

<발제1>

사회복지실천의 시장화, 전문성 제고의 대안인가? : 사회복지사의 개업실천을 중심으로

김정진(나사렛대 사회복지학부 교수)
최명민(백석대 사회복지학과 교수)

1. 문제제기와 배경

사회복지실천 시장화 논의의 배경은 크게 다음 두 가지 논리로 정리해 볼 수 있다. 첫째는 정치적 의도를 갖고 공공 사회복지서비스의 부족을 채우기 위한 대안으로서 시장화를 주장하는 것이다. 이는 유럽에서 그동안 정부가 담당해온 사회복지서비스에서 발을 빼기 위하여 민영화를 추진한 맥락에서 이해될 수 있다. 그런 측면에서 이 자리에서 논의할 사회복지실천의 시장화 이슈는 새 정부 출범과 함께 복지정책들에서 강조되고 있는 시장과 경쟁, 자율이라는 개념을 떠올리게 할 것이다. 그러나 우선 실천의 시장화 논의가 한국 사회복지에서 여전히 공공부문의 확대가 절실히 요구되고 있다는 사실에 반기를 들려는 것은 아니라는 점을 분명히 해 두고 싶다. 즉, “건실한 공공복지제도를 토대로 시장원리를 도입한 서구 복지국가에 비해 우리의 복지제도가 아직 그 기반이 형성해 가는 과정에 있으며, 국가는 이를 공고히 하는 노력을 지속적으로 경주해야 한다”(김연명, 2008)는 사실에는 이의의 여지가 없다. 따라서 국가가 해야 할 몫을 다 하지 않고 그 책임을 시장에 전가하는 방식의 사회복지실천의 시장화가 여기에서 논의하고자 하는 이슈는 아니다.

그러나 정부가 그 ‘최소한’의 공공부분을 확보해 가는 동안, 또는 그 기준에 도달하기까지 사회복지서비스에 관한 모든 것을 정부에 의존하면서 기다려야 하는지에 대해서는 의문이다. 국가개입이 전체 국민 복지를 구현하는 유일한 수단이라고 할 수는 없기 때문이다. 지금까지 한국의 사회복지서비스는 공공이 주도하거나 어떤 식으로든지 일정 부분 참여하는 방식으로 진행되어 왔다. 즉, 공공부문의 지원과 통제 하에 민간이 서비스를 기획하고 제공하는 것이 가장 일반적인 형태였다. 이는 전체적인 서비스의 내용을 정비하고 서비스 제공과 평가의 일관성 및 편의성을 확보하는데에는 효과적이었지만, 규율과 규제 속에서 서비스의 대상과 그 내용은 획일화되어 이용자의 선택권은 제한되었고 다양한 계층의 욕구에 민감하게 그리고 융통성 있게 반응하지 못한 면이 있었다. 기관은 이용자의 욕구에 부응하기보다는 관료의 기호에 맞추기 위해 노력하였고, 그 사이에서 사회복지사는 독점적인 역할에 안주하면서 자기개발 및 사회변화에 안일하게 대처하고 있다는 자성과 더불어 자신들의 업무에 대한 합리적인 보상을 받을 수 없는 구조적 제한으로 인해 자괴감에 젖게 되었다. 이러한 맥락에서 논의되는 두 번째 시장화의 배경은 정치적 의도에 의한 것이 아니라, 전문직에 의해 주도되는 것이다. 즉, 시장화를 사회복지직의 전문성 제고 전략이자 하나의 대안으로 보는 것이다(Dellegran and Höjer, 2005).

주지하는 바와 같이 한국 사회복지계의 지속적인 주요 화두 중 하나는 ‘전문성 확보’이다. 그러

나 우리가 처한 현실적 여건들을 살펴보면 사회복지직의 전문성 확보를 향한 행로가 만만치 않음을 알 수 있다. 사회복지사자격 취득 교육과정을 개설하는 기관들은 계속 증가하여 사회복지인력 공급은 기하급수적으로 팽창해 온 반면, 이를 합리적으로 통제하거나 효율적으로 관리할 수 있는 체계와 그에 부여된 권한은 여전히 현실적 필요를 충족하지 못하고 있다. 또한 사회복지서비스 공급체계는 배출되는 사회복지인력을 수용하기에는 이미 한계에 도달하여 실업상태로 남아있는 사회복지사자들이 증가하고 있는 추세이다(이기영·최명민, 2006). 이에 대해 그동안 제시된 대안들은 주로 교육체계의 개선이나 사회복지사업법의 개정을 통한 사회복지사 자격제도 개선에 집중되어 왔다. 그러나 이러한 개선책들에도 불구하고 현실에서의 변화는 기대에 미치지 못하고 있다. 관련자들의 이해타산이 복잡하게 얽혀 있는 상황에서 어떤 획기적인 개선책을 추진하는 것도 결코 용이하지 않기 때문이다. 사회복지사보수교육 법안 통과와 같은 희소식도 있지만, 전반적인 흐름은 오히려 우리가 생각하는 대안과는 달리 답보상태에 있거나, 오히려 반대 방향으로 흐르는 것은 아닌가 하는 우려를 지울 수 없다. 이러한 상황은 사회복지전문가가 되기 위하여 인적 물적 자원을 투자한 고급인력들이 자신의 노력과 능력에 비해 턱없이 부족한 대우를 받으면서 일해야 하는 현실, 그리고 더 나아가 사회복지사로서의 진로를 포기하고 다른 대안을 모색하는 결과를 초래하고 있다(최옥채, 2007). 한국 사회복지사의 평균 근무연수 4.6년은 숙련성과 전문성의 확보에 관한 현실을 반영하는 수치라고 할 수 있다(한국사회복지사협회, 2006). 사회복지사 교육 및 자격 제도의 합리적 개선을 위한 노력도 지속되어야 하지만, 이제는 이와 더불어 전문성 확보를 위한 새로운 방향들도 모색해 보아야 할 시기라고 생각한다. 여기에서는 그 대안으로서 사회복지서비스의 시장 개념에 기초한 개업실천을 제안하고자 한다.

송호근(2001 : 386)은 한국 복지제도의 개혁원칙을 제시하면서 그 중 하나로 민간부문과 제 3섹터의 활성화를 주장하였다. 민간부문과 제 3섹터는 공공복지에서 소외되는 영역과 집단의 증가에 대처하고, 복지제도의 사각지대를 축소하며, 서비스 전달체계의 경직을 예방함으로써 수혜자에 대한 혜택을 증가시킬 수 있다는 것이다. 물론 여기에서 언급하는 민간부문의 활성화가 시장화와 등치될 수 있는 것은 아니다. 그러나 민간부문 고유의 장점을 살리기 위한 하나의 대안으로서 시장화를 고려해 볼 수 있다. 사회복지 서비스의 질 제고 및 범주의 다양화를 위해, 즉 서비스의 상품성을 확보하기 위해 어느 정도의 경쟁은 불가피하다는 것이다.

그러나 한국사회복지실천에서 시장의 개념은 생소한 이슈이다. 아직까지 이에 대해 공식적인 논의가 있었던 적도 없었고 관련된 연구물이나 저작물도 찾아보기 힘든 현실이다. 그 이유는 제도적 보호 아래 서비스를 제공하는 데에서 얻을 수 있는 안정감 때문일 수도 있고(Matorin, Rosenberg, Levitt, and Rosenblum, 1987), 시장화가 과연 사회복지의 중심 가치와 철학에 부합하는가에 대한 이념적 갈등 때문일 수도 있을 것이다(Golton, 1971). 그러나 그 이유가 어디에서 기인하든지 간에 현실적으로 존재할 수 있는 가능성 자체를 차단한 채 사회복지 연구 및 교육 영역에서 이에 대해 언급하지 않는 것은 되짚어 볼 문제이다.

사회복지서비스의 모든 측면을 시장화하자는 것은 결코 아니다. 그보다는 시장화 전략도 필요하다는 것이다. 모든 것을 상품화하는 시장 만능주의에 동의하지도 않지만, 실천의 자율성이 제한된 국가 주도 하의 복지서비스로만 정형화되는 것도 바람직하지 않다고 보기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 시장원리에 기초한 개업실천이 사회복지 서비스의 발전과 전문성 제고에 기여할 수 있는 하나의 대안이라는 주장을 펼치고자 한다.

2. 사회복지실천 시장화 및 개업실천의 개념

한국에서 사회복지의 이념 및 제도는 주로 분배정의와 국가의 책임을 중시하는 유럽 쪽 모델을 근간으로 하였지만, 복지서비스와 이를 제공하는 전문가 모델은 상대적으로 자율성과 효율성을 중시하는 미국적 모델을 지향해 왔다. 서구로부터 사회복지실천의 많은 요소들을 도입하였지만 아직까지 한국사회복지실천에서 시장화 개념이 본격적으로 논의되지 못한 이유도 이러한 간극에서 찾을 수 있을 것이다. 즉, 우리는 사회복지에서 서비스의 질과 전문성을 논하면서도 이것이 상당부분 사회복지실천의 시장화 흐름 속에 존재한다는 것을 외면해 왔다. Heugten과 Daniels(2001)는 엄연히 존재하는 개업실천과 그 영향을 외면하고 언급하기를 거리키는 것은 결코 전문직에 도움이 되지 않는다고 하였다. 또한 서비스의 상품성과 시장, 전문직과 시장화를 완전히 분리하여 논의하기는 어렵다. 사회복지서비스의 시장화는 이제 스웨덴을 비롯한 유럽 뿐 아니라 복지국가로 분류되어 온 영연방 국가들에서도 하나의 흐름으로 정착되고 있는 추세이다. 물론 여기에는 자유주의의 득세가 영향을 미친 면도 있지만, 사회복지실천에서 시장개념을 보충적으로 도입하는 것이 사회복지실천의 본질을 훼손하는 측면보다는 서비스의 질 향상과 사회복지전문직의 전문화에 긍정적인 영향을 갖고 온다는 논리가 배경이 되었다고 할 수 있다(Heugten and Daniels, 2001; Dellegran and Höjer, 2005). 그런 측면에서 한국에서 사회복지실천의 시장화 논의는 사회복지실천의 스펙트럼을 확장한다는 의미가 있다.

사회복지서비스의 제공자를 공공과 민간으로 구분할 때, 시장화는 민간 영역에 해당되는 논의이다. 우선 민영화(privatization)란 국가역할 및 기능의 일부를 사적 제도에 이전하는 것이다. 이 때 사적 제도는 기업일 수도 있고, 자발적 조직이나 가족 등 비공식부분일 수도 있다. 이런 민간영역을 다시 비이윤추구(non-profit)와 이윤추구(for-profit)기관으로 구분할 때, 시장화는 이윤추구 기관에 해당되는 논리이다. 따라서 민영화의 한 유형이라고 할 수 있는 시장화 또는 상업화(commercialization)는 민영화가 사적영역의 이윤추구적 분야로 옮겨가는 경우 사회복지활동이 상업적 관행을 수용하게 되는 것을 의미한다. 협의로는 이윤추구적 복지제공자의 등장, 광의로는 사회시장의 여러 분야로 경제시장의 방법과 기풍이 유입되는 것을 아울러 포함한다(안병영, 1992).

이 글에서는 ‘이윤추구적 복지제공자의 등장’으로서 시장화에 초점을 두고자 한다. 이것이 전문가에 의해 주도되는 시장화의 주요 흐름이며, 본 연구주제인 전문성과보다 연관성이 크기 때문이다. 따라서 여기에서는 이러한 시장화의 중심에 존재하는 ‘개업실천(private practice)’을 논의의 대상으로 할 것이다.

