

HEALTH PROMOTION RESEARCH BRIEF 2017



건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)



**HEALTH
PROMOTION
RESEARCH
BRIEF 2017...**



건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)



HEALTH PROMOTION RESEARCH BRIEF 2017...



건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)



우리나라 담배규제정책 추진 현황 및 개선과제

1. 담배규제정책의 필요성	4
2. 담배규제기본협약(FCTC)의 이해	8
3. 담배규제정책 추진 현황	9
4. 담배규제정책의 향후 개선과제	14

우리나라 담배규제정책 추진 현황 및 개선과제

(Status and Improvement Tasks of Tobacco Control Policies in Korea)

선필호 부연구위원

- 전 세계적으로 흡연으로 인해 연간 600만 여 명의 사망자가 발생하는 등 흡연으로 인한 건강상 폐해와 경제사회적 피해가 상당한데, 우리나라의 경우 2015년 성인 남성 흡연율이 39.3%로 아직도 높은 편으로 담배규제정책의 강화가 필요함
- 1986년 담배광고를 제한하면서 시작된 우리나라 담배규제정책은 1995년 국민건강증진법이 제정 되면서 본격적으로 추진되었고, 2005년 담배규제기본협약(FCTC)을 비준하면서 더욱 강화되었음
- 담배규제기본협약은 세계보건기구(WHO)에서 2003년 채택되어 현재까지 전 세계 180개국에 비준한 공공보건 분야 최초의 국제협약임. 우리나라는 2005년 협약에 비준하면서 담뱃세 인상, 담배 제품 불법거래 규제 등 담배의 수요 및 공급 감소 조치를 중심으로 하는 담배규제정책을 이행할 의무가 생겼음
- 앞으로 우리나라 담배규제정책이 더욱 발전하기 위해서는 담배규제기본협약 의무사항 이행, 가격 정책 및 비가격정책 강화, 효율적 협약 이행을 위한 국가적 핵심역량 개발 등의 개선이 필요함

1. 담배규제정책의 필요성

□ 여전히 높은 수준의 흡연율

- 전 세계 15세 이상 남성의 41.0%, 여성의 9.0%가 흡연을 하고 있고, 이로 인해 연간 600만 여 명이 사망하고 있음¹⁾
 - 흡연자의 80.0% 이상은 1인당 GNP가 766~3,035달러 정도인 중·저소득국가(lower middle-income countries : LMICs)에 살고 있으며, 2005년 후진국의 평균 남성 흡연율은 50.0%인 반면, 선진국의 평균 남성 흡연율은 35.0% 수준임²⁾

1) National Cancer Institute, World Health Organization(2017), The economics of tobacco and tobacco control, Rockville, MD: National Cancer Institute.
2) Warner, K. E.(2005), The role of research in international tobacco control, Public Health, 95(6), 976 ~ 984.

- 우리나라의 경우 지속적인 담배규제정책으로 인해 흡연율이 꾸준히 감소되고 있으나, 여전히 높은 수준의 흡연율을 보이고 있음
 - 우리나라 성인 남성 흡연율은 1980년 79.3%로 최고점에 달하였으나 매년 점차 감소하여 2015년 39.3%로 최초로 30%대로 진입함(표 1)
 - 2014년 주요 국가별 성인 남성 매일 흡연율을 살펴보면 우리나라는 36.6%로 OECD 평균인 23.0%에 비해 아직도 높은 편임(표 2)
 - 간접흡연율의 경우 2015년 우리나라 만 19세 이상 성인의 직장에서의 간접흡연 노출률은 40.1%³⁾였으며, 2014년 서울시에서 실시한 「금연도시 서울 사업에 대한 여론조사」 결과에 따르면 간접흡연을 경험한 비율이 88.6%로 매우 높게 조사되었음

〈표 1〉 우리나라 성인(만 19세 이상) 흡연율

(단위 : %)

구분	2005년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
전체	28.8	25.3	27.7	27.2	27.5	27.0	25.8	24.1	24.2	22.6
남자	51.6	45.0	47.7	46.9	48.3	47.3	43.7	42.1	43.1	39.3
여자	5.7	5.3	7.4	7.1	6.3	6.8	7.9	6.2	5.7	5.5

주 : 현재흡연율은 평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 분을
 자료 : 각 연도 국민건강영양조사(보건복지부·질병관리본부)

〈표 2〉 주요 국가별 성인 매일 흡연율(2014년 기준, 15세 이상)

(단위 : %)

국가	남성	여성	전체
미국	14.0	11.8	12.9
호주(13년)	14.7	11.3	13.0
캐나다	16.3	11.7	14.0
영국(13년)	22.0	17.0	19.0
OECD 평균*	23.0	14.7	18.6
프랑스	25.8	19.4	22.4
일본	32.2	8.5	19.6
한국	36.6	4.0	20.0

주 : *OECD 회원국 중 2009년 및 2014년(혹은 인접년도) 통계가 모두 있는 회원국의 평균임
 자료 : OECD(2016), OECD Health Statistics 2016

□ 흡연으로 인한 건강상 피해

- 담배연기는 4,000여 종 이상의 화학물질들로 구성되어 있으며, 이 중 최소 250여 종은 인체에 해로우며, 그 중 발암물질이 50여 종 이상으로 알려져 있음⁴⁾

3) 보건복지부·질병관리본부(2016), 2015 국민건강통계: 국민건강영양조사 제6기 3차년도(2015), 오송: 질병관리본부.
 4) World Health Organization(2009), WHO report on the global tobacco epidemic 2009, Geneva: WHO.

- 흡연은 폐암과 만성폐쇄성폐질환, 호흡기 질환 등과 같은 폐, 기관지 관련 질병과 밀접한 관련이 있으며, 체내 세균 감염 등의 위험 요인을 증가시키는 원인이 됨⁵⁾
- 폐암, 심장병 이 외에도 여러 신체기관의 암, 폐기종, 건선, 백내장, 주름, 청력 상실, 충치, 골다공증, 위궤양, 손가락 변색, 자궁경부암, 유산, 기형 정자, 폐색성혈정혈관염(버거병)과 같은 흡연의 부작용으로 인한 심각한 건강상의 문제를 야기함⁶⁾
- 이 외에도 습관적인 흡연은 폐암, 구강/인두/후두/식도암, 기타 종양, 만성폐쇄성폐질환, 기타 질병, 외적 원인, 그 외 알 수 없는 원인과 같은 11개 주요한 사망원인이 됨⁷⁾(표 3)

〈표 3〉 담배에 의한 주요 건강 피해

암	호흡기 질환	심혈관계 질환	그외	청소년(12-25세)	임신과 출산
<ul style="list-style-type: none"> • 폐암 • 구강암 • 인두암 • 후두암 • 식도암 • 췌장암 • 방광암 • 신장암 • 위암 • 자궁경부암 • 골수성 백혈병 • 부비동암 	<ul style="list-style-type: none"> • 만성폐쇄성폐질환 • 폐렴을 포함하는 급성 호흡기 질환 • 폐기능 약화 • 성인에서의 기침, 천명, 호흡곤란을 동반한 모든 주요 호흡기 증상 • 천식 조절 실패 	<ul style="list-style-type: none"> • 관상동맥 질환 • 뇌심혈관 질환 • 대동맥류 • 말초동맥 질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 위궤양 • 백내장 • 치주염 • 십이지장 궤양 • 수술 후 창상 치유 지연 및 호흡기계 합병증 • 고관절 골절 • 생식능력 저하 	<ul style="list-style-type: none"> • 폐 발육 부진 • 폐기능 약화 조기 진행 • 기침, 천명, 호흡곤란을 동반한 모든 주요 호흡기 증상 • 천식 관련 증상 	<ul style="list-style-type: none"> • 임신 시 합병증 • 조산 • 태아발육지연 • 저체중아 출산 • 영아돌연사 사망 증후군

자료 : 시민건강증진연구소(2011), 한국의 담배 규제 정책과 건강 불평등

- 흡연의 기여위험도를 살펴보면 남성의 경우 전체 암 사망자의 41.1%, 폐암 사망자의 73.0%, 후두암 사망자의 72.5%가 흡연이 원인이 되어 나타났으며, 여성의 경우 전체 암 사망자의 5.1%, 폐암 사망자의 19.8%, 후두암 사망자의 34.2%가 흡연에 기인한 것으로 밝혀졌음⁸⁾
- 흡연자인 경우 비흡연자에 비해 후두암에 걸릴 확률이 6.5배, 폐암 4.6배, 식도암 3.6배, 방광암 1.9배 등 암에 걸릴 확률이 높아짐⁹⁾
- 흡연은 악성신생물, 심혈관계질환, 호흡기질환의 주요원인으로, 우리나라 전체 사망의 30.8%, 여자는 5.7%가 흡연에 의한 것으로 나타남¹⁰⁾
- 30세 남성이 90세까지 생존할 경우에 비흡연자의 기대여명은 54.04년, 과거흡연자는 52.23년, 현재흡연자는 47.61년임. 30세 남성 비흡연자는 흡연자보다 약 6.43년 기대여명이 높고 과거 흡연자보다 기대여명이 1.80년 높았음¹¹⁾(표 4)

5) 손화경·김주용·박정란·김진(2013), 흡연이 구강병 관련 세균과 Human Papillomavirus의 검출에 미치는 영향, 대한구강악안면병리학회지, 37(6), 303 ~ 309.
 6) World Health Organization, WHO report on the global tobacco epidemic 2004, Geneva: WHO .
 7) Doll, R., Peto, R, Boreham, J., & Sutherland, I.(2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, BMJ, 328(7455), 1519.
 8) 김윤아(2016), 한국인 성인에서 흡연기여사망 비교위험, 건강과 질병, 9(8), 134 ~ 138.
 9) 지선하·조인호·윤지은(2005), 한국인 흡연과 사망위험에 대한 11년 추적연구, 한국역학회지, 27(1), 182 ~ 190.
 10) 지선하·이자경·김일순(2006), 한국인 성인 남녀의 흡연관련 사망 수 추정: 1981-2003, 한국역학회지, 28(1), 92 ~ 99.
 11) 이혜경·손길환(2005), 흡연으로 인한 기대여명 손실량에 대한 연구: Peto-Lopez 사망 수 추정방법에 의한, 보건사회연구, 25(1), 101 ~ 120.

〈표 4〉 기대여명 비교

(단위 : 세, 년)

연령	비흡연	현재 흡연	과거 흡연
30	54.04	47.61	52.23
40	44.49	38.08	42.69
50	35.06	29.21	33.29
60	25.77	20.80	24.11

자료 : 이해경·손길환(2005), 흡연으로 인한 기대여명 손실량에 대한 연구

- 청소년 흡연은 성인기의 만성폐쇄성폐질환(COPD) 위험성을 증가시키고 발생 연령을 낮추며, 흡연 시작 연령이 어릴수록 관상동맥질환 발병 연령이 낮아짐¹²⁾
 - 흡연 시작 연령이 어릴수록 수명 단축 효과는 커서 25세 이후에 흡연을 시작한 경우 4년의 수명이 단축되는 반면에 15세에 흡연을 시작한 경우는 8년이 단축됨
 - 또한, 흡연시작 연령이 낮을수록 니코틴 의존도가 커져 금연이 어려워지므로 평생흡연자 및 중증 흡연자가 될 가능성이 높음¹³⁾
 - 청소년의 경우에도 흡연으로 인해 가래, 천명, 숨참 등의 호흡기 증상 유병률이 증가하고, 폐의 발육 지연 등 폐기능 감소를 초래함¹⁴⁾
 - 18~19세 청소년에게서 흡연으로 인해 저밀도지질단백 콜레스테롤이 4.0%, 중성지방이 12.0%, 초저밀도지질단백 콜레스테롤 12.0% 증가하는 반면 고밀도지질단백 콜레스테롤이 9% 감소됨¹⁵⁾

□ 흡연으로 인한 사회경제적 피해

- 건강보험정책연구원(2015)에 따르면, 우리나라의 흡연으로 인한 질환에 따른 비용은 2013년 기준 7조 1천억 원으로 막대한 사회·경제적 손실을 초래함¹⁶⁾
 - 이는 2007년 기준 흡연으로 인한 사회경제적 비용 총 5조 6천억 원 규모에 비해 약 26.0% 증가한 수치임
 - 그 중에서도 흡연으로 인한 건강보험 진료비 지출(공단부담금 및 본인부담금 합산)은 2007년 1조 512억 원에서 2011년 1조 5,633억 원으로 48.7% 증가하였음
- 흡연 관련 직접의료비를 질병군별로 살펴보면 고혈압에 의한 비용이 16.0%(3,893억 원)로 손실규모가 가장 크고, 다음으로 기관지 및 폐암이 13.2%(3,204억 원), 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애 8.5%(2,057억 원) 순으로 나타남(2013년 기준)

12) Warren, G. W., Alberg, A. J., Kraft, A. S., & Cummings, K. M.(2014), The 2014 surgeon general's report: The health consequences of smoking—50 years of progress, *Cancer*, 120(13), 649 ~ 658.
 13) Reichert, V. C., Folan, P., Bartscherer, D., Jacobsen, D., Fardellone, C., Metz, C., & Rosen, M.(2007), A comparison study of older smokers vs younger smokers being treated for tobacco dependence. *Chest Journal*, 132(4), 489b ~ 489.
 14) 유찬우·김근항(2014), 고등학생의 우울증 및 불안이 음주동기 및 흡연동기에 미치는 영향: 걱정과 반추의 매개효과를 중심으로, *한국청소년연구*, 25(2), 47 ~ 77.
 15) Craig, W. Y., Palomaki, G. E., Johnson, A. M., & Haddow, J. E.(1990), Cigarette smoking-associated changes in blood lipid and lipoprotein levels in the 8-to 19-year-old age group: a meta-analysis. *Pediatrics*, 85(2), 155.
 16) 이선미·윤영덕·백종환·현경래·강하림(2015), 주요 건강위험요인의 사회경제적 영향과 규제정책의 효과 평가, 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

- 2016년 3/4분기 기준 가구(2인 이상)당 월평균 소비지출에서 담배가 차지하는 비중은 약 0.89%로, 전년 동기 0.87%와 비슷한 수준으로 나타났음
 - 2016년 3/4분기 기준 담배에 대한 지출은 월평균 22,500원으로 전년 동기(22,400원) 대비 0.45% 증가하였음(표 5)

