

금연정책에 대한 의사들의 정책 정향성 고찰 - 심층 인터뷰 결과를 중심으로 -

유현재*

(서강대학교 지식융합미디어학부 교수)

유명순**

(서울대학교 보건대학원 교수)

의사는 우리나라에서 수행되는 보건의료 정책에 있어 매우 중요한 위치를 차지한다. 정책의 실행 주체는 정부기관이지만, 다수 보건의료 정책의 실현과 효과적 운영이라는 차원에서는 의사의 역할과 참여, 책임은 결코 간과될 수 없기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 보건의료 관련 연구 가운데 의사를 활용하거나 의사에 관한 사안을 다루는 사례는 중요성에 비해 많지 않았던 것도 사실이다. 의사를 활용한 설문조사, 인터뷰 등이 여타 대상자들에 비해 쉽지 않다는 현실도 있으며, 더불어 구체적 정책들의 입안과 실현, 발전 등 일련의 과정에서 의사들이 효과적 또는 적극적으로 의견을 개진하였는지, 여타 주체와의 시각을 교환하려는 노력은 충분했는지 등에 대한 견해도 상이할 수 있다는 판단이다. 이 같은 배경을 근거로, 본 연구는 의사들과의 심층 인터뷰를 통해 금연과 관련된 정책 정향성(Policy Orientation) 즉 우리나라에서 수행되는 금연 정책에 대해 의사들이 보유한 다양한 시각들, 즉 정책 수립 과정에 대한 의견과 정책의 효율성에 대한 측면, 효과적 정책 실현을 위한 제언 등을 심층적으로 파악하고자 하였다. 인터뷰의 주요 주제이자, 구체적 사례는 지난 2015년 담배 가격의 인상과 함께 시행되어 2020년 현재까지 시행되고 있는 '의사중심의 금연치료'정책을 선택하였으며, 현재 우리나라에서 중요

* bus89@sogang.ac.kr, 주저자

** msyou@snu.ac.kr, 교신저자

한 보건의료 사안 중 하나라고 판단되었다. 본 연구는 금연정책, 특히 의사 중심의 금연치료 정책을 대상으로, 기존에 충분히 논의되지 않았던 의사들의 견해 및 정책 정향성(Policy Orientation)을 고찰함으로써, 향후 성공적인 정책수행을 위한 시사점을 도출하려는 목적을 가진다. 연구자는 인터뷰를 통해 파악될 내용들이 의사가 건강 자체 혹은 보건의료정책과 관련하여 어떠한 1) 전문가 책무성(Accountability)을 느끼고 있는지, 또한 보건의료 정책의 시행과 관련하여 어떠한 형태의 2) 거버넌스(Governance)를 제안하는지, 그리고 정책의 성공을 위한 3) 구체적인 전략(Strategies)으로서 어떠한 요소들을 언급하는지 등의 소주제로 구조화될 것을 예상하며 연구목표와 연구문제를 설정하였다. 연구결과, 위에 설정한 개념들(책무성, 거버넌스, 전략)에 직간접적으로 해당되는 사안들이 인터뷰를 통해 다수 도출되었으며, 여타 본 주제와 관련하여 추가적 논의가 필요한 항목들 또한 관찰되었다.

주제어 : 의사, 정책 정향성, 주제 분석, 병의원 중심 금연정책, 전문가 책무성

1. 서 론

흡연은 연간 약 58,000명의 사망자에 대한 주요 원인이 될 만큼 사회 구성원의 건강 유지에 심각한 위해가 되고 있다. 정부는 가격 및 비가격 영역에 걸쳐 다양한 금연정책을 시행하며 흡연율을 낮추기 위해 노력해 오고 있으나, 개별 정책에 대한 실효성 및 정당성에 대한 논의는 끊임없이 제기되고 있는 상황이다. 지난 2015년 담배 가격의 인상은 물론, 2007년 최초 발의 이후 마침내 2016년에 시행되기 시작한 담뱃갑 경고그림, 2017년 12월 국민건강증진법 개정안에 의해 실행 중인 당구장과 스크린 골프장 등 실내체육시설 금연에 이르기까지, 최근 흡연과 금연을 둘러싼 환경은 급박하게 전개되고 있다. 이 같은 배경에서, 정부는 2015년 2월을 기점으로 병의원에 의한 금연치료 사업을 금연정책의 핵심 요소로 설정하여 실시 중에 있으며, 의사들에 의한 금연치료를 공식화 하여 “흡연은 질병, 치료는 금연. 가까운 병의원에서 상담하세요!”라는 대국민 메시지를 확산시키며 지

속적으로 정책을 수행하고 있다. 본 정책은 그동안 정부가 시행한 금연정책 가운데 의사가 주요 당사자로서 중심적 역할과 실질적, 현실적인 책무성이 동시에 부여된 최초의 사례로 판단된다. 초기 금연정책의 주요 사례였던 담뱃갑 경고문구(1976, “건강을 위하여 지나친 흡연을 삼갑시다”) 및 담배광고의 제한 (1986)에서부터, 담배가격 인상(2004, 2015)과 경고그림의 실행(2016)에 이르기까지 의사들의 역할은 직접적 관여도를 발견하기 어렵거나, 간접적인 책무를 수행하는 주체였던 것으로 생각되기 때문이다.

의사 중심의 금연치료사업은 2015년 대폭 인상된 담배 가격에 의한 재원이 특별사업비 형태로 투입되는 국가금연지원서비스의 중심적 정책이다. 따라서 정책의 성공을 위한 다양한 사항들, 즉 수가의 개선, 치료에 대한 흡연자들의 경제적 부담면제, 치료를 담당하는 의사들의 업무 간소화 등 발견되는 구체적 이슈들의 개선을 위해 지속적인 노력이 적용되고는 있으나, 본 정책에 대한 주요 관여 주체들의 의견, 정책의 가치에 대한 시각, 그리고 정책의 향후 성공을 위한 상세한 제언 등을 청취 및 논의하는 연구는 매우 의미가 있을 것이라 믿는다.

본 연구는 정책의 본격적 실시 후 약 4년이 경과하는 시점에서, 정책의 핵심적인 실행 주체인 의사들을 통해, 위에 언급한 본 정책과 관련된 중요 사안들에 대한 탐구를 실시하였다. 특정 정책이 가지고 있는 기본적인 방향성, 핵심 내용과 추구하는 바, 세부 사항의 긍정적 혹은 부정적 측면 등을 정책의 정향성(Policy Orientation)이라고 할 수 있으며(정장엽, 정순관 2014; 박진경, 원숙연 2010), 일련의 정책 정향성 관련 연구들은 위 특성들에 대해 정책의 주요한 주체 혹은 관여자의 가지고 있는 시각들을 핵심 탐구 사항으로 활용한 바 있다(하미승 2015). 위 선행연구들에 근거하여, 본 연구는 우리나라 금연 정책에 있어 다양한 측면에서 중요한 역할을 수행하고 있는 의사들

을 대상으로 그들이 파악하는 정책 정향성(Policy Orientation)을 고찰해보았다.

대상자의 섭외 및 연구진행, 고찰 사안에 대한 파악의 용이함 등을 종합적으로 고려하여 질적연구인 심층 인터뷰를 시행하였으며, 이는 관련 연구가 비교적 미비한 상태에서 신규로 시행된 정책에 대한 의사들의 시각을 직접 질문할 수 있는 인터뷰가 본 주제에 대한 탐험적, 귀납적 목적을 효과적으로 달성할 수 있게 할 것이라는 판단에 근거하였다. 인터뷰를 통해 수집된 데이터들은 주제분석(Thematic Analysis) 방법을 활용하여 충실한 현상학적 질적 연구가 될 수 있도록 노력하였다.

2. 선행연구 및 이론적 배경

1) 의사와 보건의료 정책

보건의료 정책이 입안되고 구체화되기 위해서는 다양한 과정은 물론, 폭넓은 인력들에 의한 참여가 필요하다. 정책의 주체는 보건복지부 등 관련 정부기관임에 분명하지만 정책의 성공적 시행과 개선, 궁극적 정착을 위해서는 정책과 관련된 다양한 주체들도 역할을 담당해야 하기 때문이다(이민진, 임성원, 이성규, 조홍준 2014). 관련 선행 연구를 보면, 보건의료정책 형성에서 주체인 국가의 일방적 기획과 결정이 정책의 궁극적 성공을 위해서는 지양되어야 한다는 의견 또한 개진된 바 있다. 건강정책의 상당 부분은 보건의료 인력과 밀접한 관련성이 있으며, 이 가운데서도 의사의 역할과 참여 및 연관성은 대단히 중요하다고 할 수 있다(김창엽 2013). 최근 금연치료사업 등의 활성화가 더욱 본격화되며, 관련 정책에 있어 의사의 중심적 역할에

대한 논의도 더욱 활발해지고 있는 상황이다(조홍준 2019).

연구자들은 특히 의사를 비롯한 의료인들의 경우 건강과 관련된 다양한 정책에 있어 중요한 역할이 기대되는 주체라는 사실에는 이론의 여지가 없음을 지속적으로 밝히고 있다(조홍준 2018; 류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선 2003). 하지만, 중요성에도 불구하고 보건의료 관련 연구에서 의사의 다양한 측면을 다루는 연구는 절대적 수 자체가 많지 않다는 지적도 있다(조병희 2014). 다양한 원인이 있겠으나, 의사 그룹 자체에 대한 접근성에 현실적 한계가 있어 섭외의 용이성이 낮다는 특성도 복수의 연구자에 의해 언급되었다(류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선 2003). 외국의 연구에서는 보건의료 정책과 관련하여 의사와 국가, 대중 등 다주체가 수행하는 책무 및 책무 수행과 함께 형성되는 관계성 등을 탐구하는 접근도 활발하지만(Light 1995), 우리나라의 경우 매우 미비한 상황이 이어지고 있다.

보건의료 정책에 있어서 정부의 역할(주성돈, 전인석 2016), 정책 수행 시 형성되는 거버넌스의 형태 및 양상(김윤 2015), 정책 수행과 시민의 참여(권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영 2012) 등 보건의료 정책의 기획에서 수행까지 제반 과정에 관여되는 주체들에 대한 연구들은 다수 발견되고 있으나, 의사의 역할과 의사가 관련 정책에 대하여 파악하고 있는 정향성 등을 심층적으로 다룬 연구는 매우 제한적이다. 예를 들어, 금연관련 사안과 의사를 논의의 대상으로 설정한 다수의 연구들은 주로 임상 현장에서의 전문적 역할을 다루고 있기 때문이다. 이는 의사들을 임상기술을 보유한 극도로 훈련된 전문가 그룹으로 제한하여 연구하는 접근이라 할 수 있으며, 물론 이 같은 역할은 아무리 강조해도 지나치지 않을 만큼 중요하고 광범위한 것은 사실이다. 김창엽(2013)을 비롯한 연구자들은 임상에서의 의사가 수행하는 역할과 책임을 논의하면서도, 더욱 포괄적 사안 즉 사회 전반에 만연한 건강 불평등이라는 이슈와 관련하여 의사가 수행할 수

있는 책무성과 역할에 대해 고찰하기도 하였다. 의사를 포함한 의료 전문가는 결국 보건의료 영역에서 핵심적 역할을 하고 있으며, 개인 혹은 리더 그룹으로서 우리 사회 보건의료 사안의 해결에 중심적 주체가 되어야 함은 분명하다.

2) 정책 정향성: 전문가 책무성, 거버넌스 제안 및 건강정책 성공을 위한 전략 등

본 연구를 위한 이론적 배경과 관련, 보건의료 정책이 보유한 기본적인 방향성과 핵심 내용, 그리고 정책이 궁극적으로 추구하는 지향점, 정책이 포함하는 세부 사항의 긍정적 혹은 부정적 측면 등을 관련 선행연구에 의거하여(정장엽, 정순관 2014; 박진경, 원숙연 2010) 정책의 정향성(Policy Orientation)으로 설정하였다. 더불어, 일련의 정책 정향성 관련 연구들은 정책의 지향점과 특성들에 대해 정책의 주요한 주체 혹은 관여자가 가지고 있는 시각들을 핵심 탐구사항으로 활용한 것도 확인하였다(하미승 2015).

