



中国医师协会

呼吸与危重症医学科规范化建设评定标准

(2020 年版)

前言

新中国成立以来，特别是改革开放以来，我国健康领域改革发展取得显著成就，医疗卫生服务体系日益健全，人民健康水平和身体素质持续提高。但随着工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化、生态环境及生活方式变化等，也给维护和促进健康带来一系列新的挑战，健康服务供给总体不足与需求不断增长之间的矛盾依然突出，健康领域发展与经济社会发展的协调性有待增强，需要从国家战略层面统筹解决关系健康的重大和长远问题。2016 年中共中央、国务院专门制定了《“健康中国 2030”规划纲要》，2018 年国家卫生健康委发布《关于印发呼吸学科医疗服务能力指南（2018 年版）的通知》促进了呼吸学科发展、推进了健康中国建设。

目前，中国社会的主要矛盾已经转化成人民对美好生活的需要和生产发展的不平衡、不充分之间的矛盾。这也同样适用于卫生和呼吸疾病防治事业：呼吸疾病负担的增加、防治措施相对不足、呼吸病患者健康的紧迫需要和呼吸学科发展不平衡之间存在突出矛盾。由于我国长期没有建立起来规范的毕业后教育制度，包括住院医师规范化培训制度和专科医生规范化培训制度，以及学科建设缺乏规范和标准，导致我国呼吸与危重症医学科（简称 PCCM 科）存在明显的不均衡、不规范的问题。因此，也导致在不同医院或地区呼吸病的诊治和处理不统一和不规范的现象，严重地影响分级诊疗的突施。

推动我国呼吸学科发展，有效应对日益严峻的呼吸疾病负担和人民对健康生活的需求，需要重视和解决下述几个问题：一是要高度重视人才培养，吸引优秀人才从事呼吸与危重症医学科，做好内科住院医师、呼吸与危重症专科医师规范化培训，构建素质优良的学科队伍；二是通过呼吸专科联合体建设，从医疗（包括会诊和远程会诊、双向转诊、医疗质控）、教育培训、临床研究三个方面整合资源，构建体

系，提高临床诊治的能力，推动学科发展；三是需要推进科室的规范化建设，从建制、设施、人员、业务能力、管理等方面设立学科建设标准，为医疗业务开展和人才培养提供平台。

为了积极推进呼吸与危重症医学科的规范化建设，中华医学会呼吸病学分会、中国医师协会呼吸医师分会、中国呼吸专科联合体、国家呼吸医疗质量控制中心共同发起“呼吸与危重症医学科规范化建设项目”，旨在推动 PCCM 科的规范化体系建设与能力提升，为实施分级诊疗创造条件，整体提升我国的呼吸疾病防治水平。

该项目将参照国际现代 PCCM 科建制与体系，结合我国国情，制定项目建设标准和评审认定方法。PCCM 科规范化建设的核心内容涵盖科室部门建制、业务建制、人员建制、设施建制、管理建制及文化建设等方面。考虑到我国幅员辽阔，存在不同地区间和医院等级间的差异，项目分别针对三级和二级医院 PCCM 科室建设设立不同层面的标准。每一个层面又根据条件设定培育、达标、优秀和示范单位四个级别。经过 1 年半的运行，并广泛征求意见，推出了 2020 版的规范化建设标准。

新冠疫情的爆发，更加凸显了呼吸学科规范化建设的紧迫性和必要性。同时，规建后的呼吸学科接受了严峻考验，呼吸人为抗击疫情做出了重大贡献，是抗击疫情的主力军。

期望通过 PCCM 科室规范化建设，引领呼吸学科同质化发展壮大，富于实效地推动我国现代呼吸学科的发展，以应对呼吸疾病防治的严峻形势，承担起学科的历史责任。同时，PCCM 科室规范化建设将为我国医学专科建设先行探索，取得先期经验，为未来不断完善医学专科的建设提供经验与借鉴。



二〇二〇年七月十七日

三级医院呼吸与危重症医学科规范化建设评定细则

(2020 年版)

三级医院是跨区域提供医疗卫生服务，具有医疗、教学、科研、公共卫生服务等功能的医疗机构。承担着提供专科（包括特殊专科）医疗服务，解决危急重症和疑难复杂疾病，接受二级医院转诊，对下级医院进行业务技术指导和人才培养的任务，承担培养各种高级医疗专业人员的教学任务和省市级以上科研任务。加强呼吸学科建设已成为三级医院最重要的问题。

本标准根据国务院办公厅和卫生部（卫生计生委）《现代医院管理制度的指导意见》、《医疗机构管理条例(2016年修订版)》、《三级综合医院评审标准（2011年版）》、《三级综合医院评审临床技术标准（2011年版）》、《国家临床重点专科呼吸内科评分标准》制定，同时参照国际现代呼吸与危重症医学科（PCCM科）的建制和体系。PCCM科规范化建设的核心内容涵盖科室的部门建制、业务建制、人员建制、设施建制、管理建制及文化建设等方面，通过广泛征求意见后，形成本建设和评定标准的试行版（2018年版）。并根据我国国情，在三级医院PCCM科设立培育、达标、优秀和示范单位四级标准。

三级医院呼吸与危重症医学科部门、业务建制至少包括专科门诊、专科病房、内科危重症监护治疗病房（MICU）或呼吸危重症监护治疗病房（RICU）、肺功能室、睡眠呼吸

疾病诊疗室、呼吸内镜室等业务建制组成，并具有相应的管理架构。具体要求如下：

（一）医疗能力

1. 硬件设施

（1）病房：设立专门的 PCCM 科，设立隶属 PCCM 科的内科危重症监护治疗病房（MICU）或呼吸危重症监护治疗病房（RICU）。

（2）门诊：设立普通呼吸专科门诊、呼吸专病/专项门诊（如哮喘、慢阻肺、戒烟等）和专家门诊，附设有呼吸门诊综合诊疗室并配置专科护士

（3）ICU 病房：有隶属于 PCCM 科的 MICU 或 RICU，并具备相应的硬件设施、技术和人力资源（包括医师、呼吸治疗师、专科护士等）条件。

（4）呼吸内镜室：PCCM 科拥有独立的呼吸内镜室，有经过呼吸内镜诊疗相关知识和技能培训，具备应用各级呼吸内镜诊疗技术临床应用能力的呼吸专科医师和其他专业技术人员。

（5）肺功能室：设立有肺功能室，有单独的检查室及相应的检测设备，有专职的肺功能医师及肺功能技师。

（6）睡眠呼吸疾病诊疗室：由经过专业培训、拥有睡眠呼吸障碍（SBD）相关诊疗知识的专职人员负责，开展睡眠呼吸监测与 SBD 治疗。

2. 诊治疾病和相关诊疗技术

PCCM 科具备独立、规范处理常见疾病、疑难疾病、危重症的条件和能力，特别是疑难危重症病例，能开展与上述疾病相适应的诊疗技术。普通三级医院可向高级别医院转诊特别疑难危重的病例。

3. 专业学组

专业学组由副高级以上专业技术职务人员担任负责人。包括慢阻肺、哮喘、感染/结核、呼吸治疗与呼吸危重症、肺癌、间质性肺疾病与职业性肺病、肺栓塞与肺血管病、睡眠呼吸疾病、介入呼吸病学、烟草病学与呼吸疾病预防、肺康复等。可参照中华医学会呼吸病学分会学组的设置。

4. 多学科综合诊疗(MDT)和呼吸专科联合体建设

(1) 三级综合医院 PCCM 科应在医院内建立完善的多学科综合诊疗模式(MDT)，在院内起到组织领导多学科协作，在本地区承担引领、指导其他医院呼吸科开展规范化临床诊疗工作。

(2) 三级综合医院 PCCM 科要积极组织及参加区域性和全国性的呼吸专科联合体，医院内设立远程医疗系统，有专用网络平台，在本区域内起到引领作用，指导其他医院工作，并作为全国性大型医联体的领导/协同单位，发挥更大影响力。

（二）教学

需具备完成教学任务的硬件、软件和人力资源条件；具备模拟教学设备和条件；需承担本地区学科发展的教学指导工作，包括医学生临床实习、其他医院的专科医师单修或进修，PCCM 专业研究生培养、住院医师规范化培训以及 PCCM 专科医师培训等工作。科室设有专门的教学负责人，有明确教学计划及安排，并按计划进行教学及学术活动。

（三）科研

积极开展科研工作，包括各种临床研究及基础研究。积极申请省、部级及国家级科研项目；开展临床药理与新药及新医疗器材相关研究；在本地区学术会议中起主要负责任务（包括组织、学术演讲等）；与国外机构开展科研合作。

（四）人才培养

（1）国内外进修：逐步要求所有新进专科医师加入 PCCM 专培，并获得合格证书。定期与国内其他优秀基地进行交流学习。力争所有人员均有出国/出境，在优秀医学院校/医院进行学习进修的经历。与国外医疗机构/医学院建立长期人才培养及合作交流机制。

（2）社会影响力与辐射能力：应有学科带头人，在全国或本地区具有一定学术影响力。科室的医疗照护/服务具有一定辐射区域。

（五）科室管理

三级综合医院 PCCM 科由科室主任负责学科医、教、研的全面发展；积极推动主治医师/主诊医师/医疗组长负责制；科室每年制定详细的发展规划，并且具有实施计划；定期进行工作总结；有医疗质量管理和持续改进方案并组织实施；有医疗技术操作规范、诊疗指南及常规等规范性文件并用于诊疗工作中；医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定；对抗菌药物实行分级管理制度，开展抗菌药物临床应用监测与评价，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施；对前来 PCCM 科就诊的患者，需在诊前做呼吸慢病气道疾病风险评估；慢阻肺高危人群（如 40 岁以上、长期吸烟史、慢性呼吸道症状或家族史等）及已诊断为慢阻肺的患者应全部接受肺功能检查。治疗方案符合中华医学会呼吸病学分会、中国医师协会呼吸医师分会等权威机构制定的指南/专家共识，并配备指南/共识所推荐的药物等；建立患者信息、教育与管理系统，定期对患者或社区进行宣传和教育；定期开展患者满意度调查；建立专科标准化名词和格式化病历。

（六）三级医院 PCCM 科等级标准

（1）示范单位：硬件设施齐全，具备领先的医疗能力、科研能力和高质量的教学、管理水平。为国家重点学科/重点专科/国家临床医学研究中心，国家或区域医学中心，按照国际标准 PCCM 科建制，体系完整，同时为住培、专培基地，在国家层面对 PCCM 科规范化建设起示范、引领

作用。

(2) 优秀单位：为区域/省级医学中心，按照国际标准 PCCM 科建制，体系完整，具备住培、专培、专修、单修基地条件，是培养专科人才的基地。

(3) 达标单位：PCCM 规范化建设标准建制，体系基本完整，具备开展 PCCM 诊疗技术的设备与人员基本条件，是名副其实的专科。

(4) 培育单位：三级综合医院或专科医院，可以开展呼吸系统疾病的常规治疗，PCCM 科建制和体系需进一步规范建设，有按照 PCCM 科规范化建设标准建设的意愿和热情，为名副其实的专科努力。

