

ものであってもである。中産層は現状維持をこのむのである。(Blumenttel 1995)

35. 善意の革新的な民間慈善行為は、副次的で補完的なものとなりうるが、政府プログラムの代用品にはならない。それは、あまりに大きなニーズに対して、あまりに小さな供給源としかないというだけでなく、大規模な再生が可能となるという点において、疑問がある。(Fein 1988)
36. 州は、それ自体、国民全体に供給すべきコストを土台として、医療を提供したり、全国的医療アクセスを維持することは出来ないのである。(Dukakis 1992)
37. 政府が直接ないしは間接に財政援助を行っていない(例えば、非課税扱い)従業員保障プログラムは小企業(従業員 100 人以下)の無力さと不快さが原因で、全国的保障の域に達することを好まない。なぜならこれら小企業はもし、全国的保障を強制された、企業財務上の安定性や経営そのものの生存性、小企業にとって重要な年金プランの初回積立金や来るべき満期時の給付金などに不確実な要素が増え、その上に不釣り合いに高い管理コストも発生するからである。
38. いかなる政府システムも、結局のところ、提供者の自立性や特権性に対して制限を課すようだけれど、合衆国のように、民間セクターが支配的な社会にあっては、そうした抑制は独断的でも、気まぐれでもありえず、専門的関心事に協力的に、財政的インセンティブや報酬活用することに努力するべきである。
39. 州は全米的保障の確立に向けて大きく前進するためには、企業また個人への義務化と、連邦助成とを組み合わせることが必要である(Lipson 1994)
40. 保健医療の経済的重圧から患者を保護するということは、患者の経済的(負担)責任に最高上限を設定しなければ不可能である。また、家族にとってみれば、医療費の負担割合が収入の中である程度妥当性を持つ小さい部分を超えないということが保障されなければ、医療サービスの経済的重圧感に対する防衛と保護は進展し得ないのである(Davis1974)。しかし、収入や最高上限水準は論議が活発に展開されるとしても、人為的な財政障壁ないしは収入切断は、インフレーションの暴虐…すなわち、貨幣価値は急騰するが、本当の価値や購買力は下落する…に対して非常に強い影響を受ける傾向があるということを警告しておくべきだ。
41. メディケアの構成要件—ナーシングホームの入所はその前に病院での3日間の入院が必要、セカンド・オピニオン、適正を欠いた提供者償還、医療費への免税措置縮小、保険料免責措置の廃止、一のような、行政上及び立法上の抑制を行使することは、社会的ないしは刑事的罰則を行使することに比べて、むしろ、謝った指示や目的に反した結果を生み、結局、ぱっとしないという傾向にある。
42. 貧困者のみを保障するプログラムは次のようなことに注意して設計する必要がある。すなわち、ある貧困者はたくさんの補助を受けるが、別の貧困者は必要なものないしは補助を受けるに値するだけのものを得る—例えば、貧困者に近い人や仕事を持っていながら貧困者である人は全く何も補助されないか、実質的に何も補助を受けられな

いという状況が示すような報酬金に反することや不公正であることを避けるように設計することである。

43. 高齢者はメディケアによって長期ケア費用を保障されているという仮説は、根拠が薄弱な議論であり、あやまりである。長期慢性疾患費用について高齢者を保証する政府プログラムはメディケード—福祉プログラム—のみである。
44. 従業員医療保障システムの中に人々の希望を押し、それに信頼を置くということは、システムをアクセスの向上や費用抑制という文脈の両方から見た場合、最大限よく見たとしても、そういうことは希薄である。というのも、そういう人々は最大限の弱者か、あるいは最小限の政治的、経済的影響力しか持ち得ない人々であり、最小限の取り扱いしか受けられないからである。
45. メリットは関係なく、国民全体への普遍保障というものは、貧困者と中産層が住宅様式や生活状態において分離しているために、その大きなギャップを基本的に埋めると期待することは出来ないものであり、また期待すべきでもない (Ginsberg 1994)
46. 競争や自由市場、及び優先的選択に基づく単一の提供システムなどの長所を断定している政府医療プログラムは、米国の中で高費用の入院医療を低異境する主要病因のひとつが明らかに除外されていること、医療施設の相互の間で人材や器財その他をめぐる競争が高コスト化を招いていること、その結果、サービスの重複や、多元的多様システムの価値や、提供者のみならず消費者の多様なニーズや要求などを最小限にするということの事実を無視するものである。
47. 医療システムが最高の出来映えを達成することについて、政府の立法や市場競争のいずれか一方が、卓越している歴史的証明は存在しないし、それに反する主張もない。(Schramm 1886)
48. 行政の意図するものは、行政部門が非同情的あるいはその反対に同情的な役人を任命することによって、法律発布者による遅延や失敗、矛盾した指示の交付、充当基金の支出ないしは撤廃に対する失敗などを除去するのでなければ、しばしば妨害的なものとなる。(参照までに、ニクソン—レーガン政権下における OSHA、環境保護、超基金法、家族計画及び墮胎禁止法など)
49. 政府は、一般的に、(社会保障) 給付—それが直接的給付金であれ、サービスであれ—を創設と分配することには熟達しているが、もし、給付が政治的に大切な選挙民に影響を与えるというような特別の事情があれば、甚だしく未熟なものとなり、そうした給付やサービスを削減したり廃止するために必要な政治的意志を欠くものである。(参照までに、メディケア、社会保障年金、高齢者法などのような有資格者受給プログラムなど) (Robe 1987, p40, Light 1985)
50. 合衆国保健医療における政府の将来的役割がなんであれ、慎重な決定は政治的な競技場の中で生まれることになるだろうし、わが国の社会、政治、経済、医療システムのユニークな未来を内包することにおそくなるだろう。

上述したもののうちのいくつかは矛盾点思っているように見えるかもしれないが、それは医療サービス提供者としての民間セクターに基づきそれに依拠しているわが国のような多元的社会にあっては、共通点のない部分が持つ個々のニーズをうまくかみ合わせる努力が必要であるが、その努力に対して複合的な介入を行うことの反映である。そして、この国の保健医療における政府の役割に関する議論は今も続いており、その終了を推測することは危険である。またアメリカ国民に偏愛や期待を抱かせたと発言することは苦痛である。だが人々は、そうしたことが、政府と民間の混合性にはいっさい関係のないことだと期待することだろう。

