

호주의 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁과 융복합 정책적 함의

신창식, 김세원
대전대학교 사회복지학과

Mental Health Reform through the National Mental Health Strategy in Australia and Convergence Policy Implications

Chang-Sik Shin, Se-Won Kim
Dept. of Social Welfare, Daejeon University

요약 본 논문은 호주의 국가정신보건전략에 대한 주요 내용과 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁 이후의 변화들, 그리고 정신보건개혁에 대한 논의를 통해서 우리나라의 정신보건정책의 문제점들을 개선하기 위한 현실적인 시사점과 융복합 정책적 함의를 찾는데 그 목적이 있다. 1992년에 발표되어 2008년에 개정된 국가정신보건정책, 1993년부터 2014년까지 네 차례에 걸쳐 수립된 국가정신보건 5개년 계획, 2006년 호주정부협의회에 의해 수립된 정신보건실행계획, 그리고 2012년 호주정부협의회에서 채택한 국가정신보건개혁을 위한 로드맵(2012-2022)을 포함한 국가정신보건전략은 지난 20년 동안 호주의 정신보건개혁의 광범위한 과정을 선도하는 대단히 중요한 정책 준거를 제공하였다. 1992년 시작된 국가정신보건전략을 통해서 정신보건재정 확충, 지역사회 중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상의 변화, NGO의 참여와 역할의 증대, 정신장애인과 가족(보호제공자)의 참여 확대 등과 같은 변화를 이루었다.

주제어 : 국가정신보건전략, 국가정신보건계획, 정신보건정책, 정신보건개혁, 호주의 정신보건, 융복합 정책

Abstract This study aims to understand main contents of the National Mental Health Strategy and changes after mental health reform through the National Mental Health Strategy in Australia, and to find some convergence policy implications on mental health policy in South Korea. The direction of reform has changed considerably over the 20 years that the National Mental Health Strategy has been in place including the National Mental Health Policy(1992, 2008), the National Mental Health Plan(1993~2014), COAG National Action Plan on Mental Health(2006~2011), the Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022. The National Mental Health Strategy has advocated fundamental change in the national spending on mental health, mental health service provision, the expansion of community-based mental health services and care system, NGO, consumer and carer participation in mental health care.

Key Words : National Mental Health Strategy, National Mental Health Plan, Mental Health Policy, Mental Health Reform, Mental Health in Australia, Convergence Policy

Received 21 March 2015, Revised 28 May 2015
Accepted 20 June 2015
Corresponding Author: Chang-Sik Shin
(Dept. of Social Welfare, Daejeon University)
Email: csshin@dju.kr

ISSN: 1738-1916

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. 서론

정신보건법 제정 이후 20년 가까이 이르고 있는 현재 우리나라 정신보건사업은 ‘지역사회’ 중심으로 점진적인 변화가 이루어졌으며, 정신장애인의 삶의 질을 향상하고, 그들의 인권을 증진시키는 데 많은 기여를 하였다. 2014년 현재 전국에 있는 정신보건센터의 수는 200여 개로 전국 대부분의 기초자치단체에 지역사회 정신보건센터가 설치되어 있고, 정신보건전문요원제도를 통한 정신보건 인력이 양성되었으며, 이를 통해 정신보건사업의 기본적인 인프라를 갖추어 가고 있다. 그러나 정신보건법 제정 이후의 지역사회정신보건사업의 지속적인 확대와 같은 긍정적인 성과에도 불구하고 여전히 해결해야 할 과제들이 산적해 있다. 정신보건법 제정 이후 장기입원 위주의 정신질환자 관리로 인해 정신병상의 수가 3배 넘게 증가했다. 이는 정신보건법의 취지와는 다르게 요양원과 같은 미인가시설의 양성화, 정신보건법 상 최소 의료인 수의 강제화, 유명무실한 처벌조항의 현실적인 한계 등이 오히려 정신병상의 증가요인으로 작용하였고, 세계적으로 유례없이 지난 10여 년간 정신과 병상 수는 매우 빠르게 증가하는 모습을 보이고 있다. 아울러 2011년 기준으로 우리나라 정신장애인의 평균 입원일 수는 평균 251일이며(정신요양시설의 경우 3,539일), 시설 유형에 따라 66~267일에 이르고 있다. 이와 같은 수치는 최근 몇 년간 오히려 더 악화되는 양상을 보이고 있으며, 평균 재원기간이 10~35일 수준인 다른 OECD국가들에 비해서 지나치게 높은 편이다[1]. 아울러 정신건강증진을 위한 예방적 개입의 미흡, 고위험군에 대한 조기발견 및 개입의 미흡, 비효율적인 정신보건서비스체계로 인한 기능(서비스)의 중복, 분절적 관리와 인력의 비효율적 배치, 지역사회정신보건서비스에 대한 인프라의 부족, 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인한 정신보건서비스의 접근성 저하, 국민의 정신건강을 위협하는 사회 환경(음주에 대한 관대한 인식, 고위험 음주에 대한 낮은 문제의식, 알콜중독 치료에 대한 이해와 인식의 부족, 손쉽게 음주를 경험할 수 있는 환경 등), 청소년 인터넷 중독, 접근이 용이한 자살 수단 등으로 인해 국민의 정신건강이 여전히 위협받고 있다[2,3,4,5].

