

ICS
CCS

团体标准

T/CGSS XXXX—XXXX
(或：代替的团体标准编号)

眩晕专业共同体成员能力评估规范

Specification for Competency Assessment of Members in the Vertigo Professional Community

(征求意见稿)

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上

XXXX-XX-XX 发布

XXXX-XX-XX 实施

中国老年医学学会 发布

目 次

前言	1
引言	2
1 范围	3
2 规范性引用文件	3
3 术语和定义	3
4 评估目标与原则	4
5 评估框架与等级	4
6 能力评估标准	5
7 评估实施与管理	6
8 持续改进与动态管理	7
附录 A 眩晕专业共同体成员能力评估指标体系	8
附录 B 眩晕诊疗核心设备配置参考清单	8
参考文献	13

前 言

本文件按照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》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京大学第一医院和复旦大学附属眼耳鼻喉科医院提出。

本文件由中国老年医学学会归口。

本文件起草单位：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。

本文件主要起草人：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。

工作秘书：严钢莉、凌霞、王阳。

引 言

眩晕/前庭疾病病因复杂，其诊疗涉及神经内科、耳鼻喉科、康复医学科、精神心理科及影像科等多个专业领域。目前，我国在该领域的多学科协作机制尚不健全，技术标准与质量控制体系有待统一，区域发展不均衡，基层诊疗能力薄弱，制约了整体诊治水平的提升。

为贯彻落实国家关于医疗联合体建设与优质资源下沉的系列政策要求，推动眩晕/前庭医学诊疗服务的规范化、同质化发展，中国老年医学学会眩晕/前庭医学分会组织制定本文件。

本文件旨在建立“眩晕专业共同体”成员的能力评估体系。通过对医疗机构相关科室或亚专业团队在眩晕/前庭疾病诊疗、科研、教学及协作等方面的能力进行科学评估与分级，明确发展路径，促进“标准共循、人才共育、技术共进、数据共享”的可持续发展生态形成，从而系统提升我国眩晕/前庭疾病的整体诊疗能力与服务可及性，最终惠及广大患者。

眩晕专业共同体成员能力评估规范

1 范围

本文件规定了眩晕专业共同体成员能力评估的术语与定义、评估目标与原则、评估框架与等级、分级能力标准、评估实施与管理以及持续改进与动态管理机制。

本文件适用于各级医疗机构中，从事眩晕/前庭疾病诊疗的相关科室或亚专业团队（以下简称“申报单位”）申请加入“眩晕专业共同体”时的能力评估、等级认定与动态管理工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 24421.2—2015 服务业组织标准化工作指南第2部分：标准体系

《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），国家卫生计生委办公厅

《胸痛中心建设与管理指导原则》（国卫办医函〔2017〕1026号），国家卫生计生委办公厅

《医疗质量管理办法》（国卫医发〔2016〕18号），国家卫生健康委员会

《关于推进分级诊疗制度建设和医疗联合体发展的通知》（国卫办医发〔2019〕32号），国家卫生健康委员会

《关于进一步规范医疗联合体建设与管理的通知》（国卫办医发〔2020〕13号），国家卫生健康委员会办公厅。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 眩晕 vertigo

一种运动性或位置性的错觉，患者主观感受到自身或周围环境的旋转、摆动、漂浮或倾斜，而客观上并无此类运动。

3.2 前庭疾病 vestibular disorders

由前庭系统结构、功能或感知处理障碍引起，以眩晕、头晕、平衡失调、空间定向障碍等为核心临床表现的病症总称。

3.3 眩晕专业共同体 Vertigo Professional Community

由不同层级、不同区域的医疗机构内从事眩晕/前庭疾病诊疗的相关科室或亚专业团队自愿组成，以提升诊疗同质化与协作水平为目的的非行政化业务联盟。

3.4 共同体成员 Member of the Consortium

自愿申请并依据本文件规定程序，通过能力评估与认定，获准加入眩晕专业共同体的医疗机构内相关科室或亚专业团队。共同体成员根据评估结果被授予特定的能力等级（引领单位、核心单位、规范单位或建设单位），享有相应权利，并承诺遵守共同体的技术规范与协作要求。

