

미국 보수진영의 논리 - 오바마정부의 의료개혁을 중심으로*



조 현 구 (고려대학교 교수, 정책학)
(pmack27@korea.ac.kr)



I. 서론

2010년 3월 23일 미국 오바마 대통령이 『환자보호 및 적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act, 이하 ACA법)』에 서명함으로써 루스벨트(Theodore Roosevelt)가 1912년 대선공약으로 국민의료보험을 내세운 지 100년만에 시스템 차원의 총체적인 의료개혁이 단행되었다. 오바마 1기 행정부의 가장 큰 정책적 성과인 ACA법은 이를 무효화시키기 위한 공화당 및 보수진영의 소송전과 일부 州들의 이행조치 거부에도 불구하고 2012년 대법원의 합헌판결 및 오바마 대통령의 재선을 통해 일단락되었다. 동 법은 2010년 9월 23일자로 일부 조항들이 시행되기 시작하여 10년간 점차적으로 시행되며 2014년부터 개인의 의료보험 가입 의무화, 빈곤층

* 이 논문(저서)은 2013년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2013S1A5A8023429)

의료보장제도인 Medicaid의 확대, 의료보험거래소의 설치 등 핵심적 조항들이 발효되었다.

그러나, ACA법은 그 역사적인 성과에도 불구하고 실제 효과에 대한 논쟁, 보험확대를 위한 비용의 제어가능 여부 등 본격적인 이행과정에서 나타날 불확실성을 둘러싸고 보수진영의 지속적인 저항과 투쟁에 직면해 있다 (정건화 2011; Leflar 2013; Thompson 2013; Rivlin 2013; Turner and Roy 2013; McDonough 2014). 이미 26개주 법무장관(state attorneys general), 미 상공회의소 등이 제기한 각종 위헌소송과 관련 미 연방대법원은 2012년 6월 「National Federation of Independent Business v. Sebelius」 판결에서 ACA법의 합헌성은 인정하면서도 주정부가 기존 Medicaid 프로그램의 확대를 거부하더라도 연방정부가 해당 주정부를 제재할 수 없다는 판결을 내렸다 (Leflar 2013, 4). 또한, ACA법을 두고 양당이 격돌했던 2010년 중간선거에서 기존 하원(민주당 258명, 공화당 177명)과 상원(민주당 59명, 공화당 41명)을 모두 장악했던 민주당이 하원선거에서 63석(민주당 195명, 공화당 240석), 상원선거에서 6석(민주당 53명, 공화당 47명)을 잃는 대패를 기록하였다. 이후 오바마대통령이 압승한 2012년 선거에서도 민주당은 하원 8석(민주당 203명, 공화당 232명), 상원 2석(민주당 55명, 공화당 45명)을 회복하는 데 그쳐 ACA법의 여파로 2010년 중간선거에서 공화당에 빼앗긴 하원 다수당지위를 회복하는 데 실패하였다. 하원을 장악한 공화당은 민주당이 상원의 다수를 차지하여 통과가 불가능한 상황에서 약 50차례에 걸쳐 ACA법의 폐기 또는 수정하는 법안을 상정하는 등 同 법에 대한 상징적인 반대를 지속하고 있으며 관련 예산의 집행을 거부하는 등 지연전략을 병행하고 있는 실정이다 (McDonough 2014, 3).

이렇듯, “모든 미국인들에게 소득이나 병력에 상관없는 의료보험 제공(affordable healthcare for all Americans)”이라는 누구도 반대하기 힘든 명분을 내세운 오바마 행정부의 의료개혁법안은 법안통과는 물론 이행과정에 있어 오늘날 미국정치의 이념적 지향을 극명하게 가르는 논쟁을 촉발하였다. 이 논문은 ACA법의 배경 및 주요내용을 살핀 후, 동 법안의 통과 및 이행과정에서 나타난 보수진영의 반대논리를 크게 세 가지 키워드 - ‘존엄성과 의료복지’, ‘시장과 인센티브’, ‘연방정부와 주정부 관계’ - 로 정리하였다. 이를 통해 오늘날 미국에서 가장 첨예한 정책사안으로서 양당 간 대립이 지속되고 있는 의료개혁 문제에서 극명히 드러난 미국 보수주의의 현대적 변용과 정책적 적용방식을 이해하고자 한다.

II. 미국 의료개혁의 배경, 내용 및 추진전략

배 경

미국은 선진국들 중 가장 높은 GDP의 18%를 의료분야에 지출하고 있음에도 불구하고 세계

보건기구 193개 회원국 중 영아사망률 37위, 기대수명 31위 등 초라한 실적을 보이고 있으며, 전체 인구의 15%에 달하는 4,700만명이 의료보험이 없는 실정이다 (정건화 2011, 153). 2007년 연간 1인당 평균 의료비 지출액이 7,000불로서 인접국인 캐나다(3,165불)의 2.2배에 달하나 모든 건강지표에서 캐나다에 크게 뒤쳐져 있으며, 2006년 총 의료비용 중 행정 등 부수비용이 전체의 7.7%를 차지하여 캐나다(4.1%)의 2배 가까이 되는 등 비효율이 매우 크다 (Cylus and Anderson 2007). 또한, 1999년 이래 10년간 의료보험료가 131%나 증가하는 등 현 추세대로 방치할 경우 GDP의 대부분을 의료분야가 차지해야 할 정도로 심각한 의료비용의 증가를 경험해왔다 (Dentzer 2010).

제도적으로 볼 때 미국의 의료보험은 민간-공공부문의 세 가지 축으로 구성되어왔다. 민간 부문의 경우, 1935년 루스벨트 (Franklin D. Roosevelt) 대통령이 미국 복지정책의 근간인 사회보장법(Social Security Act of 1935)을 통과시키면서 대공황의 경제난과 의사협회 등의 강한 반대에 직면하여 의료보험부문을 사회보장체계에 포함시키지 않고 향후 과제로 미뤄놓았던 이래 미국의 의료보험은 정부 등 공공분야가 아닌 회사가 제공하는 사적인 복지혜택의 하나로 간주되어왔다 (Quadagno, 2010). 또한, 제2차 세계대전 당시 강력한 임금 및 물가 억제조치는 대기업들이 우수인력을 유치하기 위해 임금인상 대신 의료보험 등 여타 복지혜택을 제공토록 유도하였으며, 소득세(income tax) 역시 모든 사적 복지혜택을 포함하는 보상(compensation)이 아닌 임금(wage)을 기준으로 산정되면서 노동자들도 의료보험 등 여타 복지혜택을 더 많이 제공하는 회사에 근무하는 것이 유리한 구조가 형성되었다 (Rivlin 2013, S.18). 이에 따라, 오늘날 미국민의 55%가 회사가 제공하는 의료보험에 의지하며, 자영업자 등 5%가 개별적으로 시장에서 보험을 구입하는 구조가 성립하였다. 한편, 이처럼 민간부문이 주도하는 고용주보험은 거대한 보험업계의 등장 및 영향력 강화를 불러왔으나, 한편으로 시장에서 적정보험을 구입하기 힘든 저소득 자영업자, 은퇴자, 빈곤층 등에 대한 공공부문의 역할을 지속적으로 요구하게 되었다. 의료사각지대의 확대는 트루먼(Truman), 아이젠하워(Eisenhower), 케네디(Kennedy) 등 역대 정권마다 의료개혁이 주요 국내정책이슈가 되는 계기가 되었으며, 1965년 존슨(Johnson) 대통령이 노인 및 장애인을 대상으로 하는 'Medicare'와 빈곤층을 대상으로 하는 'Medicaid'를 국가사회보장 제도로 도입하면서 오늘날 미국 의료보험체계의 3대 축 - 고용주보험, Medicare, Medicaid - 이 구축되었다 (최병호 2011, 72). 연방정부프로그램인 'Medicare'의 경우 2010년 기준으로 인구의 15%에 달하는 4,700만명(65세 이상 노인 85%, 장애인 15%)이 가입되어 연간 5,000억불의 예산을 지출하고 있다 (Thompson 2013, S4). 2030년에는 전체 인구의 20%가 고령화되고 이들 노인 1인당 부양인구가 2000년 5명에서 2030년 3명으로 줄어들 것이 예상되면서 'Medicare'는 미국 경제의 핵심 쟁점인 연방정부 부채문제의 향방을 좌우할 이슈로 부각 된지 오래이다. 저소득 빈곤층을 주요 대상으로 하는 'Medicaid'의 경우 주정부에 대한 매칭펀드 형태의 연방교부세를 재원

으로 2010년 기준으로 약 6,500만명의 저소득층 및 요양기관 등에 입원한 만성질환 환자들에게 연간 4,000억불의 지원을 해주고 있다. 과거 10여년간 보험료의 급증이 의료비 부담으로 인한 사업체 도산, 계약직의 확대, 개인파산 등의 연쇄적인 파장을 불러와 'Medicaid'에 의존하는 인구가 급증하게 되면서 제도의 지속성 및 운영에 있어 주정부의 자율성을 둘러싼 논란과 실험이 지속되어 왔다.

