

**ESTADO DE RHODE ISLAND  
GABINETE EXECUTIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS**

**AVISO PÚBLICO DE 09/22/2021, DE PROPOSTA DE EMENDA AO PLANO ESTATAL MEDICAID DE  
RHODE ISLAND**

Em conformidade com as Leis Gerais 42-35 de Rhode Island, informa-se que o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) propõe fazer a seguinte alteração ao Plano do Estado de Rhode Island ao abrigo do Título XIX da Lei da Segurança Social:

**Aumentos Inflacionários e Avaliação Anual dos Hospitais de Dia**

Em conformidade com a Lei Geral 40-8-13.4(b)(2) de Rhode Island, a EOHHS está a procurar obter a aprovação dos Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para esclarecer no Plano Estatal Medicaid de Rhode Island sobre a metodologia atual utilizada para aplicar o aumento anual da inflação às taxas dos hospitais de dia. Especificamente, o esclarecimento prevê que a EOHHS use o CMS Outpatient Hospital Prospective Payment System Market Basket Update Less Productivity Adjustment. A alteração também clarifica o processo de avaliação anual.

Foi proposto que estas alterações entrem em vigor a partir de 1 de Outubro de 2021. Não se antecipa um impacto fiscal.

Esta proposta de alteração está acessível na página web da EOHHS ([www.eohhs.ri.gov](http://www.eohhs.ri.gov)) ou disponível em cópia impressa mediante pedido (401-462-1501 ou RI Relay, marque 711). As pessoas interessadas deverão submeter dados, opiniões ou comentários escritos até dia 22 de Outubro de 2021 para Bryan Law, Executive Office of Health and Human Services, 3 West Rd, Cranston, RI, 02920, ou [Bryan.Law@ohhs.ri.gov](mailto:Bryan.Law@ohhs.ri.gov) ou por telefone através de (401) 462-1501.

Em conformidade com as Leis Gerais 42-35-2.8 de Rhode Island, será concedida uma audiência oral sobre a proposta de Alteração ao Plano Estatal se for solicitada por vinte e cinco (25) pessoas, uma agência, ou por uma associação com pelo menos vinte e cinco (25) membros. Qualquer pedido de audiência oral deverá ser feito no prazo de dez (10) dias após esta notificação.

O Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos não discrimina indivíduos com base na raça, cor, origem nacional, sexo, identidade ou expressão de género, orientação sexual, deficiência, crenças religiosas ou crenças políticas na aceitação ou prestação de serviços ou emprego nos seus programas ou atividades.

## Revisões Propostas às Páginas do Plano Estatal

### MÉTODOS E NORMAS PARA ESTABELEECER TAXAS DE PAGAMENTO - OUTROS TIPOS DE CUIDADOS PAGAMENTO DE CUIDADOS E SERVIÇOS MÉDICOS E CORRETIVOS

1. Serão estabelecidas estruturas de taxas destinadas a mobilizar a participação de um número suficiente de prestadores de serviços no programa, para que as pessoas elegíveis possam receber os cuidados médicos e serviços incluídos no plano, pelo menos na medida em que estejam disponíveis.
2. A participação no programa ficará limitada a prestadores de serviços que aceitem, como pagamento integral, os montantes pagos de acordo com a estrutura de taxas.
3. Os pagamentos de médicos, dentistas e outras consultas médicas individuais será igual ao menor dos custos faturados ou à taxa do Estado para esse serviço. As tabelas de honorários estão publicadas na página web do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos sob o separador Prestadores e Parceiros:  
<http://www.eohhs.ri.gov/ProvidersPartners/GeneralInformation/ProviderDirectories/Hospitals.aspx>. Todos os prestadores de serviços governamentais e privados são reembolsados de acordo com a mesma tabela de honorários publicada. As tarifas do Programa de Assistência Médica foram fixadas a 1 de Julho de 2017 e são efetivas para serviços nessa data ou após essa data.
4. Segue-se uma descrição da estrutura de pagamento por itens de serviço.
  - a. Serviços hospitalares de internamento: como descrito no anexo 4.19A.
  - b. Serviços hospitalares de ambulatório: O Programa de Assistência Médica irá pagar os serviços hospitalares de ambulatório através de uma abordagem de tabela de honorários baseada, mas necessariamente idêntica, no sistema de pagamentos em ambulatório estimados da Medicare. As disposições específicas são as seguintes:
    1. Em geral, o pagamento será por tabela de honorários, sendo os honorários multiplicados pelo número de unidades permitidas no item do requerimento. Os honorários serão derivados da seguinte forma:

Para visitas, cirurgias, procedimentos de imagiologia, medicamentos e outros serviços em que a Medicare pague a hospitais que usem grupos Ambulatory Payment Classification (APC), salvo indicação em contrário no plano, as taxas na tabela de honorários de origem estatal são as mesmas tanto para fornecedores governamentais como privados de serviços hospitalares ambulatoriais. A tabela de honorários da agência foi fixada a 1 de Julho de 2019 e é efetiva para serviços prestados nessa data ou após essa data. Todas as tarifas são publicadas na página web da EOHHS no endereço acima indicado. Para o período de 1 de Julho de 2019 até 30 de Junho de 2020, as taxas de pacientes ambulatoriais serão aumentadas em 7,2%. Para cada ano fiscal estatal seguinte, as taxas serão aumentadas com base na alteração da "cesta de mercado de regulação real", tal como refletido no CMS Outpatient Hospital Prospective Payment System Market Basket Update Less Productivity Adjustment para o ano civil que contém o início do ano fiscal estatal atual, pelo mais recente aumento da taxa OPPS dos Centers for Medicare and Medicare Services.
    - a. Para serviços físicos, ocupacionais e de terapia da fala, salvo indicação contrária no plano, as taxas de honorários desenvolvidas pelo Estado são as mesmas tanto para prestadores governamentais como prestadores privados de serviços hospitalares de ambulatório. A tabela de honorários da agência foi fixada a 1 de Julho de 2019 e é efetiva para serviços prestados nessa data ou após essa data. Todas as tarifas são publicadas na página web da EOHHS no endereço acima indicado. Para o período de 1 de Julho de 2019 até 30 de Junho de 2020, as taxas de ambulatório serão aumentadas em 7,2%. Para cada ano fiscal estatal seguinte, as taxas serão aumentadas com base na alteração da "cesta de mercado de regulação real", tal como refletido no CMS Outpatient Hospital Prospective Payment System Market Basket Update Less Productivity Adjustment para o ano civil que contém o início do ano fiscal estatal atual, o mais recente aumento da taxa OPPS dos Centers for Medicare and Medicare Services.
    - b. Para serviços de laboratório com datas de serviço em ou a partir de 1 de Janeiro de 2016, o pagamento será feito à tarifa de laboratório comunitário não hospitalar. As taxas são efetivas para requerimentos com uma data de serviço em ou a partir de 1 de Janeiro de 2016. A tabela de taxas pode ser encontrada no site da EOHHS no endereço acima indicado.
    - c. Para serviços de observação, a EOHHS irá pagar uma taxa horária entre a 8ª e a 24ª hora de observação. A taxa de observação da agência foi fixada a 1 de Julho de 2019 e é efetiva para serviços prestados nessa data ou após essa data. A taxa de observação está incluída na tabela de honorários encontrada no site da EOHHS no endereço acima indicado. Para o período de 1 de Julho de 2019 até 30 de Junho, as taxas de ambulatório serão aumentadas em 7,2%. Para cada ano fiscal estatal posterior, as taxas serão aumentadas pelo mais recente aumento da taxa OPPS dos Centers for Medicare and Medicare Services, com base na alteração da "cesta de regulação atual do mercado".

tal como refletido no CMS Outpatient Hospital Prospective Payment System Market Basket Update Less Productivity Adjustment para o ano civil que contém o início do ano fiscal em curso.

e.

