

深く固定化させたのである。

### The Roots of Corporate Medicine (企業医療の基礎)

近代医療は、1970年代初期に J. ウェンバーグとその仲間によって実施された一連の研究にまでたどることができる。(Wennberg 1973…)

ウェンバーグは、異なる地域の医師が、同一の診療行為でありながら、大きく異なる費用請求水準にあることを見つけだした。それぞれの地域では、それぞれの地域ごとの“診療スタイル”ないしは“外科手術実施法注意書き”が存在している。重要なことは、こうした相違が、診断または患者の症状という観点からみたとき、いかなる関係性も持っていないようであったことだ。政策の障害は、第三者が、こうした多様性を給付額算定に結びつけ始めたときに発生した。おそらく最も広範囲に（例証を）言及した研究だと考えられるが、ウェンバーグとその仲間の研究者たちは、病院入院率—そして医療費—が地域の間で大きく異なるのは、ボストンとニューヘブレンという二つの都市の間であることをはっきりと明示した。

(Wennberg 1990…)

この発見は、医療政策のアナリストたちが医療費抑制策を検討する際の支店を転換させるものであった。これまでの伝統的な見解は、歓迎されざる伝言という役割を演じることとなった。医療費抑制は、骨の折れる予算折衷、医師給付額の圧縮、医療の定量的配給などの問題をかかえるが故に、つらい選択を意味した。そこには、口に合う代替（政策）というものが非常に大きく存在していた。そして、それらはシステムから不必要な医療費支払いを見つけだし、それを圧縮するための代替である。

医療費の統制は、診療活動のより高い効率性を医師に強制することによって、勝ち取るものが可能となる。この費用統制へ向かう一見明白な道筋の中には、破壊的な結論が深々と横たわっている、ということを明示している。医師は最善であることが何かを知らなかった。いかにして、（医療費の）潜在的な節約を獲得するのか？その答えは、初期の環境の中に存在していた多様性（訳注：前述のウェンバーグが指摘していること）を発掘するための医療サービス研究と同じ種類の研究の中に存在している。もし医師が独断的で費用の高い診療方法をとるなら社会学者たちは、体系的な知識を医療企業に吹き込むだろう。その鍵は、医療の成果のために実施される特定の診療行為統制管理を、費用の中に存在する（抑制）因子と結びつけることだろう。社会学者は何が有効に機能するかを統計的に判断決定するだろう：一方支払い社は、（実施された診療行為の）結果を、（請求された費用額ではなく）給付額—すなわち、給付見積額—従わせるだろう。そうしたことを提唱する人は、患者が適切な成果に対してのすべての可能性を知ることになるだろう（将来の）

日のことを。一そして、支払い者や医師が、ある特定の状況に対して、それが適正か不適正かをはっきりと分類した上で診療行為を実施する日のことを。一創造していた。(Morone …)

1989年、議会は医療政策研究開発局(AHCPR: Agency for Health Care Policy & Research)を創設し、成果についての研究費用として、その後6年間で1.5億ドルを注入した。もちろん、この研究は、政治的な行き詰まりによって、研究活動を妨害されることがあったとしても、政治家が関心を示していることのためなら、いかなる冒険を犯すこともせずに研究を行うことができるという時間的な優遇措置を持つものであった。しかしこの場合、研究者たちは、特定の有効な毛かを出すことを約束していた。医療サービス研究の対象となる地域は、一連の診療プロトコール(原型的診療)を開発する体制をとっていた。一診療プロトコールは統計的に された標準で、診断(名)を特定するために機能することが証明されているような医療行為(診療や検査など)の典型として役割を果たしている一。研究者たちが、度を越すまでは、政治家たちの結論は同情的であった。研究成果は、全く偶然にも、アメリカの(医療)教義、医療提供組織、及び医療の公平性についての見通しに対して急進的な変化を導き出すことになった。

#### The Consequences for Medicine (医療にとっての結論)

医師の多くは、成果研究に熱烈な参加をした。彼らが根拠とするプロトコールは、彼らの専門的診断適応能力を高めるだろうものであった。しかし、プロトコール研究開発は、より深遠な結果を生んだ。出てきたものは、診療活動における新しいモデル以上のものであった。医療における伝統的なコンセプトは、古典的な専門職者としての概念にその原型がある。すなわち医師は臨床判断のために、彼らの教育、経験、修得した規範などを引っぱり出す。その過程で、彼らは2つの専門的技術知識形態—1つは疾病の原因メカニズムに対する体系的な理解に関するものであり、もう1つは、個々の患者に関する難度の高い個人情報であるが—の均衡をはかる。いかなる専門的(医療活動の)形態であれ、診断と診療行為に関わる最終的な権威は、医師の手の中にある。医師は彼らの患者に対して医療活動の選択権を考慮するが、しかし医師たちは、患者の優先権よりむしろ、医師の専門性に関わる規範に基づいて責任を負う。新しい医療サービス研究が生み出したものは、医師の代替的な型である。

最終的な権威は、体型的かつ複製可能な統計研究の結果上に存在している。それぞれの診断には、成果の可能性を測定することができる診療行為選択権が分布している。医療の権威は、個々の医師が個々の患者を検査することの中によりも、むしろ集合的統計を審査する専門家の一団の中に帰属している。決定的な転換に注目すべきである。すでに修得済

みの専門的判断は疑いの対象であり、それは非科学的である。そうした判断によって、ボストンの住民は、何百ドルという不必要なケアのために医療費を支払うことを強いられるという医療活動の高費用多様化を生み出している。

新しい（医療）モデルにあつては、研究者が成果として開発研究した医療サービスというものが、医師の診療活動とは切り離れた形で、科学定見医の外被で覆われている。医療サービス研究者のいく人かは、伝統的な診療知識に対して、ある種の侮辱基準のようなものを開発した者さえある。それは適当に無作為抽出したコントロール群の実験（結果）よりも、個々のケーススタディーを土台にしていると彼らは主張している。（Morone & Belkin …）重要な点は、新しいモデルが、古いものよりも、いかなる意味においても正確さを持っている、ということではない。むしろ、新しいモデルの重要性は、正確さを可能にするような政策（を設定すること）の中にある。新しいモデルは、医師が長期にわたって、栄養としてきた個々の医師の判断の科学的尊厳性を破壊した。今や、医療を統制することを模索する組織は、科学的医療規範に反することなく個々の医師を管理統制することが可能になっている。これとは反対に、臨床スタッフ（看護婦や検査技師などを含む）に対する管理統制は、「改善された医療」—費用を制御している間により多くの信頼性を与えるような医療—を求めることであると判断される。