특정 정책에 대한 정책 정향성을 관련 주체의 시각을 통해 파악하기 위해 활용되는 방법으로, 관련 주체가 해당 정책의 실현에 있어 어떠한 역할과 책무성을 가지고 있는지에 대해 질문하는 방식이 사용되어 왔다(박진경, 원숙연 2010). 예를 들어 박진경과 원숙연(2010)은 우리나라 다문화정책의 정향성을 파악하기 위해 관련 중앙정부 기관에 근무하는 공무원들이 해당 정책에 대해 가지고 있는 인식과 태도, 역할과 책무성 등에 대해 질문한 바 있다.

따라서, 위 연구들에 근거하여 본 고찰은 일련의 금연정책들에 대하여 현직 의사들이 보유하고 있을 것으로 예상되는 전문가적 책무성 관련 사항을 정책 정향성(Policy Orientation)의 핵심으로 상정하였다. 이는 곧 의사들이 보건의료 정책 전반, 금연이라는 사안, 더불어

의사 중심의 금연정책이라는 현안에 대해 어느 정도, 혹은 어떠한 유형의 역할과 책임성을 느끼고 있는가에 대한 내용이 될 것이다.

Emanuel(1996)은 “What Is Accountability in Health Care”를 통해, 의사의 책무는 서로 다른 9개의 주체가 주요 대상이 된다고 명시한 바 있다. 환자를 비롯, 정부, 개별적 의료 소비자(Private Payers), 고용주(Employers), 투자자(Investors), 헬스케어 플랜(Managed Care Plans), 병원(Hospital), 의사 단체(Professional Associations), 변호사와 법원(Lawyers and Courts) 등이 그것이다.

위 사항들 가운데, 금연정책과 특히 관련된 사항은 일단 환자에 대한 의사의 책임에 초점을 맞추는 논의들이라고 생각된다. 즉, 의사들은 금연치료에 있어, 또한 환자의 금연과 관련하여 어느 정도의 책무를 느끼고 있는지 의사들의 발언을 통해 관찰할 수 있을 것이다. 정책이란 국가가 기획하고 실행하며, 그 결과는 국민들이 경험하는 사안이므로, 의사가 정부 혹은 환자를 비롯한 다양한 주체들에게 느끼는 책무성 또한 중요한 시사점을 제공할 수 있다고 믿는다. Emanuel(1996)은 의사를 둘러싸고 있는 책임성 관련 객체들에 대해, 의사가 제공해야 하는 구체적 책임 사항들을 명시한 바 있다. 특히 9개의 객체 중, 건강과 관련된 정책, 나아가 본 연구의 핵심 주제인 의사 중심의 금연정책과 관련된 객체에 대한 주요 책무사항은 다음과 같다. 예를 들어 의사가 개별 환자에 대한 책무성으로 보유해야 하는 요소들은 Professional Competence(직업적인 능력 발휘), Legal and Ethical Conduct(법적, 윤리적 행동 준수), 그리고 Adequacy of Access(접견의 편의성) 등 이다. 의사가 국가 혹은 정부에 대해 보유해야 하는 책임성은 9개 객체와 관련하여 설정한 모든 종류의 구체적 요소들을 포함시켜 놓았으며, 직업적인 능력 발휘, 법적/윤리적 행동 준수, 접견의 편의성, 금전적/경제적인 공헌, 보건/건강증진 관련 활동 수행 등 이었다.

전문가 책무성을 건강 복지에 대한 주체적 책임의식이라는 맥락으로 이해하며 특히 의사 등 해당 분야 전문가들의 측면에서 기술한다면, 관련 연구에서 자주 거론되는 후견주의(Clientelism) 와도 연관성을 가질 수 있다. 후견주의는 정부 혹은 전문가 그룹이 후원자(patron)가 되어 일반 국민, 즉 피보호자(client)의 위치에 있는 사람들에게 필요한 혜택을 충분히 제공하고, 이에 대한 반대급부로 후원자에게 충성을 바친다는 원리이다(Sotiropoulos 2004). 시대의 흐름과 문화적 다양성에 의해 충성 등 개념들에 대한 재해석은 필수적이겠지만, 후견주의는 전문가 책무성과 함께 금연사안을 비롯한 다수의 보건정책 영역에 대한 원리를 논의하는 데 유용할 것으로 생각된다.

다음으로, 의사들과의 인터뷰를 통해 확보될 내용들을 구조화하기 위해 유용하다고 판단한 이론적 개념은 거버넌스였다. 거버넌스는 일반적으로, 특정한 사회나 조직 내부에서 합의가 이루어진 목표를 수행하기 위해 적절한 방법을 모색, 공동의 행동을 기획하고 실행하는 노력이 핵심적인 영역이다(정영호, 조형원, 감신, 고숙자 2006). 기본적으로, 특정한 거버넌스가 효율적으로 형성되고 운영되기 위해서는 공공은 물론 민간 영역의 주체들을 동시에 포함해야 하는 것으로 알려져 있다. 이는 곧 거버넌스의 핵심인 권한과 책임의 분산(Coherent), 조화에 대한 사항이라고 할 수 있을 것이다. 거버넌스를 형성하는 주체는 복수여야 하고, 조직에 참여하는 다 주체는 각자의 세부적이고 배타적인 이해보다는 공동의 목표를 달성하기 위해 공헌할 수 있는 요소를 발굴해서 추진해 나가야 함을 의미하는 것이다(이성규 2015).

끝으로, 의사들 대상 인터뷰를 통해 확보될 것으로 예상되는 추가적 사항들은 금연정책의 궁극적 성공을 위한 전략적이고 실제적인 내용일 것으로 예상하였다. 전략은 목표 혹은 궁극적 지향, 전략에 참여하는 대상자와 그들의 역할, 대상자 간 관계 설정, 전략의 수혜자와 예상된 반응 등 일련의 세부적 사항들을 포함하는 광의의 개념

이다(노진원 2016). 따라서, 의사들 대상 인터뷰 과정에서 주로 도출될 성공적 정책수행을 위해 제시되는 의견들은, 전략이라는 틀에 의해 구조화시킬 수 있다고 생각하였다. 인터뷰에 앞서, 아래와 같은 연구문제를 상정하였다.

연구문제 1: 의사들은 개인의 건강증진, 금연정책을 비롯한 보건 의료 정책에 대한 성공적 수행과 관련하여, 어떠한 **전문가 책무성 (Accountability)**을 가지고 있는가?

연구문제 2: 의사들은 금연정책을 포함, 건강정책이 성공하기 위하여 어떠한 형태의 **거버넌스(Governance)**가 형성 및 작동되어야 한다고 생각하는가?

연구문제 3: 의사들은 현재 실시 중인 의사 중심의 금연정책(금연 치료사업)의 성공을 위해, 어떠한 **전략(Strategies)** 및 전술을 제안하고 있는가?

3. 연구방법

1) 개요

질적 연구는, 현상을 수량화하는 양적연구에 비해 개인의 경험 및 생각을 더욱 구체적으로 파악할 수 있는 장점이 있다(Bryman 2011). 연구자들에 의하면, 질적인 방법은 사회 구성원들이 특정한 현상이나 사건에 부여하는 의미 등을 밝혀내고자 할 때 적절하며(Bryman 2011), 본 연구와 같이 의사들의 경험과 시각을 바탕으로 건강정책이라는 현상을 받아들이며 어떤 방식으로 업무에 적용하는지 의견을 청취하기 위해 적절한 방법이라 판단하였다. 인터뷰에 활용된 구체적 문항

은 위 설정한 연구문제와 관련된 선행연구, 병의원 중심의 금연정책에 대한 언론보도 등을 참고로 작성하였다.

의사들의 다양한 여건(예: 인터뷰 중단, 특정 주제에 대한 추가논의 요구 등)에 따라 일부내용들은 질문이 불가능한 경우도 발생되었다. 대상자는 가급적 다양한 시각을 제공할 수 있는 의사들로 섭외하였으며, 국가의 지원을 받아 금연치료센터가 설치된 대형병원의 의사, 국가 지원에 의한 센터가 아닌 특정한 진료과를 중심으로 금연치료가 이루어지고 있는 병원의 봉직의, 금연치료를 개별적으로 신청하여 교육수료 후 현재 운영 중인 의원급 종사 의사 등 진료유형에 있어 다양한 의사들이 포함될 수 있도록 편의표집을 실시한 것이다. 최초 25인의 의사에게 의향을 타진하였으나, 최종적으로는 15인이 동의하여

〈표 1〉 인터뷰 질문내용

1	건강에 대한 책임성 (개인, 사회 등), 금연에 대한 책임성에 대하여 어떤 의견을 가지고 계십니까?
2	환자와의 관계성, 질병치료를 있어서 의사의 역할 등에 대하여 어떤 의견을 가지고 계십니까?
3	보건의료 사안 (금연 포함) 관련, 정책 파트너로서의 정부에 대하여 어떠한 의견을 가지고 계십니까?
4	흡연은 질병, 치료는 금연 등 정부가 시행하고 있는 금연정책의 기초에 대하여 어떻게 생각하시는지요?
5	병의원 (의사) 중심 금연정책의 장기적 성공을 위하여, 어떠한 제언이 있으십니까? 부탁드립니다.
6	금연치료 과정에 있어서 의사의 역할, 책무와 범위 등에 대하여 어떤 의견을 가지고 계십니까?
7	금연치료를 사용하는 개별 차트, 관련 행정 절차 등 세부 사항에 대하여 어떠한 제언을 하실 수 있습니까? 부탁드립니다.

* 위 질문 사항 외에 대상자의 성별과 연령대, 진료과 및 전문분야 등에 대한 정보 추가 질문함.

인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 방식은 대면을 기본으로 하였으나, 전화 혹은 서면 인터뷰만 가능한 경우에도 희망대로 진행하였다. 모든 데이터는 전사되어 문서화시켰으며, 형식이 동일해진 데이터를 대상으로 반복적 분석을 실행하였다. 인터뷰의 진행 기간 및 데이터 분석 기간은 2017년 6월을 기점으로 약 7개월 간 수행되었다.

2) 데이터 수집 및 분석

데이터 분석 1단계는 인터뷰를 통해 확보된 자료의 전사작업이었다. 개인의 동의수준에 따라 녹음과 필사, 메모 등을 혼용할 수밖에 없었으며, 기록 형태가 상이한 결과물들을 동일한 형식으로 전사하는 작업을 진행하였다. 전사된 모든 파일은 인터뷰 순서에 따라 일련번호를 부여, 연구자 개인 컴퓨터에 보관하였다. 이는 생명윤리심의위원회 IRB 요청 시 약속한 사항이었으며, 준수하였다. 분석을 위해, 다수의 연구에서 타당성을 검증받은 Strauss와 Corbin(1998)의 질적 데이터 분석 방법을 활용하였다. Strauss와 Corbin(1998)의 코딩 방법은 3단계로 알려져 있으며, 개방코딩(Open Coding)과 축 코딩(Axial Coding), 그리고 선택코딩(Selective Coding)의 순차적 단계를 수행한다. 개방코딩의 목적은 인터뷰를 통해 확보된 다량의 자료들을 축소, 파편화된 자료들 사이에 존재하는 공통점과 차이점을 근간으로 재배치하거나 구조적으로 정리하는 것이다. 하지만 단순히 자료의 크기를 축소하거나, 정리하는 과정만이 코딩의 지향점이라 할 수는 없으며, 자료를 더욱 복잡하게 분류하여 발언의도를 탐색하거나 재차 구조화하여 분류하는 과정을 반복, 연역적 목적을 배제하는 질적 연구의 의미를 구현한다.

