

西醫 何以超然? 醫學霸權

「醫生，唔打針得唔得啊？」、「打針，快啲好。」擷取自經典廣告的對白，是港人看病日常的集體共鳴，從中也可以折射出，主流西醫專業在我城的絕對權威。我們都相信醫生，相信其專業；大小醫療事故中，病患和家屬質疑的頂多是醫生本人專業失格，卻絕少會懷疑，醫學專業背後的那一套經得起科學驗證的知識系統，並相信它是醫療中唯一的正統手段。所以中醫是中醫，脊醫是脊醫，唯有在醫學院六年訓練出來，在條例下註冊掛牌的西醫，才能夠以「醫生」自居。在這一種絕對性之下，西醫在香港能夠以專業之名，條例為器，百多年間築起了一個不容挑戰的自主王國：對內，它成了醫療體系下一切其他專職部門的最高統領；對外，它在政治及資源分配上搶佔了壓倒性的話語權，在香港醫療制度的發展上扮演著主導的角色。香港理工大學醫療及社會科學院前副院長余雲楚形容這是一種「醫學霸權」，他和一班學者編寫的新書《醫學霸權與香港醫療制度》，希望以此一現象為主軸，揭示香港醫療制度發展在過往三、四十年間，如何與醫學界的獨特角色和超然地位產生莫大關係。

文 | 梁仲禮

前世今生由百花齊放到一派獨大

要了解今天西醫一派獨大，首先要了解西方醫學的前世今生。余雲楚說，今天我們熟悉的西醫，歷史上原本只是西方醫學芸芸百家之中的其中「對抗療法（allopathic medicine）」一派，即指採取針對疾病本身的成因，透過藥物或手術等方法直接對抗、移除；與之相對的有「自然療法」（naturopathic medicine）、「整骨療法」（osteopathic medicine）和「脊椎療法」（chiropractic medicine）等等，即使在西方的十九世紀末（至二十世紀初），仍然是一個百花齊放的局面，各門各派的醫學療法在市場上互爭長短。

但隨着前者不斷排拒兼併，以法律註冊等途徑鞏固自己地位，扼殺其他療法的發展，在今天的現代社會中，再以「對抗療法」稱呼主流西醫，除了有貶義之嫌外，也難免科學不正確，而事實上不少西醫眼中的「另類療法」，也因為在發展過程中沒有科研基礎支持，來到今天被視為沒有實際效果的偽科學。

但余雲楚明言，他無意否定主流西醫的功能和價值，他批判的，是在其絕對權威性之下，延伸出種種對其他醫療專職的打壓行為，除了剝奪了病人的選擇外，長遠更為整體社會帶來沉重的隱性成本。

唔覺唔覺專業背後原是權力

以往我們對這些操作渾然未覺，甚至視之為理所當然，是社會發展過程中推崇「專業」使然；余從社會學的脈絡推進，指七八十年代間，傳統「專業社會學」乘着新一浪的馬克思主義和韋伯學，轉而傾向從「權力模式」出發，批判專業霸權：「以前普遍相信專業是和一般職業不同的，因為專業有他的特質，後人稱之為『特質模式』，但由七十年代開始出現了新的看法，認為這些職業上的特質，其實沒有想像中特別，很多行業中也有，嘗試以特質來解釋一些專業上的特權，是倒果為因，一個職業之所以能夠成為一門專業，背後因為他能掌握到權力。」

權力的遊戲之下，病人只能在診所外大排長龍，為了循例見一見醫生，為什麼一般的傷風感冒，三分鐘的簡單面診、取藥，簽發病假紙等工作，不能讓其他受過訓練的醫療專職負責？二〇一六年初，香港流感肆虐，公立醫院病房爆滿，人手嚴重不足，當時醫院管理局提出的其中一個應對措施，是假如病人只屬定期例行檢查和取藥，情況穩定，或不需要見醫生，可由護士按醫生之前的指示，直接為病人延續醫生既定的處方，合情合理的決定，事後卻引來醫生組織群起反對質疑。

