

# WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용한 국내 알코올 정책 평가

김용석<sup>1\*</sup> | 김은서<sup>1</sup> | 안요셉<sup>1</sup> | 백지연<sup>1</sup> | 박신영<sup>1</sup> | 고현빈<sup>1</sup> | 김동주<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 가톨릭대학교

\* 교신저자: 김용석  
(yongseok@catholic.ac.kr)

## 초 록

본 연구는 세계보건기구(WHO)가 제안한 알코올 정책 종합 지표의 10개 핵심 지표와 34개 세부 지표를 활용하여 국내 알코올 정책을 계량적으로 평가한 국내 최초의 연구이다. 기존의 국내 연구는 알코올 정책을 포괄적으로 다루지 않았고 주관적 평가 방법을 사용하였다는 한계를 갖는다. 평가 방법은 첫째, 국가법령정보센터와 관련 공식 홈페이지의 자료를 토대로 정책을 평가하였고 둘째, 학계와 현장 전문가의 자문을 통해 평가 결과의 질을 높였다. 평가 점수를 토대로 국내 알코올 정책 이행 수준을 '우수', '보통', '미흡'으로 분류하였다. 구체적으로 설명하면, 우리나라는 국가 알코올 정책과 실행계획이 체계적으로 구축되어 있으며(지표 1) 음주 폐해와 국민의 음주 실태를 상시로 모니터링하고 감시하는 체계를 잘 갖추고 있다고(지표 10) 평가할 수 있다. 하지만 이러한 장점에도 불구하고 조기 선별과 치료 접근성 확대(지표 2), 지역사회 기반 개입(지표 3), 주류의 이용가능성 제한(지표 5), 주류마케팅(지표 6) 등 일부 영역에서 상당한 정책 격차가 드러났다. 10개 지표 점수의 평균은 65.12점으로 우리나라 알코올 정책 이행 수준은 '미흡'으로 평가된다. 후속 연구는 본 연구 결과를 토대로 하여 효과적으로 알려져 있으나 아직 국내에서 시행되고 있지 않은 알코올 정책을 개발 및 제안하고 이행 수준이 낮은 정책을 심층적으로 평가함으로써 알코올 소비 감소와 음주 폐해 예방을 위해 기여할길 바란다.

**주요 용어:** 알코올 정책, WHO, 알코올 정책 종합 지표, 정책 평가

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 우리나라에서는 술과 관련된 정책들이 많이 있지만, 이 정책들이 얼마나 잘 지켜지고 있는지, 술 문제를 해결하는 데 얼마나 도움이 되는지, 국제적인 기준에 비추어 볼 때 어떤 점이 부족한지에 대한 평가가 부족하였다. 그래서 세계보건기구(WHO)에서 만든 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 우리나라 술 정책을 꼼꼼하게 평가하였다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 연구 결과, 우리나라는 국가 차원의 정책 계획과 술 소비 및 폐해 감시 체계는 잘 갖춰져 있으나, 술 문제 조기 발견 및 치료, 지역사회 기반 예방 활동, 술 판매 시간 및 장소 제한, 술 광고 규제 등은 개선이 필요한 것으로 나타났다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 이에 따라 술 문제 예방 및 치료 정책 강화가 필요하며, 특히 직장 내 술 문제 예방 프로그램 도입, 음주운전 처벌 강화, 술 판매 시간 제한, 술 최저 가격제 도입 등이 시급하다. 또한, 술 광고 규제 강화 및 술 판매 관련 법률 개선을 통해 술 소비를 줄이고 관련 문제를 예방하여 국민 건강 증진에 기여해야 할 것이다.

- 투 고 일: 2024. 04. 29.
- 수 정 일: 2024. 06. 28.
- 게재확정일: 2024. 07. 11.

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

Bronfenbrenner의 사회생태학적 모델(socio-ecological model)에 따르면, 인간과 환경의 관계는 상호 호혜적 관계로 인간은 환경의 영향을 환경은 인간의 영향을 받는다고 가정한다(Salih et al., 2015, pp. 87-88). 이 모델에서 환경은 모두 5개 체계(미시체계, 중간체계, 외체계, 거시체계, 시간체계)로 분류되며 정책은 거시체계 요인으로 분류된다. 정책은 중독분야에서도 중요하게 다루어져야 할 개념이다. 예를 들어, 주류 세금 인상과 같은 가격 정책이 주류 소비 및 음주 폐해를 줄이는 데 효과적인 것으로 입증되었으며(Xu & Chaloupka, 2011, p. 239), 최소 구매 연령 제한, 주류 광고 금지 등 주류의 이용가능성을 제한하는 정책도 음주 관련 교통사고 감소와 같은 긍정적인 효과를 보여주었다(Rehm et al., 2020, p. 659). 이러한 연구 결과는 알코올 정책이 음주자의 행동에 직접적인 영향을 미칠 수 있음을 시사하며, 음주 관련 폐해를 줄이기 위해 알코올 정책에 대한 이해와 연구가 매우 중요함을 강조한다.

최근 조사에 따르면, 19세 이상 성인의 월간 음주율은 57.4%로 성인 2명 중 1명은 지난 한 달 동안 음주할 정도로 알코올은 가장 널리 사용되고 있는 물질 중 하나다(질병관리청, 2023). 음주는 사회적 유대감을 강화하고 스트레스를 해소하는 긍정적인 기능을 가지지만, 광범위한 부상 및 질병의 주요 위험 요인이며 자살, 음주운전, 가정폭력 등의 다양한 사회문제의 원인으로 작용해 막대한 사회경제적 손실을 초래한다(Rehm et al., 2017, p. 989; Isaacs et al., 2022, p. 609; Patton & Katafiasz, 2021, p. 5777; Manthey et al., 2021, p. 817). 따라서 각국은 음주 소비와 음주 폐해의 감소를 위해 다양한 알코올 정책을 시행하고 있다. 알코올 정책(alcohol policy)은 음주 폐해의 예방과 감소를 목적으로 제정된 법률, 규정, 규칙으로 정의된다(Naimi et al., 2014, p. 2). 다양한 알코올 정책이 존재하는데 국내에서 시행 중인 알코올 정책을 살펴보면, 청소년 주류 구매를 제한하는 주류 이용가능성 제한 정책(「주세법」 제8조), 세금이나 가격에 의한 정책(「주세법」 제21, 22조), 음주운전을 통제하는 음주사고 억제 정책(「도로교통법」 제44조), 주류 광고 제한 정책(「국민건강증진법」 제7조), 교육 및 홍보 정책(「학교보건법」 제9, 11조) 등이다.

이상과 같이 다양한 알코올 정책이 존재하고 시행 중이나 국내에서는 알코올 정책을 연구의 대상으로 다루는 연구는 매우 부족하였다. 알코올 정책을 다룬 연구들은 근거 기반 알코올 정책의 개념과 종류를 고찰하고(신정훈 외, 2021), 알코올 위해 감축 정책의 도입을 제안하거나(김정현, 손애리, 2020), 알코올 정책의 변화를 살펴보았다(고광욱 외, 2021). 이들 연구가 알코올 정책의 의미와 중요성을 제시한 것은 고무적이거나 문헌 고찰에 기반하여 국내에 적용할 수 있는 방안을 제시하는 다소 주관적인 연구 방법을 사용하였다. 일부 연구가 객관적 연구 방법을 활용하여 알코올 정책의 효과를 분석하였으나 주류 가격정책, 주류 광고 규제 정책 등 특정 정책의 효과만을 다루었다(고속자, 정영호, 2013; 양현석 외, 2015). 정리하면, 기존 연구는 국내 알코올 정책을 포괄적으로 다루지 못하였고 주관적으로 평가하였다는 한계를 갖는다.

알코올 정책에 관한 기존 국내 연구의 한계를 극복하기 위해 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 알코올 정책 종합 지표(composite indicators)의 활용이 유용해 보인다. 이 지표는 WHO(2010)의 해로운 음주 감소를 위한 세계 전략(global strategy to reduce the harmful use of alcohol)에 기반한다. WHO의 전략은 해로운 음주 감소, 건강 및 웰빙 증진, 생산성 향상, 생애 전반에 걸친 인적, 사회적, 건강 자본의 향상을 목표로 하는 다양한 정책을 포함한다(WHO, 2010). 이들 정책을 구체적으로 살펴보면, 국가 알코올 정책의 유무, 조기 개입 및 치료 접근성 확대, 음주 폐해 감소를 위한 지역사회 기반 개입, 음주운전 방지를 위한 대책, 주류의 이용가능성 제한 강화, 주류마케팅 규제, 주류 가격정책, 음주 환경 관리를 통한 음주 폐해 감소, 주류의 불법 제조 및 판매 방지를 위한 법안 유무, 마지막으로 주류 소비와 음주 폐해 모니터링 및 감시체계의 유무이다. 이상과 같이 WHO의 해로운 음주 감소를 위한 세계 전략은 총 10개 영역을 포괄하며 해로운 음주와 음주 폐해의 감소를 위해 필요한 다양한 정책을 담고 있다.

더 나아가 WHO는 해로운 음주 감소를 위한 세계 전략에 포함된 각 정책의 이행 정도를 평가할 때 사용할 수 있는 알코올 정책 종합 지표를 개발하였는데 이 지표는 국가 알코올 정책을 평가하고 모니터링 할 때 사용된다. WHO 알코올 정책 종합 지표는 국가 알코올 정책의 완성도를 계량화할 수 있는 장점을 갖는다. 즉 WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하면, 특정 국가가 시행 중인 알코올 정책은 무엇이고 각 정책이 특정 기준을 충족한 정도를 측정할 수 있다. 또한, WHO 알코올 정책 종합 지표는 유사한 도구(예; Alcohol Policy Index, Alcohol Measures for Public Health Research Alliance)와 비교할 때 더 다양한 정책을 포함하는 장점을 갖는다(WHO, 2018b). Alcohol Policy Index(API)는 국가의 알코올 규제 정책의 강도를 측정하기 위해 개발된 지표로 모두 5개 영역(주류의 이용가능성, 음주 상황, 주류 가격, 주류 광고, 음주운전)의 정책만을 다루며, Alcohol Measures for Public Health Research Alliance(AMPHORA) 척도는 7개 영역(주류의 생산, 판매 및 유통 규제, 주세와 주류 가격, 연령 제한 및 개인 규제, 음주운전 규제)의 정책을 다룬다. 반면, WHO 알코올 정책 종합 지표는 10개의 핵심 지표 외에 34개의 세부 지표를 포함하고 있어 기존 척도들과 비교할 때 훨씬 다양한 영역의 정책을 다루는 포괄적인 도구라고 할 수 있다. WHO 알코올 정책 종합 지표는 지표가 개발된 유럽은 물론이고 이란을 포함한 여러 나라에서 자국의 알코올 정책을 평가하는데 널리 활용되고 있다(Goiana-da-Silva et al., 2019; Al-Ansari et al., 2019; Lima et al., 2018; WHO, 2018b).

## 2. 연구 목적 및 연구 문제

음주는 개인과 가족은 물론 사회 전체에 부정적 영향을 미칠 수 있어 세계 각국은 주류 소비와 음주 관련 폐해의 감소를 위해 알코올 정책을 개발하고 도입해 왔다. 마찬가지로 우리나라도 다양한 알코올 정책의 개발과 도입을 위해 노력해 왔다. 그러나 지금까지 국내 알코올 정책에 대한 전반적 평가가 제대로 수행되지 않았던 점은 부인하기 어렵다. 따라서 국내 알코올 정책에 대한 평가의 첫 단계로 국내에서 시행 중인 알코올 정책은 무엇이고 부재한 정책은 무엇인지를 파악하는 것이 필요한 시점이다. WHO 알코올 정책 종합 지표는 주류 소비와 음주 폐해 감소를 위해 WHO가 제안한 10가지 영역의 정책을 포함하고 있어 국내 알코올 정책과 WHO의 제안을 비교할 수 있는 장점이 있다. 본 연구의 목적은 WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 국내 알코올 정책을 전반적으로 계량화하여 평가하는 데 있다. 본 연구는 WHO 알코올 정책 종합 지표의 10개 핵심 지표와 34개 세부 지표를 사용하여 국내 알코올 정책을 계량적으로 평가하는 국내 최초의 연구라는 큰 의미를 갖는다. 본 연구의 목적을 달성하기 위해 본 연구는 다음과 같은 연구 문제를 갖는다.

WHO 알코올 정책 종합 지표에 기초한 국내 알코올 정책의 이행 수준은 어떠한가?

## II. 선행연구 고찰

한국학술지인용색인(KCI)에 등재된 논문 중 알코올 정책을 다루는 국내 논문을 검색하였다. ‘알코올 정책’을 검색어로 하여 검색한 결과 소수의 논문만이 검색되었다. 주요 연구를 소개하면, 국내 알코올 관련 정책의 변화를 다룬 연구(고광욱 외, 2021), 알코올 위해 감축 정책의 국제적 추세를 다룬 연구(김정현, 손애리, 2020), 음주 문제 예방에 관한 국내 정책의 효율적 방안을 제안한 연구(강길현, 2020), 국민건강증진종합계획에서의 알코올 정책 변화를 살펴본 연구(김혜숙 외, 2021)를 들 수 있다. 이들 중 두 편의 논문이 국내 알코올 정책의 변화를 다루었는데 한 편은 국내 알코올 관련 정책을 산업정책과 보건정책으로 구분하고 시대별 변화를 살펴보았으며(고광욱 외, 2021), 다른 한 편은 2002년에 수립된 1차 국민건강증진종합계획부터 5차 계획에 이르기까지 절주 분야 목표 및 내용 변화를 살펴보았다(김혜숙 외, 2021). 나머지 두 편은 알코올 위해 감축(alcohol harm reduction) 정책을 소개하고 우리나라 실정에 맞는 위해

감축 전략을 제안하거나(김정현, 손애리, 2020) 다양한 정책 중 주류의 이용가능성 정책을 중점적으로 다루었다(강길현, 2020). 이상의 연구들은 알코올 정책을 포괄적으로 다루지 않고 일부 정책만을 다루었으며 주관적 평가 방법을 사용하였다는 한계를 갖는다. 이들 연구와 달리 최근에 발표된 박여진, 오유미(2021) 연구는 국내 알코올 정책을 포괄적으로 다루었다는 점에서 긍정적으로 평가된다. 이 연구는 WHO 알코올 정책 종합 지표 중 핵심 지표를 활용하여 국내 알코올 정책을 평가한 국내 최초의 연구다. 이 연구는 10개의 핵심 지표에 기반하여 국내 알코올 정책을 평가한 후 “이행이 우수한 정책”, “이행하고 있으나 개선이 필요한 정책”, “이행하지 않은 정책”으로 분류하였다. 그러나 이 연구는 10개 핵심 지표만을 다루었고 세부 지표를 다루지 않았으며 또한 각 지표의 이행 수준을 계량화하지 못하였다. 이외에 음주폐해 예방정책의 효과를 다룬 국내외 논문에 대한 체계적 문헌 고찰 연구(신정훈 외, 2021), 음주 폐해 감소를 위해 효과적인 정책을 제안한 연구(김광기, 2015), 우리나라와 미국의 절주 관련 정책목표를 비교한 연구(이현경, 2009)가 있었다. 이들 연구 또한 국내 알코올 정책을 전반적으로 다루지 않았고 문헌에 기초한 평가였다는 한계를 갖는다.

