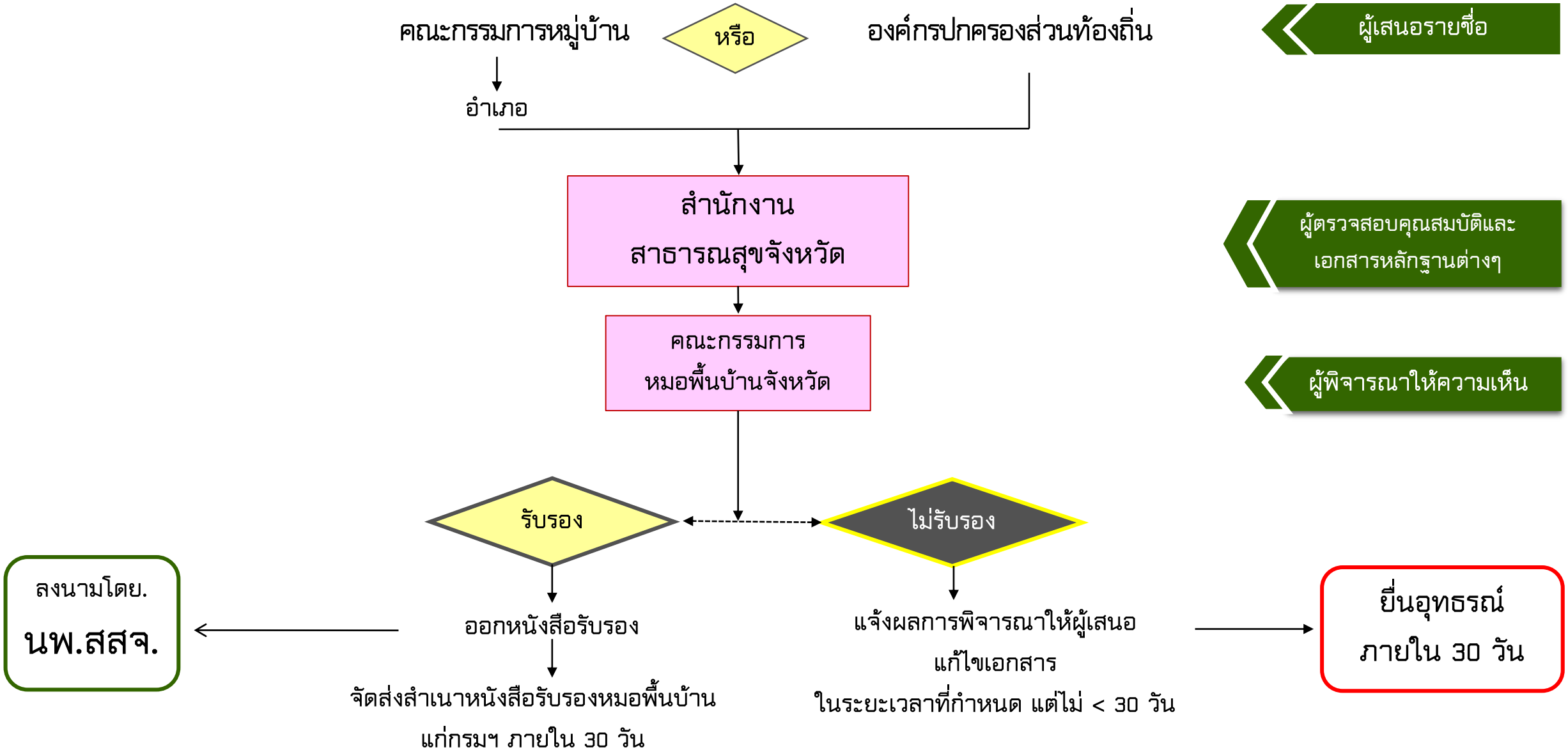
ขั้นตอนการรับรองหมอพื้นบ้าน



แนวทางการพิจารณาเพื่อรับรองผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นหมอพื้นบ้าน

