

# 우리나라 감염병관련 법률 및 정책의 변천과 전망

천병철

고려대학교 의과대학 예방의학교실

## Public Policy and Laws on Infectious Disease Control in Korea: Past, Present and Prospective

The history of modern infectious disease control in Korea could be divided into 4 era by its characteristics; the Opening and Korean Empire era (1896-1910), Japanese Colonial Rule and US military government era (1910-1948), Korean government era before 2000 (1948-2000) and After 2000 (2000-present). In the Opening and Korean Empire era, the first form of communicable disease prevention act was issued in 1899, including the first 6 notifiable communicable diseases in Korea; cholera, smallpox, dysentery, diphtheria and epidemic typhus. Before establishment of administrative department for infectious disease, Japanese Colonial Empire took the police power away and set the colonial sanitary police system in 1907. During the Japanese Colonial Rule, the sanitary police system was forcefully active not only to control the epidemics but also fortify the colonial governmentality. But during the colonial era, the incidence of water-borne diseases like typhoid fever and dysentery had increased, and the respiratory diseases both diphtheria and tuberculosis also had increased. This forceful sanitary police system had influenced the communicable prevention act and health policy for over 50 years after the colonial era. In 1954 the Korean government proclaimed the communicable prevention act. Since then the government increased the number of national notifiable diseases and refined the related acts by public needs. In 2000, the communicable prevention act was fully amended to satisfy the modern public health principles not the sanitary policy rules. And the revised act named 'Infectious Diseases Control and Prevention Act' was proclaimed in 2010. The globalization, emerging and re-emerging infectious disease, climate change, change of health behavior, development information technology, unification of Korean peninsula would be the next challenges of infectious disease control and prevention in Korea.

**Key Words:** Communicable diseases prevention act, Sanitary, Public policy, History, Korea

## 서론

전염병을 다스리는 것은 근대기의 어느 국가에서든지 중요한 문제였다. 역사적으로 전염병은 국가의 흥망성쇠를 결정하는 모습을 보여주기도 하였으며, 근대 국가가 현실

Byung Chul Chun

Department of Preventive Medicine, Korea University  
College of Medicine, Seoul, Korea

Copyright © 2011 by The Korean Society of Infectious Diseases | Korean Society for Chemotherapy

Submitted: 28 December 2011

Accepted: 28 December 2011

Correspondence to Byung Chul Chun, M.D.

Department of Preventive Medicine, Korea University College of Medicine, 126-1, Anam-dong 5-ga, SungBuk-gu Seoul 136-705, Korea

Tel: +82-2-920-6169, Fax: +82-2-920-7220

E-mail: [chun@korea.ac.kr](mailto:chun@korea.ac.kr)

적으로 당면한 가장 중요한 보건문제가기도 하였다. 이는 우리나라도 예외가 아니어서 구한말 조선은 콜레라에서부터 두창, 장티푸스, 성홍열, 디프테리아, 말라리아 등의 급성 전염병과 결핵, 나병과 같은 만성전염병 그리고 디스토마를 포함한 기생충감염이 전국에서 끊이지 않고 유행하고 있었다. 개항과 함께 더욱 기승을 부린 콜레라와 성병의 창궐은 풍전등화같은 조선과 대한제국을 더욱 움츠러들게 했으며, 결국 일제의 근대화에 대한 명분과 경찰위생의 빌미를 제공하게 된다.

우리나라는 이러한 과정을 어떻게 극복하고 오늘날 여기까지 왔을까? 사실 그 과정을 간단히 요약하기는 쉽지 않으나 여기서는 감염병관련 법률의 변천과 이를 중심으로 한 정책의 변화를 짚어가면서 이를 정리해보고자 한다. 왜냐하면 감염병 관련 정책의 변화는 그 동안 개정을 거듭해온 감염병 관련 법률에 고스란히 담겨있다고 해도 과언은 아니기 때문이다.

대한감염학회 50주년을 맞아 지난 50년간 감염병관련 법률과 변천을 정리한다면 대한민국정부 수립후 1954년 제정된 '전염병예방법'에서부터 논의를 시작할 수도 있다. 그러나 우리나라의 감염병관련 법률과 정책을 이해하기 위해서는 일제강점기의 전염병관련 정책과 관련 법률에 대한 이해가 선행되어야 한다. 왜냐하면 일제강점기의 위생관련 정책과 법률에 대한 이해없이 그 이후의 우리나라 전염병예방법을 논의하는 것은 전체적인 변화방향이냐 근본에 대한 이해없이 현상만 보는 격이기 때문이다. 또 경찰위생으로 표현되는 일제시대의 전염병관리정책의 그림자는 아직까지도 곳곳에 남아있는 것을 볼 수 있기 때문에 현재의 모습과 향후 방향을 논하는 측면에서도 중요하다. 따라서 여기서는 우리나라의 근대적인 전염병 관리정책과 법률의 태동기인 개항기(1876년)부터 현재까지의 특징과 변화방향을 되짚어 보았다.

감염병관련 법률은 구 전염병예방법에서부터 검역법, 콜레라나 결핵이나 에이즈와 같은 질병관리를 위한 법률, 종두규칙이나 예방접종관련 법규, 모자보건법, 각종 위생과 관련된 법률이 모두 포함될 수 있는데, 여기서는 현재의 '감염병예방법' 및 관리를 위한 법률과 '검역법'과 관련된 내용을 중심으로 고찰하였다. 각 법규를 모두 살피는 것은 어려운 일일뿐 아니라 전체적인 내용과 변화방향을 파악하는 데는 이 두 법률을 따라서 살펴보는 것으로 충분하다고 판단되기 때문이다.

여기서는 우리나라 감염병관련 법률과 정책시기를 크게 4단계로 나누었다. 첫째는 개항기에서 대한제국시대(1876년-1910년)까지의 35년간, 둘째는 일제강점기와 미군정시기(1910년-1948년)까지의 39년간, 셋째는 대한민국 정부수립(1948년)에서 1999년까지 그리고 마지막으로 2000년이후부터 현재까지의 시기이다. 이러한 구분은 사회정치적인 특징도 있지만 기본적으로는 각 시기별 우리나라 감염병관련 정책의 특성에 따른 것이다.

## 개항기부터 대한제국기(1876년-1910년) 감염병 관련 법규와 정책 변화

여기서 다루는 시기는 1876년 개항부터 1897년 대한제국을 거쳐 1910년 강제 한일합병전까지 35년간의 시기를 말한다. 이 시기에 조선

은 대한제국과 식민지 시대를 겪으면서 감염병과 보건분야뿐 아니라 사회 전 분야에 걸쳐서 불안정한 변화가 급속도로 이루어졌다. 동시에 근대 의학사에서는 이전까지 대세였던 장기설(miasma theory)을 대체한 세균설(germ theory)이 초기의 냉대를 뚫고 화려하게 비상하던 시기였다. 조선이 개항한 1876년은 코흐가 개업의사로서 탄저균을 이용해서 미생물이 질병의 원인이라는 것을 증명하는 코흐의 공리(Koch's postulation)를 발표한 해이고, 이 방법에 따라 질병의 원인인 세균들에 대한 본격적인 사냥(microbe hunting)이 시작된 해이기도 하다. 장티푸스균(1880년), 결핵균(1882년), 콜레라균(1884년), 대장균(1885년) 등 주요 감염병의 원인균이 속속 발견된 시기이며, 동시대 일본학자에 의해서 페스트균(1894년)과 세균성이질균(1898년)이 최초로 보고되기도 하는 등 미생물학의 황금시대(golden age of microbiology)가 열리면서 이전까지의 질병에 대한 예방과 관리방법을 바꾸어나가기 시작하는 시기였다.

대한제국이 선포되기전 조선정부는 '현의불허온역진행잠절장정'(1886년, 이하 '온역장정')과 '검역규칙'(1895년)과 같은 감염병관련 법규를 반포하였으며, 대한제국이 들어선지 2년 후에는 '전염병예방법규칙'(1899년)을 반포하면서 감염병과 관련된 법규와 제도를 만들어 나갔다.

'온역장정'은 8개조로 이루어졌는데 현재의 항만검역과 유사한 내용을 담고 있으며 부산, 원산, 인천 등 각 개항장으로 전달되었다. 검역은 유럽등지에서 세균설이전에도 국가간 전염병 전파를 차단하기 위해서 이미 취하고 있던 조치였다. 온역장정의 반포 배경에는 1885년과 1886년 유행했던 콜레라의 확산이 직접적인 계기이나 개항이후 우리나라에 활발하게 진출하려던 외국의 입장에서 끈질기게 내용일 수도 있었다 [1]. 온역장정에 의해서 검역을 받은 선박 수나 콜레라 등으로 인하여 입항이 불허된 사례가 얼마나 되는지 등에 대한 기록은 찾기 어려우나 인력의 전문성이나 여건상 현실적으로 효과적인 검역이 이루어질 수 있었는지는 의문이다.

