우리나라 금연정책의 성과제고를 위한 체계적 추진방향

최은진*

한국보건사회연구원 건강증진연구실

Review of Selected Impacts of the Korean Tobacco Control Policy and Implications for Future Systematic Implementation

Eun Jin Choi, PhD*

Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, Korea

The purpose of this paper was to review the Korean tobacco control policy implemented for the past 10 years and its impacts on tobacco use related outcome indicators. This paper aimed at drawing implications for future systematic implementation of the tobacco control policy as well. The Republic of Korea signed the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) on July 21, 2003 and ratified the FCTC on May 16, 2005. The Korean smoke-free policy has been actively promoted since the 1995 enactment of the National Health Promotion Act. The Korean government increased cigarette prices in December 2004 for the purpose of tobacco control, rather than for the purpose of tax revenue. Also, the government has decided to stop selling tax-free cigarettes for soldiers by 2009. Besides the tobacco health warning label, labeling the cancer-causing ingredients have been required on tobacco packages, as of December, 2008. The Korean government has implemented *Smoke-Free Campaign* since 1998 and continuously ex-panded non-smoking areas. Since 2005, the Korean government has provided free services of counseling and pharmacological treatment for smokers in 246 public health centers nationwide (254 public health centers, as of 2008). The Korean government has been successful in decreasing tobacco use among adult males during the past decade. However, recent statistics and research have shown that female smokers and adolescent smokers are increasing, while adult male smoker are slowly decreasing. Still, many young people are exposed to secondhand smoke. New strengthened measures for the changing tobacco epidemic are required.

Key Words: Tobacco policy; Smoking rates; Framework Convention on Tobacco Control

Copyright © 2010 by Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco.

접수일 : 2009년 8월 3일
승인일 : 2009년 10월 11일

*교신저자 : 최은진
한국보건사회연구원
건강증진연구실
서울시 은평구 진흥로 268
☎ 122-705
Tel: 02-380-8249
Fax: 02-353-0344
E-mail: eunjin@kihasa.re.kr

서 론

흡연은 개인의 건강문제뿐만 아니라 국가의 보건문제로서 사회경제적 부담의 주요 원인으로 간주되면서 그 심각성이 부각되어 왔다. 청소년기의 담배사용은 다른 약물사용의

게이트웨이 약물로 간주되고, 성인기 니코틴중독으로 이어진다는 근거 때문에 청소년기 흡연예방이 강조되어 왔다. 담배사용의 문제와 흔히 대비되는 알코올문제는 사회적으로 더 큰 문제로 간주되기도 하지만 알코올의존 및 다른 질병위험같은 개인의 건강문제 비중보다는 알코올남용으로 인한

가정폭력과 사고(事故) 등 사회적 피해의 비중이 두 배 이상 크기 때문에, 사회적인 행동규제와 교정(矯正)으로 해결할 수 있는 부분이 많다(1). 흡연은 건강문제의 심각성의 근거가 더 뚜렷하고 이로 인한 국민의료비와 질병부담을 가중시킨다는 점에서 알코올사용문제와 구분되며, 국민보건 측면에서 더 중요한 문제이다.

지난 2003년 성안된 세계보건기구의 담배규제협약(Framework Convention on Tobacco Control; 이하 FCTC)¹⁾은 정치적, 정책적인 면에서 국가의 보건정책을 보호하고, 사회적인 차원에서 흡연문제를 접근하는데 이정표 역할을 하게 되었다. FCTC는 세계보건기구의 헌장에 근거하여 높은 수준의 건강권을 확보하기 위한 근거중심의 조약이다. 약물의 중독성문제를 제기하는 데 그치는 것이 아니고 담배의 공급과 수요의 감소에 중점을 둔다. 이는 흡연인구증가의 주된 요인을 담배회사의 초국가적인 마케팅전략에서 찾기 때문이다. 담배회사의 활동은 초국경광고 및 판촉, 국제적 마케팅, 자유무역, 투자방식의 변화, 담배의 불법거래를 촉진하기 때문이다. FCTC의 근간이 되는 국제적인 규약 또는 협약은 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 국제규약(우리나라는 1990년 비준), 여성에 대한 모든 차별철폐에 관한 협약(우리나라는 1985년 비준), 아동권리협약(우리나라는 1991년 비준) 등이다.

흡연문제에 대하여 전 지구적 접근이 필요하다는 발제가 세계보건기구에 의하여 공식적으로 제기된 이유는 담배생산국의 대부분이 선진국인 반면 담배소비국은 대부분 저소득국가 또는 개발도상국가이기 때문이다. 개발도상국가의 인구는 증가하는 반면 어린 아동 및 청소년을 담배로부터 보호할 수 있는 정책적 기반이 거의 없기 때문이다. 전세계적으로는 2030년까지 매년 약 5백만 명이 흡연으로 인해 사망할 것으로 예측되고 있으며 저소득국가 및 개발도상국가에서의 흡연으로 인한 사망은 1천만 명 이상으로 이 국가들에서 흡연으로 인한 사망이 70% 이상을 차지할 것으로 전망된다. 담뱃세 인상과 흡연의 건강영향에 대한 정보 확산, 공공장소 및 작업장에서의 금연, 담배판촉과 광고의 포괄적 금지, 금연서비스에 대한 접근성 증대 등이 모두 담배사용을 감소시키고 흡연의 폐해를 감소시키는 데 효과적인 것으로

알려져 있다. 담배규제협약의 개발과 추진을 위하여 세계보건기구에 설치된 조직인 Tobacco Free Initiative(이하 TFI)에서는 국제적인 흡연의 동향과 담배회사의 활동, 그 영향으로 인한 세계적인 부담에 대하여 체계적으로 분석연구하고 관련된 정보를 보급하고 있다. 2008년에 발간된 “전지구적 담배유행에 관한 세계보건기구 보고서(MPOWER)”는 담배규제기본협약의 구성요소 중 흡연을 감소를 위하여 가장 효과적이고 필수적인 정책들을 여섯 가지로 요약하여 세계적인 동향을 분석하고 있다(2).

여섯 가지 정책들은 담배사용 및 예방정책의 모니터링(Monitor tobacco use and prevention policies), 간접흡연으로부터의 보호(Protect people from tobacco smoke), 흡연자의 금연을 돕기 위한 정책(Offer help to quit tobacco use), 담배의 위험에 대한 경고(Warn about the dangers of tobacco), 담배광고, 판촉, 후원의 금지(Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship), 담뱃세 인상(Raise taxes on tobacco) 등이다. 이 보고서에 의하면 6가지 정책 중 한 가지 이상의 보호를 받는 인구는 세계인구의 5% 정도뿐이며, 많은 국가들이 담뱃세로부터 세금을 걷고 있으나 흡연율감소를 위한 정책이나 사업에 사용되지 못하고 있다.

세계적인 흡연문제가 국제적인 공조를 통하여 규제해야 하는 문제라는 담배규제기본협약의 기본정신을 반영하여 여러 당사국들과 교류하며 국내 금연정책을 체계적으로 개선하고, 추진할 시기이다. 협약의무사항과 관련된 정책을 개발할 필요가 있으며, 지속적으로 협약의 이행을 위한 정책평가와 중장기적인 방향을 설정하는 것이 필요하다. 본 논고에서는 지금까지 국내금연정책의 흐름과 성과를 조망하고 향후 추진방향을 모색하는 데 목적이 있다.

본 론

금연정책 및 사업을 논하고자 할 때 고려해야 할 것은 우선 정책 및 사업에 대한 투입요인과 과정 또는 활동요인(activity), 단기적 중장기적 산출요인들을 고려하여 살펴봐야 한다. 투입요인은 법제도 및 정책목표, 예산배정, 인프라 등이다. 활동요인은 다양한 정책 및 사업내용이 논의될 수 있으나 본 논고에서는 세계보건기구의 FCTC를 기준으로 정리하였다. 단기 및 중장기 산출지표는 흡연행동 및 간

1) 우리나라는 2003년 7월 21일 협약에 서명하였으며, 2005년 5월 16일 비준함.

접흡연의 경험과 피해, 질병위험, 조기사망, 사회경제적 부담 등으로 보았다.

1. 흡연문제의 현황

흡연으로 인한 건강피해의 결과, 간접흡연으로 인한 건강 피해의 결과, 흡연행동, 담배산업 등 흡연문제에 대한 많은 연구들이 있었기 때문에 다양한 접근방법들이 존재한다. 여기서는 세계보건기구의 TFI에서 정리한 기준에 근거하여 몇 가지 이론적 기반이 되는 요소들을 논의해 보고자 한다.

1) 흡연으로 인한 사망과 사회경제적 부담

흡연자 및 간접흡연자의 건강피해는 조기사망과 의료비를 증대시키는 등 사회경제적인 부담을 증대시킨다. 국내 연구 결과에 의하면 흡연으로 인한 사망의 상대위험도(Relative Risk)를 1.56으로 했을 때, 흡연으로 인한 사망자는 2007년 기준 남자 65,225명, 여자 10,685명이고 2027년경에는 남자 101,840명, 여자 5,808명이 될 것으로 예측하였다(3). 종합적인 담배규제정책으로 2027년까지 남자는 21,174명, 여자는 1,361명의 생명을 구할 수 있는 것으로 예측하였다.

흡연으로 인한 질병의 사회경제적 비용에는 흡연으로 인한 질병의 사회경제적 비용과 간접흡연 등 기타 비용이 포함되며 2007년 기준으로 할 때 약 5조6,396원이었다(1).

우리나라는 2010년까지 건강수명 72.0세로 목표로 하고 있지만, OECD 등 다른 선진국에 비하여 건강수명이 짧고, 만성질환으로 인한 사망률이 높은 편이다(4). 우리나라에서의 폐암으로 인한 사망률의 경우 인구 10만 명 당 34.3 명인데(2006년), 이는 오스트리아 29.3명, 독일 19.4명, 일본 26.3명 보다 상당히 높은 편이다. 우리나라 국민의 사망원인 중 암으로 인한 사망률이 인구 10만 명 당 138.4명으로 가장 높고, 이중 폐암으로 인한 사망률이 가장 높다.

흡연은 폐암뿐만 아니라 심혈관 질환 및 다른 각종 암 등 여러 만성질환의 위험요인이기도 하다. 평균적으로 흡연자는 비흡연자에 비하여 7년 정도 수명이 짧은 것으로 보고된 바 있다. 임신 중 흡연은 유산, 조산, 사산의 위험을 높이고, 태아가 청소년기에 흡연을 시작할 가능성을 높인다. 청소년기의 흡연은 호흡기계의 문제와 폐의 발육을 저해하고, 성인기의 흡연으로 이어져서 폐암과 같은 보다 심각한 건강문제를 유발할 뿐만 아니라 다른 약물중독과 관련이 되어 더 많은 부정적인 결과를 가져온다. 청소년 흡연행동은 정서적 심

리적 문제, 음주문제 및 폭력, 안전하지 않은 성관계 등 여러 위험행동과 관련이 있다(5,6).

2) 흡연패턴 및 담배소비

흡연패턴은 성별, 연령별, 사회경제적 위치에 따라 다른 특성을 보인다. 우리나라에서는 남자성인이 여자성인보다 흡연을 더 많이 하고 있다. 흡연 패턴은 사회경제적 위치에 따라 다르게 나타난다. 교육수준이 낮을수록, 경제적 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높은 것으로 보고된 바 있다(7). 흡연율의 사회경제적인 불평등 격차는 1995년에서 2006년 사이에 더 커졌고, 남녀 각각 흡연율에서 이러한 현상이 나타나는 것으로 분석되었다(8). 남성흡연율을 외국과 비교하면, 우리나라는 45.1%였으며(2007 국민건강영양조사), 일본 40.2%, 캐나다 20.3%, 호주 18.0%, 영국 22.0% 등과 비교시 높은 편에 속한다(9).

흡연경험관련 변수들 중 ‘자살생각 경험’, ‘음주’, ‘신체활동’, ‘흡입제 사용여부’, ‘아침식사 여부’는 남성 보다 여성에게 더 강하게 작용하는 것으로 나타난 바 있다. 청소년의 경우 ‘학년’, ‘본인이 평가한 학업성적’, ‘부의 학력’, ‘담배구입의 용이성’, ‘TV금연홍보’는 남성과 여성에게 동일하였으며, ‘우울증’과 ‘가정 내 간접흡연 경험’만이 남성에게 더 영향력이 있었다(10).

우리나라 국민의 흡연시작연령은 19-21세 정도로 나타나고 있다. 즉 청소년기 말에서 초기 성인기에 흡연을 시작한다고 볼 수 있다. 우리나라 성인 흡연자의 1일 흡연량은 최근 감소추세에 있다. 담배 반출량은 사회변화와 더불어 증가와 감소를 반복하고 있다. 2004년 말 담배값을 올린 후 반출량 감소가 가장 컸다(표 1).

3) 간접흡연

간접흡연은 폐암, 심장질환, 뇌졸중, 천식의 위험을 높이지만 예방 가능한 위험요인이기 때문에 정책적인 관심이 필요하다. 유럽연합의 경우 2006년 간접흡연노출평균인구비율은 실내작업장에서 19%, 음식점 및 술집에서 39% 정도였다. RAND 연구소의 유럽연합의 간접흡연대책에 대한 연구에 의하면 강력한 법적규제대책의 도입이 의료비 감소 등 정책효과를 가장 크게 가져올 것으로 평가되었으며, 유럽연합 전체에 간접흡연규제를 실시할 경우 약간의 담배세수감소와 단기간 실업증가가 예상되지만 이 실업률 증가는 전체 노

Table 1. Selected Smoking Related Indicators and Major Antismoking Policies in Korea.

	1998	2001	2005	2007
Male adult smoking rate (%)	66.8	60.9	51.6	45.0
Female adult smoking rate (%)	6.6	5.2	5.7	5.3
Average amount of consumption of cigarettes daily (Number of cigarettes)				
Male	18.0	17.0	16.6	17.2
Female	12.7	11.9	10.2	9.4
Smoking rate among those aged in 20s (%)				
Male	71.8	64.7	55.5	47.5
Female	5.1	4.4	6.0	7.6
Initiation among those aged in their 20s				
Male	19.2	19.2	18.0	17.4
Female	-	19.2	18.1	18.3
Adults' exposure rate to environmental tobacco smoke (workplace) (%)				
Male	-	-	58.3	47.9
Female	-	-	39.9	25.6
Adults' exposure rate to environmental tobacco smoke (Home) (%)				
Male	-	-	10.7	8.2
Female	-	-	25.0	21.2
Male high school students' smoking rate (%)	32.3 ('99)	24.8	15.7	16.2
Female high school students' smoking rate (%)	7.5 ('99)	7.5	6.5	5.2
Tobacco sales (Number of million packs)	4,900	4,799	3,844	4,318
Newly adopted or enforced policy	<ul style="list-style-type: none"> • Enactment of the National health Promotion Act (1995) - Tobacco tax earmarked for health promotion fund - Smoking prohibited in some public places - Restriction on tobacco vending machine installation - Partial ban on Tobacco advertising - Prohibit tobacco sale to minors - Antismoking campaign 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Provision of public health center based smoking cessation clinic & telephone based counseling service (2005) • Expansion of non-smoking places (year 2003, 2005) • Raised Tobacco tax in 2004 • Continuation of Antismoking campaign • Tobacco emission disclosure (tar and nicotine) in 2002 (Tobacco industry act) • Labeling on tobacco packages to prohibit of tobacco products to minors (Youth sales protection act, 2001) 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Expansion of non-smoking places (year 2006) • Continuation of Antismoking campaign 			

Sources: Adult smoking related statistics: National Nutrition and Health Behavior survey, High school smoking rate: Korean Association of Smoking and Health. Legislative information: National Health Promotion Act, Tobacco Industry Act, Youth Protection Act.

동인구에서 최대 0.001% 이내인 것으로 예측하였다. 또한 술집 등 접대산업에서의 금연구역 정책이 경제에 미치는 부정적인 영향은 없을 것으로 분석되었다(11). 국민건강영양 조사에 의하면 우리나라는 간접흡연에 대한 노출 비율이 2007년 실내직장에서는 25.6% (남자), 47.9% (여자), 가정에서는 8.2% (남자), 21.2% (여자) 등의 비율로 나타나 실내 작업장에서의 간접흡연 경험률은 우리나라가 아직 높은 편

이고 소규모 음식점, 술집 등으로 금연구역을 확대해야 하는 과제가 있다.

2. 우리나라 금연정책 및 사업의 현황

1) 중앙정부의 금연사업예산

담뱃세에서 각출되어 조성되는 국민건강증진기금의 규모(담배 한 갑당 354원)는 2009년 경우 1조 8천 254억 원 중

보건의료사업에 5천 700억 원 정도가 사용되고, 국민건강보험지원금으로 1조원 정도가 사용된다. 금연사업예산은 2008년에는 310억원, 2009년에는 280억원 규모(전체 건강생활실천사업은 1천 30억원 규모)이다. 2009년에는 군인 및 전의경 금연지원사업이 2009년의 신규사업으로 10억원이 지원되어 전의경부대 10개소에 지원된다(12). 이외에도 기존의 금연전문가양성, 학교흡연예방교육, 금연홍보, 금연클리닉운영 등이 지원된다.

금연사업예산의 규모가 감소한다는 우려와 지적도 있으나, 지속적으로 효율적이고 효과적인 금연사업을 추진하기 위해서는 적정한 예산확보를 위한 근거확보마련이 우선되어야 할 것이다. 지난 10년간 금연사업이 다른 건강생활실천사업에 비해 안정적으로 기반을 잡아온 것이 사실이지만 금연사업의 지속을 위한 과학적인 근거를 축적하고 지표화하여 근거를 확립해 나가야 할 것이다. 한편 새로운 사업이라고 해서 다 효과가 보장되는 것이 아닌 만큼 제도와 지역 사회역량이 뒷받침되어야 할 것이다. 국가금연정책추진을 위한 역량강화를 위해서는 금연정책 및 사업의 효과에 대한 근거정보의 확보가 필요하고, 지속적인 사업을 위한 인프라 구축, 국내외 네트워크 및 리더십 구축 등이 필요하다(13).

- (1) **국내 금연정책 관련 근거의 확보:** 데이터, 통계 표준화된 정책 개발
- (2) **인프라구축:** 모니터링 및 감시체계, 교육 및 훈련 프로그램
- (3) **네트워크 및 리더십 강화:** 국가금연정책수립, 국가 간 기술지원, 정보교류를 위한 정기적인 워크숍 등 개최

우리나라의 지난 5년간 금연정책의 목표는 흡연을 예방하고, 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하는 데 있다. 2009년의 주요 정책추진방향은 첫째, 흡연예방 및 흡연을 감소를 위한 교육·상담·치료 등 금연정책을 강화하고, 둘째, 비흡연자의 건강과 권리보호를 위한 제도 보완으로 간접흡연 노출을 감소하며, 셋째, 금연 환경조성을 위한 금연 홍보의 다양화 등이 있다. 추진 전략은 첫째, 정부, 자치단체, 민간단체, 지역사회간 협조체계를 구축하여 사업의 효율성을 제고하고, 시·도의 금연 사업계획 수립·조정·평가 기능을 강화하고, 둘째, 담배규제기본협약(FCTC)에서 권고한 수준으로 규제를 강화하기 위하여 법·제도를 정비하며, 셋째, 대상자별로 세분화하고 매체별 특징과 장점을 살린 기획 홍보를 추진하며, 넷째, 보건소

금연클리닉사업의 내실화, 금연상담전화(Quitline) 역량 강화를 통해 흡연자의 금연 지원 프로그램을 다양화하여 접근성을 제고하고, 다섯째, 간접흡연의 위해와 흡연예방의 중요성을 인식하고, 비흡연 인구의 흡연인구로의 진입을 최소화하기 위한 교육 및 홍보를 강화하는 것 등을 포함한다(14).

세계보건기구에서는 흡연예방 및 흡연을 감소를 위한 정책과 사업의 종류를 담배에 대한 수요와 공급의 두 가지 측면으로 접근한다. 수요감소 측면의 접근은 가격정책과 비가격정책으로 구분된다. 가격정책은 담뱃세 인상을 포함한다.

비가격정책에는 담배광고 및 판촉후원을 금지하는 것, 공공장소 및 사업장을 금연구역화 하는 것, 담배갑 포장지에 흡연건강경고문을 제도화하는 것, 금연구육홍보캠페인, 흡연자의 금연을 지원하는 사업 등이 포함된다. 담배의 공급을 줄이기 위한 정책으로는 담배의 불법거래를 규제하는 것, 미성년자에 대한 담배접근을 금지하는 것, 담배경작농가 후원을 없애는 것 등이 포함된다.

2) 주요 정책과 사업의 현황

(1) **담배가격과 조세:** 담배규제를 위한 포괄적인 조치들은 일반적으로 2-10% 정도의 흡연자들의 금연을 유도하며, 담배가격의 조정은, 별도로 담배가격을 10% 상승시킬 때 담배수요를 4-8% 감소시키는 효과가 있는 것으로 보고된 바 있다. 특히 담배가격인상을 통해 청소년의 담배구매를 저하시킬 수 있는 장점이 있다(15). 우리나라 담배가격은 1994년부터 지속적으로 인상되었으며, 특히 2002년 160원, 2004년 500원 인상 등이 있었는데, 2004년의 담뱃세 인상은 세수증대 목적이 아닌 담배규제를 위한 첫 번째 가격인상조치였다는 데 의의가 있고, 흡연을 감소에 기여했다(표 2). 정부에서는 흡연을 감소를 위하여 지속적으로 담배가격 추가인상을 시도하고 있다. 최근의 연구에서는 현재의 종량세 형태에서, 물가상승률을 고려하여 담뱃세를 올리는 종가세 형태로 세금정책을 전환할 것을 권고하고 있다(16). 담배에 부과되는 세금은 ① 부가가치세(최종 공급값의 10%) (부가가치세법 제1조), ② 담배소비세 641원(지방세법 제229조) ③ 지방교육세 321원(지방세법 제260조의 3) ④ 국민건강증진부담금 354원(국민건강증진법 제23조) ⑤ 환경폐기물부담금 7원(자원의 절약과 재활용 촉진에 관한 법률 제12조, 시행령 제10조) ⑥ 연연초생산안정화기금 15원(담배사업법시행규칙 제17조) 등으로 구성되어 있다. 이외에도 가격정책의 일환으

Table 2. Adult male smoking rate, tobacco tax raise & budget for anti-smoking initiatives.

	1980	1995	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Adult male smoking rate	79.3	67.7	65.4	60.5	56.7	57.8	50.3	44.1	45.1
Tobacco tax for health promotion	120 Won (1994)	188 Won (1996) 2 Won (1997) VAT (1999)	121 Won	160 Won	-	500 Won	-	-	-
Budget (Million won; Health promotion fund)*	-	1,385 (1) year 2000	3,345 (2.4)	7,814 (5.6)	6,703 (4.8)	7,541 (5.4)	23,126 (16.7)	31,502 (22.7)	31,200 (22.5)

*The number in the parenthesis() indicates the ratio of the budget for anti-smoking initiative compared to the budget of 1,385 million won for antismoking initiatives in 2000.

Data sources: smoking rates in 1995-2001, 2005, 2007 from the Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs, Korea Center for disease control and prevention, . smoking rates in 2002-2004, 2006 from the Korean Association of smoking and health & Gallup.

Table 3. Non-smoking areas and facilities designated by the National Health Promotion Act.

	1995	1999	2003	2005	2006	2008
1. Office buildings with a floor area of 1,000 m ² or more Factories or multipurpose buildings	● ¹⁾	● ¹⁾	●	●	●	●
2. Concert halls with more than 300 seats	○	○	●	●	●	●
3. Private institutes that were established in accordance with Act on Establishment and Operation of Private Institutes (floor area of 1,000 m ² or more)	○	○	●	●	●	●
4. Shopping streets with underground shopping malls(registered in accordance with Distribution Industry Development Act)	○	○	●	●	●	●
5. Tourist accommodations (Tourism Promotion Act)	○	○	●	●	●	●
6. School buildings in accordance with Elementary and Secondary Education Act and Higher Education Act)	-	-	●	●	●	●
7. Sports facilities with more than 1,000 seats among the facilities that were developed in accordance with Act on Installation and Use of Sports Facilities	○	○	●	●	●	●
8. ■ Medical organizations in accordance with Article 3 of Medical Services Law ■ Public health centers, public health clinics and public health branch offices in accordance with Article 7, Article 8 and Article 10 of Regional Public Health Act	○	○	●	●	●	●
9. Social welfare facilities in accordance with Social Welfare Business Act	○	○	●	●	●	●
10. ■ Lobbies, platforms and underground passages in transportation facilities such as airports, ferries, railway stations and bus terminals ■ Means of transportation (with more than 16 seats) which transport passengers or cargo	●	●	●	●	●	●
11. Public baths in accordance with Public Health Control Act	-	○	●	●	●	●
12. Game software suppliers and multimedia cultural content facility providers in accordance with Article 2 of Sound Records, Video Products and Game Software Act	-	-	●	●	●	●
13. Restaurants with 150 m ² or more among the restaurants in Accordance with Article 21 of Food Sanitation Act and Article 7 of Enforcement Decree of the Act	-	-	●	●	●	●
14. Comic book stores in accordance with Article 2 of Youth Protection Act	-	-	●	●	●	●
15. Government buildings (including local governmental organization buildings) in accordance with Article 2 of Government Building Management Act	-	-	●	●	●	●
16. Child nursing facilities in accordance with Article 2 of Infant and Child Care Act	-	-	●	●	●	●

● Designated Non-smoking facility; ● Designation of Non-smoking area and smoking area; ○ Smoking prohibited in places such as hallways, guest seats, passenger waiting rooms and lifts; For facilities in #12, #13, #14, more than half of the business area shall be non-smoking area.

¹⁾Office buildings with a floor area of 3,000 m² or more or multipurpose buildings with a floor area of 2,000 m² or more

*For universities and colleges, lecture rooms, lounges, auditoriums, cafeterias, conference rooms shall be designated non-smoking areas.

로 군면세담배를 2009년부터 폐지하였다.

(2) **금연구역:** 우리나라는 1995년 국민건강증진법의 제정으로 대형건물, 공연장, 학원, 대규모 점포, 관광숙박업소, 혼인예식장, 실내체육관, 의료기관, 사회복지시설, 교통시설관련 등 일부 시설에 금연구역을 설치토록 하였다. 지난 10년간 가장 큰 변화를 가져온 개정은 2003년에 있었고, 게임방·PC방, 대형음식점, 만화방, 정부청사, 보육시설, 보건소 및 보건지소 등이 추가되었다. 2006년에는 공장, 지자체청사, 소규모 실내작업장까지 금연구역이 확대되었다(표 3). 사무실이 있는 대형건물의 경우 1998년 대형건물(연면적 3천 제곱미터 이상 사무용건축물 및 2천 제곱미터 이상 복합건축물)을 2006년에는 건물의 범위를 연면적 1천 제곱미터 이상의 사무용건축물, 공장 및 복합용도의 건축물로 확대하였다.

금연시설 및 금연구역, 금연구역 내 흡연 관련 벌칙은 다음과 같다.

- 국민건강증진법(제34조 제1항 제2호 및 제2항 제1호)
 - 금연시설 표시 및 금연·흡연구역지정 위반: 300만 원 이하 과태료
 - 흡연구역 시설기준 위반: 200만원 이하 과태료
- 경범죄처벌법(제1조 제54호 및 동법시행령 제2조 관련 별표)
 - 금연구역 내 흡연: 범칙금 2~3만원
- ※ 담배를 피우지 못하도록 표시된 지하철 역구내, 버스·기차·전동차·항공기·선박 등 대중교통수단, 병원 등 의료시설, 석유·가스·화약류 등 위험물 저장
 - 판매시설 또는 승강기에서 담배를 피운 사람: 3만원
- ※ 담배를 피우지 못하도록 표시된 역 대합실, 버스터미널, 실내체육관 또는 그 밖의 장소에서 담배를 피운 사람: 2만원

(3) **담배갑 건강경고문:** 담배갑 경고문구표기 및 담배광고의 제한정책은 담배사업법에 의해 시작되었다. 1989년 1월 1일부터 시행된 담배사업법 제25조에서 흡연은 건강에 해롭다는 내용이 명확하게 표현된 경고문구를 표시하도록 규정하였다. 2002년 2월 26일에는 담배사업법 25조의 2항 신설로 제조업자 및 수입판매업자가 담배 1개비의 연기 중에 포함된 주요 성분과 그 함유량을 담배의 갑포장지 및 대통령령이 정하는 광고에 표시하도록 하였다. 식약청은 궐련형 금연보조제(의약외품)의 타르 및 일산화탄소 허용기준을 1개비당 각각 10 mg 이하로 정하였다.

담배는 청소년보호법에 의거하여 청소년유해약물로 지정하고, 판매를 금지하고 있다. 담배 제조·수입자는 담배갑 뒷면에 청소년 유해 표시 의무(동법 시행령 제22조)가 있다. 1995년 9월 국민건강증진법 제정으로 건강경고가 강화되었다. 기획재정부 고시에 의거하여 2008년 12월 15일부터는 담배갑 전, 후면에 '담배연기에는 발암성 물질인 나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐클로라이드, 비소, 카드뮴이 들어있습니다'라는 발암물질에 대한 고지가 일괄적으로 적용되고 있다.

우리나라에서는 담배사업법에 의하여 2002년부터 담배갑에 니코틴과 타르성분함량을 표기하도록 되어 있다. FCTC의 9조 및 10조의 권고에서는 니코틴 성분함량 및 타르함량의 측정방식이 인간의 흡연방식을 반영하지 못한다는 점을 지적하고 있고, 표기방식을 바꾸거나 없애는 것을 권고하고 있으며, 담배갑의 디자인을 없애는 단순포장을 권고하고 있다.

(4) **담배광고의 제한:** 국민건강증진법 제9조 및 담배사업법 제25조에는 담배에 관한 광고를 금지·제한하도록 되어 있어 허용 범위는 매우 제한적이다. 광고 및 광고물 등은 흡연자에게 담배의 품명·종류 및 특징을 알리는 정도를 넘지 아니하는 것이어야 하며, 비흡연자에게 직접 또는 간접적으로 흡연을 권장 또는 유도하거나 여성 또는 청소년의 인물을 묘사하여서는 아니되며, 흡연경고문구의 내용 및 취지에 반하는 내용 또는 형태이어서는 아니된다. 이를 위반할 경우 1년 이하의 징역 또는 500만 원 이하의 벌금을 부과할 수 있도록 하고 있다.

2002년 12월 1일 지상파 방송3사에서 드라마에서 흡연 장면을 방영하지 않기로 자체 결의한 바 있으나, 2005년부터 흡연 장면이 다시 증가하고 있다는 보도가 증대하고 있다. 영화에서 흡연 장면을 규제하지 않고 있어, 청소년 관람가 영화에도 흡연 장면이 있다. 민간단체에서는 이러한 드라마 및 영화의 흡연 장면에 대한 모니터링을 실시하고 있다. 한국소비자연맹에서 드라마 및 영화의 흡연 장면 모니터링 사업을 하고 있다. 방송통신심의위원회에서 과도한 TV 흡연 장면에 대해 제재조치를 하고 있다.

(5) **흡연자 지원 사업:** 흡연자의 금연을 지원하기 위하여 보건복지부에서 2004년 10월에 전국 10개 보건소에서 금연클리닉 시범사업을 실시한 후 2005년부터 전국의 모든 보건소에 설치해 운영하고 있다. 보건소 금연클리닉에서는 흡연자를 대상으로 금연상담 및 니코틴 대체요법을 제공하고 있다.

전국 보건소에서 운영하고 있는 금연클리닉은 이용자에게 6개월 간 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 등록된 흡연자의 상태에 따라 행동요법과 약물요법을 제공하게 된다. 보건소 금연클리닉의 모든 운영은 표준 상담프로토콜로 개발된 전산시스템에 의해 관리되고 있다. 지역주민 중 보건소를 방문하는 흡연자뿐만 아니라 저소득층 지역, 사업장, 대학 등으로 출장을 나가서 흡연자를 등록하고 있다. 등록된 흡연자에 대해서는 최소 3회 이상의 금연상담을 실시하고 6개월 간 금연실천을 지원한다. 6개월 동안의 금연실천 과정에서 실패한 경우에 다시 등록을 원할 경우에는 처음부터 필요한 모든 서비스를 제공한다. 이와 달리 금연에 성공하여 정상종결 된 후에 금연유지에 실패하여 흡연자가 재등록을 원할 경우 행동요법 중심으로 서비스를 제공하고 있다. 금연 콜센터는 전문금연지도교육을 받은 상담사가 전화상담을 통해 대상자의 금연을 돕는 프로그램으로 2005년 10월부터 2006년 1월까지 서울, 인천, 경북, 부산 등 4개 지역 보건소 금연클리닉 이용자 및 서울 지역의 자발적인 이용자 총 649명을 대상으로 시범사업 실시 후 수행효과가 있을 것으로 판단되어 정규 프로그램으로 전환되었다. 대표 전화번호 544-9030)를 통하여 30일 프로그램, 11개월 간의 유지 프로그램, 금연 실패자에 대한 구제 프로그램 등을 적용하여 금연상담 전화(24시간 자동응답포함) 서비스를 제공한다(17).

(6) **공중인식 증대를 위한 교육홍보**: 금연공익광고는 2000년부터 꾸준히 제작, 방영되고 있으며, 2005년부터는 금연공익광고뿐만 아니라 금연을 주제로 다룬 다큐멘터리, 콘서트, 오락프로그램 등의 TV프로그램도 제작하여 방영하고 있다. 홍보전략 수립에 있어서도 매체별, 대상별로 접근방식을 구체화하여 홍보의 효율성을 높이고 있다. 매체로는 TV, 라디오, 옥외매체, 인쇄물, 인터넷 등 다양한 매체를 활용하고 있으며 대상층은 아동, 청소년, 청년, 성인남성, 성인여성으로 세분화하여 진행해오고 있다(표 4).

국가에서 추진하는 다양한 금연정책 외에도 사회금연운동기관 및 단체에 대한 지원을 통해 금연정책 추진의 효율성을 높이고 금연하고자 하는 대상층의 다양한 요구 충족을 통해 금연실천율을 향상시키고 있다. 보건소는 금연클리닉 운영 외에도 지역사회 금연분위기 조성을 위해 금연환경조성, 홍보, 금연교육 등 다양한 노력을 계속해오고 있다. 정부는 보건소 금연홍보사업에 대한 지원을 통해 중앙정부와 지자체간의 유기적인 협조체제를 구축, 효과적인 금연정책을 추진하고 있다. 금연길라잡이는 다양한 금연정보 및 온라인 금연프로그램을 제공하는 대한민국 대표 금연포털이다. 최근 급속한 정보화 사회에 부응하여 온라인상의 흡연예방 및 금연을 위한 조직적이고 체계적인 각종 정보·서비스를 제공하기 위해, 2002년 1월부터 온라인 금연포탈사이트(홈페이

Table 4. Anti-smoking campaigns in Korea.

	1998	2001	2005	2007
TV antismoking advertisement themes	Youth smoking prevention	Adult smoking cessation	Adult smoking cessation	Secondhand smoking prevention
Major campaign for population groups				
Children	-	-	Anti-tobacco education for preschool children and their smoking parents	-
Middle and high school students	Educational video & school based campaign	Educational video & school based campaign with the prime minister's commission on youth protection	Community based campaign including campaign anti-smoking concert, anti-smoking basketball game	Anti-smoking campaign including campaign antismoking concert,
Young adults				
College students	-	-	Antismoking festival	Anti-smoking contest
Military	-	-	Antismoking education	Antismoking education
Adults				
Female	-	-	Butterfly campaign	Anti-smoking art exhibition
Smokers heavy smokers	-	-	Public health center's smoking cessation clinic & telephone counseling (quit line)	Community based smoking cessation service continued

지명: 금연길라잡이, 도메인: <http://www.nosmokeguide.or.kr>)를 개발·운영 중이다.

(7) 조사·감시·평가: 우리나라 흡연실태에 대한 조사는 성인 1980년부터, 청소년 1988년부터 매년 정기적으로 실시되고 있으며 이를 기반으로 청소년 흡연예방정책과 각종 금연정책이 추진되고 있다. 또한 새로운 정책이 시행될 때 마다 정책의 효과를 평가하기 위한 조사 및 연구가 이루어지고 있다. 금연구역 확대 시 금연구역 이행정도라든지, 금연광고에 대한 인지도 그리고 각종 정책으로 인한 금연시도율, 금연성공률 등을 분석하고 있다. 또한 담배회사의 광고, 판촉, 후원행위, 미성년자에 대한 담배판매 행위, 담배자동판매기의 성인인증장치설치 및 운영 실태, 금연구역 이행실태, 금연구역에서의 흡연행위 등에 관한 법 이행여부를 모니터링하고 있다.

우리나라 성인남성의 흡연율은 금연정책의 결과로 많은 감소를 보였다. 1992년 68.9%이던 성인남성흡연율은 2006년 44.1%로 감소하여 15년간 약 25%p의 흡연율 감소를 보였다. 기간별로는 정부에서 적극적인 금연정책을 시작한 2000년 이후 60%대이던 흡연율이 5년만에 15%p한 감소한 44.1%로 떨어져, 2000년 이후에 급격한 성인남성흡연율의 감소를 보였다.

정부에서 추진해온 정책은 담배가격의 인상, 담배포장지 등에 담배의 위해성을 알리는 경고의 확대, 금연구역의 확대, 불법적인 담배거래의 근절 등 법제도의 강화, 금연교육·홍보를 통한 금연의 사회적분위기 조성, 흡연자에 대한 금연상담 치료 등의 지원서비스 등이었다. 이러한 적극적인 금연정책이 남성성인 흡연율의 40%대 진입 및 사회의 금연분위기조성에 기여한 것으로 평가되고 있다.

그러나 최근에는 남성흡연율감소가 둔화되었고, 여성흡연율 및 청소년 흡연율이 증가하고 있다는 보고가 있다. 또한 여전히 많은 청소년 및 성인이 간접흡연을 경험하고 있다(2005년 국민건강영양조사에서 하루에 한 번 이상 가정에서 간접흡연을 경험하는 비율이 청소년의 31.2%, 성인의 45.1%로 나타남).

금연사업의 성과를 평가하기 위해서 조사감시체계가 존재하지만, 조사결과들의 불일치, 담배소비량증감과 흡연율증감의 불일치 등이 지적되어 왔다. 지표의 개발 및 조사체계에 대한 보다 체계적인 개선이 필요하고, 통합적인 성과지표의 개발과 관리가 필요하다.

3. 담배규제협약의 이행 현황

FCTC를 비준한 당사국은 2009년 7월 현재 166개국이며 이중 유럽연합은 지역경제통합기구로서 속해 있다. 담배규제기본협약의 당사국총회는 3차까지는 매년 개최하고 4차부터는 2년마다 개최하게 된다. 첫 번째 당사국 총회는 2006년 2월 6일-17일 스위스 제네바에서 개최하였고, 두 번째 당사국 총회는 2007년 6월 29일-7월 6일 태국 방콕에서 개최하였으며, 제3차 당사국총회는 2008년 11월 17일-22일 남아프리카 공화국 더반에서 개최하였다. 제4차 총회는 2010년 하반기에 우루과이에서 개최될 예정이다.

담배규제기본협약의 구성은 아래와 같다.

- 구성: 기본협약인 모조약에는 기본적인 원칙만을 포함하고 의정서, 부속서, 별도의 약정, 국내법에서 구체적인 이행사항 규정 등이 포함되어 있음.
- 담배규제기본협약의 내용은 총 11장 38조항으로 구성되어 있음. 주요 내용은 담배규제기본협약의 목적, 담배수요 감소조치, 담배공급 감소조치, 환경 및 건강보호조치 등을 포함하고 있고, 조약의 형태는 여타 다자조약과 비슷한 구성을 하고 있음.

조항의 주요 내용은 다음과 같다.

- 제 1장 도입(제1-2조)
 - 협약의 주요 개념과, 이 협약과 기타 협정 및 법적 문서와의 관계 규정
- 제2장 목적, 기본원칙 및 일반의무(제3-5조)
 - 담배규제기본협약의 목적
 - 당사국이 지침으로 따라야 하는 기본원칙 및 포괄적인 일반의무 규정
 - 제5.3조 가이드라인(3차 총회에서 승인)
- 제3장 담배수요 감소 조치(제6-14조)
 - 가격 및 조세 조치(제6조)
 - 비가격조치(제7조)
 - 금연구역 설치(제8조) & 제8조 가이드라인을 2차 총회에서 승인
 - 담배성분의 조사(제9조)
 - 담배성분의 공개(제10조)
 - 제9조 및 10조가이드라인 개발을 위한 작업반 운영 중
 - 담배제품의 포장 및 라벨 규제(제11조) & 제11조 가이드라인을 3차 총회에서 승인

- 교육·훈련(제12조): 제12조가이드라인 개발을 위한 작업반 운영, 우리나라 참여 중
- 광고·판촉·후원 규제(제13조): 제13조 가이드라인을 3차 총회에서 승인
- 금연 프로그램 활성화(제14조): 제14조가이드라인 개발을 위한 작업반, 우리나라 참여 중
- 제4장 담배 공급 감소 조치(제15-17조)
 - 담배제품의 불법거래(제15조): 제15조 관련 의정서 개발 중
 - 미성년자의 담배 판매 및 구매(제16조)
 - 담배공급의 변화로 인하여 경제적 불이익을 받게 되는 노동자, 경작자 등에 대한 대체활동 지원(제17조):
 - 제17조 및 18조(3차 총회에서 가이드라인 개발을 위한 작업반 신설)
- 제5장 환경 및 건강 보호(제18조)
 - 담배 경작 및 제조와 관련 있는 환경을 보호하고 그 환경과 관련 있는 사람의 건강을 보호
- 제6장 책임과 관련된 문제(제19조)
 - 형·민사상 책임 문제 관련 각 당사국이 재량적으로 입법상의 조치 및 기존 법률축진의 필요성을 판단할 수 있도록 규정
- 제7장 과학·기술 협력과 정보 교류(제20-22조)
 - 개도국과 체제전환국의 특수한 상황을 고려한 과학·기술 협력과 정보교류에 대하여 규정
- 제8장 제도적 장치 및 재원(제23-25조)
 - 당사국 총회(제23조), 사무국(제24조), 당사국 총회와 국제기구간의 관계(제25조) 및 재원에 관한 규정
- 제9장 분쟁해결(제27조)
 - 당사국간 분쟁이 발생하는 경우, 관련 당사국은 교섭, 주선, 중재, 조정 등의 방법을 활용하여 분쟁의 해결을 도모
- 제10장 협약의 발전(제28-29조)
 - 향후 분야별로 구체적인 이행에 관한 의정서를 채택하거나, 기술적인 사항에 관하여 부속서를 추가할 수 있음을 규정하고 있음.
- 제11장 최종조항(제30-38조)
 - 유보(제30조), 탈퇴(제31조), 투표권(제32조), 의정서(제33조), 서명(제34조), 비준, 수락, 승인, 공식화인, 가입(제35조),협약의 발효(제36조), 수탁자(제37

조), 정본(제38조), 서명자, 채택장소에 관하여 기술하고 있음.

2008년 제3차 총회에서 FCTC 사무국은 당사국들이 제출한 81개 리포트를 기초로 이행현황에 대한 보고를 하였다. 2006년 당사국총회의 결정에 의하여 사무국에서는 당사국의 협약이행에 대한 보고를 하기로 하였고, 2008년 7월 15일 까지 129개국이 보고서를 제출하였다. 세계보건기구지역의 81개 리포트를 기초로 한 보고서를 기초로 한 당사국 금연정책의 요약은 아래와 같다(18).

1) 일반적인 의무조항

일반적 의무조항의 실시에 응답한 76개국 중 23개국이 포괄적인 다부문간 국가 담배규제 전략과 계획 및 프로그램을 개발하여 이행하고 있었다. 다른 53개국은 부분적인 전략과 계획과 프로그램을 가지고 있다. 대부분의 당사국정부에서는 부문 간 중재하는 매커니즘을 가지고 있거나 전담부서를 가지고 있었다. 37개국은 담배업계로부터 보건정책보호를 위한 대책을 가지고 있었다.

2) 가격정책

세계은행의 구분에 의한 고소득 국가의 담배세금이 담배 소매가격에서 차지하는 비중의 중위수(median)는 59%였으나, 중하위소득국가의 소비세의 중위수(median)는 49%였다. 세계보건기구와 세계은행이 권고하는 바에 의하면 담배세금은 소매가격의 66%에서 75% 정도가 권장된다. 당사국의 약3분의 1은 종량세 또는 종량세와 종가세의 복합된 형태로 징수하였다. 약 45개국이 면세담배판매에 대한 금지 및 제한정책을 가지고 있었다. 개발도상국이나 저개발국가의 경우 담배의 길이 또는 필터의 유무에 따라 세금부과가 다른 경우가 있다. 필터가 없는 담배일수록 세금이 적게 부과되는 나라에서는 가난한 사람들이 더 피우기 쉽다는 단점이 있다. 많은 나라에서 쉐련 이외의 담배형태에는 세금이 낮게 부과되어 사람들이 이를 더 많이 구매할 가능성이 있다. 담뱃세의 사용처는 다양한데, 일부 국가들은 소비세의 일부를 청소년, 건강증진, 스포츠, 사회보장 비용으로 각출하였다.

3) 담배연기로부터의 보호

세계적으로 금연구역정책을 보건의료시설에서 가장 많

이 하는 것으로 나타났고, 56개국(69%)은 완전금연구역, 24개국(30%)은 부분금연구역을 실시하였다. 보건의료시설에서의 금연구역정책은 유럽 및 아프리카지역에서는 75%에서 80% 정도가 완전금연구역을 실시했고, 아메리카지역과 남아시아지역, 동지중해지역 등에서는 50% 정도였다.

금연구역 중에서는 직장에서의 금연구역 실시비율이 가장 낮았다. 완전금연을 실시하는 경우는 삼분의 일 정도였고, 부분적인 금연구역 실시는 절반 정도였다. 20% 정도의 국가에서 바, 나이트클럽에서 완전금연을 실시하고 33% 미만의 국가에서 식당의 완전금연을 실시하였다. 음식점에서 담배연기로부터 완전한 보호를 실시하는 국가는 유럽지역은 40%, 동남아시아는 37%, 아프리카지역은 4개 중 한 국가, 서태평양지역은 5개 중 한 국가 등이었다. 아메리카지역에서 음식점의 완전금연실시 국가비율은 14%였다.

4) 담배제품 및 성분의 공개 & 담배제품포장 및 라벨

약 절반가량의 국가에서 담배성분 측정과 관련된 규정을 가지고 있었고, 약 55개국(70%)이 담배제품 및 성분을 정부기관에 보고하도록 의무화하고 있었다.

협약11조에서는 이 조항을 이행하기 위한 3개년의 기간을 주고 있으며, 대부분의 국가에서 기한 내에 이 조항을 이행하고 있었다. 응답한 74개국 중 64개국(86%)이 건강경고문구의 정책을 가지고 있었고, 49개국(66%)은 건강경고문구가 순환하도록 하고 있었다. 오도문구의 규제는 지역차가 커서 유럽지역은 모두 금지하고 있었지만, 서태평양지역은 15개국 중 7개국이 금지하고 있었다. 삼분의 이 정도 국가에서 30% 이상의 경고문구크기를 의무화하고 있었고, 같은 비율의 국가에서는 담배성분과 방출물질에 대한 정보의 표기를 의무화하고 있었다.

5) 담배 광고, 판촉, 후원

절반 정도의 당사국들이 담배광고, 판촉, 후원을 전면금지하고 있었다. 담배광고, 판촉, 후원을 전면금지하는 정책은 지역마다 차이가 컸다. 동지중해지역 및 유럽지역은 거의 모든 국가에서 실시하였다. 서태평양지역은 절반 정도가 규제하고 있었다. 60개국의 응답 중 7개국만이 담배업계로 하여금 담배광고, 판촉, 후원에 합법적으로 지출된 비용을 보고하는 정책을 가지고 있었다. 약 삼분의 이 국가들이 국제적인 이벤트에 담배업계의 후원을 규제하는 정책을 가지고

있었다.

6) 교육, 커뮤니케이션, 훈련, 일반인 인식

약 75% 이상의 국가들이 흡연예방 및 금연을 위한 일반인 인식증진 교육프로그램을 가지고 있었다. 50% 미만의 국가들에서 일반인이 담배회사에 대한 정보에 접근할 수 있도록 하고 있었다.

7) 담배의존 및 금연관련 수요감소 조치

절반 이상의 국가들이 과학적 근거와 최고 수준의 실천(scientific evidence and best practices)에 기반한 금연가이드라인을 개발하고 있었다. 그러나 아직 많은 국가들에서 흡연자가 효과적인 금연프로그램을 선택하여 금연할 수 있도록 하지 못하는 것으로 나타났다.

8) 불법담배무역

사분의 삼 이상의 국가들이 담배 불법거래에 대한 데이터를 가지고 있는 것으로 보고되었지만, 불법무역에 대한 질적인 정보가 없는 경우가 많았다. 62개국 중 7개국만이 불법무역에 대한 경향에 대한 정보를 가지고 있었다. 삼분의 이 정도의 국가에서 생산지 표시를 하도록 되어 있었다.

9) 청소년에 대한, 청소년에 의한 판매

76개국 중 67개국이 청소년대상 담배판매를 금지하고 있었다. 담배구매 가능연령은 15세에서 21세까지의 범위로 분포되고 있었다. 52개국에서 18세가 제한연령이었다. 47개국만이 날개판매를 금지하고 있었다. 80% 정도의 국가들이 불법판매에 대한 벌과금을 부과하고 있었다. 50% 정도의 국가들이 청소년에 의한 담배판매를 금지하고 있었다.

10) 경제적으로 발전가능한 대체활동

대체활동은 환경보호와 관련된다. 25개 국가들이 담배 재배지역의 환경보호에 대한 정책을 가지고 있었고, 23개 국가들이 대체활동에 대한 정책을 가지고 있었다.

11) 연구, 감시체계, 정보교환

절반 이상의 국가들이 흡연의 피해, 간접흡연, 대체작물과 요인에 대한 연구를 지원하고 있었다. 47개 국가들이 연구, 이행, 평가에 대한 훈련프로그램을 제공하고 있었다.

절반 이상의 국가들이 담배소비의 크기와 패턴과 결정요인과 결과, 그리고 관련된 사회적 경제적 보건지표에 대한 국가감시체계 및 지역적 국제적 감시체계를 가지고 있다고 보고하였다. 약 37개 국가들에서는 일반인에게 과학적, 기술적, 사회경제적, 상업적, 법적 정보를 제공하고 담배업계의 활동 및 담배재배에 대한 정보를 제공한다고 보고했고, 담배규제 관련법규와 추진에 대한 최신 데이터를 보유하고 있었다.

12) 기술적 및 재정적 지원

대부분의 국가들이 협약이행과 관련된 자금부족이나 기술지원이 부족한 것으로 나타났다. 세계보건기구 및 다른 국제기구들로부터의 전통적인 기술지원이 요구되는 것으로 나타났으며, 상호지원과 통합된 지구적 노력(mutual assistance and a common global effort)의 정신을 반영할 필요가 있었다. 일부 국가들은 지역단체 및 기관, 학술기관, 양자협약에 의한 정부로부터의 후원 국제 비정부기관 및 후원기관으로부터의 재정적 기술적 지원사업이 있다고 보고했다. 많은 개발도상국에서 협약과 관련된 요구사항 및 인프라와 지원요청 간에 실질적인 차이가 많이 있는 것으로 나타났다. 32개 국가들이 담배규제와 관련된 형사 및 민사상의 책임을 부과하고 있었다. 많은 국가들에서 담배규제가 우선적인 국가보건문제로 채택되지 못하고 있었다.

13) 다른 협약 및 정책간의 관계

협약 사무국에서는 당사국들의 보고서 데이터베이스를 만들어 여러 정책들의 시너지효과를 분석하고자 하였다. 편의상 다음의 정책들에 대한 정책 간 분석을 시도하였다: 포괄적인 광고금지, 간접흡연으로부터 보호, 청소년에 대한 담배판매금지, 불법담배무역대책, 건강경고문구정책 등.

담배광고, 판촉, 후원에 대한 포괄적 금지를 하는 국가 중 81%는 보건의료시설에서 완전 금연 구역 정책을 하고 있었고, 다른 구역에서의 금연구역 실천율도 높았다. 담배광고, 판촉, 후원에 대한 포괄적 금지를 하는 모든 국가가 청소년에 대한 담배판매금지정책을 가지고 있었다. 광고 금지를 하는 국가일수록 더 강력한 건강경고문 정책을 가지고 있었다. 포괄적 금지국가의 77% 정도가 담배날개판매 및 소량판매를 금지하고 있었다. 불법담배거래에 대한 규제를 가지고 있는 국가일수록 국제여행객들의 면세담배 구매를 금지하거

나 제한하고 있었다. 요약하면 한 분야의 강한 금연정책이 다른 분야에서도 역시 강력하게 추진하는 것으로 나타나, 전반적인 담배규제정책을 변화시킬 수 있음을 알 수 있다.

14) 협약이행의 우선순위와 도전

응답한 75개국 중 삼분의 이 이상의 국가들이 종합적인 국가의 법이나 국가정책에서 협약이행을 위한 매커니즘을 가지고 있었다. 많은 국가들에서 보다 공식적인 협력의 매커니즘이 요구되고 있었다. 응답국가의 32%에서 담배규제의 가능한 환경부족이 가장 큰 어려움으로 지적되었다. 전문성 및 인력부족(25%), 재정부족(24%), 담배업계의 로비(16%) 등이 주요 장애요인으로 꼽혔다.

15) 성인의 흡연

국가들이 제출한 보고서의 질과 완전성은 많은 차이가 있었다. 80% 이상의 국가들이 2003년 이후의 데이터를 제공하였다. 담배흡연 개비수와 관련하여 무연담배나 워터파이프에 대한 정보를 제공한 국가도 있었다. 성인흡연율은 지역별로 성별 차이가 있었다. 남자흡연율은 12-65%, 여자 흡연율은 0.6-51.2%의 범위를 나타내었다. 남녀 흡연율 차이가 가장 큰 지역은 아프리카 지역이고, 적은 지역은 유럽지역이었다.

16) 청소년의 흡연

약 65개국 보고서에 청소년의 담배사용 데이터가 있었다. 그러나 연령그룹이 매우 다양하였다. 국제 청소년 담배 감시체계(Global Youth Tobacco Surveillance)(2) 2000-2007년 자료에 의한 13-15세의 비교데이터가 33개국의 데이터를 포함하고 있었다. 33개국의 보고서 중에서 남자 청소년의 흡연율은 5%에서 56% (평균 23%), 여자청소년의 흡연율은 1.6%에서 55% (평균 12%)였고, 이 차이는 통계적으로 유의했다. 청소년 흡연율은 서태평양지역에서 가장 높았고(남자34%, 여자24%), 아프리카지역(남자 17%, 여자 8%)에서 가장 낮았다.

담배규제정책의 이행은 각국의 경제사회적 상황에 따라 규제 양상이 다양하게 나타남을 알 수 있다. 한편 선진국일수록 담배규제의 경향은 더 강하게 나타나고 흡연율도 낮은 경향을 보인다. 국가마다 상황이 다르지만 공통적으로 필요한 것은 협약의 이행을 지속가능하게 하도록 하는 정책이며 이 정책들은 정치적 측면, 기술적 측면, 제도적 측면, 재정

적 측면, 사회문화적 측면에서 균형있게 개발이 이루어져야 한다.

결 론

1995년 국민건강증진법이 제정된 이후 우리나라는 팔목할 만한 금연정책과 사업을 개발하고 보급해 왔다. 2001년 담배회사가 민영화되면서 정부주도의 금연사업은 더 박차를 가하게 되었다. 여기에 세계보건기구의 FCTC의 발효가 큰 견인차 역할을 할 것으로 기대된다. 국내의 담배규제정책을 펼쳐나갈 상황이 다른 선진국에 비하여 제한점이 많지만, 국민의 건강에 대한 요구수준이 높아짐에 따라 이런 제한점들이 해결될 것으로 전망된다.

1998년부터 본격적으로 추진해왔던 흡연예방교육사업 등 보건교육의 역할은 국민의 인지도를 높이는데 많은 역할을 하였다. 지속적인 흡연율감소에는 금연교육홍보의 역할이 컸을 것이다. 2003년에 금연구역을 획기적 확대는, 이러한 보건교육으로 인한 국민의 인식전환이 금연구역확대 필요성의 증가 때문이라고 해석할 수 있다. 흡연율은 2004년 말의 담배세 인상으로 가장 큰 감소를 보였고 이후 감소율이 점차 낮아져 2008년부터는 답보상태에 있다. 지금까지의 금연정책과 사업에서 방향전환을 해야 할 시기라고도 할 수 있다.

흡연예방 및 금연사업과 담배규제정책을 균형 있게 단계적으로 추진할 수 있는 액션플랜이 필요하다. 지난 10년간 보건소 등 공공부문에서 흡연예방 및 금연을 지원하는 사업의 기반조성이 다른 건강생활실천사업에 비하여 인프라 구축이 잘 되어 있다고 판단된다. 사업과 담배규제의 균형 있는 추진이 필요한 때이다. 첫째, 흡연예방을 위해 가장 중요한 청소년의 담배접근금지와 관련된 규제를 강화할 필요가 있다. 담배회사의 광고, 판촉, 후원규제에 대한 법제도가 강화되어야 한다. 아직도 편의점 등 다양한 담배판매 장소에서 담배광고를 허용하는 상황에서 청소년 대상 담배판매규제의 효과를 보기 어렵다. 둘째, 담배가격인상을 통해 청소년의 담배접근성을 감소시켜야 한다. 셋째, 담배갑 경고문의 강화를 통해 담배구매의욕을 감소시키고, 금연의도를 유도하는 노력이 필요하다. 넷째, 직장금연구역확대를 통하여 일반시민의 건강과 종업원 건강을 보호하는 노력이 강화되어야 한다. 이러한 규제정책들이 효과를 보기 위해서는 법제도의 개정과 추진을 위한 국민의식향상과 합의도출을 위한

노력이 필요하다. 이를 위해 국민인식조사와 공청회, 세미나 등을 통해 국민과의 의사소통의 기회를 다양화하고, 학술대회에 이러한 규제정책의 필요성과 효과를 제시하는 장을 마련하여 전문가들의 인식을 제고할 필요가 있다. 규제정책 중 담배회사에 민감한 부분인 라벨제도의 개선 및 담배회사의 광고·판촉·후원금지 등은 우리나라의 현행법과 사회문화적 상황을 고려하여 단계적이고 효과적으로 추진할 수 있도록 해야 한다. 특히 제3차 총회의 결과(협약5.3조 담배산업으로부터 공중보건정책의 보호)와 관련하여 향후 국내 담배업계에 대한 정부의 입장정리가 필요할 것으로 예상되며 이와 관련된 연구가 필요하다. 효과적이고 지속가능한 정책 마련을 위하여 지속적인 연구개발의 지원이 필요하고, 담배규제와 관련된 공공 및 민간부문의 조직 및 네트워크 개선이 필요하다.

FCTC 협약내용에는 당사국의 국내 여건에 따라 정책추진의 정도를 다양하게 할 수 있는 권고사항이 많지만, 협약에서 권고하는 정책보다 더 강력한 정책을 추진할 것을 촉구하고 있다. 최근 세 차례의 당사국총회를 통하여 의정서와 가이드라인 개발이 추진되고 있는 것은 의무적인 이행사항뿐만 아니라 전체 협약내용을 수용하고 추진할 필요성에 대한 국제적 요구를 반영하는 것이라고 할 수 있다.

본 논고에서는 세계보건기구의 FCTC와 TFI의 MPOWER를 기반으로 하여 우리나라의 금연정책을 조명해 보고 향후 발전방안을 모색해 보았다. 최근 남성흡연율이 답보상태인 시점에서 국민의식 향상과 효율적인 금연사업을 통하여 합리적인 담배규제정책이 도입되도록 각계의 협력과 의사소통이 요구되는 시기라고 하겠다. 향후 보다 과학적인 근거를 기반으로 한 정책과 사업이 도입되도록 정부의 지원이 필요하다.

요 약

세계적인 흡연문제가 국제적인 공조를 통하여 규제해야 하는 문제라는 담배규제기본협약의 기본정신을 반영하여 여러 당사국들과 교류하며 국내 금연정책을 체계적으로 개선하고 추진할 시기에 와 있다. 본 논고에서는 지금까지 국내 금연정책의 흐름과 성과를 조망하고 향후 추진방향을 모색하는 데 목적이 있다.

1995년 국민건강증진법이 제정된 이후 우리나라는 팔목

할 만한 금연정책과 사업을 개발하고 보급해 왔다. 2001년 담배회사가 민영화되면서 정부주도의 금연사업은 더 박차를 가하게 되었다. 1998년부터 본격적으로 추진해왔던 흡연 예방교육사업 등 보건교육사업은 국민의 인지도를 높이는 데 많은 역할을 하였다. 2003년에 금연구역 확기적으로 확대하게 된 것은 이러한 보건교육의 결과로 국민의 인식전환으로 인해 금연구역확대의 필요성이 증대된 결과로 해석된다. 흡연율은 2004년말의 담배세인상으로 가장 큰 감소를 보였으나, 최근에는 답보상태에 있다.

지난 10년간 보건소 등 공공부문에서 흡연예방 및 금연을 지원하는 사업의 기반조성이 되어 왔으나 지속적인 흡연을 감소를 위해서는 단계적인 액션플랜이 필요하다. 첫째, 흡연예방을 위해 가장 중요한 청소년의 담배접근금지와 관련된 규제를 강화할 필요가 있다. 담배회사의 광고, 판촉, 후원 규제에 대한 법제도가 강화되어야 한다. 아직도 편의점 등 다양한 담배판매 장소에서 담배광고를 허용하는 상황에서 청소년 대상 담배판매규제의 효과를 보기 어렵다. 둘째는 담배가적인상을 통해 청소년의 담배접근성을 감소시켜야 한다. 셋째는 담배갑 경고문의 강화를 통해 담배구매의욕을 감소시키고, 금연의도를 유도하는 노력이 필요하다. 넷째는 직장금연구역확대를 통하여 일반시민의 건강과 종업원 건강을 보호하는 노력이 강화되어야 한다.

국민의식 향상과 효율적인 금연사업을 통하여 합리적인 담배규제정책이 도입되도록 각계의 협력과 의사소통이 요구되는 시기라고 하겠다. 향후 충분한 과학적인 근거를 기반으로 한 정책과 사업이 도입되도록 정부의 지원이 필요하다.

중심단어: 금연정책; 흡연율; 담배규제기본협약

참고 문헌

1. Jung YH. Socio economic costs of Smoking and Drinking. Policy Seminar proceedings on Consumption tax, July 8; Seoul, Republic of Korea; Korea Institute of Public Finance, 2009. Korean
2. World Health Organization. Mpower[Internet]. Geneva: WHO, 2009[cited 2009 Nov 23]. Available from: <http://www.who.int>.
3. Cho SI. Prediction for smoking prevalence and smoking attributable death according to tobacco control policy, Seoul; Seoul National University, Management Center for Health Promotion, 2008. Korean
4. Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs, New National Health Plan 2010, Seoul; MOHW, 2005. Korean
5. Mackay J & Eriksen Tobacco Atlas [internet]. Geneva:WHO, 2002 [cited 2009 Nov 24]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas9.pdf>
6. WHO. Health effects of smoking among young people [internet]. Geneva: WHO, 2009 [cited 2009 Nov 20]. Available from: http://www.who.int/tobacco/research/youth/health_effects.
7. Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs, Korea Center for Disease Control and Prevention, 2007 National Health Statistics, Seoul; Korea Center for Disease Control and Prevention 2008. Korean
8. Khang YH, Yun SC, Cho HJ, Jung-Choi J. The Impact of Governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. Nicotine Tob Res 2009; 1-8 (advance access published).
9. OECD health data 2007.
10. Choi EJ. Women's use of tobacco and alcohol and countermeasures, Seoul; Korea Institute for Health and Social Affairs, Management Center for Health Promotion, 2009. Korean
11. Scoggins A, Vries H, Conklin A, Hatzianandreu E. Analysis to support the Impact Assessment of the Commission's smoke-free initiatives, prepared for the Directorate General for Health and Consumer Protection (DG SANCO), European Commission, RAND Europe, Santa Monica, CA, USA, 2009.
12. Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs, 2009 Budeget and Fund management plan, Seoul; MOHWF, 2009. Korean.
13. Wipfli H, Stillman F, Tamplin S, da Costa e Silva VL, Yach D, Samet J. Achieving the Framework Convention on Tobacco Control's potential by investing in national capacity. Tob Control 2004; 13: 433-7.
14. Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs, 2009 National Smoking Prevention and Smoking cessation programs guide, Seoul; MOHW, 2009. Korean
15. Suh MK. The Comprehensive Plan for Tobacco Control and Promotion of Anti-Smoking Environment, Seoul; Korea Institute for Health and Social Affairs, Management Center for Health Promotion, 2008. Korean
16. Kang EJ. Planning and Public Awareness of Anti-Smoking Policy in 2008-Price Policy for Tobacco Regulation-, Seoul; Korea Institute for Health and Social Affairs, Management Center for Health Promotion, 2008
17. Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs, 2009 National Smoking Prevention and Smoking cessation programs guide, Seoul; MOHW, 2009. Korean.
18. WHO. Reports of the Parties received by the Convention Secretariat and progress made internationally in implementation of the Convention (Decision FCTC/COP1/(14)) [internet]. Geneva: WHO, 2008 [cited 2009 Nov 3] Available from: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_14-en.pdf