

VII 금연치료 및 금연 관련 정책과제의 변화

백유진

한림대학교 의과대학 가정의학교실

The tobacco epidemic is one of the biggest public health threats, killing around 8 million people a year according to the World Health Organization (WHO). Framework Convention on Tobacco Control, which was developed by WHO, recommended in its guideline that tobacco tax increase and other tobacco control measures such as education, advertising bans, smoke-free policy, warning labels and nicotine dependence treatments for smokers should be applied. Most smokers want to quit smoking, however, which is not easy because of nicotine dependence. Physicians can help smokers quit smoking by assessing their dependence and motivating them on their clinic visits. Mainly due to raising tobacco taxes in 2015, various tobacco addiction treatments including financial support of smoking cessation counselling were available in Korea. This review covers the substantial change in smoking cessation services and related policies in Korea after tobacco tax increase.

Key Words: Nicotine addiction, Smoking cessation, Tobacco dependence treatment

Corresponding author: Yu-Jin Paek, M.D., Ph.D.

Department of Family Medicine, Hallym University Sacred Heart Hospital, Hallym University College of Medicine, 22, Gwanpyeong-ro 170beon-gil, Dongan-gu, Anyang 14068, Korea

Tel: +82-31-380-5968, Fax: +82-31-380-1782, E-mail: paek@hallym.or.kr

1. 서론

세계보건기구(WHO)에 따르면 매년 담배로 인한 질병으로 사망하는 사람이 전 세계적으로 600만 명 정도로 추산되며, 2020년에는 700만 명, 2030년에는 800만 명이 사망하여 흡연으로 인해 향후 50년간 4억 5천 명의 사망자가 생길 거라고 추정한다¹. 흡연관련 사망의 3대 질환군은 동맥경화성 심혈관질환, 폐암, 만성폐쇄성폐질환(COPD)이다². 담배를 사용하는 모든 환자들을 선별하여 행동상담과 약물치료를 제공하는 것은 가장 중요한 예방서비스 영역 중의 하나이다. 흡연자들의 70%는 금연을 원하고 있으며, 절반 이상이 지난 1년간 금연시도를 한다고 보고한 바 있다³. 전문가의 도움 없이 금연을 시도하는 사람 중 3~6%만이 1년 이후에도 금연을 유지하고 있다고 한다. 반면, 전문가의 적절한 금연서비스를 받은 사람은 30% 이상의 1년 금연성공률을 보인다고 한다⁴. 의료진의 간단한 금연조언만으로도 병원을 방문하는 흡연자들의 금연성공을 76% 가량 높일 수 있다는 것은 이미 잘 알려진 사실이다⁵. 특정질환, 예를 들어 COPD 환자에게 금연상담과 약물을 제공하는 경우 금연성공률은 획기적으로 올라간다고 한다⁶. 그럼에도 불구하고, 미국의 경우 1차 진료의사가 COPD 환자에게 금연상담을 하는 비율이 절반이 되지 않는다고 한다⁷. 우리나라의 경우도 사정은 비슷하리라 생각된다. 우리나라는 다른 경제협력개발기구(OECD) 국가에 비해 병원방문 횟수가 많아 의료진의 금연진료를 통해 보다 많은 이득을 흡연자들에게 되돌려줄 수 있다⁸.

우리나라의 성인 남성 흡연율은 2011년 47.3%, 2013년 42.1%, 2015년 39.3%로 약간씩 줄어드는 추세이다. 하지만 여전히 우리나라의 성인 남성 흡연율은 OECD 국가 중 최고수준이다⁹. 한편, 여성 성인의 흡연율은 설문조사에서

5~7%대로 그 동안 큰 변동이 없었으나, 소변 코티닌 검사 상 성인 여성 흡연율은 13%에 달하는 것으로 조사되었다¹⁰. 즉 숨겨진 여성흡연자가 많다. 특히 태아에 대한 흡연의 악영향을 고려할 때 가임기 여성에서 문제가 될 수 있다.

사각지대에 있는 인구집단-육체근로자, 여성 감정노동자, 성소수자, 저소득층 등-에서 일반인구보다 흡연율이 높다고 알려져 있으며 건강 불형평성을 줄이기 위해 이들 집단에 대한 대책이 요구된다¹¹. 한편, 정신적인 질환을 가지고 있는 사람들에서 특히 흡연율이 높으며, 이와 관련된 질환으로 사망하는 경우가 많아 특별한 관심이 요구된다¹².

우리나라는 세계보건기구가 발의한 최초의 국제공중보건규약인 담배규제 기본협약(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)에 2005년 참여하였고, 이 가이드라인의 14조에 근거하여 흡연규제 및 금연지원 서비스를 제공하여 왔다¹³. 금연치료와 관련해서는 2005년 보건소 금연클리닉 사업, 2006년 금연상담전화 등 흡연자의 금연지원 프로그램을 단계적으로 확대해 왔으며¹⁴, 2015년 담뱃갑 인상 이후 본격적인 금연치료사업을 전개하고 있다. 본고에서는 담뱃갑 인상 이후 새롭게 도입된 금연치료지원사업의 성과와 향후 전망, 그리고 금연관련정책과제에 대해 간략하게 살펴보고자 한다.

2. 본론

1) 금연치료지원사업

2015년 1월 1일 시행된 담뱃갑 인상으로 국가금연지원서비스 예산은 2014년 208억 원에서 2015년 2,227억 원으로 약 11배가 증가하였다. 이에 따라 기존의 금연지원서비스의 예산과 규모, 서비스 내용이 확대되었고, 중증흡연자 등에 대한 금연지원 서비스도 개발되었다. 결과적으로 금연지원 서비스를 2015년 한 해 총 84만 6천 명이 이용함으로써 이용건수는 전년대비 86.7%가 증가하였다. 특히 2015년 2월 25일부터 의사의 금연상담과 약물치료에 대해 국민건강보험공단에서 특별사업비 형태로 비용을 지원함에 따라 상담서비스, 약제지원, 필요시 입원형 금연치료 등의 맞춤형 지원체계가 구축되었다.

건강보험이 지원하는 금연치료는 건강보험 가입자와 의료급여 수급자, 저소득층 등을 대상으로 1년에 2회기까지 금연치료 서비스를 제공하는 것이다. 1회기 당 총 12주 이내, 6회까지 상담료가 지원되며, 먹는 약물은 84일까지 지원된다. 니코틴 대체제(패치, 껌, 정제)의 구입비용도 일부 지원된다. 8주 이상 이수하면 이수자에게 인센티브 형태로 건강관련 물품이 제공된다. 또한 2016년 11월 타상병과 동시에 금연진료를 하는 경우 상담료를 인상하여 의료인들의 진료수요를 촉진하고 있다. 2015년 건강보험공단 금연치료 프로그램의 등록자 수는 총 230,800명으로 월평균 22,069명이었고, 2016년 1분기에는 월평균 34,157명이 참여하여 점차 증가하는 양상을 보이고 있다(비출간자료). 이 중 여성이 13.6%를 차지하였다. 등록자들의 의료기관 등록횟수는 1회 방문 38.7%, 2회 방문 21.8%로 열명 중 여섯 명이 2회 이하로 방문하였다. 방문 및 상담횟수와 금연성공률은 비례한다고 알려져 있으므로¹⁵ 프로그램이 권장하는 총 6회의 상담을 이수하도록 하기 위한 노력과 조치가 필요하다. 현재 건강보험공단의 금연치료프로그램에 대한 장기금연성공률 평가가 진행되고 있어서 그 내용을 바탕으로 금연상담을 확대하고 금연치료의 질을 담보하기 위한 정책적 고민이 필요한 단계이다. 건강보험공단의 지원사업은 입원환자에게도 외래환자와 동일한 방식으로 제공되고 있다. 입원환자는 금연동기가 있으므로 집중적인 금연프로그램을 제공하면 금연성공률이 올라간다^{16,17}.

또한 흡연관련된 해당질병의 재발, 재입원, 사망 등을 감소시키므로 의료비 절감을 예상할 수 있다¹⁸. 그러므로 흡연한 입원환자들에 특화된 금연지원 프로그램의 개발과 적용도 필요하리라 본다. 한 가지 방법으로 거론되고 있는 것은 입원한 흡연자들에 대한 금연상담과 치료를 전담하는 간호사(인력)를 배치하여 활용하는 것이다. 이를 위한 예산과 지원문제가 향후 해결되어야 할 과제이다.

한편 보건복지부는 입원형 금연캠프를 통해 고도의 중증흡연자와 흡연관련 질환자를 위한 금연서비스를 제공하고 있는데, 전국의 18개 권역에 산재한 금연지원센터를 통해 병원에 4박 5일간 입원하는 형태이다. 입원형 금연치료는 미국의 메이요클리닉에서 최초로 시도되었으며¹⁹, 우리나라에서 이를 모방한 유사한 프로그램을 개발하여 적용하고 있다. 이 프로그램을 통해 입원할 수 있는 흡연자의 숫자는 매우 제한적이므로 보편화된 프로그램으로의 전환이 필요하다.

2) 금연관련정책과제

금연관련정책은 크게 가격정책과 비가격정책으로 나뉘며, 비가격정책에는 실내흡연규제, 홍보, 교육, 연구, 금연지원 등이 포함된다. 실내흡연규제는 2015년부터 면적과 무관하게 모든 음식점에서 강제적으로 시행되었다. PC방 금연에 이어 당구장과 스크린 골프장 등의 실내체육시설도 2017년 12월부터 금연구역으로 지정된다. 홍보분야에서는 TV 매체와 신문 등의 기존매체를 이용한 광고뿐만 아니라 페이스북, 유튜브, 웹툰 등의 뉴미디어를 활용한 금연홍보를 적극적으로 시행하였다. 또한 흡연피해자의 '증언형 광고(K-Tips)'가 방영될 예정이다. 증언형 광고는 흡연으로 피해를 본 당사자가 직접 출현해 자신의 피해를 증언하는 방식의 텔레비전 광고이다. 한편, 전국 초·중·고등학교에서는 흡연예방교육을 확대 실시하였다. 복지부는 학교 정문에서 50 m 이내의 소매점에서 담배광고 포스터나 계산대 근처의 소형 광고판을 완전금지할 예정이다. 보건의료계열 재학생들을 위한 금연교육교재 개발연구도 진행 중이다. 연구분야에서는 담뱃갑 경고그림의 효과연구, 실내흡연규제 정책연구, 간접흡연연구, 여성 및 청소년흡연 특성연구, 임신부 흡연을 연구, 담배의 유해성분 분석연구 등이 진행되고 있다. 담뱃갑 경고그림은 우여곡절 끝에 규제개혁위원회의 의결을 통과하여 2016년 12월 23일부터 시행되었다. 한편 폐암조기선별을 위한 저선량 폐 CT의 시범사업도 계획되어 있다. 금연지원의 영역에서는 군·의경 금연환경 조성 및 금연지원 서비스가 확대되었다. 이를 위해 2016년 한 해 동안 49억 원의 예산이 배정되었으며, 경구용 금연치료제도 군장병에게 사용할 수 있도록 지원하였다. 찾아가는 금연지원 서비스는 학교 밖 청소년, 여성, 대학생 등 기존 금연지원서비스의 사각지대에 있던 인구집단을 위한 금연서비스 정책으로 2017년 말까지 예정되어 있다. 시도 금연사업담당자, 학교흡연예방사업 담당교사, 그리고 지역금연지원센터의 금연상담사들을 위한 온라인 및 오프라인 교육프로그램이 개발 완료하여 현장에 적용되었으며, 이에 대한 평가도 진행 중이다. 건강보험공단에서 주관하는 의료인 금연교육은 2016년까지 오프라인으로 진행되었으며, 2017년부터 온라인으로 진행될 예정이다. 전방위적으로 수행된 금연관련 사업과 계획은 2015년 담뱃갑 인상에서 얻은 세원으로 가능한 것이었다. 담배세의 효율적인 사용을 위한 정책과제도 수행되었으며, 마련된 세원을 보다 건설적으로 활용하기 위한 다양한 방안이 모색될 것으로 보인다.

3. 결론

흡연은 COPD 등의 치명적 질환의 주요 원인으로 금연이 가장 중요하다. 우리나라는 담뱃값 인상으로 마련된 재원을 바탕으로 다양한 금연치료서비스를 제공하고 있으며 금연관련정책과 연구를 적극적으로 수행하고 있다. 장기적인 전망에 따른 연구과제의 선정과 수행, 평가 및 피이드백을 통해 흡연관련질환의 유병률과 사망률을 줄이고, 궁극적으로 흡연율을 획기적으로 떨어뜨리기 위한 범국가적 노력이 필요하다. 이를 위해서 다학제적인 연구, 정부 및 시민단체와의 네트워크 구축, 금연서비스 확대를 위한 제도개선이 필요하다.

References

1. Jung KJ, Yun YD, Baek SJ, Jee SH, Kim IS. Smoking-attributable mortality among Korean adults. *J Korea Soc Health Inform Stat* 2013;38:36-48.
2. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172:837-44.
3. Rigotti NA. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. *JAMA* 2012;308:1573-80.
4. Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015;163:622-34.
5. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD000165.

6. van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8):CD010744.
7. Nelson KE, Hersh AL, Nkoy FL, Maselli JH, Srivastava R, Cabana MD. Primary care physician smoking screening and counseling for patients with chronic disease. *Prev Med* 2015;71:77-82.
8. OECD iLibrary. OECD factbook 2015-2016: economic, environmental and social statistics [Internet]. [cited 2016 Dec 29]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-utilisation_data-00542-en?isPartOf=/content/datacollection/health-data-en.
9. Ministry of Health and Welfare, Centers for Disease Control & Prevention. Korea national health and nutrition examination survey. 2015 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes>.
10. Jung-Choi KH, Khang YH, Cho HJ. Hidden female smokers in Asia: a comparison of self-reported with cotinine-verified smoking prevalence rates in representative national data from an Asian population. *Tob Control* 2012;21:536-42.
11. Sheffer CE, Anders M, Brackman SL, Steinberg MB, Barone C. Tobacco intervention practices of primary care physicians treating lower socioeconomic status patients. *Am J Med Sci* 2012;343:388-96.
12. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, Fu E, Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatr* 2011;33:217-23.
13. Cho HJ. The status and future challenges of tobacco control policy in Korea. *J Prev Med Public Health* 2014;47:129-35.
14. Oh JK, Lim MK, Yun EH, Shin SH, Park EY, Park EC. Cost and effectiveness of the nationwide government-supported smoking cessation clinics in the Republic of Korea. *Tob Control* 2013;22:e73-7.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
16. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD001837.
17. Shin GH, Yi SW, Cheong YS, Park EW, Choi EY. Compliance and effectiveness of smoking cessation program started on hospitalized patients. *Korean J Fam Med* 2016;37:149-55.
18. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131:446-52.
19. Hodgkin JE, Sachs DP, Swan GE, Jack LM, Titus BL, Waldron SJ, et al. Outcomes from a patient-centered residential treatment plan for tobacco dependence. *Mayo Clin Proc* 2013;88:970-6.