(七) 考评与认定

考评与认定工作由中国医师协会呼吸医师分会、中华医学会呼吸病学分会，中国呼吸专科联合体、国家呼吸医疗质量控制中心根据考评认定工作管理办法具体执行。原则上由三级医院呼吸与危重症医学科自愿申请，申请后由专家组到医院实地审核认定或者线上认定，确定相应级别和授牌，每年医院自评，每 3 年复核。

二级医院呼吸与危重症医学科规范化建设评定细则 (2020 年版)

二级医院通常是地、市、县级医院，主要承担本地区内的常见病、多发病和比较危重和疑难复杂疾病的规范化诊治任务，同时也承担一定的教学、科研、公共卫生服务的任务。二级医院即接受基层医疗卫生机构的转诊，对下级医院进行业务技术指导和人才培养，同时也接受三级综合医院的辐射，向上级医院转诊特别危重和疑难复杂疾病患者，起到承上启下的作用。

本标准根据国务院办公厅和卫生部（卫生计生委）《现代医院管理制度的指导意见》、《医疗机构管理条例(2016年修订版)》、《二级综合医院评审标准（2012年版）》、《二级医院医疗服务能力标准（综合医院）》、《国家临床重点专科呼吸内科评分标准》制定，同时参照国际现代呼吸与危重症医学科的建制和体系。二级医院 PCCM 科规范化建设的核心内容涵盖科室的部门建制、业务建制、人员建制、设施建制、管理建制及文化建设等方面，并根据我国国情，在二级医院 PCCM 科设立培育、达标、优秀和示范单位四级标准。

二级医院呼吸与危重症医学科必须独立建制。部门、业务建制至少包括专科门诊、专科病房、内科重症监护病房（MICU）/呼吸重症监护病房（RICU）或抢救室、肺功能室、呼吸内镜室、睡眠呼吸疾病诊疗室，并具有相应的管理架构

和机制。具体如下：

（一）医疗

1. 硬件设施

（1）呼吸病房：设立单独的呼吸与危重症医学科病房，床位数至少大于 30 张。

（2）呼吸门诊：设立呼吸专科门诊，附设呼吸门诊综合诊疗室，并配置专科护士，力争开设专病/专项门诊，用于哮喘、慢阻肺、戒烟等的规范化防治，有条件设立专家门诊。

（3）内科重症监护病房（MICU）/呼吸重症监护病房（RICU）或呼吸抢救室：设立隶属于呼吸与危重症医学科的 MICU/RICU 或呼吸抢救室，并具备相应的硬件设施、技术和人力资源（包括医师、呼吸治疗师、专科护士等）条件。

（4）呼吸内镜室：拥有独立的呼吸内镜室，能开展常规的支气管镜诊疗操作，有条件的可开展内科胸腔镜。

（5）肺功能室：拥有独立的肺功能实验室，配备肺功能测定设备，有专职的肺功能医师和技师。有条件的可开展呼出气一氧化氮（FeNO）测定。

（6）睡眠呼吸疾病诊疗室：建立隶属于呼吸与危重症医学科的睡眠呼吸疾病诊疗室，开展睡眠呼吸障碍的监测与治疗。

2. 主要病种和诊疗技术

二级医院呼吸与危重症医学科能独立规范化诊疗呼吸系统常见病、多发病，能诊疗部分疑难和危重症疾病，同时接受下级医疗卫生机构转诊的患者。能开展针对上述疾病的各种诊疗技术。

3. 专业学组

根据二级医院呼吸与危重症医学科诊治的主要病种或诊疗技术设置一定数量的学组，学组由高年资主治以上专业技术职务人员担任负责人，重点关注常见疾病或技术如慢性气道疾病、肺部感染（含肺结核）、呼吸危重症等，具体负责该组疾病或技术的学科发展。

4. 多学科综合诊疗（MDT）和呼吸专科联合体（这次原来是医联体）

二级医院呼吸与危重症医学科应在医院内牵头建立完善的多学科综合诊疗模式（MDT），负责处理临床工作中遇到的诊断和治疗问题，规范化临床诊疗工作。

二级医院呼吸与危重症医学科作为卫生事业承上启下的一环，要充分利用远程医疗系统，积极参与上级医院组织的区域性和全国性呼吸专科联合体，通过远程医疗、远程教学，努力提高二级医院呼吸与危重症医学科的临床能力。同时二级医院呼吸与危重症医学科也应牵头成立地区性呼吸专科联合体，支持基层医疗卫生机构开展双向转诊，指导下级医院的呼吸疾病诊疗工作。

（二）教学

二级医院呼吸与危重症医学科应重点关注科室医师入职后的继续教育，同时也承担基层医疗机构卫生技术人员的培训。通过多种途径，努力提高他们的医疗、教学、科研水平，特别是临床能力。科室具备基本的教学条件，设有专门的教学负责人，有明确教学计划及安排，并按计划进行教学及学术活动，定期开展科室内的业务学习。鼓励科内医师积极参加全国性或省市级学术会议，积极开展或参加国家级或省市级继续教育项目。

（三）科研

积极开展各种科研工作，特别是开展针对当地疾病谱的临床科研工作和适宜技术的推广。积极申请和参加各种级别的科研项目，积极参加多中心临床试验。积极撰写临床论文，发表于中文核心期刊或 SCI 杂志。有条件的单位还可进行新技术及专利项目的申报。

