

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2010 年 第 1 期
(总第 15 期 医院评审专刊)

上海市卫生发展研究中心

2010 年 1 月 15 日

编者按 本刊创刊以来，共编辑出版了 14 期，内容涵盖医药卫生体制改革、金融危机对医药卫生行业的影响、卫生总费用、基本药物、医改监测与评价等方面。近期，本中心召开了特约研究员及各区县卫生政策联络员会议，将对办刊形式、主题和内容等进行完善。

医疗服务的质量和安全是医院管理的永恒主题。为了加强医疗服务监管，按照市政府的“三定”方案，2009 年上海市卫生局增设了医疗服务监管处，主要承担全市医疗服务行业监管、医院综合评价评审、推动公立医院改革等相关工作。2010 年本市将启动新一轮医院评审工作。为配合此项工作，本刊邀请中心主任胡善联教授撰写《美国最佳医院的评审方法》，介绍国际医院评审的实践经验。同时，本中心结合国内外医院评审研究文献撰写综述，并对卫生部《综合医院评价标准（修订稿）》相关问题进行解析。编辑转载了华山医院汪志明副院长的文章《JCI 评审与国内综合医院管理评估的比较研究》。

新年伊始，编辑部全体同仁恭祝各位领导和专家身体健康，工作顺利！



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 3 卷 第 1 期 (总第 15 期)
2010 年 1 月 15 日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121879
E-mail: wszcyjz@163.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 夏 毅
主编: 胡善联
常务副主编: 刘雪峰
本期执行主编: 晏 波
副主编: 付 晨
丁汉升
编辑部主任: 张崖冰
荆丽梅
编辑: 张 进
彭 颖

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

美国最佳医院的评审方法·····	1
1 美国医院评审的阶段·····	2
2 医院质量评审的指标·····	3
3 医院信息的透明化·····	6

文献综述

国内外医院评审发展历程·····	8
1 国内医院评审发展历程·····	9
2 国外医院评审的进展·····	10
3 国际医院评审框架比较·····	15

政策解析

《综合医院评价标准(修订稿)》解析·····	19
1 标准的修订思路·····	20
2 标准的基本框架与主要内容·····	20

他山之石

JCI评审与国内综合医院管理评估的比较研究*·····	26
1 综合医院管理评估的特点·····	28
2 国际医院认证(JCI)的特点·····	29
3 国际医疗机构评审与综合医院管理评估的比较·····	31
4 讨论·····	33

美国最佳医院的评审方法

胡善联

【摘要】 随着患者对最佳医院信息需求的增加，美国于 20 世纪 90 年代开展最佳医院（America's Best Hospitals）评审工作。本文以 2006 年为例，简要介绍美国最佳医院评审的两个阶段、两个指标（医院质量指数和医院资料综合评分指标）、医院信息透明化等内容。

患病后想找一家好医院就诊是人之常情。90 年代以前美国患者很少有最佳医院方面的信息需求。而 90 年代之后，美国每年都会进行全国最佳医院的评审工作，一般由民间机构进行第三方评估。美国最佳医院评审在 1993-2004 年由芝加哥大学全国民意研究中心评审排名，2005 年以后改由国际 Triangle Research Institute 评审排名。美国新闻与世界报道（U.S. News & World Report）对每年一度的美国医院质量夏季评审结果公布一次，称之为美国最佳医院（America's Best Hospitals）。调查评审范围包括 16 个专科，被评审的专科数量代表着医院服务的广度。评审目的主要是使患者获得关于可以提供高质量疑难杂症医疗服务医院的信息，因此评审结果一般都会在全国性的报纸上向大众公布。

2006 年的美国最佳医院评审工作共评审了全美 5189 家医院，并根据综合评分对医院进行排位，但评审的方法学历年来没有较大改变。2006 年美国最佳医院评审的范围包括了每所医院的 16 个专科，

并且每年所评审的专科不断地变化，如老年科由于其诊疗范围与心脏内、外科重叠，所以从 2006 年之后该专科就被排除了。本文主要介绍美国医院质量评审方法，由于中、美两国的国情不同，所以本文仅供我国医院管理者和医务人员参考。

1 美国医院评审的阶段

美国最佳医院的评审分两个阶段进行。首先初步筛选出符合条件的医院，然后对这些医院的评价指标进行综合评分和公示排名。

第一阶段根据 18 项医疗技术中至少有 9 项技术在医院实施的评选条件，从 5189 个社区以上的医院（必须是医学院校附属教学医院）中选出符合评选条件的 1556 所医院。上述 18 项医疗技术包括心导管的外科插管技术、骨髓移植、心脏监护病房、乳房 x 线诊断检查、放射线同位素诊断服务、超声波碎石机、生殖专科门诊、伽玛刀、肾移植、核磁共振、CT、新生儿监护病房、儿科监护病房、儿科心导管技术、正电子发射断层照相术（Positron Emission Tomography, PET）、定形射束放疗技术（shaped beam radiation）、单光子发射 CT 显像（single photon emission CT）和超声波检查。考虑到并非所有医院都必须拥有自己设备，可以通过签约使用其他机构的检查设备，所以在评分时可给予一半的分数。从 5189 个社区以上的附属教学医院中，选出了 1556 所医院，占有所有医院的 30%。

第二个阶段要求医院的专科有一定数量的 DRG 分类出院病人，而且其中外科手术者要达到一定的比例，如心脏和心外科至少有 500 例手术病例，最低出院病人数要有 1005 人，而符合此项要求

的美国医院总共有 596 家。肿瘤科要求最低出院人数为 441 人，其中外科出院人数至少要有 124 人，符合此项要求的美国医院总共有 658 家。神经内科和外科要求的最低出院人数、外科出院人数分别是 512 人和 171 人，共有 943 家医院符合要求。内分泌科、肾病科、呼吸病科则不要求外科出院人数（这里不是要求最低人数，而是选出最低出院人数的医院，这正如不同学校的高考最低录取分数线根据分数排名自然形成一样，不是人为事先规定的分数线）。最终筛选结果显示，2006 年一共有 1318 所医院符合上述条件（占 25.4%），3871 所医院没有评审资格（表 1）。“美国新闻（US News）”报公布了各科前 50 位的医院名单。

表 1 各专科的最低出院人数

专科	最低出院人数	最低外科出院人数	符合病人数量的医院数
肿瘤科	441	124	658
消化病科	787	215	1076
耳鼻喉科	19	5	969
内分泌科	437	0	764
妇科	48	43	1069
心脏和心外科	1005	500	596
肾病科	130	0	1137
神经内科和外科	512	171	943
骨科	415	392	1126
呼吸病科	949	0	1150
泌尿科	226	72	1023

2 医院质量评审的指标

所选出医院的 16 个专科质量评审指标有两个：一是医院质量指数（Index of Hospital Quality，简称 IHQ），二是美国医院管理协会收集的医院资料综合评分指标。评审主体根据医院质量指数和美国

