

보건복지부 공고 제2025 - 358호

「의·한 협진 활성화를 위한 5단계 시범사업」을 실시하기 위하여 다음과 같이 사업기관을 공모하오니 관련 기관의 적극적인 참여를 바랍니다.

2025년 4월 30일

보건복지부장관

“의·한 협진 활성화를 위한 5단계 시범사업 기관” 공모

1. 시범사업 목적

- 진료협력체계를 갖추고 있는 의·한 협진의료기관을 중심으로 ‘의·한 협진 활성화를 위한 시범사업’을 실시하여 의·한 의료기술 발전 및 의료서비스 향상 등을 도모하고, 지속가능한 의·한 협진 모형을 구축하고자 함
- 협진모형에 따른 수가 적용 및 대상 질환 선정을 통해 의·한 협진 행위에 대한 활성화를 유도하여 이에 대한 자료 생산, 협진 제도에 대한 개선사항을 검토하고, 협진 행위에 대한 효과성과 경제성을 평가하고자 함

2. 시범사업 기간 : '25.6월 ~ '27.12월

※ 시범사업 기간은 변동될 수 있음

3. 신청 및 선정 기준 등

가. 신청서 제출

○ 제출기간 : '25.4.30. ~ '25.5.23., 18:00까지

※ 우편 제출 시, 5.23.(금) 18:00까지 심평원 도착분에 한하여 유효

○ 제출서류 : ①시범사업 참여 신청서, ②기관 현황 신고서, ③기관
현황 신고서 별첨서류

- 기관 현황 신고서 중 항목명에 '※' 표시된 경우 자료 별첨 필요

※ 참여 및 기관현황 신고서, 별첨자료 종류 및 서식은 [별지], [붙임] 참조

○ 제출방법: 우편 또는 직접 제출(※ 우편 제출 시 등기우편으로 제출 요망)

◇ 제출처: 건강보험심사평가원 공공수가정책실 수가개발부

- 주소: 강원도 원주시 혁신로 60(반곡동) 건강보험심사평가원 15층 수가개발부
(우편번호 26465)

- 전화: (033) 739-1559

○ 제출 시 유의사항

- 기관 내 협진 실시희망 기관은 신청서 1부 제출

- 기관 간 협진 실시희망 기관은 기관별로 신청서 각각 작성하되
한 기관에서 취합하여 제출

- 신청서는 [참고1~4] 확인 후 참고하여 작성

- 시범사업 기관 현황 신고서 및 [붙임2]의 필수항목의 별첨자료가
제출되지 않은 경우, 선정대상에 제외됨

- 제출된 자료의 기재내용이 허위사실로 판명될 경우, 선정대상
에서 제외하고 최종 선정 이후라도 자격이 상실됨

○ 기타사항

- 접수된 자료는 반환하지 않음

- 우편 제출 시 마감 당일 18:00까지 도착분에 한하며, 접수여부를
건강보험심사평가원 수가개발부에 확인 바람

나. 신청 대상기관

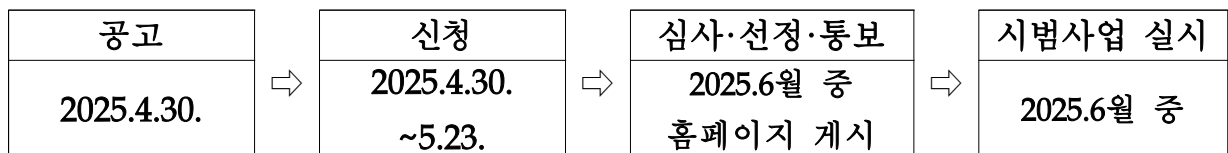
- (기관 내 협진기관) 전국의 병원급 이상 의료기관 중 의과·한 의과 진료과목을 동시에 개설·운영하는 기관
- (기관 간 협진기관) 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의과·한 의과 요양기관(병·의원 간 포함)으로서 진료협력체계를 갖추고 의·한 협진 가능한 기관

※ 요양급여비용을 정보통신망(EDI, 포털서비스 등)으로 청구하는 기관

다. 선정기준 및 절차

- 선정기준
 - 전국의 병원급 이상 기관 중 기관 내, 기관 간 진료협력체계를 갖추고 의·한 협진이 가능한 기관을 대상으로 함

○ 선정절차



라. 대상기관 선정방법

- 제출한 신청서 등을 참조하여 선정위원회의 심사를 거쳐 시범사업 대상기관 선정
- 지역별 분포, 국공립병원과 민간병원 비율, 기관 내 및 기관 간 비율, 기 시범사업 참여 현황 등 보건의료체계에 미치는 영향을 종합적으로 고려하여 선정
- 선정결과 등은 추후 개별통보 및 보건복지부(www.mohw.go.kr) 또는 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) 홈페이지에 게시 예정

4. 시범사업 취소 및 철회

- 사회적 물의, 관련 법령 위반 등 시범사업 참여가 부적절한 경우
시범사업 중단 및 지정 취소
- 시범사업 신청 후 요양기관 원에 의한 철회 불가

5. 시범기관 준수사항

- 시범사업 참여를 신청한 요양기관은 시범사업 대상기관 선정에
필요한 추가자료 요구 시 관련 자료를 제출함
- 시범기관으로 선정될 경우에는 사업의 성과 등을 평가하기 위한
연구 협력 및 사업의 원활한 운영을 위한 자료 제출, 조사 협조
등의 사항을 준수함

[붙임1]

의·한 협진 5단계 시범사업 참여 신청서

기 관 명		요양기관기호	
주 소	(우편번호:)		
대표자명			
전화번호		팩스번호	
시범사업 관련 담당자	성명: 소속부서/직위: 연락처:		

본 요양기관은 의·한 협진 5단계 시범사업 기관으로 선정 받고자 신청서를 제출하며, 아래의 사항에 대해서 협조할 것을 약속합니다.

- 제출된 자료의 기재내용이 허위사실로 판명될 경우, 선정대상에서 제외하고 최종 선정 이후라도 자격이 상실됨.
- 시범사업 참여를 신청한 요양기관은 시범사업 대상기관 선정에 필요한 추가 자료 요구 시 관련 자료를 제출함.
- 시범기관으로 선정될 경우에는 사업의 원활한 운영 및 평가를 위해 보건복지부, 건강보험심사평가원, 의·한 협진 모니터링센터에서 요청할 경우, 필요한 자료제출, 조사 협조 등의 사항을 준수함.

