

국가정신건강 정책솔루션포럼

2017. 8. 9. (수) 14:00 국회도서관 소회의실

정신건강 국민주권 시대, 정신건강 국가책임 시대는 가능한가?
국민정신건강서비스 체계 개선 국정과제 추진을 위한 정책과 전략
- 정신건강복지법과 정신건강서비스 전달체계 구축을 중심으로 -

포럼1 정신건강정책 거버넌스와 정신건강서비스 개선을 위한 전략과 정책

사회 : 이해국 가톨릭대학교 의과대학

좌장 : 강지언 대한정신의료기관협회, 김경희 한국정신사회재활협회

발제1	국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가?	백종우 한국자살예방협회
발제2	맞춤형 회복지향적 치료로의 전환을 위해 정신의료서비스는 어떻게 변화해야 하는가?	오승준 한국정신보건연구회
발제3	회복지향적 정신건강서비스 제공을 위한 서비스 질 향상 방안과 그 전략	박경덕 대한간호협회 정신간호사회
발제4	지역사회 책임성 구현을 위하여 정신건강복지센터의 운영체계는 어떻게 구축되어야 하는가?	유제춘 한국정신건강복지센터협회
발제5	연속적, 포괄적 정신건강서비스 제공을 위한 재원마련 및 지불제도 혁신 전략	김윤 서울대학교 의과대학 의료관리학교실
	지정토론	최봉영 정신건강정책연구소 황태연 국립정신건강센터
	종합토론	

*정책 솔루션 포럼 일정

1차 포럼	2017년 8월 9일 (수) 14:00~17:00 국회도서관 소회의실	정신건강정책 거버넌스와 정신건강서비스개선을 위한 전략과 정책
2차 포럼	2017년 8월 23일 (수) 14:00~17:00 국회도서관 소회의실	정신질환자 재활회복지원 및 복지서비스 개선을 위한 전략과 정책
3차 포럼	2017년 9월 6일 (수) 10:00~13:00 국회의원회관 대회의실	정신건강복지법 시행 100일 점검, 정신건강 증진체계 강화 국정과제 추진을 위한 정책과 전략

주최 더불어민주당 국회의원 정춘숙
공동주관 정신건강 관련 18개 기관

* 대한간호협회 정신간호사회, 대한신경정신의학회 정신보건위원회, 대한정신건강의학과 분회의협회, 대한정신의료기관협회, 중독포럼, 한국정신건강사회복지사협회, 한국교육심리학회, 한국임상심리학회, 한국자살예방협회, 한국정신건강복지센터협회, 한국정신보건사회복지학회, 한국정신보건연구회, 한국정신보건전문요원협회, 한국정신사회재활협회, 한국정신장애연대, 한국정신장애인지원생활센터, 한국정신재활시설협회, 한국중독관리센터협회

정신건강 국민주권 시대, 정신건강 국가책임 시대는 가능한가?

국민정신건강서비스 체계 개선 국정과제 추진을 위한 정책과 전략

- 정신건강복지법과 정신건강서비스 전달체계 구축을 중심으로 -

시간	내용	연자
[국가정신건강정책 솔루션 포럼 1] 정신건강정책 거버넌스와 정신건강서비스 개선을 위한 전략과 정책 8월 9일 (수) / 국회도서관 소회의실 사회 : 이해국(가톨릭대학교 의과대학)		
14:00 ~ 14:10	□ 인 사 말 □ 정춘숙 (더불어민주당 국회의원)	
좌장 : 강지연(대한정신의료기관협회) 김경희(한국정신사회재활협회)		
14:10 ~ 15:50	국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가?	백종우 (한국자살예방협회)
	맞춤형 회복지향적 치료로의 전환을 위해 정신의료서비스는 어떻게 변화해야 하는가?	오승준 (한국정신보건연구회)
	회복지향적 정신건강서비스 제공을 위한 서비스 질 향상 방안과 그 전략	박경덕 (대한간호협회 정신간호사회)
	지역사회 책임성 구현을 위하여 정신건강복지센터의 운영체계는 어떻게 구축되어야 하는가?	유제춘 (한국정신건강복지센터협회)
	연속적, 포괄적 정신건강서비스 제공을 위한 재원마련 및 지불제도 혁신 전략	김 윤 (서울대학교의과대학 의료관리학교실)
15:50 ~ 16:05	지정토론	최봉영 (정신건강정책연구소)
16:05 ~ 16:20	지정토론	황태연 (국립정신건강센터)
16:20 ~ 17:00	종합토론 및 질의응답	

Contents

발제 1	국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가	1
	백종우 (한국자살예방협회)	
발제 2	맞춤형 회복지향적 치료로의 전환을 위해 정신의료서비스는 어떻게 변화해야 하는가	29
	오승준 (한국정신보건연구회)	
발제 3	회복지향적 정신건강서비스 제공을 위한 서비스 질 향상 방안과 그 전략 ·	37
	박경덕 (대한간호협회 정신간호사회)	
발제 4	지역사회 책임성 구현을 위하여 정신건강복지센터의 운영체계는 어떻게 구축되어야 하는가	49
	유제춘 (한국정신건강복지센터협회)	
발제 5	연속적, 포괄적 정신건강서비스 제공을 위한 자원마련 및 지불제도 혁신 전략	59
	김윤 (서울대학교 의과대학 의료관리학교실)	
지정토론 1		75
	최봉영 (정신건강정책연구소)	
지정토론 2		97
	황태연 (국립정신건강센터)	

국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가?

백종우 (한국자살예방협회)

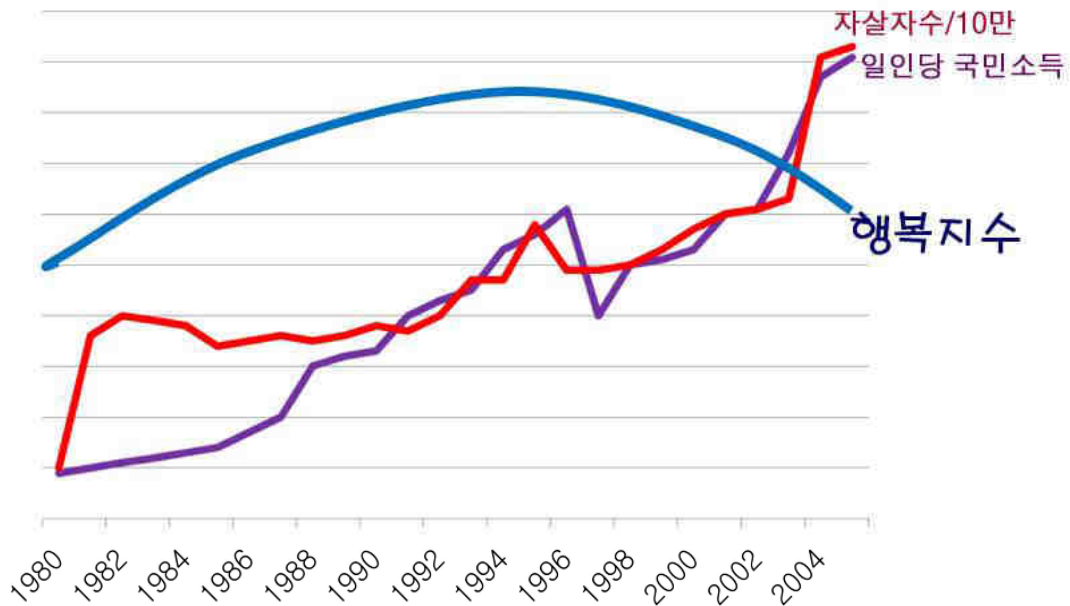
국가 정신건강, 중독, 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가?

한국자살예방협회 사무총장 백종우

지난 50년간 우리가 이룬 것



우리는 더 행복해졌을까?



대한민국의 정신건강

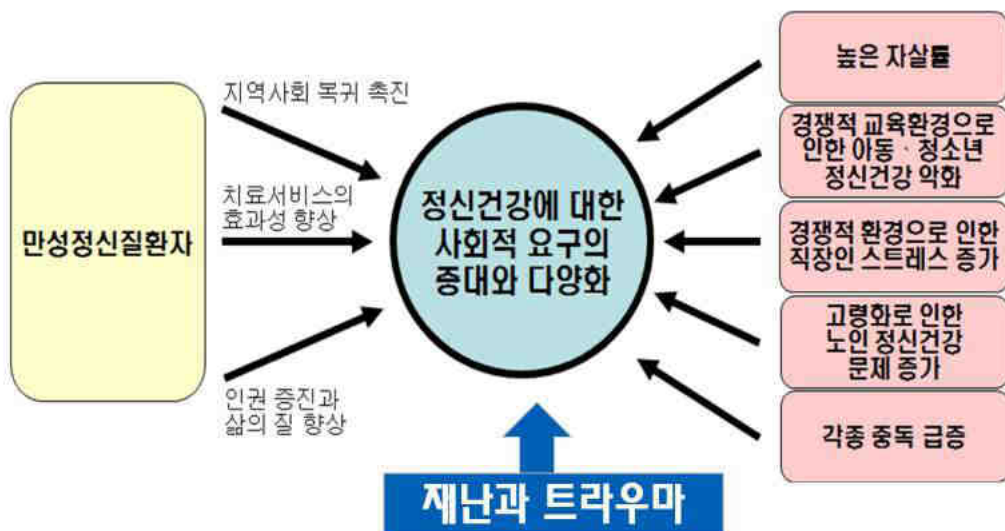
- 헌법은 국민의 자유, 안전, 행복을 국가의 존재 이유로 규정하고 있음.
- 산업화와 함께 낮은 행복지수, 높은 스트레스, 취약한 사회적 지지망으로 정신건강의 문제는 급증하고 이로 인한 사회적 문제도 증가.
 - OECD 국가중 사회적 지원 네트워크 최하위
 - OECD 행복지수 34개국중 32위
 - 유니세프 어린이와 청소년 행복지수 최하위
 - 2016년 UN 세계행복보고서 58위

- 정신질환에 대한 높은 사회적 편견과 장기입원 그리고 아직도 존재하는 차별, 지역사회 인프라의 부족
- 2003년 이후 13년간 OECD 국가중 자살율 1위 2015년 기준 13,513명이 자살로 사망. 자살로 인한 유가족 매년 약 9만명씩 증가
- 세월호 사고 등 재난트라우마의 피해에 대한 국가적 대비의 부족

정신건강문제의 다변화

[전통적 문제 영역]

[새로운 문제 영역]



21세기 정신보건정책의 변화

(Mental health policy and practice across Europe, 2007)

국가경제의 생산성 향상을 위한 정신건강정책 필요

일생 동안 전국민의 4명 중 1명이 정신질환에 이환 되는 유병률에 주목

점차 증가하는 자살에 대한 국가 차원의 전문적 서비스 전개 필요

정신건강에 대한 평가와 연구 주기적 시행 필요

지역사회와 입원시설간의 균형적인 정신건강 관리체계 마련 필요

사회통합적 시각에서 정신건강 정책이 마련

 The National Mental Health Commission

중독문제의 현황과 시사점

•알코올사용장애 180만
•마약중독 8만
•도박중독 250만
•인터넷중독 170만

•알코올사용장애 20조
•마약중독
•도박중독 78조
•인터넷중독 5조

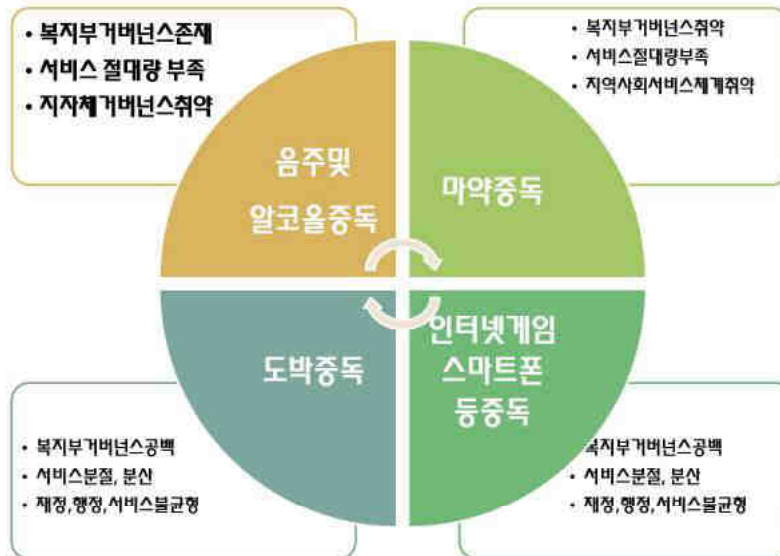
•유병인구의
규모가 큼

•폐해의 정도
와 범위가 광
범위하고 다
양함

•사회경제
적 비용이
매우 큼

**공공에서
시급하게
개입 해야 할
국민전체
보건문제**

중독관련 서비스 거버넌스 및 전달체계의 문제점



2011년 중앙지원단 원고 중

- 국립정신건강연구원의 설립이 논의되고는 있으나 암과같은 보건의료문제는 국립암센터, 국가암사업단, 질병관리본부, 국립보건연구원, 한국보건의료연구원 등 다양한 기관이 개입하는 반면 정신질환의 경우는 보건복지부 정신건강정책과와 정신보건센터 외에 어떠한 국가부속기관과 하부조직도 정신건강을 주업무로 하는 기관이 아직까지 존재하지 않음.
- 이러한 문제의 심각성에도 불구하고 아직까지 전반적인 인식도와 정책결정권자의 인식은 본인과는 상관없는 일, 어쩔 수 없는 일로서 정신건강의 문제를 바라보고 있음. 다른 의료와 사회복지 분야에 비해 사회적 부담은 크지만 당사자의 권리의식이 부족하고 자원의 투입을 통한 이윤창출이 어려운 정신보건의 특성상 공공성과 공공의 개입이 해결의 필수요건임.

2011년.... 아직은

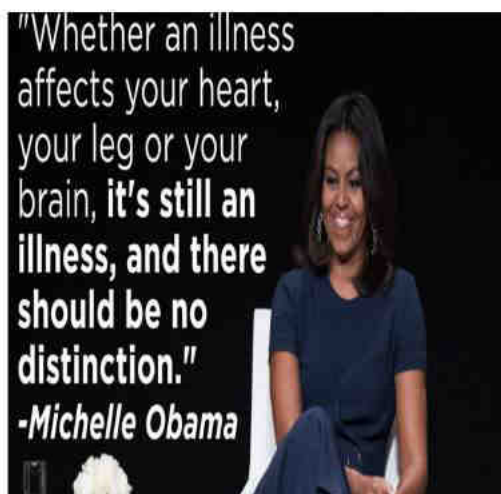
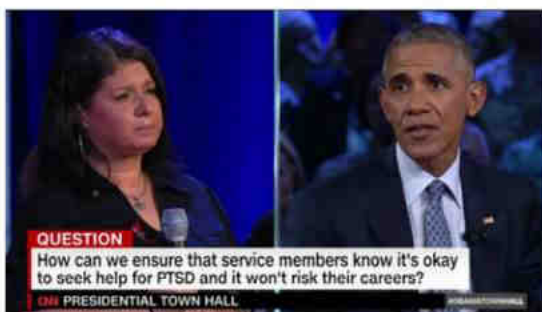
	분산	분권	공백
재정	정장년 정신건강증진에 활용 가능한 안정된 재정 자원이 전대식으로 부족하고, 제한적인 재원까지 부처 간 다양한 정책목표아래 분산 운용됨.	공공부문(보건복지부, 국방부, 노동부, 농림수산부 등 중앙부처내 재원, 기보와 이보보호 재원, 지방정부 재원, 기업관련 재원)의 재원을 확대, 통합하는 노력이 필요함	정장년 정신건강에 대한 예방적 차원이 건강검진을 위한 재정 투입의 확대와 함께, 놓여진 자아 및 실업자, 재소자 및 노숙인을 위해 중앙정부가 재정지원 역할이 상대적으로 감소된 편이 있음
행정	정신건강증진 서비스에 대한 정책목표가 분명해질 필요가 있음, 자살예방의 중요성만 강조되고 있으나, 정신건강증진이 뒷받침되어야 자살예방이 가능하다는 인식 하에 약 1000만에 달하는 광범위한 정신건강 수요자에 대한 서비스 욕구선별 및 조기발견 서비스 공급을 강화해야하나 공급이 거의 미약, 이마저도 현존 자원들간의 경쟁적, 행정적 소동과 관료체계가 매우 제한적임.	기존 정신보건 전달체계(중앙지원단-지역센터)와 협력자원(유사 공공부문 자원+민간자원)간의 행정적 소통을 포함하여, 공급 자원 간 협력과 서비스조정 노력이 결실함.	정신건강증진 및 자살예방 업무와 관련하여 조직과 부문간 협력/조정에 필요한 governance 이슈를 해결할 중앙차원의 핵심부처가 부재함.
서비스	정신건강증진 및 자살예방에 있어 재정과 행정의 분신성은 서비스의 연속성, 통합성, 포괄성을 지해하는 요소로 그대로 작용함.	정신건강 증진 및 자살예방을 위한 명시적인 정책목표 하에 입안된 관리체계에 의해 제공되는 서비스가 이루어지지 않아서 미약한 자원들까지 분산되어 있음.	정신건강 위험수준(일반, 광범위 위험군, 고위험군)에 따라 적절한 서비스 공급이 가능하지 못한 상태이고, 정신건강문제 및 자살위험에 대응하는 전문 인력의 양성, 서비스 전달 관리 등에 있어서도 일관된 지도력이 부재함.

왜 정신건강의 문제가 해결되지 않나?

- 1, 편견으로 인한 건강한 당사자 운동의 어려움
- 2, 문제해결을 위한 거버넌스의 부재
- 3, 자원마련방안의 부재로 인한 낮은 투입
- 4, 사회적 네트워크의 선순환의 부재
- 5, 리더의 관심

해외 사례

- 1, 미국의 오바마 대통령
- 2, 미국의 산후우울증
- 3, 일본의 재난시스템
- 4, 일본의 자살예방시스템



오바마 대통령은 미국 보험사들은 정신 건강 문제를 신체적인 질병과 동일시하도록 지시했다. 오바마 행정부는 금요일에 의료보험사들이 정신 건강과 보조금 문제를 신체적 질병과 동일한 방식으로 치료할 것을 요구하는 최종 규칙을 발표했다.



오바마 대통령은 정신 건강, 그리고 중독 서비스와 관련된 조항을 포함하는 법 집행 법안에 서명했다. 상원은 12월 7일 945 투표로 그 법안을 통과시켰다. 하원은 2016년 11월 30일 392.26의 표결로 그 법안을 통과시켰다. 커뮤니티 기반 행동 보건 서비스와 커뮤니티 정신 보건 서비스를 제공함으로써 지역 사회의 정신 건강 서비스 및 약물 남용을 통한 법안은 정신 건강 상태와 약물 남용 장애를 가진 사람들에게 직접적인 행동 보건 서비스를 제공할 것이다

미국의 중독관리체계

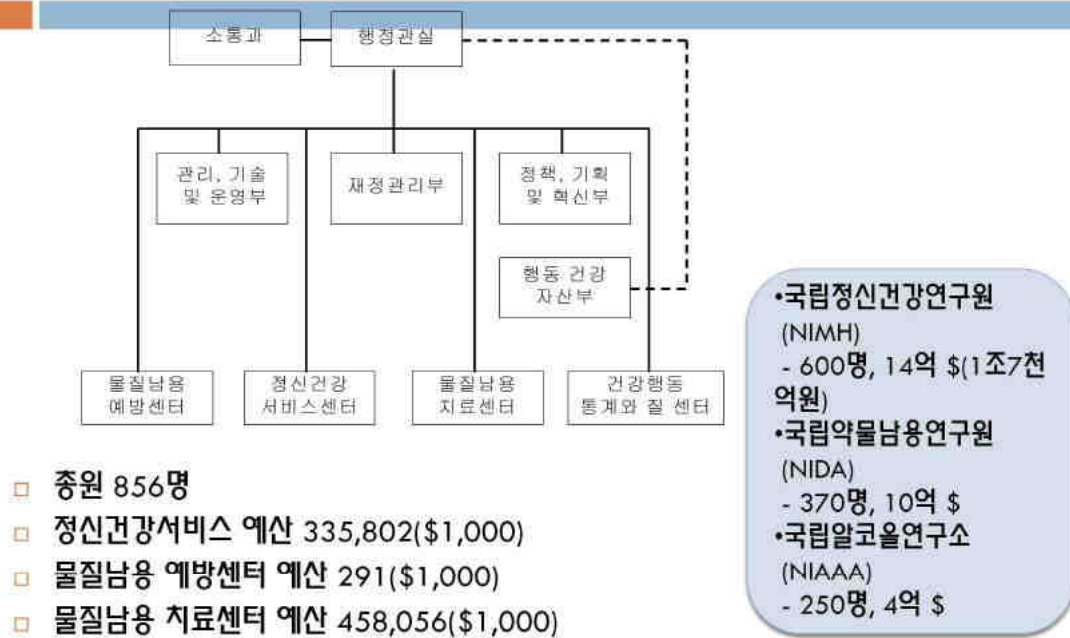
중앙정부

- 물질남용정신보건청(SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Service Administration)에서 담당
- 중독과 관련한 예산의 집행 및 각 연구기관, 치료기관 및 치료 프로그램 등의 평가를 수행

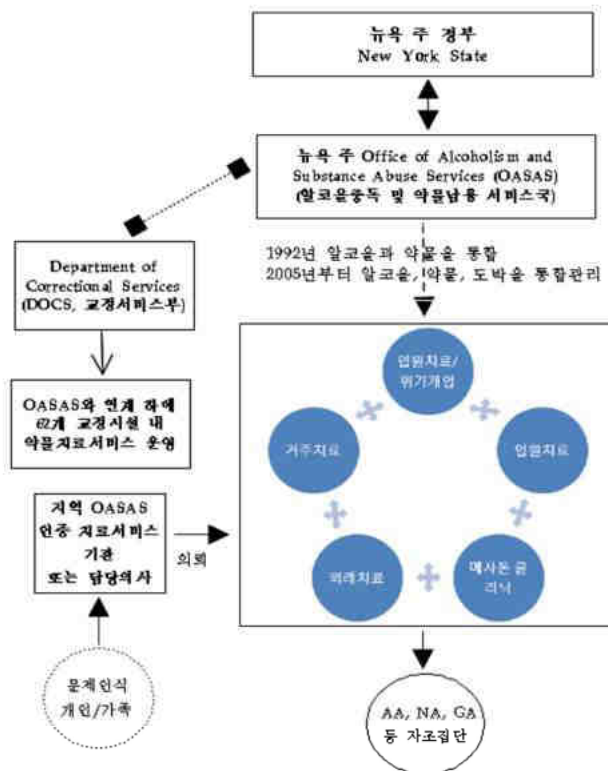
광역자치단체(state, 주정부)와 기초자치단체(county/city)

- 대부분의 주(State)에서 일반 보건과 분리되어 독자적 조직과 인력을 갖추어 운영
- 기초자치단체인 미국의 county 나 시의 경우 한국의 보건소와 같은 보건국(Department of Public Health) 산하에 정신보건과 알코올중독과가 분리된 조직과 인력으로 운영

물질남용정신보건청(SAMHSA)의 구조



미국 뉴욕 주 (New York State) 중독관리체계 모형



미국의 산후우울증

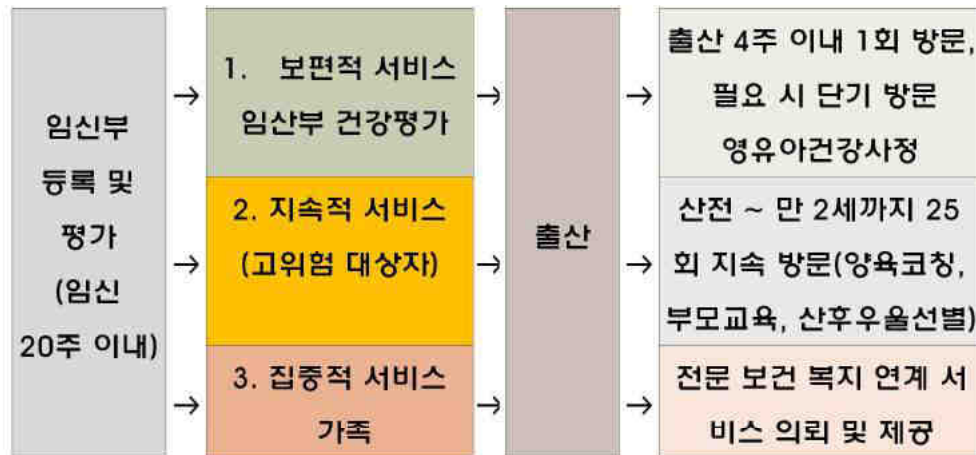
- 2001년 한 산모의 자살사망
 - 언론보도를 통한 사회적 이슈화
 - 국회에서 청문회(브룩실즈 등이 증인으로 참석)
 - 멜라니 블로커 스톡스 법안 통과(2005년)
 - 행정부에서 예산 및 인력 확보
 - 4800명 신생아를 대상으로 장기 추적연구
 - 선별검사, 치료지원, 복지서비스, 무엇보다 방문서비스
-
- 미국은 500만 산모 중 40만명이 산후우울증 치료
 - 한국은 40만 산모중 4000명만 산후우울증 치료

연도 지역 선진국의 산후우울증 관련 법률(안)과 내용

2005	미국연방정부	• 멜라니 블로커 스톡스 법안 • 산후우울증으로 사망한 고인에 대한 사회적 관심이 법제적으로 이어짐 • 산후우울증에 대한 치료, 교육, 연구, 지원에 접근할 기회를 확대하는 방안을 골자로 하는 법안 제출
2003 이후	미국주정부	• 2003년 텍사스 버지니아 주를 시작으로 대부분의 주에서 산후우울증 관련 법안 제정 • 2008년 뉴저지 주는 산후우울증 선별검사와 아동을 위한 방문서비스를 법제화 • 2008년 일리노이 주는 산후 1년까지 산후우울증 치료 비용을 지원 • 2010년 캘리포니아 주는 5원을 산후우울증 선별의 달로 제정
		• 2007년 최초의 국가 수준 주산기 여성 우울증 보편적 선별 검사를 시행
2007	영국	• 출산 후 1년 미만인 여성의 의료비 약제비 전액 본인 부담금 면제 • 지정 조산사 케도를 이용한 산후우울증 조기 발견 및 대처 • 전국에 방문팀 4200개소 설치

서울 건강아이 첫걸음 사업

- 구별 방문서비스팀에 의해 수많은 산후우울증 발견
- 에딘버러 척도 12점이면 대부분이 대상이라 14점이상이면서 고위험요인이 있는 군만 서비스



21

동일본 대지진후 설립된 이와테현 마음의케어센터- 체계



효고현 트라우마센터(치유센터)의 인력구성

- | 센터장 : 카토 히로시
- | 정신건강의학과 의사 3명
- | 임상심리사 4명(3명은 비상근)
- | 정신간호사 1명(상담실장)
- | 정신보건사회복지사 2명
- | 사무원 10명



공익재단법인 효고재난기념 21세기연구기구

효고현 트라우마센터(치유센터)의 상담

| 상담실 및 부속클리닉

- | 상담원 : 정신보건간호사(상담실장), 정신보건사회복지사, 임상 심리사
- | 상담시간 : 1회 평균 60~90분
- | 진료는 전문의가 제공 초진 평균 60분 재진평균 30분
- | 부속클리닉의 치료 방침에 따라 심리적 접근이 필요한 분들에게 상담 실시
- | 전화 및 대면상담 실시



일본의 자살율 37% 감소의 과정

라이프랑크와 자살대행 10년의 흔적 -무엇을 실현하며 왔는가-

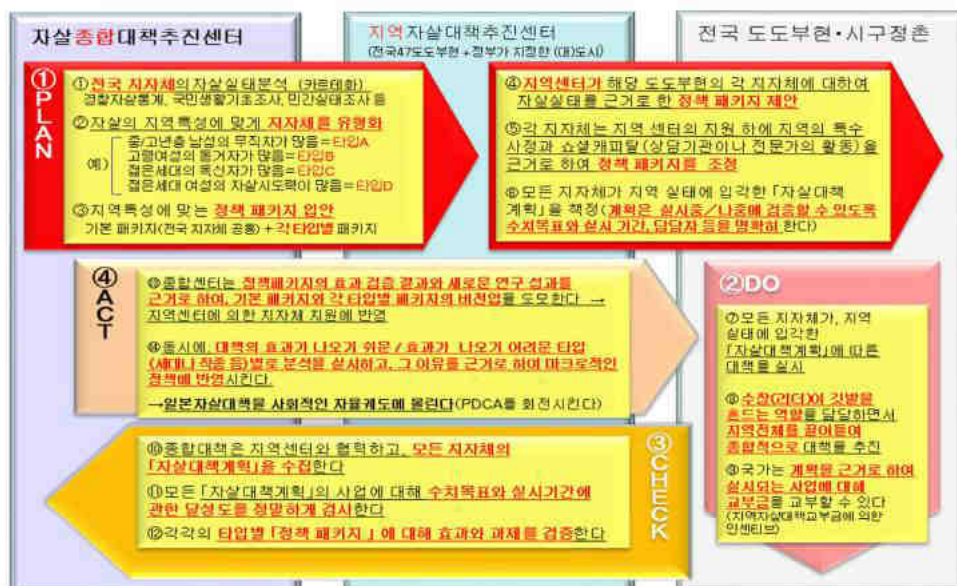
2004년 16집, 『P.O. 박찬 경이프랑스는 “가짜”에 살고 살기 좋은 사회, 진정한 웃음로 행복, “가짜”를 넘어서는 새로운 문화의 발견(16집)』, 『고백(무죄판)』, 『자살(무죄판)』 『연가(무죄판)』, 『이제, 모든 차등주의(무죄판)』에 대해 썼다.

