

2006년도 노사관계와 병원경영 전망과 과제

Focus

글·임응의
병원협회 노사대책위원장



1. 정부의 의료정책과 노사관계정책

지난 2003년 2월 ‘참여정부’를 표방하는 새 정권이 출범한지 3년이 경과하였다. 새 정부 출범 당시 ‘참여정부’가 밝힌 국정과제 중 병원경영에 직·간접적으로 영향을 미치는 의료정책과 노사관계정책의 추진현황을 살펴보고자 한다.

정권 출범 당시 ‘참여정부’의 의료정책 목표는 “국민의 기초건강을 책임지는 공공의료 확충”, “민간의료의 자율성과 경쟁력 제고”, “의료의 질적 향상”, “미래 산업인 보건의료 산업을 육성시키기 위한 투자 및 지원”이라고 밝히고 이러한 정책목표를 이루기 위한 정책수단으로는 “국민기초건강제도 시행”, “공공의료 확충”, “의료전달체계 개선 및 응급의료 확충”, “본인부담 상한제 도입”, “의료분쟁조정법 제정”, “민간 의료기관 육성”을 들고 구체적인 시행방안을 제시한 바 있다.

한편 노사관계 정책에 있어서는 노동계의 노동기본권 제한규정에 대한 개선요구와 경영계의 노동시장 유연화를 위한 제도개선 요구 등 노동시장의 환경변화에 따라 우리나라의 노사관계법·제도를 국제기준에 부합하는 방향으로 노사관계 제도를 개선을 국정과제로 제시한 바 있다.

1. 노사관계정책 추진현황

먼저 정부의 노사관계 정책의 추진과정과 현황을 살펴보면 새 정권 출범 후 바로 2003년 5월 노사관계 관련학자 등으로 “노사관계법·제도 선진화위원회”가 구성, 운영되어 ‘노사관계법·제도 선진화 방안’ 소위 ‘노사관계로드맵’을 마련하였는데 선진화 방안은 노조법 및 근로기준법을 포함하여 4개 법 34개 과제로 구성되어 제안되었다.

이에 정부에서 “노사정대표자회의”를 구성하여 노사정간의 논의를 위해 다각적인 노력이 있었으

나, 노동계의 지속적인 불참으로 2005년 11월 당정 간담회에서 34개 과제 중 24개 과제를 입법 추진기로 결정하였다. 입법 추진기로 한 24개 과제 중 18개 과제에 대해서는 의견접근이 있으나, 2007년 1월부터 시행 예정인 노조 전임자 급여지원 금지문제, 기업 단위사업장의 복수노조 허용에 따른 교섭창구 단일화 문제와 현행법상 필수 공익사업으로 지정된 “철도(도시철도 포함), 전기, 가스, 석유정제 및 공급사업, 한국은행, 병원사업, 통신사업”은 조정실패 시 노동위원회 직권으로 중재를 개시하여 일정기간 파업을 금지하고 있으나, 필수공익사업 개념 및 직권중재제도를 폐지하는 대신 공익사업에 대하여 파업 시 최소업무 유지 및 대체근로 허용문제 등 6개 사안은 추가 논의를 진행키로 기본방향을 결정하여 입법을 추진기로 하였다.

2. 의료정책 추진현황

그간 역대 정권에서 경제개발에 따른 국민소득 증대와 국민의식 향상에 상응한 의료분야의 공공자본 투자는 거의 이루어지지 않았다. 그 결과 1977년 의료보험제도 도입 이전 공공의료기관의 비율이 45% 정도 였으나, 현재에도 10%정도에 지나지 않게 되었으며 이와 같이 대부분 민간자원으로 이루어진 의료분야에 대한 통제수단으로 ‘요양기관 당연지정제’와 물가논리를 앞세운 실질적인 수가통제, 의학적 타당성 보다는 경제성과 보험재정을 고려한 진료비심사 기준 등의 많은 제한규정 등이 양산되어 왔다.

다행히 ‘참여정부’ 출범 당시 정부의 의료를 보는

기본시각은 “국민의 건강보장은 국가의 기본 의무이고, 의료보장은 국방, 외교와 같은 국가의 기초이며, 의료제도는 도로, 항만, 전기, 수도와 같이 국가의 Infra-Structure로 보고 있으며 의료를 최첨단 미래산업으로 인식하고 있다.”고 밝힌 바 있어, 이제는 정부도 더 이상 규제만으로는 의료정책을 이끌어 나갈 수 없다는 인식의 전환이 병원경영여건 개선에 순기능적 영향을 미칠 것으로 기대되어 왔다.

