Session 2. 환자 중심 치료

www.sgo.or.kr

각 암종별 다학제 협진의 표준화 및 효율화 방안

서울대학교병원 김 세 익

DECLARATION OF INTERESTS

Nothing to declare

Contents

01 왜 다학제 진료인가 — 환자 중심 치료와 부인암 다학제 협진의 필요성

02 제도적 기준 — 급여기준 고시 · 수가 구조 · 적정성 평가 지표

03 표준화 방안 — 운영 프로세스 · 참여 구성 · 진료기록 템플릿

04 효율화 방안 — 운영 모델과 질 관리 지표

05 결론 — Take-home messages

다학제(多學制, Multidisciplinary)

여러 개(多)의 학문 분야(學際)가 함께 참여하여 연구하거나 문제를 해결하는 방식을 의미.

날로 복잡해지는 현대 사회의 문제나 질병은 한 가지 학문·전문 분야만으로는 해결하기 어렵기 때문에, 다양한 분야의 전문가들이 각자의 지식과 시각을 모아 종합적인 해결책을 찾는 접근법.

주요 활용 분야:
- 의료 (다학제 진료)
- 사회복지 및 교육
- 학문 및 산업

개인적 경험

서울대학교병원에서 본인이 참여하고 있는 다학제:

- FiRST-Cancer Panel Molecular Tumor Board (1회/월)
  - 유전자 검사 결과 해석 및 치료 논의
  - 혈액종양내과 중심
  - 유전체의학과
  - 진단검사의학과
  - 병리과

- 산부-영상-병리 컨퍼런스 (2회/월)
  - 치료 논의
  - 영상-병리 결과가 상이했던 케이스 리뷰
  - 이상한(?) 케이스 리뷰
  - 산부인과
  - 영상의학과
  - 병리과



개인적 경험

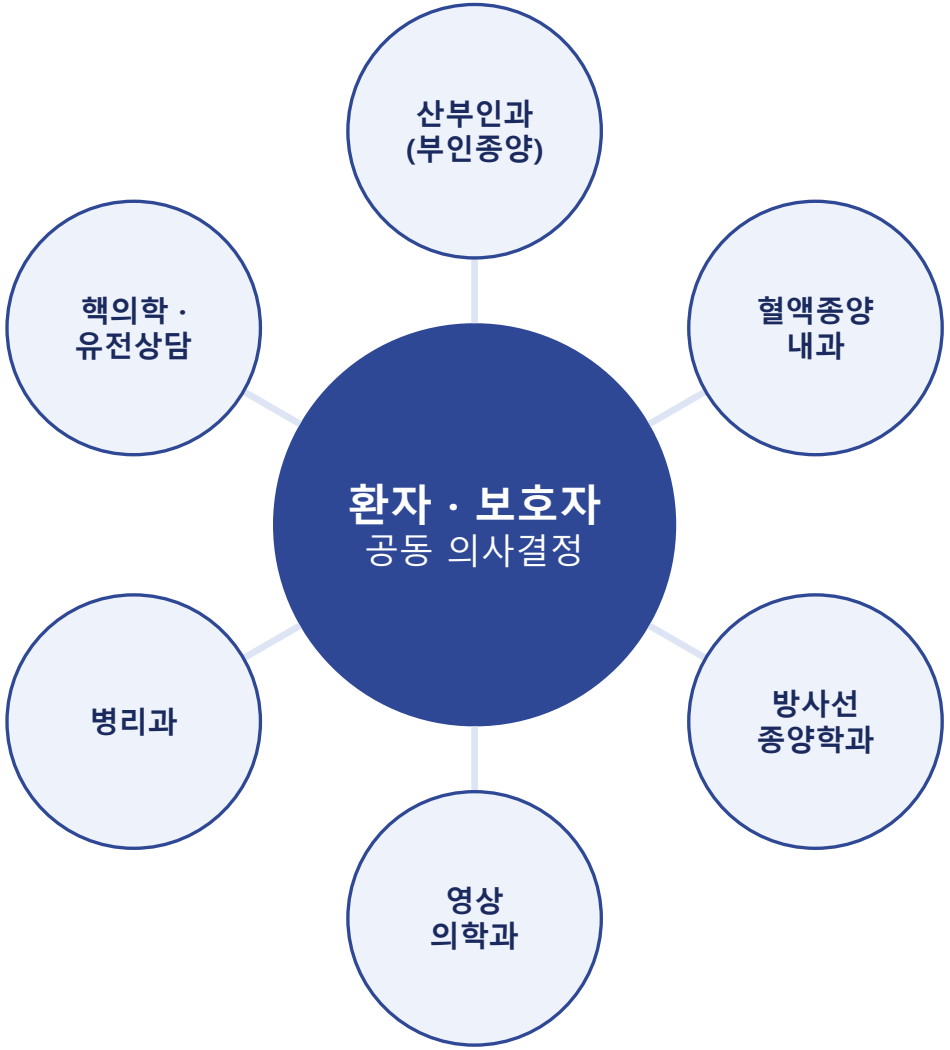
서울대학교병원에서 본인이 참여하고 있는 다학제:

