



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

건강정책에 대한 의사들의
정책 정향성 및 책무성:
-금연정책사례를 중심으로-

2018년 2월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리전공

유현재

건강정책에 대한 의사들의
정책 정향성 및 책무성:
-금연정책사례를 중심으로-

지도 교수 유명순

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2017년 10월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리전공

유현재

유현재의 보건학 석사 학위논문을 인준함

2017년 12월

위원장 조병희 (인)

부위원장 김창엽 (인)

위원 유명순 (인)

초록

의료인, 그 중에서도 의사는 우리나라에서 기획되어 수행되는 일련의 보건의료 정책에 있어 매우 중요한 위치를 차지하고 있다. 정책의 주체는 당연히 정부기관이겠지만, 다수 보건의료 정책의 실현과 효과적 운영이라는 차원에서는 의사의 역할과 참여, 책임은 간과할 수 없기 때문이다. 하지만 그럼에도 불구하고 보건의료 등 건강관련 주제를 탐구하는 학술논문 가운데 의사 그룹을 활용하거나 의사와 관련된 주제를 다루는 사례는 역할과 중요성에 비해 많지 않았다는 지적이 있어왔던 것도 사실이다. 의사를 활용한 설문조사, 심층 인터뷰 등이 여타 보건의료 인력들에 비해 상대적으로 용이하지 않다는 현실도 연구자들에 의해 수차례 언급된 바 있으며, 더불어 구체적인 정책의 입안과 실현, 적용 및 발전 등 일련의 과정에서 과연 의사들이 효과적 또는 적극적으로 의견을 개진하였는지, 혹은 여타 책임 주체와의 의견을 교환하려는 노력은 충분했는지 등에 대한 견해도 상이할 수 있다는 판단이다. 이 같은 배경을 근거로, 본 연구는 실제 의사들과의 인터뷰를 통해 우리나라에서 수행되는 보건의료 정책들에 대하여 의사들이 개진할 수 있는 다양한 시각, 즉 정책 수립 과정에 대한 의견과 정책의 효율성에 대한 측면, 효과적인 정책을 위한 제언, 정책의 효율적 집행을 위한 구조적 제언 등을 심층적으로 파악하고자 하였다. 인터뷰의 주요 주제이자, 구체적인 정책 사례는 지난 2015년 초 담배 가격의 대폭 인상과 함께 시행된 ‘의사중심의 금연치료’ 정책을 선택하였으며, 현재 우리나라에서 매우 중요한 보건의료 사안 중 하나라고 판단되었다. 본 연구는 금연정책, 특히 의사 중심의 금연치료 정책을 대상으로, 기존에 충분히 논의되지 않았던 의사들의 다양한 시각 및 정책 정향성 (Policy Orientation)을 고찰함으로써, 향후 성공적인 정책 수행을 위한 시사점을 도출하려는 목적을 가진다. 연구자는 의사들 대상 인터뷰를 통해 파악될 내용들이 의사가 건강 자체 혹은 보건의료정책 등과 관련하여 어떠한 1) 책무성 (Accountability)을 느끼고 있는지, 또한 보건의료 정책의 시행과

관련하여 어떠한 형태의 2) 거버넌스 (Governance)를 제안하는지, 그리고 보건의료 정책의 성공을 위한 3) 구체적인 전략 (Strategies)으로서 어떠한 요소들을 언급하는지 등의 주제로 구조화될 것을 예상하며 연구목표 및 연구문제를 설정하였다. 연구결과, 위에 설정한 개념들 (책무성, 거버넌스, 전략)에 직간접적으로 해당되는 다수의 사안들이 의사들의 인터뷰를 통해 도출되었으며, 일부 의사들은 의사 그룹 자체의 중첩된 소통 미비와 심각한 반목 등 보건의료 정책의 성공을 위해 반드시 개선되어야 하는 내부적 요인에 대해서도 언급하였다.

주요어: 의료인, 의사, 정책 정향성, 주제 분석, 병원 중심 금연정책,
책무성, 거버넌스

학번: 2015-24037

목차

국문 초록	3
1. 서론.....	8
1) 의사와 보건의료 정책.....	10
2. 금연관련 정책의 개요.....	15
1) 시간대 별 관련 정책의 시행 및 경과.....	15
2) 금연정책과 의사의 관여 정도.....	19
3) 이론적 배경: 금연정책의 주요 방향, 의사의 역할.....	21
(1) 금연정책.....	21
(2) 의사의 역할과 책무.....	27
3. 건강정책에 대한 의사들의 정책 정향성: 연구목표 및 연구문제.....	31
1) 책무성 (Accountability).....	31
2) 거버넌스 (Governance) 및 정책의 성공을 위한 전략 (Strategies).....	34
(1) 연구목표.....	37
-연구문제1, 연구문제2, 연구문제3.	
4. 연구방법.....	40
1) 연구방법의 개요.....	40
2) 연구 참여자.....	42
3) 데이터 수집.....	43
4) 데이터 분석.....	44
5) 인터뷰 경과 사항 및 개방코딩 (Open Coding) 개요.....	47
5. 연구 결과.....	51
1) 개방 코딩 (Open coding) 결과.....	51
(1) 흡연은 질병이며 의사의 치료는 당연함: 책무성 (Accountability) 측면.....	51

(2) 건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재. 금연도 마찬가지: 책무성 (Accountability) 측면.....	55
(3) 정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 필요함: 정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면.....	59
(4) 의사는 환자와의 시간적, 질적 소통에 더욱 노력해야 함: 책무성 (Accountability) 측면.....	64
(5) 일반진료에도 금연상담 및 치료 필수 포함 필요: 정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면.....	69
(6) 의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시: 거버넌스 (Governance) 측면.....	71
(7) 보건의료정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 실질적/효과적 의사그룹에 대한 의견: 거버넌스 (Governance) 측면.....	73
(8) 국민들 대상, 지속적/효율적 홍보 필요: 정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면.....	75
(9) 상담료의 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계해야: 책무성 (Accountability) 측면.....	76
(10) 의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육: 거버넌스 (Governance) 측면.....	77
(11) 봉직의, 개원의 등 개별 의사의 현실을 고려한 정책 필요: 정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면.....	79
(12) 의사그룹 스스로에 대한 실제적 비판과 자성 의견: 거버넌스 (Governance) 측면.....	80
2) 축 코딩 (Axial coding) 결과.....	81
(1) 본 정책에 대한 원칙적 공감 (하위 범주 1, 2, 5).....	82
(2) 정부의 추가적 역할을 강조 (하위 범주 3, 7, 10).....	83
(3) 의사의 적극적 참여를 막는 근본적, 현실적 이슈 (하위 범주 6, 9, 11).....	85
(4) 의사 그룹 자체 비판 및 대 국민 관계성 회복 (하위 범주 4, 8, 12).....	86

3) 선택 코딩 (Selective coding) 결과.....	89
(1) 금연치료는, 의료화가 아닌 책무 (Accountability).....	90
(2) 비적극적 동조와 소극적 참여, 의사 그룹 내부의 갈등과 국민 (의료 소비자)들의 신뢰도 결여.....	95
6. 결론 및 연구의 한계점, 제언.....	97
참고문헌.....	102
부록: 인터뷰 프로토콜.....	108
영문초록 (Abstract).....	111

표 목차

(표1) 주요 금연정책 별 특성과 시기, 의사의 관여 및 책무 별 분류.....	20
(표2) 2017년 주요 대선 후보 별 금연정책 (담배 가격 인상 등) 요약.....	25
(표3) 반 구조화된 (Semi-structured) 인터뷰 프로토콜 내용.....	42
(표4) 인터뷰 대상자의 상세 특성.....	48
(표5) 개방코딩 경과 사항.....	49
(표6) 금연치료에 활용되는 구체적 질문 (예).....	67
(표7) 축 코딩 결과 사항 정리.....	82
(표8) 3단계 코딩 결과 사항 요약.....	89

그림 목차

(그림1) 우리나라 의사의 역할 (“한국의 의사상” 안덕선 2014).....	30
(그림2) 의사의 책무성 (Accountability): 책무의 대상과 주요 요소.....	32
(그림3) 의사의 책무성 (Accountability)에 대한 층화 모델.....	34
(그림4) 건강보험 관련 거버넌스 평가를 위한 모형 (The World Bank 2008).....	35

1. 서론

흡연은 연간 약 58,000명의 사망자에 대한 중요한 원인이 될 만큼 우리 사회 구성원의 건강 유지에 심각한 위해가 되고 있는 사안이다. 정부는 지금까지 가격 및 비가격 영역에 걸쳐 다양한 금연관련 정책을 기획하고 시행하며 흡연율을 낮추기 위해 노력해 오고 있으나, 개별 정책에 대한 실효성 및 정당성에 대한 논의는 끊임없이 제기되고 있는 상황이다. 지난 2015년 1월 담배 가격의 대폭 인상은 물론, 2007년 최초 발의 이후 약 10년이 경과된 시점에서 2016년 말 시행되기 시작한 담뱃갑 경고그림, 2017년 12월 초 국민건강증진법 개정안에 의해 시행 중인 당구장 및 스크린 골프장 등 실내체육시설 금연에 이르기까지, 최근 흡연과 금연을 둘러싼 상황은 급박하게 전개되고 있는 환경이라 할 것이다. 이 같은 배경에서, 정부는 2015년 2월을 기점으로 ‘병의원에 의한 금연치료 사업’을 국가 금연정책의 핵심적 요소로 설정하여 수년째 실시 중에 있으며, 일선 의사들에 의한 금연치료를 공식화 하여 “흡연은 질병입니다. 치료는 금연입니다. 가까운 병원에서 상담하세요!” 라는 기조 아래 대국민 메시지를 확산시키며 지속적으로 정책을 수행하고 있다. 본 정책은 사실상, 그동안 정부가 시행한 금연관련 정책 가운데 의사가 주요한 당사자로서 중심적 역할과 실질적, 현실적인 책무성이 동시에 부여된 최초의 사례라고 판단된다. 초기 금연정책의 대표적 사례였던 담뱃갑 경고문구 표기 (1976년, “건강을 위하여 지나친 흡연을 삼갑시다”) 및 담배광고의 제한 (1986년)에서부터, 담배 가격 인상 (2004년, 2015년)과 담뱃갑 경고그림의 실행 (2016년)에 이르기까지 의사들의 역할은 직접적인 관여도를 발견하기 어렵거나, 간접적인 책무를 수행하는 주체였던 것으로 생각되기 때문이다.

의사 중심의 금연치료사업 정책은 2015년 대폭 인상된 담배 가격에 의한 재원이 특별사업비 형태로 투입되는 국가금연지원서비스의 중심적인 정책으로 간주된다. 따라서 정책의 성공적 시행을 위한 다양한 사항들, 즉

수가의 개선, 치료에 대한 흡연자들의 경제적 부담 면제, 치료를 담당하는 의사들의 업무 간소화 등 발견되는 구체적 이슈들의 개선을 위해 지속적인 노력이 적용되고는 있으나, 본 정책의 근본적인 정향성 (Policy Orientation)에 대한 관여 주체들의 의견, 정책의 가치에 대한 시각, 그리고 정책의 향후 성공 가능성을 위한 상세한 제언 등을 청취 및 논의하여 시사점을 도출하는 연구는 매우 의미가 있을 것으로 판단된다.

본 연구는 정책의 본격적 실시 후 만 2년을 넘어선 시점에서, 본 정책의 가장 핵심적인 실행 주체인 일선 의사들을 통하여, 위에 언급한 본 정책과 관련된 중요 사안들에 대한 탐구를 실시하기로 하였다. 대상자의 섭외 및 연구진행, 고찰하고자 하는 사안에 대한 파악의 용이함 등을 종합적으로 고려하여 질적 연구인 심층 인터뷰를 시행하였으며, 이는 관련 연구가 비교적 미비한 상태에서, 신규로 시행된 정책에 대한 의사들의 다양한 시각을 직접적으로 질문할 수 있는 인터뷰 방법이 본 주제에 대한 탐험적 (Exploratory), 귀납적 (Inductive) 고찰 목적을 더욱 효과적으로 달성할 수 있게 할 것이라는 판단에 근거하였다. 심층 인터뷰를 통하여 수집된 데이터들은 주제 분석 (Thematic Analysis) 방법을 활용하여 충실한 현상학적 질적 연구가 진행될 수 있도록 노력하였다. 본 연구의 결과, 인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은 금연치료를 의사의 당연한 업무이며 의사의 책무 영역에 해당한다고 받아들이는 경향이 일반적인 것으로 파악되었으나, 현재 본 정책과 관련되어 있는 거버넌스의 형태, 거버넌스를 구성하는 개별 주체의 역할과 업무 등에 대한 다양한 의견도 존재하는 것으로 밝혀졌다. 의사들의 특성 (예: 의사의 연령대, 특정 진료과, 개원의 및 봉직의, 1-2-3차 의료기관 등 근무의 상이한 형태 등)에 따라 정책에 대한 의견 및 전반적 시각 또한 상이하다는 사실도 확인할 수 있었다. 본 정책에 대하여 긍정적이지 않은 의사들은 과도한 의료화의 시각에 근거하여 판단하는 것으로 유추되기도 하였으며, 긍정적인 시각 및 적극적 참여는 흡연자에 대한 의사의 개입을 전통적 책무로의 (Accountability) 당연한

회귀로 보는 시각에서 비롯된 것으로 해석될 사례도 다수였다. 정부의 정책 수립과 진행 시 의사와 정부 등 책무성을 가진 다양한 주체들 사이에 더욱 활발한 의견의 교류를 요청하는 목소리도 다수 관찰되었으며, 의사들 스스로도 관련 정책에 대한 실질적인 이해도가 높아져야 한다는 점도 일부 지적되었다. 정책 결정 및 시행의 제반 과정에서도, 다양한 배경을 보유한 의사들이 더욱 적극적으로 참여해야 한다는 자성의 의견도 제기되었다. 제한된 시간에 가능한 다수의 환자를 진료해야 하는 현실적 환경이 금연치료 성공 여부에 있어 중요한 배경적 단서가 된다는 진료실 내부의 상황 또한 청취할 수 있었다.

1) 의사와 보건의료 정책

보건의료 관련 정책은 유사한 명칭들로 혼용되고 있다고 할 수 있다. 보건정책 (Public Health Policy)과 의료정책 (Medical Policy) 등 개별 사안으로 구분하여 보고 및 연구되는 양상도 있으나 (이혜연 2017), 실제적으로 혼용되는 사례도 적지 않은 것으로 판단되며, 통상적으로 건강 정책 (Health Policy)이라는 가장 포괄적인 용어의 활용을 통해 표현되는 사례도 다수이다. 하지만 이 같은 용어의 혼용은 건강 관련 사안을 담당하는 정부기관 및 민간기관 등의 다양함에서도 방증되듯 실제 대상이 되고 있는 사안의 다양함에 기인하는 당연한 현상이라고 판단되기도 한다 (김진숙, 박윤성 2017). 이는 곧 학술자료 검색을 위해 관련 용어를 입력할 경우 동일한 연구들이 출력되는 현상으로도 상황을 짐작할 수 있다.

보건의료 정책이 입안되고 구체화되어 실현되기 위해서는 다양한 과정은 물론, 대단히 폭넓은 복수의 관여 인력들에 의한 참여가 필요하다. 정책의 주체는 물론 보건복지부 등 관련 정부 기관임에 분명하겠지만 정책의 성공적인 시행과 개선, 그리고 궁극적인 정착을 위해서는 정책과 관련된 다양한 책임 주체들도 그 역할에 있어 너무나 중요하기 때문이다 (이민진, 임성원, 이성규, 조홍준 2014). 특히 건강 정책의 상당 부분은

보건의료 인력과 밀접한 관련성을 보유하고 있으며, 이 가운데서도 의사의 역할과 참여 및 연관성은 대단히 막중하다고 할 수 있을 것이다 (김창엽 2013).

관련 선행연구를 보면, 보건의료정책 형성에서 정책 주체인 국가의 일방적인 기획과 결정이 정책의 궁극적 성공을 위해서는 지양되어야 한다는 의견이 개진된 바 있다. 김봉철 (2013)은 우리나라 보건의료정책 형성에 있어서 참여의 원리와 역할 등을 특화하여 연구하였으며, 보건의료는 개인의 건강과 생명에 직접적인 영향을 줄 수 있는 영역이 다수이므로 정책과 관련된 다양한 관여 주체 및 객체들과의 유기적 관계 형성 및 협업이 대단히 중요하다고 주장하였다. 위 연구자를 포함하여, 다수의 연구자들은 특히 의사를 비롯한 의료인들은 건강과 관련된 다양한 정책에 있어 중요한 역할이 기대되는 책임 주체라는 사실에는 이론의 여지가 없을 것으로 판단된다는 시각을 견지해왔다 (류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선 2003). 하지만, 이 같은 본원적인 중요성에도 불구하고, 보건의료 관련 연구에서 의사의 다양한 측면을 다루는 연구는 절대적 수 자체가 많지 않다는 지적이 있었다 (조병희 2014). 이에 대한 다양한 원인이 있을 수 있겠으나, 의사 그룹 자체에 대한 접근성에 현실적인 한계가 있어 연구의 대상으로 설정되기에 쉽지 않은 상황이 존재함도 복수의 연구자에 의해 언급된 바 있다 (류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선 2003). 외국의 연구에서는 보건의료 정책과 관련하여 의사와 국가, 그리고 대중 등 다주체가 수행하는 책무 (Accountability) 및 책무 수행과 함께 형성하는 관계성 등을 탐구하는 접근도 비교적 활발한 것으로 판단되지만 (Light 1995), 우리나라의 경우 이 같은 사안에 대한 중요성에 동의하고 있음에도 불구하고 활발한 연구 성과는 관찰되지 않는 것이 현실인 것으로 판단된다.

본 논문의 주요 주제인 금연정책과 직접적 관련은 없다고 하더라도, 국내외 존재하는 일부 사안들을 검토함으로써 보건의료 정책에 있어 의사의 관여와 역할, 그리고 책무 등에 대하여 시시점을 파악할 수 있을 것으로

생각된다. 먼저, 미국의 경우 과거 오바마 행정부가 의사가 주요 구성원인 개별 의료기관의 책무를 정확하게 명시하여 발표한 의료개혁 정책의 일부를 살펴볼 가치가 있다. 오바마 행정부를 포함, 미국은 상당 기간 동안 부정적 측면이 다수 지적되어 온 과거의 의료 시스템 및 세부 정책들을 개선하고 보완하기 위하여 많은 노력과 다양한 시도를 수행해 왔다 (이근찬, 유명순 2011). 이 같은 상황을 배경으로, 선거기간 중 혁신적인 의료개혁을 반드시 실현하겠다는 오바마의 의지 표명은 당선을 가능하게 한 주요 변인이었던 것으로도 알려져 있다. 지난 2010년, 오바마 행정부는 당선 전 천명했던 의료개혁을 추진하는 정책에 대한 대안 모델로서 ‘Accountable Care Organization (ACO)’ 를 제안한 바 있다. 위 모델을 구성하는 주요 콘텐츠, 즉 구체적인 정책 방향이자 핵심적 사안은 조직화된 의료의 제공, 질과 성과의 명확한 측정, 지불 보상제도의 개혁 등이었다. 더불어, 위 정책 사항들을 성공적으로 이끌기 위해 가장 필수적인 요건은 의사를 비롯한 의료인과 의료인이 포함된 조직의 책임 공유 및 책무성 (Accountability)의 공고한 확립이라고 주장한 것이다. 보건의료 정책에 대한 성패는 의사(집단)와 의사가 속한 조직의 공유된 협력 (Shared Cooperation) 및 명확한 책무성의 보유라는 시점에서 (Lens of Accountability) 가능하며, 비용의 절감 및 형평성 구현이 가시화될 뿐만 아니라, 궁극적으로는 사회 구성원들에 대한 혜택과 관련된 생산성을 증가시키는 성과로 귀결될 것으로 판단하였다. 구체적인 보건의료 정책들을 기획하고 실현하기 위한 원리와 원칙, 방향성 등과 관련하여 오바마 행정부가 제시한 ACO 모델에서 의사들의 관여 방식과 정도, 그리고 포괄적 책무성 등을 명확히 언급한 것은 매우 의미가 있는 것으로 보인다. 보건의료 및 건강 관련 정책들의 수행과정 및 성공적 귀결을 위해 의사가 담당해야 하고, 담당할 수 있는 사항들을 명시한 것이며, 이는 의사가 개인 혹은 집단적으로 차지하는 비중과 책무에 대하여 강조한 것이라고 볼 수 있다.

우리나라의 경우, 보건의료 정책의 기획과 수행 등 일련의 과정과

관련하여 참여 및 역할, 책무 등을 논의함에 있어 의사 혹은 의사 그룹을 대상으로 고찰한 사례는 많지 않아 보인다. 이는 의사를 대상으로 수행하는 보건의료 연구가 여타 관련 연구 영역에 비해 일단 양적으로도 많지 않았다는 지적 (조병희 2014)과 궤를 같이한다고 볼 수 있겠다. 보건의료 정책에 있어서의 정부 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 책임 주체들에 대한 연구들은 다수 발견된다고 볼 수 있겠으나, 의사의 역할과 책무 등을 심층적으로 다룬 연구들은 매우 제한적이었던 것으로 판단된다.

사실, 의사의 책무 (Accountability) 사항은 주로 임상 현장에서의 역할 등을 고찰하는 사례들이 대부분 이었다고 할 수 있다. 이는 의사 및 의사 그룹을 임상 기술을 보유한 극도로 훈련된 전문가 그룹으로 제한하여 연구하는 접근이라 할 수 있으며, 물론 이 같은 영역에서의 책무 및 역할은 아무리 강조해도 지나치지 않을 만큼 중요하고 광범위한 것도 사실이다. 김창엽 (2013)을 비롯한 연구자들은 임상에서의 의사가 수행하는 역할과 책임을 논의하면서도, 더욱 포괄적인 사안 즉 사회 전반에 만연한 건강 불평등이라는 이슈와 관련하여 의사가 수행할 수 있는 책무와 역할에 대하여 고찰하기도 하였다. 의사를 포함한 의료 전문가는 결국 보건의료 영역에서 핵심적 역할을 하고 있으며, 개인 혹은 리더 그룹으로서 우리 사회의 건강 및 보건의료 관련 다양한 문제의 해결에 대하여 중심적 역할을 해야한다는 것이다. 하지만 임상, 특히 일차 진료를 담당하는 의사가 과중한 업무 등으로 인해 위 사안에 대하여 본격적 관심을 갖기 힘든 경우도 다수라는 역설이 존재함도 지적하였다.

의사의 소위 ‘사회적 역할’ 즉 임상의 범위와 외연이 확대되며 설정할 수 있는 역할과 역량에 대하여 의사 그룹 자체에서 논의된 사례도 있다. 허윤정 (2014)은 ‘국가와 사회가 바라는 의사의 역량과 역량강화

방안'을 통하여, 의사의 사회적 역량에 대해 정리 및 명시한 바 있다. 위 연구에서 연구자가 표명한 의사의 사회적 역량은 “인간과 사회에 대한 이해와 관심을 바탕으로 의료가 가지고 있는 사회적인 가치를 성취하는데 필요한 능력”(P.123)으로 정의되었다. 이는 곧 의사가 보유한 의료기술 능력 이상을 나타내는 광의의 개념이라고 저자는 명시하고 있다. 저자는 2013년 수행된 ‘의사 전문직의 사회적 역량강화를 위한 연구과제 도출 및 지원전략 기획연구’에서 보고된 의사의 사회적 역량과 관련된 실태를 제공하고 있다. 위 연구는 대 국민 설문조사를 통해 의사의 사회적 역량과 관련된 국민들의 기대 및 시각을 파악하였으며, 특히 사회 지도층으로서의 리더십 역량과 사회 구성원으로서의 책무성에 대한 질문을 활용하였다. 설문에 참여한 상당 수의 국민들은 의사들이 더욱 적극적인 활동과 노력을 다해 소위 ‘사회적 책무’를 다해줄 것을 희망한 것으로 나타났다. 이는 결국 지역 사회와는 유리되고 국민보건의 중요한 이슈에는 주체적으로 참여하지 못하고 있는 의사들의 현실이 반영되었다고 볼 수 있다 (허윤정 2014). 물론 개원의 등 일부 의사들의 경우 자영업자와 매우 유사한 형태로 운영을 지속하고 있는 현실에서, 국민적 보건 이슈가 발생할 때마다 적극적인 참여를 요구한다는 것은 과도하다는 지적도 동시에 명시해 놓았다. 결국, 국민 건강, 보건, 의료 등 제반 중요 사안들과 관련된 정책이 입안되고 시행될 때, 의사의 전문성 반영 및 다양한 차원에서의 역할과 책무 수행이 매우 중요할 것이라는 원칙은 인정하면서도, 이 같은 이상적인 참여가 제대로 수행되지 않는 현실 또한 엄연히 존재하고 있는 우리나라의 현실을 지적하였다고 볼 수 있겠다.

2. 금연관련 정책의 개요

1) 시간대 별 관련 정책의 시행 및 경과

‘금연정책’이 국민의 건강권이 반영되며 본격적으로 시작된 것으로 평가받는 1995년(국민건강증진법) 이전에는, 국민의 건강보다는 그 이외의 목적 및 당위성에 주로 근거하여 흡연에 대한 제한 사항이 정책화되어 존재하였다(한영자, 남정자 1994). 1961년 법률로 제정 및 공포된 미성년자 보호법에는 금연정책의 초기 형태를 띠고 있는 조항을 일부 발견할 수 있다. 제1조에는, ‘미성년자의 건강을 보호하고 선도 및 육성하는 것이 본 법의 목적’임을 천명하는 한편, 제2조에서 미성년자의 흡연행위를 금한다는 내용이 명확하게 포함되어 있다. 또한 이어지는 4조에서는 영업자가 미성년자에게 연초를 팔아서는 안된다는 의무를 명기하고 있기도 하며, 미성년자가 흡연을 목적으로 연초를 소지하고 있을 경우 “연초를 영치하고 친권자 등에게 신속하게 인도해야 한다”는 후속 조치에 대한 조항도 포함되어 있다. 더불어 소방법에서도 흡연에 대한 제한이 가능하다는 내용이 일부 포함되어 있는데, 이는 물론 제반 공공시설에 발생할 수 있는 화재의 예방이 주요 목적임을 파악할 수 있다.

이후, 1988년 담배사업법이 만들어지면서 일부 흡연 억제 혹은 금연 분위기 확산 등과 관련된 정책들이 함께 관찰되기 시작한다. 제조 담배에 대한 광고의 제한 및 개별 담배 상품에 의무적으로 명기되는 경고 문구에 대한 내용이 추가적으로 포함되었기 때문이다. 금연정책이 세부적인 사항들을 정교하게 명시하려는 움직임이 발견되는 시점이라는 판단이다(한영자, 남정자 1994). 담뱃갑 경고문구의 표기 및 담배광고 등의 제한은 이로부터 수년 후인 1995년 마침내 탄생하는 국민건강증진법 제정의 이전, 가장 주목할 만한 규제 정책들이었다고 평가할 수 있을 것으로 생각된다. 경고문구 관련 규정의 시행에 의해 우리나라에서 판매되는 모든 담배 겉면에는 담배의 해로움을 공지하는 정보가 포함되었으며, 이전 자유롭게

시행하던 각종 담배광고에 대한 본격적인 금지를 법에 의해 통제하기에 이르렀던 것이다 (이민진, 임성원, 이성규, 조홍준 2014).

1995년 마침내 국민건강증진법이 제정되면서, 국민건강에 대한 유지 및 개선을 위해 담배가 치명적이고 부정적인 변수가 될 수 있음을 대중에게 공표하는 중요한 계기가 마련된다. 이전에도 담배가 건강에 해롭다는 사실은 일반화되기 시작하는 경향을 이미 보였으나 (주성돈, 전인석 2016), 1995년에 즈음하여 결국 공식적 법률에 의해 담배를 다양한 환경에서 규제하는 장치가 마련됨으로써, 사회 구성원들의 건강증진에 기여하는 방안으로서의 금연이 공감대를 형성하는 계기가 되었다고 볼 수 있는 것이다 (보건복지부 2014). 이후, 금연정책은 더욱 다양한 양상으로 파생되었으며, 1997년에 가장 많이 판매되는 담배 형태인 궤련에 국민건강증진부담금의 명목으로 세금이 적용되기 시작하였다. 부담금이 담배에 포함되었다는 것은, 기존 담배 구입 시 포함되어 지불하던 세금에 더하여 흡연자들에게는 또 한가지 항목의 지출이 ‘부담금’이라는 명칭으로 부과되었다는 의미가 된다.