개방코딩은 다양한 발언에서 공통적 성질을 추출하여 표상과 관념, 심상 등을 참고로 일정한 숫자의 추상적 개념을 상정, 최초로 명문화

및 범주화하는 과정이다(이종규 2006). 원 자료를 조각내는 과정에서 특정한 범주는 자연스럽게 생성되며, 생성된 범주에 구체적으로 어떠한 개별 요소들이 포함될 수 있을지에 대해 지속적 검토를 시행하는 단계이다. 개방코딩의 핵심은 수집된 자료들을 세밀하게 검토하며 자료를 통해 발견된 사안들과 사건, 참여자의 감정 등에 집중하여 중요 내용을 분별한 다음, 그 의미를 충분히 담아낼 것으로 판단되는 언어로 요약하여 개념을 구성하는 것이다. 이 개념이 바로 범주(Category)이며, 편의상 본 연구에서는 하위범주라 칭하였다. 하위범주들은 분석의 2단계인 축 코딩 과정을 거치며 더욱 구조화 된다. 축 코딩의 목표는 개방코딩에서 분산되어 있던 범주들을 최대한 조직화하는 데 있다. 궁극적으로는, 개방코딩에서 형성된 범주들을 다시 한 번 면밀하게 검토한 다음 유사하게 코드화된 개념들을 통합해야 한다는 의미다. 결과적으로, 개방코딩에서 제시된 범주들의 수가 감소하는 상태가 된다. 축 코딩에 의해 형성된 범주들, 본 연구에서는 상위범주로 명명하였다. 최종 코딩 과정은 선택코딩(Selective coding)이며, ‘핵심적’ 범주를 연구자가 선택하고 핵심범주와 비 핵심범주로 판단되는 다수 범주들을 반복적으로 비교하는 과정을 거친다. 따라서, 범주들 간 관계성을 마지막으로 확인하는 과정이 된다. 이 같은 과정을 통해, 일부 비 핵심 범주는 핵심 범주로 편입되며, 독립성을 유지하기도 한다. 가장 중요한 과업은 일체의 자료를 전체 맥락으로 이해하는 것이다.

위와 같은 과정을 거치게 되면, 결과를 유보하고 인터뷰 등을 통해 수집된 자료를 연구대상으로 지속적 분석과 구조화를 반복하며 중심 패턴을 확인하는 성과를 얻을 수 있다. 이 같은 접근은, 데이터를 통해 구현된 행동에 대한 양상을 합리적으로 해석할 수 있게 한다. 이 같은 탐구는, 인과적 관계를 판단할 수 없다는 한계가 있지만 (Thompson, Locander, & Pollio 1989), 고찰된 상황들을 그 자체로 해석

할 수 있는 이론적 배경을 발견할 수 있게 하는 장점을 가진 것으로 간주된다.

4. 연구 결과

1) 인터뷰 대상자 및 개방코딩 결과

인터뷰에 참여한 의사들은 모두 15인이었으며, 연령대와 진료과목 및 연차, 그 외 인구 통계학적 특성들은 아래와 같다.

〈표 2〉 인터뷰 대상자의 특성

	성별	연령대	진료과/전공	인터뷰 방식 및 녹음여부
의사1	남성	50대	가정의학	대면/녹음
의사2	남성	50대	가정의학	대면/메모/필기
의사3	여성	40대	내과	서면/메모/필기
의사4	여성	40대	내과	서면/메모/필기
의사5	남성	40대	내과	전화/녹음
의사6	남성	40대	가정의학	녹음
의사7	남성	40대	예방의학	녹음
의사8	남성	50대	예방의학	녹음
의사9	여성	50대	치과	필기
의사10	남성	50대	이비인후과	메모/필기
의사11	남성	40대	가정의학과	녹음
의사12	여성	40대	예방의학/보건학	녹음
의사13	여성	40대	가정의학	필기/메모
의사14	남성	60대	이비인후과	녹음
의사15	남성	40대	가정의학	필기/메모

데이터 수집 후 1차 검토가 진행되었으며, 검토 과정에서 현저하게 반복되거나 중요하다고 판단되는 사안들을 동일한 연구방법을 적용한 선행연구들을(예: 정다솔 2015) 참고하며 아래와 같이 정리하였다. 특정 하위범주들이 설정되었으며, 이는 다수의 질적 연구에서 1차적 분석 단계로 활용하는 개방코딩의 전형이다(김영천 2013). 개방코딩에서 추출된 하위범주들은 각 특성을 파악, 앞서 선행연구를 통해 의사들의 인터뷰에서 관찰될 것으로 판단되었던 1) **전문가 책무성(Accountability)**, 2) **거버넌스(Governance)**, 그리고 3) **정책 성공을 위한 구체적 전략(Strategies)** 가운데 하나의 개념을 활용하여 다음과 같이 정리하였다.

(1) 전문가 책무성(Accountability) 측면

(1-1) 흡연은 질병이며 의사의 치료는 당연함

정부는 2015년 2월 병의원 중심의 금연치료 사업이 시작되는 시기에 대 국민 홍보용으로 공익광고를 제작하였다. 각 홍보물에 공통적으로 반영된 주제는 “흡연은 질병입니다. 치료는 금연입니다!”였으며, 헤드라인은 “폐암주세요” “뇌졸중 주세요” 등이었다. 담배를 사서 소비하는 행위는 실제 질병을 구매하는 것과 동일한 이치라는 점을 극화한 것이다. 이 같은 논리 하에, 소비자들에게 최종적으로 전달하고자 한 정부의 메시지는 “흡연은 질병, 치료는 금연. 가까운 병원에서 금연치료/상담을 받으세요!”였다. 흡연은 중독이 매개가 되는 명확한 질병임은 이미 학계에서는 새로운 이야기일 수 없으나(백경신, 권영숙 2011), 공적으로 국가기관이 전달하는 메시지에 ‘질병’으로 명시된 사례는 처음이었던 것으로 판단된다. 보건복지부는 홍보물을 통해 인식개선을 위한 주장만 전파한 것이 아니라, 금연치료 사업에 참가할 의료기관을 선정하는 등, 정책을 구현하는 조치들을 동반하여 시행하였다. 금연치료 사업에 등록된 의료기관에 대해서는 이전 존재하

지 않던 편익을 부여하는 정책도 실시하였다(연합뉴스 2017).

이 같은 정책에 대하여, 본 연구에 참여한 대부분 의사들은 기본적으로는 찬성의 의사를 표명하였고, 이제라도 흡연은 질병이라는 개념을 전 국민적으로 각인시키는 시도는 바람직한 결정이었다고 생각하는 것으로 판단되었다. 일부 보도에 의해 제기된 ‘과도한 의료화’ 등과 관련해서는, 전반적으로 동의하지 않았다. 자신을 포함해서 대부분의 의사들은 이미 의과대학에서부터 흡연을 질병의 측면에서 학습하였으며, 이와 관련된 학술논문도 일반화될 만큼 다수라는 사실 또한 강조한 것이다. 대표적 발언은 아래와 같다.

“당연히 흡연은 질병이죠. 의과대학에서부터 이 같은 전제로서 공부하지 않았나 싶습니다. 아마 나를 포함한 다수의 의사들도 다들 공감을 하지 않을까 하네요. 질병을 치료하는 것은 당연히 의사의 책임인거죠. 세부적인 사항이나 환경이야 많이 다를 수 있겠지만 어쨌든 의사가 해결할 사안인 것은 맞는 거 아닌가요?

의료화라는 지적도 있는 것 같은데, 뭐 저는 동의하기 어렵습니다. 뭐가 의료화라는 건지 모르겠어요. 원래가 질병입니다. 흡연은... 개인의 의지로 그만두기 힘든 질병이고, 거의 관련되지 않은 병이 없을 만큼 해로운, 연계된 질병이라는 겁니다.”
(의사 11)

“담배는, 기호식품이 아니라 질병이라는 시각의 전환을 이루기 위한 취지가 다분한 문구였다고 생각합니다. 실제로 의료적 치료가 금연성공에 가장 중요하다는 근거가 많은 것은 알고 계시죠? 의료화 같은 부정적인 측면을 자꾸 강조하기보다는, 예방 의료의 일환... 즉 더욱 심각한 질병을 예방하는 차원에서

이해하는 것이 좋을 것이라고 생각합니다.”(의사 8)

일부 의사의 경우, 금연치료에도 참여하지 않고 있었으며, 본 정책에 대해 부정적인 시각 또한 표현하였다. 아래의 발언과 함께, 본 정책은 비판의 여지가 많은 사안임을 밝힌 것이다. 의료화의 개념에 동의하기도 하였다.

“저는 기본적으로 부정적 시각입니다. 여타 사안들처럼... 아까 말씀하신 그런 일들요. 저는 이번 것도 의료화의 맥락으로 전이될 가능성이 높지 않을까 봅니다.”(의사 13)

하지만, 인터뷰에 참여한 대부분 의사들은 본 정책에 대해 당연한 귀결이라는 시각을 밝혔다. 국내외 문헌에서 금연에 가장 주요하게 기여하는 변인은 의사가 주도하는 약물적 치료이며, 니코틴 등 중독 물질이 활발하게 작용하는 상황을 억제하고 금연을 가능하게 하는 중요 시스템이라고 밝힌 것이다(Ranney, Melvin, Lux, McClain, and Lohr 2006).

(1-2) 건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재. 금연도 마찬가지라고 판단

인터뷰를 통해“건강은 개인의 책임인가, 사회적 책임인가?”에 대한 시각을 질문하였다. 건강에 대한 책임성은 근대 사회에 진입한 이래 반복적으로 논의되는 중요한 주제이며(김철환 2009), 어떤 사회를 막론하고 활발하게 논의되는 사안이라 하겠다(WHO 2008). 개인의 건강 상태가 순조롭게 지속되지 않을 경우, 책임은 거의 개인에게 귀결된다는 시각이 존재하는 반면, 보건학적 측면을 강조하는 시각에서는 건강이란 반드시 대승적 접근에 의하여 사회적 책임성, 구성원 전체

의 협업 등에 방점을 두고 논의해야 한다는 의견 또한 확대되고 있기 때문이다(박순우 2011). 어느 측면의 시각에 동의하는가에 따라, 특정 국가 및 사회의 건강보험 구조를 포함한 관련 정책의 시행이 상이해질 수 있으며, 정책에 투입되는 재원도 크게 달라지는 것은 당연한 귀결일 것이다(이혜림, 정의준 2014). 본 연구에 참여한 의사 상당수는, 건강은 궁극적으로 개인적 책임이자 사회 전체의 책임으로, 동시에 고려해야 한다는 의견을 밝혔다.

“건강은 무엇보다 개인이 조심하면서 평생을 이끌어가야 된다고 생각합니다. 의사든 누구든 아무리 말해봐야 본인이 안 지키고 안 돌보면 의미가 없어요. 이 같은 사항에 대해 교육도 시키고 홍보도 하고, 국가적으로 사람들이 건강할 수 밖에 없는 시스템도 만들어 놓는 것이 중요하기도 하겠죠. 건강한 사회, 사람들이 건강한 사회란 모든 게 잘, 한꺼번에 돌아가야 하는 것 같네요.”(의사 3)

이는 곧 WHO의 건강에 대한 정의와 밀접하게 연관되어 있다고 생각된다. WHO에 의한 건강은, “Health is a dynamic state of physical, mental, social & spiritual well-being”이며, 이는 건강을 육체적, 정신적, 사회적 웰빙 상태가 구현된 상태로 묘사하고 있는 것이다. 특히 사회적 차원의 건강이란 개인이 지켜야 하는 좁은 의미의 건강만 의미하고 있지는 않은 것으로 보인다. 의사들이 밝힌 의견들 또한 거시적 측면이 다수였다고 판단되며, 개인의 책임과 사회적 책임이 공존하며 일정한 수준의 건강 유지를 위해 양자의 역할이 반드시 작동해야 한다는 결론이라 파악하였다. 특히 금연 관련 사안에 있어서는 개인의 문제로만 치부할 수도 없고, 불합리하다는 의견을 밝혔다. 이는 현재 국가에서 진행되는 금연정책의 중심적 기초, 즉 의료기관에 의한 적

극적 개입과 국가의 관여가 필수적이라는 입장과 동일한 맥락이라 생각되었다.

