

## Special

## 보건의료분야 산별교섭의 바람직한 방향



글 · 이 주 희 |  
이화여대 사회학과 교수  
前한국노동연구원 연구위원

1987년 노동자 대투쟁 이후 1998년 가장 먼저 산별전환에 성공하였던 보건의료노조가 병원협회와 함께 2004년 첫 산별교섭을 실시하였다. 보건의료노조는 1999년부터 산별중앙교섭을 추진하였으나 2003년 산별교섭을 위한 노사합의가 확보되기 전까지 실질적인 산별교섭의 경험이 없었다. 첫 산별교섭임에도 불구하고 주5일제 시행에 따른 인력과 임금, 휴일 휴가제도 개편이 논의되어야 했고, 또 사용자단체 구성 이전이어서 교섭의 절차 자체를 둘러싼 갈등이 교섭 초기 불거졌기 때문에 여러 가지 어려움이 있었지만, 첫 산별교섭에서 산별 의제 뿐 아니라 임단협의 핵심요구를 담아내는데 성공하여 그 내용상 가장 앞선 모습을 보여주었다. 보건의료노조가 이런 형태의 산별교섭을 실시할 수 있었던 것은 우선 주5일제라는 산별교섭에 적합한 이슈를 가지고 있었고, 또 보건의료산업의 특성상 이 이슈의 산업 차원 조율이 여타 산업보다 매우 중요하였기 때문이다.

병원 측의 평가도 이런 점에서는 맥을 같이한다. 한국노동연구원이 2004년 11월 약 30명의 병원 사용자 및 관리자를 대상으로 조사한 바에 따르면, 첫 번째 산별교섭에 대해 불만보다는 만족에 조금 더 가까운 평가를 하고 있음을 살펴 볼 수 있다. 물론 소속병원의 특성에

따라 2004년 산별교섭의 내용에 대한 평가는 차이가 있었다. 상대적으로 만족도가 높은 병원은 국립대와 사립대병원이었으며, 민간중소병원과 지방공사의료원의 만족도는 낮았는데, 이는 산별교섭의 특성상 임금과 근로조건이 평균에 근접하게 됨에 따라 이미 높은 수준을 제공하고 있던 병원에 비해 그렇지 못한 병원의 부담이 더 컸기 때문인 것으로 여겨진다. 특히 임금 인상률에 대한 만족도는 민간중소병원에 비해 국립대와 사립대 병원 관계자의 만족도가 높았다. 지부 보충교섭에 대한 만족도는 국립대병원의 경우가 가장 낮았는데, 이는 산별교섭에서 부족했던 부분을 지부 교섭에서 만회하고자 한 지부노조와의 갈등이 있었음을 보여준다. 그럼에도 불구하고 조사된 병원 관계자 모두로부터 첫 산별교섭의 성과로 가장 높게 평가된 임금 인상률은 이것과 관련된 보건의료노조 조합원의 만족도가 상대적으로 낮은 점을 정확히 반대로 반영하고 있는 결과라 할 수 있다.

산별교섭의 내용이 지부에서 어느 정도 지켜졌는가를 묻는 질문에, 병원 관계자의 대부분인 70% 정도가 지켜졌다고 응답하였으나, 세부적인 사항과 관련하여서는 산별협약과의 차이를 보이는 지부 협약이 상당수 있었음을 짐작하게 해 준다. 특히 임금의 경우 산별 협약보다 임금이 낮아졌다는 응답이 높아졌다는 응답보다 조금 더 많았고, 임금 이외의 근로조건도 더 나빠졌거나 더 좋아졌다는 응답이 동수로 나타날 만큼, 보통 산별 협약보다 더 나은 조건의 지부 협약이 더 보편적인 유럽 산별교섭의 사례와는 다른 우리나라 산별 교섭의 특수한 모습도 살펴 볼 수 있었다. 그러나 이 응답은 제한된 사례수에만 기초하고 있으므로 전제로 일반화하기에는 무리가 있음을 염두에 두어야 한다.

