

2025年度项目方案解读

国家神经疾病医学中心（首都医科大学宣武医院）

国家脑卒中高危人群筛查和干预项目办公室

目录

CONTENTS

1. 2025年度项目方案解读
2. 2025年度项目工作质控标准

目录

CONTENTS

1. 2025年度项目方案解读

2. 2025年度项目工作质控标准

项目目标

- 以维护人民群众健康为工作中心，贯彻落实《健康中国行动（2019-2030年）》《健康中国行动—心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030年）》有关要求，推进**实施健康中国心脑血管疾病防治行动**。
- 践行脑卒中防治策略，推广普及脑卒中高危人群防治**适宜技术**，提高脑卒中**知晓率、治疗率和控制率**，推动脑卒中防治工作由疾病治疗向**健康管理**转变。
- 完善脑卒中防治长效工作机制，构建防治**工作体系**。
- 逐步降低脑卒中**发病率**增长速度，保护健康劳动力，减轻家庭和社会的负担。

· 项目任务

- 1.建立完善由各级卫生健康行政部门及医疗和公共卫生机构共同参与的脑卒中防治工作网络体系。
- 2.全面开展人群脑卒中危险因素早期发现和综合干预管理工作。
- 3.持续开展全人群的慢性病防治健康宣传教育工作。
- 4.全面推广应用脑卒中防治适宜技术，深入开展医务人员规范化培训，提高脑卒中防治能力和水平。
- 5.做好脑卒中防控效果的考核评估工作。

任务量



社区、乡镇人群（院外）筛查和干预工作
对社区、乡镇常住居民，完成筛查和干预任务**4000**例，总计**83万**例。

脑卒中高危人群院内综合干预工作
项目基地医院完成院内脑卒中高危人群综合干预任务**2000**例，并开展院后随访，总计**42.6万**例。

在全国**31**个省（区、市）和新疆生产建设兵团的**209**个项目地区，完成脑卒中高危人群筛查和综合干预共**125.6万例**（脑卒中高危人群预计占比**20%-26%**）。

组织实施



单位

职责

国家技术指导机构

国家神经疾病医学中心
(首都医科大学宣武医院)

负责项目工作的整体组织协调和指导管理

省级项目办公室

- 省卫生健康委负责部门
- 省疾控中心
- 省级项目医院

制订本地区项目工作方案，做好项目前期动员、组织实施和管理工作，保障项目经费及时拨付和规范使用。

地市项目办公室

- 当地卫生健康委负责部门
- 项目地区疾控中心
- 项目医院

各省项目工作方案制定本地区项目工作开展具体实施计划。

· 项目专家组

■ 国家项目专家组

负责制定项目工作手册，提供技术支持与指导，项目质控，开展项目学习交流、评估、总结等。

■ 省级项目专家组

制订本地区项目实施方案，积极开展脑卒中防治适宜技术培训推广、现场调研指导及数据质量控制(每双月至少1次)工作，开展现场调研质控(不少于2次)，并留存书面记录。脑卒中防控效果的考核评估等工作。

· 执行机构职责

➤ 疾控机构：

- 加强与项目地区当地政府的协调沟通
- 开展筛查干预对象的组织动员
- 组织开展人群的慢性病防治健康宣传教育
- 开展数据抽检质控等工作

➤ 项目医院：

- 组织开展人群的脑卒中识别、救治等科普宣教
- 组织健康管理师开展脑卒中高危人群和卒中患者综合干预管理，组织临床专家开展脑卒中防治适宜技术培训推广等工作
- 开展针对基层医疗卫生单位相关人员的技术指导和工作培训
- 组织中青年专家开展人群的脑卒中主要危险因素甄别，针对脑卒中的中、高危个体制定随访综合干预方案等工作

➤ 基层医疗机构：

在项目医院的组织和技术指导下，开展人群的脑卒中高危因素筛查，并根据项目医院专家制定的随访综合干预方案开展个体化随访干预工作。

社区、乡镇 筛查干预工作

一、社区筛查干预工作进度安排

1.动员、调查、工作培训阶段（2025年3月21日—2025年4月30日）

各省项目办公室根据2025年度项目工作方案，制订本省项目工作执行方案，并报国家技术指导机构审定同意。

疾控机构、项目承担医院根据工作方案要求，确定项目点与综合干预对象，联合社区基层医疗机构做好项目点的组织动员、工作人员培训等工作。

2.实施阶段（2025年5月1日 - 2025年10月31日）

各项目相关单位根据项目实施步骤与流程要求，开展人群的筛查及综合干预、数据上报、质量控制、技术培训等工作。现场筛查干预工作完成后，按照要求对高、中危人群开展定期随访。

