

## 研究要旨

平成 15 年度の DPC 導入にともなう病院行動の変化を調査する予定だが、本年度はその予備的研究を行った。文献サーベイによればアメリカの DRG/PPS 導入により医療費の抑制効果は認められたが、医療の質への悪影響は小さかったことがわかる。わが国でも DPC 導入に伴う医療の変化を多面的に調査すべきである。具体的には医療機関に対する調査として、サービス提供に関する行動変化、病院経営に関する状況変化、患者側の受療行動の変化、PPS 導入の社会的な負担の変化などの視点から行うべきであり、DPC 分類ごとの請求データおよびコストデータの積極的利用が必要と考える。また、現状では必ずしも一般の人々に高い評価を得ているとはいえない（馴染みが少ない）包括支払い制であるが、実際に DPC が施行された後にどのように評価が変化するか調査することも、患者の視点からの政策評価という意味で重要である。

アメリカでは DRG/PPS 導入に伴う医療機関行動の変化について膨大な実証研究がなされており、わが国においても今回の DPC 導入による影響調査も積極的に行われるべきである。次年度では上記の項目による調査と共に、各病院から提供された DPC 分類に基づく請求額およびコストデータを利用した実証分析を行いたいと考える。

## はじめに

医療経済班の研究目的は平成 15 年度の DPC 導入にともなう病院行動の変化を調査するものであり、そのためには DPC 導入前後の諸データの比較が必要であるが、施行前年度である本年度は、その予備的研究として以下の三つを行った。

### (1) アメリカの DRG/PPS 導入に関するサーベイ

アメリカのメディケアに DRG/PPS が導入された際の、病院行動や医療の質の変化に関する研究をサーベイして、DRG/PPS が与えた影響について分析する。

### (2) DPC 導入に関する調査項目の検討

平成 15 年度には DPC 導入に伴う課題および導入後の課題について対象病院に対してアンケート調査を行う予定であるが、それに先立ち仮説および質問項目の検討を行う。

### (3) 包括支払い制に関する国民の意識調査

アンケート調査により、出来高払い制と包括支払い制に関する一般の人の選好パターンを明らかにする。

## I. 米国のDRG/PPS導入に伴う医療の変化

1984年にアメリカのメディケア・パートAにDRG/PPSが導入された際、医療費に与える影響、医療の質に与える影響について様々な仮説が議論され、多くの研究者によってその検証が行われた。この時のPPSは1件当り包括であり、わが国で導入されるDPC/PPSは1日当り包括であるため包括化のインセンティブは大きく異なるが、将来的には1件包括になる可能性も否定できないため、アメリカの先行事例を詳細に観察することは十分意義のあることだと考えられる。

アメリカの調査結果のサーベイによれば、DRG/PPS導入前に予想されていた入院患者の増加は起きなかったが、在院日数の短縮が見られ、そのため入院コストは低下した。一方、入院1件当りのメディケア支出は、ケースミックスの変化を主たる理由として上昇したため1件あたりの利益率は短期的に上昇した。その後、レートの引下げによって利益率は急速に低下した。医療の質の変化については、質の低下につながる事例の報告もあるが、質が低下したという明確な証拠も見当たらなかった。

以下、1～4の文献はDRG/PPSの影響に関するサーベイ論文の抜粋である。5は医療の質を評価する目的で設立されたPROの活動を時系列的に見たものである。DRG/PPSが病院行動に及ぼした影響の背景にPROの存在があるといわれているためとりあげた。

## 1. 包括支払い制と医療の質：遠藤 久夫 「医薬品産業組織論」 2002年

### 一部抜粋

#### 1. アメリカにおいて DRG/PPS が医療に及ぼした影響

一般に入院医療に対する包括支払い制が医療に及ぼすと考えられる影響は、第一には入院患者に対する医療投入量を抑制することである。これは平均在院日数の短縮にもっとも顕著に表れる。その他にも個々の医療技術の使用頻度の変化に着目して包括化が医療投入に及ぼす影響を把握することもある。第二の影響は、費用のかかりそうな患者の入院の抑制であり、これは包括支払い制が適用されない医療機関へのシフト、外来シフトなどを通じて行われると予想される。

##### (1) 在院日数への影響

Guterman and Dobson(1986)は短期病院の平均在院日数が、対前年(度)比で1980年は0.9%減、81年度0.9%減、82年度1.9%減、83年度2.9%減、84年度9.0%減と84年度のPPS導入に伴い在院日数が有意に短縮したことを示し、その結果、入院患者数の対前年(度)比は、1980年6.6%増、81年4.1%増、82年度3.3%増、83年度4.2%増と増加基調にあったものが84年度は1.7%減と減少に転じたことを報告した。また、Feder et al.(1987)はPPSが適用された短期病院と適用されないTEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)適用短期病院とを比較して、1982年から84年にかけて平均在院日数が前者は14.6%短縮したのに対して後者は7.9%しか短縮しなかったこと、および、この間の非メディケア患者の平均在院日数の短縮が5.4%であったことから、PPSの在院日数の短縮効果を示した。この他にもPPS導入に伴い在院日数が短縮したという報告は数多い。しかし、Newhouse and Byrne(1988)は、これらの計算の基礎となったデータはPPSの対象外となっている短期病院のリハビリテーション病棟、精神科病棟、アルコール・薬物依存症病棟やリハビリ病院、小児病院の入院患者が除外されていることを重視した。これらのPPS対象外の施設に入所するメディケア患者の平均在院日数は1981年9.85日、84年10.7日、85年9.58日とPPS導入による有意な短縮化は認められず、在院期間が60日以上患者の割合は81年0.5%に対して84年1.4%、85年1.0%とPPS導入後に増加していることを明らかにした。これより、PPSの導入はそれが適用される病院から適用されない病棟や病院に患者をシフトさせたに過ぎない可能性を示した。

##### (2) 患者のシフト

このように、もし短期病院の患者が早期に長期ケア施設にシフトしているとするれば、長期ケア施設に入所した患者の健康状態は、PPS導入前と比較して導入後は悪化している可能性がある。この点を調べたのがCarroll and Erwin(1987)である。彼らはジョージア州の10の長期ケア施設の医療記録から、患者の状態(入所30日以内の死亡率、30日以内の病院への再入院率、予後の程度、リハビリに対する潜在能力、失禁の有無など7種類の状態に分ける)と5種類の治療の実施状況(補助栄養、経鼻チューブ、酸素療法、患者1人当りの投薬量など)、および入所者の病名(16種類)の変化を、PPS導入前後で比較した。その結果、健康状態にはほぼ有意な変化はなく、特定の病名の患者が増えるという傾向も見られなかった。ただ5種類の治療のうち、失禁の処置、経鼻チューブ、補助栄養の三つだけはPPS導入後に有意に増加した。この結果から、一部には早期退院による長期病院への患者シフトが起きた可能性は認められるものの、全般には長期ケア施設へ入所する患者の

病気が重くなってきたということはないとしている。また、DesHarnais et al. (1988)は1980年から1983年のトレンドから84年、85年の実績がどの程度乖離しているかを調べた。それによると退院者数は有意に減少したが、平均在院日数は手術適用患者の術前期間の短縮は見られたものの全体では減少は認められなかった。一方、退院患者の行き先を見ると、他の短期病院へ転院した人は有意に増加していないが、home health care と skilled nursing home への移った人の数は明確に増加したと報告している。

短期病院の在院日数の短縮は患者を外来にシフトさせることによっても実現可能である。Russell and Manning(1989)はこの可能性をメディケアの入院医療費と外来医療費の推移に着目して分析した。PPS 導入によりメディケアの病院費用は減少したが、医師サービス費用やメディケア外来費用を賄う Supplementary Medical Insurance Trust Fund の支出額の伸び率は増加した(対前年伸び率は1982年8.8%,83年14.2%)。しかし、入院費用の削減額と比較して外来費用の増加はかなり少ないため、入院費用の削減が外来シフトによる外来費用の増加によって相殺されたということはないと結論づけている。また、PPSにより積極的な外来シフトが行われたとすれば、外来患者が増えることが考えられ、また従来なら入院していた状態の患者が外来に回るので外来患者の一人あたり医療費が上昇する可能性もある。Feder et al. (1987)は、1982年から84年のメディケアの外来患者数の変化はPPSが適用されない病院(TERA適用)は8.6%減であるのに対しPPS適用病院は6.1%減で有意な差がないこと、さらに同期間の外来コストの変化を見ても非適用病院の33.8%増に対してPPS適用病院は30.2%増と、むしろPPS適用病院の増加率が小さいことを指摘し、大きな外来シフトが起きているとは考えられなかった。

出来高払いから PPS への変更が患者の病態と病院の利益との関係がより密接なものになったことから、PPS が適用される短期病院グループ内であっても、設置者によって患者の属性が変化することが考えられる。Iglehart(1986)はアメリカ病院協会の報告として PPS 導入により病院の利益率が5.1%から6.2%に上昇したが、利益率6%以上の病院が営利病院(investor-owned hospital)で42.6%、民間非営利病院(voluntary hospital)で12.8%、公立病院10.5%と設置者による利益率の格差の拡大を指摘した。PPS 導入に伴って病院の設置者間の利益の格差が拡大しているとすれば、PPS 導入に伴い短期病院内部でも異なる設置者の病院間で患者シフトが起きる可能性がある。この点に注目したのが Newhouse(1989)である。彼は DRG 番号 No. 389 の「大きな問題を持った満期新生児」の治療は3353ドルの赤字、No. 389 の「その他の重要な問題を持った新生児」の治療は2027ドルの赤字なのに対し、No. 123 の急性心筋梗塞を伴う、循環系疾患による死亡は1ドルの赤字、と DRG ごとの採算性に大きな差があることに着目し、PPS 導入に伴い不採算な患者は公立病院へシフトする可能性について検証した。人口100万人以上の都市にある市立、郡立病院を「最後の楽園」病院(last-resort hospitals)と称し、PPS 導入前後で不採算 DRG 患者の分布がどのように変化するかを観察した。PPS 導入後は予想に反して「最後の楽園」病院から他の病院へ転院した不採算 DRG 患者の比率の方が他の病院から「最後の楽園」病院に転院した不採算 DRG 患者比率より大きい値を示した。しかし、PPS 導入以前から不採算 DRG 患者の比率は「最後の楽園」病院が大きく、PPS 導入後はその差が明らかに拡大していることがわかった。このことは PPS は非公立病院が不採算患者を入院させることを公立病院以上に消極化させる誘因となることを示唆している。

また Hultman(1991)がチェーン展開している8つのグループ(営利3グループ、民間非営利5グループ:病院数は570)を調べたところ、PPS導入後、不採算医療の比率は営利組織も非営利組織も高まったが、上昇率は営利病院の方が高く、もともと不採算医療の比率は営利病院の方が低い、PPS導入後はその差が縮小してきていることがわかった。さらに分散分析の結果、PPSの導入は病院の設置者の違いより立地の方が影響を受けることがわかり、地方の病院の方が不採算医療の比率を上昇させていることを明らかにした。

### (3) 医療サービスに及ぼす影響

PPSは病院の入院、退院政策に影響を与えるだけでなく、入院期間中の治療や検査内容にも影響を与える。Sloan et al.(1988)はPPS導入前後でICU、CCUの利用および23の診断手段、治療手段(手術を含まず)について利用状況の変化を調べ、PPSが医療資源の利用を抑制する誘因となるかどうか分析した。その結果、ICUやCCUの利用(利用率、入室期間)がPPS施行以後に抑制されたという有意な結果は得られなかったものの、他の診断・治療手段では利用が減少したのが見られた。減少のパターンは様々で、導入前後ともに利用は増加傾向にあるが、導入後の利用の増加率が減少したもの(CATスキャンなど)、導入前後ともに利用は減少しているが導入後に減少率が大きくなったもの(腎盂造影、頭部や肝臓スキャンなど)、導入前は増加傾向があるが導入後は減少しているもの(作業療法、膀胱鏡診断)などがあり、主として診断手段の抑制傾向が見られた。また DesHarnais et al.(1988)は、ICU、CCUの利用者数、入室期間、およびアウトカムの指標としての院内死亡率を1980年から1983年のトレンドから84年、85年の予測値を計算し、それから実績値がどの程度乖離しているかを調べたが、そのいずれも有意な差は認められなかったとしている。

### (4) 費用の抑制

PPSの導入は病院の費用抑制の誘因となるが、すべての医療インプットを一様に抑制するわけではない。そこでSloan et al.(1988)は、PPS導入前後の費用項目の変化に着目した。PPS導入後の1983年~85年の間に、入院患者数、在院日数は減少し、その結果、入院患者1人当たり費用、患者1日当たり費用はそれぞれ年率0.4%、年率2.8%と増加した。詳細にみると、入院患者当たりの人件費は年率1.7%低下したが、非人件費は5%上昇したことを示し、PPS導入によるコスト抑制は人件費の抑制という形ではたらいしたが、資本設備などの増加によりその代替が行われており、患者一人あたりの質が低下したとはいえないことを指摘している。

このように、アメリカでメディケアにDRG/PPSの導入された際の病院行動の変化は、平均在院日数の短縮やメディケア費用の抑制など、かなり明瞭に見ることができたが、明確な重症患者の排除や医療の質の低下は観察されなかったといえる。

また、これらの包括化による医療への影響を調査したものには、薬剤の使用がどのように変化したかという視点からの分析はほとんど見当たらない。

### 参考文献

“A Litany of Deaths and Deficiencies in U.S. Kidney Treatments” *The New York Times* 1995.12.4

