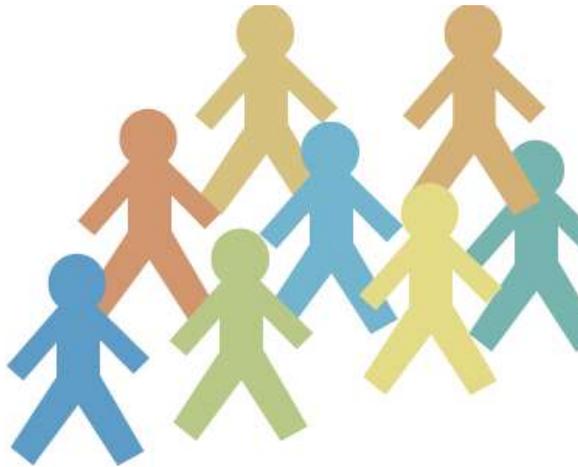




PHI Report 2011-01  
시민건강이슈 II



# 담뱃값 인상, 어떻게 바라볼 것인가

모두가 건강한 사회를 만들어가는

**시민건강증진연구소**

People's Health Institute

**차 례**

**요 약 문** ..... iii

**1. 시민건강이슈 발간의 배경** ..... 1

1.1. 담배값 인상을 둘러싼 논쟁 ..... 1

1.2. 담배값 인상의 쟁점들 ..... 5

**2. 담배세 인상과 관련된 쟁점들** ..... 7

2.1. 한국의 흡연율은 높은가? ..... 7

2.1.1. OECD 국가들과의 비교 ..... 7

2.1.2. 흡연율 변화의 추이 ..... 8

2.1.3. 흡연 불평등 ..... 9

2.1.4. 청소년 흡연 ..... 10

2.1.5. 소결 ..... 12

2.2. 담배값이 인상되면 흡연율이 실제로 낮아지는가? ..... 13

2.2.1. 담배의 가격 탄력성 ..... 13

2.2.2. 해외 연구로 살펴본 담배세 인상 효과 ..... 13

2.2.3. 국내 연구를 통해 살펴본 가격 정책의 효과 ..... 14

2.2.4. 흡연 불평등에 대한 담배값 인상 효과 ..... 14

2.2.5. 담배값 인상의 부작용 ..... 15

2.2.6. 비(非) 가격 정책 ..... 20

2.2.7. 소결 ..... 23

2.3. 현재의 담배값, 다른 나라에 비해 낮은가? ..... 24

2.4. 담배세는 적절하게 쓰이고 있는가? ..... 27

2.4.1. 담배세의 구성 및 활용 개요 ..... 27

2.4.2. 건강증진기금의 개요 ..... 28

2.4.3. 건강증진기금의 활용의 문제점 ..... 32

2.4.4. 소결 ..... 38

**3. 결론** ..... 39

**4. 참고 문헌** ..... 42

**표 차례**

표 1 담배 규제 정책의 범주 ..... 21

표 2 2006년 담배 가격의 구조 ..... 27

표 3 2007년 국민건강증진기금 재원별 조달안 ..... 28

표 4 「국민건강증진법」에 따른 「국민건강증진기금」의 사용 범위 ..... 29

표 5 국민건강보험법 제 92조의 내용 ..... 29

표 6 1997-2007년 건강증진기금 사용 내역(단위: 백만 원) ..... 31

표 7 1997-2007년 건강증진사업비 사용 현황 (단위: 백만 원, %) ..... 32

표 8 건강 증진·질병 예방 사업 및 연구 개발 사업 ..... 34

표 9 건강증진기금 중 금연 사업(금연 홍보, 금연 서비스) 예산 추이 ..... 36

표 10 담배부담금 수입과 건강증진기금의 건강보험 급여 지원(2002-2007년) · 37

**그림 차례**

그림 1 OECD 국가 15세 이상 성인들의 매일 흡연자 비율 (%), 2005년 ..... 7

그림 2 성인 흡연을 추이 (%) ..... 8

그림 3 성인 흡연 실태 조사 흡연을 추이 (%) ..... 9

그림 4 소득 수준 및 학력 수준별 현재 흡연율 (%) ..... 10

그림 5 OECD 국가 13-15세 청소년 현재흡연율 (%), 2008년 ..... 11

그림 6 남녀 중학생들의 현재 흡연율 추이 (%) ..... 11

그림 7 아버지 학력 수준에 따른 청소년 현재 흡연율 (%) ..... 12

그림 8 단계별 소득의 종류 ..... 17

그림 9 주요 소득 단계별 지니 계수 및 소득 재분배 효과, 2006년 ..... 18

그림 10 간접세와 직접세의 소득분위별 평균실효세율 대비 부담 상대비, 2006년 ..... 19

그림 11 간접세의 소득 분위별 평균 실효세율 대비 부담 상대비, 2006년 ..... 20

그림 12 2008년 OECD 국가의 가장 많이 팔리는 담배의 가격, USD ..... 24

그림 13 OECD 국가의 1인당 1일 GDP 대비 담뱃값 비율(%) ..... 25

그림 14 OECD 국가의 1인당 1일 GDP 대비 담뱃값 비율과 현재 흡연율 비교(%) ..... 25

## 요 약 문

### 1. 시민건강이슈 발간의 배경

- 지난 4~5월에 외국계 담배 제조사들이 담뱃값을 인상하고, 정부도 세제개편안에 담뱃값 인상안 포함을 위한 실무 검토 중인 것으로 알려지면서 담뱃값 인상에 대한 논의가 다시 점화되고 있다.
- 한편에서는 국민 건강 증진이라는 명시적 이유 혹은 세수 확보라는 암묵적 이유를 근거로 담뱃세 인상을 주장하는 반면, 다른 한편에서는 담뱃세의 소득 역진성과 불공정성, 물가인상 압박을 이유로 반대의 목소리가 높다.
- <시민건강이슈>에서는 담뱃값 인상 찬반 논의의 네 가지 핵심 쟁점 - ① 한국의 흡연율은 높은가? ② 담뱃값이 인상되면 흡연율이 낮아지는가? ③ 현재의 담뱃값과 담뱃세, 다른 나라에 비해 낮은가? ④ 담뱃세는 적절하게 쓰이고 있는가? - 에 대한 ‘객관적 근거’를 확인하고, 시민 건강과 사회적 공정성이라는 지향에 근거하여 바람직한 정책 방향을 제안하고자 한다.

### 2. 담뱃세 인상과 관련된 쟁점들

#### ① 한국의 흡연율은 높은가?

<국민건강영양조사>와 2009 OECD Health Data를 통해 살펴본 한국의 남성 흡연율은 지난 10년 간 지속적인 감소 추세에 있지만 다른 국가들에 비해 여전히 높은 편이며, 최근에는 감소 경향마저 주춤하고 있다. 여성의 흡연율은 다른 OECD 국가들에 비해 상당히 낮은 편이지만, 최근의 일부 조사에서 상승경향이 관찰된다.

또한 남녀 모두 흡연율에서 뚜렷한 사회경제적 불평등이 확인된다. 세계보건기구 자료를 통해 확인한 청소년 흡연율의 경우 다른 OECD 국가에 비해 낮은 편이다. 하지만 <청소년온라인행태조사> 결과를 보면 다른 선진국들과 달리 감소경향이 불분명할 뿐 아니라 중학생들 사이에서는 오히려 흡연율이 증가하고 있다. 부모의 사회경제적 위치에 따른 흡연율 격차도 뚜렷하다. 즉, 한국의 흡연율이 다른 나라에 비해 높다는 것은 일단 성인 남성에게만 해당한다고 할 수 있다. 하지만 최근 감소세의 둔화, 여성과 청소년에서의 흡연 증가와 흡연율의 사회경제적 불평등 양상은 적극적 담배규제 정책의 필요성을 시사한다.

## ② 담배값이 인상되면 흡연율이 낮아지는가?

담배값과 흡연율 감소는 가격 탄력성을 통해 살펴볼 수 있다. 그동안의 국내외 연구결과들을 살펴보면 담배값 인상이 흡연율 감소에 긍정적 영향을 미치는 것은 분명하다고 할 수 있다. 하지만 담배값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향에 대한 근거는 충분하지 않다. 흡연율에서의 사회경제적 불평등과 담배값의 소득 역진성을 고려할 때, 담배값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향을 평가하는 것은 필수적이다. 또한 현재 시행 중인 비(非) 가격정책은 매우 불충분하며, 포괄성과 일관성에서 담배기본협약(FCTC)에 크게 못 미친다. 최근 국민건강증진법 개정안이 국회 본회의를 통과했지만, 담배값의 그림경고 포함, ‘마일드’ 같은 오도성 표현 금지, 소매점 판매대 광고 금지 등 담배기업을 대상으로 한 규제정책의 도입에는 여전히 소극적이다. 이러한 상황에서 정부가 담배값 인상이 최선의 금연정책인 것처럼 주장하는 것은 설득력이 떨어진다.

## ③ 현재의 담배값과 담배세, 다른 나라에 비해 낮은가?

한국의 담배 가격은 OECD 국가들에 비해 낮은 수준이다. 하지만 담배 가격과 국가 흡연율 사이에 뚜렷한 상관성이 존재하는 것은 아니며 특히 비가격 정책의 효과도 고려할 필요가 있다. 따라서 국가별 담배 가격과 흡연율 사이의 관계를 담뱃값 인상의 근거로 활용하는 것은 부적절하다.

#### ④ 담뱃세는 적절하게 쓰이고 있는가?

국내에서 2,500원에 판매되는 담배가격 중 담뱃세가 차지하는 비율은 62.6%에 이르며, 이중 담배 부담금을 이용해 국민건강증진기금(이하 건강증진기금)이 조성된다. 건강증진기금에서 담배 부담금이 차지하는 비중은 91.0%에 달한다. 따라서 담뱃값 인상의 부정적 효과를 완화시키고, 특히 소득 역진성을 보완할 수 있는 방안은 건강증진기금의 올바른 활용 문제로 귀결된다. 하지만 현재 건강증진기금의 활용이 적절하다고 보기는 어렵다. 원래 일반 회계로 운영되었던 공공 보건의료 확충과 보건의료 R&D 사업이 2005년부터 건강증진기금으로 운영되기 시작했으며, 건강증진기금 예산의 절반 이상(62.7%, 2006년)은 국민건강보험 재정 지원에 쓰이고 있다. 오히려 금연 사업 관련은 전체 건강증진기금 중 채 2%에 불과하며 이마저도 최근 감소하고 있는 실정이다. 건강증진기금의 부과 대상은 명확한 반면, 기금이 사용되는 용처에 대한 기준은 모호하기 이를 데 없다. 더구나 기금 운용이 특별 회계를 통해 집행되기에 민주적 통제 기능이 상대적으로 약하다. 건강증진기금의 합리적 운용 원칙과 민주적 통제 기전에 대한 개선 없이 담뱃값만 인상하겠다는 것은 받아들이기 어렵다.

### 3. 결론

- <국민건강증진종합계획 2010>에서 제시한 목표를 근거로 한다면 건강한 정책이란 ‘국민의 건강 수명을 연장하고 건강 형평성을 제고하는 데 기여하는 정책’이

라 할 수 있다. 이 맥락에서 담배규제정책은 흡연율을 감소시키고 흡연 불평등을 완화시키는 정책이어야 한다. 이러한 관점에서 담뱃값 인상에 대한 <시민건강증진연구소>의 입장은 다음과 같다.