앞에서 살펴본 바와 같이 정부의 노사관계정책 추진현황은 정책과제의 대한 구체적 사안에 대한 시행방안에 대한 입법 과정을 앞두고 있어 다소간 진통이 예상되지만 현 정권 내에서 정책이 실현될 수 있을 것으로 예견되는 반면, 의료정책은 관련정책에 대한 이해관계가 노사관계보다도 더욱 복잡하고 정책의 영향을 받는 대상의 범위가 넓어 이해 집단의 갈등이나 소요재원 문제로 정책 추진의 어려움으로 지지부진한 것으로 보여진다.

2003년 신정부 출범 후 노무현 대통령의 보건복지부 업무보고시 의료산업발전방안 마련 지시가 있던 후 보건복지부 내에서 부처 차원에서 연구와 논의가 있었으나 의료의 특수성으로 인하여 규제와 상충되거나 경제관련 부처와의 연관성 때문에 별 진전이 없다가, 노사관계정책 추진 시점보다 뒤늦게 정권의 중반기에 접어든 2005년 10월에 이르러 국무총리를 위원장으로 하는 대통령직속의 ‘의료산업선진화위원회’가 설치, 운영되고 있다.

현재 정책목표와 과제선정 등의 논의 단계에 있

어 행정권 임기 내에 관련 정책이 시행될 수 있을 것 인가 하는 의문을 갖게 하나 정부의 정책추진 목표와 방향은 병원경영에 가장 큰 영향을 미치게 때문에 변화를 예측하고 대응방안의 마련이 필요하다.

의료정책도 정치, 경제, 사회, 문화의 발전과 함께 변화하여 왔다. 과거 1977년의 의료보험제도 도입, 1989년 전국민 의료보험 시행, 2000년 의료보험 통합 및 의약분업 시행 등 주요한 의료정책의 시행으로 인한 제도변화 속에서 경험해 온 바와 같이 2010년을 내외로 큰 변화가 예상된다.

II. 병원경영과 노사관계

전국민보험 하에서 대체적으로 병원 진료수입의 80%정도가 건강보험 수입이며 총수입의 50%정도가 인건비로 지출된다. 따라서 건강보험수가와 노사관계문제는 병원경영에 직결되는 부분이다. 따라서 건강보험수가와 병원노사관계와 관련하여 현재에 이르게 된 과정도 대략 살펴볼 필요가 있다.

1. 병원경영 환경변화

1977년 의료보험 도입은 500인 이상 사업장을 대상으로 시작되어 1989년 전국민 의료보험 시행 전까지는 보험적용대상환자가 많지 않아 비보험환자의 수입과 의료보험 약가차액으로 낮은 의료수가에 서로 병원경영에 큰 문제가 없었다. 그러나 전국민 의료보험 시행이후 비보험환자 수입은 거의 없어진 반면 의료수가 통제와 진료비심사는 강화되어,

1997년 12월 서울지검에서 “요양급여 기준에서 인정하지 않는 새로운 기술이나 재료를 사용하고 환자에게 직접 진료비를 청구하거나 또는 수술 및 치료 등에 포함된 재료비를 별도로 환자에게 청구하였다”는 이유로 서울시내 10개 대형병원의 병원장을 일제히 사기죄로 공소제기(2005년 3월, 대법원에서 무죄 확정판결 됨)한, 소위 ‘임의비급여 문제’가 사회적 문제로 대두된 바 있다.

1990년대 말까지는 ‘저부담, 저급여, 저수가’ 문제에 대해 전반적인 사회적 공감대가 형성되었었다. 그러나 지난 ‘국민의 정부’는 2000년 의료개혁 정책인 의료보험통합과 의약분업을 시행하며 일반 약국의 약제비와 보험약가 차액을 보험수가로 보전해 주면서 보험료를 인상했다. 그 결과 건강보험 재정 악화가 초래되어 2001년 4월 정부는 ‘건강보험 재정안정화대책’의 재정과 임의비급여 부분을 해결하기 위해 보험수가는 정부에서 정하되 비용은 환자가 전부 부담하는 소위 ‘100/100본인부담제도’ 등이 도입되고 국민들은 더 많은 비용을 지출하고도 혜택은 줄고 불편과 사회적 비용은 증대되었다는 불신과 불만을 갖게 되었다.