人々の期待は次のようなものだろう。

- ・サービスの質への要望はより高いものとなるだろう。
- ・コストは、うっちゃらかしのままなら、上昇を続けるだろう。一問題はどの程度の上昇？
- ・それぞれの分野の関係者は、費用負担を別の誰かに転嫁することを模索するだろう。
- ・ある種の抑制形態を賦課せよという要求は、明示的形態か暗示的形態かのいずれか一方が、増加要求の声となって続いていくだろう。
- ・先駆的で新しく、そして革新的で奇跡にみちた解決は、コストの制御ないしはアクセスの向上における効果という点から見れば、何の新鮮さもなく、必要性もない。なぜなら、物事が変化すればするほど人々は同じところにより長くとどまるものなのだから。

第2章 米国ヘルスケア・システムの再生

米国ヘルスケア・システム—それは、社会の中で最大かつ最も影響力の強い制度だが—は巨大なサービス購入者（企業主）が上昇する医療費を抑制するために提供者から部分的なコントロールをもぎとることによって、深遠な文化的、構造的変化を持続している。

主な事業主や州の医療プログラムは、医療費支払いにおける受動的な慣行から目覚めて、一般的なインフレーション率が2倍にもはね上がっていることによって医療費が上昇し続けていることを停止させるために、前向き姿勢をとりながら、その対策を練っている（Burner 他, 1992）。

政府プログラムは、—特にメディケア・メディケイド、そして、退役軍人、現役軍人、連邦公務員などへのサービス・プログラムはそうだが—議会の医療費低下維持方針によって、日常的なプレッシャーのもとにある。

巨大な購入者は医療サービスの消費規模に応じて、卸価格でサービスを購入しており、長い付き合いの個人顧客（従業員）に抜本的な変更を指示するか、あるいは、保険者が彼ら個人顧客に対して行う支払いは、時と場合に応じて小売価格を指示するというものも行っている。

制度の（利用者としての）購入者は、支払った費用から得られるものは何か、ということを知りたがっている—彼らの単純な疑問とは、詳細なデータや緻密な調査、そしてサービスが費用に見合うものがどうかを究極的に第三者が判定することなどに対する解答を求めているために、医師や病院の自立性を徹底的に脅かしているのではないかというものである。—保険の性質は、購入者や保険者が費用のリスクを患者や提供者に転化するということに変化してきている。

医師と患者の信頼関係は、これまで医師が診療を実施する度に医師に支払うというものであったために、和解的なものであったが、ビジネスや前払いを目的とする競争によって、圧迫感が増えており、こうした関係は腐敗とさえ言うべきものになってきている。

こうした基本の変化—そして、そうした変化に抵抗するということは、分析することよりも、記述することの方が容易である。この章で我々が目的とするところは、米国ヘルスシステムの今日的な再構成のあり方を理解するために、読者にその骨組みを示すことである。その骨組みの中心は、産業革命の頃にその一部の動きとしてあって 1900 年前後の医療サービスをめぐって、事業主と制度化にある購入者が、サービス料金を決定し卸売り契約を行ったという歴史に対して、新しい歴史的考察を行うことにある。結果的には、医師が年間定額（キャピテーション）か、あるいは今日の PPO が採用しているようなディスカウント費用明細帳に基づいて医療サービスを提供することとなった。こうした購入者による買い手市場は、医師会による活動、経済的、政治的圧力を伴って、精力的な反発を生んだが、制度下の購入者が自己主張をしはじめた 1970 年代後半の頃までは押え込まれた。

Early Corporate Health Care 初期の企業（従業員向け）医療

企業医療は、19世紀に鉄道業、鉱山業、林業の各企業によって創設されたが、これらの企業は遠隔地にあること、事故率が高いこと、そして労災従業員による訴訟が増えたことなどのために、何らかの企業医療形態が求められていた。これらの企業は、依頼料支払い型か給料型かのいずれかによって、医療サービスと契約を行った、いくつかの企業は、自社従業員のために病院や施設を所有することもあった。また織物工業の中には、紡績工場をもつ町を基盤に、包括的な医療サービス体制を確立するものもあった（Williams, 1932, Sellpek & Whihaker, 1962）。

しかし、19世紀末になると、これと違って何ひとつ特別の必要性もないような企業がどんどん増え、こうした企業は、従業員医療のために競争を基本にした契約を開始しはじめた。例えば、1907年にミシガン州医師会が報告したところによると、多くの企業（大した規模もなく、さしたる特性もないような企業）が、従業員医療のために、一人当たり一ヶ月当たりの負担額を土台として、医師及病院と契約し、内科及び外科を含む全ての医療サービスを提供している。ミシガン・アルカリ会社の場合も同様だが、この会社の場合は家族が除外されている。その他数社では、事故やけがの治療についてのみ契約している。一方、この頃の民間保険会社は、一人当たり年間当たり定額か、あるいはディスカウントによるか、どちらかの方法によるサービス・パッケージを設定することで介入しはじめていた。

以前にも増して広がっていく企業医療プランは、同じ時期に急増していた友愛組合の会員に対して、年間定額制にもとづく利用を提案することで、包括的な医療サービス（体制）へと急激に伸びていった。全米ないしは地域規模をもつ友愛組合のみならず、全米規模と地域規模の療養を持つイーグルス、フォレストラー、モーゼ、オリオールズなどの組合は、それらの地方支部を土台に、徹底したディスカウント方式による医療サービスを提案した（Ferguson, 1937, Gist, 1940）。

医師会やルイジアナ、ロードアイランド、カリフォルニア、ニューヨークの各委員会などによる様々な報告書によれば、こうしたプランや、競争型医療の呼び名としての“契約型診療”が普及していることを証明している。“契約型診療の進展は過去25年間の間に、確信というものをほとんど排除してしまったという点で非常に驚くべきことだ”と1916年医師審議会が報告している（Woodruff 1916, p508）。また、“実際のところ、大都市の全ては友愛組合がその数を着実に伸ばし、会員も常に増え続けたために、友愛組合によってハチの巣状態になっている”とも報告している。

政府もまた、20世紀になると、組織化された購入者としての立場から、強力な介入を開始した。契約型医療に関する、より包括的な報告書の大半は、市、郡、州当局が貧困者や囚人、及び警備隊が卸価格に基づく医療サービスの長期契約を行っていた（Burrow 1971, Richardson 1945）。

こうした進展に呼応して、医師たちの間には、ディスカウントや低いキャピテーション料率による医療を提供することが生み出す競争をますます激化させていった。これは、独立開業医にとってみれば、重大な脅迫であった。なぜなら、彼らはすでに、私立医学校で研修してきた医師たちが増えて供給過剰の状態にあったことや、類似療法士、整骨療法士、自然療法士、指圧療法士のようなある種の提供者などとの間で激しい競争に直面していたのである。

