

บทความพิเศษ

ประวัติการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในประเทศไทย

วิฑูรย์ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ., พ.ด.

(ภาควิชานิติเวชศาสตร์)

(รักษาการหัวหน้าภาควิชา: นายแพทย์ทรงฉัตร โศษยานนท์)

บทความนี้เขียนขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๘, เป็นตอนหนึ่งที่อยู่ในบทความชุดกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะในประเทศไทย, ซึ่งตั้งใจเขียนให้เป็นบทความอธิบายกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะโดยพิศดาร. แต่บทความชุดนี้นั้นยังคงค้างค้างมาจนบัดนี้ เพราะเหตุที่ผู้เขียนไปต่างประเทศประการหนึ่ง, อีกประการหนึ่งได้มี พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑, ซึ่งมีหลักการบางอย่างต่างไปจากกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะที่ใช้อยู่ขณะนี้. ฉะนั้นความคิดที่จะเขียนบทความชุดใหญ่ดังกล่าวข้างต้นจึงสวดหยุดลงชั่วคราวและส่งบทความตอนนี้ออกตีพิมพ์ในฐานะบทความชุดประวัติการแพทย์ไทย.

ประวัติ การประกอบโรคศิลปะหรือการใช้วิชาชีพในทางการแพทย์นั้นเป็นวิวัฒนาการ

ที่ควบคู่กันกับความเป็นมาของมนุษย์ทีเดียว, เพราะมนุษย์ที่เกิดมีขึ้นเป็นพวกแรกในโลกนั้นย่อมหลีกเลี่ยงขาดเจ็บอันตรายและความป่วยไข้ไม่พ้น. ผู้ที่ทำหน้าที่แพทย์คนแรกของมนุษย์คนแรกก็คือตัวเอง, เป็นการกระทำตามสัญชาตญาณโดยการใช้วิธีง่าย ๆ, เช่นการเลีย, การดูด, หรือการเป่าบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ, ตลอดจนการหาพืชหรือของบางอย่างมากินเพื่อขบกัดโรค. ต่อมาเมื่อมนุษย์อยู่รวมกันเป็นหมู่เป็นพวกและมีโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น, ความจำเป็นที่ต้องมีคนพวกหนึ่งซึ่งทำหน้าที่ขบกัดรักษาโรคโดยเฉพาะก็ย่อมมีขึ้น, และนี่เองเป็นกำเนิดของผู้ใช้วิชาชีพทางการแพทย์, ที่เราเรียกกันว่าผู้ประกอบโรคศิลปะในปัจจุบัน.

ในสมัยโบราณยุคก่อนประวัติศาสตร์, มนุษย์มีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

หรือโรคต่าง ๆ ว่าเป็นผลจากการที่มีสิ่งแปลกที่จากภายนอกเข้าไปอยู่ในร่างกาย, อาจจะเป็นก้างปลา, ยาพิษ, หรือวิญญาณร้าย. ผู้ที่ทำหน้าที่แพทย์นอกจากจะบำบัดรักษาด้วยวิธีการธรรมดาที่กล่าวแล้ว, ยังต้องใช้เวทมนต์คาถาและพิธีการทางไสยศาสตร์ต่างๆ เพื่อจะขับไล่วิญญาณดังกล่าวด้วย. แพทย์ในสมัยนั้นจึงได้แก่พวกแม่หมอ, หมอผี, หรือพระ(๑). เนื่องจากสมัยนั้นวัฒนธรรมที่สำคัญที่เริ่มขึ้นได้แก่ ภาษา, การค้นพบและการใช้ไฟ, การเลี้ยงสัตว์และการเพาะปลูก(๒), วัฒนธรรมในการศึกษาถ่ายทอดความรู้ยังไม่ปรากฏ, การถ่ายทอดวิชาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยังไม่มี, ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วย จึงยังไม่มี การควบคุมในระยะก่อนประวัติศาสตร์.