첫 번째 교섭이었던 만큼 노조와 사용자에게 아쉬움이 남는 점이 물론 있었지만, 2004년의 경험은 양측 모두에게 향후 산별교섭에 대한 자신감을 심어주었다. 산별교섭이 선진산업 국가에서 오랜 기간 유지되어 온 이유는 교섭체제의 집중화가 주는 장점 때문인데, 무엇보다도 특정 산업 내에서 이루어지는 산별교섭은 그 해당 산업 내의 모든 기업에게 임금비용과 관련하여 유사한 조건을 마련해 줄 수 있다. 경쟁업체보다 특별히 낮은 임금을 지불하는 업체의 이득을 제거하고, 또 그 과정에서 분배를 둘러싼 갈등을 작업장 수준에서 사라지게 하는 다양한 부가효과도 얻게 된다. 더불어, 개별 기업 수준의 단체교섭에서 논의되거나 실행되기 어려운 산업 전반의 생산성을 향상시키는 교육훈련, 그리고 고용안정과 같은 공공재를 제공하기도 한다. 최근 논의되고 있는 단체교섭구조의 분권화 경향은 경제세계화로

인한 국가간 경쟁 격화가 이전 교섭구조의 집중화를 가능케 하였던 정치 경제적 배경에 중요한 변화를 가져왔기 때문에 등장한 것이다. 세계시장의 경쟁에 노출이 큰 산업에 속한 기업일수록 외국과의 임금 경쟁에서 더 유연하게 적응할 수 있는 기업 차원의 유연성을 요구하게 된다. 보건의료산업은 상품시장의 세계경쟁이나 경기변동에 상대적으로 영향을 덜 받기 때문에 산별교섭의 단점이나 부작용보다는 장점이 더욱 부각될 수 있는 유리한 상황에 있다.

병원산업의 노사가 2004년의 첫 경험에 기초하여 앞으로 안정적인 산별교섭의 틀을 구축하기 위해서는 그러나 아직 해결해야 할 과제가 많다. 무엇보다도 중요한 것은 효율적인 산별 교섭의 구조를 확립하는 것이다. 2004년 보건의료노조의 산별교섭에서는 제10장 2조의 적용을 둘러싼 서울대병원지부와와의 마찰과 일부 조합원의 임금인상률 저조에 대한 불만 등 산별교섭의 안정에 위협이 되는 사건도 함께 발견되었다. 문제의 핵심은 ‘지부가 어느 만큼의 자율성을 가질 것인가’와 관련된다. 2004년 산별교섭에서 서울대병원 뿐 아니라 다른 대 병원 지부장들도 산별교섭이 본격화됨에 따라 필수적으로 수반되는 지부장 역할과 위상의 약화에 대해 우려를 표명한 바 있다.

산별노조가 있는 유럽 국가들의 경우 산별교섭의 정착은 기업 내 경영재량권을 충분히 확보하기 위해 노동과정과 분리된 정치적 기반과 권력자원을 찾도록 노동조합을 유도한 사용자의 전략과 매우 밀접한 관계를 가지고 있다. 그리고 정치적 조합주의를 표방한 산별노조도 일정 부분 기업 차원의 노조조직과 대표체제에 대해 우려를 표명했는데, 그 이유는 개별 기업에서의 이해대표가 종종 경제적인(이기적인) 노동자 이해증진을 위한 도구로 사용되어 개별 공장과 기업, 직업을 뛰어넘는 좀 더 광범위하고 정치적인 연대감을 상실케 하기 때문이다.

병원 측에서 고려해야 할 사실은 지부 자율성의 강화와 산업평화가 장기적으로는 부의 관계를 보일 것이라는 점이다. 2004년 역시 문제가 되었던 이중교섭과 이중쟁의의 문제도 이와 관련되어 있다. 산별교섭에서 주요한 교섭의 쟁점이 해결되는 경우 상대적으로 기업별 보충교섭의 부담은 덜어지고, 이중쟁의 발생의 가능성도 낮아지게 된다. 매우 강력한 산별 노조가 존재하는 북유럽 국가들의 경우 산별협약의 효력이 인정되고 있는 상황에서는 기업 차원에서 맺어지는 보충협약의 체결이 평화약정 하에서 이루어지고 있다. 기업별 보충교섭

이 평화롭게 이루어진다는 것은 산별노조의 역할과 위상이 그만큼 높다는 것을 반증한다. 문제는 보건의료 산별노조가 아직 서구 산별노조에 비견할 만한 조직력과 자원을 가지고 있지 못하다는 데 있다. 물론 여기에는 사용자단체의 미조직, 그리고 병원 사용자들의 기업별 교섭 선호가 걸림돌로 작용하고 있다.

