

미국 메디케어 비급여사전고지제도 동향과 시사점

Recent trends and Implications of US Medicare Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage(ABN)



신양준 주임연구원
건강보험심사평가원 연구기획부

- Key Points**
- ☑ 비급여에 대한 예상치 못한 책임으로부터 환자와 공급자를 보호하기 위한 제도
 - ☑ 메디케어가 보장하지 않거나 보장하지 않을 가능성이 있는 의료서비스를 제공할 때 공급자는 환자에게 사전 설명
 - ☑ 환자는 공급자에게 비급여 항목, 사유, 예상 비용에 대한 설명을 듣고 치료 옵션 선택 및 서명
- Key Words** 메디케어, 비급여 사전설명, 공유의사결정
Medicare, Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage, shared decision-making

1. 들어가며¹⁾

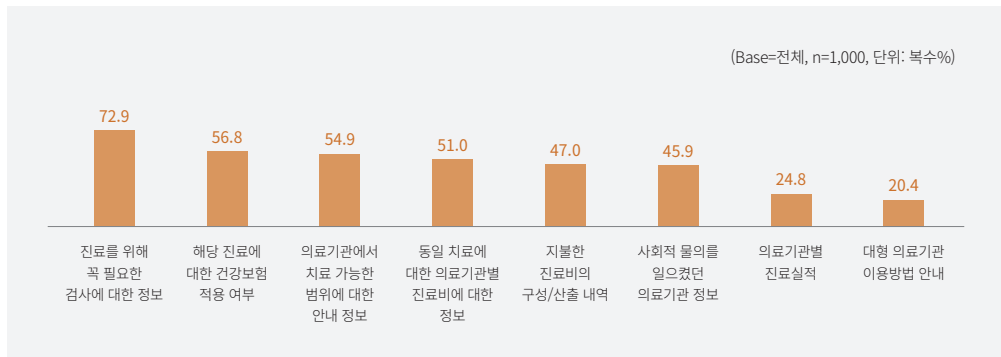
2021년 1월 1일부터 비급여 진료 사전설명제도(이하 사전설명제도)가 시행되었다(의료법 시행규칙 제42조의2). 사전설명제도는 진료에 필요한 비급여 서비스의 항목·가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 진료 전에 설명하는 제도이다. 이에 환자는 의료기관에 방문하여 비급여 진료를 받을 때 의료진²⁾으로부터 항목과 가격에 대한 설명을 의무적으로 들을 수 있게 되었다. 물론 정부는 사전설명제도 시행 전에도 의료기관이 비급여 항목과 가격을 게시하도록 규정하여 환자의 비급여 항목 정보에 대한 접근성을 보장해왔다(의료법 제45조 제1항).

1) 이 글은 건강보험심사평가원 내부검토자료 '신양준·오주연(2020). 해외 비급여 진료 사전설명 및 동의 제도 검토. 업무 보고서' 일부를 참고하여 작성하였다.

2) 의료법 제2조의 의료인 또는 의료법 제3조의 의료기관 종사자

하지만 정보의 비대칭성이 존재하는 보건의료영역에서 비급여 항목과 가격을 게시하는 규정만으로 환자의 선택권을 보장하기에는 부족한 것이 사실이다. 특히 의료기관간 비급여 진료비 편차가 지속적으로 심화되는 상황에서, 환자 스스로 비급여 진료비의 적정성을 가늠하기엔 적잖은 어려움이 따른다. 이에 의료진은 충분히 설명하고, 환자는 의료진과 함께 상의하여 치료 방향을 결정하는 과정이 더욱 중요해졌다.

한편 2019년 12월 실시된 소비자시민모임의 의료기관 이용경험조사³⁾에 따르면, 응답자의 약 절반(48.0%)이 진료나 치료 과정에서 비용에 대한 설명을 듣지 못했다고 응답한 것으로 나타났다. 의료소비자에게 제공되어야 할 정보가 무엇인지 묻는 질문에 대한 응답 비율은 진료를 위해 꼭 필요한 검사에 대한 정보 72.9%, 해당 진료에 대한 건강보험 적용 여부 56.8%, 지불한 진료비의 구성 및 산출 내역 47.0% 등으로 나타났다.



