บทที่ 3

วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย

3.1 บทนำ

การสาธารณสุข นิยามได้อย่างสั้นๆ ว่า คือ “ศาสตร์และศิลป์แห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาวและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการดำเนินการอย่างเป็นระบบของสังคม” (science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society)[1] หรืออาจขยายความได้ว่า คือ “หนึ่งในความพยายามที่จัดการโดยสังคม เพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน เป็นการร่วมกันของศาสตร์และทักษะแขนงต่างๆ กับความเชื่อหลากหลาย เพื่อมุ่งธำรงรักษาและปรับปรุงสุขภาพของประชาชนทุกคน ผ่านกิจกรรมร่วมกันของสังคม แผนบริการและสถาบันต่างๆ มุ่งเน้นการป้องกันโรคและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรโดยรวม กิจกรรมด้านสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและค่านิยมต่างๆ ของสังคม แต่เป้าหมายต่างๆ ยังคงเดิม นั่นคือ การลดโรค การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการลดโรคต่างๆ ที่ก่อทุกข์และความพิการในประชากร ดังนั้น การสาธารณสุขจึงเป็นสถาบันหนึ่งในสังคม เป็นศาสตร์แขนงหนึ่ง และวิถีปฏิบัติหนึ่งในสังคม”[2]

อีกนิยามหนึ่งที่น่าสนใจคือ “ศาสตร์และศิลป์แห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาวและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการดำเนินการอย่างเป็นระบบของสังคม และการเลือกอย่างรู้เท่าทันของสังคม องค์กรต่างๆ ชุมชนทั้งสาธารณะและส่วนบุคคล และแต่ละบุคคล” (the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting human health through organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private communities, and individuals)[3]

คำว่า “สาธารณะ” (public) ในที่นี้อาจหมายถึงประชาชนไม่กี่คน หรือหมู่บ้านทั้งหมู่บ้าน หรือครอบคลุมหลายทวีป เช่นในกรณีการระบาดทั่วโลก ส่วนคำว่า “สุขภาพ” (health) มีความหมายตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ครอบคลุมสุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม และไม่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขเป็นสหสาขาที่สำคัญ ได้แก่ ระบาดวิทยา ชีวสถิติ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุขชุมชน สุขศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Health) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นโยบายสาธารณะ สุขภาพจิต อาชีวอนามัย เป็นต้น

3.2 วิวัฒนาการการสาธารณสุขโลกโดยสังเขป

วิวัฒนาการการสาธารณสุขของโลก เกิดมาพร้อมกับวิวัฒนาการด้านอารยธรรมของมนุษย์ เริ่มจากการตระหนักรู้ว่า น้ำสกปรกและขยะที่กำจัดอย่างไม่ถูกต้องทำให้เกิดโรคระบาด ทฤษฎีการเกิดโรคและการระบาดของโรคทฤษฎีแรก คือ "ทฤษฎีไอพิษ" (Miasma Theory) ซึ่งในยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์ หมอบรัดเลย์เขียนว่า "อายพิศม์" คือความเชื่อว่า สภาพแวดล้อม เช่น อากาศ สิ่งสกปรกโสโครกต่างๆ เป็นต้นเหตุของการเกิดโรค ความเชื่อดังกล่าวนี้มีมาแต่โบราณตั้งแต่สมัยฮิปโปเครตีส และได้รับความนิยมเชื่อถืออย่างมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ศาสนาต่างๆ แต่โบราณจึงมุ่งสร้างกฎเกณฑ์ให้ศาสนิกพ้นจากภัยเหล่านี้ โดยการกำหนดกฎกติกาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น เรื่องการกินอาหาร การห้ามดื่มสุรา และการกำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ

เทคโนโลยีการป้องกันโรคมีประวัติมายาวนาน เริ่มตั้งแต่ชาวจีนใช้วิธีให้สูดผงจากสะเก็ดแผลไข้ทรพิษ เพื่อป้องกันโรคดังกล่าว การจัดการด้านสุขาภิบาลพบในแหล่งอารยธรรมฮารัปปัน ในลุ่มน้ำสินธุ[4] และในยุคโรมันก็มีการกำจัดอุจจาระที่เป็นระบบ เป็นต้น

การสาธารณสุขสมัยใหม่ (Modern Public Health) เริ่มจากมีการค้นพบใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาสู่การปรับปรุงการสาธารณสุข เช่น การค้นพบสาเหตุของโรคลักปิดลักเปิดโดย เจมส์ ลินด์ ซึ่งป้องกันโดยการให้กลาสีเรือได้บริโภคผลไม้ โดยมีการตีพิมพ์รายงานดังกล่าวเมื่อ พ.ศ. 2297 และราชนาวีอังกฤษได้นำไปกำหนดเป็นนโยบายและมาตรการป้องกันในเวลาต่อมา[5]

ก่อนหน้านั้นสองปีใน พ.ศ. 2295 เซอร์จอห์น พริงเกิล แพทย์ชาวอังกฤษ ได้ตีพิมพ์บทความ เรื่อง "สังเกตการณ์เรื่องโรคในกองทัพในค่ายและที่มั่นทางทหาร" เน้นความสำคัญเรื่องการระบายอากาศและการสร้างส้วมให้แก่ทหาร[6]

การค้นพบวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลของเอดเวิร์ด เจนเนอร์ แพทย์ชาวอังกฤษ เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการสาธารณสุขโลก ทำให้สามารถเอาชนะโรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้คนไปมากมาย และนำไปสู่การขจัดกวาดล้างโรคนี้สำเร็จในเวลาต่อมา

การปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งเริ่มต้นในยุโรป โดยเฉพาะที่อังกฤษ ทำให้มีการอพยพเข้าไปหางานทำในเมือง และเข้าไปอยู่กันอย่างแออัด ทำให้เกิดทั้งแหล่งเสื่อมโทรมและปัญหาสุขอนามัยในโรงงาน ทำให้เกิดการปฏิรูปด้านการสุขาภิบาล จุดเปลี่ยนสำคัญ คือ การตราพระราชบัญญัติการสาธารณสุขฉบับแรกในอังกฤษเมื่อ พ.ศ. 2391 บุคคลสำคัญที่ผลักดันเรื่องนี้ คือ เซอร์เอดวิน แชดวิค (Sir Edwin Chadwick) ซึ่งได้เสนอบทความ เรื่อง "ภาวะการสุขาภิบาลของคนงาน" (the Sanitary Condition of the Labouring Population) เมื่อ พ.ศ. 2385 และมีรายงานเพิ่มเติมอีก 1 ฉบับในปีต่อมา[7]

ความคิดสำคัญเรื่องหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างกว้างขวางของการสาธารณสุขโลก คือ เรื่องอันตรายของการมีประชากรล้นเกินของโธมัส มัลธัส (Thomas Malthus) ซึ่งนำเสนอเมื่อ พ.ศ. 2241 และอีกคนที่เน้นความสำคัญเรื่องนี้ คือ เจเรมี เบนแทม (Jeremy Bentham) นักคิดคนสำคัญของอังกฤษ ผู้ได้รับฉายาว่าเป็นบิดาทางความคิดของมหาวิทยาลัยยูนิเวอร์ซิตี้คอลเลจลอนดอน

ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มีผลสำคัญต่อการพัฒนาการสาธารณสุขของโลก ได้แก่

- ศาสตร์ด้านระบาดวิทยา ซึ่งค้นพบโดยนายแพทย์จอห์น สโนว์ (John Snow) ที่พบว่า การระบาดของอหิวาต์ในกรุงลอนดอนเมื่อ พ.ศ. 2397 ไม่ได้กระจายทั่วไป แต่สัมพันธ์กับแหล่งน้ำประปา ซึ่งมีการใช้คลอรีนทำลายเชื้อโรคแตกต่างกัน จอห์น สโนว์ เสนอแนวคิดนี้ครั้งแรกในบทความ เรื่อง "ว่าด้วยช่องทางการติดต่อของอหิวาตกโรค" (On the Mode of Communication of Cholera) ตั้งแต่ พ.ศ. 2392 และขยายความจนได้ข้อสรุปชัดเจนมากขึ้นใน พ.ศ. 2398 จอห์น สโนว์ เชื่อใน "ทฤษฎีเชื้อโรค" (Germ theory) ซึ่งพัฒนามาก่อนหน้านั้น จากการค้นพบทางวิทยาศาสตร์หลายเรื่อง
- โรเบิร์ต โค้ค (Robert Koch) นักวิทยาศาสตร์เยอรมัน ค้นพบวิธีแยกเชื้อแบคทีเรียและเสนอ "เกณฑ์วินิจฉัยของโค้ค" (Koch's Postulates) เพื่อพิจารณาตัดสินว่า เชื้อโรคที่พบเป็นสาเหตุของโรคนั้นหรือไม่