3.评估阶段（2025年11月1日 - 2025年12月31日）

国家项目专家组对上报数据进行整理分析，完成项目总体评估报告。

二、社区筛查干预项目点选取要求

随访干预点

- 原则上应在2023年度项目点中选取；
- 要求项目人群应覆盖该项目点40岁以上常住人口的85%以上。随访干预率不低于原筛查对象总人数的85%。
(自愿参加并签署知情同意书)
- 评估项目点人口构成情况，确定项目点，并通过项目平台提交审核；

新筛查点

- 在城市、农村各选择一个筛查点。国家慢性病综合防控示范区、全国居民死亡监测点及心脑血管病防控综合项目的区域优先考虑。
- 按照整群抽样原则筛查对象应覆盖该筛查点40岁以上常住人口的85%以上。
- 项目医院所在设区市的社区（城市人口）、乡镇（农村人口）各选择一个筛查点。新增筛查点三间（时间分布、地区分布、人群分布）分布特征应与省内既往年度随访干预工作的项目点一致。筛查人群应与省内既往年度随访干预工作的项目点在城乡、性别等上匹配。

实地调查

1. 摸清楚原项目点人口学特征包括40岁以上人群变动情况（根据七普数据）
2. 精确掌握拟选择工作点是否符合方案要求（填写《项目点常住人口调查表》）

三、入组对象

社区、乡镇随访干预对象

- 参加2023年度项目筛查或干预并完成网络直报的对象。
- 自愿参加并签署知情同意书。

社区、乡镇新筛对象

- 40岁以上（1985年12月31日前出生，包括2024年1月1日至2024年12月31日之间的死亡患者档案）。
- 当地常住居民（在当地居住满半年及以上者）。
- 自愿参加并签署知情同意书。