ความคิดที่จะให้มีการควบคุมการประกอบอาชีพทางบำบัดรักษาผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นเมื่อใดไม่ปรากฏ, เข้าใจว่าเป็นผลจากความเจริญรุ่งเรืองในวัฒนธรรมด้านต่างๆ, เช่นการมีภาษาเขียน, การถ่ายทอดความรู้เกิดขึ้น. ยุคนี้อยู่ในระยะต้นประวัติศาสตร์คือประมาณ ๕,๐๐๐ ปีมาแล้ว. ศูนย์กลางแห่งอารยธรรมในยุคนี้อยู่ที่ประเทศ อียิปต์,

สุเมเรีย, บาบิโลน, อินเดียและจีน. สำหรับใน อียิปต์ โบราณนั้นได้มีการค้นพบวิธีทำกระดาษจากต้น ป่าปapyrus, และจากหลักฐานในกระดาษ ป่าปapyrus นี้เองเราได้ทราบว่ากฎหมายและการแพทย์ของ อียิปต์เริ่มขึ้นเมื่อ ๓,๐๐๐ ปีก่อนคริสตกาลและวัฒนธรรมในระบบกฎหมายของ อียิปต์ได้เจริญรุ่งเรืองเป็นอันมาก. ปรากฏว่าผลของความเจริญทางวัฒนธรรมทางกฎหมายนี้เอง, การควบคุมการประกอบโรคศิลปะหรือการรักษาพยาบาลได้เกิดขึ้นในรูปของกฎหมาย, โดยพบว่า อียิปต์ โบราณได้มีกฎหมายจำกัดสิทธิในการรักษาพยาบาลไว้ให้ตกอยู่แก่สมาชิกของบุคคลบางชนชั้น, และผู้ที่ทำการรักษาพยาบาลได้ต้องได้รับการฝึกฝนเล่าเรียนจากบรรพบุรุษในตำรับตำราที่กำหนดไว้(๓). ในยุคเดียวกันนั้นในดินแดนที่เรียกว่า เมโสโปเตเมีย โบราณ, อันเป็นแหล่งของอารยธรรมอีกแห่งหนึ่ง, ก็มีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการประกอบโรคศิลปะขึ้นใช้ โดยเฉพาะปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายของพระเจ้า ฮัมมูราบี แห่งกรุง บาบิโลน (ประมาณ ๒,๒๕๐ ปี ก่อนคริสตกาล). กฎหมายการควบคุมการ

ประกอบโรคศิลปะนั้น ได้บัญญัติถึงเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่แพทย์จะไ้รับและโทษของการประกอบโรคศิลปะโดยประมาณไว้ดังนี้ : “ถ้าหมอรักษาคอนไซ้หาย, ไซ้มีค่าน้ำสำหรับ, และสามารถจะรักษาตาผู้ป่วยให้หายได้, จะไ้รับค่าตอบแทนด้วยเหรียญเงิน ๑๐ เหรียญ. คนไซ้เป็นทนายต้องจ่ายให้ ๒ เหรียญ. ถ้าหมอคอนไซ้มีค่าน้ำทุกที่, รักษาแล้วทำให้คนไซ้ตายก็, ทำให้ตาของคนไซ้บอดไปก็, มันผู้นั้นต้องถูกตัดมือ”(๔). สำหรับทางตะวันออก, ใน อินเดีย การประกอบโรคศิลปะก็ถูกควบคุมโดยกฎหมายเช่นเดียวกัน, สิทธิในการรักษาพยาบาลตกอยู่ในมือของคนบางวรรณะเท่านั้น และผู้จะเป็นแพทย์ต้องไ้รับการศึกษาอบรม. ส่วนในประเทศจีนนั้นแม้ว่าการแพทย์จะไ้เริ่มเป็นบันทึกแผ่นตั้งแต่ ๒,๕๐๐ ปีก่อนคริสตกาล, แต่ก็ไ้ปรากฏในยุคนั้น ไ้มีการควบคุมการประกอบโรคศิลปะกันอย่างไร.