개업실천은 사회복지전문직 초기에서부터 시행되어온 실천형태로 사회사업사전에서는 ‘충분한 교육과 경험을 통해 얻어진 사회사업의 가치, 지식, 기술을 자율적인 전문가에 의해 클라이언트와 상호간에 합의된 보수에 대한 대가로 사회적 서비스를 전달하는 것’으로 정의하고 있다(Barker, 1995). 즉, 개업실천이란 민간자원의 투자와 수익자 부담으로 이루어지는 사회복지서비스로서, 제도권 복지기관을 통해 제공되는 서비스와 차별되는 것이다. 단, 서비스전달에 대한 보수가 클라이언트 또는 클라이언트가 지정한 제 3자에 의해 사회복지사에게 지불될 때에만 개업실천으로 부르는 것이 일반적이다. 개업실천가와 유사하게 사용되는 용어들은 독립 사회복지사(independent social worker), 자기고용 사회복지사 (self-employed social worker), 자비량 사회복지사 (self-supporting social worker), 벤처 사회복지사(venture social worker) 등이 있다(한덕연, 2008). 즉, 어떤 부분에 의미를 부여하느냐에 따라서 다른 용어로 호칭되는데, 그만큼 활동의 형태도 개업

뿐만 아니라 프리랜서, 파트타임, 겸업 등으로 다양하다.

지금까지 개업실천이 활발하게 전개되어 온 영역은 주로 직접 서비스에 집중되어 왔다. 사회서비스는 소득보장, 보건, 교육, 주택에 비해 공공재적 성격이 약하기 때문에 서구 복지국가들에서도 이러한 서비스는 전통적으로 민간부문이 맡아 왔다(김태성·성경룡, 1993 : 286). 그 중에서도 심리치료, 상담, 정신분석 등과 같은 '치료'영역의 서비스들은 서구 개업실천의 주류를 차지해 왔다(Matorin et al., 1987). 그러나 개업실천이 반드시 직접적 대인서비스에만 국한되는 것은 아니다. 스웨덴의 개업실천에서는 치료나 상담 뿐 아니라 수퍼비전, 교육, 평가, 조사 및 사정 등이 주요 서비스 내용으로 보고되고 있다(Dellegran and Höjer, 2005). 한국에서 벤처사회복지를 제안한 한덕연(2008)도 상담 및 치료 서비스나 프로그램 운영 뿐 아니라, 사회복지사사무소를 통한 정보제공 및 의뢰와 사례관리, 프로그램 개발, 인력파견 및 교육훈련 사업 등을 제안하고 있다.

어떤 분야에서든지 개업실천이 가능하기 위해서는 우선 전문직 내에 공감대 형성이 필요하다. 조사결과에 따르면, 전문가들 사이에서 그 필요성과 가능성에 대한 공감대가 형성될 때 개업실천이 활성화될 수 있다고 한다(Levin, 1976). 그러나 일반적으로 사회복지사들은 개업실천에 대해 양가적인 태도를 갖고 있는 것으로 보고되고 있다(Matorin et al., 1987; Dellegran and Höjer, 2005). 사회복지사들은 규제를 싫어하고 자유로운 실천을 꿈꾸지만 동시에 제도적 실천에 의지하며 그 지원에 안정감을 느낀다는 것이다. 그럼에도 불구하고 많은 사회복지사들이 장기적으로 개업실천에 대한 포부를 갖고 있는 것으로 파악되고 있다. 이는 개업실천이 일반화 되어 있는 미국에서 뿐 아니라 공공 부문의 서비스가 발달한 유럽에서도 마찬가지다(Green, Baskind, Mustian, Reed, and Talor, 2007; Dellegran and Höjer, 2005).

3. 시장화의 일환으로서 개업실천 지지 근거

그렇다면 공감대 형성을 위해 개업실천을 지지하는 근거가 무엇인지를 구체적인 살펴보는 것은 중요할 것이다. 이 글에서는 이를 클라이언트 측면과 사회복지사 측면으로 나누어 살펴보고 개업실천과 관련된 오해에 대해 논해 보고자 한다.

1) 클라이언트 측면의 필요성

(1) 소비자 권리 강화

개인의 자율성과 자기결정권, 그리고 사생활보호는 사회복지실천의 기본 가치이다. 그러나 그동안 사회복지서비스의 대상자는 수혜자로서 규정되어, 그들의 권리는 자발적 요청에 의해 보장받는 것이라기보다는 전문가 의무에 의해 보장될 수 있는 것이었다. 서구를 중심으로 이용자 권리의식이 신장되면서 이들을 일방적인 수혜대상이라기보다 소비자로서 인식하고 그들의 선택권을 보장하는 '소비자주의'가 등장하게 되었다. 소비자주의란, 복지소비자로서 구매할 상품이나 서비스를 선택할 수 있는 사람들의 권리를 옹호하는 것이다(최명민 역, 2007 : 36). 개업실천은 이러한 소비자 권리를 실현하는 방식으로 인식되고 있다. 즉, 개업실천은 이용자가 누구로부터 어떤 도움을 받을 것인가에 대한 선택권을 보다 폭넓게 제공한다는 점에서, 개인의 자율성 및 자기결정권을 실현하는 방식이라는 것이다(Levin, 1976). 소비자권리의 또 다른 측면로 사생활보호를 들 수 있다. 개업실천은 기관 서비스에 비해 사생활보호에 더 안전하며 낙인이 적다는 점이 장점으로 꼽힌다(Borenzweig, 1981).

경제적인 논리에 의한 소비자주의가 지역적, 비용적 한계를 갖고 있는 대상의 선택권과 활동성에 제한을 가져온다는 비판을 받는 것은 사실이지만, 서비스 선택과 구매를 통한 소비자의 권리의식 향상이 반드시 그 소비자에게만 국한되는 것은 아니다. 서구에서는 소비자권리의식이 서비스의 특성과 기준에 대한 이용자의 통제권을 요구하는 움직임이나 자조운동 등으로 연결되기도 한다(최명민 역, 2007 : 36).

(2) 서비스 질 제고

그동안 한국에서 사회복지서비스에 대한 만족도 및 질에 대한 조사결과들을 보면 5점 기준에 3점대가 대부분이며 일부는 그 이하로 나타나고 있다(한혜경, 1999; 김희연, 2002; 윤기찬, 2004; 김원진, 2005; 양윤영, 2005; 정무성·노승현, 2006; 조윤경, 2006; 오창근, 2006). 이는 중상 수준에 해당되는 것으로 볼 수 있지만, 여성, 노인, 장애, 재가, 지역사회 등 어떤 영역도 이 점수대를 넘지 못하고 있다는 점, 조사기간에 차이를 받지 않고 지속적으로 비슷한 수치를 보이고 있는 점, 서비스 기관의 차이에도 불구하고 서비스 만족도에 차이가 없다는 점(김희연, 2002), 그리고 불만족 사유가 서비스가 실질적인 도움이 되지 않거나 서비스 질이 낮다는 응답이 수위를 차지하는 점(양윤영, 2005) 등은 사회복지서비스의 수준이 획일적이고 정체되어 있음을 보여준다. 더불어 사회복지서비스에 대한 질과 만족도에 대한 평가가 지역공무원, 사회복지사, 지역주민의 순으로 나타난 조사결과(오창근, 2006) 사회복지서비스 제공이 이용자보다는 제공자와 관료 중심으로 이뤄지고 있다는 비판을 입증하는 것이다. 이러한 사실들은 서비스 품질과 클라이언트 만족도 측면에서 사회복지실천수준을 재고해 보아야 할 시점이라는 것을 말해준다. 그만큼 서비스의 수준을 한 단계 끌어올릴 수 있는 새로운 방안이 모색되어야 한다는 것이다.

그런 측면에서 개업실천은 무엇보다도 소비자 만족과 서비스 효과성에 우선순위를 둔다는 강점이 있다. 기관 소속 사회복지사의 경우에는 기관의 규율과 정책을 따라야 할 의무 때문에 개입목표를 설정하고 달성하는 과정에서 클라이언트와 실천가의 선택보다는 기관의 여건이나 정책에 많은 영향을 받는다(Levin, 1976). 그러나 개업실천의 경우 기관의 기준에 맞추어 사회통제적 역할을 수행하거나 클라이언트의 욕구를 제한 또는 재단할 필요가 없다. 공공 주도의 서비스보다 민간 서비스에 대한 이용자의 만족도가 높게 나타나는 실제조사 결과도(윤기찬, 2004) 여기에서 원인을 찾아볼 있다. 개업실천가들은 실천경험을 통해 클라이언트가 지불한 금액에 부합하는 서비스를 제공하기 위해 얼마나 열심히 일해야 하는지를 깨닫게 되었다고 보고하고 있다(Levin, 1976). 생존을 위해 서비스 질을 확보해야 하는 단순한 시장의 논리가 보다 서비스 질과 이용자의 만족도 향상을 위한 기제가 된다는 것이다.

(3) 이용자 확대

한국에서 사회복지서비스는 그 종류와 양에 있어서 충분한가? 그동안 많은 제도적 서비스들이 개발되고 제공되어 왔지만, 여전히 서비스의 확대와 개발이 지속적으로 요구되는 것이 사회복지계의 현실이다. 그러나 기존 서비스로는 충족되지 못 하는 욕구, 보다 세밀하고 구체적인 욕구들을 다루기에 제도적 실천은 시간, 공간, 재정 면에서 한계가 있다. 이에 비해 개업실천은 그 대상과 영역, 그리고 서비스 내용에서 융통성을 발휘할 수 있는 강점이 있다. 따라서 주로 기존 서비스와 겹치지 않거나 그 서비스가 충분치 않은 분야에서 개업실천의 가능성을 창의적으로 모색할 수 있다. 실제로 개업실천이 주로 틈새시장을 대상으로 한다는 점에서(Peck, 2007), 기존의 제도적인 서

비스에서 도외시해온 대상에게 접근하는 기회가 될 수 있다. 특히 개업실천은 그동안 한국사회복지실천이 충분히 포괄하지 못 했던 일반 시민의 복지욕구에 부응할 수 있는 방법이 될 수 있다. 미국의 경우 개인 및 대인문제로 상담을 받고자 하는 중산층이 시장을 형성하고 이들이 전문가의 도움을 구하는 것에 대한 낙인이 감소한 것이 개업실천의 배경이 되었다고 한다(Wallace, 1981). 즉, 사회복지서비스가 저소득 중심이라는 현실과 통념은 사회복지사에 의해 제공되는 서비스 이용자를 제한하는 측면이 있다. 사회복지전문직이 저소득층 대상자에게 일차적 관심을 갖는 것은 사실이지만, 복지서비스를 필요로 하는 일반 시민들도 적절한 가격에 원하는 서비스를 이용할 수 있어야 한다. 결국 개업실천은 서비스 제공주체 및 그 내용의 다원화를 통해 이용자들의 외연을 확대할 수 있다는 것이다.

2) 사회복지사 측면의 필요성

(1) 사회복지사의 진로 확대

앞에서 살펴본 바와 같이 사회복지인력 공급은 이미 현장의 수요를 넘어서고 있으며, 앞으로도 이러한 추세가 지속 또는 강화될 것으로 전망된다. 그러나 이런 경쟁을 뚫고 어렵게 현장에 진입한 사회복지사들도 자신의 일에 걸 맞는 대우를 받지 못 하여, 빈번하게 이직 또는 사직을 결정하곤 한다. 이와 같은 현상이 결국 사회복지실천인력의 전문성에 부정적 영향을 미치리라는 것은 자명하다. 개업실천은 이러한 문제에 대응하는 하나의 대안이 될 수 있다. 앞으로 소비자의 욕구 및 기대수준 향상에 따라 복지서비스 전반에 걸쳐 이용자 선택권을 강조하게 될 것이고, 이미 바우처제도의 도입으로 수요자가 그 이용권을 갖고 복지서비스 기관을 비교하여 선택구매 할 수 있는 환경이 조성되고 있다. 더불어 기존 기관 입장에서는 이용자 확보를 위해, 그리고 경영의 효율성 확보를 위해 외부 전문가나 전문 프로그램의 지원을 받으려고 할 것이므로 아웃소싱에 대한 필요성도 증가할 것으로 예상된다. 이와 같은 변화에 따라 사회복지사는 독립적으로 개업하거나, 틈새시장을 모색하여 복지관련 업체를 창업하거나, 또는 일반 직업과 병행하여 사회복지사업을 진행하는 등 보다 다양한 진로를 모색할 수 있을 것이다(한덕연, 2008).

