

บทที่ 14

วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย

“คนที่ไม่รู้จักที่จะมองย้อนหลังไปยังที่ๆ เขามา จะไม่มีวันเดินไปถึงที่หมาย”

โฮเซ่ ริซัล

แพทย์, นักปฏิวัติ ชาวฟิลิปปินส์

“เราไม่มีวันจะรู้ว่าสิ่งใดมีค่าพอให้เราใช้ชีวิตอยู่เพื่อมัน จนกระทั่งถึงวันที่เรานั้นพร้อมตายเพื่อสิ่งนั้นได้”

เออร์เนสโต “เซ” กูวารรา

แพทย์, นักปฏิวัติ ชาวอาร์เจนตินา

1. สถานการณ์แพथการสาธารณสุขไทยก่อนมีกรมสาธารณสุข

ความรู้ทางการแพทย์แบบดั้งเดิมในยุคโบราณ

ไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัดว่า ช่วงเวลาของการสั่งสมความรู้เรื่องโรค อาการของโรค สมมติฐานโรค และวิธีการรักษาโรคที่มนุษย์สั่งสมมายาวนานเท่าใด จากหลักฐานทางโบราณคดี โครงกระดูกหลายแห่งที่ขุดค้นพบในดินแดนที่เป็นประเทศไทยปัจจุบันในสมัยก่อนประวัติศาสตร์หรือเมื่อราว 3,000 ปีมาแล้ว บอกให้เราทราบว่า มนุษย์สมัยก่อนประวัติศาสตร์ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยไม่เกิน 30 ปี ถึง 50 ปี และมีโรคต่างๆ คอยคุกคามมากมาย เมื่อเริ่มเข้าสู่สมัยประวัติศาสตร์ มีการรับอารยธรรมจากภายนอกทำให้เกิดการผสมผสานกับการแพทย์แบบพื้นเมือง กลายเป็นการแพทย์ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม และทรัพยากรของตนเอง

อาณาจักรอยุธยาและการบูรณาการความรู้จากภายนอกกับการแพทย์แผนไทย

เมื่อเข้าสู่สมัยกรุงศรีอยุธยาสภาพความเป็นไปในด้านสุขภาพของชาวสยาม ยังต้องเผชิญกับโรคระบาดใหญ่ 3 โรค คือ อหิวาตกโรค (โรคห่า) ไข้ทรพิษ และกาฬโรค เมื่อเกิดการระบาดแต่ละครั้งคร่าชีวิตคนไปนับพันนับหมื่นชีวิต แต่ประสบการณ์ที่สั่งสมมาตั้งแต่โบราณทำให้ในสมัยอยุธยามีการบูรณาการด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างหลากหลาย ดังปรากฏในทำเนียบศักดิ์ดินาข้าราชการ

ฝ่ายทหารและพลเรือนที่ตราขึ้น ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ พุทธศักราช 1998 มีการแต่งตั้งแพทย์ขึ้นทำราชการ ยศตำแหน่ง และแบ่งเป็นกรมทำหน้าที่ด้านการแพทย์แขนงต่างๆ อย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย อาจกล่าวได้ว่าความรู้ทางการแพทย์แผนไทยได้สถาปนาอย่างเป็นทางการเป็นระบบขึ้นในสมัยนี้ ในเรื่องยา กรุงศรีอยุธยา มีโรงพระโอสถ 2 แห่ง มียานป่ายาเป็นยานค้าโอสถสมุนไพร ประชาชนสามารถหาซื้อเครื่องปรุงยา ทั้งเครื่องยาไทย และเครื่องยาเทศได้ทุกชนิด การรักษามีหมอหลวง หมอพระ และหมอชาวบ้าน เรียกว่า หมอเขลยศักดิ์ กระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชนต่างๆ การแพทย์แผนไทยสมัยนี้ ยังได้รับอิทธิพลจากการแพทย์นานาชาติประเทศที่เข้ามาพร้อมกับการติดต่อค้าขายและเผยแพร่ศาสนา ดังในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชวงการแพทย์มีการรวบรวมตำรายาขึ้นเป็น ครั้งแรก เรียกว่า “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ประกอบด้วยตำรายาไทย ตำรายาฝรั่ง ตำรายาจีน และตำรายาพราหมณ์เทศ ตั้งแต่สมัยอยุธยาตอนกลางเป็นต้นมา คาดว่ามีการบันทึกรวบรวมคัมภีร์การแพทย์ไว้เป็นจำนวนมาก ดังที่เหลือตกทอดปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

การฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์ในยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์

กระทั่งคราวเสียกรุงเมื่อพุทธศักราช 2310 ความรู้ด้านการแพทย์ที่บันทึกไว้สืบทอดกันมาได้สูญหายไปเป็นอันมาก สภาพความระส่ำระสายของบ้านเมืองทำให้ความต่อเนื่องของความรู้ทางการแพทย์ของไทยหยุดชะงักไปชั่วขณะ ในสมัยกรุงธนบุรีและกรุงรัตนโกสินทร์ ปัญหาสุขภาพของพสกนิกรชาวสยามยังคงเผชิญกับปัญหาเดิม เช่น โรคระบาด โรคเรื้อรังต่างๆ ขณะเดียวกันความพยายามในการฟื้นฟูเมืองหลวงขึ้นมาใหม่ให้ยิ่งใหญ่ทัดเทียมกรุงศรีอยุธยา นอกจากการสร้างปราสาทพระราชวังวัดวาอารามต่างๆ ให้คล้ายคลึงกับในกรุงศรีอยุธยาแล้ว ยังมีการรวบรวมศิลปวิทยาการแขนงต่างๆ ที่สูญหายกระจัดกระจายไปในยามสงครามด้วย

วัดโพธาราม (ที่มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม) เป็นพระอารามแห่งหนึ่งที่มีการบูรณะ โดยโปรดให้ “ตั้งตำรายาและฤๅษีตัดตนไว้เป็นทาน” ภายในศาลาราย เขียนภาพแผนไข้ทรพิษ เขียนแผนนวด และยังจารึกตำรายาพร้อมกับจารึกเรื่องประจำภาพต่างๆ ติดไว้ตามผนัง เสา และศาลา มีการสร้างรูปฤๅษีตัดตนท่าต่างๆ หล่อด้วยสังกะสีสมมติบุทหล่งละลี้ถึงห้าตนประกอบกับจารึกโคลงสุภาพบอกท่าตัดตนไว้ด้วย

เมื่อรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย พ.ศ. 2355 ทรงโปรดให้มีการรวบรวมตำราแพทย์ขึ้นมอบให้พระพงศ์นรินทร์ (หรือพระพงศ์อมรินทร์) เป็นผู้รับผิดชอบในการออกไปรวบรวมตำรายา และให้ขุนนางราชฎร และพระสงฆ์ในวัดต่างๆ รวบรวมส่งมาอีกทางหนึ่งด้วย และยังมีมีการปรับปรุงทำเนียบขุนนางด้านการแพทย์ที่เคยมีมาในสมัยอยุธยาด้วย

ปฐมบทสู่การแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่

ต่อมารัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นสมัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในด้านการแพทย์การสาธารณสุขเกิดขึ้นหลายเรื่องหลายประเด็น พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าฯ ทรงทำการปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนที่ชำรุดทรุดโทรมลงไป พร้อมทั้งจารึกตำรายาและจัดสร้างหุ่นฤๅษีตัดตนเพิ่มเติมจากของเดิม นอกจากการอนุรักษ์สืบทอดความรู้เดิมแล้ว ในอีกด้าน

รัชสมัยของพระองค์เป็นช่วงเวลาที่ยุโรปตะวันตกเดินทางเข้ามาสู่ดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา มีการติดต่อค้าขายระหว่างคนท้องถิ่นและชาวตะวันตก รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องศาสตร์ต่างๆ เนื่องจากอำนาจของชาวตะวันตกที่มาจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้แสดงรูปธรรมให้สยามเห็นอย่างชัดเจน เมื่อพม่าชาติมหาอำนาจคู่แข่งของสยามต้องพ่ายแพ้และตกเป็นเมืองขึ้นของอังกฤษอย่างสิ้นเชิงในช่วงต้นรัชกาล

แพทย์มิชชันนารีที่เป็นที่รู้จักกันมากที่สุด ได้แก่ นายแพทย์ แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า หมอบรัดเลย์ หรือ หมอปรัดเล และเนื่องจากบรรดามิชชันนารีที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาในช่วงแรกๆ มักจะเป็นแพทย์ทำให้ชาวสยามพากันเรียกมิชชันนารีว่า “หมอ” หมอบรัดเลย์ได้สร้างคุณูปการหลายอย่างให้กับสังคมไทย กล่าวเฉพาะในด้านการแพทย์ ความรู้ที่หมอบรัดเลย์นำมาเผยแพร่ในสังคมไทย เช่น การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษและเขียนตำราสอนการปลูกฝีเป็นภาษาไทย การทำสูติกรรมแบบตะวันตกจนเป็นผลให้เกิดความนิยมจนมีการยกเลิกการผทมเพลิงหรือการอยู่ไฟในราชสำนัก การผ่าตัดเป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของชาวสยามด้วยฝีมือทางศัลยกรรมของหมอบรัดเลย์ แม้แต่ความรู้ของการแพทย์ทางเลือกแบบโฮมิโอพาธีก็มีหลักฐานว่าหมอบรัดเลย์เป็นคนแรกๆ ที่นำเอาศาสตร์แขนงนี้มาใช้ในสยาม กระทั่งกรมหลวงวงษาธิราชสนิท ผู้กำกับกรมหมอหลวงในสมัยนั้นเป็นศิษย์คนสำคัญผู้หนึ่งของหมอบรัดเลย์

จุดเปลี่ยนสำคัญหลายประการ ในช่วงศตวรรษที่ 19 อันนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์ตะวันตกอย่างก้าวกระโดด ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางด้านกายวิภาคและพยาธิวิทยา การพัฒนาเครื่องมือเครื่องมือใหม่ๆ เพื่อการตรวจรักษาในทางการแพทย์ ไปจนถึงการนำเสนอทฤษฎีว่าด้วยที่มาของโรคใหม่ เรื่องนี้มีการถกเถียงกันมากในวงการแพทย์ระดับนานาชาติ ในเวลานั้นมีความเชื่ออยู่สองทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีอายพิทม์ (Miasma theory) ซึ่งมีอยู่แต่เดิมกับทฤษฎีเชื้อโรค (Germs Theory) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการค้นพบบัคทีเรียของหลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) และการที่โรเบิร์ต ค็อค (Robert Koch)

ค้นพบแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของวัณโรค (tubercle bacillus) ใน พ.ศ. 2425 (ค.ศ. 1882) ทฤษฎีอายุพิศม์ นั้นเป็นพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยของมนุษย์มาจากความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย เช่น อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ รวมไปถึงการจัดการสภาพแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะหรือของโสโครกด้วยความเชื่อเช่นนี้มีอยู่ในทฤษฎีการแพทย์ทั้งในโลกตะวันตกและโลกตะวันออก ในโลกตะวันตกนั้น ความเชื่อแบบนี้สืบทอดมาตั้งแต่สมัยของฮิปโปเครติสเรื่อยมาจนได้รับความนิยมนอย่างมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19

2. การแพทย์สาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่

จุดเริ่มต้นการสาธารณสุขของสยาม

หมอบรัดเลย์ได้เสนอทฤษฎี “อายุพิศม์” ซึ่งเป็นที่มาของโรคในช่วง พ.ศ. 2388 โดยได้เขียนบทความตีพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือพิมพ์ Bangkok Recorder อธิบายการเกิดโรคไข้จับสั่นด้วยทฤษฎีอายุพิศม์ และเน้นการป้องกันโรคด้วยการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและการกำจัดขยะของโสโครก และมีการตีพิมพ์ “ตำราแก้ลงราก” ซึ่งอธิบายเรื่องการเกิดอหิวตโรค และบทความเรื่อง “การจัดแจงในกรุงเทพเพื่อจะแก้โรคลงราก” ใน พ.ศ. 2409 ลงในหนังสือพิมพ์ฉบับเดิม หมอบรัดเลย์ได้เสนอแนวคิดในการนำสาธารณสุขเข้ามาใช้ในการควบคุมการระบาดของอหิวตโรค หลังเกิดการระบาดใหญ่ของอหิวตโรค เมื่อปี พ.ศ. 2392 โดยเสนอให้เสนาบดีประกาศสั่งการให้บ้านเรือนในกรุงเทพฯ จัดการชำระล้างสิ่งสกปรกโสโครกต่างๆ ให้สะอาด ใครไม่ทำตามให้ปรับเงิน โดยอ้างถึงกฎหมายที่ออกในยุโรปและอเมริกา เนื่องจากความใหญ่ของเมือง เมื่อมีการอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ทำให้เกิดความสกปรกมาก ถ้าไม่มีการจัดการเรื่องความสะอาด จะทำให้เกิดการระบาดของโรคได้ ด้วยอิทธิพลทางความคิดในเรื่องนี้ของหมอบรัดเลย์หรือ “ไม่กี่ตามได้มีการออก “ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทั้งสัตว์ตายลงในแม่น้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ้มประตูหน้าต่าง” ใน พ.ศ. 2399 ซึ่งเป็นประกาศของรัฐฉบับแรกๆ ว่าด้วยการป้องกันไม่ให้สิ่งแวดล้อมให้สกปรก จากนั้นมีกฎหมายต่างๆ ตามมาอีก อาทิ พระราชบัญญัติธรรมเนียม