이후, 우리나라에서 기획되고 시행되는 금연관련 정책은 해외에서 활용된 정책의 유입에 의해 영향을 받는 과정 또한 반복된다. WHO가 발표한 FCTC, 즉 국제적 협약의 성격을 보유한 구체적 사항들에 대하여 우리나라를 포함한 다수의 국가들이 인정 및 비준함으로써, 금연의 노력과 흡연율의 감소를 위해, 특정 국가 뿐 아니라 전체 국가들이 공조해야 한다는 합의에 동의한 것이다 (이성규 2013). 우리나라 또한 위 언급한 FCTC를 수용하였으며, 2005년에는 마침내 공식적으로 비준하는 절차를 거치게 된다. 금연의 활성화를 위한 국제적 노력에 동참할 것을 국제적으로 약속한 것이다. FCTC에 합의했다는 것은, FCTC에서 정한 제1장에서 제11장에 이르는 일련의 다양한 담배규제 관련 노력을 이행하려는 목적에 합의하였다고 간주되며, 다양한 국가가 동시에 합의한 규약으로 볼 수 있기 때문에 협정 이행을 하지 않을 경우 신뢰성에 의문이 제기될 수 밖에 없는 환경이었음도 분명하다 (이성규 2013). 하지만, 그럼에도 불구하고 해외에서

평가하는 우리나라의 FCTC 규제 수준은 여전히 미미한 것으로 파악되었으며, 2013년 FCTC 당사국 포럼에 참석차 한국을 방문한 마가렛 찬(Margaret Chan) WHO 사무총장은 한국정부가 더욱 적극적으로 FCTC의 개별 조항 준수에 노력해야 한다는 성명을 발표하기도 하였다.

FCTC 서명 및 2005년 비준 시점의 전후에도 우리나라에서는 다양한 담배규제 정책이 발표된 바 있다. 2002년에는 담배 가격이 200원 인상되는 정책이 시행되기도 하였으며, 2004년에는 다시 추가적으로 200원이 인상되는 규정이 실행되었다. 2005년, FCTC의 비준과 함께 담배 가격은 다시 500원이 인상되었으며, 가격 영역에서 뿐만 아니라 전국 보건소에 보건소 금연 클리닉이 설치되는 등 다양한 정책적 변화가 발생하기도 하였다. 금연 관련 상담전화도 전국 단위로 실시되는 환경이 마침내 도래하기도 하였다. 이어서 2007년에는 이전 존재하던 담뱃갑 경고문구 이외에, 담배가 포함하고 있는 ‘발암성 물질’에 대한 경고 문구가 추가로 삽입되기 시작하였다. 다수의 암이 흡연에 의해 발병하며, 사망의 주요 원인으로 지목되는 각종 암의 발생 가능성을 높일 수 있다는 의미에서, 담배가 포함하고 있는 성분은 발암성 물질임을 나타내는 문구를 포함하게 한 것이다. 이후 2009년에는 군대 내 판매되는 면세담배가 전격 폐지됨으로써 일부 계층에 대한 흡연을 감소를 위한 실질적 정책이 시행되기도 하였다.

2010년 이후, 사회적 분위기가 더욱 본격적으로 담배의 해악에 대하여 폭넓게 알려지는 상황이 지속되면서, 매우 구체적인 규제관련 정책들이 등장하게 된다. 2011년 쉐련 담배의 중독성을 완화시킬 수 있는 대체제로 출시되어 또 다른 성격의 문제를 야기시키고 있는 것으로 알려진 전자담배에 사용되는 니코틴 용액에 담뱃세를 부과하기 시작한 것이다. 이는 물론 전자담배의 가격 상승으로 연결되어, 소비를 감소시키는 역할을 할 것으로 기대되었다. 2012년 FCTC 당사국 대회가 한국에서 개최되는 등, 한국은 FCTC 당사국으로서 협약을 준수해야 하는 사회적 분위기가 더욱 본격적으로 형성되면서 추가적인 규제정책들이 일부 시행되기에 이른다.

예를 들어, 그 동안 지지부진하며 시행이 연기되어 오던 공중 이용시설 전면 금연 정책이 시행되었고, 담뱃갑 및 담배광고에 가향물질과 관련된 일체의 정보 표시가 규제되는 정책이 시행되기도 하였다 (최은진 2014).

2013년에는 FCTC와 더불어 ‘담배제품 불법거래 근절에 대한 의정서’ (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) 도 추가로 서명되기에 이르렀으며, 이는 담배가 적법하지 않게 유통됨으로써 대중에게 더욱 쉽게 침투되는 상황을 막기 위한 조치로 평가되었다. 이후 2014년에는 앞서 2012년 시행된 공중 이용시설에서의 흡연 전면 금지에 더하여, 더욱 실제적인 정책의 실현으로 음식점 등 대중 시설에서 금연이 완전히 금지되는 정책이 시행된다. 이즈음, 소위 ‘신종담배’ 와 관련된 확산이 특히 문제화되면서 이에 대한 담뱃세를 부과하는 조치가 시작되기도 하였다. 이 또한 담배 제품 전반에 대한 소비 억제 효과의 달성을 위한 시책이었다고 볼 수 있을 것이다. 마침내 2015년에는, 그동안 다양한 원인에 의해 연기되어 오던 담배 가격의 대폭 인상이 실현된다. 약 80% 인상폭을 적용함으로써 흡연자와 사업자들의 극심한 반발이 예상되었으며, 가장 대중적인 담배의 가격 기준으로 2500원에서 4000원이 되는 가격 상승 정책이 마침내 단행되었다. 유사한 시기에, 그 동안 국회를 통해 입법화하려는 노력이 수차례 좌절된 바 있는 담뱃갑 경고그림의 도입이 결정되기도 하였으며, 2015년 2월에는 국가지원에 의한 의료기관 및 의료인에 의한 금연치료가 전격 실시되는 국면을 맞는다. 의료인과 의료기관에 의해 금연치료를 시행하는 한 편, 금연을 위한 각종 관리를 국가가 전체적인 차원에서 지원하고 시행하겠다는 의지를 밝힌 정책이라고 볼 수 있겠다. 2015년에 결정된 담뱃갑 경고 그림의 도입은 약 1년 여 준비기간을 거쳐 지난 2016년 12월 전격적으로 실시되기 시작하였다. 우리나라에서 유통되는 모든 담배에는 현 시점에서 일정한 경고 그림이 부착되어 있는 상황이다.

2) 금연정책과 의사의 관여 정도

우리나라에서 시행된 주요 금연정책들을 검토 혹은 분류해 보는 방법은 다양할 수 있으며, 위에서 살펴본 바와 같이 정책의 시행 시기와 특징에 의거하여 정리하는 것이 가장 일반적일 것이다. 하지만 또 한 가지, 본 연구의 핵심 사항과 연계하여 시도할 수 있는 방법으로서 의료인, 더욱 세부적으로는 일선 의사가 어느 정도 해당 정책의 실현에 관여되어 책임을 부여받고 수행했는가에 따라 정책들을 분류할 수도 있지 않을까 한다. 이 같은 시각으로 판단해보면, 의사가 직접 참여 혹은 높은 수준의 책무성을 보유한 것으로 간주되는 사안들은 그다지 많지 않았던 것으로 생각된다. 일단, 직접적으로 의사의 참여가 중요했던 대표적 금연 정책은 2005년 증가된 예산 책정으로 시행된 보건소 금연클리닉 사업이 아닐까 유추한다. 우리나라에서는 지난 2004년 약 3개 월 간의 시범 운영 기간을 거쳐 국민건강의 수준 향성과 금연율 상승을 위해, 2005년 보건소 금연클리닉 사업을 개시하여 현재에 이르고 있다 (김현호, 신동욱, 조비룡, 안은미, 이대근, 최은주, 유효상 2015). 물론, 전국에 소재하는 모든 보건소의 금연 클리닉에 의사가 상주한다고 볼 수는 없기에, 직접적인 의사의 참여가 필수적인 사안이었다고 단언할 수는 없을 것이다. 따라서, 의사들의 직접적인 관여도가 예외 없이 높은 상황에서 기획되고 실행된 정책이었다고 말하기는 어렵겠으나, 해당 정책이 실현되기 위한 증거 외 이론적, 실무적 자료들은 의사의 연구 및 활동 등에 의하여 상당 부분 형성되었다고 할 수 있겠다 (김현호 외 2015). 관내 금연구역의 지속적 확대를 위한 과학적 근거, 전화 혹은 보건소로 방문하는 흡연자들에게 행하는 금연상담에 사용되는 매뉴얼 등 구체적으로 실시되는 정책에 있어서 명분과 과학적 근거는 상당 부분 의사를 비롯한 의료인 및 관련 분야 연구자들의 공헌에 의해 시행된 것이라고 할 수 있기 때문이다 (김현호 외 2015).

더불어, 우리나라 금연정책의 초기에 시행된 경고문구 등의 제정 및 시행에 있어서도, 의료인의 연구 성과들이 제공하는 효과성에 의해 실행될

수 있는 계기가 일정 부분 마련된 것이 아닐까 판단한다. 하지만, 금연율의 확대에 담배의 가격 변화가 얼마나 중요한 역할을 할 수 있는가와 관련된 사안에서는, 상대적으로 의사를 비롯한 의료인들, 즉 비가격 정책의 정당성에 근거를 제공하는 중심적 그룹들이 시행한 연구들이 결정적인 역할을 수행한 것으로 판단하기에는 무리가 있어 보인다. 담뱃값의 인상과 금연율의 증가와 관련해서는, 주로 해외 연구들이 특정한 방향성을 띤 주장에 논리적 근거를 제공한 것으로 보이며 (DeCicca, Kenkel, and Mathios 2002; Chaloupka, Peck, Tauras, Xu, and Yurekli 2010), 국내외 경제학, 행정학, 보건 경제학 등 영역의 연구자들이 관련 사안들에 대한 중요한 시사점을 활발하게 공급해 왔다고 볼 수 있겠다 (강동관 2008; 모수원 2003).

따라서, 그동안 다양한 금연관련 정책이 기획되고 집행되어 왔음에도 불구하고, 실제로 의사가 특정한 사안에 대하여 매우 직접적으로 높은 수준의 관여를 했거나 책무성을 경험한 것으로 발견되는 사례는 많지 않다는 생각이다. 아래 표는 그동안 시행된 주요 금연정책을 정리한 표이며, 각 정책들의 주요 특징을 일부 선행연구를 참고하여 기술하였다. 또한, 의사들의 관여 정도와 관련해서는, 정책의 특징과 취지, 주요 특성들을 최대한 검토한 뒤 주관적으로 명기해 보았음을 밝힌다.

표1. 주요 금연정책별 특성과 시기, 의사의 관여 및 책무 별 분류

주요 금연정책	시행 개시연도	정책의 핵심적 특성	의사의 관여 및 책무
광고물과 담뱃갑에 경고문구 삽입	1976년	소비자들에게 노출되는 상품과 상품을 홍보하는 광고물에 “건강을 위하여 지나친 흡연을 삼갑시다” 문구 삽입이 의무화됨	제한적 (정책의 학술적 근거를 제공. 간접적 관여수준으로 판단)
공공장소 흡연제한구역 설치	1986년	극장, 백화점, 박물관, 대중교통시설 등 대부분의 공공장소에 흡연제한구역 설치	제한적 (정책의 학술적 근거를 제공. 간접적 관여수준으로 판단)
건강 경고문구 개정	1989년	기존의 경고문구에 건강과 관련된 의미를 부가. “흡연은 폐암 등을 일으킬 수 있으며 특히 임산부와 청소년의 건강에 해롭습니다”로 교체됨	직접적 (축적된 관련 연구의 역할이 있을 것으로 추정되며, 결정 과정에서 의사의 자문 등 직접적 공헌이 있을 것으로 판단됨)
금연구역과 흡연구역의 구분	1995년	1995년 제정된 국민건강증진법에 포함된 사항. 간접흡연의 폐해가 공식적으로 인정되는	제한적 (축적된 관련 연구의 역할이

		상황을 배경으로 규정 마련됨.	중요했을 것으로 추정되나, 관련 연구의 수행 주체가 의사보다는 환경보건 연구자 등 연관 분야의 전문가들에 의해 주로 수행된 것으로 판단됨
담배가격 인상	1994년	1994년이 최초는 아니었으나, 해당 시기를 기점으로 사회적인 이슈로 다루어지는 경향을 보임. 2004년 12월에는 담배가격이 500원 인상되었으며, 2015년에는 역사상 가장 큰 폭인 갑당 약 2,000원이 상승함	제한적 (가격정책과 금연율 상승에 대한 주이는 외국 연구자, 보건 경제학자, 행정 분야 연구자들에 의해 주로 탐구됨. 정책 기획과 시행에 있어 의사의 관여도가 높은 사안이라고 판단되지 않음)
보건소 금연클리닉 사업	2005년	2004년 단행된 담배가격 상승으로 인한 세수 확대. 확보된 세수를 바탕으로 이선 보건소에 금연클리닉 개설. 내소하는 흡연자들에게 상담, 투약 등 금연 서비스 부여.	주도적 (전국 모든 보건소에 의사가 상주하지는 않지만, 일부 의사들을 포함한 의료인들이 금연사업의 주체가 됨)
병의원 중심 금연치료 사업	2015년	2015년 큰 폭으로 상승한 담배가격에 의해 세수 대폭 확대. 확보된 세수를 재원으로 다양한 금연정책이 기획 및 실시됨. 2015년 시점으로 실시된 금연관련 사업 및 정책에서 가장 많은 재원이 투입되고 있는 사안임. 의사에 의해 시행되는 금연치료 사업이며, 일정한 원칙을 준수하는 내원 흡연자들은 무료 서비스를 받을 수 있음.	주도적 (정부가 지정하는 교육을 이수한 의사는 근무 중인 의료기관에서 금연치료를 수행할 수 있음. 특별비에 의한 사업이므로 기존의 차트 시스템이 아닌 본 사업에 부합하는 별도의 시스템을 의사가 사용해야 함)
담뱃갑 경고그림	2016년	2001년 최초 발의 이후, 마침내 2015년 국회를 최종 통과하여 통과 시점에서 1년의 유예기간이 경과한 2016년 12월부터 우리나라에서 유통되는 모든 담배에 경고그림이 부착되기 시작함.	간접적 (담뱃갑 경고그림 제정을 위한 제정위원회에 제한된 숫자의 의사가 참여함. 개별 경고그림에 대한 자료 수집 및 제공 등 정책에 대한 타당성을 일정 수준에서 제공함)

3) 이론적 배경: 금연정책의 주요 방향, 의사의 역할

(1) 금연정책

본 연구의 주요 주제인 금연정책과 의사의 상(象) 혹은 역할과 책무는, 우리 사회에 있어서 오랜 기간에 걸쳐 중요한 사안이었으며 이를 관류하는 원칙과 핵심적인 내용, 방향성이 존재해 왔다고 할 것이다. 먼저, 우리나라 금연정책의 주요한 기초가 되었던 방향성이라고 볼 수 있는 원칙은 가격과 관련된 변수가 아닐까 한다 (이민진, 이성규, 임성원, 조홍준 2014). ‘가격’ 정책은 결국 담배 가격의 인상과 관련된 일련의 정책을 의미한다고 할 것이다 (박치성, 백두산, 정지원 2017). 가격 인상에 의해

담배에 대한 수요가 줄어들고, 궁극적으로는 다양한 계층에서 흡연율이 낮아지는 결과를 만들 것이라는 믿음에 의해 일련의 실행 방안들이 기획된 정책이었다는 뜻이다. 하지만 결국 담배값을 올리는 것으로 귀결은 되지만, 얼마나 가격을 올릴 것인지, 어떤 담배를 대상으로 할 것인지, 인상의 폭은 어떠한 것인지, 그리고 얼마나 자주 인상할 것인지 등 매우 복잡한 이슈를 다수 고려해야 하는 쉽지 않은 결정이며, 국민들의 삶에 영향을 미치는 매우 중대한 정책임에 분명하다 (주성돈, 전인석 2016). 지금까지 상당한 기간 동안 정부가 주도하는 흡연 규제 정책은 담배 가격의 인상을 통한 국민 건강증진 효과를 높일 대책을 강구하는 데 초점을 맞추고 있었다 해도 과언은 아니다 (주성돈, 전인석 2016). 최근 들어 전 국민 차원에서 금연 분위기를 조성하고자 적극 실시되고 있는 다양한 소통 노력, 각 개별 시설에서 흡연을 금지하는 규정의 마련, 전국 각 병원과 보건소 등에 금연지원 시설을 설치하여 금연 노력을 집중적으로 관리하고자 하는 방안들이 제안 및 실시되고는 있지만, 정부가 대표적으로 금연율을 높일 목적으로 고려하는 사안 중 하나는 전통적으로 담배 가격의 상승이었다. 담배 가격의 인상은 곧바로 세수의 확보와 증대로 이어지며, 가격의 상승으로 인한 세원의 확보는 전 방위적으로 수행되는 금연관련 사업의 기획 및 실행으로 배경이 되는 효과도 있는 것이 사실이다 (최민규, 백유진 2016). 실제로 담배에 대한 과세를 조정함으로써 결국 담배의 가격을 관리하는 것은, 상당히 많은 국가에서 금연율의 조절을 위해 빈번하게 사용되는 정책임에 분명하다 (담배규제정책정보 2016). 물론 다수의 연구들에 의해 담배 가격의 인상이 실제 특정 사회에 있어서 흡연율을 낮추는 데 일정한 효과가 있음이 보고되어 왔다 (모수원 2003).

가장 최근에 시행되었으며, 가장 큰 폭으로 상승하여 논쟁이 많았던 사례는 약 2년 전인 지난 2015년 1월의 가격 인상이었다. 2015년을 기점으로 이전 약 10여 년 동안 담배가격이 크게 변하지 않았으나, 정부는 흡연율을 줄이는 극약 처방으로써 2,000원 가량을 상승하는 정책을 전격 시행한

것이다. 이는 곧 당시 가장 대중적이라고 알려진 담배의 가격이었던 2,500원이 한 갑 당 4,000원으로 인상되는 상황으로 귀결되었다. 사실 이 같은 인상을 두고 찬반의 의견이 격렬했던 것은 당연한 경과였다고 할 수 있겠다. 인상에 대한 부정적인 시각과 관련, 결국에는 가처분 소득이 부족한 흡연자들의 소비 수준이 늘어날 수 밖에 없으므로, 이는 궁극적으로 서민 증세로 귀결되는 결과를 낳을 것이라는 우려가 있음을 보고한 사례도 다수 존재한다 (정우진, 신가영, 임승지, 이선미, 조경숙 2008). 또한, 담배 인상이 단기 효과는 있을 수 있겠지만, 궁극적으로는 흡연을 하락에 큰 영향을 주지 않을 가능성이 높다는 논리 하에 소위 ‘꼼수 증세’에 의한 세수증가만 초래할 것이라는 비판도 상당하였다. 하지만 담배 가격의 인상에 찬성하는 시각, 즉 정부를 비롯한 주체들의 의견은 대단히 상이하였다. 담배 가격의 인상은 흡연율을 제고시킬 수 있는 대표적인 정책으로서, 다양한 국가에서 이미 시행된 바 있으며 성공적인 결과를 만들었다는 점을 주요 근거로 활용한 것이다 (김현철, 권순만, 조경숙, 임재영 2012).

2015년 상반기 큰 폭의 증가에 앞서 시행됐던 담배 가격의 인상은 2004년 12월의 인상이 있었으며, 한 갑당 500원으로 사실 상 체감 수준도 그다지 높지 않았던 것으로 평가된다. 하지만 이 당시에 담배 가격의 상승으로 인한 흡연율의 감소가 실제로 얼마나 있었는지에 대한 논의는 다양하였다. 예를 들어 김현철 외 (2012)의 연구에서는 2004년 시행된 담배가격의 인상은 해당 연구에 참여한 흡연자 가운데 약 11.7% 정도의 인원에게 금연효과를 가져온 것으로 판단하였으며, 담배의 소비 수준은 약 20.5% 가량 감소하였다는 결과를 보고하였다. 동일 시기의 담배 가격 인상을 대상으로 하였지만, 금연의 효과가 더욱 높았다는 견해와 관련 결과를 제공한 사례도 있었다 (김원년, 서정하, 김양중 2006). 이는 사실상 관련 연구서와 보고서 등이 일정 부분 상이한 결과 사항을 담고 있었음을 의미하기도 한다.

2015년 전례가 없던 상승폭이 적용된 경우에도, 그 효과성에

대해서는 지금까지 의견이 분분한 상황이라 할 수 있다. 담배가격 인상의 초기에는 실제로 흡연율이 상당 부분 감소하는 경향이 관찰된 것으로 알려졌다. 예를 들어 2015년 담뱃값 인상이 시행된 당해 대표적인 흡연 계층인 성인 남성의 평균 흡연율이 30%대 (약 39.4%)로 떨어진 것으로 보고되는 등, 가격 상승에 의한 금연 효과가 뚜렷한 것으로 보이기도 하였다. 하지만 이후 감소세가 둔화된다는 보도 및 보고가 빈번하였으며, 인상 후 약 1년이 경과된 2017년 초에는 급기야 인상 전 수준의 흡연율로 다시 복귀하였다는 소식이 전해졌다. 2017년 11월 발표된 2016년 국민건강영양조사의 결과에 따르면, 우리나라의 성인 남성 흡연율은 2015년 담배 가격 상승 이전 수준인 40%대로 회귀하였음이 공식적으로 보고된 것이다 (국민일보 2017). 이 같은 결과에 대해서도, 찬반 양측의 해석은 상이한 것으로 판단된다. 결국 효과성도 제대로 보장되지 않은 인상에 의해 세수만 증가하였다는 비판이 있는가 하면 (한겨레 2017), 가격 인상의 효과성은 상대적으로 장기간에 걸친 추이로 판단해야 하기 때문에 현재 인상된 가격은 변함없이 유지되어야 한다는 논리도 강력하게 제기되고 있는 것이다 (김지현, 사공준 2017). 더불어, 가격 인상 뿐만 아니라, 그 외 다양한 비가격 정책의 동반 시행이 이루어져야만 가격 상승에 의한 실질적 효과를 기대할 수 있다는 지적도 끊임없이 관찰되고 있다 (유현재, 이성규 2016), 사실 다양한 비 가격적 정책이 효율적으로 동반되지 않을 경우 가격 상승에 의한 효과는 미비할 수도 있다는 예측은 훨씬 이전에 제기된 연구도 상당 수 존재하였다 (정우진, 이선미, 신가영, 임승지, 조경숙 2008).

2017년 5월 탄핵정국 하에 진행된 대선에서도, 각 후보들은 담배가격 및 담배세 인상에 대하여 각기 다른 공약을 내놓았으며 이는 국민들에게나 정치권에게나 대단히 민감한 사안이었음을 방증한다고 하겠다. 일부 후보들은 담배가격의 인상을 ‘서민증세’ 라고 정의하며 당선이 될 경우 담배세 인하를 검토 혹은 실행하겠다고 밝힌 반면, 일부 후보는 현재의 담배 가격을 유지하면서 흡연율의 변화 추이를 살펴볼 필요가 있다고 주장했던

것이다 (동아일보 2017). 대신 담배 가격 인상의 세수분을 국민건강 향상 비용에 최대한 사용할 수 있어야 한다는 원칙을 포함시켰다. 사실상 담배가격의 인상이 흡연율의 변화에 미치는 영향에 대하여 장소와 연구 방향 등에 따라 의견이 상이한 현실에서, 가격에 대한 논쟁은 향후에도 계속될 전망이다.

표2. 2017년 주요 대선 후보 별 금연정책 (담배 가격 인상 등) 요약

	문재인 후보	홍준표 후보	안철수 후보	유승민 후보	심상정 후보
담배가격	현행유지	가격인하 (약 2000원)	현행유지	현행유지	현행유지
금연정책	담뱃값 인상의 세수분을 세금이 아닌 국민건강 향상 비용으로 정해 최대한 활용	서민부담 덜어주는 방향으로 금연정책 추진	비가격정책 우선적 시행. 담뱃값 인상으로 걷힌 세수를 국민건강 증진에 투입	정책의 일관성이 중요. 기존 금연정책 유지	담뱃값 인상 세수분을 어린이 병원비, 흡연 관련 질병 치료비에 활용

*2017년 4월 19일자 동아일보 참조

다음으로, 금연정책의 또 다른 한 축은 비가격 정책이다. 비가격 정책의 다양한 측면은 관련 법과 규정의 시행과 개정 등에 의해 살펴볼 수 있을 것으로 보인다. 사실 상 우리나라의 금연정책이 본격적으로 시행된 것은 1995년이라는 시각이 존재함은 앞에서 밝힌 바 있다 (주성돈, 전인식 2016). 이는 1995년에 현재 금연 등 우리 사회 구성원들의 건강과 관련된 일련의 사항들이 법으로 명문화 되는 중요한 계기인 국민건강증진법이 당해 제정되었기 때문이다. 물론 이전에도 금연 관련 정책이 간헐적으로 시행된 것은 사실이지만, 1980년대 국내 성인흡연율 약 80%의 수치에서 보듯, 담배를 끊게 만들거나 시작하지 못하게 독려하는 정책적 지원들이 이전에는 그다지 일반적이지 않았음을 간접적으로 느낄 수 있기 때문이다. 따라서 1995년 국민건강증진법의 제정과 함께 본격적으로 시작된 다양한 금연 관련 정책들의 시행은, 흡연율의 감소가 마침내 국가 전체 차원의 목표가 되기 시작했음을 알리는 중요한 계기가 되었다고 볼 수 있다. 1995년 시행된 국민건강증진법이 포함하는 담배관련 규제들은, 담배 광고의 규제와

금연구역의 설정 등을 포함하며, 자판기에 대한 성인 인증 장치의 도입과 담배 부담금의 설정 등이 명시되어 있다. 일련의 정책들은 모두 하나의 궁극적인 목적, 즉 흡연율의 감소를 목표로 시행되었다고 볼 수 있을 것이다. 1995년 이전 시행된 제한적인 담배 관련 규제 정책들과는 비교하기 어려울 정도로 광범위한 수준의 포괄적 규제가 가해지기 시작한 것으로 판단된다는 의미이다.

또 한 가지, 비가격 영역에서 다양한 정책들이 마련될 수 있었던 중요한 배경적 변수는 2005년을 기점으로 형성되었다고 볼 수 있으며, 이는 국제적 협약이 국내에 적용되기 시작한 시점이라고 할 수 있겠다. 세계보건기구 (WHO)가 마련한 담배규제기본협약, 즉 FCTC (Framework Convention on Tobacco Control)에 우리나라가 참여하겠다는 결정이 이루어진 것이다. FCTC는 그야말로 금연 및 흡연의 규제를 위하여 특정 사회가 취할 수 있는 매우 광범위한 규제 사안들이 망라된, 말 그대로 ‘포괄적인 (Comprehensive)’ 규정들로 구성되어 있다. 우리나라는 FCTC의 모든 제반 규정을 모두 준수하기로 결정하였으며, 공식적으로 수용하기로 한 것이다. 우리나라는 2003년 해당 협약에 서명하였으며, 이후 공식적인 비준은 2005년 5월 16일을 기점으로 단행되었다. FCTC를 비롯, 이 같은 외부로부터의 변수들에 의해 우리나라의 금연정책이 변화를 겪는 상황이 전개되기 시작한 것이다. FCTC가 제시하는 금연을 위한 전 사회적 노력의 핵심이, 가격과 비가격, 경제적, 비경제적 등 다양한 측면에 걸쳐 존재하였기 때문이다. 예를 들어 경제적인 조치, 즉 담배가격의 인상을 비롯하여, 흡연구역 설정 및 금연구역의 실질적 확대, 담배포장에 대한 세부적 사항들 (포장에 대한 규격 및 제한 등), 경고문의 효과적 표시, 담배 성분 에 대한 규제 및 공개 등 다양한 측면에 걸친 포괄적 장치들이 다수 포함되어 있었다. 2005년을 기점으로, FCTC가 명문화한 모든 규제 방법들이 우리 사회에서 엄격하게 실현되었다고 볼 수는 없겠지만, 일단 예년에 비해 증가한 관련 예산의 규모가 연관된 규제들을 가능하게 한 근본적 배경이

되었음은 부인하기 어려워 보인다. 총 231억원 (2005년)의 금연사업 예산에 의해 보건소 금연클리닉사업, 금연상담전화 등의 프로그램이 활성화된 것으로 평가받고 있으며, 2007년 부터는 FCTC가 권고한 바에 근거하여 담배의 성분 속 발암물질을 담뱃갑 경고문구에 포함시켜 유통시키는 정책도 실현되었다. 2010년 부터는, 지방자치 단체들의 조례를 통해 금연구역의 설정이 더욱 본격화되는 상황도 이어지게 된다. 위와 같은 금연확산을 위한 일련의 노력들, 다양한 정책의 시행 등은 가격정책과 더불어 궁극적으로 금연을 상습을 위한 구체적 방법으로 적용되었다고 할 것이다 (주성돈, 전인석 2016).

