

2010년 식품 및 건강증진분야 정책 전망 및 추진과제

Policies on Food and Health Promotion 2010



정기혜 한국보건사회연구원 연구위원

2010년은 전년 대비 약 17% 예산증액이 있는 식품안전분야는 식품위해물질 증가에 따른 식품안전 사고 발생, 기후온난화에 의한 식중독 다발 등 문제점이 예상된다. 건강증진분야도 의료비부담의 지속적 상승, 만성질환 및 정신문제 증가 및 공공의료기반 취약으로 인한 문제점 해결이 요구되고 있다. 국민의 건강과 직결되는 두 분야의 향후 추진과제로는 식품분야는 식품위해물질의 관리 적정화에 의한 식품사고 예방과 기후온난화에 대비한 저탄소 기술 개발 및 국민의 적응력 제고 방안 마련이고, 건강증진분야는 수요자 중심의 건강증진서비스 제공, 건강 형평성 강화, 건강행태 개선을 들 수 있겠다.

국민 1인당 소득이 증가하면서 식품안전과 건강증진에 대한 국민적 욕구는 소득상승률을 넘어서는 수준으로 수직상승하고 있다.

회복세를 보이고 있기는 하지만 글로벌 경제 위기의 여파가 2010년에 본격적으로 나타날 수 있음을 감안할 때 국민 건강에 대한 정책적 관심은 지속적으로 유지, 강화되어야 하겠다.

식품안전에 관한 정부의 예산은 해마다 증가하고 있어 2009년 대비 2010년에는 약 17%정도 상승한 것으로 나타나고 있다.

식품의약품안전분야의 경우에 식품의약품안전청이 개칭한 이래 예산은 해마다 증가하고 있으며 특히 일반회계 예산의 평균 증가비율보다 2~3배 높은 증가세를 유지하고 있어 정부차원에서 지속적인 관심을 보이고 있음을 알 수 있다.

2009년 위해예방정책국으로 조직 확대, 위해 사범중앙조사단, 식품의약품안전평가원 및 식품안전정보센터 설치 등의 조직개편으로 2010년 이후를 대비한 정부(식약청)의 조치는 현 식품안전을 둘러싼 국내외 환경변화에 적절히 대응한 것으로 판단된다.

건강증진분야에 대한 정부의 관심도 식품분야 못지않다.

국가적 건강증진에 대한 2010년 목표 달성과 더불어 2009년에 향후 10년후인 2020년까지의 새로운 목표 설정이 이루어져 올해부터는 건강증진 사업의 새로운 시작년이 되고 있다. 특히 지난 10년간의 건강증진사업을 마무리하고 새로운 사업의 시작을 위해 계획되고 있는 건강엑스포(가칭)의 개최는 건강증진에 대한 국가적인

관심과 참여를 이끌어내는데 큰 의의가 있다 하겠다.

올해부터 시작되는 또 다른 10년간의 발전을 위해 이 원고에서는 식품안전과 건강증진분야의 정책 환경 변화와 전망, 정책 추진의 기본방향, 그리고 추진 과제를 도출하여 개진하였다.

1. 식품안전분야의 환경 변화와 전망

1) 식품유해물질의 증가에 따른 식품안전 위협

우리나라도 최근 식품위해물질에 의한 사고

가 증가하고 있다.

산업발달에 따른 환경유래오염물질, 식품제조과정 중에 생성되는 유해물질 등 신종유해물질의 출현 증가 및 관리의 필요성이 대두되고 있다. 예를 들면 패스트푸드나 감자칩을 조리하는 과정에서 발암성물질인 아크릴아마이드가 생성되고, 참기름에는 벤조피렌, 그리고 생수에는 발암성추정물질인 브롬산염의 오염이 우려된다.

<표 1>에는 2000년 이전과 2000년대 이후 연도별 식품사고 발생 양상 비교결과가 제시되어 있다.

식품위해물질에 의한 식품사고가 2000년대 전보다 이후에 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다¹⁾.

표 1. 식품위해물질에 의한 식품사고 현황

(단위: 건, %)

연도	계	자연발생	환경유래	제조·가공과정	식품첨가물	기타
계	71 (100.0)	21 (29.6)	11 (15.5)	9 (12.7)	7 (9.9)	23 (32.4)
2009년	6	3	1	-	-	2
2008년	7	1	2	-	-	4
2007년	6	2	1	1	-	2
2006년	2	1	-	-	1	-
2005년	6	2	-	1	1	2
2004년	6	2	-	-	2	2
2003년	3	2	-	-	-	1
2002년	7	3	-	1	1	2
2001년	3	1	-	-	-	2
2000년	8	1	3	1	-	3
2000년 이전	17	5	4	3	2	3

- 주: 1) 자연발생: 유해 미생물, 시 등
 2) 환경유래: 잔류농약, 항생제, 다이옥신 등의 환경성 오염물질
 3) 제조·가공 과정에 생성되는 유해물질: 아크릴아마이드, 니트로즈 아민 등
 4) 식품첨가물: 표백제, 착색료 등
 5) 기타: 유전자재조합식품, 멜라민, 광우병, 이물, 유통기한 허위표시 포함

1) 정기혜 외(2009). 식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점관리 방안 연구, 한국보건사회연구원.

또한 지난해 발생되었던 중국산 멜라민 사건 처럼 식품오염물질의 의도적, 비의도적 혼입이 증가하고 있으며, WTO 출범이래 식품교역의 완전 자유화로 오염된 식품의 국내 유입은 향후에도 해마다 증가할 전망이다. 식품위해물질인 식품에서 검출되는 납, 수은, 카드뮴, 알루미늄 등은 인체에 직접적인 독성이 강할 뿐 아니라 만성적으로 내분비계 교란작용이 있어 혼입 차단이 반드시 필요하다.

식약청은 2009년 현재 유해물질 안전기준의 단계적 강화를 추진하기 위해서 위해우려가 있는 항목에 대한 리스크 프로파일을 작성하고 있는데 2008년 1,638개에서 2010년 1,882개로 대상 품목수를 증가시킬 계획이다.

관리할 유해물질 수는 2008년 100품목, 2009년 100품목, 2010년 300품목으로 단계적으로 확대 예정이며, 2009년 현재 잔류농약, 방사능 등 중점관리 유해물질 50종을 선정하였으나 질적 관리여부가 관건이라 하겠다.

2) 기후온난화에 따른 식품안전 위협

다른 분야와 달리 기후변화는 2000년대 이후 전 세계적인 화두가 되고 있고 기후변화 중 기후온난화는 식품안전에 절대적인 영향을 미친다고 할 수 있다. 전 세계적으로 지구의 평균온도가 상승하고 있고, 지난 100년간 한반도도 1.5℃ 상승한 것으로 보고되고 있는데 이런 우리나라의 기온증가는 세계적인 경향의 2배 정도로 높은 수치로 기후 상승에 따라 강수일수는 감소하였으나 연간 강수량은 증가하여 단위 일당 강수량의 크기가 증가하고 있다.

<표 2>에 제시된 바와 같이 기상연구소에 의하면 150년간의 기후변화 시뮬레이션 결과에 의하면 21세기에는 열파현상 증가, 겨울의 단축, 강수일수 감소, 호우 및 가뭄 증가 등 온난화에 따른 변화가 심화될 전망이다.

이처럼 기후가 온난화될 경우 식품안전분야에서 가장 직접적인 영향을 받는 부분이 식중독 분야다. 식중독 발생은 온도, 습도에 직접적인

표 2. 기후변화 예측

구분	세계	국내
기온	0.74±0.18℃ 증가 (1906~2005, 육지+해양평균)	1.5℃ 증가(1906~2005) (6대도시, 도시화효과포함)
해수온도	0.10℃ 증가 (1961~2003)	약1.0℃ 증가 (1968~2004)
해수면	0.17±0.05m 상승 (20세기)	연간0.1~0.2cm 상승 (1960~2006)
강수량	지역별로 증가와 감소지역이 구분됨	연평균 강수량 증가 단, 강수일수는 감소

자료: 정보과학기술보좌관실, 기후변화의 현황과 대응 연구의 보완방향, 2007, 10.11

영향을 받기 때문이다.

이처럼 평균기온이 상승함에 따라 식품분야에서는 식중독 발생 증가 등이 예측되고 있는데 <표 3>에 제시된 바와 같다. 즉, 2050년에 2007년 대비 평균기온이 1.2℃ 상승하면 식중독 발생률은 약 6% 증가할 것으로 예측되고 있다.²⁾

2. 건강증진분야의 환경 변화와 전망

1) 의료비 부담의 지속적 상승

2007년 현재 우리나라 국민의료비는 GDP의 6.8%로 OECD 국가 평균이 8.9%에 비해 여전히 낮은 편이나 1993년부터 2006년까지 그 증가 속도는 12.01%로 OECD 평균이 7.54%보다 훨씬 높을 뿐만 아니라 OECD 국가 중 최고 수준이다.

이러한 의료비 증가는 약제비 등 신의료 기술의 발달과 인구의 고령화에 주로 기인하는 것으로 보인다. 그런데 신의료 기술의 사용 증가와

인구 고령화는 앞으로도 지속될 것이므로 국민의료비 부담은 계속 늘어날 것으로 전망된다. 먼저 약제비는 2004년에 총 진료비의 28.4%를 차지하였으나, 2008년에는 29.4%를 차지하는 등 지속적으로 부담이 증가하고 있다. 노인 의료비는 2008년 현재 전체 건강보험 지출의 29.9%를 차지하는데, 노인 인구의 규모뿐만 아니라 노인의 1인당 진료비의 증가가 그 원인이다.

2) 만성질환의 부담 증가

2007년 현재 우리나라 국민의 3대 사망원인은 암, 뇌혈관 질환, 심장질환으로 모두 만성질환이다. 또한 10대 사망원인 가운데 포함된 다른 만성질환으로는 당뇨(5위), 만성하기도질환(7위), 간질환(8위), 고혈압성질환(9위)이 있다. 만성질환으로 인한 부담은 건강보험 진료실적에서도 드러난다. 2008년에 고혈압, 당뇨, 암 등 주요 만성질환으로 진료를 받은 환자수는 1,130만 명으로 '06년 1,021만 명, '07년 1,083만 명에 비해 늘어난 것이다. 만성질환에 대한 건강보험 진료비는 전체 요양 진료비의 34.8%

표 3. 예측모형에 의한 식중독 발생 전망

(단위: °C, 건, 명)

연도	평균 기온	식중독 발생 증가비	식중독 발생건수	식중독 발생자수
2003~2007 평균	13.6°C	-	236.0	8,905
2020	14.8°C	6.3	250.9	12,052.4
2050	16.6°C	15.8	273.8	13,300.5
2080	18.6°C	26.4	297.4	-

자료: 한국보건사회연구원 내부자료, 2008.

2) 정기혜, 이슈엔 포커스 제 14호, 한국보건사회연구원, 2009. 12.

에 달하였으며, 암, 고혈압, 정신 및 행동장애, 뇌혈관, 당뇨 순으로 지출이 높은 것으로 나타났다. 이러한 경향은 인구 고령화와 더불어 지속적으로 나타날 것으로 예상된다.

3) 정신적 건강문제의 부담 확대

과거 정신건강의 문제는 만성 주요정신질환자 영역에 한정되었으나, 현재는 과도한 경쟁 속에서 극대화된 스트레스, 알코올중독, 인터넷 중독 및 도박 중독과 같은 사회문제, 자살의 급증 등 다양한 영역에서 정신건강의 문제가 발생하고 있다.

2006년 정신질환실태 역학조사에 의하면, 정신질환 1년 유병률은 18세 이상 64세 이하 인구의 12.9%로 매년 약 412만 명이 정신질환에 이환되는 것으로 나타났다. 또한 통계청의 「2007년 사망 및 사망원인 통계결과」에 의하면 우리나라 자살률은 10만 명당 24.8명으로 사망원인 4위이며 특히 60대 이상 노인의 자살률이 매우 높아 80대의 자살 사망률은 30대의 5.2배에 달한다. 이러한 현상은 경제적 어려움, 경쟁심화로 인한 스트레스 증가, 가족 해체, 사회통합의 약화 등의 사회경제적 환경과 함께 당분간 지속될 것으로 보인다.

4) 공공보건의료의 기반 취약

우리나라의 건강증진정책은 주로 보건소를

중심으로 이루어졌다고 볼 수 있다. 그러나 전국의 236개 보건소를 통해서 전달되는 사업으로 수요자 중심의 건강관리 서비스를 제공하기에는 역부족이라고 할 수 있다. 이는 재원부족(전체 건강증진기금의 약 12.5%), 소액 사업 위주, 인력의 역량 미흡, 사업간 정보교류 미흡 등의 문제와 관련이 있다. 한편 민간시장에는 건강관리를 할 수 있는 의료인력 및 시설이 많아 향후에는 적극적인 민간자원을 활용하는 방향으로 건강관리 서비스를 제공해야 할 것으로 보인다.

3. 기본방향

1) 식품안전을 둘러싼 외부환경 변화에 대응

수입식품 증가, 식품가공산업의 발달, 환경오염 증대, 기후변화 등 식품안전을 둘러싼 외부환경은 나날이 변화해 가고 있고 주로 순방향보다는 역기능을 초래하는 방향으로 움직이고 있다.

식품위해물질 유입 증가, 비의도적 발암성 등 건강위해물질 생성, 식중독 등 식품기인성 질환 다발 등 직접적인 영향을 받고 있어 향후 식품 안전을 위해서는 외부환경 변화에 적극적으로 대응하기 위한 전략 마련이 필요하다.³⁾

UN 산하의 IPCC에서는 기후변화와 관련하여 세계 GNP의 3% 투자시 기온상승을 2~2.4℃로 억제할 수 있다는 권고사항을 담은 제4차 보고서⁴⁾를 발간하였다.

3) 정기혜, 국내외 사회경제 여건 변화와 대응방안 연구, 감사연구원, 2009.

4) IPCC, 제4차 보고서, 2007.

2) 질병의 사회적, 행태적 결정요인에 근거한 접근

건강증진정책의 기본방향은 우선 건강이 어떠한 요인에 의해 결정되는지에 대한 모형을 설정하는 것에서부터 시작되어야 한다. 개인이 가진 생물학적 특징과 병인의 관계에 따라 결정된다고 보는 것이 의학적 모형이라면, 사회적 건강결정요인 모형은 건강이 사회적, 행태적 요인에 의해서도 결정된다고 보는 관점이다.

우리나라의 한 연구에 의하면 흡연, 음주, 운동, 영양과 같은 개인의 행태 요인들이 질병 부담에 21.8%를 기여하고, 환경요인이 34.5%를 기여하는 반면, 체중, 고혈압, 고콜레스테롤과 같은 생물학적 요인의 기여도는 9.1%에 불과한 것으로 나타났다⁵⁾. 전 세계 인구를 대상으로 한 세계보건기구의 연구에서도 건강행태가 질병부담에 44%를 기여하고 작업장, 대기, 수질 등 환경요인이 8.9% 기여한다고 보고한 바가 있다.

질병의 분포에 대한 사회경제적 요인의 중요성 또한 여러 연구에 의해 밝혀졌다. 9세 이하 어린이의 경우 어머니의 교육수준이 대졸 이상의 경우에 비해 초졸인 경우 사망 위험이 3.4배, 중졸인 경우 2.5배, 고졸인 경우 1.4배 높은 것으로 나타났다⁶⁾. 30~64세 성인의 경우도 초졸은 대졸에 비해 2.36배 사망 위험이 높고 비육체노동자에 비해 육체노동자의 사망 위험은 4.4

배 높은 것으로 나타났다⁷⁾.

3) 다수준적 접근의 필요

사회생태학적 모형에 의한 다수준적 접근이란 개인, 가족, 지역사회, 정책 등 여러 수준의 개입이 동시에 이루어지는 것을 뜻한다. 이것은 개인의 건강지식, 신념, 태도 등을 변화시키기 위해 건강교육과 홍보를 중시하였던 건강신념 모형의 접근방법의 한계를 극복하고자 한 것이다. 속담에 세 살 버릇이 여든까지 간다는 말처럼 한 개인이 가지고 있는 건강과 관련된 습관을 개인의 지식과 신념을 바꾸게 함으로써 변화를 시키기는 매우 어렵다. 개인의 행동을 변화시키기 위해서는 개인을 둘러싼 환경의 변화를 통해 동시에 여러 차원에서 필요한 자극이 필요한 것이다. 예를 들어 금연정책의 경우 금연 교육과 홍보도 중요하지만 담배세의 인상, 공공장소에서의 흡연 규제와 같이 사회경제적 환경을 바꾸는 것이 더 효과적일 수 있다는 것이다.

4. 2010년 주요 정책 과제

1) 식품위해물질에 대한 관리 적정화

우리나라는 식품위해물질 품목수나 물질수

5) 정영호 외, 우리나라 국민의 건강결정요인분석, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 2006.

6) 손미아, 오주환, 최용준, 공정욱, 최지숙, 진은정, 정성태, 박세진, 우리나라의 1995~2004년도 출생코호트에서 부모의 사회계층이 영아사망률과 소아사망률에 미치는 영향, 예방의학회지 2006;39(6):469~476.

7) 강영호, 김혜련, 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과, 예방의학회지 2006;39(2):115~122.

가 방대하여 규제나 감시의 현실성이 부족한 실정이나 집중관리를 위한 유해물질 목록 작성 및 최신화가 필요하다.

OECD 회원국 대부분이 식품안전과 관련한 각종 법규나 규제를 강화하는 입장을 견지하고 있다. 우리나라도 향후 증가할 식품위해물질에 관한 규제 강화는 반드시 필요한데 특히 아플라톡신, 오클라톡신 등 식품곰팡이류와 사용이 증가하는 쿠마린 등 식품첨가물의 기준, 규격 설정과 더불어 안전관리를 위한 선진국 수준의 규제 강화 등 식품유해물질에 대한 사전, 사후관리가 강화되어야 한다.

유해물질에 대한 사전정보수집 강화 및 유통 중인 유해물질 및 새롭게 유해성이 밝혀진 물질의 회수 등 사후 안전관리를 위하여 과학적이고 체계적인 모니터링검사 실시가 필요한데 모니터링 검사체계는 단기적(한시), 중장기적(상시) 모니터링검사체계 구축으로 긴급사항에 대한 대응력을 높이고 계획적인 유해물질 회수 등이 실시되어야 한다.

즉, 신속대응과 항상성을 제공할 수 있는 지속성 있는 유해물질 모니터링체계가 조기에 구축되어야 하는데 긴급성과 관리방법(저감화 또는 함유금지)에 따라 단기(한시적) 안전관리 모니터링 체계 구축 및 중장기(상시적) 안전관리 모니터링 체계가 <표 4>에 제시된 바와 같이 대상 물질에 따라 구축되어야 한다.

식품사고의 원인이 된 멜라민과 같은 유해물질은 단기(한시적) 모니터링 체계로 분류하고, 중금속, 환경유래물질, 미생물, GMO 등은 장기적인(상시적) 모니터링 체계로 운영하여 섭취형태의 변화와 저감화를 유도하도록 하여야 한다.

표 4. 유해물질 모니터링체계 및 대상 품목

구분	대상 품목
단기(한시적) 모니터링	멜라민 등 식품사고 발생식품중 유해물질
중장기(상시적) 모니터링	중금속, 환경유래물질, 미생물, GMO 등

향후 유해물질 관리는 식품안전분야의 중심적인 국가 사안이 될 것이며 식품유해물질 모니터링검사를 체계화하기 위한 중앙부처와 지자체 등 관련기관의 명확한 업무분장 및 action plan 마련 등 분야별 역할 강화 및 국가적 인프라 확충이 필요하다. 또한 유해물질에 의한 긴급상황에 신속·적절하게 대응하기 위한 유연한 정책 집행이 요구된다.

2) 기후변화에 대응한 식품안전

기후온난화에 대비한 일반적인 권고안은 가속화되고 있는 온난화의 속도 조절과 국민들의 기후온난화에 적응하기 위한 방안 마련이다. 하지만 식품안전분야에서는 기후 온난화에 의한 식품매개질환 발생 예측 및 영향 평가와 대응방안 및 적응방안 마련이 동시에 필요하다. 기후변화를 연구하는 유엔 산하의 국제기구인 IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change)에서는 각국의 정책결정권자에게 기후변화에 대응하기 위한 당장 투자를 적극 권장하고 있는데 우리나라도 속고해볼 필요가 있다.

향후 추진해야할 주요한 정책과제는 다음과 같다.

(1) 기후변화 대응 중장기 계획 수립

기후변화, 기후온난화는 예견된 환경변화이기 때문에 현 우리나라 대응체계를 파악하여 국민이 적응할 수 있는 중장기 계획이 수립되어야겠다.

추진되어야 할 주요 내용은 식품안전분야별 기후변화 관련 문제점 파악, 수입국의 기후변화 대응 현황, 전염병(수인성 및 곤충매개질병 포함)의 분포 변화, 신종 질병, 건강의 인구통계학적·경제적 및 사회적 양상 분석, 그리고 식품산업의 대응 체계 검토가 요구된다.

(2) 기후변화에 대응하는 제도 개선을 위한 법적 근거 마련

현재 식품위생법, 식품안전기본법 등 식품분야의 법적 근거법이 있지만 필요시 기후 온난화에 대응하기 위한 정책집행의 법적 근거 마련의 방안으로 기후변화에 대응하기 위한 독립법의 제정도 모색해 보아야겠다.⁸⁾

(3) 미래의 정확한 기후변화 현상 예측을 위한 기초자료 생산

향후 기후온난화에 의해 발생될 수 있는 현상을 예측할 수 있는 기초자료가 생산되어야 하는데 중요한 분야로는 식중독, 사용이 증가할 농약 및 동물의약품, 바이러스, 패독, 동물성 이물(곤충류)의 증식 등이다.

(4) 기후변화에 의한 식품안전 관련 예측모델 개발 및 활용

기후변화는 예측 연구로서 분야별 예측모델 개발로 향후 초래될 기후온난화에 효과적으로 대응하여야 한다. 그러기 위해서는 현재 국제적으로 통용되는 여러 통계모델을 검토하고, 우리나라 환경 여건에 맞는 예측 모델을 개발하여 사용토록 하고, 개발된 예측모형에 의해 국내외 실증자료를 분석 및 비교하여 예측모형의 타당성을 검토토록 한다.

(5) 대응 전략에 대한 사회경제적 편익 분석

여러 연구가 진행되면 각종 대응 전략이 개발될 수 있기 때문에 정책별 비용효과 분석이 필요하다. 비용효과가 우수한 정책 및 제도부터 우선순위를 갖고 적용되어야 하기 때문이다.

(6) 예측모형에 근거한 응급대응 시스템 구축

예측모형에 의해 예측된 미래 현상에 대응하기 위한 조기 경보 및 응급대응시스템 마련이 필요하며, 더불어 위급상황에 대응할 수 있는 준비가 필요하다. 즉, 식품안전규제 및 감시 강화, 안전한 식품과 물의 공급, 적정한 식품공급, 식중독 발생 감시 및 대응책 마련 등이라 하겠다.

8) 대통령 직속 녹색성장위원회에서 저탄소녹색성장기본법 제정을 추진하고 있음.

(7) 위해물질 제어 시스템 구축을 위한 투자 확대

기후 온난화에 대비하기 위한 산업체의 기술 역량 증대를 위한 투자가 필요하다. 제조공정별, 식품군별 탄소 저감화를 하기 위한 기술개발과 확대 적용을 위한 재정 지원 및 기술 지원이 필요하다.

또한 위해물질별로 지속적인 관리 강화를 위한 재정 투자도 필요한데 주요 대상은 식인성질병을 일으키는 식중독균 등 유해미생물, 식품독소류(mycotoxin), 질병 매개 곤충, 잔류농약, 수산물의 패독 등 유해 해조류 등이다.

(8) 국제 협력 제고

기후변화는 세계적인 의제로 상호 국가 간 기후변화에 대한 정보 교류가 우선적으로 필요하다. 즉, 기온, 강수량, 이산화탄소 농도, 해수온도, 해수의 용존산소량 등의 정보 제공 등 교류와 그에 따른 국제적인 조기 경보 및 응급대응 사건 해결 정보를 확보하여 정책적 시사점으로 삼아야 한다.

또한 미래 변화를 현재에 예측하기 위하여 참고국을 정하고 참고국과의 긴밀한 협조 강화로 사전 정보 취득을 강화하면 향후 예측력이 보강

될 수 있다.

우리나라의 경우 식문화, 지역적 접근성, 정부 자료의 신뢰성 등을 고려하여 일본을 참고국(Reference Country)으로 지정하고 지속적인 동향 분석이 필요하다.

(9) 기후변화에 적절히 대응하기 위한 정보 공유 강화

우리나라 내에서는 기후변화에 대한 식품 생산자, 식품업계 종사자, 소비자, 정부 및 학계의 원활한 정보공유가 필요하며 상호 투명한 정보 공개로 기후 온난화에 의한 위해 저감화를 달성하여야겠다.

(10) 기후변화에 적응하기 위한 지속적인 교육 홍보 실시

기후변화에 대응하는 두 가지 전략 중 하나는 소비자의 인식 및 태도 변화로 기후온난화에 적응토록 하는 조치이다. 소비자의 인식과 인식변화를 알아보기 위한 정기적인 조사가 필요하며, 소비자를 대상으로 한 교육홍보를 위하여 전달력이 높은 관련 자료 개발도 이루어져야 한다.

표 5. 한국과 일본의 기온, 강수량 비교

구분	한국		일본		
	2000년	2050년	북단	평균	남단
연평균 기온	13.5	16.6	6.3	16.7	22.3
연평균 강수량	1,245	1,382	1,000	1,740	3,000

주: 일본은 2008년 현황임.

3) 수요자 중심의 건강관리 서비스 제공

의료비 증가는 만성질환 증가와 노인인구의 증가 같은 수요 측면의 요인뿐만 아니라 치료 중심의 진료 지불보상제도와 같은 공급 측면의 요인도 작용한다고 할 수 있다. 따라서 수요자로 하여금 스스로 만성질환을 예방하거나 관리하도록 하면서 공급자에게도 사전예방적인 서비스를 제공하도록 하는 기전이 필요한 것이다.

경제적 취약계층에 대해서는 기존의 보건소에서 제공되었던 지역특화 건강행태개선사업, 금연사업, 영양플러스 사업, 구강사업, 만성질환관리사업 등 여러 가지 건강관리사업들을 통합하여 개인과 그 가구의 필요에 맞게 맞춤형으로 제공할 필요가 있다. 또한 건강보험공단의 건강검진 자료와 의료이용 기록 등을 보건소 건강관리 서비스와 연계하는 정보 체계 구축 작업도 시작되어야 할 것이다.

중산층 이상의 경우에는 건강관리서비스를 받을 수 있는 선택권을 보장한다는 의미에서 민간의료기관에서도 사전예방적인 서비스를 받을 수 있도록 체계를 마련해야 할 것이다. 이 때 공급자가 전체적으로 비용을 절감하도록 유인하고 제도를 설계하지 않으면 자칫 의료비를 절감하는 것이 아니라 오히려 늘릴 수 있으므로 주의해야 할 것이다.

4) 지역사회 중심의 정신건강 서비스 제공

지금까지 정신건강은 시설에서의 치료에 중점을 두었고 정신질환자의 지역사회로의 복귀와 지역사회 주민들의 정신건강 증진에 대한 노

력은 상대적으로 부족하였다. 물론 2001년부터는 지역사회 정신보건센터를 설치하고 2010년에는 156개로 이를 확대할 계획이나 지역사회 정신보건의 수요를 관리하고 지역사회 자원을 조정하는 것은 미흡하다. 또한 「국민건강증진종합계획 2010」이라는 틀에는 교정 분야의 정신보건, 청소년 자살, 노숙자, 정신질환자의 고용 등 정신건강 서비스와 관련된 분야에 대한 고려가 정책적으로 반영되어 있지 않다.

이에 2010년에는 우선 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 사회복귀시설과 정신보건센터의 수를 확대해야 할 것이다. 동시에 정신보건센터를 지역사회 자원을 통합하고 조정하는 조직으로서 기능을 할 수 있도록 제도적인 보완을 해야 할 필요가 있다. 즉, 학교나 직장에서 정신건강 스크리닝을 할 수 있도록 하고, 도움이 필요한 사람들을 정신보건센터 및 민간자원으로 후송하는 체계를 마련하여 최대한 많은 지역사회 주민들이 정신건강서비스를 받을 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 기존의 방문형 보건사업이나 복지사업에 정신건강서비스를 포함하도록 하는 방안을 마련하는 것도 고려해 볼 필요가 있다.

5) 건강행태 개선을 위한 다수준적 접근

건강행태의 개선을 위해서는 개인, 지역사회, 정부 정책을 포함한 사회의 다양한 수준에서 동시에 개입을 하는 것이 효과적이다. 지역사회 수준에서 직장, 학교 등 생활터 중심의 접근을 장려하고 효과적인 사업 모형을 개발할 필요가 있다. 이것은 보건소 중심의 서비스 전달 방식

과 대조적으로 지역사회 자원을 동원하고 그 비용을 효과에 근거해서 정부가 지원하는 방식이 되어야 할 것이다. 특히 소속된 집단의 문화에 의해 크게 좌우되는 음주 행위에 대해서는 지역 사회적 접근이 더욱 필요할 것으로 보인다.

정부 정책 수준에서는 건강행태 개선에 비용-효과적인 가격정책을 포함한 보다 강력한 규제의 적용이 필요하다. 흡연의 예를 들면 2004년 12월 담배가격 인상 이후 2004년 5,391백만 갑이었던 담배소비량이 2005년에는 3,844백만 갑으로 감소하는 등 눈에 띄는 감소를 보였다. 그러나 이후 물가인상률 이상의 담배 가격 인상이 이루어지지 못하고 홍보 및 교육, 금연 치료 등과 같은 비가격정책에만 의존해 온 결과 담배소비량은 다시 증가하는 추세이며, 이것은 개인의 의지에 의존하는 비가격정책만으로 금연 및 흡연예방에 한계가 있음을 보여준다고 할 수 있다.

또한 법규 등을 통한 규제도 마련되어야 할 것이다. 음주에 있어서는 광고 및 판촉 행위에 대한 규제가 약하여 미성년자들이 음주에 대한

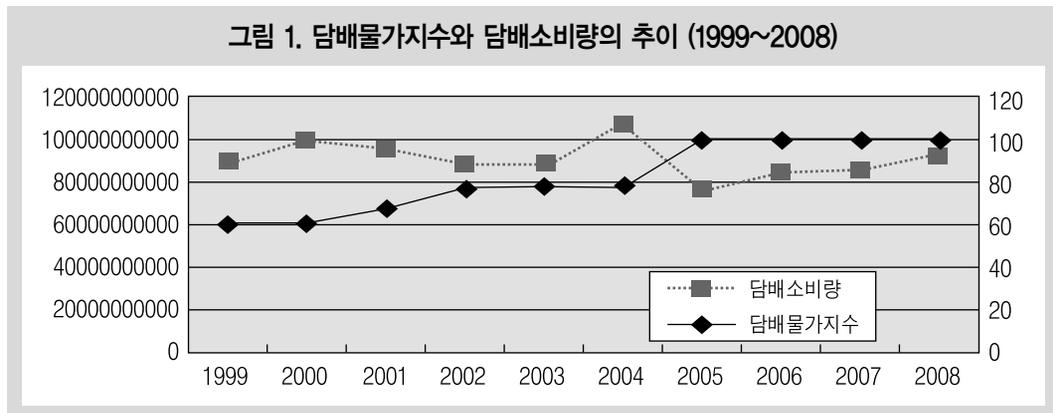
광고에 노출되는 실정이다. 음주로 인한 직접적인 비용인 의료비만 해도 1조원에 이르며 간접비용까지 포함하면 14조 9,352억원에 이른다. 이러한 음주의 사회경제적 비용을 고려한다면 음주자들에게 흡연자들과 같은 건강증진 부담금을 부담하게 하는 것도 고려해야 할 것이다.

6) 건강형평성 강화

건강증진정책은 국민 전체를 대상으로 할 수도 있지만 대상을 정하고 대상에 특화된 정책이나 사업을 추진하는 것이 평균적인 국민 건강수준을 향상시키는데 효과적일 수 있다. 우리나라에서 건강형평성 문제는 지속적으로 제기되었으며 2005년 수정되어 발표된 「국민건강증진종합계획 2010」의 궁극적인 목표로 건강수명의 연장과 함께 건강형평성 제고가 포함되게 되었다.

그러나 지금까지 건강형평성 향상을 위한 구체적인 전략은 미흡하였다고 할 수 있다. 단적

그림 1. 담배물가지수와 담배소비량의 추이 (1999~2008)



으로 「국민건강증진종합계획 2010」에는 궁극적인 목표를 달성하기 위한 구체적인 수단을 전혀 제시하지 못하였다. 2010년에는 우선 건강형평성에 대한 정책 목표와 정책 대상을 구체화하는 것이 시급하다. 정책 목표를 예를 든다면, 최하위 소득계층과 최상위 소득계층간 만성질환 유병률 격차를 기준 년도 대비 50% 감소와 같이 만들 수 있을 것이다. 정책 대상으로는 저소득계층, 낮은 교육수준 계층, 육체노동자 계층, 임시직 계층과 같이 사회경제적인 취약계층과, 노인, 여성, 아동, 장애인, 다문화 가정 등과 같은 사회문화적 취약계층, 혹은 이 두 가지 부류의 조합들 가운데 우선순위를 정하고 이들에 특화된 건강정책이나 사업을 개발해야 할 것이다.

7) 건강도시 지원을 통한 건강한 환경 조성

세계보건기구는 건강도시를 도시의 물리적, 사회적 환경을 개선하고 지역사회의 참여 주체들이 상호 협력하여 시민의 건강과 삶의 질을 향상하기 위하여 지속적으로 노력해 나가는 도시로 정의하였다. 건강도시는 넓은 범위의 사회적 건강결정요인을 가정하고 지역사회의 참여를 중시한다. 개인의 건강과 관련된 많은 환경들은 중앙정부보다 지방자치단체의 관할 하에 있는 것이 많기 때문에 도시 차원에서 시민의 건강을 지향하는 것은 효과적일 수 있다.

2009년에 보건복지가족부는 건강도시 사업 지침을 개발하여 향후 보다 표준화된 사업 추진이 가능하게 되었다. 개발된 지침의 내용에는 지역사회 현황분석, 사업계획의 수립, 조직 및

인력 확보, Setting approach에 의한 사업개발, 민간단체 참여 유도, 보건소 사업과의 조화, 건강도시 네트워크 활동, 홍보, 예산 조달 및 활용, 모니터링과 평가, 건강영향평가의 적용 등 지역사회 중심의 다양한 접근이 포함되어 있다. 2010년부터는 이러한 지침에 따라 건강도시를 수행하는 지방자치단체에게는 실질적인 혜택이 주어지도록 지원해야 할 것이다.

5. 결론

인구고령화와 만성질환의 증가로 인해 건강보험 재정과 국민의 의료비 부담이 날로 증가하고 있다. 또한 기대여명의 증가와 각종 전염병 통제와 같이 괄목한 만한 발전을 이루었으나 높은 자살률과 같은 새로운 문제에 직면해 있다. 이에 반해 보건소를 중심으로 한 공공보건의료 기반은 늘어나는 의료 수요와 여러 가지 건강문제를 해결하기에 역부족이다. 이러한 도전에 대처하기 위해 기본적으로 건강의 결정요인을 질병이 아닌 사회적 모험으로 바라보고 사회환경의 여러 부문에서 여러 수준으로 개입하는 접근 방법이 필요하다. 2010년에 추진되어야 할 구체적인 정책과제로는 수요자 중심의 건강관리 서비스 제공, 지역사회 중심의 정신건강서비스 제공, 다수준 접근을 통한 건강행태 개선, 건강형평성 강화, 그리고 건강도시 지원을 통한 건강환경 조성이 포함되어야 할 것이다. 보건복지