だが、これよりはるか昔、研究者たちは“科学的”ではあるが粗削りのプロトコールを主張した。そして民間保険者はこのコンセプトにのつた。未完成のガイドラインは概略が記載され、サービスを締め付けた。理論からすれば、診療行為のプロトコールは診断を導くための道案内人であった。そして実際の現場では、医療費の支払い者が、償還額の水準を固定化するためにこれを使用した。医師にとっては、仰天すべきことだが、支払い者は診療行為が実施される前に医師がその行為の承認を（支払い者に）求めることを要求する、ということが増加した。（診療活動における）基調が変化したことに注意すべきである。医療全体医にかいばおけが用意されている。そのかいばおけは、診療行為を承認または不承認し、医療サービスに対するゲートキーパーとしての役割を演じる。医療行為に関わる基本的な権威—誰がどんなサービスを得るのかということに関わる—は、個々の医師の手から、マネジドケアをほめちぎる支払い者のために活動する経営管理者の手へと転換する。

新しい権威は2つの約束を行うことで勝利する。その1つは費用の節約であるだろうし、もう1つは、ケアの適正さを保障することによる医療の改善であるだろう。

#### The Consequences for Health Care Business（医療産業についての結論）

アメリカ医療において急速に注目されているマネジドケア革命の心臓部には、“医師の見落とし”が横たわっている。推計によれば米国労働者人口の60%はすでにマネジドケア・

プランの中にある。(Tonner 1995)そして、その数を控えめに数えたとしても、コントロールを設定している支払い者病院が至る所に存在する。最も、プランが異なれば、コントロールも大きく異なるのだが、一般的な傾向として、そのコントロールは明快かつ強力である。

もし医師の管理が設定可能なら、そのときは、医師は他の労働者と同じようになるだろう。その結果は、他の工業国とは似ても似つかないような失神の改良というもの—医療提供における新しい企業形態の増加—を生み出す。

伝統的な医療集団の中にあつて、専門的規範や権力は、この種の変化に対して、非常に手強い障壁となっていた。米国の経営管理者たちは、医師による自由な表象日の原則に対処するために、常日頃からフラストレーションがたまっていた。そして今、マネジドケアは、こうした慣例的なメカニズムを再整備している。具体的な管理統制は、支払い者の手によって、米国の病院、クリニック（訳注：グループ・クリニックや外来外科手術クリニックなど）、開業医診療所が実施する医療行為のほとんど微細な部分に入り込んでいる。賭け金的な積み立て資金によってのみ、支払い者は、時と場合によっては、臨床スタッフを過大評価することが可能となる。

新しい管理技法が可能とするものは、古典的な企業的事業の増加である。医師の軽視的従属によって医療はそれ自体が米国最大の事業へと再生しつつある。もちろん医療企業体の到来は、最も有名な年代としては 1980 年代に、営利病院チェーンが出現し、アメリカの医療を一変させる容易をしていた時期よりもっと以前から予測されていたことである。1980 年代の中頃までに、彼らは急成長したが、その後、合衆国の中で相対的に規制が存在しない分野で、相対的に暮らし向きが良い患者を診る病院の多くを合併した後、失速した。(Starr 1982)

この時代の傾向は、かつてより、より広範囲かつ基本的で権力的である。企業的事業は全米至る所で医療を立て直している。

新しい米医療については、いまだ、体系的分析が存在していないが、企業医療の熱狂的な事業活動からすれば、(産業界の記事の中には最も信頼性が高いものも存在するが)、企業資本主義の徴候が日常的に発生しているという報告もある。—それは伝統的な保険者(プラン)、マネジドケア・プラン、病院、プライマリケア医などが、熱狂的ともいふべき結合、吸収合併、相互売買などによって水平または垂直的な統合の中にあることによる—。

(Morone…)そして、医療企業としての巨大な予備資本の蓄積によって、株式取引の対象企業も存在している。

例えば、1995 年において、9 大株式会社 HMO は、9 社統計で、95 億ドルの資金を保有していた。(Medical Benqit …)同時に、医療施設の方は、拡大してゆく負債を累積している。(そして、多くの医療経営管理者によっては、全く先例を見ないような額だが)一方で強力な経営管理者階層もまた、拡大成長している。医療提供者のレベルから見ると、医師は医療の全分野において、管理することができるマネジャーであることを、しばしば

証明するよう求められる。重役たちは、フォーチュン 500 企業の重役たちの典型的な給料（と同様の水準）を得ている。（Finkel 1993）組織形態が転換したことで、目的が転換した。企業の事業がもつ論理には何の“なぜ”も存在しない。それは、投資家のためにお金を稼ぐという構図である。

#### The Consequences for Social Justice (社会的公平性にとっての結果)

E. E.、スカッツミュナイダー（Schattschneider…訳者、カタカナの呼び名、間違ってるかもしれませんが）（1970）がかつて観察したところによると、“すべての組織は偏重の動員である”（直訳→訳注、すべての組織には偏重（偏見）が流通している）という。

アメリカの医療は、社会的再分配や医療に対する権利に関わるいかなるものに対しても、医療それ自体が急速かつ決定的な偏重の中にある。医療に対する権利は企業形態の増加している中では、容易なことではない。

もちろん、全国民的な権利としての医療という概念は、活発に論議が戦わされ、合衆国では部分的だが獲得されてきた。医師は、常に明確な企業家精神によって活動を続けてきた。（Rothman…）それでもかつては、専門職者の規約が、いかなるケアなくとも病気を追放すると布告していた。そして自由な監督下にある給付体制は、一有名なステイサービスという観点に立って、資源の再分配を可能にした。実際、医師はかつて、自由なプログラムが不必要であること、ケアを必要とする人はいかなる人でも、排除されないことを論争するために、このステイディング医療費（伸縮）給付方法を指し示した。

一方、事業の論理は異なっている。マネジドケアはある患者への給付が別の患者への給付と交錯をしないように正確に組み立てられている。支払い者は可能な限り少ない給付を行うための競争を行う（だから、支払い者は加入者にはより安い保険料を、投資家にはより高い配当を提供できる）だから医療は競争企業による顧客への販売製品となり、医療の権利に関する思潮（エトス）はシステムをおさめる論理の外へ落ちていく。

クリントン・プランは部分的には複雑化された奇妙な仕掛けのようなものであった。なぜなら、その設計者たちは企業医療と全国民皆保険の両方を内包するよう試みたからである。皮肉として言えば、その過程はそれ自体が新しい市場活動力を刺激した一政府による切迫した介入の出現下において、医療施設が適所を求めて、騎手として馬に乗るという形で一。