醫生做埋行政

「醫生的地盤意識太強，永遠都想揸住個supply，同時又霸住地盤不讓其他行業做。」余雲楚認為，近年的醫委會改革風波延伸出來屢被批評的「醫醫相衛」現象，引入海外醫生解決人手問題一波三折，正正是醫療霸權陰影底下，醫學專業自主缺乏制衡之過：「回歸之前，香港的衛生福利司，全不是醫生來，無論黃錢其濂、周德熙，都是政

務官出身，外國的衛生部部長也是由政黨人士出任，即使醫院院長，很多都是專業的醫療行政人員，而不是醫生。」但香港醫管局十五名主要行政人員中，便有十三名為醫生，屬下醫院及醫療機構的行政總監，幾乎清一色是醫生；政府相關部門，自醫管局前行政總裁楊永強於一九九九年出任衛生福利局局長以來，歷任相關局長便一直由醫生擔任；至於食物及衛生局屬下的衛生署，其署長、副署長、絕大部分的助理署長，衛生防護中心總監及其屬下六個部門的主管等職位，亦長期由醫生佔據：「這邊廂話不夠醫生，那邊廂卻這麼多醫生走去做行政人員，是不是浪費了人才呢？而且全部決策者都是讀同一本書，說同一種語言，不會聽其他聲音，成班人咪塘水滾塘魚，你點可能有新意呢？」

霸權後遺症重醫療輕預防

但作為病人，關心的是能否得到最好的醫療服務，假如醫療霸權有助鞏固人才資源，說不定更能提升醫療質素，對整體社會有利。余雲楚解釋，

近日夏季流感爆發，社會重新掀起公私營醫療失衡的討論，但如果從歷史角度回溯，公共醫療系統在八九十年代急速膨脹，一九九〇年醫管局成立後，更接管了全港三十五間政府及補助醫院，最終把素來對公營醫療沒信心的病人也吸納過來，間接地抑壓了私家醫院地位和發展空間。今天政府重提要發展私營服務的同時，余雲楚問：「你一天不解決醫生不足的問題，又鼓勵私營醫療發展，只會令人手更加緊張，醫生流向私家醫院，甚至形成『旋轉門』。」霸權不除，老大難的醫療制度改革問題，同樣繼續兜兜轉轉。

醫療霸權的問題之一，是醫療資源過度集中於醫院服務，造成醫療服務的傾斜和不協調，比如追溯到當年沙士，便是因為社會長期重醫療而輕預防，令基層醫療及傳染病預防工作長期被忽視，種種隱性的社會成本一般人難以察覺，但其實潛規則底下，一些理應惠及社會大眾的改革措施，例如醫藥分家，往往也因為醫學界反對而多年來只聞樓梯聲響。

吸納 排拒

保護主義作祟

余雲楚認為，一切是醫生的保護主義作祟，「統屬」、「限制」，還有「排拒」（exclusion），將一些潛在競爭對手如中醫、脊醫等，排拒於正規醫療制度之外；未能成功時，便將之「吸納」（incorporation），把它們的部分內容收編。

限制

視光師訓練五年配眼鏡？

「統屬」以外，還有「限制」（limitation）。以眼科視光師（optometrists, ophthalmic opticians，下簡稱「視光師」）為例，他的發展歷史一路與眼科醫生並行，甚至乎彼此分享同一套科學觀，使用相同的器材，說着共同的語言。奈何今天香港的視光師，在大學接受過五年的專業訓練，畢業普遍只能在眼鏡舖擔當檢測視力，配製眼鏡等工作；在美國、加拿大及澳洲等地，視光師能夠參與基層眼部健康服務，不單可以為病人診斷眼疾，甚至可處方某些藥物和提供某種治療方法，從而減輕眼科醫生的工作。

「五年的訓練，其實可以做更加多的事。」今天大學的視光師課程訓練，涵蓋視界、辨色及眼球檢查，查看血管和量度視神經的損毀程度等，有足夠知識和能力協助眼科醫生進行分流，但在現行法律框架底下，視光師被歸類為「輔助醫療業」，在沒有轉介權（referral rights）的前提下，不能直接為病人診斷眼疾：「香港的醫生人手不夠，偏偏霸着一些工作，結果便是，正如我這本書所講，浪費資源，你給這些其他醫療專職的人員愈來愈多的教育，但在他們的工作中，根本很多發揮不到。」

統屬

生仔醫療化吸納助產士

