

한국 정신보건제도의 현황에 대한 연구

황 성 동 (건국대 교수)

우리나라의 헌법 제9조와 32조에서는 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며, 동시에 모든 국민은 누구나가 인간으로서 존엄과 가치를 가지고 자신의 행복을 추구할 권리를 가지고 있다고 규정하고 있다. 물론 이러한 권리는 정신적 질환이나 장애를 가진 개인에게도 적용되는 주지의 사실이다. 어느 국민 개인과 마찬가지로 정신질환자들도 그들의 인권이 존중되고 인간다운 처우를 받을 수 있는 사회적 환경 속에서 적절한 치료와 각종 재활서비스를 통해 사회적 기능을 회복하여 정상적인 생활을 영위할 수 있도록 지원되고 배려되어야 함은 물론이다. 그러나 우리 사회에서는 다수의 정신질환자나 정신장애자가 그들에게 꼭 필요한 치료나 서비스를 제공받기보다는 대체적으로 일반사회와 격리된 정신의료기관이나 정신요양시설에서 장기간 수용된 채 그들 생애의 대부분을 보내거나 아니면 지역사회내에서 숨겨진 채로 소외된 삶을 영위하고 있다. 이들은 인간다운 생활을 영위하지 못할 뿐만 아니라 정상인과 같이 생활할 수 있는 기회마저 주어지지 못하고 있는 것이 오늘날의 현실이다.

이러한 실정에 비추어 보아 우리 사회는 이들에게 보다 많은 관심과 적절한 서비스를 제공하여 공동체 구성원으로서의 최소한의 인권과 생활이 보장될 수 있도록 노력하여야 할 것이다. 이러한 노력의 일환으로 본 연구에서는 오늘날 한국의 정신보건체계가 처한 상황을 냉철히 분석하여, 정신질환자, 정신보건시설, 정신보건 전문인력 및 정신보건 정책의 현황과 각종 문제점을 밝히고자 한다.

I. 정신질환자(service users)의 현황¹⁾

점점 다변화되어가고 복잡해져가는 현대 사회에 있어서 정신질환을 앓고 있거나 정신장애로 인해 고통을 받고 있는 자들을 위한 종합적인 정신보건정책과 서비스프로그램을 개발하고 실행하기 위해서는 무엇보다 먼저 정신보건서비스를 필요로 하는 정신질환자에 대한 정확한 파악이 이루어져야 한다. 즉 정신질환자의 수와 환자들의 특성, 진단명, 의료이용형태 및 의료비 규모 등에 대한 정확한 자료나 정보를 토대로 정신의료병상의 확보, 전문인력의 양성, 정신보건 서비스프로그램 및 전달체계의 확립, 예산확보등에 관한 포괄적인 정신보건정책이 과학적이고도 합리적으로 수립되기 때문

1) 정신질환자 수 및 정신보건시설의 현황은 한국보건사회연구원의 최근 조사(남정자,한영자,최정수,한충길, 「정신보건의 현황과 정책과제」, 1994)를 주로 참고했음을 밝혀둔다.

이다.

보편적으로 정신질환자의 수나 그 규모를 파악하는 데에는 대체로 세가지 방법이 이용해왔다. 첫째는 국제적 평균 유병률을 적용하여 환자수를 추정하는 것과 둘째, 일반주민들을 대상으로 역학조사를 실시하는 것과 셋째, 정신질환에 대한 의료이용 자료로부터 환자 수를 추정하는 방법이 있다. 이상의 세가지 방법 중 정신질환자의 의료이용 자료를 활용하는 방법이 비교적 현실적인 방법으로 인정되어 왔기에 우리나라에서는 1986년 1년간 지역의료보험시범지역(6개 시·군)의 주민들을 대상으로 그들의 의료이용 자료를 통한 연구(김정순등, 1988)와 또 1988년 1년간 의료보험 피보험자들의 정신의료 이용자료를 통해 정신질환자의 수를 추정한 연구(문옥륜 외, 1989)가 있었다. 그리고 최근에 보건사회연구원(이하 보사연)에서는 1993년 1년동안 정신질환자들의 의료이용 자료를 활용하여 정신질환자의 특성과 규모를 파악하였다(남정자 외, 1994). 물론 이보다 이전인 1984년과 1985년에 DIS-III를 이용하여 일반 주민들을 대상으로 역학조사를 한 적은 있지만 극히 일부 지역에서만 작은 표본을 통해 이루어졌기 때문에 그 결과의 타당성에는 많은 의문이 제기되었다(이동모, 1994). 따라서 의료이용 자료를 활용하여 정신질환자들의 수를 추정하는 방법이 자비진료나 비의료기관을 이용한 경우에는 추정이 곤란하다는 제한이 있긴 하지만 현실적으로 용이하다는 점에서 나름대로 의의가 있다고 하겠다.