한편, 호주는 대부분의 선진국과 같이 1960년대와 1970년대에 걸쳐 지역사회 정신보건으로의 전환을 추진

하면서 정신보건체계를 변화시켜왔으나, 1988년 3월 국가정신보건서비스정책보고서(A National Mental Health Services Policy: Summary of the Report of the Consultancy)를 발표를 통해 본격적인 개혁 작업을 시작하였다. 이 보고서의 주요 권고사항들은 정신보건서비스 전달에 있어서 민간부문의 참여를 확대하여 공공부문과 민간부문 간의 협력을 보다 강화하는 국가정신보건서비스정책을 채택하는 것이었다(AHMAC Working Group on Mental Health, 1988). 이러한 국가정신보건정책의 궁극적인 목표는 보다 효과적이고 효율적인 정신보건서비스의 제공을 통하여 정신질환의 발생을 최소화하고, 정신장애인들이 생산적인 활동에 보다 많이 참여할 수 있게 하며, 더 나아가 정신장애인들이 지역사회의 구성원의 하나로서 보다 적극적으로 사회생활에 참여할 수 있도록 하는 것이었다[6]. 이 보고서의 발표 이후 정책 문서가 보건장관들에 의해 최종적으로 채택되어 1992년 국가정신보건정책(National Mental Health Policy)의 발표와 함께 국가정신보건전략(National Mental Health Strategy)이 수립되었다. 지방자치제도의 뿌리가 깊은 호주는 이전까지 공공정신보건체계의 운영에 대해서 주정부가 전적으로 책임을 지고 있었으나, 국가정신보건전략의 수립을 통해 연방정부가 주정부와 공동으로 공공정신보건체계의 운영에 대한 책임을 천명하였다는 점과 정신장애인의 권리옹호와 서비스의 개선을 위한 중요한 계기를 마련하였다는데 그 의의가 있다고 하겠다[7,8]. 이에 따라 각 주정부는 연방정부의 정책적 가이드라인에 따라 정신보건서비스 체계를 새롭게 정비하기 시작하였고, 국가정신보건전략에 의거하여 5년 단위로 네 차례에 걸쳐 국가정신보건계획이 수립되었으며, 계획에 대한 평가들이 단계별로 실시되었다. 아울러 2006년 7월에는 호주정부협의회에 의해 채택된 국가정신보건실행계획이 실행되었으며, 2012년에는 국가정신보건위원회의 설립과 함께 국가정신보건개혁을 위한 로드맵이 수립되어 기존의 재정체계를 수정하거나 새로운 재원을 확보하는 등의 재정투자에 노력을 기울이고, 기존의 정신보건정책과 국가정신보건전략과 같은 관련 정책과 전략을 개정하기 위한 국가적 준거를 제공하는 등 지속적인 정신보건개혁에 대한 국가적 노력을 펴하고 있다.

이와 같이 호주는 연방정부가 개입하여 4차에 걸친 국가정신보건계획을 통해 정신장애인의 탈원화와 사회복

귀를 적극 추진하고 있으며 지역정신보건서비스의 발전을 가져온 국가로, 이제 지역사회정신보건서비스를 확대해 나가고 있는 우리나라의 정신보건정책의 문제점들을 개선하기 위한 현실적인 시사점 제공과 함께 보건과 복지를 아우르는 융복합 정책적 합의의 도출이 가능할 것으로 기대가 된다. 아울러 정신보건법 제4조의3에 의거해서 매 5년마다 국가단위의 정신보건계획을 수립하여야 하고, 지방자치단체는 본 계획을 바탕으로 역시 시도단위의 정신보건계획을 수립해야 하는 상황에서 호주의 정신보건개혁이 우리에게 시사하는 바가 크다고 하겠다. 본 연구의 주요 내용을 정리해 보면 다음과 같다. 먼저 제2장에서는 호주 정신보건개혁의 주요내용을, 다음으로 제3장에서는 정신보건개혁 이후의 주요 변화들을, 마지막으로 제4장의 결론부분에서는 호주의 정신보건개혁이 우리나라에 주는 융복합 정책적 함의를 제시해 보고자 한다.

2. 국가정신보건전략의 내용

1992년 국가정신보건정책의 채택과 함께 시작된 국가정신보건전략은 정신보건개혁과 관련된 국가정책과 기획 문서들을 포함하고 있으며, 모든 정부들(연방정부를 포함한 6개 주정부와 3개 준주정부)의 합의에 의해서 추진되고 있다[9].

<Table 1> Milestones in the life of the National Mental Health Strategy

Year	Event
1992	Australian Health Ministers' agreement to the National Mental Health Policy
1993	National Mental Health Strategy incorporated in 5 year Medicare Agreement(First National Mental Health Plan)
1998	Australian Health Ministers' agreement to the Second National Mental Health Plan
2003	National Mental Health Plan 2003-2008 released
2006	COAG National Action Plan on Mental Health signed
2008	Revised National Mental Health Policy released
2009	Fourth National Mental Health Plan released
2012	Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022 released

<Table 1>에서 보는 바와 같이 이 전략은 1992년에 발표되어 2008년에 개정된 국가정신보건정책, 1993년부터

2014년까지 4차례에 걸쳐 수립된 국가정신보건 5개년 계획, 2006년에 호주정부협의회(COAG)에 의해 수립된 국가정신보건실행계획(2006-2011), 그리고 2012년 COAG에 의해 채택된 국가정신보건개혁을 위한 로드맵(2012-2022)이 포함되어 있다. 이와 같이 국가정신보건 전략은 지난 20여 년 동안 호주의 정신보건개혁의 광범위한 과정을 선도하는 대단히 중요한 정책 준거를 제공하였으며, 국가정신보건 발전을 위한 정책적 명제의 제시와 함께 정책의 우선순위를 결정하였고, 그에 따른 전략적 방향성을 제시하였다.

2.1 국가정신보건정책

국가정신보건전략은 정책과 서비스 개발에 주정부의 협력이 필요한 국가 차원의 정책적 관심을 둔 연방 설립 후 최초의 시도으로써, 주정부가 책무성을 가지고 공공정신보건서비스를 개발하는 것을 목표로 하였다. 특히 이 전략의 중심 목표는 <Table 2>와 같이 국가정신보건정책에 명시되어있다.

<Table 2> The Aims of the National Mental Health Policy(1992, 2008)

National Mental Health Policy(1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promote the mental health of the Australian community and, where possible, prevent the development of mental health problems and mental disorders 2. Reduce the impact of mental disorders on individuals, families and the community 3. Assure the rights of people with mental disorders
National Mental Health Policy(2008)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promote the mental health and well-being of the Australian community and, where possible, prevent the development of mental health problems and mental illness 2. Reduce the impact of mental health problems and mental illness, including the effects of stigma, on individuals, families and the community 3. Promote recovery from mental health problems and mental illness 4. Assure the rights of people with mental health problems and mental illness, and to enable them to participate meaningfully in society

(Source: Australian Health Ministers)

1992년 공표되고 2008년에 개정 공표된 국가정신보건 정책에서는 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인에 대한 치료와 지원의 확장은 물론 다양한 영역에서 증가하고 있는 정신건강 문제에 대해 효과적으로 개입하려는

데 그 목표를 두고 있었다[10,11].

2.2 국가정신보건계획

국가정신보건계획은 국가 차원의 중장기 계획으로써 1992년부터 2014년까지 5년 마다 한 번씩 총 4차례에 걸쳐 수립되고 추진되었으며, <Table 3>과 같이 정책의 우선순위를 설정하여 필요한 자원을 확보하고 인력을 배치하며 지역사회의 필요에 기반한 정신보건서비스를 생산·공급해오고 있다.

<Table 3> Priorities of the National Mental Health Plan

Plan	Priorities
First National Mental Health Plan(1993-1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumer rights 2. The relationship between mental health services and the general health sector 3. Linking mental health services with other sectors 4. Service mix 5. Promotion and prevention 6. Primary care services 7. Carer and non-governmental organisations 8. Mental health workforce 9. Legislation 10. Research and evaluation 11. Standards 12. Monitoring and accountability
Second National Mental Health Plan(1998-2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotion and prevention 2. The development of partnerships in service reform 3. The quality and effectiveness of service delivery
Third National Mental Health Plan(2003-2008)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoting mental health and preventing mental health problems and mental illness 2. Increasing service responsiveness 3. Strengthening quality 4. Fostering research, innovation and sustainability
Fourth National Mental Health Plan(2009-2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Social inclusion and recovery 2. Prevention and early intervention 3. Service access, coordination and continuity of care 4. Quality improvement and innovation 5. Accountability-measuring and reporting progress

(Source: Australian Health Ministers: Department of Health and Ageing)

제1차 정신보건계획(1993-1998)은 국가정신보건정책과 함께 개발되었고, 주정부의 정신보건서비스에 우선적으로 초점을 맞추었다. 제1차 계획은 주정부의 서비스 체계의 주요한 구조적 개혁을 추진하도록 하였다. 또한 정신병원 의존율을 감소시키는데 역점을 두었으며, 지역사회중심의 대안적인 치료와 보호서비스들을 확대하고, 종합병원 내에 응급입원치료(acute inpatient care)를 통한

서비스 전달의 주류화를 실시하였다. 초기의 국가정신보건정책은 정신보건서비스의 주류화와 지역사회정신보건 시설들의 개발에 초점을 두고 있었으며, 일관성 있는 정신보건법의 개발과 정신보건서비스 전달을 평가하기 위한 제도적 장치의 개발을 제공하였다. 제1차 계획(1992-1997)에서는 기존의 서비스에 대한 평가, 정신질환에 대한 지역사회의 태도, 그리고 정신장애인의 권리에 초점을 두었다[12].

제2차 국가정신보건계획(1998-2003)은 제1차 계획에서 추진하였던 구조적 개혁 작업을 계속하였으며, 정신건강증진사업, 정신질환 예방사업, 편견(낙인)해소사업 등을 새롭게 도입하였다. 제1차 계획에서는 주정부에서 책임지고 있었던 중증 및 만성정신질환에 초점을 맞추었던 것과는 달리 제2차 계획에서는 보다 일반적인 정신건강 문제인 분노장애와 우울증에 대한 정책적 역점을 두고 광범위한 발병율에 대처하였다. 또한 제2차 계획에서는 보건영역 간, 공공과 민간 간, 전문단체 간, 1차 의료 제공기관 간, 그리고 보건서비스와 휴먼서비스 간의 파트너십을 활성화시키는데 정책적 노력을 기울였다. 이에 비해 제2차 계획(1998-2003)에서는 사례관리기금(*casemix funding*), 서비스 질의 통제 도구, 서비스의 벤치마킹과 표준의 개발을 통해서 양적인 성과의 진전들에 대한 관심을 가진 연구들의 출간이 이루어졌다. 또한 1차 보건의료 특히, 정신질환 예방과 조기 개입 전략은 물론 전략우울증 관리를 위한 전략에 초점을 두었다[13].

제3차 정신보건계획(2003-2008)은 공중보건접근(population health approach)의 채택과 호주 국민의 정신건강을 개선하기 위해 필요한 포괄적인 서비스(full spectrum of services)에 대한 강조를 재천명하면서 앞서 추진된 두 차례의 계획들의 성과들을 더욱 공고하게 하기 위해서 수립되었다. 제3차 계획은 정신건강증진, 정신질환 예방, 서비스 대응성 개선, 서비스 질의 강화와 개선에 초점을 두었다. 정신건강의 증진과 정신질환의 예방은 제3차 국가정신보건계획의 주요 정책 목표로 남게 되었고, 정신질환을 예방하기 위한 조기 확인과 개입으로 정책의 방향이 설정되었다. 제3차 계획에서는통합적인 프로그램의 개발을 통해서 서비스 접근성의 확보를 꾀하고, 정신보건서비스에서 정신장애인의 참여 확대와 정신보건 전문 인력의 교육, 그리고 정신장애인의 보호를 위한 서비스 표준의 모니터 링 강화를 강조하였다[14].