- d. Para quaisquer serviços hospitalares ambulatoriais restantes cobertos pela Assistência Médica, as taxas serão baseadas em taxas para serviços semelhantes, tal como identificado noutros pontos do plano do Estado. Para serviços não listados e outras situações raras em que nenhuma taxa pode ser calculada, o pagamento será feito a uma percentagem das cobranças.
2. O pagamento por taxa será modificado nas seguintes situações:
    - a. Para serviços bilaterais, conforme adequadamente designado pelo modificador 50, o pagamento será feito a 150% do montante aplicável de outro modo.
    - b. Para medicamentos abrangidos pela Secção 340B do Public Health Service Act, conforme adequadamente designado pelo modificador UD, o pagamento será a 100% dos encargos faturados.
  3. Certos tipos de serviços estão sujeitos a pagamento com desconto quando um requerimento contém mais do que um item mostrando os códigos de procedimento dentro de cada tipo de serviço. O item com a taxa mais alta será pago a 100%, o item com a segunda taxa mais alta será pago a 50% da taxa aplicável de outro modo, o item com a terceira taxa mais alta será pago a 25% da taxa aplicável de outro modo, e o quarto e todos os itens subsequentes serão pagos a zero. O desconto só será aplicável dentro de cada tipo de serviço. Por exemplo, se um requerimento contiver três itens correspondentes a uma radiografia, uma tomografia computadorizada e uma ecografia, cada item será pago a 100%. Os sete tipos de serviço são os seguintes:
    - a. Procedimentos significativos sujeitos a descontos, conforme designado pela Medicare com o estatuto APC "T." (Em geral, a Assistência Médica utilizará a mesma lista de procedimentos que a Medicare, mas poderão ser feitas exceções específicas).
    - b. Tomografias computadorizadas
    - c. Ultra-som
    - d. Raios X
    - e. Radiologia terapêutica
    - f. Varrimentos de medicina nuclear
    - g. Imagem por de Ressonância Magnética
  4. Alguns itens do requerimento estarão em pacotes, ou seja, o item será considerado pago mas com um pagamento de zero. O empacotamento aplicar-se-á a itens com códigos de anestesia e de sala de recuperação (independentemente do código de procedimento), itens sem códigos de procedimento, e itens com códigos de procedimento designados como empacotados sob a Medicare. (Em geral, a Assistência Médica irá utilizar a mesma lista de procedimentos empacotados que a Medicare, mas poderão ser feitas exceções específicas).
  5. Os hospitais fora do Estado serão reembolsados pelos serviços de cirurgia ambulatoria prestados aos beneficiários de assistência médica de Rhode Island a uma taxa igual a cinquenta e três (53%) do(s) encargo(s) habitual(is) do hospital fora do Estado para esses serviços aos beneficiários do Título XIX nesse Estado. O reembolso de ambulatório de todos os outros serviços, exceto laboratório, imagiologia e médicos, será de sessenta e quatro por cento (64%) da taxa de cirurgia ambulatorial.
  6. O pagamento de todos os serviços de ambulatório será definitivo, sem processo de liquidação no final do ano. .
  7. Os requerimentos e pagamentos hospitalares de ambulatório são processados através de MMIS.
  8. Apenas os hospitais e as entidades baseadas no prestador, de acordo com o 42 CFR 413.65., são reembolsados de acordo com a metodologia de reembolso hospitalar de ambulatório.
  9. Pagamento Suplementar Ambulatorial e Cálculo do UPL
    - a. Para os serviços de ambulatório prestados no período após 1 de Julho de ~~2009~~2021, a cada hospital licenciado pelo Departamento de Saúde de RI, exceto os hospitais cujos serviços primários e inventário de camas sejam psiquiátricos, é pago um montante determinado da seguinte forma:
      - 1) Determinar a soma dos ~~todos~~ pagamentos brutos da Medicaid (incluindo o TPL, mas excluindo os requerimentos cruzados para os quais a Medicare é o principal pagador) do MMIS de Rhode Island e de todos os outros pagamentos ambulatoriais FFS da Medicaid aos hospitais efetuados para serviços ambulatoriais e de emergência prestados durante o ano fiscal de cada hospital ~~terminando durante 2008~~, incluindo liquidações.
      - 2) ~~Multiplicar o resultado de (1) acima por uma percentagem consistente com os princípios de cálculo de custos da Medicare;~~ O cálculo do UPL Ambulatorial é uma estimativa razoável do montante ~~n~~ estimativa de que a Medicare pagaria por serviços Medicaid equivalentes para serviços ~~eusto~~ de ambulatório em hospitais não geridos pelo Estado hospitais privados. Especificamente, é aplicado um rácio entre os custos de ambulatório da Medicare e as cobranças de ambulatório da Medicare para determinar o montante ~~eusto~~ (o limite) total de UPL da Medicaid. Isto é então inflacionado para fazer o ajuste do ano do relatório de custos para o ano UPL. O fator de inflação UPL é um fator

composto: o ajustamento inflacionário da Assembleia Geral de Rhode Island decretado para o ano de demonstração estatal multiplicado pelo ajustamento inflacionário da Assembleia Geral de Rhode Island decretado para o ano fiscal estatal anterior. O custo do Imposto de Prestador da Medicaid é adicionado ao montante UPL Inflado para determinar o montante UPL Ajustado da Medicare.