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1) 자살문제 사회화: 『죽음문화』에서 『자살문화』로 | 3) 관계자 네트워크화: 과잉관리 원단화에서 관계복합화 |
| 2) 자살대책 기반구축: 성취지향 전략의 구조개선 | 4) PDCA cycle 확립으로: 대상을 사회적 자원으로 확대 |



일본의 자살예방 네트워크의 선순환 전략 PDCA model(Plan , Do, Check, Act)

자살대책의 Grand Design (PDCA의 회전방법)



일본 자살예방정책의 변화의 시사점

- 유가족 당사자의 다큐멘터리 촬영과 사회적 발언으로 국민적 관심의 시작
- 민간단체의 서명운동 등 적극적 방식의 여론환기
- 일본 국회의원 700명중 100명이 자살예방포럼 결성
- Top-down 방식의 업무진행 특성 활용
 - 1. 정부와 민간의 유기적 활동
 - 8년간 내각부 산하에 컨트롤타워로 자살예방종합대책본부를 통해 각부처간 민관 협력
 - 2. 정부: 매해 본부의 박사급 연구진을 통해 정확한 자살통계와 전략모듈을 통해 지역사회전략수립 지원
 - 3. 국회: 생명존중 포럼 구성 및 법적 근거 마련
 - 4. 매년 지자체장이 직접 참여하는 자살예방활동 세미나 및 시민단체의 모니터링(TOP Semina)
 - 5. 언론: 자살예방관련 보도 활성화

일본의 알코올기본법과 국가종합대책

- **일본 알코올건강장해대책기본법**
2013년 11월 예방과 치료에 초점을 두고 27개 조항으로 구성된 알코올건강장해 대책 기본법' 을 제정하여, 2014년 6월부터 시행
국가 주도의 연구 및 치료, 관련 인력 양성, 국가중앙기관 설립 등을 진행하고 있음
- **대책주진 기본계획**
기본법에 따라 정부에서는 중점과제와 기본시책 10가지로 이루어진 기본계획(2016-2020)을 수립.
계획기간동안 달성할 목표와 이를 위해 다룰 시책 및 추진체계를 제시함.

문제해결과 전문가 그룹



1, 미국의 ACT
100 명의 중증환자당 전문의1명, 정신건강전문요원
10-15명(간호, 사회복지, 직업상담사), 당사자가 한팀으
로 24시간 서비스를 제공하는 의료보험서비스



2, 일본재난정신건강정보센터
NCNP내 위탁.
7명의 전문의, 20명의 전문가
가이드라인 제작
매년 재난모의훈련, 교육, 전산시스템으로 전국적 실행
파악



3, 일본자살예방종합대책본부
내각부 산하에서 작년에 후생노동성 산하 NCNP로 소속
기관 변경
통계학자, 예방의학자, 보건학자, 정신과전문의, 심리학
자, 사회복지학 등 9명 의 박사급 연구진과 중 20명의
직원

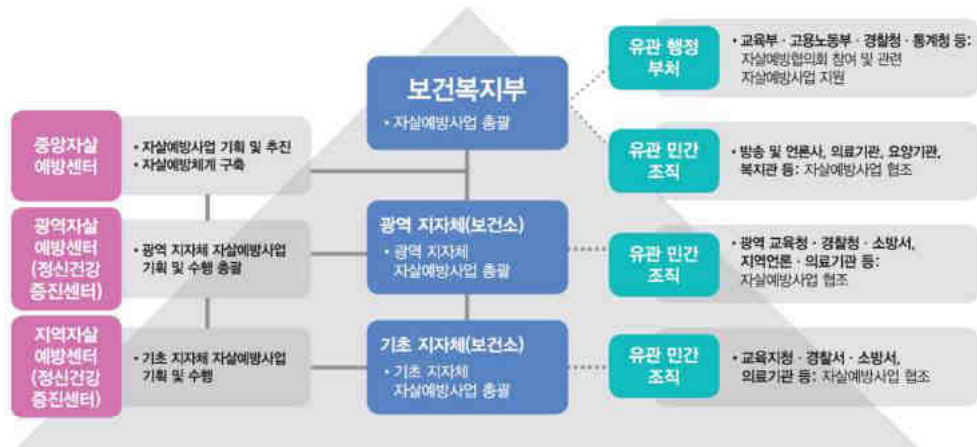
국내 현황과 고찰

2001년부터 2011년까지 38.6% 감소

현재 국내 자살예방 거버넌스

□ 복지부 담당자는 정신건강정책과 서기관 1인 사무관 1인

중앙정부와 지자체 및 유관기관들 간의 협력체계



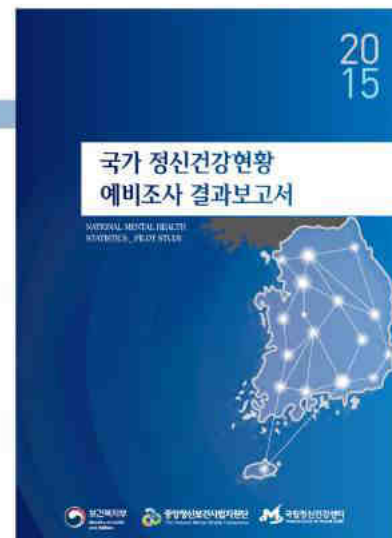
[출처 : 보건복지부, 2016년 지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼]

최근의 변화

- 국립정신건강센터 발족
- 한국보건사회연구원 사회정신건강센터
- 정신건강종합대책 발표(2016년)
- 정신건강복지법 개정 시행
- 모자보건법 개정(산후우울증 지원)
- 자살예방법 개정
- 감정노동자보호법(미통과) 이슈
- 정신건강이 100대 국정과제에 포함.

국립정신건강센터

- NCMH
- 정신건강사업부
- 정신건강연구소
- 정신건강기술개발사업단



현재 관련 법적 규정

- ⑤ 제1항에 따른 정신건강증진사업 등에 관하여 자문·지원하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 중앙정신건강복지사업 지원단을 두고, 제2항에 따른 정신건강증진사업등에 관하여 자문·지원하기 위하여 시·도지사 소속으로 지방정신건강복지사업지원단을 둔다.
- 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하고 「국민건강증진법」 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회 내 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 자살예방기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.

중앙정신보건사업지원단과 중앙응급의료위원회

다, 정신보건사업지원단의 직무범위 및 운영

(정신보건법 시행규칙 제7조의2 및 3)

1) 중앙정신보건사업지원단

※ 직무범위

- 국가가 행하는 지역사회정신보건사업의 기획 및 조정에 대한 지원
- 지역사회정신보건사업에 대한 평가
- 정신보건관련기관·단체 또는 정신보건시설간의 연계체계 구축지원
- 정신보건사업의 현황파악 및 통계
- 그 밖에 지역사회정신보건사업과 관련하여 보건복지부장관이 지시하는 사항

※ 구성

- 단장 1명을 포함하여 10인 이상 15인 이내의 단원으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉(임기: 2년)

- 보건복지부에서 정신보건업무를 담당하고 있는 4급 또는 5급 공무원
- 정신과 전문의 및 정신보건전문요원 그 밖에 정신보건분야에 관한 전문지식과 기술을 가진 자

제13조의5(중앙응급의료위원회) ① 응급의료에 관한 주요 시책을 심의하기 위하여 보건복지부에 중앙응급의료위원회(이하 "중앙위원회"라 한다)를 둔다.

② 중앙위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함한 15명 이내의 위원으로 구성한다.

④ 당연직 위원은 다음 각 호의 사람으로 한다.

1. 기획재정부차관
2. 교육부장관
3. 국토교통부장관
4. 소방청장
5. 제25조에 따른 중앙응급의료센터의 장

⑤ 위촉 위원은 다음 각 호의 사람으로서 위원장이 위촉한다.

1. 「비영리민간단체 지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 대표하는 사람 3명
2. 응급의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 3명 등

정신건강복지법과 응급의료법의 재원

- 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.

- 7조 국가계획의 수립중 정신질환자에 대한 복지서비스 제공에 필요한 재원의 조달 및 운용에 관한 사항

제19조(응급의료기금의 설치 및 관리·운용) ① 보건복지부장관은 응급의료를 효율적으로 수행하기 위하여 응급의료기금(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다.

제20조(기금의 조성)

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양기관의 업무정지를 갈음하여 보건복지부장관이 요양기관으로부터 과징금으로 징수하는 금액 중 「국민건강보험법」에 따라 지원하는 금액

2. 응급의료와 관련되는 기관 및 단체의 출연금 및 기부금

3. 정부의 출연금

4. 다음각호의 예상수입액의 100분의 20

1). 「도로교통법」 제160조제2항 및 제3항에 따른 과태료(같은 법 제161조제1항제1호에 따라 지방경찰청장이 부과·징수하는 것에 한한다)

2). 「도로교통법」 제162조제3항에 따른 범칙금

[제목개정 2011.8.4.]

2017대선후보에게 정신건강의 길을 묻다

제19대 대통령 선거
「대한정신장애인가족협회와 대한신경정신의학회의 질의서」에
대한 답변 요약

대한정신장애인가족협회
대한신경정신의학회

1. 보건복지부 정신건강정책국 및 대통령 직속 국가 정신건강위원회 설치

- 신체건강과 동등한 수준으로 정신건강을 관리하며 개인의 문제가 아닌 사회적 문제로 접근하려는 노력이 필수적임. 자살, 치매, 중독, 아동청소년 정신건강의 문제를 범부처로 민관협력을 통해 추진할 컨트롤타워로 대통령 직속 국가 정신건강위원회를 설치가 필요함. 또한 담당부처도 정신건강 전체를 정신건강정책과 1개과의 인원으로 추진하기 어려우므로 정신건강정책국으로 격상이 필요함. 이에 대한 귀 후보의 입장(또는 공약)은 무엇입니까?

문제인	안철수	심상정
정신건강의 문제는 우리나라가 선진국으로 가기 위해 꼭 해결해야 하는 과제라는 의견에 공감합니다. 백악관에서 매년 정신건강권퍼런스를 개최하는 미국의 노력과 내각부 산하에 자살예방 대책본부를 설치하여 자살률을 감소시키고 있는 일본의 사례도 잘 알고 있습니다. 우리나라도 자살 문제에 대한 통합적인 대응체계를 정부 차원에서 갖추어야 한다고 생각합니다. 귀 협회와 학회에서 제기하신 보건복지부 정신건강정책국의 설치와 국가 정신건강위원회 설치 취지에 공감하며, 이 같은 취지를 살릴 수 있는 방안을 적극 강구하겠습니다.	○ 따라서, 국민 정신건강 사회안전망 확충을 위하여 정신건강을 다루는 국 단위 부서 설치 필요성에 공감합니다. 여러 분야에 걸쳐 있는 정신건강 관련 정책이 유기적으로 추진될 수 있도록 컨트롤타워가 필요하다는 점에 동의합니다. 다만, 대통령 직속의 국민정신건강위원회를 설치하는 것은 국민정신건강 문제에 대한 국가차원의 대응의 시급성과 대통령 비서실의 권한 축소 요구를 종합적으로 고려하여야 한다고 봅니다.	현 보건복지부 정신건강정책과 1개과로 증가하는 국민의 정신건강을 책임질 수 없다는 점에 동의하며, 현 보건복지부에 정신건강정책국 설치에 찬성함. 또한 대통령직속 국가 정신건강위원회 설치와 관련해서는 필요성분만 아니라 실효성 등을 충분히 검토하여 설치를 적극 검토하겠음

자살예방과 재난/범죄/학대 관련 트라우마의 극복을 위한 인프라 조성

- 헌법에서 정의한 국가의 역할은 국민의 안전 보장임. 연 13,513명이 자살로 사망하는 상황에서도 정부의 예산투자는 일본의 3천억에 비해 비교할 수도 없는 95억 수준임. 국민이 자살로 내몰리지 않는 사회를 만들기 위한 국가 전반의 노력이 필수적임. 세월호 등 재난 이후 그리고 범죄, 학대 등 트라우마에 대한 심리적 자유도 제대로 이루어지지 못하고 있음. 2016년 국회도 국립정신건강센터 내에 국립트라우마센터의 설립을 국정감사보고서에서 권고한 바 있음. 자살과 트라우마에 대한 컨트롤타워의 정립과 범부처와 민관협력에 기반한 적극적 대책이 필요한 시점임. 이에 대한 귀 당의 입장(또는 공약)은 무엇입니까?

문제인	안철수	심상정
지난 세월호 참사 3주기를 맞아 문재인 후보는 국가재난 컨트론타워를 만들고 국가재난트라우마센터의 설립을 공약으로 발표한 바 있습니다. 재난에 대한 대비와 함께 피해자와 가족의 상처를 치유하는데 최선을 다하고자 합니다. 세월호사건을 비롯한 자살의 문제는 사회적 문제입니다. 국민이 자살로 내몰리지 않는 사회를 만들어가기 위한 정책을 적극적으로 펼치겠습니다. 지역사회에서 주민의 정신건강을 돌보는 정신건강증진센터, 인력을 획기적으로 확충하여, 정신건강증진, 예방, 지역사회 사례관리 서비스를 강화하겠습니다. 그리고 국립트라우마센터의 설립과 운영, 지역사회 정신건강 인프라 확충과 운영에서 민간 전문가와의 긴밀한 협력이 이루어질 수 있도록 노력하겠습니다.	○ 자살예방을 위해서는 우선 지역사회 정신건강서비스를 강화하고, 투자를 확대해야 합니다. 정신질환 및 정신질환자에 대한 편견 등으로 서비스 이용에 소극적인 문제를 개선하기 위하여 지역사회 정신건강서비스에 대한 홍보를 강화하고, 서비스의 양적·질적 향상을 위한 투자도 높여 나가도록 하겠습니다. ○ 국민안전관리에 대한 사회적 요구가 높아가는 가운데, 재난 및 사고 이후의 외상후 스트레스 장애와 우울증 등 심리지원이 매우 중요합니다. 이들의 지속적인 치료를 돕는 국립트라우마센터 설립은 반드시 필요합니다.	자살뿐만 아니라 세월호와 같은 대형 재난, 그리고 군복무 중 사망한 유족 등 우리사회에 트라우마로 고통받는 이들이 점점 증가하고 있음에도, 이에 대한 우리의 대처 수준은 초보단계에 머물러 있음. 국립트라우마센터와 같은 종괄기구 설치뿐만 아니라 현장에서 피해자들에게 실질적인 지원을 제공할 수 있는 전문요원에 대한 체계적인 양성도 무엇보다 중요하다고 생각함. 이를 위해서는 트라우마 치료 전문가를 체계적으로 양성하기 위한 교육 및 수련프로그램과 인증절차 등에 대한 세밀한 정사정이 마련되어야 할 것임. 그리고 정의당은 ‘군 피해자 지원을 위한 치유지원 전담센터’ 설립을 공약에 포함시킴.

대선 정신건강정책 회신 요약

	민주당
정신건강정책 국가정신건강위원회	찬성
자살 트라우마대책	국민이 자살로 내몰리지 않는 사회 센터인력확충 국가재난트라우마센터
보험가입제한 입원정액수가	보험가입제한 반드시 시정 입원정액은 대표적 차별적 정책 지역사회 정착생활환경조성
정신보건법 재개정	인권과 치료 존중하는 재개정 적극적 인프라 투자

100대 국정과제에 최초로 정신건강 포함

1. (정신건강 증진체계 강화) 정신건강 관련 서비스 전달체계 개편 및 전문인력 증원과 근무조건 개선, 자살예방 및 생명존중 문화 확산
-정신건강서비스 이용률 제고(15%→20%)
2. (치매 국가책임제) '17년부터 전국 252개 치매안심센터 확충 및 치매안심병원 확충 추진
- '18년부터 중증치매 환자 본인부담률 인하 및 고비용 진단검사 급여화,
장기요양 치매수급자 본인부담 경감 확대
3. 2017년까지 대국민 재난트라우마 극복 지원을 위한 종괄 지원체계 구축

정신건강 거버넌스 제안 1

- 정신건강에 대한 컨트롤타워 정립
 - ▣ 1안 대통령 또는 총리산하 위원회 구조 – 부처별 협력 및 민관 협력이 가능해야함.
 - ▣ 2안 법개정 추진 ; 응급의료법 수준으로 중앙정신보건위원회 강화(기재부, 교육부, 여가부, 소방, 경찰 등 참여)
 - ▣ 국립정신건강연구소 또는 자살예방,중독 연구기능 강화를 통한 중앙의 전문적 근거 및 정책생산, 콘텐츠 지원능력 향상이 절실
 - ▣ 정신건강정책국의 신설(중증,자살예방, 중독,증진, 등 분야의 과 신설)

정신건강 거버넌스 제안 2

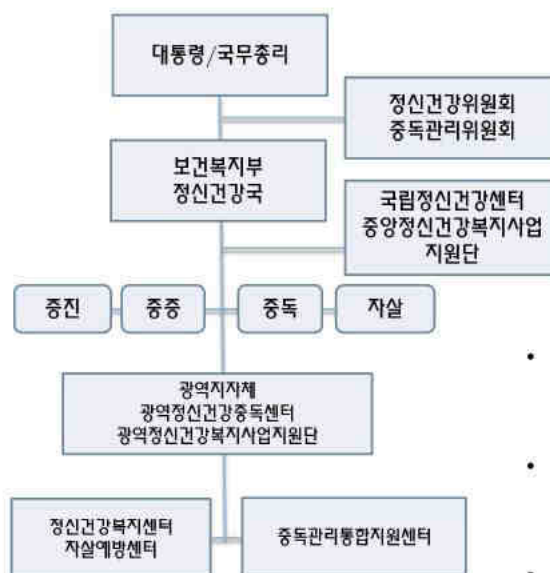
□ 민간의 역할

- ▣ 전문가 중심에서 당사자 중심의 자발적 참여와 연대에 핵심적 역량을 집중
- ▣ 국민의 직접적 참여와 민간단체의 네트워크를 통한 여론 환기와 보다 적극적인 사회적 활동이 요구됨.

□ 재정의 확보

- ▣ 현재 수준의 인력과 재정으로 문제해결은 요원
- ▣ 핵심 정신건강관련 법안에 재정확보에 대한 규정이 필수
- ▣ 응급의료기금, 건강증진기금 등

거버넌스 개선방안



- 국가위원회는 정신건강위원회 내 설치 또는 별도 설치
- 복지부 정신건강국 및 국내 중독관리과 설치
- 국립정신건강센터 내 중독관리사업과 설치
- 광역지자체 수준에서는 광역정신건강중독센터 설치
- 최종 기초자치단체 서비스 수준에서는 별도의 중독관리통합지원센터 설치

- 음주 하나만으로도 사회경제적 폐해는 20조를 넘지만, 국가 음주폐해예방 종합대책은 부재하며, 관리예산사업규모는 오히려 감소하고 있음.
- 국민건강증진법, 정신건강복지법 등 관련법에 알코올중독문제에 대한 개입의 근거가 매우 취약하여 효과적 정책수행에 근본적 한계가 존재함.
- 따라서 근본적으로 별도의 법제도 제정이 필요.

Conclusion

- 정신건강증진영역의 수요는 급증하나 투입의 큰 변화는 없음.
- 국립정신건강센터의 설립, 제반 법률 변화, 사회적 관심의 증가는 기회요인
- 문재인 정부는 대선과정에서 국가재난트라우마센터 설립을 공약으로 발표하였고 정신건강에 대한 관심과 투자 확대를 강조한 바 있으며 100대 국정과제에 정신건강이 최초로 포함됨.
- 거버넌스 확립을 위해서는 리더와 관심과 참여, 컨트롤타워의 구성, 관련 법개정, 전문가 양성, 그리고 재정확보가 필수적이며 이를 위한 기반으로 국민의 직접참여를 확대하는 방향으로 당사자 운동이 국회의 적극적 역할과 함께 문제해결에 핵심적 과제임.

**맞춤형 회복지향적 치료로의 전환을 위해
정신의료서비스는 어떻게 변화해야 하는가?**

오승준 (한국정신보건연구회)

맞춤형 회복지향적 치료로의 전환을 위해 정신의료서비스는 어떻게 변화해야 하는가?

국가정신건강정책 솔루션 포럼 2017. 08. 09.

오랜 동안 수용 위주 정책을 유지해 온 까닭에 우리나라 정신의료서비스는 ‘장기입원’과 ‘인권침해’라는 두 가지 커다란 문제에 당면하고 있다. 정신의료서비스 제공자들을 매우 힘들게 하고 있는 이 문제들은 어쩌면 당연한 결과라고 볼 수 있다. “위험한” 정신질환자들을 사회로부터 격리하여 국민들의 안전을 우선하였고, 그 책임을 대부분 환자의 가족들에게 부과하다보니 경제적으로 어려울수록 직접 환자를 돌보지 못하고 병원이나 시설 등에 맡길 수밖에 없었던 것이다. 이런 배경으로 입원이 진행되다보니 필연적으로 ‘장기입원’이 유발되었고, 병원, 요양원, 기도원 등에서 지내시는 분들은 날이 갈수록 늘어만 갈 수밖에 없었다. 최근까지도 국공립병원 및 민간병원, 정신요양시설 할 것 없이 비슷한 역할을 하고 있다.

입원(또는 입소) 기간이 길어진다는 것은 자연스레 여러 가지 현상을 동반하게 된다. 첫째, 정신질환은 치료가 되지 않는 병이라는 사회적 편견을 더욱 강화시키는 것이다. 아무리 치료를 열심히 해도 기능손상이 진행되고 사회응응이 어려운 환자분들이 있기는 하다. 그러나 그보다 훨씬 많은 환자들끼리 적절하게 급성기 치료가 이루어지고 빠른 시일내에 퇴원해서 적극적인 사회 재활치료가 병행된다면 사회로 복귀할 수 있음에도 불구하고 ‘격리’가 우선된다보니 좋은 치료를 받을 기회 없이 바로 장기입원으로 이어져 버리게 되었던 것이다. 이런 모습들 때문에 사람들은 정신병원에 대해 ‘한 번 들어가면 나올 수 없는 곳’이라는 매우 부정적인 이름을 달아주었다.