개업실천은 고급인력 및 경력자의 전문성을 살릴 수 있는 새로운 진로가 될 수 있다. 앞에서 언급한 사회복지인력수요의 한계로 인해 사회복지학을 전공한 석·박사급 인력들이 학력을 인정받지 못한 채 취업하거나, 실천현장을 떠나 다른 진로를 모색하는 경우가 늘고 있다. 또한 사회복지사들은 경력과 전문성을 쌓게 되면 대부분 직접 실천에서 멀어져 행정업무나 학계로 진출하게 됨으로써, 그 전문성을 활용할 수 있는 기회가 박탈되는 경우가 많다(Wallce, 1982). 그런 측면에서 개업실천은 전문성과 정체성을 잃지 않으면서 한 단계 더 전문적으로 성장하는 하나의 대안이자 기회가 될 수 있다. 실제로 개업실천사회복지사는 기관실천가에 비해 직접서비스를 제공하는 시간이 더 많으며(Borenzweig, 1981), 업무에 대한 만족도도 높은 것으로 나타나고 있다(Shinn, Rosario, Morch and Chestnet, 1984 ; Jayaratne, Davis-sacks, and Chess, 1991). 한편, 사회복지기관의 낮은 보수체계로 인해, 야간겸업 형태로 개업실천을 하는 경우도 찾아볼 수 있다. 파트타임이나 겸업형식의 개업실천은 수입에도 도움이 되고, 사회복지사가 자신이 선택한 사회복지분야에 남아있을 수 있도록 해 준다는 것이다(Goldmeier, 1990; Ozawa and Law, 1993). 사회복지 관련 일자리에 한계가 있는 상황에서 다양한 형태의 개업실천은 사회복지사가 새롭게 도전해 볼만한 대안이 될 수 있을 것이다.

(2) 사회복지사의 처우 개선

일반적으로 사회복지기관에서는 사회복지사의 전문성 향상이 임금향상으로 이어지기가 어렵다. 특히 사회복지직의 특성상 사회복지사의 경력의 폭만큼 임금의 증가 폭이 따라가지 못 하는 것이 현실이다. 미국에서도 이와 같은 임금체계의 문제는 개업실천 사회복지사의 출현 배경이 되었다 (Levin, 1976; Wallace, 1982). 그리고 이를 반영하듯이 미국뿐 아니라 유럽에서도 개업실천가들이 기관실천가들에 비해 더 높은 소득을 올리고 있는 것으로 나타나고 있다(Barker, 1991; Jayaratne et al., 1991; Dellegran and Höjer, 2005). 심지어 이러한 이유로 우수 인력들이 개업실천으로 빠져 나간다는 불평이 제기되기도 하지만(Barker, 1991), 이것이 장기적으로 기관의 생존을 위해 더 나은 인력 확보 경쟁을 유발하여 결국 사회복지사에 대한 전반적인 처우개선의 효과를 가져 온다는 것이다. 이와 유사하게 개업실천의 성공과 서비스 비용은 비례한다는 보고가 있다(Wallace, 1982). 그만큼 서비스 품질이 좋으면 더 많은 비용을 받을 수 있다는 시장의 논리가 적용되는 것이다. 이는 곧 사회복지사가 능력만큼 처우를 받을 수 있다는 것을 의미한다. 따라서 개업실천은 그동안 정부의 가격통제에 의해 그 질에 상관없이 ‘싸구려 서비스’로 취급받아 온 사회복지서비스에 대한 이미지에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것으로 보인다.

이와 같이 경제적 요인은 개업실천의 강력한 동기 중의 하나이다. 그러나 개업실천을 통한 삶의 질 개선도 중요한 요인으로 꼽힌다. Shinn 등(1984)의 연구에서는 개업실천가들이 정정보건 및 상담 세팅의 사회복지사들에 비해 스트레스증상이 적은 것으로 보고되었고, Jayaratne 등(1991)이 개업실천가와 기관실천가를 비교한 연구에서는 개업실천가가 기관전문가에 비해 심리적 스트레스, 신체 건강, 업무 수행에 따른 성취감, 삶의 만족도 등 모든 측면에서 더 건강하고 만족스러운 것으로 나타났다. 이는 개업실천가들의 학력, 경험, 수입이 상대적으로 높고 개업실천을 시도할 만큼 동기와 의욕이 많다는 것도 원인이 되었겠지만, 근로시간의 융통성이나 개성을 살릴 수 있는 업무환경, 동기수준이 높은 클라이언트 특성도 영향을 미친 것으로 해석된다. 즉, 일반적으로 알려진 수입 요인 못지않게 심리적, 신체적 안녕(well-being)도 개업실천 선택의 요인이라는 것을 알 수 있다.

(3) 사회복지사의 전문성 제고

사회복지실천의 일차적 관심사가 저소득층에 있는 것은 사실이지만, 사회복지사가 일정계층의 욕구만을 다룰 수 있는 전문가로 비취지는 것은 바람직하지는 않다. 또한 한국사회복지교육의 기본방향이라고 할 수 있는 일반주의 사회복지사 양성의 타당성에는 충분히 동의하지만 현재와 같이 대학원체제까지 모두 일반주의 사회복지사를 양성하는 수준에 머물러 있는 현실은 재고해 보아야 한다고 생각한다. 왜냐하면 다양한 계층의 욕구를 아우를 수 없는 편협한 전문직 이미지를 가질 때, 그리고 그 역할이 일반주의 사회복지사로의 획일화될 때, 타 분야와 사회로부터 사회복지사의 활동 영역과 역량을 폄하당할 위험이 있기 때문이다. 근래에 가족 및 상담 분야로부터 제기된 사회복지사의 전문성에 논란이 이에 해당된다. 그 예로 사회복지계의 반대에도 불구하고 2004년 건강가정기본법이 통과되는 과정에서 타 분야로부터 “사회복지사는 요보호자를 위한 잔여적, 사후적 서비스를 전담하므로 일반 시민과 가족을 위한 전문적 역할을 수행하기에는 부족하다”(정민자, 2003) 공격을 받았던 사례를 들 수 있다. 당시 사회복지계에서 이에 대한 반박자료들을 제시하고 그 인식을 바꾸고자 노력하였지만 이에 대한 동조를 이끌어 내지 못 했었다. 개업실천을 통해 각 계층과 영역에서 보다 구체적인 클라이언트의 욕구에 융통성 있게 부응할 수 있는 사회복지사들이 존재한다면, 이러한 공세에 대해 보다 효과적으로 대처할 수 있을 뿐 아니라 그런 공세 자체를 예

방할 수 있을 것이다.

개업실천이 과연 사회복지전문직의 전문성을 제고에 도움이 될 것인가에 대한 논의는 미국에서 개업실천이 활성화되기 시작하던 1970년대와 80년대에 주로 활발히 진행되었다. 70년대 미국에서 사회복지사들은 스스로를 전문직이라고 생각하지만 지역사회에서는 그들을 전문직으로 인정하지 않는다는 보고가 있었다(Levin, 1976). 이는 현재 한국사회가 사회복지사에 대해 갖고 있는 인식에 비유될 수 있다. 실제로 한국의 원조전문직 간 대중이미지 비교연구에서 사회복지사는 실제적이고 편안한 이미지를 구축하고 있지만 전문성이 타 전문직들에 비해 미약한 것으로 나타나고 있기 때문이다(강철희·최명민, 2007). Levin(1976)은 당시 이와 같은 인식이 나타나는 이유를 사회복지사들이 자신의 전문성에 의존해서 일하기보다는 기관의 지위와 권위에 의존해서 일하며, 사회복지사들의 전문성에 관심을 가져야 할 미국사회복지사협회가 그보다는 복지사업 자체에 더 많은 관심을 기울이고 있기 때문이라고 비판하였다. 이에 비해 개업실천은 사회복지사 개인이 더 책임감 있고 더 유능할 것을 요구하기 때문에 사회복지사의 전문성이 향상에 관심을 기울이게 된다는 것이다. 개업실천은 시장에서 생존이라는 절박함이 곧 전문성에 달린 문제이므로 전문성 향상을 위한 자기 노력이 필수적이다. 개업실천가들은 자신들의 상황을 '클라이언트에 대해 전적으로 책임지는 부담을 수반하는 자유'라고 묘사하고 있다.

따라서 이들은 무엇보다도 자신들의 실천의 효과성에 책임을 지기 위해 자문받기, 기법개선하기, 전문자료 읽기, 전문적 훈련과정 참여하기, 자격증 및 학위 취득하기, 그리고 조사연구 참여하기 등을 철저히 추구한다(Fizdale, 1975). 실제로 독립실천에서 성공한 사람들 대부분은 지속적인 소규모 공부모임을 유지하고 보다 높은 수준의 학위(박사학위)를 갖고 있는 것으로 조사되었다(Wallace, 1982). 사실 기관은 사회복지사의 발전을 장려한다는 원칙에는 동의하지만, 업무시간이나 규율과 같은 조건 때문에 실제로는 직원들의 자기발전 기회를 제한하는 면이 있다. 이에 비해 개업실천사회복지사들은 보다 자유롭게 자기개발 노력을 기울일 수 있고 이는 서비스의 효율성과 생산성으로 연결될 수 있다(Levin, 1976). 실제로 개업실천사회복지사들은 기관 사회복지사들에 비해 자신의 전문적 발달과 업무의 결과에 대해 더 만족하는 것으로 보고되고 있다(Dellegran and Höjer, 2005).

사회복지사의 전문화는 자율성과 통제감의 확보로 해석되며 관료화와는 상반된 의미로 사용된다. 따라서 제도적 기관의 관료적 속성이나 업무조건들이 개업실천으로 밀어내는 힘이라면 통제감과 자율성, 그리고 도전이라는 전문화의 속성은 개업실천으로의 선택을 이끄는 원동력이자 전문직의 특성으로 분류되곤 한다(Heugten and Daniels, 2001; Dellegran and Höjer, 2005). 기관에 속한 사회복지사의 경우 업무시간이나 담당사례 등에 대한 자율성이 제한되는 반면(Wallace, 1982), 개업실천의 경우 이러한 관료적 강제로부터 독립하여 보다 더 자율적으로 선택하고 결정하는 자유를 누릴 수 있다. 개업실천가들은 기관에서는 할 수 없었던 일을 할 수 있다는 것에 동기가 부여된다는 것이다. 이러한 자율성 측면은 전문직 과업 수행과정에서 뿐 아니라 진로선택과도 관련이 있다. 예를 들어 전문가가 자신의 전문성을 배경으로 개원할 수 있는 역량을 갖추고 있는지, 또는 사회복지사가 기관을 떠난 이후에도 자신의 전문성을 발휘할 수 있는가의 문제 역시 전문직 자율성에 해당된다. 즉, 어떤 전문직을 평가할 때는 그 전문직의 장기적인 과정, 즉 평생경력 측면을 고려해야 한다. 그런 측면에서 개업실천은 그 전문직의 전문성을 가장 대표적으로 보여줄 수 있는 하나의 기준이 될 수 있다. 그동안 사회복지전문직은 기관 중심으로만 활동하면서 그 독립성이나 자율성도 기관의 테두리에 국한해 왔다. 그러나 진정한 전문직으로 서기 위해서는 개업실천을 통한 사

회적 역할을 찾는 것 역시 반드시 필요한 과업이라고 생각한다. 전문직 입장에서 전문화의 목적이 통제감 및 영향력의 확보라고 할 때, 개업실천은 그에 부합하는 수단이 될 수 있다는 것이다.

3) 개업실천에 관한 오해 바로잡기

일각에서는 개업실천이 어려운 사람을 돕기보다 자신의 영달을 위해 노력하는 것이므로 박애주의 가치나 사회구조적 문제의 변화노력에서 벗어난 것이라고 비판한다. 개업실천이 없었다면 사회복지실천은 보다 더 높은 이상에 쉽게 도달할 수 있었을 것이라면서, 개업실천의 흐름을 막지 못하면 앞으로 사회복지 전문직이 존재하지 못 할 것이라고 경고하기도 한다. 그러나 Barker(1991)는 그동안 진행되어 온 개업실천의 결과는 이런 우려와 위협과는 상반된 것이며 오히려 개업실천이 팽창하는 기간 동안 사회복지 전문직은 그 정체성, 영향력, 명성, 서비스 질 향상 및 효과성 등에서 상당한 성장을 이뤄왔다고 역설한다. 여기에서는 일반적으로 존재하는 개업실천에 대한 오해들과 이에 대해 반박 논리들을 정리해 보았다.