医院管理协会的综合评分指标对医院进行排位。

医院质量指数用于评审 11 个专科(包括肿瘤、消化科、耳鼻喉科、内分泌科、妇科、心脏科及心脏外科、肾病科、神经内科和外科、骨科、呼吸科、泌尿科)。质量评审的基础是 Donabidian 的三个基本方面：结构、过程、结果。Donabidian 是美国科学家，他在上世纪 60 年代就提出了一套质量管理的理论，现已广泛地应用于医疗卫生质量评审上。除了评审微观的医院行为，这套体系还可以用于对医疗卫生改革进行评审。

第一个方面是“结构”(structure)，反映人、财、物方面的投入情况。一般来说，投入量越多，产出质量和结果也可能越好。数量是质量的前提。“结构”反映医院投入医疗服务的资源情况，具体因素包括病人与护士的比例，医院的床位数，出院病人数，病人和社区服务需要的技术，院外组织的认可等，如被国立肿瘤研究所认定的肿瘤中心。

第二个方面是“过程”(process)，主要是评估医疗服务过程。服务过程包含诊断、治疗、预防和对患者健康教育，如提供的门诊、住院、手术和药物的情况等。医院的结构和过程与患者的治疗结果有关。由于医院质量指数是一个定量的指标，因此还会选择一些辅助定性指标作为参考，如 2006 年的全美最佳医院评选在“过程”方面还采用医院声誉的综合评分(reputational score)指数。这一指数是在 2004-2006 年间，根据专业和地区各科分别从全美的 86 万医生中选择 150 到 200 名医生，请他们提出自己心目中的本专科最好的

5 所医院，最后产生综合结果。

第三个方面是产出的“结果”(outcome)，如在住院方面的指标有并发症、感染率和社区患病率的下降情况等。美国医院管理协会对收集的医院资料的典型结果采用 APR-DRG (All Patients Refined DRG) 方法，用风险校正死亡率 (risk-adjusted mortality rate) 表示病人病情的复杂程度。这些测定都可通过二手资料获得，也可以利用美国医院协会 (AHA) 每年一度的调查数据库资料获得医院质量的不同结构信息。

评审主体对这三个方面的评估结果分别进行加权，即每个结果都乘上相应的系数，相加便是该医院的质量指数 (IHQ)，此外，还要测算护理指数 (nursing index)、分子用全时护士数、分母用平均每日校正的住院及门诊病人数。公式如下：

$$\text{护理指数} = \text{全时护士数} / \text{平均每日校正的住院及门诊病人数}$$

在其他 5 个专科（眼科、儿科、精神科、康复科和风湿科）中，由于有些科室（如眼科）其诊治的病人大多数是门诊病人，有些科室（如儿科）在美国的联邦保险 (Medicare) 中没有相关资料，故而只能采用过去的医院科室声誉评分。美国医院管理协会从 1946 年开始收集医院的资料。在过去 5 年内，医院调查的反馈率为 83%。有 6000 家以上医院的专科资料（包括组织结构、人员、医院设施和服务，以及财务绩效）是 IHQ 结构指标的主要数据来源。

在 2006 年评出的最佳医院中，排名第一的是 Johns Hopkins Hospital Baltimore，共有 15 个专科参加评审，IHQ 最高分数是 30

分。接下来最好的两家医院是明尼苏达州的 Mayo Clinic, Rochester 和 Cleveland Clinic, 专科数分别是 15 和 13 个, IHQ 分数分别是 26 和 23 分 (表 2)。

对于我们来说, 美国最佳医院评选的方法学是很值得借鉴的。当然, 由于每个国家情况不同, 他们选择的评审项目不同, 如英国在医院评选中将患者等候时间作为一个很重要评审指标。我们可以根据中国国情, 借鉴其方法学, 进行医院评审。

表 2 美国最佳医院评选结果 (2006 年)

医院英文名称	点数	专科数
Johns Hopkins Hospital Baltimore	30	15
Mayo Clinic, Rochester, Minn	26	13
Cleveland Clinic	23	12
Massachusetts General hospital, Boston	21	11
UCLA Medical Center. Los Angeles	20	13
New York-Presbyterian Univ. Hosp of Columbia and Cornell	18	11
Duke University Medical Center, Durham, NC	17	10
Barnes-Jewish Hospital/Washington University St. Louis	16	10
University of California, San Francisco Medical Center	14	9
University of Washington Medical Center, Seattle	13	8

3 医院信息的透明化

美国强调医疗服务成本和医疗质量公共信息的透明化。美国前总统布什在执政期间曾签署执行法案, 要求联邦政府资助的医疗保健机构需要提供有关医疗服务成本和医疗质量的公共信息, 以此作为降低医疗费用的一种措施。法案还提出要奖励提供高质量服务的卫生保健机构, 提高卫生系统的内部运行效率, 以保证消费者获得充分信息做出治疗决策。

在医疗价格与服务质量方面，美国卫生与人类服务部（DHSS）启动了医疗服务价格和质量的透明化运动（Health care transparency initiative），其最终目的：一是降低医疗费用，二是使卫生部门应用各种保健措施均需建立以价值为基础（value-based）的系统。透明化运动涉及医院、保险计划、卫生服务提供者、雇主和消费者。近期的奥巴马政府更强调对各项医疗技术要进行比较性成本效果分析（comparative effectiveness analysis），或简称为比较性效果分析（CE）。比较性效果分析是指在实际的医疗机构中比较不同医疗干预措施的相对临床结果。不仅限于随机对照试验、回顾性和前瞻性调查的观察，扩大临床使用的结果，还包括患者自报的结果，包括生存质量、患者满意度和对日常生活和工作生产力的影响。让医务人员和群众都有知情权，获得不同医疗技术治疗效果的信息。

国内外医院评审发展历程

林 海

【摘要】 随着新医改方案的实施，我国将启动第二轮医院评审。本文首先介绍了我国医院评审的三个阶段及其特点，其次简要介绍了美国、澳大利亚、日本和英国的医院评审制度，最后以 WHO 的 PATH 为基准比较了美国等 10 个国家的医院评审标准框架。

【关键词】 医院；医疗质量评价；国际比较

医疗机构评审作为质量评审和管理的有效工具，已赢得世界各国的重视。医疗机构评审是指独立机构评判医疗机构履行评审标准的情况；评审过程以病人为中心，以医疗机构为统一的整体；评审不是以处罚为目的，而是为了促使医疗机构持续改进医疗质量。

2009 年公布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的指导意见》提出，强化医疗卫生服务行为和质量监管，完善医疗卫生服务标准和质量评价体系，规范管理制度和工作流程。鼓励行业协会等社会组织和个人对政府部门、医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督。建立信息公开、社会多方参与的监管制度。鼓励行业协会等社会组织和个人对政府部门、医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督。《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011 年）》提出，探索建立由卫生行政部门、医疗保险

机构、社会评估机构、群众代表和专家参与的公立医院质量监管和评价制度。卫生部在刚刚印发的《2010 年卫生工作要点》（卫办发〔2010〕1 号）中强调要“进一步加强医疗质量管理和医疗服务监管工作，健全医疗服务监管体系。”陈竺部长在 2010 年全国卫生工作会议上强调“要着力加强医疗管理”。