보사연에서 연구한 결과에 의하면 1993년 1년간 의료보험 및 의료보호를 이용한 정신질환자는 총 1,190,860명으로 나타났다. 이는 인구 10만명당 정신질환자의 수가 2,703명에 해당되는 것으로 유병율²⁾은 2.70%에 해당된다고 볼 수 있다. 그러나 이 분석 결과에는 자비치료자와 정신요양원 및 기타 수용시설(예: 기도원, 치료감호소 등)에 수용중인 환자들과 그리고 지역사회에 거주하면서 의료기관을 이용하지 않은 정신질환자들을 고려하지 않고 있기 때문에 이들을 모두 포함하면 최소한 145만명 정도로 추정된다. 즉 인구 10만명당 정신질환자 수는 약 3,300명으로 이는 1986년의 조사에서 밝힌 1,450명 그리고 1988년 연구에서 밝힌 2,160명보다 큰 폭으로 증가한 수치이다. 그러나 이 결과만으로는 지난 5-7년만에 정신질환자 수가 급격히 늘어났다고 판단할 수는 없고, 오히려 1989년 이전의 연구에서는 전체 국민이 의료보험 적용대상 인구가 아니었던 시기였기 때문에 정신질환자의 수가 실제보다 과소 측정되었다고 볼 수 있다.

한편 만성중증정신질환자는 정신질환자 중에서도 우선적으로 관심을 기울여야 할 대상이다. 일반적으로 정신질환자 집단 중에서 만성중증정신질환자의 크기 및 성격을 결정짓는 것은 매우 어려운 일이다. 하지만 정신보건 서비스 체계를 마련하고 각종 정신보건 서비스 프로그램을 개발하고 관리하기 위해서는 이들에 대한 정확한 파악이 필요하다. 대체로 만성중증정신질환 및 장애를 결정짓는 기준은 크게 진단(diagnosis), 무능력(disability), 기간(duration) 이 세가지로 나눌 수 있는데, 이중 비교적 현실적으로 타당하고 연구자들 간에 가장 논란이 적은 기준이라고 할 수 있는 진단³⁾만을 기준

2) 일반적으로 정신질환의 경우 그 속성상 평생 유병율(lifetime prevalence rate)이 사용되고 있으나 본 연구에서는 1993년 1년간 정신질환으로 인한 의료서비스를 이용한 환자들에 국한해, 엄밀한 의미에서 기간·치료유병율(period & treated prevalence rate)이라고 할 수 있다(남정자외, 「정신보건의 현황과 정책 과제」, 1994).

으로 했을 때 우리나라의 만성중증정신질환자의 수는 약 166,700명으로 파악되어 전체 정신질환자의 약 14%에 해당하며 인구 10만명당 유병률은 378명으로 나타났다. 이들 집단은 남녀간에 그 비율이 비슷했으며 연령으로는 30대에 가장 많아 전체의 약 27%를 차지했고 가장 활발한 경제활동 연령층인 20-40대가 전체의 65%를 차지하고 있다 (남정자의, 1994).

일반적으로 정신질환의 치료에 대한 비용을 생각할 때는 실제 환자의 치료 및 재활 서비스에 투입된 직접적 비용과 환자가족들의 부담 및 환자의 정신질환으로 인한 경제력 상실을 포함한 간접적 비용으로 구분할 수 있다 (이충순외, 1996). 정신질환의 치료에는 직접적 비용을 줄이는 데에 물론 관심을 쏟아야 하지만 정신질환자의 사회복지로 인한 간접 비용의 감소 내지 생산활동의 참여에 따른 경제적 효과의 측면도 반드시 고려되어야 할 것이다. 따라서 정부에서는 정신보건정책을 수립할 때 이러한 환자의 65%이상을 차지하고 있는 경제활동 가능 집단의 사회복지 노력에 많은 고려를 해야 할 것이다.

