

# 우리나라 알코올 규제 정책의 이행 현황과 향후 과제

박여진<sup>\*,\*\*</sup>, 오유미<sup>\*\*\*†</sup>

<sup>\*</sup>이화여자대학교 일반대학원 융합보건학과 대학원생, <sup>\*\*</sup>한국건강증진개발원 건강증진사업실 선임전문원,  
<sup>\*\*\*</sup>한국건강증진개발원 건강증진사업실 실장

## Current implementation status and future tasks of alcohol control policy in Korea

Yer Jin Park<sup>\*,\*\*</sup>, Yu-Mi Oh<sup>\*\*\*†</sup>

<sup>\*</sup> Graduate student, Department of Health Convergence, Graduate School of Ewha Womans University  
<sup>\*\*</sup> Officer, Department of Non-Communicable Diseases Prevention, Korea Health Promotion Institute  
<sup>\*\*\*</sup> Director, Department of Non-Communicable Diseases Prevention, Korea Health Promotion Institute

**Objectives:** The World Health Organization (WHO) announced its “Global strategy to reduce harmful use of alcohol” in 2010. This global strategy focuses on 10 key areas of policy options and interventions at the national level. This study aims to understand and compare the current status of the strategy’s implementation worldwide and in Korea. **Methods:** This study reviewed the “Global status report on alcohol and health” by WHO and the “Global Information System on Alcohol and Health.” Additionally, this study reviewed the relevant laws, press releases, and government publications to identify Korea’s status. **Results:** This study found well-implemented policy options and interventions in Korea in the following areas: “Leadership, awareness and commitment,” “Drink-driving countermeasures,” national legal minimum age for “Regulating the availability of alcohol,” and “Addressing informal and illicit production.” The strategies that need to be improved are: “Community action,” restrictions on alcohol consumption in public places for “Regulating the availability of alcohol” “Marketing restrictions,” “Pricing,” “Reducing the negative consequences of drinking” and “Monitoring and surveillance.” Additionally, restrictions for sales for “Regulating the availability of alcohol” has not been implemented in Korea. **Conclusion:** To improve Korea’s alcohol control policy options and interventions, “Pricing,” “Marketing restrictions,” and restrictions of sales for “Regulating the availability of alcohol” should be strengthened to match the global strategy implementation level.

**Key words:** alcohol, alcohol control policy, alcohol control intervention, global strategy

### I. 서론

비감염성 질환은 건강한 삶을 위협하는 질병으로, 전 세계적으로 4,100만 명이 비감염성 질환으로 사망하며 이는 전 세계 사망 원인의 71%를 차지한다(World Health Organization[WHO], 2018a). 이로 인해 세계보건기구(WHO)를 비롯한 국제사회에서는 비감염성 질환으로 인한

조기 사망을 예방하기 위해 대응하고 있다. 국제연합(UN)에서는 인류의 미래지향적인 발전을 위한 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 17개를 수립하였는데, 세 번째 목표로 “모든 연령층을 위한 건강한 삶의 보장과 복지증진”을 정하고, 2030년까지 비감염성 질환으로 인한 조기 사망률을 1/3로 줄이는 것을 세부 목표로 설정하고 있다(United Nations[UN], 2015). 또한 세계보건

Corresponding author: Yu-Mi Oh

Department of Non-Communicable Diseases Prevention, Korea Health Promotion Institute 24th Fl., Namsan Square B/D, 173, Toegye-ro, Jung-gu, Seoul, 04554, Republic of Korea

주소: (04554) 서울 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 24층, 한국건강증진개발원 건강증진사업실

Tel: +82-2-3781-2258, Fax: +82-2-3781-3582, E-mail: oyumi@khealth.or.kr

• Received: January 28, 2021

• Revised: February 25, 2021

• Accepted: March 18, 2021

기구(WHO)에서는 비감염성 질환(Non Communicable Disease, NCDs) 예방목표를 수립하였으며, 2030년까지 심혈관질환, 암, 만성폐질환, 당뇨병 등 주요 비감염성 질환으로 인한 조기 사망률 25% 감소를 주요 목표로 설정하고 있다(WHO, 2013).

비감염성 질환을 유발하는 요인으로 유전적 요인, 생활습관 관련요인(흡연, 음주, 건강하지 못한 식생활, 신체활동 부족 등), 대사관련 요인(비만, 혈압, 혈당, 혈중지질 등), 환경적 요인(사회, 경제, 문화, 정치 등) 등이 있다. 이 중 음주는 비감염성 질환 위험요인 중에서도 주요한 원인으로, 음주는 전 세계적으로 300만 명이 사망에 이르게 하며, 이는 전체 사망의 5.3%를 차지하고 있다(WHO, 2018b). 또한 음주는 전 세계 질병 및 상해 부담의 5.1%를 차지하며, 질병부담 요인 7위에 해당한다(GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). 우리나라에서는 매일 13명이 음주로 사망하여 연간 총 4,694명이 음주로 사망하고 있다(Statistics Korea, 2020).

국제사회에서는 음주를 인류의 미래지향적인 발전과 비감염성 질환 예방을 위해 해결해야 할 심각한 문제로 인식하고 있다. 국제연합(UN)에서는 알코올을 포함한 물질남용에 대한 예방과 치료 강화를 지속가능발전목표(SDGs)의 세 번째 목표인 “모든 연령층을 위한 건강한 삶의 보장과 복지 증진”의 하위 목표로 설정하고 있다(UN, 2015). 세계보건기구(WHO)에서는 비감염성 질환으로 인한 조기 사망률을 25% 감소하기 위해 해로운 음주율을 10% 감소해야 한다고 제시하고 있다(WHO, 2013).

음주는 비감염성 질환 등을 야기하여 음주자의 건강을 악화시킬 뿐만 아니라, 타인과 사회에도 부정적인 영향을 미친다(Babor et al., 2010). 알코올은 중독성 약물 중 타인에게 미치는 피해가 가장 높은 약물로(Nutt, King, & Phillips, 2010), 음주자로 인한 교통사고, 범죄 등이 야기될 수 있다(WHO, 2018b). 우리나라에서 음주운전으로 연간 346명이 사망하고, 3만 3천여 명이 부상을 입는데, 음주운전으로 인한 교통사고는 전체 교통사고의 10.2%를 차지한다(Road Traffic Authority Driver's License Examination Office, 2019). 또한, 살인, 강도, 방화, 강간 등 강력범죄의 28.3%는 가해자가 음주상태에서 일으킨 범죄이다(Supreme Prosecutors' Office, 2019). 음주자는 배우자와 자녀에게 가정폭력, 아동학대 등을 야기할 수도 있다. 음주는 타인뿐

만 아니라 사회에도 부정적인 영향을 미칠 수 있는데, 과도한 음주로 인해 노동의 생산성 저하, 실업, 빈곤 등이 야기될 수 있다. 음주로 인한 사회경제적 비용은 9조 4,524억 원에 이르며, 비용 항목별로는 조기사망에 따른 미래소득 손실, 의료이용에 따른 생산성 손실, 생산성 저하 등이 간접비 비중이 높은 것으로 나타났다(Lee, Yun, Back, Hyun, & Ghang, 2015).

음주는 개인의 선택에 의한 행동으로 볼 수 있지만, 사실은 국가가 가지고 있는 경제·사회 구조, 정치·법 구조, 시장 구조에 영향을 받는다. 국가가 가지고 있는 구조에 의해 주류의 이용가능성, 가용성, 수용성 등이 결정되기 때문이다(Fred, Elizabeth, Theo, Mark, & Karen, 2013). 주류의 이용가능성은 주류를 쉽게 구매해서 소비할 수 있는 정도를 의미하며, 가용성은 저렴한 가격에 주류를 구매할 수 있는 정도, 수용성은 음주가 문화적으로 관대하게 받아들여지는 정도를 의미한다.

세계보건기구(WHO)에서는 음주를 감소하고 음주폐해를 예방하기 위해 각 국가에서 수행해야 하는 10가지 영역을 제시했으며, 국가의 경제·사회, 정치·법, 시장 구조 전반에서 수행되어야 전략들로 구성되어 있다(WHO, 2010). 구체적으로 살펴보면, ① 리더십, 인식과 헌신, ② 보건서비스 분야의 대책, ③ 지역사회 활동, ④ 음주운전 관련 대책, ⑤ 알코올 이용가능성 규제, ⑥ 주류마케팅 규제, ⑦ 가격 정책, ⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소, ⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결, ⑩ 모니터링과 감시체계이다.

세계보건기구(WHO)에서는 앞서 언급한 10가지 영역에서의 정책과 개입 중 효과가 인정되어 각 국가에서 우선적으로 시행할 수 있는 5개의 정책과 개입(SAFER)을 제시했다. SAFER는 주류의 이용가능성 제한 강화, 음주운전 예방 강화, 음주문제 치료 접근성 확대, 주류마케팅 규제 강화, 주류 가격 인상으로 구성되어 있다. SAFER 역시 국가의 경제·사회·법·시장 구조 전반에서 이루어져야 하는 정책과 개입을 강조하고 있다(WHO, 2018c).

그 동안 우리나라의 알코올 규제 정책을 분석한 연구는 특정 해외 국가의 알코올 규제 정책과 우리나라의 정책 현황을 고찰하여 우리나라에 적용할 수 있는 방안을 제시하거나(Kim & Sohn, 2020; Kang, 2020), 특정 인구집단을 대상으로 한 국내 정책 현황 고찰(Lee, 2019), 특정 알코올 규제 정책에 대한 세계 주요 국가와 우리나라의 현황 비교

(Sohn, Shin, & Kim, 2018)였다. 세계보건기구(WHO)에서 제시한 정책과 개입의 세계 이행 수준을 파악하고, 우리나라의 이행 현황을 이와 비교한 연구는 미미하였다. 이에 본 연구는 세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입이 전 세계적으로 추진되고 있는 현황과 우리나라에서 이행되고 있는 현황을 파악하고, 이를 비교하여 시사점을 제언하고자 한다.

