

4



魏东海 徐捷 刘俊荣 主编

Credibility 诚信

医院职业伦理

Hospital Ethics



哈尔滨出版社

医院经营管理前沿丛书

医院职业伦理

主编：魏东海
徐捷
刘俊荣

哈尔滨出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医院职业伦理 / 魏东海, 徐捷, 刘俊荣主编. — 哈尔滨: 哈尔滨出版社, 2003.9

(医院经营管理前沿丛书)

ISBN 7-80699-045-3

I. 医… II. ①魏…②徐…③刘… III. 医院-职业伦理
IV. R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 081002 号

责任编辑: 李毅男

封面设计: 罗菲

医院职业伦理

魏东海 徐捷 刘俊荣 主编

哈尔滨出版社

哈尔滨市南岗区贵新街 170 号

邮政编码: 150006 电话: 0451-86225161

E-mail: hrbcbbs@yeah.net

全国新华书店发行

东北财经大学印刷厂印刷

开本 850×1168 毫米 1/16 印张 11.5 字数 340 千字

2003 年 9 月第 1 版 2003 年 9 月第 1 次印刷

印数 1-3 000 册

ISBN 7-80699-045-3/R·3

全套定价: 200.00 元

版权所有, 侵权必究。举报电话: 0451-86225162

本社常年法律顾问: 北京岳成律师事务所黑龙江分所

本书谨献给：

中国卫生产业杂志创刊

全国卫生产业企业管理协会
民营医疗机构管理分会成立

编委会

主编：徐捷 陈绍福

策划：徐宝瑞

顾问：Louis Rubino Chang Zeph Yun
Achim Keppner 武春友 杜乐勋

编委：(按姓氏拼音排序)

Achim Keppner Chang Zeph Yun
陈绍福 成立兵 崔建军 崔国生
杜乐勋 傅宏义 傅丹 关桂春
高德武 高广颖 黄哲存 韩临春
霍玉涵 金 华 姜凤玺 Louis Rubino
刘志中 刘国祥 刘俊荣 李 弘
李明雯 秦 红 Rex Hancock
孙玉林 邵国富 邵卫东 武春友
王秋泰 王丽华 魏东海 徐捷
徐宝瑞 徐国光 徐连英 虞则立
赵凤瑞 郑朝阳 张 威 张文鸣
张牧寒 曾凡金

序 言

FOREWARD

我国自建立社会主义市场经济体制以来，国民经济和社会发展的各个方面都在发生巨大的变化。为适应市场经济发展，作为国民经济的一个重要组成部分的卫生事业也不断地在改革中得到发展。作为卫生体系中的医疗机构在非国有经济迅速发展的同时，在行业内形成了以公立医院为主导，多种经济成分并存的所有制结构，即出现了民营医疗机构、股份制医疗机构、中外合资医疗机构等。在党的“十六大”以后，伴随着入世的机遇与挑战，各级各类医疗机构将会进一步发生变化。部分医疗机构将转为民办和民营，产权主体多元化，出现了股份制改造、拍卖、有偿转让等形式；产权和经营权分离，出现了租赁、托管等形式；医院内部的管理模式、机制、方法等也在发生着大的变化。针对医疗机构改革中产生的新的思路和做法，它的热点与难题需要进一步去研究，去探索。

北京菲尼克斯医院管理公司和美国凤凰医院管理有限公司组织中外医院管理专家在编写出版《医院经营管理丛书》、《21世纪医院经营丛书》的基础上，恰逢《中国卫生产业》杂志创刊之日，又编写出版了这套《医院经营管理前沿丛书》，对当前普遍关注的问题进行了研究与探讨，以期较为全面地阐述医院经营管理的最新学术观点和理论发展。在医院管理领域的研究者与实践者之间搭起一座桥梁，提供一个新视点、新理论的学术园地。希望广大医院管理者肩负起历史责任，不辱使命，共同为中国医疗卫生事业的改革与发展，在理论创新和实践中做出应有的贡献。

孙隆椿

2003年8月

前言

PREFACE

进入 21 世纪,我国社会主义市场经济体制的确立和完善,医药卫生体制改革的深化,打破垄断,建立竞争机制,为我国医院的经营和发展注入了新的生机与活力,无论是非营利性医院还是营利性医院,公开、平等、竞争、开放的市场理念已成为医院经营管理者的共识。在这种充满竞争、文化多元和信息密集的环境下,医院将不得不接受社会更为严格的检验与监督。可以说,社会主义市场经济是法制经济,诚信是关键,职业伦理是医院赖以生存的基石。在公平开放的市场竞争中,没有伦理的医院将难逃被淘汰的厄运,没有伦理的医院管理者将被褫夺参与竞争的资格。