둘째, 자신의 결정보다는 타인, 주로 가족들에 의해 입원 및 입원유지에 대한 결정이 이루어지게 되었다. 질환의 특성상 병식이 없는 경우가 자주 있기는 하지만, 자신의 의사를 먼저 밝히고 치료의 장으로 스스로 들어오게 하는 과정들이 없어지는 것은 너무나도 안타까운 일이다. 이러 결정 과정들이 오랫동안 반복되다보면 환자는 스스로 선택하고 책임질 수 있다는 것을 생각해보지 못하는 상태가 되기도 한다.

셋째, 정신의료서비스를 매우 낮은 수준으로 설정하였다. 치료, 재활, 사회복귀 보다는 큰 문제없이 오랜 기간 ‘유지’하는 것이 정신병원의 기능이라고 생각하다보니 급성기 병원들보다 비교할 수 없이 적은 인력수준과 최저 비용으로 운영되도록 하였다. 과거 정신병원들이 많지 않고 경제적으로 힘들었던 시절에는 사회의 요구에 따라 그런 방식으로 입원치료가 진행되기도 하였으나 시간이 흘러 우리나라가 발전해감에 따라 국민들은 정신병원들에게 선진국형의 입원 서비스 수준을 요구하기 시작했다. 그럼에도 불구하고 인

력수준과 비용은 그에 걸맞게 상승되지 않았고, 병원들은 오히려 환자들에게 주어질 서비스의 수준을 점점 낮추는 방법으로 생존을 선택해 왔다. 그에 따라 대학병원 등, 대형 병원들에서는 정신과 입원병동을 없애고 신경외과 등 수익성이 확실한 쪽으로 전환하는 현상들이 나타났고 이에 따라 전체적인 정신의료서비스 수준은 한층 더 낮아져가게 되었다.

넷째, 열악한 인력구조와 긴 입원기간은 동시에 작용하여 의료 및 요양시설 내에서의 부적절한 인권침해 현상으로 나타났다. 선한 마음으로 정신질환자들을 돌보는 직업을 선택했던 직원들조차도 얼마가지 않아 극심한 피로감을 호소하며 “적은 수의 직원으로 많은 수의 환자를 돌보기 위해서는 어쩔 수 없는 일 이었다” 라고 말하는 경우가 적지 않다. 적절한 치료 이후에 집으로 돌아갈 분들이라고 생각한다면 일어나기 어려운 인권침해 사건들이 장기입원 환자들에게 일어나는 것은 부산 형제복지원, 대구 희망원, 남원 평화의 집 사건 등에서도 동일하게 확인할 수 있는 일이다. 개인의 성품과도 관련이 있겠지만, 근본적으로는 구조적인 문제인 것이다.

우리 사회가 경제적 발전을 이루어가는 동시에 인문학적 수준이 올라가면서 정신적인 어려움을 가지고 있는 가족이나 주변 사람들이 생길 경우에도 예전처럼 무조건 사회로부터 격리시켜 버리기보다는 필요한 치료를 적절한 시기에 잘 받고 빠른 시일내로 가정이나 사회로 돌아오기를 바라고, 치료 과정 중에도 부당한 대우를 받지 않았으면 좋겠다는 생각들이 많아지고 있다. 이는 정신건강의학과 전문의들뿐 아니라 모든 정신의료서비스 종사자들이 절실히 바라는 바이다. 바로 그런 생각들이 모여 정신보건법을 정신건강복지법으로 개정하게 하였다. 입원 및 계속입원 절차는 매우 까다로워지고 작성하거나 확인해야 할 서류들은 큰 폭으로 늘어났다. 부당한 입원을 막고 퇴원을 촉진하자는 의미에서는 매우 환영할 만한 변화를 경험하고 있다.

단순히 입원을 어렵게 한다고 해서 전체적인 정신의료서비스의 수준이 올라가는 것은 아니다. 오히려 그 반대로 환자에게 제공되는 서비스의 수준은 더 내려갈 가능성이 높다고 보는 전문가들이 매우 많다. 환자분들과 함께 할 시간은 줄어들고 서류를 확인하거나 작성하는데 들어가는 시간과 노력은 몇 배로 늘어나야 하기 때문이다. 혹여 의도하지 않은 작은 실수로도 범법자가 될 수 있기 때문에 실수하지 않기 위해 노심초사하기도 한다. 진작에 도입되었어야 할 ‘부당한 입원을 막는 제도’가 시행되기 시작한 것을 기초로 이제는 ‘제대로 된 탈수용화’ 정책을 추진하기 위해서 전체적인 정신의료서비스의 수준이 올라가는 제도의 도입이 필요한 것이다. 정신질환으로 어려움을 겪고 있는 분들의 인권을 진정으로 존중하는 탈수용화 정책이 진행되기 위해서는 다음과 같이 정신의료서비스가 발전적으로 변모해 가야할 것이다.

첫째, 정신과 입원서비스를 급성기 치료와 만성 치료로 구분하여야 한다. 우리나라 정신

병동에는 대부분 급성기 환자와 만성 환자가 섞여서 한 병동에 입원한다. 정신질환 치료에서 급성기 환자와 만성환자는 치료 목표와 접근 방법에 큰 차이가 있다. 초발 정신질환이거나 급성 재발 상태인 환자분에게는 매우 적극적인 집중 치료가 필요하다. 의사, 간호사, 정신보건전문요원 등이 모두 협력하여 단시일내에 자주 개입하고 여러번 설명하고 반복적으로 지지해주어야 한다. 급성기 치료는 짧게는 2주이내이며 대부분 1~2 달내로 제한되고 퇴원하도록 하여야 한다. 그렇게 하면 지금보다 훨씬 좋은 치료 효과를 얻을 수 있고 정신과에 입원해서 치료받더라도 얼마 후엔 집으로 돌아갈 것이기 때문에 인권 침해 요소들이 줄어들 수 밖에 없다. 급성기 치료를 받은 후 퇴원하신 분들은 집에서 지내면서 통원치료 만을 하거나 정신건강복지센터 또는 정신재활시설 등을 이용하면서 지내도록 안내해야 한다. 자신의 상태에 따라 주간이용, 주거이용, 직업훈련, 사회적응훈련 등을 선택하여 이용할 수 있도록 연계하게 된다. 병원과 정신건강복지센터, 정신재활시설들은 서로 협력하고 유기적으로 연계하여 환자분에게 가장 적절한 서비스가 제공되도록 논의하여야 한다. 만약 환자분이 이런 재활시설들에서도 적응하지 못하여 다른 환자들과 지속적으로 분쟁이 심하거나, 자기 관리가 전혀 안 되거나, 투약 유지가 어려운 경우 등에 만성환자 입원치료 서비스를 받게 하는 것이다. 만성환자 입원서비스의 주된 목표는 자신의 인격보호와 가족들과의 관계유지 등이며 입원 중 반복적으로 재활 프로그램에 참여하게 하여 호전을 보이는 경우 가정이나 재활 시설로 다시 연계해 볼 수도 있도록 하여야 한다. 이렇게 하는 것이 적절한 정신과 진료전달체계이다.

둘째, 병원기반 사례관리를 시행하여야 한다. 퇴원한 환자분들에게 본인의 동의하에 병원 소속 정신보건전문요원들에 의한 방문간호 또는 사례관리를 할 수 있게 한다면 재발 방지 및 재활치료 연계에 매우 큰 도움이 될 것이다. 오랜 시간 노력을 기울여 환자와 면담하고 관계를 만들어온 주치의와 병원직원들은 환자에 대해 가장 많은 정보를 가지고 있는 상태이다. 당연히 환자 및 가족들에게는 큰 도움이 될 수 밖에 없다. 병원 종사자들은 퇴원 이후 환자가 점점 더 호전되는 모습을 보며 보람을 느끼게 될 것이며 지역 정신건강복지센터에 과도한 부담을 주고 있는 사례관리를 분담하여 센터의 기능을 더욱 효율적으로 할 수 있게 하는 효과도 볼 수 있다. 더불어 간호사, 사회복지사들에게는 새로운 신규고용 창출 효과를 기대할 수 있으며 유휴 간호사들에게 정규직 뿐 아니라 파트타임 등으로 일할 수 있는 기회를 제공할 수 있게 되기도 한다. 사례관리 전담 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사 등이 팀을 이루어 활동할 수 있도록 제도를 정비하여야 한다.

셋째, 정신병원의 인력구조를 정상화하여야 한다. 현재 대부분의 정신병원들은 입원환자 60명당 한 명의 정신과 의사 및 13명당 한명의 간호사를 배치하고 있다. 재활서비스의 핵심 역할을 하고 있는 정신보건전문요원은 입원환자 100명당 한 명이다. 이는 전적으로 보건복지부 고시에 따라 책정되어 있는 등급제에 따라 가장 높은 G2등급으로 맞추어 놓았기 때문이다. 이보다 더 많은 인력이 일하더라도 의료기관에서 받을 수 있는 비용은 없다. 다른 진료과에 비해서도 현저히 떨어지는 비용만으로 정신의료서비스를 제공하도

록 하고 있기 때문에 생기는 현상이다. 간호사 비율만 단순 비교해 본다면 가까운 일본은 3:1, 대만은 4:1 정도 수준이 일반적이다. 병원 서비스의 출발은 인력구조와 매우 밀접하다. 인력구조가 매우 열악하다보니 환자분들에게 선한 의도를 가지고 정신병원에서 일해보고자 했던 분들도 쉽게 지치게 되고 적극적인 서비스를 포기하게 된다. 최근 연구에 의하면 정신병원에서 일하고 있는 종사자들의 90% 이상이 환자에게 위협, 폭언, 폭행 등에 노출된 경험이 있으며 그에 대한 대처방법은 그저 참을 수 밖에 없었다고 보고하고 있다. 환자가 부당한 인권침해를 받는 것은 말할 것도 없지만, 정신병원의 직원들도 더 이상 그런 위협에 노출되지 않도록 하여야 할 것이다. 정신병원 종사들에게조차 폭력을 행사하는 환자들을 적절하게 치료하기 위해서는 외국처럼 사법병동을 따로 두는 것도 고려해봐야 할 것이다. 다수의 선진국들은 국공립 및 민간 정신병원에서 대략 20% 내외의 병상을 사법병동으로 하여 법무부와 협조하에 운영하고 있다.

넷째, 정신과 의료급여 환자에 대한 차별을 철폐하여야 한다. 전체적으로 일반과에 비해서 낮은 비용으로 서비스가 이루어지는 가운데 정신과 의료급여 환자들은 건강보험 환자들에 비해 60% 수준으로 책정되어 있다. 2008년 이후로 9년간 동결되어 있다가 2017년 3월 약 3%정도 상승했다. 이렇게 낮은 수준으로 유지해도 된다고 하는 것은 역시 장기입원에서 출발하고 있다. “특별히 해줄 것이 없는 것 아니냐, 치료해도 회복되는 것은 아니다. 그냥 유지만 하고 있는 것이다.” 라는 생각이 근원이다. 그러한 생각이야말로 환자를 더욱 위축시키고 사회로 돌아올 수 없게 만들고 있다는 것을 인식해야만 한다. 가난하고 약한 환자들은 매우 적은 비용으로 자신들이 부당한 대우를 받고 있다는 주장을 스스로 하지 못하여 왔고, 병원들은 환자들에게 적극적인 재활 서비스 제공을 포기하면서 장기입원을 유도했다는 오명을 뒤집어 쓰고 말았다. 지금이라도 정신과 의료급여 환자들에게도 건강보험 환자와 다름없는 정신의료서비스가 이루어지도록 하여야 한다. 그래야 진정한 탈수용화 정책이 추진될 수 있다. 다만, 이를 위해서는 정신병원들도 의료급여 환자들이 퇴원하여 가정 및 지역사회로 돌아갈 수 있도록 선제적인 개선 노력이 필요할 것이다.

다섯째, 중독관리법을 따로 제정하여야 한다. 우리나라의 중독질환은 서구의 것과는 매우 다른 특징을 가지고 있다. 대부분의 선진국들은 중독질환을 얘기할 때 마약중독을 우선 떠올리지만, 우리나라와 일본만은 알콜의존을 우선하게 된다. 입원율, 입원 의사, 폭력성, 문제행동 등 여러 가지 면에서 알콜의존은 정신증과 매우 다른 모습을 가지고 있다. 마약중독은 매우 심한 중독 및 금단 증상으로 인해 강제적인 사법적 접근이 우선되고 있는 반면에, 알콜의존은 비교적 가벼운 중독 및 금단 증상을 보인다는 이유로 오래전부터 병원치료의 대상으로 여겨지고 있다. 그러나 스스로에게뿐 아니라 배우자, 자녀 및 사회에 미치는 영향은 알콜의존이 마약중독보다도 훨씬 더 광범위하고 심각하다. 알콜의존과 다른 정신질환이 동반되는 경우에는 치료효과가 훨씬 더 떨어질뿐 아니라 폭력성 등, 문제행동이 매우 높게 나타나고 있다. 우리 사회는 알콜의존 치료에 대해 훨씬 더 적극적인

방법으로 대처해야 함에도 불구하고 현재의 정신건강복지법은 이를 담아내지 못하고 있다. 따라서 알콜의존, 도박, 마약, 인터넷 등 여러 가지 중독질환 치료에 대한 근거가 될 수 있는 중독관리법의 제정이 매우 시급하다.

여섯째, 정신병원 비자의입원 절차에 사법부 또는 준사법기관이 최종적인 역할을 하도록 하여야 한다. 병원 및 치료진은 치료의 필요성, 자타해 위험성에 대해서 판단하고 권고하는 역할만 하도록 하고 모든 강제입원(비자의입원)의 최종적인 결정은 사법부 또는 준사법기관에서 내리도록 하여야 한다. 보호의무자가 적법한 사람인지, 소송중인 사람은 아닌지, 환자와 금전적인 갈등이 있는 것은 아닌지 하는 등의 법적인 문제들을 의료인이나 원무과 직원들에게 맡겨 두어서는 안 된다. 사법부에서 책임지고 최종적인 결정을 내려 준다면 부적합한 입원을 확실하게 방지하여 환자의 인권을 보호할 수 있으며, 의료진들은 환자의 치료계획과 목표에 전념할 수 있게 되고 환자와의 치료적인 관계형성에도 큰 도움이 될 것이다.

정신의료서비스의 수준을 높여 제대로 된 탈수용화와 지역사회 중심 정신보건을 실현하기 위해서는 정신병원을 급성기병동과 만성병동으로 나누어 적절한 인력구조를 배치하고 의료급여 환자들에 대한 차별 없이 적극적인 급성기 입원치료 후 빠른 시일내에 가정 또는 지역사회 재활서비스로 연계되도록 하여야 한다. 병원, 센터, 재활시설 등에서 사례관리 또는 방문간호 등을 제공하여 재발을 막고 약물을 잘 유지하고 문제가 발생하는 경우에 조기에 개입하여 재입원율을 낮출 수 있도록 도와야 한다. 재활서비스에 적응하지 못하고 힘들어하는 경우에만 만성 입원치료를 받을 수 있도록 제도를 정비하여야 한다. 더불어 중독관리법 제정을 서두르고 정신병원 입원절차에서도 사법입원제도, 사법병동제도 등을 도입하는 것이 긴급하다.

2017. 08. 09.

한국정신보건연구회장

오 승 준

회복지향적 정신건강서비스 제공을 위한 서비스 질 향상 방안과 그 전략

박경덕 (대한간호협회 정신간호사회)

회복지향적 정신보건 및 치료, 재활서비스 제공을 위한 개선방향과 전략

박경덕

대한간호협회 정신간호사회장

1. 서언

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 개정, 그리고 시행이후 다양한 의견과 실효성에 대한 논란이 있어왔으나 이 법의 진행방향이 정신질환자의 인권보장과 복지서비스 제공, 대국민 정신건강증진서비스 제공의 근거마련을 위한 법령이라는 점에 있어서는 전문가들간에 이견이 없을 것이라 여겨진다.

간호사의 경우 대부분 정신의료기관에서 입원환자를 돌보는 역할을 수행하고 있으며 또한 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관의 낮병원 등에서 정신과 임상 경력을 기반으로 정신질환을 가진 분들의 건강한 사회복귀를 돕는 재활서비스 및 지역사회정신건강증진을 위해 일하고 있다.

간호학의 역사에 있어, 정신간호분야는 하나의 특수분야로 그 전문성을 인정받아왔다.

1973년 의료법 제 56조 분야별 간호사에 포함되었으나 법에 따른 제도의 개선이 수년간 이루어지지 못했고 2000년 시행된 전문간호사(Advanced Practice Nurse, APN)제도에 의해 보건복지부 장관의 인증을 받아 전문간호사 자격을 갖추게 되었다.

2017년 현재 전국 9개 대학의 대학원에서 정신전문간호사를 양성하고 있으며 2015년 기준으로 492명의 간호사가 정신전문간호사 자격을 갖게 되었다.

정신간호사의 수련은 1991년 용인정신병원을 필두로 시작하여 본격적인 교육이 시작되었는데 1995년 정신보건법이 통과된 후 일단중지되고 1996년 이후 정신보건법에 의한 정신보건간호사 수련과정이 시작되어 정신보건간호사가 배출되기 시작하였다. 정신보건간호사 수련과정은 사회복지사, 임상심리사와 동일하게 적용되는 정신보건전문요원 자격과정으로 1년간 1,000시간의 이론 및 실습을 이수하여 시험에 통과하게 되면 전문요원 자격을 취득하게 된다.

2015년 보건복지부 면허제 현황에 의하면 정신보건간호사 2급 자격증 배출현황은 7,176명이며 2016년 국립정신건강센터의 국가정신건강현황 2차 예비조사결과보고서에 의하면 병원을 포함한 정신보건시설 종사자는 1,531명 정신재활시설 근무자는

421명으로 전문가 유휴인력이 상당부분 존재함을 의미한다.

이에 앞서 간호학은 4년제 대학에서 간호사 면허 취득을 위한 과정을 이수하게 되는데 정신간호학은 필수과목으로 최소 3학기 이상, 정신간호학 이론 및 실습 -정신간호학 실습의 경우 최소 3학점 9시수 이상이며 통상적으로 135시간을 실습에 할애한다.- 을 이수하여야 하며 뿐만 아니라 선수과목으로 교육기관마다의 차이점을 감안한다 하더라도 대부분 “인간관계론”, “인간관계와 의사소통론”, “인간심리의 이해”, “상담학”, 등을 선수과목으로 이수함으로써 간호사로서 소양을 키우며 학문적 기반을 준비한다.

이러한 전문성을 바탕으로 간호사는 정신의료기관에서 정신질환자에게 간호학적 돌봄을 제공하며 의사의 처방에 의한 업무수행, 약물관리 및 부작용 관찰과 이에 따른 적절한 간호학적 진단 및 간호중재, 치료적 환경제공, 환자안전에 대한 확보 등 치료와 재활을 중점적으로 시행하며 조속한 사회복귀를 지원하기 위한 치료자로서의 역할을 수행한다. 그러나 현실은 간호인력 부족을 핑계로 정신간호 관련 교육을 전혀 받지 않은 간호조무사로 하여금 간호인력을 대신하여 법적 인력기준을 충족시킬 뿐 아니라 실제 정신간호 서비스를 대행하게 함으로써 치료가 아닌 수용위주의 병원 운영으로 갈 수 밖에 없는 안타까운 결과를 초래하였다.

이에 국가정신건강정책 솔루션 포럼을 통해 장기수용형태의 입원치료를 치료지향적, 회복지향적, 지역사회복귀 지향적 입원치료로 정상화 하기 위하여 적절한 치료인력 확보의 중요성에 대해 논의 하고자 한다.

2. 회복지향적 정신보건 및 재활서비스 제공을 위한 간호서비스 개선방향과 전략

(1) 정신건강복지법에 의한 간호인력기준에 관한 고찰

우리나라 정신보건법 및 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)에 의하면 간호인력의 기준은 13:1이며 1/2 이내에서 간호조무사로 갈음할 수 있다고 되어 있다. 이는 OECD 국가 평균 간호사 1인이 환자 4~5명을 담당하는 것에 턱없이 부족한 인력이며 간호인력 1인이 환자 4명을 담당하는 일본

에 비해, 우리나라는 3배 이상 많은 환자를 돌보고 있는 것이며 미국 캘리포니아 주 간호사 배치기준은 근무조별 간호사 1인이 환자 6명을 담당하는 것을 법으로 규정하고 있는데 이에 비해서도 턱없이 부족한 현실이다.

또한 일반병동에서는 (정신병동 제외) 병상수 대비 간호사수(병상수 대 간호사수의 비)에 따라 간호인력 확보수준을 평가하여 등급을 구분하여 간호관리료 차등제를 실시하고 있는데, 당연한 말이지만 이는 간호인력 수준이 치료의 질에 있어 중요한 영향을 미친다는 것을 의미 한다 하겠다. 그러나 이 또한 정신병동은 제외됨으로써 정신질환으로 치료받고 있는 환자들은 질적 서비스 제공에 있어 차별받고 있음을 내포하고 있는 것이라 하겠다.

일반병동의 최저 등급인 7등급은 간호인력 6:1 이상인 경우이며 2등급은 3:1미만 2.5:1 이상, 1등급은 2.5:1 로 구분되어 있다. 이는 정신의료기관 13:1과 확연한 차이가 있으며 관련 법령을 검토했을 때 그 어디에도 간호조무사를 간호사로 갈음할 수 있다는 규정은 존재하지 않는다.

현행법에 의거하여 간호사 1인당 환자 13명 기준을 적용해보면 간호사의 3교대 근무를 고려해보았을 때 가령 130병상 규모의 병원으로 가정하면 간호사는 10명으로 운영하는 것이 법적으로 가능하다. 간호사 10명의 3교대, 휴무일등을 고려하면 8시간 기준으로 간호사 2~3명이 환자 130명을 돌보는 것과 같은 상황이다. 통상적인 정신병동의 규모를 고려하면 결국 간호사 1명이 50~60명 규모의 입원환자가 있는 병동을 책임지게 됨을 의미한다. 이는 기본적인 투약, 처치 및 제반관리를 하고 간호기록지를 작성하는 것으로 국한될 수 있다. 입원환자의 개별면담이나 병동 내 집단 역동을 고려한 치료적 개입 혹은 치료적 프로그램 운영등은 거의 불가능하다고 할 수 있다. 더구나 그러한 일을 간호조무사로 대체하는 것을 법적으로 가능하도록 허용하고 있다는 데 더 큰 문제가 있다 하겠다.

현재 정신보건현장에서 추구하는 “회복지향”의 패러다임은 증상회복(clinical recovery)에서 전인적인 회복(personal recovery)으로 전환되고 있는데 이는 치료의 중요성은 물론 말할 필요가 없는 일이지만, 단지 증상 호전에 그치지 않고 전인적인 회복을 목표로 하는 재활에도 못지 않은 많은 관심을 기울여야 함을 의미 하는 것이다.

뜻하지 않게 만난 질병(특히 조현병)으로 인해 그 자신의 삶 전체가 압도당하는 것이 아니라 질병을 받아들이되 삶의 일부로 만들어 감으로써 미래지향적이고 행복한 삶을 구축할 수 있도록 적극적인 지원을 아끼지 않아야 한다. 바로 이 중요한 출발점

에 정신간호사들이 함께 하는 것이며 간호사로서의 역할이 매우 중요한 시기라 하겠다. 양질의 간호인력을 충분히 확보해야 하며, 정신간호사들이 초기부터 적극적인 치료적 개입에 동참해야 하는 이유라 하겠다.

(2) 간호사 확보수준이 재원기간에 미치는 영향

우리나라는 1995년 정신보건법 제정 이후 정신질환자의 강제적 장기입원을 지양하고 지역사회 중심의 재활 및 복지서비스에 대한 지원에 관심을 높이고 있다. 그러한 노력에도 불구하고 우리나라는 OECD 회원국 가운데 유일하게 아직도 정신병상수가 꾸준히 증가하며 정신의료기관의 환자 재원기간 또한 이탈리아 13.4일, 스페인 18일, 독일 26.9일, 프랑스 35.7일에 비해 2014년 기준 197일로 장기입원 경향을 보이고 있다. 또한 2015년 의료급여 적정성 평가결과 조현병 의료급여 환자의 재원환자 입원 일수 중앙값은 493.8일로 의료급여환자의 장기입원비율은 매우 높은 것으로 보이고 있다.

평균 재원기간을 줄이고 정신질환자의 지역사회 통합을 위해서는 수용관리 위주의 병원운영보다는 적극적인 치료와 재활이 병행되어야 한다. 다양한 선행연구에서는 정신질환자의 재원기간은 정신의료기관의 의료인력이 많을수록 적극적 치료가 가능해져 재원기간이 줄어든다고 보고하고 있다. 특히 간호사 비율이 높을수록 재원기간이 감소할 뿐 아니라 환자의 건강상태와 사망률이 감소하는 것으로 나타났다. 간호사는 환자 안전 및 치료적 환경조성에 주체적인 역할을 한다.

김경희 외(2017)의 연구에 의하면 간호인력에 따른 환자의 재원기간의 차이를 살펴본 결과 간호사 1인이 담당하는 환자수가 6명이하일 때 평균 재원기간이 유의하게 감소하는 것으로 나타났다. 이는 간호사 1인이 담당하는 환자수가 많을수록 재원일수가 증가하고 정신병원의 의료진을 강화할수록 재원기간이 감소하였다는 결과와 일치하였다. 간호사는 지속적으로 환자의 상태를 관찰하고 평가할 수 있는 의료인이다.

(3) 국내모범 운영사례

간호인력 확보수준과 회복지향 서비스와의 관계를 설명하기 위해 기존 연구자료 등 양적자료에 의존하지 않고 질적 자료의 중요성을 고려하여 모범적 운영기관의 사례를 “의료급여적정성평가결과”에 대비하여 소개하고자 한다.

국내 N병원의 경우 2009년도에 지방에서 개원한 정신과전문병원으로 현재 157병상의 허가병상으로 운영하며 단기입원지향, 재활치료중심의 슬로건으로 낮병원 운영을 활성화하며 운영하고 있다. 동종규모의 병원에 비해 많은 전문인력을 확보하고 있다. 개원이후 현재까지 의료급여적정성평가 1등급을 유지하고 있는데 조현병으로 대표되는 중증정신질환을 가진 분들을 주요 대상군으로 하는 개인병원으로서는 쉽지 않은 결과일 것이다.