[그림 1] 의료소비자에게 제공되어야 할 정보

자료: 소비자시민모임. 의료기관 이용 조사. 소비자리포트. 2020.1.

다수의 관련 선행연구에서도 비급여 진료 사전설명제도 도입에 대한 당위성과 필요성을 꾸준히 제안해왔다(김윤 등, 2018; 민인순 등, 2018; 여나금 등, 2020). 정부는 이러한 문제점을 해결하기 위해 2021년 1월부터 비급여 진료 시 사전설명을 의무화하였다. 의료현장의 행정 부담을 고려하여 설명주체와 설명항목을 규정하였으며, 항목 확대와 사전 동의절차 마련 등에 대해서는 향후 제도 시행 과정 모니터링을 거쳐 보완 예정이다.

3) 2019년 12월 16~24일 기간 동안 실시되었으며, 최근 1년 동안 의료기관 이용경험이 있는 서울시민 1,000명을 대상으로 실시하였다.

(표 1) 비급여 진료 사전설명제도 개요

- **설명주체:** 의료법 제2조의 의료인 또는 의료법 제3조의 의료기관 종사자
- **설명항목:** ‘비급여 진료비용 등 공개에 관한 기준 별표’의 목록에 있는 비급여 항목과 가격(2021년 615개) 및 환자 요구 비급여
예시) 섭식장애평가 기능검사료, 비급여 MRI·초음파, 영유아발달검사, 치과 임플란트, 다빈치 로봇 보조수술 등
- **시행시기:** 2021년 1월

자료: 보건복지부. 건강보험 비급여관리강화 종합대책. 2020.12.

이 글에서는 사전설명제도를 운영 중인 세계 여러 국가 중에서도 특히 메디케어 영역에서 비급여사전고지제도를 오랫동안 운영해 온 미국의 사례를 고찰하였다. 이를 통해, 향후 국내 사전설명제도의 성공적인 정착을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

2. 제도개요 및 도입경과

가. 제도개요

미국 메디케어는 Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage(이하 ABN) 제도를 실시하여 비급여에 대한 예상치 못한 책임으로부터 환자와 공급자⁴⁾ 모두를 보호하고 있다. 이 제도는 미국 사회보장법 1879조에 근거하고 있다. 이에 따라 의사는 메디케어에서 보장하지 않거나 보장하지 않을 가능성이 있는 항목을 제공할 때에 환자에게 사전 설명 후 서면 동의를 받아야 한다.

사전 설명은 반드시 Centers for Medicare and Medicaid Services(이하 CMS) ABN 서식을 활용하여 실시되어야 하며 환자의 서명까지 완료되어야 법적 효력이 발생한다. 이를 ABN 발행(issued)이라 한다. CMS는 관련법에 근거하여 사전설명 및 동의 서식을 제공하고 있으며, 해당 서식은 3년 주기로 갱신하여 배포된다.

나. 도입경과

미국은 1972년 사회보장법 1879조 ‘책임 제한(limitation on liability)’ 조항을 제정한 이후부터 메디케어 비급여 항목에 대한 사전고지를 실시하였다. 법 조항에 따라, 공급자로

4) 미국 ABN에서 정의하는 공급자(provider)란 ‘의사, 간호사, 의료기관, 기타의료제공자’를 포함한다. 이 글에서는 공급자로 통칭하여 기술하였다.

