

**ESTADO DE RHODE ISLAND
OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS**

**09/22/2021 NOTIFICACIÓN PÚBLICA DE ENMIENDA PROPUESTA AL PLAN ESTATAL DE
MEDICAID DE RHODE ISLAND**

De acuerdo con las leyes generales 42-35 de Rhode Island, por la presente notificación se comunica que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) propone hacer la siguiente enmienda al Plan Estatal de Rhode Island en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social:

Revisión anual de hospitalización y aumentos de inflación

De acuerdo con la ley general de Rhode Island 40-8-13.4(b)(1)(i), la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) solicita la aprobación de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) a fin de aclarar, en el Plan estatal de Medicaid de Rhode Island, la metodología vigente utilizada para aplicar aumentos anuales de inflación en la tarifa base del grupo de diagnóstico relacionado (Diagnosis Related Group, DRG) para las hospitalizaciones. Específicamente, la aclaración determina que la EOHHS utilice el índice de precio de ingreso al hospital del sistema de pago fijo (Prospective Payment System, IPPS) de los CMS menos el ajuste de productividad para el aumento de inflación anual para las hospitalizaciones. La enmienda también aclara el proceso de revisión anual.

La fecha de entrada en vigor propuesta de este cambio es el 1 de octubre de 2021. No se prevé ningún impacto fiscal.

Se puede acceder a esta enmienda propuesta desde el sitio web de la EOHHS (www.eohhs.ri.gov); también está disponible en copia impresa a pedido (401-462-1501 o para RI Relay, marcar 711). Los interesados deben enviar datos, opiniones o comentarios por escrito antes del 22 de octubre de 2021 a Bryan Law, Executive Office of Health and Human Services, 3 West Rd, Cranston, RI, 02920, o a Bryan.Law@ohhs.ri.gov o por teléfono al (401) 462-1501.

De acuerdo con las leyes generales de Rhode Island 42-35-2.8, se concederá una audiencia oral sobre la enmienda al plan estatal propuesta si la solicitan veinticinco (25) personas, una agencia o una asociación conformada por al menos veinticinco (25) personas. La solicitud para una audiencia oral debe presentarse dentro de los diez (10) días de esta notificación.

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos no discrimina a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, creencia religiosa, creencia política o discapacidad en la aceptación o la prestación de servicios, o el empleo en sus programas o actividades.

Revisiones propuestas a las páginas del plan estatal

El pago para la atención hospitalaria proporcionada por los hospitales de Rhode Island o de otros estados bajo convenios de pago por servicio es el siguiente:

Pago base por DRG. En general, el pago se realizará según el grupo de diagnóstico relacionado, a través del algoritmo de Grupo de diagnóstico relacionado y perfeccionado para todos los pacientes (All Patient Refined Diagnosis Related Group, APR-DRG). El pago base por DRG será equivalente a la ponderación relativa por DRG específica de APR-DRG por el precio base por DRG por un ajustador de edad (si corresponde según se define en la siguiente sección c). Para los ingresos hospitalarios a partir del 1 de diciembre de 2015, la tarifa base por DRG que se paga a cada hospital por los servicios hospitalarios, según el cálculo conforme a esta metodología de pago, se verá reducida en un 2.5 %.

Con entrada en vigor el 1 de julio de 2016, el precio base por DRG aumentará en un 3 %, lo que generará un precio base de \$11,093.

Con entrada en vigor el 1 de julio de 2017, y para cada año fiscal estatal posterior, el precio base por DRG aumentará según la canasta básica de reembolso posible para los hospitales del CMS para el período aplicable, según lo informado en la Revisión de costos de la atención médica trimestral publicada por IHS Markit.

Para el período del 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, la tarifa base por DRG aumentará en un 7.2 %. Con entrada en vigor el 1 de julio de 2020, la tarifa base por DRG aumentará según el [cambio en la "canasta básica regulatoria vigente", tal como se refleja en la actualización de la canasta básica del sistema de pago fijo para las hospitalizaciones del CMS Sistema de pago fijo nacional \(National Prospective Payment System, IPPS\) Índice de precio de ingreso al hospital menos el ajuste a la productividad para el año fiscal federal actual.](#)