1895년 중국동북아에서 유행하던 콜레라가 청일전쟁후 육로로 유입되어 한강이북지역에서 급속히 확산되자 이에 대한 조치로 만들어진 것이 '검역규칙'이었다. '검역규칙'은 온역장정에 없던 육로검역에 대한 내용이 포함되었고, 검역불응에 대한 벌칙(200원이하의 벌금 혹은 180일 이내의 감금)이 명시되었으며, 전염병예방사무에 종사하다가 감염되거나 사망하는 사람에 대한 구휼금에 대한 내용이 추가되었다. 이와함께 1895년 조선정부는 '호열자병예방규칙', '호열자병소독규칙', '호열자병예방과 소독규칙' 등을 잇따라 만들어 반포하였고, 당시 방역위원장이었던 에비슨은 콜레라(호열자) 환자들을 격리소(피병원)에 격리수용하는데 [2], 이것이 근대적인 법규에 의한 공식적인 격리병원의 첫 기록으로 보인다. 항생제나 다른 효과적인 치료방법이 알려져 있지 않았던 시기이기 때문에 검역과 격리가 주요 방역활동일 수밖에 없었는데, 피병원의 경우 일본에서는 1879년 콜레라 유행시 동경 외곽에 임시피병원을 설립하여 운영한 경험이 있었다. 또 같은 해인 1895년 10월에는 '종두규칙'이 선포되어 생후 70일에서 1년 이내에 모든 영아들에게 종두를 강제실시하도록 하였으며 11월에는 종두규칙의 시행에 필요한 인력을 양성하기 위해 '종두의양소규정'을 반포하였다.

호열자예방 및 소독규칙들은 1899년 폐지되고 대신 '전염병예방규칙'이 반포되었다. 1899년(광무 3년) 내부령 19호로 공포된 '전염병예방규칙'에는 제1조에서 두창, 장티푸스, 발진티푸스, 콜레라, 이질, 디프테리아 등 6종을 법정전염병으로 지정하였는데, 이것이 우리나라 최초의 법정전염병이라고 할 수 있다. 주요 내용은 법정전염병 환자를 진단시 24시간내에 지방장관과 가장 가까운 경찰서에 통지하는 것(제2조), 지방장관은 관내 유행시 내부와 인근 병영 등지에 보고하는 것(제3조), 관청, 병영, 감옥, 학교, 병원 등소에서 전염병을 앓는 자가 있을시 각 지방관과 협의하여 예방법을 시행하는 것(제4조), 콜레라, 이질, 두창, 발진티푸스 등의 유행시 지방장관이 피병원을 설립하는 것(제5조), 환자의 병독이 전파방지가 어려울 때는 피병원에 입송하는 것(제6조), 전염병이 있는 집에 병명을 써서 문앞에 붙이고, 처소를 소독하는 것(제7조), 그리고 앞서 공포된 호열자예방소독규칙 등을 폐지하는 것(제8조) 등이다[3].

여기서 6종의 법정전염병의 선정기준은 명확하지 않으나, 일본의 '전염병예방규칙'(1880년)의 6종과 동일한 것으로 보아 이를 기준으로 만든 것으로 보인다. 당시 일본은 1897년 성홍열과 페스트를 추가하여 총 8종의 법정전염병을 지정하고 있었는데[3], 일반적으로 국력이 커짐에 따라 법정전염병의 수가 증가하는 것을 감안하면 구한말 조선의 입장에서는 6종의 법정전염병도 국력과 비교시 적은 것은 아니었다고 판단한다.

전염병과 관련된 행정조직은 갑오개혁(1894년)이후 내부아문 안에 위생국이 설치되어 전염병관리, 의료인 및 의약품, 우두와 관련된 업무를 담당 하였고, 전염병예방, 소독, 검역, 음수, 묘지 등 각종 위생업무는 경찰부서에서 담당하였다. 그러나 전염병과 관련된 이러한 부서에 인력과 장비가 제대로 배치가 안된 점[4]으로 미루어 실제로 효과적인 방역활동을 하기에는 역부족이었을 가능성이 크다.

1905년 조선정부는 내부의 위생국을 지방국 위생과로 격하시키는 데, 이때 경찰력을 장악하고 있던 일본은 위생업무를 경무국으로 이관하려고 시도하였으며, 1906년 1월 마침내 경무국이 전염병, 풍토병의 예방과 중독, 기타 일체의 위생에 관한 사항, 검역에 관한 사항, 의사의 개업시험과 약품검사 등 위생관련 업무를 담당하게 되었다[5]. 1907년과 1909년 유행했던 콜레라는 위생행정이 경찰과 군대가 중심이된 위생경찰제도로 넘어오는 직접적인 계기가 된다[5, 6]. 1907년 통감이었던 이토 히로부미는 10월 예정된 일본 황태자의 방한에 대비하기 위하여 군대를 동원한 무단적인 방역활동을 펴는데, 지역에 대한 강제소독과 우물폐쇄, 비위생적이라고 판단되는 주민에 대한 이주, 집집마다 군대에 의한 상황감시와 봉쇄조치 등을 취하였다[2]. 1909년 콜레라유행시에도 강압적인 방역조치가 반복되었지만, 1909년 유행은 1907년보다 유행 규모가 더 커서 당해 10월 7일까지 1,605명 발생후 1,121명이 사망하였다.

개항기에서 대한제국시기는 근대적인 감염병관리의 여명기로 볼 수 있다. 당시 콜레라를 포함한 감염병 유행은 심각한 수준이었고, 이에 대처하기 위한 법규나 행정체계의 필요성이 내외적으로 요구되던 시기였다. 그러나 조선은 자주적으로 이러한 위생문제를 해결할 수 있는 기회를 잡지 못했고, 갑오개혁시 마련한 위생행정체계도 실질적으로 잘 운

영되지 못하는 아쉬움을 남겼다. 다만 갑오개혁 정부에서 검역규칙과 최초의 법정전염병의 지정, 중독규칙의 반포 등 감염병관리관련 법규들이 최초로 만들어진 점에서 이 시기의 의의를 찾을 수 있다. 당시 가장 치명률이 높았던 콜레라에 대응하고자 벌인 위생활동과 한성위생회와 피병원의 설립 등의 조치가 있었으나 이들도 자주적인 활동이었다기 보다는 일본의 식민정책과 연관된 경찰위생행정체계의 한 부분으로 수행되었다고 보여진다.

## 일제강점기부터 미군정기(1910년-1948년)의 감염병 관련 법규와 정책 변화

1910년 한일병합 후 식민지시기동안 전염병의 관리와 검역, 위생분야를 총괄해서 담당한 기구는 경찰이었고[5-7], 이러한 특징의 식민지 위생행정을 '위생경찰제도'로 통칭한다. 1911년 내부부의 위생과는 폐지되고 총독부 의원과 자혜원 관할업무를 제외한 모든 위생업무는 경찰로 이관되었으며 1912년 검역업무도 경무총감부 관할로 전속되어 모든 위생행정사무를 경찰이 관할하게 되었다.

위생경찰제도는 18세기 후반 오스트리아, 독일의 의사경찰제도에 연원을 둔 것으로 19세기말 일본이 받아들이면서 위생경찰로 바꾸면서 보건, 의료, 가축방역에 관한 일체의 사무를 경찰이 담당했다[7]. 식민지 위생경찰의 업무범위는 식수위생, 분노 등의 관리, 콜레라, 장티푸스, 디프테리아 등 급성전염병관리, 성병, 결핵 등 만성전염병관리, 환자의 격리, 강제입원, 교통차단 등의 방역, 환자에 대한 호구조사, 소독방법, 시장폐쇄와 제례 및 집회의 금지, 가축전염병 방역, 의료인과 의약품 단속, 육류, 우유 등의 식품위생, 세균의 생활과 사멸에 관한 사항 등 위생과 관련된 전 영역에 걸쳐져 있었다[7].

이를 위해서 '수도상수보호규칙'(1910년), '음식물 기타 물품취급에 관한 법령'(1911년), '묘지 및 화장장 취재규칙'(1912년), '사망진단서 및 태검안서규칙'(1914년) 등 위생관련 법령들이 제정되었고, '해·항만 검역에 관한 규칙'(1911년)등 검역관련 법령이 제정되었다. 1915년에는 '전염병예방령'을 시작으로 '폐결핵예방법'(1918년), '학교전염병 예방 및 소독에 관한 규칙'(1917년) 등 오늘날 전염병관련의 근간이 되는 법령들이 차례로 제정되었다[8].

