

보건의료 산별교섭 평가와 전망

은 수 미*

I. 머리말

2004년 시작된 보건의료 산별교섭은 2008년 8월 27일 잠정합의에 따라 네 번째의 산별협약을 체결하였고 교섭횟수로는 5년째에 접어들었다. 금융과 함께 보건의 산별교섭은 걸음마 단계를 넘어섰다는 평가를 받고 있긴 하지만 2009년에도 산별협약이 무리없이 타결될 것인가에 선뜻 긍정적 답변을 하지는 못한다.

그 이유를 살펴보면 첫째, 노사 당사자, 특히 사용자단체의 자율성과 안정성이 떨어진 다. 보건의료 사용자협의회가 결성되었지만 아직도 기업간 협의체 이상이 아니며 매년 교섭대표 결성 등 리더십 구성과 사용자 내부 조율에 어려움을 겪고 있다.

둘째, 비용의 측면에서 산별교섭에 대한 사용자측의 우려를 완전히 불식시키지 못했다. ① 산별노조로 결집된 힘을 근거로 무분별하게 파업을 남발할 수 있고, ② 근로자의 이익이나 기업사정을 고려하지 않은 정치투쟁이 빈발할 가능성도 존재하며, ③ 중복교섭 및 이중과업에 따른 교섭비용의 증가와 더불어 ④ 대기업노조가 기득권을 고집하여 임금 및 근로조건의 상향식 평준화가 일어날 경우 노동시장의 경직과 고용 축소가 필연적이라는 것이 사용자측의 주장이다. 하지만 지난 5년간의 보건의료 산별교섭 결과는 상대적으로 긍정적이다. 물론 교섭구조, 교섭의제, 교섭의 포괄성과 안정성 등에서 사용자측의 우려를 충분히 불식시키고 있는가에 관해서는 노사의 입장이 다르다.

셋째, 교섭의 포괄성과 집중성이 여전히 취약하다. 보건의료 산업의 조직률은 10.1% 수준이며 단체협약의 적용률 역시 크게 다르지 않다. 대병원 중에서도 소위 Big4가 산별교섭에 참여하고 있지 않으며 개인병원이나 비정규 등 광범위한 사각지대가 존재한다.

넷째, 복수노조 허용 및 전임자 임금지급 금지 등 법제도의 변화가 산별교섭에 끼칠 영향에 관해 정확하게 전망하기 힘들다. 또한 정권교체에 따른 효과도 무시하기 어렵다.

* 한국노동연구원 연구위원(esumi@kli.re.kr).

예를 들어 노조가 현 정부의 산별교섭 정책에 대한 동의나 신뢰가 적을 경우 강경한 행동을 할 수도 있다.

한마디로 산별교섭은 아직 한국에서 낯선 관행이다. 물론 산별교섭은 커녕 ‘단체교섭’ 자체가 사회적 정의를 구현하는 중요한 수단으로 자리잡고 있지 못하다는 평가도 존재한다. 자유와 평등을 실현하고 차별과 불법을 시정하며 삶의 질을 개선시키는 동시에 경제적 성장을 담보하는 사회적 과정으로서 단체교섭이 인식되어 있지 않다는 것이다. 심지어 교섭 결렬 및 재개의 지난한 과정이 사회적 낭비 혹은 집단이기주의로 여론의 몰매를 맞기도 한다. 산별교섭이 실현불가능한 꿈이거나 지나치게 이른 시도로 비추어지는 이유가 여기에 있다.

그럼에도 불구하고 산별교섭을 주요한 주제로 다루어야 하는 이유 또한 분명하다. 무엇보다 눈을 감을 수 없는 현실이기 때문이다. 전체 조직률은 낮지만 조직노동자의 50% 이상이 산별노조 소속이다. 이미 다양한 층위의 교섭이 시도되고 있으며 사회적 양극화가 심화되고 법으로 보호받기 어려운 사각지대가 넓어질수록 산별교섭에 대한 필요성도 커진다. 또한 기업별 교섭의 비용이 점점 더 커지고 있다. 기업별 교섭을 통해서 해결할 수 없는 초기업적이거나 제도 관련 문제가 발생하면서 노사와 정부의 참여를 요구한다는 사실을 외면하기 어렵다. 마지막으로 바람직한 산별교섭의 모델 창출이라는 측면에서 보건의료 산별교섭의 진전정도는 관심사가 아닐 수 없다.

따라서 이 글은 산별교섭 안정화를 위해 필요한 것이 무엇인지에 대한 다양한 측면의 검토를 수행하는 한편 2009년 산별교섭을 전망한다.

II. 산별교섭 평가 기준

이 글에서는 산별교섭의 진전정도를 판단하는 기준을 다음의 네 가지로 제시하며, 요약하면 <표 1>과 같다. 또한 이 중에서 법제도적 측면을 제외한 앞의 세 가지를 중심으로 보건의료 산별교섭의 진전정도를 확인할 것이다. 법제도적 측면은 별도의 면밀한 검토를 요구하는 사항이기 때문에 여기서는 제외한다.

첫째, 산별노사의 자율성이다. 여기에는 다음과 같은 요소들이 포함된다.

- ① 산별 노사단체의 독립성과 안정성(법적으로 인정된 산별단체의 구성여부, 산별단체의 기업별 노사에 대한 권한, 재정자립도)
- ② 산별 노사단체의 참여율 등 참여정도
- ③ 산별 노사단체의 전문성 및 외부 의존도

④ 해당 산별 (유사)사용자단체간의 관계, 노조단체간의 관계

둘째, 산별교섭의 집중성과 대표성

- ① 산별노조의 조직률 및 다양한 직종, 고용형태, 기업규모 등의 포괄정도
- ② 임금 및 근로조건의 주요 결정단위(혹은 인준단위)
- ③ 개방조항 혹은 예외조항의 비중
- ④ 전국 혹은 산별(지역) 수준의 사회적 협의제도 유무 및 노사의 참여정도

셋째, 산별교섭의 포괄성과 효과성

- ① 단체협약의 포괄범위
- ② 임금격차 완화정도
- ③ 산별파업의 횟수 및 비중, 통제되지 않는 기업별 파업의 횟수 및 비중
- ④ 교섭기간 및 교섭횟수
- ⑤ 취약노동자(여성, 청년, 고령자, 비정규직, 장애인 등) 관련 교섭 여부 및 교섭내용

