

연구논문

사회분야 중앙정부 조직변화 분석: 사회복지·보건 부문을 중심으로

주 재 현*

- I. 도입
- II. 조직변화의 과정과 추세
- III. 주요 조직변화의 내용과 배경
- IV. 행정개혁 논의가 조직변화에 미친 영향
- V. 결론

〈 요약 〉

이 연구는 1948년 정부 수립이후 현재에 이르기까지 사회복지·보건 분야 중앙정부 조직의 변화추세, 변화의 주요내용, 그리고 행정개혁 논의와 조직변화의 관계를 분석하는데 그 목적이 있다. 분석결과, 지난 60년에 걸친 시기 동안 사회복지·보건 분야 중앙정부기관의 내부 구조가 분화되고 그 규모는 확대되어 왔으나, 때때로 축소와 확대를 반복하는 굴곡을 보였음이 드러났다. 그리고 사회복지·보건 분야 중앙정부기관(보건사회부, 보건복지부)의 확대와 축소는 대체로 전 정부 차원에서 전개된 행정개혁의 영향을 크게 받은 것으로 나타났다. 대부분의 정부에 있어 당시 추진된 행정개혁 일반의 추세에 따라 보건사회부/보건복지부의 내부 구조는 확대와 축소를 경험했다. 그러나 김영삼/김대중 정부의 경우, 중반 이후에 있어 당시 정부의 전반적인 개혁의 기조('작은 정부 추구')에도 불구하고 보건복지부의 규모는 확대되는 경향을 보여, 사회복지·보건 분야에 대한 정부의 관심이 현저하게 증가되었음을 알게 해 준다. 한편, 행정개혁의 프로그램은 최근의 김대중·노무현 정부에 들어 매우 다양해지고 있으며, 이는 보건복지부 조직개편에도 반영되고 있다. 책임운영기관, 개방형직위, 팀제, 총액인건비제도 등 새로운 조직관리 방식들이 개발되었고, 보건복지부는 이러한 새로운 동향을 비교적 앞서서 받아들이고 있다. 앞으로 이러한 조직운영 방식의 성과가 어떻게 나타날지에 대해 지속적인 관심을 기울여야 할 것이다

[주제어: 조직변화, 행정개혁, 보건사회부, 보건복지부, 축소와 확대]

* 명지대학교 행정학과 교수(jhjoo61@mju.ac.kr)

I. 도입

이 연구는 1948년 정부 수립이후 현재에 이르기까지 사회복지·보건 분야 중앙정부 조직이 어떻게 변화해 왔는지를 분석하는데 그 목적이 있다. 보다 구체적으로는 첫째, 사회복지 및 보건 부문을 담당하는 중앙정부 조직의 약 60년에 걸친 변화과정에서 일정한 추세를 발견할 수 있는지, 둘째 실·국·과·담당관 등 여러 수준에서 나타났던 주요 변화의 내용은 어떠했으며, 그러한 변화가 나타난 계기는 무엇이었는지, 셋째 정부의 교체기를 중심으로 제기되었던 행정개혁 논의들이 조직변화에 어떤 영향을 미쳤는지 등의 연구 과제에 대한 답을 구하고자 한다. 먼저 2장에서 약 60년에 걸친 조직변화의 과정을 표와 그림으로 정리한 후, 주요 추세를 분석한다. 다음으로 3장에서 주요 변화의 내용과 배경을 검토하며, 4장에서 행정개혁 논의가 조직변화에 미친 영향에 대해 논의한다.

II. 조직변화의 과정과 추세

여기서는 1948년에서 2004년에 이르기까지 중앙정부 사회복지·보건 분야 정부조직(사회부, 보건부, 보건사회부, 보건복지부)이 어떻게 변화해왔는지를 분석한다.¹⁾ <표 1>과 <그림 1~4>를 통해서 발견할 수 있는 사회복지·보건 부문 중앙정부 조직변화의 주요 추세는 다음과 같다.

1) 2005년 정부조직개혁에 따라 보건복지부의 보조기관이 실·국·과 중심체제에서 본부·팀 중심체제로 전환됨으로 인해, 2005년 이후의 조직구성을 그 이전의 조직구성과 같은 차원에서 단순 분석하는데 무리가 있어, 일단 2004년까지의 추세를 살펴본 후 최근의 개혁은 다음 장에서 검토한다.