전염병예방령에는 법정전염병으로 콜레라, 이질, 장티푸스, 파라티푸스, 두창, 발진티푸스, 성홍열, 디프테리아, 페스트의 9종이 선정되는데, 이때 선정된 전염병은 해방후 반세기가 지난 1994년까지도 거의 1종 법정전염병으로 남아있게 된다. 그만큼 이당시의 전염병관련 법령과 정책은 이후 대한민국의 전염병관리에 끼친 영향이 매우 컸다.

일제는 1919년 3·1운동이후 기존의 헌병경찰중심의 무단통치에서 문화통치로 바꾸지만, 위생업무는 1919년과 1920년 크게 유행한 콜레라의 영향 등으로 여전히 경찰이라는 틀속에 유지하였다. 조선인들은 3·1 운동 직전인 1918년에 스페인 독감으로 758만 8천여명의 환자가 발생하고, 약 14만명이 사망하는 참혹한 겨울을 보낸 후 다시 1919년과 1920년에는 유래없이 치참한 콜레라 유행을 겪어야 했다. 조선총독부 자료에는 1919년 콜레라 환자 16,991명 발생 중 11,000명 사망, 1920년



에는 24,213명 발생에 13,000명 사망한 것으로 기록되어 있는데[9], 이것은 기록상으로 가장 많은 콜레라 환자와 사망자 수이다. 이때 조선총독부는 정부총감을 임시방역위원장으로 하는 위원회를 구성하고, 각 지역에 검역소를 설치하여 이질 및 토사병검사, 사체검안, 건강검진, 검병 호구조사 등을 행하였다[5]. 특히 검병 호구조사란 “조선의 의료기관 부족, 조선인의 위생사상 결여, 환자는닉경향을 고려하여” 경찰관 혼자 혹은 검역의와 동행하여 매일 각 가구를 방문하여 환자유무를 조사하여 색출하는 것이었다[5]. 이와같은 호구조사는 1922년 제정된 ‘호구조사규정’의 제정으로 주기적인 호구조사로 발전을 하였는데, 예를들면 경기도 경찰부에서는 1935년 6월 경기도내 263,577호에 대한 전수조사를 하여 1,328,958명에 대한 조사에서 용의환자 178명을 발견하고, 이 중 80명의 전염병환자를 발견하였고, 다시 7월에는 233명의 용의환자와 156명의 전염병환자를 색출하였다[5]. 이것은 국가권력이 직접 각 가구단위로 들어가 ‘감시’하여 식민지 국민의 신체와 정신을 지배하는 전형적인 사례라고 할 수 있다.

현재도 질병발생여부를 관찰하는 surveillance를 ‘감시’라고 번역하여 사용하고 있는데, ‘감시’라는 단어는 ‘단속’한다는 의미가 포함되어 있어서 현대 공중보건의 surveillance의 의미와는 많이 다른 용어이다. 또한 환자를 ‘색출’한다거나 ‘신고’하도록 하는 현재의 정책이나 법조항도 환자를 ‘발견’하여 ‘보고’하는 것과는 분명히 다른데, 이러한 용어는 마치 환자를 신고대상의 범인이나 범죄자로 취급하는 식민지 위생경찰에서 기인한 용어라고 판단된다. 감염병관리와 관련된 이러한 중요 개념과 용어도 아직도 일제시대에서 벗어나고 있지 못한 측면이 있다.

위생경찰제도는 일본에도 있었고, 당시 같은 일본의 식민지였던 대만에도 도입되어 있었다. 그러나 조선의 위생경찰제도는 일본이나 대만보다도 더욱 혹독했으며 강력하게 집행되었는데[6], 가장 논란이 컸던 부분은 전염병환자 또는 환자로 의심되는 사람에 대한 신고거부와 은닉,

환자의 피병원 이송거부였다[7]. 일본 경찰이 집집마다 돌아다니며 환자를 색출하여 동의없이 끌고가는 것, 그리고 당시 환자로서는 피병원에 가는 것은 죽는다는 것과 같은 의미로 받아들여졌지만, 식민지 국민은 이러한 경찰과 권력의 힘에 저항할 수 없었다. 이처럼 위생경찰제도는 단순히 신체에 대한 구속뿐 아니라 여론 중 공포정치의 한 수단으로써 식민지 지배에 굴복하게 하는 정신적 구속역할도 하였다고 생각된다. 세균설은 이러한 식민지 위생행정에 과학이라는 이름으로 정당성을 부여해 주었고 ‘무지하고 비위생적인’ 식민지 국민은 이에 따라야 했던 것이다.

그러면 이러한 위생경찰의 활동으로 전염병은 줄어들었을까? 이에 대해서 일제강점기 위생활동의 영향으로 전염병이 ‘현저히’ 감소했다고 보는 학자도 있고[9], 적어도 인구증가와 평균여명의 증가(사망률감소)에는 크게 기여했다고 보는 학자[7]도 있다. 실제 일제강점기간 인구수는 1911년 14,055천명에서 1943년 26,662천명으로 급속히 증가하였으며[10] 같은 기간동안 평균여명도 남자 24.0세, 여자 26.0세에서 1941-1945년에는 각각 43.0세와 47.7세로 증가하였다[11]. 이런 인구보건지표의 향상은 주로 영아사망률의 감소에 의한 것으로 판단되는데, 1926년-1930년의 영아사망률이 남아 252.2명, 여아 230.0명이었던 것이 1941년-1945년에는 각각 120.1명, 109.1명 수준으로 떨어졌다[11].

그러나 주요 급성전염병 통계는 예방접종이 가능했던 두창을 제외하면 감소했다고 보기 힘들다. 우선 지역의 위생수준을 가늠하는 지표이자 주요 수인성 전염병이었던 장티푸스와 이질의 발생률을 계산해보면 Fig. 1과 같다. 발생률 계산에는 각 연도의 조선총독부 통계연보의 인구수[10]를 분모로, 각 연도의 조선총독부시정정보의 환자 수[9]를 분자로 이용하였다. 장티푸스의 경우 1932년 인구 10만당 39.3명으로 정점을 보인 후 떨어지는 듯이 보이지만 전체적으로는 일제강점기동안 발생률이 증가하고 있으며, 이러한 증가추세는 이질에서도 뚜렷하다는 것을

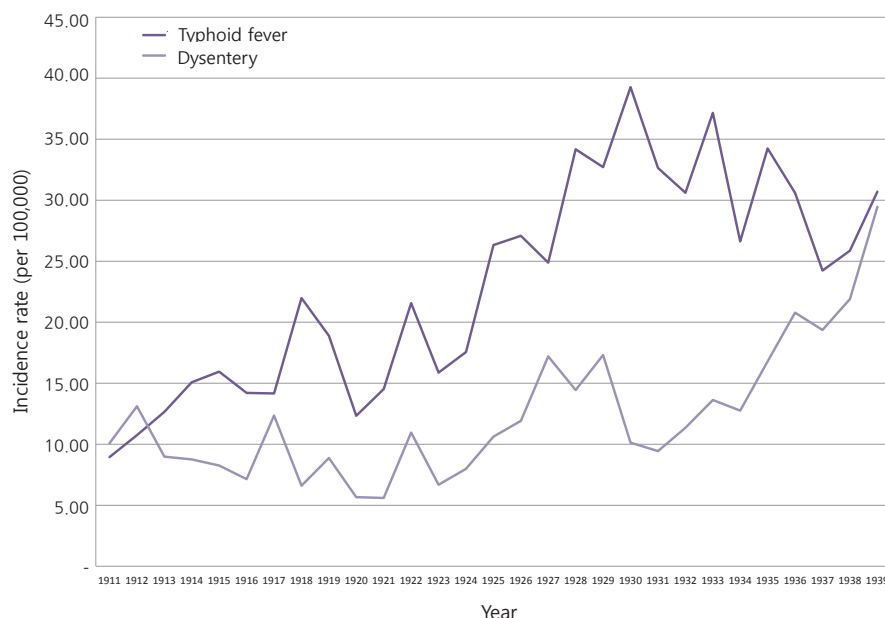


Figure 1. Incidence rate of Typhoid fever and Dysentery from 1911 to 1939.

알 수 있다(Fig. 1).

