

한국 담배규제 정책의 평가: 담배규제정책 전문가 의견 조사를 토대로

황지은 · 오유미

한국건강증진개발원 건강위해관리팀

Evaluation of Tobacco Control Policy in Korea: Development and Application of the Korean Tobacco Index for Policy Monitoring and Evaluation

Ji-eun Hwang, Yu-mi Oh

Alcohol and Tobacco Control Team, The Korea Health Promotion Foundation, Seoul, Korea

Background: Due to lack of regular and systematic evaluation tool, Korea's tobacco control policy has not been examined its overall process of implementation including efficiency and adequacy of the policies. This study developed policy monitoring and evaluation model to assess policy implementation and effectiveness of tobacco control in Korea.

Methods: Based on World Health Organization operational manual for assessment, MPOWER (monitor tobacco use and prevention policies, protect from tobacco smoke, offer help to quit tobacco use, warn about the dangers of tobacco, enforce bans on tobacco advertising promotion and sponsorship, and raise taxes on tobacco) related policies were reviewed by rating policy efforts, programme management, people (human resources and their development), provision of organization, provision of fund and partnerships (range, 0 to 5).

Results: As a result of the experts' assessment, overall Korean tobacco control policies scored 2.61 points, which is poor. In relation to each 'MPOWER' policies, 'W' scored the highest points (2.93), followed by 'O' (2.91), 'M' (2.87), 'P' (2.86), and 'E' (2.23). 'R' scored the lowest points of 1.87, meaning government efforts in tobacco price policy is insufficient.

Conclusion: This study concludes that Korean tobacco control policy should strengthen tax and price measures, while programme infrastructure, people, and funds for policy enforcement should be secured. Furthermore, rather than focusing on one specific measure, a balanced approach reflecting various aspects of tobacco controls should be considered in order to decrease smoking rates and prevent smoking initiation.

Keywords: Tobacco; Smoking; Policy; World Health Organization

서 론

우리나라의 담배규제정책은 1995년 국민건강증진법이 제정됨에 따라 금연구역 설정 등 흡연을 규제하면서부터 본격적으로 추진되었다. 학교 흡연예방교육사업, 금연 전문가 양성사업, 공익광고 방영 등 교육 및 홍보 중심의 담배규제정책은 2005년 전국 보건소 금연클리닉 개설, 2006 무료 금연상담전화 실시로 흡연자 금연지

원으로 확대되었다.

특히 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)에 2003년 가입하였고 2005년 국내에서 비준하면서 담배규제정책은 더욱 강화되었다고 볼 수 있다. FCTC는 담배가 인류에 미치는 해악에 국제사회가 공동으로 대처하기 위하여 2003년에 채택된 보건분야 최초의 국제협약으로 국제연합(United Nations) 출범 이후

Correspondence to: Ji-eun Hwang
The Korea Health Promotion Foundation, 14 Gukhoe-daero 76ga-gil, Yeongdeungpo-gu, Seoul 150-868, Korea
Tel: +82-2-3781-3568, Fax: +82-2-3781-3581, E-mail: loshjeve@khealth.or.kr
Received: July 31, 2014 / Accepted after revision: December 20, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

가장 많은 국가가 당사국으로 참여하고 있다. '무역을 통한 이익보다 담배규제를 통한 공공보전이 우선'임을 기본개념으로 하고 있는 FCTC는 담배규제를 국제적 문제로 부각시키는 데 큰 역할을 하였다. 전 세계 모든 국가들이 담배소비 및 흡연을 감소에 공동으로 대응할 수 있는 조치들을 시기, 대상, 장소에 적절하게 활용할 수 있도록 하여 담배규제의 효과성을 극대화하였다는 데 그 의의가 있다. 협약은 담배의 공급과 수요를 줄이기 위한 매우 효과적인 담배규제정책의 기본방향을 제시하고 있고 우리나라는 당사국으로서 해당 협약에서 제시하고 있는 조항을 준수하기 위해 정책과 사업을 추진하고 있다[1].

이러한 다양한 정책으로 성인 남성 흡연율은 1980년 79.3%에서 2012년 43.7%로 약 20여 년에 걸쳐 절반으로 떨어졌으나 여전히 높은 실정이다. 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)가 발표하는 OECD health data에 따르면 우리나라 15세 이상 남성 매일 흡연율은 매년 상위 순위를 차지하고 있으며 2011년 기준 남성 흡연율은 41.6%로 OECD 회원국 가운데 가장 높은 수준이다[2]. 그뿐만 아니라 현재 비흡연자인 남성의 직장 실내에서의 간접흡연 노출률은 2012년 기준 54.4%로 여전히 높은 수준이다[3].