## II. 연구방법

본 연구는 세계보건기구(WHO)에서 제시한 알코올 규제 정책과 개입이 전 세계적으로 그리고 우리나라에서 추진되고 있는 현황을 파악하기 위한 연구로, 국내외 관련 문헌고

찰을 수행하였다.

세계보건기구(WHO)의 10가지 영역의 정책과 개입의 추진 현황을 파악하기 위한 기준은 “Global status reports on alcohol and health 2018”의 “Country Profiles” 중 “Policies and interventions”에 해당하는 지표를 참고하였으며, 각 지표에 대한 세부 분류와 정의는 같은 보고서의 “situation analysis”를 참고하여 구체화 하였다. 다만, 지표가 세부 분류(매체, 장소, 연령 등)에 따른 주종별 결과(통계치, 데이터 등)를 제시하는 경우에는 정책의 전반적인 이행 현황을 파악하기 어려워 분석에서 제외하였다(Table 1). 또한, “② 보건서비스 분야의 대책”, “⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결”에 관한 지표는 “Country Profiles”에서 관련 정보를 제공하지 않아, 같은 보고서의 “situation analysis”만을 참고하였다.

<Table 1> Indicator of WHO's global strategy to reduce the harmful use of alcohol in country profiles, global status report on alcohol and health 2018

Indicator in country profiles <sup>†</sup>		Including in this study
<b>① Leadership, awareness and commitment</b>		
Written national policy (adopted/revised)		○
<b>③ Community action</b>		
National government support for community action (any)		○
<b>④ Drink-driving countermeasures</b>		
National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %		○
<b>⑤ Regulating the availability of alcohol</b>		
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)		○
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)		○
	density, hours, days, places	○
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages (any)	specific events / intoxicated persons / petrol stations	○
<b>⑥ Marketing restrictions</b>		
Legally binding regulations on alcohol	advertising	○
	product placement (any)	-
Legally binding regulations on alcohol	sponsorship	-
	sales promotion (any)	-
<b>⑦ Pricing</b>		
Excise tax on beer / wine / spirits		○
<b>⑧ Reducing the negative consequences of drinking</b>		
Legally required health warning labels on alcohol	advertisements	○
	containers (any)	○
<b>⑩ Monitoring and surveillance</b>		
National monitoring system(s) (any)		○

Notes. <sup>†</sup> Indicators of “② Health services’ response”, ⑨ Addressing informal and illicit production were not written in country profiles. So, researchers referred to situation analysis in report.

이를 바탕으로, ① 리더십, 인식과 헌신에 관한 지표는 알코올 규제를 위한 국가의 정책 수립 정도, ② 보건서비스 분야의 대책에 관한 지표는 알코올 사용장애에 대한 예방과 치료 및 보호서비스 제공 정도, ③ 지역사회 활동은 8개 영역(정보성 자원 제공, 담당인력 교육, 연구 지원 등)에 대한 정부의 지원 정도, ④ 음주운전 관련 대책은 음주운전을 정의하기 위한 혈중 알코올 농도를 기준으로 삼았다. ⑤ 알코올 이용가능성 규제의 경우, 주류 구매(이용) 가능 연령 제한, 주류 구매(이용) 가능 시간·요일 제한, 주류 판매점 밀도 제한, 공공장소 음주 제한 정책의 이행 여부를 기준으로 설정하였다. ⑥ 주류마케팅 규제는 주류마케팅 규제가 엄격한 정도, ⑦ 가격 정책은 주류에 세금 부과 여부로 측정하였다. ⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소는 주류 광고와 주류용기에 음주로 인한 건강상의 피해를 경고하는 문구 표기 여부로, ⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결은 불법 및 비공식적 알코올 생산과 판매를 금지하기 위한 국가의 법 여부, ⑩ 모니터링과 감시체계는 4개 영역(음주행태, 건강 피해, 사회적 피해 등)에서 모니터링과 감시체계를 갖추고 있는지 여부로 설정하였다.

세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입이 전 세계적으로 추진되고 있는 현황을 파악하고자 앞서 언급한 보고서와 “Global Information System on Alcohol and Health(GISAH)에 보고된 각 국가의 이행 현황 자료(통계, 데이터 등)를 검토하였다. 10가지 영역에서의 정책과 개입 중 다수는 앞서 언급한 보고서의 “situation analysis”에서 제시한 통계를 인용하였으나, “situation analysis”에서 정책과 개입의 영역별 세부지표에 대한 통계를 제시하지 않거나, 특정 주중에 대한 통계만 제시하거나, 해당 정책을 수행하고 있는 국가에 대한 통계만 제시하는 경우에는 GISAH에 보고된 각 국가의 이행 현황 자료를 분석하여 산출하였다. GISAH의 자료를 분석한 영역은 “⑤ 알코올 이용가능성 규제”의 주류 구매(이용) 가능 연령 제한(off-premise), “⑦ 가격 정책”, “⑩ 모니터링과 감시체계”이다.

우리나라에서 이행되고 있는 현황을 파악하기 위해 “Global status reports on alcohol and health 2018”의 “Country Profiles”에 보고된 우리나라의 자료를 파악하였으며, 추가 정보가 필요한 경우에는 GISAH에 보고된 우리나라 현황을 확인하였다. 그 후, 위에서 언급한 기준과 관

련된 우리나라의 근거 법령을 분석하였으며, 분석을 위한 자료는 국가법령정보센터(www.law.go.kr)에서 검색하였다. 또한, 알코올 규제가 강화 혹은 축소된 배경을 파악하기 위해 관련 정부기관의 보도자료를 포함하여 분석하였으며, 법령을 근거로 추진되는 정책에 대한 이해를 얻기 위해 정부기관에서 발간하는 간행물 등을 수집하고 고찰하였다.

분석한 자료를 기반으로 국제 이행 현황을 파악하고, 이에 따라 우리나라 이행 현황을 분석하였다. 우리나라의 이행 현황을 분류함에 있어, 수준에 따라 3단계로 구분하였다. 우리나라의 이행 현황이 전 세계의 이행 현황과 유사하거나 높은 경우에 “이행이 우수한 정책과 개입”으로 분류하였다. 우리나라의 이행 현황이 세계보건기구(WHO)에서 제시한 세부 정책과 개입 중 일부만 수행하고 있는 경우에 “이행 하고 있으나 개선이 필요한 정책과 개입”으로 분류하였다. 마지막으로, 세계보건기구(WHO)에서 제시한 정책과 개입 중 우리나라에서 이행하고 있지 않은 정책과 개입을 “이행하지 않은 정책과 개입”으로 구분하였다.

이러한 분류는 우리나라의 담배규제 정책을 국제 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)과 비교한 선행 연구의 방법론을 참고하였다(Oh, 2016). 해당 연구의 연구자는 전 세계적으로 담배규제기본협약의 조항이 이행되고 있는 현황과 우리나라의 이행 현황을 비교하거나, 담배규제기본협약에서 제시한 사항을 우리나라에서 수행하고 있는 정도 등을 고려하여, 담배규제기본협약의 이행 정도를 “이행이 우수한 정책”, “개선된 정책”, “개선이 필요한 정책”으로 분류하였다. 본 연구에서는 이를 참고하여, 연구자 1인이 우리나라의 알코올 규제 정책과 개입의 이행 현황을 1차로 분류하였으며, 다른 연구자가 이를 검토한 뒤 의견이 일치하지 않는 부분에 대해서는 논의를 거쳐 합의하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 국제 이행 현황

세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입 중 이행률이 높은 정책은 “⑦ 가격” 정책, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류를 구매할 수 있는 연령 제한, “④ 음주운전 관련 대책” 순이었다(Table 2).

가장 높은 이행률을 보인 정책은 “⑦ 가격 정책”으로, 전 세계적으로 92.8%의 국가에서 주류에 세금을 부과하고 있었다. 다음으로, “⑤ 알코올 이용가능성 규제”를 위해 약 91.5%의 나라에서 주류를 구매할 수 있는 연령을 제한하고 있다. 약 81% 국가에서 음주운전을 정의하기 위한 혈중알코올농도 기준을 설정하고 있었으며, 일반인구의 음주운전 기준을 혈중알코올농도 0.05% 이상으로 정의하는 국가가 30.2%로 가장 많았다. 약 78.0%의 국가에서는 중앙 정부가 “③ 지역사회 활동”을 강화하기 위해 지원하고 있었고, 세부 지원 내용에 따라 이행률에 차이가 있었다. “⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결”을 위한 정책을 시행하고 있는 국가는 약 73.3%였다.

주류를 구매할 수 있는 연령에 제한을 두는 정책과 개입 외에 “⑤ 알코올 이용가능성 규제”와 관련된 정책과 개입의 이행률은 다소 낮은 편이었다. 알코올의 이용가능성을 규제하기 위해 국가는 공공장소에서 주류를 소비하지(음주하지) 못하도록 규정할 수 있다. 음주를 제한할 수 있는 공공장소는 의료기관, 교육시설, 정부기관, 대중교통, 공원 및 거리, 스포츠 행사, 레저 시설, 직장, 종교시설 등을 들 수 있으며, 공공장소 유형에 따라 차이는 있지만 실제로 약 54.7%의 국가에서 음주를 제한하고 있다. “⑥ 주류마케팅 규제” 역시 강력하게 추진되지 못하고 있다. 세계보건기구(WHO)에서 주류 마케팅 규제가 강력한 정도를 범주화 한 결과, 주류광고 규제의 강력함이 보통 이상인 국가는 약

50.0%였다. 또한, 알코올 규제를 위한 각 국가의 “① 리더십, 인식과 헌신”은 강력하지 못한 것으로 나타났다. 각 국가의 리더십을 명문화된 알코올 규제 정책의 유무로 가능한 결과, 전 세계적으로 45.7%의 국가만이 알코올 규제와 관련된 명문화된 정책을 가지고 있었다.