プランの最終的な敗北は自由な企業家精神からはほど遠いものによっていた。ところが、クリントンは大きな改革に反対する標準的なアメリカの施設に存在する偏重に直面した。そうしたクリントンの努力は将来において、こうした偏重が、もっとひどいものになっていったとしても、そうした偏重に反対する偏重を見いだすだろう。

今回、改革は事業的な医療が政治的利益をはっきりと打ち出す前に議案として採用された。次の時には、州がアメリカ最大の事業者として干渉するだろう。州は確固とした市場原則に基づいて組織化され、活動し続けるだろう。ときどき、大衆の叫び声だけが、変化の速度を示すものとして発せられる。例えば、HMO が正常分娩の費用は出産から 24 時間（入院）のみを支払うとしたとき、ニュージャージーやメリーランドでは保険が翌日分（入院 2 日分）の費用を支払う法律を通過させたことなどである。問題の重要なポイントは論争の当事者—すなわち州行政、保険業界、HMO が、つい最近までは、臨床上の自由裁量という簡単な問題に対して口論しあっていること—の中にある。

病院入院日数を巡る論争もまた、アメリカの医療政策における将来像へのヒントである。企業が米国の産業界において勢力を伸ばすときはいつでも、政治家は大衆の不満に対する反応として、法的な管理統制を持ち出す傾向にある。こうした統制は一般的に、産業を新しい形態へと転換しないが、企業体制の出現によって生まれる最もどぎつい（少なくとも一般的な）結果を緩和する目的を持つものである。

将来、アメリカの医療政策は、医療保険における費用の統制とそのずれのような伝統的な課題に再び出会うときが来ると思われる。しかし、古い課題は、政府の規制やときどきの大衆の叫び声によって強制される（しかし本質的には意欲的ではない）企業医療勢力への新しい政治的急進性という文脈の中で役割を終えると思われる。フレデリック・ハイエク—市場資本主義を提唱する偉大なオーストラリア人—は、社会福祉から社会主義にいたる滑りやすい斜面について、すばらしい警告を発している。（Hayek 1946）社会福祉の全国的（保障）体制から人を食い物にする企業資本主義への傾斜は、更に一層のすべりやすさを証明することになるだろう。



#### 第4章：ヘルスサービスの政治経済学

##### —主として観念論的見地から見た影響及び

##### 新たな経済実態へのインパクトに関する検証と評価—

わが国の政治的情勢下にあつて、保健医療は、それが現在展望しているものの中で、注目すべきことをあげるとすれば、(この分野が)一般経済に占める戦略上の地位は、ずば抜けていることだ、と指摘される。

また、この分野には利害と目標(物)との衝突が鋭く拡大していることも反映している。そして、利害は、うわべの競争問題を解決することが困難である、ということに連動しており、目標(物)は、保健医療サービスの生産と消費をめぐる効率と公平という問題にとつては矛盾したものになっているが...

この対立の多くは、主として経済上、及び人口統計上の因子が変化したことによる緊張のきざしを示すものであり、こうした因子の変化が、かつて初期の頃に確立され、今日よりはもっと順調な環境を生んでいた保健医療財政に対する公私協定というものを直画し、その継続的な生存能力というものを強襲しているのだ。

高齢者人口の増加、長期かつ高額の治療が必要な疾病に対する重要性の増加、配分に対して社会的かつ経済的な公平性を求める声の増大化、そして保健医療サービスの質的向上、などによって、政府や民間事業主たちは保健医療支出への規模拡大という圧力下にずっと置かれている。しかし、この圧力は次のような状況の中で発生している。すなわち、大規模な公共赤字の蓄積というものに対して、財政責任に由来するマクロ経済学上の苛酷な障害が存在しているという状況、また、地球規模で経済が広がっている中で、常に経済の優先性を確保し続けることの困難さという状況、そして、預貯金や経済効果の高い長期的投資などが(人々の活動を)刺激しなくなったために、生活水準が徐々に低下してきている状況である。付け加えるなら障害は、中央政府の規模及び社会プログラムの支出規模を拡大することに関して、政治のイデオロギーは慎重さと注意深さが支配的であるということにも由来している。従つて保健医療サイドから見れば、その将来は、健康と医学の相関関係にかかわる事業活動に対して自信が低下することによって、また、(医師などの)医療専門スタッフの権威や権力が衰退することによって、これまでより更にいっそう暗雲がたち込めている。

長い間、真実だとして受け入れられてきたものとは正反対のことが起こっており、保健医療への支出は今や、経済成長にとって有害なものと思われ、医療専門職たちは費用の効率化や患者に質の高いケアを提供することに対する障害物だとみなされている。

資源の不足がはじめて、国民に重大な関心を引いたのは1970年代の初め頃である—その時代は、第二次大戦後の長い繁栄というもの、ひょっとしたら米国人の生活は永遠に豊かさを保ち続けられるのではないかと一般にみなされていた時代のあとにやってきた



のだが—それ以来効率性というものが、より少ない支出でより多くのことを行うという板挟みに対して選択を迫られた場合の解決策として出現していた。しかし、市場競争に対する計画や規則の指揮権が全範囲に及ぶことで、平均値以上に不一致が生まれ、その不一致が混乱の渦や議案提出における矛盾を生みだした。—もっとも、(計画や規則への) 指揮権は個別的に見れば、常に失敗というものをひきずっているのだが—継続的に支出を抑えるということがうまくいかないことから生まれる不満や会議というものが、1960年にはじまった保健医療政策はある種の顕著な発展を遂げたのだという認識を不明瞭なものにした。こうした発展は次のようなものを含んでいた、すなわち、病院、医師サービス利用に対して、所得の高低が生みだすギャップを実質的に排除したこと、全米の病院に対する近代化と技術水準の向上、これまでは抑圧的な施設収容の中で生活することを運命づけられていた多くの肉体的かつ精神的な障害者を地域へ戻したこと、保健医療人材供給量の不足を総量的に是正したこと、そして、高い医療サービス費用から高齢者や低所得者を保護することが進展したこと、などである。(Anderson 1985)

保健医療サービスが原因か、それともその他の要素が原因かがともかく、生命への期待感が著しく増加したこともまた、米国市民に利益をもたらした。その他に、認識されていないが大きく発展したことといえば、それは、病院サービスについての組織的かつ管理的な輪郭が、世紀の転換期に存在した手工業的構造から近代的な工業企業形態へと転換したことによる発展をあげることができる。(Battistella...)