（四）人才培养

1、学历提升和专科培训

鼓励科内医师报考研究生，大幅提高科内医师获得硕士学位、博士学位的比例。逐步要求所有新进专科医师参加呼吸与危重症医学（PCCM）专科医师规范化培训、PCCM 专修、PCCM 单修，并获得合格证书。有条件送青年医师出国进修学习。

2、社会影响力与辐射能力

科室内形成良好的学科人才梯队，学科带头人在当地甚至全国具有一定学术影响力，学科骨干在某个领域在当地具有一定学术影响力。能接受下级医院专科医师的进修和承办省市级或国家级继续教育学习班，吸引本地区以外患者就诊或住院。

（五）科室管理

二级医院呼吸与危重症医学科由科室主任负责学科的医、教、研全面发展；推动主治医师/主诊医师/医疗组长负责制；科室每年制定详细的发展规划，并且具有实施计划，定期进行工作总结；有医疗质量管理和持续改进方案并组织实施；有医疗技术操作规范、诊疗指南及常规等规范性文件并用于诊疗工作中，医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定；对抗菌药物实行分级管理制度，开展抗菌药物临床应用监测与评价，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施；对前来 PCCM 科就诊的患者，需在诊前做呼吸慢病气道疾病风险评估；慢阻肺高危人群（如 40 岁以上、长期吸烟史、慢性呼吸道症状或家族史等）及已诊断为慢阻肺的患者应接受肺功能检查。治疗方案符合中华医学会呼吸病学分会、中国医师协会呼吸医师分会等权威机构制定的指南/专家共识，并配备指南/共识所推荐的药物等。建立患者信息、教育与管理系统，定期对患者或公众进行宣传和教育；定期开展患者满意度调查；开展单病种和临床路径管理；建立专科标准化名词和格式化病历。

（六）二级医院 PCCM 科等级标准

（1）示范单位：硬件设施齐全，具备很高的医疗能力和管理水平，可诊治绝大部分呼吸系统疾病，仅极少数疑难危重病例需要转诊，学科在全国具有一定学术影响力。可为其他二级综合医院呼吸与危重症医学科规范化建设起示范、引领作用。

（2）优秀单位：硬件设施齐全，具备较高的医疗能力和管理水平，可诊治绝大部分呼吸系统疾病，较少部分疑难危重病例需要转诊，学科在全省具有一定学术影响力。

（3）达标单位：硬件设施比较齐全，具备一定的医疗能力和管理水平，可诊治大部分呼吸系统疾病，部分疑难危重病例需要转诊，学科在当地具有一定学术影响力。

（4）培育单位：硬件设施齐全部分欠缺，具备一定的医疗能力和管理水平，可诊治大部分呼吸系统疾病，较多疑难危重病例需要转诊。医院和学科有按照 PCCM 科规范化建设标准建设的意愿和热情。

（七）考评与认定

考评与认定工作由中国医师协会呼吸医师分会、中华医学会呼吸病学分会，中国呼吸专科联合体、国家呼吸医疗质量控制中心根据考评认定工作管理办法具体执行。原则上由二级医院呼吸与危重症医学科自愿申请，申请后由专家组到医院实地审核认定或者线上认定，确定相应级别和授牌，每年医院自评，每 3 年复核。

附件 1：三级医院呼吸与危重症医学科规范化建设标准

附件 2：二级医院呼吸与危重症医学科规范化建设标准

附件 3：关于呼吸与危重症医学科规范化建设评定指标的解释

附 1 三级医院呼吸与危重症医学科规范化建设标准

(一) 准入条件

三级医院考核指标	是否符合条件
准入标准（一票否决）	
独立建制，科室名称为“呼吸与危重症医学科”	√
专科/专病门诊	√
戒烟门诊	√
专科病房	√
呼吸门诊综合诊疗室（必需含专职人员，如专科护士）	√
肺功能室	√
呼吸内镜室	√
睡眠呼吸疾病治疗室	√
MICU/RICU，且床位≥6	√
PCCM 专培、专修、单修（3 年考核期）	√

(二) 评分标准

编号	三级医院考核指标		总分	评分标准		
总得分			200			
医疗考核指标			72	评分标准		
2-1	门诊设置	专病门诊：戒烟、哮喘、慢阻肺、睡眠呼吸疾病、肺癌等	3	≥5项 (3)	≥4项 (2)	≥3项 (1)
2-2		门诊药房吸入治疗药物	3	≥5种(3)	≥3种(2)	≥2种 (1)
2-3	专业组设置	专科学组	3	≥8种(3)	≥5种(2)	≥2种 (1)
2-4	床位设置	普通病房床位数	3	≥60 (3)	≥50(2)	≥30 (1)
2-5		MICU/RICU床位数	3	≥15 (3)	≥12(2)	≥6(1)
2-6	肺功能室设置	肺功能检查项目 (肺通气功能必备)	3	≥8项(3)	≥5项(2)	≥3项 (1)
2-7		运动肺功能	1	有(1)		
2-8		FeNO检测仪	1	有(1)		
2-9	呼吸介入 (含呼吸内镜室)设置	内科胸腔镜	3	有(3)		
2-10		呼吸内镜项目	3	≥6种(3)	≥4种(2)	≥2种 (1)
2-11		四级内镜手术	3	有(3)		
2-12		经皮穿刺肺活检技术	3	有(3)		
2-13	睡眠	多导睡眠图仪台数	3	≥5(3)	≥3(2)	≥1(1)