1 国内医院评审发展历程

我国的医院评审主要经历了三个阶段：第一评审周期阶段、暂停评审阶段和重启评审阶段。

1.1 第一评审周期阶段（1989 年—1998 年）

1989 年 11 月 29 日卫生部发布了《关于实施医院分级管理的通知》、《综合医院分级管理标准（试行草案）》，同时提出了“积极稳妥、因地制宜、循序渐进、由点到面”的工作方针。至此，我国医院分级管理与医院评审工作正式启动。此后，卫生部又先后下发了《医疗机构设置规划》、《医疗机构基本标准》、《医疗机构评审办法》、《医疗机构评审委员会章程》、《医疗机构评审标准》等文件，在全国范围内进一步统一医院评审标准和规范操作程序。1994 年国务院颁发的《医院机构管理办法》为医院评审提供了法律依据。

1.2 暂停评审阶段（1998 年—2005 年）

1998 年 8 月卫生部颁布的《关于医院评审工作的通知》决定暂停开展第二周期医院评审工作。随后卫生部委托中华医学会课题组开展对第一周期评审阶段的评估，完成了《我国医院评审工作评估

研究报告》，并借鉴国外经验，提出下一步开展医疗机构评审的思路和建议。北京市先期开展了第二周期医疗机构评审的试点工作。

1.3 重启评审阶段（2005 年至今）

2005 年 3 月，卫生部颁布《医院管理评价指南（试行）》。2008 年，卫生部又下发《医院管理评价指南（2008 版）》，对 2005 版进行了修订和完善。2009 年 11 月卫生部颁布《综合医院评价标准（修订稿）》和《综合医院评价标准实施细则（征求意见稿）》，制定了详细的医院评价标准及其他一系列有关医疗质量的规范性文件。同时，卫生部还颁布了《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、《药品不良反应报告和监测管理办法（修订草案）》、《关于在公立医院施行预约诊疗服务工作的意见》等文件。

2 国外医院评审的进展

2.1 美国

2.1.1 JCAHO 评审特色

美国是国际上最早开展医疗机构评审的国家。1951 年，美国外科学会联合内科学会、医学会、医院学会以及加拿大医学会成立了美国医院联合评审委员会（Joint Commission Accreditation Of Hospital, JCAH）。1988 年，该委员会更名为美国医疗机构联合评审委员会，即 JCAHO（Joint Commission Accreditation Of Health Organization），成为美国最大的医疗机构评审组织。JCAHO 评审特色为：

（1）建立良好的政府—保险—评估机构—医院互相依赖机制

通过评审促进医疗机构向公众提供高质量和安全的医疗服务，使联邦和州政府更加依赖评审。美国 48 个州的医院由 JCAHO 进行评审，JCAHO 标准事实上成为国家标准；医院评审是否达标与政府财政补偿和医疗保险联系起来，使评审具有权威性；在美国，虽然医疗机构的评审是自愿申请的，但实际上是强制性的。

（2）评审机构对公众开放有助于制定出更好的标准

JCAHO 理事会自 1982 年以来不断吸收公众代表参加，以改善理事会的工作，公众代表中有律师、法律教授、大学校长、基金会主席等，还有医学伦理和卫生政策专家。JCAHO 理事会现有成员共 29 位，其中公众代表 6 位，占全部成员近 21%。

（3）精简评审标准

标准制定应把评审的重点放在主要工作上。美国原有医疗机构评审标准 2600 多条，JCAHO 制定的现行有效的美国医院评审标准（HAS，2003 年）精简为 570 条。

（4）合理处理医疗差错

JCAHO 重申对患者的安全承诺，而非简单的医疗差错处理。JCAHO 主席 Dr.Dennis O' Leary 提出过于强调惩罚，使医院不愿报告事故，不利于医疗安全的改进。

2.1.2 JCI 医院评审标准

JCI（Joint Commission International, 联合委员会国际部）创建于 1998 年，是 JCAHO 的一个下属分支机构，其使命是通过向全球提供评审服务，促进国际社会的医疗护理质量的改进。JCI 评审是新

的创始，反映了全球卫生保健领域日益增长的、以标准为基础的评审活动需求，其目的是为国际社会评估医疗卫生机构提供客观的评审程序。JCI 医院评审标准（2003 年第 2 版）制订的指导思想是以医院的质量与安全（主要是医疗质量与病人安全）及其持续改进为核心；强调尊重病人与家属的权利；提供周到、优质的服务；规范医院的管理。JCI 医院评审标准（2007 年第 3 版）反映了全球医疗服务的动态变化，例如新技术和新治疗方法的应用、医护人员面临着接触到生物危害因素、感染因素在全球迅速传播、医疗错误不断发生、医疗服务面临的种种道德与法律的挑战日益增长等。第三版医院标准作了较大幅度的修订（比第二版增加篇幅近 1/3），新增加并修订了一些标准以处理出现的问题，包括新增“国际患者安全目标”一章、新的评审决定规则以及修订了评审政策。与所有国际联合委员会标准一样，第三版医院评审标准包括整套的标准、每条标准的含义以及评估是否达到各项标准的衡量要素。这种结构将使读者明确和理解体现在这些标准中的具体要求。

JCI 评审的特色有：以国际公认的标准作为评审的基础；标准的基本理念：强调病人安全与医疗质量及其持续改进；把要求每一接受评审的医疗机构必须达到的标准列为“核心”标准；评审过程的设计考虑到适应各国的法律、宗教和文化等国情；评审强调真实、可靠和客观。

JCI 医院评审标准包括所有 JCAHO 美国医院评审标准的内容、多数 ISO9000 的质量控制与质量领导方面的标准、欧洲质量管理基

金会（EFQM）和美国波德里奇（Baldrige）国家质量奖标准。JCI 标准与 ISO9000 标准有许多类似的概念，但两者之间还是存在着一些重大差别。其主要区别在于两者所关注的重点不同。ISO 标准着重于要求机构严格按照标准实施，以求产品的规范统一；JCI 标准则主要评估医疗机构的表现，鼓励持续的质量改进，以达到最佳结果。ISO 标准主要是针对制造业而制定的，在制造业，产品在绝大多数情况下是很容易界定的有形实体，而在医疗护理领域的情况并非如此。尽管 ISO 标准中的许多概念也可应用于医疗护理领域，但是，其标准中许多概念难以适用于医疗护理领域，尤其是临床业务上。

2.2 澳大利亚

澳大利亚医院评审工作始于 1976 年，由澳州政府授权给澳大利亚医疗卫生标准委员会（the Australia Council on Health Standards, ACHS）执行。该委员会是一个志愿的、独立的、非盈利性的专业组织。自政府授权医院评审工作以来，该委员会为使医院评审更科学、更合理，几乎年年对评审标准组织修订。该标准适用于综合医院和专科医院。为反映质量持续改进的要求，ACHS 在 1996 年出台了新评审标准—EQUIP（Evaluation and Quality Improvement Program）。标准反映了要为病人提供不间断的服务，并需要医院内部各部门在评审前对照标准进行自我评估。EQUIP 包括服务连续性、绩效改善、领导与管理、人力资源管理、工作与环境的安全性和信息管理。核心标准是防火安全、感染控制、质量改善项目（包括绩效测量评估）和适宜的合格职员。

