

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

□ 출장목적

제4차 의료급여 3개년 기본계획 수립을 위해 호주 Medicare 단일체계와 concession card 기반 차등 보호 구조를 분석하고, 건강보험-의료급여 간 연계 및 취약계층 보호 강화 방안 도출을 위한 전문가 면담 및 현지 사례 조사

□ 과제명

제4차 의료급여 3개년 기본계획 수립연구

□ 출장기간

2026. 3. 28.(토) ~ 2026. 4. 4(토)

□ 출장국가(도시)

오스트레일리아 (Sydney)

□ 출장자

신현용 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원

□ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	주요 활동상황
3.28.	오스트레일리아 (Sydney)	-	-	○ 인천(ICN) 18시55분 출국 ○ 시드니(SYD) 3.29. 6시55분 입국
3.29.	오스트레일리아 (Sydney)	-	-	○ 인천(ICN) 18시55분 출국 ○ 시드니(SYD) 3.29. 6시55분 입국
3.30.	오스트레일리아 (Sydney)	NSW Ministry of Health	Ben Smith, Eui-Soo Choi(NSW Ministry of Health), Zac Kostesic(Departm ent of Social	○ population classification 기반 저소득층 취약계층 의료보장 대상자 분류·관리체계를 주제로 한 워크숍 수행, 호주 의료보장 운영 경험 공유와 함께 한국 의료급여 대상자 선정·관리 및 데이터 기반 정책설계 고도화 방안 논의

			Services), Paul Halloran, Jodette Kotz(Department of Health and Disability)	
		NSW Ministry of Health	Grant Sara (University of Sydney)	○ 정신질환 저소득층 취약계층의 장기 입원 사례관리 및 지역사회 연계 방안 공유, 정신건강 영역 의료이용 관리 경험을 통한 의료급여 정신건강 서비스 전달체계 개선 시사점 논의
3.31.	오스트레일리아 (Sydney)	NSW Ministry of Health	Natalie Wilson, Kate Jackson (Agency of Clinical Innovation)	○ Telestroke 운영 사례를 중심으로 원격의료 기반 필수의료 접근성 강화 모델 공유, 농어촌 저소득층 취약계층 의료접근성 개선 경험을 통한 의료급여 원격의료 적용 가능성 논의
		Service Australia Chatswood Service Centre	Trent Newton, Donna Fletcher, Angela Hii (Service Australia)	○ Medicare 카드 및 concession card 자격 판정 기준을 중심으로 저소득층 취약계층 의료보장 대상자 선정 및 자격관리 체계 공유, 의료급여 대상자 선정·관리 제도 개선을 위한 시사점 논의
4.1.	오스트레일리아 (Sydney)	NSW Ministry of Health	Amith Shetty (NSW Ministry of Health)	○ 저소득층 취약계층의 응급실 방문 사례를 중심으로 응급의료 이용 패턴과 관리 전략 공유, 과밀화 완화 및 적정 이용 유도 경험을 통한 의료급여 응급의료 이용관리 시사점 논의
		Nous Group	Jim Pearse, Deniza Mazevska (Nous Group)	○ 의료데이터 수집 및 가격 산정 프로세스를 중심으로 급여수가 결정 구조와 근거기반 보상체계 운영 사례 공유(Independent Health and Aged Care Pricing Authority), 저소득층 취약계층 대상 의료보장 재정관리 경험을 통한 의료급여 수가체계 및 재정관리 고도화 방안 논의
4.2.	오스트레일리아 (Sydney)	NSW Ministry of Health	Clara Choi (St Vincent's Hospital)	○ 응급실 내 사회취약계층 환자 관리 및 의료-사회서비스 연계 운영 사례를 중심으로, 응급의료 단계에서의 통합적 사례관리 체계와 지역사회 연계 방식 공유
4.3.	오스트레일리아 (Sydney)	Jay Medical Centre	Hajeong Lee (Jay Medical Centre)	○ General Practice 기반 1차의료 이용 및 정책모형 운영 사례 공유, 저소득층 취약계층 의료이용 패턴 분석

				경험을 통한 의료급여 이용관리 정책 설계 시사점 논의
4.4.	대한민국(인천)	-	-	○ 시드니(SYD) 8시55분 출국 ○ 인천(ICN) 17시35분 입국

2 출장 주요내용

①	출국
일 시	2026.3.28.(토) ~ 2026.3.29.(일)
장 소	한국(인천) → 오스트레일리아(SYD)
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원
시드니(SYD 공항) 입국	
②	
일 시	2026.3.30.(월) 10:00-11:00
장 소	NSW Ministry of Health
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Ben Smith, Eui-Soo Choi(NSW Ministry of Health), Zac Kostesic(Department of Social Services), Paul Halloran, Jodette Kotz(Department of Health and Disability)
<input type="checkbox"/> Population Classification 기반 의료보장 대상자 분류·관리체계 <ul style="list-style-type: none"> ○ Concession Card 기반 대상자 분류 및 보호 구조 <ul style="list-style-type: none"> - 호주는 Concession Card를 중심으로 연령·소득·수급 여부를 결합한 다층적 대상자 분류체계를 운영하고 있음. - Commonwealth Seniors Health Card는 약 150만 명 규모로, Age Pension 기준을 초과하나 일정 소득 이하 고령층을 대상으로 하는 대표적 near-eligible 집단 보호 수단임. - 단일 기준에 따른 자격 판정이 아닌 단계적 보호체계를 통해 제도 사각지대를 최소화하는 구조로 운영됨. 	
Concession Card (호주 저소득층 대상 의료·복지 지원 카드) <ul style="list-style-type: none"> ○ (기능) 저소득층, 고령층, 취약계층을 대상으로 의료비, 의약품, 공공요금 등 다양한 비용 부담을 경감하기 위한 통합적 지원 수단임. Medicare와 연계하여 본인부담을 낮추고, PBS 약제비 지원 등 의료보장 접근성을 강화하는 역할 수행. ○ (구조) 호주 정부(Department of Social Services, Services Australia 등)가 소득, 연령, 수급 여부 등을 기준으로 대상자를 선정하여 카드 형태로 자격을 부여하는 구조임. 단일 제도가 아닌 다양한 	

유형의 카드로 구성되어 대상자 특성별 차등 지원 체계 운영.

○ (주요 유형)

- Health Care Card: 저소득층 및 실업자 등 일반 취약계층 대상
- Pensioner Concession Card: 연금 수급자 대상(고령·장애 등)
- Commonwealth Seniors Health Card: 연금 수급 기준 초과 고령층(near-eligible) 대상

○ (운영 특징)

- 소득 기준 초과 시에도 일정 기간 자격을 유지하는 buffer period 운영
- 단절적 자격 배제가 아닌 단계적 보호 구조를 통해 제도 이탈 최소화
- 의료뿐 아니라 교통, 공공요금, 의약품 등 생활 전반 비용 지원과 연계

○ (역할)

- 취약계층의 의료 접근성을 보장하는 핵심 수단으로 기능하며, 특히 near-eligible 집단까지 포괄하여 제도 사각지대를 완화함. 동시에 근로 및 소득 증가에 따른 불이익을 최소화하여 경제활동 유인을 유지하는 정책적 장치로 작동함.

○ 자격관리 및 soft threshold 적용

- 소득 기준 초과 시에도 약 6~12주간 기존 자격을 유지하는 buffer period를 운영하여 자격 탈락에 따른 급격한 재정충격을 완화함.
- 이러한 soft threshold 구조는 근로 및 소득 증가 유인을 저해하지 않으면서 제도 이탈을 방지하는 정책적 장치로 작동함.

□ Medicare Safety Net 운영 및 재정관리

○ 제도 운영 구조

- Extended Medicare Safety Net(EMSN)은 본인부담금이 일정 기준을 초과할 경우, 실제 진료비와 MBS 수가 간 차액의 80%를 지원하는 구조로 운영됨.
- 기존 Medicare Safety Net 대비 EMSN의 실질적 재정 효과가 크며, 고액 의료비 부담 완화를 위한 핵심 제도로 기능함.

○ 공급자 행태 및 정책 대응

- 환자가 threshold에 도달한 이후 일부 의료공급자가 진료비를 인상하는 행태가 나타나 정부 재정지출 증가 문제 발생함.
- 이에 대응하여 특정 MBS 항목에 대해 benefit cap을 도입하여 과도한 비용 증가를 억제함.
- 다만 일부 공급자가 상한이 적용되지 않는 유사 항목으로 진료를 전환하는 등 정책 회피 행태가 확인됨.

○ 수가 상한 설정 체계

- 수가 상한(cap)은 Centre for Health Economics Research and Evaluation에서 개발한 방법론을 기반으로 설정됨.
- 일반적으로 MBS 수가 대비 약 3배 수준에서 상한이 설정되어 재정 부담과 공급자 유인을 동시에 고려한 구조임.

□ PBS Safety Net 기반 약제비 지원체계

○ 제도 운영 원리

- PBS Safety Net은 환자의 누적 약제비 지출 수준에 따라 정부 지원을 확대하는 구조로 운영됨.
- 기본적으로 PBS 급여체계를 기반으로 하며, 일정 수준 초과 시 추가 지원이 이루어짐.

○ 이용자 선택 및 비용부담 구조

- 동일 성분의 제네릭 의약품이 존재함에도 고가 브랜드 의약품을 선택할 경우, 정부는 기준가격까지만 지원하고 초과 비용은 환자가 부담함.
- 이를 통해 이용자의 선택권을 유지하면서도 비용 효율적 의약품 선택을 유도하는 구조를 형성함.

□ 정책적 시사점

- soft threshold 기반 자격관리 체계
 - Concession Card 및 PBS 제도는 완전한 자격 배제 대신 부분적 보호를 유지하는 soft threshold 구조를 적용함.
 - 이를 통해 자격 탈락에 따른 급격한 부담 증가를 방지하고 제도 수용성을 제고하는 정책 설계 특징 확인됨.
- 공급자 행태 대응의 중요성
 - Medicare Safety Net 사례에서 나타나듯 공급자는 정책 변화에 따라 가격 및 진료 행태를 조정하는 경향이 존재함.
 - 이에 따라 지불제도 설계 시 항목 구조, 가격 규제, 행태 모니터링을 통합적으로 고려할 필요 있음.
- 근거 기반 정책설계 체계
 - CHERE와 같은 전문기관이 수가 설정 및 정책 설계에 참여하여 근거 기반 의사결정을 지원하는 구조가 확립되어 있음.
 - 이는 정책 효과성과 재정 건전성을 동시에 확보하기 위한 핵심 요소로 작용함.
- 형평성·재정·행태 유인 간 균형
 - 호주 의료보장 체계는 형평성(접근성), 재정 지속가능성, 이용자 및 공급자 행태 유인을 동시에 고려한 정책 설계 구조를 갖추고 있음.
 - 한국 의료급여 제도에서도 대상자 선정, 자격관리, 지불체계 전반에 걸쳐 이러한 균형적 접근이 필요함.

③	
일 시	2026.3.30.(월) 14:30-16:00
장 소	NSW Ministry of Health
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Grant Sara(University of Sydney)

□ 정신질환 취약계층(중증·고위험군) 장기입원 관리 및 지역사회 연계체계

- 정신건강 서비스 전달체계 변화
 - 과거 호주는 독립형 정신병원 중심(institution-based)으로 정신건강 서비스를 제공하였으나, 점진적으로 급성기 병원 및 지역사회 중심 체계로 전환됨.
 - 현재 NSW 기준 약 2,400개 병상 규모를 유지하고 있으며, 12개월 이상 장기입원 환자는 약 200명 수준으로 관리되고 있음.
 - 단순 병상 축소가 아닌 지역사회 기반 서비스 확충을 병행한 혼합형(mixed) 전달체계로 발전함.
- 지역사회 중심 정신건강 서비스 운영
 - Community Mental Health 서비스는 조현병, 중증 기분장애 등 중증·복합 질환자를 주요 대상으로 설계되어 있음.
 - 경증·중등도 정신질환은 일반적으로 GP 중심 1차의료에서 관리되는 구조로 역할이 구분됨.
 - 서비스는 지역 보건기관 또는 환자 가정에서 제공되며, 중증도에 따라 하루 수회 방문 등 집중관리도 수행됨.

- 임상적 triage 시스템을 통해 수요를 관리하고, 긴급 사례는 신속 대응 체계를 통해 우선 처리함.
- 주거지원 및 사회서비스 연계체계
 - HASI(Housing and Accommodation Support Initiative)를 통해 장기입원이 필요한 환자에게 주거 기반 지원과 기능 회복 서비스를 제공함.
 - 서비스는 정부가 재원을 지원하고 NGO가 수행하는 위탁 구조로 운영됨.
 - 중증·복합 환자의 경우 National Disability Insurance Scheme(NDIS)을 통해 장기 돌봄 및 사회적 지원이 제공됨.
 - 보건의료(임상서비스)와 사회·기능 지원(NDIS, NGO) 간 역할이 명확히 분리된 구조를 갖추고 있음.

HASI (Housing and Accommodation Support Initiative)

- (기능) 정신질환으로 인해 독립적 생활이 어려운 환자를 대상으로 주거지원과 일상생활 기능 회복 서비스를 제공하는 지역사회 기반 프로그램임. 장기입원 대체 및 지역사회 정착 지원을 주요 목적으로 함.
- (구조) 주정부가 재원을 지원하고 비영리기관(NGO)이 서비스를 제공하는 위탁 운영 구조임. 보건의료기관과 협력하여 대상자 선정 및 서비스 연계를 수행함.
- (운영 형태) 개별 환자의 기능 수준에 따라 주거 제공, 사례관리, 생활지원 서비스가 통합적으로 제공되며, 장기적 관점에서 지속 관리가 이루어짐.
- (역할) 병원 중심 치료에서 지역사회 중심 관리로 전환하는 핵심 인프라로 기능하며, 재입원 감소 및 사회복귀 촉진에 기여함.

- 정신건강 의료이용 및 국제 비교
 - 호주는 지역사회 중심 관리체계를 기반으로 병상 의존도를 낮추고 있으며, 한국 대비 인구당 정신과 병상 수는 약 1/3 수준임.
 - 이는 장기입원 중심 구조와 지역사회 기반 관리체계 간 정책적 차이를 보여주는 사례임.
- 데이터 기반 정신건강 관리체계
 - 자살 관련 데이터를 지역 단위(Local Health District)로 세분화하여 제공하는 모니터링 체계를 운영함.
 - 이를 통해 지역 단위에서 발생률을 추적하고 고위험 지역을 식별하여 맞춤형 개입 전략을 수립함.
 - 인구집단 수준 데이터를 실제 서비스 개입으로 연결하는 데이터 기반 정책 운영 구조가 확립되어 있음.

□ 정책적 시사점

- 탈시설화 기반 전달체계 재설계
 - 호주는 단순 병상 축소가 아닌 지역사회 서비스, 주거지원, 장애지원 재원을 결합한 구조적 탈시설화를 추진함.
 - 한국 역시 장기입원 축소와 함께 지역사회 기반 관리 인프라 확충이 병행될 필요 있음.
- 중증 중심 서비스 타겟팅
 - Community Mental Health 서비스는 중증 환자에 집중하고, 경증 환자는 1차의료에서 관리하는 역할 분담 구조를 갖춘.
 - 의료급여 정신건강 서비스에서도 대상자별 차등화된 관리체계 설계 필요성 제기됨.
- 보건·복지·장애 영역 간 연계
 - 보건의료, 주거, 장애지원(NDIS), NGO 간 명확한 역할 분담과 협력체계가 구축되어 있음.
 - 한국에서도 의료급여, 정신건강복지, 돌봄서비스 간 통합적 연계체계 구축 필요함.
- 데이터 기반 지역 책임성 강화
 - 자살 등 주요 지표를 지역 단위로 관리하고, 이를 기반으로 서비스 개입을 설계하는 체계가 운영됨.

- 의료급여 및 정신건강 정책에서도 지역 단위 데이터 기반 책임성과 정책 실행력 강화 필요성 제기됨.	
④	
일 시	2026.3.31.(화) 10:00-11:00
장 소	NSW Ministry of Health
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Natalie Wilson, Kate Jackson(Agency for Clinical Innovation)
<p>HASI (Housing and Accommodation Support Initiative)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (기능) 중증 정신질환자가 병원 퇴원 이후 지역사회에서 생활할 수 있도록 비임상적 생활지원 및 회복 지원을 제공하는 프로그램임. ○ (구조) NSW Health와 NGO가 협력하여 운영하며, 임상 치료는 별도의 정신건강 서비스에서 제공됨. ○ (특징) 의료서비스가 아닌 생활·기능 중심 지원으로, 병원 치료와 분리된 보완적 체계로 운영됨. ○ (역할) 재입원 감소, 지역사회 정착, 기능 회복을 지원하며 고위험군 환자의 장기입원 대체 수단으로 활용됨. <ul style="list-style-type: none"> ○ 장애지원체계(NDIS)와의 역할 분담 <ul style="list-style-type: none"> - 중증·지속적 기능장애 환자는 NDIS를 통해 장기적 지원을 받는 구조임. - 보건의료는 치료 중심, NDIS는 생활·기능 지원 중심으로 역할이 명확히 구분됨. - 이는 의료와 복지 재정을 분리하면서도 연계하는 구조로 운영됨. <p>□ 정책적 시사점</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 의료급여 고위험군 관리모델 <ul style="list-style-type: none"> - 호주 사례는 “취약계층 일반”이 아닌 고비용·고위험 환자 집중관리 모델로 이해하는 것이 타당함. - 의료급여에서도 장기입원 정신질환자 등 고위험군에 대한 집중관리 체계 필요성 제기됨. ○ 장기입원 → 지역사회 전환 구조 <ul style="list-style-type: none"> - 병원 중심 관리에서 지역사회 기반 관리로 전환하되, 주거·사례관리 인프라 병행 필요함. ○ 의료-복지-장애 재정 분리·연계 <ul style="list-style-type: none"> - 치료(건강보험)와 생활지원(복지)을 분리하면서 연계하는 구조 설계 필요함. 	
⑤	
일 시	2026.3.31.(화) 14:30-15:30
장 소	Service Australia Chatswood Service Centre
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Trent Newton, Donna Fletcher, Angela Hii(Service Australia Chatswood Service Centre)
<p>□ 의료보장 대상자 자격관리 및 서비스 제공체계</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 자격관리 연계형 대민 서비스 제공 구조 <ul style="list-style-type: none"> - 호주는 Medicare 및 Concession Card 자격관리와 연계하여, Services Australia를 중심으로 대민 서비스 제공체계를 운영하고 있음. - 현장 서비스센터는 단순 행정창구가 아닌, 자격 판정·변경·상담 등 의료보장 접근을 지원하는 전면 	

창구(frontline service delivery hub)로 기능함.

