

간담회 자료집

인권 자료실		
등록일	등록번호	자료명
	A5-1	14

정신보건법 개정을 위한 간담회

일시 : 1998. 9. 14(월) 오후3시

장소 : 국회의원회관 소회의실

주최 : 국회의원 이성재 (새정치국민회의)

진행순서

- 개회선언
- 인사말 및 사회 : 이성재(새정치국민회의, 국회의원)
- 주제발표 : 남정현(한양대학교 의과대학 교수)
어떤 정신보건법이 좋은가
- 토론 :
 - 김병후(정신과 전문의)
 - 남정자(한국보건사회연구원)
 - 유수현(서울신학대학교 사회복지학과 교수)
 - 이용표(수원여자대학 사회복지과 교수)

-가나다순-
- 종합토의
- 폐회

어떤 정신보건법이 좋은가

남정현(한양대학교 의대 교수)

현재의 정신보건법은 1997년12월31일 개정되었고 이에 대한 시행령 및 시행규칙은 1998년 5월과 6월에 개정되어 시행되고 있거나 시행하려고 준비중인 형편이다. 이런 정신보건법을 또 개정한다는 것은 제대로 시행하지도 않고 너무 잦은 개정이라고 생각할 수도 있다. 그러나 짧은 시행 기간 안에서도 많은 문제점이 노출되어 법개정의 필요성이 대두되었다.

첫 정신보건법을 환자의 인권에 초점을 맞추었다면 두 번째 개정된 정신보건법은 불필요한 조항, 즉 세분화된 입원절차를 일부 통합, 요양병원을 현존하는 요양원을 인정하는 방향으로 약간의 수정만 있었다.

1997년의 정신보건법은 현실에 적용하여 본 결과 발생된 몇 가지의 문제점을 먼저 밝히려 한다.

첫째 정신보건법의 제정시 정신질환자의 치료 체계(delivery system)에 대한 연구나 정책적 결정이 없이 현존하는 사항을 짜집기 식으로 결합하여 이루어진 결과 지금까지의 존재해온 각각 기관들을 모두 인정하였다. 그리고 정신의료기관이나 요양시설이 해결하여야 할 문제점에 대한 근본적인 변화를 요구하기보다는 두 가지의 틀 안에서의 변화를 시도하였다. 그 결과 사회복지시설등이 신설됨으로써 더욱 복잡하게 이루어진다는 점이다.

둘째로 환자의 인권을 중시한다는 관점에서 만들어졌으나 정신의료기관과 신설된 사회복지시설에 대하여 여러 가지의 규제 및 규정을 많이 만들었다. 그러나 요양시설에 대한 규정은 미비하여 환자가 요양시설로 입소하였을 때 정신질환자의 인권에 대한 조항은 오히려 불리하게 된다. 한 예로 정신보건법의 기본 취지는 정신질환자가 자유롭게 생활하며 그들의 행동제한을 최소한으로 함이 목적이거나 정

신요양시설의 운영 규칙(1998년6월13일 보건복지부령)에 의하면 오히려 제한하는 방향이 아닌가하는 오해를 갖게 한다. 실제로 보호자에 의해 정신의료기관에서 요양시설로 정신질환자가 옮겨가는 현상이 나타나고 있다.

셋째 정신보건법의 정신에는 지역사회정신보건사업의 개념이 밑바탕으로 하고 있다. 따라서 지역정신보건사업이 활발히 이루어져야 법의 운영도 쉽고 좋은 결과도 나타날 수 있다. 그러나 정신보건법의 기본 요소인 지역사회정신보건에 관련된 기본적인 사업도 실시되지 않고 실시하려는 의지와 인식도 없는 것이 현실인 것이다. 즉 정신질환자의 예방 치료 재활 등이 단계적으로 원활히 이루어지는 지역정신보건에 대한 이해가 확산되지도 않고, 우리 현실에 알맞는 지역사회정신보건사업의 모형이 정착되기도 전에 정신보건법이 발효되므로써 많은 혼란이 있는 것이 사실이다. 정신질환자 및 그들의 가족과 실행기관들간에는 각자의 상반된 해석과 욕구가 분출되어 많은 혼란만 발생하였다. 또한 법을 운영 주체인 행정기관의 관심의 정도에 따라 실행되는 정도에 차이가 있으나 대부분은 인식부족으로 인하여 법이 유명무실하게 되었다.

넷째는 정신보건법에 따라 운영되는 경우에 법을 운영하는 주체와 지도 감독의 주체가 너무 복잡하며 애매모호하다는 점이다. 설립을 허가하는 곳과 이를 지도하는 측이 서로 다른 점이다. 예를 들면 서울시가 운영하는 정신병원이 경기도에 있다면 운영이나 지도 감독권은 서울에 있으나 환자들의 입원이나 퇴원 여부 또는 소청의 건은 경기도에 있어 각각 분리되어 효율성이 없다는 점이다. 또한 의료보호환자와 같이 각 지방자치단체, 군 단위에서 비용을 지불하는 경우에 이에 대한 감독권은 사실상 군 단위에는 없다는 점이다.

다섯째 정신보건시설에 포함되는 각각의 기관이 정신질환자에게 무엇을 해 줄 것인가, 어떤 도움을 줄 것인가와 그들의 도움이 필요한 정신질환자들은 어떤 범위에 있는 사람인가가 결정되어 각각의 기관별 역할과 대상자가 결정되어야 한다. 이런 역할 분담이 제대로 되지 않은 상태에서의 정신질환자는 외국에서 나타나고 있는 회전문 현상으로 각각의 기관을 맴돌 것으로 예상되며 이미 이런 현상은 나타나고 있다. 따라서 정신보건법은 그저 하나의 법적 요건을 충족시키는 법으로 전락할 가능성도 있다.

끝으로 세계 추이에 비해 정신보건법의 제정이 늦어 이상론과 현실과의 차이가 이미 커져버린 어려움이 많은 우리나라의 실정에 따라 법이 자주 개정되고 있지만 너무 시대적 요구와 환경에 따라 변화되는 것은 바람직하지 않다. 또한 각 계

층의 의견을 충분히 참조하여야하지만 가장 중요한 것은 실제 이 법의 혜택을 받아야하는 정신질환자의 입장에서 생각하여 우리나라에 가장 알맞는 법안이 만들어져야 한다는 점을 강조한다.

기타 여러 가지로 생각할 점들은 법안 분석을 하면서 의견을 제시하려고 한다.

법안에 포함될 내용

가장 보편적으로 인용되고 있는 Curran and Harding이 제시한 조항을 중심으로 우리의 법을 살펴보기 위하여 먼저 열 가지의 조항을 보면:

1) 기본정신(policy) 2) 책임부서(authority) 3) 예산(budget) 4) 집행 및 운영기구(operation) 5) 연구 및 교육훈련(research and training) 6) 정신의료의 절차(access to services) 7) 인권의 보호(protection of individuals) 8) 정신의료종사원과 시설에 대한 최소한의 기준(minimum standards for mental health manpower and resources) 9) 치료약물 및 기타 치료법의 규정(regulation of therapeutic drugs and other treatment methods) 10) 규제 권한의 위임(delegation of regulatory powers)으로써 이를 중심으로 하여 검토하려고 한다. 따라서 새로 제시되는 정신보건법 개정안(이하 개정안)을 열 가지의 조항에 비추어 기존의 정신보건법(이하 기존안)과의 차이에 대하여 설명하려고 한다.

정신보건법 개정안에 대한 설명

수정된 개정안을 Curran and Harding의 10가지의 조항을 중심으로 알아보고 또한 개정안에서도 미진하여 앞으로 검토될 사항도 함께 지적하였다.

1) 기본정책

가. 정신질환자의 범위

기존의 안은 3조에서 정신병, 인격장애, 기타 비정신병적정신장애로 대상 범위로 하였으나 개정안에는 현실적으로 치료와 관리가 필요하거나 앞으로 요구도가 늘어날 가능성이 있는 치매 알코올 약물중독을 추가하였다. 그러나 정신질환자의 범위가 광범위한 개념을 갖고 있고 특히 인격장애는 정신보건법에 의해 치료 보

호보다는 법적 제재가 필요한 것도 내포되어 있어 좀 더 명확한 조건을 제시하는 방향이 검토되어야 할 것이다.

나. 각 기관의 역할

이 부분이 우리나라에서 가장 많은 문제점을 갖고 있다. 먼저 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설로 나누어져 있지만 정신요양시설을 언제까지 정신보건법안에 존재하느냐의 의문이다. 정신요양시설을 인정한다는 것은 정신질환자는 사회로부터 격리를 하는 것이 마땅하다는 편견을 인정하는 것으로 이를 정신보건법의 테두리에서 지도 감독한다는 것은 사실 법정신과 기본적으로 맞지 않는다. 따라서 각 기관의 역할을 결정하는데 어려움이 많다.

또한 행정부 및 지방자치단체와 정신보건시설들간의 역할이 분명하지 않다. 기존의 8조 4항에서 정신의료기관이 지역사회정신보건사업을 지원교육훈련을 담당하도록 되어 있어 정신의료기관이 주체인 것처럼 느껴진다. 이는 지역사회정신보건사업이 행정기관이 아니라 의료기관에 의한 시행이므로 개정안에서는 '정신의료기관은 국가 및 지방자치단체의 지역사회정신보건사업을 지원하고 지역사회정신보건사업인력에 대한 교육·훈련을 담당한다'로 개정하였다. 그 이유는 지역사회정신보건사업의 주체를 자치단체로 일원화하기 위함이다.

정신요양시설의 역할은 제10조제2항에서 기존 안의 '의료와 사회복지를 위한 훈련은'을 개정안에서는 '요양과 사회복지를 위한 훈련 및 시설의 입,퇴소에 관한 사항은'으로 개정하였다. 그 이유는 요양시설은 치료의 목적이 아니라 요양과 사회복귀를 전제로 한 기관인 설립 목적에 충실하게 하기 위함이다.

또한 4항을 신설하였는데 '요양시설의 장은 요양중인 정신질환자에 대하여 자유로운 생활이 보장되도록 하여야 한다'이다. 이는 요양시설은 항상 개방의 원칙 하에 운영되어 사회복지를 위한 훈련이 충실히 되기 위함이다.

다음은 지역에서의 정신보건사업이 원활히 이루어지기 위하여 보건소 및 지역정신보건센터의 역할을 일부 수정하여 삽입하였다. 구 요지는 국가 및 지방자치단체는 정신보건시설을 지도 감독하며 지역사회정신보건사업을 수행함에 보건소를 이용할 수 있도록 하였다. 또한 지역사회보건센터에 대하여 제13조의2에 신설하여 중요성을 강조하고 그 업무를 규정할 기틀을 마련하였다.

정신보건심의위원회의 역할은 지역내 정신보건시설에 대한 평가 및 보고를 하도록 하여(제28조제3항) 단순한 심의만이 아니고 자신의 지역내의 각 기관에서의

감독과 심사뿐만이 아니라 평가하여 보고하도록 하여 관,민,학이 함께 역할을 하도록 하여 별도의 기구도 없이 항상 업무를 할 수 있도록 하였다.