2025. . .

신청인

(서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

구비서류: 의·한 협진 5단계 시범사업 기관 현황 신고서 및 별첨 서류

(별지1)

의·한 협진 5단계 시범사업 기관 현황 신고서

[붙임2~3] 및 [참고1~3] 확인 후 참고하여 작성, ※표시는 필수 기재사항 해당부분에 √ 표시

구 분	내 용					
1. 일반 사항						
※일반현황	요양기관명			요양기관기호		
	종별구분	☐ 상급종합병원 ☐ 종합병원 ☐ 병원 ☐ 한방병원 ☐ 의원 ☐ 한의원				
	개설일자					
	설립유형	☐ 국립 ☐ 공립 (☐ 시·도립, ☐ 지방의료원, ☐ 기타공립-보훈병원)				
		☐ 학교법인 ☐ 특수법인 ☐ 종교법인 ☐ 사회복지법인				
☐ 사단법인 ☐ 재단법인 ☐ 회사법인 ☐ 의료법인						
☐ 개인 ☐ 군병원 ☐ 소비자생활협동조합 ☐ 사회적협동조합						
☐ 기타()						
※협진의사	전체 의사 수		협진참여 의사 수*			
	의사	한 의사	의사	한 의사		
	000명	000명	000명	000명		
	협진참여 의사 세부사항					
	연번	성명	면허종별	의사형태	자격종별	
	예시. 1	000	의사	일반의/전문의 /레지던트 등	내과	

※표시는 필수 기재사항

* 협진에 참여하는 의사 현황을 기재하되 신규기관은 협진 참여 예정 의사 현황 기재

† 평가항목명에 '†' 표시된 경우 증빙할 수 있는 추가자료 별첨 필요

2. 시범기관 선정 항목							
2-1. 협진 절차							
※협진 운영 매뉴얼†	☐ 유	(제정·작성일자:)					
※질환별 표준임상 경로(CP)†	☐ 유	☐ 협진 대상 질환* 중 다빈도 질환 CP ()개 *(3개 이상 기재 필수)	① 매뉴얼 명 기재, ex.중풍 협진매뉴얼				
			②				
			③				
			④				
			⑤				
			⑥				
			⑦				
		☐ 협진 대상 질환* 외 ()개	①				
			②				
		표준임상경로 (CP) EMR 도입 여부†	☐ 유	☐ 무			
협진절차 지원인력	☐ 유	협진절차 지원인력 세부사항					
		연번	성명	직종	해당 부서	전담 여부	해당 업무
		예시. 1	000	행정직	재활의학과	전담	행정지원
		예시. 2	000	간호사	재활의학과	비전담	진료지원
☐ 무							
2-2. 환자 동의 및 설명							
※협진 절차 안내†	☐ 유	☐ 무					
2-3. 협진 진료							
※협진 진료정보 교류†	☐ 전자시스템(EMR) (기관 간 협진 시, 양 기관의 EMR 연계여부 기재)						
	☐ 서면 정보교류						

※표시는 필수 기재사항

* [붙임 3] 의·한 협진 5단계 시범사업 급여 대상 상병코드 참고

† 평가항목명에 ‘†’ 표시된 경우 증빙할 수 있는 추가자료 별첨 필요

2-4. 협진 결과						
4단계 기 시범사업 연구 참여 여부	☐ 유 ☐ 무					
5단계 시범사업 협진 연구 참여계획	협진 연구 담당 의료인					
	연번	성명	직종	해당 부서	해당 직책	해당 업무
	예/시. 1	000	의사	한방신경과	진료부장	협진 관련 연구 총괄
	협진 연구 지원 인력					
	연번	성명	직종	해당 부서	해당 직책	해당 업무
	예/시. 1	000	행정직	한방신경과	연구간호사	협진 관련 연구 행정 지원
2-5. 협진 질 향상 및 안전 관리						
협의체 운영†	☐ 유		(연간 협의체 운영 횟수:)			
	☐ 무					

†평가항목명에 ‘†’ 표시된 경우 증빙할 수 있는 추가자료 별첨 필요

(별지2)

표준임상경로(CP) 작성 관련 문의는 「의·한 협진 모니터링센터」 홈페이지(<https://mcmc.re.kr>)를
참고 또는 의·한 협진 모니터링센터(055-360-5992)로 문의바랍니다.

의·한 협진 표준임상경로(CP) 템플릿 예시

번호	질환별 표준임상경로(CP)	CP 상병 코드(KCD)
1	급성기 안면마비	
2	급성기 요통	
3		
...		

제출일자	2025 년 0 월 00 일
제출기관	000병원 (000한방병원)
작성자	성명 : 000 연락처 : 000 이메일 : 000

1. 000000000 표준임상경로(CP)

※ 질환명 기재, 질환별로 각각 1부씩 작성

1. CP 참여 인력 및 조직

○ 000....

- 000....

직종	전문분야	근무부서	직책	역할
의사 (한의사)	예) 신경과	예) 신경과, 협진센터	예) 센터장	예) CP 총괄
간호사			예) 수간호사	예) CP모니터링
기타 (코디네이터 등)				

○ (예시) 급성기 얼굴마비

- 기관 조직 : 본 ○○ 병원에는 의·한 협진센터가 구성되어 있으므로 본 의·한 협진 표준임상경로는 센터장이 본원의 위원회(혹은 진료회의 등)에서 승인을 받아 도입 하였으며, 본 급성기 얼굴마비 질환의 진료 과정에는 의과의 ○○과, □□과 등이 참여하고, 한의과는 ▽▽과, ◇◇과 등이 참여하여 개발 및 도입함 (승인 결과 별첨).

- 팀 구성 : 해당 각 과 의·한 협진 의료진, 간호과(장), 협진 코디네이터, 협진 담당 원무과, 의료보험 심사과, 약제과 등으로 다음 표와 같이 구성되었음.

성명	소속 및 직책	서명

2. CP 도입 배경 및 목표

- 해당 병원에서 본 질환의 의·한 협진 CP 도입 배경 및 목표 제시

○ (예시) 급성기 얼굴마비

- 도입 배경 : 본 ○○ 병원이 의·한 협진 시범사업 기관에 선정됨에 따라, 본원에서 진료하는 시범사업 대상 급성기 얼굴마비 환자의 의·한 협진 표준임상경로를 도입하여, 환자 진료 서비스의 질 향상과 본 시범사업에 의한 치료 효과 증진 등의 목표 성과를 이루기 위함.
- 목표 : 본 ○○ 병원은 기관 내 협진 병원으로서 응급실 혹은 외래에 내원하는 발병 7일 이내의 급성기 얼굴마비 환자에 대하여 초진 시부터 의·한 협진에 따른 검사 및 치료를 시행하고 있으며, 내원 환자의 협진까지의 기간 감소와 발병 시부터 4주까지의 임상적 성과와 치료비용 절감 등을 확인하여 본원 협진 진료의 경쟁력을 높이기 위함.

3. 개발 과정 개요

- 문제점 인식, 개발 일정, 직원 교육 등의 항목

○ (예시) 급성기 얼굴마비

- 문제점 인식
 - ① 급성기 얼굴마비 의·한 협진 환자의 내원 후 협진 시까지의 시간 지체
 - ② 진료 계획 수립에서의 의료인 간 소통의 문제
 - ③ 의료인 개인의 특성에 따른 협진 적용 여부의 문제
 - ④ 협진 진료에 의한 진료비 상승의 문제
 - ⑤ 협진의 치료 효과에 대한 목표 설정의 부재
 - ⑥ 본원 협진 치료 효과에 대한 환자 설명의 부재

- 협의(개발)과정 및 일정 (협의 및 개발 과정 항목들은 개발과정 개요 참조)

일시	참석자	교육내용

- 직원 교육 및 실시일

일시	참석자	교육내용

4. CP 평가 계획

- 변이 모니터링, CP 성과 측정, 기타 협진 시범사업 평가 참여 등

○ (예시) 급성기 얼굴마비

- 설문조사

- .목표 : 급성기 얼굴마비 의·한 협진 표준임상경로에 대한 환자, 의료진의 만족도 조사
- .대상 : 환자, 진료 참여 의료인, 의료보험 심사 담당자, 코디네이터, 약제과 등
- .평가 항목 : 만족도, 문제점 등

- 자료조사

- .목표 : 급성기 얼굴마비 환자의 CP 수용성과 변이율, 비용 및 임상적 성과 조사
- .대상 : CP 의무기록, 변이기록
- .평가 항목 : CP 수용성 정도, 변이분석, 진료비용, 임상적 효과(VAS, EQ-5D, HB-grade 등)

- 분석 및 향후 계획

- .분석 계획 : 5단계 시범사업 중간 시점에 일차 평가를 시행하여 표준임상경로를 수정 후 시행하고, 시범사업 종료 시점에 최종 평가를 시행함.
- .향후 계획 : 향후 계획 : 만성기 얼굴마비 환자에 대한 의·한 협진 표준임상경로의 개발, 다른 질환도 확대 개발 예정

5. CP 진료계획표 및 테이블

- 진료계획표, 테이블(set order)

○ (예시) 급성기 얼굴마비

- 진료계획표



- Critical pathway(의료진용)

항목	내원 1일	내원 2일 - 14일	내원 15일 - 30일
1. 측정 및 관찰	1. 과거력, 치료력 2. 신경학적 평가 3. 얼굴마비 중증도 평가 4. V/S 측정	1. 얼굴마비 중증도 평가	1. 얼굴마비 중증도 평가
2. 식이	정상 식이(금주, 금연)	정상 식이(금주, 금연)	정상 식이(금주, 금연)
3. 검사 및 검사예약	1. 근전도검사 2. Brain MRI		
4. 투약	1. 의과 - 스테로이드, 항바이러스제, 점안제 등 2. 한의과 - 신경기능개선	1. 의과 - 스테로이드, 항바이러스제, 점안제 등 2. 한의과 - 신경기능개선	1. 한의과 - 신경기능개선
5. 치료	1. 의과 - 물리치료(전기자극), 운동치료 2. 한의과 - 침치료, 부항치료 등	1. 의과 - 물리치료(전기자극), 운동치료 2. 한의과 - 침치료, 부항치료 등	1. 의과 - 물리치료(전기자극), 운동치료 2. 한의과 - 침치료, 부항치료 등
6. 교육 및 설명	1. 치료와 예후 설명 2. 마비 근육 운동 교육 3. 얼굴마비 생활관리 교육	1. 치료와 예후 설명 2. 마비 근육 운동 교육 3. 얼굴마비 생활관리 교육	1. 치료와 예후 설명 2. 마비 근육 운동 교육 3. 얼굴마비 생활관리 교육

[붙임2]

의·한 협진 선정 평가 항목

○ 평가항목 세부내용

※ 필수항목 누락 시 선정 대상에서 제외

범주	항목	평가내용	평가 근거	추가 자료
협진 절차	협진 운영 매뉴얼 (필수)	* (정의) 협진의 운영관리를 위한 협진 운영 매뉴얼 보유 * (평가자료) 원내 제규정에 따른 협진 운영 매뉴얼 제출(최근작성 기준) * (평가기준) 제출일 기준 운영 매뉴얼 보유 여부	기관 제출	필요
	질환별 표준 임상경로 (CP) (필수)	* (정의) 다빈도 질환별 협진 진료과정 관련 표준 임상경로(Critical Pathway, CP) 보유 * (평가자료) (별지2) 서식에 따른 질환별 협진 표준 임상경로 제출 *협진 대상 질환 [붙임3] 참고 * (평가기준) 제출일 기준 시범사업 대상질환 중 해당기관의 다빈도 질환 표준임상경로 3개 이상 보유 여부	기관 제출	필요
	질환별 표준 임상경로 (CP) EMR 도입 여부 (가점)	* (정의) 질환별 협진 진료과정 관련 표준 임상경로(Critical Pathway, CP)의 EMR 도입 여부 * (평가자료) 진료시스템에 CP가 도입되어있는 EMR 화면 제출 * (평가기준) 제출일 기준 전자시스템(EMR) 이용 여부	기관 제출	필요
	협진절차 지원인력 (가점)	* (정의) 협진 환자의 치료 상태의 확인, 추적관리, 진료상담, 통계 및 협진 관련 업무를 관리하는 인력(협진코디네이터, 협진 행정 담당자) 보유 * (평가자료) (별지1) 서식에 기재된 협진절차 지원인력 관련 정보 * (평가기준) 제출일 기준 협진절차 지원인력 보유 여부	기관 제출	-
협진 협의	의료인력 (필수)	* (정의) 협진 기관간/기관내 요양기관의 의과 및 한의과 의사수 * (평가자료) (별지1) 서식에 기재된 의료인력 관련 정보 * (평가기준) 제출일 기준 의과 및 한의과 의사 수 각각 1인 이상	기관 제출	-
환자 동의 및 설명	협진절차 안내 (필수)	* (정의) 환자에게 협진 절차에 대한 안내 시행 * (평가자료) 협진 절차 안내문(서면 또는 팜플렛 등) 및 협진 진료 동의서 서식 제출 * (평가기준) 제출일 기준 협진 절차 안내 및 협진 진료 동의서 서식 보유 여부	기관 제출	필요

