담배규제정책과 의사의 역할

조 홍 준
울산대학교 의과대학 교수
hjcho@amc.seoul.kr

〈편집자 주〉 우리나라는 2005년 5월에 담배규제기본협약(FCTC)을 비준하면서 담배규제정책을 추진하고 있지만, 다른 비준국이나 세계적 이행수준에 비해서는 규제협약 이행수준이 낮은 편이다. 담뱃값도 소득수준에 비해 아직은 낮은 수준이며, 실내금연정책과 경고 그림 등도 아직은 도입 초기수준으로 평가받고 있다.
성인 남성의 흡연율이 40%에 이르는 상황에서 FCTC가 권고하는 각종 정책이 포괄적으로 강화되어야 할 것이다. 특히 효과적인 금연 성공을 위해서는 의료전문가의 적절한 개입과 금연치료약물의 조합이 중요하다는 보고가 많다. 이에 본고에서는 우리나라 담배규제 정책에 있어서 의사의 역할이 왜 중요하며, 어떤 방식으로 정책적으로 기여할 수 있는지 살펴보기로 한다.

1. 담배로 인한 건강위해의 중요성

세계보건기구에 따르면 담배 사용으로 인해 전 세계적으로 1년에 약 7백만 명이 조기사망 하며, 이는 예방 가능한 건강 위험요인 중 가장 중요하다[1]. 우리나라에서는 1년에 약 6만여 명이 담배사용으로 인해 조기사망 하는데, 이는 우리나라 전체 사망의 약 20% 정도를 차지한다[2]. 담배는 폐암, 자궁경부암, 위암 등 상당수의 암의 원인일 뿐만 아니라 뇌졸중, 허혈성질환 등 심혈관질환, 만성폐쇄성폐질환 등 호흡기질환의 원인이다[3].

담배제품에는 일반담배(궐련) 이외에도, 전자담배, 무연담배 등 다양한 제품이 존재하지만 우리나라에서는 일반담배가 담배소비의 대부분을 차지한다. 다만 2017년 하반기에 아이코스 등 가열담배(우리나라에서는 궐련형 전자담배라는 용어로 불러 전자담배와 혼동을 일으킨다. 영어로는 heated tobacco product라고 부르며 가열담배가 더 적절한 이름이다.)가 도입되면서 전체 담배 판매량의 약 10% 정도를 차지할 정도로 인기를 끌고 있다.

우리나라의 성인의 흡연율은 남자의 경우 2017년에 38.1%로 34개 OECD 국가 중에서 2위를 차지할 정도로 매우 높다. 흡연 관련 질환 특히 폐암 등의 질환은 흡연 후 20-30년이 지나야 최고 수준에 도달하므로 앞으로 상당기간은 흡연 관련 질환은 높은 수준을 유지할 가능성이 있다.

2. 담배소비를 줄일 수 있는 담배규제정책과 세계보건기구 담배규제기본협약 (WHO Framework Convention on Tobacco Control)[4]

1) 추진배경 및 필요성

세계보건기구 담배규제기본협약(WHO Framework Convention on Tobacco Control, 이하 담배규제기본협약)은 최초의 전 지구적 공중보건조약이다. 담배를 규제하기 위하여 국제조약까지 만든 데는 몇 가지 이유가 있다. 하나는 담배로 인한 문제가 심각하다는 것이다. 담배소비는 건강뿐만 아니라, 경제개발에 장애가 되며, 환경에도 파멸적인 영향을 주는 심각한 전 지구적 문제(global problem)이기 때문이다. 또한 담배유행은 한 나라에 국한되지 않고 전 지구적인 영향을 준다. 무역자유화, 직접투자, 전 지구적 마케팅, 초국가적 담배광고, 판촉과 후원, 가짜 담배의 세계적 유통 등 국가의 경계를 넘는 다양한 복합적 요인에 의해 담배소비의 전 지구적 확산이 촉진되고 있다. 따라서 담배를 제대로 규제하기 위해서는 일개 국가수준에서의 대응으로는 한계가 있고, 포괄적인 국제적 대응이 필요하다. 따라서 세계보건기구는 담배유행이 전 지구적 문제임을 인식하고, 전 지구적 수준에서 이를 해결하기 위해 국제조약을 추진한 것이다.

2) 담배규제기본협약의 구성과 내용

담배규제기본협약은 2005년 2월에 공식적으로 발효되었으며, 한국은 2005년 5월에 이를 비준하였다. 이는 담배규제기본협약이 국내법과 동일한 효력을 가지는 것을 의미한다. 담배규제기본협약의 구성은 아래 〈표 1〉에 요약되어 있다. 이 중에서 조약을 비준한 당사국이 따라야 할 담배규제정책의 구체적인 내용은 주로 3장과 4장에 포함되어 있다. 3장은 담배수요 감소 조치를 규정하고 있다.

▌표1. 담배규제기본협약의 구성 ▌

구분	장	주제	조항	세부주제
전문			–	
도입	1장		1조	용어의 사용
			2조	기타협정 및 범적 문서와의 관계
주요조치 및 의무	2장	목적 · 기본원칙 · 일반의무	3조	목적
			4조	기본원칙
			5조	일반의무
	3장	담배수요 감소조치	6조	담배수요 감소를 위한 가격 및 조세 조치
			7조	담배수용 감소를 위한 비가격 조치
			8조	담배연기에의 노출로부터 보호
			9조	담배제품 성분에 관한 규제
			10조	담배제품 성분 공개에 관한 규제
			11조	담배제품 포장 및 라벨 규제
			12조	교육, 의사소통, 훈련 및 일반인 인식제고
			13조	담배광고, 판촉 및 후원 규제
			14조	담배중독 및 금연에 관한 수요감소 조치
	4장	담배공급 감소조치	15조	담배제품 불법거래 금지
			16조	미성년자 담배판매 및 구매 금지
			17조	경제적으로 실행 가능한 대체활동 지원 제공
	5장	환경보호	18조	환경 및 인류 건강보호
	6장	책임과 관련된 문제	19조	책임
	7장	과학 · 기술협력 · 정보교류	20조	연구, 감독 및 정보교환
			21조	보고 및 정보교환
			22조	과학 · 기술 · 법적 분야 협력 및 전문지식 제공
제도적 장치 및 절차	8장	제도적 장치 및 재원	23조	당사국 총회
			24조	사무국
			25조	당사국 총회와 국제기구 간 관계
			26조	재원
	9장	분쟁해결	27조	분쟁해결
	10장	협약의 발전	28조	협약의 개정
			29조	협약 부속서의 채택 및 개정
	11장	최종조항	30조	유보
			31조	탈퇴
			32조	투표권
			33조	의정서
			34조	서명
			35조	비준 · 수락 · 승인 공식 확인 가입
			36조	협약의 발표
			37조	수탁자
			38조	정본

이를 구체적으로 살펴보면, 제6조는 조세정책을 통한 담배수요 감소정책을 규정하고 있다. 담배가격 인상은 가장 효과적인 담배소비 감소 정책이며, 특히 청소년에 효과적인 정책임을 명시하고 있다. 8조는 공공장소 실내금연정책을 규정하고 있다. 담배연기 노출로부터 국민을 보호하기 위해서는 실내 작업장, 대중교통, 실내 공공장소에서의 흡연 금지가 필요하며, 이는 전면적이고 포괄적으로 시행되어야 한다고 명시하고 있다.

제9조와 10조는 담배 성분과 배출물에 포함된 건강 위해 성분을 측정하고 이를 국민에게 공개하도록 하는 조치를 규정하고 있다. 제11조는 담뱃갑의 포장과 라벨에 관해 규정하고 있다. 담배 포장에 '저타르', '라이트', '마일드' 등 건강 오도문구의 사용을 금지하도록 하고 있으며, 담뱃갑에 그림경고를 도입하되, 주요면의 최소 30% 이상으로 하되 50% 이상의 크기로 할 것을 규정하고 있다. 제12조는 담배의 해로움을 국민에게 알리는 내용을 규정하고 있다. 이를 위해 담배의 중독성과 간접흡연의 건강상의 문제, 금연의 이로운 점, 담배산업에 대한 광범위한 정보에 대한 대중의 접근, 지역사회 활동가를 대상으로 한 담배규제에 대한 교육, 담배규제를 위한 다부문 프로그램 개발과 전략 개발에 담배회사와 관련되지 않은 공공, 민간, 비정부기구의 참여, 담배 생산 및 소비로 인해 발생하는 경제적, 보건적, 환경적 악영향에 관한 정보에 대한 대중의 접근 등을 시행할 것을 권고하고 있다.

제13조는 담배광고, 판촉과 후원 규제에 관한 내용을 규정하고 있다. 이 조항은 비준 5년 이내(우리나라의 경우 2010년)에 모든 담배 광고, 판촉 및 후원을 포괄적으로 금지하거나 규제하는 조치를 취하도록 규정하고 최소한 다음과 같은 조치를 취할 것을 요구하고 있다. ① 담배의 특성, 건강효과, 위험성, 배출물에 관해 잘못된 인상을 갖도록 할 수 있거나 허위, 오도, 기만적인 수단을 사용한 담배제품을 광고, 판촉, 후원하는 것을 금지. ② 모든 담배 광고, 판촉과 후원에 건강경고나 적절한 경고 메시지를 의무화 ③ 대중의 담배구매를 유도하는 모든 직간접 유인책의 제한 ④ 광고, 판촉, 후원이 금지되지 않은 경우, 담배회사가 이에 지출한 비용을 정부에 공개하도록 의무화 ⑤ 5년 이내에, 라디오, 텔레비전, 인쇄매체, 인터넷과 같은 매체를 통한 담배 광고, 판촉 및 후원을 금지 또는 제한 ⑥ 국제행사나 참가자에 대한 담배회사의 후원을 금지 또는 제한. 또한 당사국은 초국경 광고 근절에 필요한 기술 개발에 협력하고, 초국경 광고, 판촉 및 후원에 대해 국내 광고, 판촉 및 후원과 동일한 처벌을 할 권리를 가질 수 있도록 할 것. 제 14조는 금연치료에 관한 내용을 규정하고 있는데, 각 당사국은 금연을 위해 효과적인 수단을 채택하도록 규정하고 있다.

4장은 담배공급의 감소를 위한 조치를 규정하고 있다. 제15조는 담배제품의 불법거래에 관한 내용을 규정하고 있는데, 각 당사국은 담배제품의 밀수, 불법 제조와 위조를 포함한 모든 유형의 불법거래를 근절하고, 이를 달성하기 위한 입법조치를 시행하는 것이 담배규제의 필수적인 요소임을 인식하고, 구체적인 방안을 마련하도록 규정하고 있다. 이에 관한 의정서(protocol)가 2018년 10월에 발효되었다. 제16조는 미성년자에 대한 담배판매 금지를 규정하고 있다. ① 미성년자에게 담배판매를 금지한다는 명확한 표지를 담배판매점 내부에 설치하고 연령 증명서 제시를 요구할 것 ② 소비자가 담배를 직접 집을 수 있는 방식의 진열 금지 ③ 미성년자의 흥미를 끌 수 있는 담배 형태를 가진 사탕, 과자,

장난감, 기타 물건의 제조 및 판매 금지 ④ 미성년자가 담배자판기 접근을 못하도록 금지, 그 외 담배제품의 무상 배포 금지, 담배제품의 낱개 판매 및 소량 포장 판매 금지. 이 조항의 실행을 보장하기 위해 판매업자나 유통업자에 대한 처벌을 포함하는 입법적, 행정적 조치를 채택하고 시행하도록 규정하고 있다. 제17조는 각 당사국이나 국제기구가 담배농장 노동자나 담배경작자들에게 적절하고, 경제적으로 실행 가능한 대체활동을 촉진하도록 규정하고 있다.

3) 우리나라의 담배규제기본협약 이행 정도

세계보건기구는 담배규제기본협약의 이행을 돕기 위해 실행전략으로 MPOWER를 제시하였다. 2016년까지 MPOWER 전략 중에서 흡연실태와 담배규제정책에 대한 모니터링(M: monitoring), 담배의 위험에 대한 경고(W: warn about the dangers), 담배연기로부터 국민 보호(P: protect from tobacco smoke), 금연지원 서비스 제공(O: offer help), 담배회사의 광고, 판촉 및 후원금지 시행(E: enforce ban), 담뱃세 인상(R: raise taxes) 중에서 한 가지 정책이라도 최고 수준으로 적용되는 인구는 전체 인구의 63% 이었다[1]. 담배규제 정책의 실행정도는 정책에 따라 크게 차이가 났는데, 최고 수준의 광고, 판촉 및 후원 금지와 담뱃세 인상 정책은 전세계 인구의 20% 미만에만 적용되었고, 공공장소 실내금연은 20%, 금연진료는 33%, 모니터링은 39%에 적용되었으며, 매스미디어를 이용한 금연 캠페인과 담뱃갑 경고는 40% 이상의 인구에 적용되고 있다.

세계보건기구 보고서에 따르면 우리나라는 2016년에 모니터링, 금연진료, 매스미디어를 이용한 금연 캠페인 등에서 가장 높은 수준의 정책을 시행하는 것으로 평가를 받았다. 국민건강영양조사와 청소년건강행태온라인 조사 등을 매년 시행하여 흡연율과 흡연 관련 행태를 조사하는 등 모니터링 면에서는 모범적인 국가로 평가를 받다. 금연진료와 관련해서는, 2005년부터 전국 보건소에 금연클리닉과 금연상담전화를 운영하고 있고, 2015년 이후 병의원을 대상으로 금연치료 건강보험지원사업을 시행하고 있으며, 지역금연센터 입원 캠프 등의 입원 프로그램도 운영하고 있다. 이에 비해 다른 담배규제정책은 높은 평가를 받지 못하고 있다. 담배광고, 판촉과 후원금지는 전혀 이루어지지 않고 있다는 평가를 받고 있다. 편의점에서의 담배광고는 거의 규제가 되고 있지 않다. 2016년 주요면의 30% 크기의 그림 경고를 담뱃갑에 도입했지만, 대부분의 국가에서 주요면의 50% 이상에 경고그림을 도입하고 있으며, 영국, 프랑스, 오스트레일리아 등에서는 정부가 담뱃갑의 모양과 색을 정하는, 가장 강한 수준의 담뱃갑 규제인 '민무늬 담뱃갑(plain packaging)'을 도입하였다. 우리나라는 2015년 담뱃값을 2,500원에서 4,500원으로 80% 인상했으나, 아직 우리나라의 담뱃값은 OECD 34개국 중 31위에 불과하다. 2015년부터 모든 식당과 음식점을 금연구역으로 지정했으나, 아직도 많은 실내작업장에서는 흡연이 허용되고 있다. 또한 모든 실내공공장소를 동시에 금연구역으로 규정하라는 담배규제기본협약 규정과 달리 실내공공장소를 점진적으로 확대하는 정책을 채택함으로써 실내금연정책의 효과를 떨어뜨리고 있다. 현재 우리나라 담배규제정책은 일본을 제외하고는 OECD 국가 중에서 가장 낮은 수준에 머물고 있다.

4) 우리나라에서 시급히 강화되어야 할 담배규제정책

2016년 담뱃갑 경고그림 도입 이후 문재인 정부에서 담배규제정책의 큰 진전이 이루어지지 않고 있다. 성인 남자 흡연율은 2015-2017년 기간 동안 40%를 오르내리고 있으며, 청소년의 흡연율은 오히려 약간 증가하였다. 금연클리닉, 건강보험 금연치료지원서비스 이용은 감소하고, 가열담배 등 신종담배의 사용이 급증하고 있다. 어떤 담배규제정책이 효과적인가는 이미 잘 알려져 있다. 과제는 이런 정책을 시행할 정치적 의지가 있는가이다. 담뱃세를 큰 폭으로 인상해야 하며, 이는 일회성으로 이루어져서는 안된다. 담뱃세를 지속적으로 인상하는 체계를 만들어야 불필요한 정치적 논쟁을 피할 수 있다. 오스트레일리아나 영국은 이미 이런 체계를 가지고 있다. 담배 광고, 판촉, 후원을 전면 금지하는 조치를 취해야 한다. 담배규제기본협약 비준국인 우리나라는 2010년까지 이런 조치를 시행해야 하는데, 하지 않고 있다. 이는 협약을 위반하고 있는 것이다. 특히 청소년의 흡연에 큰 영향을 주는 편의점 등 담배 판매점에서의 담배광고와 담배 진열을 시급하게 금지해야 한다. 전면적인 공공장소 실내금연정책을 시행해야 한다. 현재의 점진적인 정책으로는 담배연기로부터 국민의 건강을 보호할 수 없다.

4. 담배규제정책에서 의사의 역할

의사의 참여와 노력이 더욱 중요하다. 의사는 담배규제정책의 여러 수준에서 기여할 수 있다[5]. 글로벌 수준의 활동으로 세계의사협회는 1997년 세계의사협회총회에서 각 국가의 의사협회가 담배에 대해 다음과 같은 행동을 취하라고 권고했다.

1) 흡연과 담배제품의 사용에 반대하는 정책을 채택하고 이를 공론화할 것
2) 의사협회의 모든 모임에서 흡연을 금지할 것
3) 의사와 대중에게 담배의 해로움을 교육하는 프로그램을 개발 · 지원 · 참여하도록 할 것
4) 의사는 담배를 피우지 않은 롤 모델이 되도록 하고 담배로 인한 건강위해에 관해 대중을 교육하는 캠페인에 대변자가 될 것
5) 담배업계로부터 어떤 재정도 받지 않고 의과대학, 연구소, 개인 연구자들도 같은 행동을 취하도록 권고할 것
6) 담배규제를 강화하는 법률의 제정과 강화를 적극적으로 옹호할 것이다.

국가 수준에서 의사협회는 조직의 내외에서 다음과 같은 행동을 할 수 있을 것이다.

조직 안에서는

1) 의사의 흡연율과 흡연에 대한 태도에 대한 정기적인 조사
2) 조사 결과의 회원 내 전파
3) 협회 내에 담배그룹을 만들어 담배규제와 관련된 다양한 활동을 하도록 함(담배에 관한 회원 교육 등)
4) 의사 협회 건물과 모임에서의 금연
5) 의사 출신 언론인에게 담배 이슈에 관한 브리핑과 기사 게재 권고
6) 의사에게 금연에 관한 정보와 훈련 제공
7) 담배회사로부터의 재정 지원 거절 및 담배회사의 영향에 대한 인식을 높이는 것 등의 행동을 할 수 있다.

조직 바깥에서는

1) 담배규제를 위한 국가계획 수립에 기여
2) 다른 의료인 조직과 연대하여 담배규제에 관한 일관된

입장 수립

3) 언론 홍보

4) 정치인이 담배규제 이슈에 관심을 갖도록 노력

5) 담배 또는 담배연기 없는 의료기관을 위한 캠페인

6) 의과대학과 의사 수련에 담배 관련 내용이 포함되도록 영향을 행사

7) 금연 치료와 상담에 대한 보험적용을 위한 정책적 노력 등을 할 수 있다.

지역의료 수준에서는

1) 학교를 방문해서 담배와 담배 업계의 영향에 관해 학생, 교직원, 학부모와 토론할 수 있는 방안 모색

2) 담배 없는 학교, 병원, 식당, 사무실, 상점, 대중교통과 레저시설을 위한 캠페인 조직

3) 담배 없는 날을 조직

4) 지방정부가 담배광고를 금지하도록 설득

5) 기존 법률(예: 청소년에게 담배판매를 금지한 청소년 보호법)의 집행 강화를 위한 캠페인 등을 할 수 있다.

개인 수준에서는

1) 의사가 담배를 피우지 않는 롤 모델이 되고

2) 담배의존은 윤리적 이슈가 아니라 질병이며 흡연자는 의지가 약한 사람이 아니라 건강문제를 가진 환자이며 따라서 의학적 도움이 필요하다는 것을 인식하도록 하며

3) 의사는 진료의 모든 경우에 금연상담을 포함하도록 해야 한다. 의사가 방문하는 모든 환자에게 흡연 여부를 물어보고(Ask), 금연의도를 평가하고(Assess), 이들에게 금연 하도록 충고하며(Advise), 금연을 원하는 환자에게 적절한 금연서비스를 제공하고(Assist), 추구관리를 하면(Arrange follow-up), 의사는 담배소비를 줄이는데 매우 중요한 역할을 담당하는 것이다.

요약하자면, 의사는 국제적, 전국적, 지역적, 개인적 수준에서 담배소비를 줄이는 데 기여할 수 있다. 담배규제정책을 만들고 담배회사와 싸우는데 참여할 수도 있지만 의사의 일상적인 삶에서 할 수 있는 일도 많이 있다. 의사와 환자의 접촉이 빈번한 우리나라에서는 의사가 환자에게 금연을 권고할 수 있는 기회를 많이 가질 수 있다. 환자가 입원한 경우 이는 환자에게 금연을 권고할 수 있는 중요한 교육 기회가 될 수 있다. 담배를 끊는 것을 도와주는 일은 의사가 할 수 있는 일 중에서 가장 효과적인 일이다.

참고문헌

[1] World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geveva: World Health Organization;2017.

[2] 정금지, 윤영덕, 백수진, 지선하, 김일순. 한국인 성인 남녀의 흡연관련 사망에 관한 연구. 한국보건정보통계학회지 2013;38:2:34-48.

[3] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

[4] 조홍준, 임민경. 세계보건기구 담배규제기본협약. 금연운동협의회 편. 세상을바꾸는전쟁-금연운동과 담배규제정책의 이해. 모멘토. 2018.

[5] World Health Organization. The role of health professionals in tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2005.