2009년 11월에 연방정부와 주정부 보건장관들은 제4차 정신보건계획(2009-2014)을 승인하고, 정부의 협력적인 행동을 위한 5개의 정책 추진 우선순위로 ① 사회적 통합(social inclusion), ② 예방과 조기개입, ③ 서비스 접근 및 조정과 보호의 지속, ④ 서비스 질의 개선과 혁신, ⑤ 책무성-성과에 대한 측정과 보고를 설정하였고 32개의 개혁과제를 제시하였다[15].

2.3 국가정신보건실행계획

2006년 7월 호주정부협의회(Council of Australian Government, COAG)는 정신질환에 대한 정부 차원의 대응 방법에 변화가 필요하다는 것을 인식하여 국가정신보건실행계획(the COAG National Action Plan on Mental Health)에 합의하였다.

<Table 4> Council of Australian Governments National Action Plan on Mental Health 2006-2011

Action Area	Agreed Outcomes
Promotion, prevention and early intervention	Reducing the prevalence and security of mental illness in Australia
Integrating and improving the care system	Increasing the prevalence of risk factors that contribute to the onset of mental illness and prevent long term recovery
Participation in the community and employment, including accommodation	Increasing the proportion of people with an emerging or established mental illness who are able to access the right health care and other relevant community services at the right time, with a particular focus on early intervention
Increasing workforce capacity	
Coordinating care and Governments working together	Increasing the ability of people with a mental illness to participate in the community, employment, education and training, including through an increase in access to stable accommodation

(Source: Council of Australian Governments)

이 실행계획은 정부, 민간, 그리고 비정부 정신보건서비스 제공기관 간의 조정과 협력을 강조하는 전략적 준거를 제공하였으며, 정신장애인들에게 제공되는 서비스의 연계성을 강화하고 지속적인 지원이 이루어질 수 있는 정신보건서비스체계를 구축하는데 목표를 두었다. 2006년부터 2011년까지 실행된 일련의 사업들과 개별 정부들에 의해 준비된 개별적인 실행계획들이 기술되었다.

총 145건의 단위사업들이 개별 실행계획(individual implementation plans)에 기술되었고, 총 41억 달러 규모의 사업이 진행되었다[16]. 대부분의 사업들이 기존 프로그램들을 확대하기 위한 추가적인 사업 추진들로 대표되는 반면, <Table 4>에서 보는 바와 같이 전통적인 보건서비스의 범위를 넘어서는 영역들에서 정신보건서비스를 전달하기 위한 새로운 사업들이 추진되었다.

2.4 국가정신보건개혁을 위한 로드맵

국가정신보건개혁을 위한 로드맵(the Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022)을 수립하였다. 국가정신보건개혁을 위한 로드맵은 보다 나은 정신건강과 복지(wellbeing)에 가치를 두는 호주 사회의 비전을 달성하기 위한 경로를 제시하고 있다. 이 로드맵은 개인의 정신보건에 영향을 줄 수 있는 광범위한 요인들을 인식하기 위해 ‘보건 체계의 사회적 결정요인(social determinants of health framework)’을 활용하였다. 아울러 로드맵은 정신건강, 보건, 교육, 영유아, 아동보호, 청소년, 고용과 노사관계, 주거, 경찰과 사법체계를 포함한 모든 관계 정부 부처들에 걸쳐서 보다 나은 정신보건서비스와 지원을 개발하기 위해서 연방정부, 주정부들과 함께 공유된 정책적 의지와 목표를 확인하였다. 로드맵은 모든 호주 국민들에게 지속적이고, 잘 계획되고, 인간 중심적인 정신보건시스템을 전달하기 위해서는 연방정부와 주정부 간의 긴밀한 협조와 협력이 요구된다고 명시하였다. 아울러 로드맵은 호주에서의 정신보건에 대한 투자를 보장하려는데 목적이 있고, 정신질환의 영향을 직접적으로 줄이려는 최상의 실천 활동과 근거에 기반한 서비스 제공을 목적으로 하고 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해서 기존의 재정체계를 수정하거나 새로운 재원을 확보하는 등의 재정투자에 노력을 기울이고, 기존의 정신보건정책과 국가정신보건전략과 같은 관련 정책과 전략을 개정하기 위한 국가적 준거를 제공한다. 아울러 로드맵은 지속적인 정신보건개혁에 대한 국가적 노력과 정부의 실행 노력을 위한 정책 우선순위 설정과 경로를 확인하였다. 이에 호주정부협의회는 정신보건개혁을 위한 원칙중심, 목표중심, 실행에 초점을 둔 6개의 정책 우선순위(① 인간중심접근의 촉진, ② 모든 호주 국민의 정신건강과 사회적, 정서적 안녕의 향상, ③ 정신질환 예방, ④ 조기 확인과 개입에 대한 집중, ⑤ 양질의 서비스와

지원에 대한 접근성 향상, ⑥ 정신장애인의 사회적, 경제적 참여 향상을 제시하였다[17].

3. 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁

이후의 주요 변화들

호주정부는 1992년부터 시작된 국가정신보건전략의 추진을 통해 정신보건 재정 확충, 지역사회 중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상의 변화, NGO의 역할 증대, 정신장애인과 가족(보호제공자)의 참여 확대 등과 같은 변화들을 이루었다. 이와 더불어 정신보건 전문 인력의 증가, 지역사회 기반의 서비스 제공, 정신보건서비스 접근성의 증대, 지역사회 정신건강 교육의 개선, 통합적 접근과 강력한 파트너십의 등장과 같은 변화를 이끌어냈다.