반면, 국외에서는 알코올 정책 평가를 위해 WHO 알코올 정책 종합 지표를 적용해 왔다. 유럽에서는 WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 유럽연합 53개국의 알코올 정책을 평가하였다(WHO, 2018b). 구체적으로 설명하면, WHO 알코올 정책의 10개 핵심 지표의 평균값, 중앙값, 최솟값, 최댓값을 계산하여 유럽연합 국가들에서 영역별 알코올 정책의 존재 여부뿐만 아니라 각 정책의 이행 수준까지 알기 쉽게 제시하였다. WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 평가한 결과를 구체적으로 살펴보면, 유럽연합 국가들은 음주운전 정책 및 대책 분야에서 우수한 평가를 받았고 가격정책과 음주 및 알코올 중독으로 인한 부정적 결과 감소 정책 분야에서 저조한 평가를 받았다. 총 10개 핵심 지표 중에서 최솟값이 0점인 지표는 모두 8개였다. 최솟값 0점은 해당 영역의 정책이 부재함을 의미한다. 여기에 해당하는 지표는 리더십, 인식과 이행(지표 1), 지역사회 기반 개입(지표 3), 주류의 이용가능성 제한(지표 5), 주류마케팅 규제(지표 6), 가격정책(지표 7), 해로운 음주로 인한 폐해 감소(지표 8), 불법 주류 대책(지표 9), 모니터링과 감시체계(지표 10)였다. 최근에 수행된 연구들은 WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 국가(예; 이란)의 알코올 정책을 평가하거나(Al-Ansari et al., 2019) 국가의 알코올 정책 수립과 시행을 더욱 체계적으로 모니터링하고 평가하기 위해 종합 지표의 활용을 제안하였다(Lima et al., 2018).

국외에서는 WHO 알코올 정책 종합 지표 활용 외에 알코올 정책에 대한 평가 결과를 계량화하려는 노력도 있었다. 예를 들어 Alcohol Policy Scale(APS), Alcohol Policy Index(API)와 같은 도구가 개발되어 국가 알코올 정책의 유무와 이행 정도를 점수화하고 있었다. APS는 알코올 정책 환경을 측정하기 위해 개발된 합성 도구(composite measure)로 모두 29개의 알코올 정책을 포함하고(Naimi et al., 2014; Blanchette et al., 2020), API는 국가의 알코올 정책의 강도를 측정하는 도구로 5개 영역(주류 이용가능성, 음주 상황, 주류 가격, 주류 광고, 자동차 운전)을 측정한다(Brand et al., 2007). 이들 척도는 알코올 정책의 강도를 점수화해 주는 장점이 있어서 국외 연구는 이들 척도를 사용하여 미국 50개 주의 알코올 정책 환경을 비교하고 알코올 정책과 음주 행위의 관계를 분석하였으며(Naimi et al., 2014) 여러 국가의 알코올 정책을 비교하기도 하였다(Brand et al., 2007).

### III. 연구 방법

#### 1. WHO 알코올 정책 종합 지표와 점수화 방법

WHO 알코올 정책 종합 지표는 핵심 지표 10개와 세부 지표 34개로 구성되어 있으며 그 내용은 아래와 같다.

- 지표 1(세부 지표 4개): 리더십, 인식과 이행

- 지표 2(세부 지표 2개): 조기 개입 및 치료 접근성 확대
- 지표 3(세부 지표 3개): 지역사회 기반 개입
- 지표 4(세부 지표 4개): 음주운전 정책과 대책
- 지표 5(세부 지표 6개): 주류의 이용가능성 제한
- 지표 6(세부 지표 4개): 주류마케팅 규제
- 지표 7(세부 지표 3개): 가격정책
- 지표 8(세부 지표 2개): 해로운 음주로 인한 피해 감소
- 지표 9(세부 지표 3개): 불법 주류 대책
- 지표 10(세부 지표 2개): 모니터링과 감시체계

앞서 기술하였듯이 WHO 알코올 정책 종합 지표의 주요 장점은 알코올 관련 정책의 존재 여부와 이행 수준을 효율적으로 점수화하여 평가하는 데 있다. 점수화 방법은 다음과 같다. 총 34개로 구성된 세부 지표들은 각각 특정 알코올 정책을 대상으로 한다. 이들 지표는 기초 증거의 강도, 즉 정책의 효과성, 정책의 효과를 뒷받침하는 과학적 근거의 수준, 국가 간 검증 정도에 따라 가중치가 차등적으로 부여된다. 기초 증거의 강도가 높은 정책(예: 혈중알코올농도 제한)은 원점수의 5배가 적용되는 반면, 증거 강도가 낮은 정책(예: 주류의 정의)은 원점수를 그대로 반영한다. 각 세부 지표는 초기 평가에서 특정 점수를 부여받고, 필요에 따라 점수를 조정한다. 구체적으로 설명하면, 세부 지표 1.1의 첫 번째 평가 항목은 국가 알코올 정책의 문서화를 다루는데 처음에 2점으로 평가한 후, 해당 배율(3배수)을 적용하는 식이다. 세부 지표별로 총점이 서로 다르기 때문에, 각 지표의 점수를 100점 만점으로 표준화하여 다양한 규제 환경 간의 비교 분석을 용이하게 하였다. 계량화는 정책 평가의 핵심 요소로, 정책 간 효과 비교를 가능하게 하고 개선 방향을 제시하는 데 유용한 정보를 제공한다. 특히 WHO 종합 지표와 같은 표준화된 지표 체계를 활용한 계량화는 국제 비교를 수월하게 하여 각 국가의 정책 강점과 약점을 파악하는 데 기여할 수 있다. 이에 따라 본 연구는 WHO 알코올 정책 종합 지표의 지표 체계와 가중치 시스템을 그대로 적용하였다.

## 2. 평가 방법

### 가. 관련 자료에 근거한 평가

본 연구에서는 국내 알코올 정책 평가를 위해 다양한 자료를 수집하고 분석하였다. 먼저, 국가법령정보센터를 통해 헌법, 법률, 명령, 조례, 규칙, 대법원 판례 등 국내 법령 정보를 면밀히 검토하여 음주 관련 법규를 상세히 조사하였다. 또한, 보건복지부, 국립정신건강센터, 약학정보원, 식품의약품안전처 등 관련 기관의 공식 홈페이지에서 알코올 정책 관련 데이터를 수집하였다. 이러한 공식 홈페이지는 국가 차원에서 관리 및 운영되므로, 정보의 신뢰성과 정확성을 확보할 수 있었다. 수집된 자료는 한국건강증진개발원(2018, 2022a, 2024a, 2024b), 국립정신건강센터(2023, 2024), 질병관리청(2023, 2024a, 2024b) 등 다양한 기관의 연구 보고서 및 통계 자료를 포함하고 있다. 이를 통해 국내 알코올 정책의 현황과 변화 추이를 파악하고, 정책을 분석하는 데 필요한 근거 자료를 확보하였다. 마지막으로, 수집된 자료와 함께 WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 국내 알코올 정책을 다각적으로 평가하였다. WHO 알코올 정책 종합 지표와 세부 지표가 많아 연구진은 개별적으로 자신이 맡은 지표에 근거하여 정책을 평가한 다음 교차 점검하였다. 평가 결과에 상반된 의견이 있을 때, 연구진은 여러 번 합의와 재조정을 통해 최종 평점을 결정하여 평가 결과의 타당성을 높이고자 하였다.

## 나. 전문가 평가

연구진의 평가 결과에 대한 점검을 받고 전문가의 의견을 반영하여 평가 결과의 질을 높이고자 하였다. WHO 지표가 의료와 보건 내용을 포함하고 있어 학계와 현장 전문가 각각 1명에게 자문을 요청하였다. 학계 전문가는 사회복지학과 교수로서 다년간 중독 연구와 교육 경력을 보유하고 있으며 현장 전문가는 정신건강 전문의로, 알코올 전문 병원의 진료원장이자 중독관리통합지원센터장을 겸임하고 있다. WHO 지표가 다수의 지표로 구성되어 현장 전문가는 의료 관련 지표에 대한 의견을 학계 전문가는 평가 점수 도출 방식 등에 관한 의견을 중점적으로 제시해 주었으며 연구진은 자문 내용을 최대한 반영하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 각 지표의 평가 결과

지표 1 리더십, 인식과 이행<sup>1)</sup>은 국가 알코올 정책의 유무, 주류 및 표준잔의 정의, 인식 제고를 위한 활동의 실행과 같은 기본적인 요소들을 포함한다. WHO는 음주 관련 피해를 줄이기 위한 핵심 요소로 알코올 정책의 중요성을 강조하고 있으며, 2030년까지 75%의 회원국들이 이를 개발 및 시행하도록 목표로 하고 있다(WHO, 2010, p. 9; 2018a, p. 89; 2024, p. 36).

우리나라에서 추진되어 온 주요 알코올 관련 보건정책은 2006년 ‘파랑새플랜 2010’(보건복지부, 2006), 2016년 ‘정신건강 종합대책’(보건복지부, 2016)의 중독영역, 2018년 ‘음주폐해예방 실행계획’(한국건강증진개발원, 2018)이 있다. 그러나 2000년대 초반부터 현재까지 지속적으로 마련되고 평가되어 온 국가 차원의 근간 정책은 ‘국민건강증진종합계획(이하 종합계획)이다(김혜숙 외, 2021, p. 9). 종합계획은 「국민건강증진법」 제4조에 근거하여 2002년부터 수립된 법정부적 중장기 종합계획으로서, 국민 건강증진을 위한 건강 정책의 방향을 제시하고 국가 차원의 비전과 목표를 설정하며, 이에 따른 실천 전략을 구체화하는 데 중요한 역할을 한다(김동진, 2021, p. 1).

1~5차 종합계획의 알코올 정책 변화를 비교해 보면, 1차 종합계획(2002-2010)에서는 음주 예방 교육, 건강한 음주 문화 조성, 교육 상담 등을 중심으로 정책이 추진되었다. 2차 종합계획(2006-2010)에서는 소비 제한 정책 등을 포함하여 보다 포괄적인 계획으로 전환되었고, 3차 종합계획(2011-2020)에서는 고위험 음주를 지표와 사업 개수 등 성과 지표를 추가로 확대하였다. 4차(2016-2020) 및 5차 종합계획(2021-2030)에서는 기본 틀을 유지하면서 세부 사업과 지표를 개정하였다.

5차 종합계획(한국건강증진개발원, 2022a, pp. 22-29)은 알코올 정책 실행계획으로서도 역할을 하고 있다. 여기에는 알코올 사용 장애의 예방과 치료를 위해 구체적인 전략과 지표를 포함하고 있으며, 예를 들어 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터의 중독관리 서비스 확충, SBIRT 프로그램 활성화 등을 통해 중독자에 대한 조기 개입을 강화하고 있다. 또한 중앙 및 지방정부의 관련 계획이 일관되게 추진될 수 있도록 각 기관에 계획을 통보하고 협조를 요청하는 체계를 구축하고 있으며, 실행계획의 실효성을 확보하기 위해 건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 당해 연도 실행 계획을 마련하고 전년도 수행실적을 평가하여 익년도 계획에 반영하는 절차를 마련하고 있다. 이와 같은 구체적인 목표와 실행 방안 설정은 알코올 정책의 실효성을 높이고 국민 건강증진에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

1) ‘Commitment’에 대한 통일된 학문적 번역은 아직 확립되지 않았다. 일반적인 맥락에서 ‘헌신’ 또는 정책적 의지를 부각하기 위해 ‘공약’으로 번역되기도 하지만, 본 연구에서는 국가가 알코올 문제에 대한 인식(Awareness)을 바탕으로 정책적 주도성(Leadership)을 발휘하는 것을 강조하고자 ‘이행’이라는 용어를 선택하였다.

또한, 2020년에는 국민건강증진법을 개정하여 주류 광고 제한과 공공장소 금주 구역 지정 등을 포함하는 법적 조치를 도입하였다(나세연, 2021, p. 685). 이러한 조치는 지방자치단체별로 다양하게 시행되며, '제2차 정신건강복지기본 계획(2021~2025)'에서는 알코올 사용 장애의 조기 개입 및 치료에도 중점을 두고 있다(전진아 외, 2019, p. 265). 이 외에 여러 부처가 각자의 법적 근거를 바탕으로 알코올 문제에 대응하고 있으며, 이는 여러 부처가 협력하여 음주 폐해에 대해 국가 차원에서 종합적이고 체계적인 대응 전략을 보여준다.