이를 해결하기 위해 정부의 재정안정화대책과 담배부담금의 일부를 건강보험재정에 투입하여 2003년 말, 약 1조 5천억원의 당기수지 흑자를 이룰 수 있게 되었고, 이를 건강보험 보장성 확대에 우선적으로 투입하여 중증질환자의 본인부담 경감조치와 MRI가 급여로 전환되었으며, 2006년부터는 PET, 초음파, 식대의 급여전환과 100/100 전액본인부담

항목이 폐지되고 6세 미만 본인부담금 완전 면제되는 등의 제도 변경으로 수입감소 뿐만 아니라 진료비 심사 지급기간만큼 현금 유동성이 악화 되었다.

건강보험수가는 2001년 7.08%인상이 있는 후, 2002년에는 2.9%의 수가 인하가 있었고 2003년부터는 매년 3%내외의 수가인상이 이루어졌고 2006년도 수가도 3.5%인상에 그쳤다. 특히 2003년 8월 근로기준법의 개정으로 병원도 일반 사업장과 같이 주40시간 근무제가 적용되어 2004년 7월부터는 1,000명 이상, 2005년도는 300명 이상 병원에 적용되었고 2006년 7월부터는 100명 이상 병원에 적용될 예정으로 있다. 병원은 연중 24시간 항시 진료 체계가 유지, 가동되어야 하고 노동 및 기술 집약적 사업의 특성으로 인해 일반 사업장보다 인력운영의 탄력성이 낮아 인건비 부담이 추가되는데, 이 추가 비용 발생은 정부의 정책변화에 따른 병원경영수지상의 주요 변경 요인이므로 건강보험수가로 보존해 줘야 함에도 전혀 반영되지 않았다.

한편, 건강보험 수가계약제도가 시행되며 수가협상을 위한 적정수가 산출을 위해서는 의료기관의 회계투명성 확보가 전제되어야 한다는 주장에 따라 2003년 9월 '의료기관회계기준규칙'이 제정되어 2004년 1월에 300병상 이상 종합병원부터 매년 정부에 재무제표 제출을 의무화 하였고, 2006년에는 100병상 이상 종합병원이 대상이 된다. 아울러 최근의 국세청 조사에 의하면 회계의 투명성 확보와 세수 확대를 위해 1년 전에 도입된 현금영수증 가맹비율이 의료기관의 경우 95.9%로 평균 가맹비율인 75%

보다 훨씬 높은 것으로 나타났다는 발표가 있었듯이 병원은 어느 사업보다도 회계의 투명성이 높다.

위와 같은 변화 과정을 살펴볼 때 외적요인으로 의료의 보장성 강화라는 사회적 요구에 밀려 병원은 건강보험수가의 '저수기' 구조를 탈피하지 못하고 있으며 의료의 공공성을 이유로 정부의 지속적인 관리와 규제가 이어져 병원경영 악화요인으로 작용하고 있다. 그 동안 경제수준의 향상, 의료보장의 확대에 따라 병상 공급은 팽창하고 급성기 병상의 공급 과잉 상태에 이르게 되었으나, '저수기' 구조 하에서 지명도가 높은 대도시의 일부 대형병원들은 경영합리화 방안의 일환으로 규모의 경제 실현을 위한 병상 신증설이 지속적으로 이루어져 내적으로도 병원 간의 경쟁은 더욱 심화되고 특히 2000년 의약분업 시행이후 의료수익성 악화로 매년 8%~10% 정도의 병원이 문을 닫고있는 상황이 되었다.

2. 병원 노사관계 환경변화

병원의 노동조합은 1987년 이전에는 불과 5개 정도였으나 1987년 6.29선언 이후 사회전반에 걸친 민주화 물결과 함께 노동조합결성이 폭발적으로 이루어져 전국 562개 병원 중 211개 병원에 노조가 결성된 바 있다. 2005년 병원협회의 조사에 의하면, 전국 1,193개 병원 중 163개 병원에 노조가 결성되어 있어 전체산업의 노조 조직율(약10%) 보다도 다소 높으며 이중 한국노총 소속의 병원노조가 12개, 민주노총 소속이 136개, 기타 단위병원노조 15개 인 것으로 나타났다.

1988년 '전국병원노동조합연맹' (병원노련)이 창립되어 93개 병원노조가 가입했으며 1993년 대법원 판결에 의해 합법성을 인정받은 후, 1994년 임단협 이후 교섭권 위임을 바탕으로 공동교섭, 공동투쟁 전략을 추진하여 전국적으로 확대해 나가며 산별 노조 건설방향에 대한 연구와 논의를 거쳐 1998년 2월 '전국보건의료산업노동조합' (보건의료산업노조)이 창립되어, 1999년에는 산별 노조의 중앙 집중성 강화를 위하여 위원장과 지부장 선출을 직선제로 변경하고, 2000년부터 전국 동시파업투쟁 등 산별 교섭을 추진하고 있으며 산별 체제로 전환된 이후에는 병원에서의 노사분규가 급격히 증가하여, 2002년에는 100여 개 지부가 사상 최대규모 동시 집단 조정을 신청하고 이 중 41개 지부가 파업에 돌입한 바 있으며, 한국노동연구원의 조사에 의하면 2004년 보건의료부문의 파업으로 인한 분규 건수가 무려 66건(전체분규건수의 14.8%)에 달하였다.

