

2005년 보건의료 산별교섭 평가

은 수 미*

I. 머리말

2005년 4월부터 7월까지 16회에 걸친 산별교섭과 9회의 축조교섭에도 불구하고 보건의료산업의 제2차 산별교섭은 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 준비하고 더 이상의 산별교섭에도 응하지 않고 있다. 때문에 노조가 추석전 산별교섭 마무리를 표명하고 있으나 제2차 산별협약이 언제 종결될지는 아직 불투명하다.

2005년 보건의료산업의 산별교섭 및 노사분규는 전국적인 노사관계의 축소판이었다 해도 과언이 아니다. ① 기존 정규직 기업별 노사관계를 넘어선 산별체계로의 전환이 사용자단체의 구성에서부터 여타 법·제도적 정비 그리고 노동계의 광범위한 지지 등 여전한 많은 난관을 뚫고 나아가야 할 문제임이 드러났다. ② 또한 노사, 노정 그리고 노사정간의 신뢰 부족이 보건의료에서도 장애가 되어 사회적 비용을 높였다.

그러나 많은 우려에도 불구하고 산별교섭이 후퇴했던 것만은 아니다. 2004년 산별교섭이 속도위반이라 할 정도로 빠르게 진행되어 일단 기업별 노조체계라는 벽을 뚫어버렸다면 2005년 산별교섭은 교섭틀과 구조, 대상과 방식 등 필연적으로 제기될 수밖에 없는 문제들을 가지고 좌충우돌하면서도 ‘산별교섭’ 및 산별적 노사관계를 돌이킬 수 없는 현실로 만들어내는 땅꾼이기의 시간이었다.

때문에 2005년 산별교섭 과정을 평가하는 것은 보건의료 산별교섭만이 아니라 한국

* 한국노동연구원 연구위원(esumi@kli.re.kr).

노사관계가 맞닥뜨린 문제점들을 살펴보면서 산별적 노사관계로의 전환을 추진하는 작업의 일환이기도 하다. 이 글의 목적은 보건의료산업 산별교섭의 주체·구조·쟁점 및 진행 경과를 추적하여 노사관계의 특징을 파악하고 2005년 산별교섭이 파행으로 치달은 원인을 분석하는 것이다. 또한 이를 통해 향후 안정적 노사관계 제도화를 위한 정책적 대안을 모색하고자 한다.

II. 보건의료 산별교섭의 추이와 쟁점

1. 2005년 보건의료 산별교섭: 교섭주체와 쟁점

보건의료 산별교섭이 본격적으로 추진된 것은 2000년에 접어들어서이며 2004년에 첫 산별협약이 이루어졌다. 보건의료노조가 1998년 합법적으로 결성되었고 사용자단체가 안정적으로 구성되어 있지 않았다는 점을 고려한다면 주목할 만한 성과가 아닐 수 없다. 그러나 2005년에는 ‘사용자단체 구성-노무사 위임’ 문제로 교섭이 결렬되어 6월 22일에 노조가 쟁의조정신청을 하였고 파업이 거론되었다. 결국 7월 7일 직권중재회부 이후에야 본격적인 교섭이 시작되었으나 7월 20일 노사 양측이 접점을 찾지 못하고 보건의료노조가 산별파업에 돌입함으로써 7월 22일 중노위가 강제중재에 들어갔다.

가. 단체교섭의 구조 및 참여주체

우선 단체교섭의 구조를 보면 2005년 노사 산별교섭은 본조-지부의 중층적 교섭구조를 보였다. 외국의 사례를 보아도 산별교섭에 기초하여 지부별 교섭이 진행되는 것이 일반적이다. 또한 서유럽 노조들은 처음부터 산별적인 질서를 갖고 있었기 때문에 지부의 쟁의가 금지되는 경우도 많다. 그러나 기업별 노조에서 산별적 질서로의 전환의 초기이고 산별교섭의 틀이 제대로 마련되지 않은 한국의 경우 지부별 교섭 및 파업이 이루어지는 한편, 산별교섭이 동시에 진행될 수밖에 없다. 따라서 사용자측은 끊임없이 ‘이중교섭’(이중파업)에 따른 추가부담을 우려하며 노조측도 동시교섭에 따른 부담이 없는 것이 아니다. 작년 서울대지부의 파업이 그 예이다. 또 산별과 동시에 이루어진 이번 지부별 조정신청의 경우 지부의 상당수가 조건부 직권중재 결정을 받았기 때문에 산별파업에 참여한 지부들의 경우 외형상 합법적 파업이 가능하기는 했다. 그러나 그 과정에서 일부 지부들의 교섭이 타결됨으로써 더 이상 산별파업에 참여하는 형태의 지부

별 과업이 어렵게 됨으로써 사실상 산별과업의 동력이 약화되었다. 본조-지부의 동시교섭이 상승효과를 낳지 않을 수도 있는 것이다. 때문에 교섭구조는 지속적인 쟁점으로 남을 수밖에 없고 산별교섭이 안정화되면서 적절한 형태로 제도화될 것으로 보인다.