범주	항목	평가내용	평가 근거	추가 자료
협진 진료	협진 진료정보 교류 (필수)	* (정의) 의뢰지·회신지 등 협진 환자의 진료정보 교류 * (평가자료) 의뢰지·회신지, 투약내역, 진료내역 등 진료정보 교류에 관한 서면 정보교류 서식 또는 전자시스템(EMR) 화면 제출 * (평가기준) 제출일 기준 협진 환자 진료정보 교류 서면 서식 또는 전자시스템(EMR) 이용 여부	기관 제출	필요
협진 결과	협진 연구 참여 (가점)	* (정의) 시범사업 성과 평가를 위한 연구 참여 계획 제출 * (평가자료) (별지1) 서식에 기재된 협진 연구 참여 및 담당자 관련 정보 * (평가기준) 시범사업 연구 참여 및 담당자 정보 제출 여부	기관 제출	-
협진 질 향상	협의체 운영 (가점)	* (정의) 협진 협의체 구성, 운영 계획, 결과 등 협의체 운영에 관한 사항을 논의·결정하는 위원회 구성 * (평가자료) (별지1) 서식에 기재된 협의체 운영 관련 정보 * (평가기준) 공고일 기준 전년도(1월~12월 해당) 협의체를 연 1회 이상 시행 여부	기관 제출	-
	환자 구성비율 (가점)	* (정의) 협진 대상 상병 수진자 대비 협의진료료 발생 수진자 비율 * (평가자료) 공고일 기준 전년도(1월~12월 해당) 기준 심평원 청구자료 활용 * (평가기준) 신규 진입기관 또는 협의진료료 발생 수진자 비율에 따라 차등 가점	심평원 자료	-
	의료인력 (가점)	* (정의) 협진 기관간/기관내 요양기관의 의사수 * (평가자료) 공고일 기준 전년도 12월 31일을 기준 심평원 신고자료 * (평가기준) 의사수에 따라 차등 가점	심평원 자료	-
	환자안전 보고체계 (가점)	* (정의) 환자안전체계 구축·운영을 위한 환자안전위원회 및 환자안전 전담인력 보유(환자안전법 제11조 및 제12조 관련) * (평가자료) 공고종료일 기준 심평원 청구자료 활용 * (평가기준) 환자안전위원회 및 환자안전 전담인력 보유한 경우 가점 - 기관간의 경우, 양기관 모두 보유한 경우 가점	심평원 자료	-

○ 감점 및 선정 제외 사항

- 정부 정책 협조 여부, 행정처분 이력 등 검토하여 감점 및 제외

[붙임3]

의·한 협진 5단계 시범사업 협의진료료 대상 상병코드

○ 대분류 코드

구분	상병코드	상병분류
M 상병	M00~M99	근골격계질환
G 상병	G00~G99	신경계질환
S 상병	S00~S99	외인성질환
C-D 상병	C00~C99, D00~D48	신생물질환

○ 중분류 코드

구분	상병코드	상병명
B 상병	B02	대상포진
E 상병	E11	2형 당뇨병
	E13	기타 명시된 당뇨병
	E14	상세불명의 당뇨병
	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
F 상병	F00	알츠하이머병에서의 치매(G30.-+)
	F01	혈관성 치매
	F02	달리 분류된 기타 질환에서의 치매
	F03	상세불명의 치매
	F32	우울에피소드
	F41	기타 불안장애
I 상병	I10	본태성(원발성) 고혈압
	I20	협심증
	I49	기타 심장부정맥
	I60	지주막하출혈
	I61	뇌내출혈
	I62	기타 비외상성 두개내출혈
	I63	뇌경색증
	I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
	I67	기타 뇌혈관질환
	I69	뇌혈관질환의 후유증
	I73	기타 말초혈관질환

구분	상병코드	상병명
J 상병	J00	급성 비인두염[감기]
	J30	혈관운동성 및 알러지성 비염
	J31	만성 비염, 비인두염 및 인두염
	J44	기타 만성 폐색성 폐질환
	J45	천식
K 상병	K20	식도염
	K21	위-식도역류병
	K25	위궤양
	K29	위염 및 십이지장염
	K30	기능성 소화불량
	K50	크론병[국소성 장염]
	K51	궤양성 대장염
	K58	과민대장증후군
	K59	기타 기능성 장장애
N 상병	N91	무월경, 소량 및 희발 월경
	N92	과다, 빈발 및 불규칙 월경
	N93	기타 이상 자궁 및 질 출혈
	N94	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태
	N95	폐경 및 기타 폐경전후 장애

[참고1]

의·한 협진 운영 매뉴얼 예시

구분	내용
(1) 목적	이 규정은 **병원 또는 **병원 **협진센터(이하 “협진센터”라 한다) 협진의 효율적 운영관리와 통합적인 진료가 신속하고 연속적으로 이루어지도록 하는 것을 목적으로 한다.
(2) 정의	“의·한 협진”이라 함은 환자의 질환(건강 상태)에 대하여 의사와 한의사가 서로 의료 정보를 공유하고 협의하여 의과 또는 한의과 진료행위 하는 것을 말한다.
	“의·한 협진환자(이하 협진환자)”라 함은 의·한 협진 진료를 받는 환자를 말한다.
	“협진센터”라 함은 **분야에 의과와 한의과가 협력하여 상담, 진단, 치료, 생활지도를 하는 **협진센터를 말한다.
	“협진진료(이하 협진)”라 함은 협진센터 외래진료실 또는 의과, 한의과 외래진료실에서 협진의뢰의와 협진협력의가 상호 협진을 의뢰한 상태에서 행하는 협진 관련 진료행위를 말한다.
	“협진진료의”라 함은 협진에 참여하는 협진의뢰의 및 협진협력의를 총괄하여 말한다.
	“협진의뢰의”라 함은 환자의 질병 및 건강상태에 대하여 협진 필요성을 판단하고 “협진협력의”와 서로 의견 교환 후 협진 계획을 수립해 의·한 협의진료를 의뢰하는 의사 또는 한의사를 말한다.
	“협진협력의”라 함은 “협진의뢰의”와 환자의 질병 및 건강상태에 대하여 서로 의견을 교환 및 협진 계획을 수립하여 협진을 담당하고 있는 타 의료분야의 의사 또는 한의사를 말한다.
	“협진담당자”라 함은 협진을 수행하는데 행정업무(진료통계, 협진관리, 임상연구, 학습관리 등)를 전담 혹은 비 전담으로 담당하는 자를 말하며, 센터별로 정할 수도 있고, 통합운영 할 수도 있다.
	“협진코디네이터”라 함은 협진 환자의 치료 상태의 확인, 추적관리, 진료상담, 통계 및 환자관리에 관한 제반업무를 전담 혹은 비 전담으로 담당하는 자를 말한다.
(3) 협진 구분	“이송”은 환자를 다른 장소로 옮기는 행위를 말한다.
	“응급”은 최대한 신속하게 협진이 이루어져야 하는 경우를 말하며, 응급환자의 기준에 준하는 응급증상으로 신경학적 응급증상, 심혈관계 응급증상, 중독 및 대사 장애, 외과적 응급증상, 출혈, 안과적 응급증상, 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응, 소아과적 응급증상, 정신과적 응급증상 등의 경우를 말한다.
(4) 적용범위	“일반”은 환자상태에 따라 담당의사 또는 한의사가 응급이 아니라고 판단하는 모든 경우를 말한다.
	이 규정은 의과, 한의과 협진 진료 또는 “의·한 협진센터” 진료 시에 적용한다.

(5) 협진처리 기간지정	응급환자에 대한 회신은 협진을 실시한 후 최대한 신속하게 이루어지는 것을 원칙으로 한다. 다만 응급상태의 성격에 따라 긴급한 경우 우선 연락을 통하여 신속하게 회신이 이루어질 수 있도록 협조해야 한다. 구두회신을 한 경우 담당의사 또는 한의사는 **시간 이내에 기록에 남긴다.
	일반 환자에 대한 회신은 협진을 실시한 후 회신하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 해당 진료과 사정 및 추가 검사 등으로 회신이 늦어지는 경우 **시간 이내(근무일 기준)에 협진을 실시하고 회신될 수 있도록 상호 협조해야 한다.
(6) 협진센터 공간	협진센터는 한 장소에서 의사, 한의사가 의과, 한의과 진료를 동시에 시행하는 공간 또는 협진 환자관리, 협진 센터 내 업무 조절 등을 수행할 수 있는 공간을 의미한다.
(7) 협진센터의 구성	협진센터의 인력은 센터장, 협진 진료의 등으로 구성하고, 원활한 센터 운영을 위해 부 센터장, 협진담당자, 협진코디네이터를 둘 수 있다.
	센터장 및 부 센터장은 병원장이 협진 유관 부서의 의사 또는 한의사 중에서 각각 임명한다.
	센터장은 “협진센터”의 운영을 통괄하며, 부 센터장은 센터장의 유고시 그 업무를 대행한다.
	협진센터에 참여하지 않는 의료진과의 협진은 병원 내 협진 운영 매뉴얼에 따라 각과의 담당의사에게 컨설팅하여 진료한다.
(8) 협진 참여 의료진	협진센터의 참여 진료과는 **과, **과, **과로 구성하며, 협진진료의는 해당 진료과 의사, 한의사로 한다.
	참여 해당 진료과 전공의(레지던트 1년차 이상)는 협진 외래진료실의 진료 업무를 보조한다.
(9) 협진의뢰 및 회신절차	담당의사 또는 한의사는 협진이 필요한 경우 사전 협의를 통해 진료를 의뢰한다. 사전협의를 두 의사가 직접 대면하여 진행하되, 신속하고 효율적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 전화, 메시지 등 비대면으로 진행할 수 있다.
	협진 진료의뢰 시 협진의뢰의는 환자와 관련된 정보(의뢰번호, 입원/외래구분, 발병일, 초진일, 진단명, 의뢰 사유, 의뢰내용, 만성질환정보, 주요 검사결과, 투약력, 의뢰날짜 등)를 의뢰하고자 하는 진료과의 협진 협력의와 공유한다.
	협진의뢰를 받은 협진협력의는 내용을 확인한 후 회신 내용, 회신 날짜 등을 포함하여 협진결과를 작성한 후 처리 기한 내에 회신한다.
	협진의뢰의는 회신결과를 확인하여 중요한 내용을 경과기록지에 **시간 이내에 기록한다.