คลอง พ.ศ. 2413 กฎหมายโปลิศ พ.ศ. 2418 ที่เน้นเรื่องการดูแลรักษาลำน้ำให้สะอาด เป็นต้น

ความแออัดของเมืองส่งผลให้เกิดความสกปรกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยความเคยชินที่อาศัยอยู่กับแม่น้ำลำคลอง ชาวสยามจึงทิ้งขยะหรือขับถ่ายของเสียทิ้งไปสู่แม่น้ำลำคลองโดยตรง แต่เดิมเมื่อผู้คนกระจายกันอยู่ตามแนวสองข้างลำน้ำ ผลกระทบในเรื่องการหมักหมมของสิ่งโสโครกก็บรรเทาเบาบางไปได้บ้าง แต่พอมาเป็นสังคมเมืองบนบกที่อยู่กันอย่างแออัด จุดที่จะทิ้งของเสียของโสโครกจึงมีจำกัด การจัดการเรื่องขยะและของเสียจึงเป็นปัญหาใหญ่ของกรุงเทพฯ ดังรายงานการออกตรวจเร็ว (หรือส้วม) ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2444 บรรยายสภาพของปัญหาเรื่องของเสียจากการขับถ่ายที่เหม็น คคลุ้งไปทั่วแทบจะทุกที่ ไม่ว่าจะเป็นบ้านเรือนหลังเล็กหรือใหญ่ บ้านที่อยู่ติดคลองจะถ่ายลงคลอง บ้านที่อยู่ตามตรอกตามถนนจะถ่ายไว้ริมทาง ตรงไหนเป็นบริเวณที่โล่งจะมีแต่กองอุจจาระกระจายไปทั่ว ตามคลองต่างๆ เต็มไปด้วยขยะที่เน่าเหม็นผสมด้วยของเสียจากบ้านเรือน ส่งผลให้ยามเกิดโรคระบาดผู้คนจึงล้มป่วยกันเป็นจำนวนมาก

ผู้คนจำนวนหนึ่งจึงเริ่มคิดเรื่องการจัดการด้านสุขาภิบาลในกรุงเทพฯ ใน พ.ศ. 2436 มีข้อเสนอเรื่องการจัดการความสะอาดในกรุงเทพฯ เสนอให้กับกรมโยธาธิการ ต่อมาเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2440 กรมหมื่นนเรศวรฤทธิ์เสนอให้มีการจัดการเรื่องความสะอาดในกรุงเทพฯ โดยเสนอให้ตั้งกรมสุขาภิบาลเพื่อจัดการเรื่องดังกล่าวและมีการประกาศใช้ “พระราชกำหนดสุขาภิบาล ร.ศ. 116” (พ.ศ. 2440) ตามมา โดยปรารถนาเพื่อป้องกันโรคภัยอันตรายของมหาชนในกรุงเทพฯ และยังมีหน้าที่ในการสอบสวนโรคและออกข้อบังคับต่างๆ เพื่อป้องกันโรค การจัดการเรื่องสุขาภิบาลได้ขยายตัวออกไปตามหัวเมืองด้วย จากพระดำริของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ เมื่อมีการจัดตั้งสุขาภิบาลที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2448 ตามมาด้วยการออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ. 127 (พ.ศ. 2451) และการจัดตั้งสุขาภิบาลในหัวเมืองต่างๆ เน้นให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการโดยทางงบประมาณมาจัดการเองด้วย

บุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการออกมาตรการและลงทุนในเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการตรวจสอบและป้องกันเชื้อโรค คือ นายแพทย์แคมเบล ไฮเอต (Hugh Campbell Highet) ซึ่งใน พ.ศ. 2444 รักษาการในตำแหน่งพนักงานการแพทย์ในกรมสุขาภิบาล มีเอกสารชิ้นหนึ่งที่นายแพทย์ไฮเอต เสนอต่อกรมสุขาภิบาลให้ทำการเตรียมมาตรการในการป้องกันกาฬโรคที่กำลังระบาดอยู่ที่ฮ่องกง สิงคโปร์ ภูเก็ต และแนวชายฝั่งมลายู ไม่ให้ระบาดเข้ามาในกรุงเทพฯ มาตรการที่เขาเสนอนั้นถือเป็นจุดเริ่มต้นของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสยาม อาทิ การตั้งด่านกักเรือ การปรับปรุงเรื่องสุขาภิบาลในกรุงเทพฯ ให้จริงจังมากขึ้น กำจัดพาหะของโรคคือหนู ให้มีการออกประกาศเตือนเรื่องลักษณะอาการของโรค ให้มีการรายงานการตายที่อาจจะเกิดจากกาฬโรค จัดเตรียมอุปกรณ์และยา จัดตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับกาฬโรค และที่สำคัญ คือ การจัดตั้ง Bacteriological Laboratory เพื่อการชันสูตรและวิเคราะห์โรค เป็นผลให้กรมสุขาภิบาลได้ก่อตั้ง “โรงทดลองความสุขของราษฎร ปับลิคเฮลลเบอเรตอรี” (Public Health Laboratory) ขึ้นมาเป็นห้องทดลองทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขแห่งแรกในสยาม ไม่นานต่อจากนั้นมีการเสนอให้ตั้ง “ปาสเจอร์อินสทิติวชัน” (Pasteur Institute) เพื่อการวิเคราะห์วิจัยตามแนวทางของหลุยส์ ปาสเตอร์ แต่ต้องรอเวลาไปอีกระยะใหญ่จึงจะตั้งขึ้นมาได้

เรื่องการวางแผนป้องกันโรคระบาดต่างๆ ในเวลานั้น ที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ เรื่องการพยายามป้องกันไข้ทรพิษด้วยการปลูกฝี รัฐบาลในเวลานั้นยังไม่สามารถหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดหาหนองฝีมาปลูกให้แก่ประชาชนได้ จากเดิมที่นำเข้ามาจากสหรัฐอเมริกาปีละครั้ง ต่อมานำเข้ามาจากยุโรป 2 เดือนครั้ง แต่เนื่องจากเวลาของการเดินทางนานทำให้หนองฝีที่สั่งมาใช้ได้เพียงครั้งเดียว ในสมัยดังกล่าวฝรั่งเศสได้มาตั้งสถาบันปาสเตอร์ (ปาสตุรสถาน) ที่ไชนงอน สามารถส่งหนองฝีมาได้ภายใน 15 วัน แต่ยังไม่พอแก่ความต้องการใช้ ใน พ.ศ. 2446 รัฐบาลจึงจัดส่งนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน (Hans Adamsen) ต่อมา มีบรรดาศักดิ์ที่พระบำบัตสรพรโรค และหลวงวิมเนศวร์ ประสิทธิวิทย์ (อภัย หะสีตะเวช) แพทย์ที่สำเร็จจาก

โรงเรียนแพทยากร ออกไปดูงานการทำพันธุ์หนองฝีเพื่อป้องกันโรคระบาดในสัตว์ที่มะนิลา พ.ศ. 2449 รัฐบาลได้จ้าง ดร.จูลี มาจากมะนิลา เพื่อผลิตพันธุ์หนองฝีสำหรับป้องกันไข้ทรพิษและพันธุ์หนองฝีสำหรับป้องกันโรคระบาดสัตว์ และได้ย้ายไปตั้งสถานีทดลองที่พระปฐมเจดีย์ นครปฐม เรียกว่า “กองทำพันธุ์หนองฝีและซีรัมของรัฐบาล” ซึ่งสามารถผลิตพันธุ์หนองฝีสำหรับการป้องกันไข้ทรพิษได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2449 ก่อนที่กองทำพันธุ์ฯ ได้ย้ายกลับมาตั้งที่กรุงเทพฯ และได้รวมเข้ากับปาสตุรสถานในภายหลัง

การสูญเสียพระธิดาของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ เป็นเหตุให้พระองค์ดำริที่จะตั้งสถาบันปาสเตอร์ในเมืองไทย โดยมีหม่อมมานัสชาวฝรั่งเศสที่จบมาจากสถาบันปาสเตอร์ในปารีส และพระยามหาอำมาตย์ (เส็ง วิริยะศิริ) เป็นผู้ช่วยเหลือ จัดตั้งสถาบันปาสเตอร์ หรือปาสตุรสถานขึ้น ใน พ.ศ. 2456 ในปีเดียวกัน มีการออกพระราชบัญญัติระงับโรคระบาด พ.ศ. 2456 ซึ่งเป็นที่มาของพระราชบัญญัติโรคติดต่อที่ใช้ในปัจจุบัน และออกพระราชบัญญัติจัดการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ พ.ศ. 2456 การออกพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อทั้ง 2 ฉบับ ถือเป็นครั้งแรกที่เริ่มมีการบังคับให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อป้องกันโรค

รัฐบาลได้เริ่มมีการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานของราชการที่จะทำงานด้านการแพทย์สาธารณสุขให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ใน พ.ศ. 2455 พระยามหาอำมาตยาธิบดี (เส็ง วิริยะศิริ) เดินทางไปประเทศฟิลิปปินส์ พบเห็นการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค ตลอดจนการปลูกฝี จึงได้ถวายรายงานต่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึงความจำเป็นในการป้องกันโรคสำคัญ 4 โรค คือ โรคฝีดาษ อหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้พิษ นำมาสู่ตั้งกรมพยาบาลขึ้นมาใหม่ สังกัดกระทรวงมหาดไทย และรวมงานที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขซึ่งอยู่ในสังกัดกรมพลำงเข้าด้วยกัน เพื่อแบ่งส่วนราชการเป็น 6 แผนก คือ แผนกบัญชาการ แผนกการแพทย์ แผนกป้องกันโรคระบาด แผนกปัสตุรสถาน แผนกสุขาภิบาล และแผนกโสตศอลารัฐบาล โดยมีพระยามรฤทธิธำรง (ฉวี บุนนาค) เป็นเจ้ากรมคนแรก ต่อมาในวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อกรม

พยาบาล เป็นกรมประชาภิบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยรวมงานต่างๆ ที่คัดแยกออกจากกรมพลำภัง กองโอสถศาลารัฐบาล กองทำพันธุ์หนองผีและบังคับบัญชาแพทย์หัวเมือง กองแพทย์ป้องกันโรคและปลุกผี และการควบคุมสุขาภิบาลหัวเมือง มาแบ่งเป็นส่วนราชการ 4 กอง คือ กองบัญชาการเบ็ดเสร็จ กองสุขาภิบาล กองพยาบาล และกองเวชวัตถุ จนถึง พ.ศ. 2461 ได้มีการยกเลิกกรมประชาภิบาล ตั้ง “กรมสาธารณสุข”^{1*} ขึ้นแทน เพื่อรวมงานด้าน การแพทย์และการสุขาภิบาลที่แยกอยู่ใน 2 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงนครบาล ให้อยู่ในหน่วยงานเดียวกันสังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยมี พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นอธิบดีคนแรก เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 (ปัจจุบันถือเป็นวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขด้วย)

กรมใหม่นี้มี หม่อมเจ้าสกลวรรณากร วรวรรณ อธิบดีกรมประชาภิบาลเดิมเป็นผู้ช่วยอธิบดี อย่างไรก็ตามแม้จะมีการรวมงานด้านการสาธารณสุขเข้ามาไว้รวมกันภายใต้กรมสาธารณสุขนั้น ยังต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ เช่น การประสานงานและแบ่งงานระหว่างฝ่ายต่างๆ การโอนอำนาจความรับผิดชอบ ปัญหาเรื่องงบประมาณกว่าจะแก้ไขปัญหานั้นรวมงานในส่วนในเมืองหลวงและหัวเมืองเข้าด้วยกันได้ก็ผ่านไปจนถึง พ.ศ. 2468 เนื่องจากระบบราชการที่ดำเนินมาก่อนการตั้งกระทรวงนี้บร้อยปีจึงมีลักษณะต่างคนต่างทำ บรรดาเสนาบดีหรือผู้รับผิดชอบงานราชการต่างๆ ไม่เคยมีการประชุมหารือร่วมกันอย่าง

เป็นประจำ นโยบายและการทำงานจึงมีความซ้ำซ้อนและบางครั้งก็ขัดกันเอง การจะปรับคนให้เข้ากับระบบจึงเป็นปัญหาสำคัญเรื่องหนึ่งของการบริหารราชการสมัยนั้น

ในช่วงเวลานี้ ถือได้ว่าเป็นยุคแห่งการเริ่มสร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเหล่านั้น มีบทบาทต่อการพัฒนาการสาธารณสุขไทย สืบต่อมาอีกนาน เช่น การร่วมมือกับมูลนิธิโรคกี้เฟลเลอร์ในการรณรงค์กำจัดโรคพยาธิปากขอ พ.ศ. 2463 การเป็นเจ้าของภาพจัดประชุมของสันนิบาตสภาภาษาชาติในภูมิภาคตะวันออกไกล พ.ศ. 2465 พร้อมกับการมาเยี่ยมของคณะกรรมการของสันนิบาตชาติเพื่อศึกษาเรื่องโรคเรื้อนทำให้รัฐบาลสยามต้องปรับปรุงโครงสร้างการทำงานสาธารณสุข หรือการประชุมเรื่องสุขอนามัยนานาชาติครั้งที่ 13 เมื่อ พ.ศ. 2469 ที่ปารีสส่งผลให้เกิดอนุสัญญาด้านสุขอนามัยฉบับใหม่ ทำให้รัฐบาลสยามในเวลานั้นต้องปรับปรุงท่าเรือและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการกักเรือในกรณีเกิดโรคระบาดใหม่ตามไปด้วย

การจัดการงานด้านการสาธารณสุขในระดับโครงสร้างของรัฐบาลในเวลานั้น เน้นเรื่องการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นหลัก ส่วนงานด้านการบำบัดโรค เช่น การสร้างโรงพยาบาล สุขาภิบาล ฯลฯ เน้นให้ท้องที่หรือเอกชนเป็นฝ่ายจัดสร้างด้วยเหตุของการขาดแคลนงบประมาณ จนมาถึงในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว

^{1*} เรื่องที่ตั้งของที่ทำการกรมสาธารณสุขนั้นบางครั้งมีความเข้าใจที่สับสน เนื่องจากว่าการพบเห็นตรางู 2 ตัว พันไม้เท้าที่คล้ายกับตราประจำกระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งกรมสาธารณสุขด้วย) ปรากฏอยู่ที่หน้าประตูหลักของอาคารที่ตั้งกระทรวงพาณิชย์เก่า บริเวณท่าเตียน (ปัจจุบันเป็น อาคารของสถาบันพิพิธภัณฑการเรียนรู้แห่งชาติ (สพร.) หรือ มิวเซียมสยาม) ทำให้เข้าใจว่าอาคารแห่งนี้อาจเป็นที่ตั้งของกรมสาธารณสุขแต่เดิมก่อนจะสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น แต่ในประวัติของกระทรวงพาณิชย์ที่มีผู้ค้นคว้ามาได้บอกว่า พื้นที่ของที่ตั้งอาคารกระทรวงพาณิชย์หรือกระทรวงเศรษฐกิจเดิมนั้นเป็นอาคารที่สร้างขึ้นใหม่ไม่เคยใช้เป็นที่ทำการของหน่วยงานราชการใดมาก่อน และเรื่องที่มาของภาพงูพันไม้เท้า นั้น ขุนวิจิตรมาตรา (สง ภาณุจนาคพันธ์) ที่รับราชการในกระทรวงพาณิชย์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2467 ได้บันทึกไว้ว่า

“บานประตูหลักใหญ่ของตัวกระทรวงมีแผ่นโลหะกลมเป็นตราภาพงูสองตัวพันไม้เท้าไว้กัน ตอนบนมีปีกสองข้างติดอยู่ทั้งสองบานเป็นคู่กัน เข้าใจว่าตราอันนี้เป็นไม้เท้ากายสิทธิ์ที่เรียกว่า คาดิวซุส (Caduceus) ซึ่งเป็นไม้ถือของเทวดากรีกมีนามว่า เฮอเมส (Hermes) และชาวโรมันเรียกว่า เมอคิวริอุส (Mercurius) ตามประวัติข้างกรีกมีว่า เฮอเมสเป็นโอรสของเซอสมมหาเทพ เป็นเทวดาเฉลียวฉลาดในเชิงประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ประดิษฐ์พิณ ประดิษฐ์ตัวอักษร ตัวเลข และที่สำคัญก็คือ ประดิษฐ์เครื่องชั่ง ตวง วัด เฮอเมสเป็นที่เคารพบูชาของพ่อค้าวานิชทั่วไป ชาวโรมันนับถือว่าเป็นเทวดาแห่งการพาณิชย์และการคมนาคม เมื่อที่บานประตูหลักมีตราเครื่องหมายของเมอคิวริอุส หรือเฮอเมส ซึ่งเป็นเทวดาแห่งการค้าขายติดอยู่คู่กัน ก็แสดงว่าตึกนี้สร้างสำหรับเป็นที่ว่าการกระทรวงพาณิชย์ถูกต้องตรงตามตำนานโดยแท้ สังกัดจากดวงตราที่บานประตูหลักก็รูปร่างลักษณะของตัวตึกกระทรวงพาณิชย์รู้สึกว่ามีอะไร เป็นฝรั่งอยู่มากถ้าคิดก็น่าจะเป็นด้วยกระทรวงพาณิชย์จัดเป็นกระทรวงใหม่เอี่ยม รูปงานเป็นสมัยใหม่ไปข้างฝรั่ง เพราะมีการติดต่อกับชาวต่างประเทศมาก เนื่องจากสัมพันธ์กันกับทางค้าขายอันได้เป็นมานานแล้วในสมัยกรมทำราชการทำขาไว้นั้น ตึกกระทรวงพาณิชย์เริ่มเปิดทำงานในปี พ.ศ. 2465”

ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ในหัวเมืองมีโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลที่จังหวัดระนอง แต่งบประมาณในการดูแลไม่ได้มาจากส่วนกลาง หากมาจากงบของจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาจึงได้สร้างโรงพยาบาลที่จังหวัดปัตตานีอีกแห่งแต่สร้างแล้วไม่ได้เปิดบริการเนื่องจากไม่มีงบประมาณในการดำเนินการ โรงพยาบาลในหัวเมืองที่เปิดเพิ่มตามขึ้นมาอีก คือ โรงพยาบาลที่จังหวัดอยุธยา จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสงขลา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครสวรรค์ แต่ดำเนินการไปอย่างยากลำบากเนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ

ที่น่าสนใจ คือ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการสร้างกลไกในการกำกับดูแลทิศทางของงานด้านการแพทย์สาธารณสุขขึ้นมาด้วยเรียกชื่อว่า **สภาสาธารณสุขประจำชาติ** เมื่อ พ.ศ. 2471 หน้าที่ของสภาแห่งนี้เป็นไปในลักษณะของสภาที่ปรึกษาไม่มีอำนาจบังคับโดยตรง ต้องอาศัยอำนาจของเจ้ากระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีอธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นสภานายกโดยตำแหน่ง กรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และมีกรรมการที่ปรึกษาอันได้แก่ ตัวแทนของกระทรวง ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หน้าที่ของสภาสาธารณสุขประจำชาตินี้ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานในเรื่องนี้และดูแลมิให้ทำงานซ้ำซ้อนกัน วางแผนป้องกันปราบปรามโรคระบาด วางแผนป้องกันและปราบปรามโรคภัยประเภทร่างแผนการบรรเทาทุกข์ในยามเกิดสาธารณภัยให้มีอำนาจในการสอบสวนข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ก่อตั้งมาได้มีการประชุมของสภาฯ เพียงครั้งเดียวซึ่งยังคงลงกันในเรื่องการประชุมไม่ได้ จนเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 สภาฯ นี้จึงถูกยกเลิกไป

โรงพยาบาล การแพทย์ และการรักษาโรค

นอกจากมาตรการเพื่อป้องกันโรคแล้วในด้านการศึกษาพยาบาล ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกสมัยใหม่ มีอิทธิพลอย่างมากต่อชนชั้นนำ

ของสยามในการจัดการเรื่องการรักษาพยาบาล ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ได้เห็นแบบอย่างการจัดการรักษาพยาบาลของอาณานิคมต่างๆ จึงนำมาใช้ในสยาม การจัดตั้งโรงพยาบาลในระยะแรกมุ่งให้ประชาชนหรือข้าราชการในหน่วยงานของตนได้มีสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่คำนึงว่าจะต้องใช้วิธีการรักษาพยาบาลตามแบบแผนไทยโบราณหรือตามแบบตะวันตก การจัดตั้ง “ศิริราชพยาบาล” เป็นโรงพยาบาลแห่งแรก มีมูลเหตุมาจากการเกิดอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2424 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงโปรดเกล้าฯ ขอให้พระบรมวงศานุวงศ์และข้าราชการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในพื้นที่ต่างๆ 48 แห่ง ครั้นอหิวาตกโรคสงบลง จึงโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการจัดตั้งโรงพยาบาลถาวรขึ้น เรียกว่า “คอมมิเต้จัดการโรงพยาบาล” เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นของใหม่ คณะกรรมการจึงลงความเห็นให้สร้างเพียงแห่งเดียว ที่พระราชวังหลังริมแม่น้ำฝั่งตะวันตก เพื่อจัดการรักษาพยาบาลให้คนทั่วไปมองเห็นคุณประโยชน์เสียก่อน โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ 200 ชั่ง (16,000 บาท) เป็นทุนเริ่มแรกให้คอมมิเต้สร้างเรือนผู้ป่วยใหญ่ 3 หลัง หลังเล็ก 3 หลัง กับเรือนพักแพทย์และคลั่งยาอีก 1 หลัง กำหนดรับผู้ป่วยได้ประมาณ 50 คน หลังจากสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์สิ้นพระชนม์ ในปี พ.ศ. 2430 เป็นเหตุให้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงพระราชทานสิ่งก่อสร้าง และทุนทรัพย์ให้อีก 700 ชั่ง และเปิดโรงพยาบาลในวันที่ 5 เดือน 6 แรมค่ำ 1 ปีชวด สัมฤทธิศก 1250 (พ.ศ. 2431) ต่อมาได้มีการจัดตั้งกรมพยาบาลเพื่อดูแลงานโรงพยาบาลและเปิดโรงพยาบาลอีกหลายแห่งในเวลาใกล้เคียงกัน โรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นในสมัยแรกมีจำกัดเพียงไม่กี่แห่ง ย่อมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้คนในกรุงเทพฯ ที่พึ่งด้านสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จึงเป็นบรรดาแพทย์เชลยศักดิ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เปิดร้านหมอร้านยาอยู่ทั่วไปในเมืองหรือทำงานกับสถานพยาบาลขององค์กรต่างๆ ดังมีรายงานของกระทรวงนครบาลระบุว่า ใน พ.ศ. 2448 มีจำนวนแพทย์ที่กระจายอยู่ในกรุงเทพฯ ทั้งแพทย์แผนไทย แพณจีน แพณตะวันตก นับรวมกันได้ 632 ราย

ในส่วนของความรู้ทางการแพทย์ กล่าวเฉพาะภายในราชสำนักความนิยมในการรักษาแบบตะวันตกได้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในเรื่องของการผดุงครรภ์ตามแบบตะวันตก เมื่อสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีได้ไปขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้เลิกผทมิเพลิง (การอยู่ไฟ) และจัดการพยาบาลตามอย่างตะวันตกในราชสำนัก ในส่วนของคนทั่วไปนั้นเมื่อเกิดโรงพยาบาลศิริราชขึ้นมาแล้ว มีการจูงใจให้คนหันมานิยมการทำคลอดแบบตะวันตก ใน พ.ศ. 2443 สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถโปรดเกล้าฯ ให้แจกผ้าอ้อม เบาะ และเงิน 4 บาท แก่ผู้มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโดยไม่อยู่ไฟทุกคน เพื่อเป็นการชักจูงให้เลิกการอยู่ไฟในอีกทางหนึ่ง

ความรู้ที่สำคัญของการแพทย์แบบตะวันตกสมัยใหม่อีกประการหนึ่ง คือ การผ่าตัด เนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้นจากอาวุธสมัยใหม่อย่างปืนหรือระเบิดยากที่จะรักษาด้วยวิธีการแบบเดิม การผ่าตัดจึงเป็นความรู้ที่จำเป็นในโลกสมัยใหม่ ผู้ที่เห็นความสำคัญว่าความรู้ประเภทนี้สมควรอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ คือ สมเด็จพระยาตรากรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงกำหนดหลักเกณฑ์ว่า ผู้ที่จะเป็นแพทย์ประจำเมืองได้ต่อไปต้องรู้วิชาผ่าตัดด้วย กระทรวงมหาดไทยจึงขอแพทย์จากโรงเรียนราชแพทยาลัยไปเป็นแพทย์ประจำเมือง

แม้จะมีโรงพยาบาลแต่แพทย์ยังมีจำกัด ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำโรงพยาบาลศิริราชและความต้องการเพิ่มวิชาผ่าตัดให้หมอไทย ทำให้กรมพยาบาลจัดตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” หรือ “ศิริราชแพทยากร” เพื่อผลิตแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐบาล และมุ่งสอนวิชาการแพทย์แบบตะวันตกเป็นหลัก นายแพทย์ ที. เฮวาร์ด เฮย์ (Thomas Hayward Hays) แพทย์มิชชันนารีอเมริกัน เป็นอาจารย์ใหญ่ โรงเรียนแพทยากรเปิดสอนในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2433 แต่เมื่อสอนไปได้ 2 ปี นายแพทย์เฮย์ได้ขอลาออกเนื่องจากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารภาษาไทย

ในเวลานั้นรัฐบาลเองยังไม่ได้คิดไปถึงเรื่องการทำให้คนทั้งหลายได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน กระทั่งใน พ.ศ. 2449 มีการจัดประชุม

เพื่อหารือเรื่องการจัดการพยาบาลที่ใช้ชื่อว่า “สาธารณะพยาบาล” กรมหลวงดำรงราชานุภาพ (พระยศในขณะนั้น) ได้เสนอต่อที่ประชุมของเทศาภิบาล มีใจความสำคัญว่าต้องป้องกันไม่ให้คนตายมากนัก เนื่องจากว่าคนถือเป็นการกำลังสำคัญในการพัฒนาบ้านเมือง รัฐบาลต้องอาศัยคนหรือพลเมืองในการเป็นทหาร เป็นผู้ผลิต เป็นแหล่งที่มาของภาษีอากร การที่คนน้อยเป็นเพราะเด็กที่เกิดมานั้นตายมาก ถ้ารัฐบาลหาทางป้องกันทำให้คนตายน้อยลงจำนวนพลเมืองก็จะมาก แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังมีข้อจำกัดอีกมาก เช่น การตั้งโรงพยาบาลทำได้เฉพาะแต่ในกรุงเทพฯ ในหัวเมืองต่างจังหวัดก็ไม่สามารถขยายออกไปได้ ด้วยข้อจำกัดทางบุคลากรและที่สำคัญ คือ ทุนทรัพย์ เมื่อการของงบประมาณในการจัดตั้งโรงพยาบาลในหัวเมืองเข้ามา กระทรวงมหาดไทยมักจะปฏิเสธอยู่เสมอและให้ความเห็นว่าการจะจัดตั้งโรงพยาบาลนั้นเป็นเรื่องของ “สาธารณทาน” ที่ต้องการตั้งโรงพยาบาลขึ้นมาต้องหาทางระดมทุนมาเอง “อย่าให้เกี่ยวข้องกับของหลวงจะเป็นการดี” ถ้ามีการตั้งขึ้นในที่ใดแล้วทางกระทรวงมหาดไทยที่รับผิดชอบดูแลการพยาบาล ในสมัยนั้นจะหาหมอส่งไปให้หรือไม่ก็ใช้วิธีการสนับสนุนโรงพยาบาลของพวกมิชชันนารีแทนการสร้างเอง

ดังนั้น พบว่าโรงพยาบาลแห่งแรกๆ ในหัวเมืองเป็นโรงพยาบาลของพวกมิชชันนารีเป็นส่วนมาก ได้แก่ โรงพยาบาลโอเวอร์บรูค จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2435 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2449 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2452 โรงพยาบาลคริสเตียนแพร่ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2456 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดตรัง พ.ศ. 2456 เป็นต้น

ความต้องการแพทย์เพิ่มโดยเฉพาะแพทย์ที่มีความรู้แบบตะวันตกสมัยใหม่ นำไปสู่แนวคิดในการปรับปรุงการผลิตแพทย์ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ แต่การเรียนการสอนในโรงพยาบาลที่มีอยู่แห่งเดียวของสยามก็ยังด้อยคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ดร.วิกเตอร์ จี ไฮเซอร์ (Victor G. Heiser) ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการภาคเอเชียบูรพาของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) ของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มาสำรวจสภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนราชแพทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2458

เขาได้มีโอกาสเข้าเฝ้าและกราบทูลต่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวถึงความเห็นของเขาต่อโรงเรียนแพทย์ว่ามีสภาพแย่ที่สุดเท่าที่เขาเคยพบเห็นมา พร้อมทั้งยังได้เสนอรายงานต่อมูลนิธิฯ ว่าโรงเรียนแพทย์ของสยามมีสภาพไม่ต่างกับโรงเรียนแพทย์ด้อยคุณภาพในสหรัฐอเมริกา (the poor grade medical school) ขาดแคลนทั้งเครื่องมือและห้องปฏิบัติการ พร้อมกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่คล้ายกับที่ปรากฏในรายงานการสำรวจสภาพของโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา และแคนาดาของ อับราฮัม เฟล็กซ์เนอร์ (Abraham Flexner) ในสมัยนั้นสหรัฐอเมริกา มีโรงเรียนแพทย์จำนวนมากที่เปิดสอนเพื่อมุ่งหวังผลทางธุรกิจ มีหมอคนเดียวหรือสองคนเป็นเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบ ขาดแคลนทั้งบุคลากรและเครื่องมือเครื่องใช้รวมไปถึงหลักสูตรที่ไม่อยู่บนฐานความรู้แบบวิทยาศาสตร์มากเพียงพอ รายงานของเฟล็กซ์เนอร์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการผลิตแพทย์ของสหรัฐอเมริกา เช่นเดียวกับรายงานของวิกเตอร์ ไฮเซอร์ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรงเรียนแพทย์ของสยาม ทั้งนี้การปรับปรุงเพื่อเปลี่ยนแปลงของโรงเรียนแพทย์ในสองภูมิภาคที่แตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนส่วนมากจากเจ้าภาพที่สำคัญรายเดียวกันคือ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์

ในช่วงเวลานั้นสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นชัยนาทนเรนทร ได้รับพระบรมราชโองการแต่งตั้งเป็นผู้บังคับบัญชาโรงเรียนราชแพทยาลัย ดร.ไฮเซอร์ ได้นำพระองค์ไปดูงานด้านการแพทย์การสาธารณสุขที่ฟิลิปปินส์ พร้อมกับนำคำขอของรัฐบาลที่ต้องการให้จัดหาบุคลากรทางด้านทางการแพทย์การสาธารณสุขมาปฏิบัติงานในสยามหลายหน่วยงานรวมทั้งที่โรงเรียนแพทย์ด้วย มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์กับรัฐบาลสยามมีการเจรจาติดต่อกันอย่างเป็นทางการโดยในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2464 โดยเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดีกระทรวงศึกษาธิการ มีหนังสือถึงประธานมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เรื่องความช่วยเหลือปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ ต่อมากระทรวงธรรมการทูลเชิญสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้าฯ กรมขุนสงขลานครินทร์ ซึ่งขณะนั้นประทับอยู่ในยุโรป ให้ทรงรับภาระเป็นผู้แทนฝ่ายไทยในการเจรจา โดยโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาล

สยามและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2466

แม้จะมีการจัดโครงสร้างเพื่อให้งานด้านการแพทย์ การสาธารณสุขที่กระจายในกรมกองของกระทรวงต่างๆ เข้ามาไว้ในที่เดียวกัน แต่การขยายตัวของการดูแลสุขภาพผ่านการกำกับของรัฐยังเป็นไปได้อย่างจำกัด ราวสามสิบปีต่อมา ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัฐบาลสยามได้เชิญ ดร.คาร์ล ซี ซิมเมอร์แมน (Carl C. Zimmerman) นักสังคมวิทยาชนบทจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด มาทำการสำรวจสภาพเศรษฐกิจของชนบทสยาม เมื่อ พ.ศ. 2473 แม้ว่าจะไม่ได้เป็นการสำรวจสภาพสุขภาพของชาวชนบทสยามอย่างเป็นทางการ แต่เขาก็ได้เขียนรายงานในด้านการแพทย์และสุขภาพเอาไว้ด้วย ซิมเมอร์แมนได้รายงานว่าจำนวนพลเมืองของสยามยังน้อยอยู่มากเมื่อเทียบกับพื้นที่ อัตราการตายยังสูงอยู่ เขาเห็นว่านอกจากการปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษแล้ว รัฐบาลยังไม่ได้มีแผนงานในการกำจัดโรคต่างๆ ตามแบบอารยประเทศ คนส่วนใหญ่เมื่อเวลาเจ็บป่วยไม่เคยใช้ยาสมัยใหม่ มักใช้วิธีกินยาสมุนไพรหรือกินยาของหมอพื้นบ้าน นอกจากการตายด้วยโรคระบาด การป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แล้วไม่ได้รับการรักษา เป็นผลทำให้คนตายจำนวนมากเช่นกัน เขาสังเกตว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ที่พบมักมีม้ามโต ตับใหญ่ โรคพยาธิก็เป็นกันอย่างชุกชุม ชาวบ้านมักมีรูปร่างและผิวหนังผิดปกติเนื่องจากโรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังต่างๆ ทางออกของปัญหาที่เขาเสนอแนะไว้ คือการหาทางป้องกันโรคสามัญต่างๆ ให้ได้มากขึ้น แนะนำให้ชาวบ้านรู้จักการใช้ยาสมัยใหม่ รู้จักการปฐมพยาบาล รู้จักดูแลเด็กทารกที่เกิดใหม่อย่างถูกวิธี เป็นต้น ในรายงานยังระบุถึงการผลิตแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ และเป็นผลให้ค่ารักษาและค่ายามีราคาสูง

เขายังเสนอให้มีการฝึกแพทย์ชั้นรองที่ใช้เวลาน้อยกว่าในการศึกษา เน้นการรักษาโรคสามัญ (ไม่ฝึกให้เป็นแพทย์เฉพาะทาง) ควรตั้งโรงพยาบาลในเขตภูมิภาคเพื่อรับเด็กในท้องถิ่นเข้าศึกษา เพื่อจะได้อยู่ในท้องถิ่นและคุ้นชินกับวิถีชีวิตในชนบท และไม่ควรมีรายได้สูงเกินไปเมื่อเรียนสำเร็จมาเป็นแพทย์แล้ว ซิมเมอร์แมนเห็นว่าการจัดการศึกษาเพื่อผลิตแพทย์ที่เรียกว่าแพทย์

ชั้นสูง (หรือแพทย์ที่เน้นความรู้ลึกไปเฉพาะทาง) แม้จะมีความจำเป็น แต่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการผลิตแพทย์สูง ใช้เวลานานและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนในสยามโดยเฉพาะชาวชนบท ที่จริงก่อนหน้า ที่ซิมเมอร์แมนจะเสนอเรื่องนี้ การถกเถียงในเรื่องการผลิตแพทย์ชั้นสูงกับแพทย์ทั่วไปก็มีการพูดถึงกันมาเป็นระยะอยู่แล้ว ดังในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวเมื่อมีการขอการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในการปรับปรุงการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ได้เคยมีการหารือในประเด็นดังกล่าวมาก่อน

การแพทย์สาธารณสุขภายหลัง

การเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475

การเปลี่ยนแปลงการปกครองที่เกิดขึ้นเมื่อ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 แม้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอำนาจอย่างใหญ่หลวง เมื่อยึดอำนาจได้แล้วคณะราษฎรได้ประกาศหลัก 6 ประการ ที่ถือเป็นอุดมการณ์ของการเปลี่ยนแปลงการปกครองของพวกตนไว้ ซึ่งไม่ได้ระบุว่าในเรื่องสุขภาพของพลเมืองคณะราษฎรมีแนวนโยบายเป็นอย่างไรออกมาอย่างชัดเจน แม้ว่าปรีดี พนมยงค์ ผู้นำทางความคิดของกลุ่มคณะราษฎร เคยแสดงทัศนะไว้ว่า รัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ผ่านมาทำหน้าที่ในเรื่องการป้องกันรักษาความสงบเรียบร้อยของราษฎรได้อยู่ แต่ยังต้อยในเรื่องการบำรุงฐานะความเป็นอยู่ของราษฎร ซึ่งในความหมายของปรีดี หมายถึงด้านการเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดในเรื่องของสุขภาพให้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในความรับรู้ของคนร่วมสมัยอย่างศาสตราจารย์ นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว ที่สำเร็จการศึกษาออกมาทำงานใน พ.ศ. 2476 เห็นว่า หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่สำคัญคือ ต้องให้คนมีอาหารกิน มีงานทำ มีการศึกษา ให้มีการรักษาพยาบาลถึงจะมาพูดเรื่องเสรีภาพ

แม้จะมีความเห็นกันเช่นนั้นก็ดี เรื่องการสาธารณสุขในทางปฏิบัตินั้น ไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก โครงสร้างของหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่เรื่องการดูแลสุขภาพของราษฎรยังคงเป็นเช่นเดิม คือกรมสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักเหมือนที่เคยเป็นมา

ก่อนหน้า นโยบายต่างๆ ล้วนดำเนินไปตามเดิมระหว่าง พ.ศ. 2475 - 2477 จนวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2477 ในการแถลงนโยบายของรัฐบาลได้ระบุว่าจะมีการขยายโรงพยาบาลในจังหวัดที่จำเป็น รวมทั้งการขยายสุขศาลาตามท้องที่ห่างไกลในชนบท ขยายการควบคุมโรคซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ เช่น โรคไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิต เป็นต้น ในส่วนของกฎหมายมีการระบุว่า จะมีการแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เพื่อให้ได้ผลดีมากกว่าเดิม และจะร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุขเพื่อควบคุมสุขภาพพลเมืองทั่วไป ใน พ.ศ. 2480 รัฐบาลแถลงนโยบายด้านการสาธารณสุขเพิ่มเติมอีกประการ คือ เรื่องการสงเคราะห์มารดาและเด็ก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รัฐบาลของคณะราษฎรมีความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของพลเมืองเช่นเดียวกับรัฐบาลสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และพยายามจะขยายการบริการด้านการสาธารณสุขให้กว้างไกลออกไปกว่าเดิม

มีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขใน พ.ศ. 2477 ให้มีบทบาทในการพิจารณาและกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหาการสาธารณสุขในประเทศ โดยตัวแทนมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสาธารณสุข กระทรวงธรรมการ กระทรวงกลาโหม สภากาชาดสยาม แพทยสมาคม เป็นต้น ใน พ.ศ. 2478 คณะกรรมการนี้ได้ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาอีกหลายชุดเพื่อทำงานลงไปให้เป็นเฉพาะเรื่อง อาทิ อนุกรรมการพิจารณาเรื่องโครงการอนามัยในหัวเมือง อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมไข้จับสั่น อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมวัณโรค อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมโรคเรื้อน อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมอาหารและยา เป็นต้น

แนวโน้มของงานด้านการสาธารณสุขในช่วงนี้ ดูเหมือนว่าจะจะเป็นไปในทิศทางของการพยายามกระจายอำนาจการจัดการให้ลงไปสู่ในระดับท้องถิ่นมากขึ้น เช่น มีการออกพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ที่มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ คือ ทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและความปลอดภัยของประชาชน และให้เทศบาลเป็นองค์กรช่วยในการสร้างความรู้ความเข้าใจรูปแบบการปกครองทางการที่ใช้รัฐธรรมนูญให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ใน

พ.ศ. 2477 มีการอบรมการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับคนที่จะไปทำหน้าที่ที่ปรึกษาการเทศบาล เรื่องการสาธารณสุขและสาธารณสุขการ เช่น เรื่องน้ำ การกำจัดขยะ การจัดการศพ โรคติดต่อ เเสบียงอาหาร สุขวิทยาทางจิต ไข้จับสั่น โรคเรื้อน วัณโรค กามโรค การสุศึกษาสำหรับประชาชน การบำบัดโรค โรงพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขการ เป็นต้น

ความพยายามในการใช้กฎหมายเพื่อจัดการกิจการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมีมากกว่าในสมัยก่อนหน้า เช่น พ.ศ. 2478 - 2480 มีการประกาศเขตโรคติดต่อและประกาศฉีดวัคซีนในจังหวัดต่างๆ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477 และการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 การออกกฎหมายฉบับดังกล่าวสร้างข้อถกเถียงเรื่องการควบคุมการทำงานของแพทย์แผนโบราณในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ ยังมีไม่เพียงพอ

มีการสร้างสุศาลาเพิ่มขึ้นในส่วนภูมิภาคจากเดิมก่อน พ.ศ. 2475 มีอยู่ประมาณ 75 แห่งทั่วประเทศ กลายเป็น 377 แห่ง ภายใน พ.ศ. 2478 มีโครงการผลิตบุคลากรเพิ่มเพื่อขยายการดูแลสุขภาพ คือ ผู้ช่วยแพทย์ใช้เวลาอบรมประมาณ 6 เดือนหรือ 1 ปี แล้วแต่หลักสูตร เพื่อส่งไปประจำสุศาลา ถึง พ.ศ. 2481 มีบุคลากรเหล่านี้จำนวน 391 คนทั่วประเทศเพื่อเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาขาดแคลนแพทย์ ก่อนกรมสาธารณสุขจะโอนหน้าที่นี้ให้กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ กรมมหาวิทยาลัย แพทย์ศาสตร์ หลังจาก พ.ศ. 2490

พลเมืองเข้มแข็ง นำชาติสู่มหาอำนาจ

นโยบายของรัฐบาลในช่วง พ.ศ. 2481 - พ.ศ. 2487 เป็นยุคสมัยของรัฐบาลพันเอกหลวงพิบูลสงคราม (แปลก ชิตตะสังคะ) หรือที่รู้จักกันทั่วไปในเวลาต่อมาว่า จอมพล ป.พิบูลสงคราม ซึ่งมีความนิยมในแนวคิดชาตินิยมและลัทธิทหารนิยม ตามแนวทางของญี่ปุ่น อิตาลี และเยอรมนี ในสมัยนั้นที่ให้อำนาจกับผู้นำอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด มุ่งสร้างความแข็งแกร่งให้กับประเทศชาติเพื่อความเป็นมหาอำนาจ รัฐบาลพยายามสร้างกระแสรักชาติด้วยแนวคิดชาตินิยมด้วยวิธีการต่างๆ มีการออกพระราชบัญญัติวัฒนธรรม พ.ศ. 2485

เพื่อกำหนดสิ่งที่คนไทยควรทำและไม่ควรทำ และระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2482 - มกราคม พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้ออกประกาศรัษฎนิมรวม 12 ฉบับ โดยประกาศรัษฎนิมฉบับที่ 11 เป็นเรื่องกิจประจำวันของคนไทย เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต การดูแลสุขภาพ สุขลักษณะ เพื่อสร้างพลเมืองที่มีคุณภาพมีสุขภาพและร่างกายที่แข็งแรง พร้อมกับเน้นการเพิ่มจำนวนประชากร

ในการสร้างชาติไทยให้เป็นอารยประเทศมีมาตรการหลากหลายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกัชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น การเสนอให้สวมหมวก สวมรองเท้า สวมเสื้อ แปรงฟัน การนั่งเก้าอี้ เลิกอุ้มลูกเข้าส้วม เด็กควรสวมเสื้อผ้า เลิกเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก ห้ามกินหมาก และมีการประกาศให้วันที่ 27 พฤศจิกายน อันเป็นวันคล้ายวันก่อตั้งกรมสาธารณสุขของทุกปีเป็นวันสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2483

ส่วนด้านการสร้างเสริมร่างกายให้แข็งแรงนั้น เพื่อให้มีกำลังที่เข้มแข็งสมบูรณ์ อันเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างชาติ มีการจัดทำแบบฝึกสอนกายบริหารสำหรับนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษา รัฐบาลพิจารณาให้มีการจัดสถานที่สาธารณะสำหรับส่งเสริมการออกกำลังกาย การกินดี และการพักผ่อนรื่นเริง อำเภอละ 2 แห่ง เขตเทศบาลนคร 4 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 1 แห่ง มีการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมอาหารขึ้นใน พ.ศ. 2481 เพื่อปรับเปลี่ยนอาหารของชาวไทยให้มีสารอาหารครบตามหลักโภชนาการสมัยใหม่ ด้านการเพิ่มจำนวนประชากร มีการจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส ตามนโยบายเร่งเพิ่มประชากรเพื่อความมั่นคงของชาติ แนะนำช่วงวัยของหนุ่มสาวที่เหมาะสมกับการสมรส โดยอ้างอิงหลักฐานทางการแพทย์และสังคมวิทยา มีการจัดพิธีสมรสของชาติครั้งแรกเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2484 ณ ทำเนียบสมาคมศิษย์ มีคู่สมรสเข้าพิธีรวม 72 คู่ และจอมพล ป. พิบูลสงคราม มอบเงินทุนของขวัญแก่คู่สมรสหนึ่ง 80 บาท มีการตั้งสำนักงานสื่อสมรสเป็นสื่อกลางในการหาคู่ครอง จับคู่ที่เหมาะสม โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ เพื่อส่งเสริมการสมรสและการมีลูกหลาน เพื่อเพิ่มจำนวนประชาชน งานด้านการสาธารณสุขได้ก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้สถาปนา “กระทรวงสาธารณสุข” โดยรวมกิจการสาธารณสุขและ

การแพทย์ในหน่วยราชการต่างๆ ขึ้นเป็นหน่วยเดียวกัน โดยประกอบด้วย 7 หน่วยงาน คือ สำนักเลขานุการรัฐมนตรี สำนักปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมประชาสัมพันธ์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสาธารณสุข (เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมอนามัย” ใน พ.ศ. 2495) และกำหนดรูปคบเพลิงมีปีกและงูพันคบเพลิงเป็นเครื่องหมายของกระทรวง โดยย้ายที่ทำการจากกระทรวงมหาดไทยมาอยู่ที่วังศุโขทัย ก่อนจะย้ายมาอยู่ที่วังเทเวศร์ ในปี พ.ศ. 2393 และเปลี่ยนชื่อเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ใน พ.ศ. 2495

3. การแพทย์สาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น

พัฒนาการของระบบสาธารณสุขในชนบทตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2490 ถึงทศวรรษ 2510 นั้น ดำเนินไปภายใต้บริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เชื่อมโยงกับสงครามเย็นและการเมืองระหว่างประเทศ เนื่องจากภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เกิดสภาพของการเมืองระหว่างประเทศที่เรียกว่าสงครามเย็น ระหว่างฝ่ายโลกเสรีประชาธิปไตย นำโดยสหรัฐอเมริกาและกลุ่มพันธมิตร และอีกฝ่ายคือ ฝ่ายคอมมิวนิสต์ ซึ่งนำโดยสหภาพโซเวียต จนทำให้เกิดสงครามตัวแทนในหลายภูมิภาคทั่วโลก ส่วนสภาพการเมืองในประเทศไทยนั้น นับแต่พ.ศ. 2488 เป็นต้นมา รัฐบาลแต่ละรัฐบาลที่มาบริหารประเทศในช่วงนั้นเน้นนโยบายขยายบริการสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการรักษาโรค มีความพยายามในการขยายโรงพยาบาลให้ครอบคลุมพื้นที่ ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังเป็นปัญหาสำคัญ รัฐบาลจึงมีการเพิ่มจำนวนโรงเรียนแพทย์ จึงจัดตั้ง “คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ใน พ.ศ. 2490 สถานการณ์โรคระบาดก็ยังคงเป็นปัญหาใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2488 - 2490 เป็นช่วงที่เกิดโรคระบาดใหญ่ทั้งโรคไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค รวมจำนวนคนตายจากทั้งสองโรคในช่วงสามปีนั้นเป็นจำนวนถึง 26,472 คน ในเชิงโครงสร้างกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลายเป็นเรื่องหลักที่ทุกรัฐบาลต้องใส่ใจ อย่างเป็นทางการมากขึ้นเมื่อมีการบรรจุเรื่องสุขภาพพลเมืองลงในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2492 ในมาตรา 72 ว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดถึงการ

มารดาและทารกสงเคราะห์ การป้องกันและปราบปรามโรคระบาด รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” ส่งผลให้ความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศในสมัยนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษหลังจากเกิดยุคสงครามเย็นตามมาด้วยการเกิดสงครามอินโดจีนตั้งแต่ พ.ศ. 2490 เป็นต้นมา ความช่วยเหลือจากต่างประเทศหลังไหลมายังประเทศไทยเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ตามแนวทางการพัฒนาประเทศเพื่อต่อต้านการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ หากมองย้อนหลังกลับไปพัฒนาการของการแพทย์สาธารณสุขไทยในรอบศตวรรษ หลายเรื่องที่เกิดขึ้นนับได้ว่าเป็นผลจากองค์กรระหว่างประเทศ ความช่วยเหลือขององค์กรระหว่างประเทศที่เพิ่มเป็นพิเศษในช่วงสงครามเย็นจึงทำให้การแพทย์สาธารณสุขของไทยพัฒนาก้าวหน้าขึ้น การพัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังส่วนภูมิภาคในช่วงทศวรรษ 2500 มีลักษณะเป็นแผนงานพัฒนาการสาธารณสุขที่เป็นแนวตั้ง (vertical program) โดยการจัดหน่วยงานจากส่วนกลางลงไปยังพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ดูแลและแก้ปัญหาสาธารณสุขเป็นเรื่องๆ ไปเป็นการเฉพาะ แต่ยังคงรวมศูนย์การตัดสินใจอยู่ที่ส่วนกลางเป็นหลัก เช่น การควบคุมโรคคุดทะราด โรคไข้จับสั่น เป็นต้น

องค์กรระหว่างประเทศที่มีบทบาทในช่วงเวลานั้นได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ รวมทั้งหน่วยงานด้านวิเทศสัมพันธ์ของสหรัฐอเมริกา เช่น องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐฯ (United States Operations Mission: USOM) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ หรือ (United States Agency for International Development: USAID) และองค์การประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐฯ (United States Information Service: USIS) การพัฒนาด้านการแพทย์สาธารณสุขในช่วงนั้น นอกจากหวังผลให้เกิดการแก้ปัญหาสาธารณสุขแล้ว อีกด้านหนึ่งคือการพยายามสร้างความนิยมของประชาชนให้ให้ขึ้นชอบในฝ่ายรัฐบาลไม่เข้าไปเป็นแนวร่วมของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยด้วย