Exceto para o Hospital Bradley, as informações de rotina e de custos acessórios da Medicare provêm do relatório de custos da Medicare de cada fornecedor (CMS 2552), Folha de Trabalho D, Parte V, Coluna 5, Linha 202, Parte 2, Linha 49 (Serviços PPS e subfornecedores)

As informações de rotina e de taxas acessórias da Medicare são provenientes do relatório de custos da Medicare de cada fornecedor (CMS 2552), Folha de Trabalho D, Parte V, Coluna 2, Linha 202, 30-40 (serviços PPS e subprestadores)

Para o Hospital Bradley, as informações de rotina e de encargos acessórios da Medicare são provenientes do fornecedor como relatório de custos da Medicare (2552-10), Folha de trabalho G-2, Parte I, Coluna II, Linha 28. Para determinar as informações sobre os custos de ambulatório do Hospital Bradley:

A. Identificar o total de taxas de internamento (A partir do relatório de custos da Medicare 2552-10, Folha de trabalho G-2, Parte I, Coluna I, Linha 28)

B. Identificar as cobranças totais aos doentes ambulatoriais (detalhado acima)

C. Calcular as cobranças totais de internamento e ambulatório (A+B)

D. Calcular a percentagem de cobranças de ambulatório em relação às cobranças totais (B/C)

E. Identificar os custos totais de internamento e ambulatório a partir do relatório 2552-20, Ficha de Trabalho G-2, Parte II, Coluna 2, Linha 43.

A-F. Calcular o total de custos de ambulatório (D\*E)

O Estado deverá utilizar um relatório de custos da Medicare para o ano fiscal do hospital que comece no ano fiscal federal dois anos antes do ano fiscal da demonstração estatal. Por exemplo, uma demonstração do SFY 22 submetida em Junho de 2022 (fim do SFY 22, dentro do FFY 22) utilizaria um relatório de custos da Medicare para o ano fiscal do hospital que começa no FFY 20 (datas de início do relatório em 10/1/2019 e 1/1/2020, ambas no FY 20)

- 3) O total dos pagamentos ambulatoriais e de urgência da Medicaid **Inflados até ao Ano de Demonstração** são então subtraídos **do montante UPL Ajustado da Medicare** para determinar a diferença UPL, que é a base para o montante do pagamento suplementar ambulatorio. A diferença UPL é calculada utilizando um agregado das diferenças individuais dos hospitais ~~para instituições estatais,~~ não geridos pelo Estado ~~e privadas~~. **O cálculo do UPL para os pacientes ambulatoriais é uma estimativa razoável do valor que a Medicare pagaria por serviços da Medicaid equivalentes.**

A informação do custo provém do relatório de custos da Medicare de cada provedor (CMS 2552), Folha de Cálculo D, Parte V Coluna 5, Linha 202.

A informação das cobranças provém do relatório de custos da Medicare de cada provedor (CMS 2552), Folha de Cálculo D, Parte V Coluna 5, Linha 202.

A UPL tem tendência para a inflação e utilização utilizando o CPI-U Hospital and Related Service—CMS Health Care Indicators, Tabela 7: Alteração Percentual nos Preços Médicos, e

- 3)4) A diferença UPL agregada é distribuída trimestralmente (até 20 de Julho, Outubro, Janeiro e Abril) entre todos os hospitais elegíveis com base na relação percentual entre os pagamentos da Medicaid de cada hospital e o total de pagamentos da Medicaid a todos os hospitais não estatais. Os Hospitais Bradley e Butler não são elegíveis para pagamentos ambulatoriais de UPL. Pagar a cada hospital em 20 de Julho, 20 de Outubro, 20 de Janeiro e 20 de Abril um quarto do produto criado multiplicando o resultado de (1) acima e (2) acima.

- c. O pagamento será efetuado para serviços de clínicas de saúde rurais à taxa de custo razoável por visita estabelecida pela operadora da Medicare. O pagamento por cada serviço ambulatorio, com a exceção dos serviços de clínicas de saúde rurais, será efetuado de acordo com as tarifas ou encargos estabelecidos para esses serviços quando prestados noutros âmbitos.