

노동정책연구

2005. 제5권 제2호 pp. 87~118

© 한국노동연구원

연구논문

산별교섭에 대한 평가 및 만족도의 영향요인 분석: 보건의료노조의 사례

이주희*

2004년 실시된 보건의료산업의 첫 산별 중앙교섭에 대한 평가와 만족도가 조합 내 지위나 소속 병원의 특성에 따라 어떻게 달라지는지 살펴본 결과, 의료공공성과 산별 기본협약, 그리고 비정규직 등 산별교섭의 핵심 이슈에 대해 상집 간부 및 임원과 평 조합원 사이에 만족도에 차이가 있었고, 또 특성별로는 국립대나 사립대 병원 등 상대적으로 나은 근로조건을 가진 조합원의 불만족도가 상대적으로 높은 경향이 있음을 관찰할 수 있었다. 보건의료노조가 이렇게 산별교섭의 안정적 정착에 우러가 되는 경향을 완화시키기 위해서는 수직적·수평적 교섭구조의 조율방안 마련과 산업내 임금 및 근로조건 격차를 축소시키는 작업이 필요하다.

핵심용어: 산별교섭, 의료공공성, 주5일제, 비정규직, 임금격차

I. 연구의 배경

산별교섭의 실시는 1990년대 중반 이후 발전한 민주노동운동의 핵심 목표였다. 그러나 외환위기를 전후하여 산별노조로의 전환이 가속화되어 민주노총의 경우 과반수에 이르는 조합원이 산별노조에 속한 것으로 드러났음에도 불구하고

투고일: 2005년 4월 7일, 심사의뢰일: 4월 7일, 심사완료일: 6월 10일

* 이화여자대학교 사회학과 교수(jilee@ewha.ac.kr)

고, 대부분 대각선교섭이나 집단교섭이 지배적이었을 뿐, 진정한 의미의 산별교섭은 극히 드물었다(이주희, 2003). 그런 점에서 1987년 노동자 대투쟁 이후 1998년 2월 가장 먼저 산별 전환에 성공하였던 보건의료노조의 2004년 첫 산별 중앙교섭의 실시는 교섭구조의 변화를 예고하는 주목할 만한 사건이었다.

보건의료노조는 총 보건의료사업 종사자 40만 명의 약 10% 정도를 조직하고 있어 2004년 현재 조합원수가 약 3만 6천 여명으로 추정된다. 11개 기업별노조와 함께 전국병원노동조합연맹(병원노련)에 소속되어 있고, 노조 조합원의 주를 이루는 직종은 주로 간호사와 간호조무사다. 그러나 100개가 넘는 직종을 가진 병원산업의 특성상 조합원 직종은 여타 산별노조에 비해 상당히 다양한 편이다.

보건의료노조는 1999년부터 산별 중앙교섭을 추진하였으나 병원 사용자들의 거부로 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, 전반적으로 긍정적인 성과를 거둔 것으로 평가된다.

그러나 이러한 일반화하는 별개로, 실제 산별노조의 구성원인 조합원이 어떻게 평가하였는가에 대해서는 보다 심층적인 탐구가 필요하다. 왜냐하면 산별노조는 그 정의상 다양한 조합원을 포용할 수밖에 없으며, 특히 보건의료노조의 경우 병원별 임금과 근로조건의 편차가 심한 편이기 때문이다. 병원 특성별 차이와 더불어 산별노조의 간부와 조합원 간에도 산별교섭을 통해 궁극적으로 실현하고자 하는 목적의 차이가 있을 수 있다.²⁾ 이런 차이의 정도 및 지점을 밝혀

2) 산별노조가 있는 유럽 국가들의 경우 산별교섭의 정착은 기업내 경영재량권을 충분히 확보하기 위해 노동과정과 분리된 정치적 기반과 권력자원을 찾도록 노동조합을 유도한 사용자의 전략과 매우 밀접한 관계를 가지고 있다. 그리고 정치적 조합주의를 표방한 산별노조는 이미 획득한 정치적 권력을 기업 혹은 사업장 차원의 근로자 이해대표를 위해 사용하지 않았다. 오히려 기업 차원의 노조조직과 대표체제에 대해 우려를 표명했는데, 그 이유는 개별 기업에서의 이해대표가 종종 경제적인(이거적인) 노동자 이해증진을 위한 도구로 사용되어, 개별 공장과 기업, 직업을 뛰어넘는 좀더 광범위하고 정치적이며 계급에 기초한 연대감을 상실케 하기 때문이다. 임금인상에 대한 자제를 통해 사회복지, 고용, 재정 및 다른 정책에 대한 정부의 양보를 얻어내려는 산별노조에게 작업장은 투쟁적인 비공인 파업(wildcat militancy)의 위협이 있는 장소이다. 근로조건이 좋은 기업에서의 산별

내는 작업은 이후 보다 완성된 교섭구조 및 내용의 확보를 위해 필수적이다.

이 연구는 보건의료노조에서 자체 조사한 설문조사 결과에 대한 응답 내용 분석 및 이를 보완하기 위해 실시한 산별교섭에 참여한 경험이 있는 소수의 병원 사용자에게 대한 질문지 조사 결과를 통해, 2004년 보건의료산업 산별 중앙교섭에 대한 평가와 만족도가 소속 병원의 특성이나 조합내 지위에 따라 어떻게 달라지는지 살펴보고자 한다. 노측의 2004년 교섭 내용에 대한 평가는 보건의료노조 자체적으로 실시한 설문조사의 내용을 전달받아 직접 분석하였으며, 사측의 평가 내용은 연구자가 직접 구성된 설문조사를 병원협회 주최 내부회의에 참석한 병원장 및 간부진을 대상으로 실시함으로써 얻어냈다. 결론은 분석 결과에 비추어 이후 보건의료산업 산별교섭의 구조 및 내용의 방향에 대한 전망을 정리하는 것으로 대신한다.

II. 보건의료산업의 산별교섭 개관

보건의료노조는 1998년 설립되었으나, 병원 사측의 거부 및 병원협회의 소극적 태도로 인하여 실질적 산별교섭의 진전은 훨씬 더디게 진행되었다. 보건의료노조가 병원협회를 대상으로 본격적인 교섭요청을 한 것은 2000년부터로, 2001년에도 제도개선 요구를 하면서 병원협회와의 비공식적인 대화를 계속하였다. 이러한 노력 끝에 2002년에는 63개의 병원 사측으로부터 산별 집단교섭에 참여하겠다는 약속을 받아내어 단체협약에 포함시켰다.

이러한 약속을 받아내기 위해 200여 일이 넘는 파업이 지속되었던 2002년과는 대조적으로, 2003년에는 정부의 직권중재 일방회부 불가방침으로 성실교섭과 자율교섭의 분위기가 형성됨에 따라³⁾ 26개 지방공사의료원 사업장과 주요

임금타결률을 상회하는 과도한 임금요구 및 인상(wage drift)이 초래될 수 있기 때문이다. 공동 목표를 위한 투쟁을 우선시하는 산별노조에게도 기업이나 작업장은 비공인 협조(wildcat cooperation)의 위험이 있는 장소인데, 소속 기업만을 위한 이기적인 협조의 결과 전체 근로자의 이해대표를 위한 단체행동을 무시하는 결과를 가져올 수 있기 때문이다 (Rogers and Streeck, 1995).

3) 병원의 조정성립률은 2002년 34%에서 2003년 82% 이상으로 상승하였다. 강화된 직권중

대학병원에서 교섭이 파업 직전 원만하게 타결되었고, 그에 힘입어 산별협약을 위한 준비도 상당한 진전을 이루었다. 2003년 6월 45개 병원이 노사공동성명서에 합의하며 산별교섭을 위한 구체적 일정과 계획을 정하고 2004년 산별교섭의 토대를 마련하였는데, 그 주요 내용은 2003년 10월부터 2004년 산별교섭 진행을 위해 노사 대표는 산별교섭 추진방식 등에 대해 본격적인 논의를 시작하며, 그 논의를 위해 보건의료노조에 가입한 병원들은 2003년 9월까지 병원측 대표 구성을 진행한다는 것이었다. 결국 2003년에는 116개 병원지부 중 총 93개 병원이 산별교섭 참가 및 산별교섭을 통한 새로운 노사관계 정립, 의료의 공공성 강화, 의료서비스 질 향상을 위한 적정인력 확보, 비정규직의 정규직화에 대해 대체로 합의하였다.

