

《眩晕专业共同体成员能力评估规范》

编制说明

一、任务来源

本标准由北京大学第一医院和复旦大学附属眼耳鼻喉科医院联合提出，经中国老年医学学会归口管理，于2026年1月正式立项，计划号为CGSSSJH202601。本标准旨在建立科学、规范的眩晕专业共同体成员能力评估体系，推动我国眩晕/前庭疾病诊疗服务的规范化、同质化发展，提升多学科协作能力与区域协同水平。

二、编制工作简要过程

（一）起草单位及起草人

主要起草单位：北京大学第一医院、复旦大学附属眼耳鼻喉科医院、河北医科大学第一医院、湖北文理学院附属襄阳市中心医院、武汉市第四医院、空军特色医学中心、广州医科大学附属第三医院、徐州医科大学第二附属医院、中国人民解放军总医院、上海交通大学医学院附属第六人民医院、西安交通大学第一附属医院、南华大学附属南华医院、长沙市第一医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、武汉大学人民医院、南京医科大学附属南京市第一医院、上海交通大学医学院附属新华医院。

主要起草人：杨旭、王璟、常丽英、顾平、严钢莉、金占国、梁燕玲、荣良群、王秋菊、石海波、王文婷、王朝霞、于栋祯、田亮、邢雅智、韩鹏、袁梅、余孝君、肖哲曼、渠文生、徐梦怡、杨渊、张青。

（二）标准起草组人员主要分工

杨旭统筹协调整个项目的开展和进度管理，确定标准的定位和框架；王璟负责对接各地医疗机构开展调研，组织多轮研讨并形成共识；常丽英、顾平、严钢莉为核心技术骨干，负责标准主体内容的起草与修订；金占国、梁燕玲负责收集整理相关政策、文献与行业数据；荣良群、凌霞负责调研实施、数据分析与条款表述优化；其余成员参与标准修改、文献查阅、思路提供等中后期支持工作。

（三）简要过程

1、标准预研阶段（2025年6月--12月）：

成立起草组，系统调研国内外医学中心建设、多学科协作模式和相关评估体系，分析国内外前庭系统疾病诊疗相关标准、指南、学术文献及行业现状报告，明确标准制定的必要性与核心框架。

2、立项起草阶段（2026年1月--2月）：

立项成功后，由北京大学第一医院、复旦大学附属眼耳鼻喉科医院、湖北文理学院附属襄阳市中心医院、河北医科大学第一医院、武汉市第四医院、空军特色医学中心、广州医科大学附属第三医院等作为主要起草单位，成立涵盖神经内科、耳鼻喉科、精神心理科等跨专业编制团队，形成编制工作方案，明确分工和各阶段工作任务。制定标准编制进度表并定期汇报工作进度，建立工作组周例会、周工作简报等工作机制，保证标准编制进度可控。

3、征求意见及专家讨论修改阶段（2026年2月--3月）：

通过中国老年医学学会官网及定向发送方式，向社会公开征求意见，并重点征求神经内科、耳科、精神心理、康复医学等领域临床专家及标准化专家的意见，组织专家对反馈意见进行逐条审议，进一步优化术语定义、评估指标与分级体系，形成送审稿。

4、技术审查阶段（2026年3月--2026年4月）：由中国老年医学学会组织标准化技术委员会召开标准技术审查会，与会专家投票，确定标准是否通过技术审查。

5、报批审查阶段（2026年4月--2026年5月）：根据技术审查意见修改完善，形成标准报批稿及全套报批材料，提交中国老年医学学会履行审批发布程序。

三、编制背景

（一）编制背景

眩晕/前庭疾病涉及多学科，目前我国诊疗水平区域差异大、基层能力薄弱、多学科协作机制不健全。为推动优质资源下沉、提升整体服务能力，亟需建立统一的能力评估与分级体系，引导各级医疗机构明确发展路径，实现“标准共循、人才共育、技术共进”。

（二）对比国内同类标准

目前国内尚无针对“眩晕专业共同体”或类似多学科协作体系的能力评估标准。虽有《医院卒中中心建设与管理指导原则（试行）》（国卫办医函〔2016〕1235号）、《胸痛中心建设与管理指导原则》（国卫办医函〔2017〕1026号）等专科中心建设规范，但其评估对象与内容不适用于眩晕多学科协作场景。本标准首次构建以“单位”为评估对象、涵盖基础条件、服务能力、人才队伍、科研教学等多维度的分级评估体系，属国内首创。

（三）对比国际、国外相关标准

编制组参考了美国、欧洲等地区眩晕中心认证与多学科协作评价模式，结合我国医疗体系特点，进行了本土化设计。本标准强调“共同体”协作属性，建立“引领单位-核心单位-骨干单位-建