〈표 1〉 사회복지·보건 분야 중앙정부조직 보조기관 수의 변화(1948-2004)

연도	실	국	과	2급담당관	3급담당관	4급담당관
1948	1	5	22	0	0	0
1949	1	4	19	0	0	0
1950	0	3	10	0	0	0
1951	0	4	14	0	0	0
1952	0	3	11	0	0	0
1953	0	4	15	0	0	0
1954	0	4	15	0	0	0
1955	0	6	22	0	0	0
1956	0	6	22	0	0	0
1957	0	6	22	0	0	0
1958	0	6	22	0	0	0
1959	0	6	22	0	0	0
1960	0	6	23	0	0	0
1961	0	6	22	1	0	0
1962	0	6	22	1	0	1
1963	1	5	17	0	0	3
1964	1	5	17	0	0	3
1965	1	5	17	0	0	3
1966	1	5	17	0	0	4
1967	1	5	21	0	0	4
1968	1	5	21	0	0	4
1969	1	5	21	1	0	5
1970	1	5	12	3	0	17
1971	1	5	12	3	0	17
1972	1	5	11	3	0	15
1973	1	6	19	3	0	9
1974	1	7	21	3	0	9
1975	1	8	28	4	0	9
1976	1	8	28	4	0	9
1977	1	8	27	6	0	5
1978	1	8	27	6	0	5
1979	1	8	28	6	0	5
1980	1	8	28	5	0	5
1981	1	6	24	3	0	5
1982	1	6	24	3	0	5
1983	1	6	23	3	0	5
1984	1	6	23	3	0	5
1985	1	7	25	3	0	5
1986	1	7	25	3	0	5
1987	1	8	28	3	0	5
1988	1	8	28	3	0	5
1989	1	8	29	3	0	5
1990	2	6	34	5	0	7

(다음 쪽에 계속)

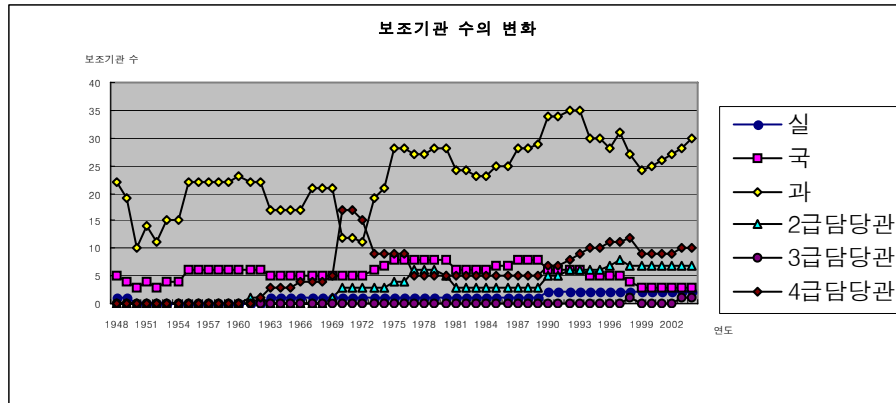
연도	실	국	과	2급담당관	3급담당관	4급담당관
1991	2	6	34	5	0	7
1992	2	6	35	6	0	8
1993	2	6	35	6	0	9
1994	2	5	30	6	0	10
1995	2	5	30	6	0	10
1996	2	5	28	7	0	11
1997	2	5	31	8	0	11
1998	2	4	27	7	1	12
1999	2	3	24	7	0	9
2000	2	3	25	7	0	9
2001	2	3	26	7	0	9
2002	2	3	27	7	0	9
2003	2	3	28	7	1	10
2004	2	3	30	7	1	10

자료: 보건사회부(1981; 1986), 보건복지부(2000; 2002; 2003; 2004).

① 전체적으로 볼 때, 지난 시기 동안 사회복지·보건 부문 중앙정부기관의 보조기관 수는 증가했으나, 때때로 증가와 축소를 반복하는 굴곡을 보였으며, 특히 1990년대 후반 이후에는 증가추세가 둔화되거나 부분적으로 축소되는 경향을 보이기도 한다.

