

## 5. 低所得者対象機関に対する調整

都市部と郡部では、自宅訪問外のサービス時間に差異があることは前述のとおりだが、一方、メディケアの他の支払いシステムの中に組み入れられていて、HHA-PPS では排除されている患者特性がさらに存在していることを我々は懸念している。その主なものは一例として、メディケイド患者の割合が際立って大きい、いわゆる低所得者対象病院に対するメディケア医療費償還の調整が挙げられる。医学的に十分な治療が行き届いていない患者層にホームヘルスサービスを提供する HHA に対しても恐らくこういった調整が必要となるだろう。このような調整を行わなければ、HHA への償還額が不適正であるため採算がとれないという理由から、こうした利用者の利用アクセスが低下するという潜在的な危険性も拡大する。

### NAHC 提言

HCFA は、医学的に十分な治療が行き届いていない人々へのケアを提供する HHA に対しては調整のために調査活動に着手するべきであると考えている。

## 6. 整形外科診断

我々は、ある種の整形外科診断コードが、ケースミックスの臨床サービスドメイン OASIS 項目 M0230 から削除されていることについて懸念している。これらの中に含まれるものとして、715、719、726、727、729 がある。これらは当該測定基準の中に含まれている他のコードと同様なものであるため、これらの ICD-9 コードを削除する理由はないように思われる。

### NAHC 提言

HCFA は、なぜ上述の整形外科コードが削除されたかについての説明を行うか、あるいは、現提言及び最終提言において PPS グルーパーを修正するべきである。

## 7. ケースミックスシステム評価の継続

HCFA は、ケースミックス測定におけるサービス利用項目に対する代替提言の評価を引き続き行うべきであると考えている。セラピー利用変数については、高額を支払いを得ることを目的としたセラピープロトコルやサービス利用につながりかねない、支払上限額をどこに設定するかといった問題 (threshold problem) を HHA が引き起こすと懸念される。我々は、患者、HHA、そして HCFA にとり最も益する

ことは、代理データに依存するのではなく、できる限り臨床特性や患者特性に依存するケースミックスシステムを構築することであると信ずるものである。また我々は、患者がホームヘルス・サービスを受けるに当たり、それに先立つ 14 日間の患者の所在を突き止めることを提供者に求める OASIS 項目の正確性に疑問を抱くものであり、さらに、患者が虚偽の申告をした場合、それが HHA にどのような影響を与えるかということについても懸念している。前述のように、患者の以前の所在に関する OASIS 項目 (m0170) は、急性期病院のリハビリテーション棟で治療を受けた患者と、リハビリテーション施設で治療を受けた患者とを、人為的に区別するものである。さらに、患者や現場のスタッフは、提供場所が違って常にもサービスが提供されていることを見分けられないのだ。

## NAHC 提言

HCFA は引き続き、ホームヘルス・サービスの資源利用を予測できる、基本的な患者特性をより正確に規定するため、ケースミックスデータの分析を行うべきであると提言する。できれば、HCFA は本来の目的に立ち戻り、ホームヘルス・サービスやセラピーを受ける前の患者の所在といった代理データによるのではなく、患者特性に基づいたケースミックスシステムを構築するべきである。

## 8. その他

### 8-1) セラピーサービス

Abt によるケースミックス調査は、セラピーサービスが、ホームケアの資源利用をかなり明確に予測する手だてとなることを明らかにしている。しかし、セラピーサービスを必要としている多くの患者は、セラピストの不足により、それらを適切に利用することができない。十分なセラピーサービスが利用できない場合に患者のニーズを満たすため、多くの HHA ではリハビリテーション看護婦に依存する。リハビリテーション看護サービスは、リハビリテーションチームの重要な構成要素として、医療界では長年にわたりその功績が認められてきた。

リハビリナースがサービスを提供する患者は、リハビリサービスに十分アクセスできる患者のニーズと同じニーズを持っているという事実があるにもかかわらず、PPS 現提言では、ケースミックス補正システムの中に、リハビリテーション看護婦サービスの存在を認知していない。その上、PPS ルールによれば、サービス利用算定のためのセラピーケースミックス調整の中に、セラピー助手サービスが含まれているかどうかは明らかではない。

## NAHC 提言

セラピーサービス利用に関するケースミックス調整の中に、リハビリテーション看護婦サービスとセラピー助手サービスとを含める。

現提言では、セラピー利用パターンから生じた不公平について説明できていない。例えば、6 回のセラピー訪問を最初の 60 日間に受け、その後、次の提供期間内に 4 回にわたるセラピー訪問を受けた患者は、セラピー利用についてのケースミックス調整を受けないことになる。当該患者は、セラピーに対

するニーズが、提供期間を通じて 10 回の訪問を受けた患者のニーズと何ら臨床上の別がない場合であっても、セラピー利用に対するケースミックススコアを付与されないのである。セラピー利用における同様の不公平は、セラピーサービスを必要とする状態に重大な変化が生じ、利用回数を増加すべきときに利用回数が 10 回以下の場合でも起こり得る。

HCFA は、セラピー利用指標に関連するケースミックス測定尺度における不公正を是正すべきである。SCIC および PEP については、10 時間のセラピー利用ケースミックスしきい値が（日数に応じて）、比例配分されるべきである。そうすれば、PEP についても正確に反映できることになる。

## 8-2) 15 分ごとの報告書について

HCFA は、リハビリ提供時間を測定する手段、すなわち、(HHA) 給付請求書の中で 15 分以上提供していると報告しているレセプトを集約することで提供時間を測定するという方法によって得られた時間を将来的にはどうすべきかという点について我々にコメントを求めた。

### NAHC 提言

セラピストが患者宅を来訪していた時間、それ以外の時間の両方を含めたあらゆる直接のセラピー時間についての調査を実施すること。直接、患者のために費やした全時間が、ケースミックス設定のためのリハビリセラピー提供時間量（10 時間）に対し正確に反映しているかどうかについてを判断すること。

## 8-3) 二次診断

ほとんどの在宅患者は、複数の医学的問題を抱えている。ケースミックス調整システムは、複数の医学診断が資源利用にどのような影響を与えているかという問題に対処できるものではない。糖尿病や、整形外科、神経科の診断が下ると資源利用に極めて大きな影響を及ぼすことは立証済みであるため、これらの診断が一次診断であろうと二次診断であろうとその影響が恐らく現実のものになってしまう可能性は極めて高い。さらに、当該の 3 つの診断カテゴリーのうちの 1 つ以上に当てはまる患者は、3 つのうちの 1 つだけにかかっている場合よりも、さらに大きな資源ニーズを持っていることが予想される。

### NAHC 提言

ホームヘルス・サービス患者が一次診断/二次診断で糖尿病、整形外科・神経科の診断を受けた場合、ケースミックスポイントの上昇を認めること。当該の 3 つのうちの 1 つ以上の診断を下された、これらの患者への累積ポイントも考慮する。