하지만 그동안의 담배규제정책은 정기적이고 체계적인 전문가 평가의 부재로 정책의 능률성, 효과성, 적정성 등 정책 집행과정 전반을 점검할 기회가 없었다. 현재의 담배규제 및 금연정책에 대한 비판적인 시각이 난무하고 있는 상황으로 해당 정책에 대한 체계적 고찰과 적절한 평가가 필요하다. 특히 공중이용시설의 금연구역 확대, FCTC 제5차 당사국 총회 개최 등 최근의 담배규제 정책은 약진을 보였으나 정책의 결과인 성인 남성 흡연율은 여전히 높고 정체된 상태로 기존의 정책에 대한 신랄한 평가를 반영한 혁신의 정책이 요구되는 시점이다.

Lim [4]은 정책평가가 정책집행과정의 능률적 집행과 목표 달성 여부를 평가하는 활동 전반을 의미하는 것으로 효과적인 정책평가의 결과는 정책의 결정, 집행, 종결에 관한 정보를 제공하게 되고 정책결정이나 집행과정에 환류되어 정책의 합리성과 예측력을 높여준다고 말하고 있다. 즉 현재 추진하고 있는 정책에 대한 평가를 실시하여 정책의 능률적 집행과 목표 달성, 정책의 효과성에 대해 점검하고 앞으로의 전략적 정책을 계획하고 수립해야 함을 강조하고 있다.

일반적으로 정책평가의 범위는 목표 달성을 위하여 정책이나 사업이 정해진 지침에 따라서 집행되었는지를 평가하고 의도한 방향

으로 변화를 가져왔는지를 평가하는 포괄적 평가를 원칙으로 한다. 기존의 담배규제 정책평가는 전문가들의 집단지성(collective intelligence)을 활용한 델파이 기법을 이용하거나 SimSmoke 모델을 활용하여 금연정책의 효과를 분석하기도 하고 최근에는 금연정책 통합지수를 개발하여 OECD 가입 국가의 금연정책을 평가하기도 하였다[5-7]. 하지만 기존의 연구들은 담배규제정책의 일부뿐만 아니라 기존 통계를 활용한 평가 등 제한적인 평가가 대부분으로 포괄적 평가는 미흡한 상태이다. WHO에서는 FCTC 이행을 촉진하기 위하여 MPOWER¹⁾를 권고하고 있는데, 본 연구에서는 MPOWER를 기반으로 포괄적인 정책평가도구를 개발하여 세부 주제별 현황을 점검하고 해당 주제에 대한 국내 전문가들의 평가를 통해 우리나라 담배규제정책의 향후 과제 및 정책추진의 중점 사항을 제시하였다.

방 법

1. 연구설계

정책분석을 통하여 금연정책 모니터링 평가도구를 개발하고 개발된 도구에 따라 평가를 수행하였다. 정책분석은 우선 포괄적인 금연정책평가의 필요성을 인식하는 단계를 거쳐 정책평가를 위한 FCTC 이행보고[8], MPOWER 이행보고[9-12], Western Pacific Regional Office of WHO (WPRO) Regional Action Plan [13] 등에서 제시하고 있는 금연정책현황을 파악하고 이를 기반으로 모니터링도구를 검토하는 과정을 거쳤으며 정책분석의 마지막 단계에서는 금연정책을 모니터링하기 위한 평가도구를 개발하고 검증하였다.

정책분석단계가 끝나면 금연정책을 실제로 평가하는 정책평가 단계를 시행하였다. 본 평가는 실제 금연정책을 포괄적으로 모니터링하는 단계를 의미하며, 마지막 단계에서 모니터링결과를 수집하고 해당 결과 평가 후 공유하는 단계를 거쳐 향후 금연정책의 우선 순위 및 향후 발전방향을 제시하였다. 정책분석의 흐름은 Figure 1과 같다.

2. 모니터링기준 및 항목 개발

본 연구에서는 정책분석과 WHO MPOWER 및 담배규제정책을 평가하는 운영매뉴얼에 토대를 두고 모니터링기준 및 항목을 결정하고 한국의 금연정책 모니터링 평가도구를 개발하였다[14].

평가항목은 WHO 평가운영매뉴얼을 기반으로 각 MPOWER인

1) MPOWER는 각 국가들이 WHO FCTC를 현실적이고 실제적으로 조치할 수 있도록 지원하는 6가지 실행규칙을 말한다.

M: monitor tobacco use and prevention policies, 흡연실태와 금연정책을 모니터

P: protect from tobacco smoke, 담배연기로부터 국민을 보호

O: offer help to quit tobacco use, 금연지원서비스 제공

W: warn about the dangers of tobacco, 흡연의 위험성에 대한 경고

E: enforce bans on tobacco advertising promotion and sponsorship, 담배회사의 광고, 후원, 판촉에 대한 규제 강화

R: raise taxes on tobacco, 담뱃세의 인상

Analysis of policy	Step 1	Structured of the problem	Need for comprehensive tobacco control evaluation
	Step 2	Prediction	Methods for policy evaluation review
	Step 3	Suggestion	Development of evaluation tools
Policy evaluation	Step 4	Examination and evaluation	Carry out a monitoring
	Step 5	General evaluation	General evaluation

Figure 1. Methods and procedure of policy evaluation.

(1) 금연정책 모니터링(M), (2) 간접흡연으로부터 국민의 보호(P), (3) 금연지원서비스 제공(O), (4) 흡연의 위험성에 대한 경고(W), (5) 담배회사 광고·판촉·후원에 대한 규제 강화(E), (6) 담뱃세 인상(R)을 기본으로 구성하였다[15]. 또한 세부항목 평가요소로는 WHO가 제시하는 5개의 항목 이외에 정책추진을 위한 조직의 구성 여부에 대해서도 함께 평가하여 총 6개의 문항으로 구성되었다. 이에 따른 모니터링 내용은 국가의 노력 정도(P₁), 해당 정책 운영체계 및 프로그램(P₂), 운영을 위한 조직(P₃), 인력 투입(P₄), 예산의 적정성(P₅)과 해당 정책 운영을 위해 기타 기관과의 협력 정도(P₆)의 적정성 등이 있으며, 모니터링의 경우 담배산업 모니터링 이행수준에 대해서도 별도로 평가하였다.

3. 평가기준 및 방법

금연정책 평가도구의 타당성을 검증하기 위하여 4명의 전문가(담배규제 실무자문단 각 분과장)에게 각 지표별 의견을 사전 수렴 후 평가도구를 수정·보완하였다. 해당 과정을 거친 후 평가항목은 총 6개 영역에 총 37개 평가항목으로 구성되었다. 신뢰성 있는 평가를 위하여 평가위원은 담배규제분야의 전문가로 선정하였는데 평가위원은 2013년도에 구성된 담배규제 실무자문단 전원으로 총 25명이다. 즉 우리나라 담배규제정책에 대한 이해도와 관심도가 높은 위원들로 구성된 해당 자문위원을 중심으로 평가단을 구성하여 평가결과의 객관성과 공정성을 제고하였다. 타 전문가의 간섭을 최소화하기 위하여 정책평가는 서면으로 이루어졌으며 연구진의 이메일을 통해 평가결과를 수집하였다. 각 항목은 5점 척도로 구분되며 분석은 응답결과를 점수화(매우 미흡 1점, 미흡 2점, 보통 3점, 적절 4점, 매우 적절 5점, 모름 0)하여 평균값으로 제시하였다.

결 과

1. 담배규제 실무자문단의 일반적 특성

2013년 6월에 구성된 담배규제 실무자문단은 총 25명의 자문위원으로 구성되었다. 자문단은 총 5개 분과(규제분과, 학술분과, 서비스분과, 교육홍보분과)로 구분되며 각 분과는 1명의 분과장을 포함하여 6-7명의 자문위원으로 조직되어 있다. 이번 설문에 참여한

Table 1. Demographics

Characteristic	Value
Total	25 (100.0)
Gender	
Male	16 (64.0)
Female	9 (36.0)
Age (yr)	46.72 ± 5.9897
Job	
Professors	18 (72.0)
Professors of epidemiology	3 (12.0)
Professors of environmental health	2 (8.0)
Professors of preventive medicine	2 (8.0)
Professors of family medicine	2 (8.0)
Professors of health promotion	2 (8.0)
Professors of nursing	2 (8.0)
Professors of advertising and communication	2 (8.0)
Professors of health administration	1 (4.0)
Professors of psychiatry	1 (4.0)
Professors of counseling psychology	1 (4.0)
Non-professors	7 (28.0)
Health policy expert	4 (16.0)
Doctor of economics	2 (8.0)
NGO activist	1 (4.0)

Values are presented as frequency (%) or mean ± standard deviation.

자문단은 총 25명 자문위원 가운데 25명 전원이 참여하였다. 자문단은 평균 연령은 46.72세로 남성이 총 16명(64%), 여성이 총 9명(36%)이었다. 자문위원의 총 18명(72%)이 교수였으며 역학분야 교수 3명(12%)이 가장 많았다. 기타로는 보건정책분야 전문가 4명(16%), 경제학 박사 2명(8%), 시민단체운동가 1명(4%)이었다(Table 1).

2. 금연정책평가

1) 전체 평가

금연정책의 평가결과는 Table 2와 같다. 우리나라의 전반적인 담배규제정책은 평균 2.61점으로 나타나 전반적으로 보통보다 낮게 평가를 받았다. MPOWER 항목별로 세분화하여 현황을 평가한 결과 ‘흡연의 위험성에 대한 경고’(W)의 점수가 2.93점으로 가장 높게 나타났으나 그 밖의 ‘흡연자 금연지원’(O), ‘흡연실태와 금연정책

Table 2. Mean score of each tobacco control for policy evaluation

Categories	M	P	O	W	E	R	Total
Policy efforts (P ₁)	3.56±0.92	3.50±0.93	3.16±0.75	3.28±0.89	2.60±0.91	1.88±0.88	3.00±0.65
Programme management (P ₂)	3.16±0.90	3.16±0.94	3.08±0.81	3.08±0.86	2.36±0.91	1.96±0.79	2.80±0.51
People (P ₃)	3.08±1.00	2.84±1.07	3.08±0.64	2.92±0.91	2.08±0.86	1.92±0.81	2.65±0.52
Provision of organization (P ₄)	2.68±1.11	2.64±1.04	3.00±0.65	2.92±0.91	2.12±0.73	1.92±0.64	2.55±0.44
Provision of fund (P ₅)	2.54±0.98	2.40±1.00	2.48±0.87	2.60±1.04	2.00±0.87	1.56±0.82	2.26±0.40
Partnerships (P ₆)	2.68±0.85	2.63±0.97	2.68±0.90	2.76±0.93	2.20±1.04	1.96±0.94	2.49±0.33
Total	2.87±0.42	2.86±0.40	2.91±0.27	2.93±0.24	2.23±0.22	1.87±0.15	2.61±0.45

Values are presented as mean score± standard deviation.

M, monitor tobacco use and prevention policies; P, protect from tobacco smoke; O, offer help to quit tobacco use; W, warn about the dangers of tobacco; E, enforce bans on tobacco advertising promotion and sponsorship; R, raise taxes on tobacco.

모니터링(M), ‘담배연기로부터 국민의 보호’(P)가 각각 2.91점, 2.87 점, 2.86점으로 3개 부분이 비슷한 수준으로 나타났다. 평균보다 낮은 담배규제정책은 ‘담배회사의 광고·후원·판촉 규제’(E) 부분이 2.23점으로 나타났고 특히 ‘담뱃세의 인상’(R)은 1.87점으로 가장 낮은 점수로 평가되었다. 세부항목으로 평가하여 보면 국가의 노력 정도(P₁)가 3.00점으로 가장 높게 나타났고 정책운영체계 및 프로그램(P₂) 2.80점, 인력투입(P₄) 2.65점, 운영을 위한 조직(P₃) 2.55점, 파트너십(P₆) 2.49점으로 나타났다. 반면 예산의 적정성(P₅)은 2.26 점으로 가장 미흡한 것으로 평가되었다.

2) 세부항목 평가

금연정책 모니터링(M)은 담배사용과 담배연기에서의 노출에 대한 국가적 조사 및 표준화된 프로토콜 사용, 담배회사의 활동 감시, 건강결과에 대한 모니터링 등을 하도록 권고하고 있다. 우리나라의 금연정책 모니터링에 대하여 전문가들은 보통 이상으로 평가하였다. 하지만 모니터링을 위한 인력 투입, 기타 기관과의 관계, 예산은 평균에 못 미쳐 전반적으로 미흡하다는 평이다. 특히 담배산업 모니터링의 적정성에 대해서도 추가로 조사하였는데 그 결과는 2.36 점으로 점수가 가장 낮게 평가되었다.

간접흡연으로부터 국민보호(P)는 공공장소와 작업장에서 흡연을 완전히 금지시켜야만 간접흡연으로부터 보호할 수 있고 흡연자들도 금연에 성공할 수 있어 간접흡연에 대한 방지대책을 마련할 것을 권고하고 있다. 간접흡연방지정책은 평균 2.86점으로 평균 이상이지만 국가의 조직, 인력투입, 기타 기관과의 관계에서는 아직 미흡하다는 평가를 받았다. 아울러 국가의 예산은 최하의 평가를 받았다.

금연지원서비스 제공(O)은 흡연자에게 금연을 지원하는 보건의료서비스, 상담전화, 금연보조제 지급 등을 하도록 권고하고 있다. 우리나라의 금연지원서비스는 2.91점으로 평균 이상의 평가를 받았다. 다만 예산의 경우 가장 낮은 점수를 받아 여전히 금연지원사업을 위한 국가의 예산 투입은 미흡한 수준으로 나타났다.

흡연의 위험성에 대한 경고(W)는 담배가 건강에 미치는 영향에

대하여 알리기 위하여 담배제품의 포장 및 라벨에 흡연의 폐해에 대하여 알리고 교육 및 홍보를 통하여 대국민, 특히 청소년에게 홍보할 것을 권고하고 있다. 본 항목은 2.93점으로 타 항목에 비해 가장 좋은 평가를 받았는데, 특히 국가의 노력, 프로그램은 우수한 평가를 받았다. 그럼에도 불구하고 국가의 조직, 인력투입, 타 기관과의 관계, 국가의 예산은 평균보다 낮게 나타났다.

담배회사 광고, 판촉, 후원에 대한 규제강화(E)는 타 항목에 비해 전반적으로 미흡한 수준으로 평가되었다. 현재 우리나라는 FCTC 제13조에서 제시하고 있는 포괄적 담배광고, 홍보, 후원 금지에 대하여 적절한 수준에 도달하지 못하고 있는 실정이기 때문이다. 세부항목으로는 국가의 노력, 프로그램은 양호한 평가를 받은 반면 예산과 조직은 미흡하다는 평가를 받았다.

마지막으로 담배가격인상(R)은 1.87점으로 우리나라의 담배규제정책 중 가장 취약한 부분으로 나타났다. 대부분의 항목에서 낮은 평가를 받았으며 특히 국가의 예산은 1.56점으로 최하점으로 평가되었으며 전반적으로 가격 정책에 대한 국가의 노력이 미흡한 것으로 평가되었다.

고 찰

본 연구는 우리나라의 담배규제정책 모니터링 도구를 개발하고 평가하였다. 기존에 실시한 평가 대부분은 담배규제정책의 효과성과 필요성에 대해 연구하고 그 결과를 제시하였다. 또한 WHO, OECD, 세계은행(World Bank) 등 국제기구에서 실시한 각 국가별 담배규제정책 평가결과는 단순히 각 국가별 담배규제정책의 도입 여부에 대해서만 제시하고 있어 우리나라의 담배규제정책의 수준과 적정성을 파악하기 힘들었다. 하지만 이번 연구를 통해 개발된 담배규제정책 모니터링도구는 다양한 담배규제정책을 주요한 항목으로 크게 구분하였을 뿐만 아니라 해당 항목별 평가항목이 동일하여 객관적으로 결과를 해석할 수 있다. 또한 그 결과는 점수화하여 제시하고 있어 평가항목별 비교가 용이해 현재 우리나라 담배규제정책의 수준을 파악할 수 있다. 아울러 국내 담배규제정책 전문가들

이 직접 참여하여 담배규제정책 평가결과를 신뢰할 수 있다는 장점이 있다.

평가결과 우리나라 담배규제정책은 평균 2.61점으로 전반적으로 미흡한 수준으로 나타났으며 이 중 담배가격 인상이 가장 1.87점으로 가장 취약한 것으로 평가되었다. 또한 항목별로 세분화된 평가는 담배규제정책에 대한 국가의 노력은 보통 이상의 평가를 받은 반면, 담배규제정책에 대한 국가의 조직, 인력, 예산 부분은 모든 항목에서 취약한 것으로 나타났다.

전 세계적으로 MPOWER 이행과 관련하여 WHO에서는 세계 흡연실태보고서(global tobacco epidemic)를 2008년부터 발표하고 있는데, WHO에 따르면 MPOWER 프로그램의 지원으로 전 세계 인구의 3분의 1에 해당하는 92개국의 23억 명이 최소 한 가지 이상의 최고 수준의 담배규제의 보호를 받고 있고 대부분 중·저소득 국가이면서 비교적 인구가 적은 국가가 담배규제정책 이행에 있어서 괄목할 만한 성과를 이루어냈다고 발표했다[9].

특히 금연캠페인(W)과 모니터링(M)의 경우 각각 전 세계 인구 중 54%, 40%가 포괄적 규제로부터 보호받고 있는 것으로 나타났는데[8], 이는 우리나라 정책 평가결과에서도 금연캠페인(W)과 모니터링(M)이 평균보다 높게 평가되어 전 세계 담배규제정책의 흐름과 일치한다. 그 이외에 담배가격 인상은 전 세계의 인구 중 8%가 규제의 보호를 받고 있는 것으로 조사되어[8] 이 역시 우리나라 정책평가에서 가장 취약하다고 평가되었던 담뱃세의 인상(R)과 같은 현상으로 볼 수 있다.

담배사용 및 규제정책의 모니터링은 세계 인구의 40%를 차지하는 전 세계 국가의 4분의 1은 전국을 대표하는 조사를 활용하여 성인 및 청소년의 담배사용실태에 대해 정기적으로 모니터링하고 있으며, 이러한 국가의 수는 2007년 이후 증가하고 있는 추세이다[8]. 우리나라 역시 세계적인 추세와 맞물려 모니터링 체계와 국가의 조직 부분은 상대적으로 높이 평가되었다. 하지만 모니터링을 위한 인력 투입, 예산, 기타 기관과의 관계는 전반적으로 미흡하다는 평이며 특히, 담배산업 모니터링은 점수가 가장 낮게 나타나 담배회사 활동감시 및 모니터링기준과 방법을 시급히 마련해야 할 것이다. 특히 담배업계의 다양한 활동을 지속적이고 체계적으로 모니터링할 수 있는 체계를 구축하고 해당 결과를 통해 담배업계를 규제하는 방안을 마련해야 함에도 불구하고 현재 우리나라 담배규제정책에서는 담배업계를 규제하기보다는 금연구역 확대, 금연홍보, 금연클리닉 운영 등 흡연자를 타깃으로 한 정책이 대부분이다. 앞으로 담배규제정책에서 공급자 규제도 활발히 이루어져야 할 것으로 생각된다. 특히 2012년 보건복지부에서 실시한 담배회사 모니터링 구축 체계 마련 연구사업결과를 기반으로 앞으로 지속적으로 조사할 수 있는 방법을 마련하는 것이 중요하겠으며 이를 위한 재원과 조직구성도 반드시 마련되어야 할 것이다.

정책을 도입한 국가 수로 보나 해당 정책의 혜택을 받은 인구 수

규모로 보나 2007년 이래 가장 커다란 진전을 보인 담배규제정책은 사무공간 및 공공장소에서 금연구역을 지정하는 법을 마련하여 간접흡연의 위험으로부터 사람들을 보호하는 조치였다. 2007년에서 2012년 사이에 흡연전면 금지를 채택한 국가는 26개 중·저소득 국가를 포함한 32개 국가였으며, 2007년 이후, 전면적인 금연법의 보호를 받게 된 인구는 4배가 증가하여 현재 11억, 즉 세계 인구의 16%가 간접흡연으로부터 보호받고 있다[10]. FCTC 사무국의 2012년도 세계이행보고서(global progress report) [8]에 따르면 협약 이행률이 가장 높은 조항은 제8조 담배연기에의 노출로부터 보호이다. 해당 보고서에 따르면 총 126개 당사국 가운데 83개 당사국이 제8조를 이행하고 있다. 이뿐만 아니라 2010년에 비해 2012년 긍정적으로 개선된 조항도 제8조이다. 제8조의 경우 이행률이 2010년 44%에서 2012년 59%로 약 15% 포인트 상승하였다. 또한 많은 당사국들은 실내뿐 아니라 부분적으로 밀폐된 실외공간 역시 금연구역으로 확대하는 추세가 전 세계에 확산되고 있는 것으로 보고되고 있다.

우리나라 역시 간접흡연 예방을 위한 국가의 노력은 다른 정책에 비해 높게 평가되었다. 이는 지속적인 금연구역 확대와 함께 관련 정책의 홍보가 최근에 강화되어 다른 정책에 비해 높은 평가를 받은 것으로 해석된다. 특히 2013년부터 150 제곱미터 이상의 음식점, 호프집 등이 전면 금연을 시작하게 되었고 그동안 문제가 많았던 PC방도 전면 금연이 시작됨에 따라 간접흡연 예방을 위한 국가의 노력은 지속적으로 추진되고 있음을 알 수 있다. 아울러 각 지방자치단체에서는 공원, 거리, 버스정류장 등 다수인이 모이는 장소를 중심으로 금연구역 조례를 활발히 지정하고 있는 점도 높게 평가될 수 있었던 요인이다. 하지만 간접흡연 예방을 위한 국가의 예산 투입과 기타 기관과의 관계는 여전히 미흡한 수준으로 평가된다. 특히 예산 투입 및 인력문제는 금연구역이 확대되었으나 이를 감시하는 인력이나 체계가 미흡하여 초반에 관련 법률이 안정적으로 정착하는 데 어려움을 초래한 요인이다.

국가 금연지원사업에 대한 국가의 노력, 프로그램, 조직은 보통 이상의 평가를 받았다. 이는 현재 국가에서 실시하는 보건소 금연클리닉, 금연상담전화기 일정 수준 안정화 단계에 도달한 것으로 보이나 여전히 금연지원사업을 위한 국가의 예산 투입은 미흡한 수준으로 현재 수준보다 더 많은 예산과 인력의 투입이 요구된다. 보건소 금연클리닉의 경우 2013년 기준 흡연인구의 약 4%를 커버하고 있는 실정으로 많은 흡연자들이 금연클리닉을 이용하여 금연에 성공하고 있다. 또한 2012년부터 담뱃갑에 금연상담전화(1544-9030)를 표시하도록 국민건강증진법이 개정되면서 금연상담전화 홍보 효과가 커지게 되어 이를 이용하는 흡연자들도 증가하게 되었다. 그러나 금연클리닉 및 금연상담전화 상담사의 질 관리, 신분 안정 문제 등은 여전히 국가 금연지원서비스의 발전을 막는 중요한 원인으로 지적되고 있다.

정부는 흡연의 피해와 금연의 중요성 등을 알리기 위해 꾸준히 금연홍보를 실시했음에도 불구하고 전문가들은 우리나라 금연홍보정책에 대해 전반적으로 불만족하고 있다. 1999년부터 시작된 우리나라 금연홍보활동은 매년 주제를 바꾸기며 흡연의 폐해와 금연의 중요성을 효과적으로 전달하고 있다. 그러나 턱 없이 모자란 금연홍보 예산을 지적하며 실제 국민들은 금연홍보에 노출되지 못하고 있는 것이 현실이다. 실제로 청소년건강행태온라인 조사결과에 따르면 2011년 현재 청소년의 경우 74.3%가 금연홍보에 노출된 것으로 조사되었으며 이 수치는 2007년 85.2%에 비해 감소하였다[16]. 홍보의 중요성을 감안할 때 정부는 더욱 다양한 매체를 활용하여 지속적으로 노출될 수 있도록 하는 금연홍보 추진이 필요하다.

담배회사의 담배광고, 홍보, 후원 금지정책은 전반적으로 미흡한 수준이다. 현재 우리나라는 FCTC 제13조에서 제시하고 있는 포괄적 담배광고, 후원, 판촉 금지수준에 도달하지 못했으며 직접적 담배광고(잡지 광고)가 여전히 가능하고 이 밖에도 담배 판매점에서의 담배 진열 가능, 담배회사의 사회공헌활동(corporate social responsibility) 허용 등 간접적인 담배회사의 홍보활동이 여전히 가능하기 때문이다. 담배회사의 담배광고, 홍보, 후원금지정책 강화를 위해서 정책에 대한 전반적인 평가가 필요하며 평가결과를 통해서도 알 수 있듯이 해당 정책을 위한 조직, 인력, 예산 투입이 필요할 것으로 보인다. 또한 포괄적 담배광고, 판촉, 후원 활동이 빠른 시일 내에 도입하여 FCTC가 제시하고 있는 사항을 준수해야 할 것이다.

가장 비용 효과적인 담배규제 전략임에도 불구하고 가장 더딘 진전을 보이는 조치는 담뱃세 인상이다. 2012년도 세계흡연실태보고서[8]에 따르면 높은 담뱃세(담배가격의 75%를 세금일 경우)를 도입 및 시행하고 있는 국가는 전 세계 32개 국가에 불과하다. 전 세계 담배규제정책 현황과 마찬가지로 현재 우리나라의 담배규제정책 중 가장 취약한 부분은 담배제품의 세금 인상 부분으로 평가되었다. 이는 2004년 12월 이후 현재까지 담배가격 인상이 없었기에 담배가격정책에 대한 국가의 노력이 굉장히 미흡하다. 또한 우리나라는 2,500원 담배가격을 기준으로 약 62%인 1549.77원의 세금을 부과하고 있다. 2012년도 기준 협약 당사국들의 20개비 한 갑당 평균 가격이 3.81달러에 비해 굉장히 낮은 수준이다[8]. OECD 가입 국가의 평균 담배가격은 7,200원인데 비해 턱 없이 낮은 수준이며 가장 비싼 노르웨이(16,500원)는 우리나라 담배가격의 약 6.6배이다[17]. 또한 담배가격의 세율이 약 73%인데 비해 세율도 낮은 수준이다[18]. 특히 금연정책 통합지수를 산출하여 우리나라 금연정책의 현 수준을 분석한 연구결과에 따르면 우리나라 금연정책 가운데 가격정책지표가 OECD 34개국 가운데 34위를 차지해 가장 낮은 점수를 받았다[7].

평가결과에서도 알 수 있듯이 우리나라 담배규제정책에서 가장 우선순위가 될 부분은 담배가격 인상 부분이다. 정책 추진을 위한 국가의 노력이 보다 강화되어야 할 것이며 정책 강화를 위한 조직,

인력, 예산을 확보하여야 할 것으로 분석된다. 아울러 보건복지부 이외의 정부 부처와 비정부기관, 기타 기관과의 적절한 관계를 유지해야 할 것이다. 특히 2004년 이후 현재까지 담배가격 인상이 추진될 수 없었던 가장 큰 장애요인으로 서민경제 부담, 증세 논란 등 흡연자 단체 등 정책 반대파의 강력한 저항도 있었지만 무엇보다 정부 내 관련 부처와의 협력 부족을 꼽을 수 있다. 이는 담배가격에는 담배소비세, 지방교육세, 국민건강증진기금, 폐기물부담금 등 여러 세금과 기금을 포함하고 있는데 결국에는 이를 관할하는 기획재정부, 행정안전부, 보건복지부, 각 지방자치단체 모두의 합의가 필요하기 때문이다. 따라서 앞으로 담배가격 인상정책을 추진하기 위해서는 관련 부처와의 정책추진의 필요성에 관해 공감대를 형성하고 협력 추진해 나가야 할 것이다.

Park 등[6]의 연구에 의하면 과거 우리나라에서 시행된 금연정책은 가격정책과 금연홍보의 효과가 큰 것으로 평가되었다. 또한 Kim 등[5]의 연구에 따르면 기존 금연정책 중 가장 효과적인 정책으로 가격정책, 금연구역 설정, 금연홍보로 평가하였다. 기존 연구에서 알 수 있듯이 가격정책은 가장 효과적인 금연정책임에도 불구하고 현재 담배규제정책에서 가장 미흡하게 평가되었다. 특히 Figure 2에서도 알 수 있듯이 타 정책에 비해 가격정책이 굉장히 취약하다는 것을 알 수 있다. 가격정책에 대한 국가의 노력, 인프라, 인적 자원, 투입 자원, 협력 모두 미흡하다는 것은 앞으로의 정책방향을 설정하는 데 반드시 반영하여야 할 것이며 타 정책과의 균형 있는 정책추진이 이루어져야 담배규제정책의 시너지효과를 초래할 것이다. 또한 추후 연구에서는 해당 연구결과가 어떻게 정책에 반영되었는지를 평가하는 환류과정이 필요하다.

본 연구는 우리나라 담배규제정책의 전문가들이 직접 정책을 평가하였다는 것에 의미가 크며 해당 연구결과는 앞으로의 국가 담배규제 및 금연정책 시행에 반영될 것으로 기대된다. 특히 우리나라

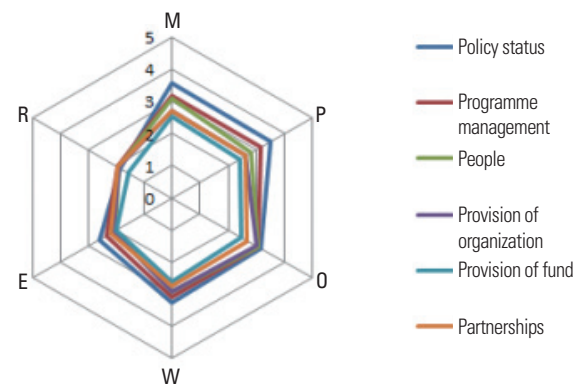


Figure 2. Score of tobacco control policy by MPOWER. M, monitor tobacco use and prevention policies; P, protect from tobacco smoke; O, offer help to quit tobacco use; W, warn about the dangers of tobacco; E, enforce bans on tobacco advertising promotion and sponsorship; R, raise taxes on tobacco.

라의 담배규제정책의 경우 흡연을 감소 및 흡연 예방을 위해선 하나의 정책에 집중되기보다는 여러 분야에서 균형 잡힌 정책이 함께 진행되어야 함을 시사하고 있으며 해당 결과는 앞으로의 정책추진에 우선순위 설정에 도움이 될 것으로 기대된다.

REFERENCES

1. Korea Health Promotion Foundation. All about FCTC. Seoul: Korea Health Promotion Foundation; 2014.
2. Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs. OECD health data 2013. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013.
3. Ministry of Health and Welfare, Korea Center for Disease Control and Prevention. 2012 Korea national health and nutrition examination survey. Cheongju: Korea Center for Disease Control and Prevention; 2012.
4. Lim D. A policy of understanding of the principles and policy analysis, evaluation. Sejong: National Youth Policy Institute; 2012.
5. Kim JM, Ju YS, Kim Y, Seo HG. Evaluation and development of tobacco control policies using Delphi technique. *J Korean Soc Res Nicotine Tobacco* 2011;2(1):30-41.
6. Park S, Kim YM, Cho S. Comprehension and application of SimSmoke Model to predict the future smoking prevalence and evaluate the tobacco control policies. *J Korean Soc Res Nicotine Tobacco*. 2010;1(2):73-84.
7. Korea Institute for Health and Social Affairs, Korea Health Promotion Foundation. Comparative studies for composite index of tobacco control policy. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2013.
8. World Health Organization. Main findings of the 2012 global progress report on implementation of the convention: power point presentation for use by interested parties. Geneva: World Health Organization; 2012.
9. World Health Organization Tobacco Free Initiative. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. World Health Organization Tobacco Free Initiative. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. World Health Organization Tobacco Free Initiative. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization; 2011.
12. World Health Organization Tobacco Free Initiative. WHO report on the global tobacco epidemic 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013.
13. World Health Organization. Western pacific regional action plan for non-communicable diseases: a region free of avoidable NCD deaths and disability. Geneva: World Health Organization; 2009.
14. World Health Organization. Assessing the national capacity to implement effective tobacco control policies: operational manual on planning, conduct and follow-up of joint national capacity assessments. Geneva: World Health Organization; 2013.
15. World Health Organization Tobacco Free Initiative. MPOWER brochures and other resources [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2014 Nov 3]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en/>.
16. Ministry of Health and Welfare, Korea Center for Disease Control and Prevention. Korea youth risk behavior web-based survey. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012.
17. Global Health Observatory Data Repository, Noncommunicable diseases, Risk Factors, Tobacco, Raise taxes on tobacco, Cigarette prices - most sold brand [Internet]. World Health Organization; 2014[cited 2014 Nov.3]. Available from http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/R_Curr_mp,R_Price_mp_estimate,R_Price_mp_ppp,R_Price_mp_usd,R_Curr_lowest_cost,R_Price_lowest_estimate,R_Price_lowest_ppp,R_Price_lowest_usd&profile=excel&filter=COUNTRY:*;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR
18. Global Health Observatory Data Repository, Noncommunicable diseases, Risk Factors, Tobacco, Raise taxes on tobacco, Cigarette taxes - most sold brand [Internet]. World Health Organization; 2014[cited 2014 Nov.3]. Available from http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/R_Sp_excise_estimate,R_Ad_val_estimate,R_imp_duty_estimate,R_VAT_estimate,R_Other_estimate,R_total_tax_estimate,R_excise_incr&profile=excel&filter=COUNTRY:*;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR