

中国胸痛中心质量考核指标和奖惩制度

施鸿毓

中国胸痛中心质控办公室

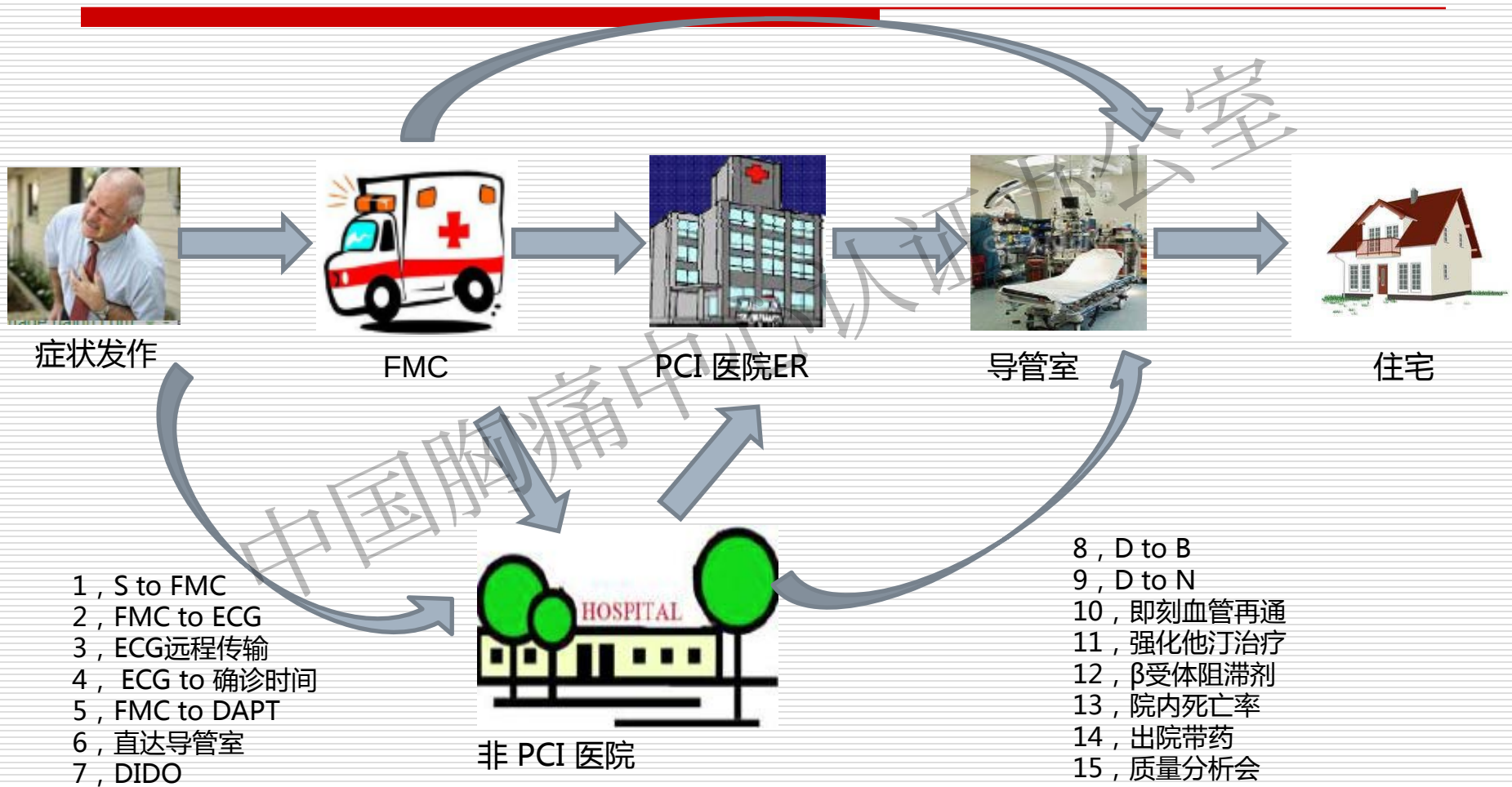
上海交通大学附属胸科医院胸痛中心，心内科

上海，2016-05-26

背景介绍

- 持续改进是胸痛中心认证的核心价值，胸痛中心根据当前的实际情况确定关键监控质量考核指标。
- 胸痛中心质控中心对已认证单位进行指标考核，以促进改进和保持优势为目的。

质量控制体系一览



院前 (区域协同)

院内

院后

新的质控指标共15项

#	过程指标	结果指标	结构指标	总计
院前	3			3
院中	8	2	0	10
院后&单列			2	1
小计	10	2	2	15

院前指标

序号	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注
1	症状到首次医疗接触（S2FMC）时间	症状到首次医疗接触（S2FMC）时间；	STEMI患者	过程指标	暂不考核
2	首次医疗接触至首份心电图（FMC2EKG）时间	首次医疗接触至首份心电图（FMC2EKG）时间； ≤10分钟以内的比例	所有患者	过程指标	季度平均 ≤10分钟内 亚组：分为救护车，自行来院，转院的患者
3	EKG远程传输比例	EKG远程传输比例	120急救或转运患者	过程指标	改善趋势，传输方式：如微信，短信等

院中指标-1

序号	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注
4	首份EKG（远程传输或院内）至确诊时间和比例	首份EKG（远程传输或院内）至确诊时间； ≤ 10 分钟比例	STEMI患者	过程指标	季度平均 ≤ 10 分钟内， 注释：确诊人员
5	首次医疗接触至双重抗血小板治疗时间	首次医疗接触至双重抗血小板治疗比例、时间； ≤ 30 分钟比例	STEMI患者	过程指标	改善趋势
6	直达导管室比例：绕行急诊及CCU	直达导管室比例：绕行急诊及CCU	120急救或转运且拟行PPCI患者	过程指标	改善趋势
7	非PCI医院停留时间（DIDO）	非PCI医院停留时间（DIDO）	转运行行PPCI的STEMI患者	过程指标	改善趋势， 建议越短越好

院中指标-2

#	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注
8	D2B时间	D2B时间； ≤90min比例	行PPCI的STEMI患者	过程指标	季度平均时间≤90min， 达标率75%以上， 或改善趋势
9	D2N时间	D2N时间； ≤30min比例	行溶栓治疗的STEMI患者	过程指标	改善趋势， 建议非PCI医院比例越高越好
10	即刻血管再通率：	即刻血管再通率	所有行PPCI或溶栓的患者	结果指标	改善趋势
11	强化他汀治疗比例	24小时强化他汀治疗比例	ACS患者	过程指标	暂不考核

院中指标-3

序号	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注
12	β 受体阻滞剂比例	β 受体阻滞剂使用比例	ACS患者	过程指标	暂不考核
13	院内死亡率	院内死亡率（心源性 & 非心源性）	所有STEMI患者	过程指标	暂不考核

院后指标

14	出院带药医嘱	出院带药（DAPT, ACEI / ARB, 他汀, β 阻滞剂）总比例	所有STEMI患者	结构指标	改善趋势
----	--------	--	-----------	------	------

单列指标

15	质量改进会：须上传会议记录 and 照片	质量改进会次数	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	每季度至少一次
----	----------------------	---------	--------------	------	---------

中国胸痛中心奖惩制度

目标

通过有效地奖惩机制促进CPC认证医院医疗质量持续改进

适用对象

已经得到CPC认证的PCI胸痛中心医院

考核内容

过程指标 和结果指标两方面考核

奖惩机制

奖励机制和淘汰制

考核内容：

- 一、过程考核内容：
过程考核不合格标准：

编号	考核内容	考核标准
1	数据填报完整性	必填数据填报比例 < 50%
2	数据填报及时性	数据填报延迟 > 90天
3	数据溯源情况	抽查时无法提供原始病历以供核查时间 ≥ 1月
4	持续改进意识	质量分析例会 < 1次/季度

考核内容-结果考核

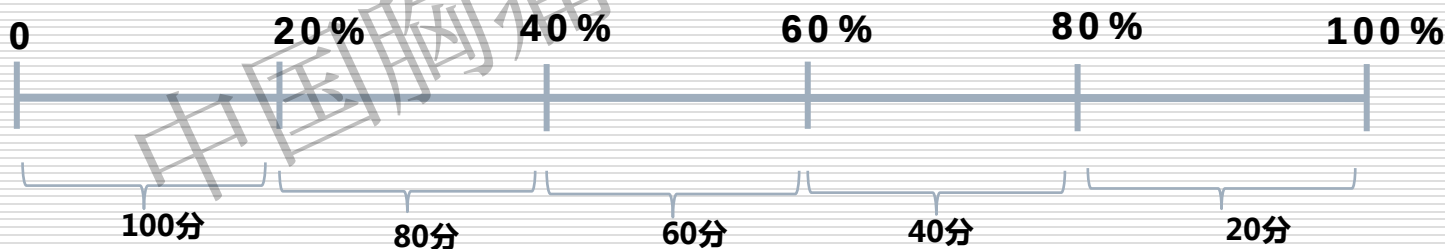
编号	考核指标	评分系统 (x)					权重 (a)
		20	40	60	80	100	
2 , 3	院前考核指标 (2项)						15%
4-10	院内考核指标 (8项)						60%
13 , 15	院后指标+单列指标 (2项)						25%

指标占比（合计100%）

指标	占比
1.症状到首次医疗接触（S2FMC）时间	0
2.首次医疗接触至首份心电图（FMC2EKG）时间	10%
3.EKG远程传输比例	5%
4.首份EKG（远程传输或院内）至确诊时间和比例	10%
5.STEMI患者首次医疗接触至双重抗血小板治疗时间	10%
6.直达导管室比例：绕行急诊及CCU	5%
7.非PCI医院停留时间（DIDO）	2%
8.D2B时间	25%
9.D2N时间	3%
10.即刻血管再通率	5%
11.强化他汀治疗比例	0
12.β受体阻滞剂比例	0
13.出院带药医嘱	10%
14.院内死亡率	0
15.质量改进会	15%

考核内容-结果考核

1. 结果考核总分为每一项考核指标分值 X 权重系数的总和
2. 2016年**试运行百分制**（图1），每项考核指标排名前20%以内为100分； $\geq$ 前20% - < 40%范围内为80分； $\geq$ 前40% - < 60%为60分； $\geq$ 前60% - < 80%为40分；其余20%为20分。
3. 2017年可根据2016年的完成情况，胸痛中心执委会商定Benchmark值



（图1）

奖励机制

- **频率：**每年评定一次，结合胸痛中心年度表彰大会

- **奖项类型：**

1. 医疗质量奖（金、银、铜杯）

2. 数据填报质量奖（奖牌）

3. 质量持续改进奖（奖牌）

4. 胸痛中心免审奖（奖牌）

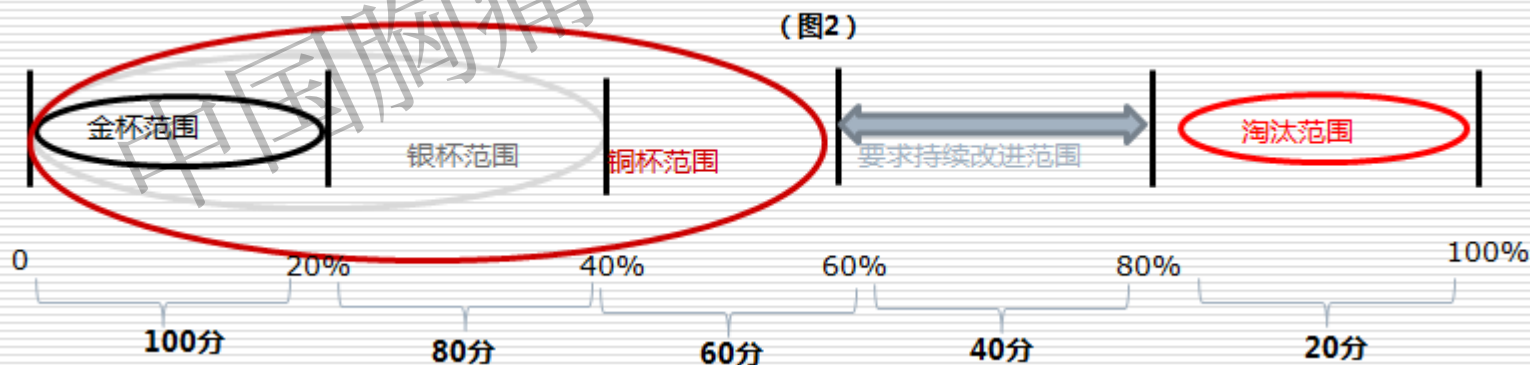
奖励机制



●奖励标准：

1. 医疗质量奖杯：（图2）

- ①金杯 **5位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前20%** & 年度考核总分排名**前5名**。
- ②银杯 **10位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前40%** & 排除金杯得主的年度考核总分排名**前10名**。
- ③铜杯 **15位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前60%** & 排除金银杯得主的年度考核总分排名**前15名**。



奖励机制



2. **数据填报质量奖牌**：全年数据填报完整性>**90%**、时效性<**90天**、真实性良好(抽查属实)的医院

3. **质量持续改进奖牌**：全年四次季度质量指标评分**持续递增**的医院

4. **胸痛中心免审奖牌**：a, 连续三年金杯中心

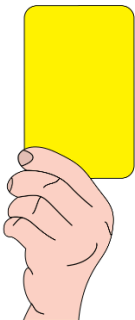
或b, 连续三年年度质量评分持续增加（基础≥**80分**且每年增加≥**10分**）

（**胸痛中心科研协作机会**：科研项目优先考虑获得奖杯/奖牌的医院）

淘汰制

- 频率：每年评定一次
- 标准：

□ 黄牌，警告整改：



- ✓ 数据完整性：连续 1 次季度报告，必填数据填报比例 < 50%
- ✓ 数据及时性：数据填报延迟 > 90 天
- ✓ 真实性：抽查时无法提供原始病历以供核查时间 ≥ 1 月
- ✓ 持续改进机制：无法达到质量分析例会 ≥ 1 次/季度

□ 红牌，取消胸痛中心资格：



- ✓ **后10名**：连续 **3 年** 年度质量简报排名**末位 20%** & 三年年度考核总分**的后10 位**
- ✓ 连续 **3次** 以上黄牌警告

质控，从你我共同做起！

中国胸痛中心认证办公室
