영양집중지원팀의 집중영양치료료, 무엇이 문제이고 어떻게 대처해야 하는가?

신동우

한림대학교 동탄성심병원 외과

Reimbursement of Nutritional Support Team, What Is the Problem and How Can We Manage It?

Dongwoo Shin

Department of Surgery, Hallym University Dongtan Sacred Heart Hospital, Hwaseong, Korea

Korea Ministry of Health and Welfare launched legislation for reimbursement for Nutrition Support Team (NST) activities from August 1st, 2014, which can be applied as a flat rate fee per day once a week. The indicated patients are those with hypoalbuminemia, on parenteral nutrition or enteral nutrition, critically ill patients in intensive care unit's, and any patient on suspicion of malnutrition by the physician in charge. NST should be comprised of a professional physician, an educated nurse, an educated pharmacist, and a professional and experienced dietitian. The maximum number of patients that can be treated by one NST is 30 per day. Such a reimbursement system has resulted in some complex problems with NSTs. The low price does not provide adequate reward for the team's workload because the output of NST belongs to the department in charge and there is no ensured incentive. The Department of Health Insurance Review and Assessment Service cannot detect the quality problem of NST, non-compliance of physicians in charge. There are no stratified codes according to severity of disease and no difference between the first visit and the repeated visit. Every NST should be certified with accreditation and should participate in a qualified education program. Korea Health Insurance does not cover the fees for feeding tubes, formulas, and pumps. Evidence that NST activities can reduce medical cost of hospital-admitted in-patients is needed. Cost-effectiveness can be achieved by quality improvement of NST.

Key Words: Nutrition Support Team, Reimbursement, Malnutrition

서 론

대한민국 보건복지부는 고시를 통해 2014년 8월 1일부터 ‘집

Received Apr 8, 2015; Revised Apr 8, 2015; Accepted Apr 17, 2015

Correspondence to Dongwoo Shin

Department of Surgery, Hallym University Dongtan Sacred Heart Hospital, 7 Keunjaebong-gil, Hwaseong 445-907, Korea
Tel: +82-31-8086-2883, Fax: +82-31-8086-2029, E-mail: shin519@hallym.or.kr

Conflict of interest: None.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

중영양치료료(Therapy by Nutrition Support Team)’의 새로운 수가를 고시했다. 이 수가는 각 병원에서 활동 중인 ‘영양집중지원팀(Nutrition Support Team, NST)’의 활동에 대한 일당정책제 형식의 급여제도이다. 병원에 입원중인 환자의 영양실조가 임상치료의 결과에 영향을 미칠 수 있음이 널리 알려지면서, 입원환자의 영양실조 유병률 연구 및 영양실조 환자에 대한 영양치료를 함으로써 치료효과를 극대화하기 위한 연구들이 보고되고 있다.^{1,2} 한국정맥경장영양학회에서 우리나라의 상급종합병원과 종합병원 25곳의 입원환자들을 조사한 결과, 입원 당시 영양실조 유병률은 22% 정도로 다른 나라와 다르지 않

며,³ 이는 다른 연구들이 노인, 암환자 등 특정 집단을 대상으로 유병률을 조사한 것에 비해 이 연구에서는 한 시점의 18세 이상의 모든 진료과에 입원하는 환자를 대상으로 하였기 때문에 상대적으로 실제보다 더 낮은 결과를 보였다고 추정된다.

대한민국 보건복지부는 2010년 11월 시작된 의료기관평가인증원의 의료기관 평가인증사업을 통해 입원환자의 안전과 의료서비스 질 향상을 위한 노력을 하고 있으며, 그 평가 항목 가운데 NST의 운영과 영양집중지원 서비스에 대한 사항을 두고 질 향상 관리를 해오고 있다. 하지만 각 병원의 입장에서는 NST를 운영하고 환자의 영양치료를 시행함에 있어서 아무런 보상도 없는 질 평가의 대상이다 보니 매우 소극적이고 의료기관평가를 받을 시기에만 한시적으로 운영하는 등 비정상적인 상황이 반복되었다. 그러나 입원환자의 영양실조 문제에 대해 일찍이 관심을 두었던 일부 의료진들은 개인적 시간과 수고를 아끼지 않고 NST를 운영하며 환자의 영양실조 문제에 대해 자원봉사 차원의 노력을 해왔으며, 학회 활동과 각 병원 NST의 수행 능력 향상과 영양지원 확대를 위한 학회 차원의 인증평가제도를 2009년부터 시행 운영하고 있다.

