

บทที่ 3



เรือนร่างที่ถูกทำให้เชื่องแล้ว: พลเมือง, สถาบันความรู้, รัฐเวชกรรม และโครงการร่างกาย

แม้ว่าจะมีงานประวัติศาสตร์การแพทย์จำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการสถาปนาความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกและการสถาปนาความเป็นวิทยาศาสตร์ในระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทย แต่การศึกษาเท่าที่ผ่านมามักก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กล่าวคือ ถ้าไม่เป็นการตำหนิว่าการสถาปนาของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้การแพทย์แบบจารีตของไทยถูกกดทับลงไปจนเกือบไม่เหลือพื้นที่ให้หายใจในปัจจุบัน (ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่าเป็นแผนการครอบงำของมหาอำนาจตะวันตกหรือระบบทุน) จนกระทั่งเกิดกระแสการเคลื่อนไหว ที่พยายามจะรื้อฟื้นการแพทย์แบบจารีตของไทยบางส่วนกลับมา หรือไม่เช่นนั้นก็เป็นเชิดชูความล้ำเลิศของบรรดากำนักรู้มีสายตายาวไกลหรือผู้ที่มักทศคติแบบวิทยาศาสตร์ที่ได้นำพาเอาการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเข้ามาสถาปนาตั้งมั่นอยู่ในสังคมไทย. กล่าวได้ว่า ข้อเสนอเหล่านั้นล้วนแต่เป็นการเฝ้ามองเพียงแค่บางส่วนของพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ และทำให้น่าไปสู่ข้อเสนอที่เป็นประวัติศาสตร์แบบต่อต้านจักรวรรดิ-ทุนนิยมแบบคาบคัมภีร์ หรือไม่ก็เป็นประวัติศาสตร์แบบมหาบุรุษ ในความหมายที่ว่าเหตุการณ์หรือนโยบายบางอย่างเกิดขึ้นจากปัจเจกชนที่มีความพิเศษ จนกระทั่งเสมือนว่าสังคมทั้งสังคมเป็นเพียงมวลสารว่างเปล่าที่ไร้พลวัตและสามารถเคลื่อนไหวไปตามจังหวะของคนเพียงบางคนโดยลำพัง.

แน่นอนว่า การสถาปนาของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ เพราะว่ามีมหาบุรุษนำเข้ามามอบให้ แต่เพราะตั้งอยู่บนพัฒนาการของความเป็นรัฐสมัยใหม่ที่มอง

ร่างกายของพลเมืองเป็นแรงงานที่มีผลิตภาพที่จะต้องสยบให้เชื่องในทางการเมือง ดูแลรักษา ชัดเกลา และผลักดันให้เข้าไปอยู่ในระบบการผลิตของสังคมไทย ที่โดยตัวมันเองได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจโลก. พัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ส่วนหนึ่งจึงเป็นการขยายตัวของระบบทุน เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับการขยายตัวของระบบทุนนิยมดังที่บางคนพยายามเสนอ¹ แต่ในขณะที่รัฐไทยสมัยใหม่กำลังเติบโตแบบรวมศูนย์ ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ก็ถูกชนชั้นนำไทยเองหยิบฉวยใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลรักษา ร่างของพลเมืองให้ขยายตัวในเชิงประชากรและมีประสิทธิภาพในเชิงการผลิต.

“ไวดัลเสตตีสติก”: ความคิดเรื่องการเพิ่มพลเมืองกับการสร้างรัฐสมัยใหม่

ขณะที่การรับความรู้ทางการแพทย์หลังการค้นพบเชื้อโรคเข้ามาทำให้รัฐต้องดิ้นรนพยายามหามาตรการต่างๆ ในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเป็นด้านหลัก เช่น การตั้งด่านกักเรือ, การตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวเพื่อรองรับการระเบิดขึ้นของกาฬโรค, แนวนโยบายของรัฐไทยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อค้นพบว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก (แบบปาสเตอร์) นั้นสามารถใช้รับมือกับความน่าสะพรึงกลัวของโรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้คนพลเมืองไปเสียเป็นจำนวนมากต่อมากได้. อาจกล่าวได้ว่า ประสิทธิผลของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ชนชั้นนำไทยมองเห็นหนทางที่จะข้ามพ้นอุปสรรคสำคัญอันหนึ่งในการสร้างรัฐสมัยใหม่คือปัญหาการขาดแคลนประชากร ซึ่งไม่อาจเพิ่มพูนขึ้นได้ด้วยการยกทัพไปกวาดต้อนมาจากดินแดนในรัฐข้างเคียงเหมือนที่เคยเป็นแนวปฏิบัติมาในอดีตได้อีกแล้ว เนื่องจากดินแดนเหล่านั้นบัดนี้ได้ตกเป็นอาณานิคมของมหาอำนาจตะวันตกไปทั้งสิ้น.

พระเจ้านั่งยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ได้แถลงต่อที่ประชุมเทศาภิบาลเมื่อวันที่ 11 กันยายน ร.ศ.125 (พ.ศ.2449) ว่า

“เมืองไทยเรามีอาณาเขตกว้างขวางแต่มีคนน้อย ย่อมทราบอยู่ทั่วกันแล้วว่า ถ้าจะมีคนอีกสักห้าเท่าหรือหกเท่าของเดี๋ยวนี้ก็ยังมีที่พอกันอยู่ไม่อัศจรรย์ ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาศัยผลเมืองในการทุกอย่าง กำลังบ้านเมืองฝ่าย ทหารถ้ามีผลเมืองมากทหารก็ยังมีมากขึ้น กำลังฝ่ายโภคทรัพย์ของบ้านเมือง ถ้า คนมากการไร่นาค้าขายและกิจการที่จะเกิดโภคทรัพย์ก็ย่อมมากมีทวีขึ้น กำลัง รัฐบาลที่จะจัดการทำนุบำรุงบ้านเมืองก็ต้องอาศัยภาษีอากร เมื่อคนมีมาก เงินภาษีอากรย่อมจะเกิดมีมากขึ้นเป็นธรรมดา ด้วยเหตุเหล่านี้จึงเห็นว่าจำนวน ผลเมืองเป็นสิ่งสำคัญแก่การบ้านเมืองมาก。”²

อย่างไรก็ตาม แม้ในขณะนั้นจำนวนคนเกิดจะมีมาก แต่ในแต่ละปีก็จำนวนคนตายมาก ด้วยเช่นกัน จึงทำให้จำนวนประชากรโดยรวมไม่ได้เพิ่มขึ้น และสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเสียชีวิต กันมากก็เกิดจาก “โรคสำคัญไม่กี่อย่าง...มีหลักฐานปรากฏอยู่ว่าคนเกิดมาก ไม่ว่าจะไปไหนๆ ก็เห็นเด็กมาก แต่ทำไมสามะโนคร้วจึงไม่เพิ่มขึ้นโดยเร็ว ข้อนี้เมื่อได้จัดการตรวจตราเข้าจริง ก็ได้ความว่า คนตายก็มากเหมือนกัน ตายเสียแต่เด็กๆ ไม่ทันจะเติบโตขึ้นตามสมควรนั้นมีมาก。”³ พระองค์จึงมีพระดำริว่า “ถ้ารัฐบาลคิดอ่านป้องกันอย่างไรให้คนตายน้อยลงได้ จำนวนไพร่บ้าน พลเมืองก็ย่อมจะมากขึ้นโดยรวดเร็ว เพราะฉะนั้นการพยาบาลจึงรวมใจความลงในข้อที่จะคิด ป้องกันอย่างไรให้ไพร่บ้านพลเมืองตายมากนัก。”⁴

ความคิดในการเพิ่มผลเมืองแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายด้าน สาธารณสุขของรัฐ จากที่เพิ่งความสนใจอยู่ที่ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ เป็นหลัก ก็เริ่มมีความพยายาม ที่จะขยายขอบเขตออกไปสู่ส่วนหัวเมือง โดยมีแรงผลักดันสำคัญจากการต่อต้านของกลุ่มอำนาจ เดิมในหัวเมืองซึ่งตั้งคำถามกับการรวมศูนย์อำนาจและทรัพยากรไว้ที่กรุงเทพฯ โดยที่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์โทษแก่หัวเมืองแต่อย่างใด ดังเช่นกรณีที่รองกงสุลอังกฤษประจำจังหวัด น่านเสนอความเห็นว่าการที่ชาวแพร่สนับสนุนการขบถของชาวจานคือกักรที่กรุงเทพฯ ยึดอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจไปโดย “มิได้ทำอะไรให้แก่ชนบทเลย กลับรูดเงินไปกรุงเทพฯ หหมด บัดนี้ได้สถาปนาการปกครองแบบใหม่มากกว่าสองปีแล้ว แต่ยังมีได้ดำเนินงานในด้าน

สาธารณสุขไปไกลเลย。”⁵ แน่หนอว่า เป้าหมายของหัวเมืองในการผลักดันให้กรุงเทพฯ ดำเนินกิจการสาธารณสุขอาจจะมาจากเหตุผลที่ว่าหัวเมืองควรจะได้รับผลตอบแทนอะไรบ้างกับการสูญเสียอำนาจทั้งทางการเมืองและเศรษฐกิจให้กับศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ แต่กรุงเทพฯ กลับเห็นว่าการสาธารณสุขในหัวเมืองจะช่วยเป็นเครื่องมือให้รัฐขยายอำนาจของศูนย์กลางออกไปสู่หัวเมืองได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นต่างหาก และเครื่องมือในการขยายตัวกิจการสาธารณสุขของรัฐออกไปสู่หัวเมืองอย่างเป็นทางการ คือ การขยายกิจการสุขาภิบาลออกไปสู่หัวเมือง โดยทดลองจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นเป็นครั้งแรกที่ตำบลท่าฉลอม สมุทรสาครเมื่อ พ.ศ.2448 และต่อมาได้ออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ.127 (พ.ศ.2451) โดยมีแกนกลางสำคัญของกิจการสุขาภิบาล คือ การขยายกิจการด้านสาธารณสุขไปให้ประชาชนพลเมืองดูแลกันเอง พร้อมกับผลักราคาใช้จ่ายไปให้พลเมืองรับผิดชอบแทน. ภายหลังจากออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ.127 แล้ว ก็มีการจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นอีกหลายแห่ง เช่น สุขาภิบาลตำบลโพกกลาง นครราชสีมา (พ.ศ.2451), สุขาภิบาลเมืองจันทบุรี (พ.ศ.2451), สุขาภิบาลเมืองสงขลา (พ.ศ.2452), สุขาภิบาลเมืองชลบุรี (พ.ศ.2452), สุขาภิบาลเมืองพิไชย (พ.ศ.2453), สุขาภิบาลเมืองนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2453) เป็นต้น.⁶

นอกจากนี้ การยุบเลิกกรมพยาบาลในกระทรวงธรรมการและการตั้งกรมพยาบาลขึ้นใหม่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2455 (ร.ศ.131) นั้นแม้จะมีเหตุผลอยู่ที่ต้องการกระชับงานด้านการสาธารณสุขในหัวเมืองให้มาอยู่ในหน่วยงานเดียวกันตามเหตุผลของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยที่ว่า “งานการแพทย์และการป้องกันโรคสำหรับประชาชนตามหัวเมืองเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ยังแยกกันอยู่หลายกอง... เมื่องานเจริญขึ้นจึงเห็นควรว่าถึงเวลาแล้วที่จำเป็นจะต้องจัดรวมกองเหล่านี้ขึ้นเป็นกรมหนึ่งในมหาดไทย เพื่อให้การบังคับบัญชาเป็นไปโดยเรียบร้อยตามสมควร” แล้ว⁷ การตั้งกรมพยาบาลขึ้นในกระทรวงมหาดไทยยังแสดงให้เห็นถึงความต้องการขยายการสาธารณสุขออกไปสู่หัวเมืองให้กว้างขวางยิ่งขึ้นภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งรับผิดชอบงานในหัวเมืองโดยตรง ต่อมาใน พ.ศ.2458 กรมพยาบาลได้เสนอให้แก้ไข พระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาล พ.ศ.2451 เพื่อขยายกิจการสุขาภิบาลเป็น 2 ระดับ คือ สุขาภิบาลเมือง และสุขาภิบาลท้องที่ พร้อมกับให้

.....

เน้นงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสุขาภิบาลมากยิ่งขึ้นโดยกำหนดให้การจัดการสุขาภิบาลมีลักษณะเป็นแบบ “ชะนิตอริบอร์ด (Sanitary Board).”^๘

นอกจากความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพลเมืองให้แข็งแรงเพื่อเพิ่มความมีประสิทธิภาพในการผลิตจะส่งผลให้มีความพยายามที่จะจัดตั้งกลไกของรัฐในการเข้าไปทำหน้าที่สอดส่องเรือนร่างของพลเมือง ด้วยการพยายามจัดตั้งและขยายกิจการสุขาภิบาลออกไปตามหัวเมืองดังกล่าวแล้ว รัฐยังพยายามสนับสนุนกิจการของสุขาภิบาลในด้านการสาธารณสุขด้วยการเปิดโรงเรียนนางสุขาภิบาลขึ้นเมื่อ พ.ศ.2467 เพื่อฝึกบุคลากรออกไปทำหน้าที่ดูแล “อนามัยของชาติ” ดังพระดำรัสในพิธีเปิดโรงเรียนนางสุขาภิบาลของสมเด็จพระนครสวรรค์วรพินิต ที่ว่าหน้าที่ของนางสุขาภิบาลก็คือการออกไปดูแล “อนามัยของชาติ” ซึ่งหมายถึง “ความสมบูรณ์และความปราศจากโรคของชาติ.” พระองค์มีพระดำริว่า “หากชาติใดตั้งอยู่ในฐานะมีอนามัยดี ชาตินั้นก็ต้องเจริญ.” กล่าวคือ การอนามัยของชาติสามารถทำให้โรคภัยไข้เจ็บและอัตราการตายลดน้อยลง และจะทำให้อัตราการเกิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลให้พลเมืองมีจำนวนมากขึ้น และจะเป็นผลทำให้ “ความเจริญแก่ชาติก็ย่อมมีมากด้วย.” ดังนั้นการมีนางสุขาภิบาลคอยทำหน้าที่ดูแลรักษาอนามัยของประชาชนพลเมือง หรือ “จัดการพิทักษ์รักษาอนามัย” แล้ว ประชาชนพลเมืองก็จะได้รับประโยชน์ทั้งจากการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและจากการมีคนคอยดูแลช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจาก “นางสุขาภิบาลจักเป็นผู้นำความรู้ทางสุขวิทยาการรักษาอนามัยเข้าสู่ประชาชนให้รู้จักรักษาตัว เมื่อรักษาตัวดีแล้วก็เป็นการป้องกันที่มาแห่งโรคภัยไข้เจ็บและเมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเล็กน้อยก็ช่วยให้หายไปเสียก่อนเป็นขึ้นมาก.”^๙

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในระบบกลไกของอำนาจรัฐที่หันมาเน้นการเสริมแนวป้องกันสุขภาพของประชาชนพลเมืองแล้ว องค์กรนอกภาครัฐที่ทำงานเกี่ยวกับด้านการแพทย์ เช่นสภาภษาศาสตสยวมก็เร่งรณรงค์กิจกรรมการสาธารณสุขของตนในแนวทางดังกล่าว. โปสเตอร์และหนังสือที่ประกาศเชิญชวนเข้าเป็นสมาชิกสภาภษาศาสตสยวมเมื่อ พ.ศ.2467 ได้เขียนในเชิงถาม-ตอบถึงเหตุผลต่างๆ ในการเข้าเป็นสมาชิกและกิจกรรมของสภาภษาศาสตสยวม โดยระบุว่า

“กิจการของสภาก็ไม่มีอื่นนอกจากที่มุ่งหมายให้เป็นประโยชน์แก่ชุมชนชนและชาติของเรา... สภาจะชี้แจงให้รักษาความสะอาดเป็นทางป้องกันโรค ถ้าชุมชนส่วนข้างมากนิยมตามและต่าง ทำความสะอาดในบ้านเรือนของตนก็จักสำเร็จกิจป้องกันโรคตามสภาปรารถนา....ตัวอย่างอีก ข้อหนึ่งเช่น สภาเห็นว่าในเมืองเราเด็กตายเสียแต่เมื่อยังเป็นทารกนอนเบาะมากนัก เป็นเหตุ เพราะบิดามารดาไม่รู้จักเลี้ยงให้ถูกวิธีการแห่งสุขวิทยา สภาจึงออกหนังสือแนะนำวิธีเลี้ยงเด็ก ฎาที่เรียกว่าบริหารทารกจัดเจ้าหน้าที่ออกเที่ยวชี้แจง.” นอกจากนี้ สภากาชาดสยามจะมีทำกิจกรรม “อนามัยศึกษา” กับ “ประชานามัยพิทักษ์”, โดยอนามัยศึกษา คือการสอนให้ประชาชนรู้จัก รักษาป้องกันตนเองให้ปลอดภัย สอนให้รู้ต้นเหตุของโรคต่างๆ และวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นแก่ ตนเองและครอบครัว (วิธีการอนามัยศึกษา คือ การที่สภากาชาดจะจัดส่งเจ้าหน้าที่ออกไป สอนในตามที่ประชุมชนต่างๆ โดยมีรูปภาพและเครื่องใช้ต่างๆ ไปแสดง, จำหน่ายหนังสือว่า ด้วยการรักษาตัว ว่าด้วยการป้องกันโรค และว่าด้วยการรักษาความสะอาด เป็นต้น, หรือจัดฉาย ภาพยนตร์ด้านอนามัย); ส่วนประชานามัยพิทักษ์คือการช่วยรักษาอนามัยของประชาชน (โดย การตั้งสถานีประชานามัยพิทักษ์ และให้มีแพทย์ไปตรวจรักษาโรคตามวันนัด และมีนาง สุขาภิบาลอยู่ประจำและออกเที่ยวเยี่ยมเยียนตามบ้าน เพื่อแนะนำวิธีรักษาอนามัย, ช่วย เยียวยารักษาโรคบางอย่างเท่าที่ทำได้, วิธีรักษาครรภ์หรือช่วยทำคลอด และวิธีการเลี้ยงลูก).¹⁰

การมีเป้าหมายมุ่งไปที่การเพิ่มพลเมืองนั้นย่อมทำให้สถานะ/บทบาทของความรู้ ทางการแพทย์สมัยใหม่มิได้เป็นแต่เพียงการที่จะช่วยรักษาเยียวยาชีวิตพลเมืองให้มีชีวิต ยืนยาวยิ่งขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยทำให้ประชากรโดยรวมของรัฐมีจำนวนมากขึ้นจากการที่มีอัตราการ ตายของเด็กลดลงและอายุเฉลี่ยของพลเมืองสูงขึ้น ดังที่พระยามหาอำมาตยาธิบดี (เส็ง วิริยศิริ) ผู้รักษาราชการแทนเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ก็มีหนังสือกราบบังคมทูลพระบาท สมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2457 (ภายหลังที่ได้เดินทางไปดูงานด้าน “การรักษาพยาบาลป้องกันไข้เจ็บตลอดจนการวิธีปลูกฝีประชาชน” กับ “การรักษาพยาบาล และป้องกันโรคระบาดสัตว์พาหะ” ที่ฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ.2455) ว่าจากการที่รัฐบาลได้ ระเบียบการปกครองท้องที่และปราบปรามโจรผู้ร้ายตามหัวเมืองให้ปรกติราบคาบลงพอสมควร แล้วนั้นบัดนี้ตนเห็นว่า “ถึงเวลาควรจัดการรักษาพยาบาล และป้องกันไข้เจ็บของพลเมือง เพื่อ

ให้จำนวนพลเมืองมากขึ้น เพราะราษฎรพลเมืองในสยามน้อยมาก ถ้าแม้จะมีพลเมืองขึ้นอีกสักสิบเท่านี้ก็ยังมีที่ดินไร่นาเรือกสวน และการหาเลี้ยงชีพได้เพียงพอกิน อนึ่งราษฎรพลเมืองป่วยตายปีหนึ่งมาก เพราะฉะนั้นถึงเวลาที่ควรจะริบจัดวางการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อตัดทอนความเจ็บตายของราษฎรพลเมืองให้น้อยลงไป.”¹¹

หากมองในแง่ประชากรศาสตร์ ยิ่งจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นเท่าไรก็หมายความว่า ย่อมจะทำให้เศรษฐกิจโดยรวมหรือ “ความมั่งคั่งสมบูรณ์และความเจริญรุ่งเรืองมาสู่ชาติ” ยิ่งขึ้นเท่านั้น กล่าวคือ

“[หาก]คิดคำนวณเงินรายได้ที่คนจนจรจัดปราศจากโรคภัยคนหนึ่งให้แก่ประเทศ การให้เงินแก่ประเทศก็เท่ากับให้เงินบำรุงความสุขสำราญของสาธารณชนทั่วไป กิจกรรมทุกอย่างทุกอย่างที่มีผลเป็นการดำรงชีวิตมนุษย์ให้ทรงอยู่นั้น ย่อมเป็นทางเพิ่มพูนความมั่งคั่งของประเทศ ทั้งนี้เห็นได้ว่าการจัดระเบียบการสุขภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันชีวิตมนุษย์ เป็นปัจจัยสำคัญแห่งความรุ่งเรืองของชาตินั้นเอง เมื่อเราถือว่าการป้องกันบ้านเกิดเมืองบิดรของเราเป็นกรณีเบื้องต้น เราต้องถือว่าการป้องกันการสาธารณสุขเป็นกรณีที่สองรองลงมา.....เหตุผลเหล่านี้ เป็นต้นรากแห่งความเจริญของบ้านเมืองทั้งนั้น ถ้าจะคำนวณเทียบเคียงดูตามแบบสถิติ จะเห็นว่าเงินที่จะเกิดเป็นผลขึ้นนั้น เป็นจำนวนไม่ใช่น้อย.”¹²

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความคิดที่จะเพิ่มจำนวนประชากร แต่ก็อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลคงจะไม่มีจำนวนตัวเลขที่ชัดเจน และคงอยากรู้ชัดๆ เกี่ยวกับตัวเลขของจำนวนประชากร ดังที่มีความพยายามที่จะให้กรมสุขภาพ กระทรวงนครบาล จัดทำรายงานเกี่ยวกับตัวเลขคนเกิด คนตาย และการเพิ่มของจำนวนประชากร. ความเรียกร้องต้องการข้อมูลดังกล่าวจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้เข้าใจว่า ในที่สุดส่งผลให้มีหนังสือลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2458 ของนายแพทย์ไฮเอต นายแพทย์ใหญ่กรมสุขภาพ ถึงเจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาลว่า ด้วยเรื่องปัญหาในการจัดทำบัญชีตัวเลขของจำนวนประชากรว่า จะต้องผิดพลาดอะไรบ้าง เนื่องจากขณะที่มีตัวเลขจำนวนคนตายน้อยกว่าปรกติและมีตัวเลขจำนวนประชากรกรุงเทพฯเพิ่ม

ขึ้นถึง 49.42% ในรอบ 5 ปี (จากจำนวน 540,670 คนใน พ.ศ.2452 เพิ่มขึ้นเป็น 807,899 คนใน พ.ศ.2457), แต่หากให้ลองคำนวณว่าถ้ากำหนดให้บ้านแต่ละหลังมีคนอยู่อาศัยประมาณ 5 คนแล้วควรต้องมีบ้านเพิ่มขึ้นถึง 53,444 หลังเพื่อรองรับจำนวนคนที่เพิ่มขึ้นถึง 267,220 คน, ปัญหาก็คือบ้านที่เพิ่มขึ้นนั้นอยู่ตรงไหนของกรุงเทพฯ?¹³ นายแพทย์ไฮเอตจึงเสนอให้ออกกฎหมายที่เอาจริงเอาจังเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนคนเกิดและคนตาย เพื่อที่จะได้รู้จำนวนตัวเลขเหล่านี้อย่างแท้จริง.

เรื่องจำนวนตัวเลขที่ชัดเจนของข้อมูลประชากรนี้ยังคงเป็นปัญหาอยู่อีกนานหลายปี เพราะใน “A report on the present system of Administration as applied to the Department of the Medical Officer of Health in the Ministry of Local Government” ของกรมสุขาภิบาลที่เสนอต่อเสนาบดีกระทรวงนครบาลเมื่อ พ.ศ.2459 (ค.ศ.1916) ก็ยังได้เสนอให้มีแผนกเกี่ยวกับ “การวิทยาศาสตร์ไวทัลสแตติสติก (Vital Statistics) คือเป็นแผนกของการรวบรวมข้อความจริงที่เกี่ยวกับชีวิตร์ของประชา[ชา]ชนทั่วไปโดยใช้จำนวนเท่านั้น” เนื่องจากจำนวนตัวเลขที่ “ถูกต้องนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญของการจดเลขไวทัลสแตติสติกเหล่านี้.” นอกจากนี้การจัดทำจำนวนเลข “ไวทัลสแตติสติก” นั้นจะต้องรวมถึงตั้งแต่การจำแนกออกตามอายุ, เพศ, อาชีพ, สถานภาพการสมรส, สภาพร่างกาย ตลอดจนจนถึงการจดทะเบียนตัวเลขคนเกิดคนตาย, การจดทะเบียนการเป็นโรคติดต่อและโรคร้ายต่างๆ เพื่อจะได้ชี้แจงให้เห็นว่า “จำนวนผู้ป่วยเจ็บเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ไม่เจ็บจะมากขึ้นหรือลดลงอย่างไร เมื่อเป็นเช่นนั้นต่อไปทุกๆ ปีจำนวน เลขเหล่านี้ควรต้องเปลี่ยนดีขึ้นเสมอตามจำนวนของการเปลี่ยนแปลง... คือโดยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแพนรักษาความสะอาด ให้เก็บมูลฝอยทั่วกรุงเทพฯ ห้ามมิให้มีอยู่ตามใต้ถุนบ้านเรือน เลขสำหรับจำนวนโรคติดต่อทุกอย่างควรต้องลดลง เช่น ไข้กาฬโรค เป็นต้น. การห้ามคนอยู่เป็นหมู่ๆ แน่นเกินไป การปลูกบ้านตามกฎหมายและการสั่งสอนมารดาเด็กอ่อนเรื่องวิธีเลี้ยงเด็ก ควรต้องให้จำนวนเลขสำหรับเด็กอ่อนตายน้อยลงมาก และอื่นๆ มากเหมือนกัน.”¹⁴ งานทั้งหมดนี้จึงเกี่ยวโยงกับ “การรักษาความสุขของราษฎรและการแพทย์ (Public Health)” และได้เสนอให้มีการตั้งกรมใหม่ในกิจกรรมดังกล่าว โดยให้มีชื่อว่า “กรมรักษาความสุขของประชาชน” (Department of Public Health).¹⁵

อย่างไรก็ตาม ขณะที่ความสนใจเกี่ยวกับตัวเลขของจำนวนประชากรในช่วงแรกนี้ สะท้อนความเชื่อมั่นที่ว่า หากจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ประเทศมั่งคั่งและมั่นคงยิ่งขึ้น ดังเช่นพระดำรัสของสมเด็จพระมหาลงพิชฌุโลกประชานาถ ใน จดหมายเหตุทางแพทย์ของ สภากาชาดสยาม ฉบับปฐมฤกษ์ที่ว่า “ไม่ว่าการอย่างไรในโลกนี้ จะดำเนินไปได้ดีก็ด้วยอาศัย กำลังความคิดและกำลังกายของมนุษย์ ประเทศใดจะรุ่งเรืองก็อาศัยมีพลเมืองมาก มีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งทางกาย ทางใจ และทางความคิด.”¹⁶ นโยบายในเรื่องการเพิ่มพลเมืองของรัฐ จากเดิมที่เน้นในเรื่องการลดอัตราการตายของเด็กและยืดอายุให้ยืนยาวขึ้นเพื่อให้จำนวน ตัวเลขประชากรเพิ่มสูงขึ้นเพียงอย่างเดียวนั้นจึงถูกมองว่าไม่เพียงพออีกต่อไป เพราะอาจสรุป ได้ดังพระดำรัสของสมเด็จพระมหาลงพิชฌุโลกประชานาถ (ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2461-8) ในการแสดงปาฐกถาเรื่อง “การสาธารณสุขคืออะไร?” เมื่อ พ.ศ.2467 ที่ว่า “จะ ถือเอาจำนวนเป็นเกณฑ์เท่านั้นไม่ได้ ถึงแม้จะมีคนมาก แต่คนไม่แข็งแรง มีโรคมากก็ใช้ไม่ได้ ต้องมีทั้งมากและแข็งแรงด้วยจึงจะเป็นกำลังของบ้านเมืองจริง.”¹⁷

สมเด็จพระมหาลงพิชฌุโลกประชานาถมีพระดำริว่า กิจกรรมอันจะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อจะ ทำให้ได้คน “ทั้งมากและแข็งแรงด้วย” นั่นก็คือ การสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง “ความสุขกายของ ประชาชนทั่วไป...กิจกรรมทั้งสิ้นที่เกี่ยวกับการบำรุงความสุขกายของประชาชนทั่วไป.” แม้ พระองค์จะมีพระดำริว่า การสาธารณสุขอาจมีนัยถึงความสุขทางใจด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ที่มี ร่างกายปราศจากโรคภัยย่อมมีสติปัญญาความคิดสุภาพถูกต้อง” แต่การสาธารณสุขโดยตรง นั้นหมายถึง “ความสุขกายอย่างเดียว” เพราะว่า “ความสุขกายเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เป็นยอด ปัจจัยที่จะทำให้คนคิดและปฏิบัติในทางที่ถูกที่ชอบจึงเป็นสิ่งที่ควรจะทำมากกว่าสิ่งอื่นและก่อนสิ่ง อื่น.”¹⁸ การสาธารณสุขจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐในการดูแลสุขภาพสภาพของ ประชาชนพลเมือง จากเดิมที่เน้นแนวทางการบำบัดโรคไปสู่การสร้างแนวป้องกัน/ทำลายการ แพร่ระบาดของโรค โดยการ “ตรวจค้นหาสาเหตุของโรค และรู้จักอาการของโรคให้ดี เมื่อ เรารู้จักเหตุและทางเจริญของโรคแน่ชัดแล้ว ก็หาวิธีทำลายเหตุและตัดทางเจริญของโรค” เพื่อ ไม่ให้โรคระบาดแพร่หลายออกไป.¹⁹ ส่วนแพทย์ที่ทำหน้าที่ป้องกันโรคนั้น “มิได้นึกถึงแต่ความ สุขของบุคคลคนหนึ่งคนใดเท่านั้น นึกถึงความสุขของชนทั้งหมดเสมอไป” ดังนั้นหากมันเกิดมี

ผู้เป็นโรคระบาดขึ้น แพทย์ก็ต้องคิดถึงการป้องกันอันตรายของคนหมู่มาก “ไม่มัวกังวลแต่ในการบำบัดโรคคนที่ป่วยแล้วเท่านั้น ถึงแม้ผู้นั้นจะตายโดยไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ เพราะแพทย์มัวไปทำการป้องกันเสียก็ต้องยอมให้ตายอุทิศชีวิตคนๆ เดียว ดีกว่าจะยอมให้คนตายเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นห้วงคนๆ เดียว。”²⁰ อย่างไรก็ตาม การสาธารณสุขก็ไม่ได้ทั้งแนวทางการบำบัดโรค แต่ไม่ได้มุ่งไปที่การบำบัดโรคเพียงอย่างเดียว และให้ความสำคัญทั้งแนวทางการบำบัดและแนวทางการป้องกันอย่างเท่าเทียมกัน. การสาธารณสุขจึงเป็นการจัดการให้พลเมืองได้รับการรักษาพยาบาลโดยทั่วถึงกันเมื่อมีโรคภัยมาเบียดเบียน, จัดการบำรุงกำลังของพลเมืองให้สามารถต้านทานโรคได้, จัดการแก้ไขลักษณะภูมิประเทศและบ้านเรือนให้อยู่ในสภาพที่ไม่เป็นบ่อเกิดของโรคได้, ทำการระงับโรคระบาดโดยการทำลายที่ตัวต้นเหตุ, และตัดหนทางที่จะทำให้โรคแพร่ระบาดเพื่อป้องกันประเทศมิให้รับโรคมาจากประเทศอื่น.²¹ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดที่เป็น “สิ่งที่เราปรารถนาและมุ่งหมายคั่นสุด” คือ “ความปกติและกำลังบริบูรณ์ของร่างกาย” ดังที่อาจพิจารณาประวัติของการสาธารณสุขในยุโรป ซึ่งในช่วงแรกนั้นมีความเห็นว่า “ความโสโครกที่อยู่ในบริเวณบ้านช่องรอบตัวคนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าอื่นหมด เป็นบ่อเกิดของโรค” จึงทำให้มีการทำกิจการสุขาภิบาลกันขนานใหญ่ เช่น ทำท่อระบายน้ำ ท่อของโสโครก ท่อน้ำประปา ทำความสะอาดบ้านเมือง, “แต่ภายหลังรู้สึกกันว่าบ่อเกิดของโรคนั้นไม่ใช่แต่ของโสโครกอย่างเดียว ของโสโครกที่เป็นบ่อเกิดของโรคก็มี ที่ไม่เป็นก็มี การปราบของโสโครกอย่างขนานใหญ่เช่นนั้นเมื่อคิดถึงผลที่ได้ในทางตัดต้นเหตุของโรคแล้วไม่คุ้มกับเงินที่ต้องเสียไป.” ต่อมาก็เห็นว่า การแยกโรคติดต่อเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง คือแยกคนที่เป็นโรคติดต่อไว้ไม่ให้ไปติดคนอื่น “แต่ลงปลายก็เห็นว่าไม่ได้ผลดีจริงเช่นคิด เป็นแต่เพียงตัดทางของโรคเท่านั้น.” สุดท้ายจึงกลับมาคิดถึง “การตัดต้นเหตุของโรคเสียที่รากเหง้าทีเดียว คือ จับที่ตัวคนนั่นเอง ทำให้คนทุกคนมีความปกติ มีกำลังแข็งแรง เพื่อต้านทานโรคได้ โดยใช้วิธีสั่งสอนแนะนำอบรมทุกประการ ให้คนรู้จักระวังรักษาตัว ป้องกันตัวเอง การที่คนทุกคนมีเครื่องป้องกันอยู่ในตัวเองเช่นนี้ ได้ผลดีกว่าที่จะจัดการป้องกันภายนอกมาก。”²² เหตุผลทั้งหมดนี้ สุดท้ายเพื่อจะชี้ให้เห็นว่า ประชาชนพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญ เพราะ “ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาศัย...คน บ้านเมืองเจริญได้เพราะคนเท่านั้น การป้องกันบ้านเมือง การเพาะปลูก การค้าขาย และอะไรทั้งสิ้นต้องมีคนทำ

บ้านเมืองจึงจะยั่งยืนและมั่นคง... กำลังของบ้านเมืองอยู่ที่พลเมือง.”²³

สมเด็จพระกรุณาชนนาทนเรนทร ทรงเห็นว่า การสาธารณสุขยังเกี่ยวข้องกับงานอื่นๆ ของรัฐอีกหลายอย่าง คือ การศึกษา คือการอบรมสั่งสอนประชาชนพลเมืองให้รู้จักระวังรักษาตัวและบำรุงกำลังตนเองและครอบครัว เพื่อจะได้ต้านทานโรคได้ รวมทั้งสั่งสอนให้รู้จักอันตรายที่จะพึงมีแก่ตนและหมู่คณะ ให้เชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์และคำสั่งของผู้ปกครอง, การออกกฎหมายด้านสาธารณสุข, -การวางผังเมือง ก่อสร้างบ้านเรือนของประชาชน ถนน ท่อน้ำและท่อถ่ายเทของโสโครก “ให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล” ตลอดจนการประปาเพื่อให้พลเมืองมีน้ำดีบริโภค, การเงิน, การต่างประเทศ เช่นการตั้งด่านตรวจโรค เป็นต้น, และที่สำคัญน่าจะเกี่ยวข้องกับการปกครอง ซึ่งคือ “การควบคุมบังคับบัญชาประชาชน ให้ปฏิบัติตามกฎข้อบังคับในทางสาธารณสุข โดยใช้อำนาจแนะนำเกลี้ยกล่อม และใช้อำนาจบังคับในเวลาจำเป็น และมีการลงโทษผู้ละเมิดบัญญัติ ทั้งการควบคุมผู้มีอาชีพในการบำบัดโรคชยา ยา ค่ายา และอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ทั้งสิ้น.”²⁴

นอกจากมองว่าการแพทย์/สาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของรัฐ ทั้งเพื่อเพิ่มจำนวนประชากรและเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงและเป็นพลังการผลิตที่มีคุณภาพแล้ว ชนชั้นนำไทยก็เริ่มมองว่าเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่จะควบคุมความรู้และสภาพของประชากรให้ได้ คือการสำมะโนประชากร. การแพทย์-การปกครอง-ประชากร คือ ตัวแปรสำคัญของการเป็นรัฐสมัยใหม่ที่ชนชั้นนำไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมาก โดยทั้งหมดนี้มุ่งไปสู่การควบคุมและการจัดการประชากรเป็นด้านหลัก ดังที่มีพระราชดำรัสรัชกาลที่ 7 ในงานพระราชพิธีฉัตรมงคล พ.ศ.2472 ว่า “สำหรับการปกครองนั้น เพื่ออุปกรณ์ทางดำเนิน ในส่วนนี้ได้จัดให้มีการสำรวจสำมะโนครัว...ความรุ่งเรืองของประเทศต้องอาศัยความสมบูรณ์ของพลเมืองด้วย ไม่ใช่แค่มีแต่จำนวนพลเมืองมากเท่านั้นและปริมาณทรัพย์ของพลเมืองจะต้องเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าพลเมือง จึงจะเชื่อว่าบ้านเมืองได้รุ่งเรืองขึ้นโดยแท้จริง.”²⁵ ดังนั้นจำนวนตัวเลขที่มากก็มีใช้เครื่องสะท้อนความดีโดยตัวมันเอง เพราะนอกจากตัวเลขจะมากแล้วก็ต้อง “มีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งทางกาย ทางใจ และทางความคิด” ด้วยจึงทำให้จำนวนมากของตัวเลขมีความหมาย. แต่

ไม่ว่าจะจำนวนตัวเลขที่มากหรือทั้งมากทั้งมีคุณภาพก็ล้วนแล้วแต่ทำให้สถานะของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ถูกยกไว้อย่างสูงส่ง กล่าวคือ “วิชาแพทย์เป็นวิชาสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตายย่อมอยู่ในมือของแพทย์ ความเจริญของชาติก็ด้วยอาศัยที่พลเมืองมาก มีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งในทางกายใจและทางความคิด ถ้าการแพทย์บกพร่องกำลังของชาติก็ต้องอ่อนแอ.”²⁶

สถาบันความรู้การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย

โรงเรียนแพทย์ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกที่โรงเรียนศิริราชพยาบาลเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2432 (ภายหลังตั้งโรงพยาบาลศิริราชได้ไม่นาน) และเปิดรับนักเรียนในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2433 ในช่วงแรกระหว่าง พ.ศ.2433-2442 เรียกกันภายหลังว่า “ศิริราชแพทยากร” หรือ “โรงเรียนแพทยากร.”²⁷ หลักสูตรในช่วงแรกมีระยะเวลา 3 ปีและมุ่งฝึกหัดแพทย์ในทาง “วิชาเซอเยอรี คือ การบาดแผลสด ซึ่งเป็นสิ่งมีประโยชน์ต้องการให้ไทยทำได้นั้นก่อนอย่างอื่น...ต่อการขั้นนี้ตั้งติดได้เรียบร้อยแลเห็นประโยชน์ได้ทั่วกัน จึงจะจัดการฝึกสอนวิชาแพทย์ชั้นสูงซึ่งประกอบด้วยการเล่าเรียนกว้างขวางหลายอย่างได้”²⁸ เนื่องจากชนชั้นนำไทยสมัยนั้นมีความเห็นกันว่า “หมอไทยแต่ก่อนมาเรียนรักษาโรคแต่ด้วยวิธีใช้ยา ไม่ได้เรียนวิธีรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) จะเพิ่มวิชานั้นแก่หมอไทย.”²⁹ รายวิชาต่างๆ ในหลักสูตรช่วงแรก คือ “ผ่าตัดเย็บและรักษาแผลต่างๆ ผสมยาและใช้ยา, ปราณธรรมคุณศาสตร์ (Physiology), ศรีระศาสตร์ (anatomy), ตรวจใช้และรักษาไข้ต่างๆ, ครรภรักษา”³⁰ ซึ่งแม้จะดูเป็นความรู้พื้นฐานๆ สำหรับพัฒนาการของความรู้ทางการแพทย์ในช่วงเวลาเดียวกันนั้นของตะวันตก (เช่น การไม่มีการสอนเกี่ยวกับแบคทีเรียเลยในหลักสูตรช่วงแรกนี้แม้ว่าความรู้ดังกล่าวได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ตะวันตกค่อนข้างมากแล้วและมีผู้นำความรู้ดังกล่าวมาใช้ทำงานอยู่ในกรมศุขาภิบาล กระทรวงนครบาลบ้างแล้วก็ตาม ดังที่ พ.ต.นายแพทย์อัถร์ หะสีตะเวซ หรือหลวงวิมเนสประสิทธิ์วิทย์ นักเรียนแพทย์หมายเลขหนึ่งของโรงเรียนแพทย์ได้เล่าว่า เมื่อตนเข้าเรียนใน พ.ศ.2433 นั้น “ตัวเยอรมเป็น

อย่างไรไม่มีใครรู้จัก กล้องจุลทรรศน์ยังไม่เกิด การผ่าตัดยังมีน้อยเหลือเกิน ได้แต่ตัดแขนตัดขา”³¹) แต่หลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยนั้นก็มีความแตกต่างอย่างมากกับความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทย โดยเฉพาะการเรียนเกี่ยวกับกายวิภาคที่ต้องมีการผ่าศพที่กล่าวได้ว่าเป็นอีกโลกหนึ่งในทางจักรวาลวิทยาสำหรับสังคมไทยจนทำให้นักเรียนของโรงเรียนแพทย์รุ่นแรกๆ บางคนรับไม่ได้และต้องลาออกไปในที่สุด.³²

ต่อมาใน พ.ศ.2443 โรงเรียนแพทยากรได้ถูกเปลี่ยนชื่อเป็น “ราชแพทยาลัย” (Royal Medical College) และใน พ.ศ.2446 ได้ขยายหลักสูตรออกไปเป็น 4 ปี³³ โดยมีเป้าหมายดังที่พระยารัษฎานุประดิษฐ์มหิศรภักดี ได้จัดพิมพ์ไว้ใน ระเบียบการโรงเรียนแพทยาลัย เมื่อ ร.ศ.129 (พ.ศ. 2453) คือ “งานสอนนักเรียนแพทย์ซึ่งเป็นประธาน มิได้มีจุดมุ่งหมายจะฝึกหัดหมออย่างเดียว แต่จะสละวิชาแพทย์ให้เจริญขึ้นด้วย” โดยให้มีการค้นคว้าเกี่ยวกับ “โรคที่แปลก”, เหตุผลที่ทำให้เกิดโรคนั้น, หาทางและวิธีบำบัดโรคว่า “อย่างไรจะเป็นวิธีที่ถูกแก่ประเทศนี้ ทั้งการป้องกัน การเยียวยา และการพยาบาล”, และตรวจค้นหาสรรพคุณยาให้ละเอียด.³⁴ หลักสูตร 4 ปี ในช่วงนี้มีรายวิชาต่างๆ ที่ต้องเรียน คือ ฟิสิกส์, เคมี, บอตัน, สุขวิทยา, แมตเทอเรีย เมดิกา, ท็อกสิโคโลยี, เซอร์เจอรี, คัพภานุเคราะห์, แปรกติสอพอเมดิซิน, ฟามาซี, โรคเด็ก, โรคเส้นประสาท, โรคผิวหนัง, แพทย์ไทย, ยาไทย, ตรวจร่างศพ, ซ่อมตัดผ่าศพ, พยาบาลใช้, รักษาใช้, และตรวจโรคในศพ ซึ่งมีความแตกต่างจากเดิมที่สำคัญคือ การเพิ่มวิชาแพทย์แบบจารีตของไทยและยาไทยเข้ามาในหลักสูตร.³⁵

ต่อมาเมื่อพระเจ้านองยาเธอ พระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ (พระอิสริยยศขณะนั้น) ซึ่งทรงศึกษาวิชาการศึกษาจากเยอรมันได้เสด็จกลับประเทศไทยใน พ.ศ.2456 และได้รับโปรดเกล้าฯ ให้เป็นผู้ช่วยปลัดทูลฉลอง กระทรวงธรรมการ และเป็นผู้ตรวจการพิเศษราชแพทยาลัย,³⁶ พระองค์เจ้ารังสิตฯ จึงมีพระดำริที่จะปรับปรุงหลักสูตรของราชแพทยาลัย เนื่องจากแม้การเรียนการสอนในราชแพทยาลัยนั้นจะเน้นการแพทย์ “แบบฝรั่ง”/“แผนปัจจุบัน” แต่โดยกำหนดเวลา “เพียง 3 ปี” [ความจริงแล้วเป็นหลักสูตร 4 ปีตั้งแต่ พ.ศ.2443] รวมทั้งการฝึกหัดด้วย ทำให้การเรียนการสอนเป็น “อย่างย่ออย่างสังเขป พอเอาไปใช้การได้ ดีกว่าไม่มีเลย,” ส่วน

แพทย์ผู้สอนก็เป็นเพียง “แพทย์สามัญ มิใช่เป็นผู้เชี่ยวชาญในทางใด ไม่สามารถที่จะสอนให้ละเอียดและสูงขึ้นไปกว่านั้นได้” อันเป็นผลให้แพทย์ที่จบออกมาจากโรงเรียนราชแพทยาลัย “มีวิชาต่ำและแคบ แต่อาศัยสติปัญญา และความสามารถเฉพาะตัว จึงได้มีแพทย์หลายคนที่ออกไปทำการบำบัดโรคได้ผลดี และแสวงหาวิชาความรู้เพิ่มเติมเอาเอง.”³⁷ พระองค์เจ้ารังสิตฯ จึงทรงปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์เสียใหม่ โดย “ให้น้ำหนักแก่การสอนวิทยาศาสตร์มากกว่าอื่น” เพราะพื้นฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และภาษาอังกฤษที่นักศึกษาได้รับจากโรงเรียนระดับมัธยมยังไม่ค่อยดีพอ, และให้ยกเลิกการเรียนวิชาแพทย์แผนไทยเพราะคิดว่า “ไม่เข้ากันกับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมีงงและเสียเวลาเปล่า...เอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันดีกว่า” พร้อมกับขยายเวลาออกเป็น 5 ปี.³⁸