四、量表采集内容

□ 基本信息

□ 生活方式

□ 家族史

□ 主要病史及控制情况信息

□ 体格检查

□ 实验室检查

全人群进行血糖、血脂、糖化血红蛋白、同型半胱氨酸检查

□ 心脑血管病风险评级

脑卒中、TIA等疾病须有神经内科医生判定

□ 颈动脉超声

高危人群进行颈动脉超声检查

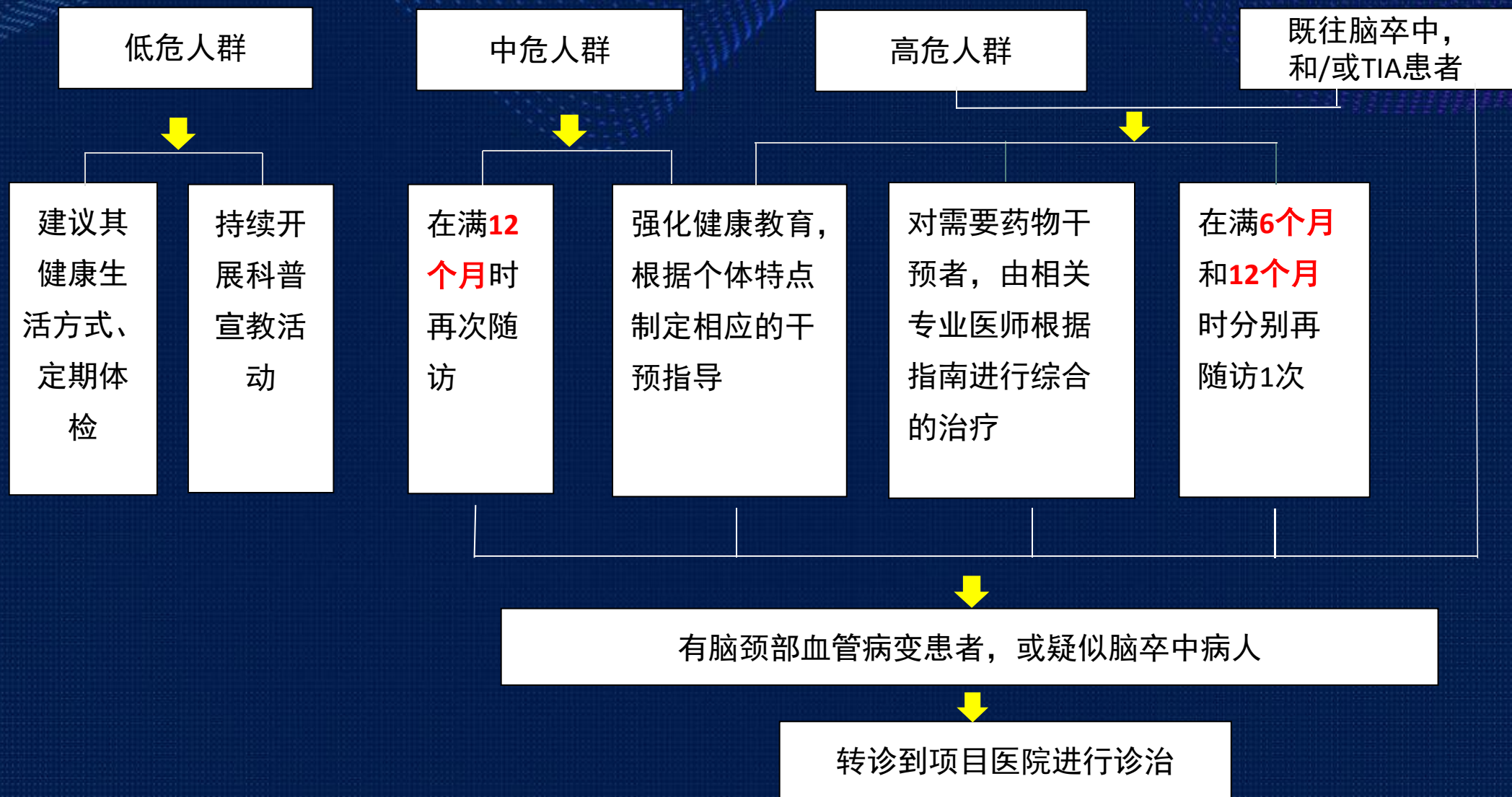
8+2 危险因素 判定

危险因素	判定标准
高血压	高血压病史（二级以上医院诊断）/本次筛查测量结果显示血压升高
房颤或瓣膜性心脏病	既往病史（二级以上医院诊断）/本次心电图显示心房颤动
吸烟	连续或累积吸烟6个月及以上者定义为吸烟者
血脂异常	既往病史（二级以上医院诊断） /本次现场测量一项或多项异常的
糖尿病	既往病史/本次现场测量显示血糖升高。随机血糖 ≥ 11.0 mmol/L 或空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L。
很少进行体育锻炼	每周运动 ≥ 3 次、每次中等强度及以上运动 ≥ 30 分钟；从事中 重度体力劳动者视为经常有体育锻炼。
明显超重或肥胖	BMI ≥ 28 为肥胖
卒中家族史	神经内科医生判定。二级以上医院明确诊断，可视为有家族史
既往卒中病史	神经内科医生判定。二级以上医院明确诊断，可视为有卒中史
既往TIA病史	神经内科医生判定。二级以上医院明确诊断，可视为有TIA史

社区乡镇筛查干预工作流程



社区乡镇随访工作流程



院内综合干预工作

一、院内综合干预工作进度安排

1. 实施阶段（2025年1月1日—2025年11月30日）。

项目承担医院应根据脑卒中高危人群院内综合干预工作实施步骤与流程要求开展综合干预、随访、数据上报、质量控制等工作。

2. 评估阶段（2025年12月1日 - 2025年12月31日）。

国家技术指导机构专家组对数据进行汇总分析，完成工作评估。

二、院内综合干预对象入组标准

- 1.自愿参加并签署知情同意书。
- 2.发病时间到入院时间 ≤ 14 天的新发脑梗死、脑出血、自发性蛛网膜下腔出血患者，包括行静脉溶栓、血管内治疗、颈动脉内膜剥脱术、颈动脉支架植入术、脑出血手术、动脉瘤手术等诊疗操作的患者。
- 3.排除标准：外伤性脑出血、外伤性蛛网膜下腔出血患者。

三、工作内容

- **1.建立脑卒中患者健康管理随访登记档案**
- 各项目单位脑心健康管理师或医护人员在入院的急性脑卒中患者出院前对所有符合入组标准的患者进行健康宣教，签署知情同意书，并通过项目平台上“床旁建档”栏目菜单填报患者健康管理随访登记档案。
- **2.导出所有急性脑卒中患者基本信息数据**
- 在每月15日前通过插件上传上一月院内所有出院的急性脑卒中患者基本信息数据汇总表至国家项目平台。基本信息数据包括人口学信息及住院信息，导出格式为Excel格式文件。
- **3.补充脑卒中相关诊疗直报数据**
- 各项目医院在每月25日前在线补充所有**行静脉溶栓、血管内治疗、颈动脉内膜剥脱术、颈动脉支架植入术、脑出血手术、动脉瘤手术患者的相关诊疗数据**并提交至国家项目平台。住院期间未开展mRS评分的档案，应补充mRS评分后提交。

三、工作内容

4.开展脑卒中患者随访并做好数据上报

- (1) 随访对象。针对急性脑卒中患者开展3个月、6个月、12个月随访工作，其中3个月、6个月随访对象为所有急性脑卒中患者，12个月随访对象为所有行脑卒中静脉溶栓、血管内治疗、颈动脉内膜剥脱术、颈动脉支架植入术、脑出血手术、颅内动脉瘤手术治疗的患者，部分未行以上脑卒中相关技术治疗的脑卒中患者（优先选择出院时mRS评分1分及以上患者开展随访，确保随访总人数达到医院项目年度总任务量）。
-
- (2) 随访方式。3个月、6个月时根据患者情况可开展网络或电话随访，12个月需完成面对面随访。12个月随访时免费开展血压、血脂、血糖、糖化血红蛋白、同型半胱氨酸等检查检验，并对卒中患者做好相关评分。

四、院内综合干预随访工作流程示意

在脑卒中患者入院后填写患者健康管理随访登记档案，同时签署知情同意书



通过数据上传插件上传出院脑卒中患者的基本信息数据（可通过手工填报完成）



在线补充填报行脑卒中相关技术治疗患者诊疗相关的数据



医院审核数据并提交至项目平台



医院根据要求选择随访患者，开展随访工作



完成3个月，6个月，12个月随访及数据上报

目录

CONTENTS

1. 2025年度项目方案解读

2. 2025年度项目工作质控标准

一、社区、 乡镇筛查和干预工作质控标准

指标	计算方法	评分标准	计算方法补充说明
任务完成率 (35分)	审核档案量/实际任务量	$P \geq 100\%$ ——35 分 $95\% \leq P < 100\%$ ——30分 $90\% \leq P < 95\%$ ——25分 $85\% \leq P < 90\%$ ——20分 $0\% < P < 85\%$ ——15 分 $P=0\%$ ——0分	审核档案量： 审核通过的（计划内筛查+计划内干预） 档案数 实际任务量： 院外筛查和干预的总任务量
危险因素控制率 (12分) (适用既往人群干预队列)	既往筛查与干预对象高血压的控制情况（6分）	符合国家标准区间， 或者高于标准区间的上限时， 得6分； $P \leq 10\%$ 得4. 5分； $10 < P \leq 20\%$ 得3分； $20 < P \leq 30\%$ 得1. 5分； 其他不得分。	高血压的控制率=高血压的检出人群中测量值正常的人数/高血压检出人数 高血压的检出人群中测量值正常的人数是指： 审核通过的计划内干预档案中脑卒中风险评级表里高血压=有且血压测量值正常的人数 高血压检出人数是指： 审核通过的计划内干预档案中脑卒里风险评级表中的高血压=有的档案数量 测量值是否正常是通过现测血压中的舒张压、 收缩压判断， 具体范围详见sheet危险因素测量值范围 当控制率低于国家标准区间的下限时， 区间下限依次减控制率标准值的10%（ $29.29\% * 10\% = 2.93$ ）， 做成各类得分档位。
	既往筛查与干预对象糖尿病的控制情况（3分）	符合国家标准区间， 或者高于标准区间的上限时， 得3分； $P \leq 10\%$ 得2. 25分； $10 < P \leq 20\%$ 得1. 5分； $20 < P \leq 30\%$ 得0. 75分； 其他不得分。	糖尿病的控制率=糖尿病的检出人群中测量值正常的人数/糖尿病检出人数 其中糖尿病检出人群中测量值正常的人数指： 审核通过的计划内干预档案中脑卒中风险评级表里的糖尿病=有且血糖测量值正常的档案数 糖尿病检出人数是指： 审核通过的计划内干预档案中脑卒中风险评级表里的糖尿病=有的档案数量 测量值是否正常是通过空腹血糖判断， 具体范围详见sheet危险因素测量值范围 当控制率低于国家标准区间的下限时， 区间下限依次减控制率标准值的10%（ $49.29\% * 10\% = 4.93$ ）， 做成各类得分档位。
	既往筛查与干预对象血脂异常的控制情况（3分）	符合国家标准区间， 或者高于标准区间的上限时， 得3分； $P \leq 10\%$ 得2. 25分； $10 < P \leq 20\%$ 得1. 5分； $20 < P \leq 30\%$ 得0. 75分； 其他不得分。	血脂异常的控制率=血脂异常的检出人群中测量值正常的人数/血脂异常检出人数 其中血脂异常检出人群中测量值正常的人数是指： 审核通过状态的计划内干预档案中脑卒中风险评级表里的血脂异常=有且血脂测量值全部正常的档案数 血脂异常检出人数是指： 审核通过状态的计划内干预档案中脑卒中风险评级表里的血脂异常=有的档案数量 测量值是否正常是通过总胆固醇、 甘油三酯、 高密度脂蛋白判断， 具体范围详见sheet危险因素测量值范围 当控制率低于国家标准区间的下限时， 区间下限依次减控制率标准值的10%（ $20.13\% * 10\% = 2.01$ ）， 做成各类得分档位。