3.1 정신보건 재정의 확충

정신보건 개혁을 지원하기 위한 재정지원조치들 [(Government funding allocated under the Medicare Agreement(1995-1998)와 Australian Health Care Agreements(1998-2003, 2003-2008)]이 시행되면서 정신보건서비스에 대한 국가의 연간 재정지출은 1992-93회계연도부터 2010-11회계연도까지 총 171%의 증가를 보였다[18]. <Table 5> 에서 보는 바와 같이 정신보건관련 국가 재정지출은 주정부에 의한 재정지출, 연방정부에 의한 재정지출, 그리고 민간의료보험(private health funds)에 의한 재정지출로 구성되어있다. 주정부에 의한 재정지출은 같은 기간 동안 151%(25억 달러)의 증가를 보였고, 연방정부에 의한 재정지출은 245%(17억 달러)의 증가를 보였으며, 그리고 민간의료보험은 59%(950만 달러)의 증가를 보였다. 정신보건과 관련한 연방정부의 재정지출은 1992-93회계연도의 7억 백만달러에서 2010-11회계연도의 24억 달러로 증가하였다. 이러한 재정지출의 증가는 신규 사업과 관련 프로그램의 증가와 함께 기존에 제공되던 서비스의 확대에 의한 것이었으며, 아울러 'Pharmaceutical Benefit Scheme(PBS)'을 통한 정신의약품보조금의 지급과 호주정부협의회(COAG) 국가실행계획 하에서 추진된 신규프로그램에 대한 재정지원이 주요한 재정지출 증가의 요인이 되었다. 1992년도에 발표된 국가정신보건정책에서는 정신보건관련 재정확보에

대한 주정부의 책임을 명시하였고, 이에 따라 주정부는 정신보건서비스에 대한 재정확보를 위해 많은 노력을 하였으며, 그 결과 1992-93회계연도의 재정지출이 16억 7천만 달러이었던 것이 2010-11회계연도에 와서는 41억 8천만 달러로 증가하게 되었다.

<Table 5> National Spending on Mental Health (1992/93~2010/11)

	State	National	Private Insurance	Total
1992-93	1,672	701	162	2,535
1997-98	2,005	1,601	177	3,243
2002-03	2,556	1,438	192	4,186
2007-08	3,496	2,017	232	5,745
2010-11	4,118	2,420	257	6,865

(Source: Department of Health)

이러한 정신보건 재정의 확충과 더불어 정신보건서비스의 개발에 대한 주정부들의 투자도 증가하였다. 아울러 국가정신보건전략은 정신병원의 축소로부터 발생한 여유자금을 새로운 서비스 개발에 재투자하는 것을 목표로 해오고 있으며, 낙후된 정신병원과 시설의 축소로부터 발생한 여유자금을 새로운 정신보건프로그램에 재투자하려는 노력이 있어왔다. 이와 같이 정신병원 감축을 통해 얻어진 자금들은 매우 중요하고 새로운 주정부의 재정자원이 되었으며, 정신병원에 대한 예산 지출의 감축을 통해 발생한 여유자금은 지역사회중심의 서비스들과 종합병원의 서비스를 위한 재원으로 활용되었다[19]. 그 결과 지역정신보건서비스 제공과 종합병원 내 응급입원서비스 제공에 대한 예산 지출이 증가하게 되었고, 서비스에 대한 전체 지출 증가분의 48%가 응급(ambulatory) 보호 서비스의 확대에 투자되었으며, 종합병원 내 위치한 응급 입원 서비스는 대략적으로 36%의 지출 증가를 통해 병상수를 늘릴 수 있게 되었다[18].

3.2 지역사회중심의 치료 및 보호 시스템 구축

국가정신보건전략의 중심 목표는 지역사회에 거주하고 있는 정신질환자들의 치료와 지원 서비스 확대에 있었다. 지역사회중심 정신보건서비스에 대한 주정부 재정지출은 1993년에 비해 2009년 272% 증가하였다. 본 전략의 시작단계에는 지역사회정신보건서비스에 대한 주정부의 재정 지출은 29%이었으나 2009년에 와서는 53%까지 증가하였다. 한편 연간 응급서비스(ambulatory services)

의 지출은 1993년도에 비해 258%(9억 천 4백만 달러)가 증가하게 되었다. 아울러 지역사회에서 치료와 보호를 제공하기 위해 고용된 정신보건전문요원의 양적 변화는 응급서비스의 확대를 확인할 수 있는 최상의 지표로, 응급서비스를 제공하는 정신보건 전문 인력의 수는 1993년도부터 2012년도까지 175% 증가하였으며, 2012년 현재 5,880여명의 정신보건 전문 인력이 고용되어 지역사회중심의 치료 및 보호 시스템 구축을 가능하게 하였다[18].

3.3 정신병상의 변화

호주정부는 ‘정신보건의 주류화(Mainstreaming)’정책을 통해 대단위 주립정신병원의 축소와 폐쇄를 단행하고 지역사회의 종합병원(general hospital) 내에 정신병상을 확충하여 정신보건체계를 일반보건의료 체계 내에 편입시키는 조치를 취하였다. 이에 따라 전체적인 정신병상의 수는 종전과 같이 유지하면서, 종합병원 내 입원서비스의 개발과 지역사회 내 정신보건서비스의 개발을 통해 만성중증정신장애인을 위한 응급입원 병상의 확보와 함께 지역사회 내 주거지원서비스의 개발과 확충을 위해 노력하였다. 이러한 정책적 변화로 인해 대단위 주립정신병원의 규모는 점진적으로 축소되어 1993년도부터 2008년도까지 정신병상수를 63% 감소시켰으며, 정신병원의 병상수는 1993년도 73%에서 2008년 33%로 현저하게 감소되는 결과를 얻게 되었다. 그리고 대단위 주립정신병원이 담당하였던 응급입원치료서비스를 종합병원이 담당하게끔 기능의 전환이 이루어졌고, 1993년도부터 2008년도까지 종합병원 내의 정신병상수는 2배로 증가하였고, 그 결과 종합병원에 위치한 응급 정신병상수는 1993년도 55%에서 2008년도 86%로 증가하게 되었다[18].

아울러 기존에 대단위 주립정신병원이 담당하고 있었던 주거서비스는 정신보건 전문 인력들이 배치되어 운영되고 있는 소규모 주거지원시설의 재활과 장기보호 서비스로 대체되었다. 그 결과 1993년도부터 정신보건 전문 인력들이 배치된 24시간 주거지원시설의 병상수는 71% 증가하게 되었고, 주정부들은 주거지원서비스의 대안 모델들을 지속적으로 개발한 결과로 2003년도부터 2008년도까지 공공주택을 통한 주거지원서비스가 44% 증가하였다[20].

이와 같이 응급입원치료서비스와 주거지원서비스에 대한 접근성의 확대를 통해 가용할 수 있는 병상수의 문

제를 해결함과 동시에 지역사회 내 대안적인 치료를 선택할 수 기회를 향상시키는 성과들을 거두게 되었다. 지역사회위기관리서비스를 포함한 대안적인 치료의 선택은 병의 재발과 재입원의 가능성을 감소시키기 위한 것으로 정신병원에서 퇴원한 정신장애인들이 자신의 집에서 거주하면서 다양한 서비스들을 지원받을 수 있게 하는 것이다. 대안적인 치료를 선택할 수 있는 기회의 확대를 포함한 정신병상의 변화들은 응급입원서비스에서 환자의 권리 보장은 물론 정신보건서비스에 대한 권리 보장에 대한 정신장애인과 그 가족들의 지속적인 관심과 권익에 대한 요구들이 증대되었기 때문에 가능하였던 것이다.

3.4 비정부조직(NGO)의 참여와 역할 증대

호주의 정신보건개혁 이후의 변화 중 하나는 비정부조직의 참여와 역할의 증대이다. 현재 400여개의 NGO에서 다양한 정신보건서비스를 제공하고 있는 데, 과거 정부 공공의료기관에서 제공하던 임상 치료서비스를 제공하고 있으며, 다수의 혁신적인 서비스 제공에 참여하고 있다[21]. 이러한 NGO의 참여와 역할 증대는 정부 공공의료기관을 대체하는 것이라기보다는 보충적인 성격으로 고안되었다고 하겠다. 2004년부터는 정신보건 NGO 개발 전략(NGO Development Strategy: Mental Health)을 수립하여 NGO 단체들이 정신보건서비스 전달에 있어서 효과성을 증진시키고, 양질의 서비스가 제공될 수 있도록 하며, 서비스 기획과 전달에 있어서 협력과 파트너십을 향상시킬 수 있도록 다양한 지원을 하였다[22]. 아울러 ‘Implementation guidelines for Non-government Community Services’(2010)를 통해 정신보국정신보건서비스표준에 대한 실행지침을 제공하는 등 보다 효과적이고 효율적인 지역사회중심의 서비스 전달을 위한 국가적 지원을 하고 있다[23].

3.5 정신장애인과 가족의 참여 확대

정신보건서비스의 제공에 있어서 정신장애인과 가족(보호제공사)의 참여가 대폭 확대되었다. 대부분의 공공부문의 정신보건기관에서는 정신장애인을 고용하거나 자문위원으로 위촉하여 정책의 결정과정과 서비스 제공 과정에 참여시키고, 관련 행정업무를 담당하도록 하고 있다[24,25]. 이는 정신보건서비스 전달에 있어서 서비스

수혜의 당사자인 정신장애인과 가족들의 의견들을 청취하여 적극적으로 정책 결정과 집행에 반영하려는 의도와 함께 정신장애인과 가족을 정신보건개혁의 한 주체로서 인정하고 그에 상응하는 역할과 책임을 부여했다는 데 그 의의가 크다고 하겠다. 그 결과 정신질환의 관리에 있어서 개별적인 책임과 가족 책임이 강조되어, 정신장애인의 보호와 치료의 사적인 원천으로써 가족들에 대한 의존이 증대되며, 이와 함께 공식적인 정신보건관리 구조에 있어 정신장애인과 가족의 참여가 확대되었다.

4. 결론

지금까지 1992년부터 현재까지 추진해오고 있는 호주의 정신보건개혁에 대한 주요 내용과 정신보건개혁 이후의 변화들, 그리고 정신보건개혁의 성과에 대한 논의들을 살펴보았다. 앞서 언급한 바와 같이 호주는 연방정부가 개입하여 4차에 걸친 국가정신보건전략을 통해 정신장애인의 탈원화와 사회복귀를 적극 추진하고 있으며 지역정신보건서비스의 발전을 가져온 국가이기 때문에 우리나라의 정신보건정책의 문제점들을 개선하기 위한 현실적인 시사점의 제공과 함께 보건과 복지를 아우르는 융복합 정책적 함의를 제시해줄 수 있으리라 생각된다. 이러한 점에서 호주의 정신보건개혁이 우리에게 주는 시사점과 융복합 정책적 함의는 다음과 같다.

첫째, 국가정신보건의 장기적인 비전과 전략이 필요하다. 국가정신보건의 장기적 비전을 설정하고, 국가정신보건발전을 위한 정책적 명제를 제시하고 우선순위를 결정하며, 정책적 명제에 대한 범정부적 협력체계에 근거한 전략적 방향성을 제시할 필요가 있다. 지금까지 개별 사업별로 수립되고 실행된 국가정신보건계획은 통합적 발전을 위한 효율적 자원 배분과 사업 추진에 제한요소로 작용되었다. 이에 정책적 비전과 방향성 아래 수립된 중앙 및 지방정부의 정신보건사업 계획이 필요하다. 아울러 다양한 영역에서 증가하고 있는 정신건강 문제에 대한 효과적이고 융복합적인 개입을 위해서 보다 합리적인 우선순위를 바탕으로 하여 수립된 국가 계획이 필요하다.