“금연을 개인의 문제로만 간주하는 것은 상당히 문제가 있다고 봅니다. 반드시 사회 전체가 참여해야 하는 중대한 사안이라고 생각합니다.”(의사 2)

“흡연에 대한 책임은 사회 전체에 있다고 봅니다. 담배를 판매하고 유통시키는 환경이 흡연율의 지속에 영향이 있기 때문이죠. 의료인의 역할은 너무나 중요하며, 전문가로서의 사회적 책임이랄까. 그런 것도 생각해야 한다고 봅니다.”(의사 7)

일부 의사들의 경우, 개인의 건강과 관련하여 의사의 책임 의식을 더욱 강조하였다. 의사들 스스로 개별 의료 소비자인 환자들에게 더욱 막중한 책임감을 가져야 한다는 견해였다. 의사 및 의료기관의 개입을 사회적 책임과 연관시켜 해석하고 있다는 느낌을 받았다.

“개인과 사회, 모두 책임이 있다고 생각합니다. 그런데 임상 의료진들은 실제로 사람들/환자들의 질병 치료에 대한 책임이 막중함에도 불구하고 이에 대해 인식이 약한 경우 있다고 생각합니다. 아마 의과대학 교육에서부터 강조가 필요하지 않나 싶습니다.”(의사 3)

하지만, 병원 근무의 실제적 현실에 대한 사항도 반드시 함께 논의되어야 한다는 의견도 있었다. 대부분의 의사들이 너무나 제한된 시간 내에 다수의 환자를 진료해야 하는 상황을 지적한 것이다. 특히 3차 병원을 포함한 상급병원에서 환자 1인당 진료시간은 5분에 미치

지 못하는 경우도 다수라는 현실에서, 사실 의사의 책임성을 논한다는 것 자체가 ‘시스템’으로 접근하기 보다는 개인과 관련된 변수만을 지적하는 자세라는 의견이었던 것이다.

“사실, 의사가 개인의 건강에 있어 모든 책임을 느끼기에는 다양한 한계가 있어요. 예를 들어 상당히 짧은, 너무나 제한된 시간 내에 다수의 환자를 진료해야 하는 것이 현실이거든요. 의사 입장에서도 대단히 어려운 현실입니다. 이 같은 상황에서 어느 정도까지 환자들의 이야기를 들어주고 상담할 수 있을지 근본적으로 의문이라는 것이죠.”(의사 7)

(1-3) 의사는 환자와의 시간적, 질적 소통에 더욱 노력해야 함

대부분 의사들은, 금연치료를 포함하여 진료실에서 만나는 환자들과 새로운 패러다임으로 접근하는 것이 시대적 흐름에 부합한다고 밝혔다. 의사-환자 간 경직된 관계, 감정적 상하 관계 등은 치료라는 목적을 달성하기 위해 필요하지 않다고 느끼거나, 이미 상당 부분 보기 어려워졌다는 발언도 있었다. 일단 의사는 환자와의 정확한 정보 공유를 통해 치료과정에서 환자 및 가족들을 소외시키지 말아야 함을 지적하였다. 실제로 대부분의 의사들은 이 같은 사항을 오래 전부터 적용시키고 있으며, 진료에 사용되는 시간이 짧다고 해서 반드시 소통이 미흡하다는 가정은 인정하기 어렵다는 의견도 있었다.

“환자와의 shared decision making이 중요해요. 의료진도 테크닉 습득이 필요하다는 얘기죠. 환자들도 정보를 요구하여 의사 결정에 참여하는 자세 있어야 하는 것도 당연하구요. 관계라는 것이 상호적인 것이니까요.”(의사 14)

진료에 투입되는 물리적 시간도 중요 변수가 될 수 있음은 부정하기 어려울 것 같다는 판단이다. 환자와 대면할 수 있는 시간이 충분히 확보되지 못하는 상황이 일반적이라면, 결국 소통이나 커뮤니케이션은 이상적 사항일 수 밖에 없기 때문이다. 하지만 환자와의 소통 테크닉 숙련 등에 대한 과목은 의과대학에서 큰 비중을 차지하지 않고 있다는 현실도 알려주었다.

“모든 의과대학이 똑같지는 않겠지만, 의대에서 환자와의 소통이나 커뮤니케이션 같은 과목들이 있기는 해요. 실습도 분명히 있구요. 롤 플레이를 하면서 교수가 직접 관찰하고 평가하는 경우도 있어요. 그 뭐라 그러나... 밖에서 관찰할 수 있어요. 실습을 실제로 해보는 거죠. 그런데 사실 학점이 높거나 그렇지 않았던 것으로 기억합니다.”(의사 14)

금연치료 시 의사의 역할과 관련, 내원하여 치료를 받는 흡연자들의 자세와 행동, 마음가짐도 치료 성과를 위해 대단히 중요하다는 의견도 있었다. 총 12주 동안 6회 가량 의사와 대면한다고 하더라도, 병원에 머물지 않는 시간들은 온전히 환자의 판단에 좌우되는 현실을 지적한 것이다. 금연을 달성하기 위해 의사의 역할도 중요하지만, 환자 스스로의 결심, 지시에 대한 순응 등에 대한 의견도 제시하였다. 이는 결국 의사-환자 간 구성되어야 하는 일종의 파트너십과 관련된 사항이라 판단되었다.

“의사는 결국엔 조력자 혹은 상담자라고 보구요. 물론 가장 강력한...”

사실 환자 스스로 역량을 강화하고 자긍심을 높일 수 있는 일종의 훈련을 지속적으로 해야만 금연이 가능할 겁니다. 의사

만, 약으로만 뭐 다 되겠어요? 본인도 잘 따라하고, 의사도 가이드 잘하고- 그래야 한다는 거죠.”(의사 9)

금연치료 과정에서 의사의 역할은 다방면에서 중요하지만, 흡연자들을 위한 ‘동기부여’가 핵심이라고 지적하는 의사도 있었다. 전문의약품 처방, 금연유지 여부에 대한 체크, 몸 상태의 변화 인지 등도 의사의 중요한 책임이자 의무이지만, 흡연자들에게 담배는 반드시 끊어야 하며, 꼭 성공할 수 있다는 의지를 치료 과정 내내 유지할 수 있도록 설득하는 역할을 강조한 사례였다. 미국보건부에서 의사 등 의료인이 금연과 관련하여 일반인과 접견 시 효과적으로 활용할 수 있는 것으로 권고하는 5단계인 5A, 즉 Ask(질문), Advice(권고), Assess(파악), Assist(조력), Arrange(추후 계획 수립)을 언급하는 경우도 관찰되었다.

“의사는 흡연자를 motivate 해야 해요. 무엇보다 그게 중요할 겁니다. 사실 그 후에 흡연자에 대한 치료가 가능하다는 거죠. 5A라고 있잖아요. 그게 우리나라에도 얼추 맞아요. 의사가 자연스럽게 철저하게 시행하면 될 것 같습니다.”(의사 4)

(1-4) 상담료의 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계 필요성

의사는 의과대학에서부터 공익성에 대한 교육을 받으며, 병원에서 제공하는 서비스는 공공의 이익을 중요한 가치로 삼는 것도 당연한 사실이다. 대부분의 병원은 개인 혹은 기업이 운영하고 있지만, 그럼에도 불구하고 의료는 본질적으로 공공재로서의 성격을 유지하고 있는 것이다. 하지만, 그럼에도 불구하고 의사 개인, 그리고 병원에도 매우 실질적인 혜택은 정당하게 주어져야 한다고 생각하는 의견이 상당하였다. 직업인으로서의 의사가 요구하는 당연한 권리이자 요청

으로 볼 수 있을 것으로 해석된다.

“어쩌면 결국 꽤 많은 의사들이 금연치료를 안하거나 소극적으로 하는 이유는...글쎄 돈이 안 되기도 하고 진행하는 데 어렵기도 하고 뭐 그냥 귀찮아서 일수도 있겠다 싶어요.”(의사 5)

상담료에 대한 현실화도 수차례 언급되었다. 현재 병의원에 의한 금연치료는 환자의 최초 방문, 두 번째 방문 등에 따라 수가가 달라지기는 하지만, 결국 의사의 입장에서 보면 크게 다르지 않은 상황이다. 방문 및 상담 횟수가 중요한 현재 상황에서, 상담료의 현실화가 필요하다는 의견을 피력한 것이다. 의사들이 개별 환자들에 대한 최적의 처치를 시행하기 위해 진료 시간을 늘릴 경우, 의사의 판단을 ‘실적’이라는 시각에서 보면 그다지 유리한 결정이 아닐 가능성이 높아진다. 상담의 횟수와 양, 세부적 내용 등과 관련된 추가적 논의와 정책 보완이 필요하다는 의미였다.

“미국이었나? 정확히 기억은 안나지만... 금연치료에 있어서 상담의 양, 내용 등을 대단히 자세하게 체크하게 되어 있다고 하더라고요. 물론 그 사항에 따라 보전하구요. 그런데 지금 우리나라는 상담 회수가 전부이죠. 아마.”(의사 9)

(2) 거버넌스(Governance) 측면

(2-1) 의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시 필요

금연치료를 시행하는 의사의 편의성과 관련된 내용이 재차 강조되었다. 현재 금연치료를 시행하는 의사들은 여타 진료와는 다른 프로세스에 의해 치료를 수행해야 한다. 이는 기본적으로 의사 중심의 금

연치료 사업이 특별사업 형태로 진행되며, 공단이 별도의 관리 시스템을 유지하고 있기 때문이다. 시행 초기에 비해 많은 개선이 있었으며, 상당 부분 간소화가 이루어진 것으로 판단되지만 개별 병원의 시스템 구축 수준에 따라 편의성이 상이하기도 하며, 의원과 병원급에서의 기록 환경에도 차이가 있는 것으로 파악되었다.

“입력에 시간이 과도하게 소요된다는 지적이 있었죠. 개선은 됐다고 하던데... 시각적으로 어렵지 않게 배치도 해야 하고, 내용과 형식을 더욱 간소화하거나 어떤 의사라도 쉽게 익숙해지도록... 의사를 위한 연습 기회도 자주 마련되어야 한다고 생각해요. 억지로 한다고 되는 게 아니니까요.”(의사 9)

편의성은 보다 많은 의사들의 참여와 효과적 금연치료 수행을 가능하게 만드는 중요 배경이 될 것으로 보인다. 흡연자들의 금연성공 가능성을 높이기 위한 사항들, 즉 환자들의 변화과정 및 경과에 대한 꼼꼼한 관리, 충분한 시간에 의한 상담, 맞춤형으로 계획을 설정하고 추진하는 과정 등이 원활하게 이루어지기 위해서는 위 언급된 제약들이 해결되어야 할 것으로 생각되는 것이다.

“환자의 변화과정, 경과, 장애 요인 등을 참고하여 개인별 목표 설정에 의사가 개입해야 할 겁니다. 그래야 치료도 제대로 되기도 하고 빠르기도 하고 그렇겠죠. 물론 이 같은 과정이 이루어지기 위해서는 입력 차트의 간소화, 현실화 등이 이루어져야 하는 것은 기본입니다. 의사가 일단 스트레스 없이 진료를 할 수 있어야죠.”(의사 9)

시행 초기에 비해 의사들 및 환자들의 상황을 현실적으로 반영했

다고 판단하는 경우도 있었으며, 흡연자의 첫 번째 방문 시점에서는 문진과 대답을 통해 작성할 사항들이 많지만, 이후의 내원 과정에서 비교적 간편한 상황이라는 의견을 밝힌 것이다. 별도의 차트, 매뉴얼에 대해서는 형식과 내용 면에서 지속적 개선이 필요하다는 의견도 있었다.