II. 정신보건시설 및 인력(service providers)의 현황

일반적으로 우리나라에서 정신보건시설이라 함은 정신의료기관, 정신요양원, 사회복지시설로 구분할 수 있다. 정신의료기관에는 의료법에 의한 정신병원, 정신과의원, 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 말한다.⁴⁾ 한편 현행 의료법에서는 300병상 이상의 종합병원에서는 정신과의 설치를 의무화하고 있다 (이동모, 1994). 정신요양원은 “장기입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”을 말하며, 사회복지시설은 “정신질환자를 입원시키지 아니하고 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”을 말한다 (정신보건법 제3조). 1995년 6월 말 현재 우리나라의 정신보건시설(사회복지시설 제외)은 560개소로 총 40,492병상이 있다. 이중 정신의료기관은 485기관에 22,048병상으로 전체의 54.5%를 차지하고 있으며 정신요양원은 75개소에 18,444병상으로 45.5%를 차지하고 있다. (표 1 참조) 이밖에도 보건복지부에서는 정신질환자의 수용시설로 전국 39개 부랑인시설 (여기에 수용된 자들의 30%인 약 4000명이 정신질환자로 추정된다)과 전혀 의료인의 손길이 닿지 않고 또 그 숫자도 파악하기 어려운 다수의 기도원에 상당수의 정신질환자가 수용되어 있는 것으로 파악하고 있다 (이동모, 1994).

한 나라의 정신질환자에 대한 적절한 치료와 서비스를 위한 적정 병상 수를 파악하 기관 매우 힘들다. 왜냐하면 나라마다 각기 문화와 제도가 다르고 특히 정신보건정책

- 3) 일반적으로 진단에 대한 기준은 일과성, 기질적 정신병 상태(293)를 제외한 모든 기질적 정신병(290-292, 294), 기타 정신병 (295 -299), 인격장애(301), 성도착 및 성적 장애(302), 정신 발육지연(317 -319)을 포함한다.
- 4) 최근 제정된 정신보건법에서는 정신요양병원을 정신의료기관에 포함시키고 있으며 사회복지법인인 정신요양원은 법 시행 7년 이내에 정신요양병원 또는 사회복지시설로 전환토록 규정하고 있다. (제32조, 부칙 제3조)

<표 1> 정신보건시설의 현황

(1995년 6월 30일 현재)

구분		기관수	병상수	정신의료기관 단독구성비 (%)	구성비(%)	비고	
전체		560	40,492	(%)	100.0		
정신 의료 기관	소계	485	22,048	100.0	54.5		
	정신병원	국립정신병원	4	2,350	10.6	5.8	
		공립정신병원	11	2,910	13.3	7.2	
		사립정신병원	25	8,010	36.3	19.8	
		소계	40	13,270	60.2	32.8	
	비전문 정신병원	종합병원정신과	118	4,358	19.8	10.8	
		병원 정신과	15	3,079	14.0	7.6	
		정신과 의원	312	1,341	6.0	3.3	
소계		445	8,778	39.8	21.7		
정신요양원		75	18,444		45.5		

자료: 보건복지부, 보건사업지침, 1996.

의 방향이 다르기 때문이다. 그러나 최근들어 대형 정신병원 중심의 치료보다는 지역 사회 중심의 정신보건서비스제도가 세계적인 추세에 있기 때문에 이 접근법에 따르면 필요 적절한 병상 수는 인구 1만명당 4-5병상으로 파악된다 (정신보건연구회, 1993; Gittleman, 1995). 따라서 한국의 현행 정신의료기관의 정신병상수는 인구 1만명당 5.0병상으로서 기본적인 필요 병상수는 대체적으로 구비되어 있다고 보아야 할 것이다