이러한 보건의료노조의 활동과 요구에 비해 병원협회의 산별교섭에 대한 대응과 준비는 미진하였다. 1959년 설립되어 2004년 현재 총 1,100개가 넘는 병원을 회원으로 받아들이고 있는 병원협회는 최근까지도 산하 병원에 대한 통제력과 구속력 부족을 이유로 노동법상의 사용자단체라고 볼 수 없다는 입장을 취해 왔다(이주호, 2003). 이러한 입장은 보건의료노조의 끈질긴 요청으로 서서히 바뀌기 시작하였으나, 2004년 산별교섭 역시 교섭 초기 사측의 준비 부족으로 약 3개월 동안 제대로 실시되지 못하였다. 국립대병원의 산별교섭 참여 반대는 해당 병원들이 전년도 10월부터 진행된 산별교섭 준비 모임 및 대표단 구성을 위한 노사간담회에 모두 불참함으로써 어느 정도 예상된 일이었다. 사립대병원은 2004년 2월 6일 산별교섭을 위한 간담회를 갖는 등 교섭 참여에 긍정적이었으나 교섭이 시작되기 전까지 교섭단 구성에 실패하였고, 결국 병원협회에 교섭권을 위임하면서 5월 12일부터 교섭에 참여하기 시작하였다. 국립대병원도 산별교섭을 계속 반대하다가 6월 5일에야 교섭에 본격적으로 합류하게 되

재회부 세부기준은 다음과 같다. 특별조정위원회는 쟁의행위에 의해 중단되는 업무범위, 중단되는 업무의 공공성, 비조합원 및 타사업체를 통한 업무의 지속가능성 등에 대한 노사의견 청취 및 심층 검토를 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, 노사관계 개혁을 위해 만들어진 「노사관계제도선진화연구위원회」는 이미 보고서(2003)에서 필수공익사업의 개념을 재조정하고, 직권중재제도의 폐지를 제안한 바 있다.

었다. 그로 인해 3월 17일 제1차 교섭부터 6월 5일 제12차 교섭에 이르기까지 교섭의 틀, 교섭 원칙, 대표단 구성 문제, 교섭 절차와 장소 등의 문제로 노사가 갈등을 빚느라, 6월 10일까지 합의가 되지 않을 경우 ‘전면파업방침’을 예고한 채 교섭을 진행한 노조의 파업 예정일까지 협약 내용과 관련된 교섭이 전혀 이루어지지 못하였다. 결국 이러한 논란으로 노사는 근로시간단축과 같은 핵심 쟁점에 대해서는 본격적인 논의조차 하지 못한 채 중앙노동위원회(중노위)의 조정을 받게 되었다.

병원은 필수공익사업장으로 분류되어 쟁의 발생시 조정기간이 10일인 일반 사업장보다 5일 더 연장되며, 직권중재의 대상이 된다. 중노위는 조정 만료일인 6월 9일 조정회의를 진행하였으나 핵심 쟁점인 근로시간단축에 대한 노사간 현격한 입장 차이로 합의도출에 실패했다. 중노위는 산별교섭에 참여한 98개 병원에 대해서는 보건의료노조의 평화의무 이행—불법행위 자제, 파업 중 필수 업무 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. 직권중재제도를 통한 정부의 개입이 보건의료산업 노사관계에 미친 영향에 대해서는 노조뿐만 아니라 노사관계 전문가 및 실무자들도 부정적으로 평가하고 있다. 필수공익사업장의 특성을 감안한 노동조합의 단체행동권 제한은 사용자의 불성실 교섭을 관행화하고, 이에 맞서기 위한 노조의 불법파업을 초래함으로써 노사관계가 악화되고, 또 사회갈등비용을 증가시킨다는 것이다. 실제로 2004년 보건의료노조의 파업기간 중 정부의 직권중재회부 검토 가능성을 전하는 보도에 따라 교섭이 다시 뚜렷한 교착상태로 전환되는 것을 관찰할 수 있었다(노향래, 2004).

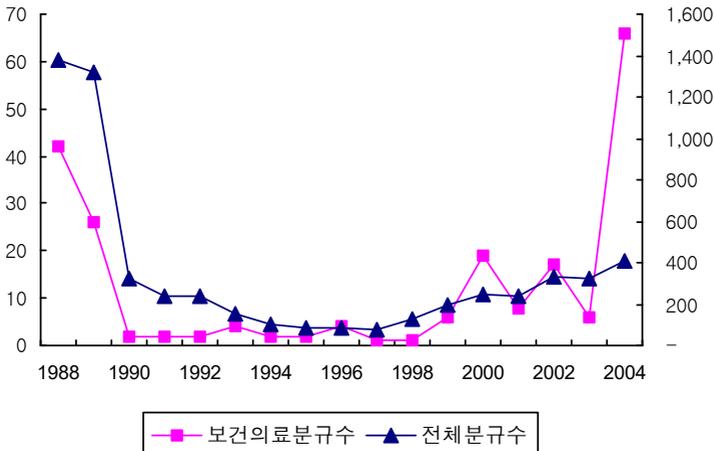
중노위의 조정이 실패하고 6월 1일~3일까지 실시된 파업찬반투표에서 77%의 찬성으로 파업이 가결됨에 따라 보건의료노조는 6월 10일부터 파업에 돌입하였다. 6월 9일 파업 전야제 이후 조합원 약 5,500~10,000여 명⁴⁾ 고대 노천극장에 집결하여 6월 23일 산별 파업종료 시점까지 파업에 참여하였으며, 더 불어 서울대병원 등 수도권 소재 7개 주요 병원에서는 로비농성이 병행되었다.

4) 파업참가자수에 대한 노동부(5,500명)와 보건의료노조(약 10,000여 명)의 주장이 차이 나는 이유는 주로 수도권 지역 비번근무자의 파업참여가 노조의 집계에는 산정되거나 노동부나 병원측에는 집계되지 않았기 때문이다(노향래, 2004).

2004년 상반기 보건의료노조의 총 분규는 66건이었는데, 이는 1988~2003년간의 평균은 물론 1988년 노동자 대투쟁 시기의 분규수보다도 많은 것이다.

보건의료노조의 파업은 1988~89년 노동자 대투쟁 시기에 집중적으로 발생한 후 1990년대 말 산별노조가 건설되기까지 뚜렷한 소강기를 거쳤다. 2000년대 초 산별노조가 활동하던 시기에는 분규수와 분규지속일수가 모두 증가하였고, 특히 최근 보건의료노조의 파업은 일단 시작되면 장기화되는 추세를 보여주고 있다. 2004년은 그런 점에서 이전과 뚜렷이 추세를 달리한다. 2004년 보건의료노조의 파업수는 총 66건으로, 파업의 발생건수는 많았으나 그 지속기간은 상대적으로 짧았다. [그림 1]은 그에 따라 총 분규건수에서 보건의료노조의 분규건수가 차지하는 비중도 현저히 높아졌음을 보여준다.

(그림 1) 1988~2004년간 보건의료노조 분규와 전체 분규 발생건수



- 주: 1) 2월은 모두 28일로 간주하여 계산.
 2) 발생건수는 분규발생시 작년을 기준으로 작성. 예를 들어 1988년에 시작한 분규가 1989년에 끝났으면 그 경우는 1988년에만 카운트.
 3) 병원이나 의원뿐만 아니라, 혈액원이나 원자력의학원도 포함되었음.

자료: 한국노동연구원 파업 DB 원자료 분석

노사 양측은 파업 돌입 직후 본교섭과 실무교섭을 매일 진행하면서 교섭의제 설정과 관련하여 상당한 진전을 이루었지만, 주 5일제 등 주요 현안에 대한 의견 접근은 부진하였다. 이에 따라 중노위는 직권중재 대신 임의조정을 실시하여 6월 20일 핵심 쟁점에 대한 조정안⁵⁾을 제시하였으나 노측이 이에 대해 불승인의 입장을 밝힌 가운데 교섭이 지속되었다. 결국 중노위 중재 가능성이 커진 가운데 노사는 파업 13일째인 6월 22일 오전 잠정합의를 이끌어내고 6월 23일 노사 교섭대표가 산별협약에 합의하였다.

그러나 서울대 등 4개 지부는 산별 잠정합의 내용에 반발하여 임금인상 및 인력증원에 대해 지부교섭을 요구하고, 로비파업을 지속하였다. 사측과 정부는 산별협약에 합의한 상태이므로 노측의 파업이 불법이라고 주장한 반면, 노측은 산별협약 중 세부 내용에 대한 이견으로 파업이 계속되고 있으므로 합법 파업이라는 입장을 유지하였다. 지부 불법파업 논쟁은 보건의료노조가 조정신청서를 작성할 때 급속노조와는 달리 산별과 지부 요구안을 분리하지 않았기 때문에 불거졌는데,⁶⁾ 그로 인해 지부 차원에서 조정을 거쳤다고 할 수 없다는 것이 노동부의 입장이고, 지부파업은 산별합의에 따른 세부 사항을 타결하기 위한 것이므로 절차상 하자가 없다는 것이 보건의료노조의 주장이다. 보건의료노조는 지부교섭과 파업이 진정 국면으로 들어간 7월 27일~29일 산별 잠정합의안에 대한 조합원 찬반투표를 실시한 결과 투표참여율 75.4%에 찬성률 78.6%를 얻어내 가결시켰다.