넷째, 법·제도의 효과성

- ① 노동법 및 관련 법규와 산별교섭과의 호응성 정도
- ② 교섭의 관행 및 노사당사자의 교섭에 대한 의식
- ③ 산별교섭에 대한 정부방침

〈표 1〉 산별교섭 안정화 기준

1. 산별 노사자율성	<ul style="list-style-type: none"> ① 산별 노사단체의 독립성과 안정성 ② 산별 노사단체의 참여율 등 참여정도 ③ 산별 노사단체의 전문성 및 외부 의존도 ④ 해당 산업의 단체들과의 관계
2. 산별교섭의 집중성과 대표성	<ul style="list-style-type: none"> ① 산별노조의 조직률 및 다양한 직종, 고용형태, 기업규모 등의 포괄정도 ② 임금 및 근로조건의 주요 결정단위(혹은 인준단위) ③ 개방조항 혹은 예외조항의 비중 ④ 전국 혹은 산별(지역) 수준의 사회적 협의제도 유무 및 노사의 참여정도
3. 산별교섭의 포괄성과 효과성	<ul style="list-style-type: none"> ① 단체협약의 포괄범위 ② 임금격차 완화정도 ③ 산별파업의 횟수 및 비중, 통제되지 않는 기업별 파업의 횟수 및 비중 ④ 교섭기간 및 교섭횟수
4. 법·제도의 효과성	<ul style="list-style-type: none"> ① 노동법 및 관련 법규와 산별교섭과의 연관정도 ② 교섭의 관행 및 노사당사자의 교섭에 대한 의식 ③ 산별교섭에 대한 정부방침

Ⅲ. 산별교섭 평가

1. 산별노사의 자율성

첫째, 산별 노사단체의 독립성과 안정성에서 노조측의 독립성과 안정성은 상대적으로 뚜렷하다.

① 2007년 현재 135개 지부 총 38,315명의 조합원이 가입해 있는 ‘전국보건의료산업 노동조합’ 노조는 법인격이며 제도적으로 보장된 독립적인 조직이다.

〈표 2〉 보건의료 노동조합 현황(2007년)

조합원수	135개 지부 38,315명
조직특성	7개 특성으로 분류(분류기준은 규모와 특성), 기업규모간 임금격차가 큼. 60여개의 직종으로 구성되어 있으며 간호직과 의료기사가 지배직종임
전임자수	본조 67명(중앙 30명+지역 37명), 현장포함 총 300여명(재정사업국 별도)
조합비 기준	통상임금 1% 이상
조합비(1년 예산)	일반회계 39억, 특별회계(투쟁기금) 20억
조합비 납부방식	지부에서 체크오프 형태로 받아 중앙에 납부
조합비 분배	본조 39%, 본부 11%, 지부 50%
회계	회계연도: 1월 1일, 4인으로 구성된 회계감사위원회를 연2회 이상 소집
산별건설기금	1인당 2만 원

자료: 이주호(2007)에서 필자가 수정·인용.

② 산별노조의 기업별 지부에 대한 권한에 있어 규약 제52조, 53조에 따르면 조합내 모든 단체교섭의 대표자는 위원장이며 체결권 역시 위원장이 갖는다. 단, 위원장은 필요하다고 인정될 때 본부장, 지부장 또는 특정인을 지명하여 교섭권 위임이 가능하고 위임 받은 본부장 또는 지부장이 단체협약을 체결하고자 할 때에는 위원장의 사전 승인을 얻어 교섭위원들이 연명으로 서명한다.

③ 조합재정의 경우 산별중앙과 기업별 지부가 약 6:4의 비율로 산별중앙의 재정자립도가 높아지고 있는 추세이다.

④ 산별노조의 정책안에 대한 기업별 지부의 동의정도가 매우 높으며 정부 등에 대한 외부 의존도 역시 낮아지고 있는 추세이다. 이것은 산별노조의 전술적인 다양성이 제고된 것에서 확인된다. 이미 2007년 비정규직 정규직 전환과 관련하여 기업별 지부들이 산별의 결정에 동의하여 정규직 임금인상률의 일부를 비정규직 기금으로 내놓은 것에서

산별노조의 지도력 강화가 확인된바 있다.

⑤ 올 2008년 필수유지업무 협정이 기업별 수준에서 대각선교섭 형태로 이루어진 것은 산별중앙의 자율성을 오히려 강화시키는 효과가 있다. 초기에 보건의료노동조합은 기업별 수준의 교섭에 부정적이었고 사용자측은 그 반대였다. 하지만 산별노조는 기업별 수준의 필수유지업무 관련 교섭과 산별교섭 동시 진행이라는 정부의 안에 동의하면서 오히려 유리한 지점을 확보하였다. 우선 정부와의 관계에서 상당히 합리적이고 유연한 대응을 하는 노동조합이라는 평가를 받았고, 다른 한편 대각선교섭을 통해 현장과의 괴리 현상을 극복하는 계기를 잡았다.

산별체계의 진전은 필연적으로 현장과의 괴리를 낳는다. 기업별 지부의 역할이 줄어들고 산별중앙의 역할이 커지면 상당수의 간부들이 일반 조합원보다는 산별중앙의 활동에 집중하기 때문이다. 그런데 필수유지업무 협정을 통해 산별중앙 및 지부 간부들이 기업현장을 직접 방문하여 협의에 참가하고 결속력을 다짐으로써 현장강화, 현장과의 괴리 극복의 계기가 마련된 것이다.

또한 2007년 산별합의를 통해 업종별 협의 등 다양한 협의기구의 상설화 가능성이 열렸으며 2008년 3월 사용자측 지도부가 교체되기 전까지는 노사가 협의기구를 작동시키기 위해 노력했다는 사실에 주목할 필요가 있다. 이것은 산별 노사단체의 독립성과 전문성을 제고시키는 조치이다.

하지만 부정적인 측면 역시 존재하는데 가장 대표적인 것이 Big 4(서울대병원, 연세의료원, 현대중앙병원, 삼성의료원)가 참여하고 있지 않다는 것이다. 또한 2006년 9월 1일 서울대병원 등 15개 사업장이 참여한 민주노총 공공연맹 산하 의료연대노동조합이 출범한 것 역시 보건의료노조의 취약점으로 작용한다. 왜냐하면 의료연대 노동조합의 출범은 보건의료노조 내부의 갈등이 조직분리로 표출된 것이기 때문이다. 그 과정을 살펴보면 다음과 같다.

2004년 산별협약 10장 2조 사건을 계기로 2004년 7월 29일 서울대지부가 보건의료노조를 조건부 탈퇴(89.9%의 조합원 찬성)하였다. 2005년 3월 4일 보건의료노조 중앙위원회에서 서울대병원 지부장 제명결정이 내려지자 뒤이은 4월 1일 서울대지부는 보건의료노조를 공식적으로 탈퇴하고 공공연맹 가입신청을 하였다. 6월 20일 공공연맹이 가입을 승인하면서 조직갈등으로 비화되었고 8월 24일 민주노총 중앙집행위는 서울대병원 노조에 탈퇴철회를 권고하는 한편 보건의료노조에는 문제해결을 권고하였다.

그러나 충북대병원지부, 울산대병원 지부, 강원대병원지부, 제주대병원지부, 제주의료원, 동국대의료원 등 7개 노조가 연이어 탈퇴하고 2005년 10월 7개 탈퇴 지부들이 '병원노동조합 준비위원회'를 결성한 후 2006년 전국노동조합협의회(이하 병노협)가 출범하였다. 병노협은 2006년 9월 1일 산업별노조로 전환하고 의료연대노동조합으로 공식 출

범했다. 의료연대노조에는 강원대병원지부노조, 경북대병원노조, 서울대병원지부노조, 서울대병원지부노조 간병인분회, 경상병원노조, 동국대병원노조, 동아대병원노조, 울산대병원노조, 제주지역의료노동조합(제주대병원지부노조, 제주의료원지부노조, 서귀포의료원지부, 제주한마음병원지부), 청구성심병원지부노조, 충북대병원지부노조, 한동대 선린병원노조 등 15개 사업장 6,200여명의 조합원이 참여했다.

의료연대노조는 결의문에서 “아래로부터 제기되는 건강한 문제의식이 무시되고 일방적인 지침에 의해 움직이는 생명력 잃은 노조에 대해 우리는 침묵하지 않았다”며 “기업을 넘어 지역을 골간으로 중소기업 및 비정규직 노동자의 조직화에 방점을 두고 산업노조운동을 실천해 가겠다”고 밝혔다. 이어 “상층 지도부에 의해 획일화된 운동이 아니라 현장을 중심으로 한 다양한 의견을 조직발전의 동력으로 삼을 것”이라며 “자본과 권력으로부터 자주성을 지키고 현장 민주주의를 실천해 갈 것”이라고 결의했다.

일련의 상황은 보건의료노조에 부정적 효과를 끼친 것으로 보인다. 2005년 보건산업협약이 무산되고 2006년 산별교섭이 난항을 겪은 요인 중의 하나가 조직력 약화였기 때문이다(은수미 외, 2006). 이 문제는 현재까지도 보건의료 산별교섭에 간접적으로 영향을 끼치고 있는 것으로 보인다.

둘째, 사용자단체의 자율성은 상대적으로 떨어진다.

① 2007년 사용자협의회가 구성되었으나 법적 단체가 아닌 임의단체이며, 별도의 내부강령을 갖고 있지 않다. 또한 개별 병원간의 협의 수준을 벗어나지 못하여 사용자협의회 결정사항에 대한 준수정도가 낮다. 그리고 산별교섭에 대한 태도, 산별교섭 의제 그리고 운영방식과 관련된 특성별 갈등으로 인해 사용자협의회 내부 조율이 쉽지 않다.

② 특히 조합원의 50%가 속해 있는 사립대병원의 리더십 취약이 가장 큰 약점으로 지적된다. 전인(2008)은 사립대 병원이 재단 주도로 운영이 되면서 병원장의 의사결정 권한이 없고 일부만 위임되어 있는 상태라는 사실을 가장 큰 문제점으로 지적한 바 있다. 병원 운영에 독립적 권한을 확보하고 있지 못하며 의사결정 주도권 또한 높지 않다는 것이다. 이 때문에 교섭 과정에서 적극적인 리더십 혹은 적극적 타협을 유도하거나 주도하기보다 소극적·수동적 입장을 견지할 가능성이 높다는 것이다. 더불어 2~4년 임기제인 의료원장들은 기본적으로 노사관계에 대한 전문성이 없는 의사들이며 교섭석상에서 노동이슈에 전문가인 노조간부의 주장에 대한 논리적 대응능력이 취약하다.

결국 보건의료 노사관계에서 차지하는 사립대 병원측의 위치나 위상에 비해 개별 사립대 병원장이 가지고 있는 의사결정 권한의 제한성은 사립대측으로 하여금 제3자 위임 전략을 채택하게 하며 이것이 사용자단체의 안정성과 산별교섭 안정성 모두에게 부정적 영향을 끼친다.

〈표 3〉 보건의료산업 사용자협의회

	병원수	산별 협약 수용	2007 ²⁾ 가입 현황	사용자단체협의회(총 20명)			총원
				대표 ¹⁾	부대표	평의회 위원	
국립대 병원	6	5	5	김상형 (전남대)	김영곤 (전북대)	장영일(서울대치과병원장)	3
사립대 병원	25	22	18	남궁성 (가톨릭)	홍승길 (고려대), 최일용(한양대), 이봉암(경희대)	가톨릭중앙의료원, 고대, 경희대, 한 양대, 이대, 중앙대, 아주대, 단국대, 영남대의료원장(인제대, 원광대, 조선 대병원만 제외) ³⁾	9
지방 의료원	27	27	21		박찬병 (삼척의료원)	변용진(충주의료원장) 박찬병 원장 사용자단체 간사 겸임	2
특수목적 공공병원	2	2	2		보훈병원 원자력의학원	김하경 한국보훈복지의료공단 이사 장(부대표) 김중순 한국원자력의학원장(부대표)	2
적십자사	22	22	22		대한적십자사	한완상 총재(부대표)	1
민간중소 병원	32	24	18	이성식 (소화아 동병원)		이왕준(사랑병원장) 이용성(인천기독 병원장), 부평세림병원, 신천연합병 원장 후보	3
기타	2	0	0			대기업 병원(서울아산, 제일병원)	
전체	116	102	86	3명	7~8명	9~10명	20

주 : 1) 김상형(전남대), 남궁성(가톨릭), 이성식(소화아동병원) 등 3인의 공동대표.

2) 2007년 6월 13일 현재 현황임.

3) 6월 22일 이전까지는 6개 병원 순번제로 대표 구성(가나다 순): 가톨릭, 경희대, 고려대, 아주대, 이대, 한양대
의료원장.

자료 : 은수미(2007), 이주호(2007).

③ 병원협회 등 관련 자원을 충분히 동원하지 못하고 있다.

보건의료 사용자협의회는 병원협회와의 관계가 긴밀하지 못하며 전문적인 인력을 확보하고 있지 않고 공인노무사 역시 매년 용역계약의 형태를 띠는 등 전문성이 낮다. 물론 소원한 관계였던 유사 산별단체(예를 들어 병원협회)와 사용자협의회가 최근 소고기 급식문제와 의료기관 평가 등에 관해 공조행동을 한 것으로 확인되지만 일시적인 현상일 가능성이 크다.

④ 2008년 현재 총 104개 병원이 사용자단체에 참여하고 있고, 이 중 98개가 재정의무를 이행하고 있는 것으로 확인되어 2006년 96개에 비해 참여율이 높아지고 있지만, 전체 병원에서의 비중은 여전히 낮다. 2006년 대한병원협회에 따르면 종합병원 및 병원의 총수는 1,386개이다. 따라서 참여율은 7.5%에 불과하다.

