

국가정신건강정책 솔루션포럼 참여단체 공동 선언문

정신보건 발전을 위해 헌신해온 정신보건 다학제 전문가 집단과 국가는 “정신장애
인 옹호와 인권신장”에 충실하지 못했음에 대한 반성과 성찰을 통해 새롭게 변화해
나갈 것이다.

한국의 정신보건은 1995년 정신보건법 제정 이후 정신장애인을 옹호하는 깨어 있는 다
학제적 전문가들과 정신보건현장의 종사자들의 헌신을 기초로 발전되어 왔음은 주지의
사실이다. 그러나 우리의 노력은 열악한 제도와 미약한 정부의 재정투자를 실질적으로
바꿔내기에 부족하였으며, 당사자들에 대한 인권보장, 차별철폐, 권익옹호를 나의 생존
이 걸린 문제로 여기고 적극적으로 관철하고자 하는데 부족하였다. 나아가, 우리는 정
신질환자에 대한 치료재활서비스를 제공하며 경제적 이익을 얻고 생존을 유지했지만,
정작 환자들과 그 가족들의 생존과 인간성을 지지하고, 옹호하는데 소홀했음을 가슴깊
이 반성한다. 정부 또한 정신보건 전문가집단과 당사자를 정신건강정책의 동등한 파트
너로 여기고, 균형잡힌 소통과 의견 수렴을 통해 통합적으로 이해당사자들의 의견을
조정하고 정책에 반영하는데 소홀하였다.

이제, 우리 솔루션포럼 참가단체들은 이러한 자기 성찰에 근거하여, 진정으로 정신건강
서비스의 소비자인 정신질환자 중심으로 정신건강서비스가 제공될 수 있도록 상호 존
중하고 신뢰하며, 진정성 있게 소통·공감해 나갈 것이다. 또한 이러한 소통과 공감의
결과물들이 정책화 제도화 될 수 있도록 정부에 보다 조직적이고 힘있게 제안해 나갈
것이다. 따라서 정신건강, 중독예방, 자살예방 등의 정책은 단지 정부부처의 일방적 결
정이 아닌, 당사자와 민간전문가들, 정부 내 해당부처들이 폭넓게 책임성을 갖고 참여
하는 특별위원회 등의 거버넌스를 통해 심의, 결정되는 것이 바람직하다. 특별히, 우리
는 그간 정신질환(중독 등) 당사자와 그 가족, 자살유가족, 회복자 등은 정신건강서비스
관련 정책의 결정과정과 전달체계구축의 과정에서 소외되어 왔음에 주목하며, 향후 정
신건강정책 거버넌스 및 서비스전달체계의 구축과정에서 이들의 이해관계와 입장을 반
영될 수 있는 방안이 강구되어야 하며 이러한 활동에 대한 지원을 아끼지 않을 것이다.

우리나라의 정신보건서비스는 질적, 양적 차원에서 매우 미흡하며, 서비스 접근성과 질
향상, 지역사회 기반 맞춤형서비스 제공을 위해 획기적 예산 및 재정책대가 필요하다.

우리나라의 정신보건재정은 전체 보건예산 대비 11.5%이며, 1인당 정신보건지출은
44.84\$로 이는 영국이나 미국의 1/6, 일본의 1/3수준으로 선진국 대비 정신보건 분야에
대한 투자가 매우 부족한 상황이다. 자살예방사업은 법이 제정되었음에도 불구하고, 85
억 수준의 관련 예산과 인력은 선진국의 절반에도 미치지 못한다. 중독예방관리예산은