다음으로 산별교섭의 참여주체에 있어 노조측은 위원장을 중심으로 한 대표단이 교섭권을 위임받았으나 사용자측은 제1회 산별 본교섭(2005년 4월 12일)이 시작될 때까지 7개 특성별 대표단과 전체 대표단을 모두 구성하지 못하였다. 이후 국립대병원은 서울대병원 지부의 탈퇴와 대표단 구성 지연을 이유로 9차 산별교섭까지 불참하고, 사립대병원은 노무사 위임을 통한 대표구성 입장을 견지하였다. 때문에 사용자대표 구성과 본격적인 교섭은 7월 6일 중노위의 권고안을 사용자측이 받아들임으로써 비로소 이루어졌다. 당시 중노위는 교섭틀의 구축이 급선무라면서 2004년 산별합의에 따라 책임있는 의료원장이 참여하는 교섭단을 구성할 것을 사용자측에 촉구하였다. 결국 사용자측의 대표단 구성은 노사외부적 요인의 힘이 컸던 것이다.

또한 2005년 산별교섭에 참여한 병원은 산별교섭대상병원 127개 중 85개로 작년 104개에 비해 오히려 줄어들었다. 특히 상대적으로 영향력이 큰 9개 국립대병원 중 서울대,

〈표 1〉 2005년 산별교섭 참여현황(2005년 6월 현재)

	병원 수	2004산별 협약수용	2005산별 교섭참석	참 여 병 원
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, 이화의료원, 아주대의료원, 영남대의료원, 단국대의료원, 동아대의료원, 원광대의료원, 조선대병원
지방공사 의료원	28	28	28	강릉의료원, 삼척의료원, 속초의료원, 영월의료원, 원주의료원, 인천의료원, 수원의료원, 안양의료원, 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
민간중소 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
전 체	127	104	85	2005년 산별교섭대상 127개 병원 중 85개 참여

충북대, 강원대, 제주대를 제외한 5개병원(경북대, 경상대, 전남대, 전북대, 충남대)만이 교섭에 참여함으로써 작년 산별전환 과정의 후유증을 드러냈다.

나. 2005년 노사 양측의 주요 요구 및 쟁점

보건의료노조는 2005년 2월 5일부터 3월 21일까지 실시한 보건의료노동자의 생활 실태 및 의식조사를 통해 산별요구안을 마련하고 3월 31일 대의원대회를 통해 5대 산별협약 요구안을 확정하였다. 반면 사용자측은 4월 8~9일 이틀간의 연수를 통해 산별교섭에 대한 대응방침을 논의하였으나 구체적인 사용자측안이 나타난 것은 본격적인 교섭이 이루어진 7월 이후이다.

보건의료노조는 이른바 산별 5대협약으로 기본협약, 보건의료협약, 고용협약, 임금협약, 노동과정협약을 제기하였다. 반면 사용자측은 기본협약과 임금협약안을 제시하고 여타 사항, 특히 기업에 대한 사회개혁 요구 등은 산별교섭의 대상이 될 수 없다는 입

〈표 2〉 2005년 보건의료노조 산별중앙협약 요구안(요약)

	주요내용
기본협약	1) 협약의 우선적용 및 지부단체협약 및 기존 노동조건 저하금지 2) 법적사용자단체 구성완료 및 합의사항 이행확약과 점검을 위한 실무위 구성 3) 산별적 노조활동보장, 2004 파업피해원상회복(인사상 불이익, 무노동무임금 등)
보건의료협약	4) 의료시장화·상업화 반대(영리법인 허용반대, 당연지정제 폐지반대, 민간의료보험 도입반대) 5) 보건의료 예산확보 6) '무상의료' 사회의제화: 비급여의 급여화를 기본으로 '암환자부터 무상의료를' '차상위계층부터 무상의료를' 등의 단계적 무상의료 실현요구 7) 국가공공보건의료체계 구축: 병상 신·중축 억제, 관리부처 일원화, 의료전달체계 확립, 진료비 지불제도 개선 등 8) 의료기관 서비스평가제 개선, 의료기관 주5일제 전면시행 대책마련 9) 다인병상 70% 확보, 1지부 1의료민주화 요구, 사회적 기여를 위해 연간 총수익의 0.1%를 사회사업비 예산으로 확보, 노사공동의료지원단 구성, 대북의료지원사업 10) 의료노사정위 본격가동: 회의구조 다양화, 지방공사·중소병원 등 분과회의 구성, 보건의료협약관련 전반적인 요구심의, 특히 4조원 예산관련 세부사업과 보건의료노사정 공동현안문제 집중논의
고용협약	11) 비정규직 정규직화 및 도입제한 12) 정규직화 전까지 직접고용, 간접고용 비정규직 노동자의 '고용보장'과 '노조활동보장' 13) 정규직 노동자의 구조조정 저지와 고용안정, 고용조건 변경시 노사합의
임금협약	14) 정규직 9.89% 임금인상, 비정규직 추가인상으로 격차해소, 동일지급 지향 15) 보건의료산업 최저임금 월통상임금 825,509원 요구, 적용대상, 시기, 기준 구체화 16) 보건연대기금: 통상임금 0.1% 노사정 공동조성, 기금운영방안 및 사용내역 합의
노동과정협약	17) 주5일제 확대 전면시행(토요일래근무 폐지), 정부차원 대책마련, 4시간분 인력충원, 유급생리휴가 신규까지 확대, 월소정근로시간 184시간, 휴가사용촉진 강요금지, 노동강도 강화금지, 비정규직까지 적용범위 확대 18) 노동안전보장으로 건강권 확보: 산재예방대책, 근골격계 예방교육실시, 사립대병원 재해보장제도 개선, 산재지정병원 의무화

자료: 전국보건의료노동조합, 2005a 요약.