같은 기간동안 조선에서 유행했던 주요 호흡기전염병인 디프테리아와 성홍열 발생률 변화를 보아도 감소했다고 말하기는 힘들다(Fig. 2). 디프테리아는 오히려 가파르게 증가하고 있으며, 성홍열의 경우도 1911년 이후 계속 증가하다가 1931년 인구 10만당 10.8명의 정점을 보인 후 감소하는 것처럼 보이지만 일제강점기 초기에 비하면 여전히 높은 수준이었다. 효과적인 예방접종이 있었던 두창은 전체적으로 감소했다고 볼 수 있으나 약 10년 주기의 유행주기가 있었던 것으로 보아 예방접종률이 충분치 않았음을 알 수 있다(Fig. 3).

결핵 사망자 수가 1920년 2,315명에서 1930년 3,422명이 되고 1937년에는 5,973명, 1939년에는 6,101명으로 증가[7]한 것으로 보아 결핵도 강점기 기간동안 크게 증가한 것을 알 수 있다.

한 국가의 역학적 변천과정을 거시적으로 보면 일제강점기간은 역질과 기근의 시대에서 범유행감축기로 접어드는 시점이었다고 판단된다

[11]. 범유행감축 시기는 사망률감소로 인한 빠른 인구증가를 보이며, 산업화 도시화가 진행되면서 이에 따른 보건문제가 불거지는 시기이다. 1930년대 이후 가파른 인구증가는 빠른 사망률 감소, 디프테리아와 결핵의 급속한 증가 등은 당시 도시화, 산업화가 진행되면서 도시빈민의 형성, 교통수단 발달 등에 수반된 현상으로 보인다. 인구는 일제시대가 후에도 급속히 증가하여 이후 가족계획사업이 당면한 보건문제로 떠오르게 되며, 결핵의 경우 1953년에는 우리나라 전체 사망원인 1위가 된다. 오히려 범유행감축시기에 관찰되는 급성전염병의 감소는 일제강점기간 눈에 띄게 보이지 않아 위생경찰로 표현되는 강압적인 식민지 전염병관리대책이 얼마나 유효했는지는 상당히 의문이다.

1945년 해방후 미군정에서는 보건후생국을 만들고 각 도에 보건후생부를 설치하여 경찰로부터 벗어나 행정부처에서 위생업무를 담당하게 된다. 그러나 업무내용은 이전의 위생경찰 방식과 크게 다르지 않았다.

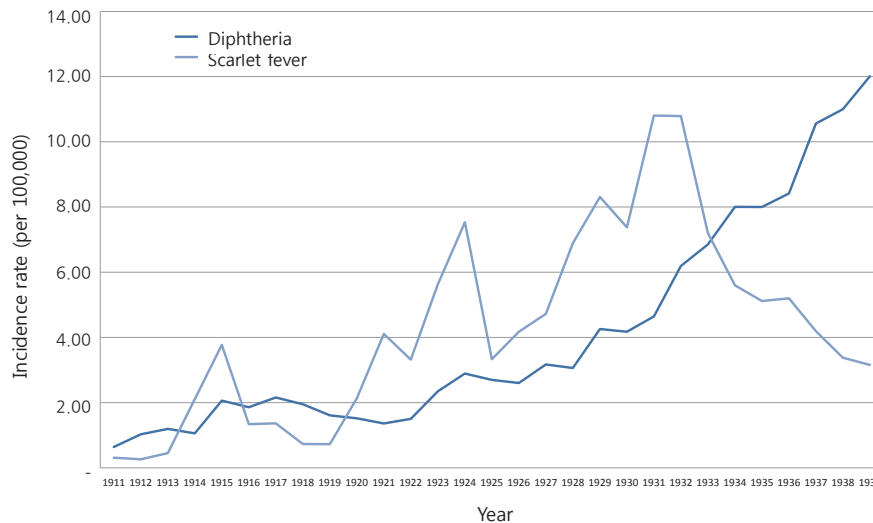


Figure 2. Incidence rate of Diphtheria and Scarlet fever from 1911 to 1939.

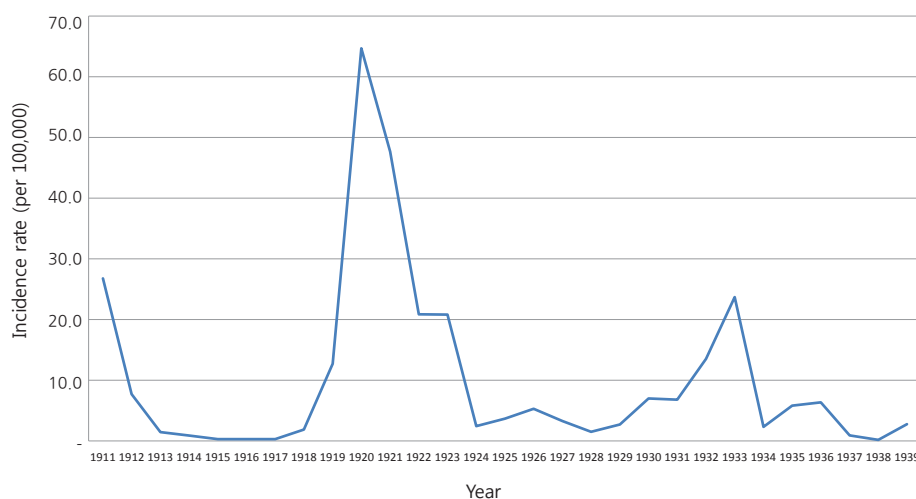


Figure 3. Incidence rate of Small Pox from 1911 to 1939.

이처럼 일제강점기에 이루어진 경찰위생제도하의 감염병관리와 관련된 강압과 감시의 영향은 해방후에도 상당기간까지 남아있게 되는데, 단순히 행정적으로 경찰이 위생업무를 수행하는가 그렇지 않은가의 문제가 아니라 전염병신고나 감시에 대한 국민이나 의식이나 행태, 그리고 의료인의 전염병관리관련 권리와 의무에 대한 인식, 전염병관련 행정을 수행하는 관련 공무원들의 의식수준에까지 상당히 오랫동안 영향을 끼쳤다고 판단한다. 1945년 해방이 되었지만 2000년 '전염병예방법'을 개정하기 이전까지 경찰위생의 영향은 공익적인 목적을 가지고 전염병 관련 법규나 조치사항들이 곳곳에 살아있었고, 이것은 해방이후 우리나라 전염병관리가 어려운 상황에 처했던 근본적인 이유 중의 하나가 된다. 즉, 일제 강점기 식민지의 강압적인 전염병관리정책의 필요성에 대한 근거는 충분치 않은 반면 전체적으로는 우리나라 전염병관리에 부정적인 영향이 컸다고 본다.

## 대한민국 정부수립후 반세기간 전염병 관련 법규와 정책의 변화

1948년 8월 대한민국 정부 수립 후 보건위생사무는 사회부에서 담당하였다. 이 시기에 위생업무는 “더 한층 철저한 위생정책을 수행하기 위하여” 기생등 특수종업원에만 해오던 검진을 각 음식점·점포에 종사하는 직원 전부에 확대하고, “각 부문에 걸친 세밀한 위생정책요강을 정하여 제반 방책을 실시케 하는 한편 그 위반자에 대한 단속도 가일층 강화”하는 내용으로 방향을 잡는다[5]. 1949년 내무부 직제 개정에 대한 국무회의록에도 “보건관계에서 위생경찰은 직제행정에 한하고 보건부는 관리행정을 담당할 것을 의결”했다는 내용이 있어서 위생경찰은 완전히 폐지된 것도 아니었다[5]. 이렇게 중앙정부와 위생경찰로 이원화된 대한민국의 위생업무는 한국전쟁 발발후 부산으로 피난했던 정부에서 “위생행정권을 경찰에 부활 단일 취급”하도록 하는 조치를 취하였다[5]. 광복후 5년 후 위생경찰은 다시 완벽히 부활했던 것이다. 이후 1955년 사회부가 보건사회부로 개편되었지만 위생경찰의 업무는 계속되었고, 1960대 초반 위생업무가 보건사회부로 인계가 되지만 위생행정에서 위생경찰의 그림자는 계속 남아있게 된다.

