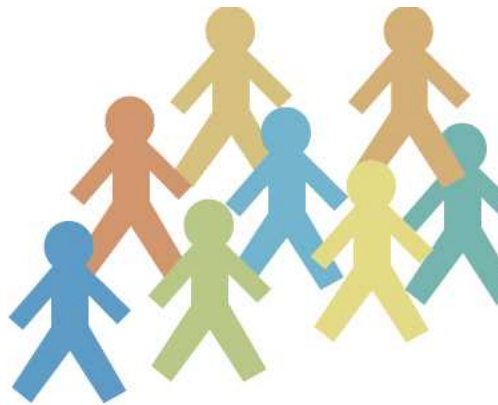




PHI Healthy Equity Report 2010

건강형평성 연구보고서 2010



한국의 담배 규제 정책과 건강 불평등

모두가 건강한 사회를 만들어가는

시민건강증진연구소

People's Health Institute

PHI Health Equity Report 2010

건강형평성 연구보고서 2010

한국의 담배 규제 정책과 건강 불평등

출판일 || 2011년 3월 20일

편집인 || 김 명 희 (시민건강증진연구소)

공동저자 || 김 명 희 (시민건강증진연구소)

 || 서 제 희 (시민건강증진연구소)

 || 손 정 인 (시민건강증진연구소)

 || 조 홍 준 (울산의대 가정의학교실)

 || 최 용 준 (시민건강증진연구소, 한림의대 사회의학교실)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소

 || 서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호

 || 전화: 070 8658-1848 팩스: 02 581-0339

 || 누리집: www.health.re.kr

 || 전자우편: phikorea@gmail.com

ISBN || 978-89-966012-0-3 93510

서문

시민건강증진연구소 건강형평성연구센터는 2010년 설립 첫 해의 연간 연구과제로 <한국의 담배규제정책과 건강불평등> 문제를 다루게 되었습니다.

담배는 단순한 농작물이 아니라 풍미와 중독성을 고려한 ‘고도로 가공처리된’ 생산품이며, 건강에 치명적인 해악을 미치면서도 합법적으로 판매되는 아주 드문 상품입니다. 우리는 담배사용이 개인의 선택을 넘어서는 ‘사회적 현상’이며, 그렇기에 이 문제의 해결을 위해서는 ‘사회적’인 접근이 필요하다고 생각합니다.

1년에 전 세계적으로 5백만 명이 담배 때문에 사망한다는 통계가 말해주듯 담배가 공중보건에 미치는 해악은 상당하며, 불평등과 관련한 ‘건강영향’도 매우 크다고 알려져 있습니다. 이러한 문제의 규모와 시급성에 덧붙여, 담배규제기본협약이라는 국제적인 규범이 존재하고, 또 다른 영역에 비해 상대적으로 자료가 풍부하다는 점도 우리가 이 문제에 우선 주목하게 된 계기라 할 수 있습니다.

그리고 시기적으로는 내년인 2012년, 담배규제기본협약 제 5차 당사국 총회가 한국에서 열립니다. 아마도 한국 정부는 그동안 미처 이행하지 못한 협약의 목표들을 달성하기 위해 수많은 규제와 사업들을 쏟아낼 것으로 예상됩니다. 이 시점에서 우리는 그동안 한국 정부가 내놓은 담배규제정책들을 건강 불평등이라는 측면에서 살펴보고, 앞으로의 과제들을 제안하고자 합니다. 물론 자료의 부족에서 비롯된 한계가 적지 않지만, 현재까지 국내에서 가용한 대부분의 자료들을 종합했다는 점에서, 향후 이를 토대로 한 비판적 논의와 후속 연구가 이어질 수 있기를 기대합니다.

2011.03.20. (사) 시민건강증진연구소 건강형평성연구센터

요약

1. 들어가는 말

시민건강증진연구소는 다음과 같은 이유로 한국 사회의 담배 문제에 주목한다. 우선 한국의 성인 흡연율은 지속적인 감소 추세에 있지만 다른 OECD 국가들에 비하면 여전히 높은 편이며, 최근에는 감소세가 둔화되고 있을 뿐 아니라 여성과 청소년 일부에서는 흡연율이 증가하는 양상이 관찰되고 있다. 그리고 무엇보다 담배는 건강 불평등에 매우 중요한 영향 요인이며, 따라서 건강 불평등 문제를 해결하기 위해 담배는 중요한 도전 과제라 할 수 있다. 그러나 한국정부의 담배규제 노력은 전반적으로, 또한 건강 불평등 측면에서 매우 미흡해보이며, 보건소 금연클리닉의 민영화, 자금운용 계획이 뒷받침되지 않는 담뱃세 인상 제안 등 혼란을 부추기고 있다. 이러한 맥락에서, 우리는 한국사회 담배문제의 현황과 현재까지 담배규제 정책의 동향을 살펴보고, 정부의 규제활동이 건강불평등에 어떤 영향을 미쳤는지 평가하고자 한다. 이를 토대로 담배로 인한 건강불평등 문제를 완화하기 위해 바람직한 규제정책들과 연구주제들을 제안하게 될 것이다.

2. 담배, 그리고 담배 문제

담배 연기에는 4천여 종의 화학 물질이 포함되어 있으며, 여기에는 50여 종의 발암 물질과 100여 가지의 알려진 화학독성 물질들이 들어있다. 이러한 성분들은 인체의 거의 모든 장기에 나쁜 영향을 미치며, 직접 흡연은 물론 담배 연기를 간접적으로 들이마시는 것도 악영향을 미칠 수 있다. 전 세계적으로 연간 500만 명이 담배 때문에 사망하며, 사망의 가장 흔한 원인은 만성 폐쇄성 폐질환, 허혈성 심질환, 폐암 등이다. 한국에서도 2003년 흡연으로 인한 사망자 수는 약 4만 6천 명으로 추

정되었으며, 관련 사망자 수는 해가 갈수록 늘어나고 있다.

또한 담배는 건강 불평등에도 매우 중요한 영향 요인이다. 사회경제적 위치가 낮을수록 담배와 관련된 문제들이 더 많다는 증거는 여러 나라에서 비교적 일관되게 나타나고 있다. 한국에서도 전반적인 흡연율은 감소하는 가운데, 흡연 불평등은 비교적 뚜렷하게 관찰되며 심지어 부분적으로는 불평등이 더욱 심화된 것으로 보인다. 특히 청소년에서 관찰되는 흡연 증가 추세나 불평등 양상은 향후 한국 사회에서 담배 문제가 건강 불평등 해결의 커다란 걸림돌이 될 것임을 짐작케 한다.

3. 사회적 각축의 장 - 담배

담배를 피우거나 끊는 것은 개인의 취향과 선택의 문제로 여기기 쉽지만, 그것이 일정한 사회적 유형으로 나타나고 명백한 불평등 양상을 보인다면, ‘불평등한 선택의 배경’을 고려할 필요가 있다. 유년기의 빈곤이나 생활의 어려움은 이후 흡연 습관에 지대한 영향을 미치며, 취약 계층의 흡연 행위는 다른 부담으로부터 회피하는 일종의 ‘적응적’ 행동으로 간주되기도 한다.

담배는 단순한 농작물이 아니라 풍미와 중독성을 고려한 ‘고도로 가공 처리된’ 생산품이며, 건강에 치명적인 해악을 미치면서도 합법적으로 판매되는 아주 드문 상품이다. 오늘날 전 세계 담배 소비량의 85%를 5개 담배 회사가 독과점하고 있다. 초국적 담배 기업들은 정부나 금융/무역 기구와의 긴밀한 연계 속에서 청소년과 여성을 표적으로 한 공격적 마케팅과 투자 압력 등을 통해 세계 시장, 특히 신흥 개발국과 저개발 국가들에 진출하고 있다. 또한 담배 기업들은 건강 영향에 대한 학술적 증거들을 왜곡시키거나 은폐해 왔으며, 개별 정부는 물론 WHO의 담배 규제 활동을 공격하는 활동도 서슴지 않고 있다. 이러한 맥락에서 담배 문제는 흡연자에 대한 보건 교육을 넘어 ‘정치경제적’이고 ‘사회적’인 접근을 필요로 한다.

하지만 ‘후견주의 (paternalism)’는 ‘자율성’이라는 또 다른 중요한 가치와 균형을 이루어야 하며, 특히나 노동자 건강보호라는 미명 하에 강압적으로 진행되는 기업의 금연 정책은 비민주적 노동자 통제에 다른 아님을 지적할 필요가 있다.

담배 규제는 담배 사용과 관련된 다양한 요인들에 대한 다층적이고 포괄적인 접근을 필요로 하며, 초국적 기업들의 세계화 전략에 맞선 국제 공조도 필수적이다. 이러한 배경에서 WHO는 담배규제기본협약 (이하 ‘담배협약’)을 채택하였으며, 이는 ‘당사국이 시행하는 담배 규제 조치에 대한 기본 틀을 제공함으로써 담배 소비 및 담배연기에의 노출로 인한 보건·사회·환경 및 경제적 피해로부터 현 세대와 미래 세대를 보호’하는 것을 목표로 하고 있다. 여기에는 담배의 공급과 수요 감소를 포함하여 당사국들이 이행해야 할 구체적인 규제 조치들을 담겨 있는데, 한국 정부는 2003년에 협약에 서명했다. 그러나 현행 한국의 담배 규제 정책은 담배 협약이나 국제 동향에 비추어 상당히 미흡할 뿐 아니라, 건강 불평등 측면에서의 고려는 거의 없는 것으로 보인다. 「국민건강증진종합계획 2010」은 소득 계층 간 흡연율의 불평등을 감소시킨다는 목표를 제시한바 있으나, 보건소 금연 클리닉 제도를 제외한다면 이를 달성하기 위한 구체적 방안들과 규제 정책들의 연관성은 찾아보기 어렵다.

4. 담배 규제 정책이 흡연 불평등에 미치는 영향

지금까지 알려진 담배규제정책의 효과와 흡연불평등에 미친 영향을 살펴보기 위해, 국내외에서 발행된 연구논문과 보고서들을 검토하고 2001-2008년 국민건강영양조사 자료를 추가적으로 분석하였다. 그러나 중재 효과를 평가할 수 있도록 설계된 연구들이 절대적으로 부족했기에 여기에서의 결론은 ‘잠정적’이라 할 수 있다.

한국 정부는 「국민건강증진종합계획 2010」에서 2010년까지 성인 남자 흡연율

을 30.0%, 성인 여자 흡연율을 2.5%로 감소시키고, 20세 이상 매일 흡연율의 경우 상위 소득 20%와 하위 20% 간의 차이를 25% 감소시킨다는 목표를 제시했다. 이러한 목표 달성은 실패한 것으로 보인다. 흡연율이 지속적으로 감소하고 있는 것은 사실이지만 목표 수준에 이르지 못했으며, 불평등은 전혀 완화되지 않았을 뿐 아니라 일부 시기에서는 격차가 심화되기도 했다. 현재까지 가용한 국내 연구들로부터 결론 내린다면, 전반적인 담배규제정책이 강화된 시기에는 최소한 흡연불평등이 악화되지 않고 주춤했던 반면, 그렇지 않은 시기에는 불평등이 악화된 것으로 보인다. 그나마 이러한 현상은 성인 남성들 사이에서만 관찰되었으며, 여성이나 청소년 집단에서는 불평등 감소를 확인할 수 없었다. 즉, 그간 수행된 한국 정부의 담배규제정책은 흡연 불평등을 완화시키는데 그다지 기여하지 못했으며, 일부에서는 악화시켰다고 결론내릴 수 있다.

6가지의 개별 담배규제정책을 살펴보면, 우선 담배가격정책은 이론적으로 사회경제적 취약계층과 청소년 계층의 담배소비를 좀 더 많이 감소시킬 수 있다. 하지만 국내에서 계층에 따른 차별적 소득탄력성을 분석한 연구가 부족하고, 일부에서는 취약계층 내에서도 불평등이 존재된 양상을 보였다는 점에서, 흡연불평등을 유의하게 감소시켰다고 결론내리기 어렵다. 한편 ① 금연구역, ② 흡연예방 및 금연 캠페인, ③ 담배포장 및 라벨규제, ④ 담배 광고·판촉·후원 규제는 모두 이론적으로 청소년과 여성, 영세사업장 노동자들이나 취약 계층에게 더욱 긍정적인 효과를 발휘할 수 있다. 이러한 효과를 분명히 판단할 수 있는 연구들은 충분치 않았지만, 이들 네 가지 정책 모두, 정책의 포괄성이나 실효성이 저조했다는 점에서 직업 및 고용 상의 취약계층, 청소년, 여성 집단에게 불리한 영향을 미쳤을 것으로 짐작된다. 소규모 사업장을 배제한 금연구역 정책은 영세사업장 노동자들의 보호를 구조적으로 배제하며, PC방 등 시설의 부분금연 조치는 청소년의 간접흡연 위험을 높인다. 또한 담배 상품의 오도성 광고 문구와 화려한 포장, 판매대 광고를 허용하

고 담배 기업들의 다양한 간접 홍보를 용인함으로써 청소년과 여성들이 담배의 피해자가 되는 것을 촉진하고 있다. 뿐만 아니라, 금연클리닉은 서비스 이용과 금연 효과에서 모두 불평등 현상이 관찰되었다.

5. 무엇을 할 것인가?

앞서의 내용들을 종합하여, 한국 사회에 필요한 것들이 무엇인지 연구와 정책 측면에서 제언하고자 한다.

연구 측면에서, 우선 담배규제정책과 관련된 연구 자체가 늘어나야 한다. 이를 위해서는 근거기반 의사결정을 중요시하는 사회적 공감대가 필요하며, 양질의 정보 수집체계가 구축되어야 한다. 둘째, 불평등(inequality) 혹은 형평성(equity)에 초점을 둔 담배규제정책 연구가 증가해야 한다. ‘형평성에 초점을 둔 건강영향평가 (equity-focused health impact assessment)’와 ‘성별영향평가 (gender-based analysis)’ 사례를 벤치마킹하고 제도화하여 담배규제정책은 물론 여타의 담배산업 관련 정책들이 건강불평등에 미치는 영향을 평가해야 한다. 셋째, 포괄적이면서도 건강불평등을 고려한 담배규제정책의 입안과 실행을 위해서는 담배규제정책의 영향 평가뿐 아니라 정책과정이나 기업 대응에 대한 사회학적, 정치경제학적 연구, 또 흡연 행동에 대한 질적 연구 등이 필요하다.

정책 측면에서 무엇보다 중요한 것은 담배 문제의 프레임을 바꾸는 것이라 할 수 있다. 한국 정부는 담배규제기본협약의 취지에 맞게 문제를 ‘흡연’과 ‘흡연자’가 아닌 ‘담배’와 ‘담배업계’의 문제로 전환해야 한다. 담배규제정책의 주요 대상이 담배 회사임을 전면에 부각시켜야 하며, ‘담배업계의 이익’으로부터 ‘공중의 보건’을 보호하려는 입장을 견지해야 한다. 그리고 흡연자를 담배유행의 피해자로 규정하고, 금연에 적합한 사회적 지지 환경을 조성함으로써 담배사용을 줄이도록 해야 한다.

또한 흡연과 관련된 건강불평등 문제를 개선하기 위해서는 흡연과 흡연불평등을 동시에 고려하는 것이 필요하다. 전반적인 흡연률과 사회계층 간의 흡연률 격차는 독립된 현상이 아니다. 또한 불완전하고 부분적인 담배규제정책들은 오히려 흡연 불평등을 심화시키는 역할을 할 수도 있기에, 정부는 개별 담배규제정책들의 상호 작용을 고려하여 강력하고 포괄적인 담배규제정책을 기획하고 이행해야 한다. 담배 규제정책은 규제적 특성이 강하므로 예산과 인력을 확보하고 관련 법적 권한을 명확히 규정하여 규제의 실효성을 높여야 하며, 근거기반 의사결정의 중요성을 인식하고 평가와 모니터링을 위한 인프라 구축에 노력해야 한다.

국내외 연구결과들과 담배규제기본협약 및 가이드라인, 담배규제 관련 국제비영리단체들의 권고들을 고려할 때, 한국 사회의 흡연률 감소와 흡연불평등 완화를 위해 정부는 다음과 같은 활동을 해야 한다.

첫째, 담배규제기본협약의 취지와 내용, 국내외 근거를 토대로 흡연을 감소와 흡연불평등 완화를 목표로 하는 국가활동계획(national action plan)을 수립하고 관련 인프라를 구축해야 한다. 여기에는 근거기반 의사결정을 촉진할 수 있는 모니터링 체계 개발과 평가연구 지원이 반드시 포함되어야 한다.

둘째, 담배규제기본협약과 관련하여 다음의 사항들을 신속히 이행해야 한다.

- ① 담배 포장에 오도성 용어와 기만성 광고를 즉각 금지해야 한다.
- ② 담뱃갑 포장에 그림경고를 도입하고 정부가 운영하는 무료 금연상담전화 번호를 안내해야 한다.
- ③ 소매점의 담배 진열대를 포함하여 모든 형태의 담배광고와 판촉 활동, 기업 이미지 제고를 위한 광고와 후원 활동 등을 포괄적으로 금지해야 한다.
- ④ 담배규제 관련 캠페인 예산을 원안대로 회복하고, 담배의 해로움과 금연의 이로움, 그리고 담배기업의 위험한 활동을 알리는 캠페인을 강화해야 한다.
- ⑤ 금연예산을 원안대로 회복시키고 금연서비스를 확대 제공하되, 기존 보건의

료체계와 통합적이며 공공적인 성격을 갖도록 해야 한다.

- ⑥ 소규모 자영시설과 영세사업장으로 금연구역을 확대하여 노동자들을 보호하고, 청소년들이 많이 이용하는 실내 공공장소에 완전금연을 실시해야 한다.
- ⑦ 담뱃세를 통한 담뱃값 인상 조치는 취약계층에 대한 금연서비스 확대와 적절한 자금운영 계획을 반드시 수반해야 한다.

차례

§ 용어 해설	1
1. 들어가는 말	5
2. 담배, 그리고 담배 문제	9
2.1. 담배의 건강부담	9
2.1.1. 위험물질, 그 이름은 담배	9
2.1.2. 직접 흡연의 건강 피해	11
2.1.3. 간접흡연의 건강 피해	16
2.1.4. 담배와 청소년 건강	18
2.1.5. 그 밖의 다른 건강 피해	19
2.1.6. 담배 때문에 사회가 치르는 비용	19
2.2. 건강불평등과 담배	21
3. 사회적 각축의 장 - 담배	26
3.1. 사회적 현상으로서의 흡연	26
3.1.1. 흡연의 사회경제적 불평등	26
3.1.2. 드러난 사회심리학, 숨겨진 정치경제학	31
3.1.3. 담배, 담배규제, 사회정의	42
3.2. 담배에 대처하는 우리의 자세	48
3.2.1. 담배규제정책	48
3.2.2. 한국의 담배규제 정책	65
4. 담배규제정책이 흡연 불평등에 미치는 영향	88
4.1 포괄적 담배규제정책	91
4.2 개별 담배규제정책	96
4.2.1 가격 및 조세정책 (담배규제기본협약 제 6조)	96
4.2.2 금연구역 정책 (담배규제기본협약 제8조)	106
4.2.3 흡연예방 및 금연캠페인 (담배규제기본협약 제12조)	119
4.2.4 담배포장 및 라벨 규제 (담배규제기본협약 제11조)	126
4.2.5 담배 광고와 판촉, 후원 규제 (담배규제기본협약 제13조)	135
4.2.6 담배중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치 (담배규제기본협약 제14조)	144
4.3 한국의 담배규제정책이 흡연 불평등에 미치는 영향	156

5. 무엇을 할 것인가?	158
5.1. 어떤 연구가 필요한가?	158
5.2. 어떤 정책이 필요한가?	161
6. 참고문헌	167

<표 차례>

표 1 담배에 의한 주요 건강 피해	11
표 2 간접흡연의 건강 위해	17
표 3 담배규제기본협약의 구성	55
표 4 담배규제 정책의 범주	65
표 5 담배 종류별 담배소비세의 세율	66
표 6 담뱃값의 가격 구조	67
표 7 특수용 담배 등의 종류별 세금 및 부담금 부과 여부	69
표 8 담배 판매가와 관련한 법률 변화	69
표 9 1990년대 이후 담뱃값 인상의 주요 내역	70
표 10 국민건강증진법 시행 규칙상 공중이 이용하는 시설	71
표 11 흡연 규제 법령 일람	73
표 12 ‘할 수 있는’ 담배광고의 범위	80
표 13 담배 광고의 내용과 형식에 대한 규제	80
표 14 제 4장에서 다루는 담배규제정책	88
표 15 담배규제정책과 기간별 결과 지표의 예	90
표 16 담배규제정책의 흡연불평등에 대한 포괄적 영향을 분석한 연구 요약	95
표 17 담배 가격 및 조세정책의 효과 평가 연구 결과 요약	100
표 18 금연사업 예산 동향	104
표 19 건강증진기금 중 금연사업과 금연홍보 예산의 추이	124
표 20 담뱃값 경고정책의 효과에 대한 국내 연구 결과들	130
표 21 금연 관련 정책과 인프라	145
표 22 건강증진기금 중 금연사업과 금연서비스 예산의 추이	152

<그림 차례>

그림 1 15세 이상 성인 중 매일 흡연자 비율 (%), 2005년 OECD 17개국	6
그림 2 남녀 성인의 현재 흡연률 (%)	6
그림 3 금연클리닉 폐지 방침을 보도한 신문기사	7
그림 4 현 정부의 담배값 인상안에 반대하는 의견들	8
그림 5 전 세계 주요 사인과 담배 관련성	12
그림 6 흡연이 일으키는 질환	14
그림 7 한국의 담배소비량과 폐암 사망률	15
그림 8 소득 및 학력 수준별 현재 흡연률 (%)	22
그림 9 남녀 중학생들의 현재 흡연률 추이	23
그림 10 아버지 학력 수준에 따른 청소년 현재 흡연율 (%)	23
그림 11 1인당 연간 담배 소비량	32
그림 12 담배 기업들의 전 세계 시장 점유율	33
그림 13 한국담배기업 KT&G의 러시아 진출	34
그림 14 초국적 담배 기업들의 아시아 지역 광고	36
그림 15 2차 대전 시기 미국의 상류계급 여성들을 공략하기 위한 말보로 광고	37
그림 16 60-70년대 미국 여성주의 운동의 가치를 강조한 버지니아 슬림 광고	37
그림 17 KT&G의 문화프로그램 후원	38
그림 18 1920-50년대 미국의 카멜 광고	39
그림 19 기사가 실린 신문의 삽화	44
그림 20 담배규제 및 금연환경 조성 종합계획 추진 틀	49
그림 21 동아일보 2009년 10월 12일	49
그림 22 한국정부의 담배규제 기본협약 서명 알림 기사	52
그림 23 담배규제기본협약의 목표와 주요 내용	54
그림 24 에쎬 라이트와 디스 플러스의 타르 및 니코틴 성분 표시	77
그림 25 에쎬 라이트와 디스 플러스의	79
그림 26 스모크프리 캠페인 BI	79
그림 27 금연콜센터 누리집	82
그림 28 KT&G의 대학생 동아리 후원 프로그램	85
그림 29 MBC 스페셜 “청소년은 담배회사의 미래다”	86
그림 30 소득계층별 현재 흡연률 추이, 2001-2008년	92
그림 31 2004년 12월말 담배가격인상 6개월 후 흡연행태 변화	101
그림 32 사회인구학적 특성에 따른 담배가격으로 인한 금연 생각	102

그림 33 담배소비세의 소득역진적 성격	103
그림 34 2005~2008년 직장실내 간접흡연 노출 추이	112
그림 35 2005~2008년 사회계층별 직장실내 간접흡연 노출 추이	113
그림 36 공공장소 금연구역으로 인한 금연 생각	114
그림 37 2005년 직장 내 금연정책 및 작업 공간 내 금연정책 성별 현황	115
그림 38 직장 내 금연정책 현황, 2005년	116
그림 39 2007 캠페인 로고	119
그림 40 금연 TV 공익광고	122
그림 41 성별 금연캠페인 경험을 추이	122
그림 42 소득, 학력 수준별 금연캠페인 경험을 추이	123
그림 43 캐나다의 담배 경고그림	128
그림 44 국내 출시된 담배의 화려한 포장과 오도성 문구	131
그림 45 국내 시판되는 담배갑 포장에 쓰인 기만적 광고	131
그림 46 담배갑 경고문구로 인한 금연 생각	132
그림 47 담배회사 사회공헌활동 및 기업이미지 마케팅	141
그림 48 한 블로거가 게시한 담배 소매점 진열대 모습	142
그림 49 건강관리서비스 시장화 반대 집회	151
그림 50 2010년 서울시 구별 1인당 금연예산과 자체예산/국고 비율	153

§ 용어 해설

여기에 소개한 용어들의 선별은 세계 폐재단 (World Lung Foundation), 미국 암협회 (American Cancer Society)가 운영하는 Tobacco Atlas Online (<http://www.tobaccoatlas.org/>)에 기반을 두고 있다.

- 간접흡연 (environmental tobacco smoke, ETS; secondhand smoker, SHS): 흡연하지 않는 사람이 담배 연기를 흡입하는 것을 말한다. 간접흡연은 주류연 (mainstream smoke)과 부류연(sidestream smoke)으로 구성되어 있으며, 흡연자가 흡입하는 연기와 동일한 유해 물질을 포함하고 있다.
- 감연 (smoking reduction): 담배를 끊지 않고 줄이는 것으로, 많은 흡연자들이 담배를 끊는 것보다 줄이는 것을 선호하는 것을 고려한 방식이다. 그러나 감연으로 인한 건강개선효과, 감연이 금연을 증가시키는가에 대해서는 논란이 있다.
- 경고문구 (health warning): 정부의 강제에 의해 담배 제품, 담배 포장 및 담배 광고에 부착되는 글씨 또는 그림을 말한다.
- 광고 (advertising): 담배의 소비를 증가시키려는 모든 상업적 노력을 말한다. 여기에는 담배 진열, 상표, 브랜드명, 제작사의 로고, 담배제품의 판촉활동, 스포츠나 문화 활동의 스폰서 등 모든 방법이 포함된다.
- 광고금지 (advertisement ban): 매스미디어, 잡지, 신문, 광고판 등을 통한 광고를 금지하는 것을 말한다.
- 켈런 (cigarette): 담뱃잎을 잘게 찢어 종이에 말아 피우도록 만든 것으로, 산업적으로 만든 것과 개인이 만든 것(‘roll your own’)으로 나뉜다. 한국 사회에서 ‘담배’라고 하면 대부분 켈런을 지칭한다.
- 금연 (smoking cessation): 담배를 완전히 끊는 것을 말한다.
- 금연구역 (smoke-free area): 흡연이 완전히 금지된 구역을 말한다.

- 니코틴 대체요법 (nicotine replacement therapy, NRT): 적은 용량의 니코틴을 공급해서 니코틴 의존성이 있는 담배 사용자의 흡연충동과 금단증상을 줄여줌으로써 금연을 도와주는 약제를 말한다. 패치 (patch), 껌, 비강 분무제, 로젠즈 (lozenge, 사탕처럼 녹여먹는 형태) 등이 있다.
- 니코틴 의존 (nicotine dependence): 담배 의존 (tobacco dependence)과 같은 뜻이다. 담배를 계속 피우고 끊지 못하도록 하는 물질은 니코틴이다. 니코틴에 대한 의존성은 담배사용자들마다 차이가 있고, 가장 흔히 쓰이는 측정 방법은 파거스트롬 검사 (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)이다.
- 담배 사용 (tobacco use): 쥘련(cigarette)을 포함한 모든 담배 제품을 사용하는 것을 말한다. 이 중 중독이 강한 경우 담배 의존성(tobacco addiction) 또는 니코틴 의존성(nicotine addiction)이라 부른다. 흡연 (smoking)은 담배나 마리화나 등의 성분을 태우고 연기를 맛보거나 흡입하는 모든 행위를 총칭하는데, 한국에서는 쥘련 형태의 담배를 사용하는 행위를 일컫는다.
- 담배 제품 (tobacco product): 담배를 원료로 해서 만들어진 모든 제품으로 피우는 것, 들이마시는 것, 씹는 것, 코로 흡입하거나 빨아들이는 것 등이 있다.
- 담배 진열대를 통한 광고 (point of sale advertisement, POS advertisement): 판매대에 담배 진열을 통한 광고를 말한다. 미디어의 담배광고에 대한 규제가 강화되면서 담배진열대를 통한 광고의 역할이 강화되고 있다.
- 담배규제기본협약 (Framework Convention for Tobacco Control, FCTC): 세계보건기구 주도하에 공중보건에 관해 만들어진 최초의 전 세계적인 조약으로, 국가의 담배규제 활동의 법적인 밑받침이 될 것이다.
- 담배규제정책 (tobacco control policy): 담배사용을 줄이려는 모든 정책을 말한다. 크게 담배수요에 대한 규제정책과 담배생산에 대한 규제정책으로 나뉜다. 수요억제정책에는 담배가격 인상, 담배경고문구, 담배광고규제, 공공장소 금연, 니

코틴 대체제에 대한 규제 완화 등이 있고, 공급억제정책에는 담배밀수 규제, 담배 판매규제 등이 있다.

- 담뱃세 (tobacco taxes): 담배제품에 부과되는 모든 형태의 세금의 합을 말한다. 여기에는 두 가지 형태가 있다. 종량세 (nominal taxes)는 단위당 세금 액수가 정해진 것(예를 들어 킬로그램 당 얼마)으로, 한국에서는 건강증진부담금 등 대부분의 담뱃세가 종량세이다. 반면 종가세 (ad valorem taxes)는 정해진 금액(대개 담배소매가)의 일정한 비율로 세금을 부과하는 것을 말한다. 한국의 경우 부가가치세인 담배판매세가 종가세에 해당한다.
- 마케팅 (marketing): 제품의 지속적인 판매와 이윤 획득을 위해 이루어지는 모든 활동을 말하며, 광고, 판촉활동, 할인 판매 등을 포함한다.
- 무연담배 (smokeless tobacco): 태우지 않고 이용하는 모든 담배를 지칭한다. 씹는 담배, 스누스 (snus, 스웨덴에서 주로 사용하는 담배로 잇몸에 부착), 전자담배 등이 여기에 해당한다. 간접흡연 피해는 없으나, 사용자에게 여전히 건강 문제를 초래한다.
- 범용포장 (plain packaging): 담뱃갑은 중요한 광고수단의 하나로 사용된다. 이러한 광고효과를 근절하기 위해 담배 종류에 상관없이 담배포장을 모두 동일하게 하는 방안이 모색되고 있다. 호주에서는 이러한 방식을 도입했고, 캐나다, 영국 등에서도 도입을 검토 중이다. 담배회사는 상표법에 관한 국제 협정 위반이라고 주장하고 있다.
- 불법담배 (contraband): 밀수, 위조, 불법 담배제품을 총칭한다.
- 위조담배제품 (counterfeit tobacco products): 불법적으로 제조된 담배나 상표권자의 허가를 받지 않고 특정 상표를 표시한 제품을 말한다.

- **판촉 (promotion):** 담배 판매를 늘리거나 특정 브랜드의 담배를 진열하도록 하기 위해 사용하는 방법을 말한다. 가격 할인, 선물, 쿠폰, 회사 웹사이트, 특별한 아이템 배포, 전화 마케팅 등이 포함되며, 담배 판매상이나 도매상에 제공되는 보조금도 포함된다.
- **해로움 줄이기 (harm reduction):** 담배를 완전히 끊지 않고 담배의 해를 감소시키려는 방법을 말한다. 덜 해로운 담배로 바꾸기, 무연담배로 바꾸기, 전자담배 같은 담배 이외의 니코틴 전달체계로 바꾸기 등이 여기에 포함된다.

1. 들어가는 말

세계보건기구 (World Health Organization, WHO)는 담배사용이 전 세계적으로 여덟 가지 주요 사망 원인 중 여섯 가지의 위험 요인이라고 보고했다 (WHO 2008). 흡연으로 인한 사망은 전 세계적으로 매년 500만 명에 달하며, 현재의 흡연 추세가 계속된다면 2030년에는 800만 명에 이를 것으로 전망된다 (Mathers 등 2006).

한국의 경우, 2003년 현재 담배로 인한 총 사망자 수는 4만 6천 명으로, 전체 남성 사망자의 31%, 암 사망자의 37%, 심혈관계 질환 사망자의 27%가 담배 때문이라고 한다 (Lee 등 2010). 담배로 인한 총 환자 수는 2010년 194만 명, 2020년 282만 명으로 늘어날 것으로 예상된다 (지선하 2006). 또한 담배로 인한 사회경제적 손실액도 연간 8~10조원에 이를 것으로 추정된다 (지선하 2007).

시민건강증진연구소는 크게 세 가지 이유에서 오늘날 한국사회의 담배 문제에 관심을 갖고 있다.

첫째, 한국의 성인 흡연률은 1980년 이래 지속적으로 감소 추세를 나타내고 있지만 다른 OECD 국가들에 비하면 여전히 높은 편이다. 그림 1에 나타나듯, 2005년 현재 자료가 가용한 OECD 17개국 중에서 한국의 남성 흡연률은 최고 수준이다. 반면 여성 흡연률은 매우 낮은 편이지만, 여성 흡연을 부정적으로 바라보는 사회적 분위기 때문에 과소평가되었을 가능성이 존재하기에 안심하기는 어렵다 (그림 1).

둘째, 정부는 1995년 건강증진법을 제정하고, 2002년 국민건강증진종합계획을 수립했으며, 2004년에 담배값을 대폭 인상하는 등 일련의 조치들을 취했고, 그 속에서 흡연률은 지속적으로 감소해왔다. 하지만 2008년 이후 흡연을 감소는 정체하고 있으며, 최근에는 소폭의 증가경향까지 관찰되고 있다 (그림 2).

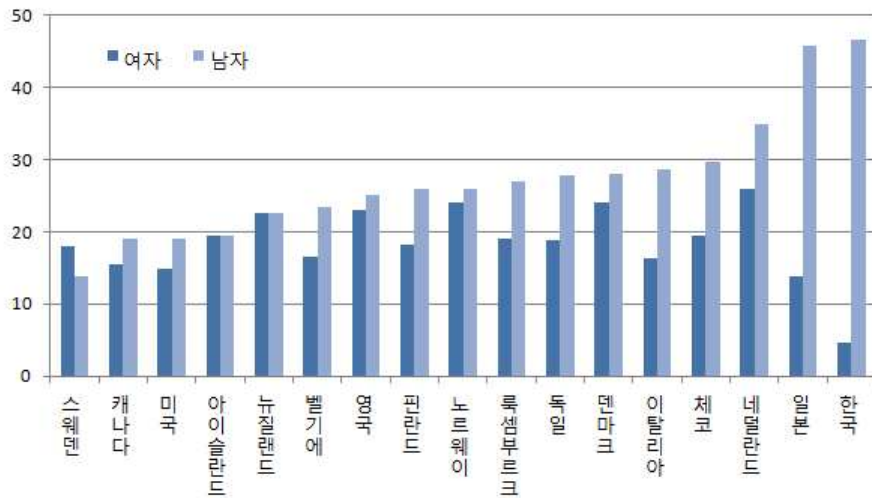


그림 1 15세 이상 성인 중 매일 흡연자 비율 (%), 2005년 OECD 17개국
(자료원: OECD Health Data 2009)

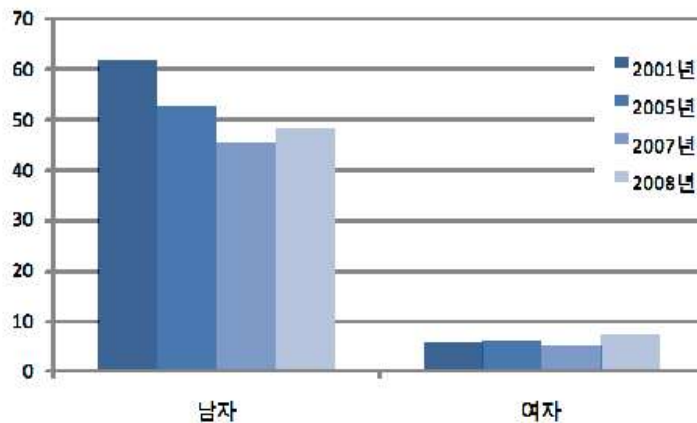


그림 2 남녀 성인의 현재 흡연률 (%)
(자료원: 국민건강영양조사 2001-2008)

마지막으로, 무엇보다 담배는 건강 불평등에 매우 중요한 영향요인이다. 30-44세 한국 남성들의 사회경제적 위치에 따른 사망률 격차의 40%가 담배 때문인 것으로 추정되었다 (Khang 등 2008). 흡연률에서의 사회경제적 불평등은 지속되고 있을

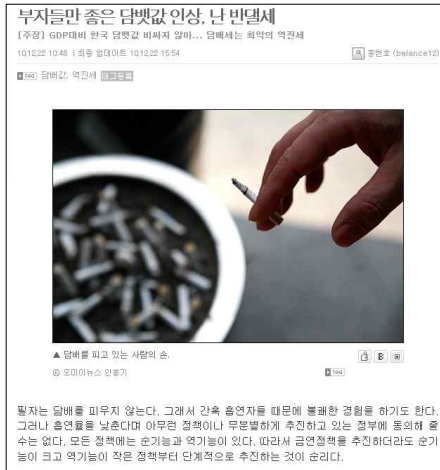
뿐만 아니라 심지어 심화되는 경향도 관찰된다 (Khang 등 2006; Khang 등 2009). 따라서 건강불평등 문제를 해결하기 위해, 담배 문제는 핵심 과제라 할 수 있다.

그런데 이렇게 흡연을 감소가 정체가하고 흡연에서의 사회경제적 불평등이 심화되는 상황에서 정부는 보건소의 금연클리닉 사업을 폐지하고 이를 민간의료기관으로 이전하겠다는 발표를 했다. 하지만 이는 국민의 건강보호를 위해 담배값을 대폭 인상하겠다는 정부의 이전 주장과는 앞뒤가 맞지 않는 것으로, 시민사회와 금연운동 단체들의 커다란 반발 속에 결국 철회되고 말았다 (그림 3).



그림 3 금연클리닉 폐지 방침을 보도한 신문기사
(한겨레 2010.10.21)

정부는 흡연률 감소를 명분으로 담배값 인상을 주장하지만, 시민사회의 반응은 호의적이지 않다. 시민의 건강증진보다는 4대강 사업 등으로 취약해진 정부 재정 적자를 보전하기 위한 수단이라는 의심을 거두지 않을 뿐 아니라, 가뜰이나 소득불평등이 심화되는 상황에서 담배세는 대표적인 소득 역진세라며 강하게 비판하고 있다. 심지어 금연운동진영에서조차 다른 담배규제 정책들의 미비와 기금 활용의 부적절성을 이유로 정부의 담배값 인상에 반대하는 지경이다 (그림 4).



소득역진적 성격 때문에 담뱃값 인상 반대
(오마이뉴스 2010.12.22)



포괄적 담배규제 수반 없는 담뱃값 인상 반대
(한겨레 2010.9.19)

그림 4 현 정부의 담뱃값 인상안에 반대하는 의견들

내년 2012년에는 담배규제기본협약 제 5차 당사국 총회가 한국에서 열린다. 한국 정부는 그동안 미처 이행하지 못한 협약의 목표들을 달성하기 위해 수많은 규제와 사업들을 쏟아낼 것으로 예상된다. 하지만 이렇게 서둘러 시행하는 규제정책이나 사업들이 과연 건강불평등 완화에 얼마나 도움이 될지는 미지수이다.

이러한 맥락에서, 우리는 한국사회 담배문제의 현황과 현재까지 담배규제정책의 동향을 살펴보고, 정부의 규제활동이 건강불평등에 어떤 영향을 미쳤는지 평가하고자 한다. 이를 토대로 담배로 인한 건강불평등 문제를 완화하기 위해 바람직한 규제정책들과 연구주제들을 제안하게 될 것이다.

2. 담배, 그리고 담배 문제

담배규제정책의 불평등 영향을 검토하기에 앞서, 담배의 속성, 담배가 일으키는 건강문제, 그리고 한국사회에서 담배와 관련된 불평등 현황을 기술하려 한다.

2.1. 담배의 건강부담

2.1.1. 위험물질, 그 이름은 담배

담배연기에는 4천여 종의 화학 물질이 포함되어 있으며, 여기에는 50여 종의 발암물질과 100여 가지의 알려진 화학독성 물질들이 들어있다. 이러한 성분들은 인체의 거의 모든 장기에 나쁜 영향을 미치며, 담배를 직접 피우는 것뿐 아니라 담배 연기를 간접적으로 들이마시는 것에 의해서도 악영향을 미칠 수 있다.

몇몇 성분들을 구체적으로 살펴보면, 니코틴 이외에도, 용접불꽃에서 발생하는 아세틸렌, 개미독 성분인 비소, 백혈병 유발 요인으로 악명이 높은 벤젠, 휴대용 가스버너에 사용되는 부탄, 자동차 배터리에 사용되는 카드뮴, 연탄가스 중독의 주범인 일산화탄소, 살충제 DDT, 살인가스로 알려진 시안화 수소, 한때 낙동강 폐수오염의 주범으로 유명해진 페놀, 부동액 성분인 프로필렌 글라이콜, 산업용 유기용제 톨루엔, 희귀한 간암을 일으키는 비닐 클로라이드 등이 그나마 잘 알려져 있다. 그러나 이들 또한 빙산의 일각일 뿐이다.¹⁾

- 니코틴: 뇌를 자극하는 성분으로, 습관적으로 담배를 피우던 사람은 혈중 니코틴 수치가 줄어들면 불안, 초조, 두통, 집중력 장애 등의 금단 증상을 나타낸다. 이러한 증상은 담배를 피우면 사라지기 때문에 담배를 계속 피우게 된다.

1) <http://www.tobaccoatlas.org/healthrisks.html>

- 타르: 타르는 수많은 화학 물질을 포함하는 복합물질로서, 담배를 피우면 폐에 쌓일 뿐 아니라 혈관을 통해 인체 내 다른 장기로 이동할 수 있다. 여기에 포함된 50여 종의 발암물질과 4천여 가지의 화학물질은 다양한 질병 위험을 증가시킨다.
- 일산화탄소: 혈중 산소포화도를 낮추는 작용을 한다. 산모가 담배를 피우는 경우, 태반을 통해 전달되는 산소의 양이 적어져 태아 성장이 지연될 수 있다.

2.1.2. 직접 흡연의 건강 피해

흡연은 거의 모든 인체 기관에 해로운 영향을 미치며 표 1에 나타나듯 다양한 질병을 일으킨다 (표 1) (WHO 2008).

표 1 담배에 의한 주요 건강 피해

암	호흡기 질환	심혈관계 질환	그 외
- 폐암 - 구강암 - 인두암 - 후두암 - 식도암 - 췌장암 - 방광암 - 신장암 - 위암 - 자궁경부암 - 골수성 백혈병 - 부비동암	- 만성폐쇄성폐질환 - 폐렴을 포함하는 급성 호흡기 질환 - 폐기능 악화 - 성인에서의 기침, 천명, 호흡곤란을 동반한 모든 주요 호흡기 증상 - 천식 조절 실패	- 관상동맥질환 - 뇌심혈관질환 - 대동맥류 - 말초동맥질환	- 위궤양 - 백내장 - 치주염 - 십이지장 궤장 - 수술 후 창상 치유 지연 및 호흡기계 합병증 - 고관절 골절 - 생식능력 저하(여성)
	<u>청소년과 젊은 성인</u> - 폐 발육 부전 - 폐기능악화 조기진행 - 기침, 천명, 호흡곤란을 동반한 모든 주요 호흡기 증상 - 천식 관련 증상		<u>임신과 출산 관련</u> - 임신 시 합병증 - 조산 - 태아발육지연 - 저체중아 출산 - 영아돌연사사망증후군

출처: Advertising Council. Healthy lifestyles and disease prevention media campaign: Take a small step to get healthy. United States Department of Health and Human Services, 2004.

일반적으로 흡연 관련 질병과 담배 사용량 사이에는 강력한 양-반응 관계가 존재한다. 따라서 장기간 흡연할수록 질병위험이 증가한다. 흡연자는 담배 때문에 비흡연자보다 14년 일찍 죽고 (Doll 등 2004), 관상동맥질환과 뇌졸중 발생 위험은 2-4배 증가하며, 남성과 여성에서 폐암 발생 위험은 각각 23배와 13배 높아진다고 알려져 있다 (WHO 2009).

- 사망: WHO에 따르면 세계적으로 연간 5백만 명, 즉 1초에 10명이 담배 때문에 사망한다 (WHO 2008). 영국의 의사 코호트 연구는 현재 흡연자의 장래 사망 위험이 비흡연자에 비해 두 배나 높고, 특히 고도 흡연자는 그 위험이 3배 이상 높아진다고 추정했다 (Doll 등 2004). 또한 WHO는 35-69세 흡연 남성들 중 절반 받은 결국 담배 때문에 사망하는데, 담배가 8가지 주요 사인 중 6가지 사망원인의 위험 요인으로 작용하기 때문이라고 했다 (WHO 2008). 세계적으로 담배로 인한 사망 중 가장 많은 부분을 차지하는 것은 만성 폐쇄성 폐질환, 허혈성 심질환, 폐암이다 (그림 5). 담배를 피우는 경우 만성폐쇄성폐질환으로 인한 사망 위험은 비흡연자에 비해 12-13배나 높다 (U.S. DHHS 2004). 그리고 남성 전체 사망의 31%, 암 사망의 37%, 심혈관계 질환으로 인한 사망의 27%가 담배에서 비롯된 것으로 알려져 있다 (지선하 2006).

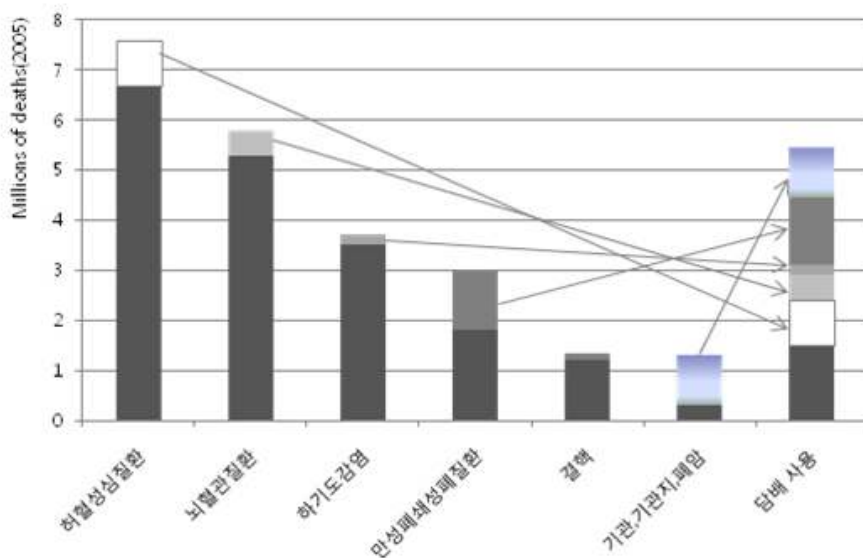


그림 5 전 세계 주요 사인과 담배 관련성 (WHO 2008)

- 암: WHO의 국제암연구소(International Agency for Research on Cancer, 이하 IARC)는 2004년 보고서에서 흡연과 16개 암종 사이에 원인적 연관성이 있다고

보고했다 (IARC 2004). 분명하게 연관성이 밝혀진 암에는 급성 골수성 백혈병, 방광암, 자궁경부암, 식도암, 신장(콩팥)암, 후두암, 폐암, 구강암, 인두암, 위암, 자궁암 등이 있다. 특히 폐암은 현재 전 세계적으로 중요한 사망 원인인데, 남녀 모두에서 담배는 모든 종류의 폐암 발생 위험을 높인다. 담배가 폐암 발생에 기여하는 정도는 매우 커서, 흡연율이 높은 집단에서 흡연에 의한 폐암 발생은 90%에 이른다 (IARC 2004). 흡연량이 많아질수록 위험도 높아져서, 중증흡연자가 폐암으로 사망할 확률은 비흡연자에 비해 25배나 높다 (Doll 등 2004).

- 호흡기계 질환: 흡연은 폐기종과 만성기관지염, 만성 폐쇄성 폐질환의 가장 중요한 원인이다 (Doll 등 2004). 흡연자는 비흡연자에 비해 만성 폐쇄성 폐질환으로 사망할 확률이 14배나 높고 중증흡연자는 그 위험이 24배까지 증가한다 (Peto 등). 한편 흡연기간이 같은 경우, 여성의 만성 폐쇄성 폐질환 위험이 높다는 연구도 있다 (Prescott 등 1998a, b). 또한 흡연은 폐렴 같은 급성호흡기질환의 발생과도 관련이 있으며 (Advertising Council, U.S. DHSS 2004), 결핵, 감기 등의 전염성 질환에 더욱 잘 걸리게 하며 천식을 악화시키기도 한다. 또한 기침, 객담, 가래, 호흡 곤란 등 호흡기 증상을 증가시킬 뿐 아니라, 폐기능을 전반적으로 저하시키기도 한다.
- 심혈관계 질환: 담배를 피우면 혈관이 좁아지고 그 결과 혈액순환이 어려워져 관상동맥질환, 뇌혈관질환, 말초동맥질환의 위험성이 높아진다. 흡연은 동맥경화증의 여러 단계에 작용하는 것으로 입증되었다 (Advertising Council, U.S. DHSS 2004). 흡연자가 심혈관질환으로 사망할 확률은 비흡연자에 비해 1.6배 높고, 고도 흡연자의 경우 그 비율은 1.9배로 증가한다 (Doll 등 2004). 흡연은 연령, 운동 여부 등 다른 위험요인과 상승작용을 일으키기도 하는데, 이를테면 60세 이상 흡연자의 심장병 발병 위험은 비흡연자에 비해 2배 높지만, 50세 미만에서는 3배 이상으로 높아지며, 여성 흡연자가 경구 피임약을 복용하는 경우 발병 위험은 더욱 높아진다.