- Carroll, N. and G. Erwin, (1987) "Patient Shifting as a Response to Medicare Prospective Payment" *Medical Care* 25(12)
- DesHarnais, S., J. Chesney, and S. Fleming, (1988) "Trends and Regional Variations in Hospital Utilization and Quality During the First Two Years of the Prospective Payment System" *Inquiry* 25 fall
- Ellis, R. and McGuire, T., (1986) "Provider Behavior under Prospective Reimbursement" *Journal of Health Economics* 5
- Feder, J., J. Hadley, and S. Zuckerman, (1987) "How did Medicare's prospective payment system affect hospitals?" *New England Journal of Medicine* 317
- Guterman, S. and A. Dobson, (1986) "Impact of the Medicare prospective payment system for hospitals" *Health Care Financing Review* 7(3)
- Hultman, B., (1991) "Uncompensated Care before and Prospective Payment: The Role of Hospital Location and Ownership" *Health Service Research* 26(5)
- Iglehart, J., (1986) "Early Experience with Prospective Payment of Hospitals" *New England Journal of Medicine* 314(22)
- Miller, R. and H. Luft, (1994) "Managed Care Plan Performance since 1980," *JAMA* 271(19)
- Newhouse, J. and D. Byrne, (1988) "Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall?" *Journal of Health Economics* 7
- Newhouse, J., (1989) "Do unprofitable patients face access problems?" *Health Care Financing Review* 11(2)
- Russell, L. and C. Manning, (1989) "The effect of prospective payment on medical expenditures" *New England Journal of Medicine* 320(7)
- Sloan, F., M. Morrissey, and J. Valvona, (1988) "Medicare Prospective Payment and the Use of Medical Technologies in Hospitals" *Medical Care* 26(9)
- Sloan, F., M. Morrissey and J. Valvona, (1988) "Effects of the Medicare Prospective Payment System on Hospital Cost Containment: An Early Appraisal" *The Milbank Quarterly* 66(2)

## 2. Effects of Selected Cost-Containment Efforts:1971-1993

Marsha Gold, Kayen chu, Suzanne Felt, Mary Harrington, and Timothy Lake

Health Care Financing Review/ Spring 1993/volume 14, No. 3 pp. 183-225

抜粋 (pp. 193-198)

### 基本的特徴及びタイミング

メディケア PPS は、退院に対して年毎に更新される DRG によって規定されているケース別包括支払額を提供する。PPS は急性期病院における入院患者治療費をカバーしている。特定の専門病院または専門パートユニット、及び外来サービスは除外される。基本的な PPS 構造は、1983 年に樹立され、PPS への移行は予算年度 1988 年 (FY88) に完結したが、その間時間をかけて改善されてきた。また、議会は、特に教育、不均衡な配分、及び地方病院のために、認識された公平の問題に対処する目的で変更を加えてきた。これらの変更は、一般的に財政中立的に行われたが、また異なるタイプの病院間での支払額の再配分をもたらし、結果として PPS 下で誰が得をし、誰が損をしたかという問題に影響を与えた。

PPS 支払は、各 DRG 分類の相対的費用を反映するのに用いられる DRG ウェートを使って、基本標準化額または全米平均コストから計算される。病院は、全米で DRG 毎に一定の額を支払われるが、地域賃金調整ならびに間接医療教育費及び不均衡な配分状態に対する個々の病院特有の調整を受けることができた。大都市、他の都市部、及び地方にある病院には別々のレートが適用されるが、他の都市部と地方との間の区別は、1995 年までに廃止されることになっている。日数やコストが規定された特殊なケースに該当する場合は付加的な支払いがなされる。歴史的に、資本コスト、直接医療教育費、医事訴訟費用は、パススルー基準で支払われた。FY92 から資本コストは包括支払の対象となる。直接医療教育費用は、FY91 以来基準に基づいて支払われてきた(米国議会、1992; 包括支払評価委員会、1992a, b)。

### 包括支払方式 (PPS) の特徴

PPS の効果を理解するのに 3 つの特徴が重要である。第 1 の特徴は、PPS が効率の増大及び集約度の低下から節減費を確保する能力を与えると共に、事業損失に対する医療機関の財政的リスクを生み出すケース別レートを採用することである。第 2 の特徴は、PPS 適応後にコストが高めの病院にとってより大きな財政逼迫を引き起こす全米レートへの移行を PPS が含むことである。第 3 の特徴は、PPS のデザインが本質的に入院数の増加を助長するインセンティブを生み出すが、これらのインセンティブは入院を決定する医師よりもむしろ病院にのみ当てはまる。最も広範に調べられた当初の数年には、効果は、初年度の PPS 支払いに対する病院の反応によっても予想以上の影響を受けた可能性がある。これらの支払額は、入院の長さが減少したために予期せぬマージンの増大をもたらした(クーラムとゴーマー、1992)。(過払い、レートを設定するのに用いられたデータ及び仮定が限定されていたこと、並びに報告されたケースミックスの増加に起因した。) PPS はメディケアに限定されているため、それはコストを他の支払い者へ転嫁する可能性を生み出し、病院の総費用への影響を軽減するであろう(アルトマンとヤング、1993)。



## コストへの影響

クーラムとゴーマー（1992）は、コストに及ぼす PPS の効果に関する文献をレビューした。総合的に、これらの結果は PPS がケアへのアクセスまたは質に重大な影響を及ぼすことなくメディケア支出の増大を抑制したことを示していると考えられる。特に最近では、PPS は病院の費用の増大を抑えるのにあまり効果的でないために、メディケア PPS マージンが低下した。PPS がコスト転嫁によって他の支払者へのコストを上昇させ、そのことが総医療費に及ぼすその影響を弱める程度については若干の意見の不一致が見られる。病院の総利益率は、1980 年代半ばに最高に達し、PPS 以前の時代のレベルから低下していない。図 3 は、1970～91 年の期間の 1 人当たりの全米及びメディケアの病院費用における実質成長率の動向を示す。この図は、メディケアの病院費用が 1980 年代半ばを通じて全体として全米の病院費用よりも速く増加したが、この動向は PPS が実施されるにつれて逆転したことを示す。その時からメディケア支出の増加はかなり鈍化し、全体的に全米の費用の増加速度以下にまでなった。

## メディケア支出

調査は、一般に PPS が導入された後、メディケア・パート A の支出がよりゆるやかに増加したことを示す。この減速した増加のほんの一部のみが予期されなかった、また原因は未解明である初期の入院数の低下と関連がある。なお、この低下は後に安定化した。ラッセルとマンニング（1989）は、PPS がメディケア・パート A の支出の増大を 1983 年と 1990 年との間に 20% だけ軽減し、その 3 分の 1 が入院数の減少に帰せられると予測している。パート B の支出は、PPS に対応して（大部分は他の理由のためだが）増大したが、これらの増加はパート A の節減額の小さな割合を相殺するだけである。