3.5 多学科协作 multidisciplinary team, MDT

针对眩晕/前庭疾病患者，由神经内科、耳鼻喉科、康复科、精神心理科等相关学科医师共同参与的标准化诊疗决策流程。

3.6 前庭功能检查 vestibular function tests

用于评估前庭系统功能状态的一系列检查技术总称，包括眼震视图（VNG）、视频头脉冲试验（vHIT）、前庭诱发肌源性电位（VEMP）等。

4 评估目标与原则

4.1 评估目标

——建立科学、规范的能力分级评估体系，为共同体成员的准入、定级与发展提供依据。

——引导各单位明确自身定位，聚焦能力提升，实现规范化、同质化诊疗。

——识别优势与不足，促进共同体内部的技术帮扶、经验共享与协同创新。

——建立动态管理机制，激励成员持续改进，形成良性发展生态。

4.2 评估原则

——自愿公正原则：评估基于自愿申请，过程与结果应客观、公正、透明。

——标准统一原则：依据统一的评估指标体系进行分级评价。

——聚焦能力原则：以临床诊疗能力、质量安全、人才培养和学术贡献为核心的评估内容。

——定量与定性结合原则：可量化的客观指标为主，结合专家定性评价。

——动态发展原则：评估结果实行动态管理，支持能上能下，鼓励持续进步。

5 评估框架与等级

5.1 评估框架

本文件评估的对象是申请加入眩晕专业共同体的申报单位。评估活动由归口老年医学学会眩晕/前庭医学分会组织，由独立的评审专家组依据附录 A 的指标体系执行。评估遵循第 4 章确立的原则，形成评估结果，并应用于第 9 章规定的动态管理。

5.2 能力等级

——引领单位：代表国内顶尖水平，承担全国性技术引领、标准制定、科研创新与高级人才培养。

——核心单位：代表区域先进水平，承担区域内技术辐射、人才培养、质量督导与复杂病例诊疗。

——骨干单位：代表规范发展水平，具备稳定、规范的眩晕专病诊疗服务能力。

——建设单位：代表基础与成长水平，已系统开展眩晕专病诊疗工作，并致力于通过共同体平台系统提升能力。

6 能力评估标准

6.1 通用准入要求

——机构资质：具备二级甲等及以上资质的医疗机构。

——科室设置：医院内独立设置神经内科和/或耳鼻喉科。

——门诊基础：设有标识清晰、定期开放的眩晕专病门诊。

——人员基础：拥有至少 1 名具备高级职称的眩晕亚专业负责人，以及至少 2 名能独立诊治常见眩晕疾病的高年资主治医师以上职称医师。

——质量安全：近三年内未发生并鉴定为重大医疗责任事故。

——诚信承诺：申报材料真实、准确、完整。

6.2 分级标准细则

6.2.1 引领单位

——为三级甲等医院，相关学科为博士学位授权点。

——配备国际先进或国内领先的完整诊疗设备体系。

——年眩晕专病门诊量 ≥ 10000 人次，常规开展高质量 MDT。

——学科带头人在国家级学术团体担任常委以上职务，团队人才梯队结构完整。

——近五年内主持多项国家级/省部级科研项目，学术产出丰硕。

——牵头制定行业规范、组织全国性学术活动、开展多中心研究并为全国提供技术引领。

6.2.2 核心单位

- 为三级甲等医院，眩晕亚专业特色突出。
- 设备配置先进，满足区域复杂疾病诊疗需求。
- 年眩晕专病门诊量 ≥ 7000 人次，常态化开展MDT。
- 学科带头人在国家级学术团体有重要任职，团队具备较强的区域影响力。
- 承担区域科研项目，有稳定的学术产出和人才培养能力。
- 协助推广规范，负责区域内成员单位的技术指导与培训。

6.2.3 骨干单位

- 为三级医院，已建立规范的眩晕诊疗服务体系。
- 设备配置满足规范化诊疗要求。
- 年眩晕专病门诊量 ≥ 4000 人次，能定期开展MDT。
- 拥有稳定的眩晕诊疗团队，由副高以上医师牵头。
- 严格执行各项诊疗规范与质控标准。
- 是本地区提供标准化眩晕诊疗服务的中坚力量。

