



OECD 보건의료정책 연구

정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대

정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용



OECD 보건 의료 정책 연구

정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대

정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용

번역의 질과 원본과의 일치 여부는 OECD 대한민국 정책센터의 책임사항이며,
원본과 한국어판 사이에 불일치하는 부분이 있을 경우에는 원본이 우선합니다.



OECD Korea Policy Centre

이 보고서는 OECD 사무총장의 책임 하에 출판되었습니다. 이 보고서에 들어있는 의견이나 주장에 OECD 또는 OECD 회원국 정부의 공식적인 견해가 반영된 것은 아님을 밝힙니다.

이 문서와 여기에 포함된 지도는 영토, 도시 또는 지역의 이름, 국경 및 경계, 영토의 주권이나 그 지위에 불이익을 주지 않습니다.

이스라엘 통계자료는 해당 이스라엘 당국이 제공했습니다. OECD가 이스라엘 당국이 제공한 자료를 이용하는 것은 국제법에 따른 골란고원, 동예루살렘, 웨스트뱅크 이스라엘 정착촌의 지위에 영향을 주지 않습니다.

표지: © iStockphoto.com/godfriedEdelman; © vladis_studio/Shutterstock.com; © alexander lukin/Shutterstock.com; © graphixmania/Shutterstock.com; © leremy/Shutterstock.com; © iStockphoto.com/alex Belomlinsky

이 출판물의 원본은 아래와 같은 제목으로 영문으로 발간되었습니다.

Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care
이 영문원본의 저작권은 2014년 영문원본을 출판한 OECD에 있습니다. 이 보고서의 한국어판은 OECD와 공식적인 합의 과정을 거쳐 발간한 것으로 그 저작권은 OECD 대한민국 정책센터에 있습니다.

한국어판 서문

OECD 대한민국 정책센터(www.oecdkorea.org)는 OECD와 대한민국 정부 간에 양해각서(MOU)를 체결하여 설립된 국제협력기구로서 OECD의 정책경험과 주요 관심사를 아시아·태평양 지역 비회원국과 공유하고 이를 전파하는 역할을 수행하고 있습니다.

OECD 대한민국 정책센터에서 보건 의료, 사회복지, 연금 등 사회정책 분야를 담당하고 있는 사회정책분부는 OECD에서 발간한 주요 자료를 선별하여 한국어판으로 번역하여 보급하고 있습니다.

이 보고서는 2014년 OECD에서 발간한 “Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care”를 번역한 것으로, 정신질환은 개인과 가족뿐만 아니라 한 나라의 사회와 보건 의료제도, 더 나아가 경제에 상당한 부담이 되고 있으므로 이로 인한 사회, 경제적 비용을 줄이기 위해서는 우선 정신보건의료가 중요하다는 점을 인식하고 이를 강화하려는 노력이 뒤따라야 한다는 내용과 함께 여러 가지 정책적인 제안도 들어 있습니다.

이번 한국어판 발간을 위해 사회정책본부 정은영 부분부장, 김현우 연구원이 수고해주었고, 서울대학교의과대학 김윤 교수님이 감수를 해주셨습니다.

정신보건의료의 중요성을 알리고 정신질환의 사회, 경제적 비용을 줄이려면 정신보건의료제도를 어떻게 강화해야 하는지에 대한 연구와 정책개발에 이 한국어판이 많이 활용되기를 바랍니다.

2015년 12월

OECD 대한민국 정책센터 사회정책본부장 이석규

서문

정신질환은 개인, 가족, 사회, 보건의료제도 및 경제에 큰 부담을 준다. 하지만 여전히 보건의료정책에서 정신보건의료를 등한시하는 국가가 매우 많다. 이러한 상황을 용인해서는 안 된다. 정신건강 관리를 간과한 데 따르는 사회, 경제적 비용은 매우 크다. 따라서 정신보건의료의 중요성을 인식시키기 위한 더 많은 노력이 필요하다.

『정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대』 (Making Mental Health Count)는 OECD 국가의 정신건강, 정신질환, 정신보건의료제도를 살펴보면서 양질의 정신보건의료를 보장하기 위해서는 아직 갈 길이 멀다는 점을 강조한다. 현재 정신보건의료의 질과 성과에 대한 지표 개발이 서서히 진행되고 있으며, 새로운 지불제도에서는 일차진료 단계에서 진료조정을 장려하고 있다. 환자 요구와 보건의료 모형의 변화에 맞추어 보건의료인력의 유연성과 대응성도 좋아지고 있다. 경증 및 중등도 질환의 관리와 예방에 더 많은 관심을 기울이는 것이 비용 대비 높은 가치를 가져다준다는 점도 입증되고 있다. 그러나 정신보건의료 서비스 질에 대한 평가 개선, 보다 통합적인 서비스를 보상해주는 인센티브 마련, 정신보건의료 서비스 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 인력 개발 등 정신건강문제를 안고 있는 사람들을 위한 서비스 개선에 더 많은 노력이 필요하다.

이 보고서는 OECD가 2010년에서 2013년 사이 실시한 프로젝트의 결과물이다. 이 보고서는 37개 국을 대상으로 한 실태조사와 정책 설문조사 등 정량적, 정성적 방법을 사용하여 더 나은 정신보건의료 제공 및 더욱 탄탄한 정신보건의료제도 수립을 지원할 수 있는 핵심 정책과 전략을 제시하고 있다. 이 보고서는 유용한 국가 사례를 강조하기는 했지만 국가 간 비교 가능한 자료가 부족하고 정신보건의료의 다차원적인 자료와 경험적 근거가 부족하다는 점에 유의할 것을 당부한다. 『정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대』 보고서는 OECD 국가들의 정신보건의료 현황을 더 잘 이해하기 위해 정신보건의료의 비용, 결과, 질에 대한 자료 개선에 투자해야 한다는 점을 강력히 주장한다. 정책결정자와 의사는 더 많은 정보, 근거기반 서비스, 조정된 진료, 좋은 결과에 대한 인센티브 등 정신보건의료 개선을 위해 무엇이 필요한지 인지하고 있는 경우가 많다. 그러나 이들을 가로막는 장애물은 부족한 자원과 잘못된 우선순위 설정이다. 이러한 상황을 계속 용인하기에는 우리 경제와 사회가 부담해야 하는 비용이 너무 많다.

감사의 글

이 보고서는 OECD가 수행한 작업 및 OECD 사무국, OECD 국가의 정부대표, 전문가가 합심하여 노력한 결과물이다. 이 보고서는 마이클 보로위츠(Michael Borowitz, 현재 Global Fund에 종사)가 OECD에 근무할 때 처음 구상한 프로젝트의 일부로서 에밀리 휴렛(Emily Hewlett, OECD)과 발레리 모란(Valerie Moran, 요크 대학, 이전에 OECD 근무)이 계획하고, 알랜 디에너(Alan Diener), 알레시아 포티(Alessia Forti), 에밀리 휴렛(Emily Hewlett), 발레리 모란(Valerie Moran), 데이비드 모건(David Morgan)이 작성했다. 또한 프란체스카 콜롬보(Francesca Colombo)와 마크 피어슨(Mark Pearson)의 소중한 의견과 제안도 반영했다.

이 보고서의 저자는 OECD 보건의료위원회(OECD Health Committee), 설문조사와 자료요청, 인터뷰에 응해주고 회의에 참석해준 각국 전문가들에게 감사를 표한다. 프란 실베스트리(Fran Silvestri)를 포함한 국제 전문가, 국제 정신보건의료 리더십 이니셔티브에서 근무하는 동료들, WHO 유럽 지역사무소의 매티츠 뮈이젠(Matthijs Muijen)과 해롤드 핀커스(Harold Pincus)에게 특별한 감사의 말을 전한다. 또한 비드하 알라케슨(Vidhya Alakeson), 조르디 알론소(Jordi Alonso), JM 칼다스 드 알메이다(JM Caldas de Almeida), 산드라 가르시아 아네스토(Sandra Garcia Arnesto), 체릴 캐신(Cheryl Cashin), Y링 치(Y-Ling Chi), 다니엘 치솔름(Daniel Chisholm, WHO), 리차드 프랭크(Richard Frank), 셰리 글리드(Sherry Glied), 마누엘 고메즈(Manuel Gomez), 엘리자베스 굿번(Elizabeth Goodburn), 로웨나 제이콥스(Rowena Jacobs), 레이첼 젠킨스(Rachel Jenkins), 마틴 크넵(Martin Knapp), 지르키 코케일라(Jyrki Korkeila), 비비안 코베스(Viviane Kovess), 나와프 마디(Nawaf Madi), 마리오 마즈(Mario Maj), 얀 마인츠(Jan Mainz), 질 맨소프(Jill Manthorpe), 데이비드 맥테이드(David McDaid), 호워드 멜처(Howard Meltzer), 수잔 오코너(Susan O'Connor), 루이스 살바도르(Luis Salvador), 카룰라(Carulla), 쉬카 색세나(Shekhar Saxena, WHO), 리차드 쉘플러(Richard Scheffler), 주르겐 쉘프틀레인(Jurgen Scheftlein, 집행위원회의 보건의료 및 소비자 보호 총국), 엘리엇 소렐(Eliot Sorel), 브리기타 스파에스 루블리(Brigitta Spaeth-Rublee), 비나 랄레이(Veena Raleigh), 크리스티안 왈벡(Kristian Wahlbeck), 하비 화이트포드(Harvey Whiteford)에게도 감사의 말을 전한다.

안네 두란드(Anne Durand), 이안 포드(Ian Forde), 리이 후지사와(Rie Fujisawa), 안킷 쿠마(Ankit Kumar), 가에탄 라포춘(Gaetan Lafortune), 파울리나 파타나(Pauliina Patana), 크리스 프린츠(Chris Prinz), 프랑코 사시(Franco Sassi), 마이클 쇼엔스테인(Michael Schoenstein), 슈루티 싱(Shruti Singh) 등 OECD의 많은 동료들이 이 보고서 준비에 도움을 주었다. 이 보고서를 출판하기까지 행정적 지원을 해준 안나 어빈 시갈(Anna Irvin Sigal)과 주디 진네만(Judy Zinneman), 편집을 맡아준 마를렌 모히에르(Marlene Mohier), 나탈리 비엔베누(Nathalie Bienvenu)에게도 감사의 말을 전한다.

목차

약어	13
요약	17
평가 및 권고사항	19
제1장. 정신질환 비용	33
1.1. 서론	34
1.2. 정신질환 비용에 대한 전반적인 이해	35
1.3. OECD 국가의 보건의료관련 지출 중 상당한 비율을 차지하는 정신보건의료	37
1.4. 정신질환의 무형비용 산정과 인적비용 추산	48
1.5. 결론	49
주석	51
참고문헌	51
제2장. 경증 및 중등도 정신질환에 대한 더 나은 진료	55
2.1. 서론	56
2.2. OECD 국가의 경증 및 중등도 정신질환 부담	56
2.3. OECD 국가의 경증 및 중등도 정신질환 치료	62
2.4. 일차진료의 역할 강화	67
2.5. 경증 및 중등도 정신질환에 대한 새로운 개입으로 비용 대비 효과 향상	79
2.6. 결론	89
참고문헌	90
제3장. 중증 정신질환자를 위한 조직, 지불, 진료의 통합성 개선	99
3.1. 서론	100
3.2. 중증 정신질환 및 신체질환을 동반한 중증 정신질환의 높은 부담	100
3.3. 중증 정신질환자를 위한 정신보건의료 조직 및 제공	104
3.4. 중증 정신질환 치료를 위한 지불제도	120
3.5. 중증 정신질환자의 고용 및 직업재활	127
3.6. 결론	130
주석	130
참고문헌	131
부록 3A1. 정신보건의료 시설 및 지역사회팀 정의	136

제4장. 정신보건의료의 질 평가 및 자료수집 개선	139
4.1. 서론	140
4.2. 정신질환의 역학적 부담: 유병률 및 서비스 필요에 대한 정보 수집을 위해 설문조사 및 사망률 지표 활용	140
4.3. 정신보건의료의 질 개선을 위한 정보격차 좁히기	146
4.4. 정신보건의료의 질과 진료결과 평가, 다른 질병 수준으로 향상되어야	152
4.5. 정신보건의료의 질 평가를 위한 OECD 보건의료 질 지표 작업	157
4.6. 정신보건의료의 질적 측면과 결과평가 및 기준화를 위한 국제적 추진활동	160
4.7. 개선을 위한 자료의 이용: 정신보건의료의 질 및 진료결과지표, 목표 및 기준 개발	164
4.8. 결론	175
주석	176
참고문헌	176
제5장. 정신보건의료제도의 성과 향상 위한 숙련된 인력개발	181
5.1. 서론	182
5.2. OECD 국가의 정신보건의료 인력구성	182
5.3. 정신보건의료 전문가의 교육 및 인증	188
5.4. 지속적인 전문성 교육 및 개발	192
5.5. 정신보건의료 전문가 부족	193
5.6. 변하는 정신보건의료의 인적자원 모형	197
5.7. 보건의료 서비스 이용자와 간병인을 정신보건의료 인력에 편입	201
5.8. 결론	204
참고문헌	205
부록 5.A1. 정신보건의료 전문인력 분류 정의	210
제6장. 더 나은 정신보건의료로 위한 올바른 관리	211
6.1. 서론	212
6.2. 정신보건의료제도의 핵심 리더십 과제	212
6.3. 정신보건의료 과제해결을 주도해야 할 주요 이해당사자	215
6.4. 정신보건의료제도 기능에 영향을 미칠 수 있는 입법	219
6.5. 전반적인 정신보건의료제도 개선: 변화를 계획 및 실행하기 위한 전략적 방향 설정	226
6.6. 수직적 프로그램을 이용한 정신보건의료제도의 격차 파악 및 해결	229
6.7. 결론	237
주석	238
참고문헌	238

표

1.1. 보건의료 제공자별 정신보건의료비	38
1.2. 핀란드 보건의료 서비스 비용 중 정신보건의료비, 2000-2010년	40
1.3. 보건의료비 중 주요 비전염성 질환 비율, 일부 국가	43
1.4. 정신질환의 직·간접비용: 일부 연구결과	44
1.5. 정신질환 비용: 결근, 프리젠테즘, 실업	46
2.1. 일차진료에서 정신질환 문제를 어떻게 다루고 있는가?	65
2.2. 일차진료 제공자가 전형적으로 조정 또는 처방하는 치료제	66
2.3. 정립된 치료지침 또는 진료지침을 준수하도록 하기 위해 일차진료 의사에게 의무를 부과하거나 인센티브를 제공해야 하는가?	74
2.4. 정신질환에 대한 일차진료 및 전문의 진료 간 연계	76
2.5. 정신치료와 인지행동치료의 이용가능성 및 보상	78
3.1. 일부 OECD 국가 일차진료 제공자의 중증 정신질환자 최초 치료제 처방률	105
3.2. 일차진료 제공자의 중증 정신질환 치료제 조정	107
3.3. 정신보건의료에서 일차진료 및 전문의 진료 간 공식 또는 비공식적 조정	108
3.4. 일부 OECD 국가의 지역사회 정신보건의료 서비스 일환으로 정기적으로 제공되는 서비스	111
3.5. 일부 OECD 국가의 근무시간외 전문의 진료 접근성	112
3.6. 전문의 정신보건의료 서비스 제공에 대한 보상은 어떻게 이루어지는가?	121
4.1. OECD 국가의 정신질환 유병률 파악도구	142
4.2. 일차진료 제공자의 정신질환자 기록기재 의무 유무	155
4.3. HCQI 정신보건의료패널이 제안한 정신보건의료 질 지표	158
4.4. 이용가능성별 추천 지표 순위	159
4.5. 포괄적 유럽 보건의료 모니터링 시스템에 포함된 정신보건의료 지표 목록	163
4.6. 일부 OECD 국가의 국가 및 지역 차원 정신보건의료 결과지표, 목표 및 기준 개발	165
4.7. 국가보건의료서비스(NHS) 결과 프레임워크의 정신보건의료 지표	167
4.8. 임상운영그룹 결과지표(CCG OIS)의 정신보건의료 지표	167
4.9. 보건의료 질 및 진료결과 프레임워크 2013-2014년에 포함된 우울증 및 정신보건의료 지표	168
4.10. 잉글랜드 정신보건의료 추천 및 추가 질 지표	169
4.11. 국가 보건의료 결과척도(HoNOS)의 항목, 구조 및 점수계산	170
4.12. 네덜란드의 결과, 안전, 고객만족 지표	171
5.1. 일차진료에서 정신보건의료 전문가의 이용가능성	187
5.2. 10만 명당 정신보건의료 전문가 신규졸업생, 2011년(또는 가용한 최근 자료)	188
5.3. 일부 OECD 국가의 전문가 인증	189

5.4. 일부 OECD 국가의 정신보건의료 전문가 교육요건 190

5.5. 정신전문의와 일반의 간 협력모형 198

6.1. OECD 국가의 정신보건의료 법적 프레임워크 220

6.2. 일부 OECD 국가의 비자발적 치료명령 기준 221

6.3. 일부 OECD 국가의 정신보건의료 전략 또는 계획에 포함된 영역 228

6.4. OECD 국가의 정신보건의료 프로그램 231

도표

1.1. 질병비용구성 36

1.2. 정신보건의료비, 캐나다(2007-2008년), 프랑스(2007년) 39

1.3. 정신보건의료비의 지출항목별 비율, 호주(1992/1993년-2010/2011년) 39

1.4. 정신보건의료비의 지출항목별 비율, 미국(1986-2005년) 40

1.5. 직접 서비스 투자의 분포, 영국(2002/2003년-2011/2012년) 41

1.6. 주요 진단분류별 병원입원비 비율, 2011년(또는 가용한 최근 자료) 42

1.7. 정신질환 하위분류별 급성 입원비 비율 42

1.8. 모든 인구집단에서 증가하는 프리젠테즘 45

1.9. 동반상병에 따른 소득대체급여 수급률 증가 47

1.10. 정신질환에 따른 장애급여 청구의 급증 48

2.1. 빈곤위험에 처한 정신질환자 59

2.2. 젊은이 4명 중 1명꼴로 정신질환 경험 60

2.3. 국가 간 정신전문의 진료를 받을 수 있는 기회의 현격한 차이 61

2.4. 항우울제 소비, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 62

2.5. 정신질환 진료 제공자 유형, 2010년, 일부 EU 국가 64

2.6. 우울증관련 협력진료의 비용효과성에 대한 8가지 연구 77

3.1. 10만 명당 정신진료 병상, 2011년 115

3.2. 일부 OECD 국가의 10만 명당 정신진료 병상, 1991-2011년 115

3.3. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 정신병상, 2010년 118

3.4. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 낮 치료 시설 119

3.5. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 지역사회 입소시설 119

4.1. 자살률 변화, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 145

4.2. 조현병으로 동일병원 재입원, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 147

4.3. 양극성 장애로 동일병원 재입원, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 148

4.4. 조현병 또는 양극성 장애 진단을 받은 입원환자 자살, 환자 100명당
연령(성별) 표준화율, 2000년, 2006년, 2011년(또는 가용한 최근 자료) 149

- 4.5. 조현병 또는 양극성 진단을 받은 환자 중 퇴원 이후 자살로 인한 사망, 환자 100명당
연령(성별) 표준화율, 2000년, 2006년, 2011년(또는 가용한 최근 자료) 150
- 4.6. 조현병으로 인한 초과사망, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 151
- 4.7. 양극성 장애로 인한 초과사망, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 152
- 4.8. 정신질환자가 겪는 상당한 고용차별 156
- 5.1. 10만 명당 정신전문의, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 183
- 5.2. 의사 중 정신전문의 비율, 2011년(또는 가용한 최근 자료) 184
- 5.3. 10만 명당 정신전문 간호사, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 185
- 5.4. 10만 명당 임상심리사, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료) 185

약어

ACT	Assertive Community Treatment, 적극적 지역사회기반 치료
ADHD	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, 주의력결핍 과잉행동장애
AMHP	Approved mental health professional, 공인 정신보건의로 전문인력
AMS	Aboriginal Medical Service, 원주민 의료서비스
APPN	Advanced Practice Psychiatric Nurse, 정신전문 간호사
ASPEN	Anti Stigma Programme European Network, 반(反)낙인 프로그램 유럽네트워크
ASW	Approved social worker, 공인 사회복지사
ATAPS	Access to Allied Psychological Services, 심리연계서비스 접근성
AUD	Australia dollar, 호주 달러
BKZ	Budgetair Kader Zorg (Netherlands), 보건의료예산(네덜란드)
CAD	Canadian dollar, 캐나다 달러
CBT	Cognitive Behavioural Therapy, 인지행동치료
CCG	Clinical commissioning groups, 임상운영그룹
CCG OIS	Clinical Commissioning Group Outcome Indicator Set, 임상운영그룹 결과지표
CIDI	Composite International Diagnostic Interview, 복합국제진단면담
CMD	Common mental disorder, 흔한 정신질환
CMHC	Community Mental Health Center, 지역사회 정신보건의료센터
CMHT	Community Mental Health Team, 지역사회 정신보건의료팀
COAG	Council of Australian Governments, 호주 정부협의회
CPD	Continuing professional development, 지속적인 전문성 개발
CPT	European Council for the Prevention of Torture, 유럽고문방지위원회
CQC	Care Quality Commission, 영국 보건의료질위원회
CRHT	Crisis Resolution/Home Treatment Team, 위기해결/가정치료팀
CRPD	UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN 장애인권리협약
CTO	Community Treatment Order, 지역사회 치료명령
CVD	Cardiovascular disease, 심혈관질환
CYP IAPT	Children and Young People Improving Access to Psychological Therapies, 아동 및 청소년 정신치료 접근성 개선
DALY	Disability adjusted life year, 장애보정수명
DBC	Diagnose Behandel Combinaties (Netherlands), 진단치료결합(네덜란드)
DRG	Diagnostic Related Group, 진단명 기준 환자군
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 정신질환의 진단 및 통계 매뉴얼
DTC	Diagnostic treatment combination, 진단치료결합

DUP	Duration of untreated psychosis, 정신병 증상 처음 발현 후 최초 치료까지 기간
EAP	Employee Assistance Programmes, 근로자 지원 프로그램
EI	Early intervention, 조기개입
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorder, 유럽 정신질환역학조사
EUFAMI	European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, 유럽 정신질환자 가족연맹
FFS	Fee for service, 행위별 수가제
FPS	Focused Psychological Strategies, 집중 심리전략
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights, EU 기본권 기구
FTE	Full-time equivalent, 전일제 근무
GAD	Generalised anxiety disorder, 범불안장애
GBP	Great Britain pound, 영국 파운드
GDP	Gross domestic product, 국내총생산
GHPU	General Hospital Psychiatric Unit, 종합병원 정신병동
GP	General practitioner, 일반의
HCQI	Health Care Quality Indicators, 보건의료 질 지표
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scale, 국가 보건의료 결과척도
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies, 정신치료 접근성 개선
IB	Individual budget, 개별예산
ICD	International Classification of Disease, 국제질병분류
ICM	Intensive Care Management, 집중사례관리
IEC	International Electrotechnical Commission, 국제전기기술위원회
IIMHL	International Initiative for Mental Health Leadership, 국제 정신보건의료 리더십 이니셔티브
IPF PPS	Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System, 정신입원시설 선지불제도
IPS	Individual Placement and Support, 개인고용지원
ISHMT	International Short List of Hospital Morbidity Tabulation, 국제간이병원질환표
ISO	International Organization for Standardization, 국제표준화기구
IT	Information technology, 정보기술
MAOI	Monoamine oxidase inhibitors, 모노아민 산화효소 억제제
MH-CASC	Mental Health Classification and Service Cost, 정신보건의료 분류 및 서비스 비용
MHCT	Mental Health Clustering Tool, 정신보건의료 클러스터링 도구
MHEEN	Mental Health Economics European Network, 정신보건의료 경제학 유럽네트워크
MHMDS	Mental Health Minimum Data Set, 정신보건의료 필수자료
MHNIP	Mental Health Nurse Incentive Programme (Australia), 정신전문 간호사 인센티브 프로그램(호주)
MHP	Mental health practitioner, 정신보건의료 전문가
NASMHPD	National Association of State Mental Health Program Directors, 주 정신보건의료 프로그램 관리자 전국연합

NCD	Non-communicable disease, 비전염성 질환
NGO	Non-governmental organizations, 비정부기구
NHS	National Health Service, 국가보건의료서비스
NICE	National Institute for Clinical Excellence, 국립임상의학원
NOCC	National Outcomes and Casemix Collection, 호주의 전국 진료결과와 환자구성 조사
NOMS	National Outcomes Measures, 국가성과지표
NZD	New Zealand dollar, 뉴질랜드 달러
 OCD	Obsessive compulsive disorder, 강박장애
PB	Personal budget, 개인예산
PCMHW	Primary care mental health worker, 일차진료 정신보건의료 종사자
PEPP	Consolidated Payment System for Psychiatry and Psychosomatics, 정신신체의학 통합지불제도
PICU	Psychiatric Intensive Care Unit, 정신중환자실
PYLL	Potential years of life lost, 잠재수명손실연수
QALY	Quality adjusted life year, 질보정 생존연수
QOF	Quality and Outcomes Framework (United Kingdom), 보건의료 질 및 진료결과 프레임워크(영국)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 약물남용 및 정신보건의료 서비스청
SARN	Summary of Assessments of Risk and Need, 위험 및 필요 평가요약
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire, 강점과 난점 설문
SE	Supported employment, 고용지원
SHA	System of Health Accounts, 보건의료계정체계
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement, 건강, 고령화, 은퇴에 대한 조사
SMI	Severe mental illness, 중증 정신질환
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제
STR	Support, Time and Recovery (United Kingdom), 지원, 시간, 회복(영국)
UFM	User Focused Monitoring, 이용자 집중 모니터링
UHR	Ultra-high risk, 초고위험
Wonca	World Organization of Family Doctors, 세계가정의학회
WPA	World Psychiatric Association, 세계정신의학회

요약

정신질환은 역학, 사회, 경제적으로 상당한 부담을 주지만, 대부분 보건의료제도에서 정신보건의료의 우선순위는 높지 않다. 현재 정신보건의료의 취약한 상태는 수용할 수 없는 수준이다. 정신보건의료의 중요성을 인식시키고, 정신질환으로 고통 받는 사람들의 삶을 개선하기 위해 더 많이 노력해야 한다. 정책결정자는 자원 및 정책 우선순위 측면에서 정신보건의료 요구 수준을 감안하여 정신보건医료를 중요하게 다루어야 한다.

지난 수십 년 동안 OECD 국가에서 정신보건의료제도의 전체적인 정책 방향은 정신질환자가 정신병원에서 벗어나 지역사회의 보살핌을 받는 방향으로 나아가는 “탈원화(deinstitutionalisation)”였다. 호주, 이탈리아, 미국, 영국, 노르웨이, 스웨덴 등 많은 국가가 정신보건医료를 정신병동이 아니라 지역사회에서 제공하는 체계로 전환하는 데 상당한 성공을 거두었지만 한국, 일본 등 일부 국가에서는 여전히 입원치료가 지배적이다. 이러한 변화에도 불구하고, 대부분 OECD 국가에서 정신질환 치료는 개선의 여지가 많다. 정책결정자는 지속적으로 병원과 지역사회기반 치료 간 올바른 균형을 맞추기 위해 노력하고 있다. 우울증 등 흔한 정신질환 서비스는 취약해서 제대로 제공되고 있지 않으며 정신질환 치료에 대한 미충족 필요(unmet need)도 여전히 높은 수준이다.

정신보건의료제도의 현황을 분명하게 그려내기는 어렵다. 특히 일차진료와 그밖에 지역사회기반 서비스를 비롯한 정신보건의료에 배분되는 자원을 신뢰할 수 있게 측정할 수 있는 국가가 거의 없으며, 이는 정부가 정신질환 비용을 완전히 수량화할 수 없다는 것을 의미한다. 질과 결과에 대한 포괄적인 자료의 부재는 다시 말해 정신보건의료제도의 성과를 완전하게 평가하지 못한다는 것을 의미한다. 그 결과는 취약한 정책으로 나타나는데, 이는 특히 기능을 향상시키고 더 나은 결과를 가져올 수 있는 우울증과 불안장애 등 경증 및 중등도 질환을 포함한 영역에 부족한 자원을 배분할 수 없음을 의미한다.

많은 국가가 공공예산 삭감과 어려운 재정환경에 봉착한 가운데 정신보건의료 서비스 제공에 큰 격차가 있음을 지적하는 보고서가 나온 것은 시의적절하지 못한 것처럼 보일 수도 있다. 그러나 경제가 어려운 시기에 정신질환 치료의 필요성은 더욱 강조된다. 지난 3년 동안 정신적 웰빙이 감소했다는 보고가 있다. 유로바로미터 조사(Eurobarometer Survey)에 따르면 유럽인은 2005-2006년보다 2010년에 “더욱 부정적인 감정을 느꼈다”고 보고했다. 그러나 치료되지 않은 정신질환이 경제 생산성에 미치는 영향을 더욱 중요하게 고려해야 한다. 정신질환은 노동시장 비용에 상당한 영향을 미친다. OECD 자료에 따르면 근로연령 인구 5명중 1명이 정신적 문제를 경험한 적이 있으며 그로 인해 고용전망, 생산성, 임금이 낮아졌다. 사회적으로 정신질환 비용이 높다는 것은 더 나은 서비스를 제공해야 한다는 것을 의미한다.

이렇게 암울한 상황에서도 몇몇 국가는 현대적이고, 질이 높고, 비용효과적인 정신보건의료제도

의 발전된 모습을 보여주고 있다. 호주, 스웨덴, 미국에서 정신보건의료의 질과 결과에 대한 지표가 점차 개발되고 있다. 잉글랜드와 네덜란드의 지불제도도 진료조정, 비용효과성, 진료 결과를 개선하는 방향으로 개혁되고 있다. 또한 많은 OECD 국가에서 변화하는 환자 요구와 진료 모형에 유연하게 대응하기 위해 인력 구성이 진화하고 있다. 경증 및 중등도 정신질환과 이를 방지하는 데 더 많은 주의를 기울이는 것이 비용 대비 효과를 높인다는 것이 입증되고 있다. 그러나 향후 더 많은 진전이 이루어져야 할 것이다.

핵심 지적사항과 권고사항

정신질환 부담은 매우 높다.

- 정신질환의 직접 및 간접비용은 매우 높으며 GDP의 4%이상을 차지하기도 한다.
- 정신질환은 사회적으로 미치는 영향이 크며 실업, 직장에서의 병가, 생산성 감소 등의 영향을 미친다.
- OECD 국가에서 평균적으로 경증 및 중등도 정신질환은 노동인구의 20%정도에 영향을 미치며 이들 중 상당수는 불안장애와 우울증 같은 치료가가능성이 높은 정신질환이다.
- 중증 정신질환을 앓고 있는 사람들은 그렇지 않은 사람에 비해 수명이 20년 단축되고, 실업률이 높으며, 더욱 빈곤하다.

정신건강 및 정신보건의료제도를 더 잘 평가할 필요가 있다.

- 인구의 정신건강과 정신보건의료제도의 개선은 정신의 웰빙과 정신질환 유병률에 대한 양질의 정보에 달려있다.
- 병원 외부에서 발생하는 지출을 국제적으로 비교할 수 있는 양질의 자료가 필요하다.

근거기반 치료가 강화되어야 한다.

- 정신치료 및 전자정신보건의료(eMental Health) 등 혁신적인 근거기반 치료의 증가는 경증 및 중등도 정신질환의 치료격차(treatment gap)¹⁾를 해결하는 데 도움이 될 것이다.
- 정신보건의료 지출의 경제적 효과는 생산성 증가 및 정신질환자가 다시 일터로 돌아가도록 한다는 점에서 비용효과적인 방법이 될 수 있다.
- 국가는 정신보건의료 분야에서 과거 또는 사회적 경향에 따르기보다는 치료 효과성을 바탕으로 어떤 서비스를 유지할 것인지 결정해야 한다.

일차진료 부문은 더 나은 정신보건疫료를 제공하는 데 큰 역할을 담당한다.

- 일차진료에서 경증 및 중등도 정신질환 진료는 일차진료 제공자의 훈련, 일차진료 및 전문의 서비스 간 협력강화, 일차진료에 적절한 임상지침 제공, 보건의료 제공 장려를 위한 재정적 인센티브 이용을 통해 강화해야 한다.
- 중증 정신질환을 더욱 통합적으로 진료하기 위해 일차진료를 위한 조정 역할을 강화하는 것이 OECD 국가가 나아가야 할 방향이다.

제공자 인센티브는 바람직한 결과에 맞게 제공되어야 한다.

- 정신보건疫료의 좋은 결과를 정의하기 위해 개념적 틀과 평가도구가 필요하며 서비스를 추적하고 벤치마킹하는 데 이러한 틀과 평가도구가 사용되어야 한다.
- 정책을 정의하고 목표(target)를 모니터링하기 위해 보건의료 제공자와의 계약이나 지불제도에서 자료를 사용해야 한다.
- 바람직한 제공자 행태와 좋은 결과를 장려하는 제공자 지불제도를 더욱 폭넓게 사용해야 한다.

1) 치료격차란 질병 또는 장애가 있어 치료가 필요하지만 치료를 받을 수 없는 사람의 수로 정의된다.

평가 및 권고사항

정신질환 부담은 매우 높다.

OECD 국가에서 정신질환의 역학적, 사회적, 경제적 부담은 상당하다.

정신질환은 전 세계적으로 질병부담의 상당 부분을 차지하며, 특히 OECD 국가를 포함한 중간소득 및 고소득 국가에서 더욱 두드러지게 나타난다. 이 보고서와 짝을 이루는 연구인 ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’(Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD, 2012)은 OECD 국가에서 평균적으로 근로연령 인구의 20%정도는 임상적으로 진단이 가능한 정신질환을 앓고 있음을 밝혔다.¹ 평생 정신질환 유병률은 거의 50%에 달했다. 2명중 1명은 일생에 언제라도 한번쯤은 정신건강문제를 갖게 된다. 더욱 염려스러운 점은 치료를 받아야 할 사람 중 60%정도가 치료를 받지 못한다는 것이다.

정신질환자는 종종 신체장애를 동반하여 사망률 증가, 더 좋지 않은 건강결과, 높은 보건의료비로 이어지기도 한다. 중증 정신질환(보통 급성 우울증, 조울증, 조현병)이 있는 사람은 보통 인구보다 수명이 20년 단축된다. 잉글랜드에서 중증 정신질환을 앓고 있는 사람은 그렇지 않은 인구에 비해 사망할 확률이 3배 높았고 북유럽 국가의 경우 정신질환으로 병원에 입원한 사람의 사망률은 일반 인구보다 2-3배 높았으며, 이러한 격차는 여성보다 남성에서 더욱 두드러지게 나타났다. 호주에서 정신질환을 앓고 있는 사람은 그렇지 않은 경우에 비해 16년 일찍 사망했고 여성의 경우는 그 격차가 12년이었다.

정신보건의료 문제는 상당한 질병부담이기도 하지만 OECD 국가의 경제에 큰 비용부담이기도 하다. 전 세계적으로 직·간접비용을 포함한 정신보건의료비는 2010년 24조 8,830억 미국 달러로 추산되었다. 유럽연합에서 그 비용은 2005년 총 GDP의 3-4% 손실로 추정되었다. 캐나다의 경우 GDP의 4.4%, 잉글랜드 4.1%, 프랑스는 2.3%로 추산되었다. 정신보건의료 지출은 보건의료비 중 가장 높은 비율을 차지할 수 있으며 일부 비용을 세부적으로 나눌 수 있는 국가의 경우(독일, 헝가리, 한국, 네덜란드, 슬로베니아) 총 보건의료비의 5-18%정도를 차지하기도 했다. 이러한 수치는 정신보건의료에 대한 높은 지출을 의미하기도 하지만 그 비용은 정신질환의 높은 유병률과 질병부담을 생각했을 때 그에 상응하는 수준은 아니다. 총 공공보건의료비 중 정신보건의료에 배분된 비율은 매우 낮은 경우가 많다. 예를 들어 정신질환은 잉글랜드 전체 질병부담의 23%를 차지하지만 국가보건의료서비스(National Health Service, 이하 “NHS”) 재정지출의 13%밖에 쓰이지 않는다.

정신보건의료 문제에서는 간접비용이 특히 높다. 간접비용이란 자원의 손실을 가져온 질병(disease), 병(illness), 손상(injury)으로 경제적 결과 중 질병과 관련하여 비용을 직접 지불한 것을 제외한 비용을 말한다. 간접비용에는 실업, 병가, 프리젠티즘(직원이 몸 상태가 안 좋은 상황에서 출근하여 자신의 역량을 충분히 또는 잘 발휘하지 못해 생기는 생산성 감소) 또는 조기사망으로 인한 생산 감소비용을 포함한다. ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’(Sick on the Job? Myths

and Realities about Mental Health and Work, OECD, 2012)은 우울증 또는 불안장애² 등 경증 및 중등도 정신질환이 높은 실업률, 많은 결근, 직장에서 생산성 저하, 나아가서는 장애급여신청 증가와 관련이 있다고 밝혔다. ‘음주하는 삶 멀리하기’(Drinking Lives Away, OECD, 2014, 이후 출간)는 알코올남용이 고용 및 생산성 결과에 미치는 영향뿐 아니라 사회에 미치는 영향까지 폭넓게 제시하고 있다.

사실 OECD 국가에서 중증 정신질환이 있는 근로자 중 88%는 감정 또는 신체적 문제로 자신이 성취할 수 있는 수준보다 실제 성취 수준이 낮다고 말했고, 중등도 정신질환이 있는 사람의 69%, 정신질환이 없는 사람의 26%도 이와 비슷한 답변을 했다. 실업은 중증 정신질환을 앓고 있는 사람에게 핵심 사안이다. 이들은 정신질환을 앓고 있지 않은 사람에 비해서 실업자가 될 확률이 6-7배 높다. ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’과 OECD 국가의 정신보건의료 및 고용정책을 검토한 바에 따르면 OECD 국가의 고용제도가 정신질환을 앓고 있는 사람의 병가, 무능, 실업을 다루는 방법에 부족한 점이 있다는 것이 명확하게 드러났다.

이 보고서는 ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’의 내용에 덧붙여 OECD 보건의료제도가 정신보건의료 개선을 위해 충분한 노력을 하고 있지 않다는 점을 강조하고 있다. OECD 보건의료제도는 사람들이 다시 일터로 돌아가 생산성 있게 일할 수 있도록 더 많은 노력을 기울여 정신질환의 경제적 부담을 줄여야 한다. OECD 국가는 정신질환의 중요성이 강조될 수 있도록 더 많은 노력을 기울여야 한다. 정책결정자들은 자원과 정책 우선순위에서 정신보건의료가 요구하는 수준의 중요성을 부여하면서 이와 동시에 정신보건의료에 제공되는 보건의료 서비스가 경제적 타당성도 확보할 수 있도록 해야 한다. 정신질환 부담을 줄이기 위해서는 정신보건의료에 대한 의지가 높은 수준으로 유지되어야 하며 귀중한 자원 배분에 대해 더 나은 결정이 이루어져야 한다. 양질의 정보를 기반으로 정신보건医료를 위한 우선순위를 올바르게 정하는 것이 핵심이다.

점점 더 심각해지는 열악한 정신보건의료 문제에 대응하기 위해 각국은 반드시 다음 세 가지를 해야 한다

- 문제의 크기를 파악하고 이를 해결하기 위해 무엇이 효과적인지 더 잘 이해할 수 있도록 정신보건医료를 평가한다.
- 정신보건의료제도를 전반적으로 지원하되, 특히 일차진료 부문의 역할을 강화하여 근거기반 서비스 제공을 확대한다.
- 인센티브를 더 잘 활용하여 정신질환 결과를 개선한다.

문제의 크기를 파악하고 이를 해결하기 위해 무엇이 효과적인지 더 잘 이해할 수 있도록 정신보건医료를 평가한다.

정신질환의 높은 부담을 다루기 위해 정책결정자들이 알아야 할 중요한 단계는 부족한 자원을 가능한 한 효과적으로 사용하면서 평가 및 자료의 이용가능성을 높이는 것이다. OECD 국가에서 정신보건의료 정보는 모든 측면에서 놀라울 정도로 부족한 수준이다. 이는 정책결정자들이 정신질환의 도전과제 정도를 충분히 이해하지 못하거나, 어떤 것이 문제 해결에 도움이 되는지 파악하지 못하고 있다는 것을 의미한다. 정신질환의 유병률, 비용, 치료결과, 서비스 질 평가가 거의 이루어지지 않고 있다. 이러한 정보는 정책결정자들이 더 많은 자원을 정신보건의료에 배분하고, 요구가 가장 많은

영역에 우선적으로 자원을 배분하며, 정신보건의료의 효과성과 효율성에 대한 결정을 합리적으로 내릴 수 있도록 하는 데 필수적이다. 이를 가능하게 하는 세 가지 기본적인 요소는 정신질환 유병률을 알고, 정신질환의 높은 비용을 측정하며, 치료결과와 서비스 질을 추적하는 것이다.

정신질환 유병률 이해

정신질환 부담은 매우 높지만 모든 국가가 자국민의 정신질환 유병률을 측정하고 이해하는 데 충분한 노력을 기울이지 않는다는 증거가 있다. 정신질환에서 큰 치료격차 문제와 상당한 개인, 사회, 경제적 부담을 해결하기 위해서는 정신질환 유병률을 체계적으로 측정하고 미충족 필요의 크기도 체계적으로 추정할 필요가 있다. 정신질환 유병률에 대한 최신 상세정보는 정신질환문제 해결에 국가가 부족한 자원을 잘 사용할 수 있도록 의사결정을 내리는 데 도움을 줄 수 있으며, 어떤 정신보건의료 정책이 효과적이고 어떤 부분에 관심을 기울여야 하는지 이해하기 위한 첫 걸음이 될 수 있다.

가계조사와 국가 및 국제적 보건의료조사는 정신보건의료 서비스 정보를 제공하고 이를 개선하는 데 사용될 수 있다. 하지만 이러한 도구를 사용하는 국가는 OECD 국가의 절반 미만이며, 이를 사용하는 국가도 그 방법이 표준화되어 있지 않고, 정신질환 유병률 정보를 입수할 수 있는 역량도 국가별로 상이하다. 정신질환 유병률에 대한 기존 조사는 자원을 보다 잘 배분하는 데 도움이 될 만큼 충분히 세부적으로 이루어지지 않았다. 예를 들어 정책결정자들은 경증 및 중등도 정신질환 유병률이 시골지역보다 도시지역에서 높거나 그 반대의 경우가 성립된다는 것을 아는 것이 도움이 된다. 그래야만 치료서비스에 대한 미충족 필요 등 그러한 경향에 숨어 있는 이유를 찾을 수 있다. 그러나 모든 국가가 국민의 정신질환 부담을 그렇게 자세하게 이해하지는 못한다.

유병률 조사와 함께 국가가 정신질환에 대한 정보원(sources of information)을 추가적으로 개발해야 한다. OECD 정신보건의료 관련 연구에서는 다양한 인구집단의 정신보건의료 문제를 이해하고 정신질환의 경향과 여기에 기인하는 요인을 알아보기 위한 노력의 일환으로 질병 및 장애 급여청구를 면밀하게 살펴보는 것이 도움이 된다고 밝혔다. ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’과 더불어 OECD 국가의 정신보건의료 및 고용정책 검토에서는 서비스 제공자의 태도와 정신질환 부담은 복잡한 방식으로 상호작용한다고 지적하고 있다. 정신질환으로 인한 결과는 정신질환의 높은 유병률, 정신질환 치료 경험이 부족한 정신전문의가 환자의 병가를 너무 빨리 승인하는 경향 때문에 나타나는 것일 수도 있다. 또는 정신질환자의 회복을 도와줄 수 있는 치료 선택의 폭이 제한적이거나 직장에서 정신질환이 있는 근로자 지원이 취약해서일 수 있고, 아니면 이 모든 것들이 복잡하게 얽혀 나타나는 문제 때문일 수도 있다. 정보를 올바르게 수집하고 해석하여 이러한 경향을 이해하는 것이 문제 해결의 첫걸음이다.

인구의 정신질환 부담에 대한 양질의 자료가 존재한다면 이를 정신보건의료 정책과 서비스를 설계하는 데 이용할 수 있다. 예를 들어 핀란드는 인구집단의 자살률을 세부적으로 분석하여 자살위험이 특히 15-29세 젊은 남자에게 높았다는 점을 발견했다. 이를 통해 “잠깐 중지! 다시 삶을 제자리로 (Time Out! Getting Life Back on the Track)”라는 15-29세 남성에게 초점을 맞춘 프로그램이 마련되었다. 이 이니셔티브는 긍정적인 결과를 가져왔으며 100개 이상의 시에서 도입했고, 해당 연령층의 60% 정도에 영향을 미쳤다.

높은 정신질환 비용 추산하기

정신보건의료비용 정보에는 큰 격차가 존재한다. 이러한 격차로 정신질환의 높은 부담을 해결하는 데 필요한 정보인 의료비나 자원배분 수준을 충분히 고려하기 어려워진다. 정신질환 비용을 잘 추산하는 것은 더욱 강력하고 정보 기반의 기초를 갖춘 정신보건의료제도를 만드는 데 있어 두 번째 기본구성요소(building block)라고 할 수 있다.

직접비용, 간접비용, 무형비용을 포함한 정신질환 비용 자료의 부족은 의미 있는 국가 간 비교의 범위도 제한한다. 대부분 자료는 국가 수준에서 이용할 수 있으며 국가 및 비용부문 내에서도 자료 이용가능성은 균등하지 않다. OECD 보건의료계정체계에 따라 11개국은 병원 의료비를 주요 진단그룹(예: 순환계 질환, 정신 및 행동장애)으로 나누었으며 6개국만이 장애 하위분류(예: 조현병, 감정장애 등)에 따라 정신 및 행동장애 의료비를 세분화할 수 있었다. 이러한 현실은 현재 일반적으로 지역사회 서비스를 이용하는 보건의료제도 테두리 내에서 정신질환 비용에 대한 전체적인 그림을 그릴 수 없다는 것을 의미한다. 이는 정책결정자들이 불완전한 정보를 바탕으로 자원배분 결정을 내린다는 것을 의미한다. 이러한 정보격차로 인해 궁극적으로 국가는 어떠한 서비스가 비용 대비 효과가 있는지 직접적인 지출이 정신보건의료부문, 더 나아가서는 경제 전반의 어떤 부문에서 간접비용을 낮추는지 파악하기 어려워진다.

그러나 국제적으로 비교 가능한 정신질환 비용 자료의 구축과 관련하여 고무적인 조치가 취해지고 있으며 이러한 움직임에 더 많은 국가가 동참한다면 정신보건의료비와 정책 우선순위 결정에 귀중한 자료로 사용될 것이다.

- 보건의료계정체계의 일환으로 OECD가 진행한 질병별 지출에 대한 연구는 정신보건의료비를 국제적으로 비교 가능한 형태로 보고하도록 하는 틀을 제공했다. 동반상병 비용을 포함시키지 못하는 등 여전히 한계가 있지만, 질병별 지출자료를 제공할 수 있는 국가가 늘어나면서 의미 있는 분석 가능성이 높아지고 있다.
- 정신질환이 고용, 생산성, 사회보장비용에 미치는 영향에 대한 OECD 연구에서는 정신질환으로 인한 간접비의 중요성을 강조했다.
- WHO의 세계질병부담(Global Burden of Disease)은 정신질환을 포함한 질병의 부담을 수량화하기 위해 장애보정수명(disability adjusted life year, 이하 “DALY”)을 만들었다. DALY는 조기사망과 무능력, 기타 치명적이지 않은 건강상 결핍의 영향을 고려하여 정신보건의료의 무형비용을 국가 간, 지역 간 비교할 수 있도록 한 자료이다.
- OECD는 알코올 사용장애에서 예방정책의 건강 효과와 경제 효과를 추산하는 데 DALY를 사용하고 있다.

치료결과와 서비스 질 모니터링

정신보건의료의 질 지표와 결과지표를 수집하는 데 있어서 일부 개선이 이뤄지기는 했지만, 전반적으로 정신보건의료 관련 자료는 여전히 취약하다. 그로 인해 정신보건의료 상태와 정신보건의료제도 현황을 이해하기 어렵고, 정책결정자들이 효과적이고 효율적인 변화를 추진하는 데 걸림돌이 된다.

정신보건의료의 질과 결과에 대한 더 나은 지표가 절실하게 필요하다. 정신보건의료의 질과 결과 지표의 개발은 OECD 국가에서 보편적으로 진행되고 있지 않다. OECD 국가 중 3분의 2(20개국)는

“결과” 지표를 사용한다고 보고했지만, 이는 퇴원을 또는 자살률로 한정되는 경우가 많다. 정신보건의료 정보를 포함한 병원의 행정자료는 OECD 국가에서 보편적으로 사용하고 있어서 입원일수, 평균 병원재원일수 등의 자료수집이 가능했다. 중증 정신질환 및 자살에 대한 국가 기록 또는 자료를 쉽게 이용할 수 있지만 모든 OECD 국가 또는 모든 진료 단계에서 쉽게 이용할 수는 없다(예: 일차진료).

정신질환의 복잡한 특성, 높은 동반상병률, 적절한 방법에 대한 합의부족, 취약한 측정 인프라 등 정신보건의료 자료가 취약한 데는 몇 가지 요인이 존재한다. 많은 국가에서 고유한 환자식별자가 부재한 것도 치료의 지속, 처방 또는 치료의 질을 평가하는 지표를 구축하는 데 어려움으로 작용한다. 왜냐하면 서로 다른 진료서비스 주체 간 자료연계가 어렵기 때문이다. 이런 취약점으로 인해 정책결정자, 의료관리자(care commissioners), 제공자는 정신보건의료를 위한 좋은 치료를 확보하는 데 어려움이 있다. 예를 들어 치료결과와 서비스 질을 추적할 수 있는, 개선된 정보 인프라가 부재한 상황에서 의료관리자들은 현재 존재하는 서비스의 질을 평가할 수 없고, 보건의료 제공자들은 다른 보건의료 제공자와 치료결과를 비교할 수 없다.

OECD 보건의료지표 프로젝트의 정신보건의료 분과에서는 정신보건의료의 질에 대한 일련의 지표 수집을 권장하고 있다. 예를 들어 진료의 연속성이나 환자결과 평가를 권장하고 있다. 그러나 여전히 많은 국가에서는 이러한 자료를 보고하지 못하고 있다.

정신보건의료 자료의 제한적 보고

지표	보고 가능한 국가 수
정신건강 관련 질환으로 입원진료를 받은 후 지속적인 진료	6
병원 입원진료 이후 외래진료의 적시성(timeliness)	5
우울증의 급성기 치료 중 병원방문	3
조현병 및 조울증 환자의 동일 병원 재입원율	20
조현병 또는 조울증으로 인한 초과사망률	6

출처: Information compiled by the OECD based on the OECD HCQI Sub-group for Mental Health (18개국 참여).

정신보건의료의 질과 결과는 환자지표를 추적하고 적절한 자료를 수집할 수 있는 적합한 정보체계가 갖추어질 때까지 다른 질병에 비해 뒤쳐질 것이다. 입원진료의 질, 일차 및 이차 지역사회기반 진료, 사회적 결과를 평가하고 비교하기 위해서는 정신보건의료의 질 평가 인프라의 개발과 이용이 필요하다.

이러한 상황에서도 고무적인 진전이 있었다. 몇몇 OECD 국가가 이미 정신보건의료 개선을 위해 질과 결과지표를 사용하고 있다.

- 호주, 잉글랜드, 네덜란드, 스웨덴, 뉴질랜드, 미국은 더 나은 치료결과를 장려할 수 있는 지표를 수집하기 위해 더욱 포괄적인 시스템을 도입했다.
- 스웨덴의 보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)는 다차원적인 의료 질 평가도구인 “Good Care”를 개발하여 보건의료 질을 모니터링하고 있다. 이 틀은 효과성, 안전성, 환자중심성, 시의 적절성, 형평성 및 효율성 등 진료의 여러 가지 측면을 다루며 지역 간, 환자집단 간 의료의 질 비교를 위해 30개 이상의 과정 지표(process indicator)와 결과지표(outcome indicator)가 사용된다.

- 영국에서는 경증 및 중등도, 중증 정신질환 결과지표가 개발되었다. 이러한 결과평가 지표들은 환자 경험, 삶의 질, 사회적 결과와 진료의 질, 증상 등을 반영해 개발되었다. 결과 값은 결과지표가 정신보건의료 서비스 관리(commissioning) 프레임워크에 쓰일 지표개발에 사용되고 있다. “임상영그룹 결과지표(Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set)”은 정신보건의료 서비스 제공자들이 자신이 관리하는 서비스의 결과를 평가하고 벤치마킹하는 데 사용될 것이다. 이러한 프레임워크는 환자를 위해 보다 분명하고 비교 가능한 정보를 제공하고 대중에게는 제공된 보건의료 서비스 질과 관련된 건강결과 정보를 제공할 것이다.
- 예를 들어 9개의 유럽 연구소가 참여한 북유럽 지표 프로젝트(Nordic Indicator Project)와 리파인먼트(REFINEMENT) 프로젝트처럼 여러 국제적인 협력도 이루어지고 있다. 이러한 협력을 통해 더 나은 자료 수집을 위한 정신보건의료 지표개발과 국가 지원을 도모하고 있다.

정신보건의료제도를 전반적으로 지원하되, 특히 일차진료 부문의 역할을 강화하여 근거에 기반을 둔 서비스 제공을 확대한다.

정신질환의 높은 역학적, 경제적, 사회적 비용은 정책결정자들이 근거기반 치료를 증가시키고, 좋은 결과를 가져오며, 비용 대비 효과가 좋은 방법을 우선적으로 사용할 것을 요구한다.

“치료격차(treatment gap)”는 정신질환의 실제 유병률과 치료를 받는 개인 비율 간의 격차를 나타내는 것으로 치료가 필요하지만 받지 못하는 개인의 비율로 표현할 수 있다. 정신보건의료 서비스 부족은 이 서비스를 받거나 치료를 받는 사람 중 일부는 자신의 장애에 가장 적합한 치료를 받지 못하거나 충분한 치료를 받지 못할 가능성이 있다. 정신질환 치료격차는 OECD 국가별로 다양하게 나타나지만, 정신질환은 모든 OECD 국가에서 충분히 치료되지 않고 있다.

- 정신질환이 있는 사람 중 3분의 1-5분의 1(또는 그 이상) 정도는 치료를 받지 못한다. 이러한 “치료격차”는 조현병의 경우 32.2%에서부터 불안장애의 경우 57.5%까지 나타난다. 치료격차는 우울증이 56.3%, 조울증이 50.2%, 강박장애가 57.3%로 나타났다.
- 벨기에, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 스페인이 함께 실시한 유럽 정신질환역학조사(European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, 이하 “ESEMeD”)에서는 인구의 3%정도가 정신보건의료 서비스에 대한 미충족 필요를 가지고 있다고 밝혔다. 거의 진단가능한 수준의 정신질환을 가지고 있는 사람 2명 중 1명꼴로 공식적인 보건의료 서비스를 받지 않는다고 답했다. 당뇨병의 경우 보건의료 서비스를 받지 않는 비율이 10명 중 1명 미만이었다.

이렇게 OECD 국가에서 정신보건의료로 인한 높은 사회, 경제적 비용을 초래하는 치료격차를 줄이기 위한 조치가 필요하다. 이를 위해 정신질환에 대한 근거기반 서비스가 증대되어야 한다. 경증 및 중등도 질환 진료는 일차진료를 통해 개선될 수 있으며 일차진료 제공자는 중증 정신질환의 경우 더욱 통합된 보건의료를 제공하기 위해 조정 역할을 담당해야 한다.

더욱 강력한 일차진료를 통한 경증 및 중등도 정신질환 치료개선

‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’에서 밝혀졌듯 경증 및 중등도 정신질환 치료 격차는 매우 크다. 이러한 정신질환은 프리젠티즘, 결근, 장애, 실업으로 이어질 가능성이 있어 그 영향이 매우 크다고 볼 수 있다.

경증 및 중등도 정신질환에 보건의료 제공을 강화하기 위해서는 일차진료에서 제공되는 진료를 개선 및 확대하는 것이 첫 번째 단계이다. 대부분의 OECD 국가에서 일차진료 제공자는 이미 경증 및 중등도 정신질환 진료 제공에서 중요한 역할을 수행하고 있다. 하지만 현재 상대적으로 추가적인 지원과 자원배분이 미미한 수준임을 고려할 때, 더 많은 지원과 자원배분이 이뤄져야 한다.

좋은 일차진료 기반을 갖춘 OECD 국가는 일차진료를 개선하고 경증 및 중등도 정신질환 치료격차를 좁히기 위해 노력할 때, 다음 사항을 포함하여야 한다.

- 모든 일차진료 제공자를 위해 경증 및 중등도 정신질환의 진단, 치료 및 관리에 대한 포괄적인 교육 및 지속적인 전문가 양성
- 접근이 쉽고 최신 정보를 담은 경증 및 중등도 정신질환 관련 일차진료 임상진료지침 마련
- 적절한 교육과 함께 인지행동치료와 같은 근거에 입각한 치료를 제공하는 데 있어 일차진료 제공자의 잠재력 탐구
- 일차진료 제공자가 환자를 좀 더 집중적으로 치료할 수 있도록 전문 정신보건의료 서비스 마련
- 일차진료 및 전문의 정신보건의료 서비스 간 좋은 지원 네트워크를 마련하여 일차진료 제공자가 좀 더 복잡한 상황을 다루고 역량을 키워 전문성을 갖추 수 있도록 지원

대부분의 OECD 국가에서 정도의 차이는 있지만 이러한 요소는 이미 마련되어 있다. 예를 들어 정신질환 일차진료에서 지속적인 전문성 개발(Continuing Professional Development, 이하 “CPD”)은 이미 OECD 국가 3분의 2에서 실시되고 있다. 그리고 OECD 6개국에서 경증 및 중등도 정신질환에 대한 일차진료 맞춤형 임상진료지침이 사용되고 있다. 그러나 일차진료에서 제공되는 진료가 부족하다는 근거가 존재한다. 일차진료 제공자들은 정신보건의료와 관련하여 추가적인 자원 없이 여러 기능을 수행할 것을 요구 받는다. 캐나다, 독일, 영국, 미국의 연구에서는 일차진료에서 감정장애(emotional distress)와 경증 우울증을 정확하게 진단하는 데 상당한 어려움이 있었고 또 다른 연구에서는 일차진료 의사가 흔한 정신질환을 치료할 때 가장 좋은 또는 최신 정보를 가지고 있지 않을 수도 있음을 밝혀냈다. 이러한 취약점을 개선하기 위한 노력과 투자는 국가에 중요한 의미를 지닌다. 이는 치료격차를 줄이고 경증 및 중등도 정신질환의 역학적, 사회적, 경제적 부담을 줄이는 데 도움이 될 뿐만 아니라 일차진료에서 제공되는 진료의 비용 대비 효과를 높일 수 있도록 도움을 준다.

일차진료에서 보건의료 제공을 강화하는 것은 일부 정신질환 진료를 제공하는 데 있어 비용효과적인 방법이라는 점이 밝혀졌다. 단계별 진료 접근법은 결과가 좋고 일차진료에서 일부 제공할 수 있으며 필요한 경우 전문의의 도움을 받을 수 있다는 점에서 비용효과적인 방법으로 간주되어왔다. 단계적 진료 접근법에서는 책과 멀티미디어를 통해 환자 스스로 돌보기와 같은 낮은 강도의 치료에서 시작하여 환자의 치료에 대한 반응 및 증상의 심각성에 따라 일대일 심리치료 등과 같이 그 강도를 높여 나간다. 단계별 진료 접근법은 요구에 맞추어 치료의 강도를 조정하는 것을 의미한다. 이는 개입 정도가 낮은 치료를 일차진료 제공자가 처방할 수 있게 함으로써 좀 더 전문적인 서비스에 대한 부담을 낮추어 줄 수 있다. 일반의는 정신질환 문제에서 정신전문의 또는 임상심리사보다 더 많은 상담을 진행하게 될 것이며 경증 및 중등도 정신질환을 위한 진단 및 환자 진료의뢰(referral)과정이 일차진료에서 이루어짐에 따라 효과적인 방법으로 환자를 유도할 수 있게 된다. 효과적인 방법에는 컴퓨터기반 인지행동치료(Cognitive Behavioural Therapy, 이하 “CBT”)와 전자정신보건의료 프로그램, 자조그룹, 동료 지원활동 등이 있다.

일부 OECD 국가에서는 일차진료에서 일반적인 행동치료를 할 수 있게 하여 치료방법을 확대하고 있다. 2012년 OECD 국가 중 일차진료에서 CBT를 이용할 수 있다고 보고한 국가는 12개국이었다. 노르웨이는 보건의료 제공자에게 CBT 교육을 제공하는데, 일차진료 제공자에게도 이를 제공하고 있으며 그에 따른 보상도 받을 수 있다. 이러한 모형은 일차진료 제공자에게 이들이 진료할 것으로 기대되는 환자를 좀 더 효과적으로 치료할 수 있는 도구를 추가적으로 제공할 수 있다는 장점을 가지고 있다. 이는 이미 제공되고 있는 서비스의 효과와 질을 개선할 수 있는 좋은 방법이다. CBT는 독립형 프로그램을 도입하여 전문의 또는 대체의학 제공자(alternative medicine practitioners)(특히 제공자가 개업인 경우)가 제공하는 치료에 대한 환급이 증가하는 것 또는 심리치료를 제공하는 것과 비교하면 비용을 절감할 수 있는 방법이다.

보다 통합적인 중증 정신질환 진료를 제공하기 위해 일차진료의 조정역할 강화

탈원화 과정에서 중증 정신질환 진료가 다양한 환경에서 제공되고 있기 때문에 진료조정이 어려워졌다. 조현병, 양극성 장애, 중증 우울증 등 중증 정신질환자를 대상으로 하는 정신보건의료를 개선하기 위해서는 더 나은 조정이 필요하다. 진료를 잘 조정하지 못하여 좋지 못한 결과로 이어졌고, 조정을 잘 하지 못하는 경우 환자가 입원진료와 지역사회진료 어느 곳에도 속하지 못하게 되거나 환자 진료의 전체 스펙트럼에서 환자의 필요가 충족되지 못하는 경우가 더욱 많이 발생한다. 정신보건의료 서비스 내에서의 조정뿐만 아니라 진료 전체 스펙트럼에 걸친 조정도 중요하다. 신체형 장애의 높은 동반상병률(high level of co-morbidity of somatic disorders)과 중증 정신질환은 보건의료 분야와 정신보건의료제도 간 더 나은 조정을 통해 해결되어야 한다.

일차진료의 조정자 역할 강화는 OECD 국가가 중증 정신질환에 보다 통합된 진료를 제공할 수 있는 핵심이다. OECD 국가에서 일차진료 제공자의 조정자 역할은 점차 증대되어 왔으며 이러한 역할은 보다 널리 확산되고 탄탄해져야 한다. 또한 전문 정신보건의료 서비스에서는 증상에 초점을 맞추는 경향이 있기 때문에 환자의 전반적인 신체 및 정신건강 상태를 파악하는 일차진료 제공자가 잘 참여하는 것이 중증 정신질환자의 좋지 못한 신체건강문제를 해결하는 데 중요하다. 일차진료 제공자는 안정화된 중증 정신질환자의 지속적인 관리에서 중요한 역할을 담당할 수 있다. 이들은 전문의 진료의 효과적인 지원, 적절한 교육 및 역량에 의지하고 있기는 하지만, 많은 OECD 국가에서 일차진료 제공자가 중증 정신질환을 진단하거나 잘 알려진 약제(예: 세로토닌 재흡수 억제제, 항정신병 치료제 등)를 처방할 수 있도록 허용하고 있기 때문에 지역사회의 중증 정신질환 중 안정적인 사례 관리로 이어지는 경우도 있다.

근거기반 서비스의 확대

일차진료에서 제공되는 진료를 강화하는 것이 좋은 방향으로 가는 첫걸음이기도 하지만 OECD 국가는 경증 및 중등도 정신질환 및 중증 정신질환 치료에 효과적이라고 알려진 서비스를 확대할 필요가 있다. 모든 OECD 국가의 경우는 아니지만 대부분의 OECD 국가에서 중증 및 중등도 정신질환 관련 간접비용이 높다는 점과 이러한 질환의 큰 치료격차가 존재한다는 점을 고려할 때 대부분의 국가에서 적절한 서비스에 추가적으로 투자하는 것이 비용효과적인 접근법이 될 것이다. 여기서 핵심은 비용 대비 효과가 좋은 방향으로 정신보건의료에 자원을 배분해야 한다는 것이다. 많은 OECD 국가에서 공적예산은 압박을 받고 있기 때문에 정신보건의료의 높은 부담을 해결하기 위해 필요한 시간, 자원, 전문성을 동원하는 것이 도전과제가 될 것이다. 정신보건의료를 위한 자원은 효

과적으로 알려진 근거기반의 치료를 지원할 수 있도록 해야 한다.

기존 연구에 의하면 OECD 국가에서는 증상이 경미하거나 중간 정도인, 흔한 정신질환을 진료하는 데 투자하는 것이 비용중립적이었다. 그 이유는 가장 효과적인 치료법에 우선순위를 둘 때 정신질환과 병가에 대한 간접비용이 줄어들고, 생산성이 증가하며, 근로자가 일터로 복귀하면서 장애급여 신청이 감소하고 고용과 세수가 늘어나는 경향이 나타나기 때문이다. 경증 및 중등도 정신질환의 높은 부담을 해결하기 위해서는 국가가 불안이나 우울증 등 정신질환에 대한 올바른 서비스를 구축해야 한다. 경증 및 중등도 정신질환에 대해 혁신적이고 새로운 개입은 비용 대비 효과가 좋을 수 있다는 근거가 있다.

일부 OECD 국가는 새롭고 혁신적인 형태의 서비스를 통해 경증 및 중등도 정신질환을 겨냥한 전문 서비스를 구축하기 위한 조치를 취하고 있다. 이러한 노력에는 기존의 보건의료제도 조직에 맞는 프로그램과 “독립적”인 수직적 프로그램이 포함된다. 이러한 투자의 중장기적인 비용효과성에 대한 논란이 있기는 하지만, 이들 프로그램은 높은 수준의 공약과 자원 투자를 요구하고 있다. 주목할 만한 사례로는 잉글랜드의 “정신치료 접근성 개선(Increasing Access to Psychological Therapies, 이하 “IAPT”)”과 호주의 “심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Service, 이하 “ATAPS”)” 프로그램이 있다. 보건의료 제공에 대한 새로운 모형에서는 기술적인 발전을 이용하고 있다. 컴퓨터와 인터넷 기반 프로그램 다수가 현재 일부 정신질환의 치료 및 관리에 이용되고 있다. 호주에서 개발되어 현재 중국, 핀란드, 네덜란드, 노르웨이에서 사용되고 있는 불안과 우울증에 대한 무드짐(MoodGYM)이 그 예이다. 훌륭한 근거에 기반을 두어 신중하게 이용되고 면밀하게 검토된다면, 이러한 개입도 일부 정신질환을 치료하는 데 효과적이고 저렴한 방법이 될 수 있다.

중증 정신질환도 근거에 기반을 둔 서비스가 필요하다. 적극적 지역사회기반 치료(assertive community treatment, 이하 “ACT”)는 하루 24시간 대기하고 있는 여러 분야의 전문가로 구성된 팀이 지역사회기반의 치료와 서비스를 집중적으로 제공하는 것이다. 이러한 팀의 진료 부담은 크지 않아야 한다. ACT는 중증 정신질환을 앓고 있는 사람들을 위한 지역사회기반 진료의 초석이며 서비스를 잘 연계시키고 삶의 질을 향상시키며 진료의 만족도를 높여주는 것으로 나타났다. ACT는 정신보건의료 전문가들이 환자에게 치료를 제공하는 데 적극적이고 진료의 조정을 확실히 한다는 점에서 “적극적”이라고 할 수 있다. 이와 더불어 ACT는 더 나은 환자결과를 가지고 있고, ACT가 비용에 긍정적인 영향을 미치거나 부정적인 영향을 미치지 않는다는 근거가 있다. ACT가 중증 정신질환 치료에 있어 효과성이 입증된 유일한 방법은 아니고 ACT에도 약점이 존재하기는 하지만, 국가가 역사적인 사회적 경향이 아닌 치료의 효용성을 기반으로 어떠한 서비스를 제공해야 하는지 결정을 내린다는 점에서 의미가 있다.

경증 및 중등도 정신질환의 높은 질병부담을 해결하기 위한 노력에는 근거에 기반을 둔 예방적 개입도 포함되어야 한다. 국제적으로 학교와 직장에서 우울증을 겨냥한 예방 프로그램이 정신적, 약물적 치료가 해결하지 못하는 질병부담을 경감시키는 데 효과가 있고, 비용 대비 효과도 좋다는 근거가 있다. OECD가 수행한 방대한 연구조사 결과에서도 특정 예방 프로그램은 유해한 알코올 소비와 관련된 질병부담과 경제적 비용을 줄이는 데 효과적인 투자라고 밝혔다.

인센티브를 더 잘 활용하여 정신질환 결과를 개선한다.

정책결정자들은 정신보건의료 결과개선을 장려하기 위한 인센티브를 사용해야 한다. 큰 치료격차와 높은 부담은 현재 수준의 치료가 부족하거나 부적절함을 나타내는 정신보건의료 분야에서 다른 질병영역을 따라잡을 필요가 있다. 치료결과, 제도설계, 투입과 같은 부분에서 개선이 필요하며 이런 것들에 일차적인 주의를 기울여야 한다. 정신보건의료에서 좋은 결과란 무엇인가에 대해 더 잘 이해하고 이러한 결과를 의사결정 중심에 놓고, 좋은 결과에 대해 인센티브를 효과적으로 활용하는 것이 정책결정에 영향을 미칠 것이다. 예를 들어 어떠한 개입이 좋은 결과를 가져왔는지에 대한 정보를 바탕으로 의사결정이 내려지면 더 나은 자원배분으로 이어질 것이다. 또한 인센티브 구조를 사용하여 좋은 결과를 장려하고 정책목표를 이끌어 내는 것은 보건의료의 다른 분야에서 효율적인 자원 활용에 사용되는 핵심이기도 하다. 정신보건의료도 예외는 아니다.

정신건강 동반상병률을 위한 집중

우선 “좋은 정신보건의료”를 구성하는 요소가 무엇인지 더 완벽하게 이해할 필요가 있다. 정신보건의료의 질에 대한 좋은 정보, 정신건강 동반상병률을 위한 강력한 의지, 정신보건의료 모니터링 역량 및 기대되는 수준은 기본적인 출발점이다. 문제가 발생하는 원인 중 하나는 좋은 결과의 구성 요소에 대한 정보의 격차가 크기 때문이다. 치료결과를 포함한 정신보건의료 질 평가의 중요성이 과소평가되어서는 안 된다. 하지만 정신보건의료 결과는 평가 및 모니터링하는 경우가 거의 없다. 좋은 결과지표가 없기 때문이거나 바람직한 결과와 바람직하지 못한 결과가 무엇인가를 정립한 개념적 프레임워크가 없기 때문이다.

보건의료의 다른 부문에서는 어떤 것이 좋은 진료이고 좋은 결과인지 이해하기가 상대적으로 쉽다. 다른 영역에서는 생존율, 증상 완화, 증상의 안정적인 관리 등을 통해 결과 평가가 가능하다. 정신보건의료도 같은 논리가 적용된다. 하지만 정신질환은 치료가 매우 복잡하고, 이질적이며, 만성적이라는 점을 고려할 때, 좋은 치료결과를 정의해놓고 이를 위해 진료제공자들이 나아가도록 등을 떠미는 것은 어렵다.

정신보건의료에서 어떤 핵심 지표로 좋은 치료결과를 평가할 수 있는지에 대한 합의가 부족하기 때문에 이 분야에서 진전이 더뎠다. 더 나은 결과를 달성하기 위해서는 우선 합의된 개념적 프레임워크가 필요하다. 그러나 이러한 프레임워크 마련의 도전과제에도 불구하고 일부 국가에서는 합의된 매트릭스를 이용해 결과에 중점을 두고 있으며, 다른 OECD 국가도 이러한 방향으로 나아가야 한다. 한 가지 주목할 만한 사례는 호주의 전국 진료결과와 환자구성 조사(National Outcomes and Casemix Collection, 이하 “NOCC”)이다. 이는 호주의 주(state)와 준주(territory)에서 수집한 일련의 결과 자료이다. NOCC는 기능의 평가 값과 증상과 웰빙의 소비자 평가 값을 포함한다. NOCC는 1990년대에 잉글랜드에서 개발된 국가 보건의료 결과척도(Nation Outcome Scale, 이하 “HoNOS”)를 포함한다. 국가 결과척도는 제공자가 환자에게 점수를 주는 행동, 장애, 증상, 사회적 기능 영역에 대해 12개 항목을 평가하는데, 이는 시간 추이에 따라 비교도 가능하다. OECD 국가에서도 이러한 결과에 초점을 둔 평가도구를 폭넓게 사용해야 한다.

“좋은 결과”에 대해 충분히 폭넓게 개념화하는 것 역시 중요하다. 예를 들어 정신건강과 고용에 대한 OECD 연구에서는 고용 및 취업시장에 의미 있는 참여를 바람직한 결과에 포함시킬 필요성에

대해 강조하고 있다. 정신질환을 앓고 있는 대부분의 사람은 아니더라도 정신질환을 앓고 있는 많은 사람이 일을 할 수 있지만 보건의료 제공자는 고용을 중요한 수치로 여기지 못하고 간과하기 마련이다. 정신건강 관련 장애로 인해 발생하는 실업과 결근으로 인한 높은 경제적 비용뿐만 아니라 올바른 형태의 고용은 정신질환을 앓고 있는 개인을 위해 긍정적인 요소가 많다는 점을 고려했을 때 현재의 상황은 특히 우려스럽다. 잘 개념화된 결과 중심적 사고는 보건의료 제공자가 이러한 측면을 바라볼 수 있도록 만들어 개인 환자뿐 아니라 사회 전체적으로 혜택을 가져온다.

모니터링, 결과 프레임워크, 비교 가능한 자료의 이용가능성은 결과를 향상시키는 데 도움이 된다. 보건의료의 다른 영역에서 결과의 향상은 제공자가 자신의 결과에 대해 더 잘 이해하고, 자신의 결과를 벤치마킹하고, 다른 제공자의 결과와 비교하여 의료를 제공한 결과로 이루어졌다. 사실 스코틀랜드에서 정신보건의료 결과를 평가하는, 비교 가능한 지표의 개발과 제공자를 위한 개선지원이 지역 관행을 바꾸는 데 효과적인 것으로 나타났다.

동반상병률을 위해 재정 인센티브의 사용

결과에 대해 인센티브를 주는 것은 정신질환의 치료격차를 줄이는 데 중요한 역할을 한다. 결과 프레임워크(outcome framework)의 도입과 재정적 인센티브는 동반상병률을 위해 많은 OECD 국가에서 사용하고 있는 방법이다. 이러한 인센티브를 더 확대할 수 있는 여지가 있다.

일차진료 차원에서 재정적인 인센티브는 정신질환의 적절한 서비스 제공을 장려할 수 있다. 예를 들어 호주와 노르웨이에서는 정신치료를 제공하는 일반의의 경우 추가적인 보상을 받을 수 있다. 더욱 발전된 형태의 결과 중심 재정 인센티브 제도는 영국의 성과기반 지불제도인 보건의료 질 및 진료결과 프레임워크(Quality and Outcomes Framework, 이하 “QOF”)이다. QOF의 정신보건의료 구성요소는 1차적으로 일차진료 제공자가 중증 정신질환을 지속적으로 관리하는 것에 대해 보상하면서 중증 정신질환자의 신체적 건강도 강조한다. 따라서 이는 일차진료 제공자가 사람들의 신체적, 정신적 건강을 모두 관리할 수 있도록 장려할 수 있는 방법의 예시라고 볼 수 있다. QOF에서는 일반의가 포괄적인 진료계획을 수립하거나 정기적으로 신체 및 정신건강 검진을 기록하는 방법으로 점수를 얻을 수 있고, 이렇게 획득한 점수는 재정적 보상으로 이어진다. 호주의 정신전문 간호사 인센티브 프로그램(Mental Health Nurse Incentive Programme)은 정신전문 간호사가 중증 정신질환자를 위한 조정된 임상진료(co-ordinated clinical care) 제공 지원을 장려하기 위해 일차진료 제공자에게 보상을 해준다. 조정된 임상진료에는 환자의 정신상태 모니터링, 약물투여 관리 및 다른 보건 전문가 및 임상 서비스 제공자와의 연계성 강화가 포함된다. 고무적인 것은 이러한 프로그램이 진료의 연속성 강화, 추적 강화, 지원에 대한 시의 적절한 접근, 치료계획 준수 강화 등을 통해 환자의 결과에 긍정적인 영향을 미쳤다는 점이다. 입원환자의 진료이용은 감소했으며 환자는 고용 및 지역사회 기능의 증대를 경험했다.

전문의 진료에 대한 제공자 지불제도는 이론적으로는 병원 및 지역사회기반 서비스에서 제공되는 통합 진료에 인센티브를 지불하도록 되어있지만, 실제 지불제도는 통합되어 있지 않고 진료 환경에 따라 상이하다. 정신보건의료에 대한 제공자 지불은 주로 질 및 효율성 개선에 인센티브를 거의 제공하지 않는 총액 예산(global budget)과 평균 재원일수 증가로 이어지는 입원일수 등 바람직하지 못한 추가 “상품”의 과도한 제공을 장려하는 행위별 수가제 또는 일당진료비 방식으로 제공된다.

정책결정자는 특정 환경에 묶여 있지 않으며 양질의 효율적이고 통합적인 진료 제공에 대해 보상

하는 지불제도를 고안 및 이행해야 한다. 많은 OECD 국가에서는 전체 진료과정에서 나타나는 비용 및 결과에 대한 양질의 자료 부족과 관리 도전과제로 인해 이러한 혁신적인 지불방법을 이행하는데 실패했다. 그러나 몇몇 고무적인 사례도 존재한다. 네덜란드의 “진단치료결합(Diagnostic Treatment Combination, DTC)”은 에피소드기반 지불제도(episode-based payment system)로 여러 건의 병원입원 또는 외래환자 진료를 포함하며 고객 정보, 기능, 평가된 서비스 항목에 따라 결정된 요금 이 지불된다.

전체적으로 거의 모든 OECD 국가에서 병원진료에 대한 양질의 비용자료는 가지고 있지만 외래환자 및 지역사회기반 진료에 대한 양질의 자료는 몇몇 국가(호주, 잉글랜드, 네덜란드)를 제외하고는 이용하기 쉽지 않다. 이는 전체 진료환경을 아우르는 분류 및 지불방법 개발을 어렵게 만든다. 국가들이 특히 지역사회기반의 진료를 포함한 비용 및 결과자료 수집 개선이 어렵게 된다.

현재 자료의 제한으로 대부분의 국가가 비교적 벤치마킹 활동을 착수할 수 있는 역량이 제한되어 있다. 그러나 적절한 지표의 이용가능성이 진료, 지침적 정책환경 및 자원 개선에 영향을 준다는 것을 이해하는 것은 정신보건의료를 위한 자료 인프라 개발의 동기부여가 될 것이다.

결론

정신질환은 OECD 국가에서 상당한 질병부담이며, 경제적으로나 사회적으로 상당한 영향을 미친다. 그러나 치료가 부족하거나 효과적으로 이루어지지 않고 있다. OECD 국가의 보건의료예산에서 정신보건의료비는 상당한 비율을 차지하지만 정신질환 부담으로 인해 OECD 국가는 매년 상병급여(sickness benefits), 실업, 생산성 감소 등으로 수백만 달러를 지불하고 있다. 정책결정자들은 이러한 도전과제에서 물러설 것이 아니라 정신질환을 중요하게 여기도록 해야 한다. 정부는 문제의 정도를 파악하고 해결방법을 찾기 위해 반드시 정신보건의료를 평가해야 한다. 정책결정자들은 근거에 입각한 서비스 제공을 늘리고 특히 일차진료를 통한 서비스 확충을 이루어야 한다. 또한 정신질환으로 고통 받는 사람들에게 더 나은 결과를 제공하기 위해 재정적 인센티브도 이용해야 한다.

주석

1. 정신적 고통 또는 정신적 웰빙의 부재는 모든 개인에게 영향을 미칠 수 있는 요소로 정신분류체에서 임상적 진단기준에는 못 미쳐 진단되지 않는 경우도 있다. 이 보고서에서는 국제 분류체에 따라 진단되는 수준의 정신질환인 우울증, 불안, 조울증, 조현병 등에 초점을 맞추고 있다. 그러나 “진단이 되지 않는 장애”도 상당부분 고통과 어려움이 있다는 점, 이들 증세가 지속적이고 장애를 가져올 수 있다는 점을 인정한다. 이 보고서는 알코올 또는 약물남용 장애를 직접 다루고 있지는 않지만, 정신질환에 흔히 나타나는 동반상병으로 알코올 및 약물남용 장애가 있다는 점을 인정한다.
2. 이 보고서는 “경증 및 중등도 정신질환”과 “중증 정신질환”을 구분한다. 이러한 구분은 임상적 구분과 각기 다른 서비스 요구사항, 장애 증상 정도에 따라 요구되는 개입 정도를 기반으로 나뉜다. 장애의 정도는 증상의 개수 및 심각성, 기능적 장애 정도, 증상의 지속시간에 따라 정의된다. “경증 및 중등도 정신질환”은 보통 심각성이 덜하며 다른 정신질환보다 정신을 덜 쇠약하게 만든다(예: 정신장애). 그 예로는 강박장애 또는 신체형 장애가 있다. 실제 중증 정신질환을 정의하는 데 일관성이 거의 없으며 사실 조작적인 정의가 없는 것이나 마찬가지이다. 그러나 일반적으로 중증 정신질환은 조현병, 분열정동형장애, 조울증 등 비기질성 정신질환, 정신질환 및 치료이력, 장애 정도를 일컫는 경향이 있다. 중증 정신질환 유병률은 경증 및 중등도 정신질환 유병률보다 훨씬 낮지만 정신보건의료제도에서는 중증 정신질환에 초점을 두는 경우가 많다. 모든 정신질환은 관련 당사자의 건강, 일상적 기능, 삶의 질에 상당한 영향을 미치며 적절한 진단, 치료 및 진료가 필요하다. 이 보고서는 정신질환의 심각성 정도를 구분하고 있지만 환자와 보건의료 제공자에게 장애의 현실은 보다 유동적일 수 있다는 점을 염두에 두어야 한다. 중등도 우울증을 겪고 있는 환자 상태가 악화되어 “중증” 정신질환으로 발전할 수도 있고 중증 정신질환이 증상완화 또는 경감을 통해 안정화될 수도 있다.

참고문헌

- OECD (2014, forthcoming), *Drinking Lives Away*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Paris, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

제 1 장

정신질환 비용

이번 장에서는 OECD 국가에서 정신질환으로 인한 경제적 부담을 알아보기 위해 국가별 자료, OECD 자료 및 기타 국제적 자료원을 이용했다. 이번 장에서는 직간접 비용 및 무형비용을 살펴보고 OECD 국가에서 나타나는 정신질환 비용의 경향과 특징을 파악하고 자료 이용가능성 개선이 상당히 필요하다는 점을 강조하고자 한다. 또한 OECD 국가에서 정신보건의료 지출이 일반적으로 증가해왔으며 지출의 상당 부분은 입원치료에 배분되고 있지만, 지역사회 및 외래환자 서비스에 대한 지출이 증가하고 있음을 설명한다. 자료를 이용하는 데 상당한 어려움이 있었지만 정신 질환이 차지하는 비용이 상당함을 밝혀내는 것이 가능했다.

이스라엘 통계자료는 해당 이스라엘 당국이 제공한 것이다. 이스라엘 당국이 제공한 자료를 OECD가 이용하는 것은 국제법에 따른 골란고원, 동예루살렘, 웨스트뱅크 이스라엘 정착촌의 지위에 영향을 주지 않는다.

1.1. 서론

OECD 국가에서 정신보건의료 지출이 일반적으로 증가해왔으며 지출의 상당 부분은 입원치료에 배분되고 있지만, 지역사회 및 외래환자 서비스에 대한 지출이 증가하고 있다. 정신보건의료 지출이 증가하고 있지만, 높은 간접비용과 뒷장에서 다루게 될 정신보건의료의 치료격차는 이러한 지출의 필요성과 비용 대비 높은 가치를 가져다 줄 수 있는 효과적인 서비스에 신중하게 투자되도록 관리할 필요성을 뒷받침한다. 특히 정신질환이 사회에 미치는 전반적인 경제적 부담을 고려했을 때 정신질환에 대한 지출이 매우 부족하다고 이야기할 수도 있다.

정신보건의료는 정신보건의료 성격 그 자체로 도전과제가 될 수 있다. 국가 간에도 상당한 차이를 보이는 다양한 서비스 및 보건의료 서비스 제공자에게 제공되는 정신보건의료 지출을 파악하고 분류하는 것은 쉬운 작업이 아니다. 지출을 제공하는 서비스와 보건의료의 유형에 적절하게 연계시키기 위해서는 정신보건의료 분야에서 보건의료 제공자를 보다 세분화할 수 있는 체계가 필요하다. 이러한 체계가 마련되면 비용 요인을 파악하는 데 도움이 되고 현재 수준의 지출이 비용 대비 효과적인가를 분석할 수 있게 된다.

지역사회기반 서비스에 대한 지출보다는 병원에서의 지출을 분류하기가 수월하지만 병원의 지출 자료는 정신보건의료 서비스 제공에 대한 왜곡된 모습을 보여줄 수도 있다는 점을 명심해야 한다. 대부분의 국가에서 탈원화 경향이 나타나면서 정신질환에 배정된 병원 병상 수는 감소추세에 있다. 그러나 남아있는 병상은 법의학적인 용도 및 안정용 병상(secure bed) 등 중증 정신질환 용도로 사용되기 때문에 더욱 자원집약적이고 비용이 비싸다. 따라서 항상 가능하지는 않지만 지출을 분석할 때 이러한 미묘한 차이를 적절하게 파악하고 반영하는 것이 중요하다.

또한 OECD 국가에서도 다양한 형태의 지역사회 정신보건의료팀, 급성질환 현장방문팀(acute outreach team), 급성 위기서비스(acute crisis services) 등 지역사회기반 서비스도 여러 개의 항목으로 분류된다. 보건의료 관련 지출의 국가 간 비교 시 출발점으로 사용되는 보건의료계정체계(System of Health Accounts, SHA)에 따르면 이러한 지역사회기반의 지출도 모두 포함되어야 하지만 현실은 그렇지 않다. 몇몇 국가는 바람직한 방향으로 지역사회기반의 지출을 정기적으로 확인하고 국가 지출 보고서를 작성하지만 대부분의 국가는 이러한 형태의 지역사회기반 서비스에서 지출내역을 파악하지 못하거나 최소한의 내역도 인지하지 못하고 있다.

정신질환의 전체 비용을 분명하게 추산하는 데는 커다란 도전과제가 남아있다. 자료를 이용할 수 있고, 정보가 담긴 자료를 입수하는 데 제약이 있다는 것은 정신보건의료와 사회서비스에 대한 직접 지출과 고용 및 생산성 손실에 의한 간접비용, 삶의 질 저하, 정신적 고통, 다른 형태의 괴로움을 고려한 무형비용을 추산할 수 있는 그림이 특히 국제적 차원에서 분명하게 보이지 않는다는 것을 의미한다. 각 분야에서 국제적으로 비교 가능한 자료는 상대적으로 부족하다. 현재 질병별 국제표준 지출자료 수집 및 보고 방법은 개발단계에 있다. 이러한 체계가 부재한 상황에서 정신보건의료에 대한 지출 수준 및 경향을 완전하게 이해하는 것은 힘들다. 본 장에서는 정신질환 비용에 대해 이용가능한 자료를 제시하고 이 자료를 통해 관찰할 수 있는 주요 경향을 파악해본다.

1.2. 정신질환 비용에 대한 전반적인 이해

일반적으로 보건의료제도 내에서 발생하는 정신질환의 직접적인 비용 추산은 다른 영역보다 발달된 분야라고 할 수 있지만 여전히 부족한 점이 존재한다. 몇몇 OECD 국가의 경우 정신보건의료에 대한 전반적인 지출 자료가 존재하기는 하지만 세부적으로는 병원부문까지만 분류가 되어 있어 점점 증가하고 중요한 비중을 차지하는 지역사회 내의 지출은 상세하게 포함 및 분석되지 않는다. 현재 모든 서비스와 보건의료 제공자를 아울러 지출 자료를 제공할 수 있는 OECD 국가는 몇몇 되지 않는다. 특히 상세한 지출 자료를 제시할 수 있는 국가는 탈원화 과정이 더 많이 진행됐다는 점을 고려하면 본 분석의 결론은 제한적일 수 있으며, OECD 국가의 전체적인 그림을 보여주지 못할 수도 있다.

보건의료의 직접적인 비용은 질병의 발견, 치료, 예방, 회복과 관련된 것이기 때문에 입원, 외래환자 병원방문, 재활 및 장기요양 시설에서의 의료, 약품 등 보건의료 관련 지출도 포함한다(도표 1.1). 그러나 직접적인 사회서비스(social care) 비용도 고려해야 한다. 사회서비스는 보통 지역사회 서비스 등의 장기요양과 관련이 있다. 보건의료 분야와 마찬가지로 사회서비스 비용자료, 특히 국가 간 비교 가능한 자료는 드물다. 또한 사회서비스 및 그 역할이 국가마다 다양하게 나타나기 때문에 사회서비스에 대한 정신건강 관련 지출 세부정보를 얻기 위해서는 표준화된 정의가 더욱 절실하게 필요하다.

간접비용이란 자원 손실을 가져왔지만 질병과 관련하여 직접적인 지불이 일어나지 않은 질병, 병 또는 외상으로 인한 경제적 비용을 의미한다. 간접비용에는 정신질환으로 인한 실업, 병가, 프리젠테즘(presenteeism, 근무를 하지만 생산성이 떨어지는 것), 조기사망으로 인해 생산이 감소하는 것도 포함한다. 간접비용에는 직접적 또는 공식적인 정산행위가 일어나지 않으며 당연히 평가 및 가치를 매겨야 할 행위에 대한 기회비용이 존재하는 가족에 의한 돌봄, 즉 비공식적 돌봄과 관련된 가치도 포함한다. 일반적으로 정신보건의료의 간접비용 추산 자료는 직접비용보다 더 구하기 힘들다. 표준화된 방법론 및 비용 구성요소가 정립되어 있지 않아 이러한 연구가 상당한 정보를 제공하고 정신질환과 관련된 상당한 경제적 부담을 지적하고 있기는 하지만 연구결과를 직접 비교하는 데 어려움이 있다.

정확하게 수량화하는 것이 가장 어려운 구성요소는 정신질환의 무형비용이다. 무형비용이란 삶의 질 감소, 정신적 고통, 통증, 다른 형태의 고통(중증 동반상병 결과(morbidity outcomes)라 불리기도 함)를 고려한 비용이다. 생명 그 자체의 가치도 무형비용에 포함시킬 수 있다. 질병, 외상과 관련된 전체 사회적 비용을 완전하게 이해하기 위해서는 추산하기 어렵더라도 비중이 큰 무형비용도 고려해야 한다. 무형비용을 고려하지 않는 것은 진정한 질병관련 비용을 과소 추산하는 결과를 가져온다. 무형비용을 질병비용 연구에 포함시키려면 무형비용을 추산하고 가장 흔히 사용하는 방법론인 “지불의사(willingness to pay)” 방법을 이용하여 가치를 통화로 환산해야 한다. 이환 결과 역시 효용성 측면에서 가치를 매길 수 있다. DALY는 사실 질병으로 인한 이환율 감소를 측정하는 것이다(박스 1.1 참조). DALY 1년은 “건강한” 삶의 1년 상실과 동일하다. 따라서 인구 전체의 DALY 합계는 인구 전체가 질병과 장애 없이 고령의 연령까지 사는 이상적인 상황과 질병과 장애로 인한 손실연수 또는 삶 간의 격차를 추정하는 것이다. DALY가 질병부담을 추정하는 것이기는 하지만, 이를 달러 가치로 쉽게 환산하기가 어렵기 때문에 이를 직/간접비용으로 추산하기가 어렵다. 비용효과 분석

에서 자주 사용되는 또 다른 방법은 질보정 생존연수(quality adjusted life years, 이하 “QALY”)이다. QALY는 치료 또는 개입으로 높아진 삶의 질을 효용성 측면에서 가치를 추정하는 것으로 보통 비용 효용 분석에서 결과추정 지표로 사용된다. 질병비용평가에서 QALY를 반드시 달러로 추산해서 비용 효과 분석에서 직접 사용될 수 있도록 한다.

도표 1.1. 질병비용구성¹

직접비용	이전지출 ²	간접비용	무형비용
<ul style="list-style-type: none"> • 특정 질병으로 인해 보건 의료 수요가 높아지면서 생겨난 보건 의료 상품과 서비스에 대한 지출 • 병원서비스, 의사, 간호사, 치료제, 진단 프로그램, 구급차, 외래환자 진료, 재활, 장기요양 등을 포함 • 지불이 발생하는 경우 가정에서 제공하는 보건의료도 SHA에 포함됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 질병으로 직장에서 임시 결근으로 인한 지불(예: 고용주, 정부 또는 사회보험에서 지불하는 비용, 임금관리가 목적) • 질병으로 인한 근무 불가에 대한 지불(예: 정부 또는 사회보험이 지불, 임금관리가 목적) • 지불금액 감소(예: 조기 사망으로 인해), 오히려 수입보다 지출이 적을 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 공식적인 노동시장영향(예: 질병으로 인한 노동력 공급의 감소) • 동반상병으로 인한 조기 사망과 “프리젠티즘”을 통해 발생할 수 있음 • 기타 상품과 서비스에 대한 지출-화재로 인한 피해(예: 흡연으로 인한 화재 발생, 경찰 및 형사 재판(예: 알코올 중독 또는 약물중독) • 순수 자원에 대한 영향을 파악하기 위해 소비 변동을 상쇄해야 함 • 추가적인 가계제공 보건 의료 및 사회서비스와 기타 가계제공 서비스(지불이 발생하지 않는 경우) • 질병으로 인한 가계생산 손실도 포함 	<ul style="list-style-type: none"> • 통증, 고통 및 이환과 조기사망을 피하고자 하는 욕구 • 사용된 통화가치가 보건 관련 삶의 질과 수명의 변화에 대한 가치만 반영하는가? • 통화가치가 고용, 소비, “생활 표준”의 변화를 반영 • “외부성(externality) 관리- 고통 받는 사람을 돌보는 사람 관리
<ul style="list-style-type: none"> • 가정에서 이루어지는 사회서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 가정에서 사회서비스 제공에 대한 수당(예: 정부 또는 사회보험에서 지불) 		
<ul style="list-style-type: none"> • 특정 질병으로 인한 기타 모든 추가적 사회서비스 지출 	<ul style="list-style-type: none"> • 추가적인 사회서비스를 구매할 필요가 있는 사람들에게 수당지불 		

1. 여전히 애매한 영역이고 중복된 영역이 존재할 수 있지만, 상기 표에 명시된 정의를 사용하여 애매한 영역과 중복영역이 최소화되기를 바란다. 또한 위에 명시된 정의는 현행 자료수집과 일관성을 유지하면서 결과의 비교가능성을 높이기 위한 목적으로 채택했다.

2. 비용지불이 경제의 한 부문에서 다른 부문으로 이전되기 때문에 사회적인 관점에서 질병으로 인한 비용(cost of illness, COI)에 포함되지 않는다. 이해를 돕기 위해 이전지출을 본 표에 포함시켰다.

출처: OECD (2012), “Extension of Work on Expenditure by Disease, Age and Gender: Interim Report”, OECD, Paris, www.oecd.org/els/health-systems/Extensionofworkonexpenditurebydiseaseageandgender_InterimReportApr2012.pdf 에서 볼 수 있음.

1.3. OECD 국가의 보건의료관련 지출 중 상당한 비율을 차지하는 정신보건의료

정신보건의료비 중 이용가능성 및 비교가능성이 가장 높은 것이 보건의료 관련 직접비용이다. 보건의료계정체계(system of health accounts, 이하 “SHA”)¹는 자료를 수집하기에 적합한 국제 회계 프레임워크다. SHA가 제안하는 보건의료 관련 지출의 “기능적 정의” 경계는 보건의료 관련 지출에 대한 국가 간 비교 가능한 통계를 생산하는 데 필요한 선결조건이다. 거의 모든 OECD 국가 및 OECD 비회원국 다수는 SHA에 따라 보건의료 관련 지출을 보고하고 있다.

보건의료 관련 지출을 질병, 성, 연령집단별로 구분하는 것은 보건의료계정 프레임워크에서 중요한 부분이다. 국제적 관점에서 보면 이러한 방식으로 보건의료 관련 지출을 구분하는 것은 국가 간 전반적인 보건의료 관련 지출의 다양성을 이해하고 나아가서는 국가마다 상이한 보건의료제도의 조직적 측면을 더욱 폭넓게 논의할 수 있도록 해준다. 구체적으로 질병별로 나눈 지출은 국가별로 어느 곳에 자원을 배분하는지와 그 차이점을 이해하는 데 사용할 수도 있다. 질병별로 나눈 지출자료를 다른 결과자료와 함께 이용하는 경우 특정 보건의료 제공자가 충분히 자금을 지원받는지, 가장 효과적이고 효율적인 방법으로 자원이 사용되는지에 대한 정보를 얻을 수 있다. 또한 자원이 배분된 보건의료 관련 지출을 적절한 결과추산자료(예: 질병별 병원 퇴원), 결과(예: 건강상태)와 연계하는 경우 보건의료제도의 모니터링 및 평가지표의 개발에 유용한 자료원으로 사용할 수 있다.

일부 국가는 이러한 특징에 따라 지출자료를 생산하는 데 상당한 경험을 가지고 있지만 연구가 항상 비교 가능한 것은 아니고 SHA 등 계정체계 내에 포함되어 있지 않은 경우가 있다. 현재까지 OECD 국가 중 소수만이 보건의료계정 활동의 일환으로 정기적으로 질병별 계정을 생성해왔다. 그러나 OECD는 국가 자료의 이용가능성을 향상 및 확대하기 위해 적극적으로 노력하고 있으며, 이는 정신질환 관련 지출자료를 얻는 데 도움이 될 것이다(OECD, 2008; OECD, 2012a).

최근 한 연구에서는(OECD, 2012a) 정신질환 관련 지출을 국제질병분류코드인 ICD-10(International Classification of Disease)²을 이용해 수집했다. SHA에 따른 질병별 전체적인 지출배분은 정신보건의료 관련 지출에 대해 보다 상세한 정보를 제공할 가능성이 있지만, 질병범주별로 보건의료 관련 지출을 세분화 할 수 있는 국가는 많지 않다. 따라서 가장 세부적이고 방대한 자료수집이 가능한 분야는 병원/입원환자 부문에 집중되어 있으며 이들 부문에서는 행정적 자료 수집이 가능하다. 따라서 모든 분석은 병원진료 쪽에 편향될 수밖에 없으며, 지역사회기반 의료를 포함한 전반적인 모습을 보여줄 수 없다.

OECD는 정신질환비용이 전체 보건의료비의 5-18%³를 차지한다는 연구결과를 바탕으로 아주 높은 비율을 차지하는 항목 중의 하나가 정신질환 관련 지출임을 밝혔는데, 이 연구는 일부 국가⁴로 한정되었다. 이러한 수치는 보건의료 관련 지출에서 정신보건의료의 중요성을 보여주고 있지만 그렇다고 해서 정신보건의료의 높은 유병률과 질병부담에 비해 정신보건의료에 대한 지출이 높다는 의미는 아니다. 예를 들어 잉글랜드에서 정신질환은 전체 질병부담의 23%를 차지하고 있지만 국가 보건의료제도에 따른 보건의료 관련 지출에서 차지하는 비율은 13%밖에 되지 않는다(Centre for Economic Performance, 2012). 정신보건의료 경제학 유럽네트워크(Mental Health Economics European Network, 이하 “MHEEN”) 연구 프로젝트를 통해 수집한 유럽 17개국 자료에서는(Knapp 등, 2008) 일부 국가에서 정신보건의료에 대한 공공지출이 낮은 수준이고 유럽에서도 국가별로 큰 차이가 있음을 보여준다.

이러한 연구는 정신보건의료 관련 지출의 일반적인 경향을 보여주지만 여기에도 한계는 존재한다. 예를 들어 국가별로 서비스 제공 방법, 지출 경계의 차이(보건의료 및 사회서비스 간의 경계), 포함된 지출의 차이(약제비 제외 또는 포함)가 나타나기 때문에 해석상 어려움이 있을 수 있다. MHEEN 연구도 회계절차, “보건의료 서비스”로 간주되는 영역의 차이, 공공지출이 국가별로 재정지원 주체가 다르다는 점을 염두하고 해석해야 한다.

병원 외부에서의 서비스에 대한 지출이 증가하고 있지만, 여전히 가장 많은 보건의료 지출이 이뤄지는 분야는 병원이다.

지역사회의 정신보건의료 서비스에 대한 투자가 증가하고 있기는 하지만 통계자료에 따르면 정신보건의료와 관련하여 병원에서의 지출이 지배적으로 많다는 것을 알 수 있다. 이러한 경향은 많은 OECD 국가에서 나타나고 있는 탈원화 움직임과 일맥상통 하지만, 병원치료의 중요성과 병원이 수행하는 복잡한 기능에 대한 높은 비용을 보여주고 있는 것이기도 하다.

표 1.1.은 보건의료제도에서 제공자 유형에 따른 정신보건의료비를 비교한 것이다. 해당 자료의 분석 결과 독일과 네덜란드에 비해 한국과 체코의 지출규모는 상당히 낮은 수준이었고, 4개국 모두 지출의 상당액이 병원부문에 집중되어 있었다.⁵


표 1.1. 보건의료 제공자별 정신보건의료비

	독일		한국		네덜란드 ¹		체코 ²	
	1인당 미국 달러	%	1인당 미국 달러	%	1인당 미국 달러	%	1인당 미국 달러	%
병원	146.7	33.0	71.7	66.40	294.6	45.40	36	69.40
장기요양	117.2	26.30	11.4	10.60	237.4	36.60	2.3	4.40
외래진료	78.1	17.50	14.7	13.60	48.4	7.50	11.7	22.60
약제	55	12.40	6.9	6.40	33.7	5.20	0.1	0.20
기타 제공자	48.1	10.80	3.3	3.00	34.3	5.30	1.8	3.40
총 보건의료비	445	100.00	108.1	100.00	648.4	100.00	51.9	100.00

1. 네덜란드: 병원비 지출의 89%는 정신병원 및 약물남용병원에 사용되었다.

2. 체코: 병원비 지출의 75%는 정신병원 및 약물남용병원에 사용되었다.

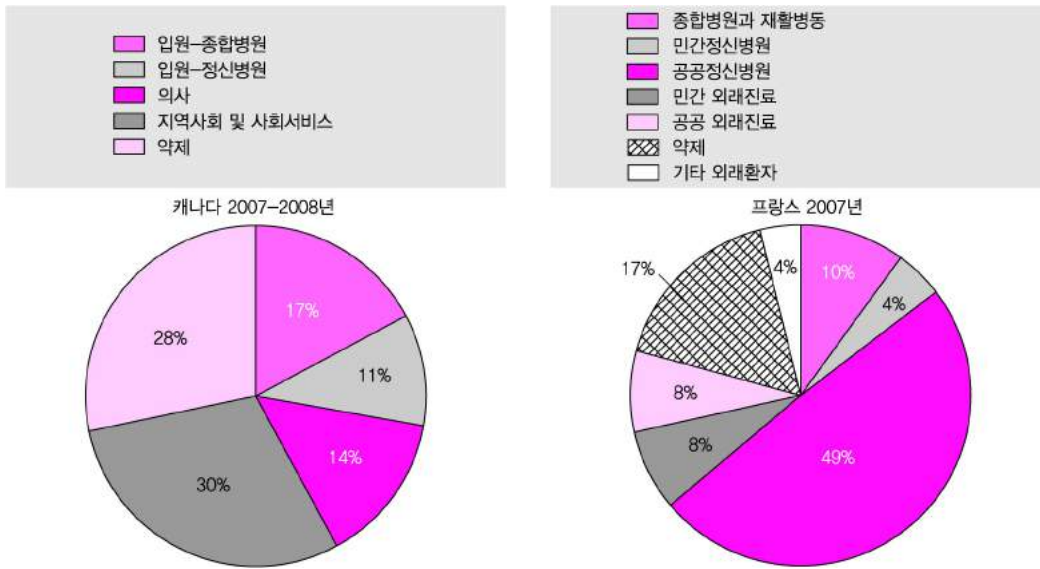
출처: 체코, 한국: 출판되지 않은 자료가 OECD에 제공됨, 독일, 네덜란드: Slobbe, L.C.J., J.M. Smit, J. G roen, M.J.J.C. Poos and G.J. Kommer (2011), “Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010”, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030743>

캐나다(Jacob 등, 2010)와 프랑스(Chevreur 등, 2011)에 관한 두 건의 추가연구에서는 정신의료비 중 상당 부문이 입원진료 병원에서 발생한다는 점을 밝혔다(도표 1.2).

그러나 몇몇 국가가 이후 제공자별, 서비스 항목별 지출 자료를 제공하면서 입원 및 병원진료 지출은 감소하고 지역사회에서 제공하는 서비스 지출이 늘어나는 것을 확인할 수 있었다(도표 1.3과 1.4). 그러나 지역사회 서비스가 발달된 국가에서도 여전히 병원에 대한 지출이 높은 수준이었다. 입원진료 비율이 줄어든 국가에서는 병원입원 기준이 높아졌을 수 있으며 이는 병원이 보통 가장 복잡하고 집중적인 자원배분을 요구하는 질병을 다루고 있음을 의미한다.

도표 1.2. 정신보건의료비, 캐나다(2007-2008년), 프랑스(2007년)

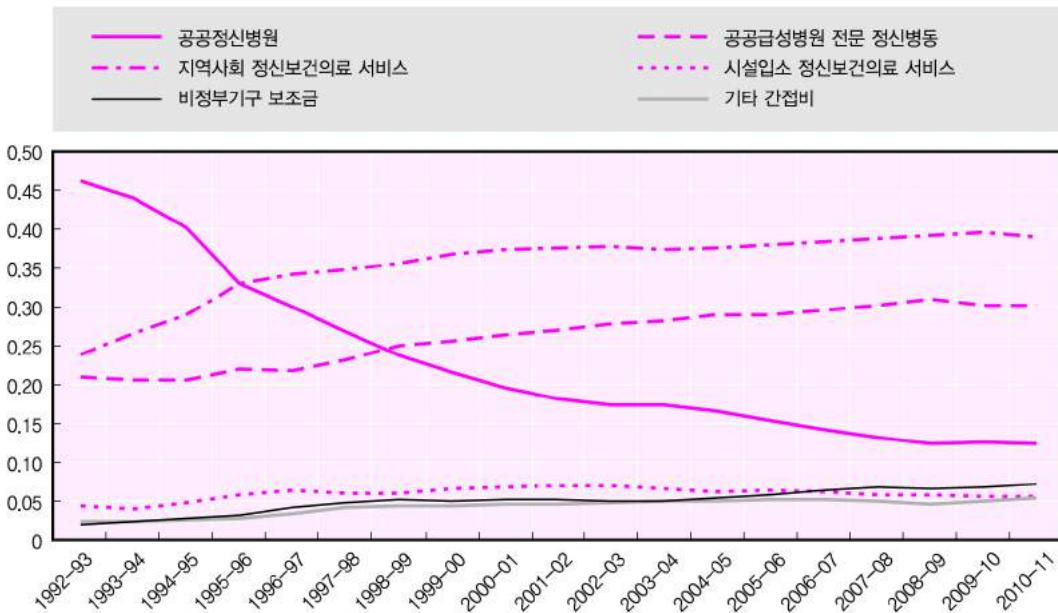


주: 이 도표에서 수당 및 비공식 의료에 대한 지출은 제외했다.

