

ICS 11.020
C 07

团体标准

T/CHAS 10-3-6—2023

中国医院质量安全管理

第 3-6 部分：医疗保障 多学科联合诊疗（MDT）

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 3-6: Medical service support —— Multi-disciplinary team

2023-5-27 发布

2023-10-1 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语与定义	1
4 关键要素	1
5 要素规范	2
5.1 应用范围	2
5.2 管理基础	2
5.3 过程管理	4
5.4 评价与改进	5
附录 A（资料性附录）MDT 讨论记录文书	6
参考文献	8

前 言

《中国医院质量管理》分为以下部分：

- 第1部分：总则
- 第2部分：患者服务
- 第3部分：医疗保障
- 第4部分：医疗管理

《中国医院质量管理 第3部分：医疗保障》包括以下部分：

- 第3-1部分：医疗保障 人力资源
- 第3-2部分：医疗保障 药品保障
- 第3-3部分：医疗保障 医用材料
- 第3-4部分：医疗保障 医疗设备
- 第3-5部分：医疗保障 消毒供应
- 第3-6部分：医疗保障 多学科联合诊疗
- 第3-7部分：医疗保障 医疗信息
- 第3-8部分：医疗保障 后勤物资
- 第3-9部分：医疗保障 环境设施保障
- 第3-10部分：医疗保障 社工保障

本标准是第3-6部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：浙江大学医学院附属邵逸夫医院，上海市东方医院，中国科学院大学附属肿瘤医院（浙江省肿瘤医院），绍兴市人民医院，医院标准化专业委员会。

本标准主要起草人：蔡秀军、李钦传、程向东、虞洪、戴胜、张衡、庄一渝、蔡斌、王先法、黄学锋、陈文军、吕芳芳、曹倩、王娴、陈兴屹、张奇、杨兵、万峰、沈运丽、李群、薛俊丽、陈敬德、郭晔、高勇、朱滔、朱骥、王晓稼、曾剑、应杰儿、喻光懋、陈志良、王伟、刘月辉、刘丽华。

中国医院质量安全管理 第3-6部分 医疗保障 多学科联合诊疗

1 范围

本标准规范了多学科联合诊疗从应用范围、管理基础、过程管理、评价与改进全过程中的质量安全监测与持续改进要求。

本标准适用于三级医院开展多学科联合诊疗工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本标准分册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标准分册。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准分册。

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

多学科联合诊疗 Multi-disciplinary team

指以患者为中心，通过组织相关学科的专家针对患者病情进行讨论、分析，共同制定最适合患者的治疗方案，从而争取获得最佳预后的诊疗模式。

3.2

首席专家 chief expert

指医院某学科领域的主任医师、硕导或博导等，对该学科领域具有较强的学术影响力，是医院内本学科领域同行公认的学术带头人。

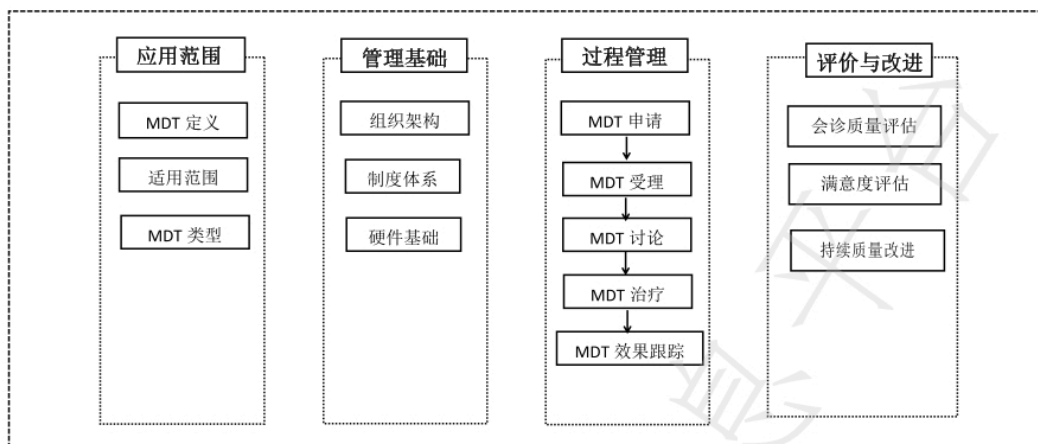
3.3

核心专家 core expert panel

指能定期参与到多学科讨论团队或工作中来的临床专科的专家，包括临床内外科、放射、超声、病理、麻醉、药学、营养等专科。

4 关键要素

多学科联合诊疗关键要素见图1。



多学科联合诊疗关键要素图

5 要素规范

5.1 应用范围

5.1.1 MDT适用范围。

医疗机构及临床科室应当明确多学科联合诊疗的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：

- 5.1.1.1 诊疗指南或专家共识推荐进行多学科讨论的肿瘤患者；
- 5.1.1.2 存在多种可选治疗方案，或需要多学科讨论的患者；
- 5.1.1.3 医院或科室拟定的四级手术的患者，术前应进行多学科讨论。

5.1.2 MDT类型。

- 5.1.2.1 按照患者的“入院状态”一般分为门诊MDT和住院MDT，两者均应该遵循“定时、定人、定址”三固定模式组织多学科讨论。
- 5.1.2.2 根据组织方式，一般分为现场MDT和现场远程相结合的方式。

5.2 管理基础

5.2.1 组织架构。

5.2.1.1 MDT管理部门。

全院MDT应由医务部门进行统一管理，有条件的可以成立MDT管理办公室（中心），在分管院长的领导下，统筹负责全院MDT的行政和质量管理工作。职能科室安排专人负责日常业务工作的组织实施，如门诊MDT由门诊部负责，住院MDT由医务部负责，而远程MDT则可由医院相应职能科室负责。

MDT管理部门的职责包括但不限于：

- a) 制定和完善医院层面MDT相关管理制度和流程。
- b) 负责MDT团队申报资质审核。
- c) 负责全院MDT权限管理，负责MDT专家库的审核、认定和动态维护。
- d) 定期分析全院MDT运行情况，向分管院长和医院汇报。
- e) 每年组织专家对MDT运行成效进行考核，并针对考核结果，提出改进意见和建议。
- f) 协调信息科负责MDT数据库的建设。

5.2.1.2 MDT团队。按照成员角色可以分为首席专家、核心专家和团队秘书。

5.2.1.3 首席专家

其职责主要包括但不限于：

- a) 为MDT团队的领导者，负责该MDT团队运行管理。
- b) 牵头制定适应本MDT团队的纳入标准，确保讨论病例纳入能有相对明确的指征。
- c) 有充足时间参加讨论，并作为MDT主持人，确保MDT所有成员能充分发言。
- d) 关注影响MDT诊疗决策安全性的问题，促进以循证医学证据和以患者为中心的MDT决策产生。
- e) 在综合诊疗方案产生后，明确落实医师执行人员，并在会议纪要中记录。
- f) 与管理部门沟通，申请相关支持以确保MDT工作的有效进行。

5.2.1.4 核心专家

是MDT团队的主体，其职责主要包括但不限于：

- a) 学习并跟踪本领域的最新诊治进展和临床实践指南，具有创新能力，对不适合指南的病例能给予适当的诊疗建议。
- b) 能及时书面回复讨论意见。
- c) 具备团队精神，尊重同行发言，善于合作。
- d) 有充足的时间参与MDT讨论，不能参加时能协调安排本科室其他专家代会。

5.2.1.5 团队秘书

作为MDT高效规律运行的必要条件，每个MDT团队应配备一名具有临床专业背景的医师担任。其主要职责包括但不限于：

- a) 与首席专家和职能科室工作人员对接，安排MDT会议。
- b) 收集审核患者资料，整理形成待讨论病例清单，报首席专家审核，确认后病例资料及时反馈给MDT团队专家。
- c) 协调沟通MDT团队专家，并通知参加会议。
- d) 准备必要的设施设备，配合首席专家主持好会议。
- e) 讨论结束，追踪申请医生对MDT治疗方案的记录情况、落实情况以及执行效果。

