

병원산업의 산별교섭제도 도입의 타당성 및 절차에 대한 연구



글 · 이승길 |
경총 노동법제연구실장

1. 들어가기

오늘날 세계 경제는 지식정보화, 국제경쟁으로 치열한 경쟁시대이다. 여기서 생존하기 위해서는 선진화된 노사관계법·제도의 개혁을 시대의 핵심적 국가 발전전략으로 하면서 참여·협력의 사회통합적 노사관계 제도화에 열중하고 있다. 최근 노조도 생산시스템의 변화, 직무 재설계의 변화, 경쟁의 심화, 근로자들의 욕구 변화, 인적 자원 관리 개념의 다양한 변화로 '보다 좋은 노조'의 체제를 모색하고 있다. 이에 현안으로 기업별교섭이나 산별교섭이냐로 교섭구조와 관련해 많은 논의를 하고 있지만 바람직한 결론을

찾지 못하고 있다.

최근 들어 우리나라의 노동계는 기존의 기업별 노조에서 '산별노조'로의 전환에 대한 요구와 결성 움직임이 거세지고 있다. 2003년 '민주노총'은 산별노조 추진을 계속하면서 2005년까지 7~8개의 '大山별화'를 구축하기 위해 가속화하고 있다. 이러한 동향 속에서 연례적으로 병원의 산별노조인 '보건의료노조'과 관련해서는 노사간의 소모적·비효율적·대립적 노사관계를 억제하고, 협력적 노사관계의 조성을 위해 산별교섭의 취지와 필요성에 대해 논의의 필요성 대두하게 되었다. 그 내용은 (i) 산별교섭의 취지와 필요성, (ii) 산별교섭 진행방식과 나타날 수 있는 우려

사항, (iii) 산별교섭 정착을 위해 필요한 사항 등의 내용에 대해서도 검토할 필요성이 대두하게 된 것이다.

이에 병원산업계(사용자)는 매년 반복되는 보건의료노조의 요구에 대하여 '시기상조론'으로 반복해 대응하는 데에도 일정한 한계가 있으며, 현재의 참여정부가 산별교섭 등의 교섭구조 패러다임 전환을 모색하는 것을 고려해 볼 때, 예방적·사전적 의미에서 병원산업의 산별교섭제도 도입의 타당성 및 절차에 대한 적극적 대응책을 마련해야 할 시점으로 검토가 필요하다.

2. 병원산업 노사관계의 현황과 문제점

1) 병원산업 노사관계의 과정

1998년 2월 27일 전국보건 의료산별노조가 결성된 이후 2002년 말 현재 보건의료연맹소속의 병원노조는 151개에 이르고 있으며 151개의 노조(총 3만 8,782명) 지부로서 '전국보건의료노조'에 가입

되었다. 즉, 보건의료노조는 1997년 30만 명으로 추산되는 의료산업 근로자 중 3만 5천 여명을 포괄하는 '병원노련'으로부터 출발하였다. 2002년말 기준으로 전국 1049개 병원급(병원급 768개, 종합병원 280개), 의원급 2만 여개 중 조직된 사업장 수로는 151개, 3만여명을 포괄하고 있다. 또한 병원의 설립구분별로 분류해 보면 국공립, 지방공사, 특수법인, 학교법인, 사단법인, 재단법인, 사회복지, 회사법인, 의료법인, 개인, 기타 등으로 할 수 있다.

보건의료노조가 포괄하는 조직 영역은 공공서비스 부문에 속하는 '민간병원'과 공공부문에 속하는 '국립대병원'이나 '지방공사의료원'을 포괄하고 있다. 지역적 분포로는 '서울지역본부'가 전체 조합원의 37%에 해당하는 조합원을 포괄할 정도로 서울지역에 집중되어 있다. 또 병원 내부적으로는 50여 개의 직종이 분포되어 있어 이해관계를 조정하기가 쉽지 않다는 특징을 보이기도 한다.

<표 1> 보건의료노조(병원노련)의 노조수 및 조합원수의 변천과정

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1999	2002
노 조 수	133	150	136	130	140	146	146	146	152(120)	151
조합원수	25,960	27,025	25,435	25,977	32,201	33,903	35,529	35,664	35,600	38,720

<표 2> 보건의료 산별노조의 진행 과정

시 기	내 용	시 기	내 용
1987. 7	서울대 병원 노조 결성	1994	공동교섭 시작
1987. 8	고대병원, 한대병원, 이대병원 노조 결성	1996	산별측위 단일안 마련
1987. 12	전국병원 노조협의회 결성(60개 노조 결성)	1997. 4	의료산별 건설 기획단 구성
1988. 12	전국병원 노조연맹 결성(87개 노조 참가)	1997. 10	연맹 의료산별 건설 준비 위원회 구성
1989. 1	규약 변경에 관한 행정소송	1998. 1	연맹 의료산별노조 건설안 최종 확정
1993. 5	대법원 승소판결	1998. 2	전국 보건의료 산업 노조 창립

2) 보건의료노조의 산별교섭

보건의료노조는 완전한 형태의 산별교섭은 '산별노조'와 '사용자단체'와의 산별 통일교섭으로 보고 있다. 다만 사용자단체가 구성되어있지 않는 조건에서는 곧바로 통일교섭은 어렵다고 파악하면서, 우리나라의 현실에 맞는 경로 설정이 필요하다고 진단한다. 이에 보건의료노조는 1994년 공동교섭투쟁 시작, 1998년 산별노조건설 이후 지금까지 여러모로 산별교섭 쟁취투쟁을 벌여온 것을 재평가하고 있다.

당시 교섭형태의 발전을 위한 단계적 과제로서 먼저, 임금체계 개편, 통일화 작업(대안적 직급체계, 평가체계)로서 (i) 1단계 : 임금체계 개편연구

의뢰, 시안마련/연맹내 임금체계개선위원회 설치 - 내부 공청회, 토론회, 교육진행, (ii) 2단계 : 임금체계 개편투쟁, (iii) 3단계 : 대안적 임금체계의 정착단계를 설정하였다. 또한 기업간 임금격차 해소에 대하여 (i) 1단계 : 임금실태 분석, 방향과 단계적 과제 확정/임금 군별 초보적 공투(정사적 일치감, 유대감 확보를 목표로), (ii) 2단계 : 군별 평준화 작업, 최저임금투쟁, (iii) 3단계 : 군을 넘어선 하나의 임금결정틀을 완성, 정착시키는 단계를 설정하고 있다. 그리고 교섭형태로서, (i) 1단계 : 기업별, 대각선 교섭단계, (ii) 2단계 : 집단교섭, 패턴교섭의 정착단계, (iii) 3단계 : 통일교섭의 정착단계를 설정하고 있다.