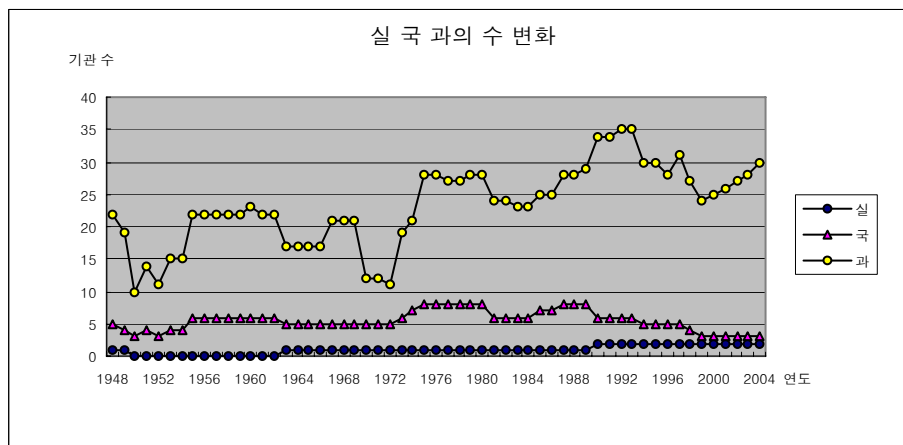
- 1948년 22개로 시작했던 ‘과’단위 부서는 1992년 35개까지 되었다가 2004년 30개가 되었고, 4급 담당관은 1962년에 처음 1개가 생성된 후 1998년 12개가 되었으나 2004년에는 10개가 운영되었다.
- ‘국’단위 부서는 1948년 5개이었던 것이 1970년대와 1980년대에 8개까지 되었다가 2004년에는 3개가 되었다. 그러나 ‘실’단위 부서는 초창기 1개가 운영되거나 폐지되었던 것이 1963년에 다시 설치된 후 1990년부터 2개가 되었다. 한편, 2급 담당관도 1960년대에 처음 설치된 후, 1970년대 후반에는 6개, 1990년대 후반 8개까지 늘었다가 2004년에는 7개가 운영되었다.

〈그림 1〉 사회복지·보건 분야 중앙정부조직 보조기관 수의 변화(1948-2004)

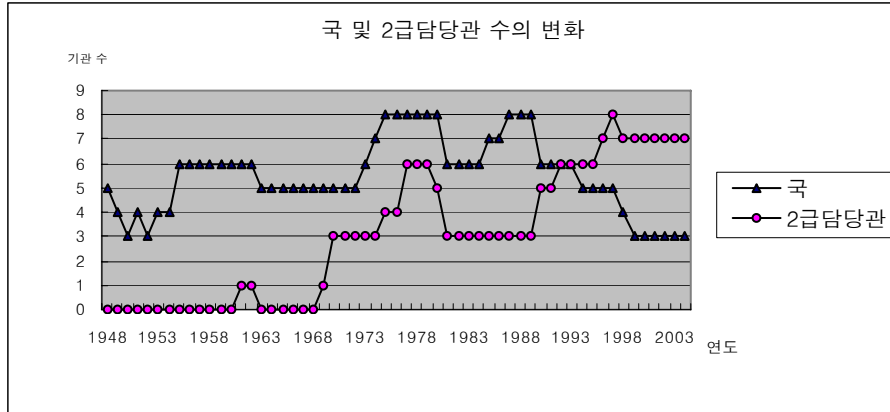


② ‘과’단위 부서의 수가 많았던 시기(1955~1962, 1975~1980, 1990~1993)에 ‘국’단위 부서 또는 2급 담당관의 수도 많아, 국과 과의 수에 있어 상관성이 높음을 알 수 있다. 따라서 과의 수가 증가하는 시기(1953~1955, 1972~1975, 1981~1990)에 국의 수도 증가하는 경향을 보이는 것이 일반적이다. 그런데, 1999~2004년의 기간동안 과의 수는 증가추세를 보이지만 국의 수는 오히려 줄어들었다. 그러나 2급 담당관의 수가 증가되어, 국의 수가 축소된 것을 보완하고 있다고 하겠다.

〈그림 2〉 사회복지·보건 분야 중앙정부조직 실·국·과 수의 변화(1948-2004)

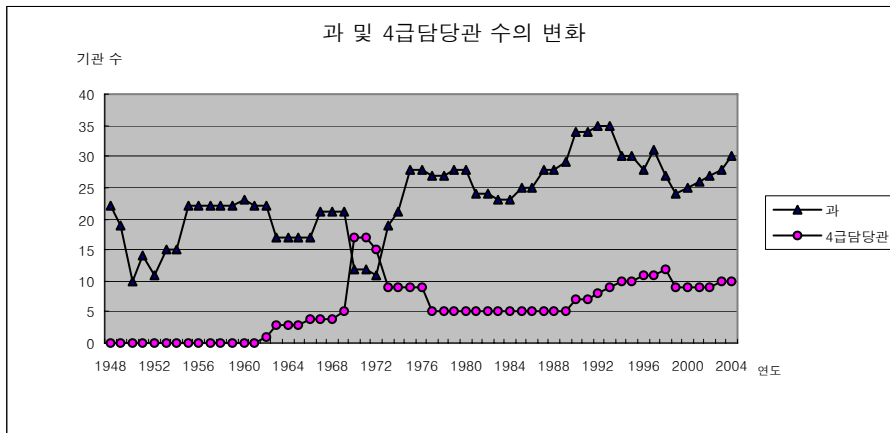


〈그림 3〉 사회복지·보건 분야 중앙정부조직 국·2급담당관 수의 변화(1948-2004)