2.3 日本

1985年8月日本医师会和厚生省共同建立了“医院机能评价研究会”(以下简称“研究会”),1987年4月制定了“医院机能评价手册”,同年7月成立了“医院机能评价研讨委员会”(以下简称“委员会”),10月对全国6433所医院进行了机能评价,以最终获得的67.2%的评价资料为基础,修改了评价表。1988年6月委员会将调查中的部分结果以中间报告的形式提供给日本医师会。1989年4月正式出版了“医院机能评价手册”。1993-1994年,研究会多方听取患者和医疗保险方代表的意见,确定日本建立作为事业单位的第三方评审组织,明确了设立财团法人的方向。1995年7月日本医疗机构质量评审组织“日本医疗机能评价事业”正式成立,1997年正式开始评审工作。

日本医院评审的目的是“从学术的、中立的立场对医疗机构的机能进行评价”,评审的主要经验有:第一,通过实地调查和分析,客观地把握了医疗机构运营状况,并提出具体、现实的改进目标,使接受评审的医院得到具体的对策咨询,有效改善医院机能;第二,为社区居民、患者提供医疗需求信息,为医疗机构或医院工作提供人才信息、机能期望信息;第三,激发医院内部职工自觉改进医院存在问题的积极性,提高工作效率;第四,增强医疗机构的质量和安全保障,提高民众对医疗服务的信赖程度。

2.4 英国

英国卫生部从2001年开始实行星级医院评审制度(Star Rat-

ings), 评审得分最高为三星, 其次依次为二星、一星和无星。该制度制定了 21 项指标, 其中 9 项关键的指标分别为: 等待预约住院病人的数量少、门诊等待的时间减少, 无预约住院等待 18 个月以上的病人、无被急诊全科医生怀疑为乳腺癌等待门诊治疗大于 2 周的病人、满意的财政情况、在推车上等待 12 小时以上的病人少、当天取消的手术小于 1%、改善员工生活条件的承诺、医院清洁状况。星级医院评审不考虑医院规模大小与技术高低, 主要看服务水平。这项评审制度在英国对改进医院服务质量, 起到一定促进作用。

3 国际医院评审框架比较

尽管医疗服务的质量评审越来越受到医患双方、决策者和服务购买者的重视, 各方都希望能够提高医疗服务的透明度、控制费用以及减小医疗服务的差距, 但是医院评审直到最近 10-15 年才成为国际学术界重点关注的领域。继美国、澳大利亚和加拿大之后, 许多欧洲国家纷纷开始推行医院评审项目。此外, 世界卫生组织(WHO)和经济合作与发展组织(OECD)等国际组织也开始进行相关研究。各国医院评审的目标、原则往往大相径庭。一些国家的评审目标虽然是一致的, 但是评审框架却基于不同的思路, 这从评审项目的参与方式和评审结果的使用中可以充分反映出来。

3.1 国际医院评审框架

2003 年世界卫生组织欧洲区为了监控和提高本区成员国的医院质量, 开发了一套评审框架 PATH (Performance Assessment Tool for

Quality Improvement in Hospitals)。这套框架于 2004 年 2 月到 2005 年 8 月试用。WHO 资助的研究项目以 PATH 为基准比较了 10 个国家的医院评审标准框架, 研究涉及的医院评审项目共有 11 个, 包括美国 2000 年以前的 JCAHO、澳大利亚的 ACHS、加拿大安大略省的 OAH、美国的 QIP、苏格兰的 CIST、法国的 COMPAQH、荷兰项目与 WHO 的 PATH 等。研究比较了各个评审框架的涉及维度、指标数量、指标生成方式、是否自愿参加、参加的医院数量、数据收集、结果发布、反馈机制、反馈时间以及项目预算等 10 个方面。其中, PATH 涉及六个维度, 分别为临床效果、安全、医务人员导向、效率、以病人为中心和反应性管理。相比较而言, 其他的评审框架都不够完整。指标最少的框架是美国的 JCAHO, 有 36 个指标, 最多的澳大利亚的 ACHS 超过了 300 个指标。

3.2 评审项目的参与方式

所有的项目都在设计指标体系的过程中采用了专家组的方法, 专家组由不同的利益群体代表组成 (临床医生、医院管理者、保险公司代表)。专家组通常使用的研究分析方法为系统综述、评级、Delphi/ 名义群体等, 但是各系统吸纳医务人员、管理者和病人参加的程度不一致。在 10 个国家的医院评审项目中, 5 个项目采用了自愿参加的方法, 5 个项目是非自愿性质的。参加医院数目最少的是法国的 COMPAQH, 只有 43 家医院, 美国的 JCAHO 最多, 为 9935 家。所有的项目都采用了常规数据采集和前瞻性数据收集相结合的方法。8 个项目采用了调查的方法, 3 个项目采取了审计的方法, 5 个项目

的结果向公众公布，6个项目只对医院公布。各个项目采用的反馈机制较相似，如网站、简报、年报、科研论文等。7个项目采用了专题研讨会的形式形成了“教育反馈环路”。

3.3 评审预算及其反馈

2005年，欧洲完成一家医院评审的预算是400-800欧元，美国QIP项目整体性预算是810万美元（1984年），加拿大的OHA是200万加元，澳大利亚的ACHS是663万澳元（2005年），WHO的PATH是每年6万欧元。德国的BQS支付由三个部分构成，每个“结构性对话”保险方从医院收取0.58欧元，从地区办公室收取0.28-0.68欧元，从国家收取0.28欧元。另外除德国的BQS外，所有强制性参加的项目都向社会公开了医院的绩效数据，如美国的JCAHO；自愿参加的项目仅将数据反馈给医院，用于改善内部管理。

3.4 评审结果的使用

反馈评审结果的时间差异较大。法国的COMPQH一周出结果，苏格兰的CIST长达一年，德国的BQS项目采用了“结构对话”反馈机制，医院会收到某个指标的反馈信息并及时采取措施加以改进。

关于向社会公布医院的绩效数据是否能够保护患者的选择权进而促进医院改进质量的问题尚有争议。有研究表明，患者不一定会阅读和接受医院评审的结果，而更倾向于接受来自亲友的信息和依据既往的主观感受选择医院。兰德公司于2008年所做的一次系统性综述表明，医院会因公开评审结果而改进质量，改进的可能原有两个，一是由于加强了病人的选择权，二是因为医院主动依据评审结果而

改变自身行为。同时,目前尚无证据表明公开报告医院评审的结果会增强病人安全,也无证据显示此项举措能够促进医院以病人为中心。

在参与研究的医院中,有些医院会参加多个评审项目,如德国的医院在参加 BQS 的同时也参加了国际项目 IQIP、PATH,这是积极的一面,但是也可能造成重复和冲突以及增加数据收集的工作量,影响医务人员参与评审的意愿,建议考虑参与多个项目的必要性和项目之间的兼容性。

参 考 文 献

- [1] 中华医院管理学会课题组.《我国医院评审工作评估》研究报告.中国医院,2000,4(3):149-151.
- [2] 周齐.略论我国医院评审和医院分级管理.中华医院管理杂志 1989,5(4) 193-198.
- [3] 董炳琨.医院分级管理与评审初议.中华医院管理杂志 1989,5(4) 199-201.
- [4] 王华等.跨越质量裂痕实施医院评价.中国医院 2006,10(4) 8-10.
- [5] 邱志军.医院评审中存在的问题与对策.中华医院管理杂志 1996.02.02;12(2) 69-71.
- [6] 孟今卓.医院评审中发现的问题及防治对策.中国卫生质量管理 1995.04.24;(2) 38.
- [7] 董炳琨.我国医院评审工作的过去和未来.中国护理管理 2004.8.5.4(4); 6-9.
- [8] 沈霖德等.上海市第一评审周期医院评审的实践.中国医院管理 1997.01.01;17(1) 31-33.
- [9] 孙荣国.关于我国医院评审工作的几点建议.中华医学与健康 2006;3(9) 44-45.
- [10] 陈同鉴.国际医院评审经验与我国医院评审思路的转变.解放军医院管理杂志 2004.02.15;11(1) 1-4.
- [11] 刘建等.第二周期医院评审首家试点的体会和建议.中华医院管理杂志 2004.01.02;20(1): 1-3.
- [12] 陆韬宏.我国医疗机构评审工作的发展设想.卫生经济研究 2008;(8) 5-7.
- [13] 董鸣等.医院评审在医院绩效评价中的作用.中国医院 2002;6(7): 36-38.
- [14] 何有琴等.国外医院评审的历史与经验及其对我国医院评审的启示.卫生软科学 2007.21(6): 458-461.
- [15] 胡善联等.绩效评价新思路—英国医院星级评审.健康报 2002.5.9.
- [16] 单藕琦.澳大利亚的医院评审工作.中国医院管理 1995.12.01;15(12) 60-61.
- [17] Heng-Chia Chui.台湾的医院评审概况.中华医院管理杂志 1994.8 10(2); 505-506.
- [18] 南虎松.韩国医疗机构评审概况.吉林医学 2008;29(21): 1968-1969.
- [19] Groene O et al. An international review of projects on hospital performance assessment. Int J Qual Health Care. 2008 Jun;20(3):162-71. Epub 2008 Mar13.
- [20] Fung CH et al. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):111-23.

《综合医院评价标准（修订稿）》解析

王贤吉

【摘要】 卫生部《综合医院评价标准(修订稿)》分七章: 医院的功能和任务、病人安全目标、病人的服务、医疗质量管理与持续改进、护理管理、医院管理、医疗质量评价指标。其修订遵从《医疗机构管理条例》等现行有效的卫生法律法规和相关政策, 充分吸取国际经验, 并保持《医院管理评价指南(2008版)》及2005-2009年医院管理年活动方案等政策的连续性。主要特点包括: 以病人为中心, 强调对病人权益的保护; 以质量管理与持续改进为重点, 强调全过程、全员管理; 以功能和任务为导向, 强调医院的社会责任; 以实用为原则, 强调标准的可操作性。

【关键词】 医院; 评价; 标准

为加强对全国医院评审评价工作的宏观管理与指导, 建立我国医院管理评价体系, 促进医院综合管理和服务水平不断提高, 卫生部医疗服务监管司委托中国医院协会组织专家在《医院管理评价指南(2008版)》和医院管理年活动方案的基础上, 制定了《医院评价标准(征求意见稿)》, 并于2009年6月1日下发全国各省市征求意见。根据各地反馈意见, 卫生部医疗服务监管司修改并形成了《综合医院评价标准(修订稿)》和《综合医院评价标准实施细则(征求意见稿)》(以下简称“标准”), 其中前者明确了评价的维度和内容(即指标条款), 后者对各指标的设置目的、内涵和评价要素做出了详细

王贤吉: 上海市卫生发展研究中心, 研究实习员

说明。该标准已由卫生部医疗服务监管司于2009年11月2日公布并再次征求意见。本文试对该标准进行解读和分析。

1 标准的修订思路

该标准的总体修改思路是：（1）遵从《医疗机构管理条例》等现行有效的卫生法律、法规、规章和国家其他有关规定。（2）充分吸取国外医院评价新理念和有效经验，如JACHO/JCI、ISO等。（3）以病人为中心，兼顾政府、医疗费用支付方（医保）、医院的利益。（4）以“质量、安全、服务、管理、绩效”为主题，由全面指标改为有限指标，突出质量和安全指标。（5）保持《医院管理评价指南（2008版）》及2005-2009年医院管理年活动方案等政策的连续性。

该标准的条款分三类：第一类是重点条款，这类条款与医疗服务质量、安全直接相关，所有医院均必须全部达标；第二类是基本条款，所有医院必须实施；第三类是可选条款，这类条款是依据医院的等级设置的条款。在难度系数设计方面，50%的条款与医院目前的日常工作基本一致，各医院经过准备基本均可达标；30%的条款有一定的难度，经过积极改进，约有50%左右的医院能够达标；20%的标准条款具有较强的前沿性，是医院努力发展的方向，20%左右的甲等医院经过持续改进能够达标。标准的总体达标率控制在65-75%，甲等医院达标率控制在80-85%。

2 标准的基本框架与主要内容

标准全文有七章（共72节391条），分别为医院的功能和任务、

病人安全目标、病人的服务、医疗质量管理与持续改进、护理管理、医院管理、医疗质量评价指标。各章的主要内容如下：

2.1 第一章：医院的功能和任务

这部分为 1-5 节，共 23 条。这部分依据《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》和《医疗机构设置规划指导原则》，从构建符合我国国情、满足公众需求的医疗服务网络体系和充分、合理、有效地利用医疗资源的角度出发，明确了三、二、一级综合医院功能和任务，并对其承担城乡对口支援工作和完成政府其它指令性任务方面提出了要求。

2.2 第二章：病人安全目标

这部分为 6-15 节，共 35 条，这部分针对医院为病人提供医疗服务过程中存在的常见、多发、易忽视的安全隐患，提出了改进要求和必须达到的效果。它强调在循证和专家共识的基础上提出解决对策，促进病人安全的持续改进。主要包括：严格执行查对制度，准确识别病人的身份；严格执行在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序，做到正确执行医嘱；严格执行手术安全检查，防止手术病人、手术部位及术式发生错误；严格执行手术卫生规范，落实医院感染控制的基本要求；提高用药安全；建立临床“危急值”报告制度；防范与减少病人跌倒、坠床等意外事件发生；防范与减少病人压疮发生；主动报告医疗安全（不良）事件；鼓励病人参与医疗安全工作。

2.3 第三章：病人的服务

这部分为 16-22 节，共 32 条，这部分将医疗服务视为医院为满足病人和社会特殊人群所完成的一种产品，强调增进医院维护病人权利的责任，把“以人为本”的思想落实到为病人服务上；同时还要努力让病人理解其自身在医疗服务过程中的责任和义务，使病人能够积极配合和参与。这部分内容包括医疗服务的可及性与连贯性、维护病人的合法权益、病人投入与纠纷处理、病人及其家属教育与沟通、就诊环境管理、预约诊疗管理以及病人病情评估 7 个方面。

2.4 第四章：医疗质量管理与持续改进

这部分为 23-46 节，共 143 条，是篇幅最长、涉及标准条款最多的章节。它强调持续的质量监测、分析、改进和控制，强调医院各部门的合作、协调以及全员参与，要求医院在医院质量管理与改进的全过程建立良好的组织体系，确立优先原则与秩序，提高全体员工的意识和能力，保障较佳的运行状态。其具体内容包括医疗技术管理和门诊、急诊、住院诊疗、手术治疗、麻醉与镇痛治疗、重症医学科、感染性疾病、康复治疗、药事与药物使用、临床检验、病理、医学影像、输血、医院感染、介入治疗、血液净化、临床营养、医用氧舱、放射治疗及其他特殊诊疗等方面的质量管理与持续改进，另外也包括病案质量管理与持续改进。

2.5 第五章：护理管理

这部分为 47-53 节，共 36 条。把护理工作作为医疗工作的一个重要部分对待，强调护理工作在维护和促进患者健康、构建和谐医

患关系中的重要作用和地位。这部分从护理的组织架构、护理人力资源配置、护理质量管理体系、临床护理及重症护理质量、护理缺陷与差错管理以及特殊重点科室护理质量管理等 7 个关键环节入手，制定了较为系统、科学、客观的评价标准。

2.6 第六章：医院管理

这部分为 54-65 节，共 86 条。旨在促进医院建立符合现代化医院建设要求的管理制度和科学的管理方法，提高医院的管理水平。它从医院的依法执业、人力资源管理、应急管理、信息与图书管理、财务与价格管理、后勤保障管理、医学装备管理及院务公开管理等方面设置了相应的标准条款。与此同时，该部分还要求医院明确医院与科室领导层的管理职责，协调医院各科室部门服务；依据医院功能和任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划；落实医德医风管理，开展社会满意度评价，注重反应性；并开展资源配置、工作负荷、治疗质量、工作效率、病人负担、资产运营以及科研能力 7 个方面的医院运行基本数据统计，便于医院和政府部门参考和决策。

2.7 第七章：医疗质量评价指标

这部分为 66-72 节，共 36 条，主要是从过程质量和结果质量两方面评价医院的医疗质量，包括：（1）住院患者医疗质量指标，包括住院重点疾病 14 个、住院重点手术 16 个、术后并发症 / 病人安全指标 14 个、麻醉并发症指标 4 个；（2）单病种质量指标，包括急性心肌梗死、心力衰竭等 8 个病种（其中 2 个为试行）；（3）4 个重症监护指标；（5）3 个急诊指标；（6）5 个合理使用抗菌药指标；（7）

4 个医院感染指标；(8) 8 个血液透析指标。其中后 6 类均为试行指标。

3 标准的主要特点

由于充分吸取了 JACHO/JCI、ISO 等国际上有有关医院评价标准的先进经验,该标准与我国以往的相关标准相比,评价维度更加全面,评价内容更加科学、合理。总的来说,该标准具有以下几个方面的鲜明特点。

3.1 以病人为中心, 强调病人权益的保护

标准条款的设置与以往相比最为显著的特点是充分体现了“以人为本”的思想,将病人权益的保障和维护置于突出的地位。在质量与安全管理上,该标准强调以病人为中心,单独设置了病人安全目标和病人服务两章,设置标准条款 67 条(占总条款数的 17%),基本理念从“减少差错”转向“减少对病人的伤害”,把尊重病人、关爱病人、方便病人、服务病人的人文精神以及维护病人尊严、自主和隐私贯穿到服务的全过程。

3.2 以质量管理与持续改进为重点, 强调全过程、全员管理

在标准的全文中,医疗质量管理与持续改进占了最大篇幅,内容涵盖了医院医疗工作的方方面面和全过程。同时,该标准还将护理质量管理单独成章,突出了护理工作的重要性。这两部分的标准条款数量合计多达 179 条,占总数的 46%。该标准要求医院建立完善的医疗、护理质量管理组织体系和责任体系,从院长、领导班子到各职能部门和业务部门,再到各级各类员工,要全员参与到质量管理与改进工作,并定期开展全员质量和安全教育,提高质量管理

与改进的意识和能力。另外，该标准还从以往强调合理诊疗、合理检查、合理用药转为应用诊疗指南和诊疗常规指导临床诊疗工作，应用临床路径规范临床诊疗行为，实施单病种质量指标管理与监控临床诊疗质量。

3.3 以功能和任务为导向，强调医院的社会责任

在该标准第一章，除要求各级医院落实其在整个医疗服务体系中的功能定位外，也着重强调了医院社会责任的真正落实，包括卫生技术人员培养、承担城乡医院对口支援工作和政府指令性任务。例如，在对口支援方面，该标准要求医院将对口支援工作纳入院长目标责任，要求医院有实施方案、有专人负责，同时对对口支援工作要达到的目标和效果也做出了比较明确的规定。

3.4 以实用为原则，强调标准的可操作性

与以往相关标准相比，该标准显得更加细致、更加实用、更具可操作性。对于该标准的评价维度（即各章标题），实施细则中均有“概述”介绍，以便于医院了解其背景性内容。对于第一至六章的每一条标准条款，实施细则配有“目的”、“解读”与“评价要素”，内容翔实具体，便于操作。对第七章的医疗质量评价指标，实施细则中也作了充分的解释和说明。

（本文第一部分“标准的修订思路”系根据中国医院协会评价评估部张振伟主任在2009年12月19日第二届上海市医院管理学术会议上作的《医院评价标准（2009版）修订思路与标准简介》报告整理而成。）

JCI评审与国内综合医院管理评估的比较研究

汪志明 邱智渊 林建华

【摘要】 本文以鱼骨图分析 JCI 评审的特点, 将 JCI 国际医院评审与国内综合医院评估进行比较, 分析两者的优点与不足; 借鉴 JCI 评审的成功经验, 对我国综合医院评审的标准与方式进行探索, 可进一步提高医疗服务质量, 提高工作效率、保障医疗安全。

【关键词】 JCI 评审; 综合医院管理; 评估

近年来, 随着医疗卫生体制改革的推进, 如何对医院的医疗质量综合管理水平进行评估, 切实提高医院的综合管理水平、医疗质量和服务水平, 规范、高效地为病人服务, 成为整个社会、卫生行政管理部门和医院本身探索的热点。

我国医疗服务体系是世界上最大的医疗服务体系之一, 在医疗机构评审方面, 尤其是医院评审方面进行了卓有成效的探索。2005 年 3 月 17 日, 国家卫生部和国家中医药管理局抓住“医院管理年”的契机, 颁布《医院管理评价指南(试行)》, 这是政府主管部门树立科学发展观, 进一步转变管理理念, 探索新时期下符合中国国情的医疗机构评审(评价)制度的努力^[1]。

复旦大学附属华山医院作为中国红十字会医院、国家三级甲等医院, 参与并通过了 2006-2007 年国家卫生部“医院管理年”综合

本文根据复旦大学汪志明教授等发表在《中国卫生质量管理》2008年第15卷第6期的文章《JCI评审与国内综合医院管理评估的比较研究》, 结合华山医院服务标准化示范工作相关资料编撰而成。

