

# 질병관리 효율화를 위한 중앙정부조직 개편방향

최 용 준

한림대학교 의과대학 사회의학교실

## 1. 서론

최근 들어 국가질병관리체계 현대화가 세계 각국 정부의 중요한 과제가 되고 있다. 캐나다 연방정부는 감염병과 만성질환을 관리하고 생물테러 등 응급상황에 효과적으로 대처하기 위하여 새로운 질병관리조직인 Public Health Agency를 창설하기로 결정하였다. 연방정부는 앞으로 2년간 1,412억원을 투입하여 Agency를 설립하고 사업기반을 확충해 나갈 예정이다(Health Canada, 2004). 또 EU 집행위원회도 지난 3월 European Center for Disease Prevention and Control 설립계획을 최종 승인하고 ECDC가 발족하는 내년 한 해에만 71억원을 투입할 예정이다(Bosch, 2004). 이렇듯 새로운 질병관리조직들이 만들어지고 있는 직접적인 계기는, 중증급성호흡기증후군(이하 SARS) 사태로 대변되는 신종 및 재출현 전염병의 폭발적 발생(outbreak)이다. 전염병의 만연 사태가 일어나면서 각국 정부는 국민건강 보호의 중요성을 재확인하는 한편, 질병으로 인한 경제적 손실을 현실적 문제로 인식하게 되었다.<sup>2)</sup> 비전염성질환과 손상으로 인한 질병부담도 세계 각국의 골칫거리다. 서구 여러 나라에서는 비전염성질환과 손상의 질병부담이 이미 매우 큰 상태이며, 저개발 국가들은 전염병과 비전염성질환으로 인한 “이중의 질병부담(double burden of disease)”을 안고 있다고 한다.

작년 SARS 사태 이후 우리나라도 국립보건원과 국립검역소를 통합하고 조직과 인력을 확충하여 전염병 관리업무를 전담하는 질병관리본부를 출범시켰다. 질병관리본부는 2008년경에 충청북도 오송단지으로 이전하는 것으로 알려져 있어, 향후 몇 년간 우리나라 질병관리체계가 획기적으로 발전할 것이라는 기대감을 높이고 있다. 그러므로

---

2 예컨대 SARS의 경우 초기 발생지역인 동남아시아에서만 300억 달러의 경제적 손실이 발생한 것으로 추정되었다.

“질병관리 효율화를 위한 정부조직 개편 방향”을 고민하는 것은 시의적절한 일이며, 이 글은 그러한 논의의 작은 출발이다. 이하에서는 우리나라 질병관리체계의 현황과 문제점을 살펴보고, 질병관리본부 발족에 따른 변화를 확인한 다음, 질병관리체계 개선을 위한 과제를 생각한다. 이 글의 2장은 “생물테러 대비 및 대응을 위한 국립보건원 기능 활성화 방안(한달선 외, 2003)”에 기초하였음을 미리 알려둔다.

## 2. 우리나라 질병관리체계의 현황과 문제점<sup>3)</sup>

### 가. 현 황

우리나라 질병관리체계는, 중앙정부 수준에서는 보건복지부가 소관부처가 되고 지방자치단체 수준에서는 광역단위 시·도 보건과와 기초단위 시·군·구 보건소가 관련 업무를 분장하는 보건행정체계에 근간을 두고 있다. 보건복지부는 질병관리정책을 수립하고 이에 기초하여 지방자치단체의 질병관리사업을 지원·평가하는 역할을 맡고 있다. 구체적인 역할을 담당하는 중앙정부의 질병관리조직은, 전염병 관리를 맡고 있는 국립보건원 및 국립검역소, 비전염성질환 관리를 책임지는 보건복지부 건강증진국으로 이원화(二元化)되어 있다.

#### 1) 전염병 관리

국립보건원은 전염병 관리계획을 수립하고, 지방자치단체의 전염병 관리사업을 행정적·기술적으로 지원하며, 관리사업의 성과를 평가한다. 국립보건원의 기능은 전염병 감시체계의 운영, 전염병 역학조사에 대한 지원, 예방접종관리 등 전염병 예방사업계획 수립 및 사업 지원, 생물테러 등 응급상황에 대한 대응, 전염병 관리인력의 교육과 훈련, 전염병 관련 연구 수행 등으로 구분할 수 있는데, 국립보건원의 각 부서가 이들 업무를 분장한다. 그림 1은 국립보건원 조직도다.

