《心衰中心建设评估与再评估规范》（初稿）
编制说明

《心衰中心建设评估与再评估规范》
标准起草组

目 录

一、工作背景及任务来源.....1
二、必要性.....2
三、工作简况.....3
四、制定标准的原则与依据.....4
五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系.....6
六、预期社会经济效益.....7

一、工作背景及任务来源

1.工作背景

心力衰竭（心衰）是各种心脏疾病的严重表现或晚期阶段，其发病率有不断增高的趋势，死亡率和再住院率居高不下，是21世纪主要的心血管疾病之一。我国心衰患者约1210万且持续增长，≥35岁成人心衰患病率为1.3%；心衰患者30天再住院率约为10%，1年再住院率约为30%，5年死亡率高达50%以上，给患者家庭和社会带来了沉重的经济负担。心衰已成为我国重大的公共卫生问题。

为系统性解决我国心衰诊疗不规范、管理水平不均衡及患者管理连续性不足等核心问题，2016年在国家卫生健康委员会指导下，由中华医学会心血管病学分会和苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院，于2016年启动心衰中心建设项目，通过组建多学科管理团队、推行规范化的诊疗流程和长期随访管理，提高心衰的整体诊治水平。自项目启动以来，全国各级医疗机构积极响应，已有2800余家医院注册并启动心衰中心建设，覆盖全国31个省、自治区、直辖市。

2017年以来，国家卫生健康委多次发文强调心血管疾病防治体系建设的重要性，将心力衰竭管理纳入心血管疾病防治的关键环节；2019年国家两部委发布《心力衰竭分级诊疗技术方案》，进一步明确了心衰规范化诊疗和全程管理的要求。鉴于我国医疗资源分布不均、不同级别医疗机构救治能力存在差异，心衰中心建设分为标准版和基层版两个层次，共同构成我国心衰区域分级诊疗体系的重要组成部分。制定统一的建设评估与再评估标准，有助于引导不同条件的医疗机构建设同质化的心衰中心，建立多学科联合诊疗模式，提升心衰综合救治能力。

2.任务来源

本文件的制定任务由中国医学救援协会提出，并由其标准化工作委员会正式归口。中国医学救援协会心血管急救分会作为申请人，依托苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院，针对心衰中心建设、评估与再评估工作的现实需求和操作难点，组织国内心血管领域相关专业机构，启动了本团体标准的研制工作，旨在为全国医疗机构提供一套科学、统一、可落地的心衰中心建设评估与再评估规范。

二、必要性

1.契合医学救援体系建设的功能定位

心力衰竭急性失代偿、心源性休克等疾病具有突发性、危重性和高死亡风险的特点，是医学救援体系的重要组成部分。本标准通过规范院前衔接、急诊识别、院内救治和区域协同，提高心血管急危重症救援能力，推动心血管疾病急救、诊疗、康复全过程标准化，与中国医学救援协会的功能定位高度契合。

2.应对心衰严峻疾病负担的公共卫生挑战

心衰患者基数庞大且持续增长，再住院率和死亡率居高不下，疾病负担沉重。规范心衰的诊治和管理、实现以指南为导向的评估和管理，是降低心衰再住院率和死亡率、改善患者预后的关键举措，亟需通过标准化手段在全国范围系统推进。

3.解决心衰中心建设缺乏系统性评估标准的问题

目前，中华医学会心血管病学分会、中国医师协会心血管内科医师分会等学术组织相继发布了《中国心力衰竭诊断和治疗指南》等系列指南，为心衰中心建设提供了重要的学术基础。然而，已有的指南文件主要聚焦于心衰的诊疗规范，缺乏对心衰中心组织架构、设施条件、数据管理、培训教育和持续改进等方面的系统性评估标准，难以对心衰中心的建设质量和运行水平进行统一、客观的评价。

4.填补国内外相关标准空白

欧美国家虽有心衰管理指南和诊疗规范，但未建立系统性的心衰中心评估体系。在国内，苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院2017年发起心衰中心建设项目，并制定了初步的建设指引。此后，中华医学会心血管病学分会、中国医师协会心血管内科医师分会等学术组织相继发布了《中国心力衰竭诊断和治疗指南》等系列指南，为心衰中心建设提供了重要的学术基础。然而，已有的指南文件主要聚焦于心衰的诊疗规范，缺乏对心衰中心组织架构、设施条件、数据管理、培训教育和持续改进等方面的系统性评估标准，难以对心衰中心的建设质量和运行水平进行统一、客观的评价。

5.满足心衰中心持续运行与质量改进的迫切需求

心衰中心建设不应以通过验收为终点，而应以提高心衰诊治效率、降低患者再住院率和死亡率为最终目标。通过建立常态化的再评估机制（首次通过心衰中心评估的有效期为3年，3年后应组织再评估。申请再评估的心衰中心应在最后有效期到达前4个月在线提交再评估申请，以后每5年进行一次再评估）和持续质量改进机制，引导心衰中心持续规范运行。高质量运行的标准版、基层版心衰中心将织就我国心衰规范化救治一张网，推动我国心衰防治事业的高质量发展。

三、工作简况

1.立项与启动

在中国医学救援协会的组织下，由中国医学救援协会心血管急救分会申请、苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院作为依托单位，经专家论证，正式立项。心衰中心

专家委员会指定专人成立标准起草组，明确了工作目标、任务分工和进度安排，经费由依托单位自行筹集。

2.起草阶段

起草组由心衰中心专家委员会组织国内心血管领域权威专家组成，起草单位包括中国医学救援协会、苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院、复旦大学附属中山医院、北京大学第一医院、北京医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、中山大学附属第一医院、南京医科大学第一附属医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、四川大学华西医院等五十余家医疗机构。起草组广泛收集国内外心衰诊疗指南、政策文件及学术文献（详见标准草案的"参考文献"），在《心力衰竭分级诊疗技术方案》和心衰中心建设指引的基础上，系统梳理了心衰中心建设的成功经验、存在问题和技术需求，完成了标准草案的初稿。

3.实践验证与完善

本标准源于心衰中心建设项目的长期实践。截至2026年8月，参照本标准，全国已有1120家医疗机构建成心衰中心，标准的核心内容——基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进以及再评估等五要素，以及标准版、基层版两个层次的质控指标体系，均经过大规模实践检验，具备实际可操作性。起草组多次组织专家研讨，对草案的关键章节进行了反复论证和修改。

4.征求意见与送审

在广泛征求意见的基础上，对草案进行了全面、系统的修改和完善，形成送审稿，报送中国医学救援协会标准化工作委员会审查。根据审查意见，进一步修改形成本文件的最终报批稿。

四、制定标准的原则与依据

1.制定原则

（1）科学性与规范性原则：以最新心衰指南与循证医学证据为导向，将以指南为导向的心衰评估和管理（GDEM）理念贯穿标准全文，要求将指南流程化，通过制定标准流程图规范和指导一线医护人员的诊疗过程，确保标准内容科学、先进、规范。

（2）系统性与可操作性原则：标准由基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进、再评估五个要素组成，覆盖心衰中心建设与运行的全链条；所有条款力求具体、明确、可核查，并配套建立科学、客观、可量化的质控指标体系（规范性附录A、附录B），为心衰中心的质量评估和持续改进提供量化依据，便于医疗机构直接落地执行。

（3）分层分级与同质化原则：针对我国医疗资源分布不均的实际，将心衰中心分为标准版和基层版两个层次，分别设置差异化的基本条件、专科条件和质控指标要求，既引导不同条件的医疗机构建设同质化的心衰中心，又支撑"社区初筛—心衰中心诊治—病情稳定后回社区管理"的分级诊疗模式落地。

（4）持续改进与动态评估原则：将持续改进作为心衰中心评估的核心价值，确立首次评估有效期3年、之后每5年再评估一次的再评估机制，要求通过数据库填报、质量分析会、典型病例讨论会等方式建立常态化的持续质量改进机制，推动心衰中心从"以通过验收为目的"向"以持续提高诊治水平为目标"转变。

2.制定依据

标准化工作依据：GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》。

国家政策文件：《"健康中国 2030"规划纲要》、《心力衰竭分级诊疗技术方案》（2019 年）等。

专业技术指南与文献：中国疾病预防控制中心慢病中心心力衰竭全程管理中心专家委员会，中国老年医学学会心电与心功能分会，吴静，等. 中国心力衰竭防治进展报告(白皮书)[J]. 中国循环杂志,2026,41(4).DOI:10.3969/j.issn.1000-3614.2026.04.002.中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 中国心力衰竭基层诊疗与管理指南（2024 年）[J]. 中华全科医师杂志,2024,23(6).DOI:10.3760/cma.j.cn114798-20231227-00476.

实践经验与专家共识：基于心衰中心建设项目自 2017 年以来的实践经验，以及全国 1210 家已建心衰中心的运行数据和心血管领域专家的集体智慧，确保标准内容既符合前沿理论，又切合我国医疗机构实际。

五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系

本文件作为团体标准，是在严格遵守国家现行相关法律、法规和强制性标准的前提下制定的。

1.遵循上位法

本文件内容完全遵循《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《中华人民共和国医师法》、《医疗质量管理办法》等法律法规和规章的基本原则和制度要求，未设立任何与之相抵触的条款。

2.补充与细化

对于国家政策和诊疗指南中的原则性要求，本文件进行了场景化的补充和操作层面的细化。例如，《心力衰竭分级诊疗技术方案》提出了心衰分级诊疗的总体要求，本文件则具体规定了标准版、基层版心衰中心的基本条件与

资质、双向转诊标准、随访计划和质控指标阈值等可考核的操作要求。

3.协调一致

本文件与现行有效的强制性国家标准、行业标准保持协调一致，与《中国心力衰竭诊断和治疗指南》等专业指南的要求相衔接，不与任何现有强制性标准冲突，可作为对现行法规政策和诊疗指南的技术性支撑和有益补充。

4.填补空白

针对心衰中心建设评估与再评估这一领域，目前尚无相应的国家标准、行业标准或团体标准。本文件的制定填补了这一空白，为医疗机构心衰中心的建设、验收与持续运行提供了系统、统一的技术指引和评价依据。

六、预期社会经济效益

1.社会效益

（1）提高心衰规范化诊治水平：通过统一的评估与再评估标准，引导各级医疗机构建设同质化的心衰中心，落实以指南为导向的评估和管理，规范心衰的诊断、治疗和长期管理，从而降低心衰再住院率和死亡率，改善患者预后和生活质量。

（2）推动心血管分级诊疗体系建设：标准版和基层版两个层次的标准共同构成心衰区域分级诊疗体系的重要组成部分，促进"社区初筛—中心诊治—稳定后回社区管理"的分级诊疗模式落地，高质量运行的心衰中心将织就我国心衰规范化救治一张网。

（3）建立持续质量改进机制：本标准的实施将推动心衰中心从经验式管理向科学化、标准化、系统化管理转变，通过常态化的再评估和质控指标体系，形成可持续改进的长效机制，提升我国心衰防治的整体能力。

（4）助力国家健康战略目标实现：本标准有助于落实《“健康中国 2030”规划纲要》和心血管疾病防治体系建设要求，推动我国心血管事件拐点的早日到来，具有重大的临床意义和社会价值。

2.经济效益

（1）降低疾病经济负担：通过规范诊治和长期随访管理，有效降低心衰患者的再住院率和死亡率，减少因反复住院产生的高额医疗费用，从长远看为患者家庭和社会节约巨额医疗资源和疾病经济负担。

（2）优化医疗资源配置：统一的评估标准引导医疗资源向多学科协作、区域协同的方向整合，避免重复建设和低效投入，使有限的医疗经费、人力和设备得到更集中、高效的使用。

（3）减少人力资本损失：通过改善心衰患者的预后，帮助患者维持劳动能力和正常生活，减少因疾病导致的生产力损失，对社会经济发展具有潜在的巨大价值。

综上所述，本标准的制定与实施具有现实的必要性和长远的价值，对落实健康中国战略、规范我国心衰诊治和管理具有重要意义，将为推动我国心衰防治事业的高质量发展提供有力的技术支撑。

《心衰中心建设评估与再评估规范》标准起草组

2026 年 10 月

附 录 A

（规范性附录）

标准版心衰中心质控指标要求

表 A.1 标准版心衰中心质控指标要求

考核指标	对象	心衰建设中心（至少填报 3 个月）	改进趋势（3 月）	心衰中心（至少填报 6 个月）
心衰诊治例数	心衰患者	>100 例		>300 例
诊断使用超声心动图	心衰患者	≥70%	升高 20%	≥90%
诊断使用 BNP 或 NT-proBNP	心衰患者	≥70%	升高 20%	≥90%
出院前 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥30%	升高 20%	≥50%
有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂出院使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
1 周随访率	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
1 月随访率	心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
3 月随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
一年随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂随访使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
随访有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB 剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
30 天再入院率	心衰患者		下降	下降
1 年再入院率	心衰患者		下降	下降
出院后 30 天死亡率	心衰患者		下降	下降
出院后 1 年死亡率	心衰患者		下降	下降

注：BNP：B 型利钠肽；NT-proBNP：N 末端 B 型利钠肽原；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素 II 受体拮抗剂；ARNI：血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；MRA：醛固酮受体拮抗剂；SGLT2：钠-葡萄糖共转运蛋白 2；HFrEF：射血分数降低的心衰。

附 录 B

（规范性附录）

基层版心衰中心质控指标要求

表 B.1 基层版心衰中心质控指标要求

考核指标	对象	心衰建设中心（至少填报 3 个月）	改进趋势（3 月）	心衰中心（至少填报 6 个月）
心衰诊治例数	心衰患者	>70 例		>100 例
诊断使用超声心动图	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
诊断使用 BNP 或 NT-proBNP	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥20%	升高 20%	≥40%
有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂出院使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
1 周随访率	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
1 月随访率	心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
3 月随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
一年随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥30%	升高 20%	≥50%
随访合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂随访使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
随访有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB 剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
30 天再入院率	心衰患者		下降	下降
1 年再入院率	心衰患者		下降	下降
出院后 30 天死亡率	心衰患者		下降	下降
出院后 1 年死亡率	心衰患者		下降	下降

注：BNP：B 型利钠肽；NT-proBNP：N 末端 B 型利钠肽原；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素 II 受体拮抗剂；ARNI：血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；MRA：醛固酮受体拮抗剂；SGLT2：钠-葡萄糖共转运蛋白 2；HFrEF：射血分数降低的心衰。