흡연이 일으키는 질환

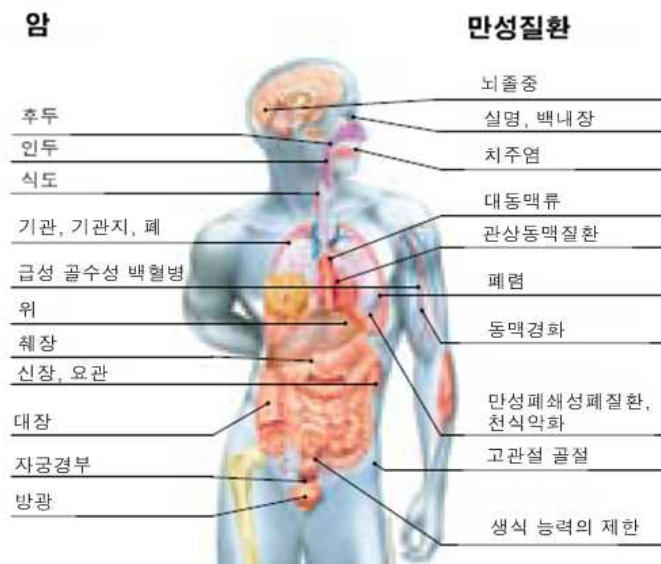


그림 6 흡연이 일으키는 질환 (출처: WHO 2008)

● 국내의 연구 결과

앞서 살펴본 흡연과 질병의 연관성은 한국인을 대상으로 한 연구들에서도 수차례 확인되었다. 2003년, 한국에서 담배로 인한 사망자 수는 4만 6천명으로 추정되었으며, 담배 관련 총 환자 수는 2003년 126만 명, 2010년 194만 명, 2020년 282만 명으로 예측되었다 (지선하 2006). 흡연관련 사망자 수는 총 사망, 암, 심혈관 질환 모두에서 해가 갈수록 증가하고 있다. 1981-2003년 동안 추적조사 연구결과에 따르면, 이 기간에 흡연으로 인한 사망자 수는 91만 4천여 명에 이른다. 흡연의 부정적 영향은 20-30년 후에야 나타나며, 따라서 2000년 시점에서 관찰되는 폐암 사망률은 1970년 이전부터의 흡연 결과로 보아야 한다. 그러나 25세 전후에서야 흡연이 시작되던 과거와 달리, 흡연 시작 연령이 점점 빨라지고 흡연량 또한 증가한다는 점을 고려할 때, 향후 한국 사회에서 흡연으로 인한 사망자 수는 더욱 늘어

날 전망이다 (그림 7) (지선하 2007).

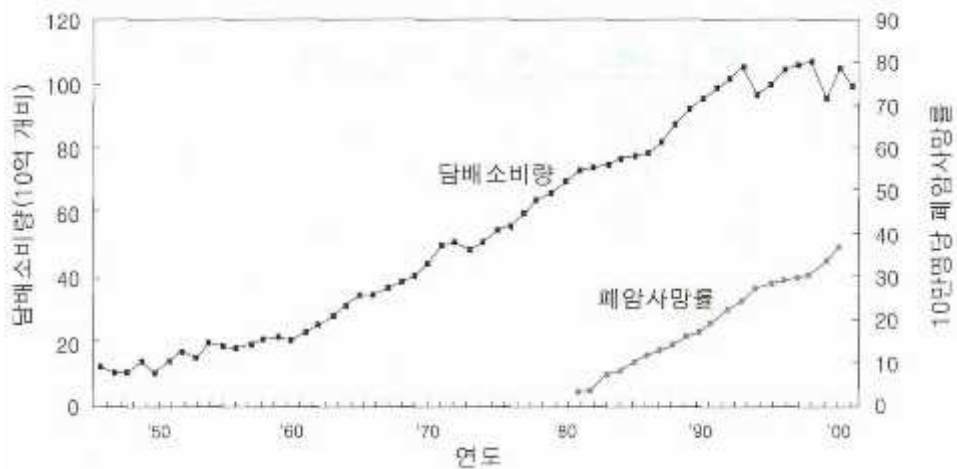


그림 7 한국의 담배소비량과 폐암 사망률 (출처: 지선하 2007)

또한 현재 흡연자는 비흡연자에 비해 허혈성 심질환에 걸릴 위험이 2.2배 높고, 뇌졸중에 걸릴 위험은 1.6배 높다. 한국에서 허혈성 심질환 사례의 41%, 뇌졸중 사례의 26%가 흡연에 의한 것이라고 볼 수 있다. 남성의 경우, 흡연자는 비흡연자에 비해 폐암에 걸릴 위험이 4.6배 높을 뿐 아니라 후두암 6.5배, 식도암 3.6배 더 높으며, 여성에서도 폐암 2.8배, 후두암 4.2배, 자궁내막암 2.1배 더 높고, 앞서 언급한 흡연양상의 변화를 고려할 때 위험도는 더욱 증가할 것으로 보인다 (지선하 1999).

2.1.3. 간접흡연의 건강 피해

간접흡연이란 흡연자가 흡연 시 들이마셨다가 내쉴 때 나오는 담배 연기, 또는 잎담배, 쥘런 등이 타면서 발생하는 완전 혹은 불완전 연소 연기를 비흡연자가 인근에 있다가 호흡 중에 흡입하는 것을 말한다. 이렇게 인근 대기에 포함된 담배 연기를 환경성 담배연기(environmental tobacco smoke, ETS)라고 하며, 연기를 마시는 행위를 간접흡연 (secondhand smoking), 비자발적 흡연 (involuntary smoking), 또는 수동적 흡연(passive smoking)이라고 부른다. 담배 연기는 담배가 직접 타면서 발생하는 부류연(side-stream, 85%)과 사람이 담배 흡입 후 내뿜을 때 발생하는 주류연(main-stream, 15%)으로 구성되는데, 유해한 독성물질들은 전자에 더 많이 포함되어 있다 (National Research Center 1986). 일반적으로 담배연기에 포함된 많은 발암 물질들의 안전한 노출 수준은 없다고 알려져 있다. 1986년 이래 간접흡연이 인체에 유해하다는 증거들이 속속 출현하면서, 핀란드, 독일, 미국에서는 담배 연기를 작업장 발암물질로 규정하고 있다.

- 암: IARC의 2004년 보고서는 ‘간접흡연이 인간에게 폐암을 일으킨다는 충분한 증거가 있다’고 밝혔다. 직접 담배를 사용하지 않더라도 담배 연기에 장시간 노출 되면 폐암이 발생할 수 있다. 흡연자와 함께 사는 비흡연자는, 그렇지 않은 비흡연자에 비해 폐암 발생 위험이 20-30% 높아지며, 직장에서 간접흡연을 하는 경우에도 폐암 발생이 16-19% 늘어나는 것으로 나타났다 (IARC 2004).
- 호흡기계 질환: 담배 연기와 만성호흡기 질환의 연관성에 대해서는 많은 연구가 이루어졌으며, 증거들도 적지 않다. 가정이나 직장에서 담배연기에 노출된 사람들은 천식 발병 위험성이 높고, 천식이 있는 경우 더욱 심각한 증상이 나타날 수 있다 (Coultas 1998).
- 심혈관계 질환: 흡연자와 동거하는 사람은 그렇지 않은 이들에 비해 관상동맥 질환 발생 위험이 25% 높아지는 것으로 알려져있다 (IARC 2004). 또한 일부연

구들은 간접흡연이 뇌졸중 발생과 관련 있다고 보고했다 (Bonita 1999; Iribarren 2004).

- 국내 연구는 학령 전기 어린이들에서 간접흡연이 천식 유병률을 높이며 (성명화 등 2005), 임산부의 간접흡연은 저체중아나 조산아 출생 빈도 증가와 관련 있는 것으로 보고되었다 (이보은 등 2006).

표 2 간접흡연의 건강 위해

성인

- 폐암
- 관상동맥질환
- 심질환의 증상 발현
- 천식 환자에서의 천식발작
- 기관지염 증상의 악화
- 뇌졸중
- 태아발육지연(저체중출산아)
- 조산

아동

- 영아돌연사망증후군
- 중이 질환(예: 중이염 등)
- 호흡기 감염
- 천식 발생
- 천식 환자에서 천식발작

입증된 간접흡연의 또다른 건강 위해

- 폐기능 저하
- 오심
- 기도 자극
- 두통
- 기침
- 눈 자극

출처: British Medical Association. *Towards smoke-free public places*. BMA: London, 2002.

2.1.4. 담배와 청소년 건강

담배 사용은 누구에게나 해롭지만 어린이나 청소년 시기의 흡연은 특히나 문제가 된다. 아직 성장발달이 완결되지 않은 상태에서 흡연은 호흡기 증상을 증가시키고 폐의 발육을 지연시킬 뿐 아니라 폐기능의 감소를 초래할 수도 있다. 또한 흡연 때문에 적혈구의 산소운반능력이 감소하여 심박수와 기초대사 속도가 증가함에 따라 운동수행능력이 감소하는 등 심혈관계에도 부정적인 영향을 미친다 (박순우 2009).

청소년 시기의 흡연은 이후 성인이 되었을 때 만성 폐쇄성 폐질환의 위험을 증가시키고 발병 시기를 앞당긴다. 또한 흡연을 어린 나이에 시작할수록 관상동맥 질환의 발병 연령이 빨라지는 것으로 알려져 있다. 그리고 흡연 시작 시기가 빠를수록 니코틴 의존도가 커져 금연이 어려워지기 때문에, 평생 흡연을 지속하거나 중증흡연자가 될 가능성이 높고, 따라서 성인기에 흡연으로 인한 건강 문제를 경험할 가능성이 더욱 높아진다 (U.S. DHHS 1994).

청소년 흡연은 조기사망에도 영향을 미친다. 미국의 한 연구는 청소년 흡연자 중 약 640만 명이 흡연 때문에 조기 사망할 것이라고 추정했다. 수명 단축의 피해는 흡연시작 연령이 어릴수록 크다. 이를테면, 25세 이후에 흡연을 시작한 경우에는 수명이 4년 단축되는 반면, 15세에 시작한 경우는 8년이 단축된다 (Fielding 등 1998).

또한 흡연은 약물 남용을 비롯한 일탈행위, 정신건강과도 밀접한 관계가 있다. 한국의 2005년 청소년건강행태 온라인조사에 따르면 현재 흡연자는 비흡연자에 비하여 약물 복용, 성 행태, 스트레스, 우울감, 자살시도 등에서 더 안 좋은 결과를 보이는 것으로 나타났다 (박순우 등 2007).

한편 간접흡연의 유해성에 대해서도 연구 결과들이 발표되고 있는데, 소아 백혈병, 임파종 뇌암, 영유아기 하기도 질환, 유아기 천식 등은 출생 전후의 간접흡연과 관련이 있는 것으로 보인다 (Advertising Council 2006).

한국에서 청소년 흡연에 대한 연구는 대부분 건강 결과보다 흡연에 영향을 미치는 요인에 대한 분석이 주를 이루고 있다. 일부 연구들은 흡연이 정신건강에 부정적인 역할을 하거나 (배정이 2006), 불안장애, 주의력 결핍과 관계가 있음을 보고했다 (김현옥 등 2007).

2.1.5. 그 밖의 다른 건강 피해

그 밖에도 담배는 다른 많은 악영향을 미친다. 모자보건 측면에서 불임, 조기분만, 유산, 저체중아 출산, 선천성질환, 영아급성사망증후군 등과 관련이 있다. 또한 담배를 전혀 피운 적이 없는 여성에 비해, 담배를 피우는 갱년기 여성은 골밀도가 더 낮으며, 엉덩이 관절 골절의 위험이 더 높다. 또한 주름도 더 쉽게, 더 많이 생기는 것으로 알려져 있다.²⁾

또한 담배는 이미 앓고 있는 질환들을 악화시키기도 한다. 이를테면 천식, 인플루엔자, 결핵, 만성비염, 당뇨병 망막증, 갑상선항진증, 다발성 경화증 등의 질병은 담배를 피우면 증상이 더욱 악화된다.

2.1.6. 담배 때문에 사회가 치르는 비용

이처럼 담배가 건강에 미치는 악영향에도 불구하고, 담배 소비 감소가 국가의 경제적 손실로 이어질 것을 우려하는 시각도 있다. 하지만, 담배는 건강에만 악영향을 미치는 것은 아니다. 사회에도 크나큰 비용을 초래한다.

1998년, 흡연 때문에 발생한 질병 치료를 위해 입원과 외래 진료비로 지출된 비용은 총 2,331억 원이었다. 또한 외래 진료를 위한 교통비 51억 원, 보호자의 노동

2) http://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm

손실 비용 276억 원, 환자의 업무 손실 비용 691억 원, 조기사망으로 인한 손실 34,350억 원, 일부 간접흡연비용 1,721억 원, 담배로 인한 화재 비용 171억 원 등 간접비용을 포함하면 사회적 비용은 약 3조 9,591억 원에 이르는 것으로 추정되었다. 만일, 담배와의 연관성이 비교적 분명한 질환들뿐 아니라 전체 질환들을 대상으로 단지 흡연자와 비흡연자 사이의 비용 차이를 분석하면, 담배로 인한 손실 비용은 총 6조 2,344억 원으로 추정된다 (김한중 등 2001). 보다 최근인 2007년의 추계에 따르면 흡연관련 질환으로 인한 비용은 총 5조 4,603억 원에 달하며, 이 중 진료비가 1조 4,252억 원을 차지했다 (지선하 2007).

그렇다면 담배 생산과 판매, 소비로부터 얻는 사회적 편익은 얼마나 될까?

담배 소비를 통해 얻는 편익은 흡연자의 심리적 만족이지만, 담배 사용 자체가 위험행동이기 때문에 편익을 계산할 수 없다는 견해가 있으며, 또한 소비자 잉여를 인정한다 해도, 이를 화폐단위로 추정하는 것은 현실적으로 어렵다 (김한중 1999). 결국 담배와 관련된 편익은 담배산업의 편익으로 추계하게 되는데, 이는 생산과 판매 단계에서 발생하는 경제적 부가가치로 정의된다. 이러한 부가가치의 합계는 담배가격으로 나타나므로 결국 담배산업의 총 부가가치는 담배 총 판매액과 일치한다. 앞서 제시한 손실비용과 비교할 수 있도록 통계청의 1998년 담배 총 판매액을 살펴보면 4조 9,817억 원으로, 전체 질환의 사회적 비용인 6조 2,344억 원에 비해 적고, 흡연관련 질환으로 인한 비용인 3조 9,591억 원에 비해서는 많다. 그러나 이 추계는 35-64세 연령만을 대상으로 한 것이기 때문에 전체 인구로 확대할 경우 비용은 1.3-1.6배 더 늘어나게 된다 (김한중 1999). 결국 흡연으로 인한 손실액은 편익에 비해 훨씬 크다고 할 수 있다. 따라서 금연의 증가로 담배 소비가 감소하면 국민경제 측면에서 손해라는 일부의 주장과는 달리, 오히려 담배 소비에 의한 건강 폐해로부터 야기되는 국가적 손실이 더 크다고 할 수 있다.

2.2. 건강불평등과 담배

세계 많은 국가들에서 사회경제적 위치가 낮은 집단일수록 담배와 관련된 문제들을 더 많이 경험한다는 증거는 비교적 일관되게 나타나고 있다. 유럽 22개국의 연구결과들을 종합한 2008년의 종설 논문은 이러한 현상을 잘 보여준다 (Mackenbach 등 2008). 사회경제적 위치가 낮은 집단에 속한 이들은 흡연율이 높을 뿐 아니라 흡연 강도 또한 더 강하며 (Woods 등 2001), 이렇게 흡연율과 흡연 강도에서의 사회경제적 차이는 건강불평등의 중요한 기여 요인이기도 하다.

흡연 문제의 불평등 현상은 한국에서도 비교적 분명할 뿐 아니라, 그 격차는 점점 커지는 것으로 보인다. 공무원 및 사립학교 교직원으로 재직한 중년 남성의 흡연에 관한 연구에 따르면, 최고 소득 4분위와 최저 소득 4분위의 흡연률 격차는 1990년 13.0%에서 1998년 16.1%로 늘어났다 (Cho 등 2004). 또 다른 연구는 여성의 경우 교육 수준에 따른 흡연율 차이가 남자에 비해 더욱 두드러지며, 특히 젊은 여성들에서 이 격차가 더 크다고 보고했다 (Khang 2005).

소득 수준에 따른 흡연율 불평등의 추이를 살펴보면, 남성의 경우 시간이 흐름에 따라 모든 소득구간에서 흡연율은 감소했지만, 일관되게 저소득군에서 흡연율이 높았다. 1998년에 최고 소득군의 흡연율은 65.7%였고, 최저 소득군은 71.9%로 흡연율의 절대 차이는 6.2%였으나 2005년에는 그 격차가 16.8%로 늘어났다. 이는 흡연률 감소가 고소득 집단에서 더욱 두드러졌기 때문에 일어난 현상이다. 여성의 경우 저소득층에서 흡연율이 더욱 높았으나, 시간에 따른 불평등 심화는 관찰되지 않았다 (김혜련 등 2007).

학력 수준에 따른 흡연율 불평등도 이와 비슷한 양상을 보인다. 남성의 흡연률은 학력이 낮아질수록 높아지며, 모든 학력 집단에서 시간이 흐름에 따라 흡연률이 감소하되 초등학교 졸업 이하의 저학력군에서 감소폭이 상대적으로 작아 전반적으로 격차는 심화되었다. 이는 여성에서도 비슷하게 관찰되었다 (김혜련 등 2007).

최근까지의 국민건강영양조사 자료를 활용하여 현재 흡연율의 불평등 추이를 살펴보면, 남성의 경우 소득이 낮을수록, 학력이 낮을수록 흡연율이 높게 나타났고 2007년보다 2008년에서 절대 불평등이 증가하는 경향을 보였다. 여성의 경우 위낙 흡연율 자체가 낮고 흡연율이 상승하는 중이어서 불평등이 심화되었는지 여부를 판단하기는 어렵지만, 불평등은 지속되면서 계층별 흡연율 자체가 상승하고 있음을 알 수 있다 (그림 8).

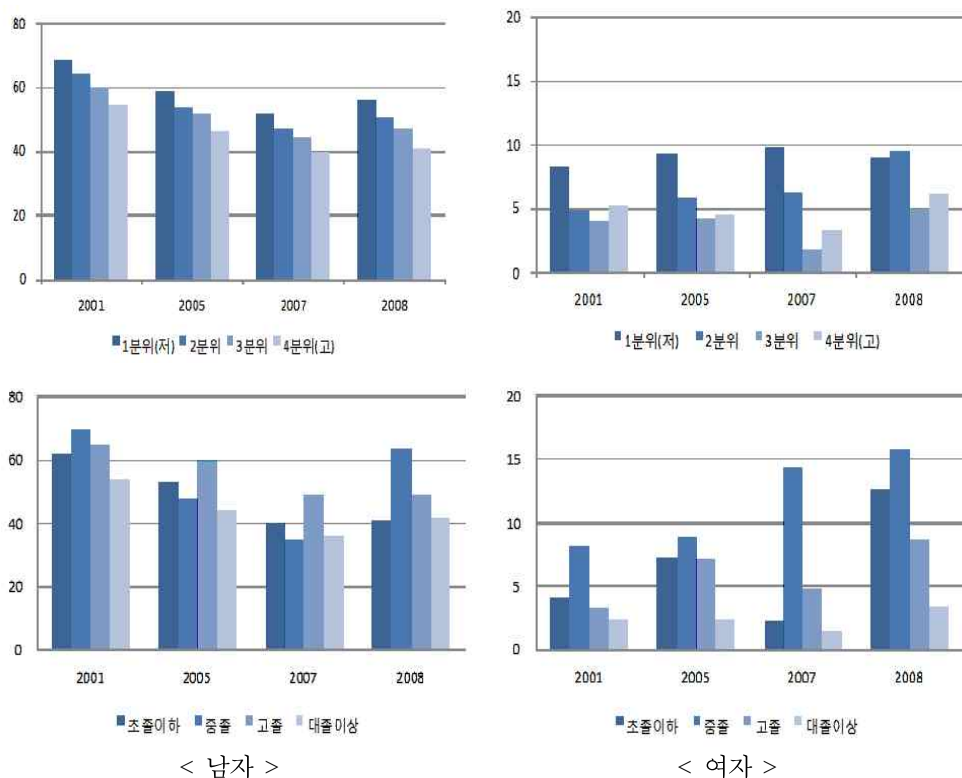


그림 8 소득 및 학력 수준별 현재 흡연률 (%)
(자료원: 국민건강영양조사 2001-2008)

한편 청소년 흡연은 불평등 문제 뿐 아니라 흡연률 자체가 심각한 상황이다. 물론 한국의 청소년 흡연율이 다른 나라들에 비해 특별히 더 높은 것은 아니다. 하지만, 대부분의 선진국에서 청소년 흡연이 빠른 속도로 감소하는 데 비해 한국은 거

의 변화가 없다 (박순우 2009). 청소년 온라인 행태조사 자료를 살펴보면, 중학생들의 경우 남녀 모두 해가 갈수록 현재 흡연률이 높아지고 있다 (그림 9).

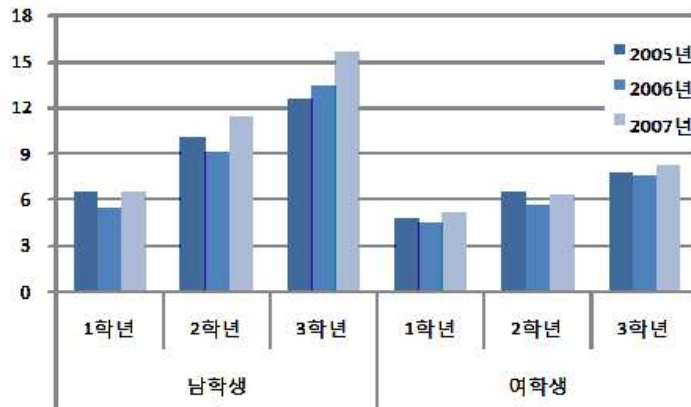


그림 9 남녀 중학생들의 현재 흡연률 추이
(자료원: 청소년온라인행태조사 2005-2007)

뿐만 아니라 불평등 현상 또한 주목할 만하다. 중고등학교, 남녀 모두에서 아버지의 학력수준이 낮을수록 흡연율이 높은 것을 확인할 수 있다 (그림 10).

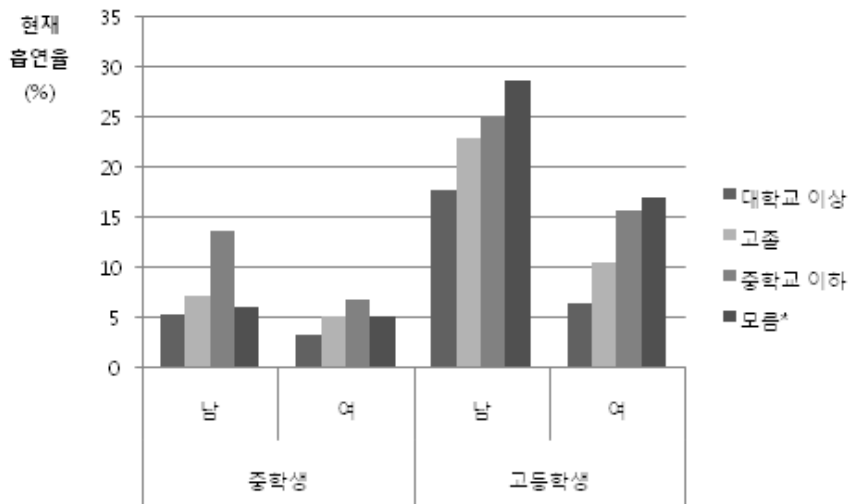


그림 10 아버지 학력 수준에 따른 청소년 현재 흡연율 (%)
(자료원: 청소년건강행태 온라인조사 2007)

이러한 흡연을 불평등은 흡연과 관련된 질병의 발생과 사망의 불평등으로 이어질 수밖에 없다. 공무원과 사립학교 교직원들을 대상으로 한 추적조사 연구는 45-54세 남성에서 관찰되는 소득 수준에 따른 상대적 사망 격차의 약 10%, 절대적 사망 격차의 약 40%가 흡연 불평등에 의한 것이라고 추정했다 (Khang 등 2008). 또한 국민건강영양조사 대상자들을 7년 동안 추적한 연구는 30세 이상 남녀에서 교육 수준과 직업 계층에 따른 사망 불평등의 약 15%를 흡연을 포함한 형태요인의 차이 때문이라고 보고했다 (Khang 등 2009).

2.3. 소결

담배가 건강에 미치는 악영향은 매우 분명할 뿐 아니라, 건강불평등에 미치는 영향 또한 상당하다.

그러나 이 장에서 살펴본 것처럼 한국사회에서 관찰되는 흡연 추이는 인구집단의 평균적인 건강수준 측면에서나 건강 불평등 측면에서나 매우 우려스러운 상황이 아닐 수 없다. 특히 청소년 집단에서 관찰되는 흡연 증가추세나 흡연 불평등 양상은 향후 한국사회에서 건강불평등 문제를 해결해나가는데 커다란 어려움이 될 것으로 보인다.

다음 장에서는, 광범위한 담배사용과 불평등 현상을 설명할 수 있는 요인들을 살펴보고, 이에 대처하기 위한 사회적 규제의 필요성과 가능한 접근방법들을 살펴볼 것이다.

3. 사회적 각축의 장 - 담배

3.1. 사회적 현상으로서의 흡연

담배를 피우거나 끊는 것은 개인의 취향과 선택의 문제로 여기는 것이 보통이다. 하지만 앞에서 살펴본 것처럼 그러한 자발적인 선택의 결과가 일정한 사회적 유형으로 나타난다면, 그것도 명백한 불평등 양상을 보인다면, 우리는 ‘왜’라는 질문을 하지 않을 수 없다. 제 3장에서는 흡연의 사회경제적 불평등 너머에 있는 정치적·경제적·사회적 요인들을 살펴보고, 담배문제가 개인의 선택을 넘어서는 사회적 현상임을 주장하고자 한다. 이러한 논리에 근거하여, ‘사회적 규제’의 필요성이 도출될 수 있을 것이다.

3.1.1. 흡연의 사회경제적 불평등

다른 많은 건강 요소들과 마찬가지로, 흡연에서도 뚜렷한 사회경제적 불평등 현상이 관찰된다. 또한 이는 한국 사회만의 고유한 특성이 아니라 전 세계적인 현상이다. 그리고 원래부터 그랬던 것이 아니라 비교적 최근에, 담배의 유해성이 널리 알려지면서 점점 더 분명해지고 있는 현상이기도 하다.

흡연이나 금연은 분명히 개인의 선택이다. 그런데 한 두 사람의 행동이 일치한다면 그것은 우연이라 할 수 있지만, 수많은 사람들 사이에서 특정한 유형으로 반복적으로 나타난다면 이는 우연의 일치라고 보기 어렵다. 이는 개인들의 개별적인 선택을 유형화시키는, 거대한 사회적 힘이 존재를 시사한다. 19세기에 뒤르켐이 가장 사사롭고 은밀한 행위인 자살로부터 ‘사회적 실재 (social reality)’를 감지했던 것처럼 말이다.

로페즈 (Lopez) 등 (1994)은 흡연과 그로 인한 사망의 연대기적 변화 양상을 ‘담배 유행 모형 (tobacco epidemic model)’이라는 개념으로 제시한 바 있다. 이 모형은 대략 한 세기를 포괄한다. 어떤 사회에서 흡연이 사회적으로 용인되며 확산되기 시작하는 초기에는 상층 계급에서 좀 더 담배를 많이 피우는 경향이 있다. 하지만 낮은 사회계급까지 흡연이 광범위하게 확산되고, 흡연률이 더욱 높아져 정점에 이를 무렵이면 흡연의 건강 해악이 차차 알려지기 시작한다. 그리고 뒤이어 담배 규제들이 도입되기 시작한다. 이제 상층 계급의 흡연률이 낮아지는데 비해 낮은 사회계급에서 이를 따라가지 못하면서 사회경제적으로 뚜렷한 역전 현상이 일어나게 되는 것이다.

이렇게 역학적 변천과 함께 지속되는 건강의 사회경제적 불평등 현상을 ‘질병의 근원적 요인으로서 사회적 조건’이라는 개념으로 설명하기도 한다 (Link 등 1995). 예컨대, 경제가 발전하면서 사회의 중요한 건강문제가 전염병 등에서 암과 심장병 같은 만성질환으로 바뀌고, 중요한 위험요인들도 위생불량과 영양실조 등에서 운동 부족, 흡연, 동물성 지방의 과잉섭취 같은 것들로 바뀐다. 하지만 사회제적으로 취약한 조건에 처한 이들이 질병에 더 많이 걸리고 더 일찍 죽는다는 사실은 크게 변하지 않는다. 개별 질병의 특성이나 위험요인은 시대마다 다르지만, 다양한 상황에서 위험을 회피하거나 극복할 수 있는 기회와 자원이 사회경제적으로 불평등하게 분포하고 있기 때문이다. 즉, 다양한 질병위험요인들의 분포를 결정하는 좀더 근본적인 요인 - ‘위험요인의 위험요인’인 사회적 조건으로 인해 건강에서의 사회경제적 불평등이 발생하게 된다는 것이다.

그렇다면 흡연의 사회경제적 불평등 현상을 어떻게 설명할 수 있을까? 저소득 계층이나 저학력 집단이 담배의 해로움을 잘 모르기 때문일까? 혹은 남달리 의지력이 약해서 담배를 못 끊기 때문일까?

만일 이것이 사실이라면, 금연 캠페인과 보건교육을 열심히 시행하고, 사람들로

하여금 ‘하면 된다!’는 의지력을 심어주기만 한다면, 이러한 불평등 현상은 충분히 개선될 수 있을 것이다. 그런데, 이런 일은 일어나지 않았을 뿐 아니라 지난 수십 년 간의 노력에도 불구하고 불평등은 오히려 더욱 심화되었다. 과연 무엇이 문제일까? 우리는 역학 연구들로부터 몇 가지 단서를 찾을 수 있다.

핀란드 성인남성 2천여 명을 대상으로 한 연구에 따르면, 학력이 낮은 경우, 현재 블루칼라 일자리에 종사하는 경우, 유년기에 부모가 가난했던 경우에 흡연, 음주, 식습관, 사회심리적 안녕 등 다양한 건강 요인들의 분포가 더 바람직하지 않은 것으로 나타났다. 특히 유년기의 환경은 현재의 직업계층을 고려한 상태에서도 의미 있는 관련성을 보였다 (Lynch 등 1997). 즉, 현재의 계층만큼이나 유년기의 환경이 중요하다는 것이다.

또한 22-34세 영국 여성들의 현재 흡연률 조사 결과를 보면, 전체 조사 대상자의 흡연률이 30%인데 비해, 아동기에 경제적 어려움을 겪은 이들의 흡연률은 35.9%, 여기에 17세 이전에 학교를 그만두기까지 한 경우 흡연률은 44.1%로 높아졌다. 만일 22세 이전에 출산까지 경험했다면 이는 54.6%로 더욱 높아지고, 게다가 현재 경제적 어려움까지 겪고 이는 상황이라면 흡연률이 62.5%에 달했다 (Graham 등 2006).

이러한 결과는 흡연이 성인기 어느 한 시점의 습관이라기보다 생애 과정에 걸친 경제적·사회적 어려움에 깊이 각인된 사회적 행태임을 보여준다. 특히 유년기의 빈곤이나 생활의 어려움은 흡연 습관에 지대한 영향을 미치는 것으로 나타난다.

영국의 사회학자 그레이엄 (Hillary Graham)은 자녀를 홀로 키우는 빈곤 여성들의 흡연 습관에 대해 사례연구를 수행했다. 한국 사회와 마찬가지로, 이들은 과도한 노동 시간과 저임금, 자녀 양육의 경제적·정신적 어려움에 시달리면서 중간계급이 흔히 기대할 수 있는 평범한 사회활동으로부터 배제되어 있었다. 이를테면 퇴근 후 찻집에서 친구들과 만나 수다 떨기, 주말이면 가족들과 외식하고 쇼핑하기,

저녁에 차분하게 앉아 책을 읽거나 음악을 듣기 - 이 모든 것들이 그녀들에게는 그림의 떡인 셈이다. 이들이 ‘자신의 마음대로 할 수 있는 유일한 행동’은 잠깐씩 담배를 피우는 것뿐이었다. 그레이험은 흡연이 신체적 건강에는 해가 되지만, 이들이 위안을 얻을 수 있는 유일한 여가활동이라는 점에서 이 여성들의 흡연 행위는 일종의 ‘적응적’ 행동일 수 있다고 했다 (Graham 1993). 물론 이것이 흡연을 장려해야 한다는 뜻은 아니다. 중요한 것은 사회경제적 조건에 대한 고려 없이 일반적인 금연교육이나 흡연자의 의지를 북돋우는 것만으로는 충분치 않다는 뜻이다.

또한 저소득층의 흡연율이 높은 것은 금연성공률이 낮은 것뿐 아니라, 흡연을 시작하는 비율이 높기 때문이기도 하다 (Wilson 등 2005). 제 2장에서 살펴본 것처럼, 젊은 연령군에서 흡연률의 불평등은 더욱 뚜렷하며, 청소년기에도 이는 분명하게 관찰된다. 사회경제적으로 취약한 조건에 처한 이들은 주변에서 비슷한 조건에 처한 흡연자들을 더 쉽게 만날 가능성이 높으며, 이는 흡연에 대한 규범(norm)을 좀 더 수용적으로 만들 수 있다 (Barbeau 등 2004). 뒤에서 살펴보겠지만 담배기업들의 마케팅은 바로 이들 계층을 표적으로 한다.

그리고 흡연의 해악이 널리 알려져 있을 것이라는 통념과 달리, 흡연에 의한 다양한 질병 양상과 위험 수준에 대해서는 여전히 과소평가하는 경향이 존재한다. 이를테면 미국, 캐나다, 영국, 호주에서 공동 조사한 결과에 따르면, 흡연이 폐암과 심장병의 원인이라는 사실은 대부분의 사람들이 알고 있었지만, 뇌졸중이나 발기부전과의 관련성에 대해서는 잘 알지 못했다. 담배의 발암성이 니코틴과 관련 있다고 믿는 사람도 절반 가까이나 되었다. 그리고 학력이나 소득수준이 낮을수록 지식 수준은 뚜렷하게 낮아졌다 (Siahpush 등 2006). 더구나, 흡연은 시작에서 질병이 나타나기까지 20-30년 이상이 걸리기 때문에, 청소년층들이 이렇게 ‘먼 미래’의 위험을 과소평가하는 것은 당연한 일이기도 하다.

또한 많은 흡연자들이 담배를 끊고 싶어 하면서도 쉽게 성공하지 못하는 것은 니코틴 의존성이 생각보다 강력하기 때문이다. 담배 의존은 국제질병분류 (ICD-10)에 등재되어 있으며 (질병기호 F17), 여러 가지 측면에서 ‘의존증’의 기준을 충족시킨다.³⁾ 즉 끊고 싶다는 욕망과 반복적 시도에도 불구하고 강박적으로 사용하며, 약물의 ‘강화’ 효과에 의해 행동이 촉발되고, 뇌에 작용함으로써 효과가 나타난다 (The World Bank 1999). 청소년기에 일찍 흡연을 시작하게 되면 이러한 의존성은 더욱 빠르게 확립되고, 금연은 더욱 어려워진다. 이러한 측면에서 청소년 흡연에서의 사회경제적 불평등은 특히나 중요한 의미를 갖는다.

이러한 연구결과들이 시사하는 것은, 담배의 해악에 대한 교육과 캠페인이 여전히 중요하지만, 다른 한편으로 ‘불평등한 선택의 배경 (unequal choice context)’에 대한 고려와 중재가 반드시 수반되어야 한다는 것이다 (Voigt 2010). 청소년들이 담배를 시작하게 되는 환경, 사회경제적으로 어려움에 처한 이들이 담배 말고도 사회적 위안을 찾을 수 있거나 혹은 담배를 끊는데 지지가 될 수 있는 환경을 만들어내는 것이 중요하다. 흡연이나 금연이 개인의 선택이라지만, 그것이 누군가에게는 그저 여러 가지 삶의 기회 중 하나의 선택일 뿐이고, 또 다른 누군가에게는 그러한 선택이 다른 많은 것을 희생하는 엄청난 노력을 필요로 하는 것이라면 이는 공정한 기회라고 할 수 없다. 사회경제적으로 열세에 처한 이들이 건강 해악까지 불균형적으로 과도하게 지는 현상은 분명 공정한 것이 아니다. 우리는 담배 문제를 바라볼 때 드러나는 불평등 현상과 함께, 그 원인에 대한 탐색, 근본적인 삶의 조건 개선에 - 어찌 보면 흡연 자체와는 무관한 - 더욱 관심을 기울일 필요가 있다. 그리고 이러한 관점은 비단 ‘흡연’이라는 특정 문제에만 해당하는 것은 아닐 것이다.

3) 나중에 담배기업의 압력에 의해 제외되기는 했지만, 원래 미국에서는 니코틴이 약전에 등재되어 있었다.

3.1.2. 드러난 사회심리학, 숨겨진 정치경제학

흡연이나 금연과 관련된 영향요인을 탐구한 많은 논문들에서 반복적으로 언급되는 것이 자기 통제 (self-control), 자기 효능감 (self-efficacy) 등의 심리적 요인들이다. 미시적 차원에서 이들이 중요하다는 것은 부인하기 어렵다. 하지만 ‘사회적 현상’으로서의 흡연 양상에 대해서는 충분한 설명이 되지 못한다. 앞 절에서 불평등의 양상과 사람들이 처한 개인의 사회적 조건에 대해 이야기했다면, 이 절에서는 그 이면에 존재하는 담배의 정치경제학을 살펴보고자 한다.

‘호랑이 담배 먹던 시절’이라는 표현의 친근함 때문에, 담배 사용이 인류의 오랜 관습인 것으로 오해하기 쉽다. 하지만 콜럼버스가 아메리카 대륙 정복에 나서기 전까지 담배는 아메리카 인디언들만이 사용하던 약초의 일종이었다. 유럽과 일본 등에 담배가 소개된 것이 16세기 중반이고, 한국에 담배가 들어온 것도 임진왜란 이후로 추정된다.⁴⁾ 현재와 같은 쥘련 형태의 담배 대량 생산은 1880년에야 가능해졌고, 미국에서 휴대할 수 있는 성냥이 발명된 것이 1852년이다. 오늘날처럼 담배를 들고 다니며 손쉽게 피울 수 있게 된 것은 길게 잡아야 불과 150년에 불과하다.

또 한 가지 흔한 오해는 담배를 자연 농작물 상품의 일종이라고 생각하는 것이다. 그저 마른 담뱃잎을 잘게 잘라 종이에 말아서 판매하는 것이라 생각하기 쉽지만, 실제로 담배는 ‘고도로 가공처리된 생산품’이다. 담배에 첨가된 화학물질은 현재까지 알려진 것만 6백여 종에 이르며,⁵⁾ 필터를 부착하고 니코틴의 뇌작용을 증대시키기 위한 암모니아 처리 기술, 타르와 니코틴 계측치를 호도하기 위한 환기 및 회석 기술 등 다양한 공학적 기술이 적용되고 있다 (Yach 등 2007).

4) <http://ko.wikipedia.org/wiki/흡연>

5) <http://quitsmoking.about.com/cs/nicotineinhaler/a/cigingredients.htm>

이렇게 자연 상품도 아니고, 또 수천 년의 역사를 가진 인류의 전통문화도 아닐 뿐더러, 심지어 건강에 심각한 악영향을 미치는데도, 담배는 오늘날 전 세계에서 그 어떤 상품보다 널리 사용되고 있다. 이를 자연스러운 현상으로 여겨도 좋을까?

전 세계적으로 흡연자의 숫자는 10억 명이 넘으며, 중국 한 나라의 남성 흡연자 숫자만 해도 3억 명이 넘는 것으로 알려져 있다. 한국의 성인 남성 흡연자 수도 약 천만 명으로 추산된다. 2010년 한 해에 매 분당 전 세계적으로 1천 2백만 개피의 담배가 소비되었다 (그림 11).⁶⁾

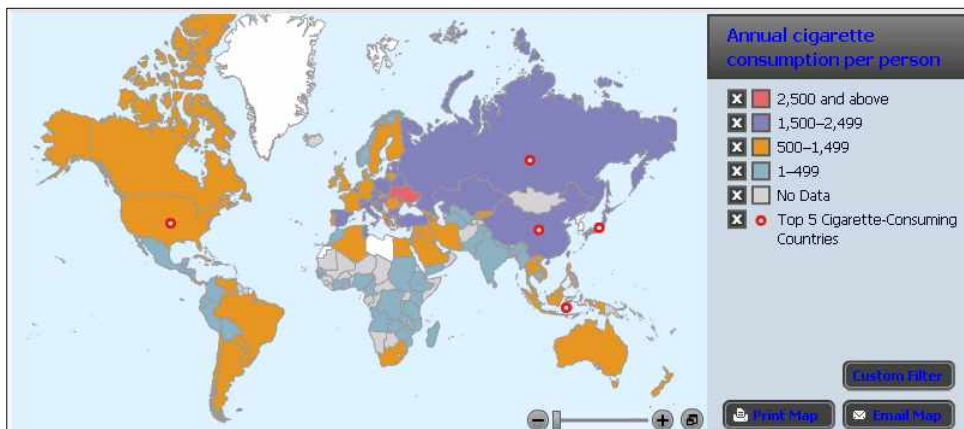


그림 11 1인당 연간 담배 소비량 (출처: Tobacco Atlas Online)

하지만 놀랍게도 전 세계 담배 소비량의 약 85%를 5개 담배회사가 독과점하고 있다. 중국에서만 독점적으로 활동하는 중국 국영 담배공사를 제외하면, 나머지 시장의 3/4를 4개 초국적 담배회사가 분점하고 있는 것이다. 말보로 (Malboro), 팔리 아멘트 (Parliament), 버지니아 슬림 (Virginia Slim)을 생산하는 필립 모리스 (Philip Morris),⁷⁾ 마일드 세븐 (Mild Seven)과 윈스턴 (Winston), 카멜 (Camel)을

6) <http://www.tobaccoatlas.org/>

7) 회사명을 Altria Group으로 변경하였다.

생산하는 일본 담배 (Japanese Tobacco International), 던힐 (Dunhill), 켄트 (Kent), 럭키 스트라이크 (Lucky Strike)의 영미 담배 (British American Tobacco), 다비도프 (Davidoff)의 임페리얼 담배 (Imperial Tobacco)가 바로 그들이다 (그림 12).

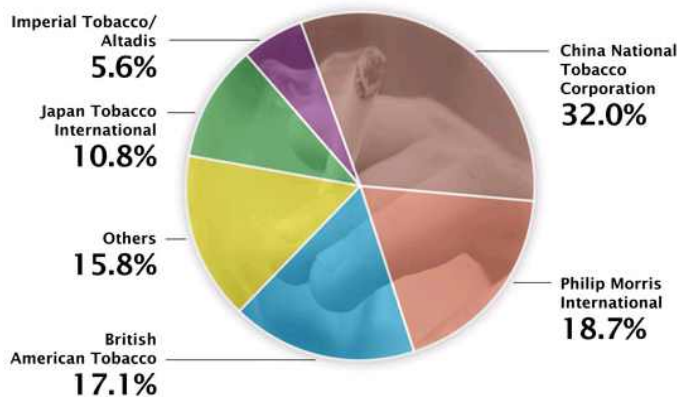
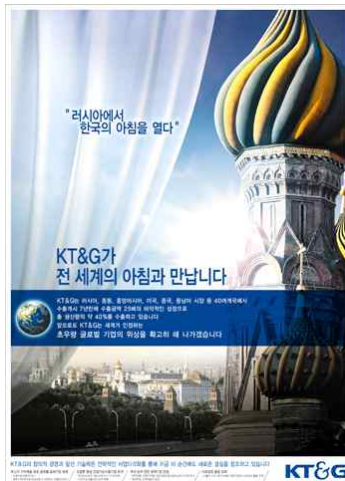


그림 12 담배 기업들의 전 세계 시장 점유율
(출처: Tobacco Atlas Online)

이러한 담배 시장의 전 지구화는 1980년 이래 더욱 두드러진 현상으로서, 신자유주의 심화와 그 흐름을 같이 하고 있다. 우선 구(舊) 공산주의 국가들의 체제 이행 과정에서 엄청난 규모의 신흥시장이 창출되었는데, 담배 회사들은 이 기회를 놓치지 않았다. 합법과 비합법을 넘나드는 공격적 진출 전략과 직접 투자라는 무기를 이용해 이들 국가의 취약한 경제적 기반을 좌우함으로써 시장 지배력을 단시간에 높였다 (Gilmore 등 2004a, b). 또한 외국인 투자와 국영기업 민영화를 촉구하는 국제 금융기구의 압력, 세계 무역기구의 시장 개방 압력, 아시아와 라틴아메리카에서 자유 무역 지대 팽창은 저개발 국가와 개발도상국가들에 이들 초국적 담배기업이 진출하는데 중요한 역할을 했다 (Hammond 1998). 이러한 국제 시장 확대 전략에는 한국 기업도 빠지지 않고 있다 (그림 13).



러시아 진출 성과 홍보

러시아 예쎬 담배공장 준공식 (2010.12.08)

그림 13 한국담배기업 KT&G의 러시아 진출 (출처: <http://www.ktng.com/kor>)

1980년대 중후반 미국의 압력에 의해 한국, 일본, 대만의 담배 시장이 개방된 사건은 신자유주의적 자유 시장 논리가 건강이라는 가치를 무력화시킨 대표적 사례로 널리 알려져 있다. 미국의 무역법 301조 (소위 ‘슈퍼 301조’)는 미국 무역대표부 (U.S. Trade Representative, USTR)⁸⁾에게 불공정 무역 거래에 대한 전면적 조사 권한을 부여하고, 시정 조치를 취하지 않은 불공정 교역 상대국에 대해 연방정부가 1년 내 보복 조치를 취하도록 정하고 있다. 미국을 기반으로 한 거대 담배 기업들은 USTR의 핵심 인사들을 포섭하고 자유무역 논리를 앞세워 공세적인 활동을 벌였다. 마침내 1985년, USTR은 301조를 통해 일본정부를 제소했고, 일본은 1986년에 담배 시장을 개방할 수밖에 없었다. 당시 일본은 담배 마케팅의 격전장으로 돌변했고, 담배는 1년 만에 광고매출 40위에서 2위 상품으로 등극하게 되었다. 1988년 1월, USTR은 똑같은 방식으로 한국을 제소했으며, 같은 해 5월에 시장이

8) 한미 FTA를 통해서 그 이름이 익숙해진 USTR은 미국 관료 조직 내에서도 유독 강경하고 충성심이 높은 조직으로 알려져 있으며, ‘자유 무역세계의 제다이 기사’로 일컬어지기도 한다.

개방되었다. 미국의 거대 담배회사들은 USTR을 통한 직접적 통상압력 뿐 아니라, 미국 연방정부의 전직 관료들을 로비스트로 고용하여 한국 정부에 적극적인 로비 활동을 벌였다. 이들은 한국에서 담배 시장이 개방된 1988년 한해에만 2천 5백만 달러(약 250억 원)의 캠페인 비용을 지출했다. 당시 국내에서는 ‘담배 제국주의’라며 보이콧 운동이 벌어지기도 했지만, 이들 다국적 담배기업들은 1년 만에 6%의 시장 점유율을 확보할 수 있었다 (Frankel 1996).

담배 기업의 시장 진출은 정부나 금융/무역 기구와의 긴밀한 연계 없이는 생각할 수 없다. 또한 일단 시장에 진출한 이후에도 투자를 매개로 한 직접적 압력, 공세적인 마케팅 활동, 각종 담배 규제에 대응하기 위한 직·간접적 정치 활동을 적극적으로 벌여나간다.

담배는 광고를 통해 이전에 존재하지 않던 수요를 창출해낼 수 있다는 것을 보여준 첫 번째 성공 사례로 꼽힌다. 담배회사들은 광고 규제에 반대하면서, 광고는 새로운 흡연자를 창출하기 위해서가 아니라 기존 흡연자들의 선호 브랜드를 바꾸는 역할을 할 뿐이라고 주장한다. 하지만 다국적 담배기업이 진출하여 적극적 마케팅을 벌인 신흥 시장들에서는 어김없이 흡연률이 상승했다. 더구나 이들은 기존의 흡연자들이 아닌 비흡연자들 - 특히 청소년과 여성 - 을 분명한 표적으로 삼는다. 이를테면 담배회사의 내부 문서 분석을 통해 드러난 아시아 시장 접근 방식을 살펴보면, 담배기업들은 광고와 판촉 캠페인을 통해 흡연을 바람직한 것으로 규범화시키고자 했으며, 이 과정에서 서구적 가치에 대한 이상화 전략을 동원하고 있었다 (그림 14).



일본: 미국 배우 찰리헌
등장 광고



홍콩: Salem이 후원한
테니스 오픈



필리핀: 풋볼 잡지 광고
‘Spirit of USA’

그림 14 초국적 담배 기업들의 아시아 지역 광고

(출처: <http://www.tobaccofreekids.org/adgallery/>)

여기에서 표적 집단은 물론 젊은 층과 여성들이다. 이를 위해 담배회사는 청년층이 선호하는 다양한 엔터테인먼트에 판촉활동을 결부시켰다. 예를 들면 콘서트 후원, 유행을 선도하는 도심 클럽에서의 파티 이벤트, 추첨을 통한 해외여행 (예, 그랜드캐년), F-1이나 오토바이 랠리 같은 모험 스포츠나 축구 같은 대중적인 국제 이벤트 후원 (예, 다이너스티 컵) 등이 그것이다.

또한 젊은 여성들을 표적으로 미용실 판촉 프로그램과 패션쇼 후원을 통해 ‘매력 (glamour)’을 핵심 가치로 부각시키거나 서구적인 ‘독립성’을 상징적으로 드러내기도 했다 (Knight 등 2004).

이러한 이미지 전략은 전혀 새로운 것이 아니었다. 여성의 (성적) 매력이나 독립성을 전면에 내세운 광고들은 이미 세계대전 시기부터 미국 사회에 광범위하게 퍼져 있었다. 이를테면 2차 대전 시기 말보로는 당대에 유행하던 세련된 옷차림의 도회 여성들을 내세워 ‘몇 백 원으로 즐길 수 있는 사치’라는 광고를 내걸었고, 1960년대 후반 여성주의 운동이 활발하던 시기에는 힘겨운 가사노동이나 가부장적 종속에서 벗어난 여성 해방, 혹은 공격적인 성적 매력을 광고의 주요 모티브로 삼았다. 담배라는 상품 그 자체보다는 당대의 최신 트렌드 속에서 만들어진 긍정적인

이미지를 광고의 대상으로 삼은 것이다 (그림 15와 16).



그림 15 2차 대전 시기 미국의 상류계급 여성들을 공략하기 위한 말보로 광고
(출처: <https://euro-cig.com/cigarettes>)

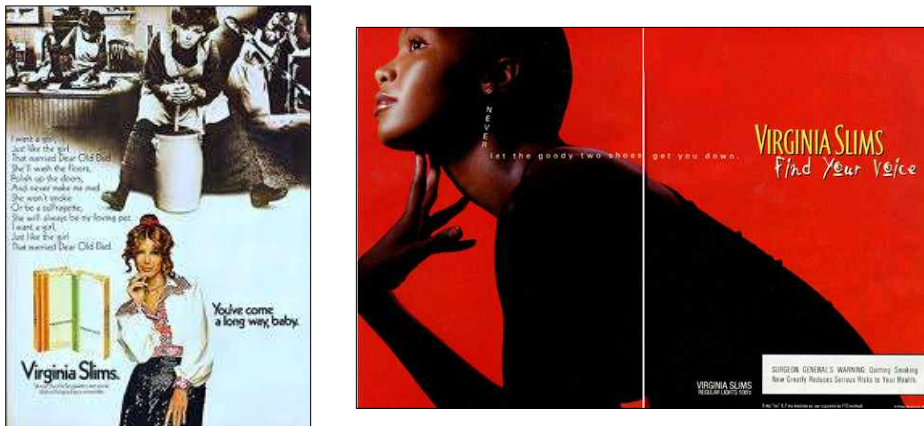


그림 16 60-70년대 미국 여성주의 운동의 가치를 강조한 버지니아 슬림 광고
(출처: <https://euro-cig.com/cigarettes>)

한국에서 KT&G가 담배와는 무관한 공연문화 시설을 운영하면서 인디밴드와 독립영화의 후원자 역할을 자처하는 것, 프로농구단을 비롯한 각종 스포츠 팀을 운영하는 것, 대학생들의 동아리 활동을 지원하는 것도 이러한 흐름에서 이해할 수 있다 (그림 17).



그림 17 KT&G의 문화프로그램 후원 (출처: <http://www.ktng.com/kor/share/culture.jsp>)

한편 담배의 건강영향에 대한 과학적 근거를 공격하는 것도 담배회사의 주요 전략 중 하나이다. 흡연과 폐암의 연관성에 대한 기념비적 논문 세편이 연달아 발표된 것이 1950년이고, 1962년, 1964년에는 영국 왕립학회와 미국 공중보건국의 보고서가 각각 발표되었다. 또한 1986년과 1994년에는 미국 공중보건국과 국제암연구소에서 간접흡연의 건강영향에 대한 보고서를 발표했다 (Yach 등 2007). 하지만 담배회사들은 1990년대 중반까지도 흡연의 건강영향에 대한 증거들을 부정했다. 특히 필립모리스는 간접흡연에 대해 TASSC (The Advancement of Sound Science

Coalition, 건전과학 진보연합)이라는 연구조직을 앞세워, 기존의 역학연구들을 ‘쓰레기 과학 (junk science)’으로 지칭하며 대중들을 혼란에 빠뜨렸다. 이들이 1988년에 수행한 ‘The Whitecoat Project (실험복 프로젝트)’는 네 가지 목표를 가지고 있었는데, 첫째, 흡연 규제에 대한 저항과 반격, 둘째, 흡연자의 신뢰 회복, 셋째, 간접흡연이 해롭다는 학술적이고 대중적인 오해 되돌리기, 넷째, 흡연의 사회적 수용성 회복이 그것이다. 이러한 목표를 달성하기 위해 계약된 연구집단으로 하여금 연구를 수행하여 정보를 생산하고 특정 소통 프로그램을 통해 그러한 정보를 확산시



그림 18 1920-50년대 미국의 카멜 광고
(출처: <http://lane.stanford.edu/tobacco/index.html>)

키고자 했다. 당시 필립모리스의 로펌인 Covington & Burling이 프로젝트의 총괄 부서로 각 참가자들의 중개역할을 했다.⁹⁾ 이들은 흡연이 안전하다고 노골적으로 광고하지 않았다. 그보다는 폐암의 원인에는 여러가지가 있으며, 역학연구의 이러저러한 결점 때문에 아직은 결론을 내리기 어렵다고 주장한 것이다. 학술적으로 논란의 여지가 있다는 의심과 불확실성, 혼란을 증폭시키는 것이 이들의 주요 전술이었다 (마이클스 2009).

1999년 미국 법무부는 필립모리스와 다른 담배회사들을 대상으로 소송을 제기했다. 2006년 판결에서 법원은 이들 담배회사들이 흡연의 건강위험에 대해 대중을 기만하고, 니코틴이 중독성이 있다는 연구 결과를 숨겼으며, 흡연자의 니코틴 의존

9) http://www.sourcewatch.org/index.php?title=The_Advancement_of_Sound_Science_Coalition

상태를 유지하기 위해 회사가 담배의 니코틴 수준을 조절할 수 있다는 사실을 부인했음을 인정했다. 또한 상대적 위험성을 호도하기 위해 ‘라이트’나 ‘저타르’ 같은 용어들을 마케팅에 활용했고, 새로운 흡연자를 창출하기 위해 21세 미만 청소년들을 마케팅의 표적으로 삼았으며, 심지어 간접흡연이 유해하다는 것을 이미 알고 있으면서도 이를 공개적으로 부인했다는 사실을 확인했다.¹⁰⁾ 실제로 담배회사들은 담배의 건강영향을 잘 알고 있었기에 덜 해로운 담배 상품을 개발하기 위해 많은 노력을 기울인 것으로 밝혀졌다. 하지만 내부 문서 분석 결과에 따르면 이는 여태까지 성공을 거두지 못했다 (Bero 2003).

이렇게 과학적 근거에 대한 공격 뿐 아니라 담배회사들은 산업표준이나 규제를 정할 때에도 상당한 영향력을 행사하곤 했다. 이를테면 이들은 1905년에 미국 약전(藥典)에서 담배를 제외시키는 성과를 거두었다 (Yach 등 2007). 그에 따라 니코틴의 약리적 작용에도 불구하고 담배는 소비상품으로 자유롭게 판매될 수 있게 되었다. 또한 ISO 표준을 정할 때에도 사람의 흡연습관이 고려되지 않은 기계 흡연 시험방식을 통해 측정한 니코틴과 타르 값을 채택하도록 만들었다 (Holden 등 2009). 사람이 직접 피울 때에는 보상적 행동 때문에 체내 흡수량에 거의 차이가 없음에도 불구하고, 이러한 기계 측정 방식을 통해 소위 ‘저타르’나 ‘마일드’라는 이름이 붙을 수 있게 된 것이다.

또한 담배값 인상 조치에 직면해서는 외견 상 독립적인 연구기관을 활용하여 담배세의 소득 역진적 성격을 적극적으로 부각시켰다. 심지어 ‘공정성과 형평성’이라는 수사(修辭)를 활용해 노동조합과 사회운동단체를 내세워 캠페인을 전개하기도 했다 (Balbach 등 2009). 한편 공공장소에서의 흡연 규제에 대해서는 ‘흡연자 권리 그룹 (smokers right group)’을 재정적으로 지원함으로써, 자신들의 정체를 드러내지 않은 채 여론을 전환시키려 시도했다 (Smith 등 2007). 로비스트를 활용해 정치

10) http://www.sourcewatch.org/index.php?title=Philip_Morris#cite_note-9

인들에게 직접 로비를 하고 정치자금을 후원하는 것은 비교적 고전적인 활동방식이라 할 수 있으며 (Holden 등 2009), 앞서 살펴보았듯 이렇게 긴밀한 관계 속에서 자유무역이라는 이름을 달고 신흥 시장에 쉽게 진출할 수 있었다. 또한 담배회사들은 개별 정부를 대상으로 한 활동을 넘어, WHO의 담배규제 활동을 공격하기 위한 활동도 서슴지 않았다. WHO의 조사에 따르면, 담배회사들은 WHO를 그들의 주적으로 설정하고 다양한 방식으로 공격을 가했다. 금전적 보상 혹은 퇴직 후 일자리 보장을 통해 WHO 직원들과 부적절한 관계를 형성하거나, 다른 단체/조직들의 로비, 혹은 막대한 자금력을 활용하여 WHO 의사결정과 정책에 영향력을 행사하려 했다. 다른 UN 기구들 (특히 식량농업기구 Food and Agricultural Organization, FAO)이 WHO와 반목하도록 만들고, 담배규제가 선진국의 이해를 강요하는 것이라고 저개발 국가들을 설득하여 국제공조 노력을 침식하려 했다. 또한 WHO의 연구결과들 (특히 국제암연구소의 간접흡연 연구)을 왜곡하고 담배 문제로부터 관심을 돌리기 위해 다른 이벤트를 도모하거나, WHO 자체 혹은 구성원들의 신용을 손상시키는 행위를 했으며, 심지어 WHO 감시를 통한 정보수집활동까지 벌였다 (Zeltner 등 2000).

담배를 피우거나 끊는 개인의 취향과 선택의 이면에는 이렇듯 기업들의 무자비한 이윤 추구 활동이 자리하고 있다. 흡연은 개인들이 인정하든 혹은 그렇지 않든 이미 사회적 행동이며, 이윤을 둘러싼 치열한 격전의 장이다. 그렇기에 우리는 이 문제를 다루기 위해 개인의 의식과 행동변화를 넘어서는 ‘정치경제적’이고 ‘사회적’인 접근을 필요로 한다.

3.1.3 담배, 담배규제, 사회정의

그런데 담배 규제 정책이나 사업을 시행할 때 중요하게 고려해야 하는 문제가 있다. 앞서 지적했듯, 흡연이 온전히 자유로운 개인의 선택이라는 생각은 이면의 정치경제적 맥락을 과소평가한 것이다. 그렇다면, 담배의 위해성과 담배기업의 사악함을 이유로 개인에게 금연을 강제할 수 있는 것일까? 물론 간접흡연에 대해서는 논란의 여지가 거의 없다. 하지만 흡연 당사자들에 대한 규제는 어떨까? 개인들에게 유익한 것이니, 어느 정도의 자유권 제한은 기꺼이 감수해야 하는 것일까?

논란의 핵심은 담배사용 행동이 그 위험성을 충분히 인식하고 결정한 ‘합리적’ 행동인가 하는 것이다 (Voigt 2010). 강력한 담배규제를 반대하는 이들은 담배사용자들이 그 위험을 ‘기꺼이’ 받아들이겠다고 스스로 자유롭게 선택했다고 여긴다. 따라서 국가가 개인의 습관에 대해 간섭을 하는 것은 자유권 침해라는 것이다. 반면 담배 규제를 지지하는 이들은 니코틴 중독성과 표적화된 마케팅 때문에 사람들의 선택이 합리적으로 이루어지기 어렵다는 점에서 사회적 개입의 필요성을 주장한다. 일부에서는 담배사용으로 인해 추가적인 보건의료 비용이 발생하고 이는 비흡연자에게까지 전가되므로 규제가 필요하다고 주장한다 (Wikler 2002). 과연 이 문제를 어떻게 바라보는 것이 좋을까?

● 자율성(autonomy) 대(對) 후견주의(paternalism)

생명윤리학(bioethics)의 ‘자율성’ 개념을 거슬러 올라가면 칸트(Immanuel Kant), 밀 (John Stuart Mill)과 만나게 된다. 칸트는 도덕과 연관된 ‘의지의 자율성’을 강조했고, 밀은 자율성이 그 자체가 선(善)이며 선을 증진시키는 수단이라 했다. 다른 사람에게 해를 미치지 않는 한, 완벽한 행동의 자유를 가질 수 있다는 주장, 대다수의 사회구성원들에게 권력이 행사되는 것이 정당화될 수 있는 유일한 경우는 어떤 사람의 행동이 다른 사람에게 해를 미치는 것을 막고자 하는 경우라는 주장은 근대

적 자유론의 핵심 개념이다. 이들의 영향을 받은 생명윤리학자 비참(Tom L. Beaucham)과 차일드레스(James F. Childress)에게 자율성이란 주위의 영향에 통제되지 않으며 자신의 의도대로 행동하고 또한 그 행동이 이해를 바탕으로 한 것을 의미한다 (홍소연 2003). 극단적으로 말하자면, 합리적인 자아가 흡연의 위해에 대해 완벽히 이해하고 주위의 영향을 받지 않은 상태에서 자신의 의지만으로 흡연을 선택한 경우라면, 이는 합리적인 개인의 선택이므로 국가의 간섭이 정당화되기 어렵다고 본다.

한편, ‘다른 사람의 선을 위하여, 그 사람에 대한 개입’으로 정의되는 ‘후견주의’¹¹⁾는 국가 개입의 정당성을 대변한다. 간접흡연이 건강에 해롭고, 또 니코틴 중독 때문에 ‘합리적 결정’을 내리는 것이 어렵다는 것이 알려지면서, 흡연에 대한 사회적 규제는 힘을 얻게 되었다 (Goodin 2007). 담배 규제에 대한 비흡연자들의 지지는 거의 절대적이라 할 수 있으며, 심지어 불편함과 부담을 감수해야 하는 처지인 흡연자들조차도 대체로 수긍하는 경향이다. 그렇다면 모든 형태의 담배 규제는 긍정적이고 바람직한 것일까?

자율성을 강조하는 입장이든 후견주의를 강조하는 입장이든, 규제는 흡연자에 대한 낙인을 야기할 수 있다. 자율성을 강조했던 밑은 흡연 자체를 (스스로 선택한) ‘악덕’이라 보았고, 후견주의를 강조하는 이들은 흡연이 타인을 병에 걸리게 만들고 경제적 부담을 전가하는 행위라고 부정적 낙인을 찍는다. 심지어 이러한 낙인이 담배 사용자들에게 부담과 불편을 초래함으로써, 흡연 시작을 저지하거나 금연을 하는데 효과적이라고 바라보기도 한다. 낙인은 일반적으로 바람직하지 않은 것이지만, 이는 ‘합리화될 수 있는’ 낙인이라는 것이다 (Bayer 2007).

11) 후견주의 혹은 (간접적) 온정주의 등 여러 가지로 번역되는데, ‘다른 사람을 위하여(for other's good)’와 ‘개입(interference)’이 핵심 요소라는 점에는 이견이 없다 (오세혁, 법적후견주의-개념분석적 고찰, 법철학연구 2009;12(1):153-182)

간접흡연의 피해를 줄이기 위한 금연구역 정책을 예로 들어보자. 1997년 교내 모든 건물에서 흡연이 금지된 에딘버러 대학에서 한 흡연자는 ‘비오고 추운 날 밖에서 담배를 피우는데 모멸감을 느꼈다’고 이야기했다 (Bayer 2007). 어쩌면 이런 경험들이 쌓여 ‘더럽고 치사해’ 담배를 끊게 되는 것일 수도 있다.

그러나 앞서 살펴본 것처럼 흡연은 사회경제적으로 취약한 조건에 놓인 이들에게 좀더 집중되는 경향이 있고, 이미 충분히 다른 많은 어려움들을 겪은 이들에게 이러한 낙인까지 부과하는 것이 과연 바람직한 것인지 생각해볼 필요가 있다. 담배나 술에 대한 세금을 ‘죄악세 (sin tax)’라고 부르며 이를 도덕과 결부시키는 것, 마찬가지로 청소년 흡연을 건강문제가 아닌 ‘일탈’, 혹은 ‘비행’의 문제로 여기는 경향 또한 윤리적인 접근 방법인지 재고해보아야 한다.

최근 한국의 일부기업들이 시행하는 강력한 금연정책도 돌아볼 필요가 있다. 이를테면, 포스코는 사업장 내 전 지역을 금연구역으로 설정하는 것을 넘어, 직원들에게 노 중 니코틴 검사를 의무화했다. 공식적으로 확인된 바는 없지만 인사 고과에 반영한다는 소문까지 돌았으며, 심지어 회사 밖 카페에서 직원들이 담배를 피운다는 ‘첩보’를 입수하고 현장을 ‘급습’하기도 했다.¹²⁾

대우해양조선의 사례는 더 극적이다. 2010년 12월 3일자 신문에는, 노조가 대우조선 옥포조선소에서 열린 금연서약서 선포식을 온몸으로 막았다는 소식이 실렸다. 노조와의 협의 없이 사측의 일방적인 강행조치에 항의하기 위한 것이었다. 대우조선은 '금연서약서'를 작성한 전 직원을 대상으로 격려금 100만원을 지급하고, 서약 이후 금연에 실패하면 위약금 110%인 1인당 110만원을 회사에 반납하도록



그림 19 기사가 실린 신문의 삽화

12) http://www.pressian.com/article/article.asp?article_num=30110117113601

했다. 팀 단위로 서약을 한 경우 한 사람이라도 실패하면 공동으로 위약금을 물어야 하며, 사무기술직은 캠페인 참여를 인사고과에 반영하기로 했다 (그림 19).¹³⁾ 이 에피소드가 눈길을 끈 이유 중 하나는, 대우조선해양이 고용노동부가 공표한 2009년 조선업종 산재사망 1위 기업이라는 점이다. 대우조선은 2008년에도 6명의 산재사망자를 발생시켜 조선업종 1위를 차지했고, 2009년 초에 이미 4명의 사망자가 잇따라 발생하면서 특별근로감독까지 시행했는데도 그런 결과를 낳은 것이다.¹⁴⁾

노동자들의 건강을 보호하고 근무 능력 향상을 이유로 행해지는 이러한 일련의 조치들은 후견주의의 외양을 쓴 노동자 통제의 그저 또 다른 모습에 불과해 보인다. 업무내용이나 성과와는 관계없는 행태를 고용·인사상의 불이익에 결부시켰고, 노사합의가 아닌 일반적 강제에 의해 이를 관찰시켰다. 물론 담배에 대한 사회적 규제도 흡연자 개개인이 찬성의사를 표시한 것은 아니지만, 의회에서의 입법절차라는 대의과정을 분명하게 거친 것임을 상기할 필요가 있다. 또한 일터에서 노동자 건강에 문제를 야기하는 수많은 유해요인들이 존재함에도 불구하고, 흡연문제에 초점을 두는 것은 기업의 노동자 보호 책임을 회피하는 방편으로밖에 보이지 않는다. 노동자 건강에 그렇게 관심이 많은 기업이 2년 연속 산재사망 1위를 차지한다는 것은 이해하기 어렵지 않은가? 더구나 ‘정보’를 이용해 회사 밖의 흡연현장까지 ‘급습’하는 것은 인신구속을 아무렇지도 않게 여기는 전근대적 노동관행을 보여주는 것에 지나지 않는다. 최고경영자의 직관, 일방적 지시에 따라 수천 명의 직원이 일사불란하게 사생활을 통제당하는 모습은, 현대 사회의 또 다른 중요한 가치인 ‘민주주의’나 ‘인권’과는 한참이나 먼 것이다.

13) 조윤미 “일방적인 ‘금연캠페인’, 대우조선 노조 ‘빨랐다.’” 아시아경제 2010년 12월 3일.

14) 강경흠. “GS건설?대우조선해양 산재사망 1위” 내일신문. 2010년 9월 4일

● 담배규제 정책과 사회정의

담배 문제를 사회적 공정성, 혹은 사회정의의 문제로 바라보는 것은 아직 낯설다. 많은 사람들이 흡연을 전적으로 개인이 선택한 행동이고 담배로 인한 질병은 ‘생활습관병’이라고 보기 때문이다 (Healton 등 2004). 하지만, 담배의 사용과 중단은 앞서 살펴보았듯 개인의 취향, 온전한 합리적 선택의 결과만으로 보기 어렵고, 또 담배에 의한 건강해악이 엄청나다는 점에서 후견주의에 기반한 사회적 규제는 상당한 지지를 얻을 수 있다. 더구나 흡연률의 사회경제적 불평등은 흡연기회와 금연자원에서의 구조화된 불공정을 반영하며, 그로 인해 사망과 상병에서 불평등이 더욱 심화되는 현상은 사회정의의 관점에서 분명 지양해야 한다. 그렇기 때문에 흡연 문제를 감소시킬 수 있는, 특히 사회경제적 불평등 감소시키는 사회적 규제는 매우 중요하지만, 그렇다고 해서 목적이 수단을 합리화시켜서는 안 될 것이다.

건강이 중요한 가치이기는 하지만, 인간사회에는 건강 말고도 중요한 가치들이 존재한다. 자유권, 노동권도 그런 중요한 가치들 중 하나이다. 자율성을 어디까지 존중해야 하고 후견주의적 개입은 어느 정도나 정당화될 수 있는지, 선형적으로 원칙을 정하기란 불가능하다. 담배 규제 정책을 만들고 집행하는 과정에서 중요한 것은, 자율성 존중 또한 사회적으로 매우 중요한 가치임을 인정하면서, 규제정책이 가져올 해악과 편익을 면밀하게 파악하는 것이 될 것이다. 특히 사회 불평등에 대한 고려를 놓치지 않는 것이 중요하다. 이를테면, 가장 효과적인 정책으로 알려진 담배세 인상조치의 경우, 소득 역진적 성격은 이론의 여지가 없다. 그런데 연구들은 담배의 가격 탄력성이 저소득층에서 더 크기 때문에 저소득층의 금연 효과가 더 크고, 궁극적으로는 저소득층의 편익이 더 커진다는 점에서 이를 정당화할 수 있다고 주장한다. 하지만 담배를 끊지 못하고 계속 피우는 저소득층의 경우, 경제적 부담이 더욱 가중된다는 점 또한 분명하다 (Wilson 2005). 따라서 담배규제의 수립과

시행에서, 다양한 인권의 측면들과 건강권의 가치를 균형 있게 고려하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다.

다음 절에서는, 다양한 담배규제 정책들의 일반적 특성과 한국사회의 정황을 살펴보고, 이를 통해 담배규제정책의 건강불평등 영향 (제 5장)을 이해할 수 있는 토대를 마련하고자 한다.

3.2. 담배에 대처하는 우리의 자세

3.2.1. 담배규제정책

앞서 살펴본 것처럼 담배 사용은 개인의 취향과 자유로운 선택을 넘어서는 일종의 사회적 현상이다. 따라서 흡연의 예방이나 금연을 촉진하기 위한 대응책은 단순한 보건교육 그 이상의 것이어야 한다. 담배사용과 관련된 다양한 요인들에 대한 다층적이고 포괄적인 접근이 필요하며 이는 때로 전통적인 보건 분야의 영역을 넘어선다. 또한 초국적 기업의 세계화 전략에 맞선 국제공조도 필수적이다. 건강 관련 기구가 아닌 세계은행 (World Bank)이 담배 문제를 자신의 중요한 의제로 설정한 것이나, WHO가 주도한 최초의 세계공중보건 협약이 바로 담배규제라는 것은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다.

그러나 국내에서 담배 이슈를 바라보는 시각은 이에 미치지 못하는 것으로 보인다. 정부의 규제도 ‘담배’보다는 ‘흡연’ 혹은 ‘흡연자’의 문제에 치중하면서, 담배 상품의 주기인 생산·조제 - 판매 - 소비라는 틀보다는 흡연예방, 금연, 담배 연기 없는 환경이라는 차원에서 접근하는 경향이 있다. 다음 그림은 이를 잘 드러낸다 (그림 20) (서미경 등 2008).

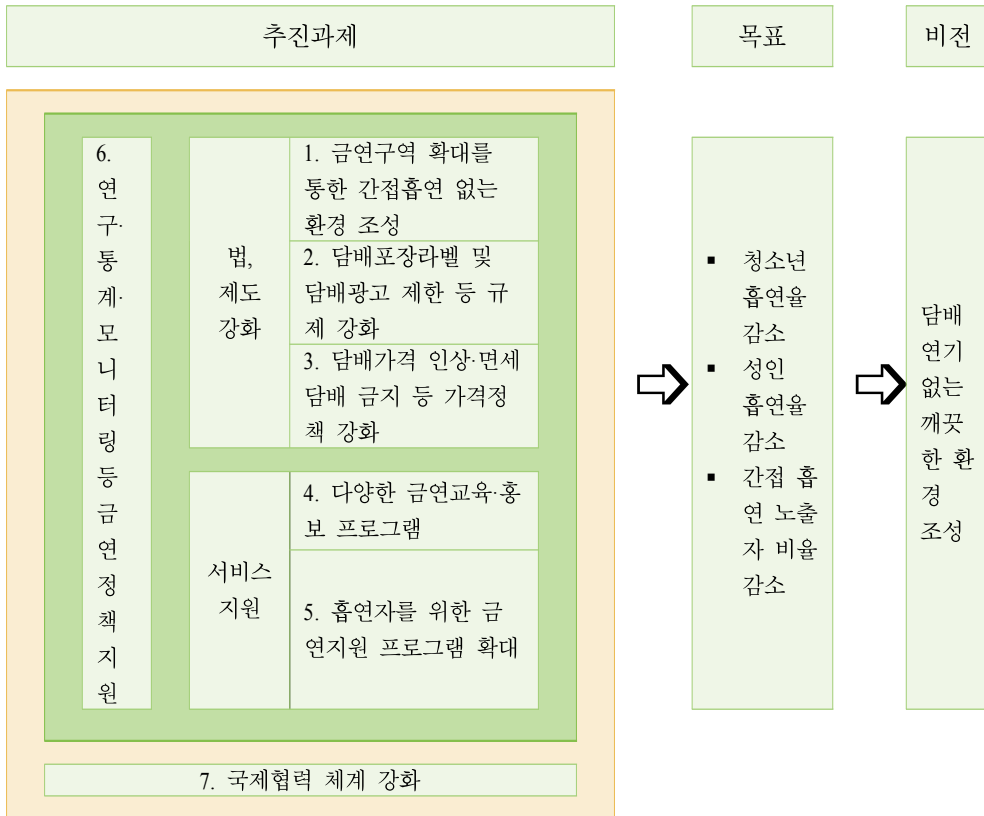


그림 20 담배규제 및 금연환경 조성 종합계획 추진 틀 (출처: 서미경 등 2008)

또한 담배 문제를 국내, 그리고 보건 분야로 한정하는 경향이 두드러진다는 점도 지적할 수 있다. 그러다보니 담배와 관련된 다양한 사회적 결정요인들을 다루거나, 혹은 불평등의 문제에 관심을 기울이는 경우는 많지 않다. 이를테면, 한미 FTA의 결과 현재 40%인 미국산 담배의 관세는 10년 내에 철폐되어야 하는데,¹⁵⁾ 이는 가격 인하, 담배소비의 증가로 이어질 수도 있다. 또한 장기적으로 한국정부의 담배 규제 노력들이 한미 FTA에 근거한 미국 담배회사들의 투자자 소송에 직면할 가능성도 존재한다 (Shaffer 등). 하지만, 이러한 문제점들은 보건복지부나 학계의 관심을 끌지 못했다. 다른 한편에서, KT&G가 적극적으로 해외 담배시장 개척에 나서

15) <http://www.ustr.gov/sites/default/files/uploads/agreements/fta/korus/>

고 있지만, 이에 대한 비판적 의견을 찾아보기도 힘들다 (그림 21).

하지만 3.1절에서 살펴본 것처럼, 담배 문제는 정치경제의 문제이자, 또 사회정의의 문제이기도 하다. 그렇다면 담배 규제는 어떤 특성을 가지고 있으며, 바람직한 방향은 어떤 것일까?



그림 21 동아일보 2009년 10월 12일

● 담배규제의 특성

‘담배규제’란 ‘담배제품의 소비와 담배연기에의 노출을 근절하거나 감소시켜 국민의 건강을 증진하는 것을 목적으로 하는 일련의 공급, 수요 및 폐해 감소 전략’으로 정의된다.

담배규제 정책의 내용을 소개하기에 앞서, 일반적인 정책의 구성요소 측면에서 담배규제정책의 특성을 검토해볼 필요가 있다. 일반적으로 정책의 구성요소에는 정책목표, 정책수단, 정책대상이 포함된다 (정정길 2010; 남궁근 2008).

첫째, 정책목표란 정책을 통하여 달성하려는 바람직한 상태를 말한다. 담배규제 정책의 목표는 담배 관련 질환의 유병율과 사망률을 감소시키는 것이다. 하지만 효과가 나타나기까지의 기간, 효과 발생의 인과 고리들을 고려한다면 정책목표는 다양해질 수 있다. 이를테면 유병률과 사망률 감소 이외에 흡연을 감소, 담배소비량 감소, 금연 성공률 증가, 간접흡연 노출 감소, 흡연에 대한 인식 변화 등이 포함될 수 있다. 이러한 맥락에서, 담배 규제의 정책 목표들은 서로 위계 관계를 가지며 목표이면서 동시에 다른 목표 달성을 위한 수단이 되기도 한다.

둘째, 정책수단이란 정부 또는 정책결정자가 정책목표 달성을 위해 활용할 수 있는 도구를 말한다. 담배규제정책의 목표를 달성하기 위해 정부가 사용할 수 있는 도구에는 담배가격 인상, 미성년자에 대한 담배판매 금지, 금연구역 확장, 금연클리닉 제공 등 다양한 것들이 포함된다. 통상적으로 담배규제 정책수단은 크게 가격 정책과 비가격 정책으로 구분되지만, 남궁근 (2008)의 기준에 따라 조직, 권위, 재정, 정보 기반 정책수단으로 구분하여 이해하는 것도 도움이 된다. 우선 조직 기반 정책수단이란 재화와 서비스를 제공하는 조직을 활용하는 것으로 금연클리닉, 금연콜센터, 금연교육 등이 포함된다. 권위 기반 정책수단은 정부가 명령과 통제권을 행사하는 규제정책으로 금연구역 지정, 담배 광고 금지, 담배갑 오도성 문구 금지, 미성년자 대상 담배판매 금지 등이 포함될 수 있다. 재정 기반 정책수단이란 재정적 인센티브 부여나 제재를 활용하는 것으로, 담배가격 인상, 건강증진기금의 금연사업 활용 등이 해당한다. 한편 정보 기반 정책수단이란 공공정보 캠페인, 정보공개, 평가정보를 이용하는 것으로 온라인 금연포탈사이트, 흡연예방 및 금연홍보 캠페인, 금연교육 등이 해당한다.

마지막으로, 정책대상이란 정책의 적용을 받는 사람이나 집단을 의미한다. 담배규제정책의 대상을 공급과 소비 측면에서 구분하면, 공급 측면에서 연초 생산자, 국내외 담배기업, 수입업자, 유통업자, 도·소매업자가 포함되며, 소비 측면에서 현재 흡연자와 잠재적 흡연자들이 포함된다. 한편 금연구역 정책 대상에는 시설소유자, 점유자, 관리자, 영업주가 포함된다. 담배의 외부효과를 고려한다면 비흡연자도 실질적인 정책대상이 될 수 있다. 이를 다시 정책의 수혜집단과 비용부담자로 구분해보면 (정정길 2010), 전자에는 비흡연자, 특히 아동, 청소년, 여성, 영세사업장 노동자 등이 포함된다. 흡연자는 궁극적으로는 정책수혜자로 볼 수도 있지만 당장 흡연권을 제한당하고 담뱃세를 납부한다는 점에서 이들은 당면한 정책비용부담자로 분류할 필요가 있다. 금연구역으로 지정된 사업장의 영업주 또한 비용 부담자이지만, 청소나 환기 비용의 절감, 노동자들의 건강 피해 감소와 비흡연자 고객들의 증

가라는 측면에서는 정책의 수혜자가 될 수도 있다. 물론 담배회사나 판매자들은 분명히 비용 부담자로 분류된다. 정책의 혜택은 분산되고 비용은 집중되는 경향이 있기 때문에, 담배규제정책의 실행 과정에서 잠재적 방해요인이 될 수 있는 정책비용 부담자를 잘 이해하는 것은 매우 중요하다.

● 담배규제기본협약 (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)



그림 22 한국정부의 담배규제 기본협약 서명 알림 기사
(출처: 중앙일보 2003.07.22)

전 세계적인 담배 유행 속에서 1995년 제 48차 세계보건총회는 담배규제를 위한 국제적 수단이 필요하다는 주장을 처음으로 제기했다. 이후 수차례의 논의와 조율을 걸쳐 마침내 2003년 제 56차 세계보건총회에 최종안이 제출되었다. 이는 192개 회원국의

만장일치로 채택되었고, 이후 2005년 2월 27일부터 국제협약으로서의 효력이 시작되었다. 2011년 1월 말 현재, 172개국이 비준했으며, 한국은 2003년 7월 21일 협약에 서명했다 (그림 22) (최은진 등 2008). 협약 채택 이후 지속적인 논의를 위해 총 4차례의 당사국 총회가 개최되었으며 2012년 5차 총회는 한국에서 열릴 예정이다.¹⁶⁾

16) 담배협약의 원문은 WHO Framework Convention on Tobacco Control (<http://www.who.int/fctc/cop/>)에서 확인할 수 있으며, 한글 번역문은 금연길라잡이 (<http://www.nosmokeguide.or.kr/policy/policy3.asp>)에서 볼 수 있다.

담배협약의 목적은 ‘당사국이 시행하는 담배규제 조치에 대한 기본틀을 제공함으로써 담배소비 및 담배연기에의 노출로 인한 보건·사회·환경 및 경제적 폐해로부터 현 세대와 미래 세대를 보호하는데 있다.’

담배협약은 시장의 세계화 경향 속에서 당사국의 공중보건에 대한 보호 권리를 우선시하고, 건강의 문제가 보편적 인권의 문제임을 분명히 밝히고 있다. 협약의 전문은 ‘공중의 건강을 보호한다는 자국의 권리에 우선권을 부여하기로 결의한 협약의 당사국은... 다음과 같은 합의했다’고 시작한다. 또한 이 협약이 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리가 있다는 ‘경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약’ 제 12조 건강권 개념에 기초하고 있으며, 이러한 건강권이 인종·종교·정치적 신념·경제 또는 사회적 조건의 차별 없이 모든 인간의 기본적 권리의 하나임을 천명한 WHO 헌장을 계승하고 있음을 밝혔다. 이를 위해 개별 국가의 노력을 넘어서 ‘국가·지역 및 국제적 차원에서의 포괄적이고 다각적인 조치와 조율된 대응방안’의 필요성을 적극적으로 제기하고 있다. 이는 ‘담배유행의 전파는 무역자유화와 직접적인 해외투자를 포함한 국경 간 영향과 관련된 복잡한 요소를 통하여 활성화된다. 국제적 마케팅, 다국적 담배 광고·판촉·후원, 국제적 담배 밀수 및 모조 등이 담배사용을 폭발적으로 증가하는 데 기여한다’는 인식에 기초하고 있다. 또한 제 5조 ‘일반의무’에서 ‘담배 규제에 관한 공중 보건정책을 수립하고 시행하는 데서, 당사국은 국내법에 따라 담배산업의 상업적 이익과 기타 이권으로부터 이러한 정책들을 보호해야 한다’고 밝힘으로써 담배기업과 공중보건의 갈등관계에 있음을 분명하게 드러냈다.

담배협약의 내용과 목표는 그림 23과 같이 요약할 수 있으며, 총 11장 38조항으로 이루어진 본문의 내용들은 표 3과 같이 재구성할 수 있다.

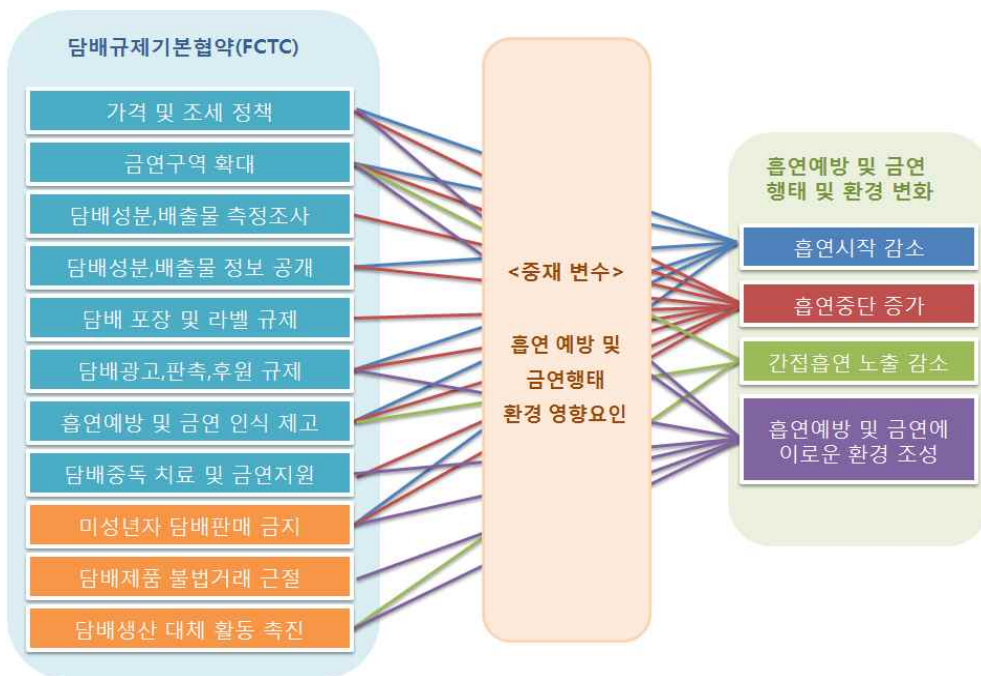


그림 23 담배규제기본협약의 목표와 주요 내용 (출처: 김철환 2010)

표 3 담배규제기본협약의 구성

	조항	주요 내용
제1장 도입	제1조 ~ 제2조	협약의 주요 개념 협약과 기타 협정 및 법적 문서와의 관계 규정
제2장 목적, 기본원칙 및 일반의무	제3조 ~ 제5조	담배규제기본협약의 목적 기본원칙 및 포괄적인 일반의무 규정
제3차 담배수요감소 조치	제6조 ~ 제14조	가격 및 조세 조치(제6조) 비가격조치(제7조) 금연구역 설치(제8조) 담배성분의 조사(제9조) 담배성분의 공개(제10조) 담배제품의 포장 및 라벨 규제(제11조) 교육·의사소통·훈련·대중 인식(제12조) 광고·판촉·후원 규제(제13조) 금연 프로그램 활성화(제14조)
제4장 담배 공급 감소 조치	제15조 ~ 제17조	담배제품의 불법거래(제15조) 미성년자의 담배 판매 및 구매(제16조) 노동자, 경작자 등에 대한 대체활동 지원(제17조)
제5장 환경 및 건강 보호	제 18조	담배 경작 및 제조 관련 환경 보호 환경과 관련된 사람의 건강 보호
제6장 책임과 관련된 문제	제19조	형·민사상 책임 문제 관련
제7장 과학·기술 협력과 정보 교류	제20조 ~ 제22조	개도국과 체제전환국의 특수 상황을 고려한 과학·기술 협력과 정보교류에 대한 규정
제8장 제도적 장치 및 자원	제23조 ~ 제25조	당사국 총회, 사무국, 당사국 총회와 국제기구 간의 관계, 재원에 관한 규정
제9장 분쟁해결	제27조	당사국간 분쟁이 발생하는 경우 교섭, 주선, 중개, 조정 등 방법 활용
제10장 협약의 발전	제28조 ~ 제29조	향후 분야별로 구체적인 이행에 관한 의정서 채택, 부속서 추가가 가능함을 규정
제11장 최종조항	제30조 ~ 제38조	유보, 탈퇴, 투표권, 의정서, 서명, 비준 수락, 승인, 공식확인, 가입, 협약의 발효, 수탁자, 정본, 서명자, 채택장소

출처: WHO담배규제기본협약 비준국 국제교류 및 국내담배관련법의 제도정비 2008

담배협약 당사국들이 담배사용을 줄이기 위해 이행해야 할 조치들은 담배협약의 제3장 담배수요감소 조치와 제4장 담배공급감소 조치에 담겨있다. 이들 조치들의 구체적인 내용과 2010년 보고된 이행 현황은 다음과 같다 (WHO 2003; WHO 2010a).

(1) 담배수요 감소 조치

제6조 가격 조치 및 조세 조치

내용	1. 가격 및 조세조치가 여러 부류의 사람들, 특히 청소년의 담배소비 감소에 효과적이고 중요한 수단임을 인식 2. 다음 각호를 포함하는 조치를 채택·유지 가. 담배소비 감소에 기여하기 위해, 담배제품에 대한 조세정책, 가격정책 시행 나. 면세와 무관세 담배제품의 판매, 수입을 금지 또는 제한 3. 담배제품에 대한 세율 및 담배소비 동향을 당사국 총회에 정기보고서로 제공
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) ▪ 담배제품에 관한 조세 조치: 소비세는 90개국(67%) 징수, 수입관세는 39개국(29%) 징수, 부가가치세는 71개국(53%) 징수 ▪ 궐련에 대한 총 조세부담(분석대상은 80개국): 전체 당사국의 평균값은 담배가격의 50% 정도이나, 10% 미만(카자흐스탄)에서 95%(예멘)까지 변이가 큼. 당사국 중 45%는 담배가격의 50%에서 75% 사이에 존재. ▪ 담배제품의 가격 현황(자료 제출 122개국): 궐련 1갑의 가격은 1 USD 미만에서 12 USD까지 변이가 크고 전체 당사국의 평균 가격은 2.53 USD임. 지역별로 전체 평균 가격의 절반 이하(가장 낮은 지역)는 남동아시아, 동지중해지역이고 전체 평균가격 미만은 아프리카 지역이며, 가장 높은 지역은 유럽지역으로 나타나서 변이가 큼. ▪ 면세와 무관세 담배제품 금지, 제한: 61개국(45%) 실시, 70개국(52%) 미실시, 4개 무응답 ▪ 일부 담뱃세를 건강에 대한 목적으로 부과: 13개국(10%) 실시

제7조 비가격 조치

내용	포괄적인 비가격 조치가 담배소비 감소에 효과적이고 중요한 수단임을 인식. 제13조에 따른 의무사항을 이행하기 위하여 필요한 조치를 채택, 시행 (당사국 총회는 지침 제안)
----	---

제8조 담배연기 노출로부터의 보호

내용	1. 담배연기에의 노출이 사망·질병·장애를 초래한다는 과학적 증거를 인식 2. 실내 작업장, 대중교통수단, 실내 공공장소 및 기타 공공장소에서의 담배연기 노출로부터의 보호를 위하여 조치를 채택, 시행
2010 이행 현황	(분석대상 104개국) - 실내 작업장: 87개국(84%) 실시, 9개국(9%) 미실시, 8개국 무응답 - 대중교통수단: 86개국(83%) 실시, 10개국(10%) 미실시, 8개국 무응답 - 실내 공공장소: 81개국(78%) 실시, 16개국(15%) 미실시, 7개국 무응답 - 보편적 적용은 19개국(135개국 중 14%)에 불과

제9조 담배제품의 성분에 관한 규제

내용	담배제품의 성분 및 그 배출물을 시험, 측정 및 규제를 위한 조치를 채택, 시행 (당사국 총회는 지침 제안)
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) - 담배제품 성분의 시험과 측정: 59개국(44%) 실시, 69개국(51%) 미실시, 7개국 무응답 - 담배제품 배출물의 시험과 측정: 59개국(44%) 실시, 68개국(50%) 미실시, 8개국 무응답 - 담배제품 성분의 규제: 66개국(49%) 실시, 59개국(44%) 미실시, 10개국 무응답 - 담배제품 배출물의 규제: 62개국(46%) 실시, 64개국(47%) 미실시, 7개국 무응답

제10조 담배제품의 공개에 관한 규제

내용	담배제품의 제조업자 및 수입업자가 담배제품의 성분 및 배출물에 관한 정보를 정부당국에 제공하도록 요구하는 조치를 채택, 시행 담배제품과 그 제품이 발생시키는 배출물의 독성 성분에 관한 정보를 일반인에게 공개할 수 있도록 조치를 채택, 시행
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) - 정부당국에 담배제품 성분 정보 제공: 84개국(62%) 실시, 48개국(36%) 미실시, 3개국 무응답 - 정부당국에 담배제품 배출물 정보 제공: 71개국(53%) 실시, 58개국(43%) 미실시, 6개국 무응답

제11조 담배제품의 포장 및 라벨

내용	1. 협약이 자국에 효력을 발생하는 시점으로부터 3년 이내에 조치를 채택, 시행 가. 담배제품의 포장 및 라벨은 허위·오도·기만적이거나, 제품의 특성, 건강에 대한 영향, 위험성 또는 배출물에 관한 잘못된 인상을 조장할 개연성이 있는 방법을 사용하여 담배 제품을 홍보하여서는 아니됨, 나. 담배제품의 각 갑포장, 묶음포장, 기타 외부 포장 및 라벨도 경고문구, 기타 적절한 전달문구를 포함. 다음 각목을 충족. (1) 권한 있는 국내 당국의 승인 (2) 문구의 교체 (3) 넓은 면적, 명시성, 가시성 및 판독성 (4) 원칙적으로는 주요 표시면들의 50% 이상 크기가 요구, 적어도 반드시 30% 이상 차지 (5) 사진이나 그림의 형식, 또는 이의 일부 포함 가능 2. 담배제품의 각 갑포장, 포포장, 기타 외부 포장 및 라벨은 담배제품의 관련 성분 및 배출물에 관한 정보를 포함 3. 단일 또는 복수의 주요 언어로 기재되도록 요구 4. “외부 포장 및 라벨”이라는 용어는 제품의 소매 판매에 사용되는 외부 포장 및 라벨에 적용
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) - 오도·기만적 포장 및 라벨 금지: 88개국(65%) 실시, 37개국(27%) 미실시, 10개국 무응답 - 포장과 라벨에 경고문구 포함: 111개국(82%) 실시, 15개국(11%) 미실시, 9개국 무응답 - 경고문구의 국내당국 승인: 100개국(74%) 실시, 25개국(18%) 미실시, 10개국 무응답 - 경고문구의 순환: 81개국(60%) 실시, 45개국(33%) 미실시, 9개국 무응답 - 경고문구 위치 및 설계에 대한 요구: 100개국(74%) 실시, 26개국(19%) 미실시, 9개국 무응답 - 경고문구 크기(적어도 30% 이상): 87개국(64%) 실시, 38개국(28%) 미실시, 10개국 무응답 - 경고문구에 그림 도입: 44개국(33%) 실시, 82개국(61%) 미실시, 9개국 무응답 - 포장과 라벨에 성분 및 배출물 정보 포함: 79개국(59%) 실시, 46개국(34%) 미실시, 10개국 무응답 - 당사국의 주요 언어들로 경고문구 기재 요구: 90개국(67%) 실시, 35개국(26%) 미실시, 10개국 무응답

제12조 교육, 의사소통, 훈련, 일반인의 인식

내용	모든 가능한 의사소통 수단을 활용하여 담배 규제 문제에 관한 일반인의 인식을 촉진 및 강화하기 위하여 조치를 채택, 시행 가. 담배소비 및 담배연기에의 노출의 중독성을 포함하는 건강상의 위험에 관한 교육 프로그램과 일반인의 인식 프로그램 나. 금연 및 금연생활의 이점에 대한 일반인의 인식 다. 담배업계에 관한 광범위한 정보에 대한 일반인의 접근 라. 보건 관계자·지역사회 운동가, 사회활동가, 대중매체 전문가, 교육자, 정책결정자, 행정관료 및 기타를 대상으로 하는 담배 규제에 관한 훈련 또는 인지, 인식 프로그램 마. 담배규제 프로그램과 전략을 개발, 시행하는 과정에 담배업계와 연계되지 아니한 공공·민간기관 및 비정부기구의 인식과 참여 바. 담배의 생산 및 소비로 인하여 발생하는 경제, 보건, 환경적 악영향 정보에 대한 일반인의 인식과 접근
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) - 교육 프로그램과 일반인 인식 프로그램: 114개국(84%) 실시, 14개국(10%) 미실시, 7개국 무응답 - 담배업계에 관한 정보에 대한 일반인의 접근: 65개국(48%) 실시, 48개국(36%) 미실시, 22개국(16%) 무응답 - 다양한 집단을 목표로 한 인식 프로그램: 당사국 중 19%는 연령 고려한 프로그램 실시, 67%는 성별 고려한 프로그램 실시, 50% 미만은 교육 혹은 문화적 배경 고려한 프로그램 실시, 50% 이상은 사회경제적 수준 고려한 프로그램 실시 - 선별적 훈련 혹은 민감성 프로그램(104개국 대상): 당사국 중 69%는 보건 관계자에게 실시, 55%는 지역사회 운동가에게 실시, 50%는 사회활동가에게 실시, 55%는 대중매체 전문가에게 실시, 66%는 교육자에게 실시, 55%는 정책결정자에게 실시, 51%는 행정관료에게 실시,

제13조 담배광고, 판촉 및 후원

내용	1. 광고, 판촉 및 후원의 포괄적 금지가 담배제품의 소비를 감소시킴을 인식 2. 모든 담배광고, 판촉 및 후원에 대한 포괄적인 금지조치를 시행. 이 협약이 자국에 효력을 발생하는 시점으로부터 5년 이내에 적절한 조치를 취함, 보고 3. 포괄적 금지조치를 시행할 수 없는 당사국은 제한조치를 시행, 자국내에서 발원하는 초국경적 효과를 갖는 광고, 판촉 및 후원에 대한 제한 또는 포괄적 금지조치를 포함. 4. 최소한 다음 각 호를 행함 가. 허위·오도·기만적이거나, 잘못된 인상을 조장할 개연성이 있는 방법을 사용하여 담배제품을 홍보하는 모든 유형의 광고·판촉 및 후원을 금지 나. 모든 담배광고를 비롯하여, 판촉 및 후원에 대해서도 건강이나 기타 적절한 내용의 경고 또는 전달문구를 포함시키도록 요구 다. 일반인의 담배제품 구매를 촉진할 수 있는 직·간접적 유인책의 사용을 제한 라. 포괄적 금지조치가 시행되지 아니한 경우 담배업계의 지출금액을 관련 정부당국에 공개 요구. 그 지출금액을 일반인에게, 그리고 당사국 총회에 공개하도록 결정 가능 마. 라디오·텔레비전 인쇄매체 및 인터넷 같은 기타 매체를 통한 담배광고, 판촉 및 후원을 포괄적으로 금지하거나 제한조치를 5년 이내에 시행 바. 국제적 행사, 활동 및/또는 참가자에 대한 담배후원을 금지하거나 제한조치를 시행 6. 초국경적 광고의 근절을 촉진하는데 필요한 기술 및 기타 수단을 개발하는데 협력 7. 특정한 유형의 담배광고, 판촉 및 후원을 금지한 당사국은, 자국영토로 들어오는 그와 동종의 초국경적 광고, 판촉 및 후원을 금지, 자국의 영토에서 발생하는 국내 광고판촉 및 후원에 대하여 적용되는 동일한 처벌을 국내법에 따라 부과할 수 있는 주권적 권리를 가짐
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) ■ 광고, 판촉 및 후원의 포괄적 금지: 74개국(55%) 실시, 59개국(44%) 미실시, 2개국 무응답 ■ 모든 담배광고, 판촉, 후원에 대한 제한조치: 32개국(24%) 실시, 63개국(47%) 미실시, 39개국(29%) 무응답 ■ 오도·기만적 광고 금지: 66개국(49%) 실시, 42개국(31%) 미실시, 27개국(20%) 무응답 ■ 모든 담배광고, 판촉, 후원에 경구문구 포함 요구: 50개국(37%) 실시, 45개국(33%) 미실시, 40개국(30%) 무응답 ■ 직·간접적 유인책 사용 제한: 61개국(45%) 실시, 45개국(33%) 미실시, 29개국(22%) 무응답 ■ 담배업계의 지출금액을 정부당국에 공개: 16개국(12%) 실시, 82개국(61%) 미실시, 37개국(27%) 무응답 ■ 국제적 행사, 활동에 담배후원 제한: 64개국(47%) 실시, 43개국(32%) 미실시, 28개국(21%) 무응답 ■ 국제적 행사, 활동의 참가자에 담배후원 제한: 65개국(48%) 실시, 41개국(30%) 미실시, 29개국(22%) 무응답

제14조 담배중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치

내용	1. 과학적인 증거를 기초로 하는 적절하고, 종합적인 방안을 개발·전파, 금연 및 담배중독의 적절한 치료를 촉진하기 위한 효과적인 조치 취함 2. 다음 각호를 위하여 노력 가. 교육기관, 보건시설, 직장 및 운동 공간과 같은 장소에서의 금연촉진을 위한 효과적인 프로그램을 고안, 실시 나. 담배중독에 대한 진단, 치료와 금연상담을 국가적 보건교육 프로그램, 계획 및 전략에 포함 다. 담배 중독의 진단, 상담, 예방 및 치료를 위한 프로그램을 보건시설과 재활센터에 개설 라. 담배중독 치료의 접근성 및 비용감당 가능성을 촉진하기 위하여 다른 당사국과 협력
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) ▪ 적절하고 종합적인 방안: 59개국(57%) 실시, 38개국(37%) 미실시, 7개국 무응답 ▪ 금연 촉진 프로그램 고안, 실시: 당사국 중 50개국(48%)는 교육기관에서 실시, 57개국(55%)는 보건시설에서 실시, 47개국(45%)는 직장에서 실시, 39개국(38%)는 운동 공간에서 실시

(2) 담배공급 감소 조치

제15조 담배제품의 불법거래

내용	1. 밀수·불법제조 및 위조를 포함한 모든 유형의 담배제품 관련 불법거래를 근절하는 것이 담배규제의 근본적인 요소임을 인식 2. 담배제품의 원산지를 판단, 불법유통 지점을 결정, 담배제품의 이동 및 합법성을 감시·기록 및 통제하기 위하여, 담배제품의 모든 갑포장, 포포장 및 기타 외부 포장에 표시를 하도록 보장하는 조치를 채택, 시행 3. 포장 정보나 표시가 독해 가능한 형태, 자국의 단일 또는 복수의 주요 언어로 표시되도록 요구 4. 다음 각호를 행함 가. 담배제품의 초국경적 거래에 관한 정보를 감시·수집, 관세·조세 및 기타분야 당국 간에 정보를 교환 나. 적절한 처벌과 구제조치를 포함하는 법령을 제정 또는 강화 마. 담배제품의 불법거래로 발생한 불법수입을 몰수 할 수 있게 하는 적절한 조치를 채택 5. 수집된 정보를 당사국 총회 정기보고서에 총액의 형태로 제공 6. 수사·기소 및 재판절차와 관련하여, 관련 지역·국제 정부 간 기구간의 협력을 촉진 7. 허가제도를 포함하여, 담배제품의 생산과 유통을 통제 또는 규제하는 강화된 조치를 취하기 위하여 노력
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) ■ 담배제품의 불법거래에 관한 법령 제정, 강화: 93개국(69%) 실시, 40개국(30%) 미 실시, 2개국 무응답 ■ 담배제품 포장에 표시: 당사국 중 83개국(61%)은 담배제품 원산지를 판단하기 위한 표시 실시, 89개국(66%)는 합법적 거래를 판단하기 위한 표시 실시, 91개국(67%)는 당사국의 주요 언어들로 표시 요구 ■ 담배제품의 불법거래로 발생한 불법수입의 몰수: 76개국(56%) 실시, 54개국(40%) 미 실시, 5개국 무응답 ■ 담배제품의 생산과 유통에 관한 허가제도 또는 통제·규제 조치: 85개국(63%) 실시, 48개국(36%) 미 실시, 2개국 무응답

제16조 미성년자의 담배판매 및 구매

내용	1. 국내법이 규정한 연령 또는 18세 미만인자에 대한 담배제품의 판매를 금지하기 위하여 조치를 채택, 시행 가. 모든 담배제품 판매업자가 미성년자에 대한 담배 판매 금지에 관한 선명하고 명확한 표지를 판매장소 내부에 설치, 의심스러운 경우에는 각 구매자에게 적절한 증명서의 제시를 요청하도록 요구 나. 상점의 선반 진열과 같이 담배제품에 대한 직접 접근이 가능한 모든 방식의 담배제품 판매를 금지 다. 미성년자에게 흥미를 유발시킬 수 있는 담배제품 형태의 사탕, 과자, 장난감 또는 기타 물건의 제조 및 판매를 금지 라. 담배 자판기에 미성년자가 접근할 수 없도록 하며, 담배 자판기로 인하여 미성년자에 대한 담배제품의 판매가 촉진되지 아니하도록 보장 2. 일반인, 특히 미성년자에 대한 담배제품의 무상 배포를 금지 3. 미성년자의 담배제품 구매 가능성을 높이는 날개 판매 또는 소량 포장 판매를 금지 4. 이 협약의 다른 규정과 연계하여 시행하여야 한다는 것을 인식 5. 담배 자동판매기의 도입을 금지하거나, 담배 자동판매기를 전면금지 한다는 약속을 표명할 수 있음 6. 담배 판매업자 및 유통업자에 대한 처벌을 포함하는 조치 7. 국내법으로 정하여진 연령 또는 18세 미만의 사람이 담배제품을 판매하는 것을 금지하기 위한 조치
2010 이행 현황	(분석대상 135개국) ▪ 미성년자에 대한 담배판매 금지: 106개국(79%) 실시, 26개국(19%) 미실시, 3개국 무응답 ▪ 미성년자의 정의: 15~21세까지 다양하나, 당사국 중 81개국은 18세를 법적으로 규정, 10개국은 16세를 법적으로 규정 ▪ 미성년자에 의한 담배판매 금지: 94개국(70%) 실시, 40개국(30%) 미실시, 1개국 무응답 ▪ 담배 판매업자 및 유통업자에 대한 처벌: 94개국(70%) 실시, 40개국(30%) 미실시, 1개국 무응답 ▪ 담배제품의 무상배포 금지: 96개국(71%) 실시, 35개국(26%) 미실시, 4개국 무응답

제17조 경제적으로 실행 가능한 대체활동을 위한 지원 제공

내용	담배업계 노동자·경작자 및 개별 판매업자를 위하여 경제적으로 실행 가능한 대체 활동을 촉진
2010 이행 현황	- 참고(자료 출처 80개국): GDP 대비 담배잎 생산 가치는 0.0002%(캐나다)에서 0.045%(터키)까지 변이가 큼 - 경제적으로 실행 가능한 대체활동 지원: 10개국은 담배업계 노동자 및 개별 판매업자에게 특수 프로그램 실시, 13개국은 담배 경작자에게 프로그램 제공, 당사국 중 67%가량 대체활동 지원 미실시

담배협약의 이행현황에 대한 WHO의 평가를 살펴보면, 담배협약이 발효된 지 5년이 경과하면서 전 세계적인 추세는 긍정적이지만, 정책 별로 상당한 변이가 존재한다는 것을 알 수 있다. 금연구역 설치 (제8조), 담배제품의 포장 및 라벨 규제 (제11조), 교육·의사소통·훈련·대중 인식 (제12조), 미성년자의 담배판매 및 구매 (제16조) 조치의 이행 비율은 대체로 높고, 담배성분의 조사 (제9조), 광고·판촉·후원 규제 (제13조), 대체활동지원 (제17조) 활동은 이행 비율이 낮다 (WHO FCTC 2010a). 이행의 우선순위와 관련하여 살펴보면, 당사국들이 이전에는 인프라, 국가 활동 계획, 담배규제법령 등 기본 토대 수립에 초점을 두었으나 근래에는 담배협약의 요구사항을 채우기 위해 개별 프로그램을 강조하는 경향으로 전환하고 있다. 이행 환경과 관련하여 많은 당사국들에서 인력, 재정 등의 자원은 여전히 부족한 반면, 감시 강화나 규제 개발, 담배 중독 치료 등의 수요는 높은 것으로 보고되었다 (WHO FCTC 2010a).

3.2.2. 한국의 담배규제 정책

담배 협약은 담배 공급 감소와 수요 감소 전략을 동시에 포괄하는 근거 바탕 협약이다. 협약의 포괄적 성격은 당사국의 담배 규제 정책의 골격 구실을 할 수 있으므로 다양한 담배 규제 정책을 서술하는 틀로 적합하다. 담배 협약이 언급하는 담배 규제 정책의 범주를 다시 한번 요약하면 표 4와 같다.

표 4 담배규제 정책의 범주

[1] 담배 수요 감소 조치

- [1-1] 가격 및 조세 정책
- [1-2] 담배 수요 감소를 위한 비가격 정책
 - [1-2-1] 담배 연기 노출로부터의 보호
 - [1-2-2] 담배 제품 성분 규제
 - [1-2-3] 담배 제품 정보 공개
 - [1-2-4] 담배 제품 포장 및 품질 표시
 - [1-2-5] 교육과 커뮤니케이션, 훈련, 대중 인식
 - [1-2-6] 담배 광고와 판촉, 후원
- [1-3] 담배 중독과 금연에 관한 수요 감소 조치

[2] 담배 공급 감소 조치

- [2-1] 담배 제품 불법 거래 규제
 - [2-2] 미성년자의 담배 구매 및 판매 규제
 - [2-3] 대체 활동 지원
-

지금부터 담배 규제 관계 법령의 해당 조문과 보건사회백서(보건복지백서)의 내용을 바탕으로 한국 담배 규제 정책의 현황을 서술한다. 다만, 가격 및 조세 정책, 담배 연기 노출로부터의 보호 정책에 대해서는 한국 담배 규제 정책의 주요 변화 사항을 덧붙여 서술한다.

[1] 담배 수요 감소 조치

[1-1] 가격 및 조세 정책

현행 담배사업법 (법률 제9932호, 2010년 1월 18일 개정, 3월 19일 시행) 제18조는 담배 제품의 제조업자 또는 수입 판매업자가 담배 판매 가격을 결정하여 시·도지사에게 신고토록 규정하고 있다. 가격을 변경할 때도 마찬가지다. 또 시·도지사는 이를 기획재정부장관에게 통보해야 한다. 담배 제품 제조업자 및 수입 판매업자는 신고한 판매 가격을 공고해야 한다. 이렇게 보면 담배 가격 결정에서 담배 제품 제조업자나 수입 판매업자가 상당한 자율권을 누리는 것으로 비치지만 실상은 반드시 그렇지만은 않다. 담배 판매 가격에는 각종 세금과 부담금이 포함되어 있기 때문이다 (보건복지부 2010:180쪽).

먼저 부가가치세법(법률 제10409호, 2010년 12월 27일 개정, 2011년 1월 1일 시행) 제14조는 부가가치세의 세율을 100분의 10, 즉 10%로 정하고 있다. 이 세율은 담배 제품에도 적용된다.¹⁷⁾ 또 지방세법(법률 제10416호 2010년 12월 27일 개정, 2011년 1월 1일 시행) 제52조 제1항은 담배소비세의 세율을 다음과 같이 정해 놓았다 (표 5). 여기서 주된 관심 대상은 피우는 담배 중 켄련이다.

표 5 담배 종류별 담배소비세의 세율

-
- | |
|---|
| 1. 피우는 담배 |
| 가. 제1종 켄련: 20개비당 641원 |
| 나. 제2종 파이프 담배: 50그램당 1,150원 |
| 다. 제3종 엽켄련: 50그램당 3,270원 |
| 라. 제4종 각련 ¹⁸⁾ : 50그램당 1,150원 |
| 마. 제5종 전자 담배: 니코틴 용액 1밀리 리터당 400원 |
| 2. 씹는담배: 50그램당 1,310원 |
| 3. 냄새 맡는 담배: 50그램당 820원 |
-

17) 단, 판매 가격이 200원 이하거나 특수용 담배는 부가가치세 부과 대상에서 제외된다.

또 같은 법 제151조 제1항 4호에 따르면 이 법에 따라 납부해야 할 담배소비세의 100분의 50, 즉 쉼련의 경우 20개비당 641원의 50%인 320.5원이 지방교육세로 내야 할 금액이 된다. 자원의 절약과 재활용 촉진에 관한 법률(법률 제9433호, 2009년 2월 6일 개정, 2010년 1월 1일 시행) 제12조의 폐기물 부담금은 같은 법 시행령(대통령령 제22535호, 2010년 12월 20일 개정, 2011년 1월 1일 시행) 제10조 제1항 5호 및 제11조, 별표 2에 따라 (쉼련) 20개비(전자 담배의 경우 20카트리지)당 7원이 부과되고 있다. 마지막으로 현행 국민건강증진법(법률 제10221호, 2010년 3월 31일 개정, 2011년 1월 1일 시행) 제23조는 쉼련 20개비당 354원의 국민건강증진 부담금을 부과·징수할 것을 규정하고 있다.

조홍준 (2008)은 이상의 세금과 부담금 규모를 감안하여 판매 가격이 2,500원인 20개비 한 갑 쉼련을 기준으로 담배 판매 가격의 구성을 보였다 (표 6).

표 6 담뱃값의 가격 구조

구분		판매 가격(2,500원)	비고
조세 및 부담금	부가가치세	227.27원	종가세
	담배소비세	641.00원	종량세
	지방교육세	320.50원	종량세
	폐기물 부담금	7.00원	종량세
	국민건강증진 부담금	354.00원	종량세
	소계	1,549.77원	판매 가격의 62%
유통 마진 및 제조 원가		950.23원	

출처: 조홍준, 2008:12.

한편, 현행 담배사업법 제19조는 용도를 특정(特定)한 특수용 담배를 규정하는 바, 같은 법 시행령(대통령령 제22003호, 2010년 1월 27일 개정, 2010년 2월 1일 시행) 제7조는 특수용 담배를 국가 원수가 외교사절 그 밖의 자에게 제공하기 위하

18) 하급 잎담배를 경가향(輕加香)하거나 다소 고급인 잎담배를 가향하여 가늘게 썰어, 담뱃대를 이용하거나 흡연자가 직접 쉼련지로 말아 피울 수 있도록 만든 담배(지방세법 시행령 제60조 4호).

여 사용하는 담배 등 10종으로 열거한다.

부가가치세법 제11조와 제12조 제1항 10호는 판매 가격이 20개비당 200원 이하인 담배와 담배사업법상 특수용 담배에 대하여 부가가치세 0원을 부과하거나 이를 면제하도록 정해 놓았다. 또 지방세법 제53조는 담배소비세를 징수하지 않는 경우를, 제54조는 담배소비세를 면제하는 경우를, 세액을 공제하거나 환급하는 경우를 따로 정해 놓았다. 특히 담배소비세 면제 대상의 범위는 시험 분석 또는 연구용 담배 등을 추가하여 부가가치세 영세율 적용 및 면제 대상 범위보다 넓다. 지방교육세는 담배소비세의 경우와 같다. 자원의 절약과 재활용 촉진에 관한 법률 제12조가 정한 폐기물 부담금의 경우 같은 법 시행령 제10조 제1항 5호가 판매 가격 200원 이하 담배와 지방세법에 따라 담배소비세를 징수하지 않거나 면제, 공제 또는 환급하는 담배를 부담금 부과 대상에서 제외하고 있다. 마지막으로 국민건강증진 부담금은 담배소비세가 면제되거나 공제 내지 환급되는 담배를 제외한 담배 중 쉐련에 대하여 부과되고 있다 (표 7).

표 7 특수용 담배 등의 종류별 세금 및 부담금 부과 여부

종류	부가가치세	담배소비세	지방교육세	폐기물부담금	국민건강증진 부담금
수출	X	X	X	X	X
국군, 전투경찰, 교정시설 경 비교도, 외국 주류 장병	X	X	X	X	X
승선 해군사관생도와 장병	X	X	X	X	X
국가유공자 및 그 유족 등	X	X	X	X	X
주한외국군 및 그 종사자	X	X	X	X	X
해외 근로자, 재외공관 직원	X	X	X	X	X
보세구역 판매	X	X	X	X	X
외항선, 원양어선 선원 판매	X	X	X	X	X
국제 항공기, 여객선 승객	X	X	X	X	X
북한지역 관광객	X	X	X	X	X
외국 주둔 장병	X	X	X	X	X
시험 분석 및 연구용	○	X	X	X	X
신제품 개발 시험 흡연용	○	X	X	X	X
수출 상담 견본용	○	X	X	X	X
판매가격 200원 이하	X	○	○	X	○
궐련 외의 담배	○	○	○	○	X

담배의 판매 가격에 관한 사항을 정하는 법률의 변화를 간추리면 다음과 같다
(표 8).

표 8 담배 판매가와 관련한 법률 변화

1956년	연초전매법 제정 - 정부가 담배 가격 결정.
1972년	연초전매법, 담배전매법으로 전부 개정 - 정부가 담배 가격 결정
1986년	담배전매법 개정 - 한국전매공사가 담배 가격을 결정·고시
1989년	담배전매법, 담배사업법으로 전부 개정 - 한국담배인삼공사가 담배 가격 결정
2001년	담배사업법 개정. 한국담배인삼공사 민영화로 담배 제조 독점 해소 및 제조 허가제 도입 - 제조업자가 담배 가격 결정.

1986년 이후 관계 법령 개정에 따라 한국전매공사, 한국담배인삼공사, 제조업자 또는 수입 판매업자가 담배 가격을 정한 것으로 되어 있다. 그러나 정부는 담뱃값에 각종 세금과 부담금을 부과하여 담배 가격 결정에 실질적인 영향력을 행사하고 있다. 이와 같은 방식으로 담뱃값 인상이 이루어져 왔는바 1990년대 이후 담뱃값 인상의 주요 내역은 다음과 같다 (표 9) (조홍준 2008:11쪽).

표 9 1990년대 이후 담뱃값 인상의 주요 내역

연도	인상액	내 용
1994년	120원	100원 일괄 인상+공익 부담금 신설
1996년 1월	4원	폐기물 부담금 신설
1996년 7월	184원	교육세 신설
1997년	2원	국민건강증진기금 신설
1999년	판매가의 10%	부가가치세 신설
2001년	121원	담배소비세
2002년	160원	국민건강증진 부담금 150원, 엽연초생산지원기금 신설 10원
2004년	500원	국민건강증진 부담금 354원, 담배소비세, 지방교육세, 폐기물 부담금, 엽연초생산지원기금 등

[1-2] 비가격 정책

[1-2-1] 담배 연기 노출로부터의 보호

현행 국민건강증진법 제9조 제4항은 공중이 이용하는 시설의 소유자·점유자 또는 관리자는 해당 시설의 전체를 금연 구역으로 지정하거나 해당 시설을 금연 구역과 흡연 구역으로 구분하여 지정해야 한다고 규정하고 있다. 같은 법 시행 규칙(보건복지부령 제1호, 2010년 3월 19일 개정 및 시행) 제6조는 ‘공중이 이용하는 시설’을 구체적으로 적시하고 있다 (표 10).

표 10 국민건강증진법 시행 규칙상 공중이 이용하는 시설

-
- 총면적 1천 제곱미터 이상의 사무용 건축물, 공장 및 복합 용도의 건축물
 - 객실 수 300석 이상의 공연장
 - 총면적 1천 제곱미터 이상의 학원
 - 대규모 점포와, 상점가 중 지하도에 있는 상점가
 - 관광 숙박업소
 - 학교의 교사(校舍)
 - 1천 명 이상의 관객을 수용할 수 있는 체육 시설
 - 의료 기관, 보건소 · 보건의료원 · 보건지소
 - 사회 복지 시설
 - 공항 · 여객 부두 · 철도역 · 여객 자동차 터미널 등 교통 관련 시설의 대합실 · 승강장, 지하보도 및 16인승 이상의 교통수단으로서 여객 또는 화물을 유상으로 운송하는 것
 - 목욕장
 - 청소년 게임 제공업소, 일반 게임 제공업소, 인터넷 컴퓨터 게임 시설 제공업소 및 복합유통 게임 제공업소
 - 영업장의 넓이가 150제곱미터 이상 휴게 음식점 영업소, 일반 음식점 영업소 및 제과점 영업소
 - 만화 대여업소
 - 청사 및 지방 자치 단체의 청사
 - 보육 시설
-

그 중에서 해당 시설 전체를 금연 구역으로 지정해야 하는 경우는 초·중등교육법에 의한 학교의 교사, 의료 기관 및 보건소 · 보건지소 · 보건진료소, 보육 시설이다. 이들을 제외한 나머지 공중 이용 시설들은 해당 시설을 금연 구역과 흡연 구역으로 구분하여 지정해야 하는 시설이다. 어떤 경우든 국민건강증진법 시행 규칙 별표 3이 정한 바에 따라 금연 구역의 경우 이를 알리는 표시판을 설치하거나 스티커를 부착하여야 하며 흡연 구역의 경우 이를 알리는 표시판을 설치하고 정해진 시설 기준을 지켜야 한다.

또 같은 법 제9조 제5항은 지방 자치 단체가 흡연으로 인한 피해 방지와 주민의 건강 증진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 조례로 다수인이 모이거나 오고 가는 관할 구역 안의 일정한 장소를 금연 구역으로 지정할 수 있다고 규정하고 있다.

이상의 조항을 어기는 경우 같은 법에 의하여 과태료를 부과하게 되어 있다. 법

에 따라 해당 시설 전체를 금연 구역으로 지정하지 않거나 해당 시설을 금연 구역과 흡연 구역으로 구분하여 지정하지 않은 경우 그 시설의 소유자·점유자 또는 관리자에게 300만 원 이하의 과태료를 부과한다 (국민건강증진법 제34조 제1항 2호). 또 흡연 구역의 시설 기준을 지키지 않은 경우에는 200만 원 이하의 과태료를 부과하도록 정해 놓았다 (같은 법 제34조 제2항 2호). 금연 구역에서 담배를 피운 사람에게는 10만 원 이하의 과태료를 부과하도록 규정되어 있다 (같은 법 제34조 제3항).

국민건강증진법 외에도 흡연 행위를 규제하고 경우에 따라 처벌토록 하는 조항을 둔 법령들이 있다. 하지만 이들 법령들이 흡연을 규제하는 이유는 제각각이다. 자연공원법 및 같은 법 시행령은 자연공원의 보전 등 환경 보호 내지 안전을 이유로 흡연을 규제하고 있다. 공항 시설 관리 규칙, 광산보안법 시행 규칙, 사격 및 사격장 단속법 시행령, 산업 보건 기준에 관한 규칙, 산업 안전 기준에 관한 규칙, 석유 광산 보안 규칙, 소방기본법, 위험물 선박 운송 및 저장 규칙, 위험물 철도 운송 규칙, 총포·도검·화약류 등 단속법, 항공 안전 및 보안에 관한 법률 등이 이 범주에 속한다. 또 법원경비관리대의 설치, 조직 및 분장 사무 등에 관한 규칙은 ‘근무 기강’ 등 규율 확립을 이유로 흡연 행위를 규제한다. 법정 방청 및 촬영 등에 관한 규칙, 보호 소년 등의 처우에 관한 법률 시행령 및 시행 규칙, 철도안전법 시행 규칙 등이 이 범주에 속한다. 또 경범죄처벌법은 ‘국민의 안녕질서 유지와 치안 확보’ 등을 이유로 흡연을 규제하고 있는바 이는 안전 보장과 규율 확립 등 두 가지 목적에서 비롯된 것으로 보인다.

이들 법령은 흡연을 금지하는 것을 명백히 하고 있으며 소방기본법처럼 국민건강증진법보다 강도 높은 벌칙을 정해 놓은 경우도 있다 (200만 원 이하의 벌금). 그러나 이들 법령은 경범죄처벌법에 비하여 인구 집단 중 일부 집단, 일부 세팅만을 대상으로 삼은 것이다. 따라서 흡연을 일반 금지 행위로 취급하는 국민건강증진법의 경우보다 그 포괄성 면에서 부족하다 할 것이다 (표 11).

표 11 흡연 규제 법령 일람

시행 목적	법령명
건강	국민건강증진법 및 같은 법 시행령
안전	자연공원법 및 같은 법 시행령 공항 시설 관리 규칙 광산보안법 시행 규칙 사격 및 사격장 단속법 시행령 산업 보건 기준에 관한 규칙 산업 안전 기준에 관한 규칙 석유 광산 보안 규칙 소방기본법 위험물 선박 운송 및 저장 규칙 위험물 철도 운송 규칙 총포·도검·화약류 등 단속법 항공 안전 및 보안에 관한 법률 경범죄처벌법*
규율 확립	범원경비관리대의 설치, 조직 및 분장 사무 등에 관한 규칙 법정 방청 및 촬영 등에 관한 규칙 보호 소년 등의 처우에 관한 법률 시행령 및 시행 규칙 철도안전법 시행 규칙 경범죄처벌법*

*안전과 규율 확립을 모두 시행 목적으로 삼는 경우

흡연 구역을 따로 두어야 하는 공중 이용 시설의 범위를 정하고 흡연 구역 외의 흡연을 금하는 조항을 처음 명문화한 것은 공중위생법(법률 제4217호, 1990년 1월 13일 개정, 4월 14일 시행)이다. 당시 보건사회부령(보건사회부령 제860호, 1990년 12월 27일 개정 및 시행)이 정한 시설은 의원을 제외한 의료 기관, 사회 복지 시설, 대합실과 50석 이상의 교통수단, 흡연 구역 지정이 필요하다고 시·도지사가 인정한 시설 등이었다. 흡연 구역을 정하지 않은 것에 대하여 50만 원 이하의 과태료에 처하는 조항이 있었다(같은 법 제43조).

국민건강증진법(법률 제4914호, 1995년 1월 5일 제정, 9월 1일 시행)이 제정되면서 공중위생법의 관련 조항이 국민건강증진법에 포함되었다. 국민건강증진법은 공중이 이용하는 시설에 대하여 흡연 구역과 금연 구역을 구분·지정할 것을 규정하였는바 이에 해당하는 시설은 아래와 같았다.

- 사무용 건축물 및 복합 건축물
- 공연장
- 학원
- 상점
- 관광 숙박업소
- 혼인 예식장
- 실내 체육 시설
- 의료 기관
- 사회 복지 시설
- 대합실, 지하보도, 교통수단

이들 공중 이용 시설 중 금연 구역으로 지정해야 하는 시설은 지하상가의 매장, 의료 기관의 환자 대기실 및 진료 시설, 사회 복지 시설 중 이용자 이용 시설, 지하 역사와 교통수단, 승강기 등이었다. 벌칙은 금연 구역과 흡연 구역을 구분, 지정하지 않은 것에 대하여 50만 원 이하의 과태료에 처하는 것이었다 (같은 법 제34조). 그 후 법 개정으로 과태료 수준이 100만 원 이하로 높아졌다 (법률 제5856호, 1999년 2월 8일 개정, 8월 9일 시행).

같은 해 시행 규칙 개정으로 공중 이용 시설의 범위에 다소 변화가 있었다 (보건 복지부령 제136호, 1999년 10월 28일 개정 및 시행). 혼인 예식장이 대상 시설에서 빠지고 학교의 교사와 목욕장이 포함되었다.

2003년부터 시행된 개정 국민건강증진법 및 같은 법 시행 규칙은 초·중등학교의 교사, 의료 기관과 보건 기관, 보육 시설을 시설 전체를 금연 구역으로 정하는 공중 이용 시설을 따로 정해 놓았다. 또 흡연 구역의 시설 기준 준수를 규정하였다. 과태료 수준도 금연 구역 지정 등에 관한 사항을 위반한 경우 300만 원 이하, 흡연 구

역 시설 기준 준수 위반 시 200만 원 이하로 높아졌다. 시행 규칙 개정으로 공중 이용 시설의 범위도 넓어졌다 (보건복지부령 제243호, 2003년 4월 1일 개정 및 시행). 의료 기관뿐 아니라 보건 기관도 포함되었고 게임장, 음식점, 만화 대여점, 정부 청사, 보육 시설 등이 추가되었다.

2005년 국회가 담배 규제 기본 협약을 비준하면서 금연 구역을 설치해야 하는 공중 이용 시설의 범위를 소규모 사무실과 공장에까지 확대하였다 (보건복지부령 제357호, 2005년 5월 16일 개정 및 시행).

2008년 시행 규칙 개정으로 금연 구역을 설치해야 하는 공중 이용 시설에 PC 게임방이 추가되었다 (보건복지가족부령 제70호, 2008년 10월 10일 개정, 12월 15일 시행).

2010년 개정 국민건강증진법(법률 제10327호, 2010년 5월 27일 개정, 8월 28일 시행)은 지방 자치 단체가 조례로 관할 구역 안의 일정한 장소를 금연 구역으로 정할 수 있도록 하였다 (제9조 제5항). 또 금연 구역에서의 흡연에 대하여 10만 원 이하 과태료 부과를 규정하였다 (제34조 제3항).

[1-2-2] 담배 제품 성분 규제

현행 담배사업법은 담배 성분의 측정에 관한 사항을 규정하고 있다. 법 제25조의 2 제2항은 분기마다 판매 담배의 성분 측정을 의뢰해야 한다고 정하고 있다. 이때 측정 대상 담배 성분은 법 제25조의2 제1항과 같은 법 시행령 제9조의3 제1항에 의한 니코틴과 타르, 두 종류다. 같은 법 시행령 제9조의4 제1항과 시행 규칙 제16조의3에 의한 이들 성분에 대한 측정 기준은 타르의 경우 국제표준화기구(ISO) 측정 기준 4387이며 니코틴의 경우 ISO 10315다.

[1-2-3] 담배 제품 정보 공개

담배 제품 제조업자 및 수입업자는 정해진 측정 기관에 분기마다 1회 이상 담배 성분¹⁹⁾ 측정을 의뢰해야 하며(담배사업법 제25조의2 제2항) 측정 기관은 측정 결과를 제조업자 및 수입업자에게 통보하는 한편, 그 결과를 기획재정부장관에게 보고하여야 한다(같은 법 시행 규칙 제16조의4 제3항). 그러나 이와 같은 보고가 제대로 이루어진 것 같지는 않다(보건복지부, 2010:183).²⁰⁾

한편, 담배사업법 제25조의2 제1항, 같은 법 시행령 제9조의2 및 제9조의3은 담배 제품 제조업자 및 수급판매업자가 담뱃갑 포장지의 양 옆면 중 한 면, 스티커 및 포스터, 잡지 광고 등에 담배 1개비의 연기 중 포함된 타르 및 니코틴 성분의 함유량을 표시하여야 한다고 규정하고 있다.

이와 같은 성분 표시 규정은 실제로는 ‘퀄런’에만 해당하는 것이다. 담배사업법 시행령 제9조의7은 담배 연기 성분 표시를 생략할 수 있는 경우로 퀄런 외의 것으로서 ‘엽퀄런, 파이프 담배, 각련, 씹는담배 및 냄새 맡는 담배에 한한다’라고 정해 놓았기 때문이다.

구체적인 표시 방법은 같은 법 시행 규칙 제16조의2 및 별표 5에 나와 있는바, 한국에서 가장 많이 팔리는 담배로 알려져 있는 ‘에썸 라이트’와 ‘디스 플러스’의 담배 성분 표시 실례를 보이면 다음과 같다 (그림 24).

19) 담배사업법 시행령 제9조의4 제1항에 따르면 담배성분측정은 곧 담배 ‘연기’ 성분측정을 의미한다.

20) 참고문헌 해당쪽에는 “결과를 정부에 보고[할] 의무[가] 있으나 시행된 적은 없음”이라고 되어있다.

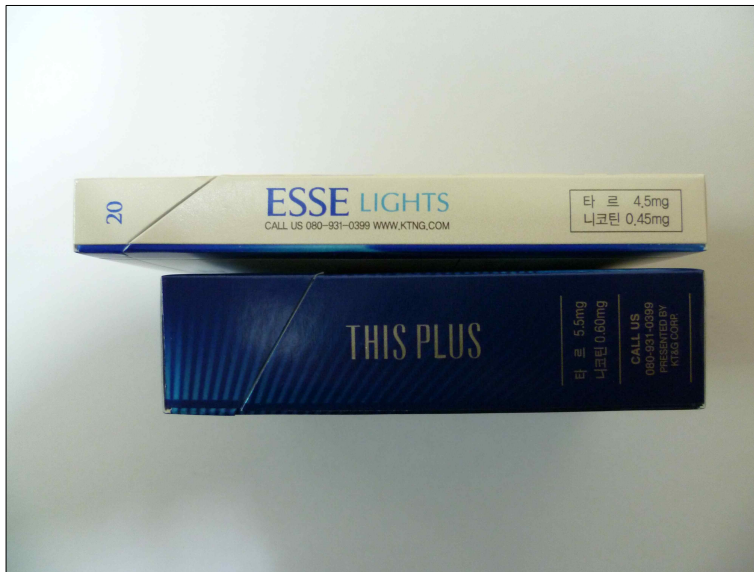


그림 24 에세 라이트와 디스 플러스의 타르 및 니코틴 성분 표시

[1-2-4] 담배 제품 포장 및 품질 표시

담배사업법 제25조 제1항 및 같은 법 시행령 제8조는 흡연은 건강에 해롭다는 내용이 명확하게 표현된 경고 문구, 즉 흡연 경고 문구를 담뱃갑 포장지 앞뒷면, 스티커 또는 포스터 광고, 잡지 광고 등에 표시하여야 한다고 정하고 있다. 또 같은 법 시행 규칙 제15조 제1항 및 별표 4는 흡연 경고 문구 표시 기준을 규정하고 있는바, 기획재정부장관은 흡연 경고 문구를 3개 이상 정하고 각 경고 문구를 2년씩 순환하여 표시하게 되어 있다 (시행 규칙 제15조 제2항).

한편 국민건강증진법 제8조 제3항 및 같은 법 시행령 제12조는 담뱃갑 포장지 앞뒷면 및 스티커·포스터 광고, 잡지 광고에 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용의 경고 문구와 다음의 발암성 물질을 각각 표기하여야 한다고 정해 놓았다.

1. 나프틸아민
2. 니켈
3. 벤젠
4. 비닐 크롤라이드
5. 비소
6. 카드뮴

단, 경고 문구와 발암성 물질 표기의 구체적 표시 내용은 보건복지부장관이 정하는 것으로 되어 있는바(시행 규칙 제4조 제1항), 그 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

- 광고물의 경고 문구는 담뭍값 앞쪽 경고 문구와 같을 것
- 담뭍갑 포장지 경고 문구의 넓이는 100분의 30 이상일 것
- 경고 문구 색상은 담뭍갑 포장지 등의 도안 색상과 보색 관계에 있을 것
- 글자체는 고딕체로 할 것

한국에서 가장 많이 팔리는 담배로 알려져 있는 담배들의 흡연 경고 문구와 발암성 물질 표시의 실례를 보이면 다음과 같다 (그림 25).



그림 25 에세 라이트와 디스 플러스의
경고 문구 및 발암성 물질 표시

[1-2-5] 교육과 커뮤니케이션, 훈련, 대중 인식

교육과 커뮤니케이션, 훈련, 대중 인식에 관한 법적 근거는 국민건강증진법 제8조 제1항, ‘국가 및 지방 자치 단체는 국민에게 담배의 직접 흡연 또는 간접흡연과 과다한 음주가 국민 건강에 해롭다는 것을 교육·홍보하여야 한다’는 데 있다.

대표적인 정책으로 청소년 흡연 예방 및 금연 교육, 금연 지도자 교육, 보건의료 전문가에 대한 금연 교육, 특수 계층 순회 금연 교육, 대학생 스모크프리 (Smoke-Free) 서포터즈 활동, 담배 연기 없는 깨끗한 병원 캠페인, 간접흡연 예방 캠페인, 국가 금연 브랜드 이미지(brand identity, BI) 개발 및 활용 (그림 26), 금연길라잡이 운영 등을 들 수 있다 (보건복지부 2010b:666쪽).²¹⁾



그림 26 스모크프리 캠페인 BI

[1-2-6] 담배 광고와 판촉, 후원

담배사업법 제25조 제2항 및 같은 법 시행령 제9조, 시행 규칙 제16조와, 국민건강증진법 제9조 제1항 및 같은 법 시행령 제14조 제1항, 시행 규칙 제5조는 일종의 포지티브 리스트(positive list) 방식으로 ‘할 수 있는’ 담배 광고 범위를 정해 놓았다 (담배사업법령과 국민건강증진법령이 규정한 바는 거의 같다). 구체적 내용은 다음과 같다 (표 12).

표 12 ‘할 수 있는’ 담배광고의 범위

-
1. 소매인 영업소 내부에 표시판과 스티커, 포스터를 전시하거나 부착하는 행위
 2. 품종 군별로 연간 60회 이내, 1회당 2쪽 이내에서 여성 또는 청소년을 대상으로 하지 않는 잡지에 광고를 게재하는 행위. 단, 국내에서 1만 부 이하로 판매되는 외국어 잡지의 경우에는 광고 게재의 제한을 받지 않는다.
 3. 여성이나 청소년을 대상으로 하지 않는 사회·문화·음악·체육 등의 행사를 후원할 때 후원하는 자의 명칭을 사용하는 행위. 단, 명칭 사용 외에 제품 광고를 해서는 안 된다.
 4. 국제선 항공기 및 여객선에서 행하는 광고
-

또 담배사업법 시행령 제9조 제3항 및 국민건강증진법 시행령 제14조 제3항은 담배 광고의 내용과 형식을 다음과 같이 규제하고 있다 (표 13).

표 13 담배 광고의 내용과 형식에 대한 규제

-
1. 광고가 흡연자에게 담배의 품명·종류 및 특징을 알리는 정도를 넘지 않을 것
 2. 비흡연자에게 직접 또는 간접적으로 흡연을 권장 또는 유도하지 않을 것
 3. 여성 또는 청소년의 인물을 묘사하지 않을 것
 4. 경고 문구 등의 내용 및 취지에 반하는 내용 또는 형태가 아닐 것
-

21) 금연길라잡이 홈페이지. <http://nosmokeguide.or.kr>

한편, 담배사업법 제25조의4와 같은 법 시행령 제10조, 시행 규칙 제19조는 판매를 촉진하기 위하여 소매인에게 담배 판매 장려금, 경품, 상품권, 그 밖의 금전 또는 물품을 제공하는 행위를 금지하고 있다. 다만, 담배 진열장과 스티커, 포스터는 제공 금지 물품에서 제외되어 있다.

[1-3] 담배 중독과 금연에 관한 수요 감소 조치

담배사업법, 국민건강증진법 등 관계 법령이 ‘담배 의존과 담배 사용 중단에 관계된 수요 감소 조치’를 직접 정한 바는 없다. 다만, 국민건강증진법 제19조 제2항 제1호에 지역 주민의 건강 증진을 위하여 보건소장이 하는 사업으로 보건 교육 및 건강 상담을 정하고 있을 뿐이다.

한편, 보건복지부가 펴내는 “2009 보건복지백서”에는 이와 관련된 언급이 있다. 우선 국가 흡연 예방 및 금연 정책의 첫 번째 추진 방향으로 흡연 예방 및 흡연을 감소를 위한 교육·상담·치료 등 금연 지원 서비스 강화를 들고 있다. 또 국가 흡연 예방 및 금연 정책 전략으로 보건소 금연 클리닉 사업의 내실화, 금연 상담 전화 역량 강화를 통한 흡연자의 금연 지원 프로그램 다양화와 접근성 제고를 언급하고 있다 (보건복지부 2010b:662쪽).

정부가 제공하는 금연 상담 및 치료 서비스는 크게 세 가지로 구분된다.

첫째, 보건소 금연 클리닉이 있다. 전국 253개 보건소가 금연 클리닉을 운영하여 흡연자에게 금연 상담과 니코틴 대체 요법, 약물 처방을 제공하고 있다. 금연 클리닉에서는 3회에 걸친 직접 상담 후 전화, 이메일, 상담사 방문 등으로 금연 시작 후 6개월까지 금연 유지 여부를 확인하고 있다.

둘째, 민간단체의 이동 금연 클리닉이 있다. 보건소 금연 클리닉을 이용하기 어려운 군인과 전·의경, 운송업 및 유통업 종사자, 정부 및 산하기관 노동자들을 대상으로 금연 상담 및 치료 서비스를 제공하고 있다.

셋째, 보건소 방문이 어려운 직장인이나 흡연 여부를 밝히기를 꺼려하는 여성과

청소년을 대상으로 금연 상담 전화(Quitline, 1544-9030)를 운영하고 있다 (그림 27). 금연 상담 전화는 첫 상담과 등록 이후 첫 30일 동안 8회의 전화 상담을 제공 (단문 서비스 8회)하며 30일 금연에 성공한 경우 금연 상태를 유지할 수 있도록 2년 동안 18회의 상담이 진행(단문 서비스 9회)된다.



그림 27 금연콜센터 누리집 (<http://quitline.hp.go.kr>)

[2] 담배 공급 감소 조치

[2-1] 담배 제품 불법 거래 규제

한국에서 담배 제조업을 하려는 사람은 기획재정부장관의 허가를 받아야 하며 (담배사업법 제11조 제1항) 담배 수입 판매업이나 담배 도매업을 하려는 사람은 시장·군수·구청장에게 등록하여야 한다(같은 법 제13조 제1항). 또 담배 소매업을 하려는 사람은 시장·군수·구청장에게서 소매인 지정을 받아야 한다(제16조 제1항). 이들 담배 제조업자와 수입 판매업자, 도매업자, 소매인은 아래와 같은 담배를 팔아

서는 안 된다 (같은 법 제12조 제3항).

1. 허가를 받지 않은 제조업자가 만든 담배
2. 관세를 내지 않거나 상표권을 침해하거나 수입 신고를 하지 않고 수입된 담배
3. 절취 또는 강매된 담배

또 소매인은 우편 판매나 전자 거래의 방법으로 소비자에게 담배를 판매해서는 안 된다 (같은 법 제12조 제4항).

담배사업법에는 이와 관련한 처벌 조항이 있다. 기획재정부장관의 허가를 받지 않고 담배 대용품을 제조한 경우에는 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처한다 (같은 법 제27조의2). 또 소매인 지정을 받지 않고 소비자에게 담배를 팔거나 등록을 하지 않고 담배 수입 판매업 또는 담배 도매업을 한 경우, 그리고 우편 판매나 전자 거래의 방법으로 소비자에게 담배를 판 경우에는 500만 원 이하의 벌금에 처한다 (같은 법 제27조의3). 담배 제조업자와 수입 판매업자, 도매업자, 소매인이 같은 법 제12조 제3항을 위반하였을 때에는 200만 원 이하의 과태료에 처한다 (같은 법 제28조 제1항).

[2-2] 미성년자의 담배 구매 및 판매 규제

한국의 청소년보호법은 만 19세 미만인 사람을 청소년으로 정해 놓았다. 같은 법 제2조는 담배를 ‘청소년 유해 약물’로 규정하고 같은 법 제26조 제1항은 누구든지 청소년에게 청소년 유해 약물을 판매·대여·배포해서는 안 된다고 정해 놓았다. 또 담배를 비롯한 청소년 유해 약물 등을 판매·대여·배포하려는 사람은 상대방의 연령을 확인해야 한다 (같은 법 시행령 제20조 제1항). 이를 위반하면 2년 이하의 징역이나 1천만 원 이하의 징역에 처한다 (같은 법 제51조).

한편 지정 소매인 등 담배를 판매하는 사람은 다음 장소에만 담배 자동판매기를

설치할 수 있다 (국민건강증진법 제9조 제2항 및 같은 법 시행령 제15조).

- 미성년자 등을 보호하는 법령에서 19세 미만의 자의 출입이 금지되어 있는 장소
- 지정 소매인 기타 담배를 판매하는 자가 운영하는 점포 및 영업장의 내부
- 공중이 이용하는 시설 중 흡연 구역으로 지정된 장소

만약 정해진 장소 외에 담배 자동판매기를 설치하여 담배를 판매하면 300만 원 이하의 과태료에 처한다(같은 법 제34조 제1항). 또 담배 자동판매기에는 주민 등록증 또는 운전 면허증을 인식하는 방법이나 신용 카드 또는 직불 카드 등을 이용하여 이용자가 성인임을 인증할 수 있는 장치(성인 인증 장치)를 부착해야 한다 (같은 법 제9조 제3항 및 시행 규칙 제5조의2). 그렇게 하지 않으면 200만 원 이하의 과태료에 처한다 (같은 법 제34조 제2항).

소매인은 공고된 판매 가격으로 담배를 판매하여야 하는데 (담배사업법 제18조 제5항) 이를 위반하면 100만 원 이하의 과태료에 처한다 (같은 법 제28조 제2항). 또 누구든지 담배의 포장 및 내용을 바꾸어 판매해서는 안 되는데 (담배사업법 제 20조 제1항) 이는 담배의 날개 판매나 소량 포장 판매 금지와 관계있다. 이를 위반 하면 200만 원 이하의 과태료에 처한다 (같은 법 제28조 제1항).

● 한국 담배규제 정책의 진화와 나아갈 길

현행 한국의 담배 규제 정책은 꾸준히 진전해 왔다. 그러나 담배 협약의 규범이나 담배 규제 정책의 국제 동향에 비추어 보건대 여전히 갈 길이 멀다는 평가도 가능하다 (조홍준 2008).

첫째, 가격 및 조세 정책 면에서 경제협력개발기구 회원국 평균(70%)에 견주어 담뱃세가 담뱃값에서 차지하는 비중(62%)이 아직 낮은 편이다. 또 현행 담배사업법이 정한 특수용 담배에 대해서는 면세나 감세가 적용되고 있다 (담배사업법 시행령 제7조).

둘째, 식당이나 술집 등 불특정 다수가 빈번하게 이용하는 대표적인 실내 장소에 대한 흡연 규제 조치가 미흡한 편이다. 국민건강증진법을 거듭 개정하면서 정부는 금연 구역을 설치해야 하는 공중 이용 시설을 점진적으로 확대해 왔으나 그 실효성을 따질 필요가 있다.

셋째, 담배 제품의 포장 및 품질 표시에 대한 규제가 충분하지 못하다. 여전히 ‘라이트’, ‘마일드’ 등 건강 영향이나 위험 또는 배출물에 대하여 잘못된 인상을 심어 줄 수 있는 용어들에 대한 규제가 없는 상태다.

넷째, 교육과 커뮤니케이션, 훈련, 대중 인식 제고 면에서 구체적인 제도적인 뒷받침이 미흡하다. 금연 교육은 보건 교육의 일환으로서만 취급되고 있으며 안정적인 사업을 위한 법적 근거가 명확하지 않다.

다섯째, 담배 광고 및 후원 규제, 특히 후원 규제는 아직 충분하다고 할 수 없다. 청소년이나 여성을 대상으로 삼는 행사를 제외하였으나, 이벤트 등 행사에 대한 후원 자체는 가능한 상황이다 (그림 28).

여섯째, 금연 상담 및 치료 서비스 제공에 대한 법적 근거는 취약한 편이다. 일반적인 수준에서 보건 교육의 중요성을 강조하고 있으나 담배 의존 등에 대한 치료

서비스 제공 등에 관한 구체적인 법적 근거는 아직 마련되지 않았다. 금연 치료에 대한 건강보험 급여도 없는 상태다.

일곱째, 미성년자에 대한 담배 판매 규제가 충분하지 않은 상태다. 미성년자에 대한 단배 판매 금지 표기에 관한 근거가 없고 담배 진열대 접근 규제나 담배 모양의 음식물이나 장난감의 제조, 판매 금지를 정해 놓은 조문도 없다. 담배 자동판매기 설치, 운영도 허용되어 있는 상태다 (그림 29).



그림 28 KT&G의 대학생 동아리 후원 프로그램



그림 29 MBC 스페셜 “청소년은 담배회사의 미래다” (2010년 1월 1일 방영)

특히 건강 불평등 문제와 관련하여 현행 담배 규제 정책을 돌아볼 필요가 있다. 「국민건강증진종합계획」의 24번째 중점 과제는 ‘건강 형평성 확보’에 관한 것이다. 흡연 불평등에 관한 국가 보건 목표가 제시되어 있는데, 소득 수준별 상위 20%와 하위 20% 간 20세 이상 매일 흡연을 차이를 25% 감소시키는 것이 바로 그것이다. 국민건강증진종합계획이 건강 형평성 확보 과제에서 제시한 정책들을 일별하면 아래와 같다.²²⁾

- 회귀·난치성 질환 관리 지원
- 방문 보건 사업 실시
- 취약 지역 중심의 도시 보건 지소 설치
- 건강 형평성 제고를 위한 연구

이들 정책이 흡연 불평등 상태를 교정하는 데 얼마나 기여하였는지는 의문이다. 또 설령 흡연 불평등을 일정하게 완화하였다 하더라도 그것이 공평하고 윤리적인 정책인지에 대해서는 의문의 여지가 있을 것이다. 예를 들어 가격 및 조세 정책 등이 저소득층의 흡연율을 낮추는 데 일정하게 기여하는 것으로 알려져 있으나 가격 정책에 대한 비판도 적지 않다. 금연 치료 등 담배 의존 치료 서비스에 대한 저소득층의 접근성을 보장하려는 각별한 노력도 보건소 금연 클리닉 운영 정도를 제외하면 눈에 띄지 않는다. 담배 규제 정책이 (건강) 형평성을 중요한 원칙으로 수용할 수 있도록 노력함과 동시에, 이를 건강 형평성을 향상시키기 위한 구체적 정책 개발이 요청된다.