2014년 상반기 대한민국 보건복지부는 상급종합병원 및 종합병원 NST에 의한 집중영양치료료의 수가를 신설하고 고시하였다. 전에 없던 새로운 수가가 마련됨에 따라 기존의 NST들은 환호하며 영양실조의 위험에 노출된 많은 입원환자를 위한 획기적인 분위기의 전환과 질 향상의 기회가 되기를 기대하고 있다. 하지만 실제로 나타난 현상과 기대 사이에는 해결되어야 할 괴리와 문제점들이 있는 것 같다.

본 종설은 새로운 집중영양치료료의 수가화가 야기한 문제점들을 열거하고 해결책에 대한 제언을 통해 어렵게 마련된 수가화가 제대로 그 효과를 발휘하여 우리나라 의료의 질 서비스 향상과 의료비용의 절감에 기여할 수 있게 되기를 바라며 작성되었다.

본 론

먼저 2014년 8월 1일부터 시행되는 보건복지부 고시 제 2014-126호의 내용을 살펴보고 그에 따른 예상하지 못했던 문제점들을 순서 없이 파악된 바에 따라 열거하고 나름대로 이상적 해결책을 제시하여 보았다.

고시된 집중영양치료료는 행위급여목록 제1장 기본진료료의 한 행위로 결정되었다. 이는 기존에 수가가 없었던 시기에 NST가 의사, 간호사, 영양사, 약사 등으로 이뤄진 다학제진료팀으로서 다른 일반 진료과로부터 협의진료 의뢰를 통해 활동을 해오던 관습을 고려할 때 협의진료의 한 행위로 결정되지 못한 탓인

데, 그 이유는 여러 가지가 있으나 NST가 다학제진료팀으로서 하나의 독립된 진료과목의 성격을 띠지 못한 까닭에 의료법 상 의료행위에 따른 수가 발생의 한 주체로서 인정받지 못하였기 때문으로 보인다.

집중영양치료료의 영문 명칭은 ‘Therapy by Nutrition Support Team’이고 전산청구코드(EDI Code)는 AI600 (상급종합병원)과 AI700 (종합병원)으로 각각 상대가치점수 535.87점과 402.57점으로 산정되었다. 집중영양치료료는 담당의사의 처방을 받아 영양집중치료팀이 집중영양치료를 실시하고 그 내용을 의무기록에 기록한 경우에 산정하되, 급여대상과 팀구성원의 자격, 산정횟수 등의 요건을 모두 충족한 경우 요양급여를 인정한다. 환산지수를 적용할 경우 대략 36,870원과 27,700원에 해당하며 일당 정액형이다. 즉 종합병원급 이상의 병원에서만 환자 1인당 하루 한 차례 청구를 할 수 있다.

적용 대상은 Table 1과 같으며 ‘진료를 담당한 의사의 소견에 따라 집중영양치료가 필요한 경우’라는 다소 주관적인 기준에 대해 논란이 있었지만 영양실조의 위험도가 몇 가지 계층으로 설정될 수 없고 환자가 앓고 있는 고혈압, 당뇨 등의 내재적 인자, 입원 당시 진단의 중증도, 받게 될 검사나 처치, 수술 등 치료의 복잡성이 복합적으로 작용할 수 있는 문제라는 점에서 인정되었다.

NST의 구성원은 4개 직종으로 이뤄지며 자격은 Table 2와 같다. NST는 4개 직종 각 1인 이상씩 포함하여 4인 이상으로 구성되어야 하고, 한 개의 NST당 1인은 집중영양치료 업무만을 전담해야 한다. 집중영양치료료는 Table 1과 같이 집중영양치료가 필요하다고 판단된 환자에게 담당의사의 의뢰에 따라 집중영양치료팀이 영양치료를 계획 · 재평가 · 모니터링하고, 담당의사가 경장영양 또는 정맥영양을 처방한 경우에 산정하되, 환자 1인당 주 1회만 인정되며, 한 개의 집중영양치료팀당 1일 30인 이내의 환자만 돌보고 수가를 청구할 수 있다.

1. 수가와 실적의 문제

NST의 활동은 1970년대 미국에서 시작되었다. 중심정맥을

Table 1. Indication for therapy by Nutrition Support Team

Indicated patients for the therapy by nutrition support team: if any one or more of the following conditions can be applied
(1) Patient with serum albumin ≤ 3.0 g/dL
(2) Patient with enteral nutrition
(3) Patient with parenteral nutrition
(4) Patient in intensive care unit
(5) Patient on suspicion of malnutrition by physician in charge
(6) Child below 5 percentile on growth curve by weight

Table 2. Mandatory 4 professional members of Nutrition Support Team

NST should be comprised of 4 professional personnel from each of the following professions: one or more of the personnel should have full-time NST job.

- (1) Professional physician educated by proper program of nutritional therapy (pediatrician or pediatric surgeon for children)
- (2) Professional full-time nurse educated by proper program of nutritional therapy
- (3) Professional full-time pharmacist educated by proper program of nutritional therapy
- (4) Full-time clinical dietitian

NST = Nutrition Support Team.