2-14	呼吸 疾病 诊疗 室设 置	睡眠呼吸疾病治疗	2	有 (2)		
2-15	ICU 设置	MICU/RICU 有创呼吸 机/监护仪台数	1	1 台/床 (1)		
2-16		无创呼吸机台数	2	≥ 7 (2)	≥ 5 (1)	≥ 3 (0.5)
2-17		转运呼吸机/便携监 护仪台数	1	≥ 1 台 (1)		
2-18		床旁超声仪	1	有 (1)		
2-19		ECMO 台数	1	≥ 1 (1)		
2-20		ECMO 例数/年	1	≥ 10 (1)		
2-21	人力 资源	肺功能室专职人员人 数	2	≥ 4 (2)	≥ 2 (1)	≥ 1 (0.5)
2-22		呼吸内镜专职人员人 数	2	≥ 3 (2)	≥ 2 (1)	≥ 1 (0.5)
2-23		呼吸治疗师人数	2	≥ 2 (2)	≥ 1 (1)	
2-24		MICU/RICU 医生:床 位	2	1:1 (2)	0.8:1 (1)	0.5:1 (0.5)
2-25		MICU/RICU 护士:床 位	2	3:1 (2)	2:1 (1)	1.5:1 (0.5)
2-26	工作 负荷	出院人数 (人次/ 年)	2	≥ 2500 (2)	≥ 1200 (0.5)	
2-27		门诊量 (人次/年)	2	≥ 80000 (2)	≥ 50000 (1)	≥ 10000 (0.5)
2-28		肺功能检查例数 (年)	3	≥ 6000 (3)	≥ 4000 (2)	≥ 1000 (1)

2-29		呼吸内镜诊疗次数 (年)	3	≥2000 (3)	≥1500 (2)	≥500 (1)
2-30		睡眠监测例数 (年)	2	≥300 (2)	≥150 (1)	≥50 (0.5)
2-31	医疗 技术	急危重症救治技术	3	≥6种(3)	≥4种(2)	≥2种 (1)
2-32		诱导痰检查	1	有(1)		
2-33		肺移植围手术期管理 例数	2	≥5(2)		
科室管理考核指标			50	评分标准		
3-1	工作 效率	呼吸慢性气道疾病诊 前风险评估率	3	≥80%(3)	≥50%(2)	≥30%(1)
3-2		呼吸慢病初诊肺功能 检查率	3	≥95%(3)	≥90%(2)	≥80%(1)
3-3		MICU/RICU床位使用 情况	3	85%~95% (3)		
3-4		因慢阻肺急性加重/ 哮喘急性发作住院患 者应用吸入药物比例 (包括出院带药)	3	100%(3)	≥90%(2)	≥80%(1)
3-5		慢性气道疾病(哮 喘、慢阻肺)患者随 访率	3	≥50% (3)		
3-6		单病种平均住院日: 自发性气胸	1	≤8(1)		
3-7		单病种平均住院日: 社区获得性肺炎	1	≤11 (1)		
3-8		单病种平均住院日: 支气管哮喘急性发作 (非危重)	1	≤11 (1)		

3-9		单病种平均住院日： 慢性阻塞性肺疾病急性加重	1	≤ 16 (1)		
3-10	辐射 能力	多学科诊疗 (MDT)	3	有 (3)		
3-11		呼吸专科医联体	3	有 (3)		
3-12		远程医疗平台	2	有 (2)		
3-13		年度对口支援帮扶医院数	2	≥ 3 (2)	≥ 2 (1.5)	≥ 1 (1)
3-14		省外患者占住院患者比例	2	$\geq 20\%$ (2)	15~19% (1)	10~14% (0.5)
3-15	医疗 质量	临床路径	3	有记录， 资料完整 (3)	开展了临 床路径， 工作无记 录或不完 整 (2)	
3-16		单病种质量考核	3	通过 ≥ 3 个 (3)	通过 ≥ 2 个 (2)	通过 ≥ 1 个 (1)
3-17		临床主要诊断、病理 诊断符合率	3	$\geq 70\%$ (3)	$\geq 60\%$ (2)	$\geq 50\%$ (1)
3-18		患者满意度 (年)	2	$\geq 95\%$ (2)	$\geq 85\%$ (1)	$\geq 80\%$ (0.5)
3-19		甲级病案率 (年)	2	$\geq 95\%$ (2)	$\geq 90\%$ (1)	$\geq 85\%$ (0.5)
3-20		医疗事故 (3 年)	2	无 (2)		
3-21		主治医师负责制	2	有 (2)		
3-22	科室 绩效	科室绩效	2	医院内居 前 20% 内 (2)	医院内居 20%-40% (1)	医院内居 40%-60% (0.5)
教学和研究考核指标			58	评分标准		

4-1	教学 建制	每周科内业务学习	2	有 (2)		
4-2		专科病房内示教室	2	有 (2)		
4-3		模拟培训设备 (支气管镜、机械通气、气道管理、血管穿刺等)	2	≥ 3 (2)	≥ 2 (1)	≥ 1 (0.5)
4-4	教学 任务	本科生教学	2	见习、实习轮转安排合理、到位 (2)		
4-5		研究生招生	3	博士点 (3)	硕士点 (2)	
4-6	学术 影响力	继续教育学习班 (年)	3	国家级 (3)	省市级 (2)	其他 (1)
4-7		主办学术会议 (近 3 年)	3	主办国际级学术会议 (3)	主办全国级学术会议 (2)	主办省市级学术会议 (1)
4-8		国家重点学科	3	是 (3)		
4-9		国家重点专科	3	是 (3)		
4-10	研究	国家级科研项目 (3 年, 负责人, 可累计)	3	国家级课题 (3)	国家级项目 子课题 (2)	参与国家级课题 (1)
4-11		省部/局级以上科研课题 (3 年, 负责人, 可累计)	2	负责项目 (2)	参与项目 (1)	
4-12		SCI 论文 (近 3 年) 以第一作者或通讯作者发表 SCI 收录论文)	6	≥ 75 (6)	≥ 60 (5) ≥ 50 (4) ≥ 40 (3) ≥ 30 (2)	≥ 0 (1)