一、社区、 乡镇筛查和干预工作质控标准

指标	计算方法	评分标准	计算方法补充说明
高危检出率 (包含卒中人群6分)	筛查与干预高危人数/筛查与干预建档人数	P > 26%——3 分 20%≤P≤26%——6 分 15%≤P < 20%——4 分 10%≤P < 15%——3分 P < 10%——0 分	高危人数：【审核通过的（计划内筛查+计划内干预）档案】且（危险分级为高危或TIA或卒中）的档案数 建档人数：审核通过的（计划内筛查+计划内干预）档案数
高血压知晓率 (6分)	本次调查之前即知道自己患高血压者人数/高血压患者人数×100%	符合全国标准区间，得6分； P≤10%得4分； 10 < P≤20%得3分； 20 < P≤30%得2分； 30 < P≤40%得1分； 其他不得分。	本次调查之前即知道自己患高血压者人数：[审核通过状态的计划内干预档案中（上次筛查/干预时高血压史选“有”）或（本次调查期间是否新发现有高血压选“有”）的档案数量]+[审核通过状态的计划内筛查档案中（既往有无被诊断为高血压选“有”）的档案数量] 高血压患者人数：审核通过的（计划内筛查+计划内干预）档案中，卒中风险评级表里（高血压病 = “有”）的档案数量
高血压检出率 (3分)	筛查与干预高血压人数/筛查与干预建档人数×100%	符合各省标准区间得3分； P≤10%得2分； 10 < P≤20%得1分； 其他不得分。	高血压人数：审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案 且(脑卒中风险评级表中高血压病 = 有)的档案数 建档人数：审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案数 标准区间的下限或上限依次减或加标准值的10%，做成各个计分档位。 医院的检出率在标准区间内得满分，不在标准区间时，具体看在哪一档得相应分数。
糖尿病检出率 (3分)	筛查与干预糖尿病人数/筛查与干预建档人数×100%	符合各省标准区间得3分； P≤10%得2分； 10 < P≤20%得1分； 其他不得分。	糖尿病人数：审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案且(脑卒中风险评级表中糖尿病 = 有)的档案数 建档人数：审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案数 标准区间的下限或上限依次减或加标准值的10%，做成各个计分档位。 医院的检出率在标准区间内得满分，不在标准区间时，具体看在哪一档得相应分数。