これらの混合的痕跡と出来事は、合衆国の政治経済学を検証する上で背景を構成するものである。政治経済学の探究は、経済との関連性及び政治権力構造の変化—但し、何が公正で何が正義かということに関して、縦座標軸を超えた(全座標軸的な) 価値体系の範囲内においての変化—を研究することが必要である。分析を確かなものにするという点からいえば、保健医療政策は政治と経済の適応性にもとづく相互作用—その影響力は時を超えて変化するが—が生みだす成果であって、そうした成果を大量に提供している(ということを知っておくべきだ)。また、研究の便宜上からいえば、こうした適応性を解明するために、適応性への取り組みが次の4つの基本項目から成り立っている(ということも知っておくべきだろう)。

- ①規範的平均主義者の取り組み
- ②純理論的合理主義者の取り組み
- ③新保守主義者の取り組み
- ④新マルクス主義者の取り組み

以上これらの4項目につき、それぞれが人間の知性や知識に与えた影響、及び第二次大戦以降の保健医療政策における発展の意識を記述し検証するが、それらが継続的に公平性というものを確保している取り組みであるかどうかの眺望は最近の政策開発内容によって

評価される。

### The Normative Approach (規範的平均主義者の取り組み)

合衆国の保健医療サービスにおける最近まで支配してきた取り組みは規範的な平均性を特性とするものであった。このことは、個人や集団が保健医療サービス分野の中で存在する政府の役割についての影響—それは主として、政府はいったい何を高く評価するのか、あるいはすべきことなのかという点に関しての強い確信を土台にしているが—を探し求めていたといえる。

保健医療サービスに対する規範的平均主義者の取り組みは明らかに、合衆国国民健康保健（創設）における未完の武勇談とでもいうべきものである。

合衆国に先行して政府介入を行っていたドイツやイギリスの知識で武装し、一方で、これらの国々と同様合衆国でも失業や医療需要が幅広く拡大していたことが支配的であったという状況の中で、前世紀と今世紀の転換点にいた改革者たちは慈善や福祉的な医療制度の中に存在していた品位を傷つけるような様相の多くを、エリザベス貧困法（Elizabethan Poor Laws）を運用することで、人間的なものにすることを追求したが不成功に終わった。

そうした行動の中で、彼らは、医療サービスが支払能力のいかんを問わず、医療の必要性を土台とする権利として提供されるべきだ、という原則を確立するための努力を行った。

(Davis 1975)

ほとんど50年間、それは果たされない努力であったが、ずっと継続してきたこれらの努力は1965年のメディケア成立によって部分的には報われた—そのメディケアは高齢者への医師費用償還を行う任意プログラムを伴った、退職者／障害労働者への病院給付の強制プログラムとして確立したものだが、全高齢者の終末期腎疾患治療費は1972年に給付対象となった。

同時に改革者たちは、①州及び市町村の公的助成プログラム運営における連邦政府の影響力を大きく拡張し、②資格テストに関するある種の苛酷な特性というものを除去し、福③祉的医療プログラム対象者が貧困労働者を含む貧困者にまで拡大すること、などにも成功した。これらの大半は、メディケード・プログラムと合体することによって確保された。(Fein 1986)

国民健康保健の斗いは、明確に区分された観念論によるという特徴を持ちながら、医療のアクセスは優先課題なのか、それとも権利なのかという論争の渦中にあった。

優先課題だとする陣営には、専門職者の利害団体、—アメリカ医師会（AMA）、アメリカ病院協会（AHA）アメリカ歯科医師会（ADA）がいた。

彼らは、無限定な経済的報酬を追求するための自由や臨床判断における自立性、そして自らが規制をつくり支配するための権力などが制限されることを恐れた。そして、彼らの正当性の根拠は、政治、経済、産業の諸団体—例えば全米製造業協会、商工会議所、アメ

リカ自由青少年協会などのような、競争市場の国民健康保健をめぐる（アクセスは優先か権利かの）斗い両方の側共にそれぞれが、学識ある経済専門家から深い支援を受けていた。

ミルトン・フリードマン（1962年）に指揮された競争市場支持の経済専門家たちは、医療というものは、その大半の利益が社会というより個人に発生するという点からして、個人の商品である、と固執した。

自らは何の落ち度もないのに労働力の範囲外とされるようなグループとは密接に関連するような人々—退職者、永久かつ完全な障害者—は、個人の自由と経済の有効性を最大限にする道具としての競争市場が抽象論議によって賛美される中で、しばしばあいまいな存在であった。（Lindsay 1980）

競争市場の提唱者は一般的に医療が経済的な商品やサービスと類似する点が多いと考えていたので、彼らは医療行為が免許を持つ医師に限定されているということは、市場の有効性を省略し、乱用が魅力的なものであるということを生むものであると力説することで、同盟軍であるはずの医師たちを驚かせた。これらは彼らの信念から生まれる論理の帰結であり、その信念とは人間が本来、度し難い欲と自己主義のかたまりであるというものである。

保守的な経済専門家たちは、医療にとっては否定的な外観を呈しているものだが、環境汚染に関連するものや喫煙、アルコール及び薬物依存のような生活習慣上の危険因子などのように福祉というものを危機に陥らせているようなもの（への給付）を最も軽微だが認めるという段取りをしている。

彼らは最大限に可能性が拡大することを求めて、地域の健全性を保護するための公的管理プログラムよりむしろ、市場というもののインセンティブ（税と）の方を選んだ。（Fine 1980）

一方、医療の社会政治的歴史の中に身を置いてきた経済専門家たちは病気に対する苦悶やその他、消費者の合理主義からの圧迫感などのような特定の領域が原因で生じる市場の搾取というものに対して、病人は傷つきやすいということを強調する。

医療における専門職者への信望は、個々人への福祉を高めるだけでなく、地域を統括するための道具と見られている。

医療が権利であるということにこだわる経済専門家たちは、一般に、精神医療や児童への医療サービス及び高齢労働者人口への（サービス）供給が経済成長にとって最良の投資であると論じる。おそらく、医療サービスの特性を保護するための最良の認識とは、ケニス・アカー（1963）が述べるような“必要かつ現実的な関係性における広範囲の不均衡は競争原理が持つ妥当性というものを厳格に制限することである”という結論である。社会学専門家たちは、道徳や功利面を直感的に強調するような医療サービスの供給を制限する市場の活用に反対する。こうした専門家仲間の中では、例えば、タルコット・パーソンズ（1951）が医療は社会的商品であるとする概念の学術的保護者として主流をなす。

## Shortcomings of the Normative Approach

(規範的平均主義の取り組みにおける欠点)

保健医療政策に対する規範的平均主義の取り組みというものは、1960年代の中頃まで優勢だった。だが、それ以降は評判が悪い。批評家はこうした取り組みが“価値の詰め込み”や過剰な論争や美辞麗句に支えられ、政策を強化するために科学的計画性よりもデータの活用を優先する、などとあざ笑う。(Batistella...)