이용한 총정맥영양법(total parenteral nutrition)이 소개되고 임상적으로 각종 환자의 치료과정에서 영양실조가 초래하는 악영향에 대한 보고가 잇따라 이어지면서 관심 있는 의사와 영양사, 간호사 등을 중심으로 활동이 시작되었다. 미국도 초반기에는 우리와 마찬가지로 자발적으로 발생한 활동에 대해 학문적 근거의 토양이 부족하였고 의료수가도 없었지만 점차 학술활동과 근거기반이 마련되고 조직적 팀치료에 대한 수가화가 진행되었다.⁴ 우리의 경우에도 1990년대 자발적으로 생긴 외과대상 영양연구회를 중심으로 몇몇 대학병원에서 NST 활동이 시작되었고 2001년 한국정맥경장영양학회가 창립되면서 조직적인 활동 기반이 마련되었다. 각종 학술대회와 연구활동, 각 병원의 NST 활동에 대한 질 관리를 위해 2009년부터 학회가 직접 운영하는 인증평가제도도 마련되어 70여 의료기관의 NST가 인증평가를 받았다. 이들의 활동은 순수한 자발적 학술 및 치료활동으로서 본래의 근무시간 이외의 여분 시간을 활용한 무보수의 활동이기 때문에 각 기관의 형편에 맞게 업무량을 조절할 수 있다는 장점이 있었다.

하지만 ‘집중영양치료료’라는 행위에 대한 보상이 이뤄지면서 각 의료기관의 경영진은 좀 더 많은 실적이 발생하기를 원하기 시작했고, 업무량이나 투여되는 인력에 비해 턱없이 낮은 수가는 더 많은 실적과 이윤을 위해서 인력지원에 인색할 수 밖에 없는 상황이 발생하였다. 또, NST 팀원들의 입장에서 부족한 인원으로 더 많은 실적을 내고자 노력을 해도 그에 따른 보수나 장려금으로 돌아오는 혜택이 없기 때문에 심지어 수가화가 되지 않았을 때보다 더 열악한 상황이 되었다는 의견도 있다.

2. 의무기록, 모든 직종이 다 해야 하는가

집중영양치료료의 수가 고시가 이뤄지기 전 한국정맥경장영양학회의 인증을 마친 의료기관의 NST의 경우 어느 정도 각 직군 별 업무규정과 임상영양학적 치료 과정에 대한 기관 내 가이드라인 및 업무 프로세스에 대한 합의가 있었다. 그러나 수가화 이후 급하게 NST가 조직된 의료기관의 경우 조직 내 업무규정은 물론이고 업무숙련도가 낮아 익숙하지 않은 상황에서 곧장 임상 현장에 투입될 경우 무엇을 어떻게 해야 할지, 이렇게 처리

하는 것이 옳은지, 일단 세운 치료방침을 어떻게 추진해 나갈 것인지에 대한 확신이 안 생기는 경우가 많다. 더구나 의사나 간호사의 직종과 달리 영양사, 약사의 직군은 뚜렷이 경장영양과 정맥영양으로 분야가 분리되어 있다 보니 서로 다른 분야에 대한 이해도가 낮아 경장영양만 시행되는 환자, 정맥영양만 시행되는 환자에게 자신의 업무가 어떻게 적용될 수 있는지 좀 더 경험에 필요한 시기가 있기 때문에 고시의 급여기준에 해당하는 의무기록의 기술이 어려울 수 있다. 하지만 애초에 집중영양치료료라는 다학제 팀진료의 수가화가 결정된 배경에는 4가지 직종의 협업 없이는 제대로 영양치료가 이뤄질 수 없다는 임상영양학적 원칙을 지키고자 했기 때문이다. 의료법에 명시된 의료행위에 따른 지불제도의 근간은 의사의 의료서비스에 대한 보상을 중심으로 의사의 위임을 받은 간호사의 업무를 포함한다는 의료수가의 기본체계가 있지만 그 기본체계를 흔들면서 약사, 영양사의 역할까지 연루를 시킨 대한민국 초유의 다학제 진료수가라고 할 수 있다. 완전급식이 유지되어 정맥영양만 시행되는 중환자라도 기초대사량의 평가와 영양학적 필수 영양소의 판단과 같은 영양사의 역할이 필요하다. 마찬가지로 필요 열량에 관한 관급식이 완전하게 이뤄져 더 이상 주사바늘을 꽂고 있지 않은 환자라도 약은 필요하고 그 밖에 미네랄이나 비타민의 조제, 약 투여의 경로 및 약과 약 상관반응 등 약사의 개입이 필요한 업무는 없을 수 없다.

3. 추적관찰 의무기록도 모든 직종이 다 해야 하는가

고시 기준에는 뚜렷한 명시가 없으나 초기평가 및 치료계획 수립은 물론이고 추적관리의 과정에서도 팀 접근 및 활동이 필요하다. 따라서 추적관찰에 관한 의무기록도 모든 직종이 다 참여하여 기록을 남기는 것이 원칙적이라고 할 수 있다. 다만 팀 내 다직군의 의견이 기술되다 보니 서로 약간의 의견 차이가 발생할 수 있고, 그 의견이 통일성을 띠지 않을 경우 치료계획을 이행해야 하는 담당 진료과의 의료진에게 혼란을 줄 수 있다. 이런 경우 팀장의 의견조율과 합일된 치료계획을 도출하는 역할이 필요하다.

4. 예문을 사용해도 되는가

의사는 의료법 제21조 제1항에 의하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명한 진료기록부를 작성하여야 하며, 진료기록부를 작성하지 않은 자는 같은 법 제69조에 의하여 처벌하도록 되어 있는 바, 이와 같이 의사에게 진료기록부를 작성하도록 한 취지는 진료를 담당하는 의사 자신으로 하여금 환자의 상태와 치료의 경과에 관한 정보를 빠뜨리지 않고 정확하게 기록하여 이를 그 이후 계속되는 환자 치료에 이용하도록 함과 아울러 다른 의료관련 종사자들에게도 그 정보를 제공하여 환자로 하여금 적절한 의료를 제공받을 수 있도록 하고, 의료행위가 종료된 이후에는 그 의료행위의 적정성을 판단하는 자료로 사용할 수 있도록 하고자 함에 있다(대법원 1997. 8. 29. 선고 97도1234 판결 참조). 따라서 환자의 진료기록을 미리 작성된 예문으로 같음한다는 것은 환자를 직접 대면하고 증상의 청취 및 진찰을 하지 않고, 각종 검사 결과에 대한 확인과 이에 대한 대처 방법을 면밀히 고려하여 도출하지 않았다는 의미일 수 있다. 심지어 거의 유사한 환자의 사례가 반복 의뢰되어 같은 내용이 기록될 수 밖에 없다고 하더라도 의사로서 성의의 문제가 될 수 있다.

NST의 각 성원은 각 직군별로 고유의 업무가 있고 고유의 업무 이외의 시간을 할애하여 집중영양치료 행위를 수행하는 것이기 때문에 앞서 1번의 항목에서 지적된 바와 같이 실적의 문제와 결부되어 쫓기듯 환자를 보아야만 하는 현재의 환경에서는 불가피한 상황이 벌어지기 쉽다. 게다가 거의 모든 의료기관의 의무기록은 전산화가 구현되어 있어서 다양한 종류의 예문을 전산저장장치에 저장하여 사용할 수 있는 환경이다. 하지만 아무리 경증의 환자라도 제대로 환자를 파악하지 않고 예문을 사용하거나 중증의 환자라도 진찰을 위한 대면이나 접촉이 없이 같은 예문을 사용할 경우, 이러한 영양치료 처방은 오히려 환자에게 해가 될 수 있는 문제이기 때문에 같은 NST 내에서 지적을 통해 철저히 예방되어야 할 일이다. 또한 대개 의사가 팀장인 경우가 많아 팀원과의 사이에 갑을의 관계가 형성되어 함부로 잘못된 점에 대한 지적이 이뤄질 수 없는 경우라면 협진을 의뢰한 담당의료진, 병원 내 적정진료실, 학회의 인증평가, 건강보험심사평가원의 심사를 통해 걸러져야만 하는 행위라고 할 수 있다.

5. 권고에 따른 이행 여부

실제로 수가화가 이뤄지기 전에도 자발적으로 NST 활동을 하고 있었던 많은 팀들이 가장 곤란하게 여기던 점이 다른 진료과의 진료권, 처방권을 침해하는 것은 아닌지 의혹이 생기기도 하였고, 간혹 노골적으로 불편함을 표현하는 담당 의료진과의

갈등이 빚어지는 경우도 있었다. 하지만 정부, 학술단체 등에서 시행하는 각종 의료의 질 평가, 의료기관 인증평가 등이 결국 환자의 안전을 목표로 삼기 시작하였고, 환자의 안전을 보장하기 위한 각종 지표 가운데 감염관리, 통증관리, 낙상방지, 영양상태 모니터링 및 관리 등이 포함되었기 때문에 그 정당성이 확보되었다고 보인다. 하지만 많은 의사들이 자신의 본업인 전문분야에 대한 독점성과 함께 영양관리 정도는 의과대학에서 배운 기본 지식만으로도 얼마든지 해결할 수 있다는 그릇된 상식을 갖는 경우도 있기 때문이다.