设单位”四级体系，突出区域协同与持续改进机制，更具系统性与可操作性。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规、标准的关系

1、规范化原则：本标准按 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写规则》、GB/T 20001.7-2017《标准编写规则第7部分：指南标准》要求进行制定。

2、协调性原则：本标准与国家现行有效的《医疗质量管理办法》、分级诊疗政策及相关专科建设标准相衔接。

3、科学性原则：本标准依据国内外眩晕诊疗指南、多学科协作研究成果，确保评估指标科学合理。

4、实用性原则：指标可量化、可考核，适用于各级医疗机构自评与第三方评估。

5、引领性原则：鼓励高水平单位发挥引领作用，带动区域整体能力提升。

五、标准主要内容的说明，主要技术指标参数、试验验证的论述。

（一）主要内容概述

标准正文共设8部分，主要内容包括：

1、范围：明确适用于各级医疗机构相关科室或亚专业团队申请加入“眩晕专业共同体”时的能力评估与定级。

2、规范性引用文件：列出本标准引用的关键标准与政策文件。

3、术语和定义：明确定义“眩晕专业共同体”“共同体成员”“多学科协作”等核心概念。

4、评估目标与原则：明确评估旨在推动同质化诊疗与协同发展，遵循自愿、公正、统一、动态等原则。

5、评估框架与等级：建立四级评估体系（引领/核心/规范/建设单位），明确各级功能定位。

6、能力评估标准：规定通用准入要求与各级别具体标准，涵盖机构资质、设备配置、门诊量、MDT实施、人才队伍等。

7、评估实施与管理：明确评估组织、程序、方法与动态管理机制。

8、持续改进与动态管理：设立2年复评周期，实现等级可升可降、可进可出。

（二）主要技术指标与条款确定的依据

1、四级分级体系设计：基于我国医疗机构层级与能力分布现状，参考国内外专科中心评价模式，确立四级发展路径，引导单位循序渐进、目标明确。

2、评估指标设置：各项指标（如门诊量、设备配置、MDT、学科带头人资质）均来源于全国多中心调研数据与专家共识，确保代表性、可及性与区分度。

3、设备配置清单（附录B）：根据各级单位功能定位与技术需求，列出建议配置设备，既体现基本要求，又预留发展空间。

4、动态管理机制：设立复评与等级调整机制，借鉴质量管理体系“持续改进”理念，确保共同体活力与长期效力。

六、重要分歧意见的处理经过和依据

在立项起草阶段，具有实质性分歧的意见主要集中于以下方面：

1、关于标准名称与定位

分歧：最初名称《眩晕/前庭医学协作共建体建设规范》易被理解为实体建设或行政管理规范，与“评估”核心功能不符。

处理与依据：经评审会讨论，为准确体现本标准作为“能力评价工具”的属性，并区别于《前庭检查技术人员规范》的个人技能标准，确定更名为《眩晕专业共同体成员能力评估规范》，聚焦于对“单位/团队”能力的分级评估。

2、关于评估对象

分歧：评估对象应为医院、科室、多学科团队还是个人存在不同意见。

处理与依据：为切实推动临床诊疗能力提升并与前庭技师规范（个人）形成互补，明确评估对象为医疗机构内的相关科室或亚专业团队，强调其作为服务单元的整体能力。

3、关于等级体系命名

分歧：原“示范、核心、成员、建设”四级命名中，“示范”一词敏感性高，具有行政属性，“成员”概念宽泛。

处理与依据：参考行业惯例并避免行政化联想，调整为“引领、核心、骨干、建设”四级，更清晰体现能力导向与发展阶梯。

4、关于是否包含具体“建设”条款

分歧：部分专家意见希望纳入具体帮扶、培训等建设要求。

处理与依据：为保持评估标准的客观性与稳定性，决定不将动态的建设活动列为硬性评估条款。相关理念转化为“持续改进与动态管理”机制，通过复评与等级调整来推动发展。

七、贯彻标准的要求和措施建议

1、组织措施：

建议由中国老年医学学会眩晕/前庭医学分会牵头，成立标准宣贯工作组，制定实施细则与培训计划。

2、技术措施：

开发配套的自评工具与培训课程，建立评估专家库与培训基地。

3、过渡办法：

标准发布后设置 6 个月试行期，期间接受单位申请与评估，逐步推广实施。

4、评估与修订：

学会定期收集实施反馈，每 3 - 5 年组织标准修订，确保其持续适应行业发展。

八、其他应说明的事项

1、本标准为团体标准，供医疗机构自愿采用，不替代现有法律法规与行业准入要求。

2、起草过程中已进行公平竞争审查，未发现排除、限制市场竞争的内容。

3、所有引用文件均已标注来源，尊重知识产权。

标准起草组

2026 年 2 月 6