他のサービスに対する利用及び支出に及ぼす PPS の影響を評価することは、外来患者サービスの増加ならびに高度看護施設及び家庭医療サービスに対するガイドラインの変更といった他の進行中のことがらがかみ合っているので複雑である。PPS は、一般的に急性期後のサービス利用の増加と関連しているが、高度看護施設の利用に及ぼす PPS の影響は、家庭医療に及ぼすその影響よりも不明確である。また PPS 除外施設への入院の増加もまた若干あった。PPS 下では外来患者サービスが増加したが、PPS の他に外来処置技術の向上がこれらの変化の大きな原因であったとも考えられた（クーラムとゴーマー、1992）。

## メディケアホスピタルフィー支出

PPS は当初、総額だけでなく 1 入院当たりのメディケア病院支出の増加率を大きく低減させた（フィーダー、ハドリー、及びツッカーマン、1987； ハドリー、ツッカーマン、及びフィーダー、1989）。入院当たりの費用節減の理由は、全てではないにしても大部分が入院日数の短縮の反映であった。1982 年から 1986 年の間、PPS 下でメディケア患者の占める割合が大きな病院に対するコスト・インフレーション率は、メディケア患者の占める割合

が小さな病院に対するよりも 16.1%低かった（ロビンソンとラフト、1988）。最近ではコスト・インフレーションは、過去のレベルにまで戻っていることが見込まれる。しかしながら、1入院当たりのコストの増大についての調査は、その期間にわたってケースミックスの増加により混乱している可能性がある。PPS の開始から FY88 に亘り、ケースミックスの変化は支払いの 20%増加の原因となった（スタインワルドとダミット、1989）。ケースミックス指標の増加は、真のケースミックスの変化とアップコーディングとの組み合わせの結果である（カーター、ニューハウス、及びレルズ、1990）。

### メディケア PPS のマージン

収入と支出に及ぼす PPS 効果の結果として、PPS の導入当初に上昇したメディケア PPS マージンは低下しており、現在では、概してマイナスであり、PPS 導入後の 9 年目では -8.3% になっている。コストを支払者間に割り当てる必要と統計値から効率的な費用を非効率的な費用とを区別することが不可能であるという両方により、マージンの変化を解釈することは複雑である。従って、支出が高すぎるのか、支払い額が低すぎるのかについては議論が残る。

PPS は、病院間で勝者と敗者を生み出した。PPS の初期には、大都市の病院（特に教育プログラムを有する病院）は、一般的に高い PPS マージンを有したのに対して小さな地方病院は、比較的低いマージンを有した。つい最近、地方病院に対する支払い上の不公平に対処するために一連の政策変更が議会によって制定された（アルトマンとヤング、1993）。病院の PPS マージン総額の最近の低下の根底にあるのは、個々の勝者と敗者間のギャップの広がりである。即ち、敗者のマージンは低下する一方、勝者のマージンは安定したままに留まっている（包括支払評価委員会、1991）。調査は、潜在的な敗者、高コスト病院が時間をかけて“無駄”を減少させてコスト節減するなど、PPS インセンティブに対してより敏感であることを示している（ハドリー、ツッカーマン、及びフィーダー、1989）。クールマンとゴーマー（1991）はこれらの調査結果や他の調査から、病院固有のレートをより等しいものにすれば PPS がより効果的になりうる証拠を示した。この対策を連邦レベルで実行することは困難かもしれないが、それはいくつかの州の全支払者レート設定方式に適用することは可能である。PPS による節減効果は、システムに理論的に含まれる効率化のインセンティブに対する病院の対応というよりも、予算の制約に基づく管理価格の影響をより多く反映すると反論する人もいる。

### 病院総支出及び営業利益

調査は、PPS の結果として全体的に病院の支出にある程度の節減があることを示しているが、これらの節減が他の支払者に対して増加した支出により相殺される程度に関しては不明確である。クーラムとゴーマー（1991）は、文献をレビューして、支払者間の価格の違いが必ずしもコストシフティングの証拠ではなく、一部の病院の独占力による利潤極大化行動による価格差別化の証拠であり得ることを最も厳正な調査が示していると結論づけている。しかしながら、包括支払評価委員会（ProPAC）（1992）は、マージンの総額が初期の

低下後、最近は上昇してきていることを見出している。アルトマンとヤング（1993）は、この傾向はコストシフトを反映しており、病院コストを抑止することにおけるメディケア PPS の長期の有効性を減じると結論付けている。

#### アクセス及び質に及ぼす影響

調査は、PPS がアクセスに関して重大な問題を生み出さなかったことを示す。入院が独断的に拒否されるという証拠は殆ど無い。一部の病院は、PPS が実施されてから閉鎖したが、PPS が閉鎖に影響を与える主な原因であるとは見出されることはなかった（リリー・ブランドン等、1992）。PPS 下での受益者の個人負担費用は、PPS の前後でメディケア総支出の一定の割合であった（ラッセル、1989）。

調査の多くは、PPS に関連した質または再入院率の変化を全く見出していない（デスハーネス等、1987、デスハーネス、チェスニー、フレミング、1988、カーン等、1990）。PPS 後に記録された死亡率の上昇もないし、再入院または転院にも有意な変化はない。PPS の施行以来、メディケア患者が退院時により不安定になることを 1 つの重要な調査が見出しているが（コズコフ等、1990）、このパターンが質の問題を反映するかどうかに関しては研究者の見解が異なる。PPS が施行された後、急性期後ケアの利用が増加した。PPS が新規技術の採用率において大きく組織的な減少を引き起こしたとは思われない。