4-13		中文核心期刊论文数 (3年)	2	≥ 10 (2)	≥ 6 (1)	≥ 3 (0.5)
4-14		全国学术会议论文交流数 (年)	2	≥ 7 (2)	≥ 5 (1)	≥ 2 (0.5)
4-15		省市学术会议论文交流数 (年)	2	≥ 10 (2)	≥ 5 (1)	≥ 1 (0.5)
4-16		国家级、部(省)级科技成果(3年,可累计)	5	国家级第一完成人: 一等奖 1项(3) 二等奖 1项(2)	部(省)级第一完成人 一等奖(2) 二等奖(1) 三等奖(0.5)	其他完成人 (0.5)
4-17		全国多中心临床试验(3年)	2	有(2)		
4-18		专利(3年)	3	专利(3)	实用新型(1)	
4-19		编写教材或者专著(3年,可累计)	5	高校教材主、副编(3)	其他专著主、副编(2)	参编 1分
4-20		主持参编指南专家共识(3年,可累计)	3	主持(2)	参编(1)	
人才培养考核指标			20	评分标准		
5-1	人才培养	人才梯队(医生)	3	医生中研究生学历人员比例 $\geq 70\%$,其中博士学位获得者比例 \geq	医生中研究生学历人员比例 $\geq 60\%$,其中博士学位获得者比例 $\geq 30\%$	医生中研究生学历人员比例 $\geq 50\%$,其中博士学位获得者比例 \geq

				40% (3)	(2)	20% (1)
5-2		住院医师规范化培养合格率	2	≥95% (2)	90-94% (1.5)	80-89% (1)
5-3		专科医师进修（进修时间半年以上）	3	≥20人 (3)	10-19人 (2)	≤9人 (1)
5-4	社会影响力	学科带头人与骨干	12	院士 (12) 千人计划 (4) 长 江学者 (4)	全国： CTS 与 CACP 主委 (4)、副 主委 (3)、杰 青(2)、 CTS 与 CACP 常委 (2)、学 组组长 (2) 青年 委员会副 主委 (1)、 CTS 学组副 组长 (1)、委 员(1)、	省市区： 医学会专 委会主任 委员与医 师协会分 会会长 (1) 博 导(1)

附 二级医院呼吸与危重症医学科规范化建设标准

(一) 准入条件

二级医院考核指标	是否符合标准
准入标准（一票否决）	
独立建制，示范科室名称必须更改为“呼吸与危重症医学科”	√
专科/专病门诊	√
专科病房	√
呼吸门诊综合诊疗室	√
呼吸门诊专科护士	√
肺功能室	√
呼吸内镜室	√
睡眠呼吸疾病治疗室	√
MICU/RICU/抢救室，且床位≥3	√
PCCM 专培、专修、单修（3 年考核期）	√

(二) 评分标准

编号		二级医院考核指标		总分	评分标准		
		总得分		100			
医疗考核指标				52	评分标准		
2-1	床位设置	普通总床位数	3	≥50 (3)	≥40 (2)	≥30 (1)	
2-2		MICU/RICU/抢救室床位使用率	2	75%~85% (2)			
2-3	门诊设置	专病门诊：戒烟、哮喘、慢阻肺、睡眠呼吸疾病、肺癌等	2	≥3个 (2)	2个 (1)	1个 (0.5)	
2-4		门诊药房吸入治疗药物	2	≥5种 (2)	≥3种 (1)	≥2种 (0.5)	
2-5	专业组设置	专科学组	1	有 (1)			
2-6	ICU设置	RICU/MICU (PCCM科主导)	3	有 (3)			
2-7		MICU/RICU/抢救室 有创呼吸机台数	2	≥4 (2)	≥2 (1)	≥1 (0.5)	
2-8		MICU/RICU/抢救室 床旁监护仪/床	1	1台/床 (1)			
2-9		无创呼吸机台数	2	≥6 (2)	≥4 (1)	≥2 (0.5)	
2-10	肺功能室	肺功能检查项目 (肺通气功能必备)	3	≥5项 (3)	≥3项 (2)	≥1项 (1)	
2-11	设置	肺功能检查体描仪套数	1	≥2 (1)	1 (0.5)		