〈표 5〉 가구당 월평균 소비지출

(단위 : 천원, %)

구분	2014년	2015년					2016년					
	연간	1/4분기	2/4분기	3/4분기	4/4분기	연간	1/4분기		2/4분기		3/4분기	
	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액	금액
소비지출	2,569.1	2,653.4	2,494.3	2,562.5	2,549.7	2,563.1	2,668.8	2,493.6	2,579.4	2,468.4	2,525.2	-0.54
식료품·비주류음료	356.9	351.4	343.2	380.0	342.6	354.0	349.4	328.7	367.7	352.6	341.5	2.73
주류·담배	41.8	28.6	32.5	36.8	34.5	33.1	34.9	34.8	36.4	33.2	34.6	22.99
주류	11.3	10.8	11.8	14.3	11.5	12.1	11.4	11.5	13.8	11.2	12.0	11.79
담배	29.4	17.8	20.7	22.4	22.9	20.9	23.3	23.0	22.2	21.7	22.5	31.47
의류·신발	171.6	154.7	169.2	131.9	191.7	161.9	151.9	165.1	133.2	181.0	155.2	-3.55
주거·수도·광열	263.0	335.8	278.1	241.1	255.1	277.5	323.9	272.6	242.5	251.0	275.3	7.79
가정용품·가사서비스	107.4	94.8	109.7	104.0	114.0	105.1	101.8	104.1	123.1	108.1	107.6	-0.23
보건	170.4	179.0	168.7	177.0	173.9	174.4	178.5	175.0	170.4	188.5	175.5	5.02
교통	307.8	315.6	315.1	306.7	348.5	321.6	323.3	319.5	299.9	288.4	314.6	-12.46
통신	150.1	146.0	147.7	145.2	152.3	147.7	145.5	146.2	142.0	142.8	143.9	-3.90
오락·문화	146.1	154.0	141.6	158.4	145.5	149.9	156.1	144.5	159.6	138.7	146.9	4.63
교육	289.5	342.9	231.3	325.0	234.0	283.3	341.7	229.6	329.2	231.0	277.6	-1.06
음식·숙박	342.7	325.9	338.2	356.1	337.9	339.4	333.2	350.2	360.9	335.1	335.9	0.39
기타상품·서비스	220.0	224.7	219.1	200.3	219.9	215.1	228.5	223.3	214.6	217.9	212.9	-3.35

자료 : 각 연도 가계동향(통계청)

2. 담배규제기본협약(FCTC)의 이해

□ 담배규제기본협약 비준 및 이행

- 담배규제 관련법을 가진 나라는 1982년에는 57개국에 불과하였으나, 현재는 세계보건기구(WHO) 192개 회원국 대부분이 담배규제 관련법을 가지고 있음
 - 담배규제 관련법에 공통적으로 포함되어 있는 사항은 담배광고와 판촉 규제, 경고문구, 타르·니코틴 함량 표기 규제, 오도하는 문구 사용 금지, 판매 제한, 금연구역, 청소년 흡연예방, 세금·가격정책, 소송 등임
- 세계보건기구는 2003년 제56차 세계보건총회에서 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)을 채택한 바 있음

- 담배규제기본협약은 2003년 5월 만장일치로 채택되었고, 2005년 2월 발효된 이후 현재 전 세계 180개국이 비준한 공공보건 분야 최초의 국제협약임
- 담배규제기본협약은 보다 많은 국가의 참여를 이끌어내고 새로운 문제점이 발견될 시 필요한 개정이 용이하도록 공통의 규범만을 담고 있으며, 총 11장 38조로 구성되어 있음
 - 담배 공급과 수요를 감소시키는 데 필요한 가격 및 비가격정책을 포함한 강력한 금연정책을 모두 규정하고 있으며, 비준국에 이행의무를 부여하고 있음
- 당사국은 협약 제21조(보고 및 정보교환)에 따라 당사국 총회(Conference of the Parties)가 열리는 연도, 즉 2년 마다 각 조항별 이행 현황을 담은 담배규제기본협약 국가이행보고서를 제출해야 함
 - 담배규제기본협약 국가이행보고서는 해당 당사국의 담배규제정책 현황을 보여주는 중요한 자료로, 당사국 총회가 개최되는 해에 제출하여 현황이 정기적으로 개정되어 전자 보고서와의 비교를 통해 정책 발전과정을 살펴볼 수 있는 자료원이 됨
- 우리나라는 담배규제기본협약에 2003년 서명하고 2005년 협약을 비준한 당사국으로서 담뱃세 인상, 담배제품 불법거래 규제 등 담배의 수요 및 공급 감소 조치를 중심으로 하는 담배규제정책을 이행할 의무가 있음
 - 우리나라는 2016년까지 5번의 이행보고서를 제출하였으며, 2016년 조항이행률은 66.2%로 2014년 60.8%에 비해 5.4%p 상승하여 협약 이행이 전반적으로 개선된 것으로 나타남
- 우리나라 담배규제정책은 담배규제기본협약에 근거하여 지속적으로 정책을 추진하고 있으며, 「국민건강증진법」과 「담배사업법」 등에 대부분 명시되어 이행하고 있거나 강화하고 있는 중임

3. 담배규제정책 추진 현황

□ 추진 경위

- 우리나라의 담배에 관한 규제는 1986년에 「담배전매법」(現 담배사업법)이 개정됨에 따라 담뱃갑에 경고문구를 표기하도록 하고 담배광고를 제한하면서 시작되었음
 - 1976년 세계보건기구의 권고에 따라 담뱃갑에 건강 경고를 표기하기 시작하였음
- 우리나라 담배규제정책은 1995년 「국민건강증진법」 제정 이후 금연구역 설정 등 흡연을 규제하면서 부터 본격적으로 추진되고 있음
 - 국민건강증진법은 담배광고 규제, 금연구역 설정, 담배부담금 부과 등 흡연을 규제하는 내용을 포함하고 있음
 - 1998년부터 담배규제와 더불어 금연교육 및 홍보를 중심으로 금연사업이 추진되기 시작함
 - 이후 담배규제기본협약에 2003년 서명하고, 2005년 국내에서 비준하면서 담배규제정책이 더욱 강화되었음

- 우리나라 담배규제정책은 크게 가격정책과 비가격정책으로 이루어져 있음
 - 가격정책은 담뱃값을 인상시켜 담배 소비를 억제하는 정책으로 가장 효과적인 금연정책 중 하나이며, 세계보건기구는 가격 인상을 통한 담배규제정책 추진을 권고하고 있음
 - 비가격정책은 경고문구 표기, 성분표시, 광고규제, 금연구역 지정 등을 통해 가격 외의 방법으로 흡연을 억제하는 정책임

- 2014년 범(凡)정부 금연종합대책으로 담뱃값 2,000원 인상 및 국민건강 증진을 위한 금연정책 강화대책을 발표하고, 2015년 1월 가격 인상과 더불어 여러 가지 비가격정책들을 강화한 결과 담배 규제정책의 효과들이 나타나고 있음¹⁷⁾(표 6)
 - 2015년 성인 남성 흡연율이 39.3%로 하락하여 공식통계 산출 이후 최초로 30%대로 진입했으며, 남자 청소년의 경우 11.9%로 조사 이래 최저치를 기록함
 - 흡연율뿐만 아니라 세금부과 근거인 담배 반출량은 2014년 45억 갑에서 2015년 31억 갑으로 감소하였음

〈표 6〉 연도별 기대여명 비교

연도	가격정책	비가격정책	추진배경
2001년			- 대통령, '금연 종합 대책 마련' 지시(1월) - 담배사업법 개정(7월) • KT&G 민영화 • 다국적 담배회사 국내진출
2002년	- 법률 개정(2월) • 담배부담금 2원 → 150원(담뱃값 200원 인상)	- 법률개정 • 금연구역 확대('03.4월 시행) - 타르, 니코틴 성분표시 • 담배사업법 개정(1월)('03.1월 시행)	- 이주일 신드롬(범국민금연운동본부 출범)
2003년		- 시행규칙 개정 • 금연구역 확대(4월)	- FTC, WHO 채택(5월) - 복지부 담배가격 1천원 인상 발표(5월)
2004년	- 법률 개정(12월) • 담배부담금 150원 → 354원(담뱃값 500원 인상)	- 담배사업법 시행규칙 개정(6월) • 경고문구 면적 확대(20% → 30%)	- 당초 '04년, '05년 단계적 500원인상 계획 • 금연지원 프로그램 - 보건소 금연사업('05년~) • 금연상담전화('06년~) - 금연사업지원단
2005년	- 정부안 국회 제출(8월) • 담배부담금 인상	- 시행규칙 개정 계획(6월)	- FTC 비준(5월) - 금연사업지원단 구성
2006년		- 시행규칙 개정(4월) • 금연구역 확대 • 경고문구 강화(30%)	- 담배제조 및 매매 등 금지법 입법 청원
2007년		- 정부안 국회 제출(10월) • 경고그림 도입 - 법률 개정(12월) • 발암성 물질 표기	
2008년		- 시행규칙 개정(10월) • 발암성 물질 표기('09.4월 시행)	- 2020 금연 Action Plan 수립 계획(중장기 흡연예방 로드맵, '07년~) - FTC 이행 추진 계획 수립(7월)

17) 오유미(2016), 담배규제정책 현황과 향후과제, 국민건강증진포럼, 1(1), 26 ~ 39.

〈표 6〉 계속

연도	가격정책	비가격정책	추진배경
2009년		- 군 면세 담배 폐지	
2010년	- 정부안 국회 제출(4월) • 전자담배 부담금 부과	- 법률 개정(5월) • 금연조례 제정(8월 시행)	- 보건복지부 금연T/F 운영(7월~)
2011년	- 법률 개정 • 전자담배 부담금 부과	- 법률 개정(6월) • 금연구역 확대 • 경고문구 추가 • 가향물질 표시 제한 • 광고 제한 • 과태료 인상	
2012년		- 시행규칙 개정 • 금연구역 추가 지정 • 경고문구 추가 시행	- FCTC 제5차 총회 개최(서울)
2013년			- FCTC 담배불법거래근절 의정서 서명
2014년	- 법률 개정(5월) • 신종담배(파이프담배, 엽결련, 각련, 씹는 담배, 냄새맡는 담배, 물담배, 머금은 담배) 부담금 부과(7월)	- 금연지도원 운영 - 신종담배 경고문구 부착	- FCTC 제6차 총회 의장국 - 범(凡) 정부 종합금연대책(9.11)
2015년	- 법률 개정(14.12월) • 결련 : 담배부담금 354원 → 841원 (담뱃값 2,000원 인상) • 결련 외 담배도 가격 인상(1월 시행)	- 오토문구 사용 금지 - 화재안전(저발화성) 담배 도입 - 금연구역 확대(식당, 술집 전면 금연) - 담뱃값 경고그림 표기 의무화(6월 개정, '16.12월 시행)	
2016년	- 법률 개정(12월) • 전자담배 연초 고품질 담배소비세 부과 (1g당 88원)	- 공동주택 금연구역 지정 절차 도입(3월 개정, 9월 시행) - 당구장 등 실내 체육시설 금연구역 지정 (12월 개정, '17.6월 시행)	- 비가격 종합금연대책(5.10)

자료 : 한국건강증진개발원 내부자료(2017)

□ 가격정책 추진

- 가격정책인 담뱃값 인상은 저소득층과 청소년의 흡연율을 낮추는데 비용-효과적인 규제정책임
 - 청소년은 성인에 비해 담뱃값에 3배 더 민감하며, 비가격정책으로 가격정책과 동일한 금연효과를 얻기 위해서는 7.8~155.8배의 비용이 소요됨¹⁸⁾
- 우리나라는 1994년 이후 담뱃값을 8차례 인상해 왔으나, 담뱃값이 그다지 높지 않아 아직도 흡연율이 높은 이유 중의 하나인 것으로 지적되었음
 - 우리나라의 경우 시간당 최저임금(6,470원)과 비교해도 담뱃값을 저소득층도 감당할 만한 수준이며, 2016년 국제담배규제정책 평가조사(ITC)에서 흡연자 1,991명을 대상으로 조사한 결과 흡연자의 35.7%가 담뱃값 추가 인상에 동의한 바 있음¹⁹⁾(표 7)

18) 감신(2005), 금연정책과 사회적 효과, Cancer Prevention Research, 10(3), 199 ~ 205.

19) http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/03/27/2017032703564.html에서 2017년 5월 15일 인출

〈표 7〉 주요 국가별 담뱃값 및 흡연율

(단위 : USD, 원, 년, %)

구분	담뱃값			흡연율				
	USD	원 (1\$=1092.2원)	기준연도	전체	남성	여성	기준연도	
1	호주	17.4	19,004	2014	13.0	14.7	11.3	2013
2	노르웨이	15.1	16,492	2015	13.0	13.0	13.0	2015
3	뉴질랜드	14.8	16,165	2014	15.0	16.1	13.9	2015
4	영국	11.0	12,014	2015	19.0	22.0	17.0	2013
5	아일랜드	10.9	11,905	2015	19.0	20.0	17.0	2015
6	캐나다	8.8	9,611	2015	14.0	16.3	11.7	2014
7	스위스	8.3	9,065	2015	20.4	23.1	17.8	2012
8	프랑스	8.3	9,065	2015	22.4	25.8	19.4	2014
9	아이슬란드	8.2	8,956	2015	10.5	10.2	10.7	2015
10	스웨덴	7.7	8,410	2015	11.9	12.1	11.7	2014
11	핀란드	7.6	8,301	2015	15.4	17.2	14.0	2014
12	네덜란드	7.1	7,755	2015	19.1	21.7	16.7	2014
13	벨기에	7.0	7,645	2015	18.9	21.6	16.4	2014
14	덴마크	6.9	7,536	2015	17.0	16.0	17.0	2015
15	독일	6.9	7,536	2015	22.9	25.1	17.1	2013
16	이탈리아	6.5	7,099	2015	19.8	24.9	15.8	2015
17	룩셈부르크	6.2	6,772	2015	15.0	16.0	13.9	2015
18	오스트리아	6.2	6,772	2015	24.3	26.5	22.1	2014
19	스페인	6.0	6,553	2015	23.0	27.6	18.6	2014
20	미국	5.8	6,335	2015	12.9	14.0	11.8	2014
21	포르투갈	5.4	5,898	2015	16.8	23.5	10.9	2014
22	이스라엘	5.3	5,789	2014	17.1	23.2	11.4	2014
23	일본	5.3	5,789	2014	19.6	32.2	8.5	2014
24	그리스	5.2	5,679	2015	27.3	33.8	21.4	2014
25	터키	4.4	4,806	2015	23.8	37.3	10.7	2012
26	체코	4.3	4,696	2015	22.3	26.4	18.5	2014
27	한국	4.1	4,500	2015	20.0	36.6	4.0	2014
28	폴란드	3.9	4,260	2015	22.7	28.8	17.2	2014
29	칠레	3.8	4,150	2014	29.8	33.7	26.0	2009
30	슬로바키아	3.7	4,041	2015	22.9	30.4	15.8	2014
31	헝가리	3.6	3,932	2015	25.8	31.6	20.8	2014
32	슬로베니아	3.5	3,823	2015	18.9	21.8	16.0	2014
33	멕시코	3.0	3,277	2015	7.6	11.9	3.6	2015
34	에스토니아	2.7	2,949	2015	22.1	31.4	15.8	2014

자료 : Cigarette Prices(<http://www.cigaretteprices.net>) 및 OECD Health Statistics (2015) 재정리

- 우리나라 담뱃값은 2005년에 500원, 2015년 2,000원 인상되었고 국민건강증진기금도 354원에서 841원으로 인상되었음 이로 인해 금연 관련 예산이 2014년 113억 원에서 2015년 1,475억 원으로 대폭 증액되었으며, 이 예산은 흡연예방 및 금연지원서비스 강화를 위해 사용되고 있음
- 흡연자 금연지원 서비스가 가장 강화되었으며, 기존의 흡연자를 위한 보건소 금연클리닉, 금연상담 전화 이외에 흡연자의 특성을 고려한 서비스와 접근성을 높이기 위한 다양한 사업을 확대하고 있음

- 담뱃값 인상이 저소득층의 부담을 증가시킨다는 일부의 주장이 있으나, 궁극적으로는 담배소비 감소를 통해 가계 의료비 지출을 줄이고 노동생산성을 높일 수 있음
 - 담뱃값이 인상되면 저소득층에게 직접적인 영향을 미쳐 저소득층이 더 많은 세금 부담률을 떠안아 소득역진성이 나타나는 것처럼 보이지만 이로 인한 결과가 담배 소비의 감소임
 - 담배 소비의 감소는 궁극적으로 건강증진과 연결되어 있음을 고려했을 때 빈곤층에게 불평등을 심화시킨다는 결론을 도출하는 것은 부당함
 - 실제 담뱃세 인상에 따른 담배 소비감소의 결과가 건강 증진임을 고려해 본다면, 담뱃세 증가는 오히려 빈곤층에게 매우 우호적인 정책임을 알 수 있음²⁰⁾

□ 비가격정책 추진

- 매년 흡연율 조사 등 담배사용 및 규제정책에 대한 모니터링을 실시하고 있음
 - 우리나라는 국민건강영양조사와 청소년건강행태온라인조사를 통해 성인과 청소년의 흡연율 조사를 매년 수행하고 있어 담배규제기본협약 기준으로 매우 높은 수준의 담배사용 및 규제정책의 모니터링을 수행하는 국가에 포함됨
- 담배연기로부터 보호를 위한 금연구역 정책을 실시하고 있으나 개선이 필요함
 - 우리나라는 2011년부터 본격적으로 금연구역 확대 및 강화를 위한 노력을 기울이고 있으나, 부분적으로 흡연구역 지정을 허용하고 있는 등 담배규제기본협약 제8조 이행이 개선될 여지가 있음
- 다양한 금연사업을 통해 세계적 수준의 금연지원서비스를 제공하고 있음
 - 우리나라의 금연지원서비스 정책은 세계적으로 매우 높은 수준을 자랑하고 있는데, 2005년부터 시행하고 있는 전국의 보건소 금연클리닉과 금연상담전화 서비스는 우리나라를 금연서비스 강국으로 만든 대표적인 금연사업 중 하나임
- 담배의 위험성 경고를 위해 담뱃갑 경고그림 도입 및 금연홍보캠페인을 실시하고 있음
 - 담뱃갑 경고그림은 담배규제기본협약 제11조(담배 제품 포장 및 라벨에 대한 규제)에 근거하고 있는데, 우리나라는 경고그림 도입을 위해 2002년부터 13년간 11번의 입법 시도를 통해 2015년 관련법을 제정하고, 2016년 12월 23일부터 제도가 시행되고 있음
 - 또한, 우리나라는 국가에서 국민을 대상으로 하는 금연홍보캠페인을 꾸준히 수행하고 있는 우수 사례로 손꼽히고 있으며, 2014년 담배규제기본협약에서 요구하는 최고 수준의 국가 금연캠페인을 수행하는 나라로 평가됨
- 담배제품의 광고 및 판촉, 후원 금지에 대한 조치가 미흡한 상황임
 - 우리나라는 담배제품의 광고 및 판촉을 일부 허용하는 제한 정책을 실시하고 있는데, 담배회사의 사회적 책임 활동을 허용하는 조항이 있는 등 담배규제기본협약 제13조가 요구하는 포괄적 금지에 미치지 못해 이행 수준이 매우 미흡한 것으로 평가받고 있음

20) National Cancer Institute, World Health Organization(2017), The economics of tobacco and tobacco control, Rockville, MD: National Cancer Institute.

4. 담배규제정책의 향후 개선과제

□ 담배규제기본협약 의무사항 이행

- 담배규제기본협약을 비준한 국가는 3년 이내에 담배제품의 포장 및 라벨에 대한 규제(제11조)를, 5년 이내에 담배제품의 광고·판촉·후원에 대한 포괄적인 금지(제13조)를 시행해야 함
 - 우리나라는 2005년에 조약을 비준하여 2008년까지 담배제품의 포장 및 라벨에 대한 규제를 이행해야 하며, 2010년까지 담배제품의 광고·판촉·후원에 대한 포괄적인 금지를 이행해야 하지만 의무이행 기한이 이미 경과하였으며, 권고사항을 완전히 이행하지 못하고 있음
- 담배제품의 광고·판촉·후원에 대한 규제는 담배업계의 사회공헌활동 및 포괄적인 규제활동에 대한 정책이행 및 모니터링이 필요함
- 담배제품의 광고·판촉·후원을 효과적으로 규제하기 위한 포괄적 금지 정책을 도입하여 직·간접적인 행위 규제를 통해 흡연율 및 담배소비를 감소시킬 수 있도록 해야 함
 - 효과적인 금지를 위한 정책대안으로는 보건복지부분만 아니라 관계부처의 다각적 접근이 필수적이므로 부처 간 협력 증진이 필요함
 - 담배제품의 광고·판촉 및 후원 금지 정책의 효과를 극대화하기 위해서는 흡연자와 비흡연자를 포함한 전국민을 대상으로 정책의 당위성과 필요성을 인지하고 정책의 추진을 지지할 수 있도록 해야 할 것임

□ 장기적인 정책 목표 및 실천계획 수립

- 담배규제정책의 수립 및 실천에 있어서 가장 중요한 것은 장기적인 접근으로, 이를 위해 정책의 목표, 목표를 달성하기 위한 실천계획, 평가지표의 수립이 필요함
- 더불어 담배규제기본협약 비준국에 요구하는 이행 의무조항 외에도 우리나라에서 추진하고 있는 가격 정책과 비가격정책 추진에 대한 강화가 필요함
 - 가격정책의 경우 2015년 대폭적인 가격 인상이 이루어졌지만 아직까지 담뱃값이 다른 나라에 비해 낮은 편이며, 흡연율은 아직도 OECD 국가 중 상위권에 속함
 - 비가격정책의 경우도 아직 미진한 부분이 많은데 포괄적인 금연구역 설정 및 담배제품 성분공개 등은 담배사업법, 국민건강증진법 등의 담배규제 관련 법률 개선 및 강화가 필요함
- 장기적인 담배규제정책의 수립에 있어 가격정책과 비가격정책의 포괄적인 수행을 위해 담배규제 기본협약 가이드라인에서 권고하는 사항에 대한 체계적 도입방안을 검토하고 이행보고와 관련하여 효과적인 정책 평가를 위한 지표 개발 및 적용이 필요함

HEALTH PROMOTION RESEARCH BRIEF 2017

건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)

출처를 밝히지 않고 건강증진 리서치 브리프를 무단전제 또는 복제하는 것을 금합니다.
본 건강증진 리서치 브리프의 내용은 필자들의 개인적 의견이며, 한국건강증진개발원의 공식적인
의견이 아님을 밝힙니다.

건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)

등록 번호 | ISSN 2508-4844

발행 일 | 2017년 05월

발행 처 | 한국건강증진개발원

발행 인 | 정 기 혜

집필진 | 선필호

편집위원 | 김길용, 박언아, 이수진, 정소영, 정주연
조재경, 최경미

주 소 | 서울시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 24층

전화 번호 | 02-3781-3500(대표)

홈페이지 | www.khealth.or.kr

인쇄 처 | 디자인숲



HEALTH PROMOTION RESEARCH BRIEF 2017

건강증진 리서치 브리프 2017 제5호 (통권 9호)