(2) 의사의 역할과 책무

금연정책과 더불어 본 논문의 주요 사안인 의사의 역할 및 책무성과 관련하여 이론적 배경으로 소개할 수 있는 사항은 2014년 발표된 ‘한국의 의사상’ 이 아닐까 한다. 우리사회에서 의사가 차지하는 사회적 위상과 존재 이유, 그리고 요구되는 책무 등에 대한 내용을 담고 있기 때문이다. 한국의 의사상은 한국교육협약회의가 주요 주체로서 참여하였으며, 대한민국의 의사가 개인 혹은 그룹으로서 추구해야하는 가치 및 역량을 ‘환자의 진료’, ‘소통과 협력’, ‘사회적 책무성’, ‘전문 직업성’, 그리고 ‘교육과 연구’ 라는 다섯 가지 영역으로 구분하고 있다. 위와 같은 역할의 수행을 통해, 궁극적으로는 한국의 의사들이 우리나라는 물론 세계의 보건의료 복지를 선도할 수 있는 전문인으로 자리매김하는 지향점을 가진다고 밝히고 있다 (안덕선 2014).

환자의 진료는 사실 의사의 역할 및 ‘상’ 과 관련하여 가장 직접적이고 일차적으로 상정되는 사항으로서, 의사는 어떠한 경우에도 환자의 건강과 안전을 최우선으로 여기며, 현재의 의료체계와 상황 하에서 환자와 사회의 신뢰를 바탕으로 진료를 수행할 수 있는 역량을 갖추고 발전시킬 것을 기대한다는 개념이다. 조금 더 세부적으로는, 환자 진료에

있어서 의학 지식 및 임상 술기, 전문가적 태도, 환자 안전 등을 핵심적 요건으로 판단하여 천명하고 있는 것이다. 의학 지식 및 임상 술기는 환자의 상태를 파악하고 진단하는 과정, 과학적 근거 및 환자의 개별성을 철저히 고려하여 적절한 이상적 결정을 내려야 함도 명시해 놓고 있다 (안덕선 2014). 더불어, 진료와 관련된 일련의 결정 시에는 반드시 환자를 위한 충분한 양과 질에 의거한 정보를 제공하며, 교육과 상담은 물론, 동의서 (Informed Consent)를 제시하고 받는 과정이 합리적으로 진행되어야 함을 지적한다.

두 번째 의사의 세부적 역할로 설정한 사항은 소통과 협력이며, 소통과 협력의 대상은 환자와 보호자 그리고 동료 의료진 등 직접적인 대상을 포함할 뿐만 아니라, 본 논문의 핵심 주제와 밀접하게 관련된 것으로 판단되는 ‘사회 전반의 주체들’을 포함한다. 각 주체와의 상호소통 및 협력해야 한다는 광범위한 차원의 역할 또한 명시해 놓은 것이다. 일단, 환자와의 관계에 있어서 원활한 소통은 일차적이고 핵심적인 사항으로써, 이를 바탕으로 바람직한 환자-의사의 관계가 형성될 수 있으며, 치료 시 다양한 결정 과정에 있어서 적극적인 협력을 이끌어낼 수 있음을 표현하고 있다. 의료진의 일원으로서 관련 대상들과의 원활한 소통과 협력이야말로 최선의 진료 결과는 물론, 치료의 과정에서 발생 가능한 잠재적인 위험요소를 차단하고 최소화하는데 결정적인 요소가 된다는 것이다. 이는 궁극적으로 환자의 안전이 극대화되는 성과로 이어짐을 의미한다고 하겠다. 환자와의 소통과 협력 이외에도, 동료와의 소통 및 협력이 의사의 역할 수행에 있어 매우 중요한 사안임을 설명하였다. 의료인 혹은 비 의료인으로 구성된 모든 동료와 협력하고 부정적인 표현 등을 삼가야 하며, 직종 간 혹은 진료과 간 이해를 증진할 수 있는 교육에도 적극적으로 임해야 한다고 명시되어 있는 것이다.

‘사회와의 소통 및 협력’은 병원 밖에서 발생하는 사안들에 대한 내용이며, 그 주요성 또한 동일함을 나타낸다. 효과적인 진료활동은 물론

공공의 건강증진을 위해 관련된 여러 기구와 소통하고 협력해야 한다는 의미이다. 이는 곧 의료의 공공성과 공공재인 의료를 수행하는 첨병으로서의 사회적 책무 및 적극적 활동을 나타낸 개념으로 이해된다. 의사로부터 비롯되는 모든 정보는 공익에 부합하는 내용이어야 함을 설명하는 부분도 이와 동일한 맥락이라 할 수 있는 것이다. 개인의 건강은 물론, 국가 차원의 보건에 영향을 미치는 다양한 요인들을 적극적으로 파악하고, 이에 적절하게 대응할 수 있도록 노력해야 한다는 책무도 명시되어 있다.

의사의 역할, 의사상과 관련되어 제안된 세 번째 사항은 사회적 책무성이다. 기본적으로 의사는 환자의 건강은 물론 사회 전체의 안녕을 증진시키기 위해 장기간 축적한 전문지식을 사용할 뿐만 아니라, 전체 의료 자원의 배분과 편성 등 거시적 이슈들에 적극적으로 참여하여 보건의료체계를 가장 효과적인 상태로 유지 및 발전시키기 위하여 공헌해야 한다고 명시되어 있다 (안덕선 2014). 이는 결국 직접적인 관계성을 맺게 되는 개별 환자의 건강 증진은 물론, 나아가 사회 전체 차원의 보건 (Public Health) 수준 향상에도 명확한 책무가 있음을 의미한다. 소속된 지역 사회의 건강 증진 및 보건 관련 정보, 특정 사안에 대한 해결 등을 위하여 전문가로서의 견해를 지속적으로 제공해야 한다는 것이다. 더불어 보건의료를 정확하게 이해함을 기본으로, 관련 정책에 대한 다양한 의사결정 과정에서도 가능한 적극적 역할을 수행해야 한다고 되어 있다. 따라서, 사회적 책무성에 대한 세부적 사항으로 ‘건강 및 보건 유지’, ‘보건의료정책 결정 참여 및 미래 대응’ 그리고 더욱 거시적인 책무로서 ‘재난 구호 및 국제 협력 증진’ 을 설정해 놓고 있는 것이다. 보건의료, 건강 관련 구체적인 정책들과 연관된 형태로 의사의 역할과 책무를 기술했다고 볼 수는 없겠지만, 국가가 기획하여 국민들을 대상으로 수행되는 각종 정책 사안들에 대해 자발적이고 적극적인 참여를 의사의 주요 역할로 명시했다는 점은 명확해 보인다.

의사의 역할, 의사상으로서 네 번째 사항은 전문 직업성 영역이며,

이는 ‘윤리와 자율성에 기초한 진료’, ‘환자-의사 관계’에 대한 정의 및 환기, ‘전문직 주도의 자율규제’의 세부사항으로 정리되어 있다. 전문직과 관련된 내용은 본 논문의 주제와도 밀접한 관련이 있을 것으로 판단되며, 의사는 업무와 연관된 법규와 윤리 지침 등을 준수해야 할 것과, 전문직 단체 및 관련 기관들이 요구하는 의무 등에 대하여 성실한 수행이 기대된다고 명시해놓고 있다. 이는 결국 개인으로서의 의사는 물론, 단체 및 그룹으로서의 의사들이 사회 내 다양한 주체들과 보건 의료 정책들의 효과적 수행 및 성과 달성을 위해 기능해야 함을 의미한다고 하겠다. 의사상과 관련된 마지막 사항은 교육과 연구로서, 임상에서의 역할 수행은 물론 모든 사회 구성원의 가장 중요한 관심사인 건강증진에 있어 가장 중요하고 핵심적인 주체가 되어 교육자인 동시에 연구자로서 평생 노력함을 기대한다고 되어 있다.

결국, 의사상 즉 의사의 가장 이상적인 역할에 대한 내용 가운데 ‘사회적 책무성’은 매우 중요한 영역을 구성하고 있는 것으로 파악되며, 특히 의사들과 직간접적으로 연결성이 있는 보건의료 정책들의 입안과 구체화, 성공적 수행 등에 있어 의사는 과연 어떠한 수준으로, 어떻게 관여할 지에 대한 사항을 청취하는 본 연구에 이론적 배경으로 기능한다고 생각된다.

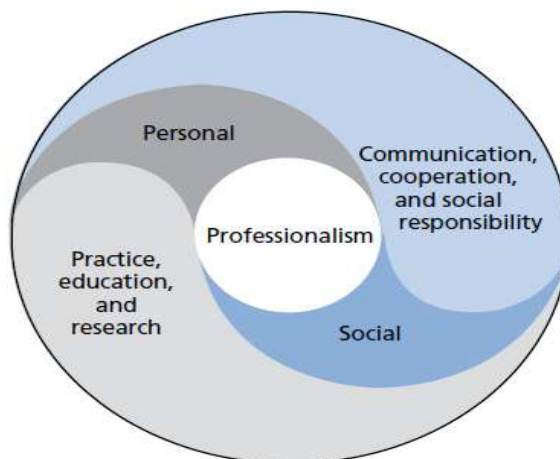


그림1. 우리나라 의사의 역할 (“한국의 의사상” 안덕선 2014)

3. 건강정책에 대한 의사들의 정책 정향성:

연구목표 및 연구문제

건강정책, 그리고 구체적으로 최근 실시되고 있는 금연정책과 관련한 의사들의 견해를 포괄적으로 질문함으로써 의사들이 해당 정책에 대해 보유한 정책 정향성 (Policy Orientation) (김권식, 진재완 2014)을 파악할 수 있을 것으로 예상하였다. 관련 선행연구들 (e.g., 김창엽 2013; 유승현 2012; Emanuel & Emanuel 1996; Hansl, Rahola, Gotret & Leive 2008) 에 대한 검토 후, 정책 정향성과 연관된 주요 개념들을 아래와 같이 정리하여 본 연구의 목표 및 연구문제의 핵심으로 설정했다.

1) 책무성 (Accountability)

첫 번째는 보건의료 정책의 기획 및 수행에 있어 의사들이 인지, 자각 및 경험하고 있을 것으로 예상되는 책무성 (Accountability)의 영역을 정책 정향성의 핵심으로 상정하였다. 이는 곧 의사들이 보건의료 정책 전반, 금연이라는 사안, 더불어 의사 중심의 금연정책이라는 최근 현안에 대하여 어느 정도, 혹은 어떠한 유형의 책임을 느끼고 있는가에 대한 내용일 것으로 판단되었다. Emanuel (1996)은 그의 발제 “What Is Accountability in Health Care” 를 통하여, 의사가 보유하는 책임은 서로 다른 9개의 주체가 주요 대상이 된다고 명시한 바 있다. 9개의 서로 다른 대상은 환자 (Patient)를 비롯, 정부 (Government), 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) 등이다 (그림2).

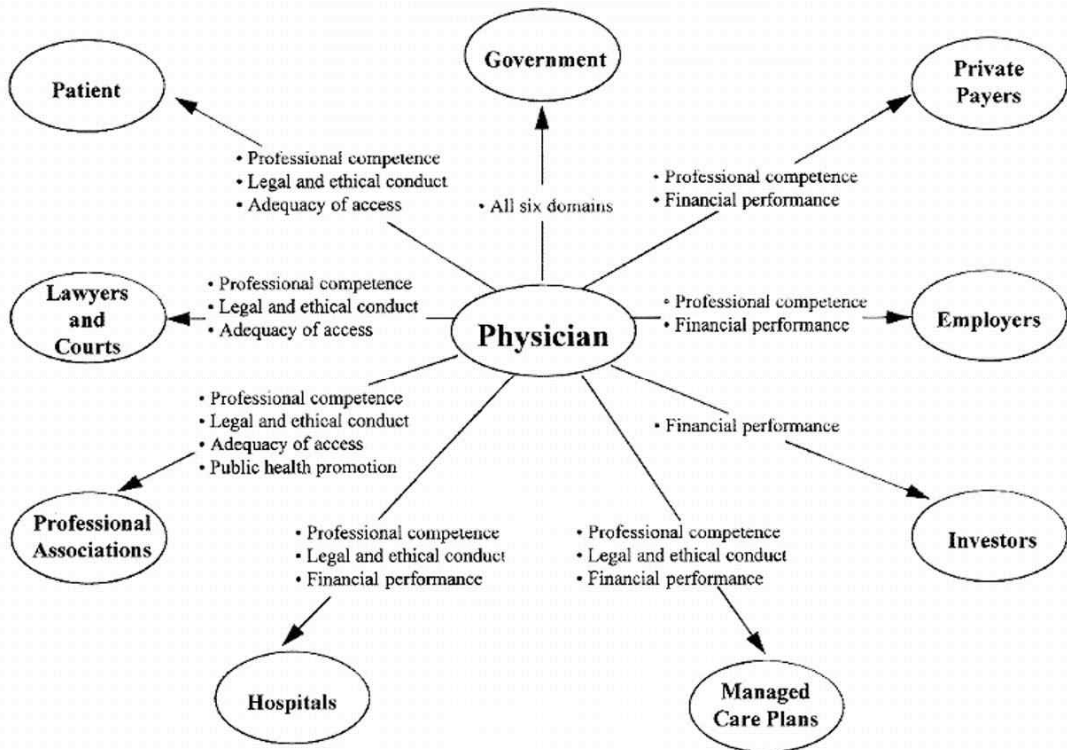


그림2. 의사의 책무성(Accountability): 책무의 대상과 주요 요소

위 사항들 가운데, 본 연구의 주요 주제인 금연정책과 관련된 사항은 환자에 대한 의사의 책임에 초점을 맞추어 논의되어야 할 사안으로 일견 판단되었다. 즉, 과연 의사들은 금연치료에 있어, 또한 환자의 금연과 관련하여 어느 정도 수준의 책무 수준을 보유하고 있는지 의사들의 발언을 통해 관찰할 수 있을 것으로 예상되었던 것이다. 물론 현재 실행 중인 금연정책을 비롯, 다양한 보건의료 정책들과 관련하여 어떠한 책무성을 가지고 있는지에 대해서도 의견을 요청할 계획이었다. 정책이란 국가가 기획 및 실행하며, 그 결과는 국민들이 경험하는 성격을 보유하고 있으므로, 위 그림 가운데 의사가 정부 (Government) 혹은 환자 (Patient)를 비롯한 다양한 주체들에게 느끼는 책무성 또한 중요한 시사점을 제공할 것으로 판단된 것이다. Emanuel은 의사를 둘러싸고 있는 책임성에 대한 객체들에 대하여, 각 객체 별 의사가 제공해야 하는 구체적인 책임 사항들을 명시하였다. 특히 9개의 서로 다른 객체 (그림2) 중 건강과 관련된 ‘정책,’ 나아가 본 연구의

핵심 주제인 ‘의사 중심의 금연정책’ 과 관련된 객체들에 대한 주요 책무사항을 살펴보면 다음과 같다.

예를 들어 의사가 개별 환자 (Patient)에 대한 책무성으로서 보유해야 하는 구체적인 요소들은 Professional Competence (직업적인 능력 발휘), Legal and Ethical Conduct (법적, 윤리적 행동 준수), 그리고 Adequacy of Access (접건의 편의성) 등을 적시하고 있다. 의사가 ‘병원 (Hospitals)’ 이라는 유무형의 객체를 향해 제공해야 하는 책무의 구체적인 사항으로는 Professional Competence (직업적인 능력 발휘), Legal and Ethical Conduct (법적, 윤리적 행동 준수), 그리고 Financial Performance (금전적/경제적인 공헌)들을 설정해 놓았다. 국가 혹은 정부 (Government)에 대한 책임성의 요소는 Emanuel이 9개 객체와 관련하여 설정한 모든 종류의 구체적 요소들을 포함시켜 놓았다. Professional Competence (직업적인 능력 발휘), Legal and Ethical Conduct (법적, 윤리적 행동 준수), Adequacy of Access (접건의 편의성), Financial Performance (금전적/경제적인 공헌), Public Health Promotion (보건/건강증진 관련 활동 수행) 등이 그것이다. Emanuel이 연구를 통해 정리한 책무성, 그리고 책무성의 구체적인 요소들은 일정 부분 본 연구에서 시행할 의사 대상 심층 인터뷰의 결과를 통해 다양한 측면들을 발견할 수 있을 것으로 예상하였다.

‘금연치료’ 라는 더욱 구체적인 사안에 대하여 범위를 좁혀보면, 의사와 환자와의 관계 및 의사결정, 그리고 책무성을 변수로 하여 도해한 아래의 모델 또한 중요한 시사점이 있을 것으로 보인다 (그림3). Emanuel은 특히 책무성의 주요 대상을 다시 한 번 5개로 구분하였으며, 이들에 대한 책무성의 구현에 있어 의사가 환자와 형성하는 관계 (Physician-Patient Relationship)가 중심적이고 매개적인 역할을 수행한다는 견해를 밝히고 있다. 즉, 개별 환자와 함께 수행하는 치료과정에 의해, 정부를 비롯한 그 외의 대상에 대한 책무를 수행하게 된다는 의미인 것으로 판단된다.

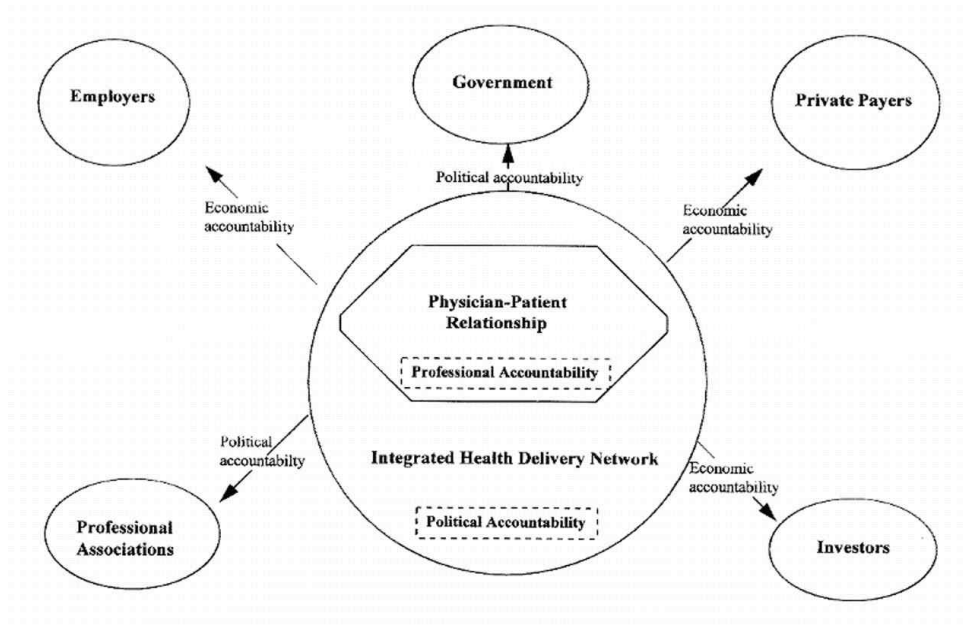


그림3. 의사의 책무성 (Accountability)에 대한 총화 모델

2) 거버넌스 (Governance) 및

정책의 성공을 위한 전략 (Strategies)

다음으로, 일선 의사들과의 인터뷰를 통해 확보될 내용들을 구조화하기 위해 유용할 것으로 판단되는 개념은 거버넌스 (Governance)였다. 거버넌스는 일반적으로, 특정한 사회나 조직 내부에서 합의가 이루어진 목표 사항을 이행하기 위한 적절한 방법을 모색, 공동의 행동을 기획하고 실행하는 것이 핵심적인 영역으로 받아들여지고 있다 (정영호, 조형원, 감신, 고숙자 2006). 보건의료 분야에서 거버넌스를 정의하는 방법과 내용은 주체 및 논의되는 전문적, 세부적 영역에 따라 상이할 수 있겠으나, 김창엽 (2013)에 의하면 거버넌스는 아래와 같은 특성을 가진다고 볼 수 있다.

- 정부가 선거로 인해 선택되고 관리감독 되는 과정
- 정부가 심도 있는 정책을 집행하고 시행하는 역량
- 시민사회, 정부 등 다양한 집단의 관계와 상호작용이 얼마나 잘 되는지의 여부

기본적으로, 특정한 거버넌스가 효율적으로 형성되고 운영되기 위해서는 공공은 물론 민간 영역의 주체를 동시에 포함해야 하는 것으로 알려져 있다. 이는 곧 거버넌스의 핵심인 권한과 책임의 분산 (Coherent)과 조화에 대한 사항이라고 할 수 있을 것이다. 거버넌스를 형성하는 주체는 반드시 복수여야 하고, 조직에 참여하는 다 주체는 각자의 세부적이고 배타적인 이해보다는 공동의 목표점을 달성하기 위해 공헌할 수 있는 요소를 발굴해서 추진해 나가야 함을 의미한다는 것이다 (이성규 2015).

보건의료 영역에서의 거버넌스 관련 개념으로 참고할 수 있는 모형으로서, The World Bank가 출간한 Governing Mandatory Health Insurance에 수록된 Hansl, Rahola, Gottret & Leive (2008)의 사례를 들 수 있다. 아래의 모형은 건강보험 실행과 관련된 항목들로 구성되어 있으나, 본 연구에서 진행되는 의사들 대상 심층 인터뷰를 통해 도출될 것으로 예상되는 시각들을 구조화시키기 위한 틀로서 활용될 수 있다는 판단을 하였다 (그림4).

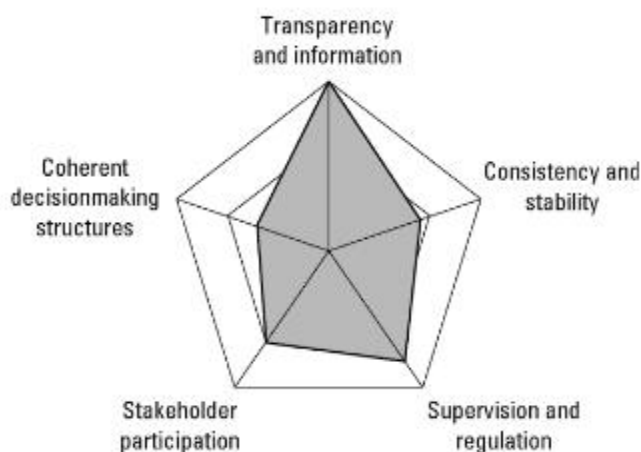


그림4. 건강보험 관련 거버넌스 평가를 위한 모형 (The World Bank 2008)

위 모형은 보건의료 영역, 그 중에서도 건강보험과 관련된 거버넌스가 형성되고 기능할 때 해당 거버넌스의 효과성에 대한 평가를 위해 주로 활용될 수 있는 모델로서 제안된 바 있다. 평가와 관련하여 다섯

가지 주요 영역을 상정하였으며, 첫 번째는 일관성 있는 의사결정 구조 (Coherent decision making structures), 혹은 권한과 책임이 동시에 부여되는 효율적인 구조에 대한 사항이다. 일관성과 효율성이 반영된 의사결정을 위해서는, 제반 사안에 대한 기획 및 실행에 있어 관여되는 주체들 (Entities)의 영향력이 심각하게 치우쳐서는 안되며, 각 주체들은 예상치 못한 상황이 발생할 경우 자체적인 권한에 의해 신속하게 대처할 수 있는 프로토콜을 보유하고 있어야 함을 명시하고 있는 것이다. 아울러 각 주체의 활동에 소요되는 비용은 매우 합리적인 수준에서 운영되어야 하며, 이 같은 사항을 공식화하는 규정 혹은 제한 사항들 (Regulations)이 공고히 마련될 것을 명제화 하고 있다. 두 번째 중요 요소로는 관여 주체들의 적극적 참여 (Stakeholder participation)이다. 특정 사안 혹은 정책의 활동에 참여하는 주체들은 모두 효과적인 대표자로서의 역할 (Effective representation)을 할 수 있어야 한다는 의미로 해석되며, 이는 결국 특정 주체가 소외되거나 무시되는 등 다양한 형태로 각 주체의 역할이 축소됨을 경계하는 사항이라고 할 것이다. 세 번째는 투명성과 제반 정보의 공개 (Transparency and information)이며, 이는 거버넌스의 목적성 (Objectives)이 공식적이며 명확한 형태로 정의되어야 함을 의미한다. 거버넌스의 목적성이 참여 주체, 그리고 여타 관여 주체들에게 신속하게 전달되고 이해되기 위해서는, 매우 적절한 형태 (Appropriately designed)로 거버넌스의 위상이 정의되어야 함을 언급하고 있는 것이다. 이는 거버넌스가 보유해야 하는 정당성의 영역이라 할 것이다. 참여 주체들에게는 해당 거버넌스와 관련된 어떠한 정보도 투명하게 공개되어야 하며, 이는 “반드시 규정으로서 보장되어야 한다 (Transparency rules)” 는 원칙도 천명하고 있다. 네 번째 핵심 요소는 관리 감독과 적절한 규제 및 제한 (Supervision and regulation)이다. 물론, 관리 감독에 대한 협조, 관리 감독과 관련된 강제성과 제한도 동시에 명시하고 있다. 이는 관리 감독의 권한을 인정하면서도 견제 장치는 반드시 보유하고 있어야 함을 명시하고 있다고 판단된다. 관리 감독에 있어서 매우 중요한

구체적 영역인 ‘재정’ 또한 명확하게 언급된다. 반드시 사전에 결정된 규정 (Financial management rules)에 의해 관리될 것을 권고하고 있는 것이다. 마지막, 다섯 번째 핵심 요소는 거버넌스의 안정성과 예측 가능성 (Consistency and stability)이다. 이는 해당 거버넌스가 기획 및 진행하는 정책의 지속적 효과성을 의미하며, 거버넌스로부터 비롯되는 일체의 퍼포먼스가 일정한 수준을 유지해야 하고, 모든 관여 주체들에게 인정받아야 함을 의미한다. 위 소개된 거버넌스 평가를 위한 모델 (The World Bank 2008)은, 본 연구를 통해 관찰될 것으로 예상되는 일선 의사들의 다양한 견해, 정책 정향성에 대한 시각 등을 분석하기 위한 도구로서 유용한 개념으로 판단되었다.

또 한 가지, 의사들 대상의 인터뷰를 통하여 확보될 것으로 예상되는 구체적 사항들은 금연정책의 궁극적 성공을 위한 전략적이고 실행 차원의 내용들일 것으로 예상하였다. 전략 (Strategies)은 목표 혹은 궁극적 지향점, 전략에 참여하는 대상자와 그들의 역할, 대상자 간 관계 설정, 전략의 수혜자와 그들의 예상된 반응 등 일련의 세부적 사항들을 모두 포함하는 광의의 개념이라 할 수 있다 (노진원 2016). 따라서, 의사들 대상의 인터뷰 과정에서 주로 도출될 성공적인 정책 수행을 위해 제시되는 의견들은 ‘전략’이라는 틀에 의해 구조화시킬 수 있다는 생각이었다.

(1) 연구목표

위에서 기술한 바를 근거로 하여, 본 연구는 연구의 목표 (Research Objectives)를 다음과 같이 설정하였다. 첫 번째, 의사들의 발언들이 Emanuel (1996)이 책무성 (Accountability)의 주요 영역 (Domains)으로 제시했던 여섯 가지 사항들 (Professional Competence, Legal and Ethical Conduct, Financial Performance, Adequacy of Access, Public Health Promotion, Community Benefit)과 관련하여 어떠한 형태로 구조화 될 수 있는지 파악하고자 한다. 최근의 보건의료 정책 전반, 의사 중심의 금연정책 등에 대하여 책무성의

측면에서 의사들에게 포괄적으로 질문한 다음 의사들이 제공한 시각들을 분석 및 탐구할 예정이라는 의미이다. 두 번째 연구 목표는, 거버넌스 (Governance)와 관련된 사항이며, 보건의료 정책 및 구체적인 금연정책과 관련하여 의사들은 Hansl, Rahola, Gottret, and Leive (2008) 등의 연구자들이 효과적인 거버넌스의 영역 (Dimensions)으로 설정했던 사항들 (Coherent Decision-making Structures, Stakeholder Participation, Transparency and Information, Supervision and Regulation, Consistency and Stability) 각각에 대하여 어떠한 의견을 개진하는지 파악하겠다는 의미이다. 끝으로, 위 두 개념을 통해 제시된 사항들과는 별도로 보건의료 정책 전반 혹은 금연 정책의 성공을 위해 의사들이 제안하는 구체적인 해결 방안, 즉 전략들 (Strategies)에 대하여 청취함으로써 시사점을 도출할 목표를 가지고 있다는 것이다. 위와 같은 목표를 근거로, 귀납적 (Inductive)인 방법에 의거하여 결과 및 시사점을 도출하는 질적연구에 부합하는 연구문제를 아래와 같이 설정하였다.

연구문제 1: 일선 의사들은 개인의 건강증진, 금연정책을 비롯한 일련의 보건의료 정책에 대한 성공적 수행 등과 관련하여, 어떠한 **책무성 (Accountability)**을 가지고 있는가?