한국의 정신의료기관은 크게 전문정신병원과 비전문정신과병·의원으로 구분할 수 있다. 전체 정신의료기관의 병상 수에서 전문정신병원이 차지하는 병상 수는 약 60% 정도이다. 전문정신병원을 다시 운영의 주체상 국·공립 병원과 민간병원으로 나누어 지는데 이 양자간의 병상수 비율은 39.6% 대 60.4%로 민간이 차지하는 비율이 크다. 한편 정신병원의 병상규모를 보면 200병상 미만이 37.1%, 200-500병상이 42.9%, 그리고 500병상이상이 20.0%를 차지하고 있어 전문정신병원의 대형화 현상을 알 수 있다. 그리고 이들 정신병원의 지역적 분포를 보면 경기, 서울, 부산의 순으로 병상수가 많으며 이들 세 지역의 정신병상수는 7,471개로 전체 병상수 13,270개의 56.3%를 차지한다. 이중 특히 경기도에는 전문병원이 11개, 3,449개의 병상으로 전체 병상수의 1/4 이상을 차지하고 있다. 그러나 광주 및 제주에는 전문정신병원이 전무하며 전북, 강원, 경북등은 모두 각각 500병상 이하로 지역간 격차가 매우 크다고 하겠다.

한편 보사연의 최근 연구에 의하면 정신병·의원이 전혀없는 중진료권이 전체 140개 중진료권 중 82개로 무려 59%에 달한다는 사실이다. 여기에 정신요양원을 포함한 정신보건시설의 경우에는 전체 중진료권중 정신보건시설이 전혀 없는 곳이 64개로 45.7%에 달하고 있다 (남정자, 1994). 이는 분명 정신보건 전달체계상 문제가 있는

것으로 이러한 지역적 불균형 분포로 인한 정신보건서비스의 불접근성(unaccessibility)은 반드시 해결되어야 할 과제라 하겠다.

한편 정신보건 분야의 인력으로는 정신과의사, 간호사 외에도 사회복지사, 임상심리사, 간호조무사 등이 필요하다.⁵⁾ 1994년 6월말 현재로 정신과전문의사(전공의 포함)는 1,398명으로 인구 10만명당 3.1명 수준이다. 한편 정신과에 근무하고 있는 간호사 수는 약 1,800명 정도이나 이 중에서 1990년부터 자격규정에 따라 배출되기 시작한 정신간호사는 58명에 이르고 있다 (이동모, 1994). 정신질환의 특성상 전문인력간에 팀 접근이 필요하며 정신보건서비스팀의 일원으로 중요한 역할을 하는 것이 바로 사회복지사와 임상심리사이다. 정신질환자의 심리, 사회적 문제 해결과 재활 및 사회복지 서비스의 중심적 역할을 담당하고 있는 정신보건사회복지사는 현재 약 140여명에 이르고 있다. 그리고 환자의 임상 심리검사 업무를 주로 담당하고 있는 정신보건 임상심리사는 약 130명이 정신보건영역에 종사하고 있는 것으로 나타났다. 이외에도 정신과 영역에서 활동하고 있는 간호 조무사는 약 1,300명에 달하고 있다. 정신보건인력의 필요 규모와 구성인력간의 적정 균형은 정신보건서비스체계의 방향과 구성에 따라 달라진다고 할 수 있다. 입원중심의 임상적, 의학적 모델 위주의 서비스체계에서는 많은 수의 정신과 의사가 필요할 것이고 세계적 추세인 지역사회중심의 정신보건서비스체계에서는 단기입원과 재활 중심의 후속 서비스를 강조하기 때문에 상대적으로 적은 수의 정신과 의사와 비교적 많은 수의 사회복지사나 간호사 및 임상심리사와 같은 정신보건전문인력을 더 필요로 하고 있다.