하여금 비급여 서비스에 대한 비용 지불 책임이 환자 본인에게 있음을 설명하도록 요구해 왔다. 사전 설명 및 서면 동의를 위한 서식의 내용과 양은 1972년 이후 지속적으로 변경되었다. 1995년부터는 Paperwork Reduction Act(PRA)에 따른 표준 ABN 서식이 채택되었다. 이에 대해 의료계는 “ABN 실시는 의료계가 환자를 상대로 불필요한 서비스 또는 검사를 실시한다는 묵시적 결론을 내린 것”이라 비판하며 수년간 ABN을 인정하지 않기도 하였다(Shomaker & Link, 2014). 2001년 ABN 서식은 CMS에 의해 간결한 길이, 명확성이 제고된 한 장의 서식으로 표준화되었다. 서식은 CMS-R-131-G(일반 ABN), CMS-R-131-L(수탁검사기관 ABN) 등인데, 2008년부터는 통합 서식인 CMS-R-131을 배포하여 현재까지 개정·사용되고 있다.

3. ABN 발행 범위 및 유형

가. ABN 발행 범위

ABN 발행은 메디케어 Part A 및 Part B의 특정 항목과 서비스에 대해서만 적용되며, Part C 및 Part D는 민간이 운영하는 영역이므로 적용되지 않는다.⁵⁾ Part A는 입원서비스 이용환자를 위한 사전고지서식인 병원비급여사전고지⁶⁾ 서식을 따른다. 예외로, 호스피스 공급자, 재택의료센터⁷⁾, 종교적 비의료시설⁸⁾이 Part A의 비급여 서비스를 제공하는 경우에는 ABN 서식을 발행하도록 규정하고 있다. Part B는 외래서비스에 해당하므로 비급여 진료 시 ABN 발행을 기본으로 하며, Part B를 제공하는 수탁검사기관, 재택의료센터, 전문간호시설을 포함한다(CMS, 2020a).

나. ABN 발행 유형

ABN 발행은 메디케어에서 급여·비급여 적용이 명시적으로 구분되는 항목에 대해서는 제외하며, 메디케어가 비급여할 가능성이 있는 항목에 대해서만 실시한다. ABN 발행 유형은 크게 필수·자발적·발행 금지 세 가지로 나뉜다. 첫째, 필수 즉 ABN을 반드시 발행해야

5) Part A(입원), Part B(외래)는 연방정부 및 주정부에서 지원하는 가장 기본적 메디케어 형태이며 Original Plan이라 칭한다. Part C는 Advantage Plan이라 하며 민간회사가 운영하는데, 가입 시 Part A와 B에서 보장하지 않는 항목과 더불어 메디케어가 제공하는 모든 혜택을 제공받을 수 있다. Part D는 처방약 비용을 보조해주는 보험이며 Part A 또는 B에 등록된 경우 가입이 가능하다.

6) HINN: Hospital-Issued Notice of Non-coverage

7) HHAs: Home Health Agencies

8) RNHCI: Religious Non-medical Health Care Institution

하는 상황은 합리적 또는 필수적이지 않은 항목을 제공할 경우이다. 보호적 돌봄(custodial care), 메디케어의 지불거부가 예상되는 항목, 비(非)말기질환 환자의 호스피스 이용 등이 해당된다. 둘째, 개인적 편의와 관련된 서비스, 안경 또는 렌즈 처방 관련 시력검사, 보청기 및 일상청력검사 등의 항목에 대해서는 자발적으로 발행하도록 규정하고 있다. 셋째, 발행이 금지되는 상황은 메디케어 급여가 명백한 경우, 의학적 응급상황 또는 강박(duress) 상태의 환자, 급여 횡수제한이 있는 항목, 메디케어에서 의학적 필요성을 불인정하는 항목, 메디케어에 등록되지 않은 업체의 장비나 제품을 사용하는 경우 등이 해당된다(CMS, 2017).

