

이 논문은 2005년 노동부의 노동정책 연구에 관한 학술
연구용역사업의 일환으로 연구되었음

2005년도 노사분규 실태분석 및 평가 : 보건의료 부문

2005. 11.

연구기관 : 한국노동연구원

노동부

제 출 문

노동부 장관 귀하

본 보고서를 노동부 노사조정과 수탁연구과제 2005년도 노사분규 실태분석 및 평가 : 보건의료 부문에 대한 최종보고서로 제출합니다.

2005. 11.
한국노동연구원
원장 최 영 기

연 구 진

연구책임자 : 은수미(한국노동연구원 부연구위원)

연 구 원 : 이영옥(한국노동연구원 R.A)

조경애(건강연대 사무처장)

조영수(노무법인 영락)

목 차

I. 서론	1
II. 보건의료산업의 현황 및 특성	4
1. 보건의료산업 현황	4
2. 의료전달체계와 보건의료 산업	11
3. 보건의료산업의 특징이 노사관계에 끼칠 영향	29
III. 보건의료산업 노사단체의 조직구조와 활동	31
1. 사용자단체 조직현황 및 연혁	31
2. 보건의료노조 연혁 및 조직현황	35
3. 노사관계 및 산별교섭의 역사 및 현황	47
4. 산별중앙교섭에 대한 당사자들의 입장	50
IV. 2005년 보건의료산업 산별교섭 전개과정	52
1. 2005년 산별교섭의 의의	52
2. 2005년 산별교섭 구조 및 과정	54
3. 2005년 산별교섭 요구 및 쟁점	64
4. 2005년 노사분규 현황 및 전개과정	72
5. 2005년 보건의료산업 노사분규 원인	79
V. 2005년 보건의료산업 산별교섭 평가 및 개선방안	85
1. 2005년 산별교섭 평가	85
2. 산별교섭이 한국 노사관계에 끼치는 영향	92
3. 노사관계 안정화를 위한 정책적 대안	97

보론 1) 의료 공공성에 대한 논의와 정책	105
1. 서론	106
2. 의료 공공성의 개념과 논의	107
3. 의료 공공성 논의의 배경	118
4. 공공보건의료 확충 정책 평가	125
5. 병원 노사관계에 미칠 영향 및 제언	129
보론 2) 서울대 등 국립대병원지부의 탈퇴가 노사관계에 끼치는 영향	130
1. 서론	131
2. 서울대병원지부의 위상	132
3. 서울대병원지부의 탈퇴 경과와 쟁점	133
4. 서울대지부의 단체협약 과정과 산별협약 비교	139
5. 서울대지부의 탈퇴가 보건의료노사관계에 미치는 영향	145
6. 정책제언	146
부록 1> 2005년 서울대 지부 임금·단협 합의안	147
부록 2> 1, 2차 산별교섭 회의록	151
부록 3> 3차 산별교섭 회의록	158
부록 4> 4차 산별교섭 회의록	162
부록 5> 5차 산별교섭 회의록	166
부록 6> 7차 산별교섭 회의록	170
부록 7> 8차 산별교섭 회의록	172
부록 8> 9차 산별교섭 회의록	177
부록 9> 10차 산별교섭 회의록	185
부록 10> 11차 산별교섭 회의록	188
참고문헌	190

표 목 차

<표 I-1> 노사분규 주요지표 동향	1
<표 II-1> 전국 병원 및 의원 수: 1980~2003	4
<표 II-2> 종합병원 및 병원 수: 1992~2005	5
<표 II-3> 병원 및 의원 의료인력수: 1998~2003	6
<표 II-4> 직종 및 의료기관별 종사 의료 인력분포: 1998~2003(명, %)	7
<표 II-5> 병원의 직군과 직종	8
<표 II-6> 보건의료산업에서의 비정규직 비율	9
<표 II-7> 공공병원과 민간병원의 비정규직 비율	9
<표 II-8> 도시농촌간 의료공급자원비교	12
<표 II-9> 연도별 공공병상 비중변화(OECD 주요국가와의 비교)	13
<표 II-10> OECD 주요국가의 1인당 의료비와 본인부담금 비율	13
<표 II-11> 보건소, 보건지소, 보건진료소 수: 1985~2003	16
<표 II-12> OECD국가의 사회보장지표	17
<표 II-13> 자기자본비율	18
<표 II-14> 유동비율	19
<표 II-15> 의료수익 순이익률(%)	19
<표 II-16> 의료수익증가율	20
<표 II-17> 연도별 의료기관 종별 도산병원현황: 1999~2002	20
<표 II-18> 외래환자증가율	21
<표 II-19> 병·의원의 입원 및 외래환자수: 1996, 1999, 2002	22
<표 II-20> 인건비 투자효율	23
<표 II-21> 상위 10개 대학군별 병상점유율 분포	25
<표 II-22> 환자진료실적 40시간 시행전후 비교(2004년)	27

<표 II-23> 3교대 간호직 인력증감현황(2004년)	27
<표 II-24> 병원당 인건비 증감현황(2004년)	27
<표 II-25> 주40시간제가 인건비 증가에 끼칠 영향	28
<표 III-1> 병원협회 가입병원(병원이라함은 40병상이상, 종합병원 100병상이상)	32
<표 III-2> 병원노련과 보건의료노조 조합원수 변화: 1988 ~ 2005	37
<표 III-3> 보건, 금속, 금융노조 간부들의 일반적 특성	45
<표 III-4> 노조별 간부들의 가치지향 및 정체성 인식	46
<표 IV-1> 2005년 7월 6일 중노위 권고사항	55
<표 IV-2> 2005년 산별교섭 참여병원 현황	56
<표 IV-3> 보건의료노조 고용형태별 요구사항	59
<표 IV-4> 2005년 산별교섭 진행과정	63
<표 IV-5> 2005년 보건의료노조 산별중앙협약요구(요약)	65
<표 IV-6> 2005년 사용자 단체 요구사항(사립대)	67
<표 IV-7> 2005년 산별교섭 주요쟁점	69
<표 IV-8> 2005년 산별교섭 합의 및 미합의쟁점	71
<표 IV-9> 2005년 노사분규 진행과정	73
<표 IV-10> 2005년 산별교섭구조에 대한 사측의 의견	75
<표 V-1> 2004년 협약의 임금격차 감소효과	89
<표 V-2> 조합원규모별 조직현황(2003 현재)	94
<표 V-3> OECD 평균대비 사회서비스 부문별 고용비중(2002년)	98
<표 V-4> 의료인력의 국제비교(2002년)	98

그림 목차

[그림 II-1] 연도별 병원 수 증가추이: 1992~2005	5
[그림 III-1] 병원협회 조직도	34
[그림 III-2] 보건의료노조 조직도(2004년)	39
[그림 IV-1] 2005년 보건의료노사 산별교섭	58
[그림 IV-2] 2005년 보건의료노조 조합원 의식조사 결과	59
[그림 IV-3] 보건의료노조 고용형태별 요구사항	60
[그림 V-1] 노사분규 변화추이: 1999년~2005년	92
[그림 V-2] 규모별 노사분규 비중: 1995년~2005년	93
[그림 V-3] 한국 노사관계 시스템 변화	95
[그림 V-4] 전체 분규와 보건의료 분규건수: 1991년~2004년	96

I. 서론

2005년 4월부터 7월까지, 매주 1회 총 16회에 걸친 산별 '본교섭'과 9차에 걸쳐 집중적으로 이루어진 '축조교섭'에도 불구하고, 보건의료산업의 2년차 산별교섭은 결렬되어 조정신청->직권중재회부->3일간 파업->강제중재에 이르렀다. 중앙노동위원회(이하 중노위)의 중재재정 이후 보건의료노조는 중재안을 일단 받아들이고 중재안에서 다루고 있지 않은 나머지 3개 협약을 중심으로 산별교섭을 진행할 것을 요구하였다. 반면 사용자측은 중재안을 받아들이기 어렵다며 행정소송을 준비하는 한편 강제중재에 의해 산별교섭이 종결되었기 때문에 더 이상의 산별교섭을 진행하는 것은 바람직하지 않다는 입장을 표명하였다. 또한 10월부터 보건의료 노조가 선거국면에 돌입함으로써 2005년 보건의료 산별교섭은 중노위의 강제 중재로 사실상 마무리되었다.

2005년 보건의료산업의 산별교섭 및 노사분규는 전국적인 노사관계에 상당한 영향을 끼쳤다. 왜냐하면 2005년은 기업별 수준에서의 노사관계가 상대적으로 안정적이었던 반면 지역·업종·산별 그리고 전국적 수준에서의 노사관계는 매우 불안정한 특징을 갖고 있으며 여기에 보건의료 산업의 갈등적 노사관계가 끼친 효과를 무시할 수 없기 때문이다.

우선 <표 I-1>에 따르면 2005년 노사분규는 2004년의 61.2% 수준이며 근로손실일수도 전년도에 71% 수준으로 줄었다. 이것은 기업별 수준 노사관계의 안정화를 반영하는 것이라고 할 수 있다.

<표 I-1> 노사분규 주요지표 동향

	2003. 12. 20	2004. 12. 20	2005. 12. 20
노사분규발생건수(개소)	316	459	281
분규참가자수(명)	132,562	184,521	117,686
근로손실일수(일)	1,285,370	1,181,969	839,109

* 자료: 한국노동연구원, 노동리뷰 2006년 1월호

그러나 노사분규 참여자는 1건당 419명으로 2004년의 402명보다 오히려 증가하였다. 또

분규의 70%가 300명 미만 사업장에서 발생하였다. 대기업 노사분규의 안정화 추세에도 불구하고 지역·업종·산업별 노사분규 및 비정규직 노사분규가 확산되었기 때문이다. 2005년은 울산건설플랜트, 덤프연대 등의 비정규직 파업과 보건·금속 등의 산별파업이 상대적으로 두드러진 해였다. 그 중에서도 보건의료산업 부분에서는 전남대 하청지회의 파업이 산별교섭 시작 전에 이미 진행되었다는 사실까지 고려한다면 보건의료산업의 산별교섭 및 노사관계는 전국적인 노사관계의 축소판이었다 해도 과언이 아니다. 특히 보건의료 산별교섭 및 노사분규는 기존 정규직 중심의 기업별 노사관계를 넘어선 산별적 노사관계로의 전환이 사용자단체의 구성에서부터 여타 법·제도의 정비 그리고 노동계의 광범위한 지지 및 합의를 등 여전히 많은 난관이 존재하는 문제라는 사실을 드러냈다. 또한 노·사, 노·정 그리고 노·사·정 간의 신뢰 부족이 보건의료 산별교섭에서도 사회적 비용을 높이는 장애물임이 확인되었다.

사실 2005년은 안정적인 교섭·사회적 대화 그리고 위로부터의 노사관계의 재편 가능성이 높은 시기로 예측되었다. 그러나 5월 이후 비정규직 문제에서부터 산별교섭에 이르기까지 노·정 혹은 노·사 간의 갈등이 증폭되었으며 지역·업종·산업 수준에서의 노사관계는 매우 불안정하였다. 이것은 보건의료 노사관계에서도 예외가 아니었다. 따라서 2005년 보건의료 노사간 산별교섭과 분규과정을 평가하는 것은 보건의료 산별교섭만이 아니라 한국 노사관계가 맞닥뜨린 문제점들을 살펴보는 것이기도 하다.

이 논문은 보건의료산업 산별교섭의 추이를 파악하고, 2005년 산별교섭이 파행으로 치달은 원인을 분석하며, 산별교섭 구조 및 보건의료산업 노사관계 안정화를 위한 정책적 대안을 모색하는 것을 목적으로 한다. 이 글에서 핵심적으로 제기하는 질문은 다음과 같다.

- 2005년 보건의료 산업 산별교섭의 교섭주체·교섭구조·주요쟁점
- 산별교섭이 결렬되고 노사분규가 발생한 원인
- 보건의료노사에 대한 직권중재 및 중재재정안 평가
- 보건의료 산업 산별교섭의 효과: ① 보건의료 산별교섭은 노동자 내부격차 등 노동의 양극화를 저지하고 있는가? ② 산별교섭은 보건의료산업 노사관계 안정화에 기여할 것인가? ③ 보건의료 산업의 산별교섭이 전체 노사관계 시스템 개혁에 어떤 영향을 끼칠 것인가? ④ 산별교섭은 노·사 간의 신뢰와 노·사·정 사회적 대화에 어떤 영향을 끼칠 것인가?
- 보건의료 산업 산별교섭 및 노사관계 안정화를 위한 정책적 대안

다음으로 이 글의 연구대상은 2005년 진행된 보건의료 산별교섭이며 이를 위해 2005년 4월 12일 보건의료 노사 상견례 및 산별 1차 본교섭에서부터 7월 22일까지 총 16회에 걸친 산별본교섭 및 9회의 축조교섭을 참여관찰 하였다. 그리고 부가적으로 ① 노·사 양 당사자에 대한 인터뷰, ② 노동부, 보건복지부 그리고 교육부 및 관련 연구기관으로 구성된 보건의료 T/F회의에 대한 모니터링, ③ 보건의료 노조 내부의 갈등 특히 서울대병원지부의 탈퇴를 둘러싼 과정 추적, ④ 중앙노동위원회(이하 중노위)의 직권중재 회부 및 강제중재 과정에 대한 모니터링 등을 실시하였다. 또 관련 문헌 연구 및 담론분석에도 주목하였다. 문헌연구는 2005년 보건의료 노사관계와 2004년의 그것을 비교하는 것에 초점을 맞추었으며 담론분석은 산별교섭 관련 의제를 중심으로 이루어졌다. 따라서 이 글의 연구 자료는 참여관찰 및 인터뷰 기록, 보건의료노조 발간문건, 병원협회 및 사용자측 발간 문건, 노동부·보건복지부 공식문건, 민주노총 발간자료, 한국노동연구원 연구자료 등이다.

마지막으로 이 글의 구성은 다음과 같다. 서론의 문제제기에 이어 보건의료산업의 현황 및 특성을 개괄하고(Ⅱ장), 보건의료산업 노사단체 조직과 특성을 파악한다(Ⅲ장). 또 제Ⅳ장에서는 2005년 보건의료산업 산별교섭 및 노사분규 과정을 서술한다. 여기서는 산별교섭의 구조 및 진행경과 뿐만 아니라 주요 쟁점사항을 2004년 산별교섭과의 비교하여 다룬다. V장에서는 2005년 산별교섭을 평가하고 보건의료 산업 노사관계 안정화를 위한 정책적 대안을 제기한다. VI장은 이 글의 결론에 해당한다. 또한 중요한 쟁점과 관련하여 두 가지 보론을 첨부한다. 하나는 의료공공성문제이며 다른 하나는 서울대병원 등 국립대 병원지부의 탈퇴가 보건의료 노사관계에 끼친 영향에 대한 평가이다.

II. 보건의료산업의 현황 및 특성

의료서비스 제공을 목적으로 하는 보건의료산업은 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 조산원 등으로 구분되는 의료기관(의료법 제3조) 및 인적·물적 자원들로 구성되어 있다.

1. 보건의료산업 현황

가. 전국 병·의원 현황

<표 II-1>에 따르면 2003년 현재 전국 병의원 수는 45,772개로 1980년 11,781개에 비해 4배 증가하였다.

<표 II-1> 전국 병원 및 의원 수¹⁾: 1980~2003

(단위: 개소)

구분	계	병·의원				특수병원	치과· 병의원	한방병· 의원	부속의원	조산원
		종합병원	요양병원	일반병원	의원					
1980	11,781	82		240	6,344	5	2,028	2,148	266	488
1985	15,154	183		317	8,069	13	2,998	2,791	279	504
1990	21,701	228		328	10,935	32	5,292	4,294	256	336
1995	29,773	266		398	14,343	42	8,304	5,997	246	177
2000	38,665	285		581	19,472	83	10,527	7,412	185	120
2001	40,276	268		599	20,819	73	10,616	7,630	169	100
2002	44,029	284		691	23,299	78	11,200	8,232	169	76
2003	45,772	283	68	730	23,502	94	11,989	8,885	150	71

* 자료: 한국보건복지부, 2004

1) 병원은 40병상 이상일 경우에 해당하며 종합병원은 100병상 이상을 의미한다.

이중 산별교섭의 주요 대상이거나 향후 대상 예상사업장인 종합병원과 일반병원은 2005년 5월 현재 전국적으로 종합병원 285개, 병원 907개로 총 1,192개이며 2003년 기준으로는 전체 병원의 약 2.3% 정도에 해당한다.

<표 II-2> 종합병원 및 병원 수: 1992~2005

(단위: 개소)

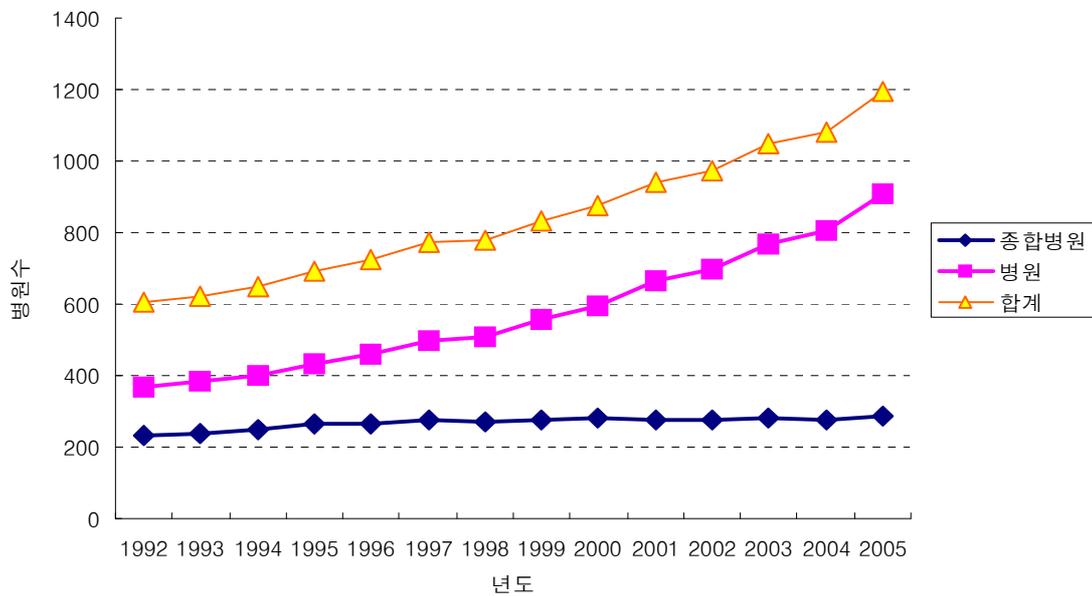
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
종합병원	235	239	249	263	266	276	268	273	279	278	276	280	277	285
병원	368	382	401	430	460	495	508	557	595	664	699	769	805	907
합계	603	621	650	693	726	771	776	830	874	942	975	1049	1082	1192

* 보건복지부통계와 병원협회 통계의 오차는 무시가능한 정도

* 자료: 대한병원협회, 2005. 전국병원명부

또 종합병원은 1992년 235개에서 2005년 285개로 증가폭에 큰 변화가 없으나 병원의 경우는 1992년 368개에서 2005년 907개로 2.5배 증가하였다.

[그림 II-1] 연도별 병원 수 증가추이: 1992~2005



* 자료: 대한병원협회, 2005. 전국병원명부

다른 한편 병상수는 2004년 현재 총 356,778개로 2003년에 비해 26,000개가 증가한 것으로 나타났다(보건복지부, 2004. '전국의료기관수 및 병상수 현황' 참고). 이와 같은 병원과 병상수의 증가에 대해 복지부는 “적정규모에 미달하는 소규모 의료기관이 과잉상태인 현재의 국내 의료환경 문제점을 해결하기 위해 400병상 정도의 병원을 적극 육성해나갈 방침”이라고 한다(매일노동뉴스, 2005년 8월 9일자 참고).

나. 보건의료 인력 및 직종구조

보건의료산업 인력구조를 보면 전체 병원의 2.3%에 불과한 종합병원과 일반병원이 고용 인원의 44.7%를 차지하고 있다(<표 II-3> 참고).

<표 II-3> 병원 및 의원 의료인력수: 1998~2003

(단위: 명, %)

구분	계	병·의원			특수병원	치과· 병의원	한방병· 의원	기타
		종합병원	일반병원	의원				
1998	224,885	89,059 (39.60)	22,028 (9.80)	69,067 (30.71)	2,462 (1.09)	27,040 (12.02)	13,925 (6.19)	1,304 (0.58)
1999	240,516	92,456 (38.40)	24,006 (9.98)	74,229 (30.86)	3,564 (1.48)	29,520 (12.27)	15,501 (6.44)	1,240 (0.52)
2000	245,504	87,056 (35.46)	25,316 (10.31)	79,836 (32.52)	2,653 (1.08)	32,048 (13.05)	17,343 (7.06)	1,252 (0.51)
2001	265,770	96,418 (36.28)	26,375 (9.92)	86,123 (32.41)	3,895 (1.47)	33,366 (12.56)	18,372 (6.91)	1,221 (0.46)
2002	288,383	100,260 (34.80)	29,368 (10.18)	94,977 (32.93)	4,576 (1.59)	37,231 (12.91)	20,857 (7.23)	1,114 (0.39)
2003	300,741	100,350 (33.37)	34,016 (11.31)	99,714 (33.16)	4,782 (1.59)	39,112 (13.01)	21,775 (7.24)	992 (0.33)

* 자료: 한국보건복지부, 2004.

산별교섭에 참여하는 병원들의 비중이 낮지만 대부분 종사자수가 많은 종합병원 및 병원들이기 때문에 참여 병원 수에 비해 산별교섭이 미치는 파급효과가 크다. 예를 들어 보건의료 산별교섭에서의 합의사항이 산별교섭에 참여하지 않는 종합병원 및 병원들의 기업 단위 단체교섭의 기본 틀 혹은 주요한 참고사항이 되고 있는 것이다.

또한 <표 II-4>의 의료 인력 내부 구성을 살펴보면, 집단적 노사관계에서 가장 중요한

위치를 차지하고 있는 간호사, 간호조무사, 의료기사의 총 수는 1998년 150,329명(66.9%), 1999년 162,122명(67.4%), 2000년 168,170명(68.5%), 2001년 182,898명(68.8%), 2002년 199,434명(69.2%), 2003년 208,074명(69.2%)로 최근에는 종사자 규모의 70%를 점하고 있다. 이것을 병원 규모별로 살펴보면, 2003년 종합병원 및 병원에 종사하는 간호직과 의료기사 직의 총 수가 103,029명으로 전체 인력의 50%를 차지한다(한국보건복지부, 2004).

<표 II-4> 직종 및 의료기관별 종사 의료 인력분포: 1998~2003(명, %)

구분	총계	의사	치과 의사	한의사	조산사	간호사	간호 조무사	의료기 사	의무 기록사	약사
1998	224,741	48,894 (21.8)	12,070 (5.4)	7,692 (3.4)	1,135 (0.5)	53,953 (24.0)	65,150 (29.0)	31,226 (13.9)	1,490 (0.7)	3,131 (1.4)
1999	240,516	51,036 (21.2)	13,199 (5.5)	7,983 (3.3)	1,428 (0.6)	59,104 (24.6)	68,119 (28.3)	34,899 (14.5)	1,628 (0.7)	3,120 (1.3)
2000	245,504	49,847 (20.3)	13,593 (5.5)	8,866 (3.6)	1,080 (0.4)	59,791 (24.4)	72,064 (29.4)	36,315 (14.8)	1,636 (0.7)	2,312 (0.9)
2001	265,770	54,002 (20.3)	13,814 (5.2)	9,442 (3.6)	1,227 (0.5)	68,013 (25.6)	75,064 (28.2)	39,821 (15.0)	1,780 (0.7)	2,607 (1.0)
2002	288,383	58,647 (20.3)	14,679 (5.1)	9,825 (3.4)	1,174 (0.4)	75,239 (26.1)	79,731 (27.6)	44,464 (15.4)	1,920 (0.7)	2,100 (0.7)
2003	300,682	61,388 (20.4)	15,015 (5.0)	10,788 (3.6)	932 (0.3)	78,319 (26.0)	82,925 (27.6)	46,830 (15.6)	1,927 (0.6)	2,558 (0.9)

* 자료: 한국보건복지부, 2004.

이들 중 몇 %가 조직되어 있는가에 관해서는 정확한 통계가 없다. 병원협회는 2005년 8월 31일 현재 전국 1,193개 병원 가운데 163개 병원에서 노동조합이 조직돼 조직률이 13.7%라고 한다. 또한 노조가 조직된 병원을 병상수로 대비해 본 결과 전체 1,193개 병원 237,533 병상 가운데 노조가입 163개 병원의 병상수가 전체의 31.7%(75,173병상)에 달해 노조활동이 대형 종합병원을 중심으로 이뤄지고 있다는 사실에 주목한다(매일노동뉴스, 3247호 참고). 또 보건의료노조에 따르면 2002년 기준으로 전국 병의원에 근무하는 보건의료 산업 노동자수는 약 26만명(면허취득자수는 2003년 기준 494,389명)이며 이중 약 51,000명이 조직되어 조직률이 약 19.6%라고 한다(이주호, 2005). 2003년 현재 보건의료노조의 조합원수가 34,360명이며 병원노련 전체는 39,322명이라는 점에서 조직된 노동자의 67%가 보건의료노조 소속이라고 할 수 있는 것이다. 따라서 일반 노조조직률 11% 보다는 상대적으로 높을 뿐만 아니라 대규모 병원 중심으로 조직되어 있다는 점에서 영향력이 클 것임

을 추정할 수 있다.

다음으로 병원의 직종구조는 크게 의료계와 비의료계로 나뉜다(<표 II-5> 참고). 이중 다수를 차지하는 의료계는 다시 진료직군과 보건의료직군으로 나뉘는데, 진료직군에는 전문의와 수련의가 또 보건의료직군에는 이외의 직종들이 포함된다.

<표 II-5> 병원의 직군과 직종

직계	직군	직종	학력	
의료계	진료	전문의	의사, 한의사, 치과의사	6년대졸 이상
		수련의	인턴, 레지던트	
	보건의료	보건의료 전문직	간호사, 약사, 의료기사, 의무기록사, 사회사업사	2년대졸 이상
		보건의료 보조직	간호조무사, 의료기사보, 약무보조, 채혈조무사	고졸이상
비의료계	사무행정	대졸 사무직	의무, 원무, 보험, 경리, 기획, 인사, 구매, 물자, 서무, 비서, 사서	전문대졸이상
		고졸 사무직	위와 동일	고졸이상
	기술기능	일반 기술직	전기, 건축, 유선통신, 기계공작, 환경, 정보처리기사, 의공학기사, 영양사	전문대졸 이상
		일반 기능직	보일러, 전기, 유선통신, 배관, 냉동, 운전기사, 목공, 도공, 철공, 재단사, 미장공, 양수공, 사진기수, 방송원, 재봉공, 조리사, 시청각 기수, 의사족기수	유자격·경력자, 일부 학력무관
	고용직	수위, 운전, 경비, 안내, 청소, 교환, 방송, 잡역, 사환, 조경원, 보조수(병실), 용원 등	학력무관	

* 자료: 황덕순, 2001: 15

여기서 보건의료 직군은 병원의 직종들 중 주축을 이루며 노동조합의 주요 조직대상이다. 비의료계는 사무행정직군과 기술기능직군으로 구분된다. 기술기능직군은 다시 일반기술직, 기능직, 고용직군으로 나뉘는데 최근 이들을 중심으로 비정규노동자의 비중이 높아지고 있으며 보건의료직군에도 비정규직이 점차 확대되는 추세이다.

97년 이후 보건의료 산업 부문에서 비정규직이 계속적으로 늘어나는 추세는 여타 산업과 유사하게 나타난다(<표 II-6> 참고). 보건의료 산업의 경우 비정규직 비중이 97년 6.2%에서 2004년 22.8%로 3.8배 증가하였다. 이중 직접고용 비정규직은 2000년 7.9%에서 2004년 12.4%로 1.57배 증가한 반면 간접고용 비정규직은 2000년 4.6%에서 2004년 10.4%로 2.26배 증가하였다. 간접고용 비정규직에 대한 노조의 개입이 어려운 상황에서 보건의료 산업의 비정규직화가 간접고용 비정규직을 중심으로 이루어진 것으로 판단된다.

<표 II-6> 보건의료산업에서의 비정규직 비율

(단위: %)

	1997	1999	2000	2001	2003	2004
전체	6.2	9.0	12.5	14.3	21.3	22.8
직접고용	-	-	7.9	9.8	13.8	12.4
간접고용	-	-	4.6	4.5	7.5	10.4

* 자료: 보건의료노조, 2005b.

이와같은 추세는 2005년에도 지속되지만 노조에 가입된 사업장의 경우 비정규직 비중이 조금 낮은 것으로 보인다. 보건의료노조가 2005년 노조에 가입된 130여개 사업장을 대상으로 비정규직 실태를 조사한 결과 전체 직원 61,454명 가운데 20.02%가 비정규직이다. 보건의료 산업 전체가 22.8%(2004년)인 것과 비교하면 3% 정도가 낮다. 이것을 고용형태별로 보면 직접고용비정규직이 6,952명으로 전체의 11.31%를 차지했고 간접고용비정규직은 8.70%(5,349명)이다. 그리고 조합가입률은 정규직은 70.5%(34,658명)가 조합에 가입한 반면 비정규직은 8.89%(1,094명)로 직접고용 비정규직이 955명(13.73%), 간접고용 비정규직이 139명(2.60%) 가입해 있다(이주호, 2005).

또 공공병원의 비정규직 비율이 2004년 현재 26.8%로 민간병원의 18.7%보다 높다.

<표 II-7> 공공병원과 민간병원의 비정규직 비율

(단위: %)

	1997	1999	2000	2001	2003	2004
전체	5.2	8.3	12.5	14.3	21.3	22.8
공공병원	14.1	13.6	15.1	17.9	21.8	26.8
민간병원	4.2	7.5	10.8	10.0		18.7

* 자료: 보건의료노조, 2005b.

대한적십자사의 경우 비정규직 비율이 33.4%(직접고용 30.85%, 간접고용 2.56%)이고, 국립대병원의 29.56%(직접고용 14.73%, 간접고용 14.83%), 지방의료원의 19.49%가 비정규직이다. 중소병원은 16.74%, 기타 공공병원이 15.36%, 사립대병원이 14.45%의 비정규직 비율을 보인다(매일노동뉴스, 2005년 9월 15일자 참고).

기존에는 비정규직 도입직종이 주로 경비, 청소, 영양과 등 간접진료부서 등으로 한정되었으나 최근 직접진료부서인 간호사, 간호조무사, 의료기사 등의 직종에까지 비정규직 도

입이 확대되는 추세이다. 특히 간호조무사, 간호보조원의 경우 파견노동자의 도입도 증가하고 있다.

마지막으로 각 직계 내에서 직종별로 위계질서가 존재하며 이에 따라 인사관리도 이루어진다. 의료계의 경우 노동과정에서 지휘통제를 둘러싸고 진료직군과 보건의료전문직군, 보건의료보조직군 사이에 서열화 된 위계질서가 존재하고 있으며 임금 및 인사관리에서 이러한 위계질서가 그대로 반영된다. 이것이 집단 간 위화감을 조성하고 의사소통을 가로막는 등 노사관계에 부정적 영향을 끼치는 것으로 보인다.

다. 임금체계와 임금구조, 기타 노동조건

보건의료산업의 임금은 직종별로 결정된다. 병원마다 직종별로 상대적인 처우의 차이는 있으나 기본적인 구조는 대체로 동일하다. 의사를 제외한 여러 직종들의 처우수준을 고려해서 단순화하면 사무행정직->보건의료전문직->보건의료보조직->기술기능직->기능고용직의 순이다. 따라서 대졸 사무행정직이 보건의료산업의 관리직을 구성한다. 다음으로 임금체계를 보면 직종·직급별 호봉제가 가장 많고 직종(군)별 단일호봉제, 직종(군)별 직급급+단일호봉제도 시행되고 있다.

S병원 사례: 직무급+호봉급

직무급			
사무기술직		운영기능직	
직급	급여액(원)	직급	급여액(원)
1급	1,409,900	1등급	960,300
2급	1,276,700	2등급	890,500
3급	1,130,600	3등급	827,700
4급	1,011,400	4등급	736,600
5급	910,500	5등급	660,900
6급	792,100		

호봉급							
사무기술직				운영기능직			
호봉	급여액(원)	호봉	급여액(원)	호봉	급여액(원)	호봉	급여액(원)
1	1,261,500	...	...	1	785,600	...	...
2	1,226,000	37	266,800	2	765,600	37	239,700
3	1,197,300	38	252,700	3	745,600	38	229,800
4	1,160,300	39	232,700	4	725,700	39	219,700
...	...	40	214,000	...	...	40	209,700

* 자료: S대 병원 2004년 단체협약서

또한 노조유무별 규모별 임금격차가 심한 것으로 확인된다(이주희, 2004). 보건의료노조가 한길리서치에 의뢰해 전국 752명(병원급 217명, 의원급 535명)의 노동자들을 대상으로 조사한 ‘병의원 노동자 근로실태’(2005년) 결과 병원급 의료기관에서 일하는 노동자 2명 가운데 1명은 임금수준이 1,500만원에 미치지 못하는 것으로 확인된다. 1,200만원~1,500만원 사이가 25.9%로 가장 많았으며, 다음으로 1,000만원~1,200만원 사이가 19.8%, 1,800만원~2,400만원 사이가 16.4%로 뒤를 이었고 2,400만원 이상인 경우는 8.4%로 조사되었다. 또 10명 중 1명이 1,000만원 이하(11.0%)라고 응답했다. 종합병원·병원급에 근무하는 보건의료노조 조합원의 연간임금(2004년 2월 현재) 2,791만 508원인 것과 비교해보면 상대적으로 낮은 수준이라는 점에서 규모별 노조유무별 임금격차가 심하다는 사실을 알 수 있다.

또 이들 병·의원 노동자들의 임금형태는 52.7%가 월급제, 46.5%가 연봉제로 나타났으며 일부 시급제(0.3%)도 있었다. 또 90% 이상이 여성인 사업장(병원 91.7%, 의원 93.5%)임에도 불구하고 69.1%는 월1회 생리휴가를 보장받지 못하고 있는 것으로 조사됐다.

2. 의료전달체계와 보건의료 산업

보건의료산업은 의료서비스의 전달을 목적으로 하기 때문에 의료서비스를 전 국민에게 가장 적절하게 제공하는 의료전달체계가 매우 중요할 수밖에 없다. 그런데 의료전달체계를 평가하는 기준에는 두 가지 대립적인 시각이 존재한다. ‘공공성’이나 ‘형평성’을 중시하는 관점과 ‘경쟁력’과 ‘효율성’을 중시하는 관점이 그것이다²⁾. 이에 따라 보건의료산업의 목적, 구조와 체계, 서비스의 질 등에 대한 상이한 평가와 처방이 제기될 뿐만 아니라 보건의료산업 노사관계에도 영향을 끼친다. 왜냐하면 첫째, 노사가 의료전달체계에 관해 상이한 시각과 기준을 갖고 있으면 이것이 교섭시 요구사항으로 반영되고 의견차이를 좁히는 것을 어렵게 하는 요인으로 작용하기 때문이다. 둘째, 의료전달체계는 노·사간의 협상을 넘어서는 문제이다. 때문에 노·사간의 협상 이외의 노·정, 사·정 혹은 노·사·정간의 정책적 협의를 필요로 하는 경우가 생긴다.

2) 공공성 및 형평성을 중시한다 하더라도 공공성의 성격 및 내용을 무엇으로 보는가는 상당히 차이가 있을 수 있다. 또한 경쟁력과 효율성을 강조하더라도 공공성 및 형평성을 완전히 배제하는 것은 아닌 경우가 대부분이다. 따라서 이 부분은 보론1 의료공공성 문제에서 좀 더 다룰 것이다.

가. 공공성과 형평성을 중심으로 본 보건의료산업

1) 접근가능성과 형평성의 취약

지금까지의 조사결과에 따르면 농촌지역이 도시보다 건강수준이 낮게 나와 농촌의 의료 필요가 도시보다 더 클 것임을 추정하게 한다(이상이, 2002: 121). 그러나 지리적 접근성과 형평성에서 농촌은 도시 보다 매우 낮은 수준이다.

<표 II-8> 도시농촌간 의료공급자원비교

(단위: 인구 100만명당 개소)

요인	대도시	중소도시	군부	F값
의료기관수	1,350	1,030	775	80.7***
병의원수	374	315	144	144.1***
보건기관수	5.23	25	315	148.2***
약국수	610	465	205	155.5***
한방기관수	150	94	46	80.6***
치과병원	201	143	63	164.0***
병상수	2,650	2,820	776	34.7***
의사수	1,600	644	335	101.6***
조산소	8.72	6	2.2	9.88***

***: P<0.01

* 자료: 주경식·김한중·이선희·민혜영, 1996; 이상이, 2002에서 재인용.

다음으로 형평성을 계층별로 살펴보면 저소득층 의료서비스를 보완하는 공공보건의료 비중이 미국 33%, 영국 96%, 일본 36%인 것에 반해 한국은 15%에 불과하며 건강보험의 보장성도 매우 미흡하다(보건복지부, 2005). 공공병상의 경우 그 비중은 더욱 낮을 뿐만 아니라 오히려 줄어드는 추세이다. <표 II-9>에 따르면 한국의 공공병상 비중은 1995년 10.2%에서에서 2000년 8.1%로 떨어진다. OECD 분류에 기초한 서비스별 병상유형은 급성 병상(acute care), 정신병상(psychiatric care), 장기요양병상(long-term care)으로 구분되며, OECD 국가의 2000년 중앙값 기준 병상공급은 급성병상 3.1병상, 정신병상 0.7병상, 장기요양병상 4.0병상이다. 한국의 경우 동기간 병상공급(중앙값)이 급성병상 5.2병상, 정신병상 0.9병상으로 급성병상이 평균보다 상당히 높은 편이다(이주호, 2005).

〈표 II-9〉 연도별 공공병상 비중변화(OECD 주요국가와의 비교)

(단위: %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
프랑스	64.6	64.7	64.8	64.8	64.8	64.9
독일	49.9	48.3	48.5	47.4	46.5	46.4
이탈리아	72.7	72.2	72.8	72.5	72.6	-
일본	32.4	33.7	34.8	35.8	-	37.2
영국	95.7	95.8	95.7	95.7	95.7	-
미국	33.7	33.2	-	-	-	-
한국	10.2	10.2	9.7	9.0	-	8.1

* 출처: OECD Health data, 2002.

또 한국은 OECD 국가 중에서 1인당 의료비 및 본인부담금도 상대적으로 높다.

〈표 II-10〉 OECD 주요국가의 1인당 의료비와 본인부담금 비율

구분	1인당GDP (US PPPs)	1인당의료비 (US PPPs)	의료비 중 본인부담금비율 (%)
한국(1999)	16,095	868	43.8
프랑스(1989)	16,611	1,420	11.7
독일(1988)	15,865	1,487	11.1
영국(1990)	16,105	968	10.6
캐나다(1987)	15,869	1,338	14.7
미국(1984)	16,523	1,617	22.7
일본(1989)	16,249	1,012	23.4

주: 한국과 구매력을 고려한 소득수준이 비슷하였던 년도를 기준으로 주요국의 1인당 의료비와 본인부담금 비율을 비교한 것임

* 자료: OECD Health data, 2001.

의료보호 대상자 수가 적고 여러 가지 종류의 방사선 및 임상병리 검사, 고가의 치료재료, 특진비 등 갖가지 「비급여 항목」으로 인하여 의료보호환자는 1종의 경우 34%, 2종의 경우 46% 정도를 본인이 부담한다(건강연대, 2000). 또한 기초생활보장의 수급대상이 아닌 차상위계층(잠재적 빈곤층)의 상당수가 건강보험에서 사실상 배제되어 있다. 건강보험공단에 따르면, 2001년 5월말 현재 185만 9,226가구가 3개월 이상 보험료를 체납해 보험급여가 중단된 상태인데, 이는 지역가입자 830만가구의 약 22%에 해당하는 수치이다. 물론 이들 전체가 빈곤층이나 차상위계층이라고 보기에에는 어려우나, 부담능력이 없어서 보험료를 체납한 경우가 전체 가입자 수의 1/3 정도만 되어도 상당수의 국민이 아무런 건강보

장을 받지 못하고 있는 것이 된다.

더불어 한국의 실질국민의료비 증가비율은 1985년부터 1998년까지 13년간 연평균 10.42%씩 증가하였다(정영호 등, 2000). 이 증가율은 경제성장률을 상회하는 수준이다. 또 국민1인당 의료비 지출은 세계 31위임에 비해 보건의료체계의 최종결과라 할 수 있는 건강수명은 65세로 세계 51위이다(박인화, 2001).

2) 포괄성과 지속성의 부재

‘포괄성’과 ‘지속성’은 공공성과 형평성의 중요한 항목 중의 하나이며, 1차 의료기관이 보건의료체계의 근간을 이루고 중심적 역할을 수행해 줄 때 달성이 가능한 과업이다. 여기서 포괄성은 환자에게 발생할 수 있는 대부분의 건강문제에 대해 광범위한 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 즉 예방에서부터 치료, 재활까지의 서비스가 필요한 만큼 제공되는지 여부이다. 그런데 현 의료전달체계에서 병원 및 의원의 외래서비스 이용 목적의 90%는 치료를 받기 위한 것이며, 건강검진이나 예방접종 목적으로 이용하는 경우는 의원 3.6%, 병원 5.1%에 불과하다. 응급실 예방가능 사망률도 선진국이 10~20% 수준인 것에 비해 한국은 50.4%에 이른다. 다음으로 지속성은 일정한 의료진에게 계속 진료를 받거나 환자에 관한 정보가 체계적으로 이어지는 것을 의미하는데, 우리나라의 경우 이것도 현저하게 떨어진다. 게다가 의료서비스의 질도 떨어지는 것으로 확인된다. 의료서비스의 질에 대한 정확한 평가기준이 마련되어 있지 않지만 종합병원 이용자의 불만족도가 48%에 달하며 불만족 사항의 대부분이 대기시간 및 비용과다, 진료미흡, 진료시간 부족인 것에서 간접적으로 확인된다(보건복지부, 2005).

3) 공공성 취약원인 및 경쟁력과의 관계

이처럼 접근가능성과 형평성이 취약하고 포괄성과 지속성 역시 열악하여 의료전달체계의 공공성이 매우 낮은 것은 ① 공공적 보건의료 체계확립에 대한 정부의 지원 부족과, ② 사실상 영리를 추구할 수밖에 없는 민간의료 중심의 의료전달체계와 의료의 공공적 성격 간의 간극, 그리고 ③ 의료 기관 간의 ‘경쟁시스템’ 구축에 기인한다는 것이 대체적인 의견이다.

한국은 민간병원 비율이 90%에 달해 OECD 국가 중 1위이며 공공의료서비스 역시 민간

병원에서 담당해야 하는 상황이다. 그 결과 첫째, 비용편익이 낮은 치료중심의, 또 고가의 의료서비스를 제공할 수밖에 없고 비용편익이 큰 예방이 무시되며 값비싼 의료장비를 경쟁적으로 도입하여 과도하게 사용하게 된다. 또 의사유인수요가 만연하며 과잉진료가 제도적으로 고착되어 있다. 게다가 민간의료 중심의 의료전달체계에서 살아남기 위해 불가피한 경쟁시스템은, 우리나라의 경우 급성기 병상(acute hospital bed)³⁾에서 장기요양환자들에게 의료서비스를 공급하는 비효율적 입원서비스 제공구조를 정착시켰다. 예를 들어 우리나라의 인구 1,000명당 병상수는 OECD 평균수준이지만, 설립된 병상들의 거의 대부분이 급성기 병상이며 만성기 요양병상은 거의 없다⁴⁾.

둘째, 의료기관 간의 무차별적 경쟁과 3차 진료기관의 기능 왜곡 및 과도한 팽창이 매우 심각하여 이것이 보건의료자원의 부적절하고 비효율적인 분배를 낳고 있다. 보건의료기관 간의 기능분화와 상호협조는 국가 보건의료체계의 운영을 위해 필수 불가결하며 1, 2, 3차 의료기관은 상호보완적인 동시에 상호의존적이어야 한다. 하지만 우리나라의 경우 기능분화가 이루어지지 않으면서 오히려 무한경쟁으로 나아가고 있는 추세이다. 예를 들어 2005년 현재 서울 수도권 지역에 올해 개원을 목표로 신축중인 6~7개 의료기관의 총 병상수가 4,000개를 넘어서고 있다. 이러한 신증축 러시는 WTO DDA의료시장개방과 경제특구 내의 외국영리의료법인 진출 등 새로운 경쟁에 대비한다는 측면과 적체된 대기환자의 해소, 새로운 의료시스템의 도입, 노후화된 시설의 교체 등 여러 가지 사유를 배경으로 하고 있다.

이와 같은 무한경쟁 및 병상수의 과잉은 중소병원의 환자 감소, 의료 인력난의 심화와 인건비 상승 등 중소병원의 경영위기를 심각하게 진전시키는 한편 의료의 공공적 성격까지 떨어뜨린다. 1차 의원을 중심으로 한 의료전달체계의 확립이 가지는 중요성의 측면에서 보면 3차 의료기관의 활성화와 1, 2차 의료기관의 경영난은 경쟁력과 효율성은 물론이고 의료서비스의 질도 떨어뜨리는 주요한 원인이다. 또한 노사관계에도 부정적 영향을 끼친다. 이 측면에 뒤에서 자세히 살펴볼 것이다.

셋째, 한국의 공공보건의료기관은 상당수가 그 기능이 명확하게 정립되어 있지 않고 공공성 확보를 위한 체계나 기전이 충분히 확보되어 있지 않아서 민간의료기관과 기능의 차

3) 여기서 만성기 또는 장기요양입원이란 급성기 입원이 아닌 모든 입원을 의미한다. 즉 급성기 병상에서 급성기 치료를 완료한 회복기환자, 장기재활환자, 만성질환자와 말기암환자 등(호스피스), 그리고 치매환자, 급성기상태가 아닌 정신질환자 등의 요양입원을 말한다.

4) 2002년 국정감사자료에 따르면 현재 우리나라는 전체 병상의 98%가 급성기 병상이며 치매병원이나 노인전문병원 등의 요양병상은 전체 병상의 2%인 5,758 병상에 그치고 있다.

이를 찾기 어렵다(임준, 2004: 42). 또 이것이 무한경쟁을 낳고 효율성을 떨어뜨린다.

넷째, 건강증진 및 예방보건 서비스를 위한 시설 및 인력이 매우 취약하다.

<표 II-11> 보건소, 보건지소, 보건진료소 수: 1985~2003

(단위: 개소)

구분	총계	보건소	보건지소	보건진료소
1985	3,168	225	1,303	1,640
1990	3,616	260	1,318	2,038
1995	3,604	238	1,327	2,039
2000	3,417	242	1,269	1,906
2001	3,401	242	1,267	1,892
2002	3,401	242	1,268	1,891
2003	3,416	246	1,271	1,899

* 자료: 한국보건복지부, 2004.

우리나라에서 건강증진과 보건예방서비스를 제공해 줄 곳은 공공보건기관인 보건소밖에 없다. 1차 의료기관들이 건강증진과 예방보건서비스를 제공하는 서구의 경우와는 뚜렷한 차이가 있다. 또한 이들 보건소는 수와 종사인력 모두에서 열악하다. 지난 20여년 간 보건소의 수는 거의 변화가 없다(<표 II-11> 참고). 또 보건소에 근무하는 인력도 1998년 11,522명에서 2003년 11,676명으로 변화가 없다. 2003년 보건소의 의료 인력구성을 보면 의사, 치과의사, 한의사가 1,512명으로 12.9%에 불과하며 이들 의사의 67.9%(1,026명)가 공중보건의인 실정이다. 간호사와 간호조무사는 각각 2,700명과 1,336명으로 34.6%를 차지하며 의료기사는 2,048명으로 17.5%로 이들 인력에의 의존도가 매우 크다(한국보건복지부, 2004: 146~147).

또 보건소를 포함한 공공병원 전체의 경우에도 민간병원에 비해 열악한 환경임을 알 수 있다. 한국 보건산업진흥원에서 2001년 수행한 조사연구에 의하면, 국립대병원을 제외할 경우 공공병원이 동급의 민간병원에 비하여 인력의 절대규모가 적다. 300병상 이상의 종합병원의 경우 공공병원의 100병상당 인력수는 89.9명으로 민간병원의 106.4명에 비해 16.5명이 적다(임준, 2004: 40).

다섯째, 적절한 수준에서 의료수가와 약가가 결정되어야 함에도 불구하고 관련 업계의 투명성이 확보되지 않아 이것이 어렵다. 의료업계의 경영투명성은 여전히 논란거리이며 제약회사의 리베이트 역시 완전히 없어지지 않은 것으로 알려져 있다. 또한 투명성이 보장된

다 하더라도 수가 및 약가인상에 따른 사회적 비용을 누가 어떻게 지불할 것인가에 대한 사회적 합의가 쉽게 이루어지기 어렵다.

여섯째, 보건의료사업에 투입되는 정부예산이 OECD 국가와 비교해볼 경우 현저히 떨어진다. OECD 국가는 평균적으로 보건의료예산만 중앙정부예산의 14% 이상을 투입하고 있는 실정인데 한국의 보건복지예산에서 비교하더라도 2001년 현재 1%에 미치지 못하고 있다(<표 II-12> 참고).

<표 II-12> OECD국가의 사회보장지표

(단위: %)

OECD국가	중앙정부예산대비 1)			GDP대비 2)		
	기준연도	사회보장 및 복지예산	보건예산	기준연도	사회복지지출	사회복지지출 중 보건지출
미국	2000	28.25	20.50	1999	14.68	5.93
캐나다	2000	44.61	1.38	1999	17.31	6.41
호주	1998	35.46	14.81	1999	17.74	5.38
뉴질랜드	2000	38.63	17.29	1999	19.97	6.12
덴마크	2000	40.90	0.72	1998	30.10	6.79
핀란드	1998	36.39	3.31	1998	26.67	5.28
독일	1996	50.03	18.89	1998	28.48	7.80
그리스	1998	17.92	7.06	1998	22.73	4.71
아이슬란드	1998	21.78	25.29	1998	19.64	7.02
아일랜드	1997	25.94	16.26	1998	15.77	4.66
네덜란드	1997	37.38	14.79	1998	23.90	5.97
노르웨이	1998	39.03	4.76	1998	28.16	7.07
프랑스	1993	38.83	21.71	1998	28.82	7.27
스페인	1997	39.63	5.85	1998	19.71	5.36
스웨덴	1999	46.29	2.04	1998	31.47	6.64
스위스	1999	49.15	19.59	1998	28.28	7.64
영국	1999	36.50	15.42	1998	25.07	5.62
터키	2000	6.95	3.39	1999	14.31	5.05
멕시코	1999	21.17	4.22	1999	8.23	2.03
체코	2000	37.20	17.13	1999	20.34	6.74
헝가리	2000	21.94	4.37	1998	-	-
폴란드	2000	50.39	1.55	1999	23.27	4.65
슬로바키아	2000	26.95	17.93	1999	14.32	-
한국	2001	14.71	0.45	2000	9.13	2.61

* 자료: 1) IMF, Government Finance Statistical Yearbook, 2001.

2) OECD, OECD Social Expenditure Database 1980-1998, 3rd ed., 2001.

나. 경쟁력과 효율성을 중심으로 본 보건의료산업

1) 안정성⁵⁾의 취약

병원급 이상의 경영분석 결과에 따르면 2003년 현재 전반적인 재무구조는 미약하게 개선되고 있으나 안정성의 측면은 여전히 취약하다. 종합병원 및 병원의 자기자본비율은 96년 평균 35.6%에서 2001년 39.1%로 개선되었으나 2003년에는 다시 34.9%로 낮아졌다.

<표 II-13> 자기자본비율

(단위: %)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'96	35.6	48.5	22.3	31.0	27.5	39.8
'97	35.2	35.4	28.5	28.4	26.2	40.1
'98	37.0	47.0	31.4	30.6	44.9	40.2
'99	33.7	34.0	30.4	28.2	38.6	36.8
'00	37.7	30.2	47.0	33.1	31.8	36.4
'01	39.1	37.4	40.1	35.9	22.1	41.2
'02	37.1	32.1	37.1	36.8	26.5	40.0
'03	34.9	28.5	36.8	31.2	28.9	37.0

* 자료 : 한국보건산업진흥원, 2004: 64.

그 이유는 300병상 이상의 종합병원과 일반병원은 상대적으로 개선되고 있으나, 160병상 미만의 경우 자기자본비율이 현저하게 낮아진 것에 있다. 특히 공단지역병원과 의료취약지 병원 등 정부가 지원한 병원들의 경우에 타인자본 의존도가 높다. 또 보건의료 산업의 자기자본 비율은 타산업에 비해서도 매우 낮은 수준이다.

또 <표 II-14>에서 알 수 있듯이 유동비율도 1996년 평균 73.9%에서 2003년 66.9%로 낮아져 부채가 증가하였다. 99년 이후 유동비율이 높아지다가 2003년 갑자기 줄어든 것은 주로 병상확보를 위한 재투자일 가능성이 높다(한국산업보건진흥원, 2004: 64). 그만큼 경쟁이 치열해진 것이다.

5) 기업의 안정성지표는 자기자본비율, 타인자본의존도, 유동비율(유동자산/유동부채), 고정비율(고정자산/기본재산) 등으로 구성된다.

<표 II-14> 유동비율

(단위: %)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'96	73.9	109.8	70.7	76.1	61.1	69.9
'97	73.0	105.5	79.2	63.7	65.5	67.5
'98	73.3	124.4	69.8	72.6	68.4	66.4
'99	76.1	116.3	75.7	68.5	61.4	72.5
'00	89.3	109.9	89.5	76.9	53.5	71.2
'01	76.7	120.2	73.9	78.9	56.1	70.3
'02	80.8	100.5	76.6	79.5	62.1	80.2
'03	66.9	94.0	63.5	67.0	80.9	61.0

* 자료 : 한국보건산업진흥원, 2004: 64~65.

2) 경영수지 개선

수익성 지표⁶⁾로 본 경영수지의 경우 의료수익순이익율은 2000년 적자에서 2001년 흑자로 전환되어 2003년에는 1.7%에 이르렀다. 물론 300병상 이상과 160병상 미만은 여전히 적자상태이다. 그러나 전체적인 추세를 살펴보면, 160병상 미만을 제외하고는 경영수지가 상대적으로 개선되고 있음을 알 수 있다.

<표 II-15> 의료수익 순이익률(%)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'96	-2.0	-2.5	-3.9	-3.2	-4.5	-0.3
'97	-0.3	-3.6	-1.0	-0.8	-2.0	1.5
'98	0.8	0.2	-0.6	-0.2	1.8	2.3
'99	0.5	0.4	-0.4	-4.9	-4.0	3.1
'00	-2.7	-4.9	-4.1	1.2	-1.2	3.2
'01	2.1	-0.6	-2.1	3.3	-4.8	5.6
'02	0.3	-1.8	-3.7	-0.4	-5.2	5.7
'03	1.7	-1.6	-1.1	1.1	-1.2	5.6

* 자료: 한국보건산업진흥원, 2004: 68.

6) 수익성 지표는 총자본의료이익률, 의료수익의료이익율, 총자본경상이익율, 의료수익경상이익율, 총자본순이익율, 의료수익순이익률 등으로 구성된다.

경영수지 개선은 다른 지표에서도 확인된다. 의료수익의료이익률의 경우 96년 2.3%에서 2003년 3.6%로 증가했다. 이것을 좀 더 구체적으로 살펴보면, 160병상 이상은 -2.7%에서 -8.0%로 악화되었으나 300병상 이상의 경우는 -0.1%로 동일하고 160~299병상은 0.7%에서 2.9%로 또 병원급은 4.2%에서 8.3%로 증가하였다. 총자본순이익율, 의료수익경상이익률 등은 전체 병원이 모두 증가했다.

다른 한편 의료수익 증가율도 병원급 이상의 수익구조 개선(2001년 이후)을 보여준다.

<표 II-16> 의료수익증가율

(단위: %)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'97	9.2	13.2	14.3	12.0	2.4	7.1
'98	0.9	-9.2	-6.1	-2.6	-4.7	3.3
'99	1.9	9.2	6.9	4.0	-1.9	0.1
'00	-2.2	-7.9	-1.7	11.2	8.0	-0.7
'01	5.1	6.5	4.6	4.2	9.2	1.9
'02	2.3	5.3	3.5	4.9	3.0	-0.9
'03	2.3	5.3	3.5	4.9	3.0	-0.9

* 자료: 한국보건산업진흥원, 2004: 70~71.

병원의 경영수지에 관해서는 상호 대립적인 의견이 존재하는데, 대한병원협회 내부자료(2002)에 따르면, 과거 4년간 병원계의 도산율이 1999년 6.5%, 2000년 7.4%이었으나 의약분업 실시 후인 2001년도에는 8.9%, 2002년도에는 10.3%로 증가하여 병원의 경영상태 악화를 시사한다.

<표 II-17> 연도별 의료기관 종별 도산병원현황: 1999~2002

(단위: 개, %)

구분	1999			2000			2001			2002		
	종합병원	병원	합계	종합병원	병원	합계	종합병원	병원	합계	종합병원	병원	합계
전체	273	557	830	279	596	875	278	663	941	276	699	973
도산	10	44	54	9	56	65	4	80	84	6	94	100
비율	3.1	7.9	6.5	3.2	9.4	7.4	1.4	12.1	8.9	2.2	13.5	10.3

* 자료: 대한병원협회 내부자료, 2003.

그러나 이익률의 측면에서 보면 최소한 병원급 이상에서는 수익상태 개선이 상대적으로 뚜렷하다. 또한 무조건 40병상 이상의 소규모 병원이 불리한 것만은 아니다. 오히려 160병상 미만의 병원들의 경쟁력이 낮은 것으로 나타나기 때문이다. 따라서 도산율만을 가지고 경영악화를 이야기하는 것은 적절하지 않으며 규모별 특성별 차이에 오히려 주목해야 한다. 노조는 중소병원의 경우 경영악화를 인정하면서도 전체 중소병원의 규모가 점차 늘어나고 있다는 점을 들어 경영악화가 심각하다는 주장에는 반대한다. 이미 앞에서 인용한 보건복지부의 의견에서처럼 병원계의 도산율은 수가등의 문제 보다는 전반적인 병상 과잉공급, 구조조정 등의 효과일 가능성이 높다는 것이다. 반면 병원 경영계의 입장은 매우 다르다. 특히 중소규모 병원의 효율성 및 경쟁력 약화에 대한 우려의 목소리가 높다.

3) 보건의료산업 성장성 및 생산성과 자원분포

성장성 지표⁷⁾ 중 입원수익은 병원급 이상의 경우 97년 8.5%에서 2003년 11.4%로 증가하였으며 입원환자의 경우 97년 -2.0%에서 2003년 2.3%로 증가하였다. 다른 종합병원에서는 전반적으로 위축되었지만 병원급의 입원환자가 97년 -7.3%에서 2003년 8.1%로 증가한 것이 특징적이다.

그런데 외래환자의 경우는 그 반대 양상을 보인다. 병원급의 외래환자수가 급격하게 줄어들었기 때문이다.

〈표 II-18〉 외래환자증가율

(단위: %)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'97	-0.9	-1.1	0.2	1.9	-4.1	-2.0
'98	-	-	-	-	-	-
'99	5.4	7.6	9.7	1.6	-4.0	4.3
'00	2.4	-13.9	0.2	3.4	4.4	4.3
'01	-2.3	1.5	-1.4	-6.0	-0.9	1.6
'02	0.1	0.6	-3.6	-5.0	7.5	1.3
'03	-2.2	8.8	5.4	1.6	1.0	-10.4

* 출처 : 한국보건산업진흥원, 2004: 71

7) 성장성 지표는 의료수익증가율, 입원수익증가율, 외래수익증가율, 총자본증가율, 입원환자증가율, 외래환자증가율, 조정환자증가율 등으로 구성된다.