2-12		FeNO 检测仪	1	有 (1)		
2-13		脉冲震荡肺功能	1	有 (1)		
2-14		运动肺功能	1	有 (1)		
2-15		诱导痰检查	1	有 (1)		
2-16		血气分析	1	有 (1)		
2-17	呼吸 介入 (含 呼吸 内镜 室) 设置	呼吸内镜套数	1	≥ 2 (1)	1 (0.5)	
2-18		内科胸腔镜	1	有 (1)		
2-19		经皮穿刺肺活检技术	1	有 (1)		
2-20	睡眠 呼吸 室设 置	睡眠监测仪台数	1	≥ 2 (1)	1 (0.5)	
2-21		睡眠呼吸治疗	1	有 (1)		
2-22	人力 资源	肺功能室专职人员人数	2	≥ 2 (2)	1 (1)	
2-23		呼吸内镜专职人员人数	2	≥ 2 (2)	1 (1)	
2-24		MICU/RICU/抢救室医生: 床位	2	1:1 (2)	0.8:1 (1)	0.5: 1 (0.5)
2-25		MICU/RICU/抢救室护士: 床位	2	3:1 (2)	2:1 (1)	1:1 (0.5)
2-26		呼吸治疗师人数	1	有 (1)		
2-27	工作 负荷	出院人数 (人次/年)	2	≥ 2000 (2)	≥ 1500 (1)	≥ 1000 (0.5)
2-28		门诊量 (人次/年)	2	≥ 30000 (2)	\geq 20000 (1)	\geq 10000 (0.5)
2-29		呼吸内镜诊疗次数 (年)	2	≥ 300 (2)	≥ 200 (1)	≥ 100 (0.5)

2-30		睡眠监测例数	1	≥200 (1)	≥150 (0.5)	
2-31		肺功能检查例数 (年)	2	≥2000(2)	≥ 1500(1)	≥800(0.5)
2-32		呼吸内镜活检例数 (年)	2	≥90(2)	≥60(1)	≥30(0.5)
科室管理考核指标			22	评分标准		
3-1	工作效率 (相对较难)	呼吸慢性气道疾病诊前风险评估率	2	≥80%(2)	≥50%(1)	≥30%(0.5)
3-2		呼吸慢病初诊肺功能检查率	3	≥95% (3)	≥80% (2)	≥50% (1)
3-3		因慢阻肺急性加重/哮喘急性发作住院患者应用吸入药物比例 (包括出院带药)	2	100%(2)	≥90%(1)	≥80%(0.5)
3-4		慢性气道疾病 (哮喘、慢阻肺) 患者随访率	2	≥50% (2)	≥40% (1)	≥30% (0.5)
3-5		临床路径	1	开展 (1)		
3-6		单病种管理	1	开展 (1)		
3-7	辐射能力	多学科诊疗 (MDT)	1	有 (1)		
3-8		区外患者占住院患者比例 (年)	1	≥10% (1)	≥5% (0.5)	
3-9		呼吸专科医联体	2	有 (2)		
3-10	医疗质量	患者满意度 (年)	1	≥95% (1)	≥90% (0.5)	
3-11		甲级病案率 (年)	1	≥95% (1)		
3-12		主诊医师负责制	1	有 (1)		
3-13		医疗事故 (3 年)	2	无 (2)		
3-14	科室	科室绩效	2	医院内居前	医院内居	医院内居

	绩效			20%内 (2)	20%-40% (1.5)	40%-60% (1)
教学和研究考核指标			20	评分标准		
4-1	教学和研究	每周科内业务学习	2	有 (2)		
4-2		有教学计划 (年)	1	有 (1)		
4-3		多中心临床试验 (3 年)	1	有 (1)		
4-4		科研课题 (近 3 年 (2017~2019 年), 负责人)	2	负责省部级课题 (2)	负责地市级课题 (1)	负责其他课题 (0.5)
4-5		SCI 论文数 (3 年, 第一或通讯作者)	1	有 (1)		
4-6		中文核心期刊论文数 (3 年, 第一或通讯作者)	3	≥6(3)	≥4(2)	≥2(1)
4-7		全国学术会议参与人数 (3 年)	3	≥6(3)	≥4(2)	≥2(1)
4-8		省市学术会议参与人数 (3 年)	3	≥8(3)	≥6(2)	≥4(1)
4-9		医教研获奖 (3 年)	1	省部级 (1)	地市级 (0.5)	
4-10		新技术和专利 (3 年)	1	有 (1)		
4-11		参编教材或专著 (3 年)	1	有 (1)		
4-12		参编指南专家共识等 (3 年)	1	有 (1)		
人才培养考核指标			6	评分标准		
5-1	人才培养	梯队学历结构	2	研究生 ≥ 50% (2)	研究生 ≥ 30% (1)	本科生 ≥ 80% (0.5)
5-2	社会影响力	学科带头人	2	省级学会委员及以上 (2)	地市级学会委员及以上	

					(1)	
5-3		继续教育学习班数 (3 年)	2	国家级继续 教育项目 (2)	省 (市) 级继续教 育项目 (1)	

附件 3：关于呼吸与危重症医学科规范化建设评定指标的解释

独立建制

呼吸科由门诊、病房（含危重症监护病房，ICU）、肺功能室、呼吸内镜室、睡眠呼吸疾病诊疗室等业务建制组成，并具有相应的管理架构和机制。

专科/专病门诊

三级医院呼吸科应设立呼吸专科普通门诊、呼吸门诊综合诊疗室，需开设专病/专项门诊（如哮喘、慢阻肺、戒烟等）、专家门诊。

二级医院呼吸科应设立呼吸专科普通门诊、呼吸门诊综合诊疗室，需开设专病/专项（如哮喘、慢阻肺、戒烟等）。

呼吸门诊综合诊疗室

(1) 有呼吸门诊专科护士。

(2) 有专门或相对独立房间，具有抢救车、药品柜。

(3) 开展的项目包括：患者教育、肺功能检查、雾化治疗、戒烟干预、用药指导等。

呼吸门诊专科护士

专职负责呼吸门诊综合诊疗室的日常工作，包括但不限于开展的工作有：肺功能检查，患者教育，雾化治疗，戒烟指导，用药指导等。

门诊药房吸入药物

按剂型分类有定量气雾剂、干粉剂和雾化溶液，按作用机制分类有 β 受体激动剂、抗胆碱能药物和激素，按作用时间分类有短效、速效和长效，按药物品种分类有单一制剂和联合制剂。