출처: Jacobs, P. et al. (2010), "The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A Report to the Mental Health Commission of Canada", Institute of Health Economics; Chevreur, K. et al. (2011), "Coût de la pathologie mentale en France", Unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-Eco), Paris.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030135>

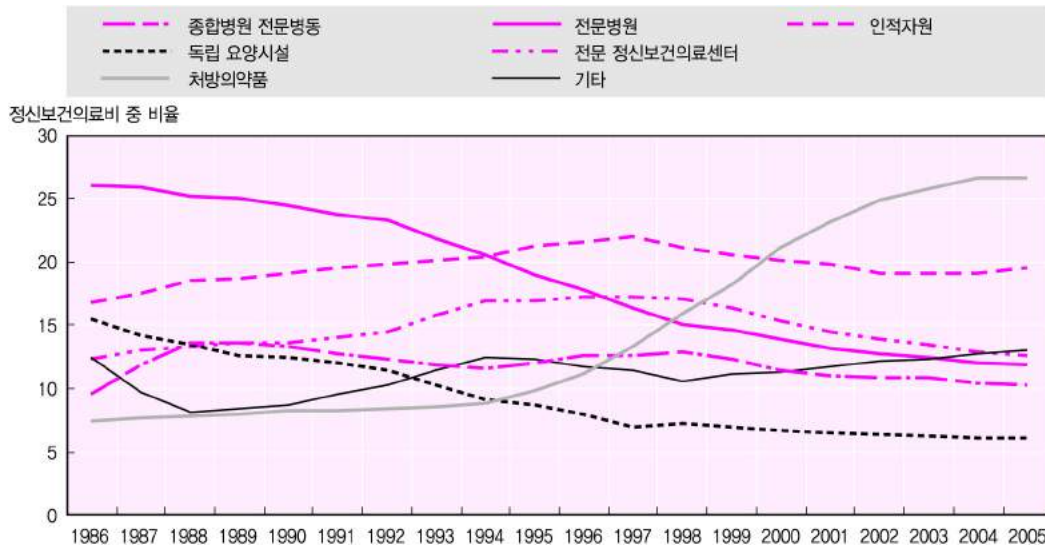
도표 1.3. 정신보건의료비의 지출항목별 비율, 호주(1992/1993년-2010/2011년)



출처: AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2012), "Expenditure on Mental Health Services", Mental Health Services in Australia, Australian Institute of Health and Welfare, <http://mhsa.aihw.gov.au/resources/expenditure/>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030154>

도표 1.4. 정신보건의료비의 지출항목별 비율, 미국(1986-2005년)



출처: National Center for Health Statistics (2013), Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care, Hyattsville, Maryland.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030173>

핀란드의 경우 일차진료, 이차진료 및 당일 진료 외래환자에 대한 정신보건의료 서비스 지출은 지난 10년 동안 증가한 반면 총 보건의료비 중 정신전문의 진료비율은 감소했다(표 1.2).

표 1.2. 핀란드 보건의료 서비스 비용 중 정신보건의료비, 2000-2010년

백만 유로, 2010년 비용

	2000	2005	2010
일차진료에서 정신보건의료 관련 외래환자 치료	52.1	79.3	131.8
정신전문의 입원환자 치료	482.1	475.4	397.4
1. 장기(180일 초과)	149.3	112	82
2. 기타 입원환자 치료(180일 초과)	332.8	363.4	315.5
정신전문의 외래환자 및 당일 진료환자 치료	129.3	152.3	200.8
기타 정신전문의 치료	5.8	7.5	6.2
총계	669.3	714.5	736.3
총 보건의료비 중 비율	5.50%	4.80%	4.50%

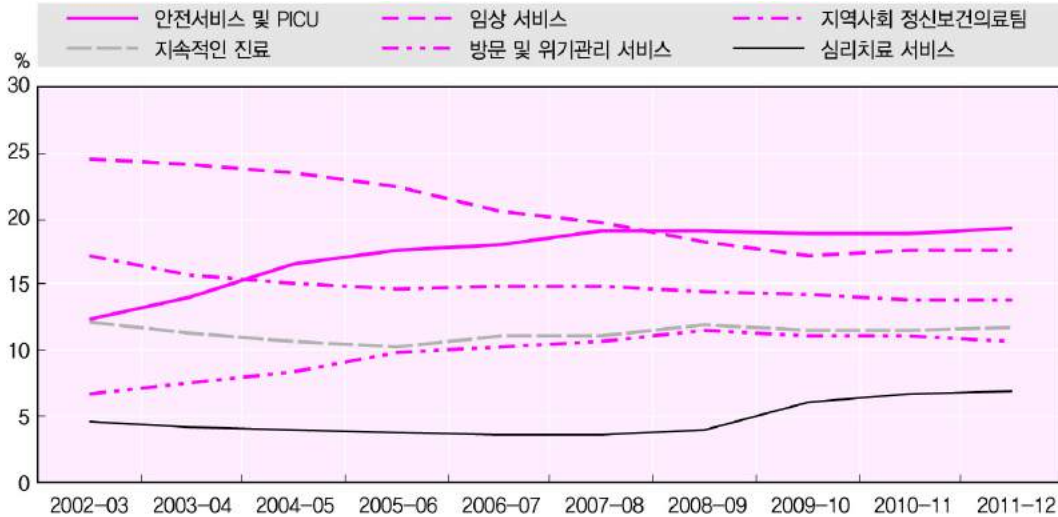
출처: National Institute for Health and Welfare (2012), "Health Expenditure and Financing 2010", National Institute for Health and Welfare (THL), Statistical Report No. 5/2012, Finland.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030762>

몇몇 국가 연구에 따르면 병원외 서비스에 대한 지출이 증가하고 있는 것처럼 보이지만 예외인 국가도 있고 지출 양상에서 “재시설화(re-institutionalisation)”가 나타나고 있는 국가도 있다. 예를 들어 잉글랜드의 최근 성인 정신보건의료 서비스 투자 연례보고서(Mental Health Strategies, 2012)에 따르면 중증 정신질환의 지역사회 서비스(Community Mental Health Teams; Access & Crisis Services)가 보건의료비 중 상대적으로 낮은 비율을 차지했고 안전관리(secure care, 일반대중을 위험하게 할 만큼 정신적으로 심각한 문제가 있는 사람 관리)에 대한 지출은 증가하고 있었다(도표 1.5). 이는 다른

형태의 시설진료(재시설화)이기는 하지만 시설진료에 더 많은 지출이 이루어지는 경향이 있음을 의미한다.

도표 1.5. 직접 서비스 투자의 분포, 영국(2002/2003년-2011/2012년)
백분율



PICU: Psychiatric intensive care unit, 정신중환자실

출처: Mental Health Strategies (2012), National Survey of Investment in Adult Mental Health Services 2011/12, available at www.gov.uk/government/publications.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030192>

병원진료비를 다른 주요 질병군과 비교해보면 OECD 국가에서 총 입원진료비 중 정신질환 의료비가 차지하는 비율은 5-19%로 순환계 질환과 암 다음으로 높은 비율을 보였다(도표 1.6). 하지만 입원진료비 비율의 차이는 국가의 보건의료제도 차이 및 정신보건의료 관련 정책이 반영된 것일 수 있다.

중증 및 지속적인 정신질환은 적은 질병부담일 수 있지만 보건의료비의 상당 비율을 차지한다.

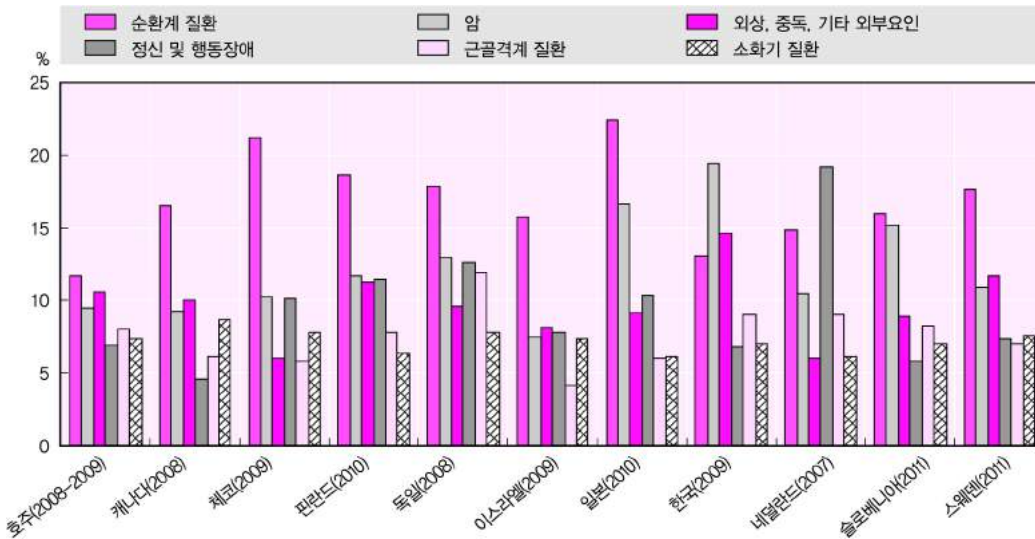
모든 정신질환의 총 비용으로만 비교를 하는 것은 제약이 있다. “정신 및 행동장애”를 한 범주로 묶는 경우 약물남용에서부터 감정기복, 우울증, 조현병, 치매까지 다양한 질환이 포함된다. 정신질환의 유형별 지출을 알아볼 수 있게 정신질환별 의료비를 세부적으로 나누어 제공할 수 있는 국가는 몇몇 되지 않는다.⁶

도표 1.7은 조현병 등의 중증 정신질환이 급성 정신보건의료비 중 압도적으로 높은 비율을 차지하고 있음을 보여준다. 중증 정신질환의 경우 증상이 심하고 만성적인 특징을 가지고 있다는 점을 감안하면 중증 정신질환 입원진료비가 많다는 것이 그리 놀랄 일은 아니다. 병원과 전문의 진료 관련 정신보건의료비가 압도적으로 높다는 것은 전체 정신보건의료비 중 급성 환자와 중증 정신질환이 상당 부분을 차지하고 있음을 의미한다.

지역사회 및 일차진료 서비스 등 비병원적 자료가 부재하고 정신질환별 자료가 있더라도 세분화가 불가하다는 점은 정신보건의료제도의 탈원화가 더 많이 진행된 국가의 경우, 전체적인 모습을 볼 수 없으며 경증 및 중등도 정신질환 의료비 정보가 부족하다는 것을 의미한다. 일차진료 관련 지출

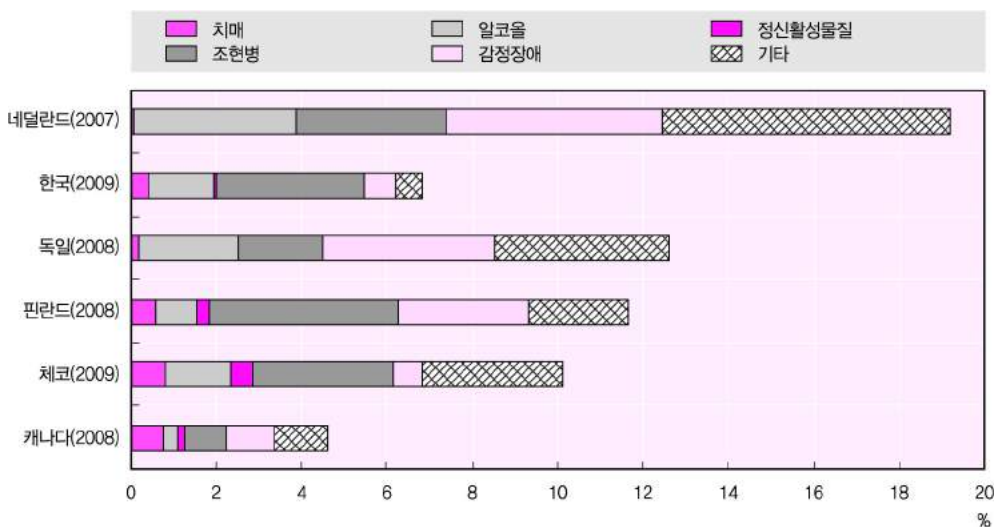
을 배분하기 위해서는 일차진료에서 진단에 대한 보다 구체적인 자료가 있어야 한다. 한국의 경우 일차진료 자료에 진단 코드가 포함되어 있지만, 다른 국가는 그렇지 않다. 이러한 자료의 격차는 심각한 문제를 제기한다. 예를 들어 경증 및 중등도 정신질환 유병률과 치료격차가 높고 관련된 간접비도 높다는 것은 알려져 있지만 직접비의 간접비 상쇄여부 정도는 평가할 수 없고, 경증 및 중등도 정신질환의 치료 개선에 대한 지출이 어느 정도인지 파악하는 것은 불가능하다.

도표 1.6. 주요 진단분류별 병원입원비 비율, 2011년(또는 가용한 최근 자료)



주: 자료원은 다음과 같다. 호주(AIHW, 2012), 캐나다, 체코, 핀란드, 이스라엘, 한국, 슬로베니아, 스웨덴: 미발간 자료, 독일(Federal Statistical Office, 2013), 일본, 네덜란드(OECD calculations using published data)
출처: OECD (2013), Health at a Glance 2013 - OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030211>

도표 1.7. 정신질환 하위분류별 급성 입원비 비율



출처: OECD calculations using published data.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030230>

정신보건의료비는 갈수록 증가하는 경향이 있다.


몇몇 국가에서는 다른 질병과 비교했을 때 정신보건의료비가 증가하고 있는지에 대한 정보를 제공하기 위해 질병별 지출에 대한 시계열 분석을 진행했다. 표 1.3은 OECD 국가에서 총 보건의료비 중 정신보건의료비 비율이 일반적으로 증가 추세에 있음을 보여준다. 예를 들어 WHO(Garg and Evans, 2011)의 주요 비전염성 질환별 지출 요약을 보면 미국을 제외한 모든 국가에서 총 보건의료비 중 정신보건의료계정의 비율이 증가하고 있었다. 프랑스, 독일, 네덜란드에서는 정신보건의료비가 두 배 이상 증가했다.

표 1.3. 보건의료비 중 주요 비전염성 질환 비율, 일부 국가
백분율

	호주		프랑스		독일		네덜란드		미국	
	2000	2004/05	1998	2002	2002	2006	2003	2005	2000	2005
심혈관질환	8.2	5.6	8.2	12	9.7	16.2	7.7	11.1	18.5	17
종양	4.6	4.7	4.3	7.1	5.2	7.9	3.8	5.5	6.7	7.2
내분비계 및 신진대사 질환	3.9	4.4	2.6	3.9	3.9	4	1.8	2.7	4.3	4.4
호흡기 질환	5.5	4.8	4.3	7.3	3.8	5.4	3.5	4.9	8.1	6.6
정신건강 및 신경장애	4.5	9.6	6.6	13.5	4.8	17.4	8.2	20.3	10.6	9.5

NCD: Non-communicable disease, 비전염성 질환

출처: Garg, C. and D. Evans (2011), "What Is the Impact of Non-communicable Diseases on National Health Expenditures: A Synthesis of Available Data", Discussion Paper No. 3, Department of Health Systems Financing, WHO, Geneva.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030781>

또 다른 연구에서도 정신보건의료비의 일반적인 증가 추세에 대한 근거를 제시했다. 네덜란드에서 정신보건의료에 배분된 총 보건의료예산 프레임워크(Budgetair Kader Zorg, BKZ)는 건강보험료로 지원하는 총 지출로 2000년에서 2010년 사이 27.8억 유로에서 50.9억 유로로 증가했으며 동기간 동안 비용도 보건의료비 증가율과 같은 속도로 증가했다(Folkertsma 등, 2013; Van Dijk 등, 2011; Hilderink and van't Land, 2008; Heijnen, 2013). 호주의 경우 2006-2007년, 2010-2011년 사이 정신보건의료 서비스에 대한 전체 지출이 5.7% 증가했다. 한국의 보건의료비(총 비용 중 백분율)는 2006년과 2009년 사이 3.5%에서 6%로 증가했다. 그러나 이러한 증가는 2009년 한국의 정신보건의료비 중 절반을 차지하는 치매가 증가했기 때문이며 총 보건의료비 중 비율은 실제 5.5%에서 4.5%로 감소했음을 염두에 두어야 한다(National Institute for Health and Welfare, 2012).

최근에는 정신보건의료비가 감소한 국가도 있었다. 이는 전 세계 금융위기와 전반적인 보건의료비 통제 압력 때문인 것으로 보인다. 잉글랜드에서 정신보건의료에 대한 투자가 상당히 증가했지만(2001-2002년과 2011-2012년, 실제 60% 정도 증가) 국가 보건의료제도 전반에 걸쳐 취해진 조치로 인해 2011년에는 처음으로 1% 감소했다(Mental Health Strategies, 2012). 네덜란드에서도 비용이 전반적으로 증가하는 일반적인 추세와는 반대로 2012년 정신보건의료비가 감소했다(Van Dijk 등, 2011; Hilderink and van't Land, 2008; Heijnen, 2013). 그러나 정신질환 치료에 자주 사용되는 특정 약제비가 줄어들었다는 점을 염두에 둘 필요가 있으며 이는 정신질환의 일부 요소비용이 감소했음을 의미한다.

정신보건의료의 경우 직접비용만큼 간접비용도 중요하다.

간접비용은 노동시장에서 활동 감소 등 정신질환 또는 조기사망으로 인해 자원 손실을 가져오는 질병, 병, 외상으로 인한 경제적 손실을 일컫는다. 정신보건의료 분야에서 조기사망은 정신질환으로 인해 더욱 악화되는 동반상병의 영향을 받을 확률이 높다.


몇몇 국가 및 국제 연구를 보면 간접비용 수준을 알 수 있다. 정신보건의료 및 고용에 대한 OECD 프로젝트(OECD, 2012b)에서는 실업, 병가, 프리젠티즘과 관련한 정신질환의 간접비용에 대해 부분적으로 다루고 있다. 모든 연구는 생산손실에 대한 추산치를 포함시켰고 프리젠티즘 등 추가적인 요소도 포함시켜 보다 폭넓은 관점에서 살펴보았다. 간병 등의 기타 간접비용 역시 추산되었다. 표준화된 방법과 비용 구성이 정립되어 있지 않아서 이러한 연구결과를 직접 비교하는 것은 불가하지만, 이들 연구는 많은 정보를 담고 있으며 정신질환과 관련된 경제적 부담이 상당히 크다는 것을 보여주고 있다. 사실, 정신질환과 관련하여 직접비용과 간접비용은 서로 경쟁관계에 있다(표 1.4).

표 1.4. 정신질환의 직·간접비용: 일부 연구결과

국가, 연도	직접비용 ¹ (십억)	간접비용 ¹ (십억)	총 비용(십억)	GDP 대비 비율
캐나다, 2011	42.3(캐나다 달러)	6.3(캐나다 달러)	48.6(캐나다 달러)	4.40
잉글랜드, 2009/2010	21.3(영국 파운드)	30.3(영국 파운드)	51.6(영국 파운드)	4.10
프랑스, 2007	22.8(유로)	21.3(유로)	44.1(유로)	2.30
세계, 2010	823(미국 달러)	1670(미국 달러)	2493(미국 달러)	

1. 모든 수치는 각 국가의 통화로 표기했으며 세계 수치는 미국 달러로 표시했다.

출처: Smetanin, P., D. Stiff, C. Briante, C.E. Adair, S. Ahmad and M. Khan (2011), "The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041", RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada 2011; Centre for Mental Health (2010), "The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10", Centre for Mental Health, London; Chevreur, K. et al. (2009), "Le coût de la pathologie mentale en France en 2007", available at: www.urc-eco.fr/Le-cout-de-la-pathologie-mentale; Bloom, D.E. et al. (2011), "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases", World Economic Forum, Geneva.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030800>

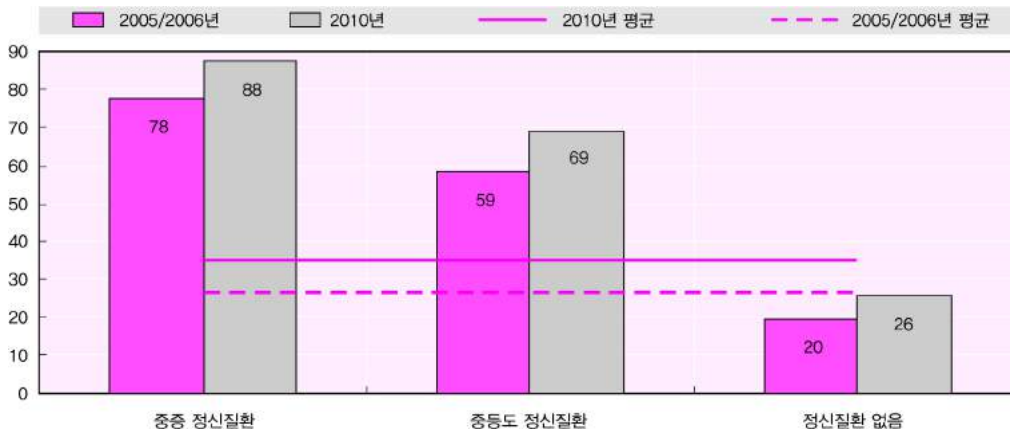
정신질환이 생산성에 미치는 영향은 크다.

주로 노인에게 영향을 미치는 다른 질병부담과는 달리 정신질환은 주로 노동을 하는 인구에 영향을 미치는 경우가 많기 때문에 정신질환이 경제생산성에 미치는 영향은 상당할 수 있다. 직장에서의 생산성 저하(프리젠티즘), 병가 증가(결근), 실업 증가 등으로 정신질환의 간접비용은 상당하다. 프리젠티즘, 병가, 실업의 증가로 인해 정신질환자를 돌보는 사람도 간접적인 영향을 받는다. 또한 조기사망은 잠재적인 생산성 손실 측면에서 비용으로 볼 수 있다.

정신건강 상태가 나빠지면 근로자는 정신질환으로 인한 감정적, 신체적 문제가 악화되어 근무는 하지만 처리하는 일은 줄어들기 때문에 근로자의 한계생산성은 떨어진다. 이러한 현상을 프리젠티즘이라 부른다. 중증 정신질환을 앓고 있는 근로자 중 88%는 정신 또는 신체적인 문제로 자신의 역량을 충분히 발휘할 수 없다고 응답했고, 이 비율이 중증도 정신질환인 경우 69%, 정신질환이 없는 경우는 26%로 나타났다. 최근 프리젠티즘은 증가추세에 있다(도표 1.8).

도표 1.8. 모든 인구집단에서 증가하는 프리젠티즘

지난 4주 동안 결근하지는 않았지만 정신 또는 신체적인 문제로 자신의 역량을 충분히 발휘하지 못한 근로자의 백분율, 유럽 OECD 21개국, 2005년과 2010년



출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030249>

근로능력이 있는 사람 중 정신질환을 앓는 사람은 정신질환이 없는 사람에 비해 일시적으로 결근할 확률이 높다. 중증 정신질환을 앓고 있는 근로자 중 42%는 지난주에 결근했다고 대답했고, 그 비율은 중등도 정신질환이 있는 사람은 28%, 정신질환이 없는 사람은 19%로 나타났다(OECD, 2012b). 잉글랜드에서는 근무하는 사람이 결근하는 이유 중 정신질환이 거의 절반을 차지하는 것으로 나타났다(Centre for Mental Health, 2012).

결근과 관련된 비용이 상당한 것으로 추산되고 있지만 안타깝게도 결근, 특히 프리젠티즘으로 인해 발생하는 생산손실을 비용으로 추산하기 어려워 보통 질병비용 연구에서 이 부분은 포함되지 않는 경우가 많다. 호주에서 근로자의 정신질환으로 인한 결근과 프리젠티즘 때문에 연간 발생하는 생산성 손실액은 연간 59억 호주 달러 정도로 추산되고 있다(Department of Health and Aging, 2010).

실업이 정신질환으로 이어지기도 하고, 정신질환을 앓고 있는 사람은 보통 일할 수 없는 경우가 많기 때문에 고용과 정신질환은 복잡한 관계에 있다고 볼 수 있다. 정신질환을 앓고 있는 사람은 고용될 확률이 낮고 정신질환의 정도가 심해질수록 고용 격차는 더욱 벌어진다. 중증 정신질환을 앓고 있는 사람의 경우 정신질환이 없는 사람에 비해 실업확률이 6-7배 높았고 경증 및 중등도 정신질환은 2-3배 높았다(OECD, 2012b). 호주의 생산성 위원회는 정신질환, 암, 심혈관계 질환, 중대한 외상, 당뇨, 관절염 중에서 정신질환이 실업과 연관될 확률이 가장 높은 것으로 발표했다. 정신건강문제는 실업으로 이어질 뿐만 아니라 실업이 정신건강문제로 이어지는 경우도 있다. 최근 OECD 연구에 따르면 고용에서 실업상태가 되거나 비활동 상태가 되는 경우 정신건강에 미치는 부정적인 영향이 큰 것으로 나타났으며(OECD, 2012b), 개인의 실업상태가 길어질수록 정신건강에 미치는 영향이 더욱 커지는 것으로 나타났다. 정신질환으로 인한 실업비용은 높다.

몇몇 국가에서는 정신질환 때문에 생긴 결근, 프리젠티즘, 실업에서 발생하는 간접비용을 추산하였다. 추산방법이 각기 다르기 때문에 국가 간 비교는 어렵지만, 모두 정신질환 비용이 높음을 보여주고 있었다(표 1.5).

표 1.5. 정신질환 비용: 결론, 프리젠티즘, 실업

직장에서의 생산성 손실로 인한 간접비용 추산치	
호주	근로자의 정신질환 때문에 생긴 결론과 프리젠티즘에서 발생하는 생산성 손실비용은 연간 59억 호주 달러로 추산된다.
잉글랜드	정신질환이 있으면 일을 할 수 없기 때문에 정신질환은 실업률을 4% 증가시키는 것으로 나타났으며 결론(병가)을 고려하는 경우 실업률은 1% 더 증가하는 것으로 나타났다. 프리젠티즘을 포함하면 정신질환으로 인한 연간 생산성 손실비용은 303억 영국 파운드로 추산된다.
프랑스	생산성 손실비용은 200억 유로로 추산된다(실업 93.3억 유로, 병가 106.7억 유로). 또한 간병인의 근로 역량 감소 역시 비용으로 추산하면 4,500만 유로가 된다. 그러나 본 연구는 프리젠티즘을 고려하지 않았음을 염두에 두기 바란다. 비공식적인 간병비용은 약 13억 유로 정도로 추산된다(보통 실제 보상 없이 가족구성원이 제공하는 간병).
일본	일본에서 우울증으로 인한 경제적 부담은 110억 미국 달러이다. 이중 69.1억 달러는 근무지에서 발생하는 비용이다. 근무지에서 발생하는 비용은 결론비용(56억 미국 달러)과 프리젠티즘(13.1억 미국 달러)으로 나눌 수 있다.

출처: Department of Health and Aging (2010), "National Mental Health Report 2010: Summary of 15 Years of Reform in Australia's Mental Health Services Under the National Mental Health Strategy 1993-2008", Commonwealth of Australia, Canberra; Centre for Mental Health (2010), "The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10", Centre for Mental Health, London; Chevreul, K. et al. (2009), "Le coût de la pathologie mentale en France en 2007", available at: www.urc-eco.fr/Le-cout-de-la-pathologie-mentale; Okumura, Y. and T. Higuchi (2011), "Cost of Depression Among Adults in Japan", Primary Care Companion for CNS Disorders, Vol. 30, No. 3, pp. e1-e9.

또한 간접비용 추산치를 보면 조기에 정신질환을 찾아내서 치료하는 것에 초점을 맞추는 것이 중요함을 알 수 있다. 정신질환을 앓고 있는 성인 중 50%정도는 15세 이전에 정신질환이 발병했으며 중증 정신질환자의 5%정도는 25세 이전에 발병했다. 따라서 조기에 정신질환 문제를 해결하는 것이 장기적으로 비용을 상당히 절감할 가능성이 있다(Centre for Economic Performance, 2012; Degney 등, 2012). 이는 특히 개인이 이른 나이에 실업과 정신건강문제의 탓에 걸려 고용되지 않은 상태에서 장애급여에 의존하도록 만들 수 있기 때문에 조기에 해결하는 것이 중요하다(OECD, 2012b). 정신질환이 있는 젊은 층은 상당히 젊은 나이에 장애급여를 받게 되기 때문에 이들이 영구적으로 노동시장에 참여하지 않게 될 가능성이 높아지고 이는 장애급여 수급 가능성을 더욱 높여준다(OECD, 2012b).

정신질환으로 인한 조기사망도 큰 비용으로 이어질 수 있다. 캐나다에서 2000년 조기사망으로 인한 생산 감소 가치는 20억 캐나다 달러로 추산되고 있으며(Jacobs 등, 2010), 일본은 우울증관련 자살 비용이 연간 25.4억 미국 달러로 추산되고 있다(Okumura and Higuchi, 2011). 정신질환으로 인한 조기사망은 3장에서 자세하게 다룬 신체장애와 높은 동반상병률(rates of co-morbidity) 때문이며 자살의 경제적 비용도 이와 관련되어 있다. 예를 들어 미국에서 자살의 경제적 비용은 연간 340억 미국 달러로 추산되고 있으며, 대부분 자살부담은 주로 근로연령 성인에게 나타나기 때문에 임금손실 및 근로 생산성 손실로 인한 경제적 비용이 발생한다(AFSP, 2010). 한 연구에 따르면 뉴질랜드의 자살 및 자살시도로 인한 연간 비용은 경찰, 검사관, 희생자 지원, 보건의료비와 관련하여 2,300만 뉴질랜드 달러(2004년 가치)가 넘는 것으로 나타났다. 그러나 삶의 질 등 비경제적인 비용을 포함하면 그 비용은 총 14억 뉴질랜드 달러 정도로 추산된다(Phillips, 2012). 독일, 헝가리, 아일랜드, 포르투갈에서 자살률, 치명적이지 않은 자살시도, 기대수명, 경제활동 자료를 활용한 모델링에서는 각 자살건의 평균 비용은 유럽국가의 경우 200만 달러에 이르는 것으로 나타났다(McDaid 등, 2010).

보건의료제도에서 동반상병의 높은 비용

정신질환의 존재는 신체적 증상을 더욱 악화시키거나 추가적인 신체적 질병을 야기할 수도 있다. 사실 정신질환은 흔한 신체질환을 진단하기 어렵게 만드는 요인이기도 하다. 중등도 또는 중증 정신질환을 앓고 있는 50-64세 인구 중 80%정도가 신체적인 증상이 있었다. 이는 대부분의 국가에서 일관되게 나타나는 현상이다⁷(OECD, 2012b). 영국에서 장기적으로 정신질환을 앓으며 동반상병 상태인 환자 한 명당 총 보건의료비가 최소 45% 증가할 정도로 동반상병은 총 보건의료비를 증가시키는 것으로 추산된다. 영국 국가보건의료서비스에서 정신질환과 동반하여 발생하는 추가적인 신체질환 진료비는 연간 100억 파운드로 추산된다(Centre for Economic Performance, 2012). 따라서 정신질환과 관련된 전체 경제적 비용을 추산할 때 이러한 간접비용과 동반상병 비용을 모두 고려하는 것이 중요하다.

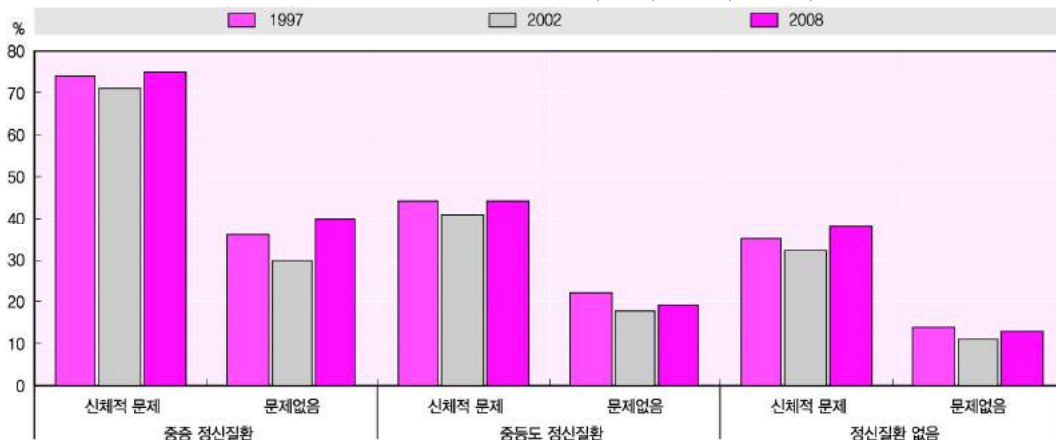
동반상병은 높은 소득대체급여나 장애급여와도 연관이 있다(도표 1.9).

정신질환으로 인한 사회보장 지불비용은 상당하다.

앞에서 논의했듯이 정신질환자는 그렇지 않은 사람에 비해 실업상태에 놓일 확률이 높기 때문에 이들은 보통 실업 또는 장애급여에 의존한다. 또한 중증 정신질환을 앓고 있는 사람은 경증 및 중등도 정신질환을 앓고 있는 사람보다 실업자가 될 확률이 더 높을 뿐만 아니라 실업기간도 더 길다. 긴 실업기간은 장애급여로 이어질 확률이 높다. 정신질환으로 인해 청구하는 장애급여를 보면 지난 20년 동안 거의 모든 OECD 국가에서 증가했음을 알 수 있다(도표 1.10). 현재 새로운 장애급여 청구 중 3분의 1 정도는 정신질환 때문이며 일부 국가에서는 그 비율이 50%까지 나타나기도 한다(OECD, 2012b).

도표 1.9. 동반상병에 따른 소득대체급여 수급률 증가

어떤 형태로든 소득대체급여를 받는 개인의 비율,
정신질환 정도 및 신체문제 발생에 따라 구분, 미국, 1997년, 2002년, 2008년



1. 소득대체급여에는 장애, 실업, 복지, 기타 소득대체 급여가 포함된다.

출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.


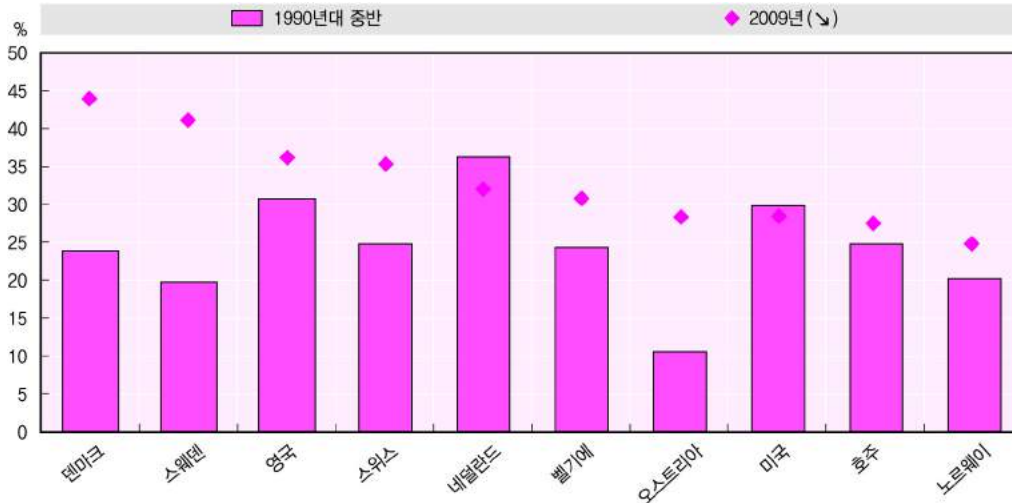
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030268>

도표 1.10. **정신질환에 따른 장애급여 청구의 급증**
 정신질환이 있는 사람에게 신규로 제공된 장애급여,
 모든 장애급여 보조금 중 비율, 일부 OECD 국가, 1990년대 중반과 최근 가용한 연도



1. 오스트리아, 벨기에, 스웨덴, 미국 자료에는 정신지체, 지적장애, 기질적 정신질환, 원인을 알 수 없는 정신질환이 포함됐다(2006년 정신지체, 지적장애가 총 유입액 중 4.6%를 차지했다). 호주는 기질적 정신질환, 스위스는 정신지체가 포함된 자료이다.

출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030287>

국가에서 많은 장애급여 지불은 높은 비용으로 이어진다. 2007년 캐나다에서 총 소득지원 관련 지출은 37억 캐나다 달러에 이르렀고 이러한 지출은 캐나다 연금계획, 근로자 보상, 지방 소득지원, 장애급여로 구분할 수 있다. 정신질환 관련 장기 장애급여비는 13.5억 캐나다 달러(총 장기 장애급여액 45억 캐나다 달러 중 30%), 단기 장애급여비는 1.7- 3억 캐나다 달러(총 단기 장애급여 10억 달러 중 18-30%)에 이르렀다. 지역 소득지원(6개 지역에서만 보고함)은 12억 캐나다 달러에 이르렀다 (Jacobs 등, 2010). 잉글랜드에서 실업자 중 무능력자 급여(incapacity benefit)를 받는 사람 중 44%의 직접적인 원인은 정신질환이었다(80억 영국 파운드). 프랑스에서는 근로할 수 없는 사람을 대상으로 44억 유로에 상당하는 급여(paid benefit)를 제공했다. 병가인 경우 정신질환으로 인해 지급한 일비는 14.1억 유로에 이르렀다. 정신질환 때문에 발생하는 실업에 대한 보상은 실업급여(353.2 백만 유로), 질병수당(22.6억 유로), 최저보장소득(254 백만 유로)으로 나뉜다(Chevreul 등, 2009).

1.4. 정신질환의 무형비용 산정과 인적비용 추산

DALY와 QALY는 무형비용의 지표로 사용된다. 1 DALY는 “건강한” 삶의 1년 손실에 해당하며 전체 인구가 고령의 연령까지 질병과 장애 없이 살아가는 이상적인 상황과 현실의 격차를 추정하는 것이다.

‘WHO 질병부담 2004 최신판’(WHO Burden of Disease 2004 Update)에서는 중상위 소득 국가의 경우 장애보정수명의 가장 큰 부담을 단극성 우울증으로 파악했다. 단극성 우울증은 2030년까지 전 세계적으로 장애보정수명의 가장 큰 부담이 될 것이다(WHO, 2008). 세계질병부담 2010은 전 세계적으로

주요 우울증이 모든 DALY의 2.55%를 차지하고 있으며 총 DALY에서 불안장애는 1.08%, 조현병은 0.55%, 양극성 정서장애는 0.52%를 차지하는 것으로 나타났다(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). 동일 연구 자료를 활용하여 Whiteford 등은 전 세계적으로 모든 DALY에서 정신 및 약물남용 질환이 6.2-8.6%를 차지한다고 밝혔다(Whiteford 등, 2013).

QALY는 삶의 질과 기대수명을 모두 추정하는 것으로 특정 보건의료 개입의 효과성과 효율성을 평가하는 데 사용하거나(박스 1.1) 또는 동반상병으로 알 수 있는 것보다 더욱 포괄적인 방법으로 인구의 건강상태를 파악하는 데 사용할 수 있다. 건강으로 누군가의 삶의 질을 추정할 때, 고려되는 몇 가지 요소가 있다. 이러한 요소에는 그 사람이 느끼는 고통의 정도, 이동성 및 전반적인 기분이 포함된다. 삶의 질 등급은 0미만의 음수(최악의 건강상태)에서부터 1(최상의 건강상태)까지 매길 수 있다.

무형비용을 통화가치로 추산한 연구가 몇 안 되기는 하지만, 이용가능한 추산치를 보면 그 금액이 상당히 클 가능성이 있다는 것을 알 수 있다. 프랑스에서 정신건강으로 인한 삶의 질 감소와 관련한 비용은 651억 유로로 추산됐다. 이는 프랑스 평균보다 30% 낮은 삶의 질과 정신질환으로 손실된 QALY 219만 달러를 합산한 것이다(QALY당 29,765유로로 추산함)(Chevreul 등, 2009). 2009-2010년 영국에서 정신질환으로 인한 인적비용은(삶의 질 저하로 인한 비용) 418억 영국 파운드로 추산됐지만 스코틀랜드에서는 같은 기간 동안 인적비용이 총 56억 파운드로 추산됐다.

박스 1.1. 특정 보건의료개입의 효과성을 파악하기 위해 QALY 이용하기

X라는 환자는 생명을 위협받을 정도로 심각한 상황에 있다.

- 이 환자가 지속적으로 표준 치료를 받아 1년 살 수 있다고 가정하는 경우 삶의 질은 0.4이다(0 또는 0미만=최악의 건강상태, 1=최상의 건강상태)
- 이 환자가 신약을 복용하여 1년 3개월(1.25년) 동안 살 수 있다고 가정하는 경우 삶의 질은 0.6이다.

QALY 증가 관점에서 신규치료는 표준치료와 비교한다.

- 표준치료: 1 (추가 1년 생명연장) x 0.4 = 0.4 QALY.
- 신규치료: 1.25 (1년 3개월 생명연장) x 0.6 = 0.75 QALY

따라서 신규치료는 QALY가 추가로 0.35 연장되는 결과를 가져왔다(즉 0.75 - 0.4 QALY = 0.35 QALY).

- 신약비용이 10,000 영국 파운드라고 가정할 때, 평균 치료비는 3,000파운드이다.
- 치료비 차이(7,000파운드)는 증가한 QALY(0.35)로 나누어 QALY당 비용을 계산한다. 그 결과 신규치료 비용은 QALY당 20,000파운드이다.

출처: NICE - National Institute for Clinical Excellence (2010), "Measuring Effectiveness and Cost-effectiveness: The QALY", available at www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectivenesstheqaly.jsp.

1.5. 결론

일반적으로 OECD 국가에서 정신보건의료에 대한 지출은 증가해왔으며 지출의 상당 부분은 입원 환자 진료에 사용되었지만, 지역사회기반 및 외래환자 진료에 대한 지출도 증가하고 있다. 정신보건의료비가 증가하고 있지만 높은 간접비와 뒷장에서 다룰 정신질환의 치료격차는 그러한 지출의 필요성 및 비용 대비 높은 가치를 제공하는 효과적인 서비스에 투자될 수 있도록 관리가 필요하다는

주장을 뒷받침하고 있다. 정신질환이 사회에 미치는 전반적인 경제적 부담을 고려했을 때 정신질환에 대한 지출이 너무 적은 것 아니냐고 주장할 수도 있다. 그러나 자료의 한계로 심도 있는 분석을 하는 데 제약이 있기 때문에 제대로 된 곳에 지출이 이루어지는지에 대한 질문에는 답변하기 어렵다.

정신건강을 효과적으로 치료하여 얻을 수 있는 고용증대 및 그에 따른 생산증대, 삶의 질 증대의 잠재적인 혜택은 상당하다. 특히 경증 및 중등도 정신질환자에게 그 혜택이 크다는 것을 생각하면 정신보건의료에 투자하면 다른 부문에서 비용절감 효과가 있을 수 있다. 정신보건의료 투자를 늘릴 때 정신보건의료 서비스가 투자 대비 좋은 가치를 제공하도록 하는 것이 중요해질 것이다. 네덜란드의 한 연구에 따르면 정신보건의료 투자의 간접비용 가치는 일차진료에 사용된 1유로당 2.59유로로 추산된다. 영국에서 경증 및 중등도 우울증 비용을 주로 다루는 ‘우울증 보고서’(Depression Report)에서는 정신치료에 대해 추가적으로 지출을 하는 경우 생산성 향상, 보건의료비 감소로 비용을 충분히 절감할 수 있고 전체적으로 프로그램이 자체 비용을 감당할 수 있을 것이라고 밝혔다. 본 연구에서는 직장에서 건강증진 프로그램이 결근 및 프리젠티즘과 관련된 비용을 효과적으로 해결할 수 있다고 밝혔다.

서비스 비용을 비교할 수 있도록 세분화된 지출자료와 개선된 결과지표를 함께 사용하면 서비스별 비용 대비 효과에 대한 전체적인 모습을 볼 수 있다. OECD에서는 정신보건의료제도에 대한 투자가 어떠한 결과와 성과를 가져오는지 살펴보기 위해 자살률, 중증 정신질환 재입원, 정신병동 퇴원, 정신전문의 수, 정신보건의료비, 우울증 치료제 소비 등 OECD에서 정기적으로 얻을 수 있는 자료를 활용하여 정신보건의료 성과를 평가하기 위해 예비 분석을 실시했다. 이 분석을 통해 투입과 산출에서 OECD 국가 간 큰 차이가 있었고, 투입이 산출로 전환되는 효율성에 대해서도 국가별로 큰 차이가 있었다. 그러나 본 연구를 진행하면서 자료의 이용가능성과 이용범위에 제약이 있었다. 특히 이용가능한 자료는 대부분 입원진료에 대한 것이고 일차진료 및 지역사회기반 진료 자료는 부족했다. 따라서 분석은 중증 정신질환 진료에 편향되어 있고 경증 및 중등도 정신질환을 충분히 고려하지 못했다. 또한 지출 및 재입원을 등 일부 자료를 제공한 국가 수가 제한적이었고 국가별로 지표 측정에 대한 일관성도 부족했다. 그러나 가용한 자료를 바탕으로 결론을 내기는 어렵지만 이 예비 연구를 통해 OECD 정신보건의료제도의 효율성을 개선할 여지가 있다는 것을 알 수 있었다.

또한 정신질환 비용에 대한 자료를 개선할 필요도 있다. 정신보건의료에 사용되는 자원을 좀 더 심도 있게 이해하려면 자료의 표준화가 필요하며, 일차진료 및 지역사회 진료, 법의학/안전관리 등 전문서비스에 대한 비용추산의 개선도 필요하다. 이러한 방법은 특히 OECD 국가가 병원 외부에서 정신보건의료를 제공한다는 점에서 중요하다. 세부적인 질병 수준의 자료는 경증, 중등도, 중증 정신질환을 구분하고 있어 정신보건의료 환경과 서비스 설계에 대한 귀중한 정보를 제공해준다. 정신보건의료 간접비용이 높다는 것을 고려하면 비공식 진료의 가치 등 정신보건의료의 간접비용 관련 비교가능하고 정기적으로 집계되는 자료가 필요하다.

그러나 기존 자료에서는 전반적으로 정신질환 비용이 많이 든다는 점과 개인, 지역사회, 경제에 정신질환이 미치는 상당한 부담을 줄이기 위해 보건의료 부문뿐만 아니라, 고용 및 사회적 서비스 부문에서도 효과적이고 양질의 비용 대비 높은 가치를 제공할 수 있는 서비스를 요구하고 있음을 보여준다.

주석

1. 보건의료계정체계는 2000년에 OECD가 처음 소개하고, 2011년에 OECD, 유럽연합, WHO가 공동으로 개정했는데, 이것은 보건의료 관련 재화와 서비스의 소비지출 관점에서 국가 보건의료제도를 설명하고 있다(OECD, 2011).
2. ICD-10 5장(“정신 및 행동장애”)은 ICD-10 코드 F00-F99로 구성되어 있기 때문에 알츠하이머(G30)는 포함되지 않았다.
3. 방법론적인 문제로 국가별로 수치의 정확성에 차이가 날 수 있다. 예를 들어 체코는 약제비의 상당 부분을 구분하지 못했기 때문에 정신보건의료의 약제비 지출이 포함되지 않았다.
4. 시범 프로젝트에 참여한 국가는 체코, 헝가리, 한국, 네덜란드, 슬로베니아이다. 독일은 본래 프로젝트에 자료를 제공했지만, 최근 자료는 독일 보건의료 정보제공 웹사이트에서 다운로드하였다. 호주도 시범 프로젝트에 자료를 제공했지만, 해당 자료는 ICD와 다른 범주를 사용하는 세계질병 부담(Global Burden of Disease)을 따른 관계로 정신보건의료비를 직접 비교할 수는 없었다.
5. 차이 중 일정 부분은 각국의 제공자별 실질적인 차이라고 보기 어려울 수 있지만, 이는 모든 제공자를 통틀어 이들이 제공하는 자료의 질과 수준 차이에서 생길 수 있다는 점을 주의해야 한다. 예를 들어 체코는 약제비의 대부분을 구분할 수 없어 정신보건의료 관련 약제비 지출비용이 실제보다 적게 반영되었고, 캐나다는 장기요양 비용을 질병별로 구분할 수 없었다. 자료의 비교가능성을 높이기 위한 노력은 계속되고 있다.
6. 국제간이병원질환표(International Short List of Hospital Morbidity Tabulation, ISHMT)는 많은 국가가 채택할 수 있는 ICD 분류방법을 제공하고 있으며, 이는 국가 간 비교에 사용할 수 있다.
7. 대부분 유럽에 위치한 여러 OECD 회원국 및 비회원국을 조사한 건강, 고령화, 은퇴에 대한 조사(Survey of Health, Ageing and Retirement, SHARE)에서 가져온 결과이다.

참고문헌

- AFSP - American Foundation for Suicide Prevention (2010), “Understanding Suicide: Facts and Figures”, available at: www.afsp.org/understanding-suicide/facts-and-figures, accessed 02.10.2013.
- AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2012a), “Australia’s Health 2012”, Australia’s Health Series No. 13, Cat. No. AU S 156, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- AIHW (2012b), “Expenditure on Mental Health Services”, Mental Health Services in Australia, Australian Institute of Health and Welfare, <http://mhsa.aihw.gov.au/resources/expenditure/>.
- Bloom, D.E. et al. (2011), The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases, World Economic Forum, Geneva.
- Centre for Economic Performance (2012), How Mental Illness Loses Out in the NHS, Centre for Economic Performance and London School of Economics and Political Science, London.
- Centre for Mental Health (2010), The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10, Centre for Mental Health, London.
- Chang, S.M. et al. (2008), “Economic Burden of Schizophrenia in South Korea”, Journal of Korean Medical Science, Vol. 23, No. 2, pp. 167-175.

- Chevreur, K. et al. (2012), “Public and Nonprofit Funding for Research on Mental Disorders in France, the United Kingdom, and the United States”, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 73, No. 7.
- Chevreur, K. et al. (2011), *Cout de la pathologie mentale en France*, Paris, France, Unite de recherche clinique en economie de la sante (URC-Eco).
- Chevreur, K. et al. (2009), *Le cout de la pathologie mentale en France en 2007*, available at www.urc-eco.fr/Le-cout-de-la-pathologie-mentale.
- Degney, J. et al. (2012), *Counting the Cost: The Impact of Young Men’s Mental Health on the Australian Economy*, Ernst and Young, available at www.yawcrc.org.au.
- Department of Health (2013), *Annual Report and Accounts 2012-13*, The Stationary Office, London.
- Department of Health and Aging (2010), “National Mental Health Report 2010: Summary of 15 Years of Reform in Australia’s Mental Health Services Under the National Mental Health Strategy 1993-2008”, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Folkertsma, J., A. Marijke, J. Polder, G.J. Kommer, L. Slobbe and M. van Tulder (2013), “Effects of Policy Measures on Mental Health Care Expenditures in the Netherlands”, Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands.
- Garg, C. and D. Evans (2011), “What Is the Impact of Non-communicable Diseases on National Health Expenditures: A Synthesis of Available Data”, Discussion Paper No. 3, Geneva.
- Goeree, R. et al. (2005), “The Economic Burden of Schizophrenia in Canada in 2004”, *Current Medical Research and Opinions*, Vol. 21, No. 12, Librapharm Limited, pp. 2017-2028.
- Heijnen, H. (2013), “Kosten GGZ stijgen minder hard dan voorgesteld” [Costs in Mental Health Care are rising slower than suggested], Heijnen Organisatieadviseurs, Amsterdam.
- Hilderink, I. and H. van’t Land (2008), “GGZ in tabellen 2007” [Mental Health Care in Tables 2007], Trimbos Institute, Netherlands.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), “Global Burden of Disease 2010”, available at <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>, accessed 2 October 2013.
- Jacobs, P. et al. (2010), “The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A Report to the Mental Health Commission of Canada”, Institute of Health Economics.
- Knapp, M. et al. (2008), “Economics, Mental Health and Policy: An Overview”, MHEEN II Policy Briefing, London School of Economics, London.
- Mental Health Strategies (2012), *2011/12 National Survey of Investment in Adult Mental Health Services*, Ref: 1596-11, Report prepared for Department of Health.
- McDaid, D. et al. (2010), “Making the Case for Investing in Suicide Prevention Interventions: Estimating the Economic Impact of Suicide and Non-Fatal Self Harm Events”, *Injury Prevention*, Vol. 16 (Suppl; 1), pp. A 1-A289.
- National Center for Health Statistics (2013), “Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care”, Hyattsville, Maryland.
- National Institute for Health and Welfare (2012), “Health Expenditure and Financing 2010”, National Institute for Health and Welfare (THL), Statistical Report No. 5/2012, Finland.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2010), “Measuring Effectiveness and Cost-Effectiveness: The QALY”, available at www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectivenesstheqaly.jsp.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013 – OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- OECD (2012a), “Extension of Work on Expenditure by Disease, Age and Gender: Interim Report”, OECD, Paris, available at www.oecd.org/els/health-systems/Extensionofworkonexpenditurebydisease_ageandgender_I

- nterimReportApr2012.pdf.
- OECD (2012b), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OECD (2011), *A System of Health Accounts – 2011 Edition*, Paris, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.
- OECD (2008), “Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender Under the System of Health Accounts (SHA) Framework”, OECD, Paris, available at www.oecd.org/els/health-systems/EstimatingExpenditurebyDiseaseAgeandGender_FinalReport.pdf.
- Okumura, Y. and T. Higuchi (2011), “Cost of Depression Among Adults in Japan”, *Primary Care Companion for CNS Disorders*, Vol. 30, No. 3, pp. e1-e9.
- Phillips, J. (2012), “Suicide – Costs of suicide”, *Te Ara – The Encyclopedia of New Zealand*, updated 13th July 1012, available at www.TeAra.govt.nz/en/suicide/page-1.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010), *National Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse Treatment, 1986-2005*, DHHS Publication No. SMA 10-4612, Center for Mental Health Services and Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville.
- SANE (2002), “Schizophrenia: Costs – An Analysis of the Burden of Schizophrenia and Related Suicide in Australia”, *Access Economics Report*, SANE, Australia.
- SAMH – Scottish Association for Mental Health (2011), “What’s It Worth now? The Social and Economic Costs of Mental Health Problems in Scotland”, Scottish Association for Mental Health, Glasgow.
- Slobbe, L. C.J., Smit, J.M., Groen, M.J.J.C. Poos and G.J. Kommer (2011), “Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010”, *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)*, Bilthoven.
- Smetanin, P., D. Stiff, C. Briante, C.E. Adair, S. Ahmad and M. Khan (2011), *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*, RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada 2011.
- Van Dijk, S. and A. Knispel (2011), “GGZ in tabellen 2010” [Mental Health Care in Tables 2010], Trimbos Institute, Netherlands.
- Whiteford, H. et al. (2013), “Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, Vol. 382, No. 9904, pp. 1575-1586, 9 November 2013.
- WHO – World Health Organization (2008), “The Global Burden of Disease. 2004 Update”, WHO, Geneva, available at www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

제 2 장

경증 및 중등도 정신질환에 대한 더 나은 진료

이번 장에서는 OECD 국가에서 경증 및 중등도 정신질환 유병률이 상당히 높지만 전반적으로 과소평가되어 있다는 점을 설명한다. 치료하지 않은 경증 및 중등도 정신질환 비용은 높으며 국가는 우울증 및 불안장애 등 흔한 증상 치료를 강화 및 확대할 필요가 있다. 일부 OECD 국가의 경험을 살펴보면 비용효과적인 치료법을 이용할 수 있지만 널리 도입되지는 않았다는 것을 알 수 있다. 본 장에서는 주로 일차진료에 초점을 맞추어 기존 진료제공을 개선할 수 있는 방법을 살펴본다. 경증 및 중등도 진료 제공에 대해 조직 및 재정 인센티브를 바람직한 결과를 얻는 방향으로 설계할 수 있는 성공적인 예시도 제시된다. 특히 경증 및 중등도 정신질환의 더 나은 진료를 약속하는 정신진료에 대한 접근성을 장려하는 이니셔티브 등 증가하는 비용효과적인 이니셔티브에 대해 살펴본다.

2.1. 서론

전통적으로 정신보건의료제도는 경증 및 중등도 정신질환보다는 중증 정신질환에 초점을 두었다. 이 장에서 살펴보겠지만 특히 진료가 지역사회 중심으로 점차 전환되고 그로 인해 진료제공 및 지불제도에 영향을 미치면서 대부분의 OECD 국가에서 정신질환 전문의 진료는 상당한 변화를 거쳤다. 정신질환 전문의 진료를 개선하려면 상당한 진전이 이루어져야 하지만, 변화시키고 개선하려는 의지는 상당히 크다. 그러나 경미한 정신질환 진료에 대한 에너지 및 자원투자는 중증 정신질환 투자에 비해 부족하다. 이번 장에서는 증상의 구분과 진단이 분명하지는 않지만 경증 및 중등도 증상을 보이는 흔한 정신질환의 진료제공에 대해 다루고자 한다.

경증 및 중등도 정신질환은 보통 지역사회 및 입원치료 환경에서 제공되는 전문적인 정신보건의료 범위에 속해있지 않다. 정신질환의 병원진료가 지배적인 국가에서도 경증 및 중등도 우울증이나 불안장애로 입원한 환자가 많지 않기 때문에 경증 및 중등도 정신질환 위험은 경시되고 있다. 지역사회를 중심으로 한 진료가 더욱 지배적인 국가에서는 시설진료를 대체하기 위해 지역사회 진료를 제공하는 데 초점을 두고 있다. 이는 대부분의 전문의 진료가 지역사회에서 제공되면서 병원은 필요한 경우 강도 높은 지원을 제공하지만 여전히 가장 심각한 사례에 집중하고 있다는 것을 의미한다. 한편 이처럼 정신질환 부담이 높고 증상이 심각하지 않은 경우에도 치료되지 않은 정신질환은 개인에게 심각한 영향을 줄 수 있으며 사회적으로 결정적인 영향을 미칠 수 있다. 경증 및 중등도 정신질환은 높은 실업률, 높은 결근, 직장에서 생산성 감소, 장애급여 청구의 부담 증가와 높은 연관성이 있다.

일부 OECD 국가는 기존 진료 시스템의 역량을 증대시켜 불안장애와 우울증 등 경증 및 중등도 정신질환을 치료할 수 있도록 하는 방법으로 경증 및 중등도 정신질환에 대한 진료 개선 가능성이 크다고 생각했다. 특히 일차진료 의사가 지역사회기반에서 경증 및 중등도 정신질환 관리에서 더 많은 역할을 할 수 있도록 하는 것도 방법이다. 치료를 제공하는 데 새로운 방법을 구축하는 것보다 기존 시스템을 개선하는 것이 비용효과적이라는 점은 경증 및 중등도 질환이 일차진료에서 더욱 비용효과적으로 치료될 수 있다는 것을 뜻한다. 그러나 진료의 효과성과 질을 높이기 위해서는 적절한 역량, 지식, 인센티브, 정보 시스템이 존재해야 한다. 또한 일부 OECD 국가는 경증 및 중등도 정신질환 치료 관련 미충족 필요를 해결하기 위해 추가적으로 맞춤형 서비스를 구축하는 데 성공했다. 일부 사례를 통해 신규 치료방법이 비용효과적이라는 근거도 제시되었다. 이번 장에서는 비용 대비 효과가 좋고 양질의 진료를 제공할 수 있는 예시를 강조하고 많은 국가가 종종 경시되는 경증 및 중등도 질환의 치료 제공을 확대할 필요성에 대해 살펴보면서 더 나은 진료에 대한 수요에 대응하기 위해 OECD 국가가 취하고 있는 접근법을 살펴보고자 한다.

2.2. OECD 국가의 경증 및 중등도 정신질환 부담

경증 및 중등도 정신질환이란?

이번 장에서는 우울증, 다양한 불안장애, 공황장애, 공포증, 신체형 장애, 식이장애, 주의력결핍 과

잉행동장애(Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 이하 “ADHD”) 등 OECD 국가 인구에서 유병률이 높게 나타나는 일련의 정신질환을 묘사하는 말로 “경증 및 중등도”라는 표현을 사용한다. 이러한 질환은 다른 정신질환(정신병)에 비해 증상이 경미하다. 이번 장에서는 증상 정도가 심한 우울증 및 정신질환을 포함하여 중증 정신질환을 의도적으로 포함시키지 않았다. 장애의 정도는 증상의 횟수 및 강도, 기능장애의 정도, 증상의 지속시간에 따라 달라진다. 경증 및 중등도 질환은 개인의 건강, 일상기능, 삶의 질에 영향을 주며 적절한 진단, 치료 및 진료가 필요하다.

이러한 질환은 유병률이 높기 때문에 “흔한” 질환으로 언급한다. 이번 장에서 “흔한”이라는 용어는 우울증 및 불안장애처럼 증상의 정도를 구분하지 않고 유병률이 높은 질환을 논의하기 위해 사용했다. 모든 흔한 질환 중 상당수는 그 증상이 경증 및 중등도 수준이다. 다양한 추산치가 존재하지만 이번 장에서는 흔한 질환의 75-80%정도가 경증 및 중등도 수준의 증상을 가지고 있는 것으로 간주한다(Kessler 등, 2005a and 2005b; Australian Bureau of Statistics, 2007; OECD, 2012).

예를 들어 ICD-10 분류체계를 사용하는 경우 경증 우울증 에피소드(ICD-10 F32.0)는 나타나는 2-3개의 증상(예를 들어 기분이 저조함, 기력감퇴, 즐거움 및 집중력 감퇴, 수면장애, 피로감, 식욕감퇴, 자신감 및 자부심 결여)으로 구성되며 환자는 고통을 받지만 대부분의 활동을 지속할 수 있다(WHO, 2010). 중등도 우울증(ICD-10 F32.1)은 보통 네 가지 이상의 증상이 나타나며 환자는 일상 활동의 지속에 상당한 어려움을 느낀다. 중증 우울증(ICD-10 F32.2) 또는 정신병을 동반한 중증 우울증(ICD-10 F32.3)은 본 장에서 직접적으로 설명하고 있지는 않지만 보통 자살충동과 자살행위를 동반하는 증상이 나타나며 F32.3의 경우 환각, 망상, 정신운동 지체, 또는 혼미함이 나타나 일상적인 사회생활이 불가능하다. 중증 우울증 및 정신병을 동반한 중증 우울증은 더욱 전문성 및 강도가 높은 치료가 필요하다.

이 보고서는 정신질환의 증상 정도를 구분했지만 환자와 보건의료 제공자에게 있어 질환의 중등도는 상당히 유용적이라는 점을 명심해야 한다. 중등도 우울증 단계에 있는 환자의 상태가 “중증”으로 악화될 수도 있고 반대로 중증 단계에서 증상이 약해지거나 완화되어 상태가 안정화될 수도 있다. 각기 다른 강도의 치료 요구에 따른 서비스 간 조정이 매우 중요하다. 또한 진단이 되지 않는 정신질환(증상이 장애 진단 기준에 못 미치는 경우)도 지속되는 경우 고통스럽고 장애를 가져올 수 있지만 저강도의 치료만으로도 개선될 수 있다는 인식이 증가하고 있다.

경증 및 중등도 정신질환은 OECD 국가의 질병부담에서 상당한 비율을 차지한다.

정신질환은 상당한 질병부담이자 OECD 국가 인구의 삶에 상당한 영향을 미친다. 중증질환을 동반한 정신질환은 인구 중 일부에만 영향을 미치는 것으로 상대적으로 드물다(3장 참조). 매년 OECD에서 수백만 명의 사람들이 경증 및 중등도 정신질환의 영향을 받는다. 또한 경증 및 중등도 정신질환은 치료율이 높다.

국제적으로 비교 가능한 추산치를 산정하는 등 정신질환 유병률을 추정하는 것은 상당히 어렵지만(Wittchen and Jacobi, 2005 참조), 기존 연구를 통해 OECD 국가에서 불안장애와 우울증 등 정신질환 유병률이 높다는 것을 알 수 있다. 유럽 역학조사의 총체적인 검토에서 보면 불안장애가 12개월 지속되는 경우가 유럽 27개국 인구 14%에 영향을 미친다고 하며 주요 우울증의 12개월 발병률은 6.9%라고 한다(Wittchen 등, 2011). 본 연구는 유병률의 국가 또는 문화적인 차이가 크다는 것을 발견하지 못했다. 벨기에, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 스페인에서 2001-2003년 사이 수행된 연구에서는 유럽의 감정장애, 불안장애, 알코올 장애의 크기를 강조하고 있다(Alonso 등, 2004). 이 연

구는 평생정신질환의 평생유병률(감정, 불안, 알코올 장애)이 25%, 감정장애(주요 우울증 및 낙담)의 평생유병률을 13.6%로 추정하고 있으며 불안장애 평생유병률(일반적인 불안장애, 사회공포, 특정한 것에 대한 공포, 외상후 스트레스, 공황장애를 동반한 광장공포증, 공황장애)은 13.6%로 추정했다. WHO 세계정신건강조사(WHO World Mental Health Surveys)에 따르면 2000년대 중반 프랑스의 자가 보고 우울증 발생률은 독일에 비해 2배 높은 것으로 나타나는 등 정신질환 발생률에 국가 간 차이를 보였다(Kessler and Üstün, 2008). 이러한 흔한 정신질환 중 75-80%는 경증 및 중등도 정신질환으로 나타났다(OECD, 2012).

경제위기 이후 불안장애 및 우울증 발생률이 높아지고 있다는 징후가 있는데, 그 예로 항우울제 처방이 증가했다. 스페인은 “경기침체로 일차진료를 받는 환자 중 정신질환 및 알코올 남용 환자가 늘어났으며 특히 실업과 주택용자 상황에 어려움이 있는 가정에서 온 환자가 많았다”고 보고한 연구도 있다(Gili 등, 2012). 유로바로미터 조사(Eurobarometer Survey)에 따르면 유럽인은 2005-2006년 때보다 2010년에 경제상황을 “좀 더 부정적”으로 보았다(European Commission, 2010).

개인과 사회에 미치는 상당한 영향

경증 및 중등도 정신질환 중 대다수는 절대적인 기준에서 장애를 유발하지 않는다. 대신 흔한 정신질환을 앓고 있는 사람 중 상당수(65-70%)(OECD, 2012)는 고용상태에 있다. 그러나 경증 및 중등도 정신질환이 개인과 사회에 미치는 영향은 심각하다. 경증 및 중등도 정신질환의 높은 발생률을 고려했을 때 이러한 질환의 영향은 전체적인 사회의 장애부담 측면에서 중증 장애보다 더 크다(OECD, 2012; Kessler 등, 2005a and 2005b). 경증 및 중등도 정신질환은 조기사망, 높은 동반상병, 만성질환의 결과 악화로 이어진다.

WHO 질병부담 2004 최신판(WHO Burden of Disease 2004 Update)에 따르면 현재 건강상태와 완전히 건강한 상태로 지낸 연수의 차를 계산해보니 중간소득 및 상위소득 국가에서 DALY의 가장 많은 부담을 차지하는 것이 단극성 우울증이라고 밝혔다. 단극성 우울증은 2030년까지 전 세계적으로 DALY의 주요 원인이 될 것으로 보인다(WHO, 2008). 단극성 우울증으로 발생하는 DALY 부담의 증가 역시 이 보고서의 결론인 정신질환의 치료격차를 줄여야 하며 특히 우울성 장애의 대다수를 차지하는 경증 및 중등도 정신질환과 관련된 치료격차를 줄여야 한다는 결론을 뒷받침한다.

신체 및 정신질환의 동반상병은 건강결과의 악화 및 보건의료비의 증가로 이어진다. 우울증은 심혈관질환, 당뇨병, 만성 근골격계 질환이 있는 사람에게 흔히 발생하고, 불안장애는 만성폐쇄성질환이 있는 사람에게 흔히 발생한다(Naylor 등, 2012). 정신질환의 동반상병은 개인이 만성질환을 효과적으로 관리할 수 있는 능력을 저하시킬 수 있다(DiMatteo 등, 2000). 당뇨와 우울증의 높은 이환율은 이환, 사망, 보건의료비 증가와 깊은 연관성이 있다(Egede and Ellis, 2010; Gonzalez 등, 2008; Schram 등, 2009). King's Fund(Naylor 등, 2012)에 따르면 잉글랜드에서 정신질환과 신체질환이 동반되는 경우 총 보건의료비가 45% 더 높았다. 우울증 역시 흡연 등 위험이 높고 건강에 해로운 행동을 증가시킨다(Naylor 등, 2012). 스코틀랜드에서 진행된 연구(Barnett 등, 2012)에서는 흔한 정신질환이 만성신체질환에 어떠한 영향을 미치는지 45-60세를 중심으로 살펴봤다. 이 연구는 신체질환이 늘어날수록 정신질환도 함께 증가한다고 밝혔다.

경증 및 중등도 정신질환은 개인에게 심각한 영향을 미칠 수 있다. 정신질환이 있는 사람은 이혼하는 경향이 높았으며 정신질환이 없는 인구에 비해 결혼생활 지속기간이 짧았다(Kessler 등, 1998; Breslau 등, 2011). 경증 및 중등도 정신질환은 높은 실업률, 결근, 직장에서 생산성 감소, 장애급여

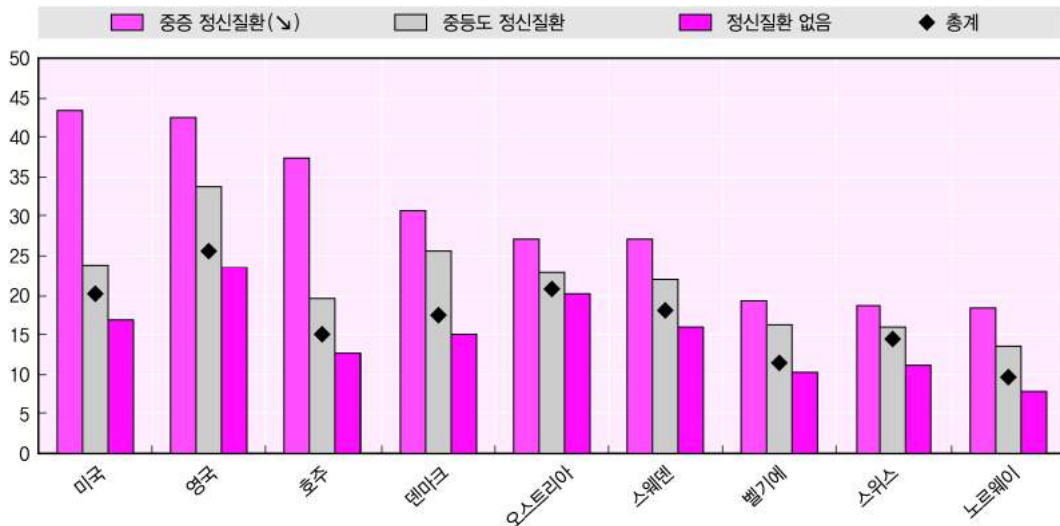
부담의 증가와 깊은 연관성이 있는 것으로 밝혀졌다(Alonso 등, 2004; European Commission, 2010; OECD, 2011). 흔한 정신질환을 앓고 있는 대부분의 사람들은 고용상태에 있었으나 이들의 고용률은 그렇지 않은 인구에 비해 10-15%정도 낮았다(OECD, 2012). 우울증은 빈곤과도 큰 연관성이 있다(Brown, 2012)(도표 2.1).

경증 및 중등도 정신질환은 잠재적인 산출물 감소, 생산성 및 근로일수 감소로 이어진다. 본 간행물의 1장을 포함하여 수많은 간행물에서 정신질환과 관련된 생산성 감소에 따른 재정적 손실을 강조하고 있다(Centre for Mental Health, 2010; OECD, 2012). 잉글랜드에서 모든 형태의 우울증으로 인한 수입 손실은 2007년 58억 2,000만 영국 파운드에 추산되며 앞으로 2026년까지 (2007년 가격 기준으로) 63억 1,000만 파운드까지 증가할 것으로 보인다(McCrone 등, 2008). 불안장애로 인한 수입 감소는 2007년 77억 파운드에 추산되었으며 2026년까지 83.4억 파운드까지 증가할 것으로 보인다.

수입 손실 및 보건의료비로 인한 국가 경제의 재정적인 부담 이외에도 사회복지서비스와 형사사법제도에 미치는 부담도 상당하다. 지난 20년 동안 대부분의 OECD 국가는 정신질환을 이유로 장애급여 신청자 수와 비율이 급증하는 것을 경험했다(OECD, 2012). OECD 국가에서 지난 수십 년 동안 총 장애급여 수급자 중 정신질환을 이유로 장애급여를 수급 받은 사람의 비율이 많이 증가했다. 그 비율은 1990년대 중반 15-25%에서 2009/2010년 30-50%로 증가했다(OECD, 2012). 형사사법제도와 관련된 사람 중 상당수는 정신질환을 앓고 있었다. WHO는 수감자 중 40-70%는 한 가지 이상의 정신질환이 있으며(WHO Europe, 2013), 수감자 중 상당수는 경증 및 중등도 질환 또는 (종종 여러 가지) 진단기준에 못 미치는 질환을 앓고 있는 것으로 나타났으며 효과적으로 치료될 수 있지만 진단되지 않는 경우가 많은 것으로 나타났다(Rickford, 2003; Naidoo and Mkize, 2012; Værøy, 2011; Cunniffe 등, 2012).

도표 2.1. 빈곤위험에 처한 정신질환자

중증, 중등도 정신질환이 있는 사람 또는 정신질환을 앓고 있지 않은 사람 중 저소득 기준이하의 소득 가구 비율¹



1. 빈곤위험을 정하는 저소득 기준은 중앙소득의 60% 수준이다.

출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

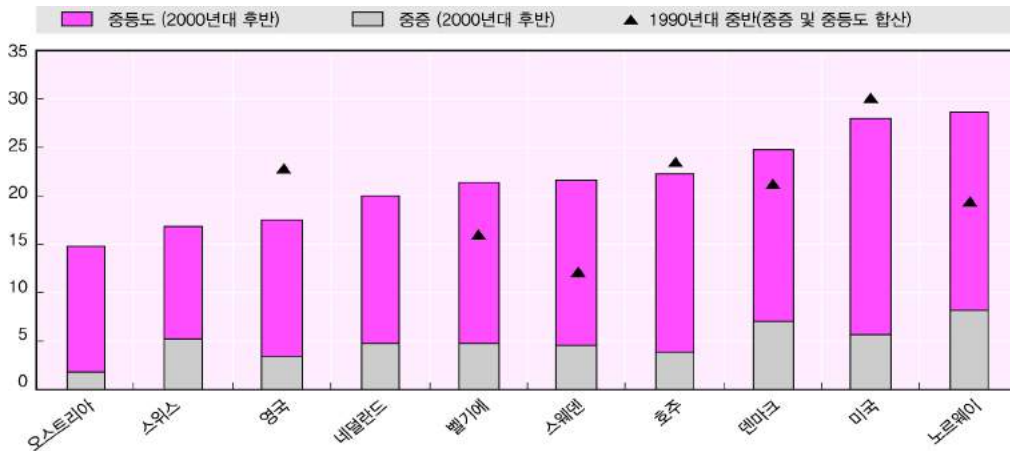
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030306>

경증 및 중등도 정신질환은 아동, 청소년 및 성인에 영향을 미치며 젊은 인구의 교육경험 및 향후 고용전망에 악영향을 끼친다. 연구에 따르면 어린 연령에 불안장애 등 다양한 정신질환을 겪는 경우도 있다(중양연령 11세에 발병)(Kessler 등, 2005b). 경증 및 중등도 질환을 포함하여 정신질환 발생률이 젊은 인구에서 높게 나타나며 많은 경우 이들의 정신질환 발생률은 일반 인구에 비해 높았다(도표 2.2). 정신질환, 감정장애 또는 행동장애가 있는 젊은 층에서 학교를 중퇴할 위험이 높았으며 안정된 고용기회는 부족한 것으로 나타났다(OECD, 2012).

이용가능한 자료를 살펴본 결과 치료격차가 상당했다.

일반적, 경증 및 중등도 정신질환 서비스는 종종 경시되는 경향이 있었으며 심지어 중증 장애에 대한 지역사회 서비스가 탄탄한 경우에도 이러한 경향이 나타났다. 자료에 제약이 있기는 했지만 세계적으로 모든 정신질환 치료격차의 중앙값은 높은 것으로 나타났다(Kohn 등, 2004). “치료격차(treatment gap)”는 질환 유병률(임상적 진단에서 증상이 진단 수준으로 나오는 정도의 증상이 있는 인구)과 증상이 있는 사람 중 치료를 받는 사람 비율의 차를 계산한 것이다. 치료격차는 치료가 필요하지만 이를 받지 못하는 사람의 백분율로 표현할 수도 있다. 경증 및 중등도 질환 치료격차는 치료 받을 확률이 높은 중증 질환을 포함하기 때문에 높게 나타나는 경향이 있다. 국제적으로, 지역적으로 자료의 이용가능성 및 “필요”에 대한 정의가 다르기 때문에 추산치가 다르다. 하지만 우울증 및 불안장애 치료격차는 전 세계적으로 우울증은 56.3%, 일반적인 불안장애는 57.5%로 나타났다(Kohn 등, 2004). 유럽 정신질환역학조사(European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD)에 포함된 국가는 인구의 3.1%정도가 정신보건의료의 미충족 필요를 가지고 있는 것으로 추정되었으며 진단 가능한 정신질환이 있는 사람 중 48%는 정신질환 관련 공식적인 보건요를 이용하지 않았다고 보고했다. 이와는 대조적으로 당뇨병 환자 중 8%만이 자신의 상태에 대해 서비스를 받지 않았다고 보고했다(Alonso 등, 2007). 미국 및 캐나다 온타리오 주에서 대부분 우울증 또는 불안장애 가능성이 있는 성인 대부분이 자신의 상태에 대해 적절한 진료를 받지 못한 것으로 나타났다(Young 등, 2001; Kessler 등, 2003). OECD 연구(2012)에서는 일부 국가에서 중등도 질환에 대한 치료격차가 높은 것으로 밝혔다(도표 2.3).

도표 2.2. **젊은이 4명 중 1명꼴로 정신질환 경험**
 총 청년인구 중 정신질환이 있는 15-24세 인구의 백분율, 2000년대 후반 및 1990년대 후반



출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

Stat Link <http://dx.doi.org/10.1787/888933030325>

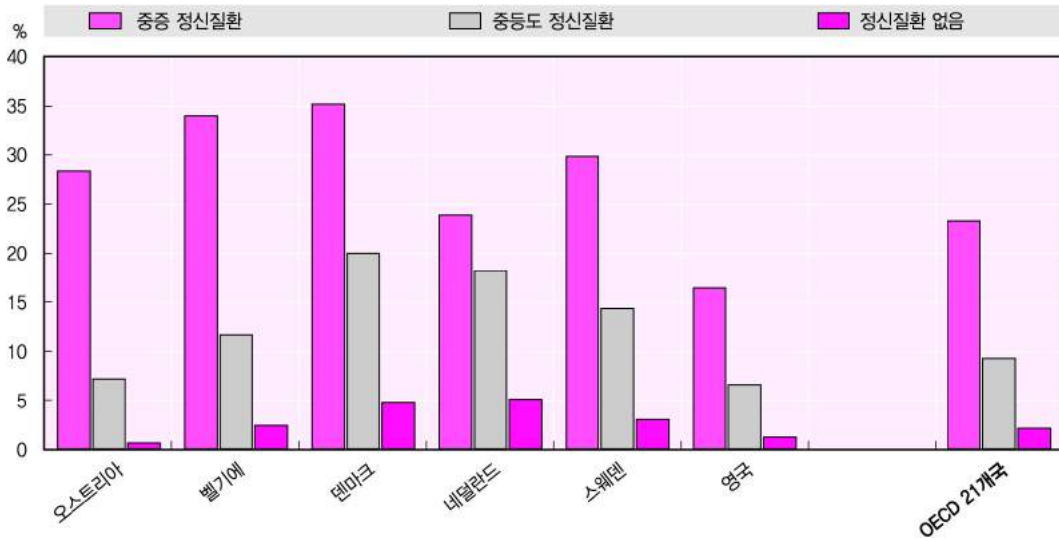
정신질환으로 인한 과도한 장애(excess disability) 중 이른 나이에 발병하고 적기에 초기 치료를 하지 못해서 발생한 것도 일부 있다(Kohn 등, 2004). 하지만 이용할 수 있는 치료법이 없거나 이용할 수 있는 치료를 적절하게 또는 충분히 사용하지 못하는 경우가 많다. 또는 치료가 효과적이지 못하다고 생각하거나 도움 없이 문제가 해결될 것이라고 생각하거나 어느 곳에 도움을 요청해야 할지 지식이 부족하여 개인이 도움을 요청하지 않는 경우도 있다. 타인의 낙인 및 자체낙인은 치료를 받는 데 상당한 장애물이다(Andrews 등, 2001; Barney 등, 2006; Schomerus 등, 2009). 일부 사람들에게는 재정적인 장벽, 접근성, 이용가능성 역시 장애물인 경우도 있다.

경증 및 중등도 질환의 치료격차를 줄이는 것이 비용 대비 효과가 좋다.

경증 및 중등도 질환의 치료격차를 줄이자는 경제적 목소리가 높아지고 있다. 흔한 정신질환은 실업증가, 결근증가, 직장에서 생산성 감소, 장애급여 신청 증가와 연관성이 많다. 그리고 상당부분 치료가 가능한 경증 및 중등도 질환의 치료격차는 상당하다. 경증 및 중등도 정신질환의 높은 부담에도 불구하고 이를 치료하는 데 투자되는 비용은 미미하다. 예를 들어 네덜란드의 경우 모든 장애 중 우울증은 질병부담이 가장 높고(8.2%), 심혈관질환 또는 암보다 부담이 높지만 전체 인구의 우울증 치료에 대한 공공지출은 상대적으로 낮은 국가 보건의료예산의 1%정도밖에 차지하지 않는다(Van Geldrop, 2013). 많은 OECD 국가가 보건의료비를 억제하려고 하고 실제로 대부분 줄고 있기 때문에 보건의료제도에서 시간, 돈, 전문성, 인적자원을 꼭 필요한 부분에 투자하는 것도 쉽지 않다. 그러나 흔한 질환 진료에 투자하면 잠재적으로 초과비용이 들지 않거나 더 나아가 비용을 절감하는 효과가 생길 수 있다(McCrone 등, 2004).

도표 2.3. 국가 간 정신전문의 진료를 받을 수 있는 기회의 현격한 차이

정신질환 정도에 따른 전문의 진료^{1,2}를 받는 사람의 비율, 2010년



1. “전문의”란 정신전문의, 임상심리사, 심리치료사 또는 심리분석사를 포함한다. “비전문의”란 일반의, 약제 간호사, 사회복지사 또는 “그의 다른 사람”을 포함한다.
 2. 정신 또는 감정 문제로 지난 12개월 동안 치료를 받은 사람
 출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

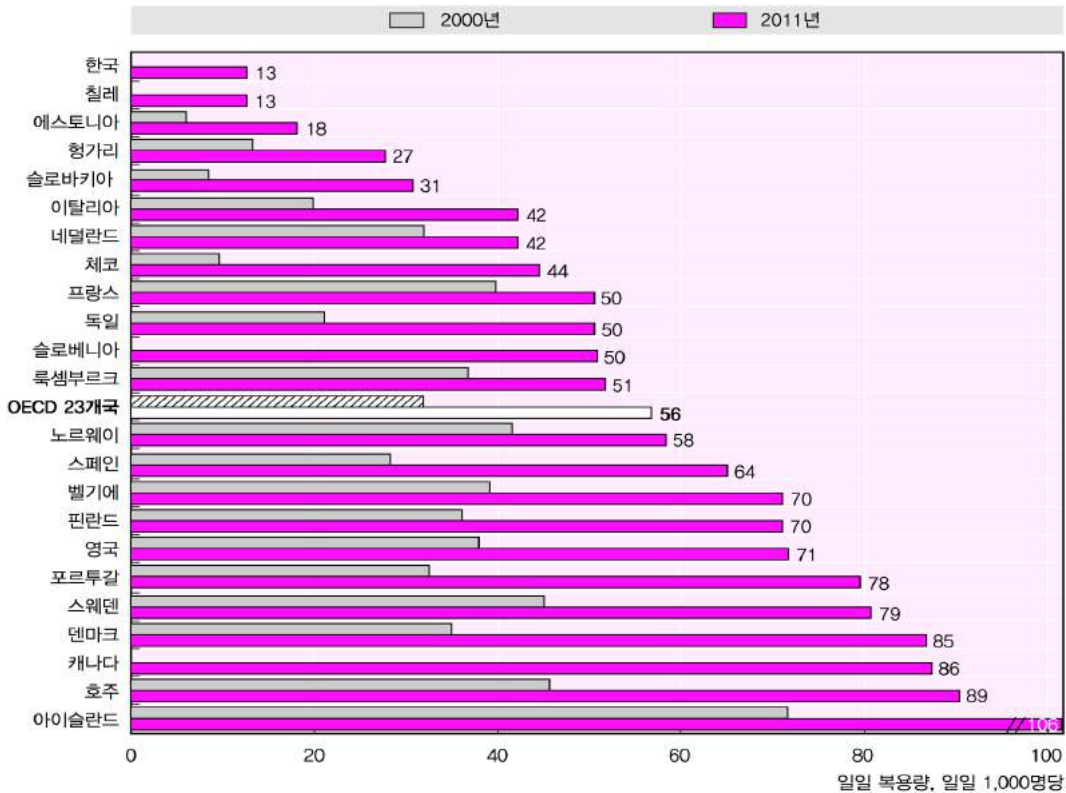
근거기반 치료를 받는 사람이 증가한다는 것은 서비스 비용이 늘어날 수도 있지만 가장 효과가 좋은 치료에 우선순위를 두는 경우 다른 보건의로 부문의 간접비 절감, 병가 감소, 생산성 향상, 장애급여신청 감소, 고용증가 및 세수 증가 등 개인이 일자리에 복귀함에 따라 비용을 절감시켜 줄 수 있다 (McCrone 등, 2004; OECD, 2011). 경증 및 중등도 질환의 효과적인 치료를 증가시키는 것에 대한 비용 효과는 고용 및 세수증가, 급여지불의 감소 등 대부분 보건의로 이외의 부문에서 나타나기 때문에 이를 염두에 두고 적절한 전략적 투자를 할 수 있을 것이다(McKrone 등, 2004; OECD, 2012).

2.3. OECD 국가의 경증 및 중등도 정신질환 치료

처방 양상이 치료의 확대를 반영하는가?

우울증치료제 소비증가, 부작용이 감소된 우울증치료제의 사용 확대(선택적 세로토닌 재흡수 억제제, Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)와 불안완화제 처방 증가는 일부 국가에서 경증 및 중등도 정신질환의 치료격차가 줄어들었음을 시사한다. 2000년 이후 대부분의 OECD 국가에서 우울증치료제 및 불안완화제 사용은 상당히 증가했으며 소비 수준에 차이는 있지만 이러한 소비증가는 더욱 적절한 우울증치료제의 이용가능성 증대, 진단 증가 또는 일반의 및 정신전문의의 처방 행태의 변화로 우울증의 치료격차가 좁혀졌음을 시사하는 것이다(OECD, 2011; OECD, 2013). 하지만 우울증치료제 소비증가는 우울증 발생률의 증가를 의미할 수도 있다. 약물소비의 증가 원인은 국가별로 차이가 있다(도표 2.4).

도표 2.4. 항우울제 소비, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)



출처: OECD (2013), Health at a Glance 2013 - OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030363>

우울증치료제의 소비 수준은 각국의 우울증 발생률에 따라 다르게 나타나지만, 진단된 우울증 발생률과 정신치료 등 다른 치료의 맥락에서 약물치료의 빈도에 따라 다르게 나타나기도 한다(Grandfils and Sermet, 2009). 국가별로 소비가 다르게 나타나는 것은 우울증의 발생률 차이를 의미할 수도 있지만 조직과 정신보건의료제도의 범위 및 가용한 서비스의 차이를 반영한 것일 수도 있다. 국가별로 우울증의 약물치료에 대한 지침이 상이하고 OECD 국가별로 의료행위자 간 처방 관행에 큰 차이가 있기도 하다. 일부 국가의 경우 우울증치료제 소비의 증가를 설명해줄 수 있는 원인으로 치료기간 및 강도가 증가한 것도 있다. 예를 들어 잉글랜드와 프랑스의 경우 우울증치료제 소비의 증가는 약물치료 기간이 더 길다는 점과 관련 있다(Grandfils and Sermet, 2009; Moore 등, 2009). 약물 소비가 증가한 것은 일부 우울증치료제를 경미한 증상의 우울증, 일반적인 불안장애, 또는 사회공포증에 확대 적용한 것도 일부 요인이다(Hollingsworth 등, 2010; Mercier 등, 2011). 일부 국가에서는 이러한 일부 우울증치료제의 처방 확대에 대해 적절성에 대한 우려의 목소리가 높아지고 있다. 사회적 수용성 변화와 우울증 치료를 받으려는 의지도 우울증치료제 소비증가에 기여했다.

일부 연구자들은 우울증치료제 사용증가가 많은 국가에게 영향을 준 경제위기로 인한 불안과 연관성이 있다고 주장했다(Gili 등, 2012). 스페인에서 일인당 우울증치료제 소비는 2007년에서 2011년 사이에 23% 증가했으며 포르투갈은 동기간 20% 증가했다. 그러나 경제위기의 영향을 상대적으로 덜 받고 더 빠른 경기회복을 경험한 독일 등의 국가에서도 우울증치료제 소비가 빠르게 증가했다(2007-2011년 46% 증가).

대부분의 국가에서 우울증치료제 처방증가는 우울증 발생률 및 우울증치료제 필요성의 증가, 진단 증가 또는 과진단을 의미할 수 있다. 영국에서 우울증치료제의 소비증가는 신규 진단 증가라기보다는 우울증치료제 처방기간이 좀 더 긴 것과 관련 있는 것으로 나타났다. 이러한 관행은 여전히 존재하는 치료격차와 일부 환자들에 대한 과도한 처방의 우려를 낳고 있다(Moore 등, 2009). 모든 경우에서 이는 우울증의 적절한 치료 및 상당한 규모의 문제에 대해 주목할 필요성을 강조한다.

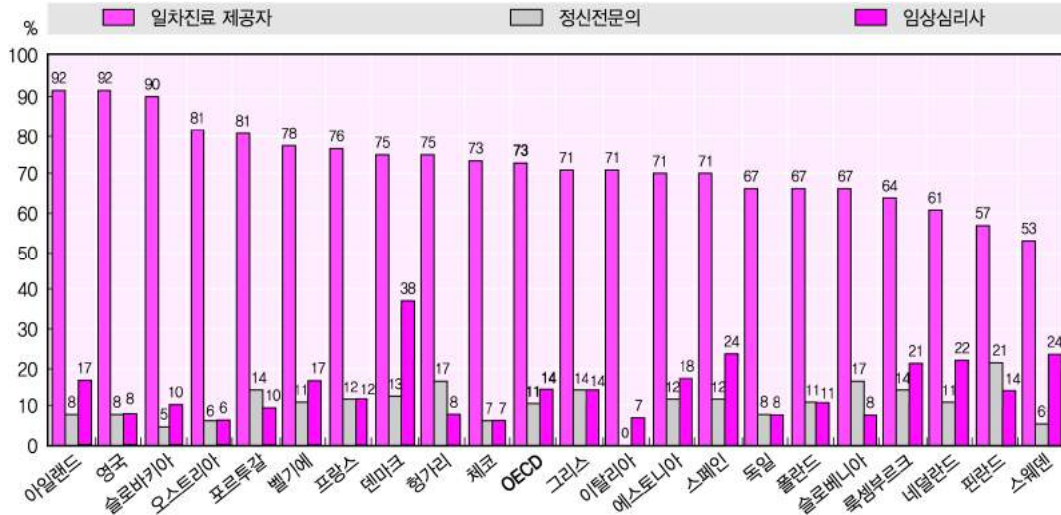
OECD 국가별로 정신질환의 치료격차는 다양하게 나타나지만 모든 OECD 국가는 어느 정도 치료 격차를 가지고 있으며 특히 우울증과 불안장애 등 흔한 정신질환 격차가 크다. 여기서 분명히 나타나는 것은 치료에 대한 미충족 필요와 올바른 치료에 대한 미충족 필요를 다룰 필요성이 있다는 것과 치료에 대한 “필요(need)”를 정의하기 어렵다는 것이다. 예를 들어 우울증치료제의 소비증가가 일부 국가에서는 치료격차가 줄어드는 것을 의미할 수 있다. 이러한 추론이 사실이라면 다른 국가에서 높은 치료격차를 강조할 필요성이 커진다. 그러나 치료기간이 길어짐에 따라 증가한 우울증치료제 소비율이 반드시 인구 전반에 걸친 치료의 증가를 의미하지는 않는다. 또한 이런 경우 소비증가가 반드시 적절한 치료의 증가 또는 의미 있는 회복으로 이어지는 치료의 증가를 의미하는 것은 아니다.

우울증치료제 소비가 매우 낮은 한국, 칠레, 에스토니아 등 일부 OECD 국가의 경우 미충족 필요를 해결하고 우울증치료제 소비가 낮은 이유를 살펴보는 것이 좋다. 우울증치료제 소비가 높은 국가(Moore 등, 2009)와 소비가 급증한 국가의 경우 처방 양상의 적절성을 평가해보고 다른 적절한 우울증 치료의 가능성과 대비해보는 것이 필요하다.

일차진료 제공자는 흔한 정신질환 진단 및 치료의 일선에 있다.

대부분 OECD 국가에서 일차진료 제공자는 이미 경증 및 중등도 정신질환의 진단, 치료 및 관리를 하도록 되어 있다. ‘한 눈에 보는 OECD 보건의료 2011’(Health at a Glance - OECD Indicators 2011)에서는 일부 EU 국가의 경우 정신전문의 또는 임상심리사보다 일차진료 제공자가 정신질환을 진료하는 경우가 압도적으로 많았다(도표 2.5).

도표 2.5. 정신질환 진료 제공자 유형, 2010년, 일부 EU 국가



주: 인터뷰에서 사용된 질문은 “지난 12개월 동안 정신적, 감정적 문제로 전문가의 도움을 구한 적이 있는가? 그렇다면 제공된 목록(복수응답 가능)에서 도움을 제공한 주체를 고른다.”였다.

출처: OECD (2011), Health at a Glance 2011 - OESD Indicators, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030382>

일부 환자는 일반의가 정신전문훈련이 부족하다고 인식하고 이들과 상담할 수 있는 시간이 제한적이라고 인식하고 있었기 때문에 일반의에게 진료 받는 것을 꺼리는 것으로 보고되었지만(Happell 등, 2010), 일반의는 보통 정신적, 감정적 문제가 있는 환자를 진료한다. 한 가지 흥미로운 사실은 일반의 진료가 지배적인 아일랜드와 영국에서 일반의가 문지기 역할을 하지만, 일반의가 문지기 역할을 하지 않아 환자가 직접 전문의 진료에 접근할 수 있는 이탈리아와 같은 국가에서도 정신질환 문제에 대한 일반의 진료가 많이 이루어지고 있다는 점이다. 이것은 의무적인 문지기 역할 또는 재정적 인센티브 외에 일반의의 역량, 좋은 일반의-환자 관계, 일차진료 제공자가 제공하는 정보에 대한 환자의 믿음 등의 요인이 일반의 진료율에 영향을 미친다는 의미를 내포하고 있다.

“OECD 국가 정신보건의료제도: 정책 및 자료 이용가능성 설문조사”(Mental Health Systems in OECD Countries: Policy and Data Availability Questionnaire)에 응답한 OECD 국가 중 거의 모두가 일차진료 의사가 경증 및 중등도 정신질환 진료를 제공하거나 환자를 의뢰하기 전 “최초진료(first care)”를 하도록 한다고 응답했다(표 2.1 참조). 거의 모든 OECD 국가에서 일차진료 제공자가 적어도 일부 우울증치료를 처방하거나 양을 조정할 수 있는데, 때로는 ADHD 정신자극제도 그렇게 할 수 있다고 보고했다(표 2.2).

일차진료 의사는 정신질환에 대응하기 위한 장비가 부족하다고 느낀다고 보고했다.

일차진료 제공자가 경증 및 중등도 정신질환의 진단, 치료, 관리를 계속 해줄 거라고 생각할 수 있지만 필요한 자원이 부족해서 그렇게 못할 수도 있다. 일차진료에서 양질의 경증 및 중등도 정신질환 진료 가능 여부는 부분적으로 조직 및 재정적 인센티브 구조에 달려있다. 일차진료 제공자에게 추가적으로 자원을 지원하더라도 너무 적은 양을 지원하면서 정신보건의료와 관련하여 훨씬 많은 역할을 요구하기도 한다(Clark 등, 2006). 이렇게 되면 일차진료에서 정신질환을 적절하게 치료할 수가 없고, 이는 일차진료 제공자의 의욕저하로 이어질 수 있다(Clark 등, 2006). 정해놓은 기대치(진료시간)와 인두제(capitation) 같은 지불제도는 일반의가 진단과 진료에 할애하는 시간을 제한하기도 하는데, 일반의가 여기에 신경쓰다보면 정신질환 진단 및 진료에 시간을 충분히 할애하지 못할 수 있다(Mitchell 등, 2010; Mykletun 등, 2010).

표 2.1. 일차진료에서 정신질환 문제를 어떻게 다루고 있는가?

일차진료 제공자가 보통 다루는 정신질환 및 정신질환 증상 정도는?	
호주	경증 및 중등도 질환이 있는 환자를 진료하거나 심리연계서비스 접근성(Access to Applied Psychological Services, ATAPS) 프로그램 및 접근성 개선 프로그램(Better Access programme) 등 전문의 서비스에 의뢰
오스트리아	경증 우울증, 불안장애, 기타 경증 장애가 있는 환자
벨기에	원칙적으로 일차진료 의사가 모든 환자를 치료하며 의사가 환자 의뢰 여부 결정
캐나다	경증 및 중등도 우울증, 스트레스 및 불안 관련 질환
칠레	우울증, 알코올 및 약물사용 장애, 가정폭력, 과잉운동장애, 조현병(검사 및 의뢰)을 포함한 경증 및 중등도 정신질환 관리(검사, 진단, 치료, 지속적인 관찰 및 이차기관에 의뢰).
체코	불안장애, 우울증, 치매
에스토니아	경증 및 중등도의 불안장애 또는 기분장애
핀란드	중증 및 중등도 질환의 치료(우울증, 불안장애, 불면증, 알코올 의존증)
프랑스	환자가 직접 정신전문의 방문 가능(일차진료 의사가 의뢰 시 재정적 인센티브를 받는 25세 미만은 예외)
독일	주로 일반의가 정신질환의 일차진료를 담당하며 환자 증상의 경중에 따라 전문의 또는 병원에 즉시 의뢰
헝가리	불안장애 등 경증 정신질환과 불면증, 치매 등 여러 부문에 걸친 정신건강문제 관리
아일랜드	정신질환의 90%를 일차진료가 담당하여 매년 500만 건 초과
이스라엘	흔한 정신질환 관리
이탈리아	일차진료 제공자가 이차진료 문지기 역할, 보통 우울증과 불안장애 등의 증상은 자체적으로 치료하고 중증 질환이 있는 사람은 정신보건의료 서비스로 의뢰
일본	정신보건의료 전문성 수준이 다양한 일차진료 의사가 전문성 정도에 따라 정신보건의료 서비스 제공
한국	환자가 정신전문의 수월하게 방문 가능, 가정의(family doctor) 제도 미비, 일차진료에서 경증 정신질환 관리
룩셈부르크	제공자의 전문가적 판단과 인식에 따라 의뢰 또는 치료 결정
멕시코	경증 정신질환이 있는 사람만 치료, 중등도 또는 중증 정신질환이 있는 경우 전문의에 의뢰

2. 경증 및 중등도 정신질환에 대한 더 나은 진료

네덜란드	일반의가 문지기 역할을 하면서 중증이 아니거나 환자 상태가 안정적인 경우 담당
뉴질랜드	일괄진료프로그램, 일반의 상담, 정신진료개입 등 치료제 처방 및 일차 정신보건의로 서비스의 선별, 평가.
노르웨이	불안장애 및 우울증 등 경증 및 중등도 질환
포르투갈	가정의가 흔한 정신질환(우울증, 불안장애)이 있는 사람 진료, 일차진료기관(Primary Health Care Centres, PHCC)이 아닌 지역 정신보건의로 서비스를 담당하는 해당지역 종합병원에서 정신질환 외래환자 진료
슬로바키아	처방 규정에 따라 일차진료 의사가 제한적으로 정신질환 치료약물 처방 또는 지속적인 처방 가능
슬로베니아	일차진료 환경에서 스트레스 장애, 우울증, 불안장애를 진료하고 증상이 심한 환자는 전문의에 의뢰
스페인	흔한 정신질환 및 중증 정신질환 사후관리
스웨덴	일차진료 조직과 전달은 지역단위로 이루어지며 지방정부와 해당지역 일차진료 제공자 간 계약과 합의로 결정
스위스	증상의 정도에 따라 자체적으로 진료하거나 환자를 전문의 또는 입원 클리닉으로 보냄.
터키	경증 및 중등도 감정장애, 불안장애 및 경증 약물 의존증(니코틴 및 알코올)
영국 (잉글랜드)	일차진료 환경에서 일반의가 식이장애 등 기타 정신질환 외에 우울증과 불안장애까지 치료하나 치료 범위는 지역에 따라 상이
미국	일차진료 의사가 다양한 정신질환을 다룰 수 있지만 자해위험이 적거나 부작용이 적은 치료제를 처방하는 경우가 대부분이고, 주로 감정장애, 불안장애, 주의력결핍 과잉행동장애를 진료

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

표 2.2. 일차진료 제공자가 전형적으로 조정 또는 처방하는 치료제

	벤조디아제핀	우울증치료제		
		삼환계 항우울제	선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI)	모노아민 산화효소 억제제(MAOI)
호주	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
오스트리아	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
벨기에	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
캐나다	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
칠레	최초/조정	최초	최초	최초
체코	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
에스토니아	최초/조정		최초/조정	
핀란드	최초/조정	최초/조정	최초/조정	
프랑스	일반의는 처방하거나 처방을 조정할 수 있다. 그러나 보통 일반의는 2세대, 3세대 또는 비전형적인 항정신병약을 처방하지 않는다.			
독일	최초/조정	최초/조정	최초/조정	
헝가리	조정	최초	최초	
아이슬란드	최초			
아일랜드	최초			
이스라엘	최초	최초/조정	최초/조정	최초/조정

일본	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
한국	최초/조정	최초/조정	최초/조정	
룩셈부르크	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
멕시코	최초/조정	최초/조정	최초/조정	조정
뉴질랜드	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
포르투갈	최초/조정	최초/조정	최초/조정	
슬로바키아	최초/조정			
슬로베니아	최초/조정		최초/조정	
스페인	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
스웨덴	최초/조정	최초/조정	최초/조정	최초/조정
스위스	최초/조정	최초/조정	최초/조정	
터키	최초	최초/조정	최초/조정	최초/조정
영국(잉글랜드)	최초/조정			
미국	최초/조정			

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

보건의료 제공자의 역량 역시 의료의 질에 영향을 미친다. 영국의 한 연구에서는 3명 중 1명만 정확한 진단을 받는 것으로 나타나 일차진료 의사는 일차진료 환경에서 감정적 고통이나 경증 우울증을 정확하게 진단하는 데 어려움이 있는 것으로 보인다. 미국의 한 연구(Saver 등, 2007)에서는 일차진료에서 우울증 진단을 놓치는 경우가 빈번하며 환자와 보건의료 제공자 모두 정보격차 및 이해가 부족하다고 파악했다. 독일(Wittchen, 2002)과 미국(Katzelnick 등, 2001; Weigherg, 2007)은 일차진료 환경에서 일반적인 불안장애에 대한 인식이 부족하여 제대로 치료되지 못한다고 밝혔다.

일차진료 의사는 흔한 정신질환 치료와 관련하여 최상, 최신 정보를 이용하지 못하는 경우도 있다. 몇몇 일반의는 자신이 치료하는 질환에 대해 좀 더 근거에 입각한 지식을 가질 필요가 있어 보인다(Andersson 등, 2005). 이런 정보격차는 환자가 치료선택을 제대로 할 수 없게 만들고 환자가 상황을 제대로 이해할 수 없게 한다. 일부 국가에서는 일차진료 제공자에게 경증 및 중등도 정신질환에 대해 더 많고 다양한 서비스를 제공할 것을 요구하고 있다. 예를 들어 일반의에게 인지행동치료를 제공할 것을 요구하는 경우도 있다(표 2.5참조). 이러한 상황에서 환자를 효과적으로 진료할 수 있다는 능력에 대한 일차진료 제공자의 자신감 수준이 진료의 질(상, 중, 하)에 영향을 미칠 것이다.

2.4. 일차진료의 역할 강화

경증 및 중등도 정신질환은 일차진료를 통해 비용효과적으로 치료할 수 있다.

일차진료를 기반으로 한 개입은 일부 경증 및 중등도 질환의 치료 및 관리에 효과적인 것으로 밝혀졌다(Chisholm 등, 2004; Ford 등, 2002). 일차진료 차원에서 효과적인 진료는 질환의 적절한 진단, 치료의 시작 및 관리, 상급진료기관 의뢰 및 사례관리, 만성질환관리 원칙에 기반을 둔 경증 및 중등도 질환의 장기적인 관리가 포함된다(Ford 등, 2002). OECD 국가 간에도 경증 및 중등도 질환의 일차진료 기반 치료 전략에는 상당한 차이가 있다. 또한 정신보건의료 조직, 일차진료 제공, 개별적인 일차진료 관행의 특징에 따라 다르게 나타나기도 하다(Glied 등, 2010).

일차진료에서 경증 및 중등도 질환의 진료에 대한 질 향상은 정신보건의로 제공을 강화할 수 있는 비용효과적인 방법이며 접근성을 높이고 경증 및 중등도 정신질환의 치료격차를 줄일 수 있다. 보건의료제도 측면에서도 일차진료에서 경증 및 중등도 정신질환을 치료하면 전문의 또는 아주 전문적인 서비스보다 비용이 훨씬 적게 든다(WHO and Wonca, 2008). 보장범위가 상당히 늘었다라고 일차진료에서 우울증을 치료하는 것이 자원이 부족한 환경에서도 보건의료자원을 효과적으로 사용하는 방법이다(Chisholm 등, 2004). 직장으로 복귀 지원 및 생산성 향상을 통한 경제적 혜택과 더불어(OECD, 2012), 일차진료에서 제공되는 효과적인 정신질환 진료는 진료비가 더 비싼 전문의에게 의뢰하는 사례를 줄이는 데 기여할 수 있다(NICE, 2011).

조직/재정적 인센티브는 좋은 결과 및 비용효과적인 치료접근성을 지원하도록 설계되어야 한다.

일차진료 제공자가 취하는 치료 방식은 진료결과에 영향을 미치며, 치료별 효능이 다양한 것으로 나타났다. 적절한 근거에 기반을 둔 치료는 일차진료 차원에서 더 나은 결과로 이어질 수 있다. 경증 및 중등도 질환의 일차진료 제공이 비용효과적이고 좋은 결과로 이어지도록 하려면 일차진료 제공자가 적절하게 치료할 수 있어야 하고, 또한 이렇게 할 수 있도록 조직 및 재정적 인센티브가 뒷받침되어야 한다.

단계적인 진료 접근법은 적절한 진료와 좋은 결과, 비용효과적인 진료 사이에서 균형을 도모한다. 단계적인 진료는 비용이 덜 소요되고 개입 정도가 적은 치료, 즉 자기 스스로 해결하거나 도움을 받아 해결하는 개입을 시작으로 정신치료와 약물치료를 함께 하는 강도 높은 개입을 모두 개입에 포함시킨다. 연구에 따르면 특정 형태의 정신치료와 상담이 약물치료에 비해 효과적이지 않으며(NICE, 2009; Badi 등, 2000), 환자에게 선택이 주어졌을 때, 환자는 약물치료보다는 상담을 선호하는 것으로 나타났다. 일정 시간이 경과한 이후에도 저강도 개입에 반응하지 않는 환자를 대상으로 개입의 강도를 높일 수 있다. 이러한 진료 관리방법은 임상적으로 효과가 있고, 일차진료에서 비용효과적인 것으로 나타났다(Bachman 등, 2005). 증상이 계속되는 사례의 경우 약물치료 및 상담치료를 병행하는 것이 효과적인 것으로 나타났다(NICE, 2009).

일차진료 제공자가 줄 수 있는 서비스는 제한적이다. 업무부담, 기술 및 지식부족, 전문의 진료 지원 부족, 경제적 요인 또는 조직적 구조는 일차진료 제공자가 양질의 정신보건의료를 제공하는 것에 걸림돌이 되거나 이들의 의욕을 저하시킨다(Telford 등, 2002; Katz, 1998). OECD 국가에서 일차진료 제공자가 사용할 수 있는 치료법의 범위는 다양하다. 예를 들어 우울증 치료에 있어 대부분의 OECD 국가에서 일차진료 제공자는 우울증치료제를 처방하거나 그 양을 조절할 수 있으며 대부분의 국가에서 이들이 처방할 수 있는 치료제에는 삼환계 항우울제 및 SSRI가 포함된다. 한국 등 일부 국가에서는 일차진료 제공자가 SSRI를 처방하는 것이 금지되어 있다. 일부 일차진료 제공자는 환자를 전문 정신치료 단계로 쉽게 보낼 수 있는 반면 일부 국가에서는 일차진료 단계에서 이러한 서비스를 제공하는 것은 불가능하다.

그러나 일부 제공자는 이용가능한 치료법이 있음에도 불구하고 적절한 진료를 제공하지 못하는 것으로 나타났다. 예를 들어 우울증치료제 양을 너무 적게 처방하거나 치료기간을 너무 짧게 잡아서 환자 상태가 나빠지는 경우가 있다. 한 연구에 따르면 일차진료가 적절하게 제공될 경우(추구관리에 서 환자 중 44%가 적절한 진료를 받은 것으로 간주됨) 환자가 우울증에 걸릴 확률이 낮거나(24% 대 70%) 높은 고용률을 보이고(72% 대 53%), 치료 이후 6개월간 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다(Shoenbaum 등, 2002). 몇몇 연구에서는 우울증치료제 선택이 일부 부적절했고(Harman 등, 2004) 우

울증치료제 처방은 적절했지만 지시를 제대로 따르지 않거나 계속 복용하지 않아 효과가 떨어지는 경우도 있었다(Olfson 등, 2006; Tournier 등, 2011). 전문성 또는 문화적 편견이 보건의료 제공자에게 영향을 미쳐 이들이 좀 더 적절하고 더 좋은 결과를 가져올 수 있는 진료를 멀리하게 할 수 있다. 보건의료 제공자가 항상 진료지침을 따르는 것은 아니지만 따를 수 있는 상황에서도 그렇게 하는 경우가 있다(Mercier 등, 2011; Smith 등, 2004). 미국 및 캐나다 온타리오 주에서 우울증 또는 불안장애 가능성이 있는 성인 중 대부분이 적절한 진료를 받지 못하는 것으로 나타났다(Young 등, 2001).

보건의료 제공자가 진료를 선택하여 사용할 수 있는 상황에서도 적절한 진료를 제공하지 못한다면, 조직 및 재정 인센티브를 재조정할 필요가 있다. 일부 국가에서는 정신보건의료를 제공한 일반의에게 특별보상(preferential reimbursement)을 제공하거나 이들에 맞게 보상구조를 조정했다. 호주 및 노르웨이에서 일반의는 진료기간을 길게 제공하거나 진료계획에 포함된 환자관리지침을 따르는 경우 보상을 받도록 되어 있다. 2006년 11월 호주에서 일반의 정신보건의료 프로그램(GP Mental Health Care Programme, 이하 “GP MHC”)이 정신보건의료 프로그램에 대한 접근성 개선 프로그램(Better Access to Mental Health Care Programme)의 일환으로 도입되었다. GP MHC에서 제공할 서비스 항목은 일반의가 보상받는 서비스 목록에 포함되어 있다. 이러한 서비스 항목은 일반의가 정신질환이 있는 환자에 조기개입하고 평가 및 관리를 정신전문의, 임상심리사 및 기타 연계된 보건의료 전문가와 함께 하도록 장려하고 있다. 일반의가 정신질환 진단을 받은 환자에게 좀 더 긴 진료를 제공하도록(최소 20분) 정신진료서비스 항목을 추가하였다. 또한 일차진료의는 GP MHC 정신진료 항목을 정신문제가 있는 환자라면 누구에게나 지속적인 관리를 위해 적용할 수도 있다. GP MHC 이용 및 진료 빈도에 제약은 없다. 환자 의뢰와 관련된 보건의료항목에 대한 보상을 확대하여 일반의가 환자 의뢰를 선택할 가능성도 높아졌다.

일차진료에서 정신질환 진료가 제공될 수 있도록 인센티브를 제공하는 데 있어서 진료의 질과 결과에 대한 양질의 정보가 부족하다는 것이 큰 어려움이다. 잉글랜드의 QOF는 여러 가지 목표 중에서 일차진료에서 우울증을 선별하고, 정보의 이용가능성을 높이는 데 인센티브를 주도록 되어 있지만 몇 가지 도전과제에 봉착해있다. QOF는 재정적 인센티브와 포괄적인 자료 수집을 결합했지만 스코틀랜드 등 일부 국가에서는 비교자료의 개선과 일반의에 대한 지원 강화가 현재 의료관행을 변화시키는 데 효과가 있었다(박스 2.1).

박스 2.1. 일차진료 차원의 인센티브: QOF

보건의료 질 및 진료결과 프레임워크(Quality Outcome Framework, QOF) 도입 이전에 일반의는 기본서비스에 대해 인당지불제로 보상 받았다. 이러한 지불제도에서는 일반의가 추가근무를 하거나, 환자의 요구에 부합하면서도 접근가능한 서비스를 제공하거나, 병원의 부담을 성공적으로 덜어주더라도 이에 대한 보상이 없었다. 정부가 이를 개선하기 위해 2004년에 도입한 것이 QOF이다(Cashin 등, 2014).

QOF는 연간 계약 형태로 특정 결과 및 질 목표를 달성한 일반의에게 재정적으로 보너스를 제공한다. 2011년/2012년에 설정된 목표를 충족시킨 일차진료 의사에게 최대 1,000포인트가 지급되었고, 이 점수는 다양한 지표로 가중치를 두어 일차진료 의사에게 1포인트마다 130.51파운드를 지불했다. QOF 계약을 체결하는 것이 일반의에게 있어 자발적이기는 하지만 사실상 잉글랜드의 모든 일차진료 의사는 QOF 계약을 체결한 상태이다. 142개의 지표가 있으며(각 지표의 목표를 평가함), 이중 10개 지표는 정신보건의료와 관련이 있으며 3개 지표는 우울증을 다루고 있다.

박스 2.1. 일차진료 차원의 인센티브: QOF(계속)

정신보건의료 지표에는 조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환을 등록할 수 있는 능력과 특정 기능(알코올 소비량 기록, 체질량지수(BMI), 혈압 등을 기록하는 것)을 수행할 수 있는 능력이 포함되어 있다. “진료프로그램 접근법”(Care Programme Approach, CPA)을 제공받는 환자의 비율을 나타내는 지표도 있다.

2008년부터 국립임상의학원(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)은 영국의 학협회(British Medical Association), 보건부(Department of Health), 일반의위원회(General Practitioners Committee)와 함께 QOF에서 사용할 임상 및 건강개선 지표개발 과정을 총괄했다. 정부는 정책을 수립하는 단계에서 향후 나아갈 방향을 제시할 수 있어야 하는데, 그 좋은 예가 “정신건강 없이는 건강할 수 없다(No Health Without Mental Health)” 정책은 NICE의 질 표준(NICE Quality Standards)에 영향을 주었고, 적시에 QOF 지표를 정의하는 데 도움을 주었다. 또한 정신보건의료 정책은 NHS 결과 프레임워크 지표 및 결과지표, 집행그룹 및 2차, 기타 보건의료 제공자 간 현장 차원에서 설정한 결과목표 및 지표에 영향을 준다.

포괄적인 시계열 분석이 진행되지 않았고, QOF에 대한 통제집단 평가가 수행되지 않았다는 점을 고려하면 이러한 정책이 일반의의 활동에 어떠한 영향을 미쳤는지 결론적으로 단정하기는 어렵다(Cashin 등, 2014). QOF에 대한 보고서에서 관찰한 내용 중 하나는 일반의가 특정 조건에서 자신의 성과를 제외시킬 수 있도록 허용되는 제외율을 보면 일반의는 다른 환자집단에 비해 정신질환자를 제외시키는 비율이 높은 것으로 나타났다(정신질환 진료가 필요한 환자의 제외율은 2007/2008년 13.51%인 반면 암, 천식, 당뇨병 환자의 경우 각각 3.61%, 5.36%, 6%였다). 정신질환 서비스를 성공적으로 제공하는 일반의에게 더 높은 점수를 주는 것은 환자선택과 중증 환자를 고의적으로 제외시키는 것을 조장할 수도 있다. 또한 일반의가 QOF가 보상하지 않는 진료행위에는 주의를 기울이지 않게 되어 일부 영역에서는 진료의 질이 저하된다는 우려도 제기되고 있다(Cashin 등, 2014).

2011년 6월 QOF 독립자문위원회(Independent Advisory Committee)는 QOF의 3가지 우울증 지표에 대해 우려를 제기했으며(2011/2012년 우울증 증상 정도의 진단 및 평가를 다루고 있는 DEP1, DEP4, DEP5 지표), 이 지표가 우울증 환자에게 진료를 제공하는 과정의 개선 또는 건강결과의 개선에 효과적이지 못하다고 결론지었다(NICE, 2011). NICE를 대신해 일차진료 QOF 지표 자문위원회가 내놓은 권고사항은 이러한 지표를 제외하고 새로운 지표를 고려해야 한다는 것이다. 현재 이러한 지표가 2011/2012 QOF 프레임워크에 남아있지만 점수의 가치는 감소했다. 또한 우울증 지표 및 우울증 진단 개선을 위해 사용되는 인센티브에 대한 우려도 제기되고 있다. QOF 지표는 진단 이후 후속평가 및 우울증 검사, 당뇨병환자로 등록된 환자를 대상으로 우울증 검사를 실시하는 것에 대해 인센티브를 주고 있지만 환자의 우울증을 진단하는 선별검사의 증가 또는 개선에 대해 인센티브를 제공하고 있지 않다. 따라서 QOF 지표는 현재 일반의가 검사 또는 우울증 진단을 증가시키도록 인센티브를 제공하지 않고 대신 QOF 목표를 달성하는 데 필요한 후속평가 및 증상평가를 늘리도록 한다. QOF를 도입한 스코틀랜드에서도 우울증 지표가 도전과제이다. 전체 지표구성 중 우울증 지표는 2009-2011년 사이 성취도가 증가하기는 했지만 성취도가 가장 낮았다.

출처: 2013/2014년 QOF 정신보건의료지표의 전체 목록은 다음을 참조: NHS Employers (2013), 2013/14 General Medical Services (GMS) Contract Quality and Outcomes Framework (QOF): Guidance for GMS Contract 2013/14, available at: www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/qof-2013-14.pdf; ISD Scotland (2012), “Quality & Outcomes Framework (QOF) of the New GMS Contract”, available at www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/Publications/2012-09-25/2012-09-25-QOF-Report.pdf?48537844420; Cashin, C. et al. (2014), Paying for Performance in Health Care, Open University Press, Maldenhead.

호주의 정신전문 간호사 인센티브 프로그램(Mental Health Nurse Incentive Programme)은 각 지역 사회의 일반의, 개업 정신전문의, 기타 적합한 기관이 중증 정신질환자에게 조정된 임상진료를 제공

할 때 조력할 수 있는 정신전문 간호사가 참여토록 해주면 이들에게 인센티브를 제공한다. 정신전문 간호사는 정신전문의 및 일반의와 협력하여 환자의 정신상태 모니터링, 환자의 약물투여 관리, 기타 보건의료 전문가 및 임상서비스 제공자와의 연계성 개선 등 서비스를 제공한다. 세션 단위로 인센티브가 지급되는데, 1세션은 3.5시간이다. 세션마다 최소 2명의 환자를 진료해야 하는 이 프로그램은 상당히 성공적인 것으로 평가되고 있다.

일차진료 의사의 정신보건의료역량 개선: 교육 및 임상진료지침

일차진료 의사는 정신질환에 대응할 여건이 충분히 마련되어 있지 않다고 보고했다. 이들이 경증 및 중등도 질환을 효과적으로 치료하기 위한 기술과 역량이 부족할 수도 있고 가장 좋은 최신의 정보를 가지고 있지 못하는 경우도 있다. 교육훈련 및 지속적인 전문성 개발(Continuing Professional Development, 이하 “CPD”)의 개선 및 보강, 일차진료에서 근거기반 지침 사용은 잠재적으로 흔한 질환에서 치료격차를 줄이고, 진료의 질을 개선하는 데 비용효과적인 방법이다.

전부 그런 것은 아니지만 많은 OECD 국가에서 정신보건의료 교육훈련은 일차진료 의사 교육과정에 포함되어 있다(학부과정 또는 의학학위과정). 몇몇 OECD 국가에서 정신보건의료 교육훈련은 CPD 과정에 포함되어 있다. WHO와 세계가정의학회(World Organization of Family Doctors)의 공동연구(WHO and Wonca, 2008)에서는 정신보건의료 통합, 정신보건의료의 치료격차 감소를 위한 선결조건으로 정신보건의료를 제공하는 일차진료 제공자가 업무시작 전 그리고(또는) 업무수행 중에 받는 교육훈련의 중요성을 강조한다. 의사의 정신보건의료 지식 함양은 정신보건의료의 재원조달 구조를 변경하는 것만큼이나 진료의 적절성을 개선하는 데 효과적이다(Sturm and Wells, 1995; Wells 등, 1999). 일차진료 의사와 더불어 간호사를 대상으로 하는 교육과정에 정신질환 과정을 포함시키는 것은 일차진료에서 정신보건의료의 질을 개선하는 데 있어 아주 중요하다.

더욱이 정신보건의료가 우선순위에 있는 전문성 개발교육이 지속적으로 이뤄지면 일반의가 최신 근거에 입각하여 흔한 정신질환을 진료할 때 도움이 되고 자신이 진료하면서 얻은 경험과 연관 지어 배울 수 있다. OECD 정신보건의료 설문지(OECD Mental Health Questionnaire, 2012)에 응답한 32개국 중 4개국(오스트리아, 한국, 폴란드, 스위스)만이 정신보건의료가 일차진료 의사 교육과정의 구성요소가 아니라고 보고했다. 이와는 대조적으로 10개국(오스트리아, 캐나다, 독일, 헝가리, 아일랜드, 이스라엘, 슬로바키아, 스페인, 스웨덴, 터키)만이 일차진료 의사가 CPD의 일환으로 정신보건의료 관련 교육을 의무적으로 받는다고 응답했다.

CPD 기회 활용은 자발적으로 이루어지므로 그 활용여부를 추적관리하고 정신보건의료와 CPD를 연계하지 못하는 구조적인 문제가 있는 경우에는 이를 해결하려는 노력을 기울여야 한다. 일차진료 제공자가 흔한 정신질환을 치료할 때 필요한 역량과 자신감을 키울 수 있는 CPD의 잠재력을 극대화하려면 CPD 프로그램을 이해하기 쉽게 구성하고 적합한 자료를 제공할 수 있어야 한다. 프로그램이 이용자 친화적이고 시간에 유동적이며 쌍방향적이고 보건의료 제공자의 욕구를 잘 반영한다면 이들은 참여할 것이고 이는 곧 CPD 프로그램 효과를 극대화하는 것이다.

한편 정신보건의료 CPD는 인센티브를 주거나 정신보건의료 CPD 자격증이 없는 일차진료 의사에게 불이익을 주는 방식으로 장려할 수 있다. 일부 OECD 국가에서 CPD에 대한 인센티브가 존재한다. 오스트리아의 경우 일차진료 제공자에 대한 핵심 정신보건의료 교육훈련은 제한적이지만, 일부 일차진료 의사는 정신치료과정을 이수했다. 정신과정-1(psy-1), 정신과정-2(psy-2), 정신과정-3(psy-3)

학위로 구성된 교육과정은 특정 치료를 일차진료 의사가 제공하도록 하는 자격증이다(오스트리아에서 총 5,000명의 일반의가 이중 한 가지 자격증을 가지고 있다). 호주는 일반적인 정신질환의 치료 강화를 위한 접근성 개선 이니셔티브에 따라 정신보건의로 기술양성과정(Mental Health Skills Training)(총 6시간 과정)을 이수한 일반의에게 더 많은 보상을 하는 메디케어(medicare) 보상 총액의 차별화제도 등 일반의의 정신보건의로 교육훈련 요건을 상세하게 명시하고 있다(DoHW, 2011). 일반의 정신건강기준 협력기구(General Practitioners Mental Health Standards Collaboration, GPMHC)는 정신보건의로 교육훈련과정을 이수한, 모든 일반의가 지속적으로 1년에 3번 정신보건의로 CPD(이하 “MH CPD”)를 이수할 것을 권장했다(6시간 과정). 일반의는 20시간 교육 이수 후 집중 심리전략(Focused Psychological Strategies, FPS) 제공자로 등록할 수 있으며 정기적으로 교육을 이수해야 한다. CPD 기회를 활용하도록 하는 방법으로 별칙을 부과하는 것도 있다. 독일은 지속의학교육(정신보건의로 포함) 요건을 준수하지 않는 경우 의사의 보수를 삭감한다.

가장 적절한 치료법을 설정한, 근거기반 임상진료지침은 일차진료 의사의 역량을 강화하는 또 다른 방법이며 환자에게 제공되는 의료의 질을 높일 수 있다. 많은 OECD 국가(32개국 중 21개국)(OECD Mental Health Questionnaire 2012)가 이미 일차진료에서 정신질환이 있는 환자의 진단, 치료 및 관리를 위한 임상진료지침을 가지고 있다. 흔한 정신질환에 대한 장애별 지침을 가지고 있다고 보고한 국가는 별로 없었다. 7개국(호주, 캐나다, 체코, 멕시코, 스페인, 터키, 영국(잉글랜드))은 흔한 정신질환에 대한 지침을 가지고 있다고 보고했다(OECD Mental Health Questionnaire 2012). 11개국(호주, 캐나다, 체코, 독일, 아이슬란드, 멕시코, 포르투갈, 스페인, 터키, 영국(잉글랜드), 미국)은 불안장애에 대한 임상진료지침이 있다고 보고했고 16개국(호주, 캐나다, 칠레, 체코, 핀란드, 프랑스, 독일, 헝가리, 아이슬란드, 일본, 한국, 포르투갈, 스페인, 터키, 영국(잉글랜드), 미국)은 우울증에 대한 지침을 가지고 있다고 보고했다. 14개국은 ADHD에 대한 지침을 가지고 있다고 보고했으며, 5개국은 만성적인 신체적 건강문제를 동반한 우울증에 대한 지침을 가지고 있다고 보고했다. 10개국은 식이장애, 7개국은 강박장애(obsessive compulsive disorder, OCD), 8개국은 범불안장애(generalised anxiety disorder, GAD), 6개국은 특정 공포증에 대한 지침을 가지고 있었다(OECD, 2012).

임상진료지침과 지침을 개발하는 지식을 국가 간 공유하는 것은 일차진료에서 정신질환을 진료하는 데 필요한 정보자원의 이용가능성을 개선하는 비용효과적인 방법이 될 수 있다. OECD 국가는 일차진료에서 우울증을 진료한 선진사례를 공유하고, 이것을 이용하여 최신 임상진료지침을 만들며, 최신근거기반 진료방법을 반영할 기회가 있다. 예를 들어 칠레 및 에스토니아는 다른 OECD 국가의 지침을 활용하여 자국의 가이드라인을 작성했다고 보고했다. 호주, 체코, 아이슬란드, 이스라엘, 이탈리아, 한국, 뉴질랜드, 포르투갈, 슬로베니아, 영국(잉글랜드) 역시 다른 국가가 개발한 지침을 개정하여 국가 지침을 마련했다고 보고했다(OECD, 2012). 체계적으로 지침과 이를 개발한 지식을 공유할 수 있는 방법을 OECD 국가가 별도로 개발할 수도 있다. NICE 인터내셔널(www.nice.org.uk/aboutnice/niceinternational/niceinternational.jsp)은 비영리 방식으로 다른 국가의 도움이 필요한 분야에서 각국의 보건의료제도에 맞는 지침을 개발했으며 브라질, 에스토니아, 일본, 멕시코, 터키 등 다른 OECD 국가와 함께 협력해왔다(NICE, 2012).

임상진료지침은 가장 적절한 근거기반 접근법을 반영하여 정신보건의료제도에서 보건의료 제공자와 환자를 지원해야 한다. 보건의료계 내에서도 정신보건의료 분야는 지식격차와 낙인이 심할 수 있어서(Sartorius, 2002; Sartorius, 2007; Magliano 등, 2004; Magliano 등, 2011), 보건의료 제공자의 지

식이 진단, 치료, 관리의 개발속도를 따라잡지 못하는 경우도 있다. 임상진료지침의 효과성을 극대화하기 위해 지침에는 이용할 수 있는 선택사항을 반영하고 보건의료 제공자가 활용할 수 있는 상급기관 의뢰 경로를 포함해야 한다. 영국에서 각종 진료지침과 이와 관련된 경로(pathway)는 NICE가 만드는데, 우울증치료 예상경로도 만들었다(<http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>). 국제적으로 인정받은 NICE 우울증 지침(성인용과 아동용)은 우울증의 확인, 평가, 초기관리, 진단, 진단기준에 미달하는 우울증이 지속되는 데 대한 적절한 조치, 초기 개입에 적절히 반응하지 않는 진단기준에 미달하는 우울증, 중등도 및 중증 우울증, 복잡하고 심각한 우울증을 다루고 있다. 이 지침은 선택 가능한 치료방법과 환자가 치료에 잘 반응하지 않거나 반응 정도가 미약한 경우 취해야 할 적절한 행동을 설명하고 있다. 이러한 경로는 관련되는 지침과 상호작용하면서 만들어지며, 쉽게 접근할 수 있고 가능한 한 전문용어를 사용하지 않는 NHS Pathways 웹사이트에 등록되는데, 경로마다 관련 지침도 함께 링크되어 있다. 우울증치료에 기본이 되는 근거 검토를 마친 NICE 우울증 지침은 잉글랜드에서 치료법에 상당한 영향을 미쳤고, 정신치료에서 이 지침을 더 많이 활용해야 한다는 분위기도 조성하는 계기가 되었다.

일차진료에서 임상진료지침이 잘 준수되지 않음에도 대부분의 국가가 지침 준수를 장려하기 위한 인센티브 또는 제재조치를 취하지 않고 있다. 지침을 준수하지 않는 이유는 임상 관행에 맞게 지침 보완 필요, 지침에 대한 자신감 부족, 지침 준수에 필요한 자원의 부족, 지침 종류 과다, 조직적 제약사항, 지침 권고사항에 대한 지식부족, 지침 권고사항의 불명확 또는 모호 등 여러 가지가 있었다(Nielsen 등, 2013; Cabana 등, 1999; Mazza and Russell, 2001; Lugtenberg 등, 2009; Swennen 등, 2013).

전문가 간 잘 형성된 네트워크는 일차진료 제공을 강화할 수 있다.

공식, 비공식 네트워크는 일차진료의 지식과 기술을 향상시킬 수 있는 또 다른 방법이다. WHO와 Wonca는 “협력 또는 공동진료 모형을 통해 상담과 개입이 일차진료 제공자 및 정신보건의료 전문의 간 이루어지는 경우 이는 지속적인 교육과 지원을 제공할 수 있는 방법이다”라고 설명했다(WHO and Wonca, 2008, p. 6). 많은 OECD 국가가 일차진료 의사와 정신전문의 사이에 일정 형태의 협력을 기대하고 있다고 보고했지만 이러한 협력이 제한적인 국가도 있었다. 보건의료가 지역 단위로 조직된 이탈리아, 룩셈부르크, 스웨덴 등의 경우 협력을 위한 노력은 지역별로 다양하게 나타났다.

많은 국가가에서 상급기관으로 환자를 보내는 것은 일차진료 및 전문의 진료 간 주요한 연결고리이다. 일본의 경우 일차진료 의사가 우울증 등 정신질환이 있는 환자를 정신전문의한테 보내는 것에 대해 보상을 하는 것 이외에 일차진료와 전문의 진료 간 연계를 장려하는 공식적인 제도가 없다(OECD Mental Health Questionnaire 2012). 호주는 상급기관으로 의뢰하는 과정이 보다 상호작용적이다. 일반의는 연계된 정신보건의료 전문가에게 일정 횟수 진료를 의뢰하고, 연계된 정신보건의료 전문가는 환자가 추가적인 진료를 받아야 된다고 판단하면 다시 일반의에게 돌려보내 환자를 진료할 수 있도록 한다. 일차진료 의사가 선별한 일부 사례를 전문의가 관찰하는 외래환자 모형은 OECD 국가에서 널리 사용되고 있다. 이러한 경우 정신전문의는 일차진료센터에 찾아가 일차진료 제공자와 함께 진료를 하고, 환자와 임상진료를 하는 경우도 있다. 진료의 조정, 교육, 또는 기타 목적으로 정신보건의료 네트워크 전반에 걸친 사람들이 정기적으로 회의를 한다.

표 2.3. 정립된 치료지침 또는 진료지침을 준수하도록 하기 위해
일차진료 의사에게 의무를 부과하거나 인센티브를 제공해야 하는가?

	준수여부에 대해 인센티브 및 모니터링을 실시하며 준수가 미흡한 경우 제재조치를 취함	인센티브는 있지만 제재조치와 모니터링은 하지 않음	인센티브, 제재조치 모두 없음.
호주			X
오스트리아			X
벨기에			X
캐나다	X		
칠레			X
체코		X	
에스토니아		X	
핀란드			X
프랑스		X	
독일			X
헝가리			X
아이슬란드			X
아일랜드	X		
이스라엘			X
이탈리아			X
일본			X
한국			X
룩셈부르크			X
멕시코		X	
네덜란드			X
뉴질랜드			X
노르웨이			X
폴란드			X
포르투갈			X
슬로바키아	X		
슬로베니아	X		
스페인			X
스위스			X
터키	X		
영국(잉글랜드)			X
미국			X

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

진료연계모형(consultation-liaison model)은 전문가가 특정 환자에게 조언이 필요할 경우 일차진료 제공자에게 비공식적으로 조언을 제공하는 것으로 많은 OECD 국가에서 활용되고 있다. 진료연계모형은 이탈리아 에밀리아로마냐(Emilia Romagna) 주에서 일반의와 정신보건의료 서비스 간 협력을

개선하기 위한 노력의 일환으로 장려되고 있다. 가장 최근의 보고에 따르면 이 프로그램은 일반의와 지역사회 정신보건의로 서비스 간 커뮤니케이션 증진에 성공을 거두었다. 핀란드에서 비디오 연결을 통한 진료는 오지에 있는 일차진료 의사를 지원하기 위해 사용되고 있다(OECD, 2012). 이와 같은 협력은 의사의 지식을 높이는 방법으로 여러 유형의 환자에게 혜택을 가져다 줄 수 있다(박스 2.2).

조력자모형(facilitation model)은 전문가가 일차진료 전문가에게 간단한 교육 또는 과정을 제공하는 것으로 상당히 많은 OECD 국가에서 활용하고 있는 것으로 보고되고 있다. 다진료분야 검토회의(Multi-disciplinary review meeting)는 일차진료 제공자, 전문 정신보건의로 서비스 제공자, 기타 보건의로 및 사회서비스 종사자가 정기적으로 모이는 것으로 널리 활용되지는 못하고 있다. 그러나 진료계획을 이용하여 환자 개별적인 차원에서 이와 유사한 접근법이 시도되고 있을 수도 있다. 환자의 진료에 대한 이해당사자들(보통 환자 또는 법정 대리인)이 모여 적절한 진료에 대해 논의한다. 진료계획은 심한 증상이 지속되는 정신질환을 앓고 있는 환자 또는 복잡한 보건 및 사회적 보호 필요성이 있는 개인에게 좀 더 일반적으로 사용된다.

박스 2.2. 이탈리아의 일반의와 지역사회 정신보건의로 서비스 간 진료연계모형

“지 레기에리(G. Leggieri)” 진료연계 프로그램은 1999년 볼로냐(에밀리아로마냐 주도) 시에 있는 지역사회 정신보건의로센터(Community Mental Health Centre, 이하 “CMHC”)에서 처음 도입되었으며 2002년 이 서비스를 시에서 시행했다. 이 모형은 우선 일반의와 상담 정신전문의, 상주 정신전문의, 임상심리사 및 간호사로 구성된 전담팀과의 협력을 구축한다는 목표가 있었다. 일차진료에서 경증 및 중등도 정신질환을 치료하고 이차진료에서 중증 정신질환 문제를 다루도록 하여 모든 정신질환 치료의 질을 개선하고 진료경로를 수정하는 것이 목표였다.

진료연계체계는 일반의와 정신보건의로 서비스 간 “중간형태”로 설계되어 보통 CMHC에서 발생하는 경우가 많다. 레기에리 프로그램에서 채택한 “단계적 진료” 모형에 따르면 증상에 따라 3가지 접근법을 취할 수 있다. 경증 정신질환 문제가 있는 환자는 일반의가 직접 치료한다. 중등도 정신질환이 있는 환자는 일반의와 간단한 진료 또는 치료를 제안할 수 있는 CMHC의 지원을 통해 치료한다. 중증 정신질환이 있는 환자의 경우 CMHC가 치료하고 치료가 끝나면 일반의가 환자를 다시 진료한다(Menchetti 등, 2006).

일부 OECD 국가에서 정신보건의로 전문인력이 부족하고 정신질환 진료를 쉽게 제공할 수 있도록 모든 일차진료체계가 만들어진 것은 아니라는 점을 고려하면 일차진료 인력을 보강할 다른 방법을 모색해야 한다. 많은 OECD 국가가 정신전문의, 임상심리사, 정신전문 간호사, 정신보건의로 사회복지사는 일차진료 환경에서 일한다고 보고했다. 임상심리사를 일차진료에 포함시킨 캐나다 온타리오 주에서 진행된 연구에서는 이것이 일차진료 의사와 환자에게 긍정적인 결과를 가져다 준 것으로 보고하고 있다(Chomienne 등, 2010). 핀란드에서는 여러 보건의로센터(health station)가 우울증 간호사 모형(depression nurse model, 우울증 전문 간호사 양성과정)을 사용하기 시작했다. 핀란드 내 전체 보건의로센터를 대상으로 2008년에 실시한 조사를 보면 전체 보건의로센터 중 78%에 우울증 전문 또는 정신전문 간호사가 있었고, 61%가 우울증 진단을 위한 표준화된 진료를 채택하고 있었다(Partanen 등, 2010). 정신전문 간호사는 정신보건의로 일차진료 서비스 제공을 위해 더 많은 역할을 수행하고 있으며 호주와 같은 일부 국가에서는 이러한 역할을 지원 및 개발하기 위해 재정적인 인센티브를 도입했다(Happell 등, 2010).

협력적인 진료 모형은 결과를 개선하고 비용 대비 효과를 높일 수 있다.

정신보건의로 분야에서 환자진료를 잘 조정하면 진료결과를 개선할 수 있다는 것은 여러 임상실험에서 입증되었는데, 특히 협력진료의 효과성에 대한 포괄적인 메타 분석 결과를 보면 협력진료모형이 건강결과를 상당히 개선하는 데 기여했다는 것을 알 수 있다. 이 분석에서는 6개월 차에 삶의 질이 25% 개선되었고 5년 차에 15% 개선되었다고 보고했다. 영국의 연구에 따르면 그 효과가 더 높은 것으로 나타났다. 이는 일반적인 치료와 비교했을 때 상당한 성과이다. 예를 들어 우울증 치료에 있어 협력진료모형 비용에는 의사의 시간, 진료 관리자 서비스, 전문상담, 등록결정지원이 포함된다. 도표 2.6은 협력진료모형의 비용효과성에 대한 8개의 연구를 나타낸 것이다. 각 점은 중등도 우울증 치료에서 협력진료모형의 상대적인 효과성을 나타낸 것이다. 이 도표에서는 협력적 개입의 효과성을 증명하는 연구가 많다는 것을 보여준다. 모든 연구는 협력적 개입이 임상결과를 향상시킨다고 보여주고 있다. 연구 중 대다수는 이러한 동반상병률이 상대적으로 적은 비용으로 가능하며 신약 평가를 위해 영국 NICE가 사용하는, 전통적인 기준 미만이라고 밝혔다(QALY당 50,000 미국 달러). 효과성을 추측하기에는 보수적인 측면이 있지만 이러한 협력진료 모형은 투자 대비 성과가 좋은 것으로 보인다.

표 2.4. 정신질환에 대한 일차진료 및 전문의 진료 간 연계

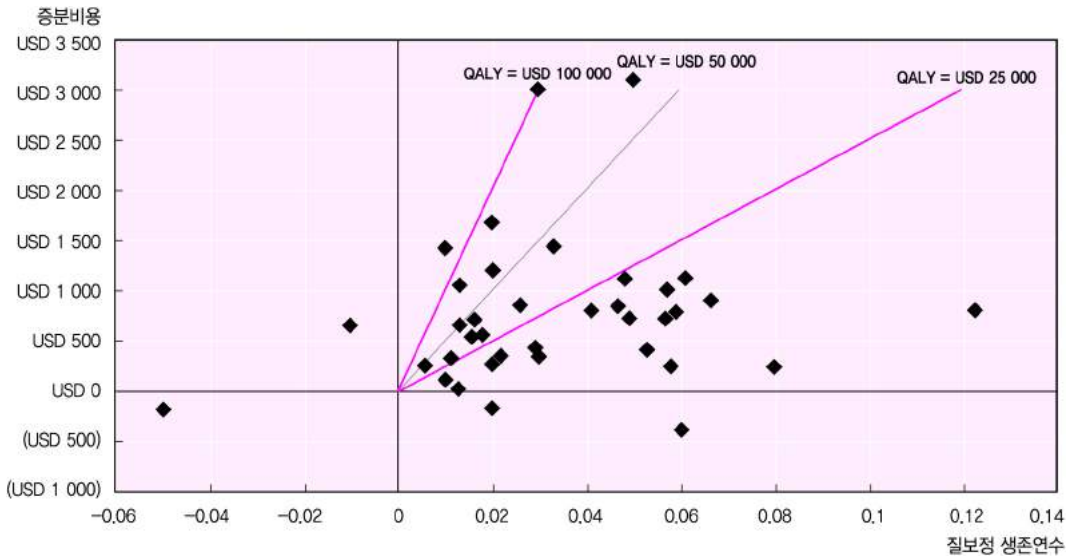
	외래환자모형	진료연계모형	조력자모형	다진료분야 검토회의
호주				✓
오스트리아	✓			
벨기에		✓		
캐나다	✓	✓	✓	
칠레	✓	✓	✓	✓
체코	✓	✓		
에스토니아		✓	✓	
핀란드	✓	✓		✓
프랑스	✓			
아이슬란드		✓	✓	
아일랜드	✓			
이스라엘		✓	✓	
이탈리아		✓		
한국		✓		
룩셈부르크		✓	✓	✓
멕시코		✓	✓	
네덜란드	✓	✓		
뉴질랜드	✓	✓	✓	✓
노르웨이	✓	✓	✓	✓
포르투갈	✓	✓	✓	✓
슬로바키아	✓	✓	✓	
슬로베니아	✓	✓	✓	
스페인	✓	✓	✓	

스위스		✓		
터키				✓
영국(잉글랜드)	✓	✓	✓	✓
미국	✓	✓	✓	✓

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

우울증을 위한 협력진료 프로그램이 항상 비용을 절감시켜 주지는 않는다는 점을 강조하는 것이 중요하다. 그러나 다른 질병영역의 협력치료 접근법보다는 비용효과성이 높다(OECD, 2010).

도표 2.6. 우울증관련 협력진료의 비용효과성에 대한 8가지 연구



QALY: Quality adjusted life years, 질보정 생존연수

주: 자료에서 점은 무작위 통제실험을 나타낸다.

출처: OECD (2010), Value for Money in Health Spending, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264088818-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030401>

또한 비용효과성은 비용을 생산성 손실비용 등 더 넓은 범주까지 포함시키는 경우 더욱 향상될 수 있다. 단계적 진료를 이용하는 협력진료모형은 더욱 비용효과적일 수 있다. 필요한 경우에만 강도를 높이기 때문이다. 환자는 우선 가장 효과가 좋은 개입을 제공받으며 이러한 개입은 상대적으로 이행이 쉽고 비용과 부작용이 덜하다. 만약 이러한 초기 개입이 충분하지 못한 것으로 밝혀지면 다시 치료 정도를 더욱 복잡하고 비용이 많이 들며 치료효과가 나타나는 수준으로 증가시킨다. 이러한 접근법은 적절한 진료를 받을 자격이 있는 환자는 누구나 이에 합당한 진료를 받을 수 있게 하되 가장 강도 높은 치료는 강도가 낮은 치료에서 효과를 보지 못한 환자가 받을 수 있도록 하는 것이 목적이다.

일차진료에서 일반적인 행동치료의 확대를 통한 치료법 증대

경증 및 중등도 질환 관련 정신보건의료의 향상을 위해서는 대부분의 OECD 국가가 적절한 서비스를 추가하기 위한 투자를 해야 한다. 정신치료, 특히 인지행동치료(cognitive behavioural therapy, CBT)는 경증 및 중등도 우울증 및 불안장애에 효과적이라는 근거가 있다(Otte, 2011; Driessen and

Hollon, 2010; NICE, 2009). 많은 OECD 국가에서 일차진료 제공자가 정신치료를 할 수는 있지만 이러한 치료는 보통 보상받지 못한다(표 2.5). 또한 완전히 보상을 받거나 정신치료가 무상으로 제공되더라도 종종 서비스 이용에 상당한 제약이 따른다고 보고한 국가도 있다. 환자가 정신치료비 전액을 부담해야 한다거나 본인부담이 크면 환자는 이러한 치료에 접근하기가 어려워진다. 환자가 경증 및 중등도 정신질환을 대상으로 한 정신치료를 쉽게 접근할 수 있게 한다면 다른 질환과 크게 벌어진 치료격차를 좁히는 데 도움이 될 것이다.

표 2.5. 정신치료와 인지행동치료의 이용가능성 및 보상

	일차진료에서 인지행동치료가 이용가능한가?	정신치료가 보상이 되는가?	
		전부보상	일부보상 ¹
호주	✓	✓	✓
오스트리아	✓		✓
벨기에	✓		✓
캐나다		✓	✓
칠레		✓	✓
체코		✓	
핀란드			✓
독일		✓	
아이슬란드	✓		✓
아일랜드			✓
이스라엘			✓
이탈리아		✓	✓
일본			✓
한국	✓		✓
룩셈부르크	✓		✓
멕시코	✓		✓
네덜란드			✓
뉴질랜드	✓		
노르웨이	✓	✓	✓
폴란드		✓	
포르투갈			✓
슬로바키아			✓
슬로베니아		✓	
스웨덴	✓		✓
스위스			✓
터키		✓	
영국(잉글랜드)	✓	✓	
미국	✓	✓	✓/공제

1. 치료 중 일부만 보상하는 국가의 일부보상에는 진료비 공제나 정신치료 및 CBT 비용분담 면제(혹은 둘 다)가 포함될 수 있다.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

몇몇 국가는 일차진료 의사가 제공하는 일차진료 기반 CBT 프로그램을 마련했다. 노르웨이에서는 보건의료 제공자와 일반의가 CBT 교육을 받을 수 있고, CBT 제공에 따라 보상을 받을 수도 있다. 이러한 모형의 장점은 일차진료 제공자에게 추가적인 수단을 제공하여 이를 통해 이미 이들이 치료해야 하는 환자를 효과적으로 치료할 수 있다는 것이다. 이러한 점에서 이 모형은 일차진료 제공자가 이미 제공하고 있는 서비스의 질을 개선할 수 있는 효과적인 방법이다. 또한 이러한 점을 고려하면 일차진료 기반의 CBT 또는 상담치료를 도입하는 것은 일차진료 제공자가 아닌 다른 제공자(대체 보건의료 제공자가 민간 의료인인 경우)가 제공하는 치료에 대해 보상하는 독립형 프로그램의 도입이나 정신치료를 제공할 수 있는 역량구축에 투자하는 것보다 비용효과적이다. CBT 또는 CBT에 상응하는 것을 일차진료에서 제공할 가능성은 일차진료체계의 조직에 따라 달라진다. 일부 OECD 국가는 일차진료 의사의 전통이 취약하여 기존 일차진료에 CBT를 도입하더라도 효용성이 오히려 떨어질 수 있다. 특히 일차진료체계가 취약하고 정신질환에 대해 낙인이 심한 국가의 경우 CBT를 일차진료에 도입하는 것이 가장 효과적인 자원사용은 아닐 수도 있다.

전문의 서비스를 더 많이 제공하기 위해 급여범위를 확대하여 일차진료에서 더 많은 환자를 상급 기관으로 보내도록 하는 것이 치료의 확대에 도움이 될 수 있다. 호주에서는 정신질환치료계획(Mental Health Treatment Plan) 이후 나온 접근성 개선(Better Access) 프로그램에 따라 일반의는 환자를 임상심리사, 관련 정신보건의료 전문인력 또는 집중심리전략(focused psychological strategy, FPS) 서비스를 제공할 수 있는, 숙련된 일반의에게 보낼 수 있다. “접근성 개선” 프로그램도 어려움은 있지만, 이는 일차진료에서 효과적으로 치료할 수 있는 역량을 구축하고, 치료를 잘 할 수 있게 일차진료 제공자와 전문의 간 조정을 장려하며, 일차진료 제공자가 할 수 있는 치료 중에 정신치료도 있다는 것을 알릴 수 있는 좋은 사례이다.

2.5. 경증 및 중등도 정신질환에 대한 새로운 개입으로 비용 대비 효과 향상

적절하고 비용효과적인 진료를 위한 단계적 개입

경증 및 중등도 정신질환에 대한 단계적 진료가 좋은 결과를 가져다주는 비용효과적인 접근법이라는 것은 많은 임상진료지침을 통해 뒷받침되는 사실이다. 많은 경우에서 진료서비스는 그 강도에 따라 일차진료 영역 밖에서 일부 제공될 수 있는데, 이때 일차진료 제공자가 조정이나 관리 역할을 할 수도 하지 않을 수도 있어서 이러한 진료서비스, 특히 낮은 강도 쪽에 있는 진료서비스에 개입하려면 투자가 필요하다.

진단 기준에 미치지 못하는 증상이 있는 환자에게 낮은 강도로 개입하면 효과가 있다는 것이 여러 가지 문헌과 임상진료지침에 의해 뒷받침되고 있다(NICE, 2011). 환자 스스로 우울증이나 부부문제와 관련하여 참고문헌이나 대중매체를 찾아보도록 하는 방법은 개입 정도는 아주 약하지만 임상적으로는 성공적인 효과를 거둔 것으로 나타났다(Clarke 등, 2006). 이처럼 스스로 찾아서 해결하거나 이렇게 하도록 도와주는 방법은 비용과 유연성 측면에서 이점이 있다. 적어도 초반에는 전통적인 의료적 도움을 거부하고 스스로 해결방법을 강구하는 사람의 비율이 상당하다는 것을 알 수 있다(Clarke 등, 2006). 특히 발생률에 비해 정신질환을 해결할 방법을 찾는 사람의 수는 적은 편이다. 몇몇 연구 보고에 따르면 우울증, 불안장애, 식욕이상, 항진증, 폭식장애와 관련된 치료의 CBT 접근법 기반 자구책 정보를 잘 이용하면 혜택이 많다고 밝혔다(Lewis and Anderson, 2003). 스스로 해결할

수 있도록 도와주는 것(시간이 짧더라도 숙련된 전문가가 개입)은 낮은 강도의 개입 중 특히 효과적인 것으로 나타났다(Fairburn and Carter, 1997; Lewis and Anderson, 2003; Clarke 등, 2006).

낮은 강도의 개입방법으로 조언이 필요한 개인에게 적합하면서 임상적으로 효과가 입증된 참고 문헌을 제공해줄 수도 있다. 예를 들어 NHS 웹사이트인 NHS Choices에서는 경증 우울증, 불안장애, 슬픔 극복, 강박장애에 적합한 문헌을 제공하고 있다(www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/self-help-therapies.aspx). 또한 잉글랜드에서는 낮은 강도의 개입이 도움이 될 수 있는 환자가 스스로 해결할 수 있도록 일반의가 이들에게 NICE가 인증한 관련책자를 처방형태로 제공하고 있다. “처방에 대한 책자(Books on Prescription)” 계획(www.booksonprescription.org.uk/)은 책자를 일반의가 처방하고 지역 도서관에서 무상으로 대여할 수 있도록 하고 있으며 일반의 로열 칼리지(Royal Colleges of GPs), 간호 및 정신전문의(Nursing and Psychiatrists), 영국 행동 및 인지 정신치료연합(British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies), 보건부에서 정신치료 접근성 개선(Improving Access to Psychological Therapies, 이하 “IAPT”) 프로그램을 통해 이를 지원하고 있다. 한국어로 된 이러한 책자가 없는 국가의 경우, 이러한 자료를 생성하거나 기존에 임상적으로 증명된 문서의 번역에 투자하는 것이 도움이 될 수 있다.

인터넷 또는 컴퓨터를 통해 많은 프로그램이 제공되고 있다. 인터넷 또는 컴퓨터기반 프로그램은 문헌정보보다 더욱 상호작용적이며 치료효율을 극대화하기 위해 프로그램화할 수 있다. 예를 들어 특정한 순서로 진행되는 진료는 순서에 맞게 진행되어야 하며(1주일에 한번, 2주일에 한번 등), 환자는 이러한 순서를 무시하지 말아야 한다. IAPT와 그 이후 진행되는 프로그램 효용성을 평가한 코호트 연구의 시계열 연구 일환으로 컴퓨터기반 CBT 프로그램인 “우울증 극복하기(Beating the Blues)”는 영국에서 일차진료를 통해 적극적으로 홍보되었다. 일반의의 처방을 받아 환자는 8주 동안 집에서 “우울증 극복하기” 세션을 스스로 진행하고 그 동안 환자를 진료하는 일반의는 그 환자의 세션 진행상태, 진행상황, 환자위험에 대한 경보정보를 받는다. 이 프로그램은 정기적인 진료에 사용되는 경우 신뢰성이 높고 임상적으로 유의미한 치료효과를 가지며 정기적인 면대면 CBT 진료와 유사한 효과를 가지는 것으로 나타났다. 또한 이 프로그램은 단계적 진료 프레임워크에서 개입 강도가 낮은, 유용한 도구로 NICE가 권장하고 있다(Cavanagh, 2006; NICE, 2008). “우울증 극복하기” 및 기타 근거에 입각한 컴퓨터 프로그램은 일반의가 처방하는 것으로 우선 개입이 쉽고 빠르게 접근할 수 있다는 장점이 있다. 면대면 CBT 역량이 제한적인 상황에서 전산화 CBT는 일부 사람들에게 좋은 대안이 될 수 있으며 다른 이들에게는 처음으로 이용할 수 있는 수단이 될 것이다. 무작위 통제시험을 통해 평가한 바에 따르면 “우울증 극복하기”는 비용효과적인 것으로 나타났다. 임상적인 효과도 상당하고 환자들이 유급으로 고용되고 질병으로 인한 병가가 적어지면서 고용관련 비용이 낮아진다(McCrone 등, 2005). “우울증 극복하기” 및 “공포심 없애기(Fear Fighter)”는 공황 및 공포 환자를 위한 컴퓨터기반 CBT 프로그램으로 2006년 NICE가 임상적으로 비용효과적인 것으로 추천했다(프로그램이 세 가지 더 있다. 두 가지는 우울증에 관한 것이고 나머지 하나는 강박장애에 대한 것으로 임상적 및 비용효과적인 것이라는 근거가 부족하다).

일부 전산화 CBT 프로그램은 국가별로 조정할 수 있으며 효과적인 전산화 개입을 개발 및 확대하는 데 있어 국제적으로 협력할 가능성도 있다. 예를 들어 무료로 사용할 수 있는 무드짐(MoodGYM)은 불안장애와 우울증에 관한 것으로 호주국립대학(Australian National University) 정신보건의료연구소가 개발했다(moodgym.anu.edu.au). 무드짐은 영국에서 사용되도록 권장되었고 노르

웨이 트롬소 대학이 노르웨이어로 번역했으며 베이징 자살연구 및 예방센터에서 중국어로 번역했고 국가 우울증 이니셔티브의 자금 지원을 받아 생산에 들어갔다. 또한 몰만 정신보건의료(MoleMann Mental Health)에서 덴마크어로 번역했다. “우울증 극복하기”는 2008년 시범사업을 거쳐 뉴질랜드의 일차진료에 도입되었다. 뉴질랜드에 있는 일차진료기관 네 곳이 100명의 환자를 대상으로 한 시범 연구에서 일반의가 의뢰한 환자들은 8주간의 프로그램이 끝날 때쯤 삶의 질이 올라가고 증상이 완화되었으며, 기능이 개선되었음을 경험했다(www.beatingblues.co.nz). “우울증 극복하기”는 현재 일반의 처방을 통한 치료의 일환으로 뉴질랜드 전역에서 이용가능하다(박스 2.3).

자조그룹, 지원그룹, 이용자와 전문가가 만들어낸 정보는 귀중한 자원이다. 어떤 경우 개인이 스스로 이러한 자원을 찾을 수 있지만 이러한 정보를 일차진료 제공자가 제공하는 “정보처방(informational prescriptions)”에 포함시킬 수 있다. 정보처방에는 사람들이 유용하다고 느꼈만한 웹사이트 주소, 전화번호 등을 수록할 수 있다. 거의 모든 OECD 국가가 국가 정신보건의료 이용자 단체(6장 참조)가 있다고 보고했고, 이러한 이용자 단체는 동료지원, 논의, 정보제공 목적의 회의를 조직하는 지역지점(local branches)을 가지고 있는 경우가 많았다. 종종 지원그룹은 장애유형별로 형성되는 경우가 있었다. 예를 들어 독일의 경우 5,000개 이상의 자조지원그룹이 파악되었으며 이들 그룹은 여러 종류의 정신질환을 다루고 있었으며 특히 가족과 파트너, 가족을 잃은 슬픔, 불안장애, 우울증, 식이장애 등을 다루는 그룹이 많았다. 지원그룹은 정신질환이 있는 사람과 진료제공자에게 인기가 있다. 한 조사(Meyer 등, 2004)결과에 따르면 조사대상 독일 자조집단 중 84%가 되돌아왔다. 동료 지원과 치료적 접근법을 함께 사용하는 전자정신보건의료(eMental Health) 역시 등장하기 시작했다. 경증 및 중등도 질환이 스스로 정신질환 서비스 이용자로 파악하기 어렵고, 그러한 그룹의 도움을 요청하기 어렵기 때문에 이러한 그룹이 제공하는 지원은 비공식적이든, 온라인 형태를 통해서든 매우 귀중할 수 있다(박스 2.4).

박스 2.3. 경증 및 중등도 질환을 위한 전자정신보건의료(eMental Health) 개발

영국의 일반적인 정신질환에 대한 컴퓨터기반 상담서비스

영국에서는 일반의가 처방하는 컴퓨터기반의 상담과정을 이용할 수 있다. 그중 “우울증 극복하기” 및 “공포심 없애기”는 NICE가 효과적인 근거기반 치료로 인증했다. 우울증 극복하기는 경증 우울증에 대한 컴퓨터 CBT 프로그램이고 공포심 없애기는 공황과 공포를 극복하기 위한 전산화 CBT 프로그램이다.

“완전한 소통을 위한 삶(Living Life to the Full Interactive)”은 컴퓨터기반 CBT 과정으로 경증 및 중등도 우울증, 불안장애를 다루는 프로그램이고 일반의 또는 자격증이 있는 치료사가 감독한다. 스코틀랜드에서 완전한 소통을 위한 삶은 온라인으로 접근 가능하며 NHS24(국가 전화 및 인터넷 보건의료제도)가 주관하는 서비스에 자체적으로 신청하거나 지역 보건위원회에 신청한다. 무료로 이 과정을 받을 수 있는 자격요건은 표준화된 시험에서 “감정점수”를 받은 모든 스코틀랜드 시민이다. 초기 접촉은 인터넷 이메일로 하고 개인은 감정 자체진단표를 다운로드할 수 있는데, 이후부터 치료 단계마다 논의하고 결정하는 과정이 있다.

NHS Choices는 NHS의 핵심적인 정보포털로 “식욕이상 항진증 극복하기”라는 온라인 CBT기반 과정을 제안하여 식욕이상 항진증 및 식이장애를 겪고 있는 사람들에게 도움을 주고 있다. 신경성 식욕 부진증 극복하기는 CBT기반 온라인 과정으로 신경성 식욕부진증을 앓고 있는 사람을 진료하는 보건의료 제공자를 위한 프로그램이다. 또한 우울증 및 불안장애에 대해 무료 자조 CBT 프로그램인 무드짐(MoodGYM)도 있다.

박스 2.3. 경증 및 중등도 질환을 위한 전자정신보건의료(eMental Health) 개발(계속)

네덜란드의 근거기반 전자정신보건의료 프로그램

정신질환을 위한 최초의 온라인 치료 및 감독 과정은 1990년대 후반 네덜란드에서 정기 치료에 대한 대안으로 온라인 치료가 도입되면서 시작되었다. 정신건강과 중독을 연구하는 국립 트림보스 연구소(Trimbos Institute)는 일부 정신보건의료기관과 함께 온라인 치료 개발에 착수했다. 그 이후 다양한 증상(우울증, 불안장애, 알코올 및 섭식장애, 치매, 당뇨, 동반 우울증, 직장에서 스트레스)을 위한 치료 모형이 개발되었고 그 효과성 및 비용효과성에 대한 평가가 이루어졌으며 정부도 이를 적극적으로 추천하여 대규모로 사용하게 되었다. 이용자에게 투명한 질 정보를 제공하기 위해 “자체인증” 도구를 개발하여 각 조직이 자체 프로그램의 질을 평가하고 “질 라벨”을 부착하도록 했다. 그 이후 근거에 기반을 둔 치료 및 혼합치료에 더 많은 관심이 쏠렸다. 현재 모바일 전자보건의료 앱을 이용하는 경향이 생겨나고 있으며 이를 통해 환자는 언제 어디서나 치료를 받을 수 있다.

네트워크 온라인 헬프(Network Online Help)에 따르면 2007년과 2010년 사이 우울증과 식이장애를 온라인으로 치료받는 사람의 수가 3배 증가하여 181,000명으로 늘었다(Trimbos, 2013). 2010년 거의 180만 명의 사람들이 온라인으로 도움을 구했다. 네덜란드는 전자정신보건의료 분야에서 선도적인 위치에 있기는 하지만 전자정신보건의료가 네덜란드 전역으로 확산된 상태는 아니다. 이와 관련하여 현재 몇 가지 요인이 거론되고 있다. 첫째, 전자정신보건의료 비용과 효과에 대한 정보가 부족하다. 전자정신보건의료가 비용효과적일 것이라는 의견이 대부분이지만 지금껏 과학적 연구는 이러한 의견을 충분히 입증하지 못하고 있어 전자정신보건의료에 대규모로 투자하는 것을 주저하고 있다(Riper 등, 2013). 둘째, 전자정신보건의료는 문화적인 변화를 요구한다. 진료전문가들은 변하는 환경에 맞게 환자를 다루고 관리해야 하므로 이 변화에 잘 대처해야 한다.

진료전문가들이 전자정신보건의료를 그저 통상적으로 하는 진료의 보조수단으로 사용한다면 그 효과를 보기는 어려울 것이다. 통상적으로 하는 진료(또는 일부)를 대체할 정도로 전자정신보건의료를 적용해야 하며 이는 패러다임 전환이 필요함을 의미한다(Putters 등, 2012).

출처: NHS Choices, Self-help Therapies, www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/self-helptherapies.aspx, accessed 2 September 2013; Putters, K., M. Janssen, T. van der Wel and M. Kelder (2012), “E-health: Face-to-Facebook. Over E-health en zelfredzaamheid van patiënten in de ggz” [E-health: Face-to-Facebook. About e-health and self-reliance of patients in mental health care], Erasmus University, Rotterdam; Trimbos (2013), [Online], available at www.trimbos.nl/, accessed 8 July 2013; Riper, H., L. Kooistra, J. de Wit, W. van Ballegooijen en T. Donker (2013), “Preventie & eMental-Health kennisynthese 2012” [Prevention eMental Health knowledge synthesis], ZonMW. Den Haag.

치료요구를 만족시키기 위해 인력의 확대 및 다변화가 필요하다.

몇몇 OECD 국가는 경증 및 중등도 질환에서 치료격차를 줄이려면 보건의료제도 차원에서 치료를 제공해야 하고 이를 위해서는 인력의 역량을 늘려야 한다는 것을 알게 되었다. 많은 OECD 국가가 정신행동치료를 통해 경증 및 중등도 질환 치료를 확대하기 위해 노력했다. 정신치료는 치료의 이용가능성 증대, 회복률 향상, 치료의 선택 및 질 제공, 일반적인 정신질환의 치료격차 감소를 위해 중요한 도구로 인식되어 있다. 많은 경우 정신치료 제공은 일차진료(일반의가 보통 일차진단, 치료를 하고 약물치료 및 정신치료를 제공하며 문지기 역할을 하는 것)와 보통 심각하고 지속적인 일반 정신질환을 다루는 경향이 있는 전문의 서비스 사이에 있는 것으로 간주된다. 이러한 중간자 형태의 서비스는 정신질환을 효과적으로 치료하기 위한 시도에서 중요한 도구이다. 환자진료 과정에 일반의가 지속적으로 참여하는 것은 중요하며 특히 임상심리사는 보통 치료제를 처방할 수 없고 상급기관에 의뢰할 수 있는 역량이 제한적이라는 것을 고려하면 일반의가 임상심리사, 정신치료 서비스와 협력관계를 형성하여 참여하는 것이 중요하다.

일차진료체계 밖에서 정신보건의료 치료가능성을 높이는 것은 임상심리사의 교육 확대, 심리치료 자금지원에 대한 투자를 의미하는 경우가 많았다. OECD 국가에서는 인구 10만 명당 임상심리사 수에 국가별로 큰 차이를 보이며 임상심리사 수의 변화율도 큰 차이를 보이고 있다(5장 참조). 이는 정신보건의료제도에서 개발 및 우선순위 설정에 있어 국가별로 각기 다른 방식을 취하고 있음을 나타낸다. 정신전문의가 부족하고, 특히 학교에서 간호사와 정신전문의가 부족하다고 인식하고 있는 노르웨이 보건 및 진료서비스부(Ministry of Health and Care Services)는 시에서 근무하는 정신전문의 수를 늘리기 위해 직접 자금을 지원하고 있으며 이러한 직접적인 자금은 학교의 정신전문의에게도 배분될 것이다. 1998년에서 2008년 사이 실행된 노르웨이의 정신보건의료 계획에 따라 184명의 임상심리사 및 260명의 전일제 근무자를 정신보건의료 인력에 추가하여 정신치료 서비스를 강화하고, 보건소와 학교 보건의료 서비스 강화를 위해 개인지원 프로그램 제공, 아동과 청소년을 위한 문화 및 여가 프로그램, 800명의 전일제 직원증원을 계획했다(Norwegian Ministry of Health and Care Services, 1998). 통계자료를 보면 증원 목표 달성을 위한 작업은 계속 진행 중이며 임상심리사의 교육 및 지명을 위한 직접 자금지원은 계속되고 있다.

박스 2.4. 혼합치료: 지도 동반 동료지원, 집단치료, 개별적인 근거기반 치료를 통해 온라인으로 제공되는 단계적 진료

2007년에 설립된 빅 화이트 월(Big White Wall, 이하 “BWW”)은 영국 및 뉴질랜드에서 정신문제로 고통 받는 사람들을 위한 독립적 온라인 조기개입 서비스이다. 이 서비스는 인터넷에서 제공되는 치료, 동료지원환경, 근거기반 치료를 혼합하여 집단으로 제공하거나 일대일로 제공한다. 런던에 있는 타비스탁 포트만 NHS 파운데이션 트러스트(Tavistock and Portman NHS Foundation Trust)와 협력관계를 형성한 BWW는 정신건강상태를 개선하기 위해 사회 네트워킹 원칙과 임상적인 정보를 갖춘 개입방법을 혼합한다. BWW는 동료지원, 개인적인 자기표현, 감정 모니터링, 커뮤니티에서 진행되는 상담치료 채팅방, 인지적 행동 및 사람 간 치료법 같은 인정받은 치료법에 의해 정보를 제공받는 가이드 그룹, 정보자원이 포함된다. 해당 사이트는 일주일에 7일 24시간 동안 접속이 가능하며 채팅방에서 진행되는 대화와 자기표현을 모니터링 하는 요원(Wall guide)을 배치한다. 또한 이용자가 추가적으로 그룹대화에 참여할 수 있도록 장려하거나 위험한 행동이 인식되는 경우 도움을 요청하도록 장려한다(예를 들어 자해 또는 자살생각과 같은 대화가 오가는 경우). BWW는 월 가입비를 지불하는 누구에게나 개방되어 있으며 접근권을 구매한 BWW 고객은 접근을 할 수 있다. 접근권이란 채팅방에 대한 접근만을 포함하거나 사이트에서 제공하는 그룹 또는 개인 치료 횟수를 의미할 수도 있다. 현재 BWW 고객(개인고객과 더불어) 중에는 BMW 채팅방을 모든 현역 군인 및 그 가족에게 제공하는 국방부, 몇몇 NHS 일차진료 트러스트와 NHS 파운데이션 트러스트(NHS Foundation Trust), 영국에 소재한 일부 대학, 뉴질랜드의 오클랜드 주 보건당국이 포함되어 있다.

사이트 이용현황을 모니터링해보면 정신보건의료 수요정보를 풍부하게 얻을 수 있는데, 사이트 통계분석은 매일 실시한다. 설문에 따르면 BWW 이용자 중 3분의 2정도가 대부분의 스트레스와 우울증을 해소했으며 절반 정도는 불안장애를 해소하기 위해 사이트를 이용한다고 응답했다. 그리고 3분의 1정도는 사이트에서 우울증을 다룬다고 대답했다. 독립적 검토에 따르면 회원의 75%가 자신의 문제를 BWW에서 처음으로 이야기했으며 이용자의 80%는 사이트에서 정신적 문제를 스스로 해결했고 95%는 자신의 건강상태가 좋아졌다고 응답했다. 타비스탁 포트만 NHS 파운데이션 트러스트의 리스크 고문인 Jane Chapman이 BWW의 전반적인 관리 및 리스크를 평가하는데, 평가결과 보안대책이 마련돼 있다는 점에서 BWW를 이용하여 발생할 수 있는 이용자 위험은 전반적으로 적은 것으로 나타났다.

출처: Big White Wall, “Big White Wall-About Us”, www.bigwhitewall.com, accessed 1.10.2013.

자원이 부족한 환경에서 많은 추가 인력을 교육하는 것은 현실적인 대안이 아닐 수 있기 때문에 호주, 뉴질랜드, 스코틀랜드 등은 정신치료를 제공하기 위해 일선에 있는 의료진을 교육시키는 것의 실행 가능성을 가늠해보고 있다. 교육을 받은 비임상 직원이 비공식적 또는 구조적인 방법으로 제공하는 CBT는 경증 및 중등도 정신질환이 있는 환자의 진료를 개선시키거나 정신건강을 증진시킬 수 있다는 근거가 있다(Armstrong 등, 2010; Shah 등, 2013). CBT의 비공식적인 제공모형 및 기타 근거 기반 치료에 대한 우려는 근거기반 모형에 충실하지 못해 효과가 떨어질 수도 있다는 것이다. CBT 모형 및 정신치료를 충실히 따를 것을 장려하는 연구는 긍정적인 결과를 보여주고 있지만 치료가 임시적이고 비공식적인 환경에서 제공되는 경우 충실히 따르기는 어렵다(British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, 2010; Hepner, 2011).

경증 및 중등도 질환을 목표로 한, 수직적 전문의 프로그램

경증 및 중등도 정신질환의 높은 부담과 큰 치료격차를 고려했을 때 OECD 국가 중 경증 및 중등도 정신질환을 대상으로 한 전문서비스를 구축하기 시작한 국가는 소수에 불과하다. 경증 및 중등도 질환을 다루기 위한 새로운 형태의 서비스는 기존의 보건의료제도 조직과 재정지원 메커니즘에 부합하는 프로그램과 경증 및 중등도 질환 전담 치료를 위해 설계된 “독립형” 프로그램인 수직적 프로그램이 포함된다. 각 프로그램은 상당한 의지와 자원의 투자를 요구하지만 이러한 투자가 중장기적으로 비용효과적일지에 대해서는 아직 많은 논의가 진행되고 있다.

정신치료 국가 프로그램 중 한 가지 주목할 사례는 정신치료 접근성 개선(Improving Access to Psychological Therapies, 이하 “IAPT”)이다. 이는 잉글랜드의 몇 군데 시범 지역에서 실시되기 시작하여 2009년부터 국가 전역에 퍼지기 시작했다. 경증 및 중등도 정신질환이 생산성 저하, 실업, 상병수당요청 측면에서 유발하는 단기적 경제 비용이 매우 높은 것으로 추산되고 있다. 이러한 경제비용 및 경증 및 중등도 정신질환의 치료 개선에 따라 기대되는 경제적 혜택 자료는 정신치료에 대한 투자를 견인하는 데 사용되어 왔다. 특히 잉글랜드에서 이러한 경제적인 합리화는 IAPT를 도입하는 데 힘을 실어주었다. 특히 경제학자 레이야드 경(Lord Layard)은 IAPT가 가져올 혜택이 프로그램 마련 비용과 인지행동치료를 전국으로 확산하는 데 필요한 교육 및 직원채용 비용으로 상쇄되더라도 IAPT는 결국에는 이로울 것이라고 주장했다(London School of Economics, 2006)(박스 2.5).

많은 국가에서 보건의료비가 줄어들고 있는 상황에(OECD, 2013) IAPT가 요구하는, 상당한 규모의 투자는 실현가능성이 크지 않다. 폭넓은 정신치료 프로그램에 대한 투자가 비용효과적이라는 주장이 설득력을 있지만, 좋은 일차진료체계를 갖추고 있는 국가는 자국의 좋은 기반을 바탕으로 확대해 나가는 것이 좀 더 현실적이다. 호주는 기존의 일차진료 시스템을 바탕으로 구축된 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, 이하 “ATAPS”) 프로그램을 통해 심리치료 자금 지원을 상당히 증가시켰다. ATAPS 시스템 모형은 IAPT 모형보다 추적가능성이 높다. 왜냐하면 다양한 전문자격을 갖춘 보건의료 전문가가 치료를 제공하기 때문이다(박스 2.6). 근거기반 정신치료가 비용효과적이라는 주장은 중요한 메시지이다. 경증 및 중등도 정신질환이 다는 아니더라도 대부분 OECD 국가에서 높은 간접비용을 유발하는 것을 고려했을 때(OECD, 2012 지출에 관한 장 참조), 근거기반 치료에 투자하라는 메시지는 치료격차를 줄이기 위한 도덕적인 관점에서 중요할뿐더러 보건 의료제도, 국가 경제, 돈을 중장기적으로 절약할 수 있다는 점에서 중요하다.

박스 2.5. 정신치료의 확대: 영국 IAPT 경험

잉글랜드에서 근거기반 정신치료 프로그램인 IAPT는 국가 전체적으로 확대되고 있는 과정에 있으며 경증 및 중등도 우울증 및 불안장애 상담치료의 이용가능성을 상당히 높여주고 있다. IAPT는 잉글랜드에서 만들어진 것으로 노동당 위원이자 경제학자 리차드 레이야드 경이 주장한 정신치료의 경제적 효율성을 뒷받침하는 캠페인 이후 2009년부터 영국총리 토니 블레어가 지지하는 프로그램이 되어 국가 전역에 확대되었다.

고위층이 지지하는 경제적 주장

상당수의 사람이 우울증으로 인해 절근하거나, 근로하지 않는 상태로 있는 잉글랜드에서 우울증과 불안장애로 인한 비용은 1년에 70억 파운드에 이른다. 우울증은 자살 및 조기사망의 주요 위험요인으로 파악되었다. 우울증 및 불안장애 가이드라인의 근거를 보면 CBT는 비용효과적인 우울증 치료방법으로 제시되었다. NICE 지침에 제시된 근거에 힘입어 6,000명의 CBT 치료사를 교육하고 고용하는 데 1억 7천 7백만 파운드를 투자했다. 두 지역에서 진행된 시범 인지행동치료는 임상시험만큼 효과가 있는 것으로 나타나 비용효과적인 우울증 개입으로 밝혀졌다.

IAPT 프로그램을 거친 환자의 회복률도 지속적으로 45%를 상회하고 있으며 최초 NICE 권고안을 만들었던 통제실험에서 기대하는 수준에 근접하고 있다(Department of Health, 2012). 우울증 점수가 높은 환자에게 효과가 큰 것으로 나타났고, 점수가 낮은 환자도 회복단계에 접어든 것으로 나타났다. 이는 IAPT 서비스가 모든 증상에 효과를 발휘한다는 의미를 가진다. IAPT에 스스로 온 환자는 일반의가 보낸 환자보다 CBT를 받는 횟수가 적어 회복 속도가 더욱 빨랐다.

- IAPT 모형: IAPT의 “단계적 진료” 모형은 그 설계와 이행에 있어 중요하다. 도움을 받는 자초에서부터 인지행동치료까지 개입은 증상의 경중에 따라 맞춤 설계된다. 환자는 지속적으로 평가되며, 개입의 강도는 필요한 경우 올라간다. “강도가 낮은” IAPT 서비스는 급성 서비스가 필요하지 않은 경우로 IAPT 훈련을 받은 치료사가 치료를 제공하는 반면 “고강도” 서비스는 보다 복잡한 요구사항에 대응하는 서비스(1:1 IAPT 모형 CBT)로 IAPT 교육을 이수한 임상심리사가 제공한다. IAPT에 대한 자금지원은 NHS가 제공하며 개인은 스스로 또는 일차진료를 통해 IAPT 서비스에 접근할 수 있다. 인구의 50%는 IAPT 서비스에 접근권이 있는 것으로 추정된다.
- 교육: IAPT 프로그램 도입의 우선순위 중 하나는 CBT의 IAPT 모형을 제공할 수 있는 숙련도 높은 전문인력을 구성하고 교육하는 것이다. 이미 자격을 갖춘 임상심리사에게 표준화된 교육프로그램을 제공하여 교육할 수도 있고, 임상심리사 자격은 없지만 경험이 풍부하거나 적절한 교육을 받은 사람에게 표준화된 교육프로그램을 제공하는 방법으로 교육할 수도 있다. IAPT 교육 프로그램은 1년 동안 개인을 교육하는 표준 모형으로 일주일에 1일 또는 2일 동안 하는 정규입문 과정과 이 과정 이후 일주일에 3일 또는 4일 동안 하면서 서비스 전달을 다루는 심화과정으로 나눌 수 있다. 교육생은 교육기간 동안 보수를 지불받는다. 본 교육모형을 이용해서 1,500명의 신규 IAPT 치료사가 IAPT가 생긴 이후 교육을 받았다.
- 감독: 감독과 모니터링은 IAPT 제공 모형에서 핵심적인 요소이며 진료의 질을 보장하기 위해 중요하다. IAPT 고객과 함께 하는 세션이 끝날 때, 치료사는 특별히 마련된 결과 설문지를 작성한다. 이 설문지는 감독자가 매주 검토한다. 감독자는 전문교육을 받은 IAPT 치료사이다. 감독세션은 매주 진행되며 치료사가 본 환자가 좋아지고 있는지, 치료사가 IAPT 절차와 모형을 준수하고 있는지 확인한다. IAPT 서비스의 성공을 위해 감독자는 어려움을 느끼는 치료사를 지원하고, 성공사례와 어려운 점을 강조하며, IAPT 모형과 제공되고 있는 치료의 차이를 파악할 수 있는 감독자의 역할은 매우 중요하다. 이러한 모니터링을 통해 IAPT에 따른 환자 결과 자료를 풍부하게 얻을 수 있다.

출처: Layard, R. et al. (2007), “Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy”, CEP Discussion Paper No. 829, Centre for Economic Performance, London, available at http://eprints.lse.ac.uk/19673/1/Cost-Benefit_Analysis_of_Psychological_Therapy.pdf; Department of Health (2012), “IAPT Three-year Report: The First Million Patients”, available at www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-3-year-report.pdf.

치료격차가 큰 국가 또는 일차진료 모형의 개발 정도가 미미한 국가의 경우 IAPT와 같은 수직적 프로그램은 적절성이 높은 투자라고 할 수 있다. 한국과 일본처럼 일차진료체계가 취약한 국가의 경우 IAPT 모형의 강점은 일차진료 제공자와는 별도로 서비스를 제공할 수 있다는 것이다. 서비스는 IAPT 센터를 중심으로 조직되며 환자는 IAPT 센터로 의뢰되거나 스스로 찾아갈 수 있다. 기술을 기반으로 환자를 의뢰하는 것 또는 스스로 기관을 찾는 것을 도모하는 것은 개인이 도움을 구하는 것을 주저하게 만드는 정신질환에 대한 높은 수준의 낙인을 고려했을 때 이점이 있을 것이다. 잉글랜드의 사례처럼 이는 일반의와의 관계를 촉진시킬 수 있지만 효과적으로 기능하기 위해 좋은 일차진료 구조에 의존하지 않는다. 1명이 운영하는 일차진료기관이 많아 복합서비스 제공이 어려운 국가의 경우 IAPT 유형의 시스템이 효과적일 수 있다.

더 나은 아동 및 청소년 진료를 위한 투자가 중장기적으로는 투자 대비 좋은 효과를 가져다 줄 것이다.

학령인구 및 청소년의 경증 및 중등도 정신질환을 해결하기 위한 노력이 이루어지고는 있지만 좀 더 확대할 필요가 있다. 본 장의 초반에서 설명했듯이 OECD 국가의 청소년 중등도 정신질환 유병률은 높다. 하지만 전문 서비스는 여전히 정신질환을 가진 어른이 초점을 두고 있으며 (대개 어린) 아동 및 청소년 정신보건의로 서비스에서 대부분의 자원은 중증 장애 및 급성으로 진료가 필요한 개인을 치료하는 데 배분되고 있다.

박스 2.6. 호주의 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, ATAPS)

심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, 이하 “ATAPS”) 프로그램은 일차진료에서 단기 심리서비스를 제공하여 경증 및 중등도 정신질환을 치료하기 위해 2003년 마련된 것이다. 일반의가 프로그램을 통해 단기 정신개입으로도 개인이 효과를 볼 수 있다고 판단하는 경우 더 복잡하거나 중증 정신질환 있는 사람도 본 프로그램에서 제외되지 않는다. 모든 ATAPS 프로그램 중 가장 흔한 진단은 우울증(54%), 불안장애(41%)이며 더욱 심한 질환은 ATAPS 프로그램에서 보고 빈도가 상대적으로 낮았다. ATAPS는 2001년에 마련된 ‘더 나은 정신보건의료 결과’(Better Outcomes in Mental Health Care, BOiMHC)의 일환으로 정신치료를 통해 일차진료에서 정신질환 문제가 있는 환자의 결과를 개선하기 위해 마련되었다. 또한 이를 통해 일반의에게 환자를 상급기관으로 보내는 경로를 제공하고, 일반적인 정신질환 치료를 위해 비약물치료 접근법을 제공하며, 정신질환을 관리하기 위해 팀 차원의 접근법을 장려한다. 호주 정부는 ATAPS 프로그램에 매년 2,700만 호주 달러를 배정하여 2003년에서 2010년 사이 총 8,070만 호주 달러가 배정되었다.

일반의가 환자를 ATAPS로 의뢰하지만 진료는 임상심리사, 사회복지사, 정신전문 간호사, 작업치료사, 호주 원주민과 토레스 해협 군도주민을 관리하는 정신보건의로 자격소지자 등 비교적 다양한 정신보건의로 전문가들이 담당한다.

ATAPS를 통해 환자는 시간제한이 있는 서비스를 6회 받을 수 있는데, 원하는 경우에는 이 프로그램에 의뢰했던 일반의가 정신건강상태를 확인한 후에 1명당 1년에 최대 18회까지 서비스를 더 받을 수 있다. 이러한 개별 서비스 이외에 환자는 집단치료를 받을 수 있다. 추정치이기는 하지만 일반의가 의뢰한 건당 제공되는 평균진료건수는 5.2건이다. 제공된 서비스 중 가장 일반적인 개입은 CBT기반의 인지(서비스의 47%) 및 행동적 개입(서비스의 35%)이다.

2003년 7월에서 2011년 12월 사이 ATAPS 프로그램에 의뢰한 건수는 총 273,639건이었다. 이 중 213,045(78%)건이 서비스를 받았고, 같은 기간 총 진료건수는 1,102,485건으로 비교적 수용률이 높았다는 것을 알 수 있다. ATAPS는 이 서비스를 받는 사람 중 3분의 1을 차지하는 저소득층에도

박스 2.6. 호주의 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, ATAPS)(계속)

서비스를 많이 제공하고 있다. 또한 서비스의 41%는 호주 시골지역에서 제공되고 있다. 이러한 관찰사실을 고려하면 ATAPS가 소외계층에도 제공될 수 있는 잠재력은 높다. 전국적으로 진료건수의 대부분(63%)에서 본인부담금이 없었다. 진료건수 중 본인부담금이 있었던 175,722건의 본인부담금 중앙값은 약 16 호주 달러였는데, 본인부담금은 프로그램에 따라 달랐고, 농촌지역과 도시지역 간에도 차이를 보였다. 이용가능한 경우의 결과 기록을 보면 모든 ATAPS 서비스는 소비자에게 임상적으로 더 나은 결과를 제공했다.

출처: Fletcher, J., K. King, B. Bassilios, L. Reifels, G. Blashki, P. Burgess, J. Pirkis (2012), "Evaluating the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Program. Nineteenth Interim Evaluation Report. Update on the achievements of Tier 1 and Tier 2 ATAPS", Centre for Health Policy, Programs and Economics, available at www.ataps-mds.com, accessed 4 September 2013.

개인이 성인이 되기 전인 아동기나 청소년기에 상당수의 정신질환이 생기는데, 아동기 초기나 유아기 때에도 위험요인이 존재한다는 근거가 늘어나고 있다. OECD에서 정신질환의 발병 중위연령은 14세이며 불안장애와 인격장애는 11세에 시작되기도 한다(OECD, 2012). 예를 들어 호주에서는 64%의 인구가 정신질환을 처음 경험하는 나이가 21세 이전이고 25%정도는 12세 이전이라는 근거가 있다. 하지만 정신질환이 있는 25세 미만 호주인의 25%정도만이 정신보건의료 서비스에 접근성이 있다. 이와 유사하게 이탈리아에서도 정신질환을 앓는 청년 중 20%만이 전문가의 도움을 구했다(Forti, 2014).

아동 및 청소년기에 경증 및 중등도 정신질환 발생을 다루는 것에 실패하는 경우 살아가는 동안 이들에게 유해한 결과와 많은 비용을 유발시킨다. 정신질환을 해결하는 것은 좋은 학습결과를 위해서도 중요하다. 정신질환은 교육적 성취에 상당히 부정적인 영향을 미치며 학교의 높은 중퇴율과도 연관성이 높다(OECD, 2012). 이와 마찬가지로 교육이 부족하면 정신건강문제가 많이 생겨난다(Chevalier and Feinstein, 2006; Bjelland 등, 2008). 아동 및 청소년의 경증 및 중등도 정신질환을 효과적으로 다루지 못하면 질환 악화, 장기 정신건강문제, 신체건강 악화, 보건의료제도에 지속적인 요구로 이어질 수 있다. 성인 정신질환에 대부분의 노력을 기울이는 정신보건의료제도에서 매년 성인 서비스를 이용하는 새로운 소비자들이 늘어나고 있으며 이는 아동 및 청소년 서비스가 불충분한 것에서 기인했다는 인식이 있다.

아동 및 청소년 정신보건의료에 초점을 두는 것은 보건의료제도에 들어오는 소비자 수를 제한하여 보건의료제도에 비용절감 효과를 가져다주고, 장기적으로는 성인 서비스에 대한 요구를 줄여준다. 효과적인 초기개입과 치료는 비용이 많이 드는 복잡한 경우를 줄이는 데 도움이 된다. 예를 들어 다수의 동반상병 장애, 알코올 및 물질남용 장애가 있는 정신질환이 비용이 많이 드는 복잡한 경우이다. 아동 및 청소년에게 제공되는 서비스의 확대는 호주, 뉴질랜드, 영국 등 일부 OECD 국가에서 우선순위로 여기고 있다. 일부 국가는 성인에게 효과적이었던, 새로운 개입을 아동 및 청년에게 적용하기 위한 노력을 하고 있다. 잉글랜드에서 근로연령의 성인에게 정신치료를 제공하는 IAPT 서비스는 현재 아동 및 청년에게 확대되고 있다. 아동 및 청소년 정신치료 접근성 개선(Children and Young People Improving Access to Psychological Therapies, 이하 "CYP IAPT") 프로그램은 성인을 위한 IAPT 프로그램과는 구분될 것이며 전문적인 아동 및 청소년 정신보건의료 서비스에 통합될 것이지만 성인 IAPT 접근법의 성공적인 요인을 기반으로 만들어질 것이다(www.iapt.nhs.uk/cyp-iapt). 구

체적으로 CYP IAPT는 결과에 초점을 맞추고 고객이 정보를 가지고 참여할 수 있는 서비스 구축에 주의를 기울이는 근거기반 치료를 사용할 것이다. 초기에 CYP IAPT는 3-10세의 불안장애 및 우울증, 강박장애, 외상후 스트레스장애 등 장애와 행동장애에 초점을 둘 것이다. CYP IAPT 접근법은 양육과정을 포함하고 학교의 교과과정과도 연계될 것이다.

아동 및 청소년의 정신보건의료 필요를 해결하는 것은 이후에 발생할 장애, 결근, 장기 실업을 줄이는 데 도움을 주어 결과적으로는 사회적으로 비용을 절감시켜준다. 학교를 기반으로 한 개입을 통해 아동과 청소년의 정신질환을 더 잘 파악할 가능성이 있다(Weare and Nind, 2011). 학교에 기반을 둔 정신보건의료 프로그램에는 정신건강을 촉진시키는 것을 목표로 하는 학교 전체 프로그램에서부터 학생과 교사의 정신건강 지식을 높이는 것을 목표로 하는 선택적 개입, 위험에 처한 학생 대상 조기개입 프로그램을 포함한, 다양한 이니셔티브와 건강 서비스를 포함한다. 이 책자의 6장에서 다양한 학교기반 프로그램을 상세하게 논의할 예정이다. 정신질환으로 인한 학교 중퇴를 줄이는 것은 이후 생애에서 고용 전망을 개선해준다(OECD, 2012). 정부 및 정신보건의료제도가 사회적 서비스를 지원해야 하며 이들 기관은 취약하고 진료가 필요한 아동을 위한 급성 정신보건의료 필요에 주의를 기울여야 한다. 아동 및 청소년 정신보건의료 서비스 향상 및 학교와의 조정, 고용센터와의 협력에 투자하는 것은 정신질환으로 영향을 받는 아동 및 청소년의 결과를 개선하는 데 도움이 되며 단기, 중기적으로 비용 대비 효과가 좋을 것이다.

예방에 초점을 두는 것이 경제적으로 타당하다.

정신질환에 대한 예방적 개입은 현재 이용가능하거나 이용가능하게 될 효과적인 치료로도 경감되지 않는 질병부담 감소에 도움이 된다고 믿을만한 이유가 있다. 또한 한 근거에 따르면 일부 정신질환의 예방적 개입은 비용효과적이다. OECD, European Observatory, WHO-Europe(McDaid 등)가 공동으로 발간할 예정인 건강증진 및 질병예방에 대한 간행물의 기초로 삼고자 우울증과 관련하여 이용가능한 근거를 포괄적으로 검토한 보고서(Smit 등, 발간예정)가 있다. 이 보고서에 따르면 특정 학교 기반 프로그램 및 직장개입이 우울증의 높은 부담을 다루는 효과적인 방법이 될 수 있다.

이 보고서에서 Smit 등은 이용가능한 근거를 바탕으로 학교에서 특정 개입을 완전하게 적용하고 의도한 모형을 준수하는 경우 아동, 가족, 지역사회에 정신보건의료, 사회, 감정, 교육 결과 측면에서 긍정적인 영향을 미쳤다고 밝혔다. 호주, 영국(웨일즈), 미국에서 학령기 아동을 위한 개입의 경제적 영향을 살펴본 소규모 문헌에서는(아동, 학부모, 교사를 위한 교육제공 등) 이러한 프로그램이 가장 효과를 볼 가능성이 있는 아동을 목표로 하는 경우 비용효과적일 수 있다고 밝혔다(예를 들어 행동위험이 있거나 위험집단에 속한 아동). 학교에서 우울증별 개입은 모든 아이에게 보편적으로 제공하는 경우에도 긍정적인 영향이 있는 것으로 밝혀졌다. 제한적이기는 하지만 일부 학교기반의 우울증별 개입은 비용효과적이고 특히 호주 연구에서 다룬 학교에서 우울증 증상이 심한 청소년에게 정신개입을 한 경우도 비용효과적인 것으로 나타났다.

정신질환의 영향을 줄이기 위해 직장기반의 개입 범위도 OECD 간행물 “직장에서의 병?(Sick on the Job?, 2012)”과 그 이후 나온 고용 및 정신보건의료 정책 국가별 검토 시리즈에서 상세하게 다루었다. 이 작업은 고용정책과 정신보건의료 정책의 통합개선, 직장기반의 개입 장려를 주장하기 위해 마련되었다. Smit 등은 우울증을 막기 위한 직장기반의 개입은 효과적이며 결근 및 프리젠테이즈와 관련된 경제손실을 줄여 잠재적으로 경제적 혜택도 있음을 암시하는 근거를 찾았다.

본 작업을 통해 찾은 내용도 OECD가 유해한 알코올 소비방지와 관련하여 작업한 내용과 일맥상 통했다(OECD, 2014, 발간예정). 몇몇 OECD 국가를 포함한 소규모 시뮬레이션 모형을 통해 일차진료에서 잠깐의 개입으로 유해한 알코올 소비를 줄이고 비용 대비 효과를 늘릴 수 있는 잠재력이 있음을 강조했는데, 특히 관련된 질병부담과 유해한 알코올 소비의 경제적 영향을 생각하면 효과적인 것으로 나타났다.

2.6. 결론

OECD 국가에서 경증 및 중등도 정신질환 유병률이 높고 치료격차가 큰 가운데 기존의 접근법을 강화하여 경증 및 중등도 질환을 치료하고 새로운 개입에 투자를 해야 한다는 주장이 있다. 치료를 받고 근거기반 개입을 이용하는 사람이 늘어나는 것은 서비스 비용을 증가시킬 수 있지만 가장 효과적인 치료를 우선적으로 배치하는 경우 다른 영역에서 비용을 절감할 수 있다.

일차진료 제공자는 대부분의 경증 및 중등도 정신질환 진료를 제공한다. 대부분의 국가에서 일차진료 제공자는 경증 및 중등도 정신질환이 있는 사람이 처음으로 들르는 곳의 역할을 담당하며 앞으로 경증 및 기준점 미만의 정신질환 치료에 상당한 역할을 담당할 것이다. 일차진료 제공자가 정신질환에 효과적으로 개입하지 못하는 경우 복잡하고 시간이 많이 걸리는 진료를 보상해주는 인센티브 시스템을 마련할 필요가 있다. 양질의 치료를 보증하기 위해, 즉 시의적절하고 효과적인 치료를 제공하기 위해 일차진료 제공자는 정신보건의로 역량개발, 강력한 전문가 지원시스템 개발을 지원함으로써 이득을 볼 수 있다. 충분한 정신보건의로 교육훈련 및 CPD, 일차진료에 관한 선진사례 지침은 장애를 다루는 보건의로 제공자의 역량을 개선하고 근거에 입각한 관행에 따라 최신의 치료를 제공할 수 있도록 할 것이다.

전문가지원 네트워크, 일차진료의 환자 의뢰 결정권 확대는 경증 및 중등도 정신질환 치료를 개선하는 데 있어 핵심이다. 공식 및 비공식 전문가 사이의 좋은 네트워크는 일차진료 제공을 강화할 수 있다. 여러 모형을 따르는 이러한 네트워크를 구축하려면 시간과 자원을 들여 의미 있게 협력하는 것도 필요하지만 보건의로 정책결정자의 자극과 격려도 필요하다. 정신질환 협력진료모형은 결과를 개선하고 비용 대비 효과가 좋다는 근거가 존재한다. 일차진료 제공자가 제공하는 진료를 강화하는 것은 중요한 첫 단계이지만 의미 있는 진전을 이루기 위해서는 일차진료에서 여러 가지 치료를 할 수 있어야 한다. 몇몇 국가는 이러한 필요성을 인지하고 일차진료에서 일반적 행동치료의 사용을 확대했다.

경증 및 중등도 정신질환 진료 개선에 전통적인 일차진료체계가 중요한 역할을 담당하지만 일차진료체계가 취약한 국가의 경우는 특히 적절한 치료를 제공할 역량이 제한되어 있다. 새로운 경증 및 중등도 정신질환 개입은 비용 대비 효과가 좋을 수도 있다. 경증 및 중등도 정신질환에 대한 단계적 진료는 좋은 결과를 가져다주는, 비용효과적인 접근법으로 다양한 임상진료지침에서 지원하고 있으며, 문헌 및 지침을 동반한 자조, 동료지원그룹 등 저강도 개입, 새로운 인터넷 기반 개입은 일차진료 제공자의 도움을 받는 경우 효과적이면서 적은 비용으로 이행할 수 있다. 고강도 개입이 필요한 경우 인력의 확대 및 다변화, 이용가능한 치료의 확대가 필요하다. 경증 및 중등도 정신질환을 위해 이용가능한 치료를 확대하는 것을 목표로 하는 전문적, 수직적 프로그램은 몇몇 국가에서 상당한 성공을 거두었다.

경증 및 중등도 정신질환이 있는 성인을 위한 치료 확대 필요성과 더불어 학령인구와 청소년의 경증 및 중등도 정신질환을 다루기 위한 노력도 기울여야 한다. 아동 및 청소년 진료를 개선하는 데 투자하면 복잡한 정신질환과 동반하는 질환을 줄이고 좋은 교육성과와 건강한 노동인구를 보장해준다는 점에서 중장기적으로는 비용 대비 효과가 좋을 것이다. 정신보건의료제도에서 아동 및 청소년을 위한 서비스 강화 즉, 이용가능한 정신보건의료 서비스의 확대는 학교에서 정신질환에 대한 관심, 아동 및 청소년에 대한 서비스 강화를 통해 이루어져야 한다.

정신보건의료제도에서 더 나은 경증 및 중등도 정신질환 치료는 비용 대비 효과를 높일 수 있는 반면(다른 만성질환에 대한 동반상병률을 통해), 비용효과는 고용 및 세수증가, 장애급여 지불감소 등 경제의 다른 분야에서 체감할 가능성이 높다(McCrone 등, 2008; OECD, 2012).

경증 및 중등도 정신질환을 효과적으로 치료해서 생기는 비용효과는 보건의료 이외의 분야에서 증가할 가능성이 높기 때문에 이를 염두에 두고 전략적인 투자를 해야 한다. 이번 장에서 증명되었듯이 이미 경증 및 중등도 정신질환에 대한 효과적인 치료와 훌륭한 진료가 존재하고 있으며 정신질환에 영향을 받는 사람의 삶을 상당히 개선시켜 줄 수 있지만 그 이용가능성 증진에 대한 정부와 보건의료제도의 강력한 의지가 필요하다. 보건의료예산 감소 및 서비스 지불비용 삭감의 시기에도 경증 및 중등도 정신질환에서 훌륭한 진료를 하기 위한 노력을 유지(많은 경우 증가)하는 것을 뒷받침하는 근거가 있다.

참고문헌

- Adult Psychiatric Morbidity Survey (2007), *Adult Psychiatric Morbidity Survey: Results of a Household Survey*, NHS.
- Alonso, J. et al. (2007), "Population Level of Unmet Need for Mental Healthcare in Europe", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 190, pp. 299-306.
- Alonso, J. et al. (2004), "Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 420, pp. 21-27.
- Anderson, L. et al. (2005), "Self-help Books for Depression: How Can Practitioners and Patients Make the Right Choice?", *British Journal of General Practice*, Vol. 55, pp. 387-392.
- Andrews, G, C. Issakidis and G. Carter (2001), "Shortfall in Mental Health Service Utilisation", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 179, pp. 417-425, November.
- Armstrong, G., G Blashki, L. Joubert, R. Bland, R. Moulding, J. Gunn and L. Naccarella (2010), "An Evaluation of the Effect of an Educational Intervention for Australian Social Workers on Competence in Delivering Brief Cognitive Behavioural Strategies: A Randomised Controlled Trial", *BMC Health Services Research*, Vol. 10:304, available at www.biomedcentral.com/1472-6963/10/304.
- Australian Bureau of Statistics (2007), *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Bachman, J. et al. (2006), "Funding Mechanisms for Depression Care Management: Opportunities and Challenges", *General Hospital Psychiatry*, Vol. 28, pp. 278-288.
- Badi, N. et al. (2000), "Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care. Partially Randomised Preference Trial". *British Journal of Psychiatry*, Vol. 177, pp. 312-318.
- Barney, L. et al. (2006), "Stigma About Depression and its Impact on Help-seeking Intentions", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 40, No. 1, pp. 51-54, January.

- Beating the Blues (2013), “Beating the Blues: Cognitive Behavioural Therapy”, available at www.beatingtheblues.co.nz, accessed 23 September 2013.
- Bjelland, I. et al. (2008), “Does a Higher Educational Level Protect Against Anxiety and Depression? The HUNT Study”, *Social Science & Medicine*, Vol. 66, No. 6, March, pp. 1334-1345.
- Books on Prescription (2013), “Books on Prescription: About the Scheme”, available at www.booksonprescription.org.uk, accessed 23 September 2013.
- Boyer, P., R. Dardennes, C. Even et al. (1999), “Depression et sante publique : donnees et reflexions”, Programme de Recherche et d’Information sur la Depression (PRID), Acanthe, Paris, Masson SKB.
- Breslau, J. et al. (2011), “A Multinational Study of Mental Disorders, Marriage, and Divorce”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 124, No. 6, pp. 474-486, December.
- British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists (2010), *Depression: The Nice Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, Updated Edition*, National Collaborating Centre for Mental Health, London.
- Brown, A. (2012), “With Poverty Comes Depression, More Than Any Other Illness”, *GALLUP Wellbeing*, www.gallup.com/poll/158417/poverty-comes-depression-illness.aspx.
- Cabana, M. et al. (1999), “Why Don’t Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement”, *Journal of American Medical Association*, Vol. 282, pp. 1458-1465.
- Carlsen, B. and P. Kjellberg (2010), “Guidelines from Foe to Friend? Comparative Interviews with GPs in Norway and Denmark”, *BMC Health Services Research*, Vol. 10, No. 17.
- Cashin, C. et al. (2014), *Paying for Performance in Health Care*, Open University Press, Maldenhead.
- Cavanagh, K. (2006), “The Effectiveness of Computerized Cognitive Behavioural Therapy in Routine Care”, *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 45, pp. 499-514.
- Centre for Mental Health (2010), *The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10*, Centre for Mental Health, London, available at www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Economic_and_social_costs_2010.pdf, accessed on 12 July 2012.
- Chevalier, A. and L. Feinstein (2006), “Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health”, *CEEDP* No. 71, Centre for the Economics of Education, London School of Economics and Political Science, London.
- Chisholm, D. et al. (2004), “Reducing the Global Burden of Depression: Population-level Analysis of Intervention Cost-effectiveness in 14 World Regions”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 184, pp. 393-403.
- Chomienne, M.H., J. Grenier, I. Gaboury, W. Hogg, P. Ritchie and E. Haynes (2010), “Family Doctors and Psychologists Working Together: Doctors’ and Patients’ Perspectives”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 17, No. 2, pp. 282-287.
- Clarke, D. et al. (2006) “Influencing Future Delivery of Mental Health Services in Large Healthcare Systems”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 13, pp. 287-292.
- Cunniffe, C. et al. (2012), *Estimating the Prevalence of Disability Amongst Prisoners: Results from the Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) Survey*, Ministry of Justice, London.
- Department of Health (2012), “IAPT Three-year Report: The First Million Patients”, available at www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-3-year-report.pdf.
- DiMatteo, M.R., H.S. Lepper and T.W. Croghan (2000), “Depression Is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: A Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence”, *Archives of Internal Medicine*, Vol. 160, pp. 2101-2107.
- DoHW – Department of health and Welfare (2011), “Fact Sheet. Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule (Better Access) Initiative”, available at

- [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/A316E1CEC7FE3A33CA257BF0001C10C3/\\$File/gp.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/A316E1CEC7FE3A33CA257BF0001C10C3/$File/gp.pdf).
- Driessen, E. and S.D. Hollon (2010), “Cognitive Behavioural Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators”, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 33, No. 3, pp. 537-555, September.
- Egede, L. and C. Ellis (2010), “Diabetes and Depression: Global Perspectives”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 87, pp. 302-312.
- European Commission (2010), “Mental Health: Special Eurobarometer 345/Wave 73.2”, available at ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf.
- Fairburn, C.G. and J.C. Carter (1997), “Self-help and Guided self-help for Binge-eating Problems”, in D.M. Garner and P.E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Guilford Press, New York, 2nd edition, pp. 484-499.
- Fazel, S. and J. Danesh (2002), “Serious Mental Disorder in 23 000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys”, *The Lancet*, Vol. 359.
- Fletcher, J., K. King, B. Bassilios, L. Reifels, G. Blashki, P. Burgess and J. Pirkis (2012), “Evaluating the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Program. Nineteenth Interim Evaluation Report. Update on the Achievements of Tier 1 and Tier 2 ATAPS”, Centre for Health Policy, Programs and Economics, available at www.ataps-mds.com, accessed 4 September 2013.
- Ford, D. et al. (2002), “Practice-Based Interventions”, *Mental Health Services Research*, Vol. 4, No. 4, December.
- Forti, A. (2014), “Mental Health Analysis Profile: Italy”, *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
- Gili, M. et al. (2012), “The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010”, *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 1, pp. 103-108, December.
- Ginn, S. (2012), “Dealing with Mental Disorder in Prisoners”, *British Medical Journal*, Vol. 345, p. e7280.
- Glied, S., K. Herzog and R. Frank (2010), “The Net Benefits of Depression Management in Primary Care”, *Medical Care Research and Review*, Vol. 67, No. 3, pp. 251-274.
- Gonzalez, J. et al. (2008), “Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis”, *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 12, pp. 2398-2403, December.
- Grandfils, N. and C. Sermet (2009), “Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom”, *Document de travail IRDES*, No. 21, Paris.
- Happell, B., C. Palmer and R. Tennent (2010), “Mental Health Nurse Incentive Program: Contributing to Positive Client Outcomes”, *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 19, pp. 331-339.
- Harman, J. et al. (2004), “Disparities in the Adequacy of Depression Treatment in the United States”, *Psychiatric Services*, Vol. 55, No. 12.
- Henriksson, M. et al. (1993), “Mental Disorders and Comorbidity in Suicide”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, pp. 935-940.
- Hepner, K. (2011), *A Fidelity Coding Guide for a Group Cognitive Behavioral Therapy for Depression*, RAND Corporation, Santa Monica.
- Hollingsworth, S.A., P.M. Burgess and H.A. Whiteford (2010), “Affective and Anxiety Disorders: Prevalence, Treatment and Antidepressant Medication Use”, *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44, No. 6, pp. 513-519, June.
- Honkonen, T., M. Virtanen, K. Ahola, M. Kivimaki, S. Pirkola, E. Isometsa, A. Aromaa and J. Lonnqvist (2007), “Employment Status, Mental Disorders and Service Use in the Working-age Population”, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, Vol. 1, pp. 29-36.
- Improving Access to Psychological Therapies (2013), “IAPT: Children and Young People’s Project”, available at

- www.iapt.nhs.uk/cyp-iapt, accessed 23 September 2013.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), “Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010)”, Data visualisation tool accessed at www.healthmetricsandevaluation.org/, 2 September 2013.
- Johnston, D. et al.(2011), “Child Mental Health and Educational Attainment: Multiple Observers and the Measurement Error Problem”, *ISER Working Paper Series*, No. 2011-20.
- Katz, S. (1998), “Medication Management of Depression in the United States and Ontario”, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 13, No. 2, pp. 77-85, February.
- Katzelnick, D. et al. (2001), “Impact of Generalized Social Anxiety Disorder in Managed Care”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, pp. 1999-2007.
- Kessler, R.C. and T.B. Ustun (eds.) (2008), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*, Cambridge University Press, New York.
- Kessler, R.C., E.E. Walters and M.S. Forthofer (1998), “The Social Consequences of Psychiatric Disorders, III: Probability of Marital Stability”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 155, pp. 1092-1096.
- Kessler, R.C. et al. (2005a), “Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 352, No. 24, pp. 2515-2523, June.
- Kessler, R.C. et al. (2005b), “Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62, pp. 593-768.
- Kessler, R.C. et al. (2003), “The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)”, *Journal of American Medical Association*, Vol. 289, No. 23, pp. 3095-3105, June.
- Kohn, R. et al.(2004), *Bulletin of the World Health Organization 2004*, Vol. 82, World Health Organization, Geneva, pp. 858-866.
- Layard, R. et al. (2007), “Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy”, *CEP Discussion Paper No. 829*, Centre for Economic Performance, London, available at http://eprints.lse.ac.uk/19673/1/Cost-Benefit_Analysis_of_Psychological_Therapy.pdf.
- Lewis, G. and E. A. Anderson (2003), *Self-help Interventions for People with Mental Health Problems*, Department of Health, London.
- London School of Economics (2006), *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group, London.
- Lugtenberg, M. et al. (2009), “Why Don’t Physicians Adhere to Guideline Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers Among Dutch General Practitioners”, *Implementation Science*, Vol. 4, No. 54.
- Magliano L., C. De Rosa and A. Fiorillo (2004), “Beliefs of Psychiatric Nurses About Schizophrenia: A Comparison with Patients’ Relatives and Psychiatrists”, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 50, pp. 319-330.
- Magliano, L., J. Read, S. Rega, N. Oliviero, A. Sagliocchi, M. Patalano and A. D’Ambrosio (2011), “The Influence of Causal Explanations and Diagnostic Labeling on Medical Students’ Views of Schizophrenia”, *Academic Medicine*, Vol. 86, pp. 1155-1162.
- Maizza, D. and S.J. Russell (2001), “Are GPs Using Clinical Practice Guidelines?”, *Australian Family Physician*, Vol. 30, No. 8, pp. 817-821, August.
- Menchetti, M., I. Tarricone, B. Bortolotti and D. Berardi (2006), “Integration Between General Practice and Mental Health Services in Italy: Guidelines for Consultation-liaison Services Implementation”, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 6, 15 May 2006.
- McCrone, P. et al. (2008), *Paying the Price. The Cost of Mental Health Care in England in 2026*, The Kings Fund, London.

- McCrone, P. et al.(2004), “Cost-effectiveness of Computerised Cognitive-behavioural Therapy for Anxiety and Depression in Primary Care: Randomised Controlled Trial”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 185, pp. 55-62.
- Mercier, A. et al. (2011), “Understanding the Prescription of Antidepressants: A Qualitative Study Among French GPs”, *BMC Family Practice*, Vol. 12, No. 99.
- Meyer, F. et al. (2004), “Self-help Groups for Psychiatric and Psychosomatic Disorders in Germany –Themes, Frequency and Support by Self-help Advice Centres”, *Journal of Public Health*, Vol. 12, pp. 359-364.
- Mitchell, A., S. Rao and A. Vaze (2010), “Can General Practitioners Identify People with Distress and Mild Depression? A Meta-analysis of Clinical Accuracy”. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 130, pp. 26-36.
- Moodgym (2013), “The Moodgym Training Programme”, available at moodgym.anu.edu.au, accessed 23 September 2013.
- Moore, M. et al. (2009), “Explaining the Rise in Antidepressant Prescribing: A Descriptive Study Using the General Practice Research Database”, *British Medical Journal*, Vol. 339:b3999.
- Mykletun, A., A.K. Knudsen, T. Tangen and S. Overland (2010), “General Practitioners’ Opinions on How to Improve Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care. Interviews with One Hundred Norwegian General Practitioners”, *BMC Health Services Research*, Vol. 10, No. 35.
- Naidoo, S. and D.L. Mkize (2012), “Prevalence of Mental Disorders in a Prison Population in Durban, South Africa”, *Journal of African Psychiatry*, Vol. 15, pp. 30-35.
- Naylor, C. et al. (2012), *Long-term Conditions and Mental Health: The Cost of Co-morbidities*, The Kings Fund, London.
- NHS Choices (2013), “Self-help Therapies”, available at www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/, accessed 23 September 2013.
- NHS Employers (2013), “2013/14 General Medical Services (GMS) Contract Quality and Outcomes Framework (QOF): Guidance for GMS Contract 2013/14”, available at www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/qof-2013-14.pdf.
- NICE (2012), *Commissioning Stepped Care for People with Common Mental Health Disorders*, NICE, London.
- NICE (2011), “Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care”, NICE, London, available at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf.
- NICE (2009), “Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults”, available at www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf.
- NICE (2008), “Computerised Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety”, *Review of Technology Appraisal*, Vol. 51, NICE, London, available at www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ta097guidance.pdf.
- NICE International – National Institute for Health and Clinical Excellence (2012), *Nice International Review 2012*, NICE, London, available at www.nice.org.uk/media/C65/36/NICEInternationalReview2012.pdf.
- Nielsen, A., B. Carlsen and P. K. Kjellberg (2013), “Positive Attitudes Towards Priority Setting in Clinical Guidelines Among Danish General Practitioners: A Web-based Survey”, *Health*, KORA (Danish Institute for Local and Regional Government Research), Vol. 5, No. 2, pp. 188-192, available at www.kora.dk/media/1229/dsi-2791.pdf.
- NOMESCO – Nordic Medico-Statistical Committee (2010), *Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-2008*, Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (1998), “About Escalation Plan for Mental Health 1999-2006. Changes in the State Budget for 1998” [Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998], *Proposition*. No. 63 (1997-98), Ministry of Health and Care Services, Oslo, available at www.regjeringen.no.
- OECD (2014, forthcoming), *Drinking Lives Away*, OECD Publishing, Paris.

- OECD (2013), *Health at a Glance 2013 - OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011 - OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
- OECD (2010), *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264088818-en>.
- Olfson, M. et al. (2006), "Continuity of Antidepressant Treatment for Adults with Depression in the United States", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, pp. 101-108.
- Otte, C. (2011), "Cognitive Behavioral Therapy in Anxiety Disorders: Current State of the Evidence", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Vol. 13, No. 4, pp. 413-421.
- Partanen, A., J. Moring, E. Nordling and V. Bergman (2010), "Kansallinen mielenterveys- japaishesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009" (National Plan for Mental Health and Substance Abuse Work 2009-2015: From plan to action in 2009), *Discussion Papers*, No. 16/2010, National Institute for Health and Welfare (THL).
- Pirkola S., E. Isometsa, J. Suvisaari, H. Aro, M. Joukamaa, S. Koskinen, A. Aromaa and J. Lonnqvist (2005), "DSM-IV Mood-, Anxiety- and Alcohol Use Disorders and their Comorbidity in the Finnish General Population. Results from the Health 2000 Study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 40, pp. 1-10.
- Putters, K., M. Janssen, T. van der Wel and M. Kelder (2012), "E-health: Face-to-Facebook. Over E-health en zelfredzaamheid van patienten in de ggz [E-health: Face-to-facebook. About E-health and selfreliance of patients in mental health care], Erasmus University, Rotterdam.
- Regione Emilia-Romagna (2012), "Programma Regionale "Giuseppe Leggieri" Integrazione fra cure primarie e salute mentale", Direzione Generale Sanita e politiche sociali, Regione Emilia Romagna.
- Rickford, D. (2003), *Troubled Inside: Responding to the Mental Health Needs of Women in Prison*, Prison Reform Trust, London.
- Riper H., L. Kooistra, J. de Wit, W. van Ballegooijen and T. Donker (2013), *Preventie & eMental- Health kennisythese 2012* [Prevention eMental Health knowledge synthesis], ZonMW 2013.
- Roca, M. et al. (2009), "Prevalence and Comorbidity of Common Mental Disorders in Primary Care", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 119, pp. 52-58.
- Saarni, S.I., J. Suvisaari, H. Sintonen, S. Pirkola, S. Koskinen, A. Aromaa and J. Lonnqvist (2007), "Impact of Psychiatric Disorders on Health-related Quality of Life: A General Population Survey", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 190, pp. 326-332.
- Sartorius, N. (2007), "Stigma and Mental Health", *The Lancet*, Vol. 370, No. 9590, pp. 810-811, 8 September 2007.
- Sartorius, N. (2002), "Iatrogenic Stigma of Mental Illness: Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists", *British Medical Journal*, Vol. 324, pp. 1470-1471.
- Saver, B., V. Van-Nguyen, G. Keppel and M.P.Doescher (2007), "A Quantitative Study of Depression in Primary Care: Missed Opportunities for Diagnosis and Education", *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 20, No. 1, pp. 28-35, January-February.
- Schram, M, C. Baan and F. Pouver (2009), "Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium", *Current Diabetes Review*, Vol. 5, No. 2, pp. 112-119, May.

- Shoenbaum, M. et al.(2002), “The Effects of Primary Care Depression Treatment on Patients’ Clinical Status and Employment”, *Health Services Research*, Vol. 37, No. 5, pp. 1145-1158, October.
- Shomerus, G., H. Matschinger and M.C. Angermeyer (2009), “The Stigma of Psychiatric Treatment and Help-seeking Intentions for Depression”, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 259, No. 5, pp. 298-306.
- Seoul National University College of Medicine (2011), *Epidemiological Survey of Mental Disorders*, Ministry of Health and Welfare, Seoul.
- Shah, A., F. Scogin, A. Presnell, M. Morthland and A.V. Kaufman (2013), “Social Workers as Research Psychotherapists in an Investigation of Cognitive-Behavioral Therapy among Rural Older Adults”, *Social Work Research*, First published online 21 May 2013, <http://dx.doi.org/10.1093/swr/svt011>.
- Singleton, N., H. Meltzer and R. Gatward (1998), *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*, Office for National Statistics, United Kingdom.
- Smit, F., P. Cuijpers, I. Petrea and D. McDaid (forthcoming), “Protecting Mental Health, Preventing Depression: Do We Have an Economic Case?”, in D. McDaid, F. Sassi and S. Merkur (eds.), *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*, Open University Press, Maidenhead.
- Smith, L, A. Walker and K. Gilhooly (2004), “Clinical Guidelines on Depression: A Qualitative Study of GPs’ Views”, *Journal of Family Practice*, Vol. 53, No. 7, July.
- Sturm, R. and K.B. Wells (1995), “How Can Care for Depression Become More Cost-effective?”, *Journal of American Medical Association*, Vol. 273, No. 1, pp. 51- 58
- Swennen, M. et al. (2013), “Do General Practitioners Follow Treatment Recommendations from Guidelines in their Decisions on Heart Failure Management? A Cross-Sectional Study”, *BMJ Open*, Vol. 3:e002982.
- Telford, R. et al. (2002), “Obstacles to Effective Treatment of Depression: A General Practice Perspective”, *Family Practice*, Vol. 19, No. 1, pp. 45-52.
- Tournier, M. et al. (2011), “Duration of Antidepressant Drug Treatment and its Determinants in France” [in French], *Encephale*, Vol. 37, Suppl. 1, pp. S36-41, May.
- Trimbos Instituut (2013), available at www.trimbos.nl/, accessed 8 July 2013.
- Værøy, H. (2011), “Depression, Anxiety and History of Substance Abuse Among Norwegian Inmates in Preventive Detention: Reasons to worry?”, *BMC Psychiatry*, Vol. 11, No. 4.
- Van Geldrop, A. (2013), “The Economic Value of Depression Treatment in the Netherlands”, *GZZ Nederland*, Utrecht, available at www.gzznederland.nl/homepage/aj-van-geldrop-2013-theeconomic-value-of-depression-treatment.pdf.
- Weare, K. and M. Nind (2011), “Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What Does the Evidence Say?”, *Health Promotion International*, Vol. 26, Suppl. 1, pp. i29-i69.
- Weisberg, R. et al. (2007), “Psychiatric Treatment in Primary Care Patients With Anxiety Disorders: A Comparison of Care Received From Primary Care Providers and Psychiatrists”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 164, pp. 276-282.
- Wells, K.B., M.L. Schoenbaum, J. Unutzer, I. Lagomasino and L.V. Rubenstein (1999), “Quality of Care for Primary Care Patients with Depression in Managed Care”, *Archives of Family Medicine*, Vol. 8, No. 6, pp. 529-536.
- WHO – World Health Organization (2010), “ICD-10 Version: 2010”, Geneva, available at www.who.int/classifications/icd/en/.
- WHO (2008), “The Global Burden of Disease. 2004 Update”, World Health Organization, Geneva, available at www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- WHO Europe (2013), “Prisons and Health, Mental Health”, www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/activities/mental-health, accessed 12 July 2013.

- WHO and Wonca (2008), *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, World Health Organization, Geneva.
- WHO Europe (2013), “Prisons and Health, Mental Health”, www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/activities/mental-health, accessed 12 July 2013.
- Wittchen, H. (2002), “Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, and Management”, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 63, Suppl. 8, pp. 24-34.
- Wittchen, H. and F. Jacobi (2005), “Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies”, *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 15, pp. 357-376.
- Wittchen, H. et al. (2011), “The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010”, *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21, No. 9, pp. 655-679, September.
- Young, A.S. et al. (2001), “The Quality of Care for Depressive and Anxiety Disorders in the United States”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 58, No. 1, pp. 55-61, January, <http://swr.oxfordjournals.org/content/early/2013/05/20/swr.svt011.full.pdf>.

제 3 장

중증 정신질환자를 위한 조직, 지불, 진료의 통합성 개선

경증 및 중등도 정신질환에 비해 중증 정신질환 유병률은 상대적으로 낮지만, OECD 국가에서 중증 정신질환은 정신보건의료제도를 지배하고 있으며 자원의 대부분을 소비하고 있다. 이번 장에서는 중증 정신질환자 진료를 개선하기 위해 마련된 정책을 살펴보고 더욱 관심을 기울여야 할 분야를 강조한다. 중증 정신질환 및 신체질환의 동반상병은 우려할만한 사항이며 이로 인해 야기되는 부정적인 결과를 줄이고자 노력하고 있다. 특히 중증 정신질환자의 신체 및 정신건강 진료를 조정할 때, 일반의가 중요한 역할을 담당할 수 있지만 전문의와 협력하여 효과 과적으로 진료해야 한다. 지역사회에서 다진료분야로 구성된 팀이 전문의 진료를 적용하는 사례가 늘고 있지만, 여전히 위기상황에서는 입원진료가 중요한 역할을 담당하고 있다. 이번 장에서는 OECD 국가별로 입원환자 병상에 의존하는 것이 얼마나 차이가 나는지 보여준다. 본 장의 마지막 부분에서는 입원환자에 일차적 초점을 맞춘 것에서 이용가능한, 다양한 진료환경을 반영하고 진료 제공에 있어 통합적, 부문을 넘나드는 접근법을 취하기 위해 혁신적인 전문의 정신보건의료 지불제도의 가능성을 살펴본다.

이스라엘 통계자료는 해당 이스라엘 당국이 제공한 것이다. 이스라엘 당국이 제공한 자료를 OECD가 이용하는 것은 국제법에 따른 골란고원, 동예루살렘, 웨스트뱅크 이스라엘 정착촌의 지위에 영향을 주지 않는다.

3.1. 서론

이 장에서는 경증 및 중등도 정신질환 진료 개선 방법을 논의한 반면 이번 장에서는 중증 정신질환(severe mental illness, 이하 “SMI”)과 관련된 주요 정책적 문제를 다루고자 한다. Ruggeri 등은 한 연구에서 실제 중증 정신질환의 정의 방법에 일관성이 결여되어 있고 운영상 정의가 내려져있지 않다고 지적한다. 일반적으로 SMI 정의는 진단, 정신병과 그 치료이력, 장애이력뿐 아니라 비기질적 정신질환 진단에 초점을 두고 있다(Ruggeri 등, 2000). 경증 및 중등도 정신질환보다 SMI 유병률이 낮기는 하지만 정신보건의료제도의 1차적인 초점이 중증 정신질환에 맞추어진 경우는 거의 없다. 정신병 형태의 중증 정신질환은 청소년 및 성인 초기에 분명하게 드러난다. 정신병의 조기 발병은 낮은 교육 및 고용결과, 장애, 조기사망으로 인한 생산성 상실 관점에서 잠재적으로 상당한 경제적 비용을 유발할 수도 있다(McGorry, 2008).

3.2. 중증 정신질환 및 신체질환을 동반한 중증 정신질환의 높은 부담

대부분 경증 및 중등도 정신질환보다 SMI 유병률이 낮기는 하지만 SMI는 큰 부담을 주지 않는다. OECD 연구(OECD, 2012)에 따르면 근로연령 인구 중 5%정도가 조현병, 양극성 장애 또는 중증 우울증 등 중증 정신질환이 있는 것으로 나타났다. WHO 질병부담 통계 2011(WHO Burden of Disease Estimates 2011)(WHO, 2013)에서 조현병은 DALY에서 17번째로 높은 질병부담으로 확인되었으며 양극성 장애는 18위를 차지했다. 2011년 조현병은 1,310만 DALY로 추산되었고 양극성 장애는 1,300만을 차지했다. 또한 정신질환에 대한 치료격차도 상당했다. 몇몇 국가를 비교한 연구에서 치료격차 중앙값이 조현병 32.2%, 양극성 장애는 50.2%로 나타났다(Kohn 등, 2004).

또한 중증 정신질환자는 신체적 질병 및 기대수명 감소 등 동반상병의 위험도 높았다. 이는 사고 및 고의적 외상으로 인한 사망과 일부 관련은 있지만 주로 중증 정신질환자의 높은 영양 및 신진대사, 심혈관 및 바이러스성 질환의 유병률과 상당한 연관성이 있다. 신체적 질병이 증가하는 것은 생활방식 및 건강행동, 사회경제적 조건 및 정신병 치료제의 부작용, 전문적 태도, 신체 및 정신보건의료의 완전한 통합 결여 등 여러 가지 위험요인이 복잡하게 상호작용한 결과이다. 중증 정신질환자의 기대수명 감소는 신체 및 정신적 보건의료, 행동 개입, 전문가의 태도 및 역할 변경 등을 통합하는 다차원적인 접근법이 필요하다. 이러한 행동은 중증 정신질환의 동반상병 부담에 대한 큰 경제적 비용을 줄이기 위해 필요하고 신체적 질병은 보건의료분야뿐만 아니라 고용 및 사회적 보호에도 영향을 미친다.

다양한 요인의 복잡한 상호작용은 중증 정신질환자의 신체질환 발병위험을 높인다.

정신진단과 정신병리, 항정신병의약품의 부작용, 삶의 방식과 건강관련 행동, 전문가 태도 및 역할, 보건의료제도 조직 및 자금지원과 관련하여 여러 가지 복잡하게 얽혀 있는 요인이 중증 정신질환자의 신체질환 위험 증가에 영향을 미친다.

중증 정신질환 자체의 진단, 정신병 및 증상은 신체적 증상에 대해 개인이 도움을 구하거나 진료

를 받을 확률을 낮추어준다. 중증 정신질환자는 보건의료 서비스를 찾거나 이용할 확률이 적으며 이는 신체질환 위험을 높이고 증상이 치료되지 않거나 관리가 부실하여 악화된다(De Hert 등, 2011a; Crompton 등, 2010). 질병관련 인지적 손상은 신체적 문제를 인식하기 어렵게 만들고 파악된 건강상 문제를 해결할 수 있는 역량을 약화시키며 보건의료에 대한 조언을 잘 이해하지 못하거나 불가피한 생활방식 변화에 적응하지 못하여 진료를 준수하지 못하는 경우가 생긴다(Berren 등, 1999; Crompton 등, 2010; De Hert 등, 2011a; Drapalski 등, 2008; Happell 등, 2012; Kaufman 등, 2012). 중증 정신질환은 의사소통 어려움으로 이어져 의사에게 신체적 증상을 설명할 수 있는 능력을 저하시키기도 한다(Borba 등, 2012; Happell 등, 2012). 부정, 혼란, 우울과 관련된 증상은 운동하고자 하는 동기를 약화시켜 신체질환 및 체중문제를 야기할 수 있다(De Hert 등, 2011a).

항정신병의약품의 부작용은 체중증가 및 비만으로 이어질 수 있으며 이는 다시 당뇨 및 심혈관질환(cardiovascular disease, CVD)의 위험을 높인다. 조현병 환자가 급성 및 지속적인 치료기간 동안 체중이 증가하는 것은 정신병 치료제의 잘 알려진 부작용이며 환자의 15-72%에게 영향을 미친다. 우울증치료제 및 신경안정제 역시 체중증가와 관련이 있다(De Hert 등, 2011b). 항정신병의약품은 진성 당뇨병 발병위험을 높일 수 있다. 비전형적인 항정신병의약품은 전형적인 것보다 당뇨병 발병위험이 높으며 조현병 환자의 경우 비전형적인 항정신병의약품을 복용하는 사람이 전형적인 것을 복용하는 사람보다 위험이 1.3배 높았다(De Hert 등, 2011b). 체중증가 및 비만관련 기제와 더불어 심혈관질환 발병위험 증가에 항정신병의약품이 독립적인 영향을 미치는 것으로 보인다. 조현병 환자는 일반 인구에 비해 급작스럽게 심장문제로 사망할 확률이 3배 높은 것으로 나타났다.

건강관련 위험한 행위 및 건강하지 못한 식단, 운동부족, 흡연, 약물남용, 안전하지 못한 성행위 등 좋지 않은 생활방식 선택은 중증 정신질환자에게 특정 신체질환의 유병률을 높인다(De Hert 등, 2011a). 운동부족 및 건강하지 못한 식습관 등의 생활방식은 2형당뇨 및 심혈관계 질환에 중요한 위험요인인 과체중 및 비만을 야기한다(De Hert 등, 2011b). 일부 환자의 경우 흡연은 우울증 및 불안장애 등의 증상을 완화시키는 데 도움을 줄 수 있지만 이는 정신질환이 있는 사람 중 흡연하는 사람이 그렇지 않은 일반 인구에 비해 금연을 기대하지 않으며 금연시도에 성공할 확률이 낮은 이유일 수도 있다(Lancet, 2013). 금연의 어려움은 감정 및 정신질환과 관련된 인지 및 동기적 문제로 인한 것일 수도 있다. 또한 담배의 부재로 발생하는 불안은 니코틴 금단이 아닌 정신질환 때문에 발생하는 것일 수도 있다(Lancet, 2013).

보건의료 및 정신보건의료의 제도적 특징도 정신 및 신체 질환의 동반상병을 야기할 수 있다. 전문가 태도 및 역할은 중증 정신질환자 사이에서 신체적 장애를 효과적으로 치료하는 데 걸림돌이 되기도 한다. 중증 정신질환자의 신체건강을 모니터링 및 관리하는 역할이 누구의 책임인지에 대해 정신보건의료 전문가 사이에서도 명확하고 일치된 의견이 부재하다(De Hert 등, 2011a). 많은 정신전문의는 여전히 자신들의 유일한 역할은 정신병상 관리라 생각하고 신체건강 모니터링을 꺼려한다(De Hert 등, 2011a). 보건의료 전문가는 “진단적 뒤덮기(diagnostic overshadowing)” 또는 보건의료 제공자가 환자를 전적으로 정신질환 진단 입장에서 보려고 하는 경향이 있기 때문에 환자가 호소하는 신체적 건강문제에 대해 경시하는 경향이 있다. 이는 다시 환자가 자신의 증상을 호소하거나 정신질환을 밝히는 것을 소극적으로 만든다(Happell 등, 2012). 보건의료 전문가는 실제 신체적 증상이 존재하는 것이 아니라 환자가 증상을 상상한다고 생각하거나 신체적 증상의 호소도 심리적인 문제로 인한 신체적 증상으로 바라본다(Happell 등, 2012; De Hert 등, 2011a). 보건의료 전문가가 가지고 있

는 또 다른 오해로는 중증 정신질환자는 건강한 생활방식을 갖지 못하거나 그럴 의지가 없다고 생각하거나 체중증가가 의약품 부작용 때문이라고 생각한다(De Hert 등, 2011a).

중증 정신질환자의 신체질환을 충분히 치료하지 못하는 이유로는 전체적인 보건의료제도의 조직 및 자원조달 문제도 있다. 질이 떨어지는 신체적 보건의료는 중증 정신질환이 있는 사람의 신체적 보건의료 필요의 평가, 모니터링, 치료의 부족에서 발생한다(De Hert 등, 2011a). 예를 들어 중증 정신질환자는 높은 심혈관질환 사망률을 보이지만 환자의 콜레스테롤 값 모니터링, 콜레스테롤 저하제(스타틴) 처방 및 스텐팅이나 관상동맥 우회술 같은 수술적 개입이 부족하다(De Hert 등, 2011b). 이러한 질적인 결여는 신체 및 정신보건의료의 조직적 자원조달 구조가 분리되었기 때문일 수도 있다(Berren 등, 1999; De Hert, 2011a).

중증 정신질환자는 재정적, 지리적 접근장벽 및 교육성취도 저하, 가족 및 사회적 지원 감소, 실업, 빈곤, 가난한 가정환경 등 정신질환과 관련된 부정적인 결과 등으로 보건의료 서비스 접근에 어려움을 겪는다(Happell 등, 2012; De Hert 등, 2011a). 특히 일차진료의 신체적, 정신적 보건의료의 통합과 조정이 필요하다. 일차진료 및 전문 정신진료 간 분명한 의사소통 및 조정은 신체적 건강문제가 파악된 이후 충분히 후속관찰을 하는 데 필수적이다(Happell 등, 2012). 긴 대기시간 등 진료에 대한 접근이 충분하지 못하면 응급실 이용률이 높아지고, 결과적으로 보건의료비가 늘어난다(Kaufman 등, 2012). 이와 동시에 정신보건의료 자원이 부족하면 전문의가 자신의 전문분야 이외의 문제에 집중하기가 어렵고, 일반의를 위한 예산을 한정하면 일반의는 진료조정활동을 제한적으로 수행할 수밖에 없다.

중증 정신질환을 앓고 있는 사람의 신체건강 차이를 해결하지 못하면 경제와 건강에 심각한 영향을 미친다.

중증 정신질환을 앓고 있는 사람과 그렇지 않은 사람의 신체건강 차이는 경제와 인구의 건강에 많은 영향을 미친다. 최근 OECD 보고서(OECD, 2012)에 따르면 중증 정신질환을 앓고 있는 사람이 중등도 질환을 앓고 있는 사람에 비해 실업 불이익이 크다는 것은 중증 정신질환을 앓고 있는 사람이 신체적(또는 다른 정신질환) 문제가 있을 가능성이 높다고 볼 수 있다. 그 결과 중증 정신질환이 있는 사람과 이에 동반되는 신체적 문제는 장애, 실업, 복지 등 소득대체효과에 의해 좌지우지 될 가능성이 높다. 예를 들어 미국에서 중증 정신질환과 함께 신체적 건강문제가 있는 사람은 다른 신체질환을 앓고 있지 않은 중증 정신질환자에 비해 수당 수혜율이 두 배 높은 70%이상을 기록했다(OECD, 2012).

중증 정신질환을 앓고 있는 사람의 동반 신체질환이 증가하는 것은 입원환자 재원일수 증가, 병원 응급실 이용증가 등 보건의료 자원의 더 많은 이용으로 이어진다(Minsky 등, 2011; Berren 등, 1999; Happell 등, 2012). 마지막으로 4장에서 언급했듯이 중증 정신질환자 간 신체질환의 무거운 부담은 과도한 사망으로 이어질 수 있으며 신체 및 정신보건의료의 질이 미흡하다는 것을 나타내는 것이다. 잉글랜드의 자료에 따르면 SMI 환자의 조기사망률은 일반 인구에 비해 3배 높은 것으로 나타났다. 북유럽 국가 조사에 따르면 정신질환으로 병원에 입원한 환자는 일반 인구에 비해 사망률이 2-3배 높은 것으로 나타났다. 호주에서 남성의 경우 기대수명격차가 16년, 여성의 경우 12년인 것으로 나타났다. 어떤 연구에서는 중증 정신질환이 있는 사람은 일반 인구에 비해 평균 25년 일찍 사망하는 것으로 나타났다(Park 등, 2006).

중증 정신질환자의 초과사망을 줄이기 위해 다양한 정책적 접근을 채택할 수 있다.

중증 정신질환자와 그렇지 않은 사람의 기대수명격차는 불가피한 것이 아니다. 그러나 이러한 격차를 해소하기 위해서는 정부 및 보건의료 정책결정자 간에 조정된 행동이 필요하다. 이러한 행동은 중증 정신질환자에 대한 행동적 개입을 계획 및 이행하고, 이들의 신체건강문제를 치료하는 정신보건의료 전문가의 태도와 역할을 변화시키며, 신체 및 정신보건의료의 통합을 개선하는 데 초점을 맞추어야 한다.

신체건강을 증진시키기 위한 행동적 개입은 중증 정신질환자가 쉽게 이용할 수 있는 방법이다. 예를 들어 체중감소 또는 체중관리에 대한 상담, 효과적인 신체활동 프로그램, 금연지원 등이 행동적 개입이다. 담배 의존증 치료가 중증 정신질환자에게 효과적이고, 일반 인구에게 잘 기능하는 치료법이 중증 정신질환자에게도 동일하게 효과적인 것이라는 근거가 등장하고 있다. 또한 중증 정신질환자 중 정신적 상태가 안정적인 환자의 담배 의존증을 치료하는 것은 정신 상태를 악화시키지 않는다(De Hert 등, 2011a).

일반의 및 정신보건의료 전문가는 중증 정신질환자의 신체건강 증진에 핵심적인 역할을 하지만 목표달성하려는 태도와 역할을 받아들이기 위해 추가적인 지원과 교육훈련이 필요하다. 적절하게 목표집단을 설정한 프로그램(체중감량, 금연 등)을 많이 활용하는 것 외에 Modern 등(2009)은 신체건강악화를 막기 위해 일차진료 의사가 수행할 수 있는 핵심전략을 도출했다. 이러한 전략에는 정신전문의와의 협력증대, 중증 정신질환 등록부 및 모니터링 관리, 적절한 행동변화 프로그램에 대한 접근성 증대, 의사 방문 누락 추적, 다가가기, 진료의 지속성 최적화, 치료준수 장려 등이 포함된다. 여러 분야로 구성된 팀 환경에서 정신전문의, 의사, 간호사 및 기타 구성원은 중증 정신질환자와 그 가족에게 교육 및 동기를 부여하여 생활방식을 개선하고 흡연, 다이어트 및 운동 문제를 다룰 수 있도록 한다(De Hert 등, 2011a). 그러나 이러한 전문가 조인이 성공적이기 위해서는 중증 정신질환자의 신체적 건강위험을 평가 및 치료할 때, 보건의료 전문가를 교육하고 중증 정신질환자와 그렇지 않은 사람 간 신체건강의 차이를 인지하는 것을 장려해야 한다(De Hert 등, 2011a). 여러 분야의 전문가로 구성된 팀이 중증 정신질환자의 신체건강 모니터링에 대한 인식증대 및 일차진료 서비스와의 연계는 결과를 개선시켜 줄 것이다(Vasudev and Martindale, 2010).

정신전문 간호사가 중증 정신질환자의 신체건강 증진에 도움을 주도록 간호사들을 장려해왔다(Robson and Gray, 2007; Bradshaw and Pedley, 2012; Happell 등, 2012). 정신전문 간호사는 환자의 신체적 건강과 정신적 건강을 평가 및 모니터링하는 데 중요한 역할을 할 수 있다. 정신전문 간호사는 식단의 질, 신체활동 정도, 흡연행동, 성건강 등에 대해 체계적이고 적극적으로 질문해야 하고 다른 보건의료 전문가와 협력하여 중증 정신질환자를 위한 전문 건강증진 프로그램을 개발 또는 장려해야 한다(Robson and Gray, 2007; Bradshaw and Pedley, 2012). 중증 정신질환자의 신체건강에 있어 정신전문 간호사가 기여할 수 있는 잠재적인 영향에도 불구하고 그들의 역할이 모호하거나 자신이 훈련을 충분히 받지 못했거나 자신감이 부족하다고 느끼는 경우가 있다는 근거가 있다(Bradshaw and Pedley, 2012). 정신전문 간호사의 지식이나 교육 부족에 대한 우려를 해소해주기 위해 이들이 중증 정신질환자의 신체적 건강을 기록할 때 도움이 되고, 파악된 신체문제 해결에 활용할 수 있는 개입 방법을 알려주는 몇몇 신체건강 측정도구가 개발되었다(Bradshaw and Pedley, 2012).

신체 및 정신 보건의료의 통합은 서비스 접근, 이용, 질 측면에서 긍정적인 효과가 있으며 이는 신체건강결과의 개선으로 이어진다. 신체 및 정신 보건의료의 통합은 여러 가지 방법으로 성취할 수 있다. 그 예로 정신보건의료 서비스와 일차진료 간 인력교류와 함께 근거리 연계망 구축, 신체 및 정신 보건의료 종사자 간 정기적인 방문 및 연락, 서비스 간 연계와 환자진료를 전체적으로 조정하는 담당자 지정, 정신보건의료 전문가와 기타 보건의료 전문가 간 긴밀한 협력관계 형성에 있다(De Hert 등, 2011a). 이러한 협력은 중증 정신질환자에 대한 낙인을 줄이고 이들의 신체질환을 모니터링 및 관리해야 할 일차진료 의사 및 정신전문의의 지식을 향상시키기 위한 포괄적인 교육활동과 함께 이루어져야 한다(De Hert 등, 2014). 정신질환 및 일차진료 제공자 간 의사소통은 중증 정신질환자의 신체적, 정신적 진료 통합을 강화하는 데 중요하다. 왜냐하면 커뮤니케이션 장벽은 낙인 및 보건의료 서비스의 책임성에 대한 명확성 부족으로 생길 수도 있기 때문이다(Kilbourne 등, 2012). 좋은 의사소통은 일차진료 및 전문적인 진료 제공자 간 정기적인 회의 및 각 제공자의 역할과 책임의 분명한 정의를 통해 촉진될 수 있다.

3.3. 중증 정신질환자를 위한 정신보건의료 조직 및 제공

대부분의 OECD 국가에서 중증 정신질환자에게 제공하는 정신보건의료는 일차진료에서부터 다양한 지역사회기반의 전문의 진료뿐 아니라 급성 입원진료 및 장기 입소진료에 이르기까지 다양한 환경을 포함한다. 치료 접근법의 새로운 경향은 질환의 특정 단계를 목표로 하거나 조직 개선을 목표로 하는 접근법이 있고 지속적인 진료 제공 접근법도 등장하고 있다.

중증 정신질환을 위한 지역사회 진료: 일차진료의 역할

이번 장에서는 이미 일차진료 제공자 및 일차진료 환경에서 정신보건의료 전문가가 중증 정신질환자의 신체적 건강 요구사항을 관리하는 데 중요한 역할을 담당한다고 밝혔다. 이 전문가들은 중증 정신질환자의 악화된 신체건강 결과를 해결하는 데 중추적인 역할을 담당한다. 그러나 약물치료 관리의 책임 및 더 다양한 치료관리를 일차진료 제공자를 위해 제공할 수 있다. 대부분의 만성적인 중증 정신질환 특성을 고려했을 때 지속적인 관리가 필요하며 이러한 관리를 일차진료 제공자가 수행하는 것이 바람직하다는 의견이 많아지고 있다. 이러한 접근법이 효과를 보려면 전문의 진료와의 협력, 특히 시간외 진료가 필수적이며 일차진료 제공자는 중증 정신질환자의 복잡하고 이질적인 요구사항에 대응할 수 있는 기술 및 지원을 갖추고 있어야 한다.

대부분의 OECD 국가는 일차진료 제공자가 중증 정신질환 치료제를 처방 및 조정할 수 있도록 하고 있다.

중증 정신질환 관리 및 치료에서 일차진료 제공자의 핵심적인 역할은 정신질환 치료제를 접하게 하고 관리하는 것이다. 삼환계 항우울제 및 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, 이하 “SSRI”)는 중증 정신질환자에게 일차진료 제공자가 처방할 수 있는 가장 흔한 우울증치료제이고 그 다음으로 많이 처방하는 것이 모노아민 산화효소 억제제이다(monoamine oxidase inhibitors, 이하 “MAOI”)(표 3.1). 항정신병 약물 1세대는 새로운 비전형적인 항정신병 약물보다 일차진료 제공자에게 더 보편적으로 처방이 허용된 치료제이다. 치료에 저항성이 있는 조현병

에 주로 처방하는 비전형적 항정신병 약물인 클로자핀은 일차진료 제공자가 처방하는 것이 드물다는 사실은 그리 놀라운 일도 아니다. 캐나다, 포르투갈, 스페인의 일차진료 제공자는 여러 가지 약물을 처방할 수 있도록 되어 있다. 초기 때와 비교해보면 일차진료 제공자가 좀 더 재량껏 중증 정신질환 치료제를 조정하고 있는데, 이는 중증 정신질환을 어떻게 치료할지는 대개 정신전문의가 결정하지만 중증 정신질환을 지속적으로 관리하는 역할은 주고 일반의가 담당하고 있다는 것을 보여준다(표 3.2).

일반의가 중증 정신질환을 치료할 수 있도록 다양한 약물을 처방하거나 조정하도록 하는 것이 중요하며 일차진료의 효과적인 중증 정신질환 치료는 적절한 활용에 따라 달라질 수 있다는 점을 강조할 필요가 있다. 예를 들어 일차진료 제공자가 보통 비전형적인 우울증치료제인 MAOI를 처방하는 것이 가능하다고 해서 처방을 기대하거나 처방을 해줘야 한다는 것으로 받아들여서는 안 된다. 일반의의 MAOI 처방을 허용한 잉글랜드만 보더라도 일반의가 이를 권고하지 않는 임상진료지침을 따를 때가 있다. 합병증 및 약물 간 간섭과 관련된 높은 위험 때문에 MAOI는 보통 치료의 가장 마지막 단계에서 사용되며 거의 대부분은 정신전문의가 다룬다. 이러한 사례는 일차진료 제공자가 중증 정신질환의 약물치료 관리 및 처방에 필요한 역량을 갖추는 것이 얼마나 중요한지, 치료법을 알려주는 임상진료지침이 왜 있어야 하는지 잘 보여주고 있다. 일차진료 제공자에 대한 임상진료지침은 2장에서 상세하게 다루었다.

표 3.1. 일부 OECD 국가 일차진료 제공자의 중증 정신질환자 최초 치료제 처방률

	처방								
	전형적인 항정신병 약물	비전형적 항정신병 약물	주사제제	클로자핀	조울증/광적인 상태에 대한 카마마제핀 또는 벨프로에이트	리튬	삼환계 항우울제	SSRI	MAOI
호주			X		X	X	X	X	X
오스트리아							X	X	X
벨기에	X	X	X	X	X	X	X	X	X
캐나다	X	X	X	X	X	X	X	X	X
칠레	X				X			X	X
체코							X	X	X
에스토니아	X	X						X	
핀란드	X	X					X	X	
프랑스	X		X	X	X	X	X	X	X
헝가리							X	X	
아이슬란드	X	X	X	X	X	X	X	X	
이스라엘	X	X					X	X	X
일본							X	X	X
한국							X	X	X
룩셈부르크	X	X	X	X	X	X	X	X	X
멕시코	X	X			X		X	X	

뉴질랜드	X				X	X	X	X	X
포르투갈	X	X	X	X	X	X	X	X	X
슬로베니아	X	X							X
스페인	X	X	X	X	X	X	X	X	X
스웨덴	X	X						X	X
스위스	X	X	X					X	X
터키	X		X				X	X	X
영국(잉글랜드)	X	X			X	X	X	X	X

MAOI: 모노아민 산화효소 억제제, SSRI: 선택적 세로토닌 재흡수 억제제
출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

그러나 일부 OECD 국가에서 일차진료 제공자가 치료제를 처방 또는 관리할 수 있는 역량이 저하되어 있고 특히 체코, 에스토니아, 일본, 한국, 터키의 경우 제약이 심하다. 이는 일본과 한국이 예가 될 수 있는 이들 국가의 상대적으로 취약한 일차진료체계와 관련된 것으로 보이지만 체코처럼 전통적으로 중증 정신질환이 일차진료 제공자 범위 밖에서 제공되었기 때문일 수도 있다. 중증 정신질환을 치료할 역량 또는 경험이 없는 일차진료 제공자는 이러한 새로운 책임을 갑자기 떠안게 되어서는 안 된다. 그러나 제도적 또는 입원진료 의존도가 줄어들고 다진료분야 전문가로 구성된 지역사회기반 중증 정신질환 치료를 지향한다고 볼 때, 이러한 국가는 일차진료에서 중증 정신질환을 다루는 방법을 모색할 필요성이 있을지도 모른다. 또한 이미 논의되었듯이 일차진료 제공자의 개입은 중증 정신질환 치료에서 핵심 우선순위인 중증 정신질환자의 악화된 신체건강을 해결하는 데 중요할 수 있다.

중증 정신질환의 약물치료를 시작/조정하는 역할과 더불어 일부 국가에서는 인지행동치료 역시 일차진료가 제공한다. 2장에서는 인지행동치료(cognitive behavioural therapy, 이하 “CBT”) 등을 포함한 다양한 정신치료를 경증 및 중등도 정신질환을 치료하는 효과적인 방법으로 강조했다. 중증 정신질환 치료에 CBT 및 기타 치료방법을 사용할 수도 있다. CBT는 중증 정신질환 치료에 사용할 수 있는 여지가 있다. CBT는 조현병 환자 사이의 정신병 증상을 치료하기 위한, 좀 더 전통적인 약물치료 접근법을 보완하기 위한 방법으로 사용할 수 있다(Clark and Samnaliev, 2005; Rathod and Turkington, 2005). CBT는 조현병 환자를 다루는 데 좀 더 많은 집중과 증상관리를 개선하여 재발을 줄여준다는 주장이 제기되고 있다(Rathod and Turkington, 2005). 하지만 이에 대해 서로 상반되는 근거가 존재한다. 최근에 Cochrane은 조현병 검토보고서에서 CBT가 다른 치료보다 조현병 환자에게 더욱 효과적이라고 볼 수 있는 실험기반 근거가 존재하지 않는다고 결론지었다(Jones 등, 2012). 그럼에도 잉글랜드의 국립임상의학원(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)은 급성단계나 이후단계에 있는 조현병 환자에게 CBT를 적용하라고 권고하고 있는데, 여기에는 입원 환자도 포함된다(NICE, 2009). 조현병과 이로 인한 약물남용문제를 안고 있는 환자에게 CBT를 적용하고 동기를 부여하려고 실험적으로 해보았던 개입은 그 비용이 상당했지만 기능개선, 증상완화, 재발기간 단축 측면에서 일반적인 치료만 했을 때보다 훨씬 효과적이었다(Clark and Samnaliev, 2005).

표 3.2. 일차진료 제공자의 중증 정신질환 치료제 조정

	전형적인 항정신병 약물	비전형적 항정신병 약물	주사제제	클로자핀	조울증/광적인 상태에 대한 카마마제핀 또는 벨프로에이트	리튬	삼환계 항우울제	SSRI	MAOI
호주	X	X	X	X	X	X	X	X	X
오스트리아	X	X	X	X	X	X	X	X	X
벨기에	X	X	X	X	X	X	X	X	X
캐나다	X	X	X	X	X	X	X	X	X
체코							X	X	X
에스토니아								X	
핀란드	X	X	X	X	X	X	X	X	
프랑스	X		X	X	X	X	X	X	X
독일	X	X					X	X	
이스라엘	X	X	X	X	X	X	X	X	X
일본		X					X	X	X
한국							X	X	X
룩셈부르크	X	X	X	X	X	X	X	X	X
멕시코	X	X	X	X	X	X	X	X	X
뉴질랜드	X				X	X	X	X	X
포르투갈	X	X		X	X	X	X	X	
슬로베니아	X	X							X
스페인	X	X	X	X	X	X	X	X	X
스웨덴	X	X	X	X	X	X	X	X	X
스위스	X	X	X				X	X	
터키							X	X	X
영국(잉글랜드)	X	X			X	X	X	X	X

MAOI: 모노아민 산화효소 억제제, SSRI: 선택적 세로토닌 재흡수 억제제

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

또한 조울증에 CBT를 적용하면 재발을 줄이고 정신병상 치료, 사회기능, 질병관리를 개선할 수 있다는 근거가 있다(Turkington and McKenna, 2003; Rathod and Turkington, 2005). 호주에서는 중증 정신질환자가 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, ATAPS) 프로그램을 통해 이용가능한 단기 정신질환 개입에서 혜택을 볼 수 있다. 반면 잉글랜드의 경우 정신치료 접근성 개선(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) 프로그램을 중증 정신질환까지 확대할 계획을 가지고 있다(ATAPS 및 IAPT 프로그램에 대한 상세한 내용은 2장을 참조).

일차진료 제공자는 전문의 진료와의 효과적인 조정에 의존한다.

전문 의 진료와의 효과적인 조정은 일차진료 제공자가 중증 정신질환자를 성공적으로 관리 및 치료하기 위해 필요하다(경증 및 중등도 정신질환을 위한 일차진료 및 전문의 진료 간 조정에 대한 논의는 2장 참조). 중증 정신질환에 대한 일차진료 제공자와 전문의 진료 간 조정 정도는 OECD 국가 별로 상이하고 공식적인 구조 및 협력 전개방향이 각각 다르며 일부 국가에서는 이러한 협력이 비

공식적이고 그저 일차진료 제공자 및 전문의 간 기본적인 의사소통인 경우도 있다(표 3.3). 일차진료와 전문의 진료 간 연계성이 미흡한 것은 일차진료 제공자가 중증 정신질환을 효과적으로 치료하고 관리하는 역량을 제한할 수 있으며 이는 조정되지 못한 진료로 이어질 수 있다.

표 3.3. 정신보건의료에서 일차진료 및 전문의 진료 간 공식 또는 비공식적 조정

	공식	비공식
호주	접근성 개선 이니셔티브는 지역사회에서 정신질환의 치료 및 관리를 개선하고 일반의가 전문적인 정신보건으로 전문가와 긴밀하고 협조적으로 일할 수 있도록 장려한다.	
오스트리아		X
캐나다	“공동 진료” 접근법은 전문의 및 일차진료 제공자가 정보와 치료 전략을 공유하는 것이다.	
칠레	“정신질환 상담” 모형은 전문의가 보통 일차진료 서비스에 정기적으로 방문해서 일차진료 제공자와 함께 1-6개 사례를 검토하고 필요한 경우 환자와 함께 임상회의를 통해 검토가 이루어지도록 이행되고 있다.	
체코		X
에스토니아		X
핀란드	환자에 대한 치료 결정 시 의사가 비응급 정신진료에 접근할 수 있는 일괄된 기준을 가지고 있다.	
프랑스		X
독일	외래환자와 입원환자 간, 일반의와 전문의 간 협력을 법에서 규정하고 있다. 같은 지역에서 치료서비스 제공자는 진료 구조의 한 구성요소로서 역할을 하는 네트워크를 구축할 수 있으며 특정 질환에 대한 치료가 구성될 수 있도록 한다.	
아일랜드	“일차진료 및 전문의 정신진료 서비스 간 공동의 진료접근법 개선(Advancing the Shared Care Approach between Primary Care and Specialist Mental Health Services)”이라는 자료는 최근 정신보건의료 전문가의 협력을 장려하기 위해 발행되었다.	
이스라엘		X
이탈리아	“진료연계” 시스템은 주로 일반의와 정신전문의, 상주 정신전문의, 임상심리사, 간호사로 구성된 전담팀 간 협력을 구축하기 위해 만들어졌다. 정신전문의는 환자의 증상에 대한 진단과 평가를 하고 일반의에게 지침을 제공하며, 정신전문의가 환자의 상태가 심각하여 일차진료에서 치료하기보다는 지역사회 정신보건의료센터로 넘기기 위해서는 일반의의 동의가 필요하다.	
한국		X
룩셈부르크	지역적 플랫폼은 일차진료 제공자가 입원 및 외래환자 진료시설 제공자, 지역사회 정신보건의료 서비스 및 재가시설 제공자와 정신개입, 접근 프로그램, 사례관리, 개인 치료계획을 공유할 수 있도록 한다.	
멕시코		X
뉴질랜드	진료연계 모형은 지역사회 정신보건의료팀의 사례관리를 통해 조정이 일어나는 과정에서 일차진료에 제공되는 옵션이다.	
네덜란드		X
폴란드		X
포르투갈	정신보건의료 서비스는 일차진료 센터에서 직접 이루어진다.	

스페인		X
스위스		X
미국	각 주별로 “보건센터(health homes)” 설립을 결정하여 의료보험(메디케이드) 프로그램에 등록된 저소득층을 위한 조정을 개선할 수 있다. 이러한 기회는 각 주가 중증 정신질환을 포함한 다양한 만성질환이 있는 환자에 더 잘 조정된 진료를 제공하도록 하는 데 주 합동 및 연방 자금을 투자할 수 있도록 한다.	

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

중증 정신질환을 위한 지역사회진료: 전문서비스의 역할

OECD 국가에서 일차진료 제공자가 중증 정신질환 치료에 지는 부담이 늘어나고 있는 것처럼 보이지만 여전히 중증 정신질환 치료의 다수는 전문서비스 부문이 주도적으로 제공하고 있다. 전문적인 지역사회기반 서비스는 입원 이외의 환경에서 중증 정신질환자에게 진료를 제공하는 데 중심적인 역할을 하고 있다. 이러한 서비스는 보통 긴급 및 지속적인 진료 요구에 팀 차원에서 대응하도록 고안되었다. 다양한 지역사회기반 전문가 서비스의 이용가능 정도는 OECD 국가별로도 상당한 차이를 보이고 있다.

지역사회 정신보건의료팀은 지역사회기반 정신보건의료에서 중추적인 역할을 담당한다.

지역사회 정신보건의료팀(community mental health teams, 이하 “CMHT”)은 지역사회 정신보건의료 서비스의 기초구성요소로 간주되어 왔다(Thornicroft and Tansella, 2004). 이들 팀은 중증 정신질환이 있는 사람에게 한정된 지역적 범위 내에서 다양한 개입을 제공할 수 있는 정신전문의, 지역사회 정신전문 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 전문 치료사로 구성되어 있다(Thornicroft and Tansella, 2004).

Malone 등(2007)은 중증 정신질환자를 CMHT가 치료할 때와 통상의 방식으로 관리(non-team management)할 때의 효과를 비교분석했다. 그 결과 CMHT가 치료할 때 자살이 줄고 정신질환자가 치료를 더 잘 받아들이는 것으로 나타났다. CMHT는 환자의 입원을 감소와도 관련이 있었지만 응급실 이용률에 있어서는 별반 차이가 없었다. 환자의 일차진료 이용이 늘거나 불필요한 사회서비스가 줄어드는 효과도 나타나지 않았다. 또한 정신 상태나 이와 관련된 사회기능에 CMHT 관리방식이 효과적인지 판단할 수 있는 결과는 얻지 못했다(Malone 등, 2007).

OECD 정신보건의료제도에서 CMHT는 다양한 형태로 폭넓게 활용되고 있지만 상세한 구성이나 기능에는 차이가 있다. CMHT 내에서 진료를 제공하는 공통적인 방법은 사례관리이다. 사례관리 서비스는 CMHT의 위기관리와 조기개입 접근방식을 따르기 때문에 특정 목표범위를 두지 않고 환자의 폭넓은 요구사항을 충족시키는 것을 목표로 하고 있다(Dieterich 등, 2010). 좀 더 일반적으로 말하면 사례관리는 제한된 자원으로 개인에 맞춰 치료를 조정, 통합, 배분하는 것과 관련이 있다(Thornicroft and Tansella, 2004). 전화 사례관리는 서비스 이용자를 지역사회로 재통합시키는 데 유용한 역할을 할 수 있다. 일부 OECD 국가에서 전화 사례관리의 이용은 시범 단계에 있거나 전국적으로 이행되지 않고 있다. 전화 사례관리는 캐나다와 뉴질랜드처럼 농촌 및 소외지역에 접근성을 높이는 데 중요한 역할을 할 것이다. 헝가리, 이스라엘 등 일부 국가에서 전화 사례관리는 비정부기구

(NGO)에서 제공된다.

적극적 지역사회기반 치료(assertive community treatment, 이하 “ACT”)는 중증 정신질환자를 위한 지역사회기반 진료의 초석이다. ACT는 1970년대 초반 정신보건의료의 탈원화에 대한 대응으로 미국에서 수립되었다(Clark and Samnaliev, 2005). 병원기반 진료와는 대조적으로 정신보건의료 서비스를 지역사회 중심으로 돌림으로써 진료 제공체계가 복잡해지고 분화되었으며 이는 중증 정신질환자에게 상당한 도전과제를 안겨주었다. 따라서 ACT는 중증 정신질환자가 지역사회에서 더욱 성공적인 삶을 영위할 수 있도록 지원하기 위해 개발되었으며 이들이 정신질환 서비스를 지속적으로 받고, 병원입원을 줄이고 사회적인 기능과 삶의 질을 개선할 수 있도록 하고 있다(Clark and Samnaliev, 2005; Kent and Burns, 2005). ACT는 여러 분야의 전문가로 구성되어 1일 24시간 대기하고 있는 팀이 집중적인 지원을 제공하는 것으로 진료부담이 적고 지역사회기반의 치료와 서비스가 제공된다는 특징이 있다(Rosen 등, 2007; Clark and Samnaliev, 2005). 또한 ACT는 정신보건의료 전문가가 환자를 찾고 환자에게 치료를 제공하며 진료를 조정하는 데 적극적인 역할을 할 것으로 기대한다는 점에서 “적극적”이라는 특징을 지닌다(Kent and Burns, 2005).

입원환자에게 ACT가 미치는 영향에 대한 근거는 혼합되어 있지만 전형적인 지역사회 진료보다 ACT가 좀 더 수용력이 높은 것으로 보인다. 미국의 연구에 따르면 ACT는 증상, 입원, 재원일수 감소, 삶의 질 향상, 고용 및 사회적 기술 등 기능적 상태 개선, 높은 환자 및 간병인 만족도, 주거 안정성 개선 등 여러 긍정적인 결과와 관계가 있다(Rosen 등, 2007; Clark and Samnaliev, 2005). 이와는 반대로 영국에서는 ACT가 기존의 지역사회기반 정신보건의료팀 진료에 비해 입원기간, 임상 또는 사회적 기능과 관련하여 큰 이점이 있다고 제시하는 근거는 별로 존재하지 않는다(Kent and Burns, 2005; Killaspy 등, 2006; Holloway and Carson, 1998; Burns 등, 1999; Killaspy 등, 2009). 그러나 ACT는 서비스 참여증가, 삶의 질 향상, 진료에 대한 만족도 증가와 관련성이 있다(Holloway and Carson, 1998; Killaspy 등, 2006). ACT가 비용에 긍정적인 또는 부정적이지 않은 변화와 관련 있기는 하지만 환자 결과가 개선되기 때문에 비용효과적이라는 근거가 있다(Essock 등, 1998; McCrone 등, 2009; Karow 등, 2012).

중증 정신질환자의 지역사회 정신보건의료 서비스 이용가능성은 OECD 국가별로 상이하하다.

중증 정신질환자의 지역사회 정신보건의료 서비스 이용가능성은 OECD 국가별로 상이하하다. 일부 OECD 국가에서는 조기개입, 아웃리치, 회복 및 일일 서비스를 제공하지만 이러한 서비스는 일부 국가에만 한정되어 있다(표 3.4). 체코, 에스토니아, 프랑스는 포괄적인 지역사회기반 서비스를 향상 이용할 수 있는 것은 아니라고 보고했다.

중증 정신질환의 경우 시간외 치료는 지역사회 진료에서 중요한 부분이다.

전문의 진료에 대한 접근성은 일차진료 제공자와 정신보건의료팀이 특히 급성 중증 정신질환의 경우 등 중증 정신질환자를 성공적으로 다루기 위해 중요하다. 전문의 진료에 대한 시간외 접근성은 보통 응급실 또는 정신전문의에게 직접 연락을 하여 이루어지지만 일부 국가에서는 좀 더 전문적인 위기대응 진료를 제공하고 있다(표 3.5).

위기 및 재가치료 서비스가 존재하고 OECD 국가에서 이러한 치료가 상대적으로 확산된 경우(표

3.4) 이들 서비스는 진료에 대한 시간외 접근에 있어 중심적인 역할을 할 수 있다. 최근 Cochrane Review에 실린 중증 정신질환자 위기개입에 관한 분석(Murphy 등, 2012)을 보면 긴급출동팀(mobile crisis team)이나 임시보호시설(crisis home)을 통해 가정을 관리하는 방식의 위기개입이 재입원율과 가정 부담 감소, 정신질환 호전, 환자와 가족의 만족도 측면에서 기존 관리방식보다 비교우위에 있었지만 사망결과는 별다른 차이가 없었다. 위기개입의 비용효과성에 대한 자료의 질이 좋지 않기 때문에, 이런 측면에서 결정적인 결론을 내리기는 힘들고 직원 만족, 간병인 투입, 약물 합병증 또는 재발 횟수 등 관련결과에 대한 이용가능한 자료는 없었다(Murphy 등, 2012). 영국(잉글랜드)의 위기 해결/가정치료팀(Crisis Resolution/Home Treatment Teams, 이하 “CRHT”)은 1년 365일 하루 24시간 이용가능한 서비스이다. 영국에서 CRHT에 대한 연구는 비용효과성을 뒷받침하는 근거를 제시했지만(McCrone 등, 2009), CRHT 자체적으로 입원에 큰 차이를 가져온다는 근거는 제시하지 못했다(Jacobs and Barrenho, 2011). CRHT는 지역사회 정신보건의료팀의 보다 전문화된 형태이다.

표 3.4. 일부 OECD 국가의 지역사회 정신보건의료 서비스 일환으로 정기적으로 제공되는 서비스

	위기 및 가정 치료서비스	조기개입 서비스	적극적 개입 서비스	지역사회기반 회복 서비스	일일 서비스	기타(자세히 명시)
호주	X	X	X	X	X	가정 지원 및 활력충전 서비스를 포함하여 많고 다양함
칠레	X	X				
체코						지역사회 서비스는 거의 없고 있더라도 항상 이용가능한 것은 아님
에스토니아					X	
핀란드	X			X	X	
프랑스	X					
아이슬란드		X		X	X	
이스라엘		X	X	X	X	
한국	X	X	X	X	X	
룩셈부르크	X	X	X	X	X	
뉴질랜드	X	X	X	X	X	
폴란드		X			X	
포르투갈	X			X	X	
슬로바키아				X	X	
슬로베니아	X		X		X	
스페인				X	X	
스위스	X	X		X	X	
터키	X	X			X	
미국 ¹	X		X	X	X	

1. 이러한 서비스는 보편적 보장 서비스가 아니며 주 및 관할구역에 따라 서비스 이용이 상이하다.
출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

지역사회기반 정신보건의료 서비스의 최근 동향

팀 형태로 전문가가 지역사회에 정신보건의료 서비스를 제공하는 것과 관련한 최근 동향으로 조기개입의 발전과 집중사례관리의 등장을 들 수 있다. 조기개입은 정신병 초기단계에 있을 가능성이 있는 사람을 목표로 하지만 집중적 사례관리는 전문 정신보건의료 장기 이용자에게 포괄적인 서비스를 제공하는 것이다.

조기개입은 정신병 발병 초기에 적절한 치료를 제공하기 위함이다.

조기개입(early intervention, 이하 “EI”)의 목표는 정신병 초기 상태를 인지하고 치료하기 위한 것이다. 정신병의 발병은 3가지 확실한 단계, 즉 1) 지속적인 증상의 발생과 장애로 진료 필요성이 정당화되는 경우로 전구증상, 기준치 이하의 증상 또는 초고위험(ultra-high risk, 이하 “UHR”) 단계, 2) 정신병 증상 처음 발현 후 최초 치료까지 기간(duration of untreated psychosis, DUP) 단계, 3) 정신병 첫 발병 및 그 이후 2-5년 동안 지속되는 “임계기(critical period)”로 구분된다.(McGorry, 2012). EI는 조기발견과 단계별 정신, 사회, 신체 치료를 의미하며 소위 “임상단계모형(clinical staging model)”이라고 불린다(Marshall and Rathbone, 2011; McGorry, 2011). 임상단계모형의 목표는 UHR 단계에서는 효과적이지만 이후 단계에서는 별로 효과적이지 않은 질병에 인지행동치료처럼 질병의 특정 단계에 적합한 효과/위험 비율을 적용하여 치료하고, 최초 발병인 경우 항정신병 약물은 적게 사용하고 직업적 개입을 하여 초기 단계에서 다음 단계로 넘어가는 위험을 줄이는 것이다. 클로자핀 등 더 강력한 치료제는 더 수용적인 효과/위험 비율을 반영하여 좀 더 후기 단계에 사용하도록 한다(McGorry, 2011). 따라서 조기개입 목적은 예방이나 치료보다는 사전방어에 가깝게 묘사되어왔다(McGorry, 2011).

표 3.5. 일부 OECD 국가의 근무시간외 전문의 진료 접근성

	공공 종합병원 또는 정신병원 응급실	정신전문의 대기	민간부문	기타
호주	X	X		
오스트리아				공공병원의 외래환자 클리닉
벨기에		X		
캐나다				관할구역마다 다르지만 거의 입원환자만 해당
칠레	X			
체코				지역 정신시설에서 급성 입원환자 진료
덴마크	X	X		외래환자 진료 가능한 급성 정신치료팀
에스토니아	X			
핀란드	X			
프랑스	X			
독일		X		

헝가리	X	
아이슬란드		X
아일랜드	X	
이스라엘	X	
이탈리아	X	X
한국	X	
룩셈부르크	X	X
멕시코	X	
뉴질랜드	X	
네덜란드		일차진료 제공자 및 기타 가족, 경찰이 해당지역 정신보호시설 접촉 가능
폴란드	X	
포르투갈	X	
스위스	X	
터키	X	
미국	X	

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

EI는 과도한 개입의 위험을 고려하여 균형을 맞추어야 한다. EI 접근법에 대해서는 주로 조기진단의 불확실성과 불필요한 치료 및 관련 비용의 결과 측면에서 우려가 제기되어 왔다. 조현병 및 관련 질병은 흔하지 않지만 조현병 발병을 나타내는 증상은 상당히 보편적이다(Pelosi, 2008). 이는 전구증상 단계에서는 위양성(false-positive)률이 저위험 인구집단에서 높게 나타날 수 있다는 것을 의미한다(Singh and Fisher, 2005). 이러한 위양성률은 50-60%를 상회할 지도 모른다(McGorry, 2008). 그 결과 진행되는 불필요한 치료는 진단결과 효과적인 치료법인 존재하는 환자에게 부족한 자원을 사용하지 못한다는 점에서 경제적 비용을 유발시킨다(Castle, 2012; Bosanac 등, 2010). 임상서비스에 참여하게 되는 경우 발생하는 낙인에 대한 부정적인 악영향도 있다(Castle, 2012; Bosanac 등, 2010). 항정신병 치료제를 복용하는 사람이 오히려 건강이 나빠질 수 있다는 점에서 부정적인 영향은 더 늘어난다(Castle, 2012; Bosanac 등, 2010).

EI의 영향에 대한 근거는 결정적이지 않지만 결과와 비용에 유용한 영향을 준다는 주장이 제기되고 있다. Cochrane Review에 실린 보고서(Marshall and Rathbone, 2011)에서 1) 조기발견, 2) 단계별 치료, 3) 전구증상이 있거나 최초 발병한 환자를 치료하는 전문적인 조기개입팀, 이 세 가지의 효과에 대한 검토결과를 볼 수 있다. 검토를 통해 아직 결정적이지는 않지만 몇 가지 근거를 찾았다. 정신병 전구증상 단계에 있는 환자는 약간의 개입으로 도움을 받을 수 있는 반면 고용 및 가족치료에 초점을 둔 단계별 치료를 지원하는 것도 있고 전문적인 EI 서비스에 대한 지원도 있다. 그러나 이러한 효용의 장기 지속가능성은 아직 분명하지 않다. 이와 유사하게 비용효과성에 대한 근거를 보면 EI는 비용절감 측면의 잠재력을 가지고 있고, 특히 상실된 생산비용 및 장기적으로는 자살률 감소의 결과를 가져오기도 하며(McCrone 등, 2010; Valmaggia 등, 2009), 삶의 질, 직업적 결과개선 등 긍정적인 비용효과성을 가지고 있다(McCrone 등, 2010).

사례관리 및 ACT는 집중사례관리(intensive case management, ICM)로 진화했다.

최근 사례관리 및 ACT는 관리하는 사례 양이 적은 대신 관리강도가 높은 것이 특징인 집중사례관리(intensive case management, 이하 “ICM”)로 알려진 지역사회기반 모형으로 통합되고 있는데(Dieterich 등, 2010), 몇몇 OECD 국가에서 이 ICM을 사용해왔다. ICM의 목표는 관리 성과 향상, 입원 감소, 서비스 이용 유지로, ICM은 이를 위해 당장 입원하지 않아도 되는 중증 정신질환자를 장기적으로 관리하고 이들에게 포괄적인 치료, 재활, 지원 서비스를 제공한다(Dieterich 등, 2010). 최근 Cochrane Review에 실린 보고서에서 Dieterich 등(2010)은 중증 정신질환자를 대상으로 ICM(사례 담당건수가 20명 미만)과 비-ICM(제공하는 서비스는 동일하지만 사례 담당건수가 20명 이상), 전형적인 지역사회 진료(외래환자로 볼 수 있지만 어떤 서비스를 원하는지는 불명확)로 구분해서 비교분석했다. 여기에 호주, 캐나다, 유럽, 미국 자료가 사용되었다. 전형적인 진료에 비해 ICM은 입원을 줄이고 서비스 참여를 높이며 사회적 기능을 강화하는 것으로 나타났다. ICM이 정신 상태와 삶의 질에 미치는 영향은 분명하지 않았다. ICM은 입원진료를 자주 이용하는 중증 정신질환자에게 특히 가치가 있는 것으로 밝혀졌다. 한편 비-ICM과 비교한 결과로는 사람들이 서비스를 계속 이용하도록 관리하는 것과 관련하여 ICM 성과가 더 좋았다.

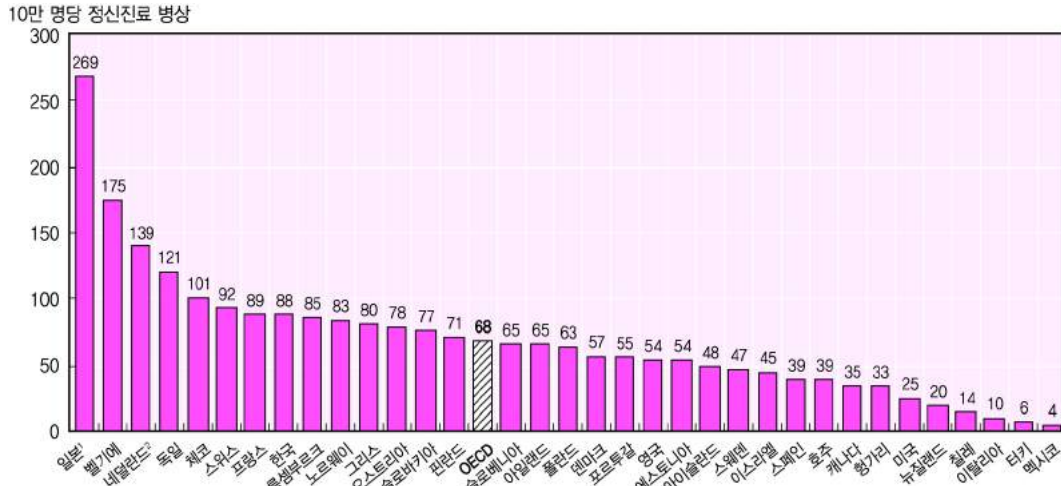
입원진료

대부분 OECD 국가에서 많은 정신병원이 문을 닫는 상황이고 중증 정신질환 진료는 대부분 지역사회기반 환경에서 제공되고 있다. 그러나 입원진료는 여전히 그 역할이 중요하고, 특히 시급한 위기상황에서는 그 중요성이 크지만 입원진료의 기능은 국가별로 상이하다. 입원진료 제공에는 종합병원의 급성 정신병동, 급성진료 병원, 장기입소형 지역사회 진료를 포함하게 되었다. 최근 대부분의 OECD 국가에서 정신진료용 병상비율이 줄어들었지만 이러한 병상에 대한 의존도는 국가별로 큰 차이를 보이고 있다. 병상 수가 적은 국가는 “마지막 수단”으로서 응급상황에 입원환자용으로 사용하기 위해 병상을 확보하거나 질환의 급성단계에 환자를 안정시키기 위한 용도로 사용하고 있지만 병상비율이 높은 국가는 중증 정신질환 일일관리를 위한 입원서비스에 병상을 이용하고 있다.

지역사회기반 정신질환 진료는 입원진료의 역할을 배제하지 않는다.

정신질환 진료는 대부분 OECD 국가에서 지역사회기반으로 제공되고 있지만 그렇다고 해서 입원진료가 아무런 역할을 하지 않는다는 것을 의미하지는 않는다. 시급한 의료분석이 필요하거나 중증 정신질환이 있으면서 동반상병 상태인 사람, 중증 정신질환 재발 경험자, 행동장애, 자살충동 및 공격성이 높은 사람을 치료하는 데 있어서 탈원화가 많이 진행된 국가에서도 입원진료는 여전히 중요한 역할을 담당한다(Thornicroft and Tansella, 2004). 급성 입원서비스는 지역사회 서비스와 상호 보완적으로 기능하고 필요한 병상 수는 전체 정신보건 의료 서비스 및 특정 사회적, 문화적 맥락에 따라 달라진다. 다양한 서비스의 이용가능성과 마찬가지로 입원 및 지역사회기반 진료의 균형을 형성하는 데 재정지원 및 제공자 지불 인센티브가 영향을 미친다. 도표 3.1에서 나타나듯이 정신진료 병상 수 비율은 OECD 국가별로 큰 차이를 보인다.

도표 3.1. 10만 명당 정신진료 병상, 2011년

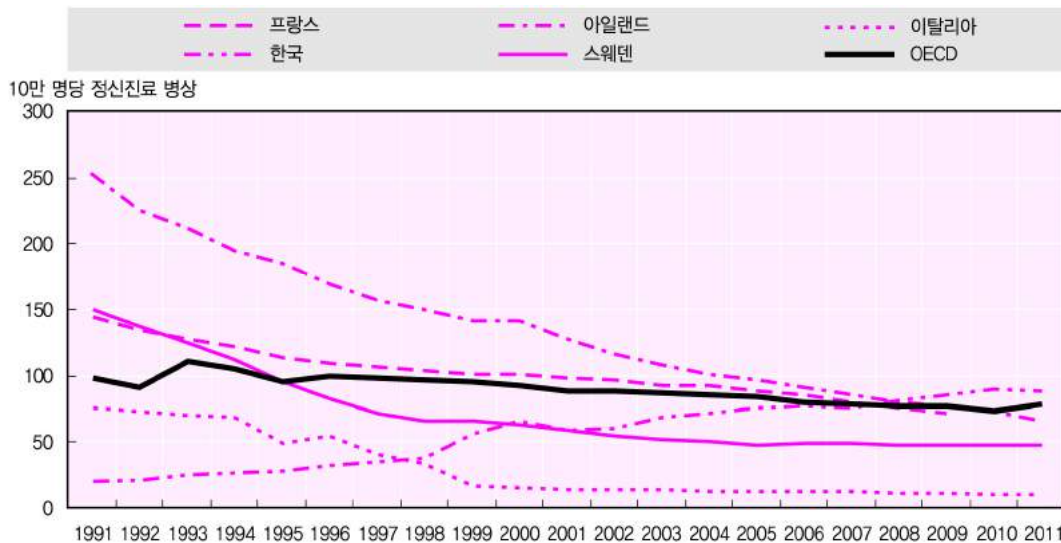


1. 일본에서는 장기입원 만성질환자가 상당수의 정신진료 병상을 사용한다.
 2. 네덜란드는 다른 국가에서 정신병상으로 분류하지 않는 사회적 돌봄 부문 병상을 정신병상에 포함하고 있다.
- 출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030420>

일반적으로 지난 20년 동안 OECD 국가에서는 정신보건의료가 지역사회기반 환경으로 옮겨갔기 때문에 정신진료 병상 수가 감소하는 추세를 보였다. 초기에 병상이 많았던 국가에서 더 가파른 감소율을 보이는 등 정신병상 감소율은 국가별로 큰 차이를 보인다. 그러나 한국은 정신진료 병상비율이 증가했다(도표 3.2).

도표 3.2. 일부 OECD 국가의 10만 명당 정신진료 병상, 1991-2011년



출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030439>

한국에서는 대부분의 정신치료가 보통 종합병원이나 정신병원 입원형태로 이루어진다. 정신건강 증진 종합대책(Mental Health Promotion Comprehensive Plan)을 보면 한국은 지역사회나 병원 외래진료보다 입원치료가 훨씬 보편적인데, 그 원인은 지역사회 서비스는 부족한 반면 정신입원 병상 수는 상대적으로 많기 때문이다(도표 3.2 참조). 정신건강증진 종합대책은 병원치료의 효과성을 높이고 조기퇴원을 장려하며 지역사회 및 재활시설을 확산하는 것이 목표이다(Hewlett 등, 발간예정). 그러나 다른 국가에서는 보통 지역사회에서 관리 또는 치료할 수 있는 질환(예를 들어 알코올 중독장애나 급성 학습장애)인데도 한국에서는 입원하여 치료받고 있는 것은 분명하다. 이러한 경향은 점진적으로 달라질 수는 있겠지만 입원치료가 중심이라는 것은 여전한 사실이다.

한국에서 정신치료입원 중 상당부분이 비자발적으로 이루어지는데, 이는 정신보건법(Mental Health Act)에 따라 가족 구성원이 요청하면 입원이 가능하기 때문이다. 병원에서 제공하는 서비스 유형은 다양하다. 약물치료 비중이 가장 높고 보조적으로 작업치료, 교육과정, 인지행동치료, 기타 심리치료도 제공되지만, 이는 병원마다 다르고 환자의 보험급여범위 및 지불능력에 따라 상이하게 나타난다(Hewlett 등, 발간예정). 적은 입원치료 급여비용은 이런 서비스 제공을 제한하는 구조적 요인으로 작용하고 있으며 일당 지불방식은 입원환자의 재원일수 장기화 억제에 거의 도움이 되지 않는다. 실제로 한국은 다른 OECD 국가에 비해 정신입원환자 재원일수가 상당히 길다(OECD, 2013). 특히 의료급여(Medicade)에서 두드러지는, 적은 외래진료 급여비용 또한 입원치료를 늘리는 요인이다(Hewlett 등, 발간예정).

일부 OECD 국가는 다른 국가에 비해 입원치료 의존도가 높다. 일본, 벨기에, 네덜란드는 OECD 국가 평균에 비해 정신치료 병상 수 비율이 상당히 높다(도표 3.1). 이러한 경향은 정신보건의료에 대한 다양한 사회적, 역사적 경향, 정책적 결정, 조직적, 재정적 인센티브, 자료수집 방법을 반영한다.

일본에서는 장기입원 만성질환자가 상당수의 정신병상을 사용하고 있다(Ng 등, 2010). 일본의 정신보건의료제도는 제도적인 특성이 있는데, 이것은 정신질환자를 자택 격리하는 기존 관행을 깨고 정신질환자는 병원에서 치료받아야 한다고 규정한 정신위생법(Mental Hygiene Law of 1950)에 기초하고 있다(Ng 등, 2010). 2002년부터는 정신보건의료를 병원 중심에서 지역사회 중심으로 전환하는 정책을 폈다. 2004년 “정신보건의료 및 복지서비스를 위한 개혁 비전(Reform Vision for Mental Health and Welfare Services)”이라는 이름의 정책 문서는 2014년까지 정신병상 수를 7만개 줄인다는 목표를 담고 있지만, 이를 달성할 수 있을 것 같지는 않다. 지역사회를 중심으로 기반시설을 갖추려고 했지만 지역사회에서 근무하는 직원 수가 상대적으로 적고, 지원할 수 있는 수용시설이 부족하며, 정신사회적인 치료보다는 신체치료에 지나치게 중점을 두었기 때문에 잘 되지 않았다(Ng 등, 2010). 지역사회기반 서비스는 공공 및 민간부문에서 제공하지만 중증 정신질환자를 위한 지역사회의 지원 및 진료를 제공하는 데 있어 일반의, 보건의로 관련종사자, 비정부기구가 할 수 있는 노력은 제한적이다(Ng 등, 2010). 하지만 민간병원¹이 90일 이내에 급성환자를 치료 및 퇴원시키도록 장려하는 자금지원 인센티브가 도입되었다. 또한 민간 병원과 클리닉의 간호방문서비스, 지역사회 중심 서비스가 조기퇴원을 지원하기 위해 마련되었다. 일일 정신진료센터, 민간 외래정신질환자 클리닉, 사회 재활시설 수 역시 증가했다. 신체활동시설을 개선하기 위해 정신병원을 개보수 했고 환자의 요구사항에 맞춰 포괄적인 서비스를 제공하고자 정신병원의 기능을 차별화했다. 그러나 정신적으로 문제가 있는 환자가 병원에서 퇴원하여 지역사회에서 독립적으로 살아갈 수 있다는 생각은 널리 퍼져있지 않아서 직원 및 지역사회의 좀 더 긍정적인 태도를 양성할 필요가 있다(Ng 등, 2010).

네덜란드는 임상 정신병상에 일반병원 및 대학병원의 정신병동 병상, 정신건강 및 물질남용 병원의 병상, 자활보조 및 보호시설을 지원하는 지역정신보건의료기구의 보호시설 병상을 포함한다. 이 보호시설은 장기 정신질환자에게 저강도의 진료를 제공하지만, 대부분의 국가에서 사회적 돌봄 부문으로 포함될 수 있어 네덜란드와 다른 국가의 정신병상 수 비율을 비교할 때 주의를 기울여야 한다(Forti 등, 2014). 이런 상황임에도 개별적 재정지원방식을 적용하다보니 정신진료는 정신전문기관에 편중되고, 이로 인해 일반 급성진료 병원에서는 정신진료를 거의 제공하지 않는 결과를 낳았다. WHO(2011) 자료에 따르면 네덜란드에서 정신병상의 상당수(82%)가 전문클리닉에 있는데, 이는 일반 급성진료 병원(다른 질병도 치료)이 정신치료에 기여하는 역할이 상대적으로 적다는 것을 의미한다. 또한 1998년에서 2006년 사이 급성진료 병원에서 정신병동 수도 56%나 감소했다. 의료보험사와 보건의로 제공자는 현재의 전체 병상 수를 줄여 2020년까지 정신병상 수를 2008년 수준 대비 3분의 1로 맞출 계획이다. 이렇게 되면 외래진료가 정신보건의로 서비스 제공에서 더욱 중요해질 것이다(Forti 등, 2014).

정신진료 병상 수 비율이 상대적으로 낮다는 것은 보통 지역사회기반 정신보건의를 정책적으로 강조하고 있다는 것을 의미한다. 이탈리아는 인구 10만 명당 정신진료 병상 수 비율이 OECD 국가 평균에 비해 7배 정도 낮다(도표 3.1). 또한 역사적으로 중증 정신질환자 진료를 기관에서 지역사회로 전환하는 데 상당한 리더십을 보여주었다. 1978년 법 180(Law 180, 제안자의 이름을 따서 ‘Law Basaglia’라고도 함)이 통과되면서 정신보건의로 관련기관에 새로운 입원 및 신규 정신병원 건설이 금지되었다. 법 180은 기존 정신병원을 폐쇄하고 이를 사회기반 정신보건의로 시설로 대체하는 것이 목표였다. 이는 개별 정신보건의로 시설 중심에서 완전통합 정신보건의로 서비스 중심의 정신보건의 료제도 전환을 의미하는 것으로 법 180이 중요한 이유이기도 하다. 1978법의 중요하고도 새로운 특징은 예방, 진료 및 재활이었으며 새로운 정신보건의로 시설이 정신보건의로의 모든 책임을 맡게 되었다. 특히 지역사회기반 서비스를 통해 환자에게 적절한 진료를 제공하고, 외래환자 개입 및 예외적이고 임시적인 강제입원도 담당하게 되었다(Forti, 2014). 이렇듯 기존의 정신병원에서 새로운 지역사회기반 시설로의 전환은 더딘 과정으로 1978법은 구체적인 기반이나 타임라인을 설계하는 데 실패했고 모든 정신병원은 1999년이 되어서야 문을 닫게 되었다(WHO, 2011). 현재 이탈리아에서는 모든 병원이 정신 보건의로 담당부서(Departments of Mental Health, DMH), 지역사회 정신보건의로센터(Community Mental Health Centres, CMHC), 종합병원 정신병동(General Hospital Psychiatric Units, GHPU)등 일련의 정신보건 의료 서비스 및 시설로 대체되어 독립적인 정신병원은 존재하지 않는 상태이다(Forti 등, 2014).

입원진료는 독립적 정신병원에서 다른 형태의 입원진료로 옮겨가고 있다.

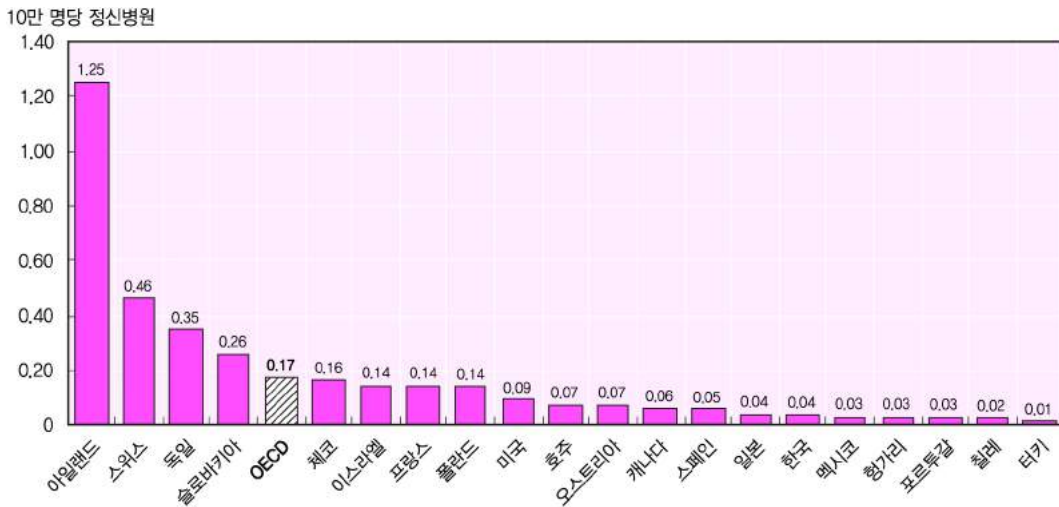
다수의 정신병원이 문을 닫으면서 입원진료는 종합병원의 정신병동, 일일진료 병원, 장기입소 지역사회 재가시설로 옮겨가고 있다. 이러한 진료 형태의 정의는 본 장 마지막 부분 부록 3.A1에 수록 되어 있다.

종합병원의 급성 정신병동을 포함시키는 것은 많은 OECD 국가에서 의도적으로 추진해온 것이다(Tansella, 2010). 급성 입원환자진료를 전문병원에서 종합병원으로 돌리는 것은 정신질환에 대한 낙인을 줄이고 정신보건의로와 기타 의료 및 수술부서 간 협력, 긴밀한 관계, 연계성을 장려하는 데 기여할 수 있다. 도표 3.3은 자료를 제공할 수 있는 국가의 경우 인구 10만 명당 공공정신병원 수는 1개 미만이었다. 아일랜드만 예외로 인구 10만 명당 정신병원 수가 1개 이상이었다.

지역사회에서 진료 제공에 초점을 둔 정신보건의로제도에서 입원은 보편적이지 않다. 종합병원에

서 정신진료는 급성진료 기능으로 전환하고 있으며 환자는 안정화된 이후 퇴원하여 지역사회 진료 서비스를 이용하게 된다. 급성 입원환자를 정신진료병동에 입원시키는 기준에는 환자 본인 또는 타인에 대한 위험성, 집중적 관찰 및 진단 필요성, 약물치료 또는 약물을 이용한 안정화, 양성 정신병 증상, 자가 돌봄 결여, 간병인에게 휴식제공, 다른 사건에서 부정적인 영향을 받았는지 여부, 대처역량을 위협하는 환경으로부터 환자 격리 등이 포함된다(Horsfall 등, 2010). 급성 정신진료 입원은 시간외 이용할 수 있는 병동, 시간외진료, 응급부서, 사회경제적 결여, 실업, 환자의 자해 및 타인 위협, 비자발적 입원이력에 대한 평가와 관련이 있다(Horsfall 등, 2010).

도표 3.3. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 정신병상, 2010년



주: OECD Mental Health Questionnaire 2012와 WHO Mental Health Atlas 2011의 응답을 기반으로 OECD가 자료를 수집한 것임. 자료는 표준화되지 않았으며 독립적으로 검증하지 않았음.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012; WHO Mental Health Atlas 2011.

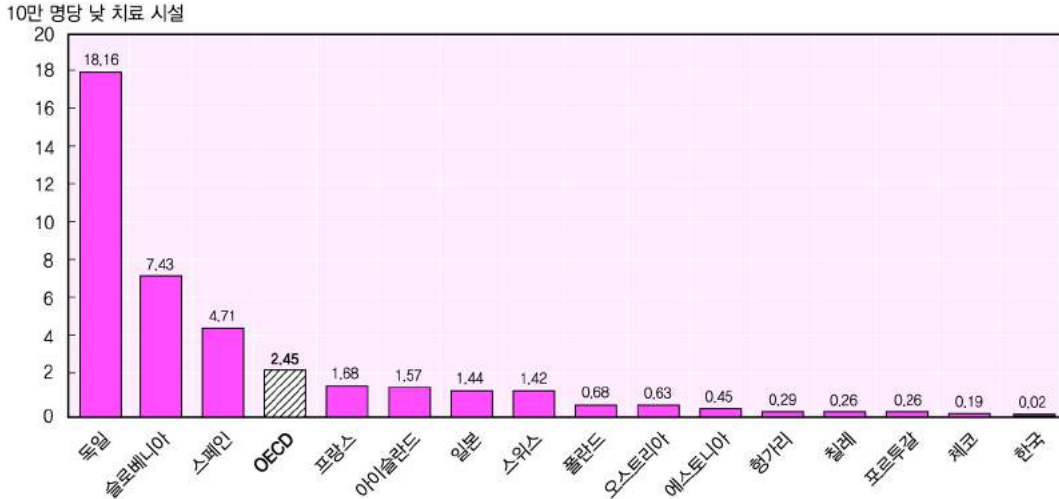
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030458>

낮 병원(day hospital)은 급성 및 중증 정신질환자의 입원에 대한 덜 제한적인 대안이다(Marshall 등, 2011). Marshall 등(2011)의 최근 연구에서는 급성 낮 병원 진료를 입원진료와 비교했고 급성 정신진료를 제공하는 것이 1년 동안 추적손실 및 재입원 관점에서 급성 낮 병원 진료와 효과가 동일하다는 것을 밝혔다. 진료기간(보정일수/월)은 입원진료보다 낮 병원 진료 환자의 경우 더욱 길게 나타났다. 낮 병원에서 치료받는 환자는 입원환자와 비교했을 때 동일한 수준의 치료만족도 및 삶의 질을 보였다. 낮 병원 환자는 치료 막바지에 실업상태일 확률이 적었다. 그러나 낮 병원의 비용효과성에 대해서는 추가적인 자료가 필요하다. 공공 낮 치료시설의 이용가능성은 관련 자료를 제출한 OECD 국가에서도 국가별로 차이를 보였다. 독일의 경우 인구 10만 명당 이용가능한 공공 낮 병원 수가 OECD 평균치보다 6배 정도 높았으며 일부 국가의 경우 낮 치료시설이 인구 10만 명당 1개 미만인 경우도 있었다(도표 3.4).

장기 지역사회 입소보호시설은 정신 관련기관에서 장기입원 및 자기진료를 관리하고 지역사회에서 일상생활을 할 때 추가적인 지원이 필요한 중증 정신질환자에 대응하기 위한 대안으로 제공된다(Thornicroft and Tansella, 2004; MacPherson 등, 2009). 장기 지역사회 입소보호시설에는 1) 직원 수가 많은 호텔, 입소진료시설, 보호소 등 직원이 24시간 대기하는 입소시설, 2) 낮에 직원이 고용되는 호텔

및 주거시설 등 낮 시간에만 직원이 상주하는 입소시설, 3) 최소한의 지원만 제공하는 호텔 및 입소시설로 직원이 방문하는 최소지원 입소시설을 포함한다(본 장 마지막 부분에 수록된 부록 3.A1 참조). 도표 3.5는 자료를 제공할 수 있는 일부 OECD 국가의 공공 지역사회 입소시설 비율을 나타낸 것이다. 공공 지역사회 입소시설이 거의 없다고 보고한 OECD 국가 내에서도 큰 차이가 있었다. 그러나 아일랜드와 아이슬란드의 경우 이러한 시설의 비율이 상대적으로 높았다. 또한 이러한 입소진료 유형의 효과성 및 비용효과성에 대한 근거는 제한적이다(Thornicroft and Tansella, 2004; MacPherson 등, 2009).

도표 3.4. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 낮 치료 시설

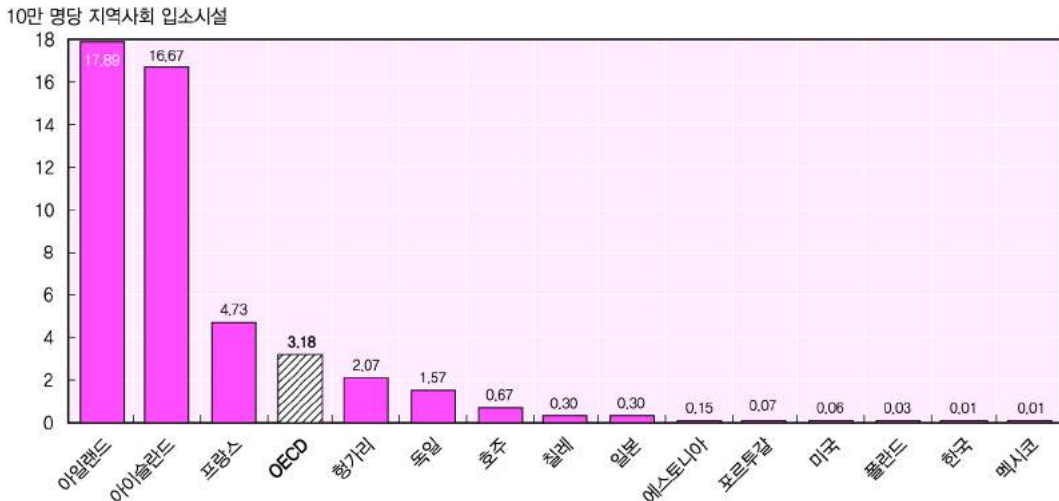


주: OECD Mental Health Questionnaire 2012와 WHO Mental Health Atlas 2011의 응답을 기반으로 OECD가 자료를 수집한 것임. 자료는 표준화되지 않았으며 독립적으로 검증하지 않았음.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012; WHO Mental Health Atlas 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030477>

도표 3.5. 일부 OECD 국가의 10만 명당 공공 지역사회 입소시설



주: OECD Mental Health Questionnaire 2012와 WHO Mental Health Atlas 2011의 응답을 기반으로 OECD가 자료를 수집한 것임. 자료는 표준화되지 않았으며 독립적으로 검증하지 않았음.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012; WHO Mental Health Atlas 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030496>

3.4. 중증 정신질환 치료를 위한 지불제도

제공자 지불제도는 이를 정신보건의료에 적용했을 때 고유한 도전과제에 직면하게 되며, 이번 섹션에서는 일차진료 및 전문의 진료에서 혁신적인 관행을 강조하고자 한다. 정신질환을 더 잘 치료하기 위해 재정적 인센티브는 중요한 도구가 될 수 있다. 예를 들어 재정적 인센티브를 통해 진료의 조정을 개선하고 더 나은 건강결과에 보상을 할 수 있다. 정신보건의료 제공은 각기 다른 진료 환경을 통합하는 방향으로 나아가고 있지만 제공자 지불제도는 분산되어 있고 진료환경에 따라 상이하여 환자의 진료 과정에 있어 조정을 어렵게 한다. 따라서 OECD 국가가 당면한 도전과제는 양질의 효과적이고 통합적인 진료 제공에 인센티브를 제공하고 정신질환 치료환경의 다양성을 반영하는 지불제도를 설계 및 이행하는 것이다.

일차진료 인센티브는 진료의 조정을 장려하고 건강결과를 개선할 수 있다.

일차진료는 중증 정신질환자 진료를 조정할 수 있는 이상적인 기회를 제공하여 신체 및 정신건강 결과를 개선시킨다. 잉글랜드와 호주는 일차진료에서 중증 정신질환에 초점을 둔 인센티브 제도를 도입했다.

2장에서는 잉글랜드의 성과에 따른 수가제 QOF를 설명했다(박스 2.1 참조). 잉글랜드 QOF의 구성요소는 일차진료에서 지속적으로 중증 정신질환을 관리하는 것에 대해 일차적으로 인센티브를 준다. 매년 혈압, HDL 콜레스테롤, 혈당 또는 HbA1C, 체질량지수(body mass index, BMI), 알코올 소비, 65세 미만 여성 자궁경부암 검진 매년 확인 지표 등 중증 정신질환자의 신체건강 모니터링을 강조하고 있다. 따라서 QOF는 중증 정신질환자의 신체적, 정신적 건강 요구를 관리하는 일차진료 제공자에게 어떻게 인센티브를 줄 것인가를 보여주는 구체적인 사례이다. 오늘날까지 QOF가 정신보건의료에 미친 영향평가에 대한 출간 자료가 없어 이러한 인센티브가 더 나은 건강 결과로 이어졌는지 평가하기는 어렵다.

정신전문 간호사 인센티브 프로그램(Mental Health Nurse Incentive Programme, 이하 “MHNIP”)은 2007년 호주에서 도입되어 지역사회기반 일반진료, 민간 정신진료, 원주민 의료서비스(Aboriginal Medical Services, 이하 “AMS”)에 대해 지불하여 정신전문 간호사가 중증 정신질환자를 위한 조정된 임상진료를 제공할 수 있도록 도움을 준다. 정신전문 간호사는 환자의 정신상태, 약물관리를 모니터링하고 다른 보건의료 전문의 및 임상서비스 제공자와의 연결성을 향상시킨다. 정신전문 간호사는 클리닉 또는 환자의 집 등 다양한 환경에서 근무한다. 중증 및 지속적인 정신질환을 앓고 있는 환자에게 제공하는 진료의 수준을 높이고 불필요한 병원입원(재입원)을 줄여주는 동시에 MHNIP의 목표는 일반의와 정신전문의의 업무 부담을 줄여주어 이들이 보다 복잡한 사례에 더 많은 시간을 할애할 수 있도록 하는 것이다(Healthcare Management Advisors, 2012). 최근 프로그램에 대한 평가에 따르면 환자, 간병인, 보건의료 제공자가 해당 프로그램을 강력히 지지하는 것으로 나타났다. 또한 해당 프로그램은 진료의 지속성 향상, 사후관리 향상, 지원에 대한 시의 적절한 접근, 치료계획의 준수 개선 등을 통해 환자 결과에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 입원진료 이용은 감소했고, 환자의 경우 고용이 개선되고 지역사회 기능이 향상되었다. MHNIP는 보건의료 제공자의 업무 부담에 긍정적인 영향을 미쳤다. MHNIP는 병원입원 감소 및 재원일수를 줄여 프로그램 제공 비용에 상

응하는 비용을 줄여주는 효과를 가져와 자원의 효율적인 이용이 가능한 것으로 밝혀졌다(Health Management Advisors, 2012). MHNIP가 초기에 성공하기는 했지만 여전히 MHNIP 서비스의 지리적 격차, 프로그램 지출관련 통제부족, 운영 가이드라인 강화 및 자료수집 보완 등의 개선할 점이 남아 있다. 현재 이 프로그램은 이러한 한계를 극복하기 위해 재설계되고 있지만 호주 정부는 2013-2014년 기간에도 해당 프로그램에 추가적으로 많은 자금을 지원했다.

OECD 국가는 입원환자 정신진료비 지급 시 다양한 지불제도를 이용한다.

OECD 국가는 총액계약제, 포괄수가제, 후지불제, 일당지불제, 행위별수가제(표 3.6) 등 다양한 제 공자 지불방법을 활용하며 이러한 방법은 모두 병원서비스의 양, 질, 생산효율성에 대해 특정 인센 티브를 제공하고 있다(Paris 등, 2010).

표 3.6. 전문의 정신보건의료 서비스 제공에 대한 보상은 어떻게 이루어지는가?

	총액계약제		포괄수가제		후지불제		일당지불제		행위별수가제	
	공공	민간	공공	민간	공공	민간	공공	민간	공공	민간
호주	X					X		X		X
벨기에									X	X
오스트리아	X		X	X					X	X
캐나다	X		X						X	
칠레				X		X			X	X
체코					X				X	
에스토니아									X	X
핀란드							X		X	
프랑스	X	X								
독일										X
헝가리			X							X
아이슬란드										X
아일랜드	X									
이스라엘	X			X						
한국							X	X	X	X
룩셈부르크	X	X								
멕시코	X	X		X						
뉴질랜드	X									
노르웨이	X									
폴란드									X	X
포르투갈	X		X				X	X	X	X
슬로바키아							X	X	X	X
슬로베니아			X						X	
스페인	X									
스위스	X					X	X			

터키	X		X	X				X
영국 (잉글랜드)	X	X	X	X	X	X	X	
미국	X		X	X	X		X (조정된 진료수준인 경우가 있음)	X (조정된 진료수준인 경우가 있음)

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012

총액계약제는 병원이 비용분류 간 자원배분에 더 많은 유연성을 허용하는 것이다. 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이는 총액계약제를 통해 정신보건의로 입원 자료를 제공한다. 총액계약제는 적어도 당기에 더 많은 서비스를 제공하는 데 대해 인센티브를 제공하지 않지만 예산제한이 심한 경우 서비스의 병원 제공은 진료의 요구를 충족시키기에 충분치 않아 대기명부가 만들어진다(Paris 등, 2010).

후지불제는 발생한 모든 병원비용을 보장하는 것으로 체코, 영국, 미국에서 사용하고 있는 방식이다. 하지만 이 제도는 단독으로 사용되는 것이 아니라 다른 지불제도와 혼합해서 사용된다.

포괄수가제는 진단명 기준 환자군(diagnosis related groups, 이하 “DRG”), 행위별수가제(fee for service, FFS)(의료행위나 서비스별 지불), 일당지불제를 포함할 수 있다. 이들 모두 실제 의료행위의 수준과 직접적인 관련이 있으며, 병원에서 제공하는 “생산물(서비스)”마다 정해진 예상비용에 부합한다. 그러나 지불대상 “생산물(서비스)” 정의에서 구별이 된다. 행위별수가제는 주로 임상서비스만 지불한다. 일당지불제는 정의 폭이 넓어 재원일당 제공되는 서비스의 일부 또는 전체를 지불하지만 제공하는 임상서비스의 양과는 상관없이 이뤄진다. 포괄수가제는 전형적으로 병원에서 제공되는 임상 및 비임상 서비스를 모두 지불한다(입원, 간호). 이 세 가지 유형의 지불제는 예상수입이 실제 생산비용과 비슷하거나 이를 초과할 때까지 “생산물(재원, 입원일수 또는 의료행위)”을 더 늘리도록 유인한다(Paris 등, 2010).

포괄수가제의 한 형태인 DRG는 비용억제, 질 향상, 효율적인 서비스 이용 촉진이라는 장점에 급성 입원진료에 널리 사용되고 있다. 그러나 급성 정신서비스에서는 몇 가지 이유 때문에 DRG를 거의 사용하지 않는다. 그 이유를 알아보기 위해 분류와 지불제도 간 관계를 살펴보는 것부터 시작하는 것이 유용할 것 같다.

DRG의 취약한 정신보건의로 분류체계는 바람직하지 못한 인센티브로 이어진다.

DRG기반 지불제도는 보통 정신질환자를 임상적으로 의미 있고 경제적으로 동일하게 분류하는 것이 어렵기 때문에 정신질환 관련 분류체계가 취약할 수밖에 없고, 이는 DRG로 정신질환자 입원 비용 지불하는 것이 어려운 이유이다.

이상적으로 DRG 제도는 아주 중요한 자원이용 결정요인을 분류변수로 간주한다. 이렇게 하지 않으면 상당수의 환자와 병원이 재정위기에 처한 상황에서는 병원에 지불하는 것이 적절하지 않을 수 있다. 제공자가 당면한 위험은 체계적인 위험과 비체계적인 위험으로 구분할 수 있다(Horgan and Jencks, 1987). 체계적인 위험은 DRG로 산출이 안 되거나 잘 포착되지 않는 진료비용에 대해 제공자 간 체계적인 차이가 있는 경우 발생한다. 예를 들어 환자를 치료하는 강도, 치료정책, 진료 스타일 또는 진료 효용성의 차이를 들 수 있다. 비체계적인 위험은 DRG에서 건별 비용의 평균치가 무작위로 변할 때 생겨나는데, 주로 정신진료에 DRG를 적용할 때 발생한다(Horgan and Jencks, 1987). 분류

체계가 미흡하여 제공자가 당면하는 잠재적 난제를 완화하는 방법으로 지불제도는 여러 가지가 혼합될 수 있다(Dada 등, 1992; Cots 등, 2011). 정책적 측면에서 최대 관심사는 비용은 억제하면서 제공자가 수용불가 수준의 재정적 위협에 처하거나 원치 않는 쪽으로 행동하는 것을 방지할 수 있는 지불제도를 마련할 수 있느냐 하는 것이다(Dada 등, 1992).

진단으로 정신입원환자 비용을 예측하기는 어렵다. 왜냐하면 동일한 정신진단이라 하더라도 증상의 정도, 재원일수, 진료비용이 다를 수 있기 때문이다. 따라서 제공자는 미리 지불받은 금액과 진료 후 발생한 비용 간 차액 전부를 감수해야 하므로 재정적으로 불안정한 상태에 빠진다. 그 결과 정신입원환자 비용을 DRG로 지불하면 의도하지 않은 부정적인 결과를 초래할 수 있다. 여기에는 제공자가 비용이 더 많이 드는 중증 정신질환자 치료를 피하는 데 활용되는 “크림 스키밍(cream skimming)”과 “역선택(adverse selection)”이 포함된다. “스키밍(skimming)”은 제공자가 비용을 줄이려고 의료의 질을 낮추는 것이고, 역선택으로는 “덤핑(dumping)”, 즉 부당하게 환자를 다른 진료기관으로 보내는 것이 있다(Mason and Goddard, 2009). 이러한 행위는 진료제공 수준을 떨어뜨릴 뿐만 아니라 높은 비용, 낮은 의료의 질과 환자결과를 초래한다. 협의로 정의된 DRG는 환자비용의 차이를 더 잘 반영하여 제공자의 위험을 줄일 수 있지만 “업코딩(up-coding)”(제공자가 환자를 임상적으로 타당한 수준보다 비용이 더 많이 드는 DRG 그룹으로 분류하는 것) 관행 또는 “DRG 크립(DRG creep)”(환자를 더 많은 비용이 드는 DRG 그룹으로 분류하는 것) 등을 야기하여 과도한 진료가 증가할 수 있다(Cots 등, 2011). 또한 DRG는 정신질환과 같은 만성질환보다는 급성질환에 더욱 적합할 수 있다. 일부 유럽국가에서 DRG 이용은 정신질환에 대한 자금지원 부족으로 이어지기도 했다. 왜냐하면 만성 정신질환 문제와 관련된 모든 비용이 상환율에 반영되는 것은 아니기 때문에 재정지원이 제대로 이뤄지지 않았기 때문이다(Knapp and McDaid, 2007).

일당지불제는 과도한 이용을 막기 위해 재원일수를 고려해야 한다.

일당지불제는 중증 환자의 오랜 재원일수 및 비용을 올리려는 제공자 성향을 고려하지 않는 경우 과도한 이용 및 불필요하게 긴 재원일수를 조장할 수 있다.

미국에서 정신입원시설 선지불제도는(Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System, 이하 “IPF PPS”) 2005년에 도입되어 메디케어에서 보장하는 정신입원환자 서비스와 관련된 진료, 부수적인 비용 및 자본비용을 지불한다. 일당지불액은 환자에 따라 달라진다. 지불액은 연방 정신진료입원일수 평균비용을 이용하여 계산된다. 이 기준금액은 비용 차이를 유발하는 환자(나이, 진단, 동반상병, 재원일수) 및 시설(임금지표, 학력, 시골지역, 생활비, 응급실)의 특징을 고려하여 보정한다(Centers for Medicare & Medicaid Services 2011; Medpac, 2011). 여기서 중요한 것은 이 제도가 최초 재원기간에 지불할 금액을 많이 책정하고 21일 이후부터는 지불액을 줄이는 방식으로 일당지불액을 조정한다는 것이다. 이 지불제는 재정적 목적의 부적절한 조기퇴원 조치를 막고자 “중단된 입원기간 지불정책”도 포함하고 있다. 3일 이내의 재입원은 본래 입원기간의 연속으로 간주한다. 이는 “재입원” 처음 며칠 동안에 최초입원 일당지불액이 적용되는 것이 아니라 퇴원하지 않았다면 받게 되었을, 더 적은 일당지불액을 지급하는 것을 말한다(Medpac, 2011). 또한 기본 일당지불액에서 과세금액의 20%정도를 줄여 제공자의 재정보전 목적의 “예산중립보정(budget neutrality adjustments)” 제도도 있는데, 여기에는 세 가지 방법이 있다(Medpac, 2011). 고액 치료건 지불(outlier payments), 최저소득보장(minimum income guarantee)², 코딩을 제대로 할 경우 이에 합당하게 지불하는 “행위보상(behavioural offset)”이 그것이다. 추산에 따르면 일당지불 방법과 보정계수를 적용할 경우 지불금액

이 많이 달라진다(85%). 더욱이 지불액은 매년 업데이트되며 보정계수는 이용가능한 정보가 충분한 경우 재계산된다. 2009년 1월 이후 모든 유자격 정신진료 제공자는 IPS PPS에 따라 메디케어 환자 진료비를 충분히 지불받고 있다.

독일은 질병의 증상 정도 및 치료의 복잡성을 반영하기 위해 입원 정신진료 제공자 관련 일당지불제를 손보고 있다(Hübener, 2013). 일당비용에 기초하여 성과중심의 고정액을 지불하고자 정신신체의학 통합지불제도(Consolidated Payment System for Psychiatry and Psychosomatics, 이하 “PEPP”)가 도입될 것이다.

OECD 국가는 진료환경에서 독립적인 지불제도를 개발하고 이행할 필요가 있다.

중증 정신질환 관련 통합진료를 장려하기 위해 진료환경과는 독립적인 제공자 지불제도로 나아가 갈 필요가 있다. DRG, 일당지불제, 기타 병원기반 지불제도는 대부분의 OECD 국가 정책목표와는 반대로 지역사회기반 진료를 기관화 쪽으로 움직이게 할 수 있으며 진료경로를 왜곡하고 진료를 통합하려는 노력을 좌절시킬 수 있다. 예를 들어 오스트리아는 DRG 제도를 도입한 이후 외래환자에서 입원환자로 중심이 옮겨가는 것을 볼 수 있었다. 그 이유는 입원환자와 외래환자 진료 간 인터페이스가 부족했고 외래환자 재정지원제도가 병원에서 제공되는 입원환자 서비스 재정지원제도와 상당히 상이했기 때문이다(Kobel and Pfeiffer, 2009).

진료환경과 관계없는 지불제도를 실행하려면 1) 비용 차이를 충분히 반영하기 위해 진단 이외의 구분방법을 설계하고, 2) 지불대상 또는 지불단위를 정의하고, 3) 지불대상에 요금표를 붙이고, 4) 제공자의 좋지 않은 행위를 부추기는 요인을 줄여주는 지불제를 추가로 시행해야 한다. 다음 단락에서 다른 호주, 잉글랜드, 네덜란드의 진료의뢰 사례는 OECD 국가가 어떻게 하면 이와 비슷한 전략을 취할 수 있을지를 보여준다.

호주는 전문의 정신보건의로 서비스의 적절한 비율을 고려하여 국가 사례혼합 분류 개발을 목표로 정신보건의로 분류 및 서비스 비용(Mental Health Classification and Service Cost, 이하 “MH-CASC”) 프로젝트를 1995년에 시작하였다(Buckingham 등, 1998). 해당 프로젝트는 환자 속성, 필요, 서비스 비용 간 잠재적인 관계를 탐구하고 이러한 관계를 자금지원 목적으로 활용할 수 있는지 살펴보았다. 잉글랜드는 최근 개발된 “진료 경로 및 패키지 접근법(Care Pathways and Packages Approach)”은 “탈원화”를 장려하고, 지역사회기반 진료를 경시하는 것을 막기 위해 다양한 진료환경을 포함하는 개별적 진료 패키지를 이용하고 있다. 네덜란드는 별개의 두 가지 제도가 정신보건의료에 자금을 지원한다. 2008년은 2006년 건강보험법에 의해 다른 진료환경에서 제공된 정신진료 및 정신입원진료가 보장된 첫 해로 DRG기반 시스템 또는 진단치료결합(diagnostic treatment combination, 이하 “DBC”)에서 진료비 상환을 한 첫 해이다. DSM 정신질환으로 진단받은 장기 정신질환자는 예외적 의료비용법(Exceptional Medical Expenses Act, 이하 “AWBZ”)에 의해 자금을 지원받았다. 이 법안은 의무적 국가 장기요양보험법이다(Mason and Goddard, 2009).

호주의 MH-CASC 프로젝트의 분류 변수는 정신병 진단(ICD-10코드), 증상 정도 및 기능 정도(HoHNOS 및 기타 평가도구), 진료의 초점(급성 또는 관리), 법적 지위, 건강상태에 영향을 줄 수 있는 요인, 보건의로 서비스 접촉(아동 및 청소년 서비스의 경우에만) 등 환자의 특징에 초점을 둔다. 증상의 정도와 필요가 영국에서 개발된 분류체계를 뒷받침한다. 국가 보건의료 결과척도(Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS)(Wing 등, 1999)와 위험 및 필요 평가요약(Summary of Assessments

of Risk and Need, SARN)(Self 등, 2008)은 개인을 21개의 진료집단 또는 분류그룹으로 분류하기 위해 사용되는 정신보건의료 클러스터링 도구(Mental Health Clustering Tool, 이하 “MHCT”)를 개발하기 위해 사용되었다. 진료 클러스터는 주로 진단만이 아니라 서비스 이용자의 특징에 따라 분류되며 같은 진단도 필요 정도에 따라 각기 다른 클러스터로 분류될 수 있다. 환자를 DBC에 따라 분류하는 것은 진단뿐만 아니라 의료 전문성, 진료 종류, 진료 및 치료 요구측 등에 따라 이루어진다(Swan Tan 등, 2011). 또한 네덜란드는 진료의 강도 및 이차 정신보건의료의 진료 결과를 고려하기 위해 에피소드기반 지불제도를 재정비할 계획이다.

MH-CASC의 산물은 지역사회 및 장기 입원의 경우 진료의 정해진 기간(예: 1개월, 3개월 등)에 따라 정의된 진료 에피소드이다. 완료된 입원 에피소드, 지속적인 입원 에피소드, 지역사회 에피소드, 이렇게 세 가지로 정의되었다. 예비분류 결과 42개 그룹으로 분류되었으며 그중 23개 그룹은 입원환자, 19개는 지역사회에 대한 분류였다. 잉글랜드에서 21 진료 클러스터는 지불이 되는 대상을 정의했다. 이 클러스터는 상호 배타적이며 서비스 이용자는 한 번에 한 클러스터에만 속하게 된다. 만약 다른 클러스터로 이동하는 경우 그 전 클러스터 에피소드는 종료된다. 클러스터는 진료환경에 독립적으로 설계할 수 있다. 단 사람들이 가능한 한 제약이 적은 환경에서 치료받아야 한다는 전제조건이 있다. 각 서비스 이용자에게 대한 평가 및 클러스터 구분 과정 이후에 나오는 진료 패키지와 진료경로는 아직 국가적으로 정의되지 않았기 때문에 개인이 이용할 수 있는 진료 선택사항 개발 재량권은 지방정부에게 있다. 이는 서비스 설계 및 진료계획 과정의 일환으로 개인의 요구사항에 맞게 맞춤형 진료 패키지를 제공할 수 있어 진료 패키지가 조직이 아닌 개인에게 중점을 둘 수 있도록 한다.

네덜란드 DBC 체계에 따라 정의된 “지불대상”은 하나의 진단-치료 조합으로 다양한 병원입원 또는 외래환자 진료가 포함될 수 있다. 따라서 이 시스템은 진료환경과는 별개로 특정 조건에 필요한 치료를 기반으로 그룹을 정의하는 것이 더 이롭다. 예외적 의료비용법(National Act on Exceptional Medical Expenses, AWBZ)은 “Zorgzwaartepakketten(진료 패키지, 이하 “ZZP”)”로 불리며 환자 프로필, 기능 및 주간 환자를 위한 시간(낮 진료 또는 낮 진료를 하지 않고), 진료환경 특징을 포함한다. ZZP 별로 환자 프로필은 특정 환자 집단의 전형적인 특징, 평균 “제약” 평가 점수, 능동적 또는 피동적 정신병 문제 비율, 치료/지원의 핵심 목표 비율을 제공한다. 평균 진료시간은 접촉시간과 비접촉 시간을 기반으로 추산되며 환자의 기능지원, 간호 및 개인진료에 소요된 시간을 포함한다. 낮 진료 및 치료사 이용 역시 각 ZZP에 명시되어 있으며 각 추정치에 요금정보도 포함되어 있다. 13개의 정신보건의료 패키지는 두 개로 구분된다. 하나는 입원환자를 위한 B분류(7개의 의료 패키지)와 다른 하나는 보호소에서 지원이 필요한 환자를 위한 C분류(6개의 의료 패키지)이다.

MH-CASC 프로젝트의 결과 MH-CASC의 전체적인 비용이 호주의 입원 DRG 체계에서 사용되는 정신보건의료 구분보다 높지만 지속적으로 임상적 개선을 해야 하고 연구를 해야 상황을 받을 수 있다는 점이 파악되었다(Whiteford 등, 2000). 보상에 대해 MH-CASC를 사용하지 않기로 결정한 것은 평균 자원사용을 기반으로 한 사례혼합 방법은 재정불안정을 유발할 수 있으며 특히 비용의 차이가 제공자가 통제할 수 있는 범위 밖의 요소에 영향을 미치는 경우 이러한 불안전성은 더욱 커진다. 잉글랜드에서 각 진료 클러스터의 지불은 궁극적으로 평균 지불일 수밖에 없다. 더욱 전문적인 서비스 비용을 지원하기 위해 핵심 클러스터 지불 이외에 “상부” 지불 또는 대체적인 자금지원 수단이 마련되어야 할 것이다. 네덜란드의 DBC 제도에서 요금표는 치료 기간, 받은 치료, 재원일수에 따라 다르며 2005년 실제 사용된 노동, 재료, 자본비용에 근거하고 있다. 제공자는 개입의 유형이나

재원일수에 관계없이 고정요금을 지불받는다. AWBZ에서 각 ZZP는 진료 및 치료사 이용 평균 진료 시간을 추산하여 공지되는 요금 중 최고 요금을 부과한다(Mason and Goddard, 2009).

분류 및 지불제도의 설계에서 가장 핵심은 비용 및 결과에 대한 양질의 자료이다. 전체적으로 현재 병원진료에 대해서는 좋은 비용자료가 존재하지만(1장 참조), 입원환자 및 지역사회기반 진료의 경우 모든 OECD 국가에서 양질의 자료를 얻을 수 있는 것은 아니다. 이는 모든 진료환경을 아우르는 분류 및 지불방법 개발에 걸림돌이 될 수도 있다. 이와 유사하게 비용을 추산하는 변수에 대한 자료는 입원환자의 일상적인 행정자료에서 얻을 수 있지만(예: 퇴원기록), 지역사회기반 진료에서는 찾아보기 힘든 자료이다. 좋은 결과 자료는 비용을 정확하게 추산하고 증상 정도에 따라 사례혼합을 보정하기 위해 필요하다. 예를 들어 잉글랜드의 경우 “진료 경로 및 패키지 접근법”은 국가 보건의료 결과척도(Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS)의 항목을 이용하여 질병의 증상 정도를 파악하고 서비스 이용자를 진료 클러스터 별로 구분했다. 비용을 정확하게 예측할 수 있는 충분한 분류체계를 설계하기 위해서는 모든 관련 변수를 고려할 필요가 있다.

개인예산은 선택권, 자율권 및 개인 맞춤형 진료를 제공하지만 이는 지속가능하지 못한 지출 증가로 이어질 수 있다.

개인예산(personal budget, 이하 “PB”)은 개인에게 직접 금액을 지불하여 개인이 자신의 진료서비스를 구매할 수 있도록 하는 것이다. PB는 이용자 만족도를 높이고 유연성을 도입하며 서비스 활용에 선택을 제공한다는 측면에서 잠재력이 있다. PB가 성공하기 위해서는 서비스 이용자가 지불금을 사용하고 접근하는 데 있어 충분한 정보와 지원을 받을 수 있어야 하며 비용을 통제하고 사기를 방지하기 위한 메커니즘도 존재해야 한다.

잉글랜드에서 정신보건의료의 개인 보건의료예산은 제공된 진료 및 전체 지출규모의 감소 측면에서 상당히 성공적이었다. 개별예산(individual budget, 이하 “IB”) 제도의 초기 평가를 통해 정신보건의료 이용자가 비교집단에 비해 삶의 질이 더 높다고 보고한다는 것을 알아냈다. 이러한 서비스 이용자 중 일부는 기존 제도에서 자신이 이용가능한 서비스를 찾지 못하였기 때문에 이러한 IB가 좀 더 적절한 지원을 받을 수 있는 기회로 보고 있다. 통계적으로 유의하지는 않지만, 자료에 따르면 정신적인 웰빙도 IB 집단에서 더욱 높게 나타난다는 것을 알 수 있다. 또한 IB는 사회적 돌봄 및 정신적 웰빙 결과측정과 관련한 표준적 방법보다 더 비용효과적인 것으로 나타났다(Glendinging 등, 2008). 그러나 사회적 돌봄을 폭넓게 전개한 이후 경험은 이와는 상반되는 결과를 보여주고 있다. 다수의 이용자, 간병인, 보건의료 전문가는 IB가 상당히 관료적이고 IB 사용이 서비스 및 자금지원을 줄이기 위한 눈속임으로 사용될 우려를 제기했다. 이러한 우려는 최근 또는 새로 도입된 재정지원 메커니즘을 잘 다듬고, 이용자, 간병인, 제공자의 불만과 요구를 수용하면서 보정과정을 통해 이들을 지원할 필요성을 강조한다.

1997년 이후 네덜란드에서는 환자가 전문기관 또는 이웃, 친지, 가족 등 비전문가에게 진료를 구매할 때, PB를 이용해왔다. 입소진료가 결정된 환자에게는 평균 43,000유로가 지급되었고, 다른 환자에게는 12,000유로가 지급되어 환자가 부담하는 비용보다 지급액이 더 많았다. PB에 대한 요구는 높은 것으로 드러났다. 2002년과 2010년 사이 PB 가입자 수는 10배 증가하였고, 같은 기간 동안 지출은 평균 연간 23% 증가했다. 책임의식 부족, 통제 메커니즘 결여와 함께 엄격한 자격요건의 부재로 사기사례가 발생했다. 또한 개별예산과 관련된 행정이 복잡하여 규제가 허술하다보니 보건의료

제공자와 IB 가입자 간 중개를 전문으로 하는 기관이 증가했다. 이러한 예측하지 못한 결과로 인해 PB 자격을 제한하기 위한 일련의 조치가 취해졌다. 이로 인해 2014년 1월쯤에는 가정에서 계속 생활하려고 서비스를 이용하고, 다른 보호 또는 입소시설로 이동하지 않아도 되는 사람만이 PB 자격을 유지하거나 신청할 수 있게 된다. 이들은 현재 PB 가입자의 10%에 해당한다. 한편 사기행위를 방지하기 위해 PB 가입자는 PB 전용 통장을 개설하여 거래해야 하고, 서비스 선택 시 전문 중개기관을 이용할 수 없게 된다. 또한 이들은 PB 기금 사용과 관련한 진료계획을 세워야 한다(van Ginneken 등, 2012).

최근 이탈리아 트리에스테(Trieste) 지역 정신보건의료부는 개인 보건의료예산을 사용하는 어려운 환자를 지원하기 위해 상당한 돈을 투자했다. 이러한 개인예산은 비정부기구의 지원으로 마련되었다. 매년 160명이 개인예산을 받는데, 이는 가정, 직장, 사회가 함께 참여하는 회복계획의 목표로서 이 금액은 2011년 정신보건의료부 전체 예산의 18%를 차지했다(Forti, 2014).

3.5. 중증 정신질환자의 고용 및 직업재활

최근 OECD 간행물(2012)은 중증 정신질환자는 정신질환이 없는 사람에 비해 실업률이 6-7배 높아 이들에게 실업이 큰 문제라는 점을 강조했다. 중증 정신질환자의 고용 및 고용유지를 위해 두 가지 폭넓은 접근법이 취해졌다. 하나는 “선교육 후취업(first-train-then-place)”이고 다른 하나는 “선취업 후교육(first-place-then-train)”이다. 이 두 가지 접근법 모두 긍정적인 고용결과가 있기는 하지만 고용지원(supported employment, 이하 “SE”) 방법으로 “선취업 후교육”이 더 잘 알려져 있으며, OECD 국가에서 선호하는 접근법이다. 결과를 제도적으로 개선하는 SE의 주요 특징은 고용과 정신보건의료 서비스를 통합하는 것이다. SE의 성공은 서로 다른 분야 간 협력과 긍정적인 경제상황이다. SE 정책은 중증 정신질환자의 성공적인 고용결과에 내재된 사회인구, 직업, 질병, 사람 관련 다양한 요인을 고려해야 한다.

중증 정신질환자의 직업교육을 지배하는 두 가지 상반되는 원칙

중증 정신질환자의 직업교육을 지배하는 두 가지 상반되는 원칙이 있다. 중증 정신질환자의 직업적 재활에 관한 전통적인 접근법은 “선교육 후취업” 원칙으로 단계적인 접근법을 통해 우선 안전한 환경에서 교육 후 고용되도록 하는 것이다(OECD, 2012). 대부분의 국가가 안전한 직장을 제공하여 개인이 보호되고, 비경쟁적인 환경에서 근무할 수 있도록 하는 반면 “클럽 하우스(club house)”를 제공하여 취업전 교육 및 과도기적 고용 프로그램, 기타 정신개입을 제공하는 국가도 있다(OECD, 2012). 이러한 사전 직업교육 프로그램의 단점은 보통 지원환경 속에서는 상당히 긍정적인 효과를 내지만 이러한 긍정적인 효과를 보호되지 않는 환경에서 재현하기가 어렵다는 것이다. 분명 과도기적 고용의 문제는 이것이 과도기적이고 보통은 감독이 필요하거나 숙련도가 떨어지는 임시 직업을 제공한다는 것이다(OECD, 2012). 선교육 후취업 원칙은 사전직업교육에서 효과를 볼 수 있는 사람에게는 도움이 되는 반면 과도기적 고용 개입에서 자신감을 얻어 실패의 두려움을 줄이고 고용될 수 있도록 도움을 받는 사람도 있다. 지난 20년 동안 새로운 선취업 후교육 패러다임이 진화해왔고 이는 “고용지원”으로 분리되었다(OECD, 2012; Clark and Sammaliev, 2005). 고용지원(supported employment)은 중증 정신질환자가 지역사회에서 경쟁적인 일자리를 찾을 수 있도록 지원한다. 근거기반의 고용지원은 7개의 핵심원칙으로 특징지어 질 수 있으며 그 내용은 박스 3.1에 기술되어 있다.

박스 3.1. 고용지원(supported employment, SE) 원칙

- 제로 제외정책. 장애가 있는 모든 사람은 사전 교육 없이 지역사회에서 경쟁적인 일자리에 근무할 수 있다. SE 참여의 유일한 사전조건은 고객이 일할 의지가 있어야 한다는 것이다. 어느 누구도 진단, 증상, 근무이력, 물질남용, 인지장애 또는 기타 문제로 배제되지 않는다.
- 직업적 재활 및 정신보건의료 서비스의 통합. SE를 치료 및 기타 재활 서비스와 조정 및 연계하는 것은 고객이 직업적 목표를 추구하기 위해 필요하다. 이는 고용 전문가가 다른 전문가와 함께 협력하거나 모든 사람이 참여하는 가운데 정기적인 회의를 소집하는 방법으로 달성할 수 있다. 이러한 회의는 약물 부작용, 지속적인 증상, 인지장애 및 기타 재활 필요 등 근로와 관련된 임상적, 재활적 문제를 토론할 수 있는 장이다.
- 고객의 선호도도 중요하다. 직업적 목표, 지원 및 시간은 근로유형, 근로환경, 근무시간, 기타 직업적 특징, 정신질환의 공개여부 등과 관련하여 고객의 선호도에 맞추어야 한다.
- 빠른 일자리 검색. 고객 자신이 선택한 일자리를 신속하게 구할 수 있도록 평가는 최소화한다. 직접적으로 일자리 검색을 지원하기 위해 고용 전문가가 고객 선호도가 포함된 직업 프로파일을 검토한다. SE는 오랜 기간 동안 고용전 평가와 교육을 요구하지 않는다.
- 일반적인 유급고용이 목표이다. SE 전문가는 각 고객이 지역사회에서 최소임금 이상을 지불하는 일반적인 시간제근로 또는 전일제 일자리를 찾는 것을 지원하도록 약속한다. 일반적인 일자리란 사회의 모든 사람이 지원할 수 있는 일자리를 의미한다. SE 모형은 여러 이유에서 일반적인 일자리 지원을 지지한다. 고객이 유급근로를 선호하고 이러한 일자리는 낙인을 줄일 수 있으며 자신감을 높여주고 주류의 삶이 가능하도록 해주기 때문이다.
- 시간제한이 없는 지원. 고용 전문가의 목표는 고객이 자신의 직업 역할에서 가능한 한 빨리 독립하면서 필요한 경우 지원 및 지지를 받을 수 있도록 하는 것이다. 일부 고객의 경우 오랜 기간의 지원이 필요하지만 시간이 지날수록 이러한 지원 정도는 서서히 감소한다. 따라서 고객 자신이 요청하지 않는 한 SE 서비스는 중단되지 않는다.
- 수당 조연. 수당 조연가가 고객이 수당 자격을 박탈당하지 않고 얼마나 많은 돈을 벌 수 있는지 계산하는 데 도움을 준다. 또한 고객 및 간병인에게 수당자격요건, 소득 상한선, 근로 인센티브 및 고용수당 관련 기타 문제와 규율을 조언한다.

출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

고용지원은 일반적인 근무환경에서 고객이 일할 수 있도록 하는 데 매우 효과적인 것으로 나타났지만, 제약사항이 없는 것은 아니었다(OECD, 2012). SE 프로그램은 대개 서비스 산업에서 새로운 일자리를 찾아주고 있고, 고객의 절반 정도는 6개월 이내에 직장을 그만둔다. 보통 이들은 사회보장 혜택을 받을 수 없게 되는 상황을 막기 위해 전일제로 근무하지 않는다. 또한 고용지원 프로그램은 단편적인 자금지원 등 이행장벽으로 인해 생각보다 널리 확산되지 않았으며 이는 단편적인 서비스 제공으로 이어졌다. 또 다른 주요 장벽은 환자가 직업서비스를 받을 필요성을 과소평가하는 치료사들의 생각이다(OECD, 2012).

중증 정신질환자 고용촉진정책은 정신보건의료제도에 통합되어야 한다.

중증 정신질환자의 고용을 촉진 및 지원하는 정책과 서비스는 긍정적인 결과를 도출하기 위해 정신보건의료제도에 통합될 필요가 있다. SE는 훌륭한 고용결과를 가져왔다. 지원을 받은 고객 중 50%정도는 12-18개월 동안 유급근로를 할 수 있었으며 이는 다른 직업적 개입에서 유급근로 비율이 15-20%라는 점을 감안했을 때 여러 측면에서 혁신적인 것이다(OECD, 2012). SE는 중증 정신질환자

가 일반적인 경쟁 환경에서 근무할 수 있다고 가정하고 정신보건의료와 고용서비스 통합을 적극적으로 장려했다(OECD, 2012). 연구에서는 이러한 통합 증진이 고객의 결과개선에 중추적이라고 밝혔다. Henry 등은 한 연구(2004)에서 개인고용지원(Individual Placement and Support, 이하 “IPS”) 모델을 기반으로 이에 참여하지 않는 환자의 임상결과와 비교하여 SE 프로그램에 가입된 고객의 입원 및 응급서비스 방문을 관찰했다. 입원 및 응급서비스 방문 감소는 더 규칙적인 보건의료 서비스를 제공 받는 SE 고객에게 나타났다. 서로 상호작용적인 결과는 일부 축소되었지만 고객의 기능이 통제된다면 이 효과는 그다지 크지 않을 것이다. SE 참여 및 정신보건의료 서비스의 상호작용은 서비스 통합의 척도가 될 수 있으며 이는 정신보건의료와 고용서비스를 통합하는 것이 고객 결과의 증진으로 이어진다는, 이 보고서의 가정을 뒷받침해줄 수도 있다.

SE 정책은 국가 경제를 고려한 부문간 접근법을 채택해야 한다.

중증 정신질환자의 고용결과를 극대화하기 위해 SE 정책은 반드시 고용, 건강 및 사회적 복지 부문에서 통합되어야 하며 이러한 부문의 국가별 상황을 고려해야 한다.

SE 프로그램을 국가별로 비교하면 이들이 국가 상황에 얼마나 의존하고 있고 어떠한 경제적 환경이 좋은 것인지에 대한 통찰력을 얻을 수 있다. Burns와 Catty는 한 연구(2008)에서 IPS의 무작위 통제와 높은 수준의 교육 직업재활훈련 비교(EQOLISE)를 6개 유럽 국가(네덜란드, 영국, 이탈리아, 불가리아, 독일, 스위스)를 대상으로 실시했다. 이들 국가의 노동시장과 보건의료 및 사회보호 조건은 매우 달랐다. 정신병을 앓고 있는 312명의 개인은 질병기간이 최소 2년이 되고 1년은 지속적인 실업상태, 최근 6개월 동안 정신보건의료 서비스를 받았다는 조건으로 연구에 참여했다. 연구결과 18개월 동안 추적 끝에 IPS 참여자 중 절반이상(54.5%)은 적어도 하루 이상 일을 했고 직업서비스 환자의 경우 그 비율은 4분의 1이상이었다(27.6%). IPS 참여자들은 재입원율이 적었다. 그러나 IPS 개입의 성공은 외부 경제적인 요인과 무관한 것은 아니었으며 IPS 효과성은 지역 실업률 및 국가경제성장, 고용전반에 영향을 미치는 복지정책에 따라 달랐다. Knapp 등(2013)은 두 결과를 이용해 EQOLISE의 비용효과성에 대해 분석했다. 하나는 경쟁적인 환경에서 일한 추가 일수이고 다른 하나는 하루 이상 일한 개인의 추가 백분율이었다. 분석결과 IPS는 적은 비용으로 대안적인 교육 및 직업서비스를 제공하는 것에 비해 보건 및 사회돌봄 제도 전반에 더 나은 결과를 가져다주는 것으로 나타났다. 이러한 패턴은 5-6개 유럽지역의 부분적인 분석에서도 나타났다(네덜란드 제외). 결론적으로 표준적 직업재활 서비스와 비교하여 IPS는 비용절감을 해줄 수도 있고 중증 정신질환자를 경쟁적인 고용으로 끌어들이는 데 더욱 비용효과적이다(Knapp 등, 2013).

고용정책은 더 나은 근로결과를 가져다주는 중요요소를 인식해야 한다.

개선된 근로결과는 사회인구, 근로, 질병, 사람 관련 변수와 관계가 있다. 중증 정신질환자의 고용결과를 개선하기 위해서는 고용정책에서 이러한 요소를 고려하고 다측면적인 접근법을 취해야 한다. 사회인구적 요인 측면에서 교육수준은 중요한 역할을 한다. 교육수준이 높을수록 직업재활에서 고용전망이 좋아진다. 이전에도 설명했듯이 중증 정신질환은 일찍 발병하여 교육성과에 영향을 줄 수 있다. 따라서 조기개입 및 예방 노력이 학교에서 집중적으로 이루어지기도 한다(6장 참조). 연령에 따른 연구결과는 상반되는 내용이 있고 특정 정신질환에 따라 다를 수 있지만 보통 젊은 연령에서 더 나은 고용결과가 나오고 성 역할의 영향은 분명하지 않은 것으로 나타났다(OECD, 2012). 고용이력은 질병 전 고용 상승 및 더 나은 근로 결과와 관련된 사회적 기능에 중요한 역할을 하며 사

회적 기술은 성공적인 고용 및 유지에 중요한 요소이다(OECD, 2012). 마지막으로 질병관련 요인은 고용결과에 막중한 영향을 미친다. 발병이 뒤늦게 일어나고 짧게 지속되는 경우 결과가 더 좋다. 진단과 관련하여 정신분열 장애는 예후가 좋지 않으며 기분장애의 경우 예후가 좋다. 그러나 본 연구의 취약점은 인구에서 유병률이 낮은 조현병에 집중되어 있다는 것이다. 질병의 증상은 지속적으로 인지능력이 상실되는 것과 비교하여 급작스러운 이상 징후를 통해 예측가능하다. 인지부족은 직업 재활에 있어 부정적인 요인으로 특히 기억력 감퇴 및 지식, 사회적 식별 능력에 영향을 준다. 그러나 이는 재활연구의 조현병 편향에서 온 결과일 수도 있다. 질병관련 요인이 고용결과에 미치는 가장 큰 영향을 고려했을 때 직업적 재활을 전문 정신치료로 통합할 시급성이 강조되고 있다(OECD, 2012). 통합개선은 고용과 긍정적으로 연관된 중증 정신질환자의 비직업적인 결과인 재입원을 감소, 증상완화, 자신감 및 인지능력 향상으로 이어질 수 있다.

3.6. 결론

중증 정신질환자에게 높게 나타나는 신체 동반상병은 환자와 정신보건의료 전문가를 대신하여 행동 및 태도에 변화가 필요하고 신체적, 정신적 진료의 통합을 강화할 필요성을 재차 인식시켜준다. 모든 OECD 국가가 수용할 수 없을 정도로 중증 정신질환자에게 나타나는 높은 신체질병 비율을 해결하기 위해 추가적인 조치를 취해야 한다. 중증 정신질환자의 지속적인 진료 및 치료와 관련하여 일반의가 해야 할 역할도 있고, 일차진료 및 전문의 진료 간 조정이 효과적, 효율적, 높은 수준의 진료를 제공하는 데 중추적이다.

많은 OECD 국가에서 전문 정신보건의료 대다수는 다진료분야로 구성된 팀이 지역사회기반 환경에서 제공되며 입원진료는 주로 강도 높은 지원이 필요한 사람에게 제공된다. 그러나 정신진료용 병상 수에서는 OECD 국가별로 큰 차이를 보였고 입원진료는 일부 국가에서 진료제공에 중추적인 역할을 담당하기도 했다. 정신보건의료 분야에서 외래환자(일차진료 포함) 및 입원환자 진료 간 통합이 증진되기는 했지만 제공자 지불은 여전히 진료환경 및 제도에 따라 큰 차이를 보였다. 균형 잡힌 진료체계를 유지하고 적절한 인센티브를 구축하기 위해 일부 국가는 진료환경에 관계없는 지불제도를 구축할 필요성이 있었다. 이러한 체계를 성공적으로 설계 및 이행하기 위해서는 비용과 결과에 대한 양질의 자료가 필수적이다. 일차진료 제공자 진료체계는 정신질환의 지속적인 관리에 인센티브를 제공하고, 진료의 지속성과 조정을 장려하며, 중증 정신질환자의 신체적 질병 치료를 더 잘 지원할 수 있도록 해준다. 중증 정신질환자의 신체적 질병을 개선하면 이들의 고용가능성과 생산성이 증진되고 직업재활 및 교육훈련 프로그램의 효과성이 증대될 것이다.

주석

1. 일본의 정신보건의료제도는 제공에 있어 민간부문의 비율이 높다는 것이 특징이다. 정신보건의료 서비스 중 80% 이상이 민간 부문에서 제공된다(Ng 등, 2010).
2. 3년의 과도기 기간 동안(2005-2008년) 총 PPS 지불이 이전의 “합리적인 비용” 제도에서 받았던 지불금액의 70%미만이 되지 않도록 기존 제공자의 최저소득을 보장해주었다.

참고문헌

- Berren, M.R., J.M. Santiago, M.R. Zent and C.P. Carbone (1999), "Health Care Utilization by Persons with Severe and Persistent Mental Illness", *Psychiatric Services*, Vol. 50, No. 4, pp. 559-561.
- Borba, C.P., L. DePadilla, F.A. McCarty, S.A. von Esenwein, B.G. Druss and C.E. Sterk (2012), "A Qualitative Study Examining the Perceived Barriers and Facilitators to Medical Healthcare Services Among Women with a Serious Mental Illness", *Womens Health Issues*, Vol. 22, No. 2.
- Bosanac, P., G.C. Patton and D.J. Castle (2010), "Early Intervention in Psychotic Disorders: Faith Before Facts?", *Psychological Medicine* Vol. 40, No. 3, pp. 353-358.
- Bradshaw, T. and R. Pedley (2012), "Evolving Role of Mental Health Nurses in the Physical Health Care of People with Serious Mental Health Illness", *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 21, No. 3, pp. 266-273.
- Buckingham, B., P. Burgess, S. Solomon, J. Pirakis and K. Eager (1998), "Developing a Casemix Classification for Mental Health Services. Vol. 1 Main Report", Report of a Project funded by the Department of Health and Family Services under the National Mental Health Strategy and the Casemix Development Program, Commonwealth Department of Health and Family Services, Canberra.
- Burns, T. and J. Catty (2008), "IPS in Europe: The EQOLISE Trial", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31, No. 4, pp. 313-317.
- Castle, D.J. (2012), "The Truth, and Nothing but the Truth, About Early Intervention in Psychosis", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 46, No. 1, pp. 10-13.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), "Medicare Program; Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System Payment Update for Rate Year Beginning 1 July 2011 (RY 2012)", Federal Register 76, No. 8, Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Centre for Mental Health (2011), "Pathways to Unlocking Secure Mental Health Care", Centre for Mental Health, London.
- Clark, R.E. and M. Sammaliev (2005), "Psychosocial Treatment in the 21st Century", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 28, No. 5, pp. 532-544.
- Cots, F., P. Chiarello, X. Salvador, S. Castells and W. Quentin (2011), "DRG-based Hospital Payment: Intended and Unintended Consequences", in R. Busse, A. Geissler, W. Quentin and M. Wiley (eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Open University Press, England.
- Crompton, D., A. Groves and J. McGrath (2010). "What Can We Do to Reduce the Burden of Avoidable Deaths in Those with Serious Mental Illness?", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 19, No. 1, pp. 4-7.
- Dada, M., W.D. White, H.H. Stokes and P. Kurzeja (1992), "Prospective Payment for Psychiatric Services", *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol. 17, No. 3, p. 483.
- De Hert, M., D. Cohen, J. Bobes, M. Cetkovich-Bakmas, S. Leucht, D. M. Ndeti, J. W. Newcomer, R. Uwakwe, I. Asai, H. J. Moller, S. Gautam, J. Detraux and C.U. Correll (2011a), "Physical Illness in Patients with Severe Mental Disorders. II. Barriers to Care, Monitoring and Treatment Guidelines, Plus Recommendations at the System and Individual Level", *World Psychiatry* Vol. 10, No. 2, pp. 138-151.
- De Hert, M., C.U. Correll, J. Bobes, M. Cetkovich-Bakmas, D. Cohen, I. Asai, J. Detraux, S. Gautam, H.J. Moller, D.M. Ndeti, J.W. Newcomer, R. Uwakwe and S. Leucht (2011b), "Physical Illness in Patients with Severe Mental Disorders. I. Prevalence, Impact of Medications and Disparities in Health Care", *World Psychiatry* Vol. 10, No. 1, pp. 52-77.
- Department of Health (2011), "Mental Health Clustering Booklet", Department of Health, Leeds.

- Dieterich, M., C.B. Irving, B. Park and M. Marshall (2010), "Intensive Case Management for Severe Mental Illness", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 10.
- Drapalski, A.L., J. Milford, R.W. Goldberg, C.H. Brown and L.B. Dixon (2008), "Perceived Barriers to Medical Care and Mental Health Care Among Veterans with Serious Mental Illness", *Psychiatric Services*, Vol. 59, No. 8, pp. 921-924.
- Essock, S.M., L.K. Frisman and N.J. Kontos (1998), "Cost-effectiveness of Assertive Community Treatment Teams", *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 68, No. 2, pp. 179-190.
- Forti, A. (2014), "Mental Health Analysis Profile: Italy", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
- Forti, A. et al. (2014), "Mental Health Analysis Profile: The Netherlands", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
- Glendinning, C., D. Challis, J. Fernandez, S. Jacobs, K. Jones, M. Knapp, J. Manthorpe, N. Moran, A. Netten, M. Stevens and M. Wilberforce (2008), "Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report", Social Policy Research Unit, University of York, York.
- Happell, B., D. Scott and C. Platania-Phung (2012), "Perceptions of Barriers to Physical Health Care for People with Serious Mental Illness: A Review of the International Literature", *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 33, No. 11, pp. 752-761.
- Healthcare Management Advisors (2012), "Evaluation of the Mental Health Nurse Incentive Programme Final Report", Healthcare Management Advisors Pty Ltd, Adelaide.
- Henry, A.D., A.M. Lucca, S. Banks, L. Simon and S. Page (2004), "Inpatient Hospitalizations and Emergency service Visits Among Participants in an Individual Placement and Support (IPS) Model Program", *Mental Health Services Research*, Vol. 6, No. 4, pp. 227-237.
- Hewlett, E., S. O'Connor, M. Borowitz and T. Kendall (forthcoming), "Mental Health in Korea", *OECD Review and Recommendations*, OECD Publishing, Paris.
- Holloway, F. and J. Carson (1998), "Intensive Case Management for the Severely Mentally Ill. Controlled Trial", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 172, pp. 19-22.
- Horgan, C. and S.F. Jencks (1987), "Research on Psychiatric Classification and Payment Systems", *Medical Care*, Vol. 87, No. 25, pp. 22-36.
- Horsfall, J., M. Cleary and G.E. Hunt (2010), "Acute Inpatient Units in a Comprehensive (Integrated) Mental Health System: A Review of the Literature", *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 31, No. 4, pp. 273-278.
- Hubener, F. (2013), "Financial Reforms Could Worsen German Psychiatric Care", *The Lancet*, Vol. 381, No. 9865, p. 440.
- Jacobs, R. and E. Barrenho (2011), "Impact of Crisis Resolution and Home Treatment Teams on Psychiatric Admissions in England", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, No. 1, pp. 71-76.
- Johansen, I.H., T. Morken and S. Hunskaar (2010), "Contacts Related to Mental Illness and Substance Abuse in Primary Health Care: A Cross-sectional Study Comparing Patients' Use of Daytime Versus Out-of-hours Primary Care in Norway", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 28, No. 3, pp. 160-165.
- Jones, C., D. Hacker, I. Cormac, A. Meaden and C.B. Irving (2012), "Cognitive Behaviour Therapy Versus Other Psychosocial Treatments for Schizophrenia", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4.
- Karow, A., J. Reimer, H.H. Konig, D. Heider, T. Bock, C. Huber, D. Schottle, K. Meister, L. Rietschel, G. Ohm, H. Schulz, D. Naber, B.G. Schimmelmann and M. Lambert (2012), "Cost-effectiveness of 12-month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients with Schizophrenia Treated with Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial)", *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 73, No. 3.

- Kaufman, E.A., M.G. McDonell, M.A. Cristofalo and R.K. Ries (2012), “Exploring Barriers to Primary Care for Patients with Severe Mental Illness: Frontline Patient and Provider Accounts”, *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 33, No. 3, pp. 172-180.
- Kent, A. and T. Burns (2005), “Assertive Community Treatment in UK Practice: Revisiting... Setting Up an Assertive Community Treatment Team”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 11, No. 6, pp. 388-397.
- Kilbourne, A.M., D.E. Greenwald, M.S. Bauer, M.P. Charns and E.M. Yano (2012), “Mental Health Provider Perspectives Regarding Integrated Medical Care for Patients with Serious Mental Illness”, *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 39, No. 6, pp. 448-457.
- Killaspy, H., P. Bebbington, R. Blizard, S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling and M. King (2006), “The REACT Study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London”, *British Medical Journal*, Vol. 332, No. 7545, pp. 815-820.
- Killaspy, H., S. Kingett, P. Bebbington, R. Blizard, S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling and M. King (2009), “Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment: 3-year Outcomes”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 195, No. 1, pp. 81-82.
- Knapp, M. and D. McDaid (2007), “Financing and Funding Mental Health Care Services”, in M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos and G. Thornicroft (eds.), *Mental Health Policy and Practice across Europe*, Open University Press, England.
- Knapp, M., A. Patel, C. Curran, E. Latimer, J. Catty, T. Becker, R.E. Drake, A. Fioritti, R. Kilian, C. Lauber, W. Rossler, T. Tomov, J. van Busschbach, A. Comas-Herrera, S. White, D. Wiersma, and T. Burns (2013), “Supported Employment: Cost-effectiveness Across Six European Sites”, *World Psychiatry*, Vol. 12, No. 1, pp. 60-68.
- Kobel, C. and K.P. Pfeiffer (2009), “Financing Inpatient Health Care in Austria”, *EuroObserver*, Vol. 11, No. 4, pp. 7-8.
- Kohn, R., S. Saxena, I. Levav and B. Saraceno (2004), “The Treatment Gap in Mental Health Care”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 82, pp. 858-866.
- Lawrence, D., K.J. Hancock and S. Kisely (2013), “The Gap in Life Expectancy from Preventable Physical Illness in Psychiatric Patients in Western Australia: Retrospective Analysis of Population Based Registers”, *British Medical Journal*, Vol. 346.
- MacPherson R, T.R. Edwards, R. Chilvers, C. David and H.J. Elliott (2009), “Twenty-four Hour Care for Schizophrenia”, *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, No. 2.
- Malone, D., S. Marriott, G. Newton-Howes, S. Simmonds and P. Tyrer (2007), “Community Mental Health Teams (CMHTs) for People with Severe Mental Illnesses and Disordered Personality”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3.
- Marshall, M. and J. Rathbone (2011), “Early Intervention for Psychosis”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6.
- Marshall, M., R. Crowther, W.H. Sledge, J. Rathbone and K. Soares-Weiser (2011), “Day Hospital Versus Admission for Acute Psychiatric Disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 12.
- Mason, A. and M. Goddard (2009), “Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS”, *CHE Research Paper*, No. 50, University of York, United Kingdom.
- McCrone, P., T.K. Craig, P. Power and P.A. Garety (2010), “Cost-effectiveness of an Early Intervention Service for People with Psychosis”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 196, No. 5, pp. 377-382.
- McCrone, P., S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling, A. Sandor, J. Hout, N. McKenzie, M. Thompson and P. Bebbington (2009), “Economic Evaluation of a Crisis Resolution Service: A Randomised Controlled Trial”,

- Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 18, No. 1, pp. 54-58.
- McGorry, P.D. (2012), "Truth and Reality in Early Intervention", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 46, No. 4, pp. 313-316.
- McGorry, P.D. (2011), "Pre-emptive Intervention in Psychosis: Agnostic Rather than Diagnostic", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 45, No. 7, pp. 515-519.
- McGorry, P.D. (2008), "Is Early Intervention in the Major Psychiatric Disorders Justified? Yes", *British Medical Journal*, Vol. 337.
- Medpac (2011), "Psychiatric Hospital Services Payment System", Medpac, Washington, DC.
- Minsky, S., R.S. Etz, M. Gara and J.I. Escobar (2011), "Service Use Among Patients with Serious Mental Illnesses Who Presented with Physical Symptoms at Intake", *Psychiatric Services*, Vol. 62, No. 10, pp. 1146-1151.
- Morden, N.E., L.A. Mistler, W.B. Weeks and S.J. Bartels (2009), "Health Care for Patients with Serious Mental Illness: Family Medicine's Role", *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 22, No. 2, pp. 187-195.
- Murphy, S, Irving C.B., C.E. Adams and R. Driver (2012), "Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 5.
- Ng, C., Y. Setoya, A. Koyama and T. Takeshima (2010), "The Ongoing Development of Community Mental Health Services in Japan: Utilizing Strengths and Opportunities", *Australasian Psychiatry*, Vol. 18, No. 1, pp. 57-62.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), "Schizophrenia Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care", *NICE Clinical Guideline* No. 82, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- OECD (2013), *OECD Health Statistics 2013*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbmr-en>.
- Parks, J., D. Svendsen, P. Singer and M.E. Foti (2006), "Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness", National Association of State Mental Health Program Directors (NA SMHPD) Medical Director's Council, Alexandria, United States.
- Pelosi, A. (2008), "Is Early Intervention in the Major Psychiatric Disorders Justified? No", *British Medical Journal*, Vol. 337.
- Rathod, S. and D. Turkington (2005), "Cognitive-behaviour Therapy for Schizophrenia: A Review", *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 18, No. 2, pp. 159-163.
- Robson, D. and R. Gray (2007), "Serious Mental Illness and Physical Health Problems: A Discussion Paper", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 44, No. 3, pp. 457-466.
- Rosen, A., K.T. Mueser and M. Teesson (2007), "Assertive Community Treatment – Issues from Scientific and Clinical Literature with Implications for Practice", *Journal of Rehabilitation Research and Development*, Vol. 44, No. 6, pp. 813-825.
- Ruggeri, M., M. Leese, G. Thornicroft, G. Bisoffi and M. Tansella (2000), "Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 177, pp. 149-155.
- Self, R., J. Painter and R. Davis (2008), "A Report on the Development of a Mental Health Currency Model (including suggestions on the development and testing of PbR tariffs)", Department of Health, London.

- Singh, S.P. and H.L. Fisher (2005), “Early Intervention in Psychosis: Obstacles and Opportunities”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 11, No. 1, pp. 71-78.
- Swan Tan, S., M. van Ineveld, K. Redekop and L. Hakkaart-van Roijen (2011); “The Netherlands: The Diagnose Behandelings Combinaties”, in R. Busse, A. Geissler, W. Quentin and M. Wiley (eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Open University Press, England.
- Tansella, M. (2010), “Alternatives to Standard Acute Inpatient Care for People with Mental Disorders: From Systematic Description to Evaluative Research”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 197, Suppl. 53, pp. s1-s3.
- The Lancet* (2013), “Smoke Alarm: Mental Illness and Tobacco”, *The Lancet*, Vol. 381, No. 9872, p. 1071.
- Thornicroft, G. and M. Tansella (2004), “Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care: Overview of Systematic Evidence”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 185, pp. 283-290.
- Turkington, D. and P.J. McKenna (2003), “Is Cognitive-behavioural Therapy a Worthwhile Treatment for Psychosis?”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 182, No. 6, pp. 477-479.
- Valmaggia, L.R., P. McCrone, M. Knapp, J.B. Woolley, M.R. Broome, P. Tabraham, L.C. Johns, C. Prescott, E. Bramon, J. Lappin, P. Power and P.K. McGuire (2009), “Economic Impact of Early Intervention in People at High Risk of Psychosis”, *Psychological Medicine*, Vol. 39, No. 10, pp. 1617-1626.
- Van Ginneken, E., P.P. Groenewegen and M. McKee (2012), “Personal Healthcare Budgets: What Can England Learn from the Netherlands?”, *British Medical Journal*, Vol. 344:1383.
- Vasudev, K. and B.V. Martindale (2010), “Physical Healthcare of People with Severe Mental Illness: Everybody’s Business!”, *Mental Health in Family Medicine*, Vol. 7, No. 2, pp. 115-122.
- Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler and T.M. Laursen (2011), “Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, No. 6, pp. 453-458.
- Whiteford, H., I. Thompson and D. Casey (2000), “The Australian Mental Health System”, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, pp. 403-417.
- WHO – World Health Organization (2013), *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000-2011*, WHO, Geneva.
- WHO (2011), *Mental Health Atlas 2011*, WHO, Geneva.
- WHO (2008), *WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*, WHO, Geneva.
- Wing, J.K. et al. (1996), “Honos: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development: July 1993-December 1995”, Royal College of Psychiatrists, London.

부록 3.A1

정신보건의료 시설 및 지역사회팀 정의

이 장에서 국가 간 비교가능성을 높이기 위하여 다음과 같이 용어를 정의했다(OECD 정신보건의료 설문지 2012에서 차용한 정의임.)

정신보건의료 외래환자 시설: 외래환자 중심으로 정신질환 및 관련 임상문제를 관리하는 데 초점을 두는 시설. 이러한 시설에는 정신보건의료 관련 특별 훈련을 받은 보건의료 제공자가 고용된다(WHO, 2011).

정신보건의료 낮 치료시설: 낮 시간 동안 이용자에게 진료를 제공하는 시설. 이런 시설은 보통 동시에 여러 이용자에게 진료를 제공할 수 있으며 직원과의 1대1 접촉이나 치료받는 시간 외에도 시설에 머무를 수 있다. 일주일에 하루나 하루 이상, 하루에 만나질 또는 하루 종일(4-8시간) 머무른다(WHO, 2011).

종합병원 정신병동: 정신질환자의 진료를 위해 별도로 마련한 종합병원의 병동(WHO, 2011).

지역사회 입소시설: 병원이 아닌 지역사회기반 정신보건의료 시설로 정신질환자가 밤사이 머무를 수 있는 시설이다. 보통 이러한 시설은 집중적인 의료적 개입이 필요하지 않은, 비교적 안정적인 상태의 정신질환자에게 적합하다(WHO, 2011).

정신병원(정신치료병원): 병원기반 전문시설로 중증 정신질환자에게 입원진료 및 장기 입소 서비스를 제공한다. 보통 이러한 시설은 다른 보건의료제도와 연계성이 있을 수는 있지만 독립적이고 단 독립적이다. 전문성 수준은 상당한 차이가 있다. 어떤 경우 장기 입소 서비스만 제공되는 경우도 있고 어떤 경우는 전문적인 단기 서비스를 제공하는 곳도 있다(WHO, 2011).

지역사회기반 정신질환 입원환자 병동: 지역사회기반 시설에서 정신질환 입원진료를 제공하는 정신보건의료 병동. 이러한 병동은 보통 종합병원에 위치하고 있지만 지역사회 센터 부속시설 형태로 병상이 제공되기도 한다. 지역사회기반 병상은 보통 급성 문제가 있는 환자에게 제공되며 재원기간은 보통 짧다(몇 주에서 몇 달)(WHO, 2008).

법의학시설: 정신질환이 있는 사람이 범죄 및 사법제도와 연관된 경우 활용되는 시설. 이를 안전 시설 또는 특수병원으로 부르기도 한다(WHO, 2008)

지역사회 정신보건의료 서비스/지역사회 정신보건의료팀(community mental health team, CMHT): 이차 또는 전문진료(일차진료 의사가 제공할 수 없는 진료). 가장 기본적인 오피스 기반 민간 진료로 외래환자 중심(폴리클리닉)의 클리닉이다. 주로 훈련받은 정신보건의료 전문가가 정신질환 평가 및 치료를 담당한다(정신전문의 또는 임상심리사). 또한 정신전문의, 정신전문 간호사, 임상심리사 또는 사회복지사 등 여러 분야의 전문가로 구성된 팀이(지역사회 정신보건의료팀) 담당하기도 한다. 보통은 분명하게 정의된 시설(도시 또는 마을) 입소자에게 이러한 서비스를 제공한다. 다양한 환경에서 진료가 제공된다(클리닉, 사람들의 집, 낮 치료센터). 이에 대안적인 시설로 여러 팀이 다양한 서비스를 제공하고 병원 외부에서 평가 및 진료를 제공하는 지역사회 정신보건의료센터가 있다

(WHO, 2008).

적극적 지역사회기반 치료(assertive outreach treatment, AOT): 정신보건의료 관련 요구가 복잡한 사람의 정신건강, 신체건강, 사회적 욕구를 장기적으로 다루는, 지역사회기반 서비스(WHO, 2008).

안전정신병상: “안전 정신보건의료 서비스는 대중에게 위협이 될 수 있는 중증 정신질환자를 수용, 치료 및 지원한다. 종종 ”법적” 정신보건의료 서비스라고도 불리는 이 서비스는 대부분 범죄 이후 1983년 정신보건의료법에 따라 바로 감옥이나 병원에 간 사람에게 제공된다(Centre for Mental Health, 2011).

제 4 장

정신보건의료의 질 평가 및 자료수집 개선

정신질환은 질병으로 인한 부담 중 상당수를 차지하고 있으며, 양질의 맞춤형 조정을 통해 미충족 필요를 해결한다면 정신보건의료 서비스의 결과와 효율성을 크게 향상시킬 것이다. 자살이나 조기사망률과 같은 사망률 지표는 정신건강 상태와 정신 및 신체건강 간의 상관관계에 대해 중요한 정보를 제공한다. 그러나 정신보건의료의 질을 반영할 수 있는 보다 구체적인 지표가 필요하다. 특히 복잡한 진료경로를 파악하고 다양한 결과를 수용할 필요가 있다는 점을 고려할 때 정신보건의료의 질을 평가하고 향상하는 것이 핵심 과제이다. 많은 난관에도 불구하고 정신보건의료의 질과 결과물을 평가하고 기준을 정하기 위한 국제적 차원의 시도가 수없이 수행되었거나 현재도 진행 중이다. 이에 더해, 정신보건의료의 목표와 표준, 그리고 질과 결과지표를 개발하려는 노력이 국가적인 차원에서도 큰 진전을 보였다. 정신보건의료의 질과 효율성을 평가하고 향상하기 위해 더 나은 질과 결과지표가 매우 중요하지만 이러한 자료의 개발은 다른 질병 분야에 비해 크게 뒤쳐져 있다.

이스라엘 통계자료는 해당 이스라엘 당국이 제공한 것이다. 이스라엘 당국이 제공한 자료를 OECD가 이용하는 것은 국제법에 따른 골란고원, 동예루살렘, 웨스트뱅크 이스라엘 정착촌의 지위에 영향을 주지 않는다.

4.1. 서론

정신보건의료 서비스의 질과 결과에 대한 정보는 충분하지 않다. 이번 장에서는 정신질환 유병률에 대한 정보의 수집 상황을 진단하고, 정신보건의료 서비스의 질과 결과에 대한 지표의 개발과 이용 정도를 살펴본다. 2장과 3장에서 다루었듯이, 정신질환은 질병부담의 상당 부분을 차지하며, 치료격차도 매우 크다. 이 치료격차를 줄이기 위한 첫 번째 단계는 설문조사와 같은 도구와 자살로 인한 사망률 자료를 이용하여 정신질환 유병률을 체계적으로 파악하는 것이다. 자살로 인한 사망률은 인구의 정신건강 대리 측정법이라고 할 수 있다. 정신질환 부담에 대한 정보는 인구 설문조사 등으로 점차 증가하고 있으며, 이를 통해 보건의료 서비스에 대한 잠재 욕구를 알 수 있을 뿐만 아니라 보건의료 서비스의 설계와 제공을 향상시키는 데도 기여할 수 있다. 그러나 양질의 치료가 없다면 정신질환을 파악하는 것은 무의미하다. 정신보건의료의 질과 결과에 대한 지표가 이미 일부 OECD 국가에서 사용되고 있으나 대다수는 여전히 병원 기반 진료에 국한되어 있다. 정신보건의료제도에 대한 자료 인프라를 추가로 개발하는 것이 필요하며, 지표는 전체 진료경로를 반영할 뿐만 아니라 수용이나 사회적 포용과 같은 삶의 영역, 신체건강, 교육, 고용, 공공안전과 같은 사회경제적 기대효과까지도 반영하여야 한다.

정신보건의료 질의 중요성은 결코 과소평가할 수 없다. 보건의료가 일반적으로 받아들여지는 근거기반의 전문적인 기준을 바탕으로 수행되지 않는 경우가 자주 발생하고, 이로 인해 매년 수만 명에게 열악하고 안전하지 않은 진료가 이루어지고 부족한 보건의료 자원을 낭비하고 있다는 것을 보여주는, 수많은 국제적 차원의 근거가 존재한다(OECD, 2010a). 안타깝게도 정신보건의료 또한 예외가 아니어서 개인, 가족, 사회에 광범위하게 지대한 영향을 끼친다. (정신)보건의료의 질이 떨어지면 보건의료의 모든 차원에서 전 분야에 걸쳐 영향을 미친다. 보건의료 조직, 접근성, 수용능력, 조정부족, 보건의료인에 대한 결정 지원 부족(치료 지침 부재 등을 이유로)의 문제가 있을 수 있다. 열악한 보건의료 원인으로서는 정책, 비용, 규제와 같은 즉각적 보건의료 제공 환경 이외의 요인이 있을 수도 있다. 열악하고 비효율적인 보건의료로 인한 막대한 영향은 평가 향상, 결과적으로 성과 향상에 자극제가 된다(IOM, 2006). 정신보건의료의 질에 대한 양질의 정보는 열악한 보건의료가 발생하는 것을 막고, 보건의료의 질이 명백하게 떨어졌을 때 이를 향상시키는 데 있어 필수적이다.

4.2. 정신질환의 역학적 부담: 유병률 및 서비스 필요에 대한 정보 수집을 위해 설문조사 및 사망률 지표 활용

정신질환은 상당한 질병 부담을 의미하며, OECD 국가 국민의 삶에 중대한 영향을 미친다. 충족되지 못한, 상당한 치료 욕구를 해결하기 위해 정신질환 유병률을 체계적으로 파악할 필요가 있다. 정신보건의료 서비스, 특히 경증 및 중등도 정신질환을 위한 보건의료 서비스의 공급이 빈번하게 부족한 것과 정신질환에 대한 낙인, 인식 및 이해부족으로 인해 OECD 국가에서 정신질환의 상당수가 진단 및 치료를 제대로 받지 못하거나 부족한 상황이다. 그러나 특히 정신질환 부담은 국가 간에 비교평가하기가 어렵고, 정신질환 유병률을 파악하려는 노력과 정신질환 부담은 OECD 국가마다 차이

가 존재한다.

설문조사, 정신보건의료 서비스에 대한 정보 제공과 질 향상의 유용한 도구

인구조사는 정책결정자에게 인구의 정신건강 상태와 정신보건의료 서비스의 향상도에 대한 정보를 제공할 수 있는 도구지만 충분히 활용되지 않고 있다. 국가는 미충족 필요를 해결하지 못하고 있는데, 이는 그러한 요구를 파악하고 정량화하기 너무 어려운 탓도 있다. 미충족 필요를 파악하기 위한 시작점은 가구 조사이다. 가구 조사는 위험한 상태거나 정신건강문제가 있는 개인을 파악하기 위해 다양한 선별 도구를 사용한다. 그러나 이러한 도구가 표준화되어 있지 않고, 정신건강문제의 유병률 추정치는 동일한 인구 내에서도 매우 다양하게 나타날 수 있다.

OECD 국가는 정신질환 부담치를 추정하기 위해 국내외 설문조사를 사용할 수 있다. 이러한 조사의 결과를 보면, 생산가능인구의 5%가량이 중증 정신질환을 보유하고 있으며 그 외 15%가 흔한 정신질환을 앓고 있다(OECD, 2012). 전체는 아니지만 일부 OECD 국가가 정신질환 유병률을 파악하는 국가적 차원의 설문조사를 시행하고 있다고 보고했다(표 4.1).

호주 전국 정신건강 및 웰빙조사(National Survey of Mental Health and Wellbeing)는 정신질환 유병률 파악에 사용된다. 이 조사는 성인을 대상으로 한 인구기반 조사, 발병률이 낮은 정신병적 질환자를 대상으로 한 보건의료 서비스 기반 조사, 아동을 대상으로 한 인구기반 조사 등 크게 세 가지로 구성된다. 호주 통계청이 2007년 8월부터 12월까지 실시한 2007년 전국 정신건강 및 웰빙조사는 16-85세의 호주 국민 약 8,800명을 대상으로 하였다. 이 조사는 크게 세 가지 질환군, 즉 불안장애(대인기피 등), 정서장애(우울증 등), 약물(물질) 사용장애(알코올 남용)에 대해 특정 생애 및 12개월간 정신질환 발병률에 대한 정보를 제공한다. 또한, 장애 정도, 정신건강문제로 이용한 보건의료 서비스, 신체적 상태, 사회 네트워크, 간병, 인구 및 사회경제적 특성에 대한 정보를 제공한다.

캐나다 지역보건의료조사(Canadian Community Health Survey, 이하 “CCHS”)는 긍정적 정신건강, 우울증, 자살 생각 및 시도와 관련된 질문으로 구성된 정신보건의료 관련 질문을 매년 포함시키고 있다. 2012년 CCHS 부문별 조사는 정신보건疫료를 주제로 진행되었다. 정신보건疫료라는 주제에 집중한 것은 이해관계자가 파악한 자료의 격차, 정신건강의 영향을 받는 많은 사람의 수, 가족과 지역사회, 보건疫료비에 미치는 중대한 영향 등 다양한 기준을 기반으로 한 것이다. 또한, 정신보건疫료는 정책, 연구, 감시 요건 측면에서 우선순위로 인식되었다.

CCHS-정신보건疫료는 다음과 같은 여러 목표를 포함한다.

1. 선별된 정신질환 및 물질남용, 정신건강문제, 웰빙 등을 통해 질환 및 긍정적인 정신건강의 연속선상에서 캐나다인의 정신건강 상태를 파악
2. 공식 및 비공식 정신보건疫료 서비스와 자원에 대한 시의적절하고 충분한 접근성, 활용성, 인식된 수요에 대한 평가
3. 정신건강 및 질환과 관련한 기능, 능력, 장애 평가
4. 정신건강과 사회적, 인구적, 지리적, 경제적 변수나 특성(공변량) 사이의 연계성 검토
5. 2002년 정신건강과 웰빙에 대한 CCHS의 정신보건疫료, 보건疫료 서비스 이용, 기능 패턴의 변화 평가

표 4.1. OECD 국가의 정신질환 유병률 파악도구

정신질환 유병률 파악도구	
호주	전국 정신건강과 웰빙조사는 성인을 대상으로 한 인구기반 설문조사, 유병률이 낮은 정신질환자를 대상으로 한 보건의료 서비스 기반 설문조사, 아동을 대상으로 한 인구 설문조사를 포함
벨기에	최소 정신자료(Minimal Psychiatric Data)(입원치료에 국한)
캐나다	캐나다 지역보건의료조사(Canadian Community Health Survey)(연례조사)는 정신보건의료 부문, 캐나다 지역보건의료조사-정신보건의료(2012)를 보유
칠레	정신질환 유병률 파악에 사용되는 공식적인 국가적 설문조사는 없으나 1990년부터 대학(Universidad de Concepción, Programa de Epidemiología Psiquiátrica)에서 국가의 상황을 상당히 훌륭히 반영하고 신뢰할 만한 출처로 사용되는 WHO의 CIDI 및 CIDI II 도구를 활용하여 다양한 연구를 개발
체코	보건의료통계, 설문조사
핀란드	보건복지원(Institute for Health and Welfare, THL)이 만든 일부 인구 연구가 정신질환 유병률 정보 제공. 설문조사 기반의 인구연구는 연구대상이 직접 보고한 정보에 기반. 일부 인구연구는 건강검진 정보도 포함. 이러한 연구는 연구대상에 대해 간호사가 수행한 설문지와 측정치도 모두 사용
독일	국가 정신질환 유병률을 로베르트 코흐 연구소가 관리하는 인구 조사를 통해 측정
헝가리	헝가리 역학패널(Hungarian Epidemiological Panel)(2002-06), 헝가리 중앙통계청(연례), 정신외래 네트워크의 2086 보고서, 약물복용자 치료에 대한 2105 보고서, 중독환자 치료에 대한 2088 보고서
아일랜드	일반 인구의 정신질환 유병률은 집계되지 않으나 보건연구위원회(Health Research Board, HRB)는 2009년 아일랜드의 정신보건의료 관련 보건의료 서비스에 대한 설문조사를 실시
이스라엘	실제 유병률: 국가 청년 및 성인 설문조사, 치료율: 입원서비스.
이탈리아	Cnesps와 ISS가 최근(2012년 10월) 여러 지역의 ASL을 대상으로 실시한 국가 설문조사 결과를 발표. 이 조사의 목적은 우울증과 사회적 배제를 겪고 있는 인구(성인, 노년층) 비율을 파악하는 것
일본	환자 설문조사 같은 국가 설문조사
한국	WHO CIDI(한국어 버전)
멕시코	1) 국가 정신역학 설문조사 2) 국가 공존증상 설문조사-청소년기 보완 3) 약물에 대한 정보시스템보고서 4) 국가 중독 설문조사
네덜란드	트림보스 연구소가 실시하는 정기 유병률 조사
뉴질랜드	Te Rau Hinengaro: 뉴질랜드 정신보건의료 조사
폴란드	입원 및 외래 치료시설 이용자수를 바탕으로 유병률 파악
슬로바키아	일차진료에서 치료된 정신질환자, 정신질환자에게 제공하는 일차진료의 (정신 약리학적, 심리사회적) 개입, 정신외래시설에서 치료된 환자, 정신병동이 있는 종합병원에 입원, 정신병원에 입원
스위스	연방통계청이 다양한 출처(설문조사, 진료 기록)에서 자료를 수집하고 처리
터키	자살에 대한 설문조사와 보고서
영국(잉글랜드)	DH에게 국가 통계 수집 업무를 의뢰받은 보건의료사회복지 정보센터(Health and Social Care Information Centre)에서 대다수의 자료 생산. 현재 주기적인 정보 수집은 국가 정신보건의료 필수자료(National Mental Health Minimum Dataset, NMHMDS), 정신치료 접근성 향상 성과지표(Improving Access to Psychological Therapy Performance Indicator), 병원 에피소드 통계(Hospital Episode Statistics), 지역사회

	정신보건의료팀 활동 수집(Community Mental Health Teams Activity Collection)에서 이루어지며, 현재 DH Unify2와 H&SC IC Omnibus 두 곳에서 자료를 수집. 2013년 4월부터 IC가 MHMDS를 통해 수집. NHS IC가 관리 및 발표하는 조사: 영국보건의료조사(GHQ12 - 정신과 건강 평가)(국가적 차원), 성인 정신질환 유병률 가구조사(매 7년마다 실시)(국가 및 지역 차원 조사)
미국	국가 공존증상 조사, 국가 아동건강조사, 국가 아동 및 청소년 웰빙 조사, 국가 약물남용 연구소의 MTF(Monitoring the Future) 조사

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012

이 조사는 지방 10곳에 살고 있는 15세 이상 인구 중 약 27,000명의 표본을 대상으로 하였다.

핀란드에서는 보건복지원(Institute for Health and Welfare, THL)이 만든 수많은 인구조사 연구가 정신질환 유병률 정보를 제공하고 있다. 조사기반 인구연구는 조사대상이 직접 보고한 정보에 의존한다. 이러한 인구연구에는 건강검진 정보도 포함된다. 이 연구에는 연구대상에 대해 간호사가 수행한 측정치와 설문지가 모두 포함된다.

독일에서는 로베르트 코흐 연구소(Robert Koch Institute)가 국가 정신질환 유병률을 파악하는 조사를 수행한다. 18-65세 인구에 대한 자료가 “Bundesgesundheitsurvey 1998”, 독일보건의료업데이트(German Health Update, GDA), 독일 성인건강 면담검사 조사(German Health Interview and Examination Survey for Adults, DEGS)를 통해 제공되고 있다. 0-17세 인구에 대한 자료는 아동청소년 건강 면담검사 조사(German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents, KiGGS)를 통해 2003년부터 제공되고 있다.

스위스에서는 연방통계청이 조사나 치료평가 등 다양한 출처에서 자료를 수집하고 처리한다. 미국은 국가동반증상조사(National Co-Morbidity Survey), 국가아동건강조사(National Survey of Children's Health), 국가아동청소년웰빙조사(National Survey of Child and Adolescent Well-Being), 국가 약물남용연구소 미래 모니터링조사(National Institute on Drug Abuse (NIDA) Monitoring the Future Survey) 등 다양한 조사로 국가적 정신질환 유병률 자료를 수집한다.

OECD 국가 간 조사방법과 조사범위는 차이가 있으므로 국가 간 비교를 하는 것이 매우 어렵다. 예를 들어 한국에서는 조사 표본이 가구 단위이며 정신입원환자는 제외하고 있다. 반면, 호주는 정신전문의 서비스를 이용하는 인구를 대상으로 한 “정신질환자(People Living with Psychotic Illness)” 조사를 개발했다. 관련 조사가 없는 일부 국가에서는 대체재로 보건 의료 서비스 이용 자료를 통해 유병률을 파악한다. 예를 들어 폴란드는 입원시설의 입원과 외래환자 시설의 이용 수치를 기반으로 유병률을 계산한다. 슬로바키아도 일차 및 이차진료에서의 치료를 기반으로 유병률을 대체한다. 그러나 보건 의료 서비스 이용을 정량화하여 정신질환 유병률을 파악하는 것은 신뢰도가 낮고, 해당 보건 의료제도에서 정신질환이 차지하는 전체적인 부담을 과소평가하는 측면이 있다. 따라서 일부 국가는 국가차원의 조사 정보를 활용해서 치료율을 파악한다. 네덜란드의 트림보스 연구소(Trimbos Institute)는 국내 성인의 정신질환 유병률을 파악하기 위하여 대규모 조사를 두 차례 실시하였으며, 가장 최근 조사는 2010년에 시행되었다. 또한, 정신보건 의료 서비스 이용 자료로 유병률을 파악하기도 한다. 이 경우 정신건강문제가 있는 사람 중 많은 수가 적절한 치료를 찾지 않거나 받지 않고 있어 실제보다 비율이 더 낮게 나온다. 마찬가지로 이스라엘에서는 청년층과 성인을 대상으로 한 국가 조사를 통해 실질적인 유병률을 파악하지만 치료율은 입원환자의 의료이용 자료로 추정한다.

전 세계적으로 정신질환 유병률의 추정치가 존재하지만 WHO 세계 정신보건 의료 조사 이니셔티브

브(WHO World Mental Health Survey Initiative)와 같은 표준화된 조사도구를 사용하는 프로젝트에 의존하고 있다. 1998년 세계 정신보건의료 조사 이니셔티브는 WHO의 복합국제진단면담(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)을 사용해 국가 간 설문조사를 수행하였다. 조사 결과 나타난 정신질환 유병률은 12.2%(터키)에서 48.6%(미국)까지 다양했다(WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000). 28개국을 대상으로 한 2008년도 업데이트 조사에서는 정신질환의 평생 유병률 추정치가 18.1%에서 36.1%로 나타났다(Kessler 등, 2009).

보건의료 서비스 설계와 계획에 중요한 역할을 할 설문조사

설문조사는 보건의료 서비스에 대한 계획 수립 시 정보를 제공하고 특정 유병률이나 보건의료 서비스의 격차를 강조하기 위해서도 사용될 수 있다. 예를 들어 호주의 초기 정신병 예방 및 개입센터(Early Psychosis Prevention and Intervention Centres, EPPIC) 제도는 대상을 청년층까지 확대하여 청년층의 정신보건의료에 대한 접근성 향상을 유도하였다. 이러한 노력은 호주에서 정신질환을 보고한 사람 중 25%가 첫 번째 정신질환 경험을 12세 이전에, 64%가 21세 이전에 겪었으며 치료격차가 크다는 것이 밝혀졌기 때문에 가능하였다. 핀란드의 사례를 보면 설문조사 결과 특히 높은 자살률을 보이는 집단이 나타날 경우 해당 집단을 겨냥한 자살예방법이 적절히 마련되고, 이를 통해 성공적으로 자살률을 감소시킬 수 있다.

설문조사가 한 국가의 정신보건의료 부담을 이해하는 데 유용한 도구가 될 수 있지만 추구조사와 상급기관으로 진료의뢰가 효과적이지 않은 경우 이러한 문제를 충분히 파악하기 힘들다. 인구를 대상으로 한 설문조사에 대한 투자는 이러한 설문조사가 적절한 치료 접근성을 개선하는 데 사용되는 경우 가장 효과적일 것이다. 적절한 치료에 대한 접근성 개선을 위해서는 투자가 필요하고, 진료의뢰 및 진료경로를 고려해야 한다.

자살률 지표는 정신건강 상태에 대한 정보를 제공

자살률, 조기자살률과 같은 사망률 지표는 정신건강 상태와 함께 정신-신체 건강 간의 상호작용에 대해 중요한 정보를 제공한다. 자살로 인한 사망률은 OECD 국가 간에도 매우 다양하게 나타나고 있으며 국민의 정신건강 상태에 대해 귀중한 정보를 제공한다. 또한 조기자살률 지표는 조사대상 인구의 정신건강 정보를 추가로 제공하지만, 이러한 정보는 보통 보건의료의 질, 치료결과의 지표로 사용되는 경우가 많다. 이 부분은 이후 장에서 설명하도록 한다.

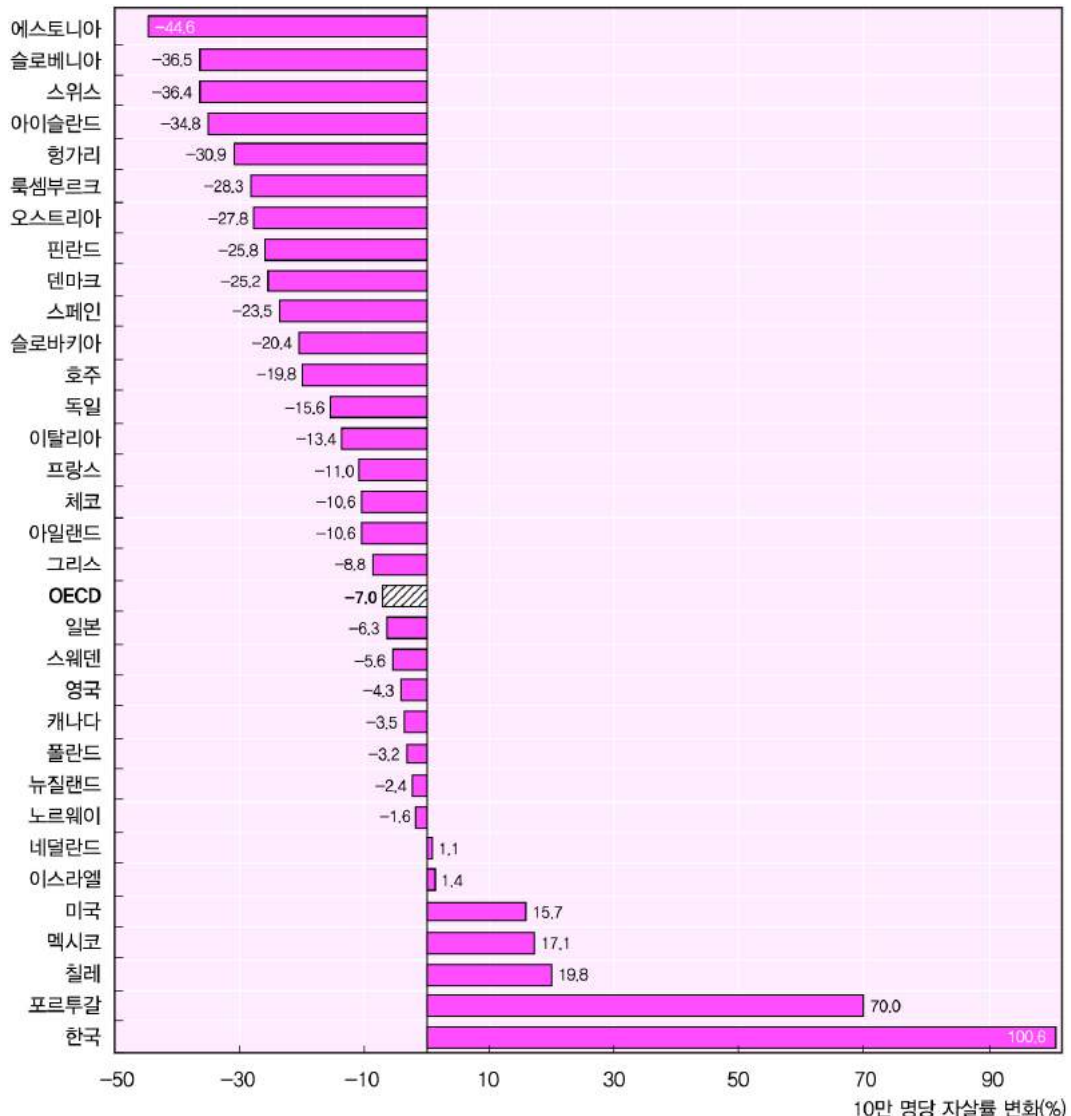
자살은 인구의 정신건강 상태에 대한 대리지표로 사용되곤 한다. 자살은 수많은 기여 인자의 중첩점과 같다. 자살은 개인의 붕괴일 뿐만 아니라 개인이 살고 있는 가로의 왜곡된 모습을 보여준다. 자살은 알코올과 약물 남용, 실업 등으로 개인적 인간관계가 변할 뿐만 아니라 임상 우울증이나 다른 형태의 정신질환을 수반하는 위기 기간에 발생이 증가하는 경향이 있다. 정신건강의 척도로 사용되기는 하지만, 자살하는 사람 중 상당수는 (정신)보건의료 서비스를 접한 적이 없다. 따라서 자살발생률은 정신보건의료제도의 취약성 특히 보건의료 서비스에 대한 접근성, 낙인 퇴치 등에 대한 이해도를 높이는 데 중요한 역할을 할 수 있다. 그러나 국가별 자료를 비교할 때는 주의가 요구된다. 다양한 문화적, 종교적 요인이 자살 보고 방식에 영향을 주기 때문이다(OECD, 2013a).

OECD 국가의 자살률은 국가별로 매우 다르다. 한국과 일본 같은 아시아 국가, 헝가리, 핀란드와 같은 유럽 국가에서 가장 높고 그리스, 이탈리아, 스페인과 같은 남유럽 국가에서 가장 낮다(OECD,


2013b).

1995년 이래로 대부분의 OECD 국가에서 자살률이 줄어들고 있으며, 특히 에스토니아, 오스트리아, 슬로베니아, 핀란드에서는 뚜렷한 하락을 관찰할 수 있었다. 그러나 한국에서는 자살로 인한 사망률이 2배 이상으로 크게 증가하였다(도표 4.1). 심혈관계 질병과 같은 다른 질병 분야 또한 비슷한 기간 동안 괄목할 만한 진전이 있었다는 점을 볼 때 정신건강 결과에 대해서는 비교적 추적이 잘 이루어지지 않는 동시에 여러 OECD 국가 국민의 정신적 웰빙에도 큰 격차가 존재한다는 것을 보여준다.

도표 4.1. 자살률 변화, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)



출처: OECD (2013), OECD Health Statistics 2013, OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/health/healthdata.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030515>

4.3. 정신보건의료의 질 개선을 위한 정보격차 좁히기

정신보건의료의 질을 향상하는 것은 OECD 국가 정책결정자가 반드시 인식하고 해결해야 하는 핵심 과제이다. 정신보건의료의 질 향상을 위해서는 정신보건의료의 질과 환자 결과에 대한 양질의 정보가 필수적이다.

정신보건의료에 대한 적절한 질 평가 척도

양질의 보건의료가 무엇인지를 정의하고 합의하는 것, 그리고 이 개념을 파악할 수 있는 가장 중요한 척도를 결정하는 것은 단순한 작업이 아니다. 정신건강문제는 그 속성상 복잡하고, 여러 요소가 관련되어 있어 여러 기관과 부문이 필요한, 다각적인 개입과 접근이 요구될 수 있다. 예를 들어 보건의료 서비스는 사회복지서비스, 고용, 교육, 주택 등 다른 분야와 협력할 때 잘 제공될 수 있다. 또한, 정신보건의료 서비스 이용자는 자신이 경험하고 있는 문제와, 더욱 중요한 문제인 직원의 태도와 행동으로 인해 공통의 의사결정 과정에 참여하기 더욱 어렵다고 느낄 수 있다. 이 때문에 역효과가 잘 보고되지 않는 결과가 발생할 수 있다. 비자발적 치료는 환자의 의사결정과 진료에 대한 통제권에 영향을 주고 의료의 성과와 질을 평가하는 것을 더욱 중요하게, 보다 복잡하게 만들고 있다. 의료행위와 질 평가를 핵심적인 것으로, 그러나 더욱 복잡한 것으로 만든다(Pincus 등, 2011). 특히 양질의 보건의료를 정의하는 데에는 이용자와 간병인뿐만 아니라 전문인력과 합의된 개념적 프레임워크가 필요하다.

정신질환과 물질남용, 신체질환의 동반상병이 흔하게 발생한다. 신체와 정신보건의료제도 사이에서 흔히 발견되는 분리 현상으로 인해 보건의료의 단절, 조정 부족이 발생한다. 이 점이 보건의료의 질을 정의하고 평가하는 것을 더욱 어렵게 만든다.

이런 복잡성 속에서 가장 중요한 질 결과치를 개발하고 평가하는 것이 어렵기는 하지만 불가능한 것은 아니다. 또한 적절한 정신보건의료 질 지표를 수립할 수 있을 만한 좋은 단계가 만들어졌다. 그러나 정신보건의료의 향상을 가져오기 위해 필요한 질 지표를 추가로 개발해야 하는 시급성이 여전히 존재한다.

입원진료의 질 지표로 흔히 사용되는 재입원율

중증 정신질환자는 여전히 병원에서 전문적인 치료를 받지만 탈원화 환경에서는 지역사회에서도 좋은 치료가 제공되어야 한다. 퇴원 이후 적절하고 조정이 잘 된 추서관리가 제공된다면 보통 30일 이내에 재입원하는 경우가 없다. 따라서 계획에 없는 재입원율이 높은 것은 정신보건의료제도의 여러 측면의 질을 나타내는 지표가 된다. 정신보건의료의 질, 정신보건의료제도의 성과를 모니터링하기 위해 캐나다 보건의료정보연구소(CIHI), 영국 보건의료질위원회(Care Quality Commission), 미국의 국립 정신보건의료 성과 모니터링체계 등 여러 OECD 국가 기관에서 30일 이내 비계획성 병원 재입원율을 사용한다.

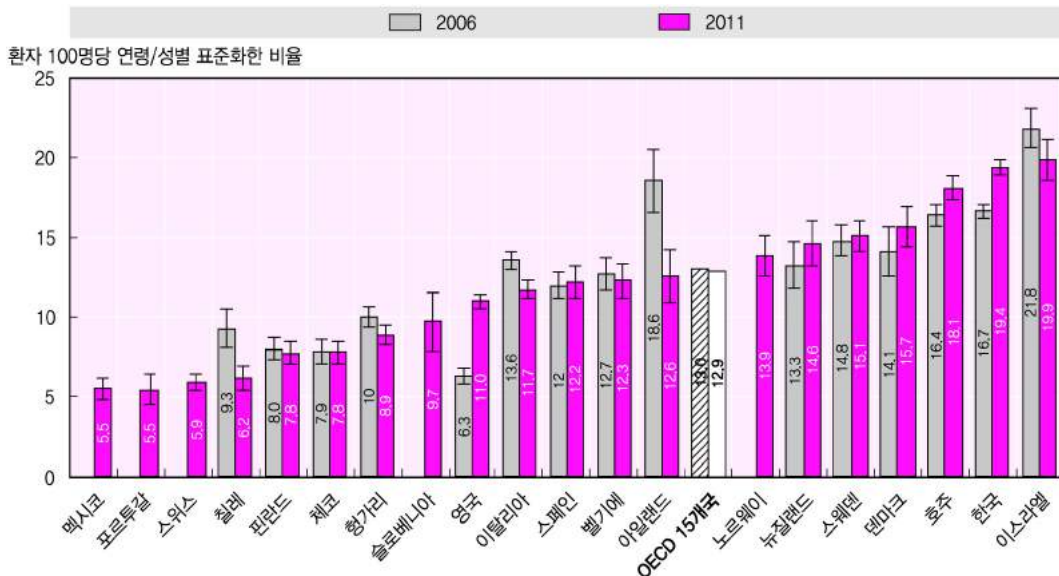
2011년 조현병의 동일 병원 재입원율은 국가마다 상당한 차이가 있었다(도표 4.2). 이스라엘과 한국은 조현병 환자 100명 가운데 19명이 30일 이내에 동일한 병원에 재입원하였다. 한국에서 이

수치가 비교적 높은 것은 전환(transition) 계획이 열악하고, 효과적인 외래환자 진료에 대한 접근성이 부족하거나 쉽게 입원할 수 있기 때문인 것으로 보인다. 반면, 멕시코, 포르투갈, 스위스에서는 30일 이내 동일 병원에 재입원하는 조현병 환자의 비율이 환자 100명당 6명 미만으로 비교적 낮았다.

30일 이내 재입원율의 양상은 양극성 장애 환자의 경우도 유사하다. 이 경우 역시, 이스라엘이 2006년과 2011년 모두 가장 높은 수치를 보고하였다(도표 4.3). 그러나 양극성 장애 재입원율은 조현병 수치보다 낮았다. 마찬가지로 포르투갈은 양극성 장애 재입원율이 환자 100명당 4.5명으로 가장 낮았고, 이 수치 역시 양극성 장애 수치보다 낮았다. 2006년과 2011년 사이 양극성 장애, 조현병 재입원율 변화에 대해 국가 간에 뚜렷한 경향은 존재하지 않는다.

재입원율을 해석할 때에는 주의가 필요하다. 즉, 이러한 질환의 유병률과 정신보건의료제도의 특징을 고려하여야 한다. 재입원율 자료의 국가 간 비교가능성이 다소 제한적이기는 하지만 그럼에도 불구하고 국가가 정신보건의료의 질에 대한 정보를 얻기 위해 국가적 차원에서 이러한 지표를 생성하는 것은 매우 바람직하다. 비계획성 재입원율이 높거나, 상승 중이라는 점은 지역사회에서 정신보건의료에 대한 지원이 불충분하다는 것을 의미할 수도 있다. 특히 충분한 퇴원 준비와 관련하여 기준입원(index admission) 중 입원환자 진료가 충분하지 않다는 것을 의미할 수도 있다(Durbin 등, 2007). 그러나 이는 또 위기 상황에서 적절하고 안전한 정신보건의료 시설이나 병상에 대한 시의적절한 접근성이 제공된다는 측면에서 양질의 보건의료라고 해석될 수도 있다(Healthcare Commission, 2005).

도표 4.2. 조현병으로 동일병원 재입원, 2006년과 2011년(또는 가능한 최근 자료)

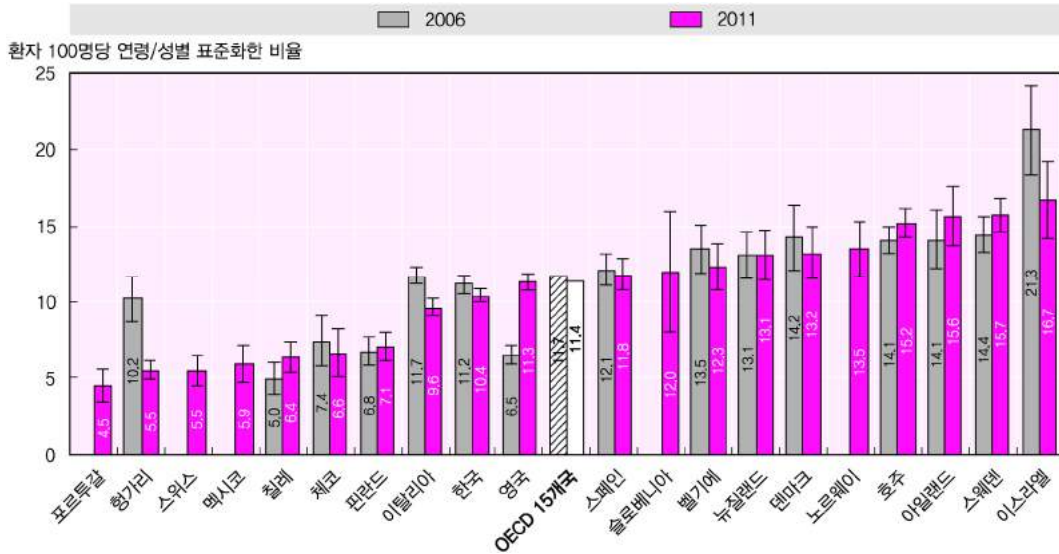


주: H 모양은 95% 신뢰구간을 의미.

출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030534>

도표 4.3. 양극성 장애로 동일병원 재입원, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)



주: H는 95% 신뢰구간을 의미.

출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030553>

입원기간과 지역사회 서비스 이용에 대한 정보가 없으면 재입원 지표를 해석하기가 매우 어렵다. 이전 연구에서는 입원기간과 재입원을 사이에 확실한 근거를 제시하지 못했다. 초기 입원기간이 짧을수록 재입원율이 높아지는 경향이 나타났고(Capdevielle 등, 2009; CIHI, 2008; Lin 등, 2006), 마찬가지로 Systema 등의 보고서(2002)에서도 입원기간이 길수록 재입원의 위험이 낮아졌지만 재입원 위험은 이전 입원이 많을수록 증가했다. 재입원 위험이 높아지는 것은 외래환자 의료이용률, 주간재활 서비스 이용률이 높아지는 것과는 관련이 있었다. 이는 입원시설 이용자가 많은 것이 지역사회 서비스 이용자가 많은 것과는 관련 있다는 것을 나타내며, 재입원율이 높은 것이 반드시 지역사회 자원 이용률이 낮다는 것과 연결될 수 없다는 것을 보여준다. 이와 반대로, Korkeila 등의 보고서(1998)는 재입원을 여러 차례 할 위험이 높아지는 것은 긴 입원기간, 이전의 입원, 정신병이나 성격 장애 진단과 관련이 있다고 발표했다.

치료결과의 지표로 사용되는 입원환자 자살이나 퇴원 후 자살

정신질환은 자살의 중대 위험요인이다. 자살시도자나 자살사망자는 최소한 한 종류의, 대부분 인지하지 못하고, 치료를 받지 못했거나 치료가 불충분했던 정신질환을 겪고 있었고, 자살 수행 시 대부분 갖은 심한 우울증 에피소드(56-87%), 약물사용장애(26-55%), 조현병(6-13%)을 경험하였다(Gonda 등, 2012). 그러나 자살률이 엄밀한 의미에서 정신보건의료의 질에 대해 항상 좋은 척도가 될 수 있는 것은 아니다. 자살한 사람 가운데 정신보건의료 서비스를 전혀 접해본 적이 없는 사람도 있기 때문이다. 따라서 입원환자의 자살이나 퇴원 후 자살과 같은 자살 관련 다른 지표를 함께 고려하는 것이 필요하다.

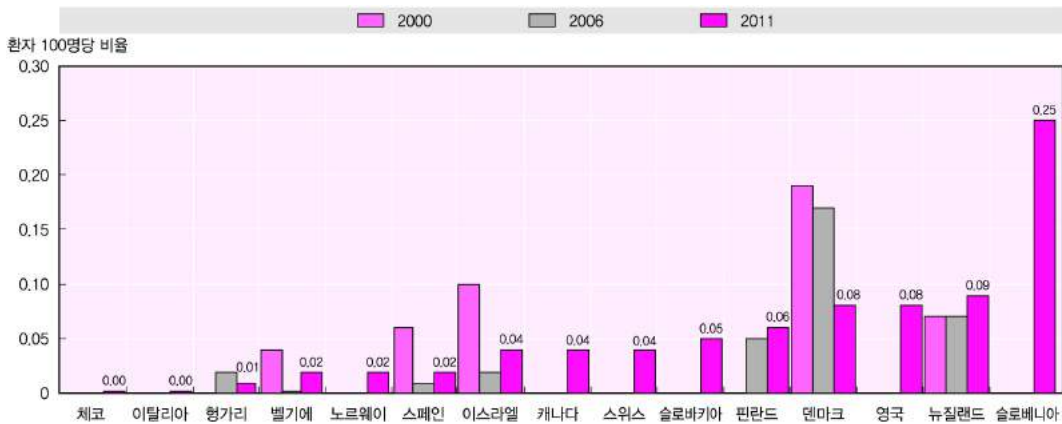
입원이 필요한 정신질환은 자살의 가장 큰 위험 요인 중 하나이다. 정신병원에 입원한 환자의 자

살률은 일반 인구의 자살률에 비해 상승하고 있다(Pirkola 등, 2005; Sharma 등, 1998; Hunt 등, 2012). 입원 치료가 필요한 정신질환자의 자살증가율은 일반 인구의 자살증가율에 비해 10배 높은 것으로 나타났다.

도표 4.4는 2000년, 2006년, 2011년 일부 OECD 국가에서 조현병이나 양극성 장애 진단을 받은 환자 가운데 입원환자의 사망률에 대한 자료를 제공한다. 대부분의 국가가 환자 100명당 자살사망자가 1명 미만인, 낮은 비율을 보고하여 조현병, 양극성 장애 환자 사이에서 입원환자 자살률은 드문 경우라는 것을 보여주었다. 2011년 슬로베니아는 환자 100명당 0.25라는 가장 높은 비율을 보여주었고, 이탈리아와 체코는 환자 100명당 0.00을 기록했다(도표 4.4). 시계열 자료를 제공한 국가의 경우, 대체로 입원환자 자살률이 2000년과 2011년 사이에 떨어졌고, 그중에서도 덴마크가 가장 가파른 하락을 보여주었다. 반면, 핀란드와 뉴질랜드에서는 2006년에서 2011년 사이 비율이 올랐다(도표 4.4).

그러나 입원환자의 자살만으로는 전반적인 양상을 판단할 수 없다. 예를 들어 전문 정신보건의료 서비스와 접촉한 사람의 자살 중 절반 이상이 외래환자에게 발생했다는 것을 보여주는 영국의 자료가 있다. 이 자료는 정신보건의료이 지역사회로 이동하고 있음을 반영한다. 입원환자 자살 또는 퇴원 후 자살 등 지표는 입원진료 이후 중기적 성과를 분명하게 보여주지만, 대부분의 경우 OECD 국가에서 점점 증가하고 있는 지역사회진료 경험을 평가하는 데 이러한 지표를 사용할 수 없다.

도표 4.4. 조현병 또는 양극성 장애 진단을 받은 입원환자 자살, 환자 100명당 연령(성별) 표준화율, 2000년, 2006년, 2011년(또는 가용한 최근 자료)



주: 이스라엘 자료는 2009년 기준, 벨기에, 뉴질랜드, 스위스 자료는 2010년 기준.

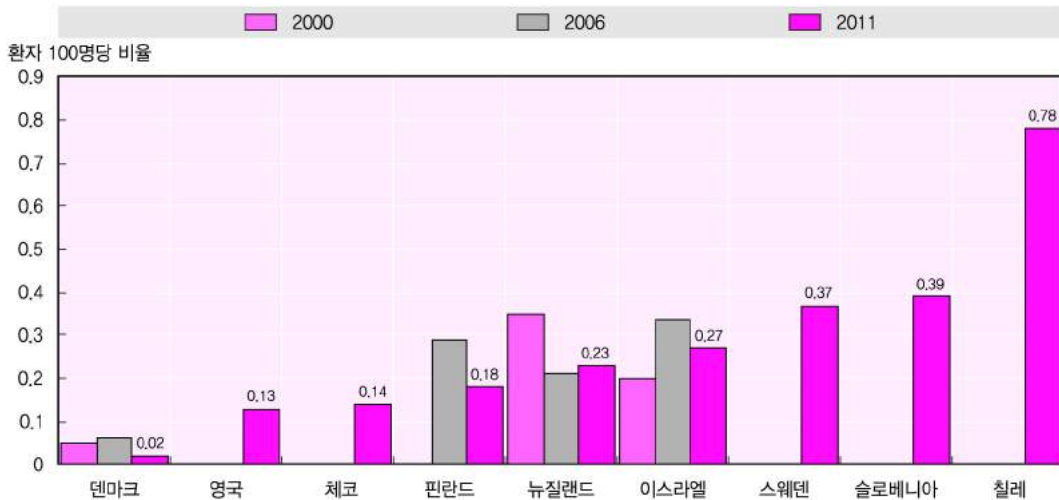
출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030572>

자료를 보면 정신입원의료에서 퇴원한 후 첫 해 자살률이 인구 전체 자살률보다 훨씬 높다는 것을 알 수 있다(Goldacre 등, 1993; Hoyer 등, 2009). 퇴원 후 첫 달, 특히 첫 주는 매우 위험도가 높으므로 퇴원 후 첫 해의 초기 기간 동안 특별한 주의가 요구된다(Goldacre 등, 1993; Pirkola 등, 2005). 입원 의료시설에서 퇴원한 후에 자살하는 것은 입원시설과 지역사회기반 보건의료 환경 간의 후속 관리 및 조정의 정도를 반영한다. 즉, 이는 정신보건의료의 질을 온전히 평가하고 이해하기 위해 연결된 자료가 필요하다는 점을 보여준다.

도표 4.5는 2000년, 2006년, 2011년 동안 선정된 OECD 국가 간에 조현병이나 양극성 장애 진단을 받은 환자 중 퇴원 후 자살로 사망한 경우에 대한 자료이다. 입원환자의 자살사망률과 마찬가지로, 퇴원 후 자살률도 이 자료를 제공한 국가에서는 환자 100명당 1미만으로 대개 낮았다. 2011년, 칠레가 가장 높은 수치를 기록하였고 덴마크가 가장 낮은 수치를 기록하였다. 시계열 자료를 제공한 국가에서는 과거에 비해 2011년에 수치가 낮아지는 경향을 보였다.

도표 4.5. 조현병 또는 양극성 진단을 받은 환자 중 퇴원 이후 자살로 인한 사망, 환자 100명당 연령(성별) 표준화율, 2000년, 2006년, 2011년(또는 가용한 최근 자료)



주: 이스라엘 자료는 2009년 기준, 칠레와 뉴질랜드 자료는 2010년 기준.

출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030591>

치료결과지표로 중증 정신질환 조기사망률 활용

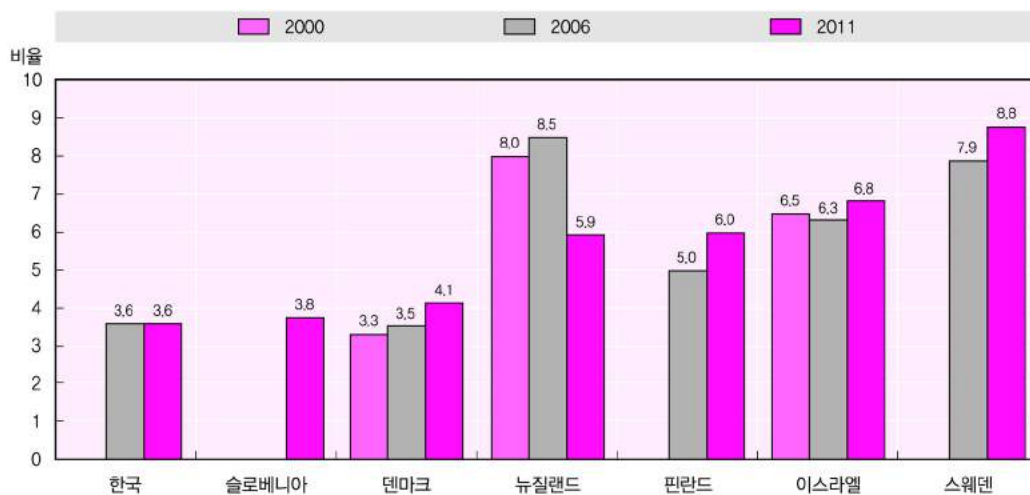
조기사망률 역시 중요한 정신보건의료 결과이다. 조현병 및 기타 중증 정신질환자는 일반 인구의 동일한 연령대, 성별보다 사망률이 더 높았다. 영국의 자료는 중증 정신질환자의 조기사망률이 일반 인구의 사망률에 비해 3배나 높다는 것을 보여준다. 마찬가지로 북유럽 국가의 연구결과는 정신질환으로 병원에 입원한 사람은 일반 인구에 비해 2-3배 높은 사망률을 보이며, 이 같은 수명격차는 여성보다 남성에게서 더욱 두드러진다는 것을 보여준다(Wahlbeck 등, 2011). 호주의 자료는 정신질환이 있는 사람의 경우 남성은 약 16년, 여성은 약 12년의 수명격차가 있으며, 이 격차가 점차 커지고 있다는 것을 보여준다(Lawrence 등, 2013). 초과사망의 상당수는 심혈관계 질환(29.9%)과 암(13.5%) 같은 신체적 건강상태에서 기인하지만 초과사망의 13.9%는 자살에서 기인한다. Parks 등의 보고서(2006)에도 이와 유사한 결과가 들어있다. 이 보고서에 따르면 중증 정신질환자는 초과사망 원인의 대다수를 차지하는, 신체질환이 있는 일반 인구보다 평균 25년 일찍 사망한다. 한 이스라엘 연구는 정신입원서비스에 입원한 적이 있는 사람을 대상으로 연령 및 성별, 정신건강 관련 변수별로 전반적인 사망률을 조사하고 자연사와 외인사 원인을 조사하였다(Haklai, 2011). 그 결과, 연

령 조정을 거친 정신질환 입원환자의 사망률이 입원하지 않은 사람보다 두 배 높았다. 가장 높은 사망률 비율은 외인사, 특히 자살로 나타났으나 암을 제외하면 자연사 또한 위험이 높았다. 전체 사망 중 3분의 1, 자살의 62%는 퇴원 이전이나 이후 1년 이내에 발생하여 입원을 했거나 최근에 입원치료에서 퇴원한 개인의 자살위험이 높다는 것을 암시하고 있다.

동반상병은 조기사망의 핵심 기여 인자이다. 일부 국가의 연구에서도 정신질환자의 건강상태의 견이나 치료가 덜 되고 있다는 점이 발견되었다(3장의 3.2 참조). 이는 현재 정책이 일반적인 보건의료제도와와의 조정을 충분히 발전시키고 있지 못하다는 점을 다시 한 번 보여주는 결과이다. 또한 정신질환자의 절연이나 금연 등 초과사망을 줄일 수 있는 근거기반 개입이나 심혈관계, 호흡기계, 암 관련 질환의 위험인자를 수정하고자 하는 특정한 생활방식 프로그램의 필요성을 분명히 보여준다(Thornicroft, 2013). 보건의로 접근성 향상, 자살 및 폭력 예방 또한 수명격차를 더욱 줄이기 위해 필요하다(Wahlbeck 등, 2011).

정신질환자의 조기사망 및 초과사망에 대한 지표를 수립하기 위해서는 사망률 자료, 정신사례관리기록, 병원입원기록이나 기타 정신보건의료 서비스 이용 자료 등 여러 자료 간의 연계가 필요하다. 현재로서는 이러한 유형의 자료 연결을 주기적으로 시도한 국가가 거의 없어 초과사망에 대해 국가별로 비교 가능한 근거가 제한되어 있다. 그러나 OECD 국가 중 그러한 자료를 OECD HCQI 프로젝트에 제출한 국가도 일부 있었다. 도표 4.6은 2006년과 2011년에 일부 OECD 국가의 조현병으로 인한 초과사망을, 도표 4.7은 2006년과 2011년에 양극성 장애로 인한 초과사망을 나타낸다. 초과사망은 전체 인구 사망률에서 정신질환자 사망률이 차지하는 비율로 측정하며, 조현병이나 양극성 장애 진단의 모든 기여 인자 별로 초과사망을 설명하는 것을 목표로 한다. 도표 4.6과 도표 4.7을 비교해보면 초과사망비율(excess mortality ratio)은 양극성 장애에 비해 조현병에서 더 크게 나타난다. 예를 들어 2011년 덴마크와 이스라엘에서는 조현병 과잉사망비율이 양극성 장애의 과잉사망비율의 거의 두 배에 해당한다.

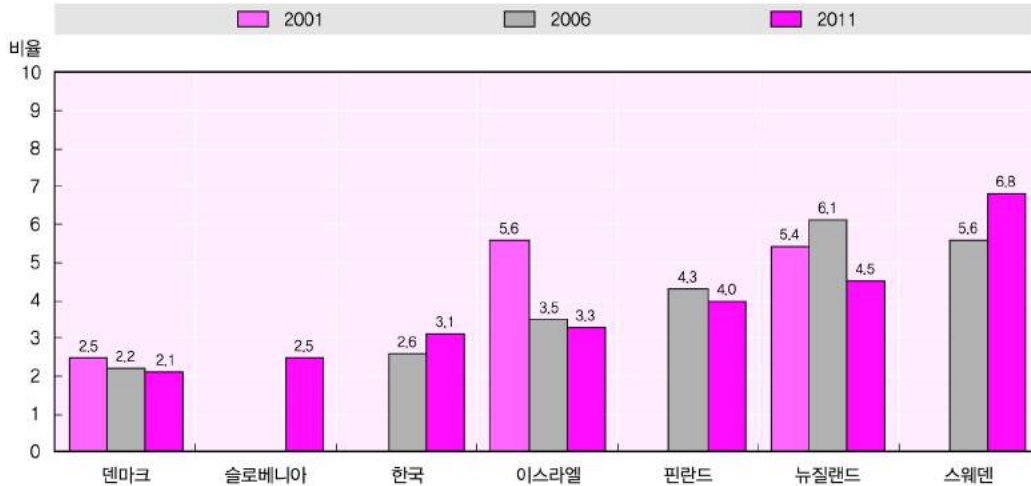
도표 4.6. 조현병으로 인한 초과사망, 2006년과 2011년(또는 가능한 최근 자료)




출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030610>

도표 4.7. 양극성 장애로 인한 초과사망, 2006년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)



출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030629>

덴마크, 핀란드, 이스라엘, 스웨덴에서는 2006년부터 2011년 사이 조현병으로 인한 과잉사망이 증가한 반면 동일한 기간 동안 뉴질랜드에서는 감소하였다. 조현병의 경우와는 반대로 2006년부터 2011년 사이 양극성 장애로 인한 과잉사망은 덴마크, 이스라엘, 핀란드에서 감소했다. 조현병의 경우와 마찬가지로 스웨덴에서 같은 기간 동안 양극성 장애로 인한 과잉사망은 증가하였으나 그 차이가 더 컸다(양극성 장애는 21% 상승, 조현병은 11% 상승). 2006년부터 2011년 사이 양극성 장애로 인한 과잉사망은 한국에서도 상승했다. 조현병과 마찬가지로 뉴질랜드에서는 2006년에서 2011년 사이 양극성 장애로 인한 과잉사망이 하락했으나 그 정도가 더 작았다(조현병은 31% 하락, 양극성 장애는 26% 하락).

자살과 조기사망률은 중증 정신질환과 더욱 관련성이 높은 정신보건의료 결과지표이다. 따라서 경증 및 중등도 정신질환도 반영할 수 있는 인구집단 수준의 정신보건의료 지표를 개발할 필요가 있다.

4.4. 정신보건의료의 질과 진료결과 평가, 다른 질병 수준으로 향상되어야

더 나은 보건의료 질과 진료결과지표는 정신보건의료의 질과 효율성 측정 및 향상에 있어 매우 중요하지만 그러한 자료 개발은 다른 질병 분야에 비해 크게 뒤쳐져있다. 이렇게 뒤쳐진 데에는 정신건강문제의 복잡한 속성, 높은 동반상병 비율, 적절한 대책에 대한 합의 부족 등 여러 가지 이유가 있다. 의료진, 환자, 가족 등 이해관계자의 개입, 그리고 보건의료의 질 및 진료결과지표를 보건의료의 핵심 절차로 통합시키는 것은 정신보건의료의 효율적이고 비용에 상응하는 가치를 제공하는 양질의 서비스의 선두에 설 수 있도록 하는 데 있어 필수적이다.

정신보건의료의 질과 진료결과 척도를 향상하는 것은 비용에 상응하는 가치를 제공할 수 있는 서비스를 개발하고 이행하는 데 있어 중요한 역할을 할 수 있다. 정신보건의료제도의 성과를 국제적 차원에서 이해하기 위해서는 정신보건의료의 질과 결과에 대한 더 나은 지표가 필요하다. 무엇이 더

양질의 보건의료인지를 정의하고 동의하는 것, 어떤 척도가 이 개념을 파악할 수 있는지 결정하는 것은 간단한 작업이 아니며 굳건한 거버넌스와 리더십이 필요하다. 양질의 치료를 객관적으로 정의하기 위해서는 IOM(2006)에 제시된 이용자와 환자를 돌보는 사람(carer), 그리고 전문인력과의 합의가 이루어진 개념 틀이 필요하다. 앞서 지적했듯 물질남용과 신체질환과의 동반상병 비율이 높은 것 역시 질을 정의하고 평가하는 것을 더욱 어렵게 만들 수 있다. 질과 결과 척도가 환자의 일차진료(처방지표) 접근성, 이차진료(입원치료와 지역사회기반 치료 모두 포함)에서부터 후속 조치와 재활 방법에 이르기까지 전체 환자의 경험을 아우르는 것이 이상적일 것이다. 그러한 경우, 정신질환 유병률을 밝히기 위한 인구 설문조사에서 나온 정보는 서비스 내용도 포함하게 되어 향상된 보건의료 질과 진료결과 척도에 중요한 밑바탕을 마련해줄 것이다.

정신보건의료는 일반 보건의료보다 질 지표 인프라의 개발이 더디다(IOM, 2006). 임상진료를 지원하기 위한 정보기술 개발이 잘 되지 않고, 정보기술을 이용하는 곳도 많지 않고 이용률도 낮은 경향이 있다. 정보시스템을 정신영역에 구축하고(Harding 등, 2011), 진료방식의 질을 보고하고 모니터링하는 데 걸림돌이 되는, 현 자료 시스템의 약점을 해결(Herbstaman and Pincus, 2009)할 필요가 여전히 남아 있다.

2008년 OECD는 OECD 국가 간 정신보건의료 질을 평가하고 비교하기 위한 정보의 이용가능성을 평가하였다(Garcia-Armesto 등, 2008). 이 연구를 통해 당시 국가별로 가장 폭넓게 이용가능한 자료원이 병원행정 데이터베이스, 국가 설문조사, 국가 기록이라는 점을 알 수 있었다. 많은 국가에서 환자 식별번호(Unique Patient Identifier, UPI)가 없어 특정 보건의료의 질 지표, 특히 일차진료와 지역사회 차원의 진료 처방이나 치료 질을 평가하고 진료 연속성을 평가할 지표를 구성하는 데 어려움이 있었다. 많은 OECD 국가에서 점점 더 많은 정신보건의료가 일차진료와 지역사회 차원에서 제공되고 있고, 진료의 연속성을 평가할 수 있는 여러 단계의 진료 제공에 걸친 정보시스템의 통합 수준이 낮다는 연구결과가 있다.

최근 OECD에서는 OECD HCQI 프로젝트에 참가하는 20개국의 국가적인 정신보건의료 입원환자 자료와 자료 연결성을 지원할 인프라 보유 수준을 파악하였다(OECD, 2013a). 17개국이 국가적 차원의 정신병원 입원환자 자료가 존재한다고 보고했으나, 이중 14개국이 정신병원 입원환자 자료를 사용하여 보건의료의 질을 주기적으로 보고하고 있다고 답했다. 12개국은 국립정신병원 입원환자 자료에 환자식별번호가 포함되어 있어 기록 연결 시 사용할 수 있다고 보고했다. 5개국은 국가 기록연결 프로젝트를 통해 주기적으로 정신보건의료 질 모니터링이 이루어진다고 답했다. 이러한 결과는 OECD 국가에서 정신보건의료의 질을 평가하기 위해 포괄적이고 설계가 잘 된 인프라 구축을 위해 상당한 진전이 필요하다는 것을 보여준다.

입원 정신보건의료에 더 중점을 두는 질 지표, 보다 폭넓은 진료방식을 반영하기 위해 확대필요

전체 진료경로의 질을 평가하는 것은 정신보건의료에서 핵심 과제로 통합 정보시스템이 필요하다. 하지만 현재의 평가는 입원환자 진료에 국한되어 있다. 일차진료와 사회적 결과를 포함해 지역사회 진료의 질에 계속 관심을 기울일 필요가 있다. 이를 위해서는 질 평가 인프라를 더욱 향상시키고 보건의료의 질 지표 구성 문제를 고려할 필요가 있을 것이다. 이러한 노력은 질 지표를 여러 번 활용한다는 점을 고려하면 상당한 효과를 기대할 수 있다.

정신보건의료 질 지표는 자료의 이용이 더 쉬운 입원환자 정신보건의료에 집중되는 경향이 있다. 정신보건의료 서비스 제공 방식과 모형이 다양함에도 불구하고 입원에서부터 지역사회 차원의 진료를 아우르는 지표는 대부분 잘 개발되지 않았다. 보건의료 서비스 제공방식이 변경되는 경우, 진료의 질을 정확하게 평가하기 위해서는 전체 진료경로의 질을 평가할 수 있는 다양하고 폭넓은 척도가 필요하다. 정신보건의료 기관에서 지역 차원으로 이전하며 전체 인구 차원에서 정신보건医료를 추적하기 더욱 어려워졌다. 여러 보건의료 제공 방식에 따라 환자를 추적할 수 있는 적절한 보건의료정보 인프라를 가진 국가가 거의 없기 때문이다. 이로 인해 국가에서 전체 정신보건의료 경로의 질을 추적하기 더욱 어려워졌다. 대다수의 OECD 국가가 입원 정신보건의료에 대해 상세한 정보를 갖고 있으나 지역사회 차원의 진료의 질을 평가하기 위한 자료와 정보는 부족하다. 경증 및 중등도 질환이 있는 환자는 인지를 못하거나 치료받지 못하는 경우가 자주 있다. 주로 지역사회나 외래 방식으로 치료가 이루어지는 경증도 장애의 파악을 향상하고, 진료 질의 진척을 추적하기 위해 더 많은 관심이 요구된다. 정신보건의료 서비스의 질은 전문 서비스의 질뿐만 아니라 일차진료 서비스의 질, 주택이나 고용서비스 같은 다른 분야가 제공하는 서비스의 질도 포함할 필요가 있다. 그러나 보건의료의 질 지표를 고를 때 진료의 질을 최적으로 평가할 수 있는 지표가 아닌, 이용가능한 자료원을 반영하는 지표를 선택하는 것을 피하기 어려운 경향이 존재한다. 이로 인해 진료 제공 방식의 전환을 반영하지 못하고 계속해서 입원진료 중심의 지표에 의존하게 된다. 일단 최적의 질 지표에 대한 합의가 이루어졌다면 이러한 자료를 수집하고자 하는 의지가 중요하다.

일차진료의 질과 진료결과지표

정신보건의료의 일차진료 질을 평가하기 위해 사용될 영역(domain)으로는 접근성, 포괄성, 연속성, 조정, 효과성, 효율성, 형평성 등이 있다(Gask 등, 2009; Druss 등, 2008). Gask 등(2009)은 일차진료 질을 향상하기 위한 핵심 조정 내용을 설명한다.

3장에서 살펴본 대로 일반의 및 기타 일차진료 전문인력은 중증 정신질환자의 신체적, 정신적 건강에 대한 요구를 관리하고 치료하는 데 핵심적인 역할을 할 수 있고, 따라서 진료의 포괄성, 연속성, 조정을 향상시킬 수 있다. 일차진료에서 중증 정신질환자의 기록 및 주기적 평가를 수립하는 것은 신체질환의 부담을 경감하고 보건의료의 질을 향상시키는 데 기여할 수 있다(Holt 등, 2009; Gask 등, 2009). 그러나 일차진료 제공자가 정신질환자 등록명부를 관리하도록 요구하는 OECD 국가는 극히 일부이다(표 4.2).

재정적 개입은 일차진료를 통해 전달되는 정신보건의료의 효율성과 형평성을 증진시킬 수 있고, 결과적으로 질을 향상시킨다. 호주 정신전문 간호사 인센티브 프로그램(Mental Health Nurse Incentive Programme, MHNIP)은 지역사회기반의 일반 진료과정에서 중증 정신질환자에게 잘 조정된 임상진료 제공을 지원할 때 정신전문 간호사를 개입시킬 경우 인센티브를 주고 있는데, 환자 결과를 향상시키는 데 성공적인 것으로 나타났다(3장 참조). 영국에서는 QOF를 통해 다양한 지표에서 우울증과 중증 정신질환을 위한 진료 제공을 증가시키도록 일반의에게 인센티브를 제공하였으나(2장과 3장 참조), 진료과정의 변화가 더 나은 진료결과로 이어졌는지 여부에 대한 근거가 현재 부족하다(Gask 등, 2009).

일차진료 차원의 지표 개발은 보건의료의 질을 파악하기 위한 필수적인 단계이다. 많은 OECD 국가가 다양한 지표를 사용하여 일차진료에서 정신보건의료 질을 평가한다. 스웨덴은 일차진료 및/혹

은 1, 2차 예방이 충분했다면 예방할 수 있었던 정신질환 진단 환자의 신체건강 입원진료 사용을 모니터링한다. 핀란드는 일차진료 내에서 근무하는 전문인력(정신전문 간호사, 정신전문의)에게 진료 받거나 정신건강과 관련하여 일차진료 내과의사에게 진료 받는 것도 포함하여 정신보건의료와 관련한 전체 일차진료를 추적하고 있다. 네덜란드는 일차 정신보건의료의 결과 측정 체계를 개발하고 있다. 다른 국가 또한 항우울제 처방과 복용 자료를 활용하고 있으나, 이는 OECD 국가 간에 비교적 큰 차이가 존재한다(2장 참조).

표 4.2. 일차진료 제공자의 정신질환자 기록기재 의무 유무

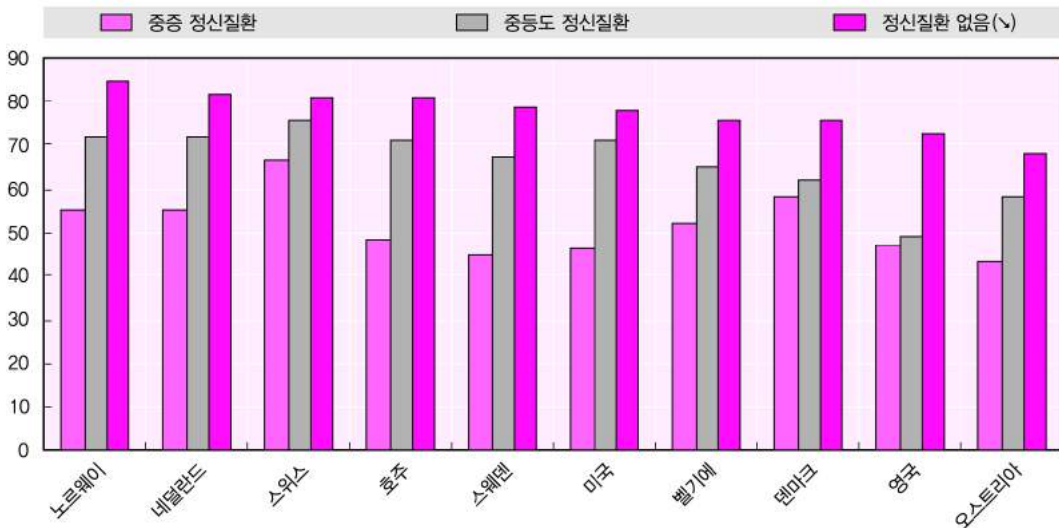
	유	무
호주		X
오스트리아		X
벨기에		X
캐나다		X
칠레		X
체코		X
에스토니아		X
핀란드		X
프랑스		X
독일		X
헝가리		X
아이슬란드		X
아일랜드		X
이스라엘		X
이탈리아		X
일본		X
한국		X
룩셈부르크		X
멕시코		X
네덜란드		X
뉴질랜드		X
노르웨이		X
폴란드		X
포르투갈		X
슬로바키아		X
슬로베니아		X
스페인		X
스웨덴		X
스위스		X
영국(잉글랜드)		X
미국		X

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

질 지표는 사회적 결과를 포괄해야 한다.

정신보건의료의 질 평가는 기존의 지표를 넘어 사회적 결과(social outcomes)까지 포괄할 수 있어야 한다. OECD 국가에서 점차 정신보건의료제도 및 서비스의 목표와 결과에 정신질환의 영향을 받는 삶의 영역, 예컨대 교육, 고용, 주택, 사회적 통합 등에 미치는 영향력을 포함시키려는 경향이 증가하고 있다. 효과적인 치료는 증상 경감으로 이어진다는 것을 보여주는 근거가 있으나, 이것이 노동이나 교육 참가 향상과 같은 사회적 결과의 증진으로 자동적으로 이어지지는 않는다. 정신질환자가 고용시장에서 상당한 불이익을 받는다는 점을 밝힌 최근 OECD 연구에서도 이는 확실하게 드러났다 (도표 4.8). 따라서 치료 “절차”의 결과지표와 함께 폭넓은 범위의 결과지표를 고려할 필요가 있다.

도표 4.8. 정신질환자가 겪는 상당한 고용차별
 가장 최근 연도 기준, OECD 10개국의 정신질환별 고용/인구 비율(생산연령인구 대비 고용인원)
 가장 최근 연도 기준, OECD 10개국의 정신질환 별 고용/인구 비율 (생산연령인구 대비 고용인원)



주: 이 도표 상의 영국 자료는 잉글랜드만 해당함.

1. 고용은 보통 주당 1시간 이상 유급근무 혹은 자영업 업무로 정의함(ILO 정의).

출처: OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030648>

병가, 질병 및 장애 수당 활용과 같은 고용 관련 척도를 사용하면 경증에서 중등도 정신질환자의 결과를 더 잘 반영할 것이다.

특히 지역사회 진료 환경에서는 여러 사회서비스 분야가 함께 질 좋은 서비스를 제공하기 위해 여러 기관 간, 그리고 전문인력 간 협력이 중요하다. 예를 들어 보건의료 서비스는 사회복지서비스, 고용, 교육, 주택 등 다른 분야와 상호 협력한다. 이렇게 복잡한 상황에서 특정 정신보건의료 서비스의 질 및 결과지표를 개발하고 평가하는 것은 쉽지 않다. 이와 같은 여러 분야가 정신보건의료 결과와 진료의 질에 미치는 영향과 관련하여 분야 간 상호의존성이 존재한다. 따라서 부족한 점이 발견될 경우 책임소재를 규명하는 것이 더욱 어려워질 수 있다. 결과적으로 강한 체계적 거버넌스와 리더십이 핵심적인 역할을 한다.

4.5. 정신보건의료의 질 평가를 위한 OECD 보건의료 질 지표 작업

2002년에 시작된 OECD 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicators, 이하 “HCQI”)의 목적은 다양한 국가에서 보건의료 서비스 제공의 질을 평가하고 비교하는 것이다. 건강증진, 예방적 및 일차적 진료, 암 진료, 환자안전 및 대응성, 환자 경험 등 다양한 분야에서 OECD 국가 간 비교를 위해 일련의 질 지표를 개발하였다. 적절한 정신보건의료의 질 지표가 부족하다는 인식 하에 HCQI 프로젝트는 정신보건의료 지표를 개발하였다. 이러한 진행 과정을 아래에 소개한다.

OECD HCQI 정신보건의료 질 지표의 역사

HCQI 프로젝트의 후원 하에, 정신보건의료 지표에 대한 국제적인 전문가 패널이 모여 정신보건 의료의 질 지표에 대해 합의된 권고안을 제공하고, 이를 HCQI 프로젝트가 주기적으로 수집하였다 (Hermann 등, 2004). 패널은 최종 지표가 정신보건의료에 대해 다음의 네 가지 부문을 다루어야 한다고 의결했다.

1. 치료
2. 진료의 연속성
3. 진료의 조정
4. 환자 결과

이 영역은 HCQI 프로젝트가 다른 보건의료의 성과 측면에도 반영되어 있다.

- 효과성
- 안전
- 대응성/환자중심성
- 접근성

HCQI 사무국이 초기 파악한 지표는 24개의 자료원에서 가져온 134개였다. 자원의 제약으로 인해 이 작업은 새로운 지표를 개발하기보다는 회원국에서 이미 사용하고 있는 지표를 검토하는 것에 국한되었다. 이 지표를 정신보건의료패널(Mental Health Panel)이 합리적으로 평가할 수 있는 수준으로 그 수를 줄이기 위해서 이 전문가 패널의 의장은 HCQI 사무국과 협력 하에 다음의 선별 기준을 충족하는 지표 24개를 선정했다.

- 별도의 자료수집체계가 필요하거나 자료 항목이 필요하지 않고 표준화된 코드체계(ICD 9나 DSM 코드 등)를 사용해 행정 정보에서 산출될 수 있는 지표
- 개인 또는 소비자 측면이 아니라 보건의료 제공 시 기술적 질을 평가하는 지표
- 비용이나 이용이 아닌 진료의 질에 집중한 지표
- 다범주 문항이 아닌 단일 항목을 기반으로 한 지표
- 제공자 차원이 아니라 보건의료제도 차원의 질 평가에 사용할 수 있는 지표

24개 지표 중 5개는 초기 선정 기준을 충족한 지표였으며, 4개 지표는 이 기준에서 탈락하였다. 정신보건의료패널은 남은 15개의 지표를 컨퍼런스 콜, 이메일 토론을 수차례 거쳐 평가한 후, 치료,

진료의 연속성, 진료 조정, 환자 결과 등 네 가지 핵심 영역을 다룰 수 있는 최종 12개의 지표를 취합했다. 이 12개의 지표는 표 4.3과 같다.

특히 정신치료와 같은 분야에서 여전히 격차가 존재한다. 또한, 제안한 지표는 소수인종 및 소수 민족의 치료격차 또는 형평성과 관련된 기타 사안에 대해 극히 제한적인 정보만 제공했다. 뿐만 아니라 진료의 접근성, 안전 문제, 혹은 사회서비스 통합, 중증 정신질환자 정신보건의료에 대한 고려도 누락되었다.

표 4.3. HCQI 정신보건의료패널이 제안한 정신보건의료 질 지표

분야	지표명
환자 결과	중증 정신질환자의 사망률
치료	정신질환자의 병원 재입원을 노년층 환자의 콜린 억제성 항우울제 사용 물질관련 질환 치료기간 우울증 급성치료 단계에서의 진료 급성단계에서의 지속적인 항우울제 약물치료 지속치료 단계에서의 지속적인 항우울제 약물치료
진료 조정	중증 정신질환의 사례관리
진료 연속성	정신입원 후 적시의 외래 후속관리 정신질환/물질 관련 복합문제로 인한 입원 후 진료 지속 정신건강 후속관리 비율의 인종별, 민족별 차이 정신입원 후 진료 지속

출처: Information compiled by the OECD based on the OECD HCQI Sub-group for Mental Health.

많은 국가에서 지표를 위한 자료의 이용가능성은 제한적이다.

국제적으로 적용할 수 있는 일련의 지표를 선정하는 것은 많은 국가에서 비교가 가능할 만한 가용 자료 범위가 극히 제한되어 있어 제약이 존재한다. 행정자료 시스템은 입원 및 외래 진료의 횟수와 위치에 가장 집중되어 있다. 보통 진단 정보는 비용청구에 필요한 경우에만 수집한다. 행정자료에는 환자의 증상, 기능 장애 정도, 수많은 임상진료 내용에 대한 정보가 부족하다.

HCQI의 정신보건의료 부문에서 후속 조사를 통해 18개국¹에서 이용가능한 국가 자료원, 제도적 마련의 책임 소재(institutional arrangements framing ownership), 정보시스템 사용을 조사하여 12개 지표를 수집하기 위한 자료의 이용가능성을 파악하였다(표 4.1). 여러 국가에서 가장 널리 이용가능한 자료원은 병원의 행정 데이터베이스, 국가 설문조사, 국가 기록으로, 이러한 자료원이 지표선정에 영향을 주었다. 국가 자료의 이용가능성을 살펴보고 좋은 자료의 종류(구조, 활동), 문제가 있는 자료도 있다는 것을 알 수 있었다. 정신보건의료의 절차와 결과를 측정하기 위하여 치료와 절차에 대한 자료, 정신질환자 자료와 구체적인 사망률 자료가 필요할 것이다. 이런 측면에서 OECD 국가의 정보시스템을 개선할 필요성이 분명히 존재하는 것으로 밝혀졌다. 그러나 이러한 정보가 이용가능하지 않은 국가의 상당수도 이러한 분야의 개혁을 어느 정도 지속하고 있었고, 따라서 이러한 자료의 이용가능성은 단기간에 크게 향상될 것으로 예상된다.

정신보건의료 정보를 담은 병원 행정자료는 거의 보편적으로 존재하고 있었고, 이환율(morbidity)에 대한 설문조사, 보건의료이용, 약제소비와 같은 자료도 보편적으로 존재했다. 또한 국가마다 중

중 정신질환 및 자살 통계자료도 쉽게 이용할 수 있었다. 그러나 구체적인 정신보건의료 자료 정보 시스템과 환자안전/부작용과 관련된 정보시스템이 존재하는 국가는 드물었다. 일차진료 행정자료 및 지역사회센터의 행정자료원이 제약적이기 때문에 병원 외부의 행정자료가 부족하다는 점도 주목할 만하다. 정신보건의료의 상당 부분은 일차진료나 지역사회 중심으로 제공되기 때문에 일반적인 정신보건의료 서비스 모니터링뿐만 아니라 구체적인 질 평가에도 난관이 되고 있다.

진료환경에 관계없이(병원, 일차진료, 지역사회센터 등) 행정 데이터베이스는 주로 회계목적으로 사용된다. 결과 평가에 활용하는 경우도 많지만, 진료의 질 모니터링을 위한 데이터베이스 이용은 병원에서 주로 나타나고 있으며 보상이 우선시되는 일차진료 환경에서는 많이 이용되지 않는다(Garcia-Arnesto 등, 2008).

정신보건의료 관련 항목을 포함시킨 이환율, 보건의료이용, 약 복용에 대한 국가 설문조사 또한 비교적 폭넓게 사용할 수 있는 자료원이지만 진료 연속성에 대한 조사는 훨씬 드물다. 국가 설문조사에서 얻은 자료의 사용 범위는 국가마다 매우 다양하다. 취합된 자료사용 목적은 주로 결과 평가였으며 질/임상진료지침 모니터링과 벤치마킹 또한 높은 순위를 차지했다.

정신보건의료 항목을 담은 보건의료정보나 정신보건의료 서비스 자료의 일반적인 출처에 더해, 많은 국가가 중증 정신질환이나 자살에 대한 국가 기록 등 특별 자료원을 관리하고 있었다. 이러한 자료원의 주 사용처는 결과 평가였고, 질 평가와 벤치마킹 활동이 뒤를 이었다.

그러나 많은 국가에서 UPI가 없는 점도 진료의 연속성, 처방이나 치료의 질을 평가하는 지표를 수립하는 데 어려움을 야기한다. 또 다른 문제는 다양한 치료제공 차원의 통합된 정보시스템 수준이 낮다는 점이다. 그러나 정신보건의료 정보와 신체건강정보 간의 통합이 병원 차원에서는 상당히 잘 이루어지고 있는 것으로 파악되어 신체건강과 정신건강을 연계하는 결과지표가 실현가능할 수도 있다는 점을 암시하였다.

지표 12개(표 4.3)의 자료 이용가능성 순위는 표 4.4와 같다.

표 4.4. 이용가능성별 추천 지표 순위

지표	이용가능한 국가의 수	이용가능하지 않음(국가 수)
정신질환자의 병원 재입원	13	5
물질관련 질환의 치료기간	12	6
중증 정신질환자의 사망률	12	6
노년층 환자의 콜린 억제성 항우울제 사용	9	9
정신질환/물질 관련 복합 문제로 인한 입원 후 진료 지속	6	12
정신입원 후 진료 지속	6	12
정신입원 후 적시의 외래 후속관리	5	13
중증 정신질환의 사례관리	5	13
급성단계에서의 지속적인 항우울제 약물치료	4	14
지속치료 단계에서의 지속적인 항우울제 약물치료	4	14
우울증 급성치료 단계에서의 진료	3	15
정신건강 후속관리 비율의 인종별, 민족별 차이	3	15

출처: OECD HCQI 정신보건의료 부문의 일환으로 여러 국가에게 받은 의견을 OECD가 취합한 정보

위에서 요약된 자료 이용가능성 조사에 이어 HCQI 프로젝트는 정기 자료취합 대상으로 정신보건 의료 지표 2가지(양극성 장애와 조현병의 재입원율)를 수집하기 시작했다. 2013년에는 2가지 지표(양극성 장애와 조현병의 초과사망률)가 추가되었다. 이 자료는 이 장 앞에서 제시하고 논의하였다(도표 4.6, 4.7).

4.6. 정신보건의료의 질적 측면과 결과평가 및 기준화를 위한 국제적 추진활동

현재 진행 중이거나 이미 완료된 다수의 프로젝트는 그간 겪은 수많은 난제에도 불구하고 국제적 차원에서 정신건강관리의 질적 측면 및 결과를 평가하고 기준화하기 위해 부단히 노력해왔다. 이 분야에 대한 학습을 보다 촉진시키기 위해 질적 향상은 국제적 노력을 통해서 이루어지고 있고 또 그 래야만 하며, 정신건강관리 역시 예외가 아니라는 주장이 지금까지 제기된 바 있다(Mainz 등, 2009). 이 같은 국제적 협력은 프레임워크, 용어, 정의, 이론 및 방식, 설계방식 및 원칙의 공유를 통해 상당한 시간과 비용을 절감할 수 있다는 장점이 있다.

정신보건의료 질적 측면에 관한 IIMHL 임상리더그룹 프로젝트

2008년 호주, 캐나다, 잉글랜드, 독일, 아일랜드, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 스코틀랜드, 대만, 미국 등 12개국에서 모인 임상전문가가 국제 정신보건의료 리더십 이니셔티브(International Initiative for Mental Health Leadership, 이하 “IIMHL”)의 임상리더그룹의 일원으로 모여 정신보건의료 보고를 위한 공동의 프레임워크 개발 프로젝트를 발족시켰다. 이 프로젝트의 궁극적 목적은 제도 성과의 국가 간 비교가 가능하고 성과를 벤치마킹할 수 있도록 균형 있고 포괄적이며 공동의 평가 프레임워크를 개발 및 도입하는 것이다. 또한 장기적으로는 각 참여국 내 이니셔티브에 정신보건의료 서비스 발전을 위한 정보를 제공하는 것을 목적으로 한다.

IIMHL 임상리더그룹 프로젝트는 다음과 같은 단계를 거친다.

1. 1단계

- 12개 참여국 내 정신보건의료 부문의 전문가 평가완료 논문, 정부 보고서, 백서, 그 외 인구기반 성과평가 관련 회색문헌(grey literature)의 체계적 검토. 12개 참가국의 대표단은 아래 세 가지 기준을 사용하여 정신보건의료 분야 내 인구기반 질적 또는 성과 평가 이니셔티브에 대한 전문가 평가 완료 논문, 정부 보고서, 백서, 그 외 “회색 문헌”을 검토할 것을 요청 받았다.
 - ◆ 이니셔티브는 반드시 정신보건의료 및/또는 약물사용과 관련된 지표를 포함해야 한다. 지표는 a) 분자 및 분모 수준까지 정확히 정의되어야 하며, b) 자료원 정보를 포함하고 있어야 하며, c) (IOM의 6개 영역인 효과성, 효율성, 동등성, 안전성, 적시성, 환자 및/또는 지역사회중심에 준한) 질 평가가 이루어져야 한다.
 - ◆ 또한 지표에는 국가 혹은 지역단위 중점부문이 수립되어 있어야 하며, 그렇지 않을 경우 지표는 기관 또는 서비스제공자의 성과 평가를 위해 사용되어야 한다.
- 문헌 검토를 통해 수집된 지표의 모음
 - ◆ 10개국에서 수집된 29가지 프로그램 및 2가지 국가 간 프로그램에서 총 650개 이상의 평가방안이 도출되었고, 이는 다시 17개 부문 및 80개의 하위 부문으로 구분되었다.
- 각국 내에서 검토 중인 지표 수집 현황 확보를 위한 연구. 이 연구의 대상은 12개 참여국 내에

서 현재 진행 중이거나 곧 시작될 예정인 국가차원의 정신보건의료 질 평가 프로그램이며, 특히 검증 프로그램 및 책임기관, 질적 지표의 도출, 평가 대상, 자료 수집의 출처 및 방식, 그리고 자료의 사용법에 대해 보다 심도 있는 정보를 얻는 것에 중점을 두고 있다.

2. 2단계

- 각국에서 수집 가능한 중점 지표 확인을 위해 “평가 개념”에 기반을 둔 조사 도구 개발. 성과지표의 수집 및 분류 작업 이후 컬럼비아 대학(Columbia University) 연구진은 모듈을 통해 정신보건의료 질적 지표를 조직화해 하나의 합의된 목록으로 만들기 위한 목적으로 조사 도구를 개발했다. 지표는 그룹화되어 평가 개념에 편입되었다. 평가 개념의 예시로는 약물치료 모니터링, 입원 후 후속관리, 검증된 도구를 사용한 증상 혹은 진단 평가 등이 있다. 이 같은 평가 개념은 “기초 지표” 및 더 나은 접근법을 제공할 수 있는 기초 지표의 변형 지표와 관련한 조사 질문 마련에 기초가 되었다.
- 분야/기초 지표/유효성/중요도 등 모든 평가 개념의 등급 결과 중요도 부문의 상위 3개 기초 지표는 1위가 격리[8.3(0.6)]², 2위가 환자 참여[8.2(0.9)], 공동 3위는 입원환자 퇴원 후 7일간 후속관리와 증상 경감[8.2(0.4)]인 것으로 나타났다. 전 지표에 걸쳐 등급의 최하위에는 과잉투약측정[6.1(2.1)], 결석[5.9(2.4)], 범죄[4.3(2.1)] 등이 있었다. 유효성 부문에서는 입원환자 퇴원 후 7일간 후속관리[7.9(0.5)]가 1위, 비자발적/강제적 입원[7.5(1.4)]이 2위, 격리[7.4(1)]가 3위로 나타났다. 유효성 부문 하위 3개 지표는 환자 교육[5(1.5)], 범죄경험[4.6(1.7)], 결석[4.2(2.3)]이었다. 이 조사에서 기초지표에 대해 제안한 변형지표는 기본지표의 안전성을 중요시하는 조사 참여자들로부터 큰 지지를 얻지 못했다.

3. 3단계

- 프로젝트 제3단계는 참여국과의 협력 하에 IIMHL 임상리더 프레임워크와 델파이 과정(Delphi process) 등급 결과를 기반으로 선정된 지표의 수집을 시범적으로 진행하는 데 초점을 맞출 것이다. 또한 이 프로젝트는 OECD 정신보건의료 질 평가 이니셔티브와 함께 협력적으로 진행될 것이다.
- 질적 개선 및 책임성과 관련한 회복지향적(recovery-oriented) 방법 개발을 위해 정신보건의료의 질 전문가그룹을 국제적으로 조직하고 여러 분야의 학문에 걸친 접근법을 활용한다. 이러한 노력은 정식 회원으로 집단에 합류하여 전문성을 공유하게 될 소비자 권익옹호단체 및 정책 전문가의 의견수렴으로 더욱 강화될 것이다. 이들은 회복을 측정하는 데 대한 도전과제, 장애물, 전략, 현재 사용 중인 도구/방법의 강점과 취약점에 대해 중요한 의견을 제시하고, 추가 도구/방법 개발 및 시험에 대한 아이디어를 제공하고, 전반적인 회복관련 논의를 진행할 것이다.

북유럽 지표 프로젝트(Nordic Indicator Project)

북유럽장관협의회(Nordic Council of Ministers)는 지난 2007년 북유럽 보건의료 서비스 질 평가 프로젝트(Nordic Project on Measuring the Quality of Health Services)를 발족시켰다. 이 프로젝트의 임무는 북유럽 국가 내 정신보건의료 서비스의 등록 및 모니터링의 기초가 되는 지표 마련을 위한 제안을 준비하는 것이었다(NORDEN, 2011).

이 프로젝트는 병원치료(입원 및 외래환자) 및 다음의 부문에서 북유럽 국가가 가까운 장래에 도입할 것으로 예상되는 잠재적 지표와 관련하여 북유럽 국가의 정신보건의료 서비스를 보여주는 모

든 질적 지표를 포함하기로 결정했다.

- 정신보건의료 서비스 질에 대한 일반적 지표
- 강제적 방안
- 전기충격요법
- 성인, 아동, 청소년의 조현병
- 병원에서 치료되는 경미하거나 심각한 수준의 우울증
- 양극성 장애
- 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)
- 환자와 그 가족구성원이 평가한 질

현재 북유럽 국가는 국가차원의 정신보건의료 서비스 질적 측면 평가에서 가장 높은 성과를 거두고 있다. 체계적인 보건의료관련 자료를 보유하고 있고 환자 개인에 대한 자료 수집이 가능하다는 점에서 북유럽 국가는 정신보건의료 서비스의 질적 측면 평가에 상당히 특징적인 기회를 갖고 있다고 할 수 있다. 따라서 북유럽 국가는 질적 지표에 기반을 둔 국제적 정신보건의료 서비스 질적 평가를 위한 동기부여 및 협력에 상당한 공헌을 할 수 있다.

리파인먼트(RIFINEMENT) 프로젝트

리파인먼트(RIFINEMENT: Research on Financing Systems' Effect on the Quality of Mental Health Care, 정신보건의료 질적 측면에 대한 파이낸싱 시스템의 영향력 조사) 프로젝트는 2011년에서 2013년까지 유럽 의회(European Commission)의 재정적 지원을 받아 이탈리아, 호주, 영국, 핀란드, 스페인, 노르웨이, 에스토니아, 프랑스, 루마니아에 있는 9개 연구기관의 참여로 수행되었다. 이 프로젝트의 종합 목표는 국가별로 상이한 보건의료 분야 재정체계 모형과 정신보건의료 서비스의 질적 수준, 형평성, 효율성, 더 나은 장기적 건강결과 등의 성과수준 간의 관계를 검토하는 것이었다. 이 같은 목적 하에 보건의료 및 사회복지 시스템의 비용조달 방식 분석, 순기능 혹은 역기능을 가진 재정적 혜택, 정신보건의료 연결서비스(mapping service), 진료경로, 정신보건의료의 질 및 충족/미충족된 욕구, 정신보건의료 부문에서 최적의 실행모형 및 프로젝트 관리체제 수립, 평가 및 보급 등 다양한 작업 패키지가 마련되었다. 치료의 질적 측면 및 충족/미충족된 욕구에 관한 작업 패키지는 다음과 같은 목적을 지닌다.

1. 정신보건의료의 성과 및 결과지표 확립
2. 9개 유럽 국가에서 확보할 수 있는 자료의 범주(국가/지역단위, 지역/개인 여부) 확인
3. 정신보건의료 지표의 성과 및 결과 관련 정보수집을 위한 전략 수립
4. 자료 수집 임무를 맡은 조사자 교육훈련
5. 수집된 자료에 대한 전략적 분석 수행
6. 정신보건의료의 계획 및 의사결정과정에서 국가 정책결정자, 보건의료시스템 수립 담당자 등을 포함한 모든 관련 당사자의 참여를 활성화하기 위해 누구나 접근할 수 있는 정보기반 제공

포괄적 보건의료 모니터링 시스템을 위한 정신보건의료 지표

앞서 유럽 의회는 1999년부터 2001년까지 STAKE(National Centre for Research and Development

in Welfare and Health in Finland, 핀란드 국립 복지 및 보건의료 연구개발센터)가 주도한 포괄적인 보건의료 모니터링 시스템에 필수적인 정신보건의료 지표 수집 및 분석 프로젝트를 지원한 바 있다. 이 프로젝트는 기존의 정신보건의료 및 웰빙 지표와 정보체계에 대한 정보를 수집했고, 이를 바탕으로 유럽 내 포괄적 보건의료 모니터링 시스템에 편입시키기 위한 정신보건의료 지표를 선정했다. 선정된 지표는 아래 표 4.5와 같다.

표 4.5. 포괄적 유럽 보건의료 모니터링 시스템에 포함된 정신보건의료 지표 목록

지표 영역 (숫자는 ECHI 하부그룹을 의미)	개별 지표 (숫자는 지표의 개별 순위를 의미)
2. 건강 상태	
2.1.3. 원인별 사망률	1. 자살 2. 위해사건, 의도 불분명 3. 약물관련 사망 4. 자살로 인한 잠재수명손실연수(PYLL)
2.2 질병별 질병률	5. 범불안장애(발병률과 유병률) 6. 주요 우울증(발병률과 유병률) 7. 알코올 의존 8. 자살시도(12개월 유병률)
2.3 일반 질병률	9. 심리적 고통 10. 정신적 웰빙 a) 기력, 활력(SF-36) b) 앤드류스 단일항목 질문(행복) 11. 감정 문제로 인한 역할 제약
3. 건강 결정요인	
3.2.1. 개인의 상태	12. 지배력(Mastery) 13. 낙관주의
3.3.3. 사회문화적 환경	14. 사회적 지원 15. 사회적 고립 16. 사회적 네트워크 17. 생활사건
4. 보건의료시스템	
4.1. 예방, 건강 보호 및 증진	18. 자살예방 프로젝트 19. 육아기술 지원 프로젝트
4.2. 보건의료 자원	20. 정신병상 21. 정신전문의 22. 소아정신전문의 23. 기타 정신보건의료 분야 전문인력
4.3 보건의료 이용: 정신병상, 외래환자 진료, 사회적 서비스	24. 정신건강문제 관련 입원 에피소드 건수 25. 미성년자의 정신건강문제 관련 입원 에피소드 건수 26. 장기입원환자 수 27. 외래 서비스 이용 28. 정신보건의료 서비스 이용에 대한 자가 보고 29. 항정신성 약물 복용 30. 정신질환으로 인한 장애연금의 수 31. 정신질환으로 인한 장애에 소요된 비용 32. 정신질환으로 인한 질병보상기간

4.4. 비용	33. 국가 총 정신보건의료 서비스 비용 34. 비례적 국가 정신보건의료 서비스 비용 35. 비례적 국가 미성년자 정신보건의료 서비스 비용
4.5 보건의료의 질 지표	36. 국가 질 인증 가능여부

출처: Establishment of a set of mental health indicators for European Union Final Report, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES, Helsinki.

국제적 기준화로 인한 난관

Mainz 등(2009)이 주장한 바와 같이 국제적 벤치마킹에 내재된 어려움 없이 이러한 프로젝트를 진행할 수 없다. 상대적으로 단순한 지표마저도 정보 수집에 어려움이 있으며, 보고된 지표 자료가 등록된 시점이 나라별로 상이한 경우도 있다. UPI 유무와 관련된 입원수속 이후의 환자 추적에 대한 국가별 변별 능력(differential ability) 문제, 리스크 조정의 부재, 신뢰도 검사 및 상세하고 독점적인 자료 명세서의 결함 역시 걸림돌로 존재하며, 관리의 질적 측면을 반영하는 최적의 자료가 아닌 수집 가능한 자료만을 반영한 질적 기준화 지표의 사용이 불가피하다는 점 역시 어려움 중 하나이다.

4.7. 개선을 위한 자료의 이용: 정신보건의료의 질 및 진료결과지표, 목표 및 기준 개발

벤치마킹, 성과관리, 질 향상, 고객정보, 서비스제공자 진료비 지불 등 질 지표를 사용할 수 있는 분야는 많다. 국가 및 국제적 차원에서 벤치마킹을 위한 목적으로 질 지표를 사용할 수 있다. 질 매트릭스의(quality metrix)의 공개는 제공자와 조직 모두 성과를 개선하고 평판을 개선하는 데 참여시킬 수 있다. 보건의료 조직이 진료의 질 향상에 책임을 지도록 하는 것이 중요하다(Kilbourene 등, 2010). 보건의료의 질과 진료성과 지표, 정신보건의료 목표 및 기준개발에 대한 상당한 진전이 국가 차원에서 이루어졌다. 이 보고서의 뒷부분에는 호주, 잉글랜드, 네덜란드, 스웨덴, 미국의 경험을 바탕으로 한 구체적인 사례가 제공된다. 이 보고서에서 자세히 다루지는 못했지만 위에서 언급한 국가 외에 몇몇 OECD 국가도 고무적인 사례가 있으므로 이것도 주의 깊게 살펴보아야 할 것이다. 이러한 사례 중 스위스의 MARS 프로젝트와 스코틀랜드의 회복지표 2 접근법(Recovery Indicator 2 approach)이 대표적이다.

OECD 국가 전반에 걸쳐 정신보건의료의 질적 지표 및 결과지표, 목표, 표준의 광범위한 발전 진행

표 4.6에서 볼 수 있듯 OECD 국가 전반에 걸쳐 정신보건의료의 질과 진료성과 지표, 목표, 표준 개발이 진행되고 있다. OECD 국가는 지표, 목표, 표준 개발에 있어 각기 다른 접근법을 취했다. 이러한 개발 목적에 따라 지표, 목표, 표준 개발의 강제성에 국가별 차이를 보인다. 일부 국가에서 이러한 자료는 구매 또는 지불제도의 일부로 사용된다. 제공자를 모니터링하거나 벤치마킹하기 위한 의도로 이러한 자료를 사용하는 국가도 있었다. 일부 OECD 국가의 결과 및 질 지표 개발 경험에 대해 아래에서 보다 상세히 설명하기로 한다.

일상적 결과 조치 수집을 의무화하고 핵심 성과 지표를 우선순위로 선정한 호주

호주는 임상사와 소비자가 평가하는 결과지표를 일상적으로 수집하고 우선순위가 높은 다른 성과지표를 종합하여 포괄적인 성과지표의 조합을 만들어낸다.

호주의 전국 진료결과와 환자구성 조사(National Outcomes and Casemix Collection, 이하 “NOCC”)는 모든 주와 준주의 정신보건의료 서비스가 수집한 일상적 결과지표의 모음이다. NOCC에는 HoNOS와 생활기술척도(Life Skills Profile, 이하 “LSP”), 강점과 난점 설문(Strength and Difficulties Questionnaire, 이하 “SDQ”), 그리고 Kessler 10(K10)이나 BASIC-32 같은 고객이 평가하는 증상 혹은 웰빙 관련 지표 등의 기능 관련 지표가 포함되어 있다. 그간 HoNOS 계열의 결과지표 수집량이 꾸준히 증가해 온 것은 사실이나, 고객평가 지표 및 SDQ는 그 수집량이 여전히 낮은 수준이다. 교육, 고용, 주거, 치료동맹(therapeutic alliance), 트라우마 관련 문제, 고객 및 간병인의 경험, 가족 기능, 보안, 위험 및 0-4년까지의 지표 등의 분야에서는 수집된 정보 간에 격차가 존재한다는 것이 확인된 바 있다. 그러나 정보수집 영역을 확장하는 것은 자료 수집의 부담을 최소화하는 것과 서로 상충된다.

표 4.6. 일부 OECD 국가의 국가 및 지역 차원 정신보건의료 결과지표, 목표 및 기준 개발

	결과지표	목표	표준
호주	X	X	X
오스트리아		X	X
벨기에		X	X
캐나다	X		X
칠레		X	X
체코	X		X
핀란드	X	X	X
프랑스	X	X	X
독일	X		X
헝가리	X	X	X
아이슬란드	X	X	X
아일랜드	X	X	X
이스라엘	X	X	X
한국	X	X	X
멕시코	X	X	X
네덜란드	X		X
뉴질랜드	X	X	X
노르웨이	X	X	X
폴란드	X	X	
포르투갈	X	X	X
슬로바키아	X		X
스페인		X	
스웨덴	X		
터키	X	X	X
미국			X

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

호주의 제4차 국가 정신보건의료계획평가전략(National Mental Health Plan Measurement Strategy)을 보면 정신보건의료 성과지표를 위한 우선순위를 5가지로 요약하였는데, 1) 사회적 통합 및 회복, 2) 예방 및 조기치료, 3) 서비스 접근성, 협력, 치료의 지속성, 4) 질적 향상 및 혁신, 5) 진행상황 파악 및 보고 시의 책임성이 그것이다. 첫 번째 영역에 포함된 지표는 교육, 고용, 주거, 정신질환자의 지역사회 참여도, 그리고 지역사회 내에서 정신질환자에게 보이는 따돌림 행동의 비율과 연관되어 있다. 두 번째 영역은 정신질환 유병률, 자살률, 정신건강문제 및 지역사회 내 질병에 대한 이해 수준, 젊은층의 정신질환 및 정신보건의료 서비스 이용실태, 그리고 학교에서 제공되는 정신건강 관련 교육 등과 관련 있다. 세 번째 영역은 입원 전 치료 및 퇴원 후 치료를 포함한 정신보건의료 서비스를 이용하는 사람에 대한 관리감독, 재입원률, 일차진료, 응급실 대기시간, 노숙자 및 수감자의 정신질환 유병률 등과 관련되어 있다. 네 번째 영역은 기준 및 치료의 질, 서비스 이용자 결과 및 환자와 간병인의 경험을 다룬다. 마지막 다섯 번째 영역은 그 성과 자료가 공개적으로 보고되고 있는 서비스의 비율로 측정된다.

호주 공공정신보건의료 서비스(NMHWG Information Strategy Committee Performance Indicator Drafting Group, 2005)의 핵심 성과지표는 28일내 재입원율로 산정하는 효과성, 국가서비스기준(National Service Standards) 준수 여부로 산정하는 적합성, 비용 및 입원 및 지역사회시설 이용기간으로 산정하는 효율성, 치료를 받는 인구 수로 측정하는 접근성, 신규환자지수, 비교지역 자원, 지역주민의 입원치료 접근성 등 아홉 개 부문으로 구분된다. 치료의 지속성은 입원 전 치료 및 퇴원 후 지역사회 치료를 기준으로 하며, 진료 역량은 결과 준비성에 반영된다. 그 외 영역에는 대응성, 안전성, 치료의 지속가능성 등이 있다.

정신질환의 범위를 반영하고 구매 및 지불 제도에 핵심적인 잉글랜드의 결과지표

잉글랜드에서는 경증 및 중등도, 중증 정신질환용 결과지표를 모두 개발하였다. 결과 평가 지표는 정신보건의료 서비스를 구매하고 서비스 제공자에게 진료비를 지불하는 데 있어 핵심적인 역할을 한다. 결과지표는 환자의 경험, 삶의 질, 사회적 결과에 더해 진료의 질과 징후학(symptomatology)까지 반영한다.

NHS 결과 프레임워크(NHS Outcome Framework)

NHS 결과 프레임워크는 과정보표 평가에서 벗어나 건강결과를 추구하려는 연립정부의 목표를 반영한 것이다. 결과 프레임워크 상의 지표는 총 5개의 영역으로 구성되며, 이 중 3개 영역에 정신보건의료와 관련된 지표가 포함되어 있다. NHS 결과 프레임워크 2013-14는 정신보건의료에 특히 중점을 두고 있다. 정신치료와 관련된 새 지표를 추가하여 이 프레임워크에 우울증이나 불안과 같은 일상적인 정신건강문제 회복이 반영되도록 했다. 이 새로운 지표는 IAPT(2장 참조)를 통해 우울증과 불안장애 대응성을 파악하는 것이다. 이러한 새 지표의 도입은 정부의 “정신 및 신체 건강에 대한 동등한 존중”이라는 목표를 반영하는 것으로, NHS 결과 프레임워크에 포함된 정신보건의료 관련 지표는 표 4.7과 같다.

임상운영그룹 결과지표

NHS 결과 프레임워크를 사용하여 새로운 임상운영그룹 결과지표(Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set, 이하 “CCG OIS”)(이전 명칭 “운영결과 프레임워크(Commissioning Outcomes

Framework, COF))를 만들었다. CCG OIS는 새로 조직된 임상운영그룹(clinical commissioning group, 이하 “CCG”)이 결정한 서비스의 결과를 평가하고 기준화할 수 있도록 지원하기 위한 지표이다. 또한, CCG OIS는 CCG가 결정한 보건의료 서비스의 질에 대해 환자와 대중에게 명확한 비교정보를 제공하고, 관련 보건의료 결과를 알려주게 될 것이다. 정신보건의료와 관련된 CCG OIS 지표는 표 4.8과 같다.

표 4.7. 국가보건료서비스(NHS) 결과 프레임워크의 정신보건의료 지표

1. 조기사망 예방 중증 정신질환자의 조기사망 감소 1.5 성인 중증 정신질환자의 75세 이하 과잉사망률
2. 장기 질환자의 삶의 질 향상 정신질환자의 삶의 질 향상 2.5 정신질환자 고용
3. 질환(ill-health) 에피소드 회복 지원 혹은 외상 추구관리 계획적인 치료의 결과 향상 3.1 선택적 치료를 받은 환자가 평가한 전체 치료효과 v. 심리치료
4. 긍정적 치료경험 제공 정신질환자를 위한 보건의료 경험 증진 4.7 환자의 지역사회 정신보건의료 서비스 경험

표 4.8. 임상운영그룹 결과지표(CCG OIS)의 정신보건의료 지표

영역 1 조기사망 예방 중증 정신질환자의 조기사망 감소 신체 검진을 받은 중증 정신질환자 중증 정신질환: 흡연율
영역 2 장기 질환자의 삶의 질 향상 정신질환자의 삶의 질 향상 BME군의 지역사회 정신보건의료 서비스에 대한 접근성 BME군의 심리치료 서비스에 대한 접근성 상담치료 후 회복(전체 연령 및 65세 이상) 장기 정신건강 환자의 건강 관련 삶의 질
영역 3 질환(ill-health) 에피소드 회복 지원 혹은 외상 추구관리 계획적인 치료의 결과 향상 알코올 관련 입원 및 재입원 퇴원 후 30일 이내 정신재입원 2차 정신보건의료 서비스 이용 성인 중 유급고용 비율
영역 4 긍정적 치료경험 제공 정신질환자를 위한 보건의료 경험 증진 환자의 지역사회 정신보건의료 서비스 경험(NHS OF 4.7)

출처: NHS England (2013), “CCG Outcomes Indicator Set 2014-15-At a Glance”, NHS England, available at: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/ccg-ois-1415-at-a-glance.pdf.

보건의료 질 및 진료결과 프레임워크

QOF에 포함된 정신보건의료 지표(표 4.9)는 우울증과 같은 경증 및 중등도 질환뿐만 아니라 조현병, 양극성 관련 장애 및 다른 중증 정신질환에도 중점을 두고 있다. 우울증 지표의 경우, 진단 시점에서 병의 정도와 생물심리학적 평가를 기준으로 한다. 중증 정신질환 지표는 중증 정신질환자의 조기사망으로 이어질 수 있는, 높은 신체적 동반상병률을 반영하여 신체건강검진을 고려한다. 그 외에도 리튬치료 이용을 모니터링하고 기록하는 지표도 있다.

표 4.9. 보건의료 질 및 진료결과 프레임워크 2013-2014년에 포함된 우울증 및 정신보건의료 지표

우울증(DEP)	
DEP001	4월 1일부터 다음 해 3월 31일 사이 새로 우울증 진단을 받은 18세 이상 환자 중 진단 시점에 생물심리학적 평가를 받은 적 있는 환자의 비율. 평가 완료시점은 진단기록일과 동일한 날로 기록
DEP002	4월 1일부터 다음 해 3월 31일 사이 새로 우울증 진단을 받은 18세 이상 환자 중 진단일로부터 10-35일 사이에 검토를 받은 환자의 비율
정신보건의료(MH)	
MH001	조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 및 리튬치료 중인 환자의 기록을 기재하고 유지하는 기관
MH002	조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월 동안 개인, 가족 그리고/혹은 경우에 따라 간병인이 합의한 종합 진료 계획서를 문서 기록으로 보유하고 있는 환자의 비율
MH003	조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월간의 혈압 기록을 가지고 있는 환자의 비율
MH004	40세 이상의 조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월간 총 콜레스테롤: HDL 수치 기록을 보유하고 있는 환자의 비율
MH005	40세 이상의 조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월간 혈당이나 HbA1c 기록을 보유하고 있는 환자의 비율
MH006	조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월간 BMI 기록을 보유하고 있는 환자의 비율
MH007	조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 직전 12개월간 알코올섭취량 기록을 보유하고 있는 환자의 비율
MH008	잉글랜드: 25세 이상, 65세 미만의 여성 조현병, 양극성 장애, 기타 정신질환자 중 차트에 직전 5년간 자궁경부암 검사를 받은 기록이 있는 환자의 비율(북아일랜드는 25세 이상 65세 미만, 스코틀랜드는 20세 이상, 61세 미만, 웨일스는 20세 이상 65세 미만)
MH009	리튬치료 중인 환자 중 직전 9개월 동안 혈청 크레아티닌과 TSH 기록을 보유하고 있는 환자의 비율
MH0010	리튬치료 중인 환자 중 직전 4개월 동안 치료범위의 리튬수치 기록을 보유하고 있는 환자의 비율

출처: NHS Commissioning Board, BMA and NHS Employers (2013), "Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2013/14", available at: file:///E:/_OECD%20Mental%20Health%202013/Comments_Revisions/gpqof_guidance20132014.pdf.

잉글랜드에서는 전문 정신보건의료 서비스 제공자를 위한 새로운 지불제도인 “진료 경로 및 패키지 접근법(Care Pathways and Packages Approach)”이 개발되었다. 이를 통해 보건의료 제공자가 보상 받는 활동 단위로 구성된 진료 클러스터에 환자를 배분한다(보다 자세한 내용은 3장 3.4 참조). 각 진료 클러스터의 질 지표는 전문 정신보건의료 제공자와 구매자 간 반드시 합의되어야 하며 분기별로 모니터링해야 한다(NHS England, 2013). 이러한 목적으로 국가 및 지역에서 사용하기 위한 10개의 지표가 제안되었으며, 향후 몇 가지 지표에 대한 작업도 진행될 것이다. 이러한 내용이 표 4.10에 정리되어 있다. 이러한 지표에 대한 자료는 잉글랜드 NHS에서 2003년 4월 이후 모든 정신보건의료 제공자 조직의 의무적인 자료수집인 MHMDS를 통해 수집될 것이다. MHMDS는 질병을 앓는 기간 동안 서비스 이용자가 받은 진료에 대한 정보, 임상적 문제, 제공받은 치료, 사회서비스 및 결과 측면에 대한 보다 상세한 자료를 포함한다(HoNOS scores).

표 4.10. 잉글랜드 정신보건의료 추천 및 추가 질 지표

추천 지표		추가 지표	
R1	케어 프로그램 접근법(CPA)을 이용 중인 클러스터 이용자의 비율	C4	실제 클러스터 검토 기간의 분포
R2	지난 12개월간 검토받은 적이 있는 CPA 이용자 비율	C5	실제 클러스터 에피소드 기간의 분포
R3	인증구성 전체 기록	C6	실제 MH 클러스터 검토 기간의 분포
R4	전체 이용자의 수용 상태(안정 상태에 대한 지표로 평가)	C7	재의뢰(Re-referral) 비율(범위내 서비스로 의뢰)
R5	치료 강도(치료일수 중 병상 기간의 비율)	C8	해당 클러스터 구성 검토와 함께 검토(CPA) 비율
R6	CPA 이용자에 국한하여, 위기계획이 마련되어 있는 이용자의 비율	C10	수용 문제 지표
R7	유효한 ICD-10 진단 기록을 가진 이용자의 비율	C11	클러스터 개요
C1	클러스터에 배분된 범위 내 환자의 비율	C12	상위단계/하위단계 이동/경미한 변경/퇴원
C2	절대규칙(Red Rules)에 따른 최초 클러스터 배분 비율		
C3	클러스터 검토 기간 내에 있는 환자의 비율		

출처: NHS England (2013) “Draft Guidance on Mental Health Currencies and Payment”, available at www.monitor.gov.uk/sites/default/files/publications/Draft%20guidance%20on%20mental%20health%20currencies%20and%20payment.pdf.

국가 보건의료 결과척도(HoNOS)

1993년 잉글랜드의 왕립정신전문의회 연구분과(Royal College of Psychiatrists Research Unit)가 개발한 HoNOS는 보건부가 “정신질환자의 건강과 사회적 기능 향상”이라는 국가건강목표 달성을 위한 진척도를 파악하기 위해 의뢰하여 탄생하게 되었다(Wing 등, 1994). 이 척도는 행동, 장애, 증상, 사회 기능 등 네 가지 영역을 평가하는 12개의 항목으로 구성된다(Wing 등, 1996). 각 항목 마다 0점(문제 없음)에서 4점(문제 심각)으로 평가하여 총 0점(최우수)에서 48점(매우 열악)의 결과로 표시된다(표 4.11). HoNOS는 정신전문의, 간호사, 임상심리사, 사회복지사가 개별적으로 평가하거나 임상

팀(팀 토론을 통해 등급을 합의로 결정)의 의견을 수렴하여 등급을 부여하는 자체평가 도구이다. 개별 환자결과는 두 시점의 환자 점수를 비교하여 평가한다. 인력에 변화가 생기거나 환자의 접근성에 문제가 발생한다면 두 번째 점수를 수집하기가 어려울 수 있다(Jacobs, 2009).

표 4.11. 국가 보건의료 결과척도(HoNOS)의 항목, 구조 및 점수계산

항목	하부 척도/영역	점수체계
1. 과반응, 폭력적, 파괴적, 격앙행동 2. 비우발적 자해 3. 문제적 음주나 약물복용	행동(1-3)	각 항목은 다음과 같이 5가지 점수로 평가된다. 0. 문제 없음 1. 조치가 필요 없는 경미한 문제
4. 인지 장애 5. 신체질환이나 장애	기능/장애(4-5)	2. 경증이지만 실체가 있는 문제 3. 중등도에서 중증 문제 4. 중증에서 극중증 문제
6. 환각, 망상 동반 문제 7. 우울감 동반 문제 8. 기타 정신적, 행동적 문제	증상(6-8)	점수는 각 개별 항목, 하부 척도, 총점으로 산출.
9. 관계 문제 10. 일상생활 활동 문제 11. 삶의 환경 문제 12. 직업과 활동 문제	사회성(9-12)	

출처: Jacobs, R. (2009), "Investigating Patient Outcome Measures in Mental Health", CHE Research Paper, No. 48.

HoNOS는 노년층(HoNOS65+), 아동과 청소년(HoNOSCA), 범죄의학 서비스(HoNOS-Secure), 학습장애(HoNOS-LD), 외상성 뇌손상(HoNOS-ABI) 등이 포함되도록 수정되었다.

잉글랜드에서는 국가 정신보건의료 서비스 프레임워크(National Service Framework for Mental Health)와 보건부의 중증 정신질환 결과지표 실무그룹이 HoNOS 이용을 권장하고 있다. HoNOS는 MHMDS의 일부일 뿐만 아니라 정신보건의료 클러스터링 도구(Mental Health Clustering Tool, 이하 "MHCT")를 뒷받침한다. MHCT는 보건부, 왕립정신전문의 고등교육 및 회의센터(Royal College of Psychiatrists Centre for Advanced Learning and Conferences), 진료 경로 및 패키지 프로젝트(Care Pathways and Packages Project, CPPP)의 파트너십을 형성하여 진료 경로 및 패키지 접근법에 따라 진료 클러스터에 서비스 이용자를 배분할 수 있도록 했다.

또한, HoNOS는 호주와 뉴질랜드에서도 널리 사용 중이다. 호주에서는 HoNOS를 입원 및 외래 정신진료를 이용하는 모든 환자에게 표준 결과지표로 사용을 의무화하고 있다. 이에 따라 모든 환자가 최소 두 번 HoNOS를 완료하여야 한다. HoNOSCA와 HoNOS65+도 각각 아동청소년 정신보건의료 서비스(CAMHS)와 노년층 정신보건의료 서비스에 대해 이용이 의무화되어 있다.

결과, 안전 및 고객만족에 대한 포괄적인 성과지표를 개발한 네덜란드

네덜란드는 시장기반 의료개혁을 통해 결과, 안전 및 고객만족에 대한 포괄적인 성과지표를 개발하는 데 성공했다. 2006년 네덜란드 정부는 정신보건医료를 포함한 보건의료계 전반에 시장경쟁을 도입했다. 네덜란드의 정신보건의료 제공자는 서비스의 질과 가격에 대해 보험조합과 합의를 도출해야 한다. 2006년 이래, 네덜란드의 서비스 제공자는 관련 자료를 수집하여 이를 국가 데이터베이스에 제출해왔으며, 각 서비스 제공자의 결과물은 인터넷에 공개된다. 2010년 이 시스템에 대한 평가가 행해졌다. 이로 인해 자료의 신뢰성과 지표의 타당성, 국가 및 서비스 제공자의 의사결정 시

해당 지표가 갖는 가치에 대한 비판이 가해졌다. 일부 의견조정을 거친 후, 정신보건의료 부문의 지표 수는 28개에서 유효성 및 지원, 안전과 고객만족의 세 부문에 해당하는 지표 수 10개로 감소했다. 이러한 활동은 정신보건의료 결과를 평가하기 위한 가장 광범위한 노력 중의 하나로서 대다수의 정신보건의료 부문을 평가할 수 있도록 하는 것이 목표이다. 평가할 수 있는 환자 수의 비율이 매년 늘어나 결과적으로 국민 전체를 평가할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 접근은 매우 고무적이며 정신보건의료에 대한 평가부재 문제를 획기적으로 바꿀 수 있는 기회를 제공한다. 10개의 지표는 표 4.12와 같다.

표 4.12. 네덜란드의 결과, 안전, 고객만족 지표

<p>영역: 치료와 지원의 효과성</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 증상의 정도 경감 <ol style="list-style-type: none"> a. 환자 입장에서 보고된 결과(CQ Index) b. 문제의 정도 변화를 파악(Routine Outcome Monitoring) 2. 일상생활에서 기능의 변화(Routine Outcome Monitoring) 3. 삶의 질 변화 체감(Routine Outcome Monitoring) 4. 전문가의 조언에 반하는 치료 중단 5. 조현병 환자를 위한 신체적 장애 선별 절차 유무 6. 퇴원 후 적시 접촉 <p>영역: 안전</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 투약 안전 <ol style="list-style-type: none"> a. 약 처방 중 최신 약물 목록 유무 b. 약물의 부작용 정보(CQ Index) 8. 강압, 결박, 은둔, 강제 투약 9. 고객안전 체감(CQ Index) <p>영역: 고객 만족</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. 고객 의견(CQ Index 69개의 질문으로 평가) <ol style="list-style-type: none"> a. 사전에 설명을 듣고 동의 b. 전문인력, 치료에 대한 선택의 자유 c. 진료 관련 희망사항 충족 d. 치료나 지원의 평가, 조정 e. 진료 조정 f. 진료기관이나 보호시설 내 주거 및 생활환경 g. 전문인력의 고객에 대한 접근

출처: Compiled by the author based on Forti, A. et al. (2014), "Mental Health Analysis Profile: The Netherlands", OECD Health Working Papers, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.

정신보건의료 성과 모니터링을 위한 다차원적 보건의료 질 프레임워크 개발에 성공한 스웨덴

스웨덴 보건의료복지위원회(National Board of Health and Welfare)는 보건의료 성과를 모니터링하기 위한 다차원 보건의료 질 프레임워크인 'Good Care'를 개발했다. 이 프레임워크는 효과성, 안전성, 환자중심성, 적시성, 형평성과 효율성을 비롯한 보건의료의 여러 차원을 포함하고 있다. 이 프레임워크는 정신보건의료에 적용되어 왔으며, 관련하여 30개가 넘는 과정 및 결과지표가 개발되었고 이는 지역별 혹은 환자그룹별 비교에 사용되었다(Bjorkenstam 등, 2011). 효과성 측면에서, 항우울증 치료에는 지역적으로 큰 차이 없이 순응도가 낮았다. 그러나 이와는 반대로 치료의 적시성은 지역적

으로 큰 차이가 존재하였다. 자살률은 안전성 평가지표로 사용되었으며 1997년과 2007년 사이 감소했다. 동반정신질환이 있는 환자와 없는 환자 사이의 신체적 치료 결과에서 형평성에 큰 차이가 있었다. 정신질환자를 대상으로 한 비용과 결과에 대한 효율성 연구에서는 비용과 결과 사이의 확실한 상관관계가 나타나지 않았다. 요약하자면, 정신보건의료의 질에 지역적인 편차가 존재하는 것처럼 보이지는 않지만, 동반정신질환이 있는 환자와 없는 환자 사이의 신체적 치료 결과에는 커다란 차이가 있었다. 국가차원에서 환자중심성(patient-centredness)을 평가할 수 있는 자료는 부족했다. 건강결과에 대한 새로운 자료원을 개발하는 것은 정신보건의료의 전반적인 성과와 질에 대한 평가를 보다 포괄적이고 만족스럽게 해줄 것이다.

연방정부와 주정부 차원에서 결과 및 성과지표를 개발한 미국

미국은 포괄적인 성과 및 결과지표를 개발해왔다. 미국 인구 전체에 대한 지표는 없지만 미국 약물남용 및 정신보건의료 서비스청(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)에서는 국가성과지표(National Outcomes Measures, NOM)를 개발했다. 국가성과지표는 약물남용 치료 및 예방과 정신보건의료 서비스에 초점을 맞추고 있으며, 주정부 및 연방정부가 재정을 지원하는 정신건강 및 약물남용에 대한 홍보, 조기개입 및 치료 서비스에 활용된다. 미국은 또한 메디케어 건강결과(Medicare Health Outcomes) 연구를 통해 국가적 차원에서 메디케어 수혜자를 대상으로 정신보건의료 결과를 평가하고 있다.

미국 국립보건의료질포럼(National Quality Forum)은 표준화된 보건의료 성과지표의 사용을 검토, 진흥 및 권장한다. 미국 국립보건의료질포럼이 공인한 성과지표는 의사, 병원 및 기타 서비스 제공자, 고용주, 건강보험, 공공기관, 지역사회 연합 및 환자와 같이 더 나은 치료를 위해 해당지표를 매일 사용하는 이들로 구성된 전문(가)위원회의 신중한 검토를 거친다. 미국 국립보건의료질포럼이 공인한 지표는 다음과 같은 내용을 포함한다.

- 조현병 환자의 항정신병 치료제 투약 준응도
- 항정신병 치료제를 처방 받은 조현병 혹은 양극성 장애 환자에 대한 당뇨병 선별검사
- 항정신병 치료제를 처방 받은 조현병 혹은 양극성 장애 환자에 대한 심혈관질환 선별검사
- 심혈관질환 및 조현병 환자에 대한 심혈관 상태 모니터링
- 당뇨병 및 조현병 환자에 대한 당뇨병 모니터링
- 조현병으로 인한 입원 후 추구관리(7-30일)
- 정신질환으로 인한 입원 후 추구관리

보훈처(Veteran's Health Administration)의 성과에 대한 독립적인 평가가 2006년과 2010년 사이에 이뤄졌다(Watkins 등, 2010). 해당 평가는 조현병, 양극성 장애, 외상 후 스트레스 장애, 주요 우울증과 물질사용장애를 포함한 5개의 정신보건의료관련 진단에 초점을 두었다. 도나베디안(Donabedian) 프레임워크를 활용하여 치료의 질을 평가하였다. 재향군인에게 제공 가능한 서비스의 관점에서 치료의 구조를 평가하기 위해 시설연구와 관리 자료를 사용하였고, 재향군인이 받는 서비스의 차원에서 치료의 과정을 평가하기 위하여 관리 자료와 진료기록을 검토하였으며, 고객조사와 진료기록검토 결과를 바탕으로 치료성과를 평가하였다.

주정부 차원에서 미국의 주 정신보건의료 프로그램 관리자 전국연합(National Association of State

Mental Health Program Directors, NASMHPD)은 공공 정신보건의료제도에 대한 서비스의 영향을 평가할 수 있도록 각 주, 카운티, 서비스 제공자 네트워크 및 기타 기관에 표준화된 정신보건의료 성과지표를 제공하기 위하여 정신보건의료 성과지표 프레임워크를 개발했다.

Healthy People 2020은 미국 국민의 건강을 위해 10년을 목표로 설정하고 있다. 이 계획은 자살률 감소부터 심각한 정신질환자의 고용을 늘리는 것 등을 비롯한 12가지의 정신보건의료 목표를 제시한다. 이러한 목표는 재정상 혹은 관리상의 인센티브와 연계되어 있지 않다.

미국에는 전반적으로 하나로 정립된 정신치료기준은 존재하지 않는다. 그러나 미국 정신의학회(American Psychiatric Association)와 미국 사회복지사협회(National Association of Social Workers)를 포함한 정신보건의료 서비스 제공자와 같은 주요 협회와 미국 약물남용 및 정신보건의료 서비스청은 보건의료 제공자와 인구를 위한 기준 및 우수사례 지침을 발행한다. 또한 각 주, 병원, 요양원, 정신보건의료센터/클리닉 및 서비스 제공자에 대한 모니터링 서비스를 제공하는 다양한 인증, 라이선스 및 자격심사 기관이 있다. 이러한 기관들은 정신보건의료 서비스를 제공하는 공공 및 민간 서비스 전달체계를 모니터링한다. 국제의료기관인증평가기구(Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)와 재활시설인증기구(Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF)가 검사기준을 수립하고 치료 시스템을 인증하며 기관을 관리하는 독립적이고 비영리적인 조직의 예가 될 수 있다.

그 외 OECD 국가에서는 다양한 과정 및 결과지표 활용

다른 OECD 국가들은 다양한 정신건강 과정 지표뿐만 아니라 인구 및 사회적 결과, 서비스에 대한 접근성과 위험요소에 초점을 둔 지표도 수집한다.

과정 지표의 관점에서 체코는 입원기간을 모니터링하고, 핀란드는 치료횟수 및 치료일수와 약물 치료를 하는 외래환자 및 입원환자에 병원 방문 및 강박조치 사용에 대한 자료를 게시한다. 포르투갈은 정신병상 수 감소와 정신병원 폐쇄를 중요 추적 지표로 삼고 있다.

체코는 재활치료질지표(Quality Indicator for Rehabilitative Care, QuIRC)를 번역하여 임상진료에 부분적으로 포함시키고 있다. 이스라엘은 정신사회재활관련 지표를 수집하고 있으며 독일은 근로가 불가능한 일수와 조기은퇴를 모니터링하고 있다.

핀란드와 독일을 포함한 많은 나라가 자살률을 모니터링하고 있으며, 한국은 우울증 증상 경험과 자살관련 사고를 파악하고 있다.

노르웨이는 약 30개의 정신보건의료 지표를 가지고 있는데, 다루는 내용은 다음과 같다.

- 건강상태(자가진단, 일반의에 의한 정신건강 상담, 자살률)
- 위험요인(독거, 무직, 약물 의존, 학업중단, 이혼, 사회적 지원, 저소득, 신체활동, 저연령 장애인수, 교육)
- 예방(정신건강에 대한 개방성), 서비스 제공(재입원, 구류, 대기시간)
- 이용자 참여(경제적 지원)
- 협조와 연속성(일반의에 대한 만족도, 개인별 효율)
- 접근성(수용능력, 대기시간, 어린이 및 청소년에 대한 적용 비율)
- 전문가 서비스의 제공능력

정신보건의료 목표의 중점은 자살예방

OECD 국가는 저마다 다양한 정신보건의료 목표의 범위와 영역을 가지고 있지만, 자살 예방 및 감소를 크게 강조하고 있다.

스코틀랜드의 HEAT 목표란, 건강개선(Health Improvement), 효율성(Efficiency), 접근성(Access)과 치료(Treatment)의 측면에서 스코틀랜드 국가보건의료서비스(NHS)가 정한 자국의 성과목표를 말한다. 정신보건의료와 관련된 HEAT의 한 목표는 2002년에서 2013년 사이 자살률을 20% 감소시키는 것이다. 스코틀랜드는 이 목표를 달성하기 위해 광범위한 자살예방활동을 지역적, 국가적으로 시행해왔다. 자살률(연간 편차를 조정하여 근사치를 만들기 위해 3년 이동평균을 기초로 계산)은 2000년 2월에서 2005년 7월까지 지속적으로 감소하다가 2005년 7월에서 2006년 8월까지 증가했다. 그리고 이후 2009년 11월까지 감소했다.

스위스에는 지역적, 국가적 차원의 정신보건의료 목표가 없으나 일부 NGO가 자살예방과 관련한 목표를 명시하고 있다.

핀란드의 사회보건의료정책의 현재 목표는 정부 프로그램뿐만 아니라 “사회적으로 지속 가능한 핀란드 2020 - 보건사회정책을 위한 전략” 이라는 문서에도 제시되어 있다. 전략적 목표를 모니터링하기 위해 사용되는 지표 중 두 개의 지표가 정신보건의료와 관련되어 있는데, 그 하나가 자살을 함으로써 잠재수명손실연수(potential years of life lost, 이하 “PYLL”)이다. 또 다른 정신보건의료관련 지표는 “정신질환 전문치료서비스에 대한 젊은이의 접근성”이다. 노르웨이에도 아이들과 청소년에 대한 정신보건의료 서비스의 접근성과 범위와 관련하여 비슷한 목표가 있다. 노르웨이의 또 다른 목표는 전문서비스를 10일 이내에 받는 것과 치료를 받기 전까지의 최대 대기시간을 평가하는 것이다.

터키는 국가 정신보건의료 행동계획에 정의된 대로 지역사회기반의 정신치료 전략을 이행하기 위해 정신보건의료센터 구축을 목표로 삼았다.

표준수립 책임은 정신치료 서비스 구매자에게 있다.

보건의료 서비스 구매자는 표준수립에 있어 중요한 역할을 한다. 대부분의 OECD 국가에서 주로 정부가 (보건부의 형태로) 정신치료를 위한 기준을 수립하는 데 있어 책임을 진다. 체코의 표준은 보건부에 의해 제정이 되지만 보험회사가 관할한다.

뉴질랜드에서는 보건부가 국가표준원(Standards New Zealand)과 함께 일한다. 표준원은 표준법(Standards Act 1988)에 따른 책임운영기관인 표준위원회(Standards Council) 산하의 실무기관이다. 표준위원회는 지역사회 여러 부문의 다양한 대표가 모인 임명기관으로 표준원을 관리한다. 뉴질랜드 표준원은 다수의 표준을 호주 표준원과 제휴하여 개발하고 있다. 국제표준화기구(International Organization for Standardization, ISO)와 국제전기기술위원회(International Electrotechnical Commission, IEC)의 뉴질랜드 대표로서, 뉴질랜드 표준원은 국제표준커뮤니티에서 자국이 목소리를 낼 수 있도록 보장하고 있다. 뉴질랜드 표준은 상품과 서비스를 개선하고, 안전성과 질을 향상시키며 업계 선진사례를 달성하고 기존 및 새로운 시장에서의 거래를 지원하기 위해 여러 기관에서 사용된다.

포르투갈 정부의 최근 표준설정활동은 항정신병 치료제, 항불안제 및 수면제의 사용과 항우울제의 사용에 대한 지침을 발행한 것이다. 네덜란드에서는 국립정신보건의료 전문가연합이 다양한 정

신질환의 치료를 위한(여러 분야를 총망라한 종합적인) 국가 가이드라인을 개발했다.

터키에서는 의료질위원회가 1년에 두 번씩 소집되고, 보건부 점검사팀이 매년 병원을 방문한다. 서비스 측면에 따라 긍정적 또는 부정적 등급을 평가한다.

4.8. 결론

이 장에서는 정신질환 유병률, 정신보건의료의 질과 진료결과 정보에 대해 OECD 국가 간 현재 실태를 개략적으로 소개하였다. 정신질환은 질병으로 인한 부담 중 상당부분을 차지하고 있으면서도 일반적으로 적절한 치료를 받지 못하고 있다. 이는 부분적으로 정신질환자가 적절하게 파악이 되고 있지 않기 때문인데, 결국 큰 치료격차를 초래한다. 국가 설문조사는 정신질환 유병률을 파악하는 유용한 도구이며 서비스 이용에 근거한 측정보다 선호되고 있다. 그러나 이러한 설문조사의 설계와 내용은 국가마다 다르고, 표준화된 초국가적 평가도구는 제한적이다. 국가 설문조사는 정신보건 의료 서비스의 질에 대한 정보도 제공한다.

일반적으로 정신보건医료를 위한 더 나은 결과 척도가 필요하다. 자살과 조기사망률은 인구 차원에서 정신보건의료 결과를 암시할 수 있으나 종종 정신질환에 치우쳐져 있다. 질과 결과 척도는 자료 인프라와 정보 이용가능성 때문에 입원진료에 치중된 경향이 있다. UPI가 없는 것 역시 전체 진료경로, 특히 대부분의 경증, 중등도 정신질환의 치료가 이루어지는 일차진료의 질을 평가하기 어렵게 만든다. 또한, 고용과 주택 같은 사회적 결과를 파악할 필요도 있다. 여러 국제적인 활동 덕분에 정신보건의료제도의 질과 결과 평가에 상당한 진전을 이루었으나, 이러한 노력은 국가별 비교라는 난관에 부딪쳐 종종 무산되기도 한다. 그래도 국가적 차원의 보다 포괄적인 지표를 개발하고 취합하는 것이 가능하다. 왜냐하면 이러한 지표는 대개 구매와 지불제도의 핵심이 되므로 자료수집이 의무화되어 있지 않더라도 자료를 보고하도록 동기를 부여할 수 있기 때문이다. 의료인과 환자는 척도를 개발하고 사용하는 데 있어 핵심적인 역할을 담당하며, 이는 의료인 교육 및 지불제도에도 반영되어야 한다. 정신보건의료의 질과 결과는 해당 지표를 추적할 수 있는 적절한 정보시스템이 설치되거나 이 분야의 성과 향상을 위해 적절한 인센티브를 보건의료 제공자에게 주지 않는 이상, 계속해서 다른 질병에 뒤쳐질 것이다.

정신보건의료의 질과 결과를 향상시킬 잠재적인 전략 및 그에 수반하는 지표는 매우 많다. 보건 의료 차원에서는 진료 평가와 치료에 대한 표준화된 종단적 평가기반 진료를 도입하고 적용하는 것이 정신보건의료의 질과 결과를 향상시키는 핵심 전략이다. 그러나 전면적인 변화를 가져오기 위해서는 질 지표를 진료센터, 보건의료 제공자의 일상 활동과 연결시키는 것이 필요하다. 의사소통, 훈련, 이해관계자 참여, 평가도구 사용, 피드백, 재설계가 모두 진료의 질을 향상시키기 위해 새로운 그리고 변화하고 있는 업무 행태를 성공적으로 이행하는 데 있어 가장 필수적이다. 최전선의 의료진은 여러 차원에서(비용 지불, 면허습득, 조직변화 등) 질 향상 절차에 활발히 참여할 필요가 있으며, 지불제도로 양질의 진료를 보상해줘야 한다. 평가기반 진료행태를 도입하고 사용하는 것이 임상 의사 훈련 및 교육과정에 포함되어야 한다. 시간 경과에 따라 결과를 모니터링 및 추적할 수 있으려면 표준화된 지표를 마련하는 것이 성과개선의 근간이다. 마지막으로 실제로 진료를 개선하려면 여러 단계에 있는 다양한 이해당사자가 이 지표를 이용해야 한다.

주석

1. 호주, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 아이슬란드, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 슬로바키아, 한국, 스페인, 스웨덴, 스위스, 미국.
2. 평균값(표준 편차)

참고문헌

- Bjorkenstam, E., C. Dahlgren, B. Lindelius, R. Ljung and C.G. Stefansson (2011), "Applying the Swedish Performance Assessment Framework in Practice: Assessment of Efficiency and Quality of Psychiatric Care", *European Psychiatry*, Vol. 26, Suppl. 1, p. 375.
- Capdevielle, D., K. Ritchie, D. Villebrun and J. Boulenger (2009), "Schizophrenic Patients' Length of Stay: Clinical Factors of Variability and Consequences", *Encephale*, Vol. 35, No. 1, pp. 90-96.
- CIHI - Canadian Institute for Health Information (2008), "Hospital Length of Stay and Readmission for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: Are they Related?", Canadian Institute for Health Information (CIHI), Ontario.
- Commonwealth of Australia (2011), *Fourth National Mental Health Plan Measurement Strategy*, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Dennis, C.L. and E.D. Hodnett (2007), "Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Postpartum Depression", *CochraneDatabase of Systematic Reviews* 2007, Vol. 4, Art. No. CD006116, doi: 10.1002/14651858.CD006116.pub2.
- Druss, B.G., K. Rask and W.J. Katon (2008), "Major Depression, Depression Treatment and Quality of Primary Medical Care", *General Hospital Psychiatry*, Vol. 30, pp. 20-25.
- Durbin, J., E. Lin, C. Layne and M. Teed (2007), "Is Readmission a Valid Indicator of Inpatient Psychiatric Care?", *Journal of Behavioural Health Services & Research*, Vol. 34, No. 2, pp. 137-150.
- Forti, A. et al. (2014), "Mental Health Analysis Profile: The Netherlands", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
- Garcia-Armesto, S., H. Medeiros and L. Wei (2008), "Information Availability for Measuring and Comparing Quality of Mental Health Care Across OECD Countries", *OECD Health Technical Paper*, No. 20, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/237827772222>.
- Gask, L., S. Gilbody and T. Kendrick (2009), "Improving the Quality of Primary Care Mental Health: What Does and Does Not Work?", in L. Gask, H. Lester, T. Kendrick and R. Peveler (eds.), *Primary Care Mental Health*, Royal College of Psychiatrists, London.
- Glied, S., K. Herzog and R. Frank (2010), "The Net Benefits of Depression Management in Primary Care", *Medical Care Research and Review*, Vol. 67, No. 3, pp. 251-274.
- Goldacre, M., V. Seagroatt and K. Hawton (1993), "Suicide After Discharge from Psychiatric Inpatient Care", *The Lancet*, Vol. 342.
- Gonda, X., M. Pompili, G. Serafini, F. Montebovi, S. Campi, P. Dome, T. Duleba, P. Girardi and Z. Rihmer (2012), "Suicidal Behavior in Bipolar Disorder: Epidemiology, Characteristics and Major Risk Factors", *Journal of Affective Disorders* (article in press).
- Haklai, Z., N. Goldberger, N. Stein, I. Pugachova and I. Levav (2011), "The Mortality Risk Among Persons with Psychiatric Hospitalizations", *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, Vol. 48, No. 4, pp. 230-239.
- Harding, K.J.K., J. Rush, M. Arbuckle, M.H. Trivedi and H.A. Pincus (2011), "Measurement-Based Care in

- Psychiatric Practice: A Policy Framework for Implementation”, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 72, No. 8, pp. 1136-1143.
- Healthcare Commission (2005), “Clinical Indicators Technical Specification”, United Kingdom.
- Hermann, R., S. Mattke and the Members of the OECD Mental Health Care Panel (2004), “Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries”, *OECD Health Technical Papers No. 17*, OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/health/healthsystems/33865630.pdf.
- Herbstman, B.J. and H.A. Pincus (2009), “Measuring Mental Healthcare Quality in the United States: A Review of Initiatives”, *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 22, pp. 623-630.
- Holt, R., T. Kendrick and R. Peveler (2009), “Physical Health of People with Mental Illness”, in L. Gask, H. Lester, T. Kendrick and R. Peveler (eds.), *Primary Care Mental Health*, Royal College of Psychiatrists, London.
- Hoyer, E.H., R.W. Licht and P.B. Mortensen (2009), “Risk Factors of Suicide in Inpatients and Recently Discharged Patients with Affective Disorders. A Case-control Study”, *European Psychiatry*, Vol. 24, pp. 317-321.
- Huibers, M.J., A. Beurskens, G. Bleijenberg and C.P. van Schayck (2007), “Psychosocial Interventions by General Practitioners”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 3. Art. No. CD003494, doi: 10.1002/14651858.CD003494.pub2.
- Hunt, I.M., H. Bickley, K. Windfuhr, J. Shaw, L. A ppleby and N. Kapur (2012), “Suicide in Recently Admitted Psychiatric Inpatients: A Case-control Study”, *Journal of Affective Disorders*, article in press.
- IOM – Institute of Medicine (2006), “Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance Use Conditions”, National Academies Press, Washington, DC.
- Jacobs, R. (2009), “Investigating Patient Outcome Measures in Mental Health”, *CHE Research Paper*, No. 48, Centre for Health Economics, University of York, York.
- Kessler, R.C., S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, S. Chatterji, S. Lee, J. Ormel, T.B. Ustun and P.S. Wang (2009), “The Global Burden of Mental Disorders: An Update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys”, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 18, No. 1, pp. 23-33, January-March.
- Kilbourne, A.M., D. Keyser and H.A. Pincus (2010), “Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care”, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 55, No. 9, pp. 549-557.
- Kohn, R., S. Saxena, I. Levav and B. Saraceno (2004), “The Treatment Gap in Mental Health Care”, *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 82, pp. 858-866.
- Korkeila, J.A., V. Lehtinen, T. Tuori and H. Helenius (1998), “Frequently Hospitalized Psychiatric Patients: A Study of Predictive Factors”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, pp. 528-534.
- Lawrence, D., K.J. Hancock and S. Kisely (2013), “The Gap in Life Expectancy from Preventable Physical Illness in Psychiatric Patients in Western Australia: Retrospective Analysis of Population Based Registers”, *British Medical Journal*, Vol. 346.
- Lin, H, W. Tian, C. Chen, T. Liu, S. Tsai and H. Lee (2006), “The Association Between Readmission Rates and Length of Stay for Schizophrenia: A 3-year Population-based Study”, *Schizophrenia Research*, Vol. 83, No. 2-3, pp. 211-214.
- Mainz, J., P. Bartels, H. Rutberg and E. Kelley (2009), “International Benchmarking. Option or Illusion?”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 21, No. 3, pp. 151-152.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), “Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem Treatment and Management”, *NICE Clinical Guideline No. 91*, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- NHS Commissioning Board, BMA and NHS Employers (2013), “Quality and Outcomes Framework Guidance for

- GMS Contract 2013/14', available at file:///E:/_OECD%20Mental%20Health%202013/Comments_Revisions/gpofguidance20132014.pdf.
- NHS England (2013), "CCG Outcomes Indicator Set 2014-15-At a Glance", NHS England, available at www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/ccg-ois-1415-at-a-glance.pdf.
- NMHWG Information Strategy Committee Performance Indicator Drafting Group (2005), "Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services", *ISC Discussion Paper*, No. 6, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- NORDEN (2011) "Kvalitetsmaling i psykiatrien i de nordiskelände" [Quality of psychiatry in the Nordic countries], Nordic Ministers, Copenhagen.
- OECD (2013a), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en>.
- OECD (2013b), *OECD Health Statistics 2013*, OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/health/healthdata.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OECD (2010a), *Improving Value in Health Care: Measuring Quality*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094819-en>.
- OECD (2010b), *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264088818-en>.
- Parks, J., D. Svendsen, P. Singer and M.E. Foti (2006), "Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness", National Association of State Mental Health Program Directors (NA SMHPD) Medical Director's Council, Alexandria, United States.
- Pincus, H.A. and B. Spaeth-Rublee (2012), "Quality of Mental Healthcare", *Neuropsychiatry*, Vol. 2, No. 1, pp. 13-17.
- Pincus, H.A., B. Spaeth-Rublee and K.E. Watkins (2011), "The Case For Measuring Quality in Mental Health and Substance Abuse Care", *Health Affairs*, Vol. 30, No. 4, pp. 730-736.
- Pirkola, S., B. Sohlman and K. Wahlbeck (2005), "The Characteristics of Suicides Within a Week of Discharge After Psychiatric Hospitalisation - A Nationwide Register Study", *BMC Psychiatry*, Vol. 5:3.
- Sharma, V., E. Persad and K. Kueneman (1998), "A Closer Look at Inpatient Suicide", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 47, pp. 123-129.
- Sytema, S. and P. Burgess (1999), "Continuity of Care and Readmission in Two Service Systems: A Comparative Victorian and Groningen Case-register Study", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 100, No. 3, pp. 212-219.
- Thornicroft, G. (2013), "Premature Death Among People with Mental Illness", *British Medical Journal*, Vol. 346:f2969.
- Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler and T.M. Laursen (2011), "Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, No. 6, pp. 453-458.
- Watkins, K.E., D.J. Keyser, B. Smith, T.E. Mannle, D.R. Kivlahan, S.M. Paddock, T. Mattox, M. Horvitz-Lennon and H.A. Pincus (2010), "Transforming Mental Healthcare in the Veteran's Health Administration: A Model for Measuring Performance to Improve Access, Quality, and Outcomes", *Journal for Healthcare Quality*, Vol. 32, No. 6, pp. 33-43.
- WHO - World Health Organization (2008), *The Global Burden of Disease 2004 Update*, WHO, Geneva.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000), "Cross-national Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental disorders", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 78, No. 4, pp. 413-426.

Wing, J., R. Curtis and A. Beevor (1994), "Health of the Nation: Measuring Mental Health Outcomes", *Psychiatric Bulletin*, Vol. 18, pp. 690-691.

Wing, J.K. et al. (1996), "Honos: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development: July 1993-December 1995", Royal College of Psychiatrists, London.

제 5 장

정신보건의료제도의 성과 향상 위한 숙련된 인력개발

OECD 국가의 정신보건의료 인력은 다양하게 구성되므로, 본 장에서는 진료 접근 성과 질, 비용에 영향을 줄 수 있는 정신보건의료 전문인력의 수와 그 구성의 측면에서 OECD 국가마다 어떻게 다른지 살펴본다. 그러나 자료 비표준화와 여러 보건의료기관의 중복되는 역할과 과업, 다양한 정신건강문제의 진단과 처치에 있어 일차진료기관(특히 일반의)의 투입을 적절히 파악하기 어려운 점 등으로 인해 정신보건의료 수요에 대응할 수 있는 인력의 국가 간 비교는 제한되었다. 정신보건의료 전문인력 훈련 및 인증, 지속적인 직업교육은 정신보건의료 인력의 공급과 보수체계, 이동성을 비롯하여, 제공되는 보건의료의 질에 있어 필수적인 역할을 한다. 인력과 정신보건의료 모형의 변화로 인해 질 개선과 서비스 통합을 촉진하는 보다 효율적이고 효과적인 서비스 제공 가능성이 높아졌다. 정신보건의료가 지역사회 환경에 점점 더 편입되면서, 정신건강문제를 겪고 있는 이들을 지원하는 데 서비스 이용자와 가족돌봄(family caregivers)이 점점 더 중요한 역할을 하고 있다.

이스라엘 통계자료는 해당 이스라엘 당국이 제공한 것이다. 이스라엘 당국이 제공한 자료를 OECD가 이용하는 것은 국제법에 따른 골란고원, 동예루살렘, 웨스트뱅크 이스라엘 정착촌의 지위에 영향을 주지 않는다.

5.1. 서론

숙련된 정신보건의료 전문인력은 높은 수준의 정신보건의료 제공에 필수적이다. 정신보건의료 제공은 인력 집약적인 과정으로, 다른 의학 분야에 비해 기술 의존도가 낮다. 즉, 정신보건의료 비용지출과 자원사용에 있어 인력이 상대적으로 높은 비율을 차지한다는 뜻이다. 이는 정신보건의료 전문인력을 조직하고 비용을 지급하면, 정신보건의료제도 비용 대비 더 나은 가치를 창출할 수 있는 범위가 넓어진다는 의미이기도 하다. 일부 다른 질병분야와는 대조적으로 정신보건의료는 의사(정신전문의 포함)와 간호사 외에도, 임상심리사(psychologist)와 작업치료사(occupational therapist) 등의 다양한 보건의료 전문가와 사회복지관련 전문가가 관여한다. 일차진료기관 역시 정신보건의료 서비스의 최초 접점으로서 경증 및 중등도의 정신질환이 있는 사람에게 보건의료를 제공하는 데 핵심역할을 한다(2장 참조). 또한 일부 OECD 국가에서는 기존 및 과거의 서비스 이용자들이 보건의료 서비스의 설계와 제공에 종종 적극적인 역할을 한다는 점에서 정신보건의료는 독특한 특성을 갖고 있으며, 이는 정신보건의료 인력 측면에서 최근에 진행 중인 상당히 혁신적인 변화이다.

5.2. OECD 국가의 정신보건의료 인력구성

OECD 국가의 정신보건의료 인력은 다양한 범위의 서비스 제공자로 구성된다. 여기에는 정신전문의, 임상심리사, 정신전문 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등이 포함된다. OECD 국가 간 정신보건의료 인력 비율 및 이러한 비율 변동에 대한 비교는 국가별로 인력구성이 어떻게 다른지 파악할 수 있는 효과적인 방법이다. 다양한 인력구성은 정신보건의료 서비스의 질, 효율, 통합에 여러 가지 영향을 준다. 국가 간 인력비교에는 여전히 상당한 제약이 존재한다. 특히, 사회복지사와 작업치료사가 정신보건의료 인력에 중요한 부분을 차지한다는 것을 알고 있으나, 이러한 직업의 국가 간 비교는 이용가능 자료의 부족으로 제시하지 못했다. 본 장에서 사용된 정신보건의료 인력 분류에 대한 정의는 Annex 5.A1에 기술되어 있다.

정신보건의료 전문인력의 국가 간 비교

정신보건의료 전문인력의 국가 간 비교는 정신보건의료 서비스 제공과 잠재적 비용, 그리고 그 효율성의 차이를 파악하는 유용한 출발점이 된다. 국가 간 정신보건의료 전문인력 비율 격차는 다양한 보건의료모형을 반영하는 것이기도 하나 인력의 수요공급 차이를 보여주는 지표이며, 이는 또한 가격과 질의 차이와도 연관된다. 또한 전문인력 수의 변동을 통해 이러한 집단의 진화과정과 다양한 유형의 정신보건의료 서비스의 향후 방향을 이해할 수 있다.

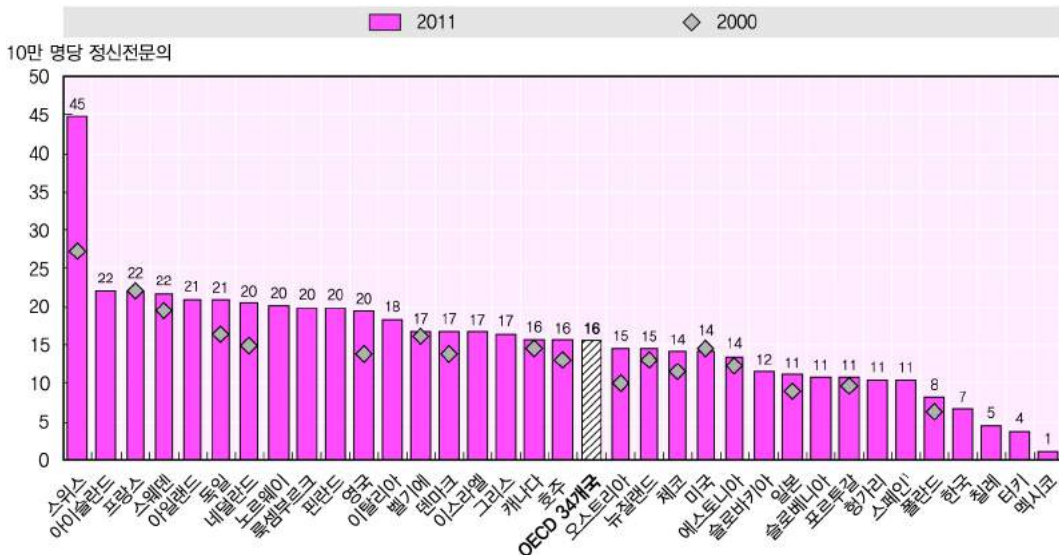
정신전문의는 전통적으로 정신보건의료의 중심에 있었으며, 특히 중증 정신질환자에게 보건의료 서비스를 제공해왔다. 정신적으로 문제가 있는 사람, 특히 경증 및 중등도 질환자의 경우 정신전문의와 직접 대면하지는 않으나 정신전문의는 정신보건의료 서비스에 폭넓은 영향을 줄 수 있으며, 당연히 더 많은 보수를 받고 따라서 다른 정신보건의료 인력에 비해 더 많은 비용이 소요된다.

도표 5.1은 OECD 국가 정신전문의 수의 차이를 보여주고 있다. 평균적으로, 2011년 인구 10만 명

당 정신전문의 수는 16명이었다. 의사 수가 가장 많은 국가는 스위스로, 10만 명당 45명을 기록했으며, 이는 OECD 평균의 약 3배이자, 2위 그룹인 아이슬란드, 프랑스, 스웨덴보다 2배가량 높은 수치이다. 이러한 높은 수치가 정신전문의의 과잉공급 때문인지 정신진료에 대한 높은 수요에 기인한 것인지 여부는 불분명하며, 후자의 경우라면 비용이 더 낮은 인력이 서비스 질을 유지하며 이러한 서비스를 제공할 수 있는지 여부도 불명확하다. 이와는 대조적으로 터키와 멕시코의 인구 10만 명당 정신전문의 수는 5명 이하로 보고되었다.

인구 10만 명당 정신전문의 비율은 2000년과 2011년 사이 많은 OECD 국가에서 증가했으며 스위스, 독일, 네덜란드, 영국에서 그 증가세가 가장 두드러졌다. 미국의 경우 10만 명당 의사 수는 다소 감소한 반면(정신전문의 수 증가가 인구증가를 따라잡지 못했기 때문), 프랑스의 비율은 안정적인 모습을 보였다(도표 5.1).

도표 5.1. 10만 명당 정신전문의, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)



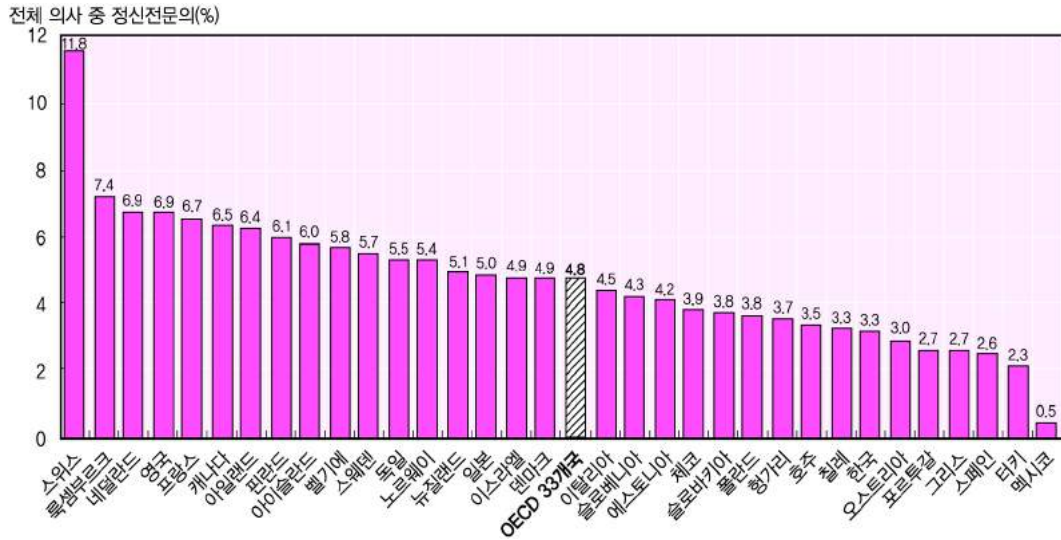
1. 스페인은 병원에서 근무하는 의사만 정신전문의 수에 포함함(과소추산 결과)

출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030667>

의사 중 정신전문의가 차지하는 비율은 다른 의료과목 대비 정신의학의 상대적 매력도를 나타내는 지표가 된다. 2011년, OECD 국가 의사 중 평균 5%가 정신전문의였으나 국가별 편차가 크게 나타났다(도표 5.2). 스위스는 전체 의사의 12%가 정신전문의인데 반해 멕시코와 터키는 1-2%에 불과했다. 대부분의 국가는 전체 의사의 3-6%를 정신전문의가 차지했다.

도표 5.2. 의사 중 정신전문의 비율, 2011년(또는 가용한 최근 자료)



1. 스페인은 병원에서 근무하는 의사만 정신전문의 수에 포함함(과소추산 결과)

출처: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030686>

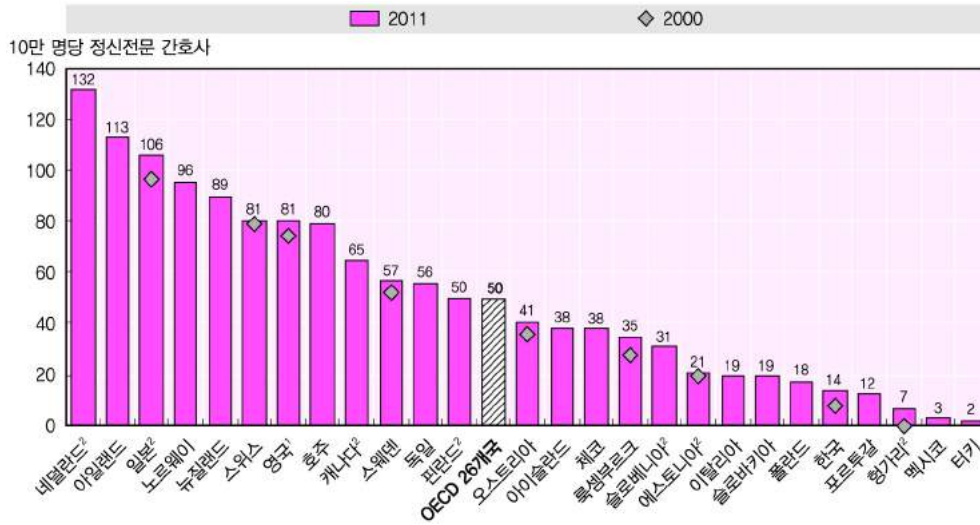
정신보건의료 분야에서 근무하는 간호사에 대한 자료는 정신전문의에 대한 자료보다 이용가능성과 비교가능성 측면에서 더욱 제한적이다. 도표 5.3은 OECD 국가의 정신전문 간호사 수의 차이를 나타낸다. 네덜란드, 아일랜드, 일본이 인구 10만 명당 100명의 간호사를 보유해 가장 높은 비율을 기록했다. 정신전문의의 경우와 마찬가지로 멕시코와 터키가 10만 명당 3명으로 상대적으로 낮은 비율을 보였으며, 헝가리 역시 10만 명당 10명 이하를 기록했다. OECD 평균은 10만 명당 50명이었다(도표 5.3). 지난 10년 간 10만 명당 정신전문 간호사 수는 다소 증가했으며, 특히 일본, 영국, 룩셈부르크, 한국, 헝가리에서 두드러졌다.

임상심리사에 대한 자료 이용가능성과 비교가능성 역시 정신전문의보다 제한적이다. 도표 5.4는 일부 OECD 국가의 임상심리사 수의 차이를 보여준다. 이 자료를 제공한 국가 중 거의 절반가량에서 10만 명당 임상심리사 수가 5명 이하이다. 이스라엘의 경우 10만 명당 임상심리사 수가 약 132명으로 OECD 평균의 5배가 넘으며 본 자료를 제공한 국가 가운데 가장 높다. 이는 정신보건의료 서비스가 일차진료에서 심리학적 전략(psychological strategy) 이동을 암시할 수도 있고, 이차진료 각 분야 협력 진료팀에서 임상심리사의 위상이 높아졌음을 의미하는 것일 수도 있다. 오스트리아 역시 10만 명당 거의 80명에 이르는 비교적 높은 수치를 기록했다.

미국은 10만 명당 임상심리사 숫자는 정신전문의 숫자와 마찬가지로(도표 5.1) 2000년과 2011년 사이 다소 감소했다(도표 5.4). 이와는 대조적으로 스웨덴과 핀란드에서는 10만 명당 임상심리사의 수가 크게 증가했다.

이러한 분석을 통해 정신보건의료 인력 비율이 OECD 국가 간에 상당한 차이를 보이는 것을 알 수 있다. 그러나 자료의 이용가능성과 비교가능성은 정신전문의보다 제한적인 경향을 보인다.

도표 5.3. 10만 명당 정신전문 간호사, 2000년과 2011년(또는 가용한 최근 자료)

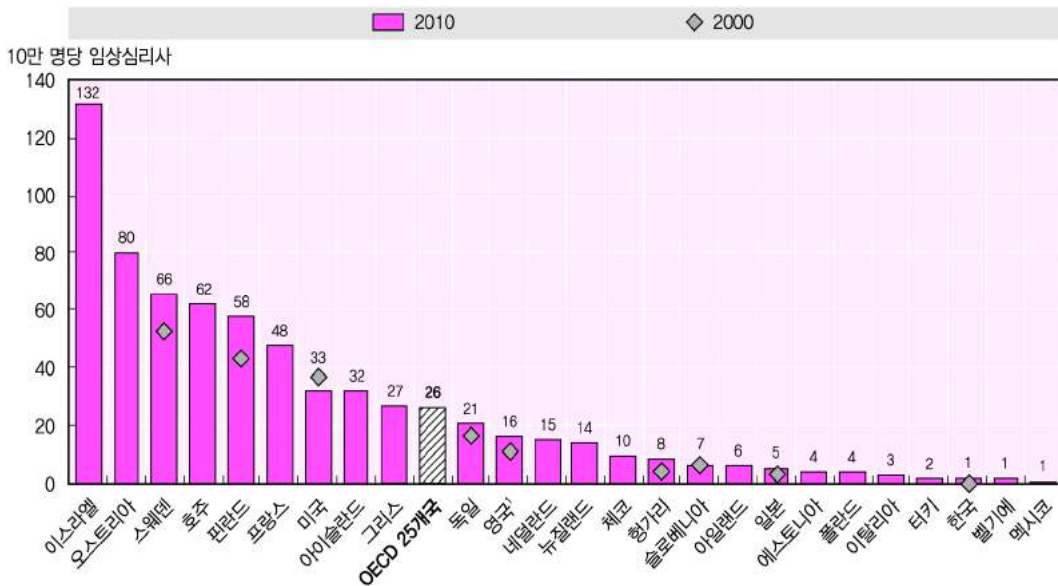


1. 영국 자료는 잉글랜드만 해당함.
2. 에스토니아 자료는 2011년과 2004년, 핀란드는 2010년과 2000년, 슬로베니아는 2010년, 일본은 2010년과 2003년, 네덜란드는 2007년과 2000년, 스웨덴은 2009년과 2000년을 가리킴.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012 and WHO Mental Health Atlas 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030705>

도표 5.4. 10만 명당 임상심리사, 2000년과 2010년(또는 가용한 최근 자료)



1. 영국 자료는 잉글랜드만 해당함.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012 and WHO Mental Health Atlas 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030724>

부정확한 역할 구분과 표준화 부재가 정신보건의료 인력정책에 문제점을 야기한다.

다양한 유형의 정신보건의료 인력 간 역할과 업무 범위가 표준화되지 않아 많은 문제를 초래한다. 첫째, 자료 비교가능성이 제한적이며, 둘째, 중복되는 역할은 서비스 제공의 비효율과 불안정으로 이어질 수 있고, 셋째, 역할 및 업무 범위에 대한 정의가 국제적인 차원에서 도출되기 어려우며, 넷째, 일차진료 인력이 정신보건의료 서비스의 제공에 기여하는 정도를 파악하기 어렵다.

정신보건의료 인력 자료는 표준화되지 않은 경우가 많고 출처가 다양해 정신보건의료 인력에 대한 불완전한 설명으로 이어질 수 있다. 예를 들어 미국의 경우, 여러 전문가협회들이 정신보건의료 인력에 대한 정보 수집 시 표준화된 자료나 공통된 조사일정을 활용하지 않았다. 이로 인해 정신보건의료 인력에 대해 통합된 하나의 그림을 제시하거나 다양한 분야를 비교하는 것이 어려운 상황이다(SAMHSA, 2007). 또한 출처가 서로 달라 자료가 부정확하고 서로 상충되며 전체 인력을 포괄하지 못할 수 있다. 또 다른 이슈는 전문인력과 다른 유형의 서비스 제공자 간 조정과 관련된다. 정신보건의료 인력의 평가 시 어떤 분야를 포함/제외할 것인가, 또는 여러 직업군 간 자료를 어떻게 통합할 것인가에 대한 합의가 거의 없거나 아예 존재하지 않는 경우가 많다. 게다가 새롭게 등장한 인력이나 동종 전문인력에 대한 정보는 특히 문서화가 어려울 수 있다(Robiner, 2006).

정신보건의료 전문인력이 역할과 책임의 중복을 경험한다.

정신보건의료 전문인력은 때때로 유사한 업무를 수행하고 역할 중복을 경험하기도 하는데, 이는 정신보건의료 서비스 제공의 비효율과 불안정으로 이어질 수 있다. 또한 일부 집단의 업무 범위가 이전에는 다른 집단(예: 정신전문의)만의 영역이었던 전문역할로 확대되면서 이러한 역할과 책임 중복이 다양한 전문가집단의 경계를 모호하게 할 수 있다(예: 전문간호사(advanced practice nurses)의 처방권한). 이는 각 분야의 기여도가 갖는 상대적 가치를 어떻게 평가하고 보상(reimburse)할 것인가라는 과제를 제시한다(Robiner, 2006). 또한 유사한 서비스가 다른 가격으로 제공되고 있다는 점을 서비스의 구매자와 소비자가 인식할 경우, 저비용의 서비스 제공자가 고비용 제공자의 시장지분을 잠식할 수도 있다(Ivey 등, 1998). 역할 및 업무 범위의 중복 및 기술의 대체가능성 역시 서비스에 대한 필요 또는 수요 대비 각 전문직군의 인력 파악을 어렵게 한다. 따라서 특정한 기술이 다른 집단의 기술에 가치를 더할 수 있는 영역을 정의하는 능력은 각 직군이 전문직으로서 지속적으로 성공하는 데 필수적인 것이다(Ivey 등, 1998). 이는 또한 분야를 넘나드는 인력의 개발과 조정 필요성을 강조하기도 한다(Robiner, 2006).

역할의 정의 및 업무 범위를 국제적 차원에서 발전시키기 어렵다.

핵심 과제는 다양한 직종이 각국에서 어떠한 의미를 갖는지 정의하는 문제이다. 한 국가의 정신보건의료 전문인력 분류에 대한 정의가 다른 국가에서 동일하지 않을 수 있다. 둘째, 보다 흥미로운 점은 특정 전문영역의 분류는 동일하다 해도 해당 전문인력이 기능적으로 수행하는 역할은 국가별로 매우 다를 수 있다는 것이다. 의료행위의 범위는 국가마다 다양할 수 있으며 법률상의 범위가 동일한 경우라도 실제 중점분야는 다양할 수 있다. 이러한 맥락 및 국가 간 차이를 이해하는 것이 이러한 이슈에 대한 의미 있고 명확한 분석 수행에 필수적이다. 셋째, 전문인력에 대한 정의가 동일하고 업무 범위도 동일하며, 실제 업무분배나 중점분야가 같다고 해도 특정 정책이 다양한 정신보건의료 분야에서 이러한 전문 자원의 배분을 좌우하기 때문에 시간이 지나면서 가변적일 가능성이 높다. 전문인력 간 분업과 관련된 정책은 생산기능과 비용에 영향을 준다. 또한 국가별로 다를 수 있는 희소한 자원의 배분과 관련된 정책, 또는 누구를 어떤 목적으로 훈련시킬 것인가에 대한 의사결정도

존재한다.

정신보건의료 서비스 제공자의 일차진료 투입 파악이 어렵다.

정신보건의료 서비스의 상당 부분이 일차진료에서 제공된다는 점은 인정되나 그러한 서비스에 대한 정확한 추정치나 자료를 확보하는 것이 어렵다. 일차진료기관은 특히 최초 접점으로서 정신보건의료에서 점점 더 중요한 역할을 하고 있다(2장 참조).

또한, 주로 전문적인 환경에서 전통적으로 서비스를 제공했던 정신보건의료 인력이 점점 상근 또는 비상근으로 일차진료에 편입되고 있다. 일반의와 더불어 임상심리사와 정신전문 간호사가 일차진료기관에서 근무하는 가장 일반적인 유형의 인력이지만 정신전문의 역시 여러 국가에서 이러한 보건의료 환경에 편입되고 있다(표 5.1).

표 5.1. 일차진료에서 정신보건의료 전문가의 이용가능성

	정신전문의		임상심리사		정신전문 간호사	
	상근	비상근	상근	비상근	상근	비상근
호주	X	X	X	X	X	X
오스트리아	X	X	X	X		
칠레			X			X
체코	X		X		X	
핀란드			X	X	X	X
프랑스	X	X			X	X
독일						X
아이스란드			X		X	
이스라엘		X		X		X
일본	X	X	X	X	X	X
한국	X	X	X	X	X	X
룩셈부르크	X	X	X		X	
멕시코	X	X	X			
네덜란드						X
노르웨이			X		X	
포르투갈	X	X	X	X	X	
슬로바키아	X		X		X	
슬로베니아	X		X			
터키		X	X		X	
미국	X	X	X	X	X	X

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

5.3. 정신보건의료 전문가의 교육 및 인증

정신보건의료 인력의 훈련 및 인증, 지속적인 전문성 교육은 보건의료의 질을 좌우한다. 정신보건의료의 특수 분야(영유아 정신건강)를 다루는 경우 훈련과 인증, 지속적인 전문성 교육이 질 높은 서비스 제공에 있어 보다 중요해지고 있다. 훈련과 인증 역시 어느 때고 정신보건의료 전문인력의 공급을 결정한다. 공급에 제한을 두는 것은 역으로 급여 측면에서 가격에 영향을 준다. 또한 인력이동성 및 각국이 다른 국가에서 인력을 채용해 자국 인력부족을 해결할 수 있는 정도, 그리고 전문인력이 자국에 비해 더 높은 급여와 더 나은 근무환경을 따라 이주할 수 있는 기회 역시 훈련과 인증표준에 의해 결정된다.


OECD 국가에서 교육받은 정신보건의료 전문인력의 구성

표 5.2는 일부 OECD 국가에서 훈련과정은 수료한(가능한 최근 연도) 정신보건의료 전문인력의 구성을 보여주고 있다. 대부분의 국가에서 정신전문 간호사가 최근 졸업생의 가장 큰 비율을 차지하나 미국에서는 임상심리사가 다수를 구성하고 있다.

표 5.2. 10만 명당 정신보건의료 전문가 신규졸업생, 2011년(또는 가능한 최근 자료)

	정신전문의	임상심리사	정신전문 간호사
호주	0.57		
오스트리아	1.04	6.2	80.63
캐나다	0.44		
덴마크	0.6		41.01
에스토니아	0.52		
핀란드	0.84	3.62	
프랑스	0.32	3.86	34.3
독일	0.99	10.09	
헝가리	0.4	0.85	0.07
아이슬란드	0.65	5.84	33.41
아일랜드			31.07
이스라엘	0.52	6.73	
이탈리아	0.31	16.46	19.35
이스라엘	0.52	6.62	
일본	1.3	3.79	1.35
한국	0.29	0.65	0.92
룩셈부르크			14.44
멕시코	0.03	7.05	3.66
네덜란드		13.62	13.74
폴란드	0.45		
슬로바키아	0.48		
스위스	1.99	6.75	
스웨덴	1.32	3.63	1.94
터키	0.23	1.98	
미국	0.67	3.09	0.46

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933030819>

OECD 국가의 정신보건의료 인력 전문가 인증

OECD 국가에서 전문가 인증은 전문가협회 및 국가기관이나 위원회가 부여한다(표 5.3).

전문기관의 인증은 표 5.3에 간략히 설명된 대로 추가적인 훈련이 필요할 수 있다. 예를 들어 호주의 경우 정신전문 간호사는 호주 정신보건의료 간호대학(Australian College of Mental Health Nurses, 이하 “ACMHN”)에서 국가자격증을 받을 수 있다. 이 과정의 지원자는 정신보건의료 환경에서의 임상간호실무에 대해 FTE 1년간 대학원과정을 수료한 상태여야 한다. 지원자는 또한 대학원과정 이수 후 최소 12개월의 경력 또는 정신보건의료 분야의 정규간호사로서 3년간 근무한 경력이 있어야 한다. 더불어 지난 3년간 실무에 종사했어야 한다. ACMHN 정신전문 간호사 자격증은 정신전문 간호사로서 근무한 간호사의 기술, 전문성, 경력을 인정하고 있다.

인증기관은 대개 특정 직군에 한정되지만 다양한 전문직군에 대해서도 책임이 있을 수 있다. 수준 높은 전문가 표준과 보건의료의 질을 보장하려면 인증과정이 필수적이다(6장 참조). 박스 5.1에서 설명된 대로 호주는 인증위원회를 국가차원으로 법제화했다.

표 5.3. 일부 OECD 국가의 전문가 인증

	전문가협회	국가기관/위원회
호주	X	X
캐나다	X	
핀란드		X
아이슬란드	X	
아일랜드	X	
멕시코		X
뉴질랜드	X	
노르웨이		X
포르투갈	X	
슬로베니아		X
스페인		X
스웨덴		X
터키	X	
영국	X	
미국	X	

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

OECD 국가의 정신보건의료 전문인력 교육훈련 요건

이러한 정신보건의료 인력의 훈련과 인증 요건은 국가별로 다르다(표 5.4).

일반적으로 OECD 국가에서 정신의학 전공과정은 일반 의대과정을 수료한 후 4-6년이 소요된다. 이러한 대학원교육은 이론과 실무 모두를 결합하는 것이 보통이다.

박스 5.1. 호주의 전문가 인증

호주의 국가등록 및 인증제도(National Registration and Accreditation Scheme, 이하 “제도”)는 각 주 및 준주의 법규에 따라 의료인을 등록하는 국가제도로 영연방과는 독립적으로 운영된다. 호주 의료인 규제법(Health Practitioner Regulation Nation Law Act 2009, National Law라고도 함)은 모든 주와 준주(territory)에서 제정되었으며, 국가등록 및 인증제도의 전면시행을 허용하고 있다. 의료인 규제법에 따라 해당되는 모든 보건의료 직군별로 국가등록위원회가 존재한다. 이 제도에는 14개 직군이 해당되며 의학(정신의학 포함), 간호학, 심리학이 포함된다.

각 위원회는 의료인을 등록하고 전문업무표준을 개발하며, 훈련프로그램의 인가에 대한 표준을 승인하고, 해외에서 교육받은 의료인의 기술을 평가하며, 의료인에 대한 공지 및 불만을 관리하여 각 직군의 의료행위를 규제할 책임이 있다. 정신보건의료 분야에서 근무하는 의료인에게 해당하는 위원회로는 호주의료위원회(the Medical Board of Australia, MBA), 호주간호조산위원회(the Nursing and Midwifery Board of Australia, NMBA), 호주심리학위원회(the Psychology Board of Australia, PsyBA) 등이 있다.

이 제도에 따른 규제대상인 직군별로 인증기관이 있어 인증표준을 개발하고 연구 프로그램의 승인과 감독을 담당한다. 의료직의 인증기관은 호주의학협회(Australian Medical Council, AMC)이다. 간호 및 조산직 인증기관은 호주간호조산인증협회(Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council, ANMAC)이며, 심리학 직군의 인증기관은 호주심리학인증협회(Australian psychology Accreditation Council, APAC)이다. 의료인 규제법에는 모든 직군의 전문가 등록제가 마련되어 있으나 현재는 의학 분야를 포함한 특정전문직에만 적용되고 있다. 의료인은 정신의학 분야의 전문가 등록을 신청할 수 있으며, 이를 위해 해당 의료인은 고급교육훈련 및 MBA에서 정하는 기타 요건을 충족해야 한다. 전문가 등록은 현재 간호직이나 심리학 직군에는 적용되지 않는다. 심리학 분야의 경우 PsyBA에서 정한 고급훈련과 기타 요건을 충족한 이들은 심리학 실무의 특정분야 전문성을 인정해주는 “실무승인분야(area of practice endorsement)” 신청이 가능하다. PsyBA는 현재 9개의 실무분야를 인정하고 있으며, 여기에는 임상심리학, 임상신경심리학, 지역사회 심리학, 상담심리학, 교육 및 발달심리학 등이 포함된다.

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012

일반적으로 정신전문 간호사는 일반간호 학사과정 수료 후 정신진료 전문교육을 이수한다. 그러나 일부 국가의 경우 이 분야의 전문훈련을 받지 않았어도 정신진료 분야에서 근무할 수 있다(예: 호주).

임상심리사로 진료행위를 하려면 심리학 학부교육 수료 후 대학원과정 이수가 필요하다.

일차진료 의사 교육훈련은 이 장에서 상세하게 기술하지 않고 있으나(자세한 내용은 2장 참조), 전부는 아니지만 대부분의 OECD 국가에서 정신보건의료 훈련이 일차진료 의사 교육(학부 또는 의학학위과정)의 한 요소이다.

표 5.4. 일부 OECD 국가의 정신보건의료 전문가 교육요건

	정신전문의	임상심리사	정신전문 간호사
호주	5/6년의 학부과정 또는 4년간의 의대 대학원 입문과정 이후 병원인턴. 추가로 5년간 상근상당인력(FTE)으로 근무한 후 정신전문 의	3년의 학부과정 및 1년의 정신의학 대학원과정 이후 2년간 지도감독을 받는 전문훈련 또는 석사/박사 수준의 대학원 전문가 과정	정신보건의료기관에서 간호사로 근무를 시작하려면 등록(Division 1)간호사 자격 필요. 정신전문 간호사는 호주 정신보건의료 간호대학(Australian College of Mental Health Nurses,

	자격부여		ACMHN)에 의해 국가 자격증을 받을 수 있으며, 자격 신청자는 정신보건의료기관에서 임상간호실제에 대해 FTE 1년간의 대학원교육을 수료해야 함
칠레	7년의 의대과정 이후 3년의 전공교육		정신보건의료 간호사 교육에는 일반간호 입문과정 이후 1년의 추가교육 수반
체코	대학원과정에는 5.5년간 인가받은 병원에서 다양한 형태의 병동과 외래시설 순환근무를 통한 정신의학 실습이 수반됨	심리학 기본교육은 5년 과정. 자격시험을 통과해야 온전한 자격을 갖춤	정신보건의료 환경에서 근무하는 간호사는 정신의학, 심리학, 심리치료 훈련을 포괄하는 고급자격 취득이 가능
에스토니아	의학학위수료 후 4년의 전공훈련		
핀란드	의학학위수료 후 6년간 정신의학 전공훈련		
독일	의사가 5년의 “정신의학 및 심리치료” 대학원과정 수료	임상심리사는 3년(풀타임) 또는 5년(근무와 병행)의 “심리치료” 대학원과정 수료 가능	
헝가리	5년의 정신의학전공 대학원과정		간호학입문과정 4년, 의학사(BSc) 5.5년 후 석사(MSc), 정신의학훈련은 추가 1년
아이슬란드			총 5년의 교육과정(정규간호사교육 추가 1년)
아일랜드	의학학위 수료 후 5년의 전공훈련		
이탈리아	의학학위 후 4년간 대학원과정	3년의 학사과정 후 2년의 석사과정, 이후 추가 4년의 대학원과정	3년의 간호학 학사과정 후 정신보건의료 간호학 석사과정
일본	의학학위 수료 후 5년의 전공훈련과정		총 5년의 훈련과정
한국	의학학위 수료 후 4년의 전공훈련과정	자격증을 소지한 임상심리사는 최소 1년간 인증 받은 센터에서 훈련을 받아야 정신보건의료 임상심리사 자격 획득	자격증을 소지한 간호사는 최소 1년간 인증 받은 정신보건의료센터에서 훈련을 이수.
멕시코	4년간의 정신의학 전공과정	4년간의 학사과정 후 임상 전공 석사 또는 박사	기초간호학위 수료 후 정신보건의료 간호학 전공 1년 과정
포르투갈			총 6.5년의 교육과정
스웨덴	의료행위면허를 가진 의사는 최소 5년간 관리감독을 받는 전공훈련과정(ST) 수행		

스위스	의학학위 수료 후 6년의 전공훈련과정	심리학 학부과정 후 4-5년간의 심리치료 대학원과정	일반간호사로서의 기본교육 후 대학원과정
미국	의학학위(4년의 대학원과정)와 추가훈련과정이 일반적	일반적으로 박사학위는 최소 5년간의 대학원과정을 수반	

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

5.4. 지속적인 전문성 교육 및 개발

지속적인 전문성 교육 및 개발은 높은 수준의 진료를 촉진하고 유지하는 데 필수적이며 직원만족도와 이직률 감소에도 기여한다. 그러나 정신보건의료 인력이 의무적으로 이수해야 하는 지속적인 전문성 교육 및 개발의 범위는 OECD 국가마다 매우 다양하다. 지속적인 전문성 개발(CPD) 역시 한 국가 내에서도 직종별로 다를 수 있다.

지속적인 전문성 개발이 의무적인 OECD 국가와 자발적인 국가가 존재

정신보건의료 전문인력의 CPD 수행에 대한 기대는 OECD 국가마다 다르다. 호주, 체코, 독일, 뉴질랜드와 같은 국가에서 CPD는 정신전문의, 임상심리사, 정신전문 간호사를 포함한 정신보건의료 전문인력의 의무사항이다. 반면 칠레와 에스토니아 등의 국가에서는 CPD를 자발적으로 실시하도록 하고 있다.

독일의 경우 지속적 의학교육은 2004년부터 “공적 의료보험 근대화법(Act on Modernisation of the Statutory Health Insurance)”에 명시되어 있다. 지속적 의학교육 이수 후, 의사는 각 지역(주)의 의학협회로부터 인증서를 받는다. 미 준수 시 의사의 진료비가 삭감된다. 법안에 명시된 “의무” 규정은 없지만 지속적 의학교육은 모든 의학전공에 걸쳐 균형 있게 수행되어야 한다. 예를 들어 지속적 의학교육은 강의와 토론, 학회 및 워크숍 참석, 논문발표로 구성될 수 있다. 지속적 의학교육의 활동량은 포인트 제도를 도입해 명시된 각 활동마다 의사와 임상심리사가 일정한 점수를 획득하며, 5년 내에 250점을 채워야 한다.

스웨덴에는 의사의 지속교육 이수를 요구하는 공식요건이 존재하지 않는다. 이러한 차이를 인식해 현재 정신전문의를 포함한 모든 의사 간 CPD의 필요성에 대한 전반적인 합의가 이루어진 상태다. 또한 보건의료의 질 개선, 보장, 관리 시스템을 포괄하는 통합 의사훈련 체계의 수립 필요성에 대해서도 합의가 이루어지고 있다. 스웨덴 의학회(the Swedish Society of Medicine)와 스웨덴 의학협회(the Swedish Medical Association)의 공동정책자료에 따르면, 이러한 교육훈련은 체계적이어야 하며, 현재와 향후 과업 기준의 수요분석을 근거로 해야 한다. 따라서 모든 전문가는 개별 훈련계획을 가지고 이를 문서화하고 매년 성과평가에서 사후관리를 받아야 한다.

일부 OECD 국가의 경우, 정신보건의료 교육훈련이 일차진료 개업의의 CPD 훈련의 일부로 포함되어 있다(세부내용은 2장 참조).

지속적 전문성 개발 요건은 직군별로 다양하다.

요구되는 CPD의 분량 역시 여러 직군 및 인증기관별로 다양하다. 예를 들어 호주의 경우, 왕립

호주뉴질랜드정신의학대학(Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry, RANZCP)은 정신전문의의 연 50시간의 CPD 수행을 의무화하고 있다. 정신전문 간호사 인정을 위해 ACMNH는 3년마다 200시간의 CPD를 요구하며, 여기에는 교육과 개발의 두 영역이 모두 포함된다. 호주 심리학위원회(the Psychology Board of Australia)는 임상심리사에게 매년 30시간의 CPD를 완수하도록 요구하고 있다. 여기에는 매년 최소 10시간의 동료상담이 포함된다. 공인 정신보건의료 사회복지사(Accredited Mental Health Social Worker) 지위를 유지하려면, 호주 사회복지사협회(Australian Association of Social Workers)가 요구하는 연간 75포인트를 수료해야 한다. 이 75포인트에서 정신보건의료 실무와 직접 관련된 점수는 매년 30점으로 집중심리전략(Focused Psychological Strategies)과 관련된 CPD 10시간이 포함된다.

미국의 경우, 지속적 교육 요건은 주 및 관할지역별로 다르다. 미국 신경, 정신의학회(The American Board of Psychiatry and Neurology, ABPN)에 의한 면허 갱신은 여러 환경에서 의료행위를 하기 위한 필수 요건이며, 이 경우 정신전문의는 반드시 매 10년마다 평균 30시간의 CPD 교육을 수료해야 한다. 각 주별로 의사 개업을 위한 요건이 있으며, 주별로 대개 연 20-50시간의 CPD를 요구한다. ABPN에 대해 완료한 CPD 시간은 보통 주정부에서 요구하는 CPD 필수시간에 가산되며 그 반대도 마찬가지다. 모든 주가 정신전문의에게 지속적 교육을 요구하는 것은 아니지만, 대부분의 주에서는 2년마다 20에서 60시간의 지속적 교육을 요구하고 있으며, 법적 요건은 2년마다 40시간이다. 사회복지사 역시 대부분의 주에서 일정시간의 지속적 교육을 완수해야 하며, 대개 연 10-20시간 정도로 여러 해에 걸쳐 평가를 받는다.

5.5. 정신보건의료 전문가 부족

정신보건의료 인력의 충분성에 대한 문제는 특히 오지나 농촌지역에서 전문인력 채용과 유지가 어렵다는 점, 그리고 인구증가와 서비스제공 확대에 의한 수요증가의 측면에서 몇몇 OECD 국가에서 제기되어 왔다. 정신보건의료 인력부족은 서비스 이용에도 영향을 미친다. 반면, 정신보건의료 인력의 부족은 효율성과 효과성의 측면에서 정신보건의료 제공의 개선을 촉진할 수도 있다. 인력부족은 인력교육 쿼터로 인한 공급 제한과 연관이 있을 수도 있고, 정신보건의료 서비스 분야에서 일하는 것에 대한 부정적인 인식의 결과로 발생한 것일 수도 있다. 즉, 이러한 인력부족에 대한 해결책은 다양해야 하며 종종 혁신적인 접근법을 요구한다는 점을 시사한다.

정신보건의료 인력부족 문제가 일부 OECD 국가에서 대두

여러 OECD 국가가 하나 이상의 직종에서 전문인력의 부족을 보고하고 있다. 호주의 경우, 정신의학 인력부족은 공공분야에 집중되며, 급성 및 청소년 정신의학 분야가 특히 문제가 되고 있다. 정신의학 인력의 지리적 분포에 관한 이슈도 있다. 예를 들어 2009년에는 특정 주 및 준주의 1인당 정신전문의 수가 다른 곳에 비해 2배나 높았다(AIHW, 2012). 2025년까지 인력 예측결과에 따르면 호주의 정규간호사 수가 전반적으로 부족할 것으로 예상되는 상황으로 정규 정신전문 간호사 역시 부족할 것으로 예측된다(Health Workforce Australia, 2012). 포르투갈은 1인당 정신전문의 및 간호사 수가 상대적으로 적은 국가로, 정신보건의료 전문인력이 전반적으로 부족하다. 칠레 역시 모든 정신보건의료 직군에서 인력부족이 보고된다. 에스토니아의 경우 모든 정신보건의료 전문인력의 부족이 다른 EU 국가로의 “두뇌 유출” 때문이다. 특정 직종에서 인력부족이 집중적으로 나타나는 국가도

있다. 핀란드의 경우 소아 정신전문의가 가장 부족하고, 벨기에 역시 소아 정신전문의가 부족한 것으로 보고된다. 폴란드는 소아청소년 정신전문의 부족을 겪고 있는데 이는 이 그룹에 속하는 인구비율 감소로 상쇄된다. 이스라엘은 소아/청소년 및 노년층에 대한 정신보건의료 서비스 분야의 인력이 부족하다. OECD 국가 중 정신전문의 비율이 가장 높음에도 불구하고 스위스에서는 다른 의학전공에 비해 정신의학에 대한 이미지가 좋지 않아 이 직군의 인력이 부족하다. 게다가 노년층의 정신보건의료 서비스의 경우 향후 인력부족이 가장 심각할 것으로 나타났다.

보건의료 인력부족 문제는 호주, 캐나다, 핀란드, 프랑스, 일본, 한국, 뉴질랜드, 슬로바키아, 슬로베니아 같은 일부 OECD 국가에서 지리적인 차원에서 발생하고 있다. 캐나다의 경우 특정 지역, 특히 농촌 및 북부의 인구밀도가 낮은 지역에서 공급부족으로 인해 정신전문의 및 다른 정신보건의료 인력이 부족한 것으로 나타난다. 미국의 보건의료자원서비스국(the Health Resources and Services Administration)은 현재 미국 인구의 수요 충족을 위해서는 정신전문의, 임상심리사, 임상 사회복지사, 정신전문 간호사, 결혼 및 가족 치료사를 포함해 5,791명의 인력이 추가로 필요할 것으로 추산한다(US Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration). 정신보건의료 인력부족은 미국의 농촌지역에서 특히 나타나는 문제로, 이에 따라 일차진료기관이 정신보건의료에서 큰 역할을 하는 경우가 많다. 그러나 도시지역에서도 문화적으로 능숙하고 다양한 언어를 제공하는 정신보건의료기관이 부족하며, 이는 소수인종과 소수민족의 정신질환에 대한 부담 불균형을 악화시킬 수 있다(Sundaraman, 2009).

독일에서는 정신전문의 직군이 지난 몇 년간 4.5%의 비교적 지속적인 순 증가율을 기록하며 가장 빠르게 성장하는 의학전공분야가 되고 있다. 임상심리사의 경우에도 비슷한 상황이 관찰된다. 정신질환 치료수요가 증가했으며 이는 주로 정신질환에 대한 낙인을 줄이는 데 초점을 둔 정책과 정치적 노력이 성공을 거두었기 때문이다.

전체 의사 중 정신전문의의 비율이 높게 증가했음에도 불구하고(도표 5.2 참조), 아일랜드 역시 정신전문의 및 다른 정신보건의료 전문인력이 부족하다고 인식하고 있다. 그러나 추가로 35백만 유로 규모의 정신보건의료 관련 방안 이행을 위해 414개의 직(post)이 승인되었으며, 2013년에는 추가 인력 채용을 위해 35백만 유로가 추가 편성되었다.

잉글랜드 역시 정신의학 분야의 채용이 저조한 것으로 인식된다. 왕립정신의학회(Royal College of Psychiatrists)의 인구조사에 따르면, 상담직의 약 10%가 대리의사(임시직)로 충원되며, 5%는 공석이거나 언젠고 결원이 될 수 있다. 왕립정신의학회는 채용 개선을 위한 권고안을 마련할 대책 본부를 설치했다. 이 대책 본부는 의대입학 전, 의대과정 중, 기본수련 기간, 핵심 및 상위 정신의학 훈련 시기, 대학원과정의 다른 측면, 그리고 직군 전반에 걸쳐 정신전문의의 신규채용, 승진, 이직률 감소를 촉진할 수 있는 요소를 조사하고 있다. 왕립정신의학회는 정신의학 분야의 경력을 촉진하는 여러 활동을 지원하고 있다. 학회의 각 부서를 통해 영국 전역에 정책이 성공적으로 도입되도록 하는 전략을 개발 중이다.

정신보건의료 인력의 부족은 보건의료 서비스의 질과 환자 예후에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 또한 정신보건의료 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 예상되는 현재 경제위기 상황에서 인력부족은 충족되지 않는 욕구 문제를 악화시킬 수 있다.

정신보건의료 인력부족, 직원의 스트레스, “번아웃(Burnout)”은 서로 연관되었을 가능성이 있다.

정신질환을 둘러싼 낙인 및 개인안전에 대한 위협성을 포함, 스트레스가 많은 정신보건의료 실무의 성격으로 인해 정신의학이 매력적이지 않은 직업으로 여겨지는 경우가 많다(Holmes, 2006; Kenny 등, 2009).

정신보건의료 인력의 부족은 “번아웃”과 스트레스로 인한 높은 이직률과 관계있다는 우려가 제기되어왔다(Paris and Hoge, 2009). 번아웃은 정서적 소진, 비인격화(또는 냉소), 개인적 성취감소(비능률)와 연관된 일련의 증상을 보이는 증후군이다. 번아웃은 국가, 근무환경, 검사대상 인력유형에 관계없이 정신보건의료 인력에게 심각한 문제이며, 특히 정서적 소진과 관련해 두드러진다.

Evans 등(2006)은 잉글랜드와 웨일즈의 정신보건의료 사회복지사를 대상으로 스트레스와 번아웃의 발병률 및 직업만족도를 조사했다. 정신보건의료 사회복지사의 스트레스 및 정서적 소진 정도는 높고 직업만족도는 낮았다. 직장에서 과소평가되고 있다는 느낌, 과도한 업무요구량, 제한된 의사결정권이 낮은 직업만족도의 원인이자 번아웃의 가장 큰 요소였다. 연구자들은 높은 수준의 스트레스와 번아웃이 정신보건의료 사회복지사의 고용과 이직률 문제를 악화시킬 수 있다고 경고한다. 그러나 번아웃과 이직률 간 인과관계는 아직 정립되지 않았다(Paris and Hoge, 2009).

Johnson 등(2012)은 영국의 정신병동 인력을 대상으로 대규모의 조사를 실시했다. 직원의 사기는 다음의 관점에서 평가되었다: 1) 정서적 소진과 연관된 번아웃, 2) 복지, 3) 직업만족도, 4) 전반적인 심리건강, 5) 동기부여. 직원복지와 직업만족도는 상당히 좋았으나 정서적 소진은 급성 일반병동(acute general ward) 및 CMHT 직원과 사회복지사에게서 높게 나타났다. 다면적 회귀분석에 따르면 높은 정신적 긴장상태와 연관된 요소에 CMHT나 정신중환자실(psychiatric intensive care unit, PICU) 근무, 높은 업무요구, 낮은 자율성, 관리자와 동료의 제한적 지원, 45세 이하 연령과 하급직이 포함되었다. 보다 긍정적인 관여는 높은 업무요구, 자율성, 관리자와 동료의 지원, 흑인 및 아시아 인종 집단, 정신전문의 또는 서비스 관리자로 근무, 짧은 근속연수와 연관되었다. 인력 전체의 대표성을 시험할 수 없으므로 응답자와 비응답자 간 계통적 차이로 인해 연구가 제한적일 수 있다.

잉글랜드의 정신전문 간호사 이직률에 대한 연구에 따르면, 직무 만족도의 주된 이유가 돌봄의 기회와 지원이 든든한 업무관계였다. 불만족의 원인으로는 급여와 서류업무, 전문성 개발 기회, 일과 삶의 균형 측면이 있었다(Robinson 등, 2005). 호주의 정신보건의료기관에서 근무하는 작업치료사들에 대한 연구에 따르면 응답자를 계속 근무하게 만드는 핵심 요소는 업무의 성격, 지원이 탄탄한 팀에 소속된 것, 작업치료 기술 활용기회 등이었다. 퇴직을 고려하게 만드는 요소로는 새롭고 다양한 유형의 직무에 대한 욕구, 집 근처 근무 희망, 시간 부족 또는 과도한 업무량, “지루한”, “진부한” 느낌, 조직변화, 여러 업무의 동시처리, 지원이 부족하거나 무능한 팀에서 근무, 가족이나 기타 개인적 요인이 있었다(Scanlan 등, 2009).

인력부족이 농촌지역에서 더 심각하게 나타날 수 있는 여러 요인으로는 직업적 및 개인적 소외감, 소규모 조직, 업무량 과다, 인프라 부족, 접근성 및 서비스 제공과 의뢰를 위한 거리가 너무 멀다는 문제가 있다(Moore 등, 2010; Thomas 등, 2012; Perkins 등, 2007).

인력부족이 보다 효과적이고 효율적인 서비스제공을 유도할 수도 있다.

정신보건의료 인력부족으로 인해 조직적인 진료서비스와 지불 및 서비스제공 체계의 혁신이 촉진될 수도 있다. 호주의 경우 정신보건의료 전문인력의 향후 수요에 잠재적으로 영향을 줄 요소로 서비스 재설계가 강조되어 왔으며, 여기에는 역할분담모형(shared care model)의 개발(예를 들면 역할분담모형을 지원하는 일반의 학위자격 개발), 정신전문의(또는 수련의나 간호사)의 조기개입을 통한 응급병동 모형의 변화, 원격진료모형의 향후 개발을 통한 정신진료 접근성 개선 등이 포함된다(Health Workforce Australia, 2012).

원격진료모형은 특히 농촌지역의 인력부족에 대한 좋은 해결방안이며, 원거리에 있는 전문인력이 화상회의를 활용해 환자와 의사소통할 수도 있다(Thomas 등, 2012). e-선별검사(e-screening)의 활용은 또한 농촌지역 정신보건의료의 이용가능성을 높이는 효과적인 방안이 될 수 있다. 선별검사는 중요한 예방적 프로그램이며 전반적인 비용감소에도 효과적이다. Thomas 등(2012)은 터치스크린과 음성 지원 기술이 내장된 컴퓨터를 사용하는, 한 지역 일차진료시설에서 전자 선별검사 활용을 조사하는 시범연구 보고서를 발표했다. e-선별검사 결과에 대한 출력물이 환자와 의료기관 모두에게 제공되었으며, 이는 의료적 개입의 영향력을 높여 임상실제에 도움이 되었다. 연구대상의 대부분이 이 시스템이 사용하기 쉽다고 말했으며, e-선별검사 도구가 농촌 인구의 우울증을 선별하는 데 도입할 수 있는 효과적인 수단임이 증명되었다(Thomas 등, 2012).

호주의 경우 2007년 연방정부에 의해 수립된 확대전문가교육프로그램(Expanded Specialist Training Program, 이하 “ESTP”)을 통해, 교육격차를 해소하고 비전통적인 정신의학 환경에 대한 노출을 확대하여 전문가 및 지역사회에 더 나은 결과를 가져오고, 정신의학의 직업적 매력도를 높이고 있다. 이렇게 확대된 환경은 민간정신병원, 진료소, 상담소, 일차정신보건의료 서비스, 원주민 및 다문화 서비스, 지역 및 농촌 서비스, 리더 및 연구직을 포괄한다. 발병률이 높은 정신질환(불안, 우울, 약물남용)을 개인진료공간에서 심리치료를 통해 치료하는 것이 현재 실시되는 교육에서 가장 격차가 큰 분야로 나타났다. ESTP는 피교육자가 보다 전형적인 불안, 정서장애, 약물사용장애를 다루는 경험이 제한적이라는 인식과, 진료팀의 리더 또는 단독 의사로서 정신전문의가 이렇게 흔한 질병에 대해 향정신성의약품 사용 여부나 최종 진료의 선택과 관계없이, 심리학적 치료법을 활용해 다룰 수 있는 준비가 되어있어야 한다는 생각에 따라 마련된 제도이다. ESTP의 추가적인 장점은 보다 여러 분야를 아우르는 전문가를 양성하고 호주 지방 및 농촌지역에서도 전문인력에 대한 접근성을 개선한다는 것이다(O'Connor 등, 2009; Schweitzer 등, 2009; O'connor and Sparrt, 2010).

또한 보건의료 인력부족으로 인해, 호주의 정신전문 간호사(nurse practitioner), 미국의 정신전문 간호사(Advanced Practice Psychiatric Nurses, 이하 “APPN”)와 같이 새로운 전문직의 도입이 촉진되었다. 이러한 새로운 전문직은 과거 정신전문의와 일반의의 영역이었던 처방과 환자의뢰 업무와 관련된 역할이 강화되었다. 미국의 경우 다양한 유형의 심리치료, 정신약리학, 보완요법에 대해 전문교육을 받고, 향정신성의약품에 대한 처방권을 가진 APPN의 수가 늘어나고 있으며, 특히 농촌지역의 정신보건의료 인력부족 문제에 대한 하나의 해결책으로 여겨지고 있다(Hanrahan and Hartley, 2008). 영국의 경우 2003년 인력부족에 대한 대응의 일환으로 남부 잉글랜드 지역에서 정신보건의료 전문가(mental health practitioner, MHP)라는 새로운 전문직이 보건의료 서비스에 도입되었다. 이들의 역할은 간호, 심리/약물/작업 치료가 결합되어 있다. 과정 수료자는 정신보건의료 서비스분야에 채용되

며 여러 분야를 아우르는 2년간의 대학원교육 프로그램을 이수한다(Zeeman and Simons, 2011).

정신보건의료 전문인력의 이주를 통해 이주국가의 인력부족을 완화할 수 있다.

정신보건의료 인력부족 문제는 해외인력 채용을 통해 해소될 수 있다. 호주는 이러한 방식을 도입해 정신전문의와 정규 정신전문 간호사에게 2011-12년에 걸쳐 185건의 하위클래스457 비자(업무 목적으로 최대 4년까지 체류)를 발급했다. 체코는 슬로바키아와 우크라이나의 정신보건의료 전공 대졸자를 채용해왔으며, 슬로베니아 역시 이웃 국가 출신의 정신보건의료 전문인력을 채용해왔다. 독일 연방정부는 정신보건의료 인력을 포함해 일부 전문직 전반의 숙련인력 부족문제를 해소하고자 몇 가지 방안을 시행했다. 새로운 웹사이트(www.anerkennung-in-deutschland.de)를 개설해 해외 출신 전문가에게 외국에서 받은 학위를 독일에서 인정받는 방법에 대한 정보를 제공하고 있다. 해외인력 채용은 2011년 6월 이후 의사와 엔지니어에 대해 소위 “Vorrangsprufung”를 폐지(외국인전문가 채용 전에 독일국적의 전문가를 해당 직책에 채용할 수 없다는 확인)하면서 더욱 확대되었다. 미국의 경우 정신보건의료를 포함한 여러 보건의료 전문직의 인력수요를 충족하기 위해 보건의료기관이 외국 국적의 인력을 채용해왔다. 뉴질랜드의 정신보건의료 전문가, 특히 정신전문의는 주로 호주와 영국 출신인데, 이들은 뉴질랜드의 교육 및 자격요건에 적합하며 추후 교육이 필요하지 않기 때문에 채용되고 있다. 스위스의 경우, 외국국적의 정신전문의 절반가량이 독일과 오스트리아 국적이다. 나머지는 발칸 국가와 터키, 이탈리아와 프랑스어권 아프리카 국가 출신이다.

그러나 일부 국가에서는 해외인력 채용이 가능하지 않다. 일례로 에스토니아의 낮은 급여수준은 해외채용에 장벽역할을 하고 있다. 게다가 언어장벽 역시 해외인력채용을 저해하는 요소로 벨기에의 경우 정신전문의로 취업이민을 하려면 프랑스어와 네덜란드어 둘 다 구사할 수 있어야 한다.

해외인력이 유입되는 국가는 전문인력의 이주로 인력부족을 완화할 수 있는 반면, OECD 회원국을 포함한 인력수출국가에서는 인력부족현상이 악화될 수 있다. 앞서 논의된 대로 에스토니아는 전문인력의 이민으로 인력부족을 겪고 있는 국가 중 하나이다.

5.6. 변하는 정신보건의료의 인적자원 모형

인적자원 및 정신보건의료 제공 모형의 변화로 질적 개선 및 서비스 통합을 촉진하는 더욱 효과적이고 효율적인 서비스를 공급할 수 있는 가능성이 높아졌다. 본 장에서 앞서 설명했듯, 정신보건의료 전문인력의 범위가 크게 확장되어 비용이 높은 전문가에서 좀 더 낮은 비용의 간호사와 동종 전문인력으로서의 이동 가능성이 열렸다. 이는 여러 분야 협력진료팀의 폭넓은 활용, 역할 확장, 새로운 직무 기능 및 책임의 형성에서 분명히 드러난다. 정신보건의료 분야의 인적자원 모형 진화의 중심에는 새로운 역할과 환경의 채택 그리고 강화된 팀워크가 있으며 이는 진료환경의 변화에서 기인한다.

새로운 역할과 환경

많은 국가에서 정신전문의는 병원기반 환경에서 지역사회기반 다진료분야 협력팀 환경으로 옮겨가고 있으며 이러한 환경에서 정신전문의는 진단 및 치료뿐 아니라 팀 리더십과 감독, 다른 전문가 집단 관리에 관련된 역할이 늘어나고 있다. 표 5.5는 OECD 가입국의 정신전문의와 일반 개업의 간 다양한 협력모형의 개요를 제시한다. 정신전문의가 일차진료 의사가 미리 정한 진료 사례, 이른바

외래환자모형을 단순히 살펴보는 것은 비교적 드문 일이다. 그보다는 일차진료 의사가 정신질환이 있는 특정 환자에 대해 자문을 요청했을 때 비공식적인 소견을 제공하는 것이 일반적이다(진료연계 모형). 또는 일차진료 환경에서 훈련을 제공하기도 하고 일차진료 서비스 제공자에게 특정 질환이 있는 환자를 관리하는 방법에 대해 자문을 해주기도 한다(조력자모형). 정신전문의들은 개별 환자 및 서비스 제공을 논의하기 위해 일차진료 의사와 다른 정신보건의료 전문인력 간의 정기회의(다진료분야 검토회의)에 자주 참여하기도 한다(표 5.5). 다진료분야 전문인력 집단에 정기적인 전문가 자문을 통해, 영유아부터 성인에 이르기까지 생애주기에 걸친 정신보건의료 필요에 대응할 수 있는 역량을 쌓을 수 있다. 이러한 진료모형에 대한 세부사항은 2장에 제시되어 있다.

표 5.5. 정신전문의와 일반의 간 협력모형

	외래환자모형	진료연계모형	조력자모형	다진료분야 검토회의
호주				X
오스트리아	X			
벨기에		X		
캐나다	X	X	X	
칠레	X	X	X	X
체코	X	X		
에스토니아		X	X	
필란드	X	X		X
프랑스	X			
아이슬란드		X	X	
아일랜드	X			
이스라엘		X	X	
이탈리아		X		
한국		X		
룩셈부르크		X	X	X
멕시코		X	X	
네덜란드	X	X		
뉴질랜드	X	X	X	X
노르웨이	X	X	X	X
포르투갈	X	X	X	X
슬로바키아	X	X		
슬로베니아	X	X	X	
스페인	X	X	X	
스위스		X		
터키			X	
영국	X	X	X	
미국 ¹	X	X	X	X

1. 미국 전역에 통일된 한 가지 모형이 존재하지는 않으나 각 전략이 때때로 쓰인다.
출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

잉글랜드의 경우 자격을 갖춘 정신전문 간호사와 약사가 전에는 의사가 동의한 치료 계획의 범위 내에서 처방해야 했으나(“보충 처방”) 현재는 자신의 전문 분야 내에서는 어떠한 약(규제 의약품은 제외)도 이러한 제한 없이 처방할 수 있게 되었다(CSIP/NIMHE, 2007). 이런 비 의사 처방(non-medical prescribing)의 혜택에는 보건의료 서비스 이용자가 더욱 시의적절하고 효과적으로 의약품에 접근할 수 있고 간호사와 약사의 기술과 지식을 전적으로 활용할 수 있게 되는 것 등이 있을 수 있다(CSIP/NIMHE, 2007). 그러나 비 의사 처방을 도입하여 성공 가능성을 높이면 몇 가지 요인이 필요하다. 비 의사 처방 도입 이유와 관련된 목적의 투명성 및 충족 필요성, 실행을 위한 분명한 계획, 관계 당사자의 초반 참여(전문인력, 관리자, 서비스 이용자 및 간병인 대표자의 비 의사 처방의 정당성에 대한 이해 보장 차원), 그리고 감독, 학습 교재 접근성, 안전 진료 감찰과 같은 적절한 의료 경영 구조 이행이 그것이다(CSIP/NIMHE, 2007).

잉글랜드의 임상심리사는 일차진료에서 직접 “흔한 정신 질환” 진료의뢰를 받으면서 의료적 지배에서 벗어나 자체영역을 확보했고, 이제는 더 나아가 심리요법을 활용해 정신병 등 중증 정신질환까지 치료하려고 한다(Scheffler and Kirby, 2003; Mueser 등, 2013). 다양한 정신건강문제에 대한 심리요법의 접근성 개선을 강조하는 잉글랜드의 사례는 임상심리사뿐 아니라 심리치료사까지 더 많은 힘과 권한을 부여받을 수 있는, 새로운 기회가 되고 있다(Pilgrim and Rogers, 2009).

잉글랜드와 웨일즈는 2007 정신보건의료법(Mental Health Act)에 따라 “담당 임상(의)의(responsible clinician)”의 새로운 역할을 도입하여 이전에 “의료 담당자(responsible medical officer)”가 수행하던 역할을 하도록 했다. 후자(의료 담당자)의 역할이 오직 의사에게만 개방되었던 반면 새로운 담당 임상(의)의 역할은 의사뿐만 아니라 공인 임상심리사, 간호사, 사회복지사 및 작업치료사 등 적절한 훈련과 전문성을 갖춘 정신보건의료 전문인력에게 더 넓게 개방되어 있다. 담당 임상(의)는 다진료분야 협력팀이라는 배경에서 서비스 이용자의 관리와 치료에 관해 전반적인 책임을 진다(CSIP/NIMHE, 2007). 이러한 역할 변화의 효과로 대진(locum) 의사에 대해 의존도 감소, 담당 임상(의)의 역할 수행이 가능한 인력 수 증가, 이용자의 욕구를 충족시켜주는 상급자의 임상적/진료 수준의 기술조합 개선, 더욱 비용효율적인 서비스의 제공 및 상급자 전문인력의 최전방 배치, 비 의료 인력의 경력개발 개선을 기대할 수 있다(CSIP/NIMHE, 2007).

잉글랜드와 웨일즈의 2007 정신보건의료법은 “공인 정신보건의료 전문인력(approved mental health professional, 이하 “AMHP”)"의 역할을 도입하여 공인 사회복지사(approved social worker, 이하 “ASW”)"의 역할을 대체했다. 그 결과 ASW 역할은 사회복지사뿐만 아니라 간호사, 작업치료사 및 공인 임상심리사를 포함하여 숙련되고 자격을 갖춘 정신보건의료 전문인력에게 더욱 폭넓게 열리게 되었다(CSIP/NIMHE, 2007). AMHP는 정신보건의료법에 의한 환자 평가를 조직 및 조정하며, 이에 기여한다. AMHP 도입으로 인한 효과로는 유연성 증대, 더욱 적절하고 비용 부담이 적은 기술혼합, AMHP 수 증가로 인한 사회복지사 업무 부담 경감 가능성, 지방의 AMHP 접근 증대, 비 사회복지 분야의 전문인력을 위한 더욱 폭넓은 직업 기회, AMHP가 폭넓은 경험을 쌓은 후 담당 임상(의)의 역할을 수행할 가능성, 사회복지 전문인력의 채용, 유지, 연령 구성에 관한 인력문제 해결 등이 있다(CSIP/NIMHE, 2007).

잉글랜드는 또한 일차진료에 한정된 새로운 역할인 일차진료 정신보건의료 종사자(primary care mental health worker, 이하 “PCMHW”)을 도입했는데, 그 목적은 대인상담, 불안관리, 문제해결, 기타 모든 연령대의 흔한 정신질환자 단기치료 및 자가 치유 같이 근거기반의 효과적인 단기개입을 지원

하는 것이다(Shepherd and Rosairo, 2008). PCMHW는 또한 지역사회를 위해 더욱 광범위한 일을 수행할 수 있다. 예를 들어 정신건강문제가 있는 이들에 대한 연계, 접근성, 지원을 촉진하기 위해 지역사회의 정신보건의료 서비스의 데이터베이스를 개발하고 서비스 이용자 집단을 포함한 자선 및 자원봉사 부문 서비스와의 연계 업무를 담당할 수 있다. 따라서 PCMHW는 환자가 이용가능한 정보 강화, 실행기반 정보시스템, 감사, 결과평가 개발 지원, 보건의료 서비스 이용자 만족도 향상, 정신건강문제가 있는 사람 대상 지역사회 자원 네트워크관련 지식을 개선할 수 있는 가능성이 있다(Shepherd and Rosairo, 2008). PCMHW의 교육 수준이 학위 정도는 되어야 하나 반드시 그 학위가 정신보건의료와 관련될 필요는 없다. 이들은 고용 후 첫 해에 일차진료기관의 정신보건의료 분야에서 시간제 대학원을 수료한다(Shepherd and Rosairo, 2008). 그러나 새로운 전문인력의 역할이 가진 장점에도 불구하고 선례 부재가 예기치 않은 문제를 야기할 수 있다. Shepherd와 Rosairo(2008)는 PCMHW에 제공된 훈련으로는 이들이 고객을 평가하고 종종 복잡한 사례를 관리하며, 이들이 근무하는 환경에서 기대하는 수준의 자율성을 갖고 일하기엔 부족할 수 있다는 점을 지적했다. 이로 인해 가끔은 PCMHW의 시각에서는 고객이 자신들을 도울 자격을 갖추지 못한 것처럼 보여 PCMHW가 고도의 스트레스와 소외감을 겪었으며, PCMHW가 제공할 수 있는 가치 있는 서비스를 십분 활용할 수 있는 방법에 대해 혼란을 초래했다. 이는 정신보건의료에 새로운 역할 도입 시 적절한 훈련, 감독, 분명한 역할, 팀 통합 및 지원이 중요함을 강조한다.

새로운 역할이나 근무방식 도입 시 발생 가능한 또 다른 어려움은 새로운 역할이 강한 거부반응을 일으키고 경력구조가 인력유지를 지원하지 못한다는 점이다. 게다가 부여된 여러 가지 새로운 역할은 기존의 단일 직군과 명확하게 연결되지 않아 서비스로의 동화를 더욱 복잡하게 만든다. 따라서 기관은 전통적으로 전문적 자격을 갖춘 인력이 항상 “최상”의 보건의료 서비스 제공자라는 기존의 가정을 적극적으로 반박하고, 이행 과정 초기에 새로운 혁신/역할을 기존의 인력에게 전달하며, 새로운 역할이 경력구조와 검토 과정을 정의했음을 확실히 해야 할 것이다(CSIP/NIMHE, 2007).

정신보건의료 전문인력이 새로운 역할과 새로운 근무방식을 도입하는 데는 몇 가지 원칙을 기반으로 한다. 예를 들어 의료인의 지식과 스킬을 개별적 서비스 이용자의 요구에 부응(요구가 복잡할수록 보건의료 인력의 경험 및 숙련도가 높아짐)토록 하는 것, 직업보다는 능력을 중시하도록 하는 마음가짐의 전환, 전문가와 의료인의 경계를 넘어 지식과 기술, 역량을 공유, 기존의 자원을 더욱 효과적으로 사용하려는 목적 하에 개별적인 진료 또는 의료인의 주안점보다는 리더십을 분산하고 팀 단위 접근방식을 도입하는 것 등이 있다(CSIP/NIMHE, 2007).

강조의 축이 역량과 능력에 기운 결과로 정신보건의료 인력 계획은 더욱 복잡해질 것이다. 인력 계획은 전통적으로 기존의 직원 집단을 바탕으로 종종 숫자(수요와 공급)에 중점을 두었는데 이는 특정 전문가집단 내에 신규 구성원(예: 정신전문 간호사)이 이전 구성원의 공석을 채울 것이라는 가정에 근거한 것이다(CSIP/NIMHE, 2007). 역량과 능력에 기반한 접근방식을 감안하면 적절한 노동력 공급이란 기존의 인력이 업무를 확장하거나 새로운 역할을 도입한다는 의미일 수 있다(CSIP/NIMHE, 2007). 다른 직업 종사자가 정신보건의료 서비스 제공에 대해 각자의 역할을 정의하는 방식이 향후 노동력 요구에 이와 유사하게 영향을 미칠 것이다(Scheffler and Kirby, 2003).

팀워크 증가

많은 OECD 국가의 정신보건의료 전문인력은 CMHT 형태 또는 더욱 특화된 대안(현장방문 또는

조기개입팀)의 형태로 유연한 팀 단위 접근방식을 도입했다. 다진료분야 정신보건의료팀은 정신보건의료기관 중심에서 지역사회로 이동하면서 서비스 이용자의 새로운 요구 충족의 필요성에 의해 생겨났다. 정신보건의료 서비스가 지역사회로 편입되면서 앞으로 전문인력이 일할 다진료분야 협력팀에는 더 많은 전문가집단이 관여하고, 구체적이기보다는 폭넓게 공유되는 기술을 갖출 것이다(Winton and Robinson, 2005). 책임은 한 명의 전문가(전통적으로 정신전문의)에 의해 위임되기보다는 구성원들에게 분산된다. 서비스 이용자와 간병인에게 돌아오는 혜택으로는 팀 방식이 단순한 임상적 증상보다는 개별적 필요와 강점에 더 잘 대응할 수 있다는 것과 접근성 증대, 지속적인 관리 및 의사소통이 가능하다는 점이다. CMHT 접근방식을 통해 전문인력도 팀의 지원을 받아 업무량을 조절할 수 있고 자기계발을 할 수 있는 기회가 많아질 수 있다(CSIP/NIMHE, 2007).

접근성, 보건의료 질 및 비용 측면에서의 새로운 역할의 효과 평가

진료의 역할과 범위의 변화가 정신보건의료 서비스의 접근성, 질, 비용에 영향을 끼친다는 데는 의심할 여지가 없지만 비용에 관한 충실한 자료와 질 지수가 없는 상태에서 영향력의 파급 정도를 평가하기는 어렵다. 비 의료 전문가의 역할 확장이 비용에 미치는 영향은 여러 서비스 제공 직군 간 보수 차이에 따라 어느 정도 좌우되긴 하나, 적절한 보수자료 없이는 신규 노동력 구성이 비용절감에 끼치는 영향의 크기를 간파하기 어렵다. 이와 마찬가지로 질과 결과자료의 부재로 이러한 새로운 방식의 근무 형태가 가지는 비용 효과성을 평가할 수 없다.

여러 전문인력이 비슷한 업무를 수행하면 질 차이가 발생하는지 여부도 중요하다. 약물 관리를 위해 임상 간호사(ACT-NP)를 쓰는 팀 단위 접근방식 하에서 치료를 받은 환자가 정신전문의(ACT-MD)의 관리 하에 약물을 처방 받은 환자보다 낮은 만족도를 나타내는 지를 시험하고자 질의 척도로 환자 만족도 조사를 시행하였다. 이 조사에 따르면 후자에 해당하는 환자군(정신전문의가 관리)이 약물 관리에 있어 임상 간호사가 관리한 환자보다 훨씬 더 높은 만족도를 보였다. 주된 이유는 환자가 정신전문의가 더욱 많은 시간을 할애했고 약물 처방 시 매번 더욱 면밀했다고 보고했기 때문이다(Williams 등, 2009). 이 조사의 연구자에 따르면 환자가 정신전문의의 진찰을 받는 것에 더욱 만족감을 느꼈을 수 있고, 이는 해당 의사의 권한과 전문성이 간호사보다 더 높다고 인지했기 때문이다.

여러 전문가집단이 제공하는 서비스의 중복을 방지해야 질 높은 서비스를 효율적으로 제공할 수 있다. Robiner(2006)는 분야 간 의사소통과 조정 개선을 통해 환자를 위한 서비스를 개선하고 각 분야를 더 발전시킬 수 있다고 권고했다. 효과적인 분야 간 협력개발을 위한 전문가 조직의 노력은 잠재적으로 환자에게 제공되는 보건의료 서비스와 의료인 간 업무관계를 개선하며, 분화와 전문가 간 경쟁을 줄일 수 있다.

5.7. 보건의료 서비스 이용자와 간병인을 정신보건의료 인력에 편입

정신보건의료기관이 지역사회 환경에 편입되면서 정신건강문제가 있는 이들을 지원함에 있어 서비스 이용자와 돌봄가족의 역할이 점점 커지고 중요해지고 있다(6장 참조). 이러한 “인력” 구성원이(실제로 이들 다수가 유료 전문지원의 혜택을 받아 최대 효용을 달성하고 있다) 일차, 이차, 삼차진료의 위협경감에 중요한 부분을 차지한다는 근거가 대두되고 있기도 하다. 그러나 이와 같은 비공식 인력

의 전체 기여도를 파악, 평가하기는 어려우며, 특히 정신보건의료의 전반적 비용과 질, 환자예후에 미치는 영향에 대한 계량화나 평가가 어렵다.

서비스 이용자와 간병인 참여의 장점과 장애물

정신보건의료 서비스에 이용자와 간병인이 관여하는 것은 서비스 이용자와 폭넓은 이해관계자에 게 이득이 될 수 있지만 성공적 이행에는 수많은 장벽이 있을 수 있다. Tait와 Lester(2005)에 따르면 이용자 관여에는 개별 의사결정 수준에서의 적극적 참여부터 서비스 계획과 평가, 나아가 교육과 연구분야에 대한 보다 거시적 차원의 참여에 이르기까지 다양한 개념이 압축되어 있다. 효과적인 관여를 통해 서비스 이용자와 간병인은 의욕과 자신감, 존중받는다는 느낌을 갖게 되며, 따라서 보다 자신감을 갖고 나온 선택을 할 수 있게 되어 이들의 삶의 질이 개선되고 더욱 효율적, 긍정적인 인력이 될 가능성이 높아진다(CSIP/NIMHE, 2007). 과거의 서비스 이용자를 서비스 제공 인력으로 고용하는 것이 실현 가능하며, 이들의 서비스를 받는 고객에게도 이득이 될 수 있음이 증명되고 있다(Simpson and House, 2003). 서비스 이용자의 관여로 인한 이점으로는 정신보건의료의 설계와 제공에 이용자의 관점 반영, 정신질환에 대한 이해증진과 낙인감소, 사회통합 확대 및 해당 이용자에게 치료적 혜택 제공 등이 있다(Tait and Lester, 2005).

정신보건의료 서비스 이용자의 참여를 가로막는 장벽으로는 정신건강문제의 특성 및 약 부작용, 대체 치료법 및 정신보건의료 법률에 대한 서비스 이용자의 정보부족, 금전적 및 시간적 비용, 참여 가능한 서비스 이용자가 “너무 건강”하거나 “너무 강경하거나 분명”하다는 점에서 일반 이용자를 대변하지 못할 수도 있다는 대표성에 대한 우려 등이 있다. 간과할 수 없는 또 다른 장벽은 이용자를 전문가로 보는 개념에 대한 전문가의 저항이다(Tait and Lester, 2005). 정신보건의료 서비스 제공에 이용자와 간병인이 참여하는 것에 대한 정신보건의료 전문가의 태도는 이들의 참여를 크게 저해할 수 있다(Cleary 등, 2006). Goodwin과 Happell(2007a, 2008)은 소비자과 간병인 참여에 대한 정신전문 간호사(일반적으로 정신보건의료 인력의 가장 큰 비율을 차지)의 태도를 확인했다. 호주 빅토리아 주에 있는 농촌지역 2개 기관에 근무하는 30명의 간호사 표본에 한정된 연구이긴 하나 이 연구는 의미 있는 통찰을 제시한다. 응답자는 진료 및 치료에 있어 소비자와 간병인 참여의 중요성에 대해 전반적으로 인정했으며, 특히 질 높은 의료에 있어 간병인의 참여를 필수적인 요소로 들었다. 그러나 응답자 모두가 소비자와 간병인 참여를 적극 독려하는 것이 간호사의 역할이라 보지는 않았다. 소비자와 간병인에 대한 주요 장벽에 관해 연구진은 다음 사항이 가장 강력하게 연관되어 있다고 인식했다: 1) 시간 및 근무환경, 2) 정신질환의 영향, 3) 지리적 소외. 근무환경은 간호사가 인식하는 중대한 장애물 중 하나로 부족한 시간과 많은 담당 환자 수가 소비자와 간병인의 참여를 촉진하는 효과적 관여를 가로막고 있다고 보았다. 소비자의 정신질환에서 야기되는 이슈에는 소비자 참여유도 어려움과 소비자의 제한적 참여역량이 포함된다. 마지막으로 사회적, 지리적 소외는 농촌지역에 특정한 문제였다.

현재 및 과거 서비스 이용자를 정신보건의료 인력에 편입

고용과 새로운 역할부여를 활용하면 현재와 과거 서비스 이용자를 정신보건의료 인력에 편입시킬 수 있다. 고용에 대한 인식과 이의 이행, 그리고 새로운 역할부여는 기존 및 과거 서비스 이용자의 긍정적인 고용경험에 기여한다. Wolf 등(2010)은 정신보건의료에 현재와 과거 서비스 이용자와

회복 중인 개인을 고용하는 것과 관련하여 핵심요소를 3가지로 나누었는데, 1) 고용 전 교육훈련, 2) 인사 3) 조직이 그것이다.

- 고용 전 교육훈련은 회복 중인 개인을 인력으로 편입시키는 데 중요한 역할을 한다. 이 그룹의 경우 직장경험이 거의 없거나 노동시장 밖에서 많은 시간을 보냈을 수 있기 때문이다. 회복 중인 개인이 정신보건의료 인력이 될 수 있도록 도와주는 프로그램에는 자원봉사경험, 교육지원, 고용지원, 직전(preservice) 교육훈련이 포함된다. 자원봉사는 노동환경 입문을 지원하고, 자원봉사자의 역량과 자신감 고취에도 도움이 되며, 급여를 받는 취업으로 나아갈 수 있는 자국이 된다. 교육지원은 배우려고 노력하는 개인에게 취업으로 이어질 수 있는 도움과 지원을 제공하는 것이다. 이와 유사하게 직전교육훈련 역시 회복 중인 개인이 향후 직무를 수행하는 데 필요한 학위와 역량을 취득할 수 있도록 지원한다.
- 인사 정책은 역할 명확성, 충분한 지원, 효과적인 관리감독과 경력개발기회를 촉진하는 관행을 실시하여 회복 중인 개인의 성공적 고용에 기여한다. 병가를 포함해 충분하고 유연한 고용혜택이 회복 중인 개인의 고용유지에 특히 중요하다.
- 조직에는 회복 중인 개인이 의사결정과 지배구조의 여러 단계에 관여하고 참여하는 것이 포함된다. 더불어 전반적인 직원 커뮤니케이션과 만족도를 높이고 긍정적인 근무환경을 장려하며, 직원과 고객 모두의 자신감 고취와 만족을 도모하기 위해 지속적인 피드백 메커니즘이 중요하다.

잉글랜드에서 최근 도입된 신규 일자리, 지원, 시간, 회복(Support, Time and Recovery, 이하 "STR") 도우미는 현재 및 과거 서비스 이용자가 정신보건의료 서비스 분야에 고용될 수 있는 하나의 잠재적 방법이다(Department of Health, 2003). STR 도우미의 역할은 이용자에게 시간(Time)을 할애하여 그들이 원하는 지원(Support)을 유연하게 제공함으로써 결국 그들의 회복(Recovery)을 촉진하는 것이다(CSIP/NIMHE, 2007). 이러한 역할은 서비스 이용자가 제기한 우려, 즉 정신보건의료 서비스기관에서 근무하는 직원이 이용자와 그들의 개별적 필요나 기대에 대해 논의하고 조언이나 도움을 줄 시간이 거의 없다는 것 때문에 생겨났다. STR 도우미는 정신보건의료 서비스를 제공하는 팀에 참여하고 전적으로 서비스 이용자의 필요에 집중한다. STR 도우미는 다양한 지역사회 환경, 급성 및 폐쇄 진료환경에서 그들의 역할을 수행한다. 이들은 전국적으로 단일한 입문과정을 이수하고 지속적인 교육훈련을 수행한다. STR 도우미 도입에 대한 평가 결과에 따르면 이러한 역할, 특히 시간 할애와 지속적 지원으로 서비스 이용자에게 긍정적이고 바람직한 결과가 도출되었다(Huxley 등, 2006).

스코틀랜드의 경우 동료지원이 여전히 개발 중이나 스코틀랜드 전역에 걸쳐 약 60명의 동료지원 도우미가 있으며 추후 확대를 위해 노력 중이다. 공인된 훈련프로그램이 실시되고 있어 관리감독과 동료지원 도우미에 대한 지원을 제공한다.

간병인은 정신보건의료 전문인력과의 협력을 중요하게 여기나 광범위한 참여를 저해하는 장벽이 존재

간병인은 전문인력, 특히 정신전문 간호사와의 협력을 중요하게 생각하지만, 각기 다른 관점과 간호사의 태도가 효과적인 참여를 가로막고 있다. Cleary 등(2006)은 간병인이 직면하는 신체적, 정신적, 사회적 어려움을 인지할 필요가 있다는 점을 상정하고 있다. 임시간호가 가능하고 간병인에게

충분한 지원(교육 및 정보 포함)을 해준다면 간병인의 개인적 만족도에 긍정적인 영향을 줄 수 있으며 자신의 역할과 관련된 좌절감을 줄이는 데 도움이 된다. 보건의료 전문인력과 간병인 간 명확하고 일관된 의사소통 채널 역시 이 관계에 긍정적으로 기여한다. 가장 중요한 점은 중복을 최소화하고 자원 활용을 최대화하며, 서비스 제공자와 소비자, 간병인 간 긍정적인 관계를 유지할 수 있도록 간병인의 역할이 명확하게 기술될 필요가 있다. 또한 탄탄한 지원 네트워크 부재 시 이것이 노동시장 참여감소로 이어지거나 간병인의 신체적/정신적 건강에 부정적인 영향을 줄 경우 간호 간접비가 상승할 것이다.

정신보건의료 참여에 대한 간병인의 관점 유추 연구에서 Goodwin과 Hapell(2007b)은 간병인이 간호사의 역할과 태도를 중요하게 여기고 있다는 사실을 밝혀냈다. 특히, 간호사는 자신과 그들이 간호하는 사람에 대해 배려와 존중을 표시하고, 그들의 의견을 경청하며, 정보를 제공하는 사례를 고마워했다. 일부의 경우 간병인은 간호사가 그들의 참여를 적극적으로 독려했다고 인식하지 않았는데, 이는 아마도 간호사 쪽의 인식부족 때문이거나 간병인이 그들의 역할에 적극적으로 관여할 필요가 없다고 생각했기 때문일 것이다.

간병인이 그들과 서비스 이용자의 정신보건의료 참여를 가로막고 있다고 인식하는 장벽과 관련하여 나온 주요 주제는 1) 서비스 제공의 변화, 2) 접근성, 3) 간호사의 역할, 4) 지리적 영향이다. 서비스 제공의 변화는 입원기간 감소 및 지역사회 내 돌봄 증가를 포함하며, 이는 간병인이 간호사와 관계를 구축해 참여기회를 촉진할 시간이 부족하다고 느꼈다는 것을 의미한다. 접근성 문제는 특히 서비스 이용자 돌봄과 치료관련 정보와 연관됐다. 간호사의 역할 측면에서 참가자가 확인한 것은 간호사가 인원부족으로 느끼는 중압감과 이로 인해 직무를 충실히 수행하기 어렵거나 불가능하다는 점이었다. 지리적 영향은 적절한 서비스에 대한 접근성 문제와 관련이 있었다(Goodwin and Hapell, 2007c).

정신보건의료 전문인력 교육훈련이 서비스 이용자와 간병인에게 혁신적이고 새로운 역할 제공

Repper와 Breeze(2007)는 보건의료 전문인력 교육훈련에 이용자와 간병인이 참여하는 것에 대한 문헌 검토를 수행했다. 정신보건의료관련 전문교육에 이용자를 포함시키는 것의 장점으로 새로운 기술 습득, 자신감 증대, 내적인 힘의 강화 등이 있음을 알아냈다. 또한 인간관계 기술 및 서비스 이용자에 대한 공감능력 증대의 측면에서 학생에게도 잠재적인 장점이 있었다(상기참조와 동일). 그러나 교수/학계의 경우 전문교육과정에서 서비스 이용자를 포함시키는 것의 잠재적 이득에 대해 좀 더 유보적인 입장이었다. 정신질환이 있는 개인이 많은 학생을 가르칠 능력에 대한 우려와 이러한 역량을 갖춘 개인이라도 핵심 이용자 집단을 대표하지 못할 수 있다는 우려의 목소리를 내었다. 자신의 전문적 역할과 책임이 침해되고 교육자로서의 직업적 정체성에 위협이 될지 모른다는 두려움 또한 존재했다. Cleary 등(2006)은 정신보건의료 전문교육 프로그램에서 간병인이 할 역할이 있음을 감지했으며, 간병인이 교육과정 개발과 제시에 관여해야 한다고 보았다.

5.8. 결론

정신보건의료가 병원 입원진료에서 지역사회기반 환경으로 이동하면서 인력구성도 주로 병원기반 정신전문의 중심의 조직에서보다 지역사회 중심 인력으로 발전해왔다. 임상심리사, 사회복지사,

작업치료사와 같은 동종 전문인력의 역할도 확대되어왔다. 진화하는 정신보건의료 인력에 대해 충분한 계획, 모니터링, 평가를 하려면 충분한 자료와 근거가 필요하다. 정신전문의, 정신전문 간호사, 임상심리사의 경우 자료 범위가 양호한 편이나 정신사회복지사(psychiatric social worker)와 작업치료사 같은 직종은 정보가 희박하다. 따라서 정신보건의료 인력에 대한 정보는 서비스 제공 모형과 보조를 맞추어 진전되지 못했다. 정신보건의료 전문인력의 보수체계에 대한 정보 역시 부족하다. 그 결과, 변화하는 인력구성이 정신보건의료 전반비용에 어떤 영향을 줄 지, 그리고 새로운 근무방식이 효율적이며 경제적인지 여부를 평가하기 어렵다.

정신보건의료 인력이 지역사회에서 여러 분야가 참여한 팀에 근무하는 경우가 많아지고 있다. 그러나 하나 또는 몇몇 전문 집단이 지배하고 다른 집단은 배제되는 불평등한 팀 역할로 인해 팀이 효과적으로 기능하지 못할 수 있다. 정신보건의료에서는 의료인, 특히 정신전문의가 지배적인 역할을 할 수 있다. 결과적으로 사회복지사 같은 보건의료 외 분야 인력은 소외감을 느끼고, 정신보건의료의 “의학적” 모형과 “사회적” 모형 간 가치와 신념의 충돌로 인해 팀워크에 어려움을 겪거나 보건의료인이 지배하는 위계질서에서 근무하는 어려움을 겪기도 한다(Carpenter 등, 2003). 그러므로 지역사회 정신보건의료 인력관련 긍정적인 결과를 도출하려면 역할 명확성을 높이고 상충되는 역할을 줄이는 것이 중요하다. 다른 잠재적 장벽의 원인으로는 직업적 경쟁과 불신, 핵심 전문인력과 정신보건의료 관리자/행정관리자의 팀워크에 대한 지원 부족, 다른 전문직 업무와 고유기술에 대한 지식 부재를 들 수 있다. 전문직 간 교육(interprofessional education, 이하 “IPE”)은 보건의료 및 사회복지인력의 협력과 팀워크를 증진하는 핵심 솔루션으로 여겨지고 있다. IPE의 개발과 제공에 모든 관련 전문직의 참여를 지원하는 것이 필수적이다.

다진료분야 협력팀이 맞닥뜨릴 수 있는 어려움에도 불구하고 이러한 팀 운영은 전문직 스스로와 고객 모두를 위한 긍정적인 이점과 연관되어 있다. 전문인력의 긍정적인 결과로는 높은 직업만족도, 자율성과 의사결정 증대, 이직률 감소, 번아웃 완화, 상호 지원과 교육 등이 있다(Mental Health Commission, 2006; Swartz 등, 2011). 협력팀이 제공하는 케어를 통해 여러 분야 전문가의 다양한 기술을 요구하는 서비스 이용자의 점차 복잡해지는 필요를 충족하고, 이용자를 위한 광범위한 서비스와 자원의 제공이 가능하다(Mental Health Commission, 2006). 또한 기존 자원의 보다 효율적으로 사용하면 다진료분야 협력팀은 임상적 질을 개선하고 비용 대비 가치를 높일 가능성이 많다.

많은 OECD 국가가 인력부족 현상을 겪고 있는데, 이는 해외인력채용을 통해 어느 정도 해결할 수 있다. 그러나 불행히도 정신보건의료 인력의 이주에 대한 충분한 자료가 부족해 그 패턴과 여파에 대한 종합적 평가가 어렵다. 이러한 인력부족으로 인해 서비스의 질을 훼손하지 않으면서도 보다 혁신적이고 효율적인 정신보건의료 제공모형이 생겨나기도 했다. 돌봄인력과 서비스 이용자 또한 일부 인력 “공백”을 채워주고 있으나 다시 한 번 부족한 자료로 인해 이와 같은 “비공식” 인력의 효율과 비용에 대해 완전한 평가가 힘든 상황이다.

참고문헌

- AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2012), *Mental Health Services in Brief 2012*, AIHW, Canberra.
- Blount, F.A. and B.F. Miller (2009), “Addressing the Workforce Crisis in Integrated Primary Care”, *Journal of*

- Clinical Psychological Medical Settings*, Vol. 16, pp. 113-119.
- Carpenter, J., J. Schneider, T. Brandon and D. Wooff (2003), "Working in Multidisciplinary Community Mental Health Teams: The Impact on Social Workers and Health Professionals of Integrated Mental Health Care", *British Journal of Social Work*, Vol. 33, pp. 1081-1103.
- Cleary, M., A. Freeman and G. Walter (2006), "Carer Participation in Mental Health Service Delivery", *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 15, No. 3, pp. 189-194.
- CSIP/NIMHE (2007), "Mental Health: New Ways of Working for Everyone", Department of Health, London.
- Department of Health, (2003), "Mental Health Policy Implementation Guide: Support, Time and Recovery (STR) Workers", Department of Health, London.
- Evans, S., P. Huxley, C. Gately, M. Webber, A. Mears, S. Pajak, J. Medina, T. Kendall and C. Katona (2006), "Mental Health, Burnout and Job Satisfaction Among Mental Health Social Workers in England and Wales", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 188, pp. 75-80.
- FAS - Irish National Training and Employment Authority (2009), "A Quantitative Tool for Workforce Planning in Healthcare: Example Simulations", Report by the Skills and Labour Market Research Unit, FAS on behalf of the Expert Group on Future Skills Needs, Ireland.
- Goodwin, V. and B. Happell (2007a), "Psychiatric Nurses' Attitudes Toward Consumer and Carer Participation in Care: Part 1 - Exploring the Issues", *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Vol. 8, No. 4, pp. 276-284.
- Goodwin, V. and B. Happell (2007b), "Consumer and Carer Participation in Mental Health Care: The Carer's Perspective: Part 1 - The Importance of Respect and Collaboration", *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 28, No. 6, pp. 607-623.
- Goodwin, V. and B. Happell (2007c), "Consumer and Carer Participation in Mental Health Care: The Carer's Perspective: Part 2 - Barriers to Effective and Genuine Participation", *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 28, No. 6, pp. 625-638.
- Goodwin, V. and B. Happell (2008), "Psychiatric Nurses' Attitudes Toward Consumer and Carer Participation in Care: Part 2 - Barriers to Participation", *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Vol. 9, No. 4, pp. 249-256.
- Haklai, Z., N. Goldberger, N. Stein, I. Pugachova and I. Levav (2011), "The Mortality Risk Among Persons with Psychiatric Hospitalizations", *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48(4): 230-239.
- Hanrahan, N.P. and D. Hartley (2008), "Employment of Advanced-Practice Psychiatric Nurses to Stem Rural Mental Health Workforce Shortages", *Psychiatric Services*, Vol. 59, No. 1, pp. 109-111.
- Happell, B., C. Palmer and R. Tennent (2010), "Mental Health Nurse Incentive Program: Contributing to positive client outcomes", *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 19, pp. 331-339.
- Health Workforce Australia (2012), *Health Workforce 2025 Doctors, Nurses and Midwives*, Volume 2, Health Workforce Australia, Adelaide.
- Holmes, C.A. (2006), "The Slow Death of Psychiatric Nursing: What Next?", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 13, No. 4, pp. 401-415.
- Huxley, P., S. King, S. Evans, B. Davidson and P. Beresford on behalf of CSIP/NIMHE (2006), "No Recovery Without Time and Support - Evaluation of the Support, Time and Recovery Workers in Three Pilot Sites", Social Care Workforce Research Unit, National Institute for Mental Health in England.
- Ivey, S.L., R. Scheffler and J.L. Zazzali (1998), "Supply Dynamics of the Mental Health Workforce: Implications for Health Policy", *The Millbank Quarterly*, Vol. 76, No. 1, pp. 25-58.
- Johnson, S., D.P. Osborn, R. Araya, E. Wearn, M. Paul, M. Stafford, N. Wellman, F. Nolan, H. Killaspy, B. Lloyd-Evans, E. Anderson and S.J. Wood (2012), "Morale in the English Mental Health Workforce: Questionnaire Survey", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 201, No. 3, pp. 239-246.
- Kenny, A., S. McConnachie, E. Petrie and G. Farrell (2009), "Preparing Nurses with Enhanced Mental Health

- Knowledge and Skill: A Major in Mental Health”, *Collegian*, Vol. 16, No. 3, pp. 139-146.
- Knapp, M., J. Beecham, V. Koutsgeorgopoulou 등 (1994), “Service Use and Costs of Home-based Versus Hospital-based Care for People with Serious Mental Illness”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165, pp. 195-203.
- Lawrence, D., K.J. Hancock and S. Kisely (2013), “The Gap in Life Expectancy from Preventable Physical Illness in Psychiatric Patients in Western Australia: Retrospective Analysis of Population Based Registers”, *British Medical Journal*, Vol. 346.
- Lee, C. and E. Church (2009), “Strengthening Our Discipline and Profession through Understanding the Supply of and Demand for Canadian Psychologists”, *Psychiatry*, Vol. 31, No. 2.
- Mental Health Commission (2006), “Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice”, *Discussion Paper*, Mental Health Commission, Dublin.
- Mental Health Workforce Advisory Committee (MHWAC) (2008), “Mental Health Workforce: Supply of Mental Health Nurses”, Australia’s Health Workforce Online.
- Moore, T., K. Sutton and D. Maybery (2010), “Rural Mental Health Workforce Difficulties: A Management Perspective”, *Rural Remote Health*, Vol. 10, No. 3, p. 1519.
- Moss, R. (1994), “Community Mental Health Teams: A Developing Culture”, *Journal of Mental Health*, Vol. 3, pp. 167-174.
- Mueser, K.T., S.M. Silverstein and M.D. Farkas (2013), “Should the Training of Clinical Psychologists Require Competence in the Treatment and Rehabilitation of Individuals with a Serious Mental Illness?”, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 36, No. 1, pp. 54-59.
- O’Connor, D.W. and C. Spratt (2010), “Australian Psychiatry Trainees’ Reports of Expanded Specialist Training Placements”, *Australasian Psychiatry*, Vol. 18, No. 3, pp. 267-268.
- O’Connor, D., Y. Schweizer and C. Spratt (2009), “Expanding Psychiatry Training: Australian Specialists’ and Trainees’ Perceived Gaps in Experiences and Settings”, *Australasian Psychiatry*, Vol. 17, No. 6, pp. 506-508.
- OECD (2012), *OECD Health Statistics 2012*, OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/health/healthdata.
- Paris, M. and M.A. Hoge (2009), “Burnout in the Mental Health Workforce: A Review”, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, Vol. 7, No. 4, pp. 519-528.
- Perkins, D., K. Larsen, D. Lyle and P. Burns (2007), “Securing and Retaining a Mental Health Workforce in Far Western New South Wales”, *Australian Journal of Rural Health*, Vol. 15, No. 2, pp. 94-98.
- Pilgrim, D. and A. Rogers (2009), “Survival and its Discontents: The Case of British Psychiatry”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, No. 7, pp. 947-961.
- Reeves, S., D. Freeth, S. Glen, T. Leiba, E.-J. Berridge and J. Herzberg (2006), “Delivering Practice-based Interprofessional Education to Community Mental Health Teams: Understanding some Key Lessons”, *Nurse Education in Practice*, Vol. 6, pp. 246-253.
- Repper, J. and J. Breeze (2007), “User and Carer Involvement in the Training and Education of Health Professionals: A Review of the Literature”, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 44, No. 3, pp. 511-519.
- Robiner, W.N. (2006), “The Mental Health Professions: Workforce Supply and Demand, Issues, and Challenges”, *Clinical Psychology Review*, Vol. 26, pp. 600-625.
- Robinson, S., T. Murrells and E.M. Smith (2005), “Retaining the Mental Health Nursing Workforce: Early Indicators of Retention and Attrition”, *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 14, pp. 230-242.
- Royal College of Psychiatrists (2011), “Census 2011 Workforce Figures for Consultant and Trust Doctor, Speciality Doctor, Staff Grade, Associate Psychiatric Specialists”, Royal College of Psychiatrists, London.
- Sainsbury Centre for Mental Health, (1995), *Making Community Mental Health Teams Work*, The Sainsbury

- Centre for Mental Health, London.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007), *An Action Plan for Behavioural Health Workforce Development*, SAMHSA, United States.
- Scanlan, J.N., M. Still, K. Stewart and J. Croaker (2010), “Recruitment and Retention Issues for Occupational Therapists in Mental Health: Balancing the Pull and the Push”, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 57, pp. 102-110.
- Scheffler, R.M. and P.B. Kirby (2003), “The Occupational Transformation of the Mental Health System”, *Health Affairs (Millwood)*, Vol. 22, No. 5, pp. 177-188.
- Schweizer, Y., C. Spratt and D.W. O’Connor (2009), “Expanding Australian Psychiatry Training Settings Beyond Metropolitan Public Hospitals: Background and Issues”, *Australasian Psychiatry*, Vol. 17, No. 5, pp. 389-393.
- Shepherd, M. and M. Rosairo (2008), “Low-intensity Workers: Lessons Learned from Supervising Primary Care Mental Health Workers and Dilemmas Associated with Such Roles”, *Mental Health in Family Medicine*, Vol. 5, No. 4, pp. 237-245.
- Simpson, E.L. and A.O. House (2003), “User and Carer Involvement in Mental Health Services: From Rhetoric to Science”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 183, pp. 89-91.
- Sundararaman, R. (2009), “The U.S. Mental Health Delivery System Infrastructure: A Primer”, Congressional Research Service, Washington, DC.
- Sutton, K., D. Maybery and T. Moore (2012), “Bringing Them Home: A Gippsland Mental Health Workforce Recruitment Strategy”, *Australian Health Review*, Vol. 36, No. 1, pp. 79-82.
- Swartz, L., D. Wright and M. Lavoie-Tremblay (2011), “New Nurses’ Experience of their Role within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health”, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 3, pp. 153-163.
- Sytema, S. and P. Burgess (1999), “Continuity of Care and Readmission in Two Service Systems: A Comparative Victorian and Groningen Case-register Study”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 100, No. 3, pp. 212-219.
- Tait, L. and H. Lester (2005), “Encouraging User Involvement in Mental Health Services”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 11, No. 3, pp. 168-175.
- Thomas, D., M. Macdowell and M. Glasser (2012), “Rural Mental Health Workforce Needs Assessment – A National Survey”, *Rural Remote Health*, Vol. 12, p. 2176.
- US Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration, available at www.hrsa.gov/shortage/, accessed 23 March 2013.
- US Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2007), “An Action Plan for Behavioural Health Workforce Development”, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Vevera, J., B. Bražinova, J. Nemeč, E. Palova and J. Raboch (2008), “Human Resources and Training”, *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*, Karolinum Press, Prague.
- Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler and T.M. Laursen (2011), “Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, No. 6, pp. 453-458.
- WHO – World Health Organization (2011), *Mental Health Atlas 2011*, World Health Organization, Geneva.
- Williams, K., M. Kukla, G. Bond, M. McKasson and M. Salyers (2009), “Can a Nurse Practitioner Serve in the Prescriber Role on an Assertive Community Treatment Team?”, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 12, No. 3, pp. 205-224.
- Winton, F.E. and R. Robinson (2005), “The Multidisciplinary Team and the Non-pharmacological Treatment of Schizophrenia”, *Psychiatry*, Vol. 4, No. 11, pp. 43-45.

Wolf, J., L.H. Lawrence, P.M. Ryan and M.A. Hoge (2010), “Emerging Practices in Employment of Persons in Recovery in the Mental Health Workforce”, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 13, No. 3, pp. 189-207.

Zeeman, L. and L. Simons (2011), “An Analysis of Discourses Shaping Mental Health Practitioners”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 18, No. 8, pp. 712-720.

부록 5.A1

정신보건의료 전문인력 분류 정의

본 장의 국가 간 비교를 목적으로 다음의 정의가 적용된다.

정신전문 간호사(Mental health nurses): 인가받은 대학수준의 교육기관에서 간호전공 정규교육을 이수하고 간호학 수료증 또는 학위를 받은 보건의료 전문가. 본 장에서 제시 및 논의된 자료는 정신보건의료 분야에서 근무하는 간호사만을 대상으로 한다(WHO, 2011).

작업치료사(Occupational therapists): 인가받은 대학수준의 교육기관에서 작업치료 정규교육을 이수하고 작업치료학 수료증 또는 학위를 받은 보건의료 전문가. 본 장에서 제시 및 논의된 자료는 정신보건의료 분야에서 근무하는 작업치료사만을 대상으로 한다(WHO, 2011).

정신전문의(Psychiatrists): 정신전문의는 OECD가 정의한 것에 따라 정신질환의 예방, 진단, 치료를 전문으로 하는 의사를 포함한다. 이들은 정신의학 대학원교육을 받았으며 정신의학 전공분야의 추가 훈련을 받기도 한다. 정신전문의에는 정신의학, 신경정신의학, 성인 및 노인 정신의학, 아동 정신의학, 정신의학 - 중독장애/질환, 사회정신의학, 정신의학적 재활을 전공하는 의사와 전공의(resident medical officer)가 포함된다. 본 정의에서 임상심리사는 명백히 제외된다(OECD, 2012).

임상심리사(Psychologists): 인가받은 대학수준의 교육기관에서 심리학 정규교육을 이수하고 심리학 수료증 또는 학위를 받은 전문가. 본 장에서 제시 및 논의된 자료는 정신보건의료 분야에서 근무하는 임상심리사만을 대상으로 한다(WHO, 2011).

사회복지사(Social workers): 인가받은 대학수준의 교육기관에서 사회복지 정규교육을 이수하고 사회복지학 수료증 또는 학위를 받은 전문가. 본 장에 제시 및 논의된 자료는 정신보건의료 분야에서 근무하는 사회복지사만을 대상으로 한다(WHO, 2011).

제 6 장

더 나은 정신보건의료를 위한 올바른 관리

정신보건의료에서 구조와 계획의 변화를 유도하고 그 중요성을 인식하게 하는 데 올바른 관리(good governance)와 리더십(leadership)이 필수적이다. 특히 정신질환으로 인한 상당한 질병부담을 고려해볼 때, 정부가 보건의료 안전에서 정신보건의료를 최우선 순위로 둘 필요성이 있는데도 전통적으로 정신보건의료는 간과되었고, 이에 대한 재정지원도 충분하지 않았다. 행정단위별 정부, 이용자와 보건의료기관, 전문가 조직 등 여러 핵심 이해관계자가 있는데, 이번 장에서는 이들의 다양한 역할에 대해 살펴보고자 한다. 정신보건의료 정책결정자는 정신보건의료 제도를 개선하고 이를 전반적으로 향상시키기 위해 입법 프레임워크, 정신보건의료 정책, 정신보건의료 서비스를 대상 인구집단에 제공하기 위한 수직적 이니셔티브 등을 포함한 다양한 도구를 이용하고 있다.

6.1. 서론

모든 OECD 회원국의 보건의료제도는 상당한 도전과제와 보건의료의 제공과 질에 있어 격차라는 문제를 안고 있다. 이러한 부족한 점을 해결하고 이 보고서의 다른 장에서 이미 설명한 변화가 가장 절실한 분야에서의 변화를 이끌어내기 위해 강력한 리더십과 의지가 필요하다. 이번 장에서는 OECD 국가 정신보건의료제도의 핵심 리더십 도전과제를 파악하고 고위 정책결정자가 이를 해결하기 위해 사용할 수 있는 도구를 살펴본다. 정책결정자는 세 가지 중요한 도전과제에 직면해 있다. 첫째, 보건의료제도에서 자주 소외되는 정신보건의료를 우선순위로 둘 필요가 있다. 둘째, 진료 제공이 입원진료에서 지역사회 진료로 옮겨가는 추세에서 이미 진행되고 앞으로도 요구될 보건의료제도 조직의 큰 변화를 관리해야 한다. 셋째, 정신보건의료 서비스 및 정신보건의료 서비스 외부와의 조정을 잘 도모할 필요가 있다.

정신보건의료 분야에서 의미 있는 변화를 추진하기 위해서는 고위급의 의지가 필요하지만 보건의료 분야 외부의 이해당사자 및 사회 여러 분야의 이해당사자를 포함한 다양한 이해당사자가 이러한 움직임에 동참해야 한다. 정부, 정책결정자, 정신보건의료 및 보건의료 분야 지도자, 교육 및 고용분야 지도자, 입법자와 인권단체, 정신보건의료 서비스 이용자와 보건의료 제공자 및 대표, 정신보건의료 전문가 및 전문가협회, 국제 지도자 및 네트워크 모두 중요한 역할을 수행해야 한다. 이번 장에서는 OECD 국가에서 정신보건의료 분야의 핵심 이해관계자와 그들이 수행하고 있는 역할에 대해 알아본다.

정신보건의료의 올바른 관리를 위해 정책결정자가 이용할 수 있는 도구가 몇 가지 있으며, 이러한 도구는 이제껏 긍정적인 변화를 이끌어내는 데 성공적이었다. 이번 장에서는 정신보건의료의 법적 프레임워크 사용과 정신보건의료의 핵심과제 해결에 사용될 수 있는 잠재력을 가진 정신보건의료 전략에 대해 살펴본다. 또한 정신보건의료 서비스의 격차를 좁히고, 취약한 인구집단에 영향을 미치며, 학교 또는 직장 등 다양한 환경에서 좋은 정신보건의료를 도모하기 위해 대상을 선정한 수직적 프로그램의 역할을 살펴본다.

상당한 취약점이 존재하지만 이번 장에서는 더 나은 정신보건의료를 위한 노력의 출발점으로 작용할 수 있는 긍정적인 사례를 통해 정신보건의료의 관리 및 리더십 조건을 살펴보고자 한다.

6.2. 정신보건의료제도의 핵심 리더십 과제

전통적으로 정신질환의 질병부담에 비해 정신보건의료는 소외되고 방치되어 왔고 재원이 부족했으며, 정신질환의 치료격차가 여전히 크다는 점을 고려할 때, 정신보건의료를 우선순위가 높은 과제로 만들고 정신보건의료제도에 자원을 투입해 훌륭하고 혁신적인 서비스를 제공하는 데 기여하겠다는 강력한 리더십이 필요하다. 지역사회 서비스로의 전환에서 기인하는 핵심과제를 해결하는 데도 강력한 리더십이 필요하다. 모든 OECD 회원국은 정도는 다르지만 병원 중심 치료에서 지역사회 서비스로의 전환에 관심을 갖고 있다. 한편, 이탈리아, 영국, 미국 등 일부 OECD 회원국에서는 50여

년 전부터 “탈원화” 과정이 시작되어 현재는 성숙단계에 있으며 호주, 핀란드, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴 등 다수의 국가에서 최근 수십 년 동안 독립적인 병원진료에서 벗어나 지역사회 내에서의 치료로 전환되고 있으며 이들 국가는 혁신적인 접근법을 앞장서서 이끌고 있다. 체코, 일본, 한국 등 그 외 OECD 회원국은 현재 지역사회 치료로의 전환에 첫걸음을 내딛고 있다.

입원서비스의 점진적 감소가 필요한 지역사회 서비스로의 전환을 계획 및 이행하기 위해서는 고위급의 의지가 필요하다. 하지만 가장 중요한 것은 입원서비스와 함께 잘 기능하는 지역사회 서비스 구축을 병행하는 것이다. 정신보건의료의 탈원화가 성숙단계에 접어든 국가에서는 정신보건의료 서비스 내에서, 그리고 정신보건의료 서비스 외부와의 조정을 개선할 필요가 있으며, 정부는 부문 간 조정을 강화하고 핵심 이해당사자의 협력을 도모해야 한다.

정신보건의료는 사회와 보건의료제도에서 흔히 간과되었으며 이를 우선과제로 만들기 위해서는 강력한 리더십이 필요하다.

정신질환관련 질병부담이 높고, 기대수명의 증가와 함께 가까운 시일 내에 이러한 부담이 증가할 가능성이 있으며, 보건의료비가 감소하고 있는 시기에(OECD, 2013), 서비스의 질과 이용가능성은 정신보건의료에 대한 국가의 의지에 달려있다. 대부분의 OECD 국가에서 정신질환 치료격차는 높고 정신보건의료에 대한 지출은 질병부담에 비해 낮은 수준이다. 이는 정부가 정신보건의료를 우선순위로 설정하고 우수한 정신보건의료에 투자할 필요성이 있음을 시사한다.

많은 국가가 보건의료제도 및 복지제도의 지출을 상당히 축소하고 있는 경제위기 상황에서 보건의료제도 및 사회 전반적으로 정신보건의료를 우선순위로 설정할 필요가 있다. 현재 많은 OECD 국가에 영향을 미치는 경제위기는 불안감 및 불안장애 증가 등 인구의 정신보건의료에 영향을 줄 가능성이 크다. 개인과 그 가족에게 부정적 영향을 줄 뿐 아니라 열악한 정신보건의료는 장애급여로 인한 지출증가, 직장에서의 잦은 결근과 생산성 하락(프리젠티즘)(OECD, 2012), 노숙자와 범죄 증가 등 사회에 부정적 결과를 초래할 수 있다.

정신보건의료 제공이 지역사회 서비스로 전환되고 있고 이러한 전환의 이행에는 올바른 관리가 요구된다.

OECD 회원국의 경험은 지역사회기반 서비스로 전환하려면 강력한 국가적 의지와 정부 최고위 정책결정자의 참여가 필요하다는 점을 시사한다. 이와 같은 변화의 과정 또는 수십 년 간의 변화를 통합하는 과정을 신중하게 관리할 필요성이 있다.

지역사회기반 서비스로의 전환은 시간이 오래 걸리는 과정이다. 또한 정신보건의료의 제공 격차와 서비스의 분열을 방지하기 위해 적절한 계획 수립과 신중한 국가적 정책 의지가 필요하다. 예를 들어 이탈리아에서는 1978년 법 180(Law 180)을 통해 정신병원 폐쇄를 명령했으나 실제로 가장 마지막으로 정신병원이 문을 닫은 것은 법 180 통과 이후 20년이 지난 1999년이였다(WHO, 2011).

탈원화의 성공은 정신병원 폐쇄와 입원병상 감소뿐 아니라 지역사회 내 정신보건의료 서비스 개발에 좌우된다(Lamb and Bachrach, 2001). 40여 년 전부터 지역사회로의 전환이 시작된 OECD 회원국의 경험은 탈원화로 의도하지 않은 부작용이 생길 수도 있음을 보여준다. 보편적 추세는 우선 각국의 상황에 맞는 정신보건의료법을 제정하여 정신병원을 폐쇄하고 점진적으로 지역사회기반 서비스를 개발하는 것인데 그 결과 정신보건의료 서비스 제공에 있어 격차가 발생한다(Munk-Jorgensen,

1999). 정신보건요료를 요구하는 개인 다수가 탈원화 과정과 새로운 진료모형의 개발로 혜택을 누려왔으나 정신병원이 포괄적이고 접근이 쉬운 지역사회 서비스로 대체되지 않은 경우에는 정신질환이 있는 사람이 노숙, 부적절한 감금 및 빈번한 병원입원을 겪었다(Lamb and Bachrach, 2001). 예를 들어 덴마크에서는 탈원화 과정이 자살률 증가, 일부 유형의 정신질환을 겪는 범죄자 수의 증가, 입원 환경에서 강압적 활동 증가, 병상이용률 증가 및 조현병 환자의 반복적 재입원 등 일련의 부정적 지표가 나타났다(Munk-Jorgensen, 1999). 덴마크는 이 과제를 분명히 인지하였고 이러한 의도하지 않은 결과에 대응한 경험은 탈원화 과정 초기 단계에 있는 다른 국가에 유용하게 공유될 수 있다.

또한 지역사회 진료로의 이동은 조직에 복잡성을 추가하면서 관리 측면에서 새로운 도전과 기회를 제공하고 있다(Sugarman and Kakabadse, 2008). 정신병원은 모든 것이 다 갖추어진 곳으로 기능할 수 있지만 지역사회 진료가 성장하면서 정신보건요료는 단일한 환경에서 제공되는 진료의 조직 및 재정적 단순함에서 벗어나고 있다. 서로 다른 조직 및 재정구조로 보건요료 및 사회복지 서비스의 행정적 책임은 분리되는 경우가 커 분야 간 정책 및 관리의 의미 있는 통합이 저해되고 있다. 국가 및 지역서비스 제공자는 관할구역 간 서비스제공 조정을 위해 노력하고 있으며 책임에 대한 행정적 구분 및 재정지원 흐름은 외부와 소통하지 않고 독자적으로 사고하는 데 기여한다. 통합된 업무는 정신보건요료 및 기타 분야가 평등하게 운영되고, 전통적인 벽을 허물며, 매끄러운 서비스를 제공할 기회를 제공한다. 그러나 종종 관련된 통합기제 또는 인센티브가 필요한 경우도 있다.

복잡한 필요를 가지고 있는 개인에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 정부는 정신보건요료 서비스 내, 정신보건요료 서비스 외부와의 조정을 장려할 필요가 있다.

정신질환자가 그들의 다양한 필요에 대해 적절한 서비스를 받을 수 있도록 하려면 정신보건요료 서비스 간 조정이 잘 이루어져야 한다. 예를 들어 한 개인이 정신질환을 겪는 과정에서 일반의가 약물을 처방하거나 조절했을 수 있고, 지역사회 전문 지원서비스를 받거나 지역의 종합병원 정신과에 외래환자로 방문할 수도 있으며, 전문 정신병원에 입원환자로 짧은 기간 입원할 수도 있다. 많은 정신질환이 만성질환이고 진료의 조정을 위해서는 체계적인 계획이 필요하다. 특히 임상치료의 경로가 여러 제공자와 관할지역, 지불제도를 포괄하는 경우 더욱 체계적인 계획이 필요하다. 서비스의 중복을 줄이고, 서비스 격차를 파악하며, 효과를 극대화하고, 비용 대비 효과를 증대시키기 위해 정신보건요료 서비스를 큰 관점에서 살펴볼 필요가 있다. 치료를 계속 이어가지 못하는 정신질환자의 진료 연속성을 보장하기 위해 정신보건요료 서비스의 조정은 필수적이다(Preston 등, 1999). 또한 서비스의 조정은 이용자와 제공자 모두에게 혜택을 준다. 예를 들어 약물치료를 잘 따를 수 있도록 하면서 전문가 간 전문성을 전달할 수 있다는 이점이 있다(Blount, 2003). 환자는 정신보건요료 서비스의 진료 연속성을 양질의 정신보건요료의 필수적인 항목이라고 생각하고, 이러한 진료의 연속성은 환자만족과도 깊게 연관되어 있다(Adair 등, 2004; Jones 등, 2009).

정신질환자의 복잡한 필요를 충족시켜 주기 위해서 OECD 국가는 부문 간 조정을 장려해야 한다. 정신질환이 사회적 필요와 교차하는 부분은 잘 알려져 있다. 정신질환 문제를 앓고 있는 사람은 그와 관련된 문제인 실업, 차별, 학업성취도 저하, 건강악화, 사회적 역할 축소, 사회적 부족 및 신체건강문제 증가를 경험할 확률이 높다(Royal College of Psychiatrists, 2009). 보건요료 서비스에서 조정이 필요하다. 정신질환자는 일반 인구에 비해 암, 당뇨, 심혈관질환 등 동반상병을 겪을 확률이 높다(Sartorius, 2007; Leucht 등, 2007; WFMH, 2010). 정신건강문제를 앓고 있는 개인은 특별한 고용 필요

를 가지고 있을 수도 있다. 정신질환자는 직장에서 어려움을 겪을 가능성이 크고 직장을 구하고 유지하는 데 어려움이 있을 수 있다(OECD, 2012). 정신질환 문제가 있는 개인에게 질병급여와 주택필요는 또 다른 행정적/정부차원의 부담을 야기하게 되고 서비스를 제공하는 보건 의료 전문가의 역할도 복잡하게 만든다. 일부 국가에서는 여러 복잡한 필요를 가진 환자에게 통합진료를 제공하기 위한 시스템을 개발했고, 조정의 개선, 결과의 향상 측면에서 긍정적인 결과가 있음을 고려했을 때 이러한 시스템에 더 많은 관심을 가지고 노력해야 한다.

6.3. 정신보건 의료 과제 해결을 주도해야 할 주요 이해당사자

정신보건 의료 서비스의 조직, 재원조달, 제공은 다양한 이해당사자와 여러 행정부처가 관련된 복잡한 과정이다. 정부, 서비스 이용자, 진료제공자, 전문가협회는 정신보건 의료제도와 관련된 도전과제를 해결하고 정신보건 의료 서비스를 개선하기 위해 협력할 수 있는 핵심 이해당사자이다. 국제사회 지도자는 지식공유 및 우수사례 공유를 장려하는 데 중요한 역할을 할 수 있다.

정책 수립과 서비스 제공: 국가, 지역, 지방 행정기관

모든 OECD 회원국에서 보건부(Ministry of Health)는 정신보건 의료 관리를 책임지고 있다. 반면 상당수 국가에서는 중요한 책임을 지역 및 지방정부로 이전시켰다.

전형적으로 복지부는 국가차원에서 정신보건 의료 전략 수립, 정신보건 의료의 최소 질 기준 수립, 정신보건 의료법 마련을 책임진다. 정신보건 의료의 여러 분야와 관련이 있다는 점을 고려하면 법무부, 교육부 등 기타 부처도 국가적 전략 수립 및 특정 계층을 대상으로 한 프로그램 개발에 참여하는 등 정신보건 의료 관리에 참여해야 한다.

대부분의 OECD 국가가 지역 및 지방정부에게 일종의 정신보건 의료 책임을 지우고 있으나 국가별로 책임의 깊이와 범위가 상이하다. 호주, 독일, 미국 등 연방 국가에서는 지역정부가 정신보건 의료 정책 및 계획 수립에 주요한 책임과 권한을 가지고 있다. 이탈리아, 스페인 등의 국가에서는 여전히 보건부가 국가준력 수립, 새로운 법안 발의, 진료의 표준을 책임지고 있고, 정신보건 의료 서비스의 계획, 재정, 인적자원은 지역차원에서 관리하고 있다.

이용자와 진료자 집단은 변화와 개선을 이끄는 데 핵심적인 역할을 한다.

거의 모든 OECD 국가에서는 국가차원의 정신보건 의료 서비스 이용자 그룹이 있으나, 정신보건 의료 서비스 이용자들의 힘과 영향력은 회원국마다 다르다. 특히 탈원화의 역사가 상대적으로 긴 국가들을 비롯한 다수의 OECD 국가에서는 서비스 이용자 그룹이 환자들의 입장을 대변하는 데 영향력을 갖고 있다. 이들은 정신보건 의료 전략 법안 개발, 보건 전문가들의 교육 참여, 정신보건 의료 서비스 제공 기획, 연구 우선순위 설정, 정신보건 의료 서비스 모니터링, 환자 인권이 존중되도록 하는 업무 등에 참여하고 있다. 정신보건 의료 서비스에 대한 이용자 참여가 의미 있는 파트너십보다는 상담에 국한된 국가도 있다. 이러한 국가에서는 이용자 집단이 고위 정책결정에 참여시키려는 정부의 공식적인 의지가 있지만, 이용자 집단에게 권한을 부여하는 실질적 조직 활동이라기보다는 체크해야 할 공식적인 절차라는 점에서 정부가 기관들에게 정신보건 의료 이용자 그룹에 개입하라고 요구하는 것은 형식주의일 수 있다는 우려가 있다(NCCSDO, 2004).

그러나 많은 OECD 국가에서 서비스 이용자의 정신보건 의료제도 운영에 대한 참여가 늘고 있고,

정책결정자와 여러 형태로의 교류도 늘고 있다. 서비스 이용자는 정신질환이 있고, 정신보건의료 서비스를 이용했다는 독특한 경험이 있다. 환자의 개인적 경험은 진료에 대한 접근, 일차진료 및 이차진료, 전문 서비스와의 연결, 진료 후 조정 및 퇴원과정 등 정신보건의료제도의 격차를 파악하는 데 도움을 줄 수 있는 중요한 자원이다. 일부 OECD 국가에서는 이용자와 보건의료단체가 정부의 지원을 통해 국가적 전략 개발, 법적 프레임워크, 특정그룹을 대상으로 한 프로그램 개발에 대한 높은 수준의 의사결정 과정에 적극적으로 참여하도록 장려한다. 예를 들어 이탈리아에서는 이탈리아 정신보건의료 협회 국가연합(Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, 이하 “UNA SAM”)이 정책수립 참여, 지방, 지역, 국가차원의 법안 및 규제 과정에 참여함으로써 정신질환자의 권리를 증진하고 대변하도록 한다. UNA SAM은 2개의 정신보건의료 국가계획 개발에 참여했고 2001년 열린 제1차 정부 정신보건의료 회의를 조직하는 데 일조했다(Forti, 2014). 네덜란드에서는 지난 몇 년간 20개의 정신보건의료 이용자 및 의료인 조직을 연합한 16명의 직원이 일하는 비영리 협회인 정신보건의료 국가 협의회(Landelijk Platform GGZ, 이하 “협의회”)가 다양한 정책 이니셔티브에 적극적으로 참여해왔다. 특히, 이 협의회는 정신보건의료제도에 영향을 주는 법규의 개발과 수정, 그리고 청소년 정신보건의료 및 강제 치료 규정과 관련하여 정부와 협력해왔다. 이 협의회는 제1차 우울증에 대한 국가 질 기준 개발, 정신보건의료지침, 성과지표의 개발에서 핵심적인 역할을 했다(Forti 등, 2014). 네덜란드처럼 일부 OECD 국가에서는 서비스 이용자와 의료인의 영향력을 키우기 위해 포괄조직(umbrella organization)을 이용한다. 이미 강력한 이용자 커뮤니티가 형성된 호주에서는 연방 정신보건의료 및 고령화부 장관(Commonwealth Minister for Mental Health and Ageing)이 2011년 7월, 이용자 협회의 포괄집단인 새로운 국가 정신보건의료 소비자 조직(National Mental Consumer Organization)의 설립을 발표했다. 2014년 가을에 설립되는 이 조직은 제1차 국가 정신보건의료 위원회에 정보를 전달하는 등 강력하고 통일된 소비자 목소리를 내고 정신보건의료 이용자의 정신보건의료 개혁에 대한 통일된 목소리를 전달할 것이다. 일부 OECD 국가에서 포괄조직은 정부의제에서 정신보건의료에 대한 우려사항을 우선순위에 놓도록 하는 이니셔티브에 참여한다. 독일에서는 연방 노동사회부(Federal Ministry of Labour and Social Affairs)와 고용주 및 노조의 포괄조직이 직장생활에서 정신건강 유지, 향상의 중요성에 대한 공동성명을 작성했다. 특히 이 성명은 점차 커지는 직장 내 양호한 정신건강 유지의 중요성에 대한 기본적 이해를 개괄적으로 설명한다. 이 성명은 근로자의 정신건강에 긍정적인 영향만 아니라 부정적인 영향을 주는 스트레스와 긴장의 특수한 측면, 정신적 스트레스를 피하기 위한 성공적 업무설계와 예방의 원칙 및 방법, 그리고 정신건강에 문제가 있는 직원의 직장 복귀 시 성공적 재통합의 가능성을 설명했고, 고용과 관련한 정신건강의 부정적 영향과 긍정적인 변화의 잠재력 등을 강조했다(German Ministry of Labour and Social Affairs, 2013).

소비자가 보건의료 전문가 교육에 참여하도록 장려한 국가도 있다. 잉글랜드에서 서비스 이용자 강사가 정신보건의료 전문가를 위해 신체적 제약에 대한 교육과정을 개발하고 제공하는 데 참여하도록 장려하는 이니셔티브가 진행 중이다(Obi-Udeaja 등, 2010). 프랑스, 독일, 폴란드, 영국, 미국을 포함한 기타 국가에서는 정신질환자와 그 가족 및 의료인, 정신보건의료 전문가가 대등한 관계에서 마주하는 “3자 대화”와 같은 비공식 교류 시스템을 지원해왔다(Amering, 2010).

일부 OECD 국가는 과거 및 현재 정신보건의료 서비스 이용자가 정신보건의료 서비스 제공에 참여하도록 적극적으로 장려하고 있다. 잉글랜드의 “정신건강 없이는 건강도 없다(No health without mental health)”라는 정신보건의료 전략은 자원이 제한적인 상황에서 개인맞춤형 정신보건의료를 제

공할 수 있는 경험과 전문성을 가진 직원을 요구하고 있다. 이를 볼 때, 잉글랜드는 동료의 지원이 혜택을 가져올 수 있다는 근거에 따라 정신보건의료제도 내 동료 직원(정신건강문제를 개인적으로 겪은 사람)의 보다 광범위한 활용에 대한 연구를 적극적으로 추진하고 있다(5장 참조).

이용자 참여는 다양한 분야에서의 연구 우선순위와 방법에 영향을 주었고 대학, 비정부기구, 연구기관의 연구자들은 이러한 소비자 참여를 장려했다. 예를 들어 정신질환자는 정부가 더 나은 향정신성 의약품 연구에 투자를 늘리도록 촉구해왔다(Saks, 2012). 정신질환자는 향정신성 의약품이 환자를 극도로 고통스럽게 할 수 있고 장기적으로 건강에 영향을 줄 수도 있기 때문에(Fakhoury, 1999) 정신질환자가 치료를 시작하거나 지속하는 것을 꺼리게 될 수 있다는 특수한 입장에 놓여있다(Mitchell and Selmes, 2007). 어떤 경우에는 과학적 근거의 측면에서만뿐만 아니라 정신보건의료 분야의 기존 전문가 계층과 구조의 변화이라는 측면에서 “중요한 사안”의 변경을 수반한다(WHO Regional Office for Europe, 2010a).

몇몇 OECD 회원국은 국가 및 지역차원에서 서비스 이용자가 서비스의 질 보증 및 모니터링에 참여하도록 하기 위해 상담, 설문조사, 서비스 조사팀에 참여, 서비스 이용자 주도의 평가 및 모니터링 등의 방법을 개발했다. 환자만족도와 환자경험에 대한 여러 지표는 양질의 진료의 핵심 구성요소이다(Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008 참조). 독일, 노르웨이, 영국에서는 서비스 이용자가 이용자 집중 모니터링(user focused monitoring, 이하 “UFM”)을 통해 정신보건의료 서비스 이용 경험에 대해 대상집단(focus group)과 인터뷰를 하거나 다른 서비스 이용자를 설문조사하도록 교육을 받는다. 네덜란드와 미국에서는 서비스 이용 경험에 대해 정기적으로 피드백(feedback)을 제공하는 역할을 하는 기존의 서비스 이용자와 의료진을 모집한다. 서비스 제공자가 자신이 제공하는 서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 이들에게 익명의 피드백이 전달된다(Sweeney and Wallcraft, 2010). 서비스 이용자의 필요를 더 잘 해소하기 위해 민원시스템을 활용하는 국가도 있다. 이탈리아에서는 지역 보건당국(Local Health Authorities)이 시민이 민원을 제기하고 제안을 함으로써 정신보건의료를 포함한 보건의료제도 개선에 참여할 수 있도록 민원제도를 마련했다(Forti, 2014).

이용자 집단도 정신질환자 인권보호에 중요한 역할을 할 수 있다. 보건의료의 어떤 영역도 정신치료만큼 개인의 의지에 반해 개인을 감금하고 치료하는 강제 치료의 역사를 가지고 있지 않다. 이탈리아에는 현재 정기적으로 정신보건의료 서비스에서 인권보호 모니터링과 평가를 담당하는 국가 또는 지역 공공기관이 없다. 이러한 역할은 이탈리아 보건부와 늘 협력해왔던 UNA SAM 등의 환자 및 가족협회가 지속적으로 맡아왔다(Forti, 2014).

정신보건의료 서비스 이용자 가족 및 간병인은 정신질환자를 지원하는 데 중요한 역할을 한다. 감정적 지원 외에도 간병인과 가족은 일상생활 처리, 진료예약을 지키도록 돕기, 치료 계획과 약물 치료를 지속하도록 독려하기 또는 재정적 지원을 통해 더 현실적인 지원을 한다(WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Office for Europe, 2010c). 유럽 정신질환자 가족연맹(European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, 이하 “EUFAMI”) 등의 국제적 네트워크 간병인 집단을 위한 지원, 자원 및 지식의 제공처가 될 수 있다(박스 6.1 참조).

전문가 그룹은 핵심 기관과 정책결정자에게 영향을 주는 데 중추적 역할을 한다.

정신보건의료 전문가 조직은 정신보건의료 전문가를 지도, 대변, 지원하고 양질의 정신보건의료를 장려하고 기준을 마련하며 환자, 서비스 이용자, 간병인 조직, 정신보건의료 전문가협회와 협력

한다. 다수의 OECD 국가에서 전문가집단은 전문의 인증기구로서의 역할을 한다. 이러한 인증기구는 보건의료 제공자를 등록하고, 전문 진료 기준을 개발하며, 교육프로그램 인증기준을 승인하고, 해외에서 수련한 의료 제공자의 역량을 평가하며, 보건의료 제공자에 대한 의견이나 불만사항을 관리하여 정신보건의료를 규제하는 역할을 담당한다(4장 참조).

전문가집단은 OECD 국가에서 정신보건의료의 변화를 이끌고 핵심 조직과 정책결정자에게 영향을 미치는 데 중추적인 역할을 할 수 있다. 대부분의 OECD 국가에서 정신보건의료 전문가집단은 정부부처, 환자 및 간병인 연합과 함께 국가 정신보건의료 전략개발에 참여했으며 다른 기관은 정신보건의료 의제 내에서 우선순위를 결정할 수 있는 발언권을 가진다. 정신보건의료 전문가협회는 일반적으로 교육, 훈련, 연구를 통해 정신보건의료 관련 지식과 정보의 공유를 장려하고 정신보건의료 서비스 우수사례를 개발하고 전파하는 데 앞장설 수 있다.