5.2.1.6 MDT申请医生

提交MDT讨论申请的医生，原则上，MDT团队中的任何人均可以提交MDT讨论病例的申请，相关科室非团队成员的医生也可以递交MDT申请。其职责主要包括：

- a) 学习相关MDT的要求，并提交符合其纳入标准的病例。
- b) 整理患者资料并制作汇报材料提交团队秘书，对资料不全的情况，配合补充相应资料或检查。
- c) 讨论时汇报病例情况，提出拟解决的问题和讨论目的。
- d) 总结和记录MDT讨论意见，撰写标准化的MDT综合诊疗意见书（见附录A），并及时将MDT治疗方案反馈给患者和所在临床医师团队。
- e) 执行MDT治疗方案，有需要转诊的及时联系MDT团队中相关专科或联系团队秘书协调转诊。
- f) 及时将MDT治疗方案执行情况反馈给团队秘书，有条件的医院可以利用MDT系统直报。

5.2.2 MDT制度体系。

5.2.2.1 医院应依据单位条件建立与MDT工作相适应的工作制度和流程，包括组织MDT讨论的工作流程，以及以某系统疾病诊治为主的MDT团队备案流程和MDT团队工作绩效考核制度等。

5.2.2.2 医院应定期审核MDT工作制度和流程的合理性，及时修订与完善不适用的内容。

5.2.3 硬件保障

5.2.3.1 无论是门诊MDT或者住院MDT，医院应配备专用MDT病例讨论会议室，也可利用病房示教室。

5.2.3.2 会议室大小和布局适宜，确保所有与会成员都有座位，能够面对面交流（可采用“U”型或圆桌会议室），需配备的必要设备包括：

- a) 投影设备和音响设备，以便讨论时观看资料和确保发言效果。
- b) 配备内外网电脑，并安装必要的系统，如 HIS 系统、PACS 系统等，能够调阅既往病历、检验、检查、医学影像、病理报告等资料，也能及时上网查阅相关资料。
- c) 配备可以浏览活检或手术标本的病理照片和既往病历资料的设备。
- d) 有远程 MDT 服务的医院，应配备远程通信设备，可以实时连接场外成员，进行视频对话（如视频会议），能和场外人员共同分享场内资料（如图片和报告等）。

5.3 过程管理

5.3.1 门诊MDT服务

经过医院MDT管理部门（医务部）统一备案的MDT团队，按照医院门诊设置流程申请开通门诊MDT，拟定相对固定的门诊时间和地点以及门诊MDT专家，并接受预约。

5.3.1.1 MDT 申请

- a) 应由首诊医生先充分评估病情，必要时完善相关检查或邀请上级医生会诊，评估符合相应 MDT 纳入标准的；
- b) 引导患者到指定预约处预约相应的门诊 MDT 时间（挂号、收费），预约后门诊工作人员应及时将患者信息反馈给 MDT 团队秘书；部分患者也可能根据宣传信息，直接预约门诊 MDT，门诊工作人员应及时将预约信息反馈给 MDT 团队秘书，由团队秘书与患者取得联系，评估其是否符合 MDT 纳入标准以及是否具备完整的讨论资料，如有必要指导患者完善相关检查资料或转入相应专科门诊。

5.3.1.2 MDT 受理

MDT 团队秘书整理审核通过的病例，形成讨论病例清单，安排 MDT 讨论的时间、会议室，并通知 MDT 团队专家、申请医生以及患者和家属，按照预定的时间和地点来参加 MDT 讨论。讨论开始前，团队秘书要收集待讨论病例的相关材料。

5.3.1.3 MDT 讨论

- a) 首先由申请医生详细介绍患者病情，包括但不限于患者病史、诊疗过程及各种检查、检验结果、当前治疗方案、治疗后出现的病情变化，提出诊疗过程中的困难，及讨论拟解决的问题和目的等。
- b) 参加讨论的医师需对患者病历、当前病情进行全面分析，对可行性诊治方案作进一步讨论。
- c) 首席专家（主持人）归纳总结，形成综合诊疗方案。
- d) 申请医生现场向患者及家属说明诊疗方案，并撰写标准化的 MDT 综合诊疗意见书。

