국가 정신건강증진사업의 현황과 향후 과제 : 부문 간 협력을 중심으로

채은희*, 이효영**†

* 국립서울병원 정신보건연구센터 정신보건 연구과

** 이효영, 동서대학교 보건행정학과

Tasks for Present and Future of National Mental Health Promotion in Korea : Focused on Inter-Sectoral Collaborations

Eun-Hee Chae*, Hyo Young Lee**†

* Department of Mental Health Education Research Center, Seoul National Hospital

** Department of Health Administration

<Abstract>

Objectives: The purpose of this manuscript was to come up with ideas about supportive policies and multi-sectoral collaboration for Mental health Promotion. **Methods:** The authors reviewed about 40 various international & internal scientific articles including WHO's publications related with mental health programmes and mental health promotion. Besides, we reviewed inter-sectoral and multi-sectoral collaborations of mental health works for policy recommendations. **Results:** There are many problems in present mental health services; lack of budgets, existence of many vulnerable people, lack of mental health indexes, low accessibilities to mental health services, lack of supportive policies, and no existence of comprehensive control tower. **Conclusions:** It is important to strengthen public mental health services focused on health promotion. In addition, reinforcement of the infra-structures and establishment of a comprehensive control tower for mental health promotion should be done immediately. The control tower will have specific roles in structures of different government sectors and infrastructures for inter-sectoral collaboration.

Key words: Mental health promotion, Mental health service, Mental health policy

I. 서론

현대사회에서 정신건강은 우리들 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인 중의 하나로서 빠르게 변화하는 사회 환경 속에서 건강하게 적응하며 얼마나 정신·심리적 안정감을 유지하고 사는가는 매우 중요한 이슈가 되고 있다. 우리나라는 급속한 산업발전과 경제 성장으로 세계경제규모가 10위 권역에 있지만 짧은 기간에 급속히 진행된 고령화와 전통적 가족구조의 붕괴, 획기적인 IT의 발전, 세계화와 경제적 불안정 등으로 대부분의 사람들이 정신·심리적 문제

를 일으키는 다양한 스트레스 속에서 생활하고 있다고 해도 과언이 아니다.

정신질환은 개인적인 심리특성 뿐만 아니라 과도한 경쟁, 지지체계의 감소와 사회적 소외, 상대적 빈곤과 같은 다양한 사회경제적 요인, 보건의료제도 및 정책과 같은 국가적 요인 등 복합적인 요인의 영향을 받는다(Na, 2011a). 현재 우리나라는 여러가지 사회경제적 상황속에서 정신건강 취약계층의 지속적인 증가와 정신건강의 양극화의 심화라는 문제에 직면해 있으며 이를 해결하기 위해 국가의 적극적 개입과 실천적 관리가 시급한 실정에 있다.(Chae,

Corresponding author : Hyo Young Lee

Department of Health Administration, Dongseo University, San 89-1, Jurye 2dong, Sasang Gu, Busan, Korea

부산시 사상구 주례 2동 산 69-1번지, 동서대학교 보건행정학과

Tel: 051-320-2725 010-5261-4469 E-mail: princesa@gdsu.dongseo.ac.kr

▪ 투고일: 2013.08.19

▪ 수정일: 2013.09.23

▪ 게재확정일: 2013.09.26

2012). 더욱이 한국 사회에 만연해 있는 정신질환에 대한 부정적 인식과 편견은 낙인효과로 이어져 중증만성정신질환자의 재원을 및 장기입원율을 증가시키고, 초기단계나 경증을 앓고 있는 정신질환자들의 조기진단과 치료의 기회를 가로막고 있음에도 불구하고(Chae, 2012; Warner, 2005; World Health Organization [WHO], 2001) 일반인들은 정신건강 예방·관리의 필요성을 인식하지 못하고 있다(Back, 2012). 2011년 정신질환실태 역학조사(Ministry of Health and Welfare & Seoul National University, 2011)에 의하면, 일반인구의 27.6%가 평생 중 한 번 이상은 정신질환을 경험한다고 보고하였으나, 이들 중 정신과 전문의와 기타 정신건강 전문가를 통한 상담·치료를 받은 비율은 15.3%에 불과하고 85% 정도가 정신의료서비스를 이용한 적이 없다고 하였다. 선진국의 정신의료서비스 이용률에 비해 매우 낮은 수준으로 미국이 2010년 39.2%, 호주가 2009년 34.9%, 뉴질랜드가 2006년 38.9%와 비교가 되는 낮은 수치이다(WHO, 2011).

또한 정신건강에 위해가 될 수 있는 사회적 환경과 우리나라의 열악한 정신건강지표 등 정신건강의 문제에 관해 많은 전문가와 정부 관계자가 연구와 논의과정을 통해 국가적 차원에서의 해법을 모색해 왔으나 아직까지 국민이 현실에서 체감할 수 있을 정도의 노력은 부족한 실정이다 (Lee, 2012b). 특히, 정신건강 증진 측면에서 현실적으로 해결해야 할 많은 문제점 중에서도 선진국에 비해 턱 없이 낮은 정신건강분야의 예산규모, 분절되거나 중복된 정신보건서비스체계, 높아진 국민의 정신·심리적 건강욕구에 부합하는 선제적 정책개발 미흡, 정신건강서비스의 낮은 접근성, 정신보건 전문 인력의 비효율적 활용성, 관련법과 규정의 사전 제도개선 미비 등은 국가의 다른 주요정책에 밀려 미온적이고 단기적 관점에서 수행된 정신건강 관련정책의 단적인 예라고 할 수 있다(Ministry of Health & Welfare, 2012a, 2012b). 물론 2012년 제3차 국민건강증진종합계획 (HP2020)에서 5개의 정책목표와 이를 위한 25개의 실천목표를 설정하며 진일보한 새로운 정책 등이 제시되기도 했으나 여러 가지 현실적 어려움으로 인해 면밀한 사전조사와 적절한 예산 및 제도적 뒷받침의 부재 하에 제시되는 실효성이 의문이 드는 정책도 일부 포함되어 있다(Ministry of Health & Welfare, 2012c).

2012년 상반기 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development [OECD])가 본 한국의 정신건강정책 과제가 발표되었으며, 2013년 5월에는 WHO 총회에

서 향후 8년 동안 전 세계 여러 국가의 정신보건 방향을 변화시킬 수 있는 종합적인 정신보건액션플랜 2013-2020을 채택하였다(Lee, 2012a, 2012b; WHO, 2013). 뿐만 아니라 우리나라는 2013년 하반기에 정신보건법의 전면개정을 앞두고 있어, 이러한 중차대한 변화의 시기에 국내·외 우리나라 정신보건의 주요현황을 재검토하여 우선순위와 실현가능성을 바탕으로 한 합리적인 정신건강 개선방안을 도출해내는 것이 필요할 것이다. 따라서 본 연구는 세계보건기구 및 국내외 보고서와 논문들을 고찰하여 정신건강증진을 위한 지지적인 정책과 향후 과제를 도출하고자 한다.

II. 연구방법

국내·외 정신보건현황 및 정책적 과제에 대해 알아보기 위하여 국내·외 보고서와 학술논문을 중심으로 문헌고찰을 하였다. 세계보건기구 및 보건복지부, 국립서울병원 및 관련기관의 정책보고서를 검토하였고, DBpia와 KISS (Koreanstudies Information Service System), RISS (Research Information Service System)의 국내 문헌 검색엔진을 통해 ‘정신보건사업’, ‘정신보건 체계’, ‘정신건강 증진’ 등을 검색하여 2000년부터 2013년까지 발간된 학술논문 중 전체 정신보건사업의 정책 및 현황을 살펴볼 수 있는 논문 40여 편을 중심으로 현황과 문제점을 파악하여 지지적 정책과 부문 간 협력 등 문제를 해결하고 보완할 수 있는 향후 과제를 도출하고자 하였다.

III. 연구결과

1. 정신건강 증진을 위한 국제적 흐름

1) 세계보건총회 액션플랜 2013-2020 (WHO, 2013)

2013년 5월 27일 열린 제 66회 세계보건총회에서는 포괄적인 정신보건 액션플랜 2013-2020 (Comprehensive mental Health Action Plan 2013-2020)을 채택하고 각 회원국에게 액션플랜에서 제안하는 행동들을 우선순위로 정하여 국가적 상황에 맞게 실행할 것을 촉구하였다(World Health Assembly, 2013). 이를 위해 2012년부터 135개 WHO 회원국, 60개의

WHO 협력센터와 학술센터, 70여개의 비정부기관(NGOs), 그리로 기타 17개 기관과 전문가들의 자문을 거쳐 4개의 핵심적인 목표를 정하였고, 그 결과 이번에 발표한 액션플랜 2013-2020에서는 이를 위해 회원국, 사무국, 협력자들에게 제안하는 구체적인 행동을 담고 있다. 액션플랜의 4개 핵심 목표와 이에 따른 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 정신보건의 효과적인 리더십과 거버넌스 강화

정부는 국민의 다양한 정신건강 수요를 충족시키고 정신건강을 증진시키기 위해 책임감을 가지고 합리적인 정신건강 정책, 제도 및 서비스 개발을 이끌어 나가야 한다. 정부가 책임감을 가지고 국가 보건 정책 안에서 통합된 정신보건서비스를 제공할 때 정신건강 증진을 위한 노력은 더 강력하고 효과적일 수 있다. 따라서 회원국들이 정신보건 뿐 아니라 관련된 모든 부문에서 정신보건 정책, 법, 프로그램 등을 개발하고 강화하며 실행할 것을 권고한다. 또한 정신보건 수요에 따라 정신보건 계획을 수립하고, 근거에 기반을 둔 정신보건 계획을 수행하기 위한 인적 및 기타 자원을 파악하여 예산을 분배하도록 제안하고 있다. 이러한 과정에 관련된 모든 이해관계자들의 참여와 협의를 강조하며 특히, 정신장애인과 그들이 속한 단체의 참여를 보장하기 위해 공식적인 역할과 권한을 부여할 것을 강조한다.

(2) 포괄·통합적이며 정신건강 욕구에 부합하는 지역사회기반 정신보건 및 사회복지서비스 제공

정신건강욕구에 적절하게 대응하지 못하는 보건시스템으로 인해 치료와 욕구간의 간극이 매우 크며 치료의 질도 높지 못한 실정이다. 이를 해결하기 위해 세계보건총회 Action Plan 2013-2020에서는 포괄적인 지역사회기반 정신보건 및 사회복지 서비스 개발을 제시하고 있다. 정신보건 케어와 치료를 종합병원(general hospital)과 일차의료(primary care)로 확고한 연계체계 확립을 통해 다양한 수준의 보건시스템과 서비스 제공자 사이에서 치료의 연속성을 보장하여, 공식 및 비공식적 케어 제공자들의 효과적인 협력과 정신질환자들의 자가 관리(self-care) 향상을 통해 서비스의 접근성을 높이고 질을 향상시킬 수 있다.

지역사회에 기반을 둔 서비스의 전달은 정신장애인들이 원하는 목표를 달성할 수 있도록 지원하는 회복기반의 접근을 사용하며 그들의 목소리를 통해 생애 주기별 다양한

욕구를 파악하고 정신장애인들을 치료과정에 참여시킨다. 정신장애인들이 고용, 주거, 교육, 지역사회 활동 등과 같은 기본적인 것들이 없어서는 안 되는 영역에 참여할 수 있도록 다양한 부문과의 협력은 필수적이다. 또한, 정신보건인력의 부족을 해결하고 정신보건 서비스의 확대를 위해 정신보건을 일반보건 및 복지 서비스 등으로 통합하고 다양한 영역의 서비스 제공자들이 모든 단계의 케어에서 정신건강을 증진시키는 통합적인 접근을 하도록 훈련시키는 것을 제안한다. 이러한 맥락에서 정신보건 전문가들의 역할은 정신보건서비스를 제공하는 다른 영역의 종사자들에게 수퍼 비전(super-vision)과 지원을 제공하는 것을 포함하는 방향으로 확대되어야 한다. 또한 대학 및 대학원의 교과과정에 정신보건을 포함시킴으로써 보건영역 종사자들의 지식과 기술을 연마할 수 있도록 돕는다.

(3) 정신건강 증진과 예방을 위한 전략시행

정신장애인을 위한 보건정책과 서비스 개발이 중요한 만큼 전 국민의 정신건강을 보호하고 증진시키는 것 역시 매우 중요하다. 정신건강은 전 생애에 걸쳐 발달하고 인생의 초기단계는 정신건강 증진과 정신장애 예방을 위해 중요한 시기이다. 뿐만 아니라, 아동·청소년의 정신건강을 위한 조기개입을 강조하며 근거에 기반을 둔 심리사회와 비 약물적 개입을 통한 조기개입이 우선적으로 제공되어야 하고 입원 치료 또는 의료화(medicalization)되는 것을 지양하여야 한다고 얘기한다. 또한, 자살예방의 중요성에 대해서도 언급하고 있다. 자해나 자살수단의 접근을 통제하고(충기류, 농약, 과다 복용될 수 있는 중독성약물 등), 언론의 책임 있는 보도, 자살 고위험자를 위한 보호, 자살행동 및 정신질환의 조기발견과 관리 등이 자살예방을 위한 전략으로 사용될 수 있다. 정신건강과 관련된 위험요소와 예방요인에 대한 올바른 정보를 제공하기 위한 정부의 주도적인 역할 역시 국민의 정신건강 증진과 예방을 위해 강조되고 있다(WHO, 2013).

(4) 정신건강 정보시스템과 정신건강을 위한 근거와 연구 강화

연구를 통한 새로운 지식의 창출은 근거와 양질의 서비스에 기반을 둔 정책과 활동을 가능하게 하며, 관련된 정보 또는 감시체계(surveillance frameworks)를 적절하게 사용하는 것은 정신보건 욕구를 파악하고 그에 상응하는 계획을

세우며, 계획의 실행을 평가하는 것을 가능하게 한다. 그러나 대부분의 빈곤국과 소득수준이 중간정도인 국가는 정신보건 정보시스템이 부재하거나 매우 기초적인 실정이다. 또한 정신보건정보시스템을 보건정보시스템으로 통합하고 성별, 연령별로 분류된 정신보건 핵심 정보를 파악, 분석하여 사용할 것을 제안하고 있다. 또한 정신보건 서비스 개발과 실행, 정신질환자에 의한 인권실천에 대한 학문적 연구들을 보다 잘 실행하기 위해 학문·교육기관을 설립하는 것과 같은 국가우선순위를 정하고 연구역량과 학계의 협력을 증진시킬 것을 강조한다. 정신보건 연구 강화를 위해 정신장애인과 관련이해관계자들의 의견을 반영할 뿐 아니라 문화적으로도 적절하며 비용효과적인 연구를 수행하는 것은 필수적이다(WHO, 2013).

2) OECD가 본 한국 정신건강정책의 과제(Ministry of Health & Welfare, 2012a)

보건복지부의 요청에 의해 2012년 7월경 한국의 정신건강 체계 분석을 위한 OECD 실태조사가 실시되었다. OECD는 조사단을 파견하여 한국의 정신건강 체계가 직면하고 있는 핵심 과제들을 파악하고 체계를 강화하기 위해 다음과 같은 사항을 권고하였다.

(1) 입원중심에서 지역사회 기반으로

현재 한국의 정신건강 서비스는 병원 및 기타 장기 시설의 입원치료를 중심으로 제공되고 있다. 하지만 정신건강 문제의 영역이 좀 더 복잡화되고 다양화되는 경향에 맞추어 OECD는 이와 관련하여 다른 회원국의 경우와 같이 지역사회 중심의 서비스와 일차의료의 확대를 제안하였다[Figure 1].

[Figure 1] The present scope of mental health problems

이를 위해서는 현 제도의 모든 보상체계와 구성요소가 조정되어야 하며 지역사회 서비스와 지원체계에 대한 상당한 초기투자가 선행되어야 한다. 또한 서비스를 디자인하고 관리하는 과정에서 서비스 이용자와 보호자의 역할을 확대할 것을 강조한다. 입원치료는 치료의 안전성과 효과성을 보장하고 환자의 존엄성과 웰빙을 제고하는 방향으로 검토되어야 하며 입원시설의 환자 규제를 완화하고 개선하며 잠재적인 인권침해를 방지하기 위한 규정과 관리감독이 필

요하다고 지적하였다.

(2) 국민 정신건강증진 : 정신적 스트레스 인식 및 해결

전 국민의 정신건강증진을 위해 정신적 스트레스 관련 지표와 정신적 고통, 불안, 우울증 간의 상관관계를 파악하고, 정신건강 관련 문제에 대한 낙인현상을 개선하며, 필요한 서비스로의 접근성을 높일 것을 제안한다. 경증 정신 질

환의 경우, 치료를 위한 지역사회 서비스가 부족한 실정이며 영국의 (Increasing Access to Psychological Therapies [IAPT])와 같은 프로그램을 통한 심리치료의 확대는 적절한 해결책이 될 수 있다. 적절한 훈련과 지원을 통해 일차 의료 및 2, 3차 의료 영역에서 정신보건문제를 다룰 수 있는 역량을 구축함으로써 모든 의료 환경에서 정신건강에 대한 문제들을 파악하고 다루어 질 수 있도록 한다.

(3) 관리체계와 리더십

정신건강 증진을 위한 노력은 보건복지부뿐 아니라 다양한 정부 부처의 포괄적인 접근을 필요로 하며 전체를 총괄하는 주무부처가 있어야 한다. 정신보건 영역의 변화를 신중하고 효과적으로 이행하기 위해서는 정신보건체계 거버넌스의 개선이 필요하며 보건복지부가 리더십을 가지고 주도적인 역할을 수행하여야 한다. 지역사회 차원에서도 다양한 부문을 넘나드는 양질의 서비스 기획과 전달을 보장하기 위해 명확한 관리체계를 수립하는 것이 중요하다.

나아가 한국 정신건강 체계의 변화를 위해서는 가장 효과적인 방안에 대한 재정지원을 증가시켜야 한다.

2. 국가정신건강증진사업의 현황과 문제점

1) 주요 정신건강 유병률 및 정신보건 시설 현황

2011년 보건복지부에서 실시한 「정신질환실태 역학조사」를 통해 우리나라 정신장애인의 수를 추정하면 다음의 <Table 1>과 같다. 모든 정신장애의 1년 유병률은 16.0%로 18세 이상 74세 이하 성인 중 최근 1년간 한 번 이상 정신질환을 경험한 사람이 전체 인구의 16.0%에 해당하는 577만 명으로 나타났다. 니코틴과 알코올 사용장애를 제외한 모든 정신장애의 1년 유병률은 10.2%로 이는 18세 이상 74세 이하 성인 10명중 1명에 해당하며 전국 인구로 추산하면 3,681,943명으로 추정된다. 알코올 사용장애의 1년 유병률은 4.4%(약 158만 명), 정신병적장애, 기분장애, 불안장애의 1년 유병률은 10.8%(약 389만 명)로 나타났다.

<Table 1> The expected prevalence and numbers of mental illness per one year

psychiatric problems	Men		Women		Total	
	prevalence (%)	n	prevalence(%)	n	prevalence(%)	n
Total psychiatric problems	16.2	2,918,249	15.8	2,857,208	16.0	5,775,597
Total psychiatric problems without nicotine related problems	11.5	2,071,597	15.5	2,802,958	13.5	4,873,160
Total psychiatric problems without nicotine & alcohol related problems	6.1	1,098,847	14.3	2,585,955	10.2	3,681,943
Alcohol related problems	6.6	1,188,916	2.1	379,756	4.4	1,588,289
Psychosis	0.2	36,028	0.5	90,418	0.4	144,390
Mood disorder	2.3	414,319	4.9	886,096	3.6	1,299,509
Anxiety disorder	3.7	666,514	9.8	1,772,193	6.8	2,454,629

Source : Ministry of Health & Welfare·Seoul National University. (2011).

2011년 6월 현재 전국 정신보건 시설 및 기관은 1,718개로, 정신보건센터 164개, 정신의료기관 1,273(국공립 18개 포함), 정신요양시설 59개, 사회복귀시설 255개, 알코올 상

담센터 43개가 있다. 정신보건센터는 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건

사업 기획·조정 등을 담당하고, 정신의료기관은 정신질환 자치료, 정신요양시설은 만성 정신질환자 요양·보호를, 사회복지시설은 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복지 추진을 위한 훈련 실시하고, 알코올 상담센터는 알코올중독 예방, 중독자 상담·재활훈련 등을 담당하고 있으나 전체 유병률에 비해 시설 및 기관이 턱없이 부족함을 알 수 있다(Ministry of Health & Welfare, 2012a).

2) 정신건강지표의 부재와 낮은 행복지수

정신건강은 빈곤, 취업, 문화 등 다양한 사회적·환경적 요인의 영향을 받는 것으로 사회적·환경적 요인의 다양한 영역을 포함하는 포괄적이면서 영역 간의 상호관계를 고려한 접근이 필요하며 이를 위해서는 다양한 영역의 정신건강 관련 요인들을 요약해서 나타낼 수 있는 통계 자료, 지표 등의 정보가 필수적이라고 할 수 있다(WHO, 2011). 이에 WHO 및 OECD와 주요 국가들에서는 국민정신건강지표를 개발하여 국민의 정신건강상태 파악, 정책수립을 위한 과학적 근거를 마련하고 정책 실천의 과정과 결과를 모니터링하는 등 국가적 사업으로 정신건강지표 정립을 체계적으로 시행해나가고 있다(Lee, 2012a). 하지만 우리나라는 한국의 정신건강을 나타낼 수 있는 정신건강지표가 미미한 실정이며, 실제 정신보건지표를 산출하기 위한 노력도 단편적으로만 이루어지고 있다. 우리나라의 정신보건 분야의 통계지표로는 정신질환자 역학조사와 장애인 실태조사 중 일부 정신장애인에 대한 자료(Ministry of Health and Welfare & Seoul National University, 2011), 국민건강영양조사에서의 스트레스 및 우울, 자살충동 등의 정신건강 관련 자료(Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2011), 정신장애로 인한 활동제한 유무 자료(Korean National Mental Health Commission, 2011)만이 분절적으로 조사되고 있어 국가차원에서 전 국민의 정신건강을 체계적으로 통합하여 조사, 관리할 수 있는 시스템은 거의 없다고 볼 수 있다.

정신건강지표는 단지 정신질환 및 정신적 어려움(distress)만을 나타내는 것은 아니다. WHO (2011)는 정신건강을 단지 정신장애의 부재만이 아니라 ‘개인이 자신의 잠재능력을 발휘하고, 일상적인 생활 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일을 할 수 있고, 그가 속한 공동체에 기여할 수 있는 웰빙 상태’라고 정의하고 있다. 따라서 국민의 정신건강을 파악하고 그 추이를 모니터링하기 위해서

는 정신건강의 부정적인 측면뿐만 아니라 웰빙 및 행복 등과 같은 정신건강의 긍정적인 측면 역시 정신건강지표에 포함되어야 할 것이다. 높은 정신건강 및 웰빙 상태와 유사한 개념으로 언급되는 행복은 삶의 전반 또는 가족, 직업 등 삶의 중요 중요한 영역들을 평가하는 과정에서 발견되는 감정으로 포괄적 특성을 갖고 있으나 개인이 추구하는 목표, 이상 및 유능함까지 다루는 심오한 것이어서 삶에 대한 통합적 평가를 통해 느끼는 만족, 기쁨, 호뭇함 등이 어우러진 감정이나 이들보다 넓고 깊은 의미를 담고 있다(Averill & More, 1993; Hyun, 2004). 각 개인의 주관적 평가 영역이자 실체가 없는 행복 수준을 측정하는 것은 쉬운 일이 아니지만, 경제협력개발기구는 2011년 창설 50주년을 맞아 세계 각국 상황에 공통적으로 적용할 수 있는 행복 지수로서 각국의 경제지표와 여론조사를 통해 주거환경, 소득, 삶의 만족도, 일과 삶의 균형 등 11개 평가 항목이 포함된 ‘더 나은 삶의 시작(BLI·Better Life Initiative)’을 개발하였다(Ministry of Health & Welfare, 2012a).

한편, 우리나라 국민들의 행복수준 지표들의 수준 역시 다른 나라 국민들에 비해 상당히 낮은 편이다. 최근 국내 총생산과 같은 경제지표로는 나타낼 수 없는 생활의 만족도나 삶의 풍요로움을 지표화한 행복지수(Better Life Initiative)는 OECD 전체 34개국 중에서 우리나라가 32위로 최 하위권에 머물렀다(Cho, 2012; Lee, 2012b). 최근 언론에 보도된 2012년 ‘대한민국 행복 보고서’에 의하면 국민 1,000명에게 ‘지금 당신은 행복 하십니까’라는 질문에 ‘행복하다’는 응답은 고작 33.1%였고 행복에 대한 기대감도 크게 낮았으며 응답자의 41.4%는 ‘노력한 만큼 행복해지지 않는다’고 대답했다. 그러나 행복에 영향을 미치는 여러 요인 중 개인의 소득은 8% 정도에 불과하고, 기초 생활수준이 어느 정도 충족되면 행복은 소득보다 개인이 속한 공동체의 상황, 정신·육체적 건강, 가치관에 더 큰 영향을 받는 것으로 나타났다. 일반적으로 경제적 사유가 행복의 요건으로 생각하였으나, 실질적으로 소득수준이 어느 정도에 달하면, 경제적 요인이 행복에 미치는 영향이 미미하였다(Korea Economic Newspaper, 2012). 이러한 결과는 높은 경제 성장에 비해 우리나라 국민들의 주관적인 삶의 질이 매우 낮을 뿐 아니라, 스트레스나 삶의 문제들을 개인적 차원뿐 만 아니라 국가적, 정책적 차원에서의 접근이 필수적임을 시사한다. 이렇듯 열악한 정신건강지표와 낮은 행복지

수를 통해 국가는 국민의 기본권인 행복 추구를 지원해야 하는 의무를 소홀히 하고 있는 것은 아닌지 다시 한 번 점검해 볼 필요가 있을 것이다.

국민의 정신건강을 높이기 위해서는 국내에서 수행되고 있는 현 정신건강 관련 조사만을 바탕으로 우리나라 전반적인 정신건강 상태 및 정신보건 수준, 변화 추이를 전체적으로 파악하여 국민 정신건강을 관리하는 포괄적인 정책을 마련하기에는 다소 무리가 있다고 볼 수 있다. 향후 장기적이고 체계적인 정신건강 발전 방향을 제시할 수 있는 정신건강지표의 개발을 위한 국가적 차원에서의 노력이 이루어져야 할 것이다.

3) 정신건강 취약계층 및 미 충족 정신보건 분야 증가

우리나라의 건강증진사업은 1995년 『국민건강증진법』 제정 이후 양적·질적 측면에서 많은 발전을 거듭하여 왔다. 그러나 지금까지의 건강증진정책은 국민들의 보다 나은 삶의 질과 웰빙에 대한 욕구 충족을 위해 정신건강이 갖는 중요성에도 불구하고 육체적 건강에 중점을 둔 나머지 정신건강에 대한 정책적 관심과 투자가 매우 부족했다(Lee, 2012b).

세계화와 함께 경제 위기, 실업, 빈곤 및 인구구조의 변화는 취약계층문제에 우리 사회가 복잡하게 경험하는 경제·사회적 요인들로 작용하고 있다. 게다가 변화하고 있는 정신건강 환경 속에서 정신·심리적 건강의 위험요인이 되는 우울, 자살, 스트레스, 중독 뿐 아니라 우리사회에 새롭게 적응해야하는 이주노동자, 결혼이민자 및 북한이탈주민의 꾸준한 유입으로 정신·심리적 건강이 취약한 계층은 점점 크게 양산되고 있다(Ministry of Gender Equality & Family, 2012). 게다가, 이에 따른 2차적 문제로 노인 학대와 노인 정신건강문제의 증가, 도박이나 알코올 및 마약 중독문제, 또 생애주기에 따르는 임신, 실직, 이혼, 배우자 상실 등으로 사회 전반에 걸쳐 다양한 정신건강의 문제가 발생하고 있다(Kang, 2009). 도시와 농촌간의 불균형적인 정신건강서비스의 인프라도 미 충족 정신보건 대상자 증가에 일조하고 있다. 이렇듯 아직 정신질환에 이환되지는 않았으나 관리적 측면에서 국가가 볼 때 필수 정신의료서비스의 대상자가 될 가능성이 높은, 고위험 국민들이 사회 곳곳에 산재하고 있다고 볼 수 있다(Korean National Human Rights

Commission of Korea, 2009).

경제적 관점의 외부효과와 공공서비스의 성격이 강한 정신보건 분야의 특성상 정신건강증진문제는 국민 모두의 문제라는 인식에서 출발한 사회적문제로서 사회협력을 통하여 보편화를 이끌어 내는 것이 정신보건문제를 성공적으로 해결할 수 있는 주요한 과제라고 할 수 있다. 즉, 정신보건서비스는 특정한 대상에게만 국한 된 것이 아니라 서비스의 욕구를 가진 국민은 누구나 손쉽게 이용할 수 있어야 한다. 하지만 정신건강서비스 욕구를 갖고 있는 수요자의 극히 일부만 서비스를 이용하고 있어 국가의 적극적 관리와 개입이 요구되는 미 충족 정신보건 분야의 규모가 점점 커지는 실정이다. Kim & Ahn (2007)의 우리나라 18세 이상 성인의 정신건강 욕구 해결방법에 관한 연구결과에 의하면, 혼자서(50.2%), 친구(22.7%), 가족(14.6%)의 순으로 의논하였고, 전문가 활용은 0.7%에 불과하여 주로 혼자서 해결하는 방법을 선호하고 있다. National Health Insurance Service (2011)은 우울증의 경우 약 5개월 이상의 지속적인 치료가 필요함에도 불구하고 3개월 동안 지속된 항 우울제 순응도는 24%로 매우 낮은 순응도를 보였다.

특히, 우리나라 15~19세의 인구 10만 명당 자살사망률은 1990년 6.3명에서 2009년 10.7명으로 계속 증가하였으며(Jung, 2010) 자살의 가장 큰 원인은 정신적 문제가 29.5%로 정신적 어려움과 자살 간에 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Ministry of Health & Welfare, 2012a). 이와 같이, 사회적 여건으로 인하여 고위험군으로 편입되는 정신·심리적 사회취약계층이 증가함에도 불구하고 정신보건 예산 및 인프라 부족, 관련 정책 및 제도 미비로 인해 미충족 정신보건 서비스 대상자인 취약계층이 점차 늘어나고 있는 추세이다(Ministry of Health & Welfare, 2012a). 따라서 시간이 흐를수록 가중될 우려가 있는 미 충족 정신보건서비스 문제의 해결을 위해 보건과 복지를 아우르는 정신사회적 개입과 사례관리 등 국가차원의 접근전략 모색이 요구된다.

4) 정신질환에 대한 국민의 낙인효과 지속

일반적으로 편견과 고정관념, 차별 및 낙인(stigma) 등의 용어는 혼용되어 사용되기도 하지만, 정신 질환자 및 정신장애인에 대한 편견은 고정관념에 의해 감정적 반응을 보이는 것이고, 스티그마는 사고, 감정, 행동 모두를 포함하는 다차원적 개념이다(Penn, Chamberlin, & Mueser, 2003).

즉, 스티그마는 정신장애인의 속성에 대해서 사람들이 인식하는 인지적 개념인 고정관념, 정서가 내포된 편견, 그리고 편견에 의해서 야기되는 일련의 차별 경험과 행위를 말한다(Cho, 1999). 정신 장애인에 대한 편견은 사회에서 나타나는 편견 중에서 가장 심각한 양상으로서(Cho, 2012; Stout, Villegas, & Jennings, 2004), 그 어떤 편견희생자 중에서도 주거, 교육, 직업, 혼인 등과 같은 생활 전반에서의 차별로 이어져 가장 극심한 사회적 배제의 대상이 되고 있다(Chang & Woo, 2011; Corrigan, Watson, Warpinski, & Gracia, 2004; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Penn et al., 2003). 또한, 정신질환에 대한 편견과 차별은 정신장애인 스스로에게도 부정적인 인지·정서·행동적 반응을 나타내므로 정신장애인 자신에게도 편견적 이미지의 내재화를 초래하여 스스로를 무력화시키거나 적극적인 치료적 노력을 주저하게 만드는 등(Brown & Bradley, 2002; Stout et al., 2004) 치료과정의 지연으로 문제의 악순환을 초래하게 한다. 즉, 정신질환에 대한 편견은 정신 장애인에게 내면화되어 스스로를 위축하고 고립시켜 정신장애인의 자기 효능감(self-efficacy)을 감소시키고(Link et al., 1999), 차별행동은 정신장애인의 주거, 고용, 사회적 지지의 기회를 떨어뜨려 정신장애인의 개인적 불안과 가족의 스트레스를 증가시킨다(Warner, 2005).

이와 같이 정신질환자에 대한 편견은 개인의 인지적·감정적 반응을 넘어 정신질환을 가진 모든 사람들에 대한 차별적 행동을 야기하는 결과를 가져오게 됨으로써 정신장애인의 사회적 고립과 대인관계 기술부족은 일반인들의 부정적 인식을 더욱 강화시켜 더 심한 차별을 낳는 악순환이 반복된다. 최근에는 전반적으로 장애인에 대한 인식이 증가하면서 정신질환자에 대한 사회적 책임이 강조되고 집단으로 거주하고 있는 시설 내에서도 그들의 인권이 존중되어야 한다는 패러다임의 변화가 확산되고 있다. 그러나 여전히 정신질환자에 대한 감정은 두렵고 무서우며 그들과 개인적 관계를 갖거나 이해관계가 얽히는 것에 대해서는 부정적이고 주저하는 등의 이중적 태도가 나타나고 있다(Seo, Kim, & Lee, 2008). WHO는 정신장애에 대한 스티그마는 정신질환 치료에서 가장 심각한 장애가 된다고 보고하고(Warner, 2005; WHO, 2001), 정신장애인 스스로도 증상으로 인한 어려움보다 질환에 대한 사회적 반응에서 더 어려움을 겪는다고 말하고 있어(Granello & Pauley, 2000), 정신장

애인에 대한 사회의 편견이 이들의 회복 및 사회복귀에 가장 큰 걸림돌이 되고 있음을 여실히 보여주고 있다.

그러나 정신질환에 대한 차별과 편견 극복은 포괄적인 지역정신보건체계 구축과 사회통합의 토대가 되므로 이렇듯 오랜 기간 동안 국민의 의식 속에서 부정적으로 용해되어 있는 편견을 해소하려면 인식개선의 활발한 운동이 요구된다. 즉, 전 국민을 대상으로 정신건강의 중요성에 관한 인식제고 등 낙인반대(anti-stigma)운동을 매개 고리(Baek, 2012)로 하여 국가가 시민단체 등 NGO 조직과 함께 교육, 문화, 예술 및 정치 등의 다양한 사회분야에 걸쳐 교육과 계몽운동을 전개해 나가야함을 시사하고 있다.

5) 정신건강서비스의 낮은 접근성과 건강욕구 증대에 부합치 못한 정신보건서비스체계

최근 우리 사회는 심화되고 있는 장애 아동 부모, 치매노인 부양가족, 자살자 유가족, 베이비부머 등 조기퇴직자, 북한 이탈 주민, 다문화 가정, 조손가정 및 한 부모 가정 등 다양한 집단이 존재하고 있으나 이들의 정신건강을 포괄적으로 포함시키기에는 현재의 정신보건서비스 및 서비스전달체계는 미흡한 점이 많다. 우리나라는 1995년 정신보건법 제정 이후 정신보건정책의 기초를 지역정신보건사업으로 정하고 장기 입원과 수용위주의 서비스체계를 지양하고 정신보건기관의 운영주체가 다양해진 지역정신보건서비스의 확대를 추진해왔다(Chae, 2006). 정신보건서비스체계는 국민의 정신건강증진을 최종목표로 서비스를 받는 대상자와 그 가족의 삶의 질을 최대한 높이는 데 있다. 하지만, 선진국형의 탈원화(deinstitutionalization) 및 지역정신보건체계로의 이행에 필요한 정신보건 및 복지 통합, 정신보건시설의 개편, 의료보장제도의 개편 등 정신 보건사업과 관련한 정책과제가 산적함에도 정신보건체계 구축에 대한 포괄적 계획이 제대로 확립·실행되지 않아 국민 정신건강증진 및 삶의 질 향상을 위한 각 부문의 구체적 정책대안 개발이 미흡할 수밖에 없다.

현재의 우리나라 정신보건 전달체계는 짧은 지역정신보건의 역사에 비해 그 구성 요소가 다양성을 구비할 수 있는 법적 근거를 내포하고 있어 포괄적인 서비스 제공이 가능하지만, 사회복귀시설과 정신보건센터가 지역사회 중심의 서비스를 제공하며 주축이 되는 데 소요된 기간이 단기간이라서, 현행 전달체계의 성격은 만성 정신질환자를 중심

으로 한 수용관리에서 쉽사리 탈피하지 못하고 있다. 이러한 양상은 의료기관의 입원환자중심의 의료모델 강제와 지역사회를 근간으로 하는 예방관리정책의 부진, 편견과 정신건강서비스에 대한 낮은 접근성으로 연결되어 선진외국에 비해 정신건강서비스의 이용률이 매우 낮다. 즉, 우리나라 국민들은 정신질환에 이환 되어도 정신건강서비스를 이용하는 비율이 선진국에 비해 낮다. 2011년 정신질환실태 역학조사 결과에 의하면, 정신질환에 이환되었을 때 정신건강서비스를 이용하는 비율은 2006년 11.4%에서 2011년 17.5%로 증가하였으나 미국의 32.9%에 비해 현저히 낮은 수준인 것으로 나타났다(Ministry of Health and Welfare & Seoul National University, 2011).

Lee (2012b)는 정신보건서비스 이용 여부에 대한 의사결정은 전적으로 대상자 본인이나 보호자에 달려 있는 것이 당연하지만, 이러한 의사결정에 보다 적극적 개입을 위한 공식화(formalization)로서 서비스 이용을 위한 동기부여와 촉진(encouragement)을 위한 절차마련이 필요하다고 하였다. 즉, 정신건강서비스를 제공하는 것은 정신건강서비스 개발과 사업수행에 국한된 것이 아니라 다양한 대상자집단의 특성을 고려한 서비스 전달체계를 마련하고 대상자가 이를 적극적으로 이용하도록 하는 것을 의미한다. 하지만, 이러한 문제의 효율적 해결을 위해선 정신보건전달체계에 보건·복지부문간에 통합서비스 제공을 위한 통합된 조직구조와 연속성이 필요하다. 보건·복지서비스의 통합은 서비스 제공단계에서 뿐만 아니라 재정 및 관리체계가 완전히 통합될 수도 있고 재정 및 관리체계가 분리되어 있되 서비스 제공단계에서 서비스간의 조정을 도모하는 방안이 채택될 수도 있을 것이다(Seok, 2000). 한편, Kim (2004)은 정신보건전달체계 내에서 서비스 간 이동이 단절 없이 이루어지는 것을 연속성의 개념으로 설명하고 있는데, 현 전달체계상에서 의료체계, 복지체계 및 공중보건체계(보건소) 모두가 정신보건서비스의 활성제공자(active provider)로서 전달체계를 구성하고 있으나, 현재의 서비스 간에는 연계를 촉진시킬 수 있는 다양한 기제가 발달되지 못하고 있어 정신건강서비스 전달체계의 문제점으로 지적하고 있다.

6) 정신건강증진사업의 예산지원과 선제적 정책개발미흡

(1) 정신건강증진사업의 예산지원 부족

우리나라 정신건강증진사업의 예산과 관련하여 주요 외

국의 정신보건재정을 살펴보면, 세계보건기구는 보건예산 대비 정신보건예산비율이 5%~15%를 권고하고 있으나 GDP 중상위권 국가의 평균비율은 3.49%이며 주요 국가들은 0.65~21.91%이다. 보건예산 대비 정신보건 예산을 OECD 국가별로 살펴보면 대표적 다민족 국가인 호주는 2011년 7.64%를, 미국은 2001년, 2005년 각각 6%, 인접국가인 일본은 2001년 0.49%에서 2005년, 2011년 5%로 크게 증가한 양상을 보이고 있다(WHO, 2003; WHO, 2011).

우리나라의 정신보건예산은 1995년 정신보건법 제정 이후 본격적으로 다뤄지면서 정신보건사업이 시작된 2001년 이후 지속적으로 약 3%를 유지하고 있다. 하지만 2009년 국가인권위원회의 보고에 의하면 정신질환 관련 건강보험과 의료급여 지출을 제외한 정신보건예산은 약 0.59비율에 지나지 않는 것으로 나타났다(Korean National Human Rights Commission of Korea, 2009). 이는 남미 멕시코의 정신보건 예산비율보다 낮은 비율로 OECD국가 중 최하위의 수준에 이르는 비율이다. 또한, 2009년부터 2011년까지 전체 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여비를 살펴보면, 1997년부터 2010년까지 정신질환상병 입원의료급여의 정부 부담금은 1997년 약 1,171억원(진료인원 26,467명)에서 2010년 약 7,826억원(진료인원 92,089명)으로 가파르게 급증하는 추세이다(National Health Insurance Service, 2011). 보건예산 대비 정신보건사업의 예산비율은 낮는데 정신건강의학과 의료급여비가 크게 증가하고 있음은, 우리나라 만성 정신질환자 관리가 지금까지 해 왔던 것처럼 병·의원 입원환자 중심에서 크게 탈피하지 못하고 있음을 보여준다. 게다가 2005년 무렵 중앙정부에서 지방정부로 이관된 사회복지사업의 분권교부세가 통 예산형태로 지원되고 있어 지자체가 사회복지분야의 예산지원을 지자체의 우선순위에 입각하여 예산을 배정하다보니 사회복지분야의 예산이 줄어들고, 그나마 줄어든 사회복지예산 속에서도 노인, 장애인, 아동 등의 분야에 나누고 나면 정신건강증진 분야의 예산지원은 형편없이 적게 된다. 정신건강증진분야 예산과 인력운영에 대한 지방정부의 내실화가 요구된다(Na, 2011b). 이와 같이, 극 빈곤계층인 의료급여 수급자인 정신장애인에 의해 가속화되는 장기 입원과 예산의 비효율적 운영은 장기적으로 국가의 사회·재정적 부담을 점점 증가시키는 결과를 낳게 된다. OECD국가 중에서 우리나라의 열악한 정신건강지표와 예산 부족 등을 감안해 볼 때 우리

나라 국민이 처해있는 정신건강의 심각성에 비해 국민의 정신건강증진사업에 대한 사회 지도층의 관심과 의지가 아직도 매우 낮거나 미온적임을 엿볼 수 있다.

(2) 정신건강정책 개발과 관리 부진

정신보건과 관련한 정책적 관심은 1980년대에 이르러 정신장애인의 인권문제를 언론에서 다루기 시작하면서부터 할 수 있다. 이전까지는 정신질환자 개인의 병적인 문제와 치료에 초점이 맞추어져 있었으나 이 같은 계기를 통해 정신보건정책에 대한 노력이 시작되어, 이를 위한 국가 예산이 처음으로 배정되게 되었다(Chae, 2012; Park, 2005). 특히, 1995년 12월 정신보건법 제정으로 정신보건정책 패러다임의 변화가 획기적으로 일어나면서 정신보건정책의 대상범위가 정신장애인에게 국한하던 것에서 전 국민으로 확대되어 정책방향을 모든 국민의 정신건강 증진 및 예방에 초점을 둔 것이라 할 수 있다. 또한 그 동안 격리나 입원 위주의 정책에서 지역사회에 기반을 둔 정신장애인의 재활 및 사회복귀를 촉진시키는 사회통합 위주의 정책으로 바뀐 것이다.

오늘날 우리사회는 아동 및 청소년의 학교생활 내의 정신건강문제, 알코올, 마약 등의 중독문제, 최근 다세대간에서 나타나고 있는 급격한 자살증가율 등 새롭게 대두되는 다양한 정신건강 문제로 몸살을 앓고 있다. 이에 국가는 기존의 시설 수용 및 입원중심의 의료모델을 벗어나 정신장애인의 효과적인 사회복귀와 지역사회 내 정신질환 예방과 치료 재활 등의 정신보건정책을 표방하며 많은 노력을 기울여 왔음에도 아직까지 보건과 복지가 통합된 체계적인 정책 시스템을 갖추지 못하여 이원화된 시스템으로 운용되는 현실이다. 즉, 재정체계가 보건의료체계와 장애인 및 사회복지 기금체제로 나뉘어져 중증정신질환자를 위한 체계적인 관리가 이루어지지 못한 채 불필요한 장기입원과 만성질환자의 장기입원은 여전히 지속되고 있다(Chae, 2012; Park, 2005).

정신보건법이 시행된 1997년 21,513명상에 불과하던 정신의료기관의 병상수가 2010년에 이르러 75,411병상으로 급격하게 증가함에도 재원기간은 지속적으로 증가하였다(Korean National Mental Health Commission, 2011) 대부분의 OECD 국가에서 정신질환자들의 재원기간이 점점 짧아지고 정신병원 입원병상 수 역시 차츰 줄어들고 있는 것에 반

해 이렇듯 입원기간이 증가함은 정신의료기관의 치료환경 개선과 관련되기보다는 정신보건정책 등 정부의 선제적 정책개발 미흡으로 장기입원 구조가 더욱 견고해지는 방향으로 변화하였음을 의미한다. 정신보건전달체계를 근간으로 정신질환자의 탈원화와 사회재활을 기치로 내건 지역사회 정신보건정책이 활발하게 가동되고 있지 않음은 국가의 정신건강정책개발이 국민의 정신건강 욕구와 사회적 여건변화에 적절히 대처하지 못하고 있음을 반증하는 것이다.

따라서 첫째, 지역사회에 정신보건센터와 사회복귀시설의 확충, 지역사회 정신건강관련기관간의 통합 또는 연계성 강화, 중증의 정신·심리적 문제해결을 위한 일반주민의 예방관리 확대, 고위험군 대상의 중점 사례관리의 활성화 등이 요구되고 둘째, WHO 권고사항을 존중하고 실천하며, 셋째, 사회적 기업을 통한 고용활성화 및 직장 내의 정신건강예방을 위한 직장인 지원프로그램(employee assistance program) 제공하고, 넷째, 지역사회에서 인권 친화적 지역 정신건강프로그램 지원 및 운영함과 동시에 다섯째, 국민을 대상으로 정신건강에 대한 인식변화를 위한 사회마케팅과 매스미디어 활용(Kim, 2010)등과 함께 퇴원한 정신 장애인이 지역사회에서 독립된 인격체로 살아갈 수 있는 사회재활 촉진과 직업훈련프로그램 등의 관련정책 개발과 인프라 구축에 힘을 쏟아야 한다.

7) 정신건강전문인력 활용을 위한 법·제도적 지원 미흡

1995년 정신보건법 제정 이후 사회통합 위주의 정책에 근간을 둔 지역사회정신보건정책을 수행할 전문 인력의 체계적 양성에 대한 필요성이 대두됨으로서, 전문 인력 양성을 위하여 주관부처인 보건복지부가 1997년 3월 정신보건전문요원 수련제도를 설립하기에 이르렀다(Byun, Ha, & Yoon, 2008). 1997년 설립된 정신보건전문요원 수련제도는 세 가지 직무영역 전문가인 정신보건간호사, 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사를 양성하는 제도로서, 각각 1급과 2급 과정이 개설되었다.

제도설립 당시 수련 기관으로 지정된 기관이 총 51개 기관이었으나 이후, 정신보건전문요원의 자질 및 서비스 수준향상을 통해 지역사회 정신보건서비스의 수준을 증진하고, 국민들의 정신건강과 삶의 질 향상 및 국가 경쟁력을 높이기 위해 해마다 수련기관의 수가 증가되고 있다. 2013

년 6월 기준으로 318개 기관, 338개 과정이 등록되어 있어, 제도 도입 후 지난 15년간 약 6배 이상 성장한 것으로 나타났다. 이 제도를 통해 총 11,233명의 정신보건전문요원(2013년 6월 기준)이 배출되어, 수련 기관과 더불어 괄목할 만한 양적 성장을 이뤄낸 것으로 평가받고 있다(Seoul Mental Health Center, 2012).

그러나 이 같은 양적 성장에도 불구하고 수련제도 전반에 걸친 질적인 관리와 양성된 전문 인력의 적극적 활용을 위한 법과 제도적 미비 문제가 서서히 제기되고 있다. 2007년 하반기에 정신보건전문수련기관 관리업무가 보건복지부에서 산하기관인 5개 국립병원으로 분산 이관되어 권역별 중심으로 관리되고 5개 국립병원 중 만형격인 국립서울병원이 전문요원 자격관리 업무, 매년 하반기에 실시되는 신규 수련기관 심사업무 등 전국에 산재하고 있는 수련기관의 질 관리를 위한 실태조사 전반을 주도하고 있다. 엄격한 자체기준아래 수련기관 관리 전반에 대한 중심기관의 역할을 성실히 수행하고 있으나 업무와 관련된 제도와 규정의 미비로 많은 한계에 부딪치고 있는 현실이다(Chae, 2012; Park, 2005).

국민의 정신건강 증진을 위해선 인적 자원의 개발이 필수적임에도 정신건강부문은 다른 의료영역에 비해 상대적으로 전문 인력의 양성과 전문성이 중요시되지 않고 있음이 지적되었다. 인적자원개발을 위한 재정마련과 정신보건법의 법적 근거부족으로 인해 정신보건시설에서 상근하는 정신보건 전문요원의 인원이 미달되거나 높은 이직율을 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 현재 기준으로 매년 약 1,200여 명의 정신보건 전문요원이 배출됨에도 정신보건현장에서 정신보건 의료인력이 부족한 것은 이미 배출된 인력의 비효율적 활용, 기능과 업무에 대한 명확한 정의 부재, 인력양성 방법 및 정적규모 추계 등의 실패와 연관성이 있다(Lee, 2012a).

따라서 이 같은 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 첫째, 제도개선을 위한 관련법의 규정정비가 우선 요구된다. 물론 수련 기관과 3개 직역으로 구성된 수련과정의 특성별 차이와 수련기관별 가지고 있는 자체예산문제 등의 상이한 여건으로 획일화된 관리체계를 생성하기에는 어려운 점이 많은 것이 사실이다. 그러나 표준화된 수련교육에 대한 기준의 부재, 제도 설립이후 교육과정이 한 번도 개정되지 않아 각 직무영역별로 변화된 사회적 요구를 반영하

지 못한 점, 그리고 수련기관의 질적 관리를 위한 법적·제도적 근거가 미흡한 점 등을 고려해 볼 때, 수련제도의 질적인 성장을 위해선 제도적 뒷받침 마련이 선결되어야 할 것이다(Chae, 2012). 둘째, 정신건강 전문 인력 분야에 대한 범정부적 차원의 관리가 요구된다. 국가자원과 예산의 낭비를 막고, 국민에게 양질의 서비스를 제공하기 위해선 노동부, 통일부, 교육부 및 여성가족부 등에서 자체적인 기준으로 양산되는 정신·심리건강관련 인력양성의 기준마련과 정비 및 통합이 시급하다. 정신건강서비스가 과거에 비해 다양한 영역으로 확대되면서 전문인력에 대한 국민의 개인·사회적 요구는 더욱 복잡해지며 증가할 것이다. 향후 예측되는 정신건강관련 서비스의 다양성에 선제적으로 대응하기 위해선 주무부처인 보건복지부가 여러 부처에서 양성되는 전문 인력을 조사·정비·통합하고 정신보건전문가들의 기능 재정립과 활용성을 위한 관련법 개정과 제도 개선에 박차를 가해야 할 것이다.

8) 정신건강증진분야 전반에 대한 거버넌스 총괄기구 부재

정부는 국민의 정신건강을 위한 궁극적인 후견인으로서 정신건강육구를 충족시키고 전 국민의 정신건강 증진을 보장하기 위해 합당한 제도적, 법적, 재정적, 서비스 배치의 주된 책임을 가진다. 하지만 지속적으로 대두되고 있는 정신보건문제의 심각성에도 불구하고 한국의 정신건강관리 정책 및 제도와 관련하여 정신보건전달체계의 문제점이 지속적으로 제기되고 있다. 이처럼 정신보건서비스 전달체계가 불완전하여 바람직한 정신보건전달체계의 모델로써 정착되지 못하게 된 것은 공공보건의료서비스 체계의 취약성과 전달체계에서 공급 및 수요를 조절하는 정부의 관리기능의 미흡이 주요 요인으로 지적되고 있는데(Na, 2011b), 이는 정신보건전달체계를 비롯한 정신건강증진사업을 총체적으로 조정하고 관리하는 컨트롤 타워로서의 역할을 담당하는 거버넌스 총괄기구의 부재에서 비롯된 것이라 말할 수 있다.

현재 우리나라의 정신건강 전달체계는 파편화되어 있을 뿐 아니라 서비스의 개발, 전달 과정에서 부처 간 조율의 근거를 찾아보기 어렵다. 이를테면 상이한 서비스 간에도 매우 제한적인 조율이 이루어지고 있을 뿐 아니라 건강, 주거, 사회적 지원, 고용 등을 아우르는 정책조율의 근거가 부족하다. 인터넷 및 도박 중독, 알코올 치료센터와 같은

중독 등의 특정 질환에 국한된 센터가 우후죽순처럼 늘어나고 있으나, 이러한 기관들의 주관부처 또는 담당과가 상이한 관계로 서비스 연계가 거의 전무한 실정이다. 서비스의 파편화는 비효율적이고 서비스간의 조화를 막을 뿐 아니라 국가적으로는 막대한 자원과 비용 및 시간적 낭비를 초래하게 된다(Ministry of Health & Welfare, 2012a).

정신건강 문제 중, 특히 통합적인 접근이 필요한 중증 정신질환 환자들의 경우 영역 간 공동접근이 요구되지만, 정신건강 문제의 선별, 일차의료, 외래와 입원치료, 전문가 서비스(법의학)에 걸쳐 명확하고 체계적인 서비스가 단절되어 있을 뿐 아니라 정신건강을 둘러싼 영역 간 조율 정도가 매우 낮다. 통합적인 서비스 제공에 있어서 조율부재는 비용 증가 외에도 결과 악화로 이어질 수 있다. 따라서 보다 높은 서비스의 효과를 위해서는 선별된 이들이 적기에 적절한 치료를 받도록 설계되어야 하며 이를 위해서는 부처 및 기관 간 협력이 선행되어야 한다. 또한, 정신건강증진사업의 총체적 거버넌스 부재는 미 충족 정신보건부분의 증가, 공공정신보건서비스의 기능 약화 그리고 한정된 예산의 비효율적 관리와 연관성이 있다. 따라서 정신건강증진사업에 있어서의 총괄 기구설립은 비단 중증정신질환자 뿐만 아니라 일반 국민들의 정신건강 예방관리에도 매우 중요한 이슈이므로 장기적으로 그 영향력을 정부 뿐 아니라 비정부기관과 시민단체까지 확장시켜나가야 할 것이다.

IV. 논의

지금까지 우리나라의 정신보건현황에 관하여 많은 고찰과 논의가 되어 왔으나 아직껏 개선이 되지 않거나 변화하는 국민의 건강욕구에 적절히 대처하지 못하고 있는 정신보건 분야의 현실을 재확인하였다. 또한 심화되어가는 우리사회의 고령화와 다양성, 빠르게 발전하는 산업화로 국민의 정신건강 욕구가 더욱 증가함에도 이에 대한 현실적 방안과 선제적 대안 부재 등의 문제점을 파악하였다. 뿐만 아니라, 국제기구인 OECD가 우리나라 국민의 정신건강 증진을 위해 권고한 제 방안들과 함께 제 66회 세계보건총회에서 WHO가 세계 각국에 요청한 Comprehensive mental Health Action Plan 2013-2020을 통해 지금까지는 다른 건강 부문에 비해 중요성이 다소 밀렸던 정신건강부문이 국제사

회에서 이제는 그 어떤 건강문제보다 비중이 큰 중요한 국가적 사안으로서 모든 나라가 협력하며 우선적으로 다뤄야 하는 건강분야로서 강조되고 있음도 다시 한 번 확인하였다(World Health Assembly, 2013). 따라서 본 연구에서는 여러 가지 정황과 거시적 측면에서, 향후 정신건강증진을 위하여 요구되는 구체적 방안들 중 최근 들어 주목되고 있는 지역사회를 중심으로 한 공공정신보건서비스의 강화와 부문 간 협력, 예산 확충을 포함한 정신건강증진 인프라 구축 강화 및 거버넌스 총괄기구 설립을 우선적 대안으로 제시하며 논하고자 한다.

1) 공공정신보건서비스 및 부문 간 협력강화

정신건강의 위기와 심각성이 날로 높아지는 오늘날 공공정신보건서비스의 강화는 아무리 강조해도 지나치지 않다. 공공보건의 개념은 '다수의 공중을 대상으로 하는 보건 의료서비스', '개인의 편익보다 사회적 편익을 지향하는 보건의료서비스', '정부기관 및 인력에 의해 제공되는 보건의료서비스'등의 다양한 개념을 포함하고 있으며(Kim, 2010) 현행 '공공보건의료에 관한 법률'에서는 '공공보건의료'란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역과 계층분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다(제 2조)로 명시하고 있다(Korea Ministry of Government legislation, 2013)

국민의 정신보건의료 욕구에 대비한 안전망을 강화하여 국민의 건강권(right for health)을 보장하기 위해서는 정부가 추진하여야 할 우선순위 과제가 바로 공공정신보건 의료체계 확립을 통한 서비스사업 강화이다. 정부는 정신보건센터, 지역거점병원 및 국립병원으로 이어지는 공공보건의료와 응급의료 연계체계를 확립하고 시설 확충을 지원하여 공공정신보건의료의 효율성을 제고하여야 한다. 특히 정신건강 취약계층 관리와 도시·지역 간의 서비스 편차 해소에 관심을 기울여야 한다. 이에 공공보건의료기관은 진료, 보건사업의 운영, 관리와 행정지원, 교육과 훈련 및 연구에 이르는 제반 영역에 있어서 지역정신보건사업과 공공성을 강화할 수 있도록 기능을 전환하여 사업을 기획하고 시행하여 국민들이 필요로 하는 보건의료서비스를 제공해야 한다. 물론, 국가차원에서 보건의료 자원을 개발하고 관리기능의 효과적 수행방안을 제도화하여 국민의 보건향상과 국가 경영의 효율성 제고에 기여하는 것도 중요하다. 2013년

현재 보건복지부 제3기 공공보건의료계획(2011년~2015년) 하에 각 공공기관에서는 공공보건의료사업을 추진하고 있다. 그러나 정부지원이 일부 지역사회보건사업에 집중됨에 따라 각 공공의료기관에서도 의료기관의 기능 및 특성에 부합한 공공보건의료사업을 개발하기보다는 보건소의 기존 보건사업과 차별성이 거의 없는 지역사회보건의료사업을 수행하는 등 공공보건의료사업 자체의 정체성 문제가 제기될 우려를 낳기도 한다(Lim, 2011).

정신보건 분야의 대표적인 공공의료기관으로는 서울을 중심으로 전국에 권역별로 소재하고 있는 보건복지부 산하 5개 국립병원이 있다. 공공의료기관으로써 국립병원은 국가적 차원에서는 중요한 서비스이지만, 민간기관이 기피하는 필수 정신보건 서비스를 제공하고 이를 통해 우리나라 정신보건 서비스의 공백을 메우는 역할을 담당하고 있다. 특히, 국립서울병원은 가칭 ‘국립정신건강증진연구원’의 설립과 함께 기존의 진료중심에서 지역사회 안전망 등의 기능 전환의 일환으로서 2013년 상반기에 지역사회에 산재되어 있는 정신·심리적 취약계층 일부를 대상으로 하는 미충족 정신보건서비스를 위한 세부계획을 수립하고 3개 팀으로 구성된 공공정신보건사업단을 발족하여 정신건강증진서비스사업을 도전적으로 수행하고 있다. 국립정신병원의 공공보건의료사업과 관련하여 Lim (2011)은 주요 공공서비스로 해당 질병에 대한 지역단위 의료기관과의 유기적 네트워크 형성(협진, 상호협력, 진료지원, 통계산출 등을 위한 정보공유 등), 해당 질병별 치료저항군 및 범범 정신질환자에 대한 사례관리체계 구축, 해당질병에 대한 보건인력 교육훈련과 조사연구사업, 노인 및 소아 정신질환에 대한 연계사업 수행, 지역사회 정신의료기관들과의 정신질환 응급의료체계 구축 등을 제시한 바 있다.

그 외 민간정신병원은 제공할 수 없으나 국가가 필수적으로 제공해야 하는 주요 정신보건 서비스로는 교도소, 경찰, 군 등의 정신건강 서비스, 학교폭력예방 및 관리를 위한 아동청소년 정신건강서비스, 다문화 가정, 장기실직자 및 북한이탈주민의 정신건강관리, 재난, 성폭력, 가정폭력과 자살 등으로 인한 심리적 외상 경험에 대한 정신건강 서비스 등을 들 수 있다. 향후 이러한 서비스는 정신건강증진 및 거버넌스 총괄기구의 리더십아래 정신건강 인프라 구축과 특성화 된 권역별 거점기관을 중심으로 민간기관 및 시민단체등과 협력하며 수행되어야 할 것이다.

2. 정신건강증진 인프라 구축강화와 거버넌스 총괄기구 설립

건강한 정신은 국민 개개인의 관점에선 의미 있고 행복한 삶을 살아가는 근간이 되며, 국가적 차원에선 국가 경쟁력과 생산성 제고와 직결된다. 2013년 WHO 세계총회에 의하면 경제생산 손실의 관점에서 정신질환이 전 세계적으로 경제에 미치는 점진적 영향은 2011년에서 2030년까지 1억6천3백 만 달러 (약 1,827억7,190만원)에 달할 것이라고 하였다. 정신건강증진의 개념에 따라 서비스공급체계는 상이할 수 있으나 아직까지 전 세계적으로 보건 시스템이 정신질환의 부담(burden)에 적절하게 대처하지 못하고 있어 결과적으로, 치료의 욕구에 대한 수요와 제공자의 공급사이의 차이가 상당히 크게 작용하고 있어 정신건강증진 서비스가 보건과 사회 분야의 협력과 인프라 구축을 통하여 종합적이고 다부문적으로 접근해야함을 말해주고 있다.

WHO는 많은 국가들이 자국의 내부에 있는 정신보건욕구 충족이 자원의 희소성과 자원의 불공평한 분배 및 비효율적인 사용과 관련성이 있어 이러한 자원이 지역사회기반 서비스로 전환하게 되면 많은 사람들을 위한 더 나은 접근성과 비용 효과가 가능하다고 하였다. 예를 들어, 전 세계적으로 정신보건을 위한 연 지출은 인구 한 명당 US\$ 2보다 낮고 소득이 낮은 국가의 경우 US\$ 0.25보다 적으며 형편없는 건강의 결과와 인권침해에도 불구하고 이러한 재정자원의 67%는 정신병원에 할당되어있다(WHO, 2011)

우리나라도 입원중심의 취약한 인프라와 재정적 상황을 고려해 볼 때, 조기발견과 치료 및 지역사회서비스를 중심으로 한 선순환 구조의 정착을 위해 다양한 서비스욕구와 정책개발에 근거한 인프라구축이 요구된다. 즉 적정규모의 예산확보와 함께 정신건강 증진 및 예방서비스의 핵심적 과제를 도출하고 서비스 효과의 근거를 창출하여 사회적 영향력을 높일 필요성이 있다. 또한, 정신보건서비스의 관리부서와 재원조달이 각각 다원화된 시스템으로 운영되고 있어 보건과 복지의 통합과 함께 국민의 서비스욕구변화에 부응할 수 있는 전문인력 양성과 관리를 위한 법과 제도적 근거 확보가 필요하다. 또한, 다양한 욕구에 기초한 서비스로 통합되려면 정신장애인들을 파악·관리하고, 적절한 서비스로 연계하기 위한 새로운 지식과 기술의 습득이 필요할 뿐 아니라 보건영역 종사자들의 역할 재정립과 자세변화 및 현존하는 우리사회의 서비스 문화개선과 가치창출에

대한 사회적 합의가 요구된다(World Health Assembly, 2013).

V. 결론

우리나라가 직면하고 있는 광범위한 정신보건 문제를 개선하려면 지역사회 중심의 공공정신보건서비스 강화 및 부문 간 협력, 그리고 예산의 확충을 포함한 정신보건 인프라의 강화와 거버넌스 총괄기구의 설립이 요구된다. 1995년 정신보건법 제정 이후 현재 까지 약 20년간 병·의원과 만성 질환자관리 중심으로 추진되어 온 정신보건정책 사업이 진정한 의미의 지역사회를 기반으로 한 정신건강증진 예방사업으로 조기 전환되려면 지역주민과 친화적인 형태의 활성화 또한 요구되어진다. 즉, 우리나라 국민의 정신건강 향상과 사회계층간에 발생하는 건강의 양극화 해소를 위해 민간 기관 등과 연대를 통한 미 충족정신보건서비스중심의 공공정신보건서비스와 일차의료 사업을 확대하여야 될 것이다. 이는 우선적으로 지역사회에 산재하고 있는 정신보건·복지 시설과 유사기관에 대한 지역사회주민의 접근성을 향상시켜 분절된 정신보건전달체계의 연계망이 강화될 것이다. 게다가 정신건강문제에 대한 지역사회 주민의 접근성 향상은 자연스럽게 정신질환에 대한 인식변화를 유도하여 낙인효과 감소와 국민의 정신건강육구에 부합된 정책개발 가속화로 이어져서 높은 우울증과 자살증가율, 낮은 행복지수 등의 열악한 정신건강지표가 점진적으로 개선될 것이다.

또한 국가가 정신건강증진을 위한 효율적인 전략과 리더십을 발휘하여 저 비용의 정신건강증진을 성공적으로 이끌어내기 위해선 보건과 복지의 통합서비스, 적절한 규모의 재원확보와 균형적 분배, 포괄적인 지역정신보건 서비스제공과 정신보건 전문 인력의 활성화를 위한 법과 제도적 근거 마련, 국가 정신보건지표와 조기정신질환관리 프로그램 개발 등의 인프라 구축이 매우 중요하다. 이와 같은 일련의 인프라를 조기 구축하기 위해선 정신건강증진사업을 총체적으로 관리 할 수 있는 거버넌스 기구가 필요하다. 즉, 우리나라가 지금껏 당면하고 있는 주요 현안인 정신보건서비스의 낮은 접근성, 서비스의 분절과 기능중복, 예산 배정의 비효율성, 여러 부처에서 관리하는 정신건강관련 유사사업의 증가, 늘어나는 정신건강 취약계층 등을 고려해볼 때, 이러한 정신·심리적 문제들을 장기적이고 거시적

관점에서 총괄할 수 있는 거버넌스 기구의 설립이야말로 정신건강문제로 인한 사회적 비용과 부담은 경감시키고 국민의 정신건강 증진은 강화함으로서 전 국민의 삶의 질 향상에 기여할 것이다.

참고문헌

- Averill, J. R., & More, T. A. (1993). Happiness. In M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*. New York, NY: The Guilford Press.
- Back, J. W. (2012). *Strategies for better mental health, better Society for all*. Paper presented at the 4th Mental Health Forum of Seoul National Hospital, Seoul, Korea.
- Brown, K., & Bradley, L. J. (2002). Reducing the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 81-87.
- Byun, E. K., Ha, J. S., & Yoon, S. J. (2008). A study on the mental health agents' professionalism and job satisfaction, who work at community mental health settings-among mental health social workers and mental health nurses. *Journal of community welfare*, 25, 177-200.
- Chae, E. H. (2006). *A Short and long term impacts of disaster on the mental health of affected people and development of disaster mental health care management system* (Doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Chae, E. H. (2012). *The report on the field survey of mental health professional training agencies 2009-2011*. Seoul, Korea: Seoul National Hospital.
- Chang, H. K., & Woo, A. Y. (2011). The Discourse associated with mental illness on TV documentaries: The completion of distinction. *Korean journal of social welfare studies*, 42(1), 179-217.
- Cho, E. Y. (1999). *A Study on the stigmatization process toward the People with Mental Illness* (Doctoral dissertation). Yonsei University, Seoul, Korea.
- Cho, Y. R. (2012). *Strategies for better mental health, better society for all*. Paper presented at the 4th Mental Health Forum of Seoul National Hospital, Seoul, Korea.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., & Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resource to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 297-307.
- Granello, D. H., & Pauley, P. S. (2000). Television viewing habits and their relationship to tolerance toward people with mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 162-175.
- Hyun, K. J. (2004). An exploratory study of sources and themes of happiness among Koreans: A longitudinal approach. *Mental*

- Health & Social Work*, 18, 66-64.
- Jung, S. H. (2010). *The socioeconomic burden of suicide and depression in South Korea*. Seoul, Korea: Seoul National Hospital.
- Kang, K. J. (2009). *A study on the improvable plan of community mental health projects* (Master's theses). Dongguk University, Seoul, Korea.
- Kim, D. B., & Ahn, I. K. (2007). A study on the difference of recognition between the public and mental health specialists' of Korea about needs for positive mental health and solution methods. *Mental Health & Social Work*, 25, 5-40.
- Kim, M. J. (2004). *A study on the cooperation between nurses and social workers in community health and welfare services* (Doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Kim, S. (2010). Public health care: Current status and improvement options. *Health and welfare policy forum*, 169, 38-44.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Korea national health & nutrition examination survey*. Seoul, Korea: Author.
- Korea Economic Newspaper. (2012). *Korean Happiness Report 2012*. Seoul, Korea: Korea Economic Newspaper.
- Korea Ministry of Government legislation. (2013). *Legislation of the law for public health care*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=122647#0000>
- Korean National Human Rights Commission of Korea. (2009). *The report on human rights protection and promotion for people with mental illness*. Seoul, Korea: Author.
- Korean National Mental Health Commission. (2011). *The national mental health commission annual report 2010*. Seoul, Korea: Author.
- Lee, N. C. (2012a). A study on the structure of quality of life in OECD member countries. *Health and Social Affairs Review*, 32(2), 5-40.
- Lee, S. Y. (2012b). Future directions and issues of mental health policies in Korea. *Health and Welfare Forum*, 187, 68-77.
- Lim, J. S. (2011). *Reorganization plan of national mental hospitals*. Seoul, Korea: Korea Health Promotion Foundation.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Ministry of Gender Equality & Family. (2012). *2011 Report on the survey of Youth's contact with harmful environment*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2012a). *Mental health in Korea: OECD review and recommendations*. Paper presented at the OECD review and recommendations international seminar. Seoul, Korea.
- Ministry of Health & Welfare. (2012b). *The revenue and expenditure summary report 2011*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2012c). *The 3rd public health care plan (2012) Reporting Guidelines*. Seoul, Korea. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health & Welfare, & Seoul National University (2011). *The epidemiological survey of mental disorders in Korea*. Seoul, Korea: Author.
- Na, B. J. (2011a). *Working together for mental well being*. Paper presented at the 3rd Mental Health Forum of Seoul National Hospital, Seoul, Korea.
- Na, B. J. (2011b). *Achieving mental well-being through the activation of mental health delivery system*. Paper presented at the 3rd Mental Health Forum of Seoul National Hospital, Seoul, Korea.
- National Health Insurance Service. (2011). *Health Insurance Statistical Year Book 2009-2011*. Seoul, Korea: Author.
- Park, E. B. (2005). *A change of the mental health policy by the mental health budget analysis* (Master's theses). Konkuk University, Seoul, Korea.
- Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 383-391.
- Seo, M. K., Kim, J. N., & Lee, M. K. (2008). The survey on prejudice and discrimination against the mentally ill. Seoul, Korea: National Human Rights Commission of Korea.
- Seok, J. E. (2000). Integration of health and welfare services through community care and case management in the U. K. *Health and welfare policy forum*, 10, 51-62.
- Seoul Mental Health Center. (2012). *2012 Seoul Mental Health Indicators*. Seoul, Korea: Author.
- Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 543-61.
- Warner, R. (2005). Local projects of the world psychiatric association programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatric Services*, 56(5), 570-575.
- WHO (2001). *The world health report 2001*. Geneva, Switzerland: Author.
- WHO (2003). *Advocacy for mental health*. Geneva, Switzerland: Author.
- WHO (2011). *Mental health atlas*. Geneva, Switzerland: Author.
- WHO (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013 -2020*. Retrieved from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf