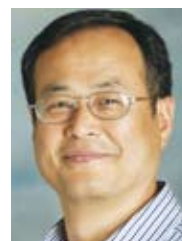


미국의 의료보건 체계 최근 동향



정규석 교수

Health Administration Program
California State University, Northridge

1. 의료서비스의 질과 결과에 눈뜨기 시작한 미국 의료계

지금까지 미국의 의료계는 의료시스템의 확장과 최신화, 서비스 과정(process)의 개선이 우선이었다. 병원은 최신장비를 들여오고 병상수를 늘리는데 혈안이 돼 있었고, 정부기관인 미국국립보건원(NIH)이나 공사립 연구소에서는 신약이나 첨단 의료기술의 개발이 최우선 순위였다. 정부운영 노인보험인 메디케어는 행위별 수가제(fee-for service)로 의료비용을 지불해 의료계의 최신장비구입 및 확장지상주의는 최근까지 지속됐다. 물론, 1983년 정부가 메디케어의 수가보상을 DRG(포괄수가제)로 전환함으로써 의료계의 변혁이 시작되기는 했다. 그러나 포괄수가제의 비용지불방식은 의료서비스의 질(quality)과 그 결과(outcome)는 고려하지 않고, 질병에 따라 일괄수가를 매기는 것으로, 치료결과나 질에 대해 책임지는 풍토를 의료계에 확산치 못했다. 따라서 미국 의료계는 건강 생활을 장려해 질병의 예방을 도모하고 궁극적으로는 국민의 삶의 질을 향상시키는 데 주안점을 두기 보다, 보험료 지불을 많이 받기 위해 시설을 늘리고 고가의 장비를 사들여 환자를 유인하는데 치중해 왔다. 이런 상황에서 치료의 질과 그 결과를 평가하는 객관적 기준이 확립되지 않은 것은 당연하다.

국가 총생산의 17%에 달하는 막대한 의료비를 소비하면서도 전국민이 골고루 혜택을 받는 효율적인 의료시스템의 정착은 아직도 요원한 실정이다. 설상가상으로, 지난 4년 동안의 서브프라임사태로 인한 불황과 더블딥의 가능성까지 거론되는 경기침체로 무보험자가

무려 5백만명이나 증가해, 미국의 무보험인구는 5천만명을 넘어섰다. 경제사정의 악화로 캘리포니아주는 영세민의료보험인 Medicaid가 제공하는 의료혜택을 올해 들어 대폭 줄였다. 알래스카나 노스다코타(North Dakota)와 같이 천연자원이 풍부해 불경기의 영향을 덜 받는 주들을 제외하고는, 거의 모든주들이 메디케이드 삭감정책을 펼것으로 예상돼 사회안 전망 마저 흔들리고 있다. 경제사정은 당분간 크게 향상되지 않을 것으로 보여, 의료계는 발상의 전환을 통한 자구책을 요구받고 있다.

미국의 병원인가(hospital accreditation)를 관장하는 권위있는 사설기관인 의료기관평가위원회(The Joint Commission)는 9월14일 발표한 2011년 보고서에서 처음으로 치료의 질과 안전(safety)을 다뤘다. 아울러 2010년 3월 통과된 의료개혁법에 포함돼 그 실체가 드러나기 시작한 책임의료조직(Accountable Care Organization, ACO)과 포괄지불제(Global Payment, GP)의 확산은 공사립을 막론하고 의료계가 생존하기 위해서 발버둥치고 있는 현실을 잘 보여주고 있다. 단적으로 말해서 ACO와 GP는 의료비용지불에 있어서 의료서비스의 질과 결과를 고려해 결정하겠다는 정부의 정책전환을 내포하고 있어 현재 미국의 의료기관들은 잔뜩 긴장한 가운데 서둘러 ACO설립에 나서고 있다.

오바마의 개혁법을 폐지하기 위해 공화당과 보수계 주도로 진행되고 있는 소송은 두달 전 끝난 3개의 연방항소법원에서의 판결이 잇달려, 이제 연방대법원의 최종결정을 남겨두고 있다. 소송의 핵심은 개인의료보험 가입 의무화가 합법적인가에 관한 것으로 대법원은 이에 관한 판결을 2012년 6월 전까지 내리겠다고 밝히고 있다. 만에 하나라도 개인가입 의무화가 불법이라는 결정이 난다면 개혁법 자체를 폐기하거나 대거 수정을 해야하는 상황이 올 수도 있다. 그럼에도 개혁법의 그동안의 시행과정을 살펴보는 것은 그 핵심 조항들은 큰 영향력을 지닐것이라는 점에서 미국의료계 동향파악에 필요할 것이다. 따라서 금번 보고서는 먼저 미국의 분절적인(fragmented) 의료시스템이 가져온 낭비에 대해 간략하게 논한 다음, 개혁법통과 후 지금까지 시행에 들어간 법 세부조항들에 대해 논의하고자 한다. 그리고 ACO에 관한 최종시행령이 최근 공표돼, 미전역에서 150여개의 의료기관들이 이에 대비하고 있는것으로 추산되고 있다. 따라서 이 최종 시행령을 분석해, 미국의료계의 앞날을 가늠하는 자료로 삼고자 한다. 또한 의료기관평가위원회의 인식전환이 의료보험에 미칠 영향에 대해서 간략하게 소개하겠다. 마지막으로 2012년 대선을 앞둔 지금 정치논리에 의해 개혁법의 시행이 지연되거나 각종 의무조항이 완화되는 경향에 대해 논하겠다.

2. 미국의료보험의 비효율성으로 인한 낭비

저명 학술지 Health Affairs의 지난 8월호에 따르면 미국의 의사들은 의사 한명당 일년에 평균 8천5백만원 (\$82,000)을 보험관련 사무처리에 쓰고 있다. 보험료 청구, 처방전 처리, 환자의료비 청구 등 보험관련 사무에 이처럼 많은 돈을 낭비하고 있는 것이다. 의사나 간호사가 보험관련 서류처리와 연락을 주고 받는데 사용하는 시간도 의사 한명당 주 20시간으로 나타났다. 이는 정부보험이 유일한 보험인 캐나다와 비교했을 때, 시간으로는 10배 이상을 돈으로는 4배를 낭비하는 것으로, 미국 의료보험의 난맥상을 그대로 보여주고 있다. 캐나다는 의사 한명당 불과 연간 \$22,000를 쓰고 있고 주당 2시간만을 보험관련 업무에 쓰고 있다. 미국의 건강보험제도는 세계 여러나라에서 볼 수 있는 각양 각색의 보험제도들이 혼재하면서 운영되고 있는 분절적(fragmented)이다. 한국을 비롯한 대부분의 선진국이 그 나라에 적합한 하나의 제도를 택해 통합형(integrated) 보험제도를 운영하고 있는 것과는 대조적이다. 국가보험도 종류가 5개에 달하고 사보험은 주마다 차이는 있지만 종류가 미 전역에서 60개도 넘어 보험회사마다 요구하는 서류양식도 각양각색으로 서류를 작성하는 것 자체도 의료기관에 큰 부담이 되고 있는 실정이다. 이 학술지에 따르면 미국이 캐나다처럼 하나의 의료보험만을 운영하고 있다고 가정할 때 절약할 수 있는 돈은 연 3조 원이 넘는 것으로 나타났다.

3. 개혁법 시행 어디까지 왔나?