一、社区、 乡镇筛查和干预工作质控标准

指标	计算方法	评分标准	计算方法补充说明
血脂异常检出率 (3分)	筛查与干预血脂异常人数/筛查与干预建档人数×100%	符合各省标准区间得3分； P≤10%得2分； 10<P≤20%得1分； 其他不得分。	血脂异常人数： 审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案且(脑卒中风险评级表中血脂异常=是)的档案数 建档人数： 审核通过的(计划内筛查+计划内干预)档案数 标准区间的下限或上限依次减或加标准值的10%，做成各个计分档位。 医院的检出率在标准区间内得满分，不在标准区间时，具体看在哪一档得相应分数。
高危人群干预率 (8分)	高危人群干预率：完成高危人群干预人数/高危人群总数量×100%。	符合全国标准区间得8分； P≤10%得6分； 10<P≤20%得3分； 20<P≤30%得1分； 其他不得分。	以2023年干预2021年度人群为例说明： 完成高危人群干预人数： 审核通过状态的2023年计划内干预档案中其对应的2021年度档案为（高危及以上分级） 的档案数量。 高危人群总数量： 2021年度审核通过的计划内（筛查+干预）档案中分级是高危及以上分级的档案数量。
干预率 (12分) (适用干预队列)	干预建档人数/实际任务量	P≥85%——12 分 70%≤P<85%——10 分 50%≤P<70%——7 分 30%<P<50%——5 分 P<30%%——0分	干预建档人数： 审核通过的计划内干预档案数 实际任务量： 院外筛查和干预的总任务量
既往随访完成情况 (16分)	上报22年度中危以上随访人数/22年度中危以上应随访人数×100%	P≥100%——12 分 85%≤P<100%——10 分 70%≤P<85%——7 分 50%≤P<70%——5 分 P<55%——0 分	22年度审核通过状态的计划内中危及以上分级人群已随访人次： 22年度审核通过的计划内（筛查+干预）档案中，危险分级为中危的，随访轮次为12个月且随访档案状态为审核通过的随访档案数+危险分级为高危（高危+TIA+卒中） 的，随访轮次为6个月且随访档案状态为审核通过的随访档案数+危险分级为高危（高危+TIA+卒中） 的，随访轮次为12个月且随访档案状态为审核通过的随访档案数 22年度审核通过状态的计划内中危及以上分级人群计划随访人次： 22年度审核通过计划内（筛查+干预）档案中，危险分级为中危的，且筛查时间满12个月的档案数+危险分级为高危（高危+TIA+卒中） 的，且筛查时间满6个月的档案数+危险分级为高危（高危+TIA+卒中） 的，且筛查时间满12个月的档案数。排除基线死亡或上一轮随访时死亡数据
年龄偏倚度 (10分) (适用新人群筛查) ★当基地医院2023年度只有新人群筛查任务时，才计算偏倚度得分	筛查各年龄段人数占所有建档人数比例—七普各年龄段人数比例/七普各年龄段人数比例×100%。	符合全国标准区间得10分； 0<P≤5%得8分； 5<P≤10%得5分； 其他不得分。	年龄在40-49且审核通过状态的计划内筛查档案数/审核通过状态的计划内筛查档案总数，得到40-49岁已筛查人群占比 标准区间的下限或上限依次减或加标准值的5%，做成各个计分档位。 医院的各年龄段依倚度在标准区间内得满分，不在标准区间时，具体看在哪一档得相应分数。

院外说明

● 任务完成率以平台中“已审核”档案为依据。

● 全年数据统计截止日期12月31日24时。

● 干预率评价只适用于评价开展2022年度人群随访干预的档案。

● 年龄偏倚度评价只适用于2024年度新增开展新人群筛查的档案。

二、院内综合干预工作质控标准

指标	计算方法	评分标准	数据挑选入组规则
床旁建档（5分）	床旁建档患者人数/年度任务量	90%≤P——5分； 70%≤P<90%——4分； 50%≤P<70%——3分； 30%≤P<50%——2分； 15%≤P<30%——1分； P<15%——0分。	分子：已提交状态的出院时间为2023年的床旁建档的档案数量 分母：医院2023年院内项目任务量
插件上传并补充治疗信息（20分）	通过插件上传等方式实际提交并补充治疗信息档案数/年度任务量×100%	P≥100%——20分； 80%≤P<100%——15分； 70%≤P<80%——10分； 60%≤P<70%——5分； P<60%——0分。	分子：（审核通过）状态且做了任一治疗的2023年度院内项目档案数量 分母：医院2023年度院内项目任务量
开展入组患者3个月随访（30分）	3个月随访数（开展相关适宜技术）/年度任务量×100%。	90%≤P——30分 80%≤P<90%——25分； 70%≤P<80%——20分； 60%≤P<70%——15分； 50%≤P<60%——10分； 40%≤P<50%——5分； 40%≤P<50%——5分； 30%≤P<40%——2分 P<30%——0分。	分子：对应的基线档案做了任一治疗的且是（审核通过）状态的3个月随访档案数量 分母：医院2023年院内项目任务量并且排除出院时已死亡的档案数量
开展入组患者6个月随访（10分）	6个月随访数（开展相关适宜技术）/年度任务量×100%。	50%≤P——10分； 40%≤P<50%——8分； 30%≤P<40%——6分； 20%≤P<30%——4分； 10%≤P<20%——2分； P<10%——0分。	分子：对应的基线档案做了任一治疗的且是（审核通过）状态的6个月随访档案数量 分母：医院2023年院内项目任务量，排除出院时已死亡或3个月随访时已死亡档案数量

二、院内综合干预工作质控标准

指标			计算方法	评分标准	数据挑选入组规则
建档患者出院第12个月面访质控（35分） 最终得分=35分*2022年度任务完成率。	1. 基本信息采集及实验室检查 血压、血糖、血脂、糖化血红蛋白、同型半胱氨酸（12分）	血压检查率（2.4分）	各项检查实际随访人数/需随访人数* 各项检查分值		以血压检查为例： 分子：2022年院内项目入组的（审核通过）档案入组后的12个月随访档案中有血压测量值的且是（审核通过）状态的12个月随访档案数 分母：需随访人次指的是所有提交未审核或审核通过状态的出院满12个月的2022年度院内项目基线档案数。（排除出院时已死亡或3个月随访时已死亡的住院病历档案数）
		血糖检查率（2.4分）			
		血脂检查率（2.4分）			
		糖化血红蛋白检查率（2.4分）			
		同型半胱氨酸检查率（2.4分）			
	2. 出院12个月mRS评分完成情况（8分）		实际完成评分的随访档案数量/应完成评分的患者人数*mRS评分完成情况的分值 总分不超8分		分子（实际完成评分的随访档案数量）： 2022年院内项目入组的（审核通过）状态的档案，入组后的12个月随访档案中mRS评分有分值的且是（审核通过）状态的12个月随访档案数量 随访时死亡而无法进行mrs评分的，不计入分子 分母（应完成评分的患者人数）：（审核通过）状态且（出院时或3个月随访时）未死亡且出院满12个月的2022年院内项目的档案数
	3. 开展相关治疗技术人员治疗控制率：治疗控制正常者人数/患者人数×100% 血压、血糖、血脂等治疗控制率在国家标准范围内的得15分，低于10%得9分，其他不得分（详见附件）。	血压控制率（5分）	血压、血糖、血脂控制率和用药率在或高于国家标准范围内的得15分，低于10%得9分，其他不得分（详见附件）。 控制率：2022年院内做了任一治疗的且12个随访时指标已控制住的12个月随访档案数量 / 22年院内项目做了任一治疗的且(出院时或3个月随访时未死亡)的且距离出院时间满12个月的院内基线档案数量	以血压的控制率为例： 标准区间的下限依次减标准值的10%，做成各个计分档位。 医院的高血压控制率在标准区间内得满分，不在标准区间时，具体看在哪一档得相应分数。	
		血糖控制率（5分）			
		血脂控制率（5分）			

院内说明



重点考察患者随访管理工作



关注开展溶取栓等适宜技术入组对象的治疗效果



通过项目开展产生新技术、新模式



减少复发、减少致死致残、降低疾病负担

项目质控总分结构示例

一、项目单位质控总分结构

2024年度综合排名													
总项目	省份	单位名称			单位编码		住院干预项目得分			院外筛查干预项目得分			总分

院外质控得分结构	省份	单位名称	单位编码	任务完成率得分	干预率得分	危险因素控制率			高危检出率得分	危险因素检出率			既往随访完成情况得分	年龄偏倚度					超额完成任务量	高危人群干预率	高血压知晓率	连续干预	总分	实际得分
						高血压	糖尿病	血脂异常		高血压	糖尿病	血脂异常		筛查40-49岁	筛查50-59岁	筛查60-69岁	筛查70-79岁	筛查80岁以上	加分	得分	得分	加分		
						控制情况得分	控制情况得分	控制情况得分		检出率得分	检出率得分	检出率得分		人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分						

院内 质控 得分 结构	省份	单位名称	单位 编码	2024年度质控评分				2023年度质控评分							科研得 分	总分
				插件上传并 补充治疗信 息得分	床旁建档得 分	3个月随访得 分	6个月随访得 分	检查完成情 况得分	MRS评估情 况得分	危险因素控制率			2023年 度	2023年 度总分		
										高血压	糖尿病	血脂异常	任务完成 率			
										控制率 得分	控制率 得分	控制率得 分				

二、整体质控总得分良好的示例

2024年度综合					
省份	单位名称	单位编码	住院干预项目得分	院外筛查干预项目得分	总分
江苏省	南京鼓楼医院	274	88.18	97.25	94.08
山东省	济宁市第一人民医院	32	81.45	100	93.51
江苏省	徐州医科大学附属医院	479	80.34	100	93.12
山东省	临沂市人民医院	610	78.9	100	92.62
河北省	河北医科大学第一医院	130	87.64	95	92.42
湖南省	郴州市第一人民医院	368	87.89	94.25	92.02
湖南省	中南大学湘雅医院	360	89.06	93	91.62
河北省	沧州市中心医院	2109	75.76	100	91.52
湖南省	湖南省人民医院	1849	74.99	100	91.25
河北省	邯郸市第一医院	149	72.94	100	90.53

三、整体质控院外得分良好的示例

省份	单位名称	单位编码	任务完成率得分	干预率得分	危险因素控制率			高危检出率得分	危险因素检出率			既往随访完成情况得分	年龄偏倚度					超额完成任务量	高危人群干预率	高血压知晓率	连续干预	实际得分
					高血压	糖尿病	血脂异常		高血压	糖尿病	血脂异常		筛查40-49岁	筛查50-59岁	筛查60-69岁	筛查70-79岁	筛查80岁以上	加分	得分	得分	加分	
					控制情况得分	控制情况得分	控制情况得分		检出率得分	检出率得分	检出率得分		人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分	人数占比得分					
河北省	邢台市人民医院	1220	35	12	6	3	3	6	3	3	3	12	0	0	2.4	1.8	0	1	8	6	10	111
河南省	安阳市人民医院	1563	35	12	6	3	3	6	3	3	3	12	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	1	8	6	10	111
河北省	沧州市中心医院	2109	35	12	6	2.25	3	6	1	1	2	12	0	0.6	0	1.2	0	2	8	6	10	106.25
河北省	石家庄市第三医院	131	35	12	6	3	3	6	3	3	3	12	1.8	2.4	1.2	1.8	1.2	1	8	6	5	106
河北省	邯郸市第一医院	149	35	12	6	3	3	6	3	0	3	10	0	0	0	0	0	1	8	6	10	106
河南省	平顶山市第一人民医院	1886	35	12	6	2.25	3	6	3	0	2	10	1.8	0	1.2	1.2	0	2	8	6	10	105.25
浙江省	浙江省人民医院	517	35	12	6	3	3	6	2	1	2	10	0	0	0	0	0	1	8	6	10	105
江西省	赣州市人民医院	1564	35	12	6	3	3	6	3	0	0	12	0	1.2	1.2	1.2	0	1	8	6	10	105
江苏省	苏州大学附属第一医院	480	35	12	6	3	3	6	0	1	2	10	0.6	0	1.8	0	0	2	8	6	10	104
湖南省	湖南省人民医院	1849	35	12	6	3	3	6	3	3	3	10	1.2	1.8	2.4	0	1.8	1	8	6	5	104

四、整体质控院内得分良好的示例

省份	单位名称	单位编码	2024年度质控评分				2023年度质控评分							科研得分	总分
			插件上传并补充治疗信息得分	床旁建档得分	3个月随访得分	6个月随访得分	检查完成情况得分	MRS评估情况得分	危险因素控制率			2023年度	2023年度总分		
									高血压	糖尿病	血脂异常	任务完成率			
												控制率得分			
河北省	唐山市工人医院	139	25	10	30	10	8.97	8.05	0	0	0	250%	17.02	0	92.02
河南省	南阳南石医院	207	25	10	30	10	7.41	6.67	0	0	0	176.60%	14.08	0	89.08
湖南省	中南大学湘雅医院	360	22	10	30	10	8.98	8.08	0	0	0	124.31%	17.06	0	89.06
黑龙江省	哈尔滨医科大学附属第二医院	2161	25	10	30	10	7.21	6.49	0	0	0	227.44%	13.7	0	88.7
江苏省	南京鼓楼医院	274	22	10	30	10	8.51	7.67	0	0	0	134.80%	16.18	0	88.18
广东省	深圳市第二人民医院	75	22	10	30	10	8.51	7.66	0	0	0	115.39%	16.17	0	88.17
湖南省	郴州市第一人民医院	368	25	10	30	10	6.85	6.04	0	0	0	146.15%	12.89	0	87.89
河北省	河北医科大学第一医院	130	25	10	30	10	6.65	5.99	0	0	0	118.32%	12.64	0	87.64
河南省	驻马店市中心医院	1116	25	10	30	10	5.96	5.36	0	0	0	123.20%	11.32	0	86.32
安徽省	安徽省立医院	540	25	10	30	10	5.41	4.87	0	0	0	130.38%	10.28	0	85.28

质控总结

- 为了提高整体项目质控水平，**建议各单位进行定期评估和监督**，并根据评估结果提供相应的支持和指导。
- 各单位在实际得分上存在差异，**建议各单位进一步分析得分较低指标的具体情况**，并制定相应的改善计划。
- **建议借鉴和学习排名靠前医院的经验**，通过改进管理和提升服务水平来改善自己的综合排名。

谢谢！