## 8-4) 正確な OASIS データが手に入れられるかどうかについて

HCFA では、在宅患者に対してケースミックスシステムが適用できるかどうかを立証するために、義務的データ転送期間である最初の 6 ヶ月間に提出された OASIS データを活用しようとしている。このデータの正確性については疑問の残るところである。その理由は、HHA の職員は未だ、患者を正しく評価する方法やコード化する方法を、開始直後の 6 ヶ月の間に学んでいる最中であるからだ。

## NAHC 提言

HCFA は引き続き、ケースミックス方法について分析を行い、それらを最新のものにしてゆくべきである。ケースミックス方法を変更する必要を生じさせるような重大な発見は、HHA への償還額の計算に利用できるよう 6 ヶ月に 1 度は公表すること。ケースミックス加重に対する遡及調整は行うべきでない。

## 9. 提供期間単位（エピソード）の定義づけと例外

NAHC は、提供期間単位の定義を 60 日間とするという HCFA の提言を支持する。この定義づけは、PPS のデモンストレーションプロジェクトで定められていた 120 日間の提供期間は、適切に管理するには長すぎるとした調査結果に沿うものである。

## 10. PEP（部分的給付修正）と SCIC（重大変化に対する給付修正）の調整

現提言の中で述べられている PEP の適用外となる一例として、目標が達成されたため、患者が一旦、HHA の手を離れたのち、その同じ 60 日間の提供期間中に、再びホームヘルスリスクを利用した場合が挙げられている。この場合、HHA は、当該 HHA の手を離れるまでの間に提供されたサービスに対して、最初の訪問から最後の訪問までの間の治療日数に応じて、調整済みの部分支払いを受けることになり、再度、ホームヘルス利用時点で新たな提供期間が開始されることになる。再度、ホームヘルスを利用した理由が以前と同じ診断によるものであるのか、それとも異なる診断によるものであるのかという点については考慮されない。さらに、患者が目標を達成したために、ある HHA の手を離れたが、同じ状態が悪化したため、もしくは新たな状態が出現したために、再び異なる HHA の在宅治療を受けることになった場合についての考慮もなされていない。

提言されている SCIC の例外規定では、患者がそれぞれの HHA から受けたサービス日数の割合に応じて、別々の支払い金額を適用することになる。支払金額を計算するには、最初のグルーパー（患者を 80 の HHRG カテゴリーの 1 つに分類するためのソフトウェア）のもとで行われた最後の訪問と、新しいグルーパーのもとで行われた最初の訪問との間の日数を差し引く必要がある。

提供期間例外規定に対する部分支払いが、HHA を変わったり、ホームヘルスから離れたり、再度ホームヘルス利用による PEP であるにせよ、あるいは、重大な状態の変化による SCIC であるにせよ、PPS コストの計算や提供期間支払金額の計算に HCFA が利用している提供期間単位の定義づけに沿ったものでない。HCFA では、当該の 60 日間中に、状態の変化またはホームヘルスから離れることや再度のホームヘルス利用開始などによるサービスの途切れがあったかどうかにかかわらず、その 60 日の期間内の、各専門治療ごとの訪問の合計と、訪問ごとの標準コストに基づいて PPS 金額を算出する。この方法は、ホームヘルス・サービスを、サービス中断期間のある「間欠的」サービスであるとする（ほとんどの在宅治療患者にとってはこれが当たり前のことなのだが）定義づけに沿ったものである。さらに、エピソード（提供期間単位）コストを算出する際、60 日の提供期間中に、受給者が 2 つ以上の HHA から介護を受けている場合、複数の提供期間に対するクレジットが付与される。

## NAHC 提言

60 日の提供期間中、HHA の手を一旦離れた後、同一または異なる HHA による治療を再び受け始めた患者に対する支払例外規定は、「重大な状態の変化」(SCIC) を生じた患者に対するものと同一の支払方法を適用するべきである。単一の HHA が全てのサービスを提供した場合、当該の HHA は、重大な状態の変化や再度の在宅治療開始の前後に提供されたサービスに対し、グルーパーに基づいて算出された料金で、まるまる 60 日間の提供期間分の支払いを受けるべきである。60 日の提供期間内に、支払いの途切れが生じるべきではない。目標が達成されたため、患者が、ある HHA の介護を離れた後、自発的に新しい HHA に移った場合、不当な治療が行われたり患者を放置したことなどを示す証拠がなければ、当初の HHA は当該の提供期間について完全な支払いを受けるべきである。

HCFA が、当初の HHA に対する提供期間の支払いを日割り計算しようとしているならば、当該の比例配分は、治療日数に基づくものでなく、ケアプランの中で設定されている訪問の割合に基づくものとするべきである。ほとんどの提供期間は、前半部分の訪問回数が多くなるように設定されているため（最初の 30 日間で訪問の 73% を実施する）、日割り計算による配分は極めて不公平なものとなる。

## 11. 同系列資本の HHA

患者が、同系列の HHA に移転した場合、支払方法は、当初の HHA に対して比例配分する PEP 移転の対象であるとみなされる。この規定は、高コストの患者をあちこちへたらい回しにすることにより、関連 HHA が支払額を最大化するようなことのないよう設けられたものである。しかしこの規定は、当初の HHA が業務を行っていない地域に患者が転居した場合、患者を同系列 HHA へ転移させることが妥当である。といったケースを考慮していない。

## NAHC 提言

患者が、当初の HHA が業務を行っていない地域に転居したという理由で同系列連 HHA への移転が行われた場合には、「同系列 HHA への移転」要件を適用しないこと。

## 12. 低利用支払調整 (LUPA)

低利用支払調整 (LUPA) は、不適正なケアを生みだし、HHA に対して深刻な財政難をもたらすことになる。LUPA の問題点は、これがケースミックス調整されておらず、60 日間の提供期間全体における平均訪問回数に基づいているというところにある。ケースミックス調整が行われないならば、HHA にとって LUPA は、提供期間ベースの支払いに比べ、より財政上のリスクの大きいものとなる。さらに LUPA は、HHA が不要な訪問を減らそうとする努力に水を差すものである。例えば、より未熟な職員であれば 5 回の訪問が必要となるところを 3 回の訪問で済ますことのできるスペシャリストを雇用できる

はずの HHA でも、非効率な医療行為パターンを続けることによって、LUPA の適用を避けることができるのであれば、それに対する経済的なインセンティブを得てしまうことになる。

各 HHA からの報告によれば、LUPA は、提供期間全体のうちの、20%もしくはそれ以上を占めることになるだろうとのことである。これは、HCFA が支払い計算公式の中で 12%と見積もっていて、さらに 5%まで下方修正された数字よりも、はるかに多いものである。提言されている PPS のうち、この要素は、HCFA が行った提供期間ごとのデモンストレーションには含まれていなかったため、HCFA は LUPA に関する推定値を裏付けるデータを持っていない。

## NAHC 提言

LUPA は当該システムから削除すべきであり、とりわけ初回提供期間についてそれが求められる。HCFA は、「LUPA を実施すれば、不要な提供期間単位数の削減につながる」と言うが同時に不適正な償還額であるために HHA が、ケアニーズの高いショートステイの患者を避けようとするようになる、という結果を招くことに対して HCFA は説明できない。