2011년 12월 현재까지 개혁법 중 21개의 세부조항이 시행에 들어갔다. 우선 26세 이하의 자녀가 부모의 보험혜택을 계속 받을 수 있게 됐다. 그동안 미국 최고 권위지인 뉴욕타임스가 몇차례에 걸쳐 20대 청년층이 그 어느 계층보다도 의료혜택면에서 소외돼 있다는 것을 심층 보도하였다. 이 보도에 따르면, 미국의 대부분의 대학생들은 대학 입학과 동시에 부모의 보험에서 자동탈퇴돼 의료혜택의 사각지대에 놓인 버림받은 계층이었다. 이들은 미흡하기 짝이 없는 학생보험으로 건강관리를 해왔다. 항생제를 음성적으로 구입해 항생제 남용 문제가 심각하고 성병 등 여러질병 치료를 받지못해 건강을 해치는 등 미국의 대학생들은 건강추구권을 박탈당한 소외층이었던 것이다. 더구나 지난 3년 동안의 경기침체로 취업이 막힌 많은 대학졸업생들이 무보험자 신세로 남아있어야 했는데, 개혁법으로 부모의 보험을 통해 26세까지는 의료혜택을 받을 수 있게 됐다.

25명 미만의 종업원을 두고 있고 종업원당 일년 평균 임금이 5천만원 이하인 소규모 사

업체에는 연방정부의 세금혜택이 시작됐다. 즉 이들 사업체가 의료보험을 제공하고 보험료의 절반을 부담할 경우 보험료의 35%까지 세금공제혜택을 주고 있다. 개인보험가입의무조항이 그 효력을 발휘하는 2014년까지 될 수 있으면 많은 시민이 보험에 가입하기를 유도하기 위한 정책이다. 세금공제혜택이 2014년부터는 50%까지 올라가게 된다.

만성질환이나 질병으로 최소한 6개월 이상 보험가입을 할 수 없었던 많은 무보험자들이 각 주정부가 제공하는 임시 보험인 ‘기존질병을 가진 시민보험(Preexisting Condition Insurance Plan(PCIP))’에 가입할 수 있게 됐다. 각 주는 의료혜택의 사각지대에 놓여있었던 이들을 위해 PCIP를 신설해 개인보험의무조항이 효력을 발생하는 2014년까지 한시적으로 운영하고 있다. 개혁법은 더 나아가 대기업을 상대하는 대형보험회사가 거둬들이는 보험료에서 85%이상(소규모 기업체 및 개인상대 보험회사인 경우 80%) 실제 의료혜택을 제공하는데 지출해야 한다고 못박고 있다. 이 강제조항을 이행치 않을 경우 보험회사는 가입자에게 보험료의 일부를 돌려주어야 한다. 재미있는 것은 개혁법 시행 후 불과 1년여 만에, 여러 보험회사들이 보험료를 환불하고 있다는 사실이다. 예를 들면 2010년 9월 노스캐롤라이나 Blue Cross는 2십5만명의 가입자들에게 1천5백억원의 초과이익금을 균등배분했다. 금년 6월에는 캘리포니아 블루크로스가 2백만명의 가입자에게 1천6백억원을 돌려주었는데 그 후 불과 4개월도 지나지 않은 10월에, 2천8백억원을 또다시 돌려주겠다고 발표해 그동안 미국 보험회사들이 엄청난 이익을 올려왔음을 간접적으로 시인한 셈이 됐다.

기존의 질병이나 선천적인 건강문제로 보험혜택을 못받던 어린이들에게 보험가입이 허용됐다. 개혁법은 어린이보험에 관한 한 기존질병여부를 물을 수 없도록 했다. 노인의료보험인 메디케어의 조제약혜택(Part D) 제공시 적용하는 무혜택 구간(Doughnut hole, 도넛홀)에 적용된 노인들은 2십5만원의 정부지원금을 받고 있다. 이와 더불어 도넛 홀에 걸리는 노인들에게는 약값의 절반을 할인해 주고 있다. 개혁법에 따르면 도넛 홀은 2020년 완전 폐기될 예정이다. 이것이 가능할 수 있는 것은 제약회사들에게 제약수수료를 물릴 수 있게 됐기 때문이다. 제약회사와 약 수입회사는 시장점유율에 따라 이 수수료를 매년 납부해야 되고 이렇게 모아진 재원을 통해 노인들에게 정부지원금을 제공하고 궁극적으로 도넛홀을 폐기하게 된다.