(1) 개업실천의 목적과 관련된 오해

개업실천의 유일한 목적이가 돈이라는 비판이 있지만(Feldman, 1977 : Jayaratne et al., 1991에서 재인용), 실제 연구조사들의 결과에 따르면 개업실천의 동기는 돈보다 기쁨, 도덕, 전문화, 그리고 관료화로 인한 좌절로부터의 자유로 나타나고 있다(Alexander, 1987; Butler, 1992; Hardcastle and Brownstein, 1989; Jayaratne et al., 1991). Barker(1991)는 개업실천가가 일반 기관에 소속된 사회복지사들에 비해 시간 당 고소득을 올린다고보다는 상대적으로 더 많이 일하며, 수입만큼 지출도 크다는 측면에서 개업실천의 목적을 돈으로만 볼 수는 없다고 하면서, 기관사회복지사들이나 개업사회복지사나 모두 생계를 위해서 일하는 것은 마찬가지라고 하였다.

(2) 개업실천의 가치와 관련된 오해

개업실천은 과연 사회복지실천의 전통적 가치를 공유하느냐 하는 의문을 받아왔다(Golton, 1971; Hopps, 1987). 그러나 실제로 관련 연구들에 따르면 기관에 속한 실천가들과 개업실천가들 사이에 정체성이나 가치의 차이가 크지 않은 것으로 보고되고 있다(Borenzweig, H. 1981; Barker, 1991; Dellegran and Höjer, 2005). Mary Richmond 역시 개업실천가였다는 사실은 개업실천이 결코 전통적 가치로부터 벗어난 것이 아니라는 점을 보여준다. 사회복지사의 전통적 역할은 그 전문직이 강하고 영향력이 있을 때 가장 효과적으로 수행될 수 있다는 것을 기억해야 한다. 사회복지실천가의 전문성이 약화될 때 불이익을 보는 것은 사회적 강자가 아니라 약자들이기 때문이다(Barker, 1991). 개업실천의 가치와 관련하여 생길 수 있는 또 하나의 오해는 윤리적 취약성이다. 그러나 기관이라고 해서 다 윤리적인 것은 아니며, 오히려 개업실천이 조직적인 비윤리적 행위로부터 자유로울 수도 있다. 또한 기관에 속한 사회복지사는 수퍼바이저나 경영자로부터 보호를 받을 수 있지만, 개업실천의 경우에는 무엇이 옳고 적합한지를 전적으로 스스로 결정하고 책임져야 한다는 점에서(Peck, 2007), 오히려 자신의 실천과 선택에 대한 책임감에 더 민감할 수도 있다.

(3) 개업실천의 역할과 관련된 오해

개업실천의 주요 목적 중 하나가 경제적 요인이라는 점에서 개업실천이 클라이언트를 차별하며 사회적 책임에 소홀하다는 비판을 받곤 한다. 그러나 차별은 개업실천에만 해당되는 이슈는 아니다. 어느 기관이나 서비스 제공에 있어서 연령, 문제 유형, 인종·문화적 정체성, 경제적 조건들을

갖고 있다(Barker, 1991). 또한 개업실천가들도 경제적 요소를 고려하여 할인체계를 갖추거나, 제 3자를 통해 그 비용을 충당함으로써, 오히려 아무 선택권도 없고 너무 가난하여 어디에서도 받아주지 않는 클라이언트에게 필요한 서비스를 제공하는 경우도 많다. 그 예로 미국 LA에서 개업실천가들이 기존 서비스를 이용할 수 없는 저소득층 클라이언트를 돕기 위해 결성한 SWTS(Social Work Treatment Service)를 들 수 있다(Drucker and King, 1973). 시간, 장소, 비용에서 융통성을 갖고 있는 개업실천가들이 SWTS를 통해 자신의 강점을 살려 저소득층에 대한 사업을 성공적으로 진행한 것으로 보고되었다. 또한 개업실천가들 중 상당수가 기관의 이사, 자문 자원봉사자로, 전문가 협회의 임원으로, 수퍼바이저나 동료 검토자로, 그리고 자격 심사자로 활동하면서 사회적 책임도 수행하고 있다는 점에서 나름대로의 방식으로 사회적 역할을 수행할 수 있다는 것도 인정해야 한다(Barker, 1991).

(4) 개업실천의 영향과 관련된 오해

개업실천으로 사회복지사들이 빠져나가면 기관 사회복지 인력과 전문성이 부족하게 될 것이라는 견해가 있다. 그러나 기존 기관의 인력부족문제는 기금부족으로 인한 것이며, 기관에서 일을 구할 수 없는 사회복지사들이 개업실천을 고려하게 되는 것이다. 오히려 개업실천이 부재하다면 경험 많고 유능한 사회복지사들이 기관을 떠날 때 자신의 전문직을 계속 유지할 수 없게 된다는 점에서 개업실천은 전문성 유지에 도움이 된다고 할 수 있다(Barker, 1991). Green 등(2007)은 그럼에도 불구하고 개업실천을 희망하는 학생들이 사회복지교육과정의 가치를 떨어뜨린다고 생각하여 이에 관한 적절한 교육을 제공하지 않는 교육자들이 준비되지 않은 실천가를 양산하고 있다고 지적하였다. 학생들은 개업실천의 장단점, 그리고 개업실천이 사회복지사의 역할을 수행할 수 있는 하나의 대안이라는 것을 알 권리가 있다는 것이다.

결론적으로 개업실천과 기관실천은 분명 다르지만, 사회복지사가 그 정체성을 잃지 않는다면 개업실천에서든지 기관실천에서든지 사회복지사의 가치와 역할을 수행해 나가는 데에는 문제가 없다는 것을 알 수 있다. 개업실천가들도 나름대로의 방식으로 지역사회에 대한 책임이나 사회복지사로서의 역할을 다 하기 위해 노력하며 사회복지전문직의 전문성 향상에 기여할 수 있다는 것이다.

4. 외국의 개업실천 비교

전통적으로 대인사회복지서비스 중심으로 실천방법론과 기술적 전략을 체계화시켜 온 미국은 사회복지사의 개업실천도 일찍부터 시작되어 사회복지사의 전문화를 선도하며 전국적으로 제도화되어 있다. 반면에 영국, 스웨덴을 비롯한 전통적으로 국가복지를 추구한 유럽 국가들은 1980년대 공공으로부터 민간으로의 이양이라는 복지정책의 근본적 수정과정에서 사회복지사의 개업실천이 증가하면서 그 체계를 갖추어가는 과정에 있다. 이에 미국과 영연방국가, 스웨덴의 개업실천 전개과정과 현황, 지원제도들을 통하여 우리나라 사회복지서비스의 시장화에 관한 전망과 과제를 살펴보고자 한다.

1) 미국

(1) 전개과정과 현황

미국은 1940년대 초에 이미 개업실천이 시작되어, 2차 대전 후 뉴욕을 중심으로 30명 정도가 정

신분석치료 활동을 한 것으로 알려져 있다. 1950년대에는 점차 개업실천가가 증가되면서 기관종사를 포기하고 개업하는 경향에 대한 우려가 시작되기도 하였으나, 1958년 NASW는 독립개업을 사회복지전문직의 한 분야로 공식인정하였다. 이에 따라 개업실천이 도심 뿐 아니라 소도시와 외곽까지 확대되면서 미국 전역에 분포하게 되었고(Peirce, 1986; Levin and Leginsky, 1989), 사무실과 집에서, 그리고 가정방문으로 서비스가 제공되었다(Whittington, 1985). 이후 1970년대와 80년대를 거치면서 서비스 구매방식이 보다 일반화되었고, 자발적, 비영리적 조직이 주종을 이루던 사회복지영역 속으로 영리추구 조직이 유입되는 현상이 가속화되었다. 특히 소비자 선택의 가능성을 높이기 위한 현금, 상환권(vouchers), 조세 크레딧(tax credit) 제도의 도입은 사회복지서비스의 상업화를 주도하였다. 따라서 사회복지서비스도 점차 관료적 사업에서 기업가적 사업으로 인식되기에 이르렀으며, 개업실천의 증가에 따라 능률에 대한 관심도 높아지게 되었다(안병영, 1992). 이처럼 유럽이 1980년대 이후 사회복지공급의 민영화 과정에서 사회복지공급이 공공영역에서 사적영역으로 이양되면서 혼합되고 다원화되는 과정을 거친 것에 비해, 미국은 일찍부터 사회복지서비스 공급의 시장화 기반이 구축되어 있었다.

개업사회복지사의 수는 정확히 알려져 있지 않지만, NASW의 조사에 의하면 1991년 당시 약 13만 4천명의 회원 중 1만 5천명 이상이 개인 또는 집단으로 개업실천을 하고 있고, 4만 명 이상이 시간제 업무의 형태로 개인개업기관에 종사하고 있는 것으로 나타났다(Gibelman and Schervish, 1993). 2002년 NASW에서 600명 개업실천가를 토대로 실태조사를 한 결과에서는 단독개업이 77%, 집단개업(동업)이 23%였고, 평균근무시간은 주 21시간이었으며, 1주일에 평균 17.5명의 내담자를 상담하고 있는 것으로 나타났다. 사회복지사의 경력은 20년 이상 21%, 15년 이상 15%, 10년 이상 20%, 5년 이상 19%, 5년 미만이 24%였다. 전체 클라이언트의 63.1%가 여성이었고, 서비스 대가는 46%가 클라이언트개인이 부담, 36%가 보험사 지불, 11%가 의료보장급여로 파악되었다(<http://www.socialworkers.org>).

(2) 지원제도와 자격

1980년대에 개업사회복지사 수가 폭발적으로 증가한 데에는 사회복지사에 대한 제 3자 지불(third-party payment)이 정부가 부여하는 자격증 인증법률에 의해 가능해진 것과 법적인 자격인증제 도입이 큰 영향을 미쳤다(Barker, 1995). 제3자 지불은 청십자(Blue Cross)와 같은 건강보험조직, HMO(보건관리기구), 시민보건 및 의료 프로그램과 같은 정부재정지원의 보건의료프로그램을 통해 서비스 대가를 지불하는 것이다. 1994년에는 미국 내 모든 주 정부는 사회복지사가 개인개업을 실천할 수 있도록 허가하거나 자격을 부여했다. 동시에 제 3자 지불이 가능한 전문가의 보수규정도 마련하여 공인된 전문가로서 신뢰를 얻을 수 있게 되었다. 현재 33개 주정부가 임상사회복지사들이 서비스 대가로 서비스비용청구법(vendor laws)에 의해 환급(시간당 \$50~60)을 요청할 수 있도록 하고 있다.

개업실천을 사회복지사는 먼저 개업할 주의 자격요건을 갖추고, 주 정부의 전문가면허위원회 및 유사 조직을 통해 면허를 획득해야 한다. NASW, 미국임상사회복지사조사위원회, 연방임상사회복지사협회, 국제사회사업개인개업추진위원회 등에서 개업실천사회복지사에게 자격증을 주고 있다. 또한 사회복지사 회원이 많은 결혼 및 가족치료협회 등과 같은 조직에서도 개업실천을 위한 전문자격을 제공한다. 전문가격을 위해서는 공인된 사회사업대학에서 석사학위 이상 교육을 받고, 2년간 지도감독을 받으며 전임근무 혹은 3,000시간 이상의 유급 시간제 근무 경험이 있어야 한다. 개

업면허 지원자는 그 주의 전문가면허위원회와 접촉하거나, 미국주정부사회사업위원회에 정보제공을 위한 요청서를 보내야 한다. 많은 지역에서 개업사회복지사에게 지역의 인가와 등록자격 취득을 요구하는데, 보통 주정부 면허를 취득하면 지방당국의 허가도 받을 수 있다. 이러한 강화된 면허제도는 개업실천가들의 내부적 요구에 의한 것이다. 전문성강화의 노력이 전문적 역량을 인정받는 기반이 되고, 제 삼자의 지불상환과 타전문직의 의뢰를 얻어내는데 필수적이며, 전문가 자격증이 없으면 오진소송이나 다른 법적인 문제에 연루되기 쉽기 때문이다. 또한 임상적인 일을 하다 보면 정신과의사, 임상심리사, 의사, 변호사 등 개업이 가능한 전문직들과 부딪힐 수 있기 때문에 전문직에 대한 사회적 인가가 중요하다(Barker, 1995).