2004년 산별교섭을 계기로 병원 사용자들은 최초로 조직화의 계기를 마련하였으나, 사측 조직력은 미흡한 상태이다. 그런 만큼 특히 사립대병원의 위임을 받아 산별교섭에 참여하였던 대한병원협회는 병원협회장 직속 비공식 조직으로서 산별교섭단을 운영하고 교섭 대표단의 지휘명령체계 일원화 및 산별교섭의 실질적 대표기구로서의 예산확충을 시도한 바 있다. 병원의 최고경영자는 의사 등 주로 노사관계 비전문가로 구성되어 있고, 노무관리팀의 전문성 및 이해부족으로 병원 노사간에 불필요한 갈등과 오해를 불러일으켜 온 점이 많다는 점을 고려할 때, 병원협회의 조직강화를 통한 산별교섭 참여는 향후에도 긍정적인 결과를 낳을 것으로 여겨진다. 단, 병원협회가 사용자단체로서의 역할을 효율적으로 수행하기 위해서는 병원 노사관계 전문인력을 확충하고, 노조가 있는 대형병원의 사용자를 노사관계 관련 위원회에 충분히 포함시켜 의견 수렴과 조율을 원활하게 진행할 필요가 있다.

교섭전략과 관련된 병원협회와 회원 병원들간의 중요한 차이점은 회원병원들의 특성별 교섭에 대한 선호가 더 크다는 점이다. 산별 중앙교섭을 진행하면서도 특성별로 뺏어지는 것이 필수적이거나 더 바람직한 사안에 대해서는 역시 가능성을 열어둠으로써 산별 교섭을 보다 안정적으로 구조화하는 작업도 일부 필요하리라 여겨진다. 특성별 교섭의 대상이 되는 안건은 노사 모두 협의 하에 필수적인 사안에 한정하여 정한 후, 가능하면 매년 그 대상을 조정하는 것이 바람직하다. 궁극적으로 보건의료산업의 산별 교섭이 특성별로 이루어질 수 있는가의 여부는 사측의 조직전략과 활동에 의해서도 크게 좌우된다. 특성별로 사용자가 조직되어 특성별 현안에 대해 보건의료노조와의 적극적인 교섭의사를 밝히고, 그 필요성과 장점을 보여줄 수 있을 경우 특성별 교섭이 진전될 수 있을 것이다. 그러나 당분간은 보건의료산업 내 현격한 임금과 근로조건 격차를 축소하기 위해 산별노조의 중앙교섭 요구가 지속될 것이며, 현재 우리나라의 지나친 양극화 경향을 고려한다면 특성별 교섭에 대한 준비는 보다 시간을 두고 체계적으로 진행하는 것이 바람직하다.

보건의료산업의 산별교섭에서 나타난 절차상의 개선사안도 상당 부분 병원 사용자단체가

관심을 가지고 추진할 필요가 있는데, 우선 임금인상률과 같이 매년 협상의 대상이 되는 것을 제외한 일반적인 근로조건을 규율하는 단체협약은 2년이나 3년, 혹은 특정 사안에 대해서는 그보다 더 긴 기간동안 맺어질 수 있도록 유연성을 부여하는 것이 필요하다. 장기간 지속되는 협약이 노측이나 사측, 어느 쪽에 더 유리한가는 그 협약이 맺어질 때의 노사 양측의 교섭력과 관계되는 만큼 일반적으로 어느 편에 유리하다고 할 수 없다. 현재 1년을 주기로 되풀이되는 산별교섭은 노사 모두에게 수준 높은 정책개발과 평가의 시간을 가지기 어렵게 만들고 있다. 또한 산별 교섭의 횟수는 가능한 한 최소화하고, 실질적으로 교섭의 내용은 노사 양측의 협약위원회를 통해 상시적인 협의체제를 구축하여 토론하는 것이 교섭비용과 과업발생비용을 줄이는 좋은 방법이다. 그런 협의구조가 정착된다면 협의한 내용을 결정하는 교섭횟수는 현재보다 훨씬 더 축소될 수 있을 것이다. 이중 쟁의의 방지는 궁극적으로 산별 본조의 지부에 대한 통제력과 산별 본 교섭과 협약 내용의 포괄성이 확대되면서 자연스럽게 가능해질 수 있는 일이다.