“진료에 있어서 귀찮은 면이 있는 것도 사실이죠. 의사도 사람인데... 간편한 진료양식을 계속해서 유지해야 해요. 소수의 샘플링을 통한 연구를 수행하거나 해서... 가장 이상적인 매뉴얼 제작이 필요하겠죠. 뭐 그런대로 요즘엔 만족하는 편입니다.”(의사 7)

(2-2) 보건의료정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 실질적/효과적 의사 그룹에 대한 의견

의사들은 병의원 중심의 금연치료 사업을 포함, 보건의료 정책과 관련하여 정부가 의사들과의 소통을 일정 부분 거친다고 대답하였다. 의사가 소속된 학회, 단체 차원에서 주로 이루어진다고 대답하였으며, 의협과 대한의학회를 비롯한 주요 그룹들이 토론이나 협의회, 공청회의 대상이 된다고 하였다. 학회에서 특별 세미나 혹은 비정기 행사의 형식으로 협의 과정이 진행되는 것으로 기억하였으며, 각 그룹의 주요 인사들을 대상으로 정책의 실시 혹은 계획 시점에서 소통의 자리가 존재한다는 답을 주었다. 하지만, 일부 의사들은 정부와의 소통이 더욱 빈번해지고 실제적이어야 한다고 생각하였다. 횡수 혹은 논의되는 사안에 있어서도 더욱 현실적 개선이 필요하다는 의미였다.

“정부는 보건정책 실시를 위해 의사 등 관련 전문가들과 의견 청취를 실시하는 것은 맞죠. 그런데 사실 형식적인 경우가

대부분인 것 같아요. 정책을 직접 시행할 선생님들은 잘 모르는 과정에서 결정되는 경우가 다수라는 거죠. 소수의 전문가 그룹도 중요하지만 많은 회원을 가진 학회, 개원가 회원이 많은 특정 학회에서 의견 수렴이나 홍보가 이루어져야 한다고 봅니다.”(의사 6)

정부가 협의 및 이해의 대상으로 소통하는 전문가 그룹에 대한 제한성도 지적되었다. 정책 시행에 대하여 설명을 받고 제언을 하는 사람들이 전체 의사 중 극소수라는 것이다. 의료 현장에서 현실적 상황을 경험하고 있는 의사들이 논의에 활발하게 참여하지 못하는 근본적 한계들을 언급하기도 하였다.

“논의의 대상자인 전문가의 경우, 전문가들의 범위가 다양하지 못한 것 같더라고요. 토론에 나오는 분들도 비슷비슷하구요. 특히 이해 관계자와의 논의는 많이 부족한 편이라고 생각합니다.”(의사 9)

소통의 정도와 횟수가 더욱 확대되는 모습이 관찰되기는 하지만, 의사들은 여전히 보건정책 파트너로서의 정부가 그들과 더욱 폭넓은 소통을 해야 한다는 의견도 있었다. 어느 정도의 소통, 혹은 어떤 형태의 소통인가에 대한 의견은 구체적으로 밝히지 않은 경우도 많았다. 결국, 의사들은 정부가 다수의 보건의료 정책에 있어 의사들을 중요한 상대로 존중하는지에 대한 기본적 의문이 있음을 나타낸 것으로 해석되었다. 기본적 신뢰관계 형성에 대한 추가적 개선이 필요하다는 제언이 가능할 것으로 보인다.

“금연 정책들의 결정과정에서 정부는 다양한 이해 관계자,

전문가와 의 논의를 거쳐야 해요. 그래야 성공하겠죠. 의사들이 움직여야 하는데요. 과거 정부에 비해 나아졌지만 여전히 충분한 소통이 잘 안되고 있다는 판단입니다.”(의사 4)

“현장과 정부 간에 사실 중대한 갭이 없었던 사례가 거의 없다고 생각해요. 저는요. 사실 이번 건(병의원 중심의 금연정책)도 자세히 보면 그럴걸요?”(의사 13)

(2-3) 의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육 개선 필요

연구에 참여한 상당수의 의사들은 금연치료의 대중화 및 일반화가 바람직하다고 생각하면서도, 금연치료에 대한 전문화 또한 생각할 시점이라고 밝혔다. 의사들 모두 의료 전문가이지만, ‘금연치료’라는 특화된 영역에서 지금보다 더욱 전문적인 교육이 시행된다면 교육을 희망하는 의사들이 수료 후 최적화된 치료를 시행할 수도 있을 가능성이 있지 않을까라는 제언이었다.

“정부는 오프라인과 온라인 교육으로 의료인 대상 금연치료 교육이 엄청난 효과를 거두었다며... 숫자를 자랑하지만 실상 교육에 소요되는 시간은 짧죠. 의료인이라면 기본적으로 금연치료에 대한 지식과 스킬이 있겠지만 그냥 1회성이라서... 교육을 통해 성과를 얻기는 힘든 구조라고 생각합니다.”(의사 8)

특화된 의사가 늘어날 경우, 동료 의사를 추천하는 사례도 적지 않을 것으로 예측되었다. 예를 들어 특정 진료과만 금연치료를 할 수 있는 것은 아니지만, 현실적으로는 내과, 가정의학과, 이비인후과, 치과 등에서 주로 이루어지는 것으로 알려져 있다. 여타 진료과에서 논

의되는 질병사항에서도 흡연과 관련되지 않은 영역은 거의 없다고 해도 무방하겠으나, 금연치료와 더욱 깊은 연관이 있다고 판단되는 진료과들이 존재하는 것은 현실이다. 이는 흡연자들의 선호와 의견도 크게 다르지 않을 것으로 판단된다. 따라서 여타 진료과에서 진료를 받고, 금연치료와 관련된 사안이 발생할 경우 개별 의사들은 스스로 상담을 진행하고 의약품을 처방할 수도 있지만, 환자에게 여타 의사를 추천할 수도 있다는 의미가 되겠다.

“선후배 의사들이 가끔 나에게 가라고 환자들에게 안내를 해주세요. 아마도 내가 금연치료 관련하여 연구와 임상에 관심이 있고 많이 하는 것을 아시기 때문인 것 같아요. 고맙죠. 그 분들도 분명히 상담과 치료를 하시면 되는 것이지만, 나를 특별히 추천해주시기도 한다는 겁니다.

그렇다고 내가 보는 환자들이 모두 금연치료 환자들은 아니에요. 일부이긴 하지만...그래도 자꾸 하니까 더 느끼는 것 같다. 7:3쯤 될 것 같은데요. 금연치료를 전체적으로 보는 안목도 더 커지는 것 같긴 합니다.”(의사 11)

(2-4) 의사 그룹 스스로에 대한 실제적 비판과 자성 의견

의사 그룹 스스로와 관련된 사항을 언급하기도 했다. 건강정책들 가운데 의사 및 의료인과 직간접적 연관을 가진 정책이 다양함에도 불구하고, 의사들의 정책 이해도가 충분히 높지 않다고 발언한 것이다. 정부가 특정 정책의 수행 시 의사들의 의견을 적극적으로 반영하지 않고 있다는 불만과 함께, 의사들 스스로도 자체적 반성이 필요할 것 같다는 시각을 표현하였다.

“가끔 당한다는 느낌도 들고, 정부가 참 우리를 무시한다는 생각도 하지만, 일정 부분 그럴 만도 하다는 자괴감이 들기도 합니다. 저도 그렇지만 제 주변 의사들도 솔직히 건강 관련 이해도가 상당히 낮은 수준이 아닐까 생각됩니다. 보건행정 등 유사 분야에 있는 분들과 이야기해보면 의사들은 정말 다른 나라에 살고 있다는 생각을 할 때가 많아요. 정책이 어떻게 만들어지고, 왜 생기는지 등 참 많이 모르더라고요.”(의사 14)

의사그룹에서 관찰되는 무관심이나 자기 방어적 자세를 언급한 의사도 있었다. 특히 임상에 다량의 시간을 할애할 수밖에 없는 의사들의 환경과 의사들에게서 발견되는 공통적 특성에 대해 설명하면서, 정책에서 소외될 수밖에 없는 한계 사항들에 대한 의견을 밝힌 것이다.

“근본적으로 의사들이 정책이나 병원 밖에서 돌아가는 상황에 무관심한 경우가 많은 것 같습니다. 알고고도 하지 않아요. 교육 오라고 하면 가고, 아니면 계속 일하고 등등. 특정한 정책 사안에 대해서 길게 비판하거나 심각하게 저항하거나 그러지 않는 것 같아요. 바빠서 그럴 수도 있고, 공부나 연구에 익숙해서 그럴 수도 있겠고...”(의사 9)

의사 그룹 내 감정적 갈등도 상당 수 존재하는 것으로 파악되었다. 정책에 주로 관여하는 의사들, 예를 들어 각종 행정직에 위촉된 의사들과 의사 관료들에 대한 불만도 표출된 것이다. 즉, 임상 의사가 처한 현실에 대해 의사 관료 및 공무원들의 이해도가 상당히 낮다는 지적이었다. 이는 매우 장기적인 차원에서 형성된 갈등의 측면이 엄연히 존재하는 것으로 판단되었다.

“수가도 그렇고...급여/비급여 관련 사항도 그렇고 일단 정책을 결정하는 단계에서 관여하는 의사 선생님들이 제대로 임상현장을 알고 하나라는 생각이 들 때가 많았어요. 똑같은 의사가 아니라는 결론이었습니다. 많이 다릅니다. 그런데도 이 같은 갭을 줄이거나 해결하기 위한 노력이 의협에서 보이는지. 그것도 잘 모르겠습니다. 금연정책 뿐 아니라 대부분 그런 것 같아요.”(의사 14)

(3) 정책성공을 위한 전략(Strategies) 측면

(3-1) 정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 필요함

인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은 정부가 실시 중인 병의원 중심의 금연치료 사업에 대체로 긍정적 시각을 가지고 있었다. 하지만, 원칙에는 공감하고 전반적으로 찬성하였지만, 개선에 대한 요구는 분명했다. 아래의 의견은 금연치료에 동참하지 않고 있는 의사들과 관련된 사항이다.

“금연치료에 참여하지 않는 의료인도 다수 있습니다. 아마도 일차 의료기관에서 더욱 손쉽게 치료에 참여할 수 있도록 해야 하지 않나 싶네요. ‘삭감’에 대한 두려움을 없애고, 진행과 입력, 행정절차 등이 더욱 간단하고 명확해야 한다고 생각합니다 (국민건강보험공단의 역할 강조).”(의사 11)

의사11은 금연치료에 참여하지 않는 상태였으며, 만약 환자가 치료를 문의할 경우 여타 의료기관을 소개하는 것이 일반적이라고 하였다. 물론 환자 본인 부담액이 많은 상태에서 금연치료 진료를 진행할 수는 있다. 위 의사의 발언은 현재 금연치료 기관으로 신청하지 않은 의사들이 과연 어떠한 장벽에 의해 동참하고 있지 않은지에 대한 배

경을 설명했다고 볼 수 있겠다. 현재 정책 시행 초기에 이슈화 되었던 사항들, 즉 환자 정보의 입력에 대한 불편, 상담료의 비현실적 책정 등은 정부의 지속적 개선으로 일정 부문 해결된 상태이지만, 여전히 개선되어야 할 환경들이 관찰된다는 주장이었다.

금연치료 사업의 성과를 평가하는 방법에 대한 의견도 있었다. 현재 보건복지부는 각 의료기관에서 금연치료 사업이 진행된 일정 시점에서 성과를 평가, 우수기관 등으로 지정한다. 이는 곧 금연치료 우수 수행기관으로서 국가가 인정하고 관련 혜택도 늘리겠다는 의지의 발현일 수 있다. 우수 기관은 관련된 예산 배정에서 혜택이 주어질 가능성도 높으며, 병원 대상 각종 평가에서도 높은 지수를 받을 수 있을 것으로 예상된다. 하지만 이 같은 시스템에 대해 일부 의사는 현장의 상황을 충분히 고려하지 않은 평가 요소도 존재한다고 밝혔다. 의사 입장을 충분히 반영하지 못한 행정일 수 있다는 의견을 밝힌 것이다.

