

호주 일차의료 만성질환관리 및 성과지불제도 최신 동향



이도경 부연구위원
건강보험심사평가원 심사평가연구부

Key Point	☑ 호주는 만성질환 관련 지출비용에 비해 만성질환관리 질은 미흡
	☑ 건강결과에 대한 데이터가 부족하고 성과 목표가 불명확한 문제를 파악
	☑ 데이터 기반 의료 질 측정 및 지속적 개선에 대한 보상을 제공하도록 성과지불제도 재설계 진행중
Key Word	호주, 일차의료, 만성질환관리, 성과지불제도 개편

1. 들어가며

호주의 보건의료시스템은 재정관리와 건강결과 측면에서 Organization for Economic Cooperation and Development(이하 OECD) 국가 가운데 가장 성공적인 시스템 중 하나이다. 2017년 기준 호주의 기대수명은 82.5세로 OECD 국가 중 6번째로 높다. 반면 각국의 물가수준을 반영한 환율인 US\$ 구매력 평가환율(Purchasing Power Parity, 이하 PPP)로 국가별 의료비를 산출하면, 호주의 1인당 경상의료비 지출 규모는 4,531 US\$ PPP로 OECD 국가 중에서 16번째이다(OECD, 2017). 전반적인 보건의료체계의 효율성에도 불구하고, 호주의 만성질환 관리의 문제점이 증가하고 있다. 예방 및 치료를 포괄한 만성질환 관리를 위해 호주 정부는 일차의료개혁의 일환으로 보건의료전달체계 및 지불보상제도를 개편 중이다. 그중에서 만성질환관리 질을 개선하기 위해 호주 정부는 Practice Incentive Program(이하 PIP)의 개선방향을 2016년 10월 발표하고 2019년 5월 시행을 목표로 준비하고 있다. PIP는 우리나라 고혈압·당뇨병 관리 질에 대해 인센티브를 제공하는 가산지급사업과 유사하게 환자 수를 기반으로 인센티브를 지급하고 있어, 우리나라의 일차의료 만성

질환관리 질 평가 및 성과와 연계된 보상과 관련하여 시사하는 바가 클 것으로 예상된다. 이 글에서는 호주의 만성질환관리 현황과 문제점을 전반적으로 살펴보고 PIP의 개편방향을 검토함으로써 우리나라 만성질환관리 성과지불제도에 시사하는 바를 도출하고자 한다.

2. 호주의 만성질환관리 현황

가. 만성질환관리 현황

2014~2015년 기준 호주 인구의 50%(약 1천1백만 명)가 1개 이상의 만성질환¹⁾을 앓고 있으며, 65세 이상에서는 87%가 만성질환자이다. 그리고 6개 만성질환(심혈관질환, 정신질환, 호흡기계 질환, 당뇨병, 심혈관질환, 구강질환)에 대한 의료비 지출이 전체 의료비의 약 50%를 차지하여 만성질환 관련 비용이 매우 높다. 지속적인 고령화에 따라 만성질환 인구수 및 의료비 지출은 더욱 증가할 것으로 예측된다.

호주의 일차의료는 만성질환자 관리의 첫 번째 관문이며, 가정의(general practitioner)²⁾가 필요시 다른 의료기관에 진료를 의뢰하고, 간호, 치과 서비스 등 관련 서비스를 조정하는 등 호주 일차의료의 중심 역할을 하고 있다. 만성질환관리를 위해 매년 상당한 재정이 일차의료에 투입되지만 권장되는 관리가 항상 제공되는 것은 아니며 치료효과가 기대했던 것처럼 나타나지 않았다. 매년 4만여 명이 심혈관질환으로 사망하는데, 가정의 진료를 받는 고혈압 환자의 30% 미만만이 적절하게 혈압관리가 되고 있다. 당뇨병의 경우는 가정의 관리를 받는 절반 이하의 환자들만 혈압, 혈당 및 콜레스테롤이 적절한 수준으로 관리되고 있다. 정신질환의 경우, 5명 중의 1명은 지난 12개월 이내 정신 질환을 앓았다고 보고되며, 관리의 필요성에도 불구하고 정신질환자의 건강결과 관련 데이터는 거의 없다. 이와 같이 호주 일차의료의 만성질환관리 질 개선의 필요성이 높은 실정이다(Swerissen et al., 2016).

나. 일차의료 만성질환관리 사업 및 관련 비용

호주 연방정부(Commonwealth Government)는 만성질환관리를 위해 Primary Health Network, Chronic Disease Management, Practice Incentive Program 등 여러 만성질환관리 조직 또는 프로그램을 운영하고 있다. 주요 사업을 살펴보면, 먼저 일차의료의 효율

1) 호주 정부기관인 Australian Institute of Health and Welfare에서는 관절염, 천식, 요통, 암, 심혈관질환, 만성폐쇄성 폐질환, 당뇨병, 정신질환을 만성질환으로 정의한다.

2) 호주의 General practitioner은 의과대학을 졸업하고, 병원에서 1년의 인턴십, 3~4년의 전문의 과정을 거친 후 시험을 통과한 사람에게 부여되어 국내의 가정의와 유사하므로 이 글에서는 가정의로 번역하였다.

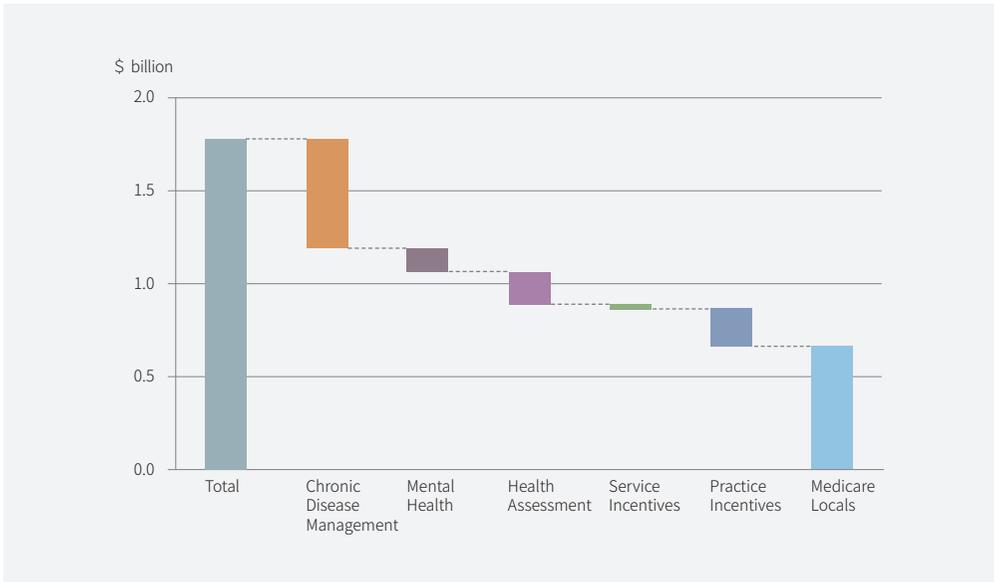
적인 전달을 위해 가정의와 일차의료기관 등으로 구성된 일차의료조직이 있다. 1992년 Divisions of General Practice(이하 DGP)³⁾가 도입되어 2008년 기준 110개의 DGP가 2만 3천여 명의 회원으로 운영되었으며, 80% 회원이 가정의이고, 20%는 간호사(practice nurse), 전문의 등으로 구성되었다. 2011년 서비스의 조정 기능 강화를 위해 DGP를 Medicare Locals로 개혁하였고 2012년 기준 61개의 Medicare Locals가 운영되었다. 이후 2015년에는 전체 의료전달체계 내 만성질환관리 서비스에 대한 일차의료의 조정통합 역할을 강화하고 건강결과 제고를 위해 Medicare Locals를 다시 Primary Health Networks(이하 PHN)로 개편하고, 2015년 기준 31개의 PHN가 운영되고 있다.

2005년 실시된 Chronic Disease Management(이하 CDM)는 기존의 실시하였던 일차의료 계획수가(Enhanced Primary Care(EPC) care planning item)를 대체하였다. CDM은 만성질환의 범위, 관리 및 서비스 내용을 정의하고, 정해진 서비스를 제공할 경우 별도의 보상을 Medicare Benefit Schedule(이하 MBS)에 명시하고 있다. 단순 진료와 치료에 국한하지 않고 만성질환관리의 계획 수립 및 검토, 팀 진료관리 조정에 대해서 보상한다. 획일적인 활동의 참여를 강요하지 않고, 실질적으로 필요한 다양한 활동에 대해서 보상하면서 자율적인 참여를 유도한다.

PIP는 행위별 수가제를 보완하기 위한 제도로서 전통적인 행위별 수가와 별도로 추가 지불된다. PIP 프로그램은 질(quality stream), 자원(capacity stream), 농어촌지원(rural support stream) 3개의 영역으로 구분되며, 각 영역별로 세부 인센티브 프로그램으로 구성된다. 세부 인센티브 프로그램은 11개로 나뉘어 설계되었으며, 가정의는 11개의 인센티브 중 원하는 인센티브 영역을 선택하여 참여할 수 있다. 이 중에서 만성질환인 당뇨병과 천식 인센티브는 질(quality stream) 영역에 포함된다.

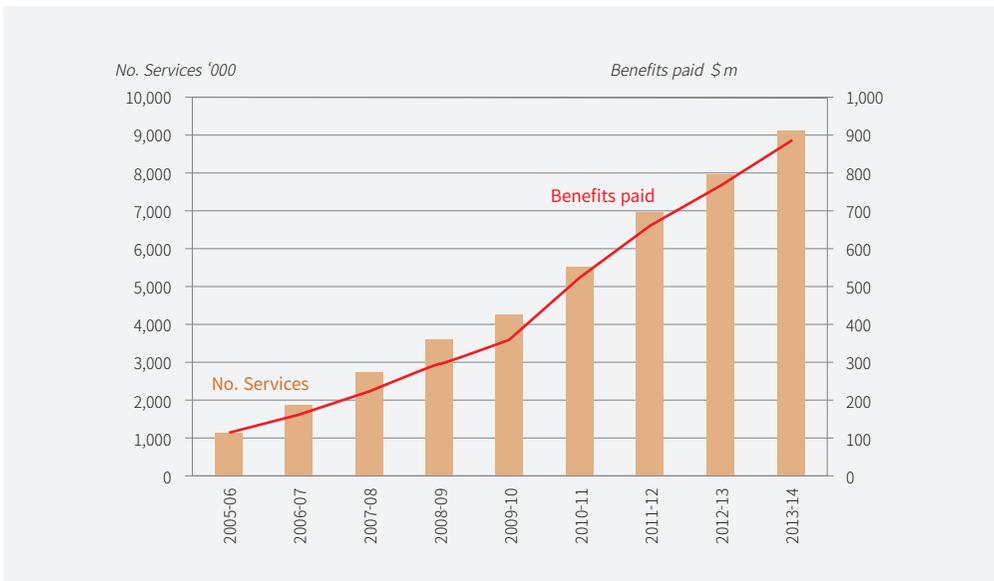
이 프로그램들의 비용은 2013~2014년 기준 총 약 17억 호주 달러이다. 이 중 약 9억 호주 달러는 CDM, 정신건강, 건강평가(health assessment), 서비스 인센티브(service incentives)에 쓰였으며, 약 7억 달러는 지역의 일차의료 조직인 Medicare Locals(Primary Health Networks의 전신)비용이다. 그리고 PIP를 통해 일차의료기관에 약 2억 호주 달러가 지불되었다[그림 1]. 2009년 이후 호주의 만성질환과 정신질환에 대한 서비스와 관리비용 지출은 급격히 증가한 것으로 나타났다[그림 2]. 관리계획 수립, 팀 기반 서비스 조정, 건강평가를 장려하기 위해 매년 비용 지출이 증가하였지만 만성질환 의료 질과 환자 건강 결과는 미흡하거나 데이터 부족으로 그 효과를 정확히 측정할 수 없는 실정이다(Swerissen et al., 2016).