- 담배 규제 정책은 흡연율 감소 정책뿐만 아니라 흡연 불평등 완화에 초점을 맞추어야 한다. 사회경제적으로 취약한 집단일수록 흡연율은 더 높으며, 현재까지의 담배 규제 정책들이 흡연불평등의 개선 효과를 발휘하지 못하고 있다. 흡연 불평등의 개선 없이는 전반적인 흡연율 감소를 달성할 수 없다. 따라서 담뱃값 인상을 포함하여 다양한 담배 규제 정책들의 입안과 집행 과정에서 흡연 불평등이 가장 중요한 측면으로 고려되어야 한다.
- 둘째, 담배규제정책은 가격 정책과 비가격 정책을 모두 강화하는 방향으로 이루어져야 한다. 현재 추진되고 있는 담배규제정책은 가격정책에만 치우쳐 있다. 담뱃값이 다른 OECD 국가들에 비해 낮은 것이 사실이지만, 흡연율은 가격 및 비가격 정책의 영향을 받는 것이기에 이를 담뱃값 인상의 근거로 과장해서는 안 된다. 오히려 담뱃갑 그림경고 도입, 판매대 광고 금지, 오도성 용어 금지 같은 비가격정책이야말로 ‘서민 물가’나 ‘국민적 정서’와는 관련이 없기 때문에 더욱 손쉽게 할 수 있는 규제정책들이다. 국민들의 건강증진이 진정한 목표라면, 가격정책 뿐 아니라 포괄적인 비가격정책들을 당장 도입해야 한다.
- 셋째, 흡연 감소 효과가 분명하다는 점에서 담뱃값 인상은 분명히 필요하다. 하지만 이는 건강증진기금의 수입과 지출의 합리화를 전제로 한다. 담배 부담금 자체의 소득역진성과 흡연율의 사회경제적 불평등을 고려할 때, 흡연자에 대한 의료 및 금연 서비스 제공에 좀 더 집중적으로 쓰여야 한다. 또한 담뱃세를 주요 재원으로 하는 건강증진기금의 합리적 운용과 민주적 통제기전 마련이 시급하다.

# 1. 시민건강이슈 발간의 배경

## 1.1. 담뱃값 인상을 둘러싼 논쟁

지난 4~5월 중에 ‘던힐’과 ‘마일드세븐’의 제조사인 BAT코리아와 JTI코리아가 담뱃값을 2,500원에서 2,700원으로 인상했다. 규제 정책과 무관하게 담배기업 스스로가 제품 가격을 인상한 것은 매우 이례적인 일이었다. 반응은 냉담해보였다. 그러지 않아도 물가인상 문제가 심각한데 서민부담을 가중시킨다는 비판에, 국내 자금을 해외로 유출시키고 사회공헌이 충분치 않다는 애국주의적 비난마저 보태졌다 (매일경제뉴스 2011.5.7). 하지만 기획재정부 고위관계자의 말을 전한 언론보도에 따르면, 올해 8~9월 세계개편안에 담뱃값 인상안을 포함시키기 위해 행정자치부와 보건복지부가 실무 검토에 착수한 것으로 알려졌다 (헤럴드 경제 2011.5.16). 사실, 현 정부가 담뱃값 인상을 시도한 건 이번이 처음이 아니다. 지난해 말 진수희 보건복지부 장관은 <한국일보>와의 인터뷰에서 “담뱃값을 8,000원 수준으로 올리는 것이 필요하다”고 밝힌 바 있다 (한국일보 2010.12.6). 2009년 시점 흡연율이 47.7%로 OECD 국가 평균 28.3%보다 매우 높다는 것이 그 이유였다.

이 뿐만이 아니다. 정부는 2009년과 2010년 초에도 세수 부족을 해결하기 위해 담뱃값 인상을 시도했었다. 2009년 윤증현 기획재정부 장관은 “재정 확보를 위해 증세를 해야 하며 그 검토 대상은 ‘외부 불경제 품목’, 즉 술, 담배 소비세가 될 것”이라고 발언한 바 있다 (민중의 소리 2010.8.12). 하지만 부자 감세에서 비롯된 재정 적자를 서민들이 즐겨 피우는 담배 가격 인상으로 메우려 한다는 거센 반발에 부딪혔다. 여당에서조차 반대 의견을 내는 가운데 이러한 시도는 결국 좌초되었다.

2010년 6월 지방 선거가 끝나자 기획재정부와 보건복지부는 ‘세수 확보’가 아닌 ‘국민 건강’을 전면에 내세우며 담뱃값 인상을 제기하기 시작했다. ‘2010년 상반기

흡연 실태 조사'의 결과를 근거로 흡연율을 낮추기 위해서는 비가격 정책 뿐 아니라 가격 정책도 검토할 필요가 있다는 것이었다 (보건복지부 2010.7.8).

보건의료 단체들도 거들고 나섰다. 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회, 대한간호협회는 기자 회견을 열어 담뱃값 두 배 인상과 금연 구역 확대 등을 골자로 한 공동 성명서를 발표했다 (대한의사협회 등 2010.8.11).

보수 언론도 이에 동조하는 보도를 내었다. 조선일보는 세계보건기구(WHO)가 발간한 <2009년 세계 담배 보고서(Report on the Global Tobacco Epidemic)>를 인용하여 선진국일수록 담뱃값이 비싸고 흡연율은 낮다는 지적을 하며 담배 가격이 낮을수록 흡연율이 높으므로 담뱃세 인상을 통해 담뱃값을 대폭 높일 필요가 있다고 주장했다 (조선일보 2010.10.23).

대표적인 금연 운동 단체인 한국금연운동협의회 또한 흡연율이 높아지고 있으니 담뱃값을 대폭 인상할 필요가 있다고 주장했다 (한국금연운동협의회 2010.1.6). 뿐만 아니라 간접흡연의 폐해를 널리 알릴 것과 실외 흡연 금지 구역 확대를 촉구했다 (한국금연운동협의회 2010.10.6).

하지만 담뱃세 인상에 모두 찬성하는 것은 아니다. 한국담배소비자협회는 보건복지 재정 충당을 위해 담뱃값을 인상하는 것에 대해 반대 입장을 밝혔다 (담배소비자협회 2011.1.17). 담뱃값 인상 대신 비가격 정책으로도 금연 효과를 기대할 수 있다는 것이다. 이 단체는 정기적으로 발행하는 웹진을 통해서 담뱃값 인상의 부당성을 지속적으로 알리고 있다.

한편, 시민 사회 진영 싱크탱크 중 하나인 시민경제사회연구소의 홍헌호 연구위원은 인터넷 매체 <프레시안>과 <오마이뉴스> 기고를 통해 담뱃세 인상에 강력한 반대 의견을 표명한 바 있다 (프레시안 2010.10.25; 오마이뉴스 2010.12.10) 조선일보가 인용한 <2009년 세계 담배 보고서>의 자료를 다시 분석해 보면 한국의 '1

일 1인당 GDP 대비 담뱃값 비율'이 OECD 평균보다 조금 낮기는 하지만 호들갑을 떨 정도로 낮은 것은 아니며, 한국보다 흡연율이 낮은 일본과 미국보다 오히려 높을 뿐 아니라 담뱃값과 흡연율 사이에는 관련성이 없다는 것이다. 그는 한 걸음 더 나아가 한국 조세 제도의 문제점을 지적했다. 한국의 조세 구성비를 살펴보면 소득 누진성이 큰 소득세 같은 직접세의 비중은 작은 반면, 소득 역진성이 큰 간접세 비중이 크다는 것이다. 특히 담뱃세는 간접세 중에서도 역진성이 가장 크기 때문에 담뱃세를 인상하는 것은 조세 형평성 측면에서 바람직한 것이 아니라고 주장했다.

심지어 금연 운동을 하는 진영에서도 담뱃값 인상의 문제점을 지적하는 목소리가 있다. 울산의대 조홍준 교수는 담뱃값 인상 이유의 불순성, 사회적 취약 계층에 대한 부담 가중, 담뱃세 인상분 사용처의 부적절성을 이유로 들며 흡연 불평등 해결을 위한 정책과 비가격 정책을 강화하는 것을 강조했다 (한겨레신문 2010.9.19).

물가 상승과 소득 양극화 속에서 정부는 담뱃값이 서민 부담을 증가시킨다는 부정적 인식을 적잖이 가지고 있는 것으로 보인다. 진수희 보건복지부 장관은 한 라디오 인터뷰에서 “흡연율을 낮추기 위해서는 담뱃값을 올리는 것이 필요한 것은 사실이지만 저소득층의 부담이 될 수 있으므로 조금 더 의견을 수렴할 계획”이라고 이야기했다 (CBS 2010.12.31). 김황식 국무총리도 2010년 11월 1일에 진행된 국회 대정부 질문에서 “보건복지부에서는 담뱃값 인상을 검토할지는 모르나 서민 물가 등 여러 가지 사정을 고려해 신중히 결정해야 한다”고 하였다 (조선일보 2010.11.1). 정부의 담뱃값 인상 의도는 분명하지만 속도 조절을 하고 있는 것으로 보인다.

이처럼 한편에서는 국민 건강 증진이라는 명시적 이유나 세수 확보라는 암묵적 이유를 근거로 담뱃세 인상을 주장하는 반면, 다른 한편에서는 담뱃세의 소득 역진성과 불공정성을 이유로 반대하면서 논쟁이 계속되고 있다. 이러한 대치는 평소의

정치적 성향에 따른 ‘진보’와 ‘보수’로 분명히 구분되지도 않는다. <시민건강이슈>에서는 이 문제와 관련된 과학적 근거들을 확인하고 시민 건강과 사회적 공정성이 라는 지향에 근거하여 바람직한 정책 방향을 제시하고자 한다.

## 1.2. 담뱃값 인상의 쟁점들

담뱃값 인상과 관련된 현재까지의 쟁점은 크게 네 가지로 요약할 수 있다.

- **첫째, 한국의 흡연율은 높은가?**

한국의 흡연율이 다른 나라들에 비해 높고 그 폐해가 상대적으로 크다면 이와 관련된 보건정책이 다른 정책보다 높은 우선순위를 차지하는 것은 당연하다. 또한 전 반적 흡연을 뿐 아니라, 사회경제적 집단에 따라 흡연 양상의 차이가 존재하는지 확인하는 것도 필요하다. 가격 정책이나 비가격 정책이 사회경제적 환경에 따라 차별적 효과를 나타낼 수 있기 때문이다.

- **둘째, 담뱃값이 인상되면 흡연율이 실제로 낮아지는가?**

담뱃값 인상이 흡연을 감소에 긍정적인 영향을 미치는 것이 분명하다면 담뱃값 인상 조치는 합리화될 수 있다. 하지만 ‘효과가 있다’는 것만으로는 여전히 불충분하다. 여기에는 사회경제적 계층에 따른 차별적 영향의 가능성, 대안적으로 활용할 수 있는 비가격 정책의 효과, 담뱃세 인상에 수반되는 부정적 효과들에 어떻게 대처할 것인지 등에 고려가 필요하다.

- **셋째, 현재의 담뱃값과 담뱃세, 다른 나라에 비해 낮은가?**

이상의 쟁점들을 검토한 결과, 한국의 흡연율이 상대적으로 높고 또 담뱃값 인상이 흡연을 감소에 긍정적인 영향을 미치는 것이 확인된다면 이제 문제는 현재의 담뱃값이 흡연을 저지할 만큼 충분히 높은가로 귀결된다. 이미 현재도 담뱃값이 충분히 높다면 담배 가격 인상보다는 비가격 정책을 우선적으로 고려해야 할 것이고, 그렇지 않다면 비가격 정책과 더불어 담뱃값 인상은 적절한 대응책이 될 것이다.

● **넷째, 담뱃세는 적절하게 쓰이고 있는가?**

담뱃값 인상 효과의 확실하다고 해도 이렇게 확보된 세수가 본래의 목적과 다른 방식으로 부적절하게 쓰이고 있다면 담뱃값 인상은 광범위한 사회적 동의를 얻기 어렵다. 분명한 소득 역진성 문제에 어떤 식으로 대처하고 있으며 담배로 인한 폐해를 완화시키는 데 어느 정도 기여하고 있는지는 정책의 사회적 수용성과 공정성이라는 측면에서 중요한 문제라 할 수 있다.

다음 장에서는 국내외 근거에 기반하여 이상의 쟁점들을 하나씩 살펴보게 될 것이다.

## 2. 담배세 인상과 관련된 쟁점들

### 2.1. 한국의 흡연율은 높은가?

#### 2.1.1. OECD 국가들과의 비교

한국의 흡연율이 높은지 여부는 다른 나라와의 비교를 통해 확인할 수 있다. ‘15세 이상 성인의 매일 흡연율’을 살펴보면 터키와 그리스를 제외하고 한국의 남성 흡연율이 OECD 국가들 중에서 가장 높은 것을 확인할 수 있다. 여성 흡연율은 상대적으로 낮지만 여성 흡연을 부정적으로 생각하는 사회적 분위기 때문에 과소평가되어 있을 가능성을 고려해야 한다. 어쨌든 최소한 남성의 경우 한국의 흡연율이 세계적으로 높은 수준이라는 것은 분명하다 (그림 1).

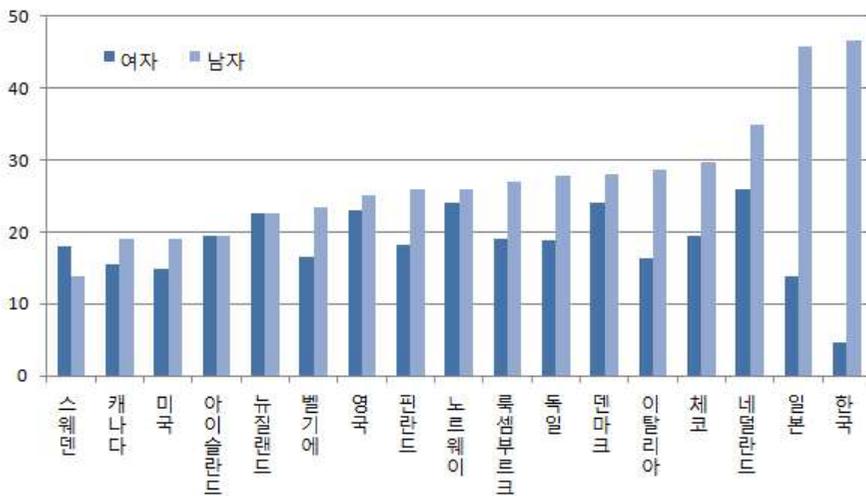


그림 1 OECD 국가 15세 이상 성인들의 매일 흡연자 비율 (%), 2005년  
(출처: OECD Health Data 2009)

### 2.1.2. 흡연을 변화의 추이

그렇다면 흡연을 추이는 어떠할까? 다행스럽게도 성인 흡연율은 1980년 이래 지속적으로 감소해 왔지만, 최근에는 이러한 감소 추세가 둔화되는 것으로 보인다. 국민건강영양조사 결과에 의하면 2008년에 남녀 모두 흡연율이 소폭 증가한 것으로 나타났고 성인 흡연율 실태 조사에서도 2008년 이후 감소세가 주춤하는 것으로 나타났다 (그림 2와 3).

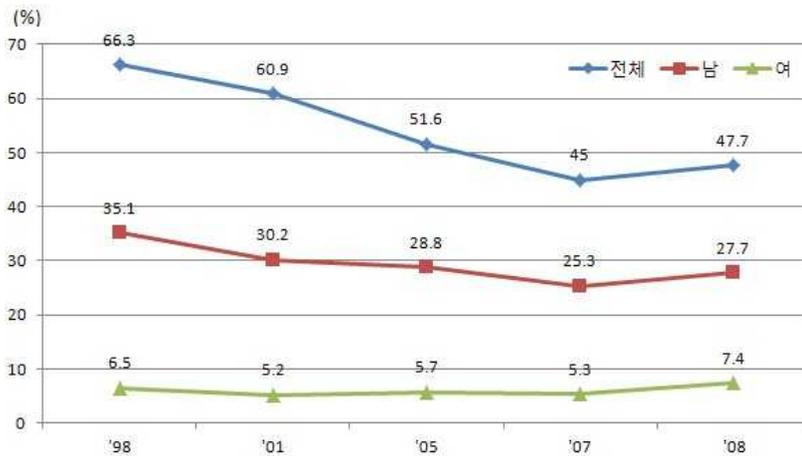


그림 2 성인 흡연율 추이 (%)  
(출처: 2008 국민건강영양조사 결과 발표 자료)

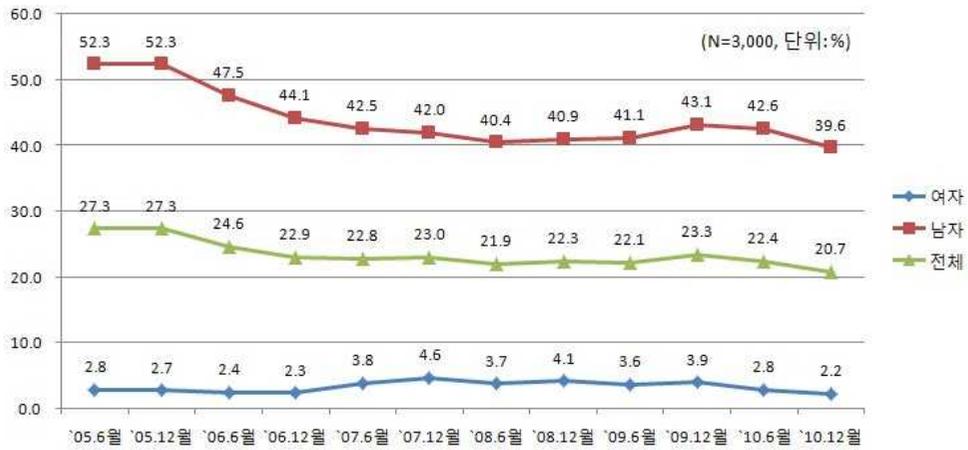


그림 3 성인 흡연 실태 조사 흡연율 추이 (%)  
(출처: 2010 하반기 성인 흡연 실태 조사 보도 자료)

### 2.1.3. 흡연 불평등

또한 주목해야 할 것은 흡연율 수준이나 변화 추세가 사회 인구학적 집단별로 차이를 보인다는 점이다. 최근까지의 국민건강영양조사 자료를 살펴보면 남성의 경우 소득이나 학력이 낮을수록 흡연율이 높았고, 2007년보다 2008년에서 흡연률의 절대 차이가 더욱 커진 것으로 나타났다. 여성의 경우 워낙 흡연율 자체가 낮아서 불평등이 심화되었는지 여부를 판단하기는 어려우나 최소한 불평등이 지속되는 것만은 분명하며 계층별 흡연율 자체가 상승하고 있음을 알 수 있다 (그림 4). 이러한 결과는 1989-2003년 사이 5차례의 사회통계조사 자료를 분석한 논문에서도 공통적으로 관찰된다. 교육수준에 따른 불평등은 시간의 경과에도 지속적으로 관찰될 뿐 아니라, 45세 미만 연령군에서는 남녀 모두 상대적 격차의 크기가 점차 커지는 것으로 나타났다 (Khang 등 2006).

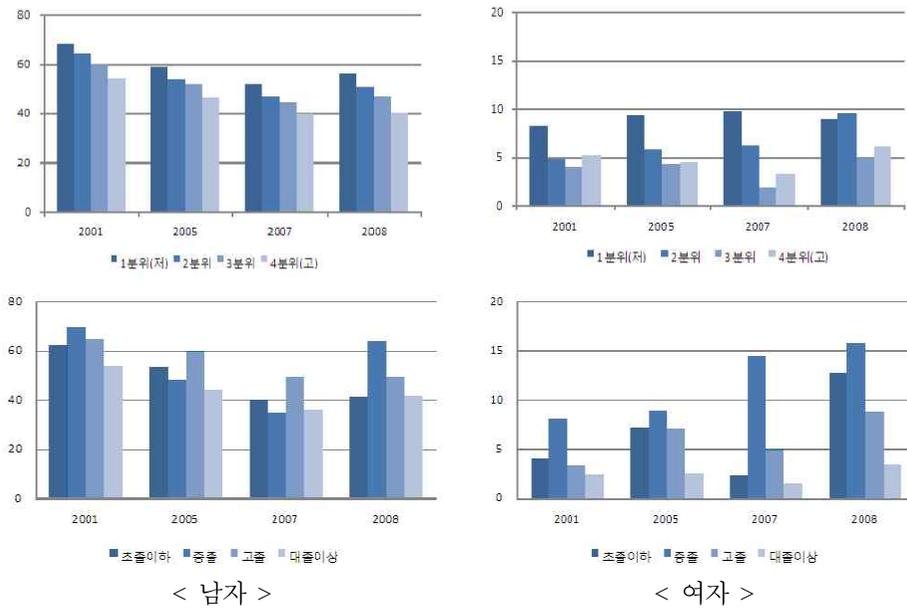


그림 4 소득 수준 및 학력 수준별 현재 흡연율 (%)  
(자료: 국민건강영양조사 2001-2008)

### 2.1.4. 청소년 흡연

OECD 국가들 중 자료를 확보할 수 있는 13개국의 13-15세 청소년 흡연율을 비교해보면, 한국의 남녀 청소년 모두 현재흡연율(current smoking)은 다른 나라에 비해 낮다 (그림 5). 하지만, 비교가능한 자료를 확보할 수 없는 국가들이 상당수이므로 흡연률이 낮다고 단정하기는 힘들다.

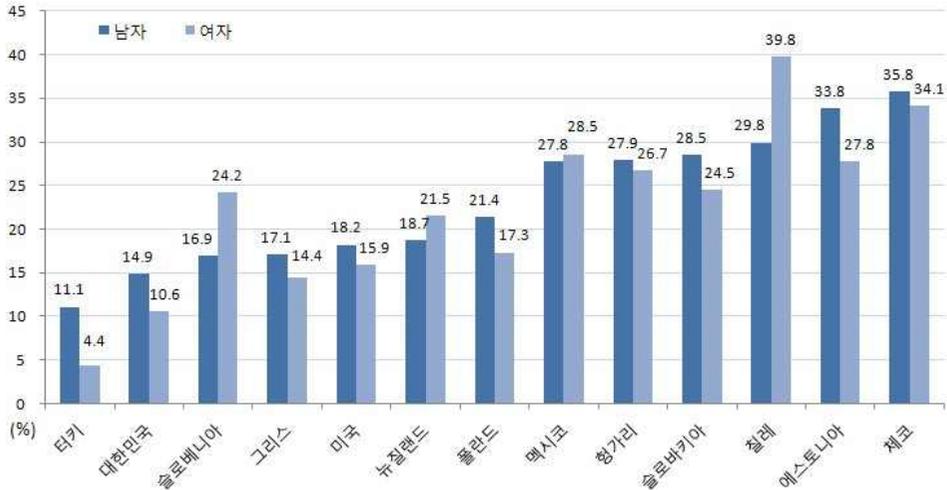


그림 5 OECD 국가 13-15세 청소년 현재흡연율 (%), 2008년  
(자료: WHO Global Health Observatory Data)

문제는 대부분의 선진국에서 빠른 속도로 흡연율이 감소하는 데 비해 한국은 거의 변화가 없다는 점이다 (박순우 2009). 실제로 중학생들의 경우 남녀 모두 해가 지날수록 흡연율이 높아지고 있다 (그림 6).

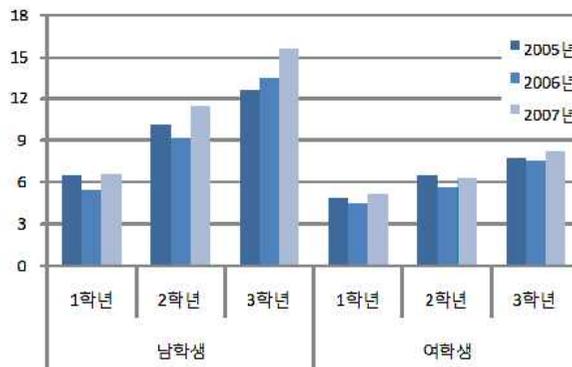


그림 6 남녀 중학생들의 현재 흡연율 추이 (%)  
(자료: 청소년온라인행태조사 2005-2007)

뿐만 아니라 흡연에서의 사회경제적 불평등은 청소년에서도 나타난다. <청소년

온라인행태조사>에 따르면 아버지의 학력 수준이 낮을수록 흡연율이 높은 것을 확인할 수 있다 (그림 7).

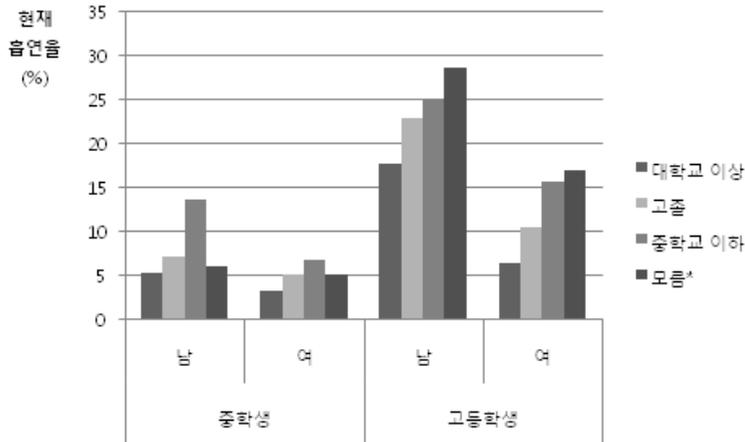


그림 7 아버지 학력 수준에 따른 청소년 현재 흡연율 (%)  
(자료: 청소년건강행태 온라인조사 2007)

### 2.1.5. 소결

요약하면, 한국의 남성 흡연율은 지속적인 감소 추세에 있지만 OECD 국가들에 비해 여전히 높은 수준이며 최근 감소세조차 주춤하고 있다. 여성의 경우 OECD 국가들에 비해 흡연율 자체는 낮지만 최근에 일부 증가하는 현상을 관찰할 수 있다. 또한 남녀 모두 흡연율에서 뚜렷한 사회 경제적 불평등을 확인할 수 있다. 청소년 흡연율은 다른 OECD 국가에 비해 낮은 수준이지만, 감소경향이 뚜렷하지 않거나 심지어 중학생들에서는 흡연률이 증가하고 있으며, 부모의 사회경제적 수준에 따른 흡연율 격차도 뚜렷하다. 이러한 현상들은 모두 적극적인 담배규제 정책의 필요성을 강력히 시사한다.

## 2.2. 담뱃값이 인상되면 흡연율이 실제로 낮아지는가?

### 2.2.1. 담배의 가격 탄력성

담뱃세를 올리면 담배 수요가 얼마나 줄어들 수 있는지는 가격 탄력성(price elasticity)을 통해 파악할 수 있다. 가격 탄력성이란 가격이 변하는 정도에 따라서 수요나 공급이 변화하는 정도를 나타내는 지표이다. 가격 변화에 따른 수요 변화의 정도를 나타낸 값을 ‘수요의 가격 탄력성’이라고 하며, 공급의 변화를 나타낸 값을 ‘공급의 가격 탄력성’이라고 한다. 이 장에서는 담배 가격(담뱃세)의 변화에 따른 수요 변화 정도를 파악하기 위해 수요의 가격 탄력성을 다룬다.

$$\text{수요의 가격 탄력성} = \frac{\text{수요의 변화율}(\%)}{\text{가격의 변화율}(\%)}$$

가격 탄력성이 0이라면 가격이 변해도 수요가 변하지 않는 것을 의미하며 ‘완전 비탄력적’이라고 부른다. 만일 가격 탄력성이 1이면 가격 변화율과 수요 변화율이 같아져 ‘단위 탄력적’이라고 하며 1을 초과하는 경우에는 가격 변화율보다 수요 변화율이 커서 ‘탄력적’이라고 한다. 예를 들어 ‘담배 수요의 가격 탄력성이 -0.2’라는 것은 가격이 두 배(100%) 인상될 때 수요가 20% 감소한다는 것을 의미한다.

### 2.2.2. 해외 연구로 살펴본 담뱃세 인상 효과

Gallet 등 (2003)은 담뱃값 (price), 소득 (income), 담배 광고(advertising)가 담배 소비량에 미치는 영향을 분석한 1986-2000년까지의 논문 86건을 종합하여 분석한 바 있다 (Gallet과 List 2003). 이 연구는 담배 가격이 10% 인상될 때 단기적으로 담배 소비가 1.3~1.9% 감소한 것으로 추정했다. 다른 연구도 담배 가격 10% 인상

이 니코틴 대체 요법이나 비가격 조치에 비해 흡연 관련 사망을 감소시키는 데 더 효과적이라고 보고했다 (Ranson 등 2000). 또 다른 연구는 고소득 국가의 경우 가격을 10% 인상하면 담배 소비가 2.5~5% 줄어들고, 저소득 및 중간 소득 국가에서는 대략 8%가 감소한다고 보고했으며 (Chaloupka 등 2000), 유럽 52개국을 대상으로 한 연구는 담배 가격이 10% 인상되면 담배 소비가 2~7% 줄어든다고 보고했다 (Gallus 등 2006).

### 2.2.3. 국내 연구를 통해 살펴본 가격 정책의 효과

대부분의 국내 연구들도 해외 연구와 마찬가지로 담배 가격 인상이 담배 소비 감소에 효과가 있다고 보고했다. 가격탄력성은 19세 이상 성인을 대상으로 한 경우 -0.41, 전 국민을 포괄하는 경우 -0.49, 18세 이상 흡연자를 대상으로 한 경우 -0.27 등으로 추정되었다 (김원년과 서정하 2005; 김용익 등 2003; 김성준 2002). 한편 2004년 말 가격 인상 1개월, 3개월, 6개월 후 시점에서 개인 단위의 미시 자료를 분석한 연구는 가격 탄력성을 각각 -0.69, -0.62, -0.55로 추정했다 (김원년 등 2006).

이상의 결과들을 종합할 때 국내에서도 담뱃값 인상이 흡연을 감소에 효과가 있는 것은 비교적 확실하며, 가격탄력성은 시간이 지날수록 감소하는 것으로 보인다.

### 2.2.4. 흡연 불평등에 대한 담뱃값 인상 효과

담뱃세가 소득 역진적이라는 것은 이미 잘 알려져 있다는 점에서 담뱃세 인상이 불평등에 미치는 영향을 살펴보는 것은 매우 중요하다. 해외 연구 사례들을 살펴보면 남아프리카 공화국의 경우 담배 가격을 10% 인상한 결과 젊은 연령층과 저소득층, 흑인의 흡연율이 더 크게 감소한 것으로 나타났다 (Walbeek 2003). 또한 스웨덴, 핀란드, 영국, 네덜란드, 독일, 스페인 등 유럽 6개국 조사에서도 취약계층이 담

뱃값 인상에 더 민감한 것으로 나타났다 (Giskes 등 2007). 하지만 1961-2003년 동안 담배 가격 및 조세 정책과 흡연 행태의 관련성을 분석한 논문 43건 (미국 33건, 영국 3건, 프랑스, 스페인, 캐나다, 남아프리카, 대만 등)을 검토한 연구는 4건의 성인 대상 논문에서는 저소득층의 가격 효과가 훨씬 크다는 것을 확인했지만 3건에서는 반대 경향이 나타났다고 보고했다. 청소년을 분석한 20건의 연구들은 일관되게 가격 인상이 청소년 흡연 감소에 효과적이라고 보고했는데, 부모의 소득, 직업, 교육 수준에 따른 차별적 효과는 확인되지 않았다 (Thomas 등 2008).

국내 연구에 따르면 연령이 높고 소득과 교육 수준이 낮은 가구에서 가격 인상 효과가 큰 것으로 나타났다 (김용익 등 2003). 그러나 또 다른 연구는 가구 소득이나 교육 수준이 낮을수록 가격 인상의 효과가 크지만 가장 취약한 계층에서는 가격 인상의 효과가 다소 감소하는 것을 관찰했다 (강은정 2009). 특히 2004년 담뱃값 인상 정책의 효과를 분석하기 위해 기획된 패널 연구에서는 소득 수준이 가장 낮은 계층과, 가장 불리한 직업계층(판매/서비스직, 일용/작업직, 생산 운수직)에서 가격 인상의 효과가 가장 작았다 (김원년 등 2006).

국내외 문헌을 살펴본 결과, 담배값 인상이 소득, 교육 수준에 따른 흡연 불평등 개선에 일부 효과가 있는 것으로 보인다. 하지만 국내 연구가 많지 않고, 해외 연구들도 모두 일관된 결과를 나타내는 것은 아니며, 다른 요인들의 혼란효과가 충분히 통제되지 않았다는 점에서, 담뱃값 인상의 불평등 개선 효과가 분명하다고 결론 내리기에는 근거가 불충분하다고 할 수 있다.

### 2.2.5. 담뱃값 인상의 부작용

정도의 차이는 있지만 담뱃값 인상의 흡연 감소 효과는 분명해하다고 할 수 있다. 또한 현재로서는 증거가 불충분하기는 하지만 최소한 소득 계층과 관련해서는 차별적 가격 탄력성도 어느 정도 존재하는 것으로 보인다. 그러나 이러한 긍정적 측면에도 불구하고 계속 담배를 끊지 못하는 저소득층 개인들에게 부담이 가중된

다는 것 또한 사실이다 (Wilson과 Thomson 2005). 담뭇세는 소득 역진적이라고 여겨지는 간접세 중에서도 특히 역진성이 심한 것으로 알려져 있다.

담뭇세의 소득 역진성을 평가하기 위해서는 우선 조세의 소득 재분배 효과를 전반적으로 파악할 필요가 있다. 우리가 노동이나 자본을 제공한 대가로 받는 ‘시장 소득’은 다양한 단계를 거쳐 ‘최종 소득’으로 귀결된다. 우선 시장 소득에 타 가구 등으로부터 보조받은 생활비, 교육비 등 민간 이전소득이 추가되어 민간 소득이 되고, 여기에 공적 이전소득(현금 급여)을 합산하면 ‘총소득’이 된다. 그리고 총소득에서 직접세와 사회보장 기여금을 차감하면 ‘가처분 소득’이 되며, 여기에서 다시 소비세(간접세)를 차감하면 세후 소득이 되고 마지막으로 현물 급여를 추가하면 ‘최종 소득’이 된다. 직접세는 소득세, 재산세 (자동차세 포함), 기타 세금으로 구성되어 있고, 사회보장 기여금은 공적연금(일반 기여금, 국민연금)과 사회보험(건강보험료, 기타 사회 보험료)으로 구성되어 있다. 현물 급여는 건강보험, 교육, 사회보장 급여로 구성된다 (그림 8).

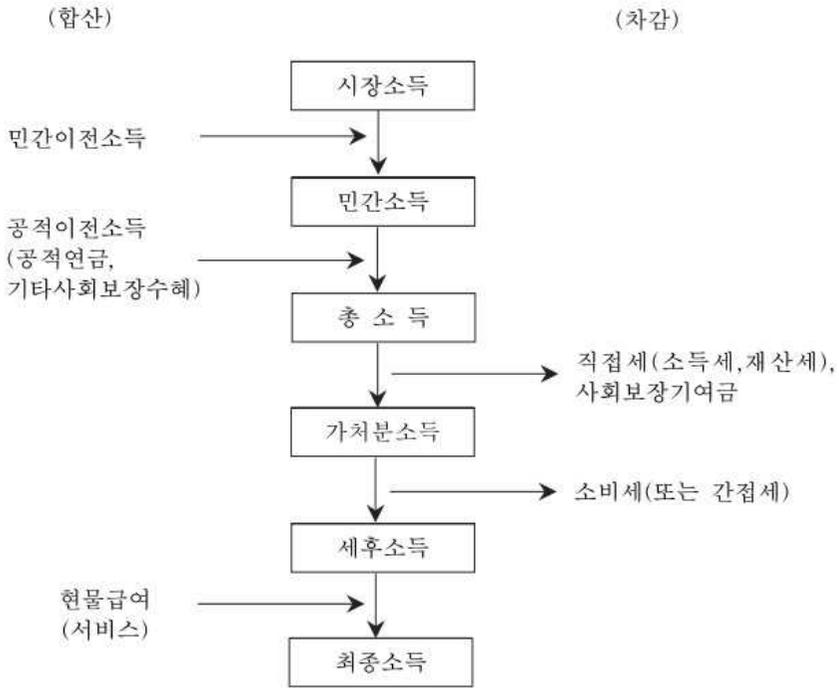


그림 8 단계별 소득의 종류  
(자료: 성명재 등 2008)

이러한 소득 단계별로 지니 계수를 산출하고 그 변화 정도를 파악하면 재분배 효과를 판단할 수 있다. 실증 분석에서 소득 재분배 효과가 가장 큰 것은 현물 급여 (7.02%)이며 다음이 소득세 (3.52%), 기타 사회 보장 수혜이다 (2.26%, 그림 9).



그림 9 주요 소득 단계별 지니 계수 및 소득 재분배 효과, 2006년  
(자료원: 성명재 2007)

현물 급여의 소득 재분배 효과가 가장 큰 것은 다른 선진국들에서도 공통적으로 나타나는 현상이다. 한편 직접세인 소득세의 소득 재분배 효과는 3.52%에 불과한데, 이는 미국 (15~17%), 영국 (32~36%), 일본 (16~25%), 뉴질랜드 (19~22%), 캐나다 (26~30%)에 비해 현저히 낮은 것이라 할 수 있다. 대표적인 간접세인 소비세를 통한 재분배 효과는 -0.37%로 사실상 소득 재분배 효과는 없다고 할 수 있다 (성명재와 박기백 2008).

그러나 주목해야 할 것은 통념과 달리 간접세의 소득 역진적 성격이 그렇게 강하지 않다는 것이다. 균등화 소득의 분위별로 분담률의 비를 살펴보면 직접세의 누진적 성격은 분명한 반면, 간접세의 역진적 성격은 그다지 뚜렷하지 않다 (그림 10).

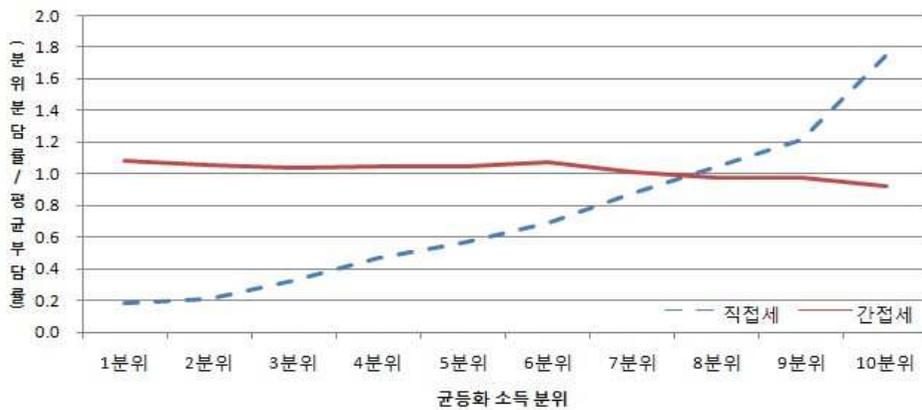


그림 10 간접세와 직접세의 소득분위별 평균실효세율 대비 부담 상대비, 2006년  
(자료원: 성명재 2008)

이러한 현상은 간접세를 구성하는 요소별로 소득 재분배 효과가 다르기 때문이다. 이를 구분해 살펴보면 특별 소비세와 주행세, 교육세는 역진성이나 누진성이 뚜렷하지 않은 반면 담배 소비세와 주세의 소득 역진성은 매우 크다 (그림 11). 하지만 이렇게 역진성이 큰 담배세와 주세가 세수에서 차지하는 비중은 상대적으로 작고, 전자의 항목들이 간접세에서 차지하는 비중은 매우 크다. 따라서 전체적으로 담배세와 주세의 소득 역진성을 전자의 항목들이 희석한다고 볼 수 있다.

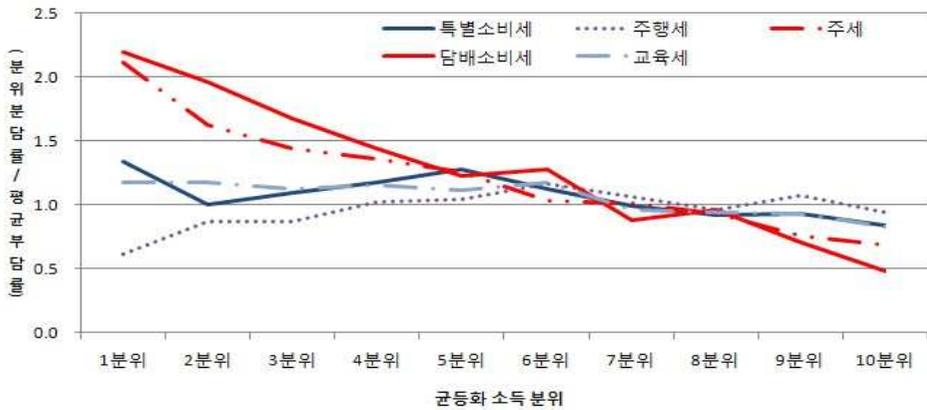


그림 11 간접세의 소득 분위별 평균 실효세율 대비 부담 상대비, 2006년  
(자료원: 성명재 2008)

요약하자면, 담뱃세 인상은 담배사용 감소에 전반적으로 긍정적인 영향을 미친다고 할 수 있으며, 흡연률 불평등에 미치는 영향에 대한 근거들은 아직까지 혼재되어 있다. 또한 담뱃세의 소득역진성은 분명하지만 간접세 전체에서 차지하는 비중이 상대적으로 낮기 때문에 전반적으로 소득 역진성에 미치는 영향은 크지 않다고 볼 수 있다.

### 2.2.6. 비(非) 가격 정책

담배 사용을 줄이는 방법은 가격 인상만이 유일한 것은 아니다. 담배 규제 정책이란 담배 사용을 줄이려는 모든 정책을 말한다. 한국 정부가 2003년에 서명한 담배규제기본협약 (Framework Convention for Tobacco Control, FCTC)은 세계보건기구가 주도한 최초의 세계공중보건 협약으로, ‘당사국이 시행하는 담배규제 조치에 대한 기본틀을 제공함으로써 담배소비 및 담배연기에의 노출로 인한 보건·사회·환경 및 경제적 피해로부터 현 세대와 미래 세대를 보호하는’ 것을 목표로 하며 담배규제정책에 대한 포괄적인 틀을 제공하고 있다. 담배규제 정책은 담배 수요에 대한 규제 정책과 담배 생산에 대한 규제 정책으로 구분되는데, 수요 억제 정책

에는 담배 가격 인상(‘가격 정책’), 담배 경고 문구, 담배 광고 규제, 공공장소 금연, 니코틴 대체제에 대한 규제 완화 등이 있고, 공급 억제 정책에는 담배 밀수 규제, 담배 판매 규제 등이 있다. 가격 인상이라는 경제적 규제가 아닌 그 외의 제도적 규제들을 ‘비가격 정책’이라고 부른다 (표 1).

표 1 담배 규제 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

한국에서 시행되고 있는 대표적인 비가격 정책은 금연 구역 지정, 흡연 예방 및 금연 캠페인, 담배 포장 및 라벨 규제, 담배 광고·판촉·후원 규제 등이 있다. 이들 정책은 이론적으로는 청소년, 여성, 영세 사업장 노동자들이나 취약 계층에 긍정적인 효과를 발휘할 수 있다.

먼저, 금연 구역 지정을 살펴보면 국민건강증진법을 통해 ‘공중이 이용하는 시설’을 금연 구역으로 지정하되 흡연실을 별도로 설치할 수 있도록 했다. ‘공중이 이용하는 시설’로 학교, 의료기관 및 보건소 등을 명시되어 있으며, 지난 6월 초 개정

안을 통해 그동안 금연/흡연 구역 구분의 관리가 모호해서 청소년 간접흡연을 야기한다고 비판받았던 PC 방 등이 금연시설로 포함되었다. 하지만 소규모 식당이나 술집 등 불특정 다수가 빈번하게 이용하는 실내 장소, 소규모 사업장 등에서의 금연 조치는 여전히 미흡한 편이다.

흡연 예방 및 금연 캠페인으로는 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 개발 및 활용 등이 진행되고 있다 (보건복지부 2009). 이들 정책은 보건 교육의 일환으로만 취급되고 있으며 안정적인 사업을 위한 법적 근거는 명확하지 않다.

국내에서 판매되고 있는 담배의 포장에는 광고에 흡연이 폐암 등 질병의 원인이 될 수 있다는 내용의 경고 문구와 여섯 가지 발암성 물질을 각각 표기하여야 한다고 정해 놓고 있다. 하지만 ‘라이트’, ‘마일드’ 등 건강 영향이나 위험 또는 배출물에 대하여 잘못된 인상을 심어줄 수 있는 용어에 대한 규제는 없으며, 담배기본협약에서 정하고 있는 그림경고도 아직 도입되지 않고 있다.

담배 광고·판촉·후원에 대한 규제 정책은 담배사업법과 국민건강증진법을 통해서 시행되고 있다. 담배 광고의 범위는 포지티브 리스트(positive list) 방식으로 정해놓고 있다. 또한 담배의 품명, 특징을 알리는 정도만을 포함하게 하는 등 광고의 내용과 형식에 대한 규제도 하고 있다. 하지만 오도성 광고 문구와 화려한 포장, 판매대 광고를 허용하고 담배 기업들의 다양한 간접 홍보를 용인하고 있다. 또한 후원에 대한 규제도 충분하지 않다. 청소년이나 여성을 대상으로 삼는 행사를 제외하였으나 이벤트 등 행사에 대한 후원 자체는 여전히 가능한 상황이다.

즉, 담배규제기본협약에 비추어볼 때 국내 담배규제의 비가격 정책은 충분치 않으며, 개선의 여지가 상당히 크다고 할 수 있다.

### 2.2.7. 소결

담배값과 흡연을 감소는 가격 탄력성을 통해 살펴볼 수 있다. 그동안의 국내외 연구결과들을 살펴보면 담배값 인상이 흡연을 감소에 긍정적 영향을 미치는 것은 분명하다고 할 수 있다. 하지만 담배값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향에 대한 근거는 충분하지 않다. 흡연율에서의 사회경제적 불평등과 담배값의 소득 역진성을 고려할 때, 담배값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향을 평가하는 것은 필수적이다. 또한 현재 시행 중인 비(非) 가격정책은 매우 불충분하며, 포괄성과 일관성에서 담배기본협약 (FCTC)에 크게 못 미친다. 최근 국민건강증진법 개정안이 국회 본회의를 통과했지만, 담배값의 그림경고 포함, ‘마일드’ 같은 오도성 표현 금지, 소매점 판매대 광고 금지 등 담배기업을 대상으로 한 규제정책의 도입에는 여전히 소극적이다. 이러한 상황에서 정부가 담배값 인상이 최선의 금연정책인 것처럼 주장하는 것은 설득력이 떨어지며, 담배값 인상과 병행하는 더욱 강력한 비 가격정책과 세수의 건전한 활용방안을 필요로 한다.

### 2.3. 현재의 담뭏값, 다른 나라에 비해 낮은가?

전 세계 담배와 관련된 현황은 <2009년 세계 담배 보고서>에서 확인할 수 있다. 보고서는 180개 국가에서 가장 많이 팔리는 담배의 가격을 비교해 놓았다. 담뭏값이 가장 비싼 국가는 아일랜드로 11.27달러/갑이었으며 가장 저렴한 국가는 시에라리온으로 1.40달러/갑이었다. 이들 나라 중 한국은 1.98달러/갑으로 78번째로 담뭏값이 비싼 나라였다. 단순한 담뭏값으로만 살펴보면 한국의 담뭏값이 그렇게 비싸다거나 싸다고 말할 수 없다. 34개 OECD 국가들만을 비교해보면 평균 5.01달러/갑이었으며 폴란드가 가장 싸고 아일랜드가 가장 비쌌다. 한국은 담배 가격이 낮은 나라에 속한다고 할 수 있다 (그림 12).

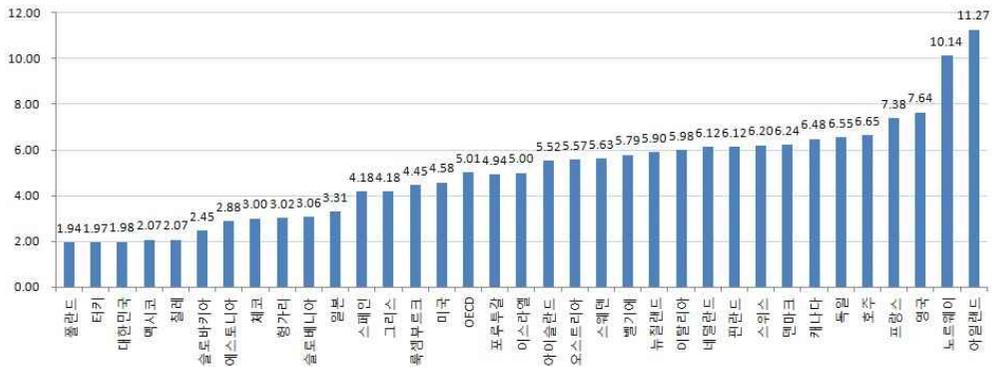


그림 12 2008년 OECD 국가의 가장 많이 팔리는 담배의 가격, USD  
(자료원: 2009년 세계 담배 보고서)

국가별로 소득 수준이 다르다는 점을 고려하기 위해 GDP에 대비한 담뭏값을 살펴보면 OECD 평균은 5.48%이며 가장 낮은 국가는 룩셈부르크, 가장 높은 국가는 아일랜드였다 (그림 13). 한국의 경우는 2.69%로 낮은 수준에 속했다.

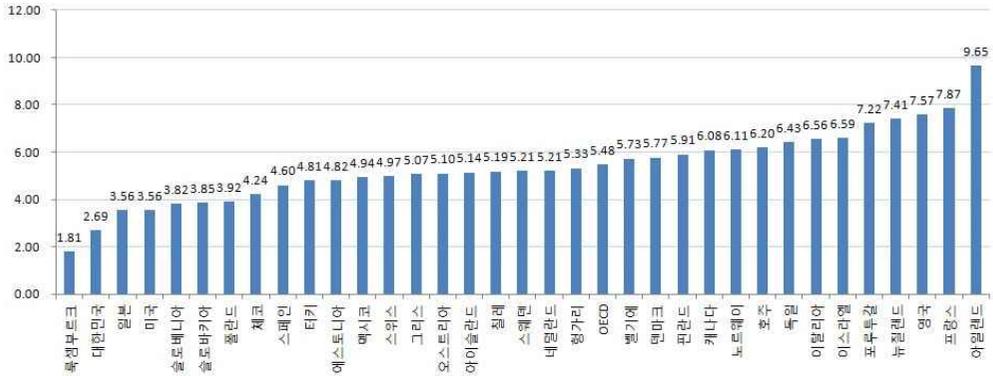


그림 13 OECD 국가의 1인당 1일 GDP 대비 담뭍값 비율(%)  
(자료원: 2009년 세계 담배 보고서, OECD Health Data 2009)

이들 자료를 통해 볼 때 한국의 담배 가격은 절대 가격 측면에서나 상대 비중 측면에서나 OECD 국가들에 비해 낮은 편이라고 할 수 있다.

그러나 2006년 국가별 담뭍값과 현재 흡연율(current smoking)의 상관성을 살펴본 결과, 남녀 모두 통계적으로 유의한 상관성을 보이지는 않았다 (남자  $r=-0.32$ ,  $p=0.06$ , 여자  $r=0.06$ ,  $p=0.75$ , 그림 14).<sup>1)</sup>

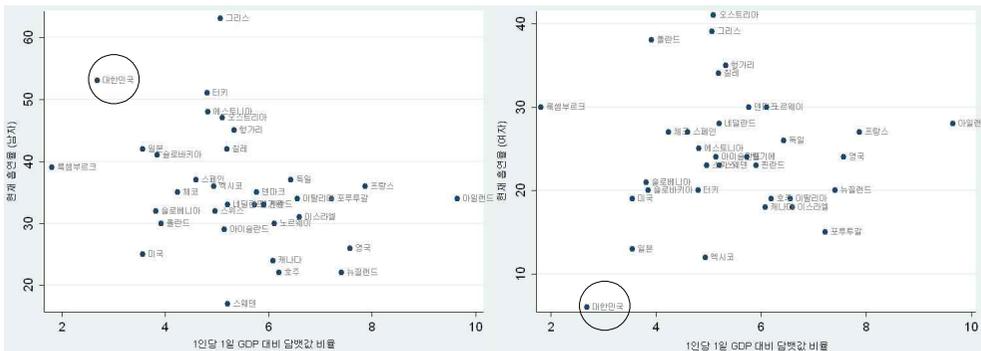


그림 14 OECD 국가의 1인당 1일 GDP 대비 담뭍값 비율과 현재 흡연율 비교(%)  
(자료원: 현재 흡연율, 2009년 세계 담배 보고서; 1인당 GDP, OECD Health Data 2009)

1) 유의수준은 0.05로 함. 2009년 세계 담배 보고서에서 제시한 2006년 현재 흡연율은 추정된 값이므로 실제 흡연율과 차이가 있을 수 있음.

이러한 결과가 시사하는 것은 한 국가의 흡연률은 담배가격 이외에 다양한 요인들에 의해 영향을 받는다는 것이다. 담배값이 저렴하다는 것이 담배사용을 촉진시키는 한 요인이 될 수는 있지만, 담배값 인상만으로 흡연율 감소를 가져올 수 있는 것은 아니다. 국제적 차원에서 볼 때, 한국에서는 담배 가격 인상과 더불어 강력한 비가격 정책을 포함하는 포괄적 담배규제의 시행이 필요하다고 할 수 있다.

## 2.4. 담뭇세는 적절하게 쓰이고 있는가?

### 2.4.1. 담뭇세의 구성 및 활용 개요

국내에서 2,500원에 판매되는 담배의 가격은 표 2와 같이 구성된다. 전체 담배 판매가에서 담뭇세가 차지하는 비율은 62.6%이며 그 중에서 담배 소비세가 가장 높은 비중을 차지한다. 그 다음이 담배 부담금과 지방 교육세인데 담배 부담금을 이용해 국민건강증진기금(이하 건강증진기금)이 조성된다 (표 2).

표 2 2006년 담배 가격의 구조

구분	가격 (원/갑)	구성비 (%)	근거 법령*	
조	담배 부담금	354	14.2	국민건강증진법 제23조
세	담배 소비세	641	25.6	지방세법 제229조
및	지방 교육세	321	12.8	지방세법 제260조
부	엽연초생산안정화기금	15	0.6	담배사업법시행규칙 17조
담	폐기물 부담금	7	0.3	자원의 절약과 재활용촉진에 관한 법률 시행령 제18조
금	부가세	227	9.1	부가가치세법 제1조
	소계	1,565	62.6	
	순수 유통 마진	228	9.1	
	제조 원가	707	28.3	
	담배 가격(최종 판매가)	2,500	100.0	

자료: 보건복지부, 2006 국민건강증진기금 운용 계획, 2005

\*근거 법령은 2006년을 기준으로 함.

담뭇세는 다시 일반세와 목적세로도 구분할 수 있는데 전자에는 부가세와 담배 소비세가 포함되며 담배 부담금, 지방 교육세 등은 후자에 속한다. 지방 교육세는 담배뿐 아니라 기계 장비, 항공기 및 선박의 취득세, 레저세, 재산세 등을 통해서도 조달되는 반면,<sup>2)</sup> 건강증진기금은 대부분 담배 부담금으로만 조달된다. 건강증진기금의 총 수입은 2조 3천여억 원으로 사업성 기금 중에서는 국민주택기금, 중소기업

2) 지방세법. 제150조.

진흥 및 산업기반 기금에 이어 3번째로 규모가 크다 (보건복지부 2006). 이 중 담배 부담금이 2조 1천억 원으로 그 비중은 91.0%에 달한다. 결국 담뱃값 인상의 부정적 효과를 완화시키고 소득 역진성을 보완할 수 있는 방안은 대부분 건강증진기금의 올바른 활용 문제로 귀결될 수 있다 (표 3).

표 3 2007년 국민건강증진기금 재원별 조달안

	수입금(억 원)	비율(%)
담배 부담금	21,204	91.0
이자 수입	59	0.3
경상 이전 수입	87	0.4
한국은행 예치금 회수	1,767	7.6
금융 기관 회수	178	0.8
계	23,295	100.0

자료: 보건복지부, <2007년도 국민건강증진기금 운용 계획>, 2006

#### 2.4.2. 건강증진기금의 개요

건강증진기금은 건강증진 사업의 원활한 추진에 필요한 재원 확보를 위하여 1995년 제정·시행된 「국민건강증진법」에 근거하여 설치되었으며 1997년 이래 운용되고 있다 (국회예산정책처 2006).

기금 사용의 범위는 표 4에서 보는 바와 같이 「국민건강증진법」 제25조와 동법 시행령 제30조에 규정되어 있다. 국민건강보험 급여비 지원은 「국민건강증진법」 부칙 및 「국민건강보험법」 제92조에 따라 2011년 말까지 한시적으로 이루어지도록 되어 있다 (표 4와 5).

표 4 「국민건강증진법」에 따른 「국민건강증진기금」의 사용 범위

국민건강증진법 제25조	국민건강증진법 시행령 제30조
① 금연교육과 광고 등 흡연자를 위한 건강관리 사업 ② 건강생활의 지원사업 ③ 보건교육 및 그 자료의 개발 ④ 보건통계의 작성·보급과 보건의료 관련조사·연구 및 개발에 관한 사항 ⑤ 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업 ⑥ 국민영양관리사업, 구강보건관리 사업 ⑦ 시·도지사, 시장·군수·구청장이 행하는 사업 ⑧ 공공의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충 ⑨ 기금의 관리·운용에 필요한 경비 ⑩ 그 밖에 국민건강관리사업에 소요되는 경비로서 대통령이 정하는 사업	① 만성퇴행성질환의 관리사업 ② 법 제27조의 규정에 의한 지도·훈련 사업 ③ 건강증진을 위한 체육활동 지원사업

표 5 국민건강보험법 제 92조의 내용

국민건강보험법 제92조
제92조(보험재정에 대한 정부지원) ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다. ② 공단은 「국민건강증진법」이 정하는 바에 따라 동법에 따른 국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다. ③ 공단은 제1항의 규정에 따라 지원된 재원을 다음 각 호의 사업에 사용한다. 1. 가입자 및 피부양자에 대한 보험급여 2. 건강보험사업에 대한 운영비 3. 제66조의2 및 제93조의2제3항의 규정에 따른 보험료 경감에 대한 지원 ④ 공단은 제2항의 규정에 따라 지원된 재원을 다음 각 호의 사업에 사용한다. 1. 건강검진 등 건강증진에 관한 사업 2. 가입자 및 피부양자의 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여 3. 가입자 및 피부양자 중 65세 이상 노인에게 대한 보험급여 [법률 제8153호(2006.12.30) 부칙 제2조의 규정에 의하여 이 조는 2011년 12월 31일까지 유효함]

1997년 이후 2007년까지 건강증진기금의 사용처와 사용 금액은 표 6과 같다. 누적 규모는 총 7조 3,007억 원이며 국민건강보험 지원에 사용된 기금이 4조 5,604억 원으로 가장 큰 부분을 차지하며 여유 자금 운용이 그 다음을 차지하고 있다 (표 6).<sup>3)</sup>

주목할 점은 건강증진기금이 대부분 담배 부담금에서 충당됨에도 불구하고 흡연과 관련 없는 광범위한 용처에 이용되고 있다는 것이다.<sup>4)</sup> 하지만 이는 원래부터 다양한 방식으로 건강증진기금을 활용하겠다는 의도에서 비롯된 것으로 보기는 어렵다. 그보다는 사업 추진과 관련된 정규 예산 편성이 어렵기 때문에 이들을 국민건강증진기금 재정으로 이관하고 그에 맞추어 법령을 수정한 것으로 볼 수 있다.

3) 여유 자금 운용은 한국은행에 수납된 부담금 수입 예상액으로 익년에 다시 이월될 금액이며 통화 금융 기관 및 비통화 금융 기관에 신규 예치가 가능한 금액에 대한 운영이다.

4) 건강증진기금의 사용처를 살펴보면 구강 보건실 설치, 정신 질환 인식 개선, 예방 접종 관리 등 일반적인 보건 사업뿐만 아니라 희귀 난치성 질환자 의료비 지원, 성병 및 에이즈 관리, 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원 등의 목적으로도 사용되고 있다 (보건복지부, 2006년도 기금 결산 보고서, 2007).

표 6 1997-2007년 건강증진기금 사용 내역(단위: 백만 원)

구분(연도)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	합계
기금 관리비	-	7	25	16	17	22	13	33	75	78	97	383
사업 운영비	30	233	234	475	408	501	539	519	3,072	2,740	2,556	11,307
건강 생활 실천	-	3,381	5,497	10,503	7,721	12,971	14,115	17,071	46,979	58,075	71,098	247,411
건강 증진·질병 예방	11	2,250	4,430	5,037	6,749	8,877	14,081	13,717	188,901	190,750	214,289	649,092
연구 개발	98	2,256	3,557	2,490	3,476	2,648	1,883	2,933	8,799	7,958	5,105	41,203
공공 보건의료 확충	-	-	-	-	-	-	-	-	96.72	122.094	24,130	24,348
의료 체계 구축	-	-	80	200	200	-	-	-	9,528	32,032	23,709	65,749
보건의료 R&D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	180,174	123,935	304,109
국민건강보험 급여 지원	-	-	-	-	-	439,211	644,588	626,313	925,302	966,420	967,595	4,569,459
여유 자금 운용	18,549	17,244	24,992	11,822	16,930	69,956	94,051	242,998	258,391	208,650	420,300	1,383,883
											3,796*	3,796
합계	18,688	25,371	38,815	30,543	35,501	534,186	769,270	903,584	1,537,767	1,768,971	2,334,669	7,300,740

자료원: 보건복지부, 기금 결산 보고서, 1997-2007 회계 연도

주: 2005년까지 공공 보건의료 확충 및 보건의료 R&D는 일반 회계에서 지원되었음.

2007년 여유 자금 운용비는 사용액이 아닌 운용 계획안 기준임.

\* 이탈 주민 건강 관리, 소비자 건강 정보 제공 등 위의 분류 항목으로 분류하지 못한 사업들의 사용 내역의 총합.

### 2.4.3. 건강증진기금의 활용의 문제점

건강증진기금은 수입액의 상당 부분이 금연과 직접적으로 무관한 사업에 사용되고 있다 (신봉기와 전기성 2008). 물론 담배로 인해 발생하는 건강 문제들이 광범위하기 때문에 사업의 담배 관련성을 분명하게 판별하기는 어려우나 다음과 같은 문제점들은 분명히 지적될 필요가 있다.

#### ① 지속되는 국고 사업의 기금 이관

2005년 담뭏값이 큰 폭으로 인상되면서 담배세 수입이 증가함에 따라 기금의 사업비 운용이 크게 달라졌다. 이전까지는 국고 예산에서 일반 회계로 운영되었던 공공 보건의료 확충과 보건의료 R&D 사업이 2005년부터 건강증진기금으로 운영되기 시작한 것이다. 또한 국가 결핵 관리, 생물테러 물자 비축 및 관리 등 28개의 예산 사업이 기금으로 이관되면서 건강 증진·질병 예방 부분의 지출이 갑자기 증가했다 (표 7).

표 7 1997-2007년 건강증진사업비 사용 현황 (단위: 백만 원, %)

구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	합계
건강생활 실천	-	3,381	5,497	10,503	7,721	12,971	14,115	17,071	46,979	58,075	71,098	247,411
		(42.9)	(40.7)	(58.3)	(43.0)	(53.0)	(46.9)	(50.6)	(19.2)	(22.6)	(24.5)	(26.4)
건강증진· 질병예방	11	2,250	4,430	5,037	6,749	8,877	14,081	13,717	188,901	190,750	214,289	649,092
	(10.1)	(28.5)	(32.9)	(27.9)	(37.6)	(36.2)	(46.8)	(40.7)	(77.2)	(74.3)	(73.7)	(69.2)
연구개발	98	2,256	3,557	2,490	3,476	2,648	1,883	2,933	8,799	7,958	5105	41,203
	(89.9)	(28.6)	(26.4)	(13.8)	(19.4)	(10.8)	(6.3)	(8.7)	(3.6)	(3.1)	(1.8)	(4.4)
합계	109	7,987	13,584	18,130	18,046	24,596	30,179	33,821	244,779	256,883	290,590	937,802

\* 자료원: 보건복지부, 기금결산보고서, 1997-2007 회계연도

이 같은 사업 이관에 따라 2007년 기금 사용액 중 약 8%가 공공 보건의료 기반

확충, 약 12%가 보건 산업 진흥 R&D 지원으로 사용되었다. 2004년 12월 30일 「국민건강증진법」이 개정되면서 제25조에는 ‘암의 치료를 위한 사업’, ‘공공 보건의료 시설 장비의 확충’, ‘아동, 여성, 노인, 장애인 등에 대한 특별 배려’ 등이 포함되었는데 이는 기금 이관을 합법화하기 위한 것이라고 볼 수 있다 (국회예산정책처 2005, 2006).<sup>5)</sup> 본래의 기금 설치 목적과 거리가 있는 사업 부분, 특히 「보건 의료기술진흥법」에 근거를 둔 중·장기 사업과 관련된 보건 산업 진흥 R&D 사업 지원에 대해서는 분명한 재검토가 필요하다.

## ② 건강 증진·질병 예방 사업 분야의 우선순위와 타당성 문제

건강증진기금 사용처 중에서 건강 생활 실천, 건강 증진·질병 예방, 연구 개발 등 소위 ‘본래’ 의미의 건강 증진 사업비는 전체 기금의 약 13% (2007년 기준)를 차지한다 (박재완 의원실 2006). 특히 건강 증진·질병 예방 사업비는 2005년 이후 크게 증가했는데 이는 앞서 언급했듯 국고 예산으로 행해지던 사업들이 기금 사업으로 이전되었기 때문이다. 반면에 절대 액수는 증가했으나 건강 생활 실천과 연구 개발에 소요되는 기금의 비중은 오히려 줄어들었다 (표 7 참조).

건강 증진·질병 예방과 연구 개발 관련 사업들은 표 8과 같다. 2007년 기금 운용 계획서에 의하면 건강 증진·질병 예방 사업 중 가장 큰 부분을 차지하는 암 관리에는 1,045억 원에 배정되어 있는 반면, 금연 사업에는 315억이 배정되어 있었다. 그나마 암 관리 사업은 중요성이 크고 또 담배와의 연관성이 높지만 장내 바이러스 연구나 희귀 난치성 유전 질환 사업은 담배와의 관련성을 찾기 힘들다. 담배 사용

5) 정부는 2006년 보건의료 기술 연구 개발 사업을 포함, 총 1,808억 원 규모의 보건의료 R&D 사업을 기금으로 이관하면서 법적 근거로 국민건강증진법 제1항의 4, “보건 통계 작성과 보건 의료 관련 조사, 연구 및 개발 사업”에 적용하는 것으로 설명한 바 있으나 이 조항은 국민건강영양조사와 같은 국가 보건 통계 생산 및 건강 증진 분야 사업 수행과 관련된 조사 연구를 위한 것으로 보건의료 R&D사업에 이 법을 적용한 것은 무리가 있어 보인다 (국회예산정책처 2005).

을 줄이고 담배로 인한 폐해를 완화시키는 것에 일차적 목표를 두고 사업의 우선순위를 정할 필요가 있다.

표 8 건강 증진·질병 예방 사업 및 연구 개발 사업

건강 증진·질병 예방 사업	연구 개발
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 구강 보건 사업</li> <li>● 국가 암 예방 관리 사업</li> <li>● 국가 에이즈 및 성병 예방 관리</li> <li>● 국가 만성병 관리 사업</li> <li>● 보건소 고혈압 당뇨 관리</li> <li>● 정신 보건 관리</li> <li>● 아동 청소년 보건 사업</li> <li>● 취약 계층 건강 관리</li> <li>● 지역 사회 중심 재활 사업</li> <li>● 한방 건강 증진 사업</li> <li>● 인구 및 모자 보건</li> <li>● 희귀 난치성 유전 질환 지원</li> <li>● 결핵관리 사업</li> <li>● 전염병 등 질병 관리</li> <li>● 보건의료 협력</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 보건 교육 자료 개발</li> <li>● 건강 증진 및 질병 예방 조사 연구</li> <li>● 국민건강영양조사</li> <li>● 청소년건강행태온라인조사</li> <li>● 폴리오 및 장내 바이러스 국제 연구</li> </ul>

출처: 보건복지부. 2006년 국민건강증진기금 운용계획(안) 2005

호주의 경우 1990년에 금연법을 제정하여 Healthway라는 독립적인 기금 관리 기구를 두었다. 그리고 기금 배분을 위한 건강 증진의 최우선 순위를 금연, 정신 보건, 신체 활동으로 하여 필요에 근거한 사업 대상자를 선정하고 있다. 2007년 현재, 기금의 절반 이상이 각종 예술, 스포츠 등에 사용되고 건강 증진 사업 연구비로 30% 정도를 사용하고 있다 (정애숙 2008).

### ③ 금연 관련 사업에 대한 지원 미비

복지부는 담배에 부과되는 건강증진부담금으로 조성한 국민건강증진기금을 금연 및 건강 증진 사업 등 국민건강증진법에 명시된 사용처에 한해 사용하며 금연 관련 예산을 최우선 배정한다고 주장한다 (박재완 의원실 2006). 하지만 실체는 그렇지 않다. 금연 사업이 전체 건강증진기금에서 차지하는 비중은 채 2%에도 미치지 못할 뿐 아니라 심지어 2005년 국민건강증진종합계획의 예산안에 크게 미달하고 있다. 실제로 2008년을 기점으로 금연 홍보와 금연 서비스(금연 클리닉+금연 상담 전화)를 포괄하는 금연 사업 예산은 비중에서나 절대 액수에서나 모두 급격하게 감소하고 있다. 일차적으로 금연 사업 예산 자체가 삭감되었고 덧붙여 금연 사업 중 금연 서비스 예산 비율이 당초 계획안보다 줄었기 때문이다 (표 9).

표 9 건강증진기금 중 금연 사업(금연 홍보, 금연 서비스) 예산 추이

단위: 백만 원

구분		2005년	2006년	2008년	2009년	2010년
건강증진기금	실행 예산	1,423,542	1,907,628	1,754,900	1,602,700	1,906,389
금연 사업	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%
금연 사업/ 건강증진기금	실행 예산	1.8%	1.7%	1.8%	1.7%	1.5%
	국민건강증진종합계획	1.8%	1.7%	3.1%	4.2%	4.4%
금연 홍보	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%
금연 홍보/ 금연 사업	실행 예산	30.0%	25.7%	29.2%	27.5%	26.3%
	국민건강증진종합계획	30.0%	25.7%	24.2%	22.1%	21.6%
금연 서비스 (금연 클리닉 +상담 전화)	③ 실행 예산	13,575	20,057	20,195	16,550	16,550
	④ 국민건강증진종합계획	13,575	20,502	36,000	47,800	59,900
	③ ÷ ④	100.0%	97.8%	56.1%	34.6%	27.6%
금연 서비스/ 금연 사업	실행 예산	52.29%	63.67%	64.74%	61.56%	58.82%
	국민건강증진종합계획	52.29%	65.08%	67.04%	70.29%	71.74%

\*출처: 보건복지부 누리집 사전 정보 공표 자료

#### ④ 기금의 반 이상을 국민건강보험 재정 지원

건강증진기금 지출 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 국민건강보험 재정 지원이다. 국민건강보험법에 따라 2011년까지 국민건강보험 보험료 예상 수입의 6%를 건강증진기금으로부터 충당하도록 하고 있다. 실제로 2006년 건강증진기금 총사업비의 62.7%가 건강보험 지원에 사용되었다(표 10). 그러나 이 시기 국고를 통한 지원은 거의 변화가 없었으며 2007년에는 오히려 그 비중이 감소했다(국회예산정

책처 2006).

표 10 담배부담금 수입과 건강증진기금의 건강보험 급여 지원 비용 지원(2002-2007년)  
(단위: 억 원, %)

비목	2002	2003	2004	2005	2006	2007(안)
기금 총운용액	5,342	7,756	9,036	15,378	19,076	23,295
담배 부담금 수입	5,109	7,020	8,061	12,915	16,446	21,204
기금 총사업비 ①	4,642	6,756	6,609	12,795	17,078	19,092
건강보험 지원 ②	4,392	6,446	6,263	9,253	10,712	11,804
보건의료 사업 등 ③	250	310	346	3,542	6,366	7,288
총사업비 중 건강보험 지원 % (②/①)	94.6	95.4	94.8	72.3	62.7	61.8
총사업비 중 보건의료 사업 % (③/①)	5.4	4.6	5.2	27.7	37.3	38.2

\*자료원: 보건복지부, <2007년도 국민건강증진기금 운용 계획안>, 2006.  
국회예산정책처, <2006년도 기금 운용 계획안 분석>, 2005.