#### 制御の実施

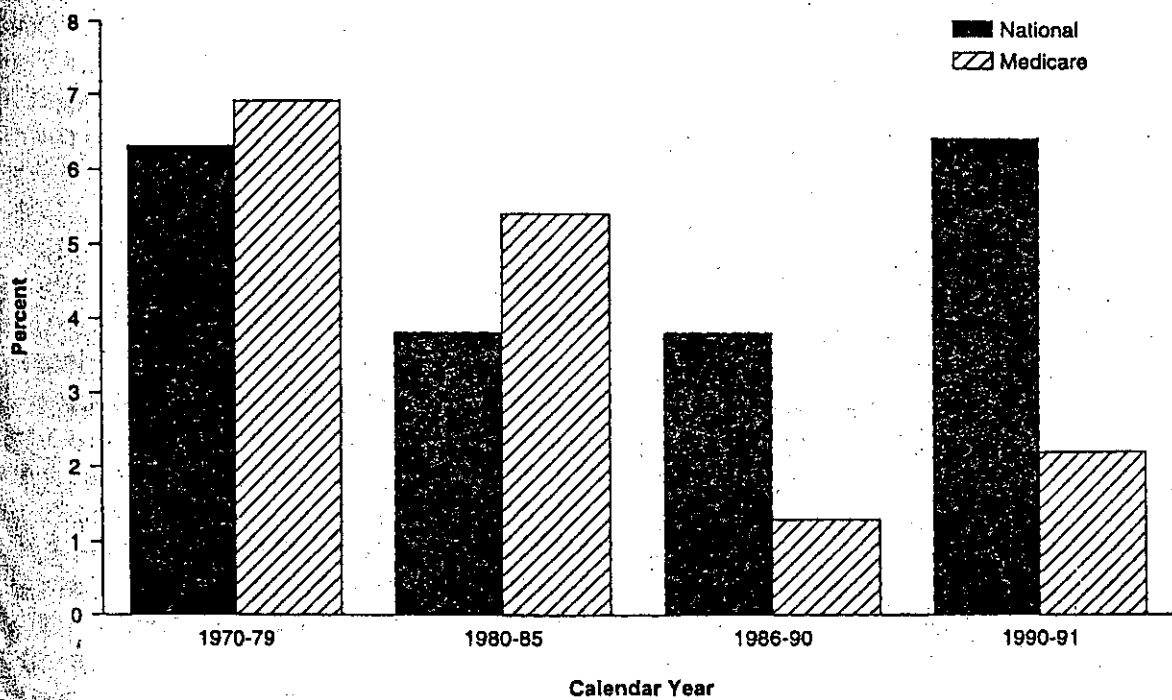
PPS の複雑さにもかかわらず、米国保健省医療保険財政管理局（HCFA）は、求められた時間枠内でそのシステムを実行することができた。しかしながら、初期のレートを設定するために使用された仮定は、限定されたデータと知識に基づいて展開されたために、PPS の初年度の支払いは予想よりも高かった。この状況は、スタートアップまたはその後の変化による必然的なコスト、或いは少なくとも短期的から中期的に PPS の効果に影響を及ぼした制度上の不十分な点のいずれかであると解釈することが可能である。異なるタイプの病院間での考えられる公平さと支払いに関する課題に対処するために、議会が PPS を修正した事実は、管理価格設定の政治的実施の解決に役立つであろう。PPS は、他の支払者が採用した技術を提供した。即ち、十分に開発されたメディケア DRG システムは、それを非高齢者人口に拡大するために修正された。ProPAC（1992）は、最近 PPS を他の支払者に拡大することの効果の可能性を評価し、それはおそらく保険費用の総額を低下させるであろうし、また病院、支払者、及び患者のタイプを越えて収入の再配分にある程度寄与すると結論した。

## 参考文献

- Altman,S., and Young, D.: A Decade of Medicare's Prospective Payment System—Success or Failure? *Journal of American Health Policy* 3(2):11-19, March/April 1993.
- Coulam, R., and Gaumer, G.: Medicare's Prospective Payment Syatem: A Critival Appraisal. *Health Care Financing Review* 1991 Annual Supplement, pp.45-77, March 1992.
- Russell,L.:*Medicare's New Hospital Payment System: IS it Working?* Washington, DC. Brookings Institution, 1989.
- Cartar, G., Newhouse, J., and Relles, D.: How much change in the case mix index is DRG creep? *Journal of Health Economics* 9(4):411-428, 1990.
- Lillie-Blanton, M., Felt, S., Redmon, P., et al.:Rural and Urban Hospital Closures, 1985-1988: Opening and Environmental characteristics that Affect Risk. *Inquiry* 29(3):332-344,Fall 1992.
- Robinson, J.,and Luft, H.:Competition, Regulation, and Hospital Costs. *Journal of the American Medical Association* 260(18):2676-2681, November11, 1988.
- Steinwald,B.,and Dummit, L.: Hospital Case-Mix Change: Sicker Patients or DRG Creep? *Health Affairs* 8(2):35-47, Summer 1989.
- Des Harnais, S., Chesney, J., and Fleming, S.: Trends and Regional Variations in Hospital Utilization and Quality During the First Two Years of the Prospective Payment System. *Inquiry* 25(3):374-382, Fall 1988.
- Kahn, K., Rogers, W., Rubinstein, L,et al.: Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *Journal of the American Medical Association* 264(15):1969-1973, October 17, 1990.

Figure 3

Annual Percent Change in Real National and Medicare Hospital per Capita Expenditures: 1970-91



SOURCE: (Prospective Payment Assessment Commission, 1992b); changes during 1990-91 calculated by MPR from HCFA's Office of the Actuary data.

### 3. Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals

George S. Chulis

Medical Care Review 48:2(Summer 1991)pp. 167-206

一部抜粋 (pp. 171-187, 190-195)

#### PPS（包括支払方式）に関する初期の批判と疑問

PPS（包括支払方式）の制定後、その実績に関する実質的な情報が利用可能になる前に、PPSはいくつかの理由で批判され、疑問を呈された。疑問は、PPS支払いのインセンティブが期待通り働くのか働かないのか、その設計が実際にコストを抑制できるのかできないのか、達成される PPS の節減が患者または社会の厚生水準を改善するのかどうか、PPS が米国の医療保障と医療供給システムを不安定にするのかどうか、及びプログラムが病院間の支払いを不公正に再配分するのかどうかについて提起された。

メディケア PPS の 1 つの批判は、それが本質的に医療費支払への出来高払いアプローチの手の込んだ変形体に過ぎないことを示唆した（エントーベンとノル、1984 年）。出来高払いに固有の問題は、医療提供者が多く医療を行うほど多く支払われる、即ち、「出来高払い仕事」のインセンティブである。一方 DRGs（診断群）は、単一のサービスではなく、むしろ、病院入院患者のために特定の疾病を治療するのに必要なパッケージまたは一括のサービスである。それにもかかわらず、エントーベンとノルは、PPS 支払いの構造が入院の数を増やす、コストをメディケアの他の部分にシフトする（たとえば外来）、及び DRG コーディングを操作するか、または実際により高価な治療を行うことのいずれかによって、患者を高支払いの DRGs にシフトするための明らかなインセンティブを有すると主張した。これらの理由で、彼等は、PPS がコスト抑制に成功するかどうかという疑問を呈した（エントーベンとノル、1984 年）。

アーロンは、一償還方式としての PPS 中に、異なるタイプの設計上の欠点があるとして PPS を疑問視した（アーロン、1984 年）。「上昇する病院コストと戦うために行進して行く DRGs を眺めることは、その目的に対する賞賛を喚起するが、武器の選択の無念さをかき立てる」(p. 103) とアーロンは表現した。彼は、3 つの部分、即ち、入院率の上昇、一般のインフレを超えた病院ケアのコストのインフレ、入院当たりの投入量の上昇、からなる真の（インフレ調整した）病院コストの増加に着目した。PPS のインセンティブは、最後の要素、入院当たりの投入量、のみに焦点を当てている。その入院当たりの投入量に関してさえも、アーロンは、病院が労働、器具、及び装置に払わなければならないコストに対してどの程度のコントロールを実際に有したかに疑問を呈した。彼は、PPS が総支出ではなくて入院当たりの費用にのみ焦点をあてたため、病院のコストの上昇を減速するための能力が限定されたと結論した。