- a. Algoritmo APR-DRG. Con entrada en vigor el 1 de julio de 2016, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) utiliza la versión más actual del algoritmo APR-DRG. La intención de la EOHHS es actualizar la versión cada año de modo que utilice la más actual disponible a partir de la fecha de entrada en vigor de las tarifas.
- b. Ponderaciones relativas por DRG. Con entrada en vigor el 1 de julio de 2016, la EOHHS utiliza la versión más actual de las ponderaciones relativas-APR

nacionales, según lo publicado por 3M Health Information Systems. Para determinados servicios en los que Medicaid representa una parte importante del mercado de Rhode Island, se utilizarán los ajustadores de póliza para aumentar las ponderaciones relativas a fin de fomentar el acceso a la atención. Estos servicios (definidos en APR-DRG) y los ajustadores de póliza son: cuidados intensivos de neonatología: 1.25; nacimientos normales: 1.15; obstetricia: 1.15; salud mental: 1.45; y rehabilitación: 1.45. Los ajustadores de póliza tienen la intención de tener neutralidad presupuestaria; debido a que el pago por servicios con ajustadores de póliza es más alto de lo que hubiera sido de otro modo, el pago por otros servicios es más bajo de lo que hubiera sido de otro modo. La neutralidad presupuestaria se logra a través del nivel del precio base por DRG.

- c. Ajustador de edad. Para facilitar el acceso a la atención de salud mental a los niños, el cálculo del pago base por DRG incluirá un "ajustador de edad" a fin de aumentar el pago para estas hospitalizaciones. Con entrada en vigor el 5 de mayo de 2015, el valor del ajustador de edad para la salud mental pediátrica será de 2.50. Este valor se calculó de manera que, en general, el pago por las hospitalizaciones de salud mental pediátrica superaría los costos estimados de los hospitales en la prestación de esta atención.
 - d. Pago por DRG. El pago por DRG equivale al pago base por DRG más el pago de costo atípico por DRG más el pago de día atípico por DRG.
 - e. Pagos atípicos. Los pagos "atípicos" serán pagaderos para los servicios de hospitalizaciones médicamente necesarias que implican costos excepcionalmente altos o internaciones excepcionalmente largas. Todas las internaciones de salud mental serán elegibles para los pagos de día atípicos y todas las internaciones de salud física (es decir, salud no mental) serán elegibles para los pagos de costo atípicos. Este párrafo está destinado a cumplir con los requisitos de la Ley de Seguro Social §1902(s) (1) y para ampliar las protecciones atípicas al resto de las internaciones.
 - f. Pago de día atípico. Los pagos de día atípicos se realizarán a una tarifa por día para todos los días que dure una internación de salud mental después de un umbral de día atípico. Con entrada en vigor el 5 de mayo de 2015, la tarifa de pago de día atípico es de \$850 por cada día que supere el umbral de día atípico de 20 días. Los pagos de día atípicos se realizan únicamente por los días para los que el hospital recibió autorización previa.
 - g. Pago de costo atípico. Los pagos de costo atípicos se realizarán para las internaciones que califiquen como de costo atípico, lo cual se determinará mediante la comparación de la pérdida estimada del hospital por una internación en particular con el monto del umbral de costo atípico. Si una internación califica como de costo atípico, el pago del costo atípico será equivalente al porcentaje de costo marginal de todo el estado por la pérdida estimada. La pérdida estimada se calculará como los cargos cubiertos del hospital por una internación en particular por la proporción entre el costo y el cargo específica del hospital aplicable más reciente según lo calculado por la EOHHS a partir de informes de costos de Medicare. (Para los hospitales fuera de Rhode Island, se utilizarán las proporciones representativas entre el costo y los cargos). Con
-

entrada en vigor el 5 de mayo de 2015, el monto del umbral de costo atípico es de \$27,000 y el porcentaje de costo marginal de todo el estado es del 60 %.

- h. Ajustes de transferencia. Cuando se deriva a un paciente a otro hospital de cuidados intensivos o deja el hospital en contra de la recomendación médica, se calculará un pago de ajustes de transferencia. Este ajuste aplica a los estados de alta 02, 05 y 07. El ajuste de transferencia implica el cálculo de un monto por día equivalente al pago base por DRG dividido la duración de internación promedio a nivel nacional para el APR-DRG en particular. El monto por día se multiplicará por la duración real de la internación más un día, a fin de reflejar los costos adicionales relacionados con el ingreso hospitalario. Si el pago del ajuste de transferencia es inferior al pago calculado de otro modo, el hospital percibirá el pago del ajuste de transferencia.
- i. Elegibilidad incompleta. Cuando un paciente tiene elegibilidad de Medicaid para una sola parte de la internación, el pago será prorrateado para reflejar la elegibilidad incompleta. Se calculará un monto por día según lo descrito en el párrafo k anterior y se multiplicará por la duración real de la internación. Si el pago prorrateado es inferior al pago calculado de otro modo, el hospital percibirá el pago prorrateado.
- j. Monto permitido. El monto permitido será equivalente al pago por DRG, con ajustes por transferencias o elegibilidad incompleta según sea apropiado, más el monto del agregado.
- k. Monto del agregado. El monto del agregado es un mecanismo para hacer pagos por servicios que no tienen relación con el cálculo de DRG. Con entrada en vigor el 5 de mayo de 2015, el monto del agregado es cero.
- l. Pagos provisionales. Si la duración de la hospitalización supera los 29 días, el hospital puede elegir presentar un reclamo provisional y recibir un pago provisional. Con entrada en vigor el 5 de mayo de 2015, el monto del pago provisional es de \$850 por día. Esta disposición tiene como finalidad proporcionar flujo de efectivo y garantizar acceso a los pacientes que necesitan internaciones excepcionalmente largas en la unidad de cuidados intensivos. Una vez que un paciente recibe el alta, los pagos provisionales se recuperarán y el pago final se calculará según lo descrito anteriormente.
- m. Autorización previa. En general, todos los ingresos requieren autorización previa. Las únicas excepciones son los partos y los nacimientos normales (es decir, los recién nacidos que no tuvieron que ingresar a la unidad de cuidados intensivos de neonatología). En general, no se requiere la autorización previa de la duración de la internación. La única excepción es cuando el pago por una internación de salud mental es por DRG y la duración de la internación supera el umbral de día atípico. Se requiere la autorización para los días que superan el umbral si la internación es elegible para el pago de día atípico.
- n. Niños con doble diagnóstico de salud mental y discapacidad intelectual que requieren cuidados intensivos durante semanas o meses. Sujetas a autorización previa, estas internaciones no estarán incluidas en el método de pago por DRG y

se pagarán por día. La tarifa por día se basará en el costo de la atención según lo estimado a partir de los informes de costo de Medicare.

- o. Reclamos cruzados de Medicare. Estas internaciones, en las que Medicaid actúa como pagador secundario detrás de Medicare, no están incluidas en el método de pago por DRG. El pago de Medicaid se calcula como el coseguro y deducible de Medicare por la proporción entre el costo y los cargos específica del hospital según lo calculado por la EOHHS a partir del informe de costo de Medicare.
 - p. Revisión anual. La EOHHS revisará el método de pago por DRG al menos anualmente y hará las actualizaciones que considere pertinentes mediante el proceso de elaboración de las normas. El alcance de la revisión anual incluirá, como mínimo, la versión del algoritmo DRG, las ponderaciones relativas por DRG, el precio base por DRG, los umbrales atípicos, los parámetros de pago atípicos, los ajustadores de póliza y los ajustadores de edad. Con respecto al precio base por DRG, la EOHHS tendrá en cuenta al menos los siguientes factores a la hora de decidir qué cambio implementar, en caso de que lo hubiere: cambios o niveles de acceso del beneficiario a una atención de calidad; la actualización de la canasta básica del sistema de pago fijo para las hospitalizaciones del Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) ~~Sistema de pago fijo nacional (National Prospective Payment System, IPPS)~~ Índice de precio de ingreso al hospital sistema de pago fijo para las hospitalizaciones del CMS menos el ajuste a la productividad para el año fiscal federal actual; correcciones técnicas para compensar los cambios en las ponderaciones relativas por DRG o los ajustadores de póliza; cambios en la manera en la que los hospitales proporcionan los códigos de diagnóstico y procedimiento en relación con los reclamos; y las asignaciones presupuestarias.
 - q. Información publicada. Los hospitales, los beneficiarios y otros interesados pueden encontrar las versiones actuales de la calculadora de DRG (incluida la tarifa de pago base por DRG para cada APR-DRG) en el sitio web de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, actualizada al 1 de julio de 2019: <http://www.eohhs.ri.gov/ProvidersPartners/GeneralInformation/ProviderDirectories/Hospitals.aspx>
-