これらの嘲笑を簡潔に言えば、平均主義者は課題を単純化し、善悪の色彩を使って敵対者を描き分ける傾向にあるということだ。例えば、改革者たちは、しばしば、AMA 指導下の医師団体を一枚岩の反動集団として描き出す、従って、出来高払いの単純組織や給付体制を改革することに好意的な集団は社会主義や共産主義の教えに忠実な門下生であるが、逆に、医師団体はそれを破壊する集団として、敵対者の地位を与える、というふうに画一化していた。同様に福祉原則をどんどん試行してゆくことによって生みだされる進歩というものに対しても、彼ら改革者たちの取り組みは、意図として充分理解できても実行が不可能な愚考だとみなされるだけでなく、逆に、彼らは利他主義や正義を求めるヒューマニズムというものに、先天的かつ気高い親近感を抱く連中である、ということを実体的に証明するものであるし、そういうふうに特徴づけることができるのだ。このような観念論的な翼の核心には、偽装の温情主義—すなわち、恵まれない人々への自己責任や自立を推進してゆくよりも、公的プログラムに依存するという犯罪をもっと多く犯した方が良いという—へと貧困者を巻き込むことを非難することを人々に対抗して、政治運動への支持をとりつけようとする推進力が存在する。

批評家は上述のような批判を展開するが、しかし、それらは批判として存在しえない。こうした非難は改革者に対抗しうる最高の代替的取り組みだと称する(批評家への)支持者たちの利益を根拠としてなされているからだ。実に、批評家の非難は規範的平均主義の取り組みには不利な条件が存在しているという機能をめったに認識していなかったことも理由にあげられる。

不利な条件のひとつ—それは彼らの取り組みが合理的な根拠よりもむしろ感情に訴えることで進められることから生まれるのだが—は、意志決定へと導くために必要な信頼しうるデータが不足しているということであった。例えば、出生登録を例にとると、1933年以前までは米国全域で実施される状況にはなかった。また、国民保健医療サービスのニーズに関していえば、1956年に国民保健医療調査法が成立するまでは、信頼できる情報もなかった。ちなみに、同法は、国民の疾病及び障害に関して、継続的な調査や特別研究を実施する目的を持っていた。(Jones 1981)

だが、その後引き続き進行した改善によって、情報量は大きく増加した。—もともと、

それらはコンピュータによる情報処理の手助けを得たことで、提供サービスの質や経済性、あるいは新しい医学医療技術についてのコスト効率などへと拡大したのだが一。

その結果、目的の解明やプログラム結果への評価などに対して感情を移入するということはこれまでよりも、容易に調整しうるようになってきている。にもかかわらず、いまだに観念論の影響力は色濃く残存している。

保健医療サービスが（全国民に）利用可能となることは社会の正義だとする規範的平均主義の支持者たちはいまだに、あざけり続けられている一例えば、合衆国文化が存在させている競争的市場原理に強く付着する、的外れの観念論者とか、あるいは市場原理を映し出す最悪の（反射）鏡として一。

だが、あざけり笑う側が確信する体制の中には感情的な力というものが存在しており、内政問題に関する政府の役割を研究したり討議する過程において、そうした力が、公平性というものを抑え込む機能として働いてしまうのだ。

自由市場をもつ米国以外の他の多くの工業諸国が体験したことに比べると、米国は戦後福祉サービスを州が発展させるということに関して、自由な企業体の価値体系が、そうした発展に巧みな抵抗を示してきた。この体系は、1960年代中頃にメディケア・メディケードが成立し、それ以降公的支出が相当増加していったということに関して抵抗することがなかった。だが一方では、国民保健医療サービスはその大半が民間セクターのまま保持するという事に成功している。例えば、米国の総医療費に占める公的支出の水準比率は2/5であるが、西欧諸国では平均3/4程度の水準にある。（Aaron 1991）

更に、合衆国は包括的国民医療保健プログラムを持たないが、それにもかかわらず工業力を唯一保持している国でもある。そして最後になるが、こうした保健医療分野への公的支出の状況は、一般経済市場への政府公的支出—その支出額はGNPの約37%のみののだが—の状況と酷似している。

そして、保健医療分野の発展水準が高い西欧や北欧の多くの国では、政府が指揮する国民の健康費用総支出額は48~63%の間にある。

### The Rationalist Approach （純理論的合理主義者のとりくみ）

政府が保健医療分野に対して大きな存在感を発揮することは適正か否かという論議は1970年代の全盛期を通して活発にわき上がったが、そのまっただ中で、70年代以前までは程々でかつ断続的でもあったインフレーションや失業率が、この年代に急激な上昇を生んだことも同時に発生したために、保健医療支出抑制の必要性に関しての幅広い論議を収束させようとする動きに拍車がかかった。急がねばならないという意識は、保健医療支出への年間上昇率が、他の一般商品やサービスに比べると2倍以上もはね上がっているという現実によって増長した。また、経済や財政への不安によって、ある種の国民医療保健形態や包括予算方式にもとづく財政統制を行うことも当然必要だという期待感をはぐくん

だ。(u.s.HE&W 1976)

失業率の上昇によって政府予算は、よりいっそう重い緊迫感が混入した。失業者の無休や無保健状態によって、メディケード保証及び公的福祉助成の受給資格者人口も広がった。だが長引く失業によってもたらされる社会コストというものは、その量が一見してわかるほどの明確さにはかけていた。この時代（70年代）を引っ張った別のことに関して言えば、身体上の貧困性と感情的かつ心理的ストレスとが合体するという事は、個々人のレベルで見れば高い罹患率との、一方、地域のレベルで見れば、高い拡散性との相関性が非常に高いと記録されている、という点である。

また、予期せぬ不況が生んだ別の結果としては、財政を圧迫している州が、自州の福祉コストを連邦政府に転嫁するよう激励したこともあげられる。一般的に言えば、州が行う創造的会計業務とかプログラム再生などというものは（福祉）サービスへの州財政の責任を連邦と共同負担することによって、連邦から州への交付金を最大限に獲得するという目的のために用いられていた。(Bulgara...)