이번의 개정 내용의 초점이 되어 수정된 부분이 많으나 아직도 앞서 밝힌바 같이 우리나라의 치료체계 및 지역정신보건사업의 모델이 아직 구축되지 못한 시점에서는 미비한 점이 있을 것이다. 따라서 많은 의견이 개진되어야 할 것이다.

2) 책임 부서와 집행 및 운영기구

앞에서와 같이 각 기관의 역할과 책임 부서를 정하는 것은 같은 맥락이다. 따라서 정신질환자의 치료체계 및 지역사회 정신보건사업의 모델을 어떻게 구축되느냐가 중요한 과제이다. 개정안에서는 책임 부서를 국가 시,도지사 및 군수까지의 행정부와 정신보건시설로 구분하여 기술하였으나 기존의 안과 크게 다른 점은 없다.

다른 점은 지방자치단체가 지역사회정신보건사업을 지원하도록 한 점과 13조에서 보건소의 업무에 포함시킨 것이다.

3) 예산

기존법이나 개정안이나 가장 취약한 부분이 정신보건법을 실천하기 위하여 뒷받침을 하는 예산사항이다. 정신보건법을 실천하거나 이 법의 기본 골격인 지역사회정신보건사업을 시행하기 위한 예산을 뒷받침할 법조항의 미비와 반대로 관련된 법규가 너무 많고 서로 협조 하에 집행되지 않는 점이다. 정신보건법은 보건과 복지가 혼합된 최초의 법으로 생각되어 이를 원활히 시행하기 위해서는 상호 협력과 많은 논의가 필요할 것이다.

4) 운영의 문제

운영의 문제에서는 정신질환자의 의료의 절차, 인권의 보호 및 규제권한의 위임 등등의 조항을 함께 논의하려고 한다.

개정안의 주요한 점은 (1) 각 기관의 역할을 구분한 것이다. 정신의료기관에서는

치료, 요양시설에서는 의료의 개념을 제외하고 요양과 사회복지 훈련을 목적으로 하고 사회복지시설에서는 재활훈련을 함을 목적으로 하였다(제10조,15조). (2) 각 기관은 개방을 원칙으로 운영하도록 하였다. 정신의료기관은 개방병동을 보유하여야 하고 요양시설은 입소 후 자유로운 생활을 보장하도록 하여 위반 시 폐쇄(18조)요건이 되도록 하였다. (3) 사회복지시설을 현실에 맞게 다양하게 설정하였다. (4) 각 기관별 정원의 상한선을 결정하여 정신질환자에게 양질의 서비스를 제공하도록 하고 대형화로 인한 관료주의적 운영을 견제하고 한 두 지역에 정신질환자가 몰리는 현상을 방지하도록 하였다. (5) 정신의료기관에 입원하는 경우에 경찰의 동의(기존 26조)가 있어야 하나 이를 삭제하고 경찰관 및 119 구급대원의 동행을 의무화하여 응급 시 환자 가족을 도울 수 있도록 하였다. (6) 정신보건시설에서는 정신장애인의 입,퇴원시 관할 보건소에 통보하도록 하여 지방단체장이 보호의무자로 되어있는 정신질환자 및 정신장애인의 등록으로 혜택을 받고있는 인격의 황폐화가 발생한 만성질환자를 국가가 파악하고 관리하도록 제41조 5,6항에 신설하였다. 이는 환자 인권의 문제가 야기될수 있는 점도 있으나 보호자가 없거나 자신을 돌보지 못하는 정신질환자를 그들의 지역사회에서 책임지고 돌볼 수 있다는 잇점도 있어 논의의 대상이 되겠다. (7) 행동제한의 금지 항인 제45조에서는 정신보건시설로 정의하여 모든 기관의 운영 방침을 제시하여 환자의 권익을 지키려하였다. 또한 다른 조항과 달리 처벌 규정을 신설하여 환자의 인권을 중시하는 법 정신을 강조하려고 하였다.

(8) 정신질환자의 문제는 몇몇의 기관으로 해결되기는 힘들다. 따라서 소규모의 다양한 기관과 관심있는 개인이 모여져야만 문제를 해결할 수 있다. 이를 뒷받침하기 위하여 제48조에 보호 육성만 아니라 예산의 뒷받침을 할 수 있는 근거를 마련하였다.

끝으로 개정안에서도 미비한 점을 먼저 제시하여 각계의 좋은 의견이 제시되고 토론의 장이 되도록 하겠다.

1) 앞서 밝힌 바와 같이 정신보건법을 원활히 운영하기 위한 운영의 주체는 어떻게 하는 것이 좋은가 하는 점이다. 본인은 정신보건사업의 주체는 국가가 되어야한다고 생각된다. 정신질환자는 신체장애인보다도 경제적 정신적 피해를 가족에게 주고 증상은 가족이 감당하기 힘들기 때문이다. 즉 지방자치단체에게 권한

이 위임되어 스스로가 지역 주민을 위하여 최일선에서 책임을 지는 것이 타당하다고 생각된다. 자신의 지역에서 정신질환의 예방에서 재활에 이르기까지 또한 사회 복귀도 자신의 지역으로 이루어지도록 필요한 기관을 설립하고 지도 감독도 하면서 일하도록 법이 제정되어야 하겠다.

2) 정신의료기관, 요양시설, 사회복지시설간의 상호 연계가 이루어져야한다. 이상의 세 기관이 상호 보완되는 역할을 시행하지 않는다면 정신질환자의 소위 회전문현상을 방지할 수 없다. 이는 정신질환자의 숫자만 증가되어 감당할 수 없는 경제적 손실이 발생할 것이다. 따라서 세 기관의 역할과 대상범위에 대한 논의가 필요하다. 또한 정신의료기관내에서도 역할이 분담되어야한다. 국가나 지방자치단체가 운영하는 정신병원의 역할과 민간병원의 역할이 같아서는 안 된다. 예로 국립병원에서는 민간의료기관이 감당하기 어려운 정신질환자의 치료를 담당하고 새로운 치료모델을 개발하여 교육시키는 역할을 수행하여야 한다.

3) 지역사회정신보건사업이 활성화되어야한다. 현재 일부에서 시행되고 있기는 하지만 정신보건법이 원활히 시행되기 위해서는 필수적인 사업인 것이다. 이를 위한 국가의 인식 변화와 제도적인 뒷받침이 필요하다.

4) 이상의 일을 효율적으로 시행하기 위하여 첫째 중앙기구가 필요하다.

각 기관의 정보와 지방자치단체의 지도 감독사항을 정리하고 문제점을 해결하기 위함이다. 경제적으로 어려운 현실로 새로운 기구를 만들기는 어렵겠지만 기존의 기관, 예를 들면 국립병원중 하나를 국립중앙병원으로 개편하여 정신보건에 관한 정보수집과 총괄업무를 담당하는 방편도 있을 것이다. 두 번째로 정신질환자의 특성상 중앙정부에서는 전국의 정신보건사업을 관할하기는 어렵다. 각 지방자치 단체별로 자신의 특성에 알맞는 사업을 시행하도록 하기 위하여 지역별 업무를 담당할 기구가 필요하다. 이는 지역별 행정기관과 정신보건센터, 정신보건심의 위원회등을 활용하는 방안을 모색한다면 쉽게 해결 할 수도 있다. 이상과 같이 중앙과 지역에 총괄 및 지도 감독하는 기구가 형성되지 않는다면 정신보건법은 현재와 같이 원활히 운영되기 힘들 것으로 생각된다. 끝으로 정신보건법과 유사한 관련법규와의 통폐합도 추후에 고려되어야한다. 국민건강증진법이나 장애인 복지법등과 같은 법률과의 통폐합이 가능하다면 정신보건법은 정신장애자를 위한 특별법으로 그 목적을 분명히 한 법으로 다시 개정되어야 할 것이다.

개정 정신보건법에 대하여

김병후(정신과 전문의)

정신보건법이 제·개정되어 오면서 우리 나라 정신보건의 상황이 개선된 면도 있지만 상황이 악화된 면도 있다. 그것은 정신보건법이 체계적인 절차에 의해 제정되기보다는 정확한 미래예측을 하지 못하고 여러 단체들의 요구를 짜집기 식으로 받아 들여 법을 제정한 결과이기 때문이다. 어느 조항은 시설의 경영상의 이익을 보존하기 위해 존재하고 어떤 조항은 관련 전문가의 이익을 위해 신설되었기 때문이다. 이미 사문화된 조항이 있고 법제정시의 내면적인 의도를 시행령 등의 하위 법체계에서 이를 뒷받침 못했기 때문이기도 하다.

하지만 한편으로 우리는 여러 우월한 법조항도 보유하고 있다. 법을 시행한지 몇 년이 지나지 않았지만 필요하다면 법을 바꾸어 나아가야 한다. 그것은 법제정시의 정신보건 상황이 워낙 열악하여 지나치게 현실을 무시한 조항을 배제하고 법안을 구성하였지만 그 동안 정신보건의 현실에 대한 이해가 어느 시기보다 높았기에 이러한 현실적인 발전을 감안하여 법이 개정되어야만 하기 때문이다. 일 예로 지역사회 정신보건사업과 센터의 개념은 법제정시 도입에 대해 관련 공무원들과 국회의원들을 설득시킬 수 없었지만 이제는 인식이 변하여 지역사회 정신보건사업을 변화시킬 수 있는 상황이 되었기 때문이다.

개선된 점은

- 1) 지역사회정신보건사업 정착
- 2) 전문가들의 인식변화
- 3) 정신질환자의 인권에 대한 국민적 관심 유도
- 4) 일부 정신보건시설 환경의 개선

5) 사회복지시설의 설립

법규정만큼 개선되지 못하고 있는 상황

- 1) 실질적인 지역사회 정신보건사업 시행의 어려움
- 2) 사회복지 환자의 수의 증가 미비
- 3) 지방 관련 공무원의 인식미비
- 4) 정신보건 시설의 환경개선 미비
- 5) 정신병원과 정신요양원의 폐쇄 환경
- 6) 법에 규정된 입·퇴원 절차의 적용
- 7) 중앙 및 지방 정신보건심의위원회의 역할 미비

악화된 상황

- 1) 병상 수(특히 정신병원의 병상수의 급격한 상승)의 상승
- 2) 관련 전문가들의 이기주의로 인한 팀 접근 치료방법의 기조 해체
- 3) 일부 정신병원의 정신과 전문의, 간호사 등 전문인력 대 환자수의 악화
- 4) 정신요양원에 정신요양병원이 추가로 신설(대체대신)

이를 보완하기 위해서는

- 첫째, 정신병원의 환경개선과 사회복지 환자의 수의 증가
- 둘째, 실제로 불법인 정신요양원의 강제수용상태의 개선
- 셋째, 환자의 통합적인 관리를 위한 지역정신보건센터의 명확한 기능과 역할규정
- 넷째, 실제적인 정신보건시설에 대한 감독기능강화

가 필요하다. 이번 법 개정안은 이와 같은 사항을 현실적으로 충족시키기 위해 제안되었다고 생각된다. 개정안에 함께 다음의 두 가지 조항이 신설되기를 기대한다.