외래환자의 감소에 관해서는 서로 다른 의견이 존재한다. 이것을 경영성과 효율성의 측면에서 바라볼 경우, 일평균 외래환자수가 전반적으로 감소추세인 것은 1990년대 후반 이후 병상 신·증축에 따라 효율적으로 경영하기 위한 병상수준이 유지되지 못하였기 때문이다. 따라서 병원 자체적인 경영개선 노력이 동반되지 않는다면 향후 재무구조 및 손익구조의 악화 가능성에 봉착하게 된다. 게다가 경영이 불투명하고 제약회사에서 받는 리베이트 문제가 상존하는 것 역시 문제점으로 지적된다(유승흠, 2004).

반면 의료전달 체계의 공공성과 형평성 그리고 의료자원분포의 균등성의 측면에서 볼 경우 그간 의원, 중소병원 그리고 대형병원의 기능분화(즉 시장분화)가 되어 있지 않아 비효율적인 상호경쟁이 격화되어 온 사실에 주목하게 된다. 특히 의원은 외래, 병원은 입원을 위주로 기능이 분화되어 있어야 하나 그러하지 못해왔다(김용익, 2003: 12). 따라서 최근 병원급이상의 외래 환자가 줄어드는 것은 오히려 기능분화가 이루어지는 긍정적인 신호일 수 있다. 따라서 이 문제를 병·의원 전체를 가지고 살펴볼 필요가 있다.

<표 II-19>에 따르면 병원급 이상이 전체 환자 수에서 차지하는 비중은 '96년 23.4%, '99년 22.0%, '02년 20.2%로 줄어든다. 병원에서의 환자 비중은 큰 변화가 없는데, 이는 종합병원에서의 환자 비중이 떨어졌기 때문이다.

<표 II-19> 병·의원의 입원 및 외래환자수: 1996, 1999, 2002

(단위: 명, %)

구분	1996			1999			2002		
	계	입원	외래	계	입원	외래	계	입원	외래
총계	1,627,222 (100)	180,238 (100/11.1)	1,446,984 (100/88.9)	1,907,269 (100)	198,147 (100/10.4)	1,709,122 (100/89.6)	2,323,638 (100)	220,656 (100/9.5)	2,102,982 (100/90.5)
종합	267,346 (16.4/100)	89,249 (49.5/33.4)	178,097 (12.3/66.6)	288,213 (15.1/100)	92,785 (46.8/32.2)	195,428 (11.4/67.8)	303,525 (13.1/100)	96,869 (43.9/32.0)	206,656 (9.8/68.0)
병원	113,123 (7.0/100)	52,746 (29.3/46.6)	60,337 (4.2/53.4)	133,119 (7.0/100)	65,970 (33.3/58.3)	67,149 (3.9/41.7)	165,985 (7.1/100)	80,441 (36.5/48.5)	85,544 (4.1/51.5)
의원	892,641 (54.9/100)	34,669 (19.2/3.9)	857,972 (59.3/96.1)	1,099,680 (57.7/100)	35,144 (17.7/3.2)	1,064,536 (62.3/96.8)	1,405,939 (60.5/100)	39,046 (17.7/2.8)	1,366,893 (65.0/97.2)
기타	354,112 (6.9)	3,574 (2.0)	350,568 (24.2)	386,257 (20.2)	4,248 (2.2)	382,009 (22.4)	448,189 (19.3)	4,300 (1.9)	443,839 (21.1)

* 자료: 보건복지부, 2004: 42~43 참고하여 필자가 재구성.

다음으로 입원 환자수에서 병원급 이상이 차지하는 비중은 '96년 78.8%, '99년 80.1%, '02년 92.4%로 늘어나는데 종합병원에서의 입원환자가 줄어드는 반면 병원에서의 입원환자가 늘어났기 때문이다. 또 병원급 이상의 외래환자수 비중은 '96년 16.5%, '99년 15.3%, '02년 13.9로 줄어든다. 이것은 주로 종합병원에서의 외래환자수 비중이 축소하였기 때문이다.

대체적으로 병원급 이상의 입원환자 비중 증가 및 외래환자 비중 감소는 청신호일 수 있다. 그러나 종합병원의 환자들 중 입원과 외래환자 비율변화를 보면, '96년 입원 33.4%/외래 66.6%에서 '02년 입원 32.0%/외래 68.0%로 오히려 외래환자가 늘어난다. 또 병원급의 경우는 입원이 좀 더 늘어나긴 하지만 미미한 차이에 불과하다. 이러한 수치들은 보건 의료산업 내의 기능분화가 이루어지지 않은 채 비효율적인 경쟁을 하고 있는 현실을 반영하고 있다.

하지만 여타의 생산성은 상대적으로 좋다. 조정환자 1인당 부가가치(96년 평균 55.5%에서 2003년 78.0%), 병상당 월평균부가가치(96년 1,256천원에서 03년 2,758천원), 의료수익부가가치율(96년 60.9%에서 03년 66.8%), 총자본투자효율(96년 52.3%에서 03년 69.6%), 자본생산성(96년 97.0%에서 03년 155.4%) 등이 전반적으로 나아지고 있기 때문이다.

또 노동생산성(인건비투자효율)은 96년 155.2%에서 2001년 171.4%로 증가하였다가 2003년 현재 161.0%로 약간 낮아졌지만, 전체적으로는 개선되는 추세라고 할 수 있다.

〈표 II-20〉 인건비 투자효율

(단위: %)

구분	평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상이상	160~299병상	160병상미만	
전체병원'96	155.2	161.5	143.3	149.3	135.7	164.4
'97	163.1	165.7	149.4	152.7	142.2	175.4
'98	170.7	166.5	158.2	157.3	144.0	190.5
'99	168.9	174.0	159.3	146.9	127.6	186.1
'00	174.5	156.2	152.7	163.9	148.1	187.6
'01	171.5	162.3	167.3	157.9	132.8	180.9
'02	155.3	146.9	144.7	147.6	131.9	167.0
'03	161.0	147.1	148.6	156.0	120.8	173.0

* 자료: 한국보건산업진흥원, 2004.

사실 노동생산성은 최근 임금 및 직무구조, 인사·승진체계 그리고 작업장 혁신 및 일자

리 창출의 관점에서 노사 모두 관심을 기울이는 부분이다. 또한 주5일제 효과와 결합되기 때문에 주5일제가 병원경영에 끼치는 영향은 이 문제를 다루는 소절에서 좀 더 검토할 것이다.

그리고 100병상당 월평균 의료수익은 300병상 이상의 종합병원과 일반병원에서 매년 증가하고 있고 의료원가율⁸⁾, 병원의 인력규모(백병상당 인력규모는 90.1명으로 전반적으로 감소추세) 등 각종 운영효율지표가 개선되었다. 결국 100~160병상 미만을 제외한다면 성장성과 생산성에 있어서도 개선의 징후가 보이는 것이다.

반면 보건의료자원의 분포는 뚜렷한 양극화추세를 나타낸다. 활동의사의 86%가 전문의인데 이들의 대다수가 안과, 피부과 등 특정 인기과목에 편중되어 있다. 그리고 MRI등 고가장비 도입이 100만명당 7.8대로 미국(7.6), 영국(4.5), 스페인(4.6), 뉴질랜드(2.6)에 비해 현저하게 높다. 또 직종별 인력구성에서도 대도시 지역일수록 조정환자 100명당 의사직(13.7%), 간호직(38.8%), 의료기사직(10.3%) 등의 비중이 높은 반면, 읍면지역으로 가면 의사직(6.2%), 간호직(25.6%), 의료기사직(6.9%)등으로 비중이 현저하게 떨어진다. 보건의료 자원분포의 양극화가 공공성과 형평성을 약화시키는 요인인 것이다.

4) 민간의료 중심의 경쟁적인 의료서비스의 부정적 효과

민간의료 중심의 경쟁강화의 가장 두드러지는 효과는 <표 II-21>에서 나타나듯이 ‘집중과 집적’ 현상이다. 상위 10개 대학병원군(국립대 1개, 사립대 9개)의 병상 점유율이 51.1%를 차지하는 등 심한 집중현상을 보인다(<표 II-21> 참고). 이러한 집중현상은 중소병원 등 2차 병원의 약화와 연결될 뿐만 아니라 대학병원 간 경쟁격화로 인하여 경쟁력이 취약한 일부 대학병원의 경영위기까지 표출된다. 문제는 병원이 공공성을 띠는 산업이라는 점에서 이와 같은 경영위기는 다시 의료전달체계의 취약성을 강화한다는 사실이다.

8) 의료사업수익 대비 의료원가율은 매년 감소추세. 특히 종합전문요양기관 및 병원은 80%대 수준으로 낮아지고 있음

〈표 II-21〉 상위 10개 대학군별 병상점유율 분포

(단위: 개)

대학군	병상수	점유율	누적병상수	누적점유율
가톨릭의대	4,727	8.6%	4,727	8.6
울산의대	4,242	7.8%	8,969	16.4
한림의대	3,094	5.7%	12,063	22.0
성균관의대	2,884	5.3%	14,947	27.3
인제의대	2,710	5.0%	17,657	32.3
연세의대	2,403	4.4%	20,060	36.7
순천향의대	2,389	4.4%	22,449	41.0
서울의대	1,935	3.5%	24,384	44.6
고려의대	1,869	3.4%	26,253	48.0
가천의대	1,716	3.1%	27,969	51.1

* 출처: 한국보건산업진흥원, 2004.

다음으로 의료수의 격차와 공급 집중의 부정적 효과이다. 국립대학병원의 의료수익 증가는 병원 간 차이가 크지 않고 전반적으로 안정적인 반면 사립대학 병원은 그렇지 않다. 특히 학교자본 성격의 사립대학병원의 자본간 격차가 큰 것으로 나타난다. 의료서비스 제공 체계의 단계화와 지역화에 대한 고려 없이 급격하게 성장한 사립대학병원은 수요가 집중되어 있는 수도권 등 특정 지역에 집중되어 있기 때문에 상대적으로 경쟁력이 취약하거나 주변에 강력한 경쟁병원이 존재하는 경우에 수익성이 악화되는 것이다(임준, 2004: 69).

이와 같은 점에서 한국에서 병원의 공급자 행태는 전형적인 이윤극대화 모형으로 해석될 수 있다. 따라서 시장에서 이윤의 극대화를 위해 움직이는 의료공급자는 동일한 수가 및 의료 단가라는 조건에서 병원의 설립을 대량소비수요가 존재하는 도시지역에 집중하게 된다. 또 보건의료서비스를 건강증진 및 질병예방보다 치료위주로 구성하는 경향이 커진다. 그리고 정신적 의료보다 신체적 의료 중심의 의료서비스를 제공하는 경향도 강화된다. 의료공급자가 MRI, PET 등 고가의 불필요한 검사, 불필요한 투약 및 수술 등 건강보험에 적용되지 않는 비급여 진료를 증가시키는 것은 어쩌면 이러한 시장 논리 하에서는 당연한 생존전략일 수 있다. 문제는 그 과정에서 상당수의 부담이 국민에게 전가된다는 사실이다.

결국 경쟁격화는 의료서비스의 공공성과는 반대되는 비합리적인 자원배분을 초래하고 의료서비스의 약화를 낳고 있다. 특히 자본의 집적과 집중 그리고 경쟁의 악영향은 급성기

병상의 과잉공급과 분배의 왜곡에서 단적으로 나타난다. 병상과잉공급과 관련하여 병원급 이상 의료기관의 급성병상과 장기요양병상의 수급현황을 분석하면, 2003년 12월 현재 급성병상은 12,148병상이 유휴병상으로 7.8% 공급과잉 상태인 반면 장기요양병상은 충족률이 17.4%에 불과하다. 의료서비스의 공공적 성격을 고려한다면 무차별적인 경쟁격화가 공공성을 약화시키고 이와 같은 공공성의 약화가 다시 경쟁을 격화시키는 순환고리에 있다 할 것이다. 정부의 정책적 개입이 주요하게 이루어져야할 지점이 바로 여기인 것이다.

5) 주40시간제의 효과

마지막으로 주40시간제⁹⁾가 경쟁력과 효율성에 끼칠 영향을 가늠해 보아야 한다.

2011년까지 단계적으로 실시되는 주40시간제의 주요내용은 ① 법정근로시간 단축: 주 44시간에서 40시간으로, ② 월차휴가 폐지 및 생리휴가 무급화, ③ 연차휴가를 15~25일로 조정, ④ 탄력적 근로시간제 적용 기간확대: 주16시간(125% 한시적 적용), ⑤ 기존 임금수준 및 시간당 통상임금 저하방지 등이다.

또 주 40시간 근무제가 실시될 경우 예상할 수 있는 근무유형은 다음과 같다. ① 주휴 1일(토요일 근무), 매일 소정근로시간 6시간 40분, ② 주휴 1일(토요일 근무), 주5일 7시간, 주1일 5시간, ③ 완전주휴 2일, 5일 8시간 등이다. 그런데 현재 보건의료노조는 주5일 토요일 휴무 즉 세 번째 유형을 제안하고 있으며 보건의료산업의 경우 토요일 휴무가 규모가 큰 병원을 중심으로 점차 확장될 것이다.

이와 같은 내용의 주40시간제가 병원경영에 어떤 효과를 끼칠 것인가?

<표 II-22>는 보건복지부와 대한병원협회가 2005년 5월 23~6월 3일까지 전국소재 기시행병원 5개소, 시행대상병원 10개소(500병상이상 11개소, 300병상이상 4개소, 상시근로자수 590명, 비정규직 76명) 등 15개 병원을 대상으로 실시한 방문조사 결과이다.

9) 2003년 8월 국회 본회의에 근로시간 단축을 골자로 하는 근로기준법 개정안이 통과되어 주 40시간제가 2004년 7월부터 2011년까지 사업장 규모에 따라 단계적으로 확대 실시된다. 그 내용을 살펴보면 2004년 7월 1일 공기업 및 산하기관, 금융보험업, 1000인이상 실시, 2005년 7월 1일 300인이상, 2006년 7월 1일 100인이상, 2007년 7월 1일 50인 이상, 2008년 7월 1일 20인 이상 등이다. 또 20인 미만의 경우는 2011년 이내에 대통령령으로 정한다. 또한 노사가 합의하여 노동부에 신고할 경우에는 시행시기를 앞당길 수 있다.

<표 II-22> 환자진료실적 40시간 시행전후 비교(2004년)

구분	2004년 상하반기 주40시간 시행전후 증감비교(%)						
	월	화	수	목	금	토	일
환자초진	4.88	-1.58	8.76	22.42	10.88	-40.3	10.4
환자재진	7.76	-4.46	14.42	20.08	13.65	-44.3	-30.1
소계	6.83	-4.43	12.87	20.09	13	-42.2	-21.2
입원(연인원)	1.65	1.28	1.4	3.65	0.94	0.88	1.54
내원환자(응급실)	10.9	15.11	1.72	1.82	8.16	11.0	12.1

* 자료: 이용균, 2005.

환자진료실적의 경우 입원환자의 증가와 외부환자의 축소현상이 나타남을 알 수 있다. 이것은 조사대상 병원이 500병상 이상의 상대적으로 규모가 있는 병원이기 때문에 보다 두드러진다고 할 수 있다. 또한 응급실부분은 토·일·월의 내원환자가 늘어나며 응급진료수익은 병원평균 19.5% 증가한 것으로 나타났다.

다음으로 인력 및 인건비 증감현황을 보면 간호직 인력은 9.1%가 증가하였고 총인건비 역시 4.0%가 증가한 것으로 나타났다.

<표 II-23> 3교대 간호직 인력증감현황(2004년)

직종	2004년 상하반기 주40시간 시행전후 비교	
	증감인원수	증감율(%)
3교대 간호직 인력	병원당 21.2명	9.1

*자료: 이용균, 2005.

<표 II-24> 병원당 인건비 증감현황(2004년)

총인건비	2004년 상하반기 주40시간 시행전후 증감비교		
	2004년 상반기	2004년 하반기	증감율(%)
	7,692백만원	7,996백만원	4.0
월평균 시간외근로시간	2,574시간	3,880시간	1,306시간(50.7)
월평균 시간외근로수당	46.0백만원	57.6백만원	11.6백만원(25.2)

*자료: 이용균, 2005.

그리고 기40시간근무제 시행병원 16개를 우편설문 조사한 보완자료를 살펴보면 기타 3교대직의 경우 인력은 7.7%, 총인건비 7.1%가 증가한 것으로 나타났다. 주5일제가 병원의

비용을 증가시키는 효과가 있는 것이다.

또한 조우현 외(2004)에 따르면, 규모가 작을수록 수익이 더 줄고 비용은 더 늘어나는 양상을 보일 것이라고 한다. 인력측면 만을 보면 근로시간이 4시간 단축되면 3교대부서의 경우 병원규모에 상관없이 3교대 근로자의 10%, 증원인력의 휴가대체까지 고려한다면 약 11%의 증원이 필요할 것으로 예상된다. 이는 일반직 전체 근로자의 3.9~6.1%에 해당하는 데 이 결과 인건비는 종합전문요양기관이 3.7%, 300병상 이상 종합병원이 3.8%, 300병상 미만 종합병원이 8.7% 증가한다. 병원규모가 적을 수록 주5일제에 따른 비용부담이 커지는 것이다.

〈표 II-25〉 주40시간제가 인건비 증가에 끼칠 영향

구분	근로자수				인건비		
	전체근로자	3교대 근로자비중	증원인원	증가율	전체인건비	증원인건비	증가율
종합전문	17,519명	39.90%	716명	4.10%	644,353백만	23,086백만	3.70%
300병상이상	2,232명	37.00%	86명	3.90%	67,040백만	2,446백만	3.80%
300병상이하	333명	60.70%	20	6.10%	4,768백만	383백만	8.70%

* 자료: 조우현 외, 2004.

연구결과를 종합하면 주5일제는 병원의 비용부담을 증가시키며 규모가 적을 수록 인건비 부담이 커지는 것으로 보인다. 하지만 이와 같은 효과가 그대로 반영될지는 좀 더 지켜보아야한다. 왜냐하면 최근 작업장 혁신이나 임금 및 직무구조 혁신 등에 입각한 작업장 혁신 노력이 관심사로 부각되고 있기 때문이다. 만약 이것이 노사 합의하에 상생적으로 이루어진다면 인건비 증가는 생산성 향상으로 상쇄된다. 또한 최근의 수익증가를 고려할 때 대체적으로는 병원의 경영수지의 심각한 악화를 초래하지는 않을 것이라는 추정도 가능하다. 그러나 중소규모 일수록 비용부담이 증가할 가능성이 여전히 있기 때문에 이것이 노사 관계에 부정적 영향을 끼칠 가능성도 배제할 수 없다.

결론적으로 공공성과 형평성의 측면에서 보건의료 산업은 매우 취약하다. 반면 경쟁력과 효율성에 있어서는 병원규모별로 차이가 있으나 부분적으로 개선되고 있다. 재정적 안정성은 떨어지나 생산성과 수익성은 160병상 이하를 제외한 모든 종합병원과 의원에서 의약분업의 부정적 효과가 상쇄되고 있기 때문이다. 하지만 생산성의 개선에도 불구하고 효율적이지는 않다. 기능분화의 미비, 안정성의 취약 등이 여전히 발목을 잡고 있기 때문이다. 또

여기서 주목해야 할 것은 공공성의 취약이 경쟁력과 효율성마저도 떨어뜨린다는 사실이다.

그러므로 최근 공공성과 형평성 약화를 대가로 경쟁력과 효율성 강화를 주장하는 입장은 사실상 설득력이 떨어진다. 공공성과 경쟁력 간의 긴밀한 상호관계를 보지 못하고 있기 때문이다. 보건의료노조 및 시민단체가 차세대 성장동력으로서 의료산업을 키우겠다고 정부가 지난 10월 5일 출범시킨 의료산업선진화 위원회에 대해 의혹의 시선을 던지는 이유도 이 때문이다. 보건의료노조는 10월 6일 성명을 통해 의료산업선진화 위원회의 “민간위원 대부분은 그동안 의료기관의 영리법인 도입과 민간의료보험의 활성화 정책에 찬성해온 인물”이며 특히 경쟁력과 효율성만을 배타적으로 강조해온 관련업계 대표들로 구성되어 있다고 부정적 입장을 표명하였다. 또 노조는 위원회의 의료산업육성 정책 역시 의료의 공공성을 인정하지 않고 의료서비스를 시장원리에 따라 판매되는 상품으로 규정하는 의료기관의 영리법인 도입을 포함하고 있다고 주장한다. 그리고 정부가 인천 경제자유구역에 2008년 입주 예정인 외국병원에 대해 내국인 진료를 허용하기로 함에 따라 대규모 병원을 중심으로 경쟁력 강화의 목소리가 더욱 커질 것이라는 사실에 대한 시민단체들의 우려의 목소리도 있다.

이 결과 영리법인허용, 민간의료보험 도입, 국내 의료기관 역차별, 국내의료산업 경쟁력 강화 등이 쟁점으로 부상할 전망이다(이용균, 2005). 결론적으로 경쟁력을 개선하기 위해서라도 공공성과 형평성의 측면을 함께 개선해야 한다는 사실에 주목할 필요가 있는 것이다.

3. 보건의료산업의 특징이 노사관계에 끼칠 영향

보건의료 산업의 특징을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 전체 병원의 2.3%에 불과한 종합병원과 병원이 전체 인력의 44.7%를 차지한다. 또 의사직이 종사자의 29%인 반면 나머지 71%가 간호직, 의료기사직 및 기타로 구성된다.

둘째, 집단적 노사관계에서 병원급 이상은 간호직 및 의료기사직이 매우 중요한 위치를 차지하며 보건의료노조의 조직력도 이들에게 집중되어 있다.

셋째, 병·의원 규모별 근로조건이 차이가 크며 비정규직의 비중이 높아지고 있으나 소규모 그리고 비정규직 노동자의 조직률은 상당히 낮다.

넷째, 보건의료서비스 전달체계는 공공성과 형평성에서는 매우 취약한 반면 경쟁력과 효율성에서는 부분적으로 개선되고 있다. 그러나 안정성과 투명성은 여전히 약하다는 점이 경쟁력과 효율성의 발목을 붙잡는다. 더불어 공공성과 형평성의 취약이 거꾸로 경쟁력과

효율성에도 영향을 미치면서 전체적으로 보건의료서비스 전달체계의 개선을 요구한다. 병상의 과잉공급과 무한경쟁은 양자 모두를 해칠 위험이 있다.

다섯째, 노·사 양측은 보건의료 산업에서 상이한 위치에 서 있으며 서비스전달체계에 대한 시각도 다르다. 예를 들어 노조는 공공성과 형평성에, 사용자는 경쟁력과 효율성에 상대적으로 더 초점을 맞추고 있다. 경쟁력과 효율성에의 강조는 노조의 입장에서 보면 고용안정을 뒤흔들 뿐만 아니라 비정규직을 양산하며 의료서비스가 가지는 공공재적 성격에 부적합하다. 따라서 노조는 경쟁력과 효율성을 강조하는 담론에 부정적이고 의료공공성 문제가 노조가 제기하는 중요한 의제일 수밖에 없으며 기업별 노조에서 산별노조로의 전환을 공공적 의제를 담아낼 수 있는 노사관계체제로 간주한다. 반면 사용자들은 경쟁력과 효율성에 더 초점을 맞추게 되는데 이것은 규모별로 또 민간자본인가 아닌가에 따라 차이가 있다. 대규모 민간자본일 수록 경쟁력과 효율성에 대한 강조가 커지며 산별교섭에 대해서도 경쟁력과 효율성을 기준으로 실리주의적으로 접근한다.

이와 같은 보건의료산업의 특성은 노사관계에 영향을 끼쳐온 것으로 보이며 다른 산업의 노사관계와 구분되는 특성을 구성하는 환경적 요인이 된다.

첫째, 의료전달체계에 대한 시각 차이는 자칫 갈등적 노사관계를 형성할 가능성이 높다. 따라서 노사 양측의 상이한 이해충돌을 완화하며 공공성과 형평성을 제고할 뿐만 아니라 경쟁력을 담보할 수 있는 적절한 의제의 선택 및 합의수준의 마련, 그리고 이를 위한 틀과 규범의 형성이 가장 큰 문제가 아닐 수 없다.

둘째, 의료서비스의 공공재적 성격이 종종 노사당사자의 이해를 넘어선 문제를 제기하는 경우가 발생한다. 이로 인해 정부와 공익까지를 포함한 중층적인 노사정 사회적 대화를 요구할 가능성이 높다. 그러나 이것은 사용자단체조차 구성되어 있지 않은 산별적 노사관계의 초기인 경우 사용자측에게 상당히 부담으로 작용할 것이다. 따라서 이로인해 갈등적 노사관계가 온존 강화하지 않도록 적절한 대화창구의 모색이 필요하다.

셋째, 산별적 노사관계로의 전환을 위해서는 ① 기업간 격차 및 정규-비정규간 격차 축소를 이루어내고 근무환경을 개선하면서도 ② 비용을 축소하고 경쟁력을 도모하기 위한 노력이 필요하다. 전자가 이루어지지 않을 경우 노조측의 동의를 얻지 못하며 후자가 이루어지지 않을 경우 사용자측의 동의가 어렵다. 또한 노조 내부 및 사용자 내부의 이해관계가 다른 것 역시 조정해야 한다. 산별교섭이 '최소수준의 교섭'이어야 한다는 원론적 수준에만 머무르는 것이 어려운 이유가 여기에 있다.

Ⅲ. 보건의료산업 노사단체의 조직구조와 활동

1. 사용자단체 조직현황 및 연혁

보건의료 산업 전체를 대표하는 사용자단체는 아직 구성되어 있지 않다. 다만 이미 존재하는 병원협회와 특성별 대표단의 발전여부에 따라 변화가 있을 것으로 보인다. 여기서는 병원협회와 특성별 대표단을 중심으로 살펴볼 것이다¹⁰⁾.

가. 병원협회

병원협회의 정관 3조에도 병원협회를 사용자라고 볼만한 근거가 불충분하며 강제적인 통제권을 행사할 수 없다. 따라서 병원협회는 노조법상의 사용자단체는 아니다. 그러나 그동안 보건의료노조의 요구에 대응하기 위한 노력을 기울여왔다.

1) 조직현황

2004년 산별교섭의 사용자측 대표로 나왔던 병원협회는 1959년 설립된 후 2003년 8월 의료법개정을 통하여 의료법상의 법정단체로 전환한 임의 가입단체로서 2005년 5월 현재 1,192개 병원, 상근 직원 50명의 기관이다(<표 III-1> 참고).

가입 강제력은 없으며 산하 병원에 대한 통제력과 구속력도 행사할 수 없다. 가입의 주체는 의료기관장이고 가입비는 1개 병상 당 2만 2천원 정도이다. 노무담당자가 1인(2004년 현재)에 불과하며¹¹⁾ 2004년의 경우 단체교섭과 관련한 권한을 병원에서 위임받았으나 2005년에는 산별교섭에서 별다른 영향을 미치지 못하였다. 또 병원협회의 설립목적은 병원

10) 또 다른 사용자 조직으로는 의사회 내 개원의협의회가 있다. 개원의협의회는 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 성형외과, 신경정신과, 안과, 이비인후과, 일반과, 재활의학과, 정형외과, 마취통증의학과, 피부과, 가정의학과로 구분되어 있으며 협의회회장단 및 임원 그리고 시도회로 조직이 구성되어 있다.

11) 현재 노사협력부서가 별도로 설치되어 활동하고 있다.

제도와 운영에 관한 연구 및 개선, 의사 및 병원 종사자에 대한 수련교육의 향상을 통하여 병원의 발전을 도모하는 것이다.

<표 III-1> 병원협회 가입병원(병원이라함은 40병상이상, 종합병원 100병상이상)

구분	국립	시립	도립	공립	지방공사	특수법인	학교법인
종합병원	3	2	0	0	26	25	64
병원	11	12	9	14	9	8	11
계	14	14	9	14	35	33	75

구분	사단법인	재단법인	사회복지 병원	회사법인	의료법인	개인	계
종합병원	0	23	3	0	86	53	285
병원	3	27	25	1	220	556	907
계	3	50	28	1	306	609	1192

* 자료 : 대한병원협회, 2005: 9.

2) 연혁

<병원협회 연혁>¹²⁾

- 1959. 7. 대한병원협회 창립 총회(초대 회장 김동익 박사)
- 1966. 8. 국제병원연맹(IHF) 정회원
- 1971. 9. 병원신임업무 수입(보사부)
- 1971. 9. 아세아병원연맹(AHF) 이사국
- 1972. 3. 대한병원협회지 창간
- 1980. 4. 병원신임업무 수입(보사부)
- 1981. 4. 병원윤리강령제정
- 1981. 5. 아세아병원연맹(AHF) 회장 당선
- 1981. 10. 국제병원연맹(IHF) 운영이사 취임
- 1986. 4. 주간 병원신보 창간
- 1986. 12. 회관 건립 이전(마포현대 B/D)
- 1990. 3. 의료감시 자율지도업무 수입(보사부)

12) 대한병원협회 홈페이지 www.kha.or.kr

- 1994. 4. 아세아병원연맹(AHF) 회장국
- 1999. 2. 재단법인 한국병원경영연구원 설립
- 2000. 6. 정부의 의약분업 저지를 위한 투쟁선포식 참가(과정종합청사 앞)
- 2004. 1. 대한병원협회 의료법사의 법정단체 승인
- 2004. 7. 의료기관평가 사무국 현판식

3) 조직운영

병원협회는 2005년 5월 현재 회장 1명, 부회장 9명, 37명의 상임이사, 47명의 이사가 있으며, 부회장 중 1인이 상근직이다. [그림 III-1]의 조직도를 보면 총회는 정회원이 참석하는 것으로 연 1회 열리고 있다. 또 총회는 임원 선출 및 보선, 정관개정, 예결산, 사업계획을 승인하는 기능을 한다. 이사회는 94명의 이사로 구성되어 있고, 연 2회 모임을 갖는다. 총회 위임사항, 정회원 입회 승인, 추가 경정예산 등의 기능을 한다. 상임이사회는 회장, 부회장, 상임 이사를 합쳐서 총 47명이 소속되어 있으며, 대학 병원급의 의료원장과 중소병원의 병원장이 골고루 섞여 있다. 격주 1회의 모임을 가지며, 위임사항, 회장이 필요하다고 인정된 사항에 대해 논의하는 기능을 가지고 있다.¹³⁾

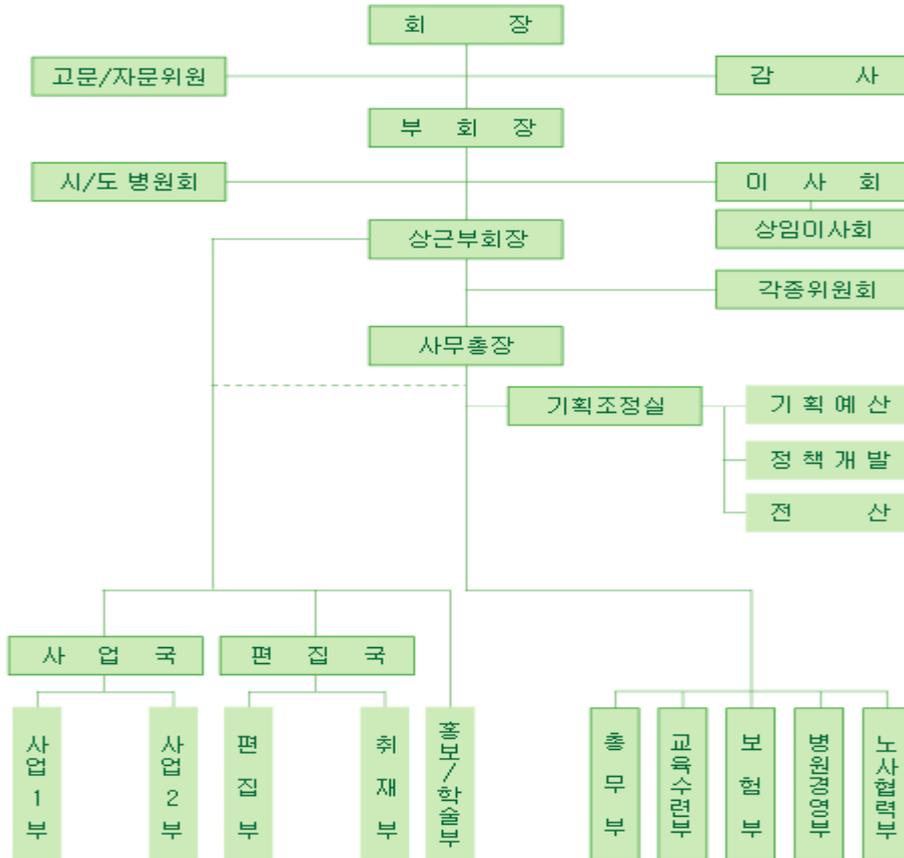
각종 위원회 중 2004년의 경우 보건의료노조의 병원협회의 점거농성으로 구성된 소위원회(노사대책위원회)가 주목을 받았다. 이 기관은 위원장을 포함해서 총 18명으로 구성되어 있으며 위원들 대부분은 병원협회의 상임이사진으로 짜여져 있었다. 이때의 의사결정과정을 보면, 소위원회(노사대책위원회)에서 논의가 진행된 안건이 상임이사회에 상정 되고 이것은 상임이사회에서 공식적으로 논의가 된 후 의결이 된다. 상임이사회에서 의결된 것을 최종적으로 추진하는 곳은 정기이사회이다. 더 중요한 의결이 결정되어야 할 경우에는 정기총회가 그 책임을 맡는다.

병원협회는 대규모 병원보다 중소병원의 이해를 반영하는 특징을 갖는다. 대규모 특히 사립대 병원의 영향력을 무시할 수 없지만 병원협회 내에서 모든 병원은 그 규모와 상관 없이 1병원 1표를 행사하는 체계이기 때문에 당연히 수가 많은 중소병원이 유리하다. 또한 국립 및 사립대 병원장은 임기제이기 때문에 병원협회의 주요 직책을 맡기 힘들다. 따라서 병원협회 회장 등 주요직책을 중소병원장이 맡을 가능성이 높다. 이와 같은 조건이 국립 및 사립대 대규모 병원이 병원협회를 기피하는 원인이 되어 사용자단체 구성에서 병원협

13) 보건노조, 2004. 병원협회 실태조사 보고 p.10-11

회의 위상을 오히려 낮추는 효과를 가져오는 것으로 보인다.

[그림 Ⅲ-1] 병원협회 조직도



* 자료: 대한병원협회 웹사이트, www.kha.or.kr.

나. 특성별 대표단

2004년 대한병원협회와 보건의료산업 관계사용자 대표단 명의로 서명된 산별교섭 노사 합의서¹⁴⁾는 완전한 사용자 단체가 구성되기 전까지 특성별 대표 1인씩 총 7명으로 이루어진 사측 대표단의 구성을 명기하고 있다. 이에 근거하여 2005년 4월 12일 산별교섭 상견례와 첫 본교섭에서는 이와 같은 유형의 사측대표단이 참석할 것으로 예상되었다. 그러나 중앙노동위원회(이하 중노위)의 권고안에 따라 7개 특성별 대표단(국립대병원, 사립대병원,

14) 당시 합의서에는 “(중략)완전한 사용자 단체가 구성되기 전까지는 개별 병원은 교섭권과 체결권 일체를 위임하고 사측 대표단을 구성하여 산별교섭에 참가한다. 다만 새로운 사측 대표단이 구성되기 전까지는 2004년 축조교섭단을 사측 대표단으로 유지한다”고 명기되어 있다.

지방공사의료원, 특수목적 공공병원, 적십자사, 보훈병원)이 7월에 재구성되기 전까지 사용자측의 대표단 구성은 이루어지지 않았다. 왜냐하면 사립대측이 사립대 대표를 노무사에게 위임한 것을 노조가 인정할 수 없다고 거부하였기 때문이다. 이로 인해 6월까지 국립대병원은 교섭에 참여하는 5개병원장이 대표를 순번제로 맡는 방식으로, 사립대병원은 노무사에게 대표를 위임하는 방식으로, 나머지 특성별 병원들은 단일 대표(단)를 형성하였으나 그것이 최소한 2005년 산별교섭을 담당할 임시적인 사용자단체의 구성으로까지 나아가지는 못하였다.

결국 2005년 7월 6일 조정회의에 참여한 사람을 기준으로 교섭단을 구성하라¹⁵⁾는 중노위의 권고안을 받아들여 사립대병원의 노무사대표위임을 철회함으로써 7개 특성별 대표단 구성이 완료되었다. 또 이들 7개 특성별 대표단이 전체 산별교섭 참여병원으로부터 재위임을 받는 방식을 통해 전체 대표단을 재구성하였다. 그러나 특성별 대표단으로 구성된 전체 대표단은 한시적으로 위임을 받은 대표체이며 안정적인 조직구조를 갖고 있지 않을 뿐만 아니라 제도화된 단체가 아니라는 점에서 사용자단체의 구성은 2006년 이후의 문제로 남겨졌다. 그러나 반드시 비관적이지만은 않다. 비록 결렬되긴 했지만 지난 7월 마지막 산별교섭(7월 22일) 노사 양측은 2007년까지 사용자단체를 구성할 것에 합의하였기 때문이다. 물론 사용자측이 산별협약안에 시기를 명기하는 것을 부담스러워 하여 결렬된 최종 협상안에서 시기명기는 빠졌으나 사용자 단체 구성에는 좀 더 접근했다 할 것이다.

2. 보건의료노조 연혁 및 조직현황

보건의료노조는 1988년 12월 전국병원노련의 창립과 더불어 시작되었고, 1998년 병원노련산하 전국보건의료노동조합이 구성되면서 보건의료의 산별노조시대를 열었다.

가. 보건의료노조의 주요 사업목표와 연혁

보건의료노조는 ① 보건의료산업 노동자의 단결과 조직화, ② 생활임금과 더 나은 노동조건의 확보, ③ 직장내에서의 민주주의 확보 및 노동자의 권리확보, ④ 조합의 조직 강화, ⑤ 중소병·의원 등 소규모 사업장 노동자의 조직화와 열악한 노동조건의 해소, ⑥ 조합원

15) 조정회의에 참가한 병원사용자측: 이화의료원, 한양대의료원, 충남대병원, 소화아동병원, 적십자사, 보훈병원, 수원의료원, 원자력의원 등 7개 특성별 대표)

의 활동가들에 대한 교육 및 훈련, ⑦ 인간적이고 평등한 보건의료 실현을 위한 사업, ⑧ 노동자의 정치적·경제적·사회적 지위향상을 위한 사업 및 사회민주화, ⑨ 노동법개정, 특히 보건의료산업 노동자의 노동3권 완전확보, ⑩ 노동자의 정치세력화와 체민주세력과의 연대, ⑪ 노동단체와의 제휴 및 노동운동의 국제적 연대활동, ⑫ 보건의료산업 노동자의 사회복지확대를 위한 사업, ⑬ 기타 조합의 목적달성에 필요한 사항 등을 추진할 것을 주요 사업목표로 내걸고 있다(규약 제6조).

또 보건의료노조의 연혁은 다음과 같다.

- 1987. 8~9. 기업별 노조결성
- 1987. 12. 12. 병원노조협의회 결성.
- 1988. 12. 17. 전국병원노련 창립: 협의회를 넘어선 업종 차원의 조직화추구
- 1994~1997. 의료제도개선 투쟁, 교섭권 위임을 통한 대각선 교섭의 모색
산별연구소위: 산별노조 건설계획 초안마련(1994~1995)
의료산별노조 건설특위 구성(1995)
- 1998. 2. 전국보건의료노동조합 창립¹⁶⁾
- 1998~1999. 산별노조 건설초기, 구조조정 반대에 집중
- 2000. 산별중앙교섭요구 본격화
- 2001. 민주노총과 함께 산별교섭 추진
- 2002. 단협노사합의를 통한 산별교섭 추진
- 2003. 산별교섭관련 내용적 접근을 위한 노력(집단교섭요청, 특성별노사간담회, 공청회 등)
- 2004. 1차 산별중앙교섭 및 산별협약 체결
- 2005. 2차 산별중앙교섭 추진

16) 산별노조로 전환하면서 기존에 모두에게 익숙한 ‘병원노조’라는 대중적 명칭에서 ‘보건의료노조’라는 용어로 바꾼 것은 병원이라는 명칭이 대중적이지만 다소 협소한 개념이므로 산별적 활동과 조직대상을 보건의료산업 종사자와 의료기관 전체로 확대하겠다는 의지의 표현으로 보건의료 노조로 정하였다(이주호, 2005).

나. 보건의료노조 조직현황

1998년 2월 27일 이화의료원 목동병원 김옥길 홀에서 창립대회를 하고 공식 발족한 보건의료노조는 창립당시 94개 사업장 25,451명의 조합원을 포괄하였다. 2005년 1월 현재까지 보건의료노조는 146개 지부 39,374명으로 구성되어 있고 상급단체인 병원노련에는 20개 기업별노조(산재의료원 노조 등) 2,812명이 별도로 존재하여 166개 지부(노조)이다. 즉 병원노련은 166개 지부로 구성된 보건의료노조와 20개 기업별 노조 총 42,132명으로 조직되어 있다. 이들 20개 기업별 노조의 경우 보건의료노조의 결정사항을 대체적으로 준수하는 편이나 교섭권을 독자적으로 갖고 있다¹⁷⁾.

<표 III-2> 병원노련과 보건의료노조 조합원수 변화: 1988~2005

	병원노련(연맹)	보건의료노조
1988/12/17	병원노련 창립, 80개노조 15,000명 참가	
1989/05/31	126개노조(지부포함) 24,898(5월 31일 현재 전체 병원노조수는 158개노조 33,042)	
1990/05/31	133개노조(지부포함) 25,969명	
1993/05/31	130개노조(지부포함) 25,977명	
1994/05/31	140개노조(지부포함) 32,201명	
1997/12/31	146개노조(지부포함) 35,619명	
1998/12/31	150개노조(지부포함) 35,332명	보건의료노조 창립, 94개지부 25,451명
1999/12/31	144개노조(지부포함) 34,030명	125개 지부 32,689명
2000/07/21	167개노조(지부포함) 39,210명	140개지부 36,326명
2001/01	172개노조(지부포함) 40,065명	146개지부 37,146명
2002/01	27개노조(172개 사업장) 40,679명	146개지부 37,691명
2003/01	21개노조(160개사업장) 41,190명	140개지부 38,536명
2004/01	21개노조(160개사업장) 39,698명	146개지부 37,122명
2005/01	21개노조(166개사업장) 42,132명	146개지부 39,374명

* 자료: 이주호, 2005.

보건의료 노조의 지도부는 병원노련 지도부를 겸임하고 있다. 회의는 주로 산별노조 중심으로 진행되고 있고 정기 대의원대회 등은 산별노조에 이어서 곧바로 연맹회의를 진행하며 선거도 마찬가지이다. 그럼에도 불구하고 병원노련이 존립할 수 밖에 없는 이유는 산별노조로의 전환 당시 조직체계 확정문제와 연관되어 있다. 당시 최종안은 <본조-지부-분

17) 반면 한국노총 산하의 병원노조에는 연세대 세브란스병원, 원주기독교병원, 순천향병원, 국립의료원 및 금강병원 등이 소속되어 있다.

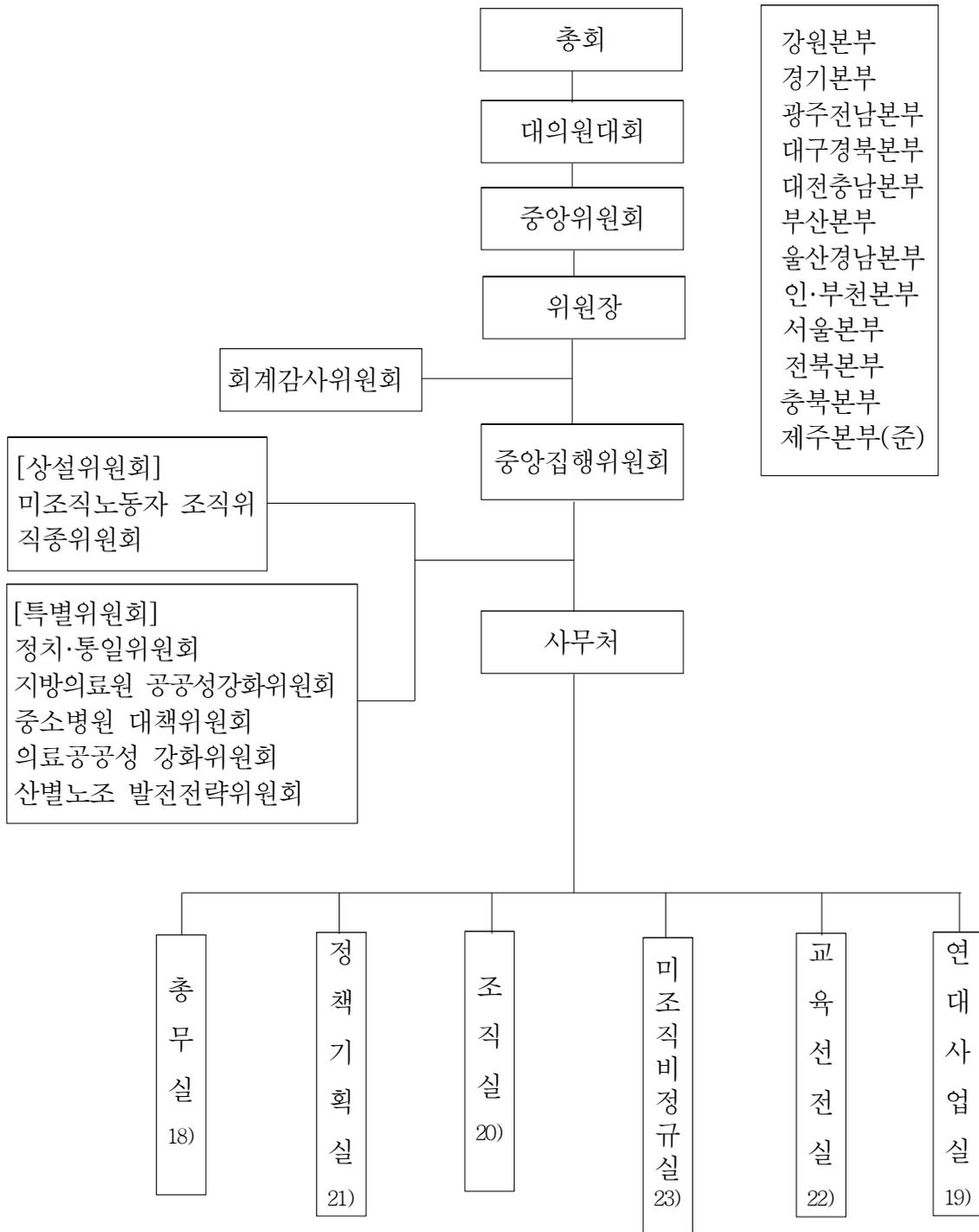
회(기업)>체계였으며 대병원 노조들이 이에 동의함으로써 가결되었다. 그러나 일부 단위 노조 위원장 중에서 분회로 하는 것은 단위노조 위원장의 위상이 갑자기 너무 낮아지는 느낌이 있다며 부정적인 태도를 표명, 기업별 노조로 남아있을 것을 천명함에 따라 결국 일정기간 기업별 노조가 직가맹하는 연맹을 유지하는 것이 불가피해졌다.

게다가 2005년 11월 현재 강원대(192명), 동국대(144명), 서울대(2,200명), 울산대(680명), 충북대(358명), 제주대(111명), 제주의료원(105명) 등 7개 지부 3,790명이 탈퇴를 결의하고 별도의 병원노조협의회를 구성함으로써 보건의료노조는 내부적으로 조직분쟁에 직면하였다. 또 2005년 서울대 병원지부가 공공연맹에 가입하고 나머지 병원노조들은 2006년 1월 공공연맹의 가입승인이 이루어 짐으로써 병원노련 및 그 산하조직으로서의 보건의료노조, 공공연맹에 가입한 대규모 병원 노조 등으로 재구성되었다.

다음으로 보건의료 노조의 인적 구성을 살펴보면 2003년 현재 병·의원종사 의료인력 중 조산사, 간호사, 간호조무사, 의료기사, 의무기록사, 약사 총수는 213,491명이다(보건복지부, 2004). 영양직과 사무직까지 합하면 26만여명일 것으로 추정된다(이주호, 2005). 이중 보건의료노조의 핵심이 간호직과 의료기사직이며 이들의 직군의 50%이상이 병원에 집중되어 있기 때문에 보건의료노조는 노조조직률 이상의 영향력을 가질 수밖에 없다. 또 2005년 보건의료노조 조합원 설문조사 결과에 따르면 여성조합원이 전체의 78.1%이고 미혼은 44.6%이다. 평균 연령은 33.5세(남 38세, 여 32세)이고 근무형태는 교대근무자가 69%이다. 이중 2교대가 11%, 3교대가 49%이다. 전임자수는 본조 중앙과 지역본부 50여명 그리고 현장지부 전임자 포함 총 300여명이다.

또한 보건의료노조의 조직체계([그림 III-2] 참고)를 보면 11개 지역본부와 1개 지역본부(준)이 있다. 주요 회의 단위는 중앙집행위원회(총 25명), 중앙위원회(총 65명), 대의원대회(총 218명) 등이다.

[그림 Ⅲ-2] 보건의료노조 조직도(2004년)



18) 산하 총무국, 재정국

19) 산하 연대사업국, 정치국, 통일국

20) 산하 조직국, 쟁의국, 법규국

21) 산하 정책국, 의료정책국, 노동안전국, 여성국, 조사통계국

22) 산하 교육국, 선전국, 문화국, 정보통신국

다. 보건의료노조 조직운영

1) 조직대상

보건의료노조의 조직대상은 모든 근로자(단 사용자, 사용자의 경영담당자, 또는 그 사업의 노동자에 관한 사항에 대해 사용자를 위하여 행동하는 자는 제외)이다.

이외에도 첫째, 노조활동과 관련하여 해고된 자, 둘째, 조합에 임용되어 6개월이 경과한 자, 셋째, 보건의료산업에 구직중인 일시적 실업자나 6개월 이상 보건의료산업에 근무한 경력이 있는 자 혹은 보건의료관련 자격을 취득한 자, 넷째, 보건의료산업에 근무하다 퇴직한 자가 해당된다.

또 조합은 조합원 이외에 준조합원을 둘 수 있으며 준조합원의 자격 및 권리와 의무는 별도의 규정(본조 규약 제7조)으로 정한다고 명시되어 있다. 현재 보건의료노조의 주축 직종은 간호사와 간호조무사이다.

2) 임원 및 조직구성

본조는 1차 11국 14부(2004년 현재)이며 위원장 1명, 수석부위원장 1명, 부위원장 약간명, 사무처장 1명, 회계감사 3명 이상으로 구성되어 있다(규약 제45조). 위원장·수석부위원장·사무처장은 동반출마하여 조합원의 직접·무기·비밀투표에 의하여 재적조합원 과반수 투표와 투표인원의 과반수 득표에 의해 선출된다(규약 제47조). 지역편제를 보면 서울, 인·부천, 경기, 강원, 대전충남, 충북, 전북, 대구경북, 울산경남, 광주전남, 부산지역본부 등 11개 지역본부가 존재한다. 총 인원은 2002년 기준 본조 28명, 지역본부 35명의 간부가 있으며 이중 채용간부는 본조 18명, 지역본부 15명 등 총 33명이다.

3) 기관과 회의

조합의 기관과 회의는 ① 총회, ② 대의원회, ③ 중앙위원회, ④ 중앙집행위원 및 전국지부장연석회의, ⑤ 중앙집행위원회, ⑥ 상설위원회, ⑦ 특별위원회, ⑧ 회계감사위원회, ⑨ 선거관리위원회 등이다.

23) 산하 미조직국, 비정규직사업국

* 조합원총회: 최고의결기관

구성-보건의료노동조합의 전 조합원으로 구성된다.

기능-① 위원장, 수석부위원장, 사무처장의 선출 및 불신임에 관한 사항, ② 대의원회 결의로 총회에서 의결하기로 상정한 사항 또는 조합원 3분의 1 이상이 회의에 부의할 사항을 명시한 요청서를 제출하였을 경우, ③ 조합해산에 관한 사항을 의결한다.

* 대의원대회: 형식상 총회 다음의 의결기관이나 실질적인 최고 의결기관이다.

구성-조합원 300명당 1명으로 구성하고 지부장은 본조 대의원을 겸임할 수 있도록 지부장과 대의원을 동시에 입후보하도록 규약에 명시되어 있다(규약 제23조).

소집-매년 1월에 소집한다(규약 제19조).

임기-3년을 초과할 수 없다.

기능-① 규약의 제정과 개정, ② 부위원장 및 회계감사의 선출 및 불신임, ③ 예산심의 및 결산, ④ 사업계획의 수립, ⑤ 단체교섭 및 협약체결, ⑥ 단체교섭 위임, ⑦ 노동쟁의, ⑧ 상설위원회의 설치 및 변경, ⑨ 기금의 설치 및 관리처분, ⑩ 특별부과금의 부과 및 특별예산의 승인, ⑪ 상급단체 및 국제노동단체에의 가입 및 탈퇴, ⑫ 조합의 합병, 분할, 조직형태 변경, ⑬ 연맹과건 대의원선출, ⑭ 지역본부 임원과 지부장 징계의 재심 등을 수행한다(규약 제25조).

* 중앙위원회

구성-100명 이내로 구성한다. 이때 본조 임원 및 지역본부장, 부분부장, 사무국장은 당연직으로 하고 지역본부 조합원이 2,000명 이상일 경우에 한하여 1,000명당 1명 선출한다(규약 제26조).

임기-선출직 중앙위원의 임기는 1년으로 한다.

소집-정기중앙위원회는 년 2회 이상 소집하며 임시중앙위원회는 위원장이 필요하다고 인정하거나 중앙위원 3분의 1 이상의 소집요구가 있을 때 소집한다(규약 27조).

기능-① 임시대의원회 소집요청, ② 제규정의 제정 및 개정, ③ 대의원회 수입 사항, ④ 대의원회 상정안건 심의, ⑤ 지역본부 및 지부운영규정의 승인, ⑥ 지역본부의 설치 및 변경승인, ⑦ 지역본부장, 지부장 인준거부의 승

인, ⑧ 고문 및 지도위원 위촉, ⑨ 조합임원의 전원 유고시 직무대리 결정, ⑩ 쟁의대책위원회 등 각종 대책위원회 구성, ⑪ 희생자 구제대책, ⑫ 지역본부 임원과 지부장 징계 및 지부장을 제외한 지부임원 징계 재심, ⑬ 회계감사요청, ⑭ 규약 및 규정의 해석 등을 수행한다. 이외에도 각종 특별위원회 설치, 상설위원장 임명동의 등을 의결한다(규약 28조).

* 중앙집행위원 및 전국지부장 연석회의

구성-중앙집행위원, 지역본부임원(회계감사제외), 지부장(특성본부 지부장 포함)으로 구성한다.

기능-① 각 지부별 의견수렴과 조합의 원활한 사업집행, ② 긴급을 요구하는 사항에 대한 대처방안 논의 및 결정을 수행한다.

* 중앙집행위원회

구성-위원장, 수석부위원장, 부위원장, 사무처(차)장, 각 지역본부장, 각종 상설위원회 및 특별위원회 위원장, 각 실장(규약 제31조) 등으로 구성된다.

기능-① 대의원회 또는 중앙위원회 수입사항 집행, ② 중앙위원회 상정할 안건 작성, ③ 대의원회 및 중앙위원회 준비, ④ 당면 노동문제에 관한 심의 및 대책수립, ⑤ 지역본부 및 지부 업무지시와 지도, ⑥ 조합고문 및 지도위원 추천에 관한 사항, ⑦ 각 지역본부 및 지부의 운영상황의 조사지시에 관한 사항, ⑧ 각 지부 신설과 분할 및 병합에 대한 심의결정에 관한 사항, ⑨ 각종 규정제정에 관한 상정안 심의 및 지부규칙 승인, ⑩ 지역본부 차원의 노동쟁의 조정신청 상정안 사전 심의, ⑪ 조직분규가 발생한 지역본부와 지부의 조직정비 및 직무대리 위촉, ⑫ 28조 13호를 제외한 각 지역본부 및 지부의 노동쟁의, ⑬ 위원장이 소집하는 각 지역본부 및 지부의 총회, 대의원회, ⑭ 단체교섭 위임에 관한 사전심의, ⑮ 지부장을 제외한 지부임원의 징계와 조합원 징계의 재심 및 표창 등을 한다. 이외에도 전문위원 및 자문위원 위촉 승인, 기타 조합업무집행 등을 한다(규약 제 32조).

* 상설위원회: 직종위원회(규약 제33, 34조), 미조직노동자위원회(규약 제35, 36조) 등이 있다.

* 특별위원회: 정치위원회, 통일위원회, 지방공사의료원 구조조정대책위원회, 중소병원대

책위원회, 의료개혁위원회, 주5일제연구위원회 등이 있다.

4) 조합비

규약상 조합비는 통상임금의 1% 이상으로 하고 있으나 조합비 수준은 지부결의로 통상임금 1% 이상으로 정하게 되어 있다. 단 임금을 받지 않는 조합원은 별도의 규정에 의한다(본조 규약 제14조).

조합비 수납의 주체와 관련하여 규약상 “모든 조합원은 본조에 조합비를 납부할 의무가 있다”고 규정하고 있으나 실질적인 조합비 수납의 주체는 지부이다(규약에는 납부의무만 있고 수납주체가 불분명하다). 또 본조-지역본부-지부의 조합비 분배비율은 대의원회 결의에 의거한다.

또한 보다 구체적인 조합비의 운영을 살펴보면 조합비 배분의 경우 본조와 지역본부: 지부가 50: 50 이다. 또 본조와 지역본부는 39: 11로 다시 나뉜다. 2004년 1인당 평균 본조의무금은 약 6,500원(통상 0.5%)이었고 같은 시기 조합비 납부 조합원수는 33,000여명으로 전체 조합원의 88% 납부율을 보이고 있다.

5) 단체교섭과 쟁의

조합 내 모든 단체교섭의 대표자는 위원장이며 위원장은 필요시 교섭권을 위임할 수 있다(규약 52조). 또 지역본부 차원의 단체협약 잠정합의안은 지역본부 대의원회의 인증을 얻은 다음 위원장의 승인으로 체결한다(지역본부운영규정 제34조). 그리고 지부의 쟁의행위는 결의회부에 대한 위원장의 승인을 거친 후 지부 조합원의 투표에 의해 재적 조합원의 과반수 찬성으로 결의한다(규약 56조).

보건의료 지역 및 지부의 단체교섭과 쟁의행위는 위원장의 승인을 얻는 절차가 있지만 다른 한편 교섭권 위임이 가능하기 때문에 현실적으로는 지부의 독자적인 쟁의행위가 가능하다. 2003년까지는 단체교섭권을 각 지부에 위임하여 대각선 교섭이 이루어지게 하였다면 2004년 이후부터는 5대 핵심요구 사항은 본조에서 직접 산별중앙교섭하고 지부 현안문제는 지부에 위임하는 형태로 운영하고 있다.

라. 보건의료노조 간부 의식성향

<표 III-3>은 2003년 8월부터 10월에 걸쳐 보건의료노조, 금속노조, 금융노조 전임간부들을 대상으로 한 전수조사이다.