その他、財政上の関心事といえば、それは連邦全予算のざっと半分に達している医療支出との抱き合わせによって、社会福祉サービス支出への増加を食い止めることにあった。

ある観察によれば、こうした州の動きは、福祉州原則の勝利という点で、反論の余地なき合図だと見て歓迎される。が、他方、別の観察者たちは経済と政治における保守的価値体系の死滅に他ならないとしていらだちをかくさない。更に別のものは、連邦予算における一般経済分野への支出額の構成比を変更するという点で、これらの動きは潜在的に対立し否定的な含みをもっている、として不安をつのらせる。(Janovitz 1976)

この時期、政府の活性化や福祉州原則などが支配力をたくわえたことによって、政治と経済は互いに緊張を増していった。だが、そうした緊張感によって、規範的平均主義者の政策決定に対する反発は助長された。

価値観が競合しあう中での論争というものは、課題や回答をはっきりさせるという点では役に立つが、行政が麻痺状態に陥るという視点から見れば、法外なツケを払わされるという代物である。野放図な観念論争が白熱している状況の中で、妥協や折衝を成立させるというのは困難なことである。こうした欠点によって意志決定を推進するために生みだされた案への利害（の対立）も刺激された。更に、保健医療支出は正味、どの程度に規模が必要か、という視点から見て、（代替案の）社会的還元性に対する好奇心というものを目覚めさせた。この好奇心は、政府の公的健康関連支出分担が山のようになく存在することへの不満と結びつくことで、政府プログラムの給付額や保証規模を検討するための合法的な努力に深い関わりを持った。

一方の側では、低経済成長から発する政治論争と他方の側ではより多くのより良いサービスを求める要求という両方の状況が加速したことによって、意志決定に対する政治の影響力を低下させるような量的技法を生みだそうという方向が促進した。

ゼロナム環境や、代議員・官僚が選挙民の苦情によって焦り始めたこと、そして、来る

べき選挙で再選されるかどうかの気がかりだったことなど、に直面したことで、趣旨が客観性を持つことや価値観の自由席を確保した上での意志決定—それらは異例とでもいうべき決定が行われても、責任を提案者だけに押しつけ拡散するというルールに支えられるのだが—などの導入を歓迎するようし向けられていった。この意志決定形態は純理論的合理主義者の取り組みとして、政策分析文献の中で記述されるものだが、その根拠は以下の理由による。すなわち、上述のような意志決定の手法が、経済ないしは技術上の巧妙性—それは自己の利害にもとづく打算が結果として合理的行動様式と同じ意義をもつという形で、状況への適応性を生み出すという巧妙さだが—を特徴的に伴うものであるからだ。(Smith 1978)

一方、民間セクターの意志決定においては、明確さや簡潔さのイメージとは相違し、“科学的管理”という表現はややあいまいである。競争の信奉者たちの中では、科学的管理が、経費会計、財務、マーケティング、生産における市場原理や量的手法による適用性にもとづいて、コスト・コントロールや有効性を発展させている。

しかし、一方で競争を信じないものは次のように見ている。すなわち、需要と供給に関する概念法の制定上、こうした手法は企業力や立法計画力の代用的活用によって市場原理を回避する目的があるという見解である。完全無欠の競争原理は経済と政治の関係においては、高潔さにもとづいた観念的忠誠心を導き出すが、それが立法計画の中に残存しながら現実との結合を生むことによって生じる矛盾が、混乱というものを多角化させているのだ。(Batislla...)

純理論的合理主義の取り組みが活発化した時期と、保健医療サービスの再生活動が増大化していった時期とは一致する。病院や医師がサービス様式の構造的再生を達成したのは、1970年代に不協和音を響かせていたことに対して、それを超えようとする熱意が存在していたからだ。保健医療サービスの供給体制再建の目的は、家内工業から近代的企業構造への再生という点で一般的に同意されていた。それ以来、こうした再生に順応しようという影響力はかなり進んだし、この影響力は今日、保健医療改革における主な母数因子の一つを構成している。

生産性向上の目標は次のような関連性によって表現される。すなわち、際限がなく、そして、回顧趣味的な出来高償還方式は原則の欠落と連動し、そのために経営と財務の原則を見直す必要性が生じるが、その結果、提供者の施設建設活動や意志決定は支持されなくなる事態に直面する、従って、施設や個人の供給能力がこうした状況との関連性によって関係づけられるということである。

その他、改革の重要な点は診断や治療の進展—高額な病院サービスへの要求を劇的に低下させ、より低いコストの外来や地域サービスへの要求を上昇させることができるという—に焦点があてられる。技術上の改良によって病院への依存を急降下させ、総急性病床数の2/5以上が余分になる。また、新しい技術の飛躍的發展や償還方式—疑問視されるような医療行為や不必要な入院及び入院日数に対してペナルティーを課すような—の普及拡大

によって供給の高度成長が運命づけられている。

一方、質管理の課題も広く普及している。保健医療分野は国民経済の最大部分を構成する要素の一つであるにもかかわらず、質のコントロールに関しては最も後発部隊の中に位置づけられる。治療分野に応じて患者に発生する体系的な疑問はまれにしか生まれないので、有効性やコスト効果に関する信頼できる標準の定型化を可能にするには、内科/外科の治療行為が価値を持つものかどうかに対する知識があまりにも限定されすぎている。無作為による臨床実験や厳しい技術評価研究の欠落によって、科学的には何の根拠もないような請求やまだ発表されていないような物証がはびこる。従って、不正確でしかし大量の患者への行為は、医学的に疑問的があるか、または不適正なのである。純理論的合理主義者はその言語と価値体系が観念論的領域を超えて幅広い魅力を持っている。また、彼らは政府よりも市場の力の方が先天的に最高の卓越性をもっているということを激賞するような文化民族学的に富んだ伝承を支配している。彼らの魅力は科学的マネジメント—それが保健医療サービス計画に対するものであれ、複合的企業の経営に対してであれ—の有効性を信じている人々へと拡大する。

純理論的合理主義者の取り組みが人気を得ることで、保健医療サービス組織の現状を十分に打破しうるような転換勢力への合意形成が助長される。

民間コミュニティー病院の中で発生する合併や統合の動きは、この顕著な例にしかすぎない。大ざっぱだが、全米の総病院数及び総病床数の半分が現在、マルチホスピタルによって占められている。マルチホスピタルとは2つ以上の急性病院を所有、リース、または管理運営する企業体として定義づけられる。こうした発展は民間セクターの経営管理原則にもとづいて優劣を競い合い、投資家所有医療システムは全マルチホスピタルの2/5以上の病院及び約1/5の病床を含んでいる。(Haglund&Dowling...)

おそらくもっと顕著な例としての可能性が高いものとして次のようなことがあるだろう。つまり、合衆国では単体による出来高医療の伝統が強いため、医療行為において官僚的な関係にもとづく契約形式が温存されているということだ。

グループ組織の元で働く民間医師数は1965年には、わずかに10%の成長率であったが、現在では33%以上にも成長している、グループ医師の大半は多様な専門医集団を形成することによって、専門的企業体に参加している(Williams...)

医師たちはまた、診療活動以外のものを管理下に置く組織に大きく依存して生計を維持することが増えている。約70%の医師は現在、収入の全部または一部を確保するために、一つまたはそれ以上のマネジドケア組織と契約をしている。(Gillis...)

その上、これらの協定によって医師は臨床的自立にかかわる伝統的な価値への多数の暴力的攻面を受けると予言される、その理由は、彼らの財務的な作業が、医師の診療スタイルや資源の活用を監視することによって機能するからである。

保健医療サービスの再生に関する純理論的合理主義者の取り組みは多数の支流を持つ。彼らのロジックと価値は1970年代における多種多様な開発の数々の中にはめ込まれて



いる。それらは保健医療計画、HMO、PSRO（PROとして再建改名される）、専門医の卒業生定数割り当て負担、などである。

もし、規範的平均主義者の取り組みによる影響がピークに達したときと同じように、政策課程がより深く政治的なものを残していたとしたら、こうした大規模な変化が短期間で発生しえただろう、というのはまず、ありそうにないことだ。

### Shortcoming of Rationalist Approach （純理論的合理主義の取り組みにおける欠点）

振り返れば、純理論的合理主義的手法の紹介に伴った楽観主義はその多くが誤った方向へ導いていた。手渡せるものよりも多くのことを約束したし多くの先天的な弱点を露呈した。

その第1は、決定は事実のみにもとづいてなされるべきであり、事実は彼ら自身を代弁しているというような主張が無意味だという点である。彼らは反駁の余地がないほど正当なデータが用意されており、事実を積み重ねるための分析手法は自由自在であると提案する。例えば、墮胎に対するメディケード費用償還について見ると、その政策決定は、こうした主張や提案の有力な例である。また同じことが国民健康保健の提案についてもいえる。

第2は、純理論的合理主義者のひな形に含まれる仮説が、意志決定の背景にある複雑な環境要素を不適正に洞察したところから生まれているという点である。それぞれ異なった視点に立って価値との関連性を確立するための金利をタイミングよく設定するという課題、ないしはより生産的な代替支出から転換するような適切な資本コストの課題に対して、明白な目標をもっていないのである。

？は推論にもとづく未来について必然的に仮説を必要としているし、分析に価値を与えるということを反映するものである。高金利や金利引き下げなどは、短期的利益を優先することで、長期的利益の生産活動を差別することになる。経済が高インフレーションに悩んでいるときはいつでも偏見が問題をこじらせる。全てが討議され実行に移されるとき、決定は判断の問題となる。

第3は、良い医療には多くの見地があるので、測定が難しいということである。例えば、腎移植後の患者のQDLとそれとをどうやって比較するのか？

全体として見れば、医療が介在する目的はより不明瞭さを増す。治療（cure）の概念は今日の保健医療問題の大半を構成している多数の対象—慢性医療や精神疾患、障害者医療など—に対して何の適用性もない。この種の病気に対して治療（cure）を向上し低所得者へcureを提供するということは、医療の介入に対する全ての効果を評価するという観点から見れば、より重要なことではある。また、このことは大きな課題でもある。人々は自分が受ける医療サービスの質に満足であろうとなかろうと、また、自分が健康か不健康かについて自身の見解がどうであれ、いずれにせよ、サービス利用や治療効果に重要な影響を及ぼす社会心理的な現象を測定するのはとても困難なことなのだ。費用給付形

態を分析する上で量的測定を行うなら、たいていの場合、そういう研究は、伝統的な市場活動や価格に的確な影響を受けているものを対象とする場合が最良となる。ひじょうしきなことだが、保健医療プログラム給付は市場価値と同程度のものだとも見ることによって受ける量的測定研究への圧力はしばしば、その圧力自体が、社会的には腐食の結果を認可していることを意味している。例えば、将来的な収入の低下（率）が生活保全価値の量的測定に用いられる場合、白人児童に対する投資の方が、黒人児童に対する投資よりもより公正であるとされるのはたやすいことだ。なぜなら、期待される生涯収入が異なるから。この方法論からすれば、高齢者の女性は似たような境遇にいる。

第4は、合理主義が、競争的市場原理の哲学的教訓—利己主義やどん欲さは道徳体系の威信を保つために向上させられてきたという—にもとづいた行為の外観として用いられている、ということだ。純理論的合理主義分析における哲学上の立場は、与え与えられる人間関係の外観は—それは相互扶助を道徳的に体験することから成り立っているが—医療行為にとって重要なものではないということを受け入れるところに立っている。(Campbell 1978)

第5には、保健医療政策論争の多くは主観的かつ質的色彩の強い提案だということを山ほど認めてはいるという点である。そして、これらの提案は客観的技術だといわれるものの重要性が将来低下するかもしれないという内容をもっていたのだが...

こうした論争の一つは、医療テクノロジーや尊厳死と治療に対しての人の権利というものに関連性をもっている。効能や費用効果をテストするようなサービスを貧困そうに提供することで、彼らの病気治療行為を制限するというのは（もっとも、こうしたサービスは別の社会経済的状態をもつ集団へは提供されないのだが）ケアへのアクセスが社会的正当性と保護の形態であると見ている人々の間で広く拒絶されることだ。

より良いものを得るために経済的な生産性を環境の質と交換するという取引は、もうひとつの重点的な論争—政治や社会の価値がそれぞれ別々の独立した形では解決できないような論議—の例である。墮胎医療や裁判所が支持する医師ほう助の死に関しての判例などが生みだす論議は、今日の保健医療政策における道徳的領域というものを明確に示している。純理論的合理主義者の取り組みは一般的に、経済や効率性の目的とうまく合致した適用を行うことがなかった。その理由は、保健医療提供が、究極的には効率という表現だけではなく公正という表現によって判断されるものであるという点にある。その他別の理由があるとすれば、それは個々の利害の結石というものであり、その結石は国民医療費を抑制しようとする政府の努力を悪化させてしまうかもしれないと信じるに足るに十分な理由があるからだ。