(10) 협진업무 절차	의과, 한의과 협진 시 외래환자에는 협진 진료비(본인부담금)가 부과될 수 있다(시범사업 기관의 경우 시범사업 지침에 따른다). (시범사업 기관에서 협진을 시행한 경우) 동일 환자. 동일일. 동일상병. 동일목적으로 협진이 실시된 경우, 후행행위에 대해 건강보험이 적용된 진료비(본인부담금)가 부과된다.
(11) 협진외래 진료방법	외래환자의 협진 시 협진진료과에 진료의뢰하고 협진협력의는 진료결과를 회신한다. (협진 센터가 있는 경우) 협진센터 내에 협진외래진료실을 선정하여 협진외래진료를 신청할 경우에는 협진외래진료실에서 동시에 진료를 받을 수 있게 해야 하며, (협진 센터가 없는 경우) 부득이할 경우 협진진료의의 외래진료실을 이용할 수도 있다. 협진외래진료는 주간 협진 시간표대로 의과, 한의과의 의사 또는 한의사가 팀을 이루어 동시에 진료하되, 진료예약일 또는 담당주치의가 다른 경우 예외로 할 수 있다. 의료진의 판단에 의해 협진대상이 될 수 있는 환자의 경우, 의과 한의과 협진외래진료에 대한 선택은 환자 또는 보호자의 동의 결정에 따른다(환자동의서). 협진 외래 진료는 의과, 한의과의 동시진료를 받도록 하는 것을 원칙으로 하되, 그렇지 못할 경우 의과진료 후에는 한의과진료를, 한의과진료 후에는 의과진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다. 협진환자의 주 상병은 의과, 한의과가 동일해야 한다. 진료 과정에서 검사 결과 등에 따라 상병이 변경된 경우에도 이를 반영하여 동일하게 등록해야 한다. 협진환자가 복용하는 모든 약물 정보는 전자의무기록 등을 통해 협진진료의 간에 공유되어야 한다. 협진 질환에 대한 의과, 한의과 약물의 (동일상병) 병용 투여를 할 경우는 사전에 협진 진료의 간의 협의를 통해 시행한다. 병용투여 이후에는 ***기관의 지침에 따라 모니터링을 실시하고 부작용 발생 시 이를 보고해야 한다. 기타 협진환자에 대한 협진외래진료는 의과, 한의과 협진진료의 간 사전 협의를 통해 시행한다.
(12) 의·한 협진위원회/ 의·한 협진 추진위원회	협진의 원활한 운영과 문제점 해소를 위하여 ‘의과, 한의과 협진위원회’를 구성하여 운영하며 위원회의 장은 협진센터장 또는 협진진료의 중 병원장이 임명한다. 의·한 협진위원회의 업무는 다음 각 호와 같다. 1. 협진의 장단기 계획의 수립에 관한 사항 2. 협진에 관한 규정의 제·개정 및 운영 실적 분석 평가에 관한 사항 3. 협진 절차 사전 협의, 병동관리, 외래진료실 운영 및 해당과의 업무 교육에 관한 사항 4. 협진 표준임상경로(Critical pathway)의 개발 및 관리 등에 관한 사항 의·한 협진위원회 구성과 세부운영에 관한 사항은 별도로 정한다.

(13) 협진기록 관리부서	협진 시 발생하는 협진진료의의 진료기록과 협진의뢰지·협진회신지 등을 의무기록에 보관하여야 한다.
	의료정보부서(의무기록실)는 협진기록에 관한 문제점 발생 시 해당 진료과 및 관련 부서와 적극적으로 상호 협의하고, 매월 협진 지표를 관련 부서에 제출하여 지속적으로 관리한다.
	정보전산부서(전산실)는 효율적 협진체계에 필요한 모든 전산 프로그램의 구축, 보완 및 수정에 적극 협조한다.
(14) 협진 코디네이터 업무	협진코디네이터는 환자관리, 협진센터 진료통계 작성 및 외부 보고문서 취합 정리, 센터 내 업무 조절, 센터 성과 관리, 연구참여, 환자 및 보호자 교육 등을 담당한다.
(15) 관리 및 보고	병원장 또는 협진센터장은 협진의 효율적 관리를 위하여 협진 운영에 관한 제반사항을 관장하며 협진담당자 또는 협진코디네이터로 하여금 협진을 관리하게 할 수 있다.
	협진담당자 및 협진코디네이터 또는 관련 부서는 협진 운영에 관한 현황을 분기별로 협진센터장을 경유하여 병원장에게 서면 또는 구두로 보고하여야 한다.
(16) 서식제정	환자동의서(시범사업기간 중 개인정보 수집 등의 일반동의서), 협진 운영 매뉴얼, 협진에 대한 의과, 한의과 의무기록(협진의뢰지·협진회신지)은 필수 서식으로 하며, 기타 협진에 필요한 서식은 원내 제 규정에 의한다.
(17) 기타	이 규정에 명시되지 아니한 사항은 **병원 기본운영 규정에 의하거나 협진 운영 목적에 위배되지 않는 범위 내에서 **병원 위임전결규정에 의한 전결권자의 승인을 얻어 시행한다.

※ 상기 내용은 참고사항이며, 해당 기관 특성 및 양식에 맞춰 작성 요망.

[참고2]

의·한 협진 의뢰지, 회신지 표준(안) 예시

의·한 협진 시범사업 의뢰지				
의뢰번호		수진자	성명 주민번호	
주소	(연락처:)			
협진과목	☐ 의과 > 한의과 ☐ 한의과 > 의과	협진과목 (상세)	_____ 과	
협진차수	☐ 1차 ☐ F/U	사전협의	☐ 대면 ☐ 비대면	
진료소견 및 환자상태 (구체적으로 기술)	O/S(발병일)	0000/00/00	상병명(기호)	()
	협진 진료일		상병부위	☐ 해당없음/ ☐ 좌/ ☐ 우
	진료시간	() 분		
	의뢰사유 (복수 선택 가능)	☐ 진찰 ☐ 치료 ☐ 처방 ☐ 기타 _____		
	소견 및 의뢰내용	증상정도(NRS, 0-10점) :		
	과거력(PH) (만성질환 등)			
	기타 가족력, 알러지 유무 등			
	주요 치료·검사결과	(사본 별첨 시 생략 가능)		
	투약력	(사본 별첨 시 생략 가능)		
	첨부자료 (필요시 사본 별첨)	☐ 진료기록부 ☐ 검사결과지 ☐ 투약기록지 ☐ 기타 _____		
위와 같이 요양(의료)급여를 의뢰합니다.				
년 월 일 요양기관명 : 기호 : 소재지 : 대표자 : 담당 (한)의사 면허번호 : 성명 : [인] (서명 또는 인) 요양기관대표자 귀하				