フィックスは、医療システムを再構築していた数多くのコスト抑制改革の 1 つとして PPS を考えていた。しかしながら、個人及び社会の福利厚生を両方を調べる理論的な観点からみると、これらのプログラムが、個人の健康を改善する可能性のある医療サービスを得る個人の願望と、健康と他のタイプの社会的支出にわたって最も効果的に社会福祉費用を配

分する社会の要求との間の緊張を緩和できるかどうかは明らかでなかった（フックス、1986a）。彼は、医療支出を減らす3つの方法を指摘した。即ち、(1) 生産効率を高めること、(2) 投入物価格を減らすこと；最も重要なことは、長期コスト抑制に対し、(3) 少なめのサービスを提供すること、である。患者の観点からは、少な目のサービスの提供が恩恵となった唯一の方法は、除かれたサービスが患者の便益に寄与しなかったか、または実際、患者に害があった時に限られる。社会的な観点からみると、その問題はもっと複雑である。医療サービスは、患者に何らかの恩恵を与えることができるが、これらのサービスを提供するのに消費されている資源は、教育や所得への直接支払いのような他の分野において、より高い機会コスト（同じ支出に対してより良好な限界収益）を有する可能性がある。社会と個々の患者の利害が分かれる可能性があり、患者にまたがったサービスの限界効用が明確でないこれらの状況下では、PPSからの節減は、個人または集団の社会福祉を犠牲にして達成されている可能性がある（フックス、1986年）。

ギンスバーグは、60年以上にわたってうまく機能していた保健医療制度を不安定にさせた多くの変化のうちでPPSが最も著しいと論じた（ギンスバーグ、1986年）。この安定は、地域病院の地元助成金、医師会の支配、及び支払い相互支援の実践（裕福な人または保険加入者への高めの料金による貧しい人のための補助待遇）によるものであった。PPSは、ギンスバーグの見解では、地域病院を大きく変化させ、臨床的決定における医師の支配を侵食し、また貧しい人へのケアを補助する病院の能力を狭める支払い行為の引き締めを意味した。議論は、変化自体が悪いとか安定が良いということではなく、むしろPPSがその主目的を達成することなく先例の無い変化を引き起こすであろうということであった。彼は、その議論を次のように表現した。「コスト抑制を達成するための不安定化—現存の構造を根底から揺るがすこと—は道理に合った二律背反である。しかし、対応したコスト抑制の改善を達成することなく機能する医療システムを不安定化することは、私がそうであると信じるように、心もとない結果である。」(p. 757)。

シャインゴールドは、全米レートが実施された時、不正確なまたは不適切なPPS支払い調整のために、PPSがいくつかの病院を不公平な不利な立場に置き、そして意図しない方法で支払いを再配分するのではないかという疑問を呈した（シャインゴールド、1986年）。4年経って全米レートが全面的に導入された際、PPS支払いは、完全に病院特異的なコストから別離するであろう。全米支払いレート下では、PPSは、全病院に適応される退院当たりの平均コストを支払われるように設定された。定義により、平均コスト以下になる病院もあり、それ以上になる病院もあり、従って、DRG支払いで利益を得るかまたは失うかのいずれかである。PPS支払いは、回避しがたいかまたは病院の制御能力を超えていると思われた多数のコスト因子の相違を除くために標準化が行われた。これには、ケースミックス、地域の賃金レベル、教育活動（インターンとレジデントを訓練すること）、低所得患者の不均等な割合、および都市/地方状態に対する調整を含んだ。支払い方式は、DRGウェイトとこれらの他の因子に対して調整された全米平均退院コストが公平な支払いになるであろうと考えた。しかしながら、シャインゴールドは、DRGsがDRGs内の疾病の重篤度、即ち、1つの病院が1DRG内でより重い病気の患者を有した場合、平均支払いにより支払いが相対的に少なくなることに配慮しないことを指摘した。彼はまた、地域賃金の指標が労働市場を不完

全に定義したとことを確信した。例えば、大都市地域内の市の核または中心都市と、より郊外地域との間の労賃の差を考慮しなかったことを指摘した。シャインゴールドはまた、PPSの都市／地方の地理指定が正しく病院市場区域を定義したかどうか疑問を呈した。PPSの「企図した」目的についていくつかの仮定を用いて、彼は、元々意図しなかった方法でかなりの額のお金がPPSにより再配分される結果となったことを示した。

### PPSに関する初期の証拠

PPSが病院の行動にかなりの変化を引き起こしたという証拠は、プログラムの早期に集まり始めた。入院期間は、1967年のプログラムの開始以来、メディケア下の患者に対して徐々に短縮してきた（ゴニック等、1985年）。しかしながら、先例の無い入院期間の短縮が、PPSの初年度に報告された。更に、PPS下で予想された入院数の増加は具現化しなかった（米国保健省医療保険財政管理局1986；ギューターマンとドブソン、1986年）。入院期間の減少が他の治療入力の減少に伴っていたかどうかは、当初不明であった。即ち、メディケア入院は、短めではあったがより集中的であり、短めの入院中に以前と同様の医学検査と治療の量を提供したか？PPS下での入院期間の短縮は入院中の補助サービスの利用低下に伴ったことが証拠として提示された（ロング、チェスニー、アメント等、1987年）。これは、短めの入院日数に加えて、真の入院患者治療コストの節減があったことを示した。この時点では、他の民間及び公的コスト抑制プログラムも進行中であったので、入院期間と入院数の低下のどの部分がPPSのお陰であったのかが明らかでなかった。フィーダー、ハドリー、及びズッカーマン（1987年）による調査は、より決定的な証拠を提示した。彼等のPPS効果に関する分析は、1984年予算年度の間、PPS下で支払われた病院とコスト基準償還で支払われた病院との間のコスト上昇における相違に焦点を当てた。彼等は、ケース当たりのメディケア・コストが、過去のコストに基づいて償還を受けた病院と比較して、PPS下の病院では半分以下の速度で増加したことを見出した。更に、彼等は、PPSにより課せられる財政的圧力が大きければ大きいほど、ケース当たりのコストにおける増加率が低くなることを見出した。その著者達が表現するように、「もし病院がその挙動を改めないならば包括支払いから最も多くを失う立場にあった病院が・・・、病院のコスト増加を最も遅くした。」（p. 869）。

### PPSに関する現在の疑問

PPSが病院に生産コストの低下を引き起こしたという証拠の集積後に、PPSに関する他の疑問が表面化した。これらの疑問はPPSがコスト節減よりもむしろコストシフトを引き起こしたのではないかと、またはPPSがケアの質を悪化させたのではないかとということに関係があった。