이번 집중영양치료료의 경우 앞서 고시된 수가기준에서도 밝힌 바와 같이 보건복지부의 입장에서는 NST가 하나의 독립된 진료과 성격을 가지지 않기 때문에 행위에 따른 수가발생의 청구는 담당하는 진료과의 행위수익으로 발생되도록 되어 있다. 즉 영양실조 환자의 검색, 평가, 영양공급의 경로 설정과 치료계획의 수립이라는 일련의 과정을 NST에서 제안하고 일부 중심 정책확보, 비위관이나 위장루 삽입 등의 행위에 개입하여 실제 영양제가 공급되는 과정 내내 모니터링을 하면서 중재를 한다고 하더라도 청구되는 '집중영양치료료' 코드는 담당하는 진료과에서 발행되는 것이다. 그런 면에서 집중영양치료가 필요한 환자들에게 담당하는 진료부서의 활발한 협진인뢰를 유도할 수 있는 계기가 되었다고 본다. 그럼에도 불구하고 담당하는 진료부서가 본래의 업무로 굉장히 바쁘거나 영양치료에 대한 관심이나 지식이 너무 부족한 경우 NST의 권고안을 제대로 수행하지 못하여 그야말로 NST의 제안이 공허한 메아리로 끝나는 경우 과연 그에 대한 수가청구와 지급이 환자를 위하여 정당한 것인지 돌이켜 보아야 한다.

6. 전담자

NST의 전담자는 누가 되어야 할까? 의사? 간호사? 영양사? 약사? 고시기준에 따르면 어떤 직종이라도 전담이 될 수 있고 1명 이상이어야 한다. 전담자의 필요성에 대해서는 수가마련의 초기 논의단계에서부터 학회측과 정부측 모두 필요성에 대하여 동의를 한 사항이다. 전담인력이 필요한 이유는 환자를 사정하고 평가 및 치료계획을 세우는 과정에서 환자정보의 정확한 파악과 직종 간의 의견조율, NST와 담당의료진 간의 의사소통 등 일련의 과정에서 핵심적인 역할을 담당해야 할 사람이 꼭 필요하기 때문이다. 간호사, 영양사, 약사 등 어떤 직종이라도 업무를 담당할 수 있지만 의사직종이 전담업무를 맡는다면 환자의 입장에서는 가장 좋은 조건이 될 것이다. 그러나 의사가 이 업무를 수행하기에는 의료기관의 인건비 부담이 매우 커질 것이기 때문에 대개의 경우 의사 이외의 직종이 전담자가 되는 경우가 많다. 문제는 전담자를 한 명 이상으로 표시하였지만 선택진

료비 축소에 따른 경영상의 손실로 현재의 수가 수준으로는 인력충원은 고사하고 결정된 전담자라고 하여도 다른 업무와 겸업을 해야하는 경우가 매우 많으리라 추측된다. 그 이유는 수가화 조치 이후 초기에는 각 병원에서 수가기준을 잘 모르고 이미 NST원으로 활동을 해온 기존의 중환자실 간호사들을 전담자로 정하였는데, NST에 소속되는 간호사는 비록 전담자가 아니더라도 각 의료기관의 간호등급차등제(병원서비스 평가)에서 계산되는 간호사의 수에서 제외된다는 사실이 통보되자 많은 의료기관에서 항의가 들어왔다. 하지만 이 문제가 집중영양치료료의 수가기준 마련 과정에서 결정된 것이 아니고 과거 간호등급차등제도를 마련하면서 순환근무자나 파견근무자를 제외하고는 다른 업무의 겸직이 불가능한 것으로 결정되어 있었기 때문에 기존에 활발히 NST의 활동에 참여해 온 중환자실 간호사들도 집중영양치료료의 시작과 함께 하는 수 없이 NST의 활동에서 물러나야 하는 현상이 생기게 되었다. 사실 중환자실 재원하는 환자들 대부분이 영양실조를 겪는 집중영양치료의 대상이라는 점을 상기한다면 불합리한 제도 탓에 잘 활동하던 전문인력을 강제로 못하게 막는 현상을 초래하게 되었다고 할 수 있다.

많은 의료기관에서 간호사가 적극적으로 참여할 수 있는 기회가 박탈되었지만 각 진료부서의 전담간호사(Physician Assistant) 인력을 이용한 NST 전담 활용이 있는 것으로 파악된다. 무엇보다도 전담자로 활용하기 위한 추가적인 영양사나 약사 인력을 확보하는 데 구인난의 어려움이 있고 인력을 구한다고 해도 그 인건비로 오로지 NST의 업무만을 맡기기에 인건비가 아깝다는 의료기관 경영진의 고려가 작용되는 것으로 해석할 수 있다. 그럼에도 불구하고 전담간호사 제도 자체가 아직까지 법적으로 인정된 제도가 아니라는 또 다른 문제와 결부되어 있다. 어찌 되었든 NST의 전담자가 정말로 NST의 업무만을 전담하는지를 확인할 수 있는 방법은 별로 없을 것 같다.