ในช่วง พ.ศ.2458 (ค.ศ.1915) เมื่อ ดร.วิกเตอร์ ไฮเซอร์ (Victor Heiser) ผู้อำนวยการภาคตะวันตกของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) อันเป็นหน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ได้รับเชิญให้มาสำรวจกิจการโรงเรียนราชแพทยาลัย, รัฐบาลสยามจึงเริ่มขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาจากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์อย่างไม่เป็นทางการ และต่อมาไฮเซอร์ก็ได้นำกรมขุนไชยนาทเรนทร (พระองค์เจ้ารังสิตฯ) เสด็จไปดูงานการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศฟิลิปปินส์.³⁹ ภายหลังการสำรวจกิจการโรงเรียนราชแพทยาลัย ไฮเซอร์ได้ทำรายงานเรื่อง “Report on Medical Education in Siam” เสนอต่อมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์เมื่อ ค.ศ.1915 โดยไฮเซอร์รายงานว่ วิชาต่างๆ ที่สอนกันอยู่ในโรงเรียนแพทย์นั้นมีสภาพเหมือนกับโรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำ (the poorer grade medical school) ในสหรัฐ, เครื่องอุปกรณ์ในการเรียนการสอนก็ไม่ค่อยมี, ไม่มีห้องปฏิบัติการแบบที่เรีย, สรีระวิทยา, พยาธิวิทยา ฯลฯ, และไม่มีแม้กระทั่งกล้องจุลทรรศน์สำหรับการตรวจโรค. ไฮเซอร์จึงเสนอวิธีการแก้ปัญหาของโรงเรียนราชแพทยาลัยด้วยการให้รัฐบาลสยามจัดส่งนักเรียนไทยไปศึกษาวิชาแพทย์ในมหาวิทยาลัยฟิลิปปินส์หรือกัลกัตตา เพื่อให้กลับมาเป็นอาจารย์ในโรงเรียนราชแพทยาลัย.⁴⁰ ในช่วงเดียวกับที่เสนอรายงานฉบับนี้ ไฮเซอร์ยังได้เขียนรายงานเสนอมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์อีกฉบับหนึ่ง คือ “Report on Request by the Government of Siam for the Assistance of the International Health Commission in Securing

American Physicians for Government Service” (1915) เพื่อนำเสนอหนังสือของกระทรวงมหาดไทยที่ขอให้มูลนิธิฯ ช่วยจัดหาที่ปรึกษาทางการแพทย์สำหรับการสาธารณสุขและนักแบคทีเรียวิทยาสำหรับห้องปฏิบัติการของสถานปาสเตอร์ และขอให้มูลนิธิฯ ช่วยจัดหาอาจารย์ทางกายวิภาค (Anatomy) มาสอนที่โรงเรียนราชแพทยาลัยของพระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์. ไฮเซอร์เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะเป็นโอกาสที่ดีสำหรับงานการพัฒนาสุขภาพของผู้คนในวันออกของมูลนิธิ.⁴¹ อย่างไรก็ตาม แทนที่จะได้อาจารย์ทางกายวิภาคมาดังคำขอที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ในที่สุดรัฐบาลสยามก็ได้ ดร.สตรอง (Strong) ศาสตราจารย์ทางศัลยศาสตร์ (Surgery) และ ดร. เอ.จี. เอลลิส (A.G. Ellis) ศาสตราจารย์ทางพยาธิวิทยา (Pathology) มาประจำที่โรงเรียนราชแพทยาลัย. แม้ว่า ดร.สตรอง จะเข้ามาดำรงตำแหน่งอยู่เพียงไม่ถึงปี แต่การเข้ามาดำรงตำแหน่งในช่วงแรก (ประมาณ 2 ปี) ของ ดร.เอล ลิส จะส่งผลต่อมาให้เอลลิสกลายเป็นผู้ที่จะกลับมามีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงโรงเรียนราชแพทยาลัยในช่วงที่มูลนิธิรื้อคอกีเฟลเลอร์ให้ความช่วยเหลือ โดยเอลลิสจะกลับเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศสยามเป็นเวลานานและต่อมาได้ดำรงตำแหน่งอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอยู่ช่วงหนึ่งอีกด้วย.⁴²

ต่อมาใน พ.ศ.2459 กรมขุนไชยนาทนเรนทรก็ได้ปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยอีกครั้งโดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ภาค แต่ยังใช้เวลา 5 ปีเหมือนเดิม (ภาคละ 2 ปีครึ่ง) โดยภาคแรกเป็นการเรียนวิชาปริคลินิก (Pre-clinic) และภาคสองเป็นการเรียนวิชาแพทย์โดยเฉพาะ,⁴³ และเมื่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดเกล้าฯ ให้มีการรวมโรงเรียนข้าราชการพลเรือนกับราชแพทยาลัยเข้าด้วยกันเพื่อก่อตั้งขึ้นเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใน พ.ศ.2460⁴⁴ จึงได้ปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ (ซึ่งเปลี่ยนเป็นคณะแพทยศาสตร์) อีกครั้งโดยขยายเวลาเรียนออกเป็น 6 ปี โดยยังคงแบ่งออกเป็น 2 ภาคเหมือนเดิม.⁴⁵ อย่างไรก็ตาม ในบรรดารายวิชาต่างๆ ทั้งที่ปรับปรุงเข้ามาและการยกเลิกการเรียนแพทย์แบบจารีตของไทยนั้น (ดูรายวิชาต่างๆ หลักสูตรภายหลังการปรับปรุงในเชิงอรรถก่อนหน้า) สิ่งที่ทำให้หลักสูตรใหม่แตกต่างจากหลักสูตรเดิมอย่างแท้จริงและสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของหลักสูตรในแบบที่เป็น “วิทยาศาสตร์” ยิ่งขึ้นก็คือการเพิ่มเอารายวิชา “แบคทีเรีย” [Bacteriology]

เข้ามาในหลักสูตรเมื่อ พ.ศ.2456 (ค.ศ.1913) ซึ่งแม้ว่าจะเข้าไปบังในแง่ของการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าล่าสุดในช่วงนั้นของวงการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกที่ทฤษฎีเชื้อโรคได้รับการยอมรับโดยทั่วไปแล้วตั้งแต่ทศวรรษสุดท้ายของศตวรรษที่ 19 แต่ก็ยังนับได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้หลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยมีความ “ทันสมัย” ขึ้นมา.

เมื่อมูลนิธิโรคกีฬเลอ์ได้ส่ง ดร.เอ็ม. อี. บาร์นส์ (M.E. Barnes) เข้ามาทำโครงการต่อต้านพยาธิปากขอ (antihookworm campaign) ในภาคเหนือของสยาม โดยได้ร่วมมือกับสภาภาษาสยามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2460 - มีนาคม พ.ศ.2462 (ค.ศ.1917-9), บาร์นส์ได้ปรึกษาเรื่องการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกับกรมขุนไชยนาท นเรนทรอีกหลายครั้ง แต่การเจรจาต่างๆ ในช่วงดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด.⁴⁶ เมื่อบาร์นส์เดินทางกลับสหรัฐในช่วง พ.ศ. 2462 (ค.ศ.1919) บาร์นส์ก็ได้ปรึกษาเรื่องนี้กับดร. วิคคลิฟ โรส (Dr.Wickliffe Rose) ผู้อำนวยการใหญ่ของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ และวิคเตอร์ ไฮเซอร์อีกหลายครั้ง โดยพยายามผลักดันให้มีการยกระดับมาตรฐานของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งเขาเห็นว่าจะเป็นการเข้าตีตรงหัวใจของปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายของมูลนิธิฯ แทนที่จะก่อกวนอยู่แถวชายขอบของปัญหา. ครั้นกลับมาสยามอีกครั้งใน พ.ศ.2463 (ค.ศ.1920) บาร์นส์ก็ได้กลับมาพบกับชนชั้นนำไทยอีกหลายคนเพื่อผลักดันโครงการของมูลนิธิ กล่าวคือ พระองค์เจ้าบรมเดช (ผู้สำเร็จราชการมณฑลพายัพและมณฑลมหาสาร), กรมหลวงนครสวรรค์วรพินิต (อุปนายกสภาภาษาสยาม และเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย), และพระยาดำรงพทยาคุณ, โดยมีความรู้สึกในกลุ่มนี้ว่าการร่วมมือกับกระทรวงธรรมการในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์นั้นไม่น่าจะประสบความสำเร็จเสียมากกว่า และบางคน (เช่น พระองค์เจ้าบรมเดช) ถึงกับยื่นข้อเสนอว่า การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ของมูลนิธิขึ้นเองโดยร่วมมือกับสภาภาษาสยามและโรงเรียนแพทย์ของกองทัพนั้นยังน่าจะดีกว่าหรือประสบความสำเร็จมากกว่า. ความพยายามของชนชั้นนำกลุ่มนี้ทำให้กระทรวงธรรมการ (โดยเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดี กับพระยาไพศาลศิลปศาสตร์ ปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ) หันกลับมาแสดงท่าทีสนับสนุนมูลนิธิ โดยเสนอกับบาร์นส์ว่ากระทรวงธรรมการพร้อมที่จะทำตามข้อเสนอของมูลนิธิทุกประการ. เมื่อวิคเตอร์ ไฮเซอร์ได้เดินทางกลับเข้ามา

สำรวจอีกครั้งในเดือนมีนาคม พ.ศ.2464 (ค.ศ.1921) ไฮเซอร์ก็พยายามชักชวนให้กระทรวง
 ธรรมการทำหนังสือเชิญ ดร.ริชาร์ด เอ็ม. เพียช (Richard M. Pearce) หัวหน้าแผนก
 แพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิเดินทางมาสังเกตการณ์การเรียนการสอนในคณะแพทยศาสตร์ที่
 โรงพยาบาลศิริราช และเสนอโครงการในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาในสยาม, พร้อมกันนั้น
 บาร์นส์ก็พยายามเจรจาให้กระทรวงธรรมการมีหนังสือเชิญมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์เข้ามาช่วยเหลือ
 ในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างเป็นทางการ.⁴⁷

แม้ว่าจะลังเลและไม่แน่ใจว่าการมีหนังสือดังกล่าวถึงมูลนิธิ จะก่อให้เกิดผลผูกมัด
 รัฐบาลสยามอย่างไรบ้าง แต่ในที่สุดเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดีกระทรวงธรรมการ
 ก็ได้มีหนังสือถึงประธานมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เพื่อขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงคณะ
 แพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2464
 โดยมีเนื้อหากว้างๆ เพียงแค่ว่า จากรายงานของตัวแทนมูลนิธิเท่าที่ผ่านมาจะทำให้มูลนิธิ
 มีข้อเสนอแนะ หรือมีความเห็นที่ชัดเจนเกี่ยวกับการร่วมมือในการปรับปรุงสภาพของการ
 สาธารณสุขในประเทศสยาม โดยเฉพาะการปรับปรุงด้านแพทยศาสตร์ ซึ่งรัฐบาลสยามยินดี
 น้อมรับฟังและรับพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง.⁴⁸ อย่างไรก็ตาม ในจดหมายนำส่งหนังสือของ
 เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี ที่บาร์นส์มีถึง ดร.วิคคิลฟ โรส ผู้อำนวยการใหญ่ของคณะกรรมการ
 สุขภาพนานาชาตินั้น บาร์นส์ระบุว่า เนื่องจากกระทรวงธรรมการไม่ต้องการให้มีการผูกมัด
 รัฐบาลสยาม จึงมีเนื้อความเพียงแค่ว่าเป็นการเชิญให้มูลนิธิ ส่ง ดร.เพียช เข้ามาสำรวจสภาพ
 ของปัญหาในพื้นที่ แต่ความจริงแล้วบาร์นส์ระบุว่าเป้าหมายหลักของหนังสือฉบับนี้คือการเชิญ
 ให้มูลนิธิ ส่ง ดร.เพียช เข้ามาทำการสำรวจเพื่อเสนอโครงการปรับปรุงการศึกษาด้าน
 แพทยศาสตร์ในสยาม ทั้งนี้เนื่องจากกระทรวงธรรมการต้องการมั่นใจว่ารัฐบาลสยามจะไม่ต้อง
 เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่ต้องการผูกมัดตัว.⁴⁹

หลังจากนั้น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ก็ได้ส่ง ดร.ริชาร์ด เอ็ม. เพียช เข้ามาสังเกตการณ์
 การเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปลายเดือนตุลาคม
 พ.ศ.2464 (ค.ศ.1921). หลังจากนั้น เพียชได้เขียนรายงานเรื่อง “A Report on Medical Edu-

.....

cation in Siam” (November 1921) เพื่อเสนอต่อมูลนิธิฯ โดยเนื้อหาของรายงานฉบับนี้มีอยู่ 6 บท คือ 1) บทนำเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, 2) ว่าด้วยราชแพทยาลัย, 3) เวชปฏิบัติในสยาม ซึ่งเนื้อหาหลักคือเอกสารข้อเสนอให้มีการจดทะเบียนแพทย์ในสยามของ ดร.มอร์ดิน คาร์ทิว (Dr.Morden Carthew) ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเวชปฏิบัติของแพทย์ในสยามว่า 95% ของแพทย์ในสยามคือแพทย์ชาวพื้นเมืองที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมโดยโรงเรียนแพทย์และไม่มีการจดทะเบียนและควบคุมโดยรัฐบาล, 4) ความจำเป็นด้านการแพทย์ของสยาม, 5) เนื้อหาหลักในการเจรจากับเสนาบดีกระทรวงธรรมการ ซึ่งแนบบันทึกเพื่อเตรียมประเด็นต่างๆ ที่เพียงจะนำไปเจรจากับเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี, และ 6) เค้าโครงการให้ความช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยาม.

กล่าวได้ว่ารายงานฉบับนี้คือ พิมพ์เขียวฉบับแรกๆ ของเค้าโครงการให้ช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ โดยเฉพาะเนื้อหาในบทที่ 4 และบทที่ 6 ซึ่งควรจะพิจารณาในรายละเอียดบางประเด็น. ในบทที่ 4 ซึ่งว่าด้วยความต้องการด้านการแพทย์ของสยามนั้น เพียงได้ประมาณการว่า 95% ของประชาชนพลเมืองสยามยังต้องพึ่งแพทย์พื้นเมืองทั้งชาวสยามและชาวจีน หรือไม่ก็ต้องพึ่งหมอพระและหมอที่มีความรู้แบบงูๆ ปลาๆ และอาจจะมีประชาชนพลเมืองไม่เกินกว่า 1% ในเขตกรุงเทพฯ หรือเขตปริมณฑลที่มีมิชชันนารีไปตั้งสำนักเผยแพร่ศาสนาเท่านั้นที่ได้มีโอกาสใช้บริการของการแพทย์สมัยใหม่ เนื่องจากประชาชนพลเมืองสยามตั้งบ้านเรือนอยู่กันอย่างกระจัดกระจายและอาจจะมีหัวเมืองเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่มีขนาดจำนวนพลเมืองมากพอที่จะสามารถรองรับการดำรงอาชีพของการแพทย์สมัยใหม่. การแพทย์สมัยใหม่ที่มีอยู่ในปัจจุบันของสยามจึงเป็นการให้บริการโดยหน่วยงานด้านการแพทย์หัวเมืองของกรมสุขาภิบาล และโดยเนื้อหาแล้วคือระบบการแพทย์โดยรัฐ แม้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติการได้อย่างเต็มที่ขนาดนั้นก็ตาม, แต่เพียงเห็นว่าภายใต้ระบบสมบูรณาญาสิทธิราชที่ดำรงอยู่นั้นก็อำนวยให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่สามารถพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วอย่างมากและอาจจะรวดเร็วยิ่งกว่าประเทศใดๆ ในโลก ณ ช่วงเวลานั้น. เพียงอ้างข้อมูลการประมาณการของ ดร.คาร์ทิวที่ว่า ในขณะที่นั้นมีแพทย์ที่มีคุณวุฒิอยู่ประมาณ 450 คน โดยในจำนวนนี้มี 40 คนที่จบมาจากต่างประเทศ กับส่วนที่เหลือจบจากโรงเรียนราชแพทยาลัย

และ ดร.คาร์ทิวประมาณการว่าในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้าประเทศสยามมีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 1,034 คน. เพียชมีความเห็นว่า แม้ประเทศสยามจะมีจำนวนหัวเมืองอยู่ถึง 5,116 ตำบล ที่ต้องการแพทย์สมัยใหม่โดยการรัฐต้องให้เงินอุดหนุน, ดังนั้นความต้องการแพทย์สมัยใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้าจึงไม่ใช่แค่เพียง 1,034 คน แต่น่าจะต้องการอีกประมาณ 5,000 - 6,000 คน. อย่างไรก็ตาม ประมาณ 99% เวชปฏิบัติขณะนั้นเป็นการแพทย์แบบพื้นเมือง และประชาชนพลเมืองทั่วไปยังไม่มี ความเชื่อถือและไม่ต้องการรับการบำบัดรักษาแบบตะวันตกจนกว่าจะได้รับการศึกษาถึงระดับหนึ่งจากรัฐเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่และการสาธารณสุข, ดังนั้นประมาณการของความต้องการแพทย์สมัยใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้าจึงอาจจะอยู่ที่ประมาณ 1,000 คน ซึ่งจะนำไปสู่คำถามเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมของโรงเรียนแพทย์ ว่าควรจะเป็นไปในรูปแบบใดจึงจะเหมาะสมกับความต้องการที่แท้จริงของสยาม. เพียชเสนอว่า ข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบของโรงเรียนแพทย์นั้นมีอยู่เพียงประการเดียว คือพัฒนาโรงเรียนแพทย์ขึ้น 2 แบบ:

1) โรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่ง (A Class 'A' School) ที่มีระบบเกณฑ์การสอบเข้าที่เหมาะสม และมีการฝึกปฏิบัติอย่างดีเพื่อผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพในจำนวนที่ไม่มากนักในแต่ละปี โดยที่แพทย์เหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นผู้นำในตำแหน่งสำคัญๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และงานสาธารณสุขของรัฐ.

2) โรงเรียนแพทย์แบบที่สอดคล้องกับการปฏิบัติในความเป็นจริง (A practical school) ซึ่งรับคนที่ผ่านเกณฑ์การสอบเข้าในระดับปานกลาง และฝึกอบรมเพียงประมาณ 2-3 ปีเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อที่จะให้ออกไปทำงานในตำแหน่งต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้สามารถรองรับความจำเป็นที่ประมาณการไว้ในอีก 10 ปีข้างหน้าได้. คนเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเรียนจนถึงขนาดได้รับปริญญาบัตรทางด้านแพทยศาสตร์ และควรที่จะได้เรียนในรายวิชาต่างๆ ที่คล้ายกับหลักสูตร "ศัลยแพทย์ฝึกหัด" (Junior Surgeons) และผู้ช่วยประจำโรงพยาบาลในสิงคโปร์, หรือคล้ายกับหลักสูตรผู้ตรวจการสาธารณสุข (Sanitary Inspectors) ในฟิลิปปินส์. ภายในเวลาประมาณ 10-15 ปี เมื่อ

เพียงพอกับความต้องการของรัฐแล้ว จึงควรปิดโรงเรียนแพทย์แบบนี้ลง และขณะเดียวกันก็ควรเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ในโรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่งให้มากขึ้น.

ส่วนบทที่ 6 อันเป็นบทสุดท้ายของรายงาน คือ “A Plan for Assisting Medical Education in Siam for the Possible Consideration of the Trustees of the Rockefeller Foundation” ซึ่งเกี่ยวกับเค้าโครงการให้ความช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามนั้น เพียงได้เสนอแผนการต่างๆ 13 ประการ คือ

1) มูลนิธิหรือค็ีเฟลเลอร์จะสนับสนุนทางการเงินสำหรับเฉพาะการปรับปรุงมาตรฐานการผลิตแพทย์ชั้น 1 เท่านั้น และจะปล่อยให้การผลิตแพทย์ชั้น 2 นั้นเป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลสยาม ภายใต้การควบคุมของกระทรวงธรรมการร่วมกับกรมสาธารณสุข

2) การบริหารทั่วไปของโรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่งที่จะตั้งขึ้นนั้นให้อยู่ภายใต้การดูแลของสยาม แต่คณบดีหรือผู้อำนวยการหรือคณะกรรมการที่ได้รับการรับรองอนุมัติจากมูลนิธิ ควรจะต้องมีอำนาจเกี่ยวกับลักษณะเนื้อหาของรายวิชาต่างๆ รูปแบบของการสอบ, มาตรฐานความรู้ ชั้นพื้นฐานที่จะต้องสอบให้ผ่าน และการให้ปริญญาบัตร ทั้งนี้รวมถึงอำนาจที่จะคัดค้านต่อเรื่องใดๆ ที่จะมีความเกี่ยวข้องกับการขัดขวางพัฒนาการของระบบแพทยศาสตร์ศึกษาที่ดี

3) มูลนิธิ จะให้การช่วยเหลือเป็นเวลา 5 ปี โดยอาจจะต่อสัญญาให้อีก 5 ปีถ้าหากเป็นความต้องการของทั้งสองฝ่าย และการช่วยเหลือใดๆ ภายใต้ข้อตกลงนี้จะต้องหมดลงอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นช่วงที่ 2 ของสัญญา แต่การคงความสัมพันธ์ด้านการให้การปรึกษากับมูลนิธิ นั้นเป็นสิ่งที่น่าจะให้ดำรงอยู่ต่อไปได้

4) หลักสูตรเตรียมแพทย์ที่จะต้องใช้เวลา 2 ปีนั้นจะต้องแยกออกจากหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ที่ต้องใช้เวลาอีก 4 ปี, โดยให้หลักสูตรเตรียมแพทย์นั้นเรียนที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนหลักสูตรวิชาชีพแพทย์นั้นให้เรียนที่โรงพยาบาลศิริราช

5) หลักสูตรเตรียมแพทย์ควรจะได้รับการปรับปรุง โดยเฉพาะเกี่ยวกับการฝึกหัดการทำงานในห้องปฏิบัติการ โดยให้ใช้เครื่องมือของสถาบันปาสเตอร์แห่งใหม่[ในสังกัดสภาอากาศสยาม] สำหรับการทำงานพื้นฐานด้านแบคทีเรียวิทยาและชีววิทยาทางการแพทย์อื่นๆ

6) เครื่องมือสำหรับการทำงานด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีระศาสตร์, พยาธิวิทยา, คลินิกทางเวชศาสตร์, ศัลยศาสตร์ และสูติศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวกับหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ 4 ปีที่โรงพยาบาลศิริราชนั้นควรจะต้องเตรียมไว้ให้พร้อม

7) มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการรับนักศึกษาเข้าเรียนในหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ 4 ปี คือ

(ก) จะต้องจบมัธยมศึกษาปีที่ 8 และจบหลักสูตรเตรียมแพทย์ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ข) ผ่านการสอบเข้าในระดับที่เหมาะสมเพียงพอ (เพื่อรองรับความเป็นไปได้ที่จะมีการเปลี่ยนระบบการศึกษาระดับมัธยมปลาย, และเพื่อเพิ่มรายวิชาด้านวิทยาศาสตร์ให้มากขึ้น และลดเวลาของหลักสูตรเตรียมแพทย์ในมหาวิทยาลัยให้ลงเหลือเพียงปีเดียว

8) นักศึกษาที่ผ่านการเรียนตลอดหลักสูตร 4 ปีแล้วจะต้องถูกกำหนดให้ (ก) ฝึกงานในโรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รับรองได้เป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งปีโดยได้รับเงินเดือนจากรัฐ, (ข) ขอรับทุนรัฐบาลเพื่อศึกษาต่อในต่างประเทศ, หรือ (ค) ขอรับทุนมูลนิธิ เพื่อไปศึกษาต่อที่ Peking Union Medical College เป็นเวลาหนึ่งปี (โดยมูลนิธิ จะเปิดทุนให้เฉพาะช่วงเวลา 5 หรือ 10 ปีที่ให้การช่วยเหลือเท่านั้น และกำหนดจำนวนนักศึกษาที่จะได้รับทุน)

9) รัฐบาลสยามจะต้องรับรองเรื่องเงินอุดหนุนสำหรับแพทย์ที่จะเข้าทำงานรับราชการให้เหมาะสมกับช่วงเวลาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ โดยจะต้องให้เงินเดือนแพทย์ปริญญาบัตรใน

ระดับที่มากกว่าที่นักกฎหมาย[ผู้พิพากษา]ได้รับอยู่ในขณะนั้น คือจะต้องไม่น้อยกว่า 200 ซึ่งต่อเดือน

10) การสร้าง/ปรับปรุงโรงพยาบาลศิริราชใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการเรียนการสอน นั้นเป็นข้อผูกมัดสำหรับรัฐบาลสยาม ถ้าหากต้องการชาวอเมริกันให้มาสอนประจำอยู่ใน กรุงเทพฯ ในช่วงเวลาที่มีการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษา โดยจะต้องเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมสำหรับการเรียนการสอนในรายวิชาด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีรศาสตร์ หรือพยาธิวิทยา

11) คณาจารย์: ตามหลักการพื้นฐานนั้นจะต้องช่วยเตรียมความพร้อมให้ชาวสยาม ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และในที่สุดแล้วคณาจารย์ทั้งหมดของคณะแพทยศาสตร์ควรจะต้องเป็นชาวสยาม และควรให้มีอาจารย์ชาวต่างชาติประจำอยู่ในช่วงเวลาที่ยังต้องเตรียมหรือฝึกชาวสยามให้พร้อมเท่านั้น, โดยจะต้องกำหนดให้มีตำแหน่งศาสตราจารย์ทางด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีรศาสตร์, พยาธิวิทยา, ศัลยกรรมและสูติศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชาเหล่านี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเรียนการสอนของภาควิชา

12) รายละเอียดเกี่ยวกับการกำหนดอัตราเงินเดือน (โดยเฉพาะศาสตราจารย์ชาวต่างชาติ) ซึ่งเพียงเสนอให้อยู่ในความดูแลของกระทรวงธรรมการ

13) รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือต่างๆ สำหรับห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้องเตรียมให้พร้อมสำหรับการเรียนการสอน.⁵⁰

ต่อมาในเดือนมกราคม ค.ศ.1922 (พ.ศ.2465, ปฏิทินใหม่) เพียซก็ได้เสนอโครงการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์ต่อกระทรวงธรรมการ โดยกำหนดแผนการ 11 ประการ คือ 1) ให้มีการปรับปรุงการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา, 2) ให้มีการปรับปรุงระบบเงินเดือนและตำแหน่งหน้าที่ของแพทย์ให้มีศักดิ์ศรีมีเกียรติเพื่อจูงใจนักเรียนที่เก่งๆ ให้หันมาเรียนแพทย์มากยิ่งขึ้น, 3) ให้มีการปรับปรุงหลักสูตรเตรียมแพทย์ โดยให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับ

ห้องปฏิบัติการในทางวิทยาศาสตร์ และฝึกทักษะภาษาอังกฤษกับคณิตศาสตร์ให้ชำนาญยิ่งขึ้น, 4) ให้การศึกษาที่เกี่ยวกับแพทยศาสตร์โดยตรง เช่น กายวิภาคศาสตร์และสรีรศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งเคยสอนอยู่ในมหาวิทยาลัยนั้นให้โอนไปสอนอยู่ในคณะแพทยศาสตร์ที่ศิริราชโดยตรงตามหลักสูตร 4 ปี โดยให้มีการแบ่งออกเป็น 6 ภาควิชา คือ กายวิภาค, สรีรศาสตร์, พยาธิวิทยา, เวชศาสตร์, ศัลยศาสตร์, และสูติศาสตร์กับนรีเวชศาสตร์, 5) ให้เลือกคนไทยเพื่อเตรียมเป็นหัวหน้าภาควิชาต่อไป โดยจัดส่งให้ไปฝึกฝนความเชี่ยวชาญในศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาที่มีมาตรฐานเป็นที่เชื่อถือได้ และในระหว่างที่จัดคนไปฝึกฝนอยู่ในต่างประเทศนั้นมูลนิธิก็จะจัดหาชาว “อเมริกัน” มาปรับปรุงและพัฒนาคณะแพทย์ เพื่อรอการกลับมาของคนเหล่านั้น โดยมูลนิธิจะช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายให้, 6) ให้มีการจัดสร้างตึกเรียนและห้องปฏิบัติการ (ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา สรีรวิทยา กายวิภาค แบคทีเรีย คลินิก เป็นต้น) และเครื่องมืออุปกรณ์การเรียนแพทย์ให้เหมาะสม โดยมูลนิธิจะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบางส่วน, 7) คิดเรื่องเตรียมจัดส่งนักศึกษาที่มีศักยภาพในการเป็นอาจารย์ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ, 8) ให้รัฐบาลสยามมอบอำนาจในการตัดสินใจขั้นสุดท้ายอย่างอิสระในเรื่องหลักสูตรแพทยศาสตร์แก่ศาสตราจารย์ชาวอเมริกันคนใดคนหนึ่งเกี่ยวกับโครงการแพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิ, 9) แม้ว่าจะมีแผนในการปรับปรุงหลักสูตรเตรียมแพทย์ แต่มูลนิธิจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้แต่อย่างใด, 10) มูลนิธิจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ทั้งสำหรับการเรียนของหลักสูตรเตรียมแพทย์และของคณะแพทยศาสตร์ที่สร้างขึ้นใหม่, และ 11) รัฐบาลสยามควรที่จะจัดเตรียมฝึกรอบรมผู้ตรวจการสาธารณสุข และผู้ช่วยแพทย์สำหรับใช้ในงานต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งกระทรวงธรรมการอาจจะร่วมมือกับกรมสาธารณสุขในการจัดทำหลักสูตรระยะสั้นเพื่อสร้างบุคคลากรดังกล่าว โดยอาจจะจัดขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ แต่มูลนิธิจะไม่สามารถให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในเรื่องดังกล่าวได้.⁵¹

อย่างไรก็ตาม การเจรจาระหว่างรัฐบาลสยามกับมูลนิธิ เพื่อขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามจากมูลนิธิหรือค็อกฟีเฟลเลอร์เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลสยามได้แต่งตั้งและมอบอำนาจให้สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร กรมขุนสงขลานครินทร์เป็นตัวแทนของรัฐบาลในการเจรจากับตัวแทนของมูลนิธิ,⁵² ซึ่งนำไปสู่การหารือเรื่องการให้เงินสนับสนุน

ระหว่างพระองค์กับจอร์จ อี. วินเซนต์ (George E. Vincent) ประธานมูลนิธิ และ ดร.วิกคลิฟ โรส ที่ลอนดอน และกับจอร์จ อี. วินเซนต์ที่กรุงเบอร์ลิน สวิตเซอร์แลนด์เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2465 (ค.ศ.1922), ส่วนการเจรจาในเรื่องรายละเอียดของแผนการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์นั้นพระองค์ทรงเจรจากับ ดร.ริชาร์ด เพียช ผู้อำนวยการแผนกแพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิที่กรุงปารีสเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2465.⁵³ ในที่สุด ข้อตกลงหลักๆ ในการให้ความช่วยเหลือของมูลนิธิหรือค็ีเฟลเลอร์ คือ ปรับปรุงหลักสูตรของคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับเตรียมนักศึกษาเข้าเรียนวิชาแพทย์ จัดให้หลักสูตรการเรียนแพทย์ที่ศิริราชเป็นหลักสูตร 4 ปี โดยแบ่งออกเป็น 6 ภาควิชา คือ 1) กายวิภาค, 2) สรีรศาสตร์, 3) พยาธิวิทยา, 4) เวชศาสตร์, 5) ศัลยศาสตร์ และ 6) สติศาสตร์กับนรีเวชศาสตร์ โดยมูลนิธิหรือค็ีเฟลเลอร์ช่วยเหลือในการคัดเลือกศาสตราจารย์ชาวอเมริกันหรือชาวยุโรปมาประจำอยู่ชั่วคราวหนึ่งเพื่อจัดการหลักสูตรและเพื่อฝึกฝนผู้ที่จะสามารถขึ้นมาแทนในตำแหน่งดังกล่าว โดยจะให้ทุนการศึกษาต่อแก่ผู้ที่เหมาะสมเพื่อฝึกฝนเตรียมให้เป็นศาสตราจารย์ต่อไป พร้อมกับให้เงินช่วยเหลือในการก่อสร้างห้องปฏิบัติการต่างๆ อีกจำนวนหนึ่ง.⁵⁴ การปรับปรุงหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ในช่วงนี้นอกจากจะมีศาสตราจารย์ประจำจากตะวันตกมาวางรากฐานแล้ว สิ่งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงคือการมีห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องมือทันสมัยและอาจจะครบสมบูรณ์สำหรับการเรียนวิชาแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเป็นครั้งแรกในสยามก็ว่าได้.⁵⁵