더욱 열악하여 국가예산은 열악하다는 정신보건예산 중의 3.6%에 불과하다. 중증정신질환자에 대한 서비스전달체계의 핵심인 정신건강복지센터는 1인당 사례수 71명으로 선진국의 1대 30수준에 크게 미치지 못한다. 또한 인구 10만명 정신질환자에 대한 주거시설 정원 현황을 보면 우리나라는 3.65명으로 호주 10.15명, 일본 16.23명, 미국 22.2명, 이탈리아 46.41명 등에 비하여 턱없이 열악한 상황이다. 정신의료지불제도 또한 열악함과 차별이 심하다. 신체질환과 달리 정신과 의료급여 입원환자에게만 적용되는 정액수가제는 대표적 차별이며, 나아가 그 수가수준은 건강보험의 60% 수준으로, 저비용장기수용 입원을 조장하는 제도적 근간으로 작용하고 있다. 장기수용입원 등 불필요한 의료서비스의 양은 줄이되 충분한 인력확보를 통해 질병 단계에 따라 인센티브, 디센티브 등을 통한 치료의 질을 관리하고, 지역사회 연계를 수가화 하는 등의 혁신이 필요하다. 지역사회기반의 정신보건과 복지서비스 영역에서는 실질적 탈원화를 견인해낼 수 있는 서비스 질관리와 공공인프라의 설치가 획기적으로 확대되어야 한다. 설치될 공공인프라는 전환지원시설, 단기주거시설, 지원주거시설, 이용시설 등 다양한 종류의 맞춤형서비스가 가능해야 하며, 이 과정에서 당사자들의 이해와 요구가 온전히 반영될 수 있도록 해야 한다. 정신건강복지센터는 공공성과 안정성 강화를 위한 공공운영 체계와 거버넌스가 확보되어야 하며, 집중사례관리 등 직접서비스의 제공 뿐 만 아니라, 다양한 문화, 복지, 주거서비스를 촘촘히 연계하는 허브 기능을 담당하도록 개선되어야 한다. 이를 위해선 기본적으로 국가가 정신건강부분에 대한 투자를 획기적으로 늘려야 하며, 공공정신건강복지서비스 전달체계 구축을 위한 국가와 지방 단위의 위원회 등의 설치가 필요하다.

세계는 정신질환자의 인권과 자기결정권의 보장 및 모든 차별의 철폐를 촉구하고 있으며, 우리나라는 이에 맞는 법제도를 갖추어야 한다.

유엔장애인권리위원회는 유엔장애인권리협약을 통해 강제입원의 제한과 탈원화를 강력히 권고하고 있으며, 세계보건기구 또한 정신건강분야에서 장애인권리협약을 완전한 이행을 위한 정책과 법제의 변화를 선도하기 위하여 “the Quality Rights Initiative” 를 주창하며, 정신건강 전문가들, 당사자들, 정신건강서비스 이용자, 가족, 동료지원가들, 비영리민간단체, 장애단체 등으로 하여금 인권과 회복지향적인 접근방식을 실천하도록 포괄적인 교육 자료와 지침을 개발하여 제공하고 있다. 또한 권위있는 정신과 의사단체인 세계정신과의사회(WPA, World Psychiatric Association)도 모든 국가들이 정신질환자, 정신적인 장애인들과 정신문제를 가지고 있는 사람들이 정신건강문제로 차별받아서서는 아니됨과 유엔장애인권리협약의 기준에 따라 법적능력의 보유와 실행에 있어서 차별되어서는 아니 된다는 원칙과 함께 치료에 대한 자기결정권을 포함 15개의 권리를 선언하는 권리장전을 발표한 바 있다. 우리는 현재의 정신건강복지법이 이러한 국제사회의 권고를 충실히 반영하지 못하고 있음에 주목하며, 강제입원이 국가와 공공의 책임 하에 최소화되고, 정신질환자에 대한 법적 차별이 실질적으로 철폐되는 방향으로의 법제도 개선과 후속조치가 따라야 함을 제안한다.

현 정신건강복지법은 정신질환자 인권보장, 차별철폐, 정신건강복지서비스 제공 측면에서 취약하며, 법 재개정 등 근본적 차원의 개선이 필요하다.

정신건강복지법은 정신질환자에 대한 인권보장과 보편적 복지서비스 제공을 강화하고, 전 국민에 대한 정신건강증진서비스 제공할 수 있는 근거를 마련했다는 면에서 대한민국 정신보건의 역사에서 진일보한 변화이다. 그러나 시행 100일을 맞이한 현재, 법이 시행되는 현장에서의 이러한 진일보한 변화를 감지할 수 없다. 과연 이법이 탈원화를 지역사회 정신보건의 핵심 목표로 설정하고 있는 것인지? 이에 걸맞는 행정적 비용과 지역사회기반 서비스 인프라의 구축을 위한 후속 투자계획을 고려하고 있는지 알 수 없다. 그러한 상황에서 서둘러 시행된 법은, 오히려 시행 자체로 법의 목적과 존재의 진정성을 의심받기에 충분하다. 나아가, 본 법은 법조항들이 가지는 절차적 일방성과 형식성, 모호성, 추가진단 관련 편법적 예외조항 적용으로 인하여 당사자, 가족, 의료인, 법조계 모두로부터 정신질환자에 대한 실질적 인권보장 장치로서 기능하지 못한다는 비판을 직면하고 있다. 또한 복지서비스 및 정신건강증진서비스의 내용만 나열할 뿐 실질적인 전달체계와 기전을 생략하고 있어 현장의 혼란을 가중하고 있다. 이에 법의 좋은 취지를 살리되 실제 탈원화 및 실질적인 보건복지와 정신건강서비스 제공이 가능한 방향으로의 개선방안이 필요하다.

지금부터라도, 정부는 정신보건 현장에 목소리, 당사자와 가족의 목소리에 근거한 실질적인 정신건강정책솔루션 마련을 위해 노력해야 한다.

모든 법과 제도는 이상적일 수 없으며, 현실의 적용과정에서 수많은 시행착오를 반복하며 발전해 나간다. 그러나 정신건강복지법 시행 후 발생하는 문제점을 해결, 극복해 나가는 정부의 노력은 축적되어온 지식과 경험의 공유에 근거하고 있지 않으며, 관련 당사자, 전문가들의 체계적이고 통합적인 참여에 근거하지 않고 있다. 또한 그간 헌신적으로 일해 온 정신보건 분야의 전문가, 실무자들 또한 이해관계를 뛰어넘어 공동의 미션과 비전에 근거한 발전방향을 제대로 제시해내지 못하고 있다.

민간자원이 공공서비스와 협력하여 발전해온 우리나라 정신보건서비스의 맥락을 감안할 때 당사자와 민간전문가들이 참여하여 마련한 국가정신건강정책 솔루션포럼은 향후 정신건강복지법의 성공적 수행을 위하여 반드시 필요한 과정이다. 이에 우리 솔루션포럼 참여단체들은 정부, 유관기관, 국회, 나아가 우리나라 국민들에게 정신질환 당사자들의 인권이 존중되고, 이들에게 차별없이 사회복지문화서비스가 제공되며, 국민들 모두 적절한 정신건강서비스를 받을 수 있는 사회를 위해 아래와 같이 선언하는 바이다.

“정신적 어려움을 겪는 사람” 중심의 국가정신건강정책 솔루션제안

국가정신건강정책 솔루션포럼은 국민의 정신건강증진과 정신질환자의 복지서비스 등의 보장을 위한 정책자문과 후속사업에 대한 전략을 모색하고자 정신건강 관련 21개 기관이 함께 한 열린 정책 논의의 장이었다.

본 포럼을 통해 21개 기관은 정신적 어려움을 겪는 사람들이 차별대우를 받지 않고 더 나은 환경에서 치료받고 사회로 복귀할 수 있어야 함에 동의하였고 이에, 상호 신뢰와 공감에 근거하여 아래의 정책사항을 제안하는 바이다.

1. 국가는 국민정신건강 기본계획 수립과 로드맵을 제시하고, 이에 따른 예산을 확보하여야 하며, 정신건강증진과 자살예방을 위해 범부처와 민간이 참여하는 국가위원회를 설치하라.
2. 정신장애인은 법적 자기결정권의 행사에 있어 법적으로 어떠한 차별도 받지 않을 권리가 보장되어야 한다.
3. 모든 정신질환자는 최적의 환경에서 최선의 치료를 받아야 하며, 국가는 필요한 법제도를 구축하여 한다.
4. 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계)의 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」을 삭제하여 정신장애인이 다른 장애인과 동일한 복지서비스를 제공받을 수 있도록 하여야 한다.
5. 모든 정신질환자는 지역사회에서 이웃과 더불어 살며, 독립적으로 살 권리가 보장되어야 하며, 또한 지역사회 내에서 일할 권리, 직업을 가질 권리가 보장되어야 한다.
6. 정신장애인은 지역사회에서 건강, 평생교육, 문화 등 사회복지서비스를 제공받을 권리가 보장되어야 한다.
7. 위의 2~6 항목에서와 같이 정신장애인은 정치, 경제, 사회, 문화, 직업적, 기타 모든 분야에서 부당한 차별대우를 받지 말아야 하고, 지역사회에서 배제되지 않고 온전히 살아갈 수 있어야 하며, 이에 대한 국가의 책무가 구체적이고 명확하게 규정된 법제도가 강력히 구축되어야 한다.