3) 이사회가 운영하는 독립법인으로 General Practice Network라고도 불림. 2007-2008년 기준 919명의 이사가 있었으며 786명(86%)이 가정의였고, 93명(10%)이 소비자 또는 지역사회 대표였다.



[그림 1] 호주 만성질환관리 프로그램 관련 비용

자료: Swerissen et al. Chronic failure in primary care. Grattan Institute. 2016.



[그림 2] 호주 연간 만성질환관리 서비스 및 관련 비용 지출

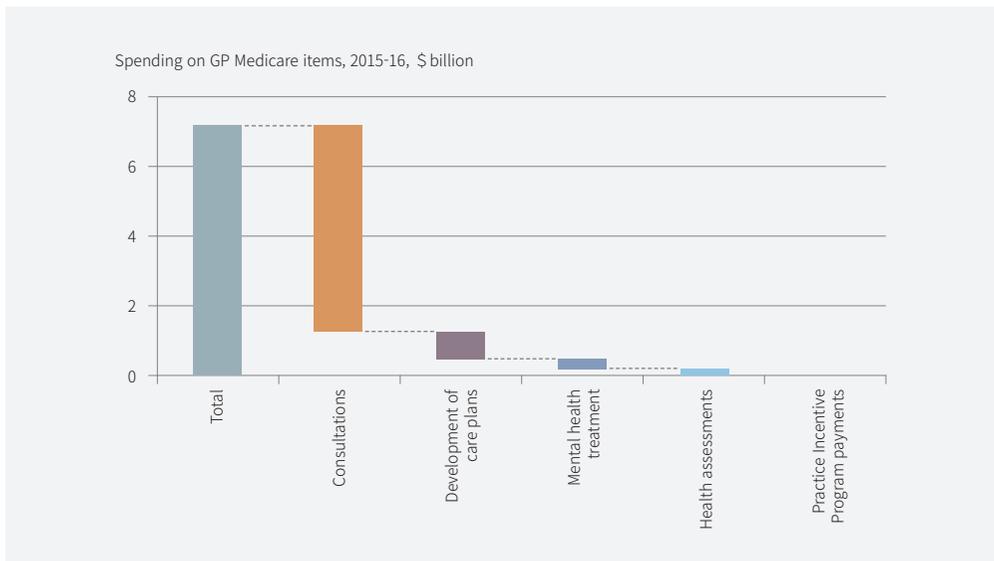
자료: Swerissen et al. Chronic failure in primary care. Grattan Institute. 2016.

3. 호주 만성질환관리 문제점

가. 부적절한 인센티브

연방정부에서는 2015~2016년 약 71억 호주 달러를 가정의에게 지불하였으며, 이 중 대부분인 약 60억 호주 달러가 진찰료였다. 질환의 지속관리, 관리 계획 수립, 정신질환 치료, 건강평가 및 PIP 관련 비용은 약 12억 호주 달러였다[그림 3].

Medicare의 지불제도는 행위별수가제를 기반으로 하고 있다. 만성질환관리를 위해 새로운 프로그램을 기존 행위별 수가제에 접목하였으나 가정의에 대한 보상체계는 30여 년 전 Medicare가 도입된 이후 거의 변하지 않았다. 행위별 수가제의 경우 서비스의 복잡함과 질에 상관없이 횟수에 따라 보상하기 때문에 서비스 제공 시간은 줄이고⁴⁾, 진료 환자 수 또는 재방문 유도 등 서비스 제공 횟수를 증가시키는 인센티브가 있다. 다시 말해서 만성질환자의 관리의 효율성을 높여 재방문을 감소시키는 인센티브가 미흡하며, 추가적인 서비스 이용비용은 연방정부의 부담을 가중시킨다.