(표 2) 메디케어 ABN 적용 유형 예시

필수 발행	자발적 발행	발행 금지
<ul style="list-style-type: none"> 필수적이지 않은 항목/서비스 보호적 돌봄(custodial care) 메디케어 지불거부 예상 항목/서비스 비(非)말기질환 환자의 호스피스 이용 재택의료서비스의 요구사항이 충족되지 않은 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 지불/제공의 법적 의무 없는 경우 메디케어 외 정부승인 통한 지불 개인적 편의 관련 서비스 안경 또는 렌즈 처방 관련 시력검사 보청기 등 	<ul style="list-style-type: none"> 메디케어 급여가 명백한 경우 응급상황 또는 강박(duress)상태 급여횡수제한 항목/서비스 메디케어가 의학적 필요성 불인정 연구단계의 항목/서비스 메디케어 비등록 업체 장비/제품 사용

자료: CMS. Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage(ABN) Part A and Part B. 2017.

4. ABN 서식 작성항목 및 발행 시점

가. ABN 서식 작성항목

ABN 서식의 작성 주요항목은 비급여 항목·사유·예상비용이며 세부 내용은 (표 3)과 같다. 비급여 대상 항목 란에는 항목 또는 서비스, 검사명, 처치, 치료방법, 장비 등을 기재한다. 부분적으로 보장되지 않을 가능성이 있는 항목일 경우에는 그 내용을 표기해야 한다. 또한 제공 항목의 횡수가 감소할 경우 그 이유에 대해서도 기술해야 한다. 가령 물리치료를 주 5일 실시 중인 환자가 일정 목표를 달성하여 주 3일로 줄여야하는 상황이 해당되는데, 환자의 요구로 주 5일 치료를 지속하고자 하는 경우 의사는 2일에 해당하는 치료에 대해 의학적으로 합리적이지 않다고 판단하여 ABN을 발급해야한다. 이 경우 의사는 감소에 대한 이유를 기술해야 하며, 환자는 메디케어 비급여 결정에 책임지겠다는 서명을 해야 한다.

비급여 사유에는 다음 세 가지 유형이 주로 기재된다. 첫째, 적응증에 해당하지 않는 경우, 둘째, 해당 검사가 빈번하게 사용되어 급여가 불가한 경우, 셋째, 실험 또는 연구목적의 검사로써 급여가 불가한 경우이다. 많은 의료기관에서는 자주 사용되는 이 세 가지를 서

식에 미리 인쇄하여 체크박스 선택 방식으로 활용하기도 한다. 예상 비용 란에는 메디케어 가 급여하지 않을 경우 예상 되는 지불 비용에 대해 작성한다.

(표 3) 메디케어 ABN 작성 주요 항목

작성 항목	내용
A. 신고자	· 기관명, 주소, 전화번호
B. 환자	· 메디케어 수급자 이름
C. 식별번호	· 필수 기재사항은 아니며, 작성 시 청구자료와 연계 가능한 환자 식별번호 작성 · 메디케어 번호(HICNs) 또는 사회보장번호는 입력하지 않고, 의무기록과 같은 의료공급자가 설정한 번호 기재
D. 신고대상 항목	· 항목, 서비스, 검사명, 처치, 치료방법, 장비 등 기재 · 부분적으로 보장되지 않을 가능성이 있는 항목일 경우 초과 구성요소를 표기해야 함 · 그룹화 된 소모품에 대해 일반적인 설명이 허용됨 · 감소가 발생하는 경우에는 감소 이유 작성해야함
E. 비급여 사유	· 주로 작성되는 내용: ① 적응증에 해당하지 않음 ② 해당 검사가 너무 빈번하게 사용되어 급여 불가 ③ 실험 또는 연구목적의 검사이므로 급여 불가 등
F. 예상 비용	· 실제(actual) 진료비의 \$100 또는 25% 이내로 설정

자료: CMS. Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage(ABN) Part A and Part B. 2017.