WHO(2018a, p. 114) 보고서에 따르면, 전 세계적으로 104개국이 주류에 대한 법적 정의를 수립하였으며, 그중 87개국은 알코올 함량을 기준으로 주류를 구분하고 있다. 우리나라 또한 「주세법」 제2조를 통해 알코올 함유량 1% 이상의 음료를 주류로 규정하고 있다. 이는 WHO가 권장하는 알코올 정의의 명확성에 부합하여 평가에서 만점인 1점을 부여하였다(세부 지표 1.2). 또한, '음주폐해예방 실행계획(한국건강증진개발원, 2018)'에서는 표준잔을 소주나 맥주 한 잔에 함유된 순수 알코올 7g으로 정의하고 있다. 이 정의는 세계적인 추세인 10g보다는 다소 낮으나, WHO의 방침을 충실히 준수하고 있어(WHO, 2018a, p. 114), 세부 지표 1.3에도 만점인 1점을 부여하였다.

세부 지표 1.4의 첫 번째 평가 항목은 최근 3년간 수행된 인식 제고 활동의 포괄성을 평가한다. 이는 음주운전, 음주와 임신, 음주와 건강, 음주의 사회적 폐해 등 다양한 주제를 포함한다(WHO, 2018b). 한국건강증진개발원은 2017년부터 음주 폐해 예방을 위해 다양한 인식 제고 활동을 펼쳐왔다. 이러한 활동에는 음주 폐해 예방 홍보 슬로건 제작, 온오프라인 홍보 콘텐츠 제작 및 배포, 음주 폐해 예방의 달 운영, 언론 홍보, 공익광고 송출, 온라인 홍보 및 캠페인 등이 포함된다. 이들 활동은 음주와 건강, 여성 음주, 음주운전, 음주 조장 환경, 음주와 범죄, 음주와 노인 등 다양한 주제를 다루어 음주 폐해의 위험성을 알리고 예방 방안을 홍보하는 데 주력해왔다. 이러한 다양한 인식 제고 활동이 여러 주제를 포괄하고 있다는 점에서 첫 번째 평가 항목에 만점을 부여하였다. 두 번째 평가 항목은 이상의 인식 제고 활동이 시청각 자료, 유인물, 포스터 등 다양한 매체를 활용하여 대상 인구에게 얼마나 광범위하게 전달되었는지를 평가한다(WHO, 2018b). 하지만 관련 통계 자료의 부족으로 인해 지역사회 주민들에 대한 전달 효과를 정량적으로 측정하지 못하여 이 항목의 평가 점수는 0점으로 하였다.

표 1. 리더십, 인식과 이행

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
1.1. 국가 알코올 정책 (3배수)	국가 알코올 정책의 명문화	- 채택(2점) - 개발 중(1점) - 없음(0점)	·파랑새플랜 2010 ·정신건강 종합대책 ·음주폐해예방 실행계획 ·국민건강증진종합계획	2/2
	정책의 다부문성	- 예(1점) - 아니오(0점)	·국민건강증진법 8조, 청소년 보호법 28조, 정신건강복지법 15조의 3, 도로교통법 44조, 식품위생법 44조, 방송광고심의에 관한 규정 33조	1/1
	정책 이행을 위한 국가 실행계획의 동반	- 예(1점) - 아니오(0점)	·한국건강증진개발원(2022a). 제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)	1/1
1.2. 주류의 정의 (2배수)	주류에 대한 표준 법적 정의 제시	- 예(1점) - 아니오(0점)	·주세법 제2조 - 알코올분 1도 이상의 음료	1/1
1.3. 표준잔의 정의 (1배수)	표준잔에 대한 정의	- 예(1점) - 아니오(0점)	·한국건강증진개발원(2018). 음주폐해예방 실행계획 - 소주/맥주 기준 1잔 7g	1/1
1.4. 인식 제고 활동 (2배수)	최근 3년간 전국적 인식 제고 활동 진행	- 6개 이상 주제(3점) - 4~5개 주제(2점) - 1~3개 주제(1점) - 없음(0점)	·한국건강증진개발원 절주온(2024c) 및 공식 SNS	3/3
	대상 인구의 31% 이상에게 인식 제고/예방 프로그램 제공	- 예(1점) - 아니오(0점)	·해당 사항 없음	0/1

총점: 21 / 23점 → 91.30 / 100점

지표 2는 조기 개입 및 치료 접근성 확대를 다루는 지표이다. 세부 지표별로 평가하면, 2.1은 음주 문제에 대한 단기 개입 지침 여부를 다루는 내용이다. 임상 현장에서는 음주 문제에 대한 선별, 단기 개입, 치료 의뢰 매뉴얼(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, SBIRT)이 활용되고 있다. SBIRT는 중독문제가 있거나 중독과 관련된 위험에 처한 개인을 조기에 선별하여 단기 개입을 제공하거나 적절한 기관으로 연계하는 근거 기반 접근 방식이다(Babor et al., 2007). SBIRT 단계에 따른 교육 및 개입의 제공은 중독정신건강 표준 사례관리 매뉴얼에 포함되어 있다(국립정신건강센터, 2023, pp. 81-85). 따라서 단기 개입을 위한 지침이 존재한다고 평가하였다. 두 번째 평가 항목과 관련하여, 선별 검사와 단기 개입을 하는 일차보건의료(primary health care) 제공자의 비율에 관한 국내 통계는 부재하다. 일반적으로 정신건강의학과에서는 초기 상담 시 알코올 사용장애 선별 검사를 하고 필요시 단기 개입을 제공한다. 그러나 일차보건의료는 가정의학과 또는 내과 의원을 포함하며, 이들 의료 현장에서는 선별 검사 및 단기 개입이 제공된다고 보기 어렵고 관련 통계가 부재하여 0점을 부여하였다. 한편, 임산부를 대상으로 한 선별검사와 단기 개입 여부는 정책적으로 구현된 바가 없어 제공되는 서비스의 비율 또한 확인할 수 없어 세 번째 평가 항목에 0점을 부여하였다. 세부 지표 2.2는 여성, 아동, 청소년을 위한 맞춤형 치료 프로그램에 관한 내용이다. 국내에서는 아직 성별이나 연령에 따라 대상을 구분한 알코올중독 치료 프로그램이 부재하여 이들 지표에 대해서는 0점을 부여하였다. 세부 지표 2.3은 약물치료를 다루는 내용으로 약물치료의 병행은 단주 기간 유지와 금단 치료에 효과적으로 작용한다고 알려져 있다. 국내에서는 아캄프로세이트, 디아제팜, 날트렉손 등 3가지 약물이 알코올 의존 및 금단 치료를 위해 사용되고 있어 세부 지표 2.3에 3점을 부여하였다. 이들은 대표적인 항갈망제(anticraving)로, 아캄프로세이트는 금단에 의해 유발되는 음주 욕구를 감소시키고, 디아제팜은 반감기가 긴 특징이 있어 투약 사이의 금단 증상 재발을 막을 수 있으며, 날트렉손은 알코올의 긍정적 강화 효과를 감소시켜 음주에 대한 갈망을 억제할 수 있는 효과를 지니고 있다(남궁기, 2006; 최하영 외, 2020).

표 2. 조기 개입 및 치료 접근성 확대

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
2.1. 선별과 단기 개입 (3배수)	단기 개입을 위한 임상 지침	- 예(1점) - 아니오(0점)	·국립정신건강센터(2023). 중독정신건강 표준 사례관리 매뉴얼	2/2
	선별과 단기 개입을 시행하는 일차보건의료 서비스의 비율	- 61% 이상(4점) - 31~60%(3점) - 11~30%(2점) - 1~10%(1점) - 없음(0점)	해당 사항 없음	0/4
	선별과 단기 개입을 시행하는 임산부 대상 서비스 비율	- 61% 이상(4점) - 31~60%(3점) - 11~30%(2점) - 1~10%(1점) - 없음(0점)	해당 사항 없음	0/4
2.2. 특화치료 프로그램 (2배수)	알코올 사용장애 여성을 위한 특화 치료 프로그램	- 예(2점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/2
	알코올 사용장애 아동청소년을 위한 특화 치료 프로그램	- 예(2점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/2
2.3. 약물치료 (3배수)	알코올 의존이나 금단 치료를 위해 사용 가능한 약물	- 아캄프로세이트(1점) - 디아제팜(1점) - 디설피람(1점) - 날트렉손(1점)	·약학정보원, 식품의약품안전처	3/4

총점: 15 / 50점 → 30.00 / 100점

지표 3은 해로운 음주의 감소를 위해 개인보다 집단의 행동 변화에 초점을 두는 지표로 학교, 직장, 지역사회 기반 정책과 개입을 다룬다(WHO, 2010, p. 12; 2018b, p. 43; 2018a, p. 94). 세부 지표 3.1은 학교 기반 개입을 다루는데 이에 대해서는 만점을 부여하였다. 교육부고시 제2021-21호(별표1)의 ‘약물 및 사이버 중독 예방 교육과 「아동복지법 시행령」 제28조 제1항(별표6)의 ‘감염병 및 약물의 오남용 예방 등 보건위생관리 교육에 실시 주기와 교육 시간을 명시하고 있으며, 여기서 약물에는 알코올이 포함되어 있다(학교보건법 시행령). 또한, 「학교 안전교육 실시 기준 등에 관한 고시」에는 이처럼 학생의 음주 예방 교육을 포함한 안전교육 계획을 수립하고 시행해야 함이 명시되어 있다. 이에 따라 학교에서는 중독 예방 교육이 의무화되어 있으며, 실제로 98~99%의 학교가 약물 오남용 예방 교육을 학생들에게 제공하였다(교육부, 2022). 반면, 직장 내 음주 문제 예방 및 상담과 알코올 검사 관련 정책은 부재한 상태다(세부 지표 3.2). 일부 보건소에서는 직장 내 건전한 음주문화 조성을 위해 가상음주체험 및 음주 문제 선별검사와 같은 음주 폐해 예방 교육을 실시하기도 했으나(신명곤, 2016), 직장 기반 음주 문제 예방 및 상담과 관련된 정책은 제도화되어 있지는 않은 상황으로 평가되어 세부 지표 3.2에 대해서는 0점을 부여하였다.

세부 지표 3.3은 지역사회 기반 프로그램을 다루는 내용이다. 첫 번째 평가 항목은 음주 폐해 감소를 도모하는 효과적인 지역사회 기반 개입을 위한 국가 차원의 지침 유무를 다룬다. 여기서 효과적인 지역사회 기반 개입에는 음주 운전 예방, 미성년자와 주취자에 대한 주류 판매 제한이 포함된다(WHO, 2014, p. 16). 이에 대한 국가 지침으로 「도로교통법」에서 음주운전을 예방하기 위해 음주운전 불시 단속을 시행하고 있으며, 「청소년보호법」에서는 미성년자에게 주류 판매를 금지하고 있다. 그러나 주취자에 대한 주류 판매 제한과 관련된 국가 지침은 부재한 실정이다. 비록 주취자에 대한 주류 판매 제한 관련 지침은 부재하나 음주운전 예방과 미성년자에 대한 주류 판매 제한을 위한 지침이 잘 마련되어 있다고 판단되어 이 항목에 만점을 부여하였다. 두 번째 평가 항목은 이해관계자가 참여하는 지역사회 기반 개입의 여부를 다룬다. 이와 관련하여 한국건강증진개발원(2024b)은 지역사회 음주폐해 예방사업 관련 지침을 마련하였고 지방자치단체는 관련 활동을 활발히 주도하고 있다. 예를 들면, 공공장소에서 음주를 규제하지는 분위기가 확산되면서 「건전한 음주문화 환경조성에 관한 조례」가 제정되어 현재 88곳의 지자체에서 공원 및 광장을 금주 구역으로 지정하였고, 노마드 프로젝트<sup>2)</sup>와 같은 음주 폐해 예방 프로그램을 실시하는 등 다양한 방식으로 지역사회 기반 개입이 이루어지고 있다. 이처럼 이해관계자에 해당하는 지자체에서 음주 폐해 감소를 위한 지역사회 기반 개입이 활발히 이루어지고 있기에 평가 항목에도 만점을 부여하였다. 그러나 세 번째 항목에는 0점을 부여하였다. 지역사회 기반 프로그램을 운영하는 대표적인 기관으로 중독관리통합지원센터를 들 수 있다. 중독관리통합지원센터는 지역사회 중심의 통합적인 중독질환의 예방 및 치료, 재활을 도모하는 국가 차원에서 지원하는 지역사회 기관으로 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조의 3항에 근거하여 설치 및 운영되고 있다. 전국 251개 시군구 중 60개소의 센터가 존재한다는(국립정신건강센터, 2023a, p. 14; 보건복지부, 2024, pp. 1-2) 점으로 미루어 본다면, 지역사회 기반 프로그램이 표적 모집단의 31% 이상에게 제공된다고 볼 수 없다.

표 3. 지역사회 기반 개입

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
3.1. 학교 기반 음주 폐해 예방 및 감소 (2배수)	학교 기반 음주 폐해 예방 및 감소를 위한 국가 지침	- 예(2점) - 아니오(0점)	.학교안전교육 실시 기준 등에 관한 고시 제3조 ※교육부고시 제2021-21호(별표1) .아동복지법 제23조, 제31조 및 동법 시행령 제28조 제1항 [별표 6]	2/2

2) 서울시 중랑구의 「노마드 프로젝트」는 2021년부터 3년간 진행되는 건강격차 해소사업으로, 질병관리청의 지원을 받아 ‘만취없이 즐겁게’라는 슬로건 아래 새로운 음주문화 환경 조성을 목표로 하는 음주폐해예방 프로그램이다(질병관리청, 2023. 8. 9.).