医院作为一种公益性的健康产业,在激烈的市场竞争中,应该始终把公众利益、患者利益和诚信放在第一位,并且社会效益和经济效益是一个共同体。但是,目前我国有的医院管理者为了追求本医院的利益,不惜采取各种非法的途径去达到目的。假医、假药、大处方、乱检查、乱收费、超低价、红包、回扣等一些虚假的不正当竞争行为,犹如一股逆流扰乱了医疗市场的秩序。不正当竞争不仅损害了医院诚实经营管理者 and 广大患者的权益,而且其医院本身也会失去公众的信任,或者受到法律的严惩而走上自毁之路。从这个意义上讲,不正当的市场竞争永远没有赢家。

从 20 世纪 70 年代起,在美国、西欧、日本的一些医疗机构就已经在医院内部逐步建立起严格的伦理制度和监管机制。医院的经营管理者不再认为医院之间的竞争应该是赤裸裸的斗争,不再认为打垮了竞争对手,就是自己赢了。这些共识促使医院改变了旧有的经营管理观念,把医院定位在追求效益与推动良性的社会变迁上,使医院能够长久持续地生存与发展下去。

目前,我国的医院刚刚从传统的计划经济向市场经济转型、转轨,就普遍地遇到了一些新的医院职业伦理问题,不知如何对待与处理,比较茫然。大家也认识到,一所医院仅仅具有装潢漂亮的大楼、精良的仪器设备等硬件环境,而没有与其相配套的服务理念,缺乏对患者的关爱和诚信,最终将会被患者所唾弃。高尚的职业道德、诚信的服务理念是医院生存和发展的精神土壤,只有在这样的土壤上才能绽开生命之花,重塑白衣天使的光辉形象。因此,医院必须树立“医德资源”的观念。有些医院提出了要“以德治院”,有些医院在加强医德建设,有些医院在塑造医院文化等,这些做法虽然产生了一些积极的效果,实际上还是停留在计划经济体制的医学伦理和医德的认知层面,仅仅停留在表层和一些形式上。我国医院的当务之急,应该是要尽快走出这个经营管理上的误区,也要将医院职业伦理作为医院体制改革的一个重要组成部分,在医院内建立起一套行之有效的医院职业伦理制度和监督机制,促使医院担负起更多的社会责任,共创人间净土,确保医院之

间、科室之间、员工之间的良性竞争，在正确的轨道上健康持续地发展。

正是基于此，我们组织国内一些专家、学者借鉴国内外一些医院成功的经验编写了这本《医院职业伦理》。本书主要阐述了医院职业伦理的内容、特征、核心、基本原则、范畴及规范，对医院诊疗工作、护理工作、医技工作、预防保健、医学科研等方面的职业伦理问题进行了重点分析，同时又对目前全球性的医院职业伦理难点问题：医患关系和现代生命技术对医院经营管理的冲击进行了探索，对国内医院做的比较好的一些案例做以介绍。目的是让我国医院的经营管理者感受到，在市场竞争中，医院的职业伦理不容忽视，不容回避，需要从制度和机制的角度来进行深层次的建设，真正将医院职业伦理落在实处，落在现代医院“大厦”的基础上，夯实夯牢。否则，它将会给医院的生存与发展带来根本性的灾难。由于医院职业伦理在国内还是一门新兴的理论与学科，没有成型的经验可资借鉴，它的理论体系、管理原则与方法等都有待进一步探索和研究，加之我们时间仓促，水平所限，错误疏漏与不当之处在所难免，敬请同仁与读者批评指正。

本书各章的编写分工为：第一章，刘俊荣（广州医学院）；第二、三章，周麟（广州医学院）；第四章，魏东海（广州医学院）；第五、十章，郭勇（新乡医学院）；第六章，王进芬（新乡医学院）；第七章，王亚峰（新乡医学院）；第八章，李生峰、王进芬（新乡医学院）；第九章，李生峰（新乡医学院）。

本书在编写过程中，参考了国内外一些文献资料，并得到国内一些高等医学院校和医院的大力支持帮助，在此一并致以深深地谢意。

编委会

2003年8月26日

目 录

CATALOGUE

第 1 章 职业与伦理	1
1.1 职业与医院职业	1
1.2 医院职业伦理的历史演变、内容及特征	11
1.3 医院职业伦理的核心——诚信	15
第 2 章 医院职业伦理的基本原则、规范和范畴	20
2.1 医院职业伦理的基本原则	20
2.2 医院职业伦理的基本规范	26
2.3 医院职业伦理的基本范畴	31
第 3 章 医院职业伦理教育、评价和实践	38
3.1 医院职业伦理教育	38
3.2 医院职业伦理的评价	42
3.3 医院职业伦理的建设实践	45
第 4 章 医院职业伦理与管理	50
4.1 医院的道德化管理	50
4.2 道德化管理的方法	54
4.3 医院伦理委员会与道德化管理	58
第 5 章 诊疗工作的职业伦理	63
5.1 诊疗工作的伦理要求	63
5.2 诊疗工作中的决策伦理	67
5.3 部分科室工作中的特殊伦理	73
第 6 章 护理工作的职业伦理	79
6.1 护士角色与护理伦理	79
6.2 护理伦理的基本要求	82
6.3 护理工作的伦理问题及分析	85
第 7 章 医技工作的职业伦理	92
7.1 医技工作的伦理评估	92
7.2 医技工作的伦理要求	94
7.3 生育控制与生殖技术应用中的伦理限制	97
第 8 章 医院预防保健和科研工作的职业伦理	105
8.1 预防保健工作的伦理特征	105
8.2 医院预防保健的伦理责任	107