- 높으신 분이 갑자기 연락오셔서... (가끔)
  가벼운 마음으로 갔다가
  민망했던 기억



환자/보호자

환자 중심 치료로서의 다학제 진료



다학제 진료가 만드는 변화

환자	여러 과를 따로 방문하지 않고, 한 번에 모든 치료 선택지와 근거를 듣고 결정
의료진	치료 방침의 일관성 확보, 치료 개시까지의 지연 감소
기관	근거 기반 진료의 표준화, 평가 지표 충족 및 적정 보상

핵심: 환자가 그 자리에 함께 있는 공동 의사결정

부인암에서 다학제 협진이 필요한 결정의 순간

난소암

- 1차 종양감축수술(PDS) vs 선행항암화학요법(NACT) 후 IDS 결정
- BRCA1/2 · HRD 검사와 유전상담
- PARP 억제제 · 베바시주맙 등 유지요법 선택
- 완화치료

주요 참여과

산부인과 · 혈액종양내과 · 영상의학과 · 병리과

자궁내막암

- 분자분류(POLE · MMRd · p53abn · NSMP) 기반 위험군 분류
- 보조 방사선(질근접 · 골반외부) vs 항암 결정
- MMRd 시 린치증후군 평가
- 가임력 보존 논의

주요 참여과

산부인과 · 방사선종양학과 · 병리과 · 혈액종양내과

자궁경부암

- 영상 · 병리 반영 FIGO 병기 결정 (MRI · PET-CT)
- 근치적 수술 vs 동시항암화학방사선(CCRT)
- 가임력 보존 논의

주요 참여과

산부인과 · 방사선종양학과 · 영상의학과 · 혈액종양내과

다학제통합진료료 급여기준 (고시 제2023-56호)

급여대상	산정특례 중증질환자(암 등) · 희귀/중증난치 · 결핵 환자, 산정특례 미등록 암환자 (C00~C97, D00~D09 등) — 외래 및 입원
대상기관	상급종합병원, 종합병원
산정기준	① **상근**하는 **서로 다른 전문과목** [또는 세부 전문과목(분야)] 전문의가 **동시에 대면진료**에 참여 ② 진료 시간·장소, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유, 설명한 내용을 진료기록부에 기록
산정횟수	질환별 환자당 3회 이내 (소견서 참조 시 2회 이내 추가 인정)
기타	같은 날 다학제통합진료와 별도 진찰 시 진찰료는 각각 산정

출처: 보건복지부 고시 제2023-56호「가15 다학제통합진료료(Multidisciplinary Care) 급여기준」(2023.3.29 시행)

고시가 요구하는 네 가지 조건

1

상근

해당 기관 상근 전문의

비상근 · 외부 초빙 의사는
인원 산정에서 제외 위험

2

서로 다른 전문과목

다른 전문과목 또는
세부 전문과목(분야)

같은 과 전문의 다수 참여는
요건 충족 불인정 위험

3

동시에

같은 시간 · 같은 자리에
함께 참여

순차 방문 · 릴레이 진료는
동시 참여가 아님

4

대면

환자(보호자)와
직접 대면 상담

환자 없는 컨퍼런스 ·
서면 의견은 불인정

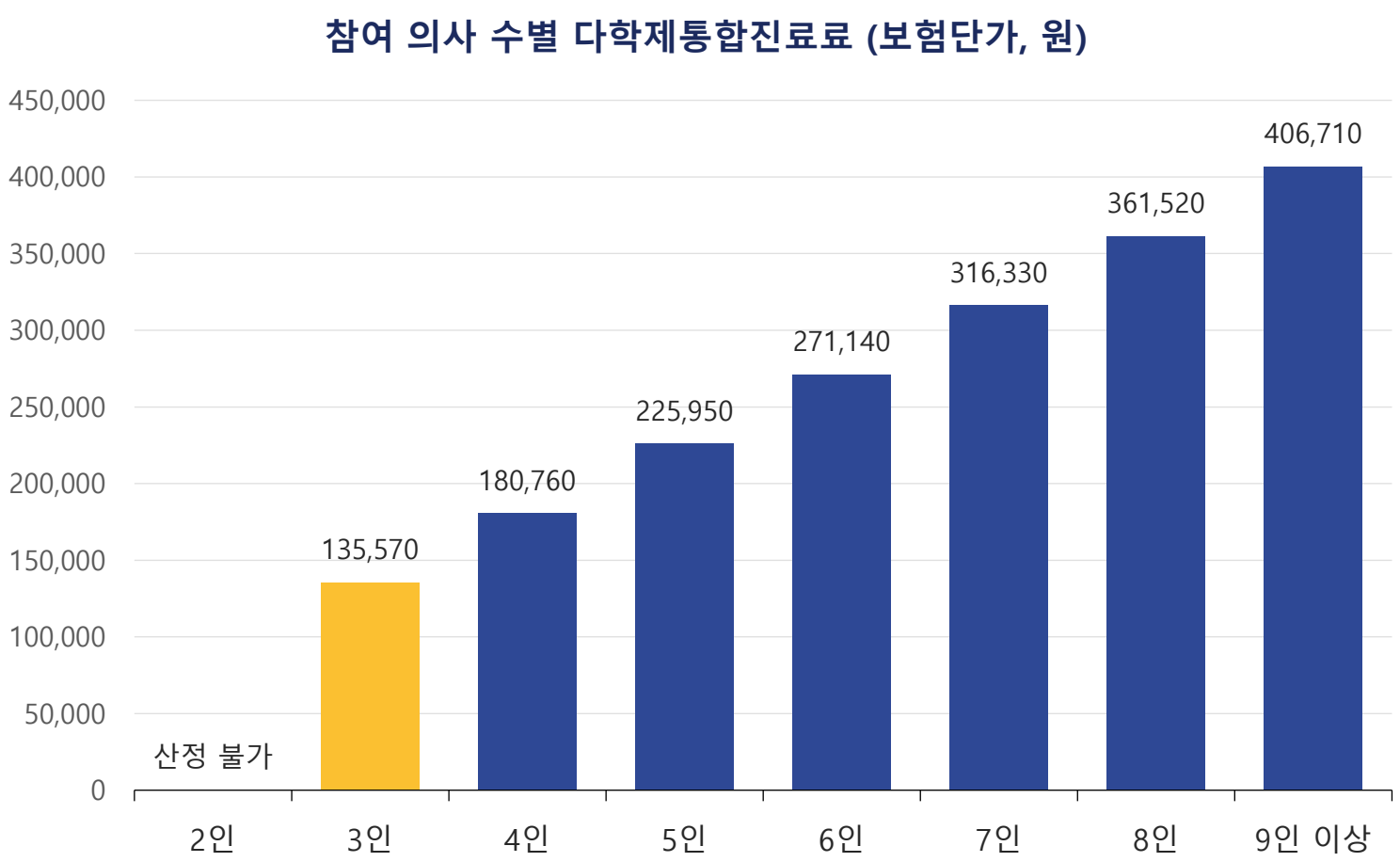
근거: 고시 제2023-56호 산정기준 1) "상근하는 서로 다른 전문과목[또는 세부 전문과목(분야)] 전문의가 동시에 대면진료에 참여하여야 함"

튜머보드 ≠ 다학제통합진료

구분	튜머보드 (Tumor board)	다학제통합진료 (MDC)
환자 참석	없음 (의료진 컨퍼런스)	**환자 · 보호자 직접 대면**
참여 의료진	인원 · 진료과 제한 없음	**상근 · 서로 다른 전문과목 3인 이상 동시 참여**
목적	증례 리뷰, 치료 방향 토의	치료 방침 설명과 공동 의사결정
기록	회의록 중심	진료기록부 필수 항목 기재
수가 · 평가	산정 불가	**다학제통합진료료 산정 · 적정성 평가 반영**

제안: 튜머보드(사전 리뷰) → 다학제 대면진료(환자 동석 결정)의 2단계 구조로 연결

다학제통합진료료 수가: 3인부터 산정



자료: 다학제통합진료료 수가표 (수가코드 G3000~G3006, EDI AI100~AI106). 일반단가는 보험단가의 2배.