III. 정신보건 정책 및 관련제도의 현황

우리나라에서 정신보건에 대한 중요성이 부각된 것은 1983년에 모 TV방송국의 사회고발 프로그램에서 기도원에 수용된 정신질환자의 실태를 방영한 이후라고 할 수 있다. 정신질환자들의 비인간적이고 처참한 수용현실을 보도한 이 방송 이후로 이들에 대한 사회적 관심이 높아지고 체계적인 정신보건 정책 수립의 필요성이 제기되었다. 그리하여 1984년에는 「정신질환관리종합대책」이 수립되어 정신과의원, 보건소(보건지소), 상담소를 1차 기관으로하여 정신질환자의 발견, 진료, 상담을 담당하고 정신병원, 일반병원정신과, 정신요양원을 2차기관으로하여 진료, 재활, 훈련을 전담하는 정신질환관리체계를 확립하였으나 그 실시는 매우 미미하였다. 1980년대 후반에는 정신요양원에 정신과 전문의를 축적으로 배치하고 1980년대 말에는 정신요양원에 공중보건의를 배치하고 순회진료를 위한 노력을 시작하였다. 1990년대에 들어서는 1991년부터 정신보건업무가 보건국 질병관리과로 이관되어 정신보건업무가 질병관리 차원에서 다루어지기 시작했다. 그리고 정신보건정책도 이전부터 지속되어 온 정신질환 진료시설의 확충 및 정신질환 관리체계 확립에다가 정신보건법 제정 및 지역사회정신보건사업⁶⁾등에도 관심을 두게 되었다 (이동모, 1994). 그러나 이러한 정신보건정책에 대

5) 정신보건법에서는 정신보건전문요원으로 정신보건임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사로 규정하고 있다.

한 사회적 관심과 더불어 다양한 제도상의 변화를 시도해 왔지만 그동안 우리나라의 정신보건 정책은 단순히 정신보건시설 즉 정신의료기관 및 정신요양원의 병상 수 증설에 치중해 왔다고 해도 과언이 아니다.

<표 2> 정신보건시설의 병상 수 증가 추이

단위 : 병상 수 / ()안은 1980년 기준 상대 지수(%)

		1984	1986	1988	1990	1992	1995
총 계		12,392 (100.0)	24,410 (197.0)	27,857 (224.8)	31,541 (254.5)	33,804 (272.8)	40,492 (326.7)
정신 병원	소 계	2,952 (100.2)	5,205 (176.3)	6,890 (233.4)	8,672 (293.8)	9,611 (325.6)	13,270 (449.5)
	국립	950 (100.0)	1,150 (121.1)	1,850 (194.7)	1,950 (205.3)	2,350 (247.4)	2,350 (247.4)
	공립	980 (100.0)	1,513 (154.4)	1,513 (154.4)	1,758 (179.4)	1,934 (197.3)	2,910 (296.9)
	사립	1,022 (100.0)	2,542 (248.7)	3,527 (345.1)	4,964 (485.7)	5,327 (521.2)	8,010 (783.7)
일반 의료 기관	소 계	3,155 (100.0)	4,370 (138.5)	4,717 (149.5)	5,437 (172.3)	6,538 (207.6)	8,778 (278.2)
	병원 및 종합병원	2,064 (100.0)	3,371 (163.3)	3,681 (178.3)	4,219 (204.4)	5,303 (256.9)	7,437 (360.3)
	의원	1,091 (100.0)	999 (91.6)	1,036 (95.0)	1,218 (111.6)	1,235 (113.2)	1,341 (122.9)
정신요양원		8,349 (100.0)	14,835 (177.7)	16,250 (194.6)	17,432 (208.8)	17,655 (211.5)	18,444 (220.9)

자료: 보건복지부, 보건사업지침, 1996 ; 이동모, 우리 나라 정신보건의 현황과 정책, 1994.

<표 2> 에서 보는 바와 같이 그동안 정부에서는 정신보건시설의 병상 수 확충 작업에 치중해온 결과 1984년에는 12,392병상에 불과 하던 것이 1995년에는 40,492병상으로 3배이상 증가했다. 이러한 병상 수의 증가는 주로 사립정신병원의 병상 수가

6) 정부에서 지역사회정신보건 정책에 대한 논의 시작된 것은 1993년부터이며 1994부터 이를 예산에 반영하여 지역사회정신보건 연구지원사업과 지역사회정신보건 시범사업 등을 실시하게 되었다. (김용익, 1994)