1. 장애인복지법에서와 같이 매 3년마다 정확한 정신질환자 실태조사를 시행하여 정부의 정책수립에 기초가 되게 하고 개개 정신보건시설에 대한 감독기능을 강화하고

2. 정신보건심의위원회에 의한 외래치료 명령제를 도입하여 가퇴원하는 환자들이 지역에서 투약을 지속하여 사회복귀를 원활히 하게 하여 발원하는 환자의 수를 늘리도록 한다. - 가퇴원조항에 외래치료명령제 도입

정신보건법의 주체는 병을 앓고 있는 환자가 되어야 한다. 현실적인 상황은 고려하기는 하되 환자에게 불이익이 되지 말아야 한다. 법은 절대로 시설이나 관련 인력의 이익을 위해 존재해서는 안된다.

정신보건법 개정안에 대한 의견

남정자(한국보건사회연구원)

우리나라 정신보건법은 1995년 12월에 처음 제정된 후 2년만인 1997년 12월에 이미 한번 개정되었고, 개정된지 1년도 채 안되는 현시점에서 다시 개정을 위한 노력을 하고 있습니다. 어떤 법이 얼마나 좋은 법인가를 평가하는 기준에는 그 법이 제정된 후 얼마나 자주 보완되고 개선되었는가 포함된다고 합니다. 이러한 의미에서 볼 때에, 최근의 정신보건법 개정노력은 매우 바람직한 현상이라고 할 수 있겠습니다. 반면 잦은 법 개정은 정신보건법과 관련된 이해집단이 많기 때문에 원래 의도한 대로 법이 집행되지 못하는 경우도 있었을 것입니다.

이번 개정안은 제안이유에 명시된 바와 같이 정신보건시설의 대형화 억제 및 지역사회 정신보건사업의 활성화를 촉진시키고자 하는데 중점을 두고 있다고 보여집니다. 즉, 부칙 제 6조를 신설함으로써 정신보건시설의 수용인원이 규정된 상한선을 초과하는 경우에 추가로 입원 또는 입소하는 것을 제한하고, 규정된 인원이 이하로 될 때까지 매년 일정비율을 감소시키는 것을 의무화함으로써 대형 정신보건시설은 300병상까지 입원 및 수용 병상을 감축해 나가도록 한 것입니다. 이 조항은 법 24조(보호의무자에 의한 입원) ③항¹⁾ 및 법 26조(응급입원) ⑤항²⁾과 더불어 탈원화를 가속화시킬 것으로 보여집니다.

이와 관련하여, 우리는 미국 등 여러 선진국들이 탈원화를 추진하면서 경험했던

- 1) 입원기간은 6월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관의 장은 6월이 경과한 후에도 계속입원치료가 필요하다는 정신과 전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 때에는 매 6월마다 시·도지사에게 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여야 한다
- 2) 정신의료기관의 장은 제4항의 규정에 의한 정신과 전문의의 진단결과 계속입원이 필요하지 아니하는 경우에는 즉시 퇴원시켜야 한다

행려환자(homeless)의 양산이나 퇴원한 환자들이 지역사회에서 정착할 곳이 없어 불법 기도원과 같은 시설을 맴돌게 되는 부작용이 나타나지 않도록 관련 법 조항을 정비할 필요가 있습니다. 우선 법 제 2조에서 제시되어 있는 정신보건시설의 종류와 기능이 퇴원한 환자들이 지역사회내에서 거주하면서 재활할 수 있기에 충분하게 설정되어 있는지 검토해 보아야 합니다. 즉,

- 정신보건시설에 포함된 각 기관들의 종류가 환자들의 특성과 요구를 반영한 것인지?
- 이법에 제시된 정신보건시설만으로 정신질환자를 위한 의료수요가 충족될 수 있는 것인지?
- 정신보건시설에서 퇴원하는 환자들을 위한 시설들이 그 기간 동안 지역사회내에 충분히 마련될 수 있는 것인지?

이와같은 점을 고려할 때, 지역사회내에 위치하면서 저렴한 비용으로 치료와 요양서비스를 동시에 받을 수 있는 정신요양병원을 정신보건시설에 포함시키는 것이 필요하다고 봅니다. 현재의 대부분의 정신병원은 지역사회에서 멀리 떨어진 외곽지대에 위치하고 있고 의료보호환자가 아닌 경우에는 비용부담이 크기 때문에 장기치료를 요하는 시설로는 부적합하다는 생각입니다.

정신요양병원은 적정수의 병상을 확보하는 차원에서도 필요합니다. 우리나라에 필요한 병상을 약 10만으로 추정하기도 하고 약 5만으로 추정하기도 합니다만 현재 정신병상은 정신요양원을 포함해도 5만여 병상에 불과합니다.

정신요양원은 치료시설이 아니며, 점차 사회복지시설로 유도해 나가야 하는 시설이란 점에서, 정신질환자의 치료를 위한 병상은 매우 부족한 실정입니다

이번에 개정되는 정신보건법에는 의료법상의 요양병원이나 노인복지법상의 노인의료복지시설과 비용 면에서 유사한 시설이 될 수 있는 정신요양병원을 신설하는 조항을 둬으로써 정신질환자도 치매환자나 중풍환자와 비슷한 비용으로 장기적인 치료와 요양이 가능하도록 해야 할 것으로 생각합니다. 정신보건관리체계내에서 환자가 적절한 서비스를 포괄적이고 지속적으로 받기 위해서도 지역사회내에 다양한 시설이 구비되어야 하며 이들 시설은 시설종별에 따라 그에 적합한 의료 및 복지서비스를 제공하도록 유도되어야 한다고 봅니다.

<표 2-1> 주요법에서 제시하고 있는 의료복지시설의 종류

의료법 제 3조	노인복지법 제 31조	정신보건법 제 2조
<의료기관> 종합병원 병원 치과병원 한방병원 요양병원 ¹⁾ 의원 치과의원 한의원	<노인의료복지시설> 노인요양시설 실비노인요양시설 유료노인요양시설 노인전문요양시설 ²⁾ 유료노인전문요양시설 ³⁾ 노인전문병원	<정신보건시설> 정신의료시설 - 정신과 병·의원 - 정신병원 정신요양원 사회복귀시설 - 정신질환자 생활훈련시설 - 정신질환자 작업훈련시설 - 정신질환자 주거시설 - 정신질환자 종합훈련시설

주:1) 요양병원: 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양을 요하는 입원환자에 대하여 의료를 행하는 의료기관을 말함

2) 노인전문요양시설의 입소대상자: 보호대상자 또는 보호대상자가 아닌 시설입소 대상자로서 치매·중풍 등의 질환으로 요양을 필요로 하는자

3) 유료노인 전문요양시설의 입소대상자: 치매·중풍 등의 질환으로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 자

소규모 정신요양병원이 지역사회내에 설치되도록 유도함으로써, 정신병상의 지역적 불균등 분포가 시정될 수 있습니다(현재는 지역간 정신병상수의 차이가 심하여 전체 증진료권중 반이상에 정신병상이 없음).

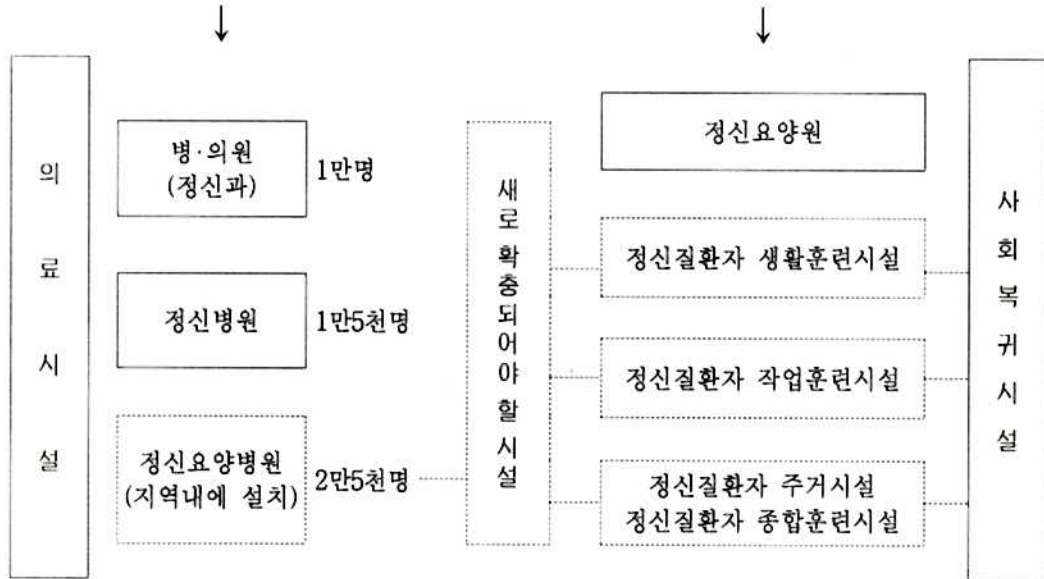
정신요양병원을 포함하여 환자와 가족이 이용할 수 있는 지역정신보건사업의 기본적인 시설과 서비스가 골고루 지역내에 확보될 수 있어야만 불합리한 현 정신보건체계를 바람직한 방향으로 유도하여 지역정신보건사업이 정착될 수 있을 것입니다(아래표 참조).

<표 2-2> 정신질환자의 바람직한 흐름 예측도

구 분	입원 정신질환자 총수: 약 6만명				
시설의 종류	병원, 정신과의원 (549개소): 시설당 평균 18명	정신병원(61개소): 시설당 약 360명	정신요양원 (70개소): 시설당 평균 243명	부랑인시설 (43개소): 12,941명중 60%	기도원
입원인원	약 1만명	약 2만 2천명	약 1만7천명	약 8천명	약 2천명

지역사회내 의료기관으로 이동유도

지역사회내 사회복지시설로 이동 유도



<약 5만병상 유지>

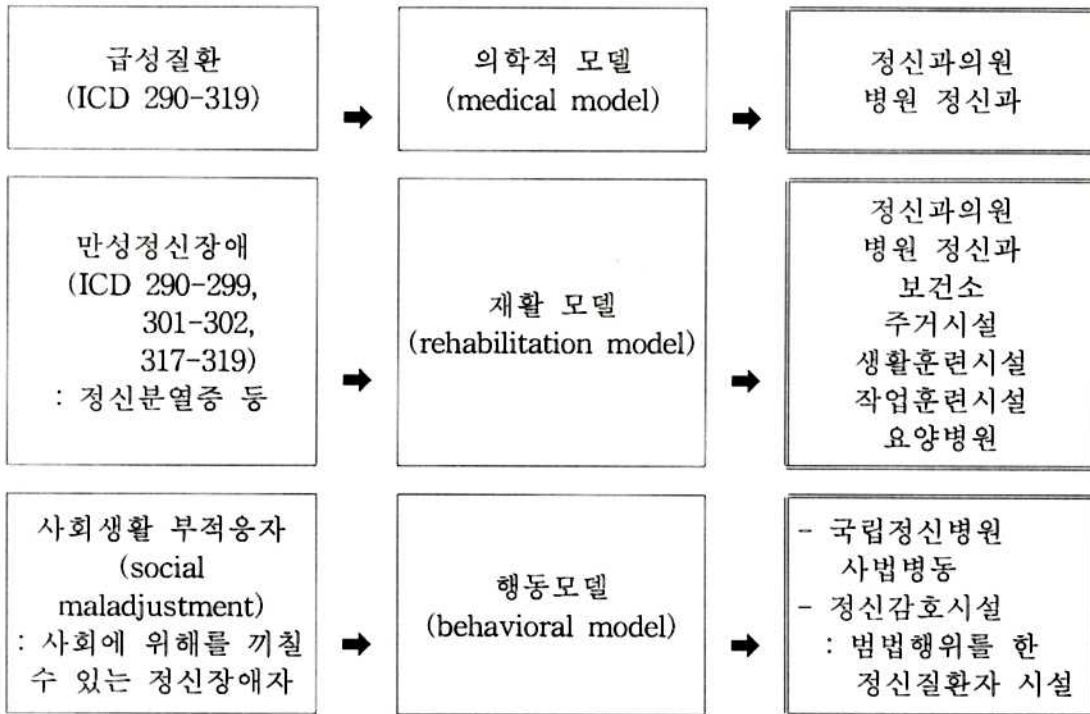
<약 10만명이 이용할 수 있는 시설 확보>

지역사회정신보건사업이 정착되기 위해서는 지역내에 환자들이 이용할 수 있는 시설이 환자의 특성에 따라 구비되어야 함.

질환의 분류
(ICD 9차 개정판 분류)

필요한 서비스 모델

관련 기관



정신보건법 개정에 관한 토론요지

유수현(서울신학대학교 사회복지학과 교수)

이번 정신보건법의 개정 주요 골자는 지역사회 정신보건센터를 신설하고 정신보건시설의 수용 상한인원을 규정하여 정신질환자의 탈원화를 가속화하자는 것으로 보여지며, 또한 정신보건심의위원회에 행정기능(평가기능)을 부여하자는 것으로 볼 수 있습니다. 이 주요 골자에 대하여 다음과 같이 토론해 보고자 합니다.

1. 지역사회정신보건센터의 기능과 설립운영 주체에 대하여(신설13조 관련)

정신질환자의 사회복지를 위한 시설가운데 지역사회정신보건센터를 신설하였는데, 지역사회정신보건센터의 설립주체, 기능, 명칭 등에 대해 의견을 피력하고자 합니다.

첫째, 지역사회정신보건센터의 기능이 뚜렷이 명시되어 있지 않아 이 지역사회정신보건센터가 보건소와 어떻게 다른지, 또는 기존의 사회복지 시설과 어떻게 다른지 구분이 모호합니다. 지역사회정신보건센터의 이름이 외래어인데 굳이 외래어를 사용하여 보건소와 구별을 하려 했는지는 몰라도, 보건소나 보건센터나 번역하면 그 명칭은 동일하다고 생각합니다. 만일 지역사회정신보건센터가 직접적인 서비스로서 주간치료(day care)나 외래 진료, 사례관리와 정신질환자 가족 모임의 지원과 간접적인 서비스로서 정신보건자원조사, 환자의 발견과 등록 및 의뢰, 주민 교육과 홍보, 자문활동 등을 주요 기능으로 한다면 현재의 보건소의 기능과 다를 바가 없는 것입니다. 그렇다면 이 지역사회정신보건센터의 기능이 기존의 보건소와 차별되지 않은 채 보건소에서도 지역사회 정신보건사업을 실시하고, 지역사회정신보건센터도 그 사업을 실시한다면 굳이 지역사회정신보건센터를 따로 설치할 것이 아니라 보건소의 직제를 변경하여 정신보건사업 기능을 보강하여 시행하

는 것이 더 타당하다고 생각합니다.

둘째로, 만일 지역사회정신보건센터가 보건소와 그 기능상 다른 시설이라면 지역사회정신보건센터는 법 제16조의 사회복지시설의 범주에 넣어야 합니다. 개정안에는 지역사회정신보건센터가 사회복지시설과 기능상에서 어떤 차이가 있는지 구분이 되지 않고 있습니다. 만일 지역사회정신보건센터가 사회복지시설을 목적으로 하는 시설이라면 그 이름을 지역사회정신보건센터로 호칭한다 할지라도 시설구분은 사회복지시설의 범주에 해당되므로 별도의 조항을 신설하지 않아도 될 것입니다. 즉 사회복지시설 가운데 하나로 정신보건센터를 포함시키면 될 수 있는 것입니다. 그러나 정신보건센터에 의료의 기능까지 포함시킬 목적이라면 이는 보건소나 또다른 형태의 외래병원에 불과할 것이라고 생각되므로 그 시설의 범주를 보건소로 포함시키고(법 13조에), 대신에 보건소의 기능과 직제를 보완해야 할 것입니다.

셋째, 개정안에서는 지역사회정신보건센터의 설립 운영주체가 국공립이고 민간에게 위탁할 수 있는 정도이며, 순수 민간자본에 의해 설립운영할 수 있는 근거가 마련되어 있지 않습니다. 지역사회정신보건센터의 설립운영 주체를 국가나 지방자치단체만이 아니라 민간법인이나 전문단체들도 가능하도록 허용되어 정신장애인의 사회복지시설을 다각적으로 도모하도록 해야 정신질환자와 그 가족 측에서는 그들의 다양한 욕구에 따라 적절한 서비스를 선택할 수 있으므로 실효를 거둘 수 있을 것입니다. 그리고 기존의 보건소가 국공립이라면 민간에 의해 설립 운영되는 유사한 시설을 다른 명칭을 사용하므로 기존의 보건소와 구별할 수 있을 것입니다.

2. 정신보건시설의 수용인원 제한에 대하여(신설 20조의 2 관련)

정신보건시설의 수용인원이 많으면 수용된 정신질환자들에게 제공되는 서비스의 질적인 문제나 시설의 운영측면에서 여러 가지 문제점이 있다는 점에서 수용인원의 제한은 필요할 것입니다. 그러나 그 적정범위와 수용인원 제한의 적용시기 등의 시행을 위하여 대안적 조치를 고려하고 이 제도를 시행하여야 할 것입니다.

예를 들어 국·공립 정신병원 가운데는 900-1,000병상 규모의 시설들이 있는데, 이들 병원의 경우 300병상만 남기고 현 병상규모의 30%에 해당하는 270-300

병상은 개방병동으로 전환할 경우 나머지 4-500명의 수용환자들은 사회로 내몰릴 수 밖에 없을 것입니다. 게다가 국·공립병원 입원실의 10%를 사법병동으로 운영하게 될 경우를 감안하면 사회로 나가야 할 환자는 더 늘어나게 됩니다. 각 국공립병원이 나머지 병상중 200병상을 요양시설화한다고 해도 현재 입원환자의 2-30% (200-300명)는 병원을 떠나지 않으면 안됩니다. 전국의 57개 국·공립 및 민간병원 가운데 300병상을 초과하는 병상수는 총 5,948병상이고, 73개의 요양시설가운데 현원이 200명을 넘는 시설이 대부분으로서 그 초과인원이 총 4,815명에 이르고 있어 약 일만명이 어떠한 형태로든 지금의 시설에서 이동되어야 할 것입니다. 그런데 수용인원의 제한에 따라 사회로 나오는 정신질환자를 수용할 수 있는 시설이나 프로그램들이 준비되어 있지 않은 상태에서 이러한 정책이 단기간에 추진될 경우 많은 문제를 야기할 것입니다. 이렇게 예상되는 문제를 고려해 볼 때 탈원화를 위한 시설 정원규모의 제한은 이상적이지만 그 적용시기는 점진적이고도 단계적으로 실시하지 않으면 안됩니다. 만약 이들을 위해 최대 50명 규모의 사회복귀시설이나 정신보건센타를 설립한다고 하면 전국에 200여개소를 설립해야 하는 데 이러한 준비가 이루어지지 않을 경우 사회로 나올 수 밖에 없는 정신질환자들 가운데 상당수는 부랑인(홈리스)이 될 것이고, 가족이 돌본다고 해도 오늘날과 같은 경제침체 상황에서 그 가족 전체가 당하는 고통은 상당히 클 것으로 생각됩니다. 따라서 정신보건시설에서 수용되었다가 정원의 상한선 규모조정으로 인해 사회로 배출될 수 밖에 없는 정신질환자들이 찾아갈 수 있는 대체적인 사회복귀시설이나 정신보건센터 등 제반 시설과 기반이 준비되는 정도에 따라 정원규모의 제한원칙을 단계적 실시하는 것이 합리적이라고 생각합니다. 그러므로 부칙 제2조의 1999년 12월 31일까지로 되어 있는 시한은 재고되어야 합니다.

3. 보건소의 정신보건전문요원 배치기준은 전문직을 구분하여 명시해야 합니다 (법 제12조, 법13조 관련).

정신보건법의 취지는 환자의 탈원화, 사회복귀, 인도주의적 차원의 처우를 실현시키려하는 것이라고 생각합니다. 이를 위해 의료적 모델만이 아니라 사회적 모델의 사회복귀 프로그램이 필요합니다. 이러한 정신보건사업은 각 전문직의 팀접근이 요구되며 이를 위하여 정신과 의사는 물론 정신보건임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사라는 정신보건전문요원을 법에 명시한 것입니다. 그러

나 각 전문직은 그 전문직 나름대로 고유의 역할과 기능을 가지고 있음에도 불구하고 현행의 정신보건법에서는 보건소에 정신보건전문요원이면 모두 동일한 역할을 할 수 있는 것으로 보고 인력 배치기준이나 교육 훈련 등에 구분을 하고 있지 않은 것 같습니다. 예를 들어 의료인에는 의사, 간호사, 임상병리사 등 여러 전문직들이 포함되지만 의료시설의 규모에 따라 각 전문직 마다 적정인원을 두도록 한 의료법처럼, 정신보건시설에는 정신보건전문요원을 시설의 기능과 규모에 따라 정신보건임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사 등 각 전문직을 명시하여 배치기준이 마련되어야 합니다.

현행 보건소의 인력(간호사)을 재교육시켜 정신보건전문요원의 자격을 발급하고 정신보건사업을 담당케 하는 것은 기존 인력의 활용이란 차원에서 바람직한 면도 있으나, 우려되는 것은 보건소의 정신보건전문요원은 모두 정신간호사 밖에 없다는 점을 간과해서는 안됩니다. 왜냐하면 현재의 보건소에는 사회복지사나 임상심리사 등이 배치되어 있지 않으므로 각 보건소에 기존의 간호사를 재교육시켜 전문요원의 자리를 채우고 나면 정원의 여석이 없어 타 전문직이 발붙일 가능성이 없게 됩니다. 이렇게 될 경우 지역사회정신보건사업은 의사와 간호사 만으로 이루어지고 여러 전문직이 참여하는 팀접근이 어려울 뿐만 아니라 사회복지라는 목적 달성도 어려워질 수 있습니다.

4. 지방정신보건심의위원회의 기능에 대하여(신설 28조 3 관련)

중앙 정신보건심의위원회는 정책방향을 심의하고 각종 기준과 심사 청구된 사안에 대한 견해를 제공하는 기능을 위하여 구성되어 있으며, 지방 정신보건심의위원회는 이의 제기된 치료행위나 처우개선, 계속 입원여부 등의 심사 외에 각 정신보건시설에 대한 감독과 시정의 기능을 가지고 있습니다. 그런데 신설하려는 개정안에서는 여기에 평가기능을 추가하였는데 이 평가의 기능은 지방정신보건심의위원회의 기능에 포함시키는 것보다 당해 지방자치단체의 장에게 귀속시키는 것이 바람직하다고 생각합니다. 정신보건심의위원회의 위원 구성을 보면 민·관·학이 골고루 들어가 있어서 객관적인 평가를 할 수 있을 것이라고 생각되지만, 심의위원의 임기가 2년이고, 각 시설은 좋은 평가를 받아야 할 입장이며, 심의위원은 직·간접으로 정신보건시설과 연계되어 있어 공정한 평가를 하는 데 상당한 애로를 갖게 될 것입니다. 뿐만 아니라 평가란 일종의 행정기능인데 상임직

도 아닌 심의위원들이 이러한 행정기능을 수행하는 것도 적합하지 않다고 봅니다. 따라서 평가위원은 해당 사안이 발생했을 때 지방정신보건심의위원에서 추천하여 당해 지방자치단체장이 한시적으로 임명하여 그 직무를 수행하는 것이 바람직할 것입니다.

5. 정신보건 전문요원의 전문직 처우

정신보건전문요원은 대학(2급자격자에 해당) 또는 대학원(1급해당자에 해당)을 졸업하고 1년(2급) 또는 3년의 수련과정을 거쳐 자격을 취득하도록 법에서 규정하고 있으나 이들에 대한 처우는 이러한 경력과는 무관하게 낮은 수준의 보수체계를 적용하고 있어 정신보건전문요원을 실무에 배치하는 데 어려움이 있습니다.

예를 들자면 병원에서 근무하고 있는 동일 경력의 간호사들보다 훨씬 열악한 보수체계를 정신보건간호사들에게 적용한다고 할 때 그 어려운 수련교육과정을 밟아 자격을 취득한 정신보건간호사들이 과연 몇 명이나 정신보건사업에 헌신할 것이라고 보십니까? 마찬가지로 정신보건사회복지사들의 경우도 정신보건전문요원의 자격을 취득하지 않은 사회복지사들과 경력이나 학력면에서 우위에 있음에도 불구하고 이러한 조건이 고려되지 않은 채 낮은 보수를 지급하게 된다면 그들이 얼마나 이 분야에서 헌신할 수 있을 것이라고 생각하십니까?

따라서 유자격 정신보건전문요원으로 부터의 양질의 서비스 제공은 어려워지고 근무의욕은 저하되며 사회복지를 위한 정신보건사업의 지속적인 추진과 정착이 어려워질 것입니다. 그러므로 정신보건 전문요원들이 자신의 전문지식과 기술을 충분히 발휘할 수 있도록 보수체계나 근무여건을 현실화하고 개선시켜 나가야 합니다. 이를 위하여 각 전문요원들에게 해당 전문직의 교육, 훈련정도에 부합되는 보수체계를 적용할수 있도록 정책이 마련되어야 할 것입니다.

6. 남정현 교수님의 발제에 대한 의견

첫째, 정신보건법이 대부분 인식부족으로 인하여 유명무실하게 되었다고 하셨는데, 우리 나라의 정신보건법은 1995년 말에 제정되고 1997년 1월에 가서야 시행령이 발효되어 이제 1년여의 기간이 지난 상태이므로 아직 유명무실하다는 평가는 이른 듯 합니다. 물론 정부가 법 제정 이후 적극적으로 법의 내용을 홍보하여 국

민들의 인식을 제고하는 노력이 부족하였다는 의미로 받아들여질 수 있습니다. 그러나 어떠한 제도가 정착되기까지는 일정시간이 경과되어야 한다고 생각합니다. 오히려 새로운 법의 정신과 규정에 따라 적응하려고 준비하고 있는데 다시 법을 개정한다면 이것이 더 혼란을 가져올 수 있다고 생각합니다.

둘째, 정신보건법이 제정될 때 치료체계에 대한 연구나 정책적 결정이 없이 현존하는 사항을 짜깁기 식으로 결합하였고, 사회복지시설 등이 신설되므로써 더욱 복잡하게 이루어진다고 말씀하셨습니다. 제가 알기로는 정신보건법의 제정 움직임은 일찍이 1980년대 초반부터 시작하여 1986년에는 일차 법안이 입안되어 국회까지 상정되었다가 폐기되었고, 지금 우리가 가지고 있는 정신보건법도 1990년대 초부터 각계 각층의 활발한 논의와 연구검토를 통하여 어렵사리 제정된 것이라고 생각합니다. 또 사회복지시설이 신설됨으로써 더욱 복잡하게 이루어진다는 의견은 무슨 의미이며 어떤 근거로 그런 의견을 가지고 계신지 묻고 싶습니다. 현재 우리 나라에는 6개의 사회복지시설이 있는데 이들 시설이 신설됨으로 우리 나라의 정신보건 정책이 복잡해졌다고 생각되지는 않습니다. 정신보건법의 정신이 탈원화와 인도주의적인 정신질환자의 사회복지에 두고 있다면 오히려 사회복지시설이 활성화될 수 있도록 정책적인 지원을 강화해야 한다고 생각합니다.

셋째, 남교수님께서 정신의료기관은 치료, 요양시설은 요양과 사회복지 훈련, 사회복지시설은 재활훈련을 목적으로 개정하였다고 하셨는데, 보건소와 정신보건센터는 이중 어디에 해당하는 것인지 의견을 묻고 싶습니다. 또 보건소와 정신보건센터를 따로 두었는데 그 기능상 차이가 없다면 이를 분리할 필요는 없다고 생각합니다. 이에 대한 남교수님의 의견을 듣고 싶습니다.

넷째, 정신보건사업의 주체가 국가만이 되어야 한다는 의견에 대해 저는 다른 의견을 가지고 있습니다. 정신보건사업이 국가나 민간 모두가 주체가 될 수 있어야 다양한 정신보건 서비스가 제공될 수 있을 것입니다. 국민의 의료서비스는 국가만이 아니라 민간 의료기관이 함께 참여하므로 상호보완적이 되고, 또 양질의 다양한 의료서비스가 제공될 수 있을 때 국민의 다양한 의료욕구를 충족시켜 나가듯이 정신보건사업도 마찬가지라고 생각합니다. 다만 국가는 민간이 설립하여 운영하는 정신보건시설의 서비스에 대해 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 감독하는 노력이 전제되어야 한다고 생각합니다. 뿐만 아니라 정신보건서비스를 자력으로 구매할 수 없는 계층에게는 국가가 책임을 질 수 있도록 공적부조의 프로그램을 확립해야 할 것입니다. 감사합니다.

정신보건법중개정법률안에 대한 의견

이용표(수원여자대학 사회복지과 교수)

이번 개정안의 골자를 두 가지로 간추린다면 첫째는 지역사회정신보건센터를 통해 지역정신보건사업을 강화하자는 것이고, 둘째는 지속적으로 인권유린의 의혹이 일고 있는 정신요양시설의 개방성을 확보한다는 것으로 정리할 수 있다. 결론부터 이야기하자면 정신요양시설의 개방성 확보문제는 오히려 때늦은 감이 있으며, 지금이라도 이 문제가 다루어지게 되어 다행이라고 생각된다. 그렇지만 지역사회정신보건센터 설립을 통한 지역정신보건사업 수행에 관해서는 여러 가지 고려해야 할 점들이 있다고 생각한다.

첫째, 지역사회정신보건센터를 굳이 정신보건법에 규정해야 할 필요가 있는냐의 문제이다. 보건소를 지역사회정신보건사업의 주체로 규정한 법 제13조를 '임의규정'으로 개정하여 공공보건에서 정신보건에 관한 책임성을 오히려 약화시키고 있는 것은 기존 보건소에 대한 불신의 표현에 지나지 않으며 설득력을 갖기 어렵다고 하겠다.

둘째, 개정안에서 지역사회정신보건센터를 새로이 규정하면서도 그 기능과 역할에 대한 규정이 결여되어 있는 문제가 있다. 즉 개정안 제13조의 2는 다만 '지역사회정신보건사업을 관리·조정한다.'라고만 규정하고 있는데, 이는 중요한 입법의 결함이라고 하겠다. 센터의 기능과 역할에 관한 명확한 규정이 제시되어야만 지역사회정신보건센터가 진정 필요한 것인지, 필요하다면 현행의 정신보건법에 규정되어 있는 정신의료기관, 정신보건시설 특히 사회복지시설과의 관계는 어떠해야 하는지 논의를 시작할 수 있다고 생각한다. 미국 어느 학자의 정의처럼 '지역사회정신보건이란 이름으로 행해지는 모든 사업'이 지역사회정신보건사업이라고 규정되

는 것은 자원의 비효율적 사용 등의 문제를 발생시키고, 사회복지사업법 상의 사회복지사업과의 경계를 애매모호하게 할 가능성이 있다.

셋째, 개정법률안 제13조 2항에서 처럼 국가 및 지방자치단체가 지역사회정신보건센터를 민간 정신의료기관에 위탁 운영할 수 있는 법적 근거를 만들어 놓음으로써 운영상의 공익성을 담보해 줄 수 있는가하는 문제이다. 현재 경기도가 모든 정신보건센터를 민간 정신의료기관에 위탁운영하고 있는 예에서 보는 것처럼 이 법률안에 통과되면 사실상 공공의 지역사회정신보건센터는 모두 민간 정신의료기관에 의해 운영되게 됨으로써 서비스의 형평성을 가장 중요시하는 공중보건기관의 역할을 제대로 수행할 수 있는가? 하는 문제가 발생할 수 있다고 생각된다. 즉 이 규정에서 민간위탁의 규정은 삭제되어야 하며, 공공이 주도하는 지역사회정신보건사업이 필요하다고 판단된다면 기존 보건소의 유휴인력을 훈련하거나 신규 채용하는 방식으로 문제를 해결해야 하는 것이지 '공공'의 이름으로 민간기관에 업무를 이관하는 것은 정신보건에 대한 국가책임의 인식이란 측면에서 볼 때 공중보건의 발전에 역행하는 것으로 생각된다. 즉 이 개정안에 의한 지역정신보건사업의 주체는 그것이 민간인지 공공인지 아주 애매하다는 것이다.

넷째, 개정안 제3조 정신질환자 정의의 확장에 관한 문제이다. 이번 개정법률안에는 치매나 알코올 및 약물중독을 정신질환자 정의에 포괄하고 있는데, 이는 지역정신보건사업의 대상 확장을 의미한다고 볼 수 있다. 언뜻 보기에 사업대상의 확장은 사업의 발전을 의미하는 것으로 보이나 현단계에서는 오히려 발전에 역행할 가능성이 있다. 즉 정신보건법 시행 이후에도 수용상태에 있는 정신분열병과 같은 만성 정신질환자들이 지역사회로 복귀하고 있다는 아무런 징후나 행정상의 통계를 발견할 수 없다. 이런 현실에서 지역사회정신보건사업 대상의 확장은 만성 정신질환자들을 위한 국가예산의 왜곡된 이동을 초래할 수 있으며, 더 나아가 수용된 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 지역사회재활사업의 포기로 인식될 수도 있다. 또한 전국의 노인복지관과 노인주간보호센터가 치매노인보호사업을 실시하고 있으며, 많은 수의 지역사회복지관에서 알콜 및 약물중독 예방프로그램이 수행되고 있다는 측면에서 현재 필요한 것은 보건소에의 전문요원 배치율 통한 기존 사업의 효율적 관리 및 신규 환자 등록 및 의뢰업무라고 생각되어지며, 막대한 예산을 들여 보건소와는 별도의 센터를 조직할 필요가 있는가? 하는 의문이 든다.

다섯째, 이번 개정안은 정신의료기관의 정신보건사업 독점을 통해 자본의 비효율적 사용을 초래할 수 있다고 생각된다. 개정안 제15조 사회복지시설의 설치, 운영에 관한 규정에서 '사회복귀를 위한 훈련 등 의료'에서 사회복지시설의 기능 중 '의료'를 삭제하면서도 사회복지시설이 정신과전문의의 지도에 따라야 한다는 부분은 계속 존치시키고 있다. 이는 개정안 제13조에서 보건소의 지도감독을 규정하고 있는 것과 더불어, 제28조에서 정신보건시설은 지방정신보건심의위원회의 지도, 감독, 평가를 받도록 하여 삼중의 통제를 가하고 있다. 이것은 병원 내의 환자뿐만 아니라 지역사회에서 재활과정에 있는 병력자들에 대해서도 정신의료기관 혹은 정신과전문의들이 기득권을 주장하고 있는 것으로 이해되며, 또 다른 한편으로는 공공보건영역과 모든 관련 전문직에 대한 통제력을 가지려는 의도로 보인다. 이러한 지적을 뒷받침하는 사실은 현행의 정신보건센터 사업지침에 잘 나타난다. 지침에는 정신의료기관 만이 공공 정신보건센터를 위탁 운영할 수 있도록 규정하고 있다. 응급입퇴원 심사에서도 정신과전문을 제외한 정신보건전문요원은 배제되어 있다. 지역사회정신보건사업의 규정의 불명확성과 더불어 특정 전문직에 의한 사업독점은 장기적으로 막대한 비용상승을 초래할 것으로 예견된다. 현재 구조조정 대상인 우리나라 독점재벌들이 조금이라도 사업성이 있는 모든 사업에 손을 대다가 자본의 과잉투자자로 인한 비효율을 양산해낸 것과 같은 양상이 정신보건영역에서도 나타나고 있다. 즉 현재 민간 정신의료기관에 위탁되고 있는 공공 정신보건센터의 필수사업내용에는 주간치료(day care) 프로그램이 규정되어 있고 또 대부분이 이 사업을 시행하고 있다. 사실상 정신보건법에 사회복지시설을 정신질환자의 사회복지를 목적으로 하는 훈련을 행하는 곳으로 규정하고 있는 데도 정신보건센터의 필수사업에 주간치료라는 명칭으로 유사한 사업을 진행하고 있는 것이다. 그렇다면 현행의 정신보건법에 명확히 규정되어 있는 사회복지시설의 기능은 도대체 무엇인가? 바꾸어 말하면 정신보건센터의 기능은 무엇인가? 진정 정신보건센터가 지역사회정신보건사업에 관한 관리, 조정을 위한 기구인가? 현행 복지부의 정신보건센터 관리운영지침을 보면 결코 그렇게 결론지을 수 없다. 도리어 본법에는 애매모호하게 규정해 놓고 사업지침을 통하여 사회복지시설의 기능을 수행함으로써 정신보건체계를 비체계화시키고 있는 것이다. 민간차원에서 공감대가 확산되고 있는 정신질환자 사회복지운동의 발전을 저해하는 기능을 수행할 것이라는 것이 지금까지의 경험이다. 올해 사회복지시설은 전국적으로 3개의 시설만

이 운영비 지원을 받고 있고, 관악구의 한울지역정신건강센터를 비롯한 시설들이 2년째 전혀 정부지원이 없는 가운데 방치되고 있다. 내년에는 더욱 심각하다. 16개 시설이 운영비 지원을 신청했는데 복지부가 확보한 예산은 이용인원 400명에 대한 예산 국고기준 2억2천만원이라고 한다. 이와 대조적으로 정신보건법상에 명확한 근거도 없는 정신보건센터는 경기도에만 16개소에 10억원 이상의 예산으로 운영되고 있다. 정부가 진정 이부분에 얼마나 많은 예산을 투자할 계획인지 알 수 없으나 현재 상황으로는 막 자라나는 민간자원의 참여를 봉쇄하고, 정신의료기관들이 공공 정신보건의 이름으로 정부예산 자원을 독점하고 있다는 것이다. 오히려 민간 참여의 활성화보다는 정부가 유사한 재활서비스를 사회복지시장이 아니라 의료시장에서 구입함으로써 막대한 비효율을 조장하고 있는 것이다. 그 배경에는 전문직 차별구조가 자리잡고 있으며, 현재 개정안의 내용은 정신보건사업 내에서 카스트제도와 같은 전문직간 서열구조를 더욱 강화시키는 쪽으로 방향을 잡고 있다는 것이다. 즉 이러한 법률안은 전문직 간의 선의의 경쟁을 통한 서비스 질의 향상을 원천적으로 봉쇄하면서 정신보건비용의 상승만을 가져올 뿐이라는 것이다. 앞서 말한 바와 같이 전국의 노인복지관과 노인주간보호센터가 치매노인보호사업을 실시하고 있으며, 많은 수의 지역사회복지관에서 알콜 및 약물중독 예방프로그램을 실시하고 있다. 이 부분의 정신보건사업 안에 포함된다는 것은 기존 사업의 발전이 아니라 오히려 종전보다 훨씬 비싼 비용으로 인해 사업의 확대를 저해할 수도 있다는 것이다. 전문직간의 선의의 서비스 경쟁만이 이러한 거품을 제거할 수 있다고 생각한다.

여섯째, 정신과전문의의 지도를 받도록 규정되어 있는 법안 제15조 정신질환자 사회복지시설 설치, 운영 규정의 타당성에 관한 문제이다. 이 문제는 기본적으로 사회복지사업의 특성 및 본질과 관련된다. 사회복지사업의 특성은 지역사회에서의 환자관리라는 측면에서 정신보건사업이다. 그리고 또 한편으로는(사회복지영역에서는 퇴원한 정신질환자들을 환자가 아닌 무한한 잠재력을 지닌 회원으로 규정하고 있는데) 회원의 지역사회 환경에의 적응을 위한 사회적 기능 향상과 환경변화를 목표로 하는 사회복지사업의 성격을 가지고 있다. 즉 사회복지사업은 한편으로는 정신보건사업이며 또 한편으로는 사회복지사업의 성격을 지니는 것이다. 이렇게 정신질환자 사회복지사업이 보건과 복지라는 두가지 성격을 가지는 것과 마찬가지로 사회복지사업의 수행의 방향 또한 두가지로 분류될 수 있다. 그 하나는 정

신질환자 자신의 사회기술이나 직업기술을 훈련을 통해 향상시키는 것이다. 이런 종류의 사업은 환자 개인의 증상이나 문제해결에 중점을 두었던 의료모델과 사회복지모델에서 공히 전통적으로 다루어 오던 분야이다. 그러나 이러한 방향의 사업을 통해 만성 정신질환자의 사회복귀가 얼마나 성취될 수 있을 지 의문이다. 의료인 자신들에 의해서도 '회전문'현상이라고 표현되는 것처럼 이들은 끊임없이 입원과 퇴원을 반복하고 있으며, 사회적 기능의 향상도 정상인과 비교해볼 때, 일정한 한계를 가지고 있는 것이 사실이다. 그렇다면 사회복지사업의 방향은 또 다른 곳에서 찾아야 한다. 그 방향이란 지역사회가 조금은 어둔하고 성가신 이사람들에게 일자리를 주도록 설득하고, 바로 옆집에서 같이 살도록해야 한다. 즉 지역사회가 이들을 재활시키고 받아들이도록 해야 한다는 것이며, 재활의 주체가 지역사회가 되도록 해야 한다. 이러한 부분에서는 아마도 사회사업분야가 지역사회복지관 사업을 포함한 다양한 지역복지사업을 통해 어느 전문직보다 오래 전통과 경험을 갖고 있다고 생각한다.

그러므로 동법 제15조에 의해 정신과전문의의 지도, 개정안 제13조에서 보건소의 지도·감독, 그리고 개정안 제28조에서 지방정신보건심의위원회의 지도, 감독, 평가라는 삼중적 통제를 규정하고 있는 정신보건법안은 재고되어야 한다. 특히 행정적 통제 이외에 합리적 영역구분이 결여된 특정 전문직에 의한 총체적 사업독점과 사업통제는 헌법상 평등권에 위배되는 불평등한 규정이라고 생각한다.

일곱째, 정신보건법을 진정 정신질환자의 사회복귀를 위한 법안으로 만들자는 것이다. 우리나라에서 정신질환자 수용의 문제는 수용자의 대다수가 생활보호대상자라는 사실에서 알 수 있듯이 빈곤 정신질환자의 문제이다. 문제를 이렇게 본다면 이들의 사회복귀를 위해서는 지역사회정신보건센터가 시급한 것이 아니라 간병수당(혹은 생활수당)과 거주시설(혹은 그룹홈)이 시급하다. 가족이 있는 사람들은 간병수당을 주어서 우선적으로 가족이 보호하도록 노력하며, 가족이 없는 사람들은 거주시설로 돌려보내고 사회복지시설이든 지역사회정신건강센터는 이들을 돌볼 수 있도록 하자는 것이다. 더 이상 나아질 것이 없는 사람들에게 의료보호비용으로 소모되는 비용을 이쪽으로 돌린다면 정부입장에서도 예산상 이득을 볼 것이다. 이들이 돌아와야만 지역사회정신보건센터도 충분한 일거리가 생길 것이다.

결론적으로 정신질환자 거주시설에 대한 우선적 지원 규정과 간병수당의 신설을 제안한다.

의료 기록		
98 2/26	A5-1	7.

52. 전국 국립정신병원관련

- 1) 재정적자 원인 및 대책
- 2) 인권침해사례 및 근절대책 ('94-'95.8)
- 3) 병원운영에 대한 분석평가서, 향후 개선 문제와 관련한 보고서
- 4) 입원화자중 재입원환자 비율 ('90-'95.9)
- 5) 환자보관금 관리실태와 대책, 입원보증금 수납여부
- 6) 환자에 대한 직업재활 교육실태 및 계획
- 7) 불용예산발생 사유 및 대책, 미수금 처리방안

1) 재정적자 원인 및 대책

- 국립정신병원의 입원진료수가는 국립정신병원 운영규칙 (보건복지부령)에 의거 입원실료와 진료비, 식대 등을 포함하여 1일 5,200원으로 규정하고 있음.
- 이는 의료보험 요양급여 기준(보건복지부 고시)에서 정하고 있는 민간정신병원 평균 진료비의 20-25% 수준임 .
- 한편 국립정신병원의 '94년도 운영실적을 보면 총 세입액은 총지출액의 29%에 불과하여 이중 진료비에 따른 요인이 큰 비중을 차지하고 있음.
- 앞으로 국립정신병원의 진료수가 체계를 신중히 검토하여 국립정신병원 운영 규칙 개정등 제도적 보완과 함께 국립정신병원의 건전한 운영을 위하여 적극 노력하겠음.

52. 전국 국립정신병원 관련

1) 재정적자 원인 및 대책

2) 인권침해사례 및 근절대책 ('94 ~ '95.8)

○ 해당 없음.

3) 병원운영에 대한 분석평가서, 향후 개선문제와 관련한 보고서

4) 입원환자중 재입원환자 비율 ('90 ~ '95.8)

[단위 : 명]

구 분	계	첫 회 입 원		재 입 원		비 고
		환자 수	%	환자 수	%	
계	11,539	6,216	53.9	5,323	46.1	
'90	1,978	1,078	54.5	900	45.5	
'91	2,136	1,178	55.1	958	44.9	
'92	2,338	1,230	52.6	1,108	47.4	
'93	1,968	1,003	51.0	965	49.0	
'94	1,917	1,031	53.8	886	46.2	
'95 (8월 말 현재)	1,202	696	57.9	506	42.1	

5) 환자보관금 관리실태와 대책, 입원보증금 수납여부

○ 환자보관금 관리실태

- 국립정신병원 운영규칙 제11조에 의해 수납된 환자의 보관금(1개월 선납 입원비와 입원보증금)은 은행마감시간 전에 수납될 경우 정부보관금취급규칙 제4조제2항에 의거 수납당일 한국은행 국고대리점에 예탁하고 은행마감시간 후에 수납될 경우 동규칙 제4조제3항에 의거 견고한 용기인 금고에 보관한 후 익일 한국은행 국고대리점에 예치
- 예치된 보관금은 국립정신병원운영규칙 제9조에 의거 환자 퇴원시마다 또는 매월 말일에 입원비를 계산하여 해당금액을 인출하여 즉시 한국은행 국고계좌로 세입조치하고 퇴원환자에게는 퇴원당일 보관금에서 해당입원비를 공제한 금액을 인출하여 반환

○ 관리대책

- 현행대로 관리

○ 입원보증금 수납여부

- 국립정신병원운영규칙 제11조제1항에 의거 입원보증금을 수납하고 있음.

6) 환자에 대한 직업재활교육실태 및 계획

- 우리원에는 아직 전문적인 직업재활시설이 전무한 상태여서 직업재활교육을 실시하지 못하고 있는 상황임.
- 정신장애인들의 직업적인 능력을 최대한 개발하여 직업적으로 정착되기까지 지속적이고 통합적인 서비스를 제공하여 완전한 사회복귀와 능동적인 사회참여를 돕는 과정을 총 망라하는 전문적인 직업재활시설을 갖추는데는 많은 예산이 소요되기 때문에 우리원의 일방적인 계획조차 세우지 못하고 있는 실정임.
- 다만, 직업재활치료의 전단계로서 활동치료(음악, 문예, 서예, 미술, 영화, 레크리에이션, 시청각교육, 독서, 체육등), 작업치료(재봉, 수예, 공예, 지점토, 요리, 원예, 동물사육, 도자기등), 심리극 그리고 사회기술훈련(찾집운영)이 부분적으로 실시되고 있음.

7) 불용예산발생 사유 및 대책, 미수금처리방안

○ 불용예산발생 사유 및 대책

[단위 : 천원]

과 목	예산현액	집행액	불용액	불용사유 및 대책
1813 국립서울정신병원	11,736,658	11,653,555	83,103	
101 (기본급)	3,903,125	3,891,707	11,418	정원 및 기준호봉미달
102 (수당)	1,444,336	1,440,546	3,790	"
103 (비정규직 보수)	504,286	502,901	1,385	정원미달
201 (관서운영비)	1,331,524	1,322,732	8,792	집행잔액
202 (여비)	22,144	22,144	0	
204 (업무추진비)	157,128	150,592	6,536	정원미달
205 (복리후생비)	963,906	947,787	16,119	정원 및 기준호봉미달
206 (연구개발비)	129,600	129,600	0	
304 (민간경상 이전)	778,456	752,235	26,221	낙찰차액(환자부식구매등)
402 (실시설계비)	7,328	2,358	4,970	집행잔액
404 (시설비)	2,135,003	2,135,003	0	
405 (감리비)	64,010	60,270	3,740	집행잔액
407 (자산취득비)	295,812	295,680	132	"

※ 예산현액 중 '95년도 이월액 1,085,054천원(404목,시설비) 제외

○ 미수금 처리방안

- 진료에 따른 미수금이 발생되면 익월 말일까지 해당 진료비 지급처에 진료비 청구를 하고 수진자의 의료보험, 보호자격과 관련하여 본인 환수금이 발생될 경우 환자 보호자에게 즉시 통보하여 납부토록 하며, 의료보호 미수금, 감정미수금등 지급기관의 예산과 관련하여 진료비 지급이 지연되는 건에 대해선 해당기관에 지급 독촉을 하는 등 미수금 처리에 최대한의 노력을 경주

나주정신병원

국정감사자료

1. 재정적자 원인 및 대책

2. 인권 침해사례 및 근절대책

- 0. 침해사례 - 없음
- 0. 근절대책 - 병동근무자의 지속적인 교육 실시등으로 사고를 미연에 방지.

3. 병원 운영에 대한 분석평가 및 향후개선문제

0. '94 주요업적 및 분석

구분 사업별		단 위	계 획		실 적		진도율(%)	
			사업량(A)	금액(B)	사업량(C)	금액(D)	C/A	D/B
계				5,340		4,998		93.6
환자 진료	입원연인원	명	184,179	918	187,872	879	102.0	95.8
	외래실인원		20,930		21,173		101.2	
연구개발		건	35	79	29	63	82.9	79.7
시설장비보강		층	15	74	15	74	100.0	100.0
행정지원 및 기타				4,269		3,982		93.3

- 정신질환자의 효율적 관리에 만전을 기하고 노후시설 개·보수공사, 노후장비 교체 및 보강등으로 환자진료 지원에 최선의 노력을 다하였으나 의료인력 미확보(9명)

행정지원 및 기타 연구개발(임상연구) 실적 다소 부진.

- 임상연구 28건 완료 - 국민정신보건, 정신의학 및 진료기술수준 향상에 기여.
- 국립소록도병원 진료지원으로 나환자들의 정신보건 향상에 기여.
- 전문의료인력 양성에 노력(정신과 전공의 12명수련, 간호학생 임상실습 367명)

0. 향후개선 문제

의료인력의 원활한 확보를 위해서는 국가차원의 제도적 개선 (축락의 제도, 복리후생 제도 보완등)과 전공의 확보를 위한 예산지원이 필요함과 더불어 공중보건외사의 우선 배정이 요망됨.

4. 입원환자중 재입원환자 비율(90-95.9)

년 도	입원환자	재입원환자	비 율	비 고
'90	1,427명	588명	41.2%	
'91	1,552	650	41.9	
'92	1,463	653	44.6	
'93	1,701	771	45.3	
'94	1,748	786	45.0	
'95.9	1,107	550	49.7	

5. 환자보관금 관리실태와 대책

- 0. 국고에 예치하여 관리하고 있으며 매월말 보관금중 당월 입원비를 세입처리 하고 있음.
- 0. 입원보증금 수납여부
입원시 1개월 입원비를 입원보증금으로 수납(제일은행 국고에 예치)하고 있음.
(국립정신병원 운영규칙 제11조, 보건복지부령 제916호)

6. 환자에 대한 직업재활교육 실태 및 계획

- 0. 외래환자 취업 알선 ('95년 6명)
- 0. 입원환자 재활작업
 - 면장갑 비닐봉지 넣기, 내의 마무리작업, 대나무 뜻자리 연결작업, 대나무 방석 끼우기, 화뿔단지 작업등 알선.

7 '94세출예산 불용예산사유 및 대책

과 목	불용액	불용사유	대책
330	97,121,590		
331	97,121,590		
1800	92,318,140		
1814	92,318,140		
101	7,824,260	0.정원 및 기준호봉미달 -정원미달 9명(4급 7, 5급 1 7급 1) -기준호봉미달 128명(3급 1, 4급 2, 5급 8, 6급 8, 7급 15 8급 26, 9급 2, 10등급 66)	0.당시 정원미달 9명 중 현 재는 4급 6명(의사)이 결원중이며, 현재 결원 인 의료인력확보를 위한 방안을 강구중임
102	8,330,470	0.정원 및 기준호봉 미달 -장기근속수당(5-9호)지급인원 17명 미달	
103	3,799,540	0.정원미달(3,139,340) -전공의1년차 4명(2개월간) 0.집행잔액(660,200)	
201	1,071,950	0.집행잔액	
204	12,160,350	0.정원미달 8명(4급 7, 5급 1)	
205	29,723,190	0.정원 및 기준호봉 미달 (현원이 정원상 직급보다 낮은 직급으로 구성됨)	
206	15,805,000	0.정원미달 8명 (의사 4급 7, 5급 1)	
304	13,596,220	0.집행잔액(낙찰차액)	
404	2,780	0.집행잔액	
407	4,380	0.집행잔액	
1600	4,803,450		
1611	4,803,450		
103	4,803,450	0.집행잔액	

8. 미수금처리 방안

의료보험, 의료보호(입원, 외래)환자에 대한 청구액(미수금)을 해당기관의 심사결과에 의해 지급 받아 세입처리하고 있음.

1. 재정적자원인 및 대책

2. 인권침해사태 및 근절 대책(94. 95. 6.)

현재 부곡정신병원에서의 94년도 이래 환자인권침해 상황은 발생하지 않고 있으나, 중증의 정신질환자 약 400명을 폐쇄 병동에 입원하고 있으므로 예상가능한 인권침해사태를 예견하여 근무기강확립을 위한 자체교육을 강화하고 기타사고 방지물 위한 환자관리에 철저를 기함은 물론 간부회의, 진로순회, 야간 간호감독등을 실시하는등 제반사고예방에 만전을 기하고 있습니다.