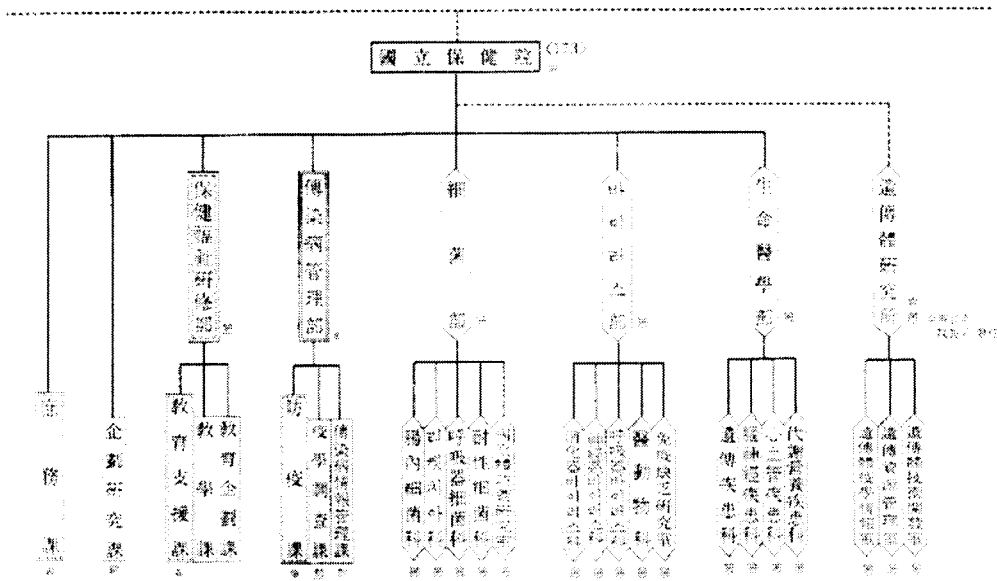
국립보건원 사무분장 현황을 개관하면, 전염병 관리사업의 기획·조정·평가는 전염병관리부, 특히 방역과의 역할이며, 관련인력의 교육 및 훈련은 보건복지연수부의 몫이고, 세균부와 바이러스부는 전염병 연구와 표준실험실 운영, 일부 질병 감시 기능(실험실 감시체계 운영)을 담당하며, 생명의학부와 유전체연구소는 비전염성질환에 관한 생의학연구와 유전체연구를 수행하고 있다. 국립검역소는 국립보건원 산하조직은 아니지만, 검역예방법과 전염병예방법에 규정되어 있는 검역전염

---

3 논의의 편의상 현황과 문제점은 질병관리본부 출범 이전의 것으로 제한하였다.

병 및 해외유입전염병 관리에 일정한 역할을 맡고 있다.

국립검역소가 전염병 관리에 일정한 역할을 담당하고 국립보건원의 연구 기능이 일부 비전염성질환 및 유전체 연구를 포괄하고 있지만, 국립보건원은 중앙정부의 전염병 관리조직으로 정책과 사업, 연구와 훈련 기능이 집중되어 있는 셈이다.



<그림 13> 국립보건원 조직도(2002년 3월 현재)

출처: 정부조직관리정보시스템(<http://org.mogaha.go.kr:7003/fojik>)

## 2) 비전염성질환 관리

보건복지부 건강증진국은 비전염성질환 관리계획을 수립하고, 지방자치단체의 비전염성질환 관리사업을 지원하며, 관리사업의 성과를 평가한다. 그러나 비전염성질환 관리에서 건강증진국의 지원 기능은 행정적 지원에 머물러 있다. 기술적 지원의 상당 부분은 용역사업이나 건강증진기금사업을 통해 대학 등 민간부문 또는 정부출연 연구기관에 의뢰하고 있다. 표 1은 보건복지부 건강증진국의 사무분장 현황이다.

사무분장 현황에서 특징적인 것은, 공공보건과를 제외한 나머지 과들의 사무가 건강문제별로 분장되어 있다는 것이다. 즉 건강정책과는 위험요인 관리를 위한 건강증진, 암관리과는 암, 정신보건과는 정신장애, 구강보건과는 구강건강문제, 질병관리과는 다른 과가 다루지 않는 기타 비전염성질환 등을 맡는 식이다.

건강증진국은 비전염성질환 관리에서 기획·조정·평가 등 정책 기능을 주로 담당하고 있다. 교육 및 훈련은 국립보건원 보건복지연수부가 맡고 있으며, 비전염성질환에 관한 생의학연구도 국립보건원 생의학부와 유전체연구소, 국립암센터 연구소의 소관이다. 비전염성질환 관리사업을 개발하고 평가하는 응용연구(applied research)도 용역사업의 형태로 정부출연 연구기관이나 민간부문에 위탁하거나, 건강증진기금사업을 통해 수행하고 있다. 이렇게 볼 때, 비전염성질환 관리에서 건강증진국의 지위는 전염병 관리에서 국립보건원의 지위와 차이가 있다. 건강증진국은 중앙정부의 비전염성질환 관리조직으로 정책 기능을 주로 담당하고 나머지 기능은 국립보건원과 정부출연 연구기관, 민간부문에 분산되어 있다.

<표 47> 보건복지부 건강증진국 사무분장 현황(2003년 3월 현재)

과 이름	분장 사무
건강정책과	1. 건강증진 행정업무 2. 건강증진 업무 3. 보건교육에 관한 업무 4. 국민건강증진기금 업무 5. 국민영양에 관한 업무 6. 기생충관리에 관한 업무 7. 모자보건 및 가족계획 업무 8. 산후조리원 관련 업무
공공보건과	1. 보건소·보건지소 및 보건진료소 업무 2. 공중보건의 및 장학제도 운영 3. 1차 보건의료사업 4. 방문보건사업 5. 공공보건의료사업 6. 국립병원의 발전방향 수립 및 운영 평가
질병관리과	1. 성인병 관리에 관한 업무 2. 희귀·난치성질환 관리 업무 3. 감염질환 관리 업무 4. 공중위생제도 및 기획 업무 5. 원폭피해자에 대한 보호 및 지원
암관리과	1. 암 관련 정책 종합조정 2. 국가암관리사업 종합계획 수립 및 조정 3. 국립암센터 지원·육성 4. 암 정복을 위한 조사·연구사업 5. 암등록에 관한 종합계획 수립 및 조정 6. 암정보관리계획 수립 및 개발
정신보건과	1. 정신보건사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정 2. 지역사회정신보건사업의 수립·조정 및 평가 3. 정신보건시설의 운영 지원 및 육성 4. 알코올 및 약물중독의 예방 및 관리 5. 중앙정신보건심의(심판)위원회의 운영 6. 정신보건전문요원의 육성 및 지원 7. 국·공립정신병원 운영 지도 및 민간정신의료기관에 대한 지원·육성 8. 정신보건 관련 법인·단체의 지원·육성
구강보건과	1. 구강보건정책의 계획 수립·시행 2. 구강보건 관련 인력의 수급, 관리인력·의료기관에 대한 의료감시 및 행정처분 3. 구강보건의 교육·홍보 및 조사·연구

출처: 보건복지부, 2003a.