1954년 2월 2일 ‘전염병예방법’이 법률 308호로 공포되었다. 이 시기는 전쟁후 각종 전염병이 극성을 부릴 때였다. 이때는 법정전염병을 1,2,3종의 3종류로 구분하였는데 제1종 법정전염병은 코레라, 페스트, 장지브스, 발진지브스, 이질, 파라지브스, 성홍열, 디프테리아, 천연두, 유행성뇌척수막염, 재귀열, 발진열 등 12종이었으며, 제2종 전염병은 급성전각화백수염, 백일해, 마진, 유행성이하선염, 유행성뇌염, 공수병, 말라리아였고 제3종은 결핵, 성병, 및 나병이었다. 제1종의 경우 일제의 ‘전염병예방법령’에서 발진열, 재귀열 등이 추가되었고, 질병명은 일본식 질병명을 그대로 사용하고 있는 것을 알 수 있다. 1종과 2종은 즉시, 3종은 1달에 1회 신고하는 내용과 특별시장 및 시읍면장은 천연두, 디프테리아, 백일해, 장지브스, 발진지브스, 파라지브스, 결핵에 대한 정기예방접종을 하는 내용(11조)을 포함하고 있었다[12].

1963년 1차 개정에서 유행성뇌염을 2종으로 변경하고, 2종 전염병에

공수병과 마라리아를 추가하였으며, 1976년 2차 개정에서야 질병명을 일본식에서 우리나라 용어로 변경하였다(장지브스를 장티푸스로 마진을 홍역으로 등). 2차 개정시 발진열, 성홍열, 재귀열 및 유행성뇌척수염을 2종으로 바꾸고 1종에 황열을 추가하였다. 우리나라에 발생한 적이 없는 황열을 1종으로한 것은 황열이 국제적감염병이기 때문으로 생각된다.

이 2차 개정에서 1973년 11월 제 12차 대한감염학회에서 법정전염병의 개정을 주제로 전종회의 사회로 패널토론을 한 바가 있으며, 당시 전문가들은 전염병예방법의 개정이 시급하다고 보았다[13]. 전종회는 1종은 격리가 필요하며 국가가 전적으로 책임지는 질환으로 2종은 보고가 필요한 질환으로 보고 성홍열, 재귀열, 유행성뇌척수막염, 이질을 1종에서 2종으로 돌리고, 백일해를 1종으로 넣은 안을 제시하였으며, 이외에 유행성출혈열, 전염성간염, 인플루엔자, 류마치열, 브루셀라증도 법정전염병으로 포함하는 것을 제안하였다[13]. 또한 엄격한 격리와 교통차단, 소독 등에 대해서 유효한 예방제와 치료제가 없었던 시절의 정책으로 이해하면서 “불필요한 엄격성”이 없어야 할 것을 주문하였다. 특히 전염병발생보고를 의료인이 수행하지 않는 이유가 “환자 가족에게 체면손상을 주는 과잉행정”때문으로 보고 “전염병환자가 발생했다는 붉은 딱지와 문 앞에 새끼줄치기 따위의 행사”의 폐습을 지적하고 있는 것[13]에 주목할 필요가 있다. 당시까지도 일제시대의 질병명을 그대로 사용함은 물론 방역행정에서 경찰위생의 영향이 그대로 남아있었던 것이다.

또한 전염병 환자를 모두 정부에서 수용하기 보다는 “전염병실로 사용할 수 있는 병실을 소유하고 있는 사설종합병원에 입원수용하는 것을 허용”할 것과 현실적으로 “정부의 허가도 받지 않고 전염병 환자를 사설병원에서 수용치료하는 것을 인정” 할 것을 요구하였다. 당시 전염병 환자를 신고하면 환자는 관에서 지정한 수용시설로 가야했지만 현실은 신고를 하지않고 수용치료하고 있었던 것으로 짐작된다. 이와같이 일제시대 경찰위생행정의 망령이 당시까지 살아있었기 때문에 주민이나 의료인들에게 적극적인 질병발견과 보고를 꺼리게 되었다고 판단되며, 유독 우리나라 의사들에서 전염병보고율이 낮았던 이유를 설명해줄 수 있다. 당시 경찰위생행정의 망령이 남아있는 전염병예방법은 현대적인 전염병관리의 걸림돌이었다. 경찰위생행정의 과잉 강압은 효과를 기대하기 힘든 발진티푸스, 파라티푸스의 정기 예방접종에도 남아있었다.

1983년 제3차 개정에서는 콜레라의 정기예방접종 대상에서의 삭제와 폴리오와 홍역을 추가하는 것이 주 개정내용이며, 1986년 4차개정안은 ‘漢의학’을 ‘韓의학’으로 바꾸는 내용이었다.

1993년 제5차 개정은 “사회경제적 변화에 따른 급성전염병의 변화를 반영하였고, 제1종 법정전염병의 관리방법을 시대에 맞게 대폭 현실화”한 것이다[14]. 1종에서 두창이 삭제되고, 2종에서 후천성면역결핍증, 램토스피라증, 쯔쯔가무시증이 새로 추가되었다. 램토스피라증과 쯔쯔가무시증은 당시 가을철 괴질로 알려졌다가 역학조사에서 밝혀진 질병으로 관리의 필요성이 있었다. 두창을 1종에서 제외된 것은 바람직할 수 있지만 아예 법정전염병에서 뺀 것은 단시안적인 결정으로 보인다. 두창은 생물테러와 관련되어서 다시 중요성이 논해지면서 나중에 법정전염병으로 다시 지정되기 때문이다. 최강원은 탄저, 바이러스성 간염, 살



모델라증 또는 식중독을 외국의 사례로 들면서 법정전염병에 추가해야 할 필요성이 있다고 주장하였지만, “법정전염병의 명단이 길어지고 상세해질수록 보고의무가 있는 의료인들의 부담은 커지고, 보고의 효율은 저하될 위험”이 있어서 가급적 가벼운 질병인 풍진, 인플루엔자, 수두, 무균성수막염 등은 동태과악만 하자고 하였다[14]. 즉, 신고와 국가관리가 필요한 법정전염병은 최소화 하고 자발적인 관심과 참여를 기반으로 한 관리가 중요함을 강조한 것이다. 그러나 당시의 법정전염병과 일본의 1986년 법정전염병을 비교해 보면 여전히 거의 비슷한 것을 알 수 있는데 이것이 정말로 양국간 중요한 전염병이 같고 관리목표가 같아서 일 수도 있지만 2000년 이후 양국간 상당히 법정전염병이 달라지는 것을 볼 때 당시까지도 일본의 영향을 받고 있었던 것으로 보인다. 또한 법정전염병의 지정에 의료인이 부담을 느끼고 있다는 것도 신고와 국가관리로 이어지는 경찰위생행정의 개념이 따라붙기 때문으로 풀이된다. 즉, 이때까지도 경찰위생의 그림자가 전염병관리분야에 길게 늘어져 있었다고 보인다.

1994년에는 마포의 한 의원에서 일본뇌염예방접종을 맞은 아이의 사망이 사회적 문제가 되면서 전염병예방법에 의한 예방접종으로 질병이 걸리거나 장애 혹은 사망이 발생했을 때 진료비와 보상금을 국가가 보상하는 내용으로 6차개정이 이루어지며, 1995년에는 B형간염 예방접종을 정기예방접종 대상에 포함하는 내용의 7차 개정이 이루어진다.

## 2000년 이후 전염병관련 법규과 정책의 변화

대한민국의 ‘전염병관리정책’은 2000년 이전과 이후에 매우 분명한 차이를 가진다.

1995년까지 7차개정을 통해서 전염병예방법은 점차 우리나라의 현실에서 요구되고 필요한 부분을 많이 반영하기는 하였으나, 아직도 “전염병의 의의를 좀더 현실에 맞게 재정립하고 전염병의 분류를 재고”할 필요가 있었다[15]. 왜냐하면 “현재 법정전염병으로 규정된 전염병 중 어떤 것들은 정부나 공공기관에서 예방과 치료 등 관리과정에 개입하는가 하면, 또 어떤 것들은 실질적인 개입을 전혀 하고 있지 않다. 그런가 하면 법정 전염병이 아니면서도 그들의 예방과 치료, 그리고 모니터링을 통한 정보체계 가동 등 법정전염병 이상으로 정부 및 공공기관이 개입하는 질병들도 있기” 때문에 어떤 기준을 가지고 법정전염병을 선정하고 분류하는 것이 필요하다고 판단되었다[15]. 이러한 지적은 이전의 개정처럼 어떤 사회적 이슈 후에 법규에 일부 반영되는 것이 아니라 처음으로 우리나라에서 법정전염병의 의미와 그 분류 자체에 대한 근본적인 논의를 시작한 것이라는 점에서 의미가 크다. 즉, 기존까지는 일제시대 만들어진 ‘전염병예방법령’을 바탕으로 몇가지 가감이 이루어지던 부분개정이었지만 이번에는 근본적인 내용 개정을 예고하는 것이었다.