개혁법은 질병의 치료보다는 예방에 큰 비중을 두고 있다. 과거에는 질병 예방에 필수인 각종 검사와 예방접종이 보험혜택에 포함되지 않아, 보험가입자들이 기본적인 검사를 받지 않고 오랜 시간을 지내다 병이 악화돼 호미로 막을 일을 가래로 막아야 하는 비효율적인 의료시스템이었다. 개혁법에서는 정부제공 노인의료보험인 메디케어부터 민간보험까지, 각종 암검사 유방암검사 내시경검사 간질환 검사 등 많은 검사들을 혜택에 포함해 치료

보다는 예방에 중점을 두는 패러다임의 변화를 꾀하고 있다.

그동안 미국 의료비 상승의 한 요인이 돼왔던 영세민 의료보험인 메디케이드의 비용지불 방식이 행위별 수가방식에서 포괄지불제로 점진적으로 바뀔 전망이다. 지난 10년 동안 각 주정부의 메디케이드 지출은 꾸준히 늘어 각 주정부 예산의 20%를 넘어 주정부 적자의 주된 요인이 돼왔다. 예를 들면 캘리포니아는 2010-2011회계년도에 주정부 전체예산의 26%인 2조6천억원을 메디케이드에 사용했다. 옆친데 덮친격으로 작금의 경제난으로 인해 실직자가 늘어 메디케이드 혜택을 받을 자격이 있는 영세민의 숫자가 급증하고 있다. 이 때문에 개혁법은 메디케이드 자격 조건을 완화하고 수혜자 숫자를 늘려나갈 계획이기 때문에 새로운 포괄지불제를 통한 비용삭감은 불가피하다.

위에서 언급한 시행사항들은 주로 긍정적인 효과를 나타내고 있는 것인데 모든 세부 조항들이 이처럼 순탄하게 시행되고 있는 것은 아니다. 개혁법에서 야심차게 추진중이던 CLASS(Community Living Assistance Services and Supports) program은 시작도 하기 전에 정부에서 자발적으로 포기한 안타까운 사례에 속한다. 이 프로그램이 개혁법에 포함된 것은 2020년에 장기요양을 필요로 하는 인구가 최소한 1천5백만명을 넘어설 것으로 예상되는데 이들 중 고작 3%가 개인 장기요양보험을 소지할 것으로 예상되기 때문에 지금부터 베이비부머로부터 소액의 보험료를 받고 이들이 은퇴한 후 장기요양의 혜택이 필요하게 되면 하루 5만원씩 사망시까지 지급하자는 것이었다. 아울러 가정치료와 집관리보조 등 추가 혜택이 제공될 계획이었다. 이 조항이 개혁법에 포함됐을 때 미국전역에서 장기요양 중에 있는 가족을 부양하느라 경제적 심리적으로 곤궁에 처한 많은 시민들의 환영을 받았다. 그러나 결국 미의회의 예산국과 정부 회계담당자들의 계산 결과 이 프로그램이 수입보다 지출이 지나치게 많아 지속이 불가능하다는 판단에 따라 정부가 자진해서 포기하게 된 것이다.

4. 책임의료조직(Accountable Care Organizations, ACO)

의료개혁법이 시행된 2010년 이후 미국 의료계의 화두는 단연 세계의 알파벳으로 구성된 용어 Accountable Care Organization(ACO)이다. 900 페이지가 넘는 개혁법에서 고작 7페이지를 차지하지만 ACO는 새로운 패러다임이 되어 캘리포니아에서 노스캐롤라이나에 이르기까지 병원과 의사단체(Medical Group)들은 ACO를 조직하느라 여념이 없다. Accountable이라는 말은 책임을 진다는 의미로써, ACO란 환자의 건강을 책임지는 단체/조직으로 해석할 수 있다. Medical Group과 병원이 한뭉음이 된 네트워크이다. 물론 보험

