

정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화



Recent Changes in Mental Health Policy in Korea

전진아 | 한국보건사회연구원 부연구위원
이난희 | 한국보건사회연구원 전문연구원
김진호 | 한국보건사회연구원 연구원

2016년 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책(2016. 2. 25.)’이 발표되었고 정신보건법 정부 개정안인 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)’이 국회를 통과하는 등 지속적으로 증가하는 정신건강에 대한 요구와 기존 정신건강증진체계가 가지고 있는 문제들에 대응하기 위한 다양한 정책적 변화가 이루어지고 있다. 본 원고는 정신건강과 정신건강증진사업의 현황 및 문제점들을 제시하고 최근의 정책적 변화를 리뷰하여 다음의 사항을 제안하였다. 우선 정신건강 종합대책과 정신건강복지법 등에서 제안하는 국민 정신건강증진을 위해서는 정신건강증진사업에 대한 투자 확대가 우선적으로 필요하다. 특히 인력에 대한 투자, 사회복귀시설, 중독관리통합지원센터 등 정신보건기관·시설 확대, 지역사회 내 정신건강서비스 제공 주체 간 연계 강화 등이 필요하다.

1. 들어가며

높은 자살률과 스트레스, 낮은 삶의 만족도 등의 정신건강 문제에 대한 서비스 강화 요구가 지속적으로 증가하는 가운데 기존 정신건강증진체계가 가지고 있는 다양한 문제들에 대응하기 위

해 2016년 정부는 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책(2016. 2. 25.)’을 발표하였다. 또 2016년 정신보건법 전부개정안인 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)’이 국회를 통과하고 현재 시행령과 시행규칙 입법 예고안이 발표되는

등 정신건강증진체계를 구성하는 주체들은 다양한 변화에 직면해 있다.

정신건강복지법에 의하면 정신건강증진사업은 “정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업”으로 정의된다. 즉, 정신질환자를 포함한 국민의 정신건강을 증진하기 위해 예방, 조기 발견, 치료 및 치유, 재활 및 사회 복귀에 이르는 전 과정에 개입하는 프로그램, 사업, 정책을 의미한다고 볼 수 있다. 따라서 본고에서 말하는 정신건강증진체계는 정신건강증진 프로그램과 사업을 실시하는 주체들을 의미하나, 현재 정신건강증진사업의 주무부처가 보건복지부이므로 복지부의 정신건강증진사업들을 중심으로 살펴보았다.

본고는 최근 정책적 변화가 이루어지는 상황에서 현재의 정신건강증진사업 현황과 문제점들을 살펴보고, 정책적 변화를 둘러싼 이해관계자 간 갈등 요소를 포함해 종합대책과 정신건강복지법을 비판적으로 살펴보고자 한다.

2. 정신건강 현황

한국은 자살률이 높은 국가이다. 최근 들어 자살 사망률이 감소하는 추세이기는 하나 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 자살 사망률이 가장 높으며, 전통적으로 노인의 자살 사망률, 남성의 자살 사망률이 다른 연령대나 여성보다 높게 나타난다(그림 1, 그림 2).

주요 정신장애 평생유병률을 살펴보면 알코올 사용장애가 13.4%, 정신분열성 장애를 포함한

그림 1. 연령별 자살 사망률 추이(2006~2015년)

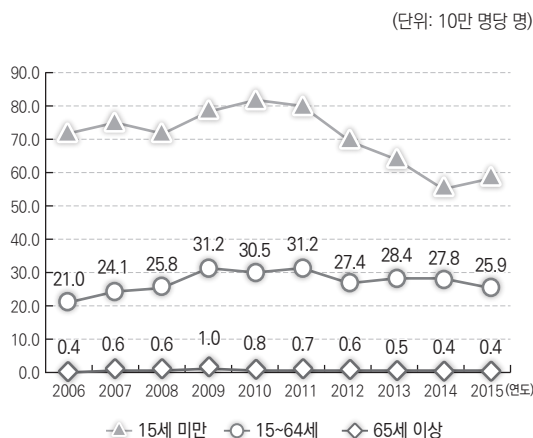
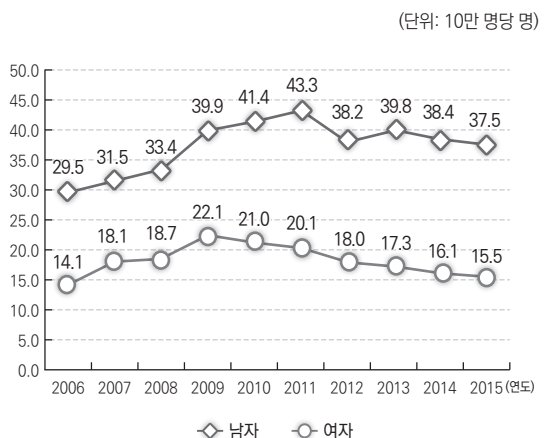


그림 2. 성별 자살 사망률 추이(2006~2015년)



자료: 통계청 국가통계포털(<http://kosis.kr>) 사망원인통계. 각 연도의 원자료를 이용해 분석.