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
	학교 교과과정 또는 보건 정책에서 음주 예방 교육에 대한 법적 의무	- 예(2점) - 아니오(0점)	·학교안전교육 실시 기준 등에 관한 고시 제3조	2/2
3.2. 직장 기반 음주 문제 예방 및 상담 (2배수)	직장 내 음주 문제 예방 및 상담에 대한 국가 지침	- 예(2점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/2
	알코올 검사 관련 법률 시행	- 예(1점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/1
	직장 기반 프로그램이 대상 인구의 31% 이상에게 제공	- 예(3점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/3
3.3. 음주 폐해 감소를 위한 지역사회 기반 프로그램 (2배수)	효과적인 지역사회 기반 개입을 위한 국가 지침	- 예(2점) - 아니오(0점)	·국립정신건강센터(2024). 2024년 정신건강사업안내. ·도로교통법 제41,44조 2항 ·청소년보호법 제2조 제1호	2/2
	이해관계자가 참여하는 지역사회 기반 개입 프로젝트	- 예(2점) - 아니오(0점)	·한국건강증진개발원(2024b). 2024년 지역사회 통합건강증진사업 안내 ·건강한 음주문화 조성에 관한 조례 등	2/2
	지역사회 기반 프로그램이 대상 인구의 31% 이상에게 제공	- 예(3점) - 아니오(0점)	·정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제15조 1, 2, 3항	0/3
총점: 16 / 34점 → 47.06 / 100점				

지표 4는 음주운전 관련 정책과 대책을 다루는 내용으로 관련 국내 정책은 대체로 적절하게 이행되고 있는 것으로 평가된다. 일명 '윤창호법'의 시행으로 음주운전의 기준과 음주운전 처벌 기준이 강화되었다. 윤창호법은 개정 「특정범죄 가중처벌에 관한 법률」과 개정 「도로교통법」으로 나뉜다. 「특정범죄가중처벌법」의 개정에 따라 음주운전 사망사고 시 가해자에 대한 처벌이 1년 이상 유기징역에서 무기 또는 3년 이상 징역으로 개정되었고, 음주운전 기준이 혈중알코올농도 0.05%에서 0.03%로 더욱 강화하였다. 세부 지표 2.1의 첫 번째 평가 항목에는 2점을 부여하였다. 그러나 젊은/초보 운전자를 위한 혈중알코올농도 규정이 별도로 없어 두 번째 평가 항목에는 0점을 부여하였다. 경찰공무원은 교통안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 운전자가 술에 취하였는지를 측정할 수 있으며(도로교통법 제41조 2항) 교통안전과 위험방지의 필요성에 음주 측정을 위해 검문 지점을 설치하고 그곳을 통행하는 자동차를 정치시켜 운전자의 음주 여부를 점검해 볼 수 있는 권한이 여기에 내포되어 있다는 헌법재판소 판결이 있다(세부 지표 4.2). 또한, 경찰공무원은 운전자가 술에 취하였는지를 호흡 조사로 측정할 수 있다(세부 지표 4.3). 따라서 세부 지표 4.2와 4.3에 만점을 부여하였다. 음주 운전자는 벌점, 벌금, 운전 면허정지 및 취소, 징역형의 처벌을 받고 있어 세부 지표 4.4에는 만점을 부여하였다.

표 4. 음주운전 정책과 대책

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
4.1. 차량 운전 시 최대 법적 혈중알코올농도 (5배수)	혈중알코올농도	- ≤0.02%(3점) - 0.02%~0.05%(2점) - >0.05%(0점)	·도로교통법 제44조 제1, 4항	2/3
	젊은/초보 운전자를 위한 혈중알코올농도	- ≤0.02%(3점) - 0.02%~0.05%(2점) - >0.05%(0점)	해당 사항 없음	0/2

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
4.2. 음주운전 검문소를 통한 단속 (3배수)	음주운전 검문소를 통한 단속	- 예(3점) - 아니오(0점)	·도로교통법 제41조 제2항	3/3
4.3. 무작위 호흡 조사를 통한 단속 (4배수)	무작위 호흡 조사를 통한 단속	- 예(4점) - 아니오(0점)	·도로교통법 제44조 2항	4/4
4.4. 처벌 (4배수)	음주운전 처벌의 종류	- 최소 4개 종류의 처벌(4점) - 1~3개 종류의 처벌(2점) - 없음(0점)	·도로교통법 제73조 2항, 제93조 1항 1, 3, 제148조 ·특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조 11항	4/4

총점: 51 / 66점 → 77.27 / 100점

지표 5는 주류의 이용가능성에 대한 규제를 포함하는 정책을 다루며, 이는 주류 구매 가능 연령 제한, 주류 판매 관리, 시간 및 장소에 따른 주류 판매 제한, 특정 이벤트에서의 주류 판매 제한, 공공장소에서의 음주 제한 등으로 구체화된다.

우리나라는 「청소년 보호법」에 따라 만 19세 미만의 미성년자에게 주류 판매를 금지하고 있으며, 이에 따라 평가 지표 5.1에서 3점을 부여하였다. 이어진 판매 관리(세부 지표 5.2) 부문에서는 「주류 면허 등에 관한 법률」(이하 ‘주류면허법’)에 기초하여 2점으로 평가하였다. 「주류면허법」은 주류의 제조와 판매에 필요한 법적 기준 및 절차를 명확히 규정하고 있다. 특히, 주류 제조업체는 대통령령으로 정한 시설 기준과 요건을 만족시켜야 하며, 이를 관할 세무서장에 신고한 후 제조 면허를 받아야 한다. 판매 면허 또한 각 판매처가 명시된 기준을 준수함으로써 획득할 수 있다. 그러나 시간대별 및 장소별 주류 판매 제한에 관한 현재 정책의 부재로 인해 세부 지표 5.3에서 0점을 부여하였다. 현재 국내에서는 24시간 동안 주류를 자유롭게 구매할 수 있는 상황이 유지되고 있다.

장소별 주류 판매 제한에 대해 세부 지표 5.4에서 2점을 부여한 것은 국내에서 주류 판매점의 위치와 밀도에 부분적 제한이 존재함을 반영한다. 이러한 제한은 「국토교통부 행정규칙」과 「주류면허법」에 근거를 두고 있다. 예를 들어, 「국토교통부 행정규칙」 제11조는 휴게소에서의 주류 판매를 금지함으로써 특정 공공장소에서의 음주 위험을 감소시키는 정책적 노력을 드러낸다. 또한, 「주류면허법」 제7조는 국세청에 의해 시장 포화가 우려되는 지역에서 주류 판매점의 신규 개설을 제한하도록 규정하고 있다. 이 조치는 음주로 인한 사회적 피해를 직접적으로 방지하기 위한 것이 아닌, 주류의 공급과 수요의 균형을 유지하기 위한 목적을 지닌다. 주류면허가 신고제로 운영되는 상황에서 이러한 제한 조치는 실질적으로 면허 발급을 억제하는 역할을 하지 못하며, 오히려 시장 내 경쟁을 조정하는 기능을 담당한다. 따라서, 주류면허 신고제가 가지는 한계를 고려할 때, 현행 법체계가 주류 소비에 미치는 영향과 그 적절성에 대한 재검토가 필요하다.

세부 지표 5.5와 5.6은 특정 행사 및 공공장소에서의 음주 제한을 평가하는 지표이다. 세부 지표 5.5의 경우, 국내에는 특정 행사에서의 음주를 제한하는 명시적인 정책이 부재하여 0점으로 평가하였다. 이는 과도한 음주와 그로 인한 부작용을 촉진할 수 있는 행사에서 구체적인 법적 조치가 없음을 시사한다. 반면, 세부 지표 5.6을 통해 공공장소에서의 음주 행위에 대해서는 상당한 제한이 존재함을 확인할 수 있다. 이러한 제한은 「국민건강증진법」, 「여객자동차 운수사업법」, 「철도안전법」, 「선원법」, 「항공안전법」 등을 통해 이루어지며, 이는 정부가 음주 제한에 적극적으로 대응하고 있음을 반영하여 8점으로 평가하였다. 스포츠 분야에서는 법적 규제가 부재하지만, (사)한국야구위원회와 같은 단체들이 경기장 내에서 음주 제한 캠페인을 자체적으로 시행하고 있다. 이는 해당 분야에서 음주 문제에 대한 인식과 대응이 일부 존재함을 나타낸다.

표 5. 주류의 이용가능성 제한

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
5.1. 주류 판매에 대한 최저 연령 제한 (4배수)	주류판매점 <sup>3)</sup> 에서 주류 제공 및 판매에 대한 국가 차원의 법적 연령 제한 규정	- 20세 이상(4점) - 18~19세(3점) - 18세 미만(0점)	·청소년 보호법 제2조 제1호	3/4
5.2. 판매 관리 (3배수)	주류 생산 및 판매에 대한 정부의 독점권 보유 또는 특정 조건 하의 면허 부여 정도	- 완전 독점(4점) - 부분 독점(3점) - 완전 면허(2점) - 부분 면허(1점) - 없음(0점)	·주류면허법	2/4
5.3. 시간대별 주류 판매 제한 (3배수)	주류 판매 시간 제한 규정	- 주류판매점의 시간 또는 요일에 대한 포괄적 제한(4점) - 주류판매소매점 또는 주류판매업소의 시간 또는 요일에 대한 포괄적 제한(3점) - 주류판매점의 시간 또는 요일에 대한 부분적 제한(2점) - 주류판매소매점 또는 주류판매업소의 시간 또는 요일에 대한 부분적 제한(1점) - 없음(0점)	해당 사항 없음	0/4
5.4. 장소별 주류 판매 제한 (3배수)	주류판매점 위치 및 밀도에 대한 법적 제한 규정	- 주류판매점의 위치 또는 밀도에 대한 포괄적 제한(4점) - 주류판매소매점 또는 주류판매업소의 위치 또는 밀도에 대한 포괄적 제한(3점) - 주류판매점의 위치 또는 밀도에 대한 부분적 제한(2점) - 주류판매소매점 또는 주류판매업소의 위치 또는 밀도에 대한 부분적 제한(1점) - 없음(0점)	·국토교통부 행정규칙 화물자동차 휴게소 운영 위탁에 관한 규정 제11조 ·주류면허법 제7조 제13호	2/4
5.5. 특정 행사에서의 판매 제한 (3배수)	특정 행사(예: 운동 경기장)에서의 주류 판매 제한 규정	- 포괄적 제한(3점) - 부분적 제한(2점) - 없음(0점)	해당 사항 없음	0/3
5.6. 공공장소 음주 제한 (3배수)	대중교통	- 부분 제한 또는 금지(2점) - 없음 또는 자율 규제(0점)	·국민건강증진법 제8조 4항 건전한 음주문화 조성에 관한 조례, 여객자동차 운수사업법 제21조, 철도안전법 제41조, 선원법 제22조, 항공안전법 제57조 ·(사)한국야구위원회 SAFE <sup>4)</sup> 캠페인	8/11
	공원거리	- 부분 제한 또는 금지(3점) - 없음 또는 자율 규제(0점)		
	교육기관	- 부분 제한 또는 금지(3점) - 없음 또는 자율 규제(0점)		
	운동 경기장	- 부분 제한 또는 금지(3점) - 없음 또는 자율 규제(0점)		

총점: 48 / 94점 → 51.06 / 100점

지표 6은 주류마케팅 규제의 필요성을 강조하는 지표이며 세부 지표로는 직·간접 광고, 후원, 판매 촉진에 대한 규제를 다룬다. 지표 6의 세부 지표에 대한 평가 점수는 주종별(증류주, 와인, 맥주)로 계산되며 전면 금지에 3점, 부분 제한에 2점, 자율 규제에 1점, 규제 없음에 0점을 부여한다. 세부 지표 6.1은 10개 광고 플랫폼(지상파방송, 종합유선방송, 지상파라디오, 공동체라디오, 인쇄 매체, 빌보드, 주류판매점, 영화관, 인터넷, 소셜미디어)에서 주류 광고 규제 정도를 평가한다. 「국민건강증진법」에 따르면 알코올 도수 17도 이상에 해당하는 주류는 방송 광고가 금지되

3) 성우림 외(2015)의 연구에 따르면, 주류판매점은 크게 두 가지로 분류할 수 있다. 하나는 고객이 주류를 구입하여 외부로 가져가는 '주류판매소매점'(off-premise)이고, 다른 하나는 고객이 현장에서 직접 주류를 소비하는 '주류판매업소'(on-premise)이다.

4) Security(안전), Attention(주의), Fresh(쾌적), Emergency(응급상황).

어 있는데 증류주가 이에 해당한다. 증류주는 발효된 술을 증류해 알코올 도수가 높은 주류로 일반적으로 알코올 도수는 40도 이상이다(위키백과, 2024). 맥주와 와인은 TV 방송(지상파/종합유선)과 라디오 방송(지상파/공동체)의 특정 시간대에 주류 광고를 하도록 규제하고 있다. 빌보드도 광고 허용 시간대를 제한하고 있으며, 영화관에서는 상영 등급에 따라 주류 광고를 규제하고 있다(한국건강증진개발원, 2021, pp. 22-25). 그 외 인쇄물, 주류판매점, 인터넷, 소셜미디어에서 이루어지는 주류 광고는 「국민건강증진법」을 준수하도록 명시되어 있다(한국건강증진개발원, 2021, p. 18). 이에 따라 주류 광고 규제는 TV 방송(지상파/종합유선)과 라디오 방송(지상파/공동체)에서 증류주 광고는 금지되어 있어 각각 3점을 부여하고, 맥주와 와인은 부분적으로 제한하고 있어 2점을 부여하였다. 영화관과 빌보드도 부분적으로 제한하고 있어 맥주, 와인, 증류주에 각각 2점을 부여하였으며, 인쇄물, 주류판매점, 인터넷, 소셜미디어는 자발적 합의 / 자율적 규제에 해당해 각각 1점을 부여하였다. 세부 지표 6.1의 합계 점수는 52점<sup>5)</sup>으로 이는 45~67점 구간에 해당해 최종 평가 점수는 3점을 부여하였다.

세부 지표 6.2는 제품 배치(Product Placement) 규제에 관한 내용을 다룬다. 제품 배치는 TV 방송, 드라마, 영화 등에서 상품을 간접적으로 노출하는 광고(WHO, 2018b, p. 46), 즉 간접광고를 의미한다. 영화에는 주류의 간접광고에 대한 규제가 적용되지 않으나 「방송법」을 적용받는 TV 방송(지상파/종합유선)에서는 시간대와 관계없이 주류의 간접광고가 불가하다(한국건강증진개발원, 2021, p. 23). 제품 배치에 대한 규제는 TV 방송(지상파/종합유선)의 경우 금지되어 있어 맥주, 와인, 증류주에 각각 3점을 부여하였고(3개 주종×3점×2개 플랫폼=18점) 영화는 해당 사항이 없어 0점을 부여하였다. 총점 18점은 14~20점 구간에 해당해 세부 지표 6.2에 3점을 부여하였다.

세부 지표 6.3은 스포츠 행사 및 청소년 행사에서 주류 업계의 후원 규제에 관한 내용을 다룬다. 우리나라는 스포츠 행사에 대한 주류 업계의 후원은 제한하고 있지 않다. 반면, 「국민증진법 시행령」의 내용에 따라 청소년이 참여하는 행사에는 주류 광고를 엄격히 금지하고 있다(한국건강증진개발원, 2021, p. 24). 주류 업계의 행사 후원은 스포츠 행사에는 규제가 적용되지 않아 0점을 부여하였고, 청소년 행사에서는 금지되어 있어 맥주, 와인, 증류주에 각각 3점을 부여하였다(3개 주종×3점=9점)으로 합계하였다. 총점 9점은 9~13점 구간에 해당해 세부 지표 6.3에는 3점을 부여하였다.

세부 지표 6.4는 주류의 판매 촉진 규제에 관한 내용이다. 판매 촉진 활동은 생산자의 파티 또는 이벤트 활동, 소매업자의 원가 이하 가격할인, 펌 및 바 소유주의 무료 주류 제공 등이 포함된다. 국내에서는 이에 대한 규제가 없어 세부 지표 6.4는 0점에 해당해 평가 점수로 0점을 부여하였다.

표 6. 주류마케팅 규제

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
6.1. 주류 광고 규제 (3배수)	TV, 라디오, 인쇄물, 영화관, 옥외 간판, 주류판매점, 인터넷, 소셜미디어 주류 광고 제한	- 68점 이상(4점) - 45~67점(3점) - 23~44점(2점) - 1~22점(1점) - 0점(0점)	·국민건강증진법 시행령 제10조 [별표 1] 제 2호, 4호, 5호, 7호	3/4

5) 점수 계산 방법은 다음과 같다. 증류주 광고는 10개의 광고 플랫폼 중 TV 방송(지상파/종합유선)과 라디오 방송(지상파/공동체)에서 전면 금지(3점×4개 플랫폼=12점), 빌보드와 영화관에서 부분 제한(2점×2개 플랫폼=4점), 나머지 플랫폼에서는 모두 자율 규제로 시행 중이며(1점×4개 플랫폼=4점), 맥주와 와인 광고는 TV 방송, 라디오 방송, 빌보드, 영화관에서 모두 부분 제한이며(2개 주종×2점×6개 플랫폼=24점) 나머지 플랫폼에서는 모두 자율 규제로 시행 중이다(2개 주종×1점×4개 플랫폼=8점). 이들 점수를 모두 더하면 52점이 된다.

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
6.2. 제품 배치 규제 (3배수)	TV, 영화 제작에 주류 제품 배치 제한	- 21~27점(4점) - 14~20점(3점) - 7~13점(2점) - 1~6점(1점) - 0점(0점)	TV는 ·국민건강증진법 시행령 제10조 [별표 1] 제4호 ·방송법 시행령 제59조의3  영화는 해당 사항 없음	3/4
6.3. 스포츠 및 청소년 행사 연계 후원에 대한 규제 (3배수)	스포츠 및 청소년 행사 후원 제한	- 14~18점(4점) - 9~13점(3점) - 5~8점(2점) - 1~4점(1점) - 0점(0점)	스포츠 행사는 해당 사항 없음  ·국민건강증진법 시행령 제10조 [별표 1] 제6호	3/4
6.4. 생산자, 소매업자, 펍 및 바 소유주의 판매 촉진에 대한 규제 (3배수)	생산자, 소매업자, 펍 및 바 소유주의 판매 촉진에 대한 제한	- 21~27점(4점) - 14~20점(3점) - 7~13점(2점) - 1~6점(1점) - 0점(0점)	해당 사항 없음	0/4

총점: 27 / 48점 → 56.25 / 100점

지표 7은 주류 가격 인상을 통해 음주와 그로 인한 폐해를 줄이는 것을 목표로 한다(Babor et al., 2023, p. 103; 고속자 외, 2013; 박여진, 오유미, 2021, p. 73). 세부 지표 7.1은 주세를 다루는 지표로 우리나라의 주세는 크게 종량세와 종가세로 구분된다. 종량세는 양에 비례하여 세금이 부과되는 방식이고 종가세는 가격에 비례하여 세금이 부과되는 방식이다(김진영, 2023). 소주와 증류주에는 종가세 방식으로 탁주와 맥주에는 종량세 방식으로 세금이 부과된다. 종가세 방식은 물가가 올라 주류의 출고 가격이 오르면 세금도 자연스럽게 늘어나게 되며 종량세 방식은 2020년에 도입되었으며 소비자 물가상승률을 주세율에 의무적으로 반영한다. 종량세가 탁주와 맥주에 적용되고 있어 세부 지표 7.1에 만점(4점)을 부여하였다.

세부 지표 7.2는 주류 구매력(affordability of alcoholic beverages)을 다룬다. 주류 구매력은 가격지수로 측정되는데 가격지수는 주류 가격을 구매력 평가 기준 1인당 국민 총소득(GNI)으로 나눈 값으로 가격지수가 클수록 주류 구매력이 감소한다는 뜻이다(WHO, 2018b). 가격지수는 주종별로 계산된다. 국내에서 선호도가 가장 높은 맥주(카스), 와인(몬테스 알파), 수입 증류주(조니워커 블랙), 국내 증류주(참이슬)의 가격지수를 계산한 결과 맥주 0.39, 와인 5.05, 수입 증류주 6.32, 국내 증류주 1.36이었다. 이를 모두 합친 전체 주류 구매력 점수는 13.12로 13~16점 구간에 해당하여 만점(4점)을 부여하였다.

세부 지표 7.3은 주세 이외의 가격 조치 유무를 다루는 지표이다. 우리나라는 「주류거래질서 확립에 관한 명령위임고시」와 「주류면허법 시행령」 등 법률에 의거하여 소비기한 압박 및 병마개 손상 시 예외 적용 규정이 있고 소매점에서 묶음판매 등을 통한 편법할인을 하고 있으나 원가 이하 판매금지 제도(3점)와 주류 무제한 제공 마케팅을 포함한 주류 거래 시 할인금지 가격 조치(3점)를 시행하고 있다. 주류의 최저가격정책이나 무알코올 음료의 가격 저렴화, 특정 주류에 대한 추가 부과금과 같은 조치는 아직 도입하지 않았다. 세부 지표 7.3에는 6점을 부여하였다.

표 7. 가격정책

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
7.1. 물가 상승에 따른 과세 수준 조정 (3배수)	물가상승률에 따른 주세 조정	- 최소 2가지 주종(4점) - 1가지 주종(2점) - 없음(0점)	·주세법 제7조, 제8조, 시행령 제7조	4/4
7.2. 주류 구매력 (4배수)	가격지수 <sup>6)</sup>	- 13-16점(4점) - 10-12점(3점) - 7-9점(2점) - 4-6점(1점) - 3점 이하(0점)	·식품산업통계정보 편의점 가격	4/4
7.3. 기타 가격 조치 (3배수)	최저가격정책	- 예(3점) - 아니오(0점)	·주류거래질서확립에 관한 명령 위임고시 제2조, 제3조 ·주류 면허 등에 관한 법률 시행령 제41조	6/14
	특정 주류에 대한 추가 부과	- 예(3점) - 아니오(0점)		
	무알코올 음료의 가격 저렴화	- 예(2점) - 아니오(0점)		
	원가 이하 판매 금지	- 예(3점) - 아니오(0점)		
	주류 무제한 제공 마케팅 금지	- 예(3점) - 아니오(0점)		

총점: 46 / 70점 → 65.71 / 100점

지표 8은 해로운 음주로 인한 피해 감소 정책으로 주류판매점 종사자 교육과 건강 경고문구 표기를 포함한다. 음주 환경(예: 주류판매점)에 대한 개입은 음주자의 과음을 줄이고 궁극적으로 음주운전, 폭력과 같은 문제를 예방하는 효과를 가져올 수 있어(WHO, 2014) 외국에서는 주류판매점 종사자 교육을 시행하고 있다. 예를 들어, 미국 캘리포니아주 내 주류판매점 종사자는 알코올 관련 교육 이수 의무화되어 있어 교육을 이수한 사람만이 주류의 주문 및 판매 등 주류 취급이 가능하다(이은영, 2022). 국내의 경우 주류 판매가 가능한 일반음식점, 단란주점과 유흥주점 종사자들은 의무적으로 위생교육을 받아야 한다. 위생교육에는 청소년에게 주류 판매를 금지한다는 내용 등이 포함되어 있지만, 교육 내용은 식품위생 법령, 식중독 예방, 영업장 시설 관리, 주방 개선 및 음식문화 개선, 세무와 노무 관리 등(한국외식업중앙회, 2024) 포괄적인 내용을 다루고 있으므로 주류를 다루는 종사자 교육으로 보기 어렵다. 이런 점에서 주류판매점 종사자 교육은 국내에서는 시행되고 있지 않아 세부 지표 8.1에는 0점을 부여하였다.

세부 지표 8.2에는 단점을 부여하였다. 건강 경고 문구는 주류 광고와 주류 용기에 적용된다. 주류 광고에 대한 경고문은 법적(「국민건강증진법」 제8조 2, 「국민건강증진법 시행령」 제10조, 「방송광고심의에 관한 규정」 제33조, 제43조, 제43조 2) 의무화되어 있다. 이 경고 문구는 주류의 판매 촉진을 위한 경품 및 금품 제공 내용 표시 금지, 음주 권장 금지, 임신부나 미성년자의 음주 묘사 금지 등을 담고 있다(한국건강증진개발원, 2021). 주류 용기에는 과음 경고 문구(예: 임신 중 음주, 청소년 음주 등)를 표기하게 되어 있다. 경고 문구의 표기 형태는 보건복지부 장관이 정한 기준에 따라 글자 크기는 300ml 미만 7포인트 이상, 300ml 이상 9포인트 이상, 색상은 경고 문구 색상과 상표도안의 색상이 보색관계로 선명할 것, 글자체는 고딕체, 표시위치는 상표 하단에 표기 등을 명시해야 한다(한국건강증진개발원, 2019).

6) 가격지수 공식=10,000×가격(맥주 500ml, 와인 750ml, 증류주 700ml)(€)/구매력 평가 기준 1인당 국민 총소득(\$). 우리나라의 2022년 구매력 평가 기준 1인당 총소득은 52,430달러였다(World Bank, 2024). 일반적으로 증류주는 알코올 농도가 40% 이상인 술을 의미하므로 국내산 증류주(소주) 가격은 알코올 도수와 용량을 반영하여 계산하였다.

표 8. 해로운 음주로 인한 피해 감소

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
8.1. 주류판매점 종사자 교육 (2배수)	정기적인 종사자 교육 실시	- 예(3점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/3
8.2. 건강 경고 문구 (2배수)	주류 광고의 건강 경고 문구 법적 의무화	- 예(2점) - 아니오(0점)	·국민건강증진법 제8조 2, ·국민건강증진법 시행령 제10조 ·방송광고심의회에 관한 규정 (제33조, 제43조, 제43조 2)	2/2
	주류 용기의 건강 경고 문구 법적 의무화	- 예(3점) - 아니오(0점)	·국민건강증진법 제8조 4항, 6항 ·국민건강증진법 시행령 제13조	3/3
총점: 10 / 16점 → 62.50 / 100점				

지표 9는 불법 주류 대책을 다루는 내용으로 불법, 비공식적으로 생산된 주류가 국민건강에 미치는 영향을 줄이는데 초점을 두고 있다. 세부 지표 9.1은 주류 용기에 납세 또는 면세 사실을 증명하는 표지(납세증명표지)의 여부를 다루는 내용이다. 우리나라는 「주세법」 제44조와 국세청고시 제2020-18호에 따라 주류제조자가 주류를 출고할 때 주류의 용기에 주세의 납세 또는 면세 사실을 증명하는 주세납세증지를 교부받아 첨부하도록 규정하고 있다. 따라서 세부 지표 9.1에는 만점(3점)을 부여하였다. 세부 지표 9.2는 정기적으로 비공식 주류 소비량을 추정하는지를 다루는 지표이다. 추정 방법에는 전문가 의견, 관련 연구, 압수된 술에 관한 정부 데이터 활용, 설문조사 데이터 활용, 기타 데이터 활용을 포함한다. WHO가 우리나라 비공식 주류 소비량을 추정할 적은 있으나 국내에서 독자적으로 비공식 주류 소비량을 추정할 경우는 없어 세부 지표 9.2에 0점을 부여하였다. 세부 지표 9.3은 불법 주류 제조와 판매를 다루는 법안의 유무를 다루는 지표다. 「주세법」에 따른 면허를 받지 아니하고 주류를 제조하고 판매한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처한다. 즉 우리나라는 무면허 주류의 제조 및 판매를 금지하고 있어 세부 지표 9.3에는 만점(6점)을 부여하였다.

표 9. 불법 주류 대책

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
9.1. 납세증명표지 (3배수)	주류 용기에 납세증명표지 사용	- 예(3점) - 아니오(0점)	·주세법 제44조 ·국세청 고시 제2020-18호	3/3
9.2. 비공식 주류 소비량 (3배수)	정기적 비공식 주류 소비량 추정	- 예(3점) - 아니오(0점)	해당 사항 없음	0/3
9.3. 불법 주류 제조와 판매 (3배수)	불법 주류 제조 방지 법안	- 예(3점) - 아니오(0점)	·조세범처벌법 제6조 (무면허 주류의 제조 및 판매)	6/6
	불법 주류 판매 방지 법안	- 예(3점) - 아니오(0점)		
총점: 21 / 30점 → 70.00 / 100점				

지표 10은 음주 피해 및 음주 실태 모니터링 및 감시체계에 관한 지표이다. 세부 지표 10.1은 국가 차원의 모니터링 체계 유무를 다룬다. 여기서 국가모니터링 체계란 데이터 저장소(data repository)로서 음주 및 음주의 결과, 정책적 대응, 판매 관련 정보를 관리하는 체계를 의미한다(WHO, 2018b, p. 39). 이러한 정보는 한국건강증진개발원의 알코올 통계자료집(2024a)과 절주온(2024c) 홈페이지에서 확인할 수 있다. 알코올 통계자료집은 보건복지부와 한국건강증진개발원이 발간하는 자료로 알코올을 생산과 소비, 음주 피해, 알코올 조세 및 가격, 음주 행동, 주류 광고 등에 관한 정보를 포함하며 이러한 정보는 한국건강증진개발원의 절주온 홈페이지에서도 확인이 가능하다. 따라서 이 항목에

만점을 부여하였다. 두 번째 평가 항목인 정기 보고서 발간 여부에도 만점을 부여하였다. 앞서 언급한 알코올 통계자료 집은 2021년 이후 매년 발간되고 있으며 보건복지부, 질병관리청 등에서 발표한 국가통계와 다양한 음주 관련 통계지표를 담고 있다. 세 번째 평가 항목은 국가 차원의 모니터링 역할을 담당하는 기관 또는 관리자 유무를 평가한다. 현재 알코올 소비, 음주 피해, 판매, 알코올 정책 등을 총괄하는 담당 기관이 존재한다고 보기는 어렵다. 그러나 한국건강증진개발원은 주류 광고, 음주 장면, 과음경고문구를 모니터링하고 있고(한국건강증진개발원, 2024b), 보건복지부와 질병관리청은 월간 폭음과 고위험 음주를 모니터링하며, 매년 전 국민을 대상으로 조사를 실시하여 관련 통계를 발표하고 있는(질병관리청, 2024a) 점을 고려하여 세 번째 항목에도 만점을 부여하였다.

세부 지표 10.2의 전국 규모 설문조사는 성인과 미성년자의 음주 경험에 대한 국가 차원의 조사를 의미한다. 국민건강영양조사는 매년 우리나라 국민 1만 명을 대상으로 실시되는 전국 규모의 조사로 조사 내용의 일부로 성인과 청소년의 음주, 폭음 등을 포함한다. 청소년건강행태조사는 전국의 중고등학생을 대상으로 매년 실시되는 조사로 첫 음주 경험 연령, 만취 경험률, 주류 구매 용이성 등 10가지의 지표를 기준으로 청소년의 음주 행태와 관련된 결과를 제공한다. 세부 지표 10.2에 만점을 부여하였다.

표 10. 모니터링과 감시체계

세부 지표	평가 항목	배점	우리나라 이행 현황(출처)	평가 점수
10.1. 국가 모니터링 체계 (3배수)	국가 모니터링 체계 유무 및 포함 데이터	- 주류 소비(3점) - 건강 결과(3점) - 사회적 결과(3점) - 정책적 대응(3점) - 판매 데이터(3점)	·한국건강증진개발원 절주온(2024c) ·질병관리청(2024a) 지역건강통계 한눈에 보기	15/15
	정기적 보고서 발간	- 예(4점) - 아니오(0점)	·한국건강증진개발원(2024a). 2024년 알코올 통계자료집	4/4
	국가 모니터링 체계 담당 기관 및 관리자	- 예(4점) - 아니오(0점)	·보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원	4/4
10.2. 전 국민 대상 설문조사 (3배수)	과음 경험에 대한 설문조사	- 예(4점) - 아니오(0점)	·질병관리청(2024a). 2023년 지역건강통계 한눈에 보기 ·질병관리청(2023). 2022년 국민건강영양조사 ·한국건강증진개발원 (2024a). 2024년 알코올 통계자료집	4/4
	미성년자 음주 경험 설문조사	- 예(3점) - 아니오(0점)	·질병관리청 (2024b). 제19차(2023년) 청소년건강행태조사 ·한국건강증진개발원 (2024a). 2024년 알코올 통계자료집	3/3

총점: 30 / 30점 → 100 / 100점

## 2. 국내외 알코올 정책 비교

<표 11>은 국내 알코올 정책의 평가 결과와 유럽연합 53개국의 결과를 비교한 내용이다. 우선, 지표별 점수 범위를 비교하였을 때, 국내 점수의 분포는 최저 30점에서 최고 100점이었으며, 유럽연합의 평균 점수는 최저 23점에서 최고 78점에 그치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 국내 정책이 특정 지표에서 유럽연합을 상회하는 우수성을 보이고 있음을 시사한다. 구체적으로 지표별 점수를 비교해보면, 지표 1과 지표 7~10에서 국내 점수가 유럽연합의 평균을 초과하였다. 이에 비해 지표 2, 5, 6에서는 유럽연합의 평균 점수가 국내 점수를 상회하였다. 이는 해당 영역에서

국내 정책이 더욱 강화될 필요가 있음을 시사한다. 한편, 지표 3과 4에서는 국내와 유럽연합이 거의 동일한 점수를 기록하여, 해당 분야가 국제적 기준에 부합하고 있음을 보여주고 있다.

표 11. 국내외 알코올 정책 평가 결과 비교

지표	국내 결과	유럽연합 53개국			
		평균	중앙값	최솟값	최댓값
1. 리더십, 인식과 이행	91.30	65	74	0	100
2. 조기 개입 및 치료 접근성 확대	30.00	51	51	12	94
3. 지역사회 기반 개입	47.06	47	47	0	100
4. 음주운전 정책과 대책	77.27	78	85	12	100
5. 주류의 이용가능성 제한	51.06	60	64	0	94
6. 주류마케팅 규제	56.25	52	50	0	100
7. 가격정책	65.71	23	20	0	66
8. 해로운 음주로 인한 피해 감소	62.50	29	31	0	100
9. 불법 주류 대책	70.00	60	70	0	100
10. 모니터링과 감시체계	100.00	52	62	0	100

## V. 결론 및 고찰

### 1. 주요 결과 요약

본 연구는 국내 최초로 세계보건기구(WHO)가 제안한 알코올 정책 종합 지표를 활용하여 우리나라의 알코올 정책을 체계적으로 계량화하고 평가하는 것을 목적으로 하였다. 주요 평가 결과는 다음과 같다. 평가 점수를 기반으로 국내 알코올 정책의 이행 수준을 우수, 보통, 미흡으로 분류하였다.

“이행 수준이 우수함” 범주에는 평가 점수가 80점 이상인 지표가 포함되었다. 이는 해당 정책이 국제적으로 권장되는 기준을 충족하며, 실효성 있는 결과를 도출하고 있음을 의미한다. 예를 들어, 지표 1(리더십, 인식과 이행)은 91.30점을 기록하였는데, 이는 정부가 주류 소비 책임을 강화하고 관련 피해를 효과적으로 감시하는 강력한 정책을 시행하고 있음을 보여준다. 정부는 다양한 정책을 통해 국민 인식을 제고하고, 다부처 협력을 통해 정책 이행력을 높이고 있다. 또한, 지표 10(모니터링과 감시체계)은 100점을 기록하여, 국가 차원의 모니터링 시스템이 체계적으로 운영되고 있으며, 정기적인 데이터 수집과 보고서 발간을 통해 주류 소비와 관련된 문제를 지속적으로 감시하고 있음을 나타낸다.

“이행 수준이 보통인” 범주는 평가 점수가 60점에서 79점 사이에 해당하는 지표로, 정책이 일정 부분 효과를 발휘하고 있으나 추가적인 개선이 필요한 경우를 의미한다. 예를 들어, 지표 4(음주운전 정책과 대책)는 77.27점을 기록하였으며, 이는 강화된 음주운전 법규와 단속이 효과를 보고 있으나, 젊은 운전자에 대한 특별한 규제나 교육 프로그램이 부족함을 시사한다. 지표 7(가격정책)은 65.71점으로, 주류에 대한 세금 정책이 비교적 잘 마련되어 있으나, 추가적인 가격 조치나 세율 조정이 필요한 상황이다. 지표 8(해로운 음주로 인한 피해 감소)은 62.50점으로, 건강 경고문구의 표기는 잘 이루어지고 있으나, 주류판매점 종사자에 대한 교육이 부족한 점이 드러났다.

“이행 수준이 미흡한” 범주에는 평가 점수가 60점 미만인 지표가 포함되었으며, 이는 정책의 실효성이 낮고, 심각한 개선이 필요함을 의미한다. 지표 2(조기 개입 및 치료 접근성 확대)는 30점으로, 보건 서비스의 접근성과 중독 치료 프로그램이 부족하여 알코올 중독 문제를 조기에 발견하고 치료하는 데 어려움이 있음을 보여준다. 지표 3(지역사회 기반 개입)은 47.06점으로, 지역사회에서의 예방 프로그램과 개입 활동이 충분히 이루어지지 않고 있음을 나타낸다.

지표 5(주류 이용가능성 제한)는 51.06점으로, 주류의 판매 시간과 장소에 대한 제한이 부족하여 주류의 이용가능성을 효과적으로 줄이지 못하고 있다. 지표 6(주류마케팅 규제)은 56.25점으로, 주류 광고와 마케팅에 대한 규제가 미흡하여, 특히 젊은 층을 대상으로 한 마케팅이 여전히 큰 문제로 남아 있다. 10개 지표 점수의 평균은 65.12점으로 계산되었다. 평균 점수를 기준으로 판단할 때, 우리나라의 알코올 정책 이행 수준은 '미흡'으로 평가할 수 있다. 이는 우리나라의 알코올 정책 이행 수준이 현재로서는 충분하지 않다는 것을 보여준다.

## 2. 제언

본 연구는 WHO의 알코올 정책 종합 지표와 국내 정책의 연관성을 분석하였다. 국내 현행 알코올 관련 정책은 여러 강점을 지니고 있음에도 국제 기준과 일부 일치하지 않거나 기대했던 결과를 달성하지 못하고 있는 명확한 정책 격차를 드러냈다. 특정 분야에서는 철저한 정책 실행과 강력한 리더십을 통해 뚜렷한 강점이 나타나고 있는 반면, 다른 영역에서는 정책의 일관성 부족과 격차가 확인되어 개선이 시급하다. 국내 알코올 정책의 주요 강점으로는 강력한 국가적 리더십과 체계적인 모니터링 및 감시체계가 있으며, 이는 음주로 인한 피해를 예방하고 국민건강을 증진하는데 중요한 역할을 한다. 그러나 조기 개입 및 치료 접근성 확대(지표 2), 지역사회 기반 개입(지표 3), 주류의 이용가능성 제한(지표 5), 주류마케팅 규제(지표 6) 등의 영역에서 정책 미흡이 확인되었다. 예를 들어, 지표 2에서는 특정 취약 계층을 위한 개입 프로그램이 부족하여 WHO의 포괄적 접근법과 상반된다. 또한, 지표 5에서는 주류 판매 연령 제한에도 불구하고 판매 시간 및 장소의 규제가 관대하여 WHO의 접근성 감소 전략과 괴리가 있다. 이러한 상황은 우리나라의 주류면허법이 면허를 받아야 하는 것으로 규정하면서도, 신고만 하면 면허를 받을 수 있는 유사면허제도를 운영하고 있는 현실과 맞물려 있다. 따라서 이를 완전면허제도로 분류하는 것이 적절한지에 대한 논의가 필요하다. 이러한 제도적 특징을 고려할 때, 현행 법체계가 주류 관리에 미치는 영향과 그 적절성에 대한 추가적인 평가가 요구된다. 주류마케팅 규제(지표 6)에서는 디지털 환경의 광고에 대한 명확한 지침 부재가 문제로, 전통적 미디어 중심의 정책이 소셜미디어 시대의 변화를 따라가지 못하고 있다(한국건강증진개발원, 2022b). 이는 인터넷 및 소셜미디어를 통한 주류 광고에 대한 구체적인 규제와 체계적 관리의 필요성을 강조한다. 예방 원칙에 기반하여 소셜미디어에서의 주류 광고 기준 설정, 광고 내용 심사 강화, 청소년 접근 제한 기술 도입 등이 고려되어야 하며, 디지털 마케팅의 특성에 맞는 교육 및 인식 캠페인 개발이 필요하다(Noel et al., 2020, p. 65).

이러한 정책 격차는 국외 연구에서도 확인되었다. 주류 판매 제한 강화, 음주운전 방지, 치료 접근성 향상, 주류 광고 후원·판촉 규제, 소비세 및 가격 정책을 통한 주류 가격 인상, 다양한 이해관계자의 협력 및 조기 개입 등은 알코올 정책의 효과성을 제고하는 주요 요인으로 밝혀졌다(Stockwell et al., 2021, pp. 3-7; Jankhotkaew et al., 2022, pp. 8-9). 그러나 법적 허점과 자원 부족은 정책 효과를 제한하는 주요 장애 요인으로 작용할 수 있다. 구체적으로, 정책 실행의 낮은 우선순위, 정책 이행을 뒷받침하는 근거 부족, 모니터링 시스템 부재, 정책 실행자의 역량 부족, 알코올 정책의 필요성과 효과성에 대한 대중 인식 부족, 효과적인 정책 시행을 위한 정부 규제 미흡, 주류 업계의 로비 등은 정책 실행의 주요 장애 요인으로 보고되었다. 특히, 공중 보건 정책이 구체적 실행 방안 없이 원칙적인 수준에 머무는 경우 정책의 효과성이 저해될 수 있다.

이러한 연구 결과는 우리나라의 알코올 정책에도 적용될 수 있다. 예를 들어, 지표 2에서 조기 개입 및 치료 접근성이 부족한 이유 중 하나는 보건 서비스와 관련된 자원의 부족이며, 지표 6에서 주류마케팅 규제가 미흡한 이유는 디지털 환경에서의 법적 허점 때문이다. 또한, 주류산업이 음주를 일상적인 것으로 홍보하여 정책 실행에 저항하는 상황도 포함된다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 법적 제도의 강화, 자원 배분의 최적화, 이해관계자 간의 협력 강화 등을 통해 알코올 정책의 효과성을 높이는 다각적인 접근이 필요하다. 최근 연구에 따르면(Casswell et al., 2022), 주류의 이용가능성, 가격정책, 주류마케팅, 음주운전과 같은 네 가지 핵심 정책 영역에서 정책의 엄격성과 실제 영향

사이의 높은 상관관계가 나타났다. 예를 들어, 주류 가격정책의 엄격성과 주류의 실제 이용가능성을 나타내는 영향 지표는 높은 음(-)의 상관관계를 보였다. 이는 주류 가격이 높을수록 소비가 줄어드는 경향을 반영하며, 경제성장과 맞물려 주류의 접근성을 제한하는 것이 필요함을 시사한다. 또한, 주류마케팅 정책에서는 법적 제한이 엄격할수록 실제 광고 노출이 감소하는 경향이 나타났다. 이러한 결과는 디지털 환경에서도 적용될 수 있도록 보다 강력한 규제와 모니터링이 필요함을 의미한다. WHO(2019)의 SAFER<sup>7)</sup> 실행 권고는 주류의 이용가능성을 제한하고 음주운전 대책을 강화하며, 주류 광고와 프로모션을 엄격히 규제하고, 주류 가격을 인상하는 정책을 통해 음주 관련 폐해를 줄이는 것을 목표로 한다. 이러한 정책들은 각각의 영역에서 엄격하게 시행될수록, 그 영향력이 커지는 것을 알 수 있다. 예를 들어, 가격정책의 경우 최소 단위 가격제 도입이 주류 소비와 관련된 건강 문제를 크게 줄이는 데 기여할 수 있는 것으로 나타났다(Holmes et al., 2014, p. 1655; Taylor et al., 2021, p. 26; Sherk et al., 2020, p. 26). 이러한 연구 결과들은 국내 알코올 정책에도 적용될 수 있으며, 각 정책 영역에서의 강화된 규제가 국민 건강증진에 중요한 역할을 할 수 있음을 시사한다.

본 연구의 평가 결과를 바탕으로 정책의 효과성을 증대시키고 알코올의 유해한 사용을 줄이기 위한 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 직장 내 알코올 남용 예방 프로그램의 도입은 건강한 근무 환경을 조성하고 알코올 소비의 부정적 영향을 줄이는 데 중요한 역할을 한다. 직장은 이러한 개입을 위한 최적의 장소로서 접근성이 뛰어나며, 직원 간 상호작용과 학습을 촉진할 수 있는 잠재력을 지닌다(Fellbaum et al., 2023). 메타 분석 결과에 따르면, 프로그램의 구체적 특성에 관계없이 직장 내 개입은 알코올 소비를 효과적으로 감소시키며, 이는 공중 보건 문제를 해결하는 데 중요한 역할을 한다(Fellbaum et al., 2023, p. 2055). 특히 협력적 문화 접근법을 적용한 직장 내 알코올 개입이 성공적 결과를 도출할 수 있다. 경험적 연구 결과에 따르면, 개입의 개발과 실행 과정에서 직원의 직접적 참여가 중요한 요소로 작용하여 개입의 수용성과 지속 가능성을 높일 수 있음을 보여준다(Cameron et al., 2018). 이러한 접근 방법은 직장 내 음주 문제 해결에 기존 조직 문화와 정책을 고려하는 것이 필수적임을 시사하며, 실제로 작업 현장에서 알코올 정책 인식이 크게 향상된 것으로 나타났다(Cameron et al., 2018, pp. 405-406). 이러한 프로그램의 실행은 개별 직원의 건강과 웰빙을 개선할 뿐만 아니라, 의료 비용 절감 및 전반적 생산성 향상을 통해 고용주에게도 재정적 이점을 제공한다. 따라서 구조화된 알코올 예방 프로그램을 통해 직장에서 건강 증진을 도모하는 것은 글로벌 보건 전략과 일치하며(WHO, 2021), 다양한 직업 환경에서 예방 조치의 중요성을 시사한다.

둘째, 음주운전 법률의 강력한 집행은 관련 사고를 줄이는 데 필수적인 역할을 한다. 특히 젊은 및 초보 운전자를 대상으로 한 엄격한 혈중알코올농도 기준과 강력한 처벌 도입은 고위험군의 음주운전을 억제하는 효과적인 전략이다. 연구에 따르면, 젊은 운전자는 나이와 운전 경험 부족으로 인해 낮은 혈중알코올농도에서도 높은 사고 위험을 보인다(Peck et al., 2008). 이 연구는 젊은 초보 운전자의 혈중알코올농도가 증가할수록 사고 위험이 급격히 증가하며, 이는 운전 경험 부족과 미성숙함으로 인해 알코올의 영향이 더 크기 때문임을 시사한다(Peck et al., 2008, p. 315). 이러한 결과는 젊은 운전자에 대한 무관용 혈중알코올농도 법률의 필요성을 지지하며, 음주 후 운전 시 발생할 수 있는 사고를 예방하기 위해 보다 엄격한 법적 조치가 필요함을 강조한다. 추가적으로, 시동잠금장치(ignition interlock devices) 도입을 고려할 수 있다. 최근 연구에 따르면, 음주운전 혐의로 체포된 후 시동잠금장치를 설치한 운전자는 음주 운전 빈도가 급격히 감소한다(Voas et al., 2021). 이 연구는 시동잠금장치 설치 후 음주운전 빈도가 설치 이전에 비해 58% 감소함을 보여주며, 이는 엄격한 법 집행이 음주운전 행동을 효과적으로 억제함을 시사한다(Voas et al., 2021, p. 746). 또한 시동잠금장치가 설치된 운전자의 경험을 조사한 결과, 장치 설치로 인해 음주와 운전 행동이 개선되었으며, 특히 시동잠금장치와 관련된 긍정적 경험이 음주운전 재범률을 낮추는 데 기여함을 밝혔다(Beck et al., 2020, p. 414).

7) Strengthen restrictions on alcohol availability. Advance and enforce drink driving countermeasures. Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment. Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion. Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies.

따라서, 음주 단속과 무작위 음주 측정과 같은 강력한 법 집행을 지속적으로 강화하는 것은 음주운전 사고를 줄이고 교통 안전을 개선하는 데 필수적이다.

셋째, 주류 판매 시간을 제한하는 법률은 과도한 음주와 관련된 피해를 줄이는 효과적인 전략이다. 체계적 문헌 고찰에 따르면, 늦은 시간까지 알코올 판매를 허용하면 폭력 사건 등 음주 관련 피해가 증가하며, 반대로 영업 시간을 제한하면 이러한 피해를 줄일 수 있다(Wilkinson et al., 2016). 예를 들어, 호주 뉴캐슬에서는 밤 10시 이후 주류 판매 금지와 새벽 3시 30분 영업 종료를 도입한 결과, 밤 10시에서 새벽 6시 사이의 폭행 사건이 37% 감소하였다(Wilkinson et al., 2016, p. 3). 이 연구는 영업시간 제한이 심야 주취 폭력을 줄이는 데 기여할 수 있음을 시사하며, 다른 연구에서도 유사한 결과를 보였다(Kypri & Livingston, 2020, p. 2049). Atkinson et al.(2018)은 시뮬레이션 모델을 통해 심야 시간 주류 판매 제한 정책이 다양한 알코올 관련 피해 지표를 유의미하게 감소시켰음을 보여주었다. 예를 들어, 주류 판매 시간을 새벽 1시로 제한할 경우 알코올 관련 폭력은 17.5%, 응급실 방문은 19.4% 감소하였다(Atkinson et al., 2018, p. 1247). 따라서, 심야 주류 판매를 제한하는 정책은 공중 보건을 증진시키고 사회적 비용을 절감하는 데 중요한 역할을 할 수 있다.

넷째, 음주와 관련된 피해를 줄이기 위해 주류 최소가격제를 도입하는 것은 중요한 정책적 수단이다. 세계보건기구(WHO, 2019, p. 20)에 따르면, 모든 알코올 정책 중 가격정책이 주류 소비량과 음주 관련 피해에 미치는 영향에 대한 가장 강력한 증거를 제공한다. 2018년 스코틀랜드에서 세계 최초로 최소가격제를 도입한 이후, 3년 동안의 판매 데이터를 분석한 결과, 주류 소비량은 전체적으로 3.0%, 판매량은 3.6% 감소한 것으로 나타났다(Giles et al., 2024, p. 5; Robinson et al., 2021, p. 2701). 또한, 최소가격제 도입이 알코올 관련 사망률과 입원율에 미친 영향을 분석한 연구에서는 최소가격제가 스코틀랜드의 알코올 관련 사망률을 13.4% 감소시키고, 입원율을 8.1% 감소시키는 효과가 있는 것으로 나타났다(Wyper et al., 2023, p. 1365). 이러한 연구들은 최소가격제가 저렴한 주류의 이용가능성을 제한하여 과도한 음주를 줄이고, 그로 인한 건강 문제를 완화하는 데 효과적임을 시사한다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 알코올 정책의 존재 여부와 이행 정도만을 평가하였다. 이러한 접근 방식은 정책이 실제로 얼마나 효과적인지에 대한 포괄적인 이해를 제공하지 못한다. 예를 들어, 지표 1의 평가 점수가 높다는 사실만으로 우리나라의 알코올 정책이 성공적으로 시행되고 있다고 판단할 수는 없다. 실제로 정책이 엄격하고 실효성 있게 시행되고 있는지에 대한 평가가 필요하다. 따라서, 향후 연구에서는 알코올 정책의 효과성을 평가하는 연구가 필요하다. 이러한 연구는 정책이 실제로 음주 관련 피해를 얼마나 감소시켰는지, 국민의 건강증진에 얼마나 기여했는지를 분석함으로써 보다 실질적인 정책 개선 방향을 제시할 수 있을 것이다. 둘째, 본 연구 결과는 공개된 자료와 보고서에 크게 의존하며, 이는 국내 알코올 정책 환경에 대한 균형 잡힌 시각을 제공하지 못할 수 있다. 또한, 일부 자료가 최신 상황을 반영하지 못할 수 있어, 현재 정책 시행의 정확한 상태를 설명하지 못할 위험이 있다. 마지막으로 정책 환경은 시간이 지남에 따라 변화하는 가변적 특성을 지닌다. 이 연구는 국내 알코올 정책을 특정 시점에서 분석한 것으로, 최근의 정책 변화나 주류 소비 및 관련 피해의 새로운 동향을 포괄적으로 설명하지 못할 수 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 국제적 평가 도구를 활용한 체계적인 계량 분석을 통해 국내 알코올 정책의 시행 상황에 대한 깊이 있는 이해를 제공하였다. 후속 연구는 이러한 한계를 극복하여 알코올 정책 평가의 정밀성을 높이고 음주 관련 사회적, 건강적 피해를 줄이며 국내 알코올 정책 환경에 부합하는 효과적인 전략을 개발하여 국민의 건강과 안전에 기여할 수 있기를 바란다.

---

김용석은 미국 University of Texas at Austin에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 가톨릭대학교 사회복지학과와 일반대학원 중독학과에서 정교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 중독과 척도개발이다.

(E-mail: yongseok@catholic.ac.kr)

---

김은서는 중앙대학교 사회복지학 석사학위를 받았으며, 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 중독과 건강불평등이며, 아주편한병원(알코올중독전문병원)에서 정신건강사회복지사로 재직 중이다.

(E-mail: dmstj7344@daum.net)

---

안요셉은 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과에서 석사학위를 받았으며, 동 대학원 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 중독 정책과 중독자 가족 치료이다.

(E-mail: ajszjhl27@catholic.ac.kr)

---

백지연은 연세대학교 상담코칭학 석사학위를 받았으며, 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 집단상담, 게임중독 분야이다.

(E-mail: st-benning@hanmail.net)

---

박신영은 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과 석.박통합으로 입학하였으며, 중독학과 박사과정 중이다. 주요 관심분야는 도박중독과 중독심리이다.

(E-mail: parkwei@naver.com)

---

고현빈은 한국침례신학대학교 상담심리 석사학위를 받았으며, 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 중독과 영성, 중독 관련 범죄자의 치료와 회복이다.

(E-mail: elsfather@naver.com)

---

김동주는 가톨릭대학교 일반대학원 중독학과 석사과정에 재학 중이며, 주요 관심 분야는 중독과 영성이다.

(E-mail: kimsbdjoo@hanmail.net)