박스 6.1. 유럽 정신질환자 가족연맹(European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, EUFAMI)

1992년에 설립된 유럽 정신질환자 가족연맹(European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, 이하 “EUFAMI”)은 유럽 전역에 가족이 운영하는 자발적 조직을 대표하는 연맹이다. EUFAMI는 28개 유럽국가의 48개 단체를 회원으로 보유하고 있으며 유럽연합 위원회, 유럽의회, WHO, 세계정신의학회(World Psychiatric Association) 등의 유럽 및 국제단체에서 정신건강문제로 영향을 받은 사람의 권익을 도모하고 있다. EUFAMI는 환자의 선호도와 필요를 고려하고, 진료의 연속성을 보장하며, 가족과 환자의 긴밀한 관계를 구축하고, 환자를 증상 위주 가 아닌 인격체로 대하는 진료모형인, 사람중심의 진료로 나아가고자 하는 분명한 의지가 있다. EUFAMI는 정신질환자 가족에게 권한을 부여하기 위한 몇 가지 프로젝트에 착수했다. 예를 들어 3자 대화 프로그램은 의사소통 문제 해결을 목표로 하고 있다. 전통적으로 의사소통은 환자와 전문가 간 또는 환자와 가족 간 이렇게 두 부분으로 나뉘어져서 이루어졌는데 이로 인해 가족구성원/간병인, 전문가 간 의사소통 격차가 발생했다. 3자 대화는 환자, 전문가, 가족 간 3방향 대화를 장려함으로써 이러한 격차의 해소를 모색한 것이다. EUFAMI에 따르면 정신질환을 직접적으로 경험한 가족은 보건의료 전문가에게 제공할 정보가 많다. EUFAMI는 가족이 가지고 있는 정신질환에 대한 전문성을 인정하고 공식 교육훈련과정의 일부로 가족교육을 포함시킬 것을 촉구한다. 장기적으로 환자, 가족, 전문가 모두 이러한 교육 프로그램을 통해 성과를 얻을 수 있다. 전문가는 정신질환의 여러 측면에 대해 배울 수 있고 환자와 가족은 고립된 느낌을 덜 받으면서 더 많이 참여하고 가치를 존중받는다고 느끼게 될 것이다(Steffen, 2010).

출처: Steffen, S. (2010), “European Federation of Associations of Families of People with Mental

일부 OECD 국가의 정신보건의료 전문가협회는 지침개발을 전체적으로 관장할 수 있는 기관 설립 과정에서 중요한 역할을 수행했다. 네덜란드에서는 정신전문의, 임상심리사, 정신보건의료 전국 소비자 플랫폼과 같은 여러 전문가 조직이 양질의 정신보건의료 진료기준을 마련하고자 국가적 협력사업인 *Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden GGZ*(이하 “LSKS-GGz”)에 착수했다. LSKS-GGz의 목표는 정신보건의료를 수행하는 전문가의 관행을 지속적으로 개선하는 것이다.

국제적 리더십과 정보공유는 정신보건의료제도의 방향에 영향을 준다.

몇몇 OECD 국가는 정신보건의료 분야 지도자와 정책결정자를 한 자리에 모아 효과적인 의사소통, 정보공유, 지식교환을 장려하는 국제 활동에 참여하고 있다. WHO 정신보건의료 정책과 서비스 지침서, 국제 정신보건의료 리더십 이니셔티브(International Initiative for Mental Health Leadership, 이

하 “IIMHL”)가 두 가지 좋은 예이다.

WHO는 회원국에게 정신보건의료와 관련된 분야에 조언을 한다. 예를 들어 WHO는 정부가 정신보건의료 정책과 계획을 개발하고 개선할 수 있도록 하는 도구를 개발했을 뿐만 아니라 정신보건의료 몇몇 분야에 대해 정책개발 및 서비스 계획을 수립할 수 있도록 지원했다. WHO 정신보건의료 정책과 서비스 지침서는 WHO 정신보건의료 정책과 계획 점검목록과 14개의 상호 연관된 모듈로 구성되어 있다(WHO, 2013). WHO는 정신보건의료 정책과 계획의 개발 및 이행의 평가를 돕기 위해 정신보건의료 정책 점검목록과 계획을 수립했다. 이 지침서는 정책개발과 서비스 계획의 여러 가지 필요와 우선과제를 해결하기 위해 고안된 일련의 상호 연관된 이용자 친화적 모듈을 포함한다. 지침서의 목적은 정책결정자와 계획자가 더 나은 정신보건의료제도를 개발하도록 지원하는 것이다. 정신보건의료 정책, 계획, 프로그램, 정신보건의료 재원조달 및 예산책정, 법안 및 인권, 질 향상, 모니터링 및 평가지침 등의 주제를 다룬 14개의 모듈이 있다.

IIMHL은 국가가 어떻게 꾸준한 논의와 활동을 통해 리더십 전문성을 공유하고 우수사례 공유를 위한 네트워크를 형성할 수 있는지를 보여주는 흥미로운 사례이다. IIMHL은 정신보건의료 개선뿐 아니라 중독치료의 개선을 위한 국제적 협력체로 이 보고서 제출 시점에 7개 OECD 국가가 참여하고 있었다. IIMHL은 정신보건의료 서비스의 제공을 위한 효과적인 리더십, 관리 및 운영사례에 대한 정보교환을 촉진한다. 나아가 IIMHL은 정신보건의료 서비스 내의 우수사례 교환을 장려하고 정신보건의료 분야 지도자 간 교류를 지원한다. 특히 IIMHL은 지도자 간 교류, 매 16개월마다 1주일 간의 교육 행사, 지식전파, 워크숍, 트레이닝, 교육을 조직하고 학습 협력과 정보 확산을 지원한다. IIMHL은 지속적인 지식교환을 장려하기 위해 격월로 이메일을 통해 최신 정신보건의료 및 장애관련 뉴스, 연구 및 정책문서, 온라인회의 등을 업데이트하고 주요 지도자를 위해 관심 있는 특정 주제에 대한 뉴스레터를 발송한다. 또한 지도자, 조직 및 각 국가가 상호적으로 도움을 받을 수 있도록 관계와 네트워크 형성을 목적으로 IIMHL은 동료 컨설팅 활동, 연구, 공동 프로그램 및 서비스 개발 등에 관여하고 있다(IIMHL, 2012).

다수의 다른 국제 네트워크와 이니셔티브도 공식적 또는 비공식적으로 정신보건의료에 대한 아이디어와 우수사례 교환을 활성화시키고 있다. 국가 간 양자교류는 새로운 아이디어가 전파되는 또 하나의 가치 있는 방식이다.

6.4. 정신보건의료제도 기능에 영향을 미칠 수 있는 입법

OECD 국가의 정부는 정신보건의료법을 여러 분야에서 이용하고 있다. 그중 일부는 최소한의 기준 마련하기, 양질의 진료 장려하기 등 보건의료제도와 공통적인 것들도 있다. 반면 정신보건의료에만 국한된 것도 있다. 예를 들어 비자발적 입원과 치료의 규제, 교육, 고용, 주거 등 주요 분야뿐 아니라 입원환자 서비스에서 환자의 권리를 보호하는 데 법이 이용된다. 법 개정은 정신보건의료제도의 큰 변화를 이끌고 정신보건의료가 필요한 개인의 삶과 권리에 엄청난 변화를 가져올 수 있다.

OECD 국가는 “단독(stand-alone)” 정신보건의료법도 도입했고 다른 법에 정신보건의료 조항을 추가하기도 했다(예: 보건의료제도관련 법, 고용법, 장애법)(표 6.1). 정신보건의료에 대한 통합법은 정신보건의료와 관련성이 있는 모든 이슈를 하나의 법 또는 별도 법으로 통합하여 정신보건의료 문제에 대한 국민의 인식을 제고하고 공적 가시성(public visibility)을 증대시킬 수 있다는 장점이 있다.

반면 통합된 정신보건요료법은 정신질환에 대한 오명을 키우고 정신보건요료를 법적으로 분리된 사안으로 다룸으로써 기존 정신보건요료제도의 분리를 강화시킬 위험이 있다는 반박을 받았다(WHO, 2003b). 정신보건요료 조항이 다른 분야에서 다루어질 수 있다는 측면에서 정신보건요료 조항을 여러 법에 통합시키면 조정과 통합을 도모할 수 있다는 장점이 있다. 예를 들면 고용법에서 정신보건요료 문제를 다루도록 할 수 있다(WHO, 2003b). 하지만 다양한 법에 여러 가지 정신보건요료 조항을 추가하여 정신질환 문제가 있는 사람과 관련된 법적 측면을 다루도록 만드는 것이 더욱 어렵다. 반드시 어떤 접근법이 다른 접근법보다 우수하다는 근거는 미약하지만(WHO, 2003b), 통합된 접근법이 정신질환자의 복잡한 필요를 해결할 가능성이 더 높을 수도 있다. OECD 국가 중 다수는 장애, 평등, 차별과 관련한 기존 법에 정신보건요료 조항을 추가했으며, 별도의 정신보건요료법이 있지만 추가적으로 관련 조항을 다른 법에 포함시킨 경우도 있었다.

표 6.1. OECD 국가의 정신보건요료 법적 프레임워크

별도의 정신보건요료법이 있는 국가	다른 법에 정신보건요료 조항이 포함되어 있는 국가	별도의 정신보건요료법이 있고 다른 법에도 정신보건요료 조항이 포함된 국가
캐나다, 에스토니아, 핀란드, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로베니아, 스웨덴, 영국(잉글랜드)	호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 독일, 헝가리, 이스라엘, 이탈리아, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 슬로바키아, 스페인, 스위스, 터키, 미국	캐나다, 이스라엘, 이탈리아, 룩셈부르크, 노르웨이

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

비자발적 치료명령을 규제하는 법은 치료제공 양상에 영향을 준다.

흔히 강제입원 또는 비자발적 입원이라고 칭하는 비자발적 치료명령은 치료를 거부하는 중증 정신질환자를 의지와 상관없이 병원에 입원시키는 법적 절차이다. 환자의 안전을 도모하고 강제입원의 부적절한 이용을 방지하기 위해 정신보건요료법은 합법적으로 입원시킬 수 있는 정신질환자의 상태를 명시하고 입원조건(예: 장소, 입원 및 치료기간)을 정하여야 한다. 한편, 일부 OECD 회원국은 정신질환자에 대한 비자발적 명령을 규제하는 단독 법이 있고 체코와 그리스(FRA, 2012) 등 다른 국가는 일반 보건의료법을 통해 이러한 사안을 규제한다.

비자발적으로 입원한 환자의 권리에 대한 우려가 국제적으로 제기되었다. 유럽연합위원회 정신보건요료 녹색(European Commission Green Paper on mental health)(European Commission, 2005)는 비자발적 입원과 치료가 자유권 등 환자의 권리를 심각하게 침해하기 때문에 강제성이 덜한 조치가 실패했을 경우 최후의 수단으로만 사용하고 기간도 한정할 것을 명시했다. UN 장애인권리협약(UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 “CRPD”)의 도입은 비자발적 명령이 점차 각국 정부에 공적인 우려사안이 되고 있다는 점을 강조한 것이다. 이런 맥락에서 몇몇 OECD 국가 정부는 최근 CRPD를 반영하여 새로운 법을 채택하거나 법을 개정했다. 2010년 오스트리아는 강제입원법(Compulsory Admission Act)을 개정했고 개정내용에 CRPD를 직접적으로 언급했다.¹

2011년에 체코 법무부(Ministry of Justice)는 CRPD 지침에 따라 정신질환자의 근본적 권리보호를

증진하려고 정신질환에 대한 비자발적 명령과 관련법 개혁에 착수하기 위한 실무그룹을 조직했다(FRA, 2012).

OECD 국가별로 나타나는 비자발적 입원과 치료를 규제하는 법적 프레임워크의 차이는 OECD 회원국의 비자발적 입원율과 입원한도의 차이에 반영되어 있다. 정신질환 입원율이 아이슬란드는 4%이고 한국은 거의 80%에 육박하는 등 비자발적 입원율과 입원한도는 OECD 국가별로 현저한 차이를 보인다(OECD Mental Health Questionnaire 2012). 자료가 표준화되지 않았고 자료기록 방법도 국가별로 상이하기 때문에 국가 간 비교를 하는 것은 매우 어렵다. 예를 들어 일부 국가에서는 동일한 입원기간 동안 자발적인 입원에서 비자발적인 입원으로 변경되었다면 그 내용을 기록하지만 이를 기록하지 않는 국가도 있다(Salize and Dressing, 2004). 또한 OECD 국가별로 법적 프레임워크도 상당한 차이가 있다. 따라서 이러한 자료는 국가 내의 경향을 알아보는 정도로 활용하고 국가 상황에 맞추어 더욱 철저한 해석이 필요하다.

강제입원 관련법은 OECD 국가별로 상당한 차이를 보여 관행의 정의와 기준에서도 큰 차이가 나타난다. 환자가 어떠한 유형의 정신질환을 앓고 있어야 한다거나 환자가 자발적으로 치료받기를 거부한다는 강제입원의 기준 중 일부는 공통적으로 적용되는 경향이 있다. 그러나 비자발적 입원요건은 OECD 국가별로 상이하다(표 6.2). 일부 OECD 국가는 무엇보다 공공의 안전문제를 중요하게 여겨 위험으로부터 환자와 사회를 보호하기 위해 노력한다(FRA, 2012). 이러한 국가의 경우 환자가 비자발적 입원조건을 갖추기 위해서는 자신 또는 타인에게 위험한 존재가 되어야 한다. 그러나 위험과 위협의 정도 평가를 위한 법적 프레임워크는 표준화되어 있지 않아 위협의 기준이 존재하지 않거나 모호한 경우도 있다(FRA, 2012). 이탈리아, 스코틀랜드, 스페인 등의 OECD 국가는 치료의 대상인 환자의 중요성에 초점을 맞춘다. 이러한 국가에서 자신 또는 타인에게 가하는 위험은 비자발적 입원의 조건이 아니며 법은 특정 유형의 정신질환을 앓고 있는 개인이 정신질환 증상으로 인해 정신보건요리의 필요성을 인지하지 못할 가능성을 기반으로 한다. 치료 및 안전요건을 충족해야만 강제명령을 내릴 수 있는 OECD 국가도 있다.

표 6.2. 일부 OECD 국가의 비자발적 치료명령 기준

안전: 환자가 본인 또는 타인에게 위협을 가해야 한다.	치료: 환자가 시급히 치료를 받아야 할 필요성이 있다.	안전과 치료 요건 모두를 만족해야 한다.
오스트리아, 벨기에, 체코, 독일, 에스토니아, 룩셈부르크, 네덜란드	이탈리아, 스코틀랜드, 스페인	덴마크, 그리스, 핀란드, 프랑스, 아일랜드, 폴란드, 포르투갈, 슬로베니아, 스웨덴, 영국(잉글랜드)

출처: FRA (2012), "Involuntary Placement and Involuntary Treatment of Persons with Mental Health Problems", FRA European Union Agency for Fundamental Rights.

OECD 국가별로 강제입원의 기준이 상이할 뿐 아니라 검증과 승인 기준도 다르다. 강제입원을 위해 대부분의 OECD 국가에서는 정신전문의를 포함한 관계당국의 객관적 근거가 필요하다. 벨기에 등 일부 OECD 국가에서는 의료인이라면 누구라도(꼭 정신전문의나 신경과 의사가 아니어도 됨) 의료 평가를 수행 수 있는 권한이 있다. 영국(잉글랜드)을 포함한 일부 국가에서는 보통 일반의와 정신전의로 구성된 두 명의 의료 전문가의 승인이 필요하다. 일반적으로, 전문가 증인을 한 명 더 두는 것은 자의적 결정을 막고 의료적 소견의 공정성을 보장하는 중요한 안전장치로 보인다(FRA, 2012). 독일, 네덜란드 등의 OECD 국가에서는 비의료 당국(보통 법원)이 최종 결정에 대한 책임을

진다. 이탈리아처럼 정신보건의료 전문가의 승인 외에 행정기관(예: 시장)의 승인이 필요한 국가도 있다. 스코틀랜드에서는 48시간 이상의 입원은 독립된 법원 통제를 받고 28일 이상의 입원은 법원의 명령에 의해서만 가능하다. 공식적인 비자발적 입원에 행정기관이나 법원의 승인이 필요한 국가에서는 통상적으로 응급상황에서 단시간의 비자발적 입원을 허용하는 조항이 존재하고 해당 조항에는 응급상황에 대한 기준도 명시되어 있다. 예를 들어 네덜란드에서는 응급상황이 아닌 경우 이용되는 법원명령(court order, 이하 “CO”)과는 반대로 즉각적인 위험이 발생한 경우 급성 비자발적 입원(acute involuntary admission, 이하 “AIA”)을 이용한다. 누구나 AIA를 요청할 수 있으나 정신전문의가 몇몇 기준에 의거해 검사를 해야 한다. AIA가 필요하다고 판단되면 진료보고서를 시장에게 제출하고 시장은 AIA 발행 여부를 결정한다. AIA 발행 후 24시간 내 개인의 입원이 이루어진다(Nuijen, 2010; Mental Health Europe, 2012; Forti 등, 2014).

또한 강제명령법은 강제입원 최장기간을 명시하고 있으며 이 기간은 OECD 국가별로 큰 차이를 보인다. 예를 들어 이탈리아의 경우 강제입원 기간이 7일을 초과할 수 없으며(연장은 가능함), 프랑스에서는 최근 2013년 9월 29일 법 2013-869(Law 2013-869)에서 강제입원의 임시성을 강조하며 12일을 넘는 입원에 대해서는 추가적인 법적 협의를 요구했다. 한국과 체코의 경우에는 비자발적 입원은 3개월 내에 종결되어야 하지만 재평가를 통해 기간연장이 가능하다.

국가별 강제명령의 차이를 설명할 때 정신병원 병상 수도 (자발적 및 비자발적) 입원기간과 함께 고려되어야 한다. 예를 들어 이탈리아와 잉글랜드 모두 1970년대부터 정신병원 병상 수가 급감했으나, 이탈리아의 경우 강제입원이 현저하게 감소한 반면 영국에서는 크게 늘어났다. 이는 병원 (자발적 및 비자발적) 입원기간의 차이를 통해 설명된다. 이탈리아에서는 지역사회 진료로의 전환에 대한 강력한 이념적 의지를 통해 입원기간이 최대한 짧아졌으나 잉글랜드에서는 평균 입원기간이 훨씬 길었다. 이는 잉글랜드에서 급성환자 입원과 치료의 지연을 초래했다고 볼 수 있는데, 이로 인해 급성환자의 병세는 더 악화되고 강제명령이 더 많이 필요하게 되었다(Guaiana and Barbui, 2004).

비자발적 입원율은 인센티브 시스템의 영향을 받을 가능성도 있다. 일례로 2011년에 한국의 가족에 의한 정신병원 입원율은 68.1%, 정부에 의한 비자발적 정신병원 입원율은 9.1%였으며, 자발적 정신병원 입원율은 21.4%에 불과했다(Hewlett 등, 출간예정). “가족”에 의한 비자발적 입원은 두 명의 가족구성원과 정신전문의의 찬성이 있어야 이루어지지만 강제입원이 항상 환자에게 가장 이익이 되는지는 분명하지 않다. 일부 정신전문의는 환자 가족의 압력 때문에 비자발적 입원을 승인한다고 OECD에 보고되었다(Hewlett 등, 출간예정). 지역사회 서비스의 부족과 열악한 사회적 서비스로 인해 가족이 비자발적 입원을 요청하도록 강요하고 있을 수도 있다. 상대적으로 많은 수의 정신병상 수와 일당 지불제도가 결합되어 정신병상을 채우는 데 부정적 인센티브를 창출함으로써 정신보건의료 측면에서도 정신전문의는 비자발적 입원을 지지하도록 동기를 부여받는다.

환자와 전문가의 비자발적 입원에 대한 태도의 차이 그리고/또는 서비스의 성격(Wierdsma and Mulder, 2009) 등 한 국가에서 강제명령을 결정하는 데 다른 힘이 작용할 수도 있다(Zinkler and Priebe, 2002). 강제입원율의 차이도 서비스의 성격 차이를 반영한다. Hansson 등(1999)은 열악한 정신치료 서비스 의뢰절차가 높은 강제치료율과 연관이 있다고 시사했다. 다른 연구는 높은 강제입원율이 높은 사회적 박탈감과 열악하게 조직된 응급의료 서비스와 상호연관성이 있다고 제시했다. Bindman 등(2002)은 영국의 경우 강제입원이 대기시간 등 서비스의 질 지표와 관련이 있고 서비스 질이 높을수록 강제입원율이 낮은 상관관계가 있다는 점을 발견했다. 비자발적 입원율은 정신질환

의 심각성 그리고 또는 인종 등 환자의 특징과도 연관되어 있다. 예를 들어 잉글랜드의 소수 인종은 일반 인구 대비 강제입원율이 더 높은 경향이 있다(CQC, 2011).

지역사회 내에서 비자발적 치료명령 개발

정신질환자에게 지역사회 치료명령(community treatment order, 이하 “CTO”)을 내리는 OECD 국가가 증가하고 있다. CTO는 정신질환자에게 병원에 입원하지 않고 치료를 받도록 합법적으로 요구하는 것이다. 전통적인 비자발적 입원치료명령에 비해 강제성이 덜한 대안인 CTO는 환자가 지역사회에 살면서 치료를 받도록 하여 병원 입원율도 감소시킨다.

비자발적 입원치료명령과 마찬가지로 CTO를 규제하는 법적 조항도 그 설계방식이나 목적, 적용에 있어 OECD 국가별로 차이를 보인다. 대부분의 CTO는 전반적으로 가장 제한적이지 않은 환경에서 치료 준수율 증가, 환자가 여러 병원에 재입원하는 “회전문 증후군(revolving door syndrome)”의 감소, 안전한 조기 퇴원과 퇴원 후 치료 준수 권장, 폭력 방지 및 범죄자 구금 감소를 목표로 한다(O’Brian 등, 2009). 예를 들어 스코틀랜드를 비롯한 일부 국가에서는 CTO가 소위 “회전문(revolving door)” 환자에게만 제한적으로 적용된다. 회전문 환자란 병원에 입원하여 회복 후 퇴원했지만 강제명령을 받지 않은 상황에서 지역사회 정신보건의료 서비스에 참여하고 치료를 준수하지 못하여 이후 다시 입원하게 되는 환자를 의미한다(Lawton-Smith, 2006).

일부 연구진(Lawton-Smith 등, 2008)은 CTO가 자발적 정신보건의료 서비스 육성을 저해할 뿐 아니라 강제명령을 받는 사람의 수를 증가시킬 수 있다는 우려를 제기했다. 잉글랜드에서 정신보건의료법 2009-2010(Mental Health Act) 이용에 대한 보건의료질위원회(Care Quality Commission, 이하 “CQC”) 보고서(2010)는 CTO와 관련된 약물 처방의 동향을 파악했고 치료를 준수하지 않았거나 치료에 참여하지 않았다는 기록이 없는 환자에게(거의 3분의 1) CTO가 이행되었다는 것을 밝혀냈다. CQC 보고서(2011)는 CTO가 기존의 어려움에 대한 대응이라기보다는 대부분의 환자에게 예방조치로 사용되었다는 점을 제시했다. 이를 감안할 때 잉글랜드에서는 환자가 정신보건의료법에 명시된 조건에 부합할 때만 CTO가 내려졌고, 이러한 경향은 환자의 권리에 우려할만한 결과를 초래할 수 있다. 그러나 스코틀랜드에서는 CTO의 사용으로 인해 지역사회 명령의 수보다 약간 적게 강제입원이 줄었다는 근거가 제시됐다. 강제명령의 사용은 전반적으로 약간 증가했으나 강제입원은 눈에 띄게 감소했다.

더 나아가 일반적으로 병원입원 감소가 CTO의 분명한 목표임에도 불구하고 강제적 지역사회 내 치료가 병원입원율을 감소시키거나(Kisely 등, 2004) 비용효과적이라는(Kisely 등, 2005) 확실한 근거가 없다. 전통적 치료결과라는 관점에서 CTO의 사용을 강력히 지지하는 근거는 거의 없지만(Woolley, 2010), 환자와 전문가의 의견은 CTO의 사용을 지지하는 편이다(Gibbs 등, 2005; Romans 등, 2004). 뉴질랜드에서 수집된 근거를 보면 통원치료는 환자의 삶을 더 자유롭고 스스로 통제할 수 있도록 하기 때문에 입원치료보다 선호한다는 것을 알 수 있다. 반면 지역사회 지원은 이들에게 더 큰 안정감을 준다(Gibbs 등, 2005). 또한 뉴질랜드에서 수집된 근거(Romans 등, 2004)는 보건의료 전문가의 의견에 의거해 CTO의 사용이 지역사회기반 서비스의 향상과 조직을 활성화한다는 것을 보여준다. 사실 조사대상 정신보건의료 전문가에 의하면 CTO는 지역사회 서비스와 환자 간 정기적 접촉을 유지하고, 약물치료 지속 개선에 도움을 줄 수 있으며, 환자가 더 많이 참여하도록 해주고 재발을 쉽게 감지할 수 있게 해준다. 비록 환자와 전문가가 현재는 CTO를 긍정적으로 보는 것으로 나

타났으나 회복, 치료 지속 및 만족 등 환자의 결과에 CTO가 주는 영향을 더 잘 파악하기 위한 추가 연구가 필요하다. 이러한 점에서 옥스퍼드 지역사회 치료명령 평가(Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial, OCTET)(현재 근거 격차 해소를 위해 연구를 진행 중)는 CTO 관련 논의에 유익하고 새로운 직관을 가져올 가능성이 있다(Burns 등, 2008).

정신보건의료법은 입원 및 지역사회 치료환경에서 정신질환자의 권리를 보호하는 데 사용된다.

일부 OECD 국가의 법적 프레임워크는 아직 정신질환자 권리를 충분히 보호하지 못하고 있지만 OECD 국가는 정신질환자의 권리보호 방법으로 법을 이용해왔다. 정신질환자는 차별, 낙인, 사회로부터의 소외에 직면하고, 이는 정신질환자 권리의 침해 위험을 높인다. 지난 수십 년간 지역사회 내의 정신질환자 권익신장에 진전이 이루어졌지만, 일부 OECD 국가에서 정신질환자는 교육에 대한 장벽에 부딪히고, 취업기회에서도 제외되는 경우가 많아 지속적인 조치가 필요하다(OECD, 2012). 예를 들어 한국의 정신보건의료법(Mental Health Act)은 이론적으로 정신질환자로 분류된 개인을 몇몇 직업군에서는 종사할 수 없도록 하고, 일부 국립공원의 출입도 제한한다.

정신보건의료법은 OECD 국가에서 정신질환 입원환자의 권리보호를 위해 광범위하게 적용된다. 역사적으로 정신질환자는 별도로 분리된 기관에서 치료를 받거나, 지리적으로 고립된 정신병원에 입원하는 경우가 많았고 모멸적인 처우를 받곤 했다. 법 180(Law 180)의 도입 이전 이탈리아 등 몇몇 국가에서는 정신질환 치료시설에 입원한다는 것은 모든 시민권과 정치권을 상실한다는 것을 의미했다. 1880년대 이탈리아의 Enrico Morselli 등 몇몇 정신전문의는 정신질환자 치료와 더불어 사회를 잠재적인 위해로부터 보호한다는 두 가지 목표를 가진 정신질환 치료기관의 다면적 성격을 강조했다. 1970년대 프랑스의 Michel Foucault 등 다른 사상가는 정신질환 치료기관의 전통적인 징벌적 역할을 강조했다. 지난 반세기 동안 정신보건의료법이 개인의 권리를 박탈하는 데 이용되었을 때, 정신질환 치료를 받고 있는 정신질환자의 권리를 보호할 수 있는 가장 강력한 도구가 되었음이 입증되었다. 종종 서비스 이용자단체의 항의에 이어 법이 개정되는 경우도 있었다(일례로 Mind, 2012 참조). 이러한 관점에서 정부의 조치는 입원환자에 대한 강압적 조치의 사용을 제한하거나 최소한 규제하는 것을 목표로 하는 법적 프레임워크의 개발로 이어졌다. 예를 들어 잉글랜드에서는 정신보건의료법과 보건의료질위원회가 각각 입원환자에 대한 강압적 조치 활용 기준을 점검하고 최후의 수단으로 물리적인 통제방법 사용을 인정하는 것이다(Carr, 2012). 이러한 측면에서 과거 수십 년간 정신질환 입원환자의 권리보호를 위해 많은 진전이 이뤄졌으나 아직 개선할 부분이 남아있다.

정신보건의료의 질을 향상시킬 수 있는 방법이 있다.

정신보건의료법은 정부가 최소한의 정신보건의료 기준을 정의하고 보건의료의 질을 보장할 수 있는 좋은 도구이다. 그러나 정신보건의료제도를 모니터링하는 것은 법이 존중되고, 기준이 관리되며, 서비스가 투명하게 제공될 수 있도록 하기 위해 중요한 부분이다. 좋은 성과를 거두는 정신보건의료제도를 개발하기 위해서는 이용할 수 있는 최상의 근거를 기반으로 만들어지고 정기적으로 평가 및 모니터링되는 양질의 서비스를 제공할 필요가 있다.

일부 국가에서 정신보건의료법은 최소한의 질 기준을 수립하기 위해 사용된다. 이러한 법은 분권화된 정신보건의료제도에 유용하다. 왜냐하면 이러한 법은 중앙정부가 관할구역의 서비스 이용가능성에 대한 최소한의 기준을 설정하도록 하기 때문이다. 대부분의 OECD 국가는 인구/병동당 병상,

환자당 보건요료 전문가 수 등 기본적인 보건요료 기준을 감시하는 감시기구를 두고 있으며 정신보건요료의 법적 프레임워크에 부응하는 최소한의 보건요료 기준이 마련되도록 노력하고 있다. 이탈리아 정부는 2001년 이후 모든 이탈리아 국민에게 무상 또는 이용자와의 공동부담 방식으로 NHS가 제공하는 정신보건요료, 서비스 및 시설을 포함한 보건요료를 정의하는 필수적인 지원(Essential Levels of Assistance, *Livelli Essenziali di Assistenza*, 이하 “LEA”)를 이용하고 있다. 기준설정 기능 이외에 LEA는 보건요료 서비스의 성과를 측정하고 지역별로 자원을 효과적으로 배분하기 위한 감시 도구 역할도 수행한다. LEA 위원회는 지역이 주민에게 LEA를 제공할 의무를 준수하고 있는지 일련의 지표를 통해 지역의 기준준수 여부를 검토한다(Italian Ministry of Health, 2012)

일부 OECD 국가에서는 정신보건요료법이 정신보건요료 제공자에게 보건요료의 질 기준을 제시하는 데 사용된다. 이러한 법이 있는 경우 제공되는 보건요료의 질을 모니터링하기 위한 감시기구도 존재한다. 예를 들어 네덜란드의 경우 정신보건요료 과정을 정의하는 법 일부에서 보건요료의 질에 대해 다루고 있고 보건요료기관의 질 기준 또는 보건요료기관과 환자와의 관계에 대한 기준을 제시한다. 보건요료시설질법(Quality of Health Facilities Act, *Kwaliteitswet zorginstellingen*, 이하 “KZI”)은 정신보건요료 제공자가 서비스 제공을 평가 및 관리하고 질을 향상시키도록 요구하고 있다. 요구사항 중 하나는 다양한 질 지표와 관련한 보건요료의 질을 다루는 연간 공공 질 보고서를 발행하는 것이다. 또 하나의 중요한 법은 의사 개개인의 질을 규제하는 법이다. 예를 들어 개인화되지 않은 보건요료 종사자에 관한 법률(Act on Professions Impersonalised Health Care Delivery, *Wet op de beroepen in de Individuele gezondheidszorg*, 이하 “BIG”)은 임상심리사와 정신전문의가 능력이 있고 공인된 경우 특정 치료만 제공(환자에게 특정한 위험이 있는)할 수 있도록 하고 있다. 이러한 의사의 경우 BIG 등록명부에 등록을 하고 지속적인 전문가 교육에 참여해야 한다(Forti 등, 2014). 보건요료 조사단(Health Care Inspectorate, 이하 “IGZ”)은 네덜란드에서 제공되고 있는 보건요료의 질이 국가 표준에 부합하는지 감시한다. IGZ는 공공보건요료의 법적 규제를 집행하고, 보건요료의 불만사항 및 위반사항을 조사하여 필요하다고 판단하는 경우 조치를 취한다. 제공자 및 기관에서 보고한 질 지표는 IGZ에게 강력한 도구이다. 지표의 가치는 지침 및 절차가 잘 준수되고 있는지 확인하기 위한 방문이나 조사를 증가시킬 것이다(Groenewegen 등, 2007; Forti 등, 2014).

대부분의 OECD 국가는 자살, 자해, 또는 폭행 등의 사건을 감시하고 기록하는 입원환자에 대한 부정적인 사건을 모니터링하고 있다. 2008년 이탈리아에서 창설된 국가보건요료서비스의 효과와 효율성에 대한 의회 조사위원회(Commissione Parlamentare di Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, 이하 “위원회”)는 공공 및 민간 보건요료 서비스의 질을 모니터링하기 위해 정신보건요료 정책결정자가 파악한 특정한 필요와 우선순위에 맞추어 설립되었다. 위원회 업무 중 일부는 유럽고문방지위원회(European Council for the Prevention of Torture, CPT)의 권고에 따라 이탈리아 사법정신병원(Judicial Psychiatric Hospital, 이하 “OPG”)의 운영을 깊이 있게 조사하는 것이다(Council of Europe, 2010). 위원회는 2008년부터 2011년까지 6개의 OPG에 정기적으로 사전고지 없이 현장조사를 실시하고 OPG 임원 및 소비자 단체와 인터뷰를 했다. 조사 결과, 대부분의 OPG에서 일차 및 이차진료 제공이 부적절한 것으로 드러났고 이 내용은 보고서에 요약되어 있다(Italian Parliament, 2011). 이탈리아 정부는 모든 OPG를 폐쇄하고 더 작은 규모의 안전한 신규 정신보건요료 시설(20개소)로 대체해야 한다는 법안을 승인했다. 이러한 안전한 신규 정신보건요료 시설에 대한 계획이 현재 수립되고 있다(상세한 정보는 Forti, 2014 참조).

일부 OECD 국가는 환자의 권리와 안전을 감시하기 위한 감시기구를 설립했다. 모든 보건 의료 및 사회복지 서비스를 독립적으로 규제하는 잉글랜드의 보건 의료 질 위원회(Care Quality Commission, COG)는 정신 보건 의료료를 포함한 병원, 외래 진료, 가정 진료, 지역사회 서비스에서 제공되는 진료 가 질 및 안전성 측면에서 정부의 기준에 부합하도록 하고 있다. 감시는 기준이 준수되도록 조사 및 피드백을 통해 수행되거나 “내부 고발자(whistleblowers)” 정보를 이용해 이루어진다. 현재 “질과 안전성 필수 기준”은 16가지가 존재하며 그중에는 서비스 이용자에 대한 존중, 진료 및 치료 동의, 진료 및 웰빙, 청결, 약물 관리, 안전성 및 직원 채용² 등이 있다. 또한 보건 의료 질 위원회는 정신 보건 의료료법에 따른 비자발적 입원, 강제 입원뿐 아니라 지역사회 치료, 환자의 치료 참여, 정신 보건 의료료 병동의 관리 및 제한에 대한 정보를 포함한 정신 보건 의료료법 연례 보고서를 발행한다.

6.5. 전반적인 정신 보건 의료료 제도 개선: 변화를 계획 및 실행하기 위한 전략적 방향 설정

정신 보건 의료료 전략과 계획(이하 “전략”)은 OECD 국가 정부의 최고위 정책 결정자가 정신 보건 의료료 제도의 방향을 정하고 공통의 우선 과제와 의견을 도출하여 국가적 차원에서 추진하는, 가치 있는 도구로 입증되었다. 전형적으로 이러한 전략은 잘 정리된 가치, 원칙, 목표, 정신 보건 의료료 개선을 위해 조치가 필요한 부분을 잘 정리하여 정신 보건 의료료와 관련된 정부의 공식 입장을 구성하는 핵심 요소이다. 일부 국가에서 정신 보건 의료료 전략은 정신 보건 의료료 서비스의 계획과 제공에 구체적인 영향을 주고 정신 보건 의료료 우선 과제 설정에 강력한 영향을 미치며 서비스를 위한 추가 재정 조달의 당위성을 입증한다. 정신 보건 의료료에 대한 높은 수준의 전략적 방향 설정은 우선 과제와 목표 설정에 여러 이해 당사자의 참여를 이끌어내어 정부와 사회 각층에서의 정신 보건 의료료 관련 협력을 증진시키는 좋은 도구가 될 수 있다. 정신 보건 의료료 전략의 범위는, 예를 들자면 탈원화로의 전환 필요성 등 정신 보건 의료료 제도 핵심 원칙의 개괄적 설정에서부터 정신 보건 의료료 제도의 향후 나아갈 길을 훨씬 더 상세하게 설명하는 전략까지 포함한다. OECD 국가의 경험은 정신 보건 의료료 전략이 국가적 차원에서 정신 보건 의료료의 변화를 계획하고 이행함에 있어 유용한 도구라는 점을 보여준다. 예를 들어 높은 수준의 정치적 의지와 신중한 전략 수립은 탈원화 과정에 큰 도움이 되었다. 정신 보건 의료료 전략은 병원 중심에서 지역사회 서비스로의 점진적 전환을 위한 현실적인 기간을 설정하고, 자원 배분의 새로운 방식을 고려하며, 새로운 필요에 맞춘 정신 보건 의료료 인력의 조정(예를 들어 일차 진료 의사 교육)하고, 분야 간 협력을 증진한다(WHO, 2003a). 잘 고안된 국가 정책은 지역 및 지방의 의사 결정에 의미 있는 영향을 미쳐야 한다. 예를 들어 잉글랜드에서는 임상 운영 그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)(대상 주민에 대한 보건 의료 서비스 수행을 담당함)의 33%가 정신 건강 없이는 건강도 없다는 국가 전략(보건부, 2011)이 수행 계획에 영향을 준다고 언급했다.

진료의 중심을 병원에서 지역사회로 전환하려면 최고위 정책 수준에서의 의지와 노력이 필요하고, 일부 OECD 국가의 경험은 정신 보건 의료료 전략 또는 계획이 이러한 전환의 이행에 있어 길잡이가 되는 효과적인 방법이라는 것을 보여준다. 이탈리아, 영국, 미국 등 더 성숙한 단계의 탈원화에 진입한 국가를 보면 병원에서 지역사회 서비스로의 전환이 부분적으로는 강력한 국가적 의지와 국가적 정책 개입의 결과였다. 잉글랜드의 경우 잉글랜드와 웨일즈의 1962년 병원 계획에 대형 정신 병원은 폐쇄하고 지역 당국이 지역사회 서비스 개발을 시작해야 한다고 서술되어 있고, 이후 수십 년

간 지역사회 치료라는 이상의 실현을 목표로 한 다수의 정신보건의료 정책과 계획이 나왔다. 이탈리아는 법 180을 통해 1978년 모든 정신병원의 폐쇄를 명령했고, 이후 국가적 정신보건의료 전략이 수립되었으며, 정신병원을 대체할 정신보건의료 지역사회 서비스가 개발되었다(상세한 정보는 Forti, 2014 참조)

훌륭한 정신보건의료 전략을 개발하려면 정확한 정보와 다양한 이해당사자의 개입이 필요하다.

훌륭한 정신보건의료 전략 또는 계획의 개발은 주민의 정신건강 상태, 정신보건의료제도의 조직, 제공되는 정신보건의료 서비스 정보의 이용가능성에 달려있다. 예를 들면 모든 주민에 대한 전염병 조사, 특정 인구그룹을 대상으로 한 조사, 정신보건의료 서비스 이용자와 정신보건의료 인력에 대한 조사 등을 통한 정신질환 유병률뿐 아니라 정신보건의료 서비스의 취약점에 대한 포괄적 이해는 정책결정자에게 정보를 제공하고 정부가 정신보건의료 안전의 적합한 우선순위를 정하고 잘 설계된 중재안을 마련할 수 있게 한다.

대다수의 OECD 국가는 정신보건의료 전략을 수립할 때, 정책개발과 이행에 대해 다양한 이해당사자와 상의하고 이들을 참여시켰다. 예를 들어 네덜란드는 정책결정자, 보건의료 제공자 대표, 관계전문가 단체(정신보건의료와 중독분야 전문가협회, 정신보건의료기관 단체, 임상심리사협회, 정신 전문의협회, 심리치료사협회, 일차진료기관, 의료보험회사, 고객과 그 가족 및 정부를 대표하는 단체)가 공동으로 2013-14/17년도 정신보건의료 전략을 수립했다(Forti 등, 2014)

국가 정신보건의료 전략과 계획은 특히 정부부처 간 협력을 촉진할 수 있다.

대부분의 OECD 국가에서 정신보건의료 전략은 분야 간 협력을 증진시키려는 정부의 의지를 반영한다. 공공 정신보건의료³, 복지⁴, 예방⁵과 더불어 대부분의 OECD 국가 정신보건의료 전략에서는 고용/장애, 교육, 빠른 질병 발견, 학습 장애, 알코올 및 약물 남용과 관련된 정신건강 치료를 다루고 있다(표 6.3).

잉글랜드의 가장 최근 정신보건의료 전략인 “정신건강 없이는 건강도 없다”(보건부, 2011)는 정신 질환과 범죄자, 노숙자 등 특정 인구그룹 간의 연관성, 정신건강문제와 교육 및 취업 결과 간의 연관성을 의도적으로 부각시켰다. 나아가 이 전략은 정신질환이 보건의료 분야만의 우려가 아니라 범정부적 접근이 필요한 “모두의 일(everyone’s business)”라고 지적했다. 뉴질랜드 정부는 지속적인 진료를 제공하기 위해서는 정신보건의료제도의 여러 부분 간 협력이 필수적이라는 점을 인정했다. 제 2차 2005-2015 뉴질랜드 정신보건의료 및 중독치료 계획(The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan 2005-2015)(New Zealand Ministry of Health, 2005)은 정신보건의료와 정부예산으로 운영하는 사회적 서비스뿐 아니라 일차진료, 주거, 고용, 교육, 복지 서비스 등에 있어 각 지역과 중앙 정부는 수직적, 각 분야에 걸쳐서는 수평적인 부처 간 협력을 강화에 주목했다.

일부 정신보건의료 전략은 분야 간 협력을 더 좋은 방향으로 증진시킬 수 있는 기제를 명확하게 설명하고 있다. 국가차원의 눈에 띄는 전략적 계획은 정부부처를 한 자리에 모아 (예를 들자면 특정한 임상 제공자에게) 새로운 제도적 책임을 부여하거나 연방제도 내에서 국가적 정책을 도입하는데 필요한 추진력과 권한을 제공할 수 있고, 주나 지역은 이러한 정책 이행에 어느 정도 자치권을 갖게 된다. 호주는 2006-2011 COAG 정신보건의료에 대한 국가적 조치(COAG National Action Plan

on Mental Health 2006-11)(COAG, 2006)를 통해 제도상의 격차에 노출될 위험이 가장 큰 중증 정신 질환자와 복잡한 필요를 가진 환자가 임상진료 제공자(예: 일반의나 정신전문 간호사)와 지역사회 내 조정자로부터 관리를 받을 수 있게 하는 연계진료(linking care)라는 새로운 제도를 도입했다. 임상진료 제공자는 환자의 임상진료를 책임지고 지역사회 조정자는 숙소, 취업, 교육 등 환자에게 필요한 비임상적 서비스를 환자에게 연결시켜 주며, 이들의 협력이 독려된다. 이 새로운 치료모형은 환자에게 누가 자신을 치료해주고, 어떻게 응급치료에 접근하며, 누가 자신이 필요한 여러 가지 서비스에 자신을 연결시켜주는지에 대한 정보를 환자에게 제공하는 것을 목적으로 한다(COAG, 2006). 연계진료라는 새로운 서비스와 더불어 호주의 다른 지방정부는 임상심리사와 그 외 협력관계에 있는 보건의로 제공자, 정신전문의, 일반의를 위해 새로운 의료수당 편성표 상의 항목 이행, 시골과 외딴 지역에 더 많은 서비스 제공, 이들 지역에 유연한 서비스 제공, 공공, 민간, 비정부 부문을 통한 추가적 진료 조정 서비스를 제공, 범죄 사법제도 하에 있는 정신질환자에 대한 서비스 향상, 지역사회기반 법의학 정신보건의로 서비스의 포함 및 정신보건의료와 약물, 알코올치료 서비스 통합, 지역사회에 포함시키기 등 정신보건의료 서비스의 통합을 촉진하는 다양한 조치를 취하고 있다(COAG, 2006).

표 6.3. 일부 OECD 국가의 정신보건의료 전략 또는 계획에 포함된 영역

	공공 정신보건 의료	복지	예방	고용/장애	교육	(질병) 조기 발견	학습장애	치매	알코올 남용	약물 남용
호주	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
오스트리아	x	x	x	x	x	x	x	x		x
벨기에	x		x			x			x	x
캐나다	x	x	x	x	x	x		x	x	x
칠레	x	x	x					x	x	x
핀란드	x	x	x	x	x	x	x		x	x
프랑스	x		x	x		x			x	x
헝가리	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
아이슬란드	x	x	x						x	x
이스라엘				x		x			x	x
이탈리아	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
일본	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
한국	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
룩셈부르크	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
멕시코	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
뉴질랜드	x	x	x	x		x			x	x
노르웨이	x	x	x							
폴란드			x	x		x		x	x	x
포르투갈	x	x	x	x				x		
슬로바키아	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
스페인	x	x	x	x	x	x				

스웨덴	x		x	x						
스위스								x	x	x
터키	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
영국 (잉글랜드)	x	x	x	x	x	x				
미국	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
합계	22	20	24	21	15	20	12	14	20	21

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

그러나 분야를 넘나드는 접근법을 전략에 포함시키는 데 도전과제가 없는 것은 아니다. 예를 들어 프랑스의 2005-08/10 정신보건의료 계획에서 실시된 몇몇 평가 중 하나는 보건의료와 사회복지 서비스의 관계에 특히 초점을 맞추었다(Maresca 등, 2011). 이 평가(Maresca 등, 2011)를 보면 프랑스에서는 주거가 사회복지서비스의 “아킬레스 건”으로 보인다고 강조했다. 흥미롭게도 이 평가는 보건의료와 사회복지 서비스 전문가의 서로 다른 철학 사이 상당한 긴장이 있음을 관찰했고 의학적 모형과 사회적 모형이 이 맥락에서 조화롭게 공존하지 않음에 주목했다.

정신보건의료 전략 강화를 위해 목표지표 사용

정신보건의료 전략은 조치를 수립하는 출발점이 될 수 있으나 기존 정신보건의료 전략의 존재가 전략이 성공적으로 이행했다는 것을 보장하는 것은 아니다. 재정, 숙련된 지도자, 효과적인 인프라 또는 유능한 인력의 부재 모두 전략의 이행에 있어 큰 걸림돌이 될 수 있다(WHO Regional Office for Europe, 2008). 또한 OECD 국가의 경험은 정신보건의료 정책에 맞춰 지표를 개발하는 것이 레버리지와 정책실행을 향상시키는 방법일 뿐 아니라 개선을 파악하는 방법임을 알려준다. OECD 국가에서 정신보건의료 전략이 폭넓게 적용되고 있으나 전략에 명확한 목표 또는 결과평가를 포함하는 국가는 훨씬 적다. 정신보건의료 지표는 일반적으로 양적 지표이고 대부분 물리적 자원(예: 병상 수와 시설), 결과지표(예: 자살률과 유병률) 그리고 활동 자료(예: 입원/퇴원율과 평균 입원기간)를 포함한다. 일부 OECD 국가의 정책결정자는 치료의 초점을 병원에서 지역사회로 전환하는 데 집중적 노력을 기울여왔고 이러한 전환을 이행하고 모니터링하기 위한 정신보건의료 전략과 국가적 지표를 개발했다. 이스라엘의 모리스 포크 경제연구소(Maurice Falk Institute for Economic Research)는 정부부처가 수립한 정책에 따른 정신병원 규모 축소 과정의 모니터링을 담당하고 있다.

국가차원에서 수집한 정신보건의료 지표 중 정신병원 병상 수와 입원기간은 정신보건의료 전략의 목표와 부합하는지 평가하기 위해 사용됐다. 다른 OECD 국가는 정신보건의료 서비스에 대한 접근을 향상시키기 위해 노력해왔다. 뉴질랜드에서는 정신보건의료 서비스에 대한 접근성 향상이라는 전반적인 전략적 목표에 맞추어(New Zealand Ministry of Health, 2005) 정신보건의료 전략 모니터링에 정신보건의료 서비스에 대한 접근성 및 대기시간(New Zealand Ministry of Health, 2005) 등 정신보건의료 성과지표가 포함된다(New Zealand Ministry of Health, 2010).

현재 많은 OECD 회원국이 지역사회 내에서의 치료로 전환해가면서 정신보건의료 전략과 연관된 질 지표의 개발이 가장 적합할 것이며 정신보건의료의 질을 향상시킬 수 있다(4장 참조).

6.6. 수직적 프로그램을 이용한 정신보건의료제도의 격차 파악 및 해결

수직적 프로그램은 OECD 국가 정부가 정신보건의료 서비스 격차를 해소하고, 진료에 접근하기 어려운 취약계층에게 다가감과 동시에 학교 또는 직장 등 다른 환경에서 양호한 정신보건의료를 추구하는 데 있어 핵심적인 도구이다. 정신보건의료 단독 프로그램은 일반적으로 제공되는 정신보건의료 서비스의 기준에서 약간 벗어난 단기 이니셔티브이다. 오래 지속되는 문제에 대해 단기, 중기적 해결방안을 제시하기는 하지만 단독 프로그램은 정부가 시급한 미충족 필요를 직접 해결하는 데 좋은 도구가 되었고, 이러한 도구를 점점 비정부기구도 많이 사용하고 있다.

정신보건의료제도 격차해소의 일환으로 OECD 국가의 정부는 서비스 접근에 더 높은 장벽에 직면한 인구집단의 서비스 접근성을 향상시키기 위해 수직적 프로그램을 이용했다. 정신건강문제는 사회적으로 불균등하게 분포되어 있고 실업자, 노인, 망명자, 이민자, 소수민족, 범죄 사법제도 안에 있는 사람 및 노숙자를 포함한 취약계층에서 더 많이 발생한다(Fazel 등, 2008; Halliwell 등, 2007). 이러한 인구집단은 보건의료 서비스 접근에 있어 일반 인구나 동일한 권리를 갖고 있으나 이용가능한 서비스의 혜택을 완전히 누리지 못한다. 이러한 현상을 “이행결핍(implementation deficit)”이라 부른다(Civenti 등, 2012). 이는 주로 서비스(병원과 반대되는 지역사회 서비스)의 특성, 정신보건의료 시설 이용과 관련한 낙인, 문화적 차이를 고려하면서 정신질환 증상을 이해하는 다문화 전문가의 부재(이민자에게 해당) 때문이다(Civenti 등, 2012).

거의 모든 OECD 국가가 특정 대상을 상대로 진행되는 정신보건의료 프로그램을 이행해왔다. 특히, 학교 또는 교육기관 중심 예방활동이 일반적인데 2012년 27개 회원국이 이러한 프로그램을 최소 1개 이상 운영했다. 직장에서의 정신보건의료 이니셔티브, 반(反)낙인 캠페인(anti-stigma campaign)이 보편적으로 진행된다(표 6.4 참조).

학교기반 정신보건의료 프로그램은 조기에 정신건강문제를 해결하고, 정신적 복지를 증진시키며 정신질환을 예방하기 위해 사용된다.

대부분의 국가에서 아동과 청소년의 정신건강은 국가적으로 우려사항이자 정책 의지가 필요한 문제이다. 아동의 정신질환 유병률과 발생률은 높고 정신건강문제와 관련된 위험 인자는 매우 이른 나이에 나타난다(2장 참조). 예를 들어 유럽연합 국가의 아동과 청소년의 정신질환 유병률을 보면 영국의 9.5%에서 덴마크의 22%까지 다양하게 나타난다(Jane-Llopis and Braddick, 2008). 정신질환 발생률도 성인보다 아동과 청소년에게 더 높게 나타난다. 상당히 많은 정신질환이 이른 나이에 발생한다. 예를 들어 전 생애에 걸쳐 발생하는 정신질환의 절반이 14세부터 시작되고 4분의 3이 24세부터 시작된다(Kessler 등, 2005). 열악한 아동의 신체적 건강, 모성 및 감정적 고통, 가혹한 훈육, 과잉개입 또는 과잉보호 양육 등 정신질환 관련 위험인자가 가족적 맥락에 자리하여 매우 어린 연령부터 이에 노출되고(Bayer 등, 2011), 위험인자의 조기 노출이 성인이 된 후에도 정신건강문제로 이어질 수 있다는 주장이 제기된다(Jane-Llopis and Braddick, 2008).

선진국이 보편적 교육을 지향하면서 학교의 역할은 전통적인 학교교육 이외의 문제까지 해결하기 위한 서비스 제공으로 확대되었다(Hendren 등, 1994). 학교는 아동과 청소년을 위한 적절한 정신보건의료 서비스와 아동과 청소년의 정신질환을 해결할 수 있는 적합한 환경을 동시에 제공할 수 있다. 정신질환은 학업성취도에 상당히 부정적인 영향을 주고(Johnston, 2011), 높은 학교 중퇴율과도 상관관계가 있다(Kessler and Foster, 1995). 마찬가지로 교육이 한 사람이 정보를 처리하는 능력을 향상시키거나 치료를 준수할 가능성을 높일 수 있기 때문에 열악한 교육이 정신건강 위험을 높일 수

있음을 알 수 있다(Chevalier and Feinstein, 2006; Bjelland 등, 2008).

아동과 청소년의 정신건강문제를 해결하는 학교의 잠재력을 인지한 OECD 국가 대부분이 생애 초기의 정신건강문제를 해결하고, 정신적 복지를 증진하며, 정신질환을 예방하기 위한 학교 중심의 보건의료 프로그램을 추진하고 있다. 학교 중심의 정신보건의료 프로그램은 정신적 복지 증진을 목표로 하는 종합적 학교프로그램부터(Hendren 등, 1994) 학생과 교사의 정신건강에 대한 인식 재고를 목표로 하는 보다 더 선별적인 개입, 위협에 노출된 학생을 대상으로 하는 개입 프로그램까지 매우 폭넓은 활동을 포함한다. 이러한 프로그램은 지식 수용도를 높이고 정신질환에 대한 낙인을 감소시킬 뿐 아니라(Pinfold 등, 2003; Pinto-Foltz 등, 2011), 도움을 모색하는 행동을 강화하는 긍정적 효과가 있는 것으로 나타났다(Anderson and Doyle, 2005).

각국 정부는 학교 중심 정신보건의료 예방프로그램에 투자하고 있다. 예를 들어 학교에서 왕따 피해자인 학생은 우울증 등 특정한 유형의 정신질환을 겪을 확률이 매우 높다(Rothon 등, 2011). 그 뿐 아니라 다른 동료학생의 피해를 목격하는 것은 학생의 정신건강에 매우 부정적인 영향을 줄 수 있음을 근거를 통해 알 수 있다(Rives 등, 2009). 핀란드에서는 핀란드 교육부의 예산으로 운영되는 대규모의 왕따 프로그램이 투르쿠 대학에서 개발됐다. 키바 학교(Kiva-school) 프로그램은 학교 내 왕따를 예방하고 줄이는 것을 목표로 하고 있는데, 2006년 처음 만들어진 이후 점점 더 많은 학교에서 실시되고 있다. 이 프로그램은 사전 자료(학교 환경, 학급, 온라인 프로그램, 학부모 책자 평가)를 통해 정보가 전파되는 일반적 조치와 정해진 대상에 대한 조치(교사 및 학교팀과의 논의)로 구성되어 왕따현상이 감지되면 적용된다. 키바코울루(KivaKoulu) 프로그램에 대한 초기 평가는 이 프로그램이 학생 스스로와 동료학생에 의해 보고되는 따돌림과 왕따 피해를 감소시켰다는 것을 보여준다(kämä 등, 2011).

표 6.4. OECD 국가의 정신보건의료 프로그램

	반 낙인 캠페인	학교, 교육기관 기반의 예방프로그램	직장에서의 정신건강
호주	x	x	x
오스트리아		x	x
벨기에	x	x	x
캐나다	x	x	x
칠레		x	
체코	x	x	x
핀란드		x	x
프랑스	x		
독일	x	x	x
헝가리	x	x	x
아이슬란드		x	x
아일랜드	x	x	x
이스라엘	x	x	x
이탈리아	x	x	x
일본	x		x
한국	x	x	x

룩셈부르크	x	x	x
멕시코	x	x	x
네덜란드		x	x
뉴질랜드	x	x	x
노르웨이	x	x	x
포르투갈	x	x	
슬로바키아	x	x	
슬로베니아	x	x	x
스페인	x	x	x
스웨덴	x	x	x
스위스	x		x
터키		x	x
영국(잉글랜드)	x	x	x
미국	x	x	x

출처: OECD Mental Health Questionnaire 2012.

OECD 국가는 학생의 정신질환 초기 증상을 감지하고 적절한 정신보건의료 서비스를 받을 수 있도록 연결해주기 위한 초기 개입 프로그램 개발에 점점 투자를 늘리고 있다. 기존의 근거는 초기 증상 파악에 학교의 참여가 늘어난 것이 청소년의 일반적인 정신 및 행동장애에 대한 정신보건의료 서비스 활용 증가와 큰 연관성이 있음을 보여주면서(Green 등, 2013), 정신건강문제의 치료격차를 줄일 수도 있음을 시사한다. 아동과 청소년이 경험하는 정신건강 장애를 초기에 해결함으로써 정부는 향후 전문적인 정신보건의료 서비스를 받는 복합적 소비자의 수를 줄일 수 있다. 예를 들어 호주는 위험에 노출된 아동과 청소년에 대한 선별적 개입을 개발했다. 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Services, ATAPS) 및 아동 정신보건의료 서비스(Child Mental Health Service, CMHS) 이니셔티브는 아동기 정신적, 행동적 또는 감정적 장애를 겪고 있거나 그러한 위험이 있는 아동에게 심리적 중재를 제공한다. ATAPS CMHS는 정신보건의료 전문가가 단기적인 심리치료 전략을 제공하기 위해 고안되었다. 또한 ATAPS CMHS는 부모와 가족 또는 양육을 책임진 사람도 이용이 가능하며 이들이 아동에게 더 나은 지원을 할 수 있도록 도와준다. 신생아와 아동은 일반의, 소아과 의사 또는 정신전문을 통해 ATAPS CMHS에 연계될 수 있다. 고객은 1년에 12번의 세션을 받고 경우에 따라 6세션을 추가로 받는다. 학교와 초기 아동 서비스와의 연결고리를 만들고 유지하는 것도 정신적, 아동행동 또는 감정 장애를 겪거나 그러한 위험이 높은 아동을 조기에 발견하고 중재하도록 돕는 프로그램의 주요 목표이다. OECD 국가 중 학생의 정신질환 증상을 발견하도록 교사를 훈련시키는 것을 목표로 한 학교 중심 프로그램 사례도 있다. 그 예로 네덜란드의 “Rivierduinen”은 초등 및 중고등 교육을 담당하는 교사가 정신건강 상 장애의 신호를 감지하고 적절하게 대처하도록 훈련시키는 아동 및 청소년 정신보건의료기관이다. 또한 Rivierduinen은 학급에 정신질환 학생이 있는 학교와 개별 면담을 제공하거나 부모가 정신질환이 있는 학생을 위한 수업을 연다. 뿐만 아니라 특별치료자문팀(Special Care and Advice Teams, 이하 “ZATs”)은 치료와 교육전문가를 제공하고 정신질환을 포함한 다양한 장애를 감지하도록 돕는다. ZATs는 초등학교 및 중고등학교에서 널리 이용된다. 2011년 전체 중고등학교의 98%, 초등학교의 67%가 ZATs와 접촉하고 있다(Van der

Steenhoven and Van Veen, 2011).

일부 OECD 국가는 정신보건의료 증진, 정신질환 예방 및 조기개입을 결합한 프로그램을 개발했다. 호주 정부는 2개의 학교 중심 정신보건의료 증진안에 예산을 투입했는데 예방과 조기개입 이니셔티브인 KidsMatter(2013)와 MindMatters(2013)이 그것이다. KidsMatter는 호주 정부 예산으로 운영되는 활동으로 초등학교에서의 정신보건의료 증진, 예방 및 조기개입 이니셔티브와 아동의 정신보건의료 필요에 초점을 맞춘 초기 아동기 교육 및 서비스를 제공한다. KidsMatter는 아동의 정신건강과 복지 향상, 아동 정신질환 감소 및 정신건강 상 어려움을 겪는 아동과 그 가족에 대한 더 많은 지원을 목표로 한다. MindMatters는 호주의 중고등학교 정신보건의료 증진, 예방 및 조기개입을 지원하는 이니셔티브이다. MindMatters의 목표는 인쇄된 자료, 웹사이트, 전문가 육성을 지원하고 교사와 교직원에 대한 지원 이행을 통해 정신보건의료 증진, 예방 및 조기개입에 대한 전학교적 접근을 시행할 학교의 역량을 증대시키는 것이다.

직장 정신보건의료 프로그램에 대한 투자는 OECD 회원국의 우선과제이다.

정신질환은 열악한 고용 결과와 큰 연관성이 있으며 그 반대의 경우도 마찬가지여서 OECD 회원국 정부의 직장 내 개입에 대한 투자로 이어졌다. 연구결과에 따르면 직장환경이 개인의 정신건강에 영향을 미칠 수 있고 특히 일을 하는 것이 정신건강을 포함하여 건강에 유익하며 이와 반대로 실업은 건강에 유익하지 않다는 사실이 확인되었다(Waddell and Burton, 2006). OECD 출간물인 ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’(Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD, 2012)은 흔한 정신질환을 앓는 사람의 고용률이 약 60-70%로 일반 인구 대비 대략 2-3배 낮다는 점을 강조했다(OECD, 2012). 또한 직장에 대한 불만족은 정신적 고통과 상호연관성이 있음을 보여주었다(Lee 등, 2009). 특정 유형의 정신질환을 앓는 사람은 미숙련 직업 그리고/또는 그들의 기량과 맞지 않는 일자리에서 일할 확률이 높아져 건강에 해로운 업무 관련 스트레스로 이어진다(OECD, 2012). 승진기회 부족 등 관리자와 동료의 차별적 행동이 직장 내 고통의 원인이 될 수도 있다(Brohan and Thornicroft, 2010).

직장 내 정신보건의료 프로그램은 OECD 국가에서 매우 일반적이다. 접근법은 근로자 지원 프로그램(Employee Assistance Programmes, EAPs)(ODEP, 2009)과 같이 일반적 또는 심각한 정신질환이 있는 근로자 지원을 목표로 하는 지원 프로그램, 호주의 국가 직장훈련 프로그램과 캐나다의 정신건강과 직장(Mental Health Works)(www.mentalhealthworks.ca/) 등 직장 내 정신건강 이슈 해결을 위한 고용주와 근로자의 지식과 기술 향상을 목표로 하는 교육프로그램, 그리고 핀란드의 Masto 프로젝트(Finnish Government, 2012: 상세정보는 Panata 참조, 곧 출간예정) 등 우울증 예방과 조기 발견, 치료, 재활 및 직장으로의 복귀를 위한 프로그램 등을 포함한다. OECD는 선별된 국가에서의 정신 복지를 위한 일련의 직장 개입 프로그램 평가를 계속 진행 중이며 OECD의 ‘직장에서의 병? 정신건강과 일에 대한 오해와 진실’(Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD, 2012) 프로그램의 일환으로 개입을 강화시킬 수 있는 권고사항을 제시한다.

정신질환자의 삶을 향상시키는 데 주요 걸림돌인 낙인을 없애기 위한 반(反)낙인 프로그램이 필요하다.

반(反)낙인 캠페인은 정책결정자가 정신질환의 치료 및 추가적 개입의 격차를 줄이는 건전한 정

책적 수단이 될 수 있다. 정신질환이 있는 사람은 정신질환과 관련된 증상뿐 아니라 “열등한 질병(second illness)”이라는 낙인과 편견에도 대처해야 한다. 이러한 낙인과 편견이 처음부터 회복을 방해하곤 한다.

정신건강 관련 낙인은 사회적 고립과 낮은 자존감, 고용, 교육, 주거 등의 분야에서의 기회를 제한할 뿐만 아니라 도움을 요청하는 행동을 지연시킴으로써 초기개입을 어렵게 하고 정신질환의 치료격차를 키운다(Quinn 등, 2013). 낙인은 정책결정자가 정신질환이 있는 사람을 멸시하도록 만들고 정신보건의료에 자원을 투입하는 것을 꺼리게 하며(Sartorius, 2007), 보건의료 전문가도 차별을 하도록 해서 제공되는 정신보건의료 서비스의 질에 부정적 결과를 초래하는 것으로 나타났다(Sartorius, 2002; Sartorius, 2007; Magliano 등, 2004; Magliano 등, 2011).

정신건강에 대한 반(反)낙인 캠페인은 정신질환에 대한 인식과 편견을 바꾸는 것을 목표로 하며 전체 인구 또는 고용주, 보건의료 제공자, 교육자, 젊은이 또는 건물주 등 부표본 인구를 대상으로 할 수 있다. 일부 OECD 국가는 전체 인구를 대상으로 반(反)낙인 캠페인을 홍보하고 진행한 한편(박스 6.2 참조), 일부 국가는 기존의 공공 캠페인을 보완하고 반(反)낙인 메시지의 전체적인 효과성을 높이기 위해 특정 인구집단 또는 직장, 학교 등 장소를 대상으로 반(反)낙인 프로그램을 이행했다.

박스 6.2. 나를 보세요(See Me) - 스코틀랜드의 전체 인구 대상 낙인 변화 프로그램

스코틀랜드의 반(反)낙인 캠페인인 “나를 보세요(See Me)”는 모든 인구에게 영향을 주는 것을 목표로 미디어 등 다양한 다른 분야뿐 아니라 교육 및 스포츠 단체도 참여시켰다. See Me는 일반 대중에게 다가가기 위해 극장과 TV, 보도자료 및 야외 포스터를 이용했고, 캠페인과 관련활동 정보공유를 위해 See Me 웹사이트(www.seemescotland.org)를 만들었다. “낙인 스톱워치(Stigma Stop Watch)” 프로그램은 대중에게 정신질환을 앓는 사람을 모욕적으로 표현한 미디어와 광고에 대해 불만을 제기할 기회를 주었다. 예를 들어 2003년 더 선(The Sun) 신문은 정신보건의료법에 따라 구금된 복서 프랭크 브로노(Frank Brono)에 대해 “정신 나간 Bruno 갇히다(Bonkers Bruni Locked Up)”라는 헤드라인을 내걸었다. 이에 See Me는 낙인 스톱워치에 등록된 사람에게 알람 메일을 보내고 공개적 대응을 하도록 했다. 정신질환자에 대한 미디어의 태도를 변화시킨다는 목적을 가지고 See Me는 미디어에서 정신질환자의 명예를 훼손하는 언어의 사용을 방지함으로써 낙인을 찍지 않는 언어의 사용을 지지하는 것을 목표로 “신중한 언어사용(Mind Your Language)”이라는 미디어 가이드라인을 만들었다. 이와 더불어 특정 정신질환을 앓는 사람은 “미디어 자원봉사자 프로그램(Media Volunteer Program)”을 통해 미디어와의 커뮤니케이션 트레이닝을 제공하는 프로그램에 접근할 수 있다. 또한 See Me는 벨 킬리지, 마더웰 풋볼클럽(Motherwell Football Club) 등 See Me 반(反)낙인 서약에 공개적으로 서명하는 것에 동의한 교육 및 스포츠 단체와 함께 반(反)낙인 이니셔티브도 착수했다.

이 서약은 See Me와 함께 협력하려는 단체가 보여주는 의지이다. 한 예로, 마더웰 풋볼클럽의 축구선수는 경기 때 See Me 티셔츠를 입었다. See Me는 반(反)낙인 프로그램 유럽 네트워크(Anti Stigma Programme European Network, ASPEN)에서 교훈을 얻어 최근 차별과 서비스 이용자 참여 지향에 더욱 초점을 맞추어 재개되었다.

출처: Myers, F., A. Woodhouse, I. Whitehead, A. McCollam, L. McBryde, V. Pinfeld, G. Thornicroft, R. McBrierty and L. Wilson (2009), “Evaluation of ‘See Me’ - The National Scottish Campaign Against the Stigma and Discrimination Associated with Mental Ill-Health”, Scottish Government Social Research, Edinburgh.

박스 6.3. “나에요(This is me)” - 슬로베니아의 젊은 층을 대상으로 한 혁신적인 기술 캠페인

젊은 층을 대상으로 한 일부 프로그램은 새로운 기술을 모색한다. 그 예로 십대에게 무상으로 친근하고 빠르게 익명으로 전문가 정보와 문제 해결을 위한 지원에 접근하도록 해주는 “나에요(This is Me)”는 슬로베니아에서 가장 큰 청소년 상담 포털 사이트이다.

This is Me는 청소년의 문제해결을 위한 노력을 지원한다. 연령은 이용자 대부분이 13세에서 18세 사이이다. 이 프로그램은 자아 이미지와 사회적인 기술과 삶의 기술을 강조하며 긍정적인 정신건강 증진에 초점을 맞춘다. 이 프로그램은 첼레 공공보건의료연구소(Institute of Public Health Celje)가 만든 것으로 오늘날 상담사는 12개의 기관에서 자원봉사자로 일하는 38명의 전문가(보건 의료 전문가, 임상심리사, 사회교육자, 사회복지사 및 교사)를 포함한다. 지난 10년간 전문가는 십대가 직면한 딜레마와 문제관련 21,000여개의 질문에 답을 주었다(ASPEN, 2013; Lekic 등, 2011). 정신건강에 문제가 있는 사람에 대한 낙인을 줄이는 것이 이러한 대상이 정해진 이니셔티브의 주요 목표는 아니었지만 낙인감소는 이러한 프로그램의 예상할 수 있는 결과이다.

출처: ASPEN (2013), “The ASPEN Project, The Anti-stigma: European Network”, Anti Stigma Programme European Network (ASPEN), [Online], available at www.antistigma.eu/, accessed 12 June 2013; Lekic, K., J.N. Konec, P. Tratnjek and B. Jereb (2011), “Slovenian Practice Story: 10 Years of e-Counselling Service for Teenagers”, Institute of Public Health, Celje, Slovenia, available at www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21685594, accessed 12 June 2013.

일반 인구를 대상으로 한 보편적 프로그램을 지지하는 설득력 있는 주장이 있는 반면(Gaebel 등, 2008; Crisp 등, 2005; Myers 등, 2009), 대규모 공공 캠페인에 대한 청중의 인식과 인지도가 낮다(Szeto and Dobson, 2011)는 해석은 인식이 반드시 이해와 합의를 수반하는 것은 아니라는 고려사항(Corrigan and Shapiro, 2010)과 결합해 이러한 대규모의 인구기반 반(反)낙인 캠페인 운영으로 인한 장점을 인정하기 어렵게 한다. 대규모 반(反)낙인 캠페인의 효과와 효율성을 평가하기 어렵기 때문에 이러한 프로그램에 대한 공공지출이 정당화된다(Corrigan and Shapiro, 2010). 하지만 스코틀랜드의 국가적 반(反)낙인 캠페인 “나를 보세요(See Me)”(박스 6.2 참조)의 사례를 들어 McCrone 등(2007)은 치료격차를 늘리고, 정신질환이 있는 개인의 생산성과 취업기회를 감소시키며, 학교에서의 학업성취도를 저해하여 수입과 경력에 부정적 영향을 주는 정신건강에 대한 낙인과 관련한 잠재적인 경제, 사회적 비용을 감안할 때, 캠페인으로 인해 태도에 10%의 긍정적 변화만 생겨도 낙인 감소라는 장점은 캠페인 운영비용을 상회할 것이라고 주장했다.

호주, 캐나다, 뉴질랜드, 영국 등 OECD 국가는 국가적 차원에서 인구기반 반(反)낙인 프로그램 개발을 주도하고 있다. 벨기에, 멕시코, 헝가리 등 다른 회원국도 지역차원에서 인구기반 낙인 변화 이니셔티브를 개발해왔다.

일부 OECD 회원국이 모든 인구층을 위한 반(反)낙인 캠페인을 개발해왔으나 최근 몇 년 동안 대상 인구층이 정해진 낙인 변화 이니셔티브로의 변화가 있었다. 맞춤형 반(反)낙인 캠페인은 고용주, 건물주, 교육자 등 특정 인구그룹 또는 개인을 대상으로 하여 정신질환이 있는 사람의 삶에 영향을 주는 의사결정에 중대한 영향력을 미칠 가능성이 크다는 장점이 있다(Corrigan and Shapiro, 2010). 공공 반(反)낙인 캠페인 등의 공공 이니셔티브를 통해 얻은 지식은 이러한 지식이 학습된 맥락과 관련이 있을 가능성이 높다(Gawronski 등, 2010)는 근거는 정보의 맥락 의존성을 없애기 위해서는 반(反)낙인 캠페인의 일부로 주어진 역태도적 정보가 다양한 맥락에서 제공되어야 할 필요가 있음을 보여준다.

이러한 관점에서 특정 인구그룹을 대상으로 한 반(反)낙인 프로그램은 더 강력하고 파악이 가능한 결과로 이어진다고 보이며 OECD 정책결정자가 기존 공공 캠페인을 보완하고 반(反)낙인 메시지의 전반적인 효과에 기여하는 데 사용될 수 있다. 그러나 대상이 정해진 이니셔티브의 대부분이 낙인감소뿐 아니라 고용 증가, 학업성취도 향상 등 다양한 목표를 가지고 있다. 예를 들어 핀란드, 노르웨이, 스웨덴 등 몇몇 OECD 국가는 젊은 층의 정신질환에 대한 낙인을 직접적으로 겨냥한 캠페인을 했는데 학교기반 교육프로그램을 실시하여 인구 전체에 대한 개입에 비해 오래 지속되는 변화를 일으키는 데 더 효과적이었다.

지역 및 국가적 반(反)낙인 프로그램과 함께 국제적 차원에서의 낙인 변화 이니셔티브도 실시됐다(박스 6.4 참조). 1996년에 세계정신의학회(World Psychiatric Association, WPA)는 “문을 열어오(Open the Doors)”라는 글로벌 반(反)낙인 프로그램을 시작했는데, 국가가 정기적으로 지식과 경험을 공유하는 국가 간 협력 및 국제 대화의 좋은 사례이다. “Open the Doors”의 목표는 조현병을 앓았거나 앓고 있는 사람과 그 가족에 대한 대중의 태도를 개선하고 차별과 편견을 없애는 행동을 이끌어 내면서 조현병의 특징과 치료방법에 대한 인식과 지식을 제고하는 것이다(WPA, 2005). 이 보고서 작성 시점에 호주, 오스트리아, 캐나다, 칠레, 독일, 그리스, 이탈리아, 일본, 스페인, 슬로바키아, 영국, 미국, 터키 등 OECD 회원국을 포함하여 20여 개국이 Open the Doors 프로그램에 참여하고 있다. Open the Doors는 또한 각국의 경험과 우수사례를 공유하는 정기적인 세미나를 조직해 리더십 네트워크를 증진하고 이를 통해 국제적 협력이 오래 지속될 수 있고 오래 지속되는 리더 간 관계로 이어질 수 있다는 것을 보여준다.

박스 6.4. 반(反)낙인 프로그램 유럽네트워크(ASPEN)

유럽연합위원회의 자금을 받고 3년간(2009-2011) 운영된 반(反)낙인 프로그램 유럽네트워크(Anti Stigma Programme European Network, 이하 “ASPEN”)는 EU 27개국에서 우울증과 관계된 낙인을 해결하는 것을 목표로 했다. 웹사이트(www.amtistigma.eu)는 모든 이해관계자에게 지식을 전파한다는 목적으로 우울증과 관련된 반(反)낙인 이니셔티브의 우수사례를 모아놓았다. ASPEN은 유럽 전역의 대학, 정부기관, 공공 보건의료기관, 인권단체, NGO, 자선단체 및 정신보건의료 서비스 이용자 그룹은 물론 EU 18개국의 경험을 수집했다(ASPEN, 2013).

최근 프로젝트 평가(Quinn 등, 2013)는 프로젝트에 참여하는 EU 18개국에서 26가지 우울증 프로그램이 파악되었다. 한 국가의 프로그램 존재여부 및 개수는 문제의 다양성에 따라 다르게 나타나는 것으로 밝혀졌다. 예를 들어 낙인해소를 위한 더 강력한 정책적 의지가 있는 국가는 국가 또는 지역 프로그램과 더불어 전문가의 열정이 있는 국가라는 점이 평가를 통해 분명히 드러났다. 반대로 강력한 정책적 의지가 부족한 나라에는 추진되는 프로그램이 더 적고 풀뿌리 단체에 의해 운영되는데, 이는 아마도 파악이 가능한 지원을 받는 서비스 이용자의 움직임이 없기 때문인 것으로 보인다. 또한 이 평가에서는 유럽 외 지역 국가, 특히 호주와 미국의 경우 우울증에 대한 반(反)낙인 프로그램이 훨씬 더 자주 운영되는 것으로 지적했는데, 이는 유럽 외 지역 국가의 경우 제약회사의 후원이 가능하기 때문인 것으로 보인다(Quinn 등, 2013).

부분 프로그램(전체 프로그램의 58%)은 인구 전체를 대상으로 하고 나머지 프로그램(전체 프로그램의 42%)은 보건의료 전문가(39%), 젊은이(39%), 서비스 이용자(35%) 등 특정 인구집단을 대상으로 한다. 파악된 프로그램의 공통적인 목표는 낙인을 찍는 태도와 차별적 행동을 줄이고, 도움을 요청하는 것을 장려하며, 정신건강문제가 있는 사람의 권익을 신장시키고 자살을 예방하는 것이다. 평가를 통해 나타난 흥미로운 사실은 프로그램의 46%가 아무런 평가를 받지 않았고, 46%가 보고

박스 6.4. 반(反)낙인 프로그램 유럽네트워크(ASPEN)(계속)

서 형식의 평가를 받았으며, 2가지 프로그램만이 동료집단의 평가를 받았다는 사실이다. 평가에서 지적되었듯이 이러한 현상이 나타난 원인은 자원부족, 소규모 프로그램, 평가보다는 조치에 초점을 맞추기 등 여러 가지 이유가 있을 수 있다. 가장 중요한 것은 정신질환에 대한 낙인을 감소/증가 시키는 결정요인이 상당히 많기 때문에 반(反)낙인 캠페인의 영향을 수량화하기 어렵다는 것이다. 우울증과 관련된 반(反)낙인 캠페인의 체계적인 평가 부재는 가장 효과적이고 효율적인 프로그램을 파악하는 것을 어렵게 만든다.

이러한 발견사항은 정신질환에 대한 낙인이 국가의 우려사항으로 간주되고 있는 상황에서 각국 정부의 반(反)낙인 프로그램에 대한 의지와 개입은 반(反)낙인 프로그램의 개발과 이행뿐만 아니라 더 많은 지역단체 및 독립단체가 이니셔티브를 수행하도록 장려하고 지원하기 위해 중요하다. ASPEN은 정부 간 협력, 정부의 더욱 강력한 의지를 장려하고 우울증관련 반(反)낙인 캠페인 지식, 경험 및 우수사례 공유를 증진시키는, 가치 있는 이니셔티브라는 점을 시사한다. 하지만 이와 동시에 낙인 변화 프로그램은 평가와 수량화를 위한 더 체계적인 노력이 필요하다는 점을 지적하고 있다.

출처: ASPEN (2013), “The ASPEN Project, The Anti-stigma: European Network”, Anti Stigma Programme European Network (ASPEN), [Online], available at www.antistigma.eu/, accessed 12 June 2013; Quinn, N., L. Knifton, I. Goldie, T. Van Bortel, J. Dowds, A. Lasalvia, G. Scheerder, J. Boumans, V. Svab, M. Lanfredi, K. Wahlbeck and G. Thornicroft (2013), “Nature and Impact of European Anti-stigma Depression Programmes”, Oxford University Press 2013.

Open the Doors 프로그램은 정신건강의 낙인문제를 해결하기 위해서는 매일 제공되는 서비스에서 프로그램이 일상적인 것으로 자리 잡아야 한다는 생각을 바탕으로 단기성 캠페인이 아닌 장기적인 낙인감소 의지를 표명했다는 특징을 가지고 있다(Sartorius, 2009).

6.7. 결론

OECD 국가의 올바른 관리와 리더십은 정신보건의료의 중요성을 인식시키는 데 매우 중요하다. 정신질환관련 질병부담과 비교했을 때, 전통적으로 정신보건의료는 간과되었고, 정신보건의료에 대한 예산지원도 충분하지 않았다. 또한 많은 OECD 국가에서 경제위기가 발생하면서 보건의료비가 정체되었기 때문에 정신건강 위협은 더욱 경시되고 있다. 오늘날 정부는 정책 의제에서 정신보건의료를 우선순위로 둘 필요가 있다.

국가차원에서 변화를 이끌기 위해서는 올바른 관리가 필요하다. 입원중심의 정신진료 의존에서 벗어나 지역사회 서비스로 옮겨가는 과정이 여전히 진행 중인 국가의 경우, 이러한 전환은 신중하게 계획 및 이행되어야 한다. OECD 국가의 경험에 비추어보면 지역사회 서비스로의 전환을 위해서는 정책결정자 및 기타 이해당사자의 강력한 의지가 필요하다. 예를 들어 국가차원에서 정신보건의료 계획을 수립하고 법적 프레임워크를 적절히 수정하는 노력이 필요하다. 탈원화가 어느 정도 진행된 국가의 경우 다음 의제 정의를 위해 정신보건의료 리더십이 필요하다. 단일한 환경(정신병원)에서 제공되는 진료의 조직 및 재정적 단순함에서 벗어나면서 정신보건의료 서비스 내, 정신보건의료 서비스 외부와의 조정을 개선할 필요가 있다. 오늘날 정신보건의료 서비스가 분열되었고 다른 보건의료, 고용, 교육, 주택제도에서 고립될 수 있다는 점을 고려하면 진료의 조정을 개선하고 정부 간 협력을 도모하기 위한 올바른 관리가 중요하다.

정부와 정신보건의료 정책결정자는 정신보건의료를 개선하고 제도 전반의 개선을 이끄는 데 사용할 수 있는 다양한 도구를 가지고 있다. OECD 국가 정부가 비자발적인 입원을 규제하고, 입원 및 환경, 사회 내에서 정신질환자의 권리를 보호하고 정신보건의료의 기준을 설정하기 위해 정신보건의료법을 사용해왔다. 국가 전략 및 계획은 국가차원의 변화를 이끌고 공유하며, 정부차원의 협력을 증진시키고, 궁극적으로는 지역 및 지방 서비스 계획 및 제공에 영향을 주는 효과적인 도구로 입증되었다. 정신보건의료제도에 격차가 있거나 전통적인 보건의료제도의 범위가 제한적인 경우, 정부는 학교기반의 정신보건의료 프로그램, 반낙인 캠페인, 직장에서의 개입 등 특정집단을 목표로 한 이니셔티브를 이용했다. 충분한 정치적 의지와 모든 관련 이해당사자가 참여한다면 이러한 도구는 정신질환자의 삶에 의미 있는 변화를 가져다 줄 것이다.

주석

1. Austria, BGBl. I Nr. 18/2010, 17 March 2010.
2. CQC가 시행하는 정부기준으로 www.cqc.org.uk/public/what-are-standards/government-standards 참조
3. 공공 정신보건의료: 복지와 평등을 증진하고 정신질환을 예방하는 인문과학으로 인구기반 개입을 통해 위험을 줄이고, 신체·정신적 복지 향상에 필요한 보호적이고 근거기반의 개입을 촉진하며, 개인, 가족, 지역사회에 원활하고 밀접한 관계형성(Ministry of Health, 2011)
4. 복지: (정신적 복지 또는 감정적 복지로 언급되기도 함). 사람과 지역사회, 더 넓은 환경과 연결되어 있음을 의식하면서 안전하고 극복 가능하다고 느끼는 긍정적인 마음과 육체 상태(Ministry of Health, 2011).
5. 예방: 정신질환의 위험, 발병, 유병률 및 재발 감소를 목표로 정신질환과 관계된 위험인자를 줄이고 보호인자를 향상시키는 데 중점을 둔 정신질환 예방책(WHO Regional Office for Europe, 2008).

참고문헌

- Adair, C.E., G.M. McDougall, C.R. Mitton, A.S. Joyce, T. Cameron Wild, A. Gordon, N. Costigan, C. M itton and M. Lu (2004), "Continuity of Mental Health Services Study of Alberta: A Research Program on Continuity of Mental Health Care", Canadian Health Services Research Foundation.
- Adnanes, M. and V. Halsteinli (2009), "Improving Child and Adolescent Mental Health Services in Norway: Policy and Results 1999-2008", *Eurohealth*, Vol. 15, pp. 26-27.
- Amering, M. (2010), "Trialog - An Exercise in Communication Between Consumers, Carers and Professional Mental Health Workers Beyond Role Stereotypes", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 10, 29 January 2010.
- Anderson, S. and M. Doyle (2005), "Student and Staff Mental Health Literacy and MindMatters Plus", *Australian Journal of Guidance and Counselling*, Vol. 15, No. 2, pp 2009-2013, December.
- ASPEN - Anti Stigma Programme European Network (2013), "The ASPEN Project, The Anti-stigma: European Network", Anti Stigma Programme European Network (ASPEN) [Online], available at www.antistigma.eu/, accessed 12 June 2013.
- Bayer, J.K., O.C. Ukoumunne, N. Lucas, M. Wake, K. Scalzo and J.M. Nicholson (2011), "Risk Factors for Childhood Mental Health Symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children", *Pediatrics*, Vol.

- 128, No. 4, pp. e865-879, October, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0491>.
- Bindman, J., J. Tighe, G. Thornicroft and M. Leese (2002), "Poverty, Poor Services, and Compulsory Psychiatric Admission in England", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 37, No. 7, pp. 341-345, July.
- Bjelland, I., S. Krokstad, A. Mykletun 등 (2008), "Does a Higher Educational Level Protect Against Anxiety and Depression? The HUNT Study", *Social Science and Medicine*, Vol. 66, pp. 1334-1345.
- Blount, A. (2003), "Integrated Primary Care: Organizing the Evidence", *Families, Systems & Health*, Vol. 21, pp. 121-134.
- Brohan, E. and G. Thornicroft (2010), "Stigma and Discrimination of Mental Health Problems: Workplace Implications", *Occupational Medicine*, Vol. 60, pp. 414-415.
- Burns, T., J. Rugkasa and A. Molodynski (2008), "The Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial (OCTET)", *The Psychiatrist*, Vol. 32, <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.108.022814>.
- Care Quality Commission (2010), *Monitoring the Use of the Mental Health Act in 2009/10*, United Kingdom.
- Carr, P.G. (2012), "The Use of Mechanical Restraint in Mental Health: A Catalyst for Change?", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 19, pp. 657-664.
- Chevalier, A. and L. Feinstein (2006), *Sheepskin or Prozac? The Causal Effect of Education on Mental Health*, Center for the Economics of Education, London School of Economics.
- Civenti, G., A. Lora and F. Spinogatti (2012), "Migranti e servizi di salute mentale. Il caso della Lombardia" [Migrants and mental health services. The case of the Lombardy Region], *Prospettive Sociali e Sanitarie*.
- COAG – Council of Australian Governments (2006), *National Action Plan on Mental Health 2006-2011*, Council of Australian Governments, available at http://archive.coag.gov.au/coag_meeting_outcomes/2006-07-14/docs/nap_mental_health.pdf, accessed 29 August 2013.
- Corrigan, P.W. and J.R. Shapiro (2010), "Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness", *Clinical Psychology Review*, Vol. 30, pp. 907-922.
- Council of Europe (2010), "European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)", Council of Europe, Strasbourg, available at www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-12-inf-eng.htm.
- Crisp, A. et al. (2005), "Stigmatization of People with Mental Illnesses: A Follow-up Study within the Changing Minds Campaign of the Royal College of Psychiatrists", *World Psychiatry*, Vol. 4, No. 2, pp. 106-113, June.
- CQC – Care Quality Commission (2011), *Monitoring the Mental Health Act in 2010/11*, United Kingdom.
- Department of Health (2011), *No Health Without Mental Health. A Cross-government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*, Department of Health, United Kingdom.
- European Commission (2005), *Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy for Mental Health in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General Brussels, European Commission.
- Fakhoury, W.K. (1999), "Extent of Distress Caused by Adverse Experiences Associated with Antipsychotic Treatment", *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 9, Suppl. 5, pp. S131-S390.
- Fazel, S., V. Khosla, H. Doll and J. Geddes (2008), "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis", *PLoS Medicine*, Vol. 5, No. 12, p. e225, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.
- Finnish Government (2012), "Masto Project to Reduce Depression-related Work Disability", Ministry of Social Affairs and Health, available at www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10165.pdf, accessed 6 August 2013.
- Forti, A. (2014), "Mental Health Analysis Profile: Italy", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.

- Forti, A. et al. (2014), “Mental Health Analysis Profile: The Netherlands”, *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2012), *Involuntary Placement and Involuntary Treatment of Persons with Mental Health Problems*, European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gaebel, W., H. Zask, A.E. Baumann, J. Klosterkotter, J. Maier, P. Decker and H.J. Moller, (2008), “Evaluation of the German WPA Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia –Open the Doors: Results from Representative Telephone Surveys Before and After Three Years of Anti-stigma Interventions”, *Schizophrenia Research*, Vol. 98, pp. 184-193.
- Gawronski, B., R.J. Rydell, B. Vervliet and J. De Houwer (2010), “Generalization Versus Contextualization in Automatic Evaluation”, *Journal of Experimental Psychology: General*, Vol. 139, pp. 683-701.
- German Ministry of Labour and Social Affairs (2013), *Gemeinsame Erklarung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt* [Joint declarations Mental health in the workplace], Ministry of Labour and Social Affairs, Germany.
- Gibbs, A., J. Dawson, C. Ansley and R. Mullen (2005), “How Patients in New Zealand View Community Treatment Orders”, *Journal of Mental Health*, Vol. 14, pp. 357-368.
- Green, J.G., K.A. McLaughlin, M. Alegria, E.J. Costello, M.J. Gruber, K. Hoagwood, P.J. Leaf, S. Olin, N.A. Sampson and R.C. Kessler, (2013), “School Mental Health Resources and Adolescent Mental Health Service Use”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 52, No. 5, pp. 501-510, May, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.002>.
- Groenewegen, P.P., J. Hansen and S. Ter Bekke (2007), “Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg” [Professions and the future: changing relations within health care], VVAA, Springer Uitgeverij, Utrecht.
- Guaiana, G. and C. Barbui (2004), “Trends in the Use of the Italian Mental Health Act, 1979-1997”, *European Psychiatry*, Vol. 19, No. 7, pp. 444-445.
- Halliwell, E., L. Main and C. Richardson (2007), *The Fundamental Facts. The Latest Facts and Figures on Mental Health*, The Mental Health Foundation.
- Hansson, L., S. Muus, O. Saarento, H.R. Vinding, G. Gostas, M. Sandlund, T. Zandren and T. Oiesvold (1999), “The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: Rates of Compulsory Care and Use of Compulsory Admissions During a 1-year Follow-up”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 34, No. 2, pp. 99-104, February.
- Hendren, R., R. Birrel Weisen and J. Orley (1994), *Mental Health Programmes in Schools*, Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva.
- Hewlett, E., S. O’Connor, M. Borowitz and T. Kendall (forthcoming), *Mental Health in Korea, OECD Review and Recommendations*, OECD Publishing, Paris.
- Husky, M.M., A. Kaplan, L. McGuire, L. Flynn, C. Chrostowski and M. Olfson, (2011), “Identifying Adolescents at Risk Through Voluntary School-based Mental Health Screening”, *Journal of Adolescence*, Vol. 34, pp. 505-511.
- IIMHL – International Initiative for Mental Health Leadership (2012), *2012 Annual Report*, International Initiative for Mental Health Leadership.
- Italian Ministry of Health (2012), *Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell’anno 2010* [Compliance with the provision of LEA, through indicators of the LEA grid. Methodology and results of 2010 data], Directorate General for Health Planning, Office IV, Ministry of Health.
- Italian Parliament (2011), “Revisione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli Ospedali Psichiatrici

- Giudiziari” [Review on life conditions and health care standards within OPGs], Italian Parliament, Senate, available at www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf.
- Jane-Llopis, E. and F. Braddick (2008), “Mental Health in Youth and Education”, Consensus paper. European Communities, Luxembourg.
- Johnston, D., C. Propper, S. Pudney and M. Shields (2011), “Child Mental Health and Educational Attainment: Multiple Observers and the Measurement Error Problem” Institute for Economic & Social Research.
- Jones, I. et al. (2009), “Illness Careers and Continuity of Care in Mental Health Services: A Qualitative Study of Service Users and Carers”, *Social Science & Medicine*, Vol. 69, pp. 632-639.
- Karna, A., M. Voeten, T. Little, E. Poskiparta, A. Kaljonen and C. Salmivalli (2011), “A Large-scale Evaluation of the KiVa Anti-bullying Program; Grades 4-6”, *Child Development*, Vol. 82, pp. 311-330.
- Kessler, R.C. and C.L. Foster (1995), “Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152, No. 7, pp. 1026-1032, July.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas and E.E. Walters (2005), “Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62, No. 6, p. 593.
- KidsMatter (2013), [Online], available at www.kidsmatter.edu.au/, accessed 3 September 2013.
- Kisely, S.R., L.A. Campbell and N. Preston (2005), “Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)”, *The Cochrane Library*.
- Kisely, S.R., J. Xiao and N.J. Preston (2004), “Impact of Compulsory Community Treatment on Admission Rates”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 184, pp. 432-438.
- Lamb, H.R. and L.L. Bachrach (2001), “Some Perspectives on Deinstitutionalisation”, *Psychiatric Services*, Vol. 52, No. 8.
- Lawton-Smith, S. (2006), *Community-based Compulsory Treatment Orders in Scotland, the Early Evidence*, King’s Fund.
- Lawton-Smith, S., Dawson, J. and T. Burns (2008), “Community Treatment Orders Are Not a Good Thing”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 193, No. 2, pp. 96-100.
- Lee, M.S., M. Lee, S. Liao and F. Chiang (2009), “Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine”, *Journal of Formosan Medical Association*, Vol. 108, No. 2, pp. 146-154.
- Lekic, K., J.N. Konec, P. Tratnjek and B. Jereb (2011), “Slovenian Practice Story: 10 Years of e-Counselling Service for Teenagers”, Institute of Public Health Celje, Slovenia, available at www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21685594, accessed 12 June 2013.
- Leucht, S. et al. (2007), “Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Literature”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 116, No. 5, pp. 317-333, November.
- Magliano L., C. De Rosa and A. Fiorillo (2004), “Beliefs of Psychiatric Nurses About Schizophrenia: A Comparison with Patients’ Relatives and Psychiatrists”, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 50, pp. 319-330.
- Magliano, L., J. Read, S. Rega, N. Oliviero, A. Sagliocchi, M. Patalano and A. D’Ambrosio (2011), “The Influence of Causal Explanations and Diagnostic Labeling on Medical Students’ Views of Schizophrenia”, *Academic Medicine*, Vol. 86, pp. 1155-1162.
- Maresca, B., A. Dujin et al. (2011), “Evaluation du Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2005-2008. L’articulation des champs sanitaire, medico-social et social a travers la trajectoire des patients : Le point de vue des professionnels et des usagers”, *Evaluation*, Centre de recherche pour l’etude et l’observation des conditions de

- vic (CREDOC), Paris.
- McCrone, P., M. Knapp, M. Henry, D. McDaid and B. Berrett (2007), *Economics and Mental Health: Costeffectiveness Evidence Review and Economic Implications of Stigma*, London School of Economics and Political Sciences (LSE), Personal Social Services Research Unit (PSSRU).
- Mind (2012), “A Step Forward for Inpatient Rights” [Online] available at www.mind.org.uk/blog/6388_a_step_forward_for_inpatient_rights, accessed 12 September 2013.
- MindMatters (2013), [Online], available at www.mindmatters.edu.au/default.asp, accessed 3 September 2013.
- Mitchell, A.J. and T. Selmes (2007), “Why Don’t Patients Take Their Medicine? Reasons and Solutions in Psychiatry”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 13, pp. 336-346, <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.106.003194>.
- Munk-Jorgensen, P. (1999), “Has Deinstitutionalization Gone Too Far?”, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 249, pp. 136-143.
- Myers, F., A. Woodhouse, I. Whitehead, A. McCollam, L. McBryde, V. Pinfold, G. Thornicroft, R. McBrierty and L. Wilson (2009), *Evaluation of “See Me” – The National Scottish Campaign Against the Stigma and Discrimination Associated with Mental Ill-Health*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- NCCSDO – National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (2004), *User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of the Literature*, Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).
- New Zealand Ministry of Health (2010), *Mental Health, Alcohol and Drug Sector Performance Monitoring and Improvement Report 2009-2010*, Mental Health and Alcohol and Drug Policy Group Population Health Directorate Ministry of Health, available at [www.nsf.health.govt.nz/apps/nsfl.nsf/pagesmh/406/\\$File/MH%20Performance%20Monitoring%20&%20Improvement%20Report%20Q4%202009-10.pdf](http://www.nsf.health.govt.nz/apps/nsfl.nsf/pagesmh/406/$File/MH%20Performance%20Monitoring%20&%20Improvement%20Report%20Q4%202009-10.pdf), accessed 12 June 2013.
- New Zealand Ministry of Health (2005), *Te Tahuu, Improving Mental Health 2005-2015, The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan 2005*, Ministry of Health, Wellington.
- Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (2008), “National and Cross-national Surveys of Patient Experiences: A Structured Review”, Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services), No. 7-2008, available at www.oecd.org/els/healthsystems/39493930.pdf, accessed 14 September 2013.
- Nuijen, J. (2010), “Trendrapportage GGZ 2010 Deel 2 Toegang en zorggebruik” [Trend report mental health care 2010 Part 2, access and use], Trimbos Instituut.
- Obi-Udeaja, J. et al. (2010), “Service User Involvement in Training for the Therapeutic Management of Violence and Aggression”, *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, Vol. 7, No. 2, pp. 185-194.
- O’Brian, A.J., B.J. McKenn and R.R. Kydd (2009), “Compulsory Community Mental Health Treatment: Literature Review”, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 46, pp. 1245-1255.
- ODEP – Office of Disability Employment (2009). *Employee Assistance Programs for a New Generation of Employees: Defining the Next Generation*, US’s Department of Labor’s Office of Disability Employment Policy, available at www.dol.gov/odep/documents/employeeassistance.pdf, accessed 8 July 2013.
- OECD (2013), “Health Spending Continues to Stagnate, Says OECD” [Online], available at www.oecd.org/els/health-systems/health-spending-continues-to-stagnate-says-oecd.htm, accessed 19 November 2013.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- Patana, P. (forthcoming), *Mental Health Analysis Profile: Finland*, OECD Publishing, Paris.
- Pedersen, A.S (ed.) (2009), “SAMDATA Sector Report Mental Health Services 2008” [SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008], SINTEF, Trondheim, available at www.sintef.no/.

- Pinfold, V., H. Toulmin, G. Thornicroft, P. Huxley, P. Farmer and T. Graham (2003), "Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 182, pp. 342-346.
- Pinto-Foltz, M., M.C. Logsdon and J.A. Myers (2011), "Feasibility, Acceptability and Initial Efficacy of a Knowledge-contact Program to Reduce Mental Illness Stigma and Improve Mental Health Literacy in Adolescents", *Social Science & Medicine*, Vol. 72.
- Preston, C. et al (1999), "Left in Limbo: Patients/Views on Care Across the Primary/Secondary Interface", *Quality in Health Care*, Vol. 8, pp. 16-21.
- Quinn, N., L. Knifton, I. Goldie, T. Van Bortel, J. Dowds, A. Lasalvia, G. Scheerder, J. Boumans, V. Svab, M. Lanfredi, K. Wahlbeck and G. Thornicroft (2013), *Nature and Impact of European Anti-stigma Depression Programmes*, Oxford University Press.
- Rethink Mental Illness (2013), *No Decision Without Us? Mental Health in the New NHS*, Summary Report, Rethink Mental Illness, Spring.
- Rives, I., V.P. Poteat, N. Noret and N. Ashurst (2009), "Observing Bullying at Schools: The Mental Health Implications of Witness Status", *School Psychology Quarterly*, Vol. 24, No. 4, American Psychological Association, pp. 211-223.
- Romans, S., J. Dawson, R. Mullen and A. Gibbs (2004), "How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: A National New Zealand Survey", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 38, pp. 836-841.
- Rothon, C., J. Head, E. Klineberg and S. Stansfeld (2011), "Can Social Support Protect Bullied Adolescents from Adverse Outcomes? A Prospective Study on the Effects of Bullying on the Educational Achievement and Mental Health of Adolescents at Secondary Schools in East London", *Journal of Adolescence*, Vol. 34, pp. 579-588.
- Royal College of Psychiatrists (2009), "Mental Health and Social Exclusion. Making Psychiatry and Mental Health Services Fit for the 21st Century", Position statement, Royal College of Psychiatrists, Social Inclusion Scoping Group.
- Saks, E. (2012), "Video TED - Elyn Saks: A tale of Mental Illness - From the Inside", available at www.ted.com/talks/elyn_saks_seeing_mental_illness.html, accessed 6 September 2013.
- Salize, H.J. and H. Dressing (2004), "Epidemiology of Involuntary Placement of Mentally Ill People Across the European Union", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 184, pp. 163-168.
- Sartorius, N. (2009), "Short-lived Campaigns Are Not Enough", *Macmillan Publishers Limited*, Vol. 468, Nature 163, 11 November 2010.
- Sartorius, N. (2007), "Stigma and Mental Health", *The Lancet*, Vol. 370, No. 9590, pp. 810-811, 8 September.
- Sartorius, N. (2002), "Iatrogenic Stigma of Mental Illness: Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists", *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7352, pp. 1470-1471.
- Scott, M., H. Wilcox, I.S. Schonfeld, M. Davies, R.C. Hicks, J.B. Turner 등 (2009), "School-based Screening to Identify At-risk Students Not Already Known to School Professionals: The Columbia Suicide Screen", *American Journal of Public Health*, Vol. 99, No. 2, pp. 334-339.
- Smith, G., C. Kennedy, S. Knipper, J. O'Brien and J. O'Keefe (2005), "Using Medicaid to Support Working Age Adults with Serious Mental Illnesses in the Community: A Handbook", US Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Washington, DC.
- Steffen, S. (2010), "European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness Initiatives on Person-centred Care", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 17, No. 2, pp. 344-346, April.
- Sugarman, P. and N. Kakabads (2008), "A Model of Mental Health Governance", *International Journal of*

- Clinical Leadership*, Vol. 16, No. 1, pp. 17-26.
- Sweeney, A. and J. Wallcraft (2010), “Empowerment in Mental Health – Working Together Towards Leadership”, Meeting in partnership with the European Commission Hosted by EUFAMI 27-28 October 2010, Leuven, Belgium, WHO Regional Office for Europe.
- Szeto, A.C.H. and K.S. Dobson (2011), “Reducing the Stigma of Mental Disorders at Work: A Review of Current Workplace Anti-stigma Intervention Programs”, *Applied and Preventive Psychology*, Vol. 14, pp. 41-56.
- Van der Steenhoven, P. and D. Van Veen (2011), “Factsheet Monitor 2010. Zorg in en om de school – hoofdbevindingen Zorg- en adviesteams in kort bestek [Factsheet Monitor 2010. Care in and around school – main findings care and advice teams], Nederlands Jeugd instituut, Utrecht.
- Waddell, G. and A.K. Burton (2006), *Is Work Good for Your Health and Well-being?*, The Stationery Office (TSO), London.
- WFMH – World Federation for Mental Health (2010), “Mental Health and Chronic Physical Illness: The Need for Continued and Integrated Care”, available at <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf>.
- WHO – World Health Organization (2013), “The WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package”, [Online] available at www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/.
- WHO (2011), *Mental Health Atlas. Italy*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003a), “Mental Health Policy, Plans and Programmes (updated version 2)”, *Mental Health Policy and Service Guidance Package*, World Health Organization, Geneva, available at www.who.int/mental_health/policy/services/2_policy%20plans%20prog_WEB_07.pdf, accessed 11 June 2013.
- WHO (2003b), “Mental Health Legislation and Human Rights”, *Mental Health Policy and Service Guidance Package*, World Health Organization, Geneva, available at www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf, accessed 10 June 2013.
- WHO Regional Office for Europe (2010a), *Mental Health Service User Leadership in Research*, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2010b), “User Empowerment in Mental Health – A statement by the WHO Regional Office for Europe”, *Empowerment Is Not a Destination, But a Journey*, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2010c), “Empowerment in Mental Health – Working Together Towards Leadership”, Meeting in partnership with the European Commission hosted by EUFAMI 27-28 October 2010, Leuven, Belgium.
- WHO Regional Office for Europe (2008), *Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges*, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wierdsma, A.I. and C.L. Mulder (2009), “Does Mental Health Service Integration Affect Compulsory Admissions?”, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 9, September.
- Woolley, S. (2010), “Involuntary Treatment in the Community: Role of Community Treatment Orders”, *The Psychiatrist*, Vol. 34, pp. 441-446.
- WPA – World Psychiatric Association (2005), *Schizophrenia, Open the Doors Training Manual. The WPA Global Programme to Reduce Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia*, World Psychiatric Association, Switzerland.
- Zinkler, M. and S. Priebe (2002), “Detention of the Mentally Ill in Europe – A Review”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 106, pp. 3-8.

경제협력개발기구

OECD는 세계화에 따른 경제, 사회, 환경 문제에 대응하기 위해 각국 정부가 함께 모여 노력하는 특별한 포럼이다. OECD는 지배구조, 정보, 경제, 인구 고령화와 같은 새로운 변화에 문제에 대처하는 정부를 이해하고 도움을 주는 데 앞장서고 있다. OECD는 각국 정부가 각자의 정책경험을 비교하고, 공통과제에 대한 해결책을 모색하며, 모범사례를 확인하고, 국내외 정책을 조율하기 위해 노력할 수 있는 환경을 제공하고 있다.

OECD 회원국은 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국이다. 유럽연합(EU)도 OECD 사업에 참여하고 있다.

OECD 출판물은 회원국이 동의한 협약, 지침, 기준뿐만 아니라 경제, 사회 및 환경적 사안과 관련하여 수집된 통계와 연구 결과를 널리 전파하고 있다.

정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대

정신보건의료 문제를 방치한 결과
발생하는 사회경제적 비용

발 행 일 : 2015년 12월

원 저 : OECD

번역·발행 : OECD 대한민국 정책센터(사회정책본부)

서울시 종로구 율곡로 33 안국빌딩 5층

Tel. 02 3702 7143 Fax. 02 3210 1313

www.oecdkorea.org

인 쇄 : 월드프린테크

OECD 보건의료정책 연구

정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대

정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용

정신질환은 개인, 가족, 사회, 보건의료제도 및 경제에 큰 부담을 준다. 하지만 여전히 보건의료정책에서 정신보건医료를 등한시하는 국가가 매우 많다. 이 보고서는 정책결정자, 정신보건의료 제공자, 전문가가 정신보건医료를 강화하는 데 도움이 될 경험적 근거와 사례를 제시하고 있다.

목 차

요약

평가 및 권고사항

제1장 정신질환 비용

제2장 경증 및 중등도 정신질환에 대한 더 나은 진료

제3장 중증 정신질환자를 위한 조직, 지불, 진료의 통합성 개선

제4장 정신보건医료의 질 평가 및 자료수집 개선

제5장 정신보건医료제도의 성과 향상 위한 숙련된 인력개발

제6장 더 나은 정신보건医료를 위한 올바른 관리