<표3> 연차적 임금체계 개편계획표

단 계	연도(가안)	임금체계통일	임금격차 해소
1단계	1997~2000	임금체계 개편연구 의뢰, 시안마련, 내부 공청회 진행, 개편안 확정/연맹내 임금체계 개선위원회 설치	임금실태 분석, 방향과 단계적 과제 확정, 임금군별 초보적 공투추진
2단계	2000~2005	임금체계 개편투쟁	군별 평준화 작업, 최저 임금투쟁
3단계	2005~	대안적 임금체계의 정착단계	산별적 임금 결정틀을 완성하는 단계

<표4> 산별교섭 추진 역사와 경과

연 도	추진 경 과
1994	산별교섭 쟁취를 내걸고 교섭권 위임을 통한 지역별 집단교섭 추진 (인부천, 서울등 일부 지역 성사)
1998	산별노조 건설 이후 산별 중앙교섭 성사를 위한 대 병협 교섭 본격 추진, 대정부 교섭 병행 추진
2000	산별 중앙교섭 성사를 위한 중앙상경투쟁, 병협 점거투쟁, 병협과 첫 공식면담, 대 정부 교섭 병행 추진
2001	병원협회와 접근 가능한 협의틀 마련에 주력, 실무협의 일부 진전, 대 정부 투쟁 전개
2002	대 병협 투쟁과 더불어 지부차원 산별 집단교섭 노사합의투쟁(63개 병원 합의), 대정부 면담과 정책협의 진행, 산별교섭 + 노사정 협의체 + 정부 위원회 참가 요구

확인된 교훈으로 몇 년간 보건의료노조는 단체협약을 통해 병원 노사간 집단합의로 '산별집단교섭'의 경로를 밟아 '사용자 대표'와 나아가 '사용자단체'를 구성하고, 이를 토대로 완전한 산별중앙교섭으로 이행하는 것이 최단의 현실적인 길이라는 결론을 내리고 있다. 그 이유는 우리나라 노사관계의 힘은 현장에 있고 현장에서부터 노사관계와 교섭구조가 변화하지 않고서는 아무 것도 할 수 없기 때문이다.

3) 병원산업 노사관계의 현황과 문제점

먼저 '병원산업의 노사관계의 현실'은 노동계와 민주노총 내에서 대립적이고 노사갈등이 심한 조직으로 평가되고 있다. 즉, (i) 외형적으로는 매년 파업의 반복, 파업일수 증가, 장기투쟁 병원의 증가 등이다. 쟁의조정은 종전에는 신청전 타결, 파업 직전 타결하였으나 이제는 며칠동안 파업이후 타결하는 노사문화로 변화되고 있다. (ii) 교섭과 관련해 소모적인 기업별 교섭이 반복되지만, 타결 내용이 비슷하고 단체협약도 규모별, 특성별로 평준화되고 있다. (iii) 병원계에 전근대적 노사관계가 판을 치고 있다. (iv) 필수공익사업장 직권중재라는 제도가 노사 자율교섭을 해치고 파업을 유도하고 있다. (v) 병원 노사문제를 제대로 풀어가려면 먼저 병원의 특수성을 올바르게 이해해야 한다.

이에 대해 보건의료노조는 그동안 병원노사관계 악화화 노사대립의 근본 원인은 노조지도부의 과격성이나 노동운동의 이념성이 아니라, (i) 직권중재 제도로 인한 사용자측의 불성실 교섭 태

도, (ii) 현장의 높은 노동강도와 인력부족, (iii) 낮은 임금과 열악한 근로조건, 원내 의사소통의 부재, (iv) 전근대적 인사노무관리시스템과 사용자측의 권위주의, (v) 노조의 인사경영 참여와 병원발전 참여 배제 등으로 인한 현장의 높은 요구와 불만을 수렴하고 합리적으로 해결해나갈 구조가 없었다는 점이 가장 큰 문제였다고 지적하고 있다.

그리고 『병원산업의 특성』을 살펴보면 다음과 같다. (i) 다른 산업과 달리 소유구조가 다양하다는 점, (ii) 병원내 근로자의 직종 및 근로조건이 다양하다는 점(총 60여개 직종이 병원산업이 존재), (iii) 환자의 생명을 다루는 '필수공익산업'이라는 점, (iv) 파업 중 대체인력 투입(특히 간호사, 방사선사, 임상병리사 등)이 난해하다는 점을 들 수 있다.

최근 병원산업은 경영적자 및 병원의 어려움을 호소하고 있다. 또한 보건의료 관련 단체 내에서는 건강보험 제도개혁, 수가문제, 의료전달체계 확립 등의 문제의식이 폭넓게 존재하고 있다.

4) 병원산업이 산별교섭이 어려운 원인

(i) 병원산업이 매우 이질적이어서 '사용자대표단'을 구성하기 어려우며 이를테면, 대표단이 구성된다 하더라도 단체교섭권과 단체협약체결권을 위임하기 곤란한 측면이 있다. (ii) 금융 및 금속노조의 사례를 적용하기는 어렵다. (iii) 산별중앙교섭 요구에 대한 병원협회의 입장은 부정적이다. ㉔ 병원협회는 개별 병원의 사용자단체가 아

니므로 산별노조와 산별 중앙교섭을 할 자격이 없다. 병원협회의 정관 규정에 따르면, 병원협회는 회원병원의 발전을 도모키 위해 다각적인 교육·지원사업을 전개하고 있으나 단위노조 또는 보건의료노조와 직접적 노사관계의 상대자가 될 수 없어 산별 중앙교섭을 할 자격이 없기 때문에 교섭할 수 없다. ⑤ 병원계는 산별집단교섭을 실시해도 사용자대표의 구성이 어렵다. ⑥ 산별 중앙교섭은 노사관계의 악화 요인이 될 수 있다.

5) 보건의료노조 교섭구조

보건의료노조는 또한 현행법상 필수공익사업장으로 지정되어 있어 파업시 직권중재조항에 걸려 합법파업이 불가능하고, 병원이라는 업종 특성상 여론에 대한 부담 때문에 투쟁동력을 동원하기 어렵다는 특징을 가지고 있다. 한편 보건의료노조의 사용자들은 의사라는 특수한 사회적 신분이라는 인식으로 봉건적·전근대적 속성을 지니고 있어 산별교섭이 가장 어려울 것이란 평가도 있다.

보건의료노조는 1998년 출범 이전부터 공동대각선 교섭을 통해 기업별 교섭의 한계를 극복하고자 했던 경험이 풍부하였다. 그러나 보건의료노조의 교섭집중화 전략은 단계별로 추진한다고 설정되어 있었다. 이러한 교섭과정에 대한 평가는 산별교섭 추진 8년, 산별노조 건설 후 4년이 지났음에도 여전히 공동교섭-대각선교섭 중심의 교섭구조를 벗어나지 못하고 있는 것으로 요약된다.

『병원협회』는 보건의료노조의 중앙교섭 요구에 대해 (i) 이중교섭의 문제점, (ii) 병원별 임금격차가 문제라는 점, (iii) 병원협회가 포괄하는

회원수가 전체 병원의 절반밖에 안된다는 점, (iv) 전체 병원 중 노조가 있는 병원이 151개 (2002년 기준)에 불과하다는 점을 들어 산별교섭을 할 수 없다는 주장을 전개하고 있다.

그러나 드디어 2003년에는 2002년의 합의를 근거로 보건의료노조가 포괄하는 병원을 대상으로 집단교섭을 추진한다는 것으로 나타나게 되었다. 이러한 교섭전술 변화는 현장의 노사관계로부터 근본적으로 변화가 없는 한에서는 상층부 차원의 산별노조에 의한 산별교섭의 시도가 힘을 받아 운용하기는 것이 현실적으로 어렵다는 평가에 따른 수정책이었다.

보건의료노조의 교섭 과정은 시기의 흐름 또한 병원의 산별교섭의 참여 여하에 따라 변동이 있을 수 있다는 유연한 전략을 내놓고서 추진하였다. 그리고 2003년 병원 임·단협에서는 ‘직권중재 회부 여부’와 ‘정부의 대응 방침’이 가장 큰 변수로 보인다. 노조는 지난 수년 동안 직권중재 사용자 측이 불성실하게 단체교섭에 임하고 불법 파업으로 쟁점이 확대되어, 사태가 장기화됐는데 주목하고 있다. 노사가 충분히 대화할 여지가 있음에도 불구하고 ‘필수공익사업장’이라는 이유로 직권중재가 내려질 경우 사용자측은 더 교섭할 필요가 없고 노조는 파업할 수밖에 없어 노사간의 갈등이 심화된다는 구조이다. 또한 노조가 정부를 상대로 ‘의료의 공공성 강화’를 요구하고 있는 만큼, 정부 대응 방침도 파업에 영향을 미친다. 그리고 10월에 진행된 노사간담회 결과를 바탕으로 병원측의 참여를 더욱 독려할 방침이라며 특히 노동부 장관 면담을 통해 각 병원들이 산별

교섭 참여라는 '단체협약의 사항'을 이행하도록 촉구하였다.