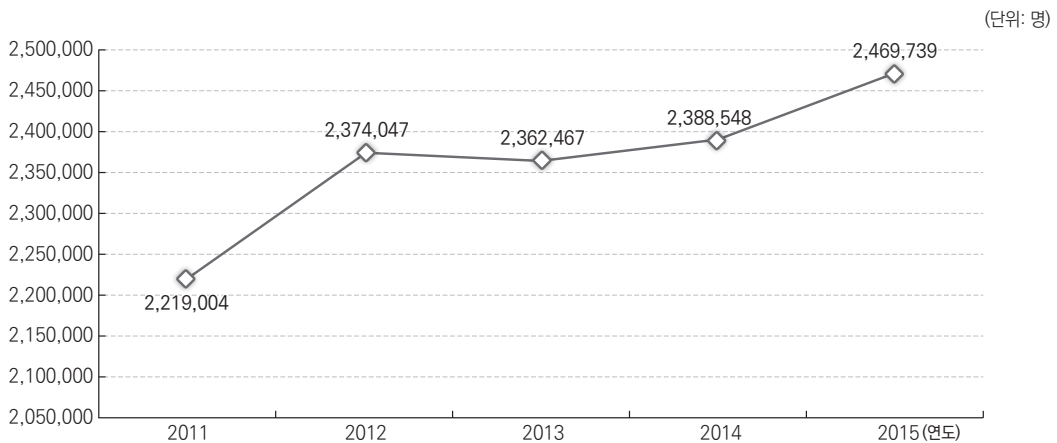
정신병적 장애가 0.6%, 기분장애가 7.5%, 불안 장애가 8.7%로 나타난다.¹⁾ 다수의 기존 연구에서 보고된 것처럼 국내 추정 환자 수 대비 실제 의료 이용자 수는 적으나,²⁾ 치매를 제외한 정신질환으로 입원 및 외래 이용을 한 사람의 수는 5년간 지속적으로 증가하고 있다(그림 2). 건강보험통계연보를 살펴보면 입원한 사람은 최근 5년간 큰 변화가 없었으나(2011년 11만 3935명, 2015년 11만 4128명) 외래 이용을 한 사람의 수는 2011년 대비 2015년 10% 정도 증가하였다(2011년 216만 6009명, 2015년 241만 5579명).³⁾

입원 환자의 대다수는 알코올중독(26.7%), 정

신분열증, 분열형 및 망상성 장애(26.2%), 우울을 포함한 기분장애(23.6%) 환자이며 외래 환자 대다수는 입원과 달리 우울을 포함한 기분장애(30.1%)와 불안장애, 수면장애를 포함하는 스트레스와 관련된 신체형 장애(36.2%) 환자이다.⁴⁾

최근 발표된 정신건강 종합대책(2016)⁵⁾에서는 현재 정신의료기관의 평균 입원 기간이 약 197일로 장기 입원 경향성을 보이는 것과 더불어 중독자 및 정신질환자들이 주로 정신의료기관 등에 입원·입소해 있고 경제활동 참여 수준이 낮은 상황에서 적절한 개입이 이루어지지 않는다면 정신 및 행동 장애로 인한 사회적 부담

그림 3. 치매를 제외한 정신질환 진료실 인원 추이(2011~2015년)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2016). 건강보험통계연보(opendata.hira.or.kr)의 원자료를 이용해 분석.

1) 보건복지부(2011). 2011년 정신질환실태 역학조사. 보건복지부. p.12.

2) 보건복지부(2011). 위의 책. p.26.

3) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원의 2011~2015년도 '건강보험통계연보'를 활용하였음.

4) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원의 2011~2015년도 '건강보험통계연보'를 활용하였음.

5) 관계부처 합동(2016. 2. 25.). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책. 국가정책조정회의.

그림 4. 치매를 제외한 정신질환 유형별 입원 이용 비중(2015년)

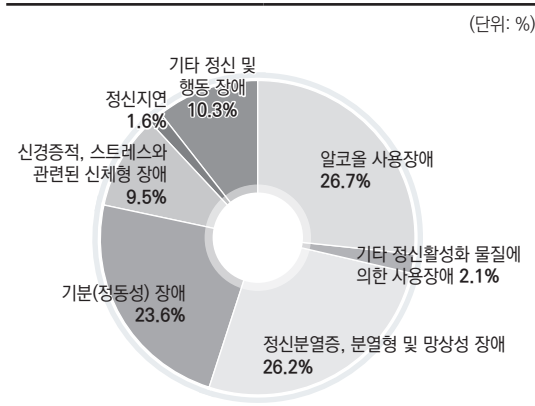
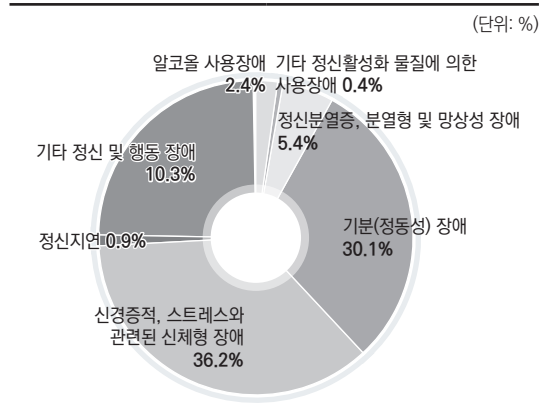


그림 5. 치매를 제외한 정신질환 유형별 외래 이용 비중(2015년)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2016). 건강보험통계연보(opendata.hira.or.kr에서 2017. 3. 3. 인출)의 원자료를 이용해 분석함.