ในสมัยต่อมาที่ทางประวัติศาสตร์เรียกว่า “สมัยศิลปวิทยาการ” ระหว่าง ๕,๐๐๐ - ๑,๐๐๐ ปีที่แล้วมา(๒), ศูนย์กลางอารยธรรมในยุคนั้นอยู่ที่ประเทศ กรีก และ โรมัน. วัฒนธรรมต่าง ๆ ที่เจริญ

ขึ้นในยุคนั้น ไ้แก่ความคิดเห็นในระบอบการปกครอง, การศึกษา, ศิลปะและปรัชญาวิทยาศาสตร์. สมัยนี้เองที่ ฮิปโปเครติส, บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบัน, ไ้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศ กรีก และได้เป็นผู้ให้กำเนิดคำปฏิญญาของ ฮิปโปเครติส, อันเสมือนธรรมนูญจริยาของแพทย์, นับเป็นการควบคุม การ ประกอบโรค ศิลปะในวง การภายในหมู่แพทย์อย่างหนึ่ง. ส่วนใน โรมันนั้นนอกจากไ้รับวัฒนธรรมจาก กรีก มาแล้ว, วัฒนธรรมสาธารณสุขศาสตร์ของโรม ไ้วิวัฒนาการไปมาก, และได้มีระบอบกฎหมาย จัสติเนียน อันเป็นต้นกำเนิดของนิติศาสตร์ตะวันตกในปัจจุบัน. และในประมวลกฎหมาย จัสติเนียน นี้เอง, ก็มีกฎหมายควบคุมการ ประกอบโรคศิลปะอยู่ด้วย, โดยกำหนดชั้นของผู้ประกอบโรคศิลปะ, กำหนดจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะในเมืองหนึ่ง ๆ, การสอบความรู้ความสามารถ, และได้กำหนดโทษสำหรับการประกอบโรคศิลปะโดยประมาณไว้ด้วย(๓). นับไ้ว่ากฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะในโลกปัจจุบันนี้มีต้นกำเนิดมาจากกฎหมาย จัสติเนียน โบราณนั่นเอง.

ความจำเป็นที่ต้องควบคุมการประกอบ โรคศิลปะ

ตามประวัติที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าการควบคุมการประกอบโรคศิลปะนั้นเป็นความคิดที่มีมานานและเกิดขึ้นเมื่อการแพทย์เริ่มเจริญเป็นขั้นก้าวหน้า ผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ทำการรักษาพยาบาลยึดถือการรักษาพยาบาลเป็นอาชีพได้อย่างแท้จริง และผู้เป็นต้นคิดที่จะให้มีการควบคุมการประกอบโรคศิลปะนั้นเชื่อว่ามาจากบุคคลสองฝ่าย, คือ :

๑. ฝ่ายผู้ประกอบโรคศิลปะเอง. เมื่อการประกอบโรคศิลปะเป็นวิชาชีพอย่างหนึ่งในสังคม, ผู้ใช้วิชาชีพนั้นก็ย่อมมีความต้องการอยู่เองที่จะให้มีการสงวนอาชีพหรือคุ้มครองผู้ประกอบอาชีพนี้ให้อยู่ในวงจำกัด. ผู้ประกอบโรคศิลปะจึงเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะด้วยกันยึดถือปฏิบัติเป็นแบบฉบับ, เช่นคำปฏิญาณของ ฮิปโปเครติส ดังกล่าวมาแล้วเป็นต้น. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้ามาประกอบอาชีพเช่นนี้ต้องผูกพันกับกฎเกณฑ์ดังกล่าว, นัยว่าเป็นวิธีการสงวนอาชีพอย่างหนึ่งนั่นเอง.