แนวทางการพิจารณา	คำอธิบาย
1. ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	ตามประกาศคณะกรรมการหมอพื้นบ้าน
2. ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมา	1. มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจ วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู ตามหลักการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม โดยมีการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือองค์ความรู้จากท้องถิ่น ตามวิถีวัฒนธรรมชุมชน หรือแบบอัธยาศัย (โดยบรรพบุรุษ หมอพื้นบ้าน หมอพระ) - รู้จักโรค - รู้จักยา - รู้วิธีการบำบัดรักษาโรค - รู้จักการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำ 2. มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจ วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู ตามหลักการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมไม่น้อยกว่า 10 ปี
3. การไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ หรือประโยชน์อย่างอื่น ที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมา	1. ไม่เรียกร้องค่ารักษามากเกินควร 2. ไม่ดำเนินการเชิงธุรกิจ หรือเชิงพาณิชย์ 3. ไม่มีการโฆษณา โอ้อวด กล่าวอ้างเกินจริง
4. การเป็นที่รู้จักและยอมรับจากคนในชุมชน	1. คนในชุมชนรู้จักในบทบาทของหมอพื้นบ้าน 3. ให้การดูแลรักษาสุขภาพในชุมชน ณ ที่ตั้ง (ไม่เร่ขายยา) 2. มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ (ครูภูมิปัญญา, วิทยากร, งานพัฒนาด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน)
5. คุณธรรม และจรรยาบรรณ	1. มีเมตตา ช่วยเหลือเกื้อกูล 2. มีการถ่ายทอดความรู้ด้วยความเมตตาให้แก่ บุตรลูกศิษย์ ผู้ป่วย ฯลฯ โดยไม่เรียกร้องค่าเล่าเรียน
6. องค์ประกอบอื่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามวัฒนธรรมของชุมชน	1. ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบสถานพยาบาล 2. มีทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพประชาชน

แบบคำขอเสนอรายชื่อหมอพื้นบ้าน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....
โทรสาร.....e-mail.....

ขอยื่นคำขอเสนอรายชื่อหมอพื้นบ้าน จำนวน.....ราย (ดังรายนามตามเอกสารแนบ) เพื่อเข้ารับการพิจารณาให้เป็นบุคคลที่ได้รับหนังสือรับรอง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.๒๕๖๒ ขอยื่นเอกสารต่อ

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
☐ ที่ว่าการอำเภอที่ตั้ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายชื่อหมอพื้นบ้านดังกล่าว เป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.๒๕๖๒ ทุกประการ

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบพิจารณา จำนวน.....ฉบับ ดังต่อไปนี้

๑. รายงานการประชุม (ที่แสดงมติการพิจารณาเห็นชอบให้เสนอรายชื่อหมอพื้นบ้าน)
๒. บัตรประจำตัวแสดงความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐของ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน /ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. เอกสารหลักฐานของหมอพื้นบ้านที่เสนอรับการรับรอง
   ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของหมอพื้นบ้าน
   ☐ ทะเบียนบ้านของหมอพื้นบ้าน
   ☐ ใบรับรองแพทย์
   ☐ เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองหมอพื้นบ้าน
๔. เอกสารอื่น (ถ้ามี) ระบุ.....
   .....

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ
(.....)
ตำแหน่ง.....

เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองหมอพื้นบ้าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตรอก.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
มีความประสงค์ขอรับการรับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒
โดยยื่นต่อ ☐ คณะกรรมการหมู่บ้าน.....
☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....

.....
(.....)
ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน

.....
(.....)
ผู้รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอแล้ว
☐ ครบถ้วน
☐ ไม่ครบถ้วน (ระบุ).....
.....
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เห็นควร ☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ออกหนังสือรับรอง
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. การกรอกรายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบนี้ หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับแบบคำขอเสนอรายชื่อเพื่อขอรับรองเป็นหมอพื้นบ้านไว้ด้วย

๒. ให้จัดทำสำเนาแบบ ม.บ.๑ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา จำนวน ๑ ชุด มอบให้ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านเก็บไว้เป็นหลักฐานต้นฉบับให้รวบรวมส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ตั้ง

รายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้าน

ให้บรรยายโดยละเอียดว่า “ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านเป็นผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมของชุมชน สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน” หากมีหลักฐานและเอกสาร ให้แนบประกอบคำขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านด้วย

๑. ประวัติทั่วไป

๑.๑ การศึกษา

.....