③ ‘과’단위 부서의 수와 4급 담당관의 수는 1990년 이전까지는 대체로 반비례 관계를 보였다. 이러한 경향은 특히 1969~1988년경 사이에 잘 나타나고 있어, 과를 줄였을 경우에는 4급 담당관이 줄어든 과를 대체하였다가, 과의 수가 증가하고 그 역할이 증가하면 다시 4급 담당관의 역할이 축소되었던 것으로 이해된다. 그러나 1990년부터는 이러한 관계가 약화되어, 과의 수가 증가하여도 4급 담당관의 수가 줄지 않거나(또는 함께 증가하거나), 과의 수가 줄어들 때 담당관의 수도 함께 주는 현상이 나타나기도 한다.

〈그림 4〉 사회복지·보건 분야 중앙정부조직 과·4급담당관 수의 변화(1948-2004)



III. 주요 조직변화의 내용과 배경

사회복지·보건 부문 중앙정부조직(실·국 단위 부서 위주)에서 발생한 주요 변화의 연혁은 다음과 같다.²⁾

- 1948년 사회부 신설(보건국, 후생국, 노동국, 주택국, 부녀국)
- 1949~50년 보건국·주택국 폐지, 후생국을 사회국으로 개편
- 1949년 보건부 신설(의정국, 방역국, 약정국)
- 1951년 사회부 원호국 신설
- 1955년 보건부와 사회부를 통합하여 보건사회부로 개편(의정국, 방역국, 약정국, 원호국,³⁾ 부녀국, 노동국)
- 1961년 방역국을 보건국으로, 원호국을 사회국으로 변경
- 1963년 노동국 폐지 → 노동청 신설, 부녀국을 부녀아동국으로 개칭
- 1970년 위생관리관, 보건관리관 신설 후 각 3개의 담당관을 신규배정, 기타 다수의 담당관 신설
- 1972년 보건관리관을 모자보건관리관으로 변경
- 1973년 위생관리관을 위생국으로 개편
- 1974년 복지연금국 신설
- 1975년 위생국을 환경위생국의 개칭, 해외이주국 신설
- 1977년 복지연금국을 사회보험국으로 개칭, 정책조정관·환경관리관·감사관 신설, 각종 감시직·잡급직 43인을 정규직화
- 1980년 환경관리관 폐지 → 환경청 신설, 잡급직 37인을 정규직화
- 1981년 해외이주국·위생국·모자보건관리관·정책조정관 등 폐지, 약정국을 약무식품국으로, 부녀아동국을 가정복지국으로 개칭, 정원 26인 감축
- 1985년 위생국 신설(복원)
- 1987년 국민연금국 신설, 사회보험국을 의료보험국으로 개칭, 정원 67인 증원(마약 감시인력 27명 증원)

2) 연혁의 정리는 보건사회부(1981; 1986), 보건복지부(2000; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006)를 참조함.

3) 사회국을 원호국에 통합

- 1988년 마약감시인력 18인 증원
- 1990년 사회복지정책실 신설, 사회국과 가정복지국 통합 후 사회복지심의관과 가정복지심의관을 사회복지정책실에 배속
- 1992년 국제협력관 신설
- 1994년 보건사회부를 보건복지부로 개편, 의료보험국과 국민연금국을 연금보험국으로 통합, 국제협력관을 기술협력관으로 변경, 위생국을 식품국으로 변경
- 1997년 사회복지정책실장 밑에 장애인복지심의관 신설, 정원 31인 감축
- 1998년 1국 3과 감축, 보건국·의정국·식품정책국·약정국을 통합/조정하여 보건정책국·보건증진국·보건자원관리국으로 재편, 보건복지부 및 소속기관의 정원감축, 여성정책담당관 신설, 식품의약품안전본부를 식품의약품안전청으로 승격, 국립사회복지연수원 폐지(국립보건원 훈련부로 통합), 민간위탁(보건의료인 국가시험관리업무, 국립망향의동산관리소 수목/시설관리, 청사안내업무), 정원 56인 감축
- 1999년 기술협력관 폐지, 보건자원관리국 폐지, 과(및 과급 담당관)를 38개에서 32개로 축소, 민간위탁(소속기관의 식당운영 및 시설관리업무), 정원 296인 감축(본부 33, 소속기관 263), 사회복지정책실에 노인보건과 신설, 보험급여과 신설, 국립의료원을 책임운영기관화
- 2000년 개방형직위 선정⁴⁾
- 2001년 여성부 신설 → 여성부 관장사항⁵⁾ 이관(정원 5인 이관), 국립서울검역소를 국립인천공항검역소로 개편하고 검역인력 보강 국립재활원, 국립목포병원을 책임운영기관화
- 2002년 기초생활보장심의관실에 자활지원과 신설, 국립보건원에 유전체연구소 신설, 사회복지정책실에 보육과 신설, 정원 21인 증원(검역기능강화, 건강보험재정업무 등), 국립소록도병원 간호조무사양성소 폐지(시설양성소 활용)
- 2003년 장관 정책보좌관(2인) 신설, 국립보건원을 질병관리본부로 확대(소속기관으로 국립보건연구원과 국립검역소를 둠), 국민연금심의관 신설, 3개과

4) 장애인보건복지심의관, 보건증진국장, 국립보건원장, 국립소록도병원장, 국립목포결핵병원장을 개방형직으로 선정하고, 계약직으로 보할 수 있도록 함.

5) 가정폭력, 성폭력 예방 및 피해자 보호 등의 업무

증설(노인요양, 공공보건, 통상협력), 정원 30인 증원

- 2004년 보육기능 여성부 이관, 혈액안전관리기능·식품안전기능·생명윤리 및 안전 관련 기능의 강화, 인력 증원
- 2005년 가정관련 및 모·부자복지업무 여성가족부 이관(인원 2인 이체), 저출산고령사회정책본부 신설, 보건복지콜센터, 정원 107인 증원 실·국 중심체제를 본부중심체제로 전면 개편,⁶⁾ 하부조직을 팀제로 개편, 국립서울병원, 국립나주병원, 국립부곡병원, 국립춘천병원, 국립공주병원, 국립마산병원을 책임운영기관화
- 2006년 한·미자유무역협정팀 설치(한시조직), 고위공무원단제도도입에 따른 실·국장급직위의 계급삭제, 조직과 정원 운영의 자율성 확대(총액인건비제 실시)

이상의 변화 중, 주목할만한 사안들의 배경을 간략히 기술하면 다음과 같다.

1948년 정부수립과 동시에 사회부가 발족되었으며, 다음해에 사회부의 기능 중 보건에 관한 사항을 분리하여 보건부가 신설되었다. 그러나 1955년에 정부의 조직통폐합 작업이 있었으며, 이 때 다시 보건부와 사회부를 통폐합하여 보건사회부로 개편되었다. 그 후, 1960년대 들어 경제개발사업이 적극적으로 추진됨에 따라 각종 산업체와 노동자의 수가 급속하게 늘 것으로 예상되는 상황 하에서 1963년 보건사회부의 노동국이 노동청으로 승격되었다(보건사회부, 1983: 11). 1950년대와 1960년대에는 사회복지·보건부문 중앙정부조직이 행정부 내에서 자리를 잡아가는 시기였다고 볼 수 있다.

1970년대에 들어서, 1973년에 입법된 국민복지연금법을 집행하기 위해 복지연금국이 신설되었으며,⁷⁾ 1976년에는 개정된 의료보험법(의료보험제도)을 실행에 옮기기 위해 복지연금국을 사회보험국으로 개칭한 후 의료보험제도를 담당하게 하였다. 1980년대에는, 먼저 그간의 급속한 산업화로 인한 각종 산업공해가 사회

6) 사회복지정책실→사회복지정책본부, 장애인복지심의관→장애인정책관, 보건정책국→보건의료정책본부, 건강증진국→보건정책관, 연금보험국→보험연금정책본부, 국민연금심의관→국민연금정책관

보건산업육성사업단 신설, 기초생활보장심의관 폐지

7) 그러나 국민복지연금법은 제1차 오일쇼크에 의한 기업들의 경제적 어려움 때문에 실행에 옮겨지지 못했다.

문제화되자 이에 대응하여 1980년 환경관리관을 환경청으로 승격하였다. 한편, 1981년말에는 전두환정부에 의한 정부조직 일제정비계획에 의해, 보건사회부도 기구가 축소되고 정원이 일부 감축되었다. 1987년에는, 1989년부터 시행하게 된 국민연금제도관련 업무를 담당할 국민연금국을 신설하고, 의료보험의 농·어촌지역 확대실시에 대비하여 사회보험국을 의료보험국으로 개칭하였다. 1970년대와 1980년대는 사회복지·보건부문에서 정부의 역할이 서서히 증가해가던 시기로서, 이를 반영하여 보건사회부 내에서도 ‘국’과 ‘과’ 수준 기관의 수가 대체로 증가추세를 보이던 시기였다고 하겠다.