2005년 산별교섭에서는 주 5일제 시행에 따른 추가 보완사항, 임금인상률, 그리고 의료 공공성 등이 중심적인 교섭과제로 논의될 것으로 보인다. 2004년과 같이 주5일제 도입이라는 전체산별 차원의 이슈가 부재한 상황에서 주5일제 시행의 보완상 개별 지부에 특수한 문제점들이 등장할 것이므로 오히려 지부교섭에서의 불안정성이 심화될 수 있다. 또한 2004년 주5일제 실시에 따른 노조의 임금인상 자제에 대한 보상심리로 대병원들의 높은 임금인상 요구가 예상되기도 한다. 의료 공공성과 관련된 교섭사안의 문제점은 이에 대한 산별 노조의 요구와 관심이 매우 큰 반면, 실제 2004년 보건의료노조 산별중앙교섭 5대 요구안에서 담고 있는 보건의료예산증액, 의료개방 반대 등 의료공공성 강화 관련 요구의 상당 부분이 사측도 공감할 수 있는 내용으로 구성되어 있음에도 불구하고, 이들이 사측의 교섭 우선 순위에서는 매우 낮은 위치를 점하고 있다는 사실이다. 이러한 상황에서 우리는 첫 번째 산별교섭이 이루어졌던 2004년보다 오히려 2005년이 더욱 더 보건의료 산별교섭의 안정적 정착을 위한 시험기간이 되리라 예견해 볼 수 있다.

이러한 어려움에도 불구하고 보건의료산업의 노사는 산별교섭을 통해 성취하여야 하는, 그리고 성취할 수 있는 과제를 위해 지속적인 노력을 기울여야만 할 터인데, 그 중 가장 중요한 내용은 임금격차 축소이다. 2004년 단체협약에서 보건의료노조가 주 5일제 시행대상

병원 및 사업장은 기본급 2퍼센트, 대부분 중소병원인 미 시행병원은 5퍼센트 인상을 결정한 것에는 대기업과 중소기업 근로자의 지나친 임금격차 확대를 막고자 하는, 지금까지 기업별 교섭에서 보기 어려웠던 노동운동의 연대의식이 반영되어 있다. 현재 중소병원의 임금은 인력이 대학병원에 비해 부족한데도 불구하고 대기업에 비해 현격히 떨어지고, 중소기업의 나쁜 경영실적과 지불능력 취약으로 이 격차는 점점 더 벌어지고 있는 상황이다. 이러한 임금격차 축소 노력은 아래 <표 1>이 보여주듯이 보건의료산업 내 임금 및 근로조건 평준화에도 일부 기여한 것으로 판단된다.

<표 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)	125,3707	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%

임금총액=정액급여(기본급+통상적 수당+기타수당)+상여금  
 임금 인상률의 각%는 기본급에만 적용한 것임  
 자료: 임금구조 기본조사(2003) 원자료 분석

비록 보건의료산업의 노사가 이러한 방향으로의 첫 걸음을 시작하긴 하였으나, 아직은 이 변화가 어느 정도 지속될 수 있을지, 그리고 근로자간 격차 축소가 어느 정도 현실화 될 수 있을지 예측하기 어렵다. 보건의료산업 내 임금격차는 정액과 상여가 모두 포함된 총액임금 기준으로 규모별, 직종별 격차가 크다. 2003년 노동부 임금구조 기본조사 원자료를 분석한 결과에 따르면 300인 미만 사업장에 근무하는 간호사의 경우 1000인 이상 고용 사업장의 간호사 임금의 겨우 50% 남짓을 받고 있을 뿐이다. 근속에 따른 임금격차 역시 상당한 수준이다. 300인 미만 사업장의 간호사 평균근속은 2.9년으로, 1000인 이상 사업장의 7.9년의 절반에도 못 미치고 있는 사실을 살펴 볼 수 있는데, 저임금과 고용불안으로 소규모 사업장의 경우 경험 있는 간호사가 부족하며, 이러한 근속 격차가 규모별 임금격차의 상당 부분을 설명한다는 해석이 가능하다. 또한 아래 <표 2>에 나타나 있는 노조 조직 유무별 임금격차는 산별 노조로서의 보건의료노조가 산별 차원에서 결정된 임금과 근로조건을 미조직 사업장까지 어떻게 확대시킬 수 있는가에 대한 과제를 제시하고 있다고 볼 수 있다.