장을 피력하였다. 이것은 7개 특성별 병원들의 내부 경영이나 노동조건의 차이가 커서 합의사항을 도출하기 어려운 현실을 반영하는 것이기도 하다.

그러나 실질적인 협상과정에서는 노동계의 요구안을 중심으로 교섭하라는 중노위의 권고안을 사용자측이 수용하여 5대 협약 전반에 걸친 광범위한 교섭이 이루어졌다. 그 결과 9차 축조교섭(2005년 7월 22일)까지 노사 양측은 산별기본협약과 보건의료협약 가운데 ▲유일교섭단체 인정 ▲산별협약 자동연장 ▲보건연대기금 조성 ▲국가재난발생시 공동의료지원 ▲의료공공성 강화 대정부 공동건의 등 24개 조항(총 55개 조항 중)에 관해 의견 접근을 이루었다. 반면 주요 관심사항이었던 임금인상, 생리휴가, 주5일제 실시 등 10여개 핵심사항에서는 합의가 결렬되었다.

〈표 3〉 2005년 보건의료산업 사용자측안(요약)

임금협약	임금인상	2005년 임금인상률 동결
산별 기본협약	무노무임	조합의 노무제공 없는 임금요구나 단체행동금지
	단체협약 준수	* 협약내용 성실준수 * 협약유효기간 중 개정·폐기를 목적으로 한 쟁의행위금지
	단체교섭 대상	* 5개 사항으로 대상제한(임금 및 근로조건, 시설 및 환경, 복리후생, 조합활동, 단체협약의 개폐) * 지부교섭은 산별교섭에서 다루지 않은 것으로 한정, 산별교섭 합의사항에 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 등은 사용자측의 권리
	노조전임자 감축	* 노조전임자 총지원규모를 각지부별로 매년 30%씩 감축 * 노조전임자가 상급단체의 전임으로 취임할 경우 무급휴직처리하되 추가전임자 불허
	유효기간	* 산별협약(임금협약) 유효기간 2년

자료 : 사립대병원회의, 2005b 요약.

〈표 4〉 2005년 교섭과정에서의 쟁점

	노	사	비고
산별 기본 협약	* 2006년 사용자단체 구성 * 산별협약 유효기간 1년 * 유일교섭단체 인정	* 사용자단체 구성 어려움 * 산별협약 유효기간 2년 * 정규직만을 대표하는 교섭단체	총 7조 15개 조항
보건 의료 협약	* 다인병상 70% 이상 * 의료노사정위원회 본격가동 및 구체적 운영	* 다인병상 50% 이상 불가 * 더 시간이 필요	총 4조 10개 조항
고용 협약	* 비정규직 고용보장 * 비정규직 노조활동보장	* 비정규직 고용을 위해 노력한다 * 수용불가	총 4조 11개 조항
임금 협약	* 9.89% 인상 또는 +@타결, 지부교섭에서 마무리 * 비정규직 추가인상 * 최저임금제 월 82만원	* 기본급 2% 인상 * 임금은 산별교섭에서 마무리, 지부 추가 교섭과 비정규직 추가인상 불가 * 최저임금제 월 69만원	총 3조 5개 조항
노동 과정 협약	* 주5일제 전면확대시행 * 인력총원, 생리휴가, 보건수당 지급	* 토요외래진료 축소유지 * 근기법 유지	총 2조 14개 조항
전체	총 20조 55개 조항		

2. 2005년 보건의료 산별교섭 : 교섭경과와 노사분규

다음으로 교섭이 결렬되기까지의 경과를 살펴보면 몇 가지 특징이 발견된다. 첫째, 7월 7일 이전까지 3개월 동안 ‘사용자단체 구성-노무사 위임’이라는 교섭틀과 관련된 문제로 산별교섭이 단 한발짝도 나아가지 못했다는 사실이다. 물론 7월 7일 이후 사용자