同じく専門的地位もまた脅かされた。なぜなら、制度や（病院・企業などの）組織は、医師が診療を実施すべき条件を設定した契約書を作成していたからであった。

Suppressing Contract Medicino（契約型診療への反発）

州や郡市医師会は、契約型診療と戦うため、多くの行動を起こした。医師会は契約医師の診療活動が悲惨な条件下にあることを示すための研究や、報告書を指導管理した。しかし、まったく奇妙なことだが、医師が契約診療を行っていることに関する出版物にはほんの少数だが注目すべきものがあり、それらは診療費用を支払わない患者が（平均で）1/4存在しているということよりも、収入が保証されていることの方が、むしろ好ましいことだ、と報告されている。それらの報告書は、自分で勝手に病気だとおもってくよくよする患者やその他に、無料診療の患者がやみくもに診療を受けることなどに対して、契約医師がいかに対処するかを学ぶことだと気づいているものや、契約型診療は私的開業診療形態を確立する上で、卓越した手法であると指摘するものもある。

医師会はまた、実働会員の大半が、契約の入札や内容に対して知識を持つよう強制した（Langford 他…）。

しかし、この（医師会）キャンペーンを指導するためには、目標達成への努力を強化し、医師会が悪い判断を下すことから会員仲間を救うという正当な理由にもとづいているのだという、共謀の姿がはっきりと見て取れる。いくつかの医師会では、会員に恥ずかしい思いをさせるために、契約型診療における診療活動の知識を持つ会員医師のリストを描きあげた。その他の医師会では、競争に基づく契約をやめると誓った会員の“栄誉者名簿”を描きあげた。理事会役員は、手におえない仲間会員を探索し、契約型診療を放棄するように圧力をかけるためにグループを訪問した。またいくつかの医師会では、（請求）費用の競争に基づく医療を鎮圧することに協力的でない会員医師に対して、除名と不信任の脅しをかけた（1971）。

こうした圧力は、19世紀の頃よりも、さらに効果的な働きを持っていた。なぜなら、医師会は評判のよくない会員には誰一人として病院からの金銭的特典を与えないように、病院へ依頼するということことに成功していたからであった。病院は医療の中心であり専門的地位も高いということ病院自らで確立していたため、病院からの特典は強力なコントロール機能となっていた。また、医療過誤保険やその他医師が専門家として必要なことは、

(医師会の) 会員であることを条件として得られるものであった。さらに、診療活動がうまく行くかどうかは仲間(医師)との関係いかんによるということも広く存在していた。

(事業主や組合型の) 組織医療は、競争的な契約を完全に除外していないが、その数は非常に少ない。友愛組合は医師と口論したがらないし、サービスに対する契約というよりも、むしろ費用償還を保証するという内容の方に内容を移し変えた。また医師自らが設定した請求額の償還を組織医療は認め、サービスの条件設定に介在するいかなる仲介業者も排除した。法的な根拠というものは弱かったし、弱いけれど、いくつかの裁判での判決が、企業医療に対する専門医たちを指示した。また数州では、専門医が行政に対して、企業医療ないしは医師以外のものが管理する組織による診療活動の禁止法を成立させるよう説得した。それらの州ではまた、営利の組織医療に反対する法案が成立することも可能になった。一方、医師会は古い費用体系を一掃し、専門的職業として“敬意に値する水準”の価格へと費用をつりあげていった(Schaarz 1965…)

こうした(医師会)活動や診療活動にかかわる統制力を確保しておこうとする努力などの目的とするところは、完全に競争を排除しようというものでは決してなく、むしろ、部外者(すなわち消費者や購入者)が、条件設定、特に価格設定にかかわることを防ぐということにあった。マックス・ウェバー(1968,p342)の理解によれば、同業組合(医師会のような)というものは、その(活動)領域を超えた独占権を保証し、その上、独占範囲内において、組合員に自由競争を強いるものである。

1920年代まで、医師は特定のニーズ、たとえば貧困者や軍人のためにサービスをグループ購入することが必要であるとか、本流からはずれた末梢的な医療にかかわる異端者的な実験の必要性などにもとづいて、2、3の産業界にのみ限定した契約を行っていた(Williams 1932)。

Making Insurance Provider-Friendly 提供者に好意的な保険の開発

組織医療は国民健康保険には首尾よく反対したのだが、大恐慌の間に費用の未払いが発生したため、前払いを求める申し込みや方式が生まれた。

グループ医師、郡市および州医師会、個人(単体)病院、事業主や従業員組合のすべてが、前払い契約を再び実験しはじめていた。

AMA(アメリカ医師会)はそうした契約のいかなるものも、断固として反対していたが、一特に医師と患者の間に仲介業者を設定するもの、一方AHA(アメリカ病院協会)は、会員病院の窮状により同情的で、耳を貸していた。病院の多くは職員に給料を支払うことが出来ず、あるひとつのグループかまたは別のグループに対して、一人当たり1ヵ月あたり50セント、家族を含めると1ドルによる前払い方式にもとづいて病院の入院日を売りはじめた(Leland 1932, Williams 1932)。

そして、専門医師や、今までは病院業界までも、提供者同士が戦うという競争に脅かさ

れていた。

この乱気流の中から、ブルークロスとして知られるものが現れた。今日、ブルークロス & ブルーシールドが、保険によるつらい経験から学び、提供者管理型としての形態を持っていること、そして最も費用効果が高くて包括的な代替プランへの機会は捨て去られた、ということに気がついている読者は少ない。ジャスティン・フォード・キンボールは、解答を見つけ出す天才として評判が常に高い人物だが、かれは、自院の前払いプランを擁護すべく、迫力あるカリスマ性を持ち、全米を遊説していた。ただ、キンボールのバイラー大学病院は、前払いプランを最初に実施した病院ではなかった（それは、1917 のグリネル病院 (Grinnel Hospital) であった)。さらにキンボールは、病院の競争を支持したが、ブルークロスが持っている、複数病院の保険管理者のような仲介業者的機能には反対していた。一方、小さな同僚グループの中に、物腰柔らかで控えめなクエーカー教徒の C. ルファス・ローレムがおり、彼は前払い病院プランは、エセック郡やニュージャージー、サクラメント、カリフォルニア、バージニア西部などの地域で採用している医師と患者が選択の自由を持つ複数病院プランのようなものであれば、多くまたは全ての病院が参加すべきだと認めていた。

