

08 de abril de 2025

A TODOS LOS HOSPITALES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA-VITAL (MEDICAID)

RE: IMPLEMENTACION METODOLOGIA PAGO APR-DRG

En el Plan de Salud Menonita nuestro compromiso es trabajar con nuestros proveedores de manera integrada y coordinada para el mejor manejo de nuestros pacientes. Esta comunicación tiene el propósito de proveer información relacionada con el requerimiento de la Administración de Seguros de Salud de PR (ASES) para implementar la metodología de pago APR-DRG (*All Patient Refined Diagnosis-Related Groups*) a los hospitales contratados para prestar servicios a la población Vital (Medicaid) en Puerto Rico efectivo el 1 de octubre de 2025.

Para asistirles en la evaluación de los requerimientos de codificación y facturación de cara a la implementación de APR-DRG, Plan de Salud Menonita estará próximamente activando editos de advertencia (*Warning*) en el “*front-end*” en las reclamaciones institucionales (CMS1450/8371) de hospitalización. El objetivo de estos editos es resaltar aquellos campos que serán requeridos a partir del 1 de octubre de 2025 de manera que cada hospital pueda ir realizando los cambios correspondientes en su facturación.

La información incluida con esta carta circular está basada en la reglamentación para el pago a servicios de hospitalización utilizando la metodología de pago APR-DRG y la información provista por ASES a la fecha de esta carta. Cambios a la información provista serán publicados según se actualice y se reciba la misma.

Nos mantenemos a su orden para atender cualquier duda o pregunta.

Centro de Servicio al Proveedor

1-855-297-0140 (libre de cargos)

lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Principal Oficial Administración Reclamaciones y

I. TRASFONDO

El APR-DRG es un sistema de agrupación de diagnósticos que permite clasificar a los pacientes hospitalizados en grupos homogéneos según su condición clínica y el nivel de complejidad del tratamiento requerido. Este sistema considera factores como la gravedad de la enfermedad, comorbilidades, complicaciones y otros aspectos relacionados con la atención médica.

ASES, en su plan fiscal del 2020, propuso la implementación de la metodología APR-DRG con dos propósitos: reembolsar a los hospitales contratados para el Plan Vital bajo una tarifa fija basado en la condición médica del paciente, y ayudar a controlar los costos de salud mediante el incentivo de prestar un servicio costo eficiente manteniendo la calidad del mismo.

En el sistema APR-DRG, la codificación y facturación son procesos fundamentales para garantizar que los hospitales reciban el reembolso adecuado por los servicios prestados a los pacientes. Por tal razón, la codificación debe ser precisa y completa para los diagnósticos que presenta el paciente y los procedimientos médicos que se le ofrecen. Con esta información, cada reclamación por servicio recibida en PSM podrá tener asignado el grupo DRG correspondiente y adecuado a la intensidad de los servicios prestados.

II. CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS

La codificación precisa y completa de los diagnósticos y procedimientos médicos es esencial para determinar el grupo DRG adecuado. Esto involucra:

- Uso de Códigos ICD-10 (International Classification of Diseases): El sistema APR-DRG utiliza los códigos ICD (tanto ICD-10-CM para diagnósticos como ICD-10-PCS para procedimientos). Es necesario codificar **todos** los diagnósticos relevantes y procedimientos realizados durante la hospitalización del paciente.
- Codificación de Comorbilidades y Complicaciones (CC), y Condiciones Secundarias (MCC): En el sistema APR-DRG, las condiciones secundarias (como comorbilidades y complicaciones) pueden afectar la clasificación del DRG. El codificador debe identificar todas las condiciones relevantes que puedan influir en el tratamiento y los recursos utilizados.

III. CLASIFICACIÓN DE GRUPOS APR-DRG

El sistema APR-DRG clasifica a los pacientes en diferentes grupos basados en:

- **Diagnósticos principales:** El diagnóstico principal es la razón principal por la cual el paciente fue hospitalizado.
- **Procedimientos principales:** En muchos casos, el procedimiento realizado también influye en la asignación del DRG.
- **Diagnósticos secundarios, comorbilidades y complicaciones):** La presencia de comorbilidades o complicaciones puede afectar la severidad de la condición y la asignación de DRG. La codificación de los diagnósticos secundarios es clave para establecer la severidad y complejidad de cada caso.
- **Severidad de la Enfermedad:** El sistema APR-DRG asigna una "severidad" al caso (como baja, media o alta) basada en la combinación de la condición primaria, las comorbilidades, y los procedimientos. Esto es crucial para calcular los costos y determinar el pago.