당시 정부는 이 작업을 수행하면서 이전과는 다르게 1998년 9월부터 학계의 전문가들을 포함한 ‘전염병관련법 개정위원회’를 구성하여 법정전염병의 분류기준 및 종류, 신고 및 보고 기준설정, 관리방법의 개선, 전염병연구, 교육, 훈련 등에 대한 개정안을 준비하여[16] 2000년 1월 마침

내 완전히 새로워진 전염병예방법을 공포하였다. 이때 법 개정방향은 첫째 환자의 인권과 권리를 보장하는 전염병 관리, 둘째 시대에 적합한 전염병 유형 재정리, 셋째 신종 전염병에 대한 신속한 대응체제마련, 넷째 능동적인 국가관리체계 구성, 다섯째 신고율 향상과 국민의 의무이행을 기본원칙으로 삼았다[16]. 이러한 방향은 비로소 기존의 전염병예방 법령에 드리워졌던 위생경찰의 그림자에서 벗어나는 것으로 처음으로 전염병관리에서 환자의 인권과 권리를 보장하는 내용을 천명하고 새로운 전염병에 적극적으로 대처하는 것을 골자로 삼았다. 즉, 기존까지 전염병 유행 후 방역활동에 초점을 맞추었던 소극적 자세에서 비로소 능동적으로 예방하고 관리해 나가는 방향으로 국가 전염병 관리정책을 바꾼 것이다.

2000년 개정된 법정전염병의 첫 번째 의의는 전염병의 특성을 고려하여 법정전염병에 포함시키고 분류한 것이다. 제1군은 발생 즉시 격리 등의 조치가 필요한 전염병(6개), 제2군은 예방접종으로 관리가 가능한 전염병(9개), 제3군은 간헐적 유행의 위험이 있어서 지속적인 모니터링 및 감시가 필요한 전염병(18개), 제4군은 신종 및 해외유입전염병, 생물테러 전염병 등(15개)으로 구분하였다. 지정전염병은 이외에 유행감시와 조사연구가 필요한 전염병(9개)으로 구분하였다. 법정전염병의 종류가 전체 57개로 늘었다는 양적인 팽창이외에 이렇게 격리, 예방접종, 감시, 해외유입과 같은 방역특성에 따른 전염병 분류의 의미는 매우 크다. 이것은 비로소 전염병의 특성에 따라 체계적인 방역체계를 갖추었다는 것이며 동시에 드디어 일본 법정전염병과 차별성이 만들어졌다는 것을 의미한다.

두 번째는 전염병 관리에서 의료인, 지방자치단체, 중앙정부의 의무를 규정하고 전염병환자 권리보호를 위한 노력과 책무를 구체적으로 규정했다는 것이다. 이전 법률에서 강압과 단속에서 보호받지 못했던 환자자와 의료인의 권리와 의무를 분명히 한 것이다.

세 번째는 전염병 표본감시(sentinel surveillance) 도입 등 새로운 전염병 감시체계를 도입한 것인데, 이것은 일부 의료인이 자발적으로 감시에 참여하여 운영되는 체계로 원칙적으로 표본감시 전염병인 인플루엔자, B형간염, 성병에 대해서는 모든 의료인이 보고를 하지 않아도 되었다. 표본감시의 도입과 운영은 신속한 정보의 획득에서도 중요하지만 법적 강제에 기초한 신고가 아니라 감시제도의 의료인의 자발적 참여라는 점에서 중요하다.

네 번째는 역학조사에 대한 것으로 기존의 역학조사는 법적 근거가 없이 수행되었다고 해도 과언이 아니었다. 이 개정안에서 비로소 역학조사의 주체와 범위 근거가 마련되었다.

다섯 번째는 예방접종과 관련된 것으로 대표적으로 취약시 전염병 예방법이 정한 예방접종완료여부를 확인하도록 한 것을 들 수 있다.

거시적인 안목에서 보면 이러한 개정은 외국의 정책이나 관련 법규들에 비하면 늦은 것이다. 여기에는 다른 이유도 있겠지만 그 이전까지 전염병관리에서 일제강점기 식민지 위생경찰개념의 틀이 너무 견고해서 쉽게 깰 수 없었다는 것도 작용을 했다고 본다. 정부의 2000년 전염병예방법 개정은 식민지 위생경찰개념에 기초해서 만들어진 기존의 전염병예방법이 일찍부터 드러낸 한계를 극복하고자 하는 내부적 노력과 1980년대 이후 신종전염병과 재만연전염병의 출현이라는 새로운 위협

에 대처하는 WHO를 중심으로 한 국제사회 기준이라는 외부요인이 같이 작용한 결과였다.

이렇게 새로 개정된 전염병은 완전한 틀로 새롭게 거듭나기는 하였으나, 2003년 중증급성호흡기증후군(SARS)의 유행, 2005년 이후 조류 인플루엔자 A(H5N1)의 유행 등을 겪으면서 미처 고려하지 못했던 문제점들이 발견되었다. 예를 들어 사스와 같은 외래 신종전염병을 막는데 검역이 필요하고 실제로 검역을 수행했지만 사스는 법적으로 검역전염병이 아니었던 것이다. 즉 이와같이 새로 출현하는 전염병에 대한 고려가 사전에 필요하게 되었다.

국제적으로도 사스의 경험은 WHO로서 그동안 부진했던 국제보건규칙(International Health Regulation)의 개정을 서두르게 하였고 마침내 2005년 5월 '국제보건규칙(2005)'을 전체회의에서 정식으로 채택하였다[17]. '국제보건규칙(2005)'의 적용대상 질병은 '원인이나 출처와 상관없이 사람에게 현저한 손상을 야기할 수 있는 질환 또는 의학적 상태'로 규정되어 개정전 콜레라, 페스트, 황열의 검역전염병의 범위보다 훨씬 넓어졌다[17]. 따라서 각 회원국은 WHO에 보고해야 하는 질병 혹은 의학적 상태가 많아지고 상당히 복잡하게 되었다. 또한 국제보건규칙(2005)에서는 질병감시와 대응을 위한 핵심역량을 지역사회차원, 광역자치단체 차원, 국가차원으로 나누어 제시하고 각 회원국이 5년내에 이들 핵심역량을 갖추도록 하였다. 이에 따라 우리나라의 검역법이나

전염병예방법에 대한 내용의 수정이 불가피해졌다[17, 18].

우리나라에서도 사스의 유행을 겪은 후 질병관리본부의 출범과 전염병관리 조직의 변화가 있었다. 또 병원감염과 다제내성과 같이 간과했던 감염병의 문제들을 모두 포괄적으로 관련 법규에 포함시킬 필요가 제기되었고, 국제보건규칙(2005)에 대응하는 관련 법규의 재정비가 이루어졌다. 이것이 2009년 12월 공포되고 2010년 12월부터 시행된 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률'(이하 감염병예방법)이다(Table 1).

전염병 대신에 감염병이라는 표현은 일본뇌염, 비브리오패혈증, 쓰쯔가무시증처럼 국가관리가 필요하지만 사람에서 사람으로 전염은 되지 않는 질병을 모두 포괄적한다는 의미를 가지고 있다.

감염병예방법에서는 각 감염병의 전파특성과 관리목적에 따라 다음과 같은 제1군-제5군 감염병과 지정감염병으로 나누어 지정하고 있는데, 이전보다 정의가 분명해지고 더 많은 감염병을 포함하고 있다.

- 제1군감염병: 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 감염병
- 제2군감염병: 예방접종을 통하여 예방 및 관리가 가능하여 국가 예방접종사업의 대상이 되는 감염병
- 제3군감염병: 간헐적으로 유행할 가능성이 있어 계속 그 발생을 감시하고 방역대책의 수립이 필요한 감염병

Table 1. Notifiable Infectious Diseases in 2011

Class	Characteristics (Number of Disease)	Diseases	Notification
Class 1	Water-borne (6)	Cholera, Typhoid fever, Paratyphoid, Shigellosis, <i>E. coli</i> O157, Hepatitis A	Without delay
Class 2	Vaccine-preventable (10)	Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Measles, Mumps, Rubella, Polio, Hepatitis B, Japanese B encephalitis, Chicken pox	Without delay
Class 3	Surveillance (19)	Malaria, Tuberculosis, Leprosy, Scarlet fever, Meningococcal meningitis, Legionellosis, Vibrio Sepsis, Epidemic typhus, Murine typhus, Tsutsugamushi disease, Leptospirosis, Brucellosis, Anthrax, Rabies, Hemorrhagic fever with renal syndrome, Influenza, AIDS, Syphilis, CJD and vCJD	Without delay
Class 4	Emerging, imported and bioterror-associated (17)	Pest, Yellow fever, Dengue fever, Viral hemorrhagic fevers(Marburg fever, Lassa fever, ebola fever), Small Pox, Botulism, SARS, Human avian influenza, Pandemic influenza A, Tularemia, Q fever, West-Nile fever, Any emerging infectious disease/syndrom, Lyme, Tick-borne encephalitis, Melioidosis, Chikungunya fever	Without delay
Class 5	Parasitic diseases (6)	Ascariasis, trichocephaliasis, Oxyuriasis, Clonorchiasis, Paragonimiasis, Metagonimiasis	Within 7 days
Specified notifiable disease	Healthcare-associated infections and Diseases for Sentinel surveillance (17)	Hepatitis C, Hand-foot-mouth disease, Gonorrhea, Chlamydia, Chancroid, Genital herpes simplex, Condyloma accuminatum, VRSA, VRE, MRSA, MRPA, MRAB, CRE, Acute enteric infectious diseases <sup>a</sup> , Acute respiratory infectious diseases <sup>b</sup> , Imported parasitic diseases <sup>c</sup> , Enteroviral infectious diseases	Within 7 days
WHO notifiable diseases	(9)	Small Pox, Polio, Pandemic influenza A, SARS, Cholera, Pneumonic pest, Yellow fever, Viral hemorrhagic fevers, West-Nile fever	
Bioterror-associated	(8)	Anthrax, Botulism, Pest, Marburg fever, Lassa fever, Ebola fever, Small Pox, Tularemia	
Sexually transmitted diseases	(6)	Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia, Chancroid, Genital herpes simplex, Condyloma accuminatum	
Zoonoses	(10)	<i>E. coli</i> O157, Japanese B encephalitis, Brucellosis, Anthrax, Rabies, Human avian influenza, SARS, vCJD, Q fever, Tuberculosis	
Healthcare-associated	(6)	VRSA, VRE, MRSA, MRPA, MRAB, CRE	

<sup>a</sup>Acute enteric infectious diseases: Salmonellosis, *Vibrio parahemolyticus*, ETEC, EIEC, EPEC, Campylobacteriosis, *C. perfringens* infection, Staphylococcal infection, *Bacillus cereus* infection, *Yersinia enterocolitica* infection, *Listeria monocytogenes* infection, Group A rota viral infection, Astrovirus infection, Enteric adenovirus infection, Norovirus infection, Sapho virus infection, Amoebic dysentery, Giardiasis, Cryptosporidiosis, Cyclosporiasis (20)

<sup>b</sup>Acute respiratory infectious diseases<sup>9</sup>: Human Bocavirus infection, Parainfluenza infection, Respiratory syncytial virus infection, Rhinovirus infection, Human metapneumovirus infection, Human corona virus infection, Pneumococcal infection, *Hemophilus influenzae* infection, Mycoplasma infection, Chlamydia infection (11)

<sup>c</sup>Imported parasitic diseases: Leishmaniasis, Babesiosis, Trypanosomiasis, Schistosomiasis, Chaga's disease, Angiostrongyliasis, Gnathostomiasis, Filariasis, Hydatidosis, Toxoplasmosis, Dracunculiasis (11)



- 제4군감염병: 국내에서 새롭게 발생하였거나 발생할 우려가 있는 감염병 또는 국내 유입이 우려되는 해외 유행 감염병으로서 보건복지부령으로 정하는 감염병
  - 제5군감염병: 기생충에 감염되어 발생하는 감염병으로서 정기적인 조사를 통한 감시가 필요하여 보건복지부령으로 정하는 감염병
  - 지정감염병: 제1군감염병부터 제5군감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 감시활동이 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병
- 동 법률에서는 이들 감염병을 다시 몇 개의 중요한 관리목적과 특성별로 따로 정의하여 구분하고 있는데, 이들의 종류와 특성은 아래와 같다. 이 구분은 관리목적에 따른 것이므로 상호배타적인 분류는 아니다.
- 세계보건기구 감시대상 감염병: 세계보건기구가 국제공중보건의 비상사태에 대비하기 위하여 감시대상으로 정한 질환으로서 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
  - 생물테러감염병: 고의 또는 테러 등을 목적으로 이용된 병원체에 의하여 발생된 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병
  - 성매개감염병: 성 접촉을 통하여 전파되는 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병
  - 인수공통감염병: 동물과 사람 간에 서로 전파되는 병원체에 의하여 발생하는 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병
  - 의료관련감염병: 환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 보건복지부장관이 고시하는 감염병

감염병예방법에서는 이전보다 매우 많은 감염병들을 법정감염병으로 지정하여 총 75종의 감염병이 포함되게 된다. 여기에 지정감염병의 급성호흡기감염증에 11개 감염증, 장관감염증에 20개 감염증, 해외유입 기생충감염증에 11개가 고시되어 있는 것을 합하면 법정감염병으로 이름을 올린 감염병은 114개가 된다. 1994년까지 제1종-제3종을 모두 합해야 29종에 불과하던 법정전염병은 2000년 개정된 전염병예방법에서 57개로 대폭 늘어난 후에 2009년에는 지속적 개정을 통해서 지정전염병에 병원체감시대상 전염병이 포함되면서 82개 전염병을 포함하더니 마침내 감염병예방법에서는 114개로 급속하게 늘어났다.

아울러 신고대상이나 방법도 바뀌었는데, 기존에 감염병환자나 의심자는 물론 제1군-제4군 감염병으로 사망한 사람까지 신고의 대상이 되었으며, 의사나 한의사는 소속의료기관장에 보고를 하고, 보고를 받은 의료기관의 장은 제1군감염병부터 제4군감염병까지의 경우에는 지체 없이, 제5군감염병 및 지정감염병의 경우에는 7일 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 하는 것으로 바뀌었다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 직접 신고하여야 한다. 단, 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인한 경우는 신고에서 제외하는데, 표본감시 대상 감염병은 제3군감염병 중 인플루엔자와 제5군감염병 및 지정감염병을 말한다.

법정감염병이 많아졌다는 것은 국가가 책임지는 감염병이 많아졌다는 것으로 그만큼 우리나라의 국력의 신장을 반영하는 것이다. 또한 신고의 대상이나 주체도 의료인에서 벗어나 다양화하였으며, 표본감시나 병원체 감시 등 다양한 감시방법을 사용하는 것도 바람직하다. 해외유입

전염병이나 의료관련감염증을 폭넓게 포함하는 외연적 확장은 감염병 관리에 대한 정부의 자신감의 표현이라고 할 수 있다. 또한 각 병원들이 처방전달체계와 같은 전산으로 정보를 처리하면서 신고의무를 지고 있는 의사들이 모든 법정감염병을 다 외출 필요도 없어졌다.

2010년의 감염병예방법은 2000년 전염병예방법 개정의 정신을 승계하고 확대한 것으로 볼 수 있으나, 확대된 부분이 산만하고 정리가 덜 된 부분이 있으며, 확대된 외연만큼 내실이 얼마나 있을지는 의심스러운 부분이 있다. 즉, 지나치게 이상적으로만 법규를 앞서게 만들어서 현실과 괴리가 생기는 부분이 있으며, 이를 메꾸기 위한 투자가 뒤따라야 법정감염병으로 지정한 의미가 있을 것이다. 확대된 외연에 대해서 정부가 책임감있게 집행을 하려고 한다면 향후 많은 투자가 뒤따라야 할 것이다. 법규로 지정되었으니 무조건 해야한다는 방식으로 관주도로 끌고가고자 한다면 또 다른 모양의 위생경찰의 명령을 부르는 꼴이 될 수도 있다. 감염병관리는 정부 혼자서 할 수 있는 것이 아니기 때문이다.

## 결론 및 향후전망

한 때 감염병시대는 지나갔다고 선언된 적도 있으나, 현대사회로 진행될수록 세계화, 인구이동의 급증, 인간행태의 변화, 기후변화 등으로 갈수록 감염병 예방과 관리에 대한 필요와 중요성은 높아지고 있다. 어떤 시대를 들여다 보더라도 국가적 차원에서 감염병관리의 중요성은 시대를 막론하고 아무리 강조해도 지나치지 않다.