은 계속 증가할 것이라는 우려를 제기하고 있다. 구체적으로 건강보험정책연구원(2015)⁶⁾에 의하면 정신 및 행동 장애로 인한 사회경제적 비용이 2008년 약 5조 8816억 원에서 2012년 약 8조 2695억 원으로 증가한 것으로 나타난다.

3. 정신건강증진사업 현황과 최근의 정책적 변화

가. 정신보건기관·시설 현황 및 주요 기능

국내 정신건강증진사업은 정신의료기관(국공립과 민간), 정신요양시설, 사회복귀시설을 포함하는 정신보건시설과⁷⁾ 광역 및 기초 정신건강증

진센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터에서 이루어지고 있다.⁸⁾

정신보건시설 주체별로 살펴보면, 정신의료기관은 급성 정신질환자를 대상으로 입원 또는 외래 치료를 제공하여 재활 및 사회 복귀를 도모하는 기관으로, 의료법에 의한 의료기관 중 주로 정신질환자의 진료를 행할 목적으로 정신보건법상 시설 기준에 적합하게 설치된 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 의미한다.⁹⁾

정신보건시설 주체별로 살펴보면, 정신의료기관은 급성 정신질환자를 대상으로 입원 또는 외래 치료를 제공하여 재활 및 사회 복귀를 도모하

6) 건강보험정책연구원 보험정책연구실(2015. 2. 9.). 2012년 질병으로 인한 사회적 손실 한 해 120조 6532억 원...4년간 24.2% 증가, 국내총생산(GDP)의 8.8%. 국민건강보험 보도자료. p.3.

7) 정신보건법 제3조2, “정신보건시설”이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관·정신질환자 사회복귀시설 및 정신요양시설을 말한다.

8) 정신건강증진센터가 설치되지 않은 일부 지역의 경우 보건소에서 정신건강증진사업을 실시하기도 함.

9) 정신건강복지법에 따라 기록 보존, 입·퇴원 절차, 보호의무자의 범위 등에 변경 사항이 많음. 자세한 변경 사항은 정신건강복지법 및 보건복지부의 2017년 정신건강사업안내 참조.

표 1. 2017년 정신보건 기관·시설 현황

(단위: 개)

구분		기관 수
정신의료기관	국·공립정신병원	18
	민간정신의료기관	1,431
정신요양시설		59
사회복귀시설		333
정신건강증진센터	광역	16
	기초	209
자살예방센터 ¹⁾	광역	6
	기초	22
중독관리통합지원센터		50

주: 1) 지역별로 별도 설치되어 있는 센터의 현황이며, 통상적으로 정신건강증진센터에서 자살예방사업을 병행함.

자료: 보건복지부(2017). 2017년 정신건강사업안내. 보건복지부. p.11을 바탕으로 연구진이 재구성함.

는 기관으로, 의료법에 의한 의료기관 중 주로 정신질환자의 진료를 행할 목적으로 정신보건법상 시설 기준에 적합하게 설치된 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 의미한다.⁹⁾ 정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 요양 및 보호하는 기관으로, 입·퇴소 관리, 환자 인권 및 재산상 권리 보호, 입소자 건강관리 등을 실시한다.

정신보건시설로 분류되는 사회복귀시설¹⁰⁾은 지역사회 내에서 정신질환자에게 주거부터 직업 훈련까지 다양한 서비스를 제공하고 있다. 사회복귀시설은 정신의료기관에 입원하거나 정신요양시설에 입소하지 않은 정신질환자를 대상으로

사회 복귀를 촉진하기 위해 사회적응훈련, 직업 훈련 등을 제공한다. 사회복귀시설의 종류로는 정신질환자생활시설(입소생활시설), 정신질환자 지역사회재활시설(주간재활시설, 공동생활가정, 단기보호시설), 정신질환자직업재활시설, 중독자재활시설, 정신질환자생산물판매시설, 정신질환자종합시설 등이 있다.

그리고 광역 및 기초 정신건강증진센터¹¹⁾는 지역사회를 기반으로 하여 주민들의 건강 문제에 대한 통합적이고 지속적인 서비스 제공을 목적으로 하는 공공 정신보건 전문 기관으로서, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성을 통한 국민의 정신건강증

9) 정신건강복지법에 따라 기록 보존, 입·퇴원 절차, 보호의무자의 범위 등에 변경 사항이 많음. 자세한 변경 사항은 정신건강복지법 및 보건복지부의 2017년 정신건강사업안내 참조.

10) 정신건강복지법에 따라 사회복귀시설은 정신재활시설로 명칭이 바뀌게 됨. 개정된 법률에서는 제26조(정신재활시설의 설치·운영), 제27조(정신재활시설의 종류)에서 사회복귀시설에 대한 내용을 다루고 있음.

11) 2017년 5월 30일부터 시행될 정신건강복지법에서는 정신건강증진센터의 명칭이 정신건강복지센터로 변경되었으며, 관련 법 조항은 제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영)임.

표 2. 사회복귀시설의 구체적인 종류 및 사업

구분	사업
1. 정신질환자생활시설 (입소생활시설)	□ 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자에게 주거, 생활 지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회 적응을 지원하는 시설.
2. 정신질환자지역사회 재활시설	□ 가. 주간재활시설: 정신질환자에게 작업·기술 지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 시설. □ 나. 공동생활가정: 완전한 독립 생활은 어려우나 어느 정도 자립 능력을 갖춘 정신질환자들이 공동으로 생활하며 독립 생활을 위한 자립 역량을 함양하는 시설. □ 다. 단기보호시설: 지역 내 정신질환자에게 일시보호서비스 또는 단기보호서비스를 제공하고, 정신의료기관에서 퇴원한 정신질환자에게 다른 사회복귀시설로 연계하는 기능을 수행하며, 이를 위한 주거 제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설.
3. 정신질환자직업 재활시설	□ 정신질환자가 특별히 준비된 작업 환경에서 직업 적응, 직무 기능 향상 등의 직업재활훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업 능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설.
4. 중독자재활시설	□ 알코올, 약물 등의 유해 약물이나 도박, 인터넷 게임 등의 유해 행위에 의존하거나 그 유해 약물이나 유해 행위를 남용하여 중독된 정신질환자를 치유하거나 재활을 돕는 시설.
5. 정신질환자생산· 중독자재활시설품 판매시설	□ 정신질환자가 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자가 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로 개척, 정보 제공 등을 지원하는 시설.
6. 정신질환자종합시설	□ 제1호, 제2호 항목부터 다목까지, 제3호부터 제5호까지의 사회복귀시설 중 2개 이상의 사회복귀시설이 결합되어 정신질환자에게 생활 지원, 주거 지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설.

자료: 보건복지부(2017). 2017 정신건강사업안내. p.198 '정신보건법 시행규칙 제10조의2, 별표 6의 2: 사회복귀시설의 구체적인 종류 및 사업'.

진 도모를 목적으로 한다. 광역과 기초 정신건강 증진센터의 사업을 살펴보면 자살예방사업,¹²⁾ 중증정신질환관리사업, 아동·청소년 정신건강증진사업, 정신건강증진사업, 중독관리사업, '1577-0199' 정신건강위기상담전화 운영(광역 사업) 등으로 광범위하다. 기초 정신건강증진센터는 직영형¹³⁾으로 운영 구조가 많이 전환된 서울시를 제외하고는 주로 보건소 민간위탁사업으로 이루어지고 있으며, 한 곳당 국비 지원액이 8540만원(보건복지부, 2017)으로 국비와 지방비가 50

대 50으로 매칭되고 있다.

중독관리통합지원센터는 중독자 조기 발견, 상담, 치료, 재활 및 사회 복귀를 지원하는 기관으로 중독 문제가 있는 노숙인 등 사회적 취약계층의 자활을 위한 상담, 치료, 재활지원서비스를 제공한다. 국민건강증진기금을 재원으로 하며 센터당 예산 규모는 1억 5120만 원(보건복지부, 2017)으로 국비와 지방비 매칭 비율은 정신건강증진센터와 동일하다.

그 외에도 중앙(지방)정신보건사업지원단, 중

12) 자살예방센터가 별도로 설치되어 있는 지역에서는 자살예방센터에서 자살예방사업을 실시하고 있음.

13) 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조 제3항에 따른 소관 정신건강증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있음.

양자살예방센터 등 중앙과 지방의 정신보건사업과 자살예방사업을 지원하기 위한 조직들이 있다. 특히 우리나라의 높은 자살률에 대응하기 위해 민간경상보조사업으로 이루어지는 중앙심리부검센터 운영, 노인 자살 예방 시범 사업, 응급실 자살 시도자 사후 관리 사업이 이뤄지고 있다.

나. 정신건강증진사업의 현황과 문제점

2016년 2월 정부는 우울, 불안, 중독 등의 정신건강 문제가 지속적으로 증가하고 이로 인한 사회적 비용이 늘어남에 따라 국민 정신건강 문제의 사전 예방과 조기 관리를 골자로 한 ‘정신건강 종합대책’을 마련해 발표하였다. 정신건강 종합대책은 ‘행복한 삶, 건강한 사회’를 비전으로 국민 정신건강증진, 중증 정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 피해 최소화, 자살 위험 없는 안전한 사회 구현을 정책 목표로 제시하였다(표 3). 앞서 살펴본 정신건강 증진센터 등의 여러 주체는 종합대책에 따라 정신건강증진사업을 진행하고 있다.

구체적으로 살펴보면, 우선 국민 정신건강증진을 위해 정신건강에 대한 인식을 개선하고, 정신건강 문제 조기 발견 및 개입 강화, 생애주기별로 달리 나타나는 정신건강 문제에 대한 지원체계 강화를 위한 다양한 사업들이 이루어지고 있다. 또한 중증 정신질환자를 대상으로 한 조기 집중 치료, 지역사회 지원체계 구축 등을 통한 삶의

질 향상, 정신의료기관 입·퇴원 제도 개선 등을 통한 인권 강화를 도모하고 있다. 다음으로, 중독 예방과 관리를 위해 사회적 인식 개선, 중독 문제 조기 선별 및 개입체계 구축, 치료회복서비스 접근성 강화 등 중독자 치료 회복 지원을 위한 정책들이 강화되었다. 마지막으로 자살 사망률을 감소시키기 위해 자살예방사업들이 강화되었으며 여기에는 자살에 대한 인식 개선, 생애주기별 맞춤형 자살예방서비스 제공, 자살 고위험군에 대한 관리 등이 포함된다.

이처럼 정신건강증진체계에서는 다양한 정신건강증진사업이 여러 주체를 통해 제공되고 있지만 현재의 정신건강증진체계에서 제공되는 사업들이 충분한 자원을 가지고 다양한 욕구를 가진 정신질환자 혹은 국민을 대상으로 적절한 정신건강서비스를 제공하고 있다고 보기에는 여러 한계가 있다.¹⁴⁾¹⁵⁾

우선 현재의 정신건강증진체계는 충분한 자원을 가지고 있다고 보기 어렵다. 그동안 정신건강증진체계는 예산과 인력 부족 문제를 오랫동안 호소해 왔으며 중독 예방과 관리를 위한 시설, 중증 정신질환자의 사회 복귀를 도모하는 사회복귀시설 등의 인프라가 상당히 취약한 실정이다.¹⁶⁾ 특히 현재의 예산 구조는 지역의 인구구조, 정신건강 문제의 차이 등을 고려하지 않고 일률적으로 지원되는 형태이며, 정신보건 현장에서 일하는 인력들의 연차가 높아질수록 센터의 인건비 부담이 높아

14) 최유진 등(2013). 지역사회 정신건강 관리 효율화 방안. 경제·인문사회연구회. p.130.

15) 이해국 등(2012). 국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발. 보건복지부·가톨릭대학교 산학협력단. pp.9-16.

표 3. 정신건강 종합대책 주요 내용

정책 목표	전략	정책과제
국민 정신건강 증진	1. 인식 개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고	- 정신건강증진서비스 접근성 제고 - 정신건강에 대한 국민 관심 제고 - 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선
	2. 정신건강 문제 조기 발견 및 개입 강화	- 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화 - 스트레스 고위험군 집중 관리 지원 - 재난 피해자 등에 대한 위기심리 지원 강화
	3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	- 영유아 정신건강 지원 - 아동, 청소년 정신건강 지원 - 청장년 정신건강 지원 - 노인 정신건강 지원
중증 정신질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중치료로 만성화 방지	- 건강보험 및 의료급여 수가체계 개선 - 초발 정신질환자 관리 모형 및 치료기술 개발
	2. 중증, 만성 정신질환자 삶의 질 향상	- 지역사회 지원체계 구축 - 사회복귀시설 확충 및 내실화 - 정신의료기관 및 정신요양시설의 기능 재정립 및 역량 강화
	3. 정신질환자 인권 강화	- 정신의료기관 입·퇴원 제도 개선 - 정신질환자의 자기결정권 강화 - 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화
중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	- 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선 - 중독 위험 환경 개선
	2. 중독 문제 조기 선별, 개입체계 구축	- 대상별 중독 선별체계 강화 - 중독 고위험군 대상 중재서비스 제공
	3. 중독자 치료 회복 지원 강화	- 치료서비스 접근성 강화 - 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련
자살 위험 없는 안전한 사회 구현	1. 전 사회적 자살예방서비스 제공	- 사회적 인식 개선 - 자살 예방을 위한 사회적 지지체계 마련 - 자살 위험 환경 개선
	2. 맞춤형 자살예방서비스 제공	- 생애주기별 자살예방대책 추진 - 자살 고위험군 예방체계 강화 - 자살 위기 대응 및 사후관리체계 마련
	3. 자살예방정책 추진 기반 강화	- 자살 예방 관련 교육 강화 - 근거 기반 자살 예방 연구체계 마련

자료: 보건복지부(2016. 2. 25.). 정신건강에 대한 전사회적 대응역량 강화·관계 부처 합동 정신건강 종합대책(2016~2020). p.8에서 발췌함.

저 전문성 있는 인력을 확보하는 데 한계가 있다는 지적들이 지속적으로 제기되고 있다.¹⁷⁾

그리고 인력과 관련해 정신질환자를 대상으로

사례 관리를 하고 다양한 서비스를 제공하는 체계를 갖춘 지역사회 기관(예: 정신건강증진센터, 사회복귀시설 등)에 근무하는 정신보건 전문인

16) 전진아, 전민경, 이난희, 최지희(2016). 경기도 정신건강증진체계 발전방안 연구. 경기도·한국보건사회연구원. p.83.

력은 매우 제한적이다. 총 3567명의 정신보건전문요원¹⁸⁾을 대상으로 정신보건전문요원 실태를 조사한 김경희 등(2015)¹⁹⁾의 연구에 의하면 정신보건전문요원 절반 정도가 의료기관에 근무하고 있으며(46.4%) 정신건강증진센터에 근무하는 전문요원은 23%, 사회복지시설에 근무하는 전문요원은 9.6%로 나타났다. 또한 2016년 연말에 있었던 서울시의 정신보건전문요원 파업 사태에서 드러난 것처럼 지역사회 내 정신보건 인력의 고용 안정성과 근로조건에 대한 문제가 여전히 남아 있다.