๒. ฝ่ายผู้ปกครองประเทศ. เนื่องจากผู้ประกอบโรคศิลปะมีความเกี่ยวข้องกับ

สุขภาพอนามัย และชีวิต ของประชาชน, นับว่าเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในทางสังคม เป็นอย่างยิ่ง อย่างจะขาดเสียมิได้, จำเป็นจะต้องให้ผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถอยู่ในมาตรฐานอันเป็นที่รับรองกัน. การที่จะยอมให้ใคร ๆ จะมาใช้วิชาชีพนี้โดยมิได้รับ การศึกษาอบรมนั้นเป็นอันตรายอย่างยิ่ง, ดังนั้นการควบคุมการประกอบโรคศิลปะจึงมาในรูปของกฎหมาย.

เมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นจากบุคคลทั้งสองฝ่ายดังกล่าวแล้ว ก็พอจะสรุปถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้ ๔ ประการ, ดังต่อไปนี้ :

- (๑) ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะมีความรู้ อยู่ในชั้นมาตรฐาน.
- (๒) ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะมีคุณสมบัติเหมาะสม.
- (๓) สงวนอาชีพ.
- (๔) ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะกระทำการในขอบเขตอันควร.

ความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดังกล่าวข้างต้น ไม่แต่เฉพาะอาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะทางแพทย์เท่านั้น, ในวงอาชีพ

อันก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน. ในประเทศที่เจริญก้าวหน้าในทางวิทยาการทั้งหลาย การออกกฎหมายควบคุมบุคคลในอาชีพต่างๆ นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง, ยิ่งพวกที่ใช้วิชาชีพด้วยแล้วย่อมมีความสำคัญต่อสังคมและประเทศชาติเป็นอันมาก, การออกกฎหมายควบคุมจึงเป็นสิ่งจำเป็น. การออกกฎหมายควบคุมนี้ ได้เปิดโอกาสให้มนุษยชนในหมู่ผู้ใช้วิชาชีพเดียวกันเป็นผู้ควบคุมกันเองด้วยโดยกฎหมายที่กำหนดเป็นคณะกรรมการขึ้นทำการควบคุม. ในประเทศไทยเรานับบุคคลในวงการอาชีพอื่นที่มีการควบคุมคือผู้ใช้วิชาชีพกฎหมาย(๕) วิศวกร(๖) นักบัญชี(๗) แม้แต่อาชีพนักมวย ก็มีเสียงเรียกร้องให้รัฐบาลออกกฎหมายควบคุม(๘) เยี่ยงในต่างประเทศ.

ประวัติ การ ควบคุม การ ประ กอบ โรค ศีลปะในประเทศไทย

ประวัติ การ ควบคุม การ ประ กอบ โรค ศีลปะในประเทศไทยแบ่งออกเป็น ๒ สมัย.

ก. ก่อน พ.ศ. ๒๔๖๖ ขึ้นไป แต่เดิมมาการแพทย์ของประเทศไทยเป็นการแพทย์โบราณ, ซึ่งอาศัยการเล่าเรียน