그러나, 예년과 달리 병원산업의 노사가 자율적인 대화와 타협으로 노사분규가 크게 줄었으며, 노동위원회의 조정성립율도 큰 폭으로 상승하였다. 예를 들어, 병원 파업현황을 보면, 2000년 18건 → 2001년 7건 → 2002년 19건 → 2003.11.27 현재 3건(동국대의료원, 새양산병원, 광명성애병원) 등이고, 병원 조정성립율도 2002년 34.1% → 2003.11.21 현재 81.5%에 이르고 있다.

이와 같이 병원 사업장이 안정기조로 전환할 수 있었던 것은 다음에서 찾을 수 있다. (i) 2002년의 장기분규 경험에서 비롯된 노사의 적극적인 단체교섭을 행하였다. 지난해 19개의 병원에서 파업이 발생하였고, 특히 성모병원(3개), 경희의료원(2개), 한라병원 등 6개 병원이 100일 이상 장기분규가 발생하는 등 극심한 분규를 겪음으로써 노사 모두에게 막대한 손실을 초래하였다. 조합원의 임금 손실, 병원의 영업손실, 병원 이미지 손상, 외래환자 감소, 파업 참여·비참여 조합원간 내부적 갈등 등을 들 수 있다. 이로 인해 전년도 분규 발생 병원은 물론 전반적으로 분규에 대한 위기의식이 높아져 단체교섭과정에서 노사 모두가 적극적인 대화와 타협을 통해 쟁점사항을 해결하려는 강한 의지를 보였다. (ii) 직권중재 회부기준 강화를 통한 자율교섭의 지도 결과였다. 2003년 4월 중앙노동위원회는 직권중재 회부기준을 강화하여 노사 자율교섭에 중점을 두도록 지도하였다. 보건의료노조는 조정과정에서 수술실, 중환자실,

응급실 등 필수업무를 유지할 것을 약속하였으며, 쟁의행위시에도 환자의 생명보호를 위한 업무를 수행하는 성숙한 모습을 보여주었고, 이로 인해 2002년에는 19건이나 있었으나 2003년에는 병원의 직권중재회부 건수는 한 건도 없었다. (iii) 노조 집행부가 합리적 리더십을 발휘하였다. 금년 들어 새로 출범한 보건의료노조 집행부는 '힘에 의한 분쟁해결 방식'에 벗어나 대화와 타협을 통한 문제해결에 적극적으로 노력하였다.

3. 산별노조와 관련된 법률적 검토

(1) 산별노조와 관련된 향후 중요한 대응방안에 기초가 될 수 있는 법률적 검토에 대해서는 다음과 같이 정리할 수 있다. 산별노조와 관련한 법률적 검토의 대상은 산별노조의 설립 및 노조활동에 관한 사항, 산별노조의 단체교섭에 관한 사항, 직권중재제도에 관한 사항을 들 수 있다. 산별노조의 설립 및 노조활동 관련 법적 쟁점사항으로는 조합원 인정범위(즉, 실직자 또는 해고자의 조합원 자격 문제), 복수노조금지의 문제, 노조활동 특히 비종업원인 조합원의 사업장 출입 등의 문제를 들 수 있다. 단체교섭관련 법적 쟁점으로는 교섭당사자로서의 사용자단체의 구성 문제, 산별노조지부의 교섭당사자 지위 인정 여부의 문제, 단체교섭의 방식 문제, 교섭사항의 문제 등을 들 수 있다. 직권중재제도와 관련해서는 그 적용대상이 되는 필수공익사업의 범위 문제와 법개정에 관련된 논의를 들 수 있다.

(2) 노조법상의 조합원에는 실직자, 해고자 등이 포함될 수 있는가와 관련하여서는 견해의 대

립이 있다. 노동법학계의 다수의 학술은 이를 긍정한다. 하급심 판결례 중에는 긍정의 입장을 취한 것도 있다. 보건의료노조의 규약에서는 해고자, 퇴직자, 구직중인 실업자, 관련자격취득자 등을 포괄하고 있다. 부정설의 입장에 따르면, 해당 규약은 노조법 위반이 되기 때문에 행정관청은 범위 반 규약내용의 변경을 명할 수 있다.

과거 노사정위원회에서의 합의, 정부의 '선진화 방안', 학설의 입장, ILO의 우리 정부에 대한 권고 등에 비추어 볼 때, 향후 산별노조의 조합원 자격은 실직자 내지 해고자를 포함하는 방향으로 법개정이 이루어질 것으로 예상된다. 그러한 법개정이 이루어졌을 때 발생할 수 있는 현실적 문제로는 병원 해고자들이 조합원임을 이유로 병원내 노조사무실 출입과 노조활동, 단체교섭 참여 등으로 개별 병원단위의 노사관계가 불안정하게 될 우려가 높다. 따라서 비종업원인 조합원들이 병원 출입이나 노조활동 등에 따른 폐해(병원경영의 자유 및 재산권과 시설관리권에 대한 침해 내지 제한)를 최소화하기 위한 입법적 대응과 개별 병원 또는 병원단체 차원의 대책마련이 요구된다.

(3) 2006년 말까지는 복수노조가 금지되고 있다. 복수노조금지의 범위와 관련하여서는 견해의 대립이 있지만 대법원은 복수노조금지의 범위를 폭넓게 파악하고 있다. 현재 보건의료노조의 지부가 본조와는 무관하게 독자적인 실체로서 존재하고 활동하는 경우는 거의 없는 것으로 파악되고 있다. 적어도 복수노조의 전면적 허용을 예정하고 있는 2007년 이전까지는 현행의 대법원 판례 및

노동부의 유권해석에 입각할 때 보건의료노조의 소속 조합원들이 있는 병원에서는 제2노조의 출현에 따른 이중교섭 등의 어려움은 발생하지 않을 것으로 판단된다. 그렇지만 향후 교섭창구의 단일화를 전제로 한 복수노조의 전면적 허용은 기정의 사실로 예정되고 있고, 정부의 '선진화 방안'에서는 교섭창구단일화의 방안을 제시하고 있기 때문에 복수노조의 노조활동 및 단체교섭에 대한 대응책을 미리 마련하여야 할 필요가 있다.

(4) 현행 보건의료노조의 규약에서는 실업자, 해고자 등에게도 조합원 지위를 인정하고 있고, 향후 산별노조의 조합원자격을 실업자 등에게까지 확대하는 법개정이 현실화되는 경우에는 산별노조의 노조활동과 관련하여서는 비종업원인 조합원의 병원 출입 등 노조활동이 법적 쟁점으로 부각될 가능성이 높다. 특히 해당 기업의 종업원이 아닌 조합원이 기업내 노조활동을 주도하거나 이에 관여함으로써 기업(영업)의 자유와 사용자의 권리(재산권 및 그에 따른 시설관리권)가 침해될 가능성이 높다. 산별노조의 경우에도 기업단위 노조활동이 주축이 되고 있는 우리의 현실적 특수성, 그리고 기업(영업)의 자유와 사용자의 재산권에 대한 보호의 필요성을 감안하여 해당 기업(병원)의 종업원이 아닌 산별노조 일반조합원의 기업내 출입과 노조활동은 원칙적으로 사용자의 동의가 있어야 가능하도록 하는 입법적 대응을 정책대안으로 제시할 수 있다. 다만, 산별노조의 임원인 경우, 특히 노조대표자 또는 그 위임을 받은 자가 노조를 대표하여 기업지부를 방문하거나 노조활동을 행하는 경우에는 원칙적으로 사용자

의 시설관리권을 본질적으로 침해하지 않고, 종업원인 조합원들의 취로를 방해하지 않는 것을 전제로 직장출입을 거부하기는 곤란할 것이다. 구체적인 사항은 단체협약에서 정하여 두는 것이 바람직할 것이다.

(5) 노동관계에 관하여 개개 사용자들을 규제·조정할 수 없는 사용자협회들은 노조법상의 사용자단체로 보기 어렵다. 설사 사용자단체가 구성되어 있더라도 개별 사용자의 사용자단체 가입 여부는 자유이므로, 사용자단체에 가입하고 있지 않는 한, 산별노조와 사용자단체간에 체결된 단체협약의 적용을 받지 않는다. 현재 산별노조의 교섭 상대방으로서 사용자단체가 구성되어 있지 않는 상황에 대응하여 법적으로 공동교섭의 의무를 부과하거나 사용자단체의 결성 자체를 법적으로 강제하는 방안이 노동계를 중심으로 제시되고 있다. 그러나 이러한 방안들은 사용자의 교섭방식 선택의 자유, 결사의 자유를 침해하는 것이기 때문에 정당화될 수 없다. 사용자들 스스로가 그 필요성을 인식하여 자발적으로 사용자단체를 구성하고 산별교섭에 임할 때 산별교섭이 실효성을 가질 수 있는 것이지 아무리 법으로 강제한다고 한들 그 실효성을 가질 수는 없는 것이다.

(6) 산별노조의 하부조직인 지부·분회 등이 독립된 조직체로서의 실체(독자적 규약 및 집행기관)를 가지고 활동할 경우에는 당해 조직이나 그 조합원에 고유한 사항에 대하여 산별 본조와는 별개로 독자적인 교섭권과 협약체결권을 갖는 것이 현재 대법원이 취하고 있는 입장이다. 따

라서 보건의료노조의 지부가 위에서 언급하고 있는 독자적 실체로 활동하는 경우 개별 병원 사용자는 해당 병원에 고유한 사항에 관하여 지부와 교섭하고 협약을 체결할 수 있게 된다. 그러나 그렇다고 하여 산별 본조인 보건의료노조의 교섭권이 부인되는 것은 아니고 경합적으로 인정되기 때문에 본조의 대각선 교섭요구를 사용자는 정당한 이유없이 거부할 수 없고, 이러한 경우 이중교섭의 문제는 여전히 해결되지 않고 남게 된다. 반면에 지부가 독자적 실체를 갖고 있지 않는 경우에는 지부의 독자적인 교섭요구를 거부할 수 있지만 지부가 산별노조의 위임을 받아 교섭을 요구하는 경우에는 이를 거부할 수 없다는 한계가 있다.

(7) 일정한 경우 지부의 교섭당사자 지위를 인정하는 대법원 판례의 입장은 기존의 기업별노조가 산별노조로 전환하였음에도 불구하고 노조활동이나 단체교섭 등은 여전히 과거와 마찬가지로 기업단위로 이루어지고 있는 우리의 현실, 즉 노조조직 형태가 형식적 면에서는 산별노조이지만 실질(내용)적인 면에서는 기업별노조와 다름없는 우리 노사관계의 특수성을 반영하고 있는 것이라 평가할 수 있다. 그렇지만 판례의 태도는 현실 노사관계에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 산별노조는 그 하부기관인 지부·분회에 대한 지도력·리더십을 갖지 못하고, 기업별노조에서 산별노조로 전환된 지부·분회는 과거 기업별노조이었을 당시에 자신이 갖고 있었던 기득 이익을 포기하지 않고 기업별노조 운영체계를 유지한 채 산별노조를 등에 업고 사용자를 압박하려는 수단으로 삼

으려는 경향이 나타나고 있는데, 대법원 판례는 이러한 부작용을 용인하는 결과를 낳기 때문이다.

(8) 어떤 교섭방식이 바람직한가는 일률적으로 말할 수 없다. 다만, 일반적으로 산별교섭이 대각선교섭 등 기업레벨에서 행하는 교섭에 비하여 교섭비용을 절감시키고 교섭의 전문화를 이룰 수 있어야 산별교섭은 생산적이고 효과적일 수 있다. 그런데 교섭비용의 절감이라는 차원에서 산별교섭이 그 효과를 발휘할 수 있으려면, 산별교섭을 통해 해당 산업에 공통하는 기본적인 근로조건이 가능해야 하는데, 이는 생산방식, 근로조건, 임금수준 등이 유사하여야 한다. 지역, 사업규모 등에 따라 근로조건이나 경영여건에서 큰 차이가 있는 경우 산별교섭은 근로조건을 규율하는 데 근본적으로 한계가 있을 수밖에 없다. 또한 교섭의 전문화라는 차원에서 볼 때 사용자측에 노사관계에 관한 전문성을 갖는 단체 등이 존재하지 않는 경우에도 산별교섭이 제대로 기능을 발휘할 수 없다.

(9) 산별노조에 대응하는 사용자단체가 존재하지 않는 상황에서 산별노조의 산별교섭 요구에 사용자측이 취할 수 있는 대응은 사용자단체를 구성하여 교섭에 응하는 방법, 사용자단체를 구성하지 않고 사용자협회가 그 회원인 사용자들로부터 교섭권을 위임받아 교섭에 응하는 방법, 개별 사용자들이 자발적으로 일정 그룹을 형성하여 집단적으로 교섭에 응하는 방법 등이 있다. 임금수준, 근로조건이나 경영여건에서 큰 차이가 존재하고 노사관계에 관한 전문성을 확보하지 못한 상

황에서 사용자단체를 구성하여 산별통일교섭으로 나아가는 것은 현실적으로 곤란할 것이다. 경영여건이나 근로조건이 유사한 사용자들로부터 일정한 사항에 대하여 교섭권을 위임받아 사용자협회가 산별노조와 교섭을 행하는 방식이 보다 현실적일 수 있다. 그러나 이 경우에도 사용자협회는 노사관계에 관한 전문인력과 체계를 일정 정도 갖추고 있어야 한다. 한편, 산별노조의 집단교섭 요구에 대하여 개별 사용자는 근로조건을 이유로 들어 집단교섭을 거부하거나 개별교섭을 요구하더라도 이는 부당노동행위에 해당하지 않는다는 것이 노동위원회의 입장이다. 그렇지만 일부 사용자들이 자발적으로 집단교섭에 응하는 것 자체가 법으로 금지되거나 제한되는 것은 아니다. 다만, 이러한 집단교섭은 현실적으로 동일 산업 내지 업종내의 다른 사업장의 근로조건에 사후적으로 영향을 미칠 수 있는 협약이 체결될 가능성이 높기 때문에 전체 산업 내지 업종의 차원에서 볼 때에는 바람직하지 않은 결과가 초래될 수도 있다. 그러한 점에서 노사관계 내지 단체교섭과 관련하여 사용자협회를 강화하고, 이러한 협회가 가급적 주도권을 행사하여 나아가는 것이 장기적으로는 바람직한 결과를 낳을 수 있다.

(10) 판례·행정해석에 따르면, 근로조건 결정사항=의무적 교섭사항=쟁의대상사항=조정대상사항으로 이해하고 있다. 그리고 권리분쟁사항, 본질적 내지 핵심적 인사경영사항, 노조활동사항(전임자, 노조비공제, 교섭절차 등)을 의무적 교섭대상(근로조건 결정사항)에서 배제하고 있다. 법원이 취하고 있는 입장에 따르면, 근로조건과

밀접한 관련성을 갖고 있고 사용자가 자신의 권한범위 내에서 결정 가능한 사항에 국한하여 사용자가 교섭의무를 부담하게 된다. 특히 정부의 정책적으로 결정하여야 할 사항으로서 개별 사용자에게 처분권한이 없는 사항은 의무적 교섭사항에 해당하지 않게 된다. 또한 근로조건에 영향을 미치는 인사·경영사항이더라도 정리해고 여부, 사업이전·축소·확장 등은 경영의 본질적 사항으로 그러한 경영결정 그 자체는 교섭사항이 될 수 없다는 것이 판례의 입장이다.

산별교섭을 진행하는 경우에도 어떤 사항을 중앙(지역)단위에서 교섭하고 어떤 사항을 지부·분회의 기업단위에서 교섭하여야 할 사항인지에 대하여 사전에 노사 당사자가 조율하는 것이 효율적이고 생산적인 교섭을 위해 필요로 된다. 중앙단위의 산별교섭은 해당 산업 내지 업종 단위의 공통사항을 대상으로 할 수밖에 없을 것이다.

특히 임금에 관하여 중앙(지역)단위에서 교섭을하기로 결정한 경우에도 기업(병원)별 여건을 감안하여야 하기 때문에 교섭이 포괄하는 사업장에서 준수될 수 있는 최저수준을 결정하는 것이 합리적이고 효율적이다. 최저수준을 상회하는 구체적인 임금수준의 결정은 개별 사업장에서 보충교섭을 통해 이루어질 수밖에 없다. 그런 의미에서 이중 교섭은 불가피한 측면이 있다. 일부의 주장에 따르면 산별교섭을 통하여 '동일노동 동일임금'의 원칙을 확립하게 되면 산업 내지 업종 내 사업장별로 존재하는 근로조건의 편차를 줄일 수 있다고 하지만 산별교섭에 의한 근로조건의 설정은 최저기준의 설정에 의미가 있기 때문에 기존

의 근로조건의 편차를 줄이는 방향으로 기능하기 어렵다. 고임금 사업장 근로자가 희생을 감수하거나 아니면 저임금 사업장의 사용자가 비용을 더 부담하지 않는 한 사업장별 근로조건의 편차가 심한 현재적 상황을 극복할 수 있는 길을 찾기는 매우 어렵다.

공공정책이나 국가정책과 관련된 사항은 개별 사용자 또는 몇몇 사용자의 그룹이 산별노조와 결정하여 시행하기 곤란한 측면이 있기 때문에 노사가 공감대를 형성할 수 있는 기본적 사항에 있다면 이를 정부에 건의하는 방향에서 문제를 풀어나가는 것이 보다 바람직할 것으로 판단된다.

산별교섭 차원에서 유용할 수 있는 교섭사항의 대표적 예로 분쟁해결의 방식, 특히 중재제도를 마련하는 것을 들 수 있다. 현행 노조법에 따르면 병원사업은 직권중재제도의 대상사업이 되는데, 노사가 병원사업에 고유하고 적합한 사적 중재제도를 협약으로 마련하게 되면 자율적 분쟁해결을 정착시킬 수 있다는 점에서 유용하다. 산별교섭에 응하는 정책을 취하는 경우에는 교섭방식이나 절차(교섭단의 구성, 교섭의 시기와 장소, 교섭일정 등)에 관한 사항도 병원규모, 근로조건의 차이, 경영여건 등을 고려하여 가능한 사항을 정하는 것이 바람직할 것이다.

(11) 직권중재제도와 관련하여 헌법재판소는 그 위헌 여부에 관한 두 번의 판단기회를 가졌고 결과적으로 합헌결정이 내려졌지만, 1996년 결정에서는 위헌의견이 다수였던 반면에 2003년 결정에

서는 합헌의견이 다수를 차지하였다. 그런데 최근 (2003. 9. 4) 정부는 「노사관계제도선진화연구위원회」가 마련한 ‘노사관계법·제도 선진화 방안’을 노사정위원회에 제출한 바 있다. 그 방안에 따르면, 필수공익사업 및 직권중재제도를 폐지하고, 공익사업 분야에서의 파업시 최소업무 유지의무를 신설하는 것을 골자로 하고 있다.

헌법이 보장하고 있는 기본권 상호간에는 그 효력의 측면에서 우열을 가릴 수 없지만 헌법 이념적·가치적 차원에서는 우열을 말할 수 있을 것이다. 예컨대, 사람의 생명은 단체행동권을 통해 옹호하고자 하는 직업이익보다 훨씬 우월한 가치를 갖는다. 이러한 관점에서 볼 때, 적절하고 충분한 대상조치가 주어진다면 단체행동권은 그것보다 우월한 가치 내지 기본권을 보장하기 위하여 제한 심지어 그 박탈까지 정당화될 수 있을 것이다. 한편, ILO가 제시하고 있는 필수서비스는 “그 서비스의 중단으로 국민 전체 또는 일부의 생명, 안전이나 건강을 위태롭게 하는 서비스”를 의미한다. 그리고 ILO가 취하고 있는 입장에 따르면, 필수서비스 분야에서는 파업이 금지될 수 있다는 것이다. 다만, 파업금지에 따른 대상조치(즉, 조정·중재절차)를 취할 것을 요구하고 있다. 이러한 점에서 볼 때, 현행 노조법상의 필수공익사업의 개념과 직권중재제도를 폐지하기보다는 필수공익사업의 범위를 합리적으로 축소하는 것이 바람직한 정책대안이 될 것이다. 그 경우에도 사람의 생명과 안전을 위태롭게 할 수 있는 병원서비스사업은 필수서비스에 해당하기 때문에 필수공익사업에서 제외될 수 없을 것이다. 그 외에도 공

익보호를 위한 법제도를 더 강화해야 할 필요가 있다. 공익에 대한 침해를 최소화하는 것이 국민 전체의 복지(공공복리)를 향상하는 길이기도 하기 때문이다. 그 방안으로 파업예고제 및 대체근로제도의 도입을 들 수 있다. 공익사업의 경우 공중의 일상생활 및 국민경제와 밀접하게 관련되어 있기 때문에 그 서비스의 이용자 내지 관계자들이 업무중단에 미리 대비할 수 있도록 할 필요가 있기 때문에 사전에 파업예고를 하도록 제도를 도입할 필요가 있다. 공익보호를 위한 단체행동권 제한의 필요성 내지 그 박탈이 인정될 수 있는 필수공익사업에서의 대체근로의 문제는 일반사업의 경우와는 다르게 취급하여야 할 필요가 있기 때문에 대체근로 현행법 보다는 폭넓게 인정되어야 한다.

4. 병원협회의 사용자단체 여부

1) 문제의 소개

업종별 사업자단체인 병원협회의 경우는 보건 의료노조와 ‘면담’에 적극적으로 응하고, 상임이사회에서 정식 안건으로 산별교섭 참여 문제를 논의하고, 의료기관 인사·노무관리자 연수교육을 개최하고, 노사관계 워크숍을 갖는 등 이전과 비교하면 노사관계에 보다 적극적인 역할을 맡고 있는 부분이 없지 않은 것으로 파악된다. 하지만 병원협회가 노조법상 사용자단체가 아닌 것을 재론할 여지도 없다. 하지만 산별노조로서 보건의료노조가 있고, 동 노조는 병원협회에 대해서 수시로 의례적인 간담회를 갖고는 있지만, 최근에는 단지 의례적인 일로 치부하기보다는 보건의료노

조가 산별교섭이 좀처럼 진척되지 않는 시기에 간담회라면 병원협회 차원에서도 약간의 부담을 가질 수밖에 없는 상황에 처해있다고 보여진다. 왜냐하면 노조는 병원협회가 사용자대표 구성문제에 대하여 적극적으로 나서줄 것을 제안하기 위해 면담 등을 지속적으로 요구하고 있기 때문이다.

2) 병원협회의 지위와 역할

전국병원의 현황(2003. 10. 30 현재)은 전국적으로 병원 737개소, 요양병원 51개소, 종합병원 280개소로 총 1,089개소의 병원이 있다. 병원협회의 현황은 법적 근거로서 민법 제32조(비영리법인의 성립과 허가)에 “학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리 아닌 사업을 목적으로 하는 사단 또는 재단은 주무관청의 허가를 얻어 이를 법인으로 할 수 있다.”에 근거하고 있다. 동 협회의 설립년도는 1959년 7월 2일이고, 설립목적은 병원제도와 운영에 관한 연구 및 개선, 병원종사자와 의료요원 수련교육의 향상을 통하여 병원의 발전을 도모하는 것이다. 최근에는 동 협회는 법정단체로서 2003년 8월 6일 ‘의료법’ 개정을 통해 법정단체의 지위를 갖게 되었다. 즉, 의료법 제45조의2 (의료기관단체의 설립)에서는 “① 제3조제3항 내지 제5항의 규정에 의한 의료기관의 장은 의료기관의 건전한 발전과 국민보건향상에 기여하기 위하여 전국적 조직을 가지는 단체를 설립할 수 있다. ② 제1항의 규정에 의한 단체는 법인으로 한다”고 규정하고 있다.

또한 병원협회의 산별교섭에 대한 역할로서의 문제점에 대해서는, 병원협회의 현황의 ‘정관’(定

款)상 노조과의 단체교섭을 명시한 부분이 없고, 이미 중앙노동위원회의 판정에서도 ‘병원협회’는 ‘사용자단체가 아니라고 조정결과’ 통보한 바가 있다(2000. 6.8., 68140-310). 회원병원의 건전한 발전을 도모키 위해 설립된 단체일뿐 회원병원 종사자의 근로조건을 결정할만한 아무런 근거가 없다는 점이다.

그리고 병원협회의 산별교섭에 대한 역할로서의 한계는, 중앙노동위원회의 판정으로 병원협회가 사용자단체로서의 지위가 없음이 분명해졌다고 하나, 병원협회의 고유한 설립목적인 병원 종사자에 대한 교육사업을 통해 회원병원의 발전을 유도하고 국민보건향상에 기여함에 있기 때문에 병원협회가 회원병원의 노사분규에 대해 수수방관만을 할 수는 없는 실정이다. 따라서 현재까지는 회원병원의 노사관계 안정을 도모하기 위해 전국보건의료노조와 일정부분 거리를 두면서도 관심을 갖는 이중적 전략을 취해 온 것이 사실이다. 병원계가 산별교섭을 실시했을 때 노사관계 안정에 도움이 된다거나 기업별교섭의 단점을 보완해 줄 수 있다는 검증이 전혀 없는 상황에서 산별교섭을 실시하는 것에 대해서는 거부감이 적지 않으나 부득이 일부 의료기관의 교섭권 위임으로 노조와 교섭을 해야 하는 상황이 된다면 병원의 사정을 잘 파악하고 있는 병원협회가 주관자가 되어야 할 것이다. 이를 위해서 현행 병협의 노무관리 시스템과 체계를 보다 명확히 구축하고 내부직원의 교육을 통한 전문가 양성을 꾀하는 등 면밀한 준비 하에서 추가소요 인력을 채용하여 대비하는 것이 옳을 것이다.

3) 병원협회의 산별교섭

(1) 병원협회가 산별교섭에 임해야 하는가

먼저, 병원협회는 산별교섭을 하여야 하는가, 하여야 한다면 어떻게 하여야 하고 무엇을 준비하여야 하는가? 사실상 산별교섭 문제는 여전히 답보상태를 벗어나지 못하고 있다. 이는 보건의료노조와 합의하였던 병원측이 사용자대표 구성에 대하여 적극적으로 나서지 않고 관망만 하고 있는 부분이 없지 않기 때문이다. 병원산업의 경우는 2003년 금속노조와 같이 사용자측이 먼저 중앙교섭을 제기한 사례를 기대하는 것은 어렵다. 산별교섭 합의서에 서명한 대부분의 병원들은 아직도 다른 병원의 동향을 보면서 전전공공하고 있는 상황임을 부인하기도 어렵다. 그렇다고 해서 병원협회가 노조법상의 사용자단체에 근접하기 때문에 교섭에 응할 수도 있지만, 상반기 상임이사회에서 안전으로 상정했지만 아직도 시기상조라는 이유로 교섭에는 아직도 소극적인 입장을 견지하고 있다. 한편 병원협회의 산별교섭 문제를 결정하기까지 오랜 시간이 필요하다는 입장인 반면에 2004년으로 미루어둔 병원노사의 집단교섭은 목전에 다다른 상황이다. 사용자대표 구성문제를 어떤 방식으로든 해결하지 않는다면 산별교섭 문제와 관계된 노사갈등은 불가피하게 된 셈이다. 물론 법정근로시간단축이 국회를 통과하여 대형병원들이 2004년 7월부터 주 40시간제가 실시되기 때문에 노조 측과 협의에 나서지 않을 수 없어 사용자대표 구성에 나서야 하지 않느냐는 관측도 있다.

여기서 사실상 현재의 병원협회가 산별교섭에 응하여야 하는가 하는 문제에 대한 대답은 객관적 사정과 주체적 역량 두 가지 측면에서 검토할

필요가 있다.

‘객관적 사정’을 볼 때, 병원간에 임금 등 근로조건이나 경영 여건에서 많은 차이가 존재하기 때문에 모든 병원을 포괄하는 ‘대산별교섭’의 기반이 현재로서는 마련되어 있다고 판단하기 어렵다.

‘주체적 역량’에서 볼 때도, 병원협회가 노사관계 실무에 관한 경험과 노하우가 축적되어 있거나, 해당 실무를 담당할 인적 자원 및 조직적 체계를 갖추고 있다고 판단하기 어렵다. 따라서 현재의 상황에서는 병원협회가 병원산업 분야에서 ‘보건의료노조’를 상대로 산별교섭을 행할 수 있는 객관적 및 주관적 토대가 마련되어 있지 않다고 보여진다.

그러나 중장기적 관점에서 볼 때, 병원협회가 산별교섭을 계속적으로 회피하는 것으로 문제가 해결될 수는 없다. 왜냐하면 교섭의 상대방인 ‘보건의료노조’의 입장에서는 병원협회를 상대로 끊임없이 산별교섭을 요구하면서 그에 응하지 않는 점에 대한 강한 ‘비판’과 ‘홍보’를 행할 것이고, 다른 한편으로는 개별 병원들을 상대로 다양한 방식으로 ‘집단교섭’을 요구하면서 산별교섭으로 나가기 위한 발판을 구축하려고 할 것이기 때문이다. 이에 대해 산업별 교섭을 진행하기 위한 ‘사용자대표 구성 문제’가 갈등요인으로 부각되고 있지만 여전히 힘에 의한 해법으로 귀결되고 있다는 지적도 가능하고, 교섭방식을 둘러싼 불필요한 노사갈등을 줄이기 위해서라도 노사문제를 다루는 사용자단체가 적극 나서야 하며, 사용자단체

간의 역할을 재정비해야 한다는 지적도 있다.

이러한 와중에서 보건의료노조의 집단교섭 요구를 거부할 수 없는 병원들이 발생하게 될 것이고, 이러한 병원들은 병원협회의 수수방관적인 자세에 대하여 향후 더욱 비판적인 입장을 취할 수도 있다.

병원협회의 입장에서는 이러한 내부·외부적 압력을 전적으로 외면할 수도 없고, 그렇다고 산별교섭에 당장 응할 수도 없는 것이 현재의 병원협회가 처한 딜레마적인 상황이라고 보여진다. 이러한 딜레마가 계속되는 것은 중·장기적 관점에서 바람직하지 않다. 따라서 병원협회로서는 순차적이고 점진적으로 접근한 대응책으로써 산별교섭 문제에 대처하여 나가야 필요성이 생기게 된다.

(2) 병원협회의 대응책

우선, 병원협회는 노사관계 문제와 관련해서 스스로의 주체적 역량을 강화하기 위한 노력을 지속해야 한다. 여기에는 전문인력의 인적 자원의 보강과 구체적인 사업을 수행하기 위한 재정적 지원이 뒷받침될 필요가 있다. 병원협회 스스로의 주체적 역량의 강화 없이, 단순한 의지나 열정만으로는 산별교섭 등 병원 노사관계문제의 실질적인 해법을 구하기는 점점 어려운 상황에 빠질 것으로 예상된다. 여기서 '주체적 역량의 강화'는 단

기일 내에 구축하는 것은 쉽지 않으며, 노사관계의 성숙을 바라면서 중장기적 관점에서 지속적으로 추구되어야 할 사항이다.¹⁾

다음으로, 산별교섭 요구와 관련해서는 객관적 사정이나 주관적 역량상 당장 응할 수 없는 상황이지만, 필요한 경우에 있어서는 '단체교섭권 위임방식'을 활용하여 대처하는 것도 고려할 필요가 있다. 즉, 병원의 근로조건이나 경영 여건 등이 유사한 개별 병원들로부터 단체교섭권을 위임받아 가능한 사항에 대하여 보건의료노조와 교섭하는 방식을 말한다. 이 경우에는 병원협회의 입장에서는 개별 병원에 필요한 인원의 지원을 요청할 수도 있을 것이다. 이러한 단체교섭권 위임방식의 활용을 통해 내부적으로는 개별 병원의 고충이나 불만을 해소하고, 외부적으로는 노조관계에 있어서 병원협회의 역량을 강화할 수 있을 것이다. 다만, 이러한 방식을 활용함에 있어서는 이중 교섭의 부담을 가능한 최소화할 수 있도록 단체교섭 사항과 체결권한의 범위 등에 대하여 단체교섭권을 위임한 개별 병원과의 충분한 조율 작업이 선행될 필요가 있다. 이러한 중간적 단계를 거치면서 산별교섭의 토대가 되는 객관적 사정과 주관적 역량을 갖추어야 할 것이다.

그리고 난 다음에 있어서, 본래적 의미의 산별교섭을 전국적인 대단위로 할 것인지, 아니면 병원종류별(대학병원, 중소병원 등) 단위로 중간적

1) 산별교섭과 관련해, 개별 병원 실무자의 개선 의견은 ① 노무관리에 소요되는 비용은 단지 소모성 경비가 아닌 필요 경비라는 인식 아래에 적극적인 예산지원이 필요할 뿐 아니라 전문인력을 확보해 활용해야 할 것이다. ② 그동안 병원에서 노조의 지위를 다소 낮게 인식하는 경향이 있었으나 이제는 서로 협력해야 하는 노사간에 파트너라는 인식을 갖아야 할 것이다. ③ 특정 의료기관의 노사분규 발생시 병원협회를 중심으로 병원들간의 공동대응하는 체계의 마련이 절실하다. ④ 병원 경영의 내부 속시정은 병원협회가 가장 잘 파악하고 있으므로 부득이하게 산별교섭권의 위임을 고려한다면 '병원협회가 대인이 될 것이다'.

수준의 산별교섭을 행할 것인지, 또는 지역단위로 산별교섭을 행할 것인지 등을 본격적으로 검토하고 그 정책을 결정할 수 있게 될 것이다.²⁾

(3) 병원협회의 산별교섭에 전제 조건

병원협회가 산별교섭의 진전을 위해 전제되어야 할 일반적인 과제들은 어떠한 사항을 지적할 수 있는지의 문제도 있다. 노동계에서는 다음과 같은 입장을 부칠 수 있다.

(i) 산별교섭에 사용자측의 강한 거부감이 불식되고 산별교섭에 대한 열린 자세가 필요하다. 하지만 그에 대한 담보책을 마련할 수 있는 노사간의 신뢰문제를 구축할 필요가 있다.

(ii) 노조의 산별노조 전환 노력과 조직 확대 노력이 시급하다. 이에 따라 사용자단체도 그 필요성에 따라서 생성되어 대응하는 체계로 구축해 갈 것이다. 연혁적으로 보면 사용자단체는 항상 노조에 대해 방어적·대항적 목적을 갖고 조직되고 발전되어 왔다. 그러므로 사용자단체의 핵심적인 특성은 방어성에 있는 것이다. 그러므로 노조에 대한 방어의 필요성이 없다면 사용자단체는 조직되지 않을 것이다. 그리고 사용자단체가 적절한 조직을 갖추었다고 해도 산별교섭이 곧바로 가능한 것은 아니다. 현실적인 경제구조 내지 여

건에서 노사 양당사자가 공동으로 그와 같은 산별교섭을 필요로 해야만 가능한 것이다.

(iii) 제도적으로 기업별 교섭을 전제로 한 법제도의 개선이 필요하다. 이에 노조법 제2조 제3항의 사용자단체에 대한 정의 규정이 개정되어야 하며, 산별노조와 지부, 분회의 노조법상의 지위가 문제 된다(노조법 시행령 제7조). 또한 노동부의 업무지침은 설립신고증이 교부되면 단체교섭 및 부당노동행위 구제신청 등이 가능하고 단체교섭이 결렬된 때에는 당해 노동단체의 총회(대의원회)의 의결을 거쳐 노동쟁의조정신청이 가능하다. 이러한 문제는 개별기업에서 해결하거나 그러한 해결전제가 있는 데에서 산별교섭에 응하라고 강요하는 것은 지나친 일이다.

(iv) 사업의 집중과 역할의 분산이 필요하다. 또 산업·업종별로 다양한 교섭형태에 대한 대안을 고민할 필요가 있다. 우리나라의 경우는 엄격한 산별중앙교섭이 전면화되기에는 커다란 어려움이 있는 것이기에 점차적인 현실적인 접근이 필요하다고 보여진다. 단체교섭과정에 나타나는 구체적인 교섭실태와 그에 따른 노사간의 역학관계는 단지 외형을 기준으로 판단할 수 있는 문제가 아니다. 오히려 교섭의 현실적인 토대와 교섭

2) 지난 2003년 12월 2일 세미나에서 서영준 교수는 다음과 같이 『단계적 산별교섭 정착 방안』을 제시하고 있다. (i) 1단계: 산별교섭을 희망하는 병원들이 병원협회의는 별도의 사용자 단체를 구성함(병원협회는 산별교섭 전담반을 구성하고 전문인력 및 행정적 지원을 제공함), (ii) 2단계: 사용자 단체 내에 지역, 설립형태, 규모 별로 대표부를 구성함, (iii) 3단계: 산별노조의 특성별 사용자단체 대표가 공동의체에 관하여 중앙교섭을 진행함, (iv) 4단계: 타 결된 사항이외에 개별 병원별로 추가협상할 의제를 보충교섭함, (v) 5단계: 산별교섭 결과 기존의 병원별 대각선교섭보다 비용과 시간면에서 효율적이라고 판단되면 점진적으로 교섭 대상 병원을 늘려 나감. (vi) 6단계: 병원협회를 법적인 사용자단체로 전환하고 기존의 산별 협상을 담당하고 있는 사용자 단체를 흡수함. (vii) 7단계: 산별노조 대 병원협회의 중앙교섭 구조로 전환하여 전 병원에 공통적인 사항을 먼저 다루고 다음으로 병원특성별 집단교섭 후 최종적으로 필요한 경우 병원별 보충교섭을 실시하는 3단계 교섭 구조를 가짐(서영준, "병원 산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 제언", 『병원 산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 병원 노사대토론회』 자료집, 2003. 12. 2. 병원 노사대토론회 준비위, 39-40면 재인용).

주체의 내부 조직 등을 동시에 고려해야 한다. 이러한 현황을 고려해 본다면, 우리나라의 현재 상황은 산별노조가 출현해 조직된 것만으로 노사간에 곧바로 새로운 역학관계가 형성되었다고 속단할 수는 없는 것이다. 향후 어떠한 역학관계를 가진 노사관계를 형성할 것인지는 노조의 내부조직 문제와 그 교섭상대방에 대한 교섭전략 문제는 단지 입법적으로 해결할 수 없는 순수한 노사자치의 영역에 속하기 때문에 매우 상황 변동적인 특성을 지니고 있다고 볼 수 있다.

5. 맺은 말

(1) 이에 현재의 교섭구조의 급변보다는 완충적인 실험을 통해 점진적 변화를 모색해야 한다. 따라서 노사정위원회의 '업종별 협의회의 설치'에 관해 노사정 간의 중지를 모으고 사회적 여론화를 도모해 공론화하는 과정이 필요하다. 우리나라의 산별교섭을 위한 기초적인 조건³⁾과 함께 신중히 접근해야 한다. 특히, '보건의료노조의 경우'는 산별노조로서 대규모 병원과 중소병원간의 격차뿐 아니라 병원 내부의 다양한 직급별 차이를 함께 고려해야 하는 어려움이 산재해 있다. 또한 병원업종의 근로조건과 관련된 의료정책제도 개선 사안으로 주5일근무제 실시방안, 공공의료산업의 구조개편 관련 쟁점을 들고, 또한 병원업종의 노동기본권 제한과 관련된 정책제도개선 사안으로는 직권중재제도 운영개선 방안 등을 들고 있다. 그리고 업종별 사용자단체인 병원협회는 노조법

상의 사용자단체성을 제대로 갖추지 못하고, 전문적인 노사관계업무를 담당할 수 있는 조직체계와 예산과 인력이 미비한 실정이지만, 그 상대방인 보건의료노조는 강하게 산별교섭의 당사자로서의 역할을 요구받고 있는 실정이다. 현실적으로는 대학·중소·공공병원이 있고, 그에 대해서 병원협회·대학병원·의사협회 등이 있고, 정부도 노동부·보건복지부·행정자치부의 관련 부처가 있어 노사정간의 조정문제도 당면한 현실적인 문제도 상존하고 있다. 특히, 우리나라에서는 판례가 지부·분회에 대해서도 독자적인 단체교섭권을 부여하고 있기 때문에 외국과 같은 중앙집권적인 산별노조가 결성되기 어려운 측면이 있다. 이러한 지부 분회 중심의 산별체제 아래에서는 사용자의 이중교섭에 대한 부담이 많아 관련 법·제도적 정비가 필요하다.⁴⁾

그러나 노동계가 현실에서 주장되고 있는 산별교섭 문제를 시기상조 등으로 외면만 할 수는 없다. 따라서 중·장기 관점에서 산별·기업별 교섭의 대립 상황을 완화시키기 위해 다양한 협의·교섭창구를 확보해야 한다. 그러나 산업별·업종별 노사협의회는 산별교섭이 자리 잡은 이후에도 실질적 교섭대상은 아니지만 해당 산업 노사 모두에게 중요한 쟁점들을 토론하고 유연하게 조율할 수 있는 장으로 기능할 수 있는지 여부는 중·장기 과제로서 검토되어야 한다.


3) 즉, 공동교섭의 경험의 축적, 임금 수준의 유사한 접근, 노조법상의 사용자단체의 결성 여부, 노사간의 갈등을 조정하는 능력, 이중교섭 등의 정비되는 상황 등이다.

4) 예를 들면, '근로조건이 결정권이 있는 독립된 사업 또는 사업장에 조직된 노동단체는 지부·분회 등 명칭 여하에 불구하고 노조의 설립신고를 할 수 있다'고 규정한 노조법 시행령 제7조의 개정 여부가 입법론적으로 검토되어야 할 것이다.

(2) 이번 연구에서 결론으로 그 파생되는 효과를 고려해 볼 때 결코 쉽지 않은 작업이라고 보여지며 두 가지의 과제가 있다.

먼저, '병원협회'가 회원 병원으로부터 단체교섭권을 위임받아서 적극적으로 산별교섭을 임해야 하는지 여부의 문제가 있다. 이에 대해서는 현재의 병원산업의 상황은 대규모 대학병원과 중소병원 간의 임금격차가 심하여 객관적으로는 산별교섭의 기초가 형성되어 있지 않는 측면이 있다. 이와 함께 개별 병원의 설립목적·규모·지역·관련 근거 법률이 다양한 점도 부정적 요인으로 작용하고 있다. 그러나 병원산업의 생산성이나 재정과 관계없이 교섭력에 의해 근로조건이 결정되는 비효율성을 제거하기 위해 병원산업 전체 차원에서 이러한 문제를 희석시킬 필요성도 있다. 다만, 이를 위한 산별교섭으로 '이중교섭'의 부담을 근본적으로 해소하기 위한 방안도 함께 심도있게 현실적으로 고려해야 한다. 그 예로 금속노조·금융노련 관련 등의 유사한 산업 및 업종의 경험 및 외국 사례를 벤치마킹하기 위해 점진적으로 접근할 필요가 있다.

또한, 병원협회가 현실적으로 산별교섭에 임해야 한다면, 현재의 병원협회의 노무관리 시스템을 어떻게 전환해야 하는지의 문제가 있다. 이에 대해서는 보건의료노조 등 노조측은 중·장기적으로 병원산업의 조합원의 요구가 '임금'보다는 '고용안정'·'의료의 공공화' 등 사회정책적인 과제에 중점을 두고서 정부 등을 상대로 다양한 전술·전략을 구사할 것으로 보인다. 이에 대해 현재의

병원협회의 노무관리 시스템을 점검할 필요가 있다. 왜냐하면 병원업계(사용자)측은 자체적인 대응 논리를 개발하고 중앙조정 역할을 하는 사용자단체가 필요할 것으로 예상할 수밖에 없기 때문이다. 이를 위해 노사문제를 전담하는 병원업계의 사용자단체로서의 기능을 원활히 수행할 수 있는 조직을 만들 필요가 있다. 따라서 현존의 병원협회의 조직과 기능, 예산확보 문제 등을 재검토해 미비한 점이 있다면 상대방과 견줄만한 조직으로 운영해 대처해야 할 것이다. 단체교섭의 구조와 내용이란 어찌보면 고정불변의 것이 아니라 필요에 따라 변경될 수 있는 동적인 특성을 갖고 있다. 현실적인 노사간의 이해관계에 경제적인 현실은 매우 중요한 문제이다. 따라서 교섭구조의 전환을 하기 위해서는 노사간에 현실적인 이해관계가 부합될 필요가 무엇보다도 필요하고, 상대방으로 하여금 그와 같은 교섭구조의 변화에 동참하도록 만드는 환경과 여건을 마련하도록 해야 하는 것이다. 2004