(3) 업무

대부분의 개업실천사회복지사는 심리사회적 문제, 부부문제, 동료문제, 자녀양육문제, 정신건강 문제에 대하여 정신치료, 집단치료, 결혼 및 가족치료, 다양한 형태의 상담과 같은 서비스를 실천하고 있다(Brown, 1990; Barker, 1995). 그러나 지도감독 또는 기관 자문을 제공하거나, 교육훈련세미나, 조사 등을 수행하는 등 비임상적 서비스를 제공하는 경우도 있으며, 개인거주보호시설등과 같은 서비스시설을 운영하기도 한다. 이들은 주로 의사, 정신과의사, 동료사회복지사, 변호사, 법정, 경찰, 학교, 교사, 결혼상담소, 기업 등에서 클라이언트를 의뢰받는다.

2) 영국

(1) 전개과정과 현황

영국에서 대부분의 사회복지사는 지방정부나 자원조직에서 일하기 때문에 사회복지사의 서비스에 대해 지용을 지불하는 것은 매우 생소하다. 이러한 대중적 인식 때문에 상담이나 정신치료를 위해 개업하는 사회복지사는 자신을 사회복지사로 여기지 않거나, 개업을 밝히지 않은 경우가 있었다고 한다(McDough, 1997). 하지만 대처 정부 이후 사회복지공급의 시장화가 정책적 수단을 통해 추진되면서, 보건과 교육 영역을 중심으로 위탁계약을 통해 공공이 담당하던 서비스 지급을 상업적 기업이나 비영리조직에 맡기는 서비스 구매방식이 증가하였다. 이는 토리정부 이후 더욱 강화되어, 사회서비스의 일부를 사회복지사가 사적으로 운영하도록 이양하고 있는데, 이는 민간공급자와의 협력을 통해 케어의 질에 관심을 두려는 것이었다. 그러나 케어는 전통적으로 간호영역으로 간주되어 이러한 정책 변화 이후에도 이 분야에 사회복지사의 개업이 더 활성화되지는 않았다(Manthrope and Stanley, 1997).

(2) 지원제도와 자격

영국사회복지교육협의회와 사회복지사협회(BASW)는 최근까지 개업을 허용하지 않았다. 하지만 영국정부는 공공영역의 국가재정이 줄어들면서 새로운 형태의 사회서비스가 제한적으로라도 공적 서비스를 대체하는 것을 지지하였다. 이에 따라 점차 사회복지사들이 직장지원프로그램이나 미국의 자회사인 기업복지사업에 관여하면서 개업실천가들이 조금씩 증가하고 있다(Heugten and Daniels, 2005, 재인용). 따라서 BASW도 개업실천에 대한 욕구에 반응할 수밖에 없게 되어, 현재 영국사회복지사협회 산하에 개업실천가포럼을 인정하고 있다(www.basw.co.uk).

(3) 업무

영국에서도 개업실천의 영역은 주로 개인 및 가족을 위한 상담, 정신건강 상담 업무 등이다.

3) 호주

(1) 전개과정과 현황

호주에서도 사회복지서비스가 법적으로 보장받는 것으로 인식되기 때문에 개업실천이 수용되기 어려울 것으로 예상되었지만, 영국과 마찬가지로 사회복지환경의 변화에 따라 개업실천이 나타나게 되었다. 즉, 1980년대에 호주정부가 비간접주의와 증상주의 이념을 채택한 결과 복지 및 사회보장비가 감소되면서(Thrope, 1985), 일부 서비스는 개업실천가들과 협약을 통해 제공하게 되었다(Mendes, 1997). 또한 지불을 보증하는 연합체들과 연계하여 개업하는 경향도 증가하고 있다.

(2) 지원제도와 자격

호주사회복지사협회(AASW)는 개업실천을 하기 전 최소 3년의 임상경험을 규정하고 있으며, 1시간 당 호주화 90불(약 35파운드)의 상담비를 권고하고 있다. 그러나 Rosenman(1989)은 윤리적 이슈의 중요성을 강조하면서 클라이언트 지불능력 때문에 치료에서 배제되거나 낮은 질의 서비스가 주어지는 안 된다고 하였다. 한편 AASW에서는 개업 정신보건사회복지사에 대한 정보를 제공하여 지역의 의사, 관련 기관 및 당사자 등이 정신보건서비스를 받거나 의뢰할 수 있도록 홍보해주고 있다. 홍보자료에는 그들의 전문성, 서비스 유형, 보험서비스를 받을 수 있는 점, 연락망 등의 정보가 포함된다(<http://www.aasw.asn.au>).

(3) 업무

정신보건영역의 개업실천이 가장 활발하며 개인의 심리사회적 적응을 위한 치료, 가족치료, 지역 사회사회재활상담 등의 임상적 서비스를 제공하고 있다.

4) 뉴질랜드

(1) 전개과정과 현황

뉴질랜드도 복지국가로서 모든 복지공급은 공적영역에서 제공하는 것으로 충분하다고 믿어 전문성에 대한 관심이 상대적으로 적었고 개업실천의 여지가 없었다고 한다. 그러나 1980년대 이후 노동당이 상업주의를 도입하면서 상업주의와 기업화가 공공복지영역에도 적용되기 시작하였다. 따라서 사회복지기관에도 경영전문가가 투입되고 조직의 효율성이 강조되었다. Easton(1977)은 이렇듯 경영을 강조하게 된 것은 전통적 공공복지 서비스가 비효율적이며, 보장을 제공하는데 실패했다는 것을 의미한다고 보았다. 이에 따라 아동청소년 서비스가 재조직되었고, 정신병원을 포함한 공공의료기관도 재편되었다. 이 과정에서 업무배치가 자주 바뀌고 프로그램 효과성을 입증할 조사연구가 강조되는 등 업무환경이 변화하자 사회복지사의 소진이 증가하였고 결국 개업실천으로 방향을 돌리는 경력사회복지사도 늘어나게 되었다. 여기에는 개인 내적갈등으로 야기되는 문제에 대한 서비스는 개인이 부담해야한다는 소비자들의 태도변화도 영향을 미쳤다(Heugten and Daniels, 2001).

(2) 지원제도와 자격

최근까지 뉴질랜드사회복지사협회(NZASW)에서는 개업을 위한 특정한 기준을 두고 있지 않았었다. 그러나 이러한 제도 미비로 인해 보험회사로부터 서비스지불에서 사회복지사가 제외되자, 자체적으로 자격기준강화의 필요성이 대두되고 있다(Heugten, 1994). 따라서 개업실천사회복지사들은 상담가연합회(ACC)의 멤버십을 가지고 대응하거나, NZASW 산하 이해집단의 하나로 활동하면서

상호교류 및 지원활동을 하고 있다. 또한 개업실천에서 있을 수 있는 피소송 및 상해 등에 대해 보호받을 수 있는 전문가보장보험에 가입해 있다(<http://www.ansasw.org.nz>).

개업실천사회복지사는 클라이언트에게 직접 서비스를 받기도 하지만 제3자 지불 방식을 선호한다. 최근에는 가정법원이나 산재보험회사 등에서 학대, 폭력, 이혼 문제의 예방 및 개입을 위해 보통 6회기 이내의 서비스에 대한 비용(시간당 NZ\$ 50)을 지불해주는 제도를 이용하는 경우와 직장인지원프로그램(EAP)협약에 의해 상담(보통 3회기 이내)을 제공하는 경우가 증가하고 있다. 또한 장애연금에서 지원하는 수급자나 저소득층 상담을 통해 연금수급을 지원해주는 상담을 하기도 한다(Heugten and Daniels, 2005).

(3) 업무

뉴질랜드 최초의 개업실천사회복지사 Hankok은 1967년 전일제로 개별 및 가족상담을 시작하였으며, 1971년에는 두 명의 전일제 개업실천가와 일부 시간제 개업실천가가 교류분석, 심리극, 게스탈트 기법 등에 대한 훈련을 시행한 것으로 알려져 있다. 아직까지 뉴질랜드에서 개업실천가는 소수지만 가족치료 및 상담 영역을 중심으로 개업실천이 증가하고 있다(Heugten and Daniels, 2005).

5) 스웨덴

(1) 전개과정과 현황

스웨덴의 사회보장체계는 국가 중심의 전통을 이어왔으나 최근에는 공공 및 민간 혼합 형태로 변화되면서 다양한 사회정책이 수용되는 복지다원주의적 경향을 띠어가고 있다. 1990년대 이후에는 정치적, 이념적 변화에 따라 사회보장도 탈중앙화, 시장중심, 이용자 재정 부담으로 방향을 바꾸기 시작하였다. 이러한 사회보장 정책과 사회복지실천 환경의 변화가 스웨덴의 개업실천을 견인하는 요인이기는 하지만, 전문가 내부의 필요에 의한 것도 있다. 스웨덴의 경우 지방정부에서 사회보장과 사회서비스의 결합 가능성을 모색하고 있지만 너무 통제적이어서 전문적 실천에 한계를 가져왔다. 이러한 탈전문화에 대항하여 사회복지실천의 역량, 지식, 방법론을 조직화하려는 움직임과 자율적이고 전문화된 실천의 추구는 개업실천이 등장하는 배경으로 작용하였다.

스웨덴의 개업실천에 대한 Dellagran과 Höjer(2005)의 조사에 의하면, 개업실천에 찬성하는 층은 젊고, 최근에 교육을 받고, 대학원 이상의 교육과 수퍼비전, 치료기술훈련을 받으며, 자신의 일에 불만족한 사회복지사들이라고 한다. 현재 스웨덴 전체 사회복지사 중 7%가 개업하고 있고, 이들 중 12%가 전일제 개업을, 2/3가 8시간 미만 개업실천을, 나머지는 겸업(취업과 개업)을 하고 있는 것으로 파악되고 있다.

(2) 지원제도와 자격

스웨덴에서 사회복지사는 자체적인 훈련과 교육을 통해 독점적으로 배출되는 전문가로서 그 전문성과 권위를 인정받고 있다. 그리고 복지서비스는 복지전문가에 의해 이루어져야 한다는 인식이 일반적이다(Dellagran and Höjer, 2005). 따라서 개업실천을 위한 특정 자격요건을 규정하기보다는 업무를 수행하기 위한 사회복지사의 역량과 전문성이 강조되고 있다.

(3) 업무

스웨덴에서 개업실천가의 업무는 수퍼비전, 개별가족상담, 교육, 상담, 평가의 순으로 이루어지고 있다. 개업동기는 주도성, 자율성, 근무시간조절가능, 변화욕구, 도전, 전문화, 자영업의 추구하고 관

련이 있는 것으로 파악되고 있다(Dellagran and Hojer, 2005).

6) 외국사례의 시사점

위의 내용을 요약한 것은 다음 <표 1>과 같다.