〈표 5〉 2005년 산별교섭 진행경과

	제 목	주 요 내 용
3월 31일	노조임시대의원대회	* 산별 5대협약안 확정
4월 6일	병원노사대토론회	* 사측 : 특성별교섭, 이중교섭 불가, 신중한 교섭의제 선택 * 노측 : 특성별교섭 반대, 사용자교섭대표단 구성요구, 산별 5대협약안 제기
4월8~9일	사용자연수	
4월 12일	상견례 및 1차 산별교섭	* 사측 : 대표단 구성지체(중소병원만 교섭대표 구성) 및 대표단 구성에 대한 내부의견조율 필요, 사립대측 노무사 위임고려 * 노측 : 2004 합의사항 이행요구, 노무사 위임불가->노사양측 주1회(매주 화요일 오후2시) 산별교섭, 교섭경비 노사공동부담, 노사양측 교섭간사선임 합의
4월 19일	2차 산별교섭	사용자단체 구성문제가 최대쟁점으로 부각 : * 사측-사립대병원은 전체대표단 구성불가, 노무사 위임고려, 국립대병원은 서울대 지부문제를 근거로 불참 * 노측-노무사 교섭대표 불인정, 2004년 합의사항 이행요구
4월19~29일	조합원 하루교육	서울지부 조합원들 교육 : * 2005년 상황인식 및 산별교섭 내용안내 * 2005년 산별협약요구안 교육, * 비정규직, 무상의료, 산별조직화를 주요한 과제로 제기
4월 23일~5월 24일	3~7차 산별교섭	* 사용자단체 구성-사립대의 노무사 위임문제로 교섭 결렬, 국립대는 대표 불참 * 3차에서 7차까지 사립대는 노무사2~3개 병원장 참여, 국립대는 4차에서만 총남대 참여, 노측은 노무사 불인정
5월 31일	8차 산별교섭	노조의 산별협약요구안 발제, * 노측-사립대가 빠진 상태에서라도 사용자측안 정리를 요구, * 사측-사립대병원이 없는 상태에서 교섭진행은 무리라는 입장
6월 7일	9차 산별교섭	교섭결렬 : 사용자단체 구성과 노무사 위임건, 차기회의때 국립대병원대표의 참석가능성만 확인
6월 14일	10차 산별교섭	교섭결렬 : 사측-노무사 위임건으로 사립대병원이 배제된 상태에서의 교섭불가라는 사측의 입장발표, 노측-주5일제 관련논의 제기, 사측을 작년 합의사항 거부 및 교섭거부로 비판
6월 21일	11차 산별교섭	교섭결렬 : 노무사 위임건으로 사립대병원이 배제된 상태에서의 교섭불가라는 사측의 입장발표 및 일제퇴장(6월 22일 노조조정신청)
6월 28일	12차 산별교섭	사용자측 불참으로 무산
7월 5일	13차 산별교섭	교섭결렬(7월 7일 중노위 직권중재 결정)
7월 7일	14차 산별교섭	교섭대표 위임문제를 중심으로 교섭진행
7월 7~15일	1~4차 축조교섭	
7월 18일	15차 산별교섭	교섭결렬
7월 16~21일	5~8차 축조교섭	
7월 19일	16차 산별교섭	대표자간담회 개최 및 실무교섭단 구성->교섭결렬(7월 22일 중노위 중재재정)
7월 22일	9차 축조교섭	교섭결렬

단체가 구성되어 교섭들이 마련되기는 하였으나 2006년 이후 사용자단체 구성과 관련된 사항이 교섭결렬로 인해 더 이상 다루어지지 않음으로써 사용자단체 구성은 여전히 쟁점으로 남아있다.

두 번째 특징은 파업 등이 준비되는 것 이상으로 자율 교섭을 위한 노력이 진행된 것

〈표 6〉 2005년 보건의료 노사분규 과정

일시	분규과정	주요내용
6월 1일	노조합동대의원대회	조정신청 결의
6월 22일	노조쟁의조정신청(113개 병원)	산별중앙협약 5대요구안에 대한 조정신청
6월 30일	중노위 1차 사전조정회의	
6월 30일~ 7월 1일	노조 파업찬반투표	81% 투표에 69.3% 찬성
7월 4일	중노위 2차 사전조정회의	* 중노위 : 사측에 교섭들을 갖출 것을 권유 * 노조 : 단체협약 불이행 및 거부를 근거로 한 고소장 제출
7월 6일	* 2차 조정회의 권고안 제기 * 28개 지방공사의료원지부 조정 신청	* 노무사가 아닌 책임있는 사립대의료원장을 포함한 교섭단 구성, * 이후 교섭은 2004년 산별합의내용에 따라 축소교섭부터 진행할 것, * 산별협약의 유효기간은 1년, * 노조의 산별5대협약을 중심으로 성실교섭 진행할 것
7월 7일	3차 조정회의	중노위, 사측에 교섭대표 위임문제의 빠른 해결 중용, 노조측에는 조정기간 연장 권유->노조측은 불가입장 피력
7월 8일	중노위 직권중재 회부결정	노조 7월 8일 하루파업 중단선언, 임시총회 소집
7월 11일	민주노총, 보건의료노조 공동기자회견 및 100여 지부장회의	직권중재회부 의혹해명요구, 7월 20일 파업결의
7월 12일	노조투쟁방침관련 기자회견	직권중재철회, 자율교섭으로 타결되지 않으면 7월 20일부터 전면 총파업선언
7월 13일	노조서울본부총력투쟁결의대회	* 중노위앞, "직권중재철회, 자율교섭보장" 집회 * 전노조 직권중재철회 리본달기
7월 15일	노동부 규탄, 직권중재철회투쟁 결의대회	조합원 상경투쟁
7월 19일	중재회부결정취소청구소송	보건의료노조
7월 19일	지역본부결의대회	전국 11개 지역본부 22개 병원로비에서 결의대회 개최
7월 20일	보건의료노조 파업	* 총36개 지부 전면파업(12개 거점병원), 부분파업 등 * 양대노총 전국단위노사대표자결의대회
7월 21일		* 총39개 병원(전면·부분파업, 간부·대의원파업, 천막농성) * 사회여론화 작업, 양대노총 303명의 중앙 및 지방노동위원회 노동자위원들의 총사퇴
7월 22일		* 중노위 앞 '직권중재철회와 노사자율교섭쟁취를 위한 결의대회', 특성별집회
7월 22일	중재재정	* 임금협약 : 공공부문 총액기준 3% 민간부문 총액기준 5%, * 노동과정협약 : 근로시간 1일 8시간 주40시간, 토요일무(2004.7.1 기준 시행사업장은 토요일외래진료 25% 이하로 축소, 2005.7.1 시행사업장의 경우 토요일외래진료를 50% 이하로 축소), 월1회의 무급생리휴가 및 보건수당 지급, * 기타사항 : 산별중앙협약요구 중 나머지는 중재재정대상에서 제외
7월 22일	노조 중집·지부장회의	* 산별 총파업은 23일로 종결, * 2005년 산별교섭은 계속, * 직권중재철회 투쟁전개, * 지부교섭과 투쟁전개, * 현장탄압 및 무노동무임금 대처, * 주5일제 조직적 공동대응

이다. 노사양측은 파업중에도 본교섭, 대표자회의, 축조교섭, 실무교섭 등 다양한 틀의 교섭을 진행하였다.

파업이 예견된 것은 6월 22일 노조가 쟁의조정신청에 들어가면서부터였다. 하지만 노조의 경우 작년 14일간의 산별파업으로 인한 조직피로도가 크고 서울대 지부 탈퇴에 이어 3개 국립대가 차례로 탈퇴한 데다가 서울대 지부의 공공연맹 가입문제까지 불거지면서 파업이 어려운 조건이었다. 또한 교섭 초기, 작년에 비해 상대적으로 순조롭게 교섭이 진행될 것이라는 낙관이 커서 파업에 대한 준비 역시 예년에 비해 늦었다. 2005년은 교섭에 최대한 주력하겠다는 노조의 의지도 강했다. 쟁의조정신청도 최대한 늦추었으며 각종 집회도 파업준비보다는 교섭압력용이었다. 다양한 형태의 대화통로를 개설하기 위해 노력하였다. 사용자측의 경우 직권중재 회부의 목소리도 있었지만 대화와 교섭을 중시하는 입장도 존재하였다. 결국 교섭이 결렬되긴 했지만 노사 모두 마지막까지 교섭의 끈을 놓지 않았던 것은 평가되어야 할 부분이다.

세 번째 특징은 노조측의 대응이 상대적으로 유연해졌으며 사회적 동의를 얻기 위해 주력하였다는 점이다. 7월 7일 전격적인 직권중재회부에도 불구하고 보건의료노조는 이미 예정되어 있던 7월 8일 파업을 포기하였다. 또한 응급실 등의 필수업무가 유지되도록 노력하였고 단계적으로 수위를 높여나가면서도 현행 법·제도 내에서 가능한 대응에 주력하였다. 사회적 여론이 보건의료노조에 불리하지 않았던 이유는 여기에 있다. 의료서비스가 기본적으로 공공재적 성격을 갖으며 노사분규가 시민사회에 끼치는 영향이 크다는 점에서 사회적 동의를 얻기 위한 노력은 항상 중요하다. 그것이 노사분규에 대한 사회적 관용의 정도를 높여나가는 길이기도 하다.

네 번째 특징은 직권중재에의 전격회부였다. 사실 2004년의 경우 중노위가 유사한 조건에서 조건부 직권중재를 결정해 사실상 합법적 파업의 길을 열어주었기 때문에 이번 직권중재 결정은 커다란 논란을 불러일으켰다. 기자 및 노동전문가들조차 교섭해태의 책임이 노조측보다 사용자측에 더 있다는 점을 들어 노조의 파업을 불가능하게 하는 직권중재 결정을 내린 것에 대한 반대의견을 피력하였다. 물론 중재안이 예년과 달리 노조에 일방적으로 불리한 형태로 내려지지 않았고 사실상 마지막 교섭(9차축조교섭)에서 노조가 합의하려 했던 것보다 부분적으로는 유리한 내용을 담고 있지만 직권중재가 노사의 자율교섭과 노사관계의 안정적 제도화에 끼치는 영향은 커다란 이슈로 떠오를 수 밖에 없었다.

Ⅲ 보건의료 노사분규 원인 및 대안

1. 교섭결렬 및 노사분규의 원인

2005년 교섭결렬의 직접적 계기는 사용자단체 구성에 대한 이해의 차이에 따른 교섭들의 부재, 주5일제와 임금인상에 대한 노사양측의 시각 차이였다. 그런데 그 이면에는 보건의료산업의 가지고 있는 몇 가지 장애요소가 존재한다.

가. 갈등적 노사관계와 취약한 노사관계 환경

보건의료 노사관계는 파업의 반복, 파업일수 증가, 장기투쟁 병원의 증가 등 갈등적 노사관계의 특징을 지니고 있다. 또한 노사관계를 둘러싼 환경 역시 갈등적 노사관계를 증폭시킨다. 첫째, 노조의 낮은 조직률의 문제이다. 대규모 병원이 참여하고 있긴 하나 보건의료노조의 조직률은 10%로 낮은 편이다. 때문에 산별교섭에 참여하는 병원의 수가 적은 반면 병원들 간의 규모별 차이는 커서 산별교섭에 참여하는 병원 사용자측의 경우 두 가지 딜레마에 봉착한다. 하나는 소위 B4 중 참여하지 않거나 노조가 없는 3개 병원(삼성서울병원, 서울아산병원, 연세대병원)과 비교하여 경쟁력이 떨어질 가능성에 대한 우려이며(중소병원도 마찬가지임), 다른 하나는 시장에서의 위치, 경영구조 및 지불능력의 차이로 단일한 협상안을 만들기 어렵다는 점이다. 이것이 갈등을 증폭시키는 하나의 요인이다.

둘째, 의사중심의 결정구조와 여성 중심의 사업장이 가지는 특징이다. 병원산업은 의사의 권한이 매우 크고 의사 내에서의 서열 그리고 의사 및 여타 직종간 서열이 매우 뚜렷하다. 의사집단이 상위에 있고 약사, 간호사, 의료기사, 사무직 및 기타 직종들이 그 아래에 있는 철저한 직종간 위계를 형성한다. 이것이 의사=남성, 간호사 및 여타직종=여성이라는 성적 분단과 결합하여 위계구조를 강화한다. 사용자측은 상대적으로 여성 중심의 노조와의 대화 및 타협에 익숙하지 않고 노조 역시 유사한 면이 있어 갈등을 증폭시킬 가능성이 높아진다.