- 특히 오프라인 서비스는 디지털 신청이 어려운 취약계층을 대상으로 보완적 접근 경로를 제공하는 역할 수행함.
- 수요 유형별 서비스 흐름 관리체계
 - 사전예약 고객과 방문 고객을 명확히 구분하여 운영하는 이원화된 서비스 구조를 갖추고 있음.
 - 예약 고객은 별도의 공간에서 민감 정보 상담이 가능한 개별 상담실을 이용하며, 복잡한 자격판정 및 상담 업무를 수행함.
 - 방문 고객은 번호표 기반 대기 시스템을 통해 순차적으로 서비스를 제공받는 구조로 운영됨.
 - 이러한 수요 분리는 혼잡 완화 및 대기시간 감소 등 서비스 효율성을 제고하는 핵심 설계 요소로 작용함.
 - 온라인 신청 확대에 따라 오프라인 방문 수요는 감소하는 추세이나, 취약계층 중심의 필수 채널로 유지되고 있음.
- 취약계층 접근성 및 포용성 강화 체계
 - 청각장애인을 위한 전용 상담 공간 및 Auslan(수어) 통역 서비스를 제공하여 의사소통 접근성을 보장함.
 - 다언어 이용자를 위해 전화 통역 서비스를 운영하여 언어장벽으로 인한 서비스 이용 제한을 최소화함.
 - 이러한 접근성 강화 장치는 정보 취약계층의 자격신청 및 서비스 이용 과정에서 발생할 수 있는 제도 접근 격차를 완화하는 기능 수행함.
- 고위험 민원 대응 및 서비스 안정성 확보
 - 서비스센터 내 보안요원 배치 및 직원별 비상호출 장치(duress alarm)를 설치하여 물리적 안전을 확보함.
 - 상담 직원은 정기 교육을 통해 공격적 민원인, 정신적 고통 상태의 이용자(예: 가정폭력 피해자 등)에 대한 대응 역량을 강화함.
 - 이는 취약계층 대상 서비스 제공 과정에서 발생할 수 있는 갈등 및 위험 상황을 관리하기 위한 운영체계로 기능함.
- 정책적 시사점
 - 자격관리 중심 게이트웨이 기능 강화
 - 호주는 Services Australia를 중심으로 의료보장 및 복지 자격관리와 대민서비스를 통합적으로 제공하는 구조를 갖추고 있음.
 - 이용자는 단일 창구를 통해 제도 신청·상담을 수행하고, 필요 시 지역 내 다양한 서비스로 연계되는 구조로 운영됨.
 - 의료급여에서도 대상자 자격관리와 서비스 연계를 연결하는 '게이트웨이 기능'을 강화할 필요 있음.
 - 취약계층 대상 서비스 연계 기능 고도화
 - 호주는 자격관리 기관이 지역사회 보건·복지 자원과의 연결 기능을 수행하여, 이용자가 개별 서비스를 직접 탐색하지 않도록 지원함.
 - 이는 제도 간 물리적 통합이 아닌, 서비스 연계를 통한 접근성 확보 방식으로 작동함.
 - 의료급여 대상자의 경우 복합적 욕구를 가지는 경우가 많으므로, 자격관리 단계에서 서비스 연계까지 포함한 통합적 지원체계 구축 필요함.
 - 통합창구 기반 접근성과 기능 분화의 병행
 - 한국은 행정복지센터 중심의 통합창구를 통해 접근성을 확보하고 있으며, 이는 취약계층 이용 측면에서 강점으로 작용함.
 - 호주는 기능적으로는 분리되어 있으나, Services Australia를 중심으로 이용자 관점에서는 단일 접근경로를

제공하는 구조를 갖추고 있음.

- 의료급여 전달체계는 통합장구 기반 접근성을 유지하면서도, 전문 서비스로의 연계 기능을 강화하는 방향으로 설계될 필요 있음.
- 고위험군 대상 사례관리 및 연계 기능 강화
 - 호주는 단순 자격관리에서 나아가, 취약계층을 지역사회 서비스로 연결하는 기능을 통해 정책 효과성을 제고하고 있음.
 - 특히 정신질환자, 저소득층 등 고위험군은 의료, 주거, 복지 서비스가 결합된 관리가 필요함.
 - 의료급여에서도 자격관리와 사례관리, 서비스 연계를 통합한 고위험군 관리체계 구축 필요성 제기됨.
- 디지털 전환과 오프라인 연계 기능 병행
 - 온라인 신청이 확대되고 있으나, 취약계층을 위한 오프라인 상담 및 연계 기능은 여전히 중요한 역할을 수행함.
 - 의료급여에서도 디지털 기반 자격관리 고도화와 함께, 현장 중심의 상담 및 연계 기능을 병행할 필요 있음.

⑥

일 시 2026.4.1.(수) 10:00-11:30

장 소 NSW Ministry of Health

참석자 신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Amith Shetty(NSW Ministry of Health)

□ 응급의료 이용관리 및 과밀화 완화 전략

○ 응급의료 접근경로 및 수요관리 체계

- 호주는 1800 022 222(Healthdirect)를 중심으로 한 중앙 통합 접근경로를 운영하며, 24시간 간호사 기반 triage 시스템을 통해 초기 수요를 관리함.
- 환자 상태에 따라 가상진료(Virtual Urgent Care), 지역 내 Urgent Care Centre, 응급실(ED)로 단계적 분류 및 연계하는 구조를 갖추고 있음.
- 이는 응급실 방문 이전 단계에서 의료수요를 선별·조정하는 ‘front-door demand management’ 체계로 기능함.