เกณฑ์ดังกล่าว เสนอครั้งแรกโดย เอฟ. จี. จาคอบ เฮนเล (F.G. Jacob Henle) และมีการปรับปรุงโดยโค้คในปี 2420 แล้วปรับปรุงอีกครั้งใน พ.ศ. 2425 กำหนดเกณฑ์พิจารณา 4 ประการ คือ

(1) เชื้อนั้นต้องพบทุกรายที่เป็นโรคจากการแยกเชื้อในการเพาะเลี้ยงบริสุทธิ์ (pure culture)

(2) เชื้อนั้นต้องไม่พบในโรคอื่น

(3) เมื่อแยกเชื้อออกมาได้แล้ว เชื้อนั้นต้องทำให้เกิดโรคได้ในสัตว์ทดลอง

(4) เชื้อนั้นต้องพบได้อีกในการทำให้เกิดโรคจากการทดลอง[8]

เกณฑ์นี้จึงเรียกว่า "เกณฑ์วินิจฉัยของเฮนเล-โค้ค" (Henle-Koch's Postulates) ต่อมาอัลเฟรด อีแวนส์ (Alfred Evans) ได้ปรับปรุงใหม่เพิ่มข้อพิจารณาเป็น 10 ข้อ เรียกว่า "เกณฑ์วินิจฉัยของอีแวนส์" (Evans's Postulates)[9]

• เอดเวิร์ด เจนเนอร์ (Edward Jenner) ค้นพบวัคซีนตัวแรกของโลก คือ วัคซีนไข้ทรพิษ เป็นคนแรกที่ใช้คำว่า วัคซีน เมื่อ พ.ศ. 2429 ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งวิชาวิทยาอิมมูโน

• หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) นักวิทยาศาสตร์คนสำคัญที่ค้นพบจุลินทรีย์ก่อโรค เป็นหนึ่งในผู้บุกเบิกวิชาจุลชีววิทยา และผู้ค้นพบวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

• โรนัลด์ รอสส์ (Ronald Ross) แพทย์ชาวอังกฤษค้นพบว่า ยุงเป็นพาหะของมาลาเรีย

• โจเซฟ ลิสเตอร์ (Joseph Lister) แพทย์ชาวอังกฤษ ผู้ปฏิวัติการผ่าตัดโดยการนำยาระงับเชื้อ (Antiseptic) เข้าไปใช้ในการผ่าตัด

• พอล-หลุยส์ ซิมอนด์ (Paul-Louis Simond) นักระบาดวิทยาชาวฝรั่งเศส ผู้พิสูจน์ว่า กาฬโรค มีพาหะคือ หมัดหนู

• คาร์ลอส เจ. ฟินเลย์ (Carlos J. Finlay) นักวิทยาศาสตร์คิวบา และวอลเตอร์ รีด (Walter Reed) กับเจมส์ แคร์รอลล์ (James Carroll) จากสหรัฐ พิสูจน์ว่า ยุงเป็นพาหะของไข้เหลือง

• คาร์ลอส ชากาส์ นักวิทยาศาสตร์ชาวบราซิลค้นพบโรคชากาส์และพาหะของโรคดังกล่าว

• เซอร์อเลกซานเดอร์ เฟลมมิง (Sir Alexander Fleming) ค้นพบเพนิซิลลิน ตั้งแต่ พ.ศ. 2471 และโฮเวิร์ด ฟลอเรย์ (Howard Florey) กับ เอิร์นสท์ ชาอิน (Ernst Chain) ร่วมกันศึกษาพัฒนาต่อมาจนได้เป็นยาปฏิชีวนะตัวแรกของโลก ตอนปลายสงครามโลกครั้งที่ 2[10]

• เซลแมน เอ. วักสแมน (Selman A. Waksman) ชาวอเมริกันเชื้อสายรัสเซีย ค้นพบยาปฏิชีวนะ สเตรปโตมัยซิน จากเชื้อสเตรปโตมัยซิส กริเซอุส (Streptomyces griseus) ยาตัวแรกที่ได้รับการพิสูจน์อย่างเป็นระบบว่าปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งโรคนี้คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก จนได้ชื่อว่า "กาฬโรคขาว" (White Plague)[11] [12]

• โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง คือ ไข้เลือดออก พบมานาน มีรายงานการระบาดตั้งแต่ พ.ศ. 2322 ในทวีปเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาเหนือ[13] โดยอาจมีบันทึกโรคนี้ตั้งแต่สมัยราชวงศ์ถังในประเทศจีน[14] โรคนี้มีการระบาดใหญ่ในกรุงมนิลา สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2496-2497[15] และแพร่ระบาดไปทั่วภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภาวะโรคร้อนทำให้โรคแพร่ไปกว้างขวางขึ้น ความก้าวหน้าทางวิทยาไวรัสและวิทยาอิมมูโน ทำให้เข้าใจธรรมชาติและพยาธิสรีรวิทยาของโรค ทำให้มีการปรับปรุงวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาดีขึ้น แต่การระบาดของโรคมีการเปลี่ยนแปลงพบในเด็กโตและผู้ใหญ่มากขึ้น ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกัน แต่ยังมีประสิทธิผลไม่ดีนัก และยังมีปัญหาด้านความปลอดภัยด้วย

3.3 วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทยก่อนยุครุงรัตนโกสินทร์

ในสมัยสุโขทัย พบฐานศิลามีรูกลมตรงกลาง มีร่องวางเท้า 2 ข้าง และมีร่องน้ำด้านหน้า เคยมีผู้สันนิษฐานว่าเป็นหัวส้วม รูตรงกลางเป็นช่องถ่ายอุจจาระ ร่องน้ำด้านหน้าเป็นร่องระบายน้ำปัสสาวะ ฐานศิลาดังกล่าว ปัจจุบันจัดแสดงไว้ในพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย แต่แท้จริงแล้ว ฐานศิลาดังกล่าวน่าจะเป็นฐานเทวรูปยืน มิใช่หัวส้วม ด้วยเหตุผลต่างๆ ได้แก่ (1) ถ้าลองนั่งยองๆ โดยวางเท้าตรงร่องวางเท้าทั้ง 2 ข้าง หันหน้าไปทางร่องน้ำ ก้นจะอยู่เลยรูตรงกลางไปทางด้านหลัง ไม่สามารถถ่ายอุจจระลงไปตรงรูนี้ได้ (2) ไม่มีเหตุผลใดๆ ที่จะต้องแยกร่องทางน้ำปัสสาวะออกจากช่องถ่ายอุจจาระ และร่องดังกล่าวถ้าเป็นร่องปัสสาวะก็เหมาะกับลักษณะกายวิภาคของเพศชายเท่านั้น ไม่เหมาะแก่เพศหญิง (3) ไม่ปรากฏการพบฐานศิลาดังกล่าวบนหลุมส้วมที่เหมือนหรือคล้ายกับส้วมในปัจจุบัน

ตรงกันข้าม ฐานศิลาดังกล่าวเข้ากันได้กับฐานเทวรูปยืนอย่างสนิท ร่องเท้าสองข้าง คือ ร่องสำหรับวางเท้าของเทวรูป รูตรงกลางสำหรับสวมแกนฐานเทวรูป ร่องน้ำข้างหน้าสำหรับเป็นทางให้น้ำที่รดลงบนเทวรูปในพิธีกรรมไหลไปลงภาชนะที่รองรับ ดังนั้นฐานศิลาดังกล่าวจึงมิใช่หลักฐานที่แสดงว่า มีการสร้างส้วมเพื่อการสุขาภิบาลในสมัยสุโขทัย เช่นเดียวกับที่ไม่มีหลักฐานว่า มีการทำสวนสมุนไพรในสมัยสุโขทัยตามที่มีการอ้างลอยๆ ว่า มีการกล่าวถึงในศิลาจารึก ทั้งๆ ที่ไม่มีข้อความในศิลาจารึกทั้งของพ่อขุนรามคำแหงมหาราชและจารึกของพญาลิไทที่วัดป่ามะม่วงทุกหลัก

ในสมัยกรุงศรีอยุธยา การอพยพหนีโรคห่ามาสร้างพระนครศรีอยุธยา ก็เป็นการอพยพหนีตาย หลักฐานในพระไอยการตำแหน่งนาพลเรือน พ.ศ. 1998 ในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ก็เป็นเรื่องทางการแพทย์ทั้งสิ้น ไม่มีการกล่าวถึงหน่วยงานด้านการสาธารสุข