셋째, 다양한 직종 구성의 효과이다. 병원은 서로 다른 직무를 가진 60여개에 이르는 다양한 직종들로 구성되어 있으며 직종들 사이에 자원배분, 업무영역권, 의사결정을 둘러싼 이해관계의 갈등과 차이가 존재한다. 또한 최근 들어 하위직종들부터 비정규직의

비중이 높아지고 있다.

넷째, 필수공익사업장이기 때문에 사용자측에서는 노사자율교섭을 통한 타결보다는 직권중재에 의존하려는 경향성이 상대적으로 높고 노조측에서는 법을 뛰어넘는 극단적 투쟁을 반복적으로 시도하면서 갈등적 노사문화가 정착되어 왔다.

나. 병원특성별 차이

경영과 효율성의 측면에서 병원산업 내부는 규모에 따라 차이가 존재한다. 예를 들어 순이익률을 보면 2001년 병원전체가 흑자로 전환되어 2003년에는 1.7%수준에 달하나 300병상 이상과 160병상 미만은 여전히 적자상태이다. 하지만 그 추세를 살펴보면 160 병상만이 경영수지의 개선이 매우 더딜 뿐 대체적으로 회복되는 것을 알 수 있다.

〈표 7〉 의료수의 순이익률

(단위: %)

	평균	총 합 병 원			병원	
		종합전문요양 기관	300병상 이상	160~299 병상		160병상 미만
1996	-2.0	-2.5	-3.9	-3.2	-4.5	-0.3
1997	-0.3	-3.6	-1.0	-0.8	-2.0	1.5
1998	0.8	0.2	-0.6	-0.2	1.8	2.3
1999	0.5	0.4	-0.4	-4.9	-4.0	3.1
2000	-2.7	-4.9	-4.1	1.2	-1.2	3.2
2001	2.1	-0.6	-2.1	3.3	-4.8	5.6
2002	0.3	-1.8	-3.7	-0.4	-5.2	5.7
2003	1.7	-1.6	-1.1	1.1	-1.2	5.6

자료 : 한국보건산업진흥원(2004).

그러나 이와 같은 병원규모별 차이는 무시할 수 없다. 산별교섭에서 사용자측 내부의 상이한 요구로 나타나기 때문이다. 또 안정성 지표인 자기자본비율(2003년 300병상 이상 36.8%, 160~299병상 이상 31.2%, 160병상 미만 28.9%, 병원 37.0%)과 노동생산성(2003년 300병상 이상 148.6%, 160~299병상 156.0%, 160병상 미만 120.8%, 병원 173.0%)에서도 이와 같은 규모별 차이가 확인된다. 게다가 사용자측은 단일한 교섭대표를 구성하여 대응한 경험이 매우 부족하고 특성별로 노사 갈등구조 역시 차이가 난다. 이것이 자칫 대화보다는 갈등을 보다 쉬운 선택으로 간주하게 할 가능성이 크다.

다. 취약한 법·제도 및 분쟁조정시스템

원인별 노사분규 발생추이에서 보듯이 체불임금까지 포함한 임금인상요구와 관련한

노사분규는 1995년 37.5%에서 2004년 12.1%로 그 비중이 현저히 줄어든다. 반면 단체협약과 관련한 노사분규는 1995년 55.7%에서 2004년 83.5%로 늘어난다¹⁾. 또한 2000년 들어 급속, 보건 등에서의 산별 전환 및 비정규직 등의 초기업별 노사관계 형성문제와 맞물려 산별교섭을 포함한 초기업별 노사관계와 관련된 단체협약 노사분규의 비중이 늘어날 것임을 충분히 예측할 수 있다. 이것은 노사 당사자들만으로 해결하기 어려운 사안이기도 하다. 예를 들어 2005년 보건의료노조가 의료노사정위 구성을 제기한 보건의료협약이 그러하다. 더불어 산별교섭 등 초기업별 노사관계의 틀에 대한 법적·제도적 정비 미흡도 고려해야 한다. 현행 법·제도하에서는 단체교섭의 틀, 구조, 방식 등의 매우 기초적인 것들도 충분히 포괄하기 어렵다. 결국 법·제도의 정비뿐만 아니라 변화된 조건에 걸맞게 노사자율교섭이 이루어지도록 지원하고 조정하는 시스템이 그 어느 때보다 필요하다. 하지만 해결유형별 노사분규 발생추이를 보면 노사 직접교섭 외의 분쟁조정은 강제중재 외에는 이루어지고 있지 않다. 이것이 분규를 미연에 방지하기 어렵게 만드는 요인이기도 하다.

라. 의료전달 서비스에 대한 상이한 시각차이

의료서비스 제공을 목적으로 하는 보건의료산업은 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 조산원으로 구성되어 있으며, 이 중 산별교섭에 참여하는 것은 주로 종합병원과 병원이다. 그런데 전국민에게 의료서비스를 적절하게 제공하기 위한 의료전달체계에 대해 두 가지 상이한 시각이 존재한다. 공공성 및 형평성을 중시하는 관점과 경쟁력 및 효율성을 강조하는 관점이 그것이다. 전자는 주로 보건의료노조가 주목하는 것이며 사용자측의 경우 규모가 클수록 또 민간자본 여부나 그 비중에 따라 경쟁력과 효율성을 강조할 가능성이 높다. 이것이 산별교섭에도 그대로 반영되어 주5일제 및 임금인상에서부터 노조와의 관계에 이르기까지 노사간에 그리고 각각의 내부에서도 차이를 낳는다.

2. 정책적 대응방안

2005년 산별교섭의 추이 및 주요 쟁점, 노사분규의 원인과 양상 등을 살펴볼 때 노사관계의 안정적 제도화를 위한 정책적 대응방안의 모색을 위해서는 다음과 같은 문제들이 검토되어야 할 것이다.

1) 월간노동리뷰, 통권 제8호, 2005, 130쪽 참조.

가. 새로운 노사관계 틀과 법·제도에 대한 검토와 조율

보건의료노조는 산별전환의 입장을 매우 분명히 하고 있으며 산별적 노사관계로의 이행은 거의 돌이킬 수 없는 대세라고 보인다. 그런데 사측의 경우 이에 대해 쉽사리 동의하지 못하고 있으며 법·제도적 정비도 미흡하다. 때문에 폭넓은 동의와 더불어 산별적 노사관계에 대한 법·제도적 뒷받침이 요구된다. 우선 산별적인 노사관계가 노사 양측 모두에 상생적일 수 있음이 분명해져야 한다. ① 단기적으로 비용이 많이 든다 하더라도 장기적으로는 적은 비용을 부담하게 되며, ② 공공성과 형평성은 물론 경쟁력과 효율성에서도 산별체제로의 전환이 유리하다는 것이 충분히 예측될 수 있어야 한다. 때문에 양측의 요구안만 발표되고 토론될 것이 아니라 산별전환의 중장기적 효과에 대한 분석 및 동의가 이루어질 필요가 있다.

또 기업을 넘어서는 노사관계에 대한 법·제도적 정비가 준비되어 노사관계 전환을 지원해야 한다. 예를 들어 이번 중노위 중재안을 보면 노조의 5대 요구안 가운데 임금협약과 노동과정협약만 포함되었으며 산별기본협약, 보건의료협약, 고용협약은 제외되었다. 그 이유는 현행법상 ‘교섭대상’이 아니기 때문이다. 현 제도는 근로조건의 결정사항, 즉 이익분쟁만을 의무적 교섭대상으로 간주한다. 이에 따라 ‘권리분쟁’의 성격을 갖고 있는 교섭틀 문제와 인사·경영권과 연결된 의료공공성 강화, 비정규직 문제가 중재안에 언급되지 않은 것이다. 현행법상으로는 산별체제의 조정·중재에 분명한 한계가 있는 것이다. 특히 비정규직 문제를 다루고 있는 고용협약의 경우, ‘정규직 이기주의’로 비판받고 있는 정규직 노조가 주도적으로 비정규직의 고용 및 조직화 그리고 정규·비정규 격차완화를 산별교섭의 대상으로 삼고 있다. 사회적 양극화 완화의 차원에서도 긍정적인 시도가 제대로 다루어지지 못한 것은 2005년 산별교섭의 커다란 아쉬움이다. 물론 직권중재가 노조측에 일방적으로 불리하다는 지적이 이번에는 많이 불식되기는 했지만 여전히 직권중재에 대한 기대감이 있어 노사 양측의 자율교섭을 가로막고 있고 파업 자체를 원천적으로 봉쇄하는 한편 위헌성 시비나 ILO 기준과의 불일치 역시 문제로 남아있다. 노사자율교섭을 위한 새로운 법·제도 시스템이 정착되어야 하는 것도 이 때문이다.

나. 구체적인 교섭틀 및 교섭구조의 모색

지속적으로 문제가 되고 있는 사용자단체 구성에 대한 적절한 방안이 제기될 필요가 있다. 이를 위해서는 크게 두 가지 방식이 모색될 수 있는데 하나는 기존의 병원협회를 활용하는 방법이고, 다른 하나는 별도의 사용자단체를 구성하는 방식이다. 현재는 후자가 주요한 방향일 것으로 보인다. 또 사용자측이 중노위 권고안을 받아들였다는 점에서

노무사 위임문제는 일정 해소되었으나 여전히 사용자단체 구성은 쟁점으로 남아있으며, 이에 대한 적절한 지원이 필요하다.

또한 이종교섭 이종쟁의 역시 향후 중요한 의제로 부각될 가능성이 높다. 산별체계가 안정화되어 있는 외국의 경우에도 본조-지부의 중층적 교섭은 일반적이다. 하지만 그 경우 본조와 지부의 교섭대상과 방식, 지부의 쟁의가능성은 역사적 맥락과 사회적 조건 등에 따라 매우 상이하다. 따라서 우리 사회의 경험에 기초하여 적절한 교섭구조를 모색할 때이다.

다. 노사양측의 신뢰와 존중의 문화형성

노사 양측은 상호를 협상 파트너로 인정하고 존중해야 한다. 이것을 위해서는 일단 합의된 사항에 대한 준수가 요구된다. 합의사항의 준수가 반복적으로 경험되고 관행적으로 정착될 경우 상호간의 신뢰가 증진될 수밖에 없다. 또한 다양한 방식의 대화통로가 공식·비공식적으로 이루어져야 할 뿐만 아니라 상호 대화의 메커니즘을 형성하기 위한 노력이 필요하다. 마지막으로 적절한 ‘의료전달체계의 정착’ 등 보건의료산업에서 주요한 의제들을 선정하여 의견을 교환하면서 상호 입장에 대한 이해의 폭을 넓히는 것도 중요하다.