의·한 협진 시범사업 회신지

회신번호		수진자	성명	
			주민번호	
주소	(연락처:)			
협진과목	☐ 의과 > 한의과 ☐ 한의과 > 의과	협진과목 (상세)	_____ 과	
협진차수	☐ 1차 ☐ F/U	사전협의	☐ 대면 ☐ 비대면	
진료소견 및 환자상태 (구체적으로 기술)	O/S(발병일)	0000/00/00	상병명(기호)	()
	협진 진료일		상병부위	☐ 해당없음 / ☐ 좌 / ☐ 우
	진료시간	() 분		
	회신의견 (복수 선택 가능)	☐ 진찰 ☐ 치료 ☐ 처방 ☐ 기타 _____ ☐ 협진불필요 (사유 _____)		
	소견 및 회신내용	증상 정도(NRS, 0 - 10점) :		
	과거력(PH) (만성질환 등)			
	기타 가족력, 알러지 유무 등			
	주요검사결과	(사본 별첨 시 생략 가능)		
	투약력	(사본 별첨 시 생략 가능)		
	첨부자료 (필요시 사본 별첨)	☐ 진료기록부 ☐ 검사결과지 ☐ 투약기록지 ☐ 기타 _____		
위와 같이 요양(의료)급여를 회송합니다. 년 월 일 요양기관명 : 기호 : 소재지 : 대표자 : [인] (서명 또는 인) 담당 (한)의사 면허번호 : 성명 : 요양기관대표자 귀하				

[참고3]

의·한 협진 진료 동의서 예시

의·한 협진 진료 동의서				
환자성명			주민등록번호	
보호자 성명			주민등록번호	
주소				
전화번호	자택전화		휴대전화	
<의·한 협진 진료 업무 절차>				
1. '의·한 협진' 이라함은 의사·한의사가 서로 상이한 학문적 이론과 의료기술을 바탕으로, 협진매뉴얼을 갖춘 의료기관에서 예방, 진단, 치료, 재활 등 전 스펙트럼 상의 의료행위를 제공할 때, 상호 협력하여 공동으로 하는 모든 치료 활동을 말합니다. 2. 의·한 협진 모형에 따라 동일 날 협의진료를 시행한 경우 의과 및 한의과 진료비용에 대해 건강보험이 적용됩니다.				
상기내용을 숙지하였으며, 「의료법」 제43조에 따라 위와 같이 협진진료에 동의합니다. 0000년 00월 00일 신청인(대리인) (서명 또는 인) (환자와의 관계) 0000 병원장 귀하				
참고사항				
1. 환자 또는 그 보호자는 협진진료를 추가, 변경 또는 해지할 수 있습니다. 2. 협진진료를 해지하거나 변경하지 않고 동일질환으로 진료행위가 계속 이어지는 경우에는 이후 진료행위에 대하여도 협진진료를 동의한 것으로 봅니다. 3. 환자 또는 그 보호자가 협진진료동의서 사본을 요청할 경우 협진진료의료기관은 사본을 발급해 주어야 합니다. 4. 협진진료비 적정 납부 여부와 관련한 사항은 건강보험심사평가원(☎1644-2000)을 통해 확인하실 수 있습니다.				

[참고4]

의·한 협진 질환별 표준임상경로(CP) 개발 가이드라인

※ 본 의·한 협진 표준임상경로 개발 가이드라인은 '지역거점공공병원 적정진료 수행을 위한 표준진료지침 작성 가이드라인 CP 작성 원칙(2015)'과 'Integrated Care Pathways a guide to good practice(2005)' 및 'A Toolkit for developing a clinical pathway(2005)' 등을 참고하여 작성하였으며, 의·한 협진 모니터링센터 홈페이지(<https://mcmc.re.kr>)에 시범사업 지원 시 참조하실 수 있도록 협진 다빈도 질환들에 대한 CP 개발 예시와 템플릿 등의 양식을 제공하고 있음.

① 표준임상경로(Critical pathway, CP) 개요

- (정의) 동질의 환자 집단에 대한 표준화된 근거기반의 다학제적 관리 계획으로서, 적절한 진료의 과정과, 시간 경과, 주요 시점과 기대 효과 등을 미리 정해 둔 표준화된 진료 과정임
 - 유사 용어는 Clinical pathway, Care pathway, Care map 등.
- (목적) 환자의 치료 성과, 안전성, 환자의 만족, 자원 사용의 최적화 등을 통해 진료과정의 질을 강화
- (표준임상경로 구성 요소) 시간에 따른 진료순서를 기록한 표 서식, 환자 관리 및 처치 활동 등의 진료행위 항목, 치료 성과 척도, 변이 기록(CP를 따르지 않은 환자의 기록) 양식

② 의·한 협진 표준임상경로 개발 가이드라인(예시)

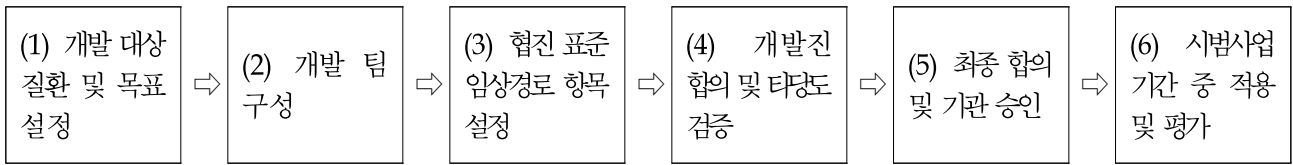
○ '의·한 협진 표준임상경로'란?

- 의·한 협진 정의에 따른 진료를 수행하기 위해 질환별로 시간에 따른 적절한 진료 과정과 기대되는 치료 성과, 발생할 수 있는 문제 등을 미리 예측하여 정해두고 진료하는 표준화된 치료 계획

< 의·한 협진 정의 >

의·한의 협진에 동의한 외래 환자를 대상으로 의사·한의학사가 서로 상이한 학문적 이론과 의료 기술을 바탕으로, 협진 매뉴얼(또는 시스템)을 갖춘 (동일) 의료기관내 또는 (다른) 의료기관 간에 예방·진료(진단·치료)·재활의 전 스펙트럼 상의 의료행위를 제공할 때, 상호 협력하여 공동으로 하는 모든 의료 활동을 의미함 (출처 : 의·한의 협진 1단계 시범 사업 참여 의료인 대상 만족도 및 요구도 조사, 2018)

○ ‘의·한 협진 표준임상경로’ 개발 프로세스 개요



○ ‘의·한 협진 표준임상경로’ 개발 프로세스 주요 내용

(1) 개발 대상 질환 및 목표 설정

- (대상 질환 및 목표치 설정 방법) 기관의 의·한 협진 다빈도 질환이나 표준임상경로 개발 적용을 통해 협진 진료의 질을 높이거나 하는 질환을 대상으로, 협진의 만족도 효과 등을 높이거나 의료비용 요소의 절감 등의 도입 배경 및 목표를 설정
- (예시) 개발 대상 질환: 급성 얼굴마비, 급성 요통 등
목표 설정: 급성 얼굴마비 협진 환자 만족도 를 9점(10점 만점 기준)까지 높인다.
급성 요통 협진 환자의 회복까지 내원 기간을 3일 줄인다.