อย่างไรก็ตาม แม้จะมองกันว่าโรงเรียนแพทย์คือศูนย์กลางในการศึกษาเกี่ยวกับการรับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยายามปรับปรุงปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาให้มีความเป็น “วิทยาศาสตร์” ยิ่งขึ้นในช่วงที่รัฐบาลสยามได้ขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจากมูลนิธิหรือค็ีเฟลเลอร์ แต่การเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพและการแพทย์ในสังคมไทยในระยะเวลาดังกล่าวก็คือ การเปลี่ยนแปลงในกลไกเชิงสถาบันของสมาคมวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดสภาการแพทย์หรือคณะกรรมการแพทย์ และสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ. กล่าวคือ ในช่วงที่กำลังมีการปรับปรุงหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์

อยู่นั้น สภากาชาดสยาม (โดยนายพันเอกพระยาดำรงแพทยาคณ) ก็ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติระเบียบการจดทะเบียนแพทย์ เพื่อให้กระทรวงมหาดไทย (กรมสาธารณสุข) พิจารณาเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2464.⁵⁰ ต่อมากรมสาธารณสุขจึงได้ยื่นเสนอร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464 ขึ้นเพื่อ “ช่วยเหลือบำรุงชีวิตให้ยั่งยืนนานปราศจากโรคภัย หรือถ้ามีขึ้นแล้วก็ปลดเปลื้องเยียวยาเสียไม่ถึงอันตรายได้ ชีวิตมนุษย์เป็นของมีค่าอย่างประเสริฐ เพราะไม่ว่าการอย่างไรในโลกนี้จะดำเนินไปได้ดีก็ด้วยอาศัยกำลังความคิดและกำลังกายมนุษย์ ประเทศใดจะรุ่งเรืองก็ได้อาศัยมีพลเมืองมาก มีพลเมืองที่แข็งแรงในทางกาย, ทางใจ และทางความคิด และผลอันนี้จะมีแก่ประเทศใดก็ต้องอาศัยการแพทย์.” ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เสนอให้มีการตั้งสภาการแพทย์ (Medical Council) เพื่อ “สำหรับตรวจตราดูแลสอดส่องความประพฤติและมารยาทของผู้กระทำการแพทย์” (มาตรา 3) โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การควบคุมหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และการประกอบอาชีพของแพทย์ กล่าวคือ

“มาตรา 13 กรรมการแพทย์มีอำนาจที่จะออกข้อบังคับและมารยาทในการแพทย์ทั้งปวง และเมื่อได้รับอนุมัติของเสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งเลือกตั้งกรรมการแพทย์นั้น และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ก็ถือว่าเป็นส่วน 1 ของพระราชบัญญัตินี้ได้ และมีอำนาจที่จะตั้งผู้แทนออกไปตรวจสถานที่ทำการแพทย์ต่างๆ ได้ทุกเมื่อ และให้เจ้าของสถานที่นั้นๆ ต้อนรับและยินยอมให้ความสะดวกโดยควรแก่ผู้ตรวจทุกประการ...

มาตรา 14 โรงเรียนอันเป็นที่สั่งสอนและฝึกหัดวิชาการศึกษาการแพทย์ จะต้องมีความพร้อมเป็นแพทย์ประกาศนียบัตรอย่างน้อย 5 คน และจะต้องใช้ระเบียบการและหลักสูตรที่กรรมการแพทย์กำหนดให้

มาตรา 15 การสอบไล่วิชาความรู้ในการแพทย์นั้น ให้กรรมการแพทย์เลือกตั้งผู้สอบไล่เป็นคณะกรรมการสอบไล่ และกรรมการสอบไล่นี้จะต้องเป็นแพทย์ประกาศนียบัตรและจตุรเบียรแล้ว

มาตรา 16 โรงพยาบาลใดอันเป็นสถานที่สำหรับกระทำการรักษาพยาบาลหรือกระทำการคลอดบุตร จะต้องมีความพร้อมเป็นแพทย์ประกาศนียบัตรอย่างน้อย 2 คน และจะ

ต้องใช้ระเบียบการที่กรรมการแพทย์จะได้กำหนดให้

มาตรา 17 โรงปรุงยาจะต้องมีผู้ปรุงยาประกาศนียบัตร 1 คน และมีแพทย์สำหรับเป็นที่ปรึกษา 1 คน และจะต้องใช้ระเบียบการที่กรรมการแพทย์ได้กำหนดให้...

มาตรา 18 โรงเรียนการแพทย์ โรงพยาบาลและโรงปรุงยา จะต้องจัดฐุเบียงตามพระราชบัญญัติ และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงจะเปิดสอนและทำการนั้นๆ ได้ ในการจัดฐุเบียงนี้ต้องเสียค่าธรรมเนียม 50 บาท และใบอนุญาตนั้นให้ใช้ได้ตลอดไป.”⁵⁷

ร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464 ฉบับนี้ถูกคัดค้านมาก โดยเฉพาะในเรื่องการเปิดให้สภาการแพทย์สามารถควบคุมหลักสูตรและการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ได้ ซึ่งเท่ากับให้อำนาจกรมสาธารณสุขสามารถควบคุมหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทย์ได้ และเท่ากับเป็นการแย่งอำนาจในการดูแลเรื่องดังกล่าวมาจากกระทรวงธรรมการ.⁵⁸ กระทรวงธรรมการเสนอว่า สภาการแพทย์ควรมีอำนาจควบคุมได้เฉพาะโรงเรียนแพทย์ของเอกชนเท่านั้น เพราะอำนาจในการควบคุมโรงเรียนแพทย์ของรัฐนั้นอยู่ในอำนาจของกระทรวงธรรมการอยู่แล้ว และหากมันจะโต้แย้งว่าเสนาบดีกระทรวงธรรมการไม่มีความรู้ทางการแพทย์แต่เสนาบดีก็อาจใช้อำนาจที่มีอยู่แต่งตั้งผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางการแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาในกิจการดังกล่าวได้. นอกจากนี้ กระทรวงธรรมการมีความเห็นว่า หากปล่อยให้อำนาจในการดูแลโรงเรียนแพทย์ไปตกอยู่แก่สภาการแพทย์จะกลายเป็นว่ารัฐบาลต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจของสภาการแพทย์นั่นเอง (It would be contrary to the principle of good government, if government medical schools were to be under the control of the Medical Council, as that would mean that a Ministry, i.e. a part of H.M. Government would fail under the control of the Medical Council).⁵⁹

อย่างไรก็ตาม ในที่สุดก็ได้มีการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466” โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การควบคุมการประกอบโรคศิลป์ของแพทย์. พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ได้กำหนดให้มี “สภาการแพทย์” ในฐานะกรมหนึ่งและให้มีหน้าที่บังคับ

บัญชากรมสาธารณสุข โดยมีอำนาจที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) สภาการแพทย์มีอำนาจที่จะออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลป์ได้ พร้อมกับให้มีอำนาจสืบสวนหรือไต่สวนวินิจฉัยได้ว่าบุคคลที่จะขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติตามสมควรเพียงพอหรือไม่อย่างไร ทั้งทางความรู้และธรรมจรรยาในวิชาชีพ (มาตรา 9 ก) และ 2) สภาการแพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตรสำหรับการเรียนการสอน การสอบไล่ และสำหรับความรู้ความชำนาญที่จะพึงมีในแผนกสาขาต่างๆ ของการประกอบโรคศิลป์ตามที่มิสอนในกระทรวง (มาตรา 9 ข).⁶⁰

ตามพระราชบัญญัตินี้ ผู้ที่จะสามารถประกอบโรคศิลป์ได้จะต้องได้รับอนุมัติจากสภาการแพทย์เสียก่อน แต่ก็ไม่ได้ระบุลงไปอย่างชัดเจนว่าใครคือผู้ที่จะสามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้บ้าง นอกจากกล่าวอย่างกว้างๆ ว่าคือผู้ที่ได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลป์ “อันได้รับจากวิทยาลัย โรงเรียน หรือกรรมการสอบไล่ ซึ่งมีอำนาจออกให้ได้ตามกฎหมาย และซึ่งสภาการแพทย์ได้ยกย่องรับรอง” (มาตรา 15).⁶¹ อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ.2471 สภาการแพทย์ได้ขอแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 โดยเสนอให้ออกกฎหมายให้กำหนด “ลำดับชั้นและจำกัดการประกอบโรคศิลป์” ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ประเภทแผนปัจจุบัน และ 2) ประเภทแผนโบราณ⁶² โดยกำหนดขอบเขตของคำว่า “ประเภทแผนปัจจุบัน” คือ “ผู้ประกอบโรคศิลป์โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้นอาศัยการศึกษาตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก”, ส่วน “ประเภทแผนโบราณ” คือ “ผู้ประกอบโรคศิลป์โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์.”⁶³

อย่างไรก็ตาม สภาการแพทย์ที่ตั้งขึ้นนี้ก็มิมีปัญหาทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ ดังที่ปรากฏว่าเมื่อผ่านไปแล้วถึง 4 ปีภายหลังจากที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2470 ก็ยังไม่ได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด เพราะรัฐบาลกำลังประสบกับปัญหาขาดเงิน⁶⁴ และสภาการแพทย์เริ่มดำเนินการได้จริงก็ต้อง

รจนถึง พ.ศ.2472 (ค.ศ.1929) เมื่อมีการแต่งตั้งตำแหน่งนายทะเบียนสำหรับการจดทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะของแพทย์.⁶⁵ ปัญหาการไม่สามารถดำเนินการของสภาการแพทย์และการที่ไม่สามารถกำหนดให้สภาการแพทย์มีอำนาจควบคุมหลักสูตรและการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ได้ตามที่ต้องการในตอนแรก ทำให้เข้าใจว่าเป็นสาเหตุทำให้กรมสาธารณสุขคิดตั้งสภาการสาธารณสุขประจำชาติขึ้นในปี พ.ศ.2469 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือต้องการให้สภาการสาธารณสุขประจำชาติมีหน้าที่เป็น “ที่ปรึกษาหารือ และประสานการงารให้สอดคล้องต้องกัน ส่วนอำนาจในส่วนนั้นจำเป็นที่สภาจักต้องมีไว้ เพื่อจะได้สามารถอนุวัติการตามหน้าที่เหล่านี้ให้เป็นคุณประโยชน์ได้อย่างยิ่ง” ตลอดไปจนถึงการพิจารณาออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และมีข้อแม้ว่า “สภานี้ไม่ควรกระทำสัมปทานการควบคุมดูแลบวงการสาธารณสุขประจำชาติ...ไม่สามารถและไม่ควรหวังจักให้ดำเนินการในสัมปทานฐาน หรือหน่วยงานอื่นขัดขวางสัมปทานกิจอันเป็นการประจำแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย.”⁶⁶

ใน “ร่างขั้นต้นแห่งพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ. 2469” ที่เสนอต่อเสนาบดีสภานั้น ได้ให้นิยาม “การสาธารณสุข” ว่าหมายถึง “งารหรือกิจการณประเภทหนึ่งประเภทใดซึ่งต้องอาศัยวิชาความรู้และความชำนาญในทางสาธารณสุขโดยจะเพาะ ซึ่งกระทำด้วยความประสงค์ที่จะป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและความทุพพลภาพ ทั้งช่วยกำจัดอันตรายและบำรุงชีวิตให้ยืนนานแต่เท่าที่เป็นวิสัยจะกันออกให้ได้ ท่านไม่นับรวมไปถึงกิจการทั้งหลายซึ่งแม้จะพาดพานไปถึงการสาธารณสุขโดยทางอ้อม.” นอกจากต้องการจัดตั้งสภาที่ปรึกษากิจการด้านการสาธารณสุข ประสานงานกิจการของฝ่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้สอดคล้องกัน, สืบสวนถึงความแพร่หลายหรือลักษณะอาการของโรคที่เป็นว่าสำคัญต่อประเทศ การออกกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขหรือการบำบัดโรคจะต้องให้สภาการสาธารณสุขพิจารณาและแนะนำก่อนการประกาศใช้ หรืออาจริเริ่มการออกกฎหมายสาธารณสุขขึ้นใหม่เองก็ได้ (มาตรา 5) แล้ว ยังได้กำหนดให้สภาการสาธารณสุขประจำชาติมีสถานะเป็นกรมหนึ่งในกระทรวงที่มีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข (กระทรวงมหาดไทย) และให้ “มีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข” (มาตรา 3) และกำหนดว่าหากหน่วยงานของรัฐบาลจะดำเนินการทางด้านสาธารณสุขหรือการบำบัดโรคอย่างหนึ่งอย่างใดขึ้น “จักต้องเสนอโครงการให้

สภาการสาธารณสุขประจำชาติพิจารณาและอนุมัติเสียก่อน” (มาตรา 6) อีกด้วย.⁶⁷ ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ถูกคัดค้านในหลายประเด็นด้วยกัน ตั้งแต่เรื่องนิยามของการสาธารณสุขไปจนถึงอำนาจหน้าที่ของสภาการสาธารณสุขว่าควรมีขอบเขตแค่ไหนอย่างไร.⁶⁸ ประเด็นหลังนี้จะกลายเป็นปัญหาที่โต้เถียงกันยืดเยื้อพอสมควร โดยเฉพาะในส่วนของเกี่ยวกับการศึกษาของแพทย์ นายแพทย์เอลลิส ผู้แทนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะให้อำนาจของสภาการสาธารณสุขเข้ามาควบคุมนโยบายด้านการศึกษาของแพทย์ และเสนอให้มีอำนาจเพียงแค่ว่าสามารถเสนอคำแนะนำต่อผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์.⁶⁹

ปัญหาความขัดแย้งต่างๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความพยายามของกรมสาธารณสุขที่จะเข้าไปควบคุมดูแลการเรียนการสอนทางแพทยศาสตร์ด้วยการหันมาผลิตแพทย์ชั้นสอง แทนที่จะให้มีแต่เฉพาะแพทย์ชั้นหนึ่งแบบที่มูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ให้การสนับสนุน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนของกรมสาธารณสุข โดยผ่านทางสภาการสาธารณสุข⁷⁰ ทำให้ไม่สามารถออกเป็นพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติได้ และสุดท้ายก็ต้องออกเป็นประกาศตั้งสภาการสาธารณสุขเมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ.2471 โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจาก “การผดุงและสงวนไว้ซึ่งอนามัยของประชาชน เป็นกิจการสำคัญสำหรับชาติ การสาธารณสุข การสุขาภิบาล การบำบัดโรค การป้องกันและปราบปรามโรคระบาดและโรคร้ายบางชนิด การอนามัยพิทักษ์ การอนามัยศึกษา ฯลฯ เหล่านี้เป็นปัจจัยแก่การผดุงอนามัยของประชาชน” แต่ปรากฏว่าการทำงานที่เป็นอยู่ “ยังเป็นการต่างฝ่ายต่างทำ ถ้าได้ประสานการงานเข้าหากัน แบ่งปันหน้าที่มิให้ซ้ำซ้อนก้าวถ่าง และระดมแรงช่วยกันในกรณีจำเป็นเฉพาะกาล ก็จักสำเร็จผลเป็นคุณประโยชน์ยิ่งขึ้น” รัฐบาลจึงประกาศตั้งสภาการสาธารณสุขขึ้นในฐานะ “สภาที่ปรึกษา” และกำหนดว่า “กิจการใดๆ ที่ตกลงกันในที่ประชุมแห่งสภา ต้องได้รับอนุมัติของเสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งบัญชาการสาธารณสุขก่อน แล้วจึงปฏิบัติการได้” โดยให้มีหน้าที่

- 1) ประสานงานที่ “ทะบวงการแผ่นดินและกองการทะเลศกดิ์” ทำอยู่ให้สอดคล้องถึงกัน,
- 2) แบ่งหน้าที่ทั้ง 2 ฝ่ายมิให้ก้าวถ่างซ้ำซ้อนให้สิ้นเปลืองแรงงาน,
- 3) วางแผนการป้องกันปราบปรามโรคระบาด โดยให้ “แบ่งปันหน้าที่ไว้ให้ทำได้ทันทั่วทั้งในเมื่อเกิดโรคขึ้นปัจจุบัน

ทันด่วน”, 4) วางแผนและแบ่งปันหน้าที่ในการป้องกันและปราบโรคร้ายบางชนิด, 5) วางแผนและแบ่งปันหน้าที่ในการบรรเทาทุกข์ในยามสาธารณภัย ที่อาจมีคนบาดเจ็บป่วยไข้, 6) ดำริและลงความเห็นในกิจการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสาธารณสุข ที่เสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งบัญชาการสาธารณสุข หรืออธิบดีกรมสาธารณสุขเสนอมาเพื่อขอคำปรึกษา.⁷¹

แม้จะไม่มีหลักฐานที่ปรากฏชัดเจนว่า สภาการแพทย์ (ต่อมาเรียกคณะกรรมการแพทย์) และสภาการสาธารณสุขได้มีบทบาทอย่างไรบ้างในก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475 แต่หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้ไม่กี่เดือนก็ปรากฏว่า ทั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติและสภาการแพทย์ก็คงไม่ได้อยู่ในใจกลางของการตัดสินใจทางนโยบายด้านสาธารณสุขนัก ดังที่มีความพยายามที่จะเรียกร้องให้รัฐบาลขอความเห็นหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจากสภาการแพทย์และสภาการสาธารณสุขประจำชาติ.⁷² อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า การลากเส้นแบ่งระหว่าง “แผนปัจจุบัน” กับ “แผนโบราณ” ด้วยเกณฑ์ของ “ความเป็นวิทยาศาสตร์” ตามกฎเสนาบดีฉบับ พ.ศ.2472 ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 (แม้ว่าอาจไม่ชัดเจนว่าอะไรคือความหมายของความเป็นวิทยาศาสตร์ที่กำลังหมายถึงก็ตาม) คือหลักหมายที่สำคัญของการสถาปนาอำนาจและความชอบธรรมให้แก่การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกในทางนิติบัญญัติ พร้อมกับการกดระบบการแพทย์แบบจารีตของไทยให้กลายเป็นความรู้แบบ “ชั้นสอง” ภายใต้โครงสร้างทางอำนาจของความรู้แบบใหม่ไปโดยปริยาย. นอกจากนี้ในช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 มาแล้วนั้นปรากฏว่า หน้าที่หลักของสภาการแพทย์หรือเรียกกันในเวลาต่อมาว่าคณะกรรมการแพทย์ คือ การกำหนดพื้นที่พิเศษให้แก่การแพทย์สมัยใหม่ด้วยการควบคุมมาตรฐานของ “วิทยฐานะแห่งเวชปฏิบัติ (Qualification of Medical Practice).”⁷³

การแพทย์แบบจารีต หรือ “แผนโบราณ” ในด้านหนึ่งจึงพยายามเรียกร้องพื้นที่เดิมของตนกลับคืนมา ด้วยการประนีประนอมและขอให้ผ่อนผันกฎเกณฑ์บางอย่างที่สภาการแพทย์/คณะกรรมการแพทย์กำหนดขึ้น,⁷⁴ หรือไม่กี่ด้วยการทำทนายดังที่มีเจตหมายของนายอำเภอมินบุรีและอำเภอบุคโคลถึงสภาการแพทย์ที่ว่า “ระเบียบการเพิ่มเติมใหม่นี้ทำให้เกิดความ

เดือร้อนและตัดอาชีพราษฎรอย่างร้ายแรง” และ “การรับรองความรู้ที่ได้ฝึกหัดเล่าเรียนนั้น ไม่เป็นไปด้วยความสัตย์สุจริตตามความเป็นจริง เป็นเพียงให้รับรองกันพอเป็นพิธีเท่านั้น”, หรือความเห็นของสาธารณสุขุมนทลกรุงเทพฯ ซึ่งเสนอต่อสภาการแพทย์ว่าการสร้างความชอบธรรมแก่การแพทย์ “แผนปัจจุบัน” โดยที่กวดการแพทย์ “แผนโบราณ” ลงไปในขณะที่ “พลเมืองยังมีความนับถือผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนโบราณอยู่ค่อนข้างมาก” และโดยที่ “ทางราชการยังมีสามารถที่จะส่งแพทย์แผนปัจจุบันออกไปประจำตามท้องที่อำเภอชั้นนอกให้พอกับความประสงค์ของราษฎร” จะก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากแก่พลเมือง.⁷⁵ แต่ในอีกด้านหนึ่ง การแพทย์แบบจารีตก็หีบฉวยสัญญาของการแพทย์แบบสมัยใหม่ขึ้นมาใช้สร้างความชอบธรรมให้กับความรู้ของตน ดังกรณีที่นายร้อยโท ป้อง ว่องพยาบาล และขุนนิราพาธประคุณ ซึ่งเป็น “แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1” ได้มีจดหมายชี้แจงสภาการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนโบราณ “ซึ่งใช้เครื่องฟังและใช้ยาแผนปัจจุบัน” ในการตรวจรักษาผู้ป่วย. นายแพทย์เต็มบุณนาศ กรมการสภาการแพทย์ (ผู้แทนกระทรวงธรรมการ) มีความเห็นว่า “ผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนโบราณไม่ควรใช้เครื่องฟัง (Stethoscope) เพราะว่ามีได้ศึกษาในการตรวจโรคด้วยการใช้เครื่องฟังชนิดนี้ [เพราะ]การใช้เครื่องฟังเป็นวิธีของแพทย์แผนปัจจุบันโดยตรง และยังได้ทราบว่าการศึกษาในตำหรับแผนโบราณมิได้มีการสอนวิธีตรวจโรคโดยใช้เครื่องฟังเลย เพราะฉะนั้นผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนโบราณซึ่งใช้เครื่องฟังในการตรวจโรคก็เท่ากับทำการโดยปราศจากความรู้ ใช้เครื่องมือเพื่อเป็นการล่อลวง.”⁷⁶ นอกจากกรณีของเครื่องฟังแล้ว ยังมีกรณีที่มีกล่าวฟ้องหมิ่นอภัยโทษ สิงห์ทอง ผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนโบราณชั้น 2 รักษาโรคริดสีดวงทวารด้วยการใช้เข็มฉีดยาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน.⁷⁷

กล่าวได้ว่า เทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่อย่างเครื่องฟังหรือเข็มฉีดยาได้กลายเป็นสัญญาของความทันสมัยหรือความเป็น “แผนปัจจุบัน” ที่ถูกทำให้น่าเชื่อถือโดยทั่วไปจนถึงขนาดมีร้านขายยาเขียนป้ายหน้าร้านว่า “สรรพฉีดยา”.⁷⁸ สำหรับแพทย์ “แผนโบราณ” แล้ว ความเป็นสมัยใหม่/ความเป็น “แผนปัจจุบัน” นี้เป็นสิ่งที่ใครก็สามารถเข้าถึง/นำมาใช้ได้ และไม่จำเป็นต้องสงวนไว้สำหรับผู้ที่ศึกษามาทางด้านการศึกษาการแพทย์สมัยใหม่แต่เพียงอย่างเดียว. อย่างไรก็ตาม ความคิดและการปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้สำหรับคณะกรรมการในสภาการแพทย์

เพราะเป็นการละเมิดมาตรฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นการข้ามพรมแดนของความ เป็น “แผนโบราณ” มาอยู่ในพรมแดนของ “แผนปัจจุบัน” โดยไม่ได้รับฉันทานุมัติ. มาตรการ ต่างๆ จึงถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมสถานภาพที่แท้จริงของการเป็นแพทย์ “แผนโบราณ” กับ “แผนปัจจุบัน” ให้แยกออกจากกัน และรวมทั้งควบคุมมาตรฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ของ “แผนปัจจุบัน” ซึ่งโดยสรุปก็คือ “ต้องการกำจัดหอม ‘จอมปลอม’ โดยเอาอย่างฝรั่ง.”⁷⁹ โดยหอมที่ “จอมปลอม” สำหรับคณะกรรมการแพทย์นั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่แพทย์ “แผนโบราณ” ของ ไทยเท่านั้น แต่การแพทย์ “แผนโบราณ” แบบอื่นๆ ก็ถูกจัดการไปด้วยเช่นกัน เช่น การฝังเข็ม ตามการแพทย์แบบจีน.⁸⁰

คณะกรรมการแพทย์จึงพยายามแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยคิดจะให้มีการ ออก “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” เพื่อให้คณะกรรมการแพทย์สามารถควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลป์ได้ คือให้มีอำนาจสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตในกรณีที่ทำผิดกฎกระทรวงที่ว่าด้วยมารยาทในวิชาชีพ หรือในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์เห็นว่า “กระทำผิดทางวิชาชีพ” หรือ “ถ่ายอมให้ผู้นั้น ประกอบโรคศิลป์ต่อไปจะเป็นภัยต่อประชาชน.”⁸¹ เป้าหมายของคณะกรรมการแพทย์ในการ บัญญัติ “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” คือ

“ต้องการให้ประเทศสยามมีผู้ประกอบการโรคศิลป์อันประกอบด้วยศีลธรรมอันดีเป็น ที่ไว้วางใจเชื่อถือและมีความรู้ความสามารถสำหรับประชาชนผู้ซึ่งต้องอาศัยการแพทย์ การประกอบอาชีพทางโรคศิลป์เป็นอาชีพที่ต้องดำเนินตามหลักวิชาโดยแท้จริง จะ ดำเนินการพริกแพลง หรือมีพาณิชโยบายอย่างเช่นอาชีพอื่นๆ นั้นไม่ได้ เพราะเหตุว่า การประกอบโรคศิลป์เป็นอาชีพที่เกี่ยวกับความเป็นความตายของมนุษย์โดยตรง ถ้า เอาวิธีการพริกแพลงมาใช้หรือฝืนหลักวิชาแล้ว ไม่เร็วก็ช้า ผลร้ายที่ถึงแก่ชีวิต คนไข้จะต้องเกิดขึ้น ระเบียบแห่งวิชาชีพที่บัญญัติขึ้นนี้จะ เป็นบทใช้บังคับกับผู้ประกอบ โรคศิลป์ให้ดำเนินการตามหลักวิชาและจะเป็นบทที่ใช้กำจัด Mal-practice ของ ผู้ที่เห็นแต่ทางได้ประโยชน์ส่วนตนฝ่ายเดียวโดยไม่คิดถึงผลเสียอันจะบังเกิดขึ้นต่อ คนไข้ เนื่องจากการละเลยระเบียบแห่งวิชาชีพอันพึงจะปฏิบัติตามระเบียบแห่ง

วิชาชีพที่จะตราขึ้นนั้นไม่มีความหมายกว้างขวางดังกรมอัยการเข้าใจและก็ไม่เป็นวิธีการใหม่หรือระเบียบใหม่สำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์เลย เพราะวาระระเบียบแห่งวิชาชีพนี้ เป็นสิ่งที่อยู่ในวงการเวชปฏิบัติทั้งสิ้น และได้เล่าเรียนกันมาแล้วตามหลักวิชา แต่เนื่องด้วยการเห็นแก่ทางได้ฝ่ายเดียวจึงได้ละเลยเสีย เช่นละเลยการ sterilization เครื่องมือและของใช้อื่นๆ ในการผ่าตัด ละเลยการต้มเข็มและกระบอกฉีดยา และการ induce abortion โดยไม่มี Therapeutic indication เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งการเหล่านี้สำหรับการแพทย์ไม่จัดอยู่ในบทมรรยาท ฉะนั้น การที่กรมอัยการกล่าวว่า ‘กระทำผิดในทางวิชาชีพโดยมากย่อมจะเป็นผิดในทางมรรยาทด้วย’ นั้นยังไม่ถูก เพราะฉะนั้นคณะกรรมการเห็นว่าควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติตามร่างเดิม และเพื่อหวังในความปลอดภัยของประชาชน...”⁸²

นอกจากความพยายามที่จะควบคุม “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” แล้ว คณะกรรมการแพทย์ยังต้องควบคุมมาตรฐานความรู้ทางการแพทย์ โดยจะไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ผู้ใดก็ได้ที่เห็นว่าอาจจะไม่ “ปลอดภัยของประชาชน” เพราะ “หย่อนความรู้ความสามารถ และไม่มีความรู้ทัดเทียมตามกาลสมัย” โดยเฉพาะแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลป์ชั้น 2.⁸³

ความพยายามของคณะกรรมการแพทย์ได้รับการแซ่ซ้องจากหนังสือพิมพ์บางฉบับ เช่น หนังสือพิมพ์หลักเมือง ฉบับวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2478 ที่ลงข่าวว่า การที่คณะกรรมการแพทย์พยายามควบคุม “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” ของผู้ประกอบโรคศิลป์นั้น “เป็นที่ยินดีปรีดาปราโมทย์แก่ราษฎรเป็นส่วนใหญ่ เพราะต่างก็ได้รู้สึกว่ตราบแต่เมื่อต่อไปหมอจะหนีตลวงโลก อันก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่บรรดาคนไข้ที่โง่เขลาดังปรากฏเป็นข่าวอื้อฉาวอยู่บ่อยๆ นั้น คงจะหมดไปเป็นแน่.”⁸⁴ หน้าที่หลักของคณะกรรมการแพทย์จึงเป็นการพยายามบีบให้ผู้ประกอบโรคศิลป์คอยปฏิบัติตาม “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” โดยคอยควบคุมผู้ที่ประกอบโรคศิลป์ว่าได้รับอนุมัติหรือไม่ และสำหรับผู้ที่ได้รับอนุมัติแล้วก็จะถูกสอดส่องดูแล้วว่าประกอบวิชาชีพเป็นไปตามหลักการ “ความเป็นวิทยาศาสตร์” ของคณะกรรมการแพทย์หรือไม่. การประชุมของคณะกรรมการแพทย์หลายๆ ครั้งจึงเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับคำร้องเรียนเรื่องการ

นอกรีตและไม่เป็นไปตามหลักการของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น กรณีที่ หนังสือพิมพ์ ดาวนคร ฉบับวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2478 ลงข่าวว่ามี “หมอแผนผีรักษาโรคผีๆ สาๆ” อยู่ที่สนามหลวง, คณะกรรมการแพทย์ก็ต้องส่งคนไปตรวจสอบ (พบว่าคือนายชุม อาจคุ้มวงศ์ ผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการบำบัดโรคทางยาแผนโบราณชั้น 2) และได้ชี้แจงให้ทราบถึง “มรยาทของผู้ประกอบโรคเกี่ยวกับการประกาศอวดอ้างและเตือนให้เลิกการประกาศเช่นนั้นเสีย.”⁸⁵

อย่างไรก็ตาม เส้นแบ่งของความเป็น “วิทยาศาสตร์” เองก็ไม่ได้ชัดเจนสำหรับทุกคน (แม้กระทั่งผู้ที่ทำงานอยู่ภายใต้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน) อย่างที่คณะกรรมการแพทย์คิด ดังกรณีที่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับความหมายที่แน่นอนบางอย่างในคลังความรู้ทางการแพทย์ คือคำว่า “การคลอดบุตรธรรมดา” ระหว่างคณะกรรมการแพทย์, พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ อัยการของกรมตำรวจ และอธิบดีกรมอัยการ เนื่องจากมีผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันชั้น 1 สาขา ผดุงครรภ์ได้ใช้เครื่องมือ คือ “คีมคลอดบุตร.(Midwifery forceps)” เพื่อช่วยให้เด็กคลอดออกมาจนทำให้เด็กและมารดาเสียชีวิต. เมื่อญาติผู้ป่วยแจ้งความฟ้องร้องขึ้นมา พนักงานอัยการของกรมตำรวจได้สั่งไม่ฟ้องเพราะมีความเห็นว่าพยาบาลมีสิทธิใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเป็นเหตุสุดวิสัย. คณะกรรมการแพทย์ไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่ามีขอบเขตจำกัดในการปฏิบัติงานของผู้ที่เป็นพยาบาลซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้ภายในขอบเขตของ “การคลอดบุตรธรรมดา” จึงมอบหมายให้นายแพทย์เต็ม บุนนาค ทำหนังสือชี้แจงต่อตำรวจเรื่องความหมายของ “การคลอดบุตรธรรมดา” ว่าหมายถึง

“การคลอดบุตรตามธรรมชาติ ซึ่งคลอดโดยลมเบ่งและกำลังของมารดาตามธรรมชาติ ผู้ช่วยเหลือในการคลอดไม่ต้องใช้เครื่องมืออย่างหนึ่งอย่างใดเลย... วิธีคลอดโดยธรรมชาติ (Mechanism of Normal Labour)...[คือ] การคลอดบุตรโดยธรรมชาติที่ได้สั่งสอนและกำหนดให้นางผดุงครรภ์มีหน้าที่ปฏิบัติได้โดยลำพังตนเองนั้น คือ 1) ผู้ที่มีครรภ์มีอาการปกติ 2) ผู้ที่กำลังคลอดๆ โดยอาการปกติ 3) ผู้ที่คลอดแล้วมีอาการเป็นปกติ.”

นายแพทย์เต็มเห็นว่า ผู้ที่เป็นนางผดุงครรภ์ “ย่อมจักต้องมีความรู้ความเข้าใจโดยถ่องแท้ ว่า

อาการอย่างใดจึงเรียกว่า ‘ปกติ’ และถ้าผู้คลอดมีอาการไม่ปกติ ซึ่งนางผดุงครรภ์ก็ย่อมต้องมีความรู้” เพราะในอาการที่ “ไม่ปกติ” ดังกล่าวนั้นคือภาวะที่นางผดุงครรภ์ไม่มีหน้าที่ที่จะปฏิบัติต่อผู้คลอดแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย แต่จะต้องชี้แจงแนะนำให้หาแพทย์มาจัดการต่อไป “เว้นไว้แต่ในกรณีที่ผู้คลอดมีอาการผิดปกติหรือไม่ปกตินั้นจะตามแพทย์ไม่ทัน หรือตามแพทย์ไม่ได้แล้ว。”⁸⁶ ส่วนในร่างบันทึกข้อความในการชี้แจงต่อตำรวจของคณะกรรมการแพทย์นั้นอธิบายว่า ความหมายที่ว่า “ผู้ประกอบการโรคศิลป์แผนปัจจุบันชั้น 1 ในสาขามอตำแยมีสิทธิผดุงครรภ์ในเขตต์การคลอดธรรมดาได้ปราศจากจำกัดทั้งในส่วนมารดาและทารก...แต่วางยาสลบไม่ได้” นั้นอาจจะสรุปได้ว่าหมายถึง “การคลอดบุตรในท่าปกติซึ่งศีรษะเด็กจะโผล่จากช่องคลอด (Vertex presentation) และเด็กนั้นจะเคลื่อนออกมาได้โดยลมเบ่งของมารดาเองไม่ต้องใช้กำลังดันหรือกดอย่างอื่นหรือคีมคลอดบุตร (Midwifery forceps) ที่จะต้องใช้ช่วยให้เด็กเคลื่อนหรือออก นอกจากใช้มือของผู้ทำคลอด และเมื่อเด็กคลอดออกแล้วรกจะออกได้ในเวลาปกติโดยไม่ต้องใช้การล้วงหรือเครื่องมือแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย นอกจากนั้นมารดาและเด็กต้องเป็นปกติ เว้นแต่เนื่องจากเหตุอันสุดวิสัย。”⁸⁷ อย่างไรก็ตาม การตีความหมายของ “การคลอดบุตรธรรมดาได้ปราศจากจำกัด” ได้กลายเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันหลายครั้งระหว่างตำรวจพนักงานอัยการ และคณะกรรมการแพทย์ และในที่สุดต้องให้อธิบดีกรมอัยการทำหน้าที่วินิจฉัยชี้ขาดว่า “เมื่อผู้ต้องหาได้กระทำไปภายในเขตต์อำนาจตามใบอนุญาตที่ได้รับมาเช่นนี้ แม้จะปรากฏว่าได้กระทำเช่นนั้นเป็นอาจินต์ปฏิบัติ ก็เอาผิดแก่ผู้ต้องหาไม่ได้...จึงวินิจฉัยชี้ขาดไม่ฟ้องผู้ต้องหาเป็นไปตามคำสั่งของอัยการตำรวจนั้น”⁸⁸ ซึ่งคณะกรรมการแพทย์ก็ยังไม่เห็นด้วยและได้ลงมติด้วยเสียงส่วนใหญ่ของที่ประชุมเพื่อให้ส่งเรื่องไปให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความกฎกระทรวง。⁸⁹

นอกจากนี้ เรื่องที่คณะกรรมการแพทย์นำมาพิจารณาส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรองหรือไม่รับรองคุณวุฒิ/ความรู้ของผู้ที่ยื่นขอใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ โดยพิจารณาว่าได้ร่ำเรียนผ่านหลักสูตรที่สามารถเทียบเท่ากับหลักสูตรที่กระทรวงธรรมการกำหนดหรือไม่. คณะกรรมการแพทย์มีความเคร่งครัดกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จนกระทั่งว่าต้องตรวจสอบว่าผู้ร้องขอใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์นั้นสามารถนำใบประกาศนียบัตรฉบับจริงมา

แสดงต่อคณะกรรมการแพทย์ได้หรือไม่, ในบางกรณีแม้ว่าจะมีจดหมายรับรองจากอธิการบดี จุฬาลงกรณ์มาแล้วก็ยังไม่เพียงพอ ผู้ร้องจะต้องไปรับใบประกาศนียบัตรตัวจริงมาแสดงก่อน หรือในกรณีใบประกาศนียบัตรหายก็ต้องไปขอสำเนาประกาศนียบัตรจากจุฬาลงกรณ์มาแสดงก่อน.⁹⁰ แม้คณะกรรมการแพทย์จะมีความเห็นว่า ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่หรือแผนปัจจุบัน คือ สิ่งที่สามารถเข้าใจได้อย่างชัดเจนและประนีประนอมไม่ได้ ดังกรณีที่ห้ามไม่ให้ตีพิมพ์ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เพราะเห็นว่า “ตำราแพทย์นี้มีวิชาแพทย์แผนปัจจุบันปนอยู่มาก...เป็นข้อความที่ล้าสมัยแล้วและไม่ใช้วิชาแพทย์แผนโบราณอาจเป็นอันตรายได้ และนอกจากนี้ยังมีวิชาแพทย์แผนปัจจุบันแทรกอยู่อีกแห่งละเล็กละน้อยหลายแห่ง คณะกรรมการแพทย์เห็นไม่สมควรให้พิมพ์ข้อความเหล่านี้”⁹¹ แต่ในบางกรณีการกำหนดเส้นแบ่งที่ว่านี้ก็ เป็นสิ่งที่เลือนลางและยอมรับว่าบางครั้ง “การวินิจฉัยเรื่องนี้เป็นกรยากอยู่บ้าง เพราะกฎหมายไม่ชัดเจนพอ จึงมิได้กวดขันการควบคุมอย่างจริงจัง.”⁹²

อย่างไรก็ตาม ขณะที่สภาการแพทย์/คณะกรรมการแพทย์พยายามที่จะกำหนดมาตรฐานทางวิชาชีพของแพทย์ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์อยู่นั้น ปัญหาที่รัฐไทยต้องเผชิญอยู่ในขณะนั้น คือการขาดแคลนแพทย์ก็จะกลายเป็นพลังที่กลับมาบีบให้คลายมาตรฐานที่แข็งทื่อตายตัวนั้นลง ดังที่ พ.อ. พระยาพหลพลพยุหเสนา เสนอต่อคณะรัฐมนตรีว่าในขณะนั้นระบบราชการ “ยังขาดแพทย์” เนื่องจากมีแพทย์สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาในแต่ละปีจำนวนน้อย โดยที่ “ความจำเป็นที่จะใช้นายแพทย์ปริญญาทุกคนในเวลานี้เห็นว่ายังไม่สู้จำเป็นนัก เพราะในหน้าที่ราชการบางแห่งต้องการนายแพทย์อยู่มากและจะใช้แพทย์ปริญญาทุกแห่งเห็นว่ายังไม่เหมาะแก่ความต้องการ เช่น แพทย์หลวงประจำท้องที่ แพทย์ประจำสถานีอนามัย ผู้บังคับหมู่เสนารักษ์ เป็นต้น ควรใช้แพทย์ประกาศนียบัตรก็พอ ส่วนแพทย์ปริญญาควรประจำรักษาพยาบาลที่สำคัญๆ หรือในแผนกค้นคว้าวิทยาการหรือในโรงเรียนแพทย์.” พระยาพหลพลพยุหเสนาจึงเสนอให้กระทรวงธรรมการ “หาวิธีเพาะนายแพทย์โดยเปิดการเรียนขึ้นอีกแผนกหนึ่ง คือแพทย์ประกาศนียบัตร เมื่อเรียนสำเร็จแล้วให้ออกรับราชการในตำแหน่งข้าราชการชั้นสัญญาบัตร.”⁹³ กระทรวงธรรมการตอบว่า กำลังพิจารณาเรื่องนี้ร่วมกับสภากาชาดสยามและกรมสาธารณสุข

(กระทรวงมหาดไทย) อยู่ และเรื่องนี้ทำให้ ดร.เอลลิส คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าใจว่ารัฐบาลกำลังคิดโครงการผลิตแพทย์ชั้นต่ำขึ้นมา จึงเสนอต่อเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ ว่าหน้าที่ในการผลิตแพทย์นี้ไม่ใช่หน้าที่ของกรมสาธารณสุข ซึ่งอาจจะฝีกอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ แต่ไม่ใช่ฝีกอบรมแพทย์ที่จะออกไปเป็นแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลป์รับผิดชอบชีวิตคนได้ เพราะนั่นเป็นหน้าที่ของหน่วยงานด้านแพทยศาสตร์ศึกษา คือกระทรวงธรรมการและรัฐบาลสยาม ซึ่งมีนโยบายการศึกษาแพทย์แบบชั้นหนึ่ง และเป็นนโยบายที่ได้รับการรับรองโดยพระปรมาภิไธยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวและพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว. ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายดังกล่าว กระทรวงธรรมการก็ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ เนื่องจากหากมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจริง ก็จะทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อมาตรฐานของหลักสูตรแพทยศาสตร์ในปัจจุบัน และแปลความหมายว่ากำลังเกิดสภาพการแบ่งแยกทางอำนาจ เนื่องจากมีกระทรวงที่รับผิดชอบในการแพทยศาสตร์ศึกษาอยู่ถึง 2 กระทรวง อันเป็นสภาพที่ผิดแปลกที่จะไม่ก่อให้เกิดผลดีทั้งในการศึกษาและทางการแพทย์ในสยาม.⁹⁴

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการที่คณะแพทยศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไม่สามารถผลิตแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการของรัฐได้ เข้าใจว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้รัฐบาลแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง คือ คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2477 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน.⁹⁵ ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2477 หลวงประดิษฐมนูธรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการชุดดังกล่าวก็ได้มีจดหมายถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อขอให้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์และการเป็นแพทย์ โดยเข้าใจว่าเนื่องจากที่ประชุมของคณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาปัญหาขาดแคลนแพทย์และมาตรการที่จะผลิตแพทย์เพิ่ม และนำไปสู่ความพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานในการเรียนเตรียมแพทย์และแพทย์ เนื่องจากในปัจจุบัน “การเตรียมวิทย์ฐานะเบื้องต้นที่จะเข้าเรียนในคณะแพทย์” นั้นมีแต่ที่คณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น ดังนั้นเพื่อ “ให้โอกาสแก่สำนักศึกษาอื่นๆ ที่จะจัดเตรียมนักเรียนเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ได้ด้วย จึง

เห็นควรให้มีหลักสูตรมาตรฐานการศึกษาขั้นต่ำของการเตรียมแพทย์ไว้” และคณะกรรมการฯ มีความเห็นเกี่ยวกับการเรียนแพทย์ว่า “น่าจะจัดให้มีหลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการเป็นแพทย์ซึ่งรัฐบาลรับรองวิทยฐานะให้ประกอบโรคศิลป์ได้ตามพระราชบัญญัติการแพทย์.”⁹⁶

คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้ตั้งกรรมการขึ้นมาคณะหนึ่งเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ เป็นประธาน และมีกรรมการ คือ อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้แทนกระทรวงกลาโหม ผู้แทนสภาอากาศสยาม ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ผู้แทนแพทยสมาคม ผู้แทนกระทรวงการต่างประเทศ และ มจ.วัลลากร วรวรรณกับพระอัปภัทรพาธพิศาล เป็นกรรมการ โดยคุณวุฒิ.⁹⁷ คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้มีการประชุมกันและตั้งอนุกรรมการขึ้น 2 คณะสำหรับ 1) ร่างหลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์ และ 2) ร่างหลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการศึกษาแพทยศาสตร์โดยเฉพาะ. ในการประชุมคณะกรรมการฯ ดังกล่าว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการได้นำเอาจดหมายของ ดร.เอ.จี. เอลลิส คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กล่าวไปข้างต้นมาอ่านให้ที่ประชุมฟัง และเพิ่มเติมว่าทางกระทรวงธรรมการเคยมีหนังสือสอบถามไปยังกระทรวงมหาดไทย ซึ่งตอบกลับมาว่า “ไม่มีความประสงค์จะให้วิทยฐานะของแพทย์ต่ำลง[แต่]ต้องการให้มีแพทย์มาก ส่วนเรื่องลดเวลาเรียนนั้น ปัญหาในเรื่องการเรียนแพทย์จริงๆ ไม่ต้องการให้ลด ส่วนการเตรียมแพทย์อยากให้ลดเวลา แต่ไม่ลดวิชา.”⁹⁸ ในที่สุดคณะกรรมการฯ ก็ได้กำหนด “หลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์” ว่ามีกำหนดเวลา 2 ปี โดยจะต้องเรียนวิชาฟิสิกส์, เคมี, ชีววิทยา, และภาษาอังกฤษ (เฉพาะปีแรกเท่านั้น) ทั้งระบุว่าต่อไปหากหลักสูตรมัธยมได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นแล้วก็อาจร่นเวลาของหลักสูตรเตรียมแพทย์ให้เหลือเพียง 1 ปีได้, ส่วน “หลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการศึกษาแพทยศาสตร์” นั้นมีกำหนดเวลา 4 ปี โดยวิชาที่ต้องเรียนและเวลาสอนให้เป็นเช่นเดียวกับหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในขณะนั้น และระบุว่า “ควรมี” วิชานิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine) กับวิชาด้านโรคประสาท (Mental Diseases) อยู่ในหลักสูตรด้วย, ทั้งนี้ “ไม่ตัดสิทธิของสำนักศึกษาใดๆ ที่จะกำหนดหลักสูตรของตนให้สูงกว่ามาตรฐานขั้นต่ำที่วางไว้.”⁹⁹