โดยการฝึกอบรมจากอาจารย์และตำราสืบทอดกันมา, และการที่กำหนดกฎเกณฑ์ว่าความรู้ที่ฝึกฝนอบรมมานั้นขนาดไหนจึงจะออกไปประกอบอาชีพได้นั้นไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอน. ฉะนั้นใครมีความรู้ทางสมุนไพรหรือทางไสยศาสตร์อยู่บ้างก็ย่อมจะต้องมีคนเจ็บไข้ ไปให้ทำการรักษาเป็นธรรมดา, และฝ่ายบ้านเมืองก็ยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการกฎหมายควบคุม, แม้แต่ทางราชการเองถ้าจำเป็นต้องใช้ปฏิบัติหน้าที่ในทางแพทย์, เช่นในกองทัพใครมีความรู้เรื่องสมุนไพรอยู่บ้างก็ยกย่องให้เป็นหมอยทหารเสียเลย(๙). แต่การที่จะกล่าวว่าระบอบการการ แพทย์แผนโบราณ ของไทยเรานั้นไม่มีการควบคุมการเสียเลยนั้นอาจจะไม่ถูกต้องนัก, แม้จะไม่มีกฎหมายควบคุมจากฝ่ายบ้านเมือง, การควบคุมระหว่าง ผู้ประกอบโรคศิลปะ ด้วยกัน นั้น ก็เป็นไปในรูปของการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์. ศิษย์ที่ฝึกฝนหาความรู้จากครูนั้น, ก่อนที่ครูจะถ่ายทอดความรู้ให้อย่างสมบูรณ์ ศิษย์นั้นต้องได้รับการอบรมให้ยึดมั่นใน จรรยา แพทย์ และ ความ กตัญญู รู้คุณจนเป็นที่มั่นใจได้เสียก่อน. ดังนั้นพิธี

ไหว้ครู สำหรับการ แพทย์แผนโบราณ จึง
นับว่าเป็นเรื่องสำคัญ^(๑๐) และก็น่าจะทำ
เป็นประจำ. เช่นนั้นนับได้ว่าเป็นวิธีการ
ควบคุมประกอบโรคศิลปะในระหว่างแพทย์
ด้วยกันอย่างหนึ่งนั่นเอง. จรรยาแพทย์
ดังกล่าวแล้วเป็นข้อผูกพันอย่างหนึ่งที่ผู้เป็น
แพทย์ต้อง ปฏิบัติ (บาง ตำรา ใช้ คำว่า
“แพทยาลังการ”^(๑๑), ซึ่งกล่าวด้วย

คุณธรรมอันเป็น เครื่อง ประคอง ของ หมอไว้
๑๒ ประการด้วยกัน,*) แต่ไม่มีสภาพขัง-
ค้ำเหมือนกฎหมาย, แม้กระนั้นก็ตามโทษ
สำหรับฝ่าฝืนก็คือคำสาปแช่ง. ขอยกตัว
อย่างจรรยาแพทย์ที่กล่าวไว้ในคัมภีร์ฉันท-
ศาสตร์สักตอนหนึ่งมาลงไว้ ในที่นี้ จะเห็น
ว่ายังสมสมัยอยู่เสมอและอยู่ในรูปของคำ
ประพันธ์ที่ไพเราะ, ดังต่อไปนี้ :

“แพทย์เอ๋ยอย่างมคฺลา
แพทย์ใจจะหนักทุกข์
พิริยสติตน
ศีลแปดและศีลห้า
ทรงไว้เป็นนิจกาล
เห็นลาภอย่าโลภนัก
ใช้น้อยว่าใช้หนา
โทโสจงอดใจ
คนใช้ยิ่งคร่ำมกล้ว
โมโหอย่าหลงเดห์
พยาบาลแก่คนไข้

จักขุมืดบ่เห็นหน
ไปสู่สุขนิพพานคด
ประพฤติได้จึงเป็นการ
เร่งรักษาสมათาน
ทั้งไตรรัตน์สรณา
อย่าหาญหักด้วยมารยา
อุบายกล่าวให้ฟังกลัว
สุขุมไว้อยู่ในตัว
มิควรขู่ให้อดใจ
ด้วยกาเมมิจฉาใน
ทั้งผู้ อนันกล่าวกล . . . ๗ ล ๗

* (๑) มีเมตตาจิตแก่คนไข้ (๒) ไม่เห็นแก่ลาภ (๓) ไม่เป็นคนโอ้อวด (๔) ไม่ปิดบังความเขลาของตนไว้
(๕) ไม่ปิดบังความดีของคนอื่น (๖) ไม่หวังกันลาภคนอื่น (๗) ไม่ลุ่มอำนาจแก่อคติ (๘) ไม่หวั่นไหว
ด้วยโลกกรรม คือ ลาภผล นินทา สรรเสริญ (๙) ละอายต่อบาป (๑๐) ไม่เกียจคร้านมักง่าย (๑๑)
ตรึงรองโดยแบบคาย (๑๒) ไม่เป็นคนมีสันดานอันประกอบด้วยความมัวเมาเป็นต้นว่า เสพสุรา สูบกัญชา
หรือยาฝิ่น.

... ผู้ใดใครทำขอบ
กุศลผลจะมี
เรียนรู้ให้แจ้งกระจัด
เร่งยากระหน้าไป
จะหนีหนีแต่ไกล
จึงหนีแพทย์นั้นหนา
อ้าวใจจนแก่กล้า
ต่อโรคเข้าระวาง
หินชาติแพทย์เหล่านี้
ทำกรรมนำใส่ตัว

ตามระบอบพระบาท
เอนกนับเบืองหน้าไป
เห็นโรคชด้อย่างสงสัย
อย่าถือใจว่าลองยา
ต่อจวนใกล้มรณา
ว่ามีรู้ในท่าทาง
แพทย์อื่นมากก็ขัดขวาง
ตรีโทษแล้วจึงออกตัว
เวรามีมิได้กลัว
จะตกไปในอบาย ... ๗ ล ๗^(๑๒)

ความจริงในสมัยก่อน พ.ศ. ๒๔๖๖, การ แพทย์ ของ ไทย จะมี เพียง การ แพทย์ แผนโบราณของไทยก็หาไม่. บางยุคบางสมัยก็มีแพทย์ต่างชาติได้นำการแพทย์ที่ใช้อยู่ในประเทศของตนเข้ามายังประเทศไทยด้วย, เช่นสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชก็มีแพทย์หลายชาติเข้ามาโดยมิได้ถูกกีดกัน^(๑๓). ต่อมาจนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ประเทศไทยได้มีการติดต่อกับประเทศทวีปยุโรป, ได้มีคณะหมอเสนาบดีของฝรั่งเศสได้เข้ามาทำการเผยแพร่ศาสนาพร้อมกันได้นำเอาการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเผยแพร่ด้วย, ทั้ง ๆ ที่หมอเสนาบดีของฝรั่งเศสก็หาได้เป็น แพทย์ไม่,

เพียงแต่ใช้ตำราแพทย์อย่างฝรั่งเป็นคู่มือแล้วทำการ ประกอบโรคศิลปะ โดยตรวจรักษา และ แจกยา แก่คนไข้ ทั่วไป. แต่การที่ประเทศไทย ไม่มี กฎหมาย ควบคุม การประกอบโรคศิลปะในระบายนั้นนับว่ายังไม่มีความจำเป็น และ ทั้งยัง เป็น การ เปิดโอกาส ให้ การ แพทย์ แผน ปัจจุบัน ได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศไทยด้วย เพราะคณะมิสชันนารี หรือหมอสอนศาสนาของฝรั่งบางคนเป็นแพทย์ จึงได้สร้างความเชื่อถือศรัทธาต่อการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในหมู่ประชาชนพลเมือง^(๑๔), อันเป็นแนวทางที่กระตุ้นให้ฝ่ายปกครองได้หันมาสนับสนุน และเริ่มกิจการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในปี

พ.ศ. ๒๔๓๐, และต่อมาได้ตั้งเป็นโรงเรียนแพทย์ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๓๒, แพทย์ในคณะ มีสจันนารีย์ ก็มีช่วยในกิจการของโรงเรียนแพทย์ในระยะเริ่มแรกเป็นอันมาก(๑๕).