조사결과에 따르면 보건의료노조는 여성간부의 비중이 54.9%로 금속 11.1%, 금융 20%에 비해 훨씬 높다. 일반 조합원의 성별 구성이 간부들의 성별구성에도 반영된 것이다. 연령별 구성을 보면 35세 미만이 약 40%에 해당하며 40세 이상의 간부도 26.4%이다. 또 미혼비율과 본조 및 지부 근무 비율이 다른 노조에 비해 높고 학력은 전문대졸(48.9%)이 가장 많으며 선출직간부의 비중이 높다. 87년 쟁의경험과 해고 구속경험이 있는 간부가 20~30% 수준이다. 그리고 10년 이상의 활동경력을 가진 간부가 다른 노조에 비해서 많고 정당가입률도 높은 편이다.

<표 III-3> 보건, 금속, 금융노조 간부들의 일반적 특성

		전체평균	보건	금속	금융
사례수		372(100.0)	92(24.7)	174(46.8)	106(28.5)
여성비율		24.5	54.9	11.1	20.0
연령	30세미만	4.1	6.6	4.1	1.9
	30-35세	31.3	35.2	35.1	21.7
	35-40세	38.9	31.9	37.4	47.2
	40세이상	25.8	26.4	23.4	29.2
미혼비율		22.8	34.1	22.2	14.2
학력	고졸이하	46.6	14.4	77.4	24.8
	전문대졸	21.8	48.9	14.9	9.5
	대졸이상	31.7	36.7	7.7	65.7
근무단위	본조	12.8	13.2	7.1	21.7
	지역	13.4	26.4	14.7	-
	기업	73.8	60.4	78.2	78.3
간부경력	3년미만	38.4	30.0	27.8	62.3
	3-5년미만	20.3	20.0	24.9	13.2
	5-10년미만	27.4	30.0	30.8	19.8
	10년이상	14.0	20.0	16.6	4.7
현직상근기간	1년미만	28.5	28.1	35.3	17.9
	1-3년미만	51.5	33.7	51.2	67.0
	3-5년미만	10.7	19.1	9.4	5.7
	5년이상	9.3	19.1	4.1	9.4
87년쟁의경험		33.6	29.3	40.2	26.4
해고·구속경험		18.5	20.7	23.0	9.4
노동운동단체가입		23.8	21.0	26.0	23.0
정치정당가입		48.4	60.9	57.5	22.6
현직이전의 지위	지부임원	23.8	31.8	20.4	21.6
	연맹간부	4.6	2.3	7.0	2.9
	지부간부	18.7	19.3	18.5	18.6
	대의원	17.9	10.2	25.5	12.7
	평조합원	30.5	25.0	26.8	41.2
	외부채용	4.6	11.4	1.9	2.9

* 자료: 조효래, 2004c: 196

다음으로 이념과 가치지향을 살펴보면(<표 III-4> 참고), 보건의료노조 간부들은 노조의 목표에 관해 정치세력화(44.9), 법·제도개선(40.4%) 등의 우선순위를 둔다. 금속노조에 비해 법·제도 개선과 정치세력화의 차이가 크지 않다.

<표 III-4> 노조별 간부들의 가치지향 및 정체성 인식

		보건의료노조	금속노조	금융노조	전체
노조목표	노동조건개선	9.0	10.5	33.3	16.7
	산업민주주의	5.6	2.9	14.2	6.8
	법·제도개선	40.4	31.0	31.1	33.3
	정치세력화	44.9	55.6	21.7	43.2
정치이념	자본주의발전	1.2	3.8	14.4	6.3
	사회민주주의	18.6	18.9	23.1	20.1
	민주적사회주의	67.4	56.6	56.7	59.3
	완전한사회주의	12.8	20.8	5.8	14.3
사회적합의	노사정위참여	20.7	12.1	32.7	20.1
	새기구참여	27.6	22.4	12.9	21.0
	사안별교섭	49.4	57.6	52.5	54.1
	노사정위불참	2.3	7.9	2.0	2.0
간부활동	개인적회생	25.6	31.6	42.2	33.2
	전문적직업	8.1	5.8	28.4	12.8
	사회변혁운동	66.3	62.6	29.4	54.0
본조간부유형	실무형·전문가형	68.3	52.4	35.0	51.1
	투쟁형	7.3	22.6	11.0	15.7
	조직가형	22.0	16.7	37.0	23.7
	무사안일형	2.4	8.3	17.0	9.4
기업지부 간부유형	실무형·전문가형	25.0	21.1	56.3	32.3
	투쟁형	20.2	42.8	12.6	12.6
	조직가형	40.5	25.3	24.3	24.3
	무사안일형	14.3	10.8	6.8	6.8
지도자자질	전문적협상능력	1.1	1.7	6.8	3.0
	의견수렴/민주성	44.9	40.5	53.4	45.2
	계급의식/투쟁성	33.7	45.1	19.4	35.1
	조정/조직장악력	20.2	12.7	20.4	16.7

* 자료: 조효래, 2004c: 202.

또 정치이념으로 사회민주주의 혹은 민주적 사회주의를 지향하는 비중이 압도적(86.0%)이며 사회적 합의에 대해서도 상대적으로 지지비중이 높고(48.3) 사안별 교섭의 필요성도 강하게 제기한다(49.4). 또 본조간부들은 기업지부간부보다 실무형의 성향이 높고 지도자의 자질로서는 의견수렴과 민주성을 가장 우선적인 것으로 꼽고 있으며 전문적 협상능력에 대한 관심을 보이지 않는다는 점이 특징이다. 이것을 금속 및 금융과 비교해보면 보건의료노조의 간부성향은 상대적으로 전투적이고 계급지향적인 금속노조와 실리적인 금융노조의 중간정도에 위치하고 있음을 알 수 있다. 민주노총 계열 노조 중 보건의료노조가 상대적으로 온건한 성격을 띠는 노조로 분류되는 이유는 여기에 있다.

3. 노사관계 및 산별교섭의 역사 및 현황

가. 1997년 이전까지의 노사관계

1987년 이전 병원노조는 연대 세브란스 병원 등 4개만 존재하였다. 1987년 이후 병원에 민주노조가 속속 결성되어 87년 7월부터 8월까지 211개 병원노조가 창립하였다. 1987년 12월 12일 70개 병원노조를 중심으로 전국병원노동조합협의회(병노협)가 창립되고 1988년 12월 13일 93개 노조가 참여한 병원노련이 결성되었다.

당시의 노사관계는 갈등적이기는 했으나 잠재적이었으며 노사분규는 소강상태였다. 1988년(46건)과 1989년(25건)을 제외한다면 1990년부터 1997년까지 8년간 평균 노사분규 횟수는 2.6회에 불과하다(이주희, 2004: 14). 또한 병원노련이 합법적 지위를 획득한 것이 1993년이었고 사용자단체가 구성되어 있지 않아 주요 교섭 단위는 개별기업이었다. 그러나 병원노조협의회가 결성된 1988년부터 이미 활동가들 사이에는 산별적 노사관계가 필요하다는 공감대가 형성되어 있었기 때문에 교섭권 위임을 통한 대각선 교섭을 진행하는 한편 산별노조 결성을 위한 추진안 준비가 동시적으로 이루어졌다.

1994년~1997년까지의 시기에는 전국병원노련과 여기에 속한 기업별 노조가 기업별 사용자를 상대로 교섭권 위임을 통한 공동교섭, 공동투쟁을 전개했다. 94년에는 45개 노조, 95년에는 62개 노조, 97년에는 79개 노조가 교섭권을 위임했고 집단교섭+대각선교섭의 2단계 교섭방식을 채택했다. 그러나 실질적인 집단교섭은 이루어지지 않았으며 지역별로 교섭 초기에 상견례를 같이 하는 수준이었다.

다음으로 산별노조 결성활동을 보면, 1994년 하반기에 병원노련 산하에 산별 연구 소위원회를 구성하고 1995년 10월 정책세미나를 통해 단계적 건설론과 동시건설론을 함께 제기하였다. 1997년 3월 13일 병원노련 9차 정기대의원대회에서 98년 2월 의료산별노조 건설 방침을 확정하고 동시건설론을 채택하였다. 또 의료산별노조 건설추진위원회가 발족되었다. 1997년 4월 17일에는 의료산별노조 건설기획단이 구성되고 1997년 9월 11일 의료산별노조 건설을 위한 공청회를 개최하였으며 1997년 10월 15일 연맹 임시대의원대회를 개최하고 여기서 의료산별노조 준비위원회가 발족되었다. 준비위는 법규, 규약/조직/정책/교육/선전/총무재정 등의 6개분과로 구성되었다. 동시에 병원노련 지도부는 80여개 노조를 대상으로 전국 순회 간담회를 조직하였다.

나. 1998년 ~ 2003년까지의 노사관계

이 시기의 노사관계는 갈등적이었으며 분규횟수도 늘어났다. 평균 분규횟수는 9.7회이고 기간은 31.9일로 1997년 이전까지 평균 12.9일이었던 것과 비교하면 2배 이상 증가를 확인할 수 있다. 보건의료노조가 창립되고 조직력이 강화된 한편 노사관계가 안정적으로 제도화되지 않으면서 나타나는 효과라고 할 수 있다(이주희, 2004: 14). 또 산별중앙교섭과 대각선교섭이 시도되었으나 실질적인 교섭이 이루어지지 않는 않았다.

산별 1기로 불리는 이 시기(1998년 ~ 1999년)의 산별노조 건설 과정을 살펴보면, 1998년 1월 12일 병원연맹 임시대의원대회를 개최하여 규약, 사업계획, 발전전략 등 의료산별노조 건설계획안을 확정하였다. 그리고 1월 16일부터 단위노조별로 조직변경을 일제히 시작하였다. 그리고 2월 27일 전국보건의료산업노동조합 창립대회를 개최하였으며 초대 위원장은 이상춘 위원장이다. 1998년 3월 신고필증을 교부받고 99년 말 보건의료노조 사상 첫 직선제로 2대 지도부를 선출하였다. 당시 위원장이 차수련 위원장이다.

2000년에 접어들면서 보건의료노조가 병원협회를 대상으로 교섭을 요청하여 첫 공식만남을 가졌다. 그러나 6차례에 걸친 보건의료노조의 교섭요청에 대해 병원협회는 사용자단체가 아니라고 교섭을 거부하였다. 이에 보건의료노조가 중노위에 조정신청을 냈으나, 중노위는 병원협회 정관상 사용자단체로 볼 수 있는 명시적인 조항이 없고 교섭권도 병원협회가 위임받은 사실이 없다는 이유로 조정신청을 기각했다. 그 직후 보건의료노조는 산별노조 5대요구안을 관철하기 위하여 81개 지부 28,000여명이 노동쟁의조정신청을 하였고, 이중 40개 지부 19,000여명이 파업에 참여하여, 최초의 산별노조차원의 전국 동시파업을 전개하였다.

2001년 보건의료노조는 병원협회와 비공식적으로 대화를 추진하면서 민주노총과 더불어 산별교섭을 법제화하고 사용자단체 구성을 요구하는 등 대정부 법제도 개정투쟁도 함께 전개하였다. 또 병원협회와는 비공식면담, 실무협의 등 다각적인 대화를 시도하였다.

2002년 병원 노사는 병원별 단체 협약에서 산별 집단교섭에 참여한다는 협약을 체결(65개 병원)하였다. 보건의료노조는 병원 측의 동의를 얻기 위해 각 지부(총회 또는 대의원대회)에서 조정신청을 결의하고 위원장 명의(규약 제55조에 의거)로 5월 7일 조정 신청을 제출하였다. 당시 조정신청에 참여한 병원은 89개 지부 100개 병원(총32,000명)이며 이 중 41개 지부가 파업에 돌입하여 대학병원을 포함한 50여개 병원이 산별교섭 참여에 합의하였

다. 조정 후 노사합의가 이루어지지 않은 사업장은 직권중재에 회부되어 중재결정이 있었으나 일부 지부는 파업에 돌입하여 6개 병원 파업이 장기화되었다. 한라병원 300일, 가톨릭중앙의료원 217일, 경희의료원 119일 파업이 그것이다. 또 10월 23일에는 가톨릭노조 로마원정대를 파견하였다. 결국 지부교섭을 통한 개별노사 간 산별교섭 추진에 대한 합의를 이루었는데 당시 합의수준은 산별교섭에 참여한다는 매우 원칙적인 것이었다.

윤영규 위원장의 산별 3기(2003~2005)의 시작인 2003년은 2004년 첫 산별협약의 디딤돌이 형성된 시기이다. 보건의료노조는 집단 노사간담회를 개최하고, 특성별 상반기(5월), 하반기(10월) 노사간담회를 추진하면서 다시한번 병원 측에 산별교섭을 요구하였다. 200일이 넘는 파업이 지속된 2002년과는 대조적으로, 2003년에는 정부의 직권중재 일방회부 불가 방침으로 성실교섭과 자율교섭의 분위기가 형성됨에 따라 26개 지방공사의료원 사업장과 주요 대학병원에서 교섭이 파업 직전 원만히 타결되었고 그에 따라 산별교섭을 위한 준비도 상당한 진전을 이루었다. 또 6월 10일 총 45개 병원(지방공사의료원 26개, 민간중소병원 14개, 사립대병원 4개, 공공병원 1개)이 노사공동성명서에 합의하며 산별교섭을 위한 구체적인 일정과 계획을 정하고 2004년 산별교섭의 토대를 마련하였다. 그 주요 내용은 첫째, 2003년 10월부터 2004년 산별교섭 진행을 위해 노사 대표는 산별교섭추진 방식 등에 대해 본격적인 논의를 시작한다. 둘째, 상기의 논의를 위해 보건의료노조에 가입된 병원들은 2003년 9월까지 병원 측 대표 구성을 한다는 것이었다.

또 2003년 10월 23일 산별교섭을 위한 노사대표회의 결과 91개 병원의 합의서가 발표된다. 그 내용을 살펴보면 첫째, 6월 10일 노사공동성명서 내용을 재확인하고, 노사대표는 이후 2004년 산별교섭 준비를 위해 교섭방식과 안건을 구체적으로 논의해 나간다. 둘째, 이를 위해 11월말~12월초 (가칭)병원산업발전과 산별교섭 진전을 위한 노사대토론회를 개최한다는 것이 주 내용이다. 뒤이어 2003년 11월 8일 사립대병원 노사대표 간담회가 개최되었으며 12월 2일에는 예정된 노사대토론회가 진행되었다.

다. 2004년 노사관계

2004년은 산별교섭의 실질적인 원년으로 임시 사용자단체가 최초로 구성되고 산별교섭 추진과정 중 파업/교섭/조정 단계 모두 거쳐 산별합의가 이루어졌다. 산별교섭으로의 전환의 사회적 비용이 상당히 높았다는 것은 분규회수 66건에서도 드러난다.

노사양측은 2003년 합의에 따라, 노사간담회, 노사정대토론회 등을 진행하였으며 3월 이

후 산별교섭을 진행(3.17 1차~6.5 12차)하였고, 노조는 6월 10일까지 합의 안될 경우 '전면 파업 방침'을 예고하였다. 그에 따라 사용자 측의 산별교섭 참여여부를 둘러싼 논란이 지속되었다. 상당수의 병원이 단체협약에 합의하고도 산별교섭에 불참(교섭권 불인정)하였는데, 국립대 사용자측은 교섭에 불참하다가 6월 5일 12차 교섭부터 참여하였다. 그러나 교섭의 틀(산별단일교섭체제인지, 특성별교섭인지 등이 쟁점), 교섭원칙, 대표단 구성 문제, 교섭절차와 장소 등의 문제로 각측이 벌어졌고 사실상 공전에 가까운 논란이 거듭되었다. 이에 따라 노조의 파업 예고일에 임박한 상황까지 내실 있는 교섭이 이루어지지 못하여 6월 10일 보건의료노조가 14일간의 파업에 돌입, 6월 23일에 잠정 합의를 이루어 내었다. 이후 지부별 파업은 계속되었지만 결국 8월 17일에 산별 협약 조인식을 가졌다.

4. 산별중앙교섭에 대한 당사자들의 입장

가. 사용자측

사용자측은 보건의료노조에서 요구하는 중앙교섭 형태에 대해 매우 회의적이다. 산별교섭에 관한 구체적인 절차나 내용을 갖지 못하였으며 아직 사용자 단체조차 구성되어 있지 않고 교섭구조 전환 비용이 높다는 점이 주요한 이유이다. 2004년 산별교섭을 거치면서 교섭구조와 형태, 원칙에 대해 보건의료노조와 갈등을 빚은 것도 이와 같은 점에 기인한다. 사용자측의 핵심적인 입장을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 이중교섭(보충교섭) 때문에 교섭부담이 존재하고 교섭비용의 감소효과가 없다.

둘째, 노조의 요구안이 지나치게 과도하다. 사용자가 해결 불가능한 사안을 담고 있으며 대정부 요구안으로서의 성격이 강한 사안까지 담겨져 있다. 특히 의료공공성 강화 등의 문제는 산별교섭이 아닌 정책협의회 등 별도의 대화채널을 통해서 해결이 가능하다는 입장이다. 2004년 노사정 특별위원회 구성에 관하여 노사가 합의를 하였음에도 2005년에는 산별교섭에서 다룰 의제가 아니라고 주장한 것도 이 때문이다.

셋째, 병원산업의 특수성 때문에 산별교섭보다는 특성별 교섭이 필요하다.

넷째, 교섭에 참여하는 병원의 수가 적기 때문에 교섭에 참여하지 않는 병원과 비교하여 경쟁력 저하가 우려된다.

다섯째, 전체 산업의 대부분이 기업별 교섭을 하고 있고 기업별 교섭에 익숙한 장점이 있다. 또 서울대병원을 비롯한 대기업 노조가 산별교섭에 참여하고 있지 않아 교섭의 효과

가 떨어진다.

나. 노조측

노조측은 중앙수준에서의 산별교섭과 기업 수준에서의 지부교섭이라는 중층적 교섭구조가 필요하다는 입장이다.

우선 중앙수준에서의 산별교섭이 필요한 이유는 첫째, 단기적 이해를 넘어선 고용안정, 사회복지 등 장기적 이해에 대한 접근이 가능하고 의료의 공공성 강화와 병원발전을 위한 공동과제를 수행하여 노·사 공존공생이 가능하다. 둘째, 장기적으로 교섭비용이 줄어들 수 있다. 셋째, 병원 내부 격차를 줄일 수 있다. 넷째, 특성별 교섭은 기업별 교섭의 확장 형태에 불과하다는 점에서 받아들이기 어렵다는 것 등이다. 동시에 기업별 교섭에서 산별 교섭으로의 전환이라는 점에서 기업별 교섭의 틀을 일거에 넘어설 수 없으며, 기업별로 상이한 조건에 걸맞는 보충교섭이 필요하다는 것 때문에 중층적 틀을 강조한다.

결국 사용자측과 노조측의 산별교섭에 대한 상이한 태도에도 불구하고 2004년 최초의 산별협약이 이루어졌고 사용자단체 구성과 관련해서는, 특성별 교섭대표->전체교섭대표로의 발전이라는 사용자측의 단계적 접근 대신 노조측의 전체교섭대표 구성이 합의되었다. 그러나 합의사항이 이행되지 않음으로써 사용자단체 구성이 실현되지 않았고 이중교섭 비용 문제는 여전히 쟁점으로 남아 있어 이 문제의 해결정도에 따라 산별교섭으로의 전환이 좌우될 것이다.

IV. 2005년 보건의료산업 산별교섭 전개과정

1. 2005년 산별교섭의 의의

보건의료노조가 합법적으로 결성된 것이 1998년이며 사용자단체는 아직 구성조차 되어 있지 않은 현실에서 2004년 첫 산별협약이 이루어진 것은 상당히 빠른 결실이라고 할 수 있다. 2005년 산별협상에 대한 낙관적 기대가 컸던 것도 이 때문이다.

그러나 2005년에는 사용자단체구성문제로 교섭이 재차 결렬되고 7월 7일 직권중재 결정 이후 본격적인 교섭이 시작되었다. 결국 7월 22일 노·사 양측이 접점을 찾지 못하고 중노위가 강제 중재에 들어감으로써 노·사 합의에 기초한 산별협약이 이루어지지 않았다. 이 과정은 노사 당사자 모두가 자율적인 교섭능력이 취약하다는 사실을 드러내는 것인 한편 산별교섭의 사회적 비용 문제를 제기하였다. 그럼에도 불구하고 이것을 산별교섭의 후퇴라고만 보기는 어렵다. 2004년 산별교섭이 너무 빠르게 진행되어 기업별 교섭의 벽을 일거에 뚫어버림으로써 반드시 검토되어야 할 문제들이 오히려 가려졌다면 2005년부터는 산별교섭의 틀 및 구조, 방식과 일정 등에 관련된 사항들이 전면으로 드러났다고 보는 것이 타당하다. 산별전환을 위해서는 반드시 거쳐야 하는 과정이 시작된 것이다.

그런 점에서 2년차에 걸친 보건의료 노·사의 산별교섭은 몇 가지 점에서 중요한 의미를 갖는다. 첫째, 기업을 넘어선 노동시장 유연화에 따른 비정규직의 증가 등, 노동시장의 급속한 변화에 걸맞는 새로운 노사관계 틀의 모색을 촉진한다는 의미가 있다.

2005년 한국 노사관계의 특징은 한편으로 기업별 수준의 노사관계의 안정화와 지역·업종·산업 수준에서의 불안정성의 증폭에 있다. 후자의 대표적인 사례가 비정규직을 중심으로 한 격렬하지만 일회적이며 돌출적인 투쟁의 확산이나 산별적 노사관계로의 전환을 둘러싼 분규 등이다. 이와 같은 불안정성은 이중노동시장 및 수탈적 하도급 구조의 확산(조성재, 2005), 노동시장 유연화에도 불구하고 노사관계의 틀은 여전히 대기업·정규직 중심의 기업별 체계라는 점 등에 기인한다. 보건의료 산업의 경우도 비정규직이 20%대를 넘어서고 있는 반면 현재의 기업별 노조체계로는 개인의원 및 비정규직을 포괄할 수 있는 방법

이 없다. 따라서 노동시장구조의 변화에 걸맞는 노사관계 체계의 전환이 요구될 수밖에 없으며 이며 산별교섭은 그와 같은 요구에 부응하는 시도 중의 하나이다. 따라서 장기적으로 전환과정에서의 비용이 점차 줄어든다면 노사관계 안정화에 기여할 것이다.

둘째, 의료전달체계의 공공성 및 형평성과 관련된 사회적 의제를 집중적으로 다룰 수 있는 구조를 확보함으로써 노·사 양측 모두가 단기적 이해를 넘어선 사회적 주체로서 스스로를 재정립할 수 있는 기회를 가질 수 있다. 의료서비스가 기본적으로 공공재적 성격을 갖는다는 점에서 공공적 사회적 의제를 다룰 수 있는 틀과 구조의 확보는 매우 중요하다. 산별교섭은 기업별 노사관계가 다룰 수 없는 사회적 의제를 제기할 수 있는 영역이기 때문에 이와 같은 틀과 구조의 확보에 기여할 수 있다. 또 경쟁력과 효율성 뿐만 아니라 공공성과 형평성의 차원에서 노사가 의료전달체계의 문제를 다룸으로써 노사양측 모두 집단 이해에 빠지는 것을 방지할 수 있다. 물론 사용자측이 의료공공성 문제를 산별교섭에서 다루는 것에 부정적이라는 사실은 앞에서 이미 지적하였다. 그러나 의료공공성 그 자체에 대한 반대이기 보다는 접근방식의 차이나 문제해결의 틀구성의 차이가 크기 때문에 문제제기의 효과는 여전하다고 할 것이다.

셋째, 정규직 이기주의 문제를 해결하고 비정규직의 확산에 대한 공동의 대응을 함으로써 사회통합에 기여할 수 있는 길이 열린다. 2005년 연이어 터진 노조비리는 기업별 노사관계에 기초한 노사담합구조 때문에도 가능했다. 산별적 노사관계는 노사담합의 가능성을 현저하게 줄이는 한편 기업별 노조체계로는 포괄할 수 없는 비정규직 문제 등을 해결할 하나의 대안이다. 왜냐하면 산별적 노사관계로의 전환은 기업간, 정규-비정규직 간의 격차 완화 없이는 어렵기 때문이다.

넷째, 투쟁뿐만 아니라 대화와 조정을 강조함으로써 새로운 노사관계의 관행과 문화를 형성할 수 있다. 민주화 이후 정부에 의한 일방적 강제가 쇠퇴하고 이해집단이 조직되면서 이해갈등조절을 위한 사회적 기제가 요구된다. 그것은 사회적 대화와 지역적 혹은 산별적 교섭 등의 형태로 이루어질 수 있다. 또한 이와 같은 교섭과 대화가 진행되는 것 자체가 신뢰와 존중의 문화를 정착시키는 계기가 될 수 있다.

2. 2005년 산별교섭 구조 및 과정

가. 단체교섭의 구조 및 참여주체

2005년에 노사 산별교섭은 ‘본조(중앙)-지부’라는 중층적 교섭구조를 보였다. 중층적인 교섭구조는 예외적인 것이 아니다. 프랑스는 전국교섭, 산별교섭 및 부문별 교섭, 기업교섭의 틀을 갖고 있으며 이태리는 산별-기업별(혹은 지역별) 교섭 및 공식적 노·사·정 사회적 합의 등의 틀을 갖추고 있다. 따라서 산별교섭에 기초하여 지부별 보충 교섭이 진행되는 것은 일반적 현상이다.

문제는 지부별 ‘쟁의’에 있다. 서유럽 노조들은 대체로 초기부터 산별적 질서로부터 시작하였기 때문에 지부가 없는 경우도 있고, 있다 하더라도 지부쟁의가 금지되는 경우가 대부분이다. 또 단체교섭이 사실상 기업 외부에서 주로 전개된다. 그러나 기업별 질서에서 산별적 질서로 이행하는 초기이며 산별교섭 틀이 제대로 마련되어 있지 않은 한국의 경우 기업별 노조가 산별지부와 법·제도적 그리고 관행적으로 거의 동일한 역할을 하고 있다. 지부별 교섭 및 쟁의가 이루어지는 한편 산별교섭과 쟁의가 유사한 의제를 가지고 동시에 진행된다. 보건의료노조의 경우도 규약에 의거하여 위원장이 지부에 교섭 및 쟁의권을 위임하게 되어 있다. 따라서 사용자측은 끊임없이 ‘이중교섭(이중파업)’에 따른 추가부담을 우려하며 이것은 산별교섭의 이점을 약화시킨다는 점에서 커다란 문제가 아닐 수 없다.

또 노조 측도 동시교섭 혹은 이중교섭(및 쟁의)에 따른 부담이 전혀 없는 것이 아니다. 작년 서울대 지부 파업 및 뒤이은 탈퇴가 그 예이다. 또 산별과 동시에 이루어진 2005년 지부별 조정신청의 경우, 지부의 상당수가 조건부 직권중재 결정을 받았기 때문에 산별과업에 참여한 지부들의 경우 외형상 합법적 파업이 가능하기는 했다. 그러나 그 과정에서 일부 지부들의 교섭이 타결됨으로써 더 이상 산별과업에 참여하는 형태의 지부별 파업이 어렵게 되고 사실상 산별과업의 동력이 약화되었다. 본조-지부 동시 쟁의가 반드시 상승효과만을 낳는 것은 아닌 것이다. 또한 정규직 이기주의 문제가 여전히 남는다. 그러므로 중층적 교섭구조가 어떤 형태로 제도화될 것인가는 향후 중요한 쟁점이 될 것으로 보인다.

다음으로 산별교섭의 참여주체에 있어 노조측과 달리 사용자측은 2005년 4월 12일 상견례 및 1차 산별 본교섭이 시작될 때까지 7개 특성별 대표단과 전체대표단을 모두 구성하지 못하였다. 이후 국립대 병원은 서울대병원 지부의 탈퇴와 대표단구성 지연을 이유로 9차 산별교섭 까지 불참하고, 사립대 병원은 노무사 위임을 통한 대표구성 입장을 견지하였

다. 대표성을 가진 사용자측 주체가 존재하지 않는다는 것은 2004년에 이어 2005년에도 보건의료 산별교섭의 최대 장애요인으로 작용했다. 결국 2005년 산별교섭을 위한 사용자대표 구성과 본격적인 교섭은 7월 6일 중앙노동위원회의 노무사를 제외한 병원대표단 구성이라는 권고안을 사용자측이 받아들임으로써 이루어졌다.

당시 중노위는 교섭틀의 구축이 급선무라고 판단하여 2004년 산별합의에 따라 책임있는 의료원장이 참여하는 교섭단을 구성할 것을 사용자측에 촉구하였다(<표 IV-1> 참고). 따라서 사용자측의 대표단 구성이 노·사외부적 요인의 힘에 의존하였다고 할 것이다. 또 이와 같은 외부 의존이 향후 사용자단체 구성과 관련해서 긍정적으로만 작용하지는 않을 것이다.

<표 IV-1> 2005년 7월 6일 중노위 권고사항

쟁점	사용자 측	중앙노동위원회 권고내용
사용자 단체구성	노무사위임은 하자가 없으며 특성별 병원대표단이 최선	2004년 산별합의에 따라 책임있는 의료원장이 참여하는 교섭단을 구성, 조속히 교섭을 진행하라. 올해가 사용자단체 구성이 진일보할 수 있는 계기가 되기를 희망한다.
노무사위임	제3자(노무사)위임은 법적으로 하자 없음	조정회의에 참가한 사람을 기준으로 교섭단을 구성하라 ²⁴⁾
산별합의 유효기간	산별협약유효기간 2년	2004년 산별합의서 내용을 면밀히 검토한 결과 총칙과 부칙 등에서 “1년동안 사용자단체구성을 위해 노력한다” “2005년 주5일제협 의한다”는 등의 합의내용이 2005년 교섭을 전제로 하고 있으므로 유효기간 문제에 대해 더 이상 다툼이 없어야 한다.
교섭대상	2005년에는 임금만이 교섭대상	노조 5대산별협약요구에 대해 안을 내서 협상하라

또 교섭 전부터 산별 중앙교섭단을 구성한 노조측의 경우도 대표성이 부분적으로 흔들렸다. 2005년 산별교섭에 참여한 병원은 산별교섭 대상병원 137개 중 85개(2005년 6월 현재)로 작년 104개에 비해 오히려 줄어들었다(<표 IV-2> 참고). 특히 상대적으로 영향력이 큰 국립대병원의 연이은 탈퇴로 9개 국립대 병원 중 서울대, 충북대, 강원대, 제주대를 제외한 5개병원(경북대, 경상대, 전남대, 전북대, 충남대)만이 교섭에 참여함으로써 작년 산별 전환과정의 후유증을 드러냈다. 물론 노조측에서는 국립대 병원의 연쇄탈퇴가 끼친 영향이 크지 않다고 주장하나 노조의 조직내분이 사용자측으로 하여금 산별교섭의 효과를 의심하게 하고 교섭을 주저하게 한 것은 분명하다.

마지막으로 7월 6일 이후 보건의료노조와 사측 특성별대표단은 다양한 방식의 협의틀을

24) 조정회의에 참가한 병원사용자측: 이화의료원, 한양대의료원, 충남대병원, 소화아동병원, 적십자사, 보훈병원, 수원의료원, 원자력의학원 등 7개 특성별 병원대표

만들었는데 대표자간담회, 축조교섭단, 본교섭단 등이 그것이다. 예를 들어 노사양측은 교섭의 촉진을 위해 15차 본교섭 중 대표자간담회를 개최하고²⁵⁾ 실무교섭위원을 선정하였다²⁶⁾. 또한 본교섭을 보다 원활히 진행하기 위한 축조교섭단을 구성하고²⁷⁾ 9차에 걸친 축조교섭을 진행하기도 했다. 이와 같은 경험은 2005년 교섭결렬에도 불구하고 향후 산별교섭을 원활히 진행하는데 도움이 될 것으로 보인다.

<표 IV-2> 2005년 산별교섭 참여병원 현황

특성	병원수	2004산별 협약수용	2005산별 교섭참석	참여병원 및 특이사항
국립대 병원	9	9	5	경북대, 경상대, 전북대, 전남대, 충남대(서울대, 충북대, 강원대, 제주대 불참)
사립대 병원	31	24	15	강남성모병원, 여의도성모병원, 의정부성모병원, 성빈센트병원 (이상 가톨릭중앙의료원 소속), 경희의료원, 고대의료원, 중앙대병원, 한양대의료원, 이화여대의료원, 아주대의료원, 영남대의료원, 단국대의료원, 동아대의료원, 원광대의료원, 조선대병원
지방 공사 의료원	28	28	28	강릉의료원, 삼척의료원, 속초의료원, 영월의료원, 원주의료원, 인천의료원, 수원의료원, 안성의료원, 이천의료원, 의정부의료원, 포천의료원, 금촌의료원, 청주의료원, 충주의료원, 공주의료원, 서산의료원, 홍성의료원, 천안의료원, 남원의료원, 군산의료원, 목포의료원, 강진의료원, 순천의료원, 진주의료원, 마산의료원, 김천의료원, 부산의료원, 제주의료원
특수목적 공공병원	2	2	2	한국보훈병원, 원자력의학원
적십자사	19	19	19	적십자본부, 동부혈액원, 서부혈액원, 남부혈액원, 중앙혈액원, 서울적십자병원, 경기적십자혈액원, 상주적십자병원, 대구적십자병원, 대구경북적십자혈액원, 경남적십자혈액원, 울산적십자혈액원, 통영적십자병원, 인천적십자병원, 인천적십자혈액원, 전북적십자혈액원, 충북적십자혈액원, 혈장분획센터
민간 중소 병원	36	22	16	소화아동병원, 인천사랑병원, 울산강동병원, 광주기독병원(이상 민간중소대표단), 부평세림, 신천연합, 춘해병원, 광명성애, 울산병원, 성남중앙병원, 진주한일병원, 예수병원, 일신기독병원, 인천기독병원, 광주기독, 침례병원, 원진녹색병원
기타	2	0	0	대한가족보건복지협회, 서울아산병원
총계	127	104	85	2005년 산별교섭대상 127개병원 중 85개 참여

25) 당시 사용자대표-윤건일 이화여대의료원장, 이성식 소화아동병원원장, 박찬병 수원의료원장, 노조대표-윤영규위원장, 조은숙부위원장, 이용길부위원장

26) 당시 사용자대표-신기수 이화여대의료원총무팀장, 임명재 전남대병원총무과장, 이성식 소화아동병원장, 박찬병수원의료원장, 노조대표-조은숙부위원장, 이용길부위원장, 이주호정책실장, 박노병부평세림병원지부장

27) 사측 축조교섭단: 사립대병원-박명수가톨릭대중앙의료원 인사팀장, 국립대병원-임명재 전남대병원 총무과장, 민간중소병원-이성식 소화아동병원 원장, 지방공사의료원-박찬병 수원지방의료원 원장, 적십자사-김상진 조직혁신팀장, 보훈병원-신정우 노사협력부장, 원자력의학원-박태일행정관리부장. 노측 축조교섭단: 조은숙 부위원장, 이용일 부위원장, 이주호 정책실장, 이봉녕 전북대지부장, 박춘근 대학적십자본부 지부사무국장, 박노봉 부평세림병원지부장

나. 단체교섭의 기간 및 방식

2004년 합의된 산별교섭의 유효기간에 관해서는 노·사 양측의 입장이 엇갈렸다. 사용자 측은 별도의 규정이 없기 때문에 2년이라는 의견이었던 반면 노측은 1년임을 주장했다. 일단 중노위가 1년이라는 유권해석을 내림으로써 유효기간은 1년으로 인정되었으나 유효기간은 앞으로 노사의 별도의 합의가 가능한 사항이다. 외국의 경우 임금은 1년 여타 협약은 2년 혹은 그 이상인 경우도 상당히 많다. 이와 같은 다양함은 교섭비용을 고려한 결과라는 점에서 향후 산별교섭구조가 안정화된다면 단체교섭의 기간은 상당히 탄력적일 수 있다.

다음으로 2005년 단체교섭의 기간과 관련해서는 두 가지 입장이 엇갈린다. 중재재정이 되었기 때문에 산별교섭이 끝났다는 의견과 산별협약안이 만들어지지 않았기 때문에 아직 진행 중이라는 것이다. 보건의료 노사 양측은 4월 12일부터 7월 22일까지 총 16회의 본교섭과 9차에 걸친 축조교섭을 진행했다. 그러나 7월 7일을 기해 직권중재에 회부되고 7월 22일 축조교섭이 결렬되어 중재 재정안이 발표됨으로써 산별협약이 아직 만들어지지 않았다. 강제 중재 직후 노조는 중재재정안을 일단 수용하고 여기에서 다루어진 고용협약과 노동과정 협약을 제외한 3개 협약을 중심으로 교섭의 계속을 요구하고 있으나 사용자들은 중재재정안에 대한 행정소송을 준비하면서 교섭요구에 응하지 않았다. 따라서 실질적으로는 중노위의 강제중재에 의해 2005년 단체교섭은 마무리 되었다고 보는 것이 타당할 것이다.

세번째로 산별교섭의 방식은 4월 12일 개최되었던 상견례와 첫 산별교섭에서 그 양식이 결정되었다. 당시 노사는 주1회 매주 화요일 오후 2시에 노사 양측이 합의한 장소에서 교섭을 진행하고 경비는 양측이 공동부담하며 교섭을 위한 실무간사를 선임하여 교섭 시 사회 등 교섭에 필요한 실무협의를 담당하는 것에 합의하였다.

또 노사 양측은 서로 마주보는 형태로 앉아 교섭을 진행하고 노사 양측의 첫줄에 대표단이 그 뒷줄에는 대표단이 아닌 병원대표나 교섭을 지원하는 실무진이, 그리고 노조의 경우는 노조 지부장들 및 실무진들이 배석했다. 또한 본 교섭은 특별한 이유가 없는 한 공개적으로 진행하기 때문에 여타 관계자들의 자유로운 방청이 허락되었다. 다만 축조교섭 및 여타교섭에 있어서는 대부분의 경우 비공개로 진행되었다.

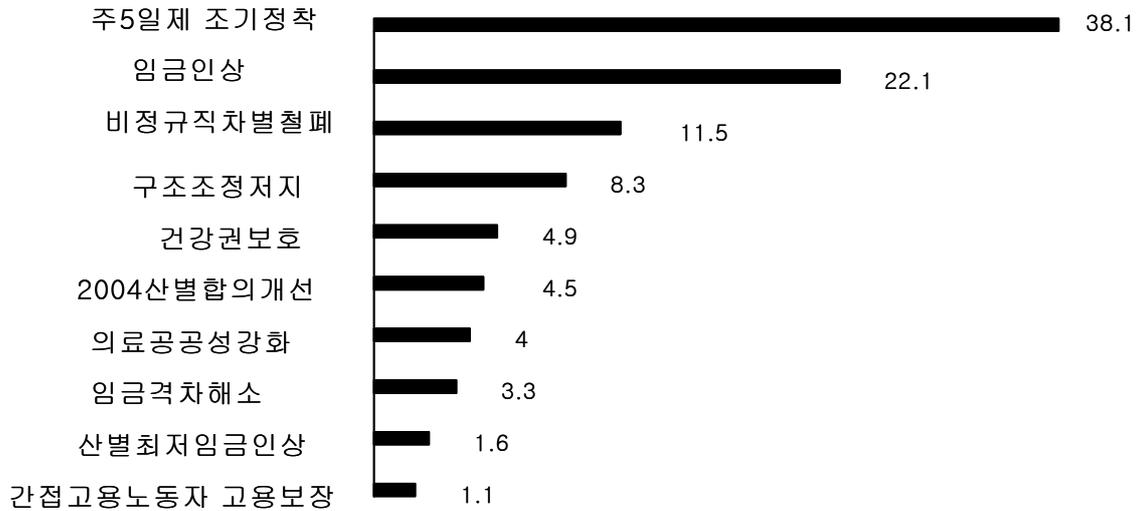
[그림 IV-1] 2005년 보건의료노사 산별교섭



다. 단체교섭 요구안 및 작성과정

2005년 보건의료노조는 조합원 의식조사 및 중앙-지부별 합의를 기초로 산별요구안을 작성하였다. 2월 5일부터 3월 21일까지 실시한 보건의료노동자의 생활실태 및 의식조사(보건의료노조, 2005.5) 결과를 보면, 주5일제 조기정착(38.1%), 임금인상(22.1%), 비정규직차별철폐(11.5%), 구조조정저지(8.3%) 건강권보호(4.9%), 2004산별합의개선(4.5%), 의료공공성장화(4.0%), 임금격차해소(3.3%), 산별최저임금인상(1.6%), 간접고용노동자 고용보장(1.1%)의 순으로 주요 요구 사항이 드러난다.

[그림 IV-2] 2005년 보건의료노조 조합원 의식조사 결과



* 자료: 보건의료노조, 2005b.

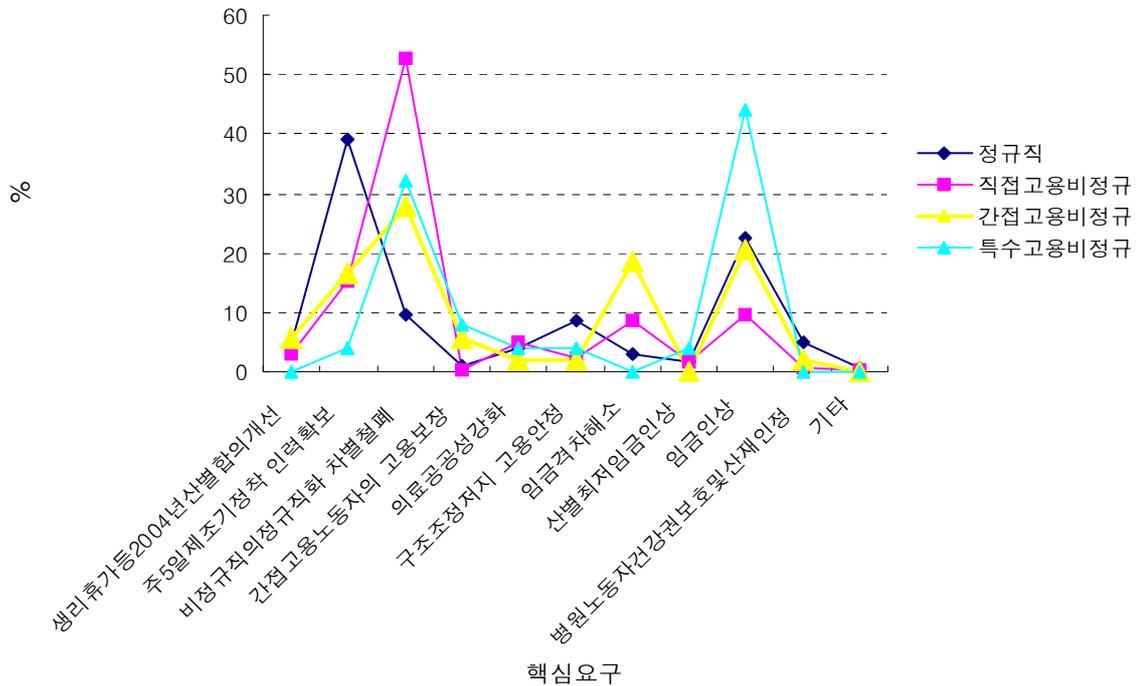
이와 같은 요구사항을 고용형태(<표 IV-3>, [그림 IV-3])별로 보면 정규직과 비정규직 간에 우선 순위에 차이가 있다.

<표 IV-3> 보건의료노조 고용형태별 요구사항

요구안	정규직	직접고용 비정규	간접고용 비정규	특수고용 비정규	전체
생리휴가등2004년산별합의개선	4.6	3.1	5.6	0	4.5
주5일제조기정착 인력확보	39.2	15.4	16.7	4	38.1
비정규직의정규직화 차별철폐	9.6	52.8	27.8	32	11.4
간접고용노동자의 고용보장	1.1	0.2	5.6	8	1.1
의료공공성강화	4.1	4.9	1.9	4	4.1
구조조정저지 고용안정	8.5	2.3	1.9	4	8.2
임금격차해소	2.9	8.6	18.5	0	3.2
산별최저임금인상	1.5	1.8	0	4	1.5
임금인상	22.7	9.7	20.4	44	22.2
병원노동자건강권보호및산재인정	5.1	0.8	1.9	0	4.9
기타	0.7	0.4	0	0	0.7
전체	100	100	100	100	100

* 자료: 보건의료노조, 2005b.

[그림 IV-3] 보건의료노조 고용형태별 요구사항



* 자료: 보건의료노조, 2005b에서 필자가 재구성.

‘정규직’의 경우 ① 주5일제 조기정착과 이를 위한 인력확보, ② 임금인상, ③ 비정규직의 정규직화 및 차별철폐의 순이고 ‘직접고용비정규직’의 경우는 ① 비정규직의 정규직화 및 차별철폐, ② 주5일제의 조기정착과 이를 위한 인력확보, ③ 임금인상의 순이다. 또 ‘간접고용비정규직’은 ① 비정규직의 정규직화 및 차별철폐, ② 임금인상, ③ 임금격차해소로 우선순위가 나타난다.

또 <표 IV-3>과 [그림 IV-3]에 따르면 임금인상과 주5일제 조기정착은 고용형태와는 무관하게 다수의 요구사항인 반면 비정규직 차별철폐, 구조조정저지 및 고용안정 등은 고용형태에 따라 차이를 보인다. 그러나 보건의료노조의 비정규직 조직률이 8.89%(2005년 9월 현재) 정도에 그치고 있다는 점에서 전체적인 요구는 정규직의 의견이 보다 높게 반영될 것임을 추측할 수 있다. 또 한 가지 흥미로운 것은 직접고용비정규직과 간접고용비정규직의 우선 순위의 차이이다. 전자의 경우 비정규직의 정규직화차별철폐가 1순위인데 후자는 임금인상이 1순위이다. 이것은 노동시장에서의 고용지위에 따른 요구사항의 차이로 볼 수 있다.

다음으로 보건의료노조 중앙의 경우는 조합원 의식조사 결과와 약간 차이가 있다. 보건

의료 중양은 2005년 4월, 올해의 핵심과제로 산별노조 강화, 비정규직 차별철폐와 정규직 화 그리고 의료공공성 확보 등을 제기²⁸⁾하였다. 정규직 요구사항에서 4.1%의 낮은 지지를 보인 의료공공성 문제를 중시하는 한편 주5일제, 비정규직 등에서도 정규직 노조원들과 약간의 비중 차이를 보인다. 그러나 10차 산별교섭에서 주5일제의 즉각 실시여부를 의제로 상정하였던 반면 상당수의 병원이 주5일제 실시에 부정적이라는 점에서 주5일제가 2005년 산별교섭의 주요한 쟁점 중 하나일 것이라는 사실을 예측할 수 있다²⁹⁾. 또 본조 역시 의료공공성 문제를 산별교섭의 주요한 대상이기 보다는 2004년 산별합의의 준수, 즉 노사가 정부에 건의하고 보건의료 노사정을 구성하는 것으로, 또 다른 한편 대국민 홍보의 문제로 간주하고 있다는 점에서 산별교섭보다는 대정부 교섭에서 주요 요구사항이다. 결국 사용자 단체구성 외에 주5일제 실시, 임금인상, 비정규직 철폐, 의료공공성 확보가 2005년 보건의료 노조의 핵심 요구사항으로 공공연하게 표명되었으며 이것이 2005년 산별협약 요구서에 그대로 반영되었다³⁰⁾.

반면 사용자측은 교섭 초기만해도 단일한 안이 없었으며 보건의료노조의 5대 산별협약 요구안에 대해서도 공식적인 언급을 하지는 않았다. 다만 2005년 4월 6일 프레스센터에서 개최된 병원노사대토론회에서 사용자측 대표(이성식 소화아동병원장)가 병원산업이 위기에 처해있으며 임금인상 등 근로조건 개선은 비용을 수반한다는 점에서 생산성 증가와 반드시 연계되어야 함을 강조했다. 또한 ① 병원별 특성·규모를 감안한 특성별 교섭군을 갖추어야 하고 ② 산별교섭 결과에 대해 노조 지부가 존중하고 승복해야 하며 ③ 이중쟁의 행위는 금지되어야 하고 ④ 산별교섭의 대상에 대한 신중한 선택이 필요하며 ⑤ 사회적 책임의식을 갖고 쟁의행위 등을 자제해야 할 뿐만 아니라 ⑥ 병원파업은 국민의 생명과 안정을 위해 일정부분 규제해야 한다고 주장했다. 또한 산별교섭이 시작되면서 병원의 경영악화에 따른 임금인상 자제 등이 보다 강도 높게 요구되었다. 이후 사립대 대표들이 노무사에게 대표권을 위임하면서 사립대의 요구사항을 정리했으며 이것이 사용자측 교섭대표단의 단일한 의견으로 정리되었다(사용자측의 안은 산별교섭 요구 및 쟁점 부분에서 보

28) 이것은 2005년 4월 19일부터 29일까지 한국여성개발원에서 진행된 보건의료노조 서울지역본부 조합원 하루교육에서도 산별교섭의 목표로 제기되었다.

29) 보건복지부와 병원협회가 공동으로 ‘주40시간 근무제 실태조사’를 한 결과에 따르면 시행대상 병원 222곳(사립대병원 29곳, 민간중소병원 193곳) 중 60%가 준비가 안되었다고 답변하였으며 토요일료 유지방침도 확고한 것으로 나타났다.

30) 개별적 노조활동 보장 및 2004년 파업피해원상회복(인사상 불이익, 무노동무임금 등)은 현재 지부별로 10~40% 수준에서 급여가 지급되거나 하는 양상을 띠고 있어 보건의료 노조측에서는 주요한 문제로 제기하고 있지 않다.

다 구체적으로 다를 것이다).

라. 교섭과정

2005년 교섭과정은 4월 8~9일의 사용자 연수까지의 '준비기', 4월 12일 상견례 및 1차 산별교섭에서부터 7월 6일 중노위 권고안이 나오기까지의 '교섭 지체기', 7월 7일 직권 중재 회부에서부터 7월 22일 9차 축조교섭이 결렬되었던 본격적인 교섭 및 교섭결렬기로 나뉜다(<표 IV-4> 참고).

그 내용을 구체적으로 살펴보면 2005년 준비기에 노조는 3월 31일 노조대의원 대회를 통해 산별 5대 협약을 확정하고 사용자측은 이틀간의 연수일정을 가졌다. 또 4월 6일에는 병원노사 대토론회를 통해 노사 양 측의 입장을 개진하였다. 이때까지만 해도 교섭에 대해 상대적인 낙관이 지배하였고 노조는 지난해 서울대 지부탈퇴 등으로 인한 조직 피로도를 거론하며 분규 없는 교섭타결에 대한 의지를 표명하였으며 사용자측도 마찬가지였다.

그런데 4월 12일부터 7월 5일까지 매주 1회(화요일 오후 2시) 개최된 본교섭은 '사용자 대표단구성-노무사위임' 문제에 발목이 잡혀 더 이상의 진전이 없었다. 9차 교섭(6월 7일)부터 '형식상의 교섭개최->노조의 요구로 사립대 대표로 참석한 노무사퇴장->여타 사용자측 퇴장->교섭결렬'이 반복되었기 때문이다. 노사양측의 힘겨루기는 7월 6일 사용자측이 중노위의 권고안을 받아들여 7개 특성별 대표단을 구성하면서 그 양상이 바뀌는 듯 했으나 결국 직권중재에 회부되었다.

직권중재 직후 개최된 14차 산별 본교섭과 7일부터 시작된 축조교섭에서부터 노조의 산별교섭 요구에 대한 본격적인 검토가 시작되었다. 그러나 15, 16차 본교섭과 9차에 걸친 축조교섭이 10여개의 중점사항에 대한 합의를 이끌어내지 못하고 결렬되면서 2005년 산별교섭은 노사분규로 발전하였다. 7월 22일 9차의 축조교섭과 실무교섭 당시 교섭타결의 가능성이 점쳐지기도 했지만 노사 양측의 입장 차이는 여전히 컸던 것이다.

이처럼 산별교섭이 지연된 것의 이면에는 서울대 지부 탈퇴의 효과도 간과할 수 없다. 서울대 지부 탈퇴가 공식화된 2005년 3월 31일 노조대의원대회를 전후하여 2005년 산별교섭을 우려하는 목소리가 제기되었다. 특히 국립대 병원의 경우 서울대가 빠진 상태에서 대표단 구성이 어렵다는 점을 반복적으로 제기하였고 이것이 사용자측 대표구성을 어렵게 한 요인중의 하나였다. 자율적인 산별교섭을 추진할 동력이 노사 양측 모두 더욱 약화된 것이다.

<표 IV-4> 2005년 산별교섭 진행과정

	일시	제목	주요내용	
준비기	3월 31일	노조대의원대회	*산별5대협약안 확정	
	4월 06일	병원노사 대토론회	*사측:특성별교섭, 이중교섭불가, 신중한교섭의제선택 *노측:특성별교섭반대, 사용자교섭대표단구성요구, 산별5대협약안 제기	
	4월8~9일	사용자연수		
교섭지 체기	4월 12일	상견례및 1차산별교섭	*사측: 대표단구성지체(중소병원만 교섭대표구성) 및 대표단구성에 대한 내부의견조율필요, 사립대측 노무사위임고려 *노측: 2004 합의사항이행요구, 노무사위임불가->노사양측 주1회(매주화요일오후2시)산별교섭, 교섭경비노사공동부담, 노사양측교섭간사선임합의	
	4월 19일	2차산별교섭	*사용자단체구성문제가 최대쟁점으로 부각 *사측-사립대병원은 전체대표단구성불가, 노무사위임고려, 국립대병원은 서울대지부문제를 근거로불참 *노측-노무사교섭대표불인정, 2004년 합의사항이행요구	
	4월19~29	조합원하루교육	*서울지부 조합원들 교육: ①2005년 상황인식 및 산별교섭내용안내, ② 2005년 산별협약요구안교육, ③비정규직, 무상의료, 산별조직화를 주요한 과제로 제기	
	4.23~5.24	3~7차산별교섭	*사용자단체구성(사립대의 노무사위임) 문제로 교섭 결렬, *3차에서 7차까지 사립대는 노무사+2~3개 병원장 참여, 국립대는 4차에 서만 충남대참여하고 불참, 노측은 노무사불인정	
	5월 31일	8차산별교섭	*노조의 산별협약요구안발제 *노측-사립대가 빠진상태에서라도 사용자측안 정리를 요구 *사측-사립대병원이 없는상태에서 교섭진행은 무리라는 입장	
	6월 07일	9차산별교섭	*교섭결렬: 사용자단체구성과 노무사위임건, 차기회의때 국립대병원대표의 참석가능성만 확인	
	6월 14일	10차산별교섭	*교섭결렬 *사측-노무사위임건으로 사립대병원이 배제된상태에서의 교섭불가라는 사측의 입장발표. *노측- 주5일제관련논의 제기, 사측을 작년합의사항거부 및 교섭거부로 비판	
	6월 21일	11차산별교섭	교섭결렬:노무사위임건으로 사립대병원이 배제된상태에서의 교섭불가라는 사측의 입장발표및일제퇴장	
	6월 28일	12차 산별교섭	사용자측 불참으로 무산	
	7월 5일	13차산별교섭	교섭결렬(7월 7일 중노위 직권중재 결정)	
	7월 07일	14차 산별교섭	교섭대표 위임문제를 중심으로 교섭진행	
	교섭결 렬기	7월7~15	1~4차축조교섭	교섭결렬
		7월 18일	15차산별교섭	
7월16~21		5~8차축조교섭		
7월 19일		16차산별교섭	대표자간담회 개최 및 실무교섭단구성->교섭결렬(7월 22일 중노위 중재재정)	
7월 22일		9차 축조교섭	교섭결렬	

2005년 산별교섭의 진행과정에는 이외에도 또 다른 특징이 있다. 우선 형식상으로 단일 대표단의 형태로 중앙산별교섭이 이루어졌다는 사실이다. 사용자측은 일관되게 특성별 대표에 의한 교섭을 바랬지만 중노위 권고사항을 전폭적으로 수용하면서 특성별 대표단이 전체 병원으로부터 재위임을 받는 형식의 단일대표단을 구성하였다. 사용자측의 이와 같은 양보는 당분간 보건의료산업 사용자측 대표단의 외양으로 정착될 가능성이 상당히 크다.

다음으로 산별교섭에 대한 사용자측의 반감이 예상외로 컸고 노조의 경우 2004년 사용자측이 제기한 문제, 예를 들어 이중교섭 등에 대한 어떠한 대안도 갖고 있지 못하였다는 것도 주목해야 할 사항이다. 그럼에도 불구하고 교섭에 임한 노사 모두 교섭불성실의 책임을 지지 않으려 했으며 이것이 형식적으로나마 교섭을 유지시켰다.

3. 2005년 산별교섭 요구 및 쟁점

2005년 산별협약안이 마련되지 않았기 때문에 여기서는 노사 양측의 주요 요구사항 및 쟁점 그리고 중노위 중재안을 중심으로 살펴볼 것이다.

가. 보건의료노조 산별 5대협약요구안

우선 노조측의 산별 5대협약 요구안은 크게 기본협약, 보건의료협약, 고용협약, 임금협약, 노동과정 협약으로 구성되어 있다(<표 IV-5> 참고). 2005년 보건의료 노조의 산별협약 요구안을 2004년의 산별협약과 비교해보면 몇 가지 특징이 보인다.

첫째, 2004년에 2% 임금인상에 비해 상대적으로 높고 일률적인 임금인상안이 제기되었다. 정규직의 일률적인 9.89%임금인상은, 작년 주5일제 시행을 이유로 한 노조의 양보 즉 대병원 기본급 2% 인상, 중소병원 5% 인상이 기존 노동조건을 저하를 가져왔다는 비판과 조합원들의 강한 임금인상 요구가 반영된 결과이다. 하지만 이것은 여전히 한 가지 문제를 안고 있다. 정규직의 일률적이고 상대적으로 높은 임금인상이 임금 및 근로조건을 평준화와 연대의식의 확산이라는 작년 단체협약의 의미를 상쇄할 수 있기 때문이다.

물론 보건의료노조는 ① 비정규직 추가인상으로 격차해소, ② 동일지급지향, ③ 보건의료산업 최저임금 월 통상임금 825,509원 요구 등을 적극적으로 제기하여 이와 같은 약점을 보완하고 비정규직 문제에 대한 노조의 확고한 개선의지를 반복적으로 표명하였다. 그러나

아직 구체적인 행위로 뒷받침되지는 못하고 있다. 또 정규직 중심의 기업별 노사관계로부터 산별적 노사관계로의 전환이 대기업중심의 정규직의 이해와 상충하는 문제를 해결하기 위한 여타의 대안이 보이지 않는다는 것도 취약점이다. 대기업 정규직의 요구를 충족시킬 경우 산별적 노사관계로의 전환 효과가 반감될 수 있기 때문이다.