“상담교육의 결과에 대한 질적 평가가 필요하다고 생각합니다. 현재 상황은 오로지 결과 중심으로만 판단이 가능하니까 말입니다. 개인 스스로의 역량 강화, 동기부여 기전마련 등에 대한 Quali 적인 효과성에 대한 평가가 있으면 더욱 현실적인 것 같습니다.”(의사 14)

“제가 알기로는 아마 외국의 경우 시간이 얼마나 걸렸는지, 이 환자가 왜 금연 노력에 있어서 어려운 분인지 등등을 기록하고, 의사가 제공한 서비스의 질과 양을 모두 평가해서 결과로 만들고, 이것이 그대로 의사 혹은 의료기관에 주어지는 정부의 보상이 달라지는 구조입니다. 그런데 현재 우리나라의 경우 이 같은 변수와 의사의 스페셜한 노력은 반영이 안되는 구

조이지요. 불합리하다는 것이죠. 이럴 경우 의사들에게 도덕적 헌신 등만을 맹목적으로 요청해야 하는 걸까요?”(의사 14)

일부 의사들은 일반 대중들에게도 더욱 강력한 형태와 효과적 전략으로 홍보가 이루어져야 한다는 의견을 제시하기도 했다. 이는 곧, 여전히 다수의 흡연자들은 금연이 개인의 강한 의지만으로 가능하다는 생각을 가지고 있으며, 실제로 그 같은 믿음에 의해 흡연과 금연을 반복하는 과정을 경험한다는 안타까움의 표현이었다. 홍보가 필요한 또 한 가지 사항은 지원 내용에 대한 정확한 전달이라고 하였다.

“사실...약을 먹고 금연한다는 생각이 보편화되지 않은 거 같아요. 아직도... 의지만으로 모질게 마음먹으면 끊을 수 있다고 생각하고 계속 실패도 하고 그러거든요. 안타깝죠. 대 국민 홍보가 더욱 필요하다고 생각해요. 의사의 도움으로 정말 끊을 수도 있고 확률이 높아진다고나 뭐 그런 입증된 사항들이요. 다수의 흡연자들이 금연치료를(금연치료만을) 위해 병원에 가는 것이 아직도 불편하다고 생각하시는 것 같아요. 어느 병원이 금연진료를 하는지 물론 공단 홈페이지에서 알 수는 있지만, 여전히 노인 분들에게나 뭐 일반 사람들에게는 쉽지 않을 텐데 - 그거 고쳐야 할 것 같아요.”(의사 11)

(3-2) 일반진료에도 금연상담 및 치료 필수 포함 필요성

흡연은 사실상 거의 모든 질환과 관련이 있는 만큼, 환자들을 진료하는 모든 상황에서 금연치료 시 시행하는 질문들을 적용해야 한다는 의견도 있었다. 이 같은 접근을 통해, 궁극적으로는 금연치료 사업의 성과가 더욱 실질적으로 가시화될 수 있다는 견해였다. 이는 사실 의사들에 의해 작성된 논문에서도 제기하고 있는 방안이기도 하

다(노혜미, 백유진, 이철민 2013; 박순우 2011).

“질환 발생, 검사 결과 상담 시에도 5A에 의한 소통이 필요하지 않을까 해요(외국 연구에서 효과성 규명됨). 5A에 의한 동기부여를 공단 일반검진 결과상담이나, 각 병원 초진 시 등 특정 시점에서 의무화해야 한다고 생각(5A 동기부여 상담에 대한 수가 해결 필요)할 정도입니다. 물론 5A로 물어 본 다음에는 금연 전문가에게 연계시킬 수 있는 구조도 마련하면 좋겠죠. 의사들 중에서도 금연치료 많이 하시는 분들 있잖아요. 당연히 보내야죠. 그게 맞죠.”(의사 7)

만약 상담 과정에서 해당 환자가 흡연을 지속하고 있으며, 금연에 의 의지는 있으나 방법과 관련하여 명확하게 인지하고 있지 못할 경우에는 금연치료에 특화된 의사, 금연치료 비중이 높은 진료과로 연계하는 것도 방법일 수 있다는 견해를 밝혔다.

“일부 선생님들은 저한테 가보라고 아예 환자한테 이야기를 한 대요. 흡연은 해서는 안되고 금연은 자신없으니...이 의사를 꼭 만나라. 꼭. 금연은 의지만 갖고 되는 게 아니다...뭐 이렇게 설명하시면서 말이죠. 그러면 사실 공조협력이 되는 거죠. 이렇게 저는 선순환이라고 봐요. 의사들도 사실 금연치료를 약간 특화한다고 해야 하나...물론 그렇다고 많은 부분을 차지하는 것은 아니지만...저 같은 경우도 그렇죠. 금연치료도 자주하면 노하우가 당연히 쌓이니까요.”(의사 7)

의사3 또한, 내원의 사유와 관계없이 무조건 흡연 사항을 챙겨야 한다는 의견을 피력하였다. 의료인이 구두로 진행되는 단순 권고라

도, 흡연자들에게는 금연을 결심하거나 지속하는 계기를 만들어줄 수 있다는 시각이었다.

“흡연자의 병원 방문 시, 방문 목적에 상관없이 금연에 대한 동기화를 실행하는 역할을 수행해야 한다고 생각합니다. 의료인의 권고는 사실 금연(치료 및 유지)에 있어 너무나 중요한 변수이잖아요. 실제로 너무 중요하거든요. 그러니까... 사회에서는 금연정책, 진료실에서는 의사의 금연치료가 병행되어야 사람들이 더 많이 끊을 것 같네요.”(의사 3)

(3-3) 국민들 대상, 지속적/효율적 홍보의 필요성

정부가 지정한 요건들, 즉 치료기간 12주 동안 의사를 6회 상담하고 처방 등을 통해 금연노력에 참여하면 환자들은 거의 무료로 금연 치료를 받을 수 있다. 하지만, 이 같은 혜택 사항이 국민들 사이에 더욱 광범위하게 알려져야 한다는 의견도 있었다.

“정책 시행 초기에 그나마 받던 비용도 이제 받지 않는 것으로 알고 있어요. 최초 20% 정도를 받지만, 정해진 모든 프로세스를 컴플리션하면 그 20%도 돌려준다는 거죠. 결국 환자, 흡연자들은 비용을 아예 내지 않는 상황입니다. 그런데 아직도 사람들은 돈이 든다고 생각하는 것 같아요. 결국 내가 담배 끊는데 내가 왜 돈을 내야해? 라고 생각하는 경우도 많은 거죠. 물론 원래 엄청 큰 돈은 아니었는데도 말이죠. 혼자 끊을 수도 있을 것 같다고 생각하는 것도 있죠. 그런데 실상 이제 돈이 아예 안드는데...잘 안알려진 것 같아요.”(의사 9)

특히 사회적 배려 계층의 경우, 의료기관에 지불해야 하는 비용은

물론 처방받는 약품의 대금까지 모두 무료로 혜택을 받을 수 있는 상황임에도 불구하고, 세부 사항들이 효과적으로 홍보되지 않고 있다는 의견을 밝힌 것이다.

(3-4) 봉직의, 개원의 등 개별 의사의 현실을 고려한 정책 필요

정부는 금연치료 사업의 성과를 이룬 의료기관들에 대해 노고를 감사하며 우수기관으로 선정하고 있다. 보건복지부 등을 통해 게시되며, 본 정책과 관련된 사업에 참여할 경우 여타 기관보다 유리한 위치를 확보할 수 있을 것으로 예상된다. 흡연자들에게 이 같은 소식은 특정 기관에 금연치료를 목적으로 방문할 수 있도록 홍보하는 수단이 될 수 있으며, 의료기관의 수준과 역량에 대해 전반적 신뢰를 보낼 수 있는 계기도 마련될 수 있을 것이다. 따라서, 정부에 의한 금연치료 우수기관 선정은 해당 기관에게는 영광이며 실질적으로 도움이 될 수 있는 중요 사안이라 볼 수 있겠다. 하지만, 기관에 속한 의사들의 경우, 개인에게 부여되는 실질적 혜택이 있다면 더욱 금연치료에 대한 노하우를 개발하고 또 다른 성과를 위해 노력할 수 있는 동인이 생길 것으로 판단된다.

“현재는 우수 의료기관을 선정하여 현판 등 베네핏을 주는 것으로 알고 있고, 앞으로 확대된다고 하더라고요. 그런데 물론 개인병원이면 의사한테 주나 의료기관에 주나 똑같지만... 큰 병원은 의사 개인에게 혜택이 별로 없어요. 사실이죠. 인센티브는 있겠지만요. 금연치료 대상자의 증가, 효율 상승이 진짜 목적이려면 의사 개개인에 대한 베네핏도 고려되어야 하지 않을까 싶네요.”(의사 8)

의료가 공공제적 성격을 유지하는 것도 당연하고, 의사들 또한 공

공을 위해 봉사하는 의미도 상당할 것이다. 하지만 직업인이자, 생활인으로서의 의사들에게 정부는 가용한 범위 내에서 금연치료와 관련된 경제적, 행정적 측면을 포함한 추가 혜택을 부여하는 것은 고려 가능한 사안이라 판단된다. 본 정책의 궁극적 성공을 위한 중요 변수가 될 수 있기 때문이다. 수가를 현실화하고, 더욱 편리한 환경에서 의무 기록을 작성할 수 있게 된 것도 사실이지만, 정부는 본 정책의 실현이 결국 일선에서 환자를 치료하는 의사들에게 있음을 인지해야 할 것으로 보인다.

2) 축 코딩(Axial coding) 결과

축 코딩에서는 앞서 개방 코딩에서 추출된 개별 발언들을 관통하는 범주들을 대상으로, 서로 연계될 수 있는 구조를 찾아 해석하는 작업을 수행하였다. 그 결과, 개방 코딩에서 추출된 12개 범주들은 아래와 같이 4개의 축으로 구조화 될 수 있다고 판단되었다. 4개의 축은, 1) “정책에 대한 원칙적인 공감,” 2) “정부의 추가 역할 강조,” 3) “적극적 참여를 막는 현실적, 근본적 이슈,” 그리고 4) “의사 그룹 자체에 대한 비판 및 대국민 관계성 회복”으로 명명하였다.

3) 선택 코딩(Selective coding) 결과

본 연구의 최종 단계로서, 선택코딩을 통해 의사들의 시각으로 판단하는 병의원 중심 금연정책 관련 정책 정향성(Policy Orientation)에 대한 실체를 정리하고자 하였다. 위에서 밝힌 바와 같이, 금연정책에 대해 의사들이 보유한 정책정향성은 주로 3개의 영역으로 설정해 질문을 시작하였고(전문가적 책무성, 거버넌스 관련 사항, 정책실현을 위한 전략 등), 추가적 사안들을 자유롭게 청취하고자 노력하였다. 앞

〈표 3〉 축 코딩 결과 사항 정리

상위 범주 순번	상위 범주 명칭	해당 하위 범주	주제에 대한 개념화
1	정책에 대한 원칙적 공감	“(1-1) 흡연은 질병이며, 의사의 치료는 필수적”	전문가 책임성
		“(1-2) 건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재”	전문가 책임성
		“(3-2) 일반진료에 금연상담 및 치료 포함할 필요”	전략
2	정부의 추가적 역할 강조	“(3-1) 정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 관건”	전략
		“(2-2) 보건정책 관련, 대 정부 소통을 담당할 장치 등 필요”	거버넌스
		“(2-3) 의사, 정부에게 모두 효율적이지 않은 금연치료 교육 개선 필요”	거버넌스
3	적극적 참여를 막는 현실적, 근본적 이슈	“(2-1) 의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시”	거버넌스
		“(3-4) 봉직의, 개원의 등 의사 현실을 고려한 전략 필요”	전략
		“(1-4) 상담료 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계해야”	전문가 책임성
4	의사 그룹 자체 비판 및 대 국민 관계성 회복	“(1-3) 의사는 환자와의 시간적/질적 소통에 더욱 노력 필요”	전문가 책임성
		“(3-3) 국민들 대상, 지속적 홍보활동 필요”	전략
		“(2-4) 의사 그룹 내부에 대한 비판적 시각”	거버넌스

서 개방코딩과 축코딩 과정을 통해 추출 및 정리된 개념들을 바탕으로 의사들의 시각으로 파악한 본 정책의 정향성은 아래와 같이 최종적으로 구조화 할 수 있다고 판단되었다.