ข. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๖ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๖๖ เป็นต้นมา ประเทศไทย ได้มีกฎหมาย ควบคุม การประกอบโรคศิลปะ ขึ้นใช้ ตามแบบของอารยประเทศภายใต้ชื่อว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖, และในคำปรารภของพระราชบัญญัติ ฉบับนี้ ได้แสดงเหตุที่ออกกฎหมายไว้ โดยชัดแจ้ง, ดังต่อไปนี้:

“มีพระบรมราชโองการในพระบาทสมเด็จพระรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราวุธ พระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว คำนวณเห็นเกล้าว่า

โดยที่ การประกอบโรคศิลปะ ย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน, โดยที่ ณ กาลบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนั้น, ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด, และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควร

ควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้นไป, จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้...”(๑๖)

เป็นที่น่าสังเกตว่ากฎหมาย ควบคุมการประกอบโรคศิลปะในประเทศไทยนั้น ได้มีขึ้นภายหลังที่ ได้ตั้งโรงเรียนแพทย์แผนปัจจุบันถึง ๓๔ ปี, และในปีออกพระราชบัญญัติดังกล่าวเป็นเวลา ที่มูลนิธิ ร็อคเคิลเลออร์ เริ่มเข้ามามีส่วนช่วยเหลือปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ให้เจริญทันสมัยยิ่งขึ้น. การตรากฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะนั้น คงเป็นผลจากการกระตุ้นจากแพทย์ชาวต่างประเทศ ที่เป็น อาจารย์ อยู่ในขณะนั้นด้วย. อนึ่ง แพทย์สมาคมแห่งกรุงสยาม ซึ่ง ได้ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๔ นั้น มีมติอุปสรรคข้อหนึ่งคือ เพื่อช่วยเหลือแพทย์ทั่วไปในการบำรุงความรู้และการประกอบอาชีพ(๑๗), ก็อาจจะมีส่วนในการให้มีพระราชบัญญัติดังกล่าวด้วยก็ได้.

พ.ร.บ. การแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ นี้, ต่อมาได้ถูกแก้ไขเพิ่มเติมอีก ๒ ครั้ง, คือ พ.ร.บ. การแพทย์เพิ่มเติมพุทธศักราช ๒๔๗๒ และพระราชบัญญัติการแพทย์แก้ไขเพิ่มเติมพุทธศักราช ๒๔๗๖. พ.ร.บ.

ฉะเชิงเทรา ๑๓ ปี ก็ถูกยกเลิกโดย
พ.ร.บ. ควบคุม การ ปรกอบ โรค คีลปะ
พุทธศักราช ๒๔๗๙, ซึ่งต่อมาได้ถูกแก้ไข
อีกหลายคราว แต่ก็ยังใช้บังคับอยู่จน
ถึงปัจจุบัน, ซึ่งมีอายุการใช้บังคับถึง ๓๔
ปีแล้ว.

ต่อมาพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม
พ.ศ. ๒๔๑๑ ได้ยกเลิกใช้บังคับเฉพาะการ
ควบคุม อาชีพ แพทย์ เท่านั้น และหลัก
เกณฑ์ ขาง อย่าง ที่ ปรากฏอยู่ใน กฎหมาย
ฉะเชิงเทรา นั้น ก็วิวัฒนาการ ไปจาก พระราช
บัญญัติ ควบคุม การ ปรกอบ โรค คีลปะ เติมน
ตนเอง.

เอกสารอ้างอิง

๑. Martí - Ibáñez, F.: A Prelude to
Medical History. MD Publications, New
York, 1961, pp. 30 - 35.

๒. อุทยานิน, เกษม: สังคมวิทยา; คำสอนชั้น
ปริญญาตรี พ.ศ. ๒๔๕๗. พิมพ์ครั้งที่ ๓, โรงพิมพ์
ไทยสัมพันธ์, พระนคร, ๒๕๐๓, หน้า ๑๑๕-๑๒๘.

๓. Smith, S.: In Gradwohl, R.B.H.
(Ed.): The History and Development of
Legal Medicine. C.V. Mosby, St. Louis,
1954, pp. 2 - 5.

๔. Ackerknecht, E.H.: A Short History
of Medicine. Ronald Press, New
York, 1955, p. 25.

๕. พระราชบัญญัติเนติบัณฑิตสภา พระพุทธ-
ศักราช ๒๕๐๗: ราชกิจจานุเบกษา (แผนกกฎหมาย)
เล่ม ๘๑, ตอนที่ ๑๕ ฉบับพิเศษ, วันที่ ๖ กพ. ๒๕๐๗,
หน้า ๓.

๖. พระราชบัญญัติวิชาชีพวิศวกรรม พ.ศ.
๒๕๐๕: ราชกิจจานุเบกษา (แผนกกฎหมาย) เล่ม
๗๕, ตอน ๖๗, ฉบับพิเศษ วันที่ ๗ กค. ๒๕๐๕,
หน้า ๕.

๗. พระราชบัญญัติผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๐๕:
ราชกิจจานุเบกษา (แผนกกฎหมาย) เล่ม ๗๕, ตอน
๕๘, ฉบับพิเศษ วันที่ ๑ พย. ๒๕๐๕, หน้า ๑.

๘. เจษฎาวิทย์: มวยล้มระบอบหนัก. หนังสือ
พิมพ์สยามนิกรรายวัน, ฉบับวันจันทร์ที่ ๑๘ มค.
๒๕๐๘.

๙. หะสิตเวท, อภัย: การแพทย์และพยาบาล
ของกองทัพไทยในอดีต. สารศิริราช ๒๕๐๔, ๑๓:
๔๕๖.

๑๐. เกตุสิงห์, อวย: พิธีไหว้ครูของคณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (บทบรรณาธิการ):
สารศิริราช ๒๕๐๔, ๑๓: ๔๖๖.

๑๑. พิเศษประสาทเวช, พระยา: "ตำรา" เวช-
ศึกษาแพทยศาสตร์สังเขป. พิมพ์ครั้งที่ ๒, พระนคร,
ร.ศ. ๑๒๕ (๒๔๕๔), หน้า ๑๐๖-๑๑๕.

๑๒. พิเศษประสาทเวช, พระยา: แพทยศาสตร์
สังเคราะห์. เล่ม ๑, พิมพ์ครั้งที่ ๒, โรงพิมพ์พฤกษ-
าศ, พระนคร, ๒๔๕๗, หน้า ๔-๘.

๑๓. เปล่งวานิช, สัจดี: การแพทย์ในสวน
ภูมิภาคของประเทศไทย. เวชสารกรมการแพทย์
๒๕๐๘, ๑๔: ๓๐.

๑๔. บรรดิเล, ตี.บี.: ประชุมพงศาวดารภาคที่
๓๑ จดหมายเหตุเรื่องมิชชันนารีอเมริกันเข้ามา
ประเทศสยาม, แปลโดย บ้วน อินทวงศ. โรงพิมพ์
โสภณพิพรรฒธนากร, ๒๔๖๘, หน้า ๖๘.

๑๕. พิณพาทย์พิทยาภ, หลวง: การศึกษา
แพทยศาสตร์แผนปัจจุบันในประเทศไทย. อนุสรณ์
กระทรวงสาธารณสุขครบ ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๕๐๐.
โรงพิมพ์อุดม, พระนคร, ๒๕๐๐, หน้า ๕๒๗-๕๔๒.

๑๖. พระราชบัญญัติการแพทย์พระพุทธศักราช
๒๔๖๖: ราชกิจจานุเบกษา (แผนกกฎหมาย) เล่ม
๘๐, วันที่ ๑๖ พย. ๒๔๖๖, หน้า ๑๓๖.

๑๗. แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย: อนุสรณ์
กระทรวงสาธารณสุขครบ ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๕๐๐.
โรงพิมพ์อุดม, ๒๕๐๐, หน้า ๓๕๕-๓๖๔.