## 나. 문제점

### 1) 질병관리사업에 종사하는 공무원 인력의 전문성이 낮다

질병관리인력의 전문성이 낮다는 것은 두 가지 면에서 볼 수 있다. 첫째, 질병관리조직에 전문가가 적다는 것이다. 정부부문이 전문가를 공무원으로 흡수하려는 노력이 부족하다. 개방형직위제도가 도입되었지만 아직 성과가 크지 않다. 기술직 공무원의 승진보직이 제한되어 있다는 점도 문제다. 질병관리를 담당하는 건강증진국과 국립보건원 전염병관리부는 복수보직으로 되어 있어 기술직 공무원의 보임이 가능하다. 그러나 행정직 공무원이 다수를 점하고 있는 상황에서 기술직 공무원의 보임은 쉽지 않다. 이것이 문제인 까닭은 질병관리에 관한 연구나 교육 분야는 물론이고, 정책 분야에서도 일정한 전문성이 요구되기 때문이다.

둘째, 기존 인력의 전문성 제고가 어렵다. 전문성 제고의 가장 큰 걸림돌은 순환보직제도다. 국장 및 과장 보직의 재임기간이 일 년이 채 되지 않는 것이 우리 공직사회의 관행이다. 이렇게 해서는 인력의 전문성이 제고될 수 없다.<sup>4)</sup> 물론 행정직 공무원이라고 해서 전문성이 없다고 단정하는 것은 옳지 않다. 오랜 기간 동안 보건행정의 현장에서 업무를 수행하면서 축적하는 전문성은 교과서에서 배운 지식보다 큰 가치를 지니는 경우가 많다. 그러나 잦은 인사이동은 그러한 기회를 원천적으로 박탈한다. 그렇다고 이들을 위한 별도의 교육 프로그램이 체계적으로 운영되는 것도 아니며, 운영되는 교육 프로그램에 참여할 기회도 매우 제한되어 있다.<sup>5)</sup>

### 2) 질병관리조직 및 예산의 규모가 매우 작다

국립보건원의 인력 규모는 정원 175명, 현원 170명 수준이다. 전염병관리부의 현원은 23명으로, 방역과 13명, 역학조사과 6명, 전염병정보관리과 4명이다. 국립

---

4 이러한 문제를 타개하기 위하여 몇 가지 정책이 제시되고 있다. 2003년 행정자치부가 발표한 「2003년도 정부조직관리지침」에 따라 보건복지부도 직무 전문성 제고와 우수인력 채용을 위해 「인사관리 개선방안(보건복지부, 2003b)」을 내놓았다. 즉 직무 전문성을 제고하기 위해 직위별 보직기준을 정비하고 개인별 전문직위 지정제도와 전문분야 보직경로제도를 도입하며 전보제한기간을 연장하겠다는 것이다. 또 우수인력 채용을 위해 전문가 공채 비중을 높이고 국장급에 적용되던 개방형직위제도를 과장급까지 확대할 예정이라고 한다.

5 2000년 현재 우리나라 보건공무원은 20,753명이었으며, 2002년 국립보건원 보건복지연수부의 교육 실적은 2,994명이었다. 보건공무원 수의 변화가 없다고 가정하면, 2002년 국립보건원에서 교육·재교육 받는 공무원의 비율은 14.4%로 산술적으로 7년에 한번 꼴로 교육 기회가 주어진다. 직렬이나 분장 사무에 따라 차이는 있겠으나 중앙과 지방을 막론하고 교육 기회가 충분하다고 볼 수 없을 것이다(양숙자 등, 2003).

보건원의 전체 인력 규모는 표 2와 같다. 공공보건과를 제외한 건강증진국 현원은 43명으로, 국장 1명, 건강정책과 13명, 질병관리과 10명, 암관리과 6명, 정신보건과 8명, 구강보건과 5명의 수준이다.

인력 규모로 본 우리나라 질병관리조직의 규모를 외국의 경우와 비교해보자. 물론 인구 규모와 경제력의 차이, 질병관리조직의 업무 범위 등을 고려하면, 정확한 비교는 어렵다. 그러나 대다수 나라에서 중앙정부의 질병관리조직의 역할과 기능이 비슷하다는 점을 감안하면, 인력 규모의 단순 비교가 무의미하지는 않을 것이다. 전염병과 비전염성질환, 손상과 직업병 등 관리대상 건강문제가 상당히 포괄적인 미국과 중국의 경우, CDC에 근무하는 인력은 각각 8,500명(의사인력 3,000명), 4,000명 수준이다. 전염병과 방사선장애, 응급 대응에 주력하는 영국 Health Protection Agency의 인력 규모는 2,700명이다. 우리나라 국립보건원과 업무 내용이나 조직 구조가 가장 유사하다고 할 수 있는 대만 위생서 질병관제국의 경우 808명의 인력이 근무하고 있다. 대만 질병관제국에 우리나라 국립보건원의 생명의학부와 유전체연구소에 해당하는 하부조직이 없고 검역소 인력이 제외되어 있다는 점을 감안하면, 국립보건원의 조직 규모는 상대적으로 더 작아 보인다.<sup>6)</sup>

질병관리예산도 왜소한 규모에 머물러 있다. 보건복지부 예산 가운데 질병관리 사업에 소요되는 예산만을 가려내는 것은 쉬운 일이 아니기 때문에, 그보다 범위가 더 넓은 보건예산의 규모를 살펴보고, 건강증진기금 규모를 함께 제시하였다. 1998-2002년간 절대적인 규모는 2배 정도 증가했지만, 상대적 비중은 오히려 감소하였다가 최근 다소 증가하는 추세다(표 3).<sup>7)</sup>

---

6 국립보건원이 질병관리본부로 확대 개편되면서 전염병 관리조직의 규모는 훨씬 커졌다. 그러나 내용을 들여다보면, 외형이 커진 것만큼 인력이 늘어나지는 않았다. 3장을 참조하라.

7 올해와 내년으로 예정된 담뱃값 인상이 이루어지면, 건강증진기금 규모는 큰 폭으로 늘어날 것으로 보인다. 물론 건강증진기금의 용처가 어떻게 결정되느냐에 따라 예산의 규모가 좌우 되겠지만, 큰 폭의 증가가 기대된다. 이 때 문제가 되는 것은 건강증진기금 규모 증가에 따른 일반회계예산 삭감인데, 올해부터 예산편성 방식이 바뀌었으므로 과거처럼 기획예산처의 입김보다는 보건복지부가 정하는 예산배정 우선순위가 결정적인 요인이 될 것으로 생각한다.

<표 48> 질병관리예산 규모의 변화 추이(1998-2002, 단위: 억원, %)

	1998	1999	2000	2001	2002
A. 일반회계예산	31,127	41,611	53,100	74,581	77,495
B. 보건예산	968	1,212	1,187	1,749	1,875
C. 건강증진기금	110	117	198	201	*259
B/A	3.1	2.9	2.2	2.3	2.4
(B+C)/A	3.5	3.2	2.6	2.6	2.8

질병관리예산 규모와 함께 언급되는 것은 국립보건원 연구비 규모다. 국립보건원의 연구비는 전염병관리부, 세균부와 바이러스부가 수행하는 전염병연구와, 생명과학부와 유전체연구소가 수행하는 비전염성질환 및 유전체에 관한 연구 등 내부연구, 국립보건원이 공모하는 외부연구에 지원된다. 국립보건원 내부 자료에 따르면, 2000년 이후 한 해 연구비 규모는 30억원을 약간 웃도는 수준에서 유지되고 있다고 한다. 농업, 환경, 생명공학 등 다른 분야의 국립연구기관의 연구비와 비교하면 대단히 낮은 수준이라는 지적도 있다.

그러나 질병관리사업에 필요한 연구를 지원한다는 입장에서는 국립보건원 연구비 규모만을 놓고 문제를 볼 수는 없다. 그것은 국립보건원 연구부서의 기능을 어떻게 설정하느냐와 관련성이 있기 때문이다. 생의학연구를 중심으로 하는 미국 NIH와 유사한 기관으로 육성할 것인가, 아니면 질병관리사업과 직접 연결되는 응용연구에 초점을 두어야 할 것인가, 그도 아니면 양자의 균형을 적절하게 유지하는 기관으로 자리매김할 것인가가 우선 정해져야 한다. 사정이 어떻든 질병관리사업과 연결되는 실용연구에 대한 연구비 지원 규모는 부족하다는 것이 중론이다. 국립보건원 연구비뿐 아니라, 보건복지부 소관의 보건 의료분야 연구비 대부분은 주로 생의학연구에 집중되고 있다. 건강증진기금사업을 통해 지원되는 연구비가 그나마 규모가 큰 편인데, 이 사업이 우리나라 질병관리사업 활성화에 제대로 기여하고 있는가 하는 문제는 별도의 논의가 필요한 사항일 것이다.

### 3) 국가가 관리해야 할 건강문제의 범위가 제한되어 있다

전염병이 국가와 지방자치단체가 관리해야 하는 건강문제라는 점은 명백하다. 전염병의 역학적 특성과 전염병 관리사업의 경제적 편익을 말하지 않더라도, 전염병예방법을 비롯한 여러 법률들이 이를 보증한다. 전염병예방법, 검역법, 후천성면역결핍증예방법, 결핵예방법, 지역보건법 등은 전염병 관리에 대한 국가와 지방자치단체, 국민의 책임과 의무를 상세하게 규정하고 있다. 비전염성질환의 경우에는 사정이 조금 다르다. 비전염성질환을 특정하여 관리에 관한 국가와 지방자치단체의 책임과 의무를 규정한 것은 암관리법이 유일하다. 생활습관 등 건강위험요인에 관해서는 국민건강증진법이 있고, 정신보건에 관해서는 정신보건법, 구강보건에 관해서는 구강보건법이 있으나, 전염병의 경우처럼 비전염성질환 관리에 대한 사항을 포괄적으로 규정한 법률은 없다. 대신 보건복지부의 행정지침과 업무편람이 그 공백을 메우고 있다.<sup>8)</sup>

관리대상 건강문제가 제한되었다는 지적이 직접 가리키는 바는, 질병부담의 크기가 작지 않은 손상을 관리대상 건강문제로 보지 않는다는 점이다. 손상은 세계적으로 전체 사망원인의 11%를 차지하여 심혈관질환(31%), 전염병(25%), 암(13%) 다음의 순위였으며, 우리나라에서도 2001년 전체 사망원인의 12%를 차지하여 암(25%), 심혈관질환(24%)에 이어 3위를 차지하였다(Detels and Breslow, 2002; 통계청, 2002). 그러나 손상 관리에 대한 사항을 규정하는 법률도 없으며, 보건복지부 사무분장 규정에도 관련 업무는 언급조차 되어 있지 않다.