๑.๒ อาชีพ

.....

๒. ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

๒.๑ เริ่มเรียนรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ปี พ.ศ. .....

เริ่มให้การรักษา ปี พ.ศ. .....รวมระยะเวลาการเป็นหมอพื้นบ้าน.....ปี

สถานที่ให้การรักษา.....

จำนวนผู้ป่วยที่เคยให้การรักษา.....

๒.๒ พิธีหรือกระบวนการในการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เช่น พิธีมอบครู หรือการตั้งขันธ์

.....

.....

.....

๒.๓ ความเชี่ยวชาญ/โรคที่มีความชำนาญในการรักษา มีประสบการณ์การรักษา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

๓. ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษา (จำแนกตามรูปแบบการรักษา หรือองค์ความรู้ในการรักษา)

๓.๑ วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓.๒ การรักษา

- ขั้นตอนการรักษา

.....

.....

.....

.....

- วิธีการรักษา (เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การใช้น้ำมนต์ หรือการใช้คาถา เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

- รายละเอียดการรักษา ตำรับ ตำรายา วิธีการรักษาที่พร้อมจะเปิดเผย (ยกเว้นตำรับกัญชา โปรดระบุโดยละเอียด)

.....

.....

.....

- ข้อปฏิบัติหรือข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย ก่อน/ระหว่าง/หลังการรักษา

.....

.....

.....

- การติดตามผลการรักษา มีการรักษาต่อเนื่องหรือนัดผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาดูอาการที่บ้าน

.....

.....

.....

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าครู/ค่าอาหาร/ที่พัก/ค่ายา/ค่าสมนาคุณ

.....

.....

.....

.....

๓.๓ วิธีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

๓.๔ การให้คำแนะนำสำหรับญาติในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

.....

.....

.....

๔. การบูชาครู

๔.๑ ขั้นตอนและเครื่องไหว้สำหรับการบูชาครูก่อนและหลังการรักษา

.....

.....

๔.๒ การไหว้ครูประจำทุกปี (เช่น เครื่องไหว้ วันเดือนปีที่กำหนด ขั้นตอน หรือพิธีการ เป็นต้น)

.....

.....

๕. การถ่ายทอดองค์ความรู้ (เช่น การถ่ายทอดความรู้แก่บุตร ศิษย์ หรือประชาชนทั่วไป เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

๖. การจัดทำทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วย

.....

.....

๗. อื่นๆ (ระบุ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ถนน .....
ตรอก/ซอย ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
โรคประจำตัว ..... การแพ้ยา/อาหาร .....
น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ครั้งที่	ว/ ด/ป	อาการเจ็บป่วย	ตรวจร่างกาย	วินิจฉัยโรค	การรักษา	ผลการรักษา	การติดตามผล	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....หมอพื้นบ้าน

หมายเหตุ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๓๐ ระบุว่า หมอพื้นบ้านต้องจัดทำทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน และต้องเก็บรักษาไว้เป็นข้อมูลสำหรับการตรวจสอบหรือค้นหาได้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๕ ปี

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาลที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบเวชกรรมหรือ
สถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่..... .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

โทร..... เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ..... มีรายละเอียดดังนี้

- น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม - ส่วนสูง..... เซนติเมตร
- ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท - ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

ซึ่งบุคคลดังกล่าว ขอรับการตรวจวินิจฉัยว่า ไม่เป็นโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามประกาศคณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่องโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม

(๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(๕) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

(๖) โรคอื่นซึ่งคณะกรรมการหมอพื้นบ้านพิจารณาเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

โดยมีผลการตรวจและความเห็นของแพทย์ .....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ : (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๓) ให้ระบุกรณีตรวจพบอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ตาม (๖)

แบบใบรับรองแพทย์นี้ได้รับอนุมัติจากอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อวันที่ ๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