보건의료노조의 파업은 1980년대 후반 임금인상이나 해고, 부당노동행위와 관련되어 발생하는 추세를 띄었으나 후반으로 올수록 임단협 자체를 둘러싼 갈등을 중심으로 발생하고 있다. 그러한 이유로, <표 1>이 보여주듯이 1980년대 후반 파업은 민간중소병원에서 자주 발생한 반면, 2000년 이후 산별노조운동이 확립된 이후에는 국립대 혹은 사립대 병원같이 대형 병원에서 파업이 발생하는 사례가 증가하고 있다. 2004년 파업 발생병원의 특성도 이러한 경향과 일치하는

5) 조정안의 주요 내용은 다음과 같다. 근로시간은 1일 8시간 1주 40시간으로 하되, 격주 토요일근무 1년간 실시; 월차휴가 폐지, 연차휴가는 25일로 하되 초과일수에 대해서는 수당으로 지급; 생리휴가는 무급으로 하되 미사용분에 대해서는 현 단체협약이 정한 수준 이상 보장 등.

6) 보건의료노조의 노동쟁의 관련 규정에 따르면 본조는 물론 지부의 조정 신청도 본조 위원장 명의로 하게 되어 있다.

〈표 1〉 병원특성별 사유별 분규발생 분포 : 1988~2004

연도	특성별	체불 임금	임금 인상	구조 조정	단체 협약	해고	부당노 동행위	기타	임단협	전체
1988	국립대병원				1					1
	지방공사							1		1
	사립대병원		4		5	3	2			14
	민간중소	1	3	2	15	2	2	5		30
	사립대병원		4		1			2		7
1989	민간중소		10		5	1		2		18
	사립대병원				1					1
1990	민간중소				1	1				2
	사립대병원				1					1
1991	민간중소		1							1
	국립대병원					1				1
1992	민간중소		1							1
	사립대병원		2							2
1993	민간중소		1		1					2
	민간중소		2							2
1994	기타공공				1					1
	사립대병원		1							1
	민간중소		1							1
1995	기타공공				1					1
	사립대병원		1							1
	민간중소		2							2
1996	사립대병원		1							1
	민간중소		2							2
1997	사립대병원							1		1
1998	사립대병원	1								1
1999	지방공사			1	4					5
	기타공공				3					3
	사립대병원				1			1		2
2000	국립대병원				6					6
	지방공사				2					2
	기타공공				1					1
	사립대병원				6					6
	민간중소		1		3					4
	국립대병원				4					4
2001	기타공공				1					1
	민간중소		2		1					3
	국립대병원								1	1
2002	사립대병원						1		7	8
	민간중소		1	1	1		1		4	8
	사립대병원								1	1
2003	민간중소								2	2
	국립대병원								8	8
2004	지방공사								13	13
	기타공공								16	16
	사립대병원								14	14
	민간중소								15	15

주: 한국노총 소속인 순천향병원(1건)과 메리놀병원(7건)도 분석에 포함되었음.
 자료: 한국노동연구원 파업 DB 원자료 분석.

〈표 2〉 2004년 보건의료노조 규모별·특성별 분규 특성

2004 보건의료노조		발생건수 (지부수)*	근로자수	조합원수	참여인원	지속일수
규모별	1000인 이상	18	1800	1006	322	17.1
	500~999	6	736	352	66	14.0
	300~499	7	385	224	71	13.7
	100~299	26	173	106	37	14.0
	100미만	9	79	41	26	14.0
	전체	66	678	378	120	14.8
특성별	국립대병원	8(9)	1616	743	157	21.3
	특수목적공공병원	16(19)	233	138	66	14.0
	민간중소병원	15(40)	343	167	26	16.3
	사립대병원	14(29)	1462	885	316	13.8
	지방공사의료원	13(27)	190	144	60	13.8
	전체	66(126)	678	378	120	14.8

주: 분규수는 2004년 기준이며, 지부수는 2003년 기준.
 자료: 한국노동연구원 파업 DB 원자료 분석.

데, 보건의료노조 소속지부의 규모별·특성별 분규발생 상황을 요약해 보여주고 있는 <표 2>에서 대규모 병원과 국립대병원에서 분규참가 경향이 높고, 또 분규지속일수가 긴 것을 살펴볼 수 있다. 특히 6월 23일 이후에도 계속 지부파업이 진행된 곳은 53일간 장기파업을 벌인 광명성애병원(8/2), 서울대병원(7/23), 경상대병원(7/12), 경북대병원(7/3) 등 4곳이며, 대부분 1,000인 이상 고용 대형병원이다. 사측의 부당노동행위로 별도의 분쟁요인이 있었던 광명성애병원과 달리, 산별협약 내용 자체에 문제를 제기하는 서울대병원의 파업은 본조의 승인을 받지 않은 비공인파업이었다.

비록 산별파업과 지부파업으로 산업평화의 유지는 불가능하였으나, 보건의료노조는 파업기간 중 필수업무 유지에 지장이 없도록 주의하였으며, 사측 대표단의 요청에 따라 병원로비 점거농성을 일시 중단하는 등 유연한 모습을 보여주기도 하였다. 기존 보건의료노조의 파업이 분규수가 적더라도 최악의 노사대립으로 장기화되는 경향을 보여주었음을 고려한다면 의미 있는 변화라고 할 수 있다. 그러나 산별교섭이 지부교섭 및 파업으로 이어진 만큼 중복 교섭과 파업의 비용은 상승시켰다. 특히 대규모 병원에서는 해당 지부의 현안사항에 대한 관심이 산별교섭을 부차적인 것으로 만드는 경향도 발견되었다. 서울대병

원지부는 산별협약은 최소 기준을 정하는 협약이므로 일부 사항에 대해 지부 협약보다 우선 효력을 갖는다는 합의안 제10장 제2조의 폐기 삭제를 강력하게 요구하면서, 산별교섭 잠정합의안과 지부교섭 잠정합의안에 대한 찬반투표와 함께 조건부 산별노조 탈퇴에 대한 조합원 찬반투표를 실시하여 총 65.3%의 투표율에 89.9%의 찬성률을 얻어내 조건부 탈퇴에 대한 지부조합원 의지를 확인하였다.

서울대병원지부와 보건의료노조의 갈등은 수직적 교섭구조상의 조율 부족을 잘 드러낸 사건이었다. 보건의료노조는 산별교섭 합의 내용을 이유로 기존 지부 단체협약과 노동조건을 저하시킬 수 없다고 협약에 명시한 바 있다(제10장 제1조). 그러나 주 5일제 도입을 둘러싸고 휴가제도 개선, 인력충원과 임금인상 등을 일괄 타결하는 교섭의 특수성을 반영하여 제9장(임금), 제3장(노동시간단축)의 제1조(노동시간단축), 제5조(연·월차휴가 및 연차수당), 제6조(생리휴가)는 지부단체협약 및 취업규칙에 우선하여 효력을 가지도록 하였다(제10장 제2조). 산별 노동운동 내부의 수직적 조율은 산별교섭이 해결해야만 하는 근본적인 문제, 즉 지불능력이 있는 기업의 지부에서 과연 산별협약에서 결정된 임금과 근로조건을 어떻게 준수할 수 있을 것인가라는 문제와 관련되어 있다.

한편, 사측에서 요청하고 보건의료노조에서도 검토한 바 있는 특성별 교섭에 대한 요구는 교섭의 수평적 조율 문제와 관련된다. 2004년 교섭에서 특성별 교섭에 대한 수요가 등장한 것은 공공부문의 국립대병원에서는 노동비용 증가가 수반되는 보건의료노조의 요구안을 의료공공성에 대한 요구보다 수월하게 들어줄 수 있었던 반면, 중소병원은 그 반대로 의료공공성보다는 비용문제가 더 수용하기 어려운 요구였기 때문이다. 이 문제는 보건의료노조보다 사측, 특히 특성별 병원간의 이해 차이를 조율할 수 있는 병원협회의 조직 및 기능강화를 통해 어느 정도 해결이 가능할 것이나, 2004년에는 대표성 있는 병원 사용자단체의 부재 및 내부 의견조율 미진으로 원만한 교섭진행이 이루어지지 못했다.

Ⅲ. 자료와 조사방법

이 연구에서 사용된 자료는 2004년 보건의료노조에서 자체 조사한 조합원 설문조사 결과에 응답한 약 4천여 부의 질문지 응답내용이다. 전체 보건의료노조 소속 조합원을 대상으로 한 응답자의 일반적 특성이 <표 3>에 나타나 있다. 산업의 특성상 여성 응답자의 비중이 70%로 남성 응답자보다 많았으며, 근속 연수는 7.5년으로 상대적으로 근속이 어느 정도 확보된 종사자들이 조합원으로 활동하고 있음을 살펴볼 수 있었다. 미혼 응답자보다 기혼 응답자가 약간 더 많았으나, 차이는 그렇게 크지 않았다.