보건의료산업노조는 민주노총 소속으로 기업별 노조에서 전국산별 노조로 조직형태를 변경한 첫 사례이며, 병원노동조합이 각 단위 병원별로 가입하는 것이 아니라 조합원이 소속병원에 상관없이 직접 가입하는 산별 노조로, 조직대상을 노조활동과 관련하여 해고된 자, 보건의료산업에 근무하다 퇴직한 자 및 보건의료 관련자격을 취득하고 있는 자 등도 가입대상으로 정하고 있으며, 그 운영에 있어서 모든 사업은 중앙 조직인 본조 중심으로 진행되고 실질적인 교섭권 및 체결권의 주체로서 쟁의 조정신청, 교섭요청공문 등 교섭과 관련된 공문을 본조에서 일괄 처리하고 있으며 본조와 11개 지역본

부에 60여명의 전임간부가 활동하고 있으며 현재 조합원은 약 35,000여명에 이를 것으로 추산된다.

한편, 병원은 노무관리조직체계를 만들기 위해서는 또 다른 비용이 들기 때문에 대부분 병원에서는 총무과 등에서 타 업무와 병행하여 노무관련업무를 수행하고 있어 인원면에서 부족하여 상황에 따라서 대응해 나가는 수준에 있어 지속적, 체계적, 실질적인 노무관리가 이루어지지 못하고 무원칙한 대응으로 또 다른 문제를 야기시키곤 했다.

1998년 보건의료산업노조의 탄생으로 노사간의 이해관계 조율이 더욱 힘들어지고 연대파업 등 노사분규의 증가와 장기파업으로 피해가 증대되자 일부 대형 병원에 노무관리 전담조직이 만들어져 노조에 체계적으로 대처하기 위한 노력을 하고 있으나, 일반 기업체의 노무관리체계와 역할과는 아직 미흡한 수준이다.

병원경영여건과 환경이 점점 악화되고 있는 상황에서 노조는 보건의료산업노조의 산별체계 전환으로 조직력을 강화하여 교섭력을 증대시키고 동시파업투쟁을 무기로 집단적 요구를 관철시키기 위한 노력이 지속되어 왔다.

그 동안 이러한 과정중에서 병원경영 악화와 노사분규에 따라 성남인하병원, 방지거병원, 목포가톨릭병원, 음성성모병원 등 일부 병원은 폐업하였고 많은 병원들이 노사분규로 인한 노사간의 갈등과 경영상의 손실을 경험하면서, 2004년도에는 국

립대, 사립대, 지방공사의료원 등 공공병원, 민간중소병원 등 91개 병원이 산별교섭에 참여해 노사합의를 체결하였다. 그러나 병원의 규모나 운영형태 등 병원 특성의 차이로 합의내용에 대해 불만을 가진 서울대병원 등 일부 병원지부노조가 보건의료산업노조에서 탈퇴하여 별도교섭을 요구하는 등의 또 다른 문제가 파생되었다.

2005년도에는 85개 병원이 산별교섭에 참여했는데 노조에서는 임금 및 근로조건문제 뿐만 아니라 영리법인의료기관 허용반대, 민간의료보험 도입반대, '무상의료'의 사회의제화 등 병원 노사간의 합의로 결정되어 해결될 사안이 아닌 문제에 대해서도 협약을 요구하여 결국 합의에 이르지 못하고 노조의 3일간의 산별, 지부 동시파업과 중앙노동위원회의 직권중재 결정내용을 노조가 수용하면서 일단락 되었다.