[그림 3] 호주 Medicare의 가정의 보상 ('15-'16년 기준)

자료: Duckett et al. Building better foundations for primary care. Grattan Institute. 2017.

4) 호주 가정의 80% 이상의 진찰시간이 20분 미만임. 2015-16년 기준 가정의의 평균 진료시간은 14.9분이며 중앙값은 13분이다(Britt et al., 2015).

기존 행위별 수가제의 문제를 보완하기 위해서 건강평가, 관리 계획 수립, 의료서비스 조정에 대한 보상을 하지만 이 또한 행위별로 보상한다는 제한점이 있다. 또한 관리 계획을 수립하더라도 실제 실행이 되는지 모니터링이 되는지는 알 수 없으며, 환자가 지속적으로 방문을 하지 않은 의사라고 하더라도 건강평가에 대해 청구를 할 수 있다. 결국 가정의에게 보상을 하지만 지속적인 관리가 되지 않고 건강평가의 질 수준이 낮을 수 있다. 일부 질환(당뇨병, 천식)의 질 높은 의료서비스에 대한 인센티브를 PIP를 통해 제공하고 있지만, 건강평가, 관리계획 수립, 조정 등과 연계되지 않으며 환자의 중증도를 고려하지 않아 그 효과는 제한적이다(Duckett et al., 2017).

나. 건강 결과에 대한 데이터 부족 및 불명확한 성과 목표

일차의료에 대한 자료는 많지만 체계적으로 자료를 수집하여 분석한 연구는 많지 않으며, 개별 연구의 데이터 질 수준은 천차만별이다. 연방정부는 매년 70억 호주 달러를 가정의와 다른 일차의료 공급자에게 지불하지만, 가정의들은 환자 특성, 건강평가, 진단, 의뢰, 치료 내용 또는 건강 결과에 대한 일관적이고 양질의 데이터를 제공해야 하는 의무는 없다. Medicare가 일차의료에 지불하는 비용에 대한 정보는 많지만 환자의 의료기관 방문 사유, 치료 내용과 치료 결과에 대한 정보는 매우 적은 실정이다. 거의 모든 개원의들이 전자의무 기록을 사용하고 있어 전자의무기록 활용을 고려할 수 있으나, 소프트웨어의 다양성, 비표준화된 코드 사용, 개인 정보 이슈 등의 문제들이 남아있다.

건강결과에 대한 데이터 부족과 동일선상의 문제로, 호주에서는 일차의료 영역의 성과 목표가 명확하지 않아 체계적인 측정·모니터링·보고가 지역단위·주 단위 또는 국가단위에서 이루어지지 않고 있다. 성과 및 건강결과와 연계된 체계적인 펀딩 또한 부재하다. 호주 National Health Performance Authority⁵⁾에서 예방가능한 입원에 대한 지표로서 만성질환으로 인한 입원을 설정하였다. 이 지표에 포함된 질병은 천식, 당뇨병, 만성 폐쇄성 폐질환, 협심증, 철 결핍(iron deficiency), 만성 심부전, 고혈압, 영양 부족, 류마티스성 심질환을 포함한다. 이 질환들로 인한 입원은 2010~2011년 기준 전체 입원건수의 3%, 전체 입원일수의 5%, 비용은 약 20억 호주 달러였다. 하지만 이는 단기 또는 중기 정도의 기간 동안 가정의가 예방할 수 있는 입원을 실제보다 과장한 수치이다. 그리고 이 지표는 병원 또는 일차의료기관에서 잠재적인 관리대상을 선정하고 모니터링하는 데 큰 도움이 되지 않는다. 의료공급자 또는 보건의료시스템이 실제로 예방할 수 있는 입원에 대한 새로운 지표 설정이 필요하다(Duckett et al., 2017).