1984년 약 1,000병상에서 1995년 8,000병상으로 무려 8배 가까이 증가한 데 그 주된 원인이 있다 할 수 있다. 이것은 우리나라의 일반의료기관이 주로 민간위주인 것과 마찬가지로 정신보건 분야에서도 그 책임을 민간에 위임시키고 있는 것으로 설명된다. 한편 정신요양원의 병상수도 그동안 꾸준히 증가하여 1995년에는 약 18,000여개로 전체 정신질환자의 45%정도를 수용하고 있다 하겠다. 이러한 사실을 종합해보면 지난 10여년 간에 걸쳐 정신보건 병상수가 12,000여개에서 40,000개 이상으로 늘어났는데 이것은 정신보건에 대한 다양한 서비스 니드를 가진 정신질환자들을 단순히 정신보건시설에 수용하여 치료, 해결하려는 방식으로 정신보건의 정책방향이 설정된 것을 의미한다. 즉 정신질환이나 정신장애를 그 문제의 속성을 전혀 고려하지 않고 기존의 약물치료 및 정신치료 중심의 의료적·임상적모델로만 접근하려고 했지 지역사회모델 또는 정신사회재활모델로는 전혀 인식하지 못한 결과로 볼 수 있다.

이러한 가운데 그나마 다행인 것은 최근에 정신보건법이 제정되었다는 사실이다. 정신보건법 제정을 위한 노력은 1980년대초부터 시작되었으며 1985년에 정부안이 국회에 제출되었으나 각 계에서 인권침해 소지 등의 이견이 제기되어 입법화가 이루어지지 못했고 그 후 1990년대 들어 다시 각계의 의견을 수렴하여 1992년 11월 국회에 제출되었다. 그 후 많은 논란과 수정작업을 거쳐 지난해 1995년 12월에 최종적으로 국회를 통과하게 되었다. 정신보건법의 주요 골자는 정신질환과 정신보건시설에 대한 규정을 명확히 했으며 정신질환자의 치료 및 인권보호에 대한 규정을 구체화시켰고, 또 그동안 논란의 대상이 되어왔던 정신요양원을 법 시행 7년 이내에 정신요양병원으로 전환할 수 있는 근거를 마련한 점이라 하겠다. 그 밖에 또 중요한 사항으로는 정신보건전문인력에 대한 규정과 정신보건심의위원회의 설치 그리고 사회복지시설의 설치, 운영에 대한 법적 당위성 등을 부여한 점을 들 수 있다.

다음으로 정신보건과 관련된 우리 나라 의료제도상의 현황과 문제점을 살펴보면, 먼저 아주 최근까지만 해도 정신보건 서비스에 관한 법적 제도적 장치가 마련되어 있지 않아 정신보건의 전반적인 사항이 의료법의 관리하에 있었고, 그리고 앞으로도 당분간 정신보건법 시행령과 시행규칙이 완성될 때까지는 현행의 의료법의 적용을 받도록 되어 있다. 그런데 이 의료법에서는 정신보건의료에 대한 특성을 고려하지 않아 정신보건의료에 대한 별도의 인력기준이 마련되어 있지 않다는 것이다. 따라서 그동안 한국의 정신보건제도는 정신과 의사 및 간호사를 중심으로 권위적 형태의 의료적 모델로 구성, 운영되어 왔으며 동시에 사회복지사나 임상심리사 등 정신보건전문인력이 현 의료법에서 인정을 받지 못함에 따라 자연스럽게 이들에 대한 양성 및 확보가 간과되어 왔다. 게다가 이들 정신보건전문인력이 제공하는 서비스에 대한 의료보장수가 세분화되어 있지 않으며 또 진료비를 청구 할 수 있는 회수도 매우 제한되어 있어서 정신의료기관에서는 이들의 고용을 회피할 수 밖에 없는 현실이다.

두번째 의료제도상의 문제로는 정신과 질환에 대한 의료보험의 급여가 매우 제한적이라는 것이다. 일반진료와 비교해 볼 때 제한되어 있는 급여항목도 세분화되어 있지 않고 동시에 급여 항목에 대한 급여 청구 횟수도 제한되어 있다. 이러한 상황은 정신의료에 대한 진료서비스의 수준과 질을 떨어뜨리는 주요 원인이 되고 있다. 즉 각종 사회복지서비스나 작업치료 등에 대한 수가 항목과 청구 횟수의 제한으로 정신질환자들에 대한 진료서비스의 내용이 면담과 약물투여로 매우 단순화 되고 있다는 점이다.