少なくとも LUPA 支払額は、訪問回数が 5 回未満であったにしても実際にかかったコストを反映するよう増額されるべきである。HCFA は支払金額を、訪問回数の少ない提供期間の平均コストに基づいたものとすべきである。なぜなら、これらの平均コスト合計の方が、上述の訪問を行うのにかかるコストや、それらにかかる一般管理費の増大に、より厳密に影響を与えるからである。こういったコストに含まれるのは、提供期間開始時の OASIS 在宅医療開始評価及び提供期間終了時の終了評価という 2 つの評価の実施コストであるが、含まれるのはこれらに限定されるわけではない。LUPA にとっては、訪問回数の少ない提供期間の訪問ごとにかかる平均コストを計算することがとりわけ重要である。その理由は、支払金額の中にケースミックス調整が組み入れられていないからである。HCFA の目指すところが、HHA が医療の質を犠牲にすることなく、訪問回数を少なくするよう各 HHA に働きかけることであるならば、PPS がこの目標を阻害するものであってはならない。現在、提言されているような LUPA であれば、提供期間中の訪問回数を少なくすることに対する阻害要因となり得る。なぜなら、各 HHA は、LUPA の支払カテゴリーに入ることを避けたがるであろうからだ。我々は、HCFA が訪問回数の少ない提供期間に対する監視と査察を通じて不要なサービス提供を減らすという目的を達成できると主張する。現在の提案に代わる方法として、1 つの提供期間を次の提供期間に無理矢理引き伸ばすことに付随するインセンティブをなくすため、LUPA を第 2 提供期間以降にのみ適用することを HCFA は検討すべきである。

## 13. 分割払いとキャッシュフロー

提案されている規則では、PPS のもとでの償還に対して、分割払いを定めている。ケースミックス調整済み提供期間支払予想額の 50%に相当する比率配分給付額が、初回の支払請求によって給付されることになる。2 度目、つまり最終的な支払いは、実際のケースミックス調整済み提供期間支払額の 50%に相当する金額に、LUPA、PEP、SCIC、または必要であればメディカルレビューの裁定などを反映するよう調整したうえで残りの比率配分給付額（50%）を償還する。

こういった分割払いという支払方法は、ホームヘルス・サービス業界にとって、極めて重大な懸念と

なる。分割払形式を取れば、全国の HHA のキャッシュフローを深刻に悪化させることにつながると考えられるからである。このようなキャッシュフロー上の問題は、ほとんどのサービス利用が、60 日間の提供期間中、初期の段階で発生しているという事実起因するものである。さらに、支払代行機関によるメディケアの支払請求と支払手続き終了までの時間がかかり過ぎて、サービスコストの発生時に付随する支払いの受け取りがより一層遅れるという結果につながっている。

全国の支払請求を再吟味した結果に基づいて NAHC が分析したところによれば、ホームヘルス患者へのサービス提供のうちの圧倒的多数が、提供期間 60 日間において、初期のうちに発生していることは明らかである。全ての訪問のうちの 73%は、最初の 30 日間に行われているというのが NAHC の入手している情報である。20 日目までに、60 日間の提供期間の 59%の訪問が行われている。ほとんどのホームヘルス・サービスコストは職員の賃金にかかわるものであるため、50%の初回支払額というのは、支払いを受けるまでに発生するコストを賄うには遠く及ばないレベルである。

支払請求開始と請求手続きが、支払いの遅れに拍車をかける。現在提案されている規則のもとでは、初回の支払請求は、HHA が、医師による署名と日付入りの治療指示書、メディケアで定める支払条件を患者が満たしていることを証明する医師の署名と日付入りの証明書、さらに医師による HHRG 証明書を受け取ったあとでなければ提出できないことになっている。こういった書類を HHA が確実に入手するには 10 日から 30 日かかることも珍しくない。医師の署名と日付を手に入れるためには、多くの場合、各 HHA は書類を携え医師の診療所へ出向かなければならない。

支払請求提出に先立ち、必要な書類を確実に手に入れることに伴う遅れが、請求手続きの法律上、実務上の遅れとあいまって、さらに支払いを遅らせることことになる。支払代行機関がメディケア請求に対する支払いを行うのは、どんなに早くても請求を受けてから 14 日以降である。請求書がメディカルレビューの対象となった場合には、支払いはさらに、60 日から 90 日は優に遅れるだろう。

上述されたような適宜性が改善されたとしても、請求に対する支払いは、サービス開始後、少なくとも 25 日経ってからでなければ行われることはなく、実際には 45 日から 50 日の間に支払われる公算が高い。ケースミックス調整済みの予測償還額のうちの 50%の支払いというのは、上述のように、支払いまでの期間はさらに延びるものであるということと、患者に対するほとんどの訪問が最初の 30 日の間に発生するという通常の状態を考慮していない。さらに、患者医療にかかる管理コストのほとんどは、ホームヘルス・サービス開始や、新たな提供期間開始の再認定に引き続く初期の段階で負うことになるものである。

## NAHC 提言

HHA は、コストを負い、業務遂行の義務を課されてから、メディケアプログラムからの支払いを受け取るまでの期間を埋め合わせる手段を提供し得るような十分な積立金を貯えていないし、そのような資本を借り入れることもできない。従って、NAHC では分割払いという支払方法について、プロバイダーが、メディケアを適切かつ実用的に遵守しつつ、自分達の適正なキャッシュフローを確保する上で不可欠な条件を満たす一助となり得るよう、以下のように改善することを提言する。

- A) 分割払方法を、初回請求時に 90%、最終請求時に 10%という比率に変更する。最終支払金額が、当初の HHRG 調整提供期間支払い金額に基づかないものというのはほんの数例であろう。場合によっては、重大な状況の変化に起因するケースミックス調整システムを通じ、患

者がより高額の料金を必要とすることになったり、ケアプランが最終的には 10 時間以上のセラピーサービスという結果になったりすることで、支払額がより高額になるかもしれない。90 対 10 の分割方式を取れば、支払いにつきものの遅れをメディケアシステムでも容認することができ、一方、HHA が多く支払われ過ぎている場合でも、追加の支払いを請求時に行うことでバランスが取れる。提供期間の最初の 30 日間に 73%の訪問が行われ、前半に管理コストの負荷が集中することを考えれば、初回に 90%の支払いを受けることは、HHA のキャッシュフロー上のニーズを満たすために必要なことである。

B) 医師からの指示や証明について、口頭によるものを受領すれば支払請求を認めるものとする。現行の法律上の要件では、支払請求に先立って、医師の署名と日付入りの指示書と証明書を手入することを義務づけているが、メディケア関連の規則ではこのような制限を一切設けていない。実際、社会保障法 1814 (a) (42U.S.C1395f (a)) では、上述の証明書がそのような医療上その他の証拠を伴う時点、つまり、後になってから要件が満たされた証明書や新たな提供期間開始時の再認定のことを、当該の規則で義務づけられているものとみなし得るとする法令を制定する権限を、保健省長官に対し与えているのである。署名と日付入りの、医師による指示書と証明書の手入を最終の支払請求前に義務づけるというように規則を変更することは、メディケアに対する正しい請求を確約するための方策にはなる一方で、それらを手入することは、HHA のコントロールの及ぶところではない。