둘째, 국가정신보건전략을 추진할 수 있는 적절한 재정 확보가 필요하다. 우리나라의 국가정신보건전략은 1983년 KBS TV의 '추적 60분'에서 비인가시설(무허가

기도원)에서의 정신질환자에 대한 비인권적인 수용 실태가 보도된 이후 1984년 '정신질환종합대책'이 수립되면서 시작되었으며, 1998년에는 '정신보건발전 5개년 계획'이 수립되었고, 2007년에는 '국가정신건강정책 10년 계획'이 수립되었다. 그러나 일련의 국가정신보건전략들은 예산 반영에 대한 구체적인 계획이 없는 상태에서 제대로 된 예산을 확보하지 못한 상태에서 단지 정신보건정책 추진을 위한 기본적인 정책참고자료로 활용되는 데 그치고 말았다. 이러한 상황에서 우리나라의 정신보건재정은 외국의 정신보건재정에 비해 현저하게 낮은 수준일 뿐만 아니라, 다른 보건의료분야에 비해서도 재원이 크게 부족하다. 따라서 국가정신보건정책의 목표를 달성하기 위한 적정 규모의 건강보험 및 의료급여 재원, 국가와 지방자치단체의 정신보건 관련 예산 등을 확보하기 위한 노력이 필요하다.

셋째, 생애주기별 특성과 요구에 부응하는 정신보건정책의 추진이 필요하다. 특히 아동·청소년의 경우 경쟁적인 교육환경으로 인해 정신건강사업에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 있지만, 아동·청소년 정신건강 문제에 효과적으로 대응하지 못하고 있는 상황이다. 이에 아동·청소년 정신건강 문제에 효과적으로 대응할 수 있는 역량과 인프라 구축을 통해 아동·청소년의 교육 성과를 제고시킬 뿐 아니라 각종 사회적 일탈을 예방하고, 성년기 이후의 정신건강에도 긍정적 영향을 미칠 수 있도록 해야 한다. 아울러 사회전반의 경쟁적 환경으로 인해 직장인의 업무 스트레스도 위험 수위에 이르고 있지만, 직장인들의 정신건강 문제에 적절하게 대응하지 못하고 있는 상태이다. 이에 직장인의 업무스트레스를 완화하고, 정신건강을 증진시키기 위한 체계구축이 필요하다. 한편, 급속한 인구 고령화로 인해 노인정신건강 문제의 크기와 심각성도 지속적으로 증가하고 있으나, 노인의 정신건강 문제는 정상적인 노화과정인 것으로 간주되어 절절한 대응이 이루어지지 않고 있는 상황이다. 이에 노인의 특성과 요구에 부응하는 융복합적인 정신보건정책의 추진이 필요하다.

넷째, 다양한 정신보건 과제들의 추진이 필요하다. 정신보건의 전통적인 관심 영역이었던 만성정신질환자 문제 외에도 다양한 정신보건 과제들에 직면하고 있다. 그러나 현행 우리나라의 정신보건체계는 양적으로 팽창하고, 질적으로 다양해지고 있는 사회적 수요에 효과적으

로 대응하지 못하고 있다. 이에 호주의 사례에서 보듯이 국가정신보건전략을 통하여 보다 다양한 정신보건 과제들에 효과적으로 대응할 필요가 있다.

다섯째, 정신보건서비스의 통합적 연계와 서비스 접근성의 증대가 필요하다. 국민정신건강증진 서비스 제공을 위한 적정 인프라가 구축되어야 하고, 적정 서비스 제공을 위한 정신보건전달체계를 완성해야 하며, 정신장애인의 요구에 부합하는 서비스를 전달하기 위해서는 보건과 복지 영역의 통합적이고 융복합적 접근이 필요하다. 보건 영역의 적절한 치료 및 사회재활서비스가 일반 복지 영역의 주거 및 취업지원정책으로 적절히 연결되도록 할 필요가 있다. 아울러 정신보건 인프라의 확대, 서비스 적용 대상자에 대한 기준 확립 및 특화된 기술의 적용 등의 전략적인 요소를 통해 서비스 접근성을 증대시킬 수 있도록 한다.

여섯째, 근거에 기반한 정신보건정책의 우선순위 선정이 필요하다. 정신보건서비스의 기획은 우선순위에 입각하여 수립되고 수행되어야 하며, 전문가, 정신장애인 당사자, 보호제공자(가족 포함) 및 기타 이해관계자들의 논의와 합의를 통해 구성될 수 있다. 그러나 보다 객관적이고 과학적인 정책의 우선순위 선정을 위하여 근거에 기반한 의사결정이 필요하다고 하겠다.

일곱째, 서비스의 질 관리를 통한 치료와 보호의 최적화를 추구해야 한다. 정신보건서비스전달체계에 있어서 가장 중요한 부분 중 하나는 서비스의 질 관리이다. 이를 위해 정신보건시설을 관계 법령에 의거해서 평가하고, 평가 결과를 공표해야 하며, 정신보건의료기관에 대한 평가체계를 구축함으로써 정신보건서비스의 질 향상에 대한 정신보건의료기관의 관심과 활동을 촉발시키고, 정신보건서비스의 치료환경과 치료수준을 향상시킬 수 있도록 한다.

여덟째, 사회적 인식개선과 반차별적 환경의 조성이 필요하다. 정신장애인에 대한 편견과 차별의 해소를 위해서 정신질환에 대한 사회적 인식개선이 우선되어야 하며, 이를 통해 전문적인 치료와 도움이 필요한 사람이 적시에 적절한 서비스를 제공받게 함으로써 국민 전체의 정신건강을 증진시킬 수 있는 반차별적 환경의 조성이 필요하다. 정신장애인의 인권 보호와 지역사회 수용도를 향상시키도록 정신질환에 대한 편견 해소와 정신장애인의 인권 옹호를 위해 다양한 노력이 경주되어야 할 것이다.

끝으로 범정부적 접근이 필요하다. 범정부적 차원의 접근과 협의를 근간으로 다양한 영역의 포괄적이고 융복합적 접근을 통해서 서비스의 사각지대 및 서비스 중복 현상을 최소화시키고 정책 효율성을 극대화시킬 수 있다. 정신보건 관련 정책 및 행정 영역은 국가정신보건정책의 목표를 달성할 수 있도록 정신보건 관련 법, 정책, 행정체계를 갖추어야 한다. 정신보건 관련 주무부처인 보건복지부를 포함하여 교육부, 고용노동부, 여성가족부, 법무부, 국민안전처 등 정신보건 관련 중앙정부 부처들의 역할을 규정함과 동시에 이들이 정신보건정책을 통합적이고 융복합적으로 추진할 수 있는 법적 및 행정적 체계를 갖추어야 한다.

REFERENCES

- [1] J. I. Park, The Present and Future of Mental Health Policy in South Korea, *Welfare Trend*, Vol. 188, pp. 5-9, 2014.
- [2] S. Y. Lee & Y. Kim, A Study on Development of National Mental Health Policy, *Mental Health Policy Forum*, Vol. 2, pp. 3-36, 2008.
- [3] M. S. Yoon & S. Y. Lee(2008), A Study on the Mental Health Policy and Direction for the Advancement of Mental Health in Korea, *Social Welfare Policy*, Vol. 35, pp. 329-354, 2008.
- [4] Seoul National University Mental Health Promotion Center, Development of National Mental Health Plan. Seoul: Seoul National University Mental Health Promotion Center, 2010.
- [5] Korea Institute of Public Administration, A Study on Promoting Efficiency of Community Mental Health Management, Seoul: Korea Institute of Public Administration, 2013.
- [6] Australian Health Ministers' Advisory Council Working Group on Mental Health, A National Mental Health Services Policy: Summary of the Report of the Committee Report to Commonwealth. State and Territory Health Minister. Canberra: AGPS, 1988.
- [7] H. M. Choi, A Study on the National Mental Health

Strategy in Australia, Mental Health & Social Work, Vol. 12, pp. 75-92, 2001.

[8] E. J. Kang, Victoria's Mental Health Reform Plan 2009-2019, Health and Welfare Policy Forum, Vol. 155, pp. 77-87, 2009.

[9] Australian Health Ministers, National Mental Health Strategy. Canberra: AGPS, 1992a.

[10] Australian Health Ministers, Mental Health Policy. Canberra: AGPS, 1992

[11] Australian Health Ministers, Mental Health Policy 2008. Canberra:: AGPS, 2009.

[12] Australian Health Ministers, National Mental Health Plan. Canberra: AGPS, 1992b.

[13] Australian Health Ministers, Second National Mental Health Plan. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services. 1988.

[14] National Mental Health Steering Committee, Consultation Paper on the National Mental Health Plan 2003-2008. Canberra: Commonwealth of Australia. 2003.

[15] Department of Health and Ageing, Fourth National Mental Health Plan: An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014. Canberra: Commonwealth of Australia, Canberra. 2009.

[16] The Council of Australian Governments, National Action Plan on Mental Health 2006-2011. Canberra: COAG, 2006.

[17] The Council of Australian Governments, The Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022. Canberra: COAG, 2012.

[18] Department of Health, National mental health report 2013. Canberra: Commonwealth of Australia. 2013.

[19] Medibank, The Case for Mental Health Reform in Australia: A Review of Expenditure and System Design. Canberra: Medibank Private Limited and Nous Group. 2013.

[20] S. McDermott, J. Bruce, I. Opera, K. R. Fisher, & K. Muir, Evaluation of the Whole of Mental Health, Housing and Accommodation Support Initiative,

Second Report. Sydney: University of New South Wales. 2011.

[21] Australian Institute of Health and Welfare, Mental Health Non-Government Organisation Establishment National Minimum Data Set. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011.

[22] Productivity Commission, Report on Government Services 2012. Canberra: Productivity Commission. 2012.

[23] Department of Health, Implementation guideline for non-government community services. Canberra: Commonwealth of Australia. 2010.

[24] Australian Institute of Health and Welfare, National Survey of Mental Health and Wellbeing 2007. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2007.

[25] Australian Institute of Health and Welfare, National Survey of Mental Health and Wellbeing 2013. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2013.

신 창 식(Shin, Chang Sik)



- 1995년 2월 : 숭실대학교 사회사업학과(문학사)
- 1997년 2월 : 숭실대학교 대학원 사회사업학과(사회복지학 석사)
- 2004년 10월 : 영국 노팅엄대학교 대학원 사회복지학과(사회복지학 박사)
- 2006년 3월 ~ 현재 : 대전대학교 사회복지학과 교수
- 관심분야 : 정신보건, 사회복지정책 및 행정, 사례관리
- E-Mail : csshin@dju.kr

김 세 원(Kim, Se Won)



- 1991년 2월 : 대전대학교 경제학과 (경제학사)
- 2009년 2월 : 대전대학교 대학원 사회복지학과(사회복지학 석사)
- 2015년 2월 : 대전대학교 대학원 사회복지학과(박사 수료)
- 2013년 9월 ~ 현재 : 대전대학교 사회복지학과 강사
- 관심분야 : 사회복지상담, 청소년문화복지, 군사회복지
- E-Mail : ksewone@hanmail.net