キンボールとローレムは、その他の基本点では意見が一致しているように思われた。すなわち、プランが非営利であること、プランが AMA からの反対を回避するために、医師サービスも含むべきことなどの点である。彼らはまた、中流階級のアクセスに関して、入院や入院費用が払えない場合に利用することになる相部屋の代わりに、(必要性がなくても) 個室 (二人部屋) を利用可能にするプランの販売にも理解を示していた。ローレムの見解が天才的であったことは、次のようなことで分かる。

すなわち、彼は、保険プランが加入者の利用のために、病室の予備 (空床) を持つ病床規模を要求するかわりに、病院は (入院費用が) 保障されたサービスを提供することで、これに代えることができるという規定を州に対して誠意を持って説得したということである。実際初期の複数病院プランの (保険) 管理者たちは、加入者たちが喜んで負担する 50 セント、または 1 ドルの限度内で、加入者へのサービスに対する病院給付契約の構想を行うという巧妙さがあった。

前払い病院プランが医師費用の支払いに対する患者の支出負担の荷を解き、1 病院とのみ契約している医師が、にもかかわらず彼、彼女の患者はその病院以外の加入者であるということを認めているのに、競争にもとづかないプランは、そうしたことへの判断を回避しているなどの理由から、地域の医師や医師会はローレムの見解を見直すことになった。

もちろん多くの病院は (利用者) 集団との間に、最低 1 つ以上の前払いプラン契約を持っていたが、ローレムの考え方は、選択の自由や二人部屋保障の観点から、従業員や中産階級の保険形態として、素早く広がっていた (Rorem 1940)。

競争および歴史という観点からみれば、ブルークロスは、保険料を負担することが出来る労働者集団に対しての唯一の非営利任意病院保険であったことは注目される。

さらに、多くの州では、ブルークロスの理事は大半が病院管理者や管財人、あるいは（勤務）医師であることを求める特定の規定を通過させ、保険法の抜け道を考え出していた。また、ブルークロス・プランと会員病院との間には、創設当初の頃にブルークロスが強制していた専門病院として最も高く評価しているもの、すなわち、医療の殿堂としての病院における特別のケアや外科手術などの費用に対して、プランはいくら支払うのかという交渉における緊張関係さえ、存在していた。

AMA や州と郡市医師会は、数年後に、前払い病院プランは最悪の模倣概念であると判断し、これらの諸団体は、サービス契約というよりも、サービスの支払いを協調することで、提供者により友好的なブルー・シールドを創設したのである。このプランでは、医師は彼または彼女が要求する請求額に対する自由を認められていた。

医師の意向に沿った健康保険の制度化や社会保険の全国的な形態に対する過去の努力を打ち砕くということは、アンダーソンの言う“保健医療サービスにおけるインフラ”とされるものを完成させるものであった（Anderson 1991）。

インフラ（基盤構造）の特徴は表2-1に示すとおりだが、その特徴が専門的医師たちを医療システムへ駆り立てるものとなっている。医療システムの心臓部には、医師がそれぞれの患者に診療を行う時に、可能な限り最良の臨床的ケアを選んで実施するというゴールが存在している。また補足目標として、最高水準の科学的医療を開発すること及び、医師の自立性を保護することも含まれている。

表2-1 医師を軸とするヘルスケア・システムの概念類型

軸となる価値観と目標	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの患者に可能な限り最良の臨床的ケアを提供すること（但し、支払能力・医師の診療所近くに住む疾患患者） ・最高水準の科学的医療の開発 ・医師及びサービスの自立性保護 ・意志の力と富の増加 ・医師の威信増加
医師の個人像	<ul style="list-style-type: none"> ・生き方を選ぶ私人であり、医療システムを行使する際にも私人
支払い方	<ul style="list-style-type: none"> ・医療専門集団の中心的存在。自己能力向上のために、州での権力を行使
軸となる研究機関	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会、医師学会 ・独立開業医グループ（仲間）

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院
医療活動組織	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門性、地域性、及び臨床医療に対して、医師の優先度を軸においた組織 ・ 急性期やハイテクによる介入を重視した組織 ・ 独立開業医と病院が組む、ゆるやかな連合体 ・ 医療周辺にかかわる社会的な研究機関との弱い提携組織
活動区分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師による階層的管理 ・ 専門性志向
経済及び費用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師個人に対して支払われる私的費用（可能な場合において） ・ 請求額を支払うための受動的な媒介物として存在する私的、任意保険 ・ 高いインフレーション性

これらのゴールについては、後の 20 年間に、類型自体が批判点を力説するところとなって行く。第二次世界大戦後、政府は医療への支援にかかわるいくつかの法案—トルーマン大統領の指揮による国民健康保険法案から、医学教育に関する GI 法に至る一連の一提案を図るが、システムの頂点的権力を持つ AMA は、ヒルバートン法及び全米研究所への支援法に基づく病院再建をのぞけば、全ての提案に反対した。結果、その後の 15 年間以上にわたって、アメリカの医療システムは、病院や（医師以外の）副次的な専門職者に、より一層軸足を置くものとなった（Starr 1982）。

1960 年代中頃、高齢者や貧困者に保険をつけることを求める圧力が、AMA の反対にもかかわらずかなり大きくなっていったとき、AMA は、メディケア、メデケイケアが、診療を干渉（管理）しない“Usual（個別医師の通常請求価格）と Customary（同僚医師全体の中での慣例的価格）”に基づく経験的償還の構造を持つことにこだわった。一方 AMA は、赤字のサービスや余剰給付保障費用は、1 病床当たり 1 日当たりを単位として支払うことにこだわった。だがこれは、赤字経営病院の時代を引き起こすことになった。更に進んで、減価償却のルールが、（機器設備の）補充交替費用の上に上乗せする減価償却給付費用を促進することとなった。そのため病院は主な機器設備の価値が 7～10 年間のものに対して、3 年以内で減価償却が可能となり、それらが使用されている間は毎年毎年（減価償却）費用を請求することができた。当時の批評（家）は、これを称して、“ドロボーへの免許公布”と呼んだ（Somers & Somens 1961）。

医療システムを駆け巡る専門職者たちの目標（ゴール）は、彼ら自身の権力にとっては、

価値のあるものであったが、そうしたゴールによって、1970年代に幅広く拡大してゆくディスカウントや消費者及び購入者（事業主）による反乱を生み出す結果を招いたのであり、ある者にとってはゴールというものがいかに過剰なものであり、ゆがんだものであったかを知ることが出来るだろう。またある者は、このことを“成功における皮肉な成果”と呼ぶかもしれない。

例えば、専門職者たちのゴールは、最高の臨床介入を協調することにつながるが、プライマリアケアや予防分野の無視にも結びつく、医療費は、提供者の管理統制型保険による償還の場合には、特に急上昇する。臨床領域での医師の自立性は、システムの階層に分裂を招き、過小提供を生む。一方、都市や郡部あるいはその他の地域の住民に提供する総合的な供給システムは、個人の自立性低下を求めている。

表2-1が示すように、システムが結果としてめざすものは、医師の優先権をめぐって、地元の診療所や病院組織とのゆるやかな連合体を形成することにある。その連合体は、医学校やその他の活動現場において、他の分野の人たちと提携するということを伴うものなのだが。医師の地位向上のために行使される法律上の州権力は、専門職者としての共同性の上に集中化されているが、それは診療活動が州の干渉から守られるために集中化されるものである。米国のシステムは、相対する他の国と比べれば、州が相対的に弱いという点で相違している（Larkin 1983…）。ところが他の国における医師は、（米国と）似たような話題、すなわち法的な妥当性や規制管理の問題に直面してはいるが、医師は、提供組織や経済的な問題に対して、州との共同作業を行っている。

Creating a Having for Capitalism

米国のケースにおける皮肉な結果とは、医師たちは防衛的な市場を創り出したが、その市場においては、資本主義が反映し、結局は資本主義が医師自体に向かって規制を行わせるという市場だということになる。

今日、我々はこのことが医療企業の中に発生していると考えるが、それは最も初期のころ、医師が医療品産業の力を利用したという、おそらく最も重視すべきケースによって、将来のことが予示されていた（Burrow 1963）。

1906年という初期の頃、AMAは効果抜群という宣伝にもかかわらず当てにならない特効薬や特許医薬品というものに対して、活発な反対キャンペーンを開始していた。

AMA及びいくつかの州医師会は特許医薬品メーカーとの間で競争意識を感じていた医薬品販売業者と共同し、こうした医薬品の製造方法がAMAによってあばかれ、実験され、承認された上で、その販売については、流通を遮断したり規制したりする方法を捜し求めている。彼らはこれに成功し、医師を通してのみ処方医薬品が入手可能となる防衛的市場を創り出した。

“自然体”というものも手伝って、必然的に“倫理的医薬品メーカー”（すなわち、AMA

がいう「倫理」に適合するメーカーと医薬品)は、巨大な成長と収益を体験したのであった。だが医師たちの期待に反して、こうしたメーカーはやがて医師の判断に影響力を持つようになり、医師たちは自らの人生の多くの面で、少なくとも AMA 自体にではなく、こうしたメーカーに依存することとなったのである (Goldfinger 1987…)

(医療)企業は、それぞれ別の医療分野—病院への(材料・用品)供給業、病院建設業、医療設備装置業、県作業、保険業—において、手付かずのまま残された唯一の大分野が医療サービスそのもののみになるまでは繁栄した。医師はともかく、自分たちに干渉しなければ、企業がそれ以外の医療分野を支配しても構わないと考えていた。

一方、専門的な判断や決定は、たくさんの方—例えば、保険約款の内容や医療器材の開発内容、用品材料のパッケージ的供給手法、新しい検査の利用可能情報、専門的活動を支援する企業の選別及び販売担当者の選別など—によって商業化されていた。

結局、1960年代までに、唯一、医療行為(診療活動)そのものだけが、企業化されなかった。だが、医師が求め誰かが支払うという形で医師が注文を出すことが可能な保護領域を築き上げたことで、医師は企業が繁栄可能な概念的環境を創り出したということになる。

医療における企業的な活動が大きな収益性をもたらし、損をするということがほとんどないということを特別に用意してくれたメディケア・メディケードの通過によって、営利病院及びナーシングホームチェーンは繁栄した。指導的な地位にある医師たちは、こうした企業を、異星人的インベダー(侵略者)と見なし、医師が依って立つものすべてをおびやかす存在だと見ていた (Roman 1980)。そして、多くの観測者たちはまったくのところ、企業型提供者の増加が、医師の依って立つシステムの中で不可欠の一部分をなす、ということをまだわかっていなかったのであった。皮肉に言えば、医師の領域とは企業の領域だということである。

The Buyer's Revolt (購入者の反乱)

1960年代と1970年代は、医療システムが専門(職)性によって駆り立てられてゆく方向への動きが増加した。結果的には、企業(事業主)の購入者、その他の事業主、及び行政は、医療費の鋭角的な上昇とそれに関連する多くの問題点に対して警告を発することになったのである。不必要な手術や医薬品の過剰、プライマリケアの欠落、メディケードが存在しているにもかかわらず、貧困者が無視されていることなどに対する洪水のような批判の中で、1970年代は幕を開いた。

社会のいたるところから、国民健康保険や、無秩序かつ無駄の多いシステムだと見られていたものを全体的に改善することへと駆り立てる叫び声があがった (Fortune 1970…)

国民健康保険に対するたくさんの議案は、医療費抑制を目的とする改革案と結びついた。こうした刺激に反応したニクソン大統領は、HMOによる全米ネットワークを提唱した。ポール・エルウッドの助言にしたがったニクソンは、長い間見向きもされず、アメリカの

温床とは対立してきた“社会主義的医療”に手を染め、ひとつの管理体制の下に、全てのケアの領域を統合化し、医療全分野を費用効果という観点から管理するというビジネス・システムの概念からHMOを提供

これはおそらく米国ヘルスケアシステムの歴史の中では、偉大な反語的逆戻り（つまり、前進ということ）とでもいうべきものかもしれない。

国民健康保険や改革への苦闘によって、米国システムは営利や収益追求型の産業の中で、病院用品材料企業、医学テクノロジー関係企業、医薬品メーカー、医療保険会社、病院、医師、及びナーシングホーム産業など、全ての産業が、それらの企業成長や州鋭気を低下させることになるような請求にはいかなるものにも反対するという徹底的なキャンペーンに乗った。

もちろん、国民皆保険はそうした市場を拡大することになるだろう。だが、もし、政府の行政当局が、観念的な不快感を持っていないとしたら、皆保険は政府の法律になっただろう。

様々な政治家の集団は、異なった尺度に基づいて、自分の立場を譲らなかった。例えば、税金を軸とするシステムは、労働者階級に対する公正さや、行政管理コストの大幅な低下を生み出す法案であったとしても、そうしたことに一切関係なく、国会議員の著しい妨害によって、いとも簡単に否認された。修正条項（法案）を巡る終わりなき政治活動は、選択というよりむしろ拷問を生んだ。そして結局は、何一つ成立しなかった（Davis 1975）。

一方、1970年代、メディケアの背後に存在している購入者としての議会は、医療費の統制規定を目的とするいくつかの法案を成立させた。それらの法律は、施設の建設計画（保健医療サービス・エージェンシー；HAS）や地域単位ごとの高額医療費（請求）施設及び高額医療器材認可（CON）、そして医師の処方や支持に対する審査（PSRO）などに焦点を合わせていた。これらの法律や類似の基準は、しかしながら法的強制力を欠き、医療管理者やコンサルタントや不当に悪用することを簡単に可能とするような法の抜け道というものも存在していたのである。1970年代の終わりには、政策立案者たちは法律が機能していないと結論づけた。こうして1970年代は、医療産業複合体の登場に基づく医療費が1970年の約3倍、GNPでは9.5%（1970年は7.5%）の医療（システム）という結果で幕を閉じた。

似たような財政危機に直面し、医療費抑制下にあるその他の国民と比べると、米国民は実際のところ費用抑制に対する深刻さを持っていなかった。なぜなら、こうした費用は、米国経済の中で飛躍的に成長している産業の一つである医療産業複合体の収入になっていたからである。医師たちがかなり注意して保持してきた提供者としての法的支配権や競争抑制は、新たな挑戦の局面を迎えていた。

バージニア弁護士協会が、診療報酬価格表の公表をめぐって起こした訴訟の顛末は、画期的な出来事であった。この時、連邦最高裁は、“博識ある医師”は独禁法の対象外である、という最初の判例を生み出した（Goldfart 1975）。また連邦最高裁は、診療報酬価格

表がバージニア州高等裁判所によって承認され、従って州政府としては、権限外であるという事実さえも却下した。連邦最高裁の判断は、価格が固定化しており、平易で単純だから、というのであった。

連邦通商委員会は、ゴールドファーブ判決（上述の連邦最高裁判決）を医師に適用することを認め、一方で医師会やいくつかの特定の団体に対しては、会員による広告規制の実施や価格競争を抑制する行為などの事実があるかどうかに関して、数ヶ月以内に情報収集を開始することも了解した（Pollard 1981）。

ただちに、ブルークロス・ブルーシールド理事会を支配していた医師や病院管理者たちは審査されることになった。また、これまで医師たちが、企業医療や前払いプランに反対することを可能にしてきた法律が改革の対象になった。そして短期間のうちに、強壯に反対するものを保護してきた法的構造は完全に砕け散ったのであった（Havighurst 1980）。さらに多くの州がHMOやPROの創設を促進するために新しい法律を成立させた。

もし、人が法律における転換は常に政治組織体、とくに主要な利害集団の優先度項目の転換によって影響を受けるものであると信じるなら、ゴールドファーブ・ケースやその他の中心的なケースは、最高裁及びその他の下級裁判所が医師の尊厳低下や企業購入者の増加に関する部分を検討しなければならないと判断した上で審査したであろう（Havighurst 1980）。法律の変更は、競争というものがアメリカの文化の中にしっかり息づいていうという事情、つまり競争に対するほとんど打ち破ることができないくらい高い信望もまた、影響を受けている。競争が、混乱、浪費、高価格、非効率、欺瞞、ないしは低品質などを生むということについては、誰ひとり、そんなことを聞いたことがない。

最高裁は、判決を下した時、競争の気質というものについて、次のように記していた。『シャーマン法は、通商上のルールとして、自由及び自由競争を維持する目的を持った、経済的自由に関する包括的な宣誓として立案されたものである。同法は次のような前提に依ってたつものである。すなわち、抑制されない競争力による相互作用は、経済誌現に対する最善の分配、低価格、高品質及び物質の最大成長を生むが、同時に、こうした作用がわが国の内政や社会制度を保護するための環境も提供するのであるという前提である』（356,US, 4,958）

競争は医療においてもこれら全てのことを生み出すという点に関して、かなり特殊な状況の場合を除けば、その証明は不十分である（Light 1993）。

1980年代、制度下にある（企業主の）購入者たちは、競争の旗印のもとにシステムを駆動させている医師・専門スタッフに対し、反乱の火蓋を切った。これらの購入者は、自家保障体制を増加させたが、それは従業員や加入者がより能動的に医療サービスを利用できることを目的とし、結果的には（購入者によって）管理された医療サービス体制の増加であった。彼らは志向をまとめあげた上で、医療における（利用の）道筋を変更するという事実を、いち早く発見した。

最初に彼らが発見した事実は、医療はここ数年来、長寿というものをあまり向上させて

いないということの証明の上に乗っていた。その要因の主なもの、遺伝学、社会上の階層、環境上の気検印し、汚染物質、及び国民の保健医療に対する習慣などであった。

ところで、こうしたことが証明されているということは、我々国民が自分のお金を払って得たものに対して疑問を投げかけることで、医療の価値そのものにも疑いを抱くということへの挑戦が可能になると解釈できる。

彼らが発見した第二の事実は、医師たちが同じ種類の症状を持つ患者に対して、症状がちがうと説明できるような多くの可変的症候をうまく抑えこんだ上で、いかに多くの入院や外科手術を実施しているかということに関して、医師の行動が非常に異なっているという証明の上に乗っていた。さらにこれによって医師は信用を落とし、(利用頻度の)高い利用者はそれ以外の国民のお金を消費し、そのお金で得をしているのではないかという疑問も湧き上がった。

多くの研究が指摘するところによれば、検査及び診療行為の 20%から 40%が不必要であり、購入者は医師や病院が過剰行為の請求書を増やしているのではないかと疑ったときされる。

彼らが発見した第三の事実は、事業主やその他の購入者たちが専門医に対して、次のような質問を行なったとき、つまり、腰痛(一般的には職業上の疾病として)胸部ガンの治療費は数種類あるが、それぞれいくらかと聞いたとき、購入者たちは矛盾した回答をたくさん受け取ったということである。それは、医師たちが専門学会認定医でも、何が機能し、何が機能しないかを知らなかったということの暗示である。

事業主が同じ質問を保険者に行なったとき、保険会社もまた、いかなる回答もしなかったとわかった。(事業主による)代替的な介入に関連した影響はどうかについては、実際、微妙な問題である。しかし、購入者が介入を奪い去ったという主旨は見当たらない。

購入者によるこれらの介入支配への覚醒や、企業購入者が目指す目標は、価値、政策など(表2-2に概要を示す)によって、購入者による反乱はいくつかの新しい行動を導き出した。

全購入者の中で、最大のものとしての議会は、非常にフラストレーションがたまっていたため、代替的な診療行為に対する大規模な成果の研究を開始した。一方、事業主の方では、利用審査組織が設定するいかなる基準も受け入れることをすでに準備していた。そして利用審査は不必要な検査や治療行為を確定するための正当なものであると思っていた。

手法に信頼性があるとなかろうと、こうした主導権は、購入者が医療において軸となる臨床機能—つまり、どんな検査や治療が臨床的に有効であるとか、患者はどちらを必要としているかなど—の間に対して決定を下すことを奪ったということの意味するものである。

購入者はまた、購入者の選択や競争が発生するように、法律や慣例及び制度などを解除したり、再適合化をはかるキャンペーンも行なった。もはや 1960 年代中頃まで優勢を誇っていた医師への神聖不可侵的な信頼は存在しなくなった。医師は、過剰な検査を指示し、

過剰な医薬品処方を行ない、過剰な外科手術を実施し、そして、多くの患者を専門医同士で過剰にたらいまわしすると見られた。

購入者たちは、いかなる費用によってサービスが提供されたかの詳細な計算書を要求した。国民の多くにとっては驚くべきことだが、提供者は、サービスの実コスト（提供者が請求したサービスについてさえも）を知らず、提供サービスに関する最良のデータも持っていなかったのである。詳細な臨床データ・システムは、（医師から見れば）本質的にじやまなものであった。というのも、そうしたシステムは、モニタリングシステムによって購入者が支配していたからである。データの支配をめぐる闘いが激化した。そして、よりいっそう重要なことは、データ説明の責任は、投入量を測定すること（材料用品、設備備品、施設及び医療行為）から、成果量の測定（患者はより早くより安い費用を手に入れたかということ）へと転換したことであった。

事業主はまた、医療サービスの全分野ないしは相当の分野に対する保障契約の再編成に向けて活動を開始した。彼らが考えたことは、パッケージ価格による入札を可能とするような提供者集団のケア提供体制へと再構築することを助長された。そして、巨大なグループ・プラクティスや病院と医師集団によるジョイント・ベンチャー、マネジドケアシステムやその他多くのタイプの組織協定などが成長した。医療行為はこうして費用プラス治療行為の形から、結果重視の管理されたケアへと変化を開始したのであった。

表 2 - 2

協調されたきたこと（過去）	協調されること（現在）
提供者主導（医師が走らせ形を作るシステム）	購入者主導（法律・慣例の解除と最適化への努力） （購入者の選択と競争を可能にする組織医療への多様化）
医師への神聖不可侵的信頼性	医師の価値観、判断（能力でさえ）への不満
医師（専門スタッフ）による高い質の保証 （しかし、ムラが多く注意も払われていないが…）	購入者が求めるある種の書類記録や審査機能にもとづく質
“非営利”の職人組合的な独占	収益のための競争（非営利組織も当然含む）
家内工業的構造	法人的企業構造
専門特化医療及び補助的専門医療	最小限度内で専門医との連携によるプライマリケア及び予防医療
“いやしの殿堂”としての病院	最終的な安息所としての病院；ケアの中心は在宅とクリニック
医師の自立性を保護することから生まれる副産物としての“サービスの断片性”	過失を最小限にとどめ、不必要かつ府適正なサービスとコストを低減化するための“サービス・コーディネーション”
意志の決定に基づく費用の支払い	定額前払い（請求額の決定や有効性に関する詳細な説明を要求することによって）
矛盾が交錯した診療報酬 （豊富なサービス提供ゆえの粗末さ） （ハイテク部門ゆえのローテクとサービス） （誰でもが可能であるがゆえの医学教育）	矛盾が交錯した診療報酬 （コスト・シフティング：直接には見えない請求額を購入者に負担させるという策略として疑惑をかけられているもの） （ダイレクト・サービス以外は支払いを望まない）

Medicare and the Power of Buyer Dominance (メディケアと購入者の支配権)

一方、制度下に置かれている購入者の中では、最大にして最上級のものである目で見ると HCFA のメディケア担当局（役人）は、支払体系や、競争にもとづく供給システム、あるいは医療費の監視方法などにかかわる広範囲な研究プロジェクトや実証的な宣伝活動になる後援者として存在する。それらの背後には納税者の声があり、議会はそうした声から不動の圧力を受け、急上昇するメディケア給付がメディケア支払信託基金の破産を招かないための支払維持策を追求している。

支配的な購入者として、エール大学における 10 年以上におよびプロジェクトー診療行為よりむしろ（資源の）利用を土台とする診断に基づいて、病院内の資源を配分するシステムの設計ーで発揮された。

ニュージャージー州の保健医療局長、J.フィンレイ（Joanne Finlay）は大胆にも、このシステムを病院への給付に利用することを提案した。ーこのシステムは病気がこれまで支払を受けてきた方法からみれば、はるかに急進的なものであり、それはできるだけ多くの診療行為を実施するというよりも、予算内（給付額内）において医療活動を行なうことに病院への償還金を支払うということに約束するものであるー。

ニュージャージー州は、HCFA の支援助成を受け、DRG（Diagnosis-related groups）による急進的な支払システムを州内のほとんど全部の病院に課した（Widman and Light 1988）。そして、1983 年、議会はメディケアに対して、ニュージャージー州のシステムよりはさらに厳しい改訂版を採用した。PPS（Prospective Payment system）と呼ばれる連邦改訂版は、患者が入院したとき、高額医療費（請求）を伴う場合は除いて、メディケアが前もって、固定費用を給付することを承知しているということの意味するものである。

メディケアは市場の中で優勢的支配権を獲得しているため、ほとんど全病院が受諾で一致した。その後、保険会社や大企業の事業主、巨大なヘルスケア・システムなどがこれを採用した。

PPS は一般的に言えば、病院産業やヘルスケア・システムに非常な影響を与えた。病院の管理者たちは PPS に非常な関心を寄せ、PPS は人材（員）の即時削減や在庫の逡減化が必要で、より短い入院日数を促進するために医師と折衝が必要であるとみなされた。これらの管理者たちは、大量の検査や行為によって費用がかさんでいるこうした提供者を精選し、再教育する院内監視システムを確立した。病院から見て副次的な産業は、給付額を最大化することや、臨床管理システムを中心に目覚めていった。収益（または余剰）はその後、常に高水準を保ったが、脱入院医療の時代が始まった。議会は、病院が、より少ない給付の中で、収益をあげることに対応した。給付水準は 1989 年代まで、医療製品全体の物価上昇率を超えない程度での増加にとどめられた。これらに加えて、メディケアと HCFA の管理担当局（者）は、その上、民間セクターよりもいっそう強力で、より単一的なプログラムを開発していた。彼らは、PRO の全米（全州）的ネットワークを再構築し、

強化するとともに、各地域ごとに過剰利用に関する特別目標を開発した。彼らはまた、長期療養という別の分野において、医師の 練費用、時間給、各資源のコストにもとづく RVS (Relative Value Scale) を支払方法として開発した。

その成果としての RBRVS (Resource-Based RVS) 支払方法は、合衆国で初の (医師用) 診療報酬価格表となった。結局 HCFA は、(保健給付にかかわる) 危険因子の研究開発やメディケア患者の (医療利用にかかわる) 危険逡減化を目的とする給付の修正的な手法開発などにおいて、不動の後援者であり続けた。

こうしたコスト管理の道具それぞれは、政治的で論争的なものに満ち溢れているが、政治や論議というものは、歴史の全体的展望の中で、それらが“大きな進歩だ”とするものを、容易に忘れさせてしまうものである。HCFA は、メディケアのマネジドケア契約開発や構造づくりについては、ゆっくりとしかも思慮分別のある方法をとった。また、1990 年代には痛烈な批判の目標にされたが、HCFA が 20 年間かけて行なったことは、民間セクターに、コスト・コントロールやそのための道具のいくつかを開発させるという方向へつながっていった。

皮肉を込めて言えば、こうした強力な手法は、ロナルド・レーガンの下で名づけられた“競争”というものを採用してはいるものの、“ハーバート・フーバー以来、もっとも保守的な大統領 (レーガン) が行なったメディケア以来最も侵略的な政府介入”という性質をもつものであるといえる。

また、ある人は、地域市場を支配する大企業が、医療保険を購入するときに示す強大な購入者行動の中に、同じ様な皮肉を見出すことができるというだろう。

米国は供そう野中にどっぷりと浸っていると信じられているが、人々が反競争的な力を行使すれば、それは可能となる国である。同様に、競争下にある販売者は、彼らが競争の名の下に行動を行使すれば、彼らの市場を支配または管理統制下におくことができるのである。

アラン・メイナード (1993 p195) によれば—イギリスの著名な保健医療経済学者だが—、“競争がより概念的でない (実体的である) と信じる領域において、資本家の目標は、競争の制限や市場における取り分の保持、及び収益の増加を確保することにある (従って) 資本家は常に、そしてどこでも、資本主義の敵である”と指摘している。

The Rise of Managed Care System (マネジドケア・システムの増加)

財政管理の強力形態としての DRG 及び RBRVS システム開発と共に、連邦政府は HMO に強力な支援を行なった。当時 HMO は全ての医療提供行為について、出来高払いの提供者や病院より 10~14%低い支払額であるということを示していた。また、1973 年の HMO 法では、事業主が通常の (基本の) 従業員医療保険に対する代替的プランとして、HMO を (従業員に) 提案することを“要求”していた (Falkson 1980)。ある者はこれを強制

された競争と呼んだ。しかし、HMO 法は、コスト効果の高いマネジドケア・システム（を拡大するため）の全米市場を創り出すものではなかった。だが、医師や病院の圧力団体は、成長の主となるような HMO 法の要項や条項に苦しめられており、1980 年代初期までの間、同法は HMO 推進の障害物的な法律とみなされていた。別の例としては、コスト効果の高い提供システムを促進する上で、私的市場に対して政府の規制はいかにあるべきかという問題に対する障害物として同法が存在していた。しかし実際には、同法は開業医にとってみれば、政府を利用することによって、彼らの（反競争的とも言うべき）目標を前進させることが可能になるというひとつの例であり、従って民間市場に対する障害ともいえるべき条項をたくさんつめこんだ HMO 法は、少しでも多い給付額を得ようとする民間市場にとって有益なものであった。

一方で、HMO の選択やその他のマネジドケア形態を促進することで、事業主は、受給者（従業員）のために負担すべき保険料の限度額をどんどん低下させた。そして、それぞれの従業員に対して代替的保障としての医療プラン“カフェテリア”プランの選択、保障内容、保険料などに多様性を持つプランの中から選ばせた。このことは事業主が“サービスの限定保障”すなわち医療サービスに対して一定水準の保障を約束すること（通常、その保障は非常に包括的なものだが）から“コストの限定保障”すなわち医療保険やその他の保障プランに対して、一定水準の費用保障を約束するものへと移ったということである。

カフェテリア・プランへの取り組みによって、従業員は大幅な選択権を得ると共に、提供者の間には激しい競争が助長された。一方、企業は医療保険料の容赦ない増加から保護されることとなった。従業員は、カフェテリア・プランが彼らにより多くの利益をもたらすものと思っていた。なのに、長い年月が経つと、彼らの利益は減少した。この文脈からすれば、患者に対してほとんど請求しないか、または全く請求しないようなマネジドケア・システムは、魅力を増加させるということになる。

1970 年代、HMO や事業主の双方が、HMO の競争性を増加させるように管理規定の修正や変更を求めて圧力をかけた。ある者は、これを 1980 年代を通して存在していた要求権の段階的な緩和であり、それは事業主が市場の要求を広範囲に配列したために、HMO がそれに対応することを認めるものとしての緩和であると見ている。付け加えれば、PRO はより一層の代替性と柔軟性を提供するために創案された。PRO とは本質的には、事業主が従業員に PRO を集中的に利用させることと引き換えに、（請求）費用のディスカウントに同意する提供者集団ならどんな集団でも PRO だといえる。一般に事業主は医療保険を通して、PRO が供給する全てまたはほとんど全ての医療行為を保障するが、従業員がプラン以外の（PRO 以外の）医師を選んだ場合、従業員はディスカウント費用の他に別の請求額を支払う。

1980 年代を通して、PRO と HMO の境界線はかすみはじめた。一方で、PRO のいくつかは、HMO に似た形での人頭払いによる給付に同意した。他方、HMO のいくつかは、