〈표 4〉 3단계 코딩 결과 사항 요약

하위 범주: 개방 코딩 결과 추출	상위 범주: 축 코딩 결과 추출	선택코딩 결과 추출
흡연은 질병이며 의사의 치료는 필수적	건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재	
일반진료에 금연상담 및 치료 포함할 필요		“의료화 보다는 책무성(Accountability)”
정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 관건	보건정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 장치 필요	정부의 추가적 역할 강조
의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육		
의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시	의사의 적극적 참여를 막는 현실적, 근본적 이슈	“암묵적 동조와 소극적 참여.”
상당료에 대한 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계해야 봉직의, 개원의 등 의사의 현실을 고려한 전략 필요		
의사는 환자와의 시간적, 질적 소통에 더욱 노력해야 함 국민들 대상, 지속적 홍보활동 필요 의사 그룹 스스로에 대한 비판과 자성	의사그룹 자체 비판 및 대 국민 관계성 회복	의사 그룹 내부의 축적된 갈등과 의료 소비자와의 신뢰성 결여”

5. 결론 및 연구의 한계점, 제언

본 연구는 2015년 이후 실시되고 있는 병의원 중심의 금연치료정책에 대하여, 정책 실현의 핵심 주체인 의사들은 어떠한 시각을 갖고 있는지 심층 인터뷰를 통해 파악한 탐색적 연구였다. 연구를 시작하며 설정했던 기본적 가정은 의사들의 의견이 통일된 시각을 견지하기는 어려울 것이며, 대체로 긍정적으로 평가하는 부류와 반대 의견을 밝히는 의사들이 존재할 것이라는 일반적 판단이었다. 하지만 의사들의 대다수는 본 정책 자체에 대한 회의감이나 불만은 그다지 많지 않은 것으로 파악되었다. 흡연을 질병으로 정의하고, 의사의 치료가 중요 변수로 작용하여 흡연자들의 금연에 있어 가장 핵심적 역할을 한다는 전제에는 의사들의 동의가 발견되었던 것이다. 이는 건강과 관련된 일체의 사안을 질병으로 간주하고 의료기관에 의한 치료를 적극적으로 개입시킨다는 개념인 의료화(Medicalization)(정형준 2019)와는 대척점에 있는 시각의 발견이었다고 볼 수 있다.

대형 샘플에 의한 분석을 통해 명확한 경향성을 세부적으로 확인할 수는 없었으나, 의사들의 연령대와 진료과에 따라 다소 상이한 경향이 발견된 것도 시사점 있는 결과였다고 생각된다. 예를 들어, 참여자 가운데 상대적으로 연배가 높았던 의사들의 경우, 금연치료의 향후 성공 혹은 성과에 대해 회의적인 시각을 보이는 경향이 일부 관찰되었다. 근본적으로는, 흡연자들 개인의 최종적 결심이 있어야 할 것이라는 진단과 함께, 현재 시행 중인 금연치료에서도 관련 교육을 받기는 했으나 솔직히 적극적으로 임하지는 않고 있는 상태라고 발언한 것이다. 인터뷰에 참여한 의사들의 평균 나이 즈음에 해당된 참여자의 경우에는, 위 의사의 의견과는 정반대 시각을 제공하기도 하였다. 약물치료와 정기적 상담에 의해 최선의 결과, 즉 금연성공을 가능하게 만들 수 있는 확률이 높아짐을 수차례 강조하였으며, 향후

질병의 종류를 막론하고 진료실을 찾는 모든 환자에게 무조건 흡연과 관련된 상담 혹은 처치가 적용되어야 한다는 의견을 밝힌 것이다.

진료과의 차이도 일부 관찰할 수 있었다. 가정의학과 의사들의 경우 금연치료와 관련된 내용들에 대해 관여도가 비교적 높은 것으로 판단되었으며, 치료가 시행되어야 하는 이유, 그리고 흡연자들에게는 어떤 형태로든 의사의 개입이 필요하다는 의견에 대한 동의 수준이 여타 과보다 상당히 명확하였다. 또한, 금연치료는 의사들의 매우 중요한 책임이라는 시각도 여타 진료과에 비해 뚜렷하였다. 하지만 이비인후과 등 타 진료과 의사들의 경우 가정의학과 의사들 보다는 일부 분산된 의견들이 관찰된 것이다. 결국, 의사들 대부분은 금연치료 사업의 주체임을 인지하고 중요성을 강조하였지만, 현 시점에서 모든 의사들이 동일한 수준으로 찬성하고 있지는 않다고 판단된다. 전체적으로, 본 정책에 대하여 특별히 강력하게 반대하는 의사도, 그렇다고 강력하게 찬성하며 정책에 순응하는 의사도 충분히 관찰되지는 않았다. 이 같은 모호한 상황이 만약 정책의 세부적 변화 없이 장기간 유지될 경우, 정책의 온전한 성공은 기대하기 어렵다는 시각도 가능할 것 같다. 정부는 의사들의 실제적 의견들을 더욱 적극적으로 청취, 정책의 세부적 정비를 지속적으로 수행해야 할 것이라 믿는다.

본 연구의 첫 번째 제한 사항으로, 인터뷰 대상의 크기를 지적해야 할 것이다. 물론, 근거이론을 활용한 질적 연구의 상당수가 본 연구와 마찬가지로 15인 내외 인터뷰를 통해 데이터를 확보, 분석의 과정을 거치는 것도 사실이다. 하지만, 분석 단계에서 공통적인 사안들이 비교적 빠르게 발견된 것은 다양한 의견이 충분히 도출될 만큼 많은 피험자들을 확보하지 못한 점에서 그 이유를 찾을 수도 있다는 판단이다. 향후, 보다 다양한 배경과 위치, 경력과 연령, 거주지, 진료의 형태 등을 조금 더 세부적으로 고려한 상황에서 다수의 대상자를 활용하여 유사 연구를 진행해야 한다고 믿는다.

두 번째, 연구의 핵심 주제가 의사들의 시각으로 판단하는 병의원 중심의 금연치료였으나, 향후 연구에서는 본 정책과 관련된 다양한 전문가 그룹을 추가로 확보하여 인터뷰를 진행하는 방법도 고려해 볼 수 있다는 생각이다. 현재 병의원 중심의 금연치료는 전국적으로 시행되고 있지만, 모든 측면에서 통일된 형태로 시행되고 있다고 판단되지는 않으며, 정책의 시행을 위해 의사들과 관련을 맺는 인력들은 다양하게 존재할 것으로 생각된다. 따라서, 정책의 기획과 시행을 담당하는 일선 공무원도 인터뷰의 주요 대상일 수 있으며, 금연치료 업무를 함께 담당하는 간호사 등도 가치 있는 인터뷰 대상일 수 있을 것이다. 더불어, 치료의 대상자인 실제 흡연자들이 밝히는 의견 또한 대단히 중요한 정보임에 분명할 것이다. 향후 연구에 대한 제언으로, 위에서 언급한 제한 사항을 극복하는 방향으로 중요한 세부 주제들이 논의되길 희망한다. 이는 곧, 의사 그룹의 다양성을 확보하여 의견을 청취하는 질적연구, 가능한 다수의 의사들을 통해 본 연구를 통해 도출된 중요 사안을 활용하는 양적연구 등이 진행될 수 있다고 생각한다. 끝으로, 본 정책을 둘러싼 다양한 관여 그룹들이 의사들과 어떠한 사안에 대한 공감을 공유하고, 어떤 상이한 시각을 보유하고 있는 등에 대한 측면도 중요한 탐구 주제가 될 것이다.

참고문헌

- 강동관 (2008). 담배의 가격규제와 수요공급규제의 실효성: 각국자료에 의한 실증분석, 산업경제연구, 21(6), 2433-2454.
- 강철환 (2006). 금연정책에 있어서 보건의료인들의 역할, 보건복지포럼, 2006.6, 76-79.
- 국민일보 (2017). “금연치료 의료기관 금전 인센티브 검토...올 참여자 40만명 예상,” 2월 19일, <http://news.kmib.co.kr/article/print.asp?arcid=0923696236>
- 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영 (2012). 보건의료 정책 의사결정과 시민참여. 보건행정학회지, 22(4), pp. 467-496.
- 김경선 (2010). 대한치과의사협회의 금연활동, 대한치과의사협회지, 48(5), 342-348.
- 김권식, 진재완 (2014). 정책이념과 정책수단 선택에 관한 연구: 보건의료정책입법안을 중심으로, 국정관리연구, 9(2), 117-145.
- 김봉철 (2013). 보건의료정책형성의 기본원리로서 참여의 원리에 대한 연구: 보건의료기본법상 보건의료정책과 참여수단의 확충방안을 중심으로, 한국의료법학회지, 21(1), 35-53.
- 김수진, 권순만, 유명순 (2011). 한국 보건의료 환경의 변천: 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로, 보건행정학회지, 21(3), 457-492.
- 김운목 (2008). 의사의 금연 건강지도와 의료과오책임, 대한의료법학회 의료법학, 9(2), 231-267.
- 김원년, 서정하, 김양중 (2006). 담배가격 인상이 흡연수요에 미치는 영향, 한국인구학, 29(2), 195-213.
- 김 윤 (2015). 의사와 건강보험의 협력적 거버넌스 구축 방안. 의료정책포럼, 12(3), 11-17.

- 김지현, 사공준 (2017). 담배가격 인상에 따른 사무직 남성근로자들의
흡연 행태변화, 한국환경보건학회지, 43(1), 64-70.
- 김진선 (2003). 보건진료원의 금연지도활동에 영향을 주는 요인, 보건
교육·건강증진학회지, 239-254.
- 김진숙, 박운성 (2017). 계층의사결정 방법론을 이용한 보건의료정책
우선 순위 분석. 대한의사협회지, 60(2), 164-172.
- 김창엽 (2016). 공중보건정책과 건강 형평성. 보건행정학회지, 26(4),
256-264.
- 김창엽 (2013). 보건의료체계강화 세부전략 연구: 세부전략 매뉴얼.
- 김창엽 (2013). 건강불평등 완화를 위한 의사의 역할. 대한의사협회지,
56(3), 213-219.
- 김창엽 (2012). 보건의료체계강화 세부전략 연구: 최종보고서. 연구보
고서.
- 김철환 (2009). 한국 의사들의 금연중재에 관한 인식 및 진료행태에
대한 조사, 가정의학학회지, 30(11), 857-863.
- 김철환 (2006). 금연정책에 있어서 보건의료인들의 역할, 보건복지포
럼, 2006년 6월, 76-79.
- 김현철, 조정숙, 권순만, 임재영 (2012). 담배가격 인상이 청소년 흡연
에 미치는 영향: 흡연 감소 및 브랜드 스위칭, 보건사회연구,
32(3), 429-460.
- 김현호, 신동욱, 조비룡, 안은미, 이대근, 최은주, 유효상 (2015). 보건
소 금연클리닉 사업의 효과와 운영에 대한 담당자 인식 연구,
Korean Journal of Family Practice, 5(3), 302-308.
- 김형성 (2013). 의료상업화 문제에 대한 의료전문주의의 한계와 대안.
사회과학연구, 31, 145-164.
- 김혜경, 박지연, 권은주, 최승희, 조한익 (2013). 금연/흡연예방 프로그
램의 방법에 따른 효과성 평가. 보건교육·건강증진학회지, 30(5),

61-77.