그러나 1990년대에 들어선 후, 보건복지부로 개편된 90년대의 중반 경부터 사회복지·보건부문 정부기관의 성장에 다소 정체가 나타나기 시작했으며, 특히 금융위기가 발생한 직후인 1998년과 1999년에는 정부기관 전체를 대상으로 한 감축노력의 맥락에서 보건복지부의 보조기관 수와 인력도 감축되었다. 또한 보건복지부의 일부 외곽업무들이 민간위탁되었으며, 소속기관이 책임운영기관화되기 시작했다. 구체적으로는 1994년에 의료보험국과 국민연금국을 연금보험국으로 통합하였으며, 1998년에는 보건국·의정국·식품정책국·약정국을 보건정책국·보건증진국·보건자원관리국으로 통합·조정하였다가 1999년에 보건자원관리국을 폐지하였다. 그러나 새롭게 정부의 기능이 강화되어야 할 분야에서는 관련 부서가 신설되기도 하여(예: 여성정책담당관, 노인보건과, 보험급여과 등), 무조건적인 감축 방향만을 채택한 것이 아님을 알 수 있다.

2000년대에는 1990년대 중·후반 경부터 강화된 신공공관리 정부개혁의 흐름이 지속되고 있어 보건복지부에도 여러 가지 새로운 변화가 나타나고 있으나, 한편으로 1998년과 1999년에 있었던 보건복지부의 조직 감축을 되돌리는 방향으로의 변화가 나타나고 있다. 부연하면, 2000년에 개방형직위가 선정되었고, 2001년과 2005년에는 국립재활원과 국립병원들이 책임운영기관화 되었으며, 2006년에는 고위공무원단제도 도입에 따른 실·국장급 직위의 계급 삭제와 총액인건비제 실시에 따른 조직과 정원 운영상의 자율성 확대가 있었다. 또한 2005년에는 전통적인 실·국·과 중심의 보조기관체제를 본부·팀 중심의 체제로 전면 개편하는 변화를 가져왔다. 이에 더하여, 2001년 여성부가 신설되어 가정폭력·성폭력 관련 업무를 이관했으며, 2004년과 2005년에는 보육기능과 가정관련 및 모·부자복지업무

를 이관했다. 그러나 다른 한편으로, 2000년 이후 현재에 이르기까지 보건복지부 본부와 소속기관의 기관과 인력이 꾸준히 증가해오고 있다.

IV. 행정개혁 논의가 조직변화에 미친 영향

여기서는 행정개혁에 관한 의미있는 논의가 제시되기 시작한 박정희 정부 이래 현 노무현 정부에 이르기까지 행정개혁 논의가 사회복지·보건 분야 중앙정부 조직의 변화에 미친 영향에 대해 살펴본다.

박정희 정부는 행정기구 등 각종 제도의 개편에 있어, 행정의 주도적인 개입이 필요하다고 판단한 경우에는 기구와 인원을 늘리는데 적극적이었으며, 행정개혁은 전반적으로 집권화·능률화를 지향하고 있었다. 특히 제3공화국에서는 기구 팽창, 행정기능 확대, 기술관료화에 따른 행정의 양적 팽창이 두드러졌으며, 이는 유신체제에도 이어져 행정수요의 증가와 논공행상의 필요성 등의 요인으로 인해 각 부처의 하부조직이 크게 팽창되었다(오석홍, 2006: 262-3, 269, 272). 이러한 행정기관의 전반적인 팽창은 박정희 정부 기간 동안 지속적으로 정부 내 위상에 있어 경제 및 산업관련 부처들에 비해 낮았다고 볼 수 있는 보건사회부에도 긍정적으로 작용하여, 보건사회부 보조기관 수의 증가가 나타났다.

전두환 정부는 ‘선진민주행정’을 이념적 지향점으로 설정하고 행정개혁을 추진했으나, 정권 자체의 근본적 한계로 인해 오히려 행정행태의 권위주의화 현상을 조장한 측면이 있다. 그러나 집권 초기에 행해진 행정개혁은 주목할만하다(오석홍, 2006: 278, 283). 박정희 정부의 과도한 국가개입이 초래한 경제적·사회적 부작용을 유산으로 물려받은 전두환 정부는 자유주의적 성향의 정부개혁을 추진했으며, 그 방향은 대체로 정부 역할을 축소하고 비능률을 제거하는 것이었다. 구체적으로는 정부개입 범위를 축소하고, 행정절차를 간소화하며, 불요불급한 상 위기구를 축소·조정하여 대국대과제를 구현하는 것이었다. 그 결과 기구통폐합과 공무원 정원감축 등의 조치가 있었으며, 그 영향은 중앙행정기관의 보조기관·소속기관·특별지방행정기관·유사/중복기능·지방자치단체기구 등에 미치는 광범위한 것이었다. 이러한 정부개혁의 영향은 보건복지부에도 미쳐, 정권 초기 보조기관

의 수가 줄어들고 정원이 감축되는 현상이 나타났다. 그러나 전두환 정부는 이러한 초기의 정향을 유지하지 못했으며, 결과적으로 정부의 역할은 유지되었고, 이는 정부기관의 증가로 귀결되었다. 보건사회부 보조기관의 변화 추세에 있어서도 1980년대 중반 이후 다시 기관의 수가 증가하는 현상을 발견할 수 있으며 정원 역시 증가하였다.

노태우 정부는 출범 첫 해에 행정개혁위원회를 설치했으며, 행정개혁위원회는 민주화 추진 및 인권보장, 민간의 자율성과 창의성 신장, 국제화·개방화시대 대비, 지방화시대 대응, 지속적 경제성장, 복지행정 구현, 권위주의적 행태의 배제 등을 개혁의 기본방향으로 표방했다. 정부기구와 관련하여 행정개혁위원회는 전 정권 후기 증가한 정부기구를 다시 축소할 것을 권고했다. 노태우 정부는 레토릭 상으로 작은 정부를 지향한다고 했으나, 실제로 있어 5년의 집권 기간 동안 정부의 기구와 정원은 오히려 이전보다 현저하게 팽창했다(오석홍, 2006: 286, 288-289). 이러한 경향은 보건사회부에도 그대로 반영되어, 실·국·과·4급담당관의 수가 크게 늘어났다. 특히 노태우 정부에 이르러, 이전의 박정희·전두환 정부에 비해 사회복지에 대한 관심이 증가한 점은 분명하며, 보건사회부 보조기관 수의 증가는 이러한 현상을 반영하고 있다고 하겠다.

김영삼 정부 역시 출범 첫 해에 행정쇄신위원회를 발족시켰으며, 행정쇄신위원회는 국민편의 위주의 제도·관행의 쇄신, 민주적이며 효율적인 행정의 구현, 깨끗하며 작고 강한 정부의 구축을 행정개혁의 기본방향으로 제시했다. 이처럼 ‘작은 정부의 구현’을 정책기조로 채택한 김영삼 정부는 일부 행정부처의 통폐합, 기구축소, 고위직 감축 등을 추진하였고, 1994년 12월에는 대폭적이고 획기적인 중앙행정기구 개편을 단행하였다. 이 기구개편의 핵심적 내용은 주요 중앙 정부 부처들의 통합이었으며, 이 과정에서 보건사회부도 보건복지부로 개편되면서 기구의 축소조정을 겪어(오석홍, 2006: 296, 299), 보건복지부 내 ‘과’와 ‘국’의 수가 줄어들었다. 그러나 2급 및 4급 담당관의 수는 변화가 없거나 오히려 늘어나는 추세를 보여 주고 있으며, 정권의 마지막 해인 1997년에는 줄어들었던 ‘과’의 수도 다시 증가하였다. 이는 사회복지에 대한 김영삼 정부의 인식변화에 기인한 측면이 큰 것으로 보인다. 정권 초기 사회복지에 대해 특별히 주목하지 않았던 김대통령이 정권 중반 이후 세계화와 더불어 사회복지의 중요성을 강조하기 시작

하면서 이러한 변화가 나타났다고 해석할 수 있다.

국가적 외환위기와 이에 따른 IMF의 감시·통제 하에서 출범한 김대중 정부의 행정개혁 노선은 1980년대 이후 영·미권 국가들이 주도한 개혁원리(신공공관리, 정부재창조)를 대체로 수용하는 것이었다. 따라서 김대중 정부는 작고 효율적인 정부의 구현을 지향하였고, 민영화와 고객지향적인 개혁을 추진하였으며, 작은 정부를 지향하는 기구개편, 공기업의 민영화와 구조개선, 책임운영기관과 같은 새로운 형태의 조직설계 도입 등을 추진하였다. 이에 정권 초 정부기구(2월 14부 5처 14청에서 17부 2처 16청으로 축소·조정되었으며, 부처별로도 내부구조가 축소·조정되었다(오석홍, 2006: 308, 316)). 이러한 심대한 변화의 과정 속에서 보건복지부도 국·과·2급 및 4급담당관의 수가 줄어들었고, 정원이 감축되었으며, 책임운영기관화와 민간위탁이 늘어나는 변화를 겪었다. 그러나 이전 김영삼 정부에서와 마찬가지로, 김대중 정부도 후기에 들어 다시 ‘과’의 수와 정원이 증가하는 경향을 보였다. 역대 어느 정부보다 사회복지의 중요성과 의의를 강조했던 김대중 정부에서 보건복지부의 역할 증대가 필요로 되는 상황 하에서, 감축 일변도로 진행하는데 어려움이 있었음을 짐작하게 하는 현상이라 하겠다.