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

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

본 연구의 가장 핵심적인 목적은 2015년 2월 이래 현재에도 시행되고 있는 병의원 중심의 금연정책, 즉 금연치료 사업에 대한 의사들의 다양한 시각을 탐험적 (Exploratory) 으로 고찰, 이 가운데 공통적으로 추출되는 테마를 발견하고 구조적으로 제시해 보려는 것이다. 인터뷰에 활용될 프로토콜을 제작하기 위하여, 실제 의사와의 인터뷰 과정에서 필연적으로 논의될 것으로 예상되는 구체적 사안들 및 관련 선행연구들에 대한 분석을 실시하였다. 기본적으로, 의사들이 건강정책 전반, 그리고 병의원 중심의 금연정책에 대하여 보유하는 시각은 제반 정책에 대한 ‘긍정적 태도’ 와 ‘적극적 수용’, 혹은 ‘부정적 태도’ 와 ‘소극적 수용’ 등으로 구분될 수 있지 않을까 가정하였다. 따라서, 실제 인터뷰에서는 가장 먼저 본 정책을 환기시키는 과정을 거친 다음, 전반적인 주제들 (예: “보건의료 정책 전반에 대한 의사들의 정책 정향성” 등)에 대한 의견 개진을 요청할 계획을 수립하였다. 이후, 만약 의사들의 기본적 시각이 긍정적일 경우 그 이유와 배경을, 부정적 태도를 보일 경우 이 또한 근거 및 현실적 상황 등을 청취할 수 있을 것으로 판단한 것이다.

실제 의사들과의 인터뷰 과정에서 활용될 프로토콜은 보건의료 정책과 의사의 역할 및 책무성, 금연정책 전반 및 의사 중심의 금연치료 사업 등과 관련된 선행연구, 그리고 언론 보도에서 최근 중심적인 사안으로 논의하고 있는 세부적 주제들을 바탕으로 제작하였다. 반 구조화된 (Semi-Structured) 프로토콜에 의한 인터뷰를 통하여, 의사들이 본 정책 혹은 보건의료 정책 전반에 대하여 그 동안 유지해 온 실제적 입장에 대한 다양한 의견들을 수집할 수 있을 것으로 판단하였다. 본 정책의 성공적 실현을 위해서는 과연 의사로서 어떠한 제언 사항이 있는지에 대해서도 대상자들에게 질문할 계획이었다. 본 연구의 대상으로 참여한 의사들의 어떠한 특성 (예: 진료과, 성별, 흡연유무 등)이 인터뷰 상에서 제시한 의견과 어떠한 연관성을 갖고 있는지에 대해서도 파악할 계획을 세웠다. 예를 들어, 개별 의사들이 속한 진료과, 의사 스스로 보유한 흡연에 대한 사고방식,

흡연 경력, 의사의 연령대, 소속된 병의원과 관련된 특별한 사항 등이 주요 변인으로 작용할 수 있을 것으로 예상한 것이다. 의사들의 판단에 근거한 본 정책에 대한 정향성 (Policy Orientation) 및 위 사항들을 탐구하기 위한 구체적인 질문 사항들은 아래와 같이 선정하였다.

건강정책의 궁극적 지향점이 사회 구성원의 건강증진이라고 했을 때, 과연 구성원의 1) 건강유지와 관련, 어떠한 주체에게 책임성을 부여해야 하는지에 대한 질문, 2) 건강증진에 있어서의 일선 의사의 역할과 책무, 그리고 3) 건강정책 파트너로서 정부에 대하여 의사들은 어떤 의견을 가지고 있는지 등을 파악하고자 하였다. 그 다음, 구체적인 금연정책 관련 사안을 질문하는 단계로서, 4) 현재 실시 중인 의료기관 및 의사 중심의 금연치료 사업에 대한 의견, 5) 본 정책이 성공적으로 정착하기 위한 제언 등에 대한 질문을 계획한 것이다. 마지막으로, 과연 6) 금연에 있어서 의사가 담당할 수 있는 역할과 책무는 무엇인지, 더불어 현재 정부가 기획하여 7) 의사들에게 활용하도록 규정하고 있는 상담 매뉴얼 등 구체적인 금연치료 프로세스에 대한 의견들을 질문하고자 한 것이다.

4. 연구방법

1) 연구방법의 개요

본 연구는 질적 연구방법 (Qualitative Research Method)을 활용하였으며, 구체적인 유형으로는 심층 인터뷰 (In-depth Interview)를 시행하였다. 인터뷰 등 질적 연구는 현상을 수량화하는 양적 연구에 비해, 개인의 경험 및 생각을 더욱 구체적으로 파악할 수 있는 장점이 있는 것으로 알려졌다 (Bryman 2011). 다수의 연구자에 의하면, 질적인 연구방법은 개별 사회 구성원들이 특정한 현상이나 사건에 부여하는 의미 등을 밝혀내고자 할 때 적절한 것으로 판단되는 연구방법으로서 (Bryman 2011), 본 연구와 같이 개별 의사들의 경험과 평소 시각을 바탕으로

건강정책이라는 일련의 현상들을 받아들이고 업무에 어떤 방식으로 소화하고 있는지에 대한 의견을 청취하기 위해 적절한 방법이라고 생각하였다.

심층 인터뷰에 활용된 구체적인 프로토콜은 위에서 설정한 연구문제와 관련 선행연구, 병의원 중심의 금연정책에 대한 최근 언론보도 내용 등을 참고하여 도출하였다 (표3). 반 구조화된 (Semi-structured) 프로토콜로 사용되었으며, 개별 대상자인 의사들의 다양한 여건 (예: 인터뷰 중단, 특정 주제에 대한 추가논의 요구 등)에 따라 일부 내용들은 질문이 불가능한 경우도 발생되었다. 인터뷰에 참여하는 대상자는 가급적 다양한 시각을 제공할 수 있는 의사들로 섭외할 계획 하에 진행하였으며, 국가의 지원을 받아 금연치료센터 등이 설치된 대형 병원의 의사, 국가 지원에 의한 센터가 아닌 특정한 진료과를 중심으로 금연치료가 이루어지고 있는 병원의 봉직의, 금연치료를 개별적으로 신청하여 교육 수료 후 현재 운영 중인 의원급 종사 의사 등 진료 유형 등에 있어 다양한 의사들이 인터뷰 대상자에 가급적 포함될 수 있도록 편의 표집을 실시하였다. 최초 25인의 의사를 섭외하여 인터뷰 참여 의향을 타진하였으나, 최종적으로는 15인이 동의하여 인터뷰를 진행하고 종료하였다. 인터뷰 방식은 대면을 기본으로 요청하였으나, 전화 혹은 서면 인터뷰만 가능한 경우에도 인터뷰를 진행하였다. 가급적 동일한 질문이 모든 대상자에게 주어진 다음 응답할 수 있도록 최대한 노력하였으며, 결국 대면 인터뷰, 전화 인터뷰, 서면 인터뷰 등 세 가지의 데이터 수집 방식이 혼용되었다. 모든 데이터는 분석 전 전사되어 문서화하였으며, 형식이 동일해진 데이터를 대상으로 연구자가 반복적인 분석을 실행하였다. 의사들 대상 인터뷰의 진행 기간 및 도출된 데이터에 대한 분석 기간은 2017년 3월을 기점으로 약 7개월 간 수행되었다.

표3. 반 구조화된 (Semi-Structured) 인터뷰 프로토콜 내용

문항번호	인터뷰 질문 주요 내용
1	건강에 대한 책임성 (개인, 사회 등), 금연에 대한 책임성 관련
2	환자와의 관계성, 질병치료에 있어서 의사의 역할
3	보건의료 사안 (금연 포함)에 대한, 정책 파트너로서의 정부에 대한 의견
4	흡연은 질병, 치료는 금연 등 정부의 금연정책 기조에 대한 의견
5	병의원 (의사) 중심 금연정책의 장기적 성공을 위한 제언
6	금연치료 과정에 있어서 의사의 역할, 책무, 범위 등
7	금연치료에 사용되는 개별 차트, 행정 절차 등에 대한 의견

* 위 질문 사항 외에 대상자의 성별과 연령대, 진료과 및 전문분야, 흡연상태 등에 대한 정보 요청

2) 연구 참여자

본 연구의 대상으로 선정되기 위한 첫 번째 요건은 의사 면허의 소지였다. 반드시 인터뷰 섭외 시점에서 의사 면허를 소지한 사람임을 확인하는 과정을 거쳤으며, 인터뷰를 위한 모집단으로 설정한 것이다. 심층 인터뷰 기법을 활용하는 만큼, 가급적 본 연구의 핵심 사안과 관련하여 다양하고 본질적인 시각과 구체적 사항에 대한 정보 및 견해를 경험을 통해 제공할 수 있는 의사들을 섭외함을 원칙으로 하였다. 임상 경험의 깊이가 있거나, 현재 임상을 진행하고 있는 의사들 가운데 대상자를 선정하는 것을 기본으로 하였다. 이처럼 대상자 섭외에 원칙을 설정한 이유는 본 연구의 핵심 사안이 의사에 의한 금연 치료이므로, 직간접적으로 진료실을 경험한 의료 인력들을 통해 전체적인 상황을 파악하는 것이 가장 효율적일 것이라는 판단에 근거한 것이다. 현재 흡연치료를 진행하는 주요 진료과는 가정의학과, 내과, 이비인후과 등인 것으로 파악되었으며, 이외에도 병의원 중심의 치료를 통상적으로 진행하는 진료과이면서 참여 의사를 밝힐 경우 대상으로 선정함을 원칙으로 하였다. 또한 전통적으로 금연과 중독 사안 등에 있어서 중요한 역할을 수행한 진료과로서, 치과와 정신건강의학과 의사들도 모집단에 포함시켰다. 의사면허를 보유하고 있으나, 현재 예방의학 등의 전문 분야를 선택하여 현 시점에서 임상을 실시하지 않는 의사들도

대상이었다. 이는 예방의학 연구자들이 특히 본 연구의 주제인 금연, 흡연 예방 및 의사들의 금연치료 관련 다양한 방면에서 활발한 연구 활동을 수행하고 있는 전문가 그룹임을 주요 근거로 한 것이다 (김혜경, 박지연, 권은주, 최승희, 조한익 2013). 인터뷰에 참여할 대상자에 대한 선정은 편의표집 (Convenient Sampling)과 눈덩이 표집 (Snowball Sampling)을 혼용하여 적용하였다. 최초 섭외된 개별 의사에게 본 연구의 취지를 설명한 다음, 가능한 다양한 시각을 수집할 수 있는 의사들을 상황에 맞게 요청한 것이다. 즉, 1차, 2차 의료기관 재직 중인 의사, 그리고 3차 의료기관 의사 등을 모두 인터뷰에 포함시키려는 노력의 일환이었다. 마찬가지로, 가능하다면 금연치료를 진행하고 있는 다양한 진료과에 소속되어 있는 의사들을 인터뷰 대상으로 우선적으로 선정하고자 하였다. 이 같은 과정을 통하여 선정, 인터뷰를 진행한 의사는 총 15인 이었으며, 개인적 특성은 결과 부분에 정리되어 있다.

3) 데이터 수집

위에서 언급한 바와 같이, 본 연구는 질적 연구방법을 적용하였으며 구체적인 형식은 심층 인터뷰의 기획 및 진행이었다. 반 구조화된 (Semi-Structured) 프로토콜을 작성하여 인터뷰에 임하였으며, 대상자인 의사에게 대략의 주제를 설명한 뒤 인터뷰 동의를 요청하였다. 인터뷰에 동의할 경우, 녹음 허락 여부를 질문하였으며, 대상자의 요구를 수용하여 녹음 혹은 직접 필사, 노트북을 활용한 메모 작성 등의 방식을 활용하게 되었다. 기본적으로, 질적 내용분석 방법은 탐구하고자 하는 현상에 대한 지식과 이해를 직접적으로 획득하기 위해 사용하며, 특히 탐구하고자 하는 주제와 관련된 문헌이나 기존 이론이 부족한 것으로 판단될 때 사용하면 더욱 효과적인 것으로 알려져 있다 (정연옥, 박용익, 박성철, 진정근, 백승주, 이해용, 이지연, 박순영, 이정우, 석소현 (2014).

연구 참여 대상자들의 태도나 가치관, 그리고 행동이나 태도에

미치는 영향 등을 귀납적인 방법에 의거하여 고찰함을 목적으로 하는 이 같은 분석방법은 (Hsieh & Shannon 2005), 비교적 최근에 도입된 병의원 중심의 금연정책 시행 과정에서 가장 주체적인 역할을 수행하고 있는 것으로 가정되는 일선 의사들의 견해를 고찰하기 위해 적용할 수 있는 합리적 방법 중 하나라고 판단하였다.

4) 데이터 분석

데이터 분석에 있어 첫 번째 단계는 의사 대상 심층 인터뷰를 통하여 확보된 자료의 전사 작업 (Transcription)이었다. 본 연구에서는 의사 개개인의 동의 수준에 따라 녹음과 필사, 메모 등을 혼용할 수 밖에 없었으며, 기록 형태가 상이한 결과물 들을 모두 동일한 형식으로 전사하는 작업은 분석에 있어 필수적인 순서였다. 모든 전사 작업은 인터뷰가 종료된 이후 1주일 이내에 실행되었으며, 전사된 모든 파일은 해당 인터뷰가 시행된 순서에 따라 일련번호를 부여하는 한편, 번호에 근거하여 연구자의 개인 컴퓨터에 보관하였다. 이는 생명윤리심의위원회 IRB 요청 시 약속한 사항이었으며, 준수하였다.

전사된 일체의 자료는 분석을 위해 부여된 일련번호와 함께 연구자가 검토를 시작하였으며, 다수의 연구에서 활용되어 타당성을 검증받은 것으로 알려진 Strauss와 Corbin (1998)이 제안한 질적 데이터 분석 방법을 활용하였다. Strauss와 Corbin (1998)의 질적 자료에 대한 코딩 방법은 크게 3단계로 수행되는 것으로 알려져 있으며, 개방코딩 (Open Coding)과 축 코딩 (Axial Coding), 그리고 선택 코딩 (Selective Coding)의 순차적 단계로 수행함을 추천하고 있다. 결국 개별 코딩 단계의 목적은 인터뷰를 통해 확보된 다량의 자료들을 축소하는 한편, 파편화된 자료들 사이에 존재하는 공통점과 차이점들을 근간으로 재배치하거나 구조적으로 정리해내는 것이라고 하겠다. 하지만 단순히 자료의 크기를 축소하거나, 정리하는 과정만이 코딩의 핵심적 지향점이라고 할 수는 없으며, 자료를 더욱

복잡하게 분류하여 발언의 의도를 탐색하거나 다시 구조화 하여 분류해 보는 등의 과정을 반복함으로써, 연역적 목적을 배제하는 질적 연구의 의의를 구현하게 된다는 것이다 (Strauss, Corbin 1998).

먼저, 개방코딩은 인터뷰를 통해 수집된 일련의 발언들을 대상으로, 분산된 상태의 정보들 사이에서 일정한 범주 (Category)를 1차적으로 추출하는 목적을 가지고 있다. 개방코딩은 ‘Open coding’으로 번역되며, 말 그대로 다양한 발언에서 공통적인 성질을 추출하여 표상과 관념, 심상 등을 참고로 일정한 숫자의 추상적 개념을 상징, 최초로 명문화 (Labeling) 하는 과정이라 할 것이다 (이종규 2006). Strauss와 Corbin은 개방코딩의 정의와 관련, 원 자료를 조각내는 과정에서 특정한 범주는 자연스럽게 생성되며, 생성된 범주에 구체적으로 어떠한 개별 요소들이 포함될 수 있을지 등에 대하여 지속적인 검토를 시행하는 단계라고 한 바 있다. 개방코딩의 핵심은 수집된 모든 자료들을 세밀하게 검토하면서 자료를 통해 발견된 일정한 사안들과 사건, 연구 참여자 (대상자)의 감정 등에 집중하여 중요 내용을 분별한 다음 그 의미를 충분히 담아낼 것으로 판단되는 언어로 요약하여 개념을 구성하는 것이다. 이 같은 개념이 바로 범주 (Category)로 표현된다고 할 것이며, 편의상 본 연구에서는 개방 코딩을 거쳐 형성된 범주를 하위 범주라고 칭하였다.

개방코딩을 통해 추출된 하위 범주들은 분석의 2단계인 축 코딩 (Axial Coding)의 과정을 거치며 더욱 구조화 된다. 축 코딩의 가장 중요한 목표는, 앞서 진행된 개방 코딩 과정에서 분산되어 있던 범주들을 최대한 조직화하는 데 있다고 할 것이다. 궁극적으로는, 개방 코딩 과정에서 형성된 하위 범주들을 다시 한번 면밀하게 검토한 다음 유사하게 코드화된 개념들을 통합하는 노력을 거쳐야 한다는 의미이다. 이 같은 과정을 통하여 개방 코딩에서 제시된 범주들의 수를 줄여가는 결과를 얻게 된다. 축 코딩의 단계를 거쳐 형성된 범주를, 본 연구에서는 편의상 상위범주라고 명명하였다. 축 코딩 결과 형성되는 범주는 연구자들에 따라 개념적

범주라고 칭하는 경우도 존재한다 (김영천 2013). 축 코딩은 결국 개방 코딩을 통하여 확보된 범주들의 연관성을 중심으로 재차 검토의 과정을 수행하여 상위 단계의 개념을 형성하는 과정이라고 볼 수 있겠다.

최종적 코딩 과정은 선택 코딩 (Selective coding)으로 알려져 있다. 선택 코딩은 ‘핵심적’ 범주를 연구자가 선택하고, 핵심 범주와 비 핵심 범주로 판단되는 다수의 범주들을 반복적으로 비교하는 과정에서 결국 범주들 간의 관계성을 마지막으로 확인하는 과정이 핵심적인 관건이다. 이 같은 과정에서, 당연히 일부 비 핵심 범주는 핵심 범주로 편입되거나, 독립성을 유지하기도 할 것이다. 선택 코딩에서 가장 중요한 과업은 일체의 자료를 전체의 맥락으로 이해하는 것이며, 핵심 범주로 추출된 사항에 대하여 집중적인 해석이 이루어지는 과정에서 자칫 간과될 수 있는 본질적 이유 등에 대한 탐구를 수행한다고 하겠다.

위와 같은 복수의 코딩 과정을 거치게 되면, 결과를 유보하고 인터뷰 등을 통하여 수집된 자료들을 연구대상으로 삼아, 지속적인 분석과 구조화를 반복하며 중심적 패턴을 확인하는 성과를 얻을 수 있다. 이 같은 해석적 접근은, 데이터를 통해 구현된 행동에 대한 양상을 합리적으로 해석할 수 있게 한다. 이 같은 탐구 방법은 인과적 관계를 판단할 수 없다는 한계가 있음에도 불구하고 (Thompson, Locander, & Pollio 1989), 연구에서 고찰된 다양한 상황들을 그 자체로 해석할 수 있는 이론적 배경을 발견할 수 있게 하는 장점을 가지는 것으로 연구자들은 밝히고 있다.

2015년 이래 국내에서 시행되고 있는 병의원 중심의 금연치료 사업을 비롯, 건강정책 전반에 관하여 일선 의사들이 인터뷰를 통해 전달하는 시각들을 검토함으로써 정책 시행의 핵심 주체로서의 의사들이 본 사안에 대해 보유하는 다양한 정향성 (Policy Orientation) 내용을 수집 및 분석할 수 있을 것으로 예상하였다.

5) 인터뷰 경과 사항 및 개방코딩 (Open coding) 개요

섭외된 의사들을 대상으로 진행하는 심층 인터뷰는 2017년 3월 둘째 주에 최초로 진행되어, 약 7개월 후인 10월 첫째 주에 최종 인터뷰가 마무리되었다. 인터뷰에 활용된 질문 사항은 앞서 기술한 연구문제들의 구체적 내용, 관련 선행연구, 언론에서 논의된 주요 사안 등을 중심으로 반구조화 (Semi-Structured) 하였음을 이미 밝혔으며, 특정 시간 등 인터뷰 대상자의 개별 여건 등에 따라 일부 항목들은 일부 대상자들에게만 질문되는 상황도 일부 불가피하였다. 반구조화된 인터뷰 프로토콜을 사용하게 되면서, 인터뷰 대상자 모두에게 전적으로 일치하는 문항들만 주어진 것은 아니었다는 의미가 되겠다. 하지만 상정한 연구문제 및 프로토콜을 통하여, 본 연구에서 가장 기본적이고 핵심적인 탐구사항으로 설정한 사안들에 대해서는 공통적으로 질문하고자 노력하였다.

대면 인터뷰를 진행하는 과정에서 가급적 녹음을 통해 데이터를 수집하려고 하였으나, 일부 의사들의 경우 녹음을 매우 불편하게 느끼는 경우도 있었다. 이 같은 상황이 발생할 경우, 인터뷰 시 언급된 핵심적 내용을 지면을 통해 필기하는 경우도 있었으며, 노트북을 활용하여 상세한 메모를 진행하는 형태를 취하기도 하였다. 처음부터 전화 인터뷰만 가능하다는 의사들, 그리고 대면 인터뷰를 약속하였으나 추후 전화 인터뷰를 희망한 의사들을 대상으로도 공히 인터뷰를 실시하였다. 물론 전화 인터뷰에서도 대면 인터뷰에서 활용된 동일한 프로토콜을 활용하여 질문하였다. 전화 인터뷰의 경우 대상자 모두가 녹음을 허락하였다. 끝으로, 대면과 전화 인터뷰가 모두 불가하며 서면으로 인터뷰를 진행하고 싶다는 의사들도 일부 발생하였다. 이들에게도 동일한 프로토콜을 송부하여 각 질문 항목 별로 의견 개진을 요구하였다. 앞서 밝힌 바와 같이, 인터뷰에 참여한 의사들은 모두 15인이었으며, 연령대와 진료 과목 및 연차, 그 외 인구통계학적 특성들에 이르기까지, 인터뷰를 마친 시점에서 더욱 자세하게 파악된 대상자들의 정보들은 다음과 같다.

표4. 인터뷰 대상자의 상세 특성

	성별	연령대	진료과/전공	흡연상태	인터뷰 방식 및 녹음여부
의사1	남성	50대	가정의학	약 10년간 가볍게 흡연. 13년 째 금연	대면 녹음
의사2	남성	50대	가정의학	과거 11년간 흡연 후 금연. 27년째	대면 메모/필기 서면
의사3	여성	40대	내과	흡연하지 않음	메모/필기 서면
의사4	여성	40대	내과	비흡연	메모/필기 전화
의사5	남성	40대	내과	흡연하지 않음	녹음
의사6	남성	40대	가정의학	비흡연	녹음
의사7	남성	40대	예방의학	15년 흡연. 금연 중	녹음
의사8	남성	50대	예방의학	흡연한 적 없음	녹음
의사9	여성	50대	치과	비흡연	필기
의사10	남성	50대	이비인후과	비흡연	메모/필기
의사11	남성	40대	가정의학과	과거 약 5년간 흡연. 이후 비흡연	녹음
의사12	여성	40대	예방의학/ 보건학	비흡연	녹음
의사13	여성	40대	가정의학	비흡연	필기/메모
의사14	남성	60대	이비인후과	흡연 약 10년. 이후 간헐적 흡연	녹음
의사15	남성	40대	가정의학	흡연 약 15년. 이후 금연	필기/메모

녹음 후에는 파일을 활용하여 인터뷰 과정에서 등장한 모든 대화를 전사하는 과정을 진행하였으며, 대상자가 녹음을 거부한 상태에서 인터뷰가 진행된 경우 연구자가 현장에서 진행한 필사 및 노트북 활용에 의한 메모 등을 근거로 정보들을 정리하였다. 서면 인터뷰를 통해 수집된 정보들 또한 위 대면 및 전화 인터뷰 과정에서 확보된 정보들과 동일한 형식으로 정리하여 통합된 결과를 정리하였다. 일단 일체의 질적 데이터가 수집된 후, 연구자의 1차 검토가 진행되었으며, 검토 과정에서 대상자들의 의견 개진과 함께 현저하게 반복되거나 중요하다고 판단되는 사안들을 동일한 연구방법을 적용한 선행연구들을 참고 (정다솔 2015), 아래와 같이 정리하여 특정 하위범주 아래에 배치시켰다. 이는 다수의 질적 연구에서 1차적 분석 단계로 활용하는 개방코딩의 방식이다 (김영천 2013). 아래의 표는 개방코딩 과정에서 추출된 총 11개의 하위범주와 각 하위범주에 해당된다고 판단되는

개별 의견들을 정리한 결과이다. 개방코딩 단계에서 추출한 하위범주들은 특성을 파악, 앞서 선행연구를 통해 의사들의 심층 인터뷰에 결과에서 관찰될 것으로 판단된 1) 책무성 (Accountability) 관련, 2) 거버넌스 (Governance) 관련, 그리고 3) 정책 성공을 위한 구체적 전략들 (Strategies) 가운데 하나의 개념을 활용하여 분류해 보았다 (표5).

표5. 개방코딩 경과 사항

순 번	추출된 하위범주	인터뷰 대상자를 통해 수집된 구체적 발언 및 설명	주제에 대한 개념화
1	흡연은 질병이며 의사의 치료는 필수적	“당연히 흡연은 질병. 의과대학에서 이 같은 전제로 공부함. 질병을 치료하는 것은 너무나 자연스러움” “금연을 위해서는 <u>의료적 치료가 가장 효과적</u> 이라는 근거 기 반 연구가 많음”	<u>책무성</u> (Accountability)
2	건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재	“건강은 무엇보다 개인이 조심해야 함. 하지만 관련 사항에 대해 교육 및 홍보 필요. 질병의 종류에 따라서도 다름. <u>국가 차원에서 국민들이 건강할 수 밖에 없는 시스템 구축 중요</u> ” “금연을 개인의 문제로만 간주하는 것은 무리. 반드시 <u>사회 전체가 노력해야 하는 중대한 사안</u> ”	<u>책무성</u> (Accountability)
3	정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 관건	“금연치료에 참여하지 않는 의료인도 다수. <u>각종 행정 절차 등이 더욱 간단해질 필요 있음</u> ” “흡연자 <u>상담에 대한 성과 및 평가는 현재 전혀 질적인 고려 가 되어 있지 않음.</u> 횡수와 금연 성공에만 머물러 있음” “의사 혹은 <u>의료기관에 주어지는 보상이 더욱 현실적이어야 함.</u> 예를 들어, 환자마다 금연상담에 난이도가 존재함에도 불 구하고 차별성 인정하지 않음”	<u>정책성공을 위한 전략</u> (Strategies)
4	의사는 환자와의 시간적, 질적 소통에 더욱 노력해야 함	“환자와의 자유로운 의견 교환과 개방형 결정과정이 중요. <u>의사와 환자의 관계 형성이 건강증진 효과에 영향을 줄 수 있음</u> ” “최근 의과대학에서 커뮤니케이션 과목을 개설하여 강의하고 있음. <u>역할 설정에 의한 Role Playing도 중요 교과 내용임</u> ”	<u>책무성</u> (Accountability)

		“ <u>의사는 금연에 있어 중요한 상담자이며 조력자. 환자 스스로 역량을 강화하고 자긍심을 높일 수 있는 교육 필요</u> ”	
5	일반진료에 금연상담 및 치료 포함할 필요	“공단 일반검진, 각 병원 초진 등 <u>의사의 많은 진료 상황에서 금연상담을 의무로 해야 한다고 생각 (5A 활용 등)</u> ” “ <u>상담 후, 경우에 따라 금연치료에 특화된 의사에게 연결할 필요도 있음</u> ”	정책성공을 위한 전략 (Strategies)
6	의료공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시	“초기보다 개선되었지만, <u>일반 환자보다 의사가 투입해야 하는 노력 수준 여전히 높음</u> ” “ <u>개별 환자들에 대한 상세하고 효과적인 개입을 위해서는, 현재 금연치료 시 의사가 진행해야 하는 업무를 더욱 간소화 시켜야 함</u> ”	거버넌스 (Governance)
7	보건정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 장치 등 필요	“보건 관련 정책 실시를 위해 의사들과 의견을 교환하는 것은 사실. 하지만 <u>대다수의 의사들은 소외되지 않나</u> 생각함” “ <u>정부가 논의의 대상으로 설정하는 전문가 그룹은 상당히 제한적이라고 생각.</u> 개별 정책의 특정한 이해 관계자와의 소통은 대단히 부족”	거버넌스 (Governance)
8	국민들 대상, 지속적 홍보활동	“정부가 요구하는 조건을 충족할 경우 <u>개인이 금연치료에 부담하는 비용이 무료임을 더욱 폭넓게 알려야 함</u> ” “ <u>금연치료가 가장 효과적인 금연방법이며, 치료 진행 시 너무나 미미한 비용만 소요된다는 사실을 대중에게 지속적으로 알릴 필요</u> ”	정책성공을 위한 전략 (Strategies)
9	상담료의 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계해야	“ <u>장기적으로는, 금연치료에 있어 상담의 건수보다는 상담의 양과 내용 등이 중요시되어야 한다고 생각.</u> 이에 대한 보상도 체계화 될 필요 있음” “ <u>상담에 대한 시간, 질적인 판단에 근거한 보상이 시행될 경우 일부 의사들의 도덕적 해이 가능성.</u> 이에 대한 보완도 필요”	책무성 (Accountability)
10	의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육	“ <u>(의사를 위한) 금연치료 교육 이수</u> 는 숫자가 중요하지 않다고 생각. 결국 하루도 되지 않는 시간 동안 특별한 성과가 있을 것으로 판단되지 않음”	거버넌스 (Governance)

		<u>“모든 의사들이, 동일한 수준에서, 동일한 시각으로 금연치료를 진행할 것(?)이라는 것은 정부의 편의적 발상일 뿐”</u>	
11	봉직의, 개원의 등 의사의 현실을 고려한 전략 필요	<u>“봉직의와 개원의는 금연치료 사업에 대하여 대단히 다른 시각을 가질 수 있음. 의료기관에 부여하는 ‘금연치료 우수’ 타 이들은 의사 개인에게는 중대한 동기부여 될 수 없음”</u> <u>“의사의 입장에서, 금연치료 환자는 다양한 측면에서 여타 환자들에 비해 중요성을 갖기 힘든 현실임”</u>	정책성공을 위한 전략 (Strategies)
12	의사 그룹 스스로에 대한 비판과 자성	<u>“건강정책에 대한 이해도가 낮거나, 무관심한 의사도 많지 않을까 생각됨”</u> <u>“의사신문 등을 통해 설문을 돌리는 방법 등 의사그룹 내 소통이 절실하지만, 거의 없는 것으로 생각됨”</u> <u>“정책에 참여하는 의사와 임상 의사들 간 반목이 분명히 있음. 서로 이해하기 힘든 측면 다수”</u>	거버넌스 (Governance)

5. 연구 결과

1) 개방 코딩 (Open coding) 결과

(1) 흡연은 질병이며 의사의 치료는 당연함:

책무성 (Accountability) 측면

정부는 2015년 2월 병의원 중심의 금연치료 사업이 시작되는 시기에 즈음하여 대 국민 홍보용으로 금연관련 공익광고를 제작하여 방영하기 시작하였다. 물론 포스터 등 인쇄광고를 비롯한 다양한 홍보매체가 동일한 접근 하에 진행된 것이다. 일련의 홍보물에 공통적으로 반영된 중심 주제는 “흡연은 질병입니다. 치료는 금연입니다!” 였으며, 핵심 테마를 전달하는 구체적 헤드라인은 “폐암주세요” “뇌졸중 주세요” 등 이었다. 결국 담배를 사서 소비하는 행위는 실제 질병을 구매하는 것과 동일한 이치라는 점을 극화하여 표현한 것으로 생각된다.