8.3 医院科研工作的伦理规范	109
8.4 临床人体实验的伦理问题	112
8.5 医院科研工作者的伦理责任	117
第9章 医患关系与诚信	120
9.1 医患关系的实质及特征	120
9.2 医患关系的冲突	127
9.3 医患关系的调适	132
第10章 生命伦理困扰下的医院管理	136
10.1 人类基因组计划对医院管理的冲击	136
10.2 克隆技术对医院管理的挑战	140
10.3 脑死亡标准的实施与医院管理	143
10.4 医院职业伦理与安乐死	147
案例1 凤凰医院集团职业伦理指南	150
案例2 凤凰医院集团医师岗位责任状	168

第1章

职业与伦理

职业作为一种社会现象，经历了不同的历史发展阶段。不同的职业对人们的道德意识和道德行为，以及整个社会的道德习俗和道德传统有着不同的影响，由此形成了不同的职业伦理。医院职业伦理是随着医院及医生、护士等职业的出现而形成的，它具有不同于其他一般伦理的特殊规定性，由于医院职业的服务对象是“人”，因此“诚信”是医院职业伦理的核心。

1.1

职业与医院职业

1.1.1

职业的历史演变及内涵

职业不是从来就有的，也不是永恒不变的，而是在历史上产生并随着社会历史条件的变化而不断发展变化的。作为一种社会现象，职业是与社会分工和生产内部的劳动分工相联系的。因此，它是一种以社会分工和劳动分工为纽带的社会形式和社会关系。

在人类社会初期的野蛮时代，由于生产力水平极其低下，先民们主要靠狩猎而生活，社会成员之间不存在劳动上的专业和专责，分工完全是纯自然产生的，只存在于两性之间。男子打仗、打猎、捕鱼，获取食物的原料，并制作工具。女的管家，制作食物和衣服。到了野蛮时代中期阶段，一些先进的部落开始驯养动物，还种植了谷物，最后，终于从野蛮人群中分裂出游牧部落。这样，人类历史上出现了第一次社会大分工，即农业与畜牧业的分工。在出现了农业与畜牧业的分工之后，社会上出现两个具有不同工作内容和社会职责的专门劳动部门，一些人专门从事农业，另一些人则专门从事畜牧业，并相互交换产品。这便是最初的社会职业分工，也是最初的社会职业。由于畜牧业和农业的分离，促进了劳动生产率的不断提高，生产场所逐步扩大。到了野蛮时期的高级阶段，原始的纺织业、金属工具制造业、制陶业等手工业有了发展，生产日益多样化和技术日益发展。于是出现了第二次社会大分工，即手工业和农业的分工。这次分工比起上次分工，在性质上有了很大变化。如果说第一次分工只是简单的部落内部和部落间的物品交换。那么，第二次大分工就使得交换产品成为社会的必要手段。农业为手工业提供谷物、水果、植物油和葡萄酒；手工业则为农业提供各种金属工具、纺织品、陶器等等。由此，自然而然形成了一些职业集团。它们长期过着不同的职业生活，从事着不同的职业实践，承受着不同的职业责任，产生了各自的职业利益和需要，形成了因行业不同而产生的职业联系和职业关系。

原始社会末期,由于生产力的发展,由于铁器工具的使用,生产的剩余物品慢慢地多起来。这时,社会就能养活一部分人专门从事艺术活动、科学活动、商业活动和公共事务的管理活动,从而出现了体力劳动和脑力劳动之间的更大分工。在当时,脑力劳动职业是由统治阶级的成员担任的,与劳动人民无关。据史书记载,在奴隶社会中,中国基本的社会职业已经形成,到了封建社会,职业分工就更细了,职业就更多了。《周礼·考工记》曾经描述了当时的职业分工,指出“国有六职”,即王公、士大夫、百工、商旅、农夫、妇功。王公(高级统治集团)之职是“坐而论道”;士大夫(官僚贵族)之职是“作而行之”;百工(手工业)之职是“审曲面势,以势五材,以辨民器”;商旅(坐商行贩)之职是“通四方之珍异以资之”;农夫之职是“饰力以长地材”;妇功(家庭妇女)之职是“治丝麻以成之”。每一种职业内部,又分为不同的工种。就以百工而言,也有很多种:攻木之工七种,攻金之工六种,攻皮之工五种,设色之工五种,刮摩之工五种,搏埴之工两种,共计三十种。总之,当时的职业分工已相当精细。但是,相对现代社会来说,封建社会的职业仍然是很少的。主要是在封建社会中,社会生产力和社会分工并没有得到充分的发展,除了在乡村里有王公、贵族、僧侣和农民的划分,在城市里有师傅、帮工、学徒以及后来的平民短工的划分之外,就再没有什么大的职业分工了。职业的大量出现是产业革命之后的事,在资本主义工场手工业阶段,职业分工已经达到了很高的程度,从而为机器生产创造了条件。资本主义产业革命后,生产力开始突飞猛进地发展起来。大机器生产使社会生产的社会化程度越来越高,社会分工就越来越细,于是出现了众多的行业,而且在各行业中也都实行细致的职业分工,最终形成了众多的职业。在现代社会中,由于生产力、科学技术以及各项社会事业的迅速发展,加剧了职业分工的出现,促使职业多样化起来,终于出现了成千上万种职业的状况。美国有一部职业名称词典(《Dictionary of Occupational Title》),在1939年时,该词典中所收集的职业名称就达17 452种,而到1960年时,增至21 741种。

从总的发展方向上看,随着生产力和科学技术的发展,职业与职业分工呈现出越来越细、越来越多样化的状况。但也必须看到,由于社会分工的变化,以及科技革命造成的新领域和新材料的出现等原因,一些职业发展加强起来,而另一些职业则相对缩小,有的甚至消失。比如,随着服装生产由手工向工厂化生产发展,美国现在已经没有裁缝这样一个传统的职业了。由于锻造业的日益现代化,在许多国家,打铁这一职业也随之消失了。所以,职业与职业分工同世界上的万事万物一样,并不是永恒不变的。

社会发展的进程表明,人类的职业生活是一个历史的范畴,是随着生产力的发展而产生和发展的。自社会出现分工以后,人们一经进入社会生活,便分别终身地或较长时期地从事某一种具有专门业务和特定职责的社会活动,并以此作为自己获得生活资料的主要来源。因此,“一般地说,所谓职业,就是人们由于社会分工和生产内部的劳动分工,而长期从事的具有专门业务和特定职责,并以此作为主要生活来源的社会活动。”^①

1.1.2

医院的发展历程及其职业分工

1) 医院的发展历程

医院作为诊治疾病、照护病人的医疗机构,在保障公众健康方面起着非常重要的作用。与社会经济和科学文化及医学科技的发展水平相联系,医院的产生和发展大体上经历了古代萌芽时期医院、近代的医院和现代医院。

(1) 古代时期

我国在公元前7世纪春秋时期,齐国的政治家管仲在都城设立残废院;在公元2年汉朝建立了最早的收容传染病的隔离院;东汉时建立了军医院,称“庵庐”;元代军医院叫“安乐堂”;隋唐时代开始设立收容麻风病人的“病人坊”;唐代宋代有为病残而设的“病坊”、“养病坊”、“安济坊”等,这是我国古代医

^① 罗国杰主编:《伦理学》,人民出版社,1989年第1版,第245页。

院的雏形。

在国外,印度于公元前600年就有医院的雏形,收容贫困病人。在欧洲,公元4世纪在罗马就有了首批医院,这些医院的产生和发展是与基督教的兴衰密切相关的。基督教强调家庭和社会团体的义务,认为家庭和社会团体有责任帮助病人和需要照顾的人,而且一个人得到拯救和上帝的恩典的方法之一就是帮助穷人。从而,随着教会的兴盛,许多以宗教团体为基础的医院也兴盛起来。这样的医院一般坐落在教区内或教区附近,受教会管理,其目的在于促使教会进一步深入影响人们的日常生活。“但是,这些医院与现代医院不同,在这些医院中的大部分医务人员是修女和教士,治疗性质也几乎是精神的而不是医学治疗。事实上,护理并不是这些医院的主要特点,而且,这些医院也没有我们现在所说的医务人员,这些医院的性质无非是为病人、穷人,尤其是香客和信徒而建立的社会服务中心,这些医院在提供护理的同时,还提供其他许多社会服务项目。”此外,在中世纪因疫病流行,还相继建立了一些收容传染病、麻风病的隔离医院。

古代萌芽时期的医院大约从奴隶社会时期就有了,延续时间很长。在这两千余年中,个体医疗是社会医疗的主要形式。这是与古代经验医学发展阶段相适应的。古代萌芽时期的医院有以下特征:第一,在当时它还不是主要的医疗方式,医院数量很少,条件简陋且不固定,只是简单的集中收容病人的场所,只能说是医院的雏形,处于医院的萌芽时期,还不是科学意义上的医院;第二,它与宗教有密切联系,是对病残人员进行社会救济的“慈善性”事业,并非科学意义上的医院;第三,由于当时传染病的流行,所以对传染病病人收容可谓医院的重要起源;第四,宫廷医疗或军事医疗的需要是医院产生的重要原因之一。