회사도 기존의 네트워크를 활용 ACO를 구성할 수 있다. 노스캐롤라이나 대학병원인 렉스 병원(Rex Healthcare hospital)은 지난 1~2년 동안 30명의 의사를 새로 채용했고 조만간 55명을 더 뽑을 예정으로 있다. 대형병원이 즐비한 캘리포니아는 이미 ACO를 시작할 준비가 된 대형병원들이 많아 미 전역에서 75개에서 150개 사이의 ACO가 2012년 1월 부터 시행될 예정인 이 새로운 보험제도에 합류하게 될 것으로 예상된다.

ACO의 기본 아이디어는 다음과 같다. 메디케어는 ACO에게 일정 기간 동안 환자 한명당 일정 금액을 지불한다. ACO는 이 비용으로 자율적으로 환자의 치료를 책임지게 된다. 기존의 HMO에서 사용된 인두제(capitation)와 흡사한 개념처럼 보이나, ACO의 의료비 정산 방식은 global payment이다. 기존 인두제는 환자의 나이와 성별을 기준으로 개개인의 비용을 산출해 지불했다. 즉 같은 연령대와 성별의 환자라면, 기존질병여부나 건강상태와 상관없이 한명의 환자에 대해 일정기간 똑같은 금액을 책정해 지불한 것이다. 이런 지불방식에서는 의료인이 이익을 더 많이 내기 위해 진료를 꺼리는 경우가 많았고, 환자의 치료결과에 대한 관심을 유발하기가 어려웠다. GP는 이런 문제들을 해결하고 동시에 의료서비스의 질을 높이려는 시도인데 이 방식의 기본 개념을 살펴보면, 첫번째는 위험요소를 고려해 의료비용을 조정(risk adjustment)하는 것이다. 두번째는 의료서비스의 질(quality)에 대한 고려이다. 의료의 질은 과정(process)과 결과(outcome)로 나뉘어지는데 수술환자가 수술 후 회복이 빠른속도로 진행되는지 합병증은 없는지 등 경과를 살펴보는 것이 outcome이다. outcome이 좋을 경우 환자가 빠르게 퇴원하는 등 진료비의 잉여분이 발생할 것이고 모아진 잉여금액에서 ACO가 60%까지 보너스를 받게 한다는 것이다. 첫 시행 후 3년 동안 미 전역의 ACO가 거둬들일 보너스는 9천억원에 이를 것으로 예상되고 치료결과가 좋지 않거나 치료의 질이 떨어져 내야할 벌금으로는 약 4백억원 정도를 예상하고 있다.

문제는 ACO를 조성하는 것이 쉽지만은 않다는 것이다. 보너스라는 당근이 주어진 상황에서 미전역의 대형병원들은 앞다퉀 많은 수의 의사를 채용하고 medical group을 합병하는 등 ACO에서 우위를 선점하기 위해 갈수록 대형화될 가능성이 있다. 병원이 많지 않은 시골지역이나 외딴 지역은 하나의 대형 ACO가 한 지역을 완전히 장악할 가능성도 있다. 여기서 발생할 수 있는 문제점이 독과점에 관한 법률 위반이다. 이를 위해 미 보건부는 독과점에 관한 규제를 완화하기로 하는 등 대책을 마련 중이다. 또한 ACO를 조성하는 데 드는 초기 비용이 만만치 않다는 것도 문제가 될 수 있다. CMS에 의하면 2012년 첫 시행년도에 들어갈 ACO 구축비와 초기운영비가 많게는 3천억원정도가 소요될 것으로 보고 있다. 이러한 엄청난 자금을 투입한 후 ACO가 실패할 경우 가뜩이나 경제위기로 휘청거리고 있는 미국 경제에 또다른 악재가 되지 않을까 하는 우려가 있다.

5. ACO에 관한 최종시행령 발표

CMS는 그동안 의료기관들이 마음줄이며 기다리던 ACO의 시행에 관한 최종시행규칙을 최근 발표했다. 696페이지에 달하는 방대한 규칙에는 의료의 질을 측정하는 33가지 구체적인 방법도 포함되어있다. 33가지 방법은 다시 네 개 분야로 구분될 수 있는데, 첫번째는 환자와 그 가족들의 환자에게 제공된 치료에 대한 평가이다. 두번째는 치료가 여러 의료종사자들 간에 유기적인 협력관계 가운데 이뤄지며 환자의 안전(patient safety)이 유지되고 있는가이다. 세번째는 예방(preventive health)이 적절하게 이뤄지고 있는가, 그리고 마지막으로 특별히 건강 요주의 집단과 노인층의 건강이 향상됐는가 하는 것이다. 첫번째 분야인 환자와 환자가족의 평가를 위해서는 일곱개의 방법이 사용된다. 즉 환자의 진료와 예약이 적절한 시간내에 이뤄지고 있는지, 치료과정과 환자상태에 관한 정보가 적절하게 환자와 가족에게 전달되는지, 환자와 의사와의 소통이 원활한지, 전문의가 진료가 필요할 경우 환자가 적절히 전문의에게 인계되는지, 환자가 의사를 높이 평가하는지, 치료결정이 의사와 환자의 상의하에 이뤄지는지, 건강증진을 위한 교육이 이뤄지는지를 설문조사를 통해 평가하게 된다.

진료가 유기적인 협력관계 가운데 이뤄지며 환자의 안전이 보장되는지는 재입원률(re-admission rate)과 AHRQ(보건부 산하 의료서비스 및 질 연구기관)에서 개발한 만성폐질환에 관한 의료서비스의 질을 측정하는 지표와 심장마비 등의 치료의 질을 측정하는 지표 등 두개의 지표를 사용해 평가한다. 이밖에 전자의료기록부(EHR)를 도입할 준비가 돼 있는지 여부, 낙상을 방지하기 위한 위험군을 파악하기 위해 검사를 하는지 여부, 퇴원할 때 지시한 조제약을 60일 후에 다시 확인해 정확한 약을 복용하는지 여부 등의 지표를 통해 의료의 질을 판단한다. 세번째 분야인 건강예방에서는 50세 이상의 환자에게 독감예방주사를 접종했는지 여부, 폐렴예방여부, 체질량지수(BMI) 측정여부, 금연을 유도하기 위한 적절한 조치여부, 우울증 검사여부, 대장암 검사여부, 유방암 검사여부, 혈압을 측정했는지 등을 평가해 의료의 질을 판단한다. 마지막 분야인 위험군에 속한 집단의 의료의 질에 관해서는 당뇨병, 고혈압, 허혈성 혈관질환, 심장마비, 동맥경화증을 가진 환자의 비율을 측정하여 이들의 예후를 평가하여 의료의 질을 판단한다.

6. 미의료기관인증위원회 (The Joint Commission)의 새로운 패러다임

미국의 병원을 심사하여 인가여부를 결정하는 미의료기관 평가위원회는 지난 9월 발표

한 연례보고서를 통해 처음으로 환자치료의 질과 안전을 다뤘다. 시설과 의료체계 그리고 과정을 중점적으로 심사하던 관행에서 벗어나 의료결과에 비중을 두겠다는 의지다. 이를 위해 병원의 환자치료실적을 좀 더 증거위주로 심사해 병원들이 과연 환자치료결과를 향상시키고 있는지 평가하겠다는 것이다. 실제로 이번 리포트는 9개의 평가항목(심장마비, 폐렴, 외과수술, 어린이 천식 등)을 두고 치료의 질과 안전에 그 초점을 맞춰 미국 전역의 8천 개가 넘는 병원 중 우수병원 405개를 선정 발표했다. 국제적인 권위를 자랑하는 이 위원회는 이 보고서에서 앞으로 증거를 바탕으로 한 심사를 강화해 병원들이 의료의 질을 높이도록 독려할 것이며 향상된 치료의 질을 통해 좀 더 환자의 삶의 질을 높여 궁극적으로는 건 강한 나라를 만드는데 기여하겠다고 선언했다. 이러한 패러다임의 변화는 앞으로의 인가기준에 반영될 것이다. 또한 미 정부가 추진하고 있는 ACO정책과 함께 의료계의 변혁을 촉진할 것으로 예상된다. 무엇보다 치료의 질과 그 결과를 평가하는 객관적 기준이 확립돼, 장차 의료보험지불산정 방법에 변화를 가져올 것으로 예상된다.

7. 대통령선거를 앞둔 개혁법의 각종 의무조항 완화

최근 오바마 행정부는 개혁법의 여러 세부조항의 기본의료혜택을, 각 주정부가 재량권을 갖고 각 주의 재정상태에 맞게 시행하도록 허용하겠다고 밝혔다. 원래의 개혁법은 50개 주가 강제조항들을 가감없이 시행하도록 했기 때문에 이 발표는 정계와 의료계에 놀라움을 안겨줬다. 현재 시행되고 있는 메디케이드와 어린이의료보험은 주정부의 재정 및 정치 상황에 따라 들쭉날쭉 시행되고 있는데 전국통합시스템을 지향했던 개혁법마저 이들의 전철을 밟게 될 가능성이 농후해졌다. 이 결정의 이면에는 2012년 11월 치뤄지는 미 대통령 선거가 있다. 지난 1년 8개월 동안의 개혁법 폐지 소송과 지금 진행되고 있는 공화당 대통령예비경선을 통해 갈수록 정치쟁점화 하고 있는 의료개혁법에 대한 논란을 잠재우고 중도층의 표심을 얻어 대통령선거를 유리한 국면으로 끌고가고자 하는 오바마 행정부의 전략의 결과다.

그동안 공화당 예비경선은 각 후보의 개혁법 반대의 강도에 따라 후보의 인기순위가 정해지는 개혁법 성토장이 돼왔다. 선두주자인 램니후보는 그의 매사추세츠주지사 시절 가장 큰 업적인 MassCare를 송두리채 부인하면서 대통령에 당선되면 먼저 연방의료개혁법부터 폐기하겠다고 공언하고 있다. 다른 군소후보들도 모두 경쟁적으로 개혁법을 물고 늘어져 이제 내년 대선은 개혁법에 대한 찬반을 묻는 선거가 되버린 양상이다. 이들의 주장은 개혁법이 지나치게 관료적이고 주정부의 권한을 침해하면서까지 의료계를 통제하려는

것이라고 비난해왔다. 이들은 개혁법으로 오히려 의료서비스의 질이 떨어질 것이라고 선전하고 있다.

개혁법을 폐지하려는 소송도 빠른 속도로 진행돼 대법원이 2012년 6월 이전에 이의 합법성여부를 결정하겠다는 방침도 오바마 행정부에 부담이 되고 있는 실정이다. 앞에서 밝혔듯이 장기요양환자를 위한 장기간병보험법(CLASS)을 자진해서 철회한것도 개혁법이 갈수록 정치쟁점화하고 있는 상황에서 오바마행정부의 숨고르기의 일환이다. 최근 많은 주들이 엄격한 법조항들을 시행하지 않아도 된다는 유예(waiver)허락을 받고 있고, 여러 고용주들도 과거와 다를바 없는 보험을 고용인들에게 계속 제공할 수 있도록 허락을 받아내고 있다. 그러나 이러한 유화책은 오바마를 2008년 대선에서 전폭지지했던 진보진영의 불만을 사고 있다. 내년 선거가 개혁법이 원래 의도했던 의료상황의 개선과 전국민 보험가입시도 그리고 국민의 건강개선이라는 목표달성을 지연시킬 것이 분명하다. 정치논리가 의료개혁법마저도 좌지우지하는 정치의 계절이 이제 서서히 무르익고 있다. 