라. 정부의 적절한 행정지도 및 조정서비스의 제공

예를 들어 주5일제는 2004년 산별합의이며 2005년 7월 1일부터 근로기준법에 입각해서도 시행해야 할 사안이었다. 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 7월 2일 현재 노조측 조사에 의하면 주5일제를 전면 시행하고 있는 병원은 작년 산별합의서를 체결한 104개 병원 가운데 10개에 불과하다. 2005년 7월 1일부터 주40시간 근무제가 확대시행되는 300인 이상 사업장 병원 10곳 중 6곳이 이와 관련한 준비를 전혀 하지 않는 것으로 확인되는 등 한국병원경영연구원의 조사에서도 유사한 상황이 보고되었다. 법이 준수되지 않을 뿐만 아니라 보건의료노사 산별협약 적용을 받는 병원이 전체 중소병원 850개 중 20개에 불과한 상황에서도 사용자측이 주5일제를 도입할 경우 노조가 없는 병원과 비교해 경쟁력 악화를 우려하는 것은 당연하다.

때문에 이에 대한 정부의 적절한 사전 지도 및 대응책마련이 이루어지지 않는다

면 산별합의 준수가 쉽지 않을 것이며 노사간의 자율적 교섭과 신뢰 확립도 어려워진다. 정부의 적절한 행정지도를 통해 불필요한 사회적 비용을 축소해야 하는 것도 이 때문이다.

마지막으로 산별교섭은 아직 초기단계이다. 때문에 익숙하지 않은 것에서 오는 오류도 많으며 노사 당사자만으로 해결되기 어려운 문제들도 제기된다. 노사자율을 해치지 않는 수준에서의 적절한 조정‘서비스’가 필요한 것도 이 때문이다. 노사관계가 직권중재가 아니라 노사자율교섭에 의해 이루어지기 위해서는 특히 초기 단계의 조정서비스는 매우 중요하다.

IV. 결론

직권중재 회부가 결정되었을 때만해도 산별교섭은 물건너 간 것이 아닌가 하는 우려가 제기되었다. 그러나 산별협약안이 아직 마련되지는 않았다 하더라도 2005년 보건의료 산별교섭은 더디기는 하지만 분명 진전되었다. 노사 어느 한쪽의 일방적인 강제나 무력화는 대안이 될 수 없으며 교섭이든 투쟁이든 노사가 파트너 관계로 발전할 때만이 사회적 비용을 낮출 수 있다는 것이 분명해졌기 때문이다. 또한 임금 등의 몇 부분에서 산별교섭이 노사 모두에게 동시에 유리할 수 있다는 점도 2005년 교섭이 이루어낸 성과이다. 이와 같은 점들을 분명하게 인식하고 법·제도적 정비와 더불어 신뢰와 존중의 규범이 정착된다면 향후 산별교섭은 경쟁력과 형평성 두 마리 토끼를 잡을 수 있는 대안이 될 수도 있다.

산별적 노사관계로의 전환은 우리 사회의 역사적 맥락과 경험 속에서 이루어질 수밖에 없다. 기업별 지부의 존재가 기업별 의식을 장애하는 요소이며 이것이 끊임없이 산별적 노사관계의 불안정성을 야기시키는 것은 사실이지만 동시에 이것이 한국 노사관계 전환의 출발점이라는 것도 분명히 인지되어야 한다. 지금은 노사 양측에서 시도하고 있는 보건의료산업에서의 산별 실험을 추적하며 드러나는 문제점들을 적시하고 적절한 대안을 모색하는 것이 필요하다. 올바른 길은 존재하는 것이 아니라 만들어가는 것이기 때문이다. **HLI**

<참고문헌>

(월간)노동리뷰, 2005년 7월호.

박호순·유규수·이창은, 「의약분업전후 병원재무구조평가」, 『병원경영학회』 8(3), 2003.

보건복지부, 「2005년 보건의료정책방향」, 주40시간제 세미나 자료, 2005.

사립대병원회의, 산별교섭 News 1~23호, 2005a.

_____, 산별교섭대응자료, 2005b.

사립대학병원 노사협력팀장 협의회, 노동부 간담회 회의자료, 2005.

이주호, 「새로운 단계에 들어선 한국의 산별운동과 산별교섭: 보건의료노조 2004 산별 교섭 평가와 2005 전망」, 『노동사회』 2월호, 2005.

이주희, 「보건의료산업 교섭실태와 개선방안」, 노동부, 2004.

전국보건의료산업노동조합, 「보건의료노조 2002년 공동요구안」, 교섭방침 설명회 및 노사관계발전을 위한 간담회, 보건의료산업노조 노사간담회 자료집, 2002.

_____, 「2005 보건의료노조 산별중앙협약 해설집」, 2005a.

_____, 「2005 임단협 조합원 설문결과」, 2005b.

_____, 「투쟁속보」, 제1~64호, 2005c.

_____, 「2005 보건의료노조 교섭현황 및 쟁점」, 2005년 5월 19일 노동부 산별T/F 간담회자료, 2005d.

한국보건산업진흥원, 『2003 병원경영분석』, 2004.