6.2.4 建设单位

- 为二级甲等及以上医院，已开设眩晕专病门诊。
- 配备基本诊疗设备，能开展常见病诊治。
- 年眩晕专病门诊量 ≥ 1500 人次，建立初步协作机制。
- 拥有经过系统培训的专科医师，团队发展意愿明确。
- 积极参与共同体组织的所有培训与规范化建设活动。

7 评估实施与管理

7.1 评估组织

中国老年医学学会眩晕/前庭医学分会负责组建并管理评估专家库。每次评估前，从专家库中随机抽取专家组成评审专家组，并严格执行利益回避原则。项目管理办公室负责评估的日常事务。

7.2 评估程序

7.2.1 发布与申报：学会发布评估通知。意向单位进行自评，并按要求提交申报材料。

7.2.2 形式审查：项目管理办公室对申报材料的完整性、合规性进行初审。

—— 材料评审：评审专家组依据附录A，对通过初审的单位进行书面材料评审与量化评分。

—— 现场核查（必要时）：对材料存疑或申请高等级的单位，可进行现场或线上远程核查。

—— 综合评议与定级：评审专家组综合评审与核查情况，进行合议，形成评估结论与等级建议。

—— 公示与认定：评估结果在学会官方平台公示不少于 7 个工作日。公示无异议后，报中国老年医学学会正式批准认定。

7.3 评估方法

评估应采用文档审查、数据核验、现场观察、访谈答辩等多种方法相结合，以附录 A 的量化评分表为核心工具。

8 持续改进与动态管理

8.1 复评周期

共同体成员资格与等级实行动态管理，每 2 年为一个复评周期。

8.2 等级调整

—— 晋级：在复评或中期评估中，表现突出、完全达到更高等级标准的单位，可申请晋级。

—— 保级：复评合格的单位，保留原等级。

—— 降级：复评未达到当前等级关键标准的单位，予以降级。

—— 退出：发生以下情况之一，经核实后取消成员资格：自愿退出；不再满足通用准入要求；发生重大医疗质量安全责任事故；提供虚假评估材料；连续两次复评不合格。

8.3 持续改进支持

学会建立支持机制，向成员提供反馈报告、组织专项培训与交流、建立高级别单位帮扶机制、搭建科研协作平台等，以促进成员能力持续提升。

附录 A （规范性）眩晕专业共同体成员能力评估指标体系

A.1 总则

本指标体系是实施本文件第 7 章“分级能力标准”的操作依据。评估采用量化评分制，总分 100 分，其中通用指标占 85 分，专项职责指标占 15 分（含加分项）。评估结果按总分阈值与关键项达标情况综合判定等级。

A.2 评分指标说明

——评分方式：每个二级指标下设四个等级的具体标准。申报单位根据实际达到的最高等级获得对应分值。

——关键项：带“*”指标为关键项，申报单位在关键项上必须达到所申报等级的最低标准，否则实行一票降级。

——专项职责：指标 5.1 仅适用于申报“引领单位”和“核心单位”的机构。

A.3 评估指标体系表（表 1）

附录 B （资料性）眩晕诊疗核心设备配置参考清单

B.1 总则

本清单列出了不同能力等级的成员单位在眩晕/前庭疾病诊疗中建议配置的核心设备，作为本文件第 7 章及附录 A 中相关指标评估的参考依据。各单位可根据自身发展定位、临床需求及技术条件，在达到对应等级基本要求的前提下，进行合理配置与拓展。