IV. FACTURACIÓN

La facturación en APR-DRG se basa en las siguientes consideraciones:

- I. **Códigos de Diagnóstico y Procedimiento:** Los códigos ICD-10-CM y ICD-10-PCS son requeridos para la facturación y deben coincidir con la información contenida en el expediente médico del paciente.
- II. **Ajustes de Pago (*Policy Adjusters*):** Los DRGs tienen valores asociados que son utilizados para calcular los pagos. Los pagos pueden ajustarse según la severidad, comorbilidades, complicaciones y otros factores específicos del paciente. Estos ajustes modifican el pago base y lo convierten en, por ejemplo, pagos para estancias cortas (*short-stay*) y pagos por estancias largas (*outliers*), entre otros.
- III. **Facturación de Servicios Adicionales (*Add-On*):** Además del código DRG, los hospitales deben facturar por servicios adicionales como medicamentos y tecnologías nuevas. En algunos casos, los pagos por estos servicios pudieran estar considerados fuera del pago base establecido por el DRG.
- IV. **Elementos generales **requeridos** en la facturación de servicios de hospitalización bajo la metodología APR-DRG:**
 - **Datos demográficos:** Nombre, edad, sexo, identificación, entre otros.
 - **Historial clínico y diagnóstico:** Incluyendo enfermedades previas, comorbilidades y los diagnósticos actuales relacionados con la hospitalización.
 - **Fecha de admisión y alta (*From/Through Dates*):** Determina la duración de la hospitalización.
 - **Tipo de admisión (*Admission Type*):** Códigos que indican el tipo de admisión (ej. emergencia, urgencia, electivo, trauma).
 - **Fuente de admisión (*Admission Source*):** Códigos que indican de donde se recibe la admisión (ej. transferencia de otra facilidad, referido de oficina médica, sala de emergencias, readmisión).

- **Estatus de Alta del Paciente (*Patient Discharge Status Code*):** Códigos que indican la disposición del paciente al momento del alta (ej. transfer, alta al hogar, muerte).
- **Códigos de diagnóstico y procedimiento:** ICD-10 e ICD-10-PCS, respectivamente.
- **Diagnóstico Presente en la Admisión (*POA*, por sus siglas en inglés):** Código de diagnóstico presente al momento que la orden de admisión ocurre.
- **Cargos de servicios:** Deberán incluir *Revenue Code* y código de servicio, en aquellos casos que aplique, incluyendo, pero no limitado a implantes o dispositivos médicos, además de transporte de ambulancia (ida y vuelta) para que el paciente reciba servicios no disponibles en la facilidad.
- **National Drug Code (NDC):** Medicaid requiere incluir la codificación del NDC para medicamentos con HCPCS J, mayormente conocidos como *J-Codes*, junto con las unidades dispensadas de ese NDC. Este requerimiento no es nuevo y esta detallado en la Carta Normativa de ASES 18-0813.
- **Peso al Nacer (*Birth Weight*):** Indica el peso de un recién nacido, en gramos (g), al momento del nacimiento. Este campo es requerido para toda reclamación que contenga códigos de nacimiento ya sea parto o cesárea.

V. REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Los hospitales deben asegurarse de que la documentación clínica sea completa, precisa y que respalde la codificación realizada. Esto es crucial para procesos de auditorías y revisiones de reclamaciones que ocurren posterior al pago.

Correspondencia entre la codificación y la documentación clínica: La codificación debe basarse directamente en la documentación médica del paciente, y no debe haber discrepancias entre los códigos reportados y lo que realmente ocurrió en el cuidado del paciente.

VI. IMPACTO EN REEMBOLSOS Y PAGOS

El sistema APR-DRG está diseñado para clasificar a los pacientes según su diagnóstico y tratamiento, lo que facilita el establecimiento de tarifas estandarizadas para la atención hospitalaria. La correcta codificación y asignación de DRG afectan directamente la cantidad que el hospital recibirá en reembolsos.



Los servicios prestados a pacientes con condiciones más complejas o con múltiples comorbilidades pueden recibir pagos más altos debido a la mayor necesidad de recursos médicos. Los hospitales deben ser precisos en la codificación para garantizar una compensación adecuada.

VII. CUMPLIMIENTO Y AUDITORÍA

Los hospitales deben cumplir con los guías estándar en cuanto a la codificación y facturación de servicios. El no cumplimiento puede resultar en reembolsos incorrectos y, como resultado, recobro de servicios.

Tan pronto esta metodología de pago este implementada, PSM tendrá la responsabilidad de auditar las reclamaciones pagadas para asegurar que el pago por DRG sean los correctos basado en la facturación, codificación y documentación del caso.