<표 IV-5> 2005년 보건의료노조 산별중앙협약요구(요약)

협약틀	주요내용
기본 협약	1)협약의 우선적용, 지부단체협약 및 기존 노동조건 저하금지 2)법적사용자단체구성완료 및 합의사항이행확약과 점검을 위한 실무위구성 3)산별적 노조활동 보장 및 2004 파업피해 원상회복(인사상불이익, 무노동무임금 등)
보건의료 협약	4)의료시장화·상업화 반대(공공성을 훼손하는 영리법인허용반대, 당연지정제폐지반대, 민간의료보험 도입반대) 5)보건의료예산확보: '4조원, 1조5천억원, 30%, 500원'을 근거로 구체적인 예산요구투쟁 (병원별, 특성별 예산요구) 6)'무상의료' 사회의제화: 비급여의 급여화를 기본으로 '암환자부터 무상의료를!' '차상 위계층부터 무상의료를' 등을 내걸고 단계적 무상의료 실현을 위한 요구 쟁점화 7)국가공공보건의료체계구축: 병상 신·중축 억제, 관리부처일원화, 의료전달체계확립, 진료비지불제도개선 등 8)의료기관 서비스 평가제개선, 의료기관 주5일제전면시행 대책마련 9)다인병상 70%확보, 1지부1의료민주화 요구, 사회적 기여를 위해 연간 총수익의 0.1%를 사회사업비 예산으로 확보, 노사공동의료지원단 구성, 대북의료지원사업 10)의료노사정위 본격가동: 회의구조다양화, 지방공사·중소병원등 분과회의구성, 보건 의료협약관련 전반적인 요구심의, 특히 4조원 예산관련 세부사업과 보건의료노사정 공동현안 문제 집중논의
고용 협약	11)비정규직 정규직화 및 도입제한 12)정규직화 전까지 직접고용, 간접고용 비정규직 노동자의 '고용보장'과 '노조활동보장' 13)정규직 노동자의 구조조정저지와 고용안정, 고용조건 변경시 노사합의
임금 협약	14)정규직 9.89%임금인상, 비정규직추가인상으로 격차해소, 동일지급지향 15)보건의료산업 최저임금 월 통상임금 825,509원요구, 적용대상, 시기, 기준 구체화 16)보건연대기금 통상임금의 0.1% 노사정공동조성, 기금운영방안 및 사용내역합의
노동 과정 협약	17)주5일제 확대전면시행(토요외래근무폐지), 정부차원 대책마련, 4시간분 인력충원, 유급생리휴가 신규까지 확대, 월소정근로시간 184시간, 휴가사용촉진 강요금지, 노동강도 강화금지, 비정규직까지 적용범위확대 18)노동안전보장으로 건강권확보: 산재예방대책, 근골격계예방교육실시, 사립대병원 재해보장제도개선, 산재지정병원 의무화

* 자료: 전국보건의료노동조합, 2005a.

둘째, 기본협약 부문에서 “협약의 우선적용 및 지부단체협약 및 기존 노동조건 저하금지”를 강조한 것은 서울대지부 탈퇴와 같은 유사한 문제가 대두되는 것을 방지하기 위한 것이라고 짐작할 수 있다. 또한 산별협약의 최소기준이어야 한다는 원론적 주장에 입각해

있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 이와 같은 조항이 산별과 지부별 협약 효력을 사실상 동일수준으로 설정하고 있고, 따라서 대기업-중소기업, 정규직·비정규직 간의 격차를 줄이고 노동조건을 평준화하며 산별적 질서를 만들어 나가는데 적절하고 유효한가 하는 것에는 이견이 있을 수 있다.

셋째, 임금부문을 제외한다면 2004년 산별협약의 내용과 크게 다르지 않다. 이것은 노조가 2005년 산별협약의 목표를 내용상의 진전보다는 기본틀을 만들고 광범위한 동의를 확보하면서 산별적 노사관계를 굳혀나가는 것으로 방향을 설정하였음을 시사하는 것이다.

마지막으로 사용자측은 노조의 보건의료협약안에 관해 다음과 같이 평가하였다. ① 의료 시장 상업화와 시장화 반대의 경우 민간의료 중심인 의료산업의 현실과 맞지 않다. ② 무상의료 사회의제화의 경우 국가의 정책의지와 국민의 동의가 필요하다는 점에서 실현가능한 대안이기는 보다는 ‘구호’에 불과하다. ③ 의료노사정위의 경우 수요-공급의 관점에서 본다면 노조와 사용자 모두 공급자이므로 결성주체 및 형식이 부적절하고 전 산업 차원에서 다루어져야할 문제이다.

나. 보건의료 사용자측 요구안

보건의료 노조의 5대 요구안에 대한 사용자측의 입장은 7월에 구체적으로 드러난 사용자측 요구안에서 모습을 드러냈다. 이것은 원래 사립대병원회회의의 요구사항으로 작성되었으나 이것의 주요 내용이 전체 사용자측의 요구로 채택되었다.

<표 IV-6> 2005년 사용자 단체 요구사항(사립대)

임금협약	임금인상	2005년 임금인상을 동결
산별 기본협약	무노동무임금	*조합의 노동제공없는 임금요구나 단체행동금지
	단체협약 준수	*협약내용 성실준수 *협약유효기간 중 개정·폐기를 목적으로 한 쟁의행위 금지
	단체교섭 대상	*5개사항으로 대상제한(임금 및 근로조건, 시설및환경, 복리후생, 조합활동, 단체협약의 개폐) *지부교섭은 산별교섭에서 다루지 않은 것으로 한정, 산별교섭합의사항에 대한 쟁의행위금지
	인사·경영권	*인사·경영권은 사용자의 권리 *채용·임명·이동·승진·복직·해고·대기·상벌 등의 인사권은 사용자에게 있음 *인수·합병·분할·매각·구조조정 등 경영상결단은 사용자측의 권리
	노조전임자 감축	*노조전임자 총 지원규모를 각지부별로 매년30%씩 감축 *노조전임자가 상급단체의 전임으로 취임할 경우 무급휴직 처리하되 추가 전임자 불허
	유효기간	*산별협약(임금협약) 유효기간 2년

* 자료: 사립대병원회의, 2005b.

위의 표에 따르면 2005년 산별교섭에 대한 사용자측의 주요한 요구사항은 ① 2005년 임금인상을 동결, ② 무노동 무임금 유지, ③ 구조조정 등 인사 경영권은 절대적으로 사용자측의 권한, ④ 인사·경영권을 본질적으로 침해하는 사항이나 기업에 대한 사회개혁요구 등은 단체교섭 대상이 아님, ⑤ 노조전임자를 각 지부별로 매년 30%씩 감축, ⑥ 산별협약 유효기간 2년 등으로 요약된다.

이 요구안은 2005년 노조의 5대협약 요구안에 대한 사용자측의 상대적으로 강경한 불가 입장을 반영한 것이다. 또 사용자측은 신중한 의제선택의 입장에서 임금협약과 산별기본협약만을 교섭의 대상으로 삼고 있다. 그러나 이미 2004년 산별협약이 5대 협약 중심으로 이루어졌으며 이것의 성실한 준수가 노사 양측의 신뢰형성에 중요하다는 점에서, 또 몇 가지 다른 요인들로 인해 여타 협약에 관해 계속 불가 입장을 밝히는 것은 설득력이 떨어질 수 있다.

우선 사용자측이 보건의료산업의 공공재적 성격에 대해 입장표명을 하지 않는 것의 문제점이다. 공공성 및 형평성과 관련하여 이미 2004년 산별협약에서 조합과 사용자가 “의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 ‘노·사·정 특별위원회’를 구성, 운영하기로 한다”고 명시하였고 또한 “노사는 환자 권리를 존중하며 최선을 다해 진료 서비스를 제공하기 위해 ‘환자권리장전’을 만들어 선포한다”고 합의하였다. 따라서 합의 이행과 관련하여 신뢰성의 문제가 제기될 수밖에 없다. 또 공공성 및 형평성의 강화는 중소병원의 생존과도 맞물

리는 문제이다. 왜냐하면 공공성과 형평성의 취약이 경쟁력과 효율성에도 악영향을 끼쳐 중소병원의 경영난을 불러일으키는 요인이 되고 있기 때문이다. 게다가 2004년 산별합의의 준수와 관련된 논란을 불러일으킬 수 있다. 따라서 의료공공성 강화를 산별교섭의 대상에서 제외시키기 보다는 공공성 및 형평성의 강화에 대한 사용자측의 의견을 제기하고 그것을 근거로 노조측의 다른 양보를 얻어내는 것도 한 가지 방법이었을 것이다. 그리고 이것이 산별교섭보다는 노사정 대화의 의제라고 한다면 사회적 책임의 차원에서 협상을 위한 다른 방식을 제기하는 것도 사용자측의 교섭능력 증진에 도움이 될 수 있다.

다음으로 노조전임자 감축문제는 노사관계로드맵에서 다루어질 정도의 중대사안이며 노조의 반대가 매우 강하다는 점에서 보건의료 노사 간의 타결만으로 해결하기 어렵다. 그러므로 이 사항을 2005년 사용자측의 요구안에 반영한 것은 전임자 문제에 대한 사용자측의 입장을 분명히 한다는 사실에도 불구하고, 교섭여건의 조성이 어느 때보다 필요한 시기라는 점에서 적절성 여부가 제기될 수 있다. 예를 들어 노조측은 이것을 2005년 산별교섭 전체에 대한 사용자측의 부정적 입장 표명으로 간주하였다. 즉 애초부터 협상의 여지가 없는 사안을 제기함으로써 산별교섭에 찬물을 끼얹으려 한다는 것이다. 그렇지 않고 실제로 사용자측이 전임자 감축을 단계적으로 확보하려 한다면 산별적 노사관계로의 전환에 대한 보다 적극적 태도를 표명하는 등 교환할 의제를 분명히 할 필요가 있다.

다. 2005년 산별교섭의 주요 쟁점

노사 양측의 요구안이 제출된 후 실질적인 교섭은 노조측의 요구안을 중심으로 이루어졌다. 9차 축조교섭(2005년 7월 22일)까지 노사 양측은 산별기본협약과 보건의료협약 가운데 ▲유일교섭단체인정 ▲산별협약 자동연장 ▲보건연대기금조성 ▲국가재난발생시 공동의료지원 ▲의료공공성 강화대정부 공동건의 등 24개 조항(총 54개 조항 중)에 관해 의견 접근을 이루었다. 그러나 주요 관심사항이었던 임금인상, 생리휴가, 주5일제 실시 등 10여 개 핵심사항에서는 합의가 결렬되었다.

<표 IV-7> 2005년 산별교섭 주요쟁점

	노	사	비고
산별기본협약	*2006년 사용자단체구성 *산별협약 유효기간 1년 *유일교섭단체인정	*사용자단체구성 어려움 *산별협약 유효기간 2년 *정규직만 대표하는 교섭단체	총 7조 15개 조항
보건의료협약	*다인병상 70%이상 *의료노사정위원회 본격가동 및 구체적 운영	*다인병상 50%이상 불가 *더 시간이 필요	총 4조 10개 조항
고용협약	*비정규직 고용보장 *비정규직 노조활동보장	*비정규직고용 위해 노력한다 *수용불가	총 4조 11개 조항
임금협약	*9.89%인상 또는 +@타결, 지부교섭에서 마무리 *비정규직 추가인상 *최저임금제 월 82만원	*기본급 2%인상 *임금은 산별교섭에서 마무리, 지부 추가교섭과 비정규직추가인상불가 *최저임금제 월 69만원	총3 조 5개 조항
노동과정협약	*주5일제 전면확대시행 *인력충원, 생리휴가, 보건수당지급	*토요일래진료 축소유지 *근기법유지	총2조 14개 조항
계			총 20조 55개 조항

주요 쟁점을 살펴보면 첫째, 교섭틀 및 구조와 관련하여 ‘사용자단체 구성’이 최대의 쟁점이었다. 노조는 사용자단체 구성이 2004년 산별협약의 주요 내용이었다는 사실을 환기시키는 한편 사용자가 산업별 노사관계 발전과 산별교섭 조기 정착을 위해 적극 노력해줄 것을 주문하였다. 이를 위해 2005년 말까지 법적 효력이 있는 사용자단체 구성을 완료하고 2006년 산별교섭에는 ‘보건의료 사용자단체’ 명의로 교섭에 참여할 것을 촉구하였다. 이에 사측은 7월 22일 ① 사용자는 조속히 사용자단체 구성을 위해 노력하며 완전한 사용자단체가 구성되기 전까지는 특성별 대표가 해당 사용자들로부터 교섭권과 체결권 일체를 위임받아 산별교섭에 참가한다. 각 특성별 대표는 상호위임에 의한 공동대표단을 구성하여 산별교섭을 진행한다. ② 사용자는 사용자단체 구성을 위한 ‘사용자단체 준비위원회’를 2006년 산별교섭 이후 구성하도록 한다. ③ 완전한 사용자단체 구성시 노·사는 ‘노사 실무위원회’를 설치한다는 수정안을 제출하였다.

이와 같은 양측의 의견에 기초한 교섭결과 7월 22일까지 주요하게 검토된 안은 ① 사용자는 2007년 산별교섭 전까지 법적 요건을 갖춘 사용자단체를 구성하고 병원 사용자단체 명의로 2007년 산별교섭에 참여한다. ② 다만 2006년 산별교섭은 ‘사용자단체 준비위원회’를 구성하여 사용자단체 준비위원회 명의로 참석한다. 이때 사용자단체 준비위원회는 직접 사용자대표로 구성하며 개별병원 사용자들은 ‘사용자단체 준비위원회’에 교섭권과 체결권에 관한 일체의 위임장을 제출한다. ③ 노사는 사용자단체 구성 및 산별협약 이행점검을

위해 2005년 9월부터 '노사실무위원회'를 구성, 운영한다. 이때 위원회는 노·사 동수로 하되 각 5~10인으로 구성한다. 그리고 위원회 회의는 매월 1회 개최를 기본으로 하되 노사 합의로 임시회의를 개최할 수 있다. 마지막으로 위원회 산하에 '병원산업 임금체계 개선위원회,' '보건연대기금위원회,' '협약이행 점검위원회'를 설치 운영한다는 것 등이었다.

여기서 사용자단체 구성 시기를 2007년으로 못박는 것과 관련해서는 사측이 부담스럽다는 의견을 피력함으로써 ①항과 ②항은 구체적인 시기를 빼는 사용자측의 수정안으로 또 ③항은 그대로 합의하는 것에 의견접근이 이루어졌다. 이 안은 2005년 최대 갈등요인이었던 노무사를 대표로 하는 사용자단체 구성 문제를 해소하는 것이었고 노사양측의 신뢰를 조성하는 기제를 만드는 내용을 담고 있다는 점에서 분명한 진전이었다. 그러나 결국 교섭이 결렬되어 직권중재로 마무리 됨으로써 사용자단체 구성에 대한 합의는 종결되지 못하였다.

둘째, 임금인상의 경우 임금동결을 주장하였던 사측은 부분적으로 양보하여 축조교섭과정에서 특성별 병원을 세 그룹으로 나누어 임금인상률을 다르게 제시하였다. 사립대와 국립대는 기본급 2.5%, 민간중소병원은 기본급 3.5%(호봉승급포함), 지방공사의료원 등은 기본급 4%(호봉승급포함) 등이 그것이다. 그러나 호봉승급분을 포함하면 병원사측은 전체적으로 2% 임금인상률을 제시한 것이다. 반면 보건의료노조는 산별임금인상+(지부별 임금인상)를 제시하였고 여기서 산별임금인상은 5% 수준까지 양보가능성을 시사하였다. 이와 더불어 문제가 된 것이 생리휴가와 최저임금제이다. 노조의 경우 여성이 많은 병원산업의 특성상 유급 생리휴가가 필요하며 신규인원에게까지 적용해야 한다는 입장이었던 반면 사측은 임금인상과 생리휴가를 맞바꿀 것을 주장하였다. 게다가 무급 생리휴가는 법적으로 규정된 사항임을 강조하였다. 또 노조측은 금속노조의 합의를 근거로 82만원대의 최저임금을 주장하였으나 사측은 69만원을 제시하였다.

셋째, 주5일제도 노사양측이 팽팽하게 맞선 사항이다. 노조측은 지난 2004년 7월 1일부터 1,000명 이상의 사업장부터 단계적으로 실시하기로 한 합의사항을 1년 유예기간을 두고 2005년 7월1일부터 실시하기로 한 것이므로 즉각 시행할 것을 요구하였다. 반면 사용자측은 경영상의 어려움 등을 근거로 연기하거나 주40시간을 하되 토요일 진료를 유지할 것을 주장하였다.

<표 IV-8> 2005년 산별교섭 합의 및 미합의쟁점

	주요 합의 및 의견접근사항	미합의쟁점사항	총 조항수
1. 산별기본협약	<ul style="list-style-type: none"> ▲유일교섭단체, 협약자동연장 ▲병원 사용자단체구성 ▲산별적 노조활동보장 ▲노사 공동실무위 구성 	<ul style="list-style-type: none"> ▲협약 유효기간 1년 ▲협약 적용범위 	총 7조 15개조항
2. 보건의료협약	<ul style="list-style-type: none"> ▲의료공공성강화 정책요구 대정부노사공동건의 ▲병원환경개선 및 환자보호 편의시설확충 등 환자중심 병원 만들기 ▲노사공동 긴급의료지원활동 ▲의료노사정 위원회 본격가동, 구체적인운영 	<ul style="list-style-type: none"> ▲병원내 다인병상 70% 이상 확보 	총 4조 10개조항
3. 고용협약	<ul style="list-style-type: none"> ▲직·간접 비정규직 고용안정 강화 	<ul style="list-style-type: none"> ▲비정규직 고용보장관련 최종문구작업 미합의 	총 4조 11개조항
4. 임금협약	<ul style="list-style-type: none"> ▲산별교섭에서 마무리하지 못하고 지부별 교섭에서 타결 	<ul style="list-style-type: none"> ▲산별최저임금제 ▲보건연대기금 	총 3조 5개조항
5. 노동과정협약	<ul style="list-style-type: none"> ▲노동자건강과 산재예방대책 	<ul style="list-style-type: none"> ▲토요 외래진료 전면중단 ▲월 소정근로시간변경 등 	총 2조 14개조항

그러나 교섭이 결렬되면서 노조는 3일간의 파업에 돌입하였고 중노위가 강제 중재에 나섰다. 그 결과 중노위의 중재안에 따라 주요쟁점이었던 임금 및 주5일제 문제는 타결되었다. 당시 중노위안은 ▲임금협약: 공공부문 총액기준 3% 민간부문 총액기준 5%, ▲노동과정협약: 근로시간 1일8시간 주40시간, 토요휴무 단계적 축소(2004.7.1 기준시행사업장은 토요일외래진료 25%이하로 축소, 2005.7.1 시행사업장의 경우 토요일외래진료를 50%이하로 축소), 월1회의 무급생리휴가 및 보건수당지급, ▲기타사항: 산별중앙협약요구 중 나머지는 중재재정대상에서 제외 등이었다. 이와 같은 중재재정안은 사실상 노조측 보다 사용자측에 불리한 내용을 담고 있다는 점에서 직권중재가 노조측에 일방적으로 불리하다는 그동안의 평가는 일정정도 불식되었다. 하지만 사용자 단체 구성 등의 나머지 사항들이 중재안에 포함되지 않음으로써 여전히 불씨로 남게되었다.

그리고 사용자측이 중재재정에 반발하여 행정소송을 제기한 것 역시 남은 해결과제이다. 특히 사용자측은 병원규모별이 아니라 경영주체별(공공이나 민간이나)로 임금인상률을 제기한 것에 크게 반발하였다.

4. 2005년 노사분규 현황 및 전개과정

가. 노사분규 전개과정

교섭이 재차 결렬되면서 이미 8차 산별교섭(5월 31일)이 끝난 직후 노사 양측에서는 조심스럽게 파업 여부가 거론되었다. 또 6월 1일 노조 합동대의원대회에서 조정신청을 결의하자 파업 가능성이 점차 높아졌고 6월 22일 113개병원 쟁의조정신청이 이어지면서 파업이 현실적인 일정의 문제로 떠올랐다.

조정신청을 접수한 중노위는 노사양측을 대상으로 한 사전조사 및 조정회의를 개최하였다. 7월 6일 사용자단체에 교섭들을 구축하라는 권고안을 제기하고 사용자측이 이를 수용하면서 교섭이 이루어질 것이라는 낙관론이 대두되기도 하였지만 7월 7일 직권중재회부가 결정되고 7월 19일 마라톤 협상이 결렬되면서 노조는 예정되었던 총파업을 선언했다. 결국 3일간의 파업은 노조가 직권중재안을 받아들이면서 일단락 되었다(<표 IV-9> 참고).

이번 노사분규의 특징은 첫째, 상대적으로 노사분규의 기간이 짧았다는 것이다. 이것은 강제중재안이 상대적으로 노조에게 유리하였다는 것과 2004년 14일간의 파업에 따른 조직적 피로도가 높았던 보건의료노조 측에서 불법을 감수하면서까지 파업 할 의지나 역량이 없었다는 점 때문이다. 둘째, 참여자수도 현저하게 줄어들었다. 셋째, 사용자측이 노조의 파업을 감당할 수 있다는 상당한 자신감을 피력하였다.

<표 IV-9> 2005년 노사분규 진행과정

일시	분규과정	주요 내용
06월 01일	보건의료노조대의원대회	조정신청결의
06월 22일	보건의료노조 쟁의조정신청(113개병원)	
06월 27일	중노위 노사양측을 대상으로 한 사전조사	
06월 30일	중노위 1차 사전조정회의	
06월 30일	~7월1일, 보건의료노조 파업찬반투표, 81%투표에 69.3% 찬성	
07월 04일	중노위 2차 사전조정회의	*중노위는 사측에 교섭틀을 갖출 것을 권유 *노조, 단체협약불이행 및 거부를 근거로 한 고소장접수
07월 06일	중노위 2차 조정회의 권고안, 28개 지방공사의료원 지부 조정신청	
07월 07일	중노위 3차 조정회의	중노위, 사측에 교섭대표위임문제에 빠른해결을 중용하는 한편 노조측에 조정기간 연장 권유->노조측은 불가입장 피력
07월 08일	중노위 직권중재회부결정	노조 7월8일 하루파업 중단선언, 임시총회 소집
07월 11일	민주노총, 보건의료노조 공동기자회견, 지부장회의	직권중재회부 의혹해명요구, 7월20일 파업결의
07월 12일	노조기자회견	직권중재철폐, 자율교섭으로 타결되지 않으면 7월 20일부터 전면 총파업선언
07월 13일	노조서울본부총력투쟁결의대회	중노위앞, "직권중재철폐, 자율교섭보장", 전노조 직권중재철폐 리본달기
07월 15일	노동부규탄, 직권중재철폐투쟁결의대회, 조합원 상경투쟁	
07월 18일	보건의료노조 서울지부 중심, 무상의료쟁취!산별노조강화실천단구성	
07월 19일	노조중재회부결정취소청구소송	
07월 19일	지역본부결의대회	전국 11개지역본부 22개병원로비에서 결의대회 개최(서울:고대의료원, 경희의료원, 이화의료원, 한양대의료원, 서울백병원, 상계백병원, 강남성모병원, 경기:의정부성모병원, 인부천:성모자애병원, 강원:천막농성, 충북:천막농성, 대전충남:홍성의료원, 전북:남원의료원, 정읍아산병원, 전북대병원, 광주전남:전남대병원, 강진의료원, 순천의료원, 울산: 진주의료원, 부산:동아대, 부산백병원, 대남병원, 일신기독병원, 부산의료원)
07월 20일	* 보건의료노조 전국적 총파업 (20~22)	총36개지부 전면파업(12개거점병원), 부분파업과 집회참여, 양대노총 전국단위노조대표자결의대회
07월 21일	*양대노총 303명의 중앙 및 지방노동위원회 노동자위원들의 총사퇴(21일)	총39개병원이 전면파업, 부분파업, 간부나 대의원파업, 천막농성 등에 참여, 사회여론화작업, 중노위 앞 '직권중재철폐와 노사자율교섭쟁취를위한 결의대회', 특성별집회
07월 22일		직권중재철폐! 노사자율교섭쟁취! 산별5대협약쟁취를위한 총력투쟁결의대회
07월 22일	중재제정	*임금협약: 공공부문 총액기준 3% 민간부문 총액기준 5%, *노동과정협약: 근로시간 1일8시간 주40시간, 토요휴무(2004.7.1 기준시행사업장은 토요일외래진료 25%이하로 축소, 2005.7.1 시행사업장의 경우 토요일외래진료를 50%이하로 축소), 월1회의 무급생리휴가 및 보건수당지급, *기타사항: 산별중앙협약요구 중 나머지는 중재제정대상에서 제외
07월 22일	보건의료노조 중집, 지부장회의	*산별총파업은 23일로 종결, *2005년 산별교섭은 계속, *직권중재철폐투쟁전개, *지부교섭과 투쟁전개, *현장탄압 및 무노동무임금대처, *주5일제 조직적 공동대응

나. 노사분규 당사자들의 태도

1) 사용자

2005년 초기 보건의료산업 사용자측은 산별교섭에 부정적이지는 않은 것으로 비추어졌다. 2004년 말 실시된 설문조사에 따르면 2005년 산별교섭에 참가하겠다는 의견은 39.3%이고 거부하겠다는 7.1%에 불과했다(<표 IV-9> 참고).

특히 민간중소병원은 50%가 참가의향을 밝히는 등 상대적으로 적극적이었다. 민간중소병원들로 구성된 전국중소병원협의회는 존폐위기에 직면한 중소병원의 경영난 해소를 위해 ‘중소병원활성화대책위원회’를 구성하였다. 이 기구는 불합리한 수가구조, 대형병원들의 과도한 병상 증설로 인한 인력난과 65%에도 미치지 못하는 병상가동률로 인해 끝없는 나락으로 빠져들고 있는 것에 대한 대응방안 모색을 목적으로 한다. 또 지난해 최초로 조인된 노사자율교섭에 의한 병원산별교섭의 정착과 바람직한 노사문화의 확립을 위한 노사대책위원회도 함께 발족시켰다(인터넷 병원신문, 4월 21일자). 노조 역시 산별교섭에 처음 참여하는 민간중소병원을 위해 중소병원 공공성 강화기금과 협의기구를 구성할 것을 대정부 요구안으로 내걸고 산별투쟁의 서막을 알린 것으로 평가받았다(인터넷 병원신문 2005년 4월 1일자).

또 작년 산별교섭을 이끌었던 병원협회의 경우 병원협회장 신년사에서 “주40시간제 도입과 병원계 첫 산별교섭이라는 대과제를 성공적으로 마무리”했다고 밝혔다(대한병원협회, 2005a: 5). 또한 이화여대 의료원장은 “2004년도는 산별교섭의 원년으로 산별교섭의 틀을 마련한 자리였다. 환자권리장전을 통한 의료 공공성 강화 및 주5일제 근무제도의 도입에 맞추어 고용안정을 위한 사회적 노력과 최저임금제 등 변화하는 근무체계 합의를 위해 노사가 함께 고민하고 노력하였다”면서 2004년은 “2005년 교섭을 위한 준비”였다는 점을 강조했다(대한병원협회, 2005a: 6). 또 “노사가 대등한 관계에서 원만한 교섭진행을 할 수 있는 틀을 만들 수 있도록 철저한 사전준비가 필요”하다는 사실도 지적했다. “노사 양측은 법의 테두리 안에서 교섭을 진행하고 준수하며 서로를 파트너로 존중하는 자세를 가져야 한다”는 것도 주요한 강조점이었다(대한병원협회, 2005a: 7).

<표 IV-10> 2005년 산별교섭구조에 대한 사측의 의견

	국립대 병원	민간중소 병원	사립대 병원	지방공사 의료원	전체
바람직한 산별교섭 주기					
매년	-	10.0(1)	-	11.1(1)	7.1(2)
2년마다	75.0(3)	80.0(8)	100(5)	44.4(4)	71.4(20)
3년마다	25.0(1)	10.0(1)	-	33.3(3)	17.9(5)
기타	-	-	-	11.1(1)	3.6(1)
선호하는 교섭구조					
산별교섭	25.0(1)	10.0(1)	-	22.2(2)	14.3(4)
기업별 교섭	25.0(1)	-	20.0(1)	33.3(3)	17.9(5)
절충형	50.0(2)	90.0(9)	80.0(4)	44.4(4)	67.9(19)
2005 산별교섭 참가의향					
참가하겠다	25.0(1)	50.0(5)	20.0(1)	44.4(4)	39.3(11)
거부하겠다	25.0(1)	10.0(1)	-	-	7.1(2)
아직 판단하지 않았다	50.0(2)	40.0(4)	80.0(4)	55.6(5)	53.6(15)
산별교섭 진행 형태					
모든병원이 참여하는 산별	25.0(1)			11.1(1)	7.4(2)
산별과 특성별 교섭 병행		77.8(7)	40.0(2)	44.4(4)	48.1(13)
특성별 교섭만 실시	75.0(3)	22.2(2)	60.0(3)	33.3(3)	40.7(11)
기타				11.1(1) ¹⁾	3.7(1)
바람직한 산별교섭 횟수					
주()회	1.5	1.3	1.0	1.1	1.2
총()회	5.7	9.8	10.7	10.3	9.5
사측 교섭단 구성방법					
특성별 대표단 구성	75.0(3)	55.6(5)	60.0(3)	55.6(5)	59.3(16)
병원협회에 위임	25.0(1)	44.4(4)	20.0(1)	33.3(3)	33.3(9)
경총에 위임	-	-	20.0(1)	-	3.7(1)
기타	-	-	-	11.1(1)	3.7(1)
산별교섭과 지부교섭 시행 방법					
동시교섭	-	22.2(2)	20.0(1)	11.1(1)	15.4(4)
2단계 교섭	100(3)	77.8(7)	80.0(4)	88.9(8)	84.6(22)
바람직한 산별교섭 장소1					
병원					
병원이외의 장소	75.0(3)	44.4(4)	20.0(1)	22.2(2)	37.0(10)
병원협회	25.0(1)	44.4(4)	80.0(4)	77.8(7)	59.3(16)
기타		11.1(1)			3.7(1)
바람직한 산별교섭 장소2					
서울	50.0(2)	55.6(5)	60.0(3)	55.6(5)	55.6(15)
지방순회	50.0(2)	44.4(4)	40.0(2)	44.4(4)	44.4(12)

* 출처: 이주희(2004)

물론 산별교섭의 구조 및 진행형태에 대해서는 상당한 이견이 존재했던 것으로 확인된다. 산별과 기업별 교섭을 절충하는 방식에 67.9%가 찬성하였지만 산별교섭의 진행형태에 대해 산별과 특성별 교섭 병행에 찬성하는 경우가 48.1%, 특성별 교섭만 실시하자는 의견이 40.7%으로 특성별 교섭에 대한 선호도가 높았다. 또 사측교섭단 구성방법과 관련해서도 특성별 대표단 구성이 59.3%, 병원협회에 위임이 33.3%로 나타났다. 그리고 산별교섭과 지부교섭을 2단계로 교섭하는 경우에 84.6%가 찬성하였다.

또한 우려의 목소리도 있었다. “상대적인 위치에 있는 사측은 소극적이라기보다 복지부동이다. 오케스트라는 있는데 이를 지휘할 지휘자가 없다. 임·단협과 관련한 교섭권과 체결권의 위임은 해당병원들의 생존을 좌우하는 중요한 사항이기에 아무렇게나 위임을 하지 않겠다고 한다. 사측 대표단의 강력한 교섭력의 확보는 올해도 쉽지 않을 것으로 보인다”는 의견이 그것이다(대한병원협회, 2005b: 25). 하지만 대체적으로 낙관적이었다.

그러나 산별교섭이 시작되면서 사측의 인식과 전략은 바뀐 것으로 보인다. 산별교섭이 병원산업의 경쟁력과 효율성 제고를 위해 도움이 되지 않는다는 견해가 사립대 병원을 중심으로 확산되었기 때문이다. 이것은 산별교섭 사전회의 내용에서도 확인된다. 제 3차에서 제 9차까지 산별교섭 관련 사용자측의 사전회의 내용을 분석해보면 첫째, 사용자단체 구성 문제로 인해 교섭이 결렬되어도 그것이 불가피하다고 판단하고 있음을 알 수 있다. 예를 들어 제3차 산별교섭 사전회의의 주요 내용은 교섭대표 문제였다. “제 3차위임과 관련하여서는 제3차 산별교섭부터 노무사 심종두 대표가 사립대 의료원 교섭대표로 참석하고, 보건 의료노조에서 제3차 위임을 거부하며 지속적으로 퇴장을 요구할 경우 심종두 대표와 사립대 관계자가 함께 퇴장”하기로 하며 “특성별 대표들은 국립대 의료원이 교섭에 참가하지 않고 있는 상황에서 사립대 의료원까지 교섭에 참석하지 않을 경우 교섭진행의 의미가 없다는 입장을 표명하기로” 논의하였다(사립대병원회의, 2005: 115). 또한 국립대측이 참여하는 경우에도 유사한 전략을 구사하기로 결의하고 있다. 그리고 노조의 사용자단체 구성요구에 대한 대응논리로서 산별노조가 결성되는데 시간이 필요했던 만큼 사용자단체 구성도 시간이 필요하다는 점을 강력히 피력하여 중앙집중적 교섭틀을 갖추어 달라는 노조의 요구를 피하고자 했다.

둘째, 산별협약 유효기간 문제를 제기하여 2005년 산별교섭은 임금협약에 관한 사항에 대해서만 교섭을 진행할 수 있다는 입장을 표명하는 것도 적극적으로 검토하였다. 이것은 산별의제가 지나치게 많으며 단체교섭의 틀을 벗어나는 의제가 있다는 그동안의 사용자측의 의견을 반영한 것이다.

셋째, 교섭원칙과 관련하여 작년에 이어 올해에도 이중교섭 이중쟁의에 따른 비용증가를 강조하는 한편 사용자측의 안을 마련하여 특성별 차이를 부각시키는 것에 초점을 맞추고 있는 것이 사용자측의 일관된 요구이다. 또 이미 앞에서 언급하였듯이 2005년 사용자측 안에 포함되어 있는 노조전임자 매년 30%씩 감축안은 노조측이 사용자측의 산별교섭 의지에 대한 불신이 상대적으로 큰 조건에서 오히려 그 의혹을 가중시키는 효과가 있었다. 노조는 사용자측이 직권중재에 의존하여 직권중재로 몰아가고 있다며 비난했고 이것이 산별교섭의 타결에 부정적 영향을 끼쳤다.

2) 노조의 태도

2004년을 산별교섭의 원년으로 간주한 노조는 2005년의 경우 산별교섭의 틀과 구조를 정착시키는 것을 목적으로 하였다. 보건의료노조는 2005년 요구안 해설집에서 “2004년 역사적인 산별총파업과 산별교섭 쟁취의 여세를 몰아 2005년 산별운동의 질적 도약으로 나아가자!”고 주장하고 그 구체적인 내용을 다음과 같이 제시한다. 첫째, 산별조직-산별운동의 전망을 세우며 산별교섭-산별협약 시대 본격화! 둘째, 미조직-미조직, 비정규직 사업 전면화로 연대의 산별운동! 확산의 산별운동 실천! 셋째, 공공성-무상의료를 내건 대중적 의료공공성 투쟁! 노조의 산업정책 개입력과 주도성 확대! 넷째, 현장강화-다시 현장에서부터 시작하는 산별운동! 조합원과 함께 하는 산별운동 등이 그것이다.

또 노조는 적극적으로 산별교섭에 임한다는 원칙을 가지고 있었을 뿐만 아니라 4월까지만 해도 노무사 위임으로 불거져나온 사용자단체 구성문제가 산별교섭의 큰 걸림돌이 될 것이라는 점을 충분히 예상하지 못했다. 그리고 노무사 위임은 다양한 방식으로 해소될 수 있다고 보았다. 당시 노조는 노무사를 사용자측의 대표로 하는 대신 ① 대표는 병원장으로 하되 실무교섭단에 노무사를 참여시키는 방식, ② 병원협회에 위임하는 방식, ③ 노무사 포함하여 공동대표단을 구성하되 그 경우에도 수석대표는 병원장으로 하는 방식 등을 제기했다.

그러나 5월에 접어들면서도 사용자측이 노무사 위임을 철회하지 않자 그때서부터 노조는 협상이 어렵다고 판단하고 파업문제를 거론하기 시작했다. 하지만 파업준비가 예년보다 늦었고 조직 피로도가 높았기 때문에 가급적 파업을 피하려는 노력은 계속하였으며 2004년 조건부 직권중재가 이번에도 반복되리라 예측하여 일종의 교섭 압박용으로 파업을 고려하였다. 이와 같은 기조는 계속되었다고 보인다. 노조가 7월 8일 예정되었던 1일 파업을

취소하고 끈질긴 교섭자세를 보인 것이나 항의 방문과 집회 역시 상당부분 교섭을 강제하기 위한 것임을 분명히 한 것이 그 예이다. 7월 12일 노조가 기자회견에서 발표한 기자회견문에 따르면 ① 산별교섭방침: ▲사측에게 7월 20일 전까지 마라톤 집중교섭을 제안, ▲중재재정안이 떨어질 경우 전면 거부하고 “자율교섭을 통한 산별교섭 타결”을 끝까지 추진. ② 산별총파업 투쟁방침: ▲7월 12~14일까지 지역본부별로 문제병원(산별교섭 약질 병원, 노조탄압병원, 구조조정병원)에 대한 집중타격투쟁을 전개, ▲7월 20일 07시 각 병원별로 전면 무기한 총파업 돌입, ③ 직권중재 철폐투쟁: ▲중노위 및 노동부 규탄집회, 항의 면담투쟁 전개, ▲7월 12일부터 ‘직권중재철폐’리본달기, ▲7월 15일 노동부규탄, 직권중재 철폐 투쟁 결의대회 개최, ▲직권중재 취소소송, ▲중재회부 철회되지 않을 시 노동시민사회단체들과 함께 ‘중노위 해체’와 ‘범사회적 직권중재철폐투쟁’ 전개하는 것 등에 초점을 맞추었다. 노조가 상징적으로는 투쟁을 강조하지만 실질적으로는 교섭을 진행시키는 방향으로 나아갔음을 보여주는 것이다.

노조의 이와 같은 접근방식은 7월 19일 마라톤 교섭이 결렬된 직후 7월 20일 오전 7시부터 총파업을 선언한 것을 “안되면 파업”이라기 보다는 “어쩔 수 없는 파업”이라는 인상을 주는 효과가 있었다. 게다가 산별교섭의 사회적 비용에 대한 우려가 높은 사용자측을 교섭 테이블에 앉힘으로써 산별교섭의 형식을 유지하고 기업별 교섭으로의 후퇴 가능성을 막겠다는 것이 노조의 선택이기도 하였다.

결국 노조는 중재재정안을 받아들인다는 부담에도 불구하고 7월 23일 지부장 회의에서 이것을 전격적으로 수용하였다. 물론 중재재정안이 상대적으로 노조에 유리하였다는 측면도 있지만 파업을 회피하고 산별교섭을 유지하려는 노조의 일관된 태도의 결과이기도 하다.

7월 23일 노조는 중재재정안에 대한 기자회견문에서 다음과 같이 밝혔다. 중노위의 중재재정은 ① 사용자측의 예상을 뛰어넘는 임금인상이 결정된 점, ② 전직원에게 보건수당이 보장된 점 등 중재재정이 사용자 편향적이었다는 오명을 일부 벗었다. 그러나 중재재정이 ① 노사자율교섭을 통한 타결을 근본적으로 가로막고, ② 온전한 주5일제 대신 토요일 외래진료를 축소 허용하였으며, ③ 고용안정협약, 보건의료산업협약, 산별기본협약 등 3가지 협약을 중재재정 대상에서 제외하였다는 점에서 수용하기 어렵다면서 중재재정과 무관하게 산별 5대협약요구를 놓고 노사가 자율교섭으로 산별교섭을 타결할 것을 촉구한다. 결국 산별총파업투쟁은 종료하지만 산별교섭은 지속한다는 것이다.

3) 중앙노동위의 태도

중노위는 2005년 6월 22일 조정신청사건을 접수(113개병원)하고 동년 7월 6일 본 조정회의를 개최하였다. 이때 회의에서 공인노무사를 배제한 특성별 사용자 단체에 기초하여 전체 사용자단체를 구성하고 단체협약 유예기간을 1년으로 한다는 권고안을 제시하였다. 또 7월 7일 본 조정회의를 속개하여 사용자측 제시안을 확인한 후 조정기간 연장을 권유하였으나 노조는 불가입장을 피력하였다. 이에 조정중지를 결정하고 직권중재 회부 권고 결정 및 직권중재 결정을 발표하였다.

당시 중노위가 밝힌 직권중재 회부 및 중재재정의 필요성은 다음과 같다. ‘중노위에서 사측의 교섭단 구성문제와 단체협약 유효기간에 대한 이견을 해소시켜 주는 등 실질적인 교섭이 이루어지도록 틀을 만들어 주었다. 이러한 틀 속에서 조정기간을 연장하여 노사간 자율교섭을 통해 합의 타결하도록 설득하였으나 노동조합은 7월 8일 파업이 예정되어 있음을 이유로 이를 거부하였다. 이와 같이 노조측에서 2005년 7월 8일 오전 7시에 100개 병원의 총파업을 예고함에 따라 불가피하게 특별조정위원회의 권고와 공익위원의 의견을 들어 직권중재 회부를 결정하였다’는 것이다. 또한 중재기간 15일 동안 노사 합의타결을 당부하고, 노동쟁의를 피할 수 있도록 자율교섭의 기회를 부여하여 원만히 합의토록 노력한 결과 노·사 당사자는 산별 중앙협약 5대 요구사항에 대한 축조교섭에서 사용자 단체 구성과 토요일 오전 외래진료 등에 대하여는 상당부분 의견이 접근되었으나, 임금인상 및 생리휴가에 대한 의견을 좁히지 못함에 따라 부득이 7월 22일 중재재정을 결정하였다고 밝혔다.

결국 중노위의 2005년 직권 중재 결정은 노조측에 일방적으로 불리하다는 그동안의 의혹을 불식하고 노사자율교섭에 도움이 되는 방향으로 중재안을 처리함으로써 노사관계의 자율교섭을 강조하는 입장에 기초하여 이루어 졌다는 점에서 긍정적이다.

5. 2005년 보건의료산업 노사분규 원인

2000년 이후 병원 노사관계는 파업의 반복, 파업일수 증가, 장기투쟁 병원의 증가³¹⁾ 등의 특징을 보여 노동계에서도 노사갈등이 심한 조직으로 분류되고 있다. 이것은 노사 양측

31) 예를 들어 2002년 5월 23일 보건의료노조 산하 10여개 병원에서 시작, 7개월이 넘게 장기파업에 들어갔던 강남성모병원 등 가톨릭 중앙의료원 3개 병원 노조는 파업 217일만인 12월 25일 파업중단.

모두 의식 및 전략에서 아직까지는 대화와 타협 보다는 투쟁을 고려하고 있음을 반영하는 것이기도 하다. 하지만 보건의료 산별교섭이 2004년에 이어 2005년에도 노사분규로 이어진 것에는 몇 가지 원인이 있다.

가. 갈등적 노사관계와 취약한 노사관계 환경

첫째, 상대적으로 규모가 큰 병원에만 집중되어 있는 편향적 조직화와 낮은 조직률의 문제이다. 조직률에 관해서는 통계적 차이가 있다. 이주희(2005)의 경우 8.3%, 병원협회는 13.7%, 노조 통계는 19.4% 이다. 그러나 대체적으로 한국 노동조합 평균 조직률보다 높다는 의견이 지배적이다. 또 보건의료 산별교섭에는 대규모 병원이 참여하고 있고 노조원의 상당수가 간호사, 간호조무사, 의료기사 등 규모가 크고 영향력 있는 직종에 해당된다는 특성상 조직률에 비해 파급력은 크며 결속력도 높다. 그럼에도 불구하고 조직률이 충분히 높다고 하기 어려우며 또한 특정 규모 이상의 병원에만 집중되어 있는 것이 사용자측의 적극적 동참을 어렵게 한다. 특히 사용자측은 노조가 없는 사업장과 비교하여 경쟁력 저하를 우려하게 되며 이것이 교섭참여 유인을 낮추고 갈등을 증폭시킨다.

둘째, 사용자단체 구성이 병원산업의 특성별, 규모별 차이가 커서 용이하지 않다. 이미 앞에서 살펴보았듯이 경영과 효율성의 측면에서 병원산업 내부는 규모에 따라 차이가 있다. 이것은 지급능력의 차이로도 나타난다. 때문에 사용자 측은 규모별 특성별 차이를 무시한 단일한 협상안이나 단일 대표를 구성하는 것에 반대한다.

다른 한편 병원협회의 존재가 사용자단체의 구성을 용이하게 할 것이라고 예측되었으나 2005년 산별교섭은 이와 같은 예측을 뒤집었다(황덕순, 2001). 병원협회가 중소병원 및 의원이 중심이며(이에 따라 실질적 영향력이 큰 대병원의 반발이 존재) 병원협회 가입병원의 일부만이 산별교섭에 참여한다는 것을 이유로 산별교섭대상 사용자측 특히 사립대 병원측이 병원협회에 대표권을 위임하는 것에 동의하지 않았다. 때문에 병원 전체를 포괄하는 사용자단체 구성 및 단일한 협상안은 더욱 만들기 어려웠다.

셋째, 다양한 직종 구성과 규모의 차이가 결합하여 조직의 안정성을 떨어뜨린다. 병원은 서로 다른 직무를 가진 60여개에 이르는 다양한 직종들로 구성되어 있으며 직종들 사이에 자원배분, 업무영역권, 의사결정을 둘러싼 이해관계의 갈등과 차이가 존재한다. 여기에 병원규모별로 임금차이 등 노동조건이 차이가 결합되면서 초기업별 연대 움직임이 상위직종의 이해를 훼손시킬 수 있다는 우려가 생긴다. 또 상당수의 병·의원들은 노조를 조직하기

어려울 정도로 규모가 적으며 비정규직의 비율이 높다. 이것이 노조조직률의 제고를 가로막고 갈등을 야기한다.

넷째, 필수공익사업장이라는 조건이 자율교섭을 어렵게 한다. 보건의료산업은 공익적이라는 성격 때문에 일반 산업과는 다른 규정이 적용된다. 노동조합 및 노동관계조정법 제71조에 의하면 공중위생 및 의료사업은 공익사업이며 이중 병원사업은 철도 및 시내버스운송사업, 수도전기가스석유정제 및 석유공급사업, 은행사업, 통신사업 등과 함께 필수공익사업으로 규정되어 있다. 필수공익사업의 경우 직권중재에 회부될 수 있고(동법 제74조), 공익사업은 노동부장관이 중앙노동위원회 위원장의 의견을 들어 긴급조정에 들어갈 수 있도록 규정되어 있다(동법 제76조). 앞에서 살펴본 것처럼 직권중재의 기준강화와 탄력적 운용이 노사자율교섭을 촉진하는 측면도 있지만 여전히 사용자측의 경우는 직권중재에 의존하려는 경향이 존재하고 노조 측에서는 법을 뛰어넘는 극단적 투쟁을 반복적으로 시도할 가능성이 있는 것이다.

마지막으로 성적 분리(gender segregation)에 기초한 위계질서가 노사 간 의사소통을 가로막는다. 보건의료산업은 여타 산업에 비해 남성-의사, 여성-간호사라는 직종별 성 분리가 상대적으로 뚜렷하며 이것이 위계질서와 결합하면서 전근대적인 문화를 형성하고 있다는 평가를 받는다. 사용자측에게 노조는 여성들의 집단이자 하위집단으로 인식되어 대등한 의사소통이 어렵다. 이것이 단체교섭장에서 서로에 대한 인식공격이나 비방으로까지 이어지는 경우를 낳아 노사분규를 유발하는 요인으로 작용한다.

결론적으로 보건의료산업 노사 당사자들은 노사관계 환경과 노사관계의 특징에 의해 상호 대화와 타협보다는 갈등과 대립에 더 익숙하며 상호존중의 문화가 정착되어 있지 않다.

나. 취약한 분쟁조정 시스템 및 법·제도

2005년 노사분규의 직접적 원인 중의 하나는 사립대 병원측의 노무사 위임이었다. 사립대 병원측이 노무사를 위임한 이유는 ① 특정 병원장이 대표를 맡을 경우 노조의 집중타격대상이 되고 피해가 더 크며, ② 병원장이 임기제라서 연속성을 보장할 수 없고, ③ 노조에 비해 사용자측의 경험이 매우 취약하다는 점 등이다. ④ 또한 금속노조가 한시적으로 노무사를 대표로 인정한 것 역시 하나의 근거였다.

반면 노조는 ① 노무사 위임은 2004년 산별합의 불이행이라는 점에서 상호 신뢰를 훼손하는 행위이고 기존 노사관계의 관행 상 받아들이기 어렵다³²⁾, ② 병원 사용자측의 경험

부족은 노무사 및 변호사로부터의 법률적 조언이나 현장에서의 직접적 조언 등을 통해 해소 가능하기 때문에 노무사가 반드시 대표여야 할 필요가 없다, ③ 병원장이 임기제이며 대표 병원이 불이익을 받기 쉽다는 것 역시 노사 상호간에 충분히 협상으로 해결할 수 있는 문제라고 주장했다. 또 사용자측이 막대한 노무사 위임 비용을 부담(노조측의 주장은 1억 5천)하면서까지 노사관계를 악화시키는 것은 산별적 교섭을 무력화시키려는 행위라고 강조했다.

그런데 사립대 측의 노무사 위임이 7월 6일 중노위의 권고안이 나왔을 때까지 해소되지 못한 것은 양자의 강경한 입장뿐만 아니라 양자의 이해갈등을 조정할 기제나 규범이 존재하지 않는다는 사실 때문이기도 하다. 사실상 사용자대표도 구성되어 있지 않고 노사간의 신뢰나 존중의 문화가 아직 형성되어 있지 않은 상태에서 노사갈등을 조정할 적절한 기제가 없다는 것은 분규를 방치하는 효과가 있다.

조정기제의 취약은 비단 보건의료 산업에만 국한되는 것은 아니다. 2005년 분규의 상당수가 단체교섭의 틀과 구조, 새로운 단체교섭의 주체 문제 등 노사관계 시스템과 연관되는 쟁점을 중심으로 이루어졌다. 이것은 대부분 노·사 양 당사자들로만 해결하기 어려움에도 불구하고 이와 같은 문제해결을 지원할 분쟁조정 시스템 및 법·제도가 모두 취약한 현실을 반영한다. 예를 들어 보건의료노사 당사자에 관한 중노위 중재안을 보면 노조의 5대 요구안 가운데 임금협약과 노동과정협약만 포함되었으며 산별기본협약, 보건의료협약, 고용협약은 제외되었다. 그 이유를 중노위는 현행법상 ‘교섭대상’이 아니기 때문이라고 한다. 현 제도는 근로조건의 결정사항, 즉 이익분쟁만을 의무적 교섭대상으로 간주한다. 이에 따라 ‘권리분쟁’의 성격을 갖고 있는 교섭틀, 인사·경영권, 의료공공성, 비정규직 문제 등 주요 현안이 중재안에 포함되지 않은 것이다. 이 결과 보건의료 산별교섭은 여전히 미해결상태로 남아있다. 현행 법·제도 및 취약한 분쟁조정 시스템이 새로운 노사분규 양상과 불일치하고 있는 것이다.

다. 정부의 노사자율 원칙에 입각한 일률적인 최소개입

정부는 노사자율원칙 즉 단체교섭은 전적으로 노·사 당사자 책임이라는 입장에서 불법행위가 발생할 경우에만 엄단한다는 최소개입의 입장에 섰다. 이것은 정부가 특정 단체교

32) 중노위의 7월 6일 권고안은 노조측에 손을 들어주었다고 할 것이다. 2004년 산별 합의에 대한 충실한 이행이 중요하다는 것이 중노위의 입장이었기 때문이다.

섭을 강제할 수 없다는 점에서 정당하며 이미 안정적으로 제도화된 기업별 단체교섭에는 적절하다. 그러나 아직 안정화되어 있지 않거나 기업을 넘어서서 새로이 생겨나는 노사관계에는 어떻게 적용할 것인가를 검토할 필요가 있다. 왜냐하면 보건의료노조나 금속노조 등과 같은 단체교섭구조 전환시도는 2006년에 접어들면 더욱 강화될 것이기 때문이다. 또한 비정규직을 중심으로 초기업적 노사관계 형성에 대한 시도는 대체적으로 분규를 동반하며 격화될 가능성이 높다. 이와 같은 형태의 노사분규는 노사자율의 원칙이 정립되어 있지 않은 새로운 양태이며 강도 역시 매우 격렬하다. 따라서 이것을 기존의 안정된 노사관계와 동일하게 다룰 수 있는가 하는 문제가 제기된다.

이처럼 기존의 기업별 노사관계 관행이나 법·제도로 충분히 포괄할 수 없는 사안이 발생했을 때는 예외적으로 자율성을 해치지 않는 범위 내에서, 또 사회적 비용을 줄이고 불필요한 갈등의 소지를 없애기 위한 정부의 보다 적극적인 개입이 필요하다. 여기에는 공식·비공식적인 조절기제의 마련에서부터 행정지도의 강화 또 법·제도적 개혁 등으로 다양한 방식이 있을 수 있다. 예를 들어 최근 발생한 현대 하이스코 비정규직 노사분규와 관련하여 노동부가 매우 적극적으로 개입하여 소위 다자간 협상 혹은 사회적 합의 형태의 중재를 이루어냄으로써 노·사 양측 모두 피해를 최소화할 수 있었던 경험에 주목할 필요가 있는 것이다.

라. 노조의 산별운동과 산별교섭의 미분리 효과

보건의료노조는 2005년 투쟁목표를 첫째, 신자유주의 구조조정을 저지하고 고용안정과 의료의 공공성 강화를 쟁취한다. 둘째, 보건의료산업에 대한 정책적 개입력을 높이고 계급적인 임단투를 전개함으로써 보건의료 노조를 보건의료노동자의 대표조직으로 자리매김한다. 셋째, 산별교섭 2년차로서 산별교섭의 내실을 다지면서 산별교섭을 안정적으로 정착시킨다. 넷째, 조합원들의 기업별 의식을 극복하고 산별의식 강화와 산별적 조직강화를 쟁취한다고 적시했다.

또 이를 위한 투쟁기조는 첫째, 요구: 돈벌이 구조조정 저지와 의료의 공공성 강화, 주5일제 완전 정착, 비정규직 철폐, 연대임금 실현 등 가장 산별적인 요구를 쟁취한다. 둘째, 교섭: 사용자단체 구성을 강제하고 안정적인 산별교섭 구조를 확보하며 산별협약을 발전시킴으로써 산별교섭을 정착시키고 본궤도에 올려놓는다. 셋째, 투쟁: 공동일정, 산별공동투쟁, 산별총투표, 산별총파업 등 준비부터 마무리까지 산별적 투쟁력으로 돌파한다. 넷째,

전선: 민주노총·민주노동당·민주시민사회세력과 연대공동투쟁전선을 마련하고 대국민 여론화에 집중하여 광범한 국민적 지지와 공감대를 확보한다. 다섯째, 조직: 2005년 투쟁을 통해 조합원들의 기업별 의식을 극복, 산별 연대의식을 강화하고 산별적 활동체계를 더욱 공고히하며 보건의료노조를 40만 보건의료노동자의 구심조직으로 발전시킨다 등이다.

그런데 산별교섭은 산별노조운동의 한 부분이긴 하지만 산별노조를 결성하는 과정과 반드시 일치하는 것은 아니다. 또 사용자라는 파트너가 존재할 뿐만 아니라 상호간 이해갈등 조정이 핵심적인 문제가 된다는 것, 즉 말 그대로 교섭을 중심에 놓을 수밖에 없는 문제라는 점에서 산별노조 결성운동과 산별교섭을 일치시킬 수는 없다. 양자를 동일시 할 경우 파트너십의 확보와 이해갈등 조정 문제는 부차적인 문제가 되어 산별교섭에서의 유연성도 줄어들는다. 예를 들어 보건의료노조가 중노위의 조정기간 연장제안을 거부함으로써 사실상 직권중재의 수순을 밟게 만든 것은 산별노조운동과 산별교섭을 일치시킨 결과라고 볼 수 있다. 또한 서울대병원지부의 탈퇴과정 역시 산별 결성과정에서 불거지는 내부 문제와 산별교섭을 분리시키지 못하고 사실상 내부 문제가 산별교섭까지 어렵게 만드는 결과를 낳았다.

마. 의료전달 서비스에 대한 시각차이

보건의료산업은 의료서비스 제공을 목적으로 하기 때문에 전국민에게 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는 전달체계의 형성은 매우 중요하다. 그런데 이미 앞서서도 지적하였지만 중요한 문제는 전달체계와 관련하여 상이한 시각이 존재한다는 사실이다. ‘공공성’과 ‘형평성’을 강조하는 관점과 ‘경쟁력’ 및 ‘효율성’을 강조하는 관점이 상호 대립적으로 존재하는 것이다. 2005년의 경우 전자는 주로 보건의료노조의 주요 관심사로 대두되었고 후자는 경영압박을 받는 사용자측의 주요 관심사였다. 물론 사용자 측이 경쟁력 및 효율성만을 강조하는 것은 아니며 규모별로 차이가 있다.

이와 같은 시각차이는 산별교섭에서의 이해갈등으로 외화된다. 사실 의료서비스의 공공재적 성격을 고려한다면 공공성과 형평성은 무시할 수 없으며 특히 의료공공성이 취약한 우리 사회의 경우 그 중요성은 보다 커진다. 하지만 민간의료서비스 중심의 의료전달체계를 갖고 있는 탓에 경쟁력과 효율성의 문제 역시 중요하며 양자는 사실상 매우 밀접하게 결합되어 있다는 점에 주목해야 한다. 또 노조의 입장에서 볼 때 인력관리나 일자리 창출의 측면에서 경쟁력과 효율성에 관심을 갖는 것이 필요하다.

V. 2005년 보건의료산업 산별교섭 평가 및 개선방안

1. 2005년 산별교섭 평가

2005년 산별교섭은 산별협약안 마련에 이르지 못한 뿐만 아니라 산별적 노사관계로의 전환에서 제기될 수 있는 많은 문제점들을 드러냈다. 따라서 이 문제를 어떻게 해결하는가에 따라 2005년 산별교섭이 향후 산별교섭의 틀과 구조를 확립하기 위한 땅꾼히기가 될 것인가 혹은 그렇지 않은가가 결정될 것이다. 여기서는 우선 2005년 산별교섭을 2004년의 그것과 비교·평가하는 것에 초점을 맞춘다.

가. 노·사 양측의 중앙집중적 교섭력 취약

2005년 산별교섭은 2004년에 비해 참여주체의 형성 및 교섭구조 구축이 더 이상 진전되지 않았다. 이로 인해 중앙집중적 교섭력이 여전히 취약한 양상을 보였다.

첫째, 2004년에 비해 2005년 산별교섭 참여 병원의 수가 줄어들었으며 이것이 산별 본조의 통제력 약화로 나타났다. 2004년의 경우 121개의 교섭대상 병원 중 91개 병원이 산별교섭에 참여하였으며 산별협약 수용 병원까지 고려하면 그 수가 104개로 늘어난다. 그러나 2005년은 교섭대상 병원은 127개로 늘었으나 이중 85개(2005년 6월)가 산별교섭에 참여하였다.

참여병원의 수가 줄어든 중요한 원인은 서울대지부의 보건의료노조 탈퇴 이후 울산대병원노조, 강원대병원노조, 충북대병원노조, 제주의료원, 제주대병원노조 등이 공공연맹에 가입신청을 낸 일련의 과정과 관련이 있다. 이와 같은 돌출적 변수들은 전 세계적으로 유례 없는, 기업별 체제의 산별체제로의 전환 과정에서 항상 발생할 수 있는 것이다. 그러나 이와 같은 노조 내부문제를 적절하게 해결하지 못한 것은 산별본조의 통제력 취약으로 외화될 수밖에 없다. 사용자측의 경우 통제력이 흔들리는 노조와의 산별교섭은 매우 부담스러운 일이 된다. 그렇지 않아도 이중과업으로 인해 산별교섭 비용이 증가하고 있는데 본조의

통제력마저 약화된다면 사실상 산별수준에서의 합의에 대한 신뢰도가 떨어지고 기업별 교섭의 비용증가가 높아질 가능성이 있기 때문이다. 노조의 입장에서도 산별교섭의 원칙, 본조와 지부관계 등을 재점검하여 산별노조 운영에 관한 방침을 확립할 뿐만 아니라 탈퇴한 병원들에 대한 향후 대책이 필요하다.