병원협회에 가입된 병원 약 1,000여 개 중 보건의료노조에 소속된 지부는 100여 개로 추정된다. 이들 지부에 주요 국립대 및 사립대, 그리고 대규모 병원들이 포함되어 있고, 민간중소병원은 약 40여 개에 불과하여 보건의료노조에 소속된 병원들이 보건의료산업 내에서는 대규모 및 주요 사업장임을 알 수 있다. 국립대병원과 사립대병원은 교육부 산하이며, 지방공사의료원의 27개 지부는 행정자치부가 담당부처이다. 보건복지부는 적십자병원과 민간중소병원의 운영을 관장한다. 대체로 국립대와 사립대에 비해 지방공사의료원이나 민간중소병원의 운영이 어렵고 지불능력이 낮은 편이다. 병원 특성별 분포는 각 특성별 병원 소속 조합원들이 어느 정도 대표성을 담보할 수 있는 정도로 충분히 응답한 사실을 보여주고 있다. 그 중에서도 사립대병원 소속 조합원의 응답률(47.2%)이 가장 높아 거의 반수를 차지하였다.

고용형태별로는 정규직의 응답률이 97.1%로 압도적으로 높았는데, 이는 조합원의 대부분이 정규직인 사실을 반영한다. 이러한 이유로 이 자료는 실제 병원에서 고용된 비율보다 비정규직이 과소 대표된 문제점을 내포하고 있다. 조합내 지위로 살펴본 응답자의 분포는 평조합원이 83.6%로 대다수였으며, 임원급이 4.3%, 대의원이 5.3%였다. 조합의 실질적인 운영을 담당하는 임원과 의결 역할을 하는 대의원 등, 임금이나 근로조건의 향상 외에도 산별 노동운동의 조직기반 확충과 발전을 염두에 두어야 하는 지도부에 비해 일반 조합원들은 단

체교섭에서 논의된 다양한 사안에 대해 지도부와 다른 의견을 가질 가능성이 있다.

보건의료노조 조합원과의 비교를 위해, 2004년 10월 병원협회 내부회의에 참석한 사측 약 30명에 대한 설문지 조사를 실시하였다. 이렇듯 사례가 제한되어 있었으므로, 보건의료노조 조합원의 응답 내용을 대상으로 한 통계분석의

〈표 3〉 조사대상 보건의료노조 조합원의 일반적 특성

변 수	%(빈도)
성별	
남자	30.2(1294)
여자	69.8(2993)
연령 (세)	29.4
결혼 여부	
기혼	53.5(1894)
미혼	46.5(1647)
근속연수 (년)	7.5
부양가족수(본인포함) (명)	2.9
병원 특성별 ¹⁾	
국립대병원	10.1(446)
민간중소병원	18.3(810)
사립대병원	47.2(2089)
지방공사	8.6(380)
특수목적	15.8(697)
근무형태	
2교대근무	9.7(356)
3교대근무	48.7(1789)
통상근무	41.7(1532)
고용형태	
정규직	97.1(3624)
직접고용 비정규직	2.9(107)
간접고용 비정규직	0.1(2)
조합내 지위	
상집간부 및 임원	4.3(153)
대의원	5.7(204)
평조합원	83.6(2982)
기타(비조합원)	6.4(228)

주: 1) 보건의료노조 소속 국립대병원 지부수는 9개, 민간중소병원은 47개, 사립대병원 29개, 지방공사의료원 27개이며, 특수목적병원인 원자력 및 보훈, 그리고 16개의 지부를 가진 원자력 병원이 있음.

실시는 어려웠고, 따라서 병원 사용자 평가는 대략적인 추세를 알려주는 것으로 주의 깊게 해석될 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 비록 제한된 응답 범위에서나마 병원 특성별로 응답자가 고르게 분포되어 있었으며, 응답자 직위도 의료원장 6명, 기획실장 혹은 사무국장, 그리고 노무 및 인사담당자가 각각 11명으로 다양하였다. 응답자의 직업은 의료직 4명에 비해 비의료직이 23명으로 행정전문가들이 압도적으로 더 많았다. 사측 응답자의 과반수 이상이 산별교섭에 직접 혹은 위임을 통해 참여한 경험을 가지고 있었다. 조사대상자가 소속한 병원의 경우 환자보다는 적자를 보고 있는 경우가 대다수였는데, 이러한 경향은 특히 민간중소병원과 사립대병원이 공공병원보다 두드러졌다. 지부노조의 성향은 대부분 전투적이거나 보통이라고 평가하였으며, 협조적이라는 응답은 지방공사의료원 소속 사측 응답자 2명 외에는 없었다.

IV. 보건의료산업 2004년도 산별중앙교섭에 대한 조합원의 평가 및 만족도

1. 종합적 평가

산별 5대 요구안에 대한 조합원 평가는 상당히 긍정적이었다. 과반수가 넘는 60% 이상의 조합원이 산별노조의 요구안에 대해 꼭 필요하고 적절하였다고 응답하였으며, 비판적 의견은 소수에 불과하였다. 첫 산별교섭의 성과로 가장 높이 평가한 내용은 주 5일 40시간제 확보였으며, 산별교섭 제도화의 기틀을 마련한 점에 대해서도 그에 못지않은 과반수 이상이 지지를 표명하였다. 산별교섭의 세부 합의안 중 가장 만족도가 낮은 항목은 <표 4>가 보여주듯이 ‘임금인상’과 관련된 것이었는데, 이것은 사측 평가에서 임금인상률과 관련된 사용자들의 만족도가 상대적으로 높은 것을 정확히 반대로 반영하고 있는 결과라 할 수 있다. 임금인상률에 대한 불만족도는 사립대병원, 특수목적공공병원, 국립대병원, 지방공사의료원, 민간중소병원의 순서대로 높았다.

〈표 4〉 산별교섭 세부 합의안에 대한 만족도

	국립대 병원	민간 중소	사립대 병원	지방 공사	특수 목적	전 체
산별기본협약, 산별교섭 제도화	2.5	2.3	2.8	2.4	2.6	2.6
의료 공공성 강화, 환자권리장전	2.6	2.5	2.8	2.7	2.7	2.7
주5일제 시행	2.1	2.4	2.8	2.6	2.4	2.5
비정규직 정규직화와 차별 철폐	2.7	2.4	2.9	2.7	2.8	2.8
보건의료산업 최저임금제 도입	2.6	2.4	2.8	2.6	2.6	2.6
보건연대기금 조성	2.7	2.6	2.9	2.7	2.8	2.8
임금인상	3.1	2.7	3.4	3.0	3.3	3.2

주: '1점:매우 만족한다~5점:매우 불만이다'로 점수가 클수록 '불만족'을 의미함.

보건의료산업 사측 역시 소속 병원의 특성에 따라 2004년 산별교섭 내용에 대한 평가에 차이가 있었다. 상대적으로 좋은 평가를 내린 병원은 국립대와 사립대병원이었으며, 민간중소병원과 지방공사의료원의 평가는 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 임금인상률에 대한 만족도는 민간중소병원에 비해 국립대와 사립대병원 관계자가 높았다. 지부 보충교섭에 대한 만족도는 국립대병원의 경우가 가장 낮았는데, 이는 산별교섭에서 부족했던 부분을 지부 교섭에서 만회하고자 한 지부노조와의 갈등이 있었음을 살펴볼게 해준다.

<표 5>는 보건의료노조가 마련한 산별 5대 요구안에 대한 조합원 만족 여부를 종속변수로 하여, 조합원의 인적·조직적 특성에 따라 그 만족도가 어떻게 차이 나는지 보여주고 있다. 세부 합의안 및 그 평균에 대해서는 1~5점까지 구분된 만족도 측정 내용을 종속변수로 한 회귀(OLS)분석을 실시할 예정이기 때문에, 보건의료 산별교섭 요구안에 대한 종합적 의견을 묻는 이 사안에 대해서는 매우 만족, 그리고 만족에 응답한 경우와 그 외의 응답 내용으로 이분하여 로지스틱 분석을 실시하였다. 이 분석 결과에 따르면, 통계적으로 유의미한 수준에서 나이가 많을수록 만족도가 떨어졌으며, 간호사 직급보다는 사무직이나 약사, 영양사 등이, 또 상급간부나 임원에 비하여서는 평조합원이나 비조합원의 만족할 가능성이 낮은 것으로 드러났다. 병원 특성별로는 국립대병원 소속

조합원보다 여타 병원 소속 조합원의 만족 가능성이 일관성 있게 모두 높은 것으로 드러났다. 또한 남성보다는 여성 조합원이, 미혼보다는 기혼 조합원의 만족도가 높은 것으로 드러났지만, 이 결과들은 통계적으로 유의미한 수준에서 확인된 것은 아니다.

〈표 5〉 로지스틱 회귀분석 결과 : 종속변수-2004년 보건의료 산별교섭 노조측 요구안에 대한 의견

변 수	불만족(0)/만족(1)
성별(기준:남자)	
여자	.104 (.136)
나이	-.029***(.009)
결혼 여부(기준:미혼)	
기혼	.139 (.127)
고용형태(기준:정규직)	
비정규직	-.055 (.332)
직종(기준:간호사)	
사무직 및 약사, 영양사	-.339**(.140)
기타직종	-.191 (.148)
직위(기준:상집간부 및 임원)	
대의원	-.591 (.408)
평조합원	-1.352***(.338)
기타(비조합원)	-1.584***(.383)
특성별(기준:국립대병원)	
민간중소병원	.745***(.177)
사립대병원	.160 (.149)
지방공사	.361***(.203)
특수공공	.400***(.169)
상수	3.083***(.461)
총사례수	2544
Nagelkerke R ²	.055
-2log likelihood	2645.469
Chi-square	93.549***
Degrees of freedom	13

* p<.1, ** p<.05, *** p<.01

2. 산별교섭 세부 합의안에 대한 조합원 만족도

가. 의료공공성

보건의료산업의 산별협약은 2004년 6월 기준으로 보건업 월평균 정액급여의 40%(68만원 수준)를 최저임금으로 하는 산별 최저임금제 도입, 고용증대를 위한 노력, 산업발전을 위한 보건연대기금 준비위원회 구성, 의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 노사정 특별위원회 구성 합의 등 보건의료산업 전체의 발전과 해당 산업내 근로자 전체에 혜택이 돌아갈 수 있는 내용이 상당부분 포함되어 있다. 특히 환자의 권리장전 및 환자 편의와 쾌적한 환경을 위한 적정 병실 면적 및 시설확보 노력과 같은 조항은 전체 국민에게 혜택을 줄 수 있는 공익적 내용이다. 그러나 산별 최저임금 합의를 제외한 다른 의제들은 구체적인 방안 없이 차후 노력해야 하는 과제로 미루어진 것이 많다. 보건연대기금 조성은 병원의 적자 운영으로 인해 사측이 거세게 반대한 사안이다.

<표 6>은 산별교섭 세부 합의안에 대한 조합원 만족도에 영향을 주는 변수들을 총괄적으로, 그리고 의료공공성 분야로 나누어 살펴본 내용을 담고 있다. 세부 합의안에 대한 만족도의 평균을 종속변수로 분석한 바에 따르면, 인구학적 변수 중에서 만족도에 영향을 주는 것이 통계적으로 유의미한 수준에서 확인된 것은 성별 한 가지로, 남성 조합원에 비해 여성 조합원의 만족도가 더 높은 것으로 드러났다. 병원 특성별로는 통계적으로 유의미한 수준에서 국립대병원보다는 민간중소병원 소속 조합원의 만족도가 높은 반면, 사립대병원은 국립대병원 조합원보다도 상대적으로 만족도가 더 낮았다. 의료공공성 관련 사안에 대한 만족도에 영향을 미치는 변수를 분석한 결과도 이와 유사하였지만, 이 사안과 관련하여서는 상집간부 및 임원보다 평조합원의 만족도가 통계적으로 유의미한 수준에서 낮았다.

나. 산별 기본협약과 주 5일제

실질적으로 2004년 보건의료 산별교섭의 최대 이슈는 사용자단체 구성과 산별교섭의 노사 공동준비 등을 통한 산별교섭의 안정적 정착 및 주 5일제 도입

<표 6> 회귀(OLS)분석 결과: 종속변수-2004년 보건의로 산별교섭 세부합의안 평균 및 의료공공성에 대한 만족도

	세부 합의안 평균 ¹⁾	의료공공성 ²⁾
성별(기준:남자)		
여자	.096*** (.036)	.081 (.037)
나이	-.002 (.002)	-.004 (.003)
결혼 여부(기준:미혼)		
기혼	-.008 (.031)	.018 (.032)
고용형태(기준:정규직)		
비정규직	-.025 (.083)	-.060 (.086)
직종(기준:간호사)		
사무직 및 약사, 영양사	-.024 (.036)	-.041 (.037)
기타직종	-.036 (.037)	-.013 (.038)
직위(기준:상집간부 및 임원)		
대의원	-.035 (.070)	-.041 (.072)
평조합원	-.085 (.055)	-.117** (.056)
기타(비조합원)	.002 (.070)	-.075 (.072)
특성별(기준:국립대병원)		
민간중소병원	.156*** (.043)	.133*** (.045)
사립대병원	-.249*** (.039)	-.146*** (.041)
지방공사	-.046 (.050)	-.037 (.052)
특수공공	-.070 (.043)	-.023 (.045)
상수	3.433*** (.102)	3.519*** (.105)
R ²	.086	.044

* p<.1, ** p<.05, *** p<.01

주: 1) 종속변수는 산별교섭 합의안의 세부 내용에 대해 ‘1점:매우 불만이다~5점: 매우 만족한다’로 다시 코딩하여 분석하였음. 이러한 코딩 방식은 이후의 <표 7> 및 <표 8>에도 똑 같이 적용되었음. 그 세부 내용은 ① 산별 기본협약, 산별교섭 제도화, ② 의료공공성 강화 및 환자 권리장전, ③ 주5일제 시행, ④ 비정규직 정규직화와 차별 철폐, ⑤ 보건의료산업 최저임금제 도입, ⑥ 보건연대기금 조성, ⑦ 임금인상임.

2) 의료공공성은 위의 ② 의료공공성 강화 및 환자권리장전, ⑤ 보건의료산업 최저임금제 도입, ⑥ 보건연대기금조성에 대한 만족도의 평균값임.

이었다. 산별 기본협약에 대한 만족도 역시 상집간부보다는 평조합원과 비조합원이 통계적으로 유의미한 수준에서 낮았는데, 이는 산별노조의 간부와 조합원 간에 산별노조의 목적과, 방향과 관련된 의견의 격차가 상당부분 존재하고 있

음을 살펴보게 해주는 결과이다(표 7 참조). 국립대병원과 비교하여서는 민간 중소병원 소속 조합원의 만족도가 높고 사립대병원 조합원의 만족도가 낮은 추세 역시 의료공공성에 대한 분석 내용과 유사한 결과이다.

보건의료산업은 인건비 비중이 50%가 넘고 교대근무로 인해 상당량의 인력 충원을 통한 주 5일제 도입이 불가피할 뿐만 아니라 정부의 인력충원 지원방안 없이는 자율적 교섭을 통한 노조의견 수용이 어려운 공공부문의 사용자들이 포함되어 있는 특성을 가진다. 또한 2002년 병원급 의료기관의 평균 부채비율은 252%이며, 같은 해 전국 병원 975개 중 경영난으로 문을 닫거나 소유권을 이전한 병원이 93곳으로 전체 산업 평균 부도율 0.23%의 약 40배에 이르는 9.5%의 도산율을 보였다(서영준, 2003). 이러한 상황에서 보건의료노조가 주 5일제

〈표 7〉 회귀(OLS)분석 결과: 종속변수-2004년 보건의료 산별교섭 산별 기본협약과 주 5일제 도입에 대한 만족도

	산별 기본협약	주5일제 도입
성별(기준:남자)		
여자	.006 (.046)	.018 (.056)
나이	.003 (.003)	.009** (.004)
결혼 여부(기준:미혼)		
기혼	-.040 (.040)	.046 (.049)
고용형태(기준:정규직)		
비정규직	.005 (.108)	.173 (.130)
직종(기준:간호사)		
사무직 및 약사, 영양사	-.070 (.046)	-.010 (.055)
기타직종	-.042 (.047)	-.118** (.058)
직위(기준:상집간부 및 임원)		
대의원	-.136 (.091)	.036 (.111)
평조합원	-.282*** (.071)	-.116 (.086)
기타(비조합원)	-.402*** (.091)	.092 (.111)
특성별(기준:국립대병원)		
민간중소병원	.248*** (.056)	-.250*** (.068)
사립대병원	-.265*** (.051)	-.561*** (.062)
지방공사	.065 (.065)	-.485*** (.080)
특수공공	-.061 (.056)	-.234*** (.069)
상수	3.701 (.128)	3.632*** (.156)
R ²	.073	.056

* p<.1, ** p<.05, *** p<.01

원칙에 대한 사측의 합의를 얻어내 1일 8시간, 주 5일 40시간제 실시에 따른 표준화된 근무제를 시행하게 된 것은 산별교섭을 통해 얻은 노측의 큰 성과로 평가될 수 있다. <표 7>에 나타난 바에 따르면 이와 관련하여서는 연령이 높을 수록, 그리고 간호직이 여타 직종보다, 국립대병원 소속 조합원이 여타 병원 소속 조합원보다 만족도가 높았고, 이러한 차이는 모두 통계적으로 유의미하였다.