노무현 정부 행정개혁의 전체적인 기조는 영·미권 국가들을 중심으로 한 신공공관리론의 영향 뿐 아니라 유럽대륙 국가들에서 주로 연원하는 참여와 파트너십 논의의 영향도 크게 받고 있는 것으로 보인다(김태룡, 2004; 권해수, 2005). 노무현 정부가 행정체제의 개혁원리로 특히 강조했던 것은 성과주의, 협동주의, 제도의 연성화, 반부패주의, 균형주의, 변동지향성 등이며, 이전의 정부들과 달리 작은 정부의 구현이 국정목표나 과제로 설정되지 않았다. 따라서 노무현 정부는 정부규모 감축의 압박으로부터 비교적 자유로웠고, 대대적인 기구감축이나 인력감축은 없었으며, 오히려 공무원 수·특히 고위직·는 증가하였다(오석홍, 2006: 322-323, 330). 한편, 행정기관의 내부조직에 관한 각 부처의 자율권이 확대되어, 일부 중앙기관들은 팀제를 도입하였고 실장·국장·과장 등의 직명 대신 본부장·단장·팀장 등의 직명을 사용하고 있다(행정자치부, 2006: 38). 이러한 행정개혁 사조의 변화는 보건복지부에 그대로 반영되고 있다. 노무현 정부가 출범한 후, 보건복지부 보조기관의 수는 꾸준한 증가추세를 보이고 있으며, 이는 2005년도 부내 보조기관체제가 본부·팀 중심의 체제로 전면 개편된 후 더욱 가속되고 있

다. 또한 이러한 보건복지부 조직의 확대는 노무현 정부가 주요 추진과제로 삼고 있는 국가복지의 확충을 반영한다고 볼 수 있다.

V. 결론

지금까지의 분석을 통해 나타난 결과들은 다음과 같다.

전체적으로 볼 때, 지난 60년에 걸친 시기 동안 사회복지·보건 분야 중앙정부 기관의 내부 구조가 분화되고 그 규모는 확대되어 왔으나, 때때로 축소와 확대를 반복하는 굴곡을 보였다. 특히 보건사회부는 기능의 분화과정에서 관련 중앙행정 기관들 - 노동부, 환경부, 여성가족부 - 을 산출해냄으로써 사회분야 정부기관의 모 기관의 역할을 수행했다.

사회복지·보건 분야 중앙정부기관(보건사회부, 보건복지부)의 확대와 축소는 대체로 전 정부 차원에서 전개된 행정개혁의 영향을 크게 받은 것으로 나타났다. 박정희, 전두환, 노태우 정부 하에서 추진된 행정개혁 일반의 추세에 따라 보건사회부의 내부 구조는 확대와 축소를 경험했고, 이러한 현상은 김영삼/김대중 정부의 초기, 그리고 현 노무현 정부에도 나타나고 있다. 그러나 김영삼/김대중 정부의 중반 이후에는 전반적인 정부개혁의 기초(‘작은 정부 추구’)에도 불구하고, 보건복지부의 규모는 확대되는 경향을 보여, 사회복지·보건 분야에 대한 정부의 관심이 현저하게 증가되었음을 알게 해 준다.

한편, 행정개혁의 프로그램은 최근의 김대중·노무현 정부에 들어 매우 다양해지고 있으며, 이는 보건복지부 조직개편에도 반영되고 있다. 책임운영기관, 개방형직위, 팀제, 총액인건비제도 등 새로운 조직관리 방식들이 개발되었고, 보건복지부는 이러한 새로운 동향을 비교적 앞서서 받아들이고 있다. 앞으로 이러한 조직운영 방식의 성과가 어떻게 나타날지에 대해 지속적인 관심을 기울여야 할 것이다.

참고문헌

- 권해수. (2005). 참여정부 행정개혁에 대한 비판적 고찰. 「한국사회와 행정연구」, 16(1): 35-56.
- 김태룡. (2004). 한국과 미국의 정부개혁: 노무현 정부와 부시정부를 중심으로. 「한국사회와 행정연구」, 15(2): 97-126.
- 보건복지부. (2000). 「2000 보건복지백서」.
- _____. (2002). 「2002 보건복지백서」.
- _____. (2003). 「2003 보건복지백서」.
- _____. (2004). 「2004 보건복지백서」.
- _____. (2005). 「2005 보건복지백서」.
- _____. (2006). 「2006 보건복지백서」.
- 보건사회부. (1981). 「1981 보건사회」.
- _____. (1983). 「1983 보건사회」.
- _____. (1986). 「1986 보건사회」.
- 오석홍. (2006). 「행정개혁론」, 제5판. 서울: 박영사.
- 행정자치부. (2006). 「2006 행정자치백서」.