งานด้านการสาธารสุขน่าจะเริ่มในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ในการสร้างพระราชวังที่ลพบุรี ซึ่งมีการสร้างระบบประปาด้วย แต่เมื่อปลายรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช พระเพทราชาเข้ายึดอำนาจขับไล่ฝรั่งเศสและชาวต่างชาติส่วนใหญ่ออกไป หลังจากนั้นก็ไม่ปรากฏหลักฐานการพัฒนาด้านการสาธารณสุขอีก จนกระทั่งเสียกรุงศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. 2310 แม้สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจะสามารถกู้กรุงคืนได้ในระยะเวลาเพียง 7 เดือนเศษหลังกรุงแตก แต่ตลอดรัชสมัยต้องทำศึกสงครามในการปราบชุมนุมต่างๆ และยังต้องรบกับพม่า รวมทั้งการทำศึกกับประเทศต่างๆ ในอินโดจีนและหัวเมืองภาคใต้ จึงมีเวลาและโอกาสไม่มากนักในการฟื้นฟูบูรณะประเทศ แม้จะมีการค้าขายกับประเทศต่างๆ และบรรดามิชชันนารีจากประเทศตะวันตกจะกลับเข้ามาเผยแผ่ศาสนาพร้อมกับนำวิทยาการต่างๆ เข้ามาด้วย แต่ช่วงปลายรัชกาลก็เกิดเหตุความไม่สงบ และมีเหตุพิพาทกับบรรดาสังฆราชาบาทหลวงต่างๆ ด้วย ทำให้วิทยาการต่างๆ ซึ่งรวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่มีการพัฒนาจนปรากฏหลักฐานเป็นรูปธรรมในช่วงนั้นนัก

นอกจากการเจ็บไข้ได้ป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ แล้ว ปรากฏมีโรคระบาดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีบันทึกของทูตฝรั่งเศสที่เข้ามาเจริญสัมพันธไมตรีในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กล่าวถึงการฝังศพของคนที่ตายด้วยไข้ทรพิษว่า มักจะฝังไว้นานกว่า 3 ปีก่อนจะขุดขึ้นมาเผา เพราะพบว่า ถ้าขุดขึ้นมาเผาก่อนหน้านั้นจะทำให้กลับระบาดได้อีก[16] จากการขุดแต่งเพื่อบูรณะโบราณสถานบ้านนักบุญเปโตร (โบสถ์คณะโดมินิกัน) ที่พระนครศรีอยุธยา พบในบางหลุมศพมีโครงกระดูกซ้อนกันถึง 3-4 โครง โดยพบว่า มีการใช้ปูนขาวพอกทับบนศพด้วย สันนิษฐานว่า เป็นการใช้ปูนขาวช่วยระงับการแพร่ของโรคระบาดในสมัยนั้น[17]

ในรัชสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เป็นสมัยที่มีการติดต่อกับต่างประเทศมากกว่าครั้งใดในอดีต ทำให้วิทยาการต่างๆ แพร่เข้ามามาก เทคโนโลยีการพิมพ์ซึ่งกูเตนเบิร์ก ศิษย์วัดคนหนึ่งที่เมืองมายังส์ ประเทศเยอรมนีคิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 1983 ก็น่าเชื่อว่าจะมีผู้นำเข้ามาในเมืองไทยแล้วในสมัยนั้น โดยสังฆราชลาโน บาทหลวงซึ่งเรียนรู้ภาษาไทยจนแตกฉาน ได้เริ่มแปลและแต่งหนังสือเพื่อเผยแผ่ศาสนาเป็นภาษาไทย เป็นหนังสือถึง 26 เล่ม

สังฆราชลาโนสร้างศาลาเรียนขึ้นในที่พระราชทานที่ตำบลเกาะมหาพราหมณ์ทางด้านเหนือของตัวเมืองอยุธยา มีคนกล่าวกันว่า ท่านได้ตั้งโรงพิมพ์ขึ้นไว้ด้วย และต่อมาพระนารายณ์มหาราชได้โปรดให้ตั้งโรงพิมพ์ขึ้นที่ลพบุรีด้วย กิจการเหล่านี้ทรุดโทรมลงหลังพระเพทราชาทำรัฐประหาร ขึ้นครองราชย์ และขับไล่พวกฝรั่งออกไป

ต่อมาเมื่อพระเจ้าตากสินมหาราชทรงกอบกู้เอกราช ตั้งกรุงธนบุรีขึ้นได้ ท่านสังฆราชคาร์โนลต์ได้กลับเข้ามาสอนศาสนาอีก มีการตั้งโรงพิมพ์ที่วัดซานตาครูซ ตำบลกุฎีจีนในกรุงธนบุรี หนังสือที่สังฆราชคาร์โนลต์พิมพ์ขึ้นในครั้งนั้นยังปรากฏต่อมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช เล่มหนึ่งพิมพ์บนปกว่า “คำสอนคฤศตัง พิมพ์ขึ้นในวัดซันตากรุส ณ บางกอก ศักราชแต่ไถ่ชาติมนุษย์ 1796” (พ.ศ. 2339)[18] เป็นหลักฐานว่ามีการพิมพ์หนังสือในประเทศไทย ก่อนที่เคยเชื่อกันว่าใบปลิวชักชวนคนมาปลูกฝีโดยโรงพิมพ์หมอบรัดเลย์เมื่อ พ.ศ. 2381 เป็นสิ่งพิมพ์ฉบับแรกในประเทศไทยถึง 42 ปี และถ้าเชื่อข้อมูลว่า มีการพิมพ์ตั้งแต่สมัยพระนารายณ์มหาราช เวลาก็ย้อนไปถึงกว่า 150 ปี

3.4 การสาธารณสุขในยุคต้นรัตนโกสินทร์

1. การเอาชนะไข้ทรพิษ

ในช่วงต้นยุคกรุงรัตนโกสินทร์ การสาธารณสุขของโลกก็ยังพัฒนาไม่มาก เทคโนโลยีที่มีผลกระทบต่อการสาธารณสุขของโลกอย่างมากและค่อนข้างรวดเร็ว คือ การพัฒนาด้านวัคซีน ซึ่งวัคซีนชนิดแรกที่โลกค้นพบ คือ วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษที่พัฒนาโดยเอดเวิร์ด เจนเนอร์ นายแพทย์ชาวอังกฤษ

วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษมีพัฒนาการมายาวนาน แต่ยังมีปัญหาเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผล เอดเวิร์ด เจนเนอร์ ก็ใช้เวลายาวนานในการพัฒนาวัคซีนจนได้วัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิผล เป็นที่ยอมรับของรัฐบาลอังกฤษ และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกในเวลาต่อมา

เอดเวิร์ด เจนเนอร์ เริ่มทดสอบวัคซีนนี้ครั้งแรกเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2339 ตรงกับปีที่ 15 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ และศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เขาตีพิมพ์ผลการศึกษาทดลองในผู้รับวัคซีน จำนวน 23 ราย ในปี พ.ศ. 2341 ซึ่งยังอยู่ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษในประเทศไทย เริ่มครั้งแรกโดยหมอบรัดเลย์ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2378 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยปลูกฝีให้แก่เด็ก 15 คน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ฝีไม่ขึ้น สามปีต่อมา เกิดไข้ทรพิษระบาด หมอบรัดเลย์จึงทำการปลูกฝีอีก พร้อมพิมพ์ใบปลิวชักชวนคนให้มาปลูกฝี น่าสนใจว่าทางราชสำนักเปิดรับวิทยาการนี้อย่างดี พระบาทสมเด็จพระ-นั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดฯ ให้หมอหลวงรวมทั้งหมอเชลยศักดิ์ไปหัดปลูกฝีกับหมอมิชชันนารี เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2381 และโปรดฯ ให้พิมพ์ใบปลิว 10,000 ฉบับ เชิญชวนประชาชนในกรุงเทพฯ ให้ไปรับการปลูกฝีด้วย[19]

ถ้านับระยะเวลาตั้งแต่เอดเวิร์ด เจนเนอร์ ตีพิมพ์รายงานเมื่อ พ.ศ. 2341[20] ก็เป็นเวลาถึง 40 ปี ก่อนที่จะมีการออกใบปลิวเชิญชวนประชาชนในกรุงเทพฯ มารับการปลูกฝี แต่ในอังกฤษเอง จนกระทั่ง พ.ศ. 2383 รัฐบาลอังกฤษจึงออกกฎหมายห้ามการใช้หนองฝีคน ซึ่งไม่ปลอดภัย และให้ปลูกฝีโดยใช้หนองฝีวัว ตามแบบของเอดเวิร์ด เจนเนอร์ ฟรีแก่ประชาชน