한편, 사측도 기존 근로기준법에 따른 월차와 연차휴가를 폐지하고 개정 근로기준법에 따라 휴가일수를 조정 적용하면서 특히 주 5일제 시행을 이유로 무급 생리휴가에 대한 수당 보전에 신규 직원을 제외시켰는데, 이것은 보건의료 산별교섭에서 경기침체시 나타나는 협약의 이중적용 경향이 등장하였음을 보여준다.⁷⁾ 이 신규 직원이 같은 일을 하면서 기존 직원보다 낮은 임금을 받는 단체교섭의 이중적용은 1980년대 중반부터 후반까지 미국에서 양보교섭의 형태로 많이 사용된 것으로, 1% 미만의 제조업체 기업에서 실시되다가 1985년에는 그 비중이 26.3%에 이르렀고, 결국 1988년에는 2.8%로 다시 하락하였다. 대규모 이직과 새로운 전투성을 유발할 가능성⁸⁾이 있는 이 단체교섭의 이중적용을 통해 사측이 기대할 수 있는 효과는 물론 임금비용 감소이나, 미국의 경험적 연구들은 금융시장의 반응에 대한 분석을 통하여 투자자들이 근로자의 협조 거부, 이직 증가를 통한 생산성 감소가 임금비용 감소보다 더 클 것으로 우려하여 결국 그다지 좋은 결과를 낳지 않은 것으로 평가하고 있다(Thomas and Kleiner, 1992).

다. 비정규직 차별철폐 및 임금과 근로조건의 평준화

보건의료노조는 사측과 1년 미만 비정규직에 한해 월 1회 유급휴가 보장, 주 5일제로 인한 인력부족시 비정규직 우선 정규직화 등에 대해서는 합의하였다.

-
- 7) 생리휴가 보전시 총액임금 2% 이상의 인상효과가 있다고 주장한 사측의 생리휴가 무급화 요구가 워낙 강했기 때문에 생긴 문제로, 보건의료노조에서는 2005년 교섭에서 보전수당을 신규 직원에게도 제공하는 방향에서 이 문제를 해결하려 하고 있다(보건의료노조, 2004).
- 8) 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).

그러나 비정규직의 처우개선, 정규직화, 직접고용 비정규직의 고용보장, 간접고용 비정규직에 대한 고용승계는 노력한다는 실효성 없는 약속을 사측에게 얻어낸 데 그쳤다. 이러한 내용은 비정규직의 규모 확대를 막는 수준에 불과하여, 정규직과 비정규직의 임금 및 근로조건 격차는 계속 확대될 수 있다. 특히 병원 산업의 비정규직 확대는 특성별로 차이가 있어 2001년 자료에 따르면 공공병원이 민간병원보다 2배 이상 많은 비정규직 비율을 가지고 있었으며, 그 중에서도 국립대병원의 비정규직 비율이 2003년 31.5%로 가장 높게 나타났다(김미애, 2003).

<표 8>에 나타난 비정규직 차별철폐와 관련된 합의안에 대한 만족도 분석에서 주목할 만한 사실은 이제까지의 추세와는 달리 상집간부나 임원에 비해 평조합원과 비조합원의 만족도가 통계적으로 충분히 유의미한 수준에서 더 높았다는 점이다. 현 합의안에 대한 상집간부나 임원의 불만족 정도가 높다는 것은 비정규직 문제가 산별 본조의 관심사임에 반해, 일반 근로자의 관심은 그에 미치지 못함을 엿볼 수 있는 결과이다. 또한 여성보다는 남성 조합원, 그리고 정규직보다는 비정규직 조합원의 만족도가 역시 통계적으로 유의미한 수준에서 낮았다.

보건의료노조는 또한 주 5일제 시행대상 병원 및 사업장은 기본급 2%, 대부분 중소병원인 미시행병원은 5% 인상을 결정함으로써 대기업과 중소기업 근로자의 지나친 임금격차 확대를 막고자 하는, 지금까지 기업별교섭에서 보기 어려웠던 노동운동의 연대의식을 보여주었다. 직원 1인당 임금수준의 경우 중소병원이 대형병원의 60%에 불과하고 인력은 대학병원에 비해 매우 부족한데, 현재 중소기업의 나쁜 경영실적과 지불능력 취약으로 이 격차는 점점 더 벌어지고 있는 상황이다(이주호, 2004). 이러한 임금격차 축소 노력은 <표 9>가 보여주듯이 보건의료산업 내 임금 및 근로조건 평준화에도 일부 기여한 것으로 판단된다.

<표 8>은 임금인상률에 대해 남성보다는 여성 조합원이, 기혼보다는 미혼 조합원이, 그리고 상집간부나 임원과 비교하여서는 비조합원의 만족도가 상대적으로 높은 경향을 보여주고 있는데, 이 차이는 모두 통계적으로 유의미하였다. 병원 특성별로는 국립대병원 보다는 민간중소병원 소속 조합원의 임금인상률

에 대한 만족도가 통계적으로 유의미한 수준에서 높았던 반면, 사립대병원 및 특수목적공공병원 소속 조합원의 만족도는 국립대병원보다도 낮은 것으로 드러났다.

〈표 8〉 회귀(OLS)분석 결과: 종속변수-2004년 보건의로 산별교섭 비정규차별철폐 및 임금인상 관련 만족도

	비정규차별철폐	임금인상률
성별(기준:남자)		
여자	.136***(.049)	.261***(.056)
나이	-.005 (.003)	-.004 (.004)
결혼 여부(기준:미혼)		
기혼	.030 (.043)	-.136***(.049)
고용형태(기준:정규직)		
비정규직	-.240**(.117)	.171 (.132)
직종(기준:간호사)		
사무직 및 약사, 영양사	-.028 (.050)	.073 (.056)
기타직종	-.082 (.051)	-.033 (.058)
직위(기준:상집간부 및 임원)		
대의원	.137 (.099)	-.047 (.112)
평조합원	.208***(.077)	.070 (.087)
기타(비조합원)	.223**(.099)	.429***(.112)
특성별(기준:국립대병원)		
민간중소병원	.318**(.060)	.397***(.068)
사립대병원	-.209***(.055)	-.302***(.062)
지방공사	.061 (.071)	.106 (.080)
특수공공	-.029 (.061)	-.122* (.069)
상수	3.140***(.139)	2.749***(.157)
R ²	.072	.131

* p<.1, ** p<.05, *** p<.01

〈표 9〉 2004년 협약의 임금격차 감소효과 추정치

	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
1,000인 미만 사업장(A)	1,187,950	1,247,347	1,247,347	1,211,709	1,211,709
1,000인 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%

	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
1,000인 미만 사업장(A)	886,807	931,148	931,148	904,543	904,543
1,000인 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%

	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
1,000인 미만 사업장(A)	1,512,371	1,556,712	1,556,712	1,530,108	1,530,108
1,000인 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%

주: 임금총액=정액급여(기본급+통상적 수당+기타수당)+상여금, 임금인상률의 각 %는 기본급에만 적용한 것임.

자료: 노동부, 『임금구조 기본조사』(2003) 원자료 분석.

V. 요약과 시사점

보건의료노조는 이미 산별교섭을 성사시킨 금속노조와 금융노조에 비해 가장 늦게 시작했음에도 불구하고 첫 산별교섭에서 산별 의제뿐 아니라 임단협 의 핵심 요구를 담아내는 데 성공하여 그 내용상 가장 앞선 모습을 보여주었다. 보건의료노조가 이런 형태의 산별교섭을 실시할 수 있었던 것은 우선 주 5일제라는 산별교섭에 적합한 이슈를 가지고 있었고, 또 보건의료산업의 특성상 이 이슈의 산업 차원 조율이 여타 산업보다 매우 중요하였기 때문이다.

크게 보면 보건의료노조의 경우, 상대적으로 유사한 조건을 가진 공공부문 사업장을 많이 가지고 있어 근로조건의 조율에 유리한 상황이었으며, 또 의료시장 개방 등 급변하는 시장변화에 공동대응을 할 필요에 의해(윤영규, 2003), 사측의 산별교섭 참여 유인이 존재했기 때문이라고 여겨진다. 실제 2004년 보건의료노조 산별 중앙교섭 5대 요구안에서 담고 있는 보건의료 예산증액, 의료개방 반대 등 의료공공성 강화 관련 요구의 상당 부분은 사측도 공감할 수 있는 내용으로 구성되어 있다. 이러한 배경에 힘입어 보건의료노조는 2004년 교섭에서 무엇보다도 최초의 산별교섭을 무리 없이 마쳤다는 성과를 얻었다.