이것은 다시 고식적 치료와 장기입원으로 연결되어 결국 환자의 만성화와 입원 진료비의 증가로 이어지게 된다.

이러한 사실은 정신질환자의 장기 입원경향과 전문정신병원 (특히 사립병원)의 대형화 추세에서 잘 나타나 있다고 하겠다. 최근의 연구에 의하면 국공립정신병원 환자의 평균 재원기간은 262일, 사립정신병원의 경우 962일, 정신요양원의 경우 2,526일로 나타나 있다 (정영기, 1994).⁷⁾ 그리고 이들 전문병원과 요양원에 입원 중인 환자의 약 절반정도가 입원이 더이상 필요치 않은 환자들로 밝혀졌다. 정신병원의 대형화 추세는 앞서서도 언급한 바와 같이 200병상 이상의 정신병원이 전체의 약 63%를 차지하며 500병상 이상 규모의 정신병원도 20%나 차지하고 있다는 사실에서 잘 알 수 있다. 이러한 현실은 정신 요양원의 경우에도 마찬가지로 나타나는 현상이다.

마지막으로 의료보호제도의 문제점을 들 수 있는데 현재 우리나라의 정신병원과 정신요양원에는 의료보호 환자들이 집중해서 입원치료를 받고 있다. 정신병원의 경우 전체 입원환자의 64.0%, 정신요양원의 경우 전체 입원환자의 87.9%가 의료보호 환자로 구성되어 있다 (김용익, 1994). 물론 의료보호 대상자 중 정신질환자는 8.1%로 의료보험 대상자에 비해 높은 유병률을 나타내고 있긴 하지만 이것만으로는 정신병원과 정신요양원의 의료보호 환자의 구성 비율이 지나치게 높은 사실이 설명될 수는 없을 것이다 (남정자의, 1994). 이것은 의료보호의 낮은 급여수준 (의료보험 환자의 입원 진료비에 50%에도 못 미침) 및 의료보호 요양기관의 제한 등에 원인을 찾을 수 있을 것이다. 즉 낮은 의료보호 진료비와 입원 진료비의 정액제로 인해 의료보호 환자들은 낮은 질의 서비스, 더욱 단순화된 서비스를 받고 있다.⁸⁾ 그리고 의료보호 환자의 경우 진료기간의 제한이 없는 등 의료보호의 관리체계가 미흡하기 때문에 의료보호 환자의 장기 입원은 자연스러운 현상으로 나타난다. 이러한 요인들이 복합적으로 작용하여 정신의료시설에다 의료보호 환자들의 장기 입원을 유도하고 있으며, 환자들은 장기입원으로 인해 사회복귀 가능성은 그만큼 줄어들고, 이것은 다시 환자의 장기 수용 및 입원으로 연결되고 있는 실정이다.

7) 참고로 정신병원의 평균 재원일 수는 덴마크의 경우 20일에 불과한데 반해 우리나라는 평균 486일에 달한다 (Gittleman, 1995).

8) 의료보호의 경우 정신병원 입원의 경우 월 60만원, 정신요양원의 입원의 경우는 월 15만원 수준으로 지급되고 있다.

<참고 문헌>

- 김용익, “정신보건 정책의 방향”, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나 자료집, 1994.
- 남정자,한영자,최정수,한충길, 「정신보건의 현황과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1994.
- 문옥륜,김정순,서동우, 「정신질환의 이환 상태 및 관리방안에 대한 조사연구」, 1989.
- 이동모, “우리나라 정신보건의 현황과 정책”, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나 자료집, 1994.
- 이충순,한은선,황태연, 「현대 정신보건과 지역사회」, 경기도 수원시 용인정신병원, 1996.
- 정신보건연구회, 「우리 나라 정신보건 정책 수립을 위한 제안」, 1993.
- Gittleman, M., “정신질환자 치료에 있어서 방향 전환”, 한국정신사회재활협회 창립 총회 및 학술대회 자료집, 1995.