ในประเทศไทย หมอบรัดเลย์ได้ทำการศึกษาทดลองเรื่องการปลูกฝีอย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2384 โดยได้ทำการปลูกฝีในเด็ก 75 คน ที่บ้านเจ้าพระยาพระคลัง โดยใช้พันธุ์หนองฝีวัวจากสหรัฐ ปรากฏว่า ปลูกขึ้นเพียง 3-4 ราย ต่อมาได้ทดลองต่ออีกราว 3 เดือน มีคนที่ปลูกฝีขึ้นราว 100 คน

ปีต่อมา หมอบรัดเลย์ได้ทดลองผลิตพันธุ์หนองฝีขึ้นเอง แทนการสั่งจากต่างประเทศซึ่งต้องใช้เวลานาน โดยทดลองฉีดหนองจากผู้ป่วยไข้ทรพิษเข้าไปในวัวหลายตัว

โดยได้รับพระราชทานวัวจากพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวด้วย ในปีนั้นบุตรสาวคนหนึ่งของหมอบรัดเลย์เสียชีวิตจากไข้ทรพิษเมื่ออายุได้ 7 เดือน ในปี พ.ศ. 2494 หมอบรัดเลย์ได้ปลูกฝีโดยคิดค่าปลูกฝีคนละ 1 บาท หากฝีขึ้นดีจะคืนเงินให้ครึ่งหนึ่ง รายได้นำไปซื้อพันธุ์หนองฝีจากสหรัฐ

หมอบรัดเลย์ได้เขียนตำราชื่อ "ตำราปลูกฝีโคให้กันโรคธระพิศม์ไม่ให้ขึ้นได้" โดยได้เขียนประสบการณ์เรื่องนี้ในประเทศไทย ช่วง พ.ศ. 2383-2387 หนังสือตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2388[21]

ปัญหาใหญ่เรื่องที่ต้องทำพันธุ์หนองฝีจากต่างประเทศเป็นปัญหามาอย่างต่อเนื่อง เดิมใช้พันธุ์หนองฝีจากสหรัฐซึ่งเข้ามาเพียงปีละครั้งเพราะระยะทางไกลมาก ต่อมาได้พันธุ์หนองฝีจากยุโรป 2 เดือนมาครั้งหนึ่ง แต่ก็มักเสียกลางทางเสียครึ่งหนึ่ง จนในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ฝรั่งเศสมาตั้งสถาบันปาสเตอร์ที่เวียดนาม เมืองไทยก็ได้พันธุ์หนองฝีจากไซ-ง่อน ซึ่งส่งมาได้ในเวลาเพียง 15 วัน จึงแก้ปัญหาของเสียกลางทางไปได้ แต่ก็ยังมีปัญหาของมีน้อยไม่พอใช้ ในปี พ.ศ. 2445 กระทรวงมหาดไทยเวลานั้นจึงได้มีนโยบายผลิตพันธุ์หนองฝีขึ้นใช้เอง มีผู้รับทำ คือ หมออะดัมสัน ซึ่งต่อมาได้เป็นพระบำบัดสรรพโรค ได้ดำเนินการที่สำนักงานที่สี่กั๊ก ถนนเจริญกรุง แต่ได้พันธุ์หนองฝีไม่สู้ดีเหมือนอย่างของต่างประเทศ และทำได้น้อยไม่พอใช้ ปีต่อมาจึงได้หมอมาโนส์ ชาวฝรั่งเศส ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการเรื่องนี้เข้ามารับราชการ ได้รับงานนี้ไปทำโดยไปทำที่เมืองนครปฐม เมื่อ พ.ศ. 2446 ได้พันธุ์หนองฝีดาษคุณภาพดีพอๆ กับของจากต่างประเทศ และปริมาณมากพอด้วย

ปัญหาเรื่องการปลูกฝีแก่ประชาชน มีแนวคิดแย้งกันระหว่างกระทรวงนครบาลกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงนครบาลเห็นว่า จะต้องออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนมาปลูกฝี แต่กระทรวงมหาดไทยไม่เห็นด้วยเพราะเกรงจะเดือดร้อนแก่ราษฎร และจะมีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายด้วย จึงใช้วิธีการ ได้แก่

1) ออกใบปลิวให้คำแนะนำ และเชิญชวนประชาชนมารับการปลูกฝี

2) จัดพนักงานเป็น 4 ทีม แยกไปปลูกฝีในท้องที่ที่มีโรคชุกชุม คือ มณฑลนครชัยศรี ราชบุรี ปราจีน และนครราชสีมา ที่เหลือโรคไม่ชุกชุมให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำเมืองแต่ละเมือง

3) วิธีออกไปปลูกฝีใช้วิธีดำเนินการทีละอำเภอ แต่ละอำเภอให้กรมการอำเภอเรียกกำนันผู้ใหญ่บ้านมาชี้แจง แล้วแจกประกาศแก่ราษฎร และปิดไว้ตามวัดหรือที่ประชุมชนอื่นๆ นัดประชาชนไปรับการปลูกฝีทีละตำบล

การปลูกฝีเป็นการพิเศษครั้งนั้น ปรากฏในรายงานประชุมเทศาภิบาล พ.ศ. 2456 มีคนมารับการปลูกฝีถึง 78,768 คน โดยไม่ต้องมีการบังคับแต่อย่างใด[22]

ไข้ทรพิษเป็นโรคระบาดที่คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกไปมากมาย แต่เป็นโรคชนิดแรกที่สามารถขจัดกวาดล้าง (Eradication) สำเร็จ โดยมีการประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2523[23]

2. การพิชิตอหิวาตกโรค

การระบาดของอหิวาตกโรคมีมาตั้งแต่ต้นยุคกรุงรัตนโกสินทร์ ทำให้ผู้คนล้มตายจำนวนมาก ความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคนี้ในยุโรปในเวลานั้น ก็ยังจำกัดมาก จอห์น สโนว์ "บิดาแห่งวิชาระบาดวิทยา" เพิ่งเสนอรายงานเรื่อง "ว่าด้วยช่องทางการติดต่อของอหิวาตกโรค" (On the Mode of Communication of Cholera) เมื่อ พ.ศ. 2392[24] จึงไม่แปลกที่ในการระบาดของโรคนี้ครั้งใหญ่ประเทศไทย ใน พ.ศ. 2363 (ปีที่ 12 แห่งรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย) ทางการจะแก้ปัญหาด้วยการทำพิธีอาฏานิยสูตร

แต่ต่อมามีการระบาดของโรคนี้และได้ใช้วิธีนี้อีก นอกจากไม่ได้ผลแล้ว ราษฎรและพระภิกษุที่เข้าร่วมกระบวนแห่และหามพระพุทธรูปมีบางคนล้มลงขาดใจตายในระหว่างร่วมพิธี บางรายกลับมาบ้านแล้วตายก็มี ต่อมาจึงเลิกใช้พิธีนี้ในการแก้ปัญหาการระบาดของอหิวาต์อีก[25] โดยที่วัคซีนป้องกันโรคนี้มีประสิทธิผลต่ำ จึงไม่สามารถป้องกันหรือควบคุมการระบาดได้ การระบาดแต่ละครั้งมักสงบลงตามธรรมชาติเมื่อโรคระบาดจนอิ่มตัว และระบาดขึ้นได้อีกเพราะการสุขาภิบาลและน้ำสะอาดยังพัฒนาไม่ทั่วถึง และสุขอนามัยส่วนบุคคลของประชาชนยังไม่ดี โรคนี้จึงระบาดเป็นครั้งคราวเรื่อยมาจนล่วงเข้าหลังกึ่งพุทธกาล

แล้ว แต่มีการเปลี่ยนแปลงของเชื้อก่อโรคจากชนิดคลาสสิก (Classical Vibrio cholera) เป็นเชื้อสายพันธุ์เอลทอร์ (El Tor Vibrio cholera) ซึ่งลดความรุนแรงลง และมักเป็นโรคประจำถิ่นตามจังหวัดรอบอ่าวไทย ซึ่งมีบริเวณน้ำเค็มและน้ำจืดเชื่อมต่อกัน