그러나 앞에서 살펴보았던 2004년 산별교섭에 대한 보건의료노조 조합원 만족도 회귀분석 결과를 요약해 놓은 <표 10>이 보여주듯이, 소속 병원의 특성이나 조합내 지위에 따라 사안별 산별교섭의 주요 내용에 대한 만족도에 상당한 차이가 있다는 사실은 보건의료노조 내부의 결집력 강화가 앞으로 노동조합의 주요한 과제가 될 것임을 예상하게 해준다. 의료공공성과 산별 기본협약, 그리고 비정규직 등 산별교섭의 핵심 이슈에 대해 상집간부 및 임원과 평조합원 사이에 만족도의 차이가 있었고, 특히 비정규직과 관련하여서는 정규직에 비해 비정규직의 만족도가 통계적으로 유의미한 수준에서 낮았던 점이 주목할 만하다. 전반적으로 간부나 대의원들이 비정규직 관련 협약 내용이 부족하였다고 판단한 반면, 평조합원의 만족도는 간부보다 높았다. 한편 특성별로는 국립대나 사립대병원 등 상대적으로 나은 근로조건을 가진 조합원의 불만족도가 상대

〈표 10〉 산별교섭에 대한 노동조합 만족도 요약표

	전체 (노조측 요구안)	세부 평균	의료공 공성	산별기 본협약	주5일제	비정규직 차별철폐	임금 인상률
성별(남자)							
여자		+0.096***				+0.136***	+0.261***
나이	-0.29***				+0.009**		
결혼(미혼)							
기혼							-0.136***
고용(정규직)							
비정규직						-0.240**	
직종(간호사)							
사무직	-0.339**						
기타					-0.118**		
직위(간부)							
대의원							
평조합원	-1.352***		-0.117**	-0.282***		+0.208***	
비조합원	-1.584**			-0.402***		+0.223**	+0.429***
특성(국립대)							
민간중소	+0.745***	+0.156***	+0.133***	+0.248***	-0.250***	+0.318***	+0.397***
사립대		-0.249***	-0.146***	-0.265***	-0.561***	-0.209***	-0.302***
지방공사	+0.361***				-0.485***		
특수공공	+0.400***				-0.234***		-0.122*

적으로 높은 추세가 드러났다.

1. 수직적·수평적 교섭구조의 조율 부족

이러한 분석 결과는 수직적·수평적 산별 교섭구조의 조율이 상당히 힘든 작업이 될 것임을 예견하게 한다. 이 문제가 압축적으로 반영된 사건이 바로 서울대병원지부와 보건의료 본조와의 갈등이다. 실제로 2004년 산별교섭을 통해 보건의료노조 본조와의 갈등을 겪었던 서울대병원지부는 결국 보건의료 본조를 탈퇴하고 말았다. 그런 점에서 서울대병원지부의 문제 제기에 대한 올바른 해

석과 평가는 장기적인 산별교섭의 정착에 꼭 필요한 매우 핵심적인 작업이라고 할 수 있다.

현재 우리나라와 같이 기업별 격차가 확대되고 기업과 작업장 노사관계가 불안한 상황에서는 우선 산별 차원의 이해대표를 통한 기업과 작업장 수준의 갈등을 제거하고, 지나친 임금과 근로조건의 격차를 줄이는 작업이 우선되어야 할 것이다. 산별 협약이 최저 수준만 정하고 지부 소속 기업의 지불능력에 따라 산별합의를 뛰어넘는 요구가 언제나 가능하다면 교섭비용 감소와 근로자간 격차 축소를 중시하는 산별교섭의 의미는 크게 퇴색하게 된다. 그런 점에서 서울대병원지부의 파업은 바람직하지 못했으며, 산별노조 내에서 해결하려는 노력이 필요하다.

이와 관련하여 2004년 산별교섭에서는 서울대병원뿐 아니라 다른 대병원 지부장들도 산별교섭이 본격화됨에 따라 필수적으로 수반되는 지부장 역할과 위상의 약화에 대해 우려를 표명한 바 있다. 보건의료노조는 따라서 기업과 작업장 수준의 노동자 이해대표 능력 강화와 산업내 임금격차 조율 방법을 빨리 찾아내야 할 터인데, 우선 지부장과의 의사소통 및 개별 병원내 문제에 대한 의견 수렴을 제도화하고, 산별 수준에서 공동으로 처리가능한 내용에 대한 적극적 대응방안을 마련할 필요가 있을 것이다. 그런 한편, 기본적으로 보건의료노조의 산별 교섭에서는 *전체적인 임금인상률과 최소한도의 근로조건 조율을 지속적으로 해 나가는 노력이* 요청된다.

2. 산업내 임금 및 근로조건 격차

산별교섭의 중요한 장점 중의 하나는 근로자간 임금과 근로조건의 격차를 축소시킬 수 있다는 점이다. 보건의료산업의 노사는 2004년 산별교섭에서 이러한 방향으로의 첫 걸음을 시작하긴 하였으나, 아직은 이런 변화가 어느 정도 지속될 수 있을지, 그리고 근로자간 격차 축소가 어느 정도 현실화될 수 있을지 예측하기 어렵다. 임금과 근로조건에 대한 병원 특성별 만족도 차이 및 이 경향이 노측과 사측의 반대로 관찰되는 현상—노측 만족도가 높은 경우 사측 만족도가 떨어지는 현상—은 향후 산별 중앙교섭을 통한 임금 및 근로조건의 격차 축소

가 쉽지 않을 것임을 미리 살펴보게 해준다.

이러한 우려는 산별교섭의 내용이 지부 차원에서 지켜지지 않는 경우가 때때로 발견되기 때문에 더욱 깊어진다. 보건의료노조 내부자료에 기초하여 산별협약에서 지부 협약보다 우선하여 적용하도록 규정된 사안에 대해 어느 정도의 이탈이 지부 협약에서 이루어졌으며, 또 그것이 어떤 방향에서 이루어졌는지를 살펴본 결과, 임금의 경우 인상률이 지부 협약에서 증가하기보다 하락하는 경향이 발견된 한편, 근로시간 단축에 따른 근로조건은 보다 유리하게 변하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 이는 임금의 경우 민간중소병원 등 지불능력이 약한 기업도 산별협약의 적용대상이었는 데 반해, 근로시간 단축은 대병원 위주로 진행되었기 때문에 지부 차원에서 상향조정이 이루어진 것으로 해석될 수 있다.

<표 11>은 보건의료산업 내부에서도 근로자간 상당한 임금격차가 있음을 보여주는데, 특히 정액과 상여가 모두 포함된 총액임금 기준으로 규모별·직종별 임금격차가 크다. <표 12>의 근속별 임금구조 분포 상황에서는 근속에 따른 임금격차 역시 상당한 수준임을 살펴볼 수 있다. 300인 미만 사업장의 간호사 평균근속은 2.9년으로, 1,000인 이상 사업장의 7.9년의 절반에도 못 미치고 있는데, 저임금과 고용불안으로 소규모 사업장의 경우 경험 있는 간호사가 부족하며, 이러한 근속 격차가 규모별 임금격차의 상당 부분을 설명한다는 해석이 가능하다. 또한 <표 13>에 나타나 있는 노조조직 유무별 임금격차는 산별노조로서의 보건의료노조가 산별 차원에서 결정된 임금과 근로조건을 미조직 사업장까지 어떻게 확대시킬 수 있는가에 대한 과제를 제시하고 있다고 볼 수 있다. 1,000인 이상 고용 유노조기업의 간호사 정액 및 상여금이 250만 원을 상회하는 반면, 미조직 사업장 간호사들의 임금은 그것의 약 절반 정도에 머무르고 있다.

결론적으로, 이러한 조사 결과는 보건의료노조가 산별교섭의 장점을 최대한 살리고, 사업장 차원의 노사관계를 안정시키기 위하여 아직 해결해야 할 과제가 많음을 시사하고 있다. 보건의료노조는 본조 조직의 중앙집중화와 조직정비, 특히 본조와 지부의 역할과 기능 분화에 대한 조합원들의 전반적인 합의 도출이 무엇보다도 핵심적인 과제가 될 것이다. 산별교섭이 개별 병원에서의 산업

평화를 이끌어내기 위해서는 산별노조의 결정을 소속 지부들이 존중하고 따를 수 있도록 교섭 권한이 집중되는 노동운동의 구조 확립이 필수적이다. 그와 더불어 근로자간 임금격차와 비정규직 문제 등 보건의료산업의 노사관계와 노동시장의 질적인 문제의 효과적인 해결을 위한 기본 조건을 마련하기 위해서는

〈표 11〉 직종별 기본통계(평균근속·연령·임금수준)

(단위: 년, 세, 천원)