อย่างไรก็ดี ในเวลาต่อมาแนวทางพัฒนาการสาธารณสุข โดยไม่ได้มองปัญหาสุขภาพเชื่อมโยงกับมิติอื่นของชีวิต และไม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนประสบความสำเร็จอย่างจำกัด จึงได้มีการริเริ่มแผนงานแบบที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) ซึ่งมีหลักการทำงาน คือ การนำปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแต่ละเรื่องมาพิจารณาในบริบทของชุมชนนั้นๆ และสร้างกลไกแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานสาธารณสุขโดยมีชุมชนเป็นฐานในช่วงนั้น ปรากฏรูปธรรมชัดเจนจากโครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบทในพื้นที่ต่างๆ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2507 โดยนายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ โครงการดังกล่าวได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ และตามมาด้วยการริเริ่มทำโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ใน พ.ศ. 2511 ริเริ่มการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)

ในส่วนของโครงสร้างการทำงานการแพทย์ การสาธารณสุข มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 โดยรวมกรมอนามัยและกรมการแพทย์เข้าเป็นกรมเดียวกัน เป็น “กรมการแพทย์และอนามัย” ถือเป็นการรวมงานรักษาพยาบาลและงานป้องกันโรคเข้าด้วยกัน ต่อมาใน พ.ศ. 2517 มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2 โดยแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน เนื่องจากพบว่ากรมการแพทย์และอนามัยมีความใหญ่จนไม่คล่องตัวในการทำงาน เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงโดยขยายการทำงานของสำนักปลัดกระทรวงฯ ให้มากำกับดูแลหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ และเน้นให้กรมต่างๆ ในส่วนกลางทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ การประสานงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากส่วนกลาง ให้เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจไปยังส่วนภูมิภาค พร้อมทั้งปรับปรุงระบบบริหารและบริการในส่วนภูมิภาค ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารงานมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้มีการตั้งหน่วยงานสำคัญๆ เช่น กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนัก

คณะกรรมการอาหารและยา กองแผนงานสาธารณสุข และกองระบาดวิทยา ขึ้นมาด้วย

กระแสความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงทศวรรษ 2500 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองการปกครองอีกครั้งหนึ่ง การพัฒนาพร้อมกับการสนับสนุนจากต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ได้ทำให้เศรษฐกิจแบบทุนนิยมได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว พื้นที่ป่าถูกบุกเบิกกลายเป็นพื้นที่การเกษตรขนาดใหญ่คนในชนบทเริ่มหันมาอยู่ในภาคการผลิตแบบการค้าและอุตสาหกรรมมากขึ้น ทรัพยากรในชนบทถูกดูดซับเข้ามาสร้างความเติบโตให้เมืองในด้านการสาธารณสุขปัญหาจำนวนผู้รับบริการที่มากเกินไปของโรงพยาบาลจังหวัดทำให้ต้องมียุทธศาสตร์เพื่อสกัดกั้นปัญหาสาธารณสุขในชนบทไม่ให้จำนวนผู้ป่วยล้นไหลเข้าสู่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง เน้นให้โรงพยาบาลอำเภอมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาประชาชน ทั้งนี้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญอยู่

แม้จำนวนโรงพยาบาลจังหวัดจะเพิ่มขึ้นเป็น 84 แห่ง ในพ.ศ. 2521 แต่อัตราการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในชนบทยังต่ำมาก คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 50,000 คน* ขณะที่ในกรุงเทพฯ มีการกระจายของแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,500 คน แต่ถือเป็นนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะจากจำนวนอำเภอทั่วประเทศ คือ 536 แห่งนั้น มีโรงพยาบาลอำเภอเพียงครึ่งเดียวของจำนวนทั้งหมดคือ 270 แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นฐาน อีกทั้งยังขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณในการดำเนินงานให้บรรลุผลตามนโยบาย

ต่อมาในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้มีนโยบายพัฒนาชนบทซึ่งมีการดำเนินนโยบายอย่างจริงจังและเข้มแข็ง โดยการทุ่มทรัพยากรจำนวนมากเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในชนบท และมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอเพื่อเป็นกลไกในการบูรณาการและระดมสรรพกำลังในการร่วมกันพัฒนา

* ข้อมูลจากสันติสุข โสภณสิริกุล 2552, 80 ปินายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสง แห่งวงการสาธารณสุขไทย

ชนบท ทำให้โรงพยาบาลอำเภอกลายเป็นส่วนหนึ่งของ
กลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาชนบทไปด้วย

ด้านการสาธารณสุขในระดับโลกนั้น มีการริเริ่มแนว
ความคิดเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าจากการประชุมสมัชชา
องค์การอนามัยโลกสมัยที่ 30 ที่เมืองอัลมา อะตา ได้
ประกาศแถลงการณ์แห่งอัลมา อะตา ว่าด้วยสาธารณสุข
มูลฐาน 10 ข้อ และมีมติให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี
พ.ศ. 2543 เป็นเป้าหมายหลักของสังคม โดยอาศัย
การมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงานระหว่าง
สาขา ไม่แยกการสาธารณสุขออกจากการพัฒนาอื่นๆ
การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการพัฒนาภูมิปัญญา
ท้องถิ่น แถลงการณ์ดังกล่าวได้รับการตอบรับอย่างดีจาก
วงการสาธารณสุขไทย มีการรับรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์
และยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุขอย่างกว้างขวางและ
เป็นเอกภาพทั่วทั้งภายในและภายนอกวงการสาธารณสุข
จนอาจเรียกว่าแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน เป็นอุดมการณ์
สาธารณสุขของยุคสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการ
เมืองของประเทศไทยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
ขนาดใหญ่ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516
ทำให้บุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุขที่เติบโต
และทำงานในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2516 - 2530 เป็นกำลัง
สำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับวงการแพทย์
การสาธารณสุขโดยเฉพาะการพัฒนาชนบทอย่าง
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในเวลานั้น

4. การแพทย์การสาธารณสุขไทยในยุคโลกาภิวัตน์

ในช่วงทศวรรษ 2530 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทย
เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพลเอกชาติชาย
ชุมหาระวีณ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ประกาศดำเนิน
นโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” ซึ่ง
เป็นการส่งสัญญาณทางการทูตแนวใหม่ เพื่อให้ประเทศ
ที่มีอุดมการณ์และระบอบการปกครองต่างกัน สามารถหัน
มาร่วมมือกันในด้านที่ไม่มีความขัดแย้งกันได้ นั่นคือ ด้าน
เศรษฐกิจ ส่งผลให้ทุกประเทศในภูมิภาคอินโดจีนหันมา
เจรจาหรือกับไทยด้านการค้าการลงทุนมากขึ้น มูลค่า
การค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีนเพิ่มสูงขึ้นจาก 300 ล้าน
บาท ในปี พ.ศ. 2531 เพิ่มเป็น 1,200 ล้านบาท ในปี
พ.ศ. 2532 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2533
เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ทำให้เศรษฐกิจไทยในสมัย

พลเอกชาติชาย เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในอัตรามากกว่า
ร้อยละ 10 ต่อปี การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม
ในช่วงนี้ส่งผลต่อมิติทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
อย่างมีนัยสำคัญ 2 ประการ คือ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลน
แพทย์ในชนบท เนื่องจากแพทย์พากันหลังไหลออกไป
ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเกิดขึ้นใหม่เป็นจำนวนมาก
ระหว่างพ.ศ. 2531 - 2540 จึงเป็นช่วงที่โรงพยาบาล
เอกชนขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในเขตเมืองและ
ปริมณฑล ดังจะเห็นได้จากสถิติการเติบโตของโรงพยาบาล
เอกชนในปี พ.ศ. 2521 ที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน
ทั้งสิ้นเพียง 67 แห่งเท่านั้น แต่ต่อมาในปี พ.ศ. 2531
ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 203 แห่ง และในปี พ.ศ. 2541
เพิ่มจำนวนขึ้นกว่าเท่าตัวเป็น 473 แห่ง ตั้งแต่ช่วงต้น
ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา

ความเปลี่ยนแปลงในเชิงกายภาพที่ขนาดของเมือง
ขยายออกไปมากขึ้นกว่าเดิม ขณะที่พื้นที่ของเขตชนบท
กลับหดตัวลง ทั้งในแง่จำนวนประชากรและวิถีชีวิตที่
ผู้คนหันมาใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น แรงงานจำนวน
มากจากภาคการเกษตรในชนบทได้อพยพโยกย้ายเข้า
สู่เมืองมากขึ้น เนื่องจากความต้องการแรงงานในภาค
อุตสาหกรรมขณะนั้นส่งผลให้ประชากรในเขตเมือง
เพิ่มขึ้น การขยายตัวของเมืองและกระบวนการอพยพ
โยกย้ายเข้ามาทำงานในเมืองมิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนใน
เชิงกายภาพเท่านั้น หากแต่ยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง
รูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน
อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ตามมา และใน
ช่วง พ.ศ. 2537 - 2540 ที่เศรษฐกิจเฟื่องฟูอย่างมาก
งบประมาณด้านการสาธารณสุขกว่าร้อยละ 60 ถูกใช้ไป
กับงานบริการในโรงพยาบาลและการลงทุนกับเทคโนโลยี
ทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค ขณะที่สถานพยาบาล
ก็มีแนวโน้มที่จะมุ่งไปเป็นองค์กรธุรกิจด้านสุขภาพหรือ
องค์กรอุตสาหกรรมสุขภาพมากขึ้น ปัญหาสุขภาพและ
สาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาความขาดแคลน
ระดับพื้นฐานมาสู่ปัญหาการกระจายทรัพยากรอย่างไม่
เป็นธรรม การกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ได้ให้ความสำคัญ
กับเรื่องสุขภาพ กฎหมายที่ล้าสมัย ข้ำซ้อน และไม่
เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชน
ระบบการบริการที่ขาดความคล่องตัว ตลอดจนทัศนคติ
และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชน

ในช่วงทศวรรษ 2540 กระแสการตื่นตัวเรียกร้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทางการเมืองและนโยบายภายหลังเหตุการณ์นองเลือดในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 นำไปสู่การเกิดขึ้นของ “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” ใน พ.ศ.2540 ซึ่งทั้งกระบวนการร่างและเนื้อหาของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบกิจการต่างๆ ของรัฐได้มากขึ้น สอดคล้องไปกับการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในมิติใหม่ไปสู่การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขจากเดิมที่เคยรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ไปสู่การมีองค์กรอิสระด้านสุขภาพสอดคล้องกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีนัยสำคัญต่อการกระจายอำนาจรวมศูนย์ของการบริหารจัดการสุขภาพในโครงสร้างเดิม มีแนวโน้มที่จะลดทอนอำนาจรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มบทบาทการบริหารของ “คณะกรรมการ” ซึ่งเป็นตัวแทนที่มาจากหลายภาคส่วนมากขึ้น

องค์กรอิสระเหล่านั้น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก่อตั้ง ในพ.ศ. 2544 เพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชนจากระบบตั้งรับ “สุขภาพเสีย” มาสู่ระบบเชิงรุกเพื่อสร้าง “สุขภาพดี” หรือที่เรียกว่าระบบสาธารณสุขแบบป้องกันก่อนป่วย (Preventive Health Care Reform) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อตั้ง ในพ.ศ. 2545 เพื่อสร้างความเป็นธรรมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมให้แก่ประชาชน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก่อตั้งในพ.ศ. 2550 เพื่อนิยามเรื่องสุขภาพใหม่ให้ครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาวะ และการสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะและกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย เป็นต้น กล่าวได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการทำงานด้านสุขภาพของสังคมไทย ที่ตระหนักถึงมิติอื่นๆ นอกไปจากปัญหาของโรค การแพทย์ หรือการรักษาในระบบการดูแลสุขภาพ แม้ว่าจะปรากฏปัญหาและความไม่ลงรอยกันจากความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าว แต่ถือเป็นธรรมดาของความเปลี่ยนแปลง ไม่ต่างไปจากตอนเริ่มตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อหนึ่งร้อยปีที่แล้ว

ภาพรวมของพัฒนาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุขในรอบหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา จึงสัมพันธ์ไปกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในบริบททางการเมือง ความรู้ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ที่ล้อมรอบสังคมไทยอยู่ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค ระดับชาติ ย่อยลงมาถึงในระดับท้องถิ่น ความเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปอย่างไม่หยุดนิ่งในบริบทแวดล้อมดังกล่าว ทำให้งานด้านการแพทย์สาธารณสุขของไทยจึงไม่อาจพึงพอใจกับความสำเร็จหรือชะงักงันไปกับความล้มเหลวในอดีตที่ผ่านมาได้แต่อย่างเดียว จำต้องอาศัยวิสัยทัศน์ใหม่ในการมองสุขภาพให้กว้างขวาง เพื่อความร่วมมือในการเผชิญหน้ากับความท้าทายของปัญหาของสุขภาพในศตวรรษต่อไป

5. บทบาทการแพทย์ไทยในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในแต่ละยุคสมัย