위의 표에 언급된 주요 항목 이외에도 환자는 ‘G. 선택사항(Option)’ 항목 중 하나를 선택해야 한다(붙임 참고). 항목은 세 가지이다. Option 1은 공급자로부터 비급여 서비스⁹⁾를 제공받고 즉시 해당 비용을 직접 부담하며, 공급자로 하여금 메디케어에 해당 항목이나 서비스 비용에 대해 청구하기를 요청하는 경우 선택한다. 메디케어에서 급여로 인정하게 되면 공급자는 환자가 지불한 모든 금액을 환불해주어야 한다. 만일 메디케어가 지불을 거부하면 수급자 본인의 부담이 되지만 메디케어에 이의를 제기할 수 있다. Option 2는 비급여 서비스를 제공받고, 공급자로 하여금 메디케어에 해당 항목이나 서비스 비용에 대한 청구를 요청하지 않을 경우 선택한다. 물론 이 경우에도 환자는 해당 비용을 직접 부담한다. Option 3은 비급여 서비스를 환자가 원하지 않을 경우 선택하며, 환자는 지불에 대한 책임이 없다. 이 경우, 메디케어에 진료비를 청구하지 않았으므로 이의를 제기할 수도 없다 (Medicare, 2021).

9) 여기서 ‘비급여 서비스’란 메디케어가 지불하지 않을 수 있는 항목이나 서비스를 뜻한다(이하 Option 2, 3 동일).

나. ABN 발행 시점

ABN 발행은 서비스의 시작(initiation), 감소(reduction), 종결(termination)의 세 가지 시점에서 실시한다. 첫째, 환자를 처음 만나 치료계획을 정하거나 치료를 시작하는 시점에서, 제공하는 서비스를 메디케어가 보장해주지 않을 것이라 예상하는 경우에 실시한다. 둘째, 서비스의 빈도 또는 기간이 감소할 때 실시한다. 셋째, 치료 종결 시점에서 환자가 의학적으로 비합리적 또는 비필수적 서비스를 계속 제공받고자 하는 경우에 실시한다. 자세한 예시는 (표 4)와 같다.

(표 4) 메디케어 ABN 작성 시점 및 예시

시점	상황	예시
시작 (initiation)	환자를 처음 만나 치료계획을 세우거나 치료를 시작할 때 제공하는 서비스가 메디케어에서 보장되지 않을 것이라 예상될 경우	환자 A씨는 최근 심방세동 진단을 받아 의사에게 심전도 검사를 의뢰하였다. A씨는 심전도 검사의 의학적 필요성을 입증하는 진단은 없지만 심전도 검사를 반드시 받아야 한다고 주장하고 있다. 이때 의사는 ABN을 발급한다.
감소 (reduction)	빈도 또는 지속시간 등이 감소할 때	환자 B씨는 물리치료를 주 5일 받고 있으며, 몇 가지 목표를 달성한 이후에는 주 3일로 줄어든다. 하지만 B씨는 계속 주 5일 치료를 받길 원한다. 이 경우 환자 B씨는 더 이상 의학적으로 합리적이고 필요하지 않은 주당 2일 치료비에 대해 재정적 책임을 질 수 있어야 한다. 이 경우 의사는 ABN을 발급한다.
종결 (termination)	치료 종결 시점에서 환자가 의학적으로 비합리적, 비필수적 서비스를 계속 제공받고자 하는 경우	환자 C씨는 언어치료 목표를 달성하였다. 하지만 C씨는 계속 언어치료사와 치료를 이어가고자 한다. 하지만 더 이상 지속적인 치료가 의학적으로 합리적이거나 필요하지 않다고 판단되는 상황이므로 의사는 치료 전에 ABN을 발급한다.

자료: CMS. Medicare Claims Processing Manual Chapter 30 - Financial Liability Protections. 2019.

5. ABN 발행 의무 위반

환자와 공급자 모두 ABN에 대한 책임을 지게 되는데, 공급자는 비급여 사전고지가 요구되는 상황에서 ABN을 발행하지 않은 경우 해당 서비스에 대한 비용을 모두 부담해야 한다. 또한 사전고지를 시행하더라도 ABN의 내용을 이해하기 어렵거나 읽을 수 없을 때, 응급상황이었을 때, 서비스 이후에 서명이 이루어졌을 때, ABN 필수항목 누락 등으로 인한 보상 책임은 공급자에게 주어진다. 환자는 공급자의 사전고지에 대해 서명하지 않을 경우 서비스를 제공받지 못할 수 있으며, 제공 받더라도 추후 비급여에 대한 책임은 환자에게 주어진다(Medicare Interactive, 2020; Feke, 2020).



[붙임] ABN 서식

CMS-R-131 표준서식은 2021년 1월 1일 갱신되었으며 2023년 6월까지 유효하다. 다음과 같은 내용으로 구성되어 있다.

A. 신고자(Notifier)	C. 식별번호(Identification Number)								
B. 환자이름(Patient Name):									
<p>Advance Beneficiary Notice of Noncoverage(ABN)</p> <p>참고: 만약 메디케어가 D에 해당하는 항목에 대해 지불하지 않을 경우, 환자 본인이 부담해야 합니다. 메디케어는 모든 것에 대해 지불하지 않으며, 이는 환자 또는 해당의료기관에서 합당한 사유가 있는 경우에도 마찬가지입니다. 우리는 메디케어가 D에 해당하는 항목에 대해 지불하지 않을 수 있다고 예상합니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">D.</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">E.메디케어가 부담하지 않는 사유 (Reason Medicare May Not Pay)</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">F. 예상비용(Estimated Cost)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td style="padding: 5px;">(Ex)\$500이 소요될 것으로 예상, \$375 이상, \$400-600 사이, \$700 이내</td> </tr> </tbody> </table> <p>다음과 같이 하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 이 통지서를 잘 읽고, 본인의 치료에 관한 올바른 결정을 하시기 바랍니다. • 다 읽은 후 질문이 있는 경우 문의해주시기 바랍니다. • 상기의 D에 해당하는 항목에 대해 진료 받고 싶다면 아래 옵션을 선택해주세요. <p>참고: 선택사항 중 1또는 2의 경우, 환자가 갖고 있는 다른 보험을 사용할 수 있도록 지원할 수 있으나, 메디케어에서 당사에 이를 요구할 수는 없습니다.</p> <div style="background-color: #f9e79f; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>G. 선택사항(Optional): 한 곳만 표시하십시오. 반드시 표시해야 합니다.</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 선택사항 1. D에 대한 진료를 받고 싶습니다. 본인이 바로 부담할 것이나, 메디케어가 공식적으로 비용부담 여부를 결정한 후 이를 본인에게 MSN(메디케어청구서)으로 보낼 수 있도록 메디케어에 청구하고 싶습니다. 메디케어에서 부담하지 않을 경우 본인이 부담해야 하는 것을 알고 있습니다. 하지만 MSN에 명시된 사항에 따라 본인은 메디케어에 이의를 제기할 수 있습니다. 메디케어에서 부담할 경우 본인이 부담한 금액을 환불 받거나 공동부담(적게 부담) 또는 공제 받을 것입니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 선택사항 2. D에 대한 진료를 받고 싶습니다. 그러나 메디케어에 청구하고 싶지 않습니다. 본인은 비용지불에 대한 책임을 질 것입니다. 메디케어로 청구하지 않으므로, 본인은 메디케어에 이의제기 할 수 없습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 선택사항 3. D에 대한 진료를 받고 싶지 않습니다. 따라서 본인이 부담할 비용이 없으며, 메디케어 측에 부담 여부를 알려달라는 요청이 불가합니다.</p> <div style="background-color: #f9e79f; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>H. 추가정보(Additional Information):</p> </div> <p>이 통지서는 해당 의료기관의 견해이며, 메디케어의 공식적인 견해가 아닙니다. 이 통지서 또는 메디케어 청구에 관한 다른 문의사항이 있는 경우 1-800-MEDICARE로 문의하시기 바랍니다. 이 통지서를 수령하고 이해한 경우 아래에 서명해주세요. 사본은 함께 제공됩니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">I. 서명(Signature)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">J. 일자(Date)</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">From CMS-R-131 (Exp. 06/30/2023) From Approved OMB No.0938-0566</p>		D.	E.메디케어가 부담하지 않는 사유 (Reason Medicare May Not Pay)	F. 예상비용(Estimated Cost)			(Ex)\$500이 소요될 것으로 예상, \$375 이상, \$400-600 사이, \$700 이내	I. 서명(Signature)	J. 일자(Date)
D.	E.메디케어가 부담하지 않는 사유 (Reason Medicare May Not Pay)	F. 예상비용(Estimated Cost)							
		(Ex)\$500이 소요될 것으로 예상, \$375 이상, \$400-600 사이, \$700 이내							
I. 서명(Signature)	J. 일자(Date)								

6. 나가며

환자는 의료소비자이므로 본인이 지불하는 의료서비스 항목의 구성내용에 대해 충분히 알고 선택할 권리가 있다. 하지만 보건의료영역 특성상 의사와 환자의 정보 비대칭이 존재하여 환자 스스로 정보에 접근하기는 결코 쉽지 않다. 다행히 급여가 적용되는 항목은 정부의 다양한 관리기전을 통해 운영되므로, 일정 부분 국가가 의료소비자인 환자를 보호하는 대리인 역할을 수행한다고 볼 수 있다. 반면, 비급여 적용 항목에 대한 관리기전은 그렇지 못하므로, 환자는 비급여 항목에 대해 의료진의 충분한 설명을 듣고 함께 적절한 치료방향을 논의하는 것이 중요하다. 이에 정부는 2021년 1월부터 비급여 진료 사전설명제도를 시행하였다. 하지만 제도 시행 초기인 바 일부 항목과 그 가격에 대해서만 설명을 의무화하고 있어, 전체적인 비급여 항목을 포괄하지는 못하고 있다. 따라서 설명 내용 및 항목 확대 등 향후 제도 보완이 필요하다.

미국 비급여 사전고지제도는 항목과 가격뿐만 아니라 비급여 사유까지 설명하도록 규정하고 있다. 또한 의료기관은 CMS에서 개발한 표준화된 사전설명·동의 서식 ABN을 활용 중이다. 이를 통해 공급자와 환자는 공동의사결정(shared decision-making)을 거쳐 메디케어가 보장하지 않을 가능성이 있는 비급여 서비스 책임에 대한 서면 합의를 이루게 된다.

미국 사례 고찰을 통한 한국의 비급여 진료 사전설명제도 개선 방안으로 다음 두 가지를 제안하며 글을 마무리하고자 한다. 첫째, 사전설명 내용을 항목과 가격뿐만 아니라, 비급여 서비스를 제공하는 이유에 대해 설명하는 것까지 확장할 필요가 있다. 실제 민인순 등(2018)의 연구에서 실시된 온라인 설문조사¹⁰⁾ 결과에 따르면, 응답자의 61.7%(617명)가 비급여 항목의 비용 정보뿐만 아니라, 비급여 사유에 대한 설명을 원하는 것으로 나타났다. 둘째, 일부 고가 비급여 등 환자가 충분히 인지한 후 선택해야 할 일부 항목에 대해서는 표준화된 서식을 활용한 서면 동의 방식을 적용할 필요가 있다. 다만 이 두 가지 제안사항을 당장 적용하기에는 의료 현장의 많은 부담이 예상되므로 충분한 기간을 두고, 실제 현장에서 원활히 작동할 수 있을 만큼의 충분한 제도적 수용성을 갖춘 이후 실시되어야 하겠다. 이를 통해 환자의 알권리와 선택권 보장은 물론, 환자-의사 간 공동의사결정이 비급여 적정이용 관리기전으로 작동하도록 유도하여, 이용자·공급자·보험자 모두에게 이점을 주는 제도로 발전하길 기대한다. X

10) 2017년 12월 9~22일 기간 동안 실시되었으며, 최근 1년 이내의 입원 경험자(500명), 외래 경험자(500명) 총 1,000명을 대상으로 실시하였다.