<표 2> 노조 조직 유무와 규모에 따른 간호사 근속년수 및 임금

노조유무	규모	근속년수	기본급	정액급여	정액+상여
노조 있음	300인 미만	4.2	1,026,087	1,252,821	1,501,857
	300-1000인 미만	6.4	940,669	1,233,449	1,806,401
	1000인 이상	7.9	1,253,707	1,727,497	2,537,281
노조 없음	300인 미만	2.3	783,523	1,115,127	1,209,975
	300-1000인 미만	4.1	633,913	1,085,358	1,266,687
	1000인 이상	-	-	-	-

자료: 임금구조 기본조사(2003) 원자료 분석

이러한 근로조건 격차 문제가 가장 첨예하게 부각되는 영역은 무엇보다도 비정규직과 관련된다. 병원산업의 경우 특히 병원산업의 비정규직 확대는 특성별로 차이가 있어 2001년 자료에 따르면 공공병원이 민간병원보다 2배 이상 많은 비정규직 비율을 가지고 있었으며, 그중에서도 국립대병원의 비정규직 비율이 2003년 31.5%로 가장 높게 나타났다. 특성별로 비정규직 비율이 높은 병원을 대상으로 한 근본적 대책이 시급히 요청됨에도 불구하고, 2004년 산별 단체교섭에서 보건의료 노사는 비정규직의 처우개선, 정규직화, 직접고용 비정규직의 고용보장, 간접고용 비정규직에 대한 고용승계를 노력한다는 다소 추상적인 합의



에 이르는 데 그쳤다. 보건의료산업이 50%가 넘는 높은 인건비 비중으로 인해 상당량의 인력충원을 통한 주5일제 도입이 불가피할 뿐 아니라, 공공부문은 정부의 인력충원 지원방안에 의지할 수밖에 없고 민간 중소병원은 높은 부채비율로 재정이 건실하지 못하다는 점 역시 병원산업 비정규직 문제를 해결하는 데 상당한 장애가 되고 있다. 그런 점에서 비정규직에 대한 대책은 적어도 10년 정도의 장기적인 시각을 가지고, 이전에 논의한 임금 및 근로조건 격차 축소, 그리고 경력과 기술수준이 반영된 직무급의 도입이라는 큰 틀 안에서 해결의 실마리를 찾아야 하며, 이러한 해결책의 실효성을 높이기 위해서는 임금구조 개선이라는 공동의 목적을 향한 병원과 노조 사이의 적극적인 협력이 요청된다.

결국 보건의료산업의 사용자들이 산별 교섭의 장점을 최대한 살리고, 사업장 차원의 노사관계 안정을 얻기 위해서는 현재 병원협회를 중심으로 이루어지고 있는 사용자단체의 구성을 빠른 시일 안에 완결하여 교섭구조와 절차, 그리고 내용과 관련된 논의에 적극적으로 참여하여야 한다. 현재는 보건의료산업의 산별 교섭의 상이 그려지는 중요한 시기이다. 특히 산별 단체협약의 시기 조정, 산별 중앙교섭과 특성별 교섭내용의 조정, 교섭횟수와 비용 감소를 위한 상시적 협의체제의 구축, 이종쟁의 방지를 위한 산별교섭의 위상 강화와 병원별 노사 파트너십 프로그램의 개발 등등이 병원산업의 사용자단체와 개별 병원에서 관심을 가지고 개선해야 할 주요 과제들이 될 것이다. 