수가 코드가 시작되는 인원

3인

2인 이하: 수가 코드 없음

135,570원	3인 (G3002 / AI100)
+45,190원	참여 의사 1인 추가 시마다
406,710원	9인 이상 (G3006 / AI106)

매 세션마다 '서로 다른 과 3인 이상'이 안정적으로 확보되는 구조를 먼저 만드는 것이 운영의 출발점!

적정성 평가의 다학제 진료 지표

분모 — 평가 대상 환자

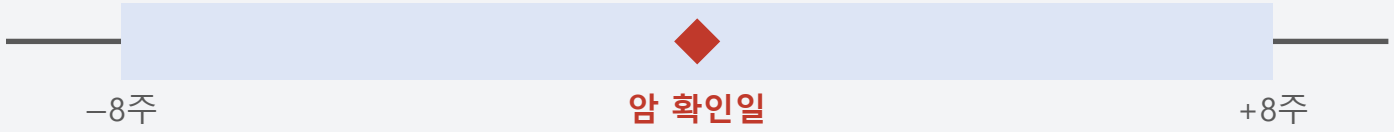
- 평가대상기간 암 산정특례(신규암) 등록
- 첫 치료(수술 · 항암 · 방사선) 시행 환자
- **대장암 2~3기 · 위암 2~4기 · 비소세포폐암 2~3기**

분자 — 지표 충족 환자

- 산정특례 등록신청서의 암 확인일 전후 8주 이내
- 다학제통합진료를 시행하고 수가를 청구한 환자

→ 시행 + 청구가 모두 있어야 인정

8주 이내 시행 기준 — 암 확인일 전후 8주 이내 다학제통합진료 시행 · 청구 시 인정



병 · 의원 다학제 진료 평가방법

① 상근하는 서로 다른 전문과목 전문의가 **동시에 대면진료**에 참여

→ **3인 이상**

② 진료 시간 및 장소, 참여의사 성명 및 서명, 결정사유, 설명 내용 등을 진료기록부에 기록

시사점
부인암 평가 도입 · 확대 시 동일 기준 적용 가능성 → 지금부터 기준에 맞춘 운영 필요

출처: 건강보험심사평가원 암 적정성 평가 세부기준(다학제 진료 지표). ※ 다학제통합진료 시행은 청구서 요양개시일 기준.

고시 · 수가 · 평가가 가리키는 같은 기준

급여기준 고시

제2023-56호

- 상근 · 서로 다른 전문과목
- 동시에 대면진료 참여
- 진료기록부 필수 기록

수가

G3000~G3006

- 참여 의사 3인부터 코드 존재
- 2인 이하 산정 불가
- 1인 추가 시 +45,190원

적정성 평가

다학제 진료 지표

- 3인 이상 · 동시 대면
- 암 확인일 전후 8주 이내
- 시행 + 수가 청구 필요

서로 다른 과 전문의 **3인 이상**이 **동시에**, 환자를 **직접 대면**하여 상담하고 **기록**한다

= 표준화해야 할 다학제 진료의 최소 요건

표준화 ① 다학제 진료 표준 운영 프로세스

STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
대상 환자 선정	**사전 준비**	**다학제 대면진료**	**표준 기록**	**청구 · 추적**
• 신규 부인암 산정특례 등록 시 자동 선별 • 암 확인일 기준 8주 기한 관리	• 영상 · 병리 · 분자검사 자료 취합 • 튜머보드/사전 리뷰로 논점 정리	• 서로 다른 과 3인 이상 동시 참여 • 환자 · 보호자 동석, 공동 결정	• 진료기록부 템플릿 사용 • 참여의사 서명 · 결정사유 · 설명내용	• 인원별 수가코드 청구 • 치료 개시 · 결정 이행 모니터링