การระบาดในประเทศไทยในช่วงหลัง มักเริ่มจากจังหวัดสมุทรปราการซึ่งเป็นเมืองอุตสาหกรรม มีผู้ใช้แรงงานอพยพมาทำงานในจังหวัดนี้มาก ส่วนมากมาจากภาคอีสาน การระบาดมักเกิดช่วงหลังสงกรานต์ที่ผู้ใช้แรงงานจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนา นำเชื้อโรคไปแพร่ระบาด การควบคุมโรคที่ได้ผลเกิดจากมีการควบคุมโรคได้ดีในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการควบคุมโรคเชิงรุก ด้วยการออกให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในชุมชนก่อนการเกิดโรค และทันทีที่พบเชื้อจากการตรวจอุจจาระจะดำเนินการควบคุมโดยให้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนในจุดก่อโรคโดยเร็ว จึงไม่มีแหล่งแพร่โรคให้แก่จังหวัดอื่นๆ แต่ยังพบโรคนี้ประปรายหลังเกิดอุทกภัยในชุมชนใหญ่ ประชาชนขาดแคลนน้ำสะอาดในการอุปโภคบริโภค ต่อมาหลังจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระจายอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขึ้นทะเบียนน้ำดื่มบรรจุภัณฑ์ได้ ทำให้อุตสาหกรรมน้ำสะอาดแพร่หลายทั่วประเทศ เมื่อเกิดอุทกภัยจะมีการแจกน้ำให้อย่างมากมาย ใช้ได้ทั้งบริโภคและอุปโภค หลังจากนั้น ก็ไม่พบการระบาดลักษณะดังกล่าวอีก

3 โรคติดต่ออื่นๆ

โรคติดต่อร้ายแรงอื่น ได้แก่

1) กาฬโรคสงบลงและแทบไม่มีการระบาดอีก เมื่อการสุขาภิบาลทั่วโลกดีขึ้น และมียาปฏิชีวนะเตตราซัย-คลิน ซึ่งรักษาโรคนี้ได้ผลดี

2) โรคคุดทะราด สามารถควบคุมและขจัดจนหมดไปจากประเทศไทย โดยยาปฏิชีวนะเพนิซิลลินและการใช้สบู่กันอย่างแพร่หลาย

3) วัณโรค ลดความรุนแรงลงโดยวัคซีนบี.ซี.จี และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลายขนาน

4) โรคเรื้อน ควบคุมได้ด้วยดีด้วยการค้นหาและรักษาด้วยยาหลายขนาน

5) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สามารถควบคุมได้ดีโดยเฉพาะเมื่อมีการฉีดวัคซีนอย่างเป็นระบบตามโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI) ที่องค์การอนามัย-โลกแนะนำ

6) โรคเอดส์ ควบคุมได้โดยโครงการถุงยางอนามัย 100% และการให้ยาสูตรแรงอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.5 การสาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่

โลกพัฒนาตามลำดับมาเป็น 5 ยุค ได้แก่ (1) ยุคโบราณ (2) ยุคกำเนิดศาสนา (3) ยุคมืด (4) ยุคสมัยใหม่ (Modern) และ (5) ยุคหลังสมัยใหม่ (Post-modern) โดยยุคสมัยใหม่เริ่มจากการฟื้นฟูวิทยาการ (Renaissance) ในยุโรป จนวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้า ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ การสาธารณสุขของโลกก็ได้อานิสงส์จากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิวัฒนาการของการสาธารณสุขไทย โดยวิทยาศาสตร์ตะวันตกได้เผยแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ต่อเนื่องมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จนกระทั่งเกิดการสร้างประเทศให้ทันสมัย (Modernization) และการสร้างรัฐสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัฐสมัยใหม่นั้น นอกจากการสร้างความมั่นคงเข้มแข็งทางการทหารแล้ว จะต้องมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นสำคัญ ความมั่นคงทางสังคมประกอบด้วยการพัฒนาด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และการสาธารณสุข

พัฒนาการด้านสาธารณสุขในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นผลสำคัญจากการที่พระองค์ได้เสด็จพระราชดำเนินไปต่างประเทศตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ โดยได้เสด็จประพาสสิงคโปร์และอินเดีย จนต่อมาได้เริ่มวางรากฐานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขขึ้นครั้งแรก คือ การสร้างโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2429 และต่อมาได้สร้างขึ้นอีกหลายแห่งในพระนคร หลังเปิดโรงพยาบาลศิริราชเมื่อ พ.ศ. 2431 ปีต่อมาก็เปิดโรงเรียนแพทยากรเพื่อผลิตแพทย์ขึ้นในประเทศ และส่งแพทย์ไปประจำอยู่ตามหัวเมือง ตั้งแต่ พ.ศ. 2441

ทางด้านการสุขาภิบาล ก็ได้ตั้งกรมสุขาภิบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2440 ตั้งโอสถศาลาของรัฐบาล เพื่อจำหน่ายยาให้กับประชาชน เมื่อ พ.ศ. 2445 และตั้งโอสถสภาเพื่อผลิตยาในปีเดียวกัน เริ่มมีแพทย์ประจำตำบล เมื่อ พ.ศ. 2449 ขุดคลองเพื่อทำน้ำประปาในปีเดียวกัน และมีการริเริ่มตั้งสุขาภิบาลแห่งแรกที่ตำบลท่าฉลอม เมืองสมุทรสาคร เมื่อ พ.ศ. 2451[25]

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ไทยพระองค์แรกซึ่งสำเร็จการศึกษาชั้นสูงจากประเทศอังกฤษ ทรงพัฒนาด้านการสาธารณสุขสืบต่อมา โดยทรงตั้งสถานปาสเตอร์ ซึ่งสมัยนั้นเรียกว่าปาสตุรสภา เมื่อ พ.ศ. 2455 ตราพระราชบัญญัติรักษาคลองประปาเมื่อ พ.ศ. 2456 ตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 โดยยกเลิกกรมประชาภิบาลเดิม เพื่อรวมงานด้านการแพทย์และการสุขาภิบาลที่แยกกันอยู่ใน 2 กระทรวง คือ กระทรวงนครบาลและกระทรวงมหาดไทย มาอยู่ในกรมเดียวกัน โดยสังกัดในกระทรวงมหาดไทย

การตั้งกรมสาธารณสุขนี้ วงการสาธารณสุขถือเป็นหมุดหมายสำคัญของการสาธารณสุขไทย จึงถือเอาวันที่ 27 พฤศจิกายน ซึ่งเป็นวันก่อตั้งกรมนี้ เป็นวันสถาปนาการสาธารณสุขไทย และต่อมาได้ถือเป็นวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขด้วย[26]

ในปี พ.ศ. 2461 ตราพระราชบัญญัติสภากาชาดสยาม ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อ พ.ศ. 2463 ให้มีสถานะเป็นสมาคมสาธารณกุศลมากกว่าเป็นองค์กรของรัฐ ส่งผลให้สันนิบาตสภากาชาดมีมติรับสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิกเมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2464[27]

งานสำคัญด้านการสาธารณสุขในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวอีกเรื่องหนึ่ง คือ การเริ่มโครงการปราบพยาธิปากขอเมื่อ พ.ศ. 2466 และมีการเริ่มสร้างส้วมซึมแบบคอห่านเป็นครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2467[28]

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการขยายงานของกรมสาธารณสุขใน พ.ศ. 2468 เป็น 6 กอง คือ กองประชากร กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโอสถศาลารัฐบาล และกองสุขาภิบาล[29] ปีต่อมาได้ขยายเพิ่มอีก 7 กอง เป็น 13 กอง ได้แก่ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองบุราภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ กองโอสถสภา กองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาลคนเสียจริต กองส่งเสริมสุขาภิบาล กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร และวชิรพยาบาล[29]

พ.ศ. 2470 ตราพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง ระบุห้ามคนที่มีโรคตามที่เสนาบดีได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเข้าประเทศ เป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรค ต่อมามีการตั้งกองโรคติดต่อและกองสถิติหลังการระบาดของอหิวาตกโรคเมื่อ พ.ศ. 2472[30]

การเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อ พ.ศ. 2475 คณะราษฎรผู้นำการเปลี่ยนแปลงการปกครองประกาศหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) หลักเอกราช (2) หลักความปลอดภัย (3) หลักเศรษฐกิจ (4) หลักเสมอภาค (5) หลักเสรีภาพ และ (6) หลักการศึกษา[31] น่าสังเกตว่า ไม่มีการกล่าวถึงเรื่องการสาธารณสุข

เรื่องการสาธารณสุขทวีความสำคัญมากขึ้น หลังจากจอมพล ป. พิบูลสงคราม ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และมีนโยบายชาตินิยม มีการชักชวนประชาชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการอนามัยและการป้องกันโรค และแสดงถึงความเจริญก้าวหน้า ทันสมัย เช่น การสวมหมวก การสวมรองเท้า สวมเสื้อ แปรงฟัน การนั่งเก้าอี้ เลิกอุ้มลูกเข้าสะเอว เลิกเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก ให้เด็กสวมเสื้อผ้า ห้ามกินหมาก เป็นต้น[32] และมีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 ซึ่งเป็นการตั้งกระทราง สาธารณสุขก่อนสหรัฐอเมริกาถึง 16 ปี

นโยบายชาตินิยมของจอมพล ป. มีสาระสำคัญเน้นความเข้มแข็งของคนในชาติ จึงมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดต่างๆ เริ่มที่จังหวัดชายแดนเพื่อ "อวดธง" แข่งขันกับประเทศรอบบ้าน ซึ่งเป็นอาณานิคมของฝรั่งเศสและอังกฤษ เพื่อรักษาความนิยมของคนในชาติว่า มีที่พึ่งยามป่วยไข้ ต่อมามีการสร้างโรงพยาบาลหญิง เพื่อส่งเสริมการอนามัยแม่และเด็กขึ้นในกรุงเทพฯ (ต่อมามีการแยกโรงพยาบาลเด็กออกไปเป็นโรงพยาบาลต่างหาก และต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ พ.ศ. 2519 ขยายบทบาทหน้าที่จากโรงพยาบาลทางสูตินรีเวชกรรมเป็นโรงพยาบาลทั่วไป) และสร้างโรงเรียนพยาบาลขึ้นในทุกภาคเพื่อผลิตพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลที่สร้างขึ้น

มาตรการที่ชาญฉลาดอย่างยิ่ง คือ การใช้วิธีให้มีการคัดเลือกนักเรียนหญิงที่จบการศึกษาชั้นมัธยมปีที่ 6 สมัยนั้น (เทียบเท่ามัธยมปีที่ 4 ในปัจจุบัน) จากแต่ละจังหวัดส่งเข้าเรียนพยาบาลในโรงเรียนพยาบาลในภูมิภาค แล้วส่งกลับไปทำงานในภูมิลำเนา มีผลสำคัญให้ข้าราชการเหล่านี้มีการโยกย้ายน้อยมาก ประหยัดงบประมาณค่าเช่าบ้าน และส่งผลชัดเจนเมื่อมีปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ก็ไม่มีปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในสายสาธารณสุข เพราะปัญหาการ "ย้ายหนี" ต่างจากข้าราชการที่บรรจุจากส่วนกลางตามระบบของสำนักงาน ก.พ. ที่ใช้ระบบการสอบแข่งขันทั่วประเทศ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ซึ่งต่อมาก็ได้มีโครงการการผลิตแพทย์จากแนวคิดพื้นฐานที่กระทรวงสาธาณสุขริเริ่มไว้ตั้งแต่ต้น

ในสมัยจอมพล ป. มีนโยบายเพิ่มพลเมือง แต่น่าสังเกตว่า ในช่วงตั้งแต่หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองมีการเรียบเรียงและเผยแพร่หนังสือเรื่อง "การคุมกำเนิด" ออกมาจากแพทย์ในกรมสาธารณสุขด้วย[32]

3.6 การสาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น

ยุคสงครามเย็นเริ่มต้นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง เมื่อโลกแบ่งเป็น 2 ค่าย คือ โลกเสรีนิยม นำโดยสหรัฐอเมริกา และโลกสังคมนิยมนำโดยสหภาพโซเวียต และสิ้นสุดลงเมื่อค่ายสังคมนิยมล่มสลาย โดยถือจุดตั้งต้นที่กำแพงเบอร์ลินในเยอรมนีถูกทำลาย เมื่อ พ.ศ. 2532 และสหภาพโซเวียตล่มสลายหลังจากนั้นไม่นาน

ช่วงยุคสงครามเย็น ประเทศไทยร่วมอยู่ในค่ายโลกเสรีตลอดมา โดยเข้าร่วมในภาคีสนธิสัญญาป้องกันร่วมกันแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia Treaty Organization: SEATO) ซึ่งองค์กรดังกล่าวนี้เมื่อล้มเลิกไปแล้ว ได้มีการก่อตั้งองค์กรในภูมิภาคขึ้นแทน คือ อาเซียน (ASEAN: Association of Southeast Asian Nations)

ก่อนสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่สอง ฝ่ายสัมพันธมิตรได้เตรียมการเพื่อการฟื้นฟูบูรณะและสร้างสันติภาพถาวร ทำให้เกิดองค์การ "โลกบาล" นานาชาติที่สำคัญ ได้แก่ (1) สหประชาชาติ (2) ธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและพัฒนา (International Bank for Reconstruction and Development: IBRD) หรือธนาคารโลก และ (3) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) โดยเกิดองค์กรชำนัญพิเศษต่างๆ ภายใต้สหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ซึ่งก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2491 องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) หรือ ยูเนสโก (UNESCO) กองทุนฉุกเฉินนานาชาติเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Children's Emergency Fund) หรือยูนิเซฟ (UNICEF) (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น United Nations Children's Fund โดยยังใช้ชื่อย่อ UNICEF เหมือนเดิม) ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามในการดำเนินการให้การประกาศสงครามกับฝ่ายสัมพันธมิตร เมื่อ พ.ศ. 2485 เป็นโมฆะ และดำเนินการจนในที่สุดได้เข้าเป็นสมาชิกสหประชาชาติ และองค์การชำนัญพิเศษต่างๆ

โดยคำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญธนาคารโลก ประเทศไทยได้เริ่มการพัฒนาโดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรก เมื่อเริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. 2504 ต่อมาเปลี่ยนเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งแผนแรกเป็นแผนระยะ 6 ปี ต่อมาจึงปรับเป็นแผน

ระยะ 5 ปี ดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนระยะที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524

ทางด้านความร่วมมือทางวิชาการกับสหรัฐ รัฐบาลไทยได้ร่วมกับกองทัพบกสหรัฐ ดำเนินโครงการปราบอหิวาตกโรคที่ระบาดในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. 2501-2502 และพัฒนาเป็นสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (Armed Forces Research Institute of Medical Sciences ชื่อย่อว่า AFRIMS) ศึกษาวิจัยด้านโรคติดเชื้อสืบเนื่องมาจนปัจจุบัน

ช่วงเดียวกันนั้น มีการตั้ง "คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน" ขึ้นในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2503 เพื่อศึกษาวิจัย และพัฒนาการรักษาโรคเขตร้อน โดยเริ่มทำการที่โรงเรียนเทคนิคการแพทย์ และต่อมาได้ย้ายไปยังที่ทำการใหม่ที่ถนนราชวิถี เมื่อ พ.ศ. 2505 ได้พัฒนาจนเป็นศูนย์การศึกษาโรคเขตร้อนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเปิดรับนักศึกษาหลักสูตรนานาชาติ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นคณะเวชศาสตร์เขตร้อน เมื่อ พ.ศ. 2518 สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ในยุคสงครามเย็น รัฐบาลได้ถือเอาการสาธารณสุขเป็นนโยบายและมาตรการสำคัญเพื่อเอาชนะคอมมิวนิสต์ มีแผนงานและโครงการที่สำคัญได้แก่

• การจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้บริการประชาชนในท้องที่ห่างไกลและทุรกันดาร

• นโยบายรักษาฟรี และการประกาศจะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ โดยรัฐบาลภายใต้การนำของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อ พ.ศ. 2518

นโยบายการสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล ในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ หลังการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ฉบับที่ 66/2523 เน้นการเอาชนะคอมมิวนิสต์ด้วยนโยบายการเมืองนำการทหาร

ก่อนหน้านั้น มีการพัฒนาโรงพยาบาลในระดับจังหวัด โดยแนวคิด "การกระจายอำนาจตามภูมิภาค" (Decentralization by Regionalization) โดยการแบ่งกลุ่มจังหวัดต่างๆ รวมเป็นเขตแล้วพัฒนาให้มีโรงพยาบาลในเขตเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ โดยรอบ แทนการส่งไปที่กรุงเทพฯ เพียงแห่งเดียว เหตุผลสำคัญเพราะข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัดให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ได้ จึงเลือกพัฒนาเพียงในบางจังหวัดที่มีความสะดวกเรื่องการคมนาคม และมีความพร้อมพอสมควร โรงพยาบาลศูนย์เหล่านี้ มีการเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ ในเวลาต่อมา โรงพยาบาลจังหวัดที่ไม่ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ก็จะมีสถานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital)

ในช่วงเดียวกันนี้ องค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายสำคัญมุ่งเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543" (Health for All By The Year 2000) โดยมีมติสมัชชาอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2520 และประเทศไทยได้ลงนามให้สัตยาบันเมื่อ พ.ศ. 2521 ยุทธศาสตร์สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ แนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีหลักการสำคัญข้อหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) ประเทศไทยได้ดำเนินการเรื่องนี้จนมีชื่อเสียงไปทั่วโลก คือ การสร้างระบบผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นทั่วประเทศ โดยต่อมาได้มีการยกฐานะ ผสส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมด สามารถดำเนินการต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน มี อสม. ทั่วประเทศกว่า 1 ล้านคน

ตลอดช่วงยุคสงครามเย็น มีพัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น

• พ.ศ. 2490 ตั้งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งที่ 2 และต่อมาตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้นใน 3 ภูมิภาค ที่จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา

• พ.ศ. 2491 ตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์[33]

• พ.ศ. 2493 เริ่มใช้ดีดีที กำจัดหนูในการควบคุมการระบาดของกาฬโรค ที่นครราชสีมา ราชบุรี นครสวรรค์[34]

• พ.ศ. 2495 โปลิโอระบาด พระบาทสมเด็จประปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พระราชทาน "ปอดเหล็ก" ให้โรงพยาบาลศิริราช ให้คนไข้ได้ใช้เป็นครั้งแรก[35]

• พ.ศ. 2523 ยุติการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ[36]

• พ.ศ. 2529 มูลนิธิหมอชาวบ้านเริ่มโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

• พ.ศ. 2530 พบคนไข้ติดเชื้อเอชไอวีจากการบริจาคเลือดรายแรก

• ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทเป็นปัญหาเรื้อรังมายาวนาน และรุนแรงขึ้นมากในยุคสงครามเย็น เมื่อแพทย์จบใหม่รุ่นแรกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พากันเดินทาง "เหมาลำ" เครื่องบินไปศึกษาต่อและทำงานในสหรัฐอเมริกา และลุกลามไปยังแพทย์จบใหม่ในคณะแพทยศาสตร์ทุกคณะ เกิดปัญหา "สมองไหล" รุนแรง กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมาตรการบังคับให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญาชดใช้ทุนหลังจบการศึกษาเป็นเวลา 3 ปี โดยเริ่มกับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2510 โดยเริ่มบังคับเพียงร้อยละ 70 ต่อมาจึงขยายครอบคลุมทั้งหมด สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ได้บางส่วน ทั้งนี้ก่อนหน้านั้นมีมาตรการจูงใจโดย (1) การให้ทุนนักศึกษาแพทย์โดยสมัครใจของกรมอนามัย (2) การจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง เริ่มจากเดือนละ 1,000 บาท และมีการเพิ่มอัตราเป็นระยะๆ ต่อมามีมาตรการอื่น ได้แก่ (1) โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (2) โครงการเพิ่มการผลิตแพทย์โดยพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ในกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ในชั้นคลินิก คือ ปีที่ 4-6 (3) โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ ในกระทรวงกลาโหมก็มีการจัดโควต้าให้มีนักศึกษาแพทย์จากกองทัพบกเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งระยะแรกมีการต่อต้านว่าเป็นการใช้อภิสิทธิ์ ต่อมามีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้น คือ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.7 การสาธารณสุขในยุคโลกาภิวัตน์

ยุคโลกาภิวัตน์เริ่มเมื่อโลกมีการเชื่อมต่อถึงกันอย่างรวดเร็วด้วยระบบอินเทอร์เนต ทำให้ข่าวสารสามารถติดต่อถึงกันได้ในระดับความเร็วของแสง ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้ต่างๆ ซึ่งรวมทั้งความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้โดยสะดวกและรวดเร็วเพียงจากการใช้ปลายนิ้วสัมผัสเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จากเครื่องคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่เป็นเครื่องตั้งโต๊ะ (desktop) ต่อมาเป็นเครื่องขนาดเล็กหอบหิ้วไปได้โดยง่าย (laptop) และต่อมามีการเชื่อมโยงกับระบบโทรศัพท์เป็นโทรศัพท์อัจฉริยะ (smart phone) โลกยุคโลกาภิวัตน์ทำให้ประชาชนรับรู้ความเจริญทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และต้องการได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านั้น ขณะที่ทรัพยากรของแต่ละคนและของประเทศมีอยู่จำกัด ในยุคดังกล่าว มีพัฒนาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนี้

ด้านการแพทย์ การพัฒนาระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางขึ้นในประเทศ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ในช่วงยุคสงครามเย็น เพื่อแก้ปัญหาแพทย์จบใหม่หลั่งไหลไปสหรัฐอเมริกา ทำให้สามารถผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ขึ้นได้จำนวนมาก กระจายออกไปปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งในภาครัฐและเอกชน ทำให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาจนเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ของโลก มีชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ทั้งประชาชนทั่วไป และผู้นำประเทศ ตลอดจนสมาชิกราชวงศ์ชั้นสูงจากบางประเทศ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีการกระจายออกไปปฏิบัติงานเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปัจจุบันมีการกระจายออกไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งแล้ว บทพิสูจน์ความรู้ความสามารถของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผลิตขึ้นในประเทศ คือ เมื่อเกิดโศกนาฏกรรม

อาคารโรงแรมรอยัลพลาซ่าที่จังหวัดนครราชสีมาถล่ม มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากถึง 137 คน บาดเจ็บ 227 คน มีผู้บาดเจ็บรายหนึ่งติดอยู่ใต้ซากอาคาร ทีมกู้ภัยสามารถเจาะโพรงให้แพทย์เข้าไปดมยาสลบ และผ่าตัดคนไข้ซึ่งติดอยู่ในอาคารลักษณะนอนคว่ำหน้า ทำการตัดขาที่ติดคาซากอาคารออก นำร่างผู้บาดเจ็บขึ้นจากโพรง นำส่งโรงพยาบาลและดูแลรักษาจนรอดชีวิตได้ เป็นที่ชื่นชมไปทั่วโลก โดยมีการวางแผนเตรียมการอย่างดี ได้แก่ (1) ทีมแพทย์ผ่าตัดในโพรง (2) ทีมกู้ชีพและนำร่างผู้บาดเจ็บหลังผ่าตัดขึ้นจากโพรงนำไปขึ้นรถพยาบาล (3) ทีมช่วยเหลือระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (4) ทีมดูแลรักษาระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และ (5) การนำส่งผู้ป่วยขึ้นเฮลิคอปเตอร์ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในกรุงเทพฯ ผู้ป่วยรายนี้รอดชีวิต

ต่อมาเกิดกรณีทีมฟุตบอลเด็กและเยาวชน “หมูป่าอคาเดมี” รวม 13 คน ติดถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอน ที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ทีมค้นหาพบทั้ง 13 คนติดอยู่ในถ้ำลึกเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม ทุกคนยังมีชีวิตและแข็งแรงพอสมควรทั้งๆ ที่ไม่มีอาหารกินมากว่า 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นมีแพทย์ไทยดำน้ำเข้าไปดูแลและอยู่เป็นเพื่อนทั้ง 13 คน ก่อนทีมงานจะตัดสินใจให้ช่วยเหลือออกมา และทีมกู้ภัยสามารถช่วยทุกคนออกมาได้ โดยมีวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดำน้ำชาวออสเตรเลียเข้าไปประเมินความพร้อมและให้ยารับประทานระงับความตื่นกลัว ก่อนที่จะต้องมีการดำน้ำพาฝ่าทางวิบากมาอย่างยากลำบากเป็นเวลานานหลายชั่วโมง ทยอยออกมาชุดแรก 4 คน เมื่อ 8 กรกฎาคม ชุดที่สอง 4 คน เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม และชุดที่สาม 5 คนพร้อมทีมช่วยเหลือทั้งหมดออกมาได้อย่างปลอดภัย เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม ทุกคนได้รับการลำเลียงขึ้นรถพยาบาล นำไปขึ้นเฮลิคอปเตอร์ ต่อรถพยาบาลส่งถึงโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้โดยสวัสดิภาพ ระหว่างขนย้ายมีการระมัดระวัง ทั้งด้านการดูแลและรักษาและด้านจรรยาบรรณอย่างดียิ่ง ทุกคนได้รับการดูแลด้านการควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูเพื่อให้คืนสู่สภาพดังเดิมได้อย่างดี ระบบการเยี่ยมมีการระมัดระวังเรื่องการติดเชื้อ และมีการระมัดระวังป้องกันผลกระทบด้านจิตใจอย่างดีเยี่ยม เป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการที่ได้รับการยกย่องชื่นชมไปทั่วโลก

ตั้งแต่ช่วงสงครามเย็น ต่อเนื่องมาถึงยุคโลกาภิวัตน์ มีเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมืองในประเทศหลายครั้ง ทั้งจากการที่รัฐบาลใช้อาวุธร้ายแรงปราบปรามการชุมนุมเรียกร้อง และจากการที่มีการใช้ระเบิดทั้งจากการขว้างหรือโยนเข้าใส่ หรือยิงโดยปืนเอ็ม 79 เข้าใส่กลุ่มผู้ชุมนุม ทำให้เกิดการบาดเจ็บล้มตายจำนวนมาก ระหว่างนั้นมีการจัดตั้งหน่วยแพทย์และหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน เข้าไปเฝ้าระวัง ให้การปฐมพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ทั้งโดยโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เป็นที่น่ายินดีที่ทุกฝ่ายที่ขัดแย้งกันให้การยอมรับการเยียวยาช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน แม้อยู่ในท่ามกลางความขัดแย้ง ทำให้หน่วยแพทย์และพยาบาลฉุกเฉินสามารถทำหน้าที่ได้ดี เช่น ในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516, 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519, 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 การชุมนุมยืดเยื้อเมื่อ พ.ศ. 2549 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2556 - 2557

ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความพยายามจัดตั้งหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการปฐมพยาบาลและรับส่งผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุ ทั้งกรณีฉุกเฉินและกรณีอุบัติเหตุ ทั้งโดยโรงพยาบาล เช่น ศูนย์นเรนทร ศูนย์ส่งกลับของกรมตำรวจ และโดยสมาคมการกุศลสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิปอเต๊กตึ๊ง มูลนิธิร่วมกตัญญู ความสำเร็จในระดับประเทศเกิดขึ้นเมื่อเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 มีการกันงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวคนละ 10 บาทต่อปี ได้เงินในปีแรก 450 ล้านบาทเศษ ดำเนินการต่อเนื่องในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต่อมาได้พัฒนาจนมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเมื่อ พ.ศ. 2551 เกิดสำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น หลักการสำคัญ คือ การใช้เงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารและจ่ายเป็นค่าบริการรับส่งผู้ป่วย ทั้งโดยรถพยาบาล เรือ และเครื่องบิน โดยส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรการกุศลสาธารณประโยชน์

รับผิดชอบด้านการพัฒนายานพาหนะ และบุคลากร ทำให้สามารถใช้เงินได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ สามารถขยายการครอบคลุมบริการไปได้จนเกือบทั่วประเทศ และลดระยะเวลาการไปถึงจุดเกิดเหตุลงได้ตามลำดับ

ด้านการสาธารณสุข มีพัฒนาการที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อยอดจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในอดีต และระบบประกันสังคม ซึ่งเริ่มระบบการเงินการคลังแบบ "เหมาจ่ายรายหัว" (Capitation) ซึ่งทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างดี ในที่สุดสามารถพัฒนาระบบจนครอบคลุมประชากรถ้วนหน้าได้ใน พ.ศ. 2545 โดยนอกจากการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายหัวที่มีการพัฒนาเพิ่มเติม แยกการบริการผู้ป่วยในออกจากระบบบริการผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันการ "หวง" ผู้ป่วยเพราะเกรงต้องไป "ตามจ่าย" ใช้ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม โดยมีเพดานการจ่ายรวมแบบปลายปิดกับผู้ป่วยใน ข้อสำคัญมีระบบการประเมินเทคโนโลยีอย่างเป็นระบบกับยา วัคซีน และวิธีการรักษาต่างๆ ที่จะนำเข้ามาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชน โดยนอกจากจะประเมินด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลแล้ว ยังประเมินด้านความคุ้มค่า และพิจารณาความสามารถด้านงบประมาณด้วย

ระบบดังกล่าว ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้รับยกย่องไปทั่วโลก เพราะสามารถเป็นส่วนสำคัญในการ "สร้างสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ" (Good Health at Low Cost) ได้อย่างแท้จริง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในปี 2560 ประมาณร้อยละ 4.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) เท่านั้น เทียบกับสหราชอาณาจักรที่ประมาณร้อยละ 9.5 ญี่ปุ่นราวร้อยละ 10.0 และสหรัฐซึ่งครอบคลุมประชากรได้ราวร้อยละ 90.0 แต่ใช้เงินถึงร้อยละ 17.9 ของจีดีพี

ในประเทศไทย เฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้เงินเพียง 123,456 ล้านบาท ดูแลประชากร 48 ล้านในปี 2560 ขณะที่ญี่ปุ่นใช้เงินถึง 41 ล้านล้านเยนหรือราว 14 ล้านล้านบาท ดูแลประชากรราว 125 ล้าน และจากการสำรวจความพึงพอใจของประชากรญี่ปุ่น พอใจราวร้อยละ 65.0 ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยซึ่งใช้เงินต่ำกว่ามาก แต่ความพึงพอใจของประชาชนสูงถึงร้อยละ 95.0 ในปี 2560

ในด้านการควบคุมป้องกันโรค ในยุคโลกาภิวัตน์มีการเดินทางของประชากรโลกเพิ่มขึ้นมาก และรวดเร็วมาก ขณะเดียวกันมีการเดินทางเข้าไปในป่า ทำให้ยังมีการสัมผัสระหว่างสัตว์กับคนอยู่ไม่น้อย เกิดโรคอุบัติใหม่ที่อาจแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้ทำงานร่วมกับประชาคมโลกอย่างใกล้ชิดมาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาทั้งระบบเฝ้าระวัง และการสร้างบุคลากรโดยเฉพาะโครงการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาตามระบบการฝึกอบรมของสหรัฐมาตั้งในยุคสงครามเย็น ทำให้เราสามารถควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิผล เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคซาร์ส โรคเมอร์ส และไวรัสซิก้า เป็นต้น

3.8 บทสรุป

การสาธารณสุขของโลกมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบเมื่อราวสองศตวรรษนี้เอง การเปิดรับวิทยาการจากต่างประเทศอย่างต่อเนื่องทำให้ประเทศไทย ได้รับอานิสงส์จากพัฒนาการด้านสาธารณสุขของโลกในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว

พัฒนาการสำคัญของการสาธารณสุขโลกในช่วงแรกเป็นการควบคุมโรคระบาด เครื่องมือที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพชิ้นแรก คือ วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ ทำให้สามารถควบคุมโรคนี้และพัฒนาถึงขั้นขจัดกวาดล้างได้เป็นโรคแรกในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ เครื่องมือสำคัญชิ้นต่อมา คือ ยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านสุขาภิบาล โภชนาการ การคมนาคมขนส่ง การติดต่อสื่อสาร และมาตรการควบคุมป้องกันโรคอื่นๆ ทำให้โรคติดเชื้อส่วนมากสามารถควบคุมป้องกันได้ดี

ประเทศไทยมีการฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษครั้งแรก หลังผู้ค้นพบวัคซีนนี้ คือ เอดเวิร์ด เจนเนอร์ ตีพิมพ์รายงานเรื่องวัคซีนราว 40 ปี แต่ก็ก่อนที่อังกฤษ

จะออกกฎหมายให้ใช้หนองฝีของเอดเวิร์ด เจนเนอร์ ฟรีราว 5 ปี จนในที่สุดประเทศไทยก็ขจัดโรคนี้ได้หมดก่อนองค์การอนามัยโลกจะประกาศว่า สามารถกวาดล้างโรคนี้ได้แล้วหลายปีต่อมาเราก็สามารถพิชิตอหิวาตกโรคได้สำเร็จ ทั้งๆ ที่ยังไม่มีวัคซีนที่ดีอย่างวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ

เมื่อโลกพัฒนาเข้าสู่ยุคทันสมัย ประเทศไทยนอกจากสามารถรอดพ้นจากการตกเป็นอาณานิคม และสามารถพัฒนาสู่ความทันสมัยได้อย่างต่อเนื่อง หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โลกเข้าสู่ยุคสงครามเย็น นายจอห์น ฟอสเตอร์ ดัลเลส รัฐมนตรีต่างประเทศสหรัฐ เสนอทฤษฎีโดมิโนว่าหากอินโดจีนพ่ายแพ้แก่คอมมิวนิสต์ ประเทศอื่นๆ โดยรอบจะล้มตามอย่างตัวโดมิโน ประเทศไทยซึ่งอาณาเขตติดกับอินโดจีน ก็สามารถล้มทฤษฎีโดมิโนได้ โดยมีการพัฒนาด้านการสาธารณสุขควบคู่กับการพัฒนาด้านอื่นๆ ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความมั่นคงเข้มแข็งให้แก่ประเทศ จนสามารถดำรงอยู่ในโลกเสรีได้อย่างยืนหยัด

ในยุคโลกาภิวัตน์ ประเทศไทยก็สามารถพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างน่าพอใจ จนเราสามารถเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของโลกได้ระดับหนึ่ง ขณะเดียวกัน เราสามารถพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างเข้มแข็งและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนต่ำที่สุดในโลก ขณะที่ประชาชนก็มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก