호주 만성질환관리제도의 현황과 시사점: 만성질환관리 프로그램을 중심으로

Australia's Chronic Disease Management Program and Its Implications for Korea

최지희 한국보건사회연구원 전문연구원

1. 들어가며

호주의 뇌혈관질환에 의한 연령표준화 사망률은 인구 십만명당 51.4명으로, OECD 평균 사망률(인구 십만명당 68.1명), 그리고 한국의 사망률(인구 십만명당 76.5명)보다 훨씬 낮은 수치를 보인다. 호흡기질환에 의한 연령표준화 사망률 또한 호주(인구 십만명당 57.7명)가 OECD 평균(인구 십만명당 67.5명) 및 한국(인구 십만명당 75.3명)보다 훨씬 낮게 보고되고 있다[1].

호주의 만성질환관리는 Wagner(1998)가 제시한 만성질환관리모형(Chronic Care Model)의 기본을 아주 잘 따르고 있다. 자기관리 지원 · 환자중심의 서비스 전달 · 의사결정 지원 · 정보시스템을 주요 골자로 하는 보건의료체계를 바탕으로, 정보를 획득한 능동적 환자와 선제적이고 준비된 의료진 간 생산적 상호작용을 지원하고 있다. 또한 만성질환의 예방 · 관리를 위한 국가 전략, 메디케어 기반 만성질환관리 프로그램 및 지역사회 관리 프로그램 등 영역별 · 수준별 정책이 구체화되어있다.

물론 국내에서도 만성질환의 계속된 증가와 심각성을 인지하고 그에 대응하고자 국민건강증진종합계획 · 심뇌혈관질환종합대책 등 국가단위 종합계획을 근간으로, 다양한 만성질환관리 프로그램을 진행하였다. 보건소를 통하여 건강관리 서비스사업, 만성질환관리사업, 맞춤형 방문 건강관리사업 등을 제공하고 있으며, 보험자 차원에서도 건강검진 사후관리 프로그램 및 만성질환 적정성 평가를 실시하고 있다. 지자체 차원에서는 만성질환 등록 · 관리 사업을 제공해 지역주민의 건강증진을 위하여 노력하고 있다[2]. 그러나 치료 중심의 프로그램 제공, 효과적인 사업 진행을 위한 정보시스템의 부재, 일차의료를 기반으로 한 만성질환 관리에의 어려움(의료전달체계의 문제), 자기 관리 · 교육을 위한 별도의 인센티브 부재 등이 전반적인

1) OECD(2014). OECD Health Data 2014

2) 박은자 외(2014). 생활습관병 치료순응 현황 및 개선방안. p42.

※ 호주 보건의료체계[3]

호주 보건의료체계를 이해하기 위해서는 보건의료서비스 제공자 및 참여자, 보건의료서비스 지원 메커니즘 등 여러 요소에 대한 이해가 필요하다.

호주의 공공 보건의료서비스는 정부(local, state, territory, and the Australian Government)에서 제공하며, 공공 병원에 대한 재정지원 및 운영 또한 각 정부 수준에서 이루어진다. 보건의료서비스 제공자에는 공공 및 민간 영역의 의사, 간호사, 국가로부터 인증 받은 보건의료 전문가, 병원, 클리닉, 정부·비정부 기관 등이 포함된다. 이들은 지역사회 공중보건, 예방서비스, 일차의료서비스, 응급서비스, 병원 기반 치료서비스, 완화의료 등 다양한 서비스를 제공한다.

1. 메디케어(Medicare)

메디케어는 무료, 혹은 약간의 보험료를 지불하고 일반의, 전문의 서비스를 제공받을 수 있는 전국민 건강보험으로, 병원, 임상진료, 의약품 등 세 영역에 대한 내용으로 구성된다. 주요 특징으로는 ① 공공병원 이용 공공환자 대상 의료서비스 무상 제공[4], ② 메디케어 급여항목(benefit schedule)에 포함된 전문 진료서비스에 대한 지불보상, ③ 의약품 급여항목에 포함된 처방의약품에 대한 비용 보조 등이다.

2. 보건의료서비스

호주의 보건의료서비스는 일차의료, 이차의료, 그리고 병원 서비스로 유형화할 수 있다. 일차의료는 환자가 국가 보건의료체계와 가장 처음으로 접하는 지점으로서, 지역사회 보건의료서비스, 메디케어 급여 서비스 등이 여기에 포함된다. 환자의 의학적 필요에 의해 일차의료에서 이차의료 혹은 다른 서비스로의 의뢰가 발생할 수 있으며, 의뢰목적 달성 시 다시 일차의료로 돌아오게 된다. 이차의료에는 전문의, 병원진료 서비스가 포함된다. 병원 서비스는 공공과 민간 영역 모두에서 제공되는데, 응급의료서비스는 병원 서비스의 매우 중요한 요소 중 하나이다. 응급의료서비스에는 치료 · 수술과 관련된 긴급한 요구에의 대응이나 또 다른 서비스 의뢰(입원 등) 등이 포함된다.

3. 지불제도[5]

공공병원 의사는 주(state)에 따라 지불조건 및 지불방법이 달라지는데, 병원과의 계약조건에 따라 행위별 수가 혹은 주당 근무시간을 기준으로 한 보상이 이루어진다. 민간 의사에게는 행위별수가가 적용되며, 진료비용을 환자에게 직접 청구하거나 메디케어에 청구할 수 있다(bulk-bill). 또한 메디케어 수가보다 높은 진료비가 지불된 환자는 메디케어 수가 수준의 진료비만을 청구해 보상받을 수 있다. 한편 민간병원의 진료비에 대하여 연방정부에서 메디케어 수가의 75%를 보상하며, 나머지에 대해서는 민간보험이 입원료, 의사진료비 및 기타 입원진료비 등을 부담하게 된다.

4. 규제 및 통제[6]

공공 영역의 경우 연방정부와 주정부간 협약을 5년 주기로 체결, 연방정부가 주정부에게 공공병원 운영에 필요한 예산을 지원한다. 주정부는 해당 예산을 활용하여 공공병원에 대한 제3지불자의 역할을 수행하며, 협약 시 정한 성과(입원 대기시간 등)에 대한 내용을 공표한다. 민간 영역에서는 민간보험위원회가 민간보험사를 규제하며, 연방정부 및 주정부가 민간보험사에 대한 감사기능을 가진다.

공급자에 대한 규제 및 통제는 연방정부와 주정부 차원에서 다양하게 실시된다. 건강보험위원회(Medicare Australia)는 메디케어 급여(MBS)와 메디케어 의약품급여(PBS)의 제공과정 및 분배에 대한 사항을 담당하는 연방정부 기구로, 의사·약사가 제공하는 서비스 과정을 모니터링한다. 또한 주정부 보건부는 공공 및 민간 병원, 지역 보건센터 등과의 재정 협약을 통해 공급자 통제 기전을 마련한다. 이 밖에도 주정부 차원에서의 병원 통제 거버넌스(Hospital governance), 병원 신설 허가(Accreditation of facilities), 제품규제, 모니터링 · 보고체계, 정보제공 · 학습제공 기구(National Institute of Clinical Studies) 등을 마련하여 공급자에 대한 규제 및 통제를 실시하고 있다.

3) Australia's health 2014 http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/ 2015.6.29. 인출함.

4) 병원서비스와 관계된 내용으로는 ① 공공환자가 공공병원에서 이용하는 일반의·전문의·검안의·치과 혹은 기타 등록된 보건전문가 제공 서비스에 대해 무상 혹은 보조금을 지원하는 것, ② 공공병원 혹은 민간병원을 이용하는 일반 환자에 대해 행위별 수가의 75%를 적용하는 것 등이 있음. 한편 메디케어에서 다루지 않는 병원서비스로는 임상적으로 필요성이 낮은 진료나 미용을 목적으로 한 수술, 응급차 서비스 등임.

5) 이평수(2014). 호주의 보건의료제도 고찰-한국에 대한 시사점을 중심으로. 의료정책연구소. pp.39-40.

6) 앞의 책. pp.25-28.

한계점으로 지적되고 있다. 무엇보다 위에서 언급된 뇌혈관질환, 호흡기질환 모두 평상시 위험요인에 대한 관리(고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤 등 관리), 건강행태 개선(금연, 절주, 식이 조절, 건강한 운동 등)에 의해 영향을 받는다는 점을 고려했을 때, 국내 만성질환 관리 사업에서의 정책적 시사점을 얻기 위해서는 호주의 관리 사례를 구체적으로 파악하는 것이 필요하다.

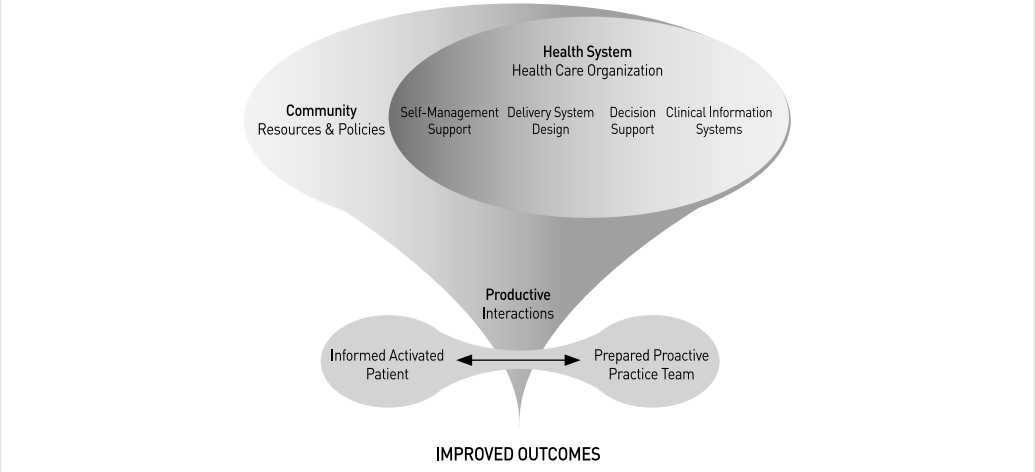
2. 호주의 만성질환관리

1) 만성질환관리를 위한 최적의 전략: Chronic Care Model, National Chronic Disease Strategy

전세계적으로 급성에서 만성으로 질병 패러다임이 변화하였으나 급성기 위주의 의료 문화가 지속돼, 문제와 대응방식 간 괴리가 존재해왔다. 이에 만성질환 문제의 진단과 해결방안을 담은 모형의 요구가 높아졌고, 보건의료 중재 평가 등 관련 연구를 거쳐[7] 만성질환 관리 모델(Chronic Care Model, 이하 CCM)이 개발되었다.