둘째, 이중교섭 문제가 2004년에 이어 2005년에도 지속적으로 제기 되었으며 이것의 해결이 2006년 산별교섭의 중요한 과제로 대두되었다. 보충교섭이 불가피하다하더라도 산별교섭과 보충교섭이 교섭비용을 줄이는 방식으로 설계될 때만 사용자측을 산별교섭의 테이블에 불러들일 수 있다. 또한 산별교섭-지부교섭의 관계 재정립은 기업별노조로 집중되어 있는 힘의 분산, 혹은 산별본조로의 힘의 이동을 통한 기업별 노조체계와 노조의식의 극복의 측면에서 중요하다. 이중교섭에 따른 사회적 비용을 해결하는 것이 사용자뿐만 아니라 노조에게도 중대한 과제인 이유가 여기에 있다. 이를 위해 산별본조와 지부간의 관계 및 권한에 대한 전면적 검토와 대안의 제기가 필요하나 2004년에 이어 2005년에도 보건의료노조는 적절한 대책을 마련하지 못하였으며 중장기적으로라도 이 문제를 해결해나갈 것이라는 전망을 제출하여 사용자측을 설득하려는 노력을 하지 않았다.

셋째, 2004년에 이어 2005년에도 최대의 쟁점이었으며 교섭결렬의 직접적인 원인이었던 사용자단체 구성이 여전히 해결되지 못하였다. 물론 강제중재에 들어가기 직전까지 합의된 내용은 2004년에 비해 약간의 진전이 있었다. 2004년 산별협약에 따르면 “사용자는 조속히 사용자단체 구성을 위해 노력하고, 완전한 사용자 단체가 구성되기 전까지는 개별 병원은 교섭권과 체결권 일체를 위임하고 사측 대표단을 구성하여 산별교섭에 참가한다. 다만, 새로운 사측 대표단이 구성되기 전까지는 2004년 축조교섭단을 사측대표단으로 유지한다”는 내용이었다. 이에 반해 2005년은 특성별 대표단을 중심으로 한 공동대표단을 사용자단체 구성 전까지의 임시적인 사용자단체로 인정한다는 점에서 병원 사용자 구성의 현실적 어려움을 인정하는 절충적 접근이었다. 또한 사용자단체 준비위원회 구성이 명시되었으며 이를 위한 노사실무위원회 역시 합의되었다는 점도 긍정적이다. 그러나 임시 사용자단체의 구성이 너무 늦었으며 사용자단체 내부 의견차이도 여전히 커서 교섭집중도가 떨어질 수 밖에 없다.

또한 임시사용자단체구성이 7월 6일 중노위의 권고안을 계기로 급속하게 이루어진 의견 접근이며 강제중재에 들어감으로써 사실상 합의되지 못하였다는 사실에 주목해야 한다. 산별교섭에 대한 노사양측의 자율적인 이해조정 및 사용자단체 구성을 위한 노력은 여전히 취약하였으며 일정하게 외적 강제에 의존하였던 것이다. 또한 2004년 산별교섭에서 상당히

중요한 역할을 하였던 병원협회가 완전히 배제된 것도 그동안 병원협회의 활동내용 및 인적·물적 자원을 고려할 때 자원의 적절한 활용이었는가 하는 문제가 남는다.

사용자측은 여러 가지 이유로 산별교섭에 소극적일 수밖에 없다. 특히 노조가 없는 병원에 비해 노조가 있는 병원의 경우 경쟁력과 효율성에서 불리하다는 것이 사용자측의 의견이다. 더욱이 사립대병원의 경우 산별교섭에 참여하지 않는 소위 B4(서울대병원, 서울아산병원, 삼성병원, 연세대병원)에 비해 경쟁력이 떨어질지도 모른다는 우려도 크다. 따라서 산별교섭에 대한 사용자측의 태도를 바꿀만한 대안을 노조측에서 준비하고 충분한 협상능력을 갖추지 않는 한 2006년 산별교섭도 순탄하지 않으리라는 예측이 가능하다. 또 사용자측도 병원협회 등 적절한 자원을 적극적으로 활용하는 것이 의견조율과 교섭 집중도를 높이는 것에 유리하다.

나. 산별적 의제개발 취약

첫째, 현재 산별 의제는 기업별 의제를 총합한 양상을 띠고 있으며 산별의제와 기업별 의제의 차이가 불분명하다. 만약 현재의 산별의제를 유지하려면 보충교섭의 비용을 떨어뜨릴 수 있을 정도로 산별적 의제 및 교섭이 권위와 영향력을 가져야 한다. 또한 사용자측에 대해서도 산별적 교섭에 참여할 경우 충분한 이점이 있을 것임을 설득할 수 있어야 한다. 특히 사용자측의 입장에서 기존 노동조건 저하 금지(산별 기본협약)가 기업별 교섭+@의 효과를 낳는 것이 아닌지 우려할 수밖에 없다는 사실이 적극적으로 고려되어야 한다. 그러므로 현재의 산별의제를 재평가하고 기업별 의제와 산별 의제를 분명히 구분하는 것이 필요하다. 만약 산별 의제를 현재와 같은 수준으로 유지하려면 기업별 보충교섭의 범위를 대폭 축소할 필요가 있다.

둘째, 산별적 의제의 개발이 필요하다. ① 현재 초점이 맞추어져야 할 산별적 의제 중의 하나는 기업간·고용규모 간 격차 완화 등 사회적 양극화의 해소와 관련된 것이다. 2004년의 경우 정규직의 임금인상을 자제함으로써 사실상 평등주의적 측면을 강조하였다면 2005년은 일률적이고 상대적으로 높은 임금인상을 제기함과 동시에 비정규직 보호 및 최저임금 인상을 요구하는 방법을 선택하였다. 그러나 노조가 정규직 중심으로 구성되었으며 사용자측이 지불능력의 현격한 차이가 있다는 점에서 격차완화를 위한 뚜렷한 대안이 없으면 이와 같은 방식은 사실상 정규직의 임금인상과 비정규직 부분에 대한 상징적인 표명의 수준에 머무를 수밖에 없는 한계가 있다. 격차가 더욱 커질 수 있는 것이다. ② 노동자들

의 능력개발을 통한 생산성의 향상, 작업장 혁신, 일자리창출 등 노사 공동의 협력적 의제의 개발이 필요하다. 임금인상 및 산별적 교섭 비용의 부담에도 불구하고 실질적으로 생산성을 향상시켜 수익을 증가시킬 수 있는 의제가 제기되고 협상이 이루어지며 실제 집행과정에 공동으로 참여할 수 있다면 노사간 신뢰 및 존중의 문화가 정착하는 것에도 큰 도움이 될 것이다. 그러나 2004년이나 2005년 모두 산별적이며 동시에 협력적인 의제의 개발은 전혀 이루어지지 않았다. ③ 임금인상률 뿐만 아니라 임금구조나 직무구조 등의 문제도 산별적 의제로 다루어야 한다. 2004년과 2005년 모두 임금이 중요한 의제 중의 하나였으며 2005년의 경우 노동자들의 가장 큰 관심사였다는 점에서 임금은 산별적인 의제에서 핵심적이다. 문제는 이것에 접근하는 방식이 기업별 수준의 임금교섭을 벗어나지 못한다는 사실이다. 산별적인 임금교섭은 임금인상 뿐만 아니라 임금구조의 혁신을 통한 격차완화, 또 생산성 증가와도 연계되어야 한다.

다. 공공적 의제의 현실화를 위한 교섭구조의 다각화 부족

2004년 보건의료산업의 산별협약은 2004년 6월 기준으로 보건업 월 평균 정액급여의 40 퍼센트(68만원 수준)를 최저임금으로 하는 산별 최저임금제 도입, 고용증대를 위한 노력, 산업발전을 위한 보건연대기금 준비위원회 구성, 의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 노사정 특별 위원회 구성 합의 등 보건의료산업 전체의 발전과 해당 산업 내 근로자 전체에 혜택이 돌아갈 수 있는 내용이 상당부분 포함되어 있다. 2005년의 경우 산별협약이 이루어지지 않음으로써 노사 간의 상호 합의를 이끌지는 못하였지만 보건의료 5대 산별협약에 담겨 있는 공공적인 측면은 더욱 강화되었다고 할 것이다.

문제는 이와 같은 공공적 의제가 현실화할 수 있도록 다각적인 교섭 구조와 틀을 모색할 필요가 있다는 것이다. 예를 들어 2005년 보건의료협약은 크게 정부에 대한 요구와 노사공동의 요구로 나뉜다. 그런데 이것이 한꺼번에 묶여있고 특히 정부에 대한 요구는 형식적인 결의로 대체되는 등 실질적인 교섭과정에서는 순위가 대폭 밀린다. 따라서 명분용일 가능성이 높으며 조합원대중의 적극적 동의와 참여도 이루어지지 않고 있다. 노·정교섭이나 시민사회단체와의 협력이 필요한 의제를 분리시켜 산별교섭과 다른 틀로 다루는 것이 필요하다. 이를 통해 산별교섭과 산별협의를 구분하는 것도 하나의 방법인 것이다.

라. 규모별·고용형태 별 격차완화를 위한 대안부족

2004년 단체협약에서 보건의료노조가 주 5일제 시행대상 병원 및 사업장에 한해 기본급 2%, 대부분 중소병원인 미 시행병원은 5% 인상을 결정한 것은 대기업과 중소기업 노동자의 지나친 임금격차 확대를 완화하고자 하는, 지금까지 기업별 교섭에서 보기 어려웠던 노동운동의 연대의식이 반영되어 있다(이주희, 2004). 이것은 임금격차의 일정정도의 축소효과로 나타난 것으로 확인된다.

<표 V-1> 2004년 협약의 임금격차 감소효과

평균임금	2003년 간호사 평균임금	대병원 2% 중소병원 5% 2004년 평균임금 추정치	대병원 5% 중소병원 5% 2004년 평균임금 추정치	대병원 2% 중소병원 2% 2004년 평균임금 추정치	대병원 5% 중소병원 2% 2004년 평균임금 추정치
1000인 미만 사업장(A)	1,187,950	1,247,347	1,247,347	1,211,709	1,211,709
1000인 이상 사업장(B)	1,727,497	1,762,047	1,813,872	1,762,047	1,813,872
임금격차(B-A)	539,547	514,700	566,525	550,338	602,163
비율(A/B)*100	68.8%	70.8%	68.8%	68.8%	66.8%

기본급	2003년 간호사 기본급	대병원 2% 중소병원 5% 2004년 기본급 추정치	대병원 5% 중소병원 5% 2004년 기본급 추정치	대병원 2% 중소병원 2% 2004년 기본급 추정치	대병원 5% 중소병원 2% 2004년 기본급 추정치
1000인 미만 사업장(A)	886,807	931,148	931,148	904,543	904,543
1000인 이상 사업장(B)	1,253,707	1,278,781	1,316,392	1,278,781	1,316,392
임금격차(B-A)	366,900	347,633	385,244	374,238	411,849
비율(A/B)*100	70.7%	72.8%	70.7%	70.7%	68.7%

임금총액	2003년 간호사 임금총액	대병원 2% 중소병원 5% 2004년 임금총액 추정치	대병원 5% 중소병원 5% 2004년 임금총액 추정치	대병원 2% 중소병원 2% 2004년 임금총액 추정치	대병원 5% 중소병원 2% 2004년 임금총액 추정치
1000인 미만 사업장(A)	1,512,371	1,556,712	1,556,712	1,530,108	1,530,108
1000인 이상 사업장(B)	2,537,281	2,562,355	2,599,967	2,562,355	2,599,967
임금격차(B-A)	1,024,910	1,005,643	1,043,255	1,032,247	1,069,859
비율(A/B)*100	59.6%	60.8%	59.9%	59.7%	58.9%

* 자료: 이주희(2004)

그러나 2005년은 규모와 무관한 일률적인 임금인상을 주장하였다. 물론 교섭이 결렬되고 강제중재에 들어가게 됨으로써 이와 같은 임금인상이 관철된 것은 아니나 격차완화 등의 측면에서는 사실상의 후퇴라고 보지 않을 수 없다. 따라서 임금인상 자체를 통한 격차 완화 등을 포함하여 현실적인 대안이 모색되어야 한다.

또한 비정규직과 관련된 여타의 대안 역시 취약하다. 물론 보건의료노조는 비정규직 사업과 관련하여 3개 지역에 미조직 조직화를 위한 활동가를 배치하고 시범지역을 선정하였으며 미조직 기금의 납부를 독려하였다. 또한 산별협약에 비정규직 관련 조항(비정규직 추가인상, 비정규직의 고용보장과 노조활동보장)을 포함시켰다. 그러나 2005년 산별교섭이 임금인상 자체를 통한 연대의식의 확산과 같은 적극적인 성과를 이루어냈다고 하기 어렵다.

마. 단체협약의 이중적용(two-tier wage system) 완화

2004년 산별교섭에서 경기침체시 나타나는 협약의 이중적용 경향, 즉 무급 생리휴가에 대한 수당 보전에 신규직원 제외가 관철되었다. 신규 직원이 같은 일을 하면서 기존 직원보다 낮은 임금을 받는 단체교섭의 이중적용은 1980년대 중반부터 후반까지 미국에서 양보교섭의 형태로 많이 사용된 것으로, 1퍼센트 미만의 제조업체에서 실시되다가 1985년에는 그 비중이 26.3퍼센트에 이르렀고, 결국 1988년에는 2.8퍼센트로 다시 하락하였다. 대규모 이직과 새로운 전투성을 유발할 가능성³³⁾이 있는 이 단체교섭의 이중적용을 통해 사측이 기대할 수 있는 효과는 물론 임금비용감소이다. 그러나 미국의 경험적 연구들은 금융시장의 반응에 대한 분석을 통하여 투자자들이 근로자의 협조 거부, 이직증가를 통한 생산성 감소가 임금비용감소보다 더 클 것으로 우려하여 결국 그다지 좋은 결과를 낳지 않은 것으로 평가하고 있다(이주희, 2004; Thomas and Kleiner, 1992).

보건의료노조에서는 2005년 교섭에서 보건수당을 신규직원에게도 제공하는 방향에서 이 문제를 해결하려 하였으며 막판까지 매우 중요한 쟁점이 되었다. 결국 보건의료노조의 요구가 받아들여져 중노위의 강제중재안은 이중적용을 없애는 방향으로 설계되었다.

33) 임금양보를 자신들이 아닌 신규 노동력에게 전가시킨 이 방식은 물론 새 직원에게 매우 인기가 없는 내용이다. 미국의 노사관계학자 John T. Dunlop은 '만일 이직률이 높다면 이것은 임금삭감과 동일한 효과를 가져올 것'이라고 이야기한 바 있다(Boston Globe, 1985년 3월 7일자 기사).

바. 직권중재의 기준 강화 및 탄력적 운용의 긍정적 효과

2004년 산별교섭 당시 중노위는 산별교섭에 참여한 98개 병원에 대해서 보건의료노조의 평화의무 이행 - 불법행위 자제, 파업 중 필수업무 유지 - 및 노사 양측의 성실교섭을 조건으로 직권중재를 보류하였고, 산별교섭에 불참해 온 23개 병원에 대해서는 행정지도를 결정하였다. 이로 인해 보건의료노조 출범 이후 처음으로 합법 파업이 허용되었다. 2005년의 경우 중노위는 7월 7일 직권중재 결정을 내려 2004년과는 다른 강경한 입장으로 선회하는 모습을 보였으나 7월 22일의 강제중재안을 상대적으로 노동계에 유리하도록 제시하였다. 또 지부별 조정신청에 대해서는 2004년과 유사한 결정을 함으로써 파업의 여지를 띄워주었다. 게다가 7월 6일 중노위의 권고안을 통해 그동안 쟁점이 되었던 사용자측 대표구성성을 적극적으로 유도하였다. 직권중재의 기준강화 및 탄력적 운용이 교착상태에 빠진 산별교섭의 숨통을 열었다고 해도 과언이 아닌 것이다.

정부의 직권중재 기준 강화를 통한 자율교섭 지도는 2003년부터 본격화 되었는데, 그로 인해 전년도의 노사분규가 급격히 감소하고 노동위원회의 조정성립률도 큰 폭으로 상승하게 되었다.³⁴⁾ 이 점에서 정부가 2004년 및 2005년에 직권중재와 관련하여 일관된 정책기조를 유지한 것은 실질적 자율교섭 원칙 정착에 크게 기여한 것으로 여겨진다.

그럼에도 불구하고 직권중재에 대한 위헌시비 및 ILO 기준에 맞지 않다는 불합리성, 또 여전히 직권중재에 의존하는 관행이 남아있다는 평가도 존재한다. 탄력적 운용의 범위가 운용주체의 성향에 따라 차이가 있을 수 있다는 점 역시 지적되는 사안이다. 직권중재철폐와 필수서비스 유지 방안이 제기되는 이유도 여기에 있다(김홍명, 2005). 또한 노사양측이 여전히 직권중재에 의존하는 관행이 강하게 남아있다는 것 역시 산별교섭을 어렵게 하는 요인이기도 하다.

결론적으로 2005년 산별교섭은 산별협약에 까지 이르지 못하였고 반복되는 교섭결렬과 3일간의 산별파업을 경험하기는 했으니 반드시 후퇴라고만 하기는 어렵다. 그보다는 산별

34) 병원의 조정성립률은 2002년 34퍼센트에서 2003년 82퍼센트 이상으로 상승하였다. 강화된 직권중재회부 세부기준은 다음과 같다: 특별조정위원회는 정의행위에 의해 중단되는 업무범위, 중단되는 업무의 공공성, 비조합원 및 타사업체를 통한 업무의 지속가능성 등에 대한 노사의견 청취 및 심층검토를 통해 노사 또는 노조가 자율교섭을 통해 해결할 것을 약속할 경우 조건부 중재회부를 권고하고, 노동위원회 위원장은 중재회부 권고가 있는 경우 공익위원의 의견을 들어 중재회부 여부를 결정하되, 조건부 중재회부 권고가 있는 경우 중재회부 결정을 보류하고, 노사 또는 노조의 약속 불이행 등으로 공중의 일상생활 및 국민경제를 현저히 저해한다고 판단되는 경우에 중재회부 결정. 2003년 노사관계 개혁을 위해 만들어진 『노사관계제도선진화연구위원회』는 이미 보고서에서 필수공익사업의 개념을 재조정하고, 직권중재제도의 폐지를 제안한 바 있다(이주희, 2004 참고).

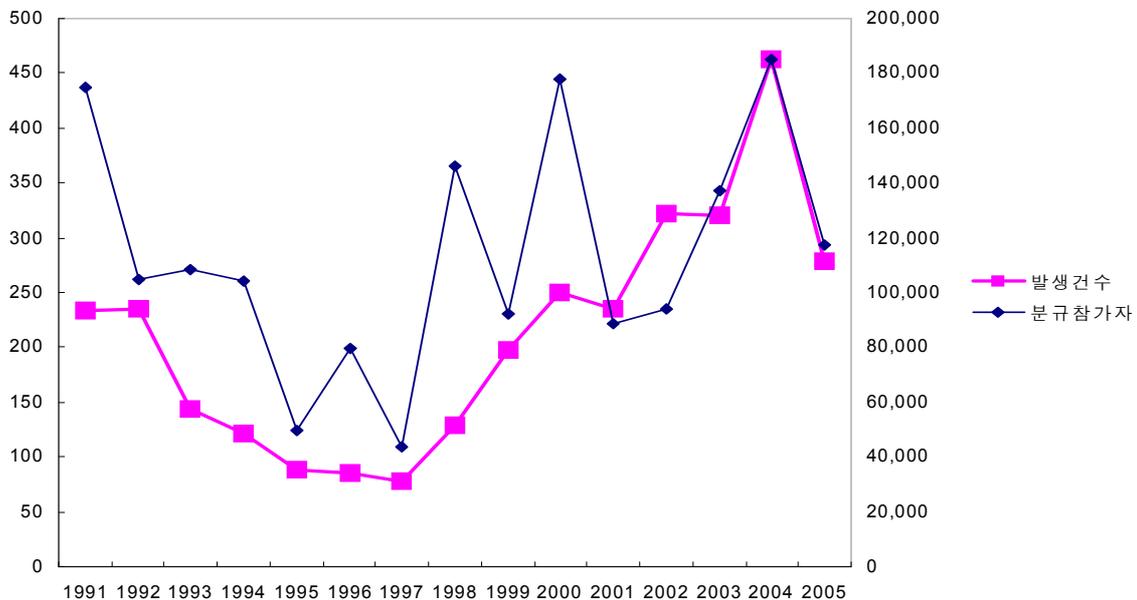
노사관계로의 전환 및 산별교섭에서 나타날 수 있는 대부분의 문제들이 다 드러났다는 점에서 오히려 문제해결을 위한 기초가 놓아졌다고 볼 수도 있다.

2. 산별교섭이 한국 노사관계에 끼치는 영향

기업별 교섭을 넘어서는 보건의료 노사 산별교섭은 보건의료 산업에만 국한된 문제가 아니다. 교섭구조의 다각화는 한국의 노사관계의 전환기적 특성이기 때문이다. 또한 보건의료 산별교섭이 전국적인 노사관계의 변화와 상호작용할 수밖에 없다는 점에 주목해야 한다.

2005년은 기존 제도적 노사분규의 안정화에도 불구하고 비제도적 노사분규가 발발함으로써 기존 기업별 노사관계 체계가 뒤흔들린 시기이다. 한국 노사관계는 ① 노사분규 이원화와 ② 기업별 노사관계와 기업을 넘어서는 노사관계의 공존이라는 전환기적 특성을 보이고 있다. 지난 10여년 간의 노사분규 추세 및 성격을 살펴보면 이와 같은 특징이 확연히 드러난다. 1991년부터 2005년 10월 현재까지 노사분규 추이는 2005년을 제외한다면 U자형을 드러내고 있다.

[그림 V-1] 노사분규 변화추이: 1999년 ~ 2005년



* 자료: 노동리뷰, 2006년 1월호에서 필자가 재구성

[그림 V-1]에서 나타나듯이 2005년 노사분규는 2001년 이후 3년째 확대된 분규가 처음으로 2001년 수준으로 하락한 것이다. 하지만 이와 같은 하락추세가 지속되기는 어려울 것이다. 왜냐하면 대기업 정규직 노사관계의 안정화와는 달리 중소기업, 비정규직 혹은 초기업 수준의 노사관계가 악화되는 ‘노사분규 이원화’ 추세가 두드러지기 때문이다. 예를 들어 규모별 노사분규 비중의 변화를 살펴보면 2005년 10월 현재 총 노사분규의 73%가 1~299인 이하의 중소기업에서 발생하고 있으며 더욱 확대되는 양상이다.

[그림 V-2] 규모별 노사분규 비중: 1995년~2005년



* 자료: 노동리뷰, 2006년 1월호에서 필자가 재구성

정규직·대기업에서의 노사관계의 안정화와 달리 비정규직 그리고 기업을 넘어서는 노사관계는 더욱 불안정해지고 있는 것이다. 우리나라 노조에서 299인 이하 사업장이 차지하는 비중은 87.8%에 달하나 이들이 조합원수에서 차지하는 비중은 23.6%에 불과하다. 특히 100인 미만의 경우 노조수는 65.5%에 이르나 조합원수는 8.7%에 불과한 편중현상을 보인다(<표 V-2> 참고) 또 고용형태에 따른 노조가입을 보면 상용직(정규직)의 노조가입률은 22.5%인 반면 임시직과 일용직의 노조가입률은 각각 1.5%, 0.4%에 그친다. 그리고 2003년

총취업자(22,139천명) 중 남성취업자는 13,029천명(58.9%)이고 여성취업자는 9,110천명(41.1%)인데 조합원수에 있어서는 남성이 78.9%, 여성이 21.1%의 머무른다.

때문에 중소기업의 노조수가 상대적으로 많음에도 불구하고 오히려 대기업 노조가 노사분규 및 노사관계를 주도하여 왔다. 민주노총 및 한국노총은 주고 정규직·대기업·남성중심의 노조를 대표하는 것으로 이해되었다. 따라서 대규모 사업장의 노사분규가 줄어드는 반면 100인이하의 중소기업규모 사업장에서의 노사분규가 늘어나는 것은 노사관계의 변화를 반영하는 것이다.

<표 V-2> 조합원규모별 조직현황(2003 현재)

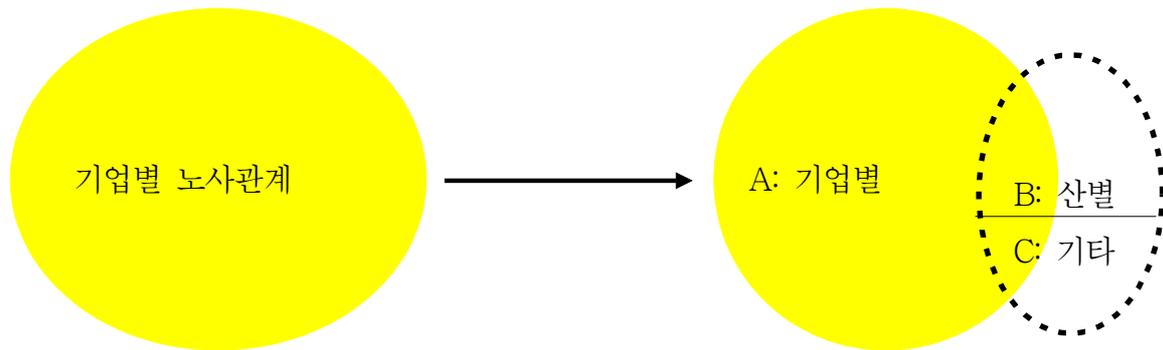
(단위: 명, %)

조합규모	노조수	조합원수		
		전체	남성	여성
1~49인	2,995(47.9)	55,969(3.6)	44,586	11,383
50~99인	1,099(17.6)	78,871(5.1)	64,292	14,579
100~299인	1,393(22.3)	231,695(14.9)	195,069	36,626
300~499인	250(4.0)	94,985(6.1)	76,292	18,693
500~999인	195(3.1)	133,337(8.6)	106,367	26,970
1,000~4,999인	140(2.2)	273,856(17.7)	218,848	55,008
5,000인 이상	34(0.5)	681,236(44.0)	517,876	163,360
조합원수 무 또는 불명	151(2.4)	0	0	0
전체	6,257(100.0)	1,549,949(100.0)	1,223,330(78.9)	326,619(21.1)

* 자료: 김정환, 2004.

노사분규의 이원화와 노사관계의 불안정성은 한마디로 기업별 노사관계 시스템과 기업을 넘어서는 즉 산별·업종별·지역별 노사관계 시스템의 공존과 그에 따른 사회적 비용의 증가라고 할 수 있다.

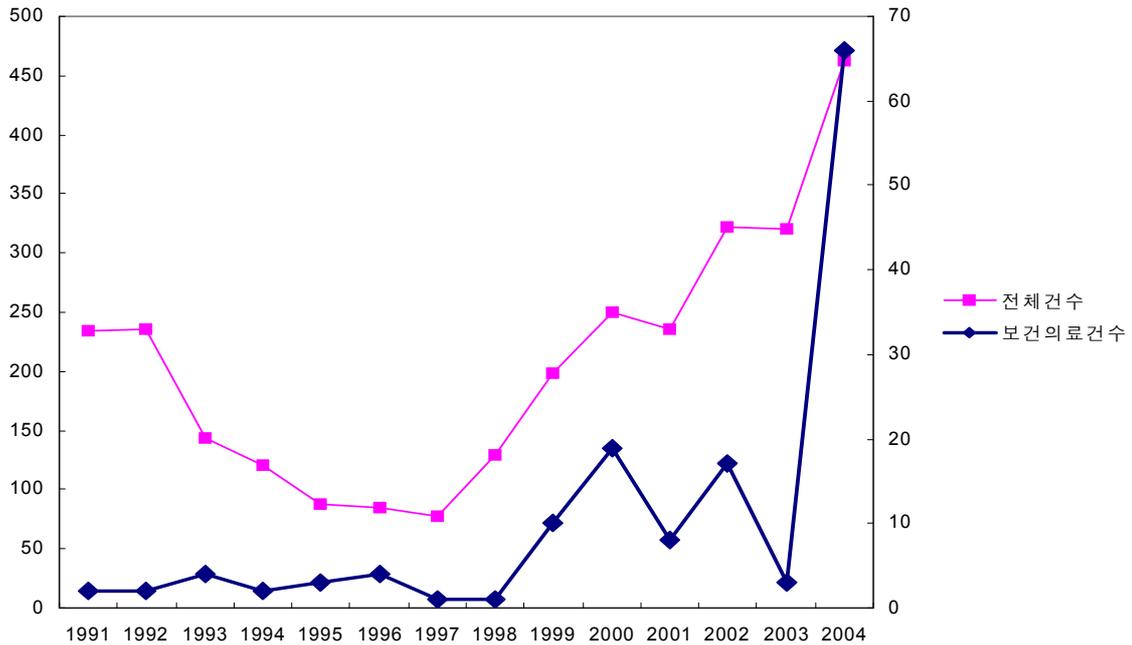
[그림 V-3] 한국 노사관계 시스템 변화



2003년 12월 현재 산별연맹은 한국노총 28개 연맹 831,660명, 민주노총 15개 연맹 673,880명으로 전체 조합원의 33.4%가 산별노조(연맹)에 가입해 있다. 그러나 노사관계는 여전히 기업별 수준에 머물러 있으며 산별적 노사관계를 시도하고 있는 경우는 보건, 금속, 금융 등에 불과하다. 새로운 교섭구조의 필요성이 증가됨에도 불구하고 그것이 정착되지 못함으로써 노사관계는 매우 불안정한 양상을 보이는 것이다. 기업별 노사관계를 핵심으로 하는 1987년 노동체제가 전환기에 직면하였다는 의견이 공공연하게 대두되고 있는 것도 이와 같은 양상을 반영하는 것이다(이승욱, 2005; 임영일, 2002).

보건의료 산별교섭은 한국 노사관계의 불안정성에 상당한 영향을 끼치고 있는 것으로 보인다. 우선 보건의료 산업의 노사분규가 노사분규의 증가 및 양극화에 영향을 끼치고 있다. 전체 분규추이와 보건의료 분규추이를 살펴보면 보건의료 분규는 노사분규가 많았던 90년대 초반에는 매우 낮은 수준을 유지하다가 2000년 이후에 급속하게 증가하여 전체 분규 건수의 확대를 주도하고 있다 해도 과언이 아니기 때문이다([그림 V-4] 참고). 또한 2004년과 2005년 산별교섭 과정에서 나타난 제반 문제점들은 단지 보건의료산업에만 국한된 문제가 아니라 한국 사회의 노사관계 구조변화 및 안정화를 위해 반드시 고려해야할 지점이다.

[그림 V-4] 전체 분규와 보건의료 분규건수: 1991년 ~ 2004년



* 자료: 노동리뷰, 2005년 10월호; 이주희, 2004에서 필자가 재구성

또한 2006년에 접어들면 기업별 수준을 넘어서는 노사관계의 확립을 위한 시도가 확대 될 뿐만 아니라 속도 역시 빨라질 것이라는 점도 적극적으로 고려해야 한다. 계파연합후보 로 나서 당선된 금속연맹의 전재환 위원장은 대기업 노조 가입에 기초한 완전한 산별로의 전환을 목표로 내세웠고 공공연맹의 경우 처음부터 기업별 지부 없이 완전한 산별적 형태 로 바꾸겠다고 공언하였다. 이 경우 기업별, 산별 혹은 여타의 초기업적 노사관계의 공존 양상이 보다 두드러질 것이고 이로 인한 사회적 비용의 문제도 만만치 않을 전망이다. 기 업횡단적 노동시장 유연화와 기업종단적 노사관계(즉 기업별 노사관계) 간의 불일치과 적 절하게 해결되지 않는 한 불가피하다.

따라서 보건의료 노사관계 안정화 방안은 산별교섭에서 드러난 노동 내부적 문제해결뿐 만 아니라 ① 노동시장과 노사관계의 불일치 해소를 통한 한국 노사관계의 안정화, ② 기 업·산별·업종·지역별 노사관계 공존에 따라 발생하는 사회적 비용의 감소, ③ 공공성 및 형평성과 경쟁력 및 효율성의 제고를 통한 보건의료 산업의 혁신 등의 관점에서 총체적으 로 검토되어야 한다.

3. 노사관계 안정화를 위한 정책적 대안

가. 교섭형태와 과정상의 개선방안

1) 노조측 개선방안

첫째, 산별교섭력을 강화해야 한다. 조직분쟁의 해소 및 산별본조-지부간의 관계 정립을 통한 산별교섭력을 강화해야 한다. 보건의료산별 본조와 서울대지부 간의 분쟁, 보건의료산별과 공공연맹간의 분쟁 등의 조직분쟁이 산별교섭력을 위축시켰다. 이것이 복수노조 시대 기업별·산별 노조의 난립을 가져오는 방향으로까지 확대된다면 노사관계에 부정적 영향을 끼칠 수밖에 없다. 따라서 산별노조결성과 산별교섭을 분리시켜 바람직한 산별노조 및 그것의 운영방안에 대한 공동의 연구 및 의견조율은 지속하되 그것이 산별교섭에까지 영향을 끼치지 않도록 해야 한다.

또한 사용자 단체가 산별교섭에 부정적인 중요한 요인 중 하나가 이중교섭, 이중쟁의라는 것은 2004년에 이어 2005년에도 반복적으로 제기되었다. 산별협약이 우선한다고는 하나 사실상 지부별 보충협약이 산별협약과 동일한 효력을 갖고 지부의 독자적 쟁의가 가능한 것이 사용자측의 가장 큰 불만인 것이다. 게다가 이와 같은 보건의료노조에도 결코 유리하지 않다. 전 세계적으로 유례없이 기업별 지부가 산별로 전환하는 한국의 경우, 기업별 노조의 힘에 의존하는 것이 일정 기간동안 불가피하다 하더라도, 산별 교섭이 확대된 기업별 교섭과 유사한 형태로 진행되는 것은 본조의 교섭력을 떨어뜨리고 장기적으로 산별전환을 어렵게 한다. 그러므로 산별교섭의 안정화 및 교섭 집중화 정도에 따라 단계적으로 본조-지부 관계를 재조정해야 한다. 지부별 교섭의 내용과 범위 및 절차를 분명히 하고 가능한 사회적 비용을 낮추는 방향으로 설계해야 할 것이다. 특히 현재 기업별 지부가 독립적인 노조와 똑같은 권한을 갖고 역할을 수행하고 있는 것을 점차 약화시켜야 한다.

둘째, 좋은 일자리 창출 등 혁신적인 산별 의제 개발을 위한 노력이 필요하다. 주요한 산별 의제로는 임금 및 직무구조, 인사승진체계의 개선, 교육체계 등 작업장 혁신과 관련된 사안, 교대제의 변화를 통한 일자리 창출에 주목할 필요가 있다.

특히 일자리창출 문제를 사회서비스산업에서의 공공적이고 좋은 일자리 만들기로 접근한다면 의료공공성과도 연계된다는 점에서 주목해야 한다. 고용비중과 관련하여 한국은

OECD와 비교할 경우 3대 사회서비스업이라고 할 수 있는 교육, 보건복지, 공공행정 중에서 보건복지에서 그 비중이 특히 낮은 것으로 나타난다.

<표 V-3> OECD 평균대비 사회서비스 부문별 고용비중(2002년)

(단위: %)

나라이름	공공행정, 국방및사회보장행정	교육	보건의료 및 사회복지사업	사회서비스전체
한국	2.93	5.58	2.30	10.82
OECD평균	6.14	6.61	9.78	22.52
OECD표준편차	1.49	1.26	4.94	6.44

* 자료: 전병유, 2005

이것은 의사, 약사, 간호사 인력 중에서 약사는 과잉이며 의사는 평균이하이고 간호사는 절대부족이기 때문이기도 하다(<표 V-4> 참고). 또한 현재 간호사가 해야 할 간병기능을 병원간병인과 가족이 수행하고 있다. 만약 간병서비스 비용이 적절하게 의료수가에 반영된다면 간병기능을 간호사가 수행하게 될 경우 병원의 간호사 수요는 크게 증가할 것이다. 노조가 이와 같은 문제에 주목하고 노사간 공동연구를 진행한다면 노사협력의 문화 증진에도 도움이 될 것이다.

<표 V-4> 의료인력의 국제비교(2002년)

(단위: 만명당)

	의사	간호사	약사
한국	20.0	40.2	11.4
스웨덴	32.6	101.6	6.6
독일	33.6	97.1	5.6
미국	22.5	78.5	6.9
일본	19.8	77.9	12.1
OECD 평균	28.93	82.62	6.65

*자료: 전병유, 2005.

셋째, 노동내부 규모별, 고용지위별 격차완화 대책마련이 시급하다. 우선 비정규직 및 중소기업의 조직화를 높여야 할 뿐만 아니라 이것이 일정한 한계가 있다는 점을 고려하여 격차완화를 위한 실질적인 대책을 모색해야 한다. 이것은 일정부분 정규직의 양보를

전제한다는 점에서 높은 합의수준이 필요한 사안이다. 예를 들어 정규직 임금의 억제 혹은 동결에서부터 병원규모별 대책에 이르기까지 적극적으로 검토할 필요가 있다.

넷째, 산별전환을 위한 인적·물적 지원역량이 확보되어야 한다. 산별전환은 노조 내부의 자원만으로 해결하기 힘든 문제이다. 따라서 민주노총 및 한국노총 등 상급단체의 적극적 지원을 받아야 할뿐만 아니라 외부 역량의 지원도 적극적으로 조직할 필요가 있다.

2) 사용자측 개선방안

첫째, 사용자단체 구성이 급선무이다. 산별교섭은 노사 양자의 중앙집중적 교섭력의 증진이 매우 필요하다. 사용자 단체 구성과 관련하여 초기업단위 복수사용자단체 구성을 강제해야 한다는 의견(이승욱, 2005)도 있으나 위헌소지가 있는 등 부적절하다는 반대도 만만치 않다(김유선, 2005). 또 사용자 단체구성은 사용자측의 노력과 노조의 양보가 필요한 문제이지만 자율교섭의 원칙을 깨뜨리지 않는 선에서 정부의 조정 등 지원이 필요하다. 예를 들어 7월 6일 중노위 권고안과 같은 조정내용이 조정신청 이전이라도 설득력있게 제기될 수 있는 방법이 모색되어야 한다는 것이다.

하지만 사용자측의 적극적 노력과 합의가 필요하다는 점에서 다음과 같은 사항이 고려될 필요가 있다. 우선 병원협회, 특성별 대표 그리고 등이 참석하는 공식·비공식적 의사소통이 사전적으로 필요하다. 특히 병원협회의 역할이 제고될 필요가 있다. 서울대지부가 탈퇴하고 특성별 대표 사이의 의견차이가 만만하지 않은 상황에서 병원협회가 이와 같은 의견을 조율하고 공통적인 방침을 마련하는 역할을 할 수 있을 것이기 때문이다. 또한 사용자단체 구성에 관한 2005년 강제중재 직전의 합의 내용을 발전시키기 위해 2006년 교섭전 노사양측의 긴밀한 의견교환도 필요하다. 다른 한편 사용자단체가 소극적인 주요 원인을 분석하여 장애요소를 가능한 한 제거하고 지원방안을 마련하는 것도 필요하며 여기에는 노조측의 양보가 병행되어야 할 것이다.

둘째, 사용자측이 기존의 관성에서 벗어나 사회적 책임의식을 높여야 한다. 중노위의 강제중재안이 노조측에 상대적으로 유리하였던 것은 여러 가지 이유가 있겠지만 사용자측의 주장이 공공적 성격의 보건의료 산업에 걸맞을 정도의 설득력을 갖추고 있지 못한 면도 있다. 대국민 서비스라는 보건의료의 특성 때문에 사용자측은 경쟁력과 효율성 뿐만 아니

라 공공성과 형평성에도 관심을 가져야 하는 것이다. 더불어 사용자 측의 직권중재에 의존한다는 의혹을 일소하고 상생적인 노사관계 형성을 위해 보다 적극적인 자세를 보여야 할 필요가 있다. 노조측의 한계에 대한 지적을 넘어서서 작업장 혁신이나 일자리 창출 등과 관련해서 지속적으로 노조와 함께 할 수 있는 의제를 개발해야 한다.

나. 교섭틀과 구조전환을 위한 방안: 사회적 대화 및 공론화

산별교섭의 틀 및 구조전환의 비용을 대폭적으로 낮추는 한 가지 방안이 사회적 대화 및 공론화이다. 산별교섭구조로의 전환은 노·사 양측 모두 광범위한 지지를 얻거나 합의된 단일한 방향을 갖고 있지 못하며 제도화 수준도 아직 낮다. 한국노동연구원이 노동부 의뢰로 2002년 10월 전국 8백개 기업의 근로자 대표 5백86명과 회사측 노무관리자 5백24명을 대상으로 설문 조사한 결과에 따르면, 미래의 바람직한 교섭형태로 노·사 모두 기업별 교섭을 가장 많이 꼽았다. 회사측은 응답자의 71.3%가 바람직한 교섭형태로 기업별교섭을 꼽았고, 다음은 업종별 공동교섭(16.3%), 산별교섭(5.4%), 지역별공동교섭(3.6%), 대각선교섭(3.3%)등의 순이었다. 근로자 대표도 36.9%가 기업별교섭을 선호한다고 응답했다. 그 뒤를 업종별공동교섭(25.9%), 산별교섭(22.2%), 대각선교섭(8.2%), 지역별공동교섭(6.8%) 등이 차지하여 산별교섭에 대한 지지가 낮게 나왔다. 사용자측보다 높긴 하지만 노조측 역시 기업별교섭을 더 선호하는 것이다. 물론 이것은 3년 전의 조사이며 노조의 경우 산별교섭에 대한 지지 정도가 현재는 보다 높아졌을 것으로 추측된다. 그러나 여전히 대기업을 중심으로 노사 양측 모두 산별교섭에 대한 부정적 태도가 나타나는 것으로 보인다.

따라서 교섭형태 및 절차, 방식 및 범위 등등에 관한 합의가 없을 경우 기업별 교섭을 넘어선 초기업적 노사관계 구축비용이 만만치 않을 수 있다. 이 경우 사회적 대화를 통해 노사관계 구조 문제를 적극적으로 협의하는 것을 고려해 볼 수 있다. 제도화의 수준이 낮았던 이탈리아의 경우 비공식적인 차원 혹은 노사정 차원에서의 교섭구조와 단체교섭의 절차를 사회적 합의를 통해 마련함으로써 노사관계 전환의 사회적 비용을 대폭 낮추었다.

또한 이와 같은 사회적 대화는 새로운 노사관계 틀에 대한 공론화 작업과 함께 진행되어야 한다. 왜냐하면 노사관계틀의 전환은 노사 당사자는 물론이고 사회적 동의를 필요한 사안이기 때문이다. 이때 사회적 동의를 위한 공론화에서는 다음과 같은 점이 고려되어야 한다. ① 최소한 단기적으로 비용이 많이 든다하더라도 장기적으로는 적은 비용을 부담하게 될 것이라는 점이 예측될 수 있어야 한다. ② 공공성과 형평성은 물론 경쟁력과 효율

성에서도 산별체계로의 전환이 유리하다는 사실이 분명하게 규명될 필요가 있다. ③ 비정규직을 포괄하고 사회적 양극화를 해소하며 ④ 집단이기주의로 인한 불필요한 비용을 최소화할 수 있고 기업의 사회적 책임이 강화되어 시민사회의 신뢰가 높아지기 위한 노력의 일환이라는 사실도 함께 인지되어야 한다. 이를 위해서는 산별노조로의 전환과 산별을 포함한 초기업별 교섭구조의 형성을 분리하여 공론화 및 합의의 수준에 따라 후자를 단계적으로 모색해갈 필요가 있다.

다. 법·제도적상의 개선방안

1) 복수노조 시대 자율교섭방안

현행 노동관계법은 원칙적으로 노동조합의 조직형태와 직접적인 관련성을 가지지 않은 중립적인 내용으로 규율하고 있다. 따라서 산별노조나 지역별노조 등 초기업단위노조이든 기업별 노조이든 관계없이 규율대상으로 하고 있으며, 노동조합의 조직형태에 따라 상이한 법규율을 상정하고 있는 것은 아니다. 그러나 실제에 있어서는 기업별 단위노동조합이 지배적 조직형태를 차지하고 있는 우리나라의 특수성으로 인하여 집단적 노사관계의 영역에서 집단적 자치는 기업별 노조 대 개별 사용자의 구도 하에서 형성되어 왔으며, 판례나 행정해석, 학설 등에 기초한 지난 수 십년간의 법 운용 역시 기업별 노조를 당연한 전제로 하고 있다. 또 우리나라의 법질서는 기업별 노조에 대하여 실질적으로는 암묵적인 지원을 하는 시스템으로 운용되어 왔다고 할 수 있다(이승욱, 2005: 29-30).

그런데 최근 산별노조의 출현과 확산으로 인해 이와 같은 기존 노사관계가 변화하고 있다. 물론 대등한 힘의 균형을 갖춘 노사관계가 가능한 지형에서는 더 이상 집단적 노사관계에 국가가 개입하는 것은 바람직하지 않다. 하지만 현재는 노사간 대등한 균형이 갖추어 있지 않으며 노사 모두 기업별 의식도 광범위하여 다양한 문제점이 표출되었고 간혹 이것이 격렬한 노사분규로까지 나아가기도 한다. 따라서 기존의 기업별 노사관계의 자율적 원칙을 훼손하지 않으면서도 이것이 초기업별 노사관계의 형성 및 발전을 방해하지 않도록 법·제도적 정비가 필요하다고 보인다.

복수노조 아래서의 자율교섭을 촉진시키기 위한 교섭창구단일화 문제에 관해서는 여러 가지 대안이 제기되고 있다. 첫째, 조직대상의 중복이 아니라 하나의 사업 또는 사업장 단위를 원칙으로 산업별 지부를 포함한 모든 노조의 창구단일화를 법적으로 강제하는 방안

(이승욱, 2005), 둘째, 조직대상이 중복되는 경우에 한해서 창구단일화를 강제하는 방안, 셋째, 창구단일화의 법적강제에 반대하고 그것을 노조의 자율적 행위에 맡겨야 한다는 의견(김유선, 2005) 등이 그것이다.

이와 같은 다양한 입장을 산별교섭구조로의 전환을 방해하지 않는 선에서, 또 기업별 노사관계의 자율성을 보장하는 선에서 적극적으로 검토해야 할 것이다. 특히 교섭창구단일화의 대상을 하나의 기업으로 할 경우 사실상 산별전환이 어려울 수 있다는 사실에 주의해야 한다. 또한 노조 전임자 문제를 해결하기를 원한다면 노조에게 그 반대급부로서 산별적질서로의 이행에 장애가 되는 법·제도적 요인을 제거하거나 산별협약의 효력확산을 보장하는 방안 등을 제기할 수 있다는 점도 고려해야 할 것이다(김유선, 2005).

2) 직권중재 제도개선 및 필수서비스 유지방안

최근 노동위원회는 직권중재에 회부하는 세부기준을 마련하여 이를 적용함으로써 보건 의료노조와 같은 필수공익사업에서도 합법적으로 파업을 할 수 있는 기회가 일부 인정되었다³⁵⁾. 직권중재 기준 강화 및 탄력적 운용이 직권중재에 대한 여러 가지 우려를 많이 씻어낸 것이다. 그러나 직권중재 회부기준이 명확하지 않아, 공익위원 및 위원장의 성향 및 판단에 따라 다르게 처리될 수 있다는 우려의 목소리도 있다(김홍영, 2005). 또 우리나라는 ILO 등 국제기구로부터 필수공익사업의 범위를 시정하라는 권고(철도, 도시철도 및 석유사업의 삭제)를 받고 있는 실정이다. 또 2003년 말 노사관계제도 선진화연구위원회는 노사관계법·제도 선진화방안에서 직권중재 제도를 폐지하고 공익사업 분야에 파업시 최소 업무 유지의무를 부과할 것을 제안하였다. 현행 법제는 필수공익사업에서 쟁의행위권이 보장된다지만 노동위원회의 직권중재회부 결정에 의해 쟁의행위의 기회가 상실되므로 직권중재 제도의 운용 과정에서 노정간의 대립이 생기고 정부의 노사관계 관여 내지 규제가 강화된다. 이것은 노사관계의 선진화에 어긋나며 직권중재 시 당해 사업의 모든 근로자에게 쟁의행위가 금지되므로 쟁의행위권의 과도한 제약이 될 수 있기 때문에 공익사업에서의 쟁의행위권 제약은 공익보호를 위한 목적에서 최소한의 필요·적절한 제약이어야 한다

35) 직권중재회부 세부기준: ▲특별조정위원회는 쟁의행위에 의해 중단되는 업무범위, 중단되는 업무의 공공성, 비조합원 및 타사업체를 통한 업무의 지속가능성등에 대한 노사의견 청취 및 심층검토-노사또는 노조가 자율교섭을 통해 해결할 것을 약속하거나 쟁의행위시에도 필수업무를 유지할 것을 약속할 경우 조건부 중재회부 권고 ▲노동위원회 위원장은 중재회부 권고가 있는 경우 공익위원의 의견을 들어 중재회부 여부를 결정하되-조건부 중재회부 권고가 있는 경우 중재회부결정을 보류하고, 노사 또는 노조의 약속불이행 등으로 공중의 일상생활 및 국민경제를 현저히 저해한다고 판단되는 경우에 중재회부 결정

는 것이 법개정안의 취지이다.

필수공익사업장의 상당부분이 산별노조로의 전환 및 산별적 교섭관계 정착을 추구하고 있다는 점에서 직권중재제도는 상당한 분규의 소지를 안고 있다 할 것이다. 따라서 이와 같은 논란이 충분히 검토되어야 한다. 그리고 가급적 노사자율교섭의 폭을 확대하는 방향으로 직권중재 제도가 개선될 필요가 있다. 그런 점에서 직권중재 철폐와 필수서비스 유지를 제도화하는 것을 고려할 수 있다.

3) 정부의 적절한 행정지도 및 조정서비스 제공

사용자측의 교섭해태 및 교섭불이행 또 노조측의 불법적 행위 등에 대한 정부의 적절한 행정지도가 이루어진다면 단체교섭이 분규에 이르기 전에 해결될 가능성이 높다.

예를 들어 주5일제는 2004년 산별합의이며 2005년 7월 1일부터 근로기준법에 입각해서도 시행해야 한다. 그럼에도 불구하고 보건의료노조 산하 병원을 대상으로 한 조사에 따르면, 7월 1일부터 시행·부분시행 혹은 시행선언을 하고 있는 곳은 조사대상 73개소 중 18개소(24.7%)에 불과하다. 또 노조측의 주장에 따르면 주5일제를 전면 시행하고 있는 병원은 작년 산별합의서를 체결한 104개 병원가운데 10개에 불과하다. 한국병원경영연구원의 조사에서도 이와 같은 상황은 유사한 것으로 나타난다. 근로기준법에 따라 2005년 7월 1일부터 주40시간 근무제가 확대시행되는 300인 이상 사업장 병원 10곳 중 6곳이 이와 관련한 준비를 전혀하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 보건의료노사 산별협약 적용을 받는 병원이 전체 중소병원 850개중 20개에 불과한 상황에서 노조없는 병원에 비해 경쟁력이 악화될 것을 우려하는 것은 당연하다. 노사간의 자율적 교섭과 신뢰가 이루어지기 위해서도 적절한 행정지도가 필요하며 그것이 불필요한 사회적 비용을 축소할 것이다.

또한 부가적으로 현행 사회적 질서 내에서 임·단협에 대한 적절한 조정서비스가 제공될 필요가 있다. 이를 위해서는 거의 존재하지 않는 사적 조정시장을 살려내는 한편 조정인력의 훈련 등을 적극적으로 검토할 필요도 있다.

4) 노사양측의 신뢰와 존중의 문화 형성

권위주의 시대 정부의 노동배제적 노동정책은 한편으로 전투적 노조주의를 배출하였고 다른 한편 교섭에 대한 사용자측의 소극적 태도를 낳았다. 민주화 이행 이후 노·사 양측의

역할이 커지고 노사양측이 함께 머리를 맞대야 할 새로운 노사문제가 제기되고 있는 상황에서 상대적으로 유연하고 합리적이며 개혁적인 노조와 단체교섭 및 사회적 대화에 보다 적극적인 사용자가 요구된다. 이를 위해 노·사 양측은 상호를 협상파트너로 인정하고 존중해야 하며 합의사항에 대한 준수를 우선해야 한다. 일단 합의된 사항의 준수가 반복적으로 경험되고 관행적으로 정책되는 한편 파트너로서의 상호 대화가 보다 많아지고 또한 신뢰와 존중의 문화형성의 필요성에 대한 자각이 커지면 교섭의 사회적 비용은 매우 줄어들 것이다.

보론 1) 의료 공공성에 대한 논의와 정책

1. 서론

2. 의료 공공성의 개념과 논의
 - 가. 공공성의 개념과 정의
 - 나. 시장 실패와 국가 실패
 - 다. 의료 공공성에 관한 논의

3. 의료 공공성 논의의 배경
 - 가. 의료 공공성 논의의 배경
 - 나. 우리나라 보건의료체계의 문제점

4. 공공보건의료 확충 정책 평가
 - 가. 정부의 공공보건의료 확충 종합 대책
 - 나. 보건의료체계에 미칠 영향

5. 병원 노사관계에 미칠 영향 및 제언

1. 서론

‘건강할 권리’는 인간의 가장 기본적인 권리로, 모든 국민은 누구나 국가로부터 개인의 능력이나 재산, 지역의 차별없이 건강할 권리를 보장받을 수 있어야 한다. 우리나라 헌법 제 36조 제 3항은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”라고 규정하고 있으며, 보건의료기본법 제 10조에는 모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지고 성별, 연령, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다고 명시하고 있다.

대부분의 나라에서는 공공부분의 의료공급체계가 주를 이루고 있으며 국가보건의료서비스나 건강보험제도를 운영함으로써 국민의 건강권을 보장하고 있다. 이에 비해 우리나라의 경우 공공부분의 의료공급체계가 취약한 반면 민간부분의 공급체계가 중심을 이루고 있으며, 건강보험제도의 부실함으로 인해 국민의 건강권을 보장하지 못하고 있다. 이에 병원 노사의 한 축인 보건의료노조는 지속적으로 의료 공공성 확보를 대정부 요구로 하여 왔으며, 보건의료분야 전문가들과 시민사회단체들 또한 민간의료 과잉 및 공공보건의료 취약성에 따른 보건의료체계의 왜곡을 개선하기 위하여 의료 공공성 확보와 공공의료 확충에 대한 요구를 하여 왔다.

또 노무현 정부는 보건복지에 대한 국가의 책임을 강조하고 공공보건의료 확충을 정책 과제로 하고 있다. 이러한 정책은 대통령 선거시 공약에 이어 당선이후 국정과제에 포함되었으며, 지난 2005년 5월에는 2005년부터 2009년까지의 공공보건의료 확충 5개년 계획을 발표한 바 있다. 앞으로 의료 공공성 확보 논의와 공공보건의료 확충 계획은 우리나라 보건의료체계에 상당한 변화를 예고한다. 보건의료체계의 변화는 동시에 보건의료 노사관계에도 많은 영향을 미치게 될 것이다.

따라서 의료의 공공성 확보 및 공공보건의료 확충계획이 앞으로 보건의료공급체계에 나타날 변화를 분석하고 병원 노사관계에 미칠 영향과 정책 방향을 연구하는 것은 매우 중요한 작업이다. 본 연구는 의료 공공성에 관한 논의 과정과 쟁점을 고찰하고, 의료 공공성 확보 정책이 보건의료체계에 미칠 영향을 분석함으로써 의료공공성 문제에 대한 노사관계 차원에서의 정책적 대안을 제기하는 것을 목적으로 한다.

2. 의료 공공성의 개념과 논의

가. 공공성의 개념과 정의

‘공공성’과 관련한 개념을 크게 두 가지로 요약하면 첫째, ‘공공성’을 국가의 역할과 공권력의 연장선상에서 파악하는 경향이다. 둘째, ‘공공영역’과 관련하여 사적 영역이 공권력에 저항하면서 만들어낸 ‘정치적 공간’으로 이해하는 방식이다.

이러한 ‘공공성’에 대한 정의와 인식의 차이는 보건의료부문의 공공성에 대한 논의의 차이로 이어진다. 즉 전자는 주로 국가의 역할에 초점을 맞추어 국가기능의 수행자라 할 수 있는 정부와 공공보건의료기관이 어떻게 그 역할을 해야 하는가에 주목하게 되는 반면, 후자의 경우는 공공성(영역)을 국민들이 어떻게 국가의 공권력에 맞서 확보하고 확대시켜 나가야 할 것인지에 관심을 두게 된다. 또한 그 검토의 영역이 정부나 공공보건의료기관에 국한되지 않고 민간부문을 포함하여 국민생활의 전 영역으로 그 개념을 확대하게 된다.

먼저, ‘공공성(公共性)’을 국가기능의 연장선상으로 파악하는 경우, ‘공공성의 성격과 그것의 확보를 위한 전략은 기본적으로 국가의 기능을 어떻게 설정하는가와 직접적인 관련이 있다. 이것은 곧 보건의료부문에서 국가의 개입을 어떠한 형태로 어디까지 할 것인가에 대한 오래된 보건정책부문의 질문과 맞닿아 있다.

다음으로 사적(私的) 공간의 확대로서의 공공영역을 파악하는 경우이다. ‘공공성’의 논의를 사회이론의 영역으로 확장시킨 사람은 독일의 철학자이자 사회학자인 하버마스이다. 그는 ‘공공영역’을 18세기라는 특정 시기에 유럽이 근대성을 획득해 가는 과정에서 등장했던 독특한 역사적 현상으로서 사적영역의 한 부분이나 그 구성원들이 논쟁과 토론의 대상으로 삼는 소재에 따라 ‘공적’이거나 ‘사적’인 것이 될 수 있는 유동적인 영역이라고 설명하고 있다.

김용익(2001)은 우리나라에서 보건의료체계의 성격과 관련한 논쟁들을 그 기본이념에 따라 자유주의·잔여주의 국가관 및 평등주의·보편주의 국가관에 근거한 것으로 대별하였다. 자유주의 국가관에 기반할 경우 보건의료의 공공성은 취약계층보호, 민간보완 지원 등과 같은 최소한의 역할로 설정될 것이며, 평등주의 국가관에 기반 할 경우 보건의료서비스 자체를 주도적으로 제공하거나 보건정책의 기획, 조정자로서의 역할, 그리고 운영의 민주화 등과 같은 것이 보건의료 공공성의 내용이 될 것이다. 또한 ‘공공성’을 국가기능의 연장이라는 관점에 바라 볼 경우, 보건의료의 공공성, 또는 공공보건의료란 국민의 건강 및 보건

의료와 관련한 국가의 통치적 활동으로 정의되어지며, 따라서 공공보건의료기관은 국가의 이러한 기능을 수행하는 기관으로 정의된다.

다른 한편 사적공간의 확대로서의 ‘공공영역’이라는 관점이 보건의료부문에 가지는 함의는 첫째, 공공성을 국가에 의해 행사되는 공권력과 다른 개념으로 분리하고 때로는 대항적 개념으로 설정함으로써 우리가 보건의료부문의 공공성 강화를 논하는 것이 공적 권력의 강화를 의미하는 것이 아니라는 것을 보여준다. 따라서 공공영역의 확대를 위한 공간이 기존의 국가의 기능 또는 국가 소유의 공공보건의료기관에 국한하던 공공보건의료의 영역을 대단히 광범위하고 다양하게 파악해야 함을 의미한다. 둘째, 공공영역의 성격은 기본적으로 개방성과 공개성을 원칙으로 하며 이는 민주성을 의미한다. 공공영역은 국민이 만들어 내는 공간으로써 그것이 공공의료기관이든 민간의료기관이든 운영에 있어서의 국민 참여와 같은 민주성의 확보가 무엇보다도 중요해짐을 의미한다.

공공성의 정의와 관련하여 최근 국내외적으로 보건의료부문의 ‘공공성’, ‘민영화’, ‘보건의료부문에 공공과 민간의 역할’ 등과 관한 논의가 활발히 이루어지고 있다. 이러한 논의들에서 ‘보건의료의 공공성’ 또는 ‘공공보건의료’란 말은 여러 가지 의미로 사용되고 있다.

첫째, 공공보건의료는 ‘공공에 대한 의료서비스 제공(public health)’을 의미하기도 한다. 이는 개인을 대상으로 제공되는 개별적 서비스와 대비되는 개념으로 다수를 대상으로 하는 보건의료서비스를 지칭하는 말이다. 예를 들어 공공구강보건사업, 국민을 대상으로 한 금연운동 등이 바로 그러한 예이다. 따라서 이러한 의미의 공공보건의료에서는 그 주체가 반드시 공공기관일 필요가 없다.

둘째, ‘공공성’(public spirit, sense of public duty)이 강조되는 개념이다. 이는 개인의 편익보다는 사회 전체의 편익을 지향하고 대변한다는 의미를 지닌다. 이러한 개념에서도 그 주체가 반드시 공공기관일 필요는 없다. 우리는 ‘민간보건의료기관의 공공성’이란 말을 흔히 사용하는 데 이는 민간보건의료기관이라 할지라도 공공의 이익을 위한 사업에 참여해야 함을 의미한다.

셋째, ‘공공보건의료 인력이나 기관 등에 의해 제공되어지는(official, managed by public) 보건의료서비스’란 개념이다. 이 경우 보건의료서비스의 주체는 반드시 공공기관이 된다.

이러한 다양한 의미에도 불구하고 통상적인 용어관습에 따르면, ‘공공보건의료서비스’는 법규에 따라 공공재원이 투입된 국가소유의 기관에서 제공하는 보건의료서비스를 의미하며, ‘민간보건의료서비스’는 민간재원의 투자에 기초하여 시장지향적·경쟁적 원리에 따라 운영되며 요금을 지불하면 제공되는 보건의료서비스를 지칭한다. 이러한 구분은 제공되는

서비스의 특성이 그 제공기관의 ‘소유의 특성’으로부터 결코 자유롭지 않다는 가정을 인정하는 기준이다. 그러나 ‘의료의 공공성’을 이야기할 때 공공의료기관에 의해 제공되는 서비스뿐 만 아니라 보다 광의의 개념으로 사용하고 있다. 공공부문은 물론 민간부문에 의한 의료서비스조차 공공재로서의 특성을 가지는 의료서비스가 구현해야 할 방향을 의미하는 것이다.

나. 시장실패와 국가실패

의료서비스는 다음과 같은 특성상 소비자에 대한 공급자의 지배적 독점적 지위가 형성될 수밖에 없기 때문에 공급자 주도의 제공체계가 형성되어 있으며, 시장의 원리³⁶⁾가 적용되기 어려운 분야이다. 그 이유는 다음과 같다.

- ① 소비자의 지식결여(Lack of Information) : 보건의료 소비자는 자신의 질병과 치료에 대한 전문지식이 없기 때문에 제공자(의사)의 판단에 의존할 수밖에 없다. 보건의료의 이러한 특성으로 인해 공급자(의사)는 소비자(환자)에 대해 지배적 지위를 차지하며, 다른 상품이나 서비스와 달리 소비자 주권(consumer sovereignty)이 성립되지 않는다. 더구나 보건의료는 인간의 생명을 다루는 것으로 하여 공급자의 지배적 지위는 다른 부문보다 월등히 강하다.
- ② 의료공급의 독점(Professional Monopoly) : 면허를 가진 자만 공급자가 될 수 있기 때문에 공급자의 시장진입이 자유롭지 못하다. 보건의료인에게 면허를 부여하는 것은 소비자 주권이 성립하지 않는 상태에서 소비자를 보호하기 위한 것이었으나, 공급자의 독점상태가 발생하는 역작용도 나타나기도 한다. 게다가 병원은 상당히 큰 규모의 시설을 필요로 하여 지리적 자연독점 상태에 있는 일이 많다.
- ③ 외부효과(Externality) : 한 개인이 어떤 소비행위를 하였을 때, 그 효과가 타인에게까지 미치는 것을 의미한다. 예를 들면 장티푸스 예방주사는 그 효과가 자신의 한계를 넘어선다. 외부효과가 있을 때, 개인의 소비만으로는 사회적으로 바람직한 수준의 소

36) ‘시장’의 원리가 적용되기 위하여서는 다음의 조건이 갖추어져야 함.

- ① 상품에 대해 잘 아는 판매자와 소비자가 충분히 많이 있을 것 (many well informed buyers and sellers)
- ② 사고 팔려는 상품의 내용과 질이 동질적일 것 (homogeneous goods)
- ③ 소비자와 판매자가 모든 의사결정을 독립적으로 할 수 있을 것 (buyers and sellers acts independently)
- ④ 소비자와 판매자가 시장에 자유로이 참여할 수 있을 것 (free entry for other buyers and sellers not currently in the market)

비 수준에 도달하지 못하게 된다. 이로 인해 국가의 개입이 정당화된다.

- ④ 예측 불가능한 수요 발생(Uncertainty of Illness) : 질병과 진료비의 발생여부나 시기에 대해 개인은 예측할 수 없다. 따라서 건강보험과 같은 공동의 대처방법이 필요하게 된다.
- ⑤ 수요와 공급의 시간적 불일치(The Significance of Time Lag) : 보건의료인의 양성과 보건의료시설의 건립에는 오랜 시간이 소요되어 현재의 수요에 대응하지 못하게 되며, 의료인의 수를 감소시키고자 할 때도 많은 시간이 요구된다. 따라서 보건의료의 수요와 공급이 시간적으로 일치하기가 어렵다. 유사한 상황이 농축산물, 주택 등의 수급에서도 나타나지만, 보건의료의 경우 시간 격차가 특히 심하다.

위와 같은 보건의료의 특성으로 인하여 시장실패가 일어나는 전형적인 분야가 보건의료이다. 우리나라의 의원 개설은 보건소 신고사항이며 병원 개설은 광역자치단체의 허가사항에 해당하나 요건만 갖추면 규제하지 않고 있는 것으로 볼 때 병의원 개설의 자유가 보장되어 있어 도시지역에 집중되는 반면 농촌지역 등에는 관련 전문의가 없어 의료이용의 접근성에 심각한 장벽이 되어 있다. 의사인력의 경우 의과대학 정원이나 전문의 총정원은 국가가 규제하고 있으나 1차 진료의와 전문의 양성은 의사 노동시장에 맡겨져 있는 상태이다. 매년 90% 이상의 단과전문의가 배출되고 이들이 1차 진료를 담당하고 있어 비효율성과 의료의 질 저하 문제를 낳고 있다. 이로 인한 과잉경쟁이야말로 시장실패의 전형적인 사례이다.

이런 점 때문에 대부분의 나라에서는 보건의료의 배분에 국가가 개입하고 있다. 이를 보건의료에 대한 국가개입(state intervention)이라 한다. 국가개입은 정도에 따라 첫째, 소비자의 역량을 강화하고 공급자의 독점을 방지하기 위하여 정보 제공 및 인력, 시설 및 장비에 대해 규제를 강화하는 것 둘째, 국민들이 의료에 지출하는 비용의 상당부분을 국가예산으로 지원하는 것 셋째, 국가가 보건의료시설을 직접 운영하면서 보건의료서비스를 '비시장적인' 방식으로 제공하는 것으로 구분할 수 있다.

우리나라의 경우 소비자 역량강화나 공급자 독점을 방지하기 위한 노력은 미미하다. 소비자 권리보호가 취약하고 공급자 규제에도 소극적인 상태이다. 법규정을 위반한 경우 벌칙이 없어 소비자 피해가 방치되는 일이 비일비재하다. 의료서비스 질에 대한 국가적 관리도 시작 단계에 불과하고 심지어는 의료분쟁조정법과 같은 소비자 피해구제법규조차 제정되지 않고 있는 상황이다. 의료 수용의 예측 불가능성과 의료비로 인한 위험을 사회적으로 분산시키기 위하여 운영하는 건강보험제도는 모든 의료기관을 강제 가입시키고 있어 강력

한 국가개입의 사례에 해당하나 비급여 의료행위가 많고 보험적용이 낮아 의료비의 본인 부담이 높기 때문에 의료이용의 제한을 주거나 미충족 수요를 발생시키고 있다. 또한 국가 공공의료기관이 제공하는 적극적 방식의 국가개입은 전체 의료공급의 10% 수준이고 이조차 공공병원의 기능에 충실하지 못하고 이윤추구 형태가 나타나고 있어 시민의 외면을 받고 있다. 이러한 현실을 볼 때 불행히도 우리나라는 시장실패와 국가실패가 동시에 나타나고 있다.

다. 의료공공성에 관한 논의

1990년대 중반 이후 정부 주도의 의료개혁 논의가 이루어지면서 우리나라 보건의료의 거시적 문제점과 이를 해결하기 위한 의료개혁에 대한 연구가 활발하게 진행되었다. 이러한 변화는 1989년 전국민 의료보험이 달성되면서 보건의료의 유효수요가 창출되고 한약분쟁·의약분업 등 일련의 보건의료 현안이 사회적인 의제로 등장하는 과정에서 이루어져 왔다. 특히 1997년 경제위기에 따른 정부의 공공부문 개혁이 추진되고, 2000년 의약분업에 따른 의료계의 폐·파업 사태가 발생하면서 공공보건의료의 기능과 역할에 관한 논의가 활성화되었다. 최근 이루어진 공공보건의료 관련 논의들을 ① 공공보건의료의 필요성과 역할, ② 공공보건의료체계의 문제와 개선방안, ③ 의료 공공성에 관한 병원노사간의 논의로 구분하여 살펴보고자 한다.

(1) 공공보건의료의 필요성과 역할에 관한 논의

김용익(1998)은 1980년대 중반 이후 보건의료 분야에서 시장의 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고 정부의 역할이 강조되어야 하는 이유로 보건의료에 대한 시장의 가치는 여전히 제한되어 있다는 점, 형평성의 추구가 정부가 하여야 할 주요한 과제의 하나라는 점, 효율성 문제 또한 시장 기능보다는 정부 기능 강화로 풀 수 있는 분야가 많다는 점을 지적한다. 이러한 맥락에서 그는 정부의 기능을 강화한다고 해서 시장기능의 가치를 전적으로 부인할 이유는 없다고 전제하고, 중요한 것은 정부 기능의 강화로 해결될 수 있는 부분과 시장기능의 도입으로 해결될 수 있는 부분을 가려내는 작업이라고 주장한다.

김성순(2000)은 보다 적극적으로 공공보건의료의 필요성을 열거한다. 그는 공공의료체계 강화의 필요성과 관련하여 의약분업 시행과 맞물린 의료계의 폐·파업 사태, 저소득층에 대

한 포괄적이고 효율적인 보건복지서비스 제공체계 구축의 필요성, 응급의료체계 구축, 생산적 복지 정책을 뒷받침할 정책 수단의 부재, 인구 노령화에 따른 새로운 보건의료서비스 요구의 확대 등을 지적하면서, 효율적인 보건의료정책을 수행하기 위해서는 공공보건의료 인프라를 대폭 확충하여 민간부문 중심의 보건의료체계에서 탈피하여 공공부문과 민간부문 혼합방식의 새로운 의료공급체계를 구축해야 할 필요성이 있음을 지적한다.

김창엽(2001)은 공공재 혹은 가치재의 성격을 지니는 보건의료, 즉 공중보건, 예방, 건강 증진 서비스 등은 의문의 여지없이 공공부문이 공급을 담당하는 것이 타당하며, 우리나라의 의료공급 현실을 고려하지 않는다면 일반적인 의료공급에서도 민간부문의 역할과 비중이 줄고 공공부문의 그것이 더 커져야 한다고 지적한다. 그러나 현실적인 의료공급 구조를 전제하는 경우 기존의 의료공급과 미래의 의료공급을 구분하여 접근이 필요하다고 제안한다. 구체적으로 급성기 치료를 중심으로 하는 일반적인 의료공급에서는 정부의 시장실패 보완기능이 미흡하며 공공부문의 직접적인 의료공급은 현실적으로 어렵다는 점을 지적한다. 반면, 형평성이나 접근성을 확보하는 문제에서는 공공부문의 직접 개입에 의한 의료공급이 불가피하다고 주장한다. 미래의 의료공급에 속하는 노인보건의료, 질병예방 및 건강 증진, 정신보건의료, 만성질환관리 분야에서는 공공부문이 적극적인 역할을 해야 한다고 주장하면서도 이 역시 서비스와 사업의 종류에 따라 민간부문과 공공부문의 역할이 분담되어야 함을 지적한다. 그러나 어떤 경우에도 공공부문의 관리책임에 변함이 없다는 것이 그의 주장이다.

이규식(1998) 역시 시장 기능(민간부문)이 강화되어야 할 영역과 정부 기능(공공부문)이 강조되어야 할 영역을 구분한다. 그러나 그는 의료개혁이 목적하는 가치를 실현하기 위해서는 시장의 경쟁원리를 보다 강화하는 방향으로 의료체계 운영의 패러다임을 바꿀 필요성을 주장하면서, 정부 기능이 강화되어야 할 영역으로 보건정책을 형성하는 기본 틀의 작성, 보건분야의 정보에 대한 표준의 설정, 국민의 안전과 관련된 규제, 의료서비스의 제공이나 건강과 관련한 사업이나 정보의 분석·평가·모니터링 등을 열거한다. 정부의 기능은 변화시키지 않으면서 시장기능에 맡길 분야는 과감하게 시장으로 넘기자는 것이며, 시장기능이 강화될 영역으로 최종재의 생산 및 거래와 관련된 분야(요양기관에 대한 계약제 도입, 자비부담병상제도의 도입, 비급여 임의보험제도 운영의 개선, 의료보험수가 결정에 공급자의 참여폭 확대), 생산요소 시장에서의 시장원리의 반영(의약품 및 의료소모품 가격책정에서의 시장원리의 반영, 의료인력의 공급이나 훈련과 관련한 시장기능의 활성화), 의료보험시장에서의 시장원리의 도입(내부시장 원리의 도입, 민간의료보험의 도입) 등을 제시

하고 있다.

이러한 맥락에서 이규식(2001)은 의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의를 구분하면서 공공의료기관 설립을 통한 공급측면에서의 정부의 의료시장 개입을 이론적으로 검토한다. 그에 따르면, 의료서비스는 공공재라기보다 가치재(merit good)이며 이것은 곧 소비의 외부효과와 거의 같은 시각으로 사회의료보험 제도의 타당성을 입증하는 근거일 수 있으나 정부가 공급측면 개입을 타당화하는 공공재와는 성격이 다르다고 한다. 또 의료서비스가 공유가치재이든 소비의 외부효과에 기인하는 것이든 공공의료기관 설립 및 운영과 같은 직접적인 공급보조는 형평성 면에서 전국민의료보험 제도 같은 직접적인 수요보조 정책에 비해 열등하다는 점에서 이와 같은 현실을 개선해야 한다고 주장한다. 공공의료기관이 전국에 골고루 설립되지 않는다면 의료 접근의 형평성에 문제를 야기하기 때문이다. 또한 형평성 측면에서 공공의료기관 설립의 타당성이 인정된다 하더라도 공공병원을 설립하는 것은 비용 면에서 엄청난 부담을 전제하므로 보건소망을 통한 의료서비스 공급이라는 현재의 정책이 타당하다고 한다. 다른 한편, 사회의료보험 같은 수요보조정책이 효과적으로 작동하기 위해서는 의료서비스의 공급이 가격에 탄력적이어야 한다고 지적하면서, 공급의 가격탄력성 제고를 위해서는 의료공급자의 효율성 제고가 필요하며 최근 세계적으로 민영화가 의료개혁의 과제 중 제기되고 있다는 점에서 공공병원 확충은 타당성이 없다고 주장한다.

송건용(2003)은 우리나라 민간과 공공부문의 현황 분석을 통해 민간부문은 의료제공에 있어 연령별, 지역별, 상병 종류별 및 진료비 지출원별로 구분하여 주도적 역할을 하고 있고 공공부문은 특화된 대상 및 서비스 제공으로 민간부문을 보완하는 기능도 발휘하지 못한다고 하였다. 따라서 의료서비스 제공의 공익성/공공성은 민간부문의 역할에 크게 의존할 수 밖에 없으므로 민간부문의 공공성 강화방안은 우리나라 의료체계의 공공성 강화를 위한 주요과제가 되어야 한다고 주장한다. 우리나라의 이러한 특성을 고려한 의료개혁방안이 필요한데, 이는 민간부문의 잠재력 활용과 공공부문의 역할 강화 및 공공과 민간부문의 협력이 강조된 의료개혁이 요구된다고 하였다.

이상의 논의에 비추어볼 때 공공부문이 강화되어야 한다는 데 이론의 여지가 없으나, 공공성(혹은 정부 기능)이 강화되어야 할 보건의료체계 상의 영역·범위·수준에 대해서는 논란이 많다. 즉 공공보건의료 발전 방안으로서 공공보건의료기관의 확충을 통한 정부나 지방자치단체의 보건의료 공급 전략을 채택해야 하는가에 관하여 입장 차이가 크게 나타나

고 있다. 즉 우리나라 의료정책 방향을 공공성과 형평성 강화에 초점을 둘 것인가 아니면 경쟁력과 효율성 강화를 강조할 것인가 하는 근본적인 인식의 차이가 존재하고 있는 것이다.

(2) 공공보건의료체계의 문제와 개선방안에 관한 논의

김용익(1998)은 현행 공공보건의료의 문제점으로 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정이 없었고 각 공공보건의료기관의 기능이 불명확하며 행정체계의 혼선과 비효율, 조정 능력이 부재하다는 점, 공공보건의료기관 운영의 비효율성과 공공보건의료기관 평가의 비합리성 등을 언급한다.

김용익은 공공보건의료의 개선방안으로 공공보건의료부문의 목표와 역할을 명확히 설정하고 기능과 관리·운영 방식의 개혁을 수행을 역설하면서 개혁의 주요 내용으로 보건의료 부문에 대한 정부의 기획, 조정능력 강화를 통해 보건정책을 원활히 수행할 수 있는 수단을 확보하고 공공보건의료부문의 효율성을 증대하며 사회적 안전망으로서의 기능을 강화할 것을 주장한다. 구체적으로는 ① 공공보건의료의 목표와 역할 정립, ② 국가공공보건의료체계의 정비, ③ 공공보건의료기관의 운영의 민주성 확보, ④ 공공보건의료부문의 효과적인 업무평가체계 개발, ⑤ 유능한 공공보건의료인력의 확보 및 인력개발, ⑥ 보건사업의 전산화, ⑦ 공공보건의료에 관한 법률 제정 등의 정책 방안을 제시한다.

특히 국가공공보건의료체계의 정비와 관련하여, 공공보건의료기관 운영에 관한 부처간 조정기구를 설치하고 국립보건원을 '질병관리본부'로 개편할 것을 주장한다. 또한 국립대학교병원을 공공의료기관으로서 역할을 정립하며, 국립의료원을 공공보건의료의 3차 기관, 국립암센터는 국가 암관리 중심기관으로 역할을 정립해야 한다고 지적한다. 이와 함께 보건복지부를 비롯한 중앙행정기관 소속 및 산하 의료기관의 공공성을 제고하고, 지방공사의료원을 지역 특성에 맞는 공공의료기관으로 전환하며, 보건소 운영 혁신을 위해 책임행정기관제도를 도입하며, 보건지소 수준의 활동 지원을 위해 공중보건 의사 제도를 개편하고, 방문간호사 확충 및 보건진료원 기능 전환을 제안한다.

김성순(2000)도 이와 비슷한 평가를 하고 있다. 그가 지적하는 우리나라 공공의료체계의 문제점으로는 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정의 부재, 각 공공의료기관 기능의 불명확성, 행정계통이 일원화되어 있지 못한 점, 열악한 국민보건의료 예산, 공공보건의료기관 운영의 비효율성과 평가의 비합리성 등이 포함된다.

김성순은 공공의료 인프라 확대를 위해서는 먼저 공공보건의료의 목표와 역할의 정립, 국가공공보건의료체계의 정비, 공공보건의료기관 운영의 민주성 확보, 공공보건의료부문의 효과적인 업무평가체계의 개발, 공공의료 인프라 확충을 위한 복지재정의 확보 등 정책목표가 설정되어야 함을 지적한다.

나아가 구체적인 공공의료기관 확충 방안으로 1차 공공의료기관 수준에서는 도시형 보건지소인 ‘주민건강센터’를 확충하여 공공보건사업과 지역사회의 평생건강관리를 담당케 하고, 공공기능을 가진 민간의료기관으로서 ‘보건법인’을 설립하여 기존의 진료기능에 공공보건사업 기능을 추가하며, 보건소 및 보건지소의 질적 향상을 추진할 것을 제안한다. 2차 공공의료기관 수준에서는 각 지역에 종합의료기관으로 발전할 수 있는 공공-민간 병원을 인구에 따라 몇 개씩 선정하여 중앙정부와 지방자치단체가 중점 육성하는 방안을 주장한다. 또한 기존 지방공사의료원은 지역여건에 따라 지역거점병원, 특수질환전문병원, 요양병원으로 기능을 전환시키는 방안을 강구하고 지방공사의료원 민간위탁을 전면 재검토할 것을 요청하고 있다. 마지막으로 공공의료기관 중 종합병원에 속하는 국립의료원, 국민건강보험공단 일산병원, 국립대학병원, 특수병원 등의 기능과 역할을 재정립할 필요성을 강조하고 있다.

문옥륜(2000)은 우리나라 공공보건의료의 발전과정을 개관하면서 현재의 공공보건의료기관이 안고 있는 문제점이 정부 조직이 갖고 있는 구조적인 문제점과 맥락을 같이한다고 전제한 뒤 이를 경직성, 비합리성, 비효율성으로 요약한다. 또 각급 공공보건의료기관, 특히 공공병원들의 경우 기능이 막연하게 설정된 경우가 많아 민간의료기관과의 차별성이 드러나지 않고 있으며 관련부처 간, 중앙정부와 지방정부간 연계체제의 미흡으로 일관성이 있는 정책이 추진되지 못하고 있는 점을 지적한다. 특히 공공병원들을 관장하는 중앙부처 간에 공식적인 연결고리가 없다는 점을 평가하고 있다.

송건용(2003)은 정부의 공공보건의료 확충계획이 제한된 자원을 활용해야한다는 제약조건을 간과하고 공공의료의 공익성/공공성을 담보한다는 편향된 개념, 국민보건향상이라는 궁극적 목적의 성취를 위한 종합적인 접근방법, 특히 민간부문의 잠재력 활용을 결여하고 있다고 지적한다. 도시지역 보건소 보건지소 등 설치계획의 비합리성, 공공부문의 관료성과 비효율성이 간과된 계획, 공공병원 확충이 민간병원에 줄 충격의 간과 등을 지적한다.

이와 같이 기존 논의들의 공공보건의료체계에 대한 평가는 앞서 논의와는 달리 대체로 일치하고 있는 것으로 보인다. 첫째 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정이 부재하다는 점, 둘째 각급 공공보건의료기관의 기능과 역할이 불분명하다는 점, 셋째 공공보건의료

관련 행정체계가 비효율적이고 비합리적으로 운영되어 왔다는 점이 대표적인 문제점으로 지적된다. 이외에도 공공보건의료기관을 지원할 수 있는 재원의 부족과 공공보건의료기관 시설 및 인력의 부족 등이 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 상황은 정부의 직접 개입을 지양하지는 논의들이 상대적으로 공공보건의료의 문제점에 대한 구체적 진단에서 소극적이라는 점과, 이러한 논의들이 공공보건의료체계 자체의 강화보다는 포괄적인 수준에서 의료의 공공성을 제고하는 간접적인 방안을 선호한다는 데에서 원인을 찾을 수 있을 것으로 보인다.

(3) 의료 공공성에 관한 노·사간의 논의

병원노사간의 의료공공성에 관한 논의는 의료민주화 요구와 의료공공성 확보 요구로 나타난 노동조합의 요구에 대하여 단체협상 과정에서 노사간의 합의 혹은 대정부 요구사항으로 이루어져 왔다. 보건의료노조의 의료 공공성 강화 활동의 과정을 보면, 기업별 노조 건설과 연맹 활동시기인 1987년부터 1993년까지는 ‘의료민주화특별위원회’를 설치하여 환자 권리 확보 및 비리척결을 요구하며 1노조 1의료민주화 운동을 전개하면서 의료민주화 운동을 조합 활동의 주요 영역으로 설정하였다. 이어 1994년부터 1997년까지는 산별노조 건설을 목표로 한 공동교섭을 추진하면서 의료보험통합 일원화, 환자권리 확보, 병원환경 개선운동을 전개하였다. 1998년 2월 산별노조를 건설한 이후에는 구조조정 저지 요구와 함께 의약분업, 건강보험재정 파탄 문제 등 의료정책 이슈에 개입함과 동시에 ‘의료개혁위원회’를 설치하여 의료공공성 관련 연구와 전망을 수립하기 위한 대안을 준비하기 시작하였다.

2002년부터는 의료공공성 강화를 노조의 핵심과제로 정하고 대중적인 운동과 대정부 요구를 강력히 추진하였다. 2002년에는 구조조정 흐름에 대한 대안의 정책으로 의료 공공성 강화를 위한 5대 과제를 제시하고 정부의 책임을 강조하였다. 이어 2003년에는 “돈보다 생명을”이라는 구호 하에 전 조직의 활동력을 높이고 대국민홍보활동을 통해 사회적 의제화에 노력하였다. 2003년 임단협 시기에 지역은 물론 중앙 집중투쟁과 ‘산별 공동행동의 날’ 과 같은 조합원 대중적인 투쟁을 전개하였다. 특히 보건복지부, 행정자치부, 보건의료노조가 추천한 전문가로 구성된 “지방공사의료원 제도개선협의회”를 통해 지방공사의료원의 관리부처를 보건복지부로 이관하는 것, 예산지원과 평가체계 구축 등의 개선사항을 논의, 추진한다는 합의를 이끌어내는 성과를 냈다. 그뿐 아니라 부도·폐업병원을 공공병원으

로 만들자는 운동을 전개함으로써 비록 공공병원을 만들지는 못했지만 각 지방차원에서 공공병원을 위한 시민운동의 주체를 형성하고 운동방식을 구체화하는 계기를 마련하였다.

보건의료노조는 일련의 공공성 강화방안 연구³⁷⁾를 통해 오늘날 우리나라 보건의료의 공공성 훼손은 민간자본 중심의 자원 조달과 정부의 투자 방기, 정부의 부적절한 개입 등을 이유로 지적하고 공공성을 강화하기 위한 기본방향을 1) 보건의료자원의 개편 및 공공병원 확충, 2) 의료기관 소유 지배구조의 개선과 민주적 참여 보장, 3) 수가 제도 개선 및 건강보험의 보장성 강화로 제시하고, 이후 산별 협약의 요구안으로 구체화시켜 나갔다. 또한 보건의료노조는 우리나라 공공보건의료체계의 문제점을 국가 공공보건의료체계의 위상과 목표 설정의 부재, 각종 공공보건의료기관의 기능의 불명확, 공공보건의료 행정 체계의 혼란과 비효율성, 조정 능력의 취약, 공공보건의료기관의 비효율적 운영과 비합리적인 평가 체계 등을 지적하고 이러한 문제를 개선하는데 있어 공공의료기관의 공공성 회복과 정부의 책임을 강조하였다.

병원 사용자측도 노동조합의 의료민주화 요구를 단체협상에 포함시킨 경우가 많았으며, 이는 환자 권리 확보와 환자의 편의 개선에 기여한 바 크다. 병원 사용자측은 실제 환자의 편의 증진을 통해 환자만족도를 높이는 효과나 환자중심의 의료서비스라는 대외적 이미지를 높인다는 측면에서 이러한 요구를 수용하고 실행하는 데에는 큰 무리가 없었던 것으로 보인다.

2004년 보건의료노조의 공공성 강화 활동은 산별협약의 5대 협약의 하나로 ‘보건의료협약안’을 제시하고 노사 차원의 협약체결과 대정부 요구안을 노사가 공동으로 요구하는 방향을 추진하였다. 아래와 같이 산별협약에서 보건의료협약이 체결된 것은 의미있는 진전이었다고 평가한다. 그러나 2005년 교섭에서는 사용자측이 강경한 불가 입장으로 변화하였으며, 특히 산별 협약의 의제를 임금협상과 산별기본협상으로 제한함으로써 2004년 산별 협약의 이행을 거부하는 입장을 드러냈다. 이러한 양상을 해결하기 위해서는 보건의료협약의 노사간의 책임있는 이행을 촉구하기 위한 방안이 필요하며, 형식적인 결의 수준에 머물러 버리는 대정부 요구 사항에 대한 재검토가 필요하다고 본다.

37) 2001년 지방공사의료원의 역할강화와 발전방안, 2002년 국립대병원 공공성 강화 프로젝트, 2004년 사립대학병원 공공성 강화방안 연구, 2004 의료공공성 강화방안 연구를 외분 전문가에 의뢰하여 보고서를 발표하였다.

<2004년 보건의료협약>

조합과 사용자는 '의료공공성 강화와 환자권리 확보'를 위하여 다음의 사항을 합의한다.

- 1) (환자 권리장전) 노사는 환자 권리를 존중하며, 최선을 다해 진료 서비스를 제공하기 위해 아래와 같이 '환자 권리 장전'을 만들어 선포하고, 이를 공동 실천한다.
 - ① 환자는 인격적인 대우와 최선의 진료를 받을 권리가 있다.
 - ② 환자의 알권리는 보장되어야 한다.
 - ③ 환자는 진료상의 개인 신상 비밀을 보호받을 권리가 있다.
 - ④ 환자는 언제나 필요 충분한 의료 서비스를 요구하고 받을 권리가 있다.
- 2) (적정 병실면적 및 시설) 사용자는 병실을 법정기준 이상으로 확보하고, 환자 편의와 쾌적한 환경을 위해 적정규모 병실면적과 시설을 확보하도록 노력한다.
- 3) (의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 노·사·정 특별위원회 운영)
조합과 사용자는 '의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 노·사·정 특별위원회'를 구성, 운영하기로 한다. 이를 위해 정부의 참여를 요청한다. 동 위원회에서는 건강보험 제도개선, 의료기관 공공성 강화, 보건의료예산 확대 등 의료공공성 강화 방안을 논의 한다

3. 의료 공공성 논의의 배경

가. 의료 공공성 논의의 배경

정부는 그동안 국가공공보건의료에 대해 적절한 책임을 지지 못한 것으로 보인다. 77년 공공의료기관 비율이 27%였던 것이 의료보험제도 도입과정에서 민간부문의 의료공급이

급증하였던 반면 공공부문의 비중은 87년 16%, 2000년 9%로 줄어들었다. 또 그 동안 국가차원의 공공보건의료기관 발전계획과 공공의료 정책은 부재하였다. 게다가 98년 경제위기 이후 정부는 보건의료분야에 구조조정을 단행하여 공공보건의료기관에 대한 경영 혁신을 추진하였고, 단순한 비용절감의 차원을 넘어서 민간기업의 경영방식을 도입하도록 하고, 민간위탁, 매각과 같은 사실상의 민영화를 추진하였다. 그 결과로 공공의료는 이름뿐이고 민간의료와 같이 수익중심의 진료가 비일비재하며 그나마 의료소외계층에 대한 진료조차 기피하여 공공보건의료의 역할과 기능에 대한 문제제기가 일어나기 시작하였다.

또한 지난 2000년 의약분업시 의사과업과 건강보험 재정위기 등으로 이어지는 일련의 사건들은 우리사회에서 보건의료문제를 개인적 관심사에서 주요한 사회적 관심사로 전환시키는 계기를 제공하였다. 이제 보건의료문제는 한정된 예산과 자원, 사회적 비용, 이해집단간 갈등, 국민의 정서와 동의, 국제적인 동향 등과 과거보다 더욱 직접적인 영향력을 주고받는 국가정책상의 중요사안이 된 것이다.

이러한 과정에서 공공보건의료를 강화하자는 주장이 사회 의제화된 것은 지난 수 년 간 사실상 자유방임에 가까운 정책기조를 유지해온 우리나라에서는 그 자체가 하나의 사건이라 할 만하다. 보건의료 분야의 관련 학회들이 공공성을 주제로 토론회를 열고³⁸⁾ 공공부문에 종사하는 의사들은 공공보건의료체계를 강화해야 한다는 집단청원서를 제출했다³⁹⁾. 국회에서도 관련 정책제안서가 제출되었고 일부 시민단체들의 요구사항에 공공보건의료 강화가 포함되었다. 대한의사협회도 국가재원의 투자증대를 주장하고 있으며⁴⁰⁾ 보건의료 전문가를 대상으로 한 의견조사에 따르면 우리나라에서 공공부문의 비중이 대체로 절반 정도가 되는 것이 바람직하다고 응답하고 있다. 특히 보건의료노동조합은 2001년 지방공사의료원, 2002년 국립대병원, 2003년 중소병원, 2004년 사립대학병원 각각에 대한 공공성 강화방안에 대한 연구를 수행하였으며, 이를 토대로 노동조합의 과제로 공공성 강화를 위한 대정부 요구활동을 계속하여 왔다.

공공보건의료를 양적으로 확충해야 한다는 주장을 일부 의료계에서는 생존권의 위협으로까지 받아들여기도 하지만 구체적인 대안의 부재에도 불구하고 이러한 의료 공공성 확보 논의가 일정한 흐름을 가지게 되었다. 이것은 우리나라 보건의료체계에 대한 위기의식이

38) 대한공공의학회 춘계학술대회 및 정책토론회(2001. 6.)_한국의료의 공공성; 한국보건행정학회 후기학술대회 심포지움(2001. 11.)_국민건강향상을 위한 공공부문과 민간부문의 조화 등

39) 대한공공의학회, 공공보건의료에 관한 청원서-공공보건의료기관의 확충과 육성이 필요하다, 2000. 8.

40) 신상진 신임 의협회장 취임사(2001. 11.)

모든 이해관계자들에게 공유되고 있기 때문이며 의료의 공공성을 회복하는 것을 그 근본적인 대책의 하나로 인정하고 있다는 사실을 반영하는 것이다.

나. 우리나라 보건의료체계의 위기 상황

의료 공공성 논의의 배경이 되고 있는 우리나라 보건의료체계의 문제와 위기의 상황을 살펴보는 것이 필요하겠다. 우리나라 보건의료체계의 문제점들을 살펴보면 우선 민간부분 중심의 의료공급체계와 이로 인한 무한경쟁체계 둘째, 의료공급의 과잉과 불균형 셋째 이러한 이유로 인해 나타나는 의료의 불형평 심화로 개괄할 수 있다.

(1) 민간부분의 절대적 우위와 경쟁 체계

우리나라는 의료기관 구성에서 민간부분이 절대적 우위를 차지하고 있다. 'OECD Health Data 2000'에 의하면 우리나라 공공병상의 비중은 9.7%로 최하위권에 속한다. 시장기전이 강한 미국조차도 33.7%(95)이고, 우리와 비슷한 보험체계를 유지하고 있는 일본 35.8%, 독일 48.5%, 프랑스 64.8%이며 공공위주인 영국과 캐나다는 각각 95.7%, 99.3%에 달하고 있다. 민간부문에서는 단번에 대규모 투자를 하기 어렵기 때문에 우리나라의 의료기관은 사적 자본이, 의원-> 소규모병원->중소규모병원->대형병원으로 자본을 축적하면서 성장해나가는 구조를 가지게 되었다.

민간병원은 법적으로는 영리추구를 목적으로 하지 않은 비영리법인으로서 의료법인, 학교법인, 사회복지법인 등의 형태를 띠고 있으나 개인소유의 자본의 성장 동기에 의해 의원 → 병원 → 종합병원으로 축적해가면서 성장하는 구조를 이루고 있다. 최근에는 무한경쟁과 과잉투자의 악순환 등으로 공급자 행태는 전형적인 이윤추구 모형(profit maximization model)으로 해석되고 있다(이원영, 2004).

또한 병의원 설립이 구매력이 있는 도시지역에 집중되고, 건강증진보다 치료위주의 서비스 및 건강보험에 적용되지 않은 비급여서비스 진료를 확대함으로써 이윤을 추구하고 있다. 결국 보건의료체계의 거시적 비효율성과 불평등을 야기하고 있다.

민간소유의 중소병원등은 규모의 경제에 미달하는 경우가 대부분이다. 규모의 경제는 동일한 제품을 생산하는 기업중 작은 규모 보다 큰 규모에서 평균 생산비용이 더 작다는 것을 의미하는데, 우리나라 병원의 경우 대체로 300병상 이상인 것으로 보고되어 있다. 그러

나 병원급 이상의 의료기관 중 100병상 미만이 전체의 38.5%이며 300병상미만은 전체의 75.6%에 달하고 있다. 서구에서는 병원을 처음부터 일정한 규모 이상으로 건립하며 대부분의 선진국에서 급성기 이차병원(District general hospital)의 경우 진료권내 인구는 15만 명내지 백만명에서 병상규모는 200-600개이다.

의료기관 간의 기능 미분화와 의료전달체계의 미비로 인하여 의료기관간의 무차별적인 경쟁과 비효율을 낳고 있다. 우리나라는 의료법과 건강보험법상에서 의원은 외래, 중소병원은 입원, 대형병원은 진료의 난이도 높은 입원환자를 돌보도록 명시하고 있으나 강제사항이 아니다. 의원의 경우 29병상까지 설치하도록 되어 있어 외래 환자를 대상으로 또 입원환자를 대상으로 의원과 병원간의 무한경쟁을 하고 있는 상황이다.

(2) 의료의 과잉

이러한 의료공급 체계는 의료공급의 과잉과 불균형을 불러일으키게 된다. 최근 보고에 의하면(이진석 2005) 첫째, 2003년 현재 급성기병상은 2만4천여 병상이 과잉상태(한국보건산업진흥원,2003) 이며 2005년 한해 동안 수도권 지역에만 4천5백의 급성병상이 신증설될 예정이다. 인구 천명당 급성병상수는 5.7병상으로 OECD평균 인 4.2병상에 비해 1.4배(OECD Health Data 2004) 를 기록하고 있는 것이다. 급성병상 과잉으로 인하여 병원간 경쟁 격화에 따른 개원비용의 상승, 병원 도산율 및 부채율이 증가하고 있다.

급성병상의 공급과잉은 농촌지역은 예외이다. 즉 지역별로 공급의 불균형이 나타나고 있다. 급성 병상의 공급과잉에 비해 만성(요양)병상은 공급부족 실태가 심각한 수준이다. 이러한 의료자원공급의 불균형은 정부의 불개입에 의해 지속되고 있다.

둘째, 의료서비스 이용의 과잉을 낳고 있다(<표 1> 참고). 우리나라 국민은 외국에 비해 의사방문횟수와 재원일수가 1.5-2배 더 많은 것으로 나타났으며, 고가의료장비의 과다보유 현상도 나타나고 있다.

<표 1> 국내 의료서비스 이용 현황

(단위: 회, 일)

	한국	OECD 평균
국민 1인당 의사방문 횟수	10.6	7.3
국민 1인당 급성병상 재원일수	11.0	6.5

* 자료: OECD Health Data, 2004.

이러한 의료공급의 과잉은 의료자원의 효율적 활용과 국민의 적정 의료이용을 저해하며, 국민 의료비 지출의 급증으로 귀결될 수밖에 없다.

<표 2> 국민의료비 증가 추이: 1990년 ~ 2020년

(단위: %, 원)

	1990	1995	2001	2020
GDP 대비 비중	4.8%	4.7%	5.9%	11.4%
국민의료비	7조9천억원	16조5천억원	32조3천억원	171조

* 자료: 한국보건사회연구원 2003, 서울대 보건대학원.

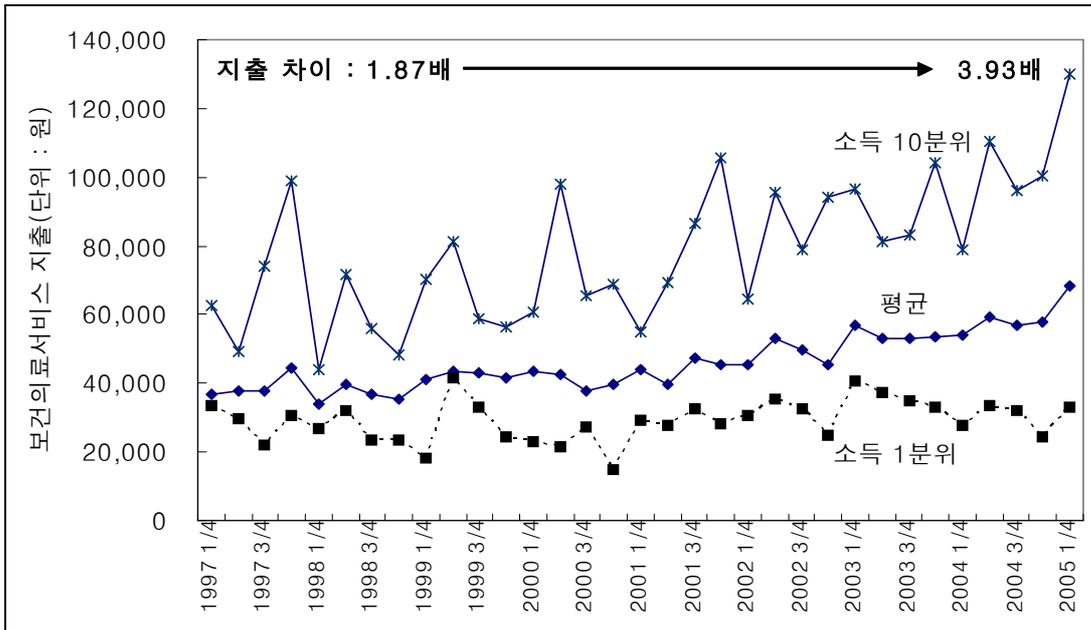
(3) 의료의 불형평성과 의료의 양극화

사회경제적 수준과 건강의 관련성에 대해서는 국내외에서 이미 많은 연구가 이루어졌다. 기존 연구에 따르면, 교육수준, 소득수준, 직업계층(취업상태), 거주지역, 의료보험 적용 여부 등에 따라 의료이용과 건강수준의 차이가 있는 것으로 보고되어 있다. “사회경제적 수준이 낮을수록, 질병에 더 잘 걸리고, 치료를 제대로 못 받으며, 따라서 건강수준도 낮고, 더 많이 사망한다”는 것이다.

이에 따라 각국 정부는 보건의료정책의 중요한 목표 중의 하나로 ‘형평성 있는 보건의료 서비스 제공’을 설정하고, 지역간, 계층간, 집단간의 의료이용 및 건강수준 격차를 해소하기 위해 의료보장제도와 공공의료체계를 확충하거나 취약계층 보호방안을 마련하는 등의 다양한 정책을 수립·집행하고 있다.

최근의 WHO가 ‘2000년도 연차보고서’(The World Health Report, 2000 - Health Systems : Improving Performance)에서 보건의료체계의 형평성을 측정하기 위하여 국민 의료비에서 사적 의료비가 차지하는 비율을 국가별로 비교한 결과 OECD 국가들 중 가장 낮은 국가는 영국, 체코, 룩셈부르크이었고 가장 높은 국가는 한국(62.3%), 멕시코(59.1%), 미국(55.9%)의 순이었다([그림 1] 참고). 한국의 사적 의료비 부담 비율은 OECD 국가의 평균치 27.4%보다 두 배 이상 되는 수준이다. 이는 곧 공공부문의 의료비지출이 그만큼 낮아 보건의료부문에 대한 정부정책의 영향력의 약화를 의미하며, 아울러 재정 시스템이 소득 역진적임을 의미한다.

[그림 2] 도시 근로자 가구의 소득분위별 보건의료서비스 지출('97.1/4 ~ '05.1/4)



자료 : 통계청 도시 근로자 가계지출 통계(www.nso.go.kr)

[그림 2]는 소득계층간 ‘소득과 소비지출의 격차 확대’보다 ‘보건의료서비스 지출의 격차 확대’가 더욱 큰 폭으로 발생하고 있음을 보여준다. 이는 ‘의료이용의 양극화’가 ‘소득 양극화’보다 큰 폭으로 이루어지는 것으로 추정할 수 있게 한다. 즉 저소득층의 경우, ‘가계지출 중 보건의료서비스 지출이 차지하는 비중’이 감소한 것으로 나타나, 보건의료서비스 지출을 우선적으로 줄이는 것으로 추정된다.

소득에 따른 의료이용의 격차는 건강의 양극화로 나타난다. ‘98년 국민건강영양조사 대상자의 사망추적 조사 결과, 월 평균 가계소득이 50만원 미만인 계층은 250만원 이상인 계층에 비해 사망 위험이 2.37배 높은 것으로 보고되었다. 저소득층의 경우, 일반 인구집단에 비해 ‘주관적 불건강 인식률’과 ‘만성질환 유병률’이 높을 뿐 아니라, 저소득층 내에서도 소득수준과 의료보장 유형에 따라 건강수준의 차이가 큰 것으로 분석되었다. 더욱 심각한 문제는 소득계층간의 건강수준 격차가 심화되고 있다는 점이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 우리나라 의료체계의 문제점은 민간부문의 절대적 우위와 무한 경쟁으로 인한 의료의 과잉 및 정부의 개입과 책임의 부재라고 할 수 있다. 정부 개입과 같은 공공부문의 취약성은 의료의 형평성을 심각하게 약화시켰으며 의료이용에서도 형평성이 취약하고 이와 같은 불평등 결과 건강상의 문제까지 나타나고 있다. 게다가 우리나라는 세계에서 유례를 찾아보기 어려운 정도의 급속한 노령화 속도를 보이고 있어 인구

의 노령화에 따른 의료비의 폭발적인 증가를 예고하고 있다. 우리나라 보건의료체계의 이러한 위기 상황을 해결하고 지속가능한 보건의료발전체계를 위한 근본적인 대책으로써 공공보건의료의 확충과 의료의 공공성 회복이 중요한 정책과제로 부각되고 있는 것이다.

4. 공공보건의료 확충 정책 평가

가. 정부의 공공보건의료 확충 종합대책

보건복지부는 지난 2005년 5월 ‘공공보건의료 확충 종합대책안(이하 종합대책)’을 발표하고 2005년부터 2009년까지 4조 3천억원 규모의 재정을 투자하여 신규 및 기존사업의 확대를 추진하는 방안을 제시하였다. 종합대책에 의하면, 정부는 현재 우리나라 의료체계의 문제점으로 의원과 병원이 외래와 입원진료를 상호 경쟁하는 기능적 미분화와 규모의 경제에 이르지 못하는 병·의원의 영세성 등 시장실패로 의료자원이 낭비되고 있으며, 세계에서 가장 급속한 고령화와 만성질병 확대로 GDP대비 국민의료비가 급격히 증가(5.1%(2000년) → 8.1%(2010년) → 11.4%(2020년))할 것으로 전망하고 있다. 이에 비해 OECD 국가 중 최저수준인 공공의료 비중(병상기준에 따른 공공의료 비중, OECD, 2000년 : 한국 18.54%('02년), 미국 33.2%, 일본 35.8%, 독일 48.5%, 프랑스 64.8%)과 응급, 혈액, 전염병 격리병상 등 비시장성 필수 보건의료 공급기반이 취약하다는 점에서 공공보건의료 확충이 필요하다고 주장하였다.

정부는 공공보건의료의 역할에 관하여 첫째, 합리적 의료공급자로서 보건의료체계의 균형추 역할을 강조한다. 지금까지 우리나라 공공부문은 예방접종, 응급의료 등 민간이 감당하지 못하거나 부족하게 공급되고 있는 영역에서 제한적인 기능을 수행해 왔지만 앞으로는 과잉진료 등 시장실패를 보정하는 합리적·공익적 의료공급자로서 역할하여 전체 보건의료체계의 효율화에 기여하는 균형추로 작용할 필요가 있다. 둘째, 질병예방과 관리를 포함하는 포괄적 서비스 제공자로서의 역할을 규정하고 있다. 사회적으로 소망스러운 예방, 건강증진, 질병관리, 응급, 진료, 재활, 영양 등 국민건강의 보호를 위한 포괄적 서비스를 제공하는 국민보건의 최종 안식처로서 역할을 해야 한다는 것이다. 셋째, 공공보건의료가 사회적 형평의 조달자 역할을 한다는 사실을 지적한다. 형평이 수반되지 않는 자유의 추구는 더 이상의 경제성장과 국가발전에 애로 요인으로 작용하며, 저소득·서민층이 경제·사회적 장애로 의료서비스에 대한 접근에 애로가 발생하지 않도록 국가의 적극적 역할이 필

요하다는 것이다.

정부는 보건의료를 지속발전가능한 체계로 개편하여 국민의료비의 합리적 수준 유지와 국민건강권을 보호한다는 목표 하에 공공보건의료체계 개편 및 효율화, 예방중심의 국가질병관리체계 확립, 고령사회 대비 공공보건의료 역할 및 투자 확대, 필수보건의료 안전망 확충 등의 정책과제를 제시하였다.

이를 위해 정부는 자원의 효율적 활용을 위해 현 보건의료자원을 최대한 활용하고, 민간 공급이 부족한 부분에 정부가 투자하되 민간투자도 유도하며, 민간 급성기병상의 요양병상 전환 등 의료자원의 적정 배분을 유도하는 방향을 제시한다. 또한 공공보건의료 확충과 동시에 보건의료의 산업화 정책을 병행 추진한다는 기조를 다음과 같이 밝히고 있다.

추진전략 1: 공공보건의료체계 개편 및 효율화

- 표준진료 등 공공보건의료정책 수행
- 공공보건의료체계 정비
- 공공보건의료의 연계 강화
- 서비스 수준 제고

추진전략 2: 고령사회 대비 공공보건의료 역할 투자 확대

- 병상자원 수급 적정화
- 전문 진료와 양 한방 협조체계 구축

추진전략 3: 예방 중심의 질병 관리체계 확립

- 국민 평생건강관리체계 확립
- 전략적 질병 관리 강화
- 원활한 공공보건의료 인력공급체계 마련

추진전략 4: 필수보건의료 안전망 구축

- 전염병 대응체계 구축
- 비시장성 필수 공공재 공급기반 확충

이와 같은 정부 방침에 대하여 노조 및 경영계, 시민사회 단체 등의 상당수는 긍정적인 입장을 밝히면서도 내부적으로는 상당한 의견차이가 있을 뿐만 아니라 다양한 문제점을 지적하고 있어 향후 정부 방침의 확정과 시행에 많은 논란이 예고되고 있다. 병원측에서는 ‘공공병원 30% 확충도 중요하지만 민간병원의 공익적 가치를 고려해 육성책도 함께 모색

해야'한다는 지적⁴¹⁾과 함께 공공병원 문제를 해결하기 위해서는 '양적 투자뿐 아니라 공공병원의 인력 수급, 인건비, 근무여건 개선 등에 대한 대책'을 구체화해야 할 것이라고 밝혔다.

보건의료노조와 시민단체측은 정부의 방침대로 공공부문의 비중을 30%로 확대하고 유지하기 위해서는 민간병상 수급에 대한 규제가 필요함을 지적⁴²⁾하였다. 또한 공공의료 확충 예산 4조 3천억원은 공공병상의 30%를 확보하기 위한 중장기적인 예산 추계에는 턱없이 부족하며, 그나마 4조 3천억원의 예산중 신규 예산은 2조 4천여억원(56%)에 불과하며 대부분의 재원이 일반회계 예산이 아니라 담배부담금에서 조성된 건강증진기금과 농어촌특별세관리특별회계를 활용키로해 정책의지가 부족하다는 지적을 하였다. 또한 공공의료기관의 의료서비스 개선을 위해서는 인력 확충계획이 구체화되어야 할 것이라고 지적하였다. 보건의료노조는 의료산업화 정책 및 영리법인 허용 방침을 철회하고 노·정 대화와 '의료산업 노·사·정위원회' 구성하여 공공보건의료 확충 종합대책의 실효성과 내실화를 기하라고 요구⁴³⁾하였다.

그럼에도 불구하고 이번 정부의 종합대책안은 그동안의 공공보건의료 예산에 비하면 획기적인 예산규모의 확대로 단순한 구조조정이 아닌 공공부문의 개혁 내지 현대화 작업이라는 근본적인 변화의 가능성을 가지고 있는 것으로 평가되며, 향후 보건의료체계에 미칠 영향이 지대할 것으로 예상된다. 한편, 정부가 추진과정에서 밝히고 있듯이 종합대책을 마련하게 된 직접적인 계기는 2004년 11월 국무회의의 결과였다. 이 회의에서 외국병원의 내국인 진료를 허용하는 '경제자유구역의 운영 및 지정에 관한 법률'을 개정하기로 하고 이에 대한 보완대책으로 공공보건의료 확충에 투자한다는 방침을 결정하였다. 이에 따라 2005년 5월부터 의료서비스산업화 정책 추진 방향으로 나가고 있어 보건의료노조와 시민단체들의 반대에 부딪치고 있다. 의료산업화 정책이 보건의료산업 및 노사관계에 미칠 영향에 대한 분석은 독자적인 연구가 필요한 부분으로 남기고, 의료공공성 정책과 함께 우리나라 보건의료에 큰 영향을 미칠 수 있는 의료산업화 정책의 추진과 전개과정에 주목해야 할 것이다.

41) 2005년 5월 26일, 메디게이트 뉴스.

42) 2005년 6월 8일, 메디게이트 뉴스.

43) 2005년 6월 보건의료노조 성명서

나. 보건의료체계에 미칠 영향

정부의 공공의료확충 종합대책은 현재의 보건의료체계에 많은 변화를 가져올 것으로 예상된다.

첫째, 국립의료원을 국가중앙의료원으로 개편, 신축하고, 국립대학병원의 공공성을 강화하며 지방의료원 등을 지역거점병원으로 확충함으로써 국립대병원—지역거점병원—1차보건의료기관(보건소 및 보건지소)으로 연계되는 공공보건의료 전달체계를 확립할 것이다. 이러한 공공보건의료체계 구축은 공공보건의료기관간의 연계 강화, 인력의 교류, 서비스 질 제고 등의 효과를 발생시킬 것으로 예측된다.

둘째, 국가적인 병상수급 기본 시책을 수립하고 지역병상 수급계획을 평가조정하며, 병상자원의 적정 관리 및 모니터링체계를 구축하는 정책은 민간부문에서 급성기 병상 중심으로 공급 과잉되는 병상을 적절히 통제하며, 의원과 병원간의 기능미분화로 인한 과당 경쟁과 비효율성을 개선할 것으로 기대한다. 우리나라의 경우 전형적인 시장실패의 예라고 할 수 있는 병상 과잉 및 시장 미분화 문제의 해결은 공공의 역할에 있다고 할 수 있다.

셋째, 공공부문의 공급을 확대하고 관리부처를 보건복지부로 일원화하고 국가 보건의료 정책방향을 집행하며 적정 서비스와 표준 진료를 시행하게 된다면, 이러한 변화는 민간부문이 제공하는 의료서비스의 적정화를 유도할 수 있을 것이다. 또한 공공보건의료의 확충 방침은 공공보건의료기관의 확대뿐만 아니라 민간부문에 의한 기능 분담도 포함하고 있어 민간부문의 공공의료서비스 제공 기능이 확장될 것이다.

이러한 의료자원 공급체계의 변화 방향은 보건의료분야에 과도한 경쟁과 자원의 낭비를 감소시키고 적정화의 방향을 유도하며, 따라서 의료분야 전체의 효율성을 높이는 방향으로 작용할 것이다. 즉 개별 병원의 효율성 증대의 효과는 나타나지 않더라도 의료공급체계 전반의 효율성을 증대시키고 과도한 경쟁을 감소시키는 영향을 미칠 것이 예상된다.

다만, 정부는 공공의료 확충과 함께 동시적으로 의료서비스 산업화 정책을 추진하고 있어 위에서 예상한 기대효과가 미미하거나 상쇄될 수도 있다고 본다. 의료산업화정책은 의료기관에 대한 자본투자를 합법화하는 영리법인 허용이나 건강보험을 대체하는 민간의료보험의 도입을 예고하는 등 산업정책의 목표하에 적극 추진되고 있는 반면, 의료산업화정책이 의료제도에 미칠 영향과 대책에 대한 논의가 미미하거나 추상적인 수준에 머물러 있다. 또한 공공보건의료 확충과 의료의 공공성 확보는 지속적이고 장기적인 과제인 반면 의료산업화정책은 즉각적으로 의료공급체계 전반에 미칠 파급력이 큰 만큼 신중한 접근이

필요하다고 보인다.

5. 병원 노사관계에 미칠 영향 및 제언

공공의료 확충을 포함한 의료 공공성 강화 정책이 병원노사관계에 미칠 영향을 예상해보면 다음과 같다.

첫째, 공공부문의 노동측 역량 강화의 조건이 형성될 것으로 보인다. 공공의료기관의 서비스 제고를 위해 정부 투자가 이루어지고 정부 정책의 미흡한 부분인 인력 수급, 인건비, 근무여건 개선 등을 구체적으로 관철해내는 것이 노동조합의 역할이자 성과로 나타날 것이 예상된다. 정부의 공공의료 확충 정책이 공공기관 설립이나 신증축과 같은 양적 투자에 그치거나 공공의료사업을 확대하라는 식의 기능과 역할 확대를 주문하되, 이에 따른 인력 대책이나 근로조건의 개선이 뒤따르지 않을 경우는 노조의 강력한 요구와 투쟁이 예상된다. 따라서 정부의 공공의료 확충 정책 의지와 그에 따른 집행 여부에 따라 노측의 대정부 요구의 수준과 병원 노사관계에서 공공성 의제의 내용과 폭이 영향을 받게 될 것으로 보인다.

또 위와 같이 공공부문의 노동측의 역량 강화의 여건이 형성된다면 이는 병원노사관계에서 노조측의 우위로 나타날 가능성이 높다. 따라서 이와 같은 역량 강화가 공적인 서비스의 강화를 위한 제반 혁신작업과 결합될 수 있어야 한다.

둘째, 의료서비스체계의 변화는 사용자측의 경우 특히 중소병원에게 경영상의 이점을 제공할 가능성이 크다. 또한 병원 전체적으로는 과도한 경쟁으로 인한 사회적 비용낭비를 줄일 수 있다. 동시에 산별교섭에서 민간부분보다는 공공병원의 입장이 보다 강화될 수 있다. 현재 사용자측의 경우 규모별 특성별로 입장이 매우 다르며 대규모 민간병원이 주도적인 지위를 갖고 있다. 이와 같은 구조가 변화할 수 있는 것이다.

셋째, 공공의료 확충정책의 시행이 공공의료기관의 민주적 운영 및 지역사회에서의 역할 등에 대한 시민들의 요구를 분출시키는 계기로 작용할 것이 예상되며 이는 공공의료기관의 공공성과 민주성을 강화하는 방향으로 작용하게 될 것으로 보인다. 따라서 더 이상 의료 공공성은 노·사간 혹은 노·정간의 문제를 넘어선 지역사회 시민사회 전체의 문제가 될 수 있는 것이다. 그러므로 노사 모두 사회적 책임의식의 더욱 중요해진다. 병원 노사는 모두 이러한 변화에 부응하여 공공의료기관의 혁신의 기회를 마련하여야 할 것이다.

보론 2) 서울대 등 국립대병원지부의 탈퇴가 노사관계에 끼치는 영향

1. 서론
2. 서울대병원노조지부의 위상
 - 가. 서울대병원의 특수성
 - 나. 서울대병원지부의 역사와 위상
 - 다. 2004년 산별교섭에서의 역할
3. 서울대병원노조지부의 탈퇴 경과와 쟁점
 - 가. 탈퇴 경과
 - 나. 서울대 지부의 탈퇴를 둘러싼 쟁점
4. 2005년 단체협약과 산별협약 비교
 - 가. 2004년 서울대지부 단체교섭 경과와 결과
 - 나. 2005년 서울대지부 단체교섭 경과와 결과
 - 다. 2005년 산별협약과 서울대지부 단체협약 비교
5. 서울대지부의 탈퇴가 보건의료노사관계에 미치는 영향
 - 가. 2005년 산별교섭에 미친 영향
 - 나. 지부탈퇴 확산이 미치는 영향
6. 정책 제언

1. 서론

2004년 보건의료산별협약 중 10장 2조의 폐기를 주장하고 지부 파업을 진행하였던 보건의료노조 서울대병원지부가 2005년 4월 1일 보건의료노조를 탈퇴하고 공공연맹에 가입신청을 하였다. 공공연맹은 4월 13일 열린 중집회의에서 서울대병원지부노조 가맹승인을 안건으로 상정한 뒤 6월 8일까지 총 5차례에 걸쳐 논의를 진행해 중재단을 구성하였다. 또 중재가 되지 않을 경우 6월 20일 오후 6시를 기해 가맹처리키로 결정했다. 이 결정 이후 개최된 8월 24일 민주노총 상집회의는 서울대병원 지부노조 처리와 관련해 ‘(노조 탈퇴서를 개별적으로 제출토록 한) 보건의료노조 규약 제8조 가입과 탈퇴조항에 따라 서울대 병원지부 노조가 보건의료노조에서 집단탈퇴한 것은 보건의료노조 규약에 위반한 사항이므로 무효’라는 해석을 공식확인하는 안건을 올렸다. 중집회의에서 민주노총은 4시간 가까이 장시간 토론을 벌인 결과, ①서울대병원지부는 보건의료노조 탈퇴 결정을 철회한다, ②보건의료노조는 서울대병원지부노조가 탈퇴하는 과정에서 제기한 문제를 적극적으로 해결하기 위해 노력한다, ③공공연맹은 중집 결정을 존중한다는 내용을 권고사항으로 결정했다. 이처럼 원래의 안보다 완화된 형태의 결정이 이루어진 것은 ‘규약만을 기준으로 조합원들의 선택권을 제한할 수 없고 무리한 해결은 조직 갈등만 초래해 해결방법이 될 수 없다’는 입장과 ‘집단탈퇴를 인정할 경우 연맹 간 조직탈퇴 및 가입으로 인한 혼란이 초래되 원칙적인 선례를 남겨야 한다’는 주장을 조절한 결과인 것으로 알려졌다.

그런데 서울대 병원지부의 탈퇴는 다양한 측면에서 노동계 그리고 노사관계 전체에 커다란 파장을 던졌다. 우선 일부 서울대 병원 지부 탈퇴 이후 일부 산별노조 지부가 조직형태 변경을 통해 기업별 노조로 전환하면서 연이어 탈퇴하였다. 예를 들어 충북대 병원지부는 6월 13일부터 15일까지 3일간 기업별 노조로의 ‘조직형태변경’을 묻는 조합원 찬반투표를 실시, 전체조합원 370명 중 320명(86.5%)이 참가해 297명의 찬성(91.8%)을 얻었다. 지부장은 “지난해부터 산별협약 10장 2조가 기존 단협을 저하시키므로 폐지해야 한다고 주장해왔지만 노조가 이를 받아들이지 않아”탈퇴하게 되었다고 밝혔다. 뒤이어 제주대 등 국립대병원 지부가 탈퇴를 선언하였다.

또 국립대 지부의 탈퇴가 잇따르자 보건의료 사용자측은 지부를 통제하지 못하는 산별노조와의 교섭에 부정적인 태도를 보이기 시작하였다. 산별교섭이 효력을 발휘하지 못하면 아예 지부별 교섭만을 하는 것이 기업의 사회적 비용을 줄인다는 의견이었다.

다른한편 국립대 지부들의 탈퇴와 공공연맹에의 가맹신청 혹은 독립적인 별도의 초기업

별 노조 설립 움직임은 복수노조 시대 기업별 노조 혹은 산별노조의 난립 가능성을 점치게 하였다. 이것은 산별적 노사관계로의 시스템 전환에까지 영향을 미친다는 점에서 민주노총과 지역·산별 상급단체에도 뜨거운 찬반논쟁을 불러일으킬 수밖에 없었다. 또한 산별노조의 조직대상과 운영 및 산별구획과 관련된 조직분쟁과도 맞물렸다. 이와 관련하여 보건의료노조는 민주노총에 공문을 보내 (민간)사회서비스가 아닌 공공부문 노동자와 함께 하고 싶다는 의견을 분명히 했다. 물론 이것이 현재의 공공연맹과 함께 하겠다는 것은 아니다. 공공연맹이 산별협약 10장 2조 문제를 공식적으로 거론하고 서울대병원지부를 받아들인 이상, 공공산별이 맞다고 해서 무조건 현재의 공공연맹과 함께 할 수는 없다는 것이다.

본 보고서는 이와 같은 현실에 주목하면서 서울대병원지부의 탈퇴 경과와 쟁점을 분석하고 향후 보건의료노사관계에 미치는 영향을 보다 구체적으로 살펴보는 것을 목적으로 한다.

2. 서울대병원지부의 위상

가. 서울대병원의 법적 지위

1977년 서울대학교병원설치법이 제정되어 서울대학교병원의 병원장은 대통령이 임명하며 교육인적자원부차관, 보건복지부차관, 기획예산처차관이 당연직이사로 참여하고 매년 정부보조금을 받고 있어 서울대를 제외한 지방국립대학병원과는 다른 지위에 있으며 적어도 법률적으로는 국가 중앙병원의 위상을 갖는다.

나. 서울대병원노조 지부의 역할 및 위상

서울대병원지부는 보건의료노조 최대 지부로 조합원수가 2,300여명에 달하며 1987년 노동조합을 설립한 이래 병원노련, 보건의료노조 건설에 앞장서 왔다. 그런 점에서 서울대병원지부는 보건의료노조에 건설에 주도적이었으며 본조에 상근자를 파견하고, 분담금을 납입하며 국립대병원지부의 대표격으로 활동하였다.

또한 서울대 노조는 매년 임단협 과정에서 투쟁의 선두에 나섬으로써 가장 선도적인 투쟁력과 조직력을 갖추고 임단협을 주도하는 등 국립대병원지부는 물론 보건의료노조 전체

에서도 선도적인 역할을 담당하여 왔다.

특히 2004년 산별교섭에서 서울대병원장은 국립대병원 대표로 교섭에 참여하고 축조교섭단과 3인의 실무교섭단에도 사측 대표로 참여하는 등 사용자측 교섭전반을 주도하는 대표역할을 하였다. 따라서 서울대 지부가 탈퇴하자 2005년 산별교섭에서 국립대병원 측의 사용자대표 참여가 늦어질 수밖에 없었던 것이다. 사용자단체로서의 직접적인 교섭 경험이 부족한 여타 대학병원의 경우 2005년에도 당연히 서울대 지부가 국립대 병원을 대표할 것으로 예상하고 있었기 때문에 갑작스런 상황변화에 직면하여 내부 의견조율의 시간이 길어질 수밖에 없었다.

3. 서울대병원지부의 탈퇴 경과와 쟁점

가. 탈퇴 경과

2004년 6월 23일 보건의료노조는 산별교섭에 잠정합의하고 산별파업을 종료(이후 지부 교섭으로 전환)하였던 반면 서울대, 경북대, 광명성애병원은 산별협약을 거부하고 개별 교섭과 파업을 계속하였다. 당시 서울대 지부는 7월 23일 파업 44일째 지부교섭을 합의하여 파업을 종료하였다.

서울대지부의 산별협약에 대한 거부와 비판이 보건의료노조의 탈퇴로까지 이어지게 되기까지는 서울대지부의 문제제기에 대한 보건의료노조 본조의 대응과정에서 2004년 산별협약의 내용을 넘어서는 산별노조의 원칙과 민주적인 운영의 문제로 증폭되었기 때문으로 보인다.

먼저, ① 산별 합의이후 서울대지부의 지부교섭과 조건부 탈퇴까지의 시기를 살펴보자.

서울대지부의 파업 지속에 따른 투쟁지원금, 생계비지원 요청에 대하여 본조와 서울본부의 거부입장이 탈퇴를 촉발시키는 계기가 되었다. 본조와 서울본부가, '10장 2조'에도 불구하고 파업을 계속하는 것은 조직적 결정을 위반한 투쟁이며 본조의 명예를 훼손하는 것이므로 지원 불가능하고 서울대병원지부는 사과하라'는 답변을 보내자 서울대지부는 이를 노동자의 단결과 연대투쟁의 원칙에 어긋나는 행위라고 인식한 것으로 보인다. 왜냐하면 산별교섭은 최저조건이어야 하는데 기업별 임금인상 2%를 준수할 것은 요청하는 것은 최저조건의 원칙에 어긋나며 지부별 노동조건을 후퇴시키는 것이라고 간주하였기 때문이다.

이에 7. 29 서울대병원지부는 89.9%의 조합원의 찬성으로 보건의료노조 조건부 탈퇴를

결정하였다. '산별협약 제10장 2조와 관련하여 보건의료노조가 이 조항의 문제점을 인정하고 공식의결 기관을 통해 차기년도 단체교섭에서 이를 삭제키로 결의하지 않는 한 보건의료노조를 탈퇴하고 독립된 노동조합(서울대병원지부 노동조합)으로 조직형태를 변경한다'는 입장을 표명하였다.

② 다음으로 서울대 탈퇴결정까지의 시기에는, 지부장징계 및 제명과 서울대치과병원지부문제가 작용하였다. 조건부탈퇴 결정이후 서울대지부는 04년 8월 '보건의료노조 산별합의안 10장 2조 문제점에 대한 전국 토론회'를 개최하여 노조운동진영내에서 논의를 불러일으켰으나 9. 15 보건의료노조 중앙위는 서울대병원지부장의 징계를 결정하였다. 결국 2005년 3월 보건의료노조 중앙위는 서울대병원지부장의 '조직명예훼손, 결의사항 위반 등'을 이유로 지부장을 제명시키기로 결정하자, 동년 4. 1. 서울대지부는 '지부장을 제명하고 지부임시대의원대회에서 오히려 산별협약 우선적용 기준을 강화했다'며 탈퇴를 선언하고 공공연맹에 가입 신청을 제출하였다.

이 시기에 또 하나의 주요한 쟁점의 하나는 서울대치과병원 노조의 가입문제이다. 서울대 치과병원지부는 2004년 8월 치과병원이 서울대병원과 분리되면서 독립노조 설립을 추진했으나 서울대병원지부노조(당시 보건의료노조 서울대병원지부)가 "치과병원노조 분리를 추진하고 있는 사람들이 병원 노무담당자 등 관리자들의 조언을 받았다"면서 강력 반발했다. 또 당시 서울대병원지부는 서울대병원만으로 조합원 범위를 규정한 운영규정을 치과병원, 보라매병원, 분당병원을 비롯해 이후 서울대병원에서 분할 및 기타 위탁기관에 속해 있는 보건의료산업노동자로 그 범위를 확대하는 내용의 운영규정개정안을 제출하며 보건의료노조가 치과병원 단독지부 설립 불가입장을 공식화할 것을 요구하였다.

하지만 이같은 서울대병원 운영규정 개정안은 노조 중앙위원회와 대의원대회에서 부결되었으며, 서울대병원지부가 4.1일 노조 탈퇴선언을 하자 치과병원쪽은 4. 7일 총회를 열고 서울대치과병원지부로 보건의료노조에 가입하기로 결정하고 가입신청서를 제출함에 따라 보건의료노조는 4.11일 중앙집행위원회 회의에서 조직편제 원칙에 위배되지 않는다고 가입을 승인하는 결정을 내렸다. 그러나 서울대병원지부가 탈퇴 후 규약개정을 통해 서울대치과병원의 조합원도 가입대상으로 하고 있어 논란의 여지를 남겨 두고 있다.

③ 세번째는 2005년에 서울대지부의 탈퇴후 다른 지부의 후속 탈퇴의 시기로, 서울대병원지부는 2005년 4월 1일 공식탈퇴선언을 함과 동시에 민주노총 공공연맹에 가입신청을 하였는데 공공연맹은 수차례 중앙집행위 회의를 통해 서울대병원지부의 가입문제를 논의하고 05년 6월 20일 가입을 승인하였다.

서울대지부의 공공연맹 가입 건은 산별의 구획에 대한 논쟁을 불러일으키며 공공연맹과 보건의료노조 간의 대립으로까지 불거졌고 이미 앞에서 살펴본 것처럼 민주노총 중앙집행위 (2005. 8. 24.개최)는 보건의료노조를 탈퇴해 공공연맹에 가입한 서울대병원 지부노조에 보건의료노조 탈퇴 철회를 권고하고, 동시에 보건의료노조에는 서울대병원 지부노조가 탈퇴시 제기했던 문제의 해결을 위해 노력할 것도 권고했다.

하지만 서울대병원 지부노조는 이미 조합원 전체투표로 결정된 사항이라 수용 거부의를 분명히 하였다. 오히려 2005년 6월 15일에 충북대병원지부, 7월 18일 울산대병원지부, 이후 강원대병원지부, 제주대병원, 지방공사 제주의료원, 동국대의료원의 잇따른 탈퇴가 이어졌으며, 이들 7개 탈퇴 지부들은 05년 10월 (가칭)“병원노동조합준비위원회”를 결성하고 새로운 노조조직을 결성하기 위한 준비와 노력을 하기로 결정함으로써 향후 보건의료노조의 운동과 산별교섭에 많은 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다.

* 서울대 지부의 탈퇴 및 이후 경과 *

(1) 산별 합의이후 서울대지부의 교섭 시기

- ▷2004. 6. 23 보건의료노조 산별교섭 잠정합의, 파업종료 선언
서울대, 경북대, 광명성애병원은 파업 계속
- ▷2004. 7. 13 서울대지부, 서울본부와 본조에 투쟁지원금, 생계비지원 요청
- ▷2004. 7. 23 서울대지부교섭 타결 (파업 44일)
- ▷2004. 7. 27-29 보건의료노조 조합원 산별교섭합의안 찬반투표 : 78.6% 찬성으로 가결
- ▷2004. 7. 29 서울대병원지부 보건의료노조 조건부 탈퇴 찬반투표 : 89.9%로 가결
- ▷2004. 8. 17 산별 합의 정식조인식

(2) 지부장 징계 및 노조 탈퇴 결정까지

- ▷2004. 8. 28 서울대지부 주최 ‘보건의료노조 산별합의안 10장 2조 문제점에 대한 전국 토론회’ 개최
- ▷9. 15 보건의료노조 중앙위 서울대병원지부장 징계결정
- ▷3. 4 보건의료노조 중앙위 서울대병원지부장 제명결정

- ▷4. 1 서울대지부 보건의료노조 탈퇴, 공공연맹 가입신청
- ▷4. 11 보건의료노조 서울대치과병원지부의 가입 승인

(3) 탈퇴이후 공공연맹 가입 및 후속 탈퇴시기

- 2005. 6. 20 공공연맹이 가입 승인함
- 8. 24. 민주노총 중앙집행위, 서울대병원지부노조에 탈퇴 철회 권고 및 보건의료노조에 문제 해결 권고
- 6. 15 충북대병원지부 보건의료노조 탈퇴
- 7. 18 울산대병원지부 보건의료노조 탈퇴
- 강원대
- 제주대
- 지방공사제주의료원
- 동국대의료원
- 2005. 10. 7개 탈퇴 지부들이 “병원노동조합준비위원회” 결성

나. 서울대지부의 탈퇴를 둘러싼 쟁점

2004년 보건의료노조의 산별협약에 대한 문제제기는 산별협약 10장2조의 문제로 나타났습니다. 서울대병원지부는 산별 잠정합의 내용 중 10장 2조가 독소조항이라면서 전면 폐기와 무효화를 주장하고 나아가 본조에게 명확한 입장 표명과 함께 잘못 시인과 사과, 재교섭을 요구하였다. 이에 대해 “산별교섭 잠정합의할 당시 단지 10장 2조만 가지고 판단한 것이 아니라 산별 잠정합의서 1장부터 10장까지 총괄적으로 놓고 종합 판단한 만큼 ‘2004년 보건의료노조 산별교섭 잠정합의서’는 산별교섭 원년에 최선을 다한 결과”라고 판단하고 10장 2조는 전체적 교섭 타결위한 불가피한 결정이고 부족한 부분은 다음해에 더 교섭할 수 있다는 것이 보건의료노조의 주장이다.(서울대병원지부의 산별 잠정합의 10장 2조 문제제기에 대한 보건의료노조의 공식입장- 2004년 7월 20일 쟁의대책위원회)

서울대지부의 산별협약에 대한 비판 및 탈퇴 과정에서 나타난 쟁점은 첫째, 산별협약의 우선 적용의 문제와 둘째, 산별노조의 정신과 원칙의 문제로 나타났다.

(1) 산별협약 10장 2조의 우선효력 문제

서울대지부는 산별협약 10장 2조 조항은 근로조건 평준화나 산별협약으로 나아갈 수 있게 하는 길이 아니라고 주장한다. 예를 들어 ‘임금 인상율을 기본급 2%로 동일하게 적용한다’는 것은 근로조건 평준화나 산별협약과는 거리가 먼 것이며, 산별노조는 저임금 노동자의 임금수준을 높여내야지 대기업노동자의 임금을 낮추는데 그 목적이 있어서 안 되는 것이며, 지부교섭을 통해 그 기준보다 상회할 수 있도록 길을 막아서는 안된다는 주장이다. 산별협의 제10장 2조의 문제를 인식하고 2005년에 이를 삭제하여야 하며, 그렇지 않으면 2005년 단체교섭에서 임금, 근로시간, 생리휴가, 연월차휴가 등 핵심근로조건 개선이 어려울 것이라고 우려하였다.(04. 8. 28. 전국토론회 서울대지부장 발제문)

또한 10장 2조의 연월차휴가보전수당과 생리휴가수당의 신규입사자 배제 조항은 노동자분리정책이라는 점에서 지적되었다.

<10장2조>

10. 협약의 효력

- 1) 산별교섭 합의 내용을 이유로 기존 지부 단체협약과 노동조건을 저하시킬 수 없다.
- 2) 단, 제9장(임금), 제3장(노동시간단축), 제1조(근로시간단축), 제5조(연·월차 휴가 및 연차수당), 제6조(생리휴가)는 지부단체협약 및 취업규칙에 우선하여 효력을 가지며, 동 협약 시행과 동시에 지부의 단체협약 및 취업규칙을 개정한다.

그러나 임금인상률 기본급 2%는 규모별 고용지위별 격차완화의 대안이 없는 상태에서 실질적으로 임금격차 축소의 효과가 있었던 것으로 확인된다. 또한 임금인상을 자제하는 대가로 주5일제를 확보한 것은 전체 보건의로 노동자들의 노동조건 개선에 기여할 수 밖에 없다는 점에서도 평등의식 및 연대주의의 확산을 강화시켰다. 따라서 별도의 대안이 없는 한 서울대 지부 노조의 주장은 설득력이 떨어지는 문제가 있다.

(2) 산별노조의 원칙의 문제에 대하여

서울대지부가 제기한 산별협약 10장 2조의 문제는 산별노조의 정신과 원칙이 무엇이어

야 하는가에 관한 논란을 불러일으켰다.

첫째, 산별노조는 사회적 최저 노동조건을 상향적으로 개선해야 하는 것이 그 본질적 목표인데 10장 2조는 노동조건에 상향적 통일의 원칙이 아닌 하향적 통일을 강요하면서, 노동자간 단결 대신 분열을 유발한다는 점이다. 현재 사업장별 노동조건에 격차는 상당하며, 이는 점진적, 상향적으로 통일되어 나가야 하며, 그렇지 않으면 노동조건이 좋은 사업장과 그렇지 않은 사업장간의 갈등이 생기고, 투쟁력이 있는 사업장 조합원일수록 산별투쟁에 소극적일 가능성이 높아질 것이다. 그러면 교섭이 투쟁력을 바탕으로 이루어지기보다는, 산별노조 상층의 정치력과 교섭력에 의존하는 노사관행이 정착될 수밖에 없다는 것이다.

보건의료노조는 산별협약이 최저기준협약이라는 주장은 보건의료노조가 준비하고 토론했던 산별교섭의 기초와 다르다는 입장이다. 즉 보건의료노조는 ‘올해 산별교섭은 주 5일제 시행에 따라 전체 보건의료노동자에게 적용되는 근로조건을 쟁취하고, 나아가 의료 공공성 강화, 산업별 최저임금, 노동연대기금 등 산업별 요구를 쟁취하는 것으로 기초를 잡았기 때문에 지부 요구도 최소화하면서 임금 인상까지를 포함하여 산별 5대 요구를 확정’하였다. 따라서 ‘요구안과 교섭기조를 확정할 당시부터, 그리고 타결하는 순간까지 산별협약이 최저기준 협약이라는 관점’은 적용하지 않았다는 것이다.

실제 보건의료노조는 애초에 산별 중앙교섭외에 지부 교섭을 고려하지 않음으로써 지부 교섭은 원천적으로 불법이 되어 버린 측면이 있다. 이러한 중앙교섭만을 진행하는 교섭방식에 대해서는 여러 가지 평가할 측면이 있으나 중요한 점은 개별 지부의 요구와 특성에 따른 지부별 교섭을 원천봉쇄해야 하느냐하는 조합원들의 비판의식이 존재하였다. 이는 2005년의 산별교섭에서도 개선되지 않았는데, 일부 지부의 경우 올해 산별교섭에 참여하면서 동시에 지부가 노동쟁의신청을 지노위에 내고 지부별 교섭을 합법적으로 추진한 사례가 나왔다는 점에서 산별교섭의 내용과 방식에 대한 논의가 필요할 것이다.

또한 10장 2조는 상층 중심의 관료화된 산별노조로 만드는 수단이 될 가능성이 높다는 지적을 하였다. 산별노조의 큰 위험 중의 하나가 산별노조의 일부 상층 간부들이 사용자들 및 정부(노동부)와 적당히 밀착하여 조합원들의 건강한 문제제기와 현장 투쟁을 외면하는 것이다. 이번 서울대병원지부의 투쟁과정에도 이런 우려는 구체적으로 드러났다. 서울대병원 사측은 10장 2조를 이유로 일체의 교섭을 거부하며, 지부에서 진행하는 파업이 불법이고, 본조간부와 지부교섭을 하겠다고 나왔는데, 이에 대해 보건의료노조는 분명한 대응을 하지 못하였다. 민주노조 활동의 가장 기본적인 원칙은 조합원의 요구를 교섭과 투쟁으로 관철해 내는 것이다. 산별협약에서부터 발목이 묶여 교섭과 투쟁의 족쇄로 작용한다면 현

장 조합원들의 투쟁을 조직해 낼 수 없으며, 산별노조의 희망이 없다는 것이다.

이 역시 한계가 있다. 현재 노동계의 가장 큰 쟁점은 정규-비정규 갈등, 대기업-중소기업의 갈등이다. 특히 민주노총이 정규, 대기업 노조 중심의 이해를 대변함으로써 현장 조합원의 요구를 관철한다는 것이 사실상 비정규를 배제하고 대기업 및 중소기업의 규모 격차를 벌여 사회적 양극화를 심화시키며 신자유주의적 정책기조에 편승한다는 비판이 일고 있다. 이런 조건에서 산별협약은 원칙적으로 최저조건이고 하향 평준화는 안된다고만 할 것이 아니라 최저조건이며 상향 평준화가 되기 위해서는 중소기업 그리고 비정규직과 관련한 대안에 제출되어야 한다.

그러나 외국의 사례를 보면 규모별 격차를 완화하고 노동간 연대의식을 고취하는 것은 사실상 대기업 노동자들의 중소기업 또 영세 노동자들에 대한 양보없이는 불가능하였다는 점을 고려해야 한다. 따라서 서울대 지부의 주장은 원론적인 측면에서는 옳바르나 그것의 현실적용에서는 사실상 부적절함으로써 대기업 정규직 이기주의에 편승하였다는 비판에서 자유롭지 못하다. 이것은 서울대 지부의 2005년 단체협약에서도 반영된다.

4. 서울대지부의 단체협약 과정과 산별협약 비교

가. 서울대 지부의 2004년 단협 경과와 내용

2004. 6. 23일 보건의료노조는 사측과 산별교섭 잠정 합의와 파업종료를 선언하였으나 서울대지부를 포함하여 몇몇 지부들은 파업을 지속하며 지부 교섭을 계속하였다. 서울대 지부가 44일간 파업을 하고 병원측도 이에 대해 15억 손배가압류신청, 노조간부 고소고발 및 대기발령, 무노동무임금 적용, 2차 대기발령 예고 등으로 극심하게 대립하였던 서울대 병원노사가 2004. 7. 23.에 주요쟁점에 합의하였다.

- 04년 합의안 : 단기병상제폐지 및 2인병실료 인하 연내 방안마련
주5일제관련 210명 충원, 비정규직 33명 정규직화
신입직원 생리휴가 보전수당문제는 추후 논의
손배가압류, 고소고발 철회

나. 2005년 서울대병원 노사 단체교섭 경과와 합의 내용

(1) 노사 교섭체계 및 준비과정

교섭구조는 노사 각 10인의 교섭위원과 노사 각 2인이 간사로 참여하였다. 이중 노동조합측의 교섭위원은 임원, 간부의 대의원이 다수를 차지하며 교섭이 진행되면서 대의원이 돌아가며 참여하기도 하였다.

주요요구안으로는 임금 총액대비 10.46%인상, 연봉제, 성과급제 도입반대, 여성에게 유급생리휴가부여, 근골격계질환예방조치, 비정규직근로자 단계적 정규직화, 공공의료부문에 서 단기병상제폐지와 다인병실 추가확보, 삼성생명 상담창구폐지, 특별요구로 2004년 파업시 무노동무임금 보상 등이었다.

(2) 교섭 경과

05년 5월 17일 제1차 단체교섭을 시작하여 8월 24일 제22차 단체교섭을 개최하고 8월29일 23차 교섭에서 노사합의안에 가조인을 하였다. 잠정합의안의 조합원찬반투표결과 84.7%의 찬성으로 합의안이 가결되었다. 그러나 노사협상이 순탄하게 진행되어 원만히 타결된 것은 아니며, 20여차례의 실무교섭을 통해 안이 접근되었지만, 핵심요구에 대해 합의가 이루어지지 않아 노조는 8월 9일 제7차 대의원대회에서 9월 7일 파업을 결정하기도 하였다.

* 05년 단체교섭 경과 *

1차(5/17) : 단체교섭시작

2차 : 병원측 노조의 요구안에 대한 입장을 다음 교섭에 가져오기로 함

3차 : 병원측, 노조요구에 대부분 수용불가임을 발표, 노조와 협의사항 아니라고 함

4차 : 노조측, 선택진료제 폐지 및 현장에 병원 안 돌리는 것 문제제기

5차 : 공공의료 강화를 위한 11대 요구안 심의

6차 : 근골격계질환 예방을 위한 10대 요구 심의

7차 : 노동안전보건 13가지 요구안 및 임금 요구안 심의

8차 : 보건복지부 이관 관련하여 질의함, 최저임금, 합의인력 심의

9차 : 노조의 공공의료 요구안 현수막 설치에 대한 병원측 문제제기로 실질적인 요구안 심의 못함

10차 : 주5일 전면실시 요구 심의

11차(6/29) : 원래 예정이었던 6월 24일 11차 단체교섭을 국무총리와 병원장 면담으로 단체교섭 미룸, 보건복지부 이관문제와 서울대병원설치법 폐지안 관련 사항 다룸

12차 : 노측, 보건복지부 이관과 설치법 폐기 등에 대해 구조조정과 직원들의 고용보장에 대해 문제제기. 사측, 임금 2%제시함

13차~17차 : 핵심 요구안 심의 과정, 병원 교섭에 대해 노력의지 표명 반복

—— 실무교섭(8/8) : 병원 임금 3.77% 인상 제시, 하반기 작년 무노동 무임금 관련해 전 직원에게 격려금 지급 제시

18차 (8/9) : 병원장, 밤샘교섭을 하더라도 타결노력해보자고 함

19차(8/12) : 노조측, 18차 교섭후 노조 교섭 대기했지만 병원 조건부 교섭(2004년 파업으로 인한 무노동무임금관련한 생계비 요구 철회하면 다른 쟁점안에 고민해보겠다)요구로 교섭이 무산된 것은 병원장의 불성실교섭임을 지적함. 병

원 조건없이 실무교섭 제안

20차(8/16) : 노조의 생계비 요구에 대해 작년 파업참가자 900여명에게 적용한 무노동 무임금을 전 직원(4600명)에게 나누어주겠다고 말해 논란이 됨. 병원 파국을 원치 않으니 안에 대해 논의하자고 함

21차(8/19) : 병원 단체교섭에서 임금 3.77%인상안을 제시하고 부서장에게는 4.8% 인상으로 자료 만들어 배포하고 홍보함, 노조 공식적인 교섭에서 안을 내지 않고 의도적으로 현장에 유포하는 것에 대해 단체교섭 훼손임을 알림

—— 실무교섭(8/23) : 무노동무임금은 보류하고 다른 핵심에 대해 논의, 임금 4.12%제시, 고용 - '팀제, 연봉제, 성과급제, 임금피크제 현 병원장 임기내에 도입하지 않겠다' 에 대해 합의, 작년 합의인력 미이행 연내 충원, 상급단체 전임자 합의됨

22차(8/24) : 병원 실무에서 제시안 안을 공식적인 안으로 제시함

—— 실무교섭(8/24) : 노조측, 무노동 무임금 논의 끝난 것 아님을 다시 병원과 확인

23차(8/29) : 오전 10시 30분 가조인

(3) 단협체결

주요 합의안

임금 총액대비 4.12%인상, 현 병원장 임기중 연봉제, 성과급제, 팀제, 임금피크제 도입 않기로 함. 여성에게 기본급 30분의 1에 해당하는 보건수당지급, 다인병상확보, 삼성생명 청구폐지 적극검토, 근골격계질환예방 노력 (고탄력스타킹 지급 등), 간호직 등 인력충원

다. 산별교섭과 서울대지부노조 단체교섭의 비교

(1) 교섭과정 비교

04년 산별교섭은 임금에 관한 한은 개별 교섭을 하지 않는 교섭방식이었다. 서울대지부가 산별협약의 10조 2항을 거부하며 개별 교섭을 요구하였으나 사측의 거부는 물론 불법분규로 규정되었다. 이에 비해 05년에 서울대지부는 지부 단독 교섭을 준비하면서 조합원의 요구를 반영하여 요구안을 만들고 교섭단의 구성도 직종별로 현장대의원이 포함되게 하였다. 노사 대표간 가합의안에 관하여 조합원 찬반투표로 최종 타결여부를 결정하였다. 적어도 사업장 단위의 개별적 이해를 관철시키는 효과를 얻어낸 것은 분명하다. 또한 노사분규가 발생하지 않았다는 점에서 사용자측의 경우 산별교섭의 비용보다는 기업별 교섭의 비용을 낮추는 효과가 일시적으로 존재하였다고 보인다.

(2) 교섭 조건 분석

04년 산별교섭에 비해 보건의료노조의 교섭력 약화는 물론 서울대지부 독자 교섭력도 취약해진 객관적인 조건에 처하였다. 이에 서울대 지부 노조는 조합원의 대중적 참여와 민주적인 교섭 운영 방식을 강화하고자 노력하였다. 사측의 입장에서는 우위에서 시작하였으나 05년 서울대병원설치법 폐지 문제 등과 시민사회단체들의 서울대병원 공공성 요구 등 대외적인 압박으로 사측이 강경 대응만 하기에는 어려운 조건이었다. 또한 산별교섭의 사회적 비용과 기업별 교섭의 사회적 비용 중에서 후자가 보다 유리하다는 판단이 강한 사용자측으로서는 서울대 지부와의 독자적 교섭을 순탄하게 이끄는 것이 바람직한 방안이기도 했다.

(3) 협약 내용 비교

2004년 산별협약과 비교하여 2005년 지부 협약을 비교하면 첫째, 기업의 독자적 이해 특히 정규직 노조의 독자적 이해를 관철시키는 데 있어서는 2005년의 지부 교섭의 성과가 높다고 할 수 있다.

04년/ 민주노총 평균 총액대비 임금인상 7.5%
/ 보건의료 산별협약 임금인상 3.2%

05년/ 민주노총 평균 총액대비 임금인상 6.7%

/ 보건의료 산별 직권중재안 공공부문 3%, 민간부문 5%

/ 서울대 지부 노조 4.12%

문제는 규모간 고용지위간 격차 완화에 관해서는 사실상 서울대 지부가 상대적으로 수동적이라는 점에 있다. 2005년 비정규직에 대한 서울대 노사의 합의 내용은 다음과 같다.

- 병원은 비정규직의 임금인상은 정규직 인상률 이상이 되도록 한다.
- 여성 단시간 근무자(월 150시간 이상 계약자)에 대해 보건수당을 월 25000원 지급한다.
- 병원은 3개월 이상 재직하고 있는 단시간 근로자 본인에 한하여 진료비 감면을 정규직과 동일하게 적용한다. (보라매 자체발령 단시간노동자도 동일하게 적용한다)

그러나 사실상 단시간 근무자에 대해 보건수당을 지급하게 한 것 이상의 구체적인 내용이 없으며 서울대 지부가 내부의 고용 및 노동조건을 양극화를 방지하기 위해 2004년 이상의 노력을 했다고 보기 어렵다. 더욱이 보건의료 산별협약 임금인상 보다 높은 인상률은 서울대 지부 정규직 노동자들에게는 유리하나 보건의료 전체적으로 보면 임금격차를 더욱 벌여놓는 효과가 있음을 간과할 수 없다.

(4) 산별교섭구조의 정착 정도 분석

서울대 지부는 2005년 결국 기업별 교섭을 시행함으로써 사실상 산별교섭에서 후퇴하였다. 또한 2006년에는 산별교섭의 진전을 위해 기여할 것인지는 두고 보아야 하나 산별적 교섭구조의 틀과 내용을 마련하고 교섭구조를 안정화시키는 것에는 역행하였다는 비판은 면하기 어렵다. 특히 사용자단체의 구성과 관련하여 서울대 및 국립대 지부의 탈퇴가 부정적 영향을 끼쳤다는 사실 역시 전체적인 산별교섭을 후퇴시켰다고 보아야 한다.

두 번째로 산별본조-지부와의 관계에서 사실상 지부의 독립적 행위가 용인된 것이기 때문에 산별교섭구조의 틀과 관련하여 심각한 문제를 불러일으켰다. 산별교섭 구조를 정착시키기 위해서는 단계적으로 지부의 권한이 산별본조로 이전되는 것이 바람직하기 때문이다.

5. 서울대지부의 탈퇴가 보건의료노사관계에 미치는 영향

가. 2005년 보건의료노조 산별교섭에 미친 영향

서울대병원지부가 공식 탈퇴선언을 한 날은 2005. 4. 1. 로 2005년 산별교섭 시작인 노사상견례는 같은해 4. 12.에 개최되어 산별교섭 시작부터 노조측의 교섭력은 04년과 차이가 났다. 이는 사용자측도 마찬가지인데 국립대병원측의 대표격인 서울대병원이 산별교섭에 참여하지 않으면서 다른 국립대병원도 대표를 선출하지 못한 채 2005년 산별교섭이 진행되었고 사측 교섭단구성을 기피하는 빌미가 되었다.

2005년 보건의료노조 산별교섭에서 노조가 고전한 배경의 핵심은 현장동력 부족이라는 데 대부분 동의하고 있다. 지난 7월 8일 보건의료노조가 하루 경고총파업을 철회한 배경에는 현장동력 부족에 대한 지부장들의 호소가 있었다. 보건의료노조 관계자는 “실제 지난해 14일간 총파업을 벌이면서 현장 부담이 많았던 게 사실”이라며 “때문에 교섭 기초도 ‘산별발전·강화’ 보다는 ‘산별협약틀 정착’으로 내세우는 등 숨을 고르려고 했다”고 하고 있다. 보건의료노조 한 관계자는 “서울대병원지부를 비롯해 최근 탈퇴를 선언한 지부들이 실제 조직력에는 큰 영향을 주지 않았다고 판단한다”면서도 “일부 탈퇴선언이 사용자쪽을 오히려 하게 만들면서 교섭에 악영향을 준 것은 사실”이라고 했다.

실제 교섭 과정에서 국립대병원 사용자쪽은 “큰집이 안 나와서 작은 집들끼리 모이기 어렵다”며 “서울대병원이 나오지 않아 교섭대표를 선출하지 못하고 있다”고 공공연히 말한 바 있다. 또 교섭 초기에 산별교섭 위임장을 냈던 한 국립대병원은 중간에 이를 철회하기도 했다.

민주노총의 한 관계자는 “지난해 파업 이후 현장동력 복원이 시급한 시점이었는데도 상당기간 내홍을 겪으면서 현장순회나 현장 파업동력의 재정비를 제대로 할 수 없는 조건”이었다며, 서울대병원지부 등의 탈퇴에 따른 논쟁을 올해 보건 파업이 힘들었던 결정적인 이유로 꼽았다.

요컨대 04년에 비해 05년 노조측의 교섭력이 취약하였는데, 이 문제의 가운데는 서울대병원지부 탈퇴 및 이에 따른 투쟁력과 조직력의 약화가 주요원인이라고 할 수 있다. 실제 서울대노조의 탈퇴와 05년 탈퇴한 노조는 대부분 지역본부의 중심 지부이자 조직력과 투쟁력에서 있어서 지역본부의 중심을 형성한 경우가 많다. (서울 - 서울대병원, 동국대의료원, 충북 -충북대병원, 강원 -강원대병원, 울산, 경남 -울산대병원, 제주 -제주대, 지방공사

제주의료원)

특히 지난 04년 산별교섭시 투쟁의 선두에 섰던 이들 주요 투쟁사업장이 탈퇴한 결과 보건의료노조 투쟁력과 조직력에 상당한 영향을 미치고 약화된 투쟁력과 조직력은 산별 교섭력의 약화를 가져왔다고 보아야 할 것이다.

나. 지부탈퇴 확산이 미치는 영향

서울대 지부에 이어 후속탈퇴를 결정한 지부들의 탈퇴 이유는 서울대지부와 유사하다. 이들 지부들은 향후 새로운 병원노동조합의 활동을 모색하고 있는 것으로 보인다.

올해 산별교섭시에도 산별교섭에 참여하지 않은 지부의 숫자가 04년에 비하여 20여개 (국립대 4개지부, 사립대 9개, 민간중소 6개)에 이르렀다는 점에서 향후 보건의료노조의 산별교섭력과 조직력의 약화로 이어질 것이 예상된다.

6. 정책제언

가. 산별본조와 지부 간의 관계에 대한 제도적 규범 마련

외국의 경우 지부가 독자적인 교섭과 파업을 하는 것은 매우 예외적인 경우에 한정된다. 그러므로 단계적으로 산별교섭의제와 지부교섭의제를 구분하고 지부는 보충교섭으로 한정 지으며 쟁의권을 본조의 독자적 권리로 규범화하는 것이 필요하다.

나. 교섭구조 단일화를 위한 자율적 노력 촉진

복수노조가 허용될 경우 서울대 병원 등에는 두 개의 노조가 만들어질 가능성이 있다. 현재의 서울대 노조와 보건의료노조 서울대 지부가 그것이다. 이 경우 두 노조가 함께 참여하는 자율적 교섭구조의 형성을 위한 노력이 필요하다.

부록 1> 2005년 서울대 지부 임금·단체 협약 합의안

2005년 공공의료 강화 및 임금·단체협약

임금

- 임금 · 기본급 3.5% + 15,000원
 - 급식보조비 월 20,000원 인상 (2005년 10월부터)
 - 교통보조비 월 10,000원 인상(2005년 10월부터)
 - 설효도휴가비 100,000원 인상(2006년부터 적용)
- 최저임금 : 총액기준 월 80만원
- 운영기능직 한계호봉을 10호봉에서 8호봉으로 상향 조정한다.

공공의료 역할 강화

- 다인병상 확보
 - 병원은 현재 2인용 병실 40개(80병상)을 개조하여 6인용 병실(120병상)을 2005년 8월부터 시작하여 1년 이내에 추가로 확보한다.
- 삼성생명 보험 창구 폐지 관련
 - 병원은 삼성생명 보험상담창구를 계약기간 종료시까지 폐지하는 것에 대해 적극적으로 검토한다.

단체 협약

- 고용 안정 ① 병원은 재직중인 직원에 대해 고용상의 불이익이 없도록 한다.
 - ② 병원장은 현 임기중에 연봉제, 성과급제, 임금피크제, 팀제를 도입하지 않는다.
- 주5일(주 40시간) 관련 토요일 근무
 - 병원은 토요일 진료와 수술장에 대해 현재 수준에서 단계적으로 축소하도록 한다.
- 생리 휴가
 - 여성노동자에게는 월 기본급의 30분의 1에 해당하는 금액을 확정하여 월정액의 보전

수당(통상임금에서 제외)으로 지급한다. 다만 2004년 8월9일 이후 입사한 자의 경우 2005년 9월 1일부터 적용한다.

■ 비정규직 처우 개선

- 병원은 비정규직의 임금인상은 정규직 인상률 이상이 되도록 한다.
- 여성 단시간 근무자(월 150시간 이상 계약자)에 대해 보건수당을 월 25000원 지급한다.
- 병원은 3개월 이상 재직하고 있는 단시간 근로자 본인에 한하여 진료비 감면을 정규직과 동일하게 적용한다. (보라매 자체발령 단시간노동자도 동일하게 적용한다)

■ 인권 보호

- 병원은 환자와 직원의 인권보호와 관련하여 침해사태가 없도록 한다. 만약 침해사태 발생시 즉각, 노사협의회에서 대책을 논의한다.

■ 조합설립일(8월 1일)은 오전근무로 한다.

■ 임신부 야간근무 금지

- 직원은 임신사실을 인지한 즉시 이를 병원에 알리고, 병원은 임신부에 한해 야간근무를 금지시킨다.

■ 근골격계질환 예방 및 산업안전보건 관련

1. 정맥류 예방 고탄력 스타킹

: 정맥류예방을 위해 탄력스타킹을 2006년 1/4분기에 지급토록 한다. 지급부서 및 지급제품 등에 관한 세부사항은 산업안전보건위원회에서 정하며, 간호부와 급식영양과대상자는 우선 지급한다.

2. 환자 이송카 개선 : 병원은 향후 환자이송타를 높낮이가 조정되는 제품으로 단계적으로 교체토록 한다.

3. 납 가운 교체 : 본원 및 보라매병원의 진단방사선과, 핵의학과납가운을 가볍고 피폭방지가 가능한 제품으로 2007년도 상반기까지 교체토록 하며, 교체가 시급한 부서는 2006년도 상반기 중에 우선 교체토록 한다.

4. 자동혈압계 및 in bed scale(자동)지급 : 2006년도에도 자동혈압계 및 자동 in bed scale을 추가로 구매한다.

5. 근무복 및 근무화 질 개선, 안전화 지급 등

- 1) 수술장 안전화 지급 : 수술장 소아수술장 보라매병원 수술장에 근무하는 직원에게 특수 안전화를 2006년도 상반기에 지급한다.

- 2) 급식과 안전화 : 2005년도 하반기내에 지급토록 하며, 제복 등 세부사항은 산안위원회에서 정한다.
6. 사무환경개선 : 보라매병원에서 컴퓨터를 다루거나 계속 앉아서 근무하는 부서의 경우 인체공학적인 책상 및 의자를 제공하며, 세부 사항은 산업안전보건위원회에서 정한다.
7. EMR카 개선 : 현재 불편사항 개선을 위해 지속적인 점검 및 보완작업을 진행토록 하며, 세부 사항은 산업안전보건위원회에서 정한다.
8. 기타 산업안전보건위원회 논의사항 : UDS카, 중앙 공급실카의 전동 가능성과, 자동 체중계 및 무버 개선 등은 세부사항을 산업안전보건위원회에서 정한다.
- 안전보건 · 재해보상 : 병원은 근골격계질환 예방을 위한 전면적인 개선의 노력을 성실히 지속적으로 한다.

인력 총원

- 2005년 인력 총원 합의 사항 : 2005년 병원은 38명의 인력을 이사회 및 운영위원회 승인을 얻어 정규직으로 충원한다.
- ◎ 본원 : 34명 (간호직 29, 보건직4, 운영기능직 1)
- 간호직 : 29명 (수술실 2명 포함)
 - 보건직 : 4명 (방사선사)
 - 진단방사선과 : 2명(일반촬영실 5번방 1명, 초음파 1명 / 방사선종양학과 : 1명 / 핵의학과 : 1명)
 - 운영기능직 : 1명 (중앙공급과 : 1명)
- ◎ 보라매 : 4명 (간호직) : 간호직 4명
2. 2004년 합의인력 미이행 사항 : 병원은 2004년 합의 미이행 인력과 노사 합의된 인력은 정규직으로 충원한다.
- 본원 - 진단검사의학과 2명 : 10월 중 충원 / - 급식영양과 17명 : 10월 중 충원
 - 보라매병원 - 촉탁 간호직 10명 : 계약 종료시 정규직으로 충원
 - 간호직 8명 및 간호운영기능직 2명 : 금년내 충원
 - 급식영양실 6명 : 10월 중 충원
3. 기존합의 미이행 인력 관련 : 기존 합의 미이행 인력에 대하여는 금년도 하반기 이사회 및 운영위원회에 상정하여 충원되도록 최대한 노력한다.

- 복리후생 : - 보라매병원은 신축공사 완료시까지 기존의 직원 휴게실 공간을 확장 개선토록 한다.
 - 병원은 직원들이 복리후생 증진차원에서 사계절 이용이 가능한 콘도 회원권을 4년내에 60구좌를 단계적으로 확보한다.
- 상급단체 전임자
 - 병원은 병원직원이 상급단체인 전국공공운수사회서비스노동조합연맹에 선거를 통해 임원으로 취임할 경우 1인에 한해 전임을 추가로 인정한다.

부록 2> 1, 2차 산별교섭 회의록

1. 병원노련 산별교섭 진행 사항

- 3월 31일 : 보건의료노조 대의원대회(광주)

5대 산별협약 요구안 최종 확정

* 별첨 : 5대 산별협약 요구안(노조안)

- 4월 2일 : 서울대병원지부 보건의료노조 탈퇴

(탈퇴사유: 산별합의안 10장 2조에 대한 반대)

- 참고 : 현행 산별협약 10장(협약의 효력)

1) 산별교섭 합의내용을 이유로 기존 지부 단체협약과 노동조건을 저하시킬 수 없다.

2) 단, 제 9장(임금), 제 3장(노동시간단축), 제 5조(연월차휴가 및 연차수당), 제 6조(생리휴가)는 지부단체협약 및 취업규칙에 우선하여 효력을 가지면, 동 협약시행과 동시에 지부의 단체협약 및 취업규칙을 개정한다.

- 4월 6일 (수) : 제 3차 병원산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 병원 노사 대토론회

“2005 보건의료 산별교섭의 방향과 요구”

○ 일시 : 2005년 4월 6일(수) 오후 2시-5시 30분

○ 장소: 서울 광화문 한국언론회관(프레스센터) 20층 국제회의장

○ 주최: 전국보건의료산업노조/보건의료산업 관계 사용자 대표단

○ 진행: 사회 : 나순자(보건의료노조 사무처장)

- 제 1부 개회식

개회사

인사말

- 제 2부 토론회

기조발제 :

<발제 1> “노조가 바라보는 2005 산별교섭 방향과 과제”:

이주호(보건의료노조 정책기획실장)

<발제 2> “사용자가 바라보는 2005 산별교섭 방향과 과제”

이성식(소화아동병원장, 보건의료산업 사용자대표단 2004
년 실무교섭단장)

패널토론 및 전체토론

황기돈(한국노동교육원 사무총장)/ 김태현(민주노총 정책기획실장)

박종선(노동부 노사조정과장)/ 신의균(보건복지부 보건자원과장)

이원보(노동사회연구소이사장, 중앙노동위원회 공익위원)

* 별첨 : 토론회 자료집

- 4월 8-9일 : 사용자 단체 교섭 대표단 구성을 위한 workshop

2. 4월 12일(화) : 2005 보건의료산업 임,단협 산별교섭 상견례

○ 일시 : 2005년 4월 12일 오후 2시

○ 장소 : 한국여성개발원 다목적 홀

○ 진행순서 : 사회 : 나순자(보건의료노조 사무처장)

- 개회선언

- 노사 양측 참가자 소개 : 사용자 75여명 / 노동조합 70여명 정도 참가

- 노사 양측 대표 인사

- 사용자단체 구성 확인과 교섭권 및 체결권 위임장 전달

- 2005 보건의료노조 산별교섭 요구안 발제 및 전달

- 차기회의 날짜와 장소 확정

○ 진행사항 및 결정사항

- 노동조합 현황 : 2005년 교섭대상 병원(사업장)은 총 127개임.

(2004년 121개 병원에서 동국대병원, 제주 의료원, 성요한, 나주, 성가톨릭, 부산백병원, 대남병원 등 7개 병원이 추가됨. 이 중 서울 성애병원 제외)

- 사용자단체 구성 현황 : 사용자단체 구성이 아직 완료되지 않음

- 결정사항 : 1. 산별교섭은 매주 화요일 오후 2시로 함.
단, 화요일이 공휴일인경우 다음날인 수요일 오후 2시에 회의개최
- 2. 노사 양측 간사 1인씩 선발 :
사용자단체 : 박찬병(지방사회의료원 소속 수원의료원장)
노동조합 : 이주호(보건의료노조 정책기획실장)
- 3. 교섭장소 : 매회 확인해야 함.
노조측 요구 : 지방순회 교섭 제안
사용자측 요구 : 논의해보겠음.
- 4. 교섭경비는 노사 양측 공동분담

3. 4월 19일 (화) : 제 2차 산별교섭

- 일시 : 2005년 4월 19일(화) 오후 2시 -4시 20분
- 장소 : 한국여성개발원 2층 국제회의장
- 참가 : 노사 양측 50여명 정도
- 진행순서 : 사회: 사용자: 박종선(지방공사의료원 소속 수원의료원장)
 - 개회선언
 - 노사 양측 참가자 소개 및 인사
 - 사용자단체 구성 확인과 교섭권 및 체결권 위임장 전달
 - 2005 보건의료 노조 산별교섭 요구안 발제 및 전달하였으나 논의하지는 못함
 - 사용자측 입장 발표(미논의)
 - 차기회의 날짜와 장소 확정(날짜만 확인)
- 진행사항 및 결정사항

▶ 전반적인 회의 진행사항 :

1. 사용자단체 구성(위임자 선정)과 관련한 현황 및 이와 관련한 논의

1-1. 특성별 사용자단체 구성 현황

- 보건의료 노조에 속한 28개 지방공사 의료원 중 23개 의료원 위임장 전달
- 13개 민간중소병원 위임장 전달
- 사립대 병원 아직 구성안됨. 다음에 공식 대표 선정, 교섭 대표에 대한 논의가 있을 것임.
- 국립대 병원 일부에서 산별교섭 불참하고 지부교섭만 하자는 논의가 제기되고 있음. 다음 교섭까지 산별교섭 참여가 확정될 것임.

※ 노조에서 사측의 위임장을 인수받는 것은 위임현황을 확인하겠다는 취지에서 받는 것일 뿐 향후에도 이번 회의의 사용자단체 위임자로 인정한다는 것은 아님.

1-2. 사용자단체 구성과 관련한 양측의 견해 및 논의사항

<노조측의 의견> :

사용자단체 교섭 참가자(피위임자)의 대표성과 공신력에 대해 거론 : 2004년과 달리 사용자단체가 제대로 구성되지 않거나 교섭 공신력이 없는 사람이 피위임자가 될 경우 단체협약 사항 위반에 해당하는 것임.

- 1) 피위임자 선정 : 산별교섭에도 지부교섭과 동일하게 협상의 대표성과 공신력이 있는 직책의 책임자가 참석할 것을 요구. 즉 병원원장이 부득이한 사정으로 참가가 불가능할 경우 위임장을 받고 산별교섭에 대신 참여하는 사용자측 대표의 피위임자는 지부교섭에서와 동일한 교섭 대표성을 가진 사람이 산별교섭에서도 사용자대표가 되어야 함. 따라서 3개 사업장(대한적십자사, 한국보훈병원, 원자력의학원)은 지부교섭에서 사용자측 협상대표로 인정되는 공신력이 있고, 대표성을 갖는 사람이 산별교섭에 참여해야 함. 3개 사업장인 경우 지부교섭에서는 원장이 교섭참여가 불가능할 경우 기획조정실장이 사용자측의 교섭대표로 인정되고 있는 관례에

준하여 볼 때 산별교섭에 행정실장 등 지부교섭에서와 달리 책임성이나 대표성이 약한 직책의 책임자가 피위임자가 되는 것은 산별교섭의 대표성과 공신력에 문제가 발생할 소지가 있음.

- 2) 노무사는 노사협상에서 제 3자에 해당하기 때문에 교섭의 피위임자로 인정할 수 없음. 노무사를 사용자측 교섭의 대표로 위임할 경우 노사 양측 모두에 이익이 되는 것이 없으며, 오히려 장기 파업을 초래할 수도 있음. 실제 OO, OO의 사례에서도 노무사를 교섭대표로 할 경우 노사협상이 제대로 되지 않았음. 따라서 사립대병원의 경우 노무사를 협상대표로 위임하려는 계획은 제고해야 함.
- 3) 부득이한 경우 피위임자의 변화가 있을 시 교섭 전 노조의 동의와 양해 하에 회의에 참여하는 것이 타당함. 피위임자의 자의적 변경은 원활한 교섭에 방해가 됨. 위임자 2인을 두는 규정이 있기는 하지만, 특별한 경우에 한하여 노조의 동의 하에 사용자 대표로 참가하기로 한 것이 합의를 사항임. 따라서 매 회의 때마다 노조의 사전양해 없이 위임자가 사용자측 편의대로 바뀐다면 교섭에 어려움이 있음. 사전에 공지되고 합의된 사항인 주 1회 교섭일정은 우선적으로 지켜져야 함.
- 4) 사용자단체 구성은 2004년 산별 협약 사항을 성실히 준수하는 것이 사용자단체의 의무이며 협약사항이라는 점을 고려할 때, 사립대의 경우 국립대 참여여부 등과 같은 주변 상황을 구실로 대표단 구성을 늦추는 것은 타당한 사유가 될 수 없음.

<사용자측의 의견>

사용자단체 구성이 제대로 안된 상태이기는 하지만, 작년과 달리 사용자단체 구성에 대해서는 이견이 없으며 다만 구체적 구성에 대한 논의가 늦춰지고 있는 것이기 때문에 단협사항 위반이라고 규정하는 것은 다소 무리임. 또한 위임자 참여의 규정을 병원운영의 현실을 감안하여 융통성있게 적용하기를 바랍.

- 1) 위임자 2인의 규정 하에 병원의 바쁜 일정으로 인해 위임자의 변화가 있는 것이기 때문에, 협약 위반 사항도 아니며 병원의 현실적 상황을 고려해 줄 것을 제안.

- 2) 행정실장 혹은 노사조직 관리 부서 담당의 책임자가 사용자 대표의 위임자로 되는 것에 큰 문제가 없다고 봄. 실제적인 조직 관리나 운영에 대해서 책임지고 있는 부서의 담당자가 교섭에 참여하는 것이 어떤 점에서는 적절한 것이라고 봄.
- 3) 노무사를 위임하는 것은 사용자측에서 노사관계에 대한 법률적, 기술적 이해가 부족하기 때문에 전문적 지식을 가진 노무사를 동반한 협상을 하겠다는 것임. 전적으로 노무사에게만 다 위임하겠다는 것은 아님.
- 4) 국립대의 참여여부가 불투명한 상태에서 사립대 실무 대표자 구성하는 것은 어려움이 있음. 또한 11개 사립대 병원의 원장이 모두 참석하는 것도 어려우며, 사립대 병원의 대표자를 선발하는 것은 어려운 실정임. 사립대 병원 내부 견해에 따르면, 작년 경험에 비추어 산별에 참여하면 병원측에 오히려 불리하다는 견해가 제기됨. 산별에 불참한 병원에서 일어난 파업은 불법파업이고, 산별에 참여한 병원의 경우는 합법파업으로 간주되기 때문에, 오히려 노조에 대한 대응이 더 불리하다고 판단하고 있음. 또한 노사협상의 주요 내용인 임금협상은 지부교섭에서 이루어질 수 밖에 없는 상황에서 산별교섭에 대한 필요성에 대한 회의가 제기되고 있음. 이런 상황에서 사립대 병원 사용자 대표를 구성하는 것은 어려움.

2. 노사정 특별 위원회 참가

노사정 특별 위원회에 참가할 사용자측 1인 선정이 조속히 되어야 함. (사용자대표단 구성이 시급히 되어야 가능한 사안임.)

<노조측 견해>

보건복지부에서 의료공공성 확대를 위해 4조원의 예산을 할당하고 있는 현실에서 노사 입장이 제대로 반영되어 4조원의 예산의 적절한 집행이 이루어질 수 있도록 해야 함. 의료공공성 강화와 관련하여 노사의 적극적인 논의가 시급함.

<사용자측 견해>

사립대의 경우는 노사가 공동으로 노력해서 의료공공성의 강화가 사립대의 적자운영으로 되지 않도록 해야 할 필요가 있음(사립대).

3. 회의장소 : 지방 순회하자는 노조의 제안 결정안됨.

<노조측 의견>

지방 순회하면서 회의개최

<사용자측 의견>

지방 순회의 취지는 인정하나 사용자측 대표들이 주로 수도권인 점을 감안하여, 서울에서 개최하기를 바람. 교섭으로 인해 병원장이 병원을 장시간 비울 경우 병원재정에 큰 타격이 있음. (민간중소병원)

▶ 결정사항

다음 교섭 때까지 사용자단체가 구성(사용자측은 노력하겠다고 함.)

부록 3> 3차 산별교섭 회의록

4월 23일 (화) : 제 3차 산별교섭

- 일시 : 2005년 4월 23일(화) 오후 2시 -3시 40분
- 장소 : 한국여성개발원 2층 국제회의장
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲사립대병원 고려대 홍영길 의료원장 아주대병원 OO 행정부원장 심종주 노무사(사립대 10개 병원 피위임자) ▲지방공사의료원 박찬병 수원의료원장 ▲중소병원 이성식 소화아동병원장 ▲특수목적공공병원 ▲대한적십자사</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<p>정해선 수석부위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 나순자 사무처장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 이미숙 인부천본부장 이철규 전북본부장 이봉우 충북본부장 이주호 정책기획실장 나영명 조직실장</p> <p>※ 운영규위원장 불참 (전남대병원 투쟁 건으로) 그 외 병원 노조원 30여명 참석</p>	<p>언론사 기자 여명</p>

○ 진행순서 : 사회: 나순자(보건의료노조 사무처장)

- 개회선언
- 노사 양측 참가자 소개 및 인사
- 사용자단체 구성 확인과 교섭권 및 체결권 위임장 전달
- 2005 보건의료 노조 산별교섭 요구안 발제 및 전달(미논의)
- 사용자측 입장 발표(미논의)
- 안건토론(미논의)
- 차기회의 날짜와 장소 확정(미확정)

○ 진행사항 및 결정사항

▶ 전반적인 회의 진행사항 :

사립대 병원 교섭 대표자로 참석한 노무사에 대한 퇴장 요구로 사립대 회의 도중 퇴장. 사용자단체 구성이 제대로 되지 않아 논의가 진행되지 않음.

1. 사용자단체 구성(위임자 선정)과 관련한 현황 및 이와 관련한 논의

1-1. 특성별 사용자단체 구성 현황

- 민간중소병원 : 지난 주 13개 병원 외에 3개 병원(매트로병원, 침례병원,광주기독병원)이 산별협약에 참가하기로 함. 총 16개 병원 확정.
- 국립대병원 불참(구성 안됨)
- 사립대병원 : 11개 사립대 병원 교섭 대표로 심종주 노무사 위임.
향후 노무사와 사립대 병원원장 순번제 참가하기로 함.
단, 교섭에 참가하는 사립대 의료원장은 공식적인 대표권은 없음.