(2) 近代时期

近代医院创始于欧洲,大约从16世纪开始。在这一时期,由于文艺复兴和宗教改革运动的兴起,许多医院不再受教会管理和控制,开始转入世俗社会的管理和控制,这造成一段时期内医院开始走下坡路。“因为,当时的医院费用不是由病人来支付的,而是靠捐助,因此,许多医院从教会手里转到社会以后,就因财政问题而不得不关门。但到了16世纪下半叶,这种情况开始发生变化。这种变化的主要动力是穷人生活的日益贫困及穷人数量的不断增加,由于这种情况,许多私人慈善家和社会团体给医院以资助,使其得到发展,其目的是使那些不雅观的穷人从大街上消失,即“眼不见,心不烦”。那些慈善家和慈善机构并非是想推动医学的发展和医院的现代化,而是想使医院成为穷人院,把孤儿、老人、残疾人和精神病患者都安置在医院内。”^①“到了17世纪,作为穷人院的医院没有多少变化,公众对医院的看法也没有改变。但是,医生们逐渐发现一个惊人的现象,医院里出现了大批工业事故造成的病人和受伤的人,而这些伤残者可以当做医院医学实验的试验品;而且,他们(病人)不得被送进医院,他们别无选择,这就使他们成为最好的试验品。……因此,医生们把病人当成试验品,医院成了实验室,医生们可以把病人的身体作为试验品来了解人体的构造和人体对药物及实验的反应。医生是当时社会上惟一了解医学知识的人,因此,他们逐渐控制了医院。到18世纪初,医生们改变了医院的基本性质和功用,即从提供社会服务开始转向提供原始的医学治疗。到19世纪,医院成为医学研究和教育的场所。”^②

近代医院的形成和发展,是西方资本主义经济和科学文化高度发展,特别是近代医学高度发展的产物。尤其是19世纪末至20世纪初,基础医学得到全面发展,预防医学日趋成熟,临床医学已发展为多学科专业化阶段,形成了以分科化、标准化、集体协作医疗为标志的近代医院。

与古代医院相比,近代医院有以下特点:第一,医院已成为社会医疗的主要形式。尽管还有大量个体医疗存在,但无论从医疗技术水平、医疗能力和物资条件来说,医院都处于领先地位,个体医疗只能退居辅助地位。第二,与西方近代医学的发展相适应,出现了专科分工、医护分工、医技分工。西方近代医学开始于“文艺复兴”以后,在当时由于手工业工厂的出现,生产力的发展,封建关系的瓦解,有力地推动

① [美] F.D. 沃林斯基著·健康社会学·社会科学文献出版社,1999年4月第2版,第443、444页。

② [美] F.D. 沃林斯基著·健康社会学·社会科学文献出版社,1999年4月第2版,第443~445页。

了科学技术的发展,也促进了医学的进步,使医学摆脱了僧侣的统制,克服了唯心主义的束缚,并实现了与其他科学技术成果的有机结合,从而使医学从经验阶段走上了实验分析阶段。而实验医学的发展要求专业分科、集体协作医疗。因此,专科分工(但分科尚不细)、医护分工(但分工还不充分)、医技分工,集体协作医疗是近代医院的基本特征。第三,在医疗技术上一般以物理诊断、实验诊断、化学治疗及一般手术治疗为主要手段。第四,在医院管理上,基本实现了标准化的科学管理,表现为医院的各项管理制度逐步建立和完善,各种组织逐步健全,各项技术操作逐步规范化。

我国近代医院的建立,始于清代鸦片战争前后,是从外国教会在中国各地设立一批教会医院开始的。1835年美国教会派传教医生伯驾(Parker),在广州设立教会医院(博济医院)。在旧社会,直到解放前(1949年),全国共有各种医疗卫生机构3670所,卫生人员541240人,其中医院2600所,病床80000张,而且74.8%集中在城市,医疗费用昂贵,城乡劳动人民很少有条件进医院看病。解放后,在党和人民政府的领导下,不仅改造和发展了旧医院,而且陆续新建了大批医院,形成以医院为中心的城乡医疗网,在医院建设上取得了巨大成绩。

(3) 现代时期

20世纪第二次世界大战以后,由于电子、核子、计算机等科学技术成就向医学领域的渗透,促使医学向微观和宏观两方面发展,产生了分子生物学、现代免疫学、遗传工程学、病理生物学、生物物理学、生物医学工程 etc 新兴学科,使医学发展进入了现代医学阶段。现代医学突破了近代医学分门别类地对人体形态功能和疾病表现进行观察描述的观念,开始进入更加高级的进行辩证综合研究的新阶段。与现代医学的发展相适应,本世纪70年代在欧美等工业、科技先进国家的医院,也随之进入现代医院发展阶段。这是现代化经济、科学技术、文化发展的必然结果,特别是现代医学科技发展的必然结果。

现代医院具有以下特点:

第一,更加重视人的作用。现代医院是医学科技水平较高的医院,在这样的医院首先需要的就是掌握现代医学技术的人。重视人才、重视科技队伍的知识结构、重视在职培训,这是现代管理思想的特点,也是现代医院的一个重要特征。

第二,专业分科越来越细,协作要求越来越高。专业分科越来越细是现代医学科学发展的必然趋势。专业化分科是一个方面,多学科协作是又一个方面,二者不可分割。一个是精度,一个是广度。现代医学不仅要求精度而且要求广度,这样医学科学才能迅速发展。如西欧、美国的心血管外科的发展很快,在一般综合医院里比较普及,手术数量大,安全性高,其原因固然很多,但专业化和多学科协作是其中的重要原因。如心外科的发展是心内科、病理科、放射科、检验科、麻醉科、手术室、血库和灌注技术等专业的通力协作、共同进步促成的。有关科室在设备上力求先进,技术上精益求精,积极主动高质量地完成份内工作,是共同进步的保证。没有专业就没有精度,没有广度也就没有真正的精度。现代医院的业务活动,就是建立在高度的专科分工和多学科密切协作的基础上的。

第三,临床与基础研究的结合更加密切。临床工作密切地与实验室基础研究相结合是现代医院的又一个特点。这要求临床医师要有较好的基础医学和实验研究水平。目前我国不少医院在临床诊疗和技术水平比国外现代医院并不差,但实验研究水平和条件往往不够。

第四,护理工作成为医疗工作的一支重要力量。护理工作的作用日益重要,是现代医院又一个特点。医护分工,但护理工作从属于医疗是近代医院的特点。现代护理学已发展为临床医学中的专门学科,内容日益丰富,对于提高医学服务质量,发展医学科学帮助很大。现代医疗形成医护高度分工,护理工作处于相对独立的地位,组织上需要由护理部统一领导,形成体系,工作上以护理病人为主,协助医生治疗为辅。病房具体治疗观察工作主要靠护理人员完成。护理工作责任重大,人员素质要求高,独立工作的护理人员要求受过中等以上的教育。护理人员编制比较大(国外一般认为护床比至少应为1:2以上)。

第五,预防和对危重病人的抢救成为医院管理的重点。现代医院非常重视院内预防工作和急危重病人的抢救,一般作为两项关键性的工作进行管理。社会主义现代医院,更应该重视贯彻“预防为主”的思想,这种思想包含两方面的内容:一是医院除医治病人外,还必须在社会预防保健工作上做出责无旁贷的

贡献,这就是扩大预防的意思,如进行健康检查、疾病普查、保健咨询指导等。随着人们物质文化生活水平的提高,人们群众对医疗卫生保健的要求越来越高,这方面任务将越来越重要。

第六,医院管理的科学化、系统化、信息化。科学管理首先强调标准化管理,如严格的规章制度、标准化的质量控制体系、规范的操作程序等。科学管理还要求具有合理化的组织机构、人员精干、责任分明、效率高等;系统管理主要是把医院作为一个完整的管理体系,强调以提高医院的整体性能来进行管理。信息是医院进行医疗活动和管理活动的最基本的要素。现代医院信息是很复杂的,只有对信息及时准确地收集、分析、处理才能进行有效地管理。所以现代医院要建立医院信息系统,而运用电子计算机处理信息是必然的发展趋势。

此外,重视医学科学情报工作和医学图书资料工作,也是现代医院的一个特点。

2) 医院的职业分工

根据我国医院组织机构、体制、任务、职能分工以及医院现代化的要求,我国医院人员的职类大体可分为四类:即卫生技术人员、工程技术人员、工勤人员、党政管理人员。

(1) 卫生技术人员

卫生技术人员是医院的主体,是指受过高等和中等医药卫生教育或培训,掌握医药卫生知识,经卫生部门审查合格,从事医疗预防、药剂、护理、卫生技术管理或其他专业技术的人员。卫生技术人员是直接从事医疗保健工作,完成医疗任务的基本力量。它包括四类:即医疗防疫人员、药剂人员、护理人员、其他技术人员。

医疗防疫人员是指从事医疗、卫生防疫、寄生虫及地方病防治、工业卫生、妇幼保健、计划生育等专业工作的中医(含民族医)、西医、中西医结合医等人员。

药剂人员是指从事药剂、药检工作的人员,包括从事中药和西药专业的技术人员。

护理人员是指在医疗、门诊部和其他医疗预防机构内担任各种护理工作,在医师指导下执行治疗或在负责地段内担任一般医疗处理和卫生防疫等工作的人员。

其他技术人员是指从事检验、理疗、病理、口腔、同位素、放射、营养等技术操作,器械维修以及生物制品研制等专业技术人员。

(2) 工程技术人员

医院工程技术人员,是随着医院逐步现代化而增设的。他们的主要任务是:对医院建筑、装备、设施进行规划、选择、维护、监视和研制,以保证医院各种现代化装备与设施的正常运行。医院所需要的工程技术专业大体上有:生物医学工程、医疗设备工程、建筑工程、机械工程和采暖、制冷、空调、净化处理、电子计算机、医疗器械、核子设备、激光、计量等专业。其技术职称定为:高级工程师、工程师、助理工程师、技术员。

