

병원의 직종별 임금수준에 관한 연구

홍상진¹⁾ 김한중²⁾

1) 한국보건의료관리연구원 2) 연세의대 예방의학교실

〈ABSTRACT〉

An analysis of direct financial compensation of hospital personnel in Korea

Sang Jin Hong¹⁾, Han Joong Kim²⁾

1) Korea Institute of Health Services Management

2) Department of Preventive Medicine, Medical College of Yonsei University

Compensation is a major function of human resources management. The hospital industry is characterized by its remarkable labor intensity and human resource input by unit. That is why the hospital industry has a higher level of wage/cost ratio.

The issues of how much the hospital personnel's direct financial compensation amounts to and how the organizational and other factors generate compensation differentiation, are central problems for research in hospitals. But there have been few approaches to study staff compensation in hospitals, its magnitude and inter-hospital relative compensation amounts for the same personnel.

A worker who moves from low-wage to a high-wage employer can usually increase his or her pay without change in job description. This means in the cases of same jobs, relative importance is different for each hospitals.

The purpose of this study were to find the compensation levels of hospital personnel and to determine the factors affecting compensation levels of hospital personnel. The unit of analysis is the hospital and 145 hospitals were studied for nurse(RN), medical technologist(MT), managerial personnel(MP) and 100 hospitals for medical doctor(MD). In this study the definitions of direct financial compensation are before tax, excluding employer's contribution and total annual remuneration received by the employee.

Main findings of the research can be summarized as follows.

1. Direct financial compensation of hospital personnel are MD ₩45,056,000, RN ₩9,222,000, MT ₩9,513,000 and MP ₩9,185,000 in the starting year's employment in hospital.
2. According to determinants of hospital personnel compensations, there are no statistical significant variables to determine the level of MD's compensation. With RN and MT's compensation level, the greater the patient revenue per 100 hospital beds, the higher the RN compensation and the tertiary hospital's compensation is much more than other types of hospitals. The location of hospital is another determinant factor for the MT's compensation level. Hospitals that are in the urban area have lower compensation level than rural area. There are the same results in MP with MT.

Conclusions can be drawn from the results of the study. First, the wage differentiation of MD and other health personnel still remains and the differentiation existed in inter and intra job personnel of hospitals.

Second, determinants of hospital personnel compensation level are patient revenue, location, and type of hospital level.

Key words: hospital compensation, wage, wage differentials

I. 서 론

경영 혁신과 관련한 병원들의 움직임이 추구하는 궁극적인 목적은 경쟁력 강화에 있으며

이러한 목적은 수익의 증대와 제반 비용 요소의 관리를 통해 성취될 수 있을 것이다. 그러나 오늘날과 같은 병원 여건 하에서 개별 병원들이 서비스의 공급을 증대시켜 수입을 확대하기란 쉽지 않다. 따라서 병원들은 새로운 소득원을 개발하기 보다는 제반 비용 요소의 관리, 특히 임금에 대한 효과적인 관리에 우선 순위를 둘 것으로 보인다.

실제로 병원의 주요 비용 요소인 인건비, 재료비, 관리비 중 인건비가 차지하는 비중은 39.7%¹⁾인 것으로 알려지고 있는데(한국보건의료관리연구원, 1996) 이는 타 산업 분야와 비교해 볼 때 아주 높은 수준이다. 병원의 지출 항목 중 인건비 구성비가 타 산업 분야에 비해 높게 나타나고 있는 것은 병원 조직이 노동집약적 특성을 지니고 있으며 단위 조직당 인력 투입량이 다른 조직보다 높기 때문이다.

임금이란 개인이 조직체를 위하여 일한 데 대하여 지불되는 금전적 대가로 봉급과 상여금 그리고 복리후생을 모두 포함한 포괄적 개념이다. 근로기준법에서는 이를 사용자가 근로의 대상(對償)으로 근로자에게 임금, 봉급 기타 여하한 명칭으로든 지급하는 일체(一切)의 금품을 포함하는 것으로 규정하고 있다. 이러한 임금은 개인의 입장에서는 생리적 또는 물리적인 욕구를 충족시키는 물론, 상위 욕구 충족과 직무 생활의 만족과도 밀접한 관계를 갖고 있다. 하지만 조직의 입장에서는 오늘날과 같이 병원의 운영이 점차 어려워가는 상황에서 최우선적으로 관리되어야 할 비용 요소의 하나로 고려되고 있다. 그 결과 병원 임금에 대한 관심과 관리의 필요성이 그 어느 때보다 고조되고 있다.

병원 인력의 확보는 해당 직종 인력의 공급량이나 기존에 배출된 인력의 수준 및 이들의 활동 여부 등 공급측 요인과 함께 병원의 제 특성(내부적 특성과 개설 지역 등의 외부적 특성) 등 수요측 요인에 의해 영향을 받는다. 일례로 의사 인력의 지역적 분포와 관련하여 인구 규모, 소득 수준 및 사회 문화적 요인이 영향을 미치고 있고(McNutt, 1981), 의사수의 증가에도 불구하고 도·농간 지역적 불균형이 존재하는 것으로 알려지고 있다(Newhouse, 1990; Frenzen, 1991; Rosenblatt와 Lishner, 1991; AHA, 1992). 우리 나라에서도 1970년대 초까지만 해도 농촌 지역에 불충분한 의료 공급과 진료비 지불 능력의 결여로 국민들의 의료 이용은 많은 제한을 받아 왔으나 1970년대 중반부터 의료인력의 증원과 시설의 확충, 의료보험 및 의료보호의 실시 등 정부의 강력한 개입에 따라 상황이 호전되고 있다(김한중, 1989). 그러나 지역간 의료 공급은 아직도 완전히 해결되지 못한 실정이다. 유승흠 등의 연구

1) 한방 병원, 치과 병원 및 나 병원 등 특수 병원을 제외한 수치임

(1993)에 의하면 10만명당 의사수가 대진료권별로는 차이가 없었으나 중진료권별로 볼 때 대도시, 중소도시, 군지역 순으로 나타나고 있다. 이와 함께 중소도시의²⁾ 경우 대도시 지역에 비해 교육·문화 환경이 열악하기 때문에 전문의들이 중소도시 지역 소재 병원에 취업하려 들지 않아 이들 지역 소재 의료기관에서는 유능한 의료인력을 구하기 위해 대도시 지역보다 높은 급료를 지급하고 있다는 의견이 제기되었다(이규식, 1995). 이와 함께 최근에는 대형 병원의 신·증설이 잇따르자 대학 병원을 포함한 대형 병원들도 인력난을 겪고 있으며 중소병원이나 지방 병원의 인력난은 더욱 심화되고 있다(염용권, 1994).

필요한 인력의 확보와 유지·관리를 위해 저마다 다양한 노력을 계속하고 있는 병원의 입장에서 볼 때 직종별 임금 수준은 다양한 형태를 보일 가능성이 높다. 이와 함께 임금이 조직 내에서 해당 직종이 차지하는 중요성의 정도를 반영한다고 볼 때 동일 직종이라도 병원의 특성에 따라 다양한 임금 수준을 보일 것이다.

이와같이 임금이 시사하는 중요성에도 불구하고 지금까지 이 분야에 대한 국내 연구들은 큰 진전을 보지 못해 일부 연구 외에는 달리 보고된 바가 없다. 기존의 연구 모두 자료의 제약으로 이론적 고찰에 머무르거나, 일부 병원을 대상으로한 임금체계를 다루었을 뿐, 전국 규모의 임금 수준에 대한 연구는 시도되지 못했다. 본 연구에서는 그 동안 구체적으로 밝혀지지 않았던 우리 나라 병원의 직종별 임금 수준을 파악하고, 동일 직종의 병원간 임금 격차 존재 여부를 검증하고 이러한 임금 격차가 병원의 체반 요인에 따라 직종별로 어떠한 양상을 보이는지 살펴보고, 인적 요인을 통제한 후 병원 특성 요인, 진료 실적 요인, 재무 관련 요인, 기타 요인을 이용하여 직종별 임금 수준의 결정 요인을 구명하고자 한다.

II. 이론적 배경

임금 수준에 영향을 미치는 요인으로는 먼저 조직의 규모를 들 수 있다. 조직의 규모와 임금 수준에 대한 연구 결과 직장의 규모가 클수록 임금 수준이 높은 것으로 알려져 있다 (Lester, 1967; Master, 1969; Haworth와 Reuter, 1978; Stolzenberg, 1978; Kalleberg, Wallace, Althausser, 1981; Mellow, 1982; Carroll과 Mayer, 1986; Podgursky, 1986; Evans와

2) 군 지역을 포함한 중소도시로 해석해도 무방할 것임

Leighton, 1989; Brian과 Reilly, 1993). 그러나 조직의 규모가 클수록 임금이 높아지는 원인에 대해서는 연구자들마다 다양하게 제기되고 있다. 이와 관련하여 Brown과 Medoff(1989)는 직장의 규모에 따라 이에 종사하는 근로자의 자질에 차이가 있어 대기업 근로자들의 질적 수준(labour quality)이 더 높기 때문이라고 주장하였다. 이와 함께 대기업의 경우 직원들의 성과와 노력에 대한 관리가 어려운 관계로 근로자들을 효과적으로 관리하기 위한 방안으로 높은 임금 수준을 유지하게 된다고 주장하였다. 높은 임금 수준을 유지함으로써 신입 직원의 모집 과정에서 경쟁력 있는 지원자를 확보하게 된다는 것이다. Garen(1985)은 근로자의 생산성을 평가하는 방법으로 대규모 직장일수록 학력과 같은 외적 요인에 더 많이 의존하게 된다고 하였다. 이와 함께 대기업의 경우 투입 요소에 대한 비용이 상대적으로 저렴하므로(자본 부담이 상대적으로 낮음으로 인해) 더 높은 임금을 지급할 여력이 있다는 주장도 제기되었다. 대기업의 경우 중소기업에 비해 장기 기획(long-term planning)이 가능하며(Galbraith, 1973), 재화와 서비스에 대한 안정적 수요처가 있어 고임금 지급이 가능하다는 주장도 제기되었다(Freedman, 1976; Stolzenberg, 1978).

임금에 영향을 미치는 요인 중에는 조직 자체의 특성도 중요한 요인으로 꼽을 수 있다. 조직의 특성과 임금에 대한 연구로는 조직의 성장 정도에 따른 연구(Rosenbaum, 1979; Stewman과 Konda, 1983)와 조직의 능력에 따른 연구가 있었다(Dalton과 Ford, 1977; Borjas, 1980). 이와 함께 학력도 인적자본이론에서 중요한 요인으로 고려되어 왔다. 최근 국내학계 일부에서 교육 수준과 소득 수준간에 유의한 관계가 없다는 연구가 제기되고 있고(이미나, 1990), 교육이 하층민의 임금 상승에 도움이 되는 정책적 도구가 아님을 함의하는 연구 결과가 제시되어 왔으나(Jencks, 1972; Bowls와 Gintis, 1976; Farrell, 1982) 아직도 일반적으로 가난한 집단의 계층 상승을 위해서는 이들에 대한 교육 기회를 늘려야 한다는 것은 기정 사실로 여겨지고 있다. 배무기(1979)는 교육이 세대간의 빈곤이 재생산되는 악순환의 고리를 깨는 가장 결정적이고도 중요한 하나의 요소로서 “소득을 버는 힘(earning power)” 자체를 체내에 축적시켜 줄 뿐 아니라 사회적 이동(social mobility)도 가능케 해 주는 것이라고 주장하였다.³⁾

임금 수준의 결정 요인과 관련하여 노동조합의 존재 여부가 중요한 영향을 미치고 있는 것으로 보인다. 노동조합과 관련해서 Benson(1994)은 임금 격차가 커지면 커질수록 노동조합

3) 배무기의 경우(1986) 실제 연구 결과에서도 대학 이전의 학력 차이에서는 그리 크지 않으나 고졸자와 대졸자간의 임금 격차는 대단히 큰 것으로 나타남

결성을 위한 움직임이 빈번해지고 기존에 이미 노동조합이 결성되어 있는 조직일 경우 노동조합에 대한 선호도 커진다고 하였다. 임금 격차가 심해질 경우 근로자들로 하여금 노조를 선호하게 만들고(Farber와 Saks, 1980) 임금 격차가 노조 활동을 장려하게 한다는 연구 결과가 제시되었다(Hirsh, 1982). 이상의 연구 결과에서도 알 수 있듯이 임금 격차에 따라 생겨난 불만에 기반을 둔 노조는 임금 격차 해소를 가장 우선적인 활동 목표로 삼게 된다(Freeman, 1982). Sawhney와 Herrnstadt(1971)에 의하면 노동조합은 구성 초기에는 임금 상승의 원인이 되며 이후에도 노동조합 결성 기관과 노동조합이 결성되어 있지 않은 기업간에 임금 격차는 안정적이고도 지속적으로 나타나고 있다고 주장하였다. 이외에도 우리 나라의 경우 정부에 의한 임금 가이드 라인 및 최저 생계비 고시와 같은 조치나 대형 병원의 신설에 따른 노동시장의 수급 불균형 등과 같은 외부적 요인에 의해서도 많은 영향을 받을 수 있을 것이다.

이상에서 언급된 제 요인은 산업간 비교 및 다양한 직종간 임금 수준을 대상으로 한 거시적 분석 결과에서 제시되었던 요인들이다. 그러나 이러한 거시적 접근 방법은 단일 산업 내에서의 조직간 임금 수준이나 조직내 직종별 임금의 상대적 수준과 같은 세부적인 사항에 대해서는 많은 부분을 여전히 미제로 남겨 두고 있다. 실제로 단일 산업내 임금 수준이나 조직내 직종별 임금 수준의 양상에 영향을 미치는 다양한 요인이 존재하고 있다. 예를 들어 조직의 최대 목표가 생존과 성장에 있다면 이를 보장받기 위한 조직의 경영 기조가 임금 지출 과정에서도 그대로 반영될 것이다.

일반적으로 타 산업 분야에서는 근로자에 대한 동기부여 방식으로 경제적 보상 외에 여러 가지 비 금전적 동기부여를 개발하여 근로자 개인의 계층별, 집단별 요구를 충족시킬 수 있는 기회와 기법이 많이 개발되어 있으나 병원은 그렇지 못하고⁴⁾, 직종간 종적 횡적 경력 이동(career mobility) 기회가 희박하다. 타 산업 조직의 임금체계는 업무 능력, 직무의 난이도, 경험 및 지식, 연공서열등의 사회적 평가에 의하여 점진적으로 피라미드 구조를 구성하는 반면 병원 조직은 성과 배분에 있어 우선 의사들에 대하여 사자(獅子)들의 파이라고 할 수 있는 몫(Lion's share)을 떼어놓고 나머지를 소위 일반직들이 쪼개 갖는 특이한 짜임새를 갖고 있다(김재수, 1994). 병원이 일반 조직과 달리 독특한 임금 구조를 갖게 된 데는 다음과 같은 병원 노동시장의 특성⁵⁾을 지니고 있기 때문이다. 먼저 노동시장의 다양성을 들 수 있다. 병

4) 일반적으로 병원 업무가 주로 오더(order)에 의해서 이루어지므로 성과급 제도(merit system)의 도입이 어려움

5) 정갑원, 정균승(역), "Reynolds LG, Masters SH, Moser CH, 'Labor economics and labor relations, 9th ed, Prentice Hall, 1986', 형설출판사, 1989"를 일부 참조하였음

원은 서비스 생산과 관련하여 수많은 하부 노동시장이 존재하고 있다. 이론적으로는 노동시장간 이동이 자유로운 완전 경쟁적 노동시장이 있을 수 있겠으나 현실적으로는 병원내 주요 직종에 대한 접근이 면허 제도에 의해 제한되고 있는 등 시장 이동이 제한되어 있다. 물론 이와 같은 면허 제도가 타 산업 분야에서도 존재하지만 단일 조직내 근무하는 직종 및 이들 중 면허 소지자수를 비교해 본다면 다른 어떤 산업보다 다양하고 높다. 이와 같은 면허제도 및 전문적 업무 특성에 의한 병원 산업내 노동시장의 불력화는 직종간 이동을 사실상 거의 불가능하게 하는 요인이 되고 있다.

여러 직종이 근무하는 병원 노동시장의 또 다른 특징으로는 근로자들의 인적 구성이 타 산업에 비해 훨씬 다양하다는 것이다. 업무의 다양함과 노동의 전문화를 기준 한다면 병원 조직은 가장 복잡한 조직의 하나에 포함될 것이다. 직종별 임금과 관련하여 이와 같이 다양한 인력의 구성은 다양한 형태의 직종별 임금 구조를 유발하는 근원이 된다. 셋째로 근로자의 교섭력에 차이가 있다는 점이다. 근로자의 반응 형태는 해당 근로자가 보유하고 있는 기술 수준과 능력 및 노동시장의 여건에 달려 있다. 다양한 직종으로 구성된 병원 인력은 직종에 따라 초과 수요와 초과 공급이 함께 존재하고 있다. 따라서 초과수요가 발생하고 있는 직종의 경우 사용자와의 관계에서 상대적으로 높은 교섭 우위를 점하고 있고 특히 병원 입장에서 꼭 필요한 기술이나 자격을 보유한 특정 직종에 있어서 이러한 현상은 더 높게 나타난다. 이와 반면 대체 가능성이 높고 초과 공급이 나타나고 있는 직종에서는 그 반대적인 현상이 함께 나타나고 있다. 마지막으로 병원의 생성과 성장과정에 기인한 정신적 보상의 강조와 병원만이 가지는 의사중심의 독특한 권력 구조를 들 수 있다. 이와 같은 병원의 구조적 요인들은 타 산업분야와 달리 병원조직의 독특한 임금 구조를 형성하는 근간이 되었다.

병원의 임금 부담은 타 산업 부문에 비해 아주 높은 수준을 보이고 있으며⁶⁾ 병원관리의 중요한 부분을 차지하고 있음에도 불구하고 지금까지의 관련 연구는 자료의 제약으로 큰 진전을 보지 못했다. 이와 함께 연구의 방향도 자료 구득의 어려움으로 임금체계를 중심으로 이루어져 왔고 임금 수준에 관한 연구는 제한적으로밖에 이루어지지 못했다. 병원 인력의 임금에 관한 기존의 연구들은 표본의 수가 적거나 또는 특정 병원군(群)에 한정함으로써 대표성에 많은 제한이 있었다.

6) 1994년 기준으로 인건비 대 총비용(人件費 對 總費用) 비율이 제조업의 경우 13.55, 원양어업 19.98, 광업 25.81, 전기·가스업 12.00, 건설업 13.92, 도·소매업 1.77, 호텔 32.19, 운수·창고·통신업 24.15, 사업·서비스업 23.48, 기타 서비스업 41.32 등으로(한국산업은행, 1995) 병원은 이 기준으로 볼 경우 최상위급에 속하고 있음

표 1. 기존 연구에서의 임금 수준(월평균 급여 기준)

(단위: 천원, %)

연구자	직종 구분	1인당 평균임금	최소-최대값
정기선(1984) 전국 14개 병원 대상	전임의	1,874	212-377(초임기준) 302-573(초임기준) 공공 44.3-50.7 학교법인43.0-48.0
	간호직(보조원, 수습, 오더리 포함)	276	
	약사/의료기사직(기사보조원, 영양사 포함)	321	
	사무/기술/기능직	336	
	특수직(전공의, 조리사)	374	
	인건비 비율	32.1-71.3	
성익제(1987) 7개 공공 병원 대상	의사직	2,814	2,331-3,772
	간호직	377	351-411
	의료기사직	378	338-391
	사무직	437	374-463
김익화(1990) 서울소재 10개 대학병원 대상	간호직(대졸)	351	326-418
	의료기사직(전문대졸)	315.5	305-326
	사무직(대졸)	318.8	305-342
	인건비 비율	37.0	25.2-42.7

정기선(1984)은 14개 병원에 대한 자료를 제시하면서 낮은 응답률⁷⁾에 대해 병원들이 폐쇄주의적 경영 방식을 취하고 있으며 특히 의사와 같은 고소득자에 대한 근로소득을 그대로 정직하게 제시할 경우 세금 부담으로 인해 병원의 재정 상태에 큰 부담이 되므로 이를 실제보다 낮게 신고하고 그 차액은 변칙적인 회계 처리에 의해 보상해 옴으로써 병원의 자료 노출, 특히 금액으로 표시되는 자료의 경우 그런 경향이 더 심하고 이중에서도 급여 수준 등에 관한 자료의 통제가 더 심한데 기인하고 있다고 하였다. 성익제의 연구(1987)는 7개 공공 병원을 대상으로 조사한 것으로 병원의 임금 제도 현황과 임금체계에 초점을 맞추어 향후 직능급(職能給)⁸⁾ 제도의 도입을 통해 병원 임금체계를 개선해 나갈 것을 주장하

7) 당초 1984년 4월 현재 국내 소재 446개 병원 중 병원연구소와 유기적 관계를 맺고 있는 병원 49개소를 대상으로 우편 설문을 실시함

8) 직능급은 근속년수, 능력, 직무가치 등에 의하여 평가되는 직무수행능력을 중심으로 임금 수준을 결정함

였다. 이 연구에서는 약무직, 의료기사직, 간호직의 경우 병원간 임금 격차가 별로 크지 않은 반면 의사직과 일반직의 경우 임금 격차가 상대적으로 매우 크다고 하였다. 약무직, 의료기사직, 간호직 등의 임금 격차가 크지 않은 것은 이들이 엄격한 자격 제도에 의해 학력, 경력, 능력 등이 평준화되어 있을 뿐 아니라 노동시장에서의 수급도 어느 정도 안정을 유지하고 있기 때문이라고 주장하였다.

김익화의 연구(1990)에서는 서울 소재 10개 대학병원에 한정하여 이들의 임금체계 실태를 조사하고 합리적 임금체계의 유형으로 연공급(年功給) 요소와 직능급 요소를 혼용하도록 제안하고 있다. 이와 함께 임금 수준을 제시하지는 않았으나 이해종의 연구(1989)에서는 병원의 임금체계에 대한 이론적 검토 후 350병상 이상 규모의 6개 병원 임금체계를 제시하였다. 이 연구에서는 병원이 연공급(年功給)을 벗어나 직무급(職務給)⁹⁾의 장점을 살린 임금체제로 전환함으로써 근로자들의 직무 의욕을 고취시키고 효율적 경영을 꾀할 것을 제안하였다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 자료

이 연구에서는 기존에 확보된 자료와 함께 연구에 필요한 자료를 추가로 수집하여 사용하였다. 먼저 기존의 자료로는 한국의료관리연구원의 1993년도 병원 경영 분석 자료(한국의료관리연구원, 1995)를 이용하였다. 1993년도 병원 경영실적 조사자료는 전국 병원급 이상 의료기관의 1993년 연간 경영실적을 조사할 목적으로 동 연구원에서 개발한 조사표를 전국 시·도 보건과를 통하여 각 병원에 배포하여 응답자 기입 방식으로 작성 제출토록 하여 구축한 것으로서 530개 의료기관에 대한 경영실적, 환자 진료 실적, 의료수익, 직종별 인력, 주요 의료 기기 및 시설 사용 실적 등의 내용이 수록되어 있다. 이 연구에서는 이 중 특수 병원(한방·치과·정신병원 등)을 제외한 452개 병원 자료를 활용하였다. 이와 함께 병원 경영 분석 자료의 수집시 조사되지 않았던 노동조합 결성 여부 및 각 직종별 임금(초임 기준)에

9) 직무급은 직무 자체의 중요성과 난이도 등을 고려한 직무가치를 중심으로 임금수준을 결정함

대한 자료를 452개 병원을 대상으로 1995년 6월부터 동년 8월까지 3개월에 걸쳐 우편 조사를 통해 수집하였다.

2. 변수의 정의와 측정 방법

이 연구에서 사용한 종속변수의 기준 및 측정 방법은 다음과 같다. 먼저, 의사직에 대한 임금 수준을 조사함에 있어 각 전문 분야별 임금 수준에는 상당한 차이가 있는 것으로 알려

표 2 연구에 사용한 변수의 내용

변 수 구 분	변수의 내용
종 속 변 수	
직종별 1인당 임금	해당 직종 초임 기준 연봉 의사직(군필 내과 전문의) 간호사직(전문대졸 일반병동근무) 의료기사직(전문대졸 군필) 사무직(전문대졸 군필)
독 립 변 수	
설립 형태	민간/공공
병상 규모	가동 병상수
병원종별 구분	3차병원/종합병원/병원
소재지	특별·광역시/시지역/읍·면지역
노동조합	있음/없음
진료 실적 관련 지표	직원 1인당 조정 환자수 100병상당 조정 환자수
재무 관련 지표	의료수의 의료이익률 100병상당 의료수익
기타지표	100병상당 직종별 직원수 용역 및 임차료

저 있고 특정 전문과의 경우 지역별 분포 양상이 달라 대표성에 대한 문제가 초래될 가능성도 있다. 따라서 이 연구에서는 의료기관내 진료과 개설 비율이 가장 높고 전문의 중 점유율이 가장 높은 내과 전문의를 선정하였다.

간호직의 경우 의료기관에 따라 보수 규정상 대졸 간호사와 전문대졸 간호사간에 임금 차이를 두지 않는 병원도 있고 대졸 간호사를 고용하고 있지 않은 의료기관도 많아(특히 시지역 및 읍·면지역 소재 병원) 전문대졸 간호사를 조사 대상으로 선정하였다. 의료기사직의 경우 현직 의료기사 중 임상병리사가 차지하는 비율이 가장 높고 타 의료기사에 비해 의료기관 일선에서 활동하고 있는 인력도 가장 많아 의료기사를 대표하는 직종으로 임상병리사를 선정하였다. 사무직으로는 전문대졸 사무원을 선정하였다. 이는 전문대졸 간호사의 선정 사유와 마찬가지로 사전 조사 과정에서 중소규모 병원의 경우 대졸과 전문대졸 직원간 임금 차이를 두지 않는 병원이 많았고 실제로 대졸 사무원을 고용하지 않는 병원도 있어 병원간 비교의 용이성을 꾀하였기 때문이다.

이 연구에서는 임금을 “기본임금 + 상여금”으로 정의한 후 세전(稅前)소득 기준으로 해당 직종 직원에 지급되는 금액을 기준으로 하였다. 일반적으로 임금에 대한 정의는 사용자와 근로자간에 견해를 달리하게 되는데 이 연구에서는 이와 같은 오류를 최소화하기 위하여 기본임금과 상여금에 다음과 같은 내용을 포함하였다(표 3 참조). 기본임금과 상여금을 조사하는데 있어 연장 근무 또는 근무 시간대 차이에 의한 임금 차이 발생을 배제하기 위하여 주간 근무자를 기준으로 조사하였다. 그러나 간호사와 같이 주야간 근무가 일상적으로 병행되고 있는 경우에는 야간 근무에 따른 야간 근로 수당도 기본임금에 포함시켰다. 일부 병원에서 경비로 처리하여 임금에 포함시키지 않는 식대 보조비·교통 보조비는 집계에 모두 포함시켰다. 그러나 가족 수당과 같이 결혼 여부에 따른 개인간에 차이가 생겨날 수 있는 항목은 집계에서 제외하였다.

표 3. 임금에 포함된 내용

보상(Compensation)			
비금전적 보상		금전적 보상	
직무 관련	직무환경 관련	간접	직접
업무의 성격 승진기회 성취감 인정감	우수한 상사 마음에 맞는 동료 쾌적한 근무환경 변형근로제 (Flexitime)	보험료 부담금 퇴직급여충당금 유급휴가 병가	기본임금 기본 급여 진료지원수당 직책수당 식대보조비 기술수당 별정수당 출납수당 위험수당 가계보조수당 교통보조비
			상여금 상여금 체력단련비 명절떡값 김장수당 정근수당

3. 연구 및 분석의 틀

이 연구는 먼저 우리 나라 병원의 직종별 임금에 대한 현황을 파악하고 직종별 임금 수준의 결정 요인을 구명하고자 하였다. 연구의 단계별 과정을 포함한 연구 분석의 틀은 그림 1과 같다.

직종별 임금 수준			
의사직	간호직	의료기사직	사무직

Descriptive analysis

직종별 임금 수준에 대한 유의성 분석
임금총액

t-test, ANOVA

직종별 임금 수준의 결정 요인 분석			
의사직	간호직	의료기사직	사무직

Multiple regression

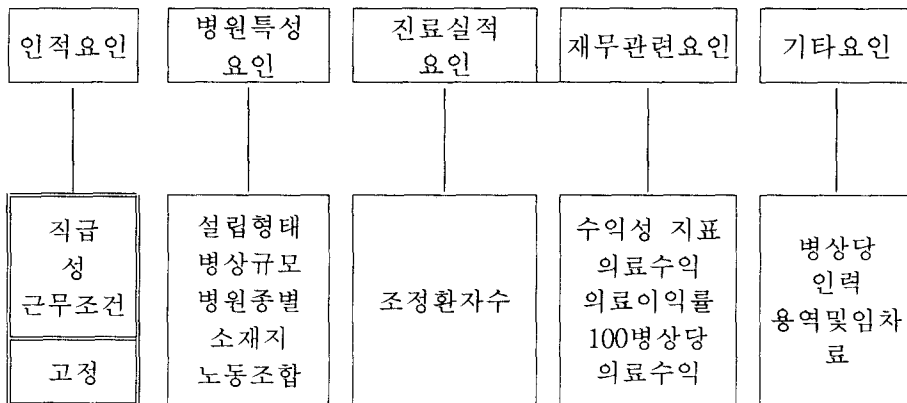


그림 1. 연구분석의 틀

IV. 연구결과

1. 응답 병원의 특성

이 연구의 표본과 전체 병원간의 차이 여부를 살펴본 결과 응답 병원 중 민간 병원(학교법인, 재단법인, 사회복지법인, 의료법인, 기타)과 공공 병원(국립, 시·공립, 지방공사, 특수병원)의 구성비는 각각 83.4%와 16.6%로 전체 병원의 분포양상과 유사하였다. 공공병원은 지방공사의료원의 구성비가 가장 높았다(62.5%).

병상 규모별로는 100병상 미만군의 응답률이 저조하여 전체 병원의 구성비인 52.7%보다 훨씬 밑도는 수준인 27.6%의 응답률을 보였다. 이를 병원종별로 살펴보면 3차 병원과 종합병원급 의료기관이 전체 병원 수준보다 높게 반영된 반면 병원급 의료기관은 실제 수준보다 밑돌았다. 응답 병원의 지역별 분포를 살펴보면 전체 병원과 비슷한 수준을 보였다.

표 4. 응답 병원의 일반적 특성

특 성	분 류	기관수(%)	전체병원(%)
민간/공공 구분	민 간	121 (83.4)	378 (83.6)
	공 공	24 (16.6)	74 (16.4)
병상 규모	100병상 미만	40 (27.6)	238 (52.7)
	100-159병상	28 (19.3)	44 (9.7)
	160-299병상	25 (17.2)	68 (15.0)
	300병상 이상	52 (35.9)	102 (22.6)
병원종별 구분	3차병원	19 (13.1)	31 (6.8)
	종합병원	69 (47.6)	183 (40.5)
	병 원	57 (39.3)	238 (52.7)
설립형태	국 립	1 (0.7)	7 (1.5)
	시·공립	1 (0.7)	14 (3.1)
	지방공사	15 (10.3)	31 (6.9)

	특수법인	7 (4.8)	22 (4.9)
	학교법인	22 (15.2)	43 (9.5)
	재단법인	19 (13.1)	41 (9.1)
	사회복지법인	1 (0.7)	9 (2.0)
	의료법인	34 (23.4)	95 (21.0)
	기 타	45 (31.0)	190 (42.0)
소재지			
	특별·광역시	71 (49.0)	209 (46.2)
	시 지역	47 (32.4)	158 (35.0)
	읍·면지역	27 (18.6)	85 (18.8)
노동조합			
	있 음	67 (46.2)	-
	없 음	78 (53.8)	-
	계	145 (100.0)	452 (100.0)

2. 임금수준

표 5에서 제시한 직종별 임금 수준은 의사직의 경우 100개 병원, 기타 직종의 경우 145개 병원에 대한 조사 결과를 집계한 것이다. 의사의 평균 임금은 45백만원으로 최소 25백만원에서 최대 75백만원 수준이었고 기타 직종의 경우 평균 9백만원 수준으로 임상병리사의 임금 수준이 가장 높았고 다음으로 간호사, 사무원 순이었다.

표 5. 직종별 임금 수준(1994년 연봉 기준)

(단위 : 천원)

구 분	평 균	표준편차	최 소	최 대
내과전문의	45,056	10,246	25,000	74,600
간호사	9,222	1,671	6,000	12,768
임상병리사	9,513	1,674	6,156	14,400
사무원	9,185	1,877	5,640	13,656

의사직 임금은 병원의 특성에 아무런 영향을 받지 않는 것으로 나타났다. 다만, 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 병상 규모별로는 160-299병상군이 가장 높았고 병원 종별로는 종합병원급이 가장 높았으며 전체적으로 규모에 따른 일정한 추세를 보이지 않았다. 소재지에 따른 임금 수준도 읍·면지역을 제외한다면 시지역 소재 의료기관의 임금 수준이 특별·광역시 소재 의료기관보다 높았고 노동조합이 결성되어 있지 않은 병원에서의 임금 수준이 높았으나 이들 모두 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

표 6. 일반적 특성별 의사직 임금 수준

(단위: 천원)

특 성	분 류	평 균	표준편차	t/F값
민간/공공 구분	민 간	45,013	10,236	-1.10
	공 공	45,283	10,631	
병상 규모	100병상 미만	44,977	10,781	0.11
	100-159병상	44,195	10,752	
	160-299병상	46,028	10,725	
	300병상 이상	45,388	9,246	
병원종별 구분	3차병원	41,391	2,872	0.99
	종합병원	46,441	10,031	
	병 원	44,031	10,857	
소재지	특별·광역시	44,603	8,651	0.38
	시 지 역	46,249	10,946	
	읍·면지역	44,090	11,878	
노동조합	있 음	43,620	10,005	-1.10
	없 음	45,936	10,373	

표 7. 일반적 특성별 간호직 임금 수준

(단위 : 천원)

특 성	분 류	평 균	표준편차	t/F값
민간/공공 구분	민 간	9,118	1,734	-2.15*
	공 공	9,747	1,209	
병상 규모	100병상 미만	8,421	1,369	12.59**
	100-159병상	8,630	1,819	
	169-299병상	9,145	1,121	
	300병상 이상	10,196	1,564	
병원종별 구분	3차병원	11,371	770	31.24**
	종합병원	9,277	1,462	
	병 원	8,439	1,484	
소재지	특별·광역시	9,593	1,754	4.34*
	시 지 역	8,688	1,464	
	읍·면지역	9,180	1,583	
노동조합	있 음	9,674	1,475	3.10**
	없 음	8,835	1,740	

**p<0.01, *p<0.05

간호직의 경우 병원의 일반적 특성에 따라 임금 수준이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 병상 규모 및 병원종별 변수 모두 병원의 규모와 관련된 변수로 병상 규모는 100병상 미만 군과 100병상 이상군간에 임금 수준에 차이가 있었고, 상위 종별 병원일수록 간호직 임금 수준이 높게 나타나는 등 규모에 따라 임금 수준의 차이가 있었다. 이와 함께 병원의 소재지와 노동조합의 개설여부에 따라 간호직 임금 수준의 차이가 있었다. 소재지별로는 특별·광역시

소재 의료기관의 임금 수준이 기타 지역 소재 의료기관보다 높았으며 노동조합이 결성되어 있는 병원의 간호직 임금 수준이 노동조합이 없는 병원보다 통계적으로 유의하게 높았다.

표 8. 일반적 특성별 의료기사직 임금 수준

(단위 : 천원)

특 성	분 류	평 균	표준편차	t/F값
민간/공공 구분	민 간	9,460	1,732	-1.03
	공 공	9,788	1,330	
병상 규모	100병상 미만	8,885	1,647	6.64**
	100-159병상	9,161	1,630	
	169-299병상	9,314	1,333	
	300병상 이상	10,271	1,610	
병원종별 구분	3차병원	11,369	923	19.19**
	종합병원	9,492	1,482	
	병 원	8,919	1,648	
소재지	특별·광역시	9,803	1,836	3.18 ⁺
	시 지역	9,021	1,366	
	읍·면지역	9,591	1,559	
노동조합	있 음	9,903	1,499	2.59*
	없 음	9,188	1,751	

**p<0.01, *p<0.05, +p<0.1

의료기사직 임금 수준과 관련하여 병원 조직의 특성 중 병상 규모, 병원종별 구분, 노동조

합 등에 따라 차이가 있었다. 특히 병상 규모 및 병원종별 구분은 통계적 유의성 정도가 아주 높았는데 이 두 변수는 모두 병원의 규모를 반영하는 것으로 300병상 이상군과 300병상 미만군간에 임금 수준의 차이가 있었다. 병원종별로는 3차 병원이 기타 종별 의료기관 보다 높았다. 이와 함께 간호직의 경우와 마찬가지로 노동조합의 결성 여부에 따라 의료기사직의 임금 수준에 차이가 있었다.

표 9. 일반적 특성별 사무직 임금 수준 (단위 : 천원)

특 성	분 류	평 균	표준편차	t/F값
민간/공공 구분	민 간	9,180	1,926	-0.07
	공 공	9,211	1,643	
병상 규모	100병상 미만	8,086	1,396	15.97**
	100-159병상	8,802	1,595	
	160-299병상	8,674	1,409	
	300병상 이상	10,403	1,846	
병원종별 구분	3차병원	11,856	1,312	38.38**
	종합병원	9,150	1,599	
	병 원	8,250	1,412	
소재지	특별·광역시	9,736	2,073	6.52**
	시 지 역	8,486	1,453	
	읍·면지역	8,823	1,485	
노동조합	있 음	9,564	1,664	2.16*
	없 음	8,871	1,995	

**p<0.01, *p<0.05

사무직의 임금 수준에 영향을 미치는 병원 특성 요인으로는 병상 규모, 병원종별 구분, 소재지, 노동조합 등이었다. 특히, 병상 규모, 병원종별 구분, 노동조합 결성 여부 등은 의사직을 제외한 전 직종의 임금 수준과 밀접한 관계가 있었다. 병상 규모로는 300병상 이상군과 300병상 미만군간에 임금 수준의 차이가 있었으며 병원종별로는 각 병원종별간 차이가 있었다. 이와 함께 의료기관 소재지에 따라 임금 수준이 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 특별·광역시 지역 소재 의료기관의 임금 수준이 기타 지역 소재 의료기관보다 높았다. 간호직과 의료기사직에서의 경우와 마찬가지로 사무직 임금 수준도 노동조합이 결성된 병원이 노동조합이 결성되어있지 않은 병원보다 높았다.

3. 직종별 임금 수준의 결정요인 분석

병원 인력의 임금 수준이 직종마다 차이가 있는지를 분석한 결과 의사직을 제외한 기타 직종의 경우 병원 특성 요인으로는 병상 규모, 병원종별 구분, 노동조합 결성 여부에 따라 유의한 차이가 있었고 진료 실적 요인 중 직원 1인당 조정 환자수 및 재무 관련 요인 중 100병상당 의료수익에 따라 임금 수준에 차이가 있었다. 이와 같은 변수를 중심으로 독립변수간 다공선성을 제거하고 직종별 임금 수준의 결정 요인을 구명하기 위하여 변수간 상관 관계를 검토한 후 다변량 분석을 실시하였다.

표 10에서 제시하는 바와 같이 100병상당 의료수익과 병상수간의 상관관계가 아주 높았다 ($r=0.705$). 병상수의 경우 의사직을 제외한 기타 직종의 임금 수준에 많은 영향을 미치는 변수였으나 100병상당 의료수익과의 상관성이 높아 두 변수 중 최종 분석에는 100병상당 의료수익만 사용하였다.

의사직의 경우 단일 변량 분석 결과에서도 살펴보았듯이 통계적으로 유의한 변수가 없었으므로 최종적인 회귀 분석 결과의 의미가 상대적으로 제한적일 수밖에 없을 것이다. 그러나 의사직에 한하여 제 요인들의 각 직종에 대한 영향에 관한 방향성을 살펴보기 위해 통계적 유의성과 관계없이 타 직종에서 유의하게 나타나고 있는 변수들을 중심으로 다중 회귀 분석을 실시하였다.

간호직의 경우 단일 변량 분석에서 중요한 변수로 고려된 제 변수 중 독립변수간 상관성이 높은 100병상당 조정 환자수와 직원1인당 조정 환자수 변수 중 통계적 유의성이 더 높은 직

원 1인당 조정 환자수를 사용하였다. 그러나 100병상당 의료수익과 높은 상관성을 보이고 있는 변수 중 100병상당 간호사수(조무사 포함)변수는 연구의 목적상 최종 분석에 활용하였다. 의료기사직과 사무직의 경우도 위와 같이 독립변수들간의 상관성을 살펴본 후 최종 분석에 사용할 변수를 선정하였다.

표 10. 독립변수간 상관성

	BEDS	AID1	AID100	LAID100	OPGR	PF100	TPH100	RN100	NUR100	CP100	GOF100
AID1	-.3865**										
AID100	-.1344	.5721**									
LAID100	-.0630	.3159**	.5153**								
OPGR	.0583	.0533	.1558	-.0725							
PF100	.7050**	-.4878**	.1583	.0946	.0920						
TPH100	.1631	-.2860**	.1791*	.2642**	.0075	.3725**					
RN100	.5412**	-.5050**	.1340	.0967	-.0238	.7907**	.2306**				
NUR100	.2402**	-.4589**	.2772**	.1019	.1013	.6623**	.2905**	.7977**			
CP100	.2586**	-.3576**	.3371**	.2434**	-.0164	.5986**	.5182**	.5089**	.6306**		
GOF100	.0550	-.3061**	.1981*	.1409	-.0037	.3147**	.4237**	.3644**	.4514**	.5166**	
OS100	.3484**	-.3471**	-.0248	.0441	-.0267	.4429*	.2432**	.3960**	.3269**	.4213**	.2521**

**p<0.01, *p<0.05, +p<0.1

BEDS: 가동병상수

AID1: 직원1인당 조정 환자수

AID100: 100병상당 조정 환자수

LAID100: 100병상당 내과 조정 환자수

OPGR: 의료수익 의료이익률

PF100: 100병상당 의료수익

TPH100: 100병상당 내과 의사수

RN100: 100병상당 간호사수

NUR100: 100병상당 간호사수(조무사 포함)

CP100: 100병상당 임상병리사수

GOF100: 100병상당 사무직원수

OS100: 100병상당 외주용역비

1) 의사직 임금 결정요인

표 11. 의사직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과

독립변수	회귀계수	표준오차	t값
(절편)	37744.180	8136.756	4,639**
100병상당 의료수익	.746	1.191	.626
병원종별구분(종합병원)	3754.056	5849.500	.642
병원종별구분(병원)	950.377	6442.684	.148
소재지(특별·광역시)	-468.667	3354.937	-.140
소재지(시지역)	1328.450	3308.903	.401
노동조합(있음)	-3265.915	2886.821	-1.131
100병상당 내과 조정 환자수	13.215	10.944	1.207
100병상당 내과의사수	2057.866	1794.183	1.147
100병상당 외주용역비	-1705.559	2131.005	-.800
adj R ²	0.040		
F	0.635		

**p<0.01

의사직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 본 연구에서 사용한 변수 중 통계적으로 유의한 영향을 미치고 있는 변수는 없었다. 유의한 수준은 아니었으나 100병상당 의료수익이 높을수록, 3차병원보다 종합병원이나 병원급 의료기관 소속 의사의 임금 수준이 높았다.

2) 간호직 임금 결정요인

표 12. 간호직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과

독립변수	회귀계수	표준오차	t값
(절편)	9124.090	870.638	10.480**
100병상당 의료수익	0.444	0.130	3.424**
병원종별구분(종합병원)	-672.455	505.478	-1.330
병원종별구분(병원)	-1198.321	593.990	-2.017*
병원구분(공공)	437.521	327.962	1.334
소재지(특별·광역시)	-373.856	384.075	-0.973
소재지(시지역)	-716.402	371.394	-1.929†
노동조합(있음)	151.088	299.488	0.504
직원 1인당 조정 환자수	0.082	0.661	0.124
100병상당 간호사수(조무사)	-12.252	12.908	-0.949
100병상당 외주용역비	0.650	2.071	0.314
adj R ²	0.357		
F	7.819**		

**p<0.01, *p<0.05, †p<0.1

간호직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 100병상당 의료수익이 통계적으로 유의하였으며 3차 의료기관이 병원급 의료기관보다 임금 수준이 높았다.

3) 의료기사직 임금 결정요인

표 13. 의료기사직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과

독립변수	회귀계수	표준오차	t값
(절편)	9739.619	883.112	11.029**
100병상당 의료수익	0.374	0.125	2.981**
병원종별구분(종합병원)	-1040.242	507.955	-2.048*
병원종별구분(병원)	-1378.508	597.548	-2.307*
소재지(특별·광역시)	-1073.057	372.530	7.237**
소재지(시 지역)	-643.074	381.853	-1.684*
노동조합(있음)	343.478	290.478	1.182
직원 1인당 조정 환자수	1.031	0.670	1.538
100병상당 임상병리사수	-142.287	108.558	-1.311
adj R ²	0.263		
F	7.237**		

**p<0.01, *p<0.05

의료기사직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 임금 수준에 유의한 영향을 미치는 변수로는 100병상당 의료수익, 의료기관 종별 구분 및 소재지 등이었다. 100병상당 의료수익이 많을수록 의료기사직 임금 수준이 높았으며 병원종별로는 3차병원이 타 종별 의료기관보다 임금 수준이 높았다. 개설지역과 관련하여 읍·면지역 소재 의료기관의 임금 수준이 기타 지역 소재 의료기관보다 높았다.

4) 사무직 임금 결정요인

표 14. 사무직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과

독립변수	회귀계수	표준오차	t값
(절편)	8939.819	1002.423	8.918**
100병상당 의료수익	0.508	0.129	3.922**
병원종별구분(종합병원)	-1140.242	518.124	-2.201*
병원종별구분(병원)	-1960.517	627.310	-3.125**
소재지(특별·광역시)	-325.080	412.390	-0.788
소재지(시지역)	-1066.692	408.620	-0.261*
노동조합(있음)	-133.791	312.429	-0.428
100병상당 사무직원수	-7.814	27.127	-0.288
직원 1인당 조정 환자수	0.981	0.754	1.301
100병상당 외주용역비	-25.778	142.413	-0.181
adj R ²	0.464		
F	11.889**		

**p<0.01, *p<0.05

사무직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 100병상당 의료수익, 소재지, 병원종별 구분 등이 통계적으로 유의하였다. 100병상당 의료수익이 높을수록 사무직의 임금 수준이 높았으며 소재지별로는 읍·면지역 소재 의료기관에서의 임금 수준이 시지역 소재 의료기관보다 높았고 의료기관 종별로는 3차 기관의 임금 수준이 가장 높았다.

V. 고 찰

1. 연구대상 및 자료에 대한 고찰

그 동안 병원 임금에 관한 연구는 관련 자료 구득의 어려움으로 인해 활발히 이루어지지 못했다. 기존의 연구 중 실제로 병원 인력의 임금 수준을 다룬 정기선(1984), 성익제(1987), 김익화(1990) 등의 연구는 그 대상을 일부 병원에 한정함으로써 대표성에 대한 문제를 근본적으로 해결하지는 못하였다. 임금 수준에 관한 지금까지의 선행 연구가 20개미만의 병원을 대상으로 하였다는 점을 감안해 본다면 이 연구에서 구축한 145개 병원의 분석 자료는 대표성에 대한 기존 연구의 제한점을 크게 개선했다는 점에서 나름대로 중요한 의미가 있을 것으로 생각한다. 이 연구에서 이와 같은 자료를 확보할 수 있었던 것은 1993년부터 시행되고 있는 '전국 병원 경영 조사' 사업에 기인한 바 크다. 사업과 관련하여 조사표에는 관련 자료 작성의 총괄 책임자를 명기하도록 하고 있는데 임금이라는 민감한 부분을 구할 목적으로 실시된 우편 조사에서 우선적으로 접촉할 관계자를 파악하는데 중요한 자료가 되었다.

이 연구에서는 임금을 기본임금과 상여금으로 정의한 후 세전(稅前)소득을 기준으로 병원의 해당 직종 직원에 지급되는 금액을 조사하였다. 그러나 조사 항목 중 금전적 보상의 하나인 간접 보상 부분, 예를 들어 퇴직급여충당금, 보험료 중 사용자 부담금 등은 집계에서 제외하였으므로 집계된 직종별 임금 수준은 실제 임금 수준보다 낮은 수준이다. 이와 함께 퇴직급여충당금의 경우 설정 대상은 1년 이상 근무한 자를 기준으로 하고 있는데 본 연구의 대상 직종이 모두 정규직이므로 조사 직종 모두 퇴직금 수혜대상이 되므로 퇴직금의 수혜 여부에 따른 병원간 오류의 가능성은 없다. 자료 수집과 함께 수집된 자료의 타당성 여부에 대한 확인 또한 중요한 문제로 제기되었다. 연구에서는 수집 자료의 타당성을 높이기 위해 자료 수집의 목적과 구하고자 하는 자료의 내용이 명확하게 정의되고 올바르게 전달되도록 일부 병원을 대상으로 사전 조사를 실시하였고 수정 과정을 거쳐 최종 조사에 활용하였다.

수집된 자료의 검토 결과 직종별 임금 수준의 편차¹⁰⁾는 의사직이 2.98로 가장 컸으며 사무직 2.42, 의료기사직 2.34, 간호직 2.13의 순이었다. 의사직의 경우 비교할 만한 자료가 제한되었으나 간호직의 경우 전국병원노동조합연맹¹¹⁾ (이하 병노련, 2.06), 임상간호사회(2.38)

10) 최대값/최소값

등과 비교해 볼 때 중간 수준이었으며 의료기사의 경우 병노련보다 안정적이며(2.42) 사무직은 병노련보다 훨씬 더 안정적이었다(2.84). 특히 병노련의 경우 40여개 병원을 대상으로 한 것으로 본 연구에서의 분석 대상 병원수가 145개인 점을 감안해 볼 때 연구 자료가 갖는 안정성은 그 의미가 더 클 것으로 보인다(부표 1 참조).

이 연구에서 사용한 직종별 임금 수준을 Hospital Planning Corporation¹²⁾ (이하 HPC, 1995)이 국내의료시장 진출 관련 보고서에서 언급한 각 전문과목별 의사 임금 수준 및 병노련의 자료(1994)와 비교해본 결과 본 연구의 의사직 임금 수준은 HPC의 2급(second class) 수준이었으며 의사직을 제외한 기타 직종의 임금은 병노련에서 제시하고 있는 해당 직종별 임금 수준보다 높은 것으로 나타났다. 임상간호사회의 조사 결과는 본 연구 자료의 84% 수준이었다(1993년 자료 기준임). 하지만 HPC 자료는 국내 의료 시장 진출을 모색하고 있는 미국 병원 기업의 요구에 의해 작성된 것이므로 전국적인 수준을 반영하고 있다기 보다는 외국 병원 기업의 관심 지역인 대도시 소재 의료기관 소속 의사들의 임금 수준을 반영하고 있을 확률이 높다.¹³⁾ 병노련의 자료 역시 노사(勞使) 협상에 사용할 목적으로 작성된 것이므로 자료의 해석에 많은 주의가 필요하다. 본 연구에서 사용한 자료의 안정성을 검토하기 위하여 HPC나 병노련 자료를 제외한 기존의 개별 연구자별로 발표된 임금 수준을 본 연구의 임금 수준과 비교하여 연구 자료의 타당성을 살펴보았다. 이를 위해 연도별로 달리 조사된 임금을 소비자 물가지수를 이용하여 1990년 기준으로 임금을 표준화하였다. 부표 2에서 제시한 표준화된 임금 자료 중 성익제의 연구 결과(1987)는 각 직급의 한계 호봉을 기준으로 산출한 것이므로 본 연구에서 적용한 초임 기준과는 상당한 차이가 있다. 그러나 김익화의 연구 결과(1990)는 초임을 기준으로 조사하였으므로 이를 본 자료 중 대학병원 소속 해당 직종의 자료와 비교해 보았다. 만일 두 자료를 합친 후 각 직종의 연평균 임금 인상률이 비슷한 결과를 보일 경우 자료의 안정성에 대한 신뢰가 더 커질 수 있을 것으로 보고 김익화의 연구 결과와 본 연구의 임금 자료를 동일 자료로 가정한 후 이를 시계열 자료로 합쳐 각 직종

11) 병노련의 자료는 1993년 임금 기준이며 전문대졸 간호직(42개 병원), 의료기사직(41개 병원) 등은 40여개 병원을 대상으로 집계하였으나 사무직의 경우(36개 병원) 대졸 사원을 기준으로 조사한 것임

12) 컨설팅 업체로 국내 의료 시장에 대한 진출을 모색하고 있는 Korean Managed Care Inc.(미국 기업)의 의뢰로 국내 의료 시장 조사를 대행하였음. HPC관계자는 중형 규모(300병상 내외) 병원(10여개 미만)을 조사하여 그 결과를 제시한 것으로 밝히고 있음

13) 외국 영리 병원들의 의료기관 개설 지역은 대부분 대도시와 대도시 인근 지역에 집중되어 있음(FAHS, 1991)을 고려해 볼 때 그 가능성은 더 높음

별 연평균 임금 인상률을 구해 보았다. 그 결과 간호사의 경우 3.70%, 의료기사 3.73, 사무직 3.38% 등 직종별로 비슷한 수준을 보여 연구 자료의 안정성을 간접적으로 확인할 수 있었다. 그러나 병원인력의 임금수준 분석에 있어 중요한 요인으로 고려되고 있는 병상규모 및 병원구분에 관한 자료가 우리 나라 병원을 대표한다고 보기 어려움으로 이 부분은 중요한 연구의 제한점으로 남아있다.

2. 연구 모형과 방법에 대한 고찰

기준 직종의 선정은 의사직의 경우 병원의 해당 진료과 개설 비율을 근거로 하였고 간호사직, 의료기사직, 사무직종의 경우 일선 병원에서의 고용 현황을 기준으로 하였다. 각 직종별 임금 수준의 병원간 비교를 용이하게 하기 위하여 연구에서는 인적자본 요인 중 직종과 근무년수(신입 기준)를 통제하였고 성(性)을 일치시켜 개인간 차이를 가능한 최소화한 후 초임을 기준으로 연봉을 조사하였다. 하지만 개인의 자질과 같은 특성을 고려하지 못함으로써 임금 수준에 영향을 주고 있는 다양한 인적자본 요인을 완전히 통제하지는 못하였다. 특히 이러한 요인의 영향은 의사직 임금 수준에 큰 영향을 미칠 것으로 보인다. 그리고 비록 '균필'이라는 조항을 언급함으로써(간호사의 경우는 예외) 호봉 차이에 따라 생겨날지도 모를 임금 수준의 차이를 통제하려 하였으나 완전한 것은 아니다.

연구에서 독립변수로 활용한 변수들은 전국 병원 경영실적 조사에서 수집한 것으로 이 연구를 목적으로 작성된 것은 아니다. 따라서 각 직종별로 병원 내에서 차지하는 중요성에 영향을 미칠 수 있는 요인, 예를 들어 해당 인력의 병원 수익 공헌도, 임상병리사의 경우 주요 진단별 검사 건수, 사무직의 경우 사무 업무의 성격과 수준 등을 반영하지 못해 누락 변수로 인한 편견(omitted variable bias)의 가능성을 배제할 수 없다.

이와함께 연구에서 사용한 종속변수 중 임금 수준은 초임을 기준으로 한 것이므로 만일 해당 병원에서 어떤 직종에 대하여 타 병원보다 낮은 수준으로 더 많은 인력을 고용할 경우(저(低)임금 다(多)인력 정책 활용시) 비록 직종별 개인당 비교에서는 임금 수준이 낮더라도 해당 직종 전체에 대한 임금 총액은 높게 나올 수 있어 임금과 관련한 각 병원들의 인력 운영 정책을 충분히 반영하지 못했다는 제한점이 있다. 이를 보완하기 위해서는 해당 직종에 대한 인건비 총액이 각 직종별로 수집되어야 하나 본 연구에서는 고려하지 못하였다. 그리고

이 연구에서는 근무년수별 임금 수준의 추세를 제시하지 못했다는 제한점이 있어 향후 이 부분에 대한 연구가 계속되어야 할 것이다.

3. 연구 결과에 대한 고찰

의사직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 병원의 그 어떤 특성이나 제반 요인으로도 의사직 임금 수준의 차이와 결정 요인을 구명하지는 못했다. 이는 다시 말하면 의사의 인력 시장은 병원의 제 요인으로 설명되지 못하는 전국적인 규모의 시장일 가능성이 크다는 점이다. 다만 통계적으로 유의하지는 않았지만 종합병원이나 병원급 의료기관에서의 의사직 임금 수준이 3차병원에 비해 높고 특별·광역시보다 읍·면지역 소재 의료기관에서의 임금 수준이 높아 근무 여건이 열악한 병원일수록 높은 임금을 제공함으로써 필요한 인력을 확보하고 있는 것으로 보인다. 이와 함께 노동조합이 있는 병원일수록 의사의 임금 수준이 낮아 노동조합이 각 직종간 균형적 임금 배분에 중요한 역할을 하고 있는 것으로 보인다.

간호직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 100명상당 의료수익이 높을수록 임금 수준이 높았으며 시지역 보다는 읍·면지역 소재 의료기관의 임금 수준이 통계적으로 유의하게 높았다. 100명상당 의료수익이 임금 수준과 유의한 관계를 보인 것은 조직의 성장 정도에 따른 연구(Rosenbaum, 1979; Stewman과 Konda, 1983)와 조직의 능력에 따른 연구 결과(Dalton과 Ford, 1977; Borjas, 1980)와 일치하는 것이다. 그 결과 병원 인력 중 간호사의 이직률이 현저한데 현재 간호사 인력의 취업과 관련하여 임상 분야 등 부분적으로는 간호사 공급 부족 현상을 경험하고 있고¹⁴⁾ 취업 인력의 분포에 있어서도 민간 분야 및 도시 집중 현상 등이 문제점으로 대두되고 있다(박현애, 1992). 이와 같은 여건 하에서 읍·면지역 소재 의료기관의 해당 인력 확보는 용이하지 않을 것으로 보이며 본 연구에서 시지역보다 읍·면지역 소재 의료기관에서의 임금 수준이 높게 나타난 것은 이들 지역에서의 간호 인력 확보의 어려움과 함께 이를 해소할 방안의 하나로 상대적으로 높은 임금 수준을 제시한 결과로 보인다. 비록 통계적으로 유의하지는 않았으나 읍·면지역 소재 의료기관의 임금 수준이 특별·광역시보다 높게 나타나고 있는 것도 이를 반증해 주고 있는 것으로 보인다.

의료기사직의 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 100명상당 의료수익이 많을수록 임금 수

14) 배출 간호사 전체를 기준으로 볼 경우 낮은 취업률로 공급 과잉 현상을 보이고 있음

준이 높았으며 3차병원이 종합병원이나 병원보다 임금 수준이 높아 의료기사의 임금 수준이 병원 조직의 규모에 많은 영향을 받고 있음을 알 수 있었다. 이러한 결과는 조직의 규모가 클수록 임금 수준이 높다는 기존의 연구 결과(Lester, 1967; Master, 1969; Haworth와 Reuter, 1978; Stolzenberg, 1978; Kalleberg, Wallace, Althaus, 1981; Mellow, 1982; Carroll과 Mayer, 1986; Podgursky, 1986; Evans와 Leighton, 1989; Brian과 Reilly, 1993)와 일치하는 것이다. 지역별 임금 수준 비교에 있어서 읍·면소재 의료기관의 의료기사직에 대한 임금 수준이 다른 지역에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 이러한 결과는 간호직과 마찬가지로 읍·면지역 소재 의료기관의 의료기사 인력 확보의 어려움을 보여주는 것인데 인력 확보를 위해 상대적으로 높은 임금을 지급하는 행위가 의사직에 한정된 것이 아님을 반증하는 것이다.

이와 함께 노동조합이 결성되어 있는 병원에서의 임금 수준이 노동조합이 없는 병원보다 높았으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 그러나 이와 같은 결과를 통해 타 산업 분야에서 일반적으로 나타나고 있는 노동조합의 역할에 대한 기존의 주장(Farber와 Saks, 1980; Benson, 1994)이 병원 조직에서는 적용되지 않는다고 단정하기보다는 병원의 조직적 특성상 노동조합의 역할이 제한되어 있기 때문으로 보아야 할 것이다. 이는 사무직을 제외한 조사 직종 전반에 걸쳐 노동조합의 결성 유무에 따른 임금 수준의 차이가 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 노동조합이 의사의 몫을 제한하고 기타 직종의 임금 수준을 향상시키는 등 직종별 임금의 균형적 배분경향을 보이고 있어 노동조합의 역할이 타 산업 분야와 상반된다기 보다는 제한적이거나 병원 조직에서도 나타나고 있다고 볼 수 있기 때문이다.

사무직 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 100병상당 의료수익이 높을수록, 시지역보다 읍·면지역 소재 의료기관이, 종합병원이나 병원급 의료기관보다 3차병원에서의 임금 수준이 높았다. 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 기존의 간호직, 의료기사직과 달리 노동조합이 없는 병원의 임금 수준이 노동조합이 있는 병원보다 높게 나타나고 있다는 점은 무척 흥미로운 결과로 여겨진다. 이는 어떤 의미에서는 노동조합의 역할이 임금 수준 결정에 주도적 위치에 있다기 보다는 보완적 역할을 할 뿐이며 임금 결정의 주체는 병원경영층이라는 것을 보여주는 것으로 해석할 수 있다. 간호직과 의료기사직과 같이 면허를 보유하고 있는 직종의 경우 임금 수준이 어느 정도 안정된 반면 사무직에 대한 임금은 경영자들의 입장에서 볼 때 조정이 좀 더 용이한 부분으로 고려되고 있기 때문이다.

VI. 결 론

이 연구에서는 병원 인력의 직종별 임금 수준 및 결정 요인을 구명하기 위하여 145개 병원의 자료를 분석에 활용하였다. 이 연구의 분석 단위는 병원으로 연구 자료 중 의료기관 특성 및 제 요인은 1993년 자료이며 각 직종별 초임 기준 연봉은 1994년 자료를 이용하였다. 병원간 임금 수준의 차이를 살펴보기 위하여 단일 변량 분석을 실시하였으며 각 직종별 임금 수준의 결정 요인을 구명하기 위해 다중 회귀 분석을 실시하였다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

각 직종별 임금 수준을 살펴보면 해당 직종 초임을 기준으로 조사한 결과 의사직의 경우 45,056천원(최소 25,000~최대 74,600)이었으며 간호직은 9,222천원(최소 6,000~최대 12,768), 의료기사직은 9,513천원(최소 6,156~최대 14,400), 사무직은 9,185천원(최소 5,640~최대 13,656)이었다. 각 직종별 임금 수준에 대한 회귀 분석 결과 의사직 임금 결정 요인과 관련하여 제 요인 중 유의한 차이를 보인 변수는 없었다. 간호직 임금 결정 요인과 관련하여 100병상당 의료수익이 높을수록 임금 수준이 높았으며 3차병원의 임금 수준이 병원급 의료기관에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 간호직 임금 수준에 대한 회귀 모형의 수정된 결정계수는 35.7%였다. 의료기사직 임금 수준과 관련하여 100병상당 의료수익이 높을수록, 3차 병원이 기타 종별 의료기관보다, 읍·면지역 소재 의료기관에서의 임금 수준이 특별·광역시 또는 시지역 소재 의료기관보다 높았으며 통계적으로도 유의한 수준이었다. 의료기사직 임금 수준에 대한 회귀 모형의 수정된 결정계수는 26.3%였다. 사무직 임금 수준과 관련하여 100병상당 의료수익이 높을수록, 읍·면지역 소재 의료기관이 시지역 소재 의료기관보다, 3차 병원이 기타 종별 의료기관보다 통계적으로 유의하게 높았다. 사무직 임금 수준에 대한 회귀 모형의 수정된 결정계수는 46.4%였다.

이상의 연구 결과를 종합해 볼 때 의사직을 제외한 병원 인력의 직종별 평균 임금 수준은 비슷한 수준을 보이고 있으며 의사직의 임금 수준이 타 직종에 비해 4.7배~4.9배 높은 수준으로 병원 조직에서 나타나고 있는 독특한 임금 구조를 확인할 수 있었다. 이 연구에서는 개인의 성과나 조직에 대한 기여도 등을 고려하지 못했다는 제한점이 있으나 우리나라 병원의 24.1%에 해당하는 병원을 대상으로 인적 요인을 통제한 후 초임을 기준으로 각 병원간 비교를 시도하였다는데 의의가 있다.

참 고 문 헌

- 김재수. 노동쟁의 발생빈도에 영향을 주는 구조요인. 『보건과학논집』, 1994; 4: 13-28
- 김익화. 대학종합병원 임금체계 실태분석에 관한 연구-서울지역 10개 대학종합병원의 임금체계를 중심으로-, 경희대학교 행정대학원, 1990
- 김한중. 의료비 증가억제와 보험재정 안정방안. 『의료보험』, 1989; 1: 13-22
- 박현애. 우리나라 간호인력의 장기수급 대책-2010년까지의 수요 및 공급추계-. 장기간호인력수급 공청회, 대한간호협회, 1992
- 배무기. 『교육투자와 소득분배, 주학중 편, 한국의 소득분배와 결정요인(상)』, 한국개발연구원, 1979
- 배무기. 『노동경제학』, 경문사, 1986
- 성익제. 병원임금체계의 실태와 개선방향. 『병원연구』, 1987; 11: 25-37
- 염용권. 병원의 인력수급 현황과 문제점 및 향후 전망. 대한병원협회 워크샵 자료, 1994
- 유승흠 등. 의사인력의 지역적 분포-전문과목과 진료수준을 중심으로-. 『대한예방의학회지』, 1993; 26(4): 661-671
- 이규식. 병원산업의 발전과 중소병원(2차의료기관)의 위치, 중·소병원의 위기와 발전방향 심포지움, 전국대학 보건관리학 교육협의회, 1995
- 이미나. 이중노동시장과 임금증진수단으로서의 교육정책, 송호근 편. 『노동과 불평등』, 나남, 1990
- 이해중. 병원에서의 임금체계 및 구성에 대한 고찰. 『병원협회지』, 대한병원협회 1989; 18(5): 7-15
- 임상간호사회 복지위원회. '93년도 병원 간호부서 근로조건에 관한 실태조사. 1993
- 의료원편람. 전국지방공사의료원연합회, 1995
- 전국병원노동조합연맹. '94 병원 임금 현황. 1994
- 정갑원, 정균승(역). 『노동경제학과 노사관계론』, 형설출판사, 1989
- 정기선. 우리나라 병원의 임금관리 실태에 관한 조사. 『병원연구』, 1984; 6: 75-93
- 한국보건의료관리연구원. 『'95 병원 경영 분석』, 1996
- 한국산업은행. 『재무분석』, 1995

- Benson J. The economic effects of unionism on Japanese manufacturing enterprises. *British Journal of Industrial Relations* 1994; 32(1): 1-21
- Borjas GJ. Wage determination in the federal government: The role of constituents and bureaucrats. *Journal of Political Economy* 1980; 88(61): 1110-1147
- Bowls S, Gintis H. *Schooling in capitalist America*. Basic Books, 1976
- Brian GM, Reilly B. The employer size-wage gap: Evidence for Britain. *Economica* 1993; 60(238): 125-142
- Brown CC, Medoff JL. The employer size-wage effect. *Journal of Political Economy* 1989; 97(5): 1027-1059
- Carroll GR, Mayer KU. Job-shift patterns in the Federal Republic of Germany: the effects of social class, industrial sector, and organizational size. *American Sociological Review* 1986; 51: 323-341
- Dalton JA, Ford EJ jr. Concentration and labor earnings in manufacturing and utilities. *Industrial and Labor Relations Review* 1977; 31(1): 45-60
- Emerson RE. Power-dependence relations. *American Sociological Review* 1962; 27(1): 31-41
- Evans DS, Leighton LS. Why do smaller firms pay less? *Journal of Human Resources* 1989; 24(2): 299-318
- FAHS. *Directory of investor-owned hospitals residential treatment facilities and centers hospital management companies health systems*, 1991
- Farber HS, Saks DH. Why workers want unions: the role of relative wages and job characteristics. *Journal of Political Economy* 1980; 88(2): 349-369
- Farrell JP. *Educational expansion and the drive for social equality*. Macmillan publishing co., 1982
- Freedman MK. *Labor markets: Segments and shelters*. Allanheld, Osmun, 1976
- Freeman RB. Union wage practices and wage dispersion within establishments. *Industrial and Labor Relations Review* 1982; 36(1): 3-21
- Frenzen PD. The increasing supply of physician in US urban and rural area, 1975 to

1988. *Am J Public Health* 1991; 81(9): 1141-1147
- Galbraith JK. *Economics and the public purpose*. Houghton-Mifflin, 1973
- Garen JE. Worker heterogeneity, job screening and firm size. *Journal of Political Economy* 1985; 93(4): 715-739
- Haworth CT, Reuter CJ. Industry concentration and interindustry wage determination. *Review of Economics and Statistics* 1978; 60(1): 85-95
- Hirsh BT. The interindustry structure of unionism, earnings, and earnings dispersion. *Industrial and Labor Relations Review* 1982; 36(1): 22-39
- Hospital Planning Corporation. Report on research requested by KMCI, 1995
- Jencks C. *Inequality: a reassessment of the effect of family and schooling in America*. Basic Books, 1972
- Kalleberg AL, Wallace M, Althausen RP. Economic segmentation, worker power, and Income Inequality. *American Journal of Sociology* 1981; 87(3): 651-683
- Lester R. Pay differentials by establishment size. *Industrial Relations* 1967; 7(1): 57-67
- Master S. Wages and plant size: An interindustry analysis. *Review of Economics and Statistics* 1969; 2(3): 341-345
- McNutt DR. Gmenac: its manpower forecasting framework. *Am J Public Health* 1981; 71(10): 1116-1124
- Mellow W. Employer size and wage. *Review of Economics and Statistics* 1982; 64(3): 495-501
- Newhouse JP. Geographic access to physician services. *Ann Rev Public Health* 1990; 11: 207-230
- Podgursky M. Unions, establishment size, and intra-industry threat effects. *Industrial and Labor Relations Review* 1986; 39(2): 277-84
- Rosenbaum JE. Tournament mobility career patterns in a corporation. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24(2): 220-241
- Rosenblatt RA, Lishner DM. Surplus or shortage? Unraveling the physician supply conundrum. *West J Med* 1991; 154(1): 43-50

- Sawhney PK, Herrnstadt IL. Interindustry wage structure variation in manufacturing. *Industrial and Labor Relations Review* 1971; 24(3): 407-419
- Stewman S, Konda SL. Careers and organizational labor markets: Demographic models of organizational behavior. *American Journal of Sociology* 1983; 88(4): 637-685
- Stolzenberg RM. Bringing the boss back in: Employer size, employee schooling, and socioeconomic achievement. *American Sociological Review* 1978; 43(6): 813-828
- The Hospital Research and Educational Trust and the Section for Small or Rural Hospitals, The American Hospital Association. *Increasing rural health personnel: Community based strategies for recruitment and retention*, 1992

부표 1. 관련 단체의 직종별 임금 수준 조사 결과(월평균 급여 기준)

(단위 : 천원)

HPC(1995) 전문과목	의사직	
	1급(First Class)	2급(Second Class)
내과	6,000 - 7,200	4,200 - 4,800
소아과	4,200 - 4,800	3,600 - 4,200
산부인과	7,200 - 8,400	4,800 - 5,400
일반외과	7,200 - 8,400	4,800 - 5,400
정형외과	9,600 - 12,000	6,000 - 7,200
신경외과	9,600 - 12,000	6,000 - 7,200
방사선과	5,400 - 6,000	3,600 - 4,800
피부과	5,400 - 6,000	3,600 - 4,800
비뇨기과	5,400 - 6,000	3,600 - 4,800
안과	6,000 - 7,200	4,200 - 4,800
이비인후과	5,400 - 6,000	4,200 - 4,800
가정의학과	4,200 - 6,000	3,600 - 4,200
임상병리과	3,600 - 4,800	3,000 - 3,600
해부병리과	4,800 - 6,000	4,200 - 4,800
병노련(1994)	평균	최소, 최대
간호직(전문대졸)	719	484 - 997
의료기사직(전문대졸)	734	441 - 1,067
사무직(대졸)	784	401 - 1,138
임상간호사회(1993)		
간호사(대졸)	649	418 - 996
간호사(전문대졸)	646	412 - 947

자료 : Report on research requested by KMCI. Hospital Planning Corporation, 1995

'94 병원 임금 현황. 전국병원노동조합연맹, 1994

'93년도 병원 간호부서 근로조건에 관한 실태조사. 임상간호사회 복지위원회, 1993

부표 2 임금 관련 기존 연구 결과(1990년 연봉 기준으로 조정)

(단위 : 천원, %)

연구자	직종구분	1인당 평균급여	최소, 최대값
정기선(1984) 전국 14개 병원 대상	전임의	29,984	3,392 - 6,032
	간호직(보조원, 수습, 오더리 포함)	4,416	
	약사/의료기사직(보조, 영양사 포함)	5,136	
	사무/기술/기능직	5,376	
	특수직(전공의, 조리사)	5,984	
	인건비 비율	32.1-71.3	4,832 - 9,168 공공 44.3 - 50.7 민간 43.0 - 48.0
성익제(1987) 7개 공공병원 대상*	의사직(전문의)	41,535	34,406 - 55,675
	간호직	5,565	5,181 - 6,066
	의료기사직	5,579	4,989 - 5,771
	사무직	6,450	5,520 - 6,834
김익화(1990) 서울소재 10개 대학병원 대상	간호직(대졸)	7,348	6,348 - 9,228
	의료기사직(전문대졸)	7,190	5,784 - 9,180
	사무직(대졸)	7,700	6,348 - 9,984
	인건비 비율	37.0	25.2 - 42.7
본 연구 (전체 병원)	의사직	34,846	19,335 - 57,695
	간호직(전문대졸)	7,132	4,640 - 9,875
	의료기사직(전문대졸)	7,357	4,761 - 11,137
	사무직(전문대졸)	7,104	4,362 - 10,561
본 연구 (대학병원 한정)	의사직	33,097	28,829 - 40,363
	간호직(전문대졸)	8,497	6,265 - 9,875
	의료기사직(전문대졸)	8,323	6,561 - 10,268
	사무직(전문대졸)	8,794	6,605 - 10,551
KOIHM('93)**	인건비 비율	39.1	35.6 - 44.0

* 각 직급의 한계 호봉 기준으로 산출한 결과임

** '93 경영분석자료(한국의료관리연구원, KOIHM) 결과임

자료 : 성익제, 병원임금 체계의 실태와 개선방향, 병원연구 1987;11:25-37

김익화, 대학종합병원 임금체계 실태분석에 관한 연구-서울지역 10개 대학종합 병원의 임금체계를 중심으로-, 경희대학교 행정대학원, 1990

정기선, 우리나라 병원의 임금관리 실태에 관한 조사, 병원연구 1984;6:75-93