게다가 일단 정해진 전담자는 많은 어려움에 당면해 있는 경우가 많다. 무엇보다도 집중영양치료료의 특징이 4직종이 모두 진료에 참여하여 기록을 남겨야 수가청구가 가능한 구조이기 때문에 전담자가 휴가라도 간다면 그 기간 전담자를 대신할 수 있는 인력이 전혀 없어서 환자의 치료도 불가능하고 경영진이 원하는 실적의 문제에서도 공백기간이 불가피하다는 점이다.

가장 이상적인 형태의 집중영양치료가 이뤄지기 위해서는 당연히 4직종 모두 전담을 하는 것이 되겠지만 적어도 의사가 전담을 할 수 있는 조건이라도 마련된다면 영양실조에 걸린 환자의 전문적인 영양치료가 이뤄질 수 있다고 본다. 그렇게 되려면 임상영양학이라는 학문의 독립, 의사의 전담업무가 보장될 수 있는 수준의 현실적 수가 수준이 필요할 것이다.

7. 표준화되지 않은 평가기준과 건강보험심사평가

현대의학은 근거중심의 진료를 추구한다. 합리성을 가지고 진료 및 치료의 성과를 분석하고 질 저하가 발생하지 않도록 일정한 평가장치를 가동하는 경우가 대부분이다. 집중영양치료료의 경우에도 마찬가지로 질 관리가 필요하다고 판단되지만 수가 초기단계에서 아직 제대로 준비되어 있지 못한 상황이라고 판단된다. 무엇보다도 건강보험심사평가원의 '집중영양치료료 심사기준'이라는 것이 오로지 '4직종의 의무기록이 작성되어 있는지'의 수준에 머무를 것이라면 집중영양치료료의 질 관리는 물론이고 오남용의 가능성도 우려되기 때문이다. 실제로 건강보험심사평가원의 내부 조직에 대해 알 수 없으나 '집중영양치료료'를 심사하는 부서가 따로 있지 않고 각 담당진료과의 청구문건 속에 묻혀서 들어오는 코드들 가운데 하나로 처리되므로 제대로 평가되고 심사가 될 것이라고 생각되지 않는다.

굳이 우리 스스로 이런 문제를 제기하여 발목을 잡는 구실을 만드는가라고 말할지 모르겠다. 하지만 꼼꼼하게 환자를 파악하고 그 환자에게 무엇이 가장 필요한 치료인지 고민하여 결정하고 수행된 경우와 제대로 환자를 살피지도 않고 그저 '영양치료가 필요하다'고 한 경우가 같은 취급을 받는다면 옳지 않다. 뭔가 표준화된 질 관리의 항목이 개발되어야 하고 건강보험심사평가원에도 전문화된 심사부서가 마련되어야 한다.

8. 중증도가 반영되지 않는 문제

영양지원이 필요한 환자들의 중증도 차이는 매우 다양하고 광범위해서 단순한 금식의 문제에서부터 중증 암질환이나 영양소 흡수장애, 단장증후군, 고도 비만에 이르기까지 환자를 파악하고 치료계획을 세우는 과정도 투여되는 시간이나 업무량에서 차이가 크게 날 수 있다. 따라서 이에 대한 중증도 반영이 꼭 필요하고 그래야만 제대로 집중영양치료료의 역할이 정립될 수 있다. 만일 집중영양치료료가 중증도가 반영된 다단계의 코드로 세분화된다면 다른 질환과 달리 up-coding의 문제에서 어느 정도 자유로울 수 있다고 본다. 그 이유는 NST의 업무과정에서 환자에 대한 평가와 치료계획 수립에 있기 때문에 환자평가 자료만 살펴봐도 정확한 코드가 matching된 것인지 파악이 가능해서 다른 치료행위에 대한 청구코드 적용과 다르기 때문이다.