(3) 工勤人员

工勤人员(包括炊事人员)种类繁多,可根据实际需要设置。

(4) 行政管理人员及党群工作人员

行政管理人员是医院工作的指挥和管理人员。

设院长、副院长及行政科室的主任、副主任、科长、副科长、秘书、干事、管理员、文书、收发员、打字员、档案员、挂号员等。

医院管理是一门科学技术,其技术职称与医疗技术人员职称相同。

信息资料管理部门:统计人员职称有高级统计师、统计师、助理统计师和统计员。病案资料人员职称尚待拟订,目前一般设病案室主任、病案管理员、资料管理员、摄影技师、绘图员。图书室一般设图书管理员,大型医院图书馆按图书馆人员职称设职。

医院财务人员专业职称为:高级会计师、会计师、助理会计师、会计员。

党群工作人员按实际情况设定。

1.1.3

医护职业的历史沿革

1) 医生职业

(1) 西方医生职业的历史发展

所谓职业是指个人在社会中所借以作为主要生活来源的工作。中国古代“职”意为份内应执掌之事，即职业。《书·周官》有：“六卿分职，各率其属”。《周礼·大宰》也有“以九职任万民”，把职业分为九类。英语中 profession 一词，来自中世纪拉丁语的 professio，意思是指在艺术和科学方面需要特殊训练的工作，尤其是指法律、神学和医学等方面的职业。职业化通常被认为是列举职业的特征属性，它主要包括掌握系统的知识并要求具有服务于他人的理想。其他属性还有：全日制工作、专业化、自我管理、集体精神、伦理准则、技术培训、技术控制等。然而，很少职业完全满足上述的所有标准。通常所指的职业特性为责任感和特权，因此，职业是与社会的伦理缔约。职业团体确保提供服务、防止滥用、维护标准，而社会则同意其拥有权威、自由和地位。

医学是最早独立的职业之一。约在公元前 1900 年的汉谟拉比法典中就明确认为医生是一种专门的职业，并且规定了医生的刑事和民事责任。古代埃及医生构成了一种特殊阶层，并具有严格的分科，如牙医、接骨、腹部病等，医生享有显贵阶层的尊荣和特权，但医生行医也受到特殊法规的约束：医生按照古代名医制定的医治法行医，若病人死亡，任凭如何控告仍可无罪，即只看其对医治标准的遵守情况而不计其结果；反之，若违背条文，则可处死。医生也被告诫应该友善对待病人，尊重病人等。

在荷马史诗中记述了早期希腊的业医状况。从《伊里亚特》中可知已有职业医生，并认为医生是大众的公仆。在《奥德赛》关于职业医生的记载中，认为医生不是勇士和牧师，而是一种职业工作者，其地位等同于木匠和铁匠等手艺人。希罗多德也论述过医生的业医情况，他说：“古希腊医生戴谟凯代司离开克罗屯去埃及纳行医，在不到一年的时间里就以医术闻名。第二年，埃及纳人以 1 塔兰特的报酬任命他为公家医生，次年，雅典人用 100 米那雇佣他”。

但是，在荷马时期的医生仅用外科和药物治疗创伤，他们并不提供内科治疗和疫病的防治，盖伦认为，当时的内科病是宗教问题，而不是医学问题。从荷马时代起，医生属于游走的手艺人，医生很少永久居住在一地。没有医学学校，也不需要培训，任何人都可自由开业行医，政府不颁发任何执照，医生完全凭自己的良心行医。责任感完全取决于个人的意识和行为。医学被认为是一种急切的需要，而不是一种崇高的活动。因此，医生没有其他的义不容辞的义务，也没有其他的个人品德被要求。由于行医的混乱状况，那些技术更好的医生们自愿建立了一组行医规范，以维护自己的声誉和保护病人的利益。从希波克拉底全集中，我们可以发现公元前 5 世纪前希腊社会中已有了医学社团的证据。

公元前 9 世纪至公元前 5 世纪是希腊医学从工匠的医学向科学的医学过渡的时代。在这段时期里，存在着形形色色的行医人。阿斯克来皮斯圣庙的僧侣医生是有组织的医生团体，他们在圣庙里治疗病人，对于酬金有严格的规定。此外，还有被称为阿斯克来皮亚得 (Asclepiads) 的医生团体。虽然对于他们是属于传授行医奥秘的医生家庭，还是一种更广泛的行会组织，众说不一，但是至少可以肯定，他们是一种松散的、非僧侣的、地域性的团体。这种社团的兴起，部分上是因为早期的希腊医生作为游走的手艺人或走方医生，希望找到一种保护自己的措施。

古代希腊医生属于手艺人。作为手艺人，他既可以居住一地为人治病，也可以游走行医。病人可以到医生的诊铺诊治疾病，医生也可去病人家中。走方医生除在城镇的市场上或其他任何地方摆摊行医外，也去病人家中看病。任何人都可以自由行医，不存在任何权威的控制。作为手艺人，医生在社会上被划为商人一类，社会地位并不高，但比其他手艺人的地位要高些，因为医学中有哲学。雅典的医生到公家做事之前，必须先到民会报告其学派和老师的姓名，然后才可能被任命。这种状况决定了病人对医生的态度，以及医生对病人的态度。医生努力做好他的工作是为了挣钱，而病人试图获得对医生水平的客观判断，以鉴