구 분		간호사	의료 기사	간호 조무사	고졸 사무직	대졸 사무직	청소 세탁	건물 관리
전체	근속	4.9	7.2	3.9	7.4	5.5	3.9	7.1
	연령	29	33.2	27.1	34.3	31.7	53	51.8
	기본급	936	1,077	810	986	1,008	678	971
	정액급여	1,260	1,415	996	1,306	1,342	829	1,167
	정액+상여	1,649	1,833	1,205	1,694	1,696	938	1,359
300인미만(A)	근속	2.9	4.4	2.2	3.7	3.6	3.1	4.3
	연령	28.9	32	25.9	33.9	30.6	53.4	53.7
	기본급	864	1,053	783	906	978	656	972
	정액급여	1,161	1,367	931	1,204	1,304	801	1,135
	정액+상여	1,306	1,533	1,017	1,336	1,457	869	1,271
300~1,000인 미만(B)	근속	6.2	10.3	8.9	11.3	8.4	9.6	14.9
	연령	28.6	34.2	30.8	33.6	32.5	49.8	46
	기본급	915	1,011	851	1,033	956	816	960
	정액급여	1,221	1,360	1,145	1,370	1,287	1,011	1,247
	정액+상여	1,761	2,018	1,680	2,051	1,946	1,428	1,579
1,000인 이상(C)	근속	7.9	12.5	10.7	15.8	12	6.2	20.5
	연령	30.2	36.5	31.1	38.5	36.9	52.1	55.2
	기본급	1,254	1,339	958	1,236	1,328	934	1,182
	정액급여	1,727	1,761	1,290	1,622	1,726	1,066	1,577
	정액+상여	2,537	2,716	1,997	2,521	2,732	1,351	2,408
규모간 격차 (A/C)*100	기본급	68.9	78.6	81.7	73.3	73.6	70.2	82.2
	정액급여	67.2	77.6	72.2	74.2	75.6	75.1	72.0
	정액+상여	51.5	56.4	50.9	53.0	53.3	64.3	52.8
규모간 격차 (B/C)*100	기본급	73.0	75.5	88.8	83.6	72.0	87.4	81.2
	정액급여	70.7	77.2	88.8	84.5	74.6	94.8	79.1
	정액+상여	69.4	74.3	84.1	81.4	71.2	105.7	65.6
직종별 임금격차	기본급	100	115.1	86.5	105.3	107.7	72.4	103.7
	정액급여	100	112.3	79.0	103.7	106.5	65.8	92.6
	정액+상여	100	111.2	73.1	102.7	102.9	56.9	82.4

자료: 노동부, 『임금구조 기본조사』(2003), 원자료 분석.

노동조합 조직률이 비정규직을 포함하는 방향으로 확대되고, 그 구성이 변화될 필요가 있다. 보건의료노조는 금속노조 등 다른 산별 조직과는 달리 대규모의 영향력 있는 사업장을 포괄하고 있다는 장점을 가지나, 전체 보건의료 근로자의 10% 이하를 조직하고 있는 상황에서는 산별교섭의 주요 이슈들이 전체 산별 노동력의 형평성 확보에 부합하는 방식으로 해결되기 어렵기 때문이다.

〈표 12〉 근속별 임금구조

(단위: 원, %)

		간호사				의료기사			
		1,000원 미만		1,000원 이상		1,000원 미만		1,000원 이상	
기본급	1년 미만	771,571	100	1,032,947	100	780,840	100	809,994	100
	1~3년 미만	800,138	104	1,064,747	103	1,054,505	135	1,062,709	131
	3~6년 미만	912,441	118	1,138,931	110	1,097,900	141	1,128,009	139
	6~9년 미만	933,547	121	1,200,767	116	1,040,478	133	1,200,152	148
	9~12년 미만	1,093,179	142	1,320,113	128	1,039,806	133	1,265,538	156
	12~15년 미만	1,116,110	145	1,444,119	140	1,110,488	142	1,367,749	169
	15년 이상	1,317,961	171	1,703,286	165	1,257,783	161	1,624,405	201
정액급여	1년 미만	1,020,208	100	1,264,632	100	1,117,139	100	991,321	100
	1~3년 미만	1,066,826	105	1,345,280	106	1,307,198	117	1,312,915	132
	3~6년 미만	1,182,510	116	1,772,094	140	1,416,135	127	1,408,940	142
	6~9년 미만	1,291,888	127	1,641,767	130	1,414,085	127	1,561,223	157
	9~12년 미만	1,455,006	143	1,997,283	158	1,358,869	122	1,646,472	166
	12~15년 미만	1,592,643	156	1,890,833	150	1,462,264	131	1,789,303	180
	15년 이상	1,830,208	179	2,339,122	185	1,685,077	151	2,198,560	222
정액+상여	1년 미만	1,036,837	100	1,356,386	100	1,147,971	100	1,112,945	100
	1~3년 미만	1,307,052	126	2,059,842	152	1,500,887	131	1,917,821	172
	3~6년 미만	1,546,017	149	2,497,059	184	1,683,854	147	2,214,925	199
	6~9년 미만	1,791,358	173	2,427,322	179	1,828,103	159	2,481,602	223
	9~12년 미만	2,195,147	212	2,935,719	216	1,918,892	167	2,605,960	234
	12~15년 미만	2,327,654	224	2,961,385	218	2,114,918	184	2,765,441	248
	15년 이상	2,679,975	258	3,628,366	268	2,406,900	210	3,416,762	307

주: 임금지수는 근속 1년 미만을 100으로 놓고 구한 것임.

자료: 노동부, 『임금구조 기본조사』(2003), 원자료 분석.

〈표 13〉 노조조직 유무와 규모에 따른 간호사 근속연수 및 임금

(단위: 원)

노조유무	규모	근속연수	기본급	정액급여	정액+상여
노조 있음	300인 미만	4.2	1,026,087	1,252,821	1,501,857
	300~1,000인 미만	6.4	940,669	1,233,449	1,806,401
	1,000인 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
	300~1,000인 미만	4.1	633,913	1,085,358	1,266,687
	1,000인 이상	-	-	-	-

자료: 노동부, 『임금구조 기본조사』(2003), 원자료 분석,

참고문헌

- 김미애. “공공보건의료기관의 정부정책의 문제점과 과제”. 「공공보건의료기관의 확대 및 역할강화를 위한 토론회」 자료집. 보건의료노조 주최, (2003년 6월 24일).
- 노사관계제도선진화연구위원회. 『노사관계 법·제도 선진화방안』. (2003).
- 노향래. 「보건의료노조 산별교섭 경과 및 평가, 함의」. 미간행자료. (2004).
- 서영준. “병원산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 제안”. 「병원산업발전과 산별교섭 진전을 위한 병원 노사 대토론회」 발제문. 병원노사 대토론회 준비위 주최, 2003년 12월 2일.
- 보건의료노조. 「보건의료노조 2004년 임단협투쟁 평가초안」. (2004).
- 윤영규. 「산업별 노조다운 보건의료노조를 만들겠다」. 『노사저널』(2003년 1월 24일자).
- 이주희. “중소병원 발전과 공공성 강화방안”. 「중소병원의 발전과 공공성 강화를 위한 정책과제」 발제문. 보건의료노조 주최, (2004년 5월 11일).
- 이주희. 「산별 조직화와 단체교섭구조의 변화」. 『산업노동연구』 9권 2호, pp.109~135.

Rogers, Joel and Wolfgang Streeck. “The Study of Works Councils: Concepts and Problems” in Joel Rogers and Wolfgang Streeck (eds.), *Works*

Councils: Consultation, Representation, and Cooperation in Industrial Relations. Chicago: University of Chicago Press, (1995).

Thomas, Steven L., and Morris M. Kleiner. "The Effect of Two-Tier Collective Bargaining Agreements on Shareholder Equity". *Industrial and Labor Relations Review* 45 (2). (1992).

abstract

Evaluation of Collective Bargaining at the Industry-level: The Case of Korean Health and Medical Workers Union

Joohee Lee

Established in 1998, the Korean Health and Medical Workers Union completed its first industry-level collective bargaining in 2004. Based on the Union's 2004 Survey, which contained about 4,000 union members responses to the questionnaire, I investigated the union members' evaluation of the industry-level bargaining in 2004. Overall, the union members were rather satisfied with the outcome of the industry-level agreement, but their responses differed on specific bargaining items, depending on their status within the Union, and on the characteristics of the hospitals to which they belong. The leaders of the Union were more satisfied with the framework agreement, and less satisfied with the agreement related to improving the working conditions of nonstandard workers, than rank-and-file members were. Compared to the workers in small private hospitals, those workers employed in more profitable public or private university hospitals with higher employers' ability to pay were less satisfied with the wage increase rate, which was lower than the usual due to the introduction of 5-day work. These findings of the paper point to the following two policy recommendations. First, the Union must improve the coordination and cooperation among its hospital locals. The process inevitably involves tightening control of the Union over its locals. Second, it order to secure safe landing of the industry-level bargaining,

the existing wage gap and differences in working conditions between large hospitals and small and medium sized hospitals must be narrowed.

Keywords: The Korean Health and Medical Workers' Union, industry-level collective bargaining, employers' ability to pay, industry-level agreement, nonstandard workers, wage gap