## 참고문헌

- 강길현. (2020). 우리나라 음주문제 예방에 관한 알코올사용 정책의 효율적 방안구상. *국가정책연구*, 34(3), 149-185.
- 고광욱, 김혜숙, 이효영. (2021). 한국 알코올 관련 정책변화와 대응의 방향. *알코올과 건강행동연구*, 22(1), 1-7.
- 고숙자, 정영호. (2013). 음주폐해 예방사업의 비용효과성 분석 -위험음주자에 대한 약식권고중재(Brief Intervention)를 중심으로-. *알코올과 건강행동학회 2013년 한국알코올과학회 학술대회 논문집* (pp. 89-99).
- 고숙자, 정영호, 김은주, 오혜인. (2013). 담배 및 주류의 가격 정책 효과(The effects of price policy on smoking and drinking). *보건사회연구원 수시보고서* (pp. 1-124).
- 교육부. (2022. 12. 7.). *교육부는 시도교육청과 함께 학교의 마약 예방교육을 강화하고 있습니다* [설명 자료]. <https://www.moe.go.kr/boardCnts/viewRenew.do?boardID=295&boardSeq=93292&lev=0&searchType=null&statusYN=W&page=1&ts=moe&m=020401&opType=N>
- 국립정신건강센터. (2023). *중독정신건강 표준 사례관리 매뉴얼*. 보건복지부.
- 국립정신건강센터. (2024). *2024년 정신건강사업안내*. 보건복지부.
- 김광기. (2015). 국내 음주폐해 감소를 위한 효과적 정책대안 모색. *보건복지포럼*, (221), 67-78.
- 김동진. (2021). 국민 건강증진을 위한 Health Plan 2030의 추진 방향. *보건복지 Issue&Focus*, (404), 1-7.
- 김정현, 손애리. (2020). 알코올 위해감축 정책의 국제적 추세와 도입방안. *알코올과 건강행동연구*, 21(2), 13-25.
- 김건영. (2023. 11. 29.). 술에 대한 세금, 종량세와 증가세. *자유기업원*. [https://www.cfe.org/20231129\\_26232](https://www.cfe.org/20231129_26232)
- 김혜숙, 이효영, 고광욱. (2021). 국민건강증진종합계획에서의 알코올관련 정책변화와 합의. *알코올과 건강행동연구*, 22(1), 9-19.
- 나세연. (2021). 음주폐해예방을 위한 국민건강증진법 개정 방향. *알코올과 건강행동학회 2021년 대한보건협회 제46회 E-보건학종합학술대회 자료집* (pp. 681-700).
- 남궁기. (2006). 알코올 중독에서 금욕을 유지하기 위한 약물 요법 개입. *대한의학회지*, 49(2), 134-141.
- 박여진, 오유미. (2021). 우리나라 알코올 규제 정책의 이행 현황과 향후 과제. *보건교육건강증진학회지*, 38(1), 63-80.
- 보건복지부. (2006). *(알코올 문제 없는 행복한 가정을 위한) 파랑새플랜 2010*.
- 보건복지부. (2016). *정신건강 종합대책*.
- 보건복지부. (2024). *중독관리통합지원센터 운영현황(2023년 12월 말 기준)*.
- 성우림, 천성수, 윤미은, 이해림. (2015). 주류판매업소 밀도가 지역별 범죄율에 미치는 영향 -서울특별시를 중심으로-. *대한보건연구*, 41(4), 75-86.
- 신명곤. (2016. 6. 29.). 봉화군, 직장 내 건전한 음주문화 정착 앞장. *데일리대구경북뉴스*. <http://www.dailydgnews.com/news/article.html?no=10004>
- 신정훈, 김지선, 정한나, 강상구, 장선애, 노희경, 정완교. (2021). 국내 음주폐해예방정책에 대한 근거중심 문헌고찰 및 평가. *절주 및 직접적 폐해 감소 효과를 중심으로*. *알코올과 건강행동연구*, 22(2), 69-84.
- 양현석, 백남중, 김원년. (2015). 주류 광고 규제 효과 분석에 관한 연구. *Journal of The Korean Data Analysis Society*, 17(4), 2015-2024.
- 위키백과. *우리 모두의 백과사전*. (2024. 4. 19.). *증류주*. <https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%A6%9D%EB%A5%98%EC%A3%BC>
- 이은영. (2022. 6. 8.). 술 판매업소 직원들도 의무교육 인증 필수. *중앙일보*. <https://news.koreadaily.com/2022/06/07/economy/economygeneral/20220607214021699.html>
- 이현경. (2009). 한국과 미국의 절주관련 정책목표 비교. *알코올과 건강행동연구*, 10(1), 119-136.
- 전진아, 채수미, 오미애, 강상경, 김경희, 김문근, 김성완, 김숙자, 문용훈, 백종우, 윤미경, 이해국, 장은진, 전준희, 최진영, 홍선미, 고제이, 고숙자, 윤시몬, 강혜리. (2019). *정신건강복지 기본계획(2021~2025) 수립 연구*. 한국보건사회연구원.
- 질병관리청. (2023. 8. 9.). (수도권질병대응센터) 만취음이 즐거운 「노마드 프로젝트」를 소개합니다! [ 보도자료 ].

- <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156584673>
- 질병관리청. (2023). 국민건강영양조사, 2022 월간 음주율 추이.
- 질병관리청. (2024a). 2023년 지역건강통계 한눈에 보기.
- 질병관리청. (2024b). 제19차(2023년) 청소년건강행태조사 통계.
- 최하영, 서정석, 이상규. (2020). 알코올금단증후군의 평가와 치료. *대한소화기학회지*, 76(2), 71-77.
- 한국건강증진개발원. (2018). 음주폐해예방 실행계획. 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2019). 주류용기 과음경고문구 표기 기준 안내서. 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2021). 국민건강증진법 주류 광고 준수사항 안내서. 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2022a). 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030) 개정판. 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2022b. 9. 5.). 음주 부추기는 미디어·주류 마케팅, 이대로 괜찮은가? [보도자료].  
<https://www.khepi.or.kr/board/view?linkId=1004754&menuId=MENU00907>
- 한국건강증진개발원. (2024a). 2024년 알코올 통계자료집. 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2024b). 2024년 지역사회 통합건강증진사업 안내(음주폐해예방). 보건복지부.
- 한국건강증진개발원. (2024c). 절주온(ON). <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01142&siteId=SITE00005>
- 한국외식업중앙회. (2024). 위생교육교재(일반음식점 영업자).
- AL-Ansari B., Thow, A., Mirzale, M., Day, C. A., & Conigrave, K. M. (2019). Alcohol policy in Iran: Policy content analysis. *International Journal of Frun Policy*, 73, 185-198.
- Atkinson, J. A., Prodan, A., Livingston, M., Knowles, D., O'Donnell, E., Room, R., Indig, D., Page, A., McDonnell, G., & Wiggers, J. (2018). Impacts of licensed premises trading hour policies on alcohol-related harms. *Addiction*, 113(7), 1244-1251. <https://doi.org/10.1111/add.14178>
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28(3), 7-30. [https://doi.org/10.1300/J465v28n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03)
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2023). *Alcohol: No ordinary commodity* (3rd Ed.). Oxford University Press.
- Beck, K. H., Scherer, M., Romano, E., Taylor, E., & Voas, R. (2020). Driver experiences with the alcohol ignition interlock: Comparing successful and poor performers. *Traffic Injury Prevention*, 21(7), 413-418. <https://doi.org/10.1080/15389588.2020.1791323>
- Blanchette, J. G., Lira, M. C., Heeren, T. C., & Naimi, T. S. (2020). Alcohol Policies in U.S. States, 1999-2018. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(1), 58-67. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.58>
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Medicine*, 4(4), e151. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>
- Cameron, J., Pidd, K., Roche, A., Lee, N., & Jenner, L. (2018). A co-produced cultural approach to workplace alcohol interventions: barriers and facilitators. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(5), 401-411. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1468871>
- Casswell, S., Huckle, T., Parker, K., Romeo, J., Graydon-Guy, T., Leung, J., Byron, K., Callinan, S., Chaiyasong, S., Gordon, R., MacKintosh, A. M., Meier, P., Paraje, G., Parry, C. D., Pham, C., Petersen Williams, P., Randerson, S., Schelleman-Offermans, K., Sengee, G., ... Harker, N. (2022). Benchmarking alcohol policy based on stringency and impact: The International Alcohol Control (IAC) policy index. *PLOS Global Public Health*, 2(4), e0000109. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000109>
- Fellbaum, L., Mojzisch, A., Bielefeld, L., Benit, N., & Soellner, R. (2023). The effectiveness of workplace interventions

- for the prevention of alcohol use: A meta-analysis. *Addiction*, 118(11), 2043-2061. <https://doi.org/10.1111/add.16276>
- Giles, L., Mackay, D., Richardson, E., Lewsey, J., Robinson, M., & Beeston, C. (2024). Evaluating the impact of minimum unit pricing (MUP) on alcohol sales after 3 years of implementation in Scotland: A controlled interrupted time-series study. *Addiction*, 119(8), 1378-1386. <https://doi.org/10.1111/add.16492>
- Goiana-da-Silva, F., Cruz-E-Silva, D., Lindeman, M., Hellman, M., Angus, C., Karlsson, T., Renstrom, M., & Ferreira-Borges, C. (2019). Implementing the European Action Plan on Alcohol. *The Lancet. Public Health*, 4(10), e493. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30174-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30174-4)
- Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., Guo, Y., Hill-McManus, D., & Purshouse, R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*, 383(9929), 1655-1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)
- Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., & Stewart, S. H. (2022). Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 52(4), 600-614. <https://doi.org/10.1111/sltb.12846>
- Jankhotkaew, J., Casswell, S., Huckle, T., Chaiyasong, S., & Phonsuk, P. (2022). Barriers and facilitators to the implementation of effective alcohol control policies: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6742. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116742>
- Kypri, K., & Livingston, M. (2020). Incidence of assault in Sydney, Australia, throughout 5 years of alcohol trading hour restrictions: controlled before-and-after study. *Addiction*, 115(11), 2045-2054. <https://doi.org/10.1111/add.15025>
- Lima, J. M., Brummer, J., Scholin, L., Taht, T., Beekmann, L., & Ferreira-Borger, C. (2018). Improving monitoring of implementation of alcohol policy: A case study from Estonia. *Public Health Panorama*, 4(3), 378-383.
- Manthey, J., Hassan, S. A., Carr, S., Kilian, C., Kuitunen-Paul, S., & Rehm, J. (2021). What are the Economic Costs to Society Attributable to Alcohol Use? A Systematic Review and Modelling Study. *PharmacoEconomics*, 39(7), 809-822. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>
- Naimi, T. S., Blanchette, J., Nelson, T. F., Nguyen, T., Oussayef, N., Heeren, T. C., Gruenewald, P., Mosher, J., & Xuan, Z. (2014). A new scale of the U.S. alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.07.015>
- Noel, J. K., Sammartino, C. J., & Rosenthal, S. R. (2020). Exposure to Digital Alcohol Marketing and Alcohol Use: A Systematic Review. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Suppl 19*, 57-67. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.57>
- Patton, R., & Katafiasz, H. (2021). Exploring Alcohol Use and IPV Among Couples Presenting to Couple Therapy: A Brief Note. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), NP5772-NP5783. <https://doi.org/10.1177/0886260518807220>
- Peck, R. C., Gebers, M. A., Voas, R. B., & Romano, E. (2008). The relationship between blood alcohol concentration (BAC), age, and crash risk. *Journal of Safety Research*, 39(3), 311-319. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008.02.030>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Rehm, J., Manthey, J., Lange, S., Badaras, R., Zurlyte, I., Passmore, J., Breda, J., Ferreira-Borges, C., & Štelemėkas, M. (2020). Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*, 115(4), 655-665. <https://doi.org/10.1111/add.14796>
- Robinson, M., Mackay, D., Giles, L., Lewsey, J., Richardson, E., & Beeston, C. (2021). Evaluating the impact of minimum unit pricing (MUP) on off-trade alcohol sales in Scotland: an interrupted time-series study. *Addiction*, 116(10),

- 2697-2707. <https://doi.org/10.1111/add.15478>
- Salihu, H. M., Wilson, R. E., King, L. M., Marty, P. J., & Whiteman, V. E. (2015). Socio-ecological Model as a Framework for Overcoming Barriers and Challenges in Randomized Control Trials in Minority and Underserved Communities. *International Journal of MCH and AIDS*, 3(1), 85–95.
- Sherk, A., Stockwell, T., April, N., Churchill, S., Sorge, J., & Gamache, P. (2020). The Potential Health Impact of an Alcohol Minimum Unit Price in Quebec: An Application of the International Model of Alcohol Harms and Policies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(5), 631-640.
- Stockwell, T., Giesbrecht, N., Vallance, K., & Wettlaufer, A. (2021). Government Options to Reduce the Impact of Alcohol on Human Health: Obstacles to Effective Policy Implementation. *Nutrients*, 13(8), 2846. <https://doi.org/10.3390/nu13082846>
- Taylor, N., Miller, P., Coomber, K., Livingston, M., Scott, D., Buykx, P., & Chikritzhs, T. (2021). The impact of a minimum unit price on wholesale alcohol supply trends in the Northern Territory, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 45(1), 26-33. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13055>
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., Romano, E., Nochajski, T. H., Manning, A. R., Taylor, E., & Scherer, M. (2021). Changes in Alcohol Use and Drinking and Driving Outcomes From Before Arrest for Driving Under the Influence to After Interlock Removal. *Alcoholism, Clinical and Experimental research*, 45(4), 743-751. <https://doi.org/10.1111/acer.14558>
- Wilkinson, C., Livingston, M., & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005-2015. *Public Health Research & Practice*, 26(4), 2641644. <https://doi.org/10.17061/phrp2641644>
- World Bank. (2024). *GNI per capita, PPP (current international \$) - Korea, Rep.* <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD?locations=KR>
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva (CH): WHO.
- World Health Organization. (2018a). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva (CH): WHO.
- World Health Organization. (2019). *The SAFER Technical Package: Five Areas of Intervention at National and Subnational Levels*. Geneva (CH): WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol [updated 2021 Oct 4]*. Geneva (CH): WHO.
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva (CH): WHO.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2014). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2018b). *Policy in action: a tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wyper, G. M. A., Mackay, D. F., Fraser, C., Lewsey, J., Robinson, M., Beeston, C., & Giles, L. (2023). Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet (London, England)*, 401(10385), 1361–1370. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X)
- Xu, X., & Chaloupka, F. J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol research & health*, 34(2), 236-245.

# Evaluating South Korea's Alcohol Policy by Using the WHO Composite Indicators Measuring Alcohol Policy Implementation

Kim, Yongseok<sup>1\*</sup> | Kim, Eunseo<sup>1</sup> | Ahn, Joseph<sup>1</sup> | Beak, Jiyeon<sup>1</sup> | Park, Shinyoung<sup>1</sup> | Ko, Hyunbin<sup>1</sup> | Kim, Dongjoo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> The Catholic University of Korea

\* Corresponding author:  
Kim, Yongseok  
(yongseok@catholic.ac.kr)

## | Abstract |

This study is the first in Korea to quantitatively evaluate domestic alcohol policies using the 10 core indicators and 34 detailed indicators of the WHO composite index of alcohol policy. Previous studies have limitations in that they did not address alcohol policies exhaustively and relied on subjective evaluation methods. This study evaluated alcohol policies in Korea based on data from the National Law and Regulation Information Center and related official websites. Expert opinions were then sought and incorporated to improve the quality of the findings. This study categorized alcohol policies in Korea into three groups based on the scores obtained for each indicator. Specifically, the findings revealed that Korea has established a national alcohol policy and its action plans (Indicator 1) and has a well-equipped system for regularly monitoring and evaluating alcohol-related harms, adult drinking, and underage drinking (Indicator 10). However, despite these strengths, there are clear policy gaps in areas such as health services' response (Indicator 2), community and workplace action (Indicator 3), the availability of alcohol (Indicator 5), and the marketing of alcoholic beverages (Indicator 6). The mean score across the 10 indicators was 65.12, indicating that the level of the implementation of alcohol policy in Korea is not yet satisfactory. Finally, it was suggested that based on the findings of this study, future research should focus on developing effective alcohol policies that are currently absent and further evaluating policies with low levels of implementation to reduce alcohol consumption and related harms.

**Keywords:** Alcohol Policy, WHO, Alcohol Policy Composite Indicators, & Policy Evaluation