9. 상급종합병원과 종합병원 무엇이 다른가

집중영양치료료는 일당정책제의 개념에 해당한다. 앞서 중증도 개념이 반영되어야 한다는 문제 제기에서도 언급된 바와 같이 아무리 상태가 안 좋은 환자라도 적용 가능한 집중영양치료료는 한 가지이고 건강한 상태에서 수술 전후 며칠 금식하는 문

제로 의뢰된 낮은 위험도의 환자라도 집중영양치료료는 같다. 이는 기존에 행위별수가제에서 도입되어 있는 상대가치점수제도와는 완전히 다른 개념이다. 상대가치점수제도는 미국 하바드대학교에서 1985년에 효율적이고 공평한 의료서비스의 지불 수단 개발을 위한 국가용역연구에서 탄생된 Resource-based Relative Value Scale (RBRVS)을 근간으로 한다. 즉 특정 의료 서비스에 대한 절대평가 점수를 중심으로 그 의료서비스가 공급되는 지역이나 기관의 급에 따라 환산지수를 적용하여 환율화하는 제도이다. 우리나라도 마찬가지로 비슷한 제도를 도입하고 운영 중이지만 한 가지 중요한 차이가 있다. 미국은 의사서비스와 기관서비스(보조인력서비스 포함)를 분리하여 점수화되어 있으나 우리나라의 상대가치체계는 두 가지 서비스 점수를 한 점수로 통합하여 합쳐서 운영 중이다. 그래서 급성중수술 기염에 대한 충수돌기절제술의 수술서비스가 시행되면 그 염증의 심한 정도에 따라 코드가 붙고 그 의료기관이 소속된 지역, 의료기관의 수준에 따른 환산지수가 적용되도록 되어 있다. 하지만 이번에 만들어진 집중영양치료료의 경우 선택진료비 감축에 따른 보상수단의 성격을 띠게 되면서 일당정책제의 개념에서도 약간 차이가 있는 중별 일당정책제, 즉 상급종합병원과 종합병원의 수가가 다른 체제가 만들어진 것이다. 정부의 입장에서는 선택진료비의 대부분이 상급종합병원에서 발생하기 때문에 상급종합병원을 차등 보상해야 한다는 심리가 작용한 것으로 2015년 7월 시작되는 호스피스완화의료 서비스에 대한 일당정책제도에는 이러한 중별 차등이 오히려 없다. 하지만 집중영양치료 행위를 수행하는 NST의 구성이나 인력, 자격에 상급종합병원이나 종합병원 간에 차이가 없기 때문에 ‘중별 차등’보다는 ‘중증도 차등’이 더 필요하다는 데 설득력이 있다고 본다.

10. 급여 및 산정이 불가능한 경장영양치료 재료들

집중영양치료료의 문제는 아니지만 올바른 영양치료의 수행을 위해 필수불가결한 치료재료들이 제대로 보상을 못하고 있는 문제가 있다. 영양공급의 경로에는 크게 정맥을 통해 주입할 수 있는 정맥영양과 위장관을 이용하는 경장영양이 있는데 정맥영양의 재료들이 주사용 약품으로 분류되어 있는 것과 대조적으로 경장영양 재료들이 식대에 묶여 올바른 보상이 되지 못하고 있다는 것이다. 이러한 기현상 때문에 정맥영양에 비해 부작용이 덜하고 비용면에서 훨씬 저렴한 경장영양이 더 기피되고 있다. 이는 정맥영양을 위한 영양수액의 시장이 매년 급성장하고 있는데 반해 영양유동식의 시장은 위축되고 감소하여 애보트 같은 외국 기업들도 우리나라에서 상품을 출시를 했다가 철수하거나 진출을 못하고 망설이고 있는 기업들이 상당수 있는 것으로 알 수 있다. 국내 기업들도 새로운 제품의 연구나 출

시나 포기하고 기존의 상품의 생산량도 늘리지 못하고 있다. 관급식을 위해 조제되는 특수 영양유동식은 일반 주방에서 조리되어 만들어지는 미음이나 죽과 달리 탄수화물, 단백질, 지질, 비타민, 미네랄 등의 모든 영양소가 일정한 분량으로 함유될 뿐 아니라 제조과정에서 무균처리되기 때문에 차이가 있을 뿐 아니라 적응이 되는 질환별로 성분을 달리하여 만들어지는 그야말로 일반 식사가 아닌 치료 재료로서의 의미가 더 크다. 그러나 일부 영양유동식 가운데 일본이나 미국의 식품의약품안전처 승인을 거쳐 들어와 약품으로 분류가 된 제품들은 건강보험급여의 테두리 안에서 의약품처럼 처방이 되는 제도도 공존하는 상황이다.