전 세계적으로, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류를 판매할 수 있는 시간·요일을 정하거나 주류 판매점의 밀집도를 제한하는 정책, “⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소”, “⑩ 모니터링과 감시체계”, “② 보건서비스 분야의 대책”이 상대적으로 미흡하게 이행되고 있었다. 우선, “⑤ 알코올 이용가능성 규제”와 관련하여, 주류를 판매할 수 있는 시간을 정하고 있는 국가는 약 32.8%였으며, 요일을 제한하는 국가는 약 16.1%, 판매점 밀집도를 제한하는 국가는 약 14.3%로 상대적으로 적었다. “⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소”를 위해 소비자에게 주류 소비로 나타날 수 있는 건강상의 폐해를 경고하는 문구를 주류광고와 주류 용기에 부착해야 한다. 하지만, 이를 이행하는 국가는 전 세계적으로 약 31.4%에 불과했다. 또한, “⑩ 모니터링과 감시체계” 관련하여 알코올 소비와 이로 인해 나타날 수 있는 폐해 현황을 파악하고 감시할 수 있는 체계를 갖춘 국가는 약 27.5%였다. 마지막으로 “② 보건서비스 분야의 대책”과 관련하여 과도한 음주로 알코올 의존이 된 사람들에게 치료·재활서비스를 충분히 제공하는 국가는 약 19.5% 밖에 되지 않았다.

〈Table 2〉 Implementation of WHO's global strategy to reduce the harmful use of alcohol

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol	World	Republic of Korea
<b>① Leadership, awareness and commitment</b> - Percentage of countries with Written national policies 45.7%		
Written national policies	45.7%	Yes
<b>② Health services' response</b> - Percentage of countries with high, substantial national treatment coverage 19.5%		
High	13.6%	
Substantial	5.9%	
Limited	13.6%	
National treatment coverage for alcohol dependence		-
Very limited	19.5%	
Close to none	7.7%	
Unknown	39.6%	

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol		World	Republic of Korea
<b>③ Community action</b>			
<b>- Percentage of countries with government support for community action 78.0%</b>			
	Provision of information	72.7%	Yes
	Training programmes	68.0%	Yes
	Disseminate data	57.8%	No
	Research studies	55.5%	No
National government support for community action	After school programmes	49.2%	No
	At-risk subgroups	46.1%	No
	Earmark funds	46.9%	No
	Technical tools	40.6%	No
	Any of the above supports	78.0%	Yes
<b>④ Drink-driving countermeasures</b>			
<b>- Percentage of countries with BAC criteria 81.7%(general poulation)</b>			
	0.00%	8.9%	
	0.01% or higher and less than 0.05%	18.3%	
National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle(General poulation)	0.05%	30.2%	Yes
	0.06% or higher and less than 0.08%	2.4%	(0.03%†)
	0.08%	21.9%	
	No BAC limits at all	18.3%	
<b>- Percentage of countries with BAC criteria 81.4%(Youth)</b>			
	0.00%	15.6%	
	0.01% or higher and less than 0.05%	25.1%	
National maximum legal blood alcohol concentration(BAC) when driving a vehicle(Youth)	0.05%	17.4%	Yes
	0.06% or higher and less than 0.08%	2.4%	(0.03%†)
	0.08%	21.0%	
	No BAC limits at all	18.6%	
<b>- Percentage of countries with BAC criteria 81.7%(Professional drivers)</b>			
	0.00%	16.6%	
	0.01% or higher and less than 0.05%	43.2%	
National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle(Professional drivers)	0.05%	1.8%	Yes
	0.06% or higher and less than 0.08%	20.1%	(0.02 ~0.03%†)
	0.08%	18.3%	
	No BAC limits at all	18.3%	
<b>⑤ Regulating the availability of alcohol</b>			
<b>- Average of implementation rate "National legal minium age for bear, wine, spirits" 91.5%</b>			
	Beer	89.6%	
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages	Wine	90.2%	Yes
	Spirits	89.6%	(19 yrs)
	Average	89.8%	
	Beer	93.3%	
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages	Wine	93.3%	Yes
	Spirits	92.7%	(19 yrs)
	Average	93.1%	

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol			World	Republic of Korea
<b>- Average of implementation rate "Restrictions for sales", 14.3%(Density), 32.8%(Hours), 16.1%(Days)</b>				
Restrictions for on- premise sales of alcoholic beverages	Density	Beer	16.5%	No
		Wine	16.5%	
		Spirits	16.5%	
		Average	16.5%	
	Hours	Beer	32.9%	No
		Wine	32.3%	
		Spirits	32.9%	
		Average	32.7%	
	Days	Beer	15.0%	No
		Wine	15.0%	
		Spirits	15.0%	
		Average	15.0%	
Restrictions for off- premise sales of alcoholic beverages	Density	Beer	12.0%	No
		Wine	12.0%	
		Spirits	12.0%	
		Average	12.0%	
	Hours	Beer	32.9%	No
		Wine	32.9%	
		Spirits	32.9%	
		Average	32.9%	
	Days	Beer	17.0%	No
		Wine	17.6%	
		Spirits	17.0%	
		Average	17.2%	
<b>- Average of implementation rate by type of public places, 54.7%</b>				
Restrictions on alcohol consumption in public places (Total ban or Partial ban)	Healthcare		66.5%	No
	Education		72.0%	
	Government offices		63.4%	
	Public transport		54.9%	
	Parks, streets, etc.		43.3%	
	Sporting events		51.2%	
	Leisure events		33.5%	
	Workplaces		64.0%	
	Religious places		43.9%	
	Average		54.7%	
<b>⑥ Marketing restrictions</b>				
<b>- Percentage of countries with restrictive, very restrictive, most restrictive Stringency, 50.0%</b>				
Stringency of overall statutory regulation of alcohol marketing	Most restrictive		13.0%	- (Depend on media)
	Very restrictive		9.4%	
	Restrictive		27.5%	
	Slightly restrictive		13.8%	
	Least restrictive		36.2%	

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol		World	Republic of Korea
<b>⑦ Pricing</b>			
- Average of implementation rate "Excise tax on beer, wine, spirits" 92.8%			
Excise tax on	Beer	96.4%	
	Wine	86.1%	Yes
	Spirits	95.8%	
	Average	92.8%	
<b>⑧ Reducing the negative consequences of drinking</b>			
- Average of implementation rate health warning labels, 31.4%			
Legally required health warning labels on	Alcohol advertisements	34.1%	No
	Alcohol containers	28.7%	Yes
	Average	31.4%	
<b>⑨ Addressing informal and illicit production</b>			
- Average of implementation rate "national legislation to prevent illegal production and sale on beer, wine, spirits", 73.3%			
National legislation to prevent illegal production of informally produced alcoholic beverages	Beer	70.4%	
	Wine	70.4%	Yes
	Spirits	72.8%	
	Average	71.2%	
National legislation to prevent illegal sale of informally produced alcoholic beverages	Beer	74.4%	
	Wine	75.7%	Yes
	Spirits	76.2%	
	Average	75.4%	
<b>⑩ Monitoring and surveillance</b>			
- Average of implementation rate by type of national monitoring systems, 27.5%			
National monitoring system(s)	Alcohol consumption	40.0%	
	Health consequences	38.8%	Yes
	Social consequences	19.2%	
	Alcohol policy responses	11.5%	No
	Average	27.5%	-

Notes. †The BAC was written 0.05% in the WHO's report, but It was revised to 0.03% in 2019.06

‡The BAC was written 0.05% in the WHO's report, but It was written 0.02% ~ 0.03% in Korean laws.

## 2. 우리나라 이행 현황

우리나라의 이행 현황을 국제 수준과 비교해보면, 이행이 우수한 정책과 개입, 이행하고 있으나 개선이 필요한 정책과 개입, 이행하지 않는 정책과 개입, 이행 수준을 분류할 수 없는 정책과 개입으로 나눌 수 있다<Table 3>.

### 1) 이행이 우수한 정책과 개입

세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입 중 우리나라에서 원활하게 수행되고 있는 영역은 "① 리더십, 인식과 헌신", "④ 음주운전 관련 대책", "⑤ 알코올 이용가능성 규제" 중 주류 구매 가능 연령 제한, "⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결"이었다.



<Table 3> The level of implementation of WHO's global strategy to reduce the harmful use of alcohol in republic of Korea

Level of implementation	WHO's global strategy
Well implemented	① Leadership, awareness and commitment
	④ Drink-driving countermeasures
	⑤ Regulating the availability of alcohol - National legal minimum age
	⑨ Addressing informal and illicit production
Implemented, but need to improve	③ Community action
	⑤ Regulating the availability of alcohol - Restrictions on alcohol consumption in public places
	⑥ Marketing restrictions
	⑦ Pricing
	⑧ Reducing the negative consequences of drinking
	⑩ Monitoring and surveillance
Not implemented	⑤ Regulating the availability of alcohol - Restrictions for sales
Unable to classify	② Health services' response

세계보건기구(WHO)에서는 “① 리더십, 인식과 헌신”에서 국가가 알코올 규제 정책을 수립할 것을 권고하고 있다(WHO, 2010). 우리나라의 경우, 보건복지부에서 건강증진 관련 중장기 계획인 ‘국민건강증진종합계획’을 10년 단위로 수립하여 발표하고 있다. 현재 국민건강증진종합계획 2020(11-20)을 시행하고 있으며, 2030(21-30)을 수립하고 있다(Korea Health Promotion Institute[KHPI], 2021). 국민건강증진종합계획 2020에서는 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 위해 총 6개의 영역을 제시한바 있으며 이 중 건강생활실천의 확산을 위하여 절주를 포함하여 총 4개의 영역을 관리하고 있다. 절주 분야에서는 국가 알코올 소비량의 감소, 위험음주행동 감소, 고위험 계층의 위험음주행동 감소, 음주관련 폐해 감소, 음주조장환경 개선을 목표 지표로 설정하여 관리하고 있다. 이러한 목표를 달성하기 위해, 주류판매 제도 개선 사업, 주류가격 조정 사업, 음주조장환경 개선 사업, 교육 및 정보 제공 사업, 음주문제 예방사업, 모니터링 시스템 구축 및 지원 사업이 추진되어야 한다고 명시하고 사업 수행 여부를 매해 모니터링 하고 있다.

또한 보건복지부에서는 음주로 인한 심각한 폐해에 대해 적극적으로 대응하기 위해, 국민건강증진종합계획에서

제시한 사업의 과제 중 핵심 과제에 대한 ‘음주폐해예방 실행계획’을 발표하기도 했다(Ministry of Health and Welfare[MOHW], 2018). 음주폐해예방 실행계획에서는 음주조장환경 개선을 위한 제도 마련, 절주실천을 위한 지원 환경 조성, 알코올 중독자 치료·재활을 위한 서비스 강화, 음주폐해예방을 위한 인프라 구축·강화를 중점 분야로 설정하고 있다.

세계보건기구(WHO)에서는 “① 리더십, 인식과 헌신”에서 정책을 지속적으로 추진할 수 있는 책임기관과 부서 설치, 보건 분야 외에 타 분야와 연계 협력, 음주폐해에 대한 교육·홍보 활성화, 취약계층 대상 형평성 제고를 권고하고 있다(WHO, 2010). 이와 관련하여, 우리나라는 보건복지부에서 음주폐해예방 정책, 사업을 추진하고 있으며, 국민건강증진종합계획에서 제시된 6개의 사업의 사업 주체는 보건복지부, 기획재정부, 국세청, 여성가족부, 경찰청 등으로 구성되어 있어, 보건 분야 외에 타 분야와 연계·협력을 위한 토대가 마련되어 있다(MOHW, 2015). 음주폐해에 대한 교육·홍보 활성화를 위해 국민건강증진종합계획에서는 교육 및 정보제공 사업을 세부 추진계획으로 설정하였으며, 음주폐해예방실행계획에서는 절주실천을 위한

지원 환경 조성을 세부 추진과제로 설정하였다(MOHW, 2018, 2015). 마지막으로, 취약계층 대상 형평성 제고를 위해 국민건강증진종합계획에서는 소득 1/4분위층 연간음주자의 고위험 음주율(표준화) 감소를 목표로 설정하고 있다(MOHW, 2015).

세계보건기구(WHO)에서는 “④ 음주운전 관련 대책” 영역에서 음주운전을 방지하기 위한 혈중알코올농도의 상한선을 설정하고, 단속을 시행할 것을 권고하고 있다(WHO, 2010). 우리나라에서는 도로교통법 제44조 제1항에서 음주운전을 금지하고 있으며, 같은 조 제4항에서 음주운전의 기준을 혈중알코올농도 0.03% 이상으로 정의하고 있다. 현재의 혈중알코올농도 기준은 2018년 12월에 법이 개정되어, 2019년 6월부터 시행되었으며 그 전까지 우리나라의 혈중알코올농도 기준은 0.05%였다. 음주운전의 기준을 혈중알코올 0.05%에서 0.03%로 강화함에 따라, 음주운전으로 인한 교통사고 발생건수는 2017년 19,517건, 2018년 19,381건, 2019년 15,708건으로 감소하였다(Road Traffic Authority Driver's License Examination Office, 2021).

특수 교통수단과 관련된 업무를 수행하는 경우 음주운전에 대한 기준은 더욱 엄격하다. 항공기의 경우, 항공안전법 제57조에서 항공종사자와 객실승무원은 주류의 영향으로 업무를 정상적으로 수행할 수 없는 상태에서는 해당 업무를 수행하지 않아야 한다고 규정하고 있으며, 그 기준은 혈중알코올농도 0.02% 이상으로 정의하고 있다. 또한 철도의 경우, 철도안전법 제41조에서 철도종사자는 술을 마신 상태에서 업무를 하여서는 안 된다고 규정하고 있으며, 그 기준을 혈중알코올농도 0.02% 이상으로 정의하고 있다. 선박의 경우에는 해사안전법 제41조에서 술에 취한 상태에 있는 사람은 선박을 조작하거나 조작에 관한 지시 행위, 도선 등을 하여서는 안 된다고 규정하고 있으며, 그 기준은 혈중알코올농도 0.03% 이상으로 정의하고 있다.

세계보건기구(WHO)에서는 “⑤ 알코올 이용가능성 규제”를 위해 주류 구매(이용) 가능 연령 제한, 주류 구매(이용) 가능 시간·요일 제한, 주류 판매점 밀도 제한, 공공장소 음주 제한 등의 정책 이행을 권고하고 있다(WHO, 2010). 이 중 우리나라에서 이행되고 있는 것은 주류 구매(이용) 가능 연령 제한으로, 우리나라에서는 청소년보호법에 근거하여 만 19세 미만의 청소년이 주류를 구매할 수 없다. 청소년보호법 제2조 제1호에서 청소년을 만 19세 미

만으로 정의하고 있으며, 같은 법 제2조 제4호에서 주류를 청소년유해약물로 지정하고 있다. 같은 법 제28조에서는 청소년을 대상으로 청소년유해약물을 판매·대여·배포하거나 무상으로 제공해서는 안 된다고 규정하고 있다.

세계보건기구(WHO)에서는 “⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결”을 위해 국가가 주류 제조와 판매를 관리할 것을 권고하고 있다(WHO, 2010). 우리나라에서는 주류 제조 및 판매에 관한 면허 제도를 국가가 운영하고 있는데, 이는 주류 면허 등에 관한 법률에 근거를 두고 있다. 해당 법 제3조 제1항에서 주류의 종류별로 주류 제조장마다 시설기준 등을 갖춘 자에게 관할 세무서장이 주류 제조면허를 발급할 수 있다고 명시되어 있으며, 같은 법 제5조 제1항에는 주류 판매업의 종류별로 시설기준 등을 갖춘 자에게 관할 세무서장이 주류 판매업면허를 발급할 수 있다고 명시되어 있다.

## 2) 이행 하고 있으나 개선이 필요한 정책과 개입

세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책 및 개입 중 우리나라에서 이행하고 있으나 개선이 필요한 영역은 “③ 지역사회 활동”, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 공공장소 음주 제한, “⑥ 주류마케팅 규제”, “⑦ 가격 정책”, “⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소”, “⑩ 모니터링과 감시체계”이다.

우선, 세계보건기구(WHO)에서는 “③ 지역사회 활동” 영역에서 지역사회가 가지고 있는 음주관련 문제를 지역사회 스스로 발굴하고, 이를 위한 해결책 역시 스스로 마련할 수 있어야 한다고 제시하고 있다(WHO, 2010). 그리고 중앙정부는 지역사회가 음주와 음주폐해 예방을 위한 방안을 마련할 수 있도록 지원하고 역량을 강화시켜 줘야 한다고 권고하고 있다(WHO, 2010).

우리나라에서는 국민건강증진법 제8조 제1항에서 지방자치단체가 국민에게 과도한 음주가 건강에 해롭다는 것을 교육·홍보하도록 명시하고 있다. 지방자치단체에서는 “지역사회 통합건강증진사업”의 일환으로 지역사회의 음주관련 문제를 해결하고 있다. 지역사회 통합건강증진사업은 지자체가 지역주민을 대상으로 건강생활실천, 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 목적으로 프로그램과 서비스를 기획·제공하는 사업이며, 사업의 영역은 음주폐해예방(절주), 금연, 신체활동, 영양 등 13개로 구성되어 있다

(MOHW & KHPI, 2019a).

이처럼 국가에서는 지방자치단체가 음주폐해예방사업을 수행하는데 도움이 되는 정보성 자원을 제공하고 있으며, 지역사회 통합건강증진사업을 수행하는 인력을 대상으로 역량강화 교육을 수행할 뿐만 아니라 지역사회에서 음주 관련 전문가를 양성하기 위한 교육 과정을 운영하고 있다(MOHW & KHPI, 2019b). 하지만, 우리나라에서는 세계보건기구(WHO)에서 제시한 8가지의 방법 중 2가지(정보성 자원 제공, 담당인력 교육) 방법만 시행하고 있으며, 음주 폐해예방 관련 사업만을 위한 예산 배정, 생활터별 프로그램 제공 등의 지원은 수행되고 있지 않아 지방자치단체의 활동을 위한 국가의 지원이 제한적으로 이루어지고 있다(MOHW & KHPI, 2019a; MOHW & KHPI, 2019b). 이로 인해, 지방자치단체의 통합건강증진사업 예산 중 음주폐해 예방 사업이 차지하는 비중은 1.4%로 매우 적은 편이다(JeKarl, Kim, Lee, & Park, 2014).

다음으로, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 공공장소 음주 제한과 관련하여 세계보건기구(WHO)에서는 음주로 인한 폐해를 예방하고 공공질서 유지를 위해 공공장소에서의 음주를 금지하는 정책을 권고하고 있다(WHO, 2010). 실제로, 영국, 프랑스, 캐나다, 러시아 등에서는 공원 및 거리, 대중교통, 학교, 스포츠 행사 등에서 음주를 전면 금지하거나 부분적으로 금지하고 있다(WHO, 2018b).

우리나라에서는 공공장소에서의 음주를 일부 제한하고 있으나 그 범위가 매우 협소하다. 자연공원법 제27조 제1항 제10호와 시행령 제25조 제1항에 따르면, 자연공원 내 대피소, 탐방로, 산 정상지점 등에서의 음주를 금지하고 있다. 우리나라에서 공공장소에서의 음주를 제한하려는 노력은 중앙 정부보다 지방 정부에서 활발하게 이루어지고 있다. 지방 정부에서 제정한 조례를 분석한 결과, 2020년 10월 기준으로 지방자치단체에서 공공장소 금주구역을 지정하여 운영할 수 있다는 조항이 포함된 조례는 광역자치단체 8곳, 기초자치단체 79곳이었다. 이러한 지방자치단체의 노력에도 불구하고, 그 동안 지방자치단체의 조례는 상위법인 국민건강증진법에서 관련 내용을 규정하고 있지 않아 실효성이 없었다. 하지만, 2020년 12월 29일에 지방자치단체가 조례로 금주구역을 지정할 수 있고, 금주구역 내에서 음주를 한 자에게 10만원 이내의 과태료를 부과할 수 있도록 국민건강증진법 제8조의4(금주구역 지정)가 신설되고,

제34조(과태료) 제3항이 개정되었다.

주류마케팅의 대표적인 예로 주류광고를 들 수 있다. 실제로 세계보건기구(WHO)에서는 “⑥ 주류마케팅 규제” 영역에서 광고 내용과 분량의 규제, 광고 매체 규제 등을 통해 국가가 주류광고를 제한할 것을 권고하고 있다. 우리나라에서는 국민건강증진법 제7조 제2항 제1호에서 국가가 주류광고의 내용을 변경하거나 주류광고의 금지를 명할 수 있다고 규정하고 있으며, 시행령 제10조 제2항에서 광고 표현과 광고 매체를 규제하는 기준이 명시되어 있다. 하지만, 주류광고 규제와 관련하여 2020년 12월 29일에 국민건강증진법 제8조의2(주류광고의 제한·금지 특례)가 신설되었으며, 해당 조항은 같은 법 제7조 제2항 제1호와 시행령 제10조 제2항의 일부를 포함하되, 주류광고 표현(내용)에 대한 규제를 보다 더 강화하였다.

방송매체(방송사업자)가 주류광고를 송출할 경우에는, 국민건강증진법 외에 방송광고심의에 관한 규정을 준수해야 한다. 해당 규정 제33조에서는 광고 표현, 제43조 제2항 제13호에서는 알코올 도수, 제43조의2에서는 광고 시간을 제한하고 있다. 알코올 도수, 광고 시간에 대한 제한은 국민건강증진법에서 정의한 규제와 동일하나, 광고 표현에 대한 제한은 국민건강증진법에서 정의된 내용을 보다 구체화 하였다.

세계보건기구(WHO)에서는 주류광고를 제한할 수 있는 매체로 공영·민영방송, 공영·지역라디오, 인쇄물, 옥외광고, 판매시점, 영화, 인터넷, 소셜미디어를 제시하고 있다. 하지만, 우리나라에서는 국민건강증진법 시행령 제10조 제2항에서 주류광고를 금지하는 매체로 TV, 라디오, 영화상영관, 옥외광고를 포함하고 있으나, 모두 제한적으로 금지되고 있다. TV와 라디오의 경우, 주류광고가 허용되는 시간대가 있으며, 영화상영관의 경우 모든 영화의 상영 전이 아닌 청소년이 관람할 수 있는 영화의 상영 전에만 주류광고 송출이 금지된다. 또한, 옥외광고물 등의 관리와 옥외광고산업 진흥에 관한 법률 제2조 제1항에 따르면, 옥외광고물에는 입간판, 현수막, 벽보, 전단, 디지털광고물, 교통시설 및 수단 등 다양한 매체가 포함되어 있지만, 국민건강증진법 시행령 제10조 제2항에 의해 주류광고가 송출될 수 없는 옥외광고물은 도시철도 역사의 스크린도어 뿐이다.

세계보건기구에서 제시한 “⑦ 가격 정책” 영역과 관련하여, 여러 연구에 따르면 알코올 규제에 가장 효과적인 정책

은 가격 정책으로 알려져 있으며, 특히 미성년자 음주감소, 과음과 폭음 억제 등에 효과가 있는 것으로 나타났다(Babor et al., 2010; Ko, Jung, Kim, & Oh, 2013). 국가는 주류에 세금을 부과함으로써 주류의 가격을 통제할 수 있으며, 세금을 부과하는 방식에는 일반적으로 종량세와 증가세를 적용한다. 증가세는 주류 출고가격 혹은 수입신고 가격을 기준으로 세금을 부과하는 방식이며 종량세는 알코올 함유량을 기준으로 세금을 부과하는 방식이다. 세계보건기구(WHO)에서는 종량세를 기반으로 할 것을 권장하고 있으며 미국과 EU 등은 종량세를 적용하고 있다(WHO, 2018b). 또한, 세계보건기구(WHO)에서는 시간이 지남에 따라 주류의 가격이 낮아지는 것을 방지하기 위해, 주세에 물가상승률을 반영하거나 주류 최저 가격제 도입 등을 권고하고 있다(WHO, 2018b).

우리나라에서는 주류에 주세, 교육세, 부가가치세가 부과되며(Ministry of Economy and Finance, 2019), 주세와 관련된 내용은 주세법 제7조, 제8조에서, 교육세에 관한 내용은 교육세법 제5조 제1항에서 규정하고 있다. 이 중 주세를 부과하는 방식은 종전까지 증가세였으나 2020년부터 증가세와 종량세를 혼합 운영하는 방식으로 전환되었다(Ministry of Economy and Finance, 2020, 2019). 종량세로 운영되는 주종은 맥주와 탁주로, 맥주는 1리터 당 830.3원, 탁주는 1리터 당 41.7원의 세금이 부과된다. 맥주와 탁주를 제외한 나머지 주종은 증가세로 운영되며 약주·청주·과실주 등은 출고가격의 30%, 증류주는 출고가격의 72%만큼 주세가 부과된다. 이와 더불어, 주세에 물가상승률을 적용하는 주종은 종량세가 적용되는 탁주와 맥주로 국한된다. 주세법 제8조 2항에 따르면, 2021년 3월 1일 이후 주류 제조장에서 반출하거나 수입신고하는 탁주, 맥주에 대한 세율은 소비자물가상승률을 연동한다.

세계보건기구(WHO)에서는 “⑧ 음주로 인한 부정적 결과 감소”를 위해 주류 소비자가 음주관련 피해를 인식할 수 있도록 주류광고와 주류용기에 경고문구를 표기하도록 권고하고 있다(WHO, 2010). 주류용기 경고문구 표기와 관련하여, 우리나라에서는 국민건강증진법 제8조 제4항에서 주류용기에 경고문구가 표기되어야 한다고 규정하고 있으며, 같은 법 시행규칙 제4조에서는 경고문구 표기방법에 대해 자세히 제시하고 있다. 경고문구는 보건복지부 장관이 정한 문구를 사용해야 하며, 문구의 내용은 과도한 음주가 건

강에 해롭다는 내용과 임신 중 음주는 태아의 건강을 해칠 수 있다는 내용이 담겨져 있다. 이 외에도 시행규칙 제4조에서는 경고문구 글자의 크기, 색상, 글자체, 표시위치 등을 정하고 있다.

그 동안, 주류광고에 경고문구를 표기하는 전략은 우리나라에서 제한적으로 시행되고 있었다. 주류광고의 기준을 제시하고 있는 국민건강증진법 시행령 제10조 제2항에 따르면, 주류광고에 주류용기가 등장하는 경우에 주류용기 혹은 주류용기 하단에 경고문구가 표기되어야 했다. 즉, 모든 주류광고가 아닌 주류용기가 등장하는 주류광고에만 경고문구를 표기하면 됐다. 하지만, 2020년 12월 29일에 모든 주류광고에 경고문구를 표기하도록 국민건강증진법 제8조의2(주류광고의 제한·금지 특례)가 신설됨에 따라, 세계보건기구(WHO)에서 제시한 정책과 개입의 이행 수준이 향상되었다.

세계보건기구(WHO)에서는 “⑩ 모니터링과 감시체계” 영역과 관련하여, 음주방식, 음주량, 음주폐해에 관한 전국 단위의 조사를 수행하고 그 결과를 확산할 것을 권고하고 있으며, 조사결과가 정책 수준을 평가할 수 있는 기전으로 작동해야 한다고 말한다(WHO, 2010). 우리나라에서는 국민건강영양조사, 지역사회건강조사 등에서 음주방식, 음주량 등에 대한 모니터링을 실시하고 있다. 국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조, 지역사회건강조사는 지역보건법 제4조에 법적 근거를 두고 시행되고 있다. 하지만, 해당 조사에서는 음주로 인한 폐해를 조사하고 있지 않으며, 음주폐해에 대한 정보는 각각의 부처에서 생산하는 통계를 별도로 참고해야 한다. 예를 들어, 음주로 인한 사망에 관한 통계는 통계청에서 생산하는 사망원인통계를, 음주로 인한 범죄 관련 통계는 대검찰청에서 생산하는 범죄분석 통계를 살펴봐야 한다. 이처럼 음주폐해에 대한 통계는 통계를 생산하는 부처의 관심 사항에만 국한해서 제공되어 음주로 인해 발생할 수 있는 폐해의 전반을 파악하기 어려운 상황이다. 이 뿐만 아니라 우리나라는 이러한 조사 결과(통계)를 바탕으로 정책 수준을 평가할 수 있는 기구, 절차 등이 부재한 상황이다.

### 3) 이행하지 않은 정책과 개입

우리나라는 세계보건기구(WHO)에서 제시한 10가지 영역에서의 정책 및 개입 중 “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 영

역에서의 주류 판매 제한을 시행하고 있지 않다.

세계보건기구(WHO)에서는 주류의 판매를 제한하기 위해 주류 판매 가능 시간과 요일을 정하거나, 주류를 판매하는 장소의 밀집도를 관리하는 정책을 권고하고 있다(WHO, 2010). 실제로, 태국에서는 오전 11시부터 오후 14시, 오후 17시부터 24시에만 주류를 판매할 수 있으며(Sohn et al., 2018), 러시아에서는 특정 장소에서 오전 8시부터 오후 11시에만 술을 판매할 수 있다(Marina, Marat, & Natalia, 2014). 또한, 영국에서는 2012년에 음주 관련 종합 대책에서 지방 정부가 해당 지역의 주류 판매점 밀집도를 제한할 수 있도록 권한을 부여하였다(Sohn et al., 2018).

우리나라는 주류의 판매 가능 시간과 요일을 정하는 정책 중 어떠한 것도 시행하고 있지 않으며, 주류판매점 밀집도의 경우 주류 면허 등에 관한 법률 제7조 제13호에서 국가가 주류 판매업 면허를 제한함으로써 주류 판매점의 밀집도를 조절할 수 있도록 규정하고 있으나 이는 음주로 인한 피해 예방이 아닌 주류의 수급 균형 유지에 목적을 두고 있다.

#### 4) 이행 수준을 분류할 수 없는 정책과 개입

세계보건기구(WHO)에서는 “② 보건서비스 분야의 대책” 영역과 관련하여 알코올 사용장애에 대한 예방과 치료 및 보호서비스를 제공할 것을 권고하고 있으며(WHO, 2010), 각 국가에서 알코올 의존이 된 사람들을 대상으로 제공하는 치료·재활서비스의 충분한 정도를 점수화하여 제시한 바 있다(Table 2, WHO, 2018). 하지만 본 연구에서 우리나라의 이행 현황을 파악하기 위해 참고한 보고서와 “Global Information system on Alcohol and Health (GISAH)”에서 이와 관련된 자료를 제공하고 있지 않아 우리나라 보건서비스 분야의 이행 정도를 판단할 수 없었다.

이행 정도를 판단하는 것과 별개로 우리나라에서 수행하고 있는 보건서비스 분야에서의 정책을 살펴보면, 우리나라에서는 국가가 알코올 질환 전문병원을 지정하여 운영하고 있다(Organization for Economic Cooperation and Development[OECD], 2020). 또한, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제15조의3에서 보건복지부 혹은 지방자치단체의 장이 중독관리통합지원센터를 설치하여 운영할 수 있도록 규정하고 있으며, 실제로 전국에 약 50개의 중독관리통합지원센터가 설치되어 있다

(MOHW, 2020). 하지만 법에서 정의한 중독관리통합지원센터의 업무는 알코올, 마약, 도박, 인터넷 등 중독 문제와 관련한 지역사회 내 중독자 조기선별부터 치료, 재활을 아우르고 있어 알코올 중독만을 심도 있게 다루기 어려운 상황이다.

## IV. 논의

본 연구에서는 세계보건기구(WHO)에서 해로운 음주와 음주폐해를 감소하기 위해 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입이 전 세계적으로 추진되는 현황을 분석하였다. 이와 더불어, 우리나라에서 수행하고 있는 정책과 개입의 법적 근거를 기반으로, 이행 정도를 단계별로 구분하였다.

Babor 등은 알코올 규제 정책이 여러 국가에서 시행되고 있는 정도를 +++, ++, +로 분류하였으며, +의 개수가 높을수록 여러 국가에서의 경험이 많음을 의미한다(Babor et al., 2010). 가격 정책, 주류 판매 시간 제한 정책, 음주운전 단속 기준 강화 정책이 +++에 해당하는 정책으로 여러 국가에서 경험이 가장 많은 정책에 포함되었다.

본 연구에서 세계보건기구(WHO)에서 발간한 보고서와 “Global Information system on Alcohol and Health (GISAH)”의 이행 현황 자료(통계치, 데이터 등)를 바탕으로, 음주와 음주폐해를 감소하기 위해 실시하는 정책과 개입이 전 세계적으로 추진되는 현황을 분석한 결과, Babor 등이 문헌과 유사한 결과를 얻었다.

연구 결과, 전 세계적으로 “⑦ 가격 정책”, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류 구매(이용) 연령 제한, “④ 음주운전 관련 대책”의 이행률이 높게 나타났다. 우리나라에서는 “④ 음주운전 관련 대책”, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류 구매(이용) 연령 제한, “⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결” 영역의 이행이 우수하였다. “③ 지역사회 활동”, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 공공장소 음주 제한, “⑦ 가격 정책” 등은 이행되고 있으나 개선이 필요한 영역으로 나타났으며, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류 판매 제한은 아예 이행되고 있지 않은 것으로 나타났다.

특히 전 세계적으로 70% 이상의 이행률을 보이고 있는 정책과 개입은 “③ 지역사회 활동”, “④ 음주운전 관련 대책”, “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 중 주류 구매(이용) 연령

제한, “⑦ 가격 정책”, “⑨ 불법 및 비공식적 알코올 생산 문제 해결”로 나타났다.

Babor 등에 따르면, 알코올을 규제하는 정책 중 가격 정책, 주류 구매(이용) 연령 제한 정책, 음주운전 단속 기준 강화 정책의 효과가 가장 크며, 주류 판매 시간 제한 정책, 주류 판매점 밀집도 제한 정책은 중간 정도의 효과가 있는 것으로 나타났다. 반면, 공공장소에서의 음주를 제한하는 정책은 연구 근거의 부족으로 그 효과를 판단할 수 없다고 제시하였다(Babor et al., 2010).

본 연구에서 우리나라의 알코올 규제 정책들을 고찰한 결과, 음주 및 음주폐해 감소에 효과가 있다고 알려진 정책이 시행되고 있으나 그 실효성이 낮은 경우가 많았다. 또한, 효과가 있다고 알려진 정책이 아예 시행되고 있지 않기도 했다.

“⑦ 가격 정책”의 경우, 세계보건기구에서는 종량세를 적용할 것을 권고하고 있으며 세금 부과 외에 주류의 지나친 가격 인하를 막기 위한 정책을 제시하고 있다. 하지만 우리나라에서는 모든 주종이 아닌 맥주와 탁주에만 종량세를 적용하고 있으며, 특히 알코올 도수가 높은 주종에 대해 여전히 종가세를 유지하고 있어 주류 가격 정책으로 인한 음주량 감소 효과는 미흡할 것으로 사료된다. 또한, 맥주에 종량세가 적용된 배경을 살펴보면, 수입 맥주와 국산 맥주 간 과세체계 불형평성 문제로 인해 발생하는 주류 판매량의 차이 감소를 목적으로 하고 있다(Ministry of Economy and Finance, 2019). 즉, 국산 맥주의 소비를 장려하기 위한 목적으로 맥주에 종량세를 적용하고 있기 때문에 종량세의 변화가 주류 소비량 감소로 이어지지 못할 것으로 생각된다. 또한, 우리나라에서는 주세에 물가상승률을 연동하는 정책이 맥주와 탁주에 한해서만 2021년부터 시행되었으며, 그 동안은 이와 관련된 정책이 시행되지 않았다. 이로 인해 우리나라의 주류 가격은 다른 품목에 비해 상대적으로 저렴한 편이다. 실제로, 2005년 이후 탄산음료, 과일주스, 커피 가격은 208%, 61%, 57% 상승한 반면, 주류는 주종에 따라 4~36%만 상승했으며 이는 물가상승률보다 낮은 수치이다(OECD, 2020).

“⑥ 주류마케팅 규제” 영역의 경우, 우리나라는 국민건강증진법 시행령 제10조 제2항에서 TV, 라디오 등 전통매체에 한해 방송시간대, 알코올 도수 등을 제한하고 있다. 이로 인해 IPTV, 인터넷, 소셜미디어, 옥외광고물 등을 활

용한 주류광고에는 법적 기준을 적용하기 어려운 상황이다. 주류광고 규제의 실효성을 담배광고 규제와 비교해보면, 주류광고의 실효성이 약하다는 사실이 더 확실하게 와닿는다. 담배광고는 국민건강증진법 제9조의4에서 제한하고 있으며, 기본 전제는 담배광고를 원칙적으로 금지하되 제한된 범위에서만 허용하는 것이다. 담배광고가 허용되는 경우는 소매인 영업소 내 전시·부착, 잡지·신문 등의 간행물에서 연간 10회 이내, 사회·문화·음악·체육 등 행사 후원 시 후원자 명칭 사용 가능(제품광고는 불가능) 등이다. 반면 주류광고의 기본 전제는 주류광고를 허용하되 광고 대체와 광고 표현에 관하여 일부 범위에서만 금지하는 것이다. 즉, 주류광고에 대한 규제가 매우 제한적으로 이루어지고 있다.

앞서 언급했듯이, 세계보건기구(WHO)에서는 “⑤ 알코올 이용가능성 규제” 영역과 관련하여 주류 판매가 가능한 시간, 요일 등을 지정할 것을 권고하고 있으며, 이러한 정책의 효과는 매우 큰 것으로 알려져 있다. 하지만, 우리나라에서는 세계보건기구(WHO)에서 제시한 주류 판매 규제 정책을 시행하고 있지 않으면서, 오히려 주류 판매가 용이한 환경으로 변화하고 있다. 우리나라에서는 통신매체를 활용한 주류 판매를 제한하고 있지만, 전통주 산업의 진흥을 위해 주류의 통신판매에 관한 명령위임 고시에 근거하여 전통주에 한해서는 온라인 판매를 허용하고 있으며, 2020년 4월부터 스마트 오더 방식의 주류 통신판매가 일부 허용되었다(National Tax Service, 2020). 또한, 일반 음식점에서 통신판매를 허용하는 기준을 정의하여 주류 가격이 음식 가격보다 낮으면 주류를 음식과 함께 배달할 수 있도록 허용하였다(Ministry of Economy and Finance, 2020). 이처럼 주류 판매에 대한 규제는 주류산업의 발전과 경제 활성화를 명목으로 점점 완화되고 있는 추세이다.

지금까지 살펴본 바와 같이 우리나라의 알코올 규제 정책은 매우 제한적으로 시행되고 있어, 현재 시행되지 않는 정책을 도입하거나 현재 시행 중인 정책을 강화해야 한다. 알코올을 규제하는 다양한 정책 중 우리나라에서 우선적으로 수행할 수 있는 정책은 공공장소에서의 음주를 제한하는 정책일 것으로 사료된다. 우리나라 국민의 93.2%는 타인의 공공장소 음주로 인해 피해를 경험하였으며, 이로 인해 공공장소에서의 음주를 금지하는 정책에 찬성하는 비율은 장소 유형에 따라 차이가 있지만 대다수 90% 이상인 것

으로 나타났다(Sohn et al., 2018).

공공장소에서 음주를 규제하는 정책은 지방자치단체가 제정한 조례가 법적 효력을 발휘할 수 있도록 지원함으로써 실현할 수 있다고 사료된다. 해외 국가의 공공장소 음주 규제 정책을 고찰한 선행 연구에서도 우리나라의 경우, 국민건강증진법과 같은 상위법에서 공공장소 음주규제 조항이 명시되어야 한다고 주장한 바 있다(Sohn et al., 2018; Kang, 2020). 2020년 10월 기준 조례에서 금주구역 관련 조항을 제정한 지방자치단체는 광역 8곳, 기초 79곳이며, 금주구역으로 지정할 수 있는 장소 유형으로 도시공원, 버스·택시 정류소, 도시철도 및 역사, 어린이보호구역·어린이놀이터 등을 정의하고 있다.

앞서 언급한 바와 같이, 그 동안은 국민건강증진법에 금주구역과 관련된 조항이 부재하여, 지방자치단체의 조례가 실효성을 가질 수 없었다. 하지만, 2020년 12월 29일에 국민건강증진법 제8조의4(금주구역 지정)이 신설, 제34조(과태료) 제3항이 개정되었고, 해당 조항에서 지방자치단체에 금주구역 지정 권한, 금주구역 내에 음주한 자에 대한 과태료 부과 권한 등을 부여한 만큼, 우리나라의 공공장소 음주제한 정책 이행률은 향상될 것으로 사료된다. 정책 이행을 향상을 위해, 중앙 정부는 공공장소 금주구역 지정·운영과 관련된 가이드라인을 마련하고 이를 교육·홍보함으로써, 공공장소 금주구역 지정·운영에 관한 지방자치단체의 혼선을 방지하고 참여를 유도해야 한다.

다음으로 주류광고 규제 정책 강화를 고려할 수 있다. 음주에 대한 규제 현황을 파악하고, 개선방안을 도출한 선행 연구에서는 현재 네거티브 방식의 주류광고 규제에서 포지티브 방식의 규제로 전환해야 한다고 주장했다(Lee, 2019). 네거티브 방식은 주류광고를 원칙적으로 허용하되, 예외적으로 금지하는 것을, 포지티브 방식은 원칙적으로 금지하되, 예외적으로 허용하는 것을 의미한다(Lee, 2019). 이러한 관점에서 우리나라에서 우선적으로 수행할 수 있는 주류광고 규제 정책은 국민건강증진법 시행령 제10조 제2항에서 규정하고 있는 주류광고의 기준이 적용되는 매체를 확대하는 것이다. 주류광고 금지 시간대가 적용되는 매체를 텔레비전, 라디오에서 IPTV, 디지털 광고물 등으로 확대할 필요가 있다. 또한 현재 도시철도 역사나 차량에서 이루어지는 동영상 광고나 스크린도어 광고에만 주류광고가 송출되지 못하게 되어 있으나, 추후에는 교통시설과 교통

수단, 디지털 광고물을 활용한 옥외광고를 모두 금지하는 방향으로 추진되어야 한다. 실제로, 서울특별시에서는 2012년에 서울 시내의 버스와 중앙차로 버스 정류소의 주류광고를 전면 금지하기도 하였다(The Kukmin Daily, 2012).

이 외에도 가격 정책은 빠른 시일 내에 실현할 수는 없지만, 반드시 실현되어야 하는 정책으로 사료된다. 선행연구에서는 조세부과를 통한 주류의 가격인상 또는 주류의 경제적 이용가능성 규제가 음주로 인한 피해를 감소시키는 가장 비용효과적인 수단이라고 주장하였다(Kim, Jekarl & Lee, 2016; Jung, 2011). 현재 우리나라의 주류 가격 정책은 맥주와 탁주에만 종량세를 부과하는 방식으로 개편되었으나, 고도주·고세율이 아닌 저도주, 고도주 모두 저세율로 운영되고 있다(Sung, 2019), 또한 종량세의 원칙적인 취지는 음주에 따른 사회·경제적 비용을 국가에서 적절히 조절한다는 것을 반영하고 있으나, 현재 우리나라의 종량세는 음주로 인한 사회·경제적 비용을 부담할 수 있는 수준에 미치지 못하는 것으로 나타났다(Sung, 2019). 해서, 향후 우리나라의 가격 정책은 모든 주종에 고도주·고세율이 적용되는 종량세로 개편하고, 주세가 음주로 인한 사회·경제적 비용을 부담할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다. 이와 더불어, 세금을 부과할 때 모든 주종에 불가상승률이 반영될 수 있도록 개편함으로써 시간이 지남에 따라 주류 가격이 낮아지는 것을 사전에 방지해야 한다.

## V. 결론

음주로 인한 경제 사회적 비용은 연간 10조를 육박하며, 건강피해로 인한 의료비 지출 등 직접적인 비용과 조기사망에 따른 미래소득 손실, 의료이용에 따른 생산성 손실 등 간접적인 비용을 포함하면 흡연(7조 1천억원), 비만(6조 7천억원) 등의 건강위해요인보다 그 심각성은 더 크다고 할 수 있다(Lee et al., 2015).

그렇기 때문에 우리나라에서는 건강증진 영역에서의 알코올 규제 정책과 실행계획 등을 수립하여, 음주피해를 예방하기 위한 제도를 적극적으로 강화해왔다. 하지만, 국민들의 건강증진을 위하여 정부와 지역사회에서 다각적인 노력을 하고 있음에도 불구하고, 정부기관 간 관련된 정책과

사업이 불균형적으로 이행하고 있어 이에 대한 개선이 요구된다.

본 연구에서는 세계보건기구(WHO)에서 해로운 음주와 음주폐해를 감소하기 위해 제시한 10가지 영역에서의 정책과 개입이 전 세계적으로 그리고 우리나라에서 추진되고 있는 현황을 분석하였다. 연구결과 우리나라는 비가격정책 중심으로 정책이 시행되고 있으며, 이 역시 국제적인 수준과 비교한 결과 향후 개선해야 할 점에 대한 지속적인 논의가 필요하다.

첫째, 폭넓은 알코올 이용가능성 규제 강화를 위한 법령 등 제도 개선이 시급하다. 우리나라는 언제, 어디서나, 누구든, 얼마든지 음주할 수 있는 광범위한 접근성을 가지고 있으며, 이는 곧 음주로 인한 폐해와 직접적으로 연관된다. 우리나라에서 주류 구매 연령 제한 정책을 시행하고 있으나, 이 외에도 알코올의 이용가능성을 포괄적으로 규제할 수 있도록 관련된 정책이 강화되어야 한다. 음주 장소에 대한 제한, 음주폐해 예방 관점에서의 주류 제조·판매 면허 관리, 그리고 주류 판매 제한에 대한 검토가 필요하다. 특히, 주류 판매 제한의 경우 특정 시간을 제한하는 경우, 특정 요일을 제한하는 경우 그리고 마지막으로 판매점의 밀집도를 제한하는 등 현재 여러 국가에서 시행되고 있는 제도의 도입을 검토할 필요가 있다. 이 제도를 도입하고 실현하기 위하여 국민들의 정책 요구도를 파악하여 정책의 필요성과 수용도를 고려하여 추진해야 할 것이다.

둘째, 가격 정책의 적극적인 실행이 필요하다. 정책은 가격 정책과 비가격 정책이 상호보완적인 관계를 가지고 효과가 나타나기 때문에 두 정책의 균형 있는 시행이 반드시 필요하다. 국제적으로도 가격 정책은 적극적으로 시행되고 있으나, 우리나라의 경우에는 건강증진 측면이 아닌 세금 부과, 주류 판매 등 주류산업과 관련된 주세법 위주로 가격 정책이 추진되고 있는 상황이다. 다시 말하면 우리나라의 경우 가격 정책은 건강증진 측면에서 다루어지지 못하고 있는 실정으로 건강에 대한 외부비용을 유발하는 건강위해 요인에 대하여는 건강증진부담금을 부과하는 것이 국민의 건강관리에 가장 필요한 조치이다. 주류에 건강증진부담금을 부과함으로써 알코올 소비량 감소, 음주로 인한 질병 예방 및 조기사망 감소 등을 유도할 수 있어, 국민건강증진에 기여할 수 있을 뿐만 아니라 사회·경제적 비용도 줄일 수 있을 것이다. 또한 국민들에게 이러한 음주폐해로 인한 사

회적 비용 증가 등 사회적 위험성의 심각성을 알리고, 재원 마련을 통하여 국민 건강증진과 음주폐해 사전 예방에 대한 대안이 같이 검토되어야 할 것이다.

마지막으로, 주류광고 및 음주장면 방송에 대한 마케팅 규제가 필요하다. 현대사회에 들어서면서 매체는 다양해지고 시공간을 초월하며, 모든 연령대의 접근이 가능해졌다. 그 결과 미래 세대의 주인공인 청소년이 주류마케팅에 무방비하게 노출되고 있다. 주류마케팅으로부터 청소년을 보호하기 위해, 주류광고가 제한되는 매체를 방송매체에서 다른 매체로 확대해야 한다. 또한 방송매체에서 묘사되는 음주장면 등에 대한 현재의 방송법 관련 규제가 보다 더 강화되어야 하며, 유튜브 등 콘텐츠를 제작·게시할 수 있는 모든 매체에 적용되어야 한다. 이를 위해서 방송매체 등을 규제할 수 있는 방송통신심위원회 등과 지속적인 협업을 통하여 관련 내용에 대한 규제를 강화해야 할 것이다.

지금까지 언급한 바와 같이, 알코올 규제 정책을 강화하여 건강증진을 고려할 수 있는 인식으로의 변화를 이끌어내고, 이를 통해 사전예방적인 건강증진 행태 변화를 모색하도록 해야 한다. 그렇게 하기 위하여 법·제도상으로 관련 내용이 추진될 수 있는 근거가 지속적으로 마련되고 강화되어야 할 것이다. 본 연구가 알코올 규제 정책 추진의 방향성을 정립하는데 기초 자료가 되기를 바라며, 이를 통하여 지속가능한 알코올 규제 정책을 추진하려는 노력이 필요하다. 이와 같이 강화된 정책 추진을 통하여 비감염성 질환의 예방, 더 나아가서 국제연합(UN)의 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)를 달성할 수 있을 것이다.

## References

- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity research and public policy*(2<sup>nd</sup> ed). New York: Oxford University Press.
- Fred, M., Elizabeth, T., Theo, L., Mark, P., & Karen, L. (2013). Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: An overview of systematic reviews. *Preventive Medicine, 57*(4), 278-296. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.06.019.



- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
- JeKarl, J., Kim, K. K., Lee, J. H., & Park, J. E. (2014). *An estimation of alcohol attributable deaths and its associated environmental factors in community level for local government policy*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Jung, Y. H. (2011). The effectiveness of tax policy on alcohol. *Health and Welfare Policy Forum*, 174, 51-62.
- Kang, G. H. (2020). Effective plan for alcohol policy as a preventive measures for alcoholic problems in Korea. *Public Policy Review*, 34(3), 149-185.
- Kim, J. H., & Sohn, A. R. (2020). International trends and their influence on the introduction of an alcohol harm reduction plan in South Korea. *Alcohol and Health Behavior Research*, 21(2), 13-25.
- Kim, K. K., JeKarl, J., & Lee, J. H. (2016). Drinking behaviors and policies to reduce harms caused by alcohol use and health promotion policy. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 33(4), 21-34. doi: 10.14367/kjhep.2016.33.4.21.
- Ko, S. J., Jung, Y. H., Kim, E. J., & Oh, H. I. (2013). *The effects of price policy on smoking and drinking* (Korean, authors' translation). Sejong: Korea Institute For Health and Social Affairs.
- Korea Health Promotion Institute. (2021). *Health Plan 2030*. Retrieved from <https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00833&siteId=null>
- Lee, C. H. (2019). Regulations(sanctions) on drinking and smoking for youth protection — It's the present and future —. *Korean Juvenile Protection Review*, 32(2), 207-243.
- Lee, S. M., Yun, Y. D., Back, J. H., Hyun, K. R., & Ghang H. R. (2015). *Socioeconomic impact of major health risk factors and evaluation of the effectiveness of regulatory policy*. Wonju: National Health Insurance Service.
- Marina, K., Marat, S., & Natalia, K. (2014). Availability restrictions and alcohol consumption: a case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 3(3), 193-201. doi: 10.7895/ijadr.v3i3.154.
- Ministry of Economy and Finance. (2019, June 5). *South Korea is out to change the taxing system on liquor* (Korean, authors' translation). Retrieved from [https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?menuNo=4010100&searchNttId1=MOSF\\_00000000028470&searchBbsId1=MOSFBBS\\_000000000028](https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?menuNo=4010100&searchNttId1=MOSF_00000000028470&searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028)
- Ministry of Economy and Finance. (2020, May 19). *South Korea will ease regulations on alcoholic drinks* (Korean, authors' translation). Retrieved from [https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?menuNo=4010100&searchNttId1=MOSF\\_00000000036779&searchBbsId1=MOSFBBS\\_000000000028](https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?menuNo=4010100&searchNttId1=MOSF_00000000036779&searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028)
- Ministry of Health and Welfare, & Korea Health Promotion Institute. (2019a). *2020 Guideline on integrated health promotion programs* (Korean, authors' translation). Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Ministry of Health and Welfare, & Korea Health Promotion Institute. (2019b). *2020 Guideline on integrated health promotion programs : Prevention of alcohol related harm* (Korean, authors' translation). Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Ministry of Health and Welfare. (2015). *Health Plan 2020*. Sejong: Author.
- Ministry of Health and Welfare. (2018, November 14). *Action plan to prevent alcohol related harm* (Korean, authors' translation). Retrieved from [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=346622](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346622)
- Ministry of Health and Welfare. (2020). *2020 Guideline on mental health programs* (Korean, authors' translation). Sejong: Author.
- National Tax Service. (2020, March 9). South Korea allows liquor retailers to make sales using telecommunications services, enabling so-called "smart orders"(Korean, authors' translation). *National Tax Service*. Retrieved from <https://www.nts.go.kr/nts/na/ntt/selectNttInfo.do?mi=2201&nttSn=94124>
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- Oh, Y. M. (2016). Tobacco control in Korea and recommendations for further improvement. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 33(4), 11-19. doi: 10.14367/kjhep.2016.33.4.11.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2020). *OECD reviews of public health: Korea*. Paris: Author. doi: 10.1787/be2b7063-en.
- Road Traffic Authority Driver's License Examination Office. (2019). *TAAS traffic accident analysis system*. Retrieved from [http://taas.koroad.or.kr/sta/acs/exs/typical.do?menuId=WEB\\_KMP\\_OVT\\_UAS\\_ASA](http://taas.koroad.or.kr/sta/acs/exs/typical.do?menuId=WEB_KMP_OVT_UAS_ASA)
- Road Traffic Authority Driver's License Examination Office. (2021). *TAAS traffic accident analysis system*. Retrieved from [http://taas.koroad.or.kr/sta/acs/exs/typical.do?menuId=WEB\\_KMP\\_OVT\\_UAS\\_ASA](http://taas.koroad.or.kr/sta/acs/exs/typical.do?menuId=WEB_KMP_OVT_UAS_ASA)

- Sohn, A. R., Shin, J. H., & Kim, Y. B. (2018). Public drinking restriction in the alcohol accessibility policies : Australia, Canada, USA, Singapore & South Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 35(4), 65-73. doi: 10.14367/kjhep.2018.35.4.65.
- Sohn, A. R., Kim, J. H., Seo, M. K., Lee, Y. S., Park, Y. J., & Lee, J. Y. (2018), *Analysis on drinking culture and tasks for regulating the availability of alcohol* (Korean, authors' translation). Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- Statistics Korea. (2020). *2019 Causes of death statistics*. Retrieved from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=385219&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=385219&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=)
- Sung, M. J. (2019). Social costs should be sufficiently reflected when reorganizing the liquor tax (Korean, authors' translation). *Policy Discussion Report, 2019(06)*, 100-102.
- Supreme Prosecutors' Office. (2019). *2018 Analytical statistics on crime*. Seoul: Supreme Prosecutors' Office.
- The Kukmin Daily. (2012, August 17). Plans to ban the alcohol advertisement of alcoholic beverages on buses (Korean, authors' translation). *Author*. Retrieved from <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0006354415&code=61122011&sid1=cul=>
- United Nations(UN). (2015). *Sustainable development goals*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- World Health Organization(WHO). (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: Author.
- World Health Organization(WHO). (2013). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from [https://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en/](https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/)
- World Health Organization. (2018a). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2018b). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2018c). *WHO launches SAFER, a new alcohol control initiative*. Retrieved from [https://www.who.int/substance\\_abuse/safer/en/](https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/)

■ Yer Jin Park	<a href="http://orcid.org/0000-0002-5274-3864">http://orcid.org/0000-0002-5274-3864</a>
■ Yu-Mi Oh	<a href="http://orcid.org/0000-0003-2003-8690">http://orcid.org/0000-0003-2003-8690</a>