B.2 设备配置参考表（表 2）

表 1 评估指标体系表

一级维度	二级指标	引领单位	核心单位	骨干单位	建设单位	得分
一、基础条件 (20 分)	1.1 机构与学科平台* (8 分)	三甲, 博士点/博士后站 (8 分)	三甲, 博士点/重点学科 (6 分)	三级医院, 硕士/本科教学基地 (4 分)	二甲及以上 (2 分)	
	1.2 设备配置* (7 分)	配备附录 B “引领级” 全部设备 (7 分)	配备 “核心级” 全部设备 (5 分)	配备 “骨干级” 全部设备 (3 分)	配备 “建设级” 基本设备 (1 分)	
	1.3 诊疗空间设置 (5 分)	独立眩晕门诊专区与独立病房病区 (5 分)	固定眩晕门诊与专用病房床位 (4 分)	固定眩晕门诊, 有收治能力 (3 分)	设立眩晕专病门诊 (2 分)	
二、医疗服务能力 (30 分)	2.1 年专病门诊量* (10 分)	≥10000 人次 (10 分)	≥7000 人次 (8 分)	≥4000 人次 (6 分)	≥1500 人次 (4 分)	
	2.2 MDT 实施质量* (8 分)	常规, 每月≥2 次, 记录完整 (8 分)	常规, 每月≥1 次, 记录完整 (6 分)	定期, 每两月≥1 次, 有记录 (4 分)	初步建立机制, 能开展 (2 分)	
	2.3 疑难病例诊治 (7 分)	年主持/参与远程会诊≥50 例 (7 分)	年开展远程会诊≥20 例 (5 分)	能处理, 规范向上级转诊 (3 分)	能识别并启动转诊 (1 分)	
	2.4 诊疗过程规范 (5 分)	路径执行率>95%, 病历甲级率>90% (5 分)	路径执行率>90%, 病历甲级率>85% (4 分)	路径执行率>85%, 病历规范 (3 分)	使用标准模板, 关键操作合规 (2 分)	
三、人才队伍 (20 分)	3.1 学科带头人* (7 分)	正高, 国家级常委以上 (7 分)	正高, 国家级委员/省级主委 (5 分)	副高以上, 省级委员/市级主委 (3 分)	副高/高年资主治, 为负责人 (1 分)	
	3.2 团队结构与梯队 (7 分)	团队>5 人, 副高以上≥3 人, 硕博比≥50% (7 分)	团队>3 人, 副高以上≥2 人, 硕博比≥40% (5 分)	团队≥2 人, 有副高牵头, 全员本科 (3 分)	有≥1 名专科医师 (1 分)	
	3.3 技术能力与持续培训 (6 分)	技师均获认证, 年主办高级培训 (6 分)	技师操作规范, 年参加高级培训 (4 分)	技师能规范操作, 定期培训 (3 分)	人员接受过系统培训 (2 分)	

四、科研与教学 (15分)	4.1 科研项目与产出 (8分)	主持国家级/省部级项目≥5项, 年均发表高水平论文≥4篇 (8分)	主持省部级/市级项目≥3项, 年均发表论文≥2篇 (6分)	主持/主要参与项目≥1项, 有学术发表 (4分)	参与科研或病例总结 (2分)
	4.2 教学与人才培养贡献 (7分)	年主办国家级继教≥2次, 培养进修生/研究生≥2名 (7分)	年主办区域性继教≥1次, 培养进修生 (5分)	承担教学任务, 接收进修生 (3分)	积极参与培训 (1分)
五、社会责任与协作 (15分)	5.1 区域协作与引领职责* (10分)	牵头制定国家规范/共识; 组织全国学术会议; 牵头多中心研究; 对下级单位有效帮扶 (10分)	协助推广规范; 负责区域内技术指导与培训 (8分)	不评估 (0分)	不评估 (0分)
	5.2 患者教育与科普 (5分)	开展全国性科普, 有专著/主流媒体专栏 (5分)	开展区域性科普, 有稳定项目 (4分)	定期开展院内患教活动 (3分)	开展基础宣教 (2分)
评估总得分	(通用指标 85分 + 专项职责指标 15分)				
关键项达标情况	(标*号指标是否均达到申报等级最低标准)				
	是 / 否				
	总分				

表 2 眩晕诊疗核心设备配置参考清单

设备类别	引领单位	核心单位	骨干单位	建设单位
1. 前庭功能检查设备	1) 视频眼震视图 (VNG) 2) 视频头脉冲试验 (vHIT) 3) 前庭诱发肌源性电位 (VEMP, 含 cVEMP & oVEMP) 4) 转椅/旋转试验系统 5) 动态姿势描记仪	1) 视频眼震视图 (VNG) 2) 视频头脉冲试验 (vHIT) 3) 前庭诱发肌源性电位 (VEMP, 至少一种) 4) 动静态姿势描记	1) 视频眼震视图 (VNG) 2) 视频头脉冲试验 (vHIT) 3) 平衡功能评估设备 (静态姿势描记)	1) 眼震视图 (VNG, 可为基本型) 2) 视频头脉冲试验 (vHIT)
2. 听力学检查设备	6) 全套诊断型听力计 7) 声导抗/声反射 8) 耳声发射 (OAE) 9) 听觉诱发电位	5) 诊断型听力计 6) 声导抗/声反射 7) 耳声发射 (OAE) 8) 听觉诱发电位 (ABR)	4) 临床型听力计 5) 声导抗测试仪	3) 纯音测听设备 4) 声导抗测试仪 (基础型)
3. 影像学诊断设备	10) 高场强磁共振 ($\geq 3.0T$), 具备内耳水成像、颅神经显像等序列 11) 高分辨率颞骨 CT 12) 功能影像设备用于科研与复杂病例	9) 磁共振 (1.5T 或以上), 具备内耳相关扫描序列 10) 高分辨率颞骨 CT	6) 磁共振 (具备头颅常规序列) 7) 头颅/颞骨 CT	5) 磁共振 (具备头颅常规序列) 6) 头颅/颞骨 CT
4. 治疗与康复设备	13) 全自动良性阵发性位置性眩晕 (BPPV) 诊断复位仪 14) 前庭康复训练系统 (含视动、平衡、虚拟现实等模块)	11) 前庭康复训练设备 (如平衡板、视动训练仪等)	8) 基础前庭康复训练工具 (如平衡垫、注视图表等)	7) 可进行 BPPV 手法复位的检查床

设备类别	引领单位	核心单位	骨干单位	建设单位
5. 其他辅助设备	15) 眼动追踪系统（用于科研） 16) 数据管理与分析系统 17) 远程会诊与教学系统	12) 病历与数据管理系统 13) 教学演示设备 14) 远程会诊与教学系统	9) 教学演示设备 10) 远程会诊与教学系统	8) 远程会诊系统

参考文献

- [1] 中国老年医学学会眩晕/前庭医学分会, 国家卫生健康委员会能力建设和继续教育中心耳鼻喉科专家委员会. 前庭疾病前庭康复专家共识[J]. 中华医学杂志, 2024, 104(14):1097-1107.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员会等. 眩晕诊治多学科专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(11):805-812.
- [3] 国家卫生健康委员会. 医疗质量管理办法[Z]. 2016-09-25.
- [4] 国家卫生健康委员会办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设和医疗联合体发展的通知[Z]. 2019-01-22.
- [5] 国家卫生健康委员会办公厅. 关于进一步规范医疗联合体建设与管理的通知[Z]. 2020-07-17.
- [6] 中华医学会心身医学分会整体健康协作组等. 精神性头晕诊疗中国专家共识[J]. 中国全科医学, 2024, 27(2):125-131.
- [7] 中国卒中学会头痛分会, 中华医学会神经病学分会头痛协作组. 中国头痛门诊建设专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2024, 19(7):822-832.
- [8] 国家神经系统疾病质量控制中心头痛规范化建设工作委员会. 中国头痛门诊建设规范[J]. 中国卒中杂志, 2021, 16(2):187-193.
- [9] 中国研究型医院学会眩晕医学专业委员会, 北京电力医院眩晕科学研究院. 中国眩晕医学诊疗体系的研究[J]. 中国研究型医院, 2022, 9(4):33-35.
- [10] 中国卒中学会卒中与眩晕分会, 中国医师协会神经内科医师分会眩晕专业委员会等. 老年人头晕/眩晕诊疗多学科专家共识(2021)[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(10):1213-1225.
- [11] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 服务业组织标准化工作指南第2部分:标准体系: GB/T 24421.2—2015 [S]. 2015.
- [12] 国家卫生和计划生育委员会神经内科医疗质量控制中心. 中国卒中中心建设指南[J]. 中国卒中杂志, 2015, 10(6):499-507.
- [13] “胸痛中心”建设中国专家共识组. “胸痛中心”建设中国专家共识[J]. 中国心血管病研究, 2011, 9(5):325-334.
-