実際、純理論的合理主義のモデルは、政府が取り組む、費用抑制戦略の背後で、保健医療提供者に対して、“ひねくれた”経済インセンティブ—それは費用統制に打ち勝つという目的を持つものだが—を支えるという状況創造に加担していた。

収入と支出が成功の程度を計るという企業会計原則にもとづいて事業を評価するという

のは提供者に次のようなことを助長させる。すなわち、償還方法に大きく依存しながらも、技術的には、診察医療活動の数を膨張させるか、あるいは医療的には適正であるようなサービス数を削減するか、いずれかの方法によってコスト・コントロールの大海原を周遊するということを促進させる。

また、純理論的合理主義モデルは、保健医療分野の複合性をつかまえきれなかったのも、政府は自らがとても信じられないような立場に身を置いていることを発見するのである。その立場とは、(コスト・コントロール策を推進する立場にあるにもかかわらず) その政策への小細工や破壊対策を多様に展開することが仕事であるような病院内財務エキスパートに対しても病院費用の償還保証を行うという異様な姿であった。(Battistella..)

今後、事実上は本質的に労働集約的で個人的な要素の高いサービスに対しての科学的な管理体系に関する典型をうまく運用することについて、予期せぬような論議が付加的にわき起こるかもしれない。科学的管理は費用抑制の優先席に対して、それを浸食しうのようなテクノロジーの拡大へと傾斜する内容を含んだ外観であるばかりか、医師と患者の関係に存在する本質的には人間的な次元の問題が生み出す(官僚主義との)不一致に対して、官僚主義の生産性を向上するものへと傾斜する内容も含まれる。

近視眼的に言えば、ほとんどの保健医療政策は、医療専門職者(特にプライマリケア医)が教科書的管理原則と統制に従うことで問題を解決できるかもしれない。(Battistella...)

このような推測は、医師と患者の関係に存在している社会の価値というものを小さく評価して述べている。医師と患者の関係は相互の信頼と尊敬のきずなが社会活動や経済活動の混乱を最小限に保つことを重要な鍵として内在させ、臨床的に正当な根拠を立証できないために、ほとんどの関係が不安や前兆と結びついてしまうのである。寿命には限りがあることや高齢者人口のことを考えれば、医師が簡単なしかも一度きりの介入を行うことよりもむしろ“しばしば不明瞭なことや恐れに直面しながらも、医師と患者と一緒に作業する”ことの方が健康状態をより豊かに拡大できる、という結果を生むのだ。

#### The Neoconservative Approach (新保守主義者の取り組み)

保健医療支出増を巧みに擁護してきた利益団体は、医療テクノロジーと社会及び地域の公平性との両方を共に、うまく調和させながら改善する認識を持つという点で、ある種の価値はある。こうした巧みさは、しかしながら、経済上の関心事と混合してきた。将来の支出増に対する多くの反対意見の原点は、現在の総支出額が多すぎるという論点にある。保健医療支出は、限界社会保障の削減段階が到達点に達したのものとしてか、あるいは経済成長を妨害する邪魔者として、様々に理解されている。1950年以来、年間保健医療費支出総額は他の全ての商品やサービスへの支出額よりも上昇率は急で、3%の増加率であった。一般商品やサービスとのギャップを小さくするためにいくつかのことが行われた。しかし、にもかかわらず2030年までに保健医療費はGDPのおよそ1/3に達するだ

ろう。国民経済が精彩を書いている州のことを考えた場合、保健医療費の支出が年間で高い上昇率を続けるというのは不運としかいえない。(Fuchs 1993)

保健医療サービスの価格がらせん状に上昇曲線を描くことで、浪費や不適正—それらは悪いことのために無駄金を使うのではないかという不安をつのらせるのだが—への調査というものが手元へたぐり寄せられる。

インフレーションもまた、保健医療への信望と一方で集合的な支出額（への不安）との間に存在する関係を前向きに継続すべきかどうか、という懐疑をはぐくむものとなる。

実際、住宅、栄養、ライフスタイル、環境上の安全性のような非保健医療サービス—これらの全ては収入と社会経済上の地位とがお互いに関係しているものなのだが—QDLにとってより一層重要であること、また、早期診断や治療が生み出す利益は過大評価されすぎていること、は現在一般的に受け入れられていることである。(Mckinlay...)

一人あたりの医療利用が10%増加すれば逆に死亡率が1, 5%低下するということを証明することで、保健医療消費の明確な見返りを確認する批評や解釈は全体として、両方とも行われなくなる。(Altman)

新経済状況は保健医療改革の自由主義的な課題を再調整することへの前兆となる。保健医療政策論争が常に明白だとは限らないが、自由主義的論壇は道理にかなった推論の数々を頼りにしている。推論全部の中で最も重要なものは経済成長が最も公正な社会を創り出すために必要な、但し、誰ひとりとしてその方法によって被害を受けないような供給源を生み出すという確信である。

それ以上に、繁栄は欲望を満たすに十分な高い出生率と、高齢者や障害者に配分すべき保健医療・社会サービス給付基金を支えるに十分な給料労働者の高い雇用率とによって維持される（という確信である）。(Donnison 1979)

メディケア/メディケード導入のときに優勢であった経済と政治の好状況は持続すると期待された。それによって、政府の役割拡大に対立するような財政主導型の反動を生む機械が減少した。改革熱望の頂点（王冠）には、必要性にもとづいてサービス利用時の自由度を確保するような包括的サービスによる国民皆保険システムがあった。

しかし、こうした期待は予期しない経済的、社会的発展によって揺れ動いた。政府が、イギリスの国民保健医療サービスやカナダの例などの線に沿った形で、保健医療に巨額の負担（分担）をするだろうと、今日的な自由主義者に期待するのは、あまりにも世間知らずというものだ。1983年以降、経済は戦後最大の長期的な平時拡大の時代を謳歌してきた。しかし、負担の大きい社会プログラムを抱え込むための政府の能力については厳しく制限され続けてきた。端的に言えば、問題は経済が、過去の歴史的体験と比べると回復のきざしが見えない低成長時代—それは1970年代にはじまったのだが—に突入したということにある。

1973年以降の20年間、経済上の生産量損失価値—インフレーション修正後の物価をベースに一は、およそ1, 2兆ドル、または国民一人あたり4万ドル以上にも達する、