别庸医和良医。因此,医生必须考虑到他的行为举止,通过一些机会来显示他的价值,使人们能够藉此做出判断。这就意味着医生在与病人的关系中有许多非医疗成分的考虑。

公元前6世纪左右,希腊医学中形成了一些医学学派,如克罗屯(Croton)学派、奈达斯(Cnidus)学派、西西里(Sicily)学派等,学派之间虽观点有异,但都企图在思辨的基础上建立一种可以解释生命现象的哲学体系。他们开始把一种基于观察和经验的批判的思想应用到医学知识上。如科斯学派把其注意力从疾病转向病人,他们更关心的是病人的预后,而不是诊断的辩论和病因的解释。希波克拉底时代,行医已成为一种受人尊敬的职业,医生开展有组织的活动,建立了“同业会”。这些医学学派不仅是学术组织,也是职业组织,因而对团体成员的行为规范有着比较严格的要求。希波克拉底的医德思想就是在这样的背景下形成的。但是,正如R. Roberts指出的:“希氏誓词不是作为一个法典写的,它是一个徒弟对师傅、教师忠诚的誓言,一个不伤害师傅而不是不伤害社会的誓言”。因此,希氏誓词是一个医学社团成员必须遵循的行为准则。

至罗马初期,医生尚处于社会的低层,行医被看作是一种卑贱的职业,常雇佣奴隶、战俘和外国人做医生,医学教育处于不稳定状态。罗马帝国时期,法律所规定的医学学校在社会和国家中占有特殊的地位,并且有了系统化的医学教育。在哈得良皇帝所设立的学校中,医生已有了一定的地位。完成了正规学习的医生被指定称为“共和国医生”(medicus a republica)。在罗马、马赛、里昂、雅典、亚历山大等地都有医学学校,但真正的医学教育机构是从公元3世纪开始的,塞维鲁(Alexander Severus)皇帝建立教授医学的专门学校。医学学校除教育功能外,也有管理功能,行医者必须由学校证明,并且必须经最高级的医生的证明才能得到行医许可证。罗马的著名医学家盖仑曾培养了许多知名的医生。

罗马帝国后期,医学教育制度的正规化使得教育机构权威上升,并在相当一段时间内拥有管理医学职业的职能,这种传统随着中世纪后期医学学校的兴起而得到加强。东哥特(Ostrogoths)国王狄奥多里克(Theodoric)继承了罗马帝国的卫生管理制度,并制定了规定御医院院士的权利与义务的誓词,强调了医学是施惠于柔弱的人类的最有用的技艺,要求医生憎恨不义而热爱诚实,在这高尚的技艺中表现出是位公平的仲裁人,犯了妨碍他人健康的罪就等于杀人。

至中世纪医生行会系统有了很大的发展。1258年,威尼斯成立了内外科医生行会。佛罗伦萨于1296年成立了医生和药师行会,在当时这个中世纪欧洲最大的工商业和文化城市的行会系统中,名列第六位。虽然这时医生行会的地位不算太高,但名声较好,它与画家、作家、书商列在一起,代表着佛罗伦萨文化中的精英。1300年以后,由于医生申请加入行会的条件要求加入行会者必须具有大学学位,并需通过行会会议的考试,从而使医生药剂师行会的地位有了进一步的提高。

中世纪医学地位的升高与医学在大学内的建制化密切相关。在12世纪至13世纪,大学以神学、法学和医学组成高层次的学院,随之建立起一系列的制度:课程设置、考试、论文以及收费制度等等。与之相适应,大学授予的学位成为职业认定的标准,此外大学还颁发开业执照。最有名的如萨勒诺医学学校,罗曼王Roger和罗马皇帝Frederick二世于1140年和1231年,分别颁布了医学开业者的考试和执照法,考试即由萨勒诺大学主持。与此同时,《希波克拉底誓词》作为处理师生和同行关系的行为准则,出现在医学生毕业的宣誓中,成为医生职业的重要伦理规范。

当时大学毕业的医生大多是为上层社会服务的,属于上层医生。为一般平民治病的下层医生由理发师、外科医生、药剂师、产婆、接骨者、牙医、眼医等构成。中世纪后期,这些下层医生也组织起自己的行会,管理学徒出师考试、保护同业人员以及颁发执照等。无论是上层还是下层行会对医生都有一定的道德要求,如诚实、行为端庄、沉着、禁止在公共酒馆或妓院饮酒作乐等。行会对医生的过错有惩罚,如对于在治疗中使病人受到伤害的医生要给予经济补偿。

文艺复兴以后,科学医学的迅速发展,使得传统的医学建制结构开始发生改变:一方面是医生等级制度的解体,外科医生和药剂师的地位上升,打破了内科医生统治医学的传统。1618年药剂师从杂货商中独立出来,1745年,英国的理发师外科医生公会改名为皇家外科公会,1800年又改名为皇家外科学会。1742年,巴黎外科医生也进入医学学会。外科医生拥有了与内科医生平等的地位。另一方面大学和行会