다음의 제 4장에서는 현재까지의 담배규제 정책들이 한국사회의 건강불평등에 어떠한 영향을 미쳐왔는지, 가용한 근거들을 살펴보고 문제점을 지적할 것이다.

22) 국민건강증진종합계획 홈페이지. <http://2010.hp.go.kr>

4. 담배규제정책이 흡연 불평등에 미치는 영향

이 장에서는 담배규제정책의 알려진 효과를 살펴보고 국내 근거를 통해 한국의 담배규제정책이 흡연과 흡연불평등에 미친 영향을 살펴보고자 한다. 담배협약이 언급하고 있는 정책들 중 건강 불평등 문제와의 관련성이 비교적 높고 국내외 근거자료가 가용한 6가지 정책들을 분석 대상으로 다루었다 (표 14).

표 14 제 4장에서 다루는 담배규제정책

전체 정책	1) 포괄적인 담배규제정책
세부 정책	2) 담배 가격 및 조세 정책 (담배협약 제6조) 3) 금연구역 정책 (담배협약 제8조) 4) 흡연예방 및 금연캠페인 (담배협약 제12조) 5) 담배 포장 및 라벨 규제 (담배협약 제11조) 6) 담배 광고·판촉·후원 규제 (담배협약 제13조) 7) 담배 중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치 (담배협약 제14조)

이를 위해 기존의 국내 연구들을 비판적으로 검토하여 종합하고, 2001-2008년 국민건강영양조사 자료의 분석 결과를 추가하였다. 이 자료를 활용한 이유는 전국 대표성을 가지며 흡연 관련 변수와 사회경제적 요인을 나타내는 변수들이 비교적 상세하게 포함되어 있기 때문이다. 20세 이상 성인들을 대상으로 했으며, 남녀의 흡연 관련 특성이 다르다는 점을 고려하여 성별 분리분석을 하였고, 비교 시기와 집단 간의 연령구조 차이를 보정하기 위해 연령표준화를 시행하였다. 분석에서 ‘현재 흡연’이란 평생 담배 100개비 이상을 피웠고 현재도 피우는 경우로 정의했다. 소득 수준은 가구원 전체의 소득을 합산한 후 가구동등화지수를 적용하여 같은 규모의 4개 집단으로 구분했고, 학력 수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학 졸업 이상으로 구분했다. 직업은 관리자/전문가, 사무직, 서비스/판매직, 농림어업숙련직, 기능원/기계조립종사/단순노무직으로 분류했으며, 고용형태

는 5인 이상 고용한 자영업자, 5인 미만 고용 자영업자, 임금근로자 (정규직, 비정규직), 실업/비경제활동으로 구분했다.

이 보고서에서 다루는 주요 독립변수는 담배규제정책들이며 종속변수(결과변수)는 담배와 관련된 각종 행태와 건강 문제들로서, 흡연 연부 뿐 아니라 담배규제 정책에 대한 인식, 사회심리적 태도, 지식 변화 등도 포함된다. 원칙적으로는, 특정 규제가 담배사용을 감소시키고, 이를 통해 질병 발생률과 사망률을 감소시킨 정도를 평가하는 것이 이상적이다. 하지만 인과 관계의 고리가 복잡하고 장기간에 걸쳐 일어나는 일이기 때문에 현실에서 그러한 평가를 하는 것은 쉽지 않다. 그래서 여기에서는 2008년 국제암연구소가 발간한 『담배규제정책 평가방법 (Methods for Evaluating Tobacco Control Policies)』의 틀을 따르고자 했다. 앞으로 다루게 될 6가지 정책의 단기, 중기, 장기결과 지표들을 요약하면 표 15와 같다. 단기결과에는 주로 정책 특이적인 지표들이 많고, 중기결과는 태도, 신념, 반응 등의 인지·심리·행위 지표들이 대부분이며, 장기결과의 경우 금연율, 흡연율, 담배소비량과 같은 행태변화 지표들이 다수를 차지한다. 이러한 장기결과 지표들이야말로 담배규제 정책이 추구하는 실질적 목표라고 할 수 있다. 하지만 여전히 유념해야 할 부분은, 앞으로 살펴보게 될 국내 연구들과 국민건강영양조사 추가분석은 관찰연구의 속성상 추세와 혼란요인들의 보정이 충분하지 않을 수 있다는 점이다. 인과적 효과를 논하는 데에는 주의가 필요하다.

표 15 담배규제정책과 기간별 결과 지표의 예

정책	담배 협약	단기 결과	중기 결과	장기결과
담배가격 및 조세	6조	담배 소매 가격	- 상표전환 - 구매량 - 구매 장소 - 과세 회피	- 행태 - 금연 - 흡연시도 - 소비 - 조세부담, 조세 공평
금연구역	8조	정책순응도	간접흡연노출	- 비흡연자 건강 - 노동자 건강
흡연예방 및 금연캠페인	12조	- 인식, 지식 - 정책지지정도	- 태도, 지식 - 행동 - 금연시도	- 행태 - 간접흡연 노출 - 흡연 절제 지 속 - 흡연율 1인당 담배 소 비
담배포장 및 라벨 규제	11조	- 인식, 지식 - 숙고정도 - 산업의 대응	- 금연지식 - 상표평가 - 감정반응 - 건강지식 - 위험인지 - 금연의도	- 행태 - 소비변화 - 금연시도 - 절제
담배광고· 판촉· 후원 규제	13조	- 담배회사 광고지출 - 판매/순응도 - 판매통로에 대한 인식 - 판매 유형별 종사	- 상표인식 - 친화도 - 상표, 담배산업, 담배규제에 대한 태도 및 신념 - 금연의도 - 흡연의도	- 행태 - 금연시도 - 금연성공 - 상표선택 - 흡연율
금연 서비스	14조	- 인식 - 금연서비스 - 금연서비스 보상 - 금연 의약품 처방	- 신념 - 이용	- 행태 - 금연시도 - 금연성공

4.1 포괄적 담배규제정책

2002년에 보건복지부가 수립하고 2005년 12월에 수정 발표한 『국민건강증진종합계획 Health Plan 2010 분야별 세부추진계획』에는 2002~2010년까지 정부가 국민건강 증진을 위해 시행해야 할 4개 중점분야, 24개 중점과제가 제시되어 있다(보건복지부 2005). 4개 중점 분야는 건강생활실천 확산, 예방중심 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강 환경 조성이다. 금연은 건강생활실천 확산 분야에서 제1순위 중점과제로 제시되어 있다. 금연과 관련된 세부 목표에는 성인 흡연율 감소, 금연 홍보 인지도 증가, 흡연예방 교육 경험율 증가, 금연상담 경험율 증가, 간접흡연 노출시간 감소 등 총 10가지가 포함되어 있다. 여기에는 2010년까지 남성 성인 흡연율을 30.0%로, 여성은 2.5%로 낮추며,²³⁾ 소득수준별 상위 20%와 하위 20% 사이에 20세 이상 매일 흡연율의 차이를 25% 감소시킨다는 형평성 목표가 제시되어 있다.²⁴⁾

하지만 2010년 하반기 흡연실태조사에서 나타난 성인 남성흡연율은 39.6%로, 목표인 30%에 한참이나 뒤쳐있다.²⁵⁾ 한편 여성 흡연율은 2.2%로 파악되어, 목표를 달성한 것처럼 보이지만 여성 흡연률이 항상 저평가되어왔다는 점에서 결과를 그대로 신뢰하기는 어려운 상황이다. 2008년 흡연실태조사에서도 여성 흡연률이 3.7%라고 발표되었지만, 같은 시기 국민건강영양조사는 이를 7.4%로 보고했다는 점에서 조사 결과를 그대로 받아들이기 어렵다. 한편 2010년 국민건강영양조사 자료가 아직 공개되지 않아 결론을 내리기는 어렵지만, 2001년과 2008년 자료를 비교해보면, 20세 이상 남성 흡연율의 소득 최저 4분위와 최고 4분위의 절대 차이는 2001년 14.0%에서 2008년 15.7%로 오히려 증가했다. 고소득층의 흡연률 감소가

23) 해당 보고서에 의하면 2001년의 성인 남성 흡연율은 61.8%, 여성 흡연율은 5.4%이었고 2005년에는 각각 50.3%와 3.1%이었다.

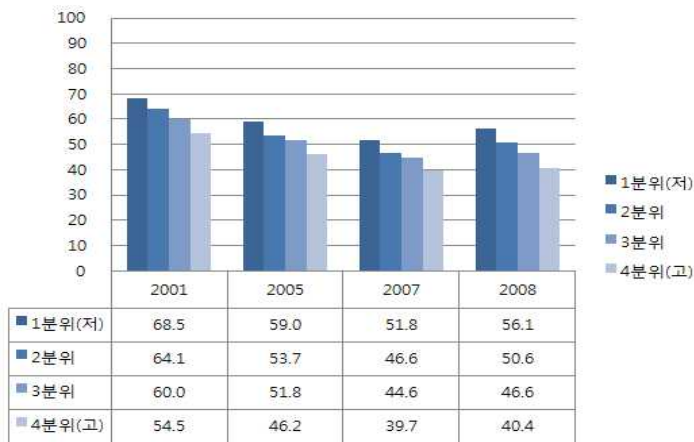
24) 해당 보고서에 의하면 2001년 20세 이상 매일 흡연율의 소득수준 상위 20%와 하위 20%간 차이는 8.8%이었기 때문에 2010년까지 6.6%로 줄여야 한다.

25) 보건복지부 보도자료. ‘성인남성흡연율 처음으로 30%대로 낮아져’. 2010년 12월 31일 배포.

저소득층에 비해 더욱 두드러졌기에 나타난 결과이다. 여성의 경우, 2001년에 비해 2008년에 모든 소득 계층에서 흡연율이 높아졌을 뿐 아니라 소득 하위 50%와 상위 50% 사이의 흡연률 격차도 지속되고 있다 (그림 30).

종합하자면, 그동안 한국 정부가 시행했던 담배규제정책을 포괄적으로 평가할 때 성인 남성흡연율의 감소에는 영향을 미쳤으나, 성인 여성흡연율에는 영향을 미치지 못했으며, 남녀 모두 불평등 감소에는 거의 영향을 미치지 못한 것으로 보인다.

소득계층별 현재흡연율 % (남성)



소득계층별 현재흡연율 % (여성)



그림 30 소득계층별 현재 흡연률 추이, 2001-2008년 (자료: 국민건강영양조사)

그렇다면 기존의 연구들은 어떠한 결론을 내리고 있는지 살펴보자.

국내에서 포괄적 담배규제정책의 건강 불평등 영향을 살펴본 연구들은 크게 세 가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫째, 관련 정책이 모두 실행되었다는 가정 하에 사회경제적 위치에 따른 흡연률의 추이를 살펴보는 것으로, 강영호 등(2009)의 연구가 여기에 해당한다. 둘째, 정책 지표와 흡연 관련 지표들의 추이를 별도로 분석한 후 둘 사이의 연관성을 기술적으로 비교해 보는 것으로, 류호영(2010)의 연구가 여기에 속한다. 셋째, 정책 연혁을 독립변수로 두고 흡연율의 시계열 자료를 종속변수로 하여 다변량 분석을 수행한 것으로, 감신 등(2005)의 연구가 이에 속한다.

우선 강영호 등(2009)의 연구는 1995, 1999, 2003, 2006년 사회통계조사 자료를 이용하여 흡연율의 사회경제적 불평등 동향을 분석하였다. 1995~2006년 동안 남녀 모두에서 흡연의 절대적·상대적 불평등이 증가했는데, 1995/1999년, 1999/2003년 사이에는 불평등이 심화되었고, 2003/2006년 사이에는 불평등이 심화되지는 않았으나 지속된 것으로 나타났다. 저자들은 한국의 담배규제정책이 흡연 불평등을 개선하는데 효과가 미미하다고 결론 내렸으며, 그나마 2003/2006년 사이 불평등의 정체는 2004년 담배가격 인상의 영향일 것으로 추측했다.

류호영(2010)의 연구는 1998/2001/2005/2007년 국민건강영양조사를 이용했다. 시기별 흡연률 불평등 변화를 ‘증가’, ‘유지’, ‘감소’로 평가하고, 담배가격, 금연구역, 담배광고 규제, 금연서비스 등의 정책변화도 ‘강화’, ‘유지’, ‘악화’로 평가하여, 둘 사이의 추이를 비교했다. 전체적으로, 1998년에서 2007년 사이 담배규제정책은 대폭 강화되었지만 남녀 모두 흡연 불평등은 심화된 것으로 나타났다. 기간을 세분해보면, 1998/2001년 사이에 규제정책은 현상 유지되고 흡연불평등은 심화되었으며, 2001/2005년 사이 정책은 강화된 반면 흡연불평등은 유지되었고, 2005/2007년 사이에 정책은 현상 유지된 반면 흡연불평등은 심화된 것으로 나타났다. 저자는 중기 추세에서 담배규제정책이 강화되면 흡연불평등이 개선되고, 규제정책이 현상 유

지되면 흡연불평등이 증가하지만, 장기적으로 보았을 때 규제정책의 강화에도 불구하고 흡연불평등은 오히려 확대되었다고 결론 내렸다. 덧붙여 금연정책 효과에서 성별 차이가 존재하며, 특히 여성의 흡연불평등 개선에는 효과가 없는 것 같다고 지적했다.

감신 등(2005)의 연구는 1980~2005년 대한 결핵협회 자료와 흡연실태조사 자료를 이용하여 인구학적 특성에 따른 흡연률의 추이를 살펴보았다. 분석에 반영된 정책변수들에는 1986년 담배광고 제한, 1989년 경고문구 강화, 1992년 담배자판기 제한, 1994년 담뱃값 인상, 1995년 국민건강증진법 시행, 1997년 담뱃값 인상 (건강증진기금 포함), 2001년 담뱃값 인상, 2002년 담뱃값 인상과 ‘이주일 효과’, 2005년 담배가격 인상과 비가격정책강화 (금연홍보교육, 금연전화 상담, 금연클리닉 등) 등이 포함된다. 1988년 담배시장 개방, 1989년 담배광고 허용과 한국담배인삼공사 전환, 2006년 금연구역 강화와 KT&G 민영화 등은 포함되지 않았다. 분석 결과, 2002년의 담뱃값 인상과 ‘이주일 효과’, 2005년의²⁶⁾ 담뱃값 인상 및 비가격 정책 강화가 남성흡연을 감소에 효과가 있는 것으로 나타났다. 여성 흡연율에 효과가 있는 정책은 없는 것으로 나타났으며, 청소년의 경우 2001년과 2002년의 정책이 미약하나마 흡연율을 낮추는 것으로 나타났다. 이 연구는 불평등과 관련된 분석을 시행하지 않아 계층 간 불평등에 미치는 영향을 확인할 수는 없으나, 그간 수행된 담배규제정책이 성인 남성들에게만 부분적으로 작동했음을 알 수 있다.

이들 세 가지 연구를 종합해보면, 2007년까지 담배규제정책이 남성의 전체 흡연을 감소에는 일부 효과가 있었지만, 흡연 불평등 감소에는 별로 효과가 없었으며, 호의적으로 평가한다 해도 불평등의 악화를 억제하는 수준이었다고 볼 수 있다. 하지만 이러한 효과조차 성인 여성이나 청소년에서는 뚜렷하지 않았다 (표 16).

26) 앞서 소개된 2004년 담뱃값 인상과 동일한 것이다. 왜냐하면 2004년 12월 30일부터 담뱃값이 1갑 당 500원 인상되었기 때문이다.

표 16 담배규제정책의 흡연불평등에 대한 포괄적 영향을 분석한 연구 요약

저자 (연도)	자료	결과 및 결론
강영호 등 (2009)	1995/1999/2003/ 2006년 사회통 계조사	• 1995년과 2006년 사이 남성, 여성 모두 절대적·상대적 흡연율 불평등 증가 • 결론: 한국 담배규제정책의 불평등 개선 효과는 미미
류호영 (2010)	1998/2001/2005/ 2007년 국민건강영양조사 담배가격, 금연 구역, 담배광고, 금연서비스 관련 자료	• 장기추세: 1998~2007년 사이 담배규제정책은 대폭 강화 (담배광고정책만 유지), 흡연불평등은 증가 • 중기추세: 1998~2001년 사이 정책은 유지, 흡연불평등은 증가, 2001~2005년 사이 정책은 강화, 흡연불평등은 유지, 2005~2007년 사이 정책은 유지 또는 다소 약화, 흡연불평등은 증가 • 결론: 장기적으로 담배규제정책은 대폭 강화하였으나 흡연불평등은 확대
감신 등 (2005)	1980~2005년 흡연 자료 (대한 결핵협회, 흡연실태조사)	• 성인 남성흡연율의 감소에 2002년(담뱃값 인상, 이주일 효과), 2004년(담뱃값 인상, 비가격정책 강화) 정책 순으로 효과 존재 • 성인 여성흡연율 변화에 효과 있는 담배규제정책은 부재 • 청소년 흡연율 감소에 2001년, 2002년, 2004년 정책 다소 효과 존재, 반면 1989년과 2004년 정책은 각각 남자고등학생과 여자중학생의 흡연율 증가에 효과 존재

해외 사례를 살펴보면, 토마스 (Thomas) 등 (2008)은 1997~2004년 사이, 핀란드, 프랑스, 미국 캘리포니아, 캐나다의 연구 5건을 검토했고, 어느 연구에서도 포괄적 담배규제정책이 소득, 직업, 교육에 따른 흡연불평등의 감소나 증가에 유의한 영향을 미친 경우는 없다고 결론 내렸다. 하지만, 포괄적 담배규제 정책에도 불구하고 한국처럼 흡연 불평등이 심화된 경우는 없었다.

4.2 개별 담배규제정책

이 절에서는 개별 담배규제정책이 흡연불평등에 미친 영향을 기존 연구 검토와 추가 통계분석을 통해 살펴보고자 한다. 분석 가능한 자료가 부족하고, 혼란요인의 통제 제한으로 인해 개별 담배규제정책의 효과만을 분리해내기 어렵다는 점, 흡연과 관련된 인과관계의 고리가 복잡하다는 점 등 정책 효과의 인과성을 분명하게 입증해내기 어렵다는 점을 염두에 둘 필요가 있다.

4.2.1 가격 및 조세정책 (담배규제기본협약 제 6조)

● 정책의 특성

담배가격 및 조세정책의 목적은 전반적인 흡연량을 감소시키고, 초기 흡연자와 소량흡연자의 금연을 유도하는 것이다 (서미경 등 2007). 하지만 세수 확보 또한 정부의 중요한 정책동기가 된다. 담뱃값에 포함된 건강증진 기금이 금연사업 용도로 지출되는 비중은 매우 낮지만, 각종 보건복지 연구사업은 물론 건강보험 국고지원에 대규모로 투입되고 있다는 점은 이를 짐작케 한다. 담배가격 및 조세정책에서 흡연자는 정책의 수혜자이자 동시에 직접적인 비용 부담자이다. 또한 담배는 광범위하게 소비되는 상품이기에 소위 ‘민생물가’ 측면에서 중요한 관리대상이기도 하다. 그렇기에 담배가격정책은 ‘정치적으로’ 민감한 이슈가 되기 쉽다. 다음의 신문기사는 이러한 정황을 잘 보여준다.

문인협 “담뱃값 인상 반대” 성명/ “담배는 창작의 샘”

소설가들이 정부의 담뱃값 인상 방침에 단단히 화가 났다. ‘창작 아이디어의 원천’인 담배 가격 인상은 유감천만이라는 것이다. 소설가들은 “더이상 좌시할 수 없다.”면서 19일 오전 11시 서울 대학로 마로니에공원에서 ‘담뱃값 인상 반대 결의대회’를 갖기로 했다.

이에 앞서 한국문인협회 소설가분과는 18일 성명을 내고 “정부의 담배부담금 1000원 인상안은 즉각 철회돼야 한다.”고 주장했다.

이들은 “어려운 경제로 갈수록 원고료가 인하돼 우리의 생업인 원고 집필마저 어려워지고 있는 상황”이라면서 “그나마 창작 아이디어를 제공해 주는 유일한 벗인 담배마저 값을 올리려는 것을 도저히 두고 볼 수가 없다.”고 목소리를 높였다.

백시종(60) 소설분과 회장은 “오르는 담뱃값이 부담이 되면 문화비를 가장 먼저 줄이겠다는 것이 시민을 대상으로 한 최근의 조사결과”라면서 “극심한 불황으로 어려움을 겪고 있는 문인들의 창작의지를 꺾을 뿐 아니라 출판계 불황을 심화시키는 담뱃값 인상은 부당하다.”고 강조했다.

< 서울신문 2004년 11월 19일 >

● 불평등에 대한 잠재적 영향

지금까지의 연구결과들에 따르면, 담뱃세 증가를 통한 담배가격 인상은 단일 정책으로서는 가장 효과적으로 담배 소비를 감소시키고 흡연자의 금연을 촉진하는 것으로 알려져 있다 (WHO 2008). 특히 젊은 연령층과 사회적 소수자, 저소득층의 담배 소비가 일반인구집단보다 2-3배 더 크다는 점에서 흡연 불평등 개선에도 유리한 정책으로 인정되고 있다 (WHO TFI 2004). 선행 연구도 담배규제정책들 중 담뱃세 인상 조치가 건강 불평등 감소에 높은 수준의 영향을 미칠 수 있다고 평가한 바 있다 (Jha 등 2000).

동시에 담뱃세로 확보된 세수 중 일부는 다른 담배규제정책의 강화나 대중매체 캠페인, 금연서비스 접근성 향상 등 담배규제를 지원하는데 활용되고 (IARC 2008;

WHO 2008), 사회경제적 취약계층을 고려한 프로그램을 지원하는데 사용되고 있어 (Chaloupka 등 2000), 이를 잘 이행한다면 흡연불평등 감소에 상당히 긍정적인 영향을 미칠 것으로 보인다.

하지만 담뱃세는 소득 역진적 성격이 강하기 때문에 조세부담의 형평성을 악화시킨다는 비판이 끊이지 않는다. 하지만 담배 가격이 상승하면 저소득층의 담배소비가 더 많이 줄어든다는 점에서, 궁극적으로 조세부담의 형평성을 해치지 않는다는 주장이 힘을 얻고 있다 (Chaloupka 등 2000). 그러나 담배를 끊지 못하는 저소득층에게 부담이 증가하는 것은 분명한 사실이므로, 이에 대한 보완책이 추가로 요구된다.

● 국외 근거

우선, 해외 연구들을 살펴보면 담배가격 10% 인상 조치는 니코틴 대체요법이나 비가격 조치에 비해 흡연률과 흡연 관련 사망 수 감소에 더 효과적인 것으로 나타났다 (Ranson 등 2000). 고소득 국가의 경우 가격을 10% 인상하면 담배소비가 2.5~5% 줄어들고, 저소득 및 중간소득 국가의 경우 대략 8% 감소하는 것으로 나타났다 (Chaloupka 등 2000). 유럽 52개국에서는 담배가격이 10% 인상되면 담배소비가 2~7% 줄어드는 것으로 추산되었다 (Gallus 등 2006).

흡연불평등 측면에서 살펴보면, 남아프리카 공화국에서 담배 가격을 10% 인상한 결과 젊은 연령층과 저소득층, 흑인의 흡연률이 가장 크게 감소한 것으로 나타났다 (van Walbeek 2003). 또한 스웨덴, 핀란드, 영국, 네덜란드, 독일, 스페인의 유럽 6개국에서 이루어진 조사에서도 가격탄력성²⁷⁾은 화이트 칼라 -0.5 ~ -0.7, 미숙련 육체 노동자 -0.9 ~ -1.0으로 사회경제적 취약계층이 담뱃값 인상에 더욱 민감한 것으로 나타났다 (Giskes 등 2007).

27) 가격탄력성이 -0.5 ~ -0.7이라는 결과는 담배 가격 10% 인상으로 담배소비가 5 ~ 7% 감소함을 의미한다.

하지만 다른 연구 결과도 있다. 1961~2003년 동안 담배가격 및 조세정책과 흡연 행태의 관련성을 분석한 논문 43건(미국 33건, 영국 3건, 프랑스, 스페인, 캐나다, 남아프리카, 대만)을 검토한 결과, 4건의 성인 대상 연구들은 저소득층에서 훨씬 큰 가격효과를 확인했지만, 3건에서는 반대 경향이 나타났다고 보고했다. 한편 청소년을 분석한 20건의 연구들은 일관되게 가격 인상이 청소년 흡연 감소에 효과적이라고 보고했는데, 부모의 소득, 직업, 교육수준에 따른 차별적 효과는 확인되지 않았다. 즉, 담배가격 정책이 흡연불평등을 완화시키는데 소득에 대해서만 일부 민감할 뿐 교육, 직업, 성, 인종과 관련해서는 차별적 효과가 거의 없다는 것이다 (Thomas 등 2008).

● 국내 근거

그렇다면 국내의 연구들은 어떤 결론을 내리고 있을까? 지금까지 대다수 국내 연구들도 국외 연구와 마찬가지로 담배 가격 인상이 담배소비 감소에 효과가 있다고 보고했다. 거시자료 분석 결과에서 추정한 가격 탄력성을 살펴보면, 19세 이상 성인을 대상으로 한 경우 -0.41 (김원년 2005), 전 국민 -0.49 (김용익 등 2003), 18세 이상 흡연자 -0.27 (김성준 2002) 등으로 추정되었다. 2004년 말 가격인상 1개월, 3개월, 6개월 후 시점에서 개인 단위의 미시자료를 분석한 결과에 따르면, 가격 탄력성은 각각 -0.69, -0.62, -0.55로 추정하였다 (김원년 등 2006).

이들을 불평등 측면에서 다시 살펴보면, 김용익 등(2003)과 김원년(2004)의 연구에서는 연령이 높고, 소득과 교육 수준이 낮은 가구에서 가격인상의 효과가 큰 것으로 나타났다. 또한 김홍배 등(2007)의 연구는 성인에 비해 청소년층에서 가격인상의 효과가 크다고 보고했다. 한편, 김원년 등(2006)과 강은정(2009)의 연구는 가구소득이나 교육수준이 낮을수록 가격인상의 효과가 크지만, 가장 취약한 계층에서는 가격인상의 효과가 다소 감소하는 것을 관찰했다 (표 17).

표 17 담배 가격 및 조세정책의 효과 평가 연구 결과 요약

저자 (연도)	자료	담배가격 인상으로 인한 변화
김용익 등 (2003) 김원년 (2004)	1991-2002년 월별 가계지출 자료 (통계청)	* 담배소비의 가격탄력성 ① 전체가구: -0.5206 ② 소득수준: 월 50만원 이하 -0.6103, 월 200만 이상 -0.2485 ③ 교육수준: 고졸 미만 -0.57, 고졸 이상: -0.43 ④ 연령 별: 노년층이 가장 탄력적
김원년 등 (2006)	2004년 담배가 격 인상 2주 전 흡연자 700 명 패널 구축 - 인상 직전/1 개월 /3개월/6 개월 시점 추 적 관찰)	*담배가격 인상에 따른 흡연 중단율, 흡연량 감소율 ① 연령별 흡연상태변화: 20대에서 흡연 중단율 가장 높고 30대에서 흡연량 감소율 가장 높음. ② 가구수입별 흡연상태변화: 195-295 만원 소득계층에서 6개월 후 흡연 중단율 가장 높으며, 195 만원 미만 소득계층에서 일평균 흡연량 감소 가장 큼. ③ 직업별 흡연상태변화: 학생의 흡연량 감소율, 흡연 중단율이 상대적으로 높으며, 전문직과 무직의 경우 상대적으로 낮음.
김홍배, 조홍준 (2007)	2005년, 서울 남자 인문고, 충남 남녀공학 인문고와 실업 고 1개교 자기기업 설문 (총 1,424명)	* 가격 인상 이후 금연 비율 ① 전체 28.6%, 남 27.9%, 여 33% ② 영향요인: 용돈 적게 받는 경우, 금연준비 단계 중 준비기 경우 * 가격 인상 이후 금연 및 흡연량 감소 비율 ① 전체 39.0%, 남 34.3%, 여 33.0% ② 영향요인: 남자에 비해 여자가, 금연 준비단계 중 준비기 경우 * 가격 인상 때문에 금연 및 흡연량 감소 비율 ① 28.9% ② 영향요인: 흡연시작 시기 늦을수록, 인상 이전 흡연량 많을수록
강은정 (2009)	2009년 남성 504명, 여성 225명 금연의 향가격 전화조 사	*담배소비의 가격탄력성 ① 전체 -0.658 ② 성별: 여자 -0.483, 남자 -0.780 ③ 교육수준: 초졸 이하 -0.570, 중졸 -1.066, 고졸 -0.766, 대학 -0.542 ④ 가구소득: 100만 이하 -0.678, 100만원 대 -0.720, 200만원 대 -0.786, 300만원 대 -0.548, 400만원 대: -0.474

김원년 등(2006)의 연구는 정책평가를 위해 사전 기획된 유일한 패널조사로서 2004년 말 가격인상 이후 흡연자 추적관찰을 통해 흡연 중단율(%), 흡연감소율(%), 일일 평균 흡연량 감소(개비) 결과를 제시했다 (그림 31). 여기에는 가격효과가 아닌 다른 요인의 영향도 포함되어 있으며, 흡연 중단에 미치는 순수한 가격효과는 별도로 제시되어 있다. 가격 인상 효과는 소득이 가장 낮은 계층과 직업이 가장 불리한 계층 (판매서비스직/일용/작업직/생산운수직)에서 가장 작았다. 관찰자 수가 적어 해석에 주의가 필요하지만, 이러한 결과는 취약계층일수록 담배 가격탄력성이 높다는 주장이 한국에서도 유효한지 재검토가 필요함을 시사한다. 미국, 영국, 캐나다, 호주의 패널 조사 자료 분석도 금전적 스트레스를 겪은 흡연자들이²⁸⁾ 그렇지 않은 흡연자들에 비해 금연 동기는 높지만 금연시도와 금연성공률은 낮다고 보고한 바 있다 (Siahpush 등 2009).

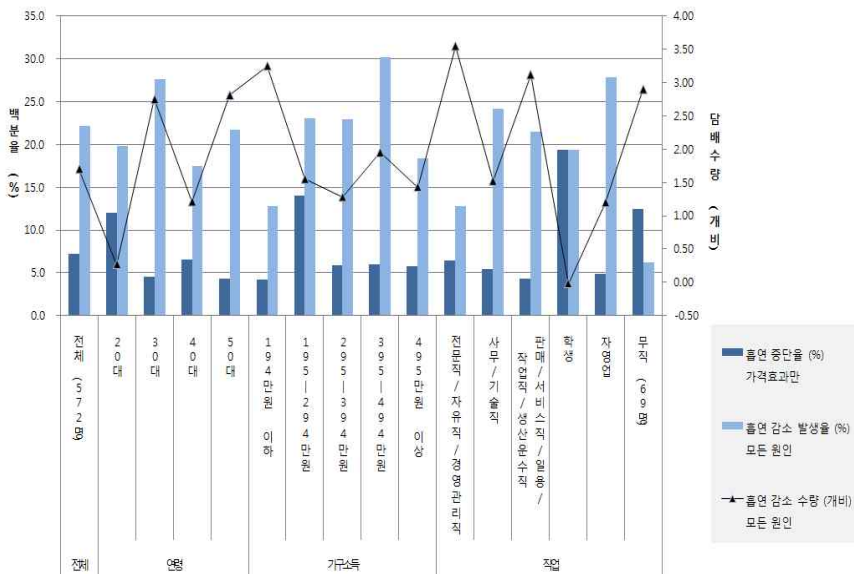


그림 31 2004년 12월말 담배가격인상 6개월 후 흡연행태 변화
(자료: 김원년 등 (2006) 재가공)

28) 금전적 스트레스는 돈이 부족하여 전기세, 전화요금, 임대료 등 제때 내야 하는 주요 요금을 지불하지 못했던 경험이 있는 경우로 정의되었다.

한편, 다변량 분석은 아니지만 흡연자 대상 패널조사인 ITC 한국프로젝트의 기초 분석 결과를 살펴보면, 담배가격 인상으로 인해 금연을 생각하는 비율은 가구소득, 교육수준이 낮을수록 높게 나타났다 (그림 32) (서홍관 등 2009).

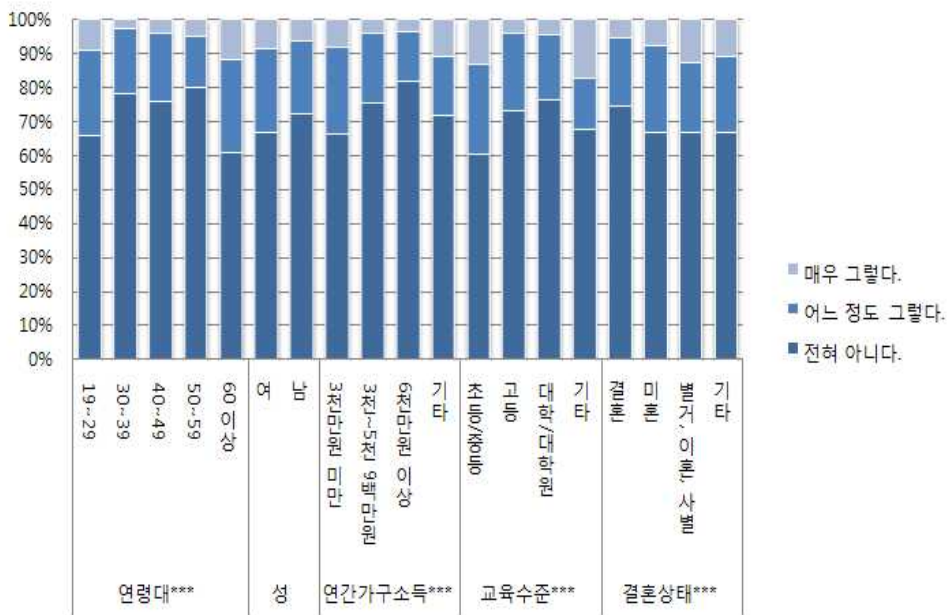


그림 32 사회인구학적 특성에 따른 담배가격으로 인한 금연 생각

(자료: “담배 가격 때문에 지난 6개월 동안 금연을 해야겠다고 생각하신 적이 있었나요?”,
폐암 예방을 위한 담배규제정책의 효과 분석 2008)

한편, 가격 정책과 다른 규제정책들의 영향을 함께 고려하여 가격탄력성을 추정 한 연구들을 살펴보면, 대체로 가격정책만을 포함한 경우에 비해 효과 크기는 작지만 여전히 유의한 것으로 나타났다. 1960-97년의 담배소비량 시계열자료를 이용한 연구는 담뱃갑 경고문구 표기 여부를 통제변수로 포함시켰는데, 가격탄력성이 -0.27로 나타났고 (김성준 2002), 1960-2005년 담배판매량의 시계열자료를 이용한 연구는 경고문구와 광고제한, 흡연구역지정과 금연교육 등 비가격정책 실시여부를 더미변수로 포함했으나 대체로 유의한 변화가 없었다 (시차변수 비포함 시 가격탄력성 -0.35~-0.36, 시차변수 포함 시 가격탄력성 -0.38~-0.43) (정우진 등 2005). 또

한 1960-2005년 담배소비량 시계열자료를 이용한 연구도 1986년 담배광고제한, 1989년 담배경고문구 강화, 1992년 담배자판기설치제한, 1995년 국민건강증진법 제정, 1997년 건강증진기금 설치를 더미변수로 포함하였으나 담배소비자물가지수(가격정책) 외에는 유의한 정책이 없었다(담배소비량의 가격탄력도는 -0.176)(감신 등 2006).

그렇다면 담배가격 인상이 소득불평등에 미치는 영향을 어떻게 할까? 기존 연구는 한국의 간접세 중에서도 담배소비세의 소득역진성이 두드러진다고 지적한 바 있다(그림 33)(성명재 등 2008). 이는 진보적인 시민사회 진영에서조차 담뱃값 인상에 대해 우려를 표명하거나 반대하는 이유가 된다.

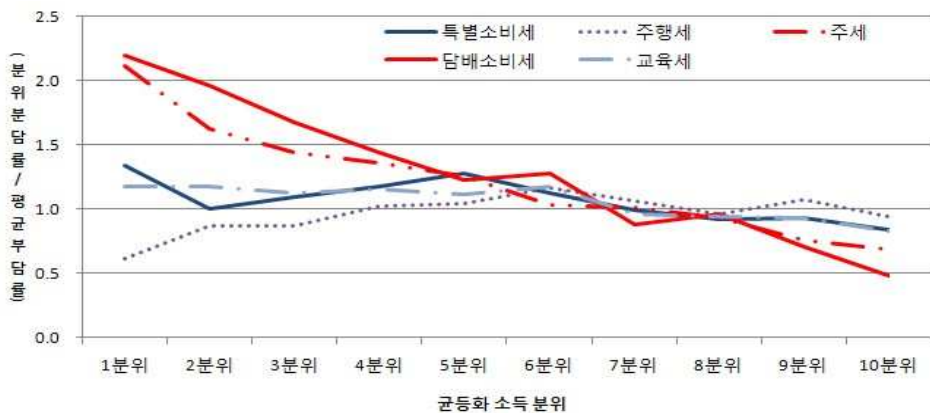


그림 33 담배소비세의 소득역진적 성격 (자료: 성명재 2008)

만일 소득계층에 따른 차별적 가격탄력성이 사실이라면, 이러한 소득역진적 성격은 정당화될 수 있다. 저소득층이 담배를 더욱 많이 끊음으로써, 세금을 더 많이 부담할 필요가 없을 뿐 아니라 건강편익도 더욱 커지기 때문이다. 그렇다 하더라도 계속 담배를 끊지 못하는 저소득층 개인들에게 부담이 가중되는 것만은 분명하다(Wilson 등, 2005). 따라서 담뱃값 인상은 취약계층 흡연자들의 금연을 지원하려는 노력과 반드시 동반되어야 하고, 그렇게 확보된 세수는 담배로 인한 건강문제 비용

에 쓰일 수 있어야 한다. 그러나 담뱃세로 조성한 건강증진기금 중 금연사업의 비중은 매우 낮으며 (2010년 1.48%), 현재 각종 금연 프로그램의 혜택이 사회경제적 취약계층에게 집중된다는 증거는 찾기 어렵다 (표 18).

표 18 금연사업 예산 동향 (출처: 보건복지부 누리집 사전정보공표자료 재가공)

연도		2005	2006	2008	2009	2010
건강증진기금	예산 (백만 원)	1,423,542	1,907,628	1,754,900	1,602,700	1,906,389
	금연사업	25,961	31,502	31,195	26,886	28,136
금연사업		건강증진기금 대비 비율	1.82%	1.65%	1.78%	1.68%
					1.48%	

● 소결

지금까지 살펴본 국내 근거들을 종합하면 다음과 같이 요약할 수 있다.

우선 담배가격 정책이 전체 국민의 담배소비량을 줄이는 것은 비교적 명확해 보인다. 하지만 2008년 이후 흡연율은 정체하거나 일부 집단에서 오히려 증가하는 경향마저 보이고 있음을 주목할 필요가 있다. 그리고 흡연 불평등 측면에서 담배가격 인상은 소득, 교육수준이 취약한 계층에서 더욱 효과적인 것으로 보이나, 국내 연구가 많지 않아 차별적 효과의 유의성을 단정 짓기는 어려운 상황이다. 더구나 가격탄력성의 측정과 관련하여, 흡연중단, 흡연감소, 흡연량 감소 등 결과 지표에 대한 구체적 자료들이 부족하여 차별적 효과를 제대로 평가하는 것이 더욱 어렵다. 비단 계량적 측정자료 뿐 아니라, 다양한 계층 흡연자들의 행태와 사회심리적·사회경제적 환경을 포착할 수 있는 질적 연구 또한 절대적으로 부족하여 가격정책이 어떠한 과정을 거쳐 담배 소비 감소에 영향을 미치는지 파악하기도 어렵다.

한편 담뱃세 부담의 불평등 측면에서 본다면 2008년 한국의 담배 소비세는 그 자체로 소득 역진적이다. 원론적으로 이러한 조세부담의 불평등은 담뱃세 구조와 세수의 재분배, 그리고 담배소비의 불평등 개선을 통해 상쇄될 수 있다고 하지만

(Peck 2005), 관련 자료와 연구가 부족하여 정확하게 평가하기 어렵다.

국내외 근거들을 종합하여 흡연 불평등의 완화라는 측면에서 세 가지를 권고한다. 첫째, 3장에서 언급되었듯 현재 담뱃세가 담배 가격에서 차지하는 비중은 62%로 OECD 회원국 평균(70%)이나 WHO의 비교 기준(75%),²⁹⁾ 비영리 국제단체의 권고안(67~80%)³⁰⁾에 비해 낮다는 점에서 담뱃세 비중을 증가시킬 필요가 있다. 둘째, 담뱃세 증가를 통한 담배가격 인상을 단행할 때 조세부담의 구조, 확보된 세수의 활용, 흡연 불평등 개선 등을 고려하여 사회경제적 취약계층에게 불리하게 나타날 수 있는 정책 부작용을 막는 조치를 시행해야 한다. 셋째, 가격 및 조세정책이 담배사용에 미치는 영향을 평가하기 위한 모니터링이 지속적으로 이루어져야 한다. IARC에서 권고하듯 사회경제적 위치 변수를 포함하여 담뱃세의 수준과 구조, 담배 가격, 세수 활용, 담배회사의 가격 관련 마케팅 활동, 흡연자의 구매 행위, 세금 회피, 밀수행위 등을 지속적으로 측정해야 하며 (IARC 2008), 흡연 불평등 변화, 담뱃세 부담의 불평등, 세수 지출 등을 포괄적으로 평가하여 담뱃세 인상이 빈곤층에게 미치는 영향을 반드시 검토해야 한다 (Peck 2005).

29) WHO Tobacco Free Initiative 누리집. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>

30) Campaign for Tobacco-Free Kids. Taxation and Price - essential facts. Washington, DC 2009; Available from: <http://tobaccofreecenter.org/>.

4.2.2 금연구역 정책 (담배규제기본협약 제8조)

● 정책의 특성

금연구역 정책의 목적은 간접흡연의 피해로부터 시민들, 특히 비흡연자와 노동자를 보호하고 흡연자의 흡연을 감소를 유도하는 것이다 (서미경 등 2007). 정책의 배경은 담배협약 제 8조에 명시하듯, ‘담배연기에의 노출이 사망 질병 장애를 초래한다는 과학적 증거가 명백하게 정립되었’기 때문이다. 정책대상에는 비흡연자와 흡연자 외에도 시설소유자·점유자·관리자와 영업주가 포함된다. 비흡연자(흡연권)나 흡연자(흡연권)는 서로 다른 이유이기는 하지만 모두 정책에 대해 관심이 높고, 시설의 관리자나 영업주들은 관련 비용 부담 때문에 정책에 대해 민감한 경향이 있다. 다음의 신문기사는 이와 관련한 ‘보통’ 시민들의 속내를 잘 드러낸다. 그러나 분명한 것은, 2007년 당사국 총회에서 채택된 담배규제기본협약 제 8조 지침서에 의하면 흡연권보다는 담배연기에서 자유로울 권리와 건강권이 더욱 중요하다는 점이다.

‘아무리 그래도’...흡연권 외치는 직장인들 “폐 안 끼치고 담배 피고 싶다”

요즘 야만인으로 불리며 금연이라는 거국적인 대의를 거스르는 흡연자다. 뭐라 불리든 상관없지만 나라 전체가 흡연자, 비흡연자로 은근히 편 가르기를 조장하는 것은 반대한다. 금연 열풍에 건물마다 흡연구역이 정해졌지만 제대로 된 흡연실을 찾기 힘들다. 재떨이만 있으면 다 흡연실인가. 비상구 계단, 복도 구석에 창문을 열어놓고 흡연자들을 내몬다. 그러면 흡연자들도 기분 나쁘고 담배를 안피우는 사람도 복도에 퍼진 담배 연기 때문에 간접흡연을 하게 된다. 제대로 된 흡연실을 갖추는 것이 비흡연자들은 물론 금연자들의 건강을 지켜주는 지름길이다. 혐연권을 인정한다면 흡연권도 인정하는 것이 상식 아닌가. 비흡연자들에게 민폐 끼치지 않고 경쾌하게 담배 한 개비 피우고 싶은 간절한 소망이 있다. /디지털드림스튜디오 ○씨

< 경향신문 2002년 04월 22일 >

흡연폐해 적극적 공론화 필요

얼마 전에 들른 한 PC방은 너구리굴이나 다름없었다. 유치원생부터 60, 70대까지 이용하는 PC방에 자욱한 담배연기가 가득 찼다. 물론 흡연구역과 금연구역이 나눠져 있지만 불과 2~3m밖에 떨어져 있지 않아 담배연기가 넘나든다. 매캐한 담배연기로 고통받는 이들이 적지 않은데도 버젓이 줄담배를 피우는 이들이 많았다. 지난해 헌법재판소는 '혐연권은 흡연권보다 상위의 기본권'이라는 결정을 내렸다. 우리 사회에도 이제 담배를 피우는 것은 흡연자 자신을 포함한 국민 전체의 건강을 해치는 행위라는 여론이 조성되었으면 한다. 공공복리를 위해서는 흡연의 자유와 권리가 제한될 수 있다는 폭넓은 사회적 공감대가 이뤄져야 한다. /전남 여수시 학동 홍씨

< 경향신문 2005년 2월 14일 >

● 불평등에 대한 잠재적 영향

현재까지의 연구들에 의하면 간접흡연 노출에 관한 안전 기준은 의미가 없으며 담배연기 노출로부터 모든 사람들을 보호하기 위한 효과적인 조치는 완전 금연뿐이다. 담배협약은 실내 작업장, 실내 공공장소, 대중교통을 우선 적용 대상으로 명시함으로써 실내 공간이 간접흡연 노출 예방의 주요 대상임을 분명히 하고 있다. 또한 부분 금연이나 환기시설 및 흡연시설 설치의 효과가 없으며, 자율적인 조치만으로는 실효성이 없기에 법제화가 필수임을 지적한다 (WHO 2008; WHO FCTC

2007). 금연구역 실시는 비흡연자의 간접흡연 노출 감소 뿐 아니라, 흡연자의 흡연량 감소와 금연 촉진, 가정 내 금연을 증가시키는 것으로 알려져 있다 (WHO 2008).

불평등 측면에서 살펴보면, 협약 자체는 ‘모든 사람들’과 ‘모든 실내 작업장, 공공장소’를 대상으로 하기에 불평등에 중립적인 영향을 미칠 것으로 짐작된다. 하지만 흡연율과 흡연량이 사회경제적 취약계층에게 높다는 점을 고려할 때, 이러한 금연 효과는 취약계층에게 다소 유리할 수 있다. 선행 연구도 공공장소 및 작업장 금연조치가 건강 불평등 감소에 약간의 영향을 미칠 수 있는 조치로 평가한 바 있다 (Jha 등, 2000). 하지만 현실에서 단계적으로 확대 적용되고 있는 금연구역 조치는 잠정적이지만 사회경제적 취약계층에게 불리한 영향을 미칠 가능성이 크다. 규모가 작은 영세사업장일수록 적용대상에서 제외될 가능성이 높고, 여기에서 근무하는 노동자들의 간접흡연 노출 가능성이 일정 규모 이상의 사업체에서 근무하는 이들에 비해 높기 때문이다.

그렇다면 모든 실내 작업장과 공공장소를 완전 금연구역으로 지정하기 어려운 이유는 무엇일까? 우선, 금연구역 조치가 음식점, 술집,接客업소 등 서비스업과 여행업계의 수익에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 업주들의 반발을 들 수 있다. 또한 현실적인 측면에서 소규모 사업장까지 감시와 단속의 손길이 미치기 어렵다는 점도 이유가 된다. 하지만 실증 연구들은 금연구역 조치가 사업체의 매출에 미친 영향은 중립적이거나 오히려 긍정적임을 보여주었다. 정부는 생명권과 건강권이라는 보편 인권을 보호해야 할 의무가 있다는 점에서 흡연자의 흡연권 보호를 넘어서는 금연구역 조치를 정당화할 수 있다 (WHO 2008). 더구나 일부의 흡연권 주장을 담배업계가 악용할 수도 있다는 점은 3장에서 이미 지적한 바 있다.

● 국외 근거

금연구역 정책의 영향과 관련된 연구들을 살펴보면, 금연구역 도입으로 비흡연자의 간접흡연 노출이 39% 감소했고 (Haw 등 2007), 직장 전체가 금연구역으로 지정된 곳의 노동자는 그렇지 않은 기업의 노동자에 비해 간접 흡연 노출이 2.8~8배 낮았다 (Borland 등. 1992). 또한 포괄적 금연구역 법이 존재하는 지역사회의 비흡연자는 그렇지 않은 지역사회의 비흡연자에 비해 간접흡연 노출이 22~33% 낮았다 (Pickett 등 2006). 그리고 이러한 결과는 포괄적 금연구역 법이 수립된 대다수 지역에서 확인되었다. 뿐만 아니라 금연구역 정책 이후 호흡기 증상, 심장질환이 감소했다는 보고가 있으며, 이는 장기적으로 폐암 감소로 이어질 수 있을 것이다 (WHO 2008).

한 종설 논문은 실내 작업장의 완전 금연으로 흡연율이 3.8% 감소하고 계속 흡연자의 일일 흡연량이 3.1개비 감소했다고 추산했다 (Fichtenberg 등 2002). 또 다른 연구도 직장 금연구역 정책으로 흡연율이 5% 감소하고 일일 흡연량이 10% 감소했으며 (Evans 등 1999), 금연구역으로 지정된 작업장의 노동자는 그렇지 않은 노동자에 비해 금연률이 1.9~2.3배 높았고, 계속 흡연하는 노동자의 경우에도 일일 평균 흡연량이 3.85개비 줄어들었다고 보고했다 (Bauer 등 2005). 미국의 경우, 포괄적 금연구역 법 도입 이후 주별로 1인당 담배소비가 5~20% 줄어든 것으로 추산되었다 (Levy 등 2001), 아일랜드에서는 관련 법 도입 후 흡연자의 46%에서 금연 가능성이 증가했고, 금연성공자의 80%가 법 때문에 금연했으며 88%는 법 때문에 금연을 지속하는 것으로 조사되었다 (Fong 등. 2006). 또한 금연구역 법은 자발적인 가정 내 금연을 자극하여 아동과 여타 가족구성원의 간접흡연 노출을 감소시키는 효과도 있다 (Borland 등 2006; Wipfli 등 2008). 가정 내 금연 규율이 없는 침대들이 규율이 있는 침대들에 비해 흡연 시작 가능성이 1.89배 높다는 연구결과 (Albers 등 2008)는 규제의 잠재적 영향을 잘 보여준다.

그렇다면 불평등 측면에서는 어떠한 영향을 미쳤을까?

미국, 호주, 뉴질랜드, 이스라엘, 핀란드, 영국에서 작업장 및 공공시설 금연구역 정책을 다룬 1981년 이후의 논문 14편을 검토한 종설은, 직업을 제외하면 금연구역 설정이 사회경제적 위치에 따라 차별적 영향을 미친다는 근거를 찾을 수 없다고 결론 내렸다. 직업 상 유리한 계층일수록 금연구역 설정의 혜택을 더 많이 받는 것으로 나타나는데, 실제 흡연 감소가 아니라 태도에 대한 분석이기에 강력한 근거는 될 수 없다고 했다 (Thomas 등 2008). 유럽 6개국(스웨덴, 핀란드, 영국, 네덜란드, 독일, 스페인)을 분석한 또 다른 연구는, 전문직이나 사무직이 근무하는 작업장일수록 금연정책의 실천 가능성이 높다고 보고했다 (Giskes 등 2007). 금연구역 정책 그 자체는 중립적이지만, 정책이 시행되는 과정에서 사회경제적 취약계층에게 불리한 영향을 미칠 가능성이 분명히 존재한다.

● 국내 근거

국내 연구들은 공공장소의 흡연규제가 성인 남성 흡연율을 감소시키는데 기여했고, 흡연규제 건물에서 일하는 직장인들이 금연구역 지정 후 흡연량이 감소했다는 보고가 있다 (서미경 등 2007). 공변수를 보정하지 않았다는 한계를 감안할 필요는 있지만, 2005년 국민건강영양조사 자료를 분석한 다른 연구도 직장 내 흡연 금지 정책을 도입한 후 현재흡연율과 담배소비량이 유의하게 감소했으며 완전금지가 부분금지에 비해 더 효과적이라고 보고했다 (Kim 2009).

그렇다면 금연구역 정책이 간접흡연 노출의 불평등에 미치는 영향은 어떠할까?

우선 지적할 것은, 현행 금연구역이 대규모 사업장이나 공공시설, 접객업소를 대상으로 하고 있어 소규모 사업장, 특히 중소규모의 식당, 주점 등에서 일하는 노동자들은 구조적으로 보호를 받기 어렵다는 점이다. 또한 게임방, PC방, 만화방 등은 면적의 50%만 금연구역 시설로 지정하는 부분금연 정책의 대상인데, 이들은 어린

이와 청소년의 출입이 잦은 대표적 시설이다. 아직 금연구역 정책이 적용되기 전에 PC방, 음식점 등에서의 간접흡연 실태를 살펴본 연구들은 청소년 이용자나 노동자들의 간접흡연 노출이 상당한 것으로 파악했다 (고영림 등 2002; 양원호 등 2000; 황규석 2000). 또 다른 연구는 부분 금연구역 조치 이후 PC방 내부 금연구역의 간접흡연 노출 수준이 흡연구역보다는 낮지만, 여전히 미국의 실외기준을 훨씬 초과한다고 보고했다 (손홍지 등 2010). 그나마 현재 금연구역이 꾸준히 확대 중이며, 어린이→청소년→성인, 실내→실외 순으로 (서미경 등 2007) 이루어지고 있다는 점은 매우 긍정적이다.

한편 2005-2008년 국민건강영양조사의 직장 실내 간접흡연 노출 지표를 살펴보면, 남녀 모두에서 1시간 이상의 간접흡연 비율이 점차 감소하다 2008년에 다소 증가하는 것으로 나타난다 (그림 34). 이를 사회계층별로 구분해보면, 2005년에는 소득과 교육 측면에서 간접흡연 노출의 불평등이 뚜렷했으나 2007년과 2008년에는 그 격차가 줄어들었다. 하지만 직업유형에서는 서비스/판매직과 블루칼라 직종이, 고용형태에서는 비정규노동자와 자영업자가 2005년, 2007년, 2008년 모두 5시간 이상의 간접흡연 노출 비율이 상대적으로 높았다 (그림 35).



그림 34 2005~2008년 직장실내 간접흡연 노출 추이
(자료: 국민건강영양조사 2005-2008)

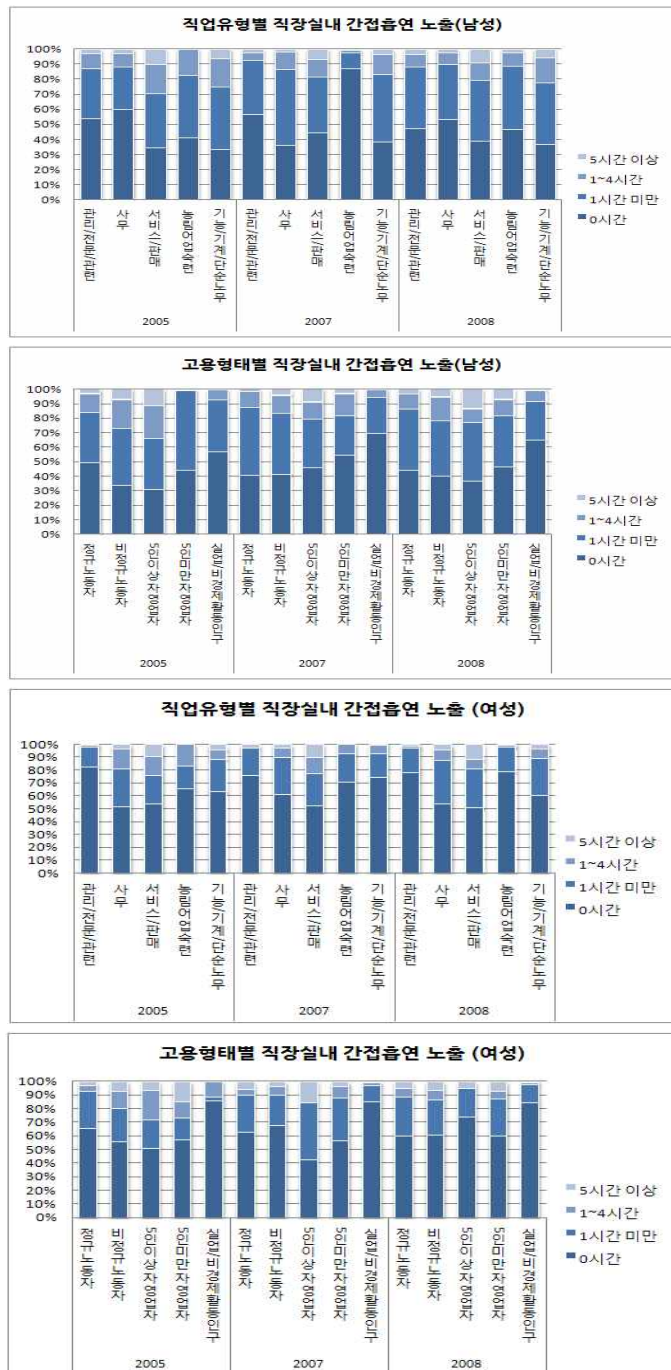


그림 35 2005~2008년 사회계층별 직장실내 간접흡연 노출 추이
(자료: 국민건강영양조사 2005-2008)

그렇다면 금연구역 정책이 흡연 관련 불평등에 미치는 영향은 어떠한가?

우선 금연구역 실시로 인한 흡연자들의 금연생각을 사회계층별로 살펴보면, 직장 흡연금지와 관련하여 가구소득, 교육수준, 결혼 상태에 따라 일관된 경향을 확인할 수 없었지만, 공공장소 흡연금지와 관련해서는 일관되게 취약계층의 금연 생각 비율이 높은 것으로 나타났다 (그림 36) (서홍관 등 2009). 하지만 금연구역 정책이 흡연율이나 흡연량의 차이에 미치는 영향을 분석한 연구는 찾을 수 없었다.

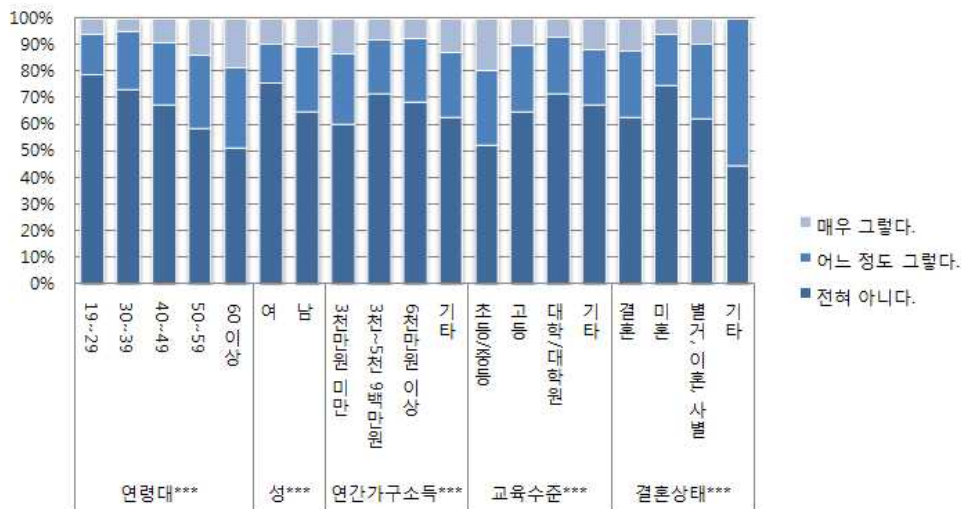


그림 36 공공장소 금연구역으로 인한 금연 생각

(자료: “지난 6 개월 동안 식당이나 술집 등 공공장소 등의 금연 구역 때문에 금연에 대하여 얼마나 생각하였습니까?”, 폐암 예방을 위한 담배규제정책의 효과 분석 2008)

국내에서 금연구역 조치는 1995년에 처음 도입된 이래 점차 확대되어 2003년부터 3천㎡ 이상 건물의 사무실, 2006년부터 1천㎡ 이상 건물의 사무실과 실내작업장까지 적용되고 있다. 2006년의 금연구역 정책이 적용되기 이전인 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 직장 내 금연정책과 작업 공간 내 금연정책 적용 현황을 살펴보면, 우선 금연정책 적용 비율에서는 남성이 여성에 비해 불리한 것으로 나타났다 (그림 37).

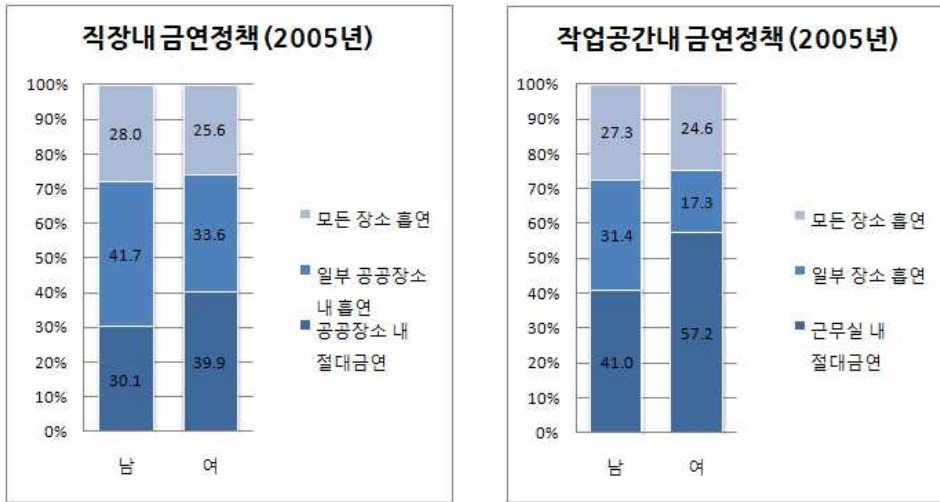


그림 37 2005년 직장 내 금연정책 및 작업 공간 내 금연정책 성별 현황
(자료: 2005년 국민건강영양조사)

하지만 성별 차이보다는 사회계층별 차이가 더 크게 나타났다. 남성이든 여성이든 소득이나 교육수준이 낮을수록, 서비스/판매직이나 블루칼라 직종에 종사할수록, 고용형태가 비정규직이거나 자영업자일수록 불리한 것으로 나타났다 (그림 38). 결국 소득, 교육, 직업, 고용형태에서 취약한 계층일수록 일터에서 간접흡연에 노출될 가능성이 높다고 할 수 있다.

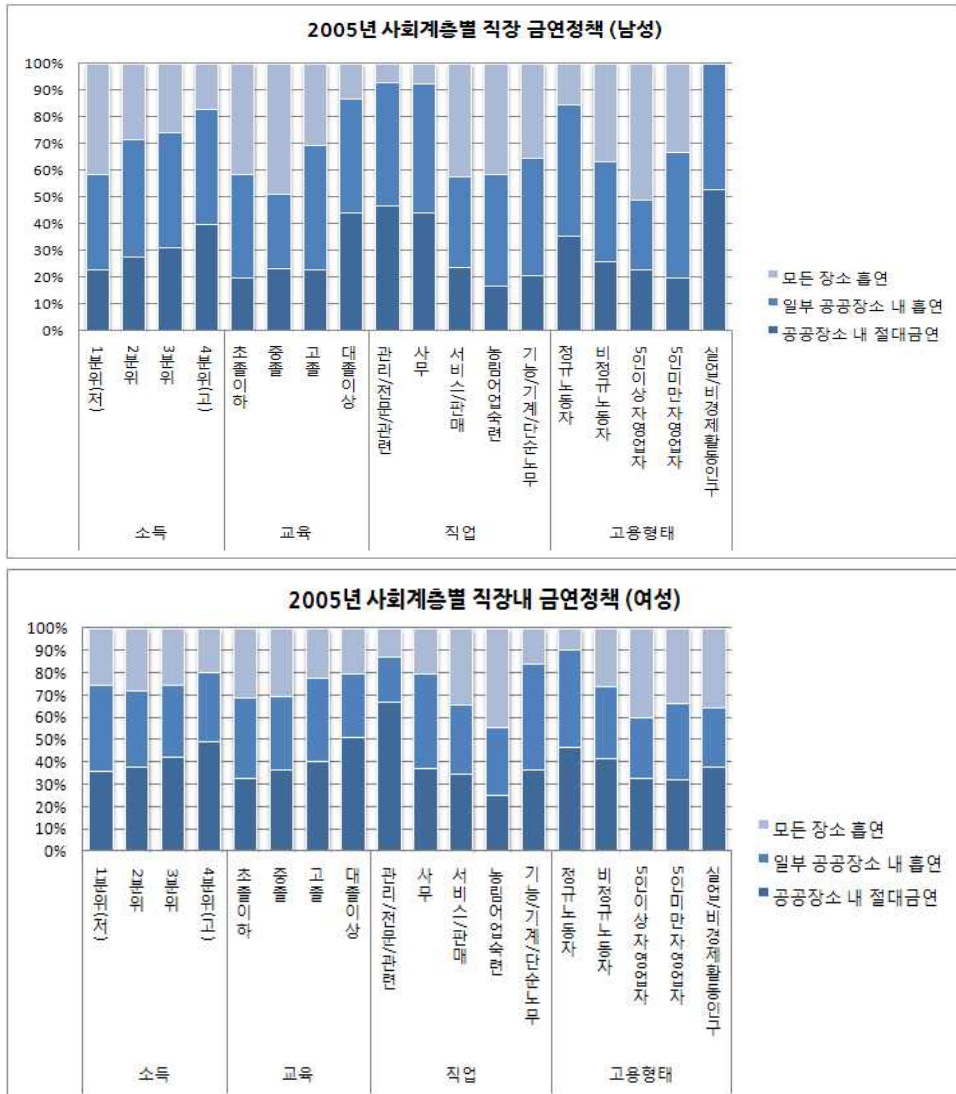


그림 38 직장 내 금연정책 현황, 2005년 (자료 2005 국민건강영양조사)

한편 2010년 5월 공포된 국민건강증진법 개정안에 따라 지방자치단체가 실외 금연구역을 지정할 권한을 갖게 되면서 실외 금연구역 지정이 유행처럼 확산되고 있다. 그러나 지자체의 단속 인력 부족과 현장 단속의 어려움 등으로 인해 실효성은 의문시된다. 정유석 (2009)은 2007년 서울시의 버스 정류장 금연구역 지정, 부산시

의 해운대 금연지역 선포를 예로 들면서 실외 금연구역에 대한 지정과 홍보는 늘어나지만, 아직 실내 금연조차 제대로 시행되지 않는 상황에서 실외 금연구역을 대폭 확대하는 것은 순서가 뒤바뀐 것이라고 지적한 바 있다. 간접흡연 피해가 주로 실내 공간에서 발생하는 것을 감안하면, 실효성이 미흡한 실외 규제를 서두르는 것보다 실내 규제를 우선적으로 확장하고 정책 실효성을 높이는 것이 중요하다.

또한 금연구역 정책의 대상인 시설주와 영업주에 대한 설득도 중요한 과제 중 하나라 할 수 있다. 이를테면 홍콩의 경우, 2006년 전 지역으로 금연구역을 확대하면서 관광산업에 의존하는 홍콩경제가 큰 타격을 받을 것이라는 요식업계의 반대에 부딪힌 적이 있다.³¹⁾ 이러한 반대는 다른 곳에서도 쉽게 찾아볼 수 있다. 하지만 앞서 이야기했듯, 금연구역 정책으로 인한 경제적 악영향은 과학적 근거가 없다. 뉴질랜드의 경우, 2003년에 금연환경 개정법이 도입되었지만 관광산업과 서비스업에 부정적인 영향이 나타나지 않았고 (Edwards 등 2008), 그 밖의 많은 지역들에서도 유사한 평가가 있었다 (Luk 등 2005)는 점을 상기할 필요가 있다.

● 소결

지금까지 살펴본 국내의 연구결과들은 다음과 같이 종합할 수 있다. 우선 국내의 금연구역 정책은 2003년과 2006년, 2차례에 걸쳐 대폭 강화되었고 이로 인해 비흡연자의 간접흡연 노출이 줄어들고 흡연율과 흡연자의 흡연량이 감소되었다고 볼 수 있다. 하지만 금연구역 조치가 대규모 시설이나 작업장 위주로 적용되어, 2005년에는 소득, 교육, 직업, 고용형태에 따른 적용의 불평등을 확인할 수 있었다. 한편 2006년 금연구역 정책이 재차 강화된 이후 직장 실내 간접흡연 노출에서 소득과 교육에 따른 불평등은 감소했지만, 서비스/판매직이나 블루칼라 직종, 비정규노동자나 자영업자 등 직업과 고용형태에서 불리한 계층은 여전히 직장실내 간접흡

31) 「홍콩 전역 사실상 금연」, 『한겨레』, 2007년 1월 2일, 1면.

연 노출이 더 많은 것으로 나타났다.

결국 금연구역 정책이 모든 실내 작업장과 실내 공공장소로 확대되지 않는 이상, 금연구역 적용과 간접흡연 노출에서 사회경제적 불평등은 지속될 것이고, 이로 인한 건강 피해의 불평등도 지속될 것으로 추측된다.

앞서 살펴본 연구 결과들과 국제기구들의 권고안을 기반으로 불평등 완화 측면에서 4가지를 권고하면 다음과 같다. 첫째, 금연구역 확대의 우선순위는 실외가 아닌 실내에 있다는 점을 분명히 할 필요가 있다. 집행 효과도 불분명한 실외 금연구역 정책보다는 우선 모든 실내 작업장과 실내 공공장소에 완전 금연 조치를 확대 적용함으로써, 간접흡연 노출에서의 사회경제적 불평등을 줄여야 한다. 둘째, 적절한 이행 전략, 충분한 인력과 예산, 감독 권한, 처벌 규정의 강화를 통해 금연구역 조치의 실효성을 높이고 정책 순응도를 증가시켜야 한다. 셋째 간접흡연이 건강, 경제, 사회에 미치는 피해가 크기 때문에 이를 해결하기 위한 금연구역 정책이 필요하다는 내용의 홍보 및 캠페인이 동시에 이루어져야 한다. 넷째, 금연구역 정책의 이행과 강화, 그로 인한 영향을 지속적으로 모니터링하고 평가해야 한다. 담배협약 제8조 이행을 위한 가이드라인은 일반인과 특수 집단(예, 주점 노동자)의 정책에 대한 지식·태도·지지와 정책의 이행 및 순응정도를 모니터링하고, 직장내 공공장소에서의 간접흡연 노출, 직장내 공공장소에서의 실내 대기 중 담배연기, 간접흡연으로 인한 사망률과 유병률 감소, 가정 내 간접흡연 노출, 흡연율과 흡연행태 변화, 경제적 영향을 모니터링해야 한다고 밝혔다. 또한 사회경제적 변수를 포함하고, 담배업계의 대응과 방해 활동도 함께 모니터링할 필요가 있다 (IARC 2008; WHO FCTC 2007).

한편으로, 제 3장에서 지적했듯 일터의 금연구역 지정과 금연프로그램 시행이 노동자들의 인권을 일방적으로 침해하거나, 노동자 통제의 방편으로 악용되어서는 안 된다는 점도 분명히 밝혀둔다.

4.2.3 흡연예방 및 금연캠페인 (담배규제기본협약 제12조)

● 정책의 특성

대중 커뮤니케이션 캠페인은 어떤 이슈에 대한 인식, 지식, 이해를 증진시켜 개인의 행태에 영향을 미치고 정책 지지와 사회변화에 기여하도록 만드는 활동이다 (IARC 2008). 흡연예방 및 금연 캠페인의 목적은 흡연과 간접흡연이 해롭다는 사실을 알려 흡연에 대한 경각심과 부정적 이미지를 확산시키고, 금연이 유용하다는 사실을 알려 금연정책에 대한 우호적 여론을 조성하고 금연운동을 행동으로 옮기도록 유도하는 것이다. 동시에 담배를 반(反)사회적인 제품으로 인식하게 만들어 사회적 추방을 위한 사회적 공감대를 조성하고 이를 통해 흡연율과 흡연량을 줄이는 것이기도 하다 (서미경 등 2007).

금연 캠페인의 대상은 전체 국민이지만, 흡연 여부가 결정되는 시기인 10대 후반에서 20대 초반, 어린이 간접흡연의 주요 원인이 되는 30대까지, 즉 15~39세 연령집단이 주요 표적이라고 할 수 있다 (서미경 등 2007).



그림 39 2007 캠페인 로고

● 불평등에 대한 잠재적 영향

담배반대 캠페인은 흡연자의 금연생각, 금연시도와 금연성공에 중요한 역할을 하고 담배소비를 감소시킨다.³²⁾ 흡연반대 TV 광고는 니코틴대체요법, 전문가 도움, 처방, 금연전화에 비해 훨씬 많은 흡연자들에게 전달될 수 있기 때문에 흡연자들의 금연에 가장 큰 기여를 한다는 보고도 있다 (Biener 등 2006). 불평등 측면에서 이

32) Campaign for Tobacco-Free Kids. Public Education Campaigns Are Effective. Available from: http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/PEC_effective_en.pdf.

러한 캠페인은 특히 청소년들에게 큰 영향을 미치며, 담배에 대한 태도를 변화시키고 흡연을 감소시키는 것으로 알려져 있다 (Emery 등 2005). 흡연예방 및 금연캠페인은 담배사용과 관련된 사회적 규범을 변화시키는데 강력한 수단으로 작용하고 (U.S. CDC 2007), 적절한 표적 메시지를 통해 담배규제조치에 대한 대중의 지지를 높이며 정책 및 지역사회 노력을 유도하는 분위기를 생성할 수도 있다 (U.S. DHHS 2000).

즉, 흡연예방 및 금연캠페인은 담배업계의 공격적 마케팅에 대한 대항 수단이고, 청소년의 흡연 시작을 예방하고 담배소비를 감소시킬 수 있으며 다른 조치들에 비해 훨씬 많은 시민들에게 메시지를 전달할 수 있는 수단이라고 할 수 있다. 이러한 점에서 흡연예방 및 금연캠페인은 흡연불평등을 개선할 수 있는 중간 정도의 잠재력이 있는 것으로 평가할 수 있다 (Jha 등 2000).

● 국외 근거

해외 연구들은 금연 광고의 흡연예방 및 금연효과가 비교적 명확하다고 결론 내리고 있다. 이를테면 1990년대 초 미국 캘리포니아에서는 흡연자의 6.7%가 금연광고로 인해 흡연을 중단했고, 34.4%는 금연광고가 금연 결심에 도움이 되었다고 했으며 (Hu 등 1995), 네덜란드에서는 대중매체를 이용한 금연광고 덕분에 흡연자의 4.5%가 금연에 성공한 것으로 보고했다 (Mudde 등 1999). 또한 미국 뉴욕에서는 흡연 반대 메시지를 알고 있는 흡연자가 그렇지 않은 흡연자에 비해 금연 계획 비율이 유의하게 높았으며 (NY State DH 2006), 호주에서는 캠페인 이후 흡연에 대한 부정적 생각과 금연 생각, 금연 시도가 증가한 것으로 나타났다 (Australia's NTC 2000).

불평등 측면에서 살펴보면, 중고등학생들 사이에서 금연광고를 통해 흡연자에 대한 부정적 인식이 형성되고 흡연에 대한 비호의적 태도가 형성된 것으로 나타났다

(Pechmann 등 1994). 미국 미네소타 주에서는 재정 삭감 때문에 6개월로 계획된 캠페인이 중단되자 청소년의 흡연 시작 비율이 다시 10% 상승했다는 보고도 있었다.³³⁾ 하지만 한 종설 논문은 학업 중퇴 청소년에게는 학교 기반 흡연 반대 교육이 소용없으며, 문서자료를 이용한 성인 교육은 사회경제적 취약계층에게 효과가 제한적이라 오히려 흡연 불평등을 악화시킬 여지가 있다고 주장했다 (Giskes 등 2007).

● 국내 근거

국내에서 흡연예방 및 금연 캠페인의 정책효과를 다룬 연구들은 많지 않은데, 그나마 대부분이 중고등학생을 대상으로 하고 있다. 한 연구는 학업성적, 경제 상태, 부모님과 의 동거 유무 등의 측면에서 취약계층 청소년일수록 흡연율이 높으나, 금연홍보매체 노출 정도가 크면 흡연율은 낮아진다고 보고했다 (이선옥 등 2009). 하지만 또 다른 연구는 그 동안의 청소년 대상 금연 교육 프로그램이 사실상 효과가 없다고 보고했다 (조형오 등 2001). 이는 금연홍보정책이 적극적으로 시행되기 전의 자료라는 점에서 일반화시키기 어려울 수도 있다.

한편, 일반 시민들을 대상으로 금연공익광고의 효과를 분석한 연구는, 이러한 광고가 금연을 직접 유도하지 않지만 광고 인지 및 광고에 대한 관심수준이 높을수록 금연권유, 금연시도, 금연인식 등의 행태 점수가 양호하다고 보고했다 (오희철 등 2003). 이 보고서에 제시된 결과들을 재가공해서 살펴보면, TV 공익광고는 인지도와 관심도에서 사회인구학적 특성별로 차별적인 영향을 보였다. TV 공익광고로 인한 금연인식과 금연시도 및 유지, 금연권유의 변화 등은 사회인구학적 특성이 불리한 계층, 즉 고연령, 저학력, 가정주부/자영업/농어축산업 종사자에서 좀 더 긍정적인 결과를 보였다. 또한 여성 아이돌그룹이 출연한 TV 공익광고는 젊을수록, 고소득층일수록 인지도와 시청 횟수가 높았고, 대중연예인 고(故) 이주일 씨가 출연한

33) Campaign for Tobacco-Free Kids. Public Education Campaigns Are Effective. Available from: http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/PEC_effective_en.pdf.

광고는 고연령일수록, 자영업/농어축산업 종사자일수록, 저소득 계층일수록 인지도, 시청 횟수, 관심도가 높게 나타났다 (그림 40). 하지만 금연시도나 금연성공에 대해서는 사회집단별 차이를 확인할 수 없었다.



“담배, 젊음의 이름으로 거부하십시오” (핑크)



“담배는 독약입니다” (故 이주일)

그림 40 금연 TV 공익광고

한편, 2005-2008년 국민건강영양조사 자료를 살펴보면, 금연캠페인을 경험한 비율은 2005년 남녀 각각 95.5%, 94.0%로 상당히 높았으나, 그 이후 감소하는 결과를 보였다. 남성과 여성 간 유경험 비율의 격차는 2005년 1.5%였으나 2007년 3.5%, 2008년 4.2%로 점차 증가했다 (그림 41). 마찬가지로, 소득, 학력, 직업유형, 고용형태 측면에서도 금연캠페인 유경험 비율은 최근으로 올수록 격차가 증가하는 것으로 나타났다 (그림 42).

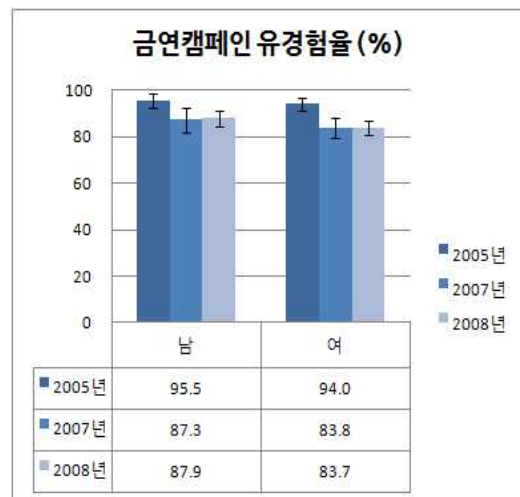


그림 41 성별 금연캠페인 경험율 추이
(자료: 국민건강영양조사 2005-2008)

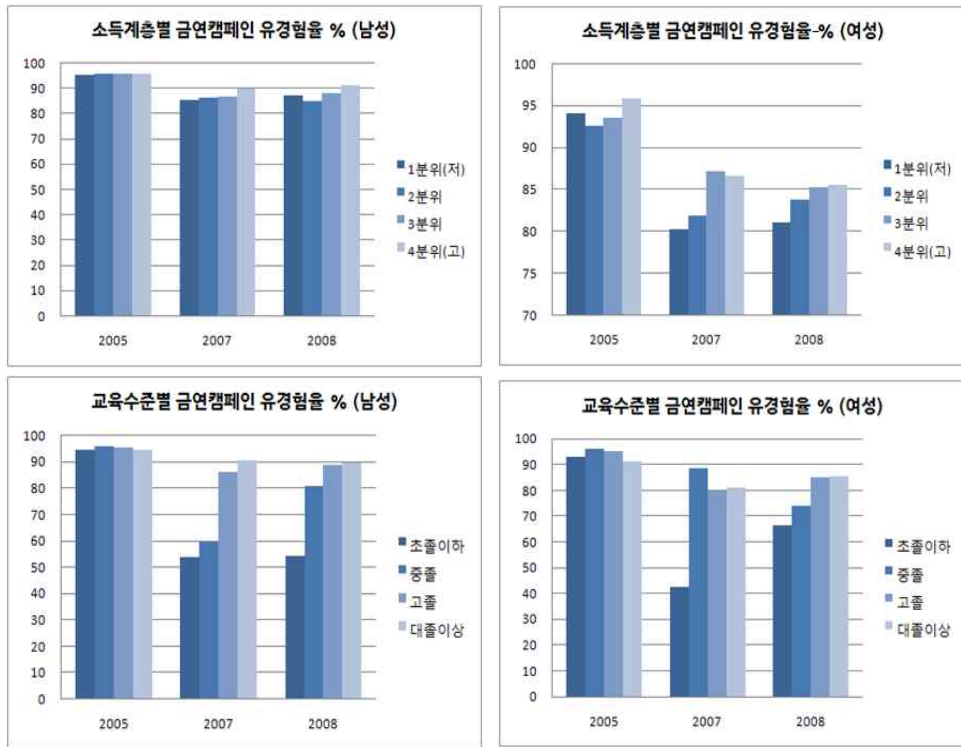


그림 42 소득, 학력 수준별 금연캠페인 경험률 추이
(자료: 국민건강영양조사 2005-2008)

● 소결

지금까지 살펴본 근거들을 종합하자면, 흡연예방 및 금연 캠페인은 흡연 시작단계에 있는 청소년 집단, 사회경제적으로 취약 집단의 성인들에게 일정 정도 유리한 영향을 미치는 것으로 보인다. 하지만 관련된 국내 연구가 충분치 않기 때문에 차별적 효과의 유의성을 단정 짓기는 어렵다. 2007년 이후 캠페인 경험률이 사회경제적 계층에 따라 불평등하게 나타나는 현상은 모니터링과 평가의 필요성을 강하게 시사한다.

이와 관련하여 주목해야 할 것은 정부의 관련 예산 추이이다. 담뭍세로 조성된 건강증진기금 중 일부는 금연사업으로 지출되도록 규정되어 있고, 금연사업 항목에

는 흡연예방교육, 금연홍보, 금연클리닉, 금연상담전화, 흡연규제강화, 흡연을 모니터링 체계 구축 등이 포함되어 있다. 표 19에 나타나듯, 금연사업과 금연홍보 예산에 집행된 금액은 2005년 국민건강증진종합계획의 예산안에 비해 크게 감소했다. 국민건강증진종합계획 원안과 달리 건강증진기금에서 금연사업의 비중이 급격하게 줄었기 때문이다 (표 19).

표 19 건강증진기금 중 금연사업과 금연홍보 예산의 추이

단위: 백만원

구분		2005년	2006년	2008년	2009년	2010년
건강증진기금	실행 예산	1,423,542	1,907,628	1,754,900	1,602,700	1,906,389
금연사업	① 실행 예산	25,961	31,502	31,195	26,886	28,136
	② 국민건강증진종합계획	25,961	31,502	53,700	68,000	83,500
	① ÷ ②	100.0%	100.0%	58.1%	39.5%	33.7%
금연사업/ 건강증진기금	실행 예산	1.8%	1.7%	1.8%	1.7%	1.5%
	국민건강증진종합계획	1.8%	1.7%	3.1%	4.2%	4.4%
금연홍보	③ 실행 예산	7,799	8,100	9,100	7,400	7,400
	④ 국민건강증진종합계획	7,799	8,100	13,000	15,000	18,000
	③ ÷ ④	100.0%	100.0%	70.0%	49.3%	41.1%
금연홍보/ 금연사업	실행 예산	30.0%	25.7%	29.2%	27.5%	26.3%
	국민건강증진종합계획	30.0%	25.7%	24.2%	22.1%	21.6%

(출처: 보건복지부 누리집 사전정보공표자료)

앞서 살펴본 국내외 연구결과들과 담배규제기본협약 제12조 이행을 위한 가이드 라인을 토대로 불평등 완화 측면에서 4가지를 권고하고자 한다. 첫째, 담뱃세로 조성되는 건강증진기금 중 흡연예방 및 금연캠페인의 예산을 원래 계획대로 복원하거나 더욱 확충하여 정책 집행 규모를 확대해야 한다. 둘째, 정책의 적용범위나 효과 측면에서 사회경제적 불평등을 완화시키기 위해서는 인구학적·사회경제적 특성에 따른 미디어 반응 행태를 고려하여 특성화된 광고 및 캠페인 목표를 설정하고

그에 따른 전략을 개발하여 적용해야 한다. 셋째, 흡연예방 및 금연캠페인의 목적에는 담배의 위해성과 금연의 유용성에 대한 홍보뿐 아니라 담배업계의 공격적 마케팅에 대한 대응이 한 부분을 차지하고 있다. 따라서 담배규제를 방해하려는 담배업계의 광범위한 전략과 활동 정보를 캠페인을 통해 알려내는 것이 필요하다. 넷째, 이들 정책이 적절한 역할을 하고 있는지, 사회경제적 계층에 따라 차별적 영향이 나타나고 있는지에 대해 지속적인 모니터링과 평가를 시행해야 한다. 사회경제적 위치 변수를 포함하여 캠페인 메시지와 전달 범위 등을 모니터링하고, 캠페인 전달 수단과 내용에 따른 인식, 지식, 태도, 신념, 정책지지, 담배 관련 행태 변화를 측정해야 하며, 담배 산업에 대한 인식과 지식도 함께 포함하여 측정해야 한다 (IARC 2008).

4.2.4 담배포장 및 라벨 규제 (담배규제기본협약 제11조)

● 정책의 특성

담배포장 및 라벨 규제의 목적은 담배제품의 유해성 정보를 제공하여 금연을 유도하고 담배소비를 줄이는 것이다. 담배협약 제11조는 건강 경고의 의무적 도입, ‘라이트’와 ‘마일드’ 같은 오도성 용어의 제한, 담배 성분과 방출물질 정보 표시가 포함된다 (IARC 2008). 정책의 대상은 수혜자인 흡연자와 비용부담자인 담배업체로 구분할 수 있는데, 특히 후자로 인해 정책 이행 과정에서 갈등의 소지가 크다. 제 3장에서 살펴본 것처럼 담배기업은 일방적인 규제 대상자라기보다, 우월한 자본력을 바탕으로 일국 혹은 전 세계적 차원에서 정부 규제를 무력화시키는 노력들을 벌여왔다. 이런 점 때문에, 정책 당국의 강력한 정책적 의지가 무엇보다 중요한 영역이라 할 수 있다.

● 불평등에 대한 잠재적 영향

담배 포장에 있는 건강 경고와 메시지를 잘 설계하고 활용하면 건강위험을 알리고 담배사용을 감소시키는데 효과적인 것으로 알려져 있다. 특히 강력한 경고일수록, 그림이나 사진 같은 시각 정보를 활용할수록, 크기가 클수록 젊은 연령층과 문자 해독이 어려운 계층에게 효과적이다. 흡연예방 및 금연캠페인과 마찬가지로 담배포장 경고는 일반인들이 담배의 반사회적 특성을 느끼고 담배에 대한 부정적 시각을 갖도록 하여 다른 담배규제정책에 대한 지지를 확보하는데도 도움이 된다. 또한 담배 포장에 있는 내용은 담배를 이용하는 사람에게 그대로 전달되므로, 다른 광고나 캠페인에 비해 내용 전달이 강력하다는 장점이 있다 (WHO 2008; WHO FCTC 2008b).

하지만 이러한 효과를 발휘하기 위해서는 정확한 정보와 효과적인 전달 방식이

필요한데, 현실에서는 여러 가지 문제점들이 존재한다. 우선 담배제품의 배출물을 표시하도록 되어 있지만, 담배를 피울 때 흡입하는 니코틴, 발암성 물질, 독성물질의 양은 국제표준화기구(ISO)에서 사용하는 기계측정방법으로 제대로 반영할 수 없다. 흡연자의 흡연 강도와 흡연 방법에 따라 이들은 크게 달라질 수 있기 때문이다 (IARC 2002). 담배기업들은 기계를 이용해 측정한 타르 함량을 낮추기 위해 담배 필터에 환기 구멍을 만들었는데, 흡연자들은 이 때문에 손가락이나 입술을 이용해 필터의 환기 구멍을 막고 흡입하는 경향이 있다. 이 경우 타르나 니코틴을 더 많이 흡입하게 되지만 (U.S. NCI 2001), 측정값은 여전히 기계를 이용한 결과를 따르고 있다 (Bialous 등 2001; IARC 2008). ‘라이트’, ‘저타르’, ‘마일드’ 같은 제품명은 이러한 측정값을 근거로 하며, 흡연자의 보상기제를 유발함으로써 타르와 니코틴의 실질적 흡입량은 전혀 낮아지지 않고 있다. 담뱃갑 포장에 오도성 용어와 담배 필터 광고를 허용함으로써 오히려 담배 위해성에 대한 인식이 낮아져 담배 사용 감소에 부정적인 효과를 미친다고 할 수 있다 (U.S. NCI 2001).

한편, 담배 포장은 그 자체로 브랜드 이미지를 강화시키고 소매점 판매에 중요한 역할을 하기 때문에 담배 마케팅과 광고 캠페인의 기본 토대로 간주된다 (IARC 2008). 담배업계는 다른 규제들이 강화되는 상황에서 브랜드에 대한 충성도 제고와 이미지 강화를 위해 담배 포장을 주요한 수단으로 활용하고 있다. 특히 시각적 정보에 민감한 청소년과 젊은 연령층이 주요 대상이다 (WHO 2008). 한 다국적 담배 기업의 경영자는 “우리 흡연자들과 의사소통할 수 있는 최종 통로는 담배 포장 그 자체이다. 우리의 담배 포장은 다른 마케팅 메시지 없이도 우리 브랜드의 진수를 알릴 수 유일한 통로인 것이다. 다른 방법이 없다면 담배 포장이 우리의 마케팅 방법임을 활용하라”고 이야기하기도 했다 (IARC 2008).

이러한 점에서 해외에서는 담뱃갑 그림경고 도입과 오도성 용어 사용금지를 적극적으로 시행하고 있다. 2008년 현재 담뱃갑 포장의 30% 이상을 차지하는 그림 경고를 표기하는 국가는 15개국에 달한다 (그림 43). 담배포장에 기만적 또는 오도

성 용어 사용을 금지하는 국가도 OECD국가 23개국(미국과 일본 제외)과 브릭스 국가 2개국 등이다 (최은진 2009).



그림 43 캐나다의 담배 경고그림 (16종류)
(출처: 금연운동협의회 누리집 <http://www.kash.or.kr/>)

이상의 내용들을 고려할 때, 담배 포장 및 라벨규제 정책의 불평등과 관련한 잠재적 영향은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 담배포장 및 라벨 규제 조치는 그림 도입, 크기 확대, 경고 내용의 강화 등 설계 전략을 잘 활용하면 젊은 연령대와 저학력 계층에게 유리한 영향을 미쳐 흡연 불평등을 감소시킬 가능성이 있다. 둘째, 오도성 제품명과 담배필터 광고를 허용하는 것은 흡연 강도와 중독성이 높은 사회경제적 취약계층에게 불리한 영향을 미칠 수 있지만, 이를 금지시킨다면 불평등을 감소시킬 여지가 존재한다. 선행 연구도 경고문구 조치가 대중에 대한 정보 알림 조치와 더불어 건강 불평등 감소를 위해 중간 정도의 영향을 발휘할 수 있다고 평가했다 (Jha 등 2000). 셋째, 이 정책은 담배 광고와 판촉·후원 규제 정책과 마찬가지로 담배업계와 공중보건의 충돌하는 영역이며, 따라서 정부당국의 적극적인 정책의지는 ‘이윤보다 건강권’이라는 의미에서 상징성을 갖는다고 할 수 있다.

● 국외 근거

효과적인 건강 경고는 청소년을 포함한 흡연자의 흡연위험에 관한 지식 수준을 높이고 금연을 자극하며 과거흡연자의 재흡연을 예방하는 효과가 있다고 알려져 있다 (Borland 1997; Hammond 등 2006). 또한 경고는 건강 위협의 책임이 흡연자 개인이 아닌 담배제품에 내재된 결함에 있다고 생각하는 경향을 증가시킨다 (Mahood 1995).

이러한 경고 라벨은 크기가 클수록, 여러 라벨이 순환될수록, 면적이 담배 포장의 50% 이상을 차지할수록, 글자와 그림이 함께 있을수록 효과가 있었다 (Hammond 2008). 경고 라벨에 그림을 도입하면 글자만 있을 때보다 효과가 늘어날 뿐 아니라, 문자해독이 어려운 계층과 어린이들에게 유리하고 (Hammond 2008; White 등 2008), 그림이 클수록 대중의 지지도 증가하며 무료 금연상담 전화번호까지 홍보되면 더욱 효과적이다 (Hammond 2008).

한편, ‘라이트’, ‘저타르’ 담배들이 암이나 심장질환의 위험을 낮춘다는 근거는 발견되지 않았다. 오히려 흡연자들이 이들 제품의 안전성을 오해하여 흡연을 지속하는 것이 문제가 되고 있다 (U.S. NCI 2001). 더구나 흡연자들은 ‘저타르’ 담배를 피울 때 더욱 깊고 강하게 오랫동안 흡입을 하며, 흡연 횟수도 증가하는 경향이 있다. 그 결과, 기관지에서 가까운 폐 중심부에서 빈발하는 편평상피세포암보다 폐 주변부에서 빈발하는 선암 발생이 훨씬 늘어났다는 보고가 있다. 즉, 담배 포장에 ‘저타르’와 같은 오도성 용어를 사용하거나 기계로 측정한 타르와 니코틴 함량을 표기하는 것은 흡연 관련 질환의 발생에 부정적 영향을 미친다고 결론내릴 수 있다 (Stellman 등 1997).

● 국내 근거

한국에서 담뱃갑 경고표기는 1976년 7월에 처음 도입되었고, 1988년 12월 담배사업법을 통해 법적으로 의무화되었다. 이후 1995년 건강증진법 제정을 통해 표기 방법, 경고문구 사각형의 크기, 색상, 글자체, 표기 위치 등이 상세하게 규정되면서 본격적인 금연정책 수단으로 활용하기 시작했다.³⁴⁾ 그러나 그동안의 국내 연구결과들을 살펴보면, 담배포장 및 라벨 규제의 효과가 거의 없다는 것이 일반적이다 (표 20) (김사길 등 2002; 김성준 2002; 김현숙 등 2004; 신윤정 2005; 왕태규 2006; 이옥정 등 1998; 조경숙 등 2006).

표 20 담뱃갑 경고정책의 효과에 대한 국내 연구 결과들

저자(연도)	평가 내용
조경숙 (2006)	현행 담뱃갑 경고표시가 금연 정책 수단으로 거의 효과 없음.
왕태규 (2006)	한국 글자 경고 문구는 가장 기본적 방식, 소비억제 발생시키는데 가장 어려운 형태
신윤정 (2005)	현행 경고 표기 내용은 금연정책 수단으로서 역할을 제대로 하고 있지 않을뿐더러 담배제조업자가 제조물책임법의 표시 상 결함을 피하기에도 충분하지 않은 내용임
김현숙 등 (2004)	담뱃갑 경고문은 인지도에 비해 금연효과가 낮게 평가됨
김성준 (2002)	담배경고 정책이 실효성 갖지 못했다는 것을 보여줌
김사길 등 (2002)	경고문의 경고 효과가 없는 것으로 간주됨
이옥정 등 (1998)	기존 경고표시의 신뢰도 점수는 높았지만, 소비억제효과 평가 점수는 낮아서 응답자들이 그 효과에 대해 회의적임

그러나, 이러한 결과들은 포장 및 라벨 규제 정책이 필요 없다기보다, 현재의 포장이나 라벨이 충분한 역할을 하지 못한다는 것으로 해석되어야 한다. 이를테면 담

34) 정책 시행 과정의 자세한 내용은 3장 참조

배협약에서는 화려한 포장이나 오도성 문구 사용을 규제하도록 했지만, 국내에 출시되는 담배들의 포장은 매우 화려할 뿐 아니라, ‘마일드’, ‘저타르’, ‘순’ 등의 용어가 아무런 제재 없이 쓰이고 있다 (그림 44).



그림 44 국내 출시된 담배의 화려한 포장과 오도성 문구

동시에 담배제품의 필터가 획기적으로 개선된 것처럼 표기하는 기만적 광고 또한 아무런 제재를 받지 않고 있다 (그림 45).

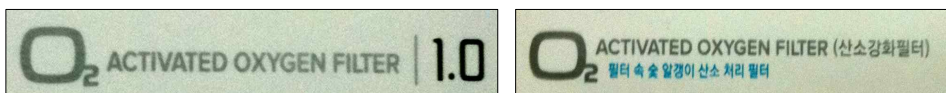


그림 45 국내 시판되는 담뱃갑 포장에 쓰인 기만적 광고

국내의 한 연구는 캐나다에서 사용되는 담배 경고 그림 16종, 싱가포르의 6종, 유럽의 42종 그림을 활용하여 국내 고등학생과 대학생 2개 그룹 110명을 대상으로 이미지 강도와 이미지 적절성, 금연유도 효과를 평가한 바 있다. 그 결과, 글씨보다

는 그림을 사용할 때 이미지 강도를 강하게 인식했으며, 흡연의 부정적 의미를 직접적으로 표현한 피해 중심의 경고그림이 금연 유도에 효과적인 것으로 나타났다 (김대현 등 2007).

담배포장 및 라벨 규제 정책이 불평등에 미치는 영향과 관련하여, 비교적 오래 전에 수행된 한 연구는 교육수준이 높을수록 담배경고 표시에 대한 신뢰도는 높고, 소비억제효과는 적다고 보고했다. 저학력 계층에서는 반대의 결과가 나타났다 (이옥정 등 1998). 최근의 다른 연구는 흡연자가 담뱃갑 경고문을 읽는 정도와 흡연의 지, 흡연 피해 등을 살펴보았는데, 취약계층은 다른 계층에 비해 경고문을 읽는 비율이 낮았고, 경고내용(그림과 위협도, 타르함량표기)보다 시각적 효과(박스와 글자 크기, 박스위치, 언어/시각적 표현)를 더 중요하게 간주하는 경향이 있었다 (최은진 등 2009). 흡연자 패널조사인 ITC 한국프로젝트의 결과를 살펴보면 고연령일수록, 교육수준이 낮을수록 흡연경고문구로 인한 금연생각이 높은 것으로 나타났다 (그림 46).

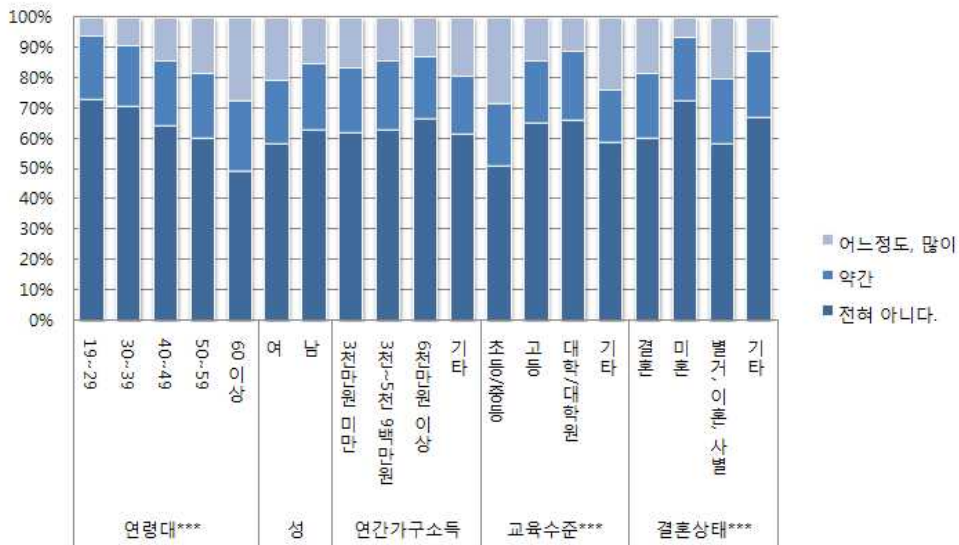


그림 46 담배갑 경고문구로 인한 금연 생각

(자료: “흡연경고문구가 귀하를 금연하고 싶게 만든다고 생각하십니까?”,
폐암 예방을 위한 담배규제정책의 효과 분석 2008)

● 소결

지금까지 살펴본 국내 연구 결과들을 요약하면, 한국의 담배포장 및 라벨 규제 정책은 금연 유도과 담배소비 감소에 효과가 거의 없었던 것으로 보인다. 동시에 국내 시판 중인 담배제품의 포장이 화려하고 허위·오도·기만적 용어나 광고가 허용되어 청소년과 젊은 연령층, 여성에게 담배와 흡연에 대한 잘못된 인상을 조장할 개연성이 높다. 또한 정부당국은 담배포장에 그림 경고나 무료 금연상담전화번호를 도입하지 않고 있다. 이는 모두 사회경제적 취약계층에게 부정적 영향을 미칠 수 있다. 결국 한국의 담배포장 및 라벨 규제 정책은 정책 효과도 전무할 뿐더러 불평등 감소에 기여할 수 있는 장점도 제대로 활용하지 못한다고 할 수 있다.

한국은 담배협약을 비준한 2005년 5월 16일부터 3년 이내에 담배협약 제11조(WHO 2003)와 관련해 허위·오도·기만적 용어 사용을 금지했어야 하지만 현재까지 이행하지 않았다. 또한 이 기간 내에 그림경고 도입이나 경고면적이 담뱃갑 표시면의 50% 이상 크기로 확장하도록 권고했지만, 전혀 시행하지 않고 있다. 다행히 한국이 2012년 제5차 담배협약 당사국회의를 개최하는 의장국이 됨으로써 이들 조치는 조만간 이행될 것으로 전망된다. 보건복지부는 『2010년 흡연예방 및 금연클리닉 사업 안내』를 통해 경고 그림 도입, 금연구역 확대, 담배 마케팅(포장, 라벨, 광고) 규제를 강화하겠다는 의지를 밝힌 바 있다.

이상의 연구결과들과 담배규제기본협약 제 11조 이행을 위한 가이드라인을 토대로 불평등 완화 측면에서 다음의 4가지를 권고하고자 한다. 첫째, 담배포장에 그림 경고를 도입하고 무료 금연상담전화번호를 표기해야 한다. 이는 청소년과 문자해독이 어려운 계층 그리고 시간·비용·거리 때문에 금연서비스 접근성이 낮은 사회경제적 취약계층에게 효과적인 정책 연계모형이다. 둘째, 담배포장에 ‘라이트’, ‘순’과 같은 오도성 용어, ‘필터 속 숯 알갱이 산소 처리 필터’ 같은 기만적 광고 문구,

타르와 니코틴 함량 표시, 화려한 포장을 당장 금지해야 한다. 이는 청소년과 여성 등의 담배소비 증가를 예방할 수 있으며, 담배중독성이 높은 흡연자의 보상적 흡연 행태 방지에 도움이 된다. 셋째, 건강경고의 크기, 경고내용의 순환, 경고내용의 강도, 담배포장의 경고면적 등을 증가시켜 사회경제적 취약계층에게 유리한 효과를 나타낼 수 있도록 해야 한다. 이는 시각효과, 크기, 순환, 면적, 내용이 강력할수록 취약계층에게 유리한 효과가 나타났다는 국내 연구결과에 근거한 것이다. 넷째, 담배 포장 및 라벨 규제 정책을 모니터링하고 평가하여 효과와 필요 사항을 확인해야 한다. IARC은 사회경제적 변수를 포함하여 단기 지표로 건강경고에 대한 인식, 지식, 건강경고 인지를 측정하고, 중기 지표로 금연지식, 브랜드 친화력, 감정적 반응, 건강위험에 대한 지식, 금연 의향, 담뱃갑 경고 회피 등을 측정하며 장기 지표로 담배사용 변화, 금연 시도, 금연을 모니터링할 것을 권하고 있다 (IARC 2008).

4.2.5 담배 광고와 판촉, 후원 규제 (담배규제기본협약 제13조)

● 정책의 특성

담배 광고와 판촉, 후원 규제의 목적은 담배의 광고, 판촉, 후원을 규제하여 담배 회사의 광고, 판매촉진 활동, 후원 행위가 유발하는 위험요인으로부터 대중을 보호하는 데 있다 (조형오 2005). 담배협약의 제13조 제1항은 ‘당사국은 광고, 판촉, 후원의 포괄적 금지가 담배제품의 소비를 감소시킬 것임을 인식한다’고 명시하여 규제의 목적이 담배 소비 감소임을 밝히고 있다. 동시에 담배협약의 제1조 용어 정의에는 ‘담배광고 및 판촉’을 ‘모든 유형의 상업적인 정보전달, 장려, 행위로서, 직·간접적으로 담배제품 또는 담배 사용을 촉진할 목적을 가지거나, 그러한 직접적 또는 개연적 효과를 가지는 것’으로 규정하였고 ‘담배후원’을 ‘모든 유형의 행사, 활동, 개인에 대한 기여 행위로서, 직·간접적으로 담배제품 또는 담배 사용을 촉진할 목적을 가지거나, 그러한 직접적 또는 개연적 효과를 가지는 것’으로 규정했다 (WHO 2003). 담배 광고와 판촉, 후원 규제(제13조)의 이행 수준이 낮으면 흡연예방 및 금연캠페인(제 12조)의 효과가 무력화될 수도 있다는 뜻이기도 하다. 한편, 이 규제정책의 대상은 담배 포장 및 라벨 규제 (제11조)와 마찬가지로 담배기업이며, 또한 다른 기업들, 예를 들면 언론 매체, 담배 수입업자 및 소매업자, 스포츠 및 엔터테인먼트 회사 등과도 연계되어 있다 (WHO 2008). 담배기업들 뿐 아니라 이들 연관 산업들도 규제 정책의 비용부담자가 될 수 있음을 고려해야 한다. 이 규제는 공중보건과 기업의 이윤이라는 이해 상충을 야기하며, 정부의 규제와 이를 회피하기 위한 기업의 대응이 꼬리를 물며 진화해나가는 영역이기도 하다 (신문기사 참조).

KT&G 기업광고=담배 광고? “그렇다” “아니다” 또 다른 법정 공방

‘담배소송’ 판결이 난 25일 서울행정법원에서는 또 다른 담배 소송이 열렸다. KT&G가 기업 이미지 광고를 라디오 방송에 내려다 한국광고자율심의기구로부터 금지를 당하자 “방송광고를 내게 해달라”며 낸 소송이다. 이날 오후 2시부터 열린 공판에서는 KT&G와 광고자율심의기구 사이에 날선 공방이 오고 갔다.

먼저 KT&G는 ‘나눔을 실천하면 세상이 따뜻해진다’는 내용의 라디오 광고를 공개했다. KT&G측 변호인은 “법에서 금지한 광고는 ‘담배 제품에 관한 광고’일 뿐 ‘담배사업을 하는 기업의 광고’가 아니다”라면서 “내용상 전혀 문제가 없다”고 주장했다. KT&G란 이름만 광고에 나올 뿐, 담배에 관한 어떤 언급도 없기 때문에 ‘담배 광고’가 아니라는 것이다.

광고자율심의기구의 변호인은 “대다수 소비자는 KT&G란 말만 들어도 담배를 떠올리기 때문에 담배에 대한 직접적 언급이 없더라도 KT&G의 기업이미지 광고 자체가 담배 광고”라고 반박했다. 이어 “국민건강증진법 시행령을 보면 담배제품에 관한 광고가 아닌 광고도 ‘담배 광고’로 분류될 수 있다”면서 “담배 매출액이 전체의 95%인 KT&G의 이미지 광고는 바로 담배 광고 효과로 이어진다”고 덧붙였다. 비록 KT&G가 담배뿐 아니라 건강식품, 생명공학사업도 하고 있지만 ‘KT&G=담배회사’라는 인식이 확립돼 있다는 것이다.

영문 명칭도 논란으로 떠올랐다. 원고 측은 ‘KT&G에서 T는 담배(tobacco)가 아닌 내일(tomorrow)’이라며 KT&G란 이름과 ‘담배’의 연관성이 없다고 주장했다. 그러나 피고 측 변호인은 “한국담배인삼공사의 영문약자가 바로 KT&G였다. 소비자는 T를 담배로 볼 수밖에 없다”고 맞받아쳤다.

< 경향신문 2007월 1월 26일 >

● 불평등에 대한 잠재적 영향

담배업계는 전 세계적으로 마케팅이 가장 강력한 산업부문 중 하나이다 (WHO 2008). 매출 대비 광고비 지출의 비중은 1997년 시점에서 전체 산업 평균이 2~3% 인데 비해 담배업계는 5.9%에 달했다 (Saffer 2000). 담배업계가 이렇게 거대한 규

모의 돈을 광고, 판촉, 후원에 지출하는 이유는 새로운 흡연자를 창출하고, 현재 흡연자의 금연을 방해하며 흡연량 증가시키는 것은 물론, 과거 흡연자의 재흡연을 유도하기 위한 것이다 (WHO 2008). 담배기업은 흡연자에 대해 미화된 이미지를 생성함으로써 흡연동기를 유발하고 (조형오 등 2007), 기업 이미지 광고와 판촉, 후원 활동을 통해 담배 및 담배회사에 대한 친화력을 형성함으로써 담배에 대한 거부감과 담배회사에 대한 비판적 인식을 잠식시키려 한다 (조형오, 오미영 2009).

하지만 담배업계는 세 가지 논리를 내세우며 마케팅을 합리화시킨다. 첫째, 담배업계는 담배 광고와 판촉 활동이 판매량을 증가시키거나 새로운 흡연자를 창출하기 위한 것이 아니라 기존 시장을 재편하는 것일 뿐이라고 말한다. 브랜드 전환이 중요한 목표라는 것이다. 그러나 마케팅 비용의 증가는 분명하게 담배 판매량의 증가를 가져온다. 공개된 담배기업의 내부 문서들도 마케팅이 새로운 수요 창출, 특히 청소년이라는 잠재적 흡연자를 표적으로 한다는 것을 분명히 보여준다. 둘째, 담배업계는 광고, 판촉, 후원에 대한 규제를 강제로 적용할 것이 아니라 자발적, 자율적 규제로도 충분하다고 주장한다. 그러나 연구들은 법적 강제가 없는 경우 담배업계의 순응도가 떨어진다는 것을 보여주었다. 셋째, 담배업계는 이러한 규제가 합법적인 제품을 판촉할 수 있는 언론의 자유, 즉 기본권을 침해한다고 주장한다. 하지만 사람들이 중독으로부터 자유로울 권리, 아동의 보호, 담배로 인한 보건·경제적 피해는 기업이 이윤을 추구할 권리보다 더욱 중요하다 (WHO 2008).

불평등 관점에서 살펴보면, 담배업계의 마케팅 표적은 주로 청소년이나 여성, 혹은 사회경제적 취약계층이다 (Saffer 2000). 청소년들은 새롭게 흡연자가 되면 장기적인 고객이 될 수 있다는 점에서 담배업계에게 특히 중요하다. 실제로 청소년 집단은 또래 집단 분위기에 쉽게 동조하고 광고의 표방 이미지에 현혹될 가능성이 높아서, 담배광고로 인해 흡연을 시작하고 담배광고와 브랜드 선택 간 연관성이 성인보다 밀접한 것으로 알려져 있다 (조형오 등 2007; 탁진영 2002).

선행 연구는 담배 광고와 판촉 금지가 건강 불평등 감소를 위해 중간 정도의 영

향을 미칠 수 있는 조치라고 평가했으며 (Jha 등 2000), WHO (2008)는 이러한 규제가 포괄적으로 시행되면 소득이나 교육수준 등과 무관하게 담배 소비를 줄일 수 있다고 했다. 이를 달리 해석하자면, 규제를 아예 시행하지 않거나 부분적으로 시행하는 경우 흡연 불평등이 악화될 가능성이 크다는 것이다. 더구나 흡연예방 및 금연캠페인 정책이 이로 인해 무력화될 수 있다는 점에서 흡연불평등은 한층 더 악화될 수 있다.

● 국외 근거

담배업계의 마케팅은 새로운 흡연자를 창출하고 현재 흡연자의 담배소비를 증가시키는 경향이 있다. 특히 9개의 종단연구를 검토한 종설은 담배업계의 광고, 판촉으로 인해 청소년의 흡연 시작 가능성이 증가한다고 결론내린 바 있다 (Lovato 등 2003). 1999-2004년 사이 영국에서 개별 담배 마케팅이 추가될 때마다 청소년의 흡연 의도는 7%씩 늘어났고 (Moodie 등 2008), 스페인에서는 담배 광고 인지 횟수가 증가할수록 청소년의 흡연 시작이 증가하는 것으로 나타났다 (Lopez 등 2004). 또한 미국에서도 1999-2003년 사이 담배 소매점 마케팅으로 인해 학생들의 흡연 시작이 증가했다고 보고했으며 (Slater 등 2007), 호주에서 담배광고와 담배 이미지는 청소년 흡연자의 흡연 계기로 작용한 것이 확인되었다 (Upadhyaya 등 2004).

담배 마케팅은 또한 여성 흡연을 증가의 중요한 원인이다. 스페인의 경우 1970년 이전에는 여성 흡연을 용인하지 않는 사회 분위기 때문에 여타 유럽 국가에 비해 흡연율이 매우 낮았지만, 이후 여성을 대상으로 한 TV 광고가 크게 증가하고 ‘순한’ 담배가 늘어나면서 50세 이하 여성의 흡연률이 크게 상승했다 (Shafey 등 2004). 일본에서도 여성과 소녀 대상의 공격적인 판촉 활동이 시작되면서 1986년 8.6%이던 흡연율은 1991년 18.2%로 크게 높아졌다 (Chaloupka 등 1996). 이미 제

3장에서, 담배기업들이 여성의 독립성이나 성적 매력, 청소년들의 ‘쿨’한 모습을 내세워 이들을 집중 공략한다는 내용을 기술한 바 있다.

한편 TV 등 대중매체에서의 담배광고에 대한 규제가 심해지면서 구매지점(point of purchase), 즉 판매대의 담배 진열이나 광고가 중요한 광고 수단으로 떠올랐다. 2008년 호주에서 성인을 대상으로 한 연구 결과, 담배가 아닌 다른 물건을 사러갔던 흡연자의 25.2%가 진열된 담배를 보고 충동적으로 담배를 샀으며, 금연을 시도했던 흡연자의 38%, 금연자의 33.9%가 소매점 담뱃진열대를 보고 담배 구매 충동을 느꼈다고 보고했다. 흡연자의 31.4%는 소매점 담뱃진열대가 없어지면 금연이 훨씬 쉬워질 것이라고 생각했다 (Wakefield 등 2008).

다행스럽게도, 여러 국가에서 담배 광고 금지 이후 담배 소비가 감소한 것으로 나타났다 (WHO 2008). 1970-1992년 동안, 22개 선진국들에서 포괄적 담배광고 금지로 인해 담배 소비가 6.3% 감소했으며 (Saffer 2000), 30개 개발도상국 대상의 연구는 포괄적 금지와 부분적 금지로 인해 담배소비가 각기 23.5%, 13.6% 감소했다고 보고했다 (Blecher 2008). 담배광고 규제는 포괄적일 때 더욱 효과적이며, 고소득 국가보다는 개발도상국에게 훨씬 효과적인 것으로 보인다. 부분적 금지 조치가 포괄적 금지에 비해 덜 효과적인 이유는, 담배업계가 막대한 광고비를 여타 다른 광고 수단에 투자할 수 있기 때문이다. 이를테면 TV와 라디오 광고가 금지되면 신문, 잡지, 광고게시판, 인터넷 등으로 광고수단을 변경했고, 전통적인 광고가 금지되는 경우 젊은 연령층 대상의 스포츠, 엔터테인먼트 등 대중적 이벤트 후원으로 전환하는 방식이다 (WHO 2008).

즉, 담배업계의 광고와 판촉, 후원은 청소년이나 여성, 저소득층, 혹은 세계적 수준에서 개발도상 국가들을 주요 표적으로 하고 있다는 점에서 포괄적인 금지 규제는 흡연에서의 불평등을 완화시키는데 중요한 기여를 할 수 있는 것으로 보인다.

● 국내 근거

국내에서 담배 광고와 판촉, 후원 규제는 1989년 담배사업법으로부터 시작되었고 1995년 국민건강증진법 제정 시 이 내용이 반영된 이래 1998년부터 2007년까지 거의 변화가 없었다.

광고와 판촉, 후원의 효과에 대한 국내 연구를 살펴보면, 남녀 대학생 156명을 대상으로 실험한 결과, 잡지 담배광고 접촉 집단이 그렇지 않은 집단보다 흡연과 연관된 행동, 이를테면 음주 등에 대해 훨씬 더 긍정적인 태도를 보였고, 상황적 요소가 충족되면 이러한 행동의 시행 의지가 더 강한 것으로 나타났다 (탁진영 2002). 안양시를 연고로 하는 KT&G 프로농구팀의 경기를 관람한 시민 334명을 대상으로 경기 전후 설문조사를 실시한 결과, 경기 관람 후 해당 농구팀 뿐 아니라 담배회사에 대한 태도도 더 호의적으로 변했다. 기업 이미지에 대해 흥미, 강인성, 진취성 차원의 평가가 높아졌으며, 흡연과 관련해서는 흡연의 신체적 위해성과 간접흡연폐해에 대한 인식은 낮아진 반면, 흡연에 대한 긍정적 이미지는 더 호의적으로 변했다. 또한 본인의 흡연에 대한 태도는 호의적으로 변한 반면, 타인의 흡연에 대한 태도는 다소 부정적으로 변했고, 이러한 스포츠 마케팅이은 여성보다 남성, 흡연자보다 비흡연자 집단에 더 긍정적으로 작용했다. 즉, 담배회사의 스포츠 마케팅 활동이 단순히 기업의 이미지 뿐 아니라 흡연에 대한 전반적 인식에도 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다 (조형오 등 2007).

또한, 같은 연구는 대학생 427명을 대상으로 담배회사의 사회공헌 및 판촉활동이 기업에 대한 인식, 흡연에 대한 인식에 어떠한 영향을 미치는지 확인하기도 했다. KT&G 홈페이지를 ① 일반적 소개만 담은 경우, ② 회사에 대한 일반적 소개와 사회공헌 활동을 담은 경우, ③ 회사에 대한 일반적 소개와 판촉활동을 담은 경우의 3가지로 제작하여 대학생에게 무작위로 노출시킨 후, 일주일 뒤에 사후조사를 시행했다. 그 결과, 기업에 대한 태도, 기업과 자아정체성 부합도, 기업 이미지 등

에서 차이가 나타났지만, 흡연 인식 전반에 미치는 영향은 그다지 두드러지지 않았다. 하지만 전체적으로, 실험 후 흡연의 신체적 위해성에 대한 인식과 금연 의향이 낮아졌고 심리적 효용성 인식은 더 높아졌다. 이는 홈페이지에 제시된 홍보 내용에 상관없이 홍보 그 자체가 흡연 속성신념에 영향을 미친다는 것으로 해석된다 (조형오 등 2007)

현재 담배제품 자체의 광고에 대해서는 상대적으로 규제가 이루어지고 있지만, 젊은 층을 대상으로 하는 이미지 광고와 각종 후원, 지원 활동에 대해서는 규제가 매우 미흡한 실정이다 (그림 47).



그림 47 담배회사 사회공헌활동 및 기업이미지 마케팅

특히 청소년을 주요 대상으로 하는 담배진열대 광고에 대해서는 규제가 없을 뿐 아니라 실태조사나 영향 연구가 전무한 실정이다. 앞서 살펴보았듯, 국내법이 허용하는 소매점 광고 유형은 표시판, 스티커, 포스터의 전시와 부착이다. 하지만 국내 현실은 상당히 심각한 편이다. 편의점에서 아르바이트 경험을 한 적이 있는 한 시민은 자신의 블로그에 “공익광고로만 금연, 금연 하면 뭐합니까. 당장 편의점이나

슈퍼에 가면...”이라는 포스팅을 통해 국내 광고 규제의 허점을 날카롭게 지적한 바 있다 (그림 48).³⁵⁾



그림 48 한 블로거가 게시한 담배 소매점 진열대 모습

선행연구도 담배협약에 비추어, 국내법의 담배 광고 규제가 비구체적이고 소매점 판매와 진열, 오락매체에서의 담배묘사, 일부 외국정기간행물의 초국경 광고·판촉·후원활동, 법안 실행에 대한 제재·감시·집행 등에서 명시적 법 규정이 존재하지 않는다고 비판한 바 있다 (조형오, 오미영 2009).

● 소결

지금까지 살펴본 연구결과들을 종합하면 다음과 같다. 첫째 한국의 담배 광고와 판촉, 후원 규제는 포괄적 금지가 아닌 부분적 금지로서, 1998년 이후 거의 변화가 없었다. 담배협약 제13조는 당사국이 비준한 날로부터 5년 기한 내에 포괄적 금지 조치를 시행하고 보고하도록 규정하였으나, 한국의 경우 5년 기한인 2010년 5월 16일이 경과했지만 이를 준수하지 않은 것이다. 둘째, 담배제품 자체에 대한 홍보

35) 출처: <http://introwjdgur.blog.me/70089444574?Redirect=Log>, 접근 2011.03.03.

는 규제 대상이지만 소매점 담뱃진열대, 기업이미지 광고, 기업 후원활동 등에 대한 규제가 미미하고, 특히 소매점 담뱃진열대를 통해 공격적인 마케팅이 거의 무제한적으로 이루어지고 있다. 셋째, 담배의 잡지광고, 담배기업의 스포츠 후원활동이나 사회공헌 활동은 사람들로 하여금 담배기업과 흡연에 대해 긍정적 이미지를 갖게 만들고 금연 의향을 감소시키는 것으로 나타났다. 넷째, 불평등 측면에서 이 문제를 탐구한 국내 연구는 발견되지 않았으나, 담배 광고의 주요대상이 청소년과 여성임을 떠올린다면 포괄적 금지 정책이 없을 때 이들에게 문제가 집중되리라는 점을 예상할 수 있다. 실제로 해외연구사례들은 이를 보여준다.

이러한 맥락에서, 담배협약 제13조 이행을 위한 가이드라인을 토대로 불평등 완화와 관련된 4가지를 권고하고자 한다. 첫째, 담배 제품에 대한 광고 금지를 넘어 기업 이미지 광고와 판촉, 후원 등에 대한 포괄적 금지를 실시해야 한다. 특히 소매점 담뱃진열대를 통한 공격적인 광고는 즉각 금지할 필요가 있다. 둘째 관련 법안을 개정하여 규제 내용을 구체화하고 정책 실행에 대한 제재·감시·집행 등을 명시해야 한다. 그래야 규제의 실효성이 증가할 수 있다. 셋째, 국내 및 초국경 담배 광고와 판촉, 후원 금지를 위해 국제적인 협력을 해야 한다. 이때 ‘한국 사회가 한 편에서는 공적원조를 통해 국제보건을 증진하기 위해 노력하고, 다른 편에서는 국내 담배 산업을 성장시켜 외국으로 담배 수출을 증가시키는 것, 다시 말해 질병을 수출하는 것이 정당한지’에 대해 비판적인 논의가 필요하다. 넷째, 지속적인 모니터링과 평가가 필요하다. IARC은 사회경제적 변수를 포함하여 단기 결과로 담배 산업의 순응정도, 담배산업의 개혁(제품 디자인, 판촉, 후원, 판매시점 마케팅, 가격 전략), 담배기업의 마케팅 지출비용 등을 관찰해야 하고, 중기 결과로 브랜드 인식과 친화력, 브랜드에 대한 태도/신념, 담배업계에 대한 태도/신념, 자기효능감, 금연 의향, 흡연의향, 건강위험인식 등을 측정해야 하며, 장기 결과로 흡연율, 금연 시도, 금연성공, 브랜드선택 등을 모니터링할 것을 권고했다 (IARC 2008).

4.2.6 담배중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치 (담배규제기본협약 제14조)

● 정책의 특성

담배중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치(이하, 금연 정책)는 개별 국가의 여건과 우선순위를 고려하여 과학적인 근거에 기반해 종합적인 방안을 개발하여 전파하고, 금연과 담배중독에 관한 적절한 치료를 촉진하는 것이다 (WHO 2003). 3장에서 언급했듯, 담배협약의 금연정책과 완전하게 일치하는 국내 정책이 있는 것은 아니지만 보건소 금연클리닉, 금연상담전화 같은 금연사업들을 여기에 포함시킬 수 있다. 실제로, 보건소 금연클리닉의 운영 목적은 ‘지역사회 흡연자를 대상으로 상담 및 금연지원서비스를 제공하여 금연 실천율을 높이고 궁극적으로 흡연율을 감소시’키는 것이라고 되어있다 (보건복지부 2010). 하지만, 국내의 금연사업은 국제적으로 권고되는 금연 ‘정책’보다 서비스에 치중된 경향이 있다. IARC에 따르면, ‘금연에 관한 정부의 정책과 인프라’는 금연서비스뿐 아니라 국가수준의 금연지침, 금연서비스 홍보, 금연치료의 보험 급여화, 금연에 관한 연구와 훈련 등을 포함하는 ‘체계’이어야 한다 (표 21) (IARC 2008).

표 21 금연 관련 정책과 인프라

-
- 국가 수준의 근거기반 금연 지침서
 - 금연 연합 및 파트너십
 - 금연에 관한 훈련
 - 금연 서비스 (예, 정부 금연지원, 비정부단체 혹은 민간 자원) 홍보
 - 금연에 관한 공식적인 연구 프로그램
 - 전국적인 금연상담 전화번호 홍보 및 담뱃갑 포장 안내 표시
 - 금연 치료(약물 처방 포함)에 대한 보험 급여화 혹은 재정 보조
 - 금연서비스 이용가능성
 - 정기적으로 진료 받는 의사로부터의 간단한 조언
 - 금연상담전화
 - 금연치료 서비스
 - 금연 약물 : 일반약, 처방약, 신약승인
 - 금연 성공 컨테스트
 - 금연의 날
 - 대중매체 금연 캠페인
 - 인터넷 금연 지원 및 자동 이메일 서비스
 - 개인 및 단체를 위한 강력한 면대면 금연서비스
-

● 불평등에 대한 잠재적 영향

WHO (2008)는 담배에 중독된 사람들이 담배가 널리 유행하면서 생긴 ‘피해자’임을 명시한 바 있다. 뉴질랜드의 ‘건강과 장애에 관한 국가권고위원회’도 “흡연자가 문제가 아니라, 담배가 문제”라는 지적을 했다 (New Zealand NACHD 2002). 이는 금연 정책의 핵심이 흡연자 개인이라기보다 담배라는 상품에 있음을 분명하게 보여준다.

현재 담배 의존은 질병으로 분류되어 있다. 상당수의 흡연자들이 금연을 시도하지만 실패하는 것은 이것이 단순한 기호라기보다 ‘의존증’이라는 생리적 상태를 동반하기 때문이다. 그래서 이러한 의존 현상을 경감시키는 적절한 금연 서비스는 담배를 끊는데 상당한 도움이 될 수 있다. 금연 정책은 다른 담배규제정책들과 함께

작동할 때 상승효과를 기대할 수 있으며, 각국의 보건의료체계 안에 금연서비스가 포함되어 있다면 더욱 효과적이다 (WHO FCTC 2010b).

현재 효과가 입증된 금연 서비스로는 보건전문가의 금연에 대한 간단한 조언, 금연상담전화, 금연약물치료 등이다. 정기적인 간단한 조언은 국가의 보건의료체계, 특히 일차 의료와 통합되었을 때 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 금연상담전화는 접근성이 높다는 장점이 있으며, 추적조사가 병행하는 경우 효과를 더욱 높일 수 있다. 금연약물치료의 경우 비용은 많이 들지만 앞선 두 가지의 금연서비스에 비해 효과가 더욱 높은 것으로 인정받고 있다 (WHO 2008).

그렇다면 불평등 측면의 영향은 어떠할까? 이는 효과가 입증된 앞서의 세 가지 금연서비스에 대한 가용성, 접근성, 효과성 등의 차이에 따라 다르게 나타날 것이다. 일차 의료 체계가 미흡하여 정기적인 주치의의 상담이 어려운 상황에서 간헐적이고 일회적인 금연 상담은 효과를 발휘하기 어려울 것이며, 특히 사회경제적으로 취약한 계층에서는 더욱 어려울 것이다. 또한 금연약물치료에 대한 보험급여나 재정보상이 이루어지지 않는 경우, 저소득층에게 경제적 문턱으로 작용하게 될 가능성이 높다. 금연상담전화의 경우 시간적·경제적·지리적 접근성에 구애를 받지 않기 때문에 사회경제적 취약계층도 어려움 없이 활용할 수 있다는 장점이 있다 (WHO 2008).

주지해야 할 것은, 개별적인 담배규제 정책들의 산발적 나열보다는 포괄적인 규제정책 안에서 개별 정책들도 효과를 발휘할 수 있다는 점이다. 이를테면 금연정책이 충분한 효과를 거두려면, 담배 가격 및 조세 정책, 담배 광고와 판촉·후원 금지, 흡연예방 및 금연캠페인, 금연구역 정책 등이 적극적으로 시행됨으로써 흡연자들의 금연 동기를 강력하게 만들어야 하는 것이다.

● 국외 근거

담배는 중독성이 높은 물질이며, 흡연은 만성적으로 재발하는 현상이다 (IARC 2008). 담배 의존과 금단 증상은 WHO 국제질병분류에 ‘정신신경활성물질로 인한 정신·행동 장애’로 분류되어 있고 (WHO 1992), 니코틴 의존과 니코틴 금단 증상 또한 미국 정신과협회에 의해 질병으로 분류되어 있다 (DSM-IV code 205.1, 292.0).³⁶⁾ 해마다 다수의 흡연자가 금연을 시도하지만 성공이 쉽지 않은 것은 다른 중독성 물질에 대한 의존과 마찬가지로, 의지나 습관의 문제를 넘어 생리적 의존이 심각하기 때문이다 (WHO 2008).

앞서 언급했듯, 금연 서비스에는 금연에 대한 간단한 조언, 금연상담전화, 금연약물치료 3가지가 중요하다. 우선, 금연에 대한 간단한 조언이란 정기적인 상담이나 상호작용을 통해 흡연자에게 짧게 금연에 대한 조언을 하는 것이다 (WHO FCTC 2010b). 신뢰받는 보건전문가가 정기적으로 방문하는 흡연자에게 반복적으로 조언하는 경우, 상당히 효과가 있으며 (Feenstra 등 2005; Fiore 2000; New Zealand NACHD 2002). 이것이 국가의 일차 의료 제도와 통합되어 있으면 더욱 효과적인 것으로 알려졌다 (WHO 2008). 금연상담전화는 사업비용이 비싸지 않으면서도 장시간 운영할 수 있고, 이용자의 시간·경제·지리적 제약이 적어 효과적이다. 또한 상담이나 니코틴대체요법 같은 여타 치료서비스를 소개하고 특수 인구집단에게 맞춤형 서비스를 제공하여 신뢰가 높으며, 추적조사까지 병행될 경우에 더욱 효과적이다 (WHO 2008). 2009년 뉴질랜드의 연구 결과, 금연 지원을 받지 못한 흡연자는 4%만이 금연에 성공한 반면, 금연상담전화를 이용한 흡연자는 21%가 금연에 성공하여 5배의 차이가 관찰되었다 (New Zealand NACHD 2002). 이 때 금연상담전화 번호는 담배 포장에 명시되는 것이 바람직하다.³⁷⁾ 금연약물치료에는 금단 증

36) http://en.wikipedia.org/wiki/DSM-IV_Codes

37) Campaign for Tobacco-Free Kids. TOBACCO CESSATION AND TREATMENT. Available from: http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/cessation_factsheet_en.pdf.

상을 경감하는 니코틴대체요법과 부정적 감정을 감소시키는 약물 치료 방법이 있다. 금연약물치료는 간단한 조언이나 금연상담전화에 비해 비용이 비싸지만 금연 성공 비율은 2-3배 높다. 따라서 이 비용에 대해 보험 급여나 재정 보상을 제공하여 경제적 접근성 문제를 해소할 필요가 있다. 한편, 정부는 담뭍세로 조성된 세수를 흡연자의 금연을 지원하는 프로그램을 통해 재분배할 수 있다. 이는 담배가격 인상조치에 대한 정책적 저항을 줄이는 중요한 측면이기도 하다 (WHO 2008).

불평등 측면에서 살펴보면, 주치의의 간단한 조언은 교육수준이 낮은 계층, 블루칼라 노동자, 저소득계층에게 효과가 제한적인 것으로 알려졌다. 금연상담전화는 사회경제적 취약계층에게 효과적이며, 추적조사가 병행될 경우 더욱 효과가 있었다. 또한 무상 니코틴대체요법도 저소득층의 접근성을 증가시킴으로써 불평등 개선 효과가 있었다 (Giskes 등 2007). 한편, 영국에서는 빈곤지역이 다른 곳에 비해 흡연율이 높고 금연율이 낮으며 금연서비스 이용이 저조한 경향이 있는데, 빈곤지역에 훨씬 많은 금연서비스 자원을 투자하여 금연서비스 이용량 자체를 증가시킴으로써 흡연을 격차를 줄이는 데 성공한 사례가 보고되었다. 즉, 빈곤 지역 70곳을 선정하여 다른 지역보다 많은 양의 금연서비스를 제공함으로써, 서비스 이용자수를 증가시켜 빈곤층의 낮은 성공률을 상쇄하고자 했던 것이다. 이 전략을 도입하기 전인 2003~4년 빈곤지역의 흡연율은 29.2%, 나머지 지역은 24.0%였고, 금연서비스 이용 후 금연 성공율은 빈곤지역 52.6%, 나머지 지역 57.6%였다. 하지만 자원을 집중 투자하는 정책적 개입 이후 2005~6년 빈곤지역의 흡연율은 28.6%, 나머지 지역은 23.6%로, 미약하나마 격차를 감소시킬 수 있었다 (Bauld 등 2007). 물론 이것이 통계적으로 의미가 있는지, 효과 크기를 추정하기 위한 전제가 타당한 것인지, 한정된 자원을 두고 불균등한 자원배분을 하는 것이 윤리적인 것인지 등 몇 가지 해결해야 될 과제들이 있다. 하지만 불평등을 완화시키기 위해 지역 접근 방식과 형평성을 목표로 한 자원 투입 전략은 한국에 시사하는 바가 크다.

2010년에 채택된 ‘담배협약 제 14조 이행을 위한 가이드라인’은 당사국에게 지속가능한 인프라의 구축, 보편적인 접근성 보장, 지속가능한 자원 공급을 권장하였고, 효과가 있다고 증명된 서비스를 밝혀 이를 담배규제정책과 보건의료체계에 통합하기를 권장하고 있다 (WHO FCTC 2010b).

● 국내근거

국내의 금연지원 프로그램에는 보건소 금연클리닉, 민간 이동 금연클리닉, 금연상담전화, 온라인 금연프로그램 등이 포함된다. 금연클리닉은 2004년 10개 보건소에서 시범사업을 실시한 후 2005년 전국으로 확대되었고, 금연상담전화는 2005년 3개월간의 시범사업 후에 2006년부터 국립암센터에서 운영하고 있다 (서미경 등 2008). 시·도 보건관련 부서와 보건소들이 지역사회 주민을 대상으로 하는 금연상담과 교육, 사업장, 대학교 등 각종 기관에서의 흡연예방 및 금연교육, 금연지도자 교육, 관련 워크숍과 세미나, 금연클리닉 사업 등이 여기에 포함된다 (보건복지부 2010).

금연클리닉의 성과를 살펴보면, 2005년부터 2007년 12월까지 총 34개월간 709,323명이 등록했고, 2005년과 2006년의 4주 금연성공률은 각각 74.3%, 75.9%, 6개월 금연 성공률은 각각 36.2%, 41.6%로 나타났다 (송태민 2007). 이는 2005/2006년 영국 금연클리닉의 4주 성공률 55%에 비해 높은 수치이다 (NHS Information Center 2006). 금연포털사이트인 ‘금연길라잡이’ 누리집 이용자들의 금연결심, 금연 행동 실천에 대한 조사에서 2004년에는 86.4%, 2005년 91.8%, 2007년 90.3%가 도움이 되었다고 응답했다 (서미경 등 2008).

금연사업의 불평등 영향을 직접 평가한 연구는 찾아보기 힘들다. 대부분의 연구는 보건소 금연클리닉 이용자를 대상으로 한 것들이며, 일부 온라인 금연프로그램과 간호사가 수행한 금연전화상담을 분석한 연구들이 있는데 (황승숙 2010; 송태

민 등 2008; 유혜라 2008; 전용옥 등 2008; 송태민 2007; 조경숙 등 2006; 김윤연 등 2003; 송태민 2003), 이들로부터 불평등 영향을 간접적으로 유추할 수밖에 없다. 우선 이들 연구에서 나타난 보건소 금연클리닉, 대학병원 금연클리닉 및 금연전화상담 이용자들의 사회인구학적 특성을 2001-2007년 국민건강영양조사 흡연자의 특성과 비교해보면 몇 가지 차이를 발견할 수 있다. 이러한 금연서비스 이용자들에서는 여성, 젊은 연령층, 블루칼라 직종 종사자, 비혼자, 농촌 거주자, 저학력, 저소득층의 비중이 상대적으로 낮았다. 즉, 전체 흡연자의 인구구성비에 비해 사회경제적 취약계층의 금연서비스 이용률이 저조한 것이다. 금연서비스의 금연 유도 효과가 비교적 성공적이라는 점에서, 이러한 금연 서비스 이용의 불평등은 흡연불평등으로 이어질 수 있다.

한편 보건소 금연클리닉 이용자들 중에서도 금연 성공에 차이가 나타나는데, 고령층, 건강보험가입자, 학생 혹은 관리·사무직일수록 금연성공률이 높았다. 또한 흡연량이 적을수록, 니코틴 의존도가 낮을수록, 음주문제가 없을수록, 상담횟수가 많을수록 금연성공률이 높았다 (황승숙 2010; 송태민 등 2008; 이주열 2008; 전용옥 등 2008; 조경숙 등 2006). 이는 사회경제적 취약계층, 특히 담배 의존성이 높거나 다른 건강위험행동을 동반하는 경우 금연 성공이 어렵다는 것을 보여준다.

한편 온라인 금연프로그램의 경우, 여성, 20세 미만, 학생이나 보건의료전문가인 경우 금연광고를 긍정적으로 인식하는 경향이 컸다 (송태민 2003). 삼차의료기관 이용자를 대상으로 간호사의 금연전화상담과 금연클리닉 효과를 분석한 연구는 접근성이나 금연 성공에서 사회경제적 불평등을 발견하지 못했다. 간호사의 금연전화상담 자체는 금연에 효과가 없는 것으로 나타났지만, 금연클리닉 총 방문횟수는 금연에 긍정적 효과를 미치는 것으로 나타났다 (김윤연 등 2003).

결국, 흡연을 및 흡연량의 사회경제적 불평등과 더불어 금연서비스 이용에서의 불평등, 금연서비스 이용 시 성공률에서의 격차까지 더하여 흡연과 관련된 사회경제적 불평등은 여러 차원에서 중첩된다는 것을 알 수 있다.

이러한 맥락에서 서비스 제공 기관의 수를 늘린다는 명분으로 보건소 금연클리닉을 민영화하고, 관련 시장을 활성화시키기 위해 건강관리서비스제도를 도입하겠다는 한국 정부의 시도는 결코 바람직하다고 보기 어려울 것이다 (그림 49).



그림 49 건강관리서비스 시장화 반대 집회 (출처:

<http://blog.peoplepower21.org/Welfare/41556>)

또한 현재 금연클리닉 서비스의 경우 니코틴 보조제는 보건소에서 무상으로 제공하지만 부프로피온, 바레니클린 같은 약물은 원외로 처방되어 100% 본인부담으로 구입해야 한다. 보건소에서 제공되는 심리적 지지요법이나 행동요법만으로 금연이 어려운 경우에 약물치료가 필요한데, 건강보험 비급여 항목들이다. 사회경제적 취약계층의 담배의존성이 높다는 점을 고려한다면 금연 약물요법의 건강보험 급여화는 불평등 개선에서 중요한 과제라 할 수 있다. 2010년 11월, 금연 약물요법의 보험 급여화를 위한 국민건강보험법 개정안이 발의된 것은 늦었지만 다행이 아닐 수 없다.

한편, 흡연예방 및 금연캠페인 정책에서 가장 중요한 부분은 예산 확보라 할 수 있다. 건강증진기금 중 금연사업과 금연서비스 (금연클리닉 + 금연상담전화) 예산 추이는 표22와 같다. 금연홍보와 마찬가지로 금연서비스의 실행 예산은 2008년부

터 급감했다. 이는 일차적으로 금연사업 예산 자체가 삭감되었고, 덧붙여 금연사업 중 금연서비스 예산 비율이 당초 계획안보다 줄었기 때문이다 (표 22).

표 22 건강증진기금 중 금연사업과 금연서비스 예산의 추이

(단위: 백만 원)

구분		2005년	2006년	2008년	2009년	2010년
건강증진 기금	예산	1,423,542	1,907,628	1,754,900	1,602,700	1,906,389
금연사업	① 실행예산	25,961	31,502	31,195	26,886	28,136
	② 국민건강증진 종합계획	25,961	31,502	53,700	68,000	83,500
	① ÷ ②	100.0%	100.0%	58.1%	39.5%	33.7%
금연사업/ 건강증진 기금	실행예산	1.8%	1.7%	1.8%	1.7%	1.5%
	국민건강증진종합 계획	1.8%	1.7%	3.1%	4.2%	4.4%
금연서비 스 (금연 클리닉+상 담전화)	③ 실행예산	13,575	20,057	20,195	16,550	16,550
	④ 국민건강증진 종합계획	13,575	20,502	36,000	47,800	59,900
	③ ÷ ④	100.0%	97.8%	56.1%	34.6%	27.6%
금연서비 스/금연사 업	실행예산	52.29%	63.67%	64.74%	61.56%	58.82%
	국민건강증진종합 계획	52.29%	65.08%	67.04%	70.29%	71.74%

(출처: 보건복지부 누리집 사전정보공표자료)

이렇게 중앙 정부 수준의 금연서비스 실행 예산이 줄어들면서, 금연서비스를 실제 제공하는 기초자치단체의 대응이 더욱 중요해졌다고 할 수 있다. 서울시 25개구의 금연사업 관련 예산을 살펴보면, 구민 1인당 예산, 국고보조금 대비 자치구의 자체 예산 규모에서 구별 차이가 드러난다. 이를테면, 1인당 금연관련 예산 규모는 중구, 성동구, 종로구, 강남구, 용산구 등에서 컸고, 국고 대비 자체 예산 비율은 강

남구, 성동구, 용산구, 서초구 등에서 높았다 (그림 50). 이러한 예산 격차가 실제 흡연 행태에 어떠한 영향을 미쳤는지 확인할 수 있는 자료는 아직 없다. 하지만 기초자치단체별 재정 상태, 단체장의 정책 의지에 따라 지역주민들에게 제공하는 금연사업 지출에 격차가 존재하며, 이것이 지역 간 흡연 격차에 기여할 수 있음은 짐작할 수 있다.

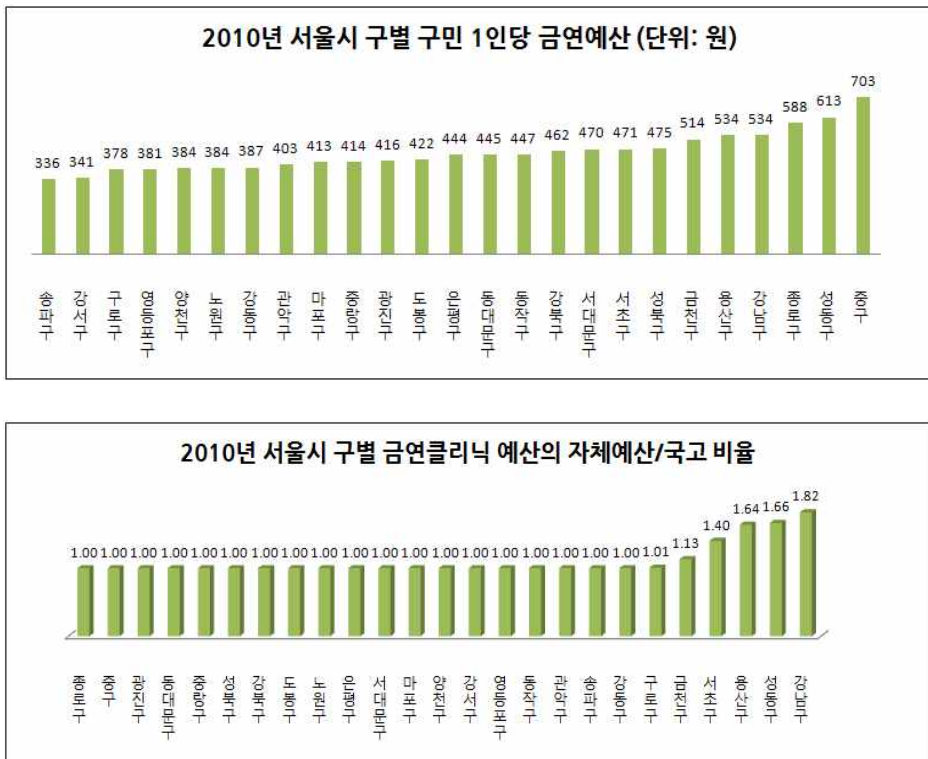


그림 50 2010년 서울시 구별 1인당 금연예산과 자체예산/국고 비율
(자료: 서울시 25개 구청 누리집)

● 소결

지금까지 살펴본 내용들을 종합하면 다음과 같다. 첫째, 국내 연구들은 대부분 보건소 금연클리닉 이용에 대해 분석했는데, 보건소 금연클리닉 이용자의 금연

성공 효과는 높았으나 서비스 이용과 금연성공률에서 사회경제적 불평등이 관찰되었다. 둘째, 국내 금연약물치료는 보험 급여가 적용되지 않아 경제적 접근성에 불평등이 존재한다. 셋째, 금연사업 관련 중앙정부 예산의 경우 새국민건강증진종합계획안에 비해 턱없이 부족한데다 그나마 매년 감소하고 있으며, 지자체단체 예산의 경우 정부 예산과 맞물려 매년 감소하는 동시에, 지역 간 불평등이 지속되는 것으로 나타났다.

한편 WHO의 권고에 비추어볼 때, 보건전문가에 의한 간단한 조언이 제도적으로 시행되지 않는 것은 문제라 할 수 있다. 더구나 건강관리서비스 제도처럼 이를 보건의료 체계로의 통합이 아닌 별도의 민간 서비스 시장으로 이양하려는 움직임은 권고에 크게 반하는 것이다. 또한 사회경제적 취약계층에 유리한 효과가 입증된 무료 금연상담전화도 여전히 활성화되지 못하고 있다. 담뱃갑 포장에 금연상담전화 번호를 광고하는 것 같은 가장 간단한 조치조차 시행하지 않는 것은 심각한 문제가 아닐 수 없다.

이러한 현황과 담배협약을 토대로 불평등 완화 측면에서 5가지 실천방안을 권고하고자 한다. 첫째, 정부는 건강관리서비스를 포함하여 금연클리닉을 민영화하거나 별도의 상업적 서비스로 만들려는 계획을 폐기해야 한다. 기존 보건의료체계에 금연서비스가 통합되어 접근성, 비용효과성을 높일 수 있는 모델을 개발하고 이행해야 한다. 둘째, 사회경제적 취약계층에게 유리한 무료 금연상담전화를 크게 강화하고 금연약물치료에 대한 보험 적용을 확대하며 접근성이 낮은 취약계층에게 더욱 많은 금연서비스를 투입하는 등의 불평등 완화 전략을 시행해야 한다. 셋째, 금연사업에 대한 중앙정부의 예산을 최소한 원안대로 회복하거나 확대하고, 지역 간 금연예산의 격차를 해소할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 넷째, 효과성에 근거한 금연서비스 전략을 세우기 위해 모니터링과 평가가 강화되어야 한다. IARC (2008)은 단기결과로 금연서비스 인지 여부를 측정하고 중간 결과로 여러 금연서비스에 대

한 신념/태도를 관찰하며 장기결과로 금연서비스 접근성 및 이용을 모니터해야 한다고 권고한 바 있다. 한다. 그리고 인과관계를 파악하기 위해 중단연구도 이루어져야 한다. 마지막으로, 금연 사업은 여타 담배규제정책을 강화하여 흡연자의 금연 동기를 강화시켰을 때 효과를 발휘할 수 있다는 점에서 포괄적인 담배규제정책의 시행을 다시 강조한다.

4.3 한국의 담배규제정책이 흡연 불평등에 미치는 영향

이 장에서는 지금까지 알려진 담배규제정책의 효과를 살펴보고 국내 연구결과들을 토대로 한국의 담배규제정책이 흡연불평등에 미친 영향을 살펴보았다. 이를 위해 국내외에서 발행된 연구논문과 보고서들을 검토하고 2001-2008년 국민건강영양조사 자료를 추가적으로 분석하였다. 그러나 중재 효과를 평가할 수 있도록 설계된 연구들이 절대적으로 부족했기에 여기에서의 결론은 ‘잠정적’이라 할 수 있다.

우선, 정부가 목표로 삼은 2010년까지 시점까지의 흡연율과 소득계층별 흡연율 격차 감소는 분명히 실패한 것으로 보인다. 흡연율이 지속적으로 감소하고 있는 것은 사실이지만 목표 수준에 이르지 못했으며, 불평등은 전혀 완화되지 않았을 뿐 아니라 일부 시기에서는 격차가 심화되기도 했다. 현재까지 가용한 국내 연구들로부터 결론 내린다면, 전반적인 담배규제정책이 강화된 시기에는 최소한 흡연불평등이 악화되지 않고 주춤했던 반면, 그렇지 않은 시기에는 불평등이 악화된 것으로 보인다. 그나마 이러한 현상은 성인 남성들 사이에서만 관찰되었으며, 여성이나 청소년 집단에서는 불평등 감소를 확인할 수 없었다. 즉, 그간 수행된 한국 정부의 담배규제정책은 흡연 불평등을 완화시키는데 그다지 기여하지 못했으며, 일부에서는 악화시켰다고 결론내릴 수 있다.

6가지의 개별 담배규제정책을 살펴보면, 우선 담배가격정책은 이론적으로 사회경제적 취약계층과 청소년 계층의 담배소비를 좀 더 많이 감소시킬 수 있다. 하지만 국내에서 계층에 따른 차별적 소득탄력성을 분석한 연구가 부족하고, 일부에서는 취약계층 내에서도 불평등이 혼재된 양상을 보였다는 점에서, 흡연불평등을 유의하게 감소시켰다고 결론내리기 어렵다. 한편 ① 금연구역, ② 흡연예방 및 금연 캠페인, ③ 담배포장 및 라벨규제, ④ 담배 광고·판촉·후원 규제는 모두 이론적으로 청소년과 여성, 영세사업장 노동자들이나 취약 계층에게 더욱 긍정적인 효과를 발휘할 수 있다. 이러한 효과를 분명히 판단할 수 있는 연구들은 충분치 않았지

만, 이들 네 가지 정책 모두, 정책의 포괄성이나 실효성이 저조했다는 점에서 직업 및 고용 상의 취약계층, 청소년, 여성 집단에게 불리한 영향을 미쳤을 것으로 짐작된다. 소규모 사업장을 배제한 금연구역 정책은 영세사업장 노동자들의 보호를 구조적으로 배제하며, PC방 등 시설의 부분금연 조치는 청소년의 간접흡연 위험을 높인다. 또한 담배 상품의 오도성 광고 문구와 화려한 포장, 판매대 광고를 허용하고 담배 기업들의 다양한 간접 홍보를 용인함으로써 청소년과 여성들이 담배의 피해자가 되는 것을 촉진하고 있다. 뿐만 아니라, 금연클리닉은 서비스 이용과 금연 효과에서 모두 불평등 현상이 관찰되었다.

한편 흡연불평등 측면에서 담배규제정책의 비용부담자에 대한 고려와 대응책 마련이 중요하다. 담배가격정책에서는 비용부담자인 흡연자에 대한 설득이 중요하므로 조세부담의 소득 역진적 성격을 상쇄할 수 있는 금연 프로그램 개발이 필요하고, 금연구역정책에서 비용부담자인 시설주나 영업주에 대한 설득이나 기술 지원이 필요하다. 그러나 무엇보다 중요한 정책비용부담자는 담배기업이다. 금연캠페인, 담배포장 규제, 담배광고·판촉·후원 규제는 모두 담배업계의 이윤을 감소시킬 수 있는 정책들이며 이들의 정책적 저항은 상당하다. 담배협약의 정해진 시한을 넘겨서도 이들 규제가 제대로 이행되지 않는 것은 다른 이유로는 설명하기 어렵다. 정부는 담배문제의 원인을 ‘흡연자’가 아닌 ‘담배’로 규정하고, 산업적 이해보다 건강권이 더욱 중요한 가치임을 분명히 표명할 필요가 있다.

정부의 분명한 책임성 강화 뿐 아니라, 담배규제와 관련된 중요한 이론적 논점들, 이를테면 산업적 이해와 보건학적 가치, 상업적 표현의 자유와 건강권 보장, 국가의 책임과 개인의 책임, 자율주의와 후견주의, 효율성과 형평성, 혐연권과 흡연권 등 충돌하는 가치에 대해 좀더 활발한 논의와, 그에 기반한 적절한 합의가 도출되어야 할 것으로 보인다.

5. 무엇을 할 것인가?

지금까지 담배의 보건학적·정치경제학적 의미와 담배규제정책의 내용과 현황, 담배규제정책이 건강불평등에 미치는 영향을 검토하였다. 이번 장에서는 앞서 살펴본 내용들을 종합하여, 한국 사회에 필요한 것들이 무엇인지 연구와 정책 측면에서 제안하고자 한다.

5.1. 어떤 연구가 필요한가?

반복적으로 지적했다시피, 가격정책과 금연클리닉을 제외하면 국내에서 담배규제정책을 평가한 연구는 많지 않다. 일차적인 이유는 담배규제정책에 대한 적절한 정보수집체계가 없기 때문이다. 이러한 자료는 개별 연구자의 독립적인 연구로는 생산되기 어렵다는 점에서, 정부의 모니터링 및 평가 관련 활동이 상당히 미흡했음을 시사한다. 향후 담배규제정책의 영향, 특히 불평등과 관련된 학술적 근거들을 마련하기 위해서는 정보 수집 체계 마련이 필수적이다. 근거기반 의사결정을 요구하는 사회적 목소리가 높아질 필요가 있다.

한편, 이러한 정보수집 체계를 마련할 때 불평등 측면의 분석이 가능하도록 성, 연령, 지역 등의 사회인구학적 변수와 소득, 교육, 직업, 고용형태 등 사회경제적 요인 변수가 반드시 포함되어야 한다. 그리고 담배규제정책의 효과를 단기, 중기, 장기 차원에서 평가할 수 있도록 다양한 결과 변수들을 포함해야 하며, 부수적 영향 (unintended consequence)에 대한 지표들도 포함시킬 필요가 있다. IARC에서 권고하고 있는 지표들과 자료 수집 방법들은 좋은 참고자료가 될 수 있다.

한편 담배규제 정책의 건강불평등 영향이라는 측면에서, ‘형평성에 초점을 둔 건강영향평가 (equity-focused health impact assessment)’와 ‘성별영향평가 (gender-based analysis)’를 살펴볼 필요가 있다. 두 가지 모두 모두 보건 이외 분야

에서의 정책이나 사업들이 건강불평등이나 성평등에 미친 영향을 평가하는 방법론이다. 건강 수준의 결정에서 보건의료 정책보다는 재정/조세, 고용, 교육 등 다른 분야의 정책들이 훨씬 중요한 영향을 미친다는 점에서 이러한 사전 평가를 통해 미리 정책의 긍정적/부정적 결과를 예측하고 그 대안을 마련하는 것은 매우 중요하다 (유원섭 등 2007; Mahoney 등. 2004). 두 방법 모두 평가대상이 되는 공공정책을 선정하고 ('screening') 평가 범위와 방법을 결정하여 ('scoping') 영향을 확인한 후 보고/권고하며, 마지막으로 수행한 작업에 대해 평가와 모니터링을 하는 단계로 이루어진다. 흡연 문제는 사회경제적 불평등이 매우 뚜렷하고, 또 성별에 따라 행태나 정책 효과들이 상당히 달라질 수 있다는 점에서 사전 영향 평가 작업은 사후 평가 못지않게 큰 도움이 될 것이다. 초국적 담배기업들의 활동과 관련된 자유무역협정이나 IT 산업적 요구에 기반하여 추진 중인 건강관리서비스 제도 등은 흡연 불평등 측면에서 사전 영향 평가 작업이 반드시 필요한 대표적 사례라 할 수 있다.

또한 정책 효과가 발생하는 인과 관계의 복잡한 고리들을 확인하고 평가할 수 있는 정교한 설계를 갖춘 양적 연구들이 절실하다. 현실에서 여러가지의 담배규제정책이 함께 집행되고 정치·사회·문화적 요인들이 동시에 영향을 미치므로, 이러한 복잡한 상황을 반영하여 효과를 추정할 수 있는 연구 방법이 필요하다. 특히 정책 영향 모니터링 뿐 아니라 흡연 행태의 행동학적 특성, 금연의 기전 등을 파악할 수 있도록 ITC처럼 잘 설계된 패널 연구의 확대가 필요하다. 다른 한편, 담배규제정책이 어떻게 흡연불평등에 영향을 미치는지 이해하기 위해서는 질적 연구도 절실하다. 영국의 그레이험이 확인한 것처럼, 사회경제적 취약계층의 경험, 정책이 영향을 미치는 맥락 등에 관한 심층적 이해 없이는 취약계층에게 적합한 방식의 정책을 마련하거나 집행하기 어려운 것이다.

또한 흡연과 관련된 행태 뿐 아니라, 담배 상품이나 담배기업의 역할 (Holden 등 2009), 정책 결정의 맥락 등에 대한 사회학적·정치경제학적 연구들이 늘어나야 할 것으로 보인다. 이를테면, 담배포장이나 라벨규제, 담배 광고·판촉·후원 현황에

대한 현황 파악이나 정책 효과, 담배규제정책의 특성과 정책과정, 각종 행위자들의 역할에 대한 연구들이 그것이다. 실제로 미국에서 담배 소송 사건 이후 공개된 내부 문서를 기반으로 담배 기업들의 판촉 전략과 시장행동을 분석한 연구들은 포괄적 담배규제정책들의 입안과 실행에 중요한 역할을 했다.

5.2 어떤 정책이 필요한가?

담배규제정책과 관련된 국내외의 자료들을 검토하면서 실감하는 것은 국제 담배 규제활동과 국내 담배규제 사이에 온도차가 매우 크다는 점이다. 이는 어디에서 연유하는 것일까?

● 담배 문제의 프레임을 바꾸어야 한다.

우리는 국제 담배규제활동과 국내 담배규제활동 사이에 몇 가지 근본적인 차이가 존재한다고 생각한다.

첫째, 문제의 핵심을 무엇으로 바라보느냐가 다르다. 담배협약은 ‘담배’와 ‘담배기업’이 문제라는 전제에서 출발하는 반면, 한국 정부는 이를 ‘흡연’과 ‘흡연자’의 문제로 생각하는 경향이 있다. 전제가 다르기 때문에, 이를 해결하기 위한 정책의 전체 틀과 우선순위, 이행정도가 다를 수밖에 없다. 이를테면 WHO의 담배규제 기본협약은 문제 해결을 위한 포괄적 틀을 ‘담배규제’로 명명하지만, 한국 정부는 주로 ‘금연정책’으로 명명한다. 금연정책은 담배협약에서 다루고 있는 여러 가지 담배규제정책들 중 하나일 뿐이다. 한국 정부는 담배협약 체결 이후, 기존의 담배규제 활동에 대한 자체 평가에서 ‘일반인들의 제도 이해와 실천 수준이 낮다’는 점을 우선적으로 지적했다 (서미경 등 2008). 정보 전달과 법 준수 모니터링 강화, 취약 계층에 대한 서비스 지원과 서비스 공급 확대를 담배규제활동의 주요 대책으로 내놓은 것은 이러한 문제 진단에 따른 당연한 귀결이다. 한국 정부는 ‘금연정책’이 아니라 ‘담배규제정책’으로 용어를 바로잡고, 문제의 프레임을 ‘흡연’과 ‘흡연자’가 아닌 ‘담배’와 ‘담배산업’으로 전환해야 할 것이다.

둘째, 역시 같은 맥락에서 담배회사에 대한 태도의 차이를 지적할 수 있다. 담배 협약에는 담배기업을 규제 대상으로 분명히 명시하고 있으나, 국내의 담배규제활동

에는 담배회사가 잘 드러나지 않는다. 이를테면, 정부보고서는 기업 대상 규제들을 다룬 장에서 “세계담배규제기본협약의 권고안들은 국내정서에 비추어 볼 때 아직까지 사회적 합의가 충분히 이뤄지지 않은 내용들이 다수 포함됨. 이러한 법안을 사회적 공감대가 형성되지 않은 상태에서 조급하게 추진할 경우 오히려 사회적 반발을 불러올 수 있으며, 결과적으로 법안의 발의과정을 더디게 만들 수 있다” (서미경 등 2008)는 우려를 내비치고 있다. 이러한 관점은 담배규제정책의 우선순위와 이행 수준에 큰 영향을 미친다. 실제로 담배협약은 제11조 (담배 포장 및 라벨 규제)와 제13조 (담배 광고·판촉·후원 규제)를 협약 비준 이후 각각 3년, 5년 내에 의무적으로 이행할 것을 요구하지만, 한국 정부는 시한을 넘긴 지금까지도 이를 이행하지 않았다. 그 결과, 국내 시판 중인 담배 제품에 ‘순’, ‘라이트’, ‘마일드’ 같은 오도성 문구가 여전히 표기되고 있을 뿐 아니라 청소년들이 많이 출입하는 편의점과 슈퍼 전면에 화려한 담배 진열대가 자리하고 있으며 각종 명목으로 담배기업의 홍보와 후원활동이 이어지고 있다. “현행 국내법의 담배광고, 판매촉진, 후원활동에 대한 규제 수준과 세계담배규제기본협약의 권고안의 수준 간 차이가 적을수록 상대적으로 법안을 추진하는 과정에서 담배사업자를 비롯한 이해당사자들의 저항이 적을 것으로 예상되며, 그 차이가 클수록 이들 이해당사자들의 저항이 클 것으로 예상된다. 따라서 다른 조건이 동일하다면 담배규제기본협약의 권고안과 국내법 간 차이가 적은 사안부터 우선적으로 법안화를 추진하는 것이 효과적일 것이다” (서미경 등 2008)라는 구절은 담배기업의 저항에 소극적인 정부의 태도를 잘 보여준다.

셋째, 역시 같은 맥락에서 흡연자에 대한 태도에도 차이가 있다. WHO는 흡연자를 담배유행의 피해자로 바라보지만, 한국 사회는 흡연자를 타인의 기본권인 흡연권을 침해하는 가해자로 낙인찍고 있다. 이러한 태도는 담배문제를 해결하기 위한 합리적 방안을 모색하는데 방해요소가 된다. 흡연을 하게 만드는 사회적·문화적 요인들, 정치경제적 요인들을 간과한 상태에서 문제를 오로지 흡연자 개인의 책

임으로 돌리는 것은 문제의 본질을 흐리는 것이다. 건강불평등의 관점에서 본다면 이는 취약계층에 대한 접근을 어렵게 만드는 요소이기도 하다. 정부는 조직적인 저항을 하는 기업보다는 소위 ‘가해자’이며 조직적 저항을 하기 어려운 흡연자를 규제하는 정책들, 이를테면 담배가격정책과 금연구역정책, 금연사업에만 집중하는 불균형을 보이고 있다. 기업들이 강압적인 방식으로 금연사업을 진행하거나 심지어 고용 상의 불이익 인권 침해적 행위를 벌일 수 있는 것도 정부의 이런 태도와 무관하지 않을 것이다.

담배규제기본협약의 개별 조항을 잘 이행하는 것도 중요하지만, 한국 정부에게 더욱 근본적으로 필요한 것은, 담배협약이 탄생하게 된 배경, 즉 ‘무역자유화’, ‘직접적 해외투자’, ‘국제적 마케팅’ 등이 ‘담배사용을 증가’시킨다는 문제의식에 공감하고 건강권 보장 차원에서 ‘담배업계의 이익’으로부터 ‘공중보건’을 보호한다는 입장을 확고하게 견지하는 것이라 할 수 있다 (WHO FCTC 2008a; WHO 2003).

● 불평등 개선을 위한 원칙이 필요하다.

국내외 근거들을 검토한 결과, 한국의 흡연 불평등을 해결하기 위한 정책 이행에는 몇 가지 원칙이 필요한 것으로 보인다.

우선, 담배 유형 모형 (Lopez 등 1994)과 국내 연구결과들에 의하면, 담배가 만연하고 이후 흡연율이 감소하는 단계에서 사회경제적 불평등이 뚜렷해지는 경향이 있다. 이는 흡연과 흡연불평등이 독립적 현상이 아니라 서로 연계되어 있음을 의미한다. 따라서 담배 규제정책을 마련할 때에는 ‘흡연과 흡연불평등을 동시에 고려한다’는 원칙을 견지할 필요가 있다. 담배규제정책의 목표를 명확히 하되 형평성과 관련된 목표들이 반드시 함께 수립되어야 하며, 평가에서도 형평성과 관련된 지표들이 반드시 포함되어야 할 것이다.

한국의 담배규제정책과 흡연불평등 사이에는 ‘규제의 강화 → 불평등의 현상유지’, ‘규제의 현상유지 → 불평등의 심화’ 유형을 확인할 수 있다. 제 4장에서 살펴 보았듯, 담배협약을 원문대로 충실히 이행한다면 대부분의 규제들은 기존의 흡연 불평등을 완화시키거나 최소한 중립적인 영향을 미칠 가능성이 높다. 하지만 담배협약이 권고하는 포괄적 규제 대신 부분적 규제만을 이행하거나 정책 부작용에 대한 대처가 미흡할 경우, 불평등은 오히려 악화될 수 있다. 따라서 담배협약이 정한 규제정책들을 포괄적으로 신속하게 이행하기 위해 최선을 다하되, 기간 내 협약의 이행 가능성에 초점을 두기보다는 흡연 불평등을 완화시키는 것에 초점을 두고, 현행 이행 수준에서 발생할 수 있는 불평등을 최소화할 수 있는 별도의 방안들을 마련해야 한다.

또한 다양한 담배규제 정책들 사이에 상호작용이 존재한다는 점을 주지할 필요가 있다. 효과 측면에서 이는 상승작용과 상쇄작용으로 구분해 볼 수 있다. 예를 들어, 상승작용이라면 담뱃갑에 강력한 그림 경고를 도입(담배 포장 및 라벨 규제)하여 흡연자들의 금연 동기를 높이고, 바로 옆에 무료 금연상담전화 번호를 안내(담배중독 및 금연에 관한 수요 감소 조치)함으로써, 그러한 동기가 실제 금연상담전화로 이어지도록 만드는 것이다. 상쇄작용의 예로, 한편으로는 담배의 해로움을 알리는 TV 공익광고를 적극적으로 추진(흡연예방 및 금연캠페인)하면서, 다른 한편으로는 소매점의 화려한 담뱃진열대를 허용(담배 광고·판촉·후원 규제)하는 것이 그것이다. 이러한 개별 담배규제정책들의 상호작용을 고려하여 정부는 담배규제정책을 포괄적으로 기획하고 이행해야 한다.

담배협약은 ‘흡연자’가 아닌 ‘담배’와 ‘담배기업’을 표적으로 삼고 있다는 점을 다시 한 번 지적하고 싶다. 담배기업은 이윤 창출을 위해 건강에 유해한 중독성 물질을 생산할 뿐 아니라, 개별 국가, 심지어 전 세계적인 담배규제노력을 ‘손상시키

거나 파괴하기' 위한 시도를 서슴지 않는다는 점에서 강력한 규제대상이다 (WHO FCTC 2008a). 앞에서 지적한 것처럼, 국내의 정책 과정에는 담배기업이 전면에서 부각되는 경우가 거의 없어서 마치 별다른 영향을 미치지 않는 것처럼 보인다. 하지만 담배협약 중에서도 담배기업과 관련된 규제들의 이행이 유독 늦어지고 있다는 점에서 이를 액면 그대로 받아들이기는 어렵다. 담배협약의 기본 정신에 근거하여 담배기업을 규제하려는 노력이 크게 증가되어야 한다. 담배기업의 주요한 마케팅 표적이 청소년과 여성, 사회경제적 취약계층이라는 점에서 흡연 불평등 문제의 개선에 담배기업에 대한 규제는 매우 중요하다.

담배협약에서 제시하고 있는 정책들은 대부분 규제적 특성을 강하게 가지고 있다. 금연구역 설정, 담배포장 및 라벨 규제, 담배 광고·판촉·후원 규제, 담배 제품 불법 거래 규제, 미성년자 담배 구매 및 판매 규제 등이 모두 그렇다. 이러한 규제들의 특징은 수립 못지않게 이행, 집행에서의 실효성이 중요하다는 것이다. 정부는 예산과 인력을 확보하고 관련 법적 권한을 명확히 규정하여 담배규제정책의 실효성을 증가시켜야 한다.

마지막으로, 앞서 지적했듯 국내에는 담배규제정책과 관련된 정보수집체계가 미흡해서 담배규제정책에 대한 평가가 부족하고, 그러다보니 평가 결과에 근거한 정책 마련이 어려운 실정이다. 정부는 담배규제정책과 관련된 근거기반 의사결정이 매우 중요하다는 점을 인식하고, 평가와 모니터링을 위한 인프라 구축을 위해 노력해야 한다.

● 이런 정책이 필요하다.

국내의 연구결과들과 담배규제기본협약 및 가이드라인, 담배규제 관련 국제비영

리단체들의 권고들을 고려할 때, 한국 사회의 흡연률 감소와 흡연불평등 완화를 위해 정부는 다음과 같은 활동을 해야 한다.

첫째, 담배규제기본협약의 취지와 내용, 국내외 근거를 토대로 흡연을 감소와 흡연불평등 완화를 목표로 하는 국가활동계획(national action plan)을 수립하고 관련 인프라를 구축해야 한다. 여기에는 근거기반 의사결정을 촉진할 수 있는 모니터링 체계 개발과 평가연구 지원이 반드시 포함되어야 한다.

둘째, 담배규제기본협약과 관련하여 다음의 사항들을 신속히 이행해야 한다.

- ① 담배 포장에 오도성 용어와 기만성 광고를 즉각 금지해야 한다.
- ② 담뱃갑 포장에 그림경고를 도입하고 정부가 운영하는 무료 금연상담전화 번호를 안내해야 한다.
- ③ 소매점의 담배 진열대를 포함하여 모든 형태의 담배광고와 판촉 활동, 기업 이미지 제고를 위한 광고와 후원 활동 등을 포괄적으로 금지해야 한다.
- ④ 담배규제 관련 캠페인 예산을 원안대로 회복하고, 담배의 해로움과 금연의 이로움, 그리고 담배기업의 위험한 활동을 알리는 캠페인을 강화해야 한다.
- ⑤ 금연예산을 원안대로 회복시키고 금연서비스를 확대 제공하되, 기존 보건의료체계와 통합적이며 공공적인 성격을 갖도록 해야 한다.
- ⑥ 소규모 자영시설과 영세사업장으로 금연구역을 확대하여 노동자들을 보호하고, 청소년들이 많이 이용하는 실내 공공장소에 완전금연을 실시해야 한다.
- ⑦ 담뱃세를 통한 담뱃값 인상 조치는 취약계층에 대한 금연서비스 확대와 적절한 자금운영 계획을 반드시 수반해야 한다.

6. 참고문헌

1. Advertising Council. Healthy lifestyles and disease prevention media campaign: Take a small step to get healthy. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 2004.
2. Advertising Council. Healthy lifestyles and disease prevention media campaign: Take a small step to get healthy. U.S. DHHS, 2006.
3. Albers AB, Biener L, Siegel M, Cheng DM, Rigotti N. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *Am J Public Health* 2008; 98(10): 1886-1893.
4. Australia's NTC (National Tobacco Campaign). Australia's National Tobacco Campaign Evaluation Report: Volume II. 2000.
5. Balbach ED, Campbell RB. Union women, the tobacco industry, and excise taxes: a lesson in unintended consequences. *Am J Prev Med* 2009; 37(2 Suppl): S121-125.
6. Barbeau EM, Krieger N, Soobader M-J. Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage, Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 269-278.
7. Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health* 2005; 95(6): 1024-1029
8. Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob control* 2007; 16(6): 400-404.
9. Bayer R. Tobacco control, stigma, and public health rethinking the relations. In: Bayer R, Gostin LO, Jennings B, Steinbock B (eds). *Public health ethics: theory, policy and practice*. oxford university press: New York, 2007; 127-133.
10. Beomsoo Kim. Workplace Smoking Ban Policy and Smoking Behavior. *예방의학회지* 2009; 42(5): 293-297.
11. Bero L. Implications of the tobacco industry documents for public health and policy. *Annu Rev Public Health* 2003; 24: 267-288.
12. Bialous SA, Yach D. Whose standard is it, anyway? How the tobacco industry determines the International Organization for Standardization (ISO) standards for tobacco and tobacco products. *Tob Control* 2001; 10(2): 96-104.
13. Biener L, Reimer RL, Wakefield M, Szczypka G, Rigotti NA, Connolly G. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *Am J Prev Med* 2006; 30(3): 217-224.
14. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Economics* 2008; 27(4): 930-942.

15. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control* 1999; 8(2): 156-160.
16. Borland R, Pierce JP, Burns DM, Gilpin E, Johnson M, Bal D. Protection from environmental tobacco smoke in California: the case for a smoke-free workplace. *JAMA* 1992; 268(6): 749-752.
17. Borland R, Yong H, Cummings K, Hyland A, Anderson S, Fong G. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob control* 2006; 15(suppl 3).
18. Borland R. Tobacco health warnings and smoking related cognitions and behaviours. *Addiction* 1997; 92(11): 1427-1435.
19. Chaloupka FJ, Hu T, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press 2000: 237-272.
20. Chaloupka FJ, Laixuthai A. U.S. trade policy and cigarette smoking in Asia. 1996; Available from: <http://www.impactteen.org/fjc/PublishedPapers/w5543.pdf>.
21. Cho HJ, Song YM, Smith GD, Ebrahim S. Trends in socio-economic differentials in cigarette smoking behaviour between 1990 and 1998: a large prospective study in Korean men. *Public Health* 2004; 118(8): 553-558.
22. Coultas DB. Health effects of passive smoking. 8. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax* 1998; 53(5): 381-387.
23. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455): 1519.
24. Edwards R, Thomson G, Wilson N, Waa A, Bullen C, O'Dea D, Gifford H, Glover M, Laugesen M, Woodward A. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tob Control* 2008; 17(1): 1-10.
25. Emery S, Wakefield MA, Terry-McElrath Y, Saffer H, Szczypka G, O'Malley PM, Johnston LD, Chaloupka FJ, Flay B. Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999-2000. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2005; 159(7): 639-645.
26. Evans WN, Farrelly MC, Montgomery E. Do workplace smoking bans reduce smoking? *Am Econ Rev* 1999; 89(4): 728-747.
27. Feenstra TL, Hamberg van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten van Molken MPMH. Cost Effectiveness of Face to Face Smoking Cessation Interventions: A Dynamic Modeling Study. *Value in Health* 2005; 8(3): 178-190.
28. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325(7357): 188.
29. Fielding JE, Husten CG, Eriksen MP. Tobacco: health effects and control. in Wallace RB, Doebbeling BN. *Maxcy-Rosenau-Last Public health & preventive medicine*, 14th ed.,

- Appleton & Lange, 1998; 817-845.
30. Fiore M. Treating tobacco use and dependence. U.S. DHHS, Public Health Service; 2000; Available from: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf.
31. Fong G, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings K, Allwright S, Mulcahy M. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob control* 2006; 15(suppl 3).
32. Frankel G. U.S. aided cigarette firms in conquests across Asia. *Washington Post* 1996 Nov, 17.
33. Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. Price and cigarette consumption in Europe. *Tob control* 2006; 15(2): 114-119.
34. Gilmore AB, McKee M. Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union-part I: establishing cigarette imports. *Tob Control* 2004; 13(2): 143-150
35. Gilmore AB, McKee M. Tobacco and transition: an overview of industry investments, impact and influence in the former Soviet Union. *Tob Control* 2004; 13(2): 136-142.
36. Giskes K, Kunst A, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Moussa K, Ostergren P, Patja K, Platt S, Prättälä R, Willemsen MC, Mackenbach J. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *J public health policy* 2007; 28(2): 261-280.
37. Goodin RE. No smoking: the ethical issue. In: Bayer R, Gostin LO, Jennings B, Steinbock B (eds). *Public health ethics: theory, policy and practice*. oxford university press: New York, 2007, pp 117-126.
38. Graham H, Inskip HM, Francis B, Harman J. Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60 Suppl 2: 7-12.
39. Graham H. *When life's a drag: women, smoking and disadvantage*. Department of Health. London, UK 1993.
40. Hammond D, Fong G, McNeill A, Borland R, Cummings K. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob control* 2006; 15(suppl 3).
41. Hammond D. Health warnings on tobacco packages: Summary of evidence and legal challenges. University of Waterloo, Canada; 2008; Available from: http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/reports_articles/India%20Labelling%20Review-Revised%20%28Hammond%202008%29.pdf.
42. Hammond R. Consolidation in the tobacco industry. *Tob Control* 1998; 7(4): 426-428.

43. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2007; 335(7619): 549.
44. Heaton C, Nelson K. Reversal of Misfortune: Viewing Tobacco as a Social Justice Issue. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 186-191.
45. Holden C, Lee K. Corporate Power and Social Policy: The Political Economy of the Transnational Tobacco Companies. *Glob Soc Policy* 2009; 9(3): 328-354.
46. Hu TW, Sung HY, Keeler TE. The state antismoking campaign and the industry response: the effects of advertising on cigarette consumption in California. *Am Econ Rev* 1995; 85(2): 85-90.
47. IARC (International Agency for Research on Cancer). Methods for Evaluating Tobacco Control Policies. WHO 2008; Available from: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12/Tobacco_vol12.pdf.
48. IARC. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human.: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, 2004
49. IARC. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. 2002; Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>.
50. Iribarren C, Darbinian J, Klatsky AL, Friedman GD. Cohort study of exposure to environmental tobacco smoke and risk of first ischemic stroke and transient ischemic attack. *Neuroepidemiology* 2004; 23(1-2): 38-44.
51. Jha P, Paccard F, Nguyen S. Strategic priorities in tobacco control for governments and international agencies. *Tobacco Control in Developing Countries* 2000: 449-64.
52. Khang YH, Cho HJ. Socioeconomic inequality in cigarette smoking: trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. *Prev Med* 2006; 42(6): 415-422.
53. Khang YH, Cho SI, Yang S, Lee MS. Socioeconomic differentials in health and health related behaviors: findings from the Korea Youth Panel Survey. *J Prev Med Public Health* 2005; 38(4): 391-400.
54. Khang YH, Lynch JW, Jung-Choi K, Cho HJ. Explaining age-specific inequalities in mortality from all causes, cardiovascular disease and ischaemic heart disease among South Korean male public servants: relative and absolute perspectives. *Heart* 2008; 94(1): 75-82.
55. Khang YH, Yun SC, Cho HJ, Jung-Choi K. The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 11(3): 262.
56. Knight J, Chapman S. "Asian yuppies...are always looking for something new and different": creating a tobacco culture among young Asians. *Tob Control* 2004; 13 Suppl 2: ii22-29.

57. Lee EH, Park SK, Ko KP, Cho IS, Chang SH, Shin HR, Kang D, Yoo KY. Cigarette smoking and mortality in the Korean Multi-center Cancer Cohort (KMCC) study. *J Prev Med Public Health* 2010; 43(2): 151-158.
58. Levy DT, Friend K. A framework for evaluating and improving clean indoor air laws. *J Public Health Management and Practice* 2001; 7(5): 87.
59. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* 1995; Spec No: 80-94.
60. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob control* 1994; 3(3): 242.
61. Lopez ML, Herrero P, Comas A, Leijts I, Cueto A, Charlton A, Markham W, De Vries H. Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. *Eur J Public Health* 2004; 14(4): 428.
62. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.
63. Luk R, Ferrence R. The Economic Impact of Smoke-Free Legislation on the Hospitality Industry. *Health Canada* 2005.
64. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 809-819.
65. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *NEJM* 2008; 358(23): 2468-2481.
66. Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J. Equity-focused health impact assessment framework. 2004.
67. Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *BMJ* 1995; 4(1): 10.
68. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442.
69. Moodie C, MacKintosh AM, Brown A, Hastings GB. Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. *Eur J Public Health* 2008; 18(5): 484.
70. Mudde AN, De Vries H. The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in The Netherlands. *Am J Public Health* 1999; 89(3): 346-350.
71. National Research Center. Environmental tobacco smoke: measure exposures and assessing health effects. National Academy Press, 1986.
72. New York State Department of Health. Smoking Cessation in New York State. 2006; Available from:

- http://nyhealth.gov/prevention/tobacco_control/docs/smoking_cessation_report_2006.pdf.
73. New Zealand NACHD (National Advisory Committee on Health and Disability). Guidelines for Smoking Cessation. Wellington: National Health Committee; 2002; Available from: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0025/Smoking_Cessation_full.pdf.
 74. Pechmann C, Ratneshwar S. The effects of antismoking and cigarette advertising on young adolescents' perceptions of peers who smoke. *J Consumer Research* 1994; 21(2): 236-251.
 75. Peck RM. Equity Issues, Tobacco, and the Poor. *WORLD BANK ECONOMICS OF TOBACCO TOOLKIT Tool 6: Poverty*; updated in 2005; Available from: http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Poverty_updated.pdf.
 76. Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University press. Available at: <http://www.cts.uo.ac.uk/~tobacco/>.
 77. Pickett MS, Schober SE, Brody DJ, Curtin LR, Giovino GA. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in U.S. non-smoking adults, 1999-2002. *BMJ* 2006; 15(4): 302.
 78. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 1998b; 316(7137): 1043-1047.
 79. Prescott E, Osler M, Hein HO, Borch-Johnsen K, Schnohr P, Vestbo J. Life expectancy in Danish women and men related to smoking habits: smoking may affect women more. *J Epidemiol Community Health* 1998a; 52(2): 131-132.
 80. Ranson K, Jha P, Chaloupka F, Nguyen S. Effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco-control policies. *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press 2000: 427-447.
 81. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. 2000; Available from: <http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc/215TO236.PDF>.
 82. Shafey O, Fernandez E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997. *Cancer* 2004; 100(8): 1744-1749.
 83. Shaffer ER, Brenner J. CPATH in South Korea: Public Health and KORUS FTA. Center for Policy Analysis on Trade and Health.
 84. Siahpush M, McNeill A, Hammond D, Fong GT. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3: iii65-70.
 85. Siahpush M, Yong HH, Borland R, Reid JL, Hammond D. Smokers with financial stress are more likely to want to quit but less likely to try or succeed: findings from the International Tobacco Control(ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2009; 104(8):

- 1382-1390.
86. Slater SJ, Chaloupka FJ, Wakefield M, Johnston LD, O'Malley PM. The impact of retail cigarette marketing practices on youth smoking uptake. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2007; 161(5): 440.
 87. Smith EA, Malone RE. 'We will speak as the smoker': the tobacco industry's smokers' rights groups. *Eur J Public Health* 2007; 17(3): 306-313.
 88. Stellman SD, Muscat JE, Thompson S, Hoffmann D, Wynder EL. Risk of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the lung in relation to lifetime filter cigarette smoking. *Cancer* 1997; 80(3): 382-388.
 89. The NHS Information Centre. Statistics on NHS Stop Smoking Services in England, April 2005 to March 2006 (Annual statistical bulletin). 2006; Available from: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles/nhs-stop-smoking-service/s/statistics-on-nhs-stop-smoking-services-in-england-april-2005-to-march-2006-annual-statistical-bulletin>.
 90. The World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington D.C. 1999.
 91. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, Whitehead M, Worthy G. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control* 2008; 17(4): 230-237.
 92. U.S. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* 2007. Atlanta: U.S. DHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; October 2007; Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/bestpractices_complete.
 93. U.S. DHHS. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. DHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
 94. U.S. DHHS. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. DHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000.
 95. U.S. DHHS. *The health consequences of smoking: A report of the surgeon general*. Center for Disease Control and Prevention: Atlanta, 2004.
 96. U.S. NCI (National Cancer Institute). *Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine*. Smoking and Tobacco Control Monograph no.13. U.S. DHHS; 2001; Available from: http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13_complete.pdf.

97. Upadhyaya HP, Drobes DJ, Thomas SE. Reactivity to smoking cues in adolescent cigarette smokers. *Addictive Behaviors* 2004; 29(5): 849-856.
98. van Walbeek C. Tobacco Excise Taxation in South Africa. World Health Organization; 2003; Available from: http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf.
99. Voigt K. Smoking and Social Justice. *Public Health Ethics* 2010; 3(2): 91-106.
100. Wakefield M, Germain D, Henriksen L. The effect of retail cigarette pack displays on impulse purchase. *Addiction* 2008; 103(2): 322-328.
101. White V, Webster B, Wakefield M. Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? *Addiction* 2008; 103(9): 1562-1571.
102. WHO FCTC (Framework Convention on Tobacco Control). 2010 Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2010a; Available from: <http://www.who.int/fctc/reporting/summaryreport.pdf>
103. WHO FCTC. Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry. 2008a; Available from: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf.
104. WHO FCTC. Guidelines for implementation of Article 8; Guidelines on the protection from exposure to tobacco smoke. 2007; Available from: http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_english.pdf.
105. WHO FCTC. Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Packaging and labelling of tobacco products). 2008b; Available from: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11.pdf.
106. WHO FCTC. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). 2010b; Available from: <http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf>.
107. WHO TFI (Tobacco Free Initiative). Building blocks for tobacco control: a handbook. 2004; Available from: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>.
108. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
109. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009.
110. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992; Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
111. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003; Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>

112. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER Package. 2008; Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>.
113. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics Int Aff* 2002; 16(2): 47-55.
114. Wilson N, Thomson G. Tobacco taxation and public health: ethical problems, policy responses. *Soc Sci Med* 2005; 61(3): 649-659.
115. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, Breyse P, Samet JM. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *Am J Public Health* 2008; 98(4): 672.
116. Woods SE, Raju U. Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: a cohort study. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(5): 330-334.
117. Yach D, Wipfli H, Hammond R, Glantz S. Globalization and Tobacco. In: Kawachi I, Wamala S, editors. *Globalization and Health*. New York: Oxford University Press, 2007.
118. Zeltner T, Kessler D, Martiny A, Rander F. Tobacco Industry Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization. Geneva: WHO, 2000.
119. 감신, 박기수, 이상원, 이진석, 박재용, 강윤식. 금연정책의 효과에 관한 시계열 분석. 서울: 보건복지부; 2006.
120. 강은정. 담배가격의 효율성과 형평성 분석. 보건복지포럼 2009; 152: 22-37.
121. 고영립, 양원호, 정문호. 서울시 일부 음식점 종업원의 간접흡연 노출량 측정. 한국환경보건학회지 2002; 28(2): 173-182.
122. 김대현, 김현석, 서영성, 이진호. 외국 담뱃갑 경고 그림의 금연유도 효과에 대한 평가. 가정의학회지 2007; 28(12): 923-930.
123. 김사길, 변승남. 적합성 평가를 통한 한국 담배 경고라벨 설계(안) 개발. 대한산업공학회 추계학술대회 2002: 109-21.
124. 김성준. 수요모형의 계량적 추정을 통한 효과적인 담배 소비 억제 정책 연구. 한국행정학보 2002; 36(3): 167-184.
125. 김용익, 강광하, 이규식, 황성현. 담배가격 인상과 재원활용방안. 과천: 서울대학교의과대학; 보건복지부 2003.
126. 김원년, 김양중. 미시, 응용: 담배수요의 가격탄력성 추정연구. 한국국제경제학회, 동계학술대회 2005; 3: 127-150.
127. 김원년, 이진석, 서정하, 김양중, 박준, 김나정, 김동준. 흡연율 감소에 따른 경제적 단기 편익 분석. 고려대학교; 보건복지부 건강증진기금사업지원단 2006.
128. 김용언, 송윤미, 이정권, 정휘수, 강석철. 간호사가 시행한 금연 전화상담의 효과평가: 예비, 무작위 대조임상시험. 가정의학회지 2003; 24(07): 634-641.
129. 김한중, 박태규, 지선하, 강혜영, 남정모. 흡연의 사회경제적 비용분석. 예방의학회지 2001; 34(3): 183-190.
130. 김한중. 흡연의 사회경제적 비용분석 및 흡연율 감소 전략 개발, 1999, 한국보건사회연구원.

131. 김현숙, 배홍경, 서영성, 김대현, 손경식, 배인호. 흡연 대학생의 담뱃갑 금연 경고문구와 그림경고문에 대한 평가. 가정의학회지 2004; 25(06): 469-474.
132. 김현옥, 전미숙. 청소년 흡연, 음주와 정신건강의 관계. 한국보건간호학회 2007; 21: 217-229.
133. 김혜련. 우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화추이. 보건사회연구 2007; 27(2): 25-43.
134. 김홍배, 조홍준. 담배 가격 인상에 따른 청소년 흡연 양상의 변화. 가정의학회지 2007; 28(04): 256-262.
135. 남궁근. 정책학 - 이론과 경험적 연구. 파주: 法文社; 2008.
136. 데이비드 마이클스 지음, 이홍상 옮김. 청부과학. 이마고; 2009.
137. 류호영. 한국금연정책의 사회적 효과 분석: 흡연의 불평등 개선을 중심으로 [박사학위논문]. 서울: 성균관대학교일반대학원; 2010.
138. 박순우, 김연수, 김종연, 박정환, 안동현, 유선미, 이제오, 이상원, 이임순, 정세환, 정효지. 2005년 청소년 건강행태조사 심층 분석 연구. 질병관리본부; 2007.
139. 박순우. 학교 흡연예방 활동의 활성화 방안 연구. 보건복지가족부; 2009.
140. 배정미. 우리나라 청소년의 정신건강 실태조사. 정신간호학회 2006; 15(3): 308-317.
141. 보건복지부. 2009 보건복지백서. 서울: 보건복지부; 2010b.
142. 보건복지부. 2010년 흡연예방 및 금연클리닉 사업안내. 서울: 보건복지부; 2010.
143. 보건복지부. 국민건강증진종합계획 Health Plan 2010 분야별 세부추진계획. 2005.12.
144. 보건복지부. 담배 규제 기본 협약 비준 5주년 기념 자료집. 서울: 보건복지부; 2010a.
145. 서미경, 강은정, 윤강재, 이영미, 조형오, 박순우, 이주열, 황성기, 이희정, 이현옥. 2007 흡연예방 및 금연사업의 지원 및 평가. 서울: 한국보건사회연구원; 보건복지부 2007.
146. 서미경, 신윤정, 이정화, 도세록, 전정윤. 담배규제를 위한 단계별 금연구역 확대 정책 수립 방안. 서울: 한국보건사회연구원; 건강증진사업지원단 2007.
147. 서미경, 최은진, 강은정, 이영미, 박현진, 김대현, 박순우, 오미영, 이주열, 조형오. 담배규제 및 금연환경 조성 종합계획. 서울: 보건복지가족부; 한국보건사회연구원 2008.
148. 서흥관 외. 폐암 예방을 위한 담배규제정책의 효과 분석. 서울: 국립암센터; 보건복지가족부 2009.
149. 성명재, 박기백. 조세·재정지출의 소득재분배 효과; 소비세 및 현물급여 포함. 재정학연구, 2008;1(1):63-94.
150. 성명화, 김진수, 신수아, 이하백, 오재원. 학동기 전 소아에서 천식과 알레르기 질환에 대한 간접흡연의 영향. 대한천식 및 알레르기학 2005; 25(2): 137-142.
151. 손홍지, 오애리, 김옥금, 이기영. PC 방 금연구역의 간접흡연 노출. 한국환경보건학회지 2010; 36(4): 288-293.
152. 송태민. 보건소 금연클리닉의 현황과 전망. 보건복지포럼 2007; 129: 50-65.
153. 송태민. 인터넷을 통한 금연홍보의 활성화 방안. 보건복지포럼 2003; 81: 45-56.

154. 송태민, 이주열, 조경숙. 보건소 금연클리닉 신규등록자와 재등록자의 금연 성공요인 분석. 보건교육·건강증진학회지 2008; 25(2): 19-30.
155. 신윤정. 담배갑 경고표기의 개선과 정책방향. 보건복지포럼 2005; 108: 91-103.
156. 양원호, 고영립, 한인규, 이정민, 정문식, 정문호. 음식점 비흡연 종업원의 간접흡연 노출량지표로써 이산화질소 이용. 대한환경위생공학회지 2000; 15(3): 1-7.
157. 오희철, 이지진, 이상욱, 유혜선, 박종연, 김정인, 정혜영, 김희선, 우은경, 문혜진. 건강관련 공익광고가 국민보건의식에 미치는 영향. 서울: 연세대학교; 보건복지부 건강증진기금사업지원단 2003.
158. 왕태규. 규제수단으로서의 경고 메시지 활용. 한국행정학회 학술대회 발표논문집 2006: 1101-1120.
159. 유원섭, 김건엽, 고광욱. 외국에서의 건강불평등 개선을 위한 노력: 건강영향평가, 건강도시. 예방의학회지 2007; 40(6): 439-446.
160. 유혜라. 보건소 금연클리닉 활성화를 위한 방문자 이용현황과 금연성공 및 만족도 조사. 한국보건간호학회지 2008; 22(1): 62-73.
161. 이보은, 홍윤철, 박혜숙, 이종태, 김정연, 김영주 et al. 임산부 간접흡연과 저체중아 및 조산아 출생에 관한 코호트 연구. 대한예방의학회 2006; 36(2): 117-124.
162. 이선옥, 박종. 중학생의 흡연과 금연홍보 매체 노출과의 관련성. 농촌의학지역보건학회지 2009; 34(2): 223-233.
163. 이옥정, 여정성. 경고표시에 대한 소비자들의 신뢰도와 소비억제효과 평가. 소비자학 연구 1998; 9(2): 91-108.
164. 이주열. 보건소 금연클리닉 성공요인 분석. 한국보건교육·건강증진학회 학술대회 발표논문집 2008: 39-40.
165. 전용욱, 지남주, 이원영. 보건소 금연클리닉 프로그램의 실시 후 6개월 금연성공 요인. 보건교육·건강증진학회지 2008; 25(1): 25-38.
166. 정우진, 이선미, 임승지, 최승주, 신가영, 안석진, 김재윤. 담배규제를 위한 가격정책 효과에 관한 조사 연구. 서울: 연세대학교; 보건복지부 건강증진사업지원단 2005.
167. 정유석. 금연구역 제도의 추진 방향. 보건복지포럼 2009; 152: 15-21.
168. 정정길, 최종원, 이시원, 정광호. 정책학원론. 서울: 대명출판사; 2010.
169. 조경숙, 송태민. 보건소 금연클리닉의 금연성공률과 비용효과 분석. 보건복지포럼 2006; 121: 65-77.
170. 조경숙, 신윤정. 담배갑 흡연경고표시 효과에 대한 조사 결과. 가정의학회지 2006; 27(02): 128-135.
171. 조성일. 만성질환과 흡연에 대한 국가적 관리 연구 사업 모델 제시. 2005.
172. 조형오, 문영숙, 서미경, 윤강재. 담배회사의 프로모션 활동과 사회공헌활동이 공중의 흡연 및 금연정책에 대한 인식과 언론매체환경에 미치는 영향 고찰. 서울: 동국대학교; 보건복지부 건강증진사업지원단 2007.
173. 조형오, 오미영. 담배광고, 판매촉진, 후원활동에 대한 규제 및 정책홍보 방안에 대한

- 고찰. 보건복지포럼 2009; 152: 59-71.
174. 조형오, 이건설, 김병희. 우리 나라 흡연자의 유형 세분화 및 금연 캠페인의 전략 방안에 관한 연구. 서울: 동국대학교; 보건복지부 2001.
175. 조형오. 담배회사의 이미지 광고 등의 담배소비 조장 효과. 보건복지포럼 2005; 105: 83-91.
176. 조흥준. 한국 금연 정책과 담배 규제 기본 협약 시행 방안. 대한금연학회 창립 기념 학술 대회 발표 자료. 한국보건사회연구원 대강당. 2008년 11월 19일.
177. 지선하. 한국인 흡연과 사망위험에 대한 11년 추적연구. 한국역학회지 2006; 27(1): 182-190.
178. 지선하. 흡연으로 인한 보건, 사회경제적 부담, 폐해. 금연정책포럼자료집. 2007; 9-18.
179. 지선하. 흡연의 현황과 그 역학적 특성. 연세대학교 보건대학원 국민건강증진연구소; 1999.
180. 최은진, 서미경, 이영미, 노정미, 박현진. WHO담배규제기본협약 비준국 국제교류 및 국내담배관련법의 제도정비. 서울: 보건복지가족부; 한국보건사회연구원 2008.
181. 최은진. 담배제품의 포장 및 라벨 정책의 추진방향. 보건복지포럼 2009; 152: 5-14.
182. 탁진영. 잡지 담배광고가 소비자의 사회적으로 바람직하지 않은 행동에 미치는 영향에 관한 연구. 광고연구 2002; 57: 195-222.
183. 황승숙. 보건소 금연클리닉 등록자의 금연 성공에 영향을 주는 요인. 한국생활환경학회지 2010; 17(5): 563-574.
184. 홍소연. 의료행위와 환자의 자율성. 윤리교육연구 2003; 4: 135-156.
185. 황규석. 서울시내 PC방에서의 환경성담배연기(ETS) 농도에 관한 연구 [석사학위논문]. 서울: 서울대학교 2000.

사단법인 시민건강증진연구소는

우리 사회에서 살아가는 모든 이들의 건강할 권리를 생각합니다.

건강한 사회를 만들기 위하여

함께 공부하고 연구하며 실천하는 공동체를 꿈꿉니다.

우리 연구소는

우리 사회의 **건강담론과 대안**을 만들어 가는 민간 연구소로,

회원들의 회비와 후원금만으로 운영되는 **독립연구기관**을 지향합니다.

여러분의 관심과 후원으로

모두가 건강한 세상을 향한 사회 변화의 큰 힘을 만들 수 있습니다.

여기 우리가 손을 잡는 현장으로 여러분을 초대합니다.

* 이 책자는 우리 연구소 회원들의 회비와 후원금으로 만들어졌습니다.

사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호

§ 전화 : 070-8658/8659-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소





(사) 시민건강증진연구소

<http://health.re.kr>