C) メディカルレビューを受けている支払請求の処理にかかる日数について、上限となる基準を定める。現在のところ、メディカルレビューの対象となっている支払請求は、「明確な」基準もなく指定され、このことが支払請求に生じる利息の支払いが 30 日以上も支払われない状態を余儀なくしているのである。多くの場合において、メディカルレビューを受けている支払請求の処理を完全に終わるには、60 日から 90 日はかかる。HCFA は、必要書類受領後 30 日以内には支払決定が発行されることを義務づけるよう、支払請求レビュー期間に対する上限基準を設定するべきである。支払代行機関が、追加の書類を必要とする場合には、その要求は、もともとの支払請求提出から 15 日以内に、プロバイダーに行わなければならない。現在、多くの医療サービス提供者が抱える支払請求のうち、メディカルレビューを受けているものが 10%以上に及んでおり、それによってキャッシュフロー上の問題が一層深刻なものになっている。メディカルレビューを受けている支払請求の処理時間に関する基準を法制化することは、上記のようなキャッシュフロー上の問題を解決するための最も容易な方法の 1 つである。

D) 60 日間の提供期間が終了する前に、初回の支払請求を提出することを認める。全ての支払請求を提出するために 60 日間の提供期間が終了するのを、プロバイダーが待っている必要はないはずである。支払請求の提出は、ホームヘルス・サービスがメディケア受給者の死亡によって中止された時点で、提供期間終了前に認められてもよいはずである。



## 14. 移行措置

### 14-1) キャッシュフローに関する移行措置

IPS から PPS への移行に伴う手順に関し、未回答の問題は依然として多々あるが、中でも、いくつかのキャッシュフローに関する問題は、対応を要するものとして、ひときわ目に付くものである。あらゆる HHA のうち、定期的中間納付 (PIP) 法によって償還を受けている約 13%にとっては、2000 年 10 月 1 日をもって突然に PIP が打ち切られてしまうことにより、深刻なキャッシュフローの途切れが生じる可能性が高い。同時に、プロバイダーにとっても支払代行機関にとっても、その同じ日に全ての医療サービス提供者が PPS へと移行するというのに、極めて時宜を得たやり方で支払請求の処理を行うことは無理だろう。予期していたものにせよ、予期していなかったものにせよ、こういったキャッシュフロー上のニーズを満たすために、NAHC として提言することは、PIP による償還を受けているプロバイダーに対する移行措置となる支払方法や、支払請求処理の予期せぬ遅れに直面するかもしれない、クレイムペイド・プロバイダー (支払請求ベースで料金を受け取るプロバイダー) に対する緊急措置を HCFA が確立することである。

### NAHC 提言

NAHC は、HCFA が、前払いと提供期間サイクルに基づく給付とを併用するという方法で、PIP 方式による償還を受けている HHA に対する支払いまでの期間を、必然的に短縮できるような支払方法を法制化することを提言する。これにより、提供者側は、PIP から PPS への移行期間にキャッシュフローの途切れを埋め合わせる手だてを得ることができる。このような方法に基づく場合、NAHC は、PIP による償還を受けるプロバイダーが、2000 年 10 月 15 日までに、2000 年 1 月から 6 月までの数字に基づいて算出された平均月額支給総額を受け取ることを提言する。支払請求は 2000 年 10 月 1 日以降に提出され、支払われるのであるから、この移行措置により早めに支払われた部分を相殺するために、提供期間支払分の減額がなされる。この部分は、全ての提供期間支払いの 20%を越えてはならない。20%の減額を受け、早めに支払われた部分の相殺は 2001 年 3 月までに行われる。その時点においては、以前に PIP による支払いを受けていたプロバイダーも、完全な支払請求ベースでの営業を行っているだろう。

PIP による提供者は、提供期間サイクルに基づく給付を通じて、PIP からの移行に伴って生じる支払いの途絶を埋め合わせるができる。PPS のデモンストレーションプロジェクトに参加した HHA でも明らかであったように、キャッシュフロー上の問題点は残るだろう。HCFA は対応の必要性が生じた場合に、対策が取れるような受入態勢を求められる。

支払方法が PIP によらない提供者に関しても、支払代行機関か提供者のどちらかが 2000 年 10 月 1 日の支払のための請求を処理できないという事態が起きた場合に備え、上記で提言されている、移行措置として支払いまでの期間を短縮するという提言と同様の趣旨の緊急措置を HCFA が講じることを、NAHC は提言する。特に NAHC が推奨するのは、2000 年 10 月 15 日の時点で非 PIP プロバイダーに対し、早めの支払発給を行うことを HCFA が正式に許可することである。その金額は、2000 年の 1 月から 6 月までに HHA に支払われたのと同額の平均月額支給総額とする。支払代行機関が、2000 年 10 月 15 日までにいかなる支払いも行わないのならば、上記の支払いが HHA に対してなされる。支払システムが、支払請求の処理や支払いに対応できるようになるまでの間継続して、毎月 15 日に早めの支払いは行われる。過払い分の相殺は、完全な弁済がなされるまで提供期間支払いの定時減額を通じて行

う。いかなる場合も弁済金額は、提供期間支払い分の 20%を越えてはならない。

HHA におけるキャッシュフロー上の懸念を払拭するためのシステムを構築することが、メディケア患者にとって最も益するものとなる。HHA が十分な蓄えや資本をもたず、PPS への移行によってキャッシュフローが悪化した場合、患者へのサービスを続けることができるかどうか危ぶまれる。移行措置として支払いまでの期間を短縮するという提言が HCFA に受け入れられないのであれば、NAHC は喜んで代提言作りに協力するつもりである。あらゆる行政の対応につきものである遅れのことを考えれば、移行措置としての支払方法を早期に策定することは極めて重要である。危機が発生するまで放置しておくことは、その危機を拡大するだけである。

## 14-2) 原価報告に関する移行措置

現提言では、2000 年 10 月 1 日をもって PPS に移行する医療サービス提供者に対して残存する部分原価報告の年度に対して、どのように原価報告を行うかについてや、中間納付制度 (IPS) をどのように適用するかについて全く触れられていない。HCFA が進む方向性は、各関係の HHA に対し、経営上、財政上の多大な影響を与えるため、このような問題には迅速、かつ公けに対処する必要がある。

### NAHC 提言

A) HCFA は、2000 年 1 月 31 日までに、IPS の適用に関する HCFA の立場、並びに PPS への移行期における HHA の原価報告責任に関して、提言済みの規則立提言についての通達を出すこと。この期限までならば、何らかのコメントを出すのに 60 日間の猶予がある。

B) HCFA は、会計年度の終了が 2000 年 9 月 30 日でない HHA に対し、医療費の償還が PPS に基づいて行われるようになる期間も含めた、通年での原価報告の提出を認めるべきである。その目的は、会計年度内に HHA が負うことになるコストを当該 HHA 自らが適切に認識できるようにするためである。コストベースのホームヘルス費用償還は、2000 年 10 月 1 日に終了すると見込まれているが、通年での原価報告という方法を取れば、部分コスト償還が適用される年度内に負うことになるコストを正確に認識する最良の手だてとなり得る。

C) 受給者 1 人当たりが年間に受けられるサービス時間の上限は、PPA 施行の前に終了する HHA の会計年度内における時間に基づいて比例配分されるべきではない。ほとんどの場合、IPS 制度のもとで残された年度内に患者が提供を受ける介護時間総数は、既に提供済みであろう。従って、受給者 1 人当たりが年間に受けられるサービス時間の上限は、その上限を比例配分するというのではなく、IPS 年度内にのみ適用すべきである。

D) HCFA は、OASIS コスト調整の申し込み費用として、事前の通達にあった数字から、最近の議会での決定に従って患者調整 1 件につき 10 ドルへと増額した経緯について説明しなくてはならない。

## 15. 連結請求

現提言では、「ケアプランを作成する HHA は、患者が受け、ケアプラン中で医師が指示した、社会保障法 1861 (m) 項に記載されているメディケア償還対象となるあらゆるホームヘルス・サービスに対する請求責任を負う」としている。提供されたサービスが、ケアプランに含まれていなければ、HHA への給付責任を負わない、というものである。

社会保障法 1861 (m) 項に、ホームヘルス・サービスとして記載されているものの中には以下のようなものが含まれる。即ち、スキルド・ナーシング、PT、ST、OT、ソーシャルワークサービス、ホームヘルスエイド、医療用品、骨粗鬆症、在宅医療用具、インターン/レジデント派遣サービス、およびスキルド・ナーシング施設/病院/リハビリテーションセンターでの外来/通院サービスである。最近制定された法律では、在宅医療用具を連結請求の対象となる項目・サービスから除外している。

### 15-1) 2 つ以上の HHA がサービスを提供している場合

米国官報の通達によれば、1 人の患者に対し、2 つ以上の HHA が同時にサービスを行ってもよいとしている。しかしながら、このような状況について、それ以上の詳しいことは言及されていない。ただ、1 次 (primary) HHA がホームヘルス・サービスに対する支払請求を行わなくてはならないとしているだけである。他の HHA が実際にサービスを提供しているということを知らずに、HHA 患者を引き受ける場合も考えられる。このようなことは、最初に提供した HHA や支払代行機関による償還基本ファイル (CWF) (メディケア処理システムの 1 つ) の通知が、遅れてなされることが原因で発生する可能性がある。ホームヘルス・サービスに関する遅れた CWF 情報は、メディケアのマネージドケア患者情報が遅れた時と同様に深刻な問題を引き起こす。CWF に対する不正確な情報を受け取った HHA が支払いを受けられるという保証は全くない。

### NAHC 提言

少なくとも、残された提供期間支払期間については、推奨手順に準拠しておりホームヘルス・状況の CWF 検定を受けていることを介護の提供に先立って明示し得るが、誤った情報を受けている非 1 次 HHA に対しては、HCFA からの支払方法を確保すること。

### 15-2) 医療用品

医療用品については、提供期間支払い料金の中に含まれている。現提言によれば、原価報告やメディケア B 医療用品コストについて、在宅医療用具リソースセンター (Durable Medical Equipment Resource Center) ファイルから監査を受けている HHA の医療用品コストは、料金の計算に含まれている。しかし、医療用品の支給に関し、HHA が備えている現在の保険填補規則が不備であったり、柔軟性が欠如していたりするために、実際の医療用品コストを予測するのに利用できるデータは不十分なものである。

1861 (m) 項及び 42CFR409 保険填補規則では、医療用品に対する保険填補に関し、ホームヘルス・サービスケアプランの一部であると規定している。HCFA が長年にわたり、この規定に対し与えてきた

解釈は、HHA の職員が医療用品を必要とするサービスを提供しているのでなければ、当該の医療用品コストはサービス給付では填補されない、というものである。患者もしくはその家族が、訪問看護の合間に、医療用品を必要とする介護を行っているという場合、自宅に常備しておく医療用品については、限られた金額であれば填補される。法令や規則によれば、患者が使用したが、ホームヘルス・サービスケアプランの一環ではない医療用品は、サービス給付では填補されない。メディケア B 給付金で賄われる医療用品は、年間の免責額や 20%の定額自己負担の対象となる。

保険填補されない医療用品を必要としている患者や、医療用品を支給しないことにしている（あるいは、患者の好みに合った種類や銘柄を全て提供するわけではない）HHA が介護を行っている患者は、自ら医療用品を購入することになる。こういった患者は時として、医療用品の代金を自腹を切って支払い、メディケア B 給付金で賄われる支払請求を行わないこともあるだろう。患者が、自ら使用する医療用品代を自己負担した場合、あらゆるコスト計算は意味をなさなくなる。

あるいは、このような場合も考えられる。メディケア B の支払請求は提出され、承認されれば、医療用品コストのデータは HCFA の職員が在宅医療用具 RC ファイルを通じて捕捉する。しかしながら、在宅医療介護給付に基づいて医療用品支給という名目で賄われる医療用品は、メディケア B による償還から除外されることになる。これは、多くの創傷治療に使われる包帯の支給についていえることである。というのは、メディケア B 給付は、多くの圧迫潰瘍、火傷、外傷といった外科的創傷への填補に限られており、外科的介入を受けていない創傷に対するいかなる医療用品に対する填補も除外しているからである。これらの医療用品についてのコストでは捕捉されておらず、従って PPS による提供期間料金計算に算入されていない。

最後に、患者によっては、極めて高額な医療用品を必要とする場合があり、時として、1 提供期間期間において何千ドルにも上ることがある。こういったグループに含まれるのは、点滴器具や大きな創傷の治療に使われる医療用品などを必要とする患者である。こういった患者は往々にして、高額な看護コストを生じさせることが多い。なぜなら当該患者は、平均的な在宅医療患者よりも、多くの、かつ長期にわたる訪問看護を必要とするからである。ケースミックスアジャスターシステムは、医療用品に対する調整に対応できていない。むしろ、医療用品コストがあらゆる提供期間に対して平均化されており、そのことが、サービスに対するものと比べ、医療用品に対するつじつまの合わない償還方法につながっている。ある特定の患者層に対して使用される医療用品について、HHA への償還が適切に行われていないことが原因で、高額な医療用品コストを生じさせる患者を受け入れている HHA は、財政的な危機に瀕し、患者はしかるべき医療にアクセスできないという潜在的な問題を突きつけられている。

それに加え、PPS 料金中に含まれる在宅医療用具を掲載する HCPCS (HCFA Common Procedure Coding System) (HCFA 共通手順コーディングシステム) リストは、不十分なものと思われる。以下は HCFA のリストには含まれていない医療用品の 39HCPCS コードの要約である。即ち、A4190、A4200、A4202 から A4215、A4221、A4554、K0197 から K0266 である。これらの HCPCS コードは、創傷の治療に使われる医療用品や注射器、アンダーパッド（失禁防止用パッド）などを含む、頻りに使われる在宅医療用品のものである。

## NAHC 提言

医療用品コストが低く見積もられる可能性を考慮すると、それらを提供期間料金の中に算入すると重大な不公平を生じるかもしれない。HCFA は、在宅医療予算から医療用品支出予測額を差し引き、PPS 提供期間料金の計算から医療用品分を削除するべきである。そのかわり、HCFA は、HHA に対し、在宅医療用品であろうとメディケア B 用品であろうとしかるべき名目のもとで、在宅医療支払請求に基づ

くホームヘルス・サービスを受けている患者が使用した全ての医療用品に対する支払請求を義務づけるべきである。あらゆる医療用品の支払総額を、診療点数に従って単独で算出すべきである。このような方法を取ることによって、ニーズや利用度にかかわらず平均化された医療用品の支払額でなく、特定の患者に対し医療用品を使用している HHA に対する医療用品コスト償還額が明らかとなる。

### 15-3) 外来患者セラピーサービス

多くの患者は、ホームヘルス・サービスケアプランによって賄われるサービスを受けている一方で、メディケア B 外来患者療法給付によって賄われるセラピーサービスも受けている。このようなことが起こるのは、HHA が、求められているセラピーサービスを提供していないか、患者のニーズを満たすに十分な人員体制を敷いていないか、あるいは患者か、医師が、HHA が雇用しているのでないセラピストを好んだ場合である。このようなサービスに対するコストデータ、及びある種の機器が必要であるために病院/スキルド・ナーシング施設/リハビリテーション施設で提供されるセラピーサービスのコストデータは収集されていなかったし、PPS 提供期間料金計算の中に算入されてもいなかった。

#### NAHC 提言

ホームヘルス・サービス給付金を受けている患者に提供されているあらゆるセラピーサービスについてのメディケア B の支払請求についての情報を支払代行機関から収集すること。当該データを、メディケア在宅医療予算と提供期間支払計算の両方に算入すること。

### 15-4) インターン/レジデント派遣サービス

インターン/レジデント派遣サービスのコストは、在宅医療原価報告からも保険業者のファイルからも収集されていないため、PPS 提供期間料金の計算には含まれていない。この給付は、こういったサービスを認定インターンやレジデントに対する教育プログラムの一環として提供している病院に付属する HHA に限られている。これは、極めて限られた数の HHA にしか利用できない、ほとんど使われない給付金である。こういったプログラムを備えている数少ない HHA は、これらの償還が PPS 提供期間料金の計算に算入されたなら不当に多くの医療費償還を受けることになる。

#### NAHC 提言

インターンやレジデントの派遣サービスに対しては、それが病院や HHA の選択でない限り、連結での支払請求を求めないものとする。自身のインターンやレジデントプログラムに対する支払請求を行いたいとし、さらに基準を満たしている HHA に対しては単独で支払総額を提示する。

### 15-5) OASIS コスト

PPS 提供期間計算に含まれている、現行の OASIS 調整コストに対する 1 提供期間ごとの平均的な支払金額は、4.32 ドルである。この数字は、データ報告コストの他には、今後、OASIS コストを永続的に引き上げるものはないとする HCFA の仮定に基づいている。NAHC は、この仮定は誤りであり、HCFA

が OASIS データの収集と報告に付随するコストを大幅に低く見積もり過ぎていると考えている。HHA は、法律で遵守が義務づけられている、評価用紙の印刷、新規採用の職員に対する教育、さらに職員が評価を更新したり破棄したりすることに対する支払いといった様々なコストについて、継続的な支出を強いられるであろう。

ほとんどの HHA の包括評価用紙は、OASIS データ項目に対応するため、以前に比べて少なくとも 5 ページは増えている。完全で正確なデータ収集は、支払いと医療の質の両方を確保するために不可欠なものである。HHA は、効果的で包括的な評価を行ったり、患者評価に対する適切な OASIS コーディングを行ったりするホームヘルス・サービス専門職の新規採用者に対し、徹底的な教育を行わなくてはならない。さらに、最終的に、OASIS のデモを行った HHA は、ホームヘルス利用に入る時の包括的評価と OASIS データ項目の記入にはほとんど、あるいは全くといってよいほど追加で発生する時間は必要ないが、「患者の状態の重大な変化」、及びホームヘルス利用終了時の評価は、OASIS データの収集や報告規則の施行に伴って課せられた新たな要件である。こういった新たな要件が、ホームヘルス・サービス専門職員の労働負荷や在宅ケアのコストの増大につながる。

## NAHC 提言

現行 OASIS 調整コストに対する 1 提供期間ごとの平均支払額を 10.57 ドルに引き上げる。この金額は、データ報告コストに、上述のデータ報告コスト以外のコストに対して 1 提供期間ごとに償還される金額の 6.25 ドルを加算したものである。6.25 ドルという数字は、2000 会計年度について OASIS コストの代価として議会が承認した、受給者 1 人当たりの年間金額 10 ドルを、受給者 1 人当たりの平均提供期間数 1.6 で割って導き出したものである。

## 16. 請求手続き

### 16-1) サインド・オーダー（医師の署名入りの指示）

現行規則によれば、HHA は、医師の署名入り指示を受け取るまで支払請求を提出できないことになっている。しかし、HHA は、口頭の指示に従い、必要なサービスを先行して提供することを求められている。ほとんどの場合、医師の署名を待っている間、請求書の提出は数週間遅れる。医師の署名の入手が義務づけられているせいで、CWF を更新するのにタイムリーな手段として初回提供期間支払請求が機能し得ていないため、HCFA は、ホームヘルス・サービスを開始したという通知の提出を各 HHA に義務づけるという提言をしている。これは、ただでさえ OASIS 要件による痛手を受けている HHA に対し、さらなる負担を強いるものであり、キャッシュフローの問題を悪化させることにつながる。

## NAHC 提言

ホームヘルス・サービス開始の通知を義務づけるという提言を破棄する。HHA に対し、患者グループが確定し、口頭によるケアプランを受領した時点での初回支払請求提出を認める。HHA に対し、グループが正確であること、及び口頭によるケアプランを既に受け取り、文書化されていることを、請求書の備考欄に明記するよう義務づける。

## 17. 医師による HHRG 認定

医師は、PPS ケースミックスグルーパーが現提言に従っており、正しいことを認定する義務を負うことになる。このような要件は、在宅介護用 OASIS データを集める際に医師が立ち会っていなければ満たすことができないものである。なぜなら、患者の状態、従ってグルーパーカテゴリーは、突然変わり得るものだからである。20 のケースミックスグルーパー項目を、その正否の確認のために見直すことは、医師に新たな負荷を与え、責任を増大させることになる。その結果、多くの医師は、医学的に必要なホームヘルス・サービスを患者に受けさせることに消極的になる可能性がある。

