

## 흡연예방 및 금연정책의 현황 및 전망

보건복지부 건강정책과 사무관 조 경 숙

### 1. 배경 및 필요성

담배가 퀴린 형태로 대량 생산되기 시작한 19세기 이후부터 담배의 소비가 본격화 되어, 오늘날 전 세계 성인의 1/3에 달하는 13억 명이 흡연을 하고 있으며(남자 10.7억명, 여자 2.3억명), 이로 인해 연간 500만 여명이 흡연으로 사망하고 있다(WHO, 2004)<sup>1)</sup>.

2001년 기준으로 우리 나라 성인 남성의 61.8%가 흡연을 하고 있어 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 최고 수준이며(표 1), 흡연으로 연간 4만 이상이 사망하고 연간 약 10조원 이상의 사회경제적 손실이 발생하고 있다<sup>2)</sup>.

그러나 흡연은 가장 예방 가능한 건강 위해 요인이다. 선진국에서는 수십년 전부터 담배의 해악성을 인식하고 강력한 금연정책을 펴왔다. 그 결과, 흡연율을 20%대로 감소시켰으며, 특히 영국과 미국에서는 담배로 인한 사망자수가 감소하였고, 최근에는 폐암사망률을 감소시키는 성과를 보이고 있다<sup>3)</sup>.

최근 들어 우리나라의 흡연율은 조금씩 낮아지고는 있지만, 여전히 높아 선진국의 2~3배에 달한다. 이는 가속화되는 인구 노령화에 따라 앞으로 수많은 사회경제적 부담을 가중시키게 될 것이다. 이에 보다 강력한 흡연억제 정책을 통해 조속히 흡연율을 낮추고 그로 인해 우리 미래 세대가 떠안게 될 부담을 최소화시켜야 할 것이다.

### 2. 정책의 추진 방향<sup>4)</sup>

#### 1) 목적 및 목표

우리나라의 흡연예방 및 금연정책의 목적은 흡연을 예방하고, 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하기 위함이다.

세부 목표는 다음과 같다. 첫째, 흡연예방을 위하여 청소년 흡연율을 감소시키고, 흡연시도 평균연령을 높이고, 흡연시작 평균 연령 높인다. 둘째, 금연을 촉진하기 위하여 성인 흡연율을 감소시키고, 금연시도율과 금연결심율을 증가시키며, 금연상담 또는 치료경험율을 높인다. 셋째, 간접흡연을 방지하기 위하여 금연구역을 확대하며, 간접흡연으로 인한 노출율을 감소시킨다.

1) WHO. *Building blocks for tobacco control*. 2004

2) 보건복지부. 내부자료. 2005

3) CDC. *Surgeon General's Report*. 2004; *America Cancer Society. Tobacco control country profiles*. 2003

4) 보건복지부. 2005년도 국가 흡연예방 및 금연사업 안내. 2005

표 1. 성인 흡연을 국제 비교(2001)

(단위 : %)

국 가	남 성	여 성	전 체
호 주	21.4	18.2	19.8
캐나다	20.2	15.9	18.0
프랑스	32.0	21.0	27.0
미 국	20.2	17.0	18.5
일 본	52.0	14.7	32.7
한 국	61.8	5.4	30.4

자료 : OECD. Health Data. 2003

## 2) 전략

위와 같은 흡연예방 및 금연정책의 목표를 달성하기 위하여 <그림 1>과 같은 금연정책 모형으로 다음과 같은 세부 전략을 마련한다.

### ① 지역사회 중심의 금연 교육·상담·치료를 활성화한다.

- 자치단체, 중·고등·대학교 등 교육기관, 직장, 민간단체와 연계한 지역 금연 프로그램을 마련한다.

- 보건소 금연 상담 및 금연 치료프로그램을 제공한다.

※ 금연교실, 금연지도자교육, 보건소 금연클리닉, 금연상담전화 등

### ② 전 국민을 대상으로 한 금연 홍보·교육을 강화한다.

- 대상자별로 세분화된 홍보 전략을 추진한다.

- 공중파, 인쇄매체 등 다양한 홍보 전략을 추진한다.

※ TV·라디오 공익광고, 지하철·버스·신문 광고, 다큐멘터리 등 TV 프로그램화, 금연 콘서트·금연지하철·금연농구대회 등 이벤트 개발·시행, 포스터·리플렛, 인터넷 금연포탈사이트 (금연길라잡이) 등

### ③ 담배에 대한 접근을 제한한다.

- 담배의 소비를 줄이기 위해 담배가격을 인상한다.

- 미성년자의 담배판매에 대한 접근을 제한한다.

※ 담배값인상(국민건강증진법), 면세담배폐지 등/ 담배광고·촉진·후원 규제(국민건강증진법, 표시·광고의공정화에관한법률)/미성년자 담배판매금지, 담배자판기 성인인증장치(국민건강증진법), 담배 판매·촉진활동 모니터링, 흡연장면 모니터링 등

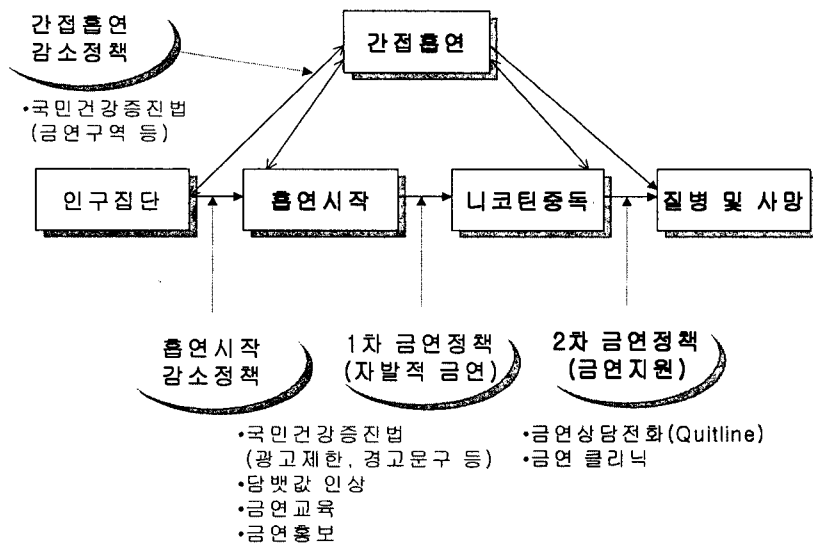
### ④ 간접흡연으로부터의 노출을 감소시킨다.

- 확대된 금연구역 제도를 정착시키고 제도를 정비한다.

- 금연구역을 확대한다.

- 간접흡연방지를 위한 홍보교육을 강화한다.

※ 금연구역확대(국민건강증진법), 간접흡연방지를 위한 홍보교육 등



<그림 1> 우리나라 금연정책의 모형

### 3) 2005년도 추진 방향 및 과제

#### (1) 추진 방향

- 정부, 자치단체, 민간단체, 지역사회간 협조체계를 구축하여 사업의 효율성을 제고하고, 시도의 금연 사업계획 수립·조정·평가 기능을 강화한다.
- 담배규제기본협약(FCTC)에서 권고한 수준으로 규제를 강화하기 위하여 법·제도를 정비하고 비준을 추진한다.
- 기존의 금연 교육·홍보사업을 재정비 하고 사업을 확대하여 대상자별로 세분화하고 내용별로 다양한 교육·홍보 전략을 추진한다.
- 금연클리닉과 금연상담전화(Quitline)를 신규 설치·운영하여 흡연자의 금연 지원 프로그램을 마련한다.

#### (2) 추진 현황 및 과제

- 담배규제기본협약 이행을 위한 법·제도 정비
  - 담배규제기본협약(FCTC)의 비준 추진
  - 국민건강증진법 등 관련 법령 정비
    - 담배가격 500원 추가 인상을 위한 국민건강증진법 개정 추진
    - 담배갑 경고문구 강화, 담배광고규제 강화, 금연구역 확대 등 담배규제기본협약에서 권고한 수준으로 규제 강화
- 흡연 관련 모니터링 강화
  - 담배가격 인상 후 흡연을 변화에 관한 조사, 영화속에서의 흡연실태 등에 관한 모니터링 및 흡연 장면 제한 등에 관한 권고
  - 금연구역 이행실태, 금연구역 흡연행위, 청소년 담배판매행위, 자판기성인인증장치 이행실태 등에 관한 모니터링 강화

- 청소년, 여성, 성인 등 대상자별로 세분화된 교육·홍보 실시
  - 청소년 대상 금연교육·홍보 강화 : 학교 흡연예방 및 금연교육 실시, 인터넷·금연콘서트·금연농구대회 등 문화적 접근을 통한 금연캠페인 전개
  - 여성, 임산부 : 화장품점, 산부인과 등을 통한 금연캠페인 전개
  - 대학생 : 대학축제를 활용한 캠페인 전개
  - 유치원, 초등학생 : 금연동화 배포, TV 금연동화 구연 등을 통한 금연교육 전개
  - 그 외 TV·라디오 공익광고(각각 6편), 다큐멘터리, 신문·지하철·버스광고, 포스터·리플렛 등 다양한 홍보기법의 개발·시행
  - 학교·군·직장·보건소 등의 금연담당자 교육 및 금연 관련 세미나·워크숍 개최 등 금연 관련 학술활동 촉진
- 흡연자에게 다가가는 금연 상담·치료 서비스 제공
  - 금연상담전화(Quitline)를 통한 상시적 금연상담 서비스 제공('05년 시범사업, '06년 본사업)
  - 보건소 금연 클리닉을 통한 상담·치료 서비스 제공
    - 흡연자를 등록하여 상담(행동요법) 및 약물요법을 제공하되, 6개월간 추구관리 실시(10만명)
    - 전 보건소를 중심으로 운영하되, 지역여건에 따라 사업장, 대학교 등과 연계한 금연클리닉을 운영
  - 군 금연상담 및 치료서비스 제공

### 3. 금연정책의 현황

#### 1) 추진 경위

우리나라에서 본격적인 금연정책은 1995년 국민건강증진법 제정에 의해서이다. 국민건강증진법에는 담배광고 규제, 금연구역 설정, 담배자판기의 성인인증장치 부착, 담배부담금 등 흡연을 규제하는 내용을 포함하고 있다.

이러한 담배규제와 더불어 1998년부터 금연 교육 및 홍보를 중심으로 금연사업을 추진해 오고 있는데 이러한 금연사업 예산은 7억 규모에서 2004년 80억 규모로 증가되었으며, 2005년에는 보건소 금연클리닉사업, 금연상담전화 등 흡연자를 위한 금연지원 프로그램이 마련됨에 따라 사업예산도 260억<sup>5)</sup>으로 증가되었다. 또한 최근 들어서는 WHO 담배규제기본협약(FCTC, Framework Convention on Tobacco Control)에 비준함('05. 5. 16)에 따라 더욱 강력한 금연정책이 전망된다.

#### 2) 흡연규제

##### (1) 비가격규제정책 : 제도적 규제

우리나라는 세계보건기구(WHO)의 담배규제기본협약(FCTC, Framework Convention on Tobacco Control)에 2003년 7월 21일 서명을 한 뒤 2005년 5월 16일에 비준을 하여 66번째 비준국이 되었다. 2005년 2월 27일(우리나라, '05.8.14)에 정식 국제법으로서 효력을 가지게 된 담배

5) 2005년 10월 현재 2005년 변경 예산 기준임(보건복지부. 내부자료. 2005)

규제기본협약은 보건의료관련 최초의 국제협약으로 주요 내용으로는 담배가격 인상 권고, 담배광고·판촉·후원을 포괄적으로 금지 또는 제한, 담배경고 표시 강화, 담배의 불법거래 방지, 담배회사의 책임 규정, 후진국의 협약이행을 위한 재원마련 등을 포함하고 있다.

우리나라의 담배에 관한 규제는 1995년 국민건강증진법 제정에 의하여 본격적으로 이루어졌는데, 특히 흡연경고문구, 담배광고 등의 규제뿐 아니라 금연구역과 흡연구역을 구분하도록 함으로써 간접흡연을 규제하는 내용을 포함하였다.

청소년이 담배에 대한 접근을 하지 못하도록 법적으로는 잘 규정되어 있는 편이어서, 소매인이 아닌 자는 담배를 소비자에게 판매하지 못하고, 우편판매 및 전자거래(전자거래기본법 제2조제5호 규정)로 담배를 판매하지 못하며, 19세 미만의 청소년에게는 담배를 판매할 수 없도록 하고 있다. 또한 2004년 7월부터는 담배자동판매기에는 성인인증장치를 의무적으로 부착토록 함으로써 청소년에 대한 담배판매를 제한하고 있다.

담배경고 문구 표기와 관련하여서는 담배포장지 앞뒷면(각각의 넓이의 100분의 30이상에 해당하는 크기)과 지정소매인의 영업소에 부착하는 스티커 또는 포스터 광고, 잡지광고에 흡연이 건강에 해롭다는 경고문구를 표시하도록 규정하고 있으나, 담배의 해악에 대해 직접적으로 묘사하지 않고 모호하고 추상적으로 표현을 쓰고 있다. 뿐만 아니라 단 1개의 경고문구만 게재토록 하고 있어 담배 경고문구를 통한 흡연억제 및 금연시도를 기대하기 어려운 실정이다.

담배의 성분 공개와 관련하여서는 담배의 니코틴과 타르의 성분표시는 하도록 하고 있으나, 이외의 다른 성분을 공개토록 하는 법적 규제가 없다. 담배에 관한 광고는 금지·제한하도록 되어 있어 허용되는 범위는 매우 제한적인 편이다. 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 아니 되며, 흡연경고문구의 내용 및 취지에 반하는 내용 또는 형태이어서는 아니 된다고 되어 있다. 그럼에도 불구하고 담배회사의 이미지 광고나 담배회사의 판촉·후원 등이 비교적 자유로운 편이라 향후 이에 대한 규제가 요망된다.

우리나라는 1995년 국민건강증진법의 제정으로 대형건물, 공연장, 학원, 대규모 점포, 관광숙박업소, 혼인예식장, 실내체육관, 의료기관, 사회복지시설, 교통시설관련 등 일부 시설에 금연구역을 설치토록 하였다. 1999년에는 혼인예식장이 교사로 개정되고, 목욕장이 신설되고, 2003년에는 게임방·PC방, 대형음식점, 만화방, 정부청사, 보육시설이 신설되고, 금연구역도 확대되었다. 그럼에도 불구하고 공장 및 소규모 사무실에서 근무하는 근로자의 간접흡연이 문제가 되고 있어 이에 대한 조치가 필요하다.

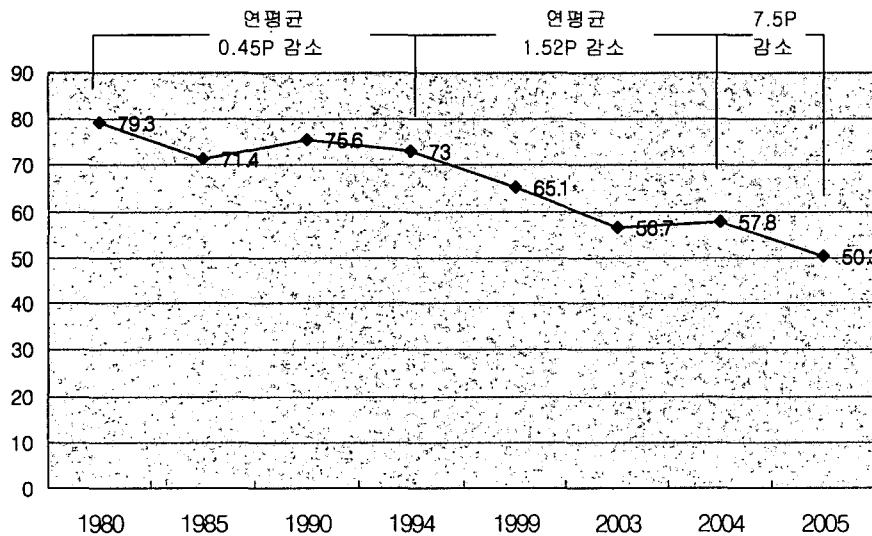
(2) 가격규제정책 : 경제적 규제정책인 담배값 인상

가격정책인 담배가격 인상은 저소득층과 청소년의 흡연율을 낮추는데 비용-효과적인 규제정책이  
3) 청소년은 성인에 비해 담배가격에 3배 더 민감하며(CDC, 2000; World Bank 1999, 2000), 비가격정책으로 가격정책과 동일한 금연효과를 얻기 위해서는 7.8 ~155.8배 비용이 소요된다(World Bank, 2000)<sup>6)</sup>. 그러나 우리나라는 흡연율을 낮추기 위하여 주로 비가격정책을 추진하여 왔다.

6) World Bank. Jha P, Musgrove P, Chaloupka FJ, Yurekli A. The economic rationale for intervention in the tobacco market. Tobacco control in developing countries. 2000

우리나라는 1994년 이후 7차례 담배가격을 인상해 왔으나 담배가격 상승률이 낮아 담뱃값이 낮게 유지되었으며, 우리나라 담배가격은 선진국의 20-30% 수준(절대가격)에 불과하고, 소득수준과 구매력을 감안하여도 50-70% 수준(상대가격)에 불과하여 높은 흡연율의 근본적 원인이 되었다. 이에 2003년 5월 흡연율 감소를 위한 담뱃값 인상 추진을 발표하고, 관계부처와의 수차례 논의를 거쳐 2004년 11월 담뱃값을 500원씩 단계적으로 2004년과 2005년에 2회 인상하는 방안을 최종 합의하였다. 이에 2004년 12월 30일에 담배가격이 500원 인상되었다.

지난 해 담배가격 인상정책의 효과를 중간평가 해 본 결과, 지난해 12월 중순 흡연자 700명과 비흡연자 300명으로 구성된 표본 패널 조사<sup>7)</sup>에서 담배가격 인상 6개월 후인 6월 현재 성인 남성 흡연자의 11.0%가 금연을 하였다. 또한 비슷한 시기에 흡연율 조사<sup>8)</sup>도 별도로 실시하였는데, 2005년 6월 성인 남성흡연율은 52.3%로 2004년 9월 57.8%에 비해 5.5%포인트나 감소하였고, 9월 현재는 50.3%로 지난해에 비해 무려 7.5%포인트나 감소하였다(그림 2, 표 3). 흡연율 조사와 금연율 조사와는 별도로 지난 25년간 시계열적 자료를 활용하여 가격탄력도를 분석한 결과 -0.28 ~ -0.53이었고, 2004년 12월부터 2005년 1월말까지의 패널조사를 통해 가격탄력도를 분석한 결과는 -0.34이었다<sup>9)</sup>. 결론적으로 3가지 조사 결과에서 담배가격 인상정책의 효과가 입증되어, 담배도 다른 재화와 마찬가지로 가격이 오르면 수요는 감소하는 경제법칙이 적용되어 여러 선진국 사례와 일치하였다.



자료: 1980, 1985, 1990 대한결핵협회; 1992-2005 한국갤럽

그림 2. 우리나라 성인 흡연율 추이

7) 성인남성 흡연자 1천명(흡연자 700명, 비흡연자 300명)을 대상으로 가격인상 전('04.12)과 후('05.1월말), ('05.3월말) 3번에 걸쳐 흡연실태를 전화조사(김원년 등. 2005)

8) 2005. 4월에 성인 1,026명(남자 506명, 여자 520명)을 대상으로 흡연실태를 전화조사(한국갤럽. 2005)

9) 김원년 등. 금연정책의 분석에 관한 연구. 고려대학교. 2005

표 3. 지난해 담배가격 인상효과(성인남성흡연을 감소)

구분	2004. 9월/ 담배가격인상 전	2005. 1월 말/ 담배가격인 상 1개월후	2005. 3월말/ 담배가격인상 3개월후	2005. 6월 중순/ 담배가격인상 6개월후	2005. 9월 중순/ 담배가격인상 9개월후
금연율(고려 대)	-	8.3%	9.7%	11.0%	-
흡연율(갤 럽)	57.8%	-	53.3%	52.3%	50.3%

자료 : 1) 김원년 등. 금연정책의 분석에 관한 연구. 고려대학교. 2005

2) 한국갤럽. 흡연실태 조사 보고서. 2004.9, 2005.3, 2005.6, 2005.9

### 3) 금연 홍보·교육 프로그램

1995년 국민건강증진법의 제정으로 담배에 건강증진부담금을 부과할 수 있는 법적 근거가 마련됨에 따라 조성된 국민건강증진기금으로 1998년부터 금연 홍보·교육을 중심의 금연프로그램을 실시해 오고 있다. ‘청소년의 흡연예방 및 금연 교육’은 1999년부터 민간단체를 중심으로 시작하다가 2002년부터는 시도 교육청을 중심으로 중·고등학교에서 실시하고 있다. 금연상담, 금연교실 등을 운영하기도 하고 보건소나 대학교, 민간단체와 연계한 프로그램을 운영하기도 한다. 일반인을 대상으로는 1998년부터 보건소에서 금연상담 및 금연교실을 실시해 오고 있으며, 군인, 직장인 등 보건소를 이용하기 어려운 대상에게는 2000년부터 민간단체를 활용한 이동 금연 교육을 실시하고 있다. 2000년부터는 보건소, 사업장, 학교 등에서 금연상담 및 교육이 활성화되도록 보건소 사업담당자, 군·직장·학교 지도자를 대상으로 금연 지도자 교육을 실시하고 있으며, 2005년부터는 보건의료 전문가에 대한 교육 및 학술대회 지원을 통해 보건의료인들의 관심을 유도하고 있다. 또한 인터넷 온라인 (<http://www.nosmokeguide.or.kr> 금연길라잡이)을 통한 금연교육을 2000년부터 시작하였고, 2001년부터는 인터넷 금연 홍보를 함께 추진하고 있다.

2002년 12월에 KBS, SBS가 TV 드라마에서 흡연장면을 전면 없애는데 동참하였고, 2004년 7에는 MBC도 이에 동참하여 청소년의 흡연 모방을 억제하고 금연의 사회적 분위기를 조성하는 계기가 되었다. 2003년부터는 영화속에서의 흡연 장면을 자제하도록 영화속 흡연 장면 모니터링을 실시해 오고 있다.

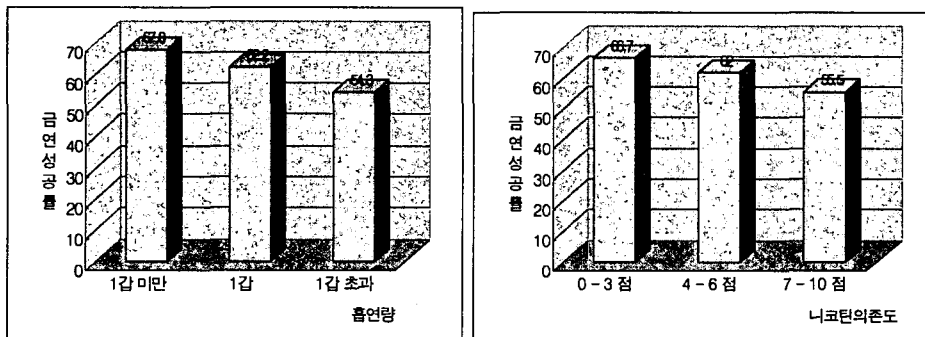
금연공익광고는 2000년부터 매년 꾸준히 제작·방영해 오고 있으며, 공익광고는 TV뿐 아니라 라디오, 극장, 지하철 등 다양한 매체를 통해 방영하고 있다. 금연공익광고 외에도 2004년부터는 금연 관련 다큐멘터리와 ‘청소년 금연콘서트’ 등과 방송프로그램을 제작하여 방영하고, 건강 관련 방송프로그램과 시사성 방송 프로그램을 활용한 금연 관련 방송물을 기획하여 금연 분위기를 만들어 가고 있다. 또한 포스터, 리플렛 등의 홍보물을 제작·배포하고 청소년, 여성, 대학생 등 대상자별로 세분화하여 기획 캠페인을 전개하는 등 다각적인 홍보방안을 강구하고 있다.

### 4) 금연 상담·치료 프로그램

그동안 정부의 금연프로그램은 금연 교육과 홍보중심으로 진행되어 왔으나, 2005년부터는 금연상

담 및 치료프로그램을 본격적으로 제공하기 시작하였다. 지난 2004년 10월부터 10개 보건소를 대상으로 실시한 금연클리닉 시범사업 결과, 4주 이상 서비스를 받은 719명중 4주 금연성공률(자가보고)은 .61%에 달하여 영국의 57%보다 다소 높았다. 이는 흡연량이 적을수록, 니코틴의존도가 낮을수록 금연성공률이 높은 것으로 나타났다(그림 4). 이러한 시범사업 결과를 토대로 2005년부터는 전국 보건소에 금연클리닉을 확대하여 연간 약 20만10) 여명의 흡연자가 6개월간 무료로 금연 상담 및 치료(니코틴대체요법, 부프로피온 처방 등) 서비스를 제공받게 될 전망이다.

또한 2005년 하반기부터는 금연상담전화(Quitline)를 시범실시한 뒤 2006년부터 본 사업을 실시하여 보건소 방문이 어려운 흡연자에게 금연상담 서비스를 제공하고, 비흡연자에게 흡연의 폐해 및 금연의 이득 등에 관한 내용을 제공하여 흡연예방에도 기여할 계획이다.



<흡연량에 따른 4주 금연성공률>      <니코틴의존도에 따른 4주 금연성공률>  
 그림 4. 흡연량 및 니코틴의존도에 따른 4주 금연성공률

#### 4. 금연정책의 과제 및 향후 전망11)

첫째, 금연정책의 효과를 측정할 수 있는 지표 생산에 주력해야 할 것이며, 특히 담배가격 인상의 효과에 관한 주기적인 조사, 법 이행 관련 모니터링 등을 강화해야 할 것이다. 또한 2005년에 추진 중에 있는 담배가격 500원 추가 인상을 차질없이 추진하여 흡연율을 획기적으로 낮추어야 할 것이며, 향후 주기적으로 담배가격을 올릴 수 있는 방안 또한 강구해야 할 것이다.

둘째, 우리나라는 2005년 5월 16일 WHO 담배규제기본협약(FCTC, Framework Convention on Tobacco Control)에 비준함에 따라 더욱 강력한 담배규제가 요구된다. 이에 관련 제도를 먼저 정비해 나가야 할 것이다. 특히, 흡연경고문구를 더욱 강화할 뿐 아니라 흡연경고그림을 넣는 방안도 강구해야 할 것이다. 또한 담배회사의 후원이 상당부분 법적으로 허용되고 있는 실정이어서 이에 대한 규제 강화가 필요하고, 담배회사의 이미지 광고에 대한 규제 또한 요망된다. 현행 금연구역에서 제외되어 있는 공장 및 소규모 사무실 등과 같은 실내 작업장에 대한 흡연규제를 확대하고, 모든 실내 공공장소에서의 흡연을 엄격히 규제해야 할 것이다.

셋째, 흡연예방 및 금연 교육·홍보 프로그램을 인구집단에 따라, 그리고 흡연단계에 따라 세분화하

10) 당초 목표 인원은 10만 명이었으나, '05년 6월 말 현재 16만 명이 등록하였음. 이에 추가 예산을 확보하여 서비스를 확대·제공하고 있음(보건복지부. 내부자료. 2005)

11) 조경숙. 우리나라 흡연예방 및 금연정책의 현황 및 전망. 보건복지포럼. 2005.7월호(105):48-60



고 다양화하여야 할 것이다. 보건소와 민간단체가 협력하여 지역주민에 대한 금연상담을 확대하고, 직장·학교·군 지도자에 대한 금연지도자교육을 실시하며, 보건의료인에 대한 교육도 확대하여 의료 현장에서 의료인에 의한 금연권고 분위기를 만들어 나가야 할 것이다.

특히, 우리나라에서 흡연자의 34%가 청소년기에 흡연을 시작하고, 56%가 20~25세에 흡연을 시작하는 등 흡연자의 90%는 25세 이전에 결정되므로 청소년 및 젊은층에 대한 흡연예방 대책은 매우 중요하다. 우리나라는 문화적 특성으로 남성흡연자의 상당부분이 군에서 흡연을 시작하고 있으므로 군 면세담배를 폐지하고 아울러 신병 교육시 금연교육 강화, 군에서의 군의관 등을 통한 금연상담과 치료서비스 제공이 이루어질 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다.

넷째, 2005년부터 전국 보건소 금연클리닉을 중심으로 시작한 금연상담 및 치료서비스를 확대해 나가야 할 것이다. 현재는 전체 흡연자의 1~2%밖에 수혜를 받지 못하고 있으므로 보건소뿐 아니라 민간에서도 금연 상담 및 치료서비스를 제공할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다. 또한 올 하반기부터 시범적으로 운영할 계획인 금연상담전화(Quitline)를 차질없이 추진하여 전국민 대상의 금연상담프로그램으로 조기에 정착시켜야 할 것이다.