

A Comparison of Mental Health Service Systems in South Korea and U.S.: Role of Clinical Psychologists in Local Community

Deuk-Kweon You Young-Ho Lee[†]

Department of Psychology, the Catholic University of Korea, Bucheon, Korea

Currently, in South Korea a desirable mental health service system plan for local community have been under discussion. In particular, opinions are divided over effective mental health treatment methods and accessibility enhancement. The purpose of this review is suggesting improvement plan and discovering problem of local community mental health service system in South Korea by comparing case reviews of U.S. and South Korea. In this review, the researcher examined each the therapy method, service delivery system and how mental health service is applied in insurance policy in both countries. At the end of the review, the researcher emphasized the suggestion of the review and need of further investigation for it.

Keywords: community mental health, psychotherapy, clinical psychologist, health insurance

우울, 불안, 자살문제의 증가로 인해 한국에서 심리치료의 수요와 필요성이 더 커졌다. 이에 자살예방 및 정신건강증진을 위한 관련 법률과 조례가 제정되었고, 이르면 올해 상반기에 인지행동치료의 건강보험 적용이 이루어질 전망이다(Joint ministry, 2016). 그런데 여기에는 크게 두 가지 문제점이 있다. 첫째, 정신건강서비스 효과성에 관한 문제인데, 건강보험 적용을 앞두고 현재 인지행동치료의 주요제공자인 임상심리전문가가 배제되어 있다(Ministry of Health and Welfare [MOHW], 2018a). 둘째, 정신건강서비스 접근성에도 문제가 있다. 만 18세 이상 우리나라 성인의 정신장애 평생 유병률은 25.4%나 되는데, 정신건강문제로 치료서비스를 이용하는 경우가 22.2%에 불과하기 때문이다(Samsung Medical Center, 2017).

정부에서 추진 중인 정신건강사업은 소위 ‘병원 정신건강의학과 문턱 낮추기’와 같이 의학적 서비스 개선에 치우친 경향이 있다.

본 논문은 지역사회 정신건강증진 방법을 놓고 비슷한 문제를 겪었던 미국과 한국 사례를 비교분석하여, 위에서 언급된 문제들의 대안을 살펴보고자 한다. 구체적으로 효과성과 관련하여 치료

방법을, 접근성과 관련해서는 정신건강서비스 전달체계를 살펴보고자 한다. 마지막으로 정신건강서비스에서 보험 제도가 어떻게 활용되고 있는지 알아보자 한다.

미국의 지역사회 정신건강서비스 체계

지역 정신건강센터의 특징

미국에서 20세기 초반까지는 입원 및 격리 수용이 정신과적 문제의 일차 치료법이었다. 그러나 1946년 정신보건법, 1963년에 지적장애인시설과 지역사회정신건강센터 설립법(Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act)이 제정되며, 국가 정신건강정책 방향이 장기 입원수용에서 지역사회 정신건강체제로 바뀌기 시작하였다(Sundararaman, 2009). 지역정신건강센터가 일차 치료기관의 역할을 수행하는데, 여기서 제공하는 서비스는 ① 단기입원치료, ② 외래환자 치료, ③ 부분입원(예. 낮병동), ④ 24시간 응급서비스, ⑤ 지역사회기관 및 전문인력 자문·교육, ⑥ 의료기관에서 퇴원한 환자의 사례관리, ⑦ 입원 전 진단심리평가, ⑧ 약물중독 및 남용 치료, ⑨ 일시거주시설 제공 등이 있다(Naik, 2017; Hong, Kim, Kim, Yeom, & Lee, 2016).

지역 정신건강센터는 보통 팀제로 운영되는데, 정신과의사, 임상

[†]Correspondence to Young-Ho Lee, Department of Psychology, the Catholic University of Korea, 43 Jibong-ro, Bucheon, Korea; E-mail: yhlee@catholic.ac.kr

Received Apr 10, 2018; Revised Apr 24, 2018; Accepted Apr 27, 2018

심리학자, 정신과간호사, 사회복지사 등이 한 팀을 이룬다. 대상자에게 제공되는 치료서비스가 다르고 다양해지다보니, 정신과적 문제 유형 및 심각도를 평가할 수 있는 임상심리학자의 역할이 팀 내에서 중요해졌다. 지역 정신건강센터 직원들을 대상으로 한 설문조사에서(Blumenthal & Lavender, 1997), 팀원들은 임상심리학자의 주된 역할로 '적합한 심리치료를 위한 내담자 평가'와 '임상 사례 자문'을 꼽았고, 향후 인지행동치료와 심층심리평가를 더 맡아 주기 원하는 것으로 나타났다.

또한, 정신장애 유병률은 날로 증가하는데, 그만큼 정신건강전문 인력이 충원되지 않는다는 점도 치료의 다변화를 꾀하는 계기가 되었다(OECD KOREA Policy Centre, 2015). 인지행동치료나 대인 관계치료처럼 근거에 기반한 심리치료는 경증 정신장애 환자의 일차치료로 적용할 수 있으며, 중증 환자인 경우에도 약물치료와 함께 심리치료를 적용하면 유의한 효과를 볼 수 있는 것으로 알려져 있다(National Institute of Mental Health [NIMH], 2018). 즉, 미국에서는 하나의 정립된 방법만으로 정신장애를 치료하지 않는다는 점이 중요하다. 필요하다면, 미국심리학회와 미국정신의학회 등 관련회원들이 보건복지부 담당자들과 의논하여 통합적인 치료 기준 및 우수사례 지침을 발표하기도 한다. 이에 요즘은 일차진료의사(primary care physician)와 임상심리학자가 잘 협업해서 대상자에게 의학적, 심리학적 서비스를 제공하면, 치료 효과성 및 이용가능성을 증가시킬 수 있을 것이라는 주장이 힘을 얻고 있다(Fisher & Dickinson, 2014; Gunn & Blount, 2009).

보험제도

미국에서 민간보험(private insurance)은 건강보험체계의 핵심이며, 공적 보험(public insurance)이 민간보험을 보완하는 형태를 취하고 있다.

우선 메디케어와 메디케이드는 노인 및 장애 계층, 저소득층을 위한 공적 보험제도이다(Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2017). 메디케어(Medicare)는 연방정부에서 제공하는 건강보험제도로, 만 65세 이상의 노인이거나 혹은 만 65세 미만의 특정 장애가 있는 사람들 중 일부가 가입할 수 있다. 메디케어는 Part A(입원치료), B(외래진료), C(우대보험), D(처방약 보장)로 구분된다. Part A와 B가 기본구성이며 최소한의 보장 범위를 담고 있다. 예를 들어, 메디케어 대상자가 정신건강문제로 입원한다면, 한 번 입원할 때마다 \$1,316 공제금액 내에서 60일까지 무료이다. Part A 지원을 통한 입원은 일생 동안 190일까지 가능하다. 외래정신건강치료는 Part B에 속하는데, 20%의 본인부담률(coinsurance)만 내면, 정신과적 진단 면담, 개인심리치료, 집단심리치료, 가족치료, 정신

분석, 약물 관리, 진단적 심리 평가, 신경심리평가, 우울증 간이선별 검사 등을 받을 수 있다.

메디케이드(Medicaid)는 저소득층을 위한 의료 급여제도인데, 주정부와 연방정부가 예산을 같이 투입해서 운용한다. 대상자가 메디케어와 메디케이드 가입요건을 둘 다 충족하면 건강보험과 의료급여 지원을 중복해서 받을 수 있다(Kim, 2005).

반면에 일반시민들은 민간보험을 통해 심리치료 등 다양한 의료 서비스를 받고 있다. 이는 1973년 관리의료(Managed Care) 체계에 기반한 건강유지기구(Health Maintenance Organization, HMO) 법률이 제정되면서 가능해졌다(Kim, 2011). 민간보험은 직장 보험과 개인 보험으로 나뉘는데, 법률상 근로자 25인 이상을 둔 사업체는 HMO 프로그램을 갖출 것을 권고하고 있어, 미국 근로자들이 직장보험에 가입할 수 있는 토대가 마련된 것이다. 다만, 보험료가 비싸고, 보험제공이 기업의 의무사항은 아니라서 보험 미가입자가 많다는 점이 문제였다. 1990년대 공적 보험 지급 기준에 해당하지 않으면서 민간보험에도 가입하지 않은 사람들이 미국 전체인구의 16~21%나 되었다(United States Bureau of the Census, 1995; Benfield, 1998).

보험 미가입자, 비싼 보험료, 보장범위(coverage) 문제를 개선하기 위해, 2010년 '오바마 케어'로 불리는 환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)이 제정되었다(Kim, 2014). 이 법의 핵심은 중산층의 민간보험 의무가입과 저소득층 의료보장제도의 확대에 있다. 또한, PPACA에서 동일 수준의 신체 및 정신 건강 서비스 제공을 강조하며(Jung et al., 2012), 메디케어 이용자의 외래 정신건강치료 본인부담금(copayment)을 줄였다. PPACA 개정 전, 외래 정신건강치료 본인부담률은 50%인데 신체 질병과 관련된 외래진료는 본인부담률이 20%여서, 보험 적용에 대한 형평성 문제가 있었기 때문이다(CMS, 2015). PPACA 개정으로, 2014년부터 메디케어 이용자의 외래 정신건강치료 본인부담률도 20%로 줄었다. 메디케이드 이용자는 PPACA 제정 후 지원 종류 및 금액이 증가하였다.

정신건강서비스 이용절차

메디케어, 메디케이드 대상자는 각 거주 지역의 정신건강센터에서 서비스를 신청할 수 있다. 신청자가 정신건강서비스를 원하고 공적 보험대상이면, 사례관리자(care manager)를 배정받는다. 사례관리자의 초기평가 후, 신청자에게 제공할 수 있는 심리치료 서비스 범위, 기간, 지원금액을 알려준다. 그 후 신청자는 가입자 ID카드 및 네트워크 소속 의료서비스 제공처 목록을 받는다. 목록 중 신청자가 원하는 치료 기관을 찾아가면 된다(Los Angeles County De-

partment of Mental Health, 2017). 매해 1년 단위로 보험 서비스를 계약하는데, 보통은 1년 이내의 단기 서비스 제공을 원칙으로 한다. 요건만 갖춘다면 메디케어와 메디케이드 서비스를 무료로 이용할 수도 있지만, 자세한 사항은 대상자의 경제여건 및 장애 수준을 고려해봐야 알 수 있다.

한편, 미국의 민간건강보험은 HMO, Point Of Service(POS), Preferred Provider Organization(PPO) 등, 크게 3가지 형태의 서비스 제공방식으로 분류되는데, POS와 PPO는 HMO에서 파생된 방식이다(Kim, 2011). HMO 형태의 보험가입자는 일단 일차진료의사를 만나서 진료를 받아야 한다. 심리치료 및 평가가 필요하다는 일차진료의사 소견이 있어야 관련 서비스를 받을 수 있고, 가입자가 치료자를 선택할 수 없다. POS 방식은 본인부담을 전제로 보험가입자가 원하는 치료자에게 서비스를 받을 수 있다. 이때 일차진료의사의 의뢰가 필요하다. PPO 방식은 처음부터 본인이 직접 치료자를 정해서 서비스받기 때문에, 일차진료의사의 초기 진료나 의뢰가 필요하지 않다.

정신건강서비스 제공자

우리나라의 국민건강보험공단과 기능적으로 유사한 CMS 규정(2017)을 살펴보면, 보험서비스 제공자는 정신과의사, 임상심리학자(Clinical Psychologist, CP), 개업심리학자(Independently Practicing Psychologist, IPP), 임상사회복지사, 임상전문간호사, 전담간호사, 의사보조인, 조산사가 있다. 정신건강분야에서 임상심리학자들이 전문성을 인정받아, 정신과의사에 이어, 1990년 7월 1일부터 임상심리학자가 제공한 심리서비스도 공적 보험을 적용받고 있다(American Medical Association, 2018). 만약 치료자가 임상심리학자 면허증을 취득하지 못했거나, 치료자의 세부전공이 임상심리학이 아니라면 개업심리학자 항목에서 보험급여를 받을 수 있다. 즉, CMS 보험체계 내에서 임상심리학자(CP)가 개업심리학자(IPP)보다 상위범주에 속한다고 볼 수 있다. 본 논문에서는 임상 및 개업 심리학자의 보험 자격요건(Required Qualification), 보장범위(Coverage), 지급(Payment)에 대해 자세히 살펴보고자 한다.

임상심리학자(CP)의 보험적용 요건

자격요건

첫째, 임상심리학 전공 박사학위가 있어야 한다. 둘째, 진단·평가·치료 서비스를 독립적으로 제공할 수 있을 정도의 임상 경력을 바탕으로 발급받은, 면허증(license)이나 자격증(certification)을 소지하고 있어야 한다.

보장범위

첫째, 주정부에서 허용한 서비스로, 둘째, 합리적이며 꼭 필요해야 한다. 셋째, 서비스 제공과 관련하여 일차진료의사와 협의 혹은 환자의 서면 동의가 있어야 한다. 동의서에는 상담 시 비밀보장 범위(예. 환자의 의학적 기록), 상담기간, 동의일 등이 적혀 있어야 한다. 만약 의사에게 의뢰받았는데 상담이 진행되지 않았거나 중도에 종결됐다면, 그 이유, 상담 기간과 방식 등이 적힌 서류를 회신해야 한다. 넷째, 진단적 심리 평가 및 신경심리평가에 대한 지도감독(supervision)을 할 수 있어야 한다. 다섯째, 위에서 언급되지 않은 전문서비스를 추가로 제공해야 할 수도 있다.

보험금 지급

첫째, 보험금은 할당된 보장범위에 한해서 지급된다. 둘째, 건강보험 의료비 계획(Medicare Physician Fee Schedule)을 근거로 의사와 동일하게 보험금을 100% 지급한다.

개업심리학자(IPP)의 보험적용 요건

자격요건

임상심리학자(CP) 요건에 해당하지 않는 심리학자여야 한다. 보통은 임상심리학에 초점을 두지 않은 심리학과 프로그램(예. 상담심리학, 교육심리학)으로 박사학위를 받은 자가 여기에 속한다. 둘째, 다음의 기준 중 하나를 충족해야 한다. ① 서비스 수행에 관한 주자격관리위원회의 면허증이나 자격증을 소지한 자로, 기관(예. institution, agency, physician's office)에서 독립적으로 근무해야 한다. ② 면허증 문제없이 법적으로 서비스를 수행할 수 있는 심리학자여야 한다.

보장범위

첫째, 주정부에서 허용한 서비스로, 합리적이며 꼭 필요해야 한다. 둘째, 서비스에 대한 책임은 본인에게 있다. 고용주(예. 의사, 기관)의 행정적·전문적 통제지시와는 별개이다. 셋째, 환자를 개별치료해야 한다. 넷째, 상담실이 고용 기관 내에 있을 경우 ① 상담실은 업무 부서와 명확히 분리된 공간이어야 한다. ② 기관 소속 환자뿐 아니라 외래환자들도 서비스 받을 수 있는 독립된 장소여야 한다. 다섯째, 의사 처방이 있다면 진단적 심리 평가 및 신경심리평가를 수행할 수도 있다. 여섯째, 서비스 비용을 직접 청구하거나 추후 정산할 권리가 있다.

보험금 지급

첫째, 진단적 심리 평가나 신경심리평가는 보통 보험 적용에 포함되

지 않으나, 의사 처방으로 시행할 경우 의사의 이름과 주소 등이 적힌 서류가 있어야 한다. 둘째, 건강보험 의료비 계획을 근거로 개업 심리학자에게 100% 보험금을 지급한다.

요약정리

미국은 예방 및 초기 중재(Prevention and Early Intervention) 원칙에 따라, 이용자 중심의 정신건강서비스 체계를 구축하였다. 이 과정에서 임상심리학자가 평가, 진단, 심리치료, 교육훈련, 연구, 사례 관리 과정에 기여한 바가 크다(Twining, 2007). 아울러, 정신건강서비스의 효과성과 이용가능성을 계속 높이기 위해 보험 적용과 같은 제도 개선에도 힘쓰고 있다.

한국의 지역사회 정신건강서비스 체계

관련법률

한국에서도 1960년대 이후 정신건강법의 제정 필요성이 여러 차례 부각되며 입법을 시도하였으나, 예산문제 및 인식부족으로 국회에서 법안통과가 부결되거나 보류되어왔다(Cho & Kim, 1992). 1995년에서야 정신보건법이 제정되어 정신장애의 예방, 치료, 체계적 관리를 위한 법적 기틀을 마련할 수 있었다. 2003년 이후 OECD 회원국 중 한국 자살률 1위가 지속되자, 2011년 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(이하 자살예방법)이 제정되었다. 2016년에는 정신보건법을 전부 개정하여(정신건강증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률, 이하 정신건강복지법), 기존 법률의 몇 가지 문제(Lee, 1995)를 개선하고자 하였다.

지역사회 정신건강사업

정신건강복지법의 핵심은 정신장애인의 인권개선과 더불어 지역사회 정신건강서비스 체계 강화에 있다. 지역주민의 정신건강문제에 신속히 개입하고 관리하기 위해서 현재 정신건강복지센터 243개소가 운영 중이며, 운영방식(예. 직영, 위탁), 사업목적(예. 기초형, 광역형)에 따라 조금씩 차이가 있긴 하지만, 공통적으로 중증 정신질환관리사업, 자살예방사업, 정신건강증진사업을 수행한다(MOHW, 2018b).

중증정신질환관리사업은 정신장애인의 회복 촉진과 만성화 예방을 목표로 제공하는 사례관리 서비스를 말한다. 문제심각도에 따라 상시, 2주, 1개월, 3개월 등의 기간을 두고 내소 혹은 전화상담을 한다. 예산 여유가 있고 대상 기준에 부합된다면, ‘정신건강 토탈 케어 서비스’를 제공할 수도 있다. ① 전국가구기준 중위소득 120% 이하이면서, ② 정신건강의학과 치료가 필요하다는 전문의 소견서

가 있으면, 12개월(최대 36개월)간 월 18만 원의 진료비를 지원해줄 수 있다(MOHW, 2018b).

자살예방 및 정신건강증진 사업은 아동청소년, 성인, 노인 대상으로 한 예방 및 교육을 목표로 한다. 크게 3단계로 진행된다. 먼저 심리교육이나 홍보, 간이선별검사를 통해 정신건강문제 고위험군을 발굴한다. 고위험군 의심대상은 정신건강전문요원이 추가 평가를 하며, 사례대상으로 최종확인되면 대상자의 동의하에 사례관리 서비스를 제공한다. 저소득층 아동청소년에게는 1인당 40만 원 이내 진료비(검사 및 치료)를 지원할 수도 있다. 또한, 보건복지부 아동청소년심리지원서비스 사업과 연계해서 해당 기준(① 정신건강복지센터 등록 대상자, ② 전국가구 월 평균소득 120% 이하 가정의 만 18세이하, ③ 일부 본인부담가능)을 충족하고 서비스 제공에 동의하면, 12개월간 월 16만 원 내외 치료비 지원을 받을 수 있다(MOHW, 2018b).

정리하자면 정신건강복지센터 서비스는 외부연계보다 대상자에게 직접 제공되는 경향이 크다. 지원금 보조방식으로 외부 정신건강치료를 받게 해줄 수 있지만, 대부분의 서비스가 정신건강의학과 이용에 초점을 두고 있다. 또한 지원받기 위해 정신건강복지센터에 등록되어야 하는데, 정신건강의학과에서 진료를 받아야 등록될 수 있다. 결정적으로, 한국에서도 국민건강보험제도를 통해 정신건강서비스를 받을 수 있으나, 이는 어디까지나 병원 의사가 제공한 의학적 서비스에 국한된다. 왜냐하면 한국 의료법 제2조 1항에서 규정된 의료인(예. 의사)만이 보험급여를 청구할 수 있는 권한이 있기 때문이다. 따라서 현재의 지역사회 정신건강사업은 약물치료 등 의학적 서비스를 원활히 받을 수 있게 구성되어 있다고 볼 수 있겠다.

한국과 미국의 공공 정신건강서비스 비교

공통점

한국과 미국의 지역사회 정신건강사업은 목표와 지향점이 서로 같다. 즉, 예방 및 초기 개입에 초점을 두며, 대상자 맞춤별 개입을 위해 생애주기별 정신건강증진 사업 확대를 모색하고 있다(Joint ministry, 2016).

차이점

한국도 미국처럼 지역밀착형 정신건강사업 수행을 위한 제도개선과 법률적 틀은 마련되었지만, 아직 이를 뒷받침할 전문인력과 예산 부족이 문제로 남아 있다.

전문인력문제

우선 정신건강전문가가 부족하다. WHO(2015)에 의하면, 2013년 인구 10만 명당 정신건강인력은 영국 318.9명, 미국 125.2명, 핀란드 99.2명으로 나타났다(Figure 1). 여기에는 정신과의사, 일반의사, 간호사, 심리학자, 사회복지사, 직업치료사, 의료보조인 등이 속해 있다. 한국은 관련자료를 제출하지 않아 다른 나라와 동일 비교하기 어렵지만, 2015년 인구 10만 명당 정신건강인력이 42.0명으로 자체 조사된 바, 영국의 1/7 수준, 미국의 1/3 수준, 핀란드의 1/2 수준일 것으로 예측된다(National Center for Mental Health [NCMH], 2017). 정신건강상담사로 국한해서 다른 나라와 비교하면 한국의 정신건강전문가 부족이 더 확연히 드러난다(Figure 2).

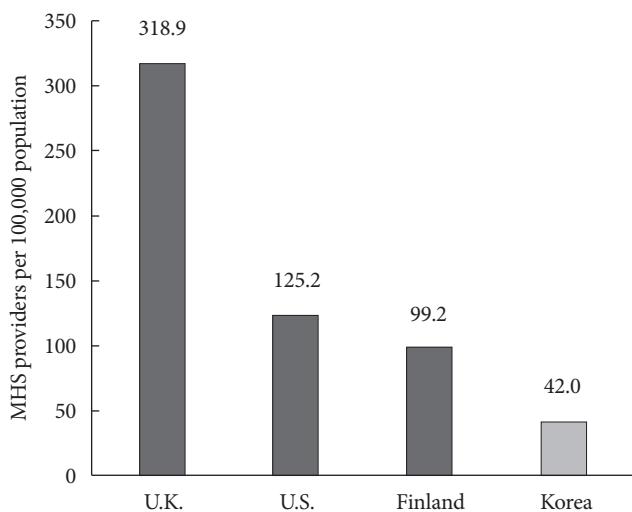


Figure 1. MHS providers per 100,000 population.

더 큰 문제는, 국내 정신건강전문요원 중 정신건강임상심리사 비중이 17%에 불과한데(Figure 3), 여러 현실적인 이유로 지역사회 기관에서 근무하는 정신건강임상심리사나 임상심리전문가가 매우 적다는 사실이다. 심층심리평가와 심리치료를 체계적으로 공부한 전문가 부족, 기존직원들의 업무과다 등으로 인해, 현재 정신건강복지센터에서 약물사용 확인을 포함한 단순사례관리위주의 서비스를 할 수밖에 없을 것으로 여겨진다.

이에 비해, 미국은 심리치료를 포함한 다양한 정신건강서비스 보강에 초점을 두는데, 사실 미국도 처음부터 심리학자의 서비스를 보험 처리해주지 않았다(Karlin & Humphreys, 2007). 정신장애 유병률은 증가하는데 치료 기관 이용률이 낮아서 이를 해결하기 위해 심리학자의 서비스를 보험 적용하였고, 그 후 사회복지사와 간호사의 서비스까지 보험 적용을 한 것이다. 즉, 미국은 이용자 중심의 서비스를 제공하는 과정에서 보험 혜택이 다양해졌고, 점진적으로 치료 이용률을 높이는 계기가 되었다.

예산문제

정신건강서비스를 발전시키고 유지하기 위한 필수요소가 재정(public finance)인데, 미국은 건강보험과 의료급여를 아우르는 보험제도를 통해 다양한 심리서비스를 제공하는 반면, 한국은 제한된 대상에게 일정금액의 보조금을 지급해서 심리서비스를 지원하고 있다. 한국은 정신건강관련 예산이 부족하기 때문이다. WHO (2015)에 의하면, 1인당 정신건강지출은 영국 \$278, 미국 \$273인 반면에, 한국이 \$45로 영국과 미국보다 6배 적은 것으로 나타났다. 일본과 비교해도 한국의 정신건강지출이 약 3.5배 적었다(Figure 4).

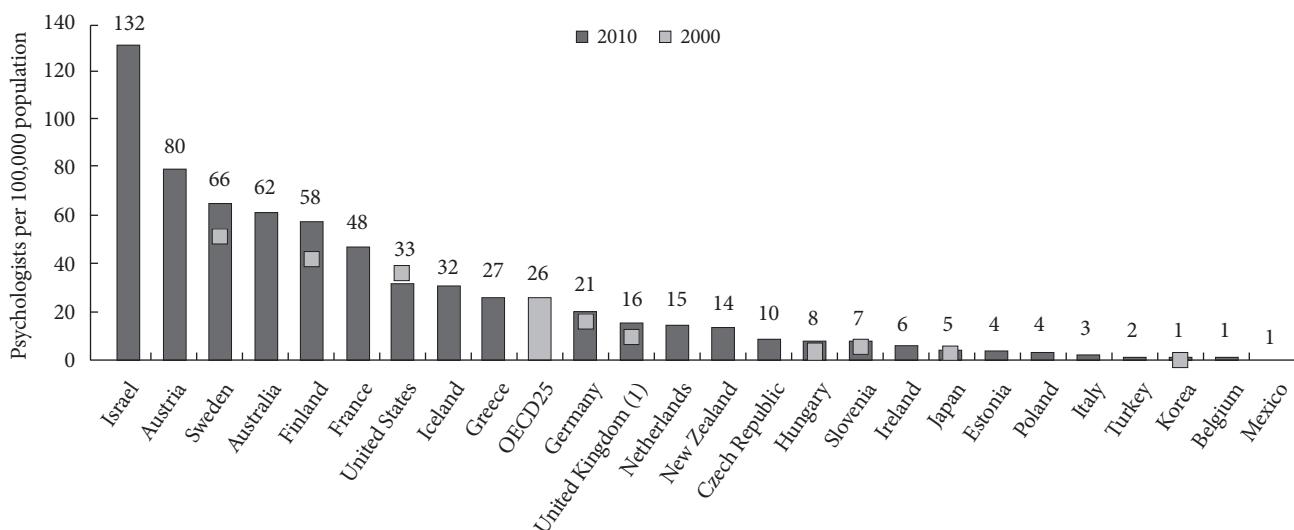
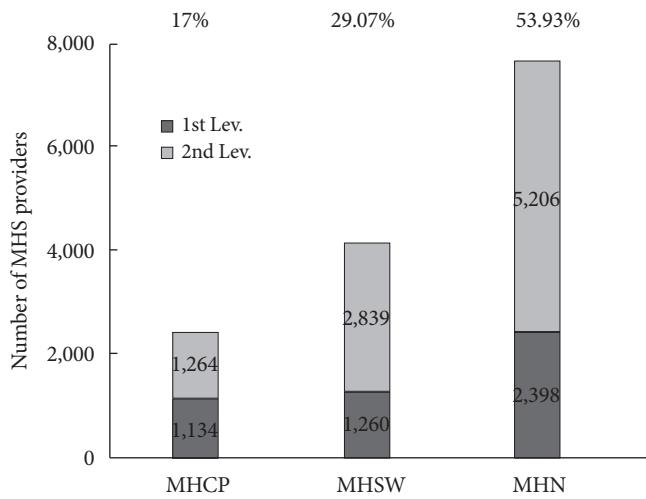


Figure 2. Psychologists per 100,000 population, 2000 and 2011.

Note. Source: "Mental Health Atlas 2011." by World Health Organization, 2011, Geneva: World Health Organization.

**Figure 3.** MHS providers in South Korea.

Note. MHCP = Mental Health Clinical Psychologist; MHSW = Mental Health Social Welfare; MHN = Mental Health Nurse.

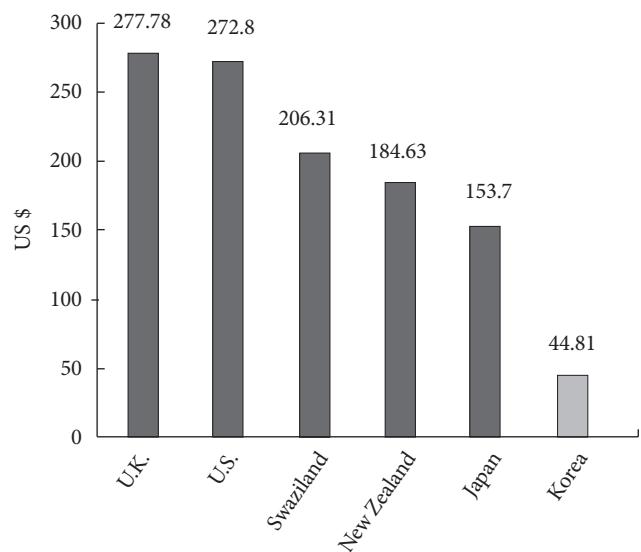
Source: "Report on the Current Situation of Mental Health Professionals," by National Center for Mental Health, 2016, Seoul, Korea: National Center for Mental Health.

법률 및 자격요건 문제

미국을 비롯한 서양은 사회문제적인 요인들로 인해 의료법 개념이 광범위하다(Jung, 2003). 앞서 설명한 바와 같이 미국은 면허증이나 자격증 종류에 관계없이 학력과 임상경력 등 일정요건을 갖춘 임상심리학자에게 정신과 의사와 동일한 보험급여를 적용하고 있다. 반면에, 임상사회복지사와 임상전문간호사는 수행업무 차이로 인해 임상심리학자 보험급여 대비 75~85% 가량을 적용받고 있다(CMS, 2017).

대조적으로 한국은 국가주도의 보험 및 의료 통제로 인해 의료법 개념이 협소하다. 특히 관련 법률의 상충 문제가 큰데, 정신건강복지법, 자살예방법, 치료감호법에 따르면, 정신건강임상심리사는 심리치료를 할 수 있다고 명시되어 있다. 그러나 의료법과 국민건강보험법에 의해 정신건강임상심리사 혹은 임상심리전문가는 현행 법상 의료인이 아니라서 독립적으로 심리치료를 하고 보험급여를 받을 수 없다(National Law Information Center, 2018). 정신건강전문인력 및 예산이 부족한 상황에서, 임상심리전문가의 활동마저 제한되는 것은 결국 양질의 정신건강서비스를 필요로 하는 일반시민의 피해로 이어질 수 있어 염려스럽다.

위에서 언급한 문제는 자격 공인과 연관되는 문제이기도 하다. 미국에서는 주 자격관리위원회의 인증을 받은 학교 및 수련 프로그램을 이수해야 하고, 그리고 나서 국가시험을 거쳐 면허증을 취득한다. '임상심리학자' 면허시험을 보기 위해서는 박사학위와 1년 풀타임 혹은 2년 하프타임(총 1,750~2,000시간) 수련 경력이 요구

**Figure 4.** Total government mental health spending per capita against GNI per capita (US \$).

된다. 일부 주에서는 박사 후 과정을 추가이수해야 자격시험에 응시할 수 있다(Choi, 2014).

한국에서는 한국임상심리학회 혹은 보건복지부의 인증을 받은 학교 및 병원 수련 프로그램을 이수해야 '임상심리전문가' 시험에 응시할 수 있다(Korean Clinical Psychology Association [KCPA], 2018). 최소 석사학위에 3년의 수련(총 3,000시간 이상) 경력이 필요하다. 한국과 미국의 임상심리전문가 제도를 비교했을 때, 미국은 학력을, 한국은 임상 경력을 더 요구한다. 이는 어디까지나 과학자-전문가 모델을 추구하는 과정에서 어디에 더 가치를 두었는지 차이일 뿐이라고 여겨진다. 이에 한국과 미국의 전문가 자격증은 동일선상에서 인정될 필요가 있다. 다만, 민간 심리상담 자격증 관리 방안은 문제로 남는다. 현재 한국에서 심리상담 자격증만 2,362종이며, 인지행동치료 관련자격증도 33종이 있다(KCPA, 2018). 최근 들어, 사설 상담소가 많이 늘었는데, 일반대중은 심리 평가 및 치료를 심도 깊게 배운 전문가와 그렇지 않은 비전문가를 사실상 구분하기 어렵다. 그래서 전문가 자격증 및 치료기관 인증과 같이 임상심리전문가 활동을 명확히 알아볼 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 추후 심리서비스가 건강보험 적용을 받게 될 경우를 위해서라도 미리 대비해야 할 것이다.

제언

한국임상심리학회가 창립된 이후로 지난 50년간 임상심리전문가

수련 및 교육 체계 정립, 정신병리 및 심리치료 효과성 연구 등에서 눈부신 성과가 있었다. 이제는 그간의 노력을 제도와 정책이라는 안정된 틀 내에서 더 발전시켜야 할 때가 되었다. 이를 위해 우선은 우리 임상심리전문가들이 묵묵히 해오던 노력과 성과를 잘 정리해서 정책연구와 같은 방식으로 정보를 공유하고 대중에게 알리는 것이 중요하다. 한 예로, 강력범죄 피해자 심리치료(Kim, Yun, Seo, Kim, & Han, 2013), 아동 및 여성의 성폭력 피해심리치료(Kim, 2010), 자살예방정책 수립을 위한 자살유족면담(Kwon & Ko, 2016), 학교부적응 및 위기청소년 상담(Lee, Chung, Park, Joo & Jung, 2013)과 같이, 고도의 정신건강전문성을 요하는 일선 현장에서 현재 임상심리전문가들이 활동하고 있다. 그러나 심리치료의 대상과 목적에 따라 사업주체(예. 보건복지부, 법무부, 여성가족부, 행정안전부, 교육부, 지방자치단체 등)가 다르고 각기 개별적으로 운영되다 보니, 서비스 중복제공 내지 사각지대 발생과 같은 문제가 일어나고 있다(Korea Institute of Public Administration, 2013). 통합적이고 효과적인 지역사회 정신건강서비스 제공 확대를 위해, 각 심리치료 사업의 장단점을 비교하고 구체적인 개선방안을 논의하는 과정이 필요해보인다.

그 다음으로, 임상심리학자들이 지역정신건강복지센터에서 근무할 수 있는 여건을 조성해야 한다. 정신건강복지센터는 정신장애의 예방과 치료에 관한 전반적인 공공사업을 수행하는 곳으로, 국민의 정신건강증진을 위해 노력하고 있다. 앞 단락에서 언급된 심리치료 사업보다 일찍 운영되기 시작하여, 지역사회 체계 구축이 상대적으로 잘 되어 있다고도 볼 수 있다. 그런데 현재 정신건강전문요원 제도상으로는 임상심리사, 간호사, 사회복지사의 역할과 성격이 구분되지만(NCMH, 2018), 실제 근무현장에서는 업무 분장이 불분명해서 정신건강임상심리사들이 심리 평가 및 치료 업무에 전념하기 힘들다. 또한, 업무지침상으로는 경증과 중증 환자를 구분하여 맞춤별 관리를 할 수 있게 되어 있지만, 실제로는 중증환자 위주로 약물사용법을 포함한 사례관리에 많은 시간을 할애하고 있다. 지역정신건강복지센터에서 임상심리학자들이 전문성을 발휘하기 어렵다보니, 근무를 꺼려할 수 있는 것이다. 이에 대한 대책이 필요하다.

중장기적으로는 임상심리학자들을 보호할 수 있는 법률적 근거가 필요하다. 심리치료를 포함한 심리서비스에 관한 법제화(이하 심리서비스법) 논의는 예전부터 있었고, 임상심리전문가의 정체성문제와 더불어 정신건강체계 발전을 위해 하루속히 법률 제정이 되어야 하겠지만, 빠른 시일 내에 심리서비스법 제정이 쉽지만은 않아 보이는 것이 현실이다(Jeon & Lee, 2017). 이에 두 가지 대안이 있어 보인다. 첫째, 최근 진행되고 있는 전문간호사 제도의 법률개정 과

정을 참고할 필요가 있어 보인다. 일례로, 간호사는 의료법을 따르게 되어 있고, 의료법에 전문간호사 자격인정 규정이 있는데 업무범위에 대한 명확한 근거가 없어 전문간호사 제도가 활성화되지 못하였다. 2018년 2월 28일, 전문간호사의 업무범위를 규정할 수 있도록 한 의료법 개정안이 국회 본회의를 통과하여 점차 간호사 업무의 확대 및 전문성을 인정받을 수 있을 것으로 보인다.

둘째, 법률 제정이나 개정이 쉽지 않다면, 각 지역단체의 조례제정을 위해 임상심리학자들이 힘쓸 필요가 있다. 2011년에 자살예방법이 제정된 후로 서울시 일부 자치구, 수원시 등에서 구민이나 시민을 대상으로 한 심리상담실을 운영하기 시작하였다. 2015년부터는 서울시에서 서울심리지원센터를 위탁운영 중인데, 안정된 운영 관리를 위해 2017년 9월 ‘서울특별시 심리지원에 관한 조례’가 서울시의회 보건복지위원회에서 원안 가결되었다(Seoul Metropolitan Council, 2017). 이 조례안은 시의원, 임상심리전문가, 관련 종사자 등이 참여한 공청회와 실무회의를 통해 마련될 수 있었다. 그리고 올해 4월 경상남도에서 서울시 조례를 참고하여 ‘경상남도 심리지원에 관한 조례안’을 입법예고한 상태인데(Gyeongsangnam-do Provincial Council, 2018), 각 지역단체 수준에서 조례가 제정되다면 이를 근거로 심리서비스법 제정이 한결 수월해질 수 있을 것이다. 제도 개선을 위한 우리의 학술적, 행동적 노력이 요구된다.

Reference

- American Medical Association. (Apr 2018). *Find-a-code*. Retrieved from <https://www.findacode.com/>
- Bennefield, R. L. (1998). *Health insurance coverage: 1997*. Retrieved from <https://www2.census.gov/prod2/popscan/p60-202.pdf>
- Blumenthal, S., & Lavender, T. (1997). The role of clinical psychologists in community mental health teams. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 192-200.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2015). *Mental health services booklet*. Retrieved from <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Mental-Health-Services-Booklet-ICN903195.pdf>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2017). *Medicare and your mental health benefits*. Retrieved from <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10184-Medicare-Mental-Health-Bene.pdf>
- Cho, H., & Kim, H. (1992). A study on contents of mental health laws in various countries: Focusing on England, USA, Japan and Taiwan. *Korea Association for Social Welfare Studies*, 4, 213-250.
- Choi, K. H. (2014). Is the psychological qualification system in the United States applicable to Korea?. *The Korean Psychological Association Academic Publications*, 100-101.

- Fisher, L., & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychological Association*, 69, 355-363.
- Gunn, W., & Blount, A. (2009). Primary care mental health: A new frontier for psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 235-252.
- Gyeongsangnam-do Provincial Council. (2018). *Notice of ordinance on Gyeongsangnam-do psychological support*. Retrieved from <http://council.gyeongnam.go.kr/kr/open/bbsLaw.do?refor m=view&key=c1512faf93834dc8f71e8bc2b5dd31a749ec3a08057a70b144c0676cc708e0a8efd33708392c708d>
- Hong, S., Kim, D., Kim, M., Yeom, H., & Lee, Y. (2016). *Comparative study on overseas case study for integration of community with mental disorder*. Seoul, Korea: National Human Rights Commission.
- Jeon, S., & Lee, S. (2017). Regarding the necessity of redefining the legal basis for psychological services (psychotherapy and psychological counseling, etc.). *The Korean Psychological Association Academic Publications*, 236-237.
- Joint ministry. (2016). *Comprehensive measures for mental health for a happy life and a healthy society*. Retrieved from <http://dl.nanet.go.kr/SearchDetailView.do?cn=MONO1201631641&sysid=uci>
- Jung, J., Chae, H., Chun, J., Yoon, S., Lee, H., & Kim, Y. (2012). *Strengthening the mental health care systems for high risk groups*. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Jung, K. (2003). Medical system and medical law in America. *Korean Association of Law and Politics*, 3, 9-27.
- Karlin, B. E., & Humphreys, K. (2007). Improving medicare coverage of psychological services for older Americans. *American Psychologist*, 62, 637-649.
- Kim, J. (2014). Review on the legal character of penalty clause of PPACA in USA - Is it a penalty or tax? -. *Korea Public Land Law Association Public Land Law Review*, 64, 277-299.
- Kim, S. (2011). *A study of welfare politics on health insurance reform of Obama administration* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://www.riiss.kr/link?id=T12570742>
- Kim, T. (2010). The role of psychological experts in child sexual abuse. *Korean Psychological Association Academic Publications*, 490-491.
- Kim, T., Yun, S., Seo, M., Kim, K., & Han, E. (2013). The role model of intermediary in South Korea. *Korean Association of Victimology*, 21, 193-213.
- Kim, Y. (2005). A study on the U.S. public mental health managed care system and its implications for improvement of mental health care financing system in Korea. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 28, 69-103.
- Korean Clinical Psychology Association. (2018, March). *For whom is the cognitive behavior therapy health insurance policy reorganization?* Chey, J (Chair), Korean Clinical Psychology Association.
- Public Hearing conducted at Seoul, Sungshin University, Korea.
- Korea Institute of Public Administration. (2013). *Community mental health management efficiency plans*. Seoul, Korea: Korea Institute of Public Administration. Retrieved from <https://www.nrc.re.kr/kor/pubCoView.do?menuIdx=540¤tPage=1&otpId=NRCS00046420>
- Kwon, H., & Ko, S. (2016). Recommendation for psychological autopsy studies. *Korean Journal of Culture and Social Issues*, 22, 623-641.
- Lee, J., Chung, J., Park, J., Joo, H., & Jung, S. (2013). Operation condition analysis of 'Wee center' as an institute for educating and treating bullies and victims. *Korean Journal of Educational Administration*, 31, 67-89.
- Lee, Y. (1995). *Problems and improvements of mental health law*. Seoul, Korea: Korean Clinical Psychology Association.
- Los Angeles County Department of Mental Health. (2017). *L.A. care Cal MediConnect plan member handbook*. Retrieved from https://www.calmedicconnectla.org/sites/default/files/documents/la0958_cmc_eoc_ko_111315_final.pdf
- Ministry of Health and Welfare. (2018a). *18th year 2nd health insurance policy review committee reshaping the number of psychotherapy health insurance and decreasing the burden on the person*. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=343770&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=정신 치료
- Ministry of Health and Welfare. (2018b). *Mental health service guide*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare. Retrieved from http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8327&fno=106&gubun_no=0&pg=1&search_item=0&search_content=&menu_cd=K_04_09_00_00_00
- Naik, D. (2017). Role of clinical psychologist in community mental health. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8, 57-61.
- National Center for Mental Health. (2016). *Report on the Current Situation of Mental Health Professionals*. Seoul, Korea: National Center for Mental Health.
- National Center for Mental Health. (2017). *National mental health statistics Pilot Study*. Seoul, Korea: National Center for Mental Health.
- National Center for Mental Health. (2018). *Mental health specialist operation guidance*. Seoul, Korea: National Center for Mental Health. Retrieved from http://www.kcp.or.kr/boardManagement/board.asp?board_menu=view&boIdx=40470&bid=bid_2&menuCategory=7&subMenu=1&subTabMenu=&subLeftMenu=&boSoIdx=&listNum=20&title=boTitle&findstr=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95
- National Institute of Mental Health. (2018). *Mental health information*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml>

- National Law Information Center. (2018). *Medical Service Act*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsc.do?tabMenuId=tab18&query=%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95#undefined>
- OECD Korea Policy Centre. (2015). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*. Seoul, Korea: OECD Korea Policy Centre.
- Samsung Medical Center. (2017). *The Survey of Mental Disorders in Korea 2016*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare. Retrieved from <http://library.mohw.go.kr/Search/?q=2016+%EC%A0%95%EC%8B%A0%EC%A7%88%ED%99%98%EC%8B%A4%ED%83%9C%EC%97%AD%ED%95%99%EC%A1%B0%E C%82%AC&x=0&y=0#wrap>
- Seoul Metropolitan Council. (2017). *Seoul ordinance on psychological support*. Retrieved from <http://www.smc.seoul.kr/info/bill-Read.do?menuId=006004001&url=/billNewList.do&propType Cd=01&generationNum=009&billNo=02056&billTypeCd=1&billNum=1&l=1>
- Sundararaman, R. (2009). *The U.S. mental health delivery system infrastructure: A primer*. Washington, DC: Congress Research Service, Library of Congress.
- Twining, C. (2007). The role of the clinical psychologist. *Psychiatry*, 7, 73-75.
- United States Bureau of the Census. (1995). *Statistical brief: Health insurance coverage—Who had a lapse between 1991 and 1993?*. U.S Department of Commerce: Economics & Statistics Administration.
- World Health Organization. (2011). *Mental health atlas 2011*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Mental health atlas 2014*. Geneva: World Health Organization.

국문초록

한국과 미국의 정신건강서비스 체계 비교: 지역사회 현장에서 임상심리학자의 역할

유득권·이영호

가톨릭대학교 심리학과

현재 한국에서는 바람직한 지역사회 정신건강증진 방안을 놓고 활발한 논의가 이루어지고 있다. 특히, 효과적인 정신건강치료 방법과 접근성 강화를 놓고 의견이 분분하다. 본 연구의 목적은 지역사회 정신건강증진 방법을 놓고 비슷한 문제를 겪었던 미국과 한국 사례를 비교함으로써, 우리나라 지역사회 정신건강서비스 체계의 문제점과 개선방안을 제안하는 데 있다. 구체적으로 미국과 한국의 치료방법, 서비스 전달체계 등을 각각 살펴보았고, 정신건강서비스에서 보험제도가 어떻게 활용되고 있는지 탐색적으로 알아보고자 하였다. 마지막으로 본 연구의 제언 및 후속연구의 필요성을 언급하였다.

주요어: 지역사회 정신건강, 심리치료, 임상심리전문가, 건강보험