2015년 의료급여적정성 평가결과가 2013년 의료급여적정성 평가결과보다 더 높은 점수로 1등급을 받았다고 하나 2015년도 병원 이전으로 인한 폐업과 이전개업과정으로 자료가 공개되지 않아 부득이 2013년도 자료에 근거하여 제시하고자 한다.

의료급여 적정성 평가결과 인력영역에서 정신과간호사 1인당 1일 입원환자수가 국내 동종병원의 전체평균 20.5명인데 비해 N병원의 경우 11.2명으로 차이를 보인다. 또한 현행법상 정신보건전문요원 1명당 환자 100명의 기준임에도 N병원의 경우 전체평균 65.8명에 비해 30.1명의 정신보건전문요원을 확보하고 있다. 이러한 인력확보로 인해 진료부문에서 정신요법실시기준, 개인정신치료실시기준등은 100%로 실시되고 있다. 진료의 결과영역에서 재원환자의 입원일수 중앙값(조현병)은 전체평균 558.3일에 비해 N병원은 130.5일로 많은 차이가 있으며 퇴원환자의 입원일수 중앙값(조현병)의 경우 전체 평균 134.3일에 비해 63.0일의 결과를 보였다.

또한 모니터링 부문에서 조현병의 지역사회 연계율이 전체평균 43.4%인데 비해 N병원의 경우 본원에서 운영하는 낮병원 및 정신재활시설(사회복귀시설) 또는 지역사회 내 정신건강복지센터 연계로 인해 100%의 결과를 보여 주었다.

한 기관의 질적 자료로 이를 일반화 하는데 한계가 있겠으나 간호인력의 중요성을 설명하는데 큰 의미가 있을 것이라 여겨진다.

참고로 현실적인 여건을 고려했을 때 대부분의 정신의료기관에서 간호사 수급의 문제를 제기할 것이다. N병원의 경우 지역 내 많은 간호대학의 실습지로서 실습에 참여한 이후 정신간호사로서 꿈을 가지게 된 간호학생들의 지원처로 자리잡아 신규간호사 확보에 큰 어려움이 없으며 또한 간호사 이직율도 현저히 감소하고 있다. 간호사로서 질적 서비스 향상이 주는 결과일 것으로 예측한다.

3. 정책제안

(1) 간호조무사는 간호사를 대체할 수 있는 인력인가?

치료적 돌봄을 제공하기 위하여 학부과정에서 수련과정까지 전문가로서 양성된 간호사를 정신간호관련 지식을 전혀 습득하지 않은 간호조무사가 대신할 수는 없다. 필요시 간호사에 대한 기준과 간호조무사에 대한 별도의 기준이 마련되어야 한다. 당장의 인력 수급상의 편의를 위한 선택이 국가정신보건 정책의 지향하는 방향과 정반대의 결과를 초래하게 된다.

“간호사 기준 1:13 , 그중 1/2은 간호조무사로 대체할 수 있다”에서 간호조무사 대체는 폐지되어야 한다. 또한 기존의 간호조무사 인력에 대해서는 정신질환 및 정신 관련 교육이 제공되어야 한다.

(2) 급성기 정신의료기관의 치료환경은 이대로 괜찮은가?

급성기 정신의료기관의 역할은 처음 조현병을 진단받은 환자의 인생에서 매우 중요한 역할을 한다고 해도 과언이 아니다. 급성기 정신의료기관은 기본적인 치료(주치의 회진 및 면담, 약물치료 등) 외에 간호사를 주축으로 환자 개개인에 대한 간호과정(서비스 계획 및 중재, 평가 등)을 적용하며 돌봄서비스 제공은 물론 병동내 일어나는 역동을 이해함으로써 보다 치료적인 환경을 제공할 수 있으며 또한 입원중인 환자의 가족들에게 적극적인 개입을 통해 가족이 함께 치료적인 역할을 할 수 있도록 전문적인 가족지원 서비스를 제공해야 한다.

(3) 의료수가, 현실을 반영하고 있는 것인가?

앞서 언급된 일반의료기관의 간호관리료 차등제에서 살펴본 결과에 의하면 일반병동에서 병상수 대비 간호사수에 따라 간호인력 확보수준을 평가하여 등급을 구분하고 이에 따라 수가가 반영되고 있다. 정신의료기관이 제외되었다는 것은 국가가 조현병 등 중증정신질환을 바라보는 관점이 일반질병과 차별적인 것이 아닌가 조심스럽게 밝혀둔다.

2016년 중앙정신보건사업지원단 보고에 따르면, 정신의료기관 입원 환자들의 의료

보장 종별 분포를 조사한 결과 의료보호 1종 환자 수가 건강보험 환자 수 대비 79배에 달하고 있다. 타과에 비해 유일하게 정신과에 적용되고 있는 의료보호 환자에 대한 포괄수가제도에 의하면 최고 등급인 2등급 정신의료기관의 경우에 의료보호 1종 환자의 수가는 건강보험 환자에 비해 60% 수준에 머물고 있다는 사실은 이미 여러 자료를 통해 잘 알려져 있다. 이러한 기초생활수급권자들의 포괄수가 제도는 정신질환의 치료적 개입을 중요하게 여기는 질병으로 바라보는 관점이 아닌, 사회안전을 위해 단지 격리가 필요한 수용관리의 대상으로 바라보는 왜곡된 우리 사회의 시선이 정부 정책에 조차 고스란히 담고 있다는 우려가 든다.

정신의료기관도 일반의료기관과 같은 기준으로 (특수병동 기준으로 완화된다 하더라도 현재보다 개선된) 간호인력 확보 수준을 평가하여 등급을 구분하여 수가를 반영해야 하며 기초 생활수급권자들의 포괄수가제도는 철폐되어야 한다.

(4) 간호사, 지역사회에서 확보노력은 하고 있는가?

앞서 정신보건간호사의 유희인력이 상당히 존재한다는 것을 제시하였다. 이는 여러 가지 요인이 있을 것이라 짐작한다.

OECD국가별 인구 10만명당 정신보건간호사수를 살펴보면 한국은 13.7명인데 반해 네덜란드 132.3명 아일랜드 112.8명, 일본 106.1명 호주 79.7명, 독일 56.1명 등 많은 차이를 보이며 또한 우리나라의 유희인력까지 감안한다면 매우 작은 인력이 현장에서 일을 하고 있는 셈이다. 개정된 정신건강복지법에서 강조하고 있는 부분 중 대국민 정신건강증진 서비스 제공의 측면에서 보았을 때 지역주민의 정신건강증진 및 조기발견, 만성화된 정신질환의 관리 등을 위해 사회복지사 및 임상심리사와 함께 정신보건간호사는 지역사회내에서 그 역할을 수행하도록 이끌어 내야 할 중요한 자원으로 국민정신보건과 정신건강증진을 위한 관점에서 국가의 제도적 기반 마련이 필요하다.

4. 결론 및 제언

뜻하지 않게 조현병을 만난 사람들의 호발연령은 대체로 15세~ 25세 전후이다. 생애주기별 관점에서 보았을 때 매우 활동적이며 미래의 직업을 꿈꾸는 시기라 할 수 있다. 최근의 조현병 치료제의 급격한 변화를 염두해 보았을 때 또한 개인적인 경험

에서 비추어 보았을 때 조기 발견과 적극적인 개입, 재활치료적 개입, 재발방지를 위한 교육 등 적절한 치료와 재활서비스를 제공한다면 약물치료의 유지와 함께 일상생활 및 사회속에서 미래지향적인 삶이 가능하다. 뜻하지 않게 당뇨병을 만나 혈당조절과 식이조절을 유지하며 사회생활을 꾸준히 잘해내는 것과 다르지 않다. 한번 정신병원에 입원하면 정신질환자로 살아야 한다는 편견을 과감히 던져버려야 한다. 그러기 위해서 조기개입에서부터 정신간호사의 역할이 요구된다.

앞서 논의된 간호인력의 개편과 수가제도가 개선되었을 때 그 효과는 다음과 같이 기대한다.

첫째, 중증정신질환을 가지게 된 환자들의 만성화를 막는데 이바지 할 것이다. 초기 급성기 병상에서부터 초기치료를 적극적으로 수행했을 때 치료에 대한 순응도를 높이고 이는 곧 만성화를 예방하는데 기여할 것이다.

둘째, 그에 따른 재원기간 및 재발율이 현저히 감소할 것이다.

재원기간이 길다는 것은 결국 질병의 관점으로 조현병을 바라보기 보다는 사회로부터 격리를 통한 수용관리가 주 목적임을 의미한다. 초기치료에 적극적인 개입을 통해 만성화를 예방하면 이는 곧 재원기간을 줄이게 되며 재발방지를 위한 전문가의 노력이 투입될 것이며 이는 곧 재발을 감소라는 결과로 이어질 것이다.

셋째, 중증정신질환을 가진 환자 가족들의 삶의 질을 향상시키고 치료적 역할이 가능하도록 도울 것이다.

처음 이 병을 만나 감당하기 힘든 가족들에게 입원과 함께 가족들에 대한 간호사의 적극적인 개입은 가족으로 하여금 병을 받아들이고 함께 치료자로서의 역할을 수행하는데 동참하게 할 것이다. 우리나라는 여전히 사회적 편견으로 인해 정신질환자 가족으로서의 삶이 순탄치 않은 것이 현실이다. 그러나 가족들로 하여금 정신질환을 질병으로 인식하며 그 병에 대한 정보를 가짐으로써 병을 이해하고 환자의 삶을 회복지향적 관점으로 바라보는 데 긍정적인 영향을 미칠 것이다.

마지막으로 이러한 변화를 통해 최종적으로는 정신보건의료비를 비롯한 직접적으로 소요되는 비용은 물론 환자들 개개인의 사회적 생산성 저하 및 돌보는 가족들 문제를 비롯하여 간접적으로 소요되는 제반비용 등을 포함한 사회경제적 비용이 감소할 것이다.

보다 더 장기적인 안목으로 국가의 정신건강정책이 펼쳐지길 기대한다.

〈 참고문헌 〉

- 김경희, 김숙자, 김석선(2017), 정신의료기관의 간호사 확보수준과 환자의 재원기간, 안전사고실태, 한국자료분석학회지. 19(1), pp.503-511 (재인용 포함)
- 정신간호사 홈페이지 <http://kpmhna.or.kr/main/main.php>
- 대한간호협회 홈페이지
http://www.koreanurse.or.kr/resources/nurse_edu2.php?category=정신
- 사단법인 대한병원협회, 2016.2 건강보험 요양급여비용
- 국립정신건강센터, 2016년 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과 보고서
- OECD Health statistics, 2013
- 보건복지부 운영지원과 면허계
- 국민건강보험심사평가원, 2015년도 의료급여 정신과 적정성평가
- 2016년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서
- N병원 2013년도 의료급여 정신과 적정성평가 결과지

지역사회 책임성 구현을 위하여
정신건강복지센터의 운영체계는 어떻게
구축되어야 하는가?

유제춘 (한국정신건강복지센터협회)

지역사회 책임성 구현을 위하여 정신건강복지센터의 운영체제는 어떻게 구축되어야 하는가?

국가정신건강정책 솔루션 포럼 2017. 08. 09.

우리나라의 정신보건 사업 체계는 공공성의 성격을 가진 정신건강복지센터와 민간이 주로 책임지고 있는 정신의료기관, 정신요양시설과 정신재활시설로 구성되어 있다. 보건복지부의 구상으로는, 전세계 정신보건 선진국들과 마찬가지로 지역사회에 필요한 서비스 요소들을 갖추고 환자들의 필요를 충족시킬 수 있는 합리적인 정신보건 서비스를 제공하는 것으로 보여진다. 그러나 실제 운영 상황을 들여다보면 기대와 다르다는 것을 발견하게 된다. 무엇보다 어떤 환자들이 어떤 서비스를 필요로 하는지 평가해서 적절한 서비스로 연계하는 절차가 없기 때문에, 환자와 가족들은 자신들의 부족한 정보에 의해 가장 이용하기 용이한 기관을 찾아서 서비스를 제공받게 되고, 결국 최선의 치료와 서비스를 받지 못하여 충족되지 못한 요구 (unmet need)가 많아지게 되고 최선의 경과를 갖지 못하는 경우가 많이 발생하고 있다고 보여진다.

그것은 1995년 정신보건법의 제정 이후 보건복지부가 ‘지역사회 정신보건’을 정책 목표로 세우고 정신건강복지센터와 정신재활시설을 설치하고 나름대로 노력을 해왔으나, 여전히 정신병상이 증가하고 있고 재원 일수는 증가하고 있는 현실에서 확인할 수 있다. 그리고 이런 상황은 지역마다 매우 큰 편차를 보이고 있다.

전국 정신건강사업 기관 현황

구분			기관수	소계
정신건강 복지센터	광역센터		15 (국비 14, 지방비 1)	224 (72,491)
	기초센터		209 (국비 184, 지방비 25)	
기타	중독센터		50	
정신건강 증진시설	정신 의료기관	국공립	18	1,402 (70,628)
		민간	1,384	
	정신요양시설		59 (10,477)	
	정신재활시설		333 (6,915)	
합계			2,052	

재원기간

재원기간 중간값: 233일(2008년) -> 247일(2012년) -> 288일(2015년)

- 1) 정신의료기관: 207일 (1년 이상 장기 입원 환자: 약 2만명)
- 2) 정신요양시설: 3,655일 (10년 이상 입소 환자 비율: 41.6%)

지역별 정신의료기관 재원기간 (2012년)

- 1) 서울: 87일, 인천: 104일, 대구: 179일, 광주: 164일
- 2) 부산: 680일, 울산: 387일, 충남: 739일, 경남: 565일

● 한국 지역사회 정신보건의 역사

1980년대 초반까지

- 이때까지는 정신보건 문제를 사회방위적 시각에서 접근해서 위협할 수 있는 환자로부터 사회를 보호하기 위해 ‘안전하게’ 사회로부터 격리시키는 것이 사회의 주된 대응이었다.

1990년대 초반까지

- 1980년대 이후 언론 보도 등을 통하여 정신질환을 앓고 있는 사람들의 부당하고 가혹한 처지가 알려지면서, 이들에게 안전한 거처와 치료를 제공하는 것이 정신보건 사업의 주된 내용이었다. (정신병상 급격한 증가)

1990년대 초반 이후

- 민간에서 주도한 지역사회 정신보건을 위한 연구와 실태조사가 시행되었고, 이를 통해 지역사회 정신보건에 대한 시범 사업이 시행되었다. 이것은 1995년 정신보건법의 제정과 서울시, 경기도를 중심으로 한 지역사회 정신보건센터 시범 사업으로 이어졌다. 이런 과정을 거쳐서 점차 전국적인 정신보건센터의 설립이 진행되었다.

4. 2010년대 이후

- 전국적으로 정신보건센터가 설치되었으나 예산과 인력 등의 한계로 그 역할에는 한계가 있었고, 정신병상은 계속해서 증가되었으며, 중증 정신질환을 앓고 있는 사람들에 대한 지원과 관리는 나아지지 않아서 인권에 대한 우려와 함께 조절되지 않는 정신질환자에 의한 범죄 위험성이 과장되게 묘사되어 거부감이 야기되는 등 혼란스러운 상황이 지속되고 있다. 2016년 국무총리 주관 하에 정신건강 종합 대책이 마련되어 발표되었고, 헌법재판소의 기존 정신보건법에 대한 헌법 불합치 판결이 났으며, 이런 맥락에서 2017년 5월말부터 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률안이 발효되어 시행되고 있다.

● 중증 정신질환과 정신보건복지 서비스의 특성

만성 정신질환자의 특성

- High Vulnerability to Stress
- Deficiency in Coping Skills
- Extreme Dependency
- Difficulty with Working in the Competitive Job Market
- Difficulty with Interpersonal Relationship
- 자기 자신의 권리를 위해 목소리를 내지 못한다.
- 지역사회에서 가장 약한 존재이면서 동시에 두려움의 대상

중증 정신질환은 만성적이면서도 광범위한 정신과 인격의 변화를 초래하여, 환자로 하여금 이전의 독립적이고 정상적인 생활을 유지하기 어렵게 하며 가족들에게 매우 큰 심리적·신체적·사회적·경제적 부담을 안긴다. 특히 병의 급성기에는 환자가 자신의 증상과 병적 상태에 대한 통찰력을 상실하기 때문에 안전 확보와 치료가 매우 어려운 상태에 빠지게 된다.

지역사회 정신보건의 원칙들

- 가장 장애가 심한 환자들에게 치료의 우선 순위를 둔다.
- 지역사회 내의 다른 자원과 실제적인 연계를 제공한다.
- 최대한의 기능을 발휘할 수 있도록 하는 치료를 병원에서부터 제공한다.
- 각 개인의 특성에 적합한 개별화된 치료를 제공한다.
- 지역사회의 문화에 적합하고 특이한 프로그램을 고안하여 제공한다.
- 만성 정신질환자가 지역사회 내에서 살아가면서 당면하는 여러 가지 독특한 문제에 익숙한 훈련된 요원이 개입한다.
- 급성 및 만성병원과의 자문 및 연계를 확립한다.
- 지속적인 내적 평가제도를 마련한다.

지역사회 책임성

위와 같은 특성들 때문에 정신질환의 문제는 과거부터 개인이나 가족들이 감당할 수 없는 사회적 문제임이 인식되어 왔다.

또한 2011년 영국 정부가 일반 시민들의 정신적 건강 문제가 신체적 건강만큼 중요하며, 정신건강을 증진하는 정책이야말로 범죄, 약물남용, 폭력, 노숙문제를 해결하고 교육, 고용 등을 풍성하게 하는 것이라고 제안하면서 ‘정신건강없이 건강없

다.(No health without Mental health)’라는 정신건강정책을 발표할 정도로, 지역사회 정신보건복지사업은 공공성을 가질 뿐만 아니라 지역별로 반드시 해결해야 하는 책임성이 부여된 영역이라는 것이 전세계적으로 공통된 인식이다.

● 현 정신보건복지 시스템의 문제

합리적인 서비스 전달체계가 작동하지 않는다.

- 지역사회 정신보건복지는 지역별로 반드시 해결해야 하는 책임성이 부여된 영역이라는 전세계적 인식에도 불구하고 우리나라에서는 중앙정부나 지방 자치정부가 이러한 책임을 맡아본 경험이 없기 때문에 이에 대한 인식이나 적극적인 대응이 부족한 상태이다. 많은 보건복지 분야의 한 부분일 뿐 정부가 스스로 책임지고 해결해야 한다는 의지가 없기 때문에 아무도 책임지지 않고 방임하고 있는 상태로 민간에 위탁해서 체면유지용 정책이 시행되는 것으로 볼 수 있다.
- 가장 중심적인 역할을 해야 할 정신건강복지센터는 인력과 예산 그리고 민간 위탁이라는 위상 때문에 그 역할을 감당하는데 한계가 있을 수밖에 없고, 지역 수요에 맞는 재활서비스가 제공되어야 하나 정신재활시설 운영은 민간에 맡겨져 있기 때문에 기관 설립의 용이성이나 설립자의 필요에 따라 매우 불균형적으로 자리잡고 있고 그 운영의 효율성이나 적절성도 만족스럽지 못한 것이 현실이다. 그리고 정신병원, 요양시설과 정신재활시설은 입원/소 혹은 등록 인원에 의해 지원받기 때문에 환자의 필요보다는 기관의 생존을 위해 치료나 서비스 제공이 왜곡될 여지가 높은 것도 한계로 작용할 수밖에 없다.
- 정신질환이 발병하는 경우 조기에 발견해서 집중적으로 치료하고 지속적인 치료유지를 잘 관리하여 만성화되는 것을 최소화하고, 만성화되고 장애가 발생한 경우 적절한 재활치료와 복지 서비스를 제공하여 가급적 지역사회에 머물면서 입원을 최소화하는 것이 필요하나, 그런 전달체계를 작동시킬 수 있는 동력이 없고, 그런 역할을 감당해야 할 정신건강복지센터는 부족한 인력과 과도한 업무량, 공적 위상을 갖지 못한 한계 등으로 그 역할을 제대로 하지 못하고 있는 실정이다.

장기 입원으로 인한 치료의 질 저하와 삶의 질 저하가 심각하다.

- 입원/소 혹은 등록 인원에 의해 지원받는 구조로 인해 치료나 서비스 제공이 왜곡될 여지가 있다보니 재활과 치료로 퇴원 및 지역사회 복귀가 활발히 진행되지 못하고 장기간 입원/소를 지속하는 경우가 많이 있어서 10년 이상 초장기 입원하고 있는 환자군이 존재하고, 기관별로 입원 기간의 차이도 매우 크며, 이런 현

상의 지역적 편차도 매우 크게 나타나고 있다. 이는 곧 치료의 질 저하와 환자들의 삶의 질 저하로 이어지고 있다.

● 정신건강복지센터의 현재

1995년 정신보건법의 발효 이후 시범사업을 거쳐 전국에 설치된 정신건강복지센터는 이전까지 없었던 지역사회 정신보건 사업의 체계를 이루어 냈다고 할 수 있다. 단순히 병원 입원과 외래 진료만 받던 환자들이 지역사회에서 사례관리를 통해 증상 및 약물에 대한 조절을 받고, 재활 프로그램들을 통해 사회기술을 향상시키고 직업능력을 개발하여 취업을 하는 등의 많은 일들이 가능하게 되었다.

그러나 시간이 지나면서 자살예방 등 정신건강의 중요성이 점차 부각되면서 센터는 모든 정신보건 관련 사업을 최종 담당하는 말단 부서의 역할을 하게 되었다. 그러나 늘어나는 사업 범위와 무관하게 인력과 예산 지원 구조는 경직되어 정체된 상태를 벗어나지 못하고 있고, 신분상 위치나 계약 구조도 명확하지 않아서 이직률이 매우 높게 나타나는 등 직업 안정성이 매우 불안한 상태에 있다.

정신건강복지센터의 일은 지역 책임성과 공공성을 필요로 하는 지역사회 정신보건 복지 사업의 핵심을 이룬다. 그러나 민간 위탁된 센터의 위상이나 센터 실무자들의 불안정한 신분 등으로 인해 그러한 역할을 감당하는데 출발부터 한계를 가질 수밖에 없는 구조를 가지고 있다.

정신건강복지센터는 정신보건복지 사업에 대한 지역사회 책임성을 가진 유일한 기관으로서 전반적 서비스의 조정자 및 일부 직접 서비스의 전문적 수행자 역할을 감당할 수 있도록, 인력과 예산, 공적인 위상에서 변화가 필요한 것으로 생각된다.

● 국내외 사례들

미국, 프랑스 파리, 호주, 네덜란드 등의 지역사회 정신보건 체계와 정신건강복지센터를 살펴보면, 각 나라의 특성에 따라 조금씩 다르지만 지역사회 책임성과 공공성을 담보할 수 있는 구조와 기능을 가지고 있는 것을 알 수 있다.

우리나라의 경우 가장 활발하게 지역사회 정신보건복지 사업을 하고 있는 지역인 수원을 보면 125만명 정도의 인구에 생애주기별 프로그램과 자살예방, 중독통합관리까지 해서 78명의 인력에 38억 6천만원의 예산을 가지고 사업을 시행하고 있다. 특별 예산이 지원되고 있는 광주광역시를 제외하고도 자체 예산으로 이렇게 사업을 시행하고 있는 지역이 있다는 것은 다른 지역에도 이 정도의 예산과 인력이 투입될 수 있고, 투입되어야 한다는 사실을 일깨우는 것이라고 생각된다.