원내 표준운영절차(SOP)로 문서화 → 담당자가 바뀌어도 기준 유지

전임의 No No → **코디네이터**

표준화 ② 암종별 참여 구성: '코어 3과 + 가변'

코어 3과 (고정 참여)

- 산부인과 (부인종양)
- 영상의학과
- 병리과

→ 어떤 환자든 '서로 다른 전문과목 3인' 요건 자동 충족

+

난소암	+ 유전체의학과 ·핵의학과 · 외과 · 혈액종양내과 주요 논의: PDS vs NACT, 유지요법
자궁내막암	+ 방사선종양학과 · 유전체의학과 주요 논의: 위험군 분류, 보조치료
자궁경부암	+ 방사선종양학과 · 핵의학과 주요 논의: 병기 결정, 수술 vs CCRT

유의 같은 과 전문의 2인 참여는 '서로 다른 전문과목' 인원으로 인정되지 않을 수 있음 — 세부 전문과목(분야) 인정 범위 사전 확인

표준화 ③ 다학제통합진료 기록 표준 템플릿

[다학제통합진료 기록지] 예시

일시 · 장소	2026. __. __ __:__ ~ __:__ / 다학제 진료실
참여 의사	진료과 · 성명 · 서명 (상근, 서로 다른 과 3인 이상) ☐
환자 · 보호자	동석 여부 ☐ 환자 ☐ 보호자 (관계: ___)
진단 · 병기	암종 / FIGO 병기 / 조직형 · 분자정보
치료방침	결정된 치료 계획
결정사유	근거 및 논의된 대안
설명 내용	환자에게 설명한 내용 · 환자 선호 · 동의

■ 고시 필수 ■ 권장

고시 필수 기재 항목

- 진료 시간 및 장소
- 참여의사 성명 및 서명
- 치료방침 및 결정사유
- 설명한 내용

권장 추가 항목

- 환자 · 보호자 동석 체크
- 병기 · 조직형 · 분자정보
- 환자 선호 및 동의 여부

효율화 방안: 지속 가능한 운영 모델

1 정기 슬롯 고정

요일 · 시간 고정 (예: 주 1회 반나절), 코어 3과 동시 블록 확보

2 전담 코디네이터

전문간호사 등이 대상자 선별 · 일정 조율 · 자료 취합 담당

3 튜머보드 2단계 연계

사전 리뷰로 논점 정리 → 대면 시간은 설명 · 결정에 집중

4 환자당 시간 표준화

환자당 목표 시간 설정, 대기 · 순서표 사전 공지

5 EMR · 청구 연동

템플릿 필수항목 · 참여인원 · 서명 자동 점검, 인원별 코드 자동 선택

6 같은 날 원스톱 진료

같은 날 별도 진찰 시 진찰료 각각 산정 → 내원 횟수 감소

질 관리 지표 (KPI) 제안 – 표준화/효율화가 실제로 작동하는지 확인

과정

다학제 진료 시행률

신규 부인암 환자 중 다학제통합진료 시행 비율

과정

8주 이내 시행률

암 확인일 전후 8주 이내 시행 · 청구 비율
(적정성 평가 지표와 직결)

구조

3인 동시 대면 충족률

상근 · 서로 다른 과 3인 이상 · 환자 동석 세션 비율

구조

기록 완결률

고시 필수 기재 항목 모두 기록된 비율

결과

결정 이행률

다학제 결정 치료 방침의 실제 이행 비율

결과

환자 경험

환자 만족도 · 치료 계획 이해도 설문

결론: Take-home Messages

대면

다학제통합진료는 환자가 참여하는 대면 진료

정부 고시: 환자와 직접 대면 상담 필수 — 환자 없는 컨퍼런스는 해당되지 않음

3인

상근 · 서로 다른 전문과목 전문의 3인 이상 동시 참여

적정성 평가 기준이자 수가 산정의 최소 조건 — 2인 이하 수가 코드 없음

표준

코어 3과 · 표준 프로세스 · 기록 템플릿으로 표준화

정기 슬롯 · 코디네이터 · 튜머보드 연계 · EMR 연동으로 효율화





2026년
대한부인종양학회
제31차 추계 심포지엄

2026.10. 23. (금) - 24. (토)

정부세종컨벤션센터 / 세종 코트야드 바이 메리어트

대한부인종양학회
Korean Society of Gynecologic Oncology