้ในอนาคตในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

2. ชีตความสามารถของหน่วยบริการ

- 1) มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (โดยเน้นเวลาที่สะดวกของประชาชน)
- 2) มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเองหรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบ ไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 3) มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- 4) มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหน่วยบริการเช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหลังคลอด, วางแผนครอบครัวพร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของบริการอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์
- 5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน
- 6) มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อติดตามบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและทำความเข้าใจกับครอบครัว ประเมินสุขภาพครอบครัวและดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 7) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจัดหา การจ่ายยาและการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 8) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

3. ด้านบุคลากร

หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมประจำ โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่าง ๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

- 1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณสมบัติในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 คน โดยจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75
- 2) ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:10,000 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ติดตามกำกับคุณภาพอย่างเป็นการประจำ และทำหน้าที่พัฒนาขีดความสามารถของทีมงานให้บริการให้สามารถดำเนินงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนบทบาทให้บริการ โดยตรงนั้นให้พิจารณาตามสภาพจำนวนแพทย์ที่มีจริงในพื้นที่ว่าควรจะมีบทบาทมากเพียงใดจึงจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมินั้นสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้นได้ในระยะยาว ในขั้นต่ำคือต้องให้บริการในส่วนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นไม่สามารถให้บริการได้

- 3) ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ (1) ด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ (1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน
 - 4) มีทันตแพทย์และ/หรือทันตภิบาล ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1:40,000 คน
 - 5) มีเภสัชกรมาร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่น ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือ เจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน
4. ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่
 - 1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
 - 2) สถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
 - 3) มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
 - 4) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว
 5. ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ
 - 1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน
 - 2) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จดระบบข้อมูล
 - 3) ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว
 - 4) ให้มีข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
 - 5) ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการ ได้อย่างสม่ำเสมอมีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
 - 6) มีการจัดการด้านขาดตามเกณฑ์มาตรฐาน

6. มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริการ ด้าน
วิชาการและระบบข้อมูล

หมายเหตุ

- กรณีที่ไม่สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐาน ให้คณะกรรมการประกันสุขภาพจังหวัดและ
หน่วยที่ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพหน่วยบริการ พิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพ
พื้นที่ให้สอดคล้องกับหลักการจัดบริการปฐมภูมิ
- ในระยะเริ่มต้นหากจัดบริการไม่ได้ครบตามมาตรฐานนี้ทั้งหมด ขอให้มีแผนการพัฒนาที่
ชัดเจน ภายในช่วงเวลาที่ชัดเจนที่ตกลงกับคณะกรรมการประกันสุขภาพจังหวัด และมี
แผนการตรวจรับรองหน่วยบริการซ้ำตามเวลาที่กำหนดร่วมกัน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายกริช ธรรมจรัสศรี เกิดเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2523 ที่กรุงเทพมหานคร จบ
ปริญญาตรีศิลปศาสตร สาขาเอเชียอาคเนย์ศึกษา จากวิทยาลัยนานาชาติมหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจุบันทำงานมูลนิธิ Coastal Preservation and Development Foundation
(CPAD) ในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทางทะเล