

보건의료노조 산별교섭 평가와 쟁점*

이 정 희**

1. 머리말

보건산업 노사관계 역사상 처음으로 중앙단위 산별교섭이 성사된 것이 2004년의 일이니 벌써 10여 년이 지났다. 진통이 없지 않았지만 개별 기업을 넘어서는 산업별 차원의 교섭 틀이 조금씩 안착되고 내용도 하나둘 채워지는 듯했다. 하지만 2009년, 사용자 교섭 태도(노무사에 대한 교섭권 위임 등)에 대한 노조의 반발과 중앙노동위원회 조정안 수용에 대한 노사간 공방 등으로 진통을 겪다가 산별교섭은 중단되었고 사용자단체는 해산했다. 그 이후 보건의료노조가 유연한 방식의 특성별 교섭을 추진하는 등 산별교섭 정상화를 위해 다각도로 애를 쓰고 있지만 ‘정상화’라 부를 만큼의 상황 변화까지 꺾이지는 못한 것으로 평가된다.

‘불안정기에 접어든 산별교섭’(정청천·조성재, 2013)만큼이나 보건의료노조 산별운동은 기대만큼의 활성화 단계에 오르지 못한 것으로 보인다. 노조가 기업별로 분권화된 노조 운동을 산별 차원으로 중앙화, 집중화하기 위해 누구보다 적극적으로 노력해 왔다는 점은 부인할 수 없을 것이다. 노조는 1998년, 산별노조 전환 이전부터도 지역본부별, 특성별 공동요구안을 만들고 시기를 집중하는 방식의 공동투쟁을 해 왔으며, 산별교섭 성사를 위해 유례없는 14일 동안의 산별 파업(2004년)을 하기도 했다. ‘돈보다 생명’을 기치로 내걸고 의료공공성 투쟁에 나서면서 정부 의료산업정책에도 개입력을 확대시켜 왔다. 하지만, 그러는 사이 조합원들의 산별노조 활동에 대한 참여도는 조금씩 낮아져 왔다. 불안정한 산별교섭이 사업장 현장의 임금과 근로조건 결정에 미치는 영향력이 크지 않은 데다 산별교섭 정상화를 위한 중앙 차원의 노력

* 이 글은 2015년 고용노동부의 고용노동정책 연구에 관한 학술연구용역사업의 일환으로 연구된 ‘2015년도 노사관계 실태분석 및 평가’ 보고서의 보건의료산업 관련 원고를 요약, 정리한 것이다. 보건의료산업 노동자들을 조직하고 있는 노동조합은 많지만 이 글은 이들 가운데 가장 규모가 큰 민주노총 보건의료노조에 초점을 두고 작성되었다.

** 한국노동연구원 부연구위원(jhlee@kli.re.kr).

과 별개로 사업장 단위에서는 산별중앙교섭 이후 특성별 혹은 대각선(현장) 교섭이 진행됨에 따라 교섭에 쏠아야 할 시간도 늘었다. 각 병원별로는 신인사, 신경영 등 고도의 인사노무관리 제도가 도입됐고, 이에 대한 노조의 대응은 기민하지 못했다. 지부 단위 노조 활동에 대한 조합원들의 참여도 역시 낮아졌다.

이 같은 상황 인식에 바탕을 두고 이 글에서는 보건의료산업의 산별교섭 전개양상과 쟁점을 살펴본다. 교섭구조, 의제, 교섭 및 집단행동 전개 양상, 합의내용 등에 초점을 두고 2015년 산별교섭을 평가하면서 2016년 산별교섭과 보건의료노조의 활동은 인력 문제, 의료민영화, 국민건강권 등의 쟁점을 중심으로 전개될 것으로 전망한다.

이 글은 보건의료산업의 산별교섭 관련 기존 연구 자료와 보건의료노조 관계자 인터뷰 등에 기반하여 작성되었다. 글의 구성은 다음과 같다. II장에서는 의료시장의 환경 변화와 구조적 특성에 주목하면서 의료시장 양극화와 빅5 병원으로의 집중화 등이 인력부족 문제를 야기하는 주요 원인 중 하나임을 지적한다. 이는 III장 이후에서 논의하게 될 산별교섭의 필요성과 쟁점 논의사항과 맞물린다. III장에서는 2015년 산별교섭 전개양상과, 노동쟁의 발생 사업장별 쟁점을 중심으로 보건의료산업 노사관계 특징을 살펴본다. 이어 IV장에서는 2015년의 경험을 역사적 맥락에서 비교 분석하면서 2016년 산별교섭과 산별노조 활동 양상을 전망한다. V장에서는 논의 내용을 요약 정리한다.

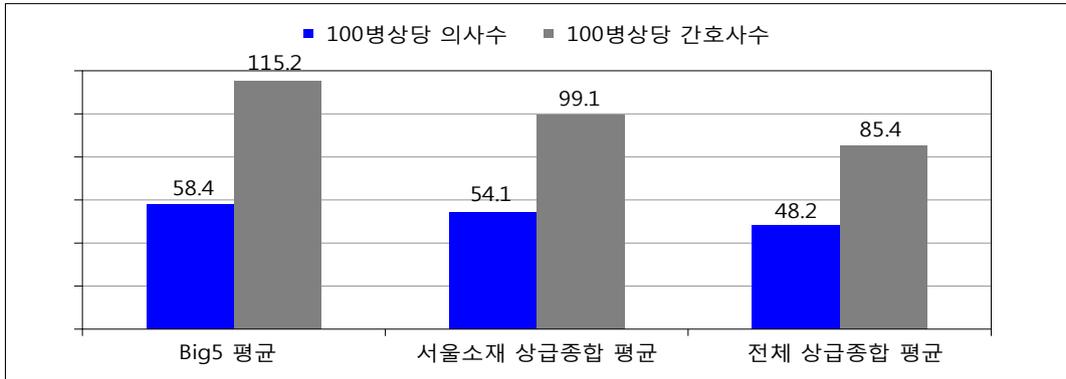
II. 보건의료산업의 현황과 특징

한국 의료시장의 특징으로 의료인력 부족, 의료시장 양극화, 빅5 병원으로의 집중화 등을 꼽을 수 있다. 우선 OECD 자료를 통해 국가별로 비교해 보면, 한국의 의료인력 수가 적다는 것을 확인할 수 있다. 인구 1,000명당 의사 수를 보면, 한국은 2013년 현재 2.17명이다. 한국보다 적은 나라는 멕시코(2.16명)가 유일하다. 오스트리아(4.99명), 노르웨이(4.31명), 독일(4.05명), 스위스(4.04명) 등과 견줄 때는 거의 절반 수준이다. 간호인력 국제비교 현황도 비슷하다. 2013년 현재 한국의 인구 1,000명당 간호사 수는 5.2명으로, 한국보다 적은 나라가 거의 없음이 확인된다. 스위스에는 인구 1,000명당 17.4명의 간호사가 종사하고 있다. 한국보다 3배 이상 많다. 다음으로 노르웨이(16.7명), 아이슬란드(15.5명), 독일(13.0명), 룩셈부르크(11.9명) 등의 순이다.