8. 지역사회에서 정신장애인의 회복을 지원하기 위한 활동에 당사자와 가족들의 참여를 보장하기 위하여, 당사자와 가족의 단체활동, 자립지원활동에 정부의 지원이 이루어져야 한다.
9. 모든 정신질환자는 자신의 질환과 관련된 정보를 충분히 제공받아야 하며, 자신에게 제공되는 치료 및 보호, 재활서비스의 결정에 주도적 역할을 하여야 한다.
10. 장기수용위주의 입원치료는 시급히 개선되어야 하고, 입원 중인 정신질환자는 자유롭고 쾌적한 환경 속에서 치료받고 빠른 시간 안에 퇴원할 수 있도록 보장되어야 한다.
11. 병원치료는 급성기, 재활기 입원치료, 집중외래 및 사례관리 등 지역친화적 형태로 다양하게 조정되고, 그 단계와 수준에 따라 적정 치료인력과 치료행위가 결정되어야 하며, 이에 걸맞는 수준의 보험급여가 책정되어야 한다.
12. 정신질환 의료급여 환자에만 적용되고 있는 입원정액수가제는 폐지되어야 하며, 신체질환 및 건강보험 급여 수준으로 차별없이 조정되어야 한다.
13. 정신건강심의위원회와 입원적합성심사위원회는 전담 행정지원체제를 두어 집중 사례관리, 복지 및 주거지원 등의 서비스와 유기적으로 연계될 수 있어야 한다.
14. 불합리하게 민간에 맡겨져 있는 전문의 추가진단은 100% 공공행정에 의하여 이루어져야 하며, 이를 위해 공적 추가진단인력 증원 및 행정지원체제가 시급히 구축되어야 한다. 아울러 중장기적으로는 강제입원은 사법/준사법 형태로 국가와 공공의 책임하에 이루어져야 한다.
15. 정부는 '탈원화'를 정신건강정책의 실질적 목표로 선언하고, 지역사회 내 정신재활 시설의 유형별 확충방안을 세우고, 시군구 단위에 이를 의무적으로 설치해야 한다.
16. 중앙 및 지방정신건강복지사업지원단 등 다학제적 위원회에 정신재활시설(중독재활시설 포함) 인프라 구축계획 수립을 위한 TF를 설치 운영하라.
17. 정신건강복지센터는 지역 정신건강복지서비스 제공의 핵심공공기관으로서, 종사자 고용의 안정성과 책임성 있는 역할수행을 위해 공공에 의한 운영체제가 구축되어야 한다.

18. 광역과 기초정신건강복지센터는 사례관리서비스로부터 복지 및 주거서비스 연계까지의 기능을 연속적으로 수행해야 하며, 이를 위해 정부는 충분한 예산과 인력을 지원하여야 한다.
19. 정신요양시설은 입소대상을 한정하고, 단계적 기능전환을 통해 탈시설을 도모하여야 하며, 성년후견인 제도의 적용은 합목적성과 진정성 면에서 근본적 검토가 필요하다.
20. 알코올사용장애 등 중독질환에 대한 별도의 법제정이 필요하며, 국가의 투자 또한 획기적으로 개선되어야 한다. 아울러, 중독관리통합지원센터와 중독재활시설은 정신건강복지센터와 정신재활시설 수준으로 기능과 규모가 확대 되어야 한다.
21. 위와 같은 질적인 서비스 제공을 위해서는 정신건강 전문 인력을 인구 1,000명당 1명 수준으로 확보해야 한다.
22. 공무원, 국회의원, 언론과 시민은 정신건강의 가치를 이해하고 정신장애인을 옹호하기 위한 활동에 적극적으로 동참하여야 한다.

본 조항은 정신건강 관련 21개 기관들이 제안한
 긴급한 희망 솔루션이자 공통된 의견으로,
 21개 단체는 제시된 “정신적 어려움을 겪는 사람” 중심의
 국가정신건강정책 솔루션제안의 준행을 위해 지속적으로 노력할 것이다.

2017년 9월 6일

정신건강 관련 21개 기관 일동

정신건강 관련 21개 기관*

- * 대한간호협회 정신간호사회, 대한신경정신의학회 정신보건위원회, 대한정신건강의학과
 봉직의협회, 대한정신의료기관협회, 정신장애와 인권 ‘파도손’, 중독포럼, 한국정신건강
 사회복지사협회, 한국교육심리학회, 한국임상심리학회, 한국자살예방협회, 한국정신건강
 복지센터협회, 한국정신보건사회복지학회, 한국정신보건연구회, 한국정신보건전문요원
 협회, 한국정신사회재활협회, 한국정신장애연대, 한국정신장애인자립생활센터, 한국정신
 장애인협회, 한국정신재활시설협회, 한국조현병환우회 ‘심지회’, 한국중독관리센터협회