

すぎるかまたは少なすぎるものになっていた。そこで、連邦の機能的な構造は調和ないしは調整が全体的にほとんど存在せず、様々な解釈と多様な意味を生み出すものとなった。

Health Policy at the Federal Level (連邦レベルにおける保健医療政策)

過去 30 年以上の連邦レベルにおける保健医療での行政的主導権は、パティステラが本書の第四章で我々に示しているように、大半の部分が、家庭の推定のセットであった。それらの多くは善意から生まれたものであり、その時代の因習的な知恵を取り入れたもののように見えたが、全体としては、楽天主義、観念主義または無根拠推測主義がはっきりしていた。

ブラウン (1978) によれば、合衆国における連邦の医療政策はその大部分が、“状況切迫が政策を育てる”とでもいうべき、本質的には正反対の 2 つの設計図または取り組み方式を採用する方向にあった、という。こうして、“主流派”が強力な公共の支援を継続的に受けるための平等プログラムを設定する一方で、修正主義者達がサービスの供給と要求に関する強制を前提条件として設定するということの上に、連邦提案が大きく根ざすことで、政策は試みられたのである。結果として、米国の保健医療政策は不連続的で不調和な方向性を持ち、同時に論争点の多いものでもあった。ブラウンは続けて述べている。こうした一見矛盾した設計図による公共政策に依存しながら、苦い選択を回避したり、調停することによって、我々は、相反する感情の交錯、すなわち、医療サービスの質に対する要求を保障することと、一方でその範囲を限定することの両方を制度化する方向にあったのだ。

Role of State (州の役割)

莫大な財政的支配権に基づいて、保険医療系統に大きな影響力を及ぼす連邦政府と相対物の関係にある州は、連邦と比べれば、むしろ、広範囲かつ多様なプログラムの中で、大胆かつ包括的な法的権威を持っている。その結果として、保健医療における州の役割は、次のようないくつかの形態を持っている。

- (1) 貧困者及び慢性的障害者のケアと治療に対する財政的支援、これはメディケイド・プログラムに対する連邦と州の基本的管理責任も含まれている。
- (2) 医療提供者 (医師など) と施設 (病院など) における質の確保及び監視 (州の免許及び規制)
- (3) 医療費及び保険者への規制
- (4) 医療専門人材の訓練。州が大半の訓練費用を負担
- (5) 市町村レベルにおける保健医療サービスに対して、市町村行政当局へ権限の委任。

(Clark, 1980)

歴史的に見れば、州知事の権限はずっと制限されてきた。—その理由は、植民地時代において、税制分野での（女王陛下の）知事に対する植民地主義者の不信感にまでさかのぼることができるのだが—しかし、州の首席執行官（知事）は任命権をテコにして、保健医療政策の決定について、かなりの影響力を行使しているように見える。例えば、50 州において、公衆衛生分野での意志決定に対する法律上の行政権威についてみてみると、(Gilbert 他, 1983, Gossert&Miller 1973)、州知事は州保健医療局の 427 の役職者（役人）のうち、約 91%に対して、その任命権を行使している。11 州においては、局の役所者全員が知事と同調者である。

州の行政構造に関していえば、州は、行政手続き上の管理規則だけではなく、行政構造の規模、行政執務の頻度や期間、役人への報酬（給料）、職員数と経験度、などにおいても、州毎に幅広い相違点を持っている。

結局、州は保健医療ニーズ、保健医療予算、1 人当たり保健医療費、保険の保障内容（メディケード）、及び成果の尺度（例えば、未熟児出生率や未熟児死亡率など）に関して、それぞれの州で相違しているだけではない。むしろ各州はそれぞれ独自のメディケアプログラムを持ち、その保障内容や連邦助成金の交付水準あるいはサービス提供者などの点で、同一だという州が 2 つとないのである。(Verhovek 1995)

State Expenditures for Health (保健医療費に対する州の歳出)

保健医療における州の歳出と責任は、伝統的には、広範囲の公衆衛生分野、精神医療における施設ケア分野、経済的に恵まれない人々への医療サービスに対する州の歳出は、連邦の通達と発議権のもとで、ますます増加した連邦の通達や発議の中には、様々な慣例的任命方式やプロジェクト交付金がふくまれているが。事実、合衆国連邦システムの特徴としてよく知られていることだが、国民全体を対象とする多くのプログラムは連邦の立法と行政によって規則が定められるが、その創設や管理運営は州が行っている。更に、連邦の（助成）基金は、目的、予算枠、形式、及び市町村への州助成金交付申請にかかわる内容の相違点によって生じる連邦助成金の期間、などに関連し、その交付方法が様々に変化している。(Kramer 1972, Davidson 1978)

州が連邦の相対物であるように、州は、サービス条項の直接管理とサービス購入の間接管理を通して、保健医療費を歳出しているし、歳出の範囲、サービス単価、基金の水準、及び適性度などに関して政治的論議を活発化させることで、保健医療費の支出を行っている。

だが、こうした歳出や基金が経済不況期に充分対応しうるものであるとは言えない。このため、多くの州では 1960 年代から 1970 年代初めにかけて、州自身が国庫を拡大したの

であった。それは次のようなことにおおりの受け手からである。すなわち、インフレーション、連邦歳入増を目的とした共同負担と協力の強制、国民経済の深刻な下降状況に直面した経済の低成長、州歳入減、連邦助成金の削減、医療費の上昇、保健医療福祉サービスに対する要求の増加、納税者の反乱による恫喝、そして、予算における赤字の急騰、などであった。その結果、州は、自らが管理するプログラムを大幅に削減したり、州の相対物である市町村に負担責任をますます移行せざるをえなくなった。そしてそのパターンは1990年代においても繰り返されている。(Sheler 1989)

The Impact of Federal Initiatives in Health on States and Localities (保健医療分野における連邦主導権についての州及び市町村への影響)

最終的には、保健医療分野における連邦主導権が州及び市町村に与える影響力の範囲は限定されていることが証明されているのだが、連邦の助成行動が州の保健医療における目標やプログラム活動にどのような影響を与えているかを理解する鍵は、州の政治的環境にある6州と4つの公衆衛生プログラムを研究した結果、(Buntz 他、1978)、次のようなことがわかった。すなわち、連邦プログラムが州の保健医療における目標を達成する上で、抑止力として働いていることは確かなのだが、それよりも、むしろ、州内の政治的環境に対して、連邦が第2番目に大きな影響力を持っているということであった。また、連邦プログラムは、州が能動的に政策議題としているものを、交付の対象とするかもしれないが、州の応諾範囲内に存在している関心事ではない場合には、連邦プログラム州の政策や目標に対して明確な規定を設定する必要性はない、と研究では記述されている。更に、州の保健医療政策に対策に対する連邦の影響力は、州の特性やプログラムの性格の双方にもはっきり現れており、州の水準に応じて支援の規模を拡大縮小したり、州の余力に応じて州目標を変更したりしている。しかし、州目標の変更は、州の政治的環境が変更を受け入れる場合にだけ、実施されるようである。連邦政府は州がはっきりした全米的目標に注意を払うことを強制する権限を持っているが、州目標を全米目標へ移行させる強制力は、いかなる基本手法を用いても行使することができないし、州に全米目標を受け入れさせるべき合法性も持つことはできない。

レマン(1987)によれば、レーガン政権下における州及び市町村への政策的影響の主なものは、州や市町村行政責任者自らが、自らの手で財源確保を行わせ、連邦が州や市町村財政の再建期限や適正財政管理を行うという形で、財政環境(再生)と創造したことであるという。これはいくつかの手法によって成り立っている。その第1は、1950年代から1978年までの20数年間の傾向とは逆に、州及び市町村への連邦助成金総額が、1981年の25%水準から1987年の19%水準にまで削減化されたことである。第2は、前政権とは対照的に、連邦給料助成金が州及び市町村に交付されなかったことである。これは連邦歳入が1980

年代の経済（成長）低下によって庸打されたためである。この結果、多くの州では、深刻な経済低下の被害から州経済を守るために、いわゆる“雨の日基金”なるものを創設した。第3は、レーガン政権の貧困諸州に対する連邦政策が伝統的手法を受け継いでその通りに実施されたことである。すなわちレーガンは連邦政府が死んだふりをするので、プログラムへの正式給付金を交付する際に多くのことを強制することによって、全く何の特別支援も行わなかった。そして最後に、レーガンは彼の後継政権と同様、議会の支持を得て、多くの連邦強制プログラムを増加させたが、それらのプログラムに対する財政的保障は縮減したし、精神医療や医薬品処方・投与などのようなサービスの拡大を州及び市町村に要求しておきながら、連邦が、これらのサービスに対する付加的な助成給付を行われなかったことである。

Public and Private Financing of Health Care in the U.S.

（合衆国医療における公・私の財政）

合衆国を他の工業先進諸国—これらの国々は全国民の全体的ないしはそれに近い保障を提供する1つの健康保険によって保健医療資源を集中化させているのだが—と比べれば、この国は、国民の保健医療ニーズに応える公私のケア提供システムや財政メカニズムが、しばしば拡散したり調整が効かないという体制にある。

イグレハート（1993 p963）によれば、この国のシステムの性質は、一読者がこの国にはシステムが存在しないというのならそうかもしれないが—様々な要素に基づいて形作られている。それらは、プラグマティズム（功利主義）、政治の要請、周期的な危機、政府という限度枠内での強力な信頼性、個の自由、科学技術、高い納税水準への嫌悪感などである。合衆国がある種の国民健康保険形態を適用すべく、最初に検討した時期は、ヨーロッパ諸国と同時期（19世紀末）であったし、反応も似たようなものであった（それは、産業革命、都市化、大家族主義の崩壊、失業のみならず労災や職業関連病に対する恐怖の増加に伴って設定された労働基準や労働政策などのように社会環境が似ていたからであるが。）しかし、ヨーロッパと異なり、合衆国は、社会保障を実施するにあたって、収入保障の選択的プログラムや民間任意団体の保護策からはじまったのであった。（Blanpain 1978）

更に、わが国における経済的個人主義への傾斜や貧困者に対する因果応報的な道德姿勢は、ブラウン（1990）によれば、ある種の市民的原理としてヨーロッパやカナダ、その他の国々では受け入れられている“医療への権利”というものにきまりをおく原因となっている、という。この結果、ヨーロッパでは国民健康保険がいりょうは全国民の権利であるという合意のもとに全国民を対象に設立されたのだが、これに反して米国では、こうした国民保護は基本的に、民間の従業員保険を軸に展開されている。もちろん政府は欠落を埋

める役割を担っているのだが、無保険人口は 10~15%存在しているのである。これらの全てのことは、ブラウン（1989 p51）の観察から導き出すことができるが、“合衆国では、医療とは大半の国民にとって福利厚生であり、多くの人々にとっては分類基準に基づく有資格取得プログラムであり、ある人々にとっては機会と善意にかかわる事柄なのだ”といえる。

こうして合衆国では、第三者による健康保険保障の提供は、基本的に、ブルークロスやブルーシールド、あるいは民間保険会社の任意性に基づいて開発されたのであった。だがこうした取り組み、付帯している混合性は、医療財政構造における複雑さを生んだ。すなわち、

- (1) 従業員は主として、企業主と従業員の双方が提出する基金によって提供される任意保険の財政に基づいて、
- (2) 高齢者は社会保障税の収入財源及び医師その他付帯サービス保障の任意保障財政によって、
- (3) 貧困者医療は、連邦、州、市町村歳入に基づくメディケード基金によって、
- (4) 退役軍人、商船乗組員、インディアン、国会議員及び官公庁職員などの特定の集団は連邦政府の直接財政によって、という風に。

(National Center for Health Service Research 1977)

この国の民間健康保険は、クラマー（1972）が記述していることだが、基本的には、既存の保健医療サービス形態を支援し増強するという給付メカニズムの集積物であった。他方、政府の保健医療支出は、大半のものが民間提供者欠落を埋めることに限定されていた。それは、環境衛生保護分野、予防サービス、伝染病管理・抑制分野、特定医の集団に対するケア提供、精神医療及び慢性疾患における施設ケア分野などのようなものである。

公的医療プログラムが高コストであるということについて、クラマーは次のように述べている。『高い疾病率や大きなケアニーズをもつ人々—高齢者、貧困者、精神疾患患者、精神異常者、慢性疾患患者、障害者—を一般国民と区別するために、これらの人々の医療費を政府に押しつけるというやり方で、医療保障における危険と責任を公と私が異様な形で分離分担するというところに起源を求めることができる』

政府が行動せず、我々も国民としては偏った趣向を持っているという状況の中で、民間セクターの解決策として我々は、企業の雇用を軸とする従業員健康保険に大きく依存してきた。それは、国民全体への保障提供という意味を含んでおり、ヘルスケア改革における州（例えば、マサチューセッツ州、ミネソタ州、ワシントン州など）及び連邦レベル（クリントン政権）が提案した保障内容を義務化することも含んでいた。こうした従業員保険への取り組みは、第2次大戦中に、賃金（給料）や物価（の上昇）が凍結されたとき、従業員が優遇税制措置を求めた団体医交渉の中で、健康保険による保障を勝ち取ることも、団交の一部として合体させたことによって刺激を受けたために、成長発展した。

健康保険の保障は、賃金とは違って、労働者にとっての事業費として、控除が可能なも

のと見られていた。であるがゆえに、労働者全体の80%以上が職場を通して健康保険を利用しており、国民全体の半分以上が、こうした雇用を土台とした健康保険によって保障されている。しかしこうした協定に対する国民の信頼に何の問題点もないとは言えず、主な問題点は次のようなものである。

- ・国民全員を保障し得ない。常勤雇用従業員とその家族のみを保障している。
- ・保障の適正さや保障範囲の拡大は、提供主（スポンサー）の寛大さないしは力に依存している。（例えば、事業主または労働組合が第三者支払期間と相対して交渉するという形が示している）
- ・転職者が手軽に保障（プラン）を移転できないために、保障（プラン）を継続することが、（議会の）妥協によって左右される。もっとも（議会の）妨害がなければなの話だが…二大政党の主導権が注目されたのは、104上院議会における共和党上院議員、カースバウム（カンサス選出）と民主党上院議員ケネディー（マサチューセッツ選出）の対立論争である。—
- ・費用保障及びサービス内容の拡大は、企業の規模、事業形態、労働組合の信頼度、及び全給料従業員に占める低賃金従業員の比率などによって左右される。
- ・はじめのうちは、賃金に代えて、比較的低費用で済ませることができるために、産業界（大企業）が付保したが、やがて（保障は）、企業収入の中で主たる支出項目になっていったこと、とくに、退職者保障も実施している場合はそうである。
- ・中小企業は、一般的に、保障（プラン）の義務化に反対であること。彼らはそんな余裕などないと主張し、もし義務化されたら、それは、従業員数を削減しパートタイムを雇用せよという脅し（と同じ）だと見ている。—なぜなら、保障を実施する競争相手の企業は低賃金で働く労働者を確保できるし、こうした企業では、1人以上の従業員がハイリスクの場合、利いす区を分散するに足る多くの従業員が存在しないために、保障コストを多く負担したり、保険料の急騰や保障（プラン）の廃止に直面しやすい。
- ・企業の規模（従業員数）が原因で、中小企業は健康保険市場での差別を受ける。—すなわち、こうした企業では、1人以上の従業員がハイリスクの場合、リスクを分散するに足る多くの従業員が存在しないために、保障コストを多く負担したり、保険料の急騰や保障（プラン）の廃止に直面しやすい。
- ・企業や職業の多くは、保険業界がいうところの『危険領域（レッドライン）』に身をさらしている。そして、そのことは繰り返しになるが、産業界が不均衡を生むことになる。

提供者、組織形態、保障財源において広範囲な多様性を持つアメリカの医療システムは、それらをシステムの内部に共存させてきたのだが、それは、新しいテクノロジーの革新と急速な拡散化だけではなく、ケアの質の向上や変化に適応するシステムの可能性にも貢献したという積極的な見解が長く続いてきた。更に、補助金による財政的な活力、出来高を基本とする回顧趣味的な償還、そして、質の保証に対する専門的同僚者審査への

信頼などが（システム）存在していることで、（米国医療システムに）次のようなことが反映した。すなわち、法律違反に対して処罰や罰金を課すより、むしろ、法律順守の提供者に対しては委任、誘導、報酬、戦略を通して公共の目的を達成する事の方を選択するということである。（National Center for Health Services 1977, Anderson 1968b）しかし、こうした戦略は、医療システム内の資源の流れをより活発化させることで、資源を慎重に配分するための選択にかかわる必要領域を最小限に保つという方向にあり、本質的には、拡大と高コストの戦略であるし、ずっとあり続けている。しかしながら、いったん医療費が上昇し連邦歳入が減少した場合でも、もはやそうした戦略を延期することはできないし、抑制には疑問を投げかけなければならない。そして、医療費は上昇したままである。

Government Financing of Personal Training: The Case of Medical Education

（保健医療人材研修にかかわる政府財政：医学教育の場合）

1963年に保健医療専門人材教育助成金（HPEAA）が制定されるまで、一般大学教育及び特定の保健医療専門人材に対する教育資金は伝統的には、州政府、学生、またはその家族の能力範囲内の問題であった。1960年代から1970年代初めにかけて、連邦政府は医科大学に財政教授を直接実施するが、それは、従来から伝統的であった助成金交付の手法—連邦と州の相互乗り入れ方式—を飛び越えて、バイオメディカルの研究や学生数増加を助長するものであった。ミルマンによれば（1980）これは“市民的連邦主義”（Private Federalism）だと叙述される。

州のレベルでは、医学教育というものは、保健医療政策の一部というよりも、むしろ、より高いレベルの教育という文脈の中で処置される傾向にあり、国家全体というより、州や市町村の必要性に連邦政府はバイオメディカルと医師研修に対する財政援助の役割が増えるだろうと推測していた。議会は財政援助に関して、ひりひりするような痛みから、ガンに至るまであらゆる医学的状態に対しても、適切に対処できる医療という観点から、これを擁護した。また、過剰に見えるくらい巨額のこうした援助基金の大半は、プライマリケアへの重点助成という流れを変えて、専門研究や特定の人材研修へと転換させる傾向にあった。そのため、教育機関における教育訓練機能はゆがめられることになり、州議会のご祝儀によって成り立っていた公的（教育）施設は、長年の信頼感を悪用することとなったのである。そこで、医学校の財政は連邦の研究・研修基金にまわりつかれることとなり、州の行政官や政策立案者達にとっては、そうした連邦基金によって、外側をちょっとだけのぞいてみるという程度のものであり、終わってしまったのである（Rogatz 他 1970, Bloom&Martin 1976）

だが、それでももし、医学校が連邦助成金に依存する期間が、25年以上だと確定して

いたのであれば、医学部の教授たちが他の大学へ移籍しないという以上に、もっと大きな利点があったかもしれない。この助成機関 25 年以上という問題は、1970 年代後半の HPEAA, 1976 法 (PL94-484) において継続的連邦助成基金条項を設定した見返りとして解決するのだが、同法は、米国の医学生が海外で研究する場合、医学校に彼らへの研修を義務づけることを議会が義務化したものである。だが、その後、エール大学やノースウエスタン大学のような私立大学及びインディアナ大学などの主導によって、米国の医学校は、各大学が自らの手で入学許可の方針を決定するための教育施設の権利章典を引用し、連邦助成金の高額給付を受けている医学校であったとしても、議会が義務化した事項を一緒になって拒否すると発表した。こうした医学校側の反対によって、議会は（驚きの目で）パチクリとさせ、義務化の要求は撤回された。しかし、保健医療人材研修の連邦基金は、全盛期を迎えているようにもみえた。

だが、こうした基金の努力に基づく活力と有効性は 20 年前までで終わった。すなわち、米国は必要とする医師数及び病院数以上のものを潜在的に持っていることを自らの手で発見したのである。この結果、1970 年代中頃にはじまり、レーガン-ブッシュ、クリントン政権下で急速に推進されたことなのだが、連邦は保健医療人材の大量供給促進という目標を変更し、この目標達成のために存在していた税制優遇措置を大幅に削減する方向へと転換した。そのため、医学専門学校や医学生は学費の上昇、連邦助成金の削減、州財政（における当該予算）の削減などに押しつぶされていったのである。

(Lowin&Derzon 1981)、それに加えて、議会は専門医と一般医との間に存在する不均衡を是正するために、継続審議をを行い教育病院へのメディケア償還を GME 方式 (General Medical Education Formula) に変更することで、議会権力の活用を模索していた。

The Problem of Cost VS Services in Government Program

(政府プログラムにおけるコスト対サービス問題)

アンダーソンやニューハウザー (1969) が述べているように、保健医療サービスにかかる国民総支出額は、国内という枠組みの中で、有言無言の公的政策決定に至る政治プロセスの生産物として基本的に存在している。しかし、政府が何を支出しようとも、平等なる充当金という金言はその効力を減じられてしまうのである (直訳) 一意訳: 政府の支出する対象がどんなものであったとしても、ばらつきをなくして適正な割り当てを行うことが政府の最大の役割であるという効力は失われてしまうのである。

別の言い方をすれば、公的プログラムというものは、はじめのうち、本質的には利他主義の土壌に基づいて規定されることがしばしばある、つまりケアの財政負担を軽減することで医療サービスへのアクセスを増加させたり、広範囲の公共分野に対する費用の支出を行うことが公的プログラムの本質規定である。だが、いったんそうした規定が動

き始めると、また、現在では政府も認めていることだが、患者、家族、民間セクター、を起源とする費用の増加が進み始めると、費用の増加に対処するために、保障額を削減したり、利用者の自己負担を増加させるという傾向が強まっていくのである。このような費用の増加に伴った保障の削減傾向というものは、継続して利用しているために、あまり圧力ないしは影響力を受けないような特定の利用者—貧困者、社会的または経済的に恵まれない人そして、1960年代以前の高齢者—に向かっていったのであった。

そこで、推薦すべきサービスや必要なサービスとは何かとか、政府の介入が合法性を持つということはいかなることかという質問に対する最終的な答えは、根本的には経済に帰するのである。一もっとも、サービス費用は、そのための限定基金に支えられるが、基金の概念は定義付けられている—そして連邦政府と州は1960年代後半から70年代初めにかけて医療費の上昇と基金の枯渇に直面することとなり、メディケア・メディケード・プログラムを削減し始めた。

そこで両プログラムが最初に規定し、政策としての基本的関心事であったもの—すなわち表面上は高齢者及び経済的に恵まれない市民の多くに、医療サービスの利用アクセスを向上することなのだが—とは対照的な形で、プログラムはこうした規定を内包することがやがて財政面から見て不可能になるということをうまく仕組むことになったのである。その結果、政策は180度転換し、デビッド・メカニクス(1986)の用語にあるように、それはケアのアクセスや質に対する有効性とは反対の政策として、つまり、擁護から配分及び壮大な限定と抑制への転換とでもいうべきものであった。そしてそれは多くのケースが示すように“あくせくしても、どのみちムダなことだ”という警告の影響を受けるものであった。(Romer 他 1975)。

Case of Medicaid (メディケードの場合)

送付額が失業やインフレーションによって特に敏感な影響を受ける傾向にあるメディケード・プログラムにおいては、コストとサービスをめぐって、ことのほか正真正銘の論争が展開されてきている。なぜなら、公的扶助受給者や“医療的貧困者”としての患者群の規模や失業水準の変化だけではなく、メディケードは提供するサービスが一般医療市場の中で購入されているし、したがって、インフレーションが与える影響に敏感であるから。付け加えるなら、納税者の減少が州や市町村の財政にマイナスの影響を与えたことも理由のひとつである。納税者の減少は国民経済の不況によって州と市町村が税収をめぐって納税者を奪い合いにした結果生じたのであり、同時に失業者の増加と、一方では納税能力者の減少によって医療サービスの利用が上昇したためにマイナスの影響を生んだのである。更に、負担に対する州への影響についてみれば、全ての州が同じ影響を受けたというわけではない。すなわち、連邦が州に助成メディケード献金は歴史

的に見れば、過去2年間の全米平均値との関連性に基づいた住民1人当たり所得をベースにしたものであるが、連邦の分配金は、それぞれの州が不景気によって負うべき負担水準やあるいは、州相互及び州内における福祉受給者の稼働率に基づいて供給するという、比較的無神経なものであった。(Davis 1974, 1975a, 1976b) ともかく、かつてないコストの上昇に直面し、根拠のない連邦の義務化に対する重圧と州の歳入減少にあおられた、州予算に責任を持たねばならない州は、以下の1つまたはそれ以上の手法を採用した。(Stone 1992, Nye 1991, Brown & Dallek, 1990) をこれらの手法はコストとサービスについての我々の警告が、受け入れられているということを示している一。

1. 資格水準の縮小：通常は収入の最高限度額をより低く設定することによって、潜在的な受給者の数を削減するが、医療的貧困者の場合には、州が資格決定に対して幅広い裁量権を持つこととした。
2. サービス保障種類と給付額の限度設定：(いうなれば、何をいくら保障するかの制限である) これは一般的に、病院入院サービスを対象とする制限手法が採用された。すなわち、疾病別入院日数制限、年間当たりの入院日数制限、任意選択が可能なサービスの削減(但し、法律が義務化していないものを対象とする)、医療的貧困者へのサービス削減などである。
3. 提供者への償還額削減：/提供者の許容最大収益に対して最高限度枠を設定：これには、医師、病院、また患者が負担可能の場合、ないしは提供者が吸収可能な場合に、サービス提供後、新たに自己負担を設定した。これら全ての手法は、提供者と政府の間においてだけでなく、患者と提供者との間においても、無視できない程大きな苦痛を生んだ。事実、医師や医療施設はプログラムの償還が不十分で過度の赤字を招くと避難を浴びせた。このため、多くの提供者がプログラムから脱退し、受給者の患者たちは独力・人とかやっていたかなくなってきた。患者たちはケアの提供を回避し、彼らを診療する開業医は、一定の過剰診療活動を増加させるか、レイの悪名高い“メディケード製造工場”(Medicaid Mills)によって生み出されるサービス—すなわち、厳しい締めつけに直面する公的病院から患者を見つけだすか、あるいは診療(クリニックでの)件数を増やし、診断検査を過剰に行うこと、そして償還請求が可能になるような様々なサービスを生み出すことによって、失われた収入を取り戻すというサービスなのだが—を増やしたのである。(Fever Chart 1976)
4. 事前承認：サービス提供そのものに対する制限だけではなく、サービスが提供される前に州(メディケード)から許可を得るか、承認を受けるという方式の確立
5. メディケード受給者の所有資産移転：州がメディケード患者への給付を行うために、受給者が自分の子供または孫に自分の資産を移転させることを要求するもので、これによって、ナーシングホームの入所者が、(長期入所を続けることによって)“資

産を使い果たす”という事態はより困難になった。(つまり、ナーシングホームのメディケード患者は一刻も早く対処しなければ破産するということ)

6. 免責と共同負担の活用：患者自己負担を増加させることによって、受給者がサービス費用を分担するための免責と共同負担条項の活用。これは見返りとして次の議論を生んだ。すなわち、受給者の利用意志が減退するだけでなく、政府の負担費用を相殺ないしは削減することに有効であるというものである。
7. マネジドケア・プログラムの活用：ケアの受療者が利用する資源を限定することで、政府が最少のサービス費用を負担する可能性のあるマネジドケア・プログラムの活用を増加させること。例えば、40州では、メディケード受給者の“自由選択権”条項を採用している。
8. メディケードの最大化：これは、州の保健医療及び社会サービス・プログラム—精神医療、精神障害者医療、その他精神疾患及び児童向け保健医療プログラムなどをメディケードの中に吸収転換させることで、連邦の基準に適合する基金を獲得するねらいがある。
9. 提供者への増税など：これは低位強者への増税の他、提供者へ寄付金、提供者相互の譲渡及び相互誘導的な譲渡、DHS プログラム（病院相互の不均衡を分け合うプログラム）なども含む。
10. 医療関連消費品目からの州歳入増：これはタバコ税への増税化や医療のために消費されるあらゆる品目に対して、州の歳入を増やすことを指定するというものである。
11. メディケードを封鎖基金（Block Grant）

こうした州の対策を見てみると、彼らが喜んでこうした行動を行い能力を発揮しているということは結局、メディケードが連邦と州の調和をはかるプログラムであるという事実をこねまわしているということだ。メディケードは州にとって、歳出と歳入の両方の構成要素となっている。その結果、州がプログラムを課に削減しようとも、連邦は提出基金を州の削減水準と同水準に調和させることで、(州の努力は) 相殺されるということなのだ。

Case of Medicare (メディケアの場合)

連邦運営のメディケアは、政府が医療費の損失補てん、ないしは削減を模索しているという点で、状況はほとんど同じであり、メディケアは約束を破っている。したがって、ニクソン及びフォード政権にはじまり、その後続いた共和党・民主党、それぞれの政権下で引き継がれたプログラム予算削減の試みは、提供者への費用償還抑制や保障免責枠及び共同自己負担額の拡大による高齢者への負担増を果たすものとなっていた。それら

は、医師費用を保障する補足保険、パート B の保険料の値上げ（例えば、最初は 1966 年の月保険料が 3 ドルであったものから、1995 年には 46.10 ドルへ値上げされたし、今後 20 年間で終わるまでには、更に値上げが予測されているが）や、1983 年初めにレーガン政権が提供したプログラム受給者への、いわゆる“ミーンズ・テスト（収入審査）”の義務化などである。こうした（削減）条項は、メディケア規定一すなわち、保健医療費の高負担に不安を抱き経済的重荷を背負う高齢者を、社会保険のメカニズムを通して、彼らの尊厳と維持しながら救済する一を曲解しているだけではなく、政府系、非政府系を問わず、大半の諮問団体の答申や、メディケアのスタート時から 25 年にわたって続けられているプログラム監視委員会の活動—これには、1971 年と 1981 年の高齢者ホワイト・ハウス協議会も含まれるが—と直接矛盾するものである。

しかし、国家予算における赤字の拡大や医療費の増加に直面していることを考えて、こうした議論から距離を置いた場合、上述の試みや活動は、1988 年に大被害包括保障法（Catastrophic Coverage Act）が議会を通過したことで、十分に達成しうるものとみられた。この法案は、プログラムの受給者自身に経済的負担を課す規定に基づいて、プログラム財政を支えることを求めた最初の法律であるが、それは具体的には、受給者の資格を土台とするよりも、むしろ、受給者が医療費を負担できる収入があるかどうかの判断を行うことで、税構造の改善を伴ったものであった。しかし、この法案は、連邦予算に影響を及ぼすことなくメディケアプログラムの拡大と保障の延長を可能にするという点からすれば、財政的には正当な根拠を持つものであるが、一方、中産及び高所得高齢者層—彼らは所得との関連性を持たせた（メディケア）給付条項の撤廃と受給資格に基づいた給付の復活を求めて、自分たちが選出した議員に対する暴撃手として存在しているのだが—拒否反応をただちに呼び起こすものでもあった。

つまるところ、こうした医療費抑制手法の全ては、官僚を高く評価し、財政的な統計の外観もよく見えるという成果を得たのだが、ケアの必要性を持ちながら、メディケアの給付資格のない人々にとっては、ほとんど慰めにもならなかった。もちろん、こうした人々自身なにひとつ責められるべきものをもたない場合が多かったのだが…。更に、サービス費用を利用者に転換するという事は、問題解決でも、負担の移動でもなく、単に、少なくともそれを生み出すことが可能な人の中へそれを戻すというだけのことでしかない。

こうして、政府の保健医療及び社会プログラムが、その中心の課題を費用抑制と見なしたとき、合衆国における究極の疑問とは、費用（負担）をがまんし、許容し得るためには、どんな抑制が必要で、どういう分野を抑制すべきかということであり、それらを把握しなければならない状況がやってきたのであった。繰り返すが、こうした削減の矢面にもっとも立ちそうな貧困者や社会的に恵まれない人々の政治力は一貫してもっとも小さいのである。

A case for a Federal Presence in Health and Health Care

(保健医療における連邦)

合衆国の保健医療に対して連邦政府の役割が進展してゆくということについては、次のような問題点や否定的結論もないわけではなかった。すなわち、それらは、医療費の段階的な拡大、官僚の硬直性、過度の規制、官僚的形式主義とめんどろな書類手続き、独断性などであり、一方同時に、公的指導権をめぐる衝突、無定見な規制、規定の施行不正手段と権力の乱用、不適正な診療報酬償還額の水準、報酬請求却下に対する独断性、地域のニーズに対する無神経ぶり、消費者及び提供者が抱く不満足感、労働よりも怠惰を助長するような請求金額なども存在していた。

連邦プログラムが分散化しているという議論も多いが、それらは次のような点にある。

- ・国民は一般的に中央集権的な政府を使用せず、連邦政府が管理者としての公正さにおいて特に欠けているという点 (Morone 1995, Tallon & Nathan 1992, Grogan 1993, p756)
- ・連邦政府は肥大化しすぎ、出しゃばりで干渉しすぎるという点
- ・連邦政府はあまりにも客観的で、(国民に) 距離を置きすぎ無責任であるという点
- ・州や市町村行政は住民に対して、より近く、より地元のニーズを知っている。したがって、連邦政府行政当局に比べれば、住民に理解されやすく、説明責任の機能にも優れているし、すぐ対応できるプログラムの開発も、よりやりやすいという点 (Fein 1980)
- ・全米(統一)基準は柔軟性に欠け、州の実験改良能力を深刻なまで低下させている。例えば、ナイ (1991, p28) はこの点について次のように批判している。メディケードの料率や保障内容、受給資格についていえば、州が市町村レベルでの関心事や興味を持っていることに柔軟に対処することを連邦政府が認めるという点で均一性に欠け、州への対応にばらつきがある。
- ・30年前と比べれば、州は(現在)、(前述の)柔軟性に対処するための機能を、より多く装備している(例えば、行政官、専門家、官僚は以前より多くなっている) (sp. arer 1995)
- ・州は、州自らがプログラムの求める条件を満たし、実施するという方向に、より大きく向かっている。
- ・州は、異なる構造や接近法そしてプログラムなどを実験し、施行実施に直面して生まれる政治的かつ技術的な障害物に対する洞察力を養うための重要な検査室として機能している。
- ・州は危機に、より早く対応している (Reley 1995)
- ・州法は連邦法よりも改正がより容易である (# 1994)
- ・州はリスクを負ってもかまわないと考えることが、より多い (Sommerville 1994)

こうした問題点や批判の側に立ち、この分野の(問題解決に対する)全国的な努力というものが何を根拠にしているかという観点から見たとしたら、それらの根拠の多くは、

連邦レベルで準備され集められているとわかる。しかし、それ以上に重要なことは、問題への対処と解決に対して、国民審議会が含まれているということもわかる。例えば、病気や疾患は、司法権に境界線があるとは認めないし、その規模が全米的であるとは認められない。性疾患、アルコール及び薬物依存症、高血圧、脳卒中は、年寄りも農山村の住民に多い。また更に、1970年代のアジア風邪の多種の流行や1980～90のエイズが例示しているように、全米的な交通システムとコミュニケーション体制は、至る所で疾病を発生させ、どこにでも問題が潜在的に存在するということをもたらした。そこで、保健医療とそれに関わる人的サービス・プログラムは州や市町村がより大きな管理責任を持っているのだが、市町村レベルでの追跡記録は印象的どころの騒ぎではない。一方州は、1960年代に合衆国最高裁の（裁定）助長によって、行政及び立法構造が大きく改善される傾向にあった。その構造は、ちょうど一代前にあたる社会的、経済的な不利益住民のニーズに対して、何の機能も果たさず、また鈍感であるということ改善するものであった。だが州はそれでも現在、固有の弱点をもっており、その弱点は、保健医療及び人的サービスにかかわる行政組織や財政及び供給の役割をより一層拡大するための能力や前向き姿勢にとって深刻な障害物として存在している。そうした弱点とは、州歳入に対する予測不能や不安定性、倫理的硬直性、貧困者保障プログラムにおける再分配への傾向と嫌悪（sparer 1995）：—24の州では、州行政当局に一定に制限をつけ、立案期間や予算運用の規模にも制限を設定することに賛成だとする反政府的政治風潮がある—（Kent 1995）。及びヘルスケア・リフォームへの気力をそぐような分析的専門技法の少なさでもわかるとおり、データ収集システムの不適正さ、などである。（Holmes 1994）

更に加えれば、州はサービスや資金の規模をどの程度必要とするかについては、各州に大きな違いがあるため、州の財政能力は一様でないという点もある。

こうした結果からして、州というものは、もっとも魅力的な事業説—最低税率競争としての—を持つ州としての風土を得るために、最少人数に最少サービスを供給するという州間競争に傷つきやすいものであるといえる。またこれに類似したことだが、州は外観として偏狭的な考え方にあり、人口、産業、及び福祉責任—これはサービス責任や供給に対する州相互の不均衡を生む要因となるものなのだが—をめぐるとの競争において、その州独自のイメージにこだわったり、そのイメージを維持する傾向にある。

州の行動は改良開発的で、同時に連邦の相対物としての先頭に立っているものの、全ては、断片的で均一性に欠けている。

50の（州）政府は50の行政を持ち、法、規則、規制の主役ではあるが、全ては多州籍企業の自州内での事業に対して州は頭を悩ませているというポーズとしてのパッチワーク的なシステム作りには貢献しているだけだ。（Friedman 1994, Baimnd & Schroender 1994）。そして州は、州から州へと移動する労働者に対して、ひとつだけ彼らへの保障（の簡易性）を持続することができないのである。（Findley & Loranger 1995 p36）結

局、ナーシングホームや健康保険、汚染防止などなどにおける州規定は、産業界を魅了するには弱体的、総括的、かつ疑惑的なものであるということがしばしば証明しているということだ。

上述に加えて、州の医療改革に少なからず障害を与えたものに、ERISA:退職従業員収入保障法というものがある。従業員が年金と保健医療保障費を支払うための救済保護を目的として法制化された1974年のERISAは、受給者及び年金プランが不正や誤用から保護されることをねらいとしたものであると共に、企業主や労働組合にhしょうの柔軟性を認めることも目的としていた。しかし、同法の鍵となる条項、154項は、従業員保障に関する州の行政権が排除されており、企業百家保険（全米の保障受給全人口の半分以上がこれに加入している）は企業主が連邦の特約条項を取得しなければ認められない、という形で州の力をそいでいる。州はそれなりに努力したが、しかし、その努力は組織労働者と大企業の反対者達に指導されてきた。彼らは、従業員のニーズ及び保障コスト抑制を渡す柔軟性の欠落や50州が50種類の異なる規制を設定していることのために、企業活動を展開することが困難であると言及している。(Firshein 1994)

結局、州は改良への厳しい試練者として行動することが出来るし行動もしている。また、州は実験検査室としての機能を提供しているのだが、経済的な苦境に直面した場合、そうした努力を支えるための再生力があるかどうかについては疑問の余地がある。

そこで、1980年代から1990年代初めにかけて、連邦が何も行動しなかったため、不況や医療費のうなぎ昇りの上昇に押しつぶされた44州では、クリントンプランの死滅やリフォームの弱体化をねらいとする1994年度選挙の熱気を追い風として、自州の枠内で給付や供給が自己完結するようなヘルスケア・リフォームへと転換したり、法制化を行った。例えば、オレゴン州やマサチューセッツ州では、事業主拠出負担金を義務化することが証明させた。ミネソタ州では、統合ネットワークを確立することで、プログラムの主要部分の実施を遅らせた。またワシントン州やバーモント州などでは、リフォームへの努力が州行政官の手によってうち砕かれるということで終了した。1974年以來包括的ヘルスケア・リフォーム規定を実施してきた最初の州として長い間先駆州であったハワイでさえ、HQP (Health Quent Program:保健医療探求プログラム) 受給者の膨張化に直面し、1995年には、その資格基準を厳しくし始めた。(State Initiatives 1995, State Health Watch 1995) 似たような状況は市町村にも存在していた。時代遅れの行政構造や行政権威の欠落、そして財源及び有資格人材の不足に悩まされ、市町村の努力はしばしば、関心事に対するけちな論争の影響を受けていた。その論争とは、郡部対都市部ないしは商業区対住宅地域の相違、人種的、経済的差別、サービス条項ないしは受給者資格条件に関する均一性の欠落などに関するものであった。南部及び郡のいくつかは、福祉担当役人が1960年代や1970年代の頃に、福祉給付金が高い北東部と中西部の産業州や大都市へ転出することで家族を救済するというキャンペーンを計画的に遂行した。—それは郡の福祉支出を削減するための片道切符にしかすぎないのだが—。

更に、郡役人の多くは、有資格基準が法律条項とうまく適合しているかどうかということは無関係に、郡への利益給与を決定する人物を決めるという趣向にある。数年前（1968年）、ミネソタ州厚生局が開いた合同法制委員会での話だが、州の南部郡地域から参加していた郡厚生局長は、州の福祉担当者が誰で、州が要求していることがどの部署に属し、郡に何を必要としていうかということを経理自身が見極めるための発言をしたようであった。“ご存じのように、郡がうまく切り抜けるとすれば、それはおおむね、誰が（州の）福祉の軸となる人物か否かを知ることだと言える”

連邦や州の規則及び法規からすれば、局長も認めているように、彼の役目は自らが裁判官や陪審員であるということを宣言しているようなものであるといえる。似たようなことは、納税者の怒りや選挙民の不満（納税者の反乱）に直面する多くの郡当局にも存在しており、それは、福祉サービスの支出に対して、特にしまり屋であろうとする傾向がある、しかしその結果はしばしば自滅的なものに終わるという方向にある。例えば、数年前のことだが、ツイン・シティーのケニー・リハビリテーション研究所は、整形外科患者を自宅へ戻し、実りある豊かな生活へと大きく結びつくような対応を試みたが、もし、郡が（公費で）車イスを購入することに同意していたら、その試みは成功していただろう。しかし郡はそれを拒否し、そうした支出はぜいたく品への支出だという見解に立っていたので、医学的に不必要でしかも長期的に高コストを招く入院費用は結果的に郡が支払うことになった。

結果的なことだが、郡当局が財産への課税に大きな依頼をおいている限り、こうしたサービス条項を確立するという事はきわめて困難なことである。特に、次のような事実と同様、税が持つ逆進的性質という観点において、そうである。すなわち、福祉サービスないしはその利用によってもっとも多くの利益を得ることがより大きな不均衡の（被害を）被るという人々—貧困者や高齢者—は大変多く、そうした人々は、彼らが信頼し依存している大半のサービス費用を支払ったとしても、税によって最も過酷な痛打を浴び、増税に対して最も抵抗するという事実である。だから、保健医療における我々の問題点の多くは、市、郡、町、州などの行政区画という限度や範囲制限によってではなく、広域を軸とすることで効果的な解決を得ることができるのであり、我々はよりグローバルな手法を選択する方向性を持ってきたのである。

アンダーソン（1955）他が述べていることだが、問題が全米的規模のものになったとき、それらは全米的解決を必要とする。そして、時代を超えて、行為すべきは憲法上の州より連邦であった。もちろん連邦は時として単独で、時として州の支援を得て、そして、時として、州の支援の範囲内で行為してきたのだが。更に、連邦は、合衆国の社会・政治、経済システムにおけるその価値と構造を調和することで、そうしてきたのであった。

Conclusion (終わりに)

保健医療における政府介入を発展は時代や環境の変化に対応しながら、展開されてきた。過去 40 数年、その主たる変化は、医療サービスに関わる行政組織、財政、供給体制及び州との関連性を対象とする連邦政府の役割と姿勢にあった。それらは次のようなことであった。

1. 医療費を負担する連邦の伝統的な役割は段階的に拡大し、新しい提供形態、すなわち、地域保健医療センターや HMO の創設や開発に連邦基金を活用するのみならず、政府自らがケア（サービス）を購入するプログラムも含まれるようになった。(Penchansky & Arelson 1974)
2. 保健医療における分類的かつ開発プロジェクト的基金の活用が増加すると共に、連邦政府は、地域プログラムに対する予算への介入においては、地方政府が貧困者のニーズに無責任であるかどうかを良く検討した上で、基金給付を行うということを見つけた。
3. 連邦が焦点としたものは、州プログラムの拡大助長から統合化への確保へ、アクセスの向上からコストの抑制へと転換し、患者と提供者がその中心に置かれた。

こうした介入は、全米的な政治プロセスや社会・経済システムの性質を機能的にゆっくり、そして着実に前進させるものであった。医療供給システムの抜本的構造改革というよりも、むしろ増大主義というものが、連邦政策における太鼓判として存在してきた (Falic 1975)。そこで、こうした政策を進化させたものは何かというと、アンダーソンが適切に検察しているように、それはパートナーシップ一時として希薄で緊張関係の中にむしろあるといえるものなのだが、一であった。パートナーシップは政府間（連邦と州）のもの、任意システムのもの、共同活動形態のもの、ライバルよりパートナーであるもの—すなわち、同等やなめらかさを必要とせず、にもかかわらずパートナーであるというよりはパートナーのあり方なのだが—が存在していた。国が社会政治政策課題を再評価することで苦悩の中にあるとき、保健医療に対する政府の様々な哀願について自国ないしは他国の体験から学ぶことが可能な教訓を手短かに検討するならば、それは有益なことかもしれない。

1. 各国のヘルスケア・システムはそれぞれユニークであり、それらは自国の社会、政治、文化、経済の歴史と創設にその土台を置く。
2. 洗練されたテクノロジーを土台とする近代的な国民的ヘルスケアシステムの全ては、本来、費用がかさむものである。
3. 国民 1 人当たり所得とその所得に占める医療費負担比率はきわめて明確な相関関係にある。

4. 国際的な体験が示すところによれば、医療サービス支出額を実質的に低下させるためには、包括的な全国民保障と関連づけることが必要である
5. 医療サービス費用が GNP (GDP) に占める比率がどの程度であれ全世界の国は、他の優先課題と衝突している。
6. 公的所有と管理による国民医療サービスは、社会保障タイプのシステムより、支出への直接管理やサービス及び資源の供給、配分の有効性、自己負担を低く押さえるという点で、よりすぐれている。
7. いかなる医療財政システムも問題から解放されないし、簡単に管理し得ない。どちらかといえば、すべての介入は国民が求めるものと国民が与えるものとの間における取引である。(Marmor 1991, p5)
8. 利権に対する譲歩の交渉とある党派が不本意ながらも適切に同意することを勝ち取らずに、国民が医療専門職の決意や組織的反対を押し切って、包括的な健康保険を制定したことは、いまだかつてなかった。(Glaser 1994, p706)
9. 政府の財政システムは公共のニーズや要求の中に存在する微妙な差違に対して責任を持つという面から見れば無力であるため、公的システムや国民皆保険を持つ国は、度の国も私的医療活動の分野を持っており、それは、選択が増えるなら喜んで保険(料)を支払う、ないしは買うという人々を容易に区分するというものである。(Anderson 1995, p29)
10. 合衆国の医療システム改革は、競争に勝つための多くの関心事に対して抱く決意に介入することで妥協を引き出すという結果を増加させているようである。
11. 政策は常に、立法過程の中での政策分析に支配力をふるうものである (Hadley 1995, p128)
12. 保健医療政策における組織化と法令化は、保険医療サービス研究の結果よりも、党派色の強い政治や政治的空論に、より強く影響される。
13. 医療改革を達成するための努力は、アクセス(社会正義、自由、労働、低所得者の問題)を改善し拡大するという文脈より、費用抑制(経済、事業、中産階級の関心事)という文脈で言い表される方が成功するようである。
14. メディケア・メディケードのような第三者保障はすべて、公私を問わず、インフレーションに貢献している (Davis 1974)
15. 費用請求額に基づいた無制限の償還はインフレを誘発する。であらうが故に、不適正で非現実的な低水準の給付を持続すること、あるいはピクエーション的(つまらない)抑制を行うことは、自滅的な傾向をたどる。そしてそれは提供者によるコスト・シフティングを誘発するか、あるいはシステムの枠外のものを提供者が選択することになり、受給者にとってみれば、ケアの選択領域を制限されることが残ることになる。
16. 自由な医療財政システムは無制限な支出の成長を招く。ア・ラ・カルト財政条項、すなわち、各サービス構成部分(例えば病院、医師、ナーシングホーム、ホームヘルス

ケア) は同一または異なる提供者から別々に購入され、各提供者はそれぞれのサービス毎に給付されるという規定は、本質的にインフレを誘発するものである。なぜなら、提供者は個々の患者ないしは医療システム全体にのしかかる財政的な圧力とは無関係に、サービス利用を増加させることで収入も増えるという経済的インセンティブをもてるからである。(Wafers & Tierney 1984, p1251)

17. プログラム支出の抑制における本質的危険性とは、受給者のアクセスとケアの質を損なうことにある。特に社会の中で最も攻撃を受けやすい人々—貧困者、高齢者、虚弱者—を傷つけるから危険である。だから、こうした人々の権利を保護するために注意深く監視する必要がある (Sisk et. al. 1987)
18. 過去6つの政権下においてなされたこの国の保健医療政策に対する意志決定は、予算における専制政治によって支配されてきた。(Feldman 1988)
19. コストとサービスの間に存在する論議は政府プログラムの本質である。
20. 財政における公平性は、医療アクセスの公平性を保障することで充分だとは言えない。(Davis 1974)
21. アクセスとコストのコントロールは補足的なものであって、対立でも、目標でもない、コストを抑制せずに全国的なアクセスを向上するという政府の試みは、失敗を運命づけられている。(McDonough. 1992)
22. 博愛主義や利他主義よりも、むしろ功利主義—すなわち“職場復帰”と“国民を福祉回転から納税者回転へ移すこと”—の方が、ほとんどの人的サービス政府プログラムを根元的に適用する際に、存在している基本的モチーフである。
23. 開設形態や財源、支払方法ないしは提供システムの構造などが (Anderson 1976) 自立しているために、外観としてはコストが上昇しているように見えるが、そうしたコストを抑制する能力は、(この状況では) 存在しない。保健医療サービスの財政と管理に対して政府が最も深く関与する西欧工業国は、最も広範囲の国民を保障し最も低い管理コストを実現しているが、それだけでなく、これらの国の中央政府が果たす主な役割は、保健医療サービスに対立する国の一般税制を財務管理することであり、それによって、医療費支出の抑制に大成功をおさめているという方向にある。(Navorro 1985)
24. 医療財政の多元システム下において、財政システムの分離状況を維持することは、公私を問わず、それぞれの支払いシステムがコスト・シフティング—すなわち、ある費用を別の何かに転嫁することで、ある費用が別の支出額によって守られるということ—へと誘導される。こうしたコスト・シフティングは、一括支払い者システムによって、ケアの固定化を行えば最小限にとどめることも財政責任をとることも可能になるだろう。(Waters & Tiemey 1954)
25. ある種の包括的予算形態をとることで医療費ないしはコスト抑制のために州が幅広い制限付き課税システムを実験するなら、競争によって生まれる不利益というものがリスクとなる。但し、その際に、連邦の課税最高限度枠というものは、全州に適用さ

れないということが必要。(Oukakis 1992)

26. もし、はっきりと限定した人口だけにコスト抑制ないしはサービスの固定を行うとしたら、提供者は の人口への請求を別の他の人口グループへ移すか、あるいはこうした抑制下のないサービスを増やすという結果を招くだろう、あるいはそういう誘導が生まれるだろう。
27. 適正な財政的安全装置のないままに、政府が政府負担費用を転嫁することで保健医療サービス・プログラムの支出を削減すること、ないしは、政府または受給者の水準を低下させることは、その努力にも関わらず、サービスの全体医費用を効果的に削減しないばかりか、単に、削減効果が最も期待薄である人々から、彼らの大半のニーズを奪うことで、政府の財政負担を彼らへの転嫁するというだけのものである。
28. 公共プログラムはそれがいかにうまく設計されていようとも、いったん実施されたなら、注意深く看護される必要がある。いや、むしろ、状況や受給者の必要性が変化していくことに対して、適応性があるというものでなければならない。(Schleginger 1988)
29. 主要な国内改革、特に購入税導入のような改革は、公共サポート、なかでも中産階級の支援に広く支えられていなければならない。(Gergun & slofsky 1992)
30. 主な国内改革、特に増税を伴うような改革は、議会が法制化へ向かう前に、公共サポート中でも中産階級の支援に広く支えられていなければならないというのは、アメリカの政治において、自明の理である。だが一方で、好意的な意見をもつ公共の支援水準が高いからといって、法案が成立することを保障するのに充分であるとはいえないのだ。例えば、過去 60 年間の経過を見てみると、医療における政府の役割の重要性を支持表明している国民の割合は、1937 年の 80%から 1942 年の 74%へ下降し、その後 1961 年には 67%、1965 年で 63%、1976 年の 66.7%、1978 年の 61.3%とどんどん低下したが、1992 年には 75%へと回復した。しかし、アメリカは国民皆保険を持たない最後の工業国である。(Steinmon & Watls 1995)
31. 全米的プログラムは、州や地方自治体の抱える問題やニーズをよく検討することが求められている。
32. 医療事業体に存在している地域的多様性や多角的経営機能及び任意民間開設形態は、全米的診療費用（ ）表や償還方法、そして不可能ではないが達成することが困難な施設基準の押しつけを生んでいる。
33. ケアを組織しケアを引き受けるための財政規模や好んで政治的な対処を行うことについていえば州は、しばしば、最大限の必要性に対して最小限の能力（財源の可能性という意味で）で対応し、少なくとも、そうすることをいとわないために、州の対応はまちまちである。同じことが市町村レベルにも言えるだろう。
34. 国民健康保険改革の主導権における成功は、どんな場合でも、中産層が広く受け入れているかどうかにかかっている。また、その改革が、いかなる危険や不確実性を伴う