

**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 servicios ambulatorios y aumentos de inflación

De acuerdo con la ley general de Rhode Island 40-8-13.4(b)(2), 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 el aumento de inflación anual a las tarifas de los servicios ambulatorios. Específicamente, la aclaración determina que la EOHHS utilice la actualización de la canasta básica del sistema de pago fijo de los hospitales para los servicios ambulatorios del CMS menos el ajuste a la productividad. La enmienda también aclara el proceso de revisión anual.

La fecha propuesta para la entrada en vigor de estos cambios 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

MÉTODOS Y NORMAS PARA LA FIJACIÓN DE TARIFAS DE PAGO - OTROS TIPOS DE ATENCIÓN PAGO DE SERVICIOS Y ATENCIÓN MÉDICA Y CORRECTIVA

1. Las estructuras de honorarios se establecerán y estarán elaboradas para captar la participación de una cantidad suficiente de proveedores de servicios en el programa de manera tal que las personas elegibles puedan recibir los servicios y la atención médica que se incluyen en el plan, al menos en la medida en que estén disponibles.
2. La participación en el programa se limitará a proveedores de servicio que acepten, como pago de cancelación, los montos que se pagan de acuerdo con la estructura de honorarios.
3. El pago para los servicios de médico, dentista y otro profesional individual será equivalente al cargo facturado o al honorario del estado por dicho servicio, lo que sea menor. Los cronogramas de honorarios están publicados en el sitio web de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos en la pestaña Proveedores y Socios:
<http://www.eohhs.ri.gov/ProvidersPartners/GeneralInformation/ProviderDirectories/Hospitals.aspx>. Todos los proveedores de servicio gubernamentales y privados reciben un reembolso de acuerdo con el mismo cronograma de honorarios publicado. Las tarifas del Programa de Asistencia Médica tienen vigencia desde el 1 de julio de 2017 y tienen validez para los servicios prestados posteriormente.
4. A continuación describimos la estructura de pago por puntos de servicio.
 - a. Servicios de hospitalización: según lo descrito en el Adjunto 4.19A.
 - b. Servicios ambulatorios: El Programa de Asistencia Médica pagará los servicios ambulatorios mediante un cronograma de honorarios que se basa en el sistema de pago fijo para servicios ambulatorios de Medicare, aunque no es idéntico. Las disposiciones específicas estipulan lo siguiente:
 1. En general, el pago se realizará de acuerdo con el cronograma de honorarios; el honorario se multiplicará por el número de unidades permitidas en la línea de reclamo. Los honorarios se obtendrán de la siguiente manera:

Para consultas, cirugías, procedimientos de diagnóstico por imágenes y otros servicios en los que Medicare paga a los hospitales mediante grupos de clasificación de pago ambulatorio (Ambulatory Payment Classification, APC), excepto que el plan indique lo contrario, las tarifas del cronograma de honorarios elaborado por el estado son las mismas para proveedores de servicios ambulatorios tanto gubernamentales como privados. La tarifa del cronograma de honorarios de la agencia tiene vigencia desde el 1 de julio de 2019 y tiene validez para los servicios prestados posteriormente. Todas las tarifas se publican en el sitio web de la EOHHS en la dirección que aparece arriba. Para el período del 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, las tarifas de servicios ambulatorios aumentará en un 7.2 %. Para cada año fiscal estatal posterior, las tarifas aumentarán 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 los servicios ambulatorios del CMS menos el ajuste a la productividad, para el año calendario en el que inicia el año fiscal estatal actual, por el aumento de la tarifa OPPS más reciente de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid.

 - a. Para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, excepto si se señala lo contrario en el plan, las tarifas del cronograma de honorarios elaborado por el estado son las mismas para proveedores de servicios ambulatorios tanto gubernamentales como privados. La tarifa del cronograma de honorarios de la agencia tiene vigencia desde el 1 de julio de 2019 y tiene validez para los servicios prestados posteriormente. Todas las tarifas se publican en el sitio web de la EOHHS en la dirección que aparece arriba. Para el período del 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, las tarifas de servicios ambulatorios aumentará en un 7.2 %. Para cada año fiscal estatal posterior, las tarifas aumentarán 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 los servicios ambulatorios del CMS menos el ajuste a la productividad, para el año calendario en el que inicia el año fiscal estatal actual, por el aumento de la tarifa OPPS más reciente de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid.
 - b. Para servicios de laboratorio con fechas posteriores al 1 de enero de 2016, el pago se hará conforme a la tarifa de laboratorio comunitaria no hospitalaria. Los honorarios tienen validez para reclamos con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2016. El cronograma de honorarios puede encontrarse en el sitio web de la EOHHS en la dirección que aparece arriba.
 - c. Para servicios de observación, la EOHHS pagará un honorario por hora a partir de 8 a 24 horas después de la observación. El honorario de observación de la agencia tiene vigencia desde el 1 de julio de 2019 y tiene validez para los servicios prestados a partir de esa fecha. El honorario de observación está incluido en el cronograma de honorarios que se encuentra en el sitio web

de la EOHHS en la dirección que aparece arriba. Para el período del 1 de julio de 2019 al 30 de junio, las tarifas de servicios ambulatorios aumentará en un 7.2 %. Para cada año fiscal estatal posterior, las tarifas aumentarán por el aumento de la tarifa OPPS más reciente de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, 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 los servicios ambulatorios del CMS menos el ajuste a la productividad, para el año calendario en el que inicia el año fiscal estatal actual.