우리나라는 개항기에서 대한제국시기에 걸친 개화여명기에 갑오개혁시 전염병 담당 부처를 만들고 1899년 전염병예방규칙을 만들어 최초의 법정전염병으로 6종을 지정하는 등의 활동을 하였지만 아쉽게도 자주적이고 근대적인 감염병관리정책 수립의 기회를 갖지는 못했다. 일제 통감부가 설치된 이후에 경찰력을 일제가 가져가면서 감염병과 관련된 행정을 경찰이 담당하게 되었는데, 일제는 1907년 콜레라의 유행과 일본 황태자 방문을 빌미로 식민지 조선에 경찰위생체계를 만들어 나간다. 1918년 스페인독감과 1919년, 1920년 콜레라의 대유행은 3·1운동 후 문화통치시대에서도 경찰위생체도를 계속 유지하게 하였는데, 식민지 조선의 경찰위생의 억압성과 감시의 정도는 같은 일본식민지였던 대만보다도 더 심했다. 가가호호 경찰이 방문해서 전염병 용의환자를 색출하고 강제 수용하는 검병 호구조사는 식민지 조선에서만 수행되었던 정책이었다.

일제강점기간 동안 인구가 2배 가까이 늘고, 평균여명이 24-26에서 43-48세로 증가하였지만 이것이 위생경찰의 전염병통제에 의한 것으로 보기에는 무리가 있다. 왜냐하면 이 기간동안 지역의 위생수준을 대표하는 수인성 전염병인 장티푸스와 이질의 발생률은 오히려 계속 증가하였기 때문이다. 예방접종이 가능했던 두창을 제외하면 급성호흡기 전염병인 디프테리아도 지속적 증가를 보였고, 성홍열은 1930년까지 증가하고 이후 감소하였으나 여전히 식민지 초기에 비해서는 증가했었다. 당시 인구의 증가와 평균여명의 증가는 주로 영아사망률의 감소에 따른 것으로 보여지는데, 이는 근대화와 도시화가 진행되는 범유행감축기에 접어드는 국가에서 공통적으로 관찰되는 특징이다. 위생경찰이 없었던

다른 나라에서도 겪었던 역학적 자연변천과정이었으며 이 시기와 일제 강점기가 겹쳐있어서 위생경찰의 영향으로 보였을 가능성이 크다. 위생의 이름으로 무장한 일제의 강압적인 위생정책이 정말 효과가 있었다면 다른 전염병의 증가를 설명하기 곤란하기 때문이다.

효과여부를 떠나서 일제강점기 경찰위생제도에 근거한 감염병관리 정책은 식민지시기는 물론 해방 이후의 우리나라의 감염병관리정책에도 매우 큰 영향을 끼쳤다. 사실 그 영향은 너무나 커서 2000년 전염병 예방법의 개정으로 그 그림자를 떨어내기 까지 우리나라 감염병관리의 발목을 오랫동안 잡고 있었다. 1945년 해방이 되었으나, 위생행정이 경찰에서 보건사회부로 이관된 것은 1960년대 초였으며, 1976년 개정전까지 전염병예방법의 질병이름도 일제시대 사용하던 일본그대로였다. 질병명뿐 아니라 위생행정내용 자체도 위생경찰이 수행하던 내용이 그대로 사용되고 있었다.

경찰위주의 위생행정의 특징은 교육과 홍보보다는 단속과 강압, 개인보호보다는 집단보호, 계도보다는 벌칙, 자율보다는 강제로 표현할 수 있다. 감염병관리를 위해서 국민은 감시의 대상이 되고 의료인은 수동적인 위치로 전락한다. 이같은 감염병관리 틀이 대한민국 정부수립후에도 거의 반세기동안 국가의 감염병관리 틀로 사용됨으로써 현대 감염병관리체제로 전환하는데 걸림이 되었다. 우리나라 의사들의 낮은 전염병신고율이나 전염병관리에서의 수동적 태도에 대한 비판은 이러한 역사적 맥락을 먼저 이해하고 나서 해야할 것이다.

1980년대와 1990년대에도 그때의 사회적 이슈에 따라서 꾸준히 전염병예방법의 부분개정이 이루어졌지만 당시 사회경제적 수준에 비하면 이미 전염병예방법은 더 이상 입을 수 없는 낡은 옷이었고 사실은 벌써 갈아입었어야 마땅했다.

2000년 개정되어 공포된 전염병예방법은 반세기 이상 지속되온 위생경찰의 그림자를 벗어나고 현대적 전염병관리로 나아간 우리나라 감염병관리의 이정표로서 그 의미가 크다. 비로소 환자의 인권에 대한 고려와 법정전염병의 객관적 진단기준 마련, 의료인의 자발적 참여에 의한 표본감시, 감염병관리에 있어서 지방자치단체와 중앙의 역할 등에 대한 규범이 마련되었다. 2010년의 감염병예방법은 많은 감염병에 대한 국가의 책임을 표명한 법률로 평가되나 향후 그에 따른 투자와 인프라 구축이 뒤따르지 않으면 몸에 맞지 않는 옷이 될 수도 있다.

한편 국제보건규격(2005)에 비추어 보거나 외국의 사례에 비추어보면 검역법은 상당부분 개선될 여지가 있는데, 인수공통감염병에 대한 인간·동물 검역의 긴밀한 협조체계구축이나, 신종감염병이 대부분 호흡기바이러스인 점을 감안한 이에 대한 검역체계개선, 검역대상자에 대한 인권 및 정보보호의 천명 등이 그것이다[19]. 감염병관리 분야에는 아직도 위생경찰의 흔적은 남아있는데, 예를 들면 국민들은 감염병 발생에 대해서 '감시'의 대상이고 감염병환자는 범죄자처럼 '신고'의 대상으로 이 용어들은 현재까지도 남아있다.

향후 감염병 유행감시나 관리기술의 발달, 환경의 변화, 사회경제 요소의 변화 등에 따라 감염병관련 법률과 정책은 계속 변화해 나갈 것이다. 감시체계는 많은 부분 자동화, 실시간 유행발견과 같은 기술의 발전에 따라 변화될 것이고, 기후의 변화에 속박하는 감염병 생태의 변화에 따라 법정감염병도 변화가 될 것이다. 또한 통일이 이루어지는 시기나

이후에 또 이에 맞는 관리정책의 변화도 불가피할 것이다.

## References

1. Shin DW. History of modern healthcare in Korea. Seoul: Hanul Academy; 1997:120-3.
2. Chun MJ. The establishment and operation of Sunhwaweon during the Japanese Colonial Rule. Korean Modern History Research 2011;57:33-59.
3. Korean Society of Infectious Diseases. History of infectious disease in Korea. Seoul: Koonja Publishing Co.; 2009:324-33.
4. Shin DW. History of modern healthcare in Korea. Seoul: Hanul Academy; 1997:143-4.
5. Jung KS. Formation, change and legacy of the colonial sanitary police in modern Korea. Society and History 2011;90:221-70.
6. Lee HS. Colonial sanitary policy and Chosun society in 1910; focus on communicable diseases prevention act. Proceeding of 9th International Conference of Korean Japan Study Association. 2011:558-61.
7. Shin DW. Germ theory and criticism of colonial modernity. Critical Review of History 2002;58:341-63.
8. Meng KH. One hundred years' history of public health activities in Korea. Korean J Med Hist 1999;8:127-36.
9. Park IS. An analysis on the health administration of the Chosun government: general in Korea under the rule of Japan-with a special reference to the activities for extermination of epidemic diseases. J Pub Welfare Admin 2003;13: 132-58.
10. Korean Statistics before 1945, Korean statistical information service Available at: [http://kosis.kr/feature/feature\\_03List.jsp](http://kosis.kr/feature/feature_03List.jsp). Accessed 15 December 2011.
11. Kim JS. Health and Diseases of Koreans. Seoul: Shin Kwang Publishing Co.; 2001:36-45.
12. Hwang CY, Ohr HC, Lee DH, Park KD. The amendment tendency analysis of the Korean Infectious Disease Prevention Act and a recommendation for the next amendment. J Prevent Med Pub Health 1998;31:540-63.
13. Chun CH. Our preventive law of communicable disease is amendable. J Korean Med Assoc 1975;18:181-5.
14. Choi KW. Re-consideration of notifiable communicable diseases. J Korean Med Assoc 1994;37:12-8.
15. Kim JS. Re-classification of notifiable communicable diseases in Korea. J Korean Med Assoc 1997;40:386-90.
16. Jeong EK. Surveillance and management of notifiable communicable disease. J Korean Med Assoc 2002;45:750-62.
17. Lee DH, Park K. Revision of international health regulation and task of improving communicable disease control and quarantine system in the republic of Korea. J Korean Med

Assoc 2005;48:784-94.

18. Lee EY, Lee MJ, Lee SK. A study on the reform of communicable disease control and quarantine system in compliance with the revision of the international health regulation. Korean J Med Law 2006;14:47-67.
19. Park IK, Kim SY, Lee SG. Study on analysis of quarantine legislations and systems in australia for building an integrative quarantine system. Korea J Med Law 2011;19:161-87.