<표 1> 서구 5개국의 개업실천 특성 비교

구분	미국	영국	호주	뉴질랜드	스웨덴
등장 시기	1940년대	1980년대	1980년대	1970년대	1990년대
등장 배경	· 전문가의 자발적 개업	· 민영화 정책 · 민간기관 근무형태 증가 · 개업실천은 비공식적으로 시행	· 정부정책변화 · 전문적 실천에 대한 내부육구 증가	· 정부정책변화 · 전문적 실천에 대한 내부육구 증가	· 정책기조변화 · 전문가 내부의 필요 증가
규모	· 2002년 기준 전체 사회복지사의 약 20%(겸업포함하면 40%까지 추산) · NASW산하 이해 집단으로 등록하여 활동 중	· 비공식적인 개업으로 파악한계 · 기업지원상담 등 증가추세 · BASW산하 이해 집단으로 등록하여 활동 중	· 규모를 파악하기 어려우나 증가추세에 있음. · AASW산하 이해 집단으로 등록하여 활동 중	· 2000년 기준 NZASW의 737명 회원중 66명이 개업회원 · NZASW산하 이해 집단으로 등록하여 활동 중	· 2005년 기준 전체 사회복지사의 7%가 개업실천 중
주요 서비스	정신치료/개별 및 가족상담치료/ 교육 및 자문	직장지원프로그램이나 기업복지	정신치료/개별 및 가족상담치료/ 교육 및 자문	가정폭력희생자, 이혼문제 등 가족 문제에 대한 치료적 접근	정신치료/개별 및 가족상담치료/ 교육 및 자문
자격	NASW 공식인정 과 법적 면허인가제도	개업실천의 증가추세를 예상해 BASW에서 자격제도 검토 중	AASW 공식인정 자격규정	NZASW 공식인정 자격규정	사회복지전문직에 대한 대중적 신뢰도 높음. 별도의 자격규정 부재.
지원 제도	· 제3자 지불제도 (시간당 50-60\$)		· 제3자지불제도 (시간당 AU \$90 /35파운드) · 지불보증 되는 기관과 연합하여 제3자 지불방식의 혜택, 개업기관끼리 지역별 연합체 구성하여 대응	· 제3자지불제도 (시간당 NZ \$50 /15.50파운드) · 가정법원, 산재보험 등 단기상담의뢰, 직장지원단기 상담의뢰, 장애연금수급상담 등 공공기관과 협약 · Professional Indemnity Insurance 제도	

이들 국가에서 사회복지사들이 개업실천으로 전환하는 배경에는 1980년대 이후 세계적인 신자유주의적 이념기조 속에서 사회복지 서비스공급의 정책방향이 국가중심에서 지방중심으로, 공공 중

심에서 민간중심으로 분담 및 이양되는 거시적인 변화가 자리하고 있다. 그리고 이러한 흐름 속에서 교육 수준이 높고 실무 경력이 많은 사회복지사들이 보다 전문적이며 자율적인 업무실천을 원하면서 자생적으로 개업실천을 발생 및 가속화시킨 흐름도 발견할 수 있다. 다시 말해서 국제적인 개업실천 증가의 배경은 공적영역의 축소, 제도적 기관중심 사회복지실천의 한계, 전문성과 자율성을 원하는 사회복지사의 요구 증대 등으로 정리해볼 수 있다.

이러한 전환은 기본적으로 개업당사자의 전문성, 업무관리역량에 의존하고 있다. 하지만 개업환경은 사회복지사 개인의 전문역량을 요구할 뿐 아니라 전체 전문직 차원의 자격통제와 윤리규정을 강화하여 사회적 인가기준을 충족할 것을 전제로 하고 있다. 이는 사회복지사의 역량을 공인하는 자격 및 지원제도를 통하여 늘어나는 사회복지서비스 욕구에 사회복지사가 전문적으로 대응할 수 있는 전문가임을 보증함으로써 제3자 지불보증제도 속에서 개업사회복지사의 수입구조를 안정화시키는 기반이 되고 있다.

결국 개업실천은 사회복지사의 경력과 전문성, 사회적 책임성과 인지도가 더 높아지는 과정이 되고, 높은 업무수행능력은 기관 사회복지사의 교육과 수련, 업무 자문 등으로 순환 되며, 일정한 경력이 쌓이면 다시 기관에 들어가 책임자로서 일을 함으로써 사회복지기관의 전문화에도 순기능을 하고 있는 것으로 판단된다. 이는 사회복지사의 개업실천의 증가가 사회사업의 공공성을 훼손한다는 기존우려와 논쟁을(최재성, 1996) 재고하게 하는 부분이다.

5. 한국의 개업실천 현황

1) 전개과정과 현황

1980년대 이후 한국의 민영화 흐름은 복지국가의 민영화 내지 시장화의 논의와는 근본적으로 다른 것이었다. 즉, 우리나라에서는 자생적인 사회복지시설 및 비영리법인에 의한 복지공급이 이루어지고 있는 가운데 국가의 재정지원과 비영리법인의 복지기관 운영이라는 틀이 보편적인 형태로 확대되면서 기관중심의 사회복지실천이 이뤄져 왔다. 그 사이 사회구조는 점차 경제개발과 산업화, 정보화, 지식사회화에 따라 급격히 변화되어 왔고, 빈곤, 가족의 기능약화 등 다양한 사회문제의 출현, IMF체제 하의 대량실업, 그리고 사회적 양극화의 문제가 심화되면서, 점차 사회안전망 구축과 사회복지서비스의 필요성이 부각되었다. 이는 사회복지인력의 수요 증가로 이어져 교육기관의 확대와 사회복지인력의 대량 공급 시대를 맞이하게 되었고, 사회복지서비스에 대한 욕구가 보다 구체화되면서 정신보건서비스와 개인 및 가족상담 서비스 시장이 조금씩 형성되었다. 또한 1990년대 이후 사회복지기관에 대한 재정지원 제도가 평가중심으로 전환되면서 업무환경이 성과 위주로 변화하고, 사회복지기관도 업무개선 및 구조조정의 압박을 받게 되었다.

이와 같이 서비스 인력의 증가, 복지서비스에 대한 욕구 확대, 그리고 기관 업무환경의 변화 추세 속에서 우리나라에서도 교육수준이 높고, 실무경험이 많으며, 특별한 요구에 대한 전문성을 갖춘 사회복지사들이 1990년대 이후부터 자생적으로 개업실천을 시작하게 되었다. 2008년 현재 약 10여 곳 정도의 개업실천이 길게는 10년 이상 지속적으로 운영되고 있다. 그러나 사회복지계에서 이를 공론화하여 논의한 적은 없었으며, 개업실천가들 역시 개인적인 자원망 안에서 업무에 충실하는 데에 치중하여, 이들 간의 상호 연대, 공동 대응, 사례공유 등과 같은 집단활동을 활발히 시도하지 못 했던 것이 사실이다.

현재 한국의 개업실천을 영역과 업무특성에 따라 살펴보면 다음과 같이 분류할 수 있다(한덕연, 2008).

- 직접 서비스 제공 : 석계나눔터, 나우리정신건강센터, 안영실정신건강센터, 단기가 족치료연구소, 한정신건강센터, 정은가족치료연구소, 품청소년문화공동체 등
- 사회복지정보제공 및 연계 : 사회복지정보원 등
- 복지기관 프로그램 공급 : 한국치료레크레이션센터, 사회복지프로그램지원센터 등
- 기타 여러 가지 틈새사업 : 수화통역센터, 리서치센터, 복지기관컨설팅 등

2) 개업실천 사례 조사

여기에서는 개업실천의 시장여건, 즉 클라이언트의 수요와 개업 서비스 공급이 균형적으로 이루어지고 있는지를 알아보고, 개업실천 경험자들로부터 사례를 수집 및 분석하여 그 현황, 전망, 과제 등을 탐색해 보기 위하여, 비록 소수이기는 하지만 개업실천을 하고 있거나 경험이 있는 기관을 중심으로 한국에서의 개업실천경험을 조사해 보았다.

조사대상은 앞에서 제시된 개업실천 현황을 참조하여 비교적 사회복지계에 일반적으로 알려져 있는 개업실천기관들 중에서, 본 면담의 목적에 동의하는 기관으로 선정하였다. 그 결과 정신보건 영역이 4곳(정신장애인사회복지재활치료시설1곳, 정신건강상담센터 3곳), 가족상담치료기관 1곳, 리서치센터 1곳, 컨설팅기업 1곳 등 모두 7기관이 조사에 응하였다. 이 중에는 사정에 의해 한시적으로 서비스를 중단하고 있는 기관들도 있었지만, 이 역시 분석자료로서 의미가 있다고 사료되어 포함시켰다.

조사방법은 전화와 서면을 활용한 인터뷰로서, '개업목적, 동기, 준비기간, 서비스 제공자, 서비스 내용 및 주요 방법, 소요비용, 대상자의뢰경로, 운영방법 및 전략, 개업의 장단점, 성공 또는 중단 요인 등'으로 구성된 조사 목록을 중심으로 진행하였다. 또한 답변내용이 부족하거나 불확실한 부분은 추가면담을 통해 그 내용을 보완하였다. 조사기간은 2008년 2월 1일부터 3월 15일까지였다.

(1) 사례요약

한국의 개업실천경험이 소수이고 그 내용이 구체적으로 공유된 적이 없었기 때문에 여기에서는 본 조사에 응한 7개 개업실천의 사례를 간략히 정리하여 모두 제시하였다. 다음 사례는 개업 순서에 따른 것이다.

• **정신재활서비스개업(S센터)**

1992년 정신병원 사회복지사 6년 경력과 해외연수경험을 토대로, 정신장애인이 퇴원 후 집중적인 사례관리와 치료 및 재활 서비스를 유료로 받을 수 있는 곳이 없다는 점에 착안하여 임상심리사와 협업으로 개업하였다. 의뢰 체계구축과정에서 타전문가는 물론 사회복지사의 이해가 부족하여 어려움이 많았지만, 정신장애인의 사회복지를 위한 개별맞춤의 통합적 재활치료프로그램을 가지고 집중 사례관리하는 특수한 모델의 적용이 성과를 가져옴으로써 현재까지 수혜자 부담의 기관을 성공적으로 운영해 오고 있다. 개업의 전망은 밝지만, 전문성이 결정적인 변수라고 보았다.

• **가족치료분야의 연구소개업**

어려움에 당면한 개인과 가족이 전문상담을 통해 그들의 장점과 자원을 활용하여 문제를 해결하도록 도우며, 가족치료전문가를 양성하고 한국문화에 맞는 가족치료 개발로 한국가족치료 이론의 발전에 기여하고자 1996년 사회복지전공 및 아동학 전공 교수가 함께 집단개업을 하였다. 현재는 교육자들로 구성된 특성에 맞게 방학 중 상담운영, 학기 중 교육중심으로 운영한다. 사회복지임상교육을 하는 전공교수라면 이런 형태의 개업이 교육과 임상을 연결하여 연구와 교수방법의 질을 높이는데 유익하다고 보았다.

• **정신보건상담개업(N센터)**

1997년 정신보건사회복지사들이 지역사회 내 정신건강문제를 가진 사람이 쉽게 접근할 수 있는 상담시설이 부족하고 정신보건의 예방 및 조기발견체계가 취약하다는 문제인식을 공유하여 공동투자형태로 개업하였다. 당시 부가가치세면세사업자로 관할구 세무서에 등록하였다. 최소 10년 이상 임상경력을 가진 사회복지사의 독립실천욕구와 겸업을 통한 위험부담을 줄이는 전략이 개업을 가능하게 하였다. 사회복지사, 정신과의사 등의 의뢰, 타기관의 프로그램 지원, 수퍼비전 등으로 운영되었다. 실천가 모두 겸업으로 본래의 직업(교수직 또는 전일제 정신보건사회복지사)을 동시에 수행하는 데 한계가 있어 일시 중단상태이다.

• **조사연구분야의 리서치센터**

1999년 개업했으며, 사회복지기관이 주요 고객이었다. 욕구 및 평가조사 대행, 조사통계교육, 지역사회조사 중심으로 업무를 수탁하다가 사회복지기관평가가 정례화되면서 평가조사업무가 증가하였다. 조사통계요원을 6명까지 고용하여 업무를 확대할 정도로 성공적이었지만 사회복지기관의 저예산으로 노동강도에 비해 수가가 낮은 편이라 규모유지에 어려움이 있었다. 조사업무의 일방적인 대행보다는 협업차원에서 지역조사와 평가준비가 이루어져야 개업취지에 맞을 것으로 판단하고 업무구조의 재경비와 발전적 모색을 위해 중단하였다. 그러나 이러한 유형의 개업에 대한 향후 전망은 낙관적이라고 응답하였다.

• **자문영역의 컨설팅기업**

2000년 사회복지학교수가 경영전문가, 공인회계사와 공동 개업하였다. 사회복지기관에서 모금업무 경험을 토대로 비영리조직의 자원개발, 기업의 사회공헌 및 병원, 기업 등의 인적자원 개발의 중요성을 인식하여 자원개발과 마케팅기법의 지원을 위한 컨설팅사업을 하게 되었다. 현재는 사회복지기관보다는 기업의 사회공헌사업, 자원봉사조직, 병원, 대학교 등을 대상으로 하고 있다. 사회복지기관의 경영마인드 도입이 중요한 시점이나 교부금에만 의존하는 경향에 대해 아쉬움을 표하였다.

• **정신보건상담개업(H센터)**

10년 이상의 경험을 갖고 있는 정신보건사회복지사가 2003년 개업하였다. 전일제개업으로, 교육심리사 및 미술치료를 고용하고 있다. 정신과의사와 팀 접근, 심리상담 및 가족치료, 자녀문제, 부모교육, 상담 및 교육컨설팅, 청소년교육캠프, 교육 및 상담컨설팅, 자체교육프로그램 개발 및 교육자문을 하고 있다. 사회문제와 현황에 민감한 관심을 갖고 서비스 상품을 개발하면 개업에 성공할 수 있을 것으로 전망하였다. 충분한 임상, 교육 및 슈퍼비전 경험, 그리고 자기투자를 통한 전문성 강화를 중요한 개업 요건으로 보았다.

• **정신보건상담개업(A센터)**

2005년, 20년간 정신보건사회복지사로 병원에 근무한 경력을 바탕으로 지역사회의 정신건강문제에 대하여 전문적 상담을 제공하고 후배들의 모델이 되고자 개업하였다. 전일제개업이며, 부가가치세면세사업자로 사업자 등록을 하였다. 정신치료상담, 심리검사 등 서비스 제공, 병의원연계, 외부강의, 교육 등으로 운영비를 충당한다. 전문상담에 집중하여 충분한 상담서비스를 제공할 수 있는 것을 개업의 최대 장점으로 꼽았다. 개업의 성공여부가 금전보다도 보람과 의미부여에 따라 달라진다고 현재 매우 만족한다고 응답하였다.

(2) 사례분석

이 사례들에서 보듯이 한국에서 개업실천가의 등장은 자생적이라고 할 수 있다. 즉, 교육과 실무 면에서 많은 경력을 가진 사회복지사가 충분한 시장파악 및 준비기간을 거쳐 차별화된 전문성 및 독특한 접근 기술을 토대로 단독 혹은 연대하여 개업한 것이 특징적이다. 성비 면에서 여성의 참여가 두드러지지만 남성과의 협업(3곳), 남성의 단독개업(2곳)도 있어 개업에서의 성차는 중요하지 않은 것으로 보인다. 또한 타전문직과 연계하여 개업함으로써 다학문적인 강점을 살려서 성공적으로 운영하는 곳들도 있었다. 개업 시 사업자 등록의 과정에서 특별한 법적 규제나 허가사항이 없고, 사업자 신고 등록절차에 따라 어려움 없이 진행한 것으로 파악되었다. 그 외 이 사례들에서 나타난 특징들을 요약한 내용은 다음의 <표 2>와 같다.

<표 2> 한국의 개업실천 사례분석 요약

구분	내용
개업시기	1990년대 중반 이후부터 시작되어 현재까지 계속되고 있음
투자비용	· 상담소 형태의 경우 약 3,000 - 5,000 만원 · 컨설팅기업의 경우 약 1억원
서비스 내용	· 정신보건 및 개인/가족 상담 영역의 대인서비스가 주를 이룸 · 직접 서비스 제공의 경우, 교육 및 수퍼비전 기능 병행 · 연구조사, 컨설팅 등 기관 행정 및 경영을 지원하는 간접서비스 제공
운영전략	· 지역사회의 요구에 대한 민감한 분석과 틈새를 초점으로 한 맞춤전략 · 개업자가 가지고 있는 최대한의 강점과 전문성을 토대로 시작
공통점	· 개업실천가 : 높은 수준의 교육(석사1.박사6) 및 사회복지경력(약10년) · 수가체계 : 중산층 이상이 주 고객이나, 클라이언트의 부담능력을 고려한 차등수가체계 적용
요구사항 및 제언	· 직접서비스의 경우 제도적 지원으로서 보험연계를 통한 이용자의 직접적 부담 감소 희망 · 개업성공의 열쇠는 전문성과 의뢰연계망이므로, 지속적인 자기개발 및 투자 필요

이와 같이 한국사회복지 영역에서 개업은 지원제도가 자격규정이 전혀 없어 매우 개인적 차원에서 이루어지고 있으며, 따라서 전문가의 역량과 자원망에 대한 의존도가 높을 수밖에 없다. 서구의 예에서 개업실천가가 전문성과 자격을 사회적으로 승인받는 것이 사업의 안전성과 유지에 매우 중요한 변수였던 것을 고려할 때, 한국의 개업환경은 아직 그 기반이 취약하다고 하겠다. 그러나 본 조사에 응한 개업경험자 모두가 공통적으로 개업에 대해 긍정적인 전망을 내놓았으며, 그 이유로 사회복지서비스 대상의 다양화, 자기부담능력을 가진 클라이언트 계층의 부상, 전문적 서비스를 제공할 수 있는 사회복지인력의 고급화 등을 들었다. 이제 한국에서도 사회복지사에 의한 개업실천을 사회복지서비스 공급의 한 영역으로 인정하고 보다 체계적인 지원방안을 모색해야 할 시점에 온 것으로 판단된다.

5. 결론 및 제언

지금까지 전문성 제고의 대안으로서 사회복지사의 개업실천을 통한 서비스의 시장화 가능성을 살펴보았다. 그러나 이것이 현실화되기 위해서는 우선 한국에서 개업실천이 가능한 시장이 형성되고 있는지, 아니 확보될 수 있는가 하는 것이 중요하다. 사실 본 조사를 통해 개업실천에 대해 경

험자들이 내 놓은 밝은 전망을 뒷받침할 만한 조건들은 보다 더 다양하게 제시될 수 있다. 서구의 개업실천을 견인했던 고급 사회복지사 인력 증가, 사회복지인력 공급의 초과 현상으로 새로운 진로 개척의 필요성, 이용자의 요구 및 기대수준 상승, 서비스 공급주체나 공급량 확대, 수요자의 복지기관선택제도(바우처제도)의 현실화, 제도권 복지기관의 전문성과 효율성을 높이기 위한 구조조정, 경력사회복지사의 독립적 개업실천 욕구증대, 서비스 제공자나 프로그램 수행 인력의 전문성에 대한 기대 등은 현재 한국 상황에도 존재하는 요소들이다. 그러나 한편으로는 선불리 개업실천에 들어섰다가 시장이 축소되거나 재정적 어려움이 있을 때 다시 기관으로의 이직하는 개업실천가들이 발생하거나(Hewten and Daniels, 2001), 질관리에 실패하여 전문화에 역행하는 결과를 가져올 수도 있다. 따라서 개업실천이 사회복지서비스의 공급체계로서 제 기능을 수행하기 위해서는 다음과 같은 다각적인 차원에서 구체적인 준비가 요구된다고 하겠다.

1) 제도적 측면

사회복지사의 개업실천을 위한 법적 근거 및 자격규정을 마련하기 위해 우선 사회복지사업법을 개정하여 세무법인, 회계법인, 법률사무소와 같은 사회복지사 사무소 혹은 상담소의 법적 근거를 마련하고 세법을 개정하여 전문직 사업자로 등록할 수 있는 근거를 마련하는 것을 고려해 볼 수 있다(한덕연, 2008). 또한 사회복지사협회의 자격규정과 윤리규정을 신설하여 개업실천을 공식적으로 인정하고 자체 자격관리위원회를 두어 개업실천가의 연대협력을 위한 기반을 마련하는 것이 사회적 공신력 강화와 책임성의 증대에 도움이 될 것이다. 그 구체적 조건은 충분한 준비과정을 거쳐 구체화되어야 하겠지만, 이러한 제도와 자격규정은 서구의 경험을 볼 때 전문화를 견인할 뿐 아니라 사회복지사의 처우 개선에도 기여할 수 있을 것이다. 그러나 이러한 제도적 기반 마련에 장기간이 소요된다면 단기적으로 개업실천가들로 구성된 위원회를 두어 연대활동을 하면서 서구의 경우처럼 사회복지사협회 산하 조직으로 들어가는 방법도 모색해볼 수 있을 것이다. 이때 사회복지사협회는 뉴질랜드, 호주에서와 같이 개업실천가의 의뢰망 확대를 위한 마케팅과, 사회복지사의 전문 활동을 보호할 수 있는 전문가보장보험제도의 도입을 통해 창업을 지원할 수 있을 것이다. 물론 이러한 보장제도는 개업실천가 뿐 아니라 일반 사회복지사들도 혜택을 받을 수 있어야 할 것이다.

또한 비용 측면에서의 지원도 요구된다. 제도권 복지기관에서 인건비, 사업비, 운영비를 지원 받으면서 일하는 것도 쉽지 않은데, 개업실천에서 운영비와 사업비와 생활비 전체를 스스로 해결하는 것은 쉽지 않은 일이다. 이를 위해 제도권 복지기관과 연대한 프로그램 공급, 프로젝트 공모를 통한 공식 재원 마련, 보험수급이 가능한 의료기관과 연계한 상담소 개업 등을 고려해볼 수 있다. 증서, 상환, 및 세제혜택은 정부가 소비자를 통해 영리를 추구하는 민간기관을 보조할 수 있는 방식으로서 그동안은 비영리 기관만이 이와 같은 방식의 재정보조의 대상이 될 수 있었다. 이와 같은 방식을 개업기관에도 적용한다면 기관의 재정부담을 감소시키고 소비자의 선택권을 늘리는 효과를 가져 올 수 있을 것이다(김태성·성경룡, 1993 : 77-278). 또한 현재 건강보험으로 사회복지상담 서비스에 대한 보험수가 적용은 어렵더라도, 외국의 사례에서와 같이 산재보험, 생명보험, 가정법원의 폭력피해자보호나 가해자 치료, 이혼숙려기간상담제도, 성폭력피해자보호 등과 연계한 제3자지불보증제도의 활용도 고려해 볼 수 있을 것이다.

2) 교육적 측면

개업실천이 전문성 향상에 기여할 수 있다고 하지만, 무조건 개업실천을 하면 전문성이 강화될 것이라는 것은 절대 아니다. 이것이 가능할 정도의 전문성이 기반이 되어야 하며 비용에 대한 책임감과 클라이언트로 하여금 찾아올 수 있도록 하는 능력을 갖기 위한 자기개발 있을 때 가능하다고 하겠다. 단, 개업실천은 이에 대한 동기가 훨씬 강하며 이것이 곧 전문가의 생존과 관련된 문제이기 때문에 더 절실하게 수행될 수밖에 없다는 것이다. 특히 개업실천을 한다는 것은 사회복지사들끼리의 문제가 아니라 지역사회의 타 전문직과의 경쟁이 요구되는 것이고 지역 주민을 상대로 하는 것인 만큼 서비스의 상품성을 향상시키기 위한 노력이 뒤따라야 한다. 따라서 이는 다시 교육의 문제로 귀결될 수밖에 없다. 개업실천이 전문성 제고라는 효과를 갖기 위해서는 교육의 내실화와 교육과정의 변화가 요구된다. 이를 위해 우선 제도권 기관에 취업하는 사회복지사 양성에 맞춰진 초점을 보다 다양화하여 개업실천을 염두에 둔 내용을 포함시키는 것이 필요하다. 특히 대학원 과정에서는 이러한 변화 가능성을 모색해 보아야 할 것이다. Levin (1976)은 일찍이 독립실천이 활성화되기 위해서는 기존 교육내용을 개편하거나 독립실천을 교육할 수 있는 특수교육과정을 신설해야 한다고 주장한 바 있다. 이를 위해서는 우선 사회복지사협회와 사회복지교육협의회 간에 조율을 통해 교육이 개업실천에 대한 욕구를 반영할 수 있도록 하는 것이 중요하다(Green et al., 2007). 개업실천을 고려하는 학생들이 사회복지실천가로서의 전문성, 경영 및 창업에 대한 지식, 그리고 지역사회의 책임 등을 교육받을 수 있어야 한다는 것이다. 특히 교육영역에서 사회복지와 경영의 접목은 중요하게 다뤄져야 한다. 또한 이들에 대한 전문직 차원의 재교육 및 훈련을 통한 사회복지사 정체성 유지 및 질 관리 역시 필수적인 부분이라고 하겠다.

3) 개업을 희망하는 사회복지전문가 측면

개업실천은 취업에 비해 몇 배의 준비와 노력을 필요로 한다. Matorin 등(1987)은 개업 실천 전에 다음과 같은 사항들을 점검해야 한다고 하였다. 첫째, 새로운 영역에 들어가기 위해서는 용기와 결단이 필요하므로 자신의 개업 동기를 분명히 해야 한다. 둘째, 결단을 내리기전 자격과 경험을 점검하고, 필요하다면 추가적인 교육과 훈련을 받아야 한다. 전문성은 개업의 성공을 좌우하는 핵심요소이므로 이후에도 지속적으로 전문적 성장을 제공할 수 있는 훈련 기제를 점검해야 한다. 셋째, 사업과 판매기술 등 개업실천이 의미하는 시장의 개념과 기술을 이해하고 습득해야 한다. 넷째, 예산에 대한 면밀한 검토가 요구되므로, 얼마나 소요되고 얼마나 벌 수 있는지 투자와 회수를 통한 운영 가능성을 점검해야 한다. 이 때 필요하다면 회계전문가의 도움을 받는 것도 도움이 된다. 다섯째, 정서적인 준비로서 고립감에 압도되거나 위험에 대처하는 데에 어려움은 없을지 예견하고 수퍼비전 등의 대안을 마련해야 한다. 그러나 만약 이 모든 것을 준비하는 과정에서 준비사항이 너무 많다고 느끼거나 통제할 수 없다고 느낀다면 개업실천을 시작한 적기인지를 다시 재고해 보아야 한다는 것이다. 또한 Peck(2007)은 보다 구체적인 창업 체크리스트로서 ①사무실 공간 확보, ②시간과 인내에 대한 고려, ③이용자 확보를 위한 안내책자와 웹사이트 등 홍보전략 세우기, ④이용자 의뢰자원 확보, ⑤관련제도(보험제도 등) 점검, ⑥틈새시장 파악, ⑦네트워크 형성 등을 제시하였다.

이와 같은 요소들을 충분히 고려해야겠지만 아직까지 한국에 사회복지개업과 관련된 제도 및 전략이 구체적으로 제시되지 않고 있는 만큼, 우리나라에서 개업을 준비하는 사회복지사는 그만큼

더 신중할 것이 요구된다. 또한 서구의 사례를 무조건적으로 모방하기보다는 한국적 사회복지개업 실천방법을 모색해 가는 작업이 필요할 것이다. 예를 들어, 상담치료 영역에 국한하지 말고 새로운 영역에 보다 다양한 방식으로 창업을 시도하는 것, 개업실천가의 전문성을 살려 다양하고 실제적 교육 훈련 프로그램을 개발하고 이를 전문가단체의 인정을 받아서 실시하는 것, 다양한 계층을 포괄할 수 있는 서비스 제공방법 개발하는 것, 그리고 개업실천가들 간 정보 공유, 상호지지 및 발전, 정체성 유지를 위한 네트워크를 형성하는 것 등을 추구해 갈 수 있을 것이다.

참고문헌

- 강철희·최명민. 2007. “사회복지사 타분야 원조전문직 간 대중이미지 비교연구”. 『한국사회복지학』 59(10) : 171-197.
- 김순양·박병일·고수정. 2003. “가정봉사원 파견사업의 수혜자 만족도 및 그 영향요인에 관한 연구”. 『한국노년학』 23(2) : 1-20.
- 김연명. 2008. “사회복지, 시장의 과잉을 막는 것이 더 중요합니다”. 복지국가 Society (<http://www.welfarestate.net>). 2008.1.28.
- 김원진. 2005. “장애노인의 복지서비스 만족도에 관한 연구”. 『정책분석평가학회보』 15(4) : 97-116.
- 김태성·성경룡. 1993. 『복지국가론』. 서울 : 나남출판.
- 김희연. 2002. “지역복지서비스에 대한 주민 만족도 분석”. 『한국행정학회』 2002년도 하계학술대회 발표논문집 : 587 ~ 603.
- 송호근. 2001. “전환하는 복지국가”. 송호근 편. 『세계화와 복지국가 : 사회정책의 대전환』 서울 : 나남출판. pp.361-389.
- 안병영. 1992. “신보수주의와 복지국가 : 1980년대 대처와 레이건의 정책비교”. 『사회과학논집』 제 23권. pp.83-119.
- 양윤영. 2005. “빈곤층의 재가복지서비스 만족수준에 따른 생활만족 분석 : 노인 빈곤층을 포함하여”. 『사회복지정책』 22 : 5-32.
- 오창근. 2006. “SERVQUAL 모형을 이용한 사회복지관 서비스 평가”. 『복지행정논총』 12 : 199-226.
- 윤기찬. 2004. “서브퍼프(SERVPERF)를 이용한 사회복지서비스의 질 측정 및 만족도 영향요인 분석”. 『행정논총』 42(4) : 133-162.
- 이기영·최명민. 2006. “사회복지 전문인력 개발의 현황과 과제”. 『한국사회복지교육』 2(1) : 1-52.
- 정무성·노승현. 2006. “지역사회복지관의 서비스 질이 서비스 만족도에 미치는 영향에 관한 연구”. 『한국비영리연구』 5(1) : 163-207.
- 정민자. 2003. 건강가정육성기본법(안) 공청에 관한 진술자료. 국회공청회자료집.
- 조윤경. 2006. “취학 전 장애아동의 관련 서비스 이용 실태 조사”. 유아특수교육연구 6(2) : 27-45.
- 최명민 역. 2007. 임파워먼트와 사회복지실천. Robert Adams. 2003. Social Work and Empowerment. 경기도 파주시 : 나남출판.
- 최옥채. 2007. “사회복지사의 급여에 관한 미시사 연구”. 『한국사회복지학』 59(4) : 63-82.
- 최재성. 1996. “미국 Private Practice의 성장과 사회사업가치에 대한 도전”, 『연세사회복지연구』 3 : 412-430.
- 한국사회복지사협회. 2006. “전국 사회복지시설 근로자 기초실태”. 『Social Work』 2006(12).

- 한덕연. 2008. 복지요결 : 자연주의 사회사업. <http://welfare.or.kr>
- 한혜경. 1999. "재가복지대상자의 특성과 서비스 만족도". 『한국사회복지학』 37 : 429-448.
- Abell, N., and McDonnell, J. R. 1990. "Preparing for Practice: Motivations, Expectations, and Aspirations of the MSW Class of 1990". *Journal of Education for Social Work* 26(1) : 57-64.
- Alexander, M. P. 1987. "Why social Workers Enter Private Practice: A Study of Motivation and Attitudes". *Journal of Independent Social Work* 1(3) : 7-18.
- Arches, J. 1991. "Social Structure, Burnout, and Job Satisfaction". *Social Work*, 36 : 203-207.
- Barker, R. L. 1991. "Should Training for Private Practice be a Central Component of Social Work Education? Yes!". *Journal of Social Work Education* 27(2) : 108-111.
- Barker, R. L. 1995. *The Social Work Dictionary* (3rd ed.). Washington, DC: NASW Press.
- Borenzweig, H. 1981. "Agency vs. Private Practice : Similarities and Differences". *Social Work* 26(3) : 239-244.
- Brown, P. M. 1990. "Social Workers in Private Practice: What are They Really Doing?" *Clinical Social Work Journal* 18(4) : 56-71.
- Butler, A. C. 1992. "The Attractions of Private Practice". *Journal of Social Work Education* 28(1), 29-34.
- Courtney, M. 1992. "Psychiatric Social Work and the Early Days of Private Practice". *Society Service Review* 66(2) : 199-214.
- Dellegran, P. and Höjer, S. 2005. "Privatisation as Professionalisation? Attitudes, Motives and Achievements among Swedish Social Workers". *European Journal of Social Work* 8(1). 39-62.
- Drucker, R. and King, D. 1973, "Private Practice Services for Low-Income People". *Social Work* 18(2) : 115-118.
- Easton, B. 1997. *The Commercialisation of New Zealand, Aucklan*. New Zealand : Auckland University Press.
- Fizdale, 1975. *Social Agency Structure and Accountability*. Fair Lawn, N.J. : Burdick.
- Gibelman, M. and Schervish, P. H. 1993. *Who We Are: The Social Work Labor Force as Reflected in the NASW Membership*. Washington. DC: NASW Press.
- Goldmeier, J. 1990. "Combining Agency and Private Practice: A Reevaluation". *Families in Society: Journal of Contemporary Human Services* 71(10) : 614-619.
- Golton, M. A. 1971. "Private Practice in Social Work". pp. 949-955. in *Encyclopedia of Social Work*. edited by A. Minahan et al. Silver Spring MD : NASW Press.
- Green, R. G., Baskind, F. R., Mustian, B. E., Reed, L. M. and Taylor, H. R. 2007. "Professional Education and Private Practice : Is There a Disconnet?" *Social Work* 52(2) : 151-159.
- Hardcastle, D. A., and Brownstein, C. D. 1989. "Private Practitioners: Profile and Motivations for Independent Practice". *Journal of Independent Social Work* 4(1) : 7-18.
- Heugten, K. V. 1994 "Placing Private Social Work Practice in Context". *Social Work Review* VI (5&6) : 46-8.
- Heugten, K. V. and Daniels, K. 2001. "Social Workers Who Move into Private Practice : The Impact of the Socio-economic Context". *British Journal of Social Work* 31 : 739-755.
- Hopps, J. G. 1987. "Who's Setting Social Worker's Priority?" *Social Work* 32 : 99-100.
- Jayarathne, S., Davis-sacks, M. L. and Chess, W. A. 1991. "Private Practice May Be Good for Your Health and Well-being". *Social Work* 36(3) : 224-229.
- Karger, H. J. 1989. "Fast track to the shingle". *Social Work* 34 : 566-567.

- Levin, A. M. 1976. "Private Practice is Alive and Well". *Social Work* 21(5) : 356-362.
- Levin, R. and Leginsky, P. 1989. "Independent Social Work Practice in Canada". *The Social Worker/Le Travailleur Social* 57(3), 155-159.
- Matorin, S., Rosenberg, B., Levitt, M., and Rosenblum, S. 1987. "Private Practice in Social Work : Readiness and Opportunity". *Social Casework* 68(1) : 31-37.
- Mendes, P. 1997. Personal Communication, 3 July.
- Ozawa, M. N., and Law, S. W. 1993. "Earnings history of social workers: A comparison to other professional groups". *Social Work* 38 : 542-533.
- Peck. 2007. "Private Practice : When It's Not Right for You". *The New Social Worker*. Spring : 24-25.
- Peirce, F. J. 1986. "It's Scary But I Have a Nightlight : Private Practice in a Small Town". *Journal of Independent Social Work* 1(2) : 45-54.
- Rosenman, L. 1989. "Privatisation of Social Welfare Services and Social Work Practice: An Overview of the Issues". *Australian Social Work* 42(4) : 5-10.
- Shinn, M., Rosario, M., Morch, H., and Chestnet, D. E. 1984. "Coping with Job Stress and Burnout in the Human Services". *Journal of Personality and Social Psychology* 46 : 864-876.
- Whittington, R. 1985. "House Calls in Private Practice". *Social Work* 30 : 254- 259.