- d. Para los demás servicios ambulatorios cubiertos por el Programa de Asistencia Médica, los honorarios se basarán en los honorarios para servicios similares tal como se identifica en otra parte del plan estatal. Para los servicios no mencionados y otras situaciones extraordinarias para las que no se puede calcular un honorario, el pago se hará conforme a un porcentaje de los cargos.
2. El pago por honorario se modificará en las siguientes situaciones:
 - a. Para los servicios bilaterales designados adecuadamente por el modificador 50, el pago se hará al 150 % del monto que fuera aplicable.
 - b. Para fármacos cubiertos en la Sección 340B de la Ley del Servicio de Salud Pública tal como se designa adecuadamente por el modificador UD, el pago se hará al 100 % de los cargos facturados.
 3. Ciertos tipos de servicios están sujetos a descuentos cuando un reclamo contiene más de una línea que muestra códigos de procedimientos dentro de cada tipo de servicio. La línea con el honorario más alto se pagará al 100 %, la línea con el segundo honorario más alto se pagará al 50 % del honorario que fuera aplicable, la línea con el tercer honorario más alto se pagará al 25 % del honorario que fuera aplicable y la cuarta y siguientes líneas se pagarán cero. Los descuentos solo se aplicarán dentro de cada tipo de servicio. Por ejemplo, si un reclamo contiene tres líneas para una radiografía, una tomografía computada y una ecografía, cada línea se pagará al 100 %. Los siete tipos de servicio son los siguientes:
 - a. Procedimientos importantes sujetos a descuentos según lo designado por Medicare con estatus "T" en la clasificación de pago ambulatorio (Ambulatory Payment Classification, APT) (en general, el Programa de Asistencia Médica usará la misma lista de procedimientos que Medicare, pero puede haber excepciones específicas).
 - b. Tomografías computadas
 - c. Ecografías
 - d. Radiografías
 - e. Radioterapia
 - f. Exámenes de medicina nuclear
 - g. Resonancias magnéticas
 4. Algunas líneas de reclamo estarán listas, es decir, la línea se considerará pagada pero el pago será de cero. Este método aplicará a los códigos de anestesia y sala de recuperación (independientemente del código de procedimiento), líneas sin códigos de procedimiento y líneas con códigos de procedimiento según lo designado por Medicare. (En general, el Programa de Asistencia Médica usará la misma lista de procedimientos integrales que Medicare, pero puede haber excepciones específicas).
 5. Los hospitales fuera del estado reembolsarán los servicios de cirugía ambulatoria proporcionados a los beneficiarios del Programa de Asistencia Médica de Rhode Island a una tarifa equivalente al cincuenta y tres por ciento (53 %) del cargo usual de dicho hospital para estos servicios prestados a beneficiarios del Título XIX en ese estado. El reembolso de los servicios ambulatorios para los demás servicios, sin incluir laboratorio, diagnóstico por imágenes y médicos, será del sesenta y cuatro por ciento (64 %) de la tarifa de cirugía ambulatoria.
 6. El pago para todos los servicios ambulatorios será definitivo, sin proceso de liquidación al cierre del año. .
 7. Los pagos y reclamos por los servicios ambulatorios se procesan a través del Sistema de Gestión de la Información de Medicaid (Medicaid Management Information System, MMIS).
 8. Únicamente los hospitales y los proveedores dependientes de hospitales o clínicas, de acuerdo con 42 CFR 413.65, reciben reembolsos conforme a la metodología de reembolso del servicio ambulatorio.
 9. Pago suplementario ambulatorio y cálculo del UPL
 - a. Para los servicios ambulatorios proporcionados después del 1 de julio de ~~2009~~2021, cada hospital con licencia del Departamento de Salud de RI, excepto aquellos hospitales cuyos servicios principales e inventario de camas son de psiquiatría, recibe un pago cuyo monto se determina de la siguiente manera:
 - 1) Determinar la suma de ~~todos~~ los pagos brutos de Medicaid (incluida la responsabilidad de tercera persona [Third Party Liability, TPL], pero sin incluir los reclamos superpuestos para los que Medicare es el pagador principal) del MMIS de Rhode Island y los demás pagos ambulatorios de modalidad "pago por servicio" (Fee-For-Service, FFS)

de Medicaid a hospitales hechos por servicios ambulatorios y del departamento de emergencias, proporcionados durante el año fiscal de cada hospital ~~finalizando durante 2008~~, incluidas las liquidaciones.