그러나 산별교섭에 대하여 병원의 규모나 운영형태 등 병원 특성의 차이로 합의내용에 대해 불만을 가진 서울대병원 등 일부 병원지부노조가 보건의료산업노조에서 탈퇴하였다. 지난 2월에 '전국병원노동조합협의회'(병노협)가 출범함으로써 2007년 복수노조 허용에 따른 또 다른 산별노조가 탄생될 예정으로 노조간의 선명성 경쟁 등으로 병원노사관계는 더욱 어렵게 되지 않겠나 하는 우려를 갖게 하고 있다. 한편, 병원도 산별교섭에 대한 연구와 준비가 미비한 가운데 2004년과 2005년에 노조의 산별교섭 요구 압력과 아울러 단위 병원의 파업을 줄여 노사관계 안정을 이룰 수 있지 않겠느냐는 기대에

서 산별교섭에 임하였으나, 그간 경험을 거치면서 노조의 산별교섭 요구사항이 노사공존의 방향과 달리 지나치게 정치적이고 이념에 치우치고, 병원별 특성을 반영하기 어렵다는 현실적 제한으로 결국 산별(중앙)과 지부의 이중교섭과 이중파업의 문제로 이어져 산별교섭의 유용성에 대한 의문을 갖게 되었다.

III. 2006년도 전망과 과제

사회전반에 걸친 양극화 문제와 국제화 시대에 대처할 국가경쟁력 확보문제가 국가정책의 추진과제로 부각되어 있다. 이러한 국정과제를 추진하기 위해 2006년도에는 '노사관계로드맵'에 대한 입법이 추진되고 또한 '의료산업선진화위원회'가 본격가동되어 구체적 추진방안이 논의될 것이다.

지난 1월 보건의료산업노조의 4기 집행부가 새로 출범하며 '노사관계로드맵' 폐기와 직권중재 철폐, 영리병원 및 민간보험 도입 등 의료산업화 저지와 무상의료쟁취, 공공의료 확충 등을 주요 투쟁 목표로 정하고, 내부적으로는 산별조직의 확대를 기하고 집행부의 지도력을 높이기 위하여 산별 투쟁의 요구는 더욱 드세질 것으로 예상된다.

그러나 의료산업화는 정부의 정책으로 추진되는 것이므로 정치적으로 해결되어야 할 사안이며, 의료의 공공성 강화 또한 정부가 당연히 해야 할 부분이지만 이를 위해서는 많은 국가 재정이 필요하므로 국민적 합의를 통해 이룰 수 있는 부분으로 병원 노

사간 합의로 해결될 수 있는 사안은 아닌 것이다. 이와 같은 사안이 2005년도와 같이 노조의 산별교섭 요구사항으로 제안되어 교섭을 어렵게 하여서는 안될 것이다.

2006년도에 병원경영에 영향을 미칠 주요 의료정책은 건강보험 보장성 강화를 위한 비급여를 포함한 지속적인 보험급여확대, 선택진료제 개선, 의료공급체계 개편을 위한 전문병원과 개방병원제 도입 및 요양병원 확대, 의료광고 규제완화, 실손형 민간보험 시행, 의료산업선진화 방안으로 검토되고 있는 의료시장의 개방 및 개척, 해외환자 유치, 의료기관의 다양한 형태의 자본조달 방안 등에 대한 논의가 이루어질 것이며 일부 정책은 가시화 되어 시행 적용될 것이다.

따라서 병원에서는 이러한 의료정책의 변화에 따른 영향과 장단점을 분석하고 새로운 경영전략 수립과 운영방향 전환의 모색과 함께 노사관계의 정책변화에 대한 대책을 함께 강구해야할 어려운 과제가 부여 되었다.

IV. 맺는말

현재 병원경영에 영향을 미칠 의료정책과 노사관계정책의 변환기에 있다. 병원은 점점 악화되고 있는 현재의 병원경영환경을 위한 개선책으로 의료산업화를 통한 자율과 경쟁을 통하여 의료의 질을 향상시킬 수 있는 방안으로 보고 있는 반면, 보건의료산업노조는 의료산업화 저지와 무상의료 실현을 천

명하고 의료의 공공성 강화를 주장하고 있는 바와 같이 병원 노사간에 병원경영현실에 대한 상황인식과 해법도 달리하고 있다.

병원은 설립형태와 상관없이 질병의 치유와 예방 등의 공익사업을 수행하는 기관이며 병원사업은 의료서비스를 제공하는 서비스산업이다. 따라서 병원의 노사 모두는 의료산업화에 대해 지나친 기대나 무조건적인 반대 보다도 병원이 공익성을 유지하면서 산업화를 통한 병원경영 개선으로 선 순환의 구조로 발전되어 나갈 수 있도록 하는 방안을 모색하고, 노사관계를 떠나 의료에 있어서는 국민에게 의료서비스를 제공하는 의료공급자이므로 현실적 여건 하에서 협력적 노사관계를 통하여 국민에게 양질의 의료로 효율적으로 제공할 수 있는 방안을 함께 모색해 나가는 것이 노사 공존과 상생의 길이 라는 데 인식을 같이 하는 노력이 필요한 시점이라 할 수 있겠다. **KHA**