สำหรับในประเทศไทย การแพทย์และการเมืองมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายแง่มุมดังปรากฏให้เห็นในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยในที่นี้ขอกกล่าวเฉพาะเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดในยุคกรุงรัตนโกสินทร์เรื่อยลงมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ภายหลังจากปราบดาภิเษกและการลงโทษประหารในความผิดฐานคิดกบฏต่อบรรดาพระโอรส พระธิดา และพระนัดดาของสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีในเวลาต่อมา แต่เชื้อพระวงศ์ในสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีที่รับราชการเป็นแพทย์กลับอยู่รอดปลอดภัยไปทุกคน อาจเป็นเพราะในสมัยก่อนสถานะของขุนนางที่เป็นแพทย์เป็นตำแหน่งไม่มีอำนาจวาสนามาก จนสามารถสร้างความหวาดวิตกให้ผู้มีอำนาจทางการเมืองก็เป็นได้ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือความเป็นแพทย์ในแบบเดิมนั้น ไม่ได้มีช่องทางใดให้เข้ามาเกี่ยวข้องกับเมืองได้มากนัก แม้จะมีแพทย์หลวงบางท่านมีบทบาทในการทำงานบริหารราชการแผ่นดินในเรื่องสำคัญด้วย เช่น กรมหลวงวงศาธิราชสนิท แต่ก็เป็นตัวด้วยเงื่อนไขส่วนพระองค์ยิ่งกว่าความเป็นแพทย์

สังคมสมัยใหม่กับกลุ่มวิชาชีพใหม่

ต่อมาสังคมไทยเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ เศรษฐกิจและสังคมมีการขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดชนชั้นใหม่ๆ ที่นอกเหนือจาก เจ้าขุนมูลนาย ไพร่ และทาส นับตั้งแต่บรรดาผู้คนที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการค้าขายสารพัดรูปแบบ การผลิตตั้งแต่การทำกิจกรรม การทำการอุตสาหกรรมต่างๆ หรือ วิชาชีพอิสระ เช่น ทนายความ ช่างภาพ นายหน้า รวมไปถึงอาชีพแพทย์ด้วย ดังมีรายงานของทางราชการว่า ใน พ.ศ. 2448 มีจำนวนแพทย์เชลยศักดิ์ที่กระจายอยู่ในกรุงเทพฯ ทั้งแพทย์แผนไทย แผนจีน แผนตะวันตก นับรวมกันได้ 632 ราย

นอกจากนี้ ยังมีคนกลุ่มใหม่ที่มีจำนวนมากอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ กลุ่มข้าราชการ เนื่องจากเกิดความเปลี่ยนแปลงของการจัดการบริหารราชการแผ่นดินในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงสร้างระบบราชการแบบใหม่ที่แตกต่างจากระบบจารีตเดิม ภายใต้โครงสร้างดังกล่าวก่อให้เกิดหน่วยราชการใหม่ๆ เป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องหาผู้มีความรู้ในการทำงานราชการแบบสมัยใหม่เข้ามา โดยผ่านการฝึกฝนสร้างความรู้แบบสมัยใหม่ของสถาบันผลิตข้าราชการของทางทหารและพลเรือน เพื่อทดแทนคนในระบบเจ้าขุนมูลนายแต่เดิม ทำให้ข้าราชการใหม่ที่เข้ามาทำงานในระบบราชการจำนวนมากเหล่านี้ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการระดับล่าง กลายเป็นกลุ่มพลังมวลชนที่พร้อมรับความคิดใหม่ๆ ในการเปลี่ยนแปลงบ้านเมืองอีกกลุ่มหนึ่ง และมีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงของสยามที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ดังนั้น สถานะของแพทย์ในสังคมสมัยใหม่ นับตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา จึงกลายเป็นอาชีพที่เลี้ยงตัวได้ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่โดยมากเป็นแบบยาขอหม้อวาน ต่อมาเมื่อมีการตั้งโรงเรียนแพทย์โดยมีจุดประสงค์ส่วนหนึ่ง เพื่อสร้างคนให้กับระบบราชการ จึงทำให้กลุ่มนักเรียนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาสามารถเป็นได้ทั้งผู้ประกอบวิชาชีพอิสระและข้าราชการไปด้วยในเวลาเดียวกัน เห็นได้จากประวัติของหมอหลายคนในสมัยนั้นที่ทั้งรับราชการไปด้วยและทำกิจการร้านยาไปด้วย

แพทย์กับการเปลี่ยนแปลงการปกครอง

ชื่อของแพทย์ที่มาปรากฏอยู่ในเรื่องความพยายามเปลี่ยนแปลงการปกครองบ้านเมืองอย่างชนิดพลิกแผ่นดิน มาปรากฏในกรณีที่เรียกกันว่า กบฏ ร.ศ. 130 (พ.ศ. 2458) เป็นเหตุการณ์ภายหลังจากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ขึ้นครองราชย์ได้ราวหนึ่งปีเศษ มีคณะนายทหารและพลเรือนในวัยหนุ่มกลุ่มหนึ่งรวมตัวกันคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงการปกครอง โดยเห็นว่าควรเปลี่ยนแปลงการปกครองบ้านเมืองเป็นแบบใดแบบหนึ่ง คือ เป็นระบบลิมิเต็ดมอนาเกี (Limited monarchy) โดยทำหนังสือกราบบังคมทูลพระกรุณาโดยละม่อม หรือยกกำลังเข้าล้อมวัง แล้วบังคับให้ทรงสละพระราชอำนาจมาอยู่ใต้กฎหมาย หากไม่ก็เปลี่ยนพระเจ้าแผ่นดินโดยจะทูลเชิญสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงนครสวรรค์วรพินิต หรือ สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงพิชณุโลกประชานาถ ขึ้นเป็นพระมหากษัตริย์อยู่ใต้กฎหมาย ส่วนอีกระบบหนึ่งคือ รีพับลิค (Republic) โดยจะทูลเชิญเสด็จพระเจ้าพี่ยาเธอกรมหมื่นราชบุรีดิเรกฤทธิ์ ขึ้นเป็นประธานาธิบดี

ทั้งนี้เนื่องจากไม่พอใจในพระราชนโยบายของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวในหลายเรื่อง เมื่อรวมกลุ่มกันหารือได้ระยะหนึ่ง รัฐบาลในเวลานั้นสืบทราบเสียก่อนจึงเข้าจับกุม โดยกล่าวหานายร้อยเอกขุนทวยหาญพิทักษ์ (เหล็ง ศรีจันทร์) ผู้บังคับกองพยาบาลโรงเรียนทหารบกและแพทย์ประจำพระองค์ของสมเด็จพระเจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิชณุโลกประชานาถ เป็นหัวหน้าคณะ และยังมีพันตรีหลวงวิเศษประสิทธิ์วิทย์ (อภัย หะสิทธิ์เวช) อดีตนักเรียนแพทย์เลขประจำตัวหมายเลข 1 ของโรงเรียนแพทยากร ในขณะนั้นรับราชการอยู่ที่กรมแพทย์ทหารบกเป็นสมาชิกที่มีอาวุโสสูงสุดในคณะ ทั้งสองต้องถูกคุมขังอยู่นานราวสิบสองปีก่อนจะได้รับการพระราชทานอภัยโทษในเวลาต่อมา มีบันทึกว่าในเวลาต่อมาเมื่อคณะราษฎรได้ทำการยึดอำนาจเปลี่ยนแปลงการปกครองในวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ได้เชิญตัวแทนคณะก่อการ ร.ศ. 130 ไปพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พระยาพหลพลพยุหเสนา (พจน์ พหลโยธิน) หัวหน้าคณะได้กล่าวกับท่านว่า “ถ้าไม่มีคณะคุณ ก็เห็นจะไม่มีคณะผม” ทั้งนี้ มีหลายท่านให้ความเห็นว่า

คณะก่อการ ร.ศ. 130 นี้ได้รับแรงบันดาลใจไม่มากนัก
น้อยจากการปฏิวัติซินไฮ่ของ ดร.ซุนยัตเซ็น

ต่อมาเมื่อเกิดการปฏิวัติของคณะราษฎร ใน
พ.ศ. 2475 มีแพทย์เข้าร่วมขบวนการเปลี่ยนแปลง
การปกครองด้วยอีกครั้งหนึ่ง โดยมี นายเรือเอกสงวน
รุจิราภา สมาชิกคณะราษฎรสายทหารเรือ ซึ่งในเวลา
นั้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนกศัลยกรรม กรมแพทย์
พยาบาลทหารเรือ เป็นสมาชิกร่วมอยู่ด้วยอีกท่าน
หนึ่ง โดยทั้งสามท่านที่เอ่ยนามมานี้ล้วนแต่เป็นผลผลิต
ของโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของสยามทั้งสิ้น ทั้งนี้
พันตรี หลวงวิเศษประสิทธิ์วิทย์ และนายเรือ
เอกสงวน รุจิราภา ต่างมีกิจการร้านขายยาของตนเอง
พร้อมกับรับราชการไปด้วย เป็นนัยให้เห็นว่าแพทย์ในเวลานั้น
มีทั้งสำนักของความเป็นข้าราชการและผู้ประกอบ
วิชาชีพอิสระไปพร้อมกัน จึงเป็นผู้ที่ตระหนักเรื่องความ
เปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองเป็นอย่างดี จนพร้อมใช้
ชีวิตตนเองเป็นเดิมพันในการร่วมขบวนการสร้างความ
เปลี่ยนแปลงทางการเมือง

หลังจากนั้น เมื่อการเมืองการปกครองเข้าสู่ภาวะ
แบบประชาธิปไตยที่ไม่คงที่ มีการเลือกตั้งสลับกับ
การรัฐประหารเป็นระยะ บทบาทของแพทย์ในการ
เคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ
นักปฏิวัติไม่ค่อยปรากฏให้รับรู้กันนับจากหลัง พ.ศ. 2475
เป็นต้นมา จนมาถึงช่วงระหว่าง พ.ศ. 2488 - 2516
การเมืองอยู่ภายใต้การปกครองของคณะรัฐประหาร
คณะต่างๆ นับตั้งแต่ จอมพล ป.พิบูลสงคราม จอมพล
สฤษดิ์ ธนะรัชต์ จอมพลถนอม กิตติขจร ก่อนจะเกิด
การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.
2516 บทบาทของแพทย์ที่ปรากฏให้เห็นในทางการเมือง
มักจะเป็นในลักษณะของผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานตอบสนอง
ต่อการทำงานของรัฐ หรือไม่ก็พยายามในการปฏิรูประบบ
มากกว่าจะเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
แบบปฏิวัติ

ก่อนหน้าเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 มี
กระแสความเคลื่อนไหวของนักศึกษาปัญญาชน ที่เริ่ม
ปรากฏมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2500 เป็นกระแสในการตื่นตัว
สนใจปัญหาบ้านเมืองและต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลง
โดยแพร่หลายไปทั่วในบรรดานักเรียน นิสิต นักศึกษา

ส่งผลมาถึงบรรดานักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุข
ในเวลานั้นด้วยเช่นกัน ภายใต้บริบทการเคลื่อนไหว
ดังกล่าว เช่น นักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุข
ในรั้วมหิดล ส่วนหนึ่งได้มีบทบาทในการดำเนินงาน
เคลื่อนไหวร่วมกับมหาวิทยาลัยอื่น โดยเข้าร่วมเป็น
“กลุ่มนิสิตนักศึกษาสังเกตการณ์เลือกตั้ง” ในปี พ.ศ. 2512
การร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแพทย์
แห่งประเทศไทย (ศ.น.พ.ท.) พ.ศ. 2512 และการร่วม
จัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย (ศนท.)
ใน พ.ศ. 2513 รวมทั้งการเข้าร่วมต่อสู้เรียกร้องร่วมกับ
ประชาชนและนักศึกษาจากสถาบันอื่นๆ ในหลายกิจกรรม
เช่น การเดินขบวนต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น การคัดค้านประกาศ
คณะปฏิวัติฉบับที่ 299 ที่เปิดทางให้อำนาจบริหาร
แทรกแซงอำนาจตุลาการ และที่สำคัญยิ่งคือ การเปิดโปง
กรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวรจนนำไปสู่เหตุการณ์ในวันที่
14 ตุลาคม 2516 นั่นเอง

แพทย์กับสำนักทางการเมืองเพื่อมวลชน

ปัญหาที่ทำให้นิสิตนักศึกษาการแพทย์การสาธารณสุข
มีโอกาสเข้ามาเรียนรู้ความทุกข์ยากของคนและปัญหา
จริงๆ ของประเทศ คือ แพทย์ซึ่งจบการศึกษาใน
ช่วงเวลานั้น พวกเขากันเดินทางไปเรียนต่อหรือทำงานยัง
ต่างประเทศเป็นจำนวนมาก บางทีก็ไปหมดแทบทั้ง
รุ่น ข้าราชการเรื่องการเดินทางไปต่างประเทศของแพทย์
ที่เรียนจบมาใหม่ ได้ก่อให้เกิดกระแสการเรียกร้องให้
แก้ปัญหานี้จากสังคม

ในกรณีของมหาวิทยาลัยมหิดลในช่วงระหว่าง
พ.ศ. 2515 - 2517 ได้เกิดระบบการคัดเลือกผู้ที่จะไป
เรียนแพทย์แบบใหม่ เพื่อมุ่งคัดสรรคนที่ต้องการลงไป
ทำงานในชนบท การคัดเลือกนักศึกษาไปเรียนต่อแพทย์
ในช่วงนั้นมีการใช้คะแนนการทำกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่ง
ในการพิจารณาด้วย ทำให้บรรดานักศึกษาที่ต้องการ
เรียนด้านการแพทย์การสาธารณสุขมีโอกาสในการเข้า
รวมทำกิจกรรมเพื่อสังคมกันอย่างกว้างขวาง ได้รับรู้
ความเป็นไปของชีวิตผู้คนในชนบท รับรู้ปัญหาของผู้ด้อย
โอกาส หล่อหลอมจิตสำนึกในการทำงานเพื่อสาธารณชน
ของพวกเขา

ต่อมาภายหลังสำเร็จการศึกษาแพทย์เหล่านี้ ส่วนหนึ่งไปทำงานในศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอ ในตอนนั้นและประสบปัญหาต่างๆ พยายามรวมตัวกันเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 สถานการณ์ทางการเมืองมีความแปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็วและนำไปสู่ความรุนแรงขนาดใหญ่ใน เหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ทำให้นักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชนจำนวนมาก ที่คิดว่าสังคมใน เวลานั้นมีแต่ความอยู่ดีธรรม ตัดสินใจพากันเข้าร่วมกับ ขบวนการต่อสู้ของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ซึ่งรวมไปถึงนักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุขด้วย ภายหลังจากมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 66/2533 โดย พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เน้นการเมืองนำการทหารทำให้ การต่อสู้ยุติลงในเวลาต่อมา นิสิต นักศึกษา ประชาชน ที่เข้าป่าต่อสู้กับรัฐบาล ได้กลับเข้ามาดำเนินชีวิตตามปกติ พร้อมกับหยั่งรากความคิดในการเปลี่ยนแปลงเอาไว้ในตัว

ในเหตุการณ์พฤษภาคม พ.ศ.2535 จากความ เคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร โดย กลุ่มที่เคลื่อนไหวหลัก คือบรรดาคนทำงานในภาคเอกชน มากกว่านิสิตนักศึกษา ก่อนเกิดการปะทะกันระหว่าง กองกำลังของทหารกับกลุ่มผู้ประท้วงไม่นาน ได้มี การตั้งสมัชชาประชาชนโดยขึ้นดูแลการชุมนุมในช่วง นั้น มีกรรมการเจ็ดคน โดยสองในเจ็ดเป็นแพทย์ เมื่อมี การใช้กำลังทหารกับผู้ชุมนุมบนท้องถนนในเวลาต่อมา มีแพทย์จำนวนหนึ่งได้อาสาสมัครเข้าไปทำงานใน พื้นที่เสี่ยงจนมีแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการถูกยิง หลัง จากเหตุการณ์ครั้งนั้นได้เกิดกระแสสังคมเรียกร้องให้มีการปฏิรูปทางการเมือง โดยมีกลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งได้ เข้าไปมีส่วนร่วมด้วย ทุกภาคส่วนของสังคมได้เคลื่อนไหว จนมีผลออกมาเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้สภาพทางการเมืองมีเสถียรภาพมากที่สุดช่วงหนึ่ง นับตั้งแต่มีการเลือกตั้งครั้งแรก พ.ศ. 2476

แพทย์กับสำนักทางการเมืองในบริบทมวลชน หลายฝ่าย

การเคลื่อนไหวทางการเมืองที่เกิดขึ้นในราว 10 ปีที่ผ่านมา เป็นความเคลื่อนไหวในบริบทของความ เปลี่ยนแปลงของการเมืองวัฒนธรรมของไทย ที่ดำเนิน

ต่อเนื่องมาหลังจากยุคพฤษภาคม 2535 ทั้งจากประเด็น เรื่องอำนาจของฝ่ายการเมืองจากการเลือกตั้งมีมากขึ้นเรื่อยๆ การเข้ามาเกี่ยวข้องกับอำนาจการเมืองธุรกิจที่ เกี่ยวข้องด้านการแพทย์การสาธารณสุข วัฒนธรรมการ ทำงานแบบราชการ ความขัดแย้งทางความคิดพื้นฐาน ในการส่งเสริมด้านการรักษาหรือป้องกัน หรือความเชื่อ ที่แตกต่างกันระหว่างเรื่องกระจายอำนาจกับการจัดการ โดยรัฐ ประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนของหลายๆ ฝ่าย ประเด็นเรื่องการเติบโตของภาคทุนและโลกาภิวัตน์ ฯลฯ

ประเด็นต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้ความ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของไทยที่ต่างไปจากเดิมอย่างมาก เป็นการเมืองที่ไม่ได้ เป็นการต่อสู้ระหว่างผู้เผด็จการที่โหดร้ายกับประชาชน แต่มีลักษณะของความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับ ประชาชนด้วยกันเอง นำไปสู่การเคลื่อนไหวทาง การเมืองในท้องถนนอีกคำรบหนึ่ง พร้อมกับสร้างบาดแผล ร้าวลึกในสังคมไทย ทำให้การเกิดรัฐประหาร 2 ครั้ง เกิดการใช้กำลังปราบปรามประชาชนเสียชีวิต เกิด การปะทะกันระหว่างประชาชนด้วยกันเอง มีผู้เสียชีวิต เป็นจำนวนนับร้อยกว่าคน ผู้บาดเจ็บอีกเป็นจำนวนหลัก พัน ความเสียหายทางเศรษฐกิจอีกมหาศาล และสร้าง ความรู้สึกแปลกแยกแตกต่างระหว่างกัน ยิ่งกว่าความ ขัดแย้งทางการเมืองที่ผ่านมาในอดีตทุกครั้ง ในความ ขัดแย้งทางการเมืองดังกล่าว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ด้วยอุดมการณ์ความคิดแตกต่างหลากหลาย ดังที่ปรากฏ เป็นข่าวในสื่อต่างๆ จนนำไปสู่ภาพความขัดแย้งระหว่าง กันเองของวงการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งประเด็น ทางด้านอุดมการณ์และผลประโยชน์

6. สรุปและวิเคราะห์บทบาทการแพทย์การสาธารณสุขไทย ในมิติสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

ในรอบหนึ่งร้อยปีที่ผ่านมาพัฒนาการทางแพทย์ และการสาธารณสุขไทย เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่แตกต่าง หลากหลาย นับจากก่อนหน้าการก่อตั้งกรมสาธารณสุข สภาพการจัดการด้านการแพทย์การสาธารณสุข รัฐยังไม่ได้รวมศูนย์กลางการจัดการเอาไว้ ประชาชนหาทาง ดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีทางอันหลากหลาย ปัญหา

ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ คือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและโรคระบาดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

เมื่อสยามประเทศเข้าสู่ยุคของการปรับตัวให้ทันสมัยในช่วงการล่าอาณานิคมของชาติมหาอำนาจตะวันตก นับตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ชนชั้นนำในสังคมไทยมีการปรับตัวรับเอาความคิดและวิทยาการจากชาวตะวันตก รวมไปถึงรูปแบบการเมืองการปกครอง ทำให้เกิดกลไกในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขบนฐานความรู้แบบตะวันตกสมัยใหม่เกิดขึ้น และเห็นได้อย่างเด่นชัดในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และรัชกาลต่อๆ มา เช่น กลไกในการดูแลเรื่องสุขภาพพลเมืองในภาครัฐอย่างกรมกองต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญชาวต่างชาติ การสร้างห้องแล็บเพื่อการวินิจฉัยโรค การสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่ การสร้างโรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการสุขภาพ จนมาถึงการกำเนิดของกรมสาธารณสุขในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เพื่อรวมศูนย์กลางการทำงานของรัฐเรื่องการแพทย์สาธารณสุขไว้ไม่กระจัดกระจาย

กลไกและผลผลิตของระบบการดูแลสุขภาพของรัฐค่อยๆ ขยายตัวไปเรื่อยๆ ในขณะที่ประชาชนโดยทั่วไปส่วนมาก ยังนิยมรักษาด้วยวิธีที่ตนเชื่อถือศรัทธา ในช่วงหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 รัฐบาลเป้าหมายของการลดการตายและสร้างพลเมืองที่แข็งแรงที่สืบเนื่องมาจากตอนปลายของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ การแพทย์แผนโบราณที่ใช้กันแต่เดิมถูกจำกัดบทบาทโดยกฎหมาย มีการเสนอนโยบายรัฐเวชกรรมเพื่อการส่งเสริมกิจการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อขยายทั้งบุคลากรและสถานพยาบาลให้ทั่วประเทศ ในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม นโยบายด้านการแพทย์สาธารณสุขของประเทศ มุ่งเน้นการสร้างพลเมืองที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เพื่อความเป็นชาติมหาอำนาจ มีนโยบายสร้างเมืองโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การแพทย์ขนาด 2,000 เตียง การเปลี่ยนวิธีการกิน ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ในช่วงปลายทศวรรษของ พ.ศ. 2400 ต่อดันทศวรรษของ พ.ศ. 2500 ในยุคสงครามเย็นความช่วยเหลือจากองค์การระหว่าง

ประเทศได้หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทย ตามนโยบายการต่อต้านคอมมิวนิสต์ของค่ายโลกเสรีที่มีสหรัฐเป็นแกนกลาง ประเทศไทยเป็นพันธมิตรสำคัญในภูมิภาคซึ่งแวดล้อมไปด้วยประเทศที่กำลังมีสงครามกลางเมือง ก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 และ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ที่สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ของประเทศไทย

เมื่อเข้าสู่ช่วงต้นของทศวรรษ พ.ศ. 2520 การทำงานเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานก็เป็นงานสำคัญในด้านการแพทย์สาธารณสุขของไทย พร้อมๆ กับการเข้าสู่ยุคโชติช่วงชัชวาลเนื่องจากการพบแหล่งก๊าซธรรมชาติในอ่าวไทย และการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ปัญหาสาธารณสุขเริ่มเปลี่ยนไปจากความขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในขั้นพื้นฐานและโรคระบาด กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตและการบริโภค และโรคระบาดใหม่ๆ ในช่วงทศวรรษพ.ศ. 2530 เศรษฐกิจขยายตัวอย่างมากจนประเทศไทยมีความใฝ่ฝันจะเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ในเอเชีย มีการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังคงเป็นปัญหาที่แก้ไม่ตก พร้อมกับปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการขยายตัวของการอุตสาหกรรม ผนวกด้วยปัญหาสุขภาพจากการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก่อนจะเกิดภาวะเศรษฐกิจแบบฟองสบู่แตกจากการลดค่าเงินบาท ในช่วงต้นทศวรรษ พ.ศ. 2540 พร้อมกับการผลักดันให้มีการปฏิรูปการเมืองผ่านรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ในวงการแพทย์สาธารณสุข แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการให้ความหมายของสุขภาพในความหมายที่กว้าง เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ อันเป็นนโยบายหลักด้านสุขภาพของรัฐไทยมาช้านาน เกิดขึ้นเช่นกันจึงเกิดเป็นองค์กรอิสระด้านสุขภาพที่ทำงานในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านวิชาการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และด้านการสร้างความเป็นธรรมในการรักษาสุขภาพ

ความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมกับกลไกใหม่ๆ ด้านการแพทย์สาธารณสุข แม้จะเป็นประโยชน์และก้าวหน้าอย่างมาก แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาและข้อจำกัดอยู่ไม่น้อย จนกลายเป็นประเด็นสร้างความขัดแย้งควบคู่ไปกับปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง ดังเกิดเป็นปรากฏการณ์ที่สาธารณสุขได้รับรู้

กันในปัจจุบัน จะกล่าวไปแล้วปัญหานี้แยกไม่ออกจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของ ประเทศไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผวนกับปัญหาใหม่ๆ ด้านสุขภาพที่ประเทศไทยต้องเผชิญ เช่น โรคระบาดใหม่ ปัญหาสุขภาพจากคนข้ามแดน ปัญหาโลกาภิวัตน์กับ สุขภาพ ปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับสุขภาพ ปัญหาทางสังคมวัฒนธรรมใหม่ๆ ในยุคที่สื่อสังคมทาง อินเทอร์เน็ตมีบทบาทอย่างสูง เป็นต้น ล้วนแต่ต้องอาศัย

การทำงานข้ามศาสตร์ การสร้างความรู้และความเข้าใจ ใหม่ให้สอดคล้องกับเปลี่ยนแปลง โครงสร้างการทำงานที่ คล่องตัวด้วยการกระจายอำนาจและลดขนาดหน่วยงาน การบริหารงานด้วยแนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ของคนรุ่นใหม่ และการเปิดใจรับฟังระหว่างความคิด เห็นที่ต่างกัน ตลอดจน สร้างความร่วมมือกับความท้าทาย ที่หลีกเลี่ยงมาอย่างรวดเร็วอย่างไม่หยุดยั้งในศตวรรษใหม่ ของการสาธารณสุขไทย