※ 특수목적병원, 대한적십자사는 노조측의 요구를 수용하여 지부교섭에 공식적인 대표권이 있는 피위임자가 참석.

1-2. 사용자단체 구성과 관련한 양측의 견해 및 논의사항 :

<노조측의 의견> :

- 1) 사립대 병원 사용자 단체 구성과 관련하여 노무사는 협상 대표로 인정할 수 없으며, 노무사와 동반한 병원 의료원장의 경우 공식적 대표권없이 참관자의 자격이라면 협상을 진행할 수 없음.
 - ① 노조의 의견을 충분히 전달했음에도 불구하고 노무사를 협상 대표로 위임하는 것은 병원측이 올해의 산별교섭을 원활하게 진행하겠다는 의지가 없는 것이며 노조를 진정한 협상파트너로 인정하지 않고 있는 것으로 간주됨. 노무사 위임은 절대 수용할 수 없음.
 - ② 사립대 병원 측에서 노사관계에 대한 이해가 부족해서 노무사를 대표자로 위임한다고 하는 것은 설득력이 없음. 사립대 병원의 경우 20여년의 노무관리 역사가 있으며, 지부에서는 의료원장이 교섭에 대한 책임을 지고 있음. 따라서 산별교섭에서도 지부교섭과 동일하게 성실하고 책임있는 자세와 의지를 보여주기를 바람.
 - ③ 작년과 달리 파업일정을 미리 정하지 않고 산별교섭을 진행하려는 노조의 노력을 고려하지 않은 채 작년 협약사항을 제대로 이행하지 않거나 작년과 달리 진전된 교섭태도를 보이지 않는 사용자측의 태도는 노조의 파업을 부추기는 결과가 되고 있음. 병원 측에서 사용자 단체 구성으로 시간끌기 전술을 사용하는 것처럼 보임.
 - ④ 금속노조와 비교해서 노무사를 교섭대표로 인정하라는 사측의 요구는 수용할 수 없음. 병원산업과 금속산업은 성격이 다른 산업이기 때문에 동일하게 적용할 수 없으며, 금속노조의 경우 작년 한해만 예외로 인정한 것이고 올해는 노무사를 대표권자로 인정하지 않기로 했다고 함.
- 2) 사립대 병원 사용자 단체 구성과 관련하여 사용자 대표자들간의 적극적인 독려와 촉구가 필요함.

<사용자측의 의견>

병원별 특성을 고려하지 않는 사용자단체 구성에 대한 노조의 요구가 다소 무리한 측면이 있음.

- 1) 사립대 병원 의료원장은 노사관계에 대한 전문적 이해와 지식이 부족하기 때문에 노무사를 교섭 대표권자로 위임하는 것임. 노무사 1인과 병원 의료원장이 순번제로 교섭에 참가할 것임. 노무사가 대표로 협상에 참가하는 것일 뿐 중요한 사항에 관해서는 사립대 병원 의료원장들이 모여 논의 후 결정할 것임. 따라서 병원 현실에 대해서 모르는 제3자에게 모든 것을 위임하겠다는 것은 아님(사립대병원측 의견).
- 2) 사립대 병원의 특성상 공동대표 1인을 구성하는 것은 어려움. 무리하게 공동대표 1인을 요구하는 노조의 강경태도도 협상지연에 부분적으로 기여하고 있는 것같음. 사용자 단체 구성에 대한 노조의 유연한 접근이 필요함.

2. 차기 회의 일정 및 기타 사항

전남대 병원 파업 건으로 다음 주 회의가 불가능할 수도 있음. 따라서 차기 회의 전날 까지 회의 여부를 추후 공지할 것임.

지방공사의료원 대표자 박병원장 5월 10일 회의 불참 양해.

부록 4> 4차 산별교섭 회의록

5월 3일 (화) : 제 4차 산별교섭

- 일시 : 2005년 5월 3일(화) 오후 2시 - 3시 40분
- 장소 : 한국여성개발원 2층 국제회의장
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원 충남대병원 사무국장</p> <p>▲사립대병원 이봉암 경희의료원장 유영채 원광대병원장 심종주 노무사</p> <p>▲지방공사의료원 박찬병 수원의료원장 이문형 원주의료원장</p> <p>▲특수목적공공병원 장선진 한국보훈복지의료공단 기획이사</p> <p>이수용 원자력의학원장</p> <p>▲대한적십자사 윤희수 대한적십자사 기획조정실장</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p> <p>※ 이성식 소화병원장 불참 : 토론회참석</p>	<p>정해선 수석부위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 나순자 사무처장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 박금옥 부산본부장 최영란 전북본부 부분부장</p> <p>이주호 정책기획실장 나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p> <p>※윤영규노조위원장 불참: 전남대병원 하청지부 단식농성으로 인해 병원 입원 중</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 진행순서 : 사회: 사측: 박찬병(사용자측 간사)

- 개회선언
- 노사 양측 참가자 소개 및 인사
- 사용자단체 구성 확인과 교섭권 및 체결권 위임장 전달(미논의)
- 2005 보건의료 노조 산별교섭 요구안 발제 및 전달(미논의)
- 사용자측 입장 발표(미논의)
- 안건토론(미논의)
- 차기회의 날짜와 장소 확정

○ 진행사항 및 결정사항

▶ 전반적인 회의 진행사항 :

사립대 병원 교섭 대표자 자격으로 심종주 노무사 참여에 대한 노조의 항의와 퇴장 요구에 따라 노무사와 사립대 병원장(2인)과 관련 실무자 전원 퇴장으로 교섭결렬.

1. 사용자단체 구성(위임자 선정)과 관련한 현황 및 이와 관련한 논의

1-1. 특성별 사용자단체 구성 현황

- 국립대병원 : 국립대 병원장 회의를 가졌었고, 아직 대표나 간사를 선출하기 어려운 상황.
- 그 외 특성별 병원 상황에서 변화된 상황은 없음.

1-2. 사용자단체 구성과 관련한 양측의 견해 및 논의사항 :

<노조측의 요구와 향후 일정> :

- 지난 회의(3차회의)에서 사립대 측의 정회 이후 교섭회의 퇴장에 대한 해명과 공식 사과 요청
- 4차 산별회의에 참여한 사립대 병원장들이 노무사를 퇴장시켜줄 것을 요구, 그러나 사립대 병원장들은 회의에 계속 참여해서 논의를 진행할 것을 요구.

- 차기 회의까지 노조측에서 국립대, 사립대 병원장들 모두에게 산별교섭 회의에 참석할 것을 개별적으로 요구할 것임. 만일 불참하는 병원이 있는 경우, 사립대 병원 실무자 대표와 간사가 있는 한양대병원, 고려대병원, 그리고 불참병원 등을 대상으로 순차적으로 5월 11일부터 상경항의투쟁을 벌일 예정임. (참고: 병원노련에서 5월 11일을 대정부 투쟁의 날로 선정하고 이날부터 집중 투쟁이 있을 예정임)
- 향후 회의부터는 사립대, 국립대 병원의 사용자단체 구성의 지연과 달리, 회의에 참석한 병원 대표들과 노조의 요구안에 대한 논의를 진행할 것임. 작년 산별협약에 참여한 100여개 사업장들은 산별협약회의 결과에 따르기로 되어 있으니, 논의를 계속 지연시키는 것보다는 현재 수준에서라도 논의를 진행하는 것이 적절하다고 판단됨.
- 올해는 산별교섭과 지부교섭을 최대한 동시 진행하려고 하기 때문에, 지부의 사용자측에서는 산별교섭의 지연을 이유로 지부별 노조의 상견례와 교섭 요청을 지연시키지 않기를 바람.

<노조측의 의견> :

1) 사립대 병원 사용자 단체 구성과 관련하여 노무사는 협상 대표로 인정할 수 없으며, 이는 노조측에서 전술적 차원에서 접근하는 사안이 아니라 전략적 차원에 해당하는 것임. 따라서 노조의 확고한 의사표명에도 불구하고 사립대 측에서 노무사를 협상대표자에서 철회시키지 않는다면 이는 노조의 단체행동을 유발하는 것임.

- ① 병원산업, 보건의료 정책에 대한 논의를 노무사와는 할 수 없음. 노무사는 노사관계에 관련한 전문적 지식을 갖고 있을지 몰라도 병원산업에 대한 이해와 고민을 같이 공유하고 논의하기 어려움.
- ② 병원이라는 특수한 산업현장에서의 조합원의 근무상황과 실태, 정서를 노무사가 이해할 수 없음. 병영경영에 대한 전문적 지식이 부족하다고 해서 제 3자에게 경영권을 전적으로 위임하지 않듯이, 노사관계도 제 3자에게 위임할 수 있는 성격의 것이 아님. 노사관계에 대한 협조와 조언은 노무사로부터 들을 수 있지만, 노사관계에 대한 책임은 병원장이 맡는 것이 적절함. 병원의 노사관계에 대한 전문적 이해가 없으면 병원장이 적극적으로 배우려고 하고 이해하려고 하는 노력을 하는 것이 적합함.

- ③ 교섭이 단순히 협상 기술에서 의해서만 이루어지는 것은 아님. 대화와 논의를 하는 데 있어 협상 기술이 부족해도 상호 신뢰와 협조하려는 정서와 노력이 있다면 전문적 기술과 지식의 부족이 논의를 어렵게 하는 것은 아님.
 - ④ 사립대 병원에서 대표자 선임과 관련하여 노무사를 철회하지 않는 것은 시간끌기 전략으로 밖에 이해할 수 없으며 노조의 단체행동을 부추기는 결과를 낼 수 밖에 없음. 현재로서는 시간지연을 사측에서 편리한 전술로 여길지도 모르지만, 향후 그에 대한 후과가 반드시 클 것임을 고려하기를 바람.
 - ⑤ 대병원의 사용자단체 구성의 지연은 교섭의 진척을 어렵게 만들고 있음.
- 2) 작년 산별 협약 사항 중의 하나인 사용자단체 구성과 관련하여 사립대 병원뿐만 아니라 다른 특성별 병원 대표자들의 적극적인 노력이 필요함. 사립대와 국립대에 교섭지연에 대한 항의와 사용자단체 구성에 대한 적극적인 독려 등 자체적으로 사용자 단체 구성에 대한 성실한 모습을 보여주기를 바람.

<사용자측의 의견>

- 사립대 병원을 대표한 노무사를 퇴장시킬 수 있는 권한이 오늘 회의(4차회의)에 참석한 사립대 병원장들에게는 없음. 사립대 병원장들은 개인 자격으로 회의에 참가한 것임.
- 노무사를 퇴장시킨 상황에서 회에 참여한 사립대 병원자들이 사용자 대표자 자격으로 노조와 논의를 진행할 수 없음.
- 다른 특성별 병원에서 사용자단체 구성과 관련하여 노력하고 있으나, 진척이 어려운 내부조건이 있기 때문에 노조에서 이점을 양해바람. 그리고 노조에서 서두르기보다 시간을 갖고 대처해주기를 바람.

2. 차기 회의 일정 및 기타 사항

- 제 5차 산별회의 : 5월 10일 (화), 한국여성개발원
- 5월 11일 병원노련 대정부 투쟁의 날
- 5월 10일 사용자측의 대표자 구성과 관련하여 5월 11일부터 일부 대병원을 타겟으로 상경투쟁이 있을 수도 있음.

부록 5> 5차 산별교섭 회의록

5월 10일 (화) : 제 5차 산별교섭

- 일시 : 2005년 5월 10일(화) 오후 2시 - 3시 20분
- 장소 : 한국여성개발원 2층
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원 충남대병원 사무국장</p> <p>▲사립대병원 심종두 노무사 (사립대병원장 불참)</p> <p>▲ 민간중소병원 이성식 소화아동병원장</p> <p>▲특수목적공공병원 장선진 한국보훈복지의료공단 기획이사 이수용 원자력의학원장</p> <p>▲대한적십자사 윤희수 대한적십자사 기획조정실장</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p> <p>※ 지방공사의료원 대표 박찬병원장 불참 :</p>	<p>운영규 위원장 정해선 수석부위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 나순자 사무처장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 박금옥 부산본부장 최영란 전북본부 부분부장 이주호 정책기획실장 나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p> <p>※</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 진행순서 : 사회: 노조측: 나순자(보건의료노조 사무처장)

- 개회선언
- 노사 양측 참가자 소개 및 인사
- 사용자단체 구성 확인과 교섭권 및 체결권 위임장 전달(미논의)
- 2005 보건의료 노조 산별교섭 요구안 발제 및 전달(미논의)
- 사용자측 입장 발표(미논의)
- 안건토론(미논의)
- 차기회의 날짜와 장소 확정

○ 진행사항 및 결정사항

▶ 전반적인 회의 진행사항 :

- 회의 개회 초반부터 노조측의 심종두 노무사(사립대병원측 대표) 퇴장 요구에 따라 노무사와 참관한 사립대 병원 관련 실무진 15여명이 동시에 퇴장.
- 사립대 병원장 회의결과 향후 산별교섭에 병원장들이 순번제로 참가하지 않기로 결정함 : 산별교섭 회의 분위기 적응하는데 어려움을 가짐(불쾌감과 모욕감을 느낌).
- 국립대, 사립대 병원 측이 빠진 상태에서 나머지 5개 특성별 병원 대표자들과 노조측의 산별요구안을 논의하는 것은 무리가 있음. 따라서 오늘 회의 속개는 부적절하며, 차기 회의전까지 노조측에서 사립대 병원 측과의 별도의 논의를 가져줄 것을 요구함. 만일 현재와 같은 상태로 교섭이 지속될 경우 5개 특성별 병원 대표자들 측에서도 특단의 조치를 취할 것임.

▶ 사용자단체 구성과 관련한 양측의 견해 및 논의사항 : 노무사 대표권 위임인정여부

<노조측> :

- 노조측에서 사용자단체 구성과 관련하여 사용자측에 여지를 주고 양보를 했음에도 불구하고 사용자측에서 불성실한 교섭관행을 보이고 있음. 사용자단체구성의 어려운 점을

고려하여 병원협회가 사용자단체가 되는 것을 양보하여 사용자단체내에서 대표단을 구성할 것을 노조측에서 인정했던 것임. 또한 특성별 대표를 구성하는 것은 전체를 단일하게 책임질 수 있는 구조가 될 수 없기 때문에 노조측에서는 바람직한 사용자단체 구성은 아니라고 판단하였으나, 사용자측에 여지를 주기 위해 특성별 대표 구성에 대해서 노조가 인정한 것임. 그럼에도 불구하고 사용자 측에서는 사용자단체 구성과 관련하여 성실한 노력을 보이지 않고 있음.

- 노무사를 대표자로 위임하고 있는 것은 사용자측에서 성실하게 사용자단체 구성을 하겠다는 의지가 없는 것으로 보임. 노무사라는 교섭기술자를 대표자로 선임하는 방안은 교섭에 대한 책임을 지지 않겠다는 것을 의미하며, 이는 상대방을 교섭의 파트너를 인정하고, 교섭의 합의 사안을 성실히 이행하겠다는 의사가 없는 것으로 보임. 중요한 것은 사용자측의 교섭에 대한 접근방식과 관점의 문제임.
- 사립대병원의 특성을 고려할 때 병원장이 대표자로 참석하기 어렵다면, 노무사가 아닌 다른 방식이 있을 수 있었음. 보건의료산업과 병원의 발전전망을 같이 논의하고 책임질 수 있는 병원 관련자 중에서 대표자를 위임하는 방식으로 접근해볼 수도 있었음.
- 심종두노무사가 관여한 경력에 비추어 볼 때, 노사협상을 파행으로 이끌었다고 함.
- 노조의 지속적인 노무사 대표자 위임 인정불가방침을 전달했음에도 불구하고, 사립대병원측에서 같은 방식으로 접근하는 것은 노조에 무리한 요구이며, 또한 사립대병원장들마저 불참하는 것은 사립대측이 산별합의안을 이행할 의지가 없는 것으로 보임.
- 현재까지 산별교섭이 교착상태에 빠진 것이 사립대병원측과 노조간의 이해충돌로 이해하고 사용자측에서 노조에 산별교섭 지연의 책임을 전가하는 것은 부적절함. 사립대 병원측의 대표자 선정은 나머지 특성별 병원 대표자들의 공동책임의 문제임. 그렇지만, 노조측에서 사용자단체 구성과 관련하여 별도의 노력을 전개할 것임.

<사용자측의 의견>

- 노조측의 노무사 퇴장 요구는 사립대 병원측과 산별협상할 의지가 없다는 것으로 간주하고 퇴장하겠습.
- 지부교섭에서는 병원장이 직접 단협에 참가하는 것이 유리한 측면이 있으나, 산별협약은 지부협약과 동일하게 접근하기 어려운 점이 있다는 것을 노조가 수용하지 못하는 것은 산 별교섭 진행을 어렵게 하는 원인이기도 함.
- 노조측에서 요구하는 방식으로 사용자단체 구성이 안되는 것은 교섭대표자들의 의지의 문제가 아니라 구조적으로 한계가 있다는 점을 노조측에서도 인정하고 융통성을 발휘하기 바람.
- 사립대, 국립대 병원이 빠진 5개 특성별 대표들만이 산별교섭을 지속하는 것은 부적절하기 때문에 차기 회의전까지 노조측에서 사립대측과 별도의 논의를 갖기를 바람. 노조측과 사립대 측의 논의 결과에 따라 5개 특성별 병원들의 향방을 결정할 것임.

부록 6> 7차 산별교섭 회의록

5월 24일 (화) : 제 7차 산별교섭

- 일시 : 2005년 5월 24일(화) 오후 2시-2시 30분
- 장소 : 한국여성개발원
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원 경북대병원 사무국장(위임장 준비못함)</p> <p>▲사립대병원 심종두 노무사</p> <p>※ 5개 특성별 병원 불참 (지방공사의료원/민간중소병원/특수 목적공공병원/대한적십자사/원자력 병원)</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<p>운영규 위원장 정해선 수석부위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 나순자 사무처장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 박금옥 부산본부장 최영란 전북본부 부본부장 이주호 정책기획실장 나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 진행사항 : 교섭결렬

- 5개 특성별 병원 대표 전원 불참.

- 노조의 심종두노무사(사립대대표위임) 퇴장 요구에 따라 노무사와 병원 실무자 15-20여명 동시 퇴장.

▶ 노조의 입장

○ 제 7차 산별교섭 회의 결렬은 전적으로 사용자 측에 책임이 있으며, 이는 교섭 파트너인 노조를 무시하는 행동임.

- 5개 특성별 병원에서 노조에 사전 양해나 통보 없이 전원 불참했으며, 사립대 병원 측은 노무사 위임을 철회하지 않고 있음. 또한 서울대 병원을 제외한 5개 국립대 병원장들이 순번제로 회의 참가하기로 했으나 약속을 지키지 않고 있음.(이번 회의에 참가한 경북대 병원 사무국장의 경우 5개 국립대 병원 뿐만 아니라 경북대 병원을 대표할 수 있는 권한과 자격이 없음. 경북대 병원을 제외한 4개 국립대병원장들의 위임장과 경북대 병원장의 위임장을 받지 못한 채 참가했기 때문)

○ 사용자측이 대표단 구성을 지연시키는 것은 상황적 어려움이라기 보다는 ‘노조길들이기’의 전략이라고 간주될 수밖에 없음. 사용자측이 노조와 교섭 의지가 없는 것으로 이해되며, 노조에서는 향후 전면 투쟁으로 대응할 것임.

부록 7> 8차 산별교섭 회의록

5월 24일 (화) : 제 8차 산별교섭

- 일시 : 2005년 5월 31일(화) 오후 2시-4시 20분
- 장소 : 한국여성개발원
- 사회 : 노조측
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원</p> <p>경상대 실무진(위임장전달)</p> <p>전남대 사무국장(위임장전달)</p> <p>전북대 병원장</p> <p>충북대 사무국장(위임장 준비못함)</p> <p>▲사립대병원</p> <p>심종두 노무사</p> <p>▲ 지방공사의료원</p> <p>박찬병수원의료원장</p> <p>000 충주의료원장</p> <p>▲ 원자력병원</p> <p>▲ 대한적십자사</p> <p>▲ 특수목적공공병원</p> <p>▲ 민간중소병원</p> <p>이성식소화아동병원장</p> <p>▲ 가톨릭 성바오로 병원 팀장</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<p>운영규 위원장</p> <p>정해선 수석부위원장</p> <p>양태경 부위원장</p> <p>조은숙 부위원장</p> <p>나순자 사무처장</p> <p>이철용 강원본부장</p> <p>김경자 경기본부장</p> <p>유지현 서울본부장</p> <p>박금옥 부산본부장</p> <p>최영란 전북본부 부분부장</p> <p>이주호 정책기획실장</p> <p>나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 전반적인 회의 진행사항 :

- 노조측의 심종두노무사(사립대대표위임) 퇴장 요구에 따라 노무사와 병원 실무자 10여명 동시 퇴장.
- 노무사 퇴장 이후 노조의 산별요구안 발제 진행 사전에 사측의 정회요청이 있었고, 정회이후 사립대가 빠진 상태에서는 노조의 요구안 발제에 대한 사용자 전체의 단일한 입장발표는 무리가 있지만 특성별 논의라는 전제 하에 노조의 산별요구안 발제 허용.
- 노조의 산별협약 요구안 발제와 이에 대한 특성별 대표들의 간략한 견해 제시
- 노조 측에서 차기 회의 전까지 노조의 요구안에 대한 사용자 단체 내부 의견 조율이 이루어질 것과 6월 7일(차기 회의) 이후부터 주 2회라도 집중교섭이 이루어질 수 있도록 제안함.

○ 사용자단체 구성 현황:

- 현재 8개 국립대 병원 중 4개 병원은 2005년 산별협약에 참가하기로 합의하였고, 4개 국립대병원장 모임을 가졌으나, 아직 대표선출이 안된 상태임. 차기 회의에는 대표자가 참석할 수 있도록 내부적으로 노력하고 있음. 오늘 보건의료 8차 산별협약에 참가한 국립대 병원장 및 피위임자는 개별 병원자격으로 참석한 것임.
- 민간중소병원 중 3개 병원(매트로병원, 부산대남병원, 금강아산병원) 2005년 산별협약에 참가하기로 함.
- 가톨릭 바오로 병원은 작년 산별협약에 참가하기로 한 합의에 입각해서 오늘 회의에 참가했으며, 현재 민간중소병원에 소속되는 것인지 사립대병원에 소속되는 것인지가 결정되지 않은 상태임.

▶ 노조측의 일정 및 요구사항

- 6월 1일 합동대의원대회가 예정되어있고, 대의원대회에서 쟁의조정신청결의가 이루어질 예정임. 그러나 차기 회의 진행사항을 지켜보면서, 구체적인 쟁의조정신청을 할 예정임.

- 사립대 문제는 노조측에서 별도의 노력을 진행할 것이고, 사립대 결참을 이유로 교섭 진행을 지연시키는 것은 사용자 측 전체가 교섭할 의사가 없다는 것으로 간주할 것임. 또한 실질적으로 회의를 진전시켜 나가는 것이 사립대 문제를 시급하게 해결할 수 있는 하나의 방안이라고 생각함.
- 사립대 측에서 노무사를 철회하지 않는 것은 한편으로는 ‘노조를 무력화’시키려고 하는 것이며 또 다른 한편으로는 ‘내부적으로 누구도 책임지지 않겠다’는 구도를 갖고 있다고 판단됨. 사립대 측에서 입장을 선회하지 않으면서 산별교섭을 지연시키는 것은 향후 사립대가 교섭의 주도권을 갖겠다는 전술로 보임. 따라서 사립대의 향방에 교섭 진행이 영향을 받지 않도록 회의에 성실히 참가하는 국립대와 5개 특성별 병원 대표들이 교섭의 주도권을 갖고 교섭에 임해주기를 바람.
- 교섭의 원활한 운영을 위해서는 특성별로 내부 합의와 사용자전체의 입장을 정리해서 그것에 대해 논의하는 것이 적합함. 교섭 회의에서 노조전체와 개별 특성별로 개별 논의를 한다는 것은 현실적으로 불가능함. 따라서 차기 회의 전까지는 사립대가 빠진 상태에서라도 사용자 단체의 입장을 정리해줄 것을 제안함.
- 사립대가 빠진 상태에서 합의된 산별협약안에 대한 사립대측의 이행여부에 대해서는 노조측에서 책임질 것이므로 사립대 불참을 이유로 노조 요구안에 대한 사용자 전체의 입장 정리가 불가능하다는 것은 타당한 근거가 될 수 없음. 현재도 보건의료 산별협약에 참여하는 병원이 전체 의료계에서 일부라고 했을 때, 협약에 참가하기로 한 병원들과 성실교섭, 성실 이행을 전제로 하고 있는 것임.
- 시급하게 처리해야 할 현안 문제(7월 1일부터 주 5일제 실시 확대적용이 예고되어 있고, 6월 중순경 복지부에서 공공의료 확충방안 계획을 확정지을 예정임.)를 고려할 때 노조 산별협약 요구안에서 제기하고 있는 교섭방식 즉 ‘집중교섭’, ‘본교섭’, ‘지부교섭’, ‘대표교섭’ 등에 대한 사용자 측의 논의가 진행되어서, 차기 회의 이후부터는 노사가 집중교섭을 할 수 있기를 제안함.

○ 국립대 병원에서 차기 회의까지 대표선출이 안될 경우 차기 회의부터는 위원장이 직접 참여한다는 것을 전제로 오늘 8차 회의에서 위임장을 받는 것임.

▶ 사용자측 입장

○ 지난 7차 회의에 5개 특성별 회의에서 불참한 것은 산별교섭을 진행할 의사가 없었기 때문이 아니므로, 노조측에서 오해가 없기를 바램. 사립대 문제에 대한 진전이 없기 때문에 불참하기로 한 것임.

○ 사립대 병원이 계속 불참하고, 국립대 병원 대표단 구성이 미진한 상태에서 노조의 산별요구안 발제를 사용자 단체 전체를 대표한다는 차원에서 허용하기는 어려움. 다만, 특성별 대표라는 위치에서 노조의 발제는 가능하다고 봄.

- 사립대 병원이 빠진 상태에서 합의된 산별협약안에 대한 사립대병원의 협약안 준수에 대해서는 교섭에 참여한 사용자단체에서 책임질 수 없는 사안임.

- 사용자단체 내부 결속도 필요한 시점에서 사립대를 제외한 상태로 사용자 단체 입장 논의를 전개한다는 것은 다소 무리가 따름.

- 사용자단체에서 사립대 병원이 주도적 위치를 차지하고 있는 점을 고려할 때, 사립대 병원이 빠진 산별협약안 논의는 형식적으로, 내용적으로 산별협약이라고 보기 어려운 측면이 있음.

○ 산별교섭형식에 대한 대략적인 합의만 되어 있고, 산별교섭의 구체적인 진행형식에 대해서는 아직 논의가 불충분한 상태임. 따라서 향후 산별교섭의 구체적인 진행형식에 대해서도 여러 측면에서 검토되고 조율될 필요가 있음.

○ 노조 산별협약안에 대한 사용자 측 견해 (특성별로 발표)

- 국립대병원(전북대병원장) : 현재 견해를 발표하기는 어렵고, 국립대병원장 모임을 가져서 대표선출과 내부의견을 마련할 계획임.

- 민간중소병원 : 작년 교섭에 이어 올해는 형식적인 측면에서 소모전을 줄이고 실제 내용에 대한 이견과 토론을 집중적으로 진행하면서 형식을 발전시켜나갈 수 있기를 희망하고 있었는데, 올해도 사립대문제로 교섭이 난항을 겪고 있는 것이 유감임. 작년의 산별협약의 경험에 비추어 사용자단체의 대표선출이 불가피하다는 것에는 동의가 되었기 때문에 노사 모두 인내를 갖고 교섭을 진행시켜나간다면 좋은 결실을 맺을 것임. 노조 요구안에서 근로기준법에도 중소기업은 주 5일제 실시가 적용되지 않고 있는 현실에서 주 5일제 적용은 무리.

- 적십자 : 노조의 임금인상 요구안은 실현가능성이 없어보임.

- 원자력 : 국가예산으로 운영되는 병원이기 때문에 주 5일제 근무실시 중이며, 임금이나 고용문제도 크게 문제 되는 것은 없음. 다만, 내부 조율이 필요하다고 봄.

부록 8> 9차 산별교섭 회의록

6월 7일 (화) : 제 9차 산별교섭

- 일시 : 2005년 6월 7일(화) 오후 2시-5시 20분
- 장소 : 한국여성개발원
- 사회 : 사측(박찬병수원지방공사의료원장)
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원 전북대 사무국장(위임) 충남대 사무국장(위임))</p> <p>▲사립대병원 심종두 노무사</p> <p>▲ 지방공사의료원 박찬병수원의료원장</p> <p>▲ 원자력병원000실장(위임) ▲ 대한적십자사000팀장(위임) ▲ 특수목적공공병원 ▲ 민간중소병원 이성식소화아동병원장</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<p>운영규 위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 박금옥 부산본부장 최영란 전북본부 부분부장 이주호 정책기획실장 나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 전반적인 회의 진행사항 :

- 회의 시작 전에 노조 측에서 심종두 노무사(사립대대표위임) 퇴장을 요구하였고, 노조에서 사립대와 교섭할 의사가 없는 것으로 간주하겠다고 하면서 노무사와 병원 실무자 5여명 동시 퇴장.
- 회의 개최 이후 노조위원장의 2004년 사용자단체 구성과 관련한 노사합의사항 낭독과 함께 작년 합의사항을 사용자 측에서 성실히 이행 줄 것을 요구하였고, 산별협약에 대한 노조 측의 입장 재천명. (노조에서는 작년 산별합의의 성과와 정신을 이어 산별교섭이 완결적인 틀을 갖추지 못한다 해도 교섭에 성실히 참여하는 사용자 대표와 2004년 산별교섭의 역사성을 축적시켜 나가면서 내용적으로 한 단계 진전되는 산별교섭을 할 것임.)
- 노조의 입장 발표와 국립대 사용자단체 구성에 대한 상황점검 후 사측 간사의 정회 요청이 있었음.(산별교섭 시작 전에는 국립대의 당일 교섭 참여여부와 누가 참여할 것인지에 대해서 사전에 전혀 알 수 없기 때문에 국립대와 5개 특성별 병원 사용자 대표들 간의 내부 논의가 필요하기 때문에 정회요청)
- 40여분 간의 정회 이후 사측에서 9차 회의에서 노조요구안 심의가 어렵기 때문에 다음 회의까지 더 기다려보자는 입장발표.
- 이에 대해 노조 측에서 사립대가 불참한 상태가 단시일에 해결되기 어려운 상황에서 사립대가 계속 불참 상태라면 5개 특성별 대표와 개별 국립대 병원측이 노조와 교섭을 진행할 것인지의 입장을 명확히 정리하고 사측의 공식적인 의견을 전달해 줄 것을 요구.
- 30여분 간의 정회 이후 사측에서 사립대가 빠진 상태에서는 산별교섭이라고 규정하기 어렵기 때문에 사립대 상황이 정리되지 않은 상황에서 노조요구안 심의는 불가능하다는 5개 특성별 대표와 2개 국립대 병원(충남대, 전북대)간의 합의내용을 전달.

○ 사용자단체 구성 현황: 국립대 병원

- 9차 회의에 참여한 전북대, 충남대 병원은 개별 병원자격임.
- 지금까지는 4개 병원 중 1개 병원정도는 순번제로 병원장들이 회의에 참가하기로 하였고 그에 따라 1인의 병원장들이 참여하고 있는 것임. (단, 개별 병원자격) 오늘은 충남대병원장이 참여하기로 했으나 불가피한 사정으로 사무국장이 위임받아 참가한 것임.
- 산별교섭에 참가하기로 한 4개 병원 대표 선출이 안 된 상태이며, 6월 8일 4개 국립대 병원장들 회의가 예정된 상태.
- 국립대 병원장 논의에서 1인 대표 선출이 어렵다면 축소된 실무 대표단을 구성하는 것도 고려 중에 있음. 그러나 현재 실무단내에서도 대표선출이 안된 상태임. 국립대 병원 중에서 산별 교섭 참가하는 병원이 어디인지를 확실히 파악조차 안 되는 상황임.
- 내부적으로 대표선출이 안 된 상태라 해도 개별 병원 자격으로 지속적으로 회의에 참가할 것임.
- 현재 국립대 병원의 대표단 구성이 부진한 이유는 서울대병원이 올해 산별교섭에서 탈퇴한 이후 내부적으로 구심점을 찾기가 어려우며, 올해 국립대 병원장들의 임기변동이 있었음. 신임병원장들이기 때문에 작년 상황의 연장선상에서 산별교섭에 임하기 어려운 상황임.
- 내부적으로는 4개 병원들이 개별 자격으로 순번제로 산별회의에 참가하고 결정사항이 있을 경우 내부적으로 다시 모여 의견을 조율하는 형태가 현실적인 방안이라고 생각하고 있으나 노조 측에서 1인 대표 요구하기 때문에 내부적으로 노력을 기울이고 있는 상황.

○ 노조 현황

- 6월 1일 합동대의원대회에서 쟁의조정신청결의가 이루어졌고, 투본에 신청서를 제출했지만, 조정신청의 구체적 일정을 결정하여 통보한 것은 아님.
- **지난 주 중앙집행부 수련회를 가졌고, 6월 7일-8일 전국 지부장 수련회가 있음.** 집행부 수련회에서는 노사협상의 원칙과 예외의 두 측면을 동시에 고려했을 때, 사립대의 노무사 위임은 작년 합의사항에 대한 위반임(합의안: 사측에서 대표단 구성을 위해 노력하되, ...이것이 제대로 지켜지기 어려운 상황이 될 경우 작년, 2004년 교섭 대표단을 유지할 것). 또한 예외적인 상황을 고집하면서 '노사협의 사항에 대한 성실한 이행'이라는 노사협상의 원칙을 훼손시키고 목소리 큰 사람의 무리한 요구에 끌려다니는 관행을 만들 수 없기 때문에 노조에서는 작년 합의안에 준거하여 교섭에 임하기로 결의하였음. 작년에 합의한 104개 병원 중 단 한 개 병원과 교섭을 한다고 해도 향후 5년 10년 장기적 관점에서 보건의료산업의 산별교섭의 역사와 정신이 제대로 자리매김할 수 있는 교섭을 진행할 것임. 이런 결의 내용은 지부장 수련회에서도 재확인될 것임.
- **6월 9일 행자부, 복지부, 노동부 등 주 5일제 실시와 관련한 정부부처에 주 5일제 적극 실시를 촉구하는 기자회견을 가질 예정임.** (행자부에서 며칠 전 국립대 병원에 전달한 지침에 따르면, 주말 특별진료를 계속 실시할 것을 지시하고 있음. 이는 산별교섭의 합의사항을 무시하는 처사임.)
- 주 5일제 실시와 관련하여 세부적 사항이 마련되지 않았다 해도 300인 이상 사업장 병원의 경우 주말에 근무하지 않는 것을 지부에 전달하고 있으며, 노동부에 산별노조 가입 사업장이 아니라도 주 5일제 실시여부를 철저히 관리감독할 것을 요청하고 있음. 또한 공공의료 확대 방안에 대한 보건의료노조의 입장을 관련부처에 전달하고 있음. 정부 관련 부처와의 면담은 계속 진행 중에 있음.

▶ 노조측의 입장

- 사립대 특성상 대표단 구성이 어려운 현실을 감안했을 때, 작년 합의사항에 비추어

작년 교섭 대표단이라도 유지하려는 노력을 기울이지 않으면서 노무사를 일방적으로 받으라고 하는 것은 협약안 위반임.

- 노무사와의 교섭불가인 것이지 사립대 병원 측과의 교섭거부는 아님.
 - 노조가 노무사의 위임을 인정하지 않았기 때문에 교섭 교착상태의 책임을 노조에 지우는 것은 타당하지 않음.
 - 노무사 위임이 법적하자가 없다고 주장하고 있으나, 작년 합의 조항에 비추어 볼 때, 사립대 측의 요구는 노사협상의 원칙에서 어긋난 것이며 단협안의 위반이라는 점에서 법적으로도 문제가 되는 사안임. (노무사측에서 노조에 노무사 위임은 법적절차상 문제가 없는 것이라는 공문을 보내옴.)
 - 제 3자에 의한 교섭은 작년 노사가 어렵게 합의했던 산별교섭의 틀을 갖추기 위한 노력과 역사를 무화시키는 것임. 산별노조건설 2년차에 접어든 시점에서 작년 노사관계의 흐름을 이어가면서 현장을 직접 책임질 수 있는 대표단들과 교섭하는 것이 노조에서는 중요한 것이라고 보고 있음. 합의사항을 위반하면서 상호 신뢰를 깨뜨리는 상대를 교섭 파트너로 인정하기 어려움.
 - 사용자 단체 구성을 노조 측에서 강제하기는 어렵기 때문에 사용자 측에서 자발적으로 합의사항을 이행하려고 노력해야 하는 사안임. 따라서 사용자 측 내부적으로 사립대 문제가 해결될 수 있도록 적극적인 노력을 기울여줄 것을 촉구함.
- 노조 측에서 수용하기 어려운 것을 제시하는 상황에서 사립대와 국립대 사용자 대표단 구성의 미온적인 상황을 구실로 노조요구안을 심의하기 어렵다고 하는 6개 특성별(국립대 포함) 대표들의 입장은 노조가 현안문제를 해결하기 위해 파업을 선택할 수밖에 없도록 내모는 조치이며, 내용적으로는 사립대와 동일하게 교섭거부에 해당함.
- 사립대가 불참한 상태라 해도 교섭에 성실히 참여한 사업장 대표와의 교섭도 산별교섭

의 한 형태라고 보고 있음. 반드시 대병원이 참여하고 모든 병원이 참여해야만 산별교섭이라고 인정될 수 있는 것은 아님.

- 따라서 시급한 현안문제인 주 5일제 시행에 따른 후속조치(작년 합의에서 미흡한 내용)에 대한 논의와 정부의 공공의료 강화방안에 대해 병원부문의 직접 당사자인 노사간의 공동의견을 공식적으로 전달하는 공동대응(보건의료부문 특별 노사정위원회 공식 대표 선정 등)을 하면서 산별교섭으로서의 위치와 역할을 확장시켜나가는 것이 현실에서 최선의 방안이라고 판단함. 사립대의 행보와 무관하게 산별교섭 참여 당사자로서 나머지 6개 특성별 대표들의 확고한 교섭의지가 요구되는 시점임.
- 산별교섭회의에서 보건산업 전체의 이해관계가 걸려있는 전국적이고 국가적 사안에 대해 논의와 즉각적 대응이 필요한 시점임. 대표단 구성문제는 별도로 노력을 하면서도 현안문제에 대해 공동논의, 공동대응을 내용적으로 할 수 있는 문제라고 봄. 따라서 논의를 일주일 지연시키는 것은 현안문제의 시급성을 고려해 볼 때, 적절하지 못함.
- 7월 1일 주 5일제 시행과 관련해서 병원 측에서는 구체적인 실행방안(인력충원, 급여기준 등)이 전혀 마련되지 않은 상황이고, 이에 대해 현장 조합원들의 문의가 쇄도하고 있으며 개별 지부에서는 산별교섭회의에서 시급히 구체적 시행안을 다루어줄 것을 요구하고 있음.
- 이런 상황들을 종합적으로 고려해 볼 때, 사립대와 국립대 상황이 정리될 때까지 기다리라고 하는 요구는 노조로서 수용하기 어려움. 또한 이는 노사합의의 원칙, 더 나아가 사회정의의 원칙에 위배되는 것을 노조가 수용하라고 하는 요구임. (상황이 어렵고 유동적이라도 예외를 손쉽게 선택하기 보다는 어렵게 원칙을 지키려고 하는 사회분위기 조성에 각자 사회성원들은 책임이 있음)
- 결국 사측의 노조요구안 심의불가는 사립대에 힘을 실어주는 결과를 낳는 것임. 또한 사립대 측의 교섭 주도권 확보, 노조 무력화 의도에 노조가 동의할 수 없는 상황이라는 점을 사측에서 감안하지 않고 있음. 따라서 사립대를 이유로 실질적 교섭을 하기 어렵다는 것은 내용적으로 교섭거부와 동일한 것임.

○ 서울대병원 탈퇴가 국립대 병원 대표단 구성 지연의 근거가 되기에는 설득력이 약함.

- 작년 산별협약의 과정을 반추할 때, 지방 국립대 병원 의료원장들이 먼저 회의를 가져서 서울대 병원 측에서 국립대 대표를 맡을 것을 촉구하였고 이에 따라 서울대병원이 대표역할을 한 것임. 따라서 국립대 병원장들의 교체가 하나의 근거가 될 수 있지만, 서울대 병원 탈퇴가 지방 국립대 병원들의 대표선출을 어렵게 한다는 것은 납득하기 어려움.

- 국립대 병원 대표단이 구성되지 않은 상태에서 병원장이 아닌 위임자는 개별 병원 대표자로 인정할 수 없음. 지부별 교섭에서 사무국장이 대표권을 갖고 있는 것이 아니라 국립대 병원장이 직접 교섭에 참여하는 관례에 의거해서 산별교섭에서도 대표 구성이 안 될 경우 병원장이 직접 참여하는 것이 적합한 절차라고 판단됨.

▶ 사용자측 입장

○ 현재 5개 특성별은 노조의 요구안 심의가 가능하나, 국립대는 의견조율할 수 있는 시간이 필요하기 때문에 9차 회의에서는 사용자측 전체의 노조요구안 심의는 불가능함. 따라서 일주일간의 시간을 갖고 최대한 사립대가 교섭에 참가할 것을 독려하면서 다음 회의에서 심의안 논의여부를 판단하는 것이 적절함.

○ 병원계에서 사립대가 차지하는 위치를 고려해 볼 때, 사립대 병원이 불참한 상태에서 5개 특성별 병원과 개별 국립대 병원과의 합의가 산별협약으로서 실효성과 구속력을 갖기 어려움. 따라서 사립대 문제가 해결되지 않는 한 노조요구안 심의는 불가능한 것이 오늘 참석한 사측 전체 의견임.

- 5개 특성별 병원과 국립대 한두 개 병원이 내용적으로 산별교섭의 성과를 만들고 진전된 모습을 보여도 형식적, 실질적으로 산별협약이라고 보기 어렵다면 교섭의 득과 실이 없음.

- 따라서 소수 국립대 병원과 5개 특성별 대표가 주도권을 갖고 교섭을 진행하기를 요구하는 노조의 요구는 무리한 것임. 오히려 시급한 현안문제 등 실질적인 교섭의 진전을 바란다면 노조 측에서 사립대의 노무사위임을 인정하고 논의구조에 사립대가 참여할 수 있도록 해야 함. 사립대 병원의 특수성을 노조가 감안하지 않는 것은 무리한 요구임.
- 5개 특성별 대표와 회의에 참가한 국립대 2-3개 병원이 전체 사측을 대표하는 논의를 할 수 없는 입장에서 사립대 참여와 무관하게 특성별 대표 자격으로서 계속 노조요구안을 심의하자고 하는 제안은 특성별 교섭이 되는 것을 의미하는 것임. 지난 회의에서는 특성별 논의가 아닌 전체 논의가 될 수 있도록 사측 요구안을 정리해달라는 요구와 상충하는 것임.
- 사립대가 불참한 상태에서 산별교섭이라고 할 수 없다는 것이 사용자 측의 다수의견이고 소수 의견으로는 사립대를 교섭에서 제외한다는 것을 명확히 하고 나머지 교섭에 참가한 병원대표들과 산별교섭을 하는 방안도 제기되었음. 이런 소수 의견을 노조 측에서 수용할 수 있다면 사측에서 다시 입장을 논의해볼 수 있음. 현실적으로 사립대를 교섭에서 제외할 수 없는 상황이면서(노조측에서는 비공식적으로 사립대 원장 참여를 독려하는 상황) 동시에 사립대 문제가 해결하지 않은 상황이라면 이중논의가 반복될 수밖에 없는 점을 고려해서 나온 소수의견임. => 2번째 정회 후 다수 의견으로 입장 정리.

○ 6개 특성별 병원의 노조요구안 심의 불가를 교섭거부로 해석하는 과도함.

- 노조에서 병원계 내부에서 5개 특성별 병원이 차지하는 입지를 고려하지 않고 5개 특성별 대표에 교섭과행의 책임을 지우는 것은 부적절함.
- 노조의 파업을 바라는 것도 아니고 산별교섭을 할 의사가 없는 것도 아니며, 현재 5개 특성과 소수 국립대 병원이 사용자 전체를 대표할 수 없는 현실을 노조 측에서 인정해야 함.

부록 9> 10차 산별교섭 회의록

6월 14일 (화) : 제 10차 산별교섭

- 일시 : 2005년 6월 14일(화) 오후 2시-3시 40분
- 장소 : 한국여성개발원
- 사회 : 노조측
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<p>▲국립대병원 전북대 병원장(5개 국립대 병원 대표: 경북대병원추가)</p> <p>▲사립대병원 심종두 노무사</p> <p>▲ 지방공사의료원 박찬병수원의료원장</p> <p>▲ 원자력병원</p> <p>▲ 대한적십자사</p> <p>▲ 특수목적공공병원</p> <p>▲ 민간중소병원</p> <p>그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<p>운영규 위원장</p> <p>정해선 수석부위원장</p> <p>양태경 부위원장</p> <p>조은숙 부위원장</p> <p>이철용 강원본부장</p> <p>김경자 경기본부장</p> <p>유지현 서울본부장</p> <p>박금옥 부산본부장</p> <p>최영란 전북본부 부분부장</p> <p>이주호 정책기획실장</p> <p>나영명 조직실장</p> <p>지부장 및 참관인 50명</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 전반적인 회의 진행사항 : 교섭결렬

- 회의 시작 전 심종두노무사(사립대대표위임) 퇴장

- 사용자측에서 사립대병원이 배제된 상태에서는 교섭의 내용적 진행이 어렵다는 입장 발표.

- 노조의 2005년 산별협약 요구안 심의와 별도로 2004년 합의사항인 주5일제 실시 진행사항에 대한 논의가 진행될 수 있기를 제안하면서 사측에서 내부 의견을 재조율할 수 있는 정회시간 30분 요청.

- 정회 후 사용자측에서 교섭의 실질적 논의 진행이 불가능한 기존 입장과 주 5일제 실시와 관련한 논의 등 실질적인 논의 일체는 사립대 대표 문제 해결 후 가능하다는 입장 전달.

- 각 특성별로 주 5일제 실시와 관련한 진행사항 간략 점검.

▶ 노조측의 일정 및 요구사항

○ 6월 14일 (화) 교섭결렬 후 교섭회의장에서 14개 사립대 병원 지부장 삭발농성

○ 사립대의 노무사 위임과 사립대 배제된 상태에서 실질적인 교섭이 불가능하다고 하는 6개 특성별 대표들의 입장은 실질적인 교섭 거부에 해당하는 것이며, 엄밀하게 단체협약 위반사항에 해당함.

○ 주 5일제 실시에 대한 구체적인 시행계획에 대한 논의는 작년 합의사항에 대한 점검차원에서 진행할 수 있음에도 불구하고 사용자측에서 논의를 거부하는 것은 교섭에 대한 의지가 없음을 반증하는 것임. 이 또한 작년 합의 사항 위반임.

▶ 사용자측 입장

- 사립대가 보건의료노조에서 차지하는 비중을 고려(50%이상)할 때, 사립대가 불참한 상태에서 산별교섭이라고 하기 어렵기 때문에 사립대 문제가 해결되지 않는 한, 산별교섭에서 내용적 논의는 불가능함. 따라서 주 5일제 실시와 관련한 진행사항 점검 및 추가 회의는 사용자측에서 받기 어려움.

▶ 주 5일제 실시와 관련한 진행사항 점검

- 국립대병원 : 개별 병원별로 시행을 검토하고 있으며, 국립대 병원 전체의 구체적인 지침이 마련된 것은 아님.
- 지방공사의료원 : 작년 합의 사항에 맞춰 산하 소속 병원별로 주 5일제를 적용하거나 이에 대한 준비를 하고 있음.
- 적십자병원 : 7월 1일부터 적용할 것임.
- 원자력 : 구체적인 세부논의가 필요하지만, 사립대병원 문제가 해결되지 않는 한에서는 구체적인 답변을 전달하기 어려움.

부록 10> 11차 산별교섭 회의록

6월 21일 (화) : 제 11차 산별교섭

- 일시 : 2005년 6월 21일(화) 오후 2시 30-2시 40분
- 장소 : 한국여성개발원
- 사회 : 사용측
- 참석자현황:

참석자		
사용자	노조	기타
<ul style="list-style-type: none"> ▲국립대병원 ▲사립대병원 심종두 노무사 ▲ 지방공사의료원 박찬병수원의료원장 ▲ 원자력병원 ▲ 대한적십자사 ▲ 특수목적공공병원 ▲ 민간중소병원 <p style="margin-top: 20px;">그 외 병원 실무자 참석 30여명 참석</p>	<ul style="list-style-type: none"> 운영규 위원장 정해선 수석부위원장 양태경 부위원장 조은숙 부위원장 이철용 강원본부장 김경자 경기본부장 유지현 서울본부장 박금옥 부산본부장 최영란 전북본부 부분부장 이주호 정책기획실장 나영명 조직실장 <p style="margin-top: 20px;">지부장 및 참관인 50명</p>	<p>언론사 기자 15여명</p>

○ 전반적인 회의 진행사항 : 교섭결렬

- 회의 시작 전 심종두노무사(사립대대표위임) 퇴장
- 노조측의 인사말에 이어 사용자측 간사의 사립대가 배제된 상태에서 정상적인 교섭이 불가능하다는 입장발표와 더불어 사용자측 전체 일제 퇴장.

▶ 노조측의 입장

- 사립대병원측의 노무사위임에 대한 노조의 수용불가 입장을 전달했음에도 불구하고 사립대측에서 노무사를 철회하지 않았기 때문에 노조의 파업이 불가피하고 이후 노조의 파업행동은 전적으로 사측에 있음.
- 6월 14일 14개 사립대 병원 지부장 삭발농성에 이어 6월 22일 조정신청이 되어 있는 상황 등을 고려하여 사측에서 교섭에 대한 분명한 판단과 교섭에 성실한 태도를 보여 주기를 바람.
- 따라서 오늘 11차 교섭에서는 내용심의가 이루어지기를 희망하며, 사측 입장의 구도에서 변화가 없다면 노조측에서 다시 입장을 천명하겠습. 가능한 사측에서 전향적인 입장에서사측 입장을 재검토해주기를 바람.

▶ 사용자측 입장

- 사립대병원측의 대표위임을 인정하지 않는 상황, 사립대가 배제된 상황에서 정상적인 산별교섭이 불가능하다고 판단하고 있음. 따라서 오늘도 사립대가 불참한 상황에서 교섭이 원만하게 진행될 수 없기 때문에 사측 전체는 퇴장하기로 결의하였음.

참고문헌

<1차 문헌>

- 건강연대. 2000. ‘병들고 가난한 자에게 눈물을 : 의료보호법 개정에 대한 건강연대의 주장과 호소,’
(월간)노동리뷰. 2005년 7월호.
- 노사관계소위원회. 2004. 단체교섭유형별 실태조사 보고서. 노사정위원회.
- 대한병원협회, 2005a. 『대한병원협회지』 통권 293호.
_____. 2005b. 『대한병원협회지』 통권 294호.
- 매일노동뉴스. 2005. 3184호
_____. 2005. 3210호.
_____. 2005. 3211호.
_____. 2005. 3212호.
- 민주노동당 정책위원회. 2002. 민주노동당 무상의료 실현 5개년 계획.
- 민중의료연합. 2003. 중소병원 노동조합운동의 전망과 운동과제, 전국보건의료산업노동조합.
- 보건복지부. 2004. 『보건복지통계연보』 제50호.
- 사립대병원회의. 2005a. 산별교섭 News 1호 ~ 23호
_____. 2005b. 산별교섭대응자료
- 사립대학병원 노사협력팀장 협의회. 2005. 노동부 간담회 회의자료.
- 인터넷병원신문. 2005.
- 전국보건의료산업노동조합. 2002. 보건의료노조 2002년 공동요구안, 교섭방침 설명회 및 노사관계발전을 위한 간담회. 보건의료산업노조 노사간담회 자료집.
_____. 2005a. 2005 보건의료노조 산별중앙협약해설집.
_____. 2005b. 2005 임단협 조합원 설문결과.

- _____. 2005c. 투쟁속보 제1호~64호
- _____. 2005d. 2005 보건의료노조 교섭현황 및 쟁점. 2005년 5월 19일 노동부 산별T/F 간담회자료.
- _____. 2005e. 보건의료노조 보도자료, '중재재정 하루 앞두고 21일 병원노사 벼랑끝 교섭예정.'
- _____. 2005f. 7월 7일 보건의료노조 기자회견문, '극적타결을 위해 집중교섭을 제안한다!'
- _____. 2005g. 7월 12일 보건의료노조 기자회견문, '직권중재 철회, 자율교섭으로 타결되지 않으면 7/20일부터 전면 총파업에 돌입한다!'
- _____. 2005h. 7월 23일 보건의료노조 기자회견문, '자율교섭을 팽개치고 직권중재를 선택한 병원사용자를 규탄한다!'
- _____. 2005i. 보건의료노조 주5일제 시행상황조사.
- _____. 2005j. 2005 투쟁속보. 1호~62호.
- _____. 2005k. 보건의료노조 규약집 및 규정집(2005년 개정판).
- _____. 2004a. 사립대병원, 의료공공성 강화 어떻게 할 것인가?. 보건의료노조 정책토론회 자료집.
- _____. 2004b. 중소병원의 발전과 공공성 강화를 위한 정책과제. 보건의료노조 정책토론회 자료집.
- 필자미상. 2005. 보건의료노조 주장의 부당성.
- 한국병원경영연구원. 2005. 의료체계의 공공성 제고방안 연구.
- 한국병원경영연구원. 2005. 주40시간 시행에 따른 병원경영 영향분석.
- 한국보건산업진흥원. 2000. 98, 99 병원경영분석(요약본).
- _____. 2002. 2001 병원경영분석(요약본).
- _____. 2004. 2003 병원경영분석.
- 보건복지부·한국보건사회연구원. 2002. 한국의 사회복지지출추계: 1990~1999.
- IMF. 2001. Government Finance Statistical Yearbook.
- OECD. 2001. OECD Social Expenditure Database 1980~1998, 3rd.

<2차 문헌>

- 강낙원 외. 2005. 주40시간제 근로기준법해설.
- 김성순. 2000. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제 215회 정기국회 국정감사 정책제안서.
- 김용익. 1998. '공공보건의료체계 개편방향,' 1998년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연
제집.
- _____. 2003. '병원산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 제언,' 병원산업 발전과 산별교섭
진전을 위한 병원노사 대토론회
- 김재용. 2001. 공공보건의료체계 개편방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김정한. 2004. 2003년 노동조합조직현황 분석. 한국노동연구원.
- 김창엽. 2001a. 의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할 분담 방안, 2001년도 한국보
건행정학회 후기 학술대회 연제집.
- _____. 2001b. 지방공사의료원의 역할강화와 발전방안, 전국보건의료산업노동조합.
- _____. 2002. 국립대병원 공공성 강화 프로젝트 연구보고서, 전국보건의료산업노동조합.
- _____. 2003. 공공보건의료정책의 과제와 발전방향, 2003년 한국보건행정학회 전기학술
대회연제집.
- 김홍영. '파업시 공익보호를 위한 최소업무의 유지 의무,' 한국노동연구원. 노사관계선진
화방안 주요쟁점 분석 및 입법대안모색(IV) 토론문.
- 문옥륜. 2000. 우리나라 공공보건의료의 역사적 전개과정, 대한 공공의학회 창립심포지엄
자료집.
- 박인화. 2001. OECD 국가의 국민의료비와 보건시스템 성과비교. 『보건복지포럼』 59.
- 박호순·유규수·이창은. 2003. '의약분업전후 병원재무구조평가,' 『병원경영학회』 8(3).
- 보건복지부. 2005. 2005년 보건의료정책방향. 주40시간제 세미나 자료.
- 송건용. 2003. 의료체계의 공공성 제고방안 연구. 한국병원경영연구원.
- 유승흠. 1998. '병원산업구조조정전략,' 한국병원경영학회 1998년 춘계학술대회 발표문.
- 은종성·윤경일. 2003. '의약분업이후 대학병원 경영수지변화 비교 분석,' 『병원경영학
회』 8(1).
- 이규식. 2001. '의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토,' 『보건행정학회
지』 11(1).
- 이승욱. 2005. '산별노조에 대한 법적 규율의 쟁점과 입법방향,' 한국노동연구원. 노사관

계선진화방안 주요쟁점 분석 및 입법대안모색(V) 토론문

- 이상이. 2002. '한국 보건의료체계의 진단과 과제,' 『보건과 사회과학』 12: 115~156.
- 이성식. 2004. 2004년도 병원산별교섭 과정상의 문제점과 2005년도 산별교섭준비사항.
- 이용균. 2005. '주40시간제 병원실태조사결과 분석,' 주40시간제 세미나자료.
- 이원영. 2004. 보건의료공공성 강화의 대안 모색, 의료공공성 어떻게 가능한가 토론회.
- 이정희. 2003. '가톨릭병원의 장기파업: 노사분규의 쟁점을 중심으로,' 『한국가톨릭사회 과학연구회』 15.
- 이주호. 2003. '산별교섭·의료공공성·무과업: 보건의료노조 2003 임단투평가,' 『노동사회』 11월호.
- _____. 2005a. '새로운 단계에 들어선 한국의 산별운동과 산별교섭: 보건의료노조 2004 산별교섭 평가와 2005 전망,' 『노동사회』 2월호.
- _____. 2005b. '보건의료 노조 산별운동의 현황과 과제,' 한국노동연구원, 산별협약모임 발표논문.
- 이주희. 2003. '산별교섭의 현황과 과제,' 한국노동연구원, 산별교섭에 관한 토론회.
- _____. 2004. 보건의료산업 교섭실태와 개선방안. 노동부.
- 이진석. 2005. '참여정부의 의료정책 평가와 시민사회의 대응 전략,' 참여사회연구소 월례포럼.
- 임준. 2004. 사립대학병원 공공성 강화방안 연구. 전국보건의료산업노동조합.
- 정영호 등. 2000. 국민의료비 산출모형 개발 및 추계. 한국보건사회연구원.
- 조성재. 2005. '우리나라의 하도급구조와 고용관계,' 한국노동연구원, 하도급구조와 고용관계토론회 자료집.
- 조영복·최수형. 2003. '병원산업 인사정책의 신경향,' 『인적자원관리연구』 6: 23~44.
- 조우현 외. 2004. '근로시간 단축에 따른 병원경영 영향분석,' 『한국병원경영학회』 9(1).
- 조효래. 2004a. '산별노조의 리더십: 금속노조, 보건의료노조, 금융노조의 비교,' 『연대와 실천』 118.
- _____. 2004b. '산별노조들의 조직운영과 민주주의: 전국금속노조, 보건의료노조, 금융산업노조의 비교,' 『연대와 실천』 121.
- _____. 2004c. '산별노조 전임간부들의 가치지향-금속노조, 보건의료노조, 금융노조의 비교,' 『경제와 사회』 62.

주경식·김한중·이선희·민혜영. 1996. '도시농촌간 의료이용수준의 분석. 『대한예방의학회지』 . 292(2): 311-329

한국노동연구원. 2005. 하도급구조와 고용관계토론회 자료집.

황덕순. 2001. 보건의료산업의 노사관계 현황과 발전방향. 한국노동교육원.