## NAHC 提言

医師が PPS ケースミックスグルーパーの正否を認定するという要件を削除する。

## 18. 最終支払請求

現提言の中で繰り返し言及されているのは、最終支払請求は 60 日間の提供期間終了時に提出する、ということである。提供期間が 60 日を待たずして終了する場合はいくらでも考えられる。いくつかの例を挙げれば、目的とする状態が 60 日経たずして達成された場合、患者がサービス可能な地域外に移動した場合、ホスピス給付を選択した場合、及び患者の死亡などである。

## NAHC 提言

HHA に対し、これ以上のサービスが当該の 60 日間の間に予定されていないことが明らかになった時点で、提供期間に対する最終の支払請求を提出し、支払いを受け取ることを認める。

引き続いて提供期間が継続する場合の OASIS と再認定について現行の OASIS 要件では、再評価は、2 ヶ月というサイクル（1 エピソード）の最後の 5 日以内に終了しなければならないと指定している。現提言では、再認定のための OASIS データの収集をいつまでに終わらせればよいのかについて具体的に示されていない。

OASIS の終了と、新たな提供期間開始時の再認定のためのグルーパー指定をいつまでに終わらせればいいのかという具体的な指示を行う。次の提供期間中も介護を必要とすることが予測される患者については、再認定に必要な包括評価及び OASIS データ収集を、56 日目から 60 日目の間に終わることを義務づける。

## 19. 支払請求に引き続いて継続する提供期間単位

初回支払請求には、保険填補される訪問、グルーパー指定、及び医師の署名入り指示書が必要となる。米国官報での通達によれば、HHA は、グルーパーさえ確定すれば、次の 60 日間の提供期間に対する初回支払請求を提出してもよいとしており、次の提供期間の支払請求に先立ち、支払請求の可能な訪問を必要とするという要件は盛り込まれていない。つまり、グルーパーが確定し、医師による提供期間の再認定が入手できている患者は、継続してホームヘルス・サービス利用を必要とする、とみなされていることになる。

### NAHC 提言

HHA に対し、患者グルーパーが確定し、口頭によるプランを医師から受領したらすぐに、継続する提供期間に対する支払請求の提出を認めること。

## 20. 移行措置

### 20-1) 未払いの支払請求

米国官報の通達では、あらゆる未払いの支払請求については、2000 年 9 月 30 日までに精算しなければならないものとする、としている。これが何を意味しているのか明確でない。2000 年 10 月 1 日以前、及びそれ以降に提供されるサービスに対して、誤りのない、正確な支払いを間違いなく受けるためには、支払代行機関や HHA は、2 つのシステムを同時に運営しなければならない。このことは、関係者全員に膨大な労働負荷を課すものとなる。

キャッシュフローを確保するために、HHA では、毎日、支払請求を行わなくてはならない。支払代行機関は、月ごとに請求を行うという HHA のシステムに慣れている。新たな請求パターンを実施するには、支払代行機関が主要な業務処理システムを大幅に変更する必要がある。それに加え、患者のグルーパーが割り当てられ、医師の指示に関する要件を満たし、保険填補される訪問を実施しさえすれば、現在サービスを行っている全ての患者に対する初回請求を受ける権利が HHA に与えられるのだから、2000 年 10 月 1 日直後には、PPS 支払請求が殺到する可能性がある。

### NAHC 提言

HCFA、ホームヘルス・サービス業界、支払代行機関の代表者から成るワーキンググループを設立して、2 つの支払システムを運用し、かつ PPS 支払システムへの移行を無事に達成するために十分な資源を確保する手順を策定する。それらはキャッシュフローへの悪影響を避けるために必要なことである。



## 21. OASIS 及び再認定

現提言の中で、HHA は、2000 年 9 月 1 日以降に終了している OASIS データセットと医師による認定を更新することを義務づけられてはいない。それはつまり、患者の状態/医師の指示に重大な変化がなければ、これらにかかわる文書は、2000 年 10 月 1 日に始まる新たな 60 日間の提供期間に対しても有効であり続ける、ということである。しかしながら、HHA は、あらゆる他の患者に対しても評価を行い、再認定を確保しなくてはならない。このようなことが義務づけられれば、HHA に対して、消化することの不可能な労働負荷が課せられることになる。さらに、専門職員や事務職員への給与、2000 年 10 月 1 日以前の 5 日間中に行われる、メディケアで填補される訪問を要さない患者 1 人 1 人への無償訪問によって生じる管理費への影響などが、各 HHA に深刻な影響を及ぼすものと考えられる。

### NAHC 提言

各 HHA に対し、あらゆる患者に対する包括評価と再認定の更新について、時期をずらして行うことを認める。具体的には、PPS のもとでの介護を継続する患者については、9 月初旬から 2000 年 10 月の第 1 回支払請求対象訪問までの間であれば、いつでも、評価と再認定を行ってよいとする柔軟性を各 HHA に認める。

## 21. メディカルレビュー

新しいメディカルレビューの手順が策定されつつある。HHA は、膨大な量の支払請求レビューの対象となっており、過去 2 年以上にわたり、そのことがキャッシュフローへの悪影響を及ぼし続けている。HCFA は、支払請求レビューという負担における不公正を是正するための段階をいくつか踏んできてはいるが、各訪問ごとの支払請求レビューが継続すると同時に、PPS 支払請求についての新たなレビュー活動を行うことは、キャッシュフロー上、深刻な問題を生じさせかねない。

### NAHC 提言

メディカルレビューの対象となる支払請求の比率を、不正な支払請求を行った結果として FMR (Focus 在宅医療用具 dical Review、集中メディカルレビュー)の対象となった時を除けば、どの HHA についても 8%以下に制限する。支払代行機関に対し、メディカルレビュー活動と問題決定を終了させるのは、依頼した書類の受領から最大 30 日以内という期限を設ける。

## 22. その他

### 22-1) PPS のもとでの新しいサービス

現在の現提言では、PPS のもとで HHA が行う新しいタイプのサービスについて触れられていない。今と同程度、もしくはよりよい治療アウトカムをもたらす、かつコスト節約につながる新しいタイプのサービスの例としては、電話の利用頻度を高める、栄養士によるサービスや呼吸セラピーサービスを取り入れる、遠隔医療を活用する、といったことが挙げられる。これらの対象となるものは、技術が進むに連れ、増えていくだろう。規則では、各 HHA に対し、非従来型サービスを支払料金の中を含めることを禁じてはいないが、独創的で革新的な治療を採用する HHA に対するインセンティブもなければ、そういったコストを計算する手段もない。このような計算を行う方法は、新奇かつ革新的なサービスの将来的な費用便益分析に不可欠なものである。

### NAHC 提言

HHA が、革新的なサービスの提供方法の功労を認めてもらえるよう、また、それらの推進を積極的に奨励してもらえるよう、新しいタイプのサービスに含まれるもの及びそのコストを明らかにする仕組みを原価報告の中に設ける。