(2) 개발 팀 구성

- 표준임상경로를 직접 개발하는 내부 연구진과 타당성을 검토하는 외부 자문단으로 구성. 내부 연구진은 대상 질환 진료의(의과, 한의과), 간호부와 병원 행정실, 검사실, 약제부, 영양과, 전산실 인력은 필수 포함하고, 외부 자문단은 대상 질환 학회 소속 임상전문가나 표준임상경로 개발 전문가 등으로 구성

(3) 협진 표준 임상경로 항목 설정

- 해당 질환의 표준임상경로 관련 선행연구나 타 기관의 관련 자료들을 확인하여 협진 진료과정의 주요 항목들 (예, 사정, 검사, 처치 등)을 설정하고, 해당 기관의 의무기록 분석 등을 통해 각 항목의 세부 내역 등을 작성

< 협진 표준임상경로 항목 설정 (급성 얼굴마비) >

- 상기 항목 설정에서 빈도가 높고 해당 병원에서 실제 이루어지는 항목을 최종 설정

	출처	사정	협진	식이	검사	투약	시(수)술	치료	교육
선행연구 결과 (1)	김OO 논문	○	○	○	○	○		○	○
타기관 사례 (1)	◇◇ 병원 CP	○	○	○	○	○	○	○	○
타기관 사례 (2)	□□한방병원 CP	○	○	○		○		○	○

< 협진 표준임상경로 항목 내역 작성 (급성 얼굴마비) >

- 상기 항목들에 대한 세부 진료 내역은 해당 병원의 의료기록의 분석 등을 통해 작성

항목	세부 진료 내역	시기
사정	1. 과거력 조사 2. 신경학적 평가 3. 얼굴마비 중증도 평가 4. 활력징후 측정	초진 초진 매 방문일 초진
협진	1. 협진 의뢰 2. 협진 응답	초진, 내원 후 매 2주마다 초진, 내원 후 매 2주마다
식이	1. 평상 식이 2. 금주, 금연	매 방문일 매 방문일
검사	1. 근전도 검사 2. 뇌영상검사(CT, MRI)	초진 초진
투약	1. 의과 - 스테로이드 항 바이러스제 점안제 2. 한의과 - 신경기능개선 첩약	내원 후 14일까지 내원 후 14일까지 필요시(주로 초기) 내원 후 30일까지(표준임상경로 종료시점 까지)
치료	1. 의과 - 물리치료(전기 자극요법) 운동치료 2. 한의과 - 침 치료 부항치료 한방 물리요법	매 방문일 매 방문일 매 방문일 매 방문일 필요시
교육	1. 치료와 예후 설명 2. 마비 근육 운동 교육 3. 얼굴마비 생활 관리	매 방문일 매 방문일 매 방문일

(4) 협진 표준임상경로에 대한 개발진 합의 및 타당도 검증

- 내부 연구진과 외부 자문단의 검토를 거쳐 협진 표준임상경로의 일차 합의를 도출하고, 필요시 연구진, 자문단, 사용자(해당 질환 의료진 및 행정 담당자 등) 대상의 설문조사를 시행하여 각 항목과 세부진료내역 구성의 타당도를 검증
- (예시) 급성 얼굴마비 협진 표준임상경로의 내원 1일차 항목들에 대한 타당도 검증 설문조사 모형 (동의 정도에 따라 1-5점 척도로 조사하여 3점 이상 항목 채택)

< 협진 표준임상경로 타당도 분석 조사표 사례 (급성 얼굴마비) >

- 상기 조사 분석 결과 평균 3점 이상 항목들을 타당도가 있는 것으로 평가하여 최종 채택

항목	내원 1일	평가 (1점 - 5점, 완전 동의는 5점)				
	세부 진료 내역	1점	2점	3점	4점	5점
1. 측정 및 관찰	1. 과거력, 치료력					
	2. 신경학적 평가					
	3. 얼굴마비 중증도 평가					
	4. V/S 측정					
2. 협진	1. 협진 의뢰					
	2. 협진 응답					
3. 식이	1. 평상 식이					
	2. 금주, 금연					
4. 검사	1. 근전도검사					
	2. Brain MRI					
5. 투약	1. 의과 - 스테로이드, 항바이러스제, 점안제 등					
	2. 한의과 - 신경기능개선					
6. 치료	1. 의과 - 물리치료(전기자극), 운동치료					
	2. 한의과 - 침치료, 부항치료 등					
7. 교육 및 설명	1. 치료와 예후 설명					
	2. 마비 근육 운동 교육					
	3. 얼굴마비 생활관리 교육					

(5) 협진 표준임상경로의 기관 승인

- 이상의 과정을 통해서 최종 협진 표준임상경로를 개발하여 기관(기관 간의 경우 두 기관 모두)의 승인을 득하고, 실제 사용자인 해당 질환 의료진 및 행정 담당자 등의 동의를 득함.
- 필요 시 협진 표준임상경로 사용자(해당 질환 의료진 및 행정 담당자 등)들에 대한 교육을 통해 실제 임상에 적용할 준비를 마침

(6) 협진 표준임상경로의 임상 적용 및 평가 (※ 평가는 시범사업 기간 중 기관 특성에 따라 실시 여부 결정)

- (임상 적용) 시범사업 신청 시 제출한 의·한 협진 표준임상경로에 근거하여 시범사업 기간 중 협진 환자를 진료
- (평가) 필요시 대상 질환 전체 내원 환자들 중 협진 표준임상경로를 따른 환자의 비율(적용 정도)을 파악하고, 표준임상경로에 따른 진료가 이루어지지 않은 환자들의 기록(변이기록) 등을 분석하며, 사용자 만족도, 환자 만족도, 임상적 효과 및 의료비용 등에 대한 평가를 시행함.