국제 비교를 통한 의료인력 부족 문제 외에 지역규모별 인력 규모 역시 현격히 차이가 난다는 점도 문제로 지적할 수 있다. 2013년의 경우, 160~299병상 규모 병원의 전문의 인력을 비교하면, 대도시가 11.6명인 반면 중소도시는 8.9명, 읍면지역은 6.3명이었다. 간호 인력에서도 같은

현상이 확인된다. 대도시 병원의 인력규모 증가세는 서울 소재 대형병원으로의 환자집중현상과 맞물려 있다. 서울 소재 병원 병상 수 가운데 빅5(서울아산병원, 삼성서울병원, 세브란스병원, 서울대병원, 서울성모병원)가 차지하는 비율은 2005년 17.7%에서 2009년에는 19.1%로 늘었다(국민건강보험공단·한국보건산업진흥원, 2011). 지방에서 서울로 유입되는 환자 가운데 빅5 병원을 찾는 사람들의 비율은 2007년 50.3%에서 2009년 54.5%로 늘었다. 빅5 병원들이 증축을 하면서 2005년에서 2009년 기간 동안 병상 수를 2,253개에서 무려 9,520개로 늘린 것과는 맞물린다. 지방 소재 병원, 동네 의원들의 재정악화를 초래해 결국 대형병원만 살아남는 기형적인 의료시장 구조를 초래할 것으로 우려된다. 인력규모의 불균형도 강화시키고 있다. 아래 [그림 1]은 빅5와 상급종합병원의 인력수준을 비교한 것인데, 전체 상급종합 평균보다 서울소재 상급종합 병원이, 그 중에서도 빅5의 100병상당 인력규모가 의사와 간호사 모두에서 높게 나타났음을 확인할 수 있다.

[그림 1] 빅5와 상급종합병원의 인력수준 비교



자료: 국민건강보험공단·한국보건산업진흥원(2011).

대신 동네병원은 사라지고 있다. 건강보험공단이 2013년에 국회에 제출한 ‘건강보험 급여비 압류 요양기관 현황’에 따르면 경영난으로 건강보험 급여비를 압류당한 요양기관이 총 893곳으로 집계됐다.¹⁾ 이 가운데 약 80%가 의원과 약국과 같은 의료골목상권이었다. 이런 상황이다 보니 폐업률도 아주 높았다. 2012년에는 의원급 의료기관의 개업 대비 폐업률이 89.2%였다.²⁾ 이는 의료시장의 양극화가 얼마나 심각한지를 보여줌과 동시에 환자들의 병원에 대한 접근성을 떨어뜨리고, 더 멀고 더 비싼 상급 의료기관을 찾을 수밖에 없게 하는 악순환을 낳고 있음을 확인시켜 준다.

1) 이코노미리뷰, 2013.12.11.자, ‘[불 꺼진 동네병원] 동네병원이 사라지고 있다’.

2) 위의 글.

Ⅲ. 2015년 보건의료산업 노사관계 현황과 쟁점

의료시장에서 병원의 대형화와 수도권으로의 집중화 현상은 인력 구조와 인력 규모의 문제를 야기한다. 경영난에 따른 폐업은 인력 축소를 초래하고 있고, 현업에 종사하고 있는 의료 인력들은 OECD 국가들과의 비교에서 확인되듯이 턱없이 부족한 숫자 때문에 장시간 노동과 높은 노동 강도를 감내해야 한다.

보건의료노조가 2015년 실시한 조합원 설문조사³⁾(보건의료노조, 2015b)에 따르면, 주당 52시간 이상 근무한다는 응답이 5명 중 1명꼴인 21.6%였다. 직장생활 만족도는 43.5%로, 절반도 되지 못했다. 응답자의 80.5%는 현 근무지에서의 인력이 부족한 편이라고 답했고, 인력부족 때문에 건강이 악화되고(65.7%), 질병위험에 노출되며(67.6%), 휴가를 사용하지 못한다(67.5%)고 답했다. 인력 부족으로 인한 의료서비스 질 하락 문제에 대한 의견을 묻는 질문에 대해 응답자들은 환자 의료서비스를 제공하지 않거나(74.1%), 환자를 친절하게 대응하지 못하거나(80.6%), 환자에게 제공하는 의료서비스의 질이 하락하는(81.1%) 등의 상황이 초래된다고 답했다.

이는 보건의료노조가 산별교섭 제도화를 요구하는 맥락과도 맞닿아 있다. 개별 병원 차원에서서는 해결할 수 없는 구조적인 문제인 만큼 산업정책 차원에서의 해법을 모색하지는 것이다. 이 장에서는 2015년 보건의료산업 노사관계 현황과 쟁점을 두 가지 측면에서 정리한다. 첫째, 산별교섭이고, 둘째, 노동쟁의 발생사업장을 중심으로 한 쟁점 분석이다.

1. 2015년 산별교섭

노조는 1차 교섭 전인 7월 1일 개최된 임시대의원대회에서 교섭 요구안⁴⁾을 확정했다. 노조는 핵심 목표를 ‘환자존중, 직원존중, 노동존중 병원 만들기 3대 캠페인’으로 잡았다(표 1 참조). 이를 위해 1) 환자 안전을 위한 인증제 개선과 인력확보 2) 폭언·폭행 없는 조직문화 3) 근무시간 지키기와 산업안전 강화를 요구하기로 했다. 특히 국립중앙의료원·인천성모병원 등 4곳을 ‘3대 캠페인 우선해결 사업장’으로 선정하고 이들 병원을 상대로 교섭기간 동안 집중 투쟁을 벌이기로 했다. 또한 감염대란 방지를 위한 방역시스템 구축과 병원 비정규직 문제 해

3) 이 설문조사는 매년 진행되는 것으로, 2015년의 경우 조합원 18,629명이 참여하였다.

4) 노조는 사용자 교섭대표단에 대한 요구안 이외에도 보건의료인력 확충 법제화와 의료공급체계 개편에 관한 요구안도 마련했다. 정부에는 공공의료기관 발전대책 마련과 의료민영화 정책 중단, 국가방역체계 정비, 포괄간호서비스 제도화, 보건의료산업 노사정 정례 간담회를 요구했다.

〈표 1〉 3대 존중 캠페인

	환자존중	직원존중	노동존중
목표	안전한 병원 만들기	폭언폭행 없는 따뜻한 직장문화 만들기	근무시간 지키기
세부 실천 사항	<ul style="list-style-type: none"> - 병원 내 안전위험, 위험요소 찾아내 개선하기 - 산업안전보건법 준수 - 산업안전보건위 활성화 - 야간근무자 특수건강검진 - 감염 예방 - 발암물질, 석면 없는 병원 - 인력충원 없이 직원들 쥐어짜는 의료기관 평가인증제 개선 	<ul style="list-style-type: none"> - 폭언, 폭행, 성희롱, 성폭력 근절/예방 및 사후대책 가이드라인 제정 - 직무스트레스 근절 - 병원업무 힘들게 하는 조직문화 혁신 - 태우기 없는 병원 문화⁵⁾ - 상호 존중하는 병원 문화 - 감정노동 존중하는 감정노동법 제정 	<ul style="list-style-type: none"> - 식사시간, 휴게시간 지키기 - 오버타임 없애기 - 근무시간 체크운동 - 업무량 줄이기 - 탄력근무제 확대 저지 - 인력확충 - 보건의료인력특별법 제정

결, 의료기관평가인증제도 개선, 정년 60세 보장도 요구안에 담았다. 임금인상률은 총액 대비 6.8%로 제시했다.

이 같은 요구안을 바탕으로 진행된 2015년 산별교섭은 한 달 보름여 만에 마무리됐다. 1차 교섭은 7월 8일 시작되었는데, 매주 한 차례 교섭을 이어가 8월 26일 7차 교섭에서 잠정합의했다. 주 합의내용은 보건의료산업의 최저임금을 6,150원으로 결정한다는 것과 정부 정책과 관련한 대정부 공동청원을 하기로 한 것이다. 특히 주목할 만한 것은 ‘환자존중, 직원존중, 노동존중 병원 만들기’에 처음으로 노사가 합의를 했다는 점이다. 정년 관련 사항은 중앙교섭 이후 진행될 특성교섭에서 다루기로 했다. 산별중앙교섭에서 임금인상률에 대한 합의는 끌어내지 못했다. 노조는 6.8% 인상안을 제시했으나 사용자 측은 병원 경영이 어렵다는 이유로 난색을 표했다. 인력확충 요구에 대해서 역시 사용자 측은 재정이 부족하다는 이유로 수용하기 어렵다는 입장을 밝혔다. 사용자대표단은 재정부족 문제뿐 아니라 특히 민간중소병원의 경우 간호사 구하기가 어려워 병동을 폐쇄해야 하는 어려움에 처해 있다는 입장을 강조했다.

산별교섭 잠정합의 이후 지방의료원과 민간중소병원은 특성별 교섭에 들어갔고, 산별중앙교섭에 참가하지 않은 병원들을 상대로 본격적인 현장교섭, 즉 산별노조와 각 병원 간 대각선 교섭이 추진되었다.

2. 노동쟁의 발생 사업장별 쟁점

현장교섭이 진행되는 과정에서 몇몇 병원에서는 노사갈등이 불거졌고 파업 등 쟁의행위로

5) 이는 병원 내에서 (상급자에 의한) 괴롭힘이 없는, 혹은 직무 스트레스 없는 병원문화를 뜻한다(인터뷰).

이어지기도 했다. 현장교섭에서 노동쟁의가 발생한 52개 사업장은 10월 13일 동시에 조정신청을 접수했고, 이 가운데 이화의료원지부가 10월 말, 전남대병원지부가 12월 초 파업에 들어갔다. 2015년 보건의료 노사관계에서 쟁점이 되었던 내용과 현안 문제가 불거진 사업장 사례를 통해 드러난 쟁점들을 주제별로 정리한다.

가. 통상임금

2013년 대법원의 통상임금 판결과 이후 고용노동부의 통상임금 노사지도 지침 발표에 대응하기 위해 보건의료노조는 2014년 1월 ‘통상임금 판결과 임금체계 개편 대응팀’을 꾸려 노사합의에 따른 통상임금 지침을 마련하고자 했다. 하지만 보건의료 사업장에 통일적인 방식을 도입하지는 못했다. 병원 특성별로 임금구조와 재정상황 등에 차이가 있기 때문이다. 사립대병원은 2014년에 통상임금 문제를 거의 마무리했다. 예컨대 상여금이 1,200%인 경우, 그 중에 600%를 단계적으로 통상임금에 포함되는 임금의 범위로 넣기로 한 것이다. 노조는 사립대병원의 경우 기본급 비중이 낮은 반면 상여금 비중이 높아 이 같은 합의가 가능했던 것으로 분석하고 있다. 민간중소병원과 공공병원들의 경우는 상대적으로 지연되고 있다. 2015년 민간중소병원은 임금을 총액 3.5% 인상기로 했는데, 사업장 상황에 따라 어떤 항목의 임금을 통상임금 범위에 산입시킬 것인지 사업장별로 정하여 결과적으로 총액 3.5% 인상효과를 보도록 했다.

나. 정년연장과 연계한 임금피크제 도입

기획재정부는 2015년 9월 18일 공공기관운영위원회를 개최하여 ‘공공기관 임금체계 개편 관련 경영혁신지침(안)’을 의결하고 임금피크제 도입 시기에 따라 공공기관 총인건비 인상률을 차등화하였다. 예컨대 10월 31일 전까지 도입할 경우 총인건비 인상률 전체를 인정하는 반면 12월 말까지 도입 시 총인건비 인상률의 4분의 3을 상한으로 적용, 내년(2016년) 도입 시 총인건비 인상률을 2분의 1을 상한으로 적용하는 유인책을 제시하였다(기획재정부 보도자료, 2015년 9월 21일자). 한편 교육부의 경우, 황우여 부총리 겸 교육부장관이 2015년 10월 20일 직접 ‘국립대학병원 임금피크제 도입 실태 추진상황 점검회의’를 주재하는 등 임금피크제 도입에 적극적인 모습을 보였다.

하지만 이 같은 정부 정책의 시행 노력은 노사갈등을 유발하기도 했다. 서울대병원, 경북대병원의 경우 직원 찬반투표에서 부결됐음에도 이후 취업규칙 변경에 대한 개별 동의를 받는 방식으로 임금피크제를 도입했다. 전남대병원, 전북대병원, 경상대병원, 부산대병원은 서면 이사회를 통해 임금피크제를 통과시켰다. 이에 대해 각 병원 노조들은 취업규칙 변경 시 과반수

로 조직된 노조가 있는 경우 노조의, 없는 경우 근로자 과반의 동의를 얻도록 되어 있는 근로기준법 조항을 근거로 취업규칙 변경은 부당하다고 주장하고 있다. 이 가운데 공공운수노조 서울대병원분회 등은 이 같은 방식의 임금피크제 도입 의결은 무효라며 지방고용노동청에 근로기준법 위반혐의로 병원 측을 형사고발했다.