위 설명한 논리 하에, 결국 소비자들에게 최종적으로 전달하고자 한

보건복지부의 메시지는 “흡연은 질병, 치료는 금연. 가까운 병원에서 금연치료/상담을 받으세요!” 였다. 흡연이 중독이 매개가 되는 명확한 질병임은 이미 학계에서는 새로운 이야기일 수 없겠으나 (백경신, 권영숙 2011), 공적으로 국가 기관이 제작하여 공표하는 대중적 수단에 질병으로 명시되는 사례는 처음이었던 것으로 판단된다. 보건복지부는 대 국민 홍보물을 통해 인식개선을 위한 메시지만 감정적으로 확산시킨 것이 아니라, 실제로 금연치료 사업에 참가할 의료기관을 선정하는 등, 정책을 구현하는 조치를 동반하여 시행하였다. 금연치료 사업에 등록된 의료기관에 대해서는 이전에 존재하지 않았던 편익을 부여하는 관련 정책도 전격적으로 실시한 것이다 (연합뉴스 2017).

이 같은 정책 실현에 대하여, 본 연구에 참여한 대부분의 의사들은 기본적으로는 찬성과 환영의 의사를 표명하였으며, 이제라도 명확히 흡연은 질병이라는 개념 자체를 전 국민적으로 각인시키는 시도는 대단히 바람직한 결정이었음을 피력하는 것으로 관찰되었다. 일부 보도 등에 의하여 제기된 과도한 의료화 사안과 관련해서는 전반적으로 동의하지 않는 것으로 나타났다. 물론 의사들을 포함, 사회 각계의 구성원이 그런 시각으로 판단할 수도 있다는 가능성을 인정하기는 하였으나, 자신을 포함해서 대부분의 의사들은 이미 의과 대학에서부터 흡연을 질병의 측면에서 학습하였으며, 이와 관련된 학술 논문도 일반화될 만큼 다수라는 사실을 강조하기도 하였다. 흡연이 질병이라면, 당연하게도 의사와 의료기관이 흡연을 치료하고 금연의 성공을 이끌어낼 수 있도록 상담과 약물을 처방하는 것은 언급이 불필요할 만큼 자연스러운 논리라는 발언들이 관찰된 것이다. 이 같은 의견을 나타낸 대표적 발언들은 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.” (의사11)

“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.” (의사8)

위 발언을 한 의사8은 인터뷰 진행 중 ‘의료화’ 라는 개념을 연구자가 제시하기 전 최초로 언급하였다. 일단 흡연이 질병이라는 등식과 관련해서는 아마도 의사라면 대부분 쉽게 동의하는 지식의 차원일 것이라는 의견을 다시 한번 강조하기도 했으며, 이와 관련된 학술 논문이 다수라는 사실을 환기시켰다. 더욱 인상적이었던 사항은 담배는 ‘기호 식품’이라는 대단히 뿌리 깊은 고정관념을 약화시키기 위한 중요한 출발이었다고 이번 정책의 방향성을 높게 평가한 점이었다. 우리나라의 흡연율이 지난 수년 간 약간의 하락폭은 있었으나, 가격 및 비가격 정책의 시행에도 불구하고 여전히 높은 수준을 유지하는 이유로 대중이 담배 및 흡연에 대하여 여전히 보유 중인 긍정적 이미지 혹은 중립적 이미지에 대한 지적이라고 판단되었다. 또한 의사들은 일부 존재할 수 있는 본 정책에 대한 부정적 이미지에 대한 우려에 대해서도 간헐적으로 언급하였다. 흡연 자체를 질병으로 규정한다는 것에 대하여 다양한 계층에서 비판이 존재할 수도 있음을 예상한 것이다. 하지만, 의사 집단 내부에서 소위 ‘의료화’ 등의 비판이 있을 수 있다는 생각은 하지 않는 것으로 관찰되었다. 의료화 (Medicalization)는 사실상 일반인들에 의해 통상적으로 사용될 수 있는 용어는 아닐 것으로 판단되지만, 인터뷰에 참여한 의사들의 경우 이 같은

의료화와 관련된 비판이 흡연자 혹은 흡연 옹호 그룹 등에서 제기될 수 있는 시각일 수 있음을 지적한 것으로 생각된다. 의료화 (Medicalization)는 다양한 연구자들에 의해 논의되어 온 중요한 관련 개념이며 (정의철 2010), 예전에는 의료기관 및 의료인의 관여도가 낮았던 사항들이 다양한 원인에 의해 편입되어 관련성이 높아짐을 의미하는 용어로 볼 수 있다. 예를 들어 출생과 죽음 등이 이루어지던 공간은 전통적으로 가정이었으나, 최근에는 거의 모든 출생과 죽음이 병원의 관리 아래 진행되는 현상을 의미할 수도 있다. 일부, 우리나라에서 진단율이 높은 갑상선암이나 과잉행동장애 (ADHD)를 의료화 현상으로 파악하고 논의하는 사례도 있었던 것으로 파악된다.

본 연구에서 진행된 인터뷰에 참여한 의사 13명은 현재 금연치료에도 참여하지 않고 있었으며, 본 정책에 대하여 여타 참가자들에 비해 거의 유일하게, 부정적인 시각의 정도가 상당했다. 그는 아래와 같은 발언과 함께, 본 정책은 비판의 여지가 많은 사안이라는 의견을 밝혔다. 의료화의 개념에 동의하기도 하였다.

“저는 기본적으로 부정적 시각입니다. 여타 사안들처럼... 아까 말씀하신 그런 일들요. 저는 이번 것도 의료화의 맥락으로 전이될 가능성이 높지 않을까 봅니다.” (의사13)

하지만, 앞서 언급하였듯, 인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은 본 정책에 대하여 당연한 귀결이라는 시각을 밝혔다. 비교적 구체적인 논거를 활용하는 경우도 있었다. 즉, 국내외 문헌에서 금연 성공률에 가장 주요하게 기여하는 변인은 의사가 주도하는 약물적 치료이며, 니코틴 등 중독물질이 활발하게 작용하는 상황을 억제하고 금연이 가능하도록 만들 수 있는 가장 중요한 시스템이라고 역설한 것이다 (Ranney, Melvin, Lux, McClain, and Lohr 2006). 또한, 이 같은 논의의 강화를 위해 산부인과의 본격적 도입이 결국 산모 사망률 저하로 이어진 사례를 언급하기도 하였다. 도입 당시에는

반대 시각도 만만치 않았던 사안이지만, 결국엔 성공적 결과로 이어지고 있다는 것이었다. 결국, 공공적 이익에 부합하고 대의에 맞는 ‘의료화’는 의료화라고 정의하는 것 자체가 무리일 수 있으며, 궁극적으로 사회 구성원들의 건강증진을 위한 필수적 요소일 수도 있음을 주장했다고 볼 수 있다.

“흡연 문제에 의사와 의료기관이 개입하는 것은 니코틴 중독에 의사가 개입 할 수 밖에 없는 측면이 있기 때문입니다. 충분히 정당화 될 수 있다고 생각합니다. 저는 긍정적 시각을 가지고 있구요. 참고로 산부인과와 산모 사망을 저하 이야기를 해드리죠.” (의사7)

(2) 건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재. 금연도 마찬가지:

책무성 (Accountability) 측면

의사와 금연정책과 관련된 사안을 인터뷰하는 과정에서, 더욱 근본적인 주제를 먼저 논의했다. 연구문제와 인터뷰 프로토콜에 명시되었던 것처럼, “건강은 개인의 책임인가, 사회적 책임인가?”에 대한 기본적 시각을 질문한 것이다. 해당 주제에 대한 다양하고 의사마다 상이한 시각을 인터뷰 대상자들로부터 청취할 수 있었다. 사실 건강에 대한 책임성은 근대 사회에 진입한 이래 반복적으로 논의되어 오는 중요한 주제라고 할 수 있으며 (김철환 2009), 어떠한 사회를 막론하고 활발하게 논의되는 핵심적 사안이라 할 수 있다 (WHO 2008). 개인의 건강 상태가 순조롭게 지속되지 않을 경우, 책임은 거의 온전하게 해당 개인에게 귀결된다는 시각이 존재하는 반면, 특히 보건학적 측면을 강조하는 시각에 의하면 건강에 대한 결과는 반드시 대승적인 접근에 의해 사회적 책임성, 사회 구성원 전체의 협업 등에 방점을 두고 논의해야 한다는 의견도 다수의 사회에서 확대되고 있기 때문이다 (박순우 2011). 사실 어느 측면의 관점에 강조점이 부여되는가에 따라, 해당 국가 및 사회의 건강보험 구조 등 관련 정책의

시행도 대단히 상이해질 수 있으며, 보건의료 등 건강 관련 정책에 투입되는
재원도 크게 달라지는 것은 당연한 귀결이라고 할 수 있는 것이다 (이혜림,
정의준 2014). 일단, 본 연구에 참여한 의사 가운데 상당수는 건강은
궁극적으로 개인적 책임이자, 사회 전체의 책임으로 동시에 고려해야 한다는
의견을 피력하였다. 인터뷰를 통해 도출된 시각의 예는 아래와 같다.

*“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.” (의사3)*

이는 곧 WHO가 건강의 정의로 밝힌 사항들과 밀접하게 연관되어
있다고 판단된다. WHO가 내린 건강의 정의는 “Health is a dynamic state
of physical, mental, social & spiritual well-being”이며, 이는 건강을 육체적,
정신적, 사회적 웰빙 상태가 구현된 상태로 묘사하고 있음을 알 수 있다.
특히 이 가운데 사회적 차원의 건강이란, 개인이 지켜야 하는 좁은 의미의
건강만을 의미하고 있지는 않을 것으로 보인다. 개인이 담당해야 하는 건강,
의사가 담당해야 하는 건강의 영역, 그리고 사회 전체가 배경이 되어야
마침내 지킬 수 있는 궁극적 건강 영역 등이 포함되어 있다는 생각을 할 수
있다는 것이다. 본 연구의 인터뷰를 통해 의사들이 밝힌 시각 또한 사회
전반의 기초, 일반인들의 대체적 의견들과 크게 다르지 않을 것이라
판단되었으며, 발언들을 통해 확인되었다. 건강에 있어서, 가치 판단에 따라
정도의 차이는 있겠으나 개인의 책임과 사회적 책임이 공존하며 일정한
수준의 건강이 유지되기 위해서는 양자의 역할이 작동해야 한다는 결론으로
파악된다.

위 주제의 범위를 축소하여, 흡연 및 금연사안에 대한 책임성 문제를

언급한 발언들을 정리하였으며, 본 연구의 핵심인 금연 관련 주제에 대하여 더욱 구체적인 의견을 청취할 수 있었다. 인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은, 특히 금연 관련 사안에 있어서는 개인의 문제로만 치부할 수도 없고 불합리하다는 의견을 강력하게 피력하였다. 이는 현재 국가에서 진행되는 금연정책의 중심적인 기초, 즉 의료기관에 의한 적극적 개입과 국가의 관여 및 주도가 필수적이라는 입장과 동일한 맥락이라고 판단된다.

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

아래의 의견은, 왜 금연 문제가 사회 전체의 책임이자 중요한 사안으로 논의되어야 하는지에 대하여 더욱 현실적인 견해를 제공해 주고 있는 것으로 판단하였다. 국가에서 허가하는 적법한 제품인 담배가 국가의 승인 하에 적법하게 유통되고 있는 상황에서, 금연 관련 사안은 결코 사회에서 분리될 수 없다는 논리였다. 담배 제품의 유통과 판매, 마케팅에 대한 허술한 규제 등이 사회 구성원들의 금연의지와 흡연율 등에 중대한 영향력을 미치고 있다는 진단이었다. 따라서, 금연과 관련하여 가장 주요한 사회적 영향력을 가진 전문가 그룹, 즉 의사들은 반드시 이에 대한 중요한 역할을 담당해야 한다는 의견을 피력하였다.

“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.” (의사7)

인터뷰 진행 시, 논의된 내용은 개인의 건강과 관련하여 당사자인 개인의 책임인지, 아니면 개인을 둘러싼 배경, 즉 사회 전체적 요소들이 책임을 공유해야 하는 사안인지에 대한 사항이었다. 하지만 일부 의사들의 경우, 의사의 책임 의식을 더욱 강조하는 의견을 밝히기도 하였다. 의사들

내부적으로 개별 의료 소비자, 환자들에게 더욱 막중한 책임감을 자각해야 한다는 견해였다. 발언의 흐름을 판단해보면, 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 생각해요. 아마 의과대학 교육에서부터 강조가 필요하지 않나 싶습니다.” (의사3)

하지만, 일부 책임 의식의 결여 등이 관찰되는 상황이 발견된다고 하더라도, 병원 근무의 실제 현실에 대한 사항도 반드시 함께 파악해야 한다는 의견도 있었다. 아래 의사의 견해처럼, 대부분의 의사들이 너무나 제한된 시간 내에 다수의 환자를 진료해야 하는 상황이 계속해서 이어지고 있는 것이 중대한 배경 요인이라는 것이다. 실제로 관련보도에 따르면, 특히 3차 병원을 포함한 상급병원에서 환자 1인당 진료시간은 5분에 미치지 못하는 경우도 있을 만큼 심각한 상태였다. 이 같은 현실에서, 사실 의사의 책임성을 논한다는 것 자체가, 문제가 되는 사안에 대하여 시스템으로 접근하기 보다는 개인과 관련된 변수만을 지적하는 자세라는 의견이라고 판단되었다.

“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 입장에서든 대단히 어려운 현실입니다. 이 같은 상황에서 어느 정도까지 환자들의 이야기를 들어주고 상담할 수 있을지 근본적으로 의문이라는 것이죠.” (의사7)

위에서 제기된 사항은, 사실 금연치료와 관련해서도 너무나 직접적 연관이 있는 열악한 현실로 생각된다. 금연이라는 궁극적 목표는 대단히

중요한 사안이지만, 과연 목표를 달성하기 위하여 의사의 역할은 무엇이며, 어디까지인가에 대한 논의가 엄격하게 진행되어야 한다는 것이다.

의사의 역할과 관련하여 또 한 가지 중요한 변수는, 가급적 진료 환자의 숫자를 늘려야 하는 상황에서 굳이 기존의 환자보다 금연치료 환자를 진료하는 것이 의사 입장에서 선뜻 응할 수 있는 사안 인지에 대한 현실적 논의도 있어야 한다는 것이었다. 2015년 이후 간소화 과정이 지속적으로 이루어지고 있다고 하더라도, 개별 의사들은 병원 내 일반 환자 진료 때와는 다른 시스템으로 접근해서 차트를 작성, 상담 및 진료에 임해야 하는 것이 현실이다. 이 같은 상황에서 과연 의사들은 어떠한 선택을 할 것이며, 과연 국가가 원하는 금연치료 활성화에 대하여 얼마나 협조할 수 있을지에 대한 논의가 있어야 한다고 생각되었다.

(3) 정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 필요함:

정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면

위에서 언급한 바와 같이, 본 연구를 위한 인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은 정부가 전격적으로 실시하고 있는 병의원 중심의 금연치료 사업에 대체로 긍정적 시각을 보유하고 있었다. 약물 등의 치료와 의사의 개입이 가장 효과적 금연방법이라는 사실은 이미 다수의 관련 논문에 의해 보고되고 있으며, 이 같은 의사의 개입이 없이 단순히 흡연자의 의지 등으로 달성할 수 있는 금연 성공률은 미미하다는 사실도 의사의 적극적 개입에 대한 정당성을 부여하고 있었다. 하지만, 본 정책의 궁극적 성공을 위한 제언에 있어서는, 더욱 다양한 목소리를 청취할 수 있었다. 정책의 원칙에는 공감하고, 전반적으로 찬성하는 시각이었지만, 그럼에도 불구하고 개선에 대한 요구는 존재했던 것이다. 아래의 의견은 현재 약 1만 7천 개소에 달할 정도로 (2016년 현재) 증가되고 있는 금연치료 의료기관의 숫자에 비해, 아직 금연치료에 동참하지 않고 있는 의사들과 관련된 사항이었다.

“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).” (의사11)

위 의견을 밝힌 의사는 현재 금연치료에 참여하지 않는 상태였으며, 이는 곧 해당 기관에 금연치료를 위해 흡연자가 방문하여 상담을 받는다고 해도 정부가 제공하는 각종 혜택을 누릴 수 없다는 의미이다. 이런 경우 대체로 병원에서는 여타 의료기관을 소개한다거나, 본 의료기관이 금연치료 사업에 동참하지 않고 있음을 고지하는 것이 일반적이라고 하였다. 물론 본인 부담액이 많은 상태에서 금연치료 진료를 받을 수 있기는 하다. 이 같은 상황에서 위 발언을 한 의사11은 현재 금연치료 기관으로 신청하지 않은 의사들이 과연 어떠한 장벽을 느끼며 동참하고 있지 않은지에 대한 배경을 일부 제공한다고 볼 수 있겠다. 현재 정책 시행 초기에 특별히 이슈화 되었던 사항들, 즉 환자 정보의 입력에 대한 불편함, 상담료의 비현실적 책정 등은 정부의 지속적 개선으로 일정 부문 해결된 상태임에도 불구하고, 여전히 개선되어야 할 환경들은 여전히 관찰된다는 주장이었다. 국민건강보험공단은 의료기관, 그리고 일선 의사들의 의견을 지속적으로 청취하며 가급적 간단한 과정에 의해 금연치료를 진행할 수 있도록 시스템 준비를 실시하고 있다. 이 같은 노력은 연속적이어야 할 것이며, 대부분의 의사들이 만족할 정도가 되어야만 정부주도의 금연정책에 대한 파트너로서 적극적 활약을 기대할 수 있다는 시각이었던 것으로 해석된다.

다음은 금연치료 사업의 성과를 평가하는 방법에 대한 의견이었다. 현재 보건복지부는 각 의료기관에서 금연치료 사업이 진행된 일정 시점에서 의료기관의 성과를 평가, 우수기관으로 지정한다. 이는 곧 금연치료 사업 우수 수행기관으로서 국가가 인정하고 이와 관련된 혜택도 더욱 늘리겠다는 의지의 발현일 수 있다. 우수 기관은 관련된 예산 배정에서 각종 혜택이 주어질 가능성도 높아지며, 병원 대상 각종 평가에서도 높은 지수를 받을 수

있을 것이다. 하지만 이 같은 시스템에 대하여 일부 의사는 일선 현장의 상황을 충분히 고려하지 않은 평가 요소도 존재한다고 판단하기도 했으며, 개별 의사 입장을 반영하지 못한 피상적 행정이라는 의견을 밝히기도 하였다.

“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.” (의사14)

정책을 전체적으로 수행 및 관리하는 측면에서 본다면, 편의성을 무시할 수 없는 한계성이 존재하기는 하겠지만 본 정책에 대한 성과를 측정하는 방법은 위 의사11이 지적한 것처럼 지나치게 피상적인 측면도 존재하는 것으로 파악된다. 금연치료에 임하는 환자들, 즉 흡연자들의 단순한 숫자, 그리고 정부가 설정한 12주 간 2회씩 만나는 상황이 의료기관의 평가에 있어서 중요한 근거가 되는 것은 당연할 수도 있겠지만, 이처럼 수치로 파악되는 사항들에만 집중할 경우 개별 의사들이 환자의 상황에 따라 차별적으로 수행할 수 있는 노하우는 사실상 관측 불가 항목이 될 가능성도 있다는 지적이었다. 즉, 특정 의사가 특정 환자의 금연을 위해 비교적 긴 시간을 투자하여 상담을 진행, 소기의 목적을 이루었다고 가정할 경우, 개별 환자들의 용이성, 즉 금연이 쉬운 환자들과 어려운 환자들에 대한 구분은 전혀 성과에 반영될 수 없다는 점도 간과된 부분이라는 의미였다. 환자 당 1분이 걸릴 경우와 10분 이상이 소요되는 사례에서 통계로 잡히는 수치는 동일하다는 맹점을 지적한 사례였다. 아래 의견 또한 이 같은 불합리성을 지적한 것으로 보인다.

“제가 알기로는 아마 외국의 경우 시간이 얼마나 걸렸는지, 이 환자가 왜 금연 노력에 있어서 어려운 분인지 등등을 기록하고, 의사가 제공한 서비스의 결과 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 구조이지요. 불합리하다는 것이죠. 이럴 경우 의사들에게 도덕적 헌신 등만을 맹목적으로 요청해야 하는 걸까요?” (의사14)

성과에 대한 평가 문제도 있었지만, 의사나 의료기관에 대하여 인정하는 수가도 현 상황에서는 질적 서비스 제공에 대한 배려가 전혀 없는 영역이라는 의견도 있었다. ‘몇 건’ 등으로 표현되어 최종적 성과의 결과로만 기록된다는 의미가 되겠다. 의료는 공공적 목적과 절대로 유리될 수는 없으며, 공공재적 성격을 갖는 것도 당연한 사실이다. 하지만 이 같은 의료의 특수성과 관련하여, 정부에서 맹목적인 헌신을 요구하는 것은 본질적 해결과 정책의 궁극적 성공을 위한 방안으로 보이지는 않았다.

본 정책의 성공과 관련, 의사들은 스스로 느끼는 편의성의 정도와 더욱 현실적인 보상과 관련된 의견을 제시하기도 하였다. 하지만, 인터뷰에 참여한 일부 의사들은 담배를 끊기 위한 치료, 즉 금연을 위한 처치를 받기 위해 병의원으로 와야만 하는 일반 대중들에게도 더욱 강력한 형태, 효과적 전략에 의한 홍보활동이 이루어져야 한다는 의견을 밝히기도 하였다. 이는 곧, 아직도 다수의 흡연자들은 담배를 끊기 위해 의지만으로 가능하다는 생각을 가지고 있는 것이 현실이며, 실제 그 같은 믿음에 의해 흡연과 금연을 반복하고 있다는 안타까움의 표현이었다. 물론 2015년 2월 정책의 최초 시행 이래, 병의원에 방문하여 금연치료에 참여한 흡연자들의 숫자는 전반적으로 증가세를 보이고 있는 것은 사실이다. 국민건강보험공단에 따르면, 2015년 정책 시행 첫 해 병의원에 내원하여 금연치료를 받은 환자는 약 28만명 이었으며, 2년째였던 2016년에는 더욱 증가하여 33만명 수준으로 집계되었다. 하지만 보고에 따르면, 금연치료를 진행하는 의료기관들의 숫자와 금연치료에 성공하는 흡연자들의 숫자는 줄어들고

있다는 소식도 전해지고 있다 (연합뉴스 2017년 10월 6일, “금연치료 관심 높는데...병의원 11%만 흡연자 진료”). 물론 관련 수치의 변화는 있을 수 있을 것으로 판단되나, 다수의 흡연자가 금연에 대한 노력에 대한 우선적 방법으로써 정부가 시행하는 정책을 참고하게 되었음은 분명한 사실로 보인다. 하지만, 그럼에도 불구하고, 현재 다시 증가세로 돌아서고 있는 성인 흡연율 (한겨레 2017년 11월 6일, “도로 높아진 흡연율, 누굴 위한 담뱃값 인상이었나”)을 감안한다면, 더욱 늘어나야 한다는 명분은 설득력이 있어 보인다 (연합뉴스 2017년 10월 6일, “금연치료 관심 높는데...병의원 11%만 흡연자 진료”). 이는 담배가격 인상에 따라 확보된 세수로 가용한 예산이 여전히 남아있다는 언론의 지적도 궤를 같이 한다. 아래 의사13의 발언과 같이, 상당수의 대중들에게 담배는 여전히 본인이 강하게 마음만 먹으면 언제나 끊을 수 있는 사안으로 받아들여지고 있으며, 흡연을 질병으로 정의하는 핵심적 매개인 ‘중독’에 대한 사항을 심각하게 인식하고 있지 못하는 상황이 존재하는 것은 사실이다. 홍보가 필요한 또 한 가지 사항은, 정보 취약계층에 대한 지원이었다. 현재 일반인들이 주변의 금연치료 기관을 파악하기 위해서는 국민건강보험공단 홈페이지 혹은 어플리케이션을 활용하면 되지만, 정보 접근성에 취약한 노인계층 등을 위해 주변에서 더욱 빠르고 쉽게 금연치료 기관을 파악하고 도움을 받을 수 있는 시스템을 마련하고 홍보해야 한다는 지적을 한 것이다.

“ 사실... ‘약’ 을 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 높아진대거나 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.” (의사11)

(4) 의사는 환자와의 시간적, 질적 소통에 더욱 노력해야 함:

책무성 (Accountability) 측면

본 연구에 참여한 대부분의 의사들은, 금연치료를 포함하여 진료실에서 마주앉은 환자와 새로운 패러다임으로 접근하는 것이 시대적 흐름에 부합한다는 의견을 밝혔다. 과거 혹은 현재에 일부 존재한다고 판단되는 의사-환자 간의 경직된 관계, 감정적인 상하 관계 등은 환자의 치료라는 궁극적 목적을 달성하기 위해 필요하지 않다고 느끼거나, 이미 상당 부분 보기 어려워졌다는 발언도 이어졌다. 일단 의사는 환자와의 정확한 정보공유를 통하여 치료 과정에서 환자 및 가족들을 결코 소외시키지 말아야 한다고 지적하였다. 그리고 사실 상 대부분의 의사들이 이 같은 사항을 오래 전부터 적용시키고 있으며, 진료에 사용되는 시간이 짧다고 해서 반드시 소통이 미흡하다는 가정은 인정하기 어렵다는 의견도 제공해 주었다. 의사는 각자 축적된 노하우에 의해 진료 및 처치 시 반드시 환자와 의사가 함께 중요한 결정을 내릴 수 있는 환경을 조성하고 실천해야 한다고 강조하기도 했다. 이 과정에서 의사는 환자와 원활하고 효과적으로 소통할 수 있는 스킬을 반드시 보유하고 있어야 하며, 이는 일정 부분 훈련에서 비롯될 것이라는 의견도 덧붙인 의사도 있었다. 치료의 성과에 있어서 의사와 환자와의 소통이 중요한 사항임을 강조한 사례이다 (의사14).

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

(의사14)

위에서 잠시 언급했지만, 진료에 투여되는 물리적인 시간도 중요한 변수가 될 수 있음은 부정하기 어려울 것 같다는 판단이다. 기본적으로 환자와 대면할 수 있는 시간이 충분하게 확보되지 못한 상황이 일반적이라면, 이 같은 환경에서 소통이나 커뮤니케이션은 이상적인 사항일 수 밖에 없기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 환자와의 효율적인 대화는

너무나 중요하며 향후 치료 과정에도 중요한 영향을 미칠 것이라는 의견이 대부분이었다. 하지만 이에 반해 환자와의 소통 테크닉 숙련 등에 대한 과목은 의과대학에서 큰 비중을 차지하지 않고 있음도 알려주었다. 아래 의견은 본 사안과 관련된 매우 현실적인 상황을 전해주고 있다.