Healthdirect (1800 022 222, 호주 보건상담·트리아지 서비스)

- (기능) 국민이 전화 또는 온라인을 통해 건강 문제 발생 시 초기 상담을 받을 수 있는 24시간 보건상담 서비스로, 간호사 중심의 임상적 판단을 통해 적정 의료이용 경로를 안내하는 역할을 수행함. 응급실 방문 이전 단계에서 수요를 선별하는 ‘front-door’ 기능을 담당함.
- (구조) 호주 연방정부와 주정부가 공동으로 운영하는 서비스로, 전화(1800 022 222) 및 온라인 플랫폼을 통해 접근 가능함. 간호사(nurse-led) 기반의 표준화된 triage 시스템을 적용하여 환자의 증상 및 중증도를 평가함.
- (운영 방식) 상담 결과에 따라 환자는 다음과 같이 분류·연계됨.
 - 경증 환자: 자가관리 또는 1차의료(GP) 이용 안내
 - 준응급 환자: Virtual Urgent Care 또는 지역 Urgent Care Centre로 연계
 - 응급 환자: 응급실(ED) 방문 또는 긴급 대응 서비스로 전환
 - 이와 같은 단계적 분류를 통해 응급의료 이용을 사전에 조정하는 구조로 운영됨.

○ (역할) 응급실 과밀화를 완화하고, 환자의 적정 의료이용을 유도하는 핵심 수단으로 기능함. 특히 비응급 환자의 불필요한 응급실 이용을 줄이고, 1차의료 및 대체 서비스로 분산하는 데 기여함.

○ 비응급 환자 분산을 위한 대체 서비스 운영

- Urgent Care Centre는 GP 중심으로 운영되며, 봉합 등 간단한 처치가 필요한 환자를 대상으로 응급실 대체 기능 수행함.
- Virtual Urgent Care는 원격 기반 진료를 통해 경증·비응급 환자를 1차적으로 흡수하는 역할 수행함.
- 주요 대상은 triage category 4~5 수준의 비응급·준응급 환자로, 응급실 과밀화 완화를 위한 핵심 관리 대상임.

○ 응급의료 이용행태 및 한계

- 비응급 환자 중 약 20%는 검사·영상 등 서비스가 한 번에 제공되는 응급실의 편의성으로 인해 여전히 ED 이용을 선호하는 경향이 있음.
- 이는 분산형 서비스 구조보다 응급실의 'one-stop' 서비스 구조가 이용자 선택에 영향을 미치는 요인으로 작용함.
- 따라서 단순한 대체 서비스 제공만으로는 응급실 이용을 완전히 전환하기 어려운 구조적 한계 존재함.

○ 운영 및 재정 구조

- 응급의료 수요관리 체계는 연방정부와 주정부가 공동 재원을 부담하는 구조로 운영됨.
- 주정부는 Primary Health Network(PHN)를 통해 Urgent Care Centre 운영을 위탁하는 방식으로 서비스 제공체계를 구축함.
- 이는 공공 재정 기반 하에서 1차의료 중심 응급대체 서비스를 확장하는 정책적 접근으로 평가됨.

□ 정책적 시사점

○ 응급실 이전 단계 수요관리 체계

- 호주는 응급실 방문 이전 단계에서 전화 기반 triage 및 의료이용 안내를 통해 수요를 선별·관리하는 체계를 운영하고 있음.
- 이러한 구조는 응급실 이용을 사전에 조정하는 방식으로 작동하며, 비응급 환자의 분산에 일정 부분 기여하는 것으로 확인됨.
- 의료급여 제도에서 향후 이용행태 분석 및 관리방안 검토 시 활용 가능.

○ 비응급 환자 분산체계

- Urgent Care Centre 및 원격진료 기반 서비스는 경증·비응급 환자를 분산하는 보완적 역할을 수행하고 있음.
- 다만 응급실의 'one-stop' 서비스 특성으로 인해 이용자 선호가 여전히 존재하는 등 구조적 한계도 함께 확인됨.
- 의료급여 대상자의 응급실 이용 특성 분석 시, 이러한 이용자 행태와 서비스 구조도 고려 필요.

○ 이용자 행태 기반 정책 접근

- 응급실 이용은 단순 의료 필요도뿐 아니라 접근성, 편의성 등 다양한 요인의 영향을 받는 것으로 나타남.
- 특히 검사·진료가 동시에 가능한 응급실의 구조가 이용 선호에 영향을 미치는 요인으로 작용함.
- 의료급여 대상자의 응급의료 이용 분석 시에도 이러한 행태적 요인도 함께 고려.

○ 1차의료 기반 응급의료 체계 강화

- Urgent Care Centre는 GP 중심의 1차의료 기반에서 효과적으로 작동하는 구조임.
- 의료급여에서도 1차의료 기능 강화와 연계한 응급의료 이용관리 전략 필요함.

○ 정보제공 및 건강문해력 기반 이용 유도

- 호주는 전화 기반 triage 및 health literacy 기능을 통해 환자의 적정 의료이용을 유도하고 있음.
- 의료급여 대상자의 경우 의료이용 정보 접근성이 낮을 수 있으므로, 상담·안내 기능을 통한 이용 유도 체계 강화 필요함.

⑦

일 시 2026.4.1.(수) 13:00-14:00

장 소 Nous Group

참석자 신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Jim Pearse, Deniza Mazevska(Nous Group)

□ 의료데이터 기반 대상자 분류 및 수가·재정관리 체계

○ Population Classification 기반 대상자 분류체계

- 호주는 의료이용 및 위험도를 기반으로 대상자를 분류하기 위해 다양한 population grouping 도구를 활용하고 있음.
- 상용 도구로는 CRG(3M), ACG(Johns Hopkins) 등이 활용되며, 공공 방식으로는 캐나다 CIHI의 population grouping 방법론이 적용 가능함.
- 상용 도구는 적용이 용이한 반면, 공공 방식은 투명성과 유연성이 높다는 특성을 가지며, 도입 시 목적에 따른 선택이 이루어짐.

Population Grouping (인구집단 분류체계)

- (기능) 개인의 질병 상태, 의료이용, 위험도를 기반으로 인구집단을 분류하여 의료이용 예측, 자원 배분, 지불체계 설계 등에 활용되는 분석 도구임.
- (구조) 진단정보, 이용량, 임상적 특성 등을 반영하여 환자를 유사한 특성을 가진 그룹으로 분류하며, 그룹별 의료이용 패턴 및 비용 수준을 분석하는 방식으로 운영됨.
- (유형)
 - 상용 모델: CRG, ACG 등 proprietary software 기반
 - 공공 모델: 캐나다 CIHI population grouping (공개 알고리즘 기반)
- (역할) 위험도 기반 지불제도, 인두제(capitation), 통합돌봄 등 인구집단 단위 정책 설계의 기초 자료로 활용됨.

○ 인두제(capitation) 및 인구기반 지불체계 도입 시도

- 호주는 1차의료 및 통합돌봄 영역을 중심으로 인두제 기반 지불모형(capitation funding)을 시범적으로 운영 중임.
- Health Care Home 등 통합관리 모델에서 인구집단 기반 재정지원 방식이 적용되며, 기존 행위별 수가제에서 점진적 전환이 이루어지고 있음.
- 이러한 변화는 활동량 기반(activity-based funding)에서 인구기반(population-based funding)으로의 정책적 전환 흐름을 반영함.

○ 위험조정 및 대상자 분류 정확성의 중요성

- 인구기반 지불체계는 대상자 분류 및 위험도 보정(risk adjustment)의 정확성에 크게 의존하는 구조임.
- 분류체계의 정교성이 부족할 경우, 자원 배분의 불균형 및 재정 왜곡이 발생할 가능성이 있음.
- 따라서 population classification과 위험조정 체계는 지불제도 설계의 핵심 기반으로 작용함.

○ 돌봄 필요도 평가 및 측정 체계

- Integrated Assessment Tool(IAT)을 활용하여 병원 및 지역사회에서 대상자의 기능상태 및 돌봄 필요도를 평가함.
- 동일 도구를 사용하더라도 병원 기반 평가자와 지역사회 평가자 간 평가 결과에 차이가 발생하는 문제가 확인됨.
- 이러한 평가 차이는 서비스 배분 및 재정 지원 수준 결정에 영향을 미칠 수 있음.

Integrated Assessment Tool (IAT)

- (기능) 고령자 및 취약계층의 기능 상태 및 돌봄 필요도를 평가하기 위한 표준화된 평가 도구로, 서비스 이용 및 재정 지원 결정에 활용됨.
- (구조) 신체 기능, 인지 상태, 일상생활 수행능력 등을 종합적으로 평가하여 대상자의 지원 필요 수준을 계량화하는 방식으로 운영됨.
- (운영상 한계) 평가 주체(병원 vs 지역사회)에 따라 점수 차이가 발생할 수 있으며, 이는 서비스 배분 및 재정결정의 형평성에 영향을 미칠 수 있음.
- (역할) 돌봄 서비스 배분 및 재정 지원 기준 설정의 근거자료로 활용되나, 평가의 일관성 확보가 중요한 정책 과제로 제시됨.

□ 정책적 시사점

○ 데이터 기반 대상자 분류체계

- 호주는 population grouping을 활용하여 대상자 특성에 기반한 지불 및 서비스 설계를 시도하고 있음.
- 이는 의료급여 대상자 관리에 있어 질병군 및 위험도 기반 분류체계 도입 가능성을 검토하는 데 참고할 수 있는 사례로 판단됨.

○ 지불체계 설계 시 분류체계와의 연계

- 인구기반 지불모형은 대상자 분류 및 위험도 보정의 정확성을 전제로 운영됨.
- 의료급여 수가체계 개편 논의 시에도, 지불방식과 대상자 분류체계를 연계하여 검토할 필요 있음.

○ 평가 및 측정의 일관성 확보

- 동일한 평가도구를 사용하더라도 평가자 간 차이에 따라 결과가 달라질 수 있음이 확인됨.
- 이는 서비스 배분 및 재정 지원의 형평성에 영향을 미칠 수 있는 요소로, 평가 기준의 표준화 및 관리 필요성 시사함.

○ 인구기반 재정관리 체계

- 인두제 및 인구기반 재정모형은 국제적으로 확산되는 추세이나, 적용을 위해서는 정교한 데이터 기반과 제도적 기반이 요구됨.
- 의료급여 제도에서는 직접적 도입보다는, 관련 사례를 참고하여 단계적 적용 가능성을 검토할 필요 있음.

○ 근거기반 정책설계

- 대상자 분류, 평가, 지불체계 설계가 데이터 기반으로 이루어지는 구조는 정책의 객관성과 지속가능성을 높이는 요소로 작용함.
- 의료급여 재정관리 및 수가체계 고도화 과정에서도 근거 기반 분석체계 강화가 중요한 과제로 판단됨.

⑧	
일 시	2026.4.2.(목) 10:00-12:00

장 소	NSW Ministry of Health
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Clara Choi(St Vincent's Hospital)
<p>□ 응급의료-지역사회 연계 기반 취약계층 관리 및 전달체계</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 응급실 기반 취약계층 통합 관리체계 <ul style="list-style-type: none"> - 도심 지역 주요 외상센터(St Vincent's Hospital)는 정신건강, 약물·알코올 문제 등 취약계층 환자 비중이 높은 특징을 보임. - 응급실 방문 환자의 약 10%가 정신건강 또는 약물·알코올 관련 문제를 동반하고 있으며, 복합적 욕구를 가진 환자군이 상당 부분을 차지함. - 이러한 환자군에 대응하기 위해 응급실 단계에서부터 의료-사회서비스를 연계하는 통합적 관리체계가 운영되고 있음. ○ 응급실 내 사회서비스 연계 및 사례관리 기능 <ul style="list-style-type: none"> - 응급실 내에 전담 사회복지사가 상주하며, 환자 내원 초기부터 개입하여 사회적 문제를 함께 관리하는 구조를 갖추고 있음. - 병원 내 노숙인 지원 서비스 및 외부 기관(노숙인 지원단체, 지역사회 복지기관 등)과의 연계를 통해 퇴원 이후 관리까지 연속적으로 지원함. - 이는 의료서비스와 사회서비스를 응급실 단계에서부터 통합적으로 연결하는 사례로, 취약계층 관리의 핵심 기능으로 작용함. ○ 다학제 기반 퇴원 및 전환관리 체계 <ul style="list-style-type: none"> - 환자 퇴원은 다학제 팀(MDT)을 중심으로 이루어지며, 의료적·기능적·사회적 상태를 종합적으로 고려함. - 의사는 의학적 안정성 확인, 물리치료사는 기능 평가, 기타 보건의료 인력이 추가 평가를 수행하는 구조임. - 이는 단순 치료 종료가 아닌, 환자의 이후 생활 가능성을 고려한 전환관리(discharge planning) 체계로 운영됨. ○ 주거 불안정 환자에 대한 관리체계 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기 치료는 필요 없으나 지속적 관찰이 필요한 환자를 위해 병원 내 주거형 시설(residential care unit)을 운영함. - 퇴원 후 노숙 등 불안정한 환경으로 복귀하는 경우, 관련 정보가 지역사회 노숙인 지원기관에 공유되어 사후 추적 및 복지 개입이 이루어짐. - 이는 의료-주거-복지 연계를 통해 취약계층 환자의 단절을 최소화하는 관리 방식으로 작동함. ○ 응급의료-이송체계 연계 및 환자 흐름 관리 <ul style="list-style-type: none"> - 응급실 수용 가능 여부 및 병상 상황은 간호관리자(Nurse Unit Manager) 중심으로 실시간 관리됨. - 해당 정보는 구급대와 공유되어 환자 이송 병원 결정에 활용되며, 응급의료 자원의 효율적 배분을 지원함. - 일반 환자는 근접 병원으로 이송되나, 중증 질환(뇌졸중, 심근경색, 중증외상 등)은 전문센터로 직접 이송되는 체계가 운영됨. ○ 지역 및 취약지 의료공급체계 보완 전략 <ul style="list-style-type: none"> - 농촌지역 의료인력 확보를 위해 의과대학 입학 단계에서부터 지역근무를 조건으로 한 프로그램(bonded program) 운영됨. - 지역 출신 학생에 대한 선발 확대 및 추가 교육(산부인과, 마취 등 포함)을 통해 지역 일반의(rural generalist) 양성 체계 구축됨. 	

- 또한, 의료·요양·1차의료를 통합한 다기능 서비스(Multipurpose Services, MPS)를 통해 취약지 의료공급을 보완함.

Multipurpose Services (MPS)

- (기능) 의료취약지역에서 급성기 진료, 요양, 1차의료를 통합적으로 제공하는 복합 서비스 모델임.
- (구조) 동일 시설 내에서 다양한 의료 및 돌봄 서비스를 제공하며, 제한된 인력으로 다기능 서비스를 수행하는 방식으로 운영됨.
- (운영 특징) 연방 및 주정부 재원이 결합되어 운영되며, 동일 인력이 다양한 역할을 수행하는 유연한 인력 구조를 갖춤.
- (역할) 의료 접근성이 낮은 지역에서 필수의료 제공을 유지하고, 지역 간 의료격차를 완화하는 수단으로 활용됨.

□ 정책적 시사점

- 응급실 기반 취약계층 관리 기능
 - 호주는 응급실을 단순 진료공간이 아닌, 취약계층의 의료·사회적 문제를 함께 관리하는 접점으로 활용하고 있음.
 - 의료급여 대상자의 경우 응급실 이용이 복합적 문제와 연계되는 경우가 많다는 점에서, 응급실 단계에서의 연계 기능 검토.
- 사례관리 및 서비스 연계
 - 응급실 내 사회복지사 배치 및 외부 기관 연계를 통해 퇴원 이후까지 관리가 이어지는 구조가 확인됨.
 - 이는 의료서비스 단독으로는 해결이 어려운 취약계층 문제에 대해 사례관리 중심 접근이 필요함을 시사함.
 - 의료급여에서도 고위험군 대상 사례관리 및 서비스 연계 기능 강화 필요성 검토.
- 의료-주거-복지 통합 접근
 - 주거 불안정 환자에 대한 병원 내 관리 및 지역사회 연계 사례는 의료 외 요소가 환자 관리에 중요한 영향을 미침을 보여줌.
 - 의료급여 대상자의 경우 주거, 정신건강, 사회적 지원이 결합된 접근이 필요할 가능성이 있음.
- 지역 간 의료격차 대응 방식
 - 농촌지역 인력 확보 및 MPS와 같은 통합 서비스 모델은 의료취약지 대응 전략으로 활용되고 있음.
 - 이는 의료급여 수급자의 지역 간 의료접근성 차이를 완화하는 정책 설계 시 검토 가능.

⑨	
일 시	2026.4.3.(금) 17:00-20:00
장 소	Jay Medical Centre
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원, Hajeong Lee(Jay Medical Centre)

□ General Practice 기반 1차의료 이용 및 통합 서비스 모델

- GP 중심 1차의료 제공 구조
 - 호주는 GP가 중심이 되는 민간 1차의료 기관을 기반으로 의료서비스가 제공되며, 개원의(private practice) 형태로 운영됨.
 - GP는 진료 외에도 예방접종, 환자교육, 만성질환 관리 등을 수행하며, 간호사(practice nurse)가 이를

지원하는 팀 기반 구조를 형성함.

- 간호사는 예방접종, 건강교육, 기초검사(ECG 등)를 수행하며, 진료 효율성과 환자관리 기능을 보완하는 핵심 인력으로 작용함.
- 다학제 연계 기반 통합 서비스 제공
 - 해당 GP 클리닉은 물리치료사, 영양사, 작업치료사, 언어치료사, 심리상담사 등 다양한 보건의로 인력이 동일 공간에서 서비스를 제공하는 구조를 갖추고 있음.
 - 병리검사, 재활, 정신건강 서비스 등이 한 장소에서 제공되어 환자의 의료이용 편의성을 높이고 치료 지속성을 강화함.
 - 이러한 구조는 1차의료 기관을 중심으로 다양한 서비스를 연계하는 '통합형(primary care-centred integration)' 모델로 운영됨.
- 의료이용 접근성 및 순응도 개선 효과
 - GP 진료와 연계된 다양한 서비스가 동일 장소에서 제공됨에 따라 환자의 이동 부담이 감소하고 서비스 이용 접근성이 개선됨.
 - 이는 만성질환자 및 취약계층의 치료 지속성(compliance) 향상에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 작용함.
- 수가 및 지불체계 운영 구조
 - 해당 GP는 모든 환자에 대해 bulk billing을 적용하여 환자 본인부담 없이 진료를 제공함.
 - Medicare는 bulk billing에 대한 인센티브를 추가로 제공하며, 환자가 특정 GP를 'My GP'로 지정할 경우 추가 보상체계가 적용됨.
 - 이는 환자의 지속적 관리 및 GP와의 장기적 관계 형성을 유도하는 구조로 운영됨.

Bulk Billing (호주 1차의료 무본인부담 진료 방식)

- (기능) GP가 Medicare 수가를 그대로 수용하고 환자에게 추가 비용을 청구하지 않는 방식으로, 환자는 본인부담 없이 진료를 받을 수 있는 제도임.
- (구조) Medicare가 정한 수가를 정부가 전액 부담하며, 의료기관은 환자로부터 별도의 비용을 받지 않는 방식으로 운영됨.
- (운영 특징) 특정 취약계층 또는 환자군에 대해 추가 인센티브가 제공되며, 의료기관은 환자 구성 및 경영 전략에 따라 적용 여부를 선택할 수 있음.
- (역할) 환자의 의료접근성을 높이고, 특히 저소득층의 경제적 부담을 완화하는 수단으로 활용됨.

□ 정책적 시사점

- 1차의료 중심 이용관리 구조
 - 호주는 GP를 중심으로 의료이용이 이루어지며, 다양한 서비스가 1차의료와 연계되는 구조를 갖추고 있음.
 - 이는 의료이용이 특정 기관(예: 상급병원)에 집중되는 것을 완화하는 역할을 수행하는 것으로 확인됨.
 - 의료급여에서도 1차의료 기반 이용관리 구조에 대한 참고 가능성 검토가 필요함.
- 취약계층 의료접근성과 비용부담 간 균형
 - 호주는 bulk billing을 통해 환자 본인부담 없이 진료를 제공하는 구조를 운영하고 있으며, 이는 저소득층의 의료접근성 확보에 기여함.
 - 동시에 의료기관은 Medicare 수가 외 추가 비용(+α)을 환자에게 청구할 수 있는 구조를 갖추고 있음.
 - 일부 의료기관은 환자 선택 또는 의료이용 행태를 고려하여 본인부담을 설정하는 등 유연한 운영이 이루어짐.
 - 이는 의료접근성 보장과 이용자의 비용 인식 간 균형을 고려한 제도 운영 사례로 볼 수 있음.
- 지불체계와 이용행태 간 연계

- 호주의 경우 동일 제도 내에서도 bulk billing(무본인부담)과 추가 청구 방식이 병행되며, 이는 의료기관의 진료행태와 환자의 이용행태에 영향을 미치는 요소로 작용함.
- 특히 일부 환자의 과도한 의료이용을 완화하기 위한 수단으로 본인부담이 활용되는 사례가 확인됨.
- 이는 지불체계 설계가 단순 재정 문제를 넘어 의료이용 행태와 연계된다는 점을 보여주는 사례로 판단됨.
- 의료급여에서도 본인부담 구조와 의료이용 행태 간 관계에 대한 분석 및 검토가 필요함.
- 통합적 서비스 제공을 통한 이용 지속성 확보
 - GP 중심으로 다양한 보건 의료 서비스가 연계되는 구조는 환자의 치료 지속성을 높이는 데 기여하는 것으로 나타남.
 - 특히 만성질환자 및 복합적 욕구를 가진 대상자의 경우, 서비스 분절을 줄이는 것이 중요함.
 - 의료급여 대상자의 의료이용 패턴 분석 시 이러한 통합적 제공 구조를 참고할 필요 있음.
- 제도 적용 가능성
 - 호주의 1차의료는 Medicare 재정을 기반으로 하되, 민간 GP 중심으로 서비스가 제공되는 구조임.
 - 본인부담 수준을 의료기관이 일정 부분 조정할 수 있는 구조 역시 이러한 제도적 배경 하에서 작동함.
 - 의료급여 제도는 공공성 및 형평성 측면이 강조되는 영역으로, 직접적 적용보다는 제도적 맥락을 고려한 제한적 검토가 필요함.

⑩	입국
일 시	2026.4.4.(토)
장 소	오스트레일리아(Sydney) → 한국(인천)
참석자	신현웅 선임연구위원, 여나금 연구위원, 유정훈 연구원
인천공항 입국	

3 | 출장 증빙 회의 현장 사진, 면담자 명함 등

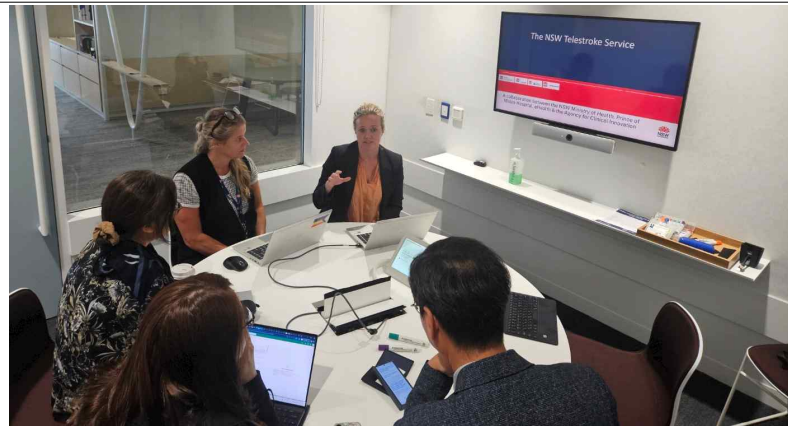
② NSW Ministry of Health - Ben Smith, Eui-Soo Choi(NSW Ministry of Health), Zac Kostesic(Department of Social Services), Paul Halloran, Jodette Kotz(Department of Health and Disability)



③ NSW Ministry of Health - Grant Sara (University of Sydney)



④ NSW Ministry of Health - Natalie Wilson, Kate Jackson (Agency of Clinical Innovation)



⑤

Service Australia Chatswood Service Centre - Trent Newton, Donna Fletcher, Angela Hii (Service Australia)



⑥

NSW Ministry of Health - Amith Shetty (NSW Ministry of Health)



⑦

Nous Group - Jim Pearse, Deniza Mazevska (Nous Group)



⑧

NSW Ministry of Health - Clara Choi(St Vincent' s Hospital)



⑨

Jay Medical Centre - Hajeong Lee(Jay Medical Centre)