- 2) Multiplicación del resultado de (1) que aparece arriba por un porcentaje consistente con los principios de resoluciones costos; y El cálculo del límite máximo de beneficios (Upper Profits Limit, UPL) es una estimación razonable del monto una estimación de que Medicare pagaría por los servicios equivalentes de Medicaid para los servicios ~~costo~~ ambulatorios a hospitales ~~no gubernamentales privados~~. Específicamente, se aplica una proporción de los costos ambulatorios de Medicare y los cargos ambulatorios de Medicare a los cargos ambulatorios y de la sala de emergencias de Medicaid para determinar el monto ~~costo~~ (el límite) total del UPL de Medicaid. Luego, este monto se infla para ajustarse desde el año del informe de costos al año del UPL. El factor de inflación del UPL es un factor compuesto: el ajuste de inflación de la Asamblea General de Rhode Island promulgada para el año de demostración estatal multiplicado por el ajuste de inflación de la Asamblea General de Rhode Island promulgada para el año fiscal estatal anterior. El costo del impuesto al proveedor de Medicaid se suma al monto del UPL inflado para determinar el monto del UPL de Medicare ajustado.

A excepción del Hospital Bradley, la información sobre los costos habituales y secundarios de Medicare proviene de cada informe de costos de Medicare tal como fue presentado por cada proveedor (CMS 2552), hoja de trabajo D, parte V, columna 5, línea 202. Parte 2, línea 49 (servicios del PPS y subproveedores)

La información sobre los cargos habituales y secundarios de Medicare proviene de cada informe de costos de Medicare tal como fue presentado por cada proveedor (CMS 2552), hoja de trabajo D, parte V, columna 2, línea 202. 30-40 (servicios del PPS y subproveedores)

Para el Hospital Bradley, la información sobre los cargos habituales y secundarios de Medicare proviene del informe de costos de Medicare tal como fue presentado por el proveedor (2552-10), hoja de trabajo G-2, parte I, columna II, línea 28. Para determinar la información de costos ambulatorios del Hospital Bradley:

- A. Identificar los cargos de hospitalizaciones totales (informe de costos de Medicare tal como fue presentado 2552-10, hoja de trabajo G-2, parte I, columna I, línea 28)
- B. Identificar los cargos ambulatorios totales (detallados anteriormente)
- C. Calcular los cargos totales de hospitalizaciones y servicios ambulatorios (A + B)
- D. Calcular el porcentaje de cargos ambulatorios para los cargos totales (B / C)
- E. Identificar los costos totales de hospitalizaciones y servicios ambulatorios del informe de costos de Medicare tal como fue presentado 2552-20, hoja de trabajo G-2, parte I, columna 2, línea 43.
- F. Calcular el monto total de los costos ambulatorios (D * E)

El estado deberá usar el informe de costos de Medicare para el año fiscal del hospital que comienza en el año fiscal federal dos años antes que el año de demostración del estado. Por ejemplo, un SFY 22 de demostración presentado en junio de 2022 (final del SFY 22, dentro del FFY 22) usaría un informe de costos de Medicare para el año fiscal del hospital que comienza en el FFY 20 (fechas de inicio del informe 10/1/2019 y 1/1/2020, las dos en el FY 20).

- 3) El total de los pagos por servicios ambulatorios y sala de emergencia de Medicaid inflados en el año de demostración luego se restan del monto del UPL de Medicare ajustado para determinar la brecha del UPL, que es la base para el importe del pago suplementario ambulatorio. La brecha del UPL se calcula usando un agregado de las brechas individuales de los hospitales ~~operados por el estado y de su propiedad~~, que no pertenecen al estado ~~operados y privados~~. El cálculo del límite máximo de beneficios (Upper Profits Limit, UPL) de servicios ambulatorios es una estimación razonable del monto que Medicare pagaría por los servicios equivalentes de Medicaid.

La información sobre los costos proviene de los informes de costos de Medicare de cada proveedor (CMS 2552), hoja de trabajo D, parte V, columna 5, línea 202.

La información sobre los cargos proviene del informe de costos de Medicare de cada proveedor (CMS 2552), hoja de trabajo D, parte V, columna 5, línea 202.

El UPL tiene tendencia a la inflación y utilización mediante el uso de CPI-U hospital y servicio relacionado—Indicadores de atención médica del CMS, tabla 7: cambio porcentual en precios médicos y

- 4) La brecha del UPL acumulada se distribuye tridimensionalmente (el 20 de julio, octubre, enero y abril) entre todos los hospitales elegibles según la relación porcentual de los pagos de Medicaid de cada hospital hasta los pagos totales de Medicaid para todos los hospitales que no pertenecen al estado. Los hospitales Bradley y Butler no son

~~elegibles para recibir los pagos del UPL ambulatorios. Pagar a cada hospital el 20 de julio, 20 de octubre, 20 de enero y 20 de abril un cuarto del resultado generado por la multiplicación del resultado de (1) y (2) que aparecen arriba.~~

- c. Se harán pagos por servicios clínicos rurales a una tarifa razonable por consulta fijada por el proveedor de Medicare. El pago por cada servicio ambulatorio, diferente a los servicios clínicos rurales, se hará de acuerdo con las tarifas o cargos establecidos para esos servicios cuando se proporcionan en otros entornos.
-