경장영양을 위한 관급식을 진행하기 위해서는 비위관, 비공장관과 같은 특수 튜브 및 위장루, 소장루 전용 카테터가 필요하다. 이들 튜브는 의학적으로 위장관의 감압을 목적으로 사용하는 실리콘 제제의 튜브와 달리 폴리우레탄 성분으로 만들어 관의 두께를 얇게 할 수 있어서 훨씬 유연하고 관의 내강을 넓힐 수 있어서 인후나 식도에 접촉성 궤양을 예방할 수 있고 공급량을 늘려 시간을 줄일 수 있는 이점이 있다. 또한 일정 시간에 일정 용량을 공급함으로써 중증도가 높은 환자의 흡인성 폐렴을 줄이거나 소화력이 떨어지는 환자의 영양공급에 적합한 관급식 전용 펌프도 필요에 따라 사용이 가능하기 때문에 영양치료의 안전성을 향상시킬 수 있다. 하지만 관급식 전용 튜브, 카테터, 펌프 등의 제품군들도 전혀 건강보험 제도상 수가보상을 위한 산정 장치가 마련되지 않아 현재로서는 사용이 불가능하다.

11. 초진과 재진의 수가는 달라야

중증도가 반영되지 못하는 문제와 마찬가지로 병원 내 입원환자의 영양상태를 사정하고 문제가 있는 환자를 선별하여 골라 내면 이들을 대상으로 평가가 이뤄지며 평가가 되면 적절한 영양치료를 위한 경로, 용량, 공급 성분의 비율, 그 밖에 보충이 필요한 비타민이나 미네랄 등의 처방을 내리게 되는데, 그 과정이 맨 처음 환자를 파악하는 단계와 이미 파악되어 있는 환자의 변화를 파악하여 경로를 바꾸거나 용량을 조절하고 불필요한 성분을 빼거나 필요한 성분을 첨가하는 단계는 요구되는 시간이나 노동강도에서 차이가 있다. 물론 중증도가 심할수록 더 오래 걸리고 경증이나 저위험도 환자에서 조금 더 쉬울 수 밖에 없다. 이러한 사정이 반영이 되지 않는 문제는 결국 실적을 올려야만 하는 압박이 작용할 경우 중증의 환자는 물론이고 경증의 환자에게도 이로울 수 없는 현상으로 왜곡될 것이 뻔하다.

12. NST 구성원의 교육과 질 관리

다른 모든 전문 분야가 그러하듯 질 관리가 필요 없이 자발적

질 향상이 추구되는 경우는 극히 드물다. 의료의 분야 역시 경제 발전 및 과학기술의 발전이 질 향상에 대한 자극이 될 수 있지만 우리가 추구하는 최적의 비용-효과와 실적의 압박은 서로 공존하기 어려운 면이 있다. 건강보험심사평가원의 역할이 기대되지만 정부 차원의 규제적 질 관리가 질 향상의 토대가 되길 기대하는 것은 무리가 있다. 한국정맥경장영양학회는 관심을 가진 사람들이 모여서 활동하는 학회라는 차원에서 한 발 더 나아가 각 의료기관의 NST 활동을 지원하고 더 자극하기 위한 수단으로 인증사업을 시작하였고 교육사업을 함께 진행하고 있다. 물론 이러한 학회 차원의 사업들이 서로 같은 업종에 종사하는 사람들끼리 짜고 진행되는 담합이라는 평가를 받지 않기 위해서는 뼈를 깎는 노력과 자정 활동이 필요하다. 물론 이러한 노력의 결과는 좀 더 나은 수가의 보상으로 돌아올 것이다. 마찬가지로 정부는 끊임없는 모니터링을 통해 검증되지 않은 수준의 교육을 시행하는 교육 프로그램은 과감히 추방하고, 건강보험심사평가원의 자체 교육과 심사 강화를 통해 지속적 질관리와 집중영양치료를 통한 의료비 절감의 효과를 거둘 수 있을 것이다.

결 론

집중영양치료의 신설은 우리나라 NST의 역할과 발전에 큰 디딤돌이 될 것이다. 향후 NST들은 그들의 역할과 입원환자의

료비 절감에 미치는 영향에 관한 입증을 해야만 한다. 그렇게 하려면 끊임없는 학습과 질향상을 통해 최적의 비용-효과를 거두어야 한다. 신설된 수가가 거둬들여지거나 쇠퇴하지 않으려면 세세한 사항에 대한 파악과 문제점을 인식하고 보완하려는 노력이 필요하다. 문제점의 보완을 위해서 의료진, 정부, 국민 모두 함께 문제점의 인식을 공유할 필요가 있다.

REFERENCES

1. Mitchell H, Porter J. The cost-effectiveness of identifying and treating malnutrition in hospitals: a systematic review. *J Hum Nutr Diet* 2015. [Epub ahead of print]
2. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3): 235-9.
3. Lee YM, Kim SH, Kim YS, Kim EM, Kim JY, Keum MA, et al. Nutritional status of Korean hospitalized patients: a multi-center preliminary survey. *J Clin Nutr* 2014;6(2):71-8.
4. Brill JV, August D, Delegge MH, Hegazi R, Jensen GL, Van Way CW 3rd, et al. A vision of the future for physician practice in nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2010;34(6 Suppl): 86S-96S.