다. 보건의료인력지원특별법

우리나라의 병원인력 부족 문제는 어제오늘의 얘기가 아니다. 국민소득 증가와 인구구조의 고령화에도 의료 인력이 그만큼 확충되지 않은 데에는 민간중심 의료체계와 보건의료영역에서의 공공성 부족, 정부의 의료수가 정책 및 미흡한 보건인력양성 정책 등이 문제점으로 언급된다(윤진호, 2009). 장시간 노동에 따른 노동강도 강화는 이직률의 증가로 이어지고, 이직률이 높아지면 다시 구인난과 인력부족이 심화되며, 기존 직원들의 노동시간이 높아지는 악순환으로 이어진다. 이는 산업 전반에 걸친 문제라는 것이 노조 지적이다. 이러한 문제의식에 기반해 지난해 10월, 김용익 의원을 대표발의자로 한 보건의료인력지원특별법 제정안이 발의됐고, 현재 국회에 계류 중이다. 보건의료인력 문제를 법제도적으로 풀어보려는 의도를 담고 있다. 김용익 의원은 의료기관 중 의료법 기준인 간호관리료 차등제 3등급 이상인 곳은 2012년 12월 기준으로 13.8%로, 대다수인 86.2%는 법적 기준 이하로 운영되고 있다고 지적하고, “인력확충을 위한 법 제도적 장치를 마련해야 한다”고 강조했다. 특별법은 보건의료기관의 원활한 인력수급과 근로조건 개선, 의료인력의 경제적, 사회적 지위와 복지 향상에 필요한 사항을 규정하고 있다.⁶⁾ 또한 국가와 지방자치단체가 보건의료인력 지원에 책무를 진다는 점을 명시하면서, 특히 보건부장관이 보건의료기관의 원활한 인력수급과 지원을 위해 5년마다 보건의료 인력지원 종합계획을 수립하고 연도별로 시행계획을 수립해서 시행토록 하고 있다.⁷⁾

라. 간접고용 비정규직 문제 : 파견법 개정안 중심으로

의료인력에까지 파견근로가 허용될지 여부를 둘러싸고 논란이 이어지고 있다. 새누리당은 2015년 9월 파견법 개정 법안⁸⁾을 발의하였다. 이 개정안은 철도 사업의 여객운송 업무, 산업안전보건법상 안전관리자, 보건관리자의 업무를 파견금지 업무로 추가하는 한편 고령자(55세 이상)와 고소득 전문·관리직 종사자, 뿌리산업 종사업무에 파견허용 업무를 확대하는 것을 주요 내용으로 담고 있다. 이 중 파견 확대업무에 전문직, 의사, 약사, 간호조무사 등 병원사업장의

6) 시사메디N, 2015. 10. 26.자, '김용익, 보건의료인력 확충 위한 특별법 제정 추진'.

7) 김용익 의원 보도자료(2015년 10월 26일자).

8) 파견근로자보호 등에 관한 법률 일부 개정 법률안. 의안번호 16869.

전 영역이 포함되고) 파견 기간 또한 2년을 초과하여 연장할 수 있게 한 것으로 해석되면서 파장이 일고 있다. 노조는 파견업무가 의료 인력으로까지 확대될 경우 환자 생명에 직접적으로 영향을 줄 수 있다며 강하게 반발했고, 특히 메르스 사태 당시 삼성서울병원 이송직원의 감염과 방역망이 뚫린 사례를 언급하면서 파견업무를 확대하기보다 반대로 축소해야 한다고 주장했다. 노조는 기자회견과 항의성명 발표 등과 함께 고용노동부에도 질의서를 보냈는데, 고용노동부로부터 새누리당 발의 파견법 개정안이 통과되더라도 보건의료분야에까지 파견이 확대되지는 않을 것이라는 답변을 확보하고, 이후 상황을 예의 주시하고 있다(인터뷰). 노조가 밝힌 고용노동부의 답변은 이렇다. 파견업무 확대를 골자로 한 파견법 개정안에서도 근로자파견사업을 금지하고 있는 업무를 규정했고, 그 가운데 보건의료분야 업무는 현행 시행령상의 ‘대통령령이 정하는 업무’에 포함되어 있기 때문에 새누리당 발의안이 통과되더라도 보건의료분야로까지 파견이 확대되는 것은 아니라는 것이다. 현행 파견법 시행령 제2조(근로자파견의 대상 및 금지업무)에서는 의료법 제2조에 따른 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사)의 업무 및 같은 법 제80조에 따른 간호조무사의 업무, 의료기사등에관한법률 제3조에 따른 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 안경사)의 업무를 명시하고 있다. 노조는 현재 시행령상으로는 보건의료분야 파견이 금지돼 있지만 파견법 개정이 곧 시행령의 개정으로 이어질 수밖에 없는 상황이기 때문에 국무회의 의결로 언젠가는 개정할 수 있는 시행령이 아니라 파견법 자체에 보건의료분야 파견금지를 명시할 것을 요구하고 있다.

IV. 산별교섭을 둘러싼 쟁점

이 장에서는 2015년 산별중앙교섭의 경과와 합의내용, 그 과정에서 노사의 전략적 선택에 주목하면서 산별교섭을 둘러싼 쟁점들을 살펴본다. 이를 통해 보건의료 노사의 산별교섭이 앞으로 어떤 양상을 띠 것인지 전망해 본다.

1. 2015년 산별중앙교섭 평가

올 산별교섭에는 43개 병원이 참가했다. 지방의료원 19곳, 민간중소병원 22곳, 국립중앙의료

9) 통계법 고시 한국표준직업분류상 대분류2 전문직 업무, 근로소득 상위 100분의 25에 해당하는 경우.

원, 한국원자력의학원 등 총 43곳이다. 의료원과 민간중소병원의 경우, 보건의료노조 지부가 조직돼 있는 병원들에서는 대부분 산별중앙교섭에 참가했다. 지방의료원은 폐업상태인 진주의료원을 제외하고 총 26곳인데 19곳이, 민간중소병원도 26곳 가운데 22곳이 참가했다. 노조는 지방의료원과 민간중소병원의 산별중앙교섭 참가는 이제 안정기에 접어들었다고 평가하고 있다. 노사 양쪽 모두 사업장 단위 노사관계를 통해서 풀 수 있는 게 제한돼 있는 데다 병원의 존립과 의료기관으로서의 위상을 유지하기 위해서는 정부의 정책변화가 필수불가결하기 때문에 이를 위해 노사가 함께 목소리를 내야 한다는 공감대가 있다고 판단하고 있다. 실제 지방의료원의 경우, 진주의료원 폐업 사태에서 보듯이 주요한 의사결정이 자치단체나 중앙정부에서 내려지기 때문에 사업장 단위에서 노사가 합의 또는 협의해서 결정할 수 있는 여지가 제한적일 수밖에 없다. 이에 대한 노사의 공감대가 형성돼 있고 산별노조 차원의 중앙교섭을 통해 공공의 목표를 달성하고자 하는 사용자 쪽의 의지도 강하다는 것이 노조의 분석이다. 공공병원 파견 인력 인건비 지원 사업이 대표적이다. 지방의료원은 우수 의료 인력을 지원받지 못해 필수공공의료서비스를 제때 제공하지 못한다는 문제를 안고 있었는데 노사가 함께 주축이 되어 계속적으로 문제를 제기한 끝에 의료인력 파견 시 인건비 지원이라는 성과를 거뒀다.

“국정조사를 통해 의사인력을 안정적으로 지원한다는 정책을 끌어냈다. 정부가 1억 원, 지자체가 1억 원 등 의사 1명당 2억 원의 인건비를 지원한다는 것이다. 지방의료원에 약 50명 가량의 인력을 확보할 수 있는 토대를 조성했다. 이제 의료원 원장들도 ‘이렇게 문제를 풀어야겠구나’ 하는 인식을 하게 된다. 노사가 정부를 상대로 함께 움직였을 때 정책의 변화가 생긴다는 것을 경험으로 알게 된 것이다.” (인터뷰)

민간중소병원도 비슷하다. 평균 병상규모가 200~500개가량인 민간중소병원은 한국의 의료전달체계에서 어중간한 위치에 있다는 것이 병원 경영진의 고민이기도 하다. 대형병원은 이른바 빅5 중심으로 편재돼 있고, 지방의 동네 의원들은 치과나 내과, 소아과 등 단과 중심으로 일정하게 지역 단위에서 시장을 확보하고 있는 반면 민간중소병원은 1,2,3차로 나뉘어져 있는 의료전달체계에서 3차 대형병원들에게 환자들을 빼앗겨 위상축소는 물론 존립의 위험까지 안고 있기 때문이다. 노사가 함께 민간중소병원의 위상을 제고하고 이를 위한 정부 정책의 변화를 끌어내지 못하면 살아날 길이 없다는 데 병원 쪽도 고민을 함께 하고 있다는 것이다.

“(민간중소병원) 사용자들 가운데에는 그렇잖아도 병원이 어려운데 노조까지 만들어져서 더 망하게 생겼다며 노조를 깨려고 하는 사람들도 있다. 하지만 그런 시련을 겪어 본 쪽에서는 노조를 깬다고 해서 답이 나오지 않는다는 걸 알게 된다. 노사가 공동으로 문제를 푸는 게 훨씬 낫다는 학습이 된 것이다. 노조가 그동안 산업정책에 관한 대안도 많이 내고 활동도 해왔기 때문에 병원 측도 노조와 함께 의료전달체계 전반을 재편하는 고민을 하는 것이 유리하다

는 판단을 하고 있다.” (인터뷰)

이처럼 지방의료원과 민간중소병원이 2012년 이후 산별중앙교섭에 참가하고 있는 것은 해당 병원들이 갖고 있는 인력부족, 원활한 인력수급, 병원의 위상 문제 등을 정부 정책 및 제도 변화를 통하지 않고서는 해결할 수 없다는 절박함이 있기 때문인 것으로 분석된다. 이는 그동안 보건의료노조가 산업적 의제를 지속적으로 제기해 왔기 때문에 노사가 함께 머리를 맞대고 정부에 정책마련을 요구하는 것이 병원에도 도움이 될 것이라는 판단이 깔려 있는 것으로 보인다.

지방의료원과 민간중소병원의 산별중앙교섭 참가는 2012년 이후 지속적으로 유지되고 있다는 점에서도 의미가 있지만, 각각 교섭대표단을 꾸렸다는 점에서 더 큰 의미가 있다고 할 수 있다. 노조가 민간중소병원과 4개 특수목적공공병원 등 27개 병원과 산별중앙협약을 체결했던 2012년의 경우, 지방의료원들은 교섭에는 참가했으나 ‘교섭대표단’을 꾸리지 않고 끝까지 개별 참가방침을 고수했던 것과 대비된다. 특성별로 병원들이 교섭대표단을 꾸렸다는 것은 노조의 교섭 시에 ‘개별’ 사용자로서가 아니라 해당 특성별 병원을 대표하는 ‘사용자대표기구’로 기능한다는 점에서 차이가 있다. 이는 교섭결과의 ‘확장성’을 꾀할 수 있다는 점과도 맞닿아 있다.

2015년 산별중앙교섭에 참가한 민간중소병원과 지방의료원에서 근무하는 조합원은 총 8,373명이다. 조사 시점인 2015년 12월 현재 보건의료노조가 총 159개 지부, 4만 5천여 명의 조합원을 포괄하고 있음을 감안하면 2015년 산별중앙교섭에 참가한 지부와 조합원 수는 각각 27%, 19% 수준이다. 하지만 산별협약 내용이 산별중앙교섭에 참가하지 않은 병원에서도 현장교섭을 통해 일정하게 확산되고 있기 때문에 단지 교섭 참가범위만 갖고 교섭의 효력을 따지기는 어렵다. 2015년 산별교섭 합의내용의 확장성은 아직 통계로 집계되지 않았으나 2012년의 경우, 151개 사업장 가운데 교섭참가 여부를 떠나 모두 78개(51.6%) 사업장이 산별협약 관련 내용에 합의했음을 상기하면 보건의료산업의 산별교섭 내용은 산별중앙교섭 참가여부를 떠나 현장교섭을 통한 협약 내용의 적용 확대가 어느 정도는 이뤄지고 있음을 알 수 있다. 물론 그럼에도 참가하는 병원의 비율이 전체 조합원 소속 병원 수와 견줄 때 낮고, 규모 큰 국립대병원, 사립대병원이 빠져 있다는 점에서 여전히 한계가 있다.

2. 산별교섭을 둘러싼 몇 가지 고민들

글머리에 언급한 것처럼 보건의료노조가 산별노조로 조직형태를 변경하기 전부터, 즉 연맹체로 존재할 때부터 노조는 산별교섭 실험을 계속 진행해 왔다. 연도별 산별교섭의 경과와 특

정을 정리하면 다음과 같다(표 2 참조). ‘공동요구, 시기집중, 공동투쟁’이라는 세 가지 원칙은 1994년 병원노련이 합법성을 획득한 이후부터 지금까지, 그리고 산별교섭 정상화라는 목표로 2015년 이후에도 계속 추진될 것으로 전망된다.

〈표 2〉 연도별 산별교섭의 역사

- 1994년 연맹(병원노련) 합법성 쟁취를 계기로 교섭권 위임을 통한 공동교섭 시작
- 1995년 지역별 집단교섭 성사(서울, 인천, 지의노협 등)
- 1998년 산별교섭 건설 후 대병원협회 중앙교섭 성사 투쟁
- 2000년 5개 산별노조 공동으로 대정부 대국회 법제화 투쟁
- 2002년 현장 단협 확보를 통한 아래로부터 산별교섭 성사 투쟁
- 2003년 특성별 집단 노사간담회 성사
- 2004년 14일간 1만여 명 조합원들의 산별총파업투쟁을 통한 산별중앙교섭 첫 시작
- 2006년 산별 5대 협약 체결
- 2007년 사용자단체 정식 구성, 비정규직 정규직화 아름다운 산별합의
- 2009년 산별중앙교섭 중단과 사용자단체 해산(노사 이견 극대화)
- 2011년부터 단순히 기존의 산별교섭 복원이 아니라 정상화로 가기 위해 획일적 산별중앙교섭 방식을 넘어 보다 유연하고 창조적인 교섭전술 모색
- 2012년 산별교섭 완전 정상화로 가는 교두보 확보
- 2013년 중층적 단계적 추진(산별특성교섭 + 첫 자율타결 + 산별 노사공동포럼 병행추진)
- 2014년 의료민영화투쟁 중심(산별특성교섭 + 대정부, 대국회 교섭 투쟁 강화, 5개 보건의료단체 연대 + @)
- 2015년 산별중앙교섭 + 산별특성교섭 초기업 합의 성과, 불참 병원 시기집중 동시파업투쟁, 산별대각선교섭

자료 : 보건의료노조(2015c).

이 같은 산별교섭의 역사를 바탕으로 아래에서는 보건의료노조가 왜 계속 산별교섭을 요구하고 있는지, 무엇을 논의하고자 하는지, 또한 어떤 방식으로 교섭을 진행하려 하는지를 보건의료노조 내부 자료와 인터뷰 내용을 바탕으로 정리한다.

가. 왜, 여전히, 산별교섭인가?

2009년 사용자단체 해산 이후 노조는 2010년, 이전과는 질적으로 다른 산별교섭 재추진을 위해 산별교섭을 요구했으나 사용자들은 사용자단체가 해산됐다는 등의 이유로 교섭에 나서지 않았다. 또한 당시 필수유지업무 협정을 개별 병원 단위별로 체결하는 문제까지 겹쳐 2010년 산별교섭은 진행되지도 못했다(보건의료노조, 2015a). 그럼에도 노조는 2011년부터 산별교섭 정상화 투쟁에 나섰고, 교섭 참가 병원의 특성과 규모는 여전히 제한돼 있지만 적어도 민간 중소병원과 지방의료원에서는 인력문제의 구조적 해결, 의료서비스의 공공성 강화 등을 위한 노사 합의를 끌어내는 등 성과를 내고 있다.

노조가 산별교섭 정상화를 주 요구로 내걸고 있는 핵심 이유는 각 병원 사업장에서 공통적

인 문제로 제기되고 있는 임금 및 근로조건, 인력충원, 안전 등의 문제가 이제 개별 사업장 단위 노사교섭을 통해서 풀릴 수 있는 단계가 아니라는 판단 때문이다. 매년 사업장별로 요구안을 만들고 사업장 안에서 교섭을 해 나갈 수는 있지만, 의료체계의 특성상 병원의 수익구조가 의료수가 등 정부 정책과 맞물려 있기 때문에 되풀이되는 사업장 교섭에서 풀 수 있는 여지가 제한돼 있다는 것이다.

나. 무엇을 논의할 것인가?

노조가 산별교섭에서 논의하고자 하는 핵심 의제는 ‘인력’문제이다. 앞서 살펴본 것처럼 한국의 의료 인력규모는 OECD 국가들과 비교할 때 낮은 수준이다. 간호 인력으로 교육을 받았음에도 일선 병원에서 일을 하지 않고 이른바 ‘장롱면허’ 소지자로 남아 있는 사람들이 많다는 것은 어제오늘의 얘기가 아니다. 교대제 사업장이라는 특성도 있지만 그만큼의 인력충원이 되지 않아 노동시간이 길고 노동 강도가 강하기 때문이다. 인력문제는 환자의 안전과도 직결된다는 점에서 노조는 공공적인 의료서비스를 담당할 수 있는 인력구조 개선에 초점을 두고 있다.

인력문제를 해소하는 방안으로 크게 두 가지를 고민할 수 있다. 하나는 각 병원별로 부서별 적정 인력을 산정해 요구안으로 내는 것이다. 예컨대 가장 인력이 많았을 때와 비교하여 현재 인원이 얼마나 부족한지, 업무량 변동에 따라 혹은 육아휴직이나 장기휴직 등에 따른 부족 인원이 어느 정도인지를 조사하고 필요 인원을 산정하여 요구하는 방식이다. 노조는 이러한 방안을 고민하면서도 좀 더 근원적인 해법을 산별 차원에서 마련해야 한다고 판단하고 있다. 이런 인력구조가 사업장 단위 교섭을 통해서 해결하기 어렵기 때문이기도 하다.

“병원의 인력기준을 정하고 충족시킬 수 있는 제도를 만들어야 한다. 지난해부터 보호자 없는 병원, 즉 포괄간호서비스가 시작됐다. 올해까지는 시범사업이지만 2018년부터 전국 병원으로 확대되는데 병원의 인력문제를 근본적으로 제기할 수 있는 기회이다. 이 제도가 제대로 시행되기 위해서는 가장 먼저 충분한 수의 간호 인력을 확보해야 한다. 이를 위해서도 현재 조합원들이 느끼는 현장의 임금, 근로조건 문제를 살펴야 했다. 전면 조사를 실시했다. 이를 환자존중, 직원존중, 노동존중 병원 만들기라는 3대 존중 캠페인으로 표상화하려 하고 있다. 상당한 인력충원효과가 있을 것으로 기대한다.” (인터뷰)

2015년 산별중앙교섭에서도 3대 존중 병원 만들기는 노사 모두의 공감대를 얻어낸 것으로 평가된다. 노조는 2016년에 현장으로부터는 시간외 근무 현황, 노동과정에서의 문제점, 이직률, 이직사유 등 구체적인 근로조건 현황과 문제점을 듣고, 이를 통해 포괄간호서비스제도 전면화라는 제도적 변화를 앞두고 병원 인력구조와 규모에서 개선책을 만들어 낼 계획이다. 이 같은

현장과 제도의 결합은 현장 조합원들의 산별교섭에 대한 관심과 참여를 높여내는 데에도 주요하다. 이와 함께 김용익 의원 등이 발의한 인력지원특별법 통과에도 힘을 쓰고 있다.

“현재까지는 각 병원별 경영상황에 따라 인력 충원 계획이 나왔다. 하지만 특별법의 핵심은 국가가 5년마다 인력충원계획을 마련한다는 것이다. 이에 따른 세제 혜택, 인력전담기구 설치 등이 포함돼 있다. 이 법안이 통과된다면 국가 차원에서는 양질의 의료인력 양성뿐 아니라 환자안전, 의료서비스 향상 등을 꾀할 수 있을 것이다.” (인터뷰)

이와 함께 노조는 병원마다 재정 상황에 따라 차이가 나는 임금문제 역시 산별 차원에서 해소하고자 한다. 예컨대 같은 지방의료원이라 해도 소재지에 따라 재정상황이 다르고, 사립대의 경우도 임금 3~4% 인상이 가능한 곳도 있고, 1% 인상하기에도 벽찬 곳도 있다. 하는 업무에서 큰 차이가 없으나 병원 사정에 따라 이처럼 임금에서 차이가 발생하는 것 또한 인력수급 문제와 직결된다. 따라서 노조는 고용에서 표준모델을 만들어내는 것과 함께 임금에서도 대안적인 체계를 만드는 것을 목표로 하고 있다.

다. 어떻게 논의할 것인가?

두 가지 측면에서 논의가 가능하다. 하나는 교섭구조에 관한 것이고, 다른 하나는 산별중앙과 현장 조합원들과의 거리 좁히기에 관한 것이다. 먼저 교섭구조를 살펴본다. 2009년 산별교섭 파행 이후 노조가 산별교섭 ‘복원’이 아니라 ‘정상화’를 추구하고 있다는 점이 눈에 띈다. 노조는 기존의 획일적인 중앙교섭 방식을 벗어나 특성별 교섭이라는 유연한 방식을 택했다. 사립대병원과 국립대병원들과는 여전히 대각선교섭 형태의 현장교섭을 진행하고 있지만, 앞서 살펴본 것처럼 민간중소병원과 지방의료원들과는 2012년 이후 매년 산별중앙교섭과 특성별 교섭을 진행하고 있다. 병원 특성별로 요구되는 사항들에 대해 노사 합의 및 노사공동 정부 청원서 마련 등의 성과를 낳았다. 또한 보건의료 노사는 물론 정부(고용노동부, 보건복지부), 여야 국회의원들이 함께 참여하는 ‘노사공동포럼’을 통해 이해를 모아나가는 작업 또한 진행되고 있다.

“노사공동포럼을 3~4년 운영해 오면서 공동의 현안문제에 관한 연구결과물들을 축적하고 함께 풀어내기 위한 방향을 모색해 왔다는 점에 큰 의미가 있다. 특히 국립대병원, 사립대병원은 이 공동포럼에 공식적으로 참여하고 있지 않지만 별도 연구 사업이나 포럼에는 토론자나 청중으로 참여하여 의견을 개진하기도 한다. 이들에게 노조가 투쟁만 하는 게 아니라 정책제도적인 문제 해결을 위해 노력을 하고 있다는 인식을 주는 것도 중요하다.” (인터뷰)

노조는 이같이 함께 모이는 자리, 함께 공통의 현안에 대해 논의하는 자리가 지속되고 성과가 축적되는 것이 앞으로 산별교섭을 정상화시키는 데에 큰 밑거름이 될 것이라고 판단하고 있다. 단계적인 접근이 필요하다는 것이다. 실제 보건의료계통에 종사하는 노동자는 총 70만 가량으로 추정되는데, 현재 보건의료노조로 조직된 노동자들의 수는 4만 5천여 명이다. 노조의 노동시장 장악력이나 대표성이 부족한 것도 사실이다. 따라서 의료시장의 문제, 의료정책의 문제에 대한 노조의 개입력을 키워내면서 1단계로 사립대병원과 국립대병원을 산별교섭에 참여시키고, 2단계로 병원협회와 특성별 의료기관협회를 교섭상대방인 사용자단체로 한 산별교섭 구조를 만들어내겠다는 목표이다.

이와 같은 산별교섭의 틀이 마련되기 위해서는 법제도적 개선이 함께 이뤄져야 한다고 노조는 요구하고 있다. 그렇다고 산별교섭 법제화를 주장하는 것은 아니다.

“기업별 교섭을 극복하기 위한 의무적이고 획일적인 산별교섭 법제화 주장에 대해서는 다소 논란의 여지가 있다. 한국적 노사관계 지형에서 산별교섭을 법으로 강제하지 않더라도 최소한 기업별노조를 전제로 한 현행 노조법은 반드시 개정돼야 한다.” (인터뷰)

이와 관련해서 고려할 수 있는 법제도 개선 방안은 다음과 같다. 첫째, 교원노조법에서 정한 것처럼 산별노조가 요구할 경우 사용자 교섭단 구성을 통한 산별교섭 참가를 의무화하는 것이다. 현행 교원노조법¹⁰⁾은 노동조합 대표자에게 조합원의 임금, 근무조건, 후생복지 등 경제적·사회적 지위 향상에 관해 교육부장관, 시·도 교육감 또는 사립학교 설립·경영자와 교섭하고 단체협약을 체결할 권한을 부여하면서 이 경우, 사립학교는 사립학교 설립·경영자가 전국 또는 시·도 단위로 ‘연합하여’ 교섭에 응하여야 한다고 의무화하고 있다. 둘째, 산별노조의 교섭 및 쟁의대상을 확대하고 산별 단위에서 체결한 단체협약의 효력을 확장하는 내용을 법에 담는 것이다. 셋째, 복수노조 창구단일화 제도를 폐지하기 전까지 단일화 대상에서 일정 규모의 전국 단위 산별노조를 제외하는 것이다.

노조는 초기업단위 교섭을 연착륙시키기 위해서 법 개정 이전이라도 노동행정 측면에서 산별 노사관계로의 재편을 위한 지원을 할 필요가 있다고 주장하고 있다. 예컨대 사용자 측의 단체협약 위반과 교섭거부 등을 부당노동행위로 보고 처벌을 하거나, 교섭 대상을 확대해서 해석하거나, 노동위원회가 좀 더 적극적으로 조정 역할을 강화하는 등의 방안을 강구할 수 있다는 것이다. 노사간의 교섭구조를 확보하는 것과 함께 병원산업 노사와 전문가들이 함께 참가하는 논의기구가 활성화되면 의료시장 양극화와 인력부족 문제 등 산업적 이슈들을 공론화하고 개선책을 모색하는 데 일정한 역할을 할 것으로 기대된다.

이 같은 교섭구조의 문제와 함께 노조가 고민과 실천을 집중하고 있는 것이 바로 현장과의

10) 교원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률 제6조 1항.

소통 강화 사업이다. 노조는 지난 십수 년간 산별노조활동을 해 오는 동안 현장 동력이 일정하게 약화돼 왔다는 점을 우려하고 있다. 이주호(2013)는 한계의 측면에서 가장 중요하게 봐야 할 지점으로 현장 동력 약화를 꼽는다. 힘의 우위에 기초한 대등한 노사관계 후퇴, 사측의 신인사 신경영 등 고도의 인사노무관리에 발 빠르게 대응하기 어려운 현실 때문에 현장이 점점 더 어려워지고 있다고 지적한다. 실제 노조활동에서 현장 조합원들의 참여도가 낮아졌다. 지부 선거를 경선으로 치르는 곳도 줄었다. 임금 및 단체교섭의 장기화는 노조 일상 활동의 시간과 공간이 갈수록 협소하게 만드는 요인으로 작용한다. 산별적 활동에 집중하다 보니 외부활동과 보건의료정책을 둘러싼 활동, 이벤트 식 기획 사업은 넘쳐나는데 상대적으로 사업장 단위 현장의 노동정책과 임단협 투쟁이 소홀해졌다. 산별임금 정책, 고용 정책, 직종 정책 등 구체적인 현장 정책 관련 콘텐츠의 부족도 한계 중 하나로 꼽힌다.

이 같은 문제의식에 따라 보건의료노조는 현장과의 소통 강화에 적극 나서고 있다. 2015년에는 현장의 직접적인 목소리 수렴을 위해 현장위협사례 보고 사업을 벌였다. 현장 조합원들이 일을 하는 도중에 확인한 위협사례를 바로 지부 간부들에게 전달하고, 이를 본조로 모아 병원 현장의 안전을 확보하는 한편 구조적인 문제해결이 가능토록 하겠다는 것이다. 노조는 악화되는 근무 환경, 근무에 필요한 장비와 시설 부족, 감염 노출, 부족한 인력, 개인 업무 할당량 등 노동 강도의 증가, 휴식 부족과 만성피로, 직무 스트레스, 비정규직과 신규 직원의 비중 증가, 잘못된 상명하복 조직문화, 소통부재, 폭언과 폭행, 성희롱 등으로 환자 안전은 물론 노동자 자신의 안전도 위협받고 있다고 진단하고 있다. 이 같은 위협상황은 그동안 당사자의 잘못으로 인식되는 경우가 많았고, 그 결과로 개인이 시말서를 쓰거나 승진과 승급에서 누락되는 기초자료로 활용되는 등 구조적 문제를 개인이 떠맡아야 하는 경우로 이어져 왔기 때문이다. 노조는 개별 조합원들에게 위협상황에 대해 구체적으로 언급하는 것은 물론 이유가 무엇인지(예컨대 인력부족, 숙련부족, 시설 및 장비 부족, 조직문화의 문제 등)까지도 보고토록 하고 있다. 이는 조합원들의 목소리를 통해 직접 현장의 문제를 파악하겠다는 것과, 이를 사업장 단위 지부가 아닌 산별노조 차원에서 산업 정책적 접근을 통해 해소하겠다는 것을 의미한다.

“조합원들 스스로가 고발하는 운동이다. 위협상황 때문에 주어진 업무를 수행하기 어렵거나 사고의 발생 가능성이 느껴지면 지체 없이 노조에 보고토록 하고 있다. 위협상황의 많은 경우가 인력 부족 때문에 발생하기 때문에 이는 더욱 본격적으로 인력문제를 산별 차원의 의제로 확장시켜야 함을 확인시켜 주고 있다.” (인터뷰)

이는 보건의료노조가 주요하게 추진하고 있는 3대 존중 캠페인 사업의 필요성과 정당성, 구체적인 현장의 사례를 확보해 가는 과정이기도 하다. 또한 조합원들이 ‘자발적으로’ 낸 목소리를 모아 사업의 근거로 활용함으로써 현장과 본조의 거리를 좁혀냄과 동시에 현장 교섭력을

확보한다는 점에서도 또한 의미가 있다.

V. 소 결

보건의료노조는 2009년 산별교섭 파행 이후 산별중앙교섭과 특성별 교섭을 병행하는 방식의 다소 유연한 산별교섭 정상화 노력을 하고 있다. 인력부족 등에서 기인한 임금 및 근로조건 문제 외에도 올해는 임금피크제, 공공기관 정상화, 사학연금, 사업장 단위 각종 부당노동행위 등으로 보건 노사관계는 몸살을 앓았다. 그런 가운데 산별교섭은 더디지만 민간중소병원, 지방의료원 등 특성별로는 안정화 추세를 보이고 있다. 그럼에도 낮은 노조 조직률 및 단체협약의 확장성의 한계 등으로 산별교섭은 여전히 국립대병원과 사립대병원이 빠진 채로 불안정한 모습을 보이는 것도 사실이다. 이러한 산별교섭을 정상화시키기 위한 노조의 전략은 크게 세 가지로 정리될 수 있다.

첫째는, 산별교섭 미참가 병원들의 참가를 유도하는 방안이다. 노조는 산별교섭 참가를 독려하는 것 외에도 노사공동포럼 개최 등을 통해 병원 사용자들과의 접촉면을 넓혀내는 것과 함께 의료산업 정책을 둘러싼 이슈들을 제기하고 노사 공동의 해법을 찾을 것을 요구하고 있다. 둘째는, 현장 복원이다. 산별노조 출범 이후 십수 년간의 산별노조 활동은 대외적으로는 노조의 산업정책에 대한 개입을 확대시키면서 기업별 분권화의 한계를 극복하고자 한다는 점에서 긍정적으로 평가되었을지 모르나 그러한 사이 현장의 동력은 약화된 것으로 분석된다. 특히 지속되고 있는 산별교섭의 불안정성은 현장 지부단위 임단투를 장기화시키면서 조합원들의 피로도를 높였는가 하면, 의료민영화 저지 등과 같은 의료공공성 투쟁 외에 내 임금, 내 근로조건에 대한 산별노조의 직접적인 영향력을 확대하지 못함으로써 산별노조와 현장 간의 관계가 이완되는 결과를 낳았다고 평가된다. 셋째는, 법제도 개선이다. 산별노조를 만들었지만 교섭 상대방인 사용자단체가 없다. 노조는 물론 현장 동력 강화를 기본으로 하고, 산별교섭의 필요성과 유의미성에 대한 사용자들의 이해를 높이는 것이 산별교섭을 정상화하는 핵심고리라고 판단하고 있지만 이를 통한 법제도 개선도 한 축의 고민으로 남는다.

이 세 가지 모두를 이어주는 연결고리로 보건의료노조는 ‘인력문제’를 꼽고 있다. 인력부족 문제도, 장시간 노동과 높은 노동 강도로 대표되는 근로조건 문제도, 임금 등 낮은 처우도, 안전사고도 인력문제의 근본적 해결을 통해야 해결할 수 있다는 판단이다. 현장으로부터는 인력부족 및 수급불균형 등에 따른 안전사고 등 의료현장의 문제들에 대해 지속적으로 보고를 받고, 정부와 국회를 상대로는 개별 병원이 아닌 정부 차원의 보건인력의 적정 규모와 수급방안

을 체계적으로 마련하라고 요구하고 있다. 노조는 특히 포괄간호서비스제도 시행과 국회에 계류 중인 보건의료인력지원특별법 등과 맞물려 이를 2016년 보건의료산업 노사관계의 최대 쟁점으로 부각시킬 계획이다. **KLI**

[참고문헌]

- 고용노동부(2014), 「2014년 노사관계 실태분석 및 평가」.
- 국민건강보험공단·한국보건산업진흥원(2011), 『건강보험 진료비 적정화 등을 위한 병상자원 관리방안 개발』, 한국보건산업진흥원.
- 보건의료노조(2015a) 『그래! 우리가 꿈꾸는 바로 그 산별노조 - 보건의료 노동운동 1987~2014, 산별노조운동 1998~2014의 발자취』, 전국보건의료산업노조.
- _____ (2015b), 『2015년 보건의료노동자 실태조사 - 임금, 노동조건, 노동환경』, 전국보건의료산업노조.
- _____ (2015c), 「보건의료산업 산별교섭 경과와 전망」, 내부토론용 자료.
- 윤진호(2009), 「병원 인력 부족의 원인과 영향 및 정책대안」, 보건의료노조 주관 『보건의료산업에서 사회적 일자리 창출과 병원 인력 확보를 위한 국회 대토론회』.
- 은수미(2009a) 「보건의료 산별교섭 평가와 전망」, 『노동리뷰』 2009년 2월호, pp.59~75.
- _____ (2009b), 「보건의료산업의 산별교섭 평가」, 조성재·은수미·박제성·권현지·이상호·오학수·유병홍, 『산별교섭의 이론과 실제 - 산업별·국가별 비교를 중심으로』, pp.34~68.
- 이주호(2013), 「보건의료노조 산별운동 15년이 한국 노동운동에 던지는 화두」, 한국노동사회연구소 주최 노동포럼 ‘현장으로부터 듣는 노동운동 위기 진단과 대안 모색’ 발표자료.
- 이주희(2010), 「비정규직과 노동정치 - 산업부문간 비교연구」, 『한국사회학』 44(1), pp.26~59.
- 정청천·조성재(2013), 「2012년 산별교섭 분석, 평가와 향후 전망」, 『노동리뷰』 2013년 3월호, pp.55~69.