이와 같은 의료체계의 비효율성, 공공부문의 부담증가, 비 보험인구로 대변되는 의료사각지대의 확대라는 구조적 문제에도 2008년의 금융위기에 따른 경기침체는 전통적인 고용주보험에서 이탈하는 유권자수를 대폭 증가시켰고 의료개혁 문제를 2008년 대선戰의 화두로 부각시켰다. 민주당내 진보진영은 북유럽 식 '전국민 대상 단일 공보험(single-payer system with universal coverage)' 도입을 통해 정부가 의사, 병원, 보험회사, 제약회사 등 다양한 공급측면의 이해관계자들과의 협상력을 높임으로써 현재 미국식 의료전달체계의 낭비와 비효율을 최소화시켜야 한다고 주장해왔다. 그러나, 민주당내 주류조차 이같은 방식으로는 미국 정치과정에 이미 막대한 영향력을 미치고 있는 다양한 이해당사자들을 설득시키기에는 역부족이라는 점을 인정하고 현 체제의 점진적 개혁방식을 선호하였다 (Rivlin 2013, S19). 반면, 공화당으로 대변되는 보수진영은 의료체계의 혁신은 태생적으로 비효율적인 공공부문의 확대가 아니라 구조조정을 통해 달성할 수 있으며, 개개인이 자신의 건강에 대한 책임의식을 높이고 자신에게 가장 합당한 보험을 선택할 수 있도록 정보제공 및 다양한 보험상품 확대 등 시장의 역할을 강화하는 방향으로 추진되어야 한다고 주장하였다 (정건화 2011, 165-172).

주요 내용

20세기 민주당, 공화당을 막론하고 대다수 정권의 정책 우선순위를 점하고 있었으면서도 개혁방향에 대한 끊임없는 논쟁, 막강한 이해집단의 저항, 재정적 압박 등의 이유로 실패를 거듭하던 미국의 의료개혁은 민주당의 일시분란한 조직적 투표와 핵심내용에 대한 전략적 타협을 통해 민주당 오바마 정권에 와서 현실화되었다. 그러나, 법안통과를 위해 필연적이었던 오바마 정부의 정치적 선택과 타협은 미국적 상황에 따라 점진적으로 진화해온 제도에 대한 근본적인 전환(transformation)이 아니라 문제가 되는 부분을 기우고 땀질하는 방식으로서 향후 경제상황, 무엇보다 공화당으로 대변되는 보수진영의 저항에 따라 제도이행의 효과가 반감될 수 있는 짜집기식 보완(patchworks)이라는 지적 또한 상당하다 (Marmor 2010; Rivlin 2013; Saldin 2011; Brown 2011). <표 1>은 ACA법을 접근성(Access), 질(Quality), 비용(Costs) 측면에서 정리한 Leflar(2013)와 McDonough(2014)의 논문을 요약한 것이다.

〈표 1〉 환자보호 및 적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act) 개요

| | |
|--|---|
| <p>의료 접근성 (Access)</p> | <p>“2019년까지 5,500만명에 달할 것으로 예상되는 보험 미가입 인구를 3,000만명 (대다수 자발적 미가입자) 수준으로 축소”</p> <ul style="list-style-type: none"> - 개인별 보험가입 의무화(individual mandate) : 아메리카 원주민, 종교적 거부자, 수감자, 불법체류자를 제외한 시민권자 및 거주외국인의 보험가입을 의무화하고 미가입시 매년 벌금 부과 - 병력(preexisting conditions)에 따른 가입 거부 및 보험료 차별 금지 - 보험거래소(health insurance exchanges) 설립: 최소기준을 만족하는 보험 상품을 거래하는 웹기반 거래소를 주별로 설치하고, 연방빈곤기준(Federal Poverty Level)의 100%-400% 소득수준의 가정까지 보조금 지급 (4인 가구 \$92,000 상당) - ‘Medicaid’ 확대 : 연방빈곤기준의 138% 소득수준의 가정까지 적용(4인 가구 연소득 \$32,000 상당), - 26세 성인까지 부모가 가입한 보험으로 혜택 적용 가능 - 대기업·중견기업의 경우 고용주보험 제공을 의무화하고 미제공시 벌금 부과 - 영세기업의 경우 고용주보험을 제공할 의무는 없으나 제공시 세액공제 혜택 |
| <p>의료서비스의 질 (Quality), 비용(Costs)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 성과연동지불제(pay-for-performance) 도입 : 행위별수가제에 따른 비효율을 줄이고 질병에 맞는 맞춤형 치료를 보상 - 데이터 구축 및 투명성 확보 : 의료자료 제공에 대한 보상(pay-for-reporting) 및 모든 지급내역의 전자결재 의무화 - ‘Medicare’ 급여 축소 : 연방정부의 메디케어 프로그램 중 선택항목에 대한 급여 축소 - 독립보험급여자문기구(Independent Payment Advisory Board) 창설 : ‘Medicare’ 및 ‘Medicaid’ 의 비용 분석 및 감축 방안 제시 - 정보제공 확대 : 거주지역, 사업자별 예방증진 프로그램 운영 및 체인 레스토랑의 메뉴별 열량 표기 의무화 - 재원 확충 : 고소득자의 ‘Medicare’ 원천징수액 0.9% 인상, 투자소득·임대소득·로열티 등 비근로소득 3.8% 증세, 보험회사(빈곤층·고령층·장애인을 대상으로 한 비영리보험사 제외)·제약회사·의료기기업체에 대한 증세 등 |

※ 출처 : Leflar(2013, pp. 5-7); McDonough(2013, pp. 2-3).

전략

2008년 당선 이후 오바마 대통령 및 민주당 진영은 1993-1994년 클린턴 대통령이 야심차게 추진했으나 실패로 끝나버린 의료개혁 사례를 반면교사로 삼아 몇 가지 중요한 전략적 선택을 하게 된다. 첫째, 클린턴 정부가 전문적 관료들을 활용하여 비밀리에 의료개혁법안을 마련한 후 이를 기반으로 의회와 협상하려 했던 방식에서 벗어나 오바마 정부는 큰 원칙만을 제시하고 법안의 성안을 전적으로 의회에 일임하는 방식을 채택하였다.¹⁾ 클린턴 정부는 535명으로 구성된 의회가 의료개혁과 같이 전문적이고 정치적으로 민감한 법안을 ‘전 국민 의료보험 제공’이라는

1) 향후 법안의 통과과정에서 많은 부분이 타협되었으나, 당초 오바마 정부가 내세운 의료개혁의 대원칙은 ① 의료지출의 증가세를 GDP 성장률 대비 +1%p 이내로 통제 ② Medicaid의 적용대상을 연방빈곤수준의 138% 수준까지 확대 ③ 모든 국민의 보험가입(universal coverage)을 목표로 추진 ④ 보험거래소(exchanges)를 창설하여 소비자들이 직업을 바꾸거나 필요시 다양한 보험상품을 선택할 수 있도록 보조금을 지급하고 제공되는 모든 보험은 과거 병력을 문제삼지 않도록 규제 ⑤ 거래소를 통해서도 보험을 구입하지 못했을 경우 공보험(public option)을 제공하여 선택을 보충 ⑥ 예방과 건강증진에 투자 ⑦ 환자안전과 의료의 질을 향상 ⑧ 재정 건전성을 유지토록 추가적인 혜택에 대해서만 재정을 투입 (Rivers & Rivers 2011, p. 75, 최병호 2011, p. 81).

방향성을 잃지 않고 자체적으로 타협해내기 힘들다는 판단을 하였으나, 이는 결국 의회에 행정부 법안이 통보된 순간 모든 논쟁과 타협과정이 다시 시작되는 결과를 초래하였다 (Hacker 2010, 866). 민주당내에서조차 ‘진보’·‘중도’·‘온건’ 등 정파에 따라 의료개혁에 대한 입장이 상이했으므로 사전조율 없이 일사분란한 단일대오를 형성하는 것은 정치적으로 불가능하였다. 오바마 정부의 전략은 민주당 의원들로 하여금 법안의 성안과 타협에 많은 시간과 노력을 투자하게 함으로써 법안의 통과를 자신들의 정치적 자산으로 인식하게 만들었으며 이를 위한 당내 결집을 유도해내는 효과를 거두게 되었다 (Hacker 2010; Brown 2011; Morone 2010).

둘째, 기존 의료체제의 구조적 개혁에 강력히 저항해 왔던 3개의 ‘반대축 (axis of opposition)’ - 의사 및 병원, 보험업계, 고용주 - 과의 사전정치 작업을 통해 조직적 반대를 와해시키고 이들을 구체적인 법안내용을 조건부로 하는 협상의 대상으로 전환시키려 하였다. 우선 경제난으로 인한 보험 미가입 인구의 급증은 보험업계나 병원, 의사협회 등이 정부의 법안에 대결하기보다는 협상을 통해 정부프로그램을 자신들에게 유리한 방향으로 조정토록 하는 여건을 제공하였다 (Hacker 2010, 865). 좀 더 구체적으로 살펴보면, 2003년 조지 부시(George W. Bush) 대통령이 도입한 ‘Medicare Part D’, 즉 약제비보험급여(prescription drug coverage)가 보험회사와 제약사의 새로운 수입원으로 부상하면서 이들 업계가 한층 더 정부프로그램에 의존하게 되는 계기를 제공하였다. 또한, 의사협회는 90년대 이후 고용주보험시장을 주도해온 민간보험회사인 HMOs (Health Maintenance Organizations)가 비용절감을 위해 환자진료에 많은 간섭과 통제를 하는 데 반발하여 환자단체들과 함께 HMOs에 대한 소송을 제기하는 등 반대세력 내부의 갈등이 치열하였다 (Quadagno 2010, 129). 이같은 배경하에 오바마 정부는 개혁드라이브의 초창기에 정부의 의료개혁을 지지할 경우 향후 예상수입의 대부분을 보장해주겠다는 밀실합의를 제약 및 병원업계와 타결하면서 반개혁진영의 대표주자들을 개혁에 동참시켰으며, 법안 성안과정에서 반대세력의 첨병역할을 해온 보험업계가 극렬히 저항한 공보험(public option) 도입을 포기하고 개인보험가입을 의무화(individual mandate)하여 이들 업계의 수입원을 확대함으로써 이들의 반대를 무마시켜 나갔다 (Hacker 2010, 865).

셋째, 비용(costs) 절감의 경우 단기적 충격은 최소화하고 단계적인 장기과제로 삼는 동시에 경제여건 호전 등 상황에 따라 추후 입법을 통한 변화여지를 남겨놓음으로써 이해당사자들의 반발을 최소화하였다 (Brown 2011, 424). 실제 전국민을 대상으로 의료보험의 접근성(access)을 강화하는 동시에 비용(costs)을 특정 수준이하로 통제하는 것은 양립하기 어려운 목표이다. 개혁안은 미국 의료체계의 비효율로 지적되어온 행위별수가제(fee-for-service)를 단계적으로 성과연동지불제(pay-for-performance)로 전환하고 이를 위해 관련 정보 제공시 인센티브를 제공(pay-for-reporting)하는 한편, 민간보험사들이 보험료의 85% 이상을 행정비용이 아닌 실질적 의

료비용에 사용할 것을 의무화하였다²⁾ (Brown 2011, 425; Leflar 2013, 7). 오바마 대통령은 “의료 개혁이 연방정부의 재정적자에 10센트도 더하지 않을 것”이라고 공언하였고 ‘Medicare’ 프로그램의 급여 감축과 의료체계의 낭비 및 중복 제거 등을 통해 추가 비용을 줄이는 한편, 의료보험 확대에 따른 추가 재원은 고소득층 ‘Medicare’ 보험료 인상, 투자·임대·로열티 소득 등 不勞소득에 대한 증세, 제약·보험·의료기기업체에 대한 추가과세, 의료보험 의무화에 따른 미가입자에 대한 벌금 등을 통해 마련키로 하였다 (Thompson 2013; McDonough 2014). 미 의회 예산국(Congressional Budget Office)은 오바마 정부의 의료개혁에 따르는 비용은 2022년까지 총 1조 1,680억불이 소요될 것으로 추계하였으며 상기 조치들이 제대로 이행되었을 때 추가 비용을 충당할 수 있을 것으로 예상하였다 (CBO 2012). 그러나, 근본적인 증세나 보험료 상승 없이 의료개혁의 비용을 충당할 수 있을지에 대해서는 불확실성이 크고 부정적인 의견이 대다수를 차지한다 (Leflar 2013; Rivlin 2013; Thompson 2013; Brown 2011; Marmor 2010; Feldstein 2009). 실제 2012년 오바마 정부는 “의료개혁을 위해 Medicare를 희생한다”는 거센 비판에 직면하여 ‘Medicare’ 프로그램의 급여감축분을 대폭 완화하는 등 비용절감의 가장 가시적인 조치가 흔들리고 있어 재정건전성에 대한 우려가 증대하고 있는 실정이다 (Reuters 2012, April 2).

법안 통과과정

미국식 의료전달체계에서 기득권을 누리고 있는 이해집단의 막강한 영향력과 법률통과를 가로막는 수많은 거부점(veto points)의 존재를 감안할 때, ACA법의 통과는 이라크전쟁, 허리케인 카트리나, 그리고 2008년 금융위기 등의 악재가 겹치면서 2006년 이후 민주당이 상하원의 다수당 지위를 유지했던 우호적 여건(2008년 선거에서 상원의 경우 의사진행방해인 ‘필리버스터(filibuster)’를 끝낼 수 있는 60명 확보)과 오바마 정부의 전략적 선택이 맞아떨어지면서 발생한 ‘사건(incident)’이라 할 것이다. 처참한 실패를 경험한 클린턴 정부의 의료개혁(1993-1994) 역시 민주당이 양원의 다수(하원 258:176, 상원 56:44)를 점하고 있었으며, 뿌리 깊은 의료부문의 구조적 문제에 대한 국민의 개혁요구가 비등했던 시점에서 추진되었다는 점에서 볼 때, 오바마 대통령과 민주당 지도부의 전략적 선택과 성공에 주목할 필요가 있다.

ACA법으로 통칭되는 의료개혁법안은 『환자보호 및 적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act : ACA법)』과 『의료보험 및 교육예산조정법(Health Care and Education Reconciliation Act : ERA법)』의 두 개의 법안으로 구성되어 있다. 집권 후 오바마 대통령은 자신의 의료개혁에 대해 초당적 지지기반(bipartisan support)을 확보하려 상당한 노력을 기울였으

2) 진료시마다 비용이 청구되는 구조는 불필요한 진단을 남발하고 전공의들간의 협업을 통한 효율적 치료방안 개발의 인센티브를 저하시켰으며, 이에 더해 비용을 고려하지 않는 의사들의 경향, 세계 최고수준을 자랑하는 미국 의료계의 경쟁적 최신기기 도입, 의료소송에 대한 우려 등도 효과 대비 과도한 비용이 발생하는 구조를 확대재생산하였다 (최병호 2011, 74; Leflar 2013, 3).

나, 공화당측 지지를 이끌어내는 데 실패하고 오히려 민주당내 지지가 흔들리는 상황에 직면하게 된다 (Hacker 2010, 868). 이에 오바마 대통령과 민주당 의회 지도부는 2009년말 민주당측 의료개혁안을 양원에 상정하고 하원에서 찬성 220 對 반대 215, 상원에서 찬성 60 對 반대 39의 극소한 표차로 1차 통과시킨다.³⁾ 이후 2010년 1월 민주당 케네디(Edward Kennedy)의원의 사망으로 실시된 메사추세츠 보궐선거에서 공화당 의원(Scott Brown)이 당선되면서 필리버스터를 막을 수 있는 민주당의 절대다수선(60석)이 붕괴되었다. 이에 따라, 민주당 지도부는 상원법안이 어떤 형태로든 수정될 경우 필리버스터에 직면할 수밖에 없는 상황에서 상원안을 양원회의회를 거치지 않고 그대로 하원에서 2차 통과시켜야 하는 과제에 직면하였다 (손병권 2011, 176). 문제는 상원안, 특히 낙태문제와 관련하여 보수적 민주당 의원을 설득하기 위해 도입된 특혜 조치에 대한 의원들의 반발로 하원 통과를 장담할 수 없었다는 점이다. 이에 민주당 지도부는 상원법안을 그대로 통과시켜 줄 경우 곧바로 상원의 필리버스터 위협이 없는 예산조정(budget reconciliation)의 형태로 민주당 의원들의 우려를 해소하는 수정안을 통과시키겠다는 약속을 하게 된다.⁴⁾ 그 결과 2010년 3월 21일 상원안이 하원에서 그대로 통과(ACA법)된 즉시, 일부 민주당 의원들의 의견을 반영한 예산조정법안(ERA법안)을 의회에 상정하고 상원에서 3명의 민주당 이탈표에도 불구하고 일부 수정 후 통과된 법안(찬성 56 對 반대 43)을 하원에서 그대로 2차 통과시키면서 의료개혁법안이 완성된 것이다.

이같이 급박한 협상과 전략을 통해 탄생한 의료개혁법에 단 한 명의 공화당 의원도 찬성하지 않았다는 점은 오늘날 미국의 정치지형을 극단적으로 보여준다. 보험사, 제약회사 등 과거 의료개혁법을 좌초시켰던 주요 이해당사자들의 분열과 타협에도 불구하고 ‘티파티(Tea Party)’ 등 시민단체를 첨병으로 유권자들의 표를 응집해내는 데 성공한 강성 보수진영은 공화당의 입장을 좌지우지하는 막강한 세력으로 부상하였다. 이들은 낙천운동과 의료개혁 반대논리 개발, 다양한 로비활동 등을 통해 자신들의 입장과 괴리된 공화당 의원들을 압박해나갔으며, 공화당이 장악하고 있는 다수의 주정부가 ACA법의 이행을 무력화시키는 데 역량을 집중하고 있다. 따라서, 향후 미국의 의료개혁을 둘러싸고 나타나는 다양한 논쟁 및 이행과정의 불협화음을 이해하기 위해서는 법안의 대책점에 서서 의료개혁에 상하원 전원 반대표를 행사한 공화당과 보수진영의 입장에 대한 입체적인 이해가 필수적이다. “모든 미국민에게 소득이나 병력에 상관없는 의료보험 제공(affordable healthcare for all Americans)”라는 반대하기 힘든 명분에 대한 보수진영의 반대논리와 오바마식 개혁에 대한 구체적인 비판내용을 통해서 ACA법의 현재와 미래를

3) 일반적으로 미 의회에서 하나의 법안이 통과되기 위해서는 각각 상하원에서 다수결로 1차 통과된 법안간의 차이를 상하원의원 일부가 참석하는 양원협의회(conference committee)에서 조정하고, 이 조정안이 상하원에서 각각 다수결로 2차 통과되어야 한다.

4) ‘예산조정절차(budget reconciliation process)’는 회계연도 말기에 예산안 세입과 세출의 미세한 조정을 위해 필리버스터의 적용을 배제하고 단순다수결로 통과시킬 수 있도록 1974년 도입한 제도이나, 미 의회는 필리버스터를 피하기 위해 실제 중요한 예산항목들을 동 제도를 활용해 통과시켜 왔다.

조망하는 시각을 갖게 되기 때문이다.

Ⅲ. 미국 의료개혁과정에 나타난 보수진영의 입장

‘인간 존엄성’과 의료복지

의료정책에 있어 유럽과 차별화되는 미국 보수진영의 입장을 이해하기 위해서는 ‘인간의 존엄성’에 대한 미국적 접근에 대한 이해가 필요하다. 미국의 국부(founding fathers)중 하나인 해밀턴(Alexander Hamilton)으로 대표되는 미국식 ‘성과주의(merit system)’는 개개인의 능력에 대한 객관적 평가와 이에 따른 합당한 보상, 그리고 능력외의 여타 조건에 의한 차별을 배척하는 사회시스템을 확립할 때 인간의 존엄성(dignity)이 담보될 수 있다는 믿음에 기초하고 있다.⁵⁾ 오늘날 유럽을 비롯한 많은 나라에서 ‘인간의 존엄성’의 개념은 인간다운 생활을 영위할 수 있는 최저수준의 혜택 - 의식주 및 의료, 교육, 깨끗한 환경 등 - 이 제공될 때 달성할 수 있는 것으로 이해되며 국가는 이를 위해 다양한 복지정책을 수행한다 (Rao 2011, 172). 그러나, 이러한 복지정책에 수반되는 국가의 역할 확대는 종종 인간의 존엄성에 대한 미국적 이해 및 접근방식과 마찰을 빚어 왔다. 첫 번째 미 헌법 수정안인 권리장전(The Bill of Rights)은 국가로 하여금 국민의 기본권 보장을 위해 특정행위를 하도록 하는 ‘positive’ 방식이 아니라 특정행위를 못하도록 하는 ‘negative’ 방식으로 구성되어 있다 (Cross 2001, 857). 미국 대법원 역시 지속적으로 ‘존엄성’을 개인적 권리의 하나로 간주하면서 “개인의 자유와 자치권을 국가나 타인으로부터 최대한 보장하는 것”이 헌법의 정신이라고 판시하였다 (Rao 2011, 174). ‘엄격한 개인주의(rugged individualism)’ 및 ‘성과주의(merit system)’로 대변되는 해밀턴식(Hamiltonian) 전통은 개인의 자발적인 선택에 따른 차별적 결과에 대해 국가가 개입하는 것을 비판하는 사상적 토대를 제공하고 있는 것이다.

ACA법에 반대하는 거듭된 위헌소송과 관련 2012년 연방대법원이 5대 4의 합헌결정으로 오바마 행정부의 손을 들어준 역사적 판결의 쟁점 중 하나는 ACA법의 “모든 미국시민과 합법적 거주자들에게 의료보험 가입을 강제하고 가입하지 않을 경우 벌금 형태의 세금을 부과”하는 조항이 헌법이 의회에 부여한 “거래를 규제할 수 있는 권한(Power to Regulate Commerce)”에 부합하는가의 여부였다. 재판부는 보수진영이 미 헌법은 의회에 거래를 ‘규제(regulate)’할 수 있는 권

5) 미국이 아닌 영국령 서인도제도에서 혼외관계로 태어난 이민자로서 ‘연방주의자(Federalists)’의 수장 역할은 물론 초대 재무장관으로서 연방국가 미국의 기틀을 놓은 해밀턴(Hamilton)의 생애 자체가 미국의 ‘엄격한 개인주의(rugged individualism)’의 상징이라 할 것이다. 실제 해밀턴(Hamilton)은 그의 신념이던 성과주의(merit system)에 반한다는 이유로 31세이던 1786년 뉴욕에서 미국 최초의 노예해방단체를 설립한 바 있으며, 이는 그의 정치적 경쟁자이며 미국식 평등주의의 상징이던 제퍼슨(Jefferson)이 평생 자신의 노예들을 해방시키지 않았던 것과 대조된다.

한을 주었을 뿐 이를 '강제(compel)'할 수 있는 권한을 부여하지 않았다는 주장에 동의하면서도 의료보험을 가입하지 않는 자에 대한 처벌이 '세금'의 형태인 벌금으로 행해진다는 점에서 이는 미 헌법이 의회에 부여한 합법적 권한인 '징세권(taxing power)'의 적용으로 해석할 수 있어 위헌이 아니라고 판시하였다. 즉, 기본적 의료제공과 같이 이미 많은 선진국에서 복지국가의 필수적 역할로 여겨지고 있는 분야에 있어서도 국가가 개인의 선택을 '강제'할 수 없고 세금 등 규제 권한을 통해 개인의 선택을 특정방향으로 유도하는 데 그쳐야 한다는 것이다.

의료개혁에 대한 사상적 접근은 의료서비스를 '기본권(right)'로 보는지의 여부에 따라 구분되기도 한다. “공동체의 구성원들은 공통의 위험을 공유하며 어려움에 빠진 구성원을 도울 의무가 있다”는 유럽식 공동체주의(solidarity)는 의료서비스에 대한 접근권을 모든 국민이 가지는 기본권의 하나로 본다 (Quadagno 2010, 130). 세금을 통해 재원을 조달하는 스웨덴의 국가공보험 제도, 의무적인 고용주보험 가입과 소득에 따른 보험료 차별을 통해 전 국민에게 의료보험을 제공하는 독일 등 형태는 다르더라도 병력이나 소득수준에 관계없이 모든 구성원에게 기본권의 하나로써 최소한의 의료혜택을 제공해야 한다는 것이 공동체주의의 접근방식이다. 반면, 미국 보수진영은 “인간의 천부인권(natural right)이 국가로부터 올 수 없다”는 입장을 근거로 만일 의료혜택을 기본권으로 인정하고 이를 위한 국가의 개입이 정당화될 때 개인의 선택과 자유를 저해하는 국가영역의 과도한 확대가 필연적이라는 입장을 개진한다 (Goldberg 2009; Busch 2009). 이들에 따르면 의료서비스 역시 기본권이 아닌 시장에서 제공되는 하나의 상품(commodity)로 보아야 하며 개인별 병력이나 건강상태에 따라 보험료를 차별하는 것은 보험사의 이윤동기와 소비자의 인센티브 조정을 통해 시장의 효율성을 극대화하기 위한 기제로 이해해야 한다는 것이다 (Quadagno 2010, 131).

시장과 인센티브

의료서비스를 시장을 통해 수요와 공급이 이뤄지는 상품(commodity)으로 보고 정부의 개입은 시장실패를 수정하기 위해 최소한에 그쳐야 한다는 보수진영의 입장은 민주당이 주도한 ACA법의 내용에도 고스란히 반영되어 있다. 우선, ACA법은 2012년 대선 공화당 후보였던 롬니(Mitt Romney)가 2006년 주지사 재임시절 주도적으로 도입했던 『메사추세츠 의료보험 개혁법안(An Act Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care)』에 기초하고 있다. '개인의 보험가입 의무화 및 미가입시 벌금 부과', 'Medicaid 확대 적용', '보험거래소 설립 및 소득



수준에 따른 보조금 지급' 등 ACA법의 핵심내용은 이미 2006년부터 메사추세츠주에서 실시되어 왔다.⁶⁾ 이 중에서도 '보험거래소(insurance exchanges)'의 설립은 급증하는 의료보험료로 인해 보험혜택을 누리지 못하던 개인들에게 '최소한의 기준'을 만족하는 다양한 민간보험상품을 비교 구매할 수 있도록 하고 소득수준에 따른 보조금을 지급함으로써 개인과 영세사업자의 부담을 최소화하는 동시에 다양한 보험상품이 서로 경쟁할 수 있도록 하는 추가적인 보험시장을 제공하겠다는 것이다. 이러한 방향은 규제 사각지대에서 보험료 상승을 주도하던 개인가입자 시장(전체 국민의 5% 내외)에 국가가 개입하여 '최소한도의 기준'을 만족시키는 보험상품을 가려내어 제공하도록 한다는 것으로서 'Medicare' 확대 등 공공부문의 역할 강화를 선호하는 진보진영의 입장보다는 시장친화적인 보수진영의 입장에 정부규제를 조합한 형태를 띠고 있다. 또한, 당초 거래소시장에서도 보험가입이 여의치 않은 국민들에게 공보험(public option)을 제공함으로써 민간보험과 경쟁시키려 했던 오바마 정부의 구상도 보험업계 등의 격렬한 반대와 "의료의 사회주의화(socialized medicine)"라는 보수진영의 공세에 부딪혀 철회되었다 (Hacker 2010, 865).

이러한 근본적 타협책의 제시에도 불구하고, 보수진영은 그동안 규제에서 벗어나 철저히 시장논리에 따라 운영되던 개인가입자 보험시장에 병력 및 성별에 따른 차별금지 등 정부규제를 도입하게 되면 특정 질환이나 고객층에 특화되어 있던 기존 보험 상품의 보험료가 증가하고 기존 보험계약이 갱신되지 않는 등 개인의 선택이 제한되는 상황이 초래될 수 있다는 비판을 지속적으로 제기하였다 (Graham 2010, Haislemaier and Blase 2010; Turner and Roy 2013). 실제 미국의 의료정책에 대한 다양한 설문조사에서 75% - 90% 내외의 보험 가입자가 "현재 자신의 보험혜택에는 만족하고 있으나 다른 이들이 합당한 대우를 받고 있지는 않다고 생각하고 있으며, 전면적인 의료개혁을 할 경우 다른 이들의 상황은 개선될 것이나 자신에게는 피해가 발생할 것을 우려"하고 있다는 결과가 나타났다 (Richardson and Konisky 2013, 926). 이렇듯 대다수 국민들은 개혁의 필요성에는 공감하면서도 급진적 개혁에는 반대하는 신중한 입장을 가지고 있었다. 이에 대해 오바마 대통령은 시종일관 "현재 가입해 있는 보험상품이 마음에 든다면 이를 바꿀 필요가 없다 - *if you like your health plan, you will be able to keep your health plan*"는 메시지를 강조함으로써 대다수의 미국민이 현재 가입해 있는 보험상품에 대해서는 만족하면서도 의료체계 전반에 대한 개혁은 필수적이라고 인식하고 있는 상황을 십분 활용하였다 (Rivlin 2013; Richardson and Konisky 2013).

그러나, ACA법이 이행됨에 따라 실제로 '최소 기준'을 만족하지 못하여 기존 보험상품이 해지

6) 메사추세츠의 의료보험 개혁은 1990년대 이후 주정부가 Medicaid 프로그램을 확대하는 과정에서 연방정부의 편당은 유지하되 프로그램 적용의 자율성을 부여받는 '의무면제(waiver)' 조치에 대해 건강보험청(Center for Medicare and Medicaid Services)이 낭비적 요소가 크다며 실질적인 보험 확대와 비용 절감의 혁신적 조치가 뒤따르지 않을 경우 4억불에 달하는 연방정부의 추가적 편당을 종료할 것이라는 강경한 입장을 밝힘에 따라 시도된 것이다 (Halohan and Blumberg 2006, 433).

되는 경우가 속속 발생하고 개인적인 피해사례들이 언론을 통해 부각되면서 2013년 11월 오바마 대통령이 공식적으로 사과하고 상황을 개선하기 위해 모든 노력을 기울이겠다는 언급을 하기에 이르렀다.⁷⁾ 이와 같은 정책적 착오는 시장의 실패를 정부규제 강화로 해결하려다 오히려 정부 실패를 불러온다는 미국사회의 통념, 즉 ‘무능한 정부’와 ‘규제’에 대한 반감이 매우 큰 미국민의 정서에 깊이 각인되었다 (정건화 2011, 170). 이는 ‘티파니(Tea Party)’로 대변되는 강성 보수단체에 좋은 먹잇감을 제공했음은 물론 정부규제가 시장의 인센티브를 왜곡하여 상황을 오히려 악화시킬 것이라는 기존 보수진영의 논리를 재차 주목하게 만드는 계기를 제공하였다.

예를 들어, 1984년부터 2008년까지 25년간 전미경제조사연구소(National Bureau of Economic Research)의 소장을 역임한 하버드대 펠드스타인(Feldstein)교수는 오바마 정부의 의료개혁이 결국 의료서비스의 ‘배급제(rationing)’에 다름 아니며 비용 절감을 목표로 도입될 성과연동지불제(pay-for-performance) 등도 의료기술의 진보를 막고 개인의 선택을 저해할 것이라며 비판하였다 (Feldstein 2009). 그에 따르면, 의료개혁의 명분으로 제시되는 미국 의료시스템의 낭비적 요소는 세금제도의 개선으로 달성될 수 있는 것이지 국가가 비용 대비 효과를 산정하여 특정 의료행위를 보험대상에서 제외시키는 방향으로 정책을 추진해서는 오히려 의료기술의 혁신을 저해하는 과도한 국가개입이 된다는 것이다. 가령, 고용주보험에서 회사가 부담하는 보험료가 세액공제가 되는 동시에 노동자의 과세소득(taxable income)에 포함되지 않는 세금구조에서는 회사나 노동자 모두 노동자 부담(co-payment)이 최소화되는 관대한 의료보험을 선택할 인센티브가 존재하며 이에 따른 낭비적 요소가 미국 전체 의료비용의 약 35% 정도를 차지하고 있다는 것이다. 따라서, 세계개편을 통해서도 충분히 현재 미국 의료시스템의 낭비적 요소를 제거할 수 있음에도 이를 관료제를 통한 성과측정방식으로 접근할 경우 발생하는 부작용은 과도한 의료서비스의 낭비적 요소를 상쇄하고도 남는다는 것이다.

또한, 2014년부터 “과거 병력에 따른 차별을 어떠한 경우에도 금지”하는 ACA법의 규정에 대해 보수진영의 대표적 썩크탱크인 헤리티지재단은 전형적인 보험시장의 실패를 불러오는 조항이라고 비판하고 있다. 이미 미국 정부는 민간보험시장의 가장 큰 부분을 차지하고 있는 고용주보험에 대해 1996년부터 과거 병력에 따른 적용배제나 다른 보험상품으로 변경 시 병력에 따른 보험료의 차별을 금지하고 있다. 따라서, 병력에 따른 차별은 아직까지 보험에 가입하지 않은 대상자들에게만 적용되고 있어 몸에 이상이 생길 때까지 고용주보험에 가입을 미뤄온 상당수의 직장인들에 대한 합리적인 차별조치로 기능하고 있다는 것이다. ACA법에 따라 보험 미가입자에 대한 과거 병력이나 건강상태에 따른 차별을 허용하지 않을 경우 건강한 이들은 몸에

7) “I am sorry that they are finding themselves in this situation based on assurances they got from me... We’ve got to work hard to make sure that they know we hear them, and we are going to do everything we can to deal with folks who find themselves in a tough position as a consequence of this.” (NBC News, Nov. 7, 2013).

이상이 생길 때까지 최대한 고용주보험 가입을 미루고 몸에 이상이 생겼을 경우에만 보험에 가입하려는 비정상적 인센티브가 생기게 되며, 이에 따른 ‘역선택(adverse selection)’의 문제는 보험시장에서 보험료를 지속적으로 인상시켜 건강한 사람들로 하여금 더욱 더 보험가입을 유예하는 악순환을 초래하게 된다는 것이다 (Haislmaier and Blase 2010, 10).

연방정부와 주정부 관계

전통적으로 미국의 연방제는 기존 체제의 개혁을 내세운 정파가 연방차원의 구조적 개혁을 추진하면 기존 체제를 옹호하는 세력이 주정부의 자율성을 내세워 이에 저항하는 형태를 반복해왔다. 미국의 헌법 비준과정이나 노예문제를 둘러싼 남북전쟁(Civil War), 루스벨트(Franklin D. Roosevelt) 대통령의 뉴딜정책, 60-70년대의 인권운동(Civil Rights Movement) 공히 쟁점의 상이함에도 불구하고 개혁파가 연방정부의 권한을 강화하고 보수파가 주정부의 권한을 내세우며 격돌했다는 유사점을 지니고 있다. ‘연방주의 교서(Federalist Papers)’로 대표되는 개혁진영의 연방권력 강화와 주정부를 중심으로 이에 저항했던 반연방주의자(Anti-Federalists)간 투쟁의 산물이 헌법 수정안 1조-10조로 구성되는 ‘권리장전(The Bill of Rights)’이며 수정안 10조는 “헌법이 연방정부의 권한으로 명시하지 않거나 주정부의 권한이 아니라고 적시하지 않은 권한은 주정부나 국민의 권한으로 귀속된다 - *The Power not delegated to the United States by the Constitution, nor prohibited by it to the States, are reserved to the States respectively, or to the people*”고 규정하였다.

미국 헌법이 “연방제(federal system)”을 명시적으로 언급하지 않고 중앙과 지방간 권력분점 방식도 규정하지 않음에 따라 수정안 10조와 헌법 1장 8절 연방의회의 ‘탄력적 권력(The Elastic Clause)’ 조항 - “To Make all Laws which shall be *necessary and proper* for carrying into Execution the foregoing Powers, and all other Powers vested by this Constitution in the Government of the United State, or in any Department of Officer thereof” - 은 “필요하고 합당한(necessary and proper)”에 대한 해석을 둘러싸고 끊임없는 논쟁을 지속하는 근거가 되었다 (Bardes, Shelly, and Schmidt 2007). 한편, 남북전쟁시 반노예제를 내세운 공화당이 연방 권한을 강화했고 주의 자치권을 앞세운 민주당이 이에 저항했다면, 뉴딜정책이나 1964년 인권법(Civil Rights Acts) 제정시에는 민주당이 연방정부를 중심으로 체제개혁을 추진하고 공화당이 주정부를 중심으로 저항하였다. 이렇듯, 당파에 관계없이 연방정부를 통한 개혁세력의 주도권에 주정부를 중심으로 한 보수진영이 저항하는 형태가 반복되어 왔던 것이다.

미국의 의료시스템 전반을 뒤바꾸는 ACA법의 이행과 관련해서는 오바마 대통령을 위시한 연방정부와 민주당에 대해 전체 50개 중 29개주의 주지사와 26개주의 의회권력을 장악한 공화

당이 저항하고 있다.⁸⁾ 우선 ACA법이 2014년까지 주별로 설립하도록 규정(주정부가 거부할 경우 연방정부가 해당 주에 설립하여 운영)한 ‘보험거래소(insurance exchanges)’의 경우, 친시장적인 개혁조치라는 민주당의 입장과 연방정부의 다양한 재정지원에도 불구하고 2012년말까지 15개 주만이 동참하였다. 이중 공화당 주지사가 설립을 결정한 곳은 주내 심각한 의료비 상승, 미가입자 확산 문제로 인해 ACA법에 찬성의사를 표명해왔던 캘리포니아(2010년 도입, 슈왈츠제네거 주지사)와 인디애나, 네바다 등 세 곳 뿐이며, 여타 공화당 주지사가 재임하는 26개주 중 어느 한 곳에서도 도입되지 않았다. 더구나 민주당 주지사가 재임중인 20개 주 중 9개 주(아칸소, 델라웨어, 플로리다, 일리노이, 미네소타, 미주리, 몬태나, 뉴햄프셔, 노스캐롤라이나) 역시 공화당 의회권력의 반대에 직면하여 거래소를 도입하지 못한 실정이다 (Haeder and Weimer 2013, S37).

공화당 및 보수진영의 도입반대 논리는 크게 세 가지로서 첫째, 지금까지 민간에서 다양한 방식으로 시도되어 왔던 보험거래소 모델은 건강한 사람들은 이용하지 않고 병약한 사람들만 이용하는 ‘역선택(adverse selection)’의 문제에 직면하여 실패했으며 이러한 구조는 ACA법의 이행과정에도 필연적으로 나타날 것이라는 점이다 (Haeder and Weimer 2013, S35). ACA법에 따라 연방빈곤기준(Federal Poverty Level, 이하 FPL)의 400% 이하 소득을 가지는 가정까지 보조금이 지급됨에 따라 지금까지 노동자에게 보험혜택을 제공해왔던 영세사업자들이 손쉽게 노동자들에 대한 보험혜택을 철회할 인센티브가 존재한다 (표 1 참조). 보험혜택을 제공하지 않을 경우 벌금이 부과되는 대기업 역시 소득기준(FPL의 400%)에 부합하는 노동자가 많을 경우 이들에게 보험혜택을 제공하지 않고 벌금을 내는 편이 비용절감 측면에서 효과적일 수 있어 막대한 수의 노동자들이 고용주보험시장에서 거래소시장으로 이동하게 된다. 병력(pre-existing conditions)에 따른 차별이 원천적으로 금지되어 있는 상황에서 건강한 사람일수록 보험료 부담(co-payment)이 발생하는 보험가입을 미루고 병약한 사람들이 수요자의 대다수를 차지하게 되어 보조금부담은 폭등하나 이를 분담해야 하는 주정부의 예산은 매우 열악한 상황이라는 것이다. 둘째, 거래소시장의 보험상품에 대한 ‘최소 기준’ 규제로 인해 기존 보험상품의 해지와 보험료인상이 불가피하나 이를 통제할 주정부의 권한이 지극히 제한적이며 추가적 예산부담도 불가피하다는 점이다 (Haislmaier and Blase 2010, 12). 셋째, 거래소시장을 홍보, 운영하고 관련 상품을 규제하며 보조금 지급 대상을 가려내는 작업 모두 상당한 인력과 비용을 수반하는 행정 조치임에도 불구하고 이를 지원하는 연방정부의 재원은 턱없이 부족하여 부실이 우려된다는 것이다 (Haeder and Weimer 2013, S40). 이와 같이 많은 주정부가 거래소의 도입을 미루는 핵심

8) 2012년 총선 결과 주의회 상하원 모두 공화당이 다수당의 지위를 장악한 곳이 26개주, 민주당이 장악한 곳이 15개주, 상하원을 양당이 분점한 것이 8개주이며, 주지사의 경우 공화당이 29개주, 민주당이 20개주, 무소속이 1개주(Rhode Island)에서 지사직을 승리하였다 (2012 State and Legislative Partisan Composition http://www.ncsl.org/documents/statevote/2012_legis_and_state.pdf).

적 이유는 주 재량권 약화 및 예산압박 문제로 요약된다. 그러나, 실제 이같은 문제가 논쟁의 전면에서 부각되어 ACA법에 대한 26개 주의 위헌소송으로까지 이어진 것은 거래소 문제가 아닌 'Medicaid' 확대와 관련한 것이었다.

2011년 26개 주 정부의 법무장관(attorneys general)들은 “연방의회가 주정부에 대해 Medicaid 확대 적용을 의무화하고 이를 거부하는 주에 대해서는 기존 Medicaid 매칭펀드 형식의 연방교부세 지급을 중지한다”는 ACA법 규정이 연방정부의 위헌적인 ‘강압(coercion)’이라며 연방고등법원에 항소하였다. 이에 대해, 연방고등법원은 ACA법의 규정은 1) Medicaid가 도입된 1965년 사회보장법 개정안이 연방의회에 Medicaid 수정권한을 부여하고 있다는 점에서 형식적으로 하자가 없고, 2) 도입이래 지속적으로 적용대상이 확대되어왔던 Medicaid의 추세와 근본적으로 다르지 않으며, 3) 확대 적용에 따른 추가 비용도 최초 3년간 연방정부가 100%, 이후 90%를 부담키로 규정하고 있어 내용적으로도 주정부의 재정에 심각한 손상을 끼치는 것으로 보기 어렵다며 항소를 기각하였다 (Rosenbaum 2013, S21).

그러나, 연방대법원은 2012년 ACA법 위헌소송 판결(*National Federation of Independent Business v. Sebelius*)에서 “Medicaid 확대 의무화가 위헌적인 강압(coercion)”이라며 “연방정부가 Medicaid 확대를 주정부에 강제하지 못한다”고 판시하였다. 대법원장 로버츠(John Roberts)는 이러한 판결의 근거로서 1) ACA법의 규정은 당초 빈곤층에 대한 공적부조제도인 Medicaid를 변화 무쌍한 개인의 재정적 여건에 따라 활용할 수 있는 제도로 탈바꿈한 것으로서 이는 연방의회가 주정부에 강제할 수 있는 범위를 넘어서며 2) Medicaid의 확대적용을 거부하는 주정부에 대해 기존 Medicaid 교부세 지급을 중지할 경우 거래소시장에서 보조금이 지급되지 않는 연방빈곤기준(FPL) 100% 이내의 소득을 가진 가정에 대한 의료보험 혜택이 거부되는 효과를 불러오게 된다는 점을 제시하였다(표 1 참조). 즉, ACA법 자체는 위헌이 아니나, ‘Medicaid 확대의무화 조항’은 위헌이므로 이를 수용하지 않는 주에게도 기존 Medicaid의 연방교부금은 현행대로 지급되어야 한다는 것이다 (Rosenbaum 2013, S22). *同* 판결을 계기로 현재까지 50개주 중 약 과반수의 주들만이 ACA법에 따른 Medicaid 확대적용 의사를 밝혔으며, 공화당이 권력을 장악하고 있는 주들의 대다수가 이를 거부하고 있다 (Leflar 2013, 8).

V. 결론

“인간의 기본권이 국가로부터 나올 수 없다”는 전제로부터 개인의 선택과 책임을 강조하고 시장의 실패보다 이를 수정하기 위해 정부가 개입할 때 초래되는 비효율과 부패가 더욱 큰 폐해라는 미국 보수진영의 입장은 미국 의료개혁과정에도 고스란히 투영되어 있다. ACA법의 ‘보험

거래소 설립, '투명성 및 정보제공 확대' 등은 보수진영이 지속적으로 주장해온 제도개혁 방향이었다. 오바마 대통령이 당초 추진했던 '공보험(public option)'을 포기한 것도 '의료의 사회주의화(socialized medicine)'라는 진부한 선전선동이 아직까지 미국사회에서 발휘하는 영향력을 방증하고 있다. 또한, 1990년대 이후에는 양당간 이념적 공유지대가 급속히 사라지고 낙태·동성애 등 사회·종교적 이슈가 부각되면서 공화당의 지지층 및 의원들의 보수적 경향이 강화되었다(조현구 2010). 의료개혁과정에서 '티파티(Tea Party)' 등 강성 시민세력이 공화당에 막강한 영향력을 행사하면서 공화당의 이념적 스펙트럼이 민주당에 비해 현저히 좁아지는 '비대칭적 당파성 강화(asymmetrical polarization)' 현상도 주목받고 있다(Hacker 2010). 이러한 점에서 볼 때, 정치적 타협으로 점철된 의료개혁이라 할지라도 향후 당파적 논쟁을 해소하기에는 어려워 보이며, 보수적인 주정부의 저항으로 이행과정의 불확실성도 가중되고 있다.

본고에서 제시한 '인간의 존엄성과 의료복지', '시장과 인센티브', '연방정부와 주정부 관계'에서 나타나는 보수진영의 입장은 향후 이행과정상 나타날 정책 논쟁의 키워드로 반복될 것이다. Rivlin(2013, S16)의 지적과 같이 ACA법은 이미 보수진영의 논리를 상당부분 반영하고 있으며, 국민들도 극단적인 처방보다 점진적 개혁을 원하고 있어 보수진영이 오바마 정부의 의료개혁과 차별화되며 실행가능한 대안을 제시하기는 것은 불가능할 것이다. 따라서, 공화당 및 보수진영은 자신들만의 새로운 대안을 내놓기보다 ACA법의 이행상 발생하는 각종 문제점을 부각시키는 전략을 채택할 것이며, 각종 착오나 문제점을 부각시키는 데 있어 가장 효과적으로 드러난 기존의 이념적 프레임에 의존하게 될 것이기 때문이다.

참고문헌

- 손병권. 2011. “미국 의료보험 개혁법안의 최종 통과과정: 하원의 자동실행규칙의 폐기와 오바마 행정명령의 선택” 「의정연구」 제 18권 제 3호 (통권 제 37호). pp. 173-206.
- 정건화. 2011. “미국의 의료개혁, 끝나지 않은 이념전쟁” 「민주사회와 정책연구」 통권 제 19호. pp. 149-184.
- 조현구. 2010. “미국 통상정책과 하원 세입위원회의 역할 변화: 무역촉진권한의 연장과 소멸을 중심으로” 「국가전략」 제 16권 제 3호 (통권 제 53호). pp. 5-36.
- 최병호. 2011. “미국 의료개혁의 정치경제학” 「보건경제와 정책연구」 제 17권 제 1호. pp. 71-101.
- Bardes, Barbara, Mack Shelly, and Steffen Schmidt. 2007. *American Government and Politics Today: The Essentials*. Thomson Wadsworth.
- Brown, Lawrence. 2011. “The Elements of Surprise: How Health Reform Happened” *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 36. No. 3. pp. 419-427.
- Congressional Budget Office. 2012. “Estimates for the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act Updated for the Recent Supreme Court Decision. (July 24). <http://www.cbo.gov/publication/43472>
- Cross, Frank. 2001. “The Error of Positive Rights” *UCLA Law Review*. Vol. 48. pp. 857-859.
- Cylus, J. and G.F. Anderson. 2007. “Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2006” Commonwealth Fund.
- Dentzer, Susan. 2010. “The Future of Healthcare Policy” (<http://academic.luther.edu/%7Eepuffro01/FLV/SusanDentzerConvocation-93008.html>)
- Feldstein, Martin. 2009. “ObamaCare is All About Rationing” *The Wall Street Journal*, August 18.
- Goldberg, Jonah. 2009. “Obamacare is a Simple Bait-and-Switch” *Tallahassee Democrat*, July 27. p. A10.
- Graham, John. 2010. “ObamaCare Will Dramatically Reduce Choice in Private Insurance”. *Pacific Research Institute Health Policy Prescriptions*. Vol. 8. No. 9.
- Hacker, Jacob S. 2010. “The Road to Somewhere: Why Health Reform Happened or Why Political Scientists Who Write about Public Policy Shouldn’t Assume They Know How to Shape It” *Perspectives on Politics*. Vol 8. No. 3. pp. 861-876.
- Haeder, Simon, and David Weimer. 2013. “You Can’t Mak Me Do It: State Implementation of Insurance Exchanges under the Affordable Care Act” *Public Administration Review*. Vol. 73.

Issue S1, pp. S34-S47.

- Haislmaier, Edmund, and Brian Blase. 2010. "Obamacare: Impact on States" The Heritage Foundation Backgrounder No. 2433. (July 1).
- Holahan, John, and Linda Blumberg. 2006. "Massachusetts Health Care Reform: A Look at the Issues" *Health Affairs*, Vol. 25, No. 6, pp. 432-443.
- Leflar, Robert. 2013. "Reform of the United States Health Care System: An Overview" *University of Tokyo Journal of Law and Policy*. Vol. 10.
- Marmor, Theodore. 2010. "Health Reform and the Obama Administration: Reflections in Mid-2010" *Healthcare Policy*. Vol. 6, No. 1, pp. 15-21.
- McDonough, John. 2014. "Health System Reform in the United States" *International Journal of Health Policy Management*. Vol. 2(x), pp. 1-4.
- Morone, James. 2010. "Presidents and Health Reform: From Franklin D. Roosevelt to Barack Obama" *Health Affairs*, Vol. 29, No. 6, pp. 1096-1100.
- Quadagno, Jill. 2010. "Institutions, Interest Groups, and Ideology: An Agenda for the Sociology of Health Care Reform" *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 51, Issue 2, pp. 125-136.
- Rao, Neomi. 2011. "American Dignity and Healthcare Reform" *Harvard Journal of Law & Public Policy*. Vol. 35, No. 1, pp. 171-184.
- Reuters Newswire. 2012. "In Reversal, U.S. to Raise Medicare Advantage Payment Rate" (April 2) <http://www.cnbc.com/id/100608355>
- Rivers, Dianna, and Kenneth Rivers. 2011. "The President Obama Healthcare Scorecard: The Affordable Care Act in Real Life". Unpublished Manuscript, Lamar University.
- Rivlin, Alice. 2013. "Health Reform: What Next?" *Public Administration Review*. Vol. 73, Issue S1, pp. S15-S20.
- Rosenbaum, Sara. 2013. "National Federation of Independent Business v. Sebelius and the Medicaid Aftermath" *Public Administration Review*. Vol. 73, Issue S1, pp. S21-S23.
- Saldin, Robert. 2011. "Health Reform: A Prescription for the 2010 Republican Landslide?" *Berkeley Electronic Press*. Vol. 8, No. 4, Article 10.
- Thompson, Frank. 2013. "Health Reform, Polarization, and Public" .S3-S12.
- Turner, Grace-Marie, and Avik Roy. 2013. "Why States Should Not Expand Medicaid" Gallen Institute (May 1).

U.S. Health Care Reform and its Conservative Critics

Hyun Koo Cho
(Korea University)

keywords

'Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)', American Dignity, Individual Choice and Freedom, Federalism and State Autonomy, Conservative critics

The Obama administration and the Democratic leadership narrowly passed the 'Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)' in 2010, a milestone in American history where health care reform was on the priority list of almost all the presidents since Franklin Roosevelt, only to fail or postpone due to the entrenched interests, the sheer complexity of any plausible reform, and increasing polarization of American politics. After summing up main features of the 'Affordable Care Act' and underlying strategies in bringing about this historic legislation, this article turns to the arguments from the antagonist. Conservative groups and the Republican Party consistently opposed the bill throughout the process. After the bill's survival thanks to the 2012 Supreme Court ruling and the reelection of Barack Obama in 2012 election, they continue their fights against its implementation at the state level. This article uncovers three broad themes in conservative platforms against the so-called 'Obamacare' - "American Dignity", "Individual Choice and Freedom", "Federalism and State Autonomy". Despite the technical nature of ongoing debates, these keywords help one grasp better where the two parties and the public opinion diverge on the issue of health care reform. They will guide us in understanding the future evolution of this unique American experience because the 'Affordable Care Act' was a big compromise incorporating conservative ideas in the first place and with no feasible alternative of their own, the Conservative critics will no doubt fall back on these age-old ideological cleavages in American politics.