シュウォーツは、PPSが病院コストに節減をもたらしたことを認めたが、彼は、その節減が一度のみであったと主張した（シュウォーツ、1987年）。彼は、病院コストの増加が長期にわたって3つの因子、即ち、人口の老齢化、病院ケアに対する投入コストの上昇、及び病院における新規でより高価な技術の普及、により推し進められると確信した。シュウォーツは、労働と非労働のインプットに対する将来コストの増加、及び新規の高価な技術の成長に何の軽減も見なかった。PPS下の病院サービス利用の減少は、おそらく不必要であったサービスの除去を表した。しかしながら、これらの不要とされるサービスが一旦完全に



取り除かれると、根底にある病院ケアの成長速度は、1984年のインフレ調整の2%レベルに留まらず、代わりにそれは過去のコストベースの償還と同様の、インフレ調整の7%レベルに戻るとシュウォーツは予測した。

メディケア入院患者の病院コストの成長がPPS下で減速していつていると同時に、外来患者のホスピタルフィーとドクターズフィーに対して費用が2桁台の増加が生じていた(シユラム、1988年)。これは、PPSが真の節減を達成したのか、または以前なら入院患者として扱われた患者が外来患者としてシフトされていたのかどうかの疑問を提起した。もしこのシフトが起こっていたならば、PPS入院コスト節減は、それらが表れたほど大きくはなかったことになる。

PPSに関するまた別の懸念は、その達成したコスト節減がケアの質の低下を伴って実現したかどうかであった。米国病院協会長は、病院が彼等の投入コストの増加に対して全額を支払われるというPPSの初期の意図を政府が反故にしたと非難した(マッカーシー、1988年)。彼女は、この支払い政策が病院の生存をおびやかす、従ってメディケア患者のケアへのアクセスを減らす脅威を与えると確信した。マッカーシーはまた、DRG支払い方式が「現在および将来の数多くの医学進歩の普及をかなり減速した」と主張した(p. 1685)。PPS前後に行われた股関節部骨折を有する高齢患者治療の調査は、PPS後に入院期間が短縮、患者当たりの物理学的治療数が減少、また高齢者福祉施設へ退院させられる患者比率が増加したことを示した。これらの結果は、質の悪いケアの直接的指標ではなかったが、より困惑させる結果は、退院1年後に高齢者福祉施設に入所したままの患者比率がPPS後に増加したということであった(フィッツジェラルド、ムーア、及びディッタス、1988年)。この調査に関する論評において、ウラデック(1988年)は、1病院と1条件からの結果が全病院へと一般化できないこと、及び支払いがDRG基準でなされるかどうかよりも病院に支払われた医療費の総額がケアの質に究極的により重要であると指摘した。しかしながら、彼は、この調査が「PPSの実施後に治療された患者に対して、PPS実施前に同じ病院で治療された患者よりも臨床結果がかなり劣る」という明らかな証拠であったと指摘した(p. 1412)。

### 証拠と議論に関する論評の必要性

PPSの批判者と支持者により提起されている問題は、理論、証拠、価値、及び暗黙の前提の混成を現している。各々が説得力のあるこれらの個々の分析と議論を、PPSの効果の理解向上が可能な多少大きめの観点に置くことが必要である。本稿の目的は、一連の注意深く定義された評価の観点においてPPSの最初の5年に関する証拠を系統的に論評することである。目的は、成果、意図しない、または望ましくない全ての結果、及びこの時点で知られていない何らかの効果についてのより明確な像である。最初のステップは、社会的プログラムの実績を評価する際に避けるいくつかの共通の落とし穴を論評することである。

#### 「解決」は可能か？

急速に上昇する病院及び医療コストの問題は、米国では新しいものではない。フックスは、この問題に対処しようとする試みにおける米国の経験を次のように記した。

政治家、知識人、保健専門家及び政策通は、何十年も医療の問題への「解決策」を提唱してきた。競争、規制、多めの政府補助金、少なめの政府補助金、病院と医師の供給の増減といった戦略の大部分は、いろいろな場合に取り入れられたが、どれもその解決策でなかったし、また解決策でありそうもない。何故そうでないのか？それらは理論において欠陥があったのか？実行において？必ずしもそうではない。いくつかの問題は解決を寄せ付けないこと、我々が望みうる最大は軽減と改善であることを率直に認める時がきた（フックス、1986b, 354）。

全ての人がこの見解に同意するわけではない。ソウエルは、社会政策問題に関心のある人々をしばしば2つの陣営に分けることが可能であることを指摘している（ソウエル、1987年）。彼は、いかなる問題についても多少中立的立場を占める大部分の人と共に立場の連続がある一方、社会政策論争をしばしば支配する2つの両極グループがあることを指摘する。1つのグループは、社会的問題が知識の応用と社会的技術の発展により永続的な方法で解決可能であると考えている。このグループは人間の本质と人間の諸制度の両方が完全となり得ると考える。この観点に立てば、人の創造性、社会的義務、問題についての事実の認識、新しい社会的技術、及び注意深い立案が、上昇する病院コストのような問題に対する解決策を創出しうることになる。

別の陣営は、人間の本质と人間の諸制度がいずれも完全にはなりえないと考える。この観点では、社会政策介入は、長い眼で見れば利益よりも害を引き起こしがちである。たとえば社会プログラムが当初の問題を解決するように工夫されても、望ましくない、予期せぬ結果が新しい、意図しない問題の形で生じるだろう。問題が悪く見えるのと同じくらい、また、問題の解決者の好ましい意図にかかわらず、長期的には、公共政策介入は利益よりも大きな害を及ぼす。これは、我々の本質と諸制度に深く根ざした社会問題を解決しうるほど熟知することも、はるか先を見通すことが出来ないために起こるのである。

ソウエルの主張は、それが、観察者にとって病院コストを抑制することにおいて明白で持続的成功以下のどんなものも不十分であることを意味し、PPSの実績を評価する時に有意義である。上昇する病院コストのような問題が本当に「解決される」ことが可能と考えるならば、限定された期間のみの成功、部分的成功を享受するプログラムはまた、ある意味で失敗でもある。別の人達は自動的に、上昇する病院コスト問題の解決へと向かういかなる部分的な成功も一時的な、また本質的に錯覚した現象として見なす。

### プログラム評価の問題

PPSのようなプログラムの成功を評価することにおいて難しさを創り出す、より微妙な要因もある。アーロンは、社会学者による研究と評価が、ケネディー／ジョンソンの「偉大な社会」プログラム効果の一般的認識をひどく傷つけたことを指摘した（アーロン、1978年）。研究とは、社会プログラムを評価するための元来保守的なツールである。それは、経験的に測定可能な行動に焦点を当てる傾向があり、分析項目別に問題に取り組み、本質的に懐疑的であり、またプログラムの成功について「証拠」の高い標準を設定する。証拠の高い標準は、評価下にあるプログラムの効果を、同時に起こる他の社会的影響から明確に分離する困難を考慮して、しばしば必要とされる。これらの評価基準は、社会プログラムの恩恵または功績を控えめに述べるように操作することが可能である。