5.3.1.4 MDT 治疗

申请医生根据与患者及家属沟通情况，及时执行诊疗方案，如需转诊其他专科手术或保守治疗的，由申请医生协助联系安排。

5.3.1.5 MDT 效果跟踪

治疗结束，申请医生需对该患者诊疗效果进行反馈，反馈内容包括 MDT 诊疗决策的落实情况及患者转归等。

5.3.2 住院 MDT 服务

医院 MDT 管理部门（医务部）在全院发布 MDT 团队信息，包括团队成员、MDT 讨论病例的纳入标准、常规 MDT 讨论时间和地点、联系人等。

5.3.2.1 MDT 申请

主管医生所在医疗组或科室讨论认为病例符合相应 MDT 纳入标准的，与 MDT 团队秘书联系提出申请。同意后填写 MDT 申请单（见附录 A），并完善和准备相关病例资料。

5.3.2.2 MDT 讨论

按照协定的时间和地点组织 MDT 讨论，依次由申请医生汇报病情、MDT 团队专家讨论病情、首席专家主持讨论并总结形成综合诊疗方案。

5.3.2.3 MDT 治疗

申请医生应及时向患者及家属说明综合诊疗方案，并撰写标准化的 MDT 综合诊疗意见书，以及负责按照综合诊疗方案落实治疗。

5.3.2.4 MDT 效果跟踪

申请医生需在患者出院后对该患者诊疗效果进行反馈，反馈内容包括 MDT 诊疗决策的落实情况及患者转归。

5.3.3 远程 MDT

在上述两类 MDT 的情境下，利用远程通信设备，实时连接场外成员参与多学科讨论的扩展类型，业务流程基本同前两类。

5.4 评价与改进

5.4.1 会诊质量评估

5.4.1.1 MDT 会诊档案质量评估

应结构化、标准化、全病程化记录患者的 MDT 病历。MDT 病历记录包括但不限于诊断、组织 MDT 讨论的情况（如参与科室和专家、讨论时间等）、实施的治疗方案、患者疗效评估、不良反应记录、疾病进展等情况。

5.4.1.2 MDT 诊疗方案质量评估

a) 应构建具有循证医学依据的诊疗方案，同时遵循国内外权威组织制定的诊疗指导原则、指南及专家共识；

b) 应以患者为中心，基于患者个体化的临床资料制定 MDT 诊疗方案；

c) 需选择其他非标准治疗方案作为替代的，并将实际情况记录在案；

d) 应明确将 MDT 建议传达给患者或家属和其医疗组的责任人，并记录传达信息的方式和时间；

e) MDT 在决策讨论过程中需形成清晰明确、可执行的诊疗建议和共识。

5.4.1.3 MDT 会诊疗效评估

a) 应评估诊疗方案落实情况，一般包括完全执行、部分执行、未执行，并提供部分执行、未执行原因等；

b) 评估会诊结果是否持续跟踪反馈患者转归，是否动态监测并及时修订 MDT 方案等；

c) 应客观评价患者并发症等不良反应发生率、患者依从性、治疗意愿，有条件情况下应完成患者随访。

5.4.2 满意度评估

5.4.2.1 评估患者的总体满意度，包括对住院/门诊服务、治疗费用、治疗时间、治疗疗效等满意度。

5.4.2.2 受邀专家与申请科室双方满意度互评，纳入绩效管理，并纳入科室综合目标管理和科室主任年度目标管理。

5.4.3 持续质量改进

5.4.3.1 评价 MDT 运行情况，包括 MDT 病例年诊疗数量和占比、MDT 初诊病例占全部 MDT 患者比例、MDT 患者纳入临床试验等。

5.4.3.2 定期开展 MDT 诊疗模式评价，采用包括患者的满意度、治疗费用、治疗时间等作为绩效指标进行考核衡量。

附录 A
(规范性附录)
MDT 讨论记录文书

图 A.1 标准化 MDT 申请单。

(医院名称) MDT 申请单					
患者姓名:		性 别 :		年 龄:	岁
病历号:		床位号:		入院日期:	
临床科室:				主管医生:	
简要病情					
主诉: 病史: 临床诊断: 诊疗过程:					
MDT 申请信息					
MDT 类型:					
参加科室/专家:					
MDT 目的:					
MDT 讨论日期			讨论地点:		
申请医生			记录时间:		
上级医生审核:			审核时间:		