“모든 의과대학이 똑같지는 않겠지만, 의대에서 환자와의 소통이니 커뮤니케이션 같은 과목들이 있기는 해요. 실습도 분명히 있구요. 를 플레이를 하면서 교수가 직접 관찰하고 평가하는 경우도 있어요. 그 뭐라 그러나... 밖에서 관찰할 수 있어요. 실습을 실제로 해보는 거죠. 그런데 사실 학점이 높거나 그렇지 않는 것들로 기억합니다.” (의사14)

하지만, 최근 이 같은 소통의 중요성이 강조되고 있는 추세도 존재하며, 실제로 의사-환자 간 소통이 과거에 비해 상당히 다른 모습을 유지하고 있다는 의견을 밝히기도 하였다. 예전 일 방향적인 소통이 주를 이루었다면, 이제는 환자 및 환자 가족이 동시에 참여하는 형태의 커뮤니케이션도 활발하다는 것이었다. 하지만 의사와 환자 간 엄연히 존재하는 지식수준의 차이가 축소되었다기 보다는, 최근 인터넷 등의 일반화로 인해 환자들이 보유하고 운용할 수 있는 의학 관련 정보들이 폭발적으로 증가한 영향도 있는 것으로 판단되었다. 의사에게 행하는 질문이 많아진 것도 사실이었으며, 일부 질문 내용의 경우 상당히 전문적이거나 실제적인 사안을 논의하는 경우도 다수라는 의견이었다. 환자들의 질문에 의사들은 최선을 다해 설명하고, 반대로 환자 및 가족들에게 의견을 묻기도 하는 과정이 과거에 비해 대단히 중요해졌다는 의미로 받아들여졌다.

금연치료의 과정에 있어서 의사의 역할과 관련, 환자들 즉 병원에 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 많은 시간들은 온전히 환자의 판단 아래 운영되는 현실적 상황을 지적한 것이다. 금연이라는 최종적

목적을 달성하기 위한 의사의 역할도 중요하지만, 환자 스스로의 임무와 결심, 의사 지시에 대한 순응성 등에 대한 의견을 밝혔다. 이는 금연치료 성공이라는 목적 하에 의사-환자 간 구성되어야 하는 일종의 파트너쉽과 관련된 내용으로 보였다.

“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. 의사만, 약으로만 뭐 다 되겠어요? 본인도 잘 따라하고, 의사도 가이드 잘하고- 그래야 한다는 거죠.” (의사9)

금연치료 과정에서 의사의 역할은 다방면에서 중요하겠지만, 무엇보다 흡연자들을 위한 ‘동기부여’ 즉 Motivation을 지적하는 의사가 있었다. 전문 의약품의 처방, 금연유지 여부에 대한 체크, 몸 상태의 변화 인지 등도 의사의 중요한 책임이자 의무임에 분명하지만, 더욱 핵심적인 사항은 흡연자들에게 담배는 반드시 끊어야 하며, 반드시 성공할 수 있다는 마음을 치료 과정 내내 보유할 수 있도록 감정적으로 지원하는 역할을 강조한 사례였다.

“의사는 흡연자를 motivate 해야 해요. 무엇보다 그게 중요할 겁니다. 사실 그 후에 흡연자에 대한 치료가 가능하다는 거죠. 5A라고 있잖아요. 그게 우리나라에도 일추 맞아요. 의사가 자연스럽게 철저하게 시행하면 될 것 같습니다.” (의사4)

위 의견 제시에 등장하는 5A는 미국을 중심으로 제안되어 의사 등 전문가가 금연치료 및 상담 과정에서 적용해야 한다고 알려진 구체적 제안사항이다. 5A란 기본적으로 흡연을 중단하고 금연을 하려는 의지가 있는 대상자들에게 원칙적으로 적용이 가능한 사항들이다. 병의원에 내원하여 금연치료를 시작하는 흡연자들은 기본적으로 금연의 의지가 있는 것으로 판단할 수 있으므로, 여타 흡연자들보다 5A의 유효성이 더욱 중요해진다는

의미로 해석된다 (노혜미, 백유진, 이철민 2013). 5A의 첫 번째는 흡연 여부를 질문하는 과정인 Ask 단계이다. 의사는 환자를 만나는 모든 상황에서, 환자의 흡연여부는 물론, 얼마나 피우고 있는지(양), 어느 정도의 간격으로 흡연을 하고 있는지 등을 체계적으로 물어봐야 한다는 것이다. 두 번째 A는 ‘평가하기’인 Assess이다. 이는 곧 흡연자가 보유하고 있는 금연의도에 대한 정도를 평가하는 단계이다. 이 같은 과정을 통하여 해당 흡연자는 니코틴에 얼마나 의존하고 있는지, 금연의도가 현 시점에서 어느 정도로 존재하는지 등에 대하여 집중적으로 질문하고 대답을 듣는 과정이 되겠다. 세 번째 단계는 Advise로서, 흡연자에게 지속적으로 금연을 권고하는 요청행위를 뜻한다. 이 단계에서 가장 중요하게 생각해야 하는 원칙은 철저하게 흡연자의 입장에서 질문하도록 노력해야 한다는 점이다 (노혜미, 백유진, 이철민 2013). “담배를 피우는 것에 스스로 어떻게 느끼십니까?” “지금 환자분의 흡연문제를 다루는 것에 대해 스스로 어떻게 생각하십니까?” 등의 질문에 대하여 화자이자 당사자인 흡연자 스스로가 일련의 질문을 받아들일 수 있어야 한다는 것이다. 이 단계에서 흡연자들에게 바람직할 것으로 생각되는 추가적 질문들은 아래와 같이 제언되고 있다 (노혜미, 백유진, 이철민 2013).

표6. 금연치료에 활용되는 구체적 질문 (예)

질문의 성격	가능 질문의 예시
명확한 메시지 (예)	“귀하에게 중요한 것은 담배를 끊는 것입니다.” “담배 개비 수만 줄이는 것은 충분하지 않습니다.” “간헐적 흡연이나 라이트 담배도 똑같이 위험합니다.”
강한 메시지 (예)	저는 당신의 주치의로서 현재와 미래의 건강을 위해서 가장 중요하고도 시급한 것은 금연이라는 사실을 강조하고자 합니다. 제가 도와드리겠습니다. “
개별화된 메시지 (예)	“현재 기침이 좋아지지 않고 있는데 금연을 해야 빨리 좋아질 수 있습니다.” “아드님의 천식발작이 줄어들 것입니다.” “금연하시면 가정에서 가족들이 간접흡연에 노출되지 않게 됩니다.” “홍길동씨의 혈압을 조절하는데 금연은 매우 중요합니다.”

네 번째 단계는 Assist, 즉 ‘지지하기’이다. 금연을 계획한 금연자에게 의사는 구체적인 금연일을 정할 것을 요청해야 하며, 가족과 친구 등 지인에게 이 같은 사실에 대하여 반드시 알릴 것을 독려함을 의미한다. 또한 의사는 구체적 금연방법에 대한 안내는 물론, 다시 흡연 상태로 회귀하는 상황의 방지를 위한 교육을 실시해야만 한다. 적절한 금연 약물을 처방한 다음, 필요할 경우에는 보건소의 금연 클리닉이나 금연 콜센터 등 금연 노력에 즉각적인 도움을 받을 수 있는 시스템도 안내해야만 한다는 것이다. 다섯 번째는 예약하기로서, Arrange 단계이다. 의사는 내원한 환자, 즉 흡연자를 진료한 다음, 차후 해당 흡연자가 실행하는 금연 과정에 대한 평가 및 상담을 재차 시행할 것이라 통보하며 동시에 일정을 조율하고 예약하도록 해야 한다는 것이다. 의사는 처방한 약물의 용량과 부작용 등을 모니터링해야 하는 의무도 갖는다. 통상적으로, 금연 지정일 이후 1주일 이내에 환자와 접촉할 것을 권고하고 있으며, 2번째 만남은 1달 이내가 적당한 것으로 알려진다 (노혜미, 백유진, 이철민 2013)..

더불어, 반드시 금연치료에 국한된 사항은 아니지만 최근 의사들이 의료현장에서 환자를 진료하는 환경이 상당 부분 실제로 변화했음을 파악할 수 있는 발언도 있었다. 환자와의 소통 과정에서 예상치 못한 상황이 발생했을 경우, 만약 환자 및 가족들이 불만을 느끼고 병원 측에 일련의 사항을 통보하게 되면, 사례에 따라서는 의사가 불이익을 경험하기도 한다는 것이었다. 최근에는 병원 내에서 이 같은 사항을 담당하는 특정 부서가 운영되고 있으며, 사안이 발생할 경우 질병의 치료효과는 고사하고 해당 환자와의 관계가 종료됨은 물론 이후 책임 문제까지 불거지는 경우도 자주 있다는 전언이었다. 반드시 이 같은 상황은 아니더라도, 환자를 ‘소비자’로 응대해야 하는 문화가 의료계 전반에 본격화되며 예전에 없던 상황들이 관찰된다고 밝혔다. 소통의 중요성이 지속적으로 강조되고 있는 환경임을 느낄 수 있었다.

“아주 현실적으로는, 소비자 관련 부서에서 컴플레인이 들어올 수도 있어요. 반복해서 문제가 되면 사실 심각한 상황이 될 수도 있죠. 그래서 의사들도 환자들에게, 환자 가족들에게 과거에 비해 더욱 상세하게 설명하며 친절하게 행동하는 경향이 있죠. 당연한 일이죠. 시대가 변했고 그게 맞죠. 물론 이 같은 변화가 결국 치료 성과를 높일 것으로 믿기도 하구요.” (의사4)

(5) 일반진료에도 금연상담 및 치료 필수 포함 필요:

정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면

병의원 중심의 금연치료 사업이 본 인터뷰의 중심 내용이었음에도 불구하고, 의사들과의 인터뷰 과정에서 여타 일반 진료에서의 상황도 언급되고 논의되었다. 흡연은 사실상, 특정한 질병과의 연계성만 존재한다고 볼 수 없으며, 거의 모든 질병 및 질환과 관련성이 있는 만큼 금연치료를 위해 내원한 환자들 뿐만 아니라, 환자들을 진료하는 모든 상황에서 흡연 및 금연관련 사항, 즉 금연치료 시 시행하는 질문 등을 적용해야 한다는 의견이 있었다. 이 같은 접근을 통하여, 궁극적으로는 금연치료 사업의 성과가 더욱 실질적인 모습으로 가시화될 수 있다는 견해였던 것이다. 이는 사실 의사들에 의해 작성된 다양한 논문에서도 제기하고 있는 방안이었다 (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.” (의사7)

위, 의사7의 의견처럼 일반검진 결과 상담을 포함하여 의사가 환자를 응대하는 모든 상황에서 일종의 금연치료가 이루어질 수 있다고 본 것이다. 현재 상당수 의사들은 이미 흡연과 관련하여 다수의 환자에게 어느 정도의 질문과 상담은 행하고 있을 것으로 생각되지만, 의사 개개인이 반드시 시행해야 하는 순서로 심각하게 인식하는 것이 바람직할 것이라는 견해를 밝힌 것으로 보인다. 또한, 만약 간략한 상담 과정에서 해당 환자가 흡연을 지속하고 있으며, 금연에의 의지는 있으나 방법과 관련하여 명확하게 인지하고 있지 못할 경우에는 금연치료에 특화된 의사, 금연치료의 비중이 높은 진료과의 의사에게 인계하는 것도 방법일 수 있다는 견해를 밝혔다. 이는 의사7 뿐 아니라, 아래의 발언에서도 발견되었다.

“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. 이런 게 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.” (의사7)

위와 같은 맥락으로, 인터뷰에 참여한 다른 의사도 내원의 사유와 관계없이 의사는 무조건 흡연 관련 사항을 챙겨야 한다는 의견을 피력하기도 하였다. 의료인의 단순 권고, 즉 구두만으로 진행되는 금연 권고라고 해도 흡연자들에게는 금연을 결심하거나 지속하는 계기를 만들어줄 수 있다는 것이었다. 병의원 중심의 금연치료 사업의 성패를 좌우하는 요소는 금연치료 상황에만 국한되는 것이 아니라, 여타 모든 진료 상황에서 흡연 여부를 확인하고 금연 관련 상담을 진행하는 협업에서 비롯된다는 의견을 청취할 수 있었다.

“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.” (의사3)

(6) 의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과

대안제시: 거버넌스 (Governance) 측면

본 정책의 성공을 위한 현실적인 사항으로서, 금연치료를 직접 시행하는 의사의 편의성과 관련된 내용이 지적되었다. 현재 금연치료를 시행하는 의사들은 여타 진료와는 다른 프로세스에 의해 치료를 수행해야 한다. 이는 기본적으로 의사 중심의 금연치료 사업이 특별사업 형태로 진행되고 있는 상황에서, 공단이 별도의 관리 시스템을 유지하고 있기 때문이다. 즉, 국민건강보험공단에서 마련한 차트와 기록 매뉴얼에 의해 환자가 관리되며, 의사가 관련정보 등을 작성하여 공단에 별도로 통보하는 구조라는 의미이다. 따라서, 의사들은 금연치료 시 별도의 노력을 투입해야 한다. 시행 초기에 비해 지속적인 업데이트와 개선 노력이 있었으며, 현 시점에서는 상당 부분 간소화가 이루어진 것으로 판단되고 있으나, 개별 병원의 시스템 구축 수준에 따라 편의성과 관련된 환경이 상이하기도 하고 의원과 병원급 에서의 기록 환경이 다른 경우도 있는 것으로 파악되었다. 따라서, 일선 의사들의 입장에서는 더욱 진보된 편의성이 구축되기를 희망할 수밖에 없는 것이다.

“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.” (의사9)

위와 같은 편의성은 결국, 의사들의 본격적인 개입과 효과적인 금연치료 수행을 가능하게 만들기 위한 중요한 배경 요인이 될 것으로 보인다. 흡연자들의 금연성공 가능성을 높이기 위한 사항들, 즉 개별 환자들의 변화과정 및 경과에 대한 꼼꼼한 관리, 충분한 시간을 할애하여 이루어지는 상담, 개인별 맞춤형으로 금연 계획을 설정하고 추진하는 과정 등이 원활하게 이루어지기 위해서는 위에 언급된 제약들이 해결되어야 할 것으로 판단되는 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.” (의사9)

현재 국민건강보험공단에서 작성을 요구하는 문서에 대한 의사들의 반응은 대체로 만족 수준인 것으로 보였다. 정책의 시행 초기에 비해 의사들 및 환자들의 상황을 더욱 현실적으로 반영했다고 판단하는 경우도 있었으며, 흡연자의 첫 번째 방문 시점에서는 문진과 대답을 통해 작성할 사항들이 많은 것이 사실이지만, 이후 내원 과정에서는 비교적 간편한 상황이라는 의견을 밝힌 것이다. 그럼에도 불구하고, 사용되는 별도의 차트, 매뉴얼에 대해서는 형식과 내용 면에서 지속적 개선이 필요하다는 의견을 제시하기도 하였다.

“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.” (의사7)

(7) 보건의료정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 실질적/ 효과적

의사그룹에 대한 의견: 거버넌스 (Governance) 측면

인터뷰에 참여한 의사들은 대체로 병의원 중심의 금연치료 사업을 포함, 정부가 시행하는 보건의료 정책과 관련하여 정부는 의사들과의 소통 과정을 일정 부분 거친다고 대답하였다. 의사가 소속된 학회, 단체들 차원에서 주로 이루어진다고 대답하였으며, 의협 (대한의사협회)과 대한의학회를 비롯한 주요 그룹들이 토론이나 협의회, 공청회의 대상이 된다고 하였다. 학회에서 특별 세미나 혹은 비정기 공청회의 형식으로 협의 과정이 진행되기도 한다고 기억하였으며, 각 그룹들의 주요 인사들을 대상으로 정책의 실시 혹은 계획 시점에서 소통의 자리가 존재한다는 답을 해주었다. 하지만, 이 같은 소통이 분명히 존재함에도 불구하고, 인터뷰에 참여한 일부 의사들은 정부와의 소통이 더욱 빈번해지고 실제적이 되어야 한다고 생각하였다. 횡수 혹은 논의되는 사안에 있어서도 더욱 현실적인 개선이 필요하다는 의미였다. 아래의 의사8과 같이, 의견 청취의 과정에 있어서도 다소 형식적인 측면이 발견된다는 의견도 있었으며, 소통의 자리에 참여하는 의사들도 전체 의사의 숫자에 비해 극히 소수라는 지적도 있었다. 결국, 소통을 하고 있는 것은 사실이나, 개선의 여지가 다분하다는 뜻인 것으로 해석되었다.

“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.” (의사6)

비슷한 맥락이기는 하였으나, 정부가 협의 및 이해의 대상으로 소통하는 전문가 그룹에 대한 제한성도 지적되었다. 소위 정책 시행에 대하여 설명을 받고 제언을 하는 사람들이 전체 의사 중 극소수라는 사항을

다시 한번 지적한 것이다. 아래 의사9의 경우, 의사 뿐 아니라, 다양한 계층의 전문가들이 정책의 시행 및 결정 과정에서 관여될 것을 제안하기도 하였다. 더불어, 실제 의료 현장에서 현실적 상황을 경험하고 있는 의사들이 논의에 활발하게 참여하지 못하는 근본적 한계성을 언급하기도 하였다.

“논의의 대상자인 전문가의 경우, 전문가들의 범위가 다양하지 못한 것 같더라고요. 토론에 나오는 분들도 비슷비슷하구요. 특히 이해 관계자와의 논의는 많이 부족한 편이라고 생각합니다.” (의사9)

위에서 지적된 사안들은 아래 의사들의 발언에서 반복하여 확인되었다. 시간이 지나면서 소통의 정도와 횟수가 더욱 확대되는 모습을 관찰하고 있기는 하였지만, 여전히 일선 의사들은 보건정책 파트너로서의 정부가 그들과 더욱 폭넓은 소통을 행해주기를 희망하고 있는 것으로 받아들여진 것이다. 하지만 어느 정도의 소통 혹은 어떤 형태의 소통을 희망하는가에 대한 의견은 구체적으로 밝히지 않은 의사들이 다수였다. 이 같은 현상에 대한 해석으로서, 의사들의 전반적 시각은 기본적으로 정부가 다수의 보건의료 정책 실시에 있어 의사들을 중요한 상대로 존중하는지에 대한 의문이 발현된 것이라 볼 수 있을 것 같다. 전체적인 시각, 기본적인 신뢰관계 형성에 대한 개선이 필요할 것으로 제언할 수 있겠다.

“금연 정책들의 결정과정에서 정부는 다양한 이해 관계자, 전문가와의 논의를 거쳐야 해요. 그래야 성공하겠죠. 의사들이 움직여야 하는데요. 과거 정부에 비해 나아졌지만 여전히 충분한 소통이 잘 안되고 있다는 판단입니다.” (의사4)

“현장과 정부 간에 사실 중대한 갭이 없었던 사례가 거의 없다고 생각해요. 저는요. 사실 이번 건 (병의원 중심의 금연정책)도 자세히 보면 그럴걸요?” (의사13)

(8) 국민들 대상, 지속적/효율적 홍보 필요:

정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면

금연치료 사업은 담뱃값 인상 등에 의해 확보되는 세수가 상당 부분 투입되는 특별 사업이다. 언론보도에서 나타난 바와 같이, 2015년 담배 가격 인상 이후 세수는 지속적으로 증가하고 있으며 확보된 재원을 바탕으로 본 정책이 운영되고 있는 것이 현실이다. 재원은 본 사업의 다양한 측면을 위해 투자될 것으로 생각되지만, 이 가운데에서도 실제 의료기관을 통해 치료를 진행하는 흡연자들에게 주어지는 혜택도 중요한 부분이라고 할 수 있다. 정부가 지정한 요건들, 즉 치료기간 12주 동안 의사를 6회 상담하고 처방 등을 통해 금연노력에 적극 동참해야 하는 요건을 충족하면 환자들은 거의 무료로 금연치료를 받을 수 있는 환경이 마련되어 있다. 하지만, 이 같은 중요한 혜택 사항이 국민들 사이에 충분히 알려져 있지 않다는 점을 의사가 지적하고 있는 사례였다.

“정책 시행 초기에 그나마 받던 비용도 이젠 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 이젠 돈이 아예 안드는 데... 잘 안알려진 것 같아요.” (의사9)

특히 사회적 배려 계층의 경우, 의료기관에 지불해야 하는 비용은 물론 처방받은 약품의 대금 등까지 무료로 혜택을 받을 수 있는 상황임에도 불구하고, 세부 사항들이 효과적으로 홍보되지 않고 있다는 의견을 밝히기도 한 것이다.

(9) 상담료의 현실화 필요, 의사의 도덕적 해이도 경계해야:

책무성 (Accountability) 측면

의사는 공공의 이익에 중대한 역할을 담당하는 주체이다. 의사는 의과대학에서부터 공익성에 대한 교육을 받으며, 병원에서 제공하는 서비스 자체가 공공의 이익을 가장 중요한 가치로 삼는 것도 사실이다. 현재 대부분의 병원은 개인 혹은 개인 기업이 운영하고 있지만, 그럼에도 불구하고 의료의 본질적인 성격은 공공재로서의 역할을 수행할 수 밖에 없다는 것이다. 하지만 수행하는 행위가 공공재적 특성을 띄고 있다고 하더라도, 의사 개개인, 그리고 병원 차원에서도 대단히 실질적인 혜택은 정당하게 주어져야 한다고 생각하는 의견이 상당했다. 아래와 같은 답변은 직업인으로서의 의사가 요구하는 당연한 권리이자 요청으로 볼 수 있다고 해석된다.

“어쩌면 결국 꽤 많은 의사들이 금연치료를 안하거나 소극적으로 하는 이유는...글세 돈이 안 되기도 하고 진행하는 데 어렵기도 하고 뭐 그냥 귀찮아서 일 수도 있겠다 싶어요.” (의사5)

상담료에 대한 현실화도 수차례 언급되었다. 현재 시행되고 있는 병의원에 의한 금연치료는 환자의 최초 방문, 두 번째 방문 등에 따라 수가가 다소 달라지기는 하지만, 결국 의사의 입장에서 보면 크게 다르지 않은 상황이다. 방문 및 상담의 횟수가 중요한 현재 상황에서, 상담료의 현실화가 필요하다는 의견이 관찰된 것이다. 금연치료에 있어서, 의사들이 개별 환자들에 대한 최적의 처치를 시행하기 위해 만약 진료 시간을 늘리게 될 경우, 이 같은 판단을 ‘실적’ 이라는 시각에서 보면 그다지 유리한 결정이 아닐 가능성이 높아진다. 경우에 따라서는, 상담의 횟수를 늘리려는 목적으로 치료가 진행될 여지도 있을 것으로 생각된다. 이 같은 배경에서 아래와 같은 발언이 이루어진 것으로 판단된다.

“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.” (의사9)

(10) 의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육:

거버넌스 (Governance) 측면

사실 정부의 병의원 중심의 금연치료 사업이 공식화되기 전에도, 모든 의사들은 금연과 관련하여 상담도 가능했으며 전문 의약품에 대한 처방도 할 수 있었다. 하지만 이번 정책에 의해 정부가 시행한 부분, 즉 금전적 혜택과 시스템의 정비는 계속해서 확대되고 있는 상황이며 흡연자들은 예전에 비해 훨씬 편리한 환경에서 의사에게 금연치료를 받을 수 있게 되었다. 금연치료를 희망하는 의사들의 수도 꾸준히 증가하여, 정부에서 진행하는 금연치료 관련 교육은 규모가 갈수록 커지고 있는 상황이기도 하다. 하지만 일부 의사들은 이 같은 치료의 대중화 및 일반화가 바람직한 결과라고 생각하면서도, 금연치료에 대한 전문화도 생각해 볼 시점임을 발언하고 있었다. 의사들 모두 의료 전문가이지만, ‘금연치료’라는 특화된 영역에서 더욱 전문적인 교육이 시행된다면, 교육을 희망하는 의사들이 수료 후 더욱 최적화된 치료를 시행할 수도 있을 가능성이 있지 않을까라는 의견이었던 것이다.

“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.” (의사8)

물론, 현재의 상황, 즉 의사들 사이에서도 금연치료와 관련된 사항은 본인보다는 특정한 의사가 더욱 효과적일 것이라는 판단 하에 동료 의사를 추천하는 사례도 적지 않은 것으로 관찰되었다. 예를 들어 현재 특정

진료과만 금연치료를 할 수 있는 것은 아니지만, 그럼에도 불구하고 현실적으로는 내과, 가정의학과, 이비인후과, 치과 등에서 주로 이루어지는 것으로 알려져 있다. 여타 진료과에서 논의되는 질병사항에서도 흡연과 관련되지 않은 영역은 거의 없다고 해도 무방할 수 있겠으나, 대표적으로 금연치료와 더욱 깊은 연관이 있다고 판단되는 특정 진료과들이 존재하는 것이다. 이는 금연치료를 받는 환자, 즉 흡연자들의 의견도 크게 다르지 않을 것으로 판단된다. 따라서 여타 진료과에서 진료를 받고, 금연치료와 관련된 사안이 등장할 경우 개별 의사들은 본인이 상담을 진행하고 의약품 등을 처방할 수도 있지만, “금연치료와 관련해서는 000과의 000 선생님께 가서도 좋을 것 같다”는 제언을 진행할 수도 있다는 의미이다. 물론 이는 상이한 진료과 사이에 발생할 수 있는 사안일 수도 있겠고, 동일한 진료과 사이에서도 충분히 가능한 사례일 수 있다. 다시 말해, 현실에서도 금연치료와 관련하여 전문가로 손꼽히는 의사들이 존재하고 있으며, 추천을 하고 추천을 받기도 하는 현실을 알려준 것으로 보인다. 본 정책의 궁극적 성공을 위하여, 장기적으로는 금연치료에 대한 교육을 더욱 충실하게 시행하고 확산함으로써 흡연자들이 가장 효율적인 환경에서 금연치료를 받을 수 있는 배경을 제공하는 것도 고려할 수 있다는 생각이다.

“선후배 의사들이 가끔 나에게 가라고 환자들에게 안내를 해주세요. 아마도 내가 금연치료 관련하여 연구와 임상에 관심도 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.” (의사11)

(11) 봉직의, 개원의 등 개별 의사의 현실을 고려한 정책 필요:

정책성공을 위한 전략 (Strategies) 측면

언론 보도에 따르면, 정부는 2016년 금연치료 사업의 성과를 이룬 의료기관들에 대하여 노고를 감사하는 한편, 우수기관으로 선정하여 발표한 바 있다. 우수기관은 보건복지부 등을 통해 상시 게시되고 있으며, 선정된 우수기관은 당연하게도 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 있을 것이며, 흡연이 거의 모든 질병과 관련되어 있고 금연이 모든 질병의 회복과 관련이 있다고 알려진 만큼, 해당 의료기관의 수준과 역량에 대하여 전반적인 신뢰를 보낼 수 있는 계기도 될 수 있을 것으로 예상된다.

따라서 정부에 의한 특정 의료기관에 대한 금연치료 우수기관 선정은 해당 기관에게는 영광이며, 실질적으로 도움이 되는 중대 사안이라 볼 수 있겠다. 하지만, 기관에 속해있는 개별 의사들의 경우, 물론 기관이 수혜를 받게 되는 것은 소속 의사로서도 기쁜 일임에 분명하겠지만, 의사 개인에게 부여되는 실질적 혜택이 있다면 더욱 금연치료에 대한 노하우를 개발하고 금연 성과를 위해 노력할 수 있는 동인이 생기지 않을까 생각된다. 이 같은 예상은 아래 의사의 의견에서 유추할 수 있었다.

“현재는 우수 의료기관을 선정하여 현판 등 배넛을 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 배넛도 고려되어야 하지 않을까 싶네요..” (의사8)

앞서 언급한 사안들과 중복되지만, 의료는 공공재적 성격을 유지하는 것도 당연하고, 개별 의사들 또한 공공을 위해 봉사하는 의미도 상당할

것이다. 하지만 직업인이자 생활인으로서의 의사들에게 정부가 가용한 범위 내에서 금연치료와 관련된 경제적, 행정적 측면을 포함한 부분에서 혜택을 부여하는 것은 가치있는 결정이라고 믿는다. 이는 본 정책의 궁극적인 성공을 위한 중요한 변수가 될 수 있을 것이기 때문이다. 수가를 현실화하고, 예전에 비해 더욱 편리한 환경에서 환자들에 대한 의무기록을 작성할 수 있게 된 것도 사실이겠으나, 정부는 본 정책의 실현이 결국 일선 현장에서 환자를 응대하는 개별 의사들에게 달려있음을 철저하게 인지해야 할 것으로 보인다.

(12) 의사그룹 스스로에 대한 실제적 비판과 자성 의견:

거버넌스 (Governance) 측면

인터뷰에 참여한 상당 수의 의사들은 의사 집단 스스로와 관련된 사항을 언급하기도 했다. 국가에서 기획되고 시행되는 제반 건강정책들 가운데 의사 및 의료인과 연관되지 않은 사항이 다수인데, 정작 의사들은 정책에 대한 이해도 대단히 낮아 보인다는 지적을 한 것이다. 정부가 정책의 수행 시 의사들의 의견을 적극적으로 반영하지 않고 있다는 불만과 함께, 의사들 스스로도 반성이 필요할 것 같다는 시각을 표현한 것이다.

“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 생각합니다. 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 모르더라구요.” (의사14)

더불어, 의사그룹에서 관찰되는 무관심이나 자기방어적인 자세 또한 언급한 의사들도 다수였다. 특히 입상에 다량의 시간을 할애할 수 밖에 없는 일선

의사들의 환경과 의사들에게서 발견되는 공통적인 특성에 대하여 설명하면서 정책에서 소외될 수 밖에 없는 의사들의 한계점에 대해서 의견을 밝힌 것이다.

“근본적으로 의사들이 정책이나 병원 밖에서 돌아가는 상황에 무관심한 경우가 많은 것 같습니다. 알고도 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...” (의사9)

의사 그룹 내에서의 감정적 갈등 사항도 일부 존재하는 것으로 파악되기도 했다. 일단 정책에 주로 관여하는 의사 그룹들, 예를 들어 행정직에 위촉된 의사들과 의사 관료들에 대한 불만도 표출된 것이다. 즉 임상 의사가 처한 현실에 대하여 의사 관료 및 공무원들은 이해도가 낮다는 지적이었다. 이는 매우 장기적인 차원에서 형성된 갈등의 측면이 분명히 존재하는 것으로 관찰되었다.

“수가도 그렇고...급여/비급여 관련 사항도 그렇고 일단 정책을 결정하는 단계에서 관여하는 의사 선생님들이 제대로 임상 현장을 알고 하나라는 생각이 들 때가 많았어요. 똑같은 의사가 아니라는 결론이었습니다. 많이 다릅니다. 그런데도 이 같은 겹을 줄이거나 해결하기 위한 노력이 의협에서 보이는지- 그것도 잘 모르겠습니다. 금연정책 뿐 아니라 대부분 그런 것 같아요.” (의사14)

2) 축 코딩 (Axial coding) 결과

축 코딩 (Axial Coding) 에서는, 앞서 개방 코딩 과정에서 추출된 파편화된 개별 발언 및 개별 발언을 관통하는 하위 범주들을 대상으로 서로 연계될 수 있는 구조를 찾아 해석하는 작업을 수행하였다. 축 코딩 결과, 개방 코딩에서 추출된 총 11개의 하위 범주들은 아래와 같이 4개의 축으로

구조화 될 수 있다고 판단하였으며, 이는 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 명명해 보았다. 아래 표는 축 코딩의 결과를 정리한 내용이다.

표7. 축 코딩 결과 사항 정리

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

(1) 본 정책에 대한 원칙적 공감 (하위 범주 1, 2, 5)

앞서 개방코딩 단계에서는 총 11개의 개별적 사안, 즉 하위 범주들을 추출할 수 있었다. 물론 대상자들이 인터뷰 과정에서 제공한 개별 발언들을 대상으로 수차례의 검토 단계를 거쳤으며, 이 단계에서 서로 구분되거나 유사하다고 판단되는 사항들을 분류하여 하위범주를 선정한 것이다. 다음 단계로 진행된 축 코딩 과정에서는, 앞서 개방 코딩에서 추출된 개별 범주들이 각각 어떠한 연계성을 보유한 채 여타 상위 범주들로 구조화될 수 있는지 다시 검토를 수행하고 결론에 도달하였다. 개별 하위 범주들을 구조화하여 가시화된 첫 번째 축, 즉 상위 범주는 ‘병의원 중심의 금연정책에 대한 원칙적 동의’ 였다. 이는 “흡연은 명확한 질병, 의사의 치료는 필수적” 으로 명명되었던 하위 범주 1번과 2번 “금연 및 건강에 대한 책임은 사회 전체에 존재함”, 그리고 5번이었던 “일반치료에도

금연상담이 필요하다고 생각” 등이 해당된다고 판단한 것이다. 위에 언급한 하위 범주들은 기본적으로 정부가 제시하는 전제인 ‘흡연을 질병’으로 판단하는 시각, 그리고 가장 효과적인 금연방법은 의사의 치료 및 상담에 의한 개입이라는 사실에 공감하고 찬성하는 상태에서 실행된 발언들이었다고 생각되었기 때문이다. 비록 실제 내원하는 환자들, 즉 흡연자들에게서 ‘흡연은 질병, 치료는 금연’이라는 전제에 대한 공감을 얻어내기에는 힘들 수도 있겠으나, 의사들 대부분은 기본적으로 흡연은 질병이라는 기본적 전제에 동의하는 것으로 관찰되었음은 위에서 이미 밝힌 바 있다. 이는 곧 일부 의사들의 구체적 발언이었던 “금연치료에 있어 의료의 개입은 당연하다고 생각한다” “흡연은 니코틴에 의한 중독이 일어나는 상황이 수반된다. 따라서 반드시 의사의 개입이 필요하다” 등을 통해서도 반복하여 파악할 수 있었던 사항이었다. 또한, 비만이 질병인 것으로 굳어지며 다양한 논의는 물론 사회적 비용이 대거 투입되는 것처럼, 당연히 금연에 대한 사항도 질병으로 심각하게 받아들여져 의사 및 의료기관의 본격적 개입이 있어야 한다는 원칙에 공감을 표한 것으로 판단되었다. 의사들마다 언급한 소주제, 발언 방식 등에 있어 차이가 발견되기는 하였으나, 기본적으로 정부의 정책 기조에 상당 부분 동의하고 있음을 느낄 수 있는 범주들이므로 생각되었다.

이는 결국, 금연 등 보건의료와 관련된 사안에 있어 기본적으로 책임은 사회 전체에 있다고 전제하면서도, 일차적이며 중심적인 역할은 병원 및 의사 그룹이 담당해야 한다는 시각으로 판단되었다. 일부 의사들의 경우 경제적인 이유에 의해서도 금연치료의 공식화 및 일반화를 환영하는 입장이라는 현실도, 인터뷰를 통해 파악할 수 있었다.

(2) 정부의 추가적 역할을 강조 (하위 범주 3, 7, 10)

축 코딩에 의해 상위 범주로 설정된 또 하나의 사항은 본 정책의 성공적 실현을 위해 “정부의 추가적 역할을 다수 강조” 하는 시각들이었다.

정부의 역할 강조라는 상위 범주에 포함된다고 판단된 하위 범주들은 3번 “(본) 금연정책의 궁극적인 성공은 정부의 정확한 현실인식에서 비롯될 것” 과 7번 “보건정책 관련 정부의 소통노력 미비” 그리고, 10번이었던 “의사 대상 금연치료 교육의 현실화 및 충실화” 였다. 일단 기본적으로 2번째 축에 포함된 사항들은 의사들이 정부가 시행하는 본 정책 자체에는 동의한다고 하더라도, 구체적인 실행적 측면에서는 부정적인 측면들이 다양하게 발견된다는 의견을 개진했던 것으로 보인다. ‘현실인식’ 파악에 대한 더욱 충실한 역할 주문은, 결국 정책을 일선에서 실행하는 의사들이 구체적으로 어떠한 상황에서 금연치료를 수행하고 있는지에 대한 이해가 부족하다는 판단이었다. 예를 들어 정부는 시행 3년 째를 맞으며 증가한 금연치료 참여 의사들의 숫자만 단순 홍보할 것이 아니라, 정부의 정책 시행에도 불구하고 여전히 금연치료 사업에 동참하지 않는 의사들이 가진 사유에 대하여 분석 및 개선이 이루어져야 한다는 지적이었던 것이다. 구체적인 예로 든 사항들은 행정절차의 복잡함, 금연치료 상담에 대한 질적인 고려 등이었으며, 이는 곧 현업에서 환자들을 진료해야 하는 입장에서 제기할 수 있는 지극히 현실적인 환경들인 것으로 보였다. 현실 인식의 결여는, 결국 일선 의사들이 정부가 자신들과 소통하지 않음을 직간접적으로 지적한 내용이었다는 생각이다. 일부 의사 관련 단체를 비롯한 제한된 주체들과의 소통에 그치지 않고, 정부가 다양한 배경의 의사들과 관계를 형성, 정책에 대한 피드백을 경청할 필요가 있음을 지적한 것이라 하겠다. 2번째 상위 범주에 포함된 또 하나의 하위 범주도 정부의 ‘현명한’ 역할을 재차 주문하는 사항으로 판단되었으며, 의사 대상 금연치료 교육에 대한 사항이었다. 현재 시행 중인 교육은 물리적 시간도 대단히 짧고, 다루어지고 있는 사항들도 기존에 의사들이 이미 학습적 그리고 경험적으로 습득하고 있는 내용들이 대부분이라는 지적과 함께 과연 실질적인 교육 효과를 거두고 있는가에 대한 의문을 제기한 것이다. 소위 ‘요식행사’ 라는 인상을 받는 의사가 적지 않을 것이라는 의견도 있었으며,

실질적이고 양질의 교육 콘텐츠가 마련될 수 있도록 다각적인 검토가 필요할 것이라는 의견도 있었다.

앞서 설정한 첫 번째 상위 범주와 두 번째 상위 범주는 상충과 보완의 측면이 모두 존재하는 것으로 판단된다. 정부의 정책 기조에는 공감하고 찬성하지만, 구체적인 정책의 실현 과정에 있어서는 의사의 입장에서 비판의 여지가 많다는 것이었다. 정책의 원칙에는 찬성, 구체적 수행에는 만족하지 않는다는 상충이 있었으며 다양한 보완이 필요하다고 역설한 것이다. 더불어, 연구에 참여한 의사들은 정부가 보건의로 정책을 기획 및 결정, 수행함에 있어 최소한 ‘자신들과는’ 소통하지 않는다고 믿는 것으로 보였다. 정부와 일선 의사들 간 효과적인 소통의 장치가 전무하거나 매우 결여되어 있다는 인상을 연구자로서 명확하게 관찰할 수 있었으며, 이는 양측에서 개선해야 할 여지가 모두 존재하는 사안이 아닐까 판단되었다.

(3) 의사의 적극적 참여를 막는 근본적, 현실적 이슈

(하위 범주 6, 9, 11)

의사들이 제공하는 노력에 대한 더욱 ‘현실적인 보상’이 향후 정책의 원활한 시행을 위해 필요하다는 주장이었으며, 상위 범주로 개념화될 수 있을 만큼 자주 언급되었다. 이 같은 상위 범주에 해당된다고 판단되는 하위 범주들은 6번 “의료 공급자들의 업무 간소화, 지속적 개선 필요”와 9번 “상담료에 대한 현실화 등 의사들에게 제공되는 인센티브 필요,” 그리고 11번 “치료기관에 대한 인정 및 보상과 의사 개인에 대한 사항은 별개” 등 이었다. 사실 상, 위에 언급된 하위 범주들은 직간접적으로 의사들의 수입과 관련된 부분인 것으로 해석된다. 6번 업무 간소화에 대한 지적도 결국 금연치료를 진행하면서 포기해야 하는 절대적인 시간, 즉 일반 환자를 진료할 수 있는 시간의 투입과 연결된 사안이라고 볼 수 있기 때문이다. 일반 환자의 진료와는 다르게, 금연치료를 진행할 경우 별도의

창을 열거나 로그인을 반복해서 진행해야 하는 등 의사들 입장에서는 일정 부분 추가적 시간과 노력을 투입해야 하는 상황인 것이 현실이다. 물론 금연치료 환자들의 1차 방문 이후 2차 부터는 상당 부분 투입되는 노력이 줄어들 가능성도 높아지며, 최근 행정 영역의 개선으로 시행 초기에 지적되던 불편 사항들이 개선된 것도 사실이지만, 다수의 의사들이 제한된 시간 내에 가능한 많은 환자들을 진료해야 하는 한국적 현실에서 의사들이 실제로 경험하는 진료실 내 상황은 여전히 만만하지 않다는 지적으로 해석되는 것이다. 상담료에 대한 현실적인 책정 및 보완에 대한 희망도 궁극적으로는 금연치료 환자들의 금연성공을 위한 중요한 변수가 될 것이라고 의사들은 주장하였으며, 동의를 가능한 사안이다. 극도로 혼란된 전문인들인 의사의 시간은 어떤 형태로든 현실적인 보상이 전제되어야 하며, 보상이 중요한 배경이 되어 개별 환자들에 대한 상세한 체크 및 치료 수행이 실현될 것으로 예상되기 때문이다. 의료기관에 대한 인정 및 감사 등과 해당 의료기관에 소속되어 있는 개별 의사들에 대한 구체적 편의 제공도 주요 사안이었다.

위 지적된 하위 범주들은 공히 정책 주체로서의 정부가 얼마나 실질적인 역할을 할 수 있는가에 대한 의사들의 의문이었으며, 공공성을 추구해야 하는 전문가 그룹이면서도 동시에 피고용자 혹은 경영자로서 의사들이 경험하고 있는 현실에 대한 투영이 발견되는 사항이었다고 판단된다.

(4) 의사 그룹 자체 비판 및 대 국민 관계성 회복

(하위 범주 4, 8, 12)

위에서 언급한 3개의 상위 범주에 포함되어 연계성을 공유할 것으로 보이지 않는 사항들을 정리하여 4번째 범주인 “의사 그룹 자체에 대한 비판 및 대국민 관계성 회복” 으로 명명하였다. 본 범주에 포함된다고 판단된 하위 사항들은 4번째 “환자와의 소통은 치료효과에 기여한다는

믿음”, 8번 “국민들 대상, 지속적 홍보 필요”, 12번 “의사 그룹 자체에 대한 비판 및 자성” 이었다. 먼저, 환자와의 소통이 치료 효과에 기여한다는 믿음은 본 연구에 참여한 모든 의사들에게서 중요성에 대하여 전해들을 수 있었다. 과거 의료인이 환자와 정서적 관계성을 만드는 것 자체가 환자의 치료 효과를 위해 그다지 긍정적으로 여기지 않았던 분위기 등은 현 시점에서는 전혀 발견되지 않는 것으로 판단되었다. 즉, 현재 환자와 진료실에서 마주할 수 있는 시간도 대단히 제한되어 있는 상태이며 의사가 담당해야 하는 업무도 과거에 비해 상당히 증가된 환경이긴 하지만, 그럼에도 불구하고 의사와의 원활한 소통은 상호간 감정적 관계의 형성은 물론 다양한 교감, 그리고 실제 치료 효과에도 간접적인 영향을 미칠 수 있다는 의견을 대거 피력한 것이다.

이는 현 시점에서 상당수의 의사들이 상담이나 진료에 있어서 질적 영역에 대한 중요성을 인지하고 있으며, 실제 임상에서 구현하고 싶은 욕구 또한 존재한다고 유추할 수 있는 사안이었다고 판단된다. 이 같은 욕구는 결국 현재 진행 중인 금연치료에 있어서 국가가 정한 의무기록 템플릿과 시간, 상담 횟수 등도 중요하지만 실제 의사 개개인의 노하우가 적용될 수 있는 진료 상황이 구현되기를 희망하고 있지 않을까 판단할 수 있었다.

다음, 하위 범주 8번 “국민들 대상 지속적 홍보활동 필요” 는 흡연자들을 포함한 전체 대중들에게도 본 정책의 핵심적 가치가 실질적으로 공유되어야 함을 지적한 사항이라 생각되었다. 먼저, 의사들이 당연하다고 생각하며 수용성이 높은 전제였던 “흡연은 질병이며, 의사의 치료 및 상담을 통한 개입이 금연에 가장 효과적” 이라는 개념 자체를 전 국민 대상으로 계속해서 홍보해야 한다는 제언을 한 것이다. 물론 이 같은 노력은 정부의 정책을 성공으로 이끌 수 있는 중요한 수단이라는 설명도 덧붙였다. 현재 금연치료 대상자가 증가하는 추세이긴 하지만, 흡연자들의 절대적인 규모에 비하면 여전히 추가적인 증가도 가능한 상황이다. 따라서, 보다 많은 흡연자들이 의료기관을 찾을 수 있도록 설득하는 기회는 분명 많아져야

한다는 지적이었다. 노인층을 비롯한 상대적으로 금연치료에 접근하기 쉽지 않은 계층들에 대한 홍보 및 실질적 배려도 중요하다는 의견이 개진되기도 하였다. 현재 저소득층을 포함한 일부 계층의 경우 금연치료에 소요되는 비용에 대한 전면적 혜택이 시행되고 있음에도 불구하고, 활용이 제대로 되고 있는지에 대한 의문 및 추가적 노력을 희망한 범주였던 것이다. 정책의 성공을 위한 중요한 외적 배경 요인이라는 판단에 의하여, 4번째 상위 범주를 상정할 수 있었다.

4번째 상위 범주의 주요 내용으로 선정할 수 있는 또 하나의 사안은 바로 의사 그룹 내부에 대한, 즉 스스로 속한 집단에 대한 비판적 시각 및 자성 촉구 (12번) 였다. 인터뷰에 참여한 일부 의사들은 의사들 스스로의 변화가 매우 필요하다고 주장한 것이다. 상당 수의 의사들은 보건의료 정책에 일정 부분 불만은 있지만, 개별 정책에 대한 이해도가 사실상 충분하지도 않고 반대 의견을 효과적으로 개선하는 방법이나 절차에 있어서도 미숙하다는 자체 비판을 피력한 것이다. 또한 현실적인 여건 등에 의해 건강정책 전반에 대단히 무관심한 경우도 다수의 의사에게서 관찰된다는 의견도 있었다. 더불어, 의사 그룹 내 의사 출신 관료 및 정책 분야 공무원들에 대한 현 임상 의사들의 불만도 상당한 것으로 파악되었다. 구체적인 진료과 등을 언급하며 의사 그룹도 모두 동일한 목적과 시각을 가지고 있지는 않음을 다수의 예를 들어 설명하기도 한 것이다.

위 사항들은 결국, 의사에 의한 금연치료가 매우 효과적이고 실질적인 금연 방법임을 정부가 주도하여 국민들에게 지속적으로 홍보하여 본 정책이 계속 유지될 수 있기를 희망하는 시각, 그리고 현재 의사가 직간접적으로 관여되어야 하는 다수의 보건의료 정책들에 있어 많은 의사들이 소외되어 있다는 위기의식 또한 나타났다는 생각이다. 더불어, 보건의료 정책의 준비 및 기획과정, 그리고 결정과 실행 단계에 있어서 과연 의사들 스스로가 얼마나 현명하게 대처하였는가에 대한 자책이 상당한 정도로 관찰되었음도 느낄 수 있었다. 임상을 주도하는 전문가 그룹으로서의

역량, 그리고 보건의료 정책의 주요 관여자로서의 효과적 역할은 상이하며, 이에 대한 의사 그룹 내 갈등과 자성이 표출된 결과였다고 판단되었다.

3) 선택 코딩 (Selective coding) 결과

본 연구의 최종적인 단계로서, 선택 코딩 과정을 통하여 의사들이 생각하는 병의원 중심의 금연정책 관련 정향성에 대한 실체를 정리하고자 하였다. 앞서 서술된 사항에서 언급했듯, 코딩의 두 번째 단계인 축 코딩에서 추출된 개념들은 ‘정책의 원칙에 공감함,’ ‘정부의 추가적 역할 강조,’ ‘의사의 적극적 참여를 막는 현실적, 경제적 이슈,’ 그리고 ‘의사 그룹 자체에 대한 비판과 대국민 관계성 회복’ 이었다. 이 같은 상위 범주들을 바탕으로 의사들이 직간접적으로 제기한 본 정책에 대한 정향성은 아래와 같이 최종적으로 구조화 할 수 있다고 판단하였다. 아래 표는 본 연구에서 진행한 개방 코딩과 축 코딩, 그리고 최종적인 선택 코딩에 의해 추출된 범주 및 개념들을 종합 및 정리한 사항이다.

표8. 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	정책에 대한 원칙적 공감	“의료화 보다는 책무성 (Accountability)”
정부기관의 더욱 현실적이고, 세밀한 관리가 관건 보건정책 관련, 정부와의 소통을 담당할 장치 필요 의사에게도, 정부에게도 효율적이지 않은 금연치료 교육	정부의 추가적 역할 강조	
의료 공급자의 업무 간소화를 위한 정부의 역할과 대안제시	의사의 적극적 참여를 막는 현실적, 근본적 이슈	“암묵적 동조와 소극적 참여.

상담료에 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”

(1) 금연치료는, 의료화가 아닌 책무 (Accountability)

본 연구의 기획 시점에서, 연구자는 병의원 중심의 금연정책에 대한 의사들의 시각을 긍정적 혹은 부정적으로 단순 가정하였다. 먼저 긍정적인 시각을 예상한 배경은 이미 2015년 이전, 즉 병의원 중심의 금연정책이 본격적으로 시행되기 이전부터 의사들은 금연치료를 담당해왔으며, 의과대학 재학 등 수련 과정에서 이미 흡연을 질병으로 간주한 상태에서 이에 대한 극복 및 관련 사항들을 지속적으로 학습해 온 것으로 판단하였기 때문이다 (노혜미, 백유진, 이철민 2013). 흡연을 질병으로 정의하고, 개인의 금연 행동 혹은 지역사회 등 특정 집단의 금연율의 감소 등을 의도하는 경우, 가장 중요한 변수로서 당연히 제시된 사항 중 하나가 바로 의사의 적극적인 개입이었다 (김혜경, 박지연, 권은주, 최승희, 조한익 2013). 의사의 개입은 전통적으로 대면 상담과 준수 여부 확인, 그리고 약물 처방 및 투약 등이 핵심이었다. 물론 금연 정책의 시행으로 의사와 환자와 관련된 세부적 사항들이 통일된 규정으로 정비되어, 이전에 없었던 보험 혜택 등이 일률적으로 적용되기도 하지만, 이미 오래 전부터 의사들에게 금연에 대한 치료는 과업의 일부로서 진행되어 왔다고 볼 수도 있었던 것이다.

반대의 가정은 본 정책에 대하여 전반적인 회의감과 함께 부정적인 시각을 가지고 있을 수도 있다는 내용이었다. 이 같은 가정에 대한

배경으로는 기존에 의사를 포함한 의료인, 그리고 병원이라는 조직이
개입되지 않던 특정 사안이 위에 열거한 주체들에게 편입되어 관리를 받게
된다는 의료화 개념을 참고하였으며, 이에 기반하여 결과를 유추해 본
것이다. 흡연 및 금연이라는 사안은 전통적으로 개인의 기호나 결심에 의해
결정되는 것으로 받아들여졌던 바, 이번 정부의 금연정책은 이 같은 비 의료적
사항을 의료의 영역으로 무리하게 포함시키려는 시도라고 간주하는
시각으로 볼 수도 있지 않을까 생각했던 가정이었다.

인터뷰에 참여한 의사 별로 다소 상이한 의견을 접할 수는 있었으며,
특히 의사의 연령대와 진료과의 차이에 따라 세부적인 의견이 상이한
모습을 나타내는 사례도 분명히 발견되었다. 하지만 기본적으로 금연을
‘치료’라는 과정을 통하여 의료인이 개입해야 한다는 기본적 전제, 그리고
금연에 대한 처치 및 성공적인 금연을 위한 개입은 사실상 의료인의
책임이자 중요한 ‘일’이라는 명제에는 대부분의 인터뷰 대상자들이
공감하는 것으로 관찰되었다. ‘의료화’라는 가능성에 대해서는 일부로
제외하고 상당수의 의사가 동의하지 않았으며, 몇몇 의사들의 경우 그동안
의료화의 사례로 논의된 바 있는 사항들에 대해서도 언론보도의 정확성이
결여된 점을 지적하며, 부정적인 견해를 밝히는 경우도 있었다. 예를 들어
갑상선암에 대한 논쟁도 유사한 맥락이라는 시각에 의거하여 진단하는
경우도 발견된 것이다. 일반인들이 관련 언론보도를 접하고 마치 의료인들에
의한 갑상선암의 고의적 진단이 다수인 것처럼 일방적으로 몰아가는 것은
세부적 특징들을 간과한 측면이 존재한다는 지적이었다. 특히 최근처럼
국민들 사이에 암이라는 질병에 대한 공포가 일반화된 상태에서, 의사의
판단 및 환자와의 개방된 의사결정 (Open-Decision Making) 과정에서
발생하는 사안을 두고 마치 의사의 부도덕성을 암시하는 시각을 강조하는
방식은 동의하기 어렵다는 것이었다.

본 연구를 통하여, 병의원 중심의 금연정책은 다수의 의사들에게
당연한 전제로 받아들여지고 있음을 파악할 수 있었다. 위에서도 밝혔으나,

금연에 대한 치료를 의사의 전통적인 업무이자, 진료 대상, 그리고 책임이라고 보는 시각은 이미 주요 연구자들에 의해 제기된 바 있었다. 대표적으로 Emanuel (1996)은 “What Is Accountability in Health Care” 에서 의사가 보유하는 책임이 서로 다른 9개의 주체가 대상이 된다고 주장한 바 있다. 9개의 서로 다른 대상은 환자 (Patient)를 비롯하여, 정부 (Government), 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) 등 이었으며, 위 요소 중 환자에 대한 의사의 책임을 논의한다면, 오래 전부터 이미 질병으로 명확하게 규정된 흡연이라는 건강 위험행동 (Health Risky Behavior)에 의사가 개입하는 행위는 정확한 정당성을 가지며 가치를 갖게 되는 것이다. 물론 환자의 금연 성공에 있어 어느 정도 수준의 책임감을 보유해야 하는지에 대해서는 전문가들 사이에 상이한 시각이 더욱 다양하게 존재할 것이다.

그렇다면, 의사들의 위와 같은 대체적 시각, 즉 흡연을 질병으로 당연하게 간주하고 의사 및 의료기관의 개입이 지극히 자연스럽다고 생각하는 의견의 기저에는 어떠한 배경 및 경험들이 존재하는 것인지 정리할 필요가 있다고 판단된다. 첫 번째로, 대부분의 의사들이 장기간의 수련 과정에서 경험하는 의학 교육 및 학술적 연구에 기인하는 태도라고 결론지을 수 있다 (박기찬, 김영효, 배성, 이상훈, 전명호, 이상기, 전광수, 이찬세 1993). 실제로, 금연의 성공에 있어 가장 중요한 변수로 판단되어 연구의 핵심으로 오랜 기간 동안 활용되어 온 사안이 바로 의사 및 의료진의 적극적 개입이라고 할 수 있는 것이다 (김철환 2006). 이는 국내외 다수의 논문 및 보고서 등에 의해 이미 공론화되어 있는 상태이기도 하며 (김철환 2006), 결국 이 같은 일련의 성과물들을 토대로 엄격한 교육을 일정 기간 수용하고 의료 전문가로 성장하는 과정을 경험한 의사들에게는 크게 이의가 있을 수 없는 명제일 가능성이 농후해 보인다. 이 같은 시각은

인터뷰에 참여한 일부 의사들의 발언을 통해서도 명확히 파악된다고 하겠다.

“그럼... 의사 말고 누가 이런 일을 할 수가 있을까요? 약 처방하고 관리하고 계속 체크해야 그나마 끊을 수 있는 가능성이 올라갈 텐데... 그렇지 않아요? 혼자서 정말 잘 안되잖아요.” (의사12)

위 시각과 관련하여, 니코틴 등 중독 물질을 흡입하고 일상화되는 과정과 상황이 질병 (Litt, Ling, and McAvoy 2003)이 아니라면 도대체 어떤 사항이 질병인가라는 물음과 함께 의사의 개입 및 책임을 강조하는 의견도 존재하였음은 위에서 이미 밝힌 바 있었다. 따라서, 의사가 본 금연정책의 실제적 주체가 되어야 한다는 시각에는 과학적 팩트가 기저에 존재하며, 이 같은 팩트에 대한 의사들의 내재적인 동의야말로 다수 의사들의 시각을 해석하는 데 중요한 단서가 될 수 있지 않을까 한다. 가장 과학적인 교육을 경험한 고도의 전문가 그룹인 의료인들이, 타당성이 확보된 근거들에 의거하여 대상에 대한 신념을 생산하고, 강화하고 있다는 의미이다. 과학적 지식에 대한 경험 이외에, 두 번째로는 현재 다수의 의사들이 처해있는 대단히 현실적 배경을 언급할 수 있을 것으로 생각된다. 의료의 공공재 (Public Asset)적 성격은 이미 당연한 명제임을 넘어 (Eckert and Funker 2001), 의료라는 분야를 정의하는 기본적 이념이 될 정도로 근본적 특성을 정의한다고 할 수 있다 (이종학, 김찬중 2013). 하지만 현재 의사들, 특히 개원의의 경우 공공재인 의료를 공공성이라는 성격에만 의거하여 시행하기에는 결코 만만치 않은 배경에 처해있는 것도 엄연한 사실이다. 의료 소비자들에게 제공하고 있는 사항은 공공성에 바탕한 의료 서비스가 분명함에도 불구하고, 병원의 운영이라는 현실적 목적을 위해서는 소속된 개별 의사들이 진료하는 환자의 숫자가 너무나 중요한 관심사일 수 밖에 없는 구조이기 때문이다.