本研究は、先に引用したフックスに近い立場をとる。即ち、上昇する病院コストの問題への持続的「解決」は無いが、プログラムが、この問題を「軽減及び改善」することが出来る知的な妥協を具体化して存続するということである。ここで扱われた疑問は、社会プログラムとしての PPS が、相対的な利益または害を及ぼしたかどうか、及びそれがどのようなプロセスで生じたか、である。

### PPS 効果を評価する観点

PPS が一体どのように効果的であったかを決定するために、いくつかの異なる観点で評価されるだろう。まず、PPS は、病院の生産効率を向上するという主目的を満たすのにどのように事が運んだかについて厳密に評価されるだろう。これは、PPS 下での効率向上から誰が財政的に恩恵を受けたかの議論も含むだろう。次のセクションは、DRG コーディング方式を操作すること及び不必要な入院を創り出すこと、即ち、PPS の 2 つの主要な潜在的、望まぬ結果を論じる。次に、我々は、一般及び特定のレベルの病院において、病院が PPS 下で財政的にどのように行動したかを調べる。その後、我々は、PPS がメディケア入院患者のケアの質に影響したかどうかを考察する。続くセクションは、PPS の財政的影響の評価へと焦点を変える。まず、入院患者費用に関し PPS がメディケアのためのお金を節約したかどうかという疑問を扱う。次に、財政的評価の焦点を、外来患者の病院及び医師サービスを含めて総メディケア費用を扱うために広げる。その後、我々は、全米の病院支出総額に及ぼす PPS の効果を調べる。最後に、全米の医療支出総額に及ぼす PPS の影響を調べる。PPS の効果を評価するために種々の財政的基準を使用することは、PPS を判断する際の過度に狭いかまたは過度に広い基準のいずれかを選択する落とし穴を回避することになる。

### PPS は平均入院期間を短縮したか？

PPS の主目的は、病院に、より対費用効果的に病院ケアを提供させることであった。この疑問の直接的な検証は、PPS 前後の平均入院期間を調べることである。入院期間の大幅な短縮が、PPS 下で 1984 年と 1985 年に報告された（ギューターマンとドブソン、1986 年；米  
国保健省医療保険財政管理局、1987a）。しかしながら、これらの報告された PPS の入院期間短縮の評価が、使用された PPS 前のデータが長期入院ケースを含んだために、誇張されたという説得力のある主張がなされた（ニューハウスとバーン、1988 年）。本論文は、ニューハウスとバーンによって明らかにされた評価に関する問題点を回避するためにデザインされている PPS 前の入院期間を計算する方法論を使用する。

### PPS 前の入院期間を評価すること

PPS 以前は、勿論、PPS 病院のメディケア患者と PPS 適用除外医療機関または PPS 病院内の PPS 除外ユニットのメディケア患者との間を区別する必要はなかった。PPS 下では、適用除外病院と除外ユニットは、精神医学及びリハビリテーションのケースのような主に長期滞在のケースを治療する。これらのケースは、包括 DRG 価格よりもむしろコスト基準で支払われる。ニューハウスとバーンは、これらの長期滞在ケースの多くが PPS 前のメディケ

ア短期入院の病院データに含まれていたと主張する。彼等は、これらの患者ケースが、PPS 下では適用除外病院または除外ユニットに移されていたという理由から、これらの患者ケースが PPS の入院期間のデータからおそらく除外されていると考えた。従って、PPS 前の病院データ（多少長期入院ケースを含むもの）を PPS 短期入院の病院データ（これらのケースが適用除外病院または除外ユニットに移されていた）と比較することは、PPS による入院期間の短縮効果を過大視すると考えた。

ニューハウスとバーンにより特定された評価の問題を解決するための全く申し分のない方法など無い。しかしながら、平均入院期間に及ぼす PPS の影響についてより精密な推定値を得ることは可能である。用いられるアプローチは、1984 年内の PPS 前と PPS 後の入院期間の差を計算すること、及び PPS に入らなかった病院、即ち、長期入院病院、からの退院を除外することである。PPS プログラムは、1984 年度に段階的に導入された（1983 年 10 月～1984 年 9 月）。病院は、彼等の 1984 年度財政会計年度を開始した四半期に PPS に加入した。いくつかの病院は、1983 年 10 月に加入し、まる 1 年 PPS 下にあった。次のグループは 12 月に加入し 1984 年度の 3 ヶ月を PPS 前の状態で、9 ヶ月を PPS 下で費やした。この段階的導入のプロセスは、1984 年 10 月に全病院が PPS 下になるまで続いた。PPS 前の基準からの長期入院病院の退院を含めることを避けるために、最終的に PPS に加入した病院からの退院だけを含めた。

#### PPS 下で入院期間はどの程度短縮したか？

表 1 は、総 PPS の退院患者数と最初の 46 PPS 州に対してデータを別々に示す。マサチューセッツ州とニューヨーク州は、最初は PPS から適用免除されたが 1986 年にプログラムに加入した。表は、これら 2 州追加の PPS 在院日数に及ぼす影響を分離することを可能にする。

PPS の最初の 1 年の間に 1.6 日を超える平均入院期間の急落があった。PPS 前の 1984 年における長期入院ケースのため、及び不完全なサンプルマッチングのための誇張の可能性を考慮しても、これはそのような短期間の入院における先例のない短縮であった。メディケアの短期入院病院に対する平均入院期間は、多年にわたって短縮してきているが、1967 年から 1982 年のどの年も半日ほどの短縮は決してなかった（ゴーニック等、1985 年）。

PPS 入院期間は、1984 年度と 1985 年度との間で 0.2 日増加した。これは、1984 年度の部分的データに起因する可能性があるが、それはまた、病院による PPS への過剰反応の修正を表している可能性がある。PPS が始まった時には、時期尚早の退院が行われているという報告があった。会計検査院は、調査を行い、早期退院である証拠を見出した（会計検査院、1985 年）。保健社会福祉省の監査官は、PPS の 2 年目の早期退院の問題を調査し、ほぼ 1% のみの早期退院を見出した（監察総監室、1988 年）。PPS の開始時に早期退院の問題があったならば、2 年目に修正されていたように考えられる。これは、1985 年の PPS 入院期間の上昇に対する 1 つの可能な説明である。

PPS 平均入院期間は、1985 年と 1988 年との間に 0.59 日増加した。しかしながら、この増加の大部分は、1986 年のニューヨーク州とマサチューセッツ州の加入によるものであった。1986 年には、マサチューセッツ州の短期入院病院における高齢者の平均入院期間は、