4. 입원환자 중 재입원 환자 비율(90. ~ 95. 9.)

비율	년도	90년	91년	92년	93년	94년	95년
총입원자수(명)		851	1002	1159	1162	1741	654
재입원환자수(명)		408	481	487	535	749	268
재입원율(%)		48	48	42	46	43	41

5. 환자보관금 관리실태와 대책 입원보증금 수납여부

- 0. 국립부곡정신병원에서는 약400여명의 환자에게 1인당 평균 2만5천원 정도 총액 10,387,790 원(95. 8. 31현재)을 환자보관금으로 예탁받아 환자의 간식 및 기타 잡비등 예치금 취지에 맞게 사용되어지도록 하기 위하여 1인의 전담직원을 두고 있으며 금전취급에 있어 발생할지도 모를 부정이나 비리의 발생예방을 위하여 철저한 영수증 발급 정리와 매일 결재보고 수시확인 점검 대조등 보관금 관리에 만전을 기하고 있으며,
- 0. 입원 보증금 수납여부는 의료보험환자의 경우 입원환자에 대하여는 의료보험법 제29조 제3항 및 제31조 제2항의 규정에 의한 요양급여기준의 규정에 의거 입원보증금을 징수 할 수 없도록 되어 있으나(보건사회부 고시 제1983-12호) 국립정신병원 규칙(보건사회부령 제916호) 제11조 제1항의 규정(입원보증금 및 입원료납부)에 의거 현재 선납 예치하고 있으며 현재 주부과인 질병관리과에서 서로 상충되는 상기 두조항의 조정작업을 하고 있습니다.

6. 환자에 대한 직업재활교육 실태 및 계획

전국의 정신질환자중 입원을 요하는 정신질환자는 약40만명이며 전국의 정신병원의 입원실은 약4만병상으로 극히 부족한 병상수와 총환자중 90%에 달하는 환자수가 입원해택을 기다리고 있으며, 특히 국립정신병원의 경우 입원해택을 기다리는 많은 대기자의 수를 고려한 경우 입원 환자의 입원기간은 치료감호소등의 기관과는 달리 입원기간이 평균 6개월 입원기간 이내이므로 짧은 입원기간동안 무리한 직업재활교육으로 초래할지도 모를 사고들을 고려하여 기타의 복지활동에 주력하고 있으며 향후 단계적으로 직업재활에도 계획을 세울 예정입니다.

7. 불용예산 발생 사유 및 대책, 미수금 처리방안

- 불용예산 발생사유

- 0 의료인력 결원(의사 13명중 10명 결원) 및 개원 8년정도되어 기준호봉에 미달
- 0 인건비 예산이 전체예산56%이상 차지

- 대책

의료인력 확보를 위하여 순환보직제, 인사상의 해택, 직급조정, 력지수당제공등의 다양한 유인책 요구

- 미수금 처리방안

현재 부국정신병원의 미수금은 92년도 2,470천원, 93년도 1,113천원 94년 8,413천원 95년 368,634천원므로 미수사유는 약제사간 보험미자격자의 진료로 본인에게 환수, 보험청구 금액중 단수액삭감등과 현재 청구심사중인 금액이므로 환수고지, 직접환수 및 징수액조정등으로 미수금관리에 만전을 기하는 중입니다.

2. 전국 국립정신병원 관련

1) 재정적자 원인 및 대책

2) 인권침해사례 및 근절대책(94-95. 8)

○ 해당사항 없음.

3) 병원운영에 대한 분석평가서, 향후 개선문제와 관련한 보고서

가. 병원운영에 대한 분석 평가

○ 진료 실적 현황 ('94년)

외래환자 실인원	4,129 명
입원환자 요인원	98,870 명
퇴원환자 실인원	633 명
병상가동률	68 %

○ 수입, 세출 현황 ('94년)

(단위 : 천원)

세 입 액	630,272
세 출 액	3,310,184
차 액	- 2,679,912

○ 인력 현황

('95. 9월 현재)

인원	계	별정직	의무직	현정직	사회복지	약무직	보건직	간호직	전기직	기능직
정원	133	3	9	9	1	2	4	34	1	70
현원	130	3	8	9	1	2	2	34	1	70
과부족	-3	-	-1	-	-	-	-2	-	-	-

나. 향후 개선 문제와 관련한 보고

- 허가 병상수는 400병상이나 1개 병동이 가동을 하고 있지 않아 실제 가동 병상수는 304병상이므로, 추후 의료인력의 총원 등으로 비가동중인 1개 병동을 가동한다면 진료실적의 향상이 예상된다.
- 입원환자에 대하여 포괄수가로 적용하는 1일 5,200원의 입원비는 현 의료보험수가와 비교해 볼 때 현실적으로 너무 낮은 수가이므로 향후 국립정신병원 설립취지와 의료보험 현실 등을 고려한 개선이 필요하다.
- 당 병원의 정원 133명이고 현재 인원은 130명으로 3명의 결원이 있으나, 차후 총원 예정임.

4) 입원환자중 재입원환자 비율(90-95. 9)

('95. 9월 현재)

입원환자(명)	재입원환자(명)	비율(%)
283	129	45.6

5) 환자보관금 관리실태와 대책, 입원보증금 수납여부

가. 환자보관금 관리실태

- 환자의 보관금은 환자가 입원시 보호자와 간호사의 확인하에 영수증 발급 후 병동통장에 입금.
- 보관금 지출시 금전출납부에 기록하고 매월 간호과장의 결재를 받으며, 퇴원시 보관금 잔액 및 영수증을 보호자에게 반환함.

나. 대책

- 당 병원의 특성상 정신질환자의 치료기관이므로 간호사가 맡아 관리하는 것이 효율적. 안정적이고 병원위치가 시내와 멀리 떨어져 있어 보호자의 편리성을 제고하기 위해 현행 방법으로 계속 운영.

다. 입원보증금 수납여부

- 입원 보증금 수납하고 있음.

6) 환자에 대한 직업재활 교육실태 및 계획

- 해당사항 없음.

7) 불용예산발생 사유 및 대책, 미수금처리 방안

가. 불용예산발생 사유 및 대책 ('94년도 세출예산 결산분)

(단위:원)

과목	불용액	불용발생사유	대책
장 330 관 331 1800 1816	281,465,150		
101	38,965,570	정원미달유영 및 직급, 호봉 미달유영	○ 정원 충원
102	13,938,450		○
103	4,500,360	레지던트 1년 차급액 3월부터 지급 2개월 미지급분	○ 회계년도개시 1월중 채용 예산의 적정 집행
201	76,701,750	건물화재보험료, 연료비 등의 예산절감, 병상가동 불미달유영 등 집행잔액	○ 보험대상을 추가가입, 병상가동율 100%운영 등 최정예산절감배정 억제
202	53,660	집행잔액	○ 예산의 합리적 집행
204	13,649,110	정원미달과 직급미달 유영 및 집행잔액	○ 정원 충원
205	53,595,980	정원미달유영 및 직급, 호봉 미달유영	○
206	4,179,700	민선연구인력 미달유영	○ 수련의 연구인력 충원
304	73,963,290	병상가동율 미달유영	○ 병상가동율 100%운영
404	1,721,000	과감 차액	○ 적정 집행
407	196,280	집행 잔액	○
합 계	281,465,150		

나. 미수금 처리방안

해당사항 없음

53. 국립서울정신병원 관련

1) 법인 및 시설현황

○ 부 지 : 45,987m² (13,911평)

○ 건 물 : 24,037m² (18동 : 7,271평)

- 외래진료소 : 1,889m² (571평)

- 본 관 : 12,797m² (3,871평)

- 신 관 : 5,286m² (1,599평)

- 결핵 및 소아병동 : 686m² (208평)

- 부속건물 : 3,379m² (14동 : 1,022평)

○ 병 상 : 900병상

○ 기 숙 사 : 80침상

- 남 자 용 : 40침상

- 여 자 용 : 40침상

2) '95년도 업무추진실적

○ 예 산

- 세 입

<'95. 8.31 현재>

(단위 : 백만원)

구 분	'95 목표액	실 적	비 율 (%)	비 고
계	3,232	1,983	61.4	
입 원 료	2,638	1,210		
외 래 진 료 비	569	770		
기 타 수 입	25	3		

- 세 출

(단위 : 백만원)

구 분	'95 예 산	집행액	비율 (%)	비 고
계	10,807	6,976	64.6	
○ 인 건 비	5,283	3,567	67.5	
○ 운 영 비	2,503	1,558	62.2	
○ 사 업 비	3,021	1,851	61.3	

※ 註 : '95예산 및 집행액 중 전년도 아월액 1,085백만원(사업비)은 제외

○ 주요사업추진실적

<'95.8.31 현재>

사업명	구분	계 획	실 적	비율 (%)	비 고
○ 환 자 진 료		延 414,200명	延 245,584명	59.3	
- 입 원		339,450	201,459		
- 외 래		74,750	44,125		
○ 교 육 및 조 사 연 구					
- 의 료 요 원 교 육		465명	250명	53.7	
- 임 상 조 사 연 구		45과제			연구중
○ 시 설 및 장 비 보 강		7건	5건		
- 시 설 건 축		1			
- 일 반 시 설 투 자		4	4		
- 장 비 보 강		2	1		

3) '96년도 업무추진계획

○ 예 산

- 세 입

(단위 : 백만원)

구 분	'95 목표액 (A)	'96 계 획 (B)	비 율 (%) (B/A)	비 고
계	3,232	4,330	134.0	
입 원 료	3,207	3,453		
의 래 진 료 비	569	860		
기 타 수 입	25	17		

- 세 출

(단위 : 백만원)

구 분	'95 예 산	'96 계 획	비 율 (%)	비 고
계	10,807	-		
○ 인 건 비	6,565	미정		
○ 운 영 비	963	"		
○ 사 업 비	3,279	3,467		

○ 주요사업추진계획

사업명	구 분	계 획	실 적	비 고	
				비율 (%)	
○ 환 자 진 료		延 380,005명	延		
- 입 원		305,505			
- 외 래		74,500			
○ 교 육 및 조 사 연 구					
- 의 료 요 원 교 육		465명			
- 임 상 조 사 연 구		45과제			
○ 시 설 및 장 비 보 강		11건			
- 일 반 시 설 투 자		7			
- 장 비 보 강		2			

4) 93 ~ 95.9월 병원 운영자금내역서

(단위 : 백만원)

구 분	'93년도			'94년도			'95.8월말 현재		
	예 산 현 액	집행액	%	예 산 현 액	집행액	%	예 산 현 액	집행액	%
계	10,492	10,411	99.2	11,737	11,654	99.3	11,892	8,061	67.8
o 인건비	4,780	4,592		5,202	5,170		5,283	3,567	
o 운영비	1,591	1,547		1,917	1,895		2,503	1,558	
o 사업비	4,121	4,272		4,618	4,589		4,106	2,936	

※ 예산현액 중 다음년도 이월액 ['93년도 : 1,262백만원] 은 제외 함.
 '94년도 : 1,085 "