图 A.2 标准化 MDT 意见书。

【医院名称】 MDT 意见书					
患者姓名:		性别:		年龄:	岁
病历号:		床位号:		入院日期	
临床科室:					
简要病情					
主诉: 病史: 临床诊断: 诊疗过程:					
MDT 目的:					
MDT 类型:					
MDT 讨论意见:					
主持人/主管医生小结:					
主管医生: 上级医生审核:			日期及时间: 审核日期及时间		

参 考 文 献

- [1] DB31/T1339-2021, 医院多学科诊疗管理规范.
- [2] 《关于开展肿瘤多学科诊疗试点工作的通知》, 国家卫健委医政司.
- [1] 中国医师协会肿瘤医师分会, 中国医疗保健国际交流促进会肿瘤内科分会. 中国IV期原发性肺癌多学科团队诊疗实施指南[J]. 中华肿瘤杂志, 2022, 44(07):667-672.
- [2] 中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会, 中国医师协会肿瘤医师分会, 中国医疗保健国际交流促进会肿瘤内科分会. 中国淋巴瘤多学科诊疗模式实施指南[J]. 中华肿瘤杂志, 2021, 43(02):163-166.
- [3] 钟文昭, 中国胸部肿瘤研究协作组, 中国抗癌协会肺癌专业委员会, 中华医学会肿瘤学分会肺癌学组, 中国医师协会肿瘤多学科诊疗专业委员会. 肺癌多学科团队诊疗中国专家共识[J]. 中华肿瘤杂志, 2020, 42(10):817-828.
- [4] 刘俐惠. 美国乳腺癌多学科专家组诊疗模式的介绍及护理启示[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(20):1522-1524.
- [5] 中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗专业委员会. MDT的组织和实施规范(第一版) [EB/OL]. (2015-12-01) [2020-03-18]. http://www.360doc.com/content/16/0528/21/33383292_563105976.shtml.
- [6] 孙湛, 杨丽, 邵雨婷, 等. 多学科诊疗模式现状分析与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(6):37-40.
- [7] 苟悦, 李继平, 赵淑珍, 等. 医院多学科协作诊疗门诊信息系统优化的效果[J]. 广西医学, 2019, 41(21):2816-2818.
- [8] 李贤华, 宋婷, 赵子衿, 等. 上海市医院多学科协作诊疗绩效评价体系构建[J]. 中国医院管理, 2019, 39(11):29-31.
- [9] 吴茜, 孙晓, 宋瑞梅, 等. 美国多学科协作模式管理与启示[J]. 中国护理管理, 2018, 18(8):1017-1020.
- [10] 杨亚, 梁晨, 陈桢, 傅小芳, 张继东, 骆华杰. 国内外多学科诊疗模式研究进展分析[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(02):16-19. DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2021.28.2.06.
- [11] 毛一晴, 康定鼎, 张博文, 肖佳文, 马文杰. 国内外多学科团队诊疗模式研究进展[J]. 中国医院, 2022, 26(03):18-21. DOI:10.19660/j.issn.1671-0592.2022.3.05.
- [12] 韩悦, 翁卫群, 黄馨仪等. 多学科协作诊疗模式的发展现状与实践探索[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(22):3239-3241. DOI:10.19435/j.1672-1721.2020.22.079.
- [13] 高扬, 邵雨辰, 苏明珠等. 癌症患者的多学科团队协作诊疗模式研究进展[J]. 中国医院管理, 2019, 39(03):34-37.
- [14] Winters D, Soukup T, Green J S A, Sevdalis N, Lamb B W. The Cancer Multidisciplinary Team Meeting: in need of change? History, challenges and future perspective.[J]. BJU international, 2021, 128(3).
- [15] Soukup Tayana, Lamb Benjamin W, Morbi Abigail, Shah Nisha J, Bali Anish, Asher Viren, Gandamihardja Tasha, Giordano Pascale, Darzi Ara, Sa Green James, Sevdalis Nick. A multicentre cross-sectional observational study of cancer multidisciplinary teams: Analysis of team decision making.[J]. Cancer medicine, 2020, 9(19).