CCM은 당뇨병의 효과적 치료 과정과 의료의 질 증대를 목적으로 처음 개발되었으며, 일차의료를 토대로 만성질환을 관리해나가는 호주 만성질환 관리(Chronic Disease Management, 이하 CDM) 프로그램의 근간이 되기도 하였다. CCM은 다음의 6개 요소를 포함하고 있다[8].

그림 1. 만성질환 관리 모델(Chronic Care Model)



자료: http://commonwealth.communitycarenc.org/toolkit/8/2015.6.29. 인출함.

7) Renders CM, Valk GD, Griffin S, et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings(Cochrane Review). Cochrane Daabase Syst Rev 002;1:CD001481

8) Australian Institute for Primary Care(2008). System reform and development for chronic disease management. pp.12–13.

(1) **건강관리 조직화**(Health care organisation): 급성질환에서 만성질환으로 관리의 초점을 이동시켜야 함.

(2) **자기관리 지원**(Self-management support): 위와 관련하여, 과거 수동적이던 환자의 역할이 질환 치료 · 관리의 전 과정에 능동적으로 참여하는 방식으로 변화됨. 신체활동·식이 등을 환자 스스로 조절하는 것 또한 자기관리에 해당되며, 최상의 건강결과를 가져오기 위해서는 자기관리 지원이 동반되어야 함.

(3) **의사결정 지원**(Decision support): 근거기반 가이드라인을 바탕으로 한 임상 진료가 이루어져야 함.

(4) **전달체계 설계**(Delivery system design): 다학제적 환자 관리를 위한 의사-非의사간 협업 체계를 구축해야 함.

(5) **임상정보 시스템**(Clinical information system): CCM은 특히 정보기술의 중요성을 강조하는데, 임상정보 시스템은 환자 등록(맞춤형 서비스, 인구집단대상 서비스 모두) 및 제공된 의료서비스의 질에 대한 피드백을 가능하게 함.

(6) **지역사회 자원 및 정책**(Community resources and policies): 최상의 만성질환관리를 위해서는 의료서비스 제공자와 지역사회 자원 간 연계가 이루어져야 함(예: 운동 프로그램, 사회지지 프로그램 등).

또한 호주 정부에서는 만성질환의 증가에 따른 여러 문제에 대한 국가적 대응 역량을 강화하기 위하여 국가 차원의 만성질환 관리전략(National Chronic Disease Strategy, 이하 NCDS)을 수립하였다. NCDS를 통하여 국민의 건강결과를 증진하고, 만성질환이 개인 · 가정 · 지역사회 및 사회에 미치는 영향력을 감소시키고자 하였으며, 주요 목표는 아래와 같다.

- 개인 및 인구집단의 만성질환 예방 · 만성질환 이환 상태의 지속 방지
- 만성질환의 심화(progression) · 복잡화(complication) 예방
- 만성질환자와 그들의 가족, 간병인들의 삶의 질 · wellbeing 증대
- 만성질환의 예방 · 진단 및 관리를 위한 최고의 중재 실시
- 향후 만성질환 예방 및 관리와 관련된 보건의료 인력의 역량 강화

더불어 목표 달성을 위한 4개 필수 행동 영역과 영역별 정책방향을 제시하고 있는데, 각 영역은 만성질환의 관리 · 예방의 연속성이라는 주제를 충실히 반영하고 있다.

□ 영역 (1) 전 단계에 걸친 예방(Prevention across the continuum)

예방 영역에서의 정책방향으로 ①최신 국가 예방 전략의 수행과 지속적인 모니터링, ②공공정책 · 지역사회 전략 등 건강증진 환경을 조성하고 지원하는 정책에 대한 지지, ③만성질환 위험행동에 대한 건강메시지 제공(흡연, 신체 비활동, 불건강한 식이, 고위험 음주 등), ④대상 인구집단의 행동변화를 유발할 수 있는 건강메시지 제공, ⑤사회경제적으로 배제된 집단, 호주원주민 · 토레스 해협 제도 주민 등 건강에의 욕구가 높은 인구집단에 대한 적절한 예방 중재, ⑥건강을 증진하고 만성질환 이환 위험을 줄일 수 있는 모든 보건의료서비스에 대한 지원, ⑦만성질환 위험요인에 대한 모니터링 · 감시를 통한 근거기반 예방 중재 등이 제

시되고 있다(태아, 아동, 산모 대상 예방에 대한 내용은 생략)[9]. 각 정책방향을 살펴보면 전 생애주기에 걸쳐 개인의 건강 결과 혹은 건강 잠재력에 영향을 미칠 수 있는 모든 위험요인을 고려하고 있으며, 만성질환 이환 위험성이 높은 취약계층을 관심집단으로 포함시킨 점이 특징적이다.

□ 영역 (2) 조기 발견 및 조기 치료(Early detection and early treatment)

조기 발견 및 조기 치료 영역에서의 정책방향으로는 ①일차의료 활성화, ②고령자, 호주 원주민 · 토레스 해협 제도 주민, 사회경제적 취약계층 등 고위험군에 대한 조기 진단의 기회 증대, ③만성질환 고위험군의 관리 개선을 위한 환자 등록 및 상기 시스템(recall system) 사용 활성화, ④(근거기반 가이드라인 포함) 조기 진단 · 치료에 대한 효과 연구, ⑤만성질환 고위험군을 대상으로 한 건강위험요인 이해 증대 등이 포함되어 있다[10].

□ 영역 (3) 예방과 치료의 연속 · 통합 (Integration and continuity and care)

통합된 서비스란 환자중심 의료를 제공하기 위하여 보건의료 인력이 또 다른 전문 인력, 환자, 환자의 가족 및 간병인과 서로 협력하는 것을 의미한다. 그리고 이를 위한 향후 정책 방향에는 ①인구집단 건강수준 및 의료이용 데이터의 활용가능성 확대, ②전자 환자정보 시스템의 활용 지원, ③다학제적 치료의 계획 · 검토를 위한 재원 및 기반 지원, ④효과적인(통합) 일차의료서비스 네트워크 · 서비스 개발, ⑤서비스 제공자 및 지역사회에 대한 건강정보 접근 권한 확대, ⑥호주 국민 전체의 의료서비스 접근성 개선, ⑦진료의 질 개선을 위한 국가차원의 서비스 개선 프레임웍 실행, ⑧환자 의뢰, 사전 입원, 퇴원, 기타 전원 등의 과정 표준화, ⑨젊은 연령의 만성질환자와 그들의 가족이 가지고 있는 요구 파악, ⑩통합 진료에의 욕구가 높은 환자들을 위한 다학제적 진료계획 확대, ⑪만성질환 예방 및 관리의 질을 보장하기 위한 피드백 · 책무성 개선, ⑫건강결과와 삶의 질을 극대화하기 위한 적절한 의약품 사용 지원 등이 제시되고 있다[11].

□ 영역 (4) 자기관리(Self-management)

자기관리 영역에서의 향후 정책방향에는 ①능동적 자기관리 기회를 포착하기 위한 건강관리 시작 시점 파악, ②환자의 자기관리 지원을 위한 지식 · 기술 교육 및 훈련 지원, ③다학제적 관리 계획의 일환으로서 자기관리 이해(understanding), ④능동적 참여 권장과 참여 장애요인에 대한 연구 실시, ⑤호주 원주민 · 토레스 해협 제도 주민, 사회경제적 취약계층, 젊은 연령군 등 특정 집단에 적합한 자기관리 방법 개발 등으로 구성되어 있다[12].

9) National Health Priority Action Council(2006). National Chronic Disease Strategy, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
10) National Health Priority Action Council(2006) 위의 책. pp.23-25.
11) National Health Priority Action Council(2006) 앞의 책. pp.28-36.
12) National Health Priority Action Council(2006) 앞의 책. pp.38-40.

2) 만성질환 관리 프로그램

(1) 메디케어 프로그램

만성질환관리와 관계된 메디케어 프로그램 및 메디케어 수가 항목에는 진료 인센티브 프로그램(Practice Incentive Program, 이하 PIP), 만성질환관리(Chronic Disease Management, 이하 CDM) 프로그램, GP 정신건강 관리(GP Mental Health Care, 이하 GP MHC) 프로그램, 그리고 다양한 건강 관련 조사/(사정)평가 항목이 포함된다.

□ **진료 인센티브 프로그램(Practice Incentive Program, PIP)**

PIP는 질 높은 서비스를 제공하는 일반의 진료서비스에 재정적 인센티브를 부여하기 위하여 1998년에 도입되었다. 즉, 진료의 지속성, 질, 역량, 접근성 및 건강결과 개선을 위하여 행해지는 GP의 활동을 지원하는 제도로서[13], 행위별 수가제도의 제한점을 보완하며 GP에 대한 전통적 지불보상과는 별도로 추가 지불된다[14].

PIP 지불보상에 포함되는 영역으로는 정보관리, 교육, 시간 외 진료 등이 있으며, 당뇨병 혹은 천식 등의 만성질환자 대상 질환관리 프로그램 및 자궁경부 검진 프로그램에 대한 직접적인 서비스 인센티브(Service Incentive Payments, 이하 SIPs)를 포함하고 있다. SIPs는 등록 지불, 서비스 인센티브 지불(환자당), 서비스 결과 지불 등 세 가지

표 1. 호주 SIP에 대한 PIP 지불보상 사례

지불 유형	당뇨병	천식	자궁경부 검진
등록 지불 (Initial)	recall/reminder 시스템을 활용하여 당뇨병 환자 등록 (최초 1회)	정부에 데이터 제공을 동의한데 대한 "Sign-on" 지불 제공	정부에 데이터 제공을 동의한데 대한 "Sign-on" 지불 제공
서비스 인센티브 지불 (Service Incentive)	연 단위 진료 cycle 완료시 지불 (환자 일인당 연 1회 지불 가능)	연 단위 진료 cylce[15] 완료시 지불(경증~중증 환자대상, 환자 일인당 연 1회 지불 가능)	최근 4년 동안 자궁 세포진 검사를 받지 않은 20~69세 여성을 대상으로 한 자궁경부 검진에 대한 지불
결과 지불 (Service Outcome)	등록 환자의 2%만이 당뇨병으로 진단 받았으며, 해당 당뇨병 환자의 20%에게 진료 cycle 완료시 지불보상[16]	–	지난 30개월간 20~69세 연령 여성 환자의 70%에 대한 검진 완료시 지불

자료: http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/oatish-accreditation-manual_toc~sn6%3Aresources~pip 2015.07.19 인출; Australian Institute for Primary Care(2008). System reform and development for chronic disease management. p.25. table2.

13) Australian government department of human services(2013). Practice Incentive Program Guidelines-December 2013. p.2

14) 김계현 외(2011). 일차의료기관의 만성질환관리체계 구축방안 연구. p.78

15) 연 단위 진료 cycle에 포함되는 진료 내용으로는 시력검사, BMI 측정, 혈압측정, 자기관리 교육 제공, 식단관리, 신체활동관리, 흡연상태 확인, 의약품 복용 관리 등이 있음.

16) Medicare Australia(2011). Practice Incentive Program-Diabetes Incentive Guideline. pp.1-3.

요소로 구성되어 있으며, 당뇨병, 천식, 자궁경부 검진에 따른 각 지불보상 내용은 <표 1>과 같다.

또한 만성질환 이환 위험도가 높고, 서비스 접근성이 취약한 특정 계층(호주 원주민 · 토러스 해협 제도 지역 주민)을 위한 PIP 제도도 함께 운영하고 있다. 지불 유형은 Sign-on 지불, 환자등록 지불, 결과지불 등 기존 PIP의 구성과는 다소 차이를 가진다. Sign-on 지불은 진료당 $1,000의 지불보상이 이루어지며, 만성질환을 가진 호주 원주민 · 토러스 해협 제도 지역 주민을 대상으로 서비스 제공 개선을 위한 특화된 활동을 제공할 시 1회에 한해 지급된다. 환자등록 지불은 환자당 $250의 지불보상이 이루어지며, 15세 이상 만성질환 관리 프로그램에 등록된 호주 원주민 · 토레스 해협 제도 지역 환자들의 진료에 대해 환자 일인당 연 1회 지급된다. 마지막 건강결과 지불은 등록환자 진료에 대해 환자당 연1회 $100의 지불이 이루어지는 경우와, 등록환자 진료 다수(묶음)에 대해 환자당 연1회 $150의 지불이 이루어지는 경우 두 가지로 구성된다.[17]

□ 만성질환관리 프로그램(Chronic Disease Management Program, CDM program)

CDM 프로그램은 만성질환 환자의 복잡한 의료 욕구를 반영하기 위하여 기존 일차의료 프로그램(Enhanced Primary Care program, 이하 EPC

표 2. 호주 CDM 프로그램 특징

MBS 항목	내용
GPMP 준비	– 내용: 만성질환 혹은 생애말기 환자에 대한 진료계획 준비 • 환자에 대한 서류 평가, 관리계획 수립, 환자에게 요구되는 행동변화 파악, 제공 치료법 파악 • GP는 상황에 따라 처치 의사에게 도움 받을 수 있음. – 권고 청구횟수: 연 2회, 최소 청구횟수: 연 1회
TCA 준비 (조정)	– 내용: 만성질환 혹은 생애말기 환자에 대한 팀 진료 계획 및 준비, 또는 적어도 3개 이상의 서비스제공자로부터 서비스받기를 원하는 환자에 대한 팀 진료계획 및 준비 • TCA는 GPMP와 함께 활용될 수 있음. • GP는 상황에 따라 처치 의사에게 도움받을 수 있음. – 권고 청구횟수: 연 2회, 최소 청구횟수: 연 1회
GPMP 검토	– 내용: 환자의 GPMP에 대한 총괄적 검토 • GP는 상황에 따라 처치 의사에게 도움 받을 수 있음. – 권고 청구횟수: 6개월에 한 번, 최소 청구횟수: 3개월
TCA 검토	– 내용: 환자의 TCA에 대한 총괄적 검토 • GP는 상황에 따라 처치 의사에게 도움받을 수 있음. – 권고 청구횟수: 6개월에 한 번, 최소 청구횟수: 3개월

자료: http://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?type=note&q=A37&qt=noteID&criteria=GPMP%20review 2015.07.19 인출; Australian Institute for Primary Care(2008). System reform and development for chronic disease management. p.26. table3.

17) Medicare Australia(2010). Practice Incentive Program–Indigenous Health Incentive Guidelines Incentive Guideline. pp.2–5.

program)보다 더 확장된 메디케어 급여수가항목(MBS)을 포함하여 2005년에 도입되었다.

CDM 프로그램은 GP 단독 진료계획(GP Management Plan, 이하 GPMP), 다학제적 팀 진료계획(Team Care Arrangement, 이하 TCA) 등을 포함하고 있으며, 구체적인 내용은 <표 2>와 같다.

CDM 프로그램이 적용되는 환자는 일인당 최대 다섯 개의 보건의료서비스에 대해서 메디케어 할인 혜택을 받을 수 있다(단, 1년을 기준으로 하며, 지정된 의료진이 제공하는 서비스에 한함). 이때 종류에 관계없이 최근 6개월 이상 만성질환을 앓은 경험이 있으며, 이환 상태가 복잡하여 구조적 · 다학제적 접근이 요구되는 환자가 CDM프로그램의 대상자이다. 환자는 GPMP와 TCA에 의해 관리 받으며, GP의 권고에 따라 메디케어에 등록된 서비스 제공자로부터 적절한 보건의료서비스를 제공받을 수 있다[18].

메디케어에 등록된 서비스 제공자는 총 15개 유형(호주 원주민 대상 보건의료전문가, 청력전문가, 척추 지압사, 당뇨병 교육사, 영양사, 운동생리학자, 정신건강 간호사, 정신건강 사회복지사, 작업치료사, 접골사, 물리치료사, 족부 질환 전문가, 심리학자, 언어 병리학자)으로 구성되며, 환자의 의학적 필요도 및 선호에 따라 서비스 제공자가 결정된다[19].

실제 GPMP의 적용 사례를 살펴보면, (질환 판정 및 GPMP 권고) 최근의 건강 검사에서 당뇨병 판정을 받은 환자에 대한 GPMP 권고 → (GPMP 실시) GP가 해당 환자의 건강상태 및 의료욕구 파악, 환자 관리계획 및 목표에 대한 GP와 환자간 협의, 환자 자체적으로 혈당관리 · 식이조절 · 운동 실시 → (6개월 주기 GPMP 검토) 건강결과에 대한 주기적 관찰을 바탕으로 다음 6개월에 대한 GPMP 수립 등의 과정으로 진행되는 것으로 나타난다. TCA도 이와 마찬가지로, (TCA 권고) 현재 흡연 중이며, 만성폐쇄성폐질환을 앓고 있으며, 과거 GPMP의 경험이 있는 환자에 대한 TCA 권고 → (TCA 실시) 환자에게 가정용 호흡기설치를 도운 경험이 있는 지역사회 호흡기계 간호사 및 작업치료사의 재가서비스 제공에 대한 GP와 환자간 협의, 실제 서비스 실시 → (6개월 주기 TCA 검토) 환자의 건강결과에 대한 주기적 관찰을 바탕으로 6개월 주기 진료계획 수립의 과정으로 진행되는 것을 확인할 수 있다[20].

□ GP 정신건강 관리 프로그램(GP Mental Health Care Program, GP MHC program)

GP MHC 프로그램은 GP가 정신질환자를 조기에 중재 · 평가 · 관리하기 위하여 도입한 것으로, GP 외에도 정신과의사 · 심리학자 · 메디케어 등록 서비스 제공자에 의해 제공될 수 있다.

GP MHC 프로그램과 연계된 메디케어 등록 서비스에는 개인 혹은 집단을 대상으로 제공되는 각종 심리 테라피 · 서비스(임상심리학자, 정신과의

18) Australian government department of human services(2014). Chronic disease management individual allied health services under medicare patient information. p.1.

19) Allied Health Professions Australia(2010). Chronic Disease Management.

20) Commonwealth of Australia(2011). GP CHRONIC MANAGEMENT Medicare items For people with a chronic(or terminal) medical condition.

사 · 작업치료사 · 사회복지사 제공)가 있다.

GP MHC 프로그램을 이용하는 환자는 연간 최대 12회의 개인/집단 정신건강 서비스를 받을 수 있다. 서비스를 제공한 전문가는 치료시작 6개월 후 혹은 치료완료 후 치료보고서와 함께 해당 환자를 담당 GP에게 재의뢰해야 하며, 이는 CDM 프로그램과 매우 유사하다[21].

□ **성인 대상 건강 검사 / (사정)평가 · 예방서비스**

위의 여러 프로그램 외에도 노인을 대상으로 하는 건강 검사/(사정)평가, 장애를 가진 성인 · 외국인거주자 · 45~49세 연령군을 대상으로 한 예방서비스가 메디케어 수가 항목에 일부 추가되어 있다. 대부분 만성질환의 예방 및 관리와 연관되어 있으며, 특히 45~49세 연령군에 대한 예방역량 강화와 조기 중재에 초점이 맞춰져 있다. 단, 서비스를 이용하기 위해서는 다소 제약이 있는데, 그 예로 45~49세 성인이 건강검사를 받기 위해서는 적어도 하나 이상의 만성질환 위험요인을 가지고 있다고 판정받아야 한다.

(2) 주정부 프로그램

빅토리아 보건부는 CCM을 기반으로 한 만성질환관리 통합모델 제공을 위하여 기존의 병원 및 지역사회 보건서비스 플랫폼을 활용하고 있다. 관련 주요 프로그램으로는 병원 입원 위험관리 프로그램(Hospital Admission Risk Program), 만성질환관리 조기 중재 프로그램(Early Intervention in Chronic Disease) 등이 있으며, 환자의 요구에 의해 해당 프로그램들이 통합적으로 제공되기도 한다.

퀸즈랜드 보건부는 다양한 유형의 서비스 간 통합 · 조정의 내용을 포함하고 있는 "만성질환관리를 위한 퀸즈랜드 전략 2010~2015년"을 수립하였다. 실천 활동에는 다학제적 만성질환관리팀 운영, 외래 영역에서의 통합치료 모델 적용, 일차의료 중심의 만성질환관리 등이 포함되어 있다.

뉴사우스웨일즈 또한 만성질환관리의 통합 · 조정, 다양한 영역 · 서비스 제공자 간 연계에 대한 내용이 담긴 "뉴사우스웨일즈 만성질환관리 프로그램"을 채택하고 있다.

(3) 지역사회 관리 서비스

포괄적인 만성질환관리를 위해서는 환자의 선호도가 높은 지역사회 기반 서비스에 대한 논의를 빠트릴 수 없다. 주요 지역사회 관리 프로그램에는 재가 · 지역사회관리(Home and Community Care, HACC) 프로그램, 지역사회 노인 종합(Community Aged Care Packages, CACPs) 프로그램, 노인 재가(확장)(Extended Aged Care at Home, EACH) 프로그램, 그리고 재향군인 재가(Veterans Home Care, VHC) 프로그램 등이 있다. 프로그램은 사정(평가) · 사례관리 · 진료계획 · 간호서비스 및 보건의료서비스 · 식사지원 · 생필품 보급, 거주 · 교통수단 지원, 상담지원, 정보제공 등의 내용을 포함한다.

(4) 만성질환 관리 프로그램 간 상호작용

위에서 언급하였던 CDM과 SIP, GP MHC는 메디케어 제도 내에서 만성질환을 효과적으로 관

21) Australian Institute for Primary Care(2008). 위의 책. p.28.

리하고자 도입된 프로그램이라는 공통점을 가지고 있다. 그러나 서비스 간 복잡한 상호작용이 존재하고 환자가 처해있는 상황에 따라 유리한 프로그램이 달라지므로, 상황과 조건에 맞는 프로그램의 선택이 필요하다.

그 예로 천식만 앓고 있는 환자의 경우, 12개월 내에 GPMP 준비와 SIP를 연달아 이용하는 것이 권장되지 않는다. GPMP 준비와 SIP 모두 계획과 사정평가 과정이 요구돼, 두 프로그램이 서로 중첩되는 기간이 발생할 수 있기 때문이다. 단, 천식을 포함하여 둘 이상의 만성질환을 가지고 있는 환자라면, 12개월 간격으로 두 프로그램을 연달아 이용하는데 전혀 문제가 없다.

반면 당뇨병의 경우, SIP에 계획 과정이 요구되지 않아 동일 질환이더라도 12개월 이내에 GPMP 준비 및 SIP의 중복 청구가 가능하다. 단, GPMP 검토 및 SIP 모두 검토 과정을 포함하고 있으므로 둘 간 중복 청구는 불가하다.

다른 만성질환 없이 정신질환만을 가지고 있는 환자의 경우, CDM보다는 GP MHC 프로그램을 적용하는 것이 더 효과적이라는 보고가 있다. 물론 정신질환과 다른 만성질환을 동시에 가지고 있는 경우 GPMP와 GP MHC 프로그램을 동시에 적용할 수 있다. 복합 이환되어 있는 질환이 많은 경우에도 GPMP와 TCA, GP MHC 프로그램을 통합적으로 제공하는 것이 가능하다.

표 3. 주 단위 CDM 전략

Strategy \ State	Victoria	South Australia	Western Australia	Queensland	New South Wales	Tasmania
만성질환 관리를 위한 지역 협진 체계 수립	V	V			V	V
울혈성 심부전으로 인한 재입원 방지를 위한 지원 프로그램	V				V	
만성폐쇄성폐질환으로 인한 재입원 방지를 위한 지원 프로그램	V		V	V	V	
만성질환자 가정 방문 진료	V		V		V	
만성질환자의 입원 방지를 위한 위험예측 프로그램	V					
환자 평가 및 진료계획의 공유	V					
자기관리 지원	V	V	V	V	V	V
만성질환 관리를 위한 협력	V	V		V	V	
정보제공 및 의사소통 시스템	V	V		V	V	V

자료: European Observatory(2008). Managing chronic conditions–experience . p.139. table 8.1 발췌

한편 메디케어 만성질환 관리 프로그램(특히 TCA)과 지역사회 관리 서비스 간에는 서비스 의뢰 및 서비스 지불보상 측면에서 직접적인 연관성이 적은 것으로 나타난다.

3) 만성질환 관리를 위한 전략과 성과

호주 주정부에서는 효과적 만성질환관리(CDM)를 위하여 지역 내 협진체계를 갖추는 것 외에도 외래 민감성질환의 재입원 방지, 만성질환자를 대상으로 한 가정방문 진료, 환자 자기관리를 위한 지원 및 정보제공 · 의사소통 시스템 구축 등 다양한 전략을 실시하고 있다.

특히 호주 6개 주 전체에서 실시하고 있는 것으로 나타난 자기관리 지원(self-management support)은 국가 만성질환 관리전략(NCDS)의 주요 실천 영역이자 CDM 프로그램을 구성하는 주요 내용으로, 정부에서도 정책적 · 전략적 우선순위를 높게 두고 있는 것으로 판단된다.

만성질환관리 정책의 효과성을 살펴본 체계적 문헌고찰 연구에 따르면, 자기관리 지원 정책이 '관리 과정' 및 '건강 결과' 두 측면 모두에서 효과가 있는 것으로 나타났다. 질환별로는 당뇨병과 고혈압에서의 효과가 가장 높은 것으로 밝혀졌고, 관절염에서는 약간의 효과가, 천식과 만성폐쇄성 폐질환에서의 효과는 거의 근거가 없는 것으로 나타났다.

자기관리 지원은 거의 모든 CDM 프로그램이 포함하고 있는 '환자진료 계획'과 통합 제공될 때 그 효과가 배가될 수 있다. 또한 환자로부터 얻은 건강 정보와 보건의료 전문가의 근거기반 가이드라인을 서로 종합하여 자기관리를 지원할 때 효과가 더욱 높아진다[22].

위의 <표 3>에서 두 번째로 정책적 참여도가 높은 것으로 나타난 '정보제공 및 의사소통 시스템'은 진료계획 준비 · 검토시 환자와 GP가 서로 정보를 공유하고 협의해나가는 CDM 프로그램의 기본이 되는 내용이다.

'정보제공 및 의사소통 시스템'의 효과성에 대한 체계적 문헌고찰 결과, 자기관리와 마찬가지로 과정 및 결과 측면에서의 효과가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로, 근거기반 가이드라인 및 환자와 보건의료 전문가 간 교육적 만남은 환자의 긍정적 건강결과를 가져오는데 도움이 된다고 확인되었다. 또한 건강결과와 그에 따른 피드백을 제공하는 의사소통 시스템은 만성질환자가 규칙적으로 진료 계획을 따르는데 도움이 되는 것으로 나타났다. 더불어 양질의 진료 데이터는 GP가 스스로의 진료 질을 모니터링 할 수 있는 근거로도 활용될 수 있다[23].

3. 나가며

이 글에서 검토한 호주의 만성질환관리 체계는 일차의료를 중심으로 한 예방 및 조기 진단 · 조기 치료를 주축으로, 질병 단계별 · 진료 영역별 다학제적 통합 시스템을 구축하고 있었다. 또한 근거에 기반한 프로그램 구성으로 만성질환 관리 과정 및

22) Sarah M Dennis et al(2008). Chrinic disease management in primary care: from evidence to policy. MJA. 188(8), S54.
23) Sarah M Dennis et al(2008). 위의 책. S55.

결과의 질을 높이고 있었으며, 이는 국내 만성질환 관리에 여러 시사점을 던진다.

첫째, 자기관리에 대한 적극적 지원이다. 호주는 CDM 프로그램이라는 제도적 장치를 활용하여 환자가 질병 예방 · 관리 계획 및 진료 과정에 적극적으로 참여하고, 의료진들과 능동적으로 의사소통할 수 있는 기반을 마련하고 있었다. 환자 스스로 본인의 건강상태를 파악하고, 전문가의 지원을 받아 치료법 및 서비스 제공자에 대하여 의사결정 하는 것은 환자='질병 관리의 주체'로서 역할하는 것이라 볼 수 있다. 흔히 병원에서 의료진과의 불평등한 의사결정 구조로 마찰을 빚는 국내 상황과는 상반된 모습이다.

둘째, 정보공유 시스템의 적극적인 활용이다. GP와 다른 보건의료 전문가 간 환자 정보 공유는 다학제적 관리를 유연하게 한다. 또한 의료진과 환자 간 정보 공유는 환자가 직접 건강상태를 파악하고, 진료의 계획 및 검토를 가능하게 한다. 현재 국내에서도 국민건강보험공단 빅데이터를 활용한 환자정보 공유 플랫폼이 시범사업 중이나, 의료진-환자 간 정보공유 및 제공, 관련 정보를 기반으로 한 자기관리 지원 활성화를 위해서는 추가적인 노력과 개선이 필요하다.

셋째, 만성질환 관리 지불보상제도의 적용이다. 만성질환자의 등록 및 등록 환자의 건강결과에 따라 지불보상이 이루어지는 SIPs, GP 관리 및 다학제적 관리에 대한 계획 준비 · 검토 시 지불보상이 이루어지는 CDM 프로그램 등은 환자와 의료진 모두에게 만성질환 관리를 적극적으로 해야 할 동기를 부여한다.

넷째, 고위험군에 대한 고려이다. 호주는 원주민 · 토레스해협 제도 거주민과 같은 사회적 취약계층뿐만 아니라 노인, 장애인 등 만성질환 이환 위험이 높은 집단을 대상으로 한 만성질환 관리 프로그램이 활성화되어 있었다. 또한 그에 따른 지불보상제도를 별도로 마련해, 서비스 제공자들의 적극적인 참여를 유도하고 있었다. 더불어 노인, 장애인, 재향군인 등 관리의 집중이 필요한 집단을 대상으로 하는 지역사회 관리 프로그램을 구성 · 제공하고 있었으며, 복합질환 이환 위험성이 높은 정신질환자에 대해서는 CDM 프로그램과 GP MHC 프로그램을 통합적으로 제공하는 것을 허용하여 질환관리의 질과 효과를 높이고 있었다.

다섯째, 일차의료 중심의 다학제적 진료의 지원이다. 환자는 GP로부터 주기적인 건강검사 및 기본 진료를 받으며, 필요시 GP와 보건의료 전문가 간 협업체계 아래 의료서비스를 제공받을 수 있다. 이는 관습적으로 제공하는 것이 아닌 국가 프로그램(TCA)으로 제도화되어 있는 것으로, 환자와 의료진 모두의 참여와 지속성을 높인다. 또한 통합적인 서비스 제공과 환자의 의료욕구 충족이라는 두 가지 목표 달성을 가능하게 한다.

국가를 아우르는 철학, 보건의료전달체계, 재원 등에 따라 정책의 구조와 내용이 달라질 수는 있으나 오늘날 심각성이 더해지고 있는 만성질환의 효과적인 관리는 국가에 관계없이 공통된 정책목표라고 생각된다. 만성질환 관리를 위한 투입 · 과정 · 결과 측면에서 우리나라와 다른 모습을 보여주고 있는 호주의 사례는 미시적으로는 만성질환 관리 사업의 구성 요소 및 내용에 대한 정보에 관하여, 거시적으로는 전체 보건의료전달체계 및 거버넌스, 지불보상제도에 대한 의미있는 시사점을 던져준다.