● 정신건강복지센터의 기능과 운영체계 (제안)

1. 기능

- 중증 정신질환 관리사업 (사례관리, 전달체계)
- 자살예방 사업
- 정신건강증진 사업
- 아동청소년 정신건강증진 사업
- 복지서비스

2. 운영체계

- 종사자의 신분상 공공성 확보 및 직업 안정성 확보
- 직영 vs 사회서비스 공단 위탁 vs 정신건강복지서비스 총괄 기관 신설
- 인력 기준 : 인구 10,000~20,000명당 1명 (cf: 최소 인력 - 10명)
(센터장, 팀장, 중증 3명, 자살예방 2명, 증진 1명, 아동 2명)

3. 대상인구 10~100만명 (다수 행정구역 통합 운영 가능)

4. 의료기관의 입원 및 외래 치료와 연계

5. 정신건강복지센터 운영체계 비교 (제안)

1) 직영

장점: 공공성 확보, 경찰 등의 다른 영역과 업무 협조, 정규직화, 지방 인력 충원 용이, 복지서비스 제공의 효율성

단점: 보건소 담당자 잦은 교체, 전문성 부족, 보건소의 다른 업무 부담이 전가되는 경향, 의료기관과 협조에 어려움, 실무자 급여 등 대우가 열악해지는 경향, 인력 구조 경직성 가능

2) 사회서비스 공단 위탁

장점: 공공성 확보 및 직업 안정성 확보, 전문성 확보, 복지서비스 제공 체계 구축, 일괄적 업무 범위 조정 용이, 지방인력 충원 용이

단점: 불확실성, 공단 운영 방식에 따른 변동성, 전문의 센터장 참여 가능성?, 의료기관과 협조에 어려움, 실무자 대우 하향 조정

3) 정신건강복지서비스 총괄 기관

장점: 공공성 확보 및 직업 안정성 확보, 전문성 확보, 복지서비스 제공 체계 구축, 의료기관과 협조 용이,

단점: 실현 가능성 불확실, 지역적 편차

한국정신건강복지센터협회장
대전광역시정신건강복지센터장
을지대학교병원 정신건강의학과
유제춘

**연속적, 포괄적 정신건강서비스 제공을 위한
재원마련 및 지불제도 혁신 전략**

김 윤

(서울대학교 의과대학 의료관리학교실)

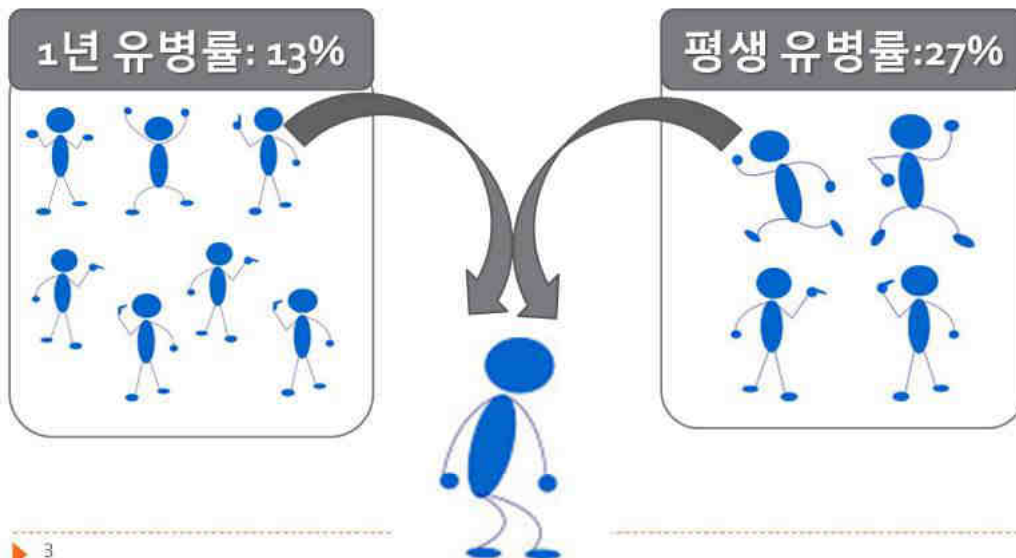
정신건강 지불제도 개편 방안

2017년 8월 9일
서울대학교 의과대학 의료관리학교실
김 윤

정신질환: 방치된 질환

정신질환 유병률 - 흔한 질환

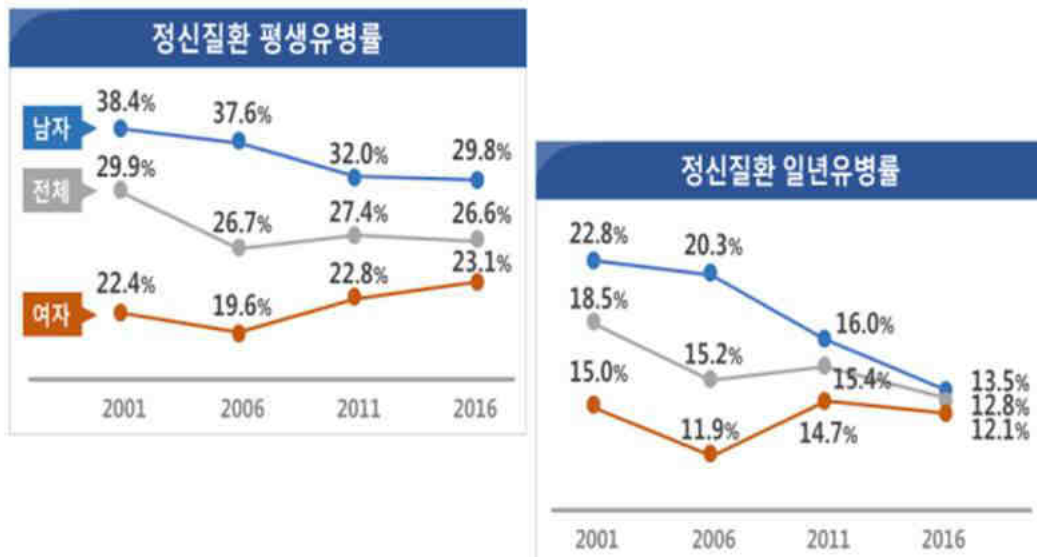
▶ [1년] 8명에 1명, [평생] 4명에 1명 정신질환 발생



▶ 3

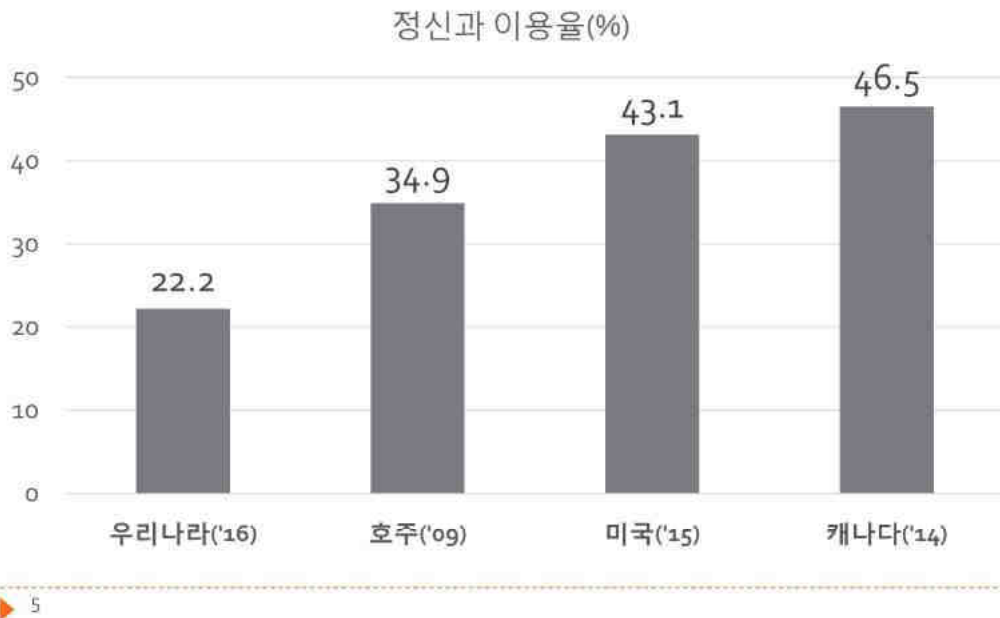
홍진표 등, 2016년도 정신질환실태 역학조사, 2017

정신질환 유병률 - 흔한 질환



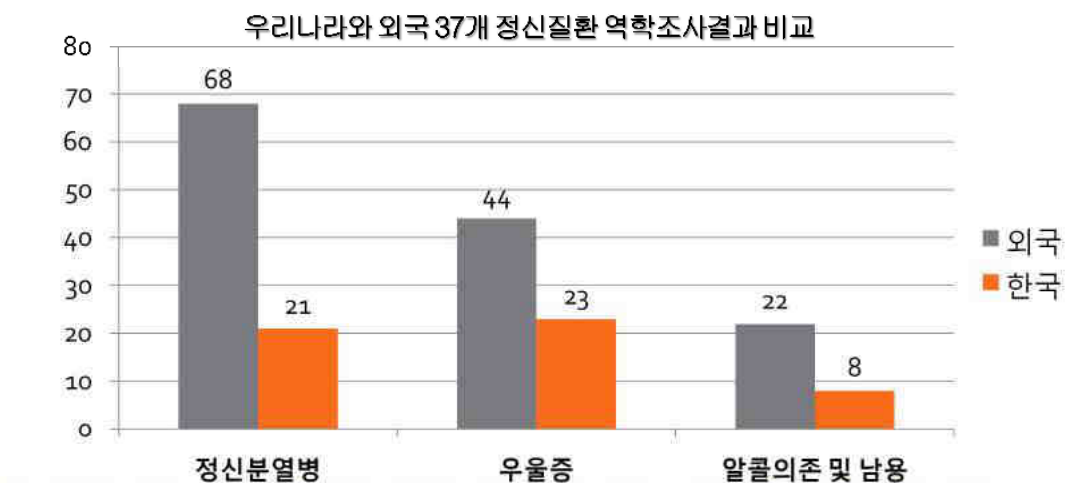
▶ 4

정신질환의 낮은 치료율 [1]



정신질환의 낮은 치료율 [2]

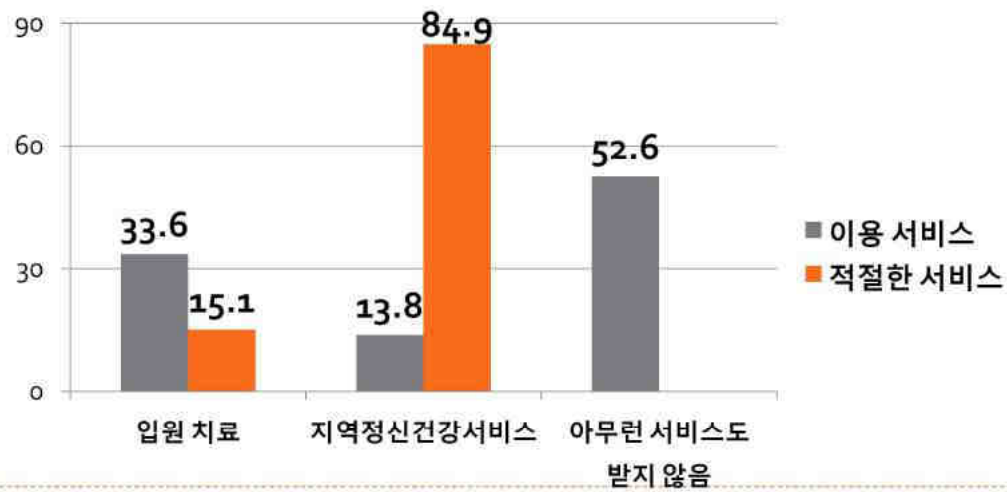
- 정신분열병 환자 치료율은 외국의 1/3 수준에 불과



R. Kohn 등. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82: 858-866
조맹제 등. 정신질환실태 역학조사. 2006

입원 과잉 vs. 지역정신서비스 부족 [3]

- 입원 부적절 환자 약 1/2
- 정신재활서비스 못 받는 환자 약 7/10



▶ 7

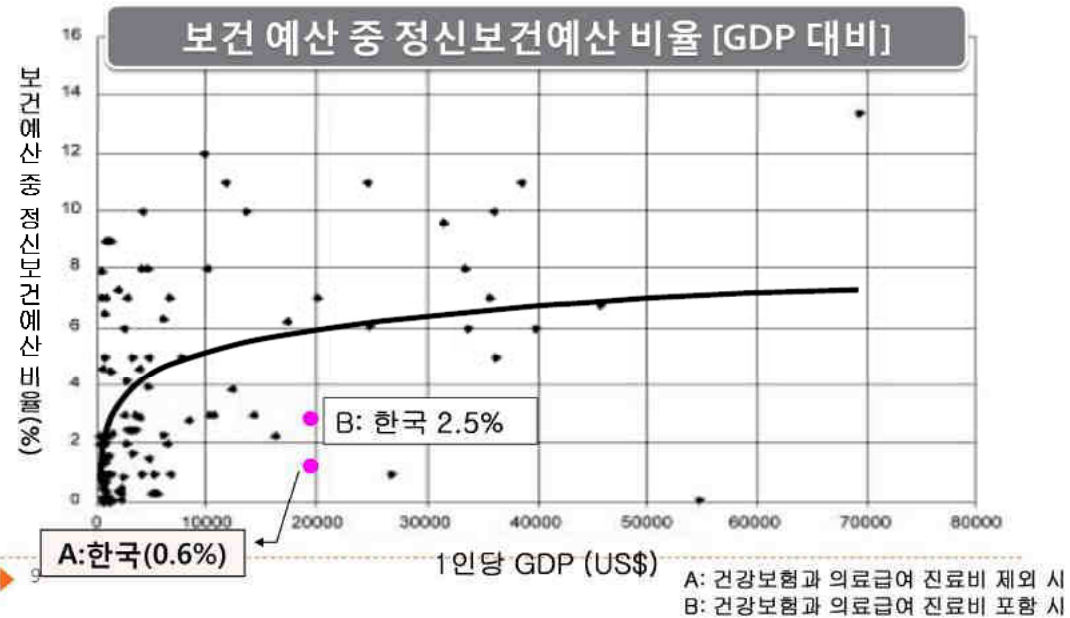
중앙정신보건사업지원단, 정신건강정책 10개년 계획, 2007
이영문 등, 정신질환자 재분류와 정신의료시설 기준 개발 연구, 1995

원인 진단

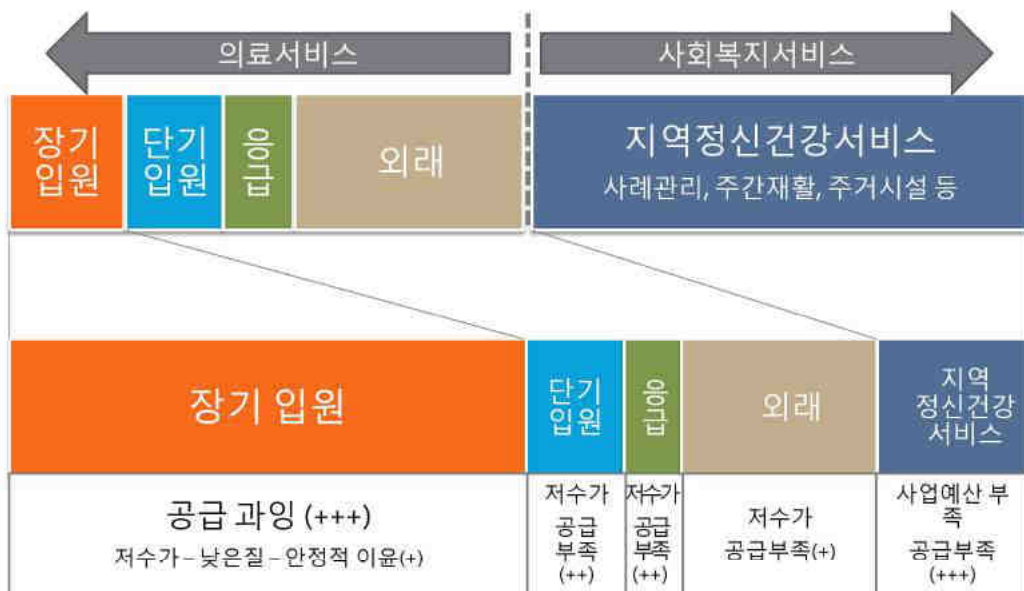
▶ 8

원인[1] 차별적 재정 배분

- 정신보건 예산 비중이 외국의 1/3~1/2에 불과

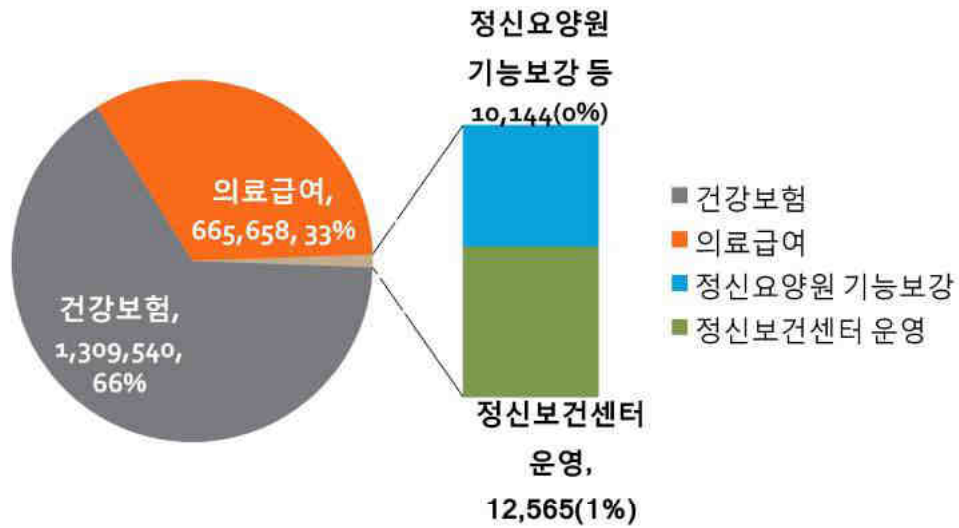


원인[2] 잘못된 자원배분 - 정신건강서비스 공급



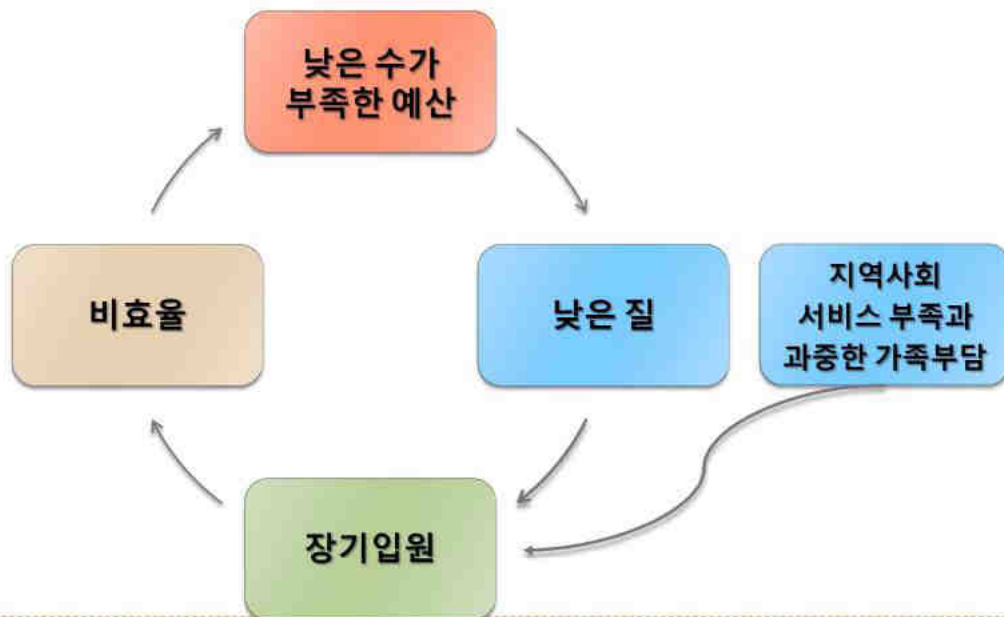
원인[2] 잘못된 자원배분

정신보건지출(백만원, %)



▶ 11

원인[3] 왜곡된 인센티브 - 악순환



▶

12

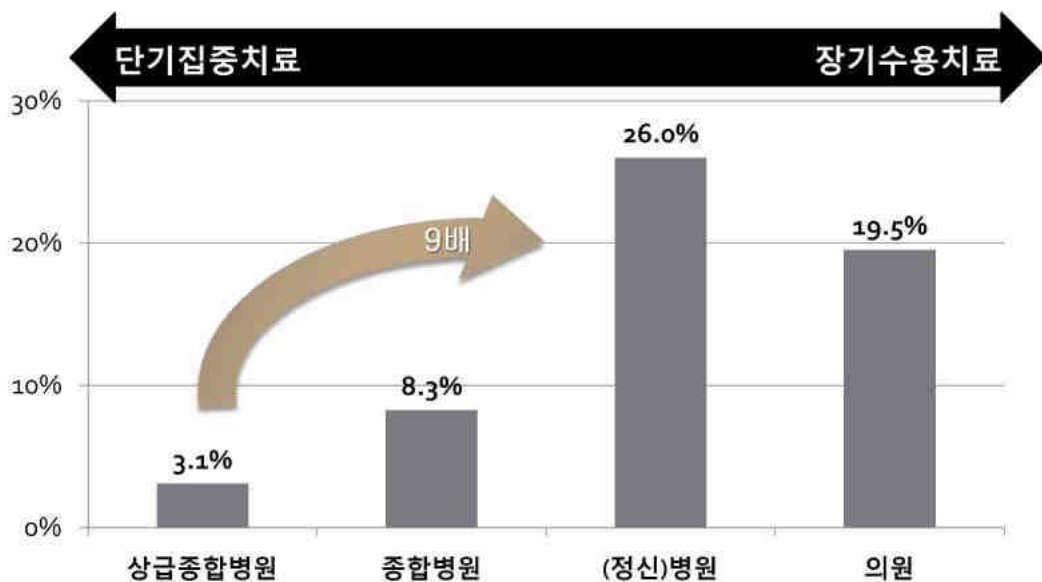
원인[3] 왜곡된 인센티브

- ▶ 낮은 수가/ 좁은 급여 범위
 - ▶ 정신의료기관: 낮은 질의 포괄적이지 못한 서비스
 - ▶ 가족 : 비용 부담이 적은 정신병원/정신요양원
- ▶ 수가 : 장기입원에 대한 Disincentive 부재
- ▶ 빈약한 지역정신보건서비스와 과중한 가족 부담

➔ 장기입원 귀결 : 거시적 비효율성

▶ 13

- 중증정신질환에서
최초입원기관 유형별 장기입원 경험률
- 발병초기(상급)종합병원에서 단기집중치료 받으면 재발률 낮음

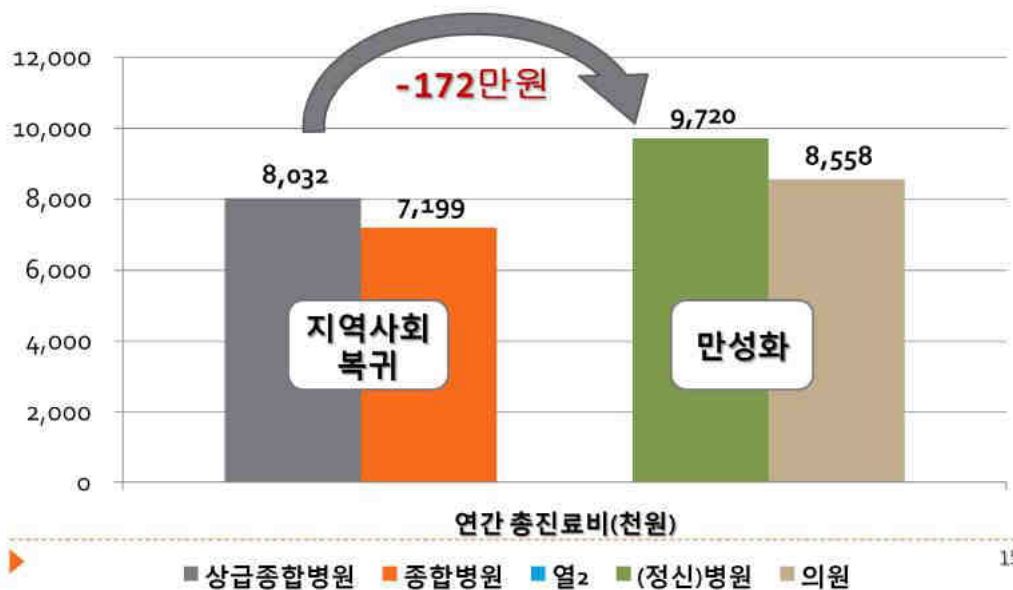


▶ 14

■ 장기입원 경험률 ('05~'07 건강보험 및 의료급여 중증정신질환 대상)

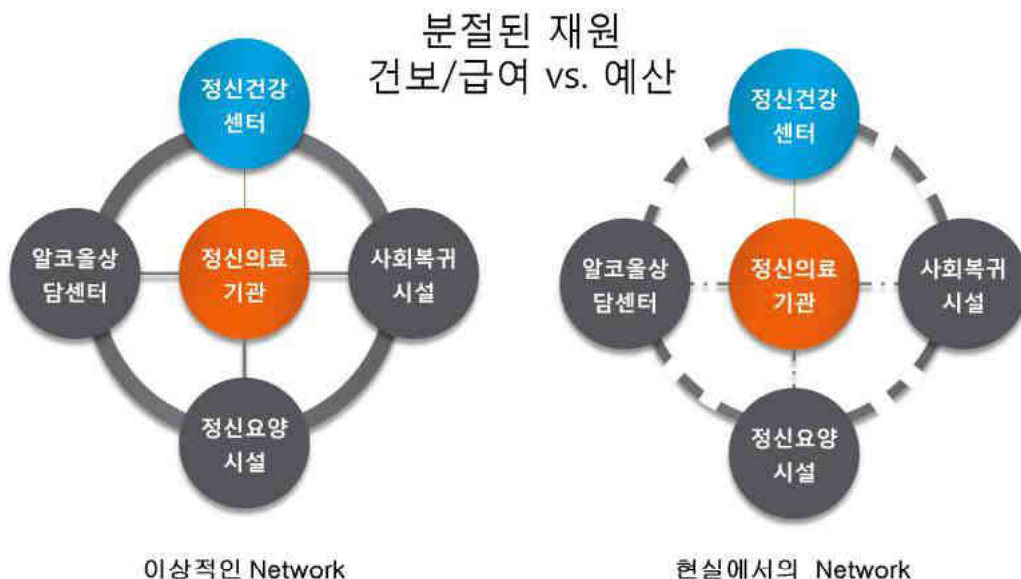
중증정신질환에서 최초입원기관 유형별 연평균 총진료비

• 진료비가 '비싼' 단기입원에 비해 '싼' 장기입원이 더 낭비적



15

원인[5] 분절화된 지역정신보건 전달체계



▶ 16

정신건강 지불제도 개편 방안

▶ 17

지불제도 개편 방향

- ▶ 건강재정의 공정한 배분 – 정신건강 차별 시정
 - ▶ 지역정신건강서비스에 대한 건강보험 및 의료급여 적용
- ▶ 효과적·효율적인 지불제도 설계 - 주요 정신질환
 - ▶ 단기집중치료와 퇴원 = 장기입원 방지
 - ▶ 건강보험 – 보장성 강화를 계기로 비급여를 급여로 전환
 - ▶ 의료급여 – 입원기간에 따른 차등수가 : 단기입원 일당수가를 건강보험 수준으로 인상
 - ▶ 지역사회재활을 통한 사회복귀 촉진
- ▶ 분절된 재정의 통합 또는 연계
 - ▶ 사회서비스 공단에 의한 지역사회서비스 제공
- ▶ 가치에 대상 보상 value-based payment
 - ▶ 보상 기준 : 의료 질과 효율성

▶ 18

새로운 전략

지역정신건강서비스 확대

= 지역사회서비스에 건강보험 적용
≠ 정신건강사업 예산

▶ 19

사회서비스 공단

문재인정부
국정운영 5개년 계획

2017년 7월

17 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충 (복지부)

□ 과제목표

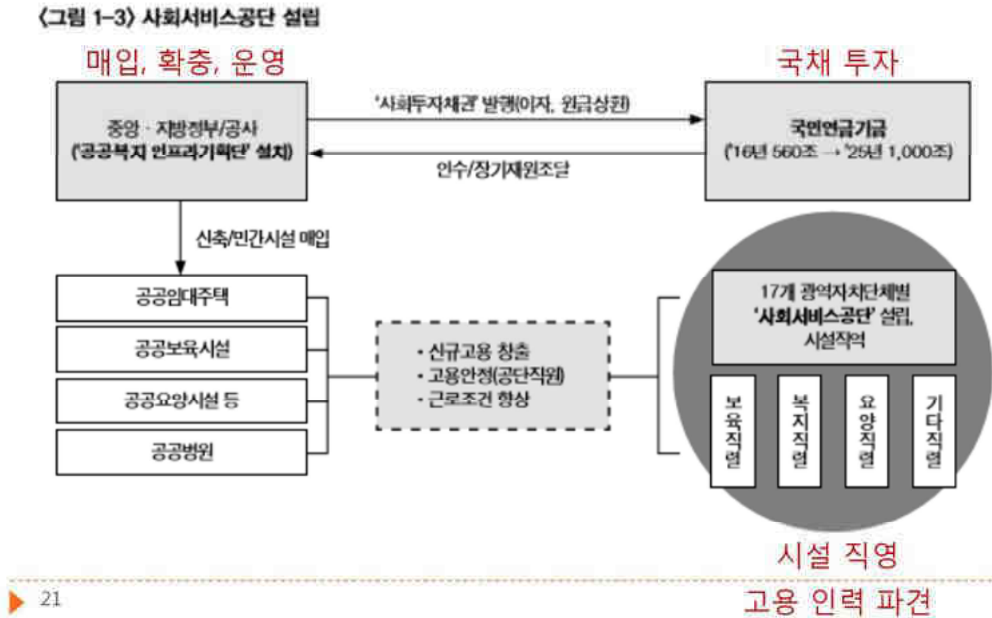
- 아동·노인·장애인 대상 생애주기별 사회서비스 확대 및 공공인프라 확충을 통해 양질의 일자리 창출

□ 주요내용

- (사회서비스 일자리) 사회서비스 공공인프라 확충, 지역 내 전달체계 보강, 보장성 확대를 통해 '22년까지 양질의 사회서비스 일자리 34만개 창출
- (사회서비스공단) 사회서비스공단 설립을 통해 공공사회서비스 일자리 창출 및 사회서비스 제공인력 처우 개선
 - 국공립 어린이집, 국공립요양시설, 공공병원 등 공공보건의료인프라 확충을 통한 일자리 창출
 - 사회서비스 제공인력 보수 인상, 근로시간 단축 등 처우 개선을 통해 사회서비스의 안정적 제공 및 품질 향상
- (찾아가는 보건복지서비스) 지역사회 보건복지 전달체계 혁신 등을 통해 주민의 복지체감도 및 삶의 질 향상 도모
 - 읍면동 주민센터의 '찾아가는 보건·복지서비스' 강화 및 지자체 사회 복지전담공무원 대폭 확충
 - 방문건강관리를 수행하는 간호직 공무원 등을 '21년까지 확충하고, 0세아와 노인가구를 대상으로 보편적 방문건강관리서비스 제공

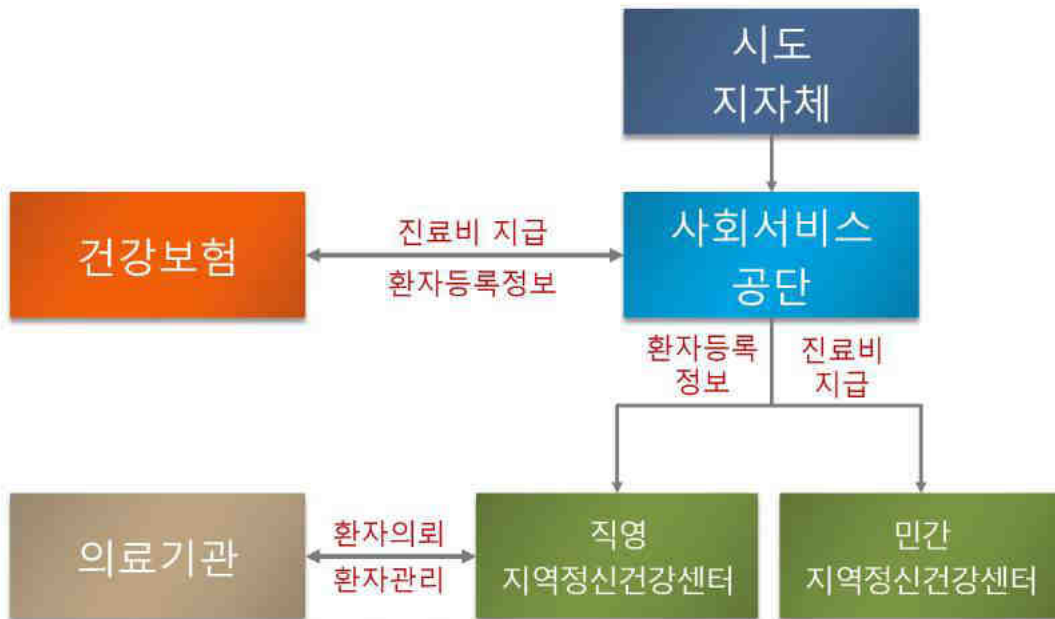
▶ 20

국정과제 : 사회서비스 공단 - 개요



▶ 21

[1] 사회서비스공단 기반 지역정신서비스 제공



▶ 22

[2] 지역정신건강서비스에 건강보험 적용

- ▶ 초기평가와 환자 등록 : 별도 행위별수가
 - ▶ 등록 : 초기평가결과와 치료계획 등 입력
 - ▶ 환자 동의 기반
- ▶ 환자 사례관리료 – 비대면서비스 보상
 - ▶ 상담 환자사례관리 : Recall 서비스, 전화 상담 등
 - ▶ 의료서비스의 조정 : 의뢰, 퇴원환자 환자 추구관리 등
 - ▶ 환자 중증도 반영한 차등수가 – 예: 월 1~5만원/환자 1인당
- ▶ 주간재활서비스 : 행위별수가
- ▶ 그룹홈 – 예: 월 100만원/명
- ▶ 의료기관 – 환자 의뢰 수가 책정 : 만성질환수가 참조

▶ 23

[3] 성과 인센티브를 통한 의료질과 효율성 향상

- ▶ 환자 진료결과 인센티브
 - ▶ 재입원율, 지역사회복귀율 등
 - ▶ 효율성 인센티브 지급 – 전제조건, 진료결과에 따른 가산
- ▶ 효율성 인센티브 = savings sharing
 - ▶ 등록환자 대상
 - ▶ Saving/Loss = 예측 진료비 – 실제 진료비
 - ▶ 차액 공유 : 이득 우선, 추후 손실도 공유
 - ▶ 공유 비율 : 초기 30% ~ 후기 80%
- ▶ 중증도 보정 : 신뢰도 – savings sharing의 전제조건
- ▶ 지자체 : 시도 및 시군구 급여예산 분담금 감소 효과

▶ 24

[4] 단계적 접근 – 대상 질환 확대

- ▶ 1단계 : 주요 정신질환, 자살시도자
 - ▶ 조현병, 양극성 장애, 주요 우울증
 - ▶ 자살시도자 – 응급실 기반 자살시도자 관리와 연계
 - ▶ 퇴원환자
- ▶ 2단계 : 중등도 정신질환
 - ▶ 우울증
 - ▶ 다양한 유형의 불안장애 등

▶ 25

요약 : 지불제도 개편 방안

- ▶ 지역사회서비스에 대한 건강보험 및 의료급여 적용
- ▶ 분절된 재정의 통합 또는 연계
 - ▶ 사회서비스 공단에 의한 지역사회서비스 제공
- ▶ 성과 인센티브를 통한 의료 질과 효율성 향상
 - ▶ 단기입원 집중치료 – 수가 인상
 - ▶ 진료비 절감 이익 공유제
 - ▶ 의료질 인센티브
- ▶ 대상 질환의 단계적 확대

▶ 26

감사합니다

yoonkim@snu.ac.kr

지정토론1

최봉영 (정신건강정책연구소)

우리나라 정신건강제도의 현주소

(의료급여환자 중심으로)

최 봉 영

정신장애인에 대한 법률적 보장근거

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 [시행 2017.5.30.]

• 제1장 총칙 / 제2조(기본이념)

- ① 모든 국민은 정신질환으로부터 보호받을 권리를 가진다
- ② 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고, 최적의 치료를 받을 권리를 가진다.
- ③ 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.

• 정신장애인 인권에 대한 원칙 [버드킨보고서 1993.]

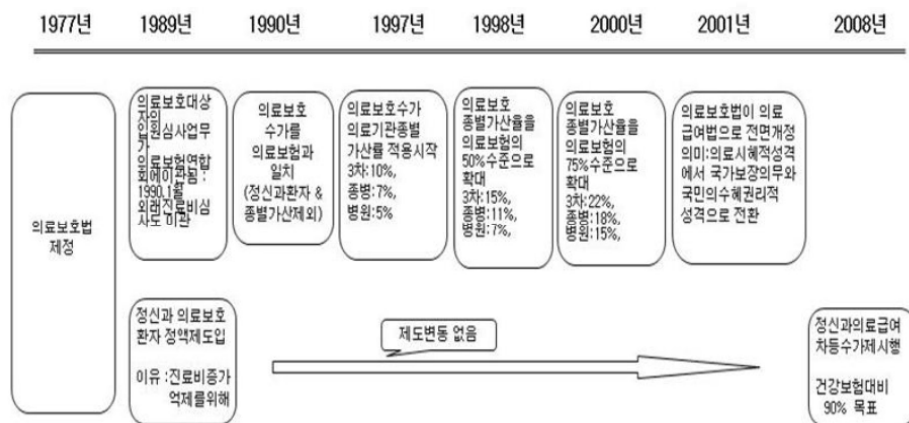
- ① 정신건강분야가 타 보건분야보다 기준이나 자원 면에서 낮은 수준이어서는 안 된다.
- ② 정신장애를 이유로 차별은 허용되어서는 안 된다.
- ③ 정신치료를 받는 사람도 법 앞에 인간으로 인정받을 권리가 있다.

목 차

1. 제도도입 이유 및 의료급여정액수가
2. 건강보험 대비 의료급여 정액수가의 수준
3. 의료급여 정신질환 정액수가제에 대한 인식
4. 외국의 정신질환 1인1일 수가수준 (미국, 일본)
5. 정신질환관련 통계비교 (OECD, WHO)
6. 탈원화 관련 (미국의 예)
7. 나아가야 할 방향은?

1. 의료급여환자의 일반질환 vs. 정신질환 제도 변천

* 의료급여 제도의 변천



※ 1989년에 진료비의 억제를 목적으로 의료보호 정신과 진료에 장액제를 도입하였는데 이 정책은 이후 의료보호 정신질환자의 서비스가 의료보험 정신질환자의 서비스와 차별을 낳는 중요한 계기로 작용하고 있다. 반면 정신과 환자를 제외한 의료급여환자는 1990년부터 의료보호수가를 의료보험과 일치하게 적용 하였으며 이후 가산율도 계속 상승되어 현재 의료급여수가의 종별가산율은 건강보험의 75% 수준이며 의료급여환자의 수가는 건강보험 대비 97% 수준이다.

2. 건강보험환자 vs. 의료급여환자 진료비 비교 (최고등급)

건강보험 vs. 정신과 의료급여정액수가 입원 1인 1일 진료비 비교 - 신규환자 [2016]

G2 등급과 비교 (수가는 입원기간별 차등전 최고금액 반영 .. 47,000원)

건강보험 대비율	의료급여정액 (입원기간 감산전)	건강보험 (입원기간 감산전)
59.2%	1일정액수가	47,000
63.8%	식대	10,170
62.1%	병원관리료	8,400
62.1%	환자관리료	15,599
51.6%	정신요법료	2,820
	기타	10,011

건강보험 추정액 : 건강보험 입원환자 2014.09월 추정 1인1일 평균진료비 73,651원 에서 입원료차등전 금액을 추정 .. 79,441원 (입원료 : 1일~15일 - 38,640원, 16일~30일 - 34,780원, 31일이상 - 32,850원)

[정액입원수가 분리근거]

1. 병원관리료 : 외박수가 [외박의 경우 병원관리료만 청구한다.. 복지부 고시 2003-65호]

↳ G2의 경우 외박수가는 8,400원 [복지부 고시], 따라서 병원관리료는 8,400원이다

2. 환자관리료 : 입원료는 병원관리료 35%, 환자관리료(의학관리료+간호관리료) 65% 로 구성되어 있음 [수가기준집]

3. 정액수가에는 6%의 정신요법료가 포함되어있다 [복지부 고시] => G2의 경우 정신요법료는 6%인 2,820원.

2-1 건강보험환자 vs. 의료급여환자 진료비 비교 (평균진료비)

건강보험 vs. 정신과 의료급여정액수가 입원 1인 1일 진료비 비교 [2016]

2016년 기준으로 한 추정 1일1인입원진료비 수가 차이 (보험 vs. 의료급여 정액)

건강보험 대비율	의료급여정액	건강보험
58.0%	1일정액수가	42,740
63.8%	식대	10,170
62.1%	병원관리료	7,660
62.1%	환자관리료	14,040
47.8%	정신요법료	2,584
	기타 (약제비, 검사비 등)	8,408

* 2016년 추정 : 정액수가, 건강보험입원료 (34,780원 : 15일~30일 입원료적용)

* 표에서 의료급여정액수가병원관리료 (=외박수가)적용 => 7580원 (G2 의 90%) .. 8400원 * 90%.

따라서 의료급여 정액 1인1일 입원료는 21,600원 (병원관리료 7,660원 + 환자관리료 14,040원)

입원료 = 병원관리료 - 35%, 환자관리료 - 65% (의학관리료 40% + 간호관리료 25%)

2016년 추정 : 2016년 통계결과에 전년도 상승률(정액 : 0.06%, 건강보험 3.3%)을 반영함

2015:42,720 vs. 71,298

2-2 건강보험환자 vs. 의료급여환자 진료비 비교 (기본료동일)

건강보험과 시설, 인력기준이 같음 (입원료를 동일 하게 계산 했을 때 가정)

입원료 구성: 병원관리료, 의학관리료, 간호관리료

건강보험 대비율	의료급여정액		건강보험	
58.0%	1일정액수가	42,740	73,651	보험1일평균진료수익
63.8%	식대	10,170	15,930	식대
100.0%	병원관리료	12,173	12,173	병원관리료(36%)
100.0%	환자관리료	22,607	13,912	의학관리료(40%)
			8,695	간호관리료(25%)
-9.6%	정신요법료	-2,210	22,941	정신요법료, 약제비, 검사료 등
	기타 (약제비,검사비 등)			

* 건강보험 입원료에 포함된 사항 (건강보험공단/심사평가원): 입원료는 “기본료”이다

1. 의학 관리료: 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함
2. 간호 관리료: 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용 포함
3. 병원 관리료: 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리 비용 등), 시설 감가상각비 등 포함

3. 정신질환 의료급여 정액수가 제도에 관한 인식

정액수가제 운영 관련 (2015년 10월 김재원의원 국감질의에 대한 답변내용)

○ 정신과 입원서비스는 비교적 정형화 되고 비용발생의 변이가 적어 대부분의 외국에서는
일당 정액수가제 또는 포괄수가제로 정신과 입원서비스를 보상하고 있고, 우리나라도
일당 정액수가제 운영

- 미국과 일본에서는 우리나라와 같이 일당 정액수가제로 보상하고 있고 영국과 호주는
활동에 기반한 포괄수가제를 운영함
- * 미국: 환자특성(진단,연령,재원일수,동반상병 등)과 시설특성(수련병원, 응급시설 구비
등)을 보정하여 차등수가제 적용
- * 일본: 간호배치, 정규간호사 비율, 재원일수 등에 따라 차등수가제 적용
- * 호주: 질병유형(급성입원, 응급진료, 아급성기 입원진료)에 따라 질병분류를 달리하여
보상함
- * 한국: 정신과 의사, 간호사, 정신보건전문요원 등 인력확보수준에 따라 차등수가 적용

제도가 같다는 이유로 환자들의 의로서비스 정도가 같을 것이라는 전제는 큰 문제가 있음.

⇒ 엄청난 수가 수준의 차이는 감안하지 않는가??

3-1 정신질환의 치료는 비교적 정형화 되어 있는가? (입원) <= 그렇지 않다

2015년 건강보험환자 정신질환 질병명별 1일 1인 평균 진료비 : 입원

질병명	질병코드	0 ~ 19	20 ~ 39	40 ~ 59	60 ~
치매	F00~F03		70,528	68,615	69,404
알콜사용에 의한 정신 및 행동장애	F10	87,900	68,822	66,194	65,217
기타 정신활성물질사용에 의한 정신 및 행동장애	F11~F19	131,664	99,987	162,643	182,374
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29	79,661	69,967	65,911	64,485
기분(정동성) 장애	F30~F39	90,582	82,188	74,761	73,441
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40~F48	92,173	88,560	87,049	77,586
정신지연	F70~F79	66,694	61,697	61,068	61,335
기타정신 및 행동장애	F04~F09, F50~F69, F80~F99	75,274	68,324	66,278	69,509

< 2015년 건강보험 통계연보 : 질병분류별, 연령별 급여현황 >

- ▶ 환자의 상태에 따라 적절한 치료를 할 수 있는 행위별수가제 하에서 입원의 경우 1인 1일 **평균진료비(치료 행위량)는 최소 61,068원 ~ 최대 182,374원으로 3배정도 차이가 난다.**
- ▶ 도표를 보면 질환 및 연령에 따라 행위량(진료비용)이 달라짐을 알 수 있다.
- ▶ 의료급여 정액수가(입원)는 연령, 질환상관없이 : 2015년 1인 1일 평균 42,740원으로 동일

3-2 정신질환의 치료는 비교적 정형화 되어 있는가? (외래) <= 그렇지 않다

2015년 건강보험환자 정신질환 질병명별 1일 1인 평균 진료비 : 외래

질병명	질병코드	0 ~ 19	20 ~ 39	40 ~ 59	60 ~
치매	F00~F03	139,408	115,950	138,026	120,653
알콜사용에 의한 정신 및 행동장애	F10	96,178	66,746	65,580	74,798
기타 정신활성물질사용에 의한 정신 및 행동장애	F11~F19	92,023	83,536	91,495	156,138
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29	98,651	103,451	87,016	75,487
기분(정동성) 장애	F30~F39	82,045	56,369	51,559	51,629
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40~F48	56,559	48,992	44,370	41,422
정신지연	F70~F79	52,679	61,823	56,476	112,727
기타정신 및 행동장애	F04~F09, F50~F69, F80~F99	88,244	47,403	41,291	52,812

- ▶ 외래는 1인 1일 평균진료비(치료+투약)는 **최소 41,291원 ~ 최대 139,408원으로 3.4배 정도 차이가 난다.**
- ▶ 도표를 보면 입원과 마찬가지로 질환 및 연령에 따라 행위량이 달라짐을 알 수 있다.
- ▶ 의료급여 정액수가(외래)는 연령, 질환 상관없이 1일 2,770원 (+당일진료비 2,770원) 임

3-3 정신질환의 치료는 비교적 정형화 되어 있는가? (연령별) <= No

2015년 건강보험환자 정신질환 연령별 1인 1일 평균진료비 : 입원 & 외래



	0~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 ~
입원 LP	73,333	80,881	73,281	70,066	67,673	67,161	67,546	69,288
외래 OP	50,385	72,199	64,435	60,172	56,382	51,804	54,585	74,150

3-4 2008년 이후 기본비용 인상을 (20%이상 삭감효과)

2008년 이후 타 기준대비 정신과 의료급여정액수가 인상률 [2009년 이후 누적]

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
소비자물가지수	102.8	105.9	110.1	112.5	114.0	115.5	116.5	117.6
임금인상률[민간]	101.8	106.9	112.4	117.7	121.9	127.0	132.7	138.7
건강보험수가인상률	102.2	104.3	106.0	108.4	110.9	113.5	117.2	119.5
의료급여정액수가	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



3-5 보호기관과의 수가인상비교 (1)

장기요양보험 노인요양시설 1인1일 수가 (2008~2017년)

* 장기요양보험 수가변동 - 시설급여				* 누적인상률 [시행 후]			
	노인전문요양시설			노인전문요양시설			
	1급	2급	3급	1급	2급	3급	
2017년	59,250	54,980	50,700	123.1%	126.2%	130.1%	
2016년	57,040	52,930	48,810	118.5%	121.5%	125.3%	
2015년	56,080	52,040	47,990	116.5%	119.5%	123.1%	
2014년	56,080	52,040	47,990	116.5%	119.5%	123.1%	
2013년	52,420	48,630	44,830	108.9%	111.7%	115.0%	
2012년	50,120	46,420	42,710	104.2%	106.6%	109.6%	
2011년	48,900	45,290	41,670	101.6%	104.0%	106.9%	
2010년	48,900	45,290	41,670	101.6%	104.0%	106.9%	
2009년	48,150	44,590	41,030	100.1%	102.4%	105.3%	
2008년	48,120	43,550	38,970	100.0%	100.0%	100.0%	

3-6 보호기관과의 비교 (정신요양원과의 수가비교)

[정신요양시설 입소원 수 2016년 예산 & 1일 1인 평균예산]

구분		입소원수	예산	1인당 비용	총사자수
시도	구분 시설	2015년 1분기	2016년	2016년	2015년 1분기
부산	A	257	3,852,486,808	41,069	52.0
부산	B	91	1,484,334,000	44,689	21.0
대전	C	97	1,593,341,000	45,003	23.0
경기	D	253	4,002,000,000	43,337	42.0
경기	E	196	2,900,000,000	40,537	33.0
전북	F	190	2,984,028,000	43,029	34.0
경남	G	183	3,145,548,400	47,093	34.0
기관 합계		1,267	19,961,738,208	43,165	

2016년 예산 : Web상에 자료가 있는 기관 통계

2015년 정신의료기관 의료급여 정액수가 평균 1일진료비 : 42,720원

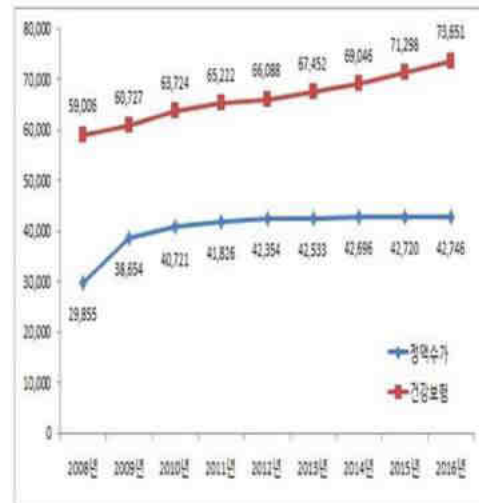
=> 탈원화 후 복귀시설, 요양시설에 입소 되었을때 1인당 투여예상액은 ??

3-7 연도별 입원환자 1일1일 진료비 비교 (건보 vs. 정액)

보험유형별 정신질환 1인 1인 진료비 비교 (2008년 ~ 2016년)

구분	1인1일진료비		건강보험 대비 정액수준	1인1일진료비증가율	
	정액수가	건강보험		정액수가	건강보험
2008년	29,855	59,006	50.4%	0%	0%
2009년	38,654	60,727	63.7%	29.5%	2.9%
2010년	40,721	63,724	63.9%	5.3%	4.9%
2011년	41,826	65,222	64.1%	2.7%	2.4%
2012년	42,354	66,088	64.1%	1.3%	1.3%
2013년	42,533	67,452	63.1%	0.42%	2.1%
2014년	42,696	69,046	61.8%	0.38%	2.4%
2015년	42,720	71,298	59.9%	0.06%	3.3%
2016년	42,746	73,651	58.0%	0.06%	3.3%

24.8%



[참고]

- 건강보험 급여비 : 국민건강보험공단 / ~ / HOS 통계 / 건강보험통계연보
- 정신과 정액수가진료비 : 의료급여통계연보 / 정신질환상환 정액수가적용 진료현황
- 2016년 1인1일진료비(추정) : 전년 상승율을 적용

1. 2008년 이후 인력구성에 따른 차등수가제 시행: 인력확보 전쟁 (의사, 간호사 인건비 급증)
2. 2009~2012년: G2 등급으로 진입노력 (일당진료비 증가)
3. 2012년 이후는 대부분 G2 등급 (최고등급)으로

3-8 11년간 [2005년 ~ 2015년] 정신질환자 보험유형별 진료통계 (평균재원일수)

정신의료기관은 의료급여환자를 장기입원으로 유도하고 있다??

입원일수가 중요한 것이 아니라 어떻게 치료를 하는가가 중요함 .. 건보환자 재원일수 증가폭?

1인당 평균 재원일수											
	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
정액수가적용	211	194	187	207	203	211	213	218	223	224	225
건강보험	71	75	83	91	98	105	109	116	124	130	133

보험유형별 1인당 평균 재원일수											
	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
정액수가적용	100%	92%	89%	98%	96%	100%	101%	103%	106%	107%	107%
건강보험	100%	107%	117%	130%	139%	149%	154%	164%	176%	185%	189%



4-1 외국과의 비교 : 미국의 정신질환 일당 정액제

Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System (IPF PPS)

- 2005년부터 시행, 정신병원 등 정신질환 입원기관에 적용

- 일당 정액제(per diem) 지불방식으로 매년 임금수준과 기타소요비용들을 고려한 연방차원의 기준수가(base rate)로 정한 후 지역적 요소 (비용요소), 질환특성, 나이, 복합상병여부, 재원기간, 기타 기관의 특성 등을 고려하여 가중치를 적용, 각 의료기관별 기준 일당수가를 산정함

- 2015년 기준 \$727.67 (851,400원) 으로 현재 우리나라 정액수가 42,740원 대비 20배 정도 높으며 2009년 \$637.78 (746,200원) 이후 2015년까지 14%의 수가 인상이 됨. ※ 2005년 1월 전면 시행 당시 기준수가 : \$575.95

※ 조정요소 (가중치) [2015년 기준] : 기준수가에 아래 요소를 반영해서 계산

1. 지역적 요소 (임금, 물가 등 차이): 지방은 1.17 가산 (117%)
2. 환자의 질환에 따라 : 0.88 ~ 1.22 가감산 (88%~122%)
3. 환자의 나이에 따라 : 1.00 ~ 1.17 가산 (100%~117%)
4. 복합상병 여부 : 1.03 ~ 1.13 가산 (103%~113%)
5. 재원기간 : 0.92 ~ 1.19 가감산 (92%~119%)
6. 기타 의료기관의 수련여부, 응급실여부 등에 따라 가산

●

●

4-2 2010년도 한국과 일본의 정신과 입원수가 비교

일본(1인1일, 가중 / 질환별 표준수가개념) (환 = 환 × 14.3/기준환율)						한국(G2등급/1인1일기준)				비고						
구분 병동	기준 입원료 (1인1기준)	기간별 가산액		가산율		합계		기준 입원료 (환) 13:1기준	기간			기준입원료환율 환율수 평균 80일 이내				
				①②:30일 이내 ③:60일 이내	④⑤:90일 주 ⑥:60일 이상	①②:30일 이내 ③:60일 이내	④⑤:90일 주 ⑥:60일 이상		6개월 이내	6~12 개월	12개월 이상					
① 구급 및 환영동	131,000	14일 이내	88,400	435,680 (환 30,410)	435,430 (환 30,310)	891,540		기본 입원료 병동구분 가산기간 가산율 없음	47,000	44,000	42,300	구급합병입원 /30일 이내				
		15~30일	98,700			860,800										
② 급성기	131,000	14일 이내	88,400	274,600 (환 19,200)	220,800 (환 16,000)	472,810										급성기 입원 /30일 이내
		15~30일	98,700			441,870										
③ 치매치료	131,000	14일 이내	88,400	207,380 (환 14,500)	168,800 (환 11,810)	406,400	988,930									치매 환율환자 매(연지정)는 환율과 별개
		15~30일	98,700			374,680	939,190									
		31~90일	17,870			368,780	916,910									
		91~180일	1,450				901,870									
		181~1년	450				900,870									
④ 연령 정신요양	131,000	14일 이내	88,400	168,870 (환 11,900)		363,900										OAP 41 이상
		15~30일	98,700			935,180										
		31~90일	17,870			906,500										
		91~180일	1,450			908,680										
		181~1년	450			907,680										

참고사항 : 일본의 정신과입원수가는 질환별 표준수가 개념으로서 건강보험과 의료급여의 구분 없음.
간호기준비를 13:1기준(한국의 정신보건법 인력기준임/일본의 간호기준 중 13:1 적용)
일본은 단기입원 단가가 매우 높고, 퇴원 후 데이케어 나잇케어 사회복지훈련 등을 활성화하고 있으며, 수가구조가 매우 세부적임.
일본은 인지증(치매 및 알츠하이머)을 정신과 영역으로 함
일본 180일 이상 최저 만성정신요양수가(287,860원/1인1일) : 한국 180일 이내 최고수가(47,000원/1인1일) = 287,860:47,000 = 7:1 (1/7 수준)

●

5-1 우리나라의 정신의료발달단계는? 초/중/후기?? (OECD비교)

〈표 3-6〉 OECD 국가의 정신병상수의 변화추이

(단위: 천명당 병상)

국 가	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000 ^b	1990~2000년의 10년 평균증가율
한국	-	-	-	-	0.11	0.19	0.33	0.93 (1.31) ^b	+0.41
일본	-	-	-	-	0.25	0.47	0.74	1.23 (1.61) ^b	+0.49
미국	-	0.15	0.14	0.14	0.11	0.08	0.11	0.12	+0.01
영국	-	-	3.27	1.84	1.39	0.99	0.84	0.16(99)	-0.65
프랑스	3.13	-	2.22	-	1.40	0.91	0.58	0.31	-0.55
독일	3.80	3.36	2.45	1.47	0.91	0.69	0.62	0.31	-0.3
스페인	-	-	-	1.33	1.15	0.92	0.71	0.57(97)	-0.34
호스트리아	-	-	-	-	1.29	1.09	0.85	0.61	-0.34
스웨덴	-	-	-	4.00	3.24	2.50	1.70	0.63	-1.30
노르웨이	-	-	2.51	-	1.85	1.21	0.84	0.69	-0.58
포르투갈	1.00	1.10	1.19	1.20	1.04	0.89	0.90	0.70(98)	-0.19
덴마크	-	-	-	2.10	1.82	1.49	0.71	0.78(98)	-0.58
그리스	-	1.13	1.30	1.43	1.35	1.20	1.04	1.00(99)	-0.18
영국	-	-	-	-	2.30	1.92	1.84	1.00(98)	-0.72
아일랜드	-	-	-	-	3.95	3.42	2.28	1.10	-1.43
프랑스	-	-	-	-	2.42	2.07	1.76	1.11	-0.66
스위스	3.49	3.16	2.99	2.80	2.22	2.01	1.75	1.20	-0.51
독일	0.92	1.89	2.04	2.04	1.97	2.50	1.70	1.28	-0.35
네덜란드	-	-	2.05	-	1.74	1.80	1.64	1.44	-0.15
벨기에	-	-	2.75	-	2.46	2.15	1.95	1.64	-0.41
일본	1.02	1.77	2.39	2.40	2.64	2.77	2.91	2.80(03)	+0.09

주: 1) 관호안은 각 연도의 통계

2) 2006년도의 인구 천명당 정신병상수 통계

자료: OECD, OECD Health System: Facts and Trends, 2003.

현재: OECD국가 중 유일하게 병상이 증가하는 나라인 것을 강조

다른 OECD 국가들은 인구 1000명당 정신병상은 1.33~4.00 정도까지 증가했다가 각각의 정신보건 발달에 맞게 줄어들거나 유지되는 경향을 보임

각 나라의 정신보건현실과 제도, 역사를 무시한 단순한 연도별 정신병상 증가율을 비교하는 것은 잘못된 판단을 유발

5-2 우리나라의 정신병원 병상수는 과도하게 많은가? (OECD비교)

HEALTH CARE RESOURCES

Psychiatric care beds, Per 1 000 population

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Australia	1.4	0.9	-	0.4	0.4	0.4	0.4	-	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Austria	-	-	0.9	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Belgium	2.5	2.2	1.9	2.0	2.6	2.5	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.7
Canada	-	-	-	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Czech Republic	1.5	1.5	1.4	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Denmark	1.8	1.7	1.0	0.8	0.8	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5
Estonia	-	-	-	1.1	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Finland	1.8	1.9	1.9	1.3	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	0.6
France	-	-	-	-	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Germany	-	-	-	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Greece	-	-	-	1.1	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Hungary	-	-	-	-	1.0	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Ireland	2.0	1.8	1.5	1.2	-	-	-	-	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5
Israel	3.0	3.4	2.6	1.9	1.4	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Italy	-	-	1.5	1.2	0.9	0.9	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Japan	1.5	1.1	0.9	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Korea	-	-	-	2.9	2.8	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7
Luxembourg	-	-	0.2	0.3	0.7	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Mexico	-	-	-	-	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Netherlands	-	-	1.8	1.7	1.6	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
New Zealand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Norway	1.9	1.3	0.9	0.7	0.7	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Poland	-	-	-	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Portugal	-	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Slovak Republic	-	-	-	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Slovenia	1.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Spain	0.9	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Sweden	2.2	2.0	1.7	1.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Switzerland	-	-	-	-	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9
Turkey	-	-	-	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
United Kingdom	-	-	-	-	0.9	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5
United States	-	-	-	-	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
OECD AVERAGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

OECD Health Statistics 2015

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_BEAC

우리나라는 2009년 이후 정신과 병드가 증가하지 않고 잘 유지되고 있음을 알 수 있으며 인구 1000명당 정신과 병드수가 우리와 같거나 높은 나라도 9곳이 있다

타 OECD 국가에 비해 수십년 ~ 백년 이상 늦게 정신질환관리를 해온 우리나라의 경우 타 국가와 같이 인구 1000명당 정신병상수는 지금보다 더 증가하고 점진적 감소하는 모습도 이상하지 않으리라 판단된다.

(참고: 미국 - 1890년대 정신병원 활성화, 1960년대 지역사회 정신보건관련 서비스 확장)

5-3 우리나라의 정신병원 병상수는 과도하게 많은가? (OECD비교)

인구 1,000명당 병상 수 (OECD 33개국, 2013년)

	Total hospital beds 전체병상	Curative care beds 급성기병상	Psychiatric care beds 정신병상	Long-term care beds 장기요양병상	Other hospital beds 기타 병상
Japan	13.32	7.92	2.67	2.68	0.05
Korea	10.96	6.18	0.91	3.84	0.04
Germany	8.28	5.34	0.87		2.07
Austria	7.65	5.35	0.60	0.43	1.26
Hungary	7.04	3.99	0.90	1.19	0.95
Poland	6.58	4.31	0.63	0.01	1.63
Czech Rep.	6.46	4.37	0.96	0.71	0.41
France	6.29	3.35	0.88	0.48	1.57
Belgium	6.25	3.95	1.74	0.16	0.40
Slovak Rep.	5.80	4.24	0.82	0.60	0.15
Luxembourg	5.05	3.67	0.88	0.00	0.33
Estonia	5.01	3.37	0.56	0.95	0.13
Finland	4.66	2.81	0.64	1.29	0.13
Greece	4.84	4.08	0.79		
OECD33	4.77	3.30	0.66	0.60	0.21
Switzerland	4.68	2.81	0.91		0.86
Slovenia	4.55	3.59	0.66	0.15	0.15
Norway	3.88	2.29	1.18	0.00	0.41
Australia	3.75	3.36	0.39		
Italy	3.42	2.75	0.10	0.17	0.41
Portugal	3.40	2.84	0.55		0.00
Iceland	3.22	2.26	0.46	0.36	0.13
Israel	3.09	1.90	0.43	0.66	0.09
Denmark	3.07	2.47	0.54	0.04	0.03
Spain	2.96	2.28	0.36	0.32	0.00
United States	2.93	2.48	0.22	0.08	0.15
Ireland	2.78	2.11	0.50	0.09	0.07
New Zealand	2.76	2.59	0.17		
United Kingdom	2.76	2.28	0.48		
Canada	2.68	1.73	0.35	0.54	0.12
Turkey	2.65	2.57	0.06	0.00	0.03
Sweden	2.58	1.94	0.46	0.19	0.01
Chile	2.17	1.83	0.10	0.01	0.14
Mexico	1.61	1.57	0.04		
OECD33	4.77	3.30	0.66	0.60	0.21

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OECD와의 비교에서 항상 인구 1000명당 정신병상수를 비교합니다. 현재도 정신의료 발전단계상 높은수준이 아니며, 이 발전 과정을 무시하더라도 현재 0.91로 6번째로 높은 수준임

그러나 전체병상을 기준으로 볼 때는 정신병상의 비중은 OECD 평균보다 많이 낮습니다.

⇒ 인구 1000명당 병상수가 한국이 10.96으로 일본 다음으로 높기 때문

6.8. Hospital beds by function of health care, 2013 (or nearest year)

5-4 우리나라의 정신병원 병상수는 과도하게 많은가? (OECD비교)

급성기병상 & 전체병상 대비 정신병상의 비율 (OECD 국가 대비)

		급성기 대비 정신병상 %			전체병상 대비 정신병상 %
평균	OECD33	20.0%	평균	OECD33	13.8%
1	Norway	50.7%	1	Norway	30.1%
2	Belgium	44.1%	2	Belgium	27.9%
3	Japan	39.7%	3	Japan	20.0%
4	Switzerland	31.3%	4	Switzerland	19.4%
5	France	26.3%	5	Ireland	18.1%
6	Sweden	23.7%	6	Sweden	17.9%
7	Ireland	23.7%	7	Denmark	17.6%
8	Finland	22.8%	8	United Kingdom	17.4%
9	Israel	22.8%	9	Luxembourg	17.0%
10	Hungary	22.8%	10	Greece	16.3%
11	Luxembourg	22.2%	11	Portugal	16.2%
12	Czech Rep.	22.0%	12	Czech Rep.	14.9%
13	Denmark	21.9%	13	Slovenia	14.5%
14	United Kingdom	21.1%	14	Iceland	14.3%
15	Iceland	20.4%	15	Slovak Rep.	14.1%
16	Canada	20.2%	16	France	14.0%
17	Greece	19.5%	17	Israel	13.9%
18	Portugal	19.4%	18	Finland	13.2%
19	Slovak Rep.	19.3%	19	Canada	13.1%
20	Slovenia	19.4%	20	Hungary	12.8%
21	Estonia	16.8%	21	Spain	12.2%
22	Germany	16.3%	22	Estonia	11.2%
23	Spain	15.8%	23	Germany	10.5%
24	Korea	14.7%	24	Australia	10.4%
25	Poland	14.5%	25	Poland	9.8%
26	Australia	11.6%	26	Korea	8.3%
27	Austria	11.2%	27	Austria	7.8%
28	United States	9.9%	28	United States	7.5%
29	New Zealand	6.6%	29	New Zealand	6.2%
30	Chile	5.2%	30	Chile	4.8%
31	Italy	3.6%	31	Italy	2.9%
32	Mexico	2.5%	32	Mexico	2.5%
33	Turkey	2.3%	33	Turkey	2.3%

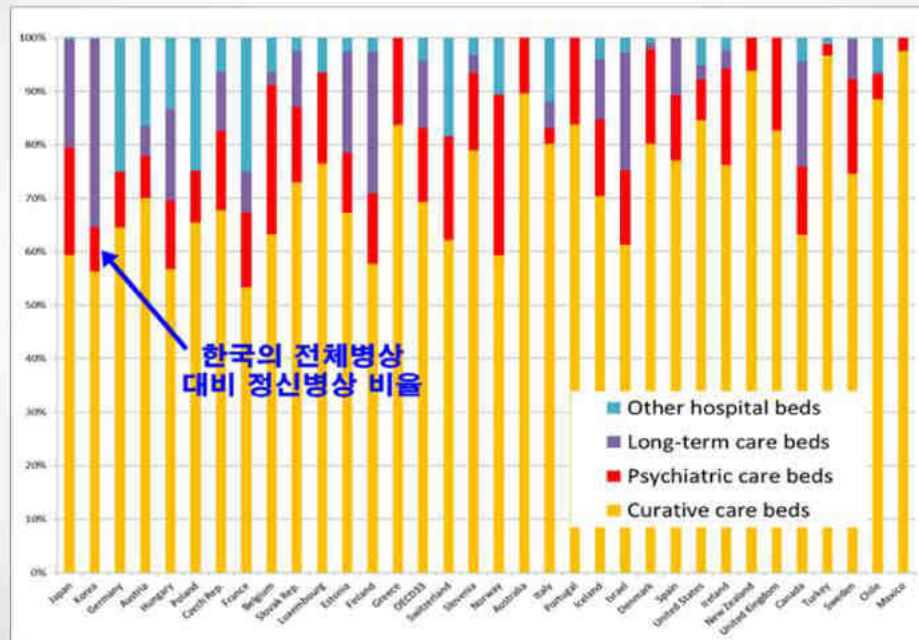
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OECD 국가의 급성기병상 대비 정신병상의 비율은 20%인 반면, 한국의 경우는 14.7% 임

OECD 국가의 전체병상 대비 정신병상의 비율은 13.8%인 반면, 한국의 경우는 8.3% 임

OECD 국가의 평균 정신병상 비율 대비 많이 낮음.. 정신병상 과다라는 부분은 맞지 않음

5-5 우리나라의 정신병원 병상수는 과도하게 많은가? (OECD비교)



5-6 우리나라의 국민정신건강에 소요되는 1인당 연간예산의 수준은?

WHO : Mental Health Atlas 2014

[자료 : Mental Health Atlas 2014 country profiles]

기준 : 2014년 Mental Health Atlas 2014 country profiles 에 수록된 중 131개 국 중 위 데이터를 제공한 나라들 중 우리나라와 같은 수준의 국가 (High income country)

	Total (US \$)	Mental (US \$)	Mental/Total	비교(Mental)
스웨덴	5,680	330.9	5.83%	7.39
영국	3,598	277.8	7.72%	6.20
미국	9,146	272.8	2.98%	6.09
핀란드	4,449	272.5	6.12%	6.08
스위스	9,276	206.3	2.22%	4.60
뉴질랜드	4,063	184.6	4.54%	4.12
일본	3,966	153.7	3.88%	3.43
아이슬란드	4,126	151.2	3.66%	3.37
이스라엘	2,601	100.6	3.87%	2.24
슬로베니아	2,085	46.9	2.25%	1.05
한국	1,880	44.8	2.38%	1.00
평균	4,625	185.6	4.01%	4.14

Total : Total health expenditure per person (US \$)

Mental : Mental health spending per capita (US \$)

2014년 WHO 제공 동일
분류국가(high income
country group) 비교

국민 1인당 보건 & 정신
건강 지출액

5-7 국민 일인당 연간 정신건강관련 비용 [Mental (US\$)]

2014년 우리나라의 국민 일인당 정신건강에 소요되는 비용은 년 \$44.8로 **비교국가 평균 \$185.6의 24% 수준**이다. 특히 스웨덴의 \$330.9에 비해서는 13.5%, 미국 \$272.8대비 16.4%, 가까운 일본의 \$153.7비교 29% 수준으로 우리나라의 국민 일인당 정신건강에 투여되는 비용은 대단히 열악한 수준임을 알 수 있음. < **적정한 의료서비스 제공불가(만성화, 장기화 원인)**



우리나라의 국민 1인당 정신건강에 소요되는 비용을 1이라고 할 때

스웨덴은 7.39배, 영국은 6.20배, 미국은 6.09배, 일본은 3.43배 이며

비교국가 평균은 4.14배 높음

5-8 우리나라 정신질환자는 필요 없는 장기입원을 강요 받고 있는가?? [WHO high income group 정신질환자 평균재원일수]

WHO : Mental health Atlas country profile 2014 & 2011

	전체의료비중 정신건강지출 (%)	평균재원일수			기준(년)
		1년 미만	1-5년	5년 이상	
한국	2.38%	63%	29%	8%	2014
일본	3.88%	35%	29%	36%	2014
스웨덴	5.83%	82%	16%	2%	2014
핀란드	6.12%	80%	13%	7%	2014
이스라엘	3.87%	64%	18%	18%	2014
벨기에		62%	25%	13%	2014
폴란드		83%	9%	7%	2014
아랍에미리트(공)		25%	30%	45%	2014
바레인	3.96%	39%	10%	51%	2011
사우디아라비아	4.82%	44%	21%	35%	2011
덴마크		90%	9.7%	0.3%	2011
헝가리	5.10%	79%	17%	4%	2011
아일랜드	8.69%	88%	6%	6%	2011
아일랜드		58%	18%	25%	2011
쿠웨이트		89%	4%	7%	2011
튀르키예		69%	16%	15%	2011
말타	6.71%	52%	14%	34%	2011
네덜란드	10.65%	28%	38%	34%	2011
싱가포르	4.14%	28%	6%	66%	2011
평균	5.51%	61%	17%	22%	

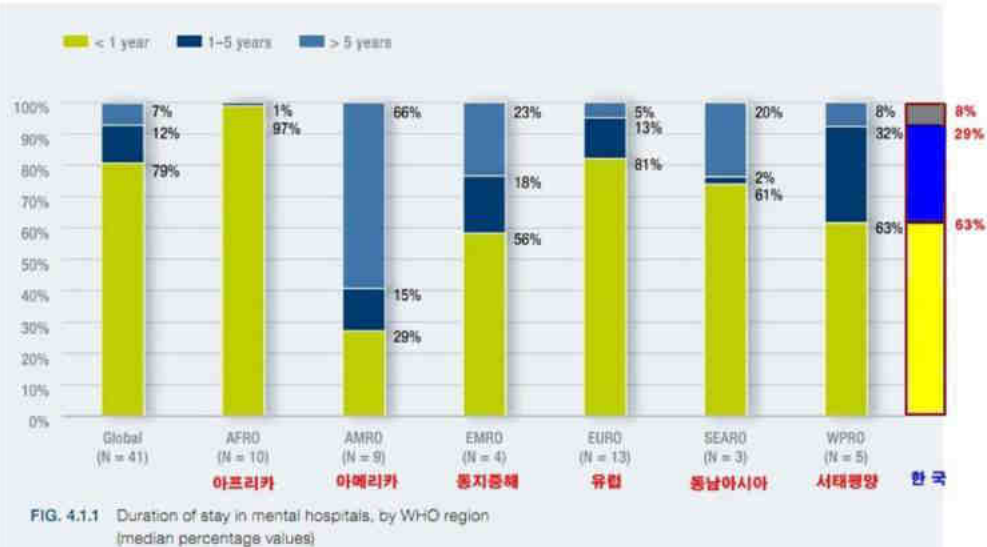
[참고] http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/

2014년 WHO 자료 (정신질환자 입원일수를 제공한 모든 나라 통계)를 보면 우리나라의 경우 정신질환자의 평균 재원일수를 보면 평균재원일수가 1년 미만 63%, 1-5년 29%, 5년 이상 8%로 전체국가평균인 1년 미만 61%, 1-5년 17%, 5년 이상 22%에 비해 **오히려 낮은 수준**임을 알 수 있다.

특히, 전체의료비 대비 정신건강 지출이 전체 평균 5.51%의 43% 수준밖에 되지 않는 2.38%인 상태를 감안하면 입원일 수가 오히려 짧게 느껴지기도 하는 내용이다.

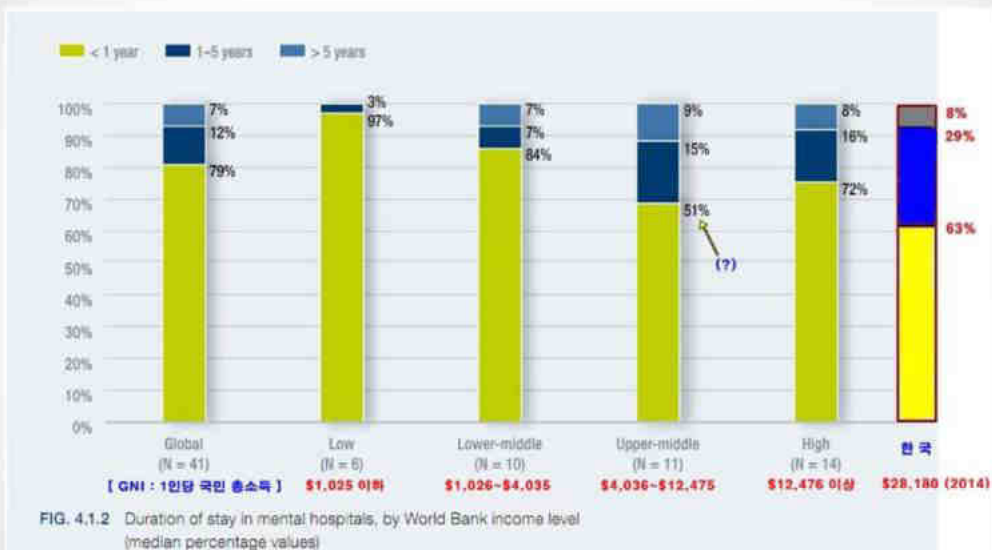
현재 정부 및 관계기관은 **정신질환 입원환자의 경우 6개월이 넘으면 장기입원으로 분류** (계속입원심사 기간으로 판단) 한다는 말도 안 되는 근거를 들어 왜곡된 내용을 중심으로 잘못된 제도를 만들고 있는 것이 향후 환자치료에 큰 문제로 작용할 것임.

5-9 우리나라 정신질환자는 필요 없는 장기입원을 강요 받고 있는가??
[지역별 정신질환자 평균재원일수] .. 자료제출 41개국 통계



2014 WHO mental health ATLAS.PDF .. Page 41

5-10 우리나라 정신질환자는 필요 없는 장기입원을 강요 받고 있는가??
[소득수준별 정신질환자 평균재원일수]



2014 WHO mental health ATLAS.PDF .. Page 41

5-11 장기입원의 구조적 요인 : 정신질환자의 노령화 경향

정신의료기관 및 정신요양시설의 입원(입소)환자 연령별 분포 (단위 : 명(%), 세)

구분	계	중간연령	10세미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세이상	미상
2000 총계	50,990(100.0)	42.0	81(0.2)	785(1.5)	5,516(10.8)	14,470(28.4)	15,246(29.9)	8,630(16.9)	3,161(6.2)	3,101(6.1)	-
2001 총계	53,714(100.0)	42.8	105(0.2)	671(1.3)	5,226(9.7)	14,505(27.0)	16,875(31.5)	9,359(17.4)	3,282(6.1)	3,691(6.9)	-
2002 총계	54,504(100.0)	43.6	124(0.2)	614(1.1)	4,748(8.7)	13,783(25.2)	17,359(31.8)	9,664(17.7)	3,955(7.2)	4,100(7.5)	257(0.5)
2003 총계	57,426(100.0)	44.0	237(0.4)	619(1.1)	4,251(7.4)	13,887(24.2)	19,163(33.4)	10,871(18.9)	4,153(7.2)	4,245(7.4)	-
2004 총계	59,205(100.0)	44.5	422(0.7)	641(1.1)	4,166(7.0)	13,411(22.7)	19,835(33.5)	12,161(20.5)	4,342(7.3)	4,227(7.1)	-
2005 총계	62,117(100.0)	44.9	70(0.1)	640(1.0)	4,173(6.7)	13,189(21.2)	21,069(34.1)	13,329(21.4)	4,771(7.7)	4,888(7.9)	-
2006 총계	65,498(100.0)	45.9	78(0.1)	736(1.1)	4,108(6.3)	13,060(19.9)	21,418(32.7)	15,033(23.0)	5,236(8.0)	5,767(8.8)	-
2007 총계	66,412(100.0)	46.2	15(0.0)	686(1.2)	3,801(5.7)	11,850(17.8)	21,584(32.5)	16,458(24.8)	5,272(7.9)	6,609(9.9)	120(0.2)
2008 총계	68,110(100.0)	47.7	10(0.0)	762(1.1)	3,708(5.4)	10,919(16.0)	21,391(31.4)	17,978(26.4)	5,521(8.1)	7,338(10.8)	483(0.7)
2009 총계	70,815(100.0)	48.6	48(0.1)	841(1.2)	3,450(4.9)	10,190(14.4)	21,591(30.5)	19,889(28.1)	5,934(8.4)	8,110(11.5)	759(1.1)
2010 총계	75,282(100.0)	49.4	39(0.1)	963(1.3)	3,621(4.8)	10,071(13.4)	21,990(29.2)	22,225(29.5)	6,871(9.1)	9,068(12.0)	634(0.8)
2011 총계	78,637(100.0)	50.7	8(0.0)	943(1.2)	3,458(4.4)	9,376(11.9)	21,917(27.9)	24,571(31.2)	7,339(9.3)	10,520(13.4)	505(0.6)
2012 총계	80,589(100.0)	51.6	9(0.0)	975(1.2)	3,347(4.2)	8,922(11.1)	21,549(26.7)	25,965(32.2)	8,012(9.9)	11,297(14.0)	493(0.6)
2013 총계	80,462(100.0)	51.6	13(0.0)	826(1.0)	3,310(4.1)	8,372(10.4)	20,784(25.8)	26,760(33.3)	8,474(10.5)	11,507(14.3)	414(0.5)
국립정신병원	2,414(100.0)	43.8	3(0.1)	69(2.9)	200(8.3)	529(21.9)	852(35.3)	576(23.9)	97(4.0)	86(3.6)	0(0.0)
공립정신병원	3,765(100.0)	51.0	0(0.0)	6(0.2)	149(4.0)	404(10.7)	1,069(28.4)	1,284(34.1)	420(11.2)	417(11.1)	14(0.4)
사립정신병원	36,405(100.0)	51.3	3(0.0)	251(0.7)	1,458(4.0)	3,910(10.7)	9,735(26.7)	12,184(33.5)	3,819(10.5)	4,733(13.0)	312(0.9)
종합병원정신과	3,894(100.0)	49.7	4(0.1)	160(4.1)	367(9.4)	477(12.2)	860(22.1)	1,079(27.7)	333(8.6)	591(15.2)	23(0.6)
병립정신과	18,490(100.0)	52.2	2(0.0)	236(1.3)	732(4.0)	1,797(9.7)	4,531(24.5)	5,986(32.4)	1,894(10.2)	3,251(17.6)	49(0.3)
정신과외원	4,543(100.0)	50.8	1(0.0)	96(2.2)	266(5.9)	583(12.8)	1,086(23.9)	1,350(29.7)	461(10.1)	695(15.3)	3(0.1)
정신요양시설	10,951(100.0)	53.7	0(0.0)	4(0.1)	138(1.3)	672(6.1)	2,651(24.2)	4,301(39.3)	1,450(13.2)	1,722(15.7)	13(0.1)
계	80,462(100.0)	51.6	13(0.0)	826(1.0)	3,310(4.1)	8,372(10.4)	20,784(25.8)	26,760(33.3)	8,474(10.5)	11,507(14.3)	414(0.5)

<출처 : 2013년 정신보건 통계 현황집>

1. 중간연령의 변화 : 2000년 42세 ⇒ 2013년 51.6세 매년 0.74세 증가
2. 60세 이상 : 2000년 12.3% ⇒ 2013년 24.8% 매년 0.96% 증가
3. 정신의료기관의 역할을 재 검토 (급성기병동 - 정신요양병동 - 정신요양시설) ... 입원의 장기화는 노령화, 만성화 (?)
4. 노인요양병원에서 정신병원으로 전원의 경우 (정신질환치료를 위해) .. 정신요양시설의 역할 재정립

5-12 장기입원(?)은 민간정신병원들의 문제인가?

정신의료기관 및 정신요양시설의 입원(입소)환자 재원기간 현황 (2013년)

구분	계	중간기간	1개월 미만	1~3개월 미만	3~6개월 미만	6개월 ~1년 미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10년 이상
정신의료기관소계	69,511(100.0)	176	9,554(13.7)	13,214(19.0)	12,269(17.7)	10,951(15.8)	13,627(19.6)	5,002(7.2)	4,206(6.0)	1,587(2.3)
국립정신병원	2,414(100.0)	192	230(9.5)	487(20.2)	466(19.3)	349(14.4)	448(18.6)	211(8.7)	180(7.5)	47(1.9)
공립정신병원	3,765(100.0)	272	362(9.6)	612(16.3)	597(15.9)	616(16.4)	1,091(29.0)	269(7.1)	189(5.0)	29(0.8)
사립정신병원	36,405(100.0)	252	4,094(11.3)	6,232(17.1)	6,966(19.1)	5,089(14.0)	7,784(21.4)	3,138(8.6)	2,868(7.9)	1,328(3.6)
종합병원 정신과	3,894(100.0)	70	1,417(36.4)	770(19.8)	468(11.8)	291(7.5)	448(11.5)	233(6.0)	222(5.7)	56(1.4)
병립정신과	18,490(100.0)	153	2,621(14.2)	3,957(21.4)	3,712(20.1)	3,020(16.3)	3,344(18.1)	1,017(5.5)	659(3.6)	124(0.7)
정신과외원	4,543(100.0)	111	828(18.2)	1,148(25.3)	1,180(26.0)	684(15.1)	512(11.3)	134(2.9)	53(1.2)	4(0.1)
정신요양시설	10,951(100.0)	3,655	62(0.6)	179(1.6)	243(2.2)	407(3.7)	1,373(12.5)	1,080(9.9)	2,123(19.4)	5,489(50.1)
계	80,462(100.0)	262	9,615(12.0)	13,382(16.6)	12,914(15.9)	10,458(13.0)	15,000(18.6)	6,082(7.6)	6,328(7.9)	7,072(8.8)

1. 6개월 이상 입원 : 국립 - 51.0%, 공립 - 58.2%, 사립 - 55.5%
2. 1년 이상 입원 : 국립 - 36.7%, 공립 - 41.9%, 사립 - 41.5%
3. 1인당 예산이 2배 이상인 국공립 정신병원의 환자 재원기간이 사립 민간병원과 크게 다르지 않음
4. 건강보험환자 비율이 높은 종합병원 정신과, 정신과 의원 등은 재원기간이 상대적으로 짧음

5. 장기입원의 기준점은 ?? 장기입원의 근거??

5-13 민간정신병원은 돈벌이 목적으로 강제(?)입원을 시킨다 ??

정신의료기관별 입원(입소) 유형별 현황 (2013년)

구분	계	자의입원	보호의무자에 의한입원			시군구청장명의 의 입원	응급입원
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시군구청장	기타입소		
정신의료기관소계	69,511(100.0)	20,170(29.0)	44,656(64.2)	2,969(4.3)	1,401(2.0)	262(0.4)	53(0.1)
국립정신병원	2,414(100.0)	434(18.0)	837(34.7)	2(0.1)	1,126(46.6)	10(0.4)	5(0.2)
공립정신병원	3,765(100.0)	869(23.1)	2,370(62.9)	309(8.2)	194(5.2)	19(0.5)	4(0.1)
사립정신병원	36,405(100.0)	9,178(25.2)	25,193(69.2)	1,829(5.0)	0(0)	189(0.5)	16(0.0)
종합병원 정신과	3,894(100.0)	1,260(32.4)	2,401(61.7)	107(2.7)	80(2.1)	26(0.7)	20(0.5)
병원정신과	18,490(100.0)	6,662(36.0)	11,177(60.4)	626(3.4)	1(0)	17(0.1)	7(0)
정신과의원	4,543(100.0)	1,767(38.9)	2,678(58.9)	96(2.1)	0(0)	1(0)	1(0)
정신요양시설	10,951(100.0)	1,124(10.3)	6,476(59.1)	3,351(30.6)			
계	80,462(100.0)	21,294(26.5)	51,132(63.5)	6,320(7.9)	1,401(1.7)	262(0.3)	53(0.1)

<참고> 기타입소 : 국립법무병원에 입원한 감호치료대상자 등

1. 자의 입원율 : 국립 - 18.0%, 공립 - 23.1%, 사립 - 25.2% (감호대상자 제외 시 국립 - 33.7%)
2. 외국의 경우 : 미성년자의 경우 부모에 의한 입원 - 자의 입원(voluntary admission)으로 분류
미국의 경우 6개 이상의 주에서 법적 후견인에 의한 입원을 자의입원으로 분류 (나머지 주는 정도의 차이가 있음)
후견인에 의한 입원을 voluntary admission으로 전환하는 경향 (후견인의 결정력을 확대)
3. 본인이 의사결정을 할 수 있는 정도가 다른 정신질환의 경우 꼭 필요한 비자의 입원을 강제입원이란 단어로 환자, 보호자, 의료기관을 나쁜 집단으로 매도하여서는 안됨 (미국의 경우 - 교도소 내 정신질환자를 포함하면 비자의 입원율은 ??)

5-14 OECD & WHO 자료를 통해 본 향후 대책

● 최근 정신의료기관의 문제점에 대한 뉴스, 언론보도, 취재 등이 봇물 터지듯 쏟아져 나오고 있고 정부도 정신보건법 개정, 제도강화 등을 추진하고 있다. 우리나라의 지금 **현실과 맞지 않는 선진국 제도의 도입을 무분별하게 진행**하고 있다. 특히 이러한 제도 시행을 위해 **정신의료기관을 비도덕적인 기관으로 치부**하는 느낌도 지을 수 없다.

● 외국의 경우 100년도 넘은 정신보건의 역사를 통해 정신병원의 역할을 강화 또는 지역사회정신보건사업의 발달에 발맞춰 점진적으로 병상을 줄여나가는 등의 합리적인 정책을 진행해 왔고 지속적으로 정신질환자에 대한 복지와 지원을 높여왔다

● 그러나 우리나라의 경우 정신질환자에 대한 정부의 예산, 지원, 제도적 뒷받침, 지역사회의 인프라 구축도 없이 외국의 제도와 수준을 따라가자고 하는 것은 **여관비를 제공하고 특급호텔의 시설, 서비스를 요구하며 이를 따르지 못할 때는 잘못되었다고 처벌**하는 것과 같다고 생각된다.

● 지금 **당장 우선되어야 할 내용**은 정신질환자에 대한 **차별해소, 선진국 수준의 예산편성과 수가제도 개선**이 이루어져야 하며 이를 통해 환자에 대한 서비스 질 향상과 제대로 치료받을 수 있는 여건 조성이 이루어지고 향후 지역사회 보건서비스 강화를 통해 사회로 나갈 수 있는 장기적 계획과 제도가 반드시 필요하다고 생각됨.

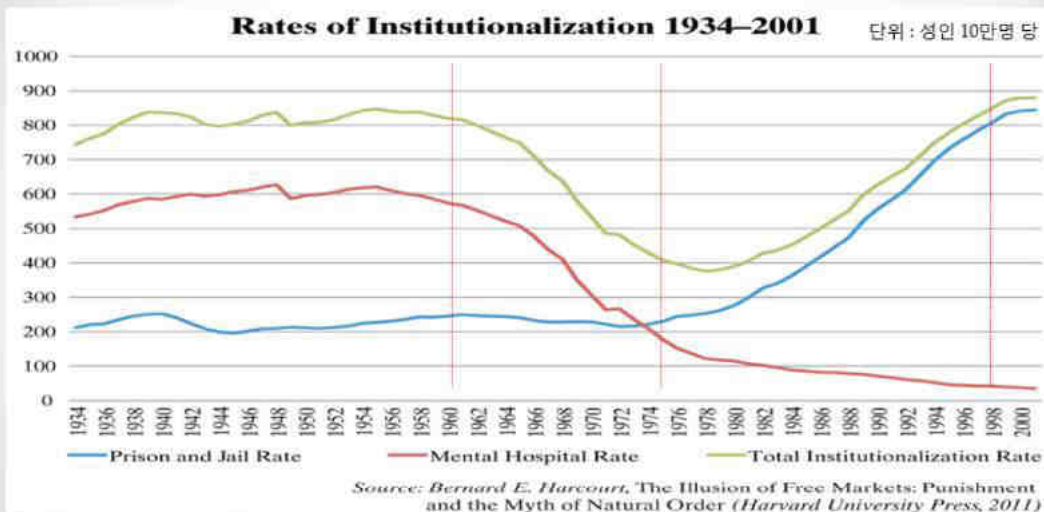
6-3 탈원화 관련 : 미국의 예 (25만 정신병상을 새로 확보 ?)

- 2012년 현재 교도소나 구치소에 수감되어 있는 정신질환자는 총 356,000명으로 정신병원에 입원하고 있는 환자 35,000명 대비 10배를 넘어서고 있는 현실에서 정신병원에서 나와 교도소에 기관의 이동을 하는 것이 정신질환자에게 도움이 되는 것인지를 잘 판단해봐야 할 부분임. (질환으로 인한 폭력성향 : 한국 => 정신의료기관, 미국 ?)
- 또한 통계적으로 교도소에 수감되어 있는 정신질환자를 제외한 미국의 정신병상의 개수, 평균 재원일수 등을 따지는 것이 과연 의미 있는 일인지? 아니면 눈을 가리고 사실을 왜곡하는 것인지를 잘 판단해봐야 함.
- 최근 미국에서도 교도소에 수감되어 있는 정신질환자들을 정신의료기관에서 치료를 받게 해야 된다는 주장이 크게 대두되고 있다. NAMI (National Alliance on Mental Illness: 미주 정신건강가족협회) 에서도 공공 및 민간 병원 내에 25만 개의 병상을 새로 만들어야 한다는 제안을 하고 있는 실정임.

Given that there are about 2.2 million persons in prisons or jails¹⁷¹ and that a very large fraction of those prisoners are seriously mentally ill,¹⁷² NAMI proposal for creating about 250,000 new beds, in public or private hospitals, does not seem unreasonable. The taxpayers are already paying the costs for

[참고: Reforming Mental Health law to protect public safety and Help the severely Mentally III - page 36. David B. Kopel & Clayton E. Cramer]

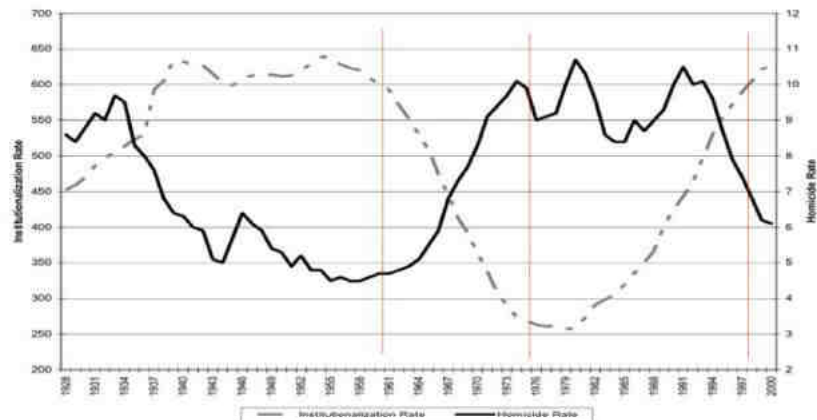
6-4 탈원화 관련 : 미국의 예 (4) : 보호시설(교도소,구치소&정신병원)이용률 => 보호시설 이용률: 1960년대 정신병원 탈원화가 교도소(구치소) 구금증가를 상승과 유의미



1. 1960년 이후 탈원화 시작 : OECD통계 인구 1000명당 정신병상수 (1960-3.8, 1970-2.45, 1980-0.91)
2. 1960년 초반 ~ 1970년 중반: 정신병원입소 감소 & 교도소 등 수용은 유지 (탈원화 영향)
3. 1970년 중반 ~ 2000년: 정신병원 입원환자 감소 & 교도소 및 구치소 수감자 증가
4. 1998년 이후: 1930년~1960년 수준의 보호시설 수감율 (2000년부터 교도소 내 정신질환자 문제 대두)

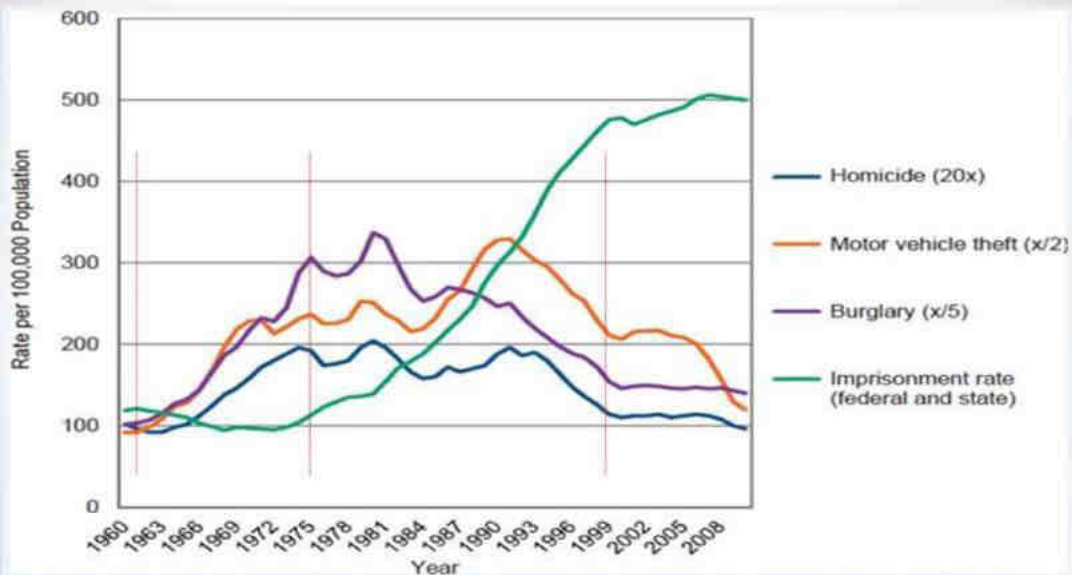
6-5 탈원화 관련 : 미국의 예 (5) : 보호시설 이용률 vs. 살인사건 비율

Figure 2: Institutionalization and homicide rates (per 100,000 adults)



1. 살인율의 변동은 교도소 수감인원과 관련이 있지만 전체 보호, 수감 정도와 관련이 있음. 상관관계수 -78%
2. 탈원 - 보호시설 - 노숙 - 사망, 탈원 - 보호시설 - 노숙 - 범죄 - 교도소 에 이르는 두가지 경로가 문제.
3. 1960년도 탈원화 정책에 따른 문제점에 대해 큰 어려움을 겪고 있는 미국의 예를 잘 파악할 필요가 있음
4. 1971년 ~ 1993년 (보호시설 입소증가시기) : 폭력 범죄와 살인을 30% 이상 감소, 재산 범죄를 20% 이상 감소.

6-6 탈원화 관련 : 미국의 예 (6) : 투옥률(교도소,구치소) vs. 범죄사건 비율



1960년대 정신병원 탈원화 정책 이후 자동차 도둑, 절도 등의 범죄도 앞의 살인율 증가와 비슷한 경향을 보이고 있음.
치료가 필요한 환자에 대해 탈원화를 통한 정신병원에서 교도소, 구치소로의 환자이동이 과연 바람직한 것인지에 대한 고민이 필요.

7. 나아가야 할 방향 (1)

1. 의료급여환자에 대한 지불보상제도의 개선

● 정신질환 의료급여환자에 대해서만 비용통제를 위한 일당정액수가제를 적용하여 입원환자의 경우 2015년 기준 1일 평균 42,720원으로 건강보험환자의 1인 1일 평균진료비 59% 수준이며 여기의 일당 정액 42,720원으로 먹고, 자고, 생활하고, 치료하고, 검사하는 등의 모든 비용을 부담하여야 함.

● 치료의 질향상을 위해서는 기본적인 입원생활 및 치료여건의 개선이 이루어 져야 하나 일당정액제도 하에서는 각 치료항목에 대한 지불금액이 정해져 있지 않아 제 비용에 대한 수가가 충분히 제공되지 않을 경우 치료에 필요한 비용들이 기본적인 입원생활비용(의식주)에 치우쳐질 경우가 많음.

● 2008년, 2009년 국가인권위원회의 연구용역보고서에서도 일당정액제로 인한 문제점을 기술하여 장기입원 완화 및 입원환자의 인권증진을 위해 행위별수가제도로의 전환을 제시하고 있고 지난 10년 이상 동안 계속 국회 등 다양한 기관에서 정액수가제로 인한 진료서비스의 차별 해소를 위한 주장들이 계속되고 있음

● **의료급여환자에 대한 차별의 근본인 일당 정액수가제를 행위별수가제로 전환이 필요**

●

●

7-1. 나아가야 할 방향 (2)

2. 대안 : 의료급여정액수가의 수준 향상 및 각종 비용증가에 따른 매년 수가 인상방안

● 현재 일당정액수가의 수준은 노인병원, 노인요양시설은 물론 정신질환자 치료시설이 아닌 정신요양시설의 일당 예산보다 낮은 수준으로 정신병원의 질 향상을 생각할 만한 여건이 제공되지 못하고 있음.

● 건강보험수가는 매년 수가 심의조정기구를 통해 인상조정되며 “건강보험 정신질환자” 수가 역시 행위별수가제로서 타과와 마찬가지로 건강보험수가 인상에 연동하고 있으나, 정신질환 의료급여수가는 보건복지부장관의 고시에 의해 인상되는 방법으로 2008년 이후 8년간 이 일당정액수가는 단 1%도 인상이 되지 않고 동결상태로 있음. 각종 비용의 증가를 감안하면 동기간 20% 이상의 삭감 효과를 보임.

● **의료급여 정신질환자에 대한 일당 정액수가는 타 질환 의료급여환자의 수준과 같이 건강보험 대비 97% 수준으로 높여야 하며 매년 물가, 각종비용증가에 따라 수가 조정이 이루어져야 함**

● **5개년 장기 계획을 세워 단계적 수준을 인상하여 건강보험 수준에 도달할 수 있는 방안 마련**

●

●

7-2. 나아가야 할 방향 (3)

3. 의료급여환자에 대한 수가수준의 제도적인 차별 해소

● 건강보험의 경우 입원기간에 따른 수가의 차감수준은 **입원료에 대해서만 차감**하고 있는 반면 의료급여환자의 경우는 **전체 일당정액수가에 대해 삭감**을 하는 구조로 입원기간이 지남에 따라 입원료는 물론, 식대, 치료비, 검사비, 각종 동력비 등 입원, 치료생활 전반에 대해 수가가 차감되는 구조로 치료는 물론 기본 입원생활, 의식주 등에도 수가의 불이익이 생겨 기본적으로 균등한 서비스의 제공을 하지 못하게 됨

건강보험 - 입원료만 삭감 : (1~15일: 100%, 16~30일: 90%, 31일 이상: 85%)

의료급여 - 정액수가 전체 삭감 : (1~ 90일: 100%, 91일~180일: 94%, 181일~360일: 88%, 361일 ~ : 84%)

[대안] 건강보험환자의 적용과 같이 입원기간에 따른 진료비 차감 시 입원료를 제외한 식대, 치료, 검사 등의 항목에 대해서는 **최소의 기본권 유지**를 위해 **차감이 되지 않도록 하여야 함** :

(예) 식대 => 1~3개월 : 3,390원, 3~6개월 : 3,191원, 6개월~360일 : 2,911원, 361일 이상 : 2,858원 (건강보험 51% 수준)

2003년 3,390원으로 인상 이후 14년간 동결

●

●

7-3. 나아가야 할 방향 (4)

4. 정부는 현실을 직시하고 정신질환자에 대한 정책을 개선해야 한다

● 1989년 유독 의료급여 정신질환자에 대한 진료비 억제 목적으로 한 정액수가제도는 **이제 적절한 치료를 위한 제도로 바뀌어져야 한다**.

● 제도 도입 당시부터 지금까지 도입목적이 진료비의 억제이기 때문에 환자에 대한 치료의 질적수준 향상이 우선순위가 되지 못해 지속적인 치료환경 문제, 치료의 질 문제, 장기입원에 관한 문제, 인권문제 등이 표출되어 왔고 현재에도 계속되어오고 있다.

● **장기입원의 근본원인은 위의 정액수가제 시행의 목적인 진료비 억제정책으로 인해 좋은 약, 충분한 치료를 못하게 하는 문제에서 발생된 필연적인 부작용**인데 정부에서는 장기입원의 원인을 정신병원의 돈벌이 목적 때문이라고 사실을 왜곡 보도하고 있다. 충분한 치료를 못하게 하는 정책 때문에 입원이 길어진 이유를 왜 돈벌이 운운하며 정신의료기관을 부도덕한 집단으로 매도하는 내용은 정신질환자를 위해 반드시 없어야 한다.

● 일당 정액제의 문제에 대해서도 미국이나 일본 등에도 같은 제도를 시행하고 있다는 사실만 제시할 뿐 그 정액수가의 엄청난 수준 차이는 언급을 하지 않고 있고 각종 통계적인 분석에서도 수가 억제를 위한 부분만 선택해서 정책 자료화하고 있는 부분도 **객관적인 비교를 통해 개선발전을 도모해야 한다**.

● 정부에서는 우리의 현실과 맞지 않는 일부 국가의 제한된 자료를 제시하여 법적 제한을 통해 입원은 어렵게, 또한 퇴원을 유도하는 정책을 취하여 꼭 치료가 필요한 의료급여 정신질환자의 치료권리마저 박탈하려 하는 정책의 추진은 없어야 한다.

●

●

지정토론2

황태연 (국립정신건강센터)