睡眠呼吸疾病诊疗室设置

三级医院、二级医院呼吸科应设立有独立的睡眠呼吸疾病诊疗室。配置多导睡眠仪和无创呼吸机，能开展睡眠呼吸疾病的诊断和治疗。

睡眠呼吸疾病治疗

三级医院呼吸科应开展的项目基本标准：标准多导睡眠呼吸监测，持续气道正压通气治疗；

二级医院呼吸科应开展的项目基本标准：便携式睡眠呼吸暂停检查，对睡眠呼吸疾病患者进行全自动压力滴定治疗。

肺功能检查

通气功能、弥散功能、心肺运动试验、支气管舒张试验、支气管激发试验、FeNO、呼吸驱动测定、脉冲震荡肺功能。

呼吸内镜项目

三级医院：支气管镜肺泡灌洗（BAL）、经支气管镜粘膜活检（TBB）、经支气管镜透壁肺活检（TBLB）、经气管镜超声引导下针吸活检（EBUS-TBNA）、气道异物钳取术、床旁气管镜应用

于危重病人诊治、内科胸腔镜技术、经气管镜超声引导下经鞘管活检（EBUS-GS）、外周病灶小超声引导下经气管镜肺活检、支气管镜下气道良恶性狭窄的各项诊疗技术如气管内支架置入、硬质气管镜、氩等离子体凝固（APC）、电烧灼治疗、冷冻治疗、气管/支气管内球囊扩张术等。

二级医院：支气管肺泡灌洗（BAL）、经支气管镜粘膜活检（TBB）。推荐标准：经支气管镜透壁肺活检（TBLB）、经气管镜超声引导下针吸活检（EBUS-TBNA）、气道异物钳取术、床旁气管镜应用于危重病人的诊治、内科胸腔镜技术

呼吸慢病初诊肺功能检查率

慢阻肺高危人群（如 40 岁以上、长期吸烟史、慢性呼吸道症状或家族史等）及已诊断为慢阻肺的初诊患者肺功能检查率。

慢性气道疾病（哮喘、慢阻肺）患者随访率

出院的哮喘、慢阻肺患者应有专人随访，确保患者每月规则使用吸入药物，并每三个月复诊访视一次及检查患者吸入药物掌握技术情况。

急危重症救治技术

各种呼吸衰竭、免疫抑制状态、代谢营养和内分泌问题、出-凝血功能障碍、镇痛镇静、心理问题等；围手术期危重症患者的血流动力学和通气支持；急性肾损伤；严重器官功能衰竭导致的危重症；产科危重症患者的处理；肺移植相关技术等。

单病种质量考核

社区获得性肺炎、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、急性肺血栓栓塞症。

临床路径

根据《卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知》和《临床路径管理试点工作评估方案》的要求认真制定并实施临床路径，工作有记录，资料完整。

专业学组

参照中华医学会呼吸病学分会的专业学组：肺癌、感染、哮喘、呼吸治疗、烟草病、间质性肺疾病学组与职业性肺病、睡眠呼吸障碍、介入呼吸病、呼吸危重症医学、慢性阻塞性肺疾病、肺栓塞与肺血管疾病、肺康复等

PCCM 专培、专修、单修（3 年考核期）

呼吸与危重症医学科在 3 年考核期内必须组织课内的医师进行 PCCM 专培、专修、单修，或被评定为 PCCM 专培、专修、单修基地的科室，承担相应的培训任务。

继续教育学习班

国家级、省级继续教育项目，授予 I、II 类学分

人力资源

考评所涉到的医师、技师和护士必须为人事关系或第一执业地点在考评所在医院。

非本院聘用的规范化培训医师、研究生、进修医师如排班进入相应的岗位也可计入医/护床比。

国家级科研项目

国家级科研项目包括：负责人承担科技部 973、863、国家支撑计划，重大专项（含子课题负责人），国家自然科学基金重点项目、重大国际合作项目、国家杰出青年基金项目和国家自然科学基金面上项目、青年基金。

省部级科研项目

省部级科研项目包括：负责人承担科技部以外的其他中央各部委（如国家卫生健康委员会、国家教育委员会等）的课题，省（直辖市）科委课题。

局级科研项目

局级科研项目包括：负责人承担省（直辖市）科委以外的课题，如省（直辖市）卫生健康委员会、省（直辖市）教育委员会等。

各级期刊论文发表数

必须是在考核医院全职工作的第一作者（共同第一作者，则需排

名第一)或通讯作者。

学会职位

国家级：中华医学会呼吸病学分会或中国医师协会呼吸医师分会委员及以上，全国级医学会呼吸病学分会或医师协会呼吸医师分会学组副组长及以上，中华医学会呼吸病学分会青年委员会副主委。

省级：省级医学会呼吸病学分会或医师协会呼吸医师分会委员及以上。

地市级：地市级医学会呼吸病学分会或医师协会呼吸医师分会委员及以上。

省外或地区外患者占住院患者比例

三级医院：在过去的一年里省外患者占住院患者比例

二级医院：在过去的一年里本地区外患者占住院患者比例。

年度对口支援帮扶医院数

在过去的一年里年度对口支援帮扶医院数。

综合绩效

呼吸与危重症医学科医护人员的工资奖金总额要居于全院前列。