

보건의료산업 노사관계 전망을 위한 3대 키워드*

송민수**

I. 머리말

한 산업의 노사관계를 전망하기 위해서는 해당 산업의 외부환경, 행위자 특성, 교섭의 형식, 주요 갈등에 대한 이해가 선행되어야 한다. 지배적인 추동 요소의 추세를 발견하고 추세들 사이의 상호관계를 파악한다면 산업의 미래상이 보다 정교해질 수 있다. 앞선 연구와 당사자들의 주장 등을 종합해 볼 때, 향후 보건의료산업 노사관계 전망을 위한 키워드로는 ① 고령화, ② 인력부족, ③ 교섭구조의 분화 등을 꼽을 수 있다.

고령화와 노인인구의 증가, 질병양상의 변화, 건강증진에 대한 인식 및 소비자 권리의식 수준의 향상, 의료 및 정보 기술의 발전 등 환경적 요인에 따라 보건의료산업은 큰 변화를 맞이하고 있다. 국민경제 전체에서 차지하는 의료부문의 지출이 지속적으로 증가함에 따라 보건의료분야 종사자 수도 꾸준히 늘고 있지만, 국제적으로 우리나라의 활동의사 수·활동간호사 수는 매우 적은 수준이다. 병원의 대형화 추세, 재벌병원의 등장과 더불어 정부의 보건의료 서비스 활성화 방안이 추진됨에 따라 보건의료산업의 경쟁은 더욱 가속화되고 있으며, 단체교섭 구조는 다양한 방식으로 분화되어 가고 있다.

이 글의 목적은 보건의료산업 노사관계에 큰 영향을 미치는 3개 핵심 추동 요소들의 실태를 검토함으로써 향후 노사관계에 대한 예측력을 높이는 것이다.

* 이 글은 2014년 고용노동부의 『2014년도 노사관계 실태분석 및 평가』의 일부를 수정한 것이다.

** 한국노동연구원 책임연구원(song@kli.re.kr).

Ⅱ. 보건의료산업 노사관계 전망을 위한 3대 키워드

1. 고령화

향후 보건의료산업 전망에 필요한 첫째 키워드는 고령화다. 급속한 고령화와 노인인구의 폭발적 증가는 향후 보건의료산업에 막대한 영향을 미칠 것이다. 우리나라는 OECD 국가 중 열셋째로 기대수명이 긴 국가다. OECD에 따르면, 2012년 우리나라의 기대수명은 81.3년으로 OECD 평균(80.2년)에 비해 1.1년 길다. 경제사회 발전으로 인한 영양의 개선, 건강에 대한 관심 증대, 의료수준의 향상 등으로 우리나라의 기대수명은 큰 폭으로 증가하고 있다.

우리나라의 고령화 속도는 세계에서 가장 빠른 것으로 알려져 있다. 2013년을 기준으로, 한국은 OECD 국가들 가운데 65세 이상 고령인구 증가 속도가 가장 빨랐다. 통계청에 따르면, 65세 이상 노인인구는 1990년 5.1%에서 지속적으로 증가하여 2015년 13.1%, 2030년 24.3%, 2040년 32.3%, 2050년 37.4%, 2060년 40.1% 등 급격하게 늘어날 것으로 예상되고

〈표 1〉 노인인구 추이

(단위: 명, %)

	전체	0~14세 인구	구성비	15~64세 인구	구성비	65세 이상 인구	구성비
1990	42,869	10,974	25.6	29,701	69.3	2,195	5.1
2000	47,008	9,911	21.1	33,702	71.7	3,395	7.2
2005	48,138	9,241	19.2	34,530	71.7	4,367	9.1
2010	49,410	7,975	16.1	35,983	72.8	5,452	11.0
2015	50,617	7,040	13.9	36,953	73.0	6,624	13.1
2020	51,435	6,788	13.2	36,563	71.1	8,084	15.7
2025	51,972	6,739	13.0	34,902	67.2	10,331	19.9
2030	52,160	6,575	12.6	32,893	63.1	12,691	24.3
2035	51,888	6,247	12.0	30,890	59.5	14,751	28.4
2040	51,091	5,718	11.2	28,873	56.5	16,501	32.3
2045	49,810	5,171	10.4	27,171	54.6	17,468	35.1
2050	48,121	4,783	9.9	25,347	52.7	17,991	37.4
2055	46,125	4,594	10.0	23,817	51.6	17,713	38.4
2060	43,959	4,473	10.2	21,865	49.7	17,622	40.1

자료: 통계청, 「장래인구추계」.

있다. 한국은 고령화사회(노인인구비율 7% 이상)를 넘어 2018년에는 고령사회(노인인구비율 14% 이상), 2026년에는 초고령사회(노인인구비율 20% 이상)로 진입할 것으로 예상된다.

급속한 고령화에 따라 노인진료비도 큰 폭으로 늘고 있다. 2013년 건강보험통계연보에 의하면, 2013년 65세 이상 노인 의료비는 18조 852억 원으로 전년 대비 9.9% 증가했다. 노인 1인당 연평균 진료비는 322만 원으로 전체 국민 1인당 연평균 진료비 102만 원의 3배를 넘었다. 2014년 노인의료비 총액은 20조 원을 넘어설 것으로 추정된다.

노인성 질환에 대한 비용도 급증하고 있다. 치매 의료비는 2008년 3,828억 원에서 지난해 1조 742억 원으로 늘었고, 파킨슨병 의료비도 2008년 1,224억 원에서 지난해 2,881억 원으로 2배 이상으로 증가했다. 2013년 건강보험통계연보에 따르면, 노인의 75%는 2개 이상, 절반은 3개 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 고혈압, 신장질환, 관절염 등 노인들이 앓고 있는 만성질환으로 인해 노인의료비가 급속하게 증가하고 있는 것이다.

고령화는 보건의료 이용 증가로 이어진다. 우리나라의 의료기관 이용일수와 건강보험 진료비는 계속해서 증가하고 있다. 인구고령화와 노인의료비 증가, 만성질환 증가, 소득 수준 향상, 건강에 대한 관심 증가와 인식의 변화에 따라 국민들의 의료이용은 계속 확대되고 있다. 2013년 우리 국민은 1인당 19.4일(입원진료 2.5일, 외래진료 16.9일) 의료기관을 찾은 것으로 나타났다.

〈표 2〉 국민 1인당 의료기관 평균 방문일수

(단위: 일)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
입·내원일수	16.0	16.6	16.8	17.9	18.6	18.8	19.2	19.4
입원	1.3	1.6	1.7	1.9	2.1	2.2	2.3	2.5
외래	14.7	15.0	15.1	16.0	16.4	16.6	16.9	16.9

주: 약제외, 입·내원일수는 입원일수+외래방문일수.
 자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2014), 「2013년 건강보험통계연보」.

〈표 3〉 연도별 건강보험 진료비와 급여비 증감 현황

(단위: 억 원, %)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
진료비	284,103	323,892	348,690	393,390	436,283	462,379	478,392	509,552
(전년대비 증감률)	(14.3)	(14.0)	(7.7)	(12.8)	(10.9)	(6.0)	(3.5)	(6.5)
급여비	209,316	239,557	255,999	289,164	324,968	345,652	357,146	381,248
(전년대비 증감률)	(16.4)	(14.4)	(6.9)	(13.0)	(12.4)	(6.4)	(3.3)	(6.7)

주: 지급기준이며, 현금급여, 건강검진비 등은 제외.
 자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2014), 「2013년 건강보험통계연보」.

보건의료 이용증가는 국민의료비의 상승, 의료기관과 병상 수의 증가로 이어졌다. 국민의료비는 한 나라 국민이 한 해 동안 보건의료에 사용하는 화폐적 지출의 총합으로, 의료이용 수준을 가장 종합적으로 파악할 수 있는 지표다. OECD에 따르면, 2012년 우리나라는 97.1조 원의 국민의료비를 지출했다.

수요 증가에 따라 공급도 늘고 있다. 2002년 우리나라 전체 병·의원²⁾은 44,029개에서 2012년 59,519개로 35.2% 증가했다. 같은 기간 종합병원³⁾은 284개에서 323개로 13.7% 늘었다. 전체 병·의원 병상 수는 2002년 316,089개에서 2012년 598,844개로 89.5% 늘었으며,

〈표 4〉 의료기관 및 병상 수(2002~2012)

(단위: 개소, 개)

	전체		종합병원		요양병원		일반병원		의원	
	병원 수	병상 수	병원 수	병상 수	병원 수	병상 수	병원 수	병상 수	병원 수	병상 수
2002	44,029	316,089	284	115,779	-	-	691	75,392	23,299	83,987
2003	45,772	340,988	283	111,801	68	8,355	730	78,853	23,502	96,338
2004	47,378	353,289	282	117,323	92	10,445	763	86,897	24,491	91,702
2005	49,566	379,751	290	120,728	177	25,501	794	90,467	25,412	93,972
2006	51,286	410,581	295	124,090	363	43,336	850	98,228	26,078	95,224
2007	52,914	450,119	302	125,840	593	66,727	945	112,392	26,265	96,292
2008	54,165	478,645	313	128,673	690	76,970	1,064	122,654	26,581	97,842
2009	55,769	498,302	312	130,601	762	89,503	1,129	130,788	27,104	91,762
2010	56,244	523,357	312	132,961	849	112,827	1,154	130,670	27,334	88,204
2011	58,496	564,572	319	137,728	975	135,294	1,245	145,525	27,909	86,577
2012	59,519	598,844	323	138,850	1,087	161,054	1,327	155,020	28,762	81,869

주: 전체 병원 수 및 병상 수는 특수병원, 치과병의원, 한방병의원, 부속의원, 조산원까지 포함된 수치임.
 자료: 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.

- 2) 병·의원은 몇 가지 기준에 따라 분류할 수 있다. 우선, 의료법에 따라 병원은 종합병원, 상급종합병원, 전문병원으로 구분된다. 다음으로 설립주체에 따라 국·공립병원, 사립병원으로 구분된다. 아울러, 영리추구 여부에 따라 비영리병원, 영리병원으로, 전달체계에 따라 1차, 2차, 3차 병원으로 구분되기도 한다. 또한 교육기능의 범위에 따라 대학병원, 수련병원, 비교육병원으로, 입원기간에 따라 단기일반병원, 장기병원, 요양병원(환자의 입원일수가 90일 미만)으로 나뉘기도 한다. 국민건강보험 요양급여 절차에 따라 종합전문요양기관, 전문요양기관으로 구분되기도 한다.
- 3) 의료법에 따르면, 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아·청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아·청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것.

이 중 종합병원의 병상 수는 같은 기간 115,779개에서 138,850개로 19.9% 증가했다. 요양 병원의 증가세는 특별히 괄목할 만하다. 2003년 당시 요양병원수는 68개, 병상 수는 8,355 개였다. 2012년 요양병원수와 병상 수는 1,087개, 161,054개로 10여 년 동안 각각 1,499%, 1,828% 증가했다.

의료기관과 병상 수 증가는 우리나라 의료환경의 급격한 변화를 보여준다. 병원 간 규모경쟁에 따라 앞으로 의료기관과 병상 수는 더 늘어날 것으로 전망된다. 정부의 보건의료 부문에 대한 투자도 더욱 늘어날 것이다. 이 모든 것은 급속한 고령화, 노인인구 증가와 밀접한 관련이 있다.

2. 인력부족

보건의료분야의 성장에 따라 관련분야의 종사자 수도 급격히 늘어났다. 2013년 보건복지통계연보에 따르면, 보건복지의료분야 종사자 수는 2009년 1,745,840명에서 2012년 2,206,705명으로 증가했다. 보건복지의료분야에는 제조업, 도매 및 소매업, 숙박 및 음식점업, 전문, 과학 및 기술서비스업, 사업시설관리 및 사업지원서비스업, 공공행정·국방 및 사회보장행정, 사회 및 산업정책행정, 보건업 및 사회복지서비스업, 협회, 단체, 수리, 기타개인서비스업 등이 포함된다. 이 가운데 보건업 및 사회복지서비스업 종사자들이 가장 큰 비중을 차지한다. 보건업 및 사회복지서비스업 종사자 수는 2009년 100여만 명 수준에서 2012년 134만 명 이상으로 늘어났다.

〈표 5〉 보건복지의료분야 종사자 수(2009~2012)

(단위: 명)

	2009. 12	2010. 12	2011. 12	2012. 12
전 체	1,745,840	1,971,871	2,092,478	2,206,705
제조업	97,528	101,479	107,963	116,307
기타식품제조업	26,900	24,779	27,211	25,091
기타화학제품제조업	11,776	14,382	15,385	16,811
기초의약품 및 생물학적제제제조업	4,235	4,064	3,930	4,572
의약품제조업	24,301	26,094	23,545	24,700
의료용품 및 기타의약품 관련 제품제조업	2,993	3,689	4,335	4,568
의료용기기제조업	27,323	28,471	33,558	40,564
도매 및 소매업	174,370	200,263	208,177	211,664
가정용품도매업	58,655	70,722	69,843	71,098
기계장비 및 관련물품도매업	31,792	35,654	39,446	42,875
음·식료품 및 담배소매업	18,006	21,599	22,348	22,490

〈표 5〉의 계속

	2009. 12	2010. 12	2011. 12	2012. 12
기타상품전문소매업	65,916	72,288	76,540	75,200
숙박 및 음식점업	72,046	75,003	67,917	67,387
숙박시설운영업	72,046	75,003	67,917	67,387
전문, 과학 및 기술서비스업	9,262	10,900	11,447	12,975
자연과학 및 공학연구개발업	9,262	10,900	11,447	12,975
사업시설관리 및 사업지원서비스업	9,794	13,095	13,094	13,276
건물·산업설비청소 및 방제서비스업	9,794	13,095	13,094	13,276
공공행정, 국방 및 사회보장행정	5,183	6,761	6,595	6,685
사회 및 산업정책행정	5,183	6,761	6,595	6,685
보건업 및 사회복지서비스업	1,011,264	1,153,320	1,251,826	1,341,070
병원	341,532	375,040	392,627	431,420
의원	283,822	295,898	306,450	321,490
공중보건의료업	28,613	27,728	29,561	29,346
기타보건업	9,357	11,920	12,371	13,579
거주복지시설운영업	67,789	93,571	102,833	107,258
비거주복지시설운영업	280,151	349,163	407,984	437,795
협회, 단체, 수리, 기타개인서비스업	366,395	411,050	425,459	437,341
미용, 욕탕 및 유사서비스업	231,899	243,463	264,915	264,918
그 외 기타개인서비스업	134,496	167,587	160,544	172,423

자료 : 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.

보건복지분야 종사자를 종사상지위, 규모, 성별, 연령별로 살펴보도록 하자. 우선, 종사상지위별로 구분하면, 상용근로자 수는 2009년 1,133,866명에서 2012년 1,516,824명으로 늘었다. 임시 및 일용근로자의 경우 2009년 129,217명에서 2011년 174,984명으로 증가했다가 2012년 163,739명으로 조금 감소하였다. 자영업자의 경우 2009년 332,292명에서 2012년 359,188명으로 증가했다. 파견종사자의 경우 2009년 51,088명에서 2010년 78,269명으로 증가했다가 2012년 42,882명으로 감소했다. 기업규모별로는 5인 미만의 소규모 사업장 종사자 규모가 가장 큰 비중을 차지하며, 50인 이상의 대규모 사업장 종사자의 규모가 그 뒤를 잇고 있다. 5인 미만 사업장 종사자는 2009년 621,063명에서 2012년 709,257명으로 증가했다. 50인 이상 사업장 종사자는 2009년 464,181명에서 2012년 601,844명으로 늘어났다. 성별로는 여성의 비중이 단연 높다. 여성 종사자는 2009년 1,199,947명에서 2012년 1,577,851명으로 증가했다. 남성 종사자도 꾸준히 늘었다. 2009년 545,893명에서 2012년 628,854명으로 늘어났다. 연령별로는 30세에서 49세까지의 종사자 비중이 가장 높다.

〈표 6〉 보건복지분야 종사자 수 - 종사상지위, 규모, 성별, 연령(2009~2012)

(단위 : 명)

	2009. 12	2010. 12	2011. 12	2012. 12
종사상지위				
상용근로자	1,133,866	1,231,242	1,408,443	1,516,824
임시 및 일용근로자	129,217	169,640	174,984	163,739
자영업자	332,292	347,456	338,190	359,188
무급가족종사자	68,542	85,270	71,119	72,274
기타종사자	30,834	59,995	50,103	51,797
파견종사자	51,088	78,269	49,640	42,882
종사자규모				
1~4인	621,063	670,942	684,535	709,257
5~9인	301,057	352,685	343,568	346,072
10~19인	188,088	211,079	251,770	270,607
20~49인	171,452	215,853	255,548	278,925
50인 이상	464,181	521,311	557,057	601,844
성별				
남	545,893	590,923	610,881	628,854
여	1,199,947	1,380,948	1,481,597	1,577,851
연령				
29세 이하	-	-	399,768	399,381
30~49세	-	-	1,116,331	1,163,884
50~64세	-	-	502,336	549,465
65세 이상	-	-	74,044	93,975

주 : 연령은 2011년부터 추가됨.

자료 : 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.

30세에서 49세까지의 종사자는 2011년 1,116,331명에서 2012년 1,163,884명으로 증가했다. 65세 이상의 종사자 수도 2011년 74,044명에서 2012년 93,975명으로 늘어났다.

이제 보건의료산업의 주축인 의사와 간호사 인력 규모에 대해 살펴본다. 면허의사, 치과의사, 약사의 수가 꾸준히 증가하고 있다. 면허의사의 경우, 2002년 78,517명에서 2012년 107,221명으로 늘어났다. 치과의사는 2002년 19,659명에서 2012년 26,791명으로 증가했다. 약사는 2002년 53,168명에서 2012년 63,647명으로 늘었다. 의사와 치과의사의 경우, 남성의 비율이 단연 높다. 약사의 경우, 여성의 비율이 높다. 2012년 기준으로 남성은 의사의 76.7%, 치과의사의 74.2%, 그리고 약사의 36%를 차지한다.

인구천명당 활동의사 수의 경우, 2003년 1.57명 수준에서 2012년 2.08명으로 늘어났다. 그럼에도 불구하고 인구천명당 활동의사 수는 매우 적은 수준이다. 2012년을 기준으로 우리나라의 인구천명당 활동의사 수는 OECD 주요국 가운데 가장 적다. 인구천명당 활동

〈표 7〉 면허 의사, 치과의사, 약사 수(성별, 2002~2012)

(단위: 명)

	의사			치과의사			약사		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
2002	78,517	64,079	14,438	19,659	15,406	4,253	53,168	20,249	32,919
2003	81,248	66,299	14,949	20,434	15,957	4,477	54,381	20,626	33,755
2004	81,918	66,150	15,768	20,760	16,032	4,728	53,492	19,344	34,148
2005	85,289	68,445	16,844	21,569	16,611	4,958	54,829	19,760	35,069
2006	88,139	70,074	18,065	22,255	16,988	5,267	55,845	19,958	35,887
2007	91,400	72,147	19,253	23,114	17,552	5,562	57,176	20,405	36,771
2008	95,014	74,491	20,523	23,912	18,047	5,865	58,363	20,821	37,542
2009	98,360	76,550	21,810	24,627	18,484	6,143	59,717	21,363	38,354
2010	101,371	78,433	22,938	25,379	18,953	6,426	60,956	21,885	39,071
2011	104,332	80,348	23,984	26,087	19,407	6,680	62,245	22,418	39,827
2012	107,221	82,216	25,005	26,791	19,865	6,926	63,647	22,914	40,733

자료: 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.

의사 수가 상대적으로 많은 국가에는 오스트리아(4.9명), 노르웨이(4.23명), 독일(3.96명), 스위스(3.92명) 등이 있다.

다음은 면허 간호사와 조산사의 규모다. 간호사의 수 또한 꾸준히 증가하고 있다. 면허 간호사의 경우, 2002년 181,800명에서 2012년 295,254명으로 늘어났다. 조산사는 2002년 8,920명에서 2012년 8,528명으로 다소 감소했다.

〈표 8〉 OECD 주요국 인구천명당 활동의사 수 추이(2003~2012)

(단위: 명)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
오스트리아	4.11	4.2	4.32	4.45	4.53	4.6	4.68	4.78	4.83	4.9
독일	3.37	3.39	3.41	3.45	3.5	3.56	3.64	3.73	3.82	3.96
이탈리아	..	..	..	..	..	..	3.74	..	..	3.85
일본	..	2.03	..	2.09	..	2.15	..	2.21	..	2.29
한국	1.57	1.57	1.63	1.69	1.74	1.85	1.92	1.99	2.04	2.08
노르웨이	3.28	3.44	3.62	3.79	3.9	4	4.05	4.11	4.19	4.23
스페인	3.22	3.44	3.55	3.62	3.56	3.54	3.6	3.76	3.84	3.82
스위스	..	..	..	..	..	3.82	3.83	3.81	3.83	3.92
영국	2.17	2.31	2.39	2.44	2.47	2.56	2.65	2.7	2.74	2.75
미국	2.38	2.39	2.43	2.42	2.43	2.44	2.44	2.43	2.46	..

자료: OECD(2014), OECD Health Data.

〈표 9〉 면허 간호사, 조산사 수(2002~2012)

(단위: 명)

	간호사	조산사
2002	181,800	8,920
2003	192,480	8,996
2004	202,012	8,628
2005	213,644	8,657
2006	223,781	8,572
2007	235,687	8,587
2008	246,840	8,565
2009	258,568	8,603
2010	270,274	8,578
2011	282,656	8,562
2012	295,254	8,528

자료: 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.

인구천명당 활동 간호사 수의 경우, 2003년 3.54명 수준에서 2012년 4.84명으로 늘어났다. 인구천명당 활동 의사 수와 마찬가지로 인구천명당 활동 간호사 수는 매우 적은 수준이다. 2012년을 기준으로 우리나라의 인구천명당 활동 간호사 수는 OECD 주요국 가운데 가장 적은 축에 속한다. 인구천명당 활동 간호사 수가 우리나라보다 적은 국가로는 이스라엘(4.82명), 멕시코(2.55명) 정도가 있다. 한편 인구천명당 활동간호사 수가 10명을 넘는 국가들도 존재하는데, 여기에는 노르웨이(16.53명), 아이슬란드(15.16명), 룩셈부르크(11.92명), 일본(10.54명), 호주(10.22명), 뉴질랜드(10.09) 등이 있다. 일본의 경우, 인구천명당 활동의사 수는 우리보다 미미하게 많은 수준이지만, 인구천명당 활동간호사 수는 2배 이상임을 알 수 있다.

〈표 10〉 OECD 주요국 인구천명당 활동 간호사 수 추이(2003~2012)

(단위: 명)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
호주	9.94	10.21	9.76	..	10.2	10.3	10.18	..	10.19	10.22
아이슬란드	13.64	13.69	13.97	13.72	14	14.89	15.29	14.54	14.82	15.16
이스라엘	5.28	5.16	5.23	5.22	5.11	4.88	4.73	4.71	4.8	4.82
일본	..	8.79	..	9.15	..	9.61	..	10.11	..	10.54
한국	3.54	3.8	3.85	3.98	4.15	4.33	4.47	4.63	4.72	4.84
룩셈부르크	8.94	9.09	10.97	10.94	..	..	11.12	11.05	11.27	11.92
멕시코	2.1	2.08	2.18	2.2	2.27	2.3	2.35	2.41	2.51	2.55
뉴질랜드	..	..	9.03	8.84	9.21	9.74	9.7	10.03	10.02	10.09
노르웨이	12.76	13.24	13.64	13.92	13.94	14	15.93	16.13	16.4	16.53

자료: OECD(2014), OECD Health Data.

전체적으로 우리나라 의료기관과 병상 수가 많이 늘어났음에도 불구하고, 의료인력 수는 매우 부족함을 알 수 있다. 한국의 의료인력 수는 OECD 주요국 가운데 가장 적은 수준이다. 보건의료인력의 근로조건도 상대적으로 열악하여 의료서비스의 질이 저하되고 있다. 인력부족은 장시간 근로, 노동강도의 강화, 직무스트레스와 소진, 이직률의 증가로 이어질 수 있다. 의료인력 부족의 원인은 기본적으로 공급이 수요를 따라가지 못하고 있기 때문이다. 의료서비스에 대한 수요는 계속 늘고 있지만, 신규인력 공급정체, 취업자 이직률 증가, 유휴인력 재취업 저조 등의 요인에 따라 인력부족현상이 발생한다. 병원 시설과 장비 등 양적 팽창만이 아니라 인력공급 확대, 종사자들의 근로조건 개선을 통한 의료서비스의 질적 제고가 중요한 과제로 대두되고 있다. 인력부족과 근로조건 문제는 향후 보건의료산업 노사관계에 지속적 영향을 미칠 주요 이슈다.

3. 교섭구조의 분화

보건의료산업의 단체교섭 구조는 지난 사반세기 동안 크게 변화해 왔다. 보건의료산업의 단체교섭 구조는 1987~1993년 기업별교섭, 1994~2003년 대각선교섭, 2004~2008년 산별중앙교섭, 그리고 2009년 이후 대형병원의 대각선교섭과 중소병원의 특성별 교섭으로 분화되었다. 보건의료산업은 금융산업과 달리 과거에 산별교섭 경험이 전무하다는 점에서 차이가 있으며, 공동교섭 경험이 없이 산별교섭을 성사시킨 금속산업과 달리 대각선교섭을 통해 단계적으로 접근했다(김동원 외, 2013). 2004~2008년은 노조의 교섭력이 최고조에 달했던 기간이었으며, 보건의료산업 노사관계 주체들이 우리나라 산별교섭의 대표주자로 자리매김한 시기였다.

〈표 11〉 보건의료산업 노사관계 시기별 특징

	~1993	1994~2003	2004~2008	2009~현재
산업 환경 특징	<ul style="list-style-type: none"> 재벌병원 진입 규제 완화 의료보험 확대 	<ul style="list-style-type: none"> 민간의료 중심체제 IMF 구조조정 	<ul style="list-style-type: none"> Big4체제 고착화 성과주의 확산 	<ul style="list-style-type: none"> Big4의 해외분원 설립 시작 사립대병원들의 경쟁력 약화 병원의 양극화
노사 관계 영향 요인	<ul style="list-style-type: none"> 복수노조 금지 등 노조 억압적 제도 권위주의적 경영 	<ul style="list-style-type: none"> 직권중재 정부의 임금가이 드라인 구조조정 	<ul style="list-style-type: none"> 주5일제 도입 산별교섭에 대한 정부의 개방적 태도 직권중재 폐지와 필수 유지업무 제도 도입 	<ul style="list-style-type: none"> 정부의 비즈니스 프렌들리 노사관계 정책 타임오프, 복수노조 도입 등
노조 형태	<ul style="list-style-type: none"> 기업별노조 	<ul style="list-style-type: none"> 전반: 기업별노조 후반: 산별노조 	<ul style="list-style-type: none"> 산별노조 	<ul style="list-style-type: none"> 산별노조
사용자	<ul style="list-style-type: none"> 개별 사용자 	<ul style="list-style-type: none"> 개별 사용자 	<ul style="list-style-type: none"> 사용자단체 	<ul style="list-style-type: none"> 대형병원: 개별 사용자 중소병원: 사용자단체 구성

〈표 11〉의 계속

	~1993	1994~2003	2004~2008	2009~현재
교섭 구조	• 기업별교섭	• 대각선교섭	• 산별교섭	• 대형병원: 대각선교섭 • 중소병원: 특성별 교섭 (소산별 교섭)
노조 교섭력	• 낮은 수준	• 강화	• 최고조	• 약화
교섭 기초	• 대립	• 대립	• 대립 → 타협	• 대형병원: 대립 • 중소병원: 타협
노사간 쟁점	• 기업별 임금인상 및 단체교섭 • 인력난 해소	• 구조조정, 외주용역 도입, 퇴직금 누진제 폐지 • 인력난 해소	• 산별 노사관계 규칙 설정 • 인력난 해소	• 대형병원: 병원 증·개축에 따른 임금동결 • 중소병원: 경영난·인력난 해소와 임금동결
주요 사건	• 1987년 노동자 대투쟁 • 병원노련 합법성 획득	• 보건의료노조 설립 • CMC·충북대 병원 장기파업	• 2004년 14일간 산별 총파업 • 서울대병원지부의 보건의료노조 탈퇴 • 보건의료산업사용자협의회 설립 • 비정규직 정규직 전환 산별 합의	• 보건의료산업사용자협의회 해산 • 민간중소병원사용자협의회 구성

자료: 김동원 외(2013).

보건의료산업 산별교섭의 역사는 1998년으로 거슬러 올라간다. 1998년 2월 27일 출범한 보건의료노조(민주노총 소속 전국보건의료산업노동조합)는 아무런 경험도 제도적 뒷받침도 없는 상태에서 산별교섭을 시작하게 되었다. 1998~2003년, 보건의료노조는 사용자단체 구성 및 참가를 요구한 바 있으나, 사측의 거부로 산별교섭이 성사되지 못하였다. 하지만 보건의료노조는 각 지부별로 산별교섭 참가 합의를 확보하는 투쟁을 꾸준히 전개하여 산별교섭 성사의 발판을 마련하였다. 2004년, 산별노조 건설 6년 만에 산별교섭이 성사되었다. 보건의료노조가 2주간 파업에 돌입했고, 주5일제 등에 합의한 최초의 산별협약이 이루어졌다. 2006년에는 특성별 사용자 대표단이 구성되어 산별교섭이 이루어졌다. 2007년에는 비정규직 문제 해결, 산별 노사공동위원회 구성(산별중앙노사운영협의회, 비정규직 대책 노사특위, 의료노사정위원회 실질 가동)에 대한 합의가 이루어졌다.

2008년부터는 금융위기에 따른 여파로 사용자 측의 불성실교섭이 두드러졌다. 2008년에는 산별중앙교섭이 추진되었으나 사용자 측의 불성실교섭(교섭불참, 일방퇴장, 개악안 제출 등)으로 특성별 잠정합의를 거쳐 산별중앙교섭이 합의되었다. 2009년에도 산별중앙교섭을 추진하였으나 사용자 측의 불성실교섭 행태에 따라 산별중앙교섭을 중단하고 교섭형태를 대각선교섭(현장교섭)으로 전환하게 되었다. 2010년, 사용자 측의 산별중앙교섭 거부가 계속되면서, 노조는 현장교섭에 집중하게 되었다. 2012년, 보건의료노조는 산별교섭 복원을 위해 특성별 중앙교섭을 추진하게 되었다. 2012년부터 현재까지, 보건의료노조

〈표 12〉 보건의료노조의 교섭 진행과정(1998~2014)

	교섭형태	비고
1998~2003	대병협 산별교섭 요구, 산별현장교섭, 지역집단교섭	산별교섭 미성사
2004~2008	산별중앙교섭, 특성별교섭 + 현장교섭	산별교섭 진행
2009	산별중앙교섭 결렬 후 산별대각선교섭으로 전환	교섭 재조정기
2010	대정부 투쟁과 산별대각선교섭(현장교섭) 집중	산별교섭 파행
2011	대정부 투쟁과 특성별 중앙교섭, 산별현장교섭 추진	산별교섭 파행
2012~2014	산별중앙교섭 복원투쟁	산별교섭 부분 복원 ¹⁾

주: 1) 2012년과 2013년 산별중앙교섭에 참가한 사업장은 70여 개임. 국립대병원, 사립대병원의 불참으로 산별교섭은 현재 반쪽에 머물고 있음.

자료: 보건의료노조 내부 자료.

는 산별교섭 정상화투쟁을 전개해 오고 있다. 현재 민간중소병원, 지방의료원, 특수목적 공공병원 등은 산별중앙교섭에 참가하는 반면, 국립대병원과 사립대병원은 산별교섭에 동참하지 않고 있다.

보건의료노조는 파업, 농성, 지부 단체협약에 산별교섭 참가 합의, 노사간담회, 노사 대토론회 등 다양한 활동과 투쟁을 통해 산별교섭을 정착시키기 위한 노력을 전개해 왔다. 의료산업노련(한국노총 소속 전국의료산업노동조합연맹)은 기업별교섭 형태를 유지하고 있다.

보건의료정책에 따른 병원환경 변화는 노사관계에도 막대한 영향력을 발휘한다. 제도적으로 산별교섭에 대한 강제력을 행사할 수 있는 근거가 마련되어 있지 않다는 점, 복수노조 교섭창구 단일화, 전임자 임금 지급 금지 등은 산별교섭에 불리한 조건으로 작용했다. 시장 상황도 녹록지 않다. 저성장시대에 접어들면서 병원들의 지불여력이 점차 낮아지게 되어, 교섭을 통한 합의가 점점 어려워지고 있다. 의료시장의 경쟁격화, 병원 간 격차 확대 또한 산별교섭에 장애요소다. Big4병원(서울아산병원, 삼성서울병원, 서울대병원, 세브란스병원) 등 일부 대형병원이 선전하는 가운데, 매년 많은 병원들이 도산하고 있다. 지불여력이 있는 대형병원들은 산별보다는 개별 교섭을 더욱 선호하게 되었다. 산별교섭을 통한 격차 해소, 동일한 수준의 합의점 찾기는 점차 어려워지고 있으며, 교섭 자체가 형해화되어 가고 있다.

보건의료서비스활성화 방안의 추진은 향후 보건의료산업 교섭에 중대한 영향을 미칠 것이다. 영리병원과 외부 영리 자본이 보건의료산업에 유입된다면, 산별교섭은 더욱 어려워질 것으로 예상된다. 노조는 현재 정부가 추진하고 있는 보건의료서비스 활성화 방안이 결국 의료비 폭등과 의료기관 양극화를 심화시키고, 산별교섭을 더욱 요원하게 만들 것이라고 주장한다.

보건의료산업의 단체교섭 구조 변화는 병원 간 경쟁격화에 맞선 노사의 전략적 선택에

따른 것이다. 교섭구조의 분화는 향후 보건의료산업 노사관계를 예측하기 위한 주요한 현상 중 하나다.

Ⅲ. 맺음말

본고는 보건의료산업 노사관계의 현재와 미래에 큰 영향을 미치는 핵심 요인으로 고령화, 인력부족, 그리고 교섭구조 분화를 꼽고, 이들의 실태를 검토함으로써 향후 전망의 해상도를 높이고자 했다. 고령화에 따라 보건의료산업에 대한 수요는 폭발적으로 증가하고 있다. 그럼에도 불구하고, 우리나라의 활동의사 수·활동간호사 수는 매우 적은 수준이다. 보건의료산업의 경쟁은 더욱 가속화되고 있으며, 단체교섭 구조는 다양한 방식으로 분화되어 가고 있다.

2014년 현재, 보건의료노조는 대형병원의 대각선교섭과 중소병원의 특성별 교섭의 이원화 체제, 의료산업노련은 기업별교섭 체제를 유지하고 있다. 의료기관의 규모 및 형태, 직무의 이질성 등에 따라 의료기관 간 이해관계의 조율은 매우 어려운 숙제로 남아 있다. 2015년 보건의료산업의 교섭 또한 2014년과 유사한 패턴을 이어갈 것으로 보인다. 보건의료인력 문제, 중소병원의 경영상 어려움과 갈등, 보건의료서비스 활성화 방안 저지 투쟁 등은 당분간 계속될 것으로 보인다. 보건의료산업의 노조들은 파업 등 강경 노선을 지양하고, 사회적 대화 등을 통한 문제 해결에 집중할 것으로 전망된다. 2017년 대선 이전까지 보건의료산업 노사관계는 유사한 패턴을 이어갈 것이다. **KL**

<참고문헌>

- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2014), 『2013년 건강보험통계연보』.
 김동원·김승호·김영두·손동희·유병홍·정경은(2013), 『한국의 노사관계』, 박영사.
 보건복지부(2013), 『2013 보건복지통계연보』.
 통계청, 『장래인구추계』.
 전국보건의료산업노동조합 내부자료.
 전국보건의료산업노동조합 홈페이지(<http://bogun.nodong.org>).
 전국의료산업노동조합연맹 홈페이지(<http://med.inochong.org>).

OECD(2014), OECD Health Data.