개원의들에게는 더욱 쉽지 않은 상황일 수 있다. 개원의들은 병원의 운영에 소요되는 비용을 스스로 온전히 책임져야 하며, 환자의 숫자를

제외하면 사실상 병원의 수입이 증가될 수 있는 변수는 매우 제한된 환경에 처해있기 때문이다. 정부의 실질적인 보조도 없으며, 이 같은 상황에서 수익 구조의 유지는 의사들에게 생활자로서 살아갈 수 있는가에 대한 생존의 문제임에 분명하다 (이원표 2015). 모든 개원의가 해당된다고 할 수는 없겠으나, 현재 지속적으로 증가하고 있는 금연치료 목적의 내원 환자를 마다할 이유가 없다는 환경이 이해가 되는 대목이다. 결국 개원의들이 지역사회에서 어떠한 포지션으로 자리 잡고, 다수의 환자들이 진료를 희망하며 지속적으로 내원할 것인가는 특정 의사 혹은 병원이 환자와 어떠한 관계를 맺고 유지하게 되는가와 직결될 수 있다는 생각이다. 따라서, 물론 금연치료를 목적으로 내원하는 환자들에게 시행하는 의료에 의해 확보하는 병원의 수익도 직접적으로 중요하겠지만, 그와 더불어 금연치료를 통해 형성된 관계가 향후 여타 질환과 관련해서도 해당 환자가 꾸준히 내원할 수 있는 분위기를 만드는 원인이 될 수도 있다는 판단이다. 즉 금연치료의 모범적 시행이 의사들에게 환자의 추가적 증가를 위한 변수로 작용할 수도 있지 않을까 하는 것이다. 이 같은 현실은 정도의 차이는 있을 수 있겠지만, 각급 병원에 근무하는 봉직의 들에게도 일정 부분 해당될 수 있는 배경이 아닐까 유추해본다. 봉직의 들은 당연하게도 소속된 병원의 수익을 위해 근무해야 하며, 병원이 금연치료와 관련하여 일정한 방침을 정하고 적극적 시행의 기초를 유지한다면, 봉직의 들은 환자의 증가 및 다양화를 위해 금연치료에 노력해야만 할 것이다. 금연치료 환자가 증가하여 병원의 수익 구조에 기여하는 정도가 높아지면, 특정 의사에게 일정한 인센티브가 부여되는 것도 대단히 자연스러운 귀결이다. 위에서 밝힌 바와 같이, 개원의의 경우처럼 금연치료 환자의 증가가 수입의 증가 등 직접적인 효과로 즉각 발현되지는 않더라도, 결국 일부 봉직의 들에게도 현실적인 이익이 생긴다고 할 수 있을 것이며, 이 같은 상황은 곧 의사들이 병의원 중심의 금연정책에 대하여 당연한 것으로 받아들이기 위한 일부 요인이 될 것이라는 판단이다.

(2) 비적극적 동조와 소극적 참여, 의사그룹 내부의 갈등과 국민(의료 소비자)들의 신뢰도 결여

본 정책은 중앙 정부가 주도하여 시행했음에도 불구하고, 정책을 국민들에게 직접 실행하는 입장으로서의 의사들은 대체로 본 정책의 정당성과 장기적 가치에 대하여 공감하고 있는 것으로 판단되었음은 이미 밝힌 바 있다. 이 같은 의사들의 대체적 시각은, 의사들을 대상으로 진행되는 금연치료와 관련된 교육을 받는 의사들이 증가한다는 사실로도 간접적인 설명이 가능하다고 생각된다. 교육에 참가하는 의사들이 지속적으로 확대되고 있다는 사실은 정책의 순응도와 일정 부분 연계되어 있다고 판단될 수도 있기 때문이다. 물론 현재 활동하고 있는 의사들의 약 60% 이상이 봉직의인 현실에서, 소속 기관이 금연치료 사업 참여를 결정하고 이를 실현하기 위해 일선 의사들이 교육을 받는 것에 무조건적으로 동의했을 가능성도 다분한 것도 간과할 수 없는 부분이기도 하다. 그렇다면, 이 같은 상황의 귀결은 무엇일까. 궁극적으로는, 결국 다수 의사들의 암묵적 합의와 소극적 동조의 모습으로 고착화 되는 국면이 되지 않을까 예상해 본다.

인터뷰 진행을 통하여 관찰된 모습 중 하나는 본 정책에 대하여 특별히 반대할 이유도 없고, 그렇다고 적극적으로 참여할 여유나 동기도 없는 경우가 상당 수 존재했다는 것이다. 앞서 정리한 것처럼, 대부분의 의사가 정책의 기본적 원칙들에는 철저히 동의하는 모습을 보였으나, 원칙에 대한 동의가 결코 정책 성공을 위한 적극성의 발현을 의미하지는 않았다는 뜻이다. 예를 들면, 소속된 의료기관에서 금연치료를 시행하기로 했고 집단 교육을 수료한 의사가 있다고 가정할 때, 해당 의사는 기관의 방침을 거부하면서 금연치료를 시행하지 않을 이유도 없는 한 편, 금연치료에 특별한 노력을 기울일 동기도 명확하지 않은 것이었다.

이 같은 입장의 유지는 결국 정책의 성공을 희망하는 정부에게는 적지 않은 부담 혹은 장애물이 될 수 있지 않을까 유추해 본다. 소극적인

동조는 만약 의사들의 다양한 불만들이 지속될 경우, 더욱 소극적인 입장 유지와 무관심의 단계로 변화될 가능성도 다분하다고 판단되며, 이는 결국 정책 시행의 정체로 이어질 수도 있다는 생각이다.

본 연구에 참여한 다수의 의사들은 본 정책의 실현 과정에 있어 개선의 여지가 다수 존재함을 여러 차례 제기하였다. 현재의 의료 상황, 진료실의 환경 하에서 금연치료를 병행한다는 것은, 개별 의사들에게 정신적 혹은 물리적으로 별도의 노력이 투입되어야 하는 만만치 않은 작업임을 토로한 것이다. 의도와 취지가 좋다고 해서, 일선의 의사들이 실제로 진료 상황에서 경험해야 하는 사안들이 모두 합리화될 수 있는 것은 아니기 때문이다. 의사 당 진료하는 환자들의 숫자에 의해 소속 병원, 혹은 자신의 의료기관 수입이 결정되는 구조에서, 특정한 의무기록 항목과 별도의 차트를 활용하는 금연치료 과정에 모든 의사가 무조건 적극적이길 바란다는 것은 그 자체로 현실적이지 못하다는 지적이 가능하다.

가능할지 미지수이지만, 금연치료에 대한 정부의 의지가 확고하다면, 정책에 대한 개선책으로 금연치료를 수행하는 의사들에게 현재 담당하고 있는 부담을 대폭 덜어줄 수 있는 보완책을 고려할 수도 있을 것으로 생각한다. 예를 들어 최초 내원 과정에서 작성해야 하는 다양한 사항들을 어떻게 하면 간편하게 기록할 수 있을지, 내용적 및 시스템적으로 어떻게 의사들을 지원할 것인지에 대한 고려도 지속적으로 이루어져야 한다는 판단이다.

위 사안들이 명확하게 해결되지 않는 상황의 지속은, 현재의 소극적 동참이 관성화 될 가능성을 높인다고 생각한다. 현재 인터뷰를 통해 파악된 의사들의 시각 중 하나는 본 정책에 대한 암묵적 동조임은 위에서 이미 밝혔다. 암묵적 동조는 곧바로 소극적 참여로 이어질 가능성이 높아진다는 의미일 수 있다. 특별히 참여해야 하는 이유도 모르겠고, 그렇다고 강력하게 반대할 이유도 없는 모호한 상태의 유지는 머지않아 정책의 실현에 중대한 방해요소가 될 것으로 믿는다.

일부이긴 했지만, 이 같은 소극적 태도와 암묵적 동조, 그리고 명확하지 않은 시각의 견지의 배경에 대하여 본 금연치료 정책에 대한 근본적 특성을 활용하여 지적하는 경우도 있었다. 아래의 발언은 본 정책을 둘러싼 다양한 변수 중 정책의 지속성에 대한 현실적인 의문을 나타낸 것으로 판단되었다.

“차트가 하나가 되지 않는다는 것은... 특별 사업으로 시행되고 있기 때문일 것이고... 이걸 결국 사실 정책이 언제 또 변할 수도 있다는 것 아닌가요? 지금이야 세금이 엄청 걷히니까 당연히 재원이 있을텐데, 그러니까 광고도 많이 하고 정책을 펼치는 거겠죠. 그런데 어쨌든 정권도 바뀌고 세수가 어느 날 줄어들면 이 정책도 변화가 있지 않을까 싶은 거죠. 그러면 사실 금연치료 이것도 보조금 주면서 계속 지원하기는 힘든 거 아닐까 몰라요...” (의사11)

차트, 즉 내원 환자에 대한 의무기록을 작성함에 있어 하나로 합쳐지지 않은 상황에 대한 불편을 호소한 의사들은 절대 다수였지만, 의무기록이 하나로 합쳐지기 어려운 현실적 배경 상황에 대한 지적은 일부 의사들에 의해서만 지적되었다. 이 같은 사항은 미처 연구자가 예상하지 못한 사항이었으며, 향후 추가 연구에서 다수의 의사들에게 질문하여 의견을 요청할 가치가 충분한 사안이라는 생각이다.

6. 결론 및 연구의 한계점, 제언

본 연구는 2015년 2월 전격 실시된 이후 만 2년이 경과된 병의원 중심의 금연치료 사업에 대하여, 정책 실현의 핵심 주체인 의사들은 어떠한 시각을 갖고 있는지 심층 인터뷰를 통해 알아본 탐색적 연구였다. 연구를 시작하면서 설정했던 기본적 가정은 의사들의 의견이 통일된 시각을 견지하기는 어려울 것이며, 대체로 긍정적으로 평가하는 부류와 전반적으로 반대를 표방하는 의사들이 존재할 것이라는 일반적 판단이었다. 하지만

인터뷰에 참여한 의사들의 대다수는 본 정책 자체에 대한 회의감이나 불만은 그다지 많지 않은 것으로 파악되었다. 흡연을 질병으로 정의하고 의사의 치료가 중대한 변수로 작용하여 흡연자들의 금연성공에 있어 가장 중요한 역할을 한다는 전제에는 의사들의 공통된 동의가 발견되었던 것이다. 대형 샘플에 대한 분석에 의해 명확한 경향성을 확인하지는 못했으나, 의사들의 연령대와 진료과에 따라 다소 상이한 경향이 발견된 것도 유익한 결과였다고 생각한다. 예를 들면 인터뷰에 참여한 의사들 가운데 가장 연배가 높았던 의사들의 경우, 금연치료의 향후 성공 혹은 성과에 대하여 대체로 회의적인 시각을 보이는 상황이 관찰되었다. 근본적으로는, 흡연자들 개인의 최종적 결심이 있어야 할 것이라는 진단과 함께, 현재 시행되고 있는 금연치료에서도 관련 교육을 받기는 했으나 솔직히 적극적으로 임하지는 않고 있는 상태라고 말한 것이다. 하지만 인터뷰에 참여한 의사들의 평균 나이 즈음에 해당된 의사의 경우에는, 위 의사의 의견과는 정반대의 시각을 제공해주기도 하였다. 약물치료와 정기적인 상담 등에 의해 최선의 결과, 즉 금연성공을 가능하게 만들 수 있는 확률이 높아짐을 수 차례 강조하였으며, 향후 질병의 종류를 막론하고 진료실에 찾아오는 환자들에게는 무조건 흡연과 관련된 치료가 적용되어야 한다는 의견을 밝힌 것이다.

물론 이 같은 과정이 흡연자들의 금연성공을 위해 가장 중요한 변수라는 판단을 하고 있는 것으로 관찰되었다. 진료과의 차이도 일부 관찰할 수 있었다. 가정의학과 의사들의 경우 금연치료와 관련된 내용들에 대하여 관여도가 비교적 높은 것으로 판단되었으며, 금연치료가 시행되어야 하는 이유, 그리고 흡연자들에게는 어떤 형태로든 의사의 개입이 반드시 필요하다는 의견에 대한 동의 수준, 그리고 금연치료 시행은 의사들의 가장 중요한 책임이자 참여라는 시각 등도 여타 진료과에 비해 명확해 보였다. 하지만 이에 반해 이비인후과 등 타 진료과 의사들의 경우 가정의학과 의사들보다는 분산된 의견들이 관찰된 것으로 판단되었다. 결국, 의사들 대부분은 금연치료 사업의 주체임을 인지하고 중요성을 강조하고 있었지만,

현 시점에서 모든 의사들이 동일한 수준으로 긍정적 시각을 견지하고 있다고 볼 수는 없을 것 같았다. 의사 중심의 금연 정책에 대한 의견을 표현함에 있어, 의사들의 직접적인 이해관계와 직결되는 사안이라기 보다는, 다소 간접적인 사안으로 생각하며 의견을 제시하는 것처럼 판단되었다. 전체적인 의견을 발언함에 있어, 특별히 강력하게 반대하는 의사도, 그렇다고 강력하게 찬성하면서 적극적으로 정책 시행의 일부가 되려는 의사들도 부재한 상황으로 보인 것이다. 따라서, 이 같은 모호한 상황이 만약 정책의 세부적 변화 없이 장기간 유지될 경우, 정책의 온전한 성공은 기대하기 어렵지 않을까 생각된다. 정부는 본 인터뷰를 통하여 일부 관찰되기도 한 의사들의 실제적 의견들을 더욱 적극적으로 청취, 실제로 정책의 실행에 참여하여 중심적 역할을 담당해야 하는 의사들이 적극적으로 정책을 받아들이고 실행할 수 있는 여건 및 조건을 만드는 것이 중요하지 않을까 제언하고자 한다.

본 연구의 첫 번째 제한 사항으로는, 인터뷰 대상의 크기를 먼저 지적해야 할 것 같다. 물론 근거이론을 활용한 질적 연구의 상당수가 본 연구와 마찬가지로 15인 내외의 인터뷰를 통해 데이터를 확보, 분석의 과정을 거친 것은 사실이다. 하지만, 본 연구의 대상으로 선정한 병의원 중심의 금연치료 사업은 비교적 시행 초기라고 할 수도 있으며, 위에서 밝힌 것처럼 현재 안정기에 접어든 정책으로 판단하기에는 시기가 다소 이른 측면도 없지 않은 것이다. 이는 곧 의사들의 의견이 다소 일반적인 수준에서 그칠 가능성도 있고, 인터뷰를 통해 관찰되는 공통적인 사안들이 비교적 빠르게 도출되는 결과의 배경이 된다고 생각한다. 따라서 보다 다양한 배경과 위치, 경력과 연령, 거주지, 진료의 형태 등을 조금 더 세부적으로 고려하여 15명보다 많은 대상자를 통해 데이터를 확보했으면 어땠을까 라는 아쉬움이 남는다.

두 번째, 연구의 핵심 주제 자체가 의사들의 시각으로 판단하는 병의원 중심의 금연치료였으나, 대상을 의사를 비롯하여 본 정책과 관련된

다양한 전문가 그룹을 동원하여 인터뷰를 진행하는 방법도 향후 고려해 볼 수 있다는 생각이다. 현재 병의원 중심의 금연치료 사업은 전국적으로 시행되는 상황이지만, 모든 측면에서 통일된 형태로 시행되고 있다고 판단되지는 않으며, 정책의 시행을 위해 의사들과 관련을 맺는 다양한 인력들은 다수 존재하는 것으로 파악된다. 따라서, 정책의 기획과 시행을 담당하는 공무원들도 인터뷰의 주요 대상일 수도 있을 것이며, 의사와 금연치료 업무를 함께 담당하는 간호사, 병의원의 시스템을 책임지고 보험공단에서 지정한 사항들을 일선 의사들이 가장 간편하게 진행할 수 있도록 환경을 제공해야 하는 병의원 내 전문가도 가치 있는 인터뷰 대상일 수도 있을 것이다. 또한, 치료의 대상자인 실제 흡연자들의 의견 또한 대단히 중요한 사안일 가능성도 높다고 판단된다. 따라서, 향후 연구에 대한 제언으로는, 위에서 언급한 제한 사항을 극복하는 방향으로 중요한 세부 주제들이 논의되길 희망한다. 이는 곧 의사 그룹의 다양성을 확보하여 의견을 청취하는 질적 연구, 혹은 가능한 다수의 의사들을 통하여 본 질적 연구에서 도출된 중요 사안을 활용하는 양적 연구 등이 진행될 수 있다고 생각한다. 끝으로, 본 정책을 둘러싼 다양한 관여 그룹들이 의사들과 어떠한 사안에 대한 공감을 공유하고, 특정 사안에 대해서는 어떻게 상이한 시각을 보유하고 있는지 등에 대한 측면도 중요한 탐구 주제라고 생각된다.

세 번째 한계 사항으로 지적할 수 있는 측면은 연구자가 연구의 전 과정에서 일관되고 철저하게 유지해야 하는 제 3자 시각에 대한 사항이라고 할 것이다. 위 두 번째 사항에서 언급한 연구 대상자가 제한된 그룹이었다는 사실과 연계되는 사항이지만, 의사 그룹을 인터뷰 하면서 연구자가 철저하게 객관적인 입장에서 인터뷰 대상자들의 발언을 해석하고 정리할 수 있었는지에 대한 의문은 존재할 수 있다고 판단된다. 이는 본 연구에서 생산되는 지식과 시사점이 어떠한 계층에게 어떠한 의미를 부여할 것인가에 대한 사항과 연결된다. 연구자는 최대한 객관적 시각에서 사안을 관찰하고, 데이터 수집방법을 결정한 다음 인터뷰를 수행하였으며, 도출된 시사점이

우리 사회에서 최근 진행되고 있는 주요 금연정책의 궁극적 성공을 위해 다
주체 측면의 책무성과 가장 효율적인 거버넌스와 관련하여 중요한
참고사항이 될 수 있도록 노력하였으나, 일부 주관성과 자의적 판단 등이
발생했을 가능성은 엄연히 존재한다고 생각된다. 따라서, 연구 대상자의
다양화에 의한 추가 연구 수행, 동일 주제를 활용한 양적 연구 진행 등이
제언될 수 있다고 믿는다.

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.
- 김윤 (2015), 의사와 건강보험의 협력적 거버넌스 구축 방안. 의료정책포럼, 12(3), 11-17.
- 김지현, 사공준 (2017), 담배가격 인상에 따른 사무직 남성근로자들의 흡연 행태 변화, 한국환경보건학회지, 43(1), 64-70.
- 김진선 (2003), 보건진료원의 금연지도활동에 영향을 주는 요인, 보건교육·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. 연구보고서.
- 김철환 (2009), 한국 의사들의 금연중재에 관한 인식 및 진료행태에 대한 조사, 가정의학회지, 30(11), 857-863.
- 김철환 (2006), 금연정책에 있어서 보건의료인들의 역할, 보건복지포럼, 2006년 6월, 76-79.
- 김현철, 조경숙, 권순만, 임재영 (2012), 담배가격 인상이 청소년 흡연에 미치는 영향: 흡연 감소 및 브랜드 스위칭, 보건사회연구, 32(3), 429-460.
- 김현호, 신동욱, 조비룡, 안은미, 이대근, 최은주, 유효상 (2015), 보건소 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 프로그램의 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 찔끔,” 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, 김영효, 배성, 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.

- 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 환자에서 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, 보건교육건강증진학회지, 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 현황 분석. 보건사회연구, 34(3), 165-191.
- 이성규 (2013), 세계적 대세: 담뱃갑 경고이미지, 보건복지포럼, 198, 115-121.
- 이원표 (2015), 내과 전공의 미달 사태로 본 우리나라 의료현실, 대한의사협회지, 58(5), 368-371.
- 이용민. (2017). 국민을 위한 의료정책 이렇게 되어야 한다. 대한의사협회지, 60(4), 286-288.
- 이한희 (2007), 국가 흡연예방 및 금연정책의 현황과 전망, 보건복지부포럼, 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 양성체계 구축, 의료정책포럼, 15(1), 11-16.
- 장선옥, 신보미, 조미행, 이민선, 김소라, 김경진, 양민주, 김다혜, 정원균 (2009), 원주시 치과의원 종사자의 금연지도활동에 대한 실태조사, 한국지위생과학회, Vol 9, No 4, 397-404.

- 전형준 (2013), 흡연자의 금연결정과 성공요인에 관한 연구-금연정책에 대한 함의-, 사회보장연구, 29(1), 89-103.
- 정기윤, 유상호, 마승현, 홍선형, 이윤상, 심은영, 윤종률, 김미영 (2009), 입원 환자를 대상으로 한 체계적 금연 교육과 금연 성공률, 가정희학회지, Vol 30, 503-510.
- 정연옥, 박용익, 박성철, 진정근, 백승주, 이혜용, 이지언, 박순영, 이정우, 석소현 (2014), 간호사 간 인계 의사소통 경험에 관한 내용분석, 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.
- 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.
- 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.
- 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 ‘금연치료’ ”,
4월 20일,
http://biz.heraldcorp.com/common_prog/newsprint.php?ud=20170420000089

Bryman, A.(2011), *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmo: 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/.

(부록)

인터뷰 프로토콜/ 현직 의사 대상/ 의사의 금연치료 관련

안녕하세요 선생님.

저는 현재 “의사의 눈으로 본 병원 중심의 금연정책” 연구를 진행 중인 서울대학교 보건대학원 석사과정 유현재 라고 합니다.

지난 번에 유선 혹은 이메일을 통하여 본 연구의 개요에 대하여 간단하게 언급 드린 바 있습니다만, 본 연구는 지난 2015년 초부터 시행되어 “흡연은 질병입니다. 치료는 금연입니다.” 라는 메시지로 요약되는 의료인 중심의 금연치료 시스템에 대한 제언을 주요 목적으로 하고 있습니다.

현재 실시 중인 위 정책과 관련, 정책의 영향을 받는 대상이면서 동시에 정책에서 책임을 발휘해야 하는 핵심 전문가인 선생님에게 전반적인 견해 및 제언, 향후 예상 등에 대하여 의견을 구하고자 합니다.

귀한 시간 허락해주셔서,
다시 한번 감사의 말씀을 전합니다.

이제, 허락하시면 인터뷰를 시작하도록 하겠습니다.
혹시, 녹음을 해도 될런지요? (허락/거절)

네, 잘 알겠습니다.
인터뷰를 시작하겠습니다.

1. (건강의 책임성, 흡연 및 금연에 대한 일반적 인식)

1-1.

건강의 유지/개선은 개인의 책임, 혹은 사회의 책임인지- 의견 부탁드립니다. 전문가로서 소위 교과서적인 답보다는 평소 진료를 하시면서 혹은 전문가로 활동하시는 동안 생각이 달라졌거나 변함없거나 등 편하게 말씀주시기 바랍니다.

1-2. 금연/흡연의 경우도 같은 생각이신지요? 개인의 금연, 사회전반의 흡연을 감소에 있어 책임은 개인에게 있는지, 아니면 의사를 비롯한 전문가 그룹, 혹은 사회전체가 참여해야 하는 사안이라고 보시는지 견해 부탁드립니다.

그렇게 생각하시게 된 구체적인 계기나 기억에 남는 사건 같은 것이 있으신지요. 들려주시면 감사드리겠습니다.

2. (“흡연은 질병, 치료는 금연” 기조에 대한 의견)

현재 정부가 시행 중인 “흡연은 질병입니다. 치료는 금연입니다” 정책을 들어 보셨습니까? 언제 어떤 식으로 처음 접하셨는지요?

처음 들었을 때 느낌이나 인상이 어떠셨습니까?

본 정책에 대한 전망은 어떠신지요? 사실, 본 정책을 두고 긍정적 혹은 부정적 입장이 있을 수 있다고 생각합니다. 향후 경과를 어떻게 전개될 것으로 예상하시는지요? 자유로운 의견 부탁드립니다.

3. (의사 중심의 금연정책 성공을 위한 조언)

“흡연은 질병, 치료는 금연! 병의원에서 상담하세요.” 이 표어에는 의료인과 의료기관 중심의 금연정책이 담겨 있다고 생각합니다. 본 정책의 실현이 실제 금연률 상승효과로 이어지기 위하여 걸림돌이 어떤 사항이라고 생각하시는지요?

왜 그런 생각을 하시게 되었는지 사례나 경험이 있으신지 여쭙습니다.

4. (환자와의 관계, 질병치료에 있어서 의사의 역할)

선생님이 생각하시는 가장 이상적인 ‘의사-환자’의 관계는 질문드립니다. 선생님께서는 의사가 환자와의 상담이나 소통을 통해 환자에게 어떤 변화를 일으킬 수 있다고 믿으시는지요? 혹시 그런 의견을 가지시게 된 계기가 있으신지 질문 드립니다.

5. (금연치료 과정에 있어서 의사의 역할에 대한 질문)

금연 치료과정에 있어서, 의사의 구체적인 역할과 책임에 대하여 질문드립니다. 혹시 어느 정도까지 의사가 관여해야 하는지 (범위), 혹은 어떤 행동이나 발언은 결코 하면 안된다고 생각하시는지 등을 질문드립니다.

6. (금연치료에 사용되는 매뉴얼 등에 대한 시각)

현재 의사의 금연치료 과정에서는, 정부가 지정한 구체적 항목들에 대하여 의사가 기록하게 되어 있는 것으로 알고 있습니다. 혹시 내용에 대해 인지하고 계신다면 이 같은 항목들에 대한 의견 부탁 드립니다. 만약 접한 적이 없으시다면, 반드시 포함되어야 한다고 생각하시는 사항에 대해 조언을 요청 드립니다.

7. (보건정책 파트너로서의 정부에 대한 의견)

우리나라에서 진행되는 보건정책의 대부분은 정부주도형이 아닐까 합니다. 정부는 관련 정책에 있어 선생님과 같은 이해 관계자와 얼마나 소통한다고 보시는지요? 이번 병의원 중심의 금연정책은 어떻습니까?

소중한 시간, 감사의 말씀 올립니다.

끝으로, 간단한 인구통계학적 사항을 여쭙습니다.

상세하지 않아도 괜찮습니다. 고맙습니다.

1. 선생님의 성별은? (남/여)
2. 선생님의 연령대는? (_____)
3. 선생님의 직업/전문분야는? (_____)
4. 선생님의 흡연상태는
(예: “흡연하지 않음”,
“과거 약 10년 간 흡연. 현재는 금연상태” 등)

이상입니다.

혹시 위 질문들 이외에 여타 본 연구와 관련하여 조언주실 사항이 있으시면
마지막으로 한 말씀 부탁드립니다.

감사합니다.

-인터뷰 종료-

Abstract

Physicians' Policy Orientations and Accountability:

-A Case of Anti-smoking Policies in South Korea-

유현재

(Hyunjae Yu)

보건학과 보건정책관리학 전공

(Public Health Sciences, Health care Management and Policy)

Graduate 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 healthcare policies in this society. Even though the government is the main agent that plan, execute, and manage every single healthcare policy, we absolutely can not ignore the important roles and responsibilities physicians for making the policies successful and effective. However, as several researchers in related fields have pointed out, there have not been enough academic studies not only dealing with diverse issues about many types of physicians, but also using physicians as the subjects for research despite the fact many people consider those topics are quite important in many aspects. Some researchers have mentioned how hard it is to conduct the studies such as interviews with physicians and surveys among them compared to using

other medical professionals for academic studies. Some studies also have pointed out that physicians actually need to question themselves if there have been enough discussions dealing with the physician groups' own efforts to express their opinions about public healthcare policies not only to the government, but also to the public. Based upon the background described above, the present study tried to identify not only the physicians' diverse perspectives toward diverse public healthcare policies regarding the opinions about many policies in general, suggestions for more effective management and successful execution of many healthcare policies. As a specific method for data gathering, this study chose in-depth interviews with physicians from diverse specialties. In terms of a specific case for the study, the present study used one of the antismoking policies called “병의원 중심의 금연치료” which is a new system where the government encourages smokers to go to see physicians for quitting smoking. This new tobacco policy was initiated in 2015 right after a big price increase of cigarette products in Korea. As of 2017, the policy could be considered as one of the most important public health policies in this society. Therefore, the goal of this study is to get meaningful insights supposedly helpful for successful execution of diverse healthcare policies in Korea including the antismoking policy by hearing the physicians' policy orientations which are their opinions and basic perspectives toward specific policy that have not been investigated often so far. As specific research questions applied in this study, the researcher tried to answer these following questions: 1) What, and how much accountabilities do the physicians in this study 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 antismoking policy? As the results, the researcher found that the physicians' answers were actually talking about the accountability, governance, and the strategies which were assumed by the researcher as major theoretical concepts for this study in the first place. Some physicians participated in the interviews pointed out that there have been less active interactions among the physician groups themselves, and even serious conflicts were seen as well which were not helpful at all for successful management of healthcare policies in this society.

keywords: Physicians, Medical Professional, Public Healthcare Policies, Policy Orientations, Thematic Analysis, Antismoking Policies, Accountabilities, Governance

Student Number: 2015-24037