5) 독립된 정부기관으로서 병원, 일차의료 기관 또는 지역사회에서 보건의료서비스를 제공하는 기관의 질을 모니터링하고 보고하는 기관이다.

4. 호주 일차의료 성과지불제도 관련 동향

가. Practice Incentive Program(PIP) 개요 및 문제점

PIP는 행위별 수가제를 보완하고 가정의에게 의료 질 개선에 대한 인센티브를 제공하기 위해 1998년에 도입되었다. PIP 프로그램은 질, 자원, 농어촌지원 3개의 영역으로 구분되며, 각 영역별로 세부 인센티브 프로그램으로 구성된다. 세부 인센티브 프로그램은 11개로 나뉘어 설계되었으며 인센티브 지급 요건이 프로그램 별로 상이하다(표 1). 만성질환인 당뇨병과 천식의 경우 프로그램에 등록된 환자와 진료 주기를 완료한 연간 환자 수에 따라 인센티브를 지급한다(표 2). PIP 참여는 가정의의 자율적 선택이며 PIP에 참여하는 모든 기관은 호주왕립 가정의학회(Royal Australian College of General Practitioners)의 인증을 받아야 한다. 인증제도는 PIP 참여 일차의료기관 질 관리의 중요한 요소이다.

(표 1) PIP 영역 및 프로그램 종류

영역	프로그램 종류
질 (quality stream)	<ul style="list-style-type: none"> 적절한 처방(Quality Prescribing Incentive, QPI) 당뇨병 인센티브(Diabetes Incentive) 자궁경부암 검진 인센티브(Cervical Screening Incentive) 천식 인센티브(Asthma Incentive) 원주민 건강 인센티브(Indigenous Health Incentive)
자원 (capacity stream)	<ul style="list-style-type: none"> e-Health 인센티브(e-Health Incentive) 근무시간외 인센티브(After-Hours Incentive) 교육 인센티브(Teaching Incentive) 가정의 노인의료접근 인센티브(GP Aged Care Access Incentive)
농어촌 지지 (rural support stream)	<ul style="list-style-type: none"> 가정의 시술 지불(Procedural GP Payment) 농어촌 지역진료 인센티브(Rural Loading Incentive)

자료: Australian Government Department of Human Services. Medicare Practice Incentive Program[cited 2019 Jan 24].

(표 2) 당뇨병과 천식 PIP 지불 유형

지불유형	당뇨병	천식
등록 지불 (Sign-on)	PIP 프로그램에 참여하지 않은 당뇨병 환자가 새로 등록하여 recall/reminder 시스템을 이용할 경우 지불(최초 1회)	PIP 프로그램에 참여하지 않은 천식 환자가 새로 등록하여 recall/reminder 시스템을 이용할 경우 지불(최초 1회)
서비스 인센티브 지불 (Service incentive)	연간 진료 cycle 완료한 당뇨병 환자 수에 따라 가정의에게 지불	연간 진료 cycle 완료한 중증증 또는 중증 천식 환자 수에 따라 가정의에게 지불
결과 지불 (Outcomes)	등록 환자의 2%가 당뇨병으로 진단받고, 그중 50%가 당뇨병 진료 cycle 완료한 경우 지불	-

자료: Australian Government Department of Human Services. Medicare Practice Incentive Program[cited 2019 Jan 24].

PIP에 참여한 가정의는 상당한 행정 부담을 보고하였고 특히 천식과 당뇨병 인센티브 프로그램 참여율이 낮았다. 2013~2014년 기준 PIP를 통해 가정의에게 지불된 2억 호주 달러 중에서 약 5% 만이 천식과 당뇨병 프로그램에 지불되었으며, 지불된 비용은 환자 결과의 개선 또는 입원 감소와는 연관이 없었다.

호주 연방 감사원(Australia National Audit Office)는 2011년 PIP의 효과 측정에 데이터가 불충분하다고 지적하였다. 또한 11개 세부 프로그램마다 인센티브의 방향, 내용, 방법이 상이하고 일관성이 부족하여 가정의들이 개별 프로그램마다 등록해야 하고 프로그램별 가이드라인을 모니터링 해야 하는 등 프로그램 참여를 어렵게 한다고 지적하였다(Commonwealth of Australia, 2016).

나. PIP 재설계 관련

2016년 호주 정부는 PIP의 실질적인 의료 질 개선 기능 강화를 발표하며 6가지 질 개선 영역(효과성, 효율성, 접근성, 환자 중심성, 형평성, 안전)을 제시하였다. 먼저 효과성은 근거를 기반으로 의료서비스를 제공하여 환자 건강결과를 개선하는 것을 의미하며, 효율성은 낭비를 줄이고 효율적인 자원 사용을 추구한다. 접근성은 지리적으로 접근 가능한 곳에서 적시에 필요한 의료서비스를 받는 것을 뜻하며, 형평성은 인종, 성, 사회 인구학적 특성 등으로 인한 의료서비스 질에 차이가 없는 것이다. 마지막으로 환자 안전 측면에서 위험과 위해요인의 최소화를 의료 질 개선 방향으로 제시하였다(Commonwealth of Australia, 2016).

성공적인 대규모 의료 질 개선을 위해 견고한 평가 시스템이 필수적임을 언급하였다. 또한 PIP 사업의 성과와 효과를 측정하기 위해서는 일차의료 서비스에 대한 강력한 데이터 수집이 필요함을 강조하였다. 데이터 수집 방법을 Medicare 청구 자료에서 임상정보 시스템을 통한 데이터 수집으로의 변환을 제시하고, 가정의의 진료 소프트웨어 시스템에서 비식별 정보를 수집할 가능성을 언급하였다.

PIP 개선의 장기적인 목표는 질 개선에 가정의들의 참여를 장려하고, 가정의들이 제공할 서비스를 스스로 평가하여 담당하고 있는 환자, 인구에게 맞는 유연한 의료서비스를 제공할 수 있도록 돕는 것이다. 질 개선을 위한 데이터 분석은 단기분석과 장기분석으로 나누어 수행될 수 있다. 1년 또는 5년 단위로 이루어지는 장기분석은 환자 건강결과 모니터링에 적합하다. 반면 월 단위, 또는 분기별로 단기분석을 수행하고 개원의들에게 분석 결과를 환류하여 지속적인 질 개선 유도를 목적으로 한다. 개선된 PIP는 데이터 기반 의료 질 측정 및 지속적 개선에 대한 보상을 제공하도록 재설계 될 예정이다.

호주 정부는 PIP 재설계 원칙을 다음과 같이 제시하였다.

- 일차의료 진료 인증을 통해 안전과 의료 질 지속적 확보
- 개원의별 환자 인구 특성에 맞는 의료서비스를 제공할 수 있도록 프로그램의 유연성 허용
- 데이터 제출 의무화 및 12개월 이내 데이터 제출을 통한 건강결과와 질 개선 측정
- 데이터 제출 기반 자동화된 인센티브 지불
- 개별 일차의료기관 내 상대적(예, 전년 대비) 질 개선을 장려
- 디지털 건강 정보 개혁을 지속적으로 추진
- 가정의들의 행정부담 최소화

제시된 원칙을 바탕으로 개선된 PIP는 의료서비스에 대한 접근성과 형평성을 개선하고 만성질환의 발견 및 관리를 강화할 것이다. 또한 가정의 진료의 질, 안전, 효과성, 효율성, 책임성을 제고하고 데이터 및 정보 시스템을 개선해나갈 예정이다.

2016년 호주 정부에서 이러한 PIP 개선방향을 처음 발표할 때에는 이해관계자 논의를 거쳐 세부 계획을 세우고 2017년 시행을 목표로 하였으나, 다양한 의원 내 진료 프로그램과 데이터를 수집하고 분석하는 운영 주체에 대한 이견으로 2019년 5월로 연기되었다.

5. 나가며

호주는 인구 고령화와 만성질환의 증가로 인해 만성질환관리에 상당한 비용을 지불하고 있음에도 그 효과는 미미한 것으로 나타났다. 이에 따라 효율적인 만성질환관리를 위해 팀을 기반으로 서비스를 제공하는 Health Care Homes와 가정의의 서비스 조정 통합 역할을 강화한 Primary Health Networks 등 일차의료 개혁을 진행하고 있다. 의료전달체계 뿐만 아니라 보상방법 개편 또한 시도하고 있는데, 기존 행위별 수가제를 보완하고 의료 질 개선을 유도하기 위하여 시행한 PIP의 개선 논의가 진행 중이다. 분절적으로 운영되었던 11개의 PIP 세부 프로그램을 통합하면서 건강 결과 등 실질적인 질 개선에 대한 보상을 위해 데이터 제출에 초점을 두었다. 그리고 주기적인 데이터 분석과 분석 결과 환류를 통해 개원의들을 질 개선 과정에 참여시켜 의료 질 개선과 건강 결과의 증진을 도모한다는 계획이다.

호주의 일차의료 만성질환관리에 대한 성과지불제도 개편방향은 우리나라에 시사하는 바가 크다. 우리나라도 의원의 만성질환관리 질 개선을 위해 가산지급 사업을 2012년부터 시행하고 있으나 청구 자료의 한계로 관리 질 수준 측정에 어려움을 겪고 있다. 만성질환의 경우 개별 환자의 특성, 이환 기간 등에 따라 요구되는 치료 수준 및 건강 결과가 달라 청구

자료에 기재된 의약품 종류, 처방일수, 검사 시행 여부로 환자 관리의 적절성 여부를 판단하기에는 무리가 있다.

따라서 우리나라 또한 만성질환관리 질 측정 및 관련 정보 환류를 위해 데이터 수집의 필요성이 높다. 정부에서는 만성질환 관리 강화를 위해 기존 만성질환관리 사업(고혈압·당뇨병 등록 관리사업, 의원급 만성질환관리제, 지역사회 일차의료 시범사업, 일차의료 만성질환 수가 시범사업)을 2020년까지 통합할 예정이다. 이 통합(안)에 서비스 모형뿐만 아니라 만성질환 질을 지속적으로 측정하고 개선하기 위한 자료수집에 대한 강구책 마련이 필요하다. 그리고 장기적으로는 자료 수집 및 활용 등 질 개선 과정에 의료공급자를 참여시키고, 담당하고 있는 환자, 인구에 맞는 질 개선 노력을 자발적으로 강화할 수 있는 체계를 갖추어야 할 것이다. X

참고문헌

-
- Australian Institute of Health and Welfare. Chronic disease overview [cited 2019 Jan 24] available from <http://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/overview>.
- Australian Government Department of Human Services. Medicare Practice Incentive Program [cited 2019 Jan 24]. available from <https://www.humanservices.gov.au/organisations/health-professionals/services/medicare/practice-incentives-program>.
- Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, et al.. General practice activity in Australia 2014-15. Sydney: Sydney University Press; 2015.
- Duckett, S., Swerissen, H., and Moran, G. Building better foundations for primary care. Grattan Institute. 2017.
- Organization for Economics Cooperation and Development. Health-OECD Data [cited 2019 March 6]. available from <https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>.
- The Australian Government Department of Health. Redesigning the Practice Incentive Program. Australia: Department of Health; 2016.
- Swerissen, H., Duckett, S., and Wright, J. Chronic failure in primary medical care. Grattan Institute. 2016.