- 노혜미, 백유진, 이철민 (2013). 일차진료 임상진료지침 금연, *Korea J Fam Pract.* 3, 153-162.
- 류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선 (2003). 일부 지역 의사들의 흡연실태와 금연지도활동에 대한 조사연구, *예방의학학회지*, 36(3), 271-278.
- 매일경제 (2016). “금연 광고/홍보에 천문학적 돈 쏟고도 효과는 짙끔,” 2016년 4월 1일.
- 문화일보 (2017). “금연 ‘작심 12주’만 하면 공짜 치료에 선물도 준다,” 3월 28일, http://www.munhwa.com/news_print.html?no=2017032801032121080002
- 모수원 (2003). “담배가격인상, 최적의 정책인가?” *산업경제연구*, 21(4).
- 박기찬, 김영호, 배 성, 이상훈, 전명호, 이상기, 전광수, 이찬세 (1993). 내과 외래환자에 있어서 흡연 양상과 의사의 금연권고의 성공률, *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 40, 292-300.
- 박순우 (2011). 금연상담과 과학적 근거: 금연동기 유발과 재흡연 예방을 중심으로, *J Korean Med Assoc*, 54(10), 1036-1046.
- 박진경, 원숙연 (2010). “중앙정부 공무원의 다문화정책 정향성에 작용하는 영향요인,” *한국행정학보*, 44(3), 191-217.
- 박치성, 백두산, 정지원 (2017). 정부정책에 대한 이해관계자 정책 프레임 비교연구: 금연정책을 중심으로, *한국행정연구*, 26(1), 1-36.
- 백경신, 권영숙 (2011). 대학생 흡연자의 금연 준비단계 관련 요인, *지역사회간호학회지*, 22(2), 173-183.
- 안덕선 (2014). 한국의 의사상. *대한의사협회지*, 57(1), 3-7.
- 안덕선 (2014). 한국의 의사상: 좋은 의사양성. *의학교육논단*, 16(3), 119-125.
- 여재권, 백승호, 선우성, 고윤석, 조홍준 (1996). 흡연관련 질환 환자에

- 서 금연에 영향을 주는 의사의 권고, 가정의학회지, 17(12), 1423-1429.
- 연합뉴스 (2017). “금연치료 관심 높은 데...병의원 11%만 흡연자 진료,” 연합뉴스, 2017년 10월 6일, <http://www.yonhapnews.co.kr/dev/9601000000.html>
- 유승현 (2012). 지역사회건강증진을 위한 참여: 이해와 적용, 보건교육 건강증진학회지, 29(4), 57-66.
- 유현재, 이성규 (2016). 담배회사 CSR 사례분석 및 대중의 반응에 대한 고찰, 금연정책포럼, 12, 16-39.
- 이근찬, 유명순 (2011). 의료기관의 조직 책무성: 분석을 위한 모형 개발. 보건행정학회지, 21(2), 213-248.
- 이민진, 임성원, 이성규, 조홍준 (2014). 담배규제 정책 쟁점별 국내 연구 현황분석. 보건사회연구, 34(3), 165-191.
- 이성규 (2013). 세계적 추세: 담뱃갑 경고이미지, 보건복지포럼, 198, 115-121.
- 이원표 (2015). 내과 전공의 미달 사태로 본 우리나라 의료현실, 대한 의사협회지, 58(5), 368-371.
- 이용민 (2017). 국민을 위한 의료정책 이렇게 되어야 한다. 대한의사 협회지, 60(4), 286-288.
- 이한희 (2007). 국가 흡연예방 및 금연정책의 현황과 전망, 보건복지 부포럼, 제 7호, 6-21.
- 이혜림, 정의준 (2014). 건강 격차의 인본적 권리 실현을 위한 기능성 게임에 관한 연구, *Korean Society For Computer Game*, 27(4), 153-265.
- 이혜연 (2017). 의사인력 수급 불균형 해소 및 양질의 전문인력 양성 체계 구축, 의료정책포럼, 15(1), 11-16.
- 장선옥, 신보미, 조미행, 이민선, 김소라, 김경진, 양민주, 김다혜, 정원균 (2009). 원주시 치과의원 종사자의 금연지도활동에 대한 실

- 태조사, 한국지위생과학회, 9(4), 397-404.
- 전형준 (2013). 흡연자의 금연결정과 성공요인에 관한 연구-금연정책에 대한 합의-, 사회보장연구, 29(1), 89-103.
- 정기윤, 유상호, 마승현, 홍선형, 이운상, 심은영, 윤종률, 김미영 (2009). 입원 환자를 대상으로 한 체계적 금연 교육과 금연 성공률, 가정의학회지, Vol 30, 503-510.
- 정연옥, 박용익, 박성철, 진정근, 백승주, 이해용, 이지연, 박순영, 이정우, 석소현 (2014). 간호사 간 인계 의사소통 경험에 관한 내용 분석, 의료커뮤니케이션, 9(1), 61-71.
- 정우진, 이선미, 신가영, 임승지, 조경숙 (2008). 우리나라 남성 흡연자의 금연의향 담배가격 분석, 예방의학회지, 41(3), 136-146.
- 정의철 (2010). 치과 의료인의 권고를 통한 금연 캠페인 분석, 헬스커뮤니케이션연구, 2(1), 99-135.
- 정장엽, 정순관 (2014). “한국 다문화가족정책의 정향성 분석: 동화주의와 다문화주의,” 지방정부연구, 17(4), 121-142.
- 전형준 (2019). “문재인 케어, 커뮤니티케어의 가치가 의료 영리화의 물결 속에 쓸려가지 않아야: 문재인 정부의 보건의료 정책 평가,” 월간복지동향, 2019.
- 정채연 (2013). 의료화의 역사에 대한 법사회학적 반성: 새로운 의료법 패러다임의 구상, 이화여자대학교 법학논집, 17(3), 167-216.
- 조경숙, 송태민 (2006). 보건소 금연클리닉의 금연성공률과 비용효과 분석, 보건복지포럼, 65-77.
- 조병희 (2014). 보건사회학 연구의 동향과 전망, 보건과 사회과학, 35, 5-23.
- 조병희 (2008). 건강증진 개념과 이론, 중앙간호학회지, 8(1Sup), 9-20.
- 조선일보 (2017). “떨어지던 흡연율, 7년 만에 반등,” 4월 20일, news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/04/20/2017042000272.html.

- 조홍준 (2019). “문재인 정부의 담배규제정책 중간평가,” J Korean Med Assoc 2019 November, 62(11), 552-556.
- 조홍준 (2018). “담배규제정책과 의사의 역할,” 의료정책포럼, 16(4), 43-49.
- 주성돈, 전인석 (2016). 정부 금연규제 정책의 갈등연구-정책논변모형에 의한 담배가격 규제에 대한 논쟁분석-, 정책개발연구, 16(1), 47-73.
- 최민규, 백유진 (2016). 금연치료 최신지견, 대한의사협회지, 59(11), 872-880.
- 최은진 (2017). 금연지원정책지표의 현황과 발전 방향, 보건복지포럼, 4, 22-31.
- 하미승 (2015). “공정조직행태의 영향요인 연구,” 한국사회와 행정연구, 26(2), 77-113.
- 한국건강증진개발원 (2014). WHO 담배규제기본협약 10주년 기념자료집, 2014.
- 한겨레신문 (2017). “한겨레 사설: 도로 높아진 흡연율, 누구 위한 담뱃값 인상이었나,” 한겨레신문, 2017년 11월 6일, <http://www.hani.co.kr/arti/PRINT/817736.html>
- 한영자, 남정자 (1994). 각국의 금연정책 및 관련법 고찰, 보건사회연구, 14(1), 18-43.
- 황승숙 (2010). 보건소 금연클리닉 등록자의 금연 성공에 영향을 주는 요인, 한국생활환경학회지, 17(5), 563-574.
- 허윤정 (2014). 국가와 사회가 바라는 의사의 역량과 역량강화 방안. 대한의사협회지, 57(2), 121-127.
- 현은자, 이은영, 김가영 (2015). TV 상업 광고에 등장하는 어린이와 성인 모델의 이미지 분석, 한국콘텐츠학회논문지, 15(1), 44-54.
- 헤럴드경제 (2017). “어쨌든 금연이 정답... 성공 확률 높여주는 ‘금연

치료”, 4월 20일, http://biz.heraldcorp.com/common_prog/newsprint.php?ud=20170420000089

- Bryman, A. (2011). *Samhallsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Chaloupka, F. J., Peck, R., Tauras, J., Xu, X., and Yurekli, A. (2010). Cigarette Excise Taxation: The Impact of Tax Structure on Prices, Revenues, and Cigarette Smoking, *Nber Working Paper Series*, National Bureau of Economic Research.
- DeCicca, P., Kenkel, D., and Mathios, A. (2002). Putting Out the Fires: Will Higher Taxes Reduce the Onset of Youth Smoking?, *Journal of Political Economy*, 110(1), 144-169.
- Eckert, T., and Funker, C. (2001) Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Med Wkly*, 131, 521-526.
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1996). What is accountability in health care?. *Annals of internal medicine*, 124(2), 229-239.
- Emanuel, Ezekiel J., and Emanuel, Linda L. (1992). “Four models of the physician-patient relationship” *The Journal of the American Medicine*, 267(16), 5-13.
- Gavlak D. (2008). Smoke alarm from Afghanistan to Morocco, *Bulletin of the World Health Organization*, 86(2), 89-90.
- Hansl, B., Rahola, P., Gottret, P., and Leive, A. (2008). Good governance dimensions in mandatory health insurance: A framework for performance assessment, *Governing Mandatory Health Insurance*, The World Bank.
- Strauss, A. L., and Corbin, J. M. (1990). *Basic of qualitative research* (Vol.15): Sage Newbury Park. CA.
- Hsieh, H., and Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Litt, J., Ling, M., and McAvoy, B. (2003). How to help your patients quit:

- Practice-based strategies for smoking cessation, *Asia Pacific Family Medicine*, 2, 175-179.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., and Lohr, K. (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations, *Annals of Internal Medicine*, 145(11), 845-856.
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Thompson, C., Locander, W., and Pollio, H. (1989). Putting Consumer Experience Back into Consumer Research: The Philosophy and Method of Existential-Phenomenology, *Journal of Consumer Research*, 16(2), 133-146.
- World Health Organization(WHO). (2008). Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: Packaging and Labelling of Tobacco Products. Retrieved from http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_11/en/.

최초 투고일: 2019년 11월 11일
논문 수정일: 2019년 12월 24일
게재 확정일: 2019년 12월 31일

**Investigating the Physicians' Policy Orientation
toward Anti-smoking Policies in Korea:
Using In-depth Interviews Among M.D.s**

Yu, Hyun Jae

(Professor, School of Media, Arts, and Science, Sogang University)

You, Myoung Soon

(Professor, Graduate School of Public Health, Seoul National University)

Among diverse medical professionals, physicians have been very important agent in terms of planning and executing many types public health policies in every society. Even though the government is the main agent that plan, execute, and manage every single health policy, we absolutely cannot ignore the important roles and responsibilities of the physicians for making the policies successful. However, researchers have pointed out that there have not been enough academic studies not only dealing with diverse issues related with physicians, but also using physicians as the subjects. Using in-depth interviews with physicians as a data gathering method, this study identified the physicians' perspectives toward diverse public health policies including antismoking policies and the suggestions for more effective management of health policies. As a specific case, the present study used one of the major antismoking policies in Korea "Smoking treatment by medical professionals" in which the government encourages smokers to go to see physicians for

quitting smoking. This policy was initiated in 2015 right after a big price increase of cigarette products in Korea. The goal of this exploratory study is to get meaningful insights supposedly helpful for successful execution of diverse healthcare policies in Korea including the antismoking policy through hearing the physicians' policy orientations which are their opinions and basic perspectives toward specific policy. As research questions applied in this study, the authors tried to mainly answer following questions: 1) What, and how much accountabilities do the physicians feel regarding public healthcare policies in general? 2) What kind of governance do the physicians suggest regarding the effective management of public healthcare policies including the antismoking policy introduced? 3) What type(s) of specific strategies do the physicians recommend as the tools for better execution of the policy? As the results, the authors found that the physicians' answers were actually talking about the accountability, governance, and the strategies which were assumed by the researchers as major theoretical concepts for this study in the first place. Some physicians pointed out that there have been less active interactions not only between physicians and government, but also among the physician groups themselves were seen which surely were not helpful at all for successful management of healthcare policies in this society.

Key words : Physicians, Public Healthcare Policies, Policy Orientations, Antismoking Policies, Accountabilities, Governance