시설과 관련해서는 알코올중독 등의 중독 예방과 관리를 위한 인프라가 취약한 실정이다. 중독 예방과 관리를 위한 대표적인 기관인 중독관리통합지원센터는 전국 50곳에 불과하다. 중독관리통합지원센터가 설치되지 않은 지역에서는 정신건강증진센터에서 중독 예방과 관리 사업을 진행하고 있지만 정신건강증진센터가 이미 진행하고 있는 사업이 많아 중독 예방과 관리 사업까지 제공하기 어려운 실정이다. 이 때문에 중독 예방 및 관리 사업은 지역사회 내 대표적인 미충족 정신건강서비스로 언급되기도 한다.²⁰⁾ 그리고 정신질환자의 탈시설화가 정신건강증진사업의 주요 목표임에도 불구하고 정신질환자의 주거, 직업훈련 및 취업 등을 지원하는 사회복지시설은

매우 부족하다. 현재 설치된 사회복지시설도 주거시설이 대부분이며, 직업훈련 및 취업을 지원하는 사회복지시설은 제한적인 데다 대다수가 서울과 경기 지역에 집중되어 있어 지방의 정신질환자들이 이용하기에는 제약이 많다.

또한 정신건강증진체계가 정신질환자의 다양한 욕구에 적절히 대응하지 못하고 증상 관리 위주의 사례 관리를 제공하고 있다는 비판도 있다. 현재의 정신건강증진체계는 이에 대응하기 어려운 구조로 되어 있다. 앞서 언급한 다양한 욕구, 특히 주거와 직업훈련, 취업 지원을 위한 인프라가 부족할뿐더러 현장에서 정신건강증진체계와 유관 자원 간 연계가 원활하게 이루어지고 있다고 보기도 어렵다. 기존 연구들은 정신건강증진체계, 특히 정신건강증진센터를 ‘네트워킹이 아닌 클리닉처럼 운영되는 센터’라고 비판하기도 한다.²¹⁾ 그리고 지역사회보장협의체 등을 통해 실무자 간 연계가 이루어지고 있기는 하나 대부분 실무자의 재량에 따라 지역사회 자원들이 연계되는 구조이다. 그 외에도 정신건강증진체계는 보건소와의 소통 등 거버넌스 문제, 아웃풋 위주의 평가체계로 인한 실적 압박의 문제도 겪고 있다.²²⁾²³⁾

17) 경기도, 경기도정신건강증진센터(2016). 경기도 정신보건사업 20주년 정책세미나. 경기도, 경기도정신건강증진센터. pp.85-107.

18) 정신보건전문요원은 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사로 구성되어 있음.

19) 김경희 등(2015). 정신보건전문요원 실태조사. p.44.

20) 전진아, 전민경, 이난희, 최지희(2016). 경기도 정신건강증진체계 발전방안 연구. 경기도, 한국보건사회연구원. pp.61-62.

21) 전진아, 전민경, 이난희, 최지희(2016). 위의 책. p.75.

다. 정신건강증진사업을 둘러싼 최근의 정책적 변화

2016년은 정신건강증진사업을 둘러싼 다양한 정책적 변화가 발생한 해이다. 앞서 살펴본 종합 대책과 더불어 정신질환자에 대한 진료뿐 아니라 국민 정신건강증진, 연구 기능을 포괄하고 국가 정신보건사업 지원, 수행을 총괄하기 위해 국립서울병원의 명칭을 국립정신건강센터로 변경하였다. 국립정신건강센터에서는 복합질환자에 대한 진료 기능을 강화하고 지역사회 정신건강 표준서비스 모델 개발 및 보급, 전문인력 양성과 교육 등의 정신보건사업 수행을 총괄 지원하고 있다.

그리고 2016년 5월 29일 정신보건법 전부개정안인 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스

스 지원에 관한 법률’이 통과되어 2017년 5월 30일 시행을 앞두고 있다. 이 법률은 정신질환자의 범위를 중증 정신질환자로 축소 정의하고, 전 국민 대상 정신건강증진의 장을 신설하며, 비자의 입원·퇴원 제도를 개선하고, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하는 등 현행 법률상 미흡한 점을 개선·보완하기 위해 개정되었다. 정신건강복지법의 주요 내용은 다음의 표와 같다.

위 내용을 포함하는 정신건강복지법에서는 추가, 보완되는 기능 변화에 따라 기존 정신건강증진체계의 명칭들이 바뀌게 되었으며 기존 정신건강증진센터는 정신건강복지센터로, 사회복귀시설 등은 정신재활시설로 명칭이 바뀌게 되었다. 즉, 현재의 정신건강증진체계에는 첨예한 논

표 4. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 주요 내용

-
- 법률의 명칭을 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」로 변경함.
 - 법 적용 대상인 정신질환자의 정의를 ‘독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람’으로 한정함.
 - 정신건강증진의 장을 신설하여 일반 국민에 대한 정신건강서비스 제공의 근거를 마련함.
 - 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등의 통합 지원, 가족에 대한 정보 제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공의 근거를 마련함.
 - 환자 본인 및 보호의무자의 동의로 입원을 신청하고, 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호의 필요성이 인정되는 경우 72시간 범위에서 퇴원을 거부할 수 있는 동의입원 제도를 신설함.
 - 보호의무자에 의한 입원 시 입원 요건과 절차를 강화하여 진단입원 제도를 도입하고, 계속입원 진단 전문의 수와 소속을 서로 다른 정신의료기관에 소속된 정신과 전문의 2명 이상으로 하며, 계속입원 심사 주기를 단축함.
 - 시장·군수·구청장에 의한 행정입원 제도를 개선하기 위해 보호의무자에 의한 입원의 유형 중 하나인 ‘시장·군수·구청장이 보호의무자가 되는 경우’를 삭제하고, 경찰관이 행정입원 신청을 요청할 수 있는 근거를 마련하며, 행정입원 기간을 보호의무자에 의한 입원 기간과 같이 조정함.
 - 각 국립정신병원 및 대통령령으로 정하는 기관 안에 입원적합성심사위원회를 설치하여 보호의무자 또는 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우 입원 사실을 3일 이내에 위원회에 신고하도록 하고, 위원회는 입원의 적합성 여부를 1개월 이내에 판단하도록 하는 등 입원 단계 권리 구제 절차를 강화함.
-

22) 전진아, 전민경, 이난희, 최지희(2016). 앞의 책. p.111.

23) 이명수, 박종익, 김민영, 임희영(2014). 정신건강증진센터 평가체계 개선 및 지표개발 연구. 보건복지부·대한정신건강재단. p.148.

- 정신건강심의위원회의 결정 유형을 퇴원, 임시 퇴원, 처우 개선 조치 외에도 외래 치료 명령 조건부 퇴원, 3개월 이내 재심사, 다른 정신의료기관 등으로의 이송, 자의입원 또는 동의입원으로의 전환 등으로 다양화함.
- 입원 환자의 회전문 현상, 입원의 장기화, 반복되는 재입원 문제를 통제하기 위해 입원, 퇴원 등과 관련된 관리시스템을 구축 하도록 함.

자료: 법제처 국가법령정보센터(www.korealaw.go.kr에서 2017. 3. 3. 인출).

쟁이 벌어지고 있는 개정 법률의 강제 입원 요건 문제뿐 아니라 정신질환자의 자기결정권과 자립 강화를 위한 정책 추진 방향, 중증 정신질환자 중심에서 국민 정신건강증진으로의 영역 확대, 정신건강증진센터의 복지 기능 확대 등의 정책적 변화에 따라 실천 현장에서 감당해야 하는 영역이 상당하다.

정신건강복지법이 통과된 이후 법률이 제시하고 있는 내용과 관련해 이해 당사자 간 다양한 의견 개진과 치열한 논쟁이 이루어졌거나 이루어지고 있다. 가장 논란이 되는 부분은 개정 법률의 강제 입원 요건, 입원적합성심사위원회의 기능 등 강제 입원과 관련한 사항들이다. 강제 입원은 2016년 9월 29일 선고된 정신보건법 제24조의 제1항에 대한 헌법재판소의 헌법불합치 결정과 맞물려 정신건강복지법에 명시된 입·퇴원 내용과 관련해 이해 당사자들 간에 첨예한 논쟁이 벌어졌다. 특히 의료계는 ① 비자의입원 시 2주 이내에 국공립병원 소속 전문의 등을 포함한 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과 전문의의 일치된 소견을 요구하

는 조항과 ② 보호의무자에 의한 입원 시 질환 여부와 자해 및 타해 위험을 동시에 충족시켜야 하는 조항에 대해 현재의 부족한 정신건강전문 인력 수준으로 법에서 제시하는 것처럼 모든 비자의입원에 관여할 수는 없으며, 강화된 비자의 입원 요건으로 인해 치료가 시급히 필요한 환자가 적절한 치료를 받을 수 없게 된다는 의사를 표명해 왔다.²⁴⁾ 이에 대응하여 정신장애계에서는 의료계가 진료와 치료 등의 순기능을 해 온 것은 사실이지만 인권 침해도 발생했다는 사실을 언급하며 정신장애인의 인권, 자기결정권과 지역사회 복귀 강화의 중요성을 강조하고 있다.²⁵⁾ 최근 이와 관련해 그동안 의료계에서 반발이 컸던 강제 입원 요건, 즉 정신건강복지법이 제시하는 자·타해 위험성과 치료 필요성을 모두 요구하는 조항에 대해 세계보건기구(WHO)가 지지 입장을 표명하였다.

최근 개정 법률의 시행령, 시행규칙 개정안 입법 예고가 이루어졌으며(2017. 3. 3.) 관련 이해 당사자로부터 의견을 취합하는 과정이 진행되고 있다.²⁶⁾ 입법 예고안에서는 ‘정신질환자 등’을 새

24) 한국정신보건전문요원협회, 한국정신장애인자립생활센터, 정신장애인복지지원법 추진공동행동(2017. 2. 22.), “대한신경정신의학회의 비인권적 강제 입원 존치 입장 철회 요구 기자회견”.

25) 한국정신보건전문요원협회, 한국정신장애인자립생활센터, 정신장애인복지지원법 추진공동행동(2017. 2. 22.) 참조.

롭게 정의하고, 전 국민 대상 정신건강증진사업의 세부 사항, 정신질환자에 대한 복지서비스 지원의 세부 사항, 보호의무자가 될 수 없는 경우 신설, '자신의 건강·안전이나 타인에게 해를 끼칠 위험'에 대한 정의 등의 내용을 포함하고 있다.

4. 나가며

본고에서는 정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화를 살펴보았다. 또한 현황 및 최근의 정책들과 연관해 기존 정신건강증진체계의 문제점도 간단히 살펴보았다. 기존 정신건강증진체계의 이해 당사자가 정신질환자, 정신질환자의 가족, 정신의료기관 및 의료계, 정신건강전문요원을 구성하는 간호, 임상심리, 사회복지 등으로 다양한 상황에서 최근의 정책적 변화가 모두를 만족시키기는 어렵다. 종합대책과 정신건강복지법 이후 여러 방식으로 이루어진 논의 절차들처럼 앞으로도 정신건강증진체계가 가진 문제, 법률과 대책이 가진 문제들에 대한 적극적인 논의를 통해 법률과 하위 법령들이 마련되어야 할 것으로 보인다.

종합대책 및 정신건강복지법에 따라 정책적 변화가 이루어지고 있거나 이루어질 예정인 상황에서 구체적인 대책을 제시하기는 어려우나 본고에서는 몇 가지 사항을 제안하고자 한다. 우

선 정신건강복지법과 종합대책에서 제시하는 다양한 사업들을 진행하기 위해서는 정부 차원의 정신건강증진사업에 대한 투자 확대가 필요하다.²⁷⁾ 그동안 정신건강증진체계가 확대되어 오긴 했지만 정신보건기관·시설, 인력 및 예산 부족 문제가 오랫동안 지적되어 왔다. 이 문제들에 대응하고 궁극적으로 국민의 정신건강을 증진하기 위해서는 정부의 투자가 확대되어야 한다. 기존 연구에서 제시하는 것처럼²⁸⁾²⁹⁾ 국민건강지표의 추이를 파악하고 질병별 사회경제적 비용 크기를 비교하여 정신질환 유병률과 정신질환으로 인한 사회경제적 비용 규모에 맞는 재정 지원이 필요하며, 방안 중 하나로 정신건강증진사업이 주로 건강증진기금으로 이루어지는 것을 감안할 때 기금 배분 시 정신보건사업에 대한 우선순위를 상향 조정하는 것을 고려해 볼 수 있다.

그리고 투자는 단기간에 이루어지는 것이 아니므로 필요한 인력, 기관·시설의 규모를 추계하여야 하며, 이에 따른 단계적 확대 방안을 고민해야 한다. 예를 들어 인력과 관련해 정신건강복지법 및 종합대책에서 제시하는 사업을 이행하기 위해 필요한 정신과 전문의 수와 정신건강전문인력 수를 추계하고 전문인력 양성, 확보 및 운용 방안을 모색해야 한다. 또한 정신보건기관·시설, 특히 정신질환자의 지역사회 복귀 및 재활을 지원하는 사회복귀시설과 중독자 대상 회복지원서

26) 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)의 '입법·행정예고 전자공청회'에서 관련 내용을 확인할 수 있음.

27) 홍석철(2012). 정신건강증진을 위한 재정지원의 현황과 과제. 예산정책연구. 1(1). pp.67-102.

28) 홍석철(2012). 앞의 책 참조.

29) 이상영(2012). 사회적 여건변화에 따른 정신건강증진정책의 추진방향과 과제. 보건복지포럼, 2012. 5. pp.68-77.

비스를 제공하는 중독관리통합지원센터가 확대되어야 한다. 지역별 정신질환 유병률과 중독 유병률 등을 파악해 설치 규모를 파악하고 단계적 확대 방안을 마련해야 한다.

또한 정신건강 종합대책에서 강조하는 것처럼 기존의 중증 정신질환 관리 중심의 패러다임이 전 국민 정신건강증진으로 확장된 것과 관련해 정신건강, 정신질환 및 중독 폐해에 대한 인식을 제고하기 위한 노력을 지속해야 한다. 특히 정신질환 평생유병률이 약 25%에 달하는 것에 비해 정신의료서비스 이용률은 15.3% 정도로 낮게 나타나므로(보건복지부, 2011) 정신질환 및 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 낙인을 감소시키고 조기 발견과 조기 개입이 가능하도록 전 국민 대상 예방, 교육, 홍보를 지속적으로 해야 한다. 그리고 국민 정신건강증진을 도모하기 위해서는 생애주기별로 달리 나타나는 정신건강 문제에 대한 접근 역시 필요하다.³⁰⁾ 일부 지역에서 실시하는 것처럼 대상별로 별도의 정신건강증진센터를 설치할 수도 있겠지만 지역의 인구구조, 정신건강 수준에 따라 정신건강증진센터의 사업을 특화해 나가는 방법도 고려해 볼 수 있다.

마지막으로 정신건강증진체계의 개선과 발전을 위해서는 체계 내에서만 변화를 꾀해서는 안 된다. 종합대책에서 나타난 것처럼 현재의 정신건강서비스는 보건복지부뿐 아니라 여성가족부, 교육부, 고용노동부 등 다양한 부처에서 다양한 주체들에 의해 제공되고 있다. 또한 최근 보건복

지부에서 강조하는 읍면동 복지허브화사업 등과 같이 보건 영역을 넘어 사회복지 전달체계에서도 정신건강증진체계와의 연계를 모색하고 있는 상황이다. 따라서 정신건강증진체계는 지역사회 내에서 정신건강서비스를 제공하는 다양한 주체들과의 연계 방식에 대해서도 고민이 필요하다.



30) 전진아, 최지희(2017). 생애주기별 정신건강 수준과 정신건강 지원 현황. 보건복지포럼. pp.75-85.