건강증진기금이 건강보험 급여 지원에 사용되기 시작한 것은 2001년으로 거슬러 올라간다. 당시 국민건강보험의 대규모 재정 적자가 예상되는 상황에서 정부는 2001년 5월 “건강보험 재정 안정 종합 대책”을 수립하며 그 일환으로 “국민건강보험재정건전화특별법”을 제정했다. 조세 저항이 심할 것으로 예상되는 건강보험료 인상보다는 상대적으로 저항이 적은 담뱃세 인상을 통해 보험 재정을 지원하도록 한 것이다. 당시 특별법은 2007년까지만 한시적으로 건강보험 지원에 사용하도록 했으나 2006년 법률 개정을 통해 2011년으로 시한이 연장되었다. 또한 건강증진기금 설치 목적 부합성에 대한 논란을 피하기 위해 ‘가입자 및 피부양자의 흡연으로 인한 질병에 대한 보험 급여’와 ‘가입자 및 피부양자 중 65세 이상 노인에 대한 보험 급여’에 기금을 사용하도록 정했다. 그러나 ‘흡연으로 인한 질병’의 범위는 여전히 모호하며 정작 ‘금연 등을 위한 진료’는 건강보험 급여 대상에서 제외되어 있다는 점은 문제가 아닐 수 없다.

#### 2.4.4. 소결

앞서 자료들에서 드러나듯 건강증진기금의 부과 대상은 명확한 반면, 기금이 사용되는 용처에 대한 기준은 모호하다. 기금이 부담금 납부자를 위해 사용되기보다는 불특정 다수를 대상으로 쓰이는 경우가 많다. 그리고 기금의 운용 측면에서 볼 때 건강증진기금은 기금관리기본법 제5조에 따라 국회의 예산 심의, 확정권 행사 대상이 아니라 특별 회계를 시행하기 때문에 기금 재정 운용에 대한 국회의 민주적 통제 기능이 상대적으로 약할 수 있다. 이는 부적절한 사업 우선순위 설정이나 기금 관리 측면에서의 방만함 등 재정 운용의 비효율성으로 이어질 수 있다는 점에서 문제라 할 수 있다 (신봉기와 전기성 2008).

### 3. 결론

#### 3.1. 결과 요약

- 한국의 흡연율이 다른 나라에 비해 높다는 것은 일단 성인 남성에게만 해당한다고 할 수 있다. 하지만 최근 감소세의 둔화, 여성과 청소년에서의 흡연 증가와 흡연율의 사회경제적 불평등 양상은 적극적 담배규제 정책의 필요성을 시사한다.
- 담뱃값 인상이 흡연율 감소에 긍정적 영향을 미치는 것은 분명하다고 할 수 있다. 하지만 담뱃값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향에 대한 근거는 충분하지 않다. 흡연율에서의 사회경제적 불평등과 담뱃값의 소득 역진성을 고려할 때, 담뱃값 인상이 흡연 불평등에 미치는 영향을 평가하는 것은 시급하다. 또한 현재 시행 중인 비(非) 가격정책은 매우 불충분하며, 포괄성과 일관성에서 담배기본협약(FCTC)에 크게 못 미친다.
- 한국의 담배 가격은 OECD 국가들에 비해 낮은 수준이다. 하지만 담배 가격과 국가 흡연율 사이에 뚜렷한 상관성이 존재하는 것은 아니며 특히 비가격 정책의 효과도 고려할 필요가 있다. 따라서 국가별 담배 가격과 흡연율 사이의 관계를 담뱃값 인상의 근거로 활용하는 것은 부적절하다.
- 담배에 부과되는 건강증진기금은 부과 대상은 명확한 반면, 분명한 기준 없이 담배와 무관한 분야에도 널리 사용되고 있다. 또한 기금 운용이 특별 회계를 통해 집행되기에 민주적 통제 기능이 상대적으로 약하다. 따라서 우선순위가 떨어지는 사업 추진에 사용되거나 운영이 방만하게 될 가능성이 존재한다.

### 3.2. 시민건강증진연구소의 입장

건강한 정책(healthy policy)에 대한 일치된 정의는 없다. 하지만 <국민건강증진 종합계획 2010>에서 제시한 목표를 근거로 한다면 건강한 정책이란 ‘국민의 건강 수명을 연장하고 건강 형평성을 제고하는 데 기여하는 정책’이라고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 담배 규제 정책을 바라본다면 바람직한 담배 규제 정책이란 흡연율을 감소시키고 흡연 불평등을 완화시키는 정책이라 할 수 있다. 그렇다면 담뱃값 인상을 둘러싼 논쟁은 개별적 사안이 아니라 담배 사용 감소를 초래할 수 있는 포괄적인 담배 규제 정책에 대한 논의로 확대되어야 한다.

- 첫째, 담배 규제 정책은 흡연율 감소 정책뿐만 아니라 흡연 불평등 완화에 초점을 맞추어야 한다. 사회경제적으로 취약한 집단일수록 흡연율은 더 높으며, 현재까지의 담배 규제 정책들이 흡연불평등의 개선 효과를 발휘하지 못하고 있다. 흡연 불평등의 개선 없이는 전반적인 흡연율 감소를 달성할 수 없다. 따라서 담뱃값 인상을 포함하여 다양한 담배 규제 정책들의 입안과 집행 과정에서 흡연 불평등이 가장 중요한 측면으로 고려되어야 한다.
- 둘째, 담배 규제 정책은 가격 정책과 비가격 정책을 모두 강화하는 방향으로 이루어져야 한다. 현재 추진되고 있는 담배규제정책은 가격정책에만 치우쳐 있다. 담뱃값이 다른 OECD 국가들에 비해 낮은 것이 사실이지만, 흡연율은 가격 및 비가격 정책 모두의 영향을 받는 것이기에 이를 담뱃값 인상의 근거로 과장해서는 안 된다. 오히려 담배갑 그림경고 도입, 판매대 광고 금지, 오도성 용어 금지 같은 비가격정책이야말로 ‘서민 물가’나 ‘국민적 정서’와는 관련이 없기 때문에 더욱 손쉽게 할 수 있는 규제정책들이다. 국민들의 건강증진이 진정한 목표라면, 가격 정책 뿐 아니라 포괄적인 비가격정책들을 당장 도입해야 한다.

- 셋째, 흡연 감소 효과가 분명하다는 점에서 담뱃값 인상은 필요하다. 하지만 이는 건강증진기금의 수입과 지출의 합리화를 전제로 한다. 건강증진기금은 흡연자에게만 부과되는 담배 부담금으로 이루어지지만 담배 관련 건강 문제나 흡연자 이외에 다양한 분야에 널리 활용되고 있다. 담배 부담금 자체의 소득역진성과 흡연율의 사회경제적 불평등을 고려할 때, 흡연자에 대한 의료 및 금연 서비스 제공에 좀 더 집중적으로 쓰여야 한다. 또한 담뱃세를 주요 재원으로 하는 건강증진기금의 합리적 운용과 민주적 통제기전 마련이 시급하다.

한국 담배규제정책의 건강불평등 영향에 대한 전반적 평가는 『시민건강증진연구소 건강형평성 연구보고서 2010 - 한국의 담배규제 정책과 건강 불평등』에서 확인할 수 있습니다. (누리집 [www.health.re.kr](http://www.health.re.kr))



## 4. 참고 문헌

1. 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.
2. Gallet CA, List JA. Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. Health Econ 2003;12(10):821-835.
3. Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. Price and cigarette consumption in Europe. Tob control 2006;15(2):114-119.
4. Giskes K, Kunst A, Ariza C et al. 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.
5. 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):415-22.
6. 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.
7. van Walbeek C. Tobacco Excise Taxation in South Africa. World Health Organization, 2003.
8. 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.

9. Wilson N, Thomson G. Tobacco taxation and public health: ethical problems, policy responses. Soc Sci Med 2005;61(3):649-659.
10. 강은정. 담배 가격의 효율성과 형평성 분석. 보건복지포럼 2009;152:22-37.
11. 국회예산정책처. 2005년 기금 결산 분석. 2005.
12. 국회예산정책처. 2007년 기금 운용 기획안 분석. 2006.
13. 김성준. 수요 모형의 계량적 추정을 통한 효과적인 담배 소비 억제 정책 연구. 한국행정학보 2002;36(3):167-184.
14. 김용익, 강광하, 이규식, 황성현. 담배 가격 인상과 재원 활용 방안 과천: 서울대학교 의과대학, 보건복지부, 2003.
15. 김원년, 서정하, 김양중. 담배 가격 인상이 흡연 수요에 미치는 영향. 한국인구학 2006;29(2):195-213.
16. 김원년, 서정하. 담배 가격 인상이 보건의료 지출에 미치는 효과에 관한 연구. 한국인구학 2005;28(1):133-147.
17. 김원년, 이진석, 서정하, 김양중, 박준, 김나정, 김동준. 흡연을 감소에 따른 경제적 단기 편익 분석. 고려대학교 보건복지부 건강증진기금사업지원단 2006.
18. 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회, 대한간호협회. 금연 운동 활성화 정책 추진 촉구 보건의료 단체 성명서. 성명서 2010.08.11
19. 매일경제뉴스. 한국 ‘봉’ 취급하는 BAT 등 수입담배회사. 2011.5.7
20. 민중의 소리. MB정부 담뱃값 전쟁 3차전 개봉박두. 2010.8.12
21. 박순우. 학교 흡연예방활동의 활성화 방안 연구. 대구: 대구가톨릭대학교, 2009.
22. 박재완 의원실. 국정 감사 결산 자료집. 2006.
23. 보건복지부. 2006년도 국민건강증진기금 운용 계획(안). 2005.
24. 보건복지부. 2006년도 기금 결산 보고서. 2007

25. 보건복지부. 2007년도 국민건강증진기금 운용 계획. 2006.
26. 보건복지부. 2009 보건복지백서. 서울: 보건복지부 2010.
27. 보건복지부. 국민건강증진종합계획 2010. <http://2010.hp.go.kr/>. 2009.
28. 보건복지부. 성인 남성 흡연율 30%대 진입 아직 멀어. 보도자료 2010.7.8
29. 성명재, 박기백. 조세·재정 지출의 소득 재분배 효과; 소비세 및 현물 급여 포함. 재정학연구 2008;1(1):63-94.
30. CBS. 변상욱의 뉴스쇼. 2010.12.31
31. 신봉기, 전기성. 담배부담금 제도의 법적 문제점. 토지공법연구 2008;42:545-573.
32. 오마이뉴스. 부자들만 좋은 담뱃값 인상, 난 반달러. 2010.12.10
33. 정애숙. 외국 건강증진기금 운영실태 고찰 및 시사점. 보건교육건강증진학회지 2008;25(4):93-110.
34. 조선일보. 김 총리 “담뱃값 인상 계획 없다”. 2010.11.1.
35. 조선일보. 담뱃값 가장 싼 러시아 흡연율 최고. 2010.10.23
36. 프레시안. 흡연율과 담뱃세, 아무런 상관없다. 2010.10.25
37. 한겨레신문. 칼럼-금연 운동권'도 반대하는 담뱃값 인상. 2010.9.19
38. 한국금연운동협의회. 고속 도로 휴게소, 간접흡연 피해 심각. 보도 자료 2010.10.6
39. 한국금연운동협의회. 흡연율 증가, 다시금 강력한 금연 정책 시급. 보도 자료 2010.1.6
40. 한국담배소비자협회. 복지부 담뱃값 인상 미련 아직도 못 버리나. 협회칼럼 2011.1.17
41. 한국일보. 월요일인터뷰 진수희 보건복지부 장관. 2010.12.6
42. 헤럴드 경제. 또...담뱃세 인상 재추진 논란. 2011.5.16

## 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.

\* 이슈페이퍼는 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](mailto:phikorea@gmail.com)

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