PPS 規則現提言に対する意見を述べる機会を与えて頂いたこと、そして最終提言の立提言に際し、我々の意見が考慮して頂けることに謝意を述べる。

ヴァル・J.ハラマンダリス

NAHC 会長

1999 年 12 月 22 日手渡しにより、保健福祉省医療財政庁ヒューバート・H.ハンフリービルディング  
443-G にて

## 第 4 章 対照表

<http://www.hcfa.gov/medicare/hhppssum.pdf>から引用

### Summary of Policy Changes from Proposed Rule Published on October 28, 1999 Compared to Final Regulation

PROPOSED RULE	FINAL RULE
Statutory Effective Date for all Medicare participating HHAs: 10/1/00	Unchanged
For eligible beneficiaries under a home health plan of care: 60 Day Episode Payment-National Rate without any Blend 60 Day Episode Rate Includes Home Health Services Paid on a Reasonable Cost Basis: 6 Disciplines of Home Health Care (Skilled Nursing, Home Health Aide, Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech Language Pathology & Medical Social Services) and Medical Supplies (Routine & Non-Routine Medical Supplies) Separate Payment Amount from the PPS Rate for the covered injectable osteoporosis drug and DME.	Unchanged
Standardized National 60 Day Episode Rate= \$2,037.04 Set Amount for Each Episode	Standardized National 60 Day Episode Rate= <b>\$2,115.30</b> Set Amount for Each Episode
Included in National 60 Day Episode Rate: Amount included for Average Cost per Episode for Non-Routine Medical Supplies Included under Home Health Benefit Reported on Cost Report in the 60 Day National Episode Rate = \$52.78	Included in National 60 Day Episode Rate: Amount included for Average Cost per Episode for Non-Routine Medical Supplies Included under Home Health Benefit Reported on Cost Report in the 60 Day National Episode Rate = <b>\$43.54</b>
Included in National 60 Day Episode Rate: Average Cost per Episode for Non-Routine Medical Supplies Possibly Unbundled and Billed to Part B while under a home health episode in CY 1997 (199 Codes) = \$10.35	Included in National 60 Day Episode Rate: Average Cost per Episode for Non-Routine Medical Supplies Possibly Unbundled and Billed to Part B while under a home health episode in CY 1998 (178 Codes based on analysis in response to public comments) = <b>\$6.08</b>
	Included in National 60 Day Episode Rate: In response to comments, provided similar analysis on Part B therapies that could have been unbundled to Part B while under a home health plan of episode in CY 1998= <b>\$17.67</b>
Included in National 60 Day Episode Rate: Average Payment per Episode for Ongoing Oasis Adjustment Costs = \$4.32	Included in National 60 Day Episode Rate: Average Payment per Episode for Ongoing Oasis Adjustment Costs = <b>\$4.32</b>
	Included in National 60 Day Episode Rate: In response to comments, provided a one time first year implementation cost for OASIS form changes = <b>\$5.50</b>

National 60 Day Episode Standardization Factor for Wage Index & Case Mix (Abt Data Only) .95502	National 60 Day Episode Standardization Factor for Wage Index & Case Mix (Abt Data & National OASIS Data) .96184
<p>Budget Neutrality Factor-PPS Budget Neutral to IPS in FY 2001 w/Limits Reduced by 15%</p> <p>.78578 (\$17,599 million projected IPS in FY 2001 w/limits reduced by 15%/\$22,346 million projected PPS in FY 2001)</p> <p>Estimated Episodes =8.985 million</p> <p>Projected Outlays for PPS FY 2001 = \$22,346 million</p> <p>Projected Outlays for IPS in FY 2001 w/limits reduced by 15% = \$17,559 million ( \$17,466 million + \$93 million for non-routine medical supplies that could have been unbundled to Part B prior to PPS)</p>	<p><b>Budget Neutrality Factor-PPS Budget Neutral to IPS in FY 2001(BBRA of 1999 postponed 15% reduction in the budget neutrality target for one year)</b></p> <p><b>.88423 (\$11,382 million projected IPS in FY2001-\$57.25 million projected LUPA episodes in FY 2001 before budget neutrality/\$12,807 million projected PPS in FY 2001)</b></p> <p><b>Estimated Episodes = 5.580 million</b></p> <p><b>Projected Outlays for PPS FY 2001 = \$12,807 million</b></p> <p><b>Projected Outlays for IPS in FY 2001=\$11,382 million (\$11,273 million FY2001 President's Budget Assumptions + \$109 million for Part B Therapies that could have been unbundled to Part B prior to PPS)</b></p>
Outlier Adjustment Factor for 60 day episode rate calculation = 1.05	Unchanged
<p>CY 1997 Average Utilization Data from Episode File-Episodes w/5 or more visits</p> <p>Average number of visits for episodes w/5 or more visits from CY 1997 Episode File</p> <p>Home Health Aide= 17.59</p> <p>Medical Social Services = .36</p> <p>Occupational Therapy = .48</p> <p>Physical Therapy = 2.74</p> <p>Skilled Nursing = 14.69</p> <p>Speech Pathology = .18</p> <p>Total = 36.04</p>	<p><b>CY 1998 Average Utilization Data from Episode File-Episodes w/ 5 or more visits</b></p> <p><b>Average number of visits for episodes w/5 or more visits from CY 1998 Episode File</b></p> <p><b>Home Health Aide=13.4</b></p> <p><b>Medical Social Services = .32</b></p> <p><b>Occupational Therapy = .53</b></p> <p><b>Physical Therapy = 3.05</b></p> <p><b>Skilled Nursing = 14.08</b></p> <p><b>Speech Pathology = .18</b></p> <p><b>Total = 31.56</b></p>
<p>Representative Sample Audited Cost Report Data - CR Years Ending in FY 1997</p> <p>Average Cost Per Visit from the PPS Audit Sample</p> <p>Home Health Aide=\$41.66</p> <p>Medical Social Services = \$154.03</p> <p>Occupational Therapy = \$103.79</p> <p>Physical Therapy = \$103.56</p> <p>Skilled Nursing = \$94.62</p> <p>Speech Pathology = \$112.91</p>	<p><b>Representative Sample Audited Cost Report Data - CR Years Ending in FY 1997- Updated</b></p> <p><b>Average Cost Per Visit from the PPS Audit Sample-Updated</b></p> <p><b>Home Health Aide=\$41.75</b></p> <p><b>Medical Social Services = \$153.59</b></p> <p><b>Occupational Therapy = \$104.76</b></p> <p><b>Physical Therapy = \$104.05</b></p> <p><b>Skilled Nursing = \$94.96</b></p> <p><b>Speech Pathology = \$113.26</b></p>
Continuous Certifications for Eligible Beneficiaries	Unchanged
Split Percentage Payment Approach Initial 50% of the 60 day case mix and wage adjusted	Split Percentage Payment Approach <b>For first episodes, initial 60% of the 60 day case mix</b>