医院管理评估。作为上海市试点的 2 家三级甲等医院之一，华山医院于 2006 年通过了上海市综合医院管理试评估。与此同时，华山医院派遣的专家作为国家卫生部、上海市综合医院管理评估专家团成员，参与其他综合医院管理评估，积累了一定的经验。2007 年末，恰逢百年院庆的华山医院启动美国医疗机构评审联合委员会国际部（Joint Commission International, JCI）评审计划，成立专职部门，组织前往美国芝加哥 JCI 总部学习参观，跟随美国 JCI 评审专家学习医院 JCI 检查方法并进行模拟检查的培训。2007 年 11 月，华山医院接受 JCI 基线调查，2008 年华山医院已全面启动 JCI 迎接评审工作，2010 年 1 月 25 日，华山医院即将迎来 JCI 正式评审。

JCI（Joint Commission International）是美国医疗机构评审委员会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 简称 JCAHO）对美国以外的医疗机构进行评审的分支机构——国际医疗卫生机构评审联合委员会的简称。创建于 1998 年，是一个独立的非营利性、非政府机构，同时也是世界卫生组织认可的权威评审机构。目前使用第 3 版（2007）认证标准，主要针对医疗、护理过程中重要的环节，如：国际病人安全目标（IPSG）、可及和连贯的病人服务（ACC）、病人评估（AOP）、医院感染的控制与预防（PCI）、病人及其家属的权利（PFR）、麻醉和手术治疗（ASC）、药品的管理和使用（MMU）以及病人与家属的健康教育（PEE）等。同时 JCI 标准也重视设施管理与安全（FMS）、员工资格和教育（SQE）、质量改进与病人安全（QPS）、主管领导和指导（GLD）以及交流和

信息管理（MCI）等^[2]。

JCI 标准的理念是最大限度地实现“以病人为中心”，并通过建立医疗制度和流程，规范医院管理，促进医疗质量和安全持续改进，为患者提供更加人性化、优质和安全的医疗服务。2007 年 JCI 评审标准英文版（第 3 版），在第 2 版基础上增加了新的内容。华山医院已译出第 3 版标准手册。本文对 JCI 的检查方法与国内综合医院评估的检查方法进行比较和初步探索，希望对进一步完善适合我国国情的、合理高效的综合医院管理评估提供参考。

1 综合医院管理评估的特点

2005 年 3 月 17 日，国家卫生部和国家中医药管理局颁布《医院管理评价指南（试行）》，并要求医院据此加强内涵建设，卫生行政部门以此对医院管理进行指导、评价、检查和监督。各地也根据当地实情制定了相应的综合医院管理评估标准，重点对医院依法执业、医疗安全，以及医院服务等薄弱环节和不足之处提出改进意见。但是，我国的医院评审标准由各个地方的卫生行政部门分别制定，没有统一评审标准，绝大部分地区按照《医院管理评价指南》及参考 JCI、ISO9001 等制定相应地方标准，存在标准不统一、理解不一致等问题。同时，综合医院管理评估专家缺乏培训，对标准缺乏统一认识；专家团由各地区医院推荐，人员变动大，缺少公正性、专业性；在实地评估中以静态检查为主，被查医院容易事先准备。此外，检查团规模往往很大，时间跨度 3-7 天，导致医院耗费大量人力；部分科室甚至暂停手术应付检查，对医院日常运作影响较大。

2 国际医院认证（JCI）的特点

医疗机构评审联合委员会国际部（Joint Commission International, JCI）创建于1998年，其使命是通过提供全球范围内的评审服务，促进国际社会的医疗护理质量。JCI医院评审活动依据的标准是美国医疗机构评审联合委员会国际部的《JCI医院评审标准》（Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals）。《JCI医院评审标准》的基础是70多年以来，美国医疗机构联合评审委员会及其前身机构致力于提高医疗护理质量与安全的工作，尤其是最新的第3版评审标准，包涵了“国际病人安全目标”、“可及和连贯的病人服务”、“病人和家属的权利”等14项内容。与第2版相比，第3版增加了“国际病人安全目标”、“麻醉和手术治疗”、“药物管理和使用”3个章节，每一条标准都有详细释义，列出衡量要素，明确具体要求，适用于世界各个医疗机构。JCI评审设计的理念反映了全球医疗卫生保健领域对评估活动的需要^[3]，目的是通过评估医疗卫生机构，促进医疗机构持续改进质量。

JCI评审分为3个阶段，第一阶段是基线调查期（operational assessment）。申请评审的医疗机构向JCI提交评审申请书。申请文件包括医疗机构的基本信息，如所有权、员工人数、服务种类及规模等。依据申请机构的大小、类型、复杂程度，JCI专家将与申请机构共同制订实地调查的日程安排。JCI医院评审考核小组由医生、护士和管理专家组成^[4]。第二阶段是模拟检查期（Mock Survey）。之后进入5个月左右的稳定期。所有的制度和操作流程稳定后，进入第

三阶段——正式检查（Real Survey）。

JCI 评审以患者的整个就医流程为检查主线（以病人为中心），动态跟踪患者从门、急诊入院到出院的全过程。在为期 1 周左右的检查过程中（检查时间由医疗机构规模决定），3-7 位专家通过随机抽查 5-10 位病人就医整个流程，或跟踪医院的药物管理系统、院感控制系统等来评价医院医疗服务的各个环节（图 1）。

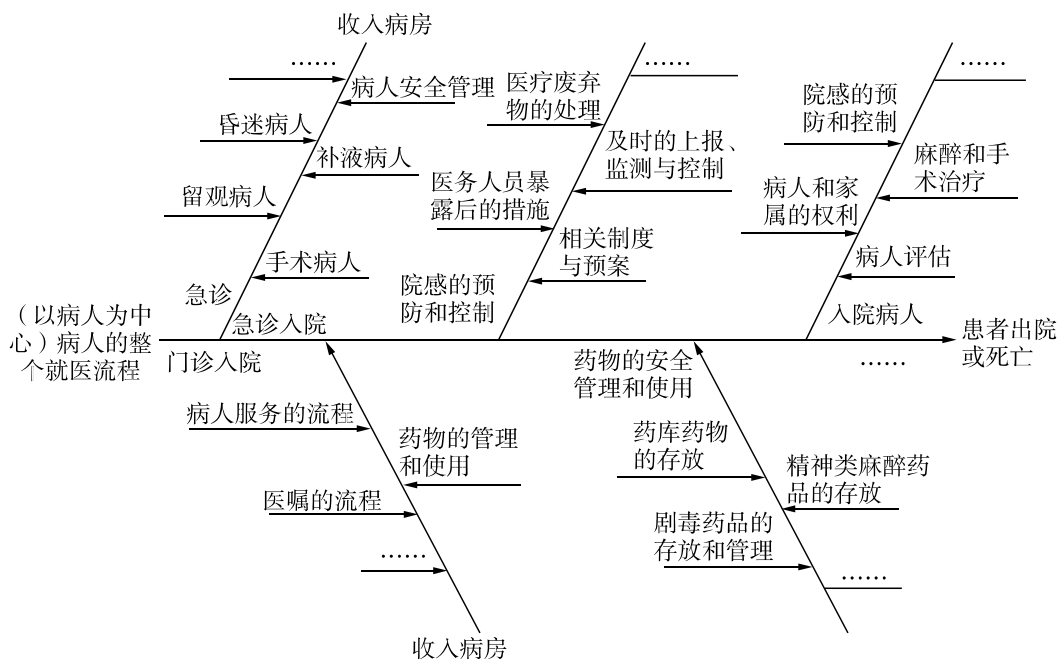


图1 JCI评审流程示意图

这样的检查方式，相比综合医院管理评估检查动辄 40-50 人的庞大专家团来说，对医院的日常工作基本无影响。JCI 医院评审考核小组由医生、护士和管理专家组成（他们都在美国做过评审官，富有国际工作经验）。评审考核小组成员采取轮换制（一般而言，模拟评审专家与前面负责咨询的人员并非同一工作小组）。检查专家是从 JCI 专家库中分专业随机录取。这些专家都经过了专门培训，来

自世界各地，很多都是退休医生、护士，及药物、管理等方面的专家，专门从事 JCI 检查工作，对 JCI 标准理解统一。相比综合医院管理评估从各大医院选派临床专家，其专业性更强，也更公开、透明、公正。在具体实施过程中，JCI 医院评审考核小组会充分考虑评审机构所在国家的法律、文化、宗教和习俗等的差异，一旦出现与该国内相关规定不符的情况，将按照严格的规定执行。这样全方位、多角度的考察保证了评审结果的准确性和真实性。在通过评审后，每 2 年复查 1 次，督促医院不断发现问题，持续改进。

3 国际医疗机构评审与综合医院管理评估的比较

在我国医院评审经验不足的情况下，开展 JCI 国际医院认证与中国医院评估标准的比较研究，结合我国医疗卫生工作实际，借鉴国际上较为成熟的成功经验，努力探索出一条适合我国国情、具有中国特色、促进医疗机构科学管理的评审之路，是提升我国医院建设与管理、加快医院评审工作前进步伐的重要任务。JCI 医院评审与国内综合医院管理评估的共同之处在于：（1）两者都是依据相关的评审（评估）标准和考核指标，由具有丰富经验的专家组成的考察小组（督导组）对被评审（评估）的医院进行实地考察；（2）通过考核医院在保障病人权利、保证医疗质量、安全的基本设施、工作制度、操作规程、成员资质以及运行情况等展开评估，以促进医院加强管理、提高医疗服务质量与安全。检查的区别在于：（1）综合医院管理评估属于行政组织的检查，而 JCI 评审是非官方机构进行的认证，医疗机构自愿参与；（2）综合医院管理评估以医院为主

体，而 JCI 评审以病人就医的整个流程为主线，采用动态追踪的调查方式；（3）综合医院管理评估是以框架式的“条”、“块”为重点，以医院的系统、体系为主轴，自上而下的一种检查方式；而 JCI 评审以患者作为“点”，采用以患者整个就医流程为主线的检查方式；（4）综合医院管理评估以检查相应的制度和病史、资料、文件为主，而 JCI 评审以追踪病人检查相应制度的落实情况；（5）在检查规模上，综合医院管理评估常由 20-50 人的专家组成，规模甚大。为迎接检查专家院方往往耗费大量人力物力，个别科室甚至停止当天手术，对医院日常工作造成一定的影响。有时还会出现应付检查等情况，导致评估结果真实性不强。而 JCI 评审则主要由 3-5 位专家在 1 周左右的时间内，以病人的整个就医流程为主线，在医院各部门实地查看，随机追踪 5-10 位病人以了解医院流程的合理性、制度的落实等情况，其相对规模小，对医院日常工作影响小，且具有很强的真实性，效率也更高；（6）综合医院管理评估的督导组由各医院派遣的专家组成，对《综合医院管理评估标准》没有经过统一的培训与认知。JCI 评审的专职专家具有丰富的国际工作经验，专业性更强；且专家由专家库随机抽取，评审结果也更公开、透明、公正；（7）综合医院管理评估侧重于“制度式、条款式”的检查，属于“静态”的检查。JCI 评审以患者就医的流程为主线，追踪病人，属于“动态”的检查；（8）综合医院管理评估检查时将抽查 80-100 份病史甚至更多，而 JCI 评审专家检查被抽检病人的病史，并向该床位医生、上级医生、主任医生提问，实地检查和追踪。

4 讨论

加强医院管理、保证医疗服务质量与安全，是医院管理的核心。在全球化趋势日益明显的今天，JCI 认证是医疗机构走向国际、参与国际竞争的“通行证”之一。华山医院作为国内大型医院参与国际评审的先锋之一，借着 JCI 国际评审标准的平台，积极打造医疗服务标准化水平。为此，华山医院加强了各类文档管理，包括管理制度、管理记录、质量控制、诊疗常规、POCT（即时检验）质控，进一步规范和梳理了临床医技科室的各类制度。基于 JCI 标准，华山医院建立了各类临床新流程和规范，包括实施和完善电子病历；加强病员管理，建立疼痛管理体系、营养康复筛查；关注病人的权利义务及教育，在入院及门诊流程中，告知相关内容，保证病人的知情权、投诉权、生命权等，尤其保障高风险病人的权利；规范和统一全院各临床医技部门的知情同意书格式并增加“可选替代方案”这一类别；完善手术室药物管理流程，包括麻醉药品的管理和术中带药问题，确保药物使用的安全性。同时，院方建立质量管理体系，包括确立 JCI 标准要求的 20 个领域的质量监控指标；制定了临床及医技科室常规质量检查的 QA 项目表；更新了全院各科的诊疗常规；对死亡病例的讨论采用电子归档方法，便于后期分析与总结。

通过评审的意义不仅仅是为获得国际认可，打造国际精品化医院，更在于探索一条适合中国医院的标准化之路，这有利于医院提升国际形象、拓展海外市场，获得国际大型医疗保险公司认可，提升争夺国际医疗市场的竞争力。将《JCI 医院评审标准》和我国《综

合医院管理评估标准》两者有机结合，建立一个具有中国特色的医院评审标准，对我国大型医院标准化建设而言是十分必要的。应借鉴 JCI 国际医院评审的经验，取长补短，不断完善我国现有的综合医院评估标准，从而使医院最大限度地实现医疗服务“以病人为中心”，提高医疗服务质量与安全，为患者提供适时、适宜、安全、满意的医疗服务。

参 考 文 献

- [1] 郑洁, 王华. JCI医院评审与中国医院评审(评价)办法的比较[J]. 中国医院, 2006, 10(4): 5-6.
- [2] Paul vanOstenberg. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital[S]. the third edition. Chicago. 2007.
- [3] 黄小波, 吴宇彤. JCI国际医院认证与中国医院评审标准比较研究[J]. 解放军医院管理杂志, 2006, 13(2): 147-148.
- [4] JCI Joint Commission International Accreditation-Survey Process Guide for Hospitals[S]. Chicago JCAHO. 2002.

送:

世界卫生组织驻华代表处、卫生部相关司局
卫生部卫生经济研究所、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅(局)政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区县卫生局、相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构