### 4) 조직의 이원화가 전문성과 효율성 제고의 걸림돌이다

우리나라 중앙정부의 질병관리조직이 이원화되어 있음은 앞서 말한 바와 같다. 물론 조직 이원화가 그 자체로 문제가 되는 것은 아니다. 외국의 여러 나라에서도 전염병과 비전염성질환 관리를 별도의 조직에서 맡는 경우가 있다. 이것이 문제가 되는 것은 전문성과 효율성 제고의 걸림돌이 되는 경우다. 전문가 활용 부족과 기존 인력의 낮은 전문성은 질병관리조직 전체의 문제기는 하지만, 질병관리본부와

8 보건복지부는 2003년에 (가칭) 국가만성병관리법을 제정하겠다는 방침을 밝힌 바 있다. 이 법률에는 국가가 관리해야 할 만성병의 범위와 정의, 주요 만성병의 분류와 관리 방법, 만성병 등록사업 추진 등 국가와 지방자치단체의 책무, 만성병 통계자료 생산방법, 회귀·난치성 질병 지원사업 등의 내용이 담길 것이라고 한다(보건복지부, 2003c). (가칭) 국가만성병관리법은 '만성병관리법'이라는 이름으로 2004년도 정부입법계획에 포함되어 있다.



건강증진국을 비교했을 때 전문성 제고에 필요한 조직의 유연성 면에서 전자가 후자보다 낫다는 점은 분명하다. 효율성 면에서도 본청 조직은 취약성을 지니고 있다. 정책과 사업, 연구 및 교육 기능이 분절되어 있기 때문이다. 연구 기능이나 사업에 대한 기술 지원을 외부에 의존하고 있으므로 그 성과가 축적되기 어렵고, 교육 기능은 정책이나 사업 평가 결과가 즉각적으로 되먹이기 어려운 구조에서 수행되고 있다. 관리 방식과 대상의 유사성에 주목하지 않고 건강문제별 조직 편제를 갖고 있는 점은 조직의 효율성이 낮다는 점을 시사한다. 본청에 있는 조직으로서 정책 수립에 부정적 의미의 정치적 역동(political dynamic)이 반영될 여지도 크다. 사정이 이렇다 보니 질병관리정책의 효율성과 전문성이 제고되기 어렵다. 전염병과 비전염성질환을 하나의 조직에서 관리함으로써 누릴 수 있는 이점을 고려하면 비효율성이 더욱 부각된다. 이와 관련하여 질병 발생 원인의 동일성과 상호작용, 관리 방식 및 대상의 유사성, 질병관리를 위한 하부구조의 동일성 등이 통합 관리의 근거로 제시된다(한달선 등, 2003).

질병관리조직의 이원화 외에도 질병관리의 효율화를 위해 개선해야 할 사항들이 있다. 전염병 관리에서 국립보건원과 국립검역소 기능이 체계적으로 통합되어 있지 않거나, 노동보건, 학교보건처럼 부처간 조정과 협력이 필요한 건강문제에 대해서 보건복지부나 다른 중앙정부 부처간의 협력기전이 확립되어 있지 않거나 하는 것은 질병관리 효율화를 위해 개선이 필요한 문제들이다.

### 3. 질병관리본부 발족과 이후 과제

#### 가. 질병관리본부 설립 논의 및 추진 경과

질병관리본부 설립에 관한 논의는 최근의 일만은 아니다. 1988년 대한예방의학회 춘계학술대회 심포지엄 <보건사업의 발전방향> 종합토의 결과를 보면, 우리나라에도 미국 CDC 같은 질병관리전담기구를 설립하는 것이 필요하다는 합의가 이미 많은 예방의학자들 사이에 있었음을 발견한다(대한예방의학회, 1988).

근년에 질병관리본부 설립의 필요성을 본격적으로 제기한 것은 1998년 당시 여당이던 새정치국민회의 정책위원회가 펴낸 <보건의료 선진화 정책 보고서>에서였다. 보고서는 중점관리 보건문제의 관리를 위한 국가보건의료체계의 개편방안으로, 국립보건

원을 질병관리를 위한 정책·행정·연구기관인 질병관리본부로 확대할 것을 주장하였다. 이후에도 국립보건원 기능 강화를 위한 연구가 내외에서 계속 수행되어, 1999년 한국보건의료관리연구원이 국립보건원의 교육 및 연구 기능 강화를 위한 “국립보건원 기능 개편에 관한 연구”를 수행하였으며, 2001년에는 국립보건원 자체적으로 “국립보건원 중장기 발전계획(2001. 10)” 등을 작성하여 국립보건원 기능 확대를 주장한 바 있다.

질병관리조직의 실제적 변화도 일어났다(표 3). 1999년 국립보건원에 감염질환부가 설치되면서 본청에 있던 방역과가 이관되었으며, 2000년에는 국립암센터가 설치되어 국가암관리정책의 토대가 형성되었다. 2001년에는 전염병정보관리과가, 2002년에는 유전체연구소가 국립보건원에 신설되었다. 작년 SARS 사태 이후 국립보건원 개편에 대한 논의가 다시 시작되고 같은 해 12월에 검역법 개정안이 국회를 통과함에 따라 질병관리본부가 출범하였다.

<표 49> 1981년 이후 국립보건원-질병관리본부 연혁

---

1981	국립보건연구원을 국립보건원으로 개칭
1996	국립보건원에 특수질환부(현 생명의학부) 설치 약품부, 위생부, 방사선표준부, 생약부를 식품의약품안전본부로 이관
1998	국립보건원 기획지원부 폐지 국립사회복지연수원을 국립보건원 보건복지연수부로 통합
1999	국립보건원에 감염질환부(현 전염병관리부 및 질병조사감시부) 신설
2001	전염병정보관리과 신설 마산분원을 폐지하고 기획연구과를 원장 직속부서로 신설
2002	유전체연구소(현 유전체연구부) 신설
2003	국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편 국립보건연구원 신설, 지방 13개 국립검역소 통합

---

출처: 질병관리본부 홈페이지. <http://www.kcdc.go.kr>

나. 질병관리본부의 조직과 인력

질병관리본부가 발족하면서 전염병 관리 조직과 인력에서 큰 변화가 있었다. 기존 국립보건원은 5부, 8과(課), 12과(科), 1연구소, 5실 체제로 175명이 정원이었던 데 비해, 질병관리본부는 1연구원, 6부, 10과(課), 13과(科), 5실, 13검역소 체제에 481명이 근무하게 되어 조직과 인력이 크게 확대되었다(표 4). 주요 특징은 다음과 같다.

<표 50> 국립보건원과 질병관리본부의 정원 비교표

국립보건원(175)			질병관리본부(481)			
사무과		21	사무과		21	
전염병관리부	방역과	13	전염병관리부	방역과	10	
				예방접종관리과	9	
				에이즈·결핵관리과	6	
				생물테러대응과	5	
	전염병정보관리과	6	질병조사감시부	질병감시과	7	
역학조사과	5	역학조사과		8		
		검역관리과		8		
			만성병조사과	5		
기획연구과		8	기획연구과		9	
세균부	장내세균과	7	세균부	장내세균과	8	
	리켓치아과	5		리켓치아과	5	
	호흡기세균과	9		호흡기세균과	9	
	내성세균과	4		내성세균과	5	
	병원체방어연구실	6		병원체방어연구실	8	
			열대풍토질환과	4		
바이러스부	소화기바이러스과	7	국립보건 연구원	바이러스부	소화기바이러스과	9
	신경계바이러스과	4			신경계바이러스과	5
	호흡기바이러스과	4			호흡기바이러스과	6
	의동물과	8			의동물과	8
	면역결핍연구실	9			면역결핍연구실	9
생명의학부	유전질환과	6	생명의학부	유전질환과	6	
	뇌신경질환과	4		뇌신경질환과	4	
	심혈관질환과	4		심혈관질환과	4	
	대사영양질환과	4		대사영양질환과	4	
유전체연구소	유전체역학정보실	3	유전체연구소	유전체역학정보실	5	
	유전자원관리실	2		유전자원관리실	3	
	유전체기술개발실	3		유전체기술개발실	3	
보건복지연수부	교육지원과	10				
	교학과	16				
	교육기획과	7				
			국립검역소		288	

출처: 국립보건원 공무원 정·현원(2003.5), 보건복지부 및 소속기관 정원 현황(2003.12)

첫째, 전염병 관리부서가 늘고 인력이 충원되었다. 예방접종관리과, 에이즈·결핵관리과, 생물테러대응과가 신설되면서 기존 방역과 업무의 전문성을 제고할 수 있는 기반이 마련되었다. 질병조사감시 기능이 강화되어 질병감시과와 역학조사과 정원이 늘고 만성병조사과가 신설되었으며 국립검역소 업무를 총괄하는 검역관리과가 신설되었다. 둘째 전염병 관련 연구부서와 인력이 충원되었다. 신설부서는 열대풍토질환과 하나지만, 세균부, 바이러스부, 유전체연구부 정원이 각각 10명, 5명, 3명이 늘었다. 생명의학부 조직과 인력에는 변동이 없었다. 셋째, 보건복지연수부가 폐지되고 국립검역소가 통합되었다. 국립검역과는 자체 인력만 43명이 증원되었으나 교육 기능을 담당하는 보건복지연수부는 폐지되어 훈련 기능은 민간에 이관될 예정이다.

#### 다. 질병관리체계 발전 방향에 대한 '질병관리본부'의 계획

질병관리본부 창립에 즈음하여 질병관리본부는, '과학적 근거에 기반을 둔 정책 수립, 중앙과 지방의 신속한 의사소통, 산학연계를 통한 BT 산업기반 투자의 적정화, 국제협력 강화와 국제신인도 제고, 인력의 전문화·정예화·업무집중화·효율화'를 발전을 위한 새로운 패러다임으로 제시하고 있다. 이에 기초하여 주요과제와 추진방안을 제시하고 있는데, 질병관리체계 개선에 관한 주요 내용은 다음과 같다(이덕형, 2004).

첫째, 질병관리본부 중심의 질병관리체계를 정착시키는 것이다. 이를 위하여 국가질병관리위원회를 구성·운영하고 지방 인력에 대한 교육·훈련을 강화하며 국가간협체제 구축을 위한 전담부서를 설치할 예정이다. 중장기적으로는 질병관리본부의 오송단지 이전에 즈음하여 보건복지부의 만성병 관리 기능을 질병관리본부로 이관하여 집행기능과 연구 기능을 통합하고, 모자보건, 환경보건, 학교보건 등 여러 부처에 분산되어 있는 질병관리 기능을 통합하는 것을 목표로 삼고 있다. 둘째, 연구개발을 활성화하고 기능 및 체계를 재정립하는 것이다. 유사 기능을 수행하는 국립보건연구원 연구부서들을 연구소 조직으로 개편하고 인력을 보강하여 기초과학 분야 연구를 강화하는 한편, 임상연구에 대한 지원기반을 확충하고 보건사업 개발과 평가 등 연구 범위를 확대한다는 것이다. 또 보건의료기술연구기획평가단 등 분산 관리되고 있는 국가질병관리에 관한 정부의 연구개발비 지원사업을 주관할 계획이다.

## 라. 질병관리본부 발족 이후의 과제

질병관리본부가 제시하는 패러다임이나 발전 방향은 그간의 관련 논의들을 수용하여 대체로 올바르게 설정된 것으로 생각한다. 특히 질병관리정책의 과학성과 전문성, 질병관리체계의 일원화 등에 관한 입장은, 비록 정부나 보건복지부의 공식 입장이 아니라 하더라도, 권위 있는 정부기관의 의견으로서 의미 있는 진전으로 판단된다. 이처럼 질병관리본부의 입장이 그간 학계 등의 논의 방향에서 크게 벗어나 있는 것이 아니므로 질병관리의 효율화를 위한 중앙정부 조직개편의 방향에 관하여 질적으로 새로운 의견을 덧붙이기는 어렵다. 따라서 질병관리본부가 언급하지 않은 몇 가지 사항과, 부연이 필요한 부분에 국한하여 의견을 제시하려고 한다.

### 1) 질병관리본부 조직의 효율화

질병관리본부 발족으로 조직과 인력 규모가 커졌다고는 하나, 전염병 관리사업에 국한하더라도 해당 인력의 규모가 충분하다고 볼 수는 없을 것 같다. 직무 분석에 따른 필요 인원에 관한 구체적 조사가 이루어져야 타당성 있는 제언이 가능할 것이나, 만성전염병 관리나 질병감시 업무를 담당하는 일부 부서의 경우 여전히 만성적인 인력난을 호소하고 있는 실정이다. 따라서 현행 조직 편제 아래서도 업무량과 인원을 감안하여 합리적으로 조직과 인력의 재편성이 이루어져야 할 필요가 있다.<sup>9)</sup>

관련 인력의 교육·훈련을 담당하는 부서를 폐지하고 이를 민간부문에 전적으로 이관하는 것이 타당한지도 의문이다. 물론 2002년부터 각 지방의 거점대학을 중심으로 이루어지고 있는 FMTP(field management training program) 등이 일정한 성과를 거둔 것으로 평가받고 있으나, 적지 않은 교육수요를 민간위탁으로 해소할 수 있는지 의심스럽다. 설령 그것이 가능하다 하더라도 교육의 표준화와 성과의 축적을 위해서라도 교육 프로그램을 기획하고 조정하는 부서는 부활시키는 것이 필요하다.

---

9 예컨대, 질병관리본부의 인원이 대폭 확대된 것은 국립검역소의 통합과 인원 확충에 기인한 바 큰데, 검역전염병이나 해외유입전염병에 관한 우려가 큰 상황에서 검역소 인력 확충은 설득력이 없지 않지만 업무가 전산화되지 않아 수공업적 방식으로 검역에 관한 정보관리가 이루어지고 있는 상황에서 향후에도 이 정도의 규모를 유지하는 것이 타당한지를 검토할 필요가 있다. 오히려 검역 업무의 전산화와 표준화를 통해 필요 인력을 유지하고, 나머지 인력은 질병감시 기능을 강화하는 데 투입할 필요가 있다.

## 2) 질병관리본부의 연구 기능 조정

질병관리본부의 발전 계획 수립에서 반드시 고려해야 할 것은 국립보건연구원의 기능을 어떤 방향으로 설정할 것인가 하는 문제다. 질병관리본부가 기초과학 분야 연구개발 강화의 의지를 피력하고 있기 때문에 더욱 그렇다. 미국 NIH를 염두에 두고 국립보건연구원을 발전시켜야 한다는 의견이 있는가 하면, 질병관리본부 산하의 응용연구기관으로서 성격을 명확하게 해야 한다는 주장도 있다.

필자의 견해로는 일부 영역에서는 핵심 연구 역량을 강화하되 전체적으로는 보건 의료 연구개발을 위한 지원기관으로서 위상을 확립하는 것이 타당할 것으로 생각한다. 전자와 관련해서는 전염병 연구와 보건사업 개발 및 평가<sup>10)</sup> 등이 핵심 역량을 구축해야 할 영역이 될 것이며, 후자와 관련해서는 민간부문 연구 지원을 위한 기반 시설 확충이나 연구비 지원 및 관리 활동 등을 제 역할로 삼아야 한다. 특히 후자와 관련하여서는 기존의 연구비 지원사업을 국립보건연구원에서 통합 관리하여, 전문성을 제고하고 질병관리정책과의 연관성을 확보하자는 질병관리본부의 주장은 타당하다.

## 3) 질병관리조직의 일원화

현행 건강증진국 업무를 질병관리본부로 이관하여 정책과 사업, 연구와 훈련 기능을 연결시키는 것은 우리나라 질병관리체계 현대화에 관건적 요소다. 전술하였듯이 이원화된 현재의 체계는 전문성과 효율성에 큰 문제를 안고 있어, 질병관리의 과학화와 효율화를 위해서는 반드시 해결되어야 할 문제다.

관리대상 건강문제를 확대하는 것도 반드시 고려해야 한다. 무엇보다 상해 내지 손상을 관리대상 건강문제로 포함시키는 작업이 이루어져야 한다. 모자보건이나 학교보건 영역은 부처간 논의를 통해 장기적으로는 질병관리본부의 업무 영역으로 포괄할 필요가 있다. 다만, 노동보건의 경우에는 이미 오랫동안 노동부 소관하에 정책과 사업이 이루어져왔고, 상당한 수준까지 전문화가 이루어진 분야이므로 향후 어떠한 역할 분담이 타당성 있는지를 검토할 필요가 있다.

---

10 구체적인 보건사업 개발 자체보다도 보건사업에 관한 근거 축적과 전과 활동, 이를 위한 방법론 개발, 일선 보건사업에 대한 지속적인 기술 지원 등이 필요한 역할이다. 미국의 USTFPS (United States Task Force for Preventive Services)나 캐나다 CTFPHC(Canadian Task Force on Preventive Health Care) 같은 기능을 확보할 필요성이 있다.

#### 4. 결론을 대신하여

질병관리본부의 발족으로 우리나라 질병관리체계는 획기적 발전의 계기를 맞게 되었다. 질병관리본부로의 개편은 일부 조직의 신설과 인력 증원이라는 변화만을 가져다준 것은 아니다. 국가질병관리체계가 확립된 외국의 여러 나라들에서처럼 우리나라에서도 과학적이고 체계적인 국가질병관리를 향한 모멘텀(momentum)이 형성되었다는 데 그 의의가 있을 것이다. 이제 2008년으로 예정된 질병관리본부 이전을 앞두고 향후 몇 년 동안 이에 관한 활발한 논의와 실천이 있을 것으로 기대한다.

이러한 기대가 현실로 연결되는 데는 전문가 집단의 노력이 중요하다. 물론 질병관리체계 발전 계획을 입안하고 이를 실행하는 것은 정부의 몫이지만, 정부가 제 몫을 하기 위해서라도 전문가 집단의 실천이 중요하다. 지금까지 정부의 정책에 영향을 미치려는 학계의 노력은 개인적 수준의 정책 연구나 자문, 오늘 같은 학회의 논의를 통해 이루어져왔다. 각종 토론회나 공청회에서 전문가로서 갖게 되는 고충과 정부 당국에 대한 불만을 쏟아놓기도 한다. 그러나 그러한 활동이 비판과 불만의 배설(排泄)이 아닌, 정책에 대한 정당한 영향력 행사로 이어졌는지는 미지수다.

최근 관련 학계의 정세를 살펴보면, 협의의 의료 문제에 관한 한 여러 종류의 이념 내지 가치 지향에 기초한 학술 연구와 정책 제언이 이루어지고 있다. 이들은 근본적인 가치관에서 상충하기도 하고, 세부적인 실천 방안을 두고 충돌하기도 한다. 그러나 적어도 질병관리정책에 대해서만큼은, 관련 학계의 공감대를 형성하는 것이 가능하다고 생각한다. 질병관리에서 중앙정부의 일차적 기능은 서비스의 직접 제공이 아니라, 질병관리정책 수립, 사업에 대한 평가 및 지원, 정보 관리 등 사업 기반 확충 등에 있기 때문이다. 이 점에서 그 동안 형성되었던 전문가적 관행이 아니라 ‘집단적’노력과 실천을 통해 질병관리체계 현대화에 학계가 기여할 바가 있으리라 생각한다.

예컨대, 질병관리본부 오송단지 이전을 앞두고, 한국역학회, 대한예방의학회, 한국보건행정학회 등 관련 학회의 리더십이 역량을 발휘하여, 독립적 민간위원회를 구성하여 질병관리정책의 실태를 상세하게 조사하여 우리나라 질병관리체계 현대화에 관한 정책 제언을 하는 것도 고려할만한 실천 형태가 아닐까.<sup>11)</sup> 여러 이유로 전문가의 역할이나 존재 가치가 때로는 정당하게, 때로는 부당하게 인정받지 못하는 현실을 감안하면, 그저 논의에만 머무르지 않는 학계의 실천이 더욱 소망스럽다.

---

11 이외에도, 얼마 전 같은 주제를 두고 열렸던 예방의학회 심포지엄에서 논의된 바 있는 질병관리본부에서의 예방의학 전공의 수련의무화 같은 프로그램도 실천으로만 이어진다면 여러모로 긍정적 의미가 있을 것으로 생각한다.

## 참고문헌

- 대한예방의학회. 보건사업의 발전방향: 심포지엄 자료. 예방의학회지 1988;21(2):157.
- 보건복지부. 보건복지부 사무분장규정. 2003a.
- 보건복지부. 인사관리 개선방안. 2003b.
- 보건복지부. 국가만성병관리법 제정 법률안. 2003a.
- 양숙자, 김명현, 김점자, 김지희, 신영학, 안창영, 윤영희, 이종무, 이순연. 지방과 중앙 교육기관의 보건분야 공무원 교육·훈련 역할 모형 개발에 관한 연구. 국립보건원 보건복지연수부; 2003
- 이덕형. 국가질병관리와 질병관리본부의 역할. 질병관리본부 창립기념 국제세미나 자료집. 2004. 25-33쪽.
- 한달선, 배상수, 문용, 박혜숙, 최용준, 이훈재. 생물테러 대비 및 대응을 위한 국립보건원 기능 활성화 방안. 한림대학교 사회의학연구소. 2003.
- 통계청. 2001년 사망원인통계연보. 2002.
- Bosch X. EC gives final approval to European CDC. Lancet 2004;363:1204.
- Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford Textbook of Public Health. 4th ed. New York: Oxford University Press. 2002. pp.3-20.
- Health Canada. Press Release: Government of Canada announces details of new Public Health Agency of Canada and appoints Acting Chief Public Health Officer. Available from: URL:[http://www.hc-sc.gc.ca/english/pha/releases/2004\\_26.html](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pha/releases/2004_26.html)