다만 한 가지 진전된 것은 노조와 마찬가지로 사용사측도 정부에 대한 의존도가 개선되었다는 사실이다. 이미 2006년부터 직권중재에의 의존성이 떨어졌고 2007년 말 직권중재가 폐지되면서 교섭 과정에서의 정부 의존성은 하락할 수밖에 없다. 그리고 기업별 수준에서 진행된 필수유지업무 협정에서 노사 자율타결에 성공한 병원이 있고, 소고기

급식 문제에 대해서도 자율적인 노사 합의가 나타났다. 또한 합법파업이 가능함에도 불구하고 파업을 최소화하고 자율교섭을 진행시키려는 노력이 이루어진 것은 외부 의존도의 약화를 드러내는 또 다른 증거이다.

결국 전체적으로는 노동조합의 자율성은 증대한 반면, 사용자측의 자율성은 큰 변화가 없는 것이다.

2. 산별교섭의 집중성과 대표성

첫째, 산별노조의 조직률 및 다양한 직종, 고용형태, 기업규모 등의 포괄정도는 아직 낮은 수준이다.

의원급까지 합하여 전체 보건의료산업을 기준으로 보면 조직률은 10.1%이다(표 4 참조). 1998년 19.2%에서 지속적으로 하락하고 있다. 물론 조직률의 하락이 조합원수의 하락을 동반하는 것은 아니다. [그림 1]에서와 같이 조합원수는 지속적으로 증가하고 있다. 그 중에서도 민간부문의 증가추세나 조합원 비중이 높고 공공부문의 비중이 그보다 낮는데 이것은 서울대지부 등 국립대병원의 잇따른 탈퇴 효과라고 할 수 있다. 다음으로 민간병원 중에서도 사립대 병원의 증가추세가 가장 높고 그 비중도 전체 조합원의 49.7%에 달한다(표 5 참조).

〈표 4〉 보건의료노동조합 조직률 변화 추이

	전체 (A)	의료 인력 (B)	의사 (C)	간호사	간호 조무사	의료 기사	의무 기록사	약사	기타 (D=A-B)	조직 대상 (E=A-C)	조합원 수 (F)	조직률(%) (G=F÷E× 100)
1998	253,427	224,741	69,791	53,953	65,150	31,226	1,490	3,131	28,686	183,636	35,257	19.2
1999	268,500	240,516	73,646	59,104	68,119	34,899	1,628	3,120	27,984	194,854	33,955	17.4
2000	304,245	245,504	73,386	59,791	72,064	36,315	1,636	2,312	58,741	230,859	39,912	17.3
2001	314,858	265,770	78,485	68,013	75,064	39,821	1,780	2,607	49,088	236,373	40,550	17.2
2002	340,736	288,383	84,325	75,239	79,731	44,464	1,920	2,100	52,353	256,411	41,279	16.1
2003	355,147	300,682	88,118	78,319	82,925	46,830	1,927	2,558	54,465	267,029	39,434	14.8
2004	394,237	324,329	89,525	82,552	91,722	55,910	1,949	2,671	69,908	304,712	41,931	13.8
2005	420,469	335,276	93,308	86,299	90,465	59,704	2,707	2,793	85,193	327,161	42,815	13.1
2006	477,364	351,572	97,568	90,867	93,466	63,964	-	2,885	125,792	379,796	38,309	10.1

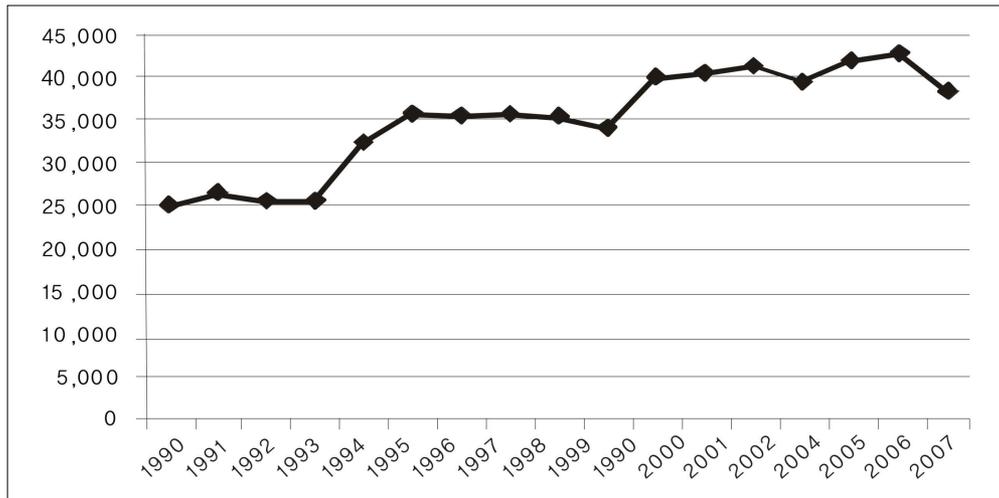
주 : 1) 전체=「경제활동인구조사」 부가조사상의 “보건업”에 종사하는 임금노동자수.

2) 의료인력=보건복지부 발표.

3) 의사=일반의사, 치과의사, 한의사, 조산원 포함.

4) 기타=보건업에 종사하는 임금노동자 중 비의료인력수로서 전체에서 의료인력을 뺀 값.

[그림 1] 연도별 조합원수 변화 추이(전체)



자료 : 은수미(2008).

<표 5> 보건의료노조 특성별 조합원수

	조합원	비율
국립대학병원	2,935	7.7
특수목적 공공병원	4,177	10.9
지방의료원	3,586	9.4
대한적십자사	1,516	4.0
사립대학병원	19,025	49.7
민간중소병원	5,782	15.1
대기업병원	1,252	3.3
전체	38,309	100.0

자료 : 이주호(2007).

또한 고용형태별 조직 현황을 살펴보면 몇 가지 특징을 알 수 있다.

<표 6> 병원특성별 정규직/비정규직 인원수 및 조합가입 현황

	직원					조합원					
	정규직	직고	간고	비정규 (총수)	비정규 (%)	정규직	가입률	직고	간고	비정규 (총수)	가입률 (%)
공공기타	3,122	351	203	554	15.1	2,410	77.2	57	-	57	10.3
국립대병원	6,094	1,382	1,057	2,439	28.6	4,035	66.2	179	79	258	10.6
사립대병원	25,881	3,085	2,688	5,773	18.2	19,236	74.3	171	-	171	3.0
적십자	1,563	702	49	751	32.5	1,086	69.5	272	-	272	36.2
중소병원	9,116	988	845	1,833	16.7	4,697	51.5	76	45	121	6.6
지방공사의료원	3,878	597	342	939	19.5	3,300	85.1	236	15	251	26.7
보건의료노조	49,153	6,952	5,349	12,301	20.0	34,658	70.5	955	139	1,094	8.9
기업별	2,521	322	297	619	19.7	2,819	111.8	-	-	-	0.0
병원노련	51,674	7,274	5,646	12,920	20.0	37,477	72.5	955	139	1,094	8.5

자료 : 보건의료노동조합(2008).

① 보건의료노조 비정규직 조직률은 8.9%이며 병원노련 전체로는 8.5%로 조금 더 낮다. 보건의료노조에 가입하지 않은 병원노련 소속의 기업별 노조의 비정규직 조직률이 0%이기 때문이다. 비정규직 조직화에 있어 산별효과를 확인할 수 있는 대목이다.

② 보건의료노조에서 직접고용 조직률은 13.4%인 반면, 간접고용의 조직률은 2.6%로 간접고용의 조직률이 현저하게 떨어진다. 간접고용일수록 산별노조 수준에서도 조직화하기가 쉽지 않은 현실을 반영하는 것이다.

③ 공공병원의 비정규직 조직률이 높은 반면, 사립대 병원과 민간중소병원의 조직률이 매우 낮다. 조합원수의 50%를 차지하는 사립대 병원의 비정규직 조직률이 3.0%이며 모두 직접고용만 조직되어 있다는 점에서 민간기업에서의 비정규직 조직화의 어려움을 보여준다.

결국 산별노조의 조직률과 다양한 고용형태의 포괄정도는 아직 낮은 수준이며 이것이 산별적 노사관계로의 전환을 어렵게 하는 요인 중의 하나인 것으로 판단된다. 외국에서와 같이 한국에서도 산별전환은 노동조합의 요구이다. 사용자측이 낮은 산별 노사관계를 받아들이는데 있어 노동조합의 조직화 정도는 상당히 중요한 기준이다. 더불어 정부가 산별노조의 효과성을 인정하기 위해서도 산별노조가 다양한 고용형태를 포괄하여 이를 통해 노사관계 안정화를 진전시키는 효과가 있어야 한다. 최근 보건의료노조는 비정규직이나 미조직사업장 노동자의 조직화에 주력하고 있으나 아직 뚜렷한 성과를 거두고 있지는 못한 것으로 보인다.

둘째, 임금 및 근로조건의 주요 결정단위는 기업수준에서 산별수준으로 조금씩 넘어 오고 있다.

보건의료노조 규약에 따르면 산별 중앙교섭과 지부별 현장교섭으로 이원화되어 있다(단, 지역본부 차원의 단체협약 본조 위원장의 승인하에 체결 예정, 지역본부 운영규정 제34조). 이것은 중앙교섭과 현장교섭의 병행(중앙교섭 타결되면 현장교섭에서 세부교섭 진행)을 인정하고 있는 것에서도 확인된다.

하지만 보건의료노조 내 모든 교섭의 대표자는 위원장이다. 단, 위원장은 필요하다고 인정될 때 본부장, 지부장 또는 특정인을 지명하여 교섭권 위임이 가능하다(규약 제54조). 또한 단체협약은 위원장이 체결하고, 위임받은 본부장 또는 지부장이 단체협약을 체결하고자 할 때에는 위원장의 사전승인을 얻어 체결한다(규약 제55조). 더불어 산별협약과 기업별 협약이 충돌할 경우 산별협약은 지부 단체협약에 우선한다. 단, 지부에서 기 합의한 사항과 지부 단체협약이 산별합의를 상회하는 경우는 그에 따르는 ‘유리의 원칙’을 채택하고 있다(산별기본협약 제4조).

다음으로 보건의료산업 2006년 산별협약(총 24개 조문)은 산별기본협약(7개 조), 보건

의료협약(6개 조), 고용협약(1개 조), 임금협약(2개 조), 노동과정협약(8개 조) 등 5가지로 구성되어 있고 여기서 임금 및 근로조건 사항은 전체 조문의 45.8%(11개 조)이다. 2007년의 경우 산별협약 총 31개 조문 중 산별기본협약은 8개 조, 보건의료협약 8개 조, 고용협약 3개 조, 임금협약 3개 조, 노동과정협약은 9개 조로 임금 및 근로조건 사항은 전체 조문의 48.4%(15개조)로 전체 조문의 과반에 해당한다. 산별수준에서 상당히 많은 부분이 결정되는 것이다.

또한 보건은 금융이나 금속과 달리 산별수준에서 임금의 대부분이 결정된다. 2004년 산별협약 중 ‘협약의 효력’을 보면 “① 산별교섭 합의내용을 이유로 기존 지부 단체협약과 노동조건을 저하시킬 수 없다. ② 단, 제9장(임금), 제3장(노동시간 단축), 제1조(근로시간 단축), 제5조(연·월차휴가 및 연차수당), 제6조(생리휴가)는 지부 단체협약 및 취업규칙에 우선하여 효력을 가지며, 동 협약 시행과 동시에 지부의 단체협약 및 취업규칙을 개정한다”는 중요한 합의사항을 찾아볼 수 있다. 이것이 소위 10장 2조 논쟁을 불러일으켜 결과적으로 서울대지부가 탈퇴하게 된 조항이다.

이 결과 산별협약은 기업지부별 협약에 우선하며, 특히 임금은 산별에서 임금인상률이 결정되면 +a없이 지부별 협약에서 채택한다. 다만 국공립대에 한하여 지부별 협약에서 복리후생과 관련된 별도의 수당 등에 관한 협의를 하도록 하였다. 물론 2006년 산별교섭에서 보건의료노조는 임금에 관한 한 산별 최저합의와 지부별 보충합의를 시도하였으나 무산되어 2004년 산별협약의 기본 골간이 현재까지 유지되고 있다.

마지막으로 2008년 교섭의 한 가지 특징이 있다면 특성별 교섭 결과를 산별교섭에서 추진하는 방식으로 산별교섭이 이루어졌다는 사실이다. 하지만 교섭구조의 측면에서 산별중앙-현장보충교섭의 이원적 구조는 여전히 유지되었으며 올해에 한해 특성별 교섭이 산별중앙교섭을 보완하는 수준에서 이루어진 것으로 평가할 수 있다.

왜냐하면 특성별 합의에서 지난 2007년 지방의료원 등 3개 특성의 임금인상률에 대한 합의가 산별교섭에서 제외되었고 올해도 유사하였으며, 사용자측 태도 변화와 내부 갈등에 따른 불가피한 선택이자 임시적 조치라고 보이기 때문이다. 따라서 임금 및 근로조건 결정단위가 바뀌었다고 볼 여지는 아직 없다.

셋째, 개방조항은 없으며 예외조항의 비중도 작고 산별과 지부별 협약간의 부분적인 중복은 보이나 대체적으로 기업지부에서 보충협약의 수준에 머무르는 것으로 확인된다.

예를 들어 2007년 산별협약에서 개별 사업장별로 협의·시행하거나 기존의 지부별 협약기준을 적용하도록 위임한 사항은 2007년 산별협약 31개 조문에서 3개 조문이고, 이와 관련하여 지부협약이 정하고 있는 내용은 대체로 유사하다. 그 내용을 살펴보면

- 주5일제 시행에 따른 토요일래 진료 50% 이하 축소 및 휴일진료 대책의 구체적 시행방안

- 교대근무자의 근무간 충분한 휴식 보장과 야간근무 최소화 위한 세부사항
- 개정 근기법상 월차휴가 폐지 및 연차휴가제의 실시에 따른 손실휴가일수의 보상기준 등이다.

2008년에도 위임한 사항이 있다.

〈표 7〉 지부별 협약 위임사항

임금 협약	<p>1. (임금협약) 2008년 임금은 다음과 같이 인상한다. 단, 이 협약에 따른 임금 세부사항에 대해서는 지부 노사가 합의하여 시행한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 사립대의료원의 경우 총액 기준 4.2%를 인상한다. ② 민간중소병원의 경우 총액 기준 4.0%를 인상한다. ③ 지방의료원의 경우 2006. 9. 28. 합의된 '2006년 지방의료원 중앙교섭 합의서'의 임금협약에 의한다. ④ 국립대병원의 경우 총액 기준 2.5%를 인상한다. ⑤ 한국원자력의학원의 경우 총액 기준 2.5%를 인상한다. ⑥ 한국보훈복지의료공단은 노사가 자율로 정한다. ⑦ 대한적십자사는 2007년 노사합의에 의하여 노사가 자율로 정한다.
노동 과정 협약	<p>1. (1일 8시간, 주40시간 주5일제 실시) ① 사용자는 근로기준법 부칙 제1조(시행일)에 따라 1일 8시간, 주40시간인 주5일제를 실시하며 토요일은 휴무일로 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ② 사용자는 주5일제 시행에 따라 토요일 외래진료를 최소화한다. 다만, 이에 따른 환자의 불편을 최소화하기 위하여 1년 한도 내에서 휴일진료 대책에 대한 구체적인 시행방안을 지부와 협의한다. ③ 2008년 시행사업장은 1년 이내 한시적으로 50% 이하로 토요일 외래 진료를 축소하되, 구체적인 시행방안에 대해서는 지부와 협의하여 시행한다. ④ 사용자는 주5일제 노동시간 단축에 따른 필요인력을 즉시 충원하고, 충원함에 있어 각 병원 및 사업장별로 조합(지부)과 협의하여 시행하되, 병원에 근무하는 직접고용 비정규직을 정규직으로 우선 채용하도록 노력한다. <p>3. (근무형태) ① 사용자는 교대근무자의 근로조건 개선을 위해 근무와 근무 사이 충분한 휴식과 야간근무를 최소화할 수 있도록 노력하되 세부사항은 각 병원 및 사업장별로 지부와 협의하여 시행한다.</p>

이외에 위임을 하지 않은 사항과 관련해서도 지부별 협약에서는 산별협약을 위반하지 않는 범위에서 그 구체적 내용을 정하는 정도가 상이한 경우가 있다. 또한 비정규 관련 내용 등 산별협약에서 정하는 수준이 상당히 추상적일 경우 지부별로 그 내용을 정한다. 하지만 이로 인해 지부별 협약의 기간이나 비용이 증가하는 것으로 보이지 않으며 비용이나 기간의 증가는 오히려 기존의 노사갈등 정도에 기인한다.

넷째, 전국 혹은 산별(지역) 수준의 사회적 협의제도 유무 및 노사의 참여정도는 여전히 답보상태이다. 2008년 부속합의서에 따르면 산별중앙노사운영협의회, 비정규대책 노사특별위원회, 의료노사정 특별위원회 등이 합의되었고, 2007년 역시 유사한 조항이 보이나 실제로 이행되고 있지는 않다

결론적으로 산별교섭의 집중성과 대표성은 아직 낮은 수준이지만 지속적으로 개선되고 있다는 점에서 긍정적이다.

3. 산별교섭의 포괄성과 효과성

첫째, 단체협약의 포괄범위가 조사된 바는 없으나 지부별 노사간의 합의나 모니터링을 통해 비조합원인 비정규직이나 정규 근로자에게까지 확대적용되는 것으로 보인다. 따라서 조직률 10%를 약간 상회하는 정도일 것으로 추정된다.

이처럼 비조합원에게까지 단체협약이 관행적으로 확대적용되는 것을 제도화할 것인가는 향후 복수노조 창구단일화와 관련해서도 중요한 쟁점일 수 있다. 협약효력 확대와 관련하여 산별 노사관계를 형성하고 있는 상당수 국가들에서는 최소한 사업장 단위에서의 확대를 기본으로 한다. 물론 그 방식은 차이가 있어 프랑스는 법에 의해 강제적으로 확대되며(소위 만인효라고 불리는 원리), 독일에서는 협약에 의해 확대적용된다. 즉 노동조합은 단지 조합원의 대표일 뿐만 아니라 종업원의 대표로서의 역할도 수행하고 있는 것이다. 혹은 agency shop 제도를 통해 확대 적용하거나 대리교섭하는 사례도 보인다¹⁾. 한국의 경우도 정규직 노조가 비정규직을 대리하여 교섭하는 형태가 일반적이라는 점에서 단체협약의 효력 확대를 제도화하는 것은 검토해야 할 것이다.

다음으로 협약이 효력 확대될 경우 소수노조의 이해대변 문제가 쟁점이 된다. 왜냐하면 조합원 범위가 중복되지 않는 노동조합까지 포함한 사업장 단위 과반수 대표제일 경우, 소수노조 및 비노조원과 관련하여 몇 가지 문제가 제기되기 때문이다. ① 협약체결에 참여하지 않거나 협약내용에 동의하지 않는 소수노조(들)에게까지 협약을 확대적용할 것인가, ② 동의하지 않는 노조에게까지 확대적용한다면 비조합원에게까지 확대적용하는 것 역시 가능하지 않는가 하는 점이다.

예를 들어 기존 조합가입이 금지되어 있는 기간제 노동자가 조합을 결성하였다고 하자. 사업장 단위 과반수 대표제일 경우 당연히 소수이기 때문에 교섭을 할 수 없지만 협약의 내용을 확대적용받게 된다. 문제는 교섭 내용에 기간제 등에 불리한 협약이 존재한다면 해당 노동자 및 노동조합은 교섭권이 박탈된 상태에서 불리한 처우를 받게 된다. 거꾸로 유리한 협약이 존재한다면 사용자측은 비용부담 등을 감수해야 한다.

또한 이처럼 동의하지 않는 노조에게까지 확대적용한다면 여타 비조합원에게까지 확대적용하지 않아야 할 이유가 없어진다. 결국 소수가 되든 다수가 되든 조합을 설립하는 것이 무조건 필요해지며 매년 다수노조가 되기 위한 경쟁이 일어날 수 있다.

둘째, 임금격차 완화정도는 이주희(2004)에 의해 분석된 바 있으며 다른 산업(업종)에 비해서는 임금격차 완화 노력이 이루어지고 있는 것 역시 사실이다. 하지만 규모별로

1) agency shop은 소수자의 권리 박탈이라는 부정적 측면이 있기 때문에 반대의견이 있고 1990년대 초 영국에서는 이에 금지하기도 하였다.

임금인상률의 간격을 줄이는 것 만으로는 규모별 격차는 물론이고 고용형태별 격차를 근본적으로 개선하기 어렵다. 외국의 산별에서 사용하는 것처럼 산업(업종)별 최저 직무급을 설계하는 등 임금구조 개편이 향후 중요한 쟁점으로 떠오를 것으로 보인다.

셋째, 산별파업의 횟수 및 비중, 통제되지 않는 기업별 파업의 횟수 및 비중과 관련하여 2007년과 2008년은 사실상 산별파업이 없었다. 또한 통제되지 않는 기업별 파업의 횟수나 비중도 급격히 줄어들어 산별교섭의 효과가 나타나고 있다.

넷째, 교섭기간 및 교섭횟수는 3개월이며 기업별 교섭을 합해도 평균 4개월 수준이다. 물론 예외적으로 교섭기간이 길어지는 경우가 있는데, 이것은 일부 기업의 노사관계의 특성이며 보건의료산업의 지배적 현상이라고 보기 어렵다. 하지만 비정규직이나 고용문제가 불거질 경우 혹은 기타 노사갈등으로 인해 당분간은 이와 같은 현상이 좀 더 증가하거나 산별교섭의 기간이 길어질 우려가 있다. 2007년까지 산별교섭 기간이 줄어들다가 2008년에 4개월로 길어진 것이 대표적이다.

또한 교섭횟수를 줄이는 것 역시 필요한데 2008년 실무교섭에서 산별 본교섭의 횟수를 아예 제한하고 실무교섭을 확대하자는 의견이 사용자측에 의해 제기된 바 있는데 향후 적극적으로 검토할 필요가 있다고 보인다.

다섯째, 취약노동자(여성, 청년, 고령자, 비정규직, 장애인 등) 관련 교섭 여부 및 교섭 내용은 상당히 충실하다. 특히 산별협약 수준에서의 비정규 관련 교섭은 확대되고 있다.

〈표 8〉 보건의료노조 교섭 전후 비정규직 비율 추이 비교(2007. 10. 18. 현재)

	전체직원	정규직	비정규직	직접고용	간접고용	비정규직 비율	소요비용
교섭전	66,468	52,915	13,553	6,970	6,583	●전직원 중 20.39% (직고 10.48%, 간고 09.90%)	
교섭후	66,468	55,299	11,169	4,586	6,583	⇨전직원 중 16.79% (직고 6.89%, 간고 09.90%)	
최종 결과	●직접고용 비정규직 비율 3.59% 축소 ●정규직 전환인원: 2,384명						3,228,199 (322억 8,199만원)

주: 소요비용 미집계: 상지대 한방병원, 전남대병원, 메트로병원, 사랑병원, 침례병원, 춘해병원.
미타결: 파티마병원, 영남대의료원(12/5 타결).
자료: 보건의료노조(2007).

특히 ‘아름다운 합의’라 불리며 언론의 관심을 불러일으킨 2007년 비정규 관련 합의는 정규직이 자신의 임금인상분의 30%를 비정규직 정규직 전환비용으로 사용하는 내용으로 다른 산별 및 기업별 협약에도 영향을 끼쳤다.

내용을 좀 더 구체적으로 살펴보면, 당시 보건의료노사는 ▲비정규직 문제해결을 위한 비용 총액 323억 원을 만들었고, ▲비정규직의 정규직화 2,400명, ▲차별시정 42개 사업

장 1,541명, ▲처우개선 51개 사업장 2,717명, ▲간접고용 비정규직 처우개선 11개 사업장 1,285명, ▲비정규직 문제해결을 위한 “비정규직대책 노사특별위원회” 구성 등을 이루었다.

결론적으로 비정규 및 미조직사업장까지 포함하려는 노력은 진전되고 있다. 그 추이에 주목하는 한편 절대적 수준에 있어 아직 불충분하다는 사실 역시 간과해서는 안된다. 따라서 산별교섭의 포괄성과 효과성을 높이기 위한 개선책이 모색될 필요가 있다. 기업별 교섭에 비해 산별교섭은 소득불평등을 완화하고 취약한 계층에 대한 보호를 강화하는 효과가 있다는 것이 대부분의 연구결과이다. 보건의료산업에서 이와 같은 현상이 잘 나타나지 않는 것은 외국과 달리 단체교섭 효력 확대가 이루어지지 않을 뿐만 아니라 조합원에게 주로 적용되기 때문이다. 효력 확대에 대한 본격적인 검토가 필요한 것이다. 또한 비정규직 등 취약계층의 조합원 비율이 매우 낮고 중소기업병원이 아예 참여하지 않는 것도 효과성을 떨어뜨리는 요인이라는 점에서 조직률 및 참여율의 제고가 필요하다.

IV. 2009년 보건의료 산별교섭 전망

앞에서 살펴본 것처럼 지난 5년간의 보건의료 산별교섭은 노동조합의 자율성, 산별교섭의 집중성, 산별교섭의 효과성의 측면에서 진전이 있다. 하지만 사용자단체의 자율성, 산별교섭의 포괄성 등과 관련해서는 아직 갈 길이 멀다. 동시에 산별교섭의 진전정도를 볼 때 이것을 거꾸로 돌리는 것이 오히려 비용이 더 들어갈 여지가 있다는 사실에 주목해야 한다. 왜 산별교섭이 아니라 기업별 교섭으로 돌아가야 하는가를 설득하기 어렵기 때문이다.

그러나 이와 같은 진전이 곧바로 2009년 산별교섭이 순탄하게 이루어진다는 의미는 아니다. 왜냐하면 2009년 산별교섭은 내부적, 외부적 변수가 몇 가지 있기 때문이다. 내부적 요인으로 가장 큰 해결과제는 ‘사용자단체의 자율성 확보’이다. 2008년 산별교섭의 가장 큰 걸림돌이 사용자단체의 자율성, 특히 참여정도 및 리더십의 문제였으며 이것이 아직까지 해결되지 않았다. 따라서 2009년 산별교섭에서도 똑같은 상황이 전개될 가능성이 있다.

이 문제의 해결방식은 몇 가지가 있을 수 있다. 가장 좋은 것은 사립대 중심의 리더십을 형성하여 산별교섭을 주도하기 어렵다는 전제 아래 기존과 같이 특성별 전체를 아우르는 리더십을 재구성하는 것이다. 또한 이와 같은 리더십이 개별 병원의 입장을 넘어선 전체 보건의료산업의 시야를 확보하기 위한 인적·물적자원을 확보하기 위한 노력을 경

주해야 한다.

하지만 이와 같은 리더십 전환을 사용자측이 내년 산별교섭 시작 전까지 이루어내지 못한다면 상건례까지 포함한 본교섭의 횡수를 제한하고 특성별 교섭에 곧바로 돌입하는 것도 한 가지 방법이다. 특성별로 합의를 한 후 그 안을 가지고 전체 조율을 하는 것이다. 시간을 번다는 의미에서도 고려해 볼만 하다.

세 번째 방법은 다시 노무사에게 위임하는 것이다. 만약 노동조합이 노무사 위임을 부분적으로 용인한다면 불가능한 것은 아니다. 문제는 이것이 중장기적 대안은 아니라는 점이다. 외국의 산별사례를 검토하면 협약에 서명하는 사람이 대표 및 실무교섭을 담당하는 관행을 확인할 수 있다. 대부분의 사용자단체는 산별교섭을 준비하고 교섭을 담당하는 독립단위가 존재한다. 이 때 변호사나 노무사는 철저하게 조력자의 지위에 있다. 물론 이들이 교섭 전에 프리젠테이션을 하거나 산별교섭의 방향에 관해 제안하는 경우는 있다. 하지만 실제 산별교섭 석상에서의 실질적인 대표로서의 역할을 맡지는 않는다.

또한 노동조합의 관행으로 이것을 용인하기는 어려울 것이라는 점에 주목할 필요가 있다. 그리고 산별교섭의 비용을 줄이려면 실질적인 대표가 참석하여 교섭을 하는 것이 바람직하다. 최소한 교섭기간이라도 단축할 수 있기 때문이다.

따라서 네 번째 방법이 나오는데 산별교섭에 대한 사전 실무협의 기간을 충분히 갖고 교섭에 들어가서 본교섭의 전체 기간을 단축시키는 방법이다. 본교섭에 자주 대표가 나오기 어려운 문제를 해결할 수 있다. 산별교섭 전에 노무사 등 사용자단체 관련자들과 함께 2009년 산별교섭의 의제, 방식 등과 관련된 토론회를 하고 최소한의 합의선을 정하며 제한적으로 노무사의 개입을 용인하는 것까지도 포함하여 사전 실무교섭을 활용하는 것을 검토할 필요가 있다.

두 번째 변수는 복수노조 허용 및 전임자 임금지급 금지 등 법제도 개정과 관련된 외부적 요인이다. 이것이 산별교섭의 걸림돌로 나타날 가능성은 두 가지인데, 하나는 사용자측이 전임자 임금지급 금지를 이유로 산별협약이나 기업별 협약에서 금지조항을 포함시키자고 제안할 경우이다. 교섭 초기에 이 문제가 제기될 경우 산별교섭은 파행을 낳을 것이 분명하다. 다른 하나는 이 문제와 관련하여 총연맹이나 산별노조가 강경한 태도를 고수하고 파업을 고려하는 경우이다.

사실 보건의료산업 자체적으로 보면 복수노조 허용 및 전임자 임금지급 금지가 가지는 영향력은 상대적으로 적다. 현재 보건의료산업의 전임자수는 300명 가까이 된다. 또한 임금도 그다지 높지 않다. 때문에 전임자 임금지급 금지가 되더라도 단기적으로는 버틸 수 있다. 물론 중장기적으로는 어렵다는 점에서 갈등요인이기는 하지만 올해 갈등이 불거질 가능성은 그리 크지 않다. 더불어 복수노조가 허용된다 해도 지금의 산별노조들이 크게 바뀔 것으로 보이지 않는다. 사용자측에서 친기업적 노조를 만들려고 시도하

지 않는 한 기업수준에서 독자노조가 형성되기 어려운 조건이기 때문이다. 따라서 사용자측의 대응여부와 총연맹의 대응이 오히려 보건의료 노동조합의 태도를 결정할 것이다. 외부적 요인에 의해 교섭의 안정성이 떨어질 수 있는 것이다.

세 번째 변수로는 경제위기와 고용불안이다. 2008년에도 외주화 및 구조조정과 관련하여 발생한 파업이 40%가 넘으며 강남성모병원 파견직 간호보조원의 28명 해고로 이미 60일 이상 농성이 계속되고 있다. 또한 지난 11월 7일 서울중앙지방법원 민사50부는 해고 조합원들을 상대로 낸 강남성모병원의 ‘점유 및 사용방해금지가처분’ 신청을 최종 받아들이면서, “강남성모병원에서 해고된 조합원들의 업무가 파견법이 규정한 ‘절대금지업무’로 보이고, 파견근로자 보호 등에 관한 법률에 따라 직접고용의 의무가 있다고 할 여지가 많다”는 사실을 지적하였다.

최근 병원산업에서 간접고용이 확대되고 있다. 경기가 악화될 경우 계약해지 등의 문제가 불거질 가능성이 없지 않다. 따라서 구조조정이나 외주화 등에 대한 노사간의 적절한 조율이 이뤄지지 않을 경우 새로운 쟁점이 등장할 가능성이 있다. 또한 사용자측의 임금동결 요구가 변수이긴 하지만 상호 이해하는 분위기가 커서 교섭자체가 결렬되지는 않을 것이다.

마지막으로 최근 대기업 중심으로 경쟁이 가열되고 중소병원의 규모가 줄어드는 등 산업구조의 변화가 중장기적으로 끼치는 영향을 고려해야 한다. 또한 의료민영화 등 정부 정책변화가 나타날 경우도 잠재적인 갈등요인으로 작용할 수 있다. 따라서 노사간의 공식·비공식 협의가 좀 더 원활하게 이뤄지는 것이 필요하다. **KL1**

<참고문헌>

- 은수미(2006), 「비용과 효과의 측면에서 본 산별 노사관계」, 2006년 산별포럼 자료집, 한국노동연구원.
- 은수미 외(2007), 『2007년도 노사관계 실태분석 및 평가: 총괄편』, 노동부.
- 은수미(2008), 『2008년도 노사관계 실태분석 및 평가: 보건의료 산별교섭 사례』, 노동부.
- 이주호(2007), 「한국에서 산별교섭 정착 가능성 연구 - 보건의료노조 산별교섭의 새로운 진전과 도전(1998~2007년)」, 고려대학교 노동대학원 석사학위논문.
- 전인·서인덕(2008), 『한국의 사용자단체』, 한국노동연구원.
- 조용만(2007), 『주요 산업분야 단체협약분석』, 경제사회발전 노사정위원회.