

SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

9. Pasos Finales para Cumplir con HIPAA

HIPAA

Un Reto y una Oportunidad para la Industria del Cuidado de la Salud

INFORMACIÓN DE TEMAS DE SERIES

1. HIPAA 101

2. ¿Es usted una entidad cubierta?

3. Fechas claves de HIPAA y guías para prepararse.

4. ¿Qué transacciones electrónicas y conjunto de códigos están estandarizados por HIPAA?

5. ¿Está su vendedor de programación o facturación listo para HIPAA?

6. ¿Qué debe esperar de los planes médicos?

7. ¿Qué necesita saber sobre las pruebas técnicas?

8. Acuerdos de socios comerciales.

★ 9. Pasos finales para cumplir las transacciones electrónicas y conjunto de códigos.

10. Cumplimiento.

Éste es el noveno documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para comunicar a los proveedores del cuidado de la salud los conceptos claves y requisitos de HIPAA—Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996. Este documento señala los pasos finales para cumplir con los requisitos de la serie de código y las transacciones electrónicas.

FECHAS LÍMITES IMPORTANTES

16 de abril de 2003
Pruebas de Programas

16 de octubre de 2003
Cumplir con Transacciones Electrónicas y Código de Series

En dirección hacia el cumplimiento con HIPAA

En los primeros ocho documentos, CMS señala los pasos que los proveedores deben hacer para implementar las transacciones electrónicas y los estándares de la serie de código. En esta etapa de implementación de HIPAA:

- Usted ha determinado si es un proveedor cubierto por HIPAA.
- Usted debe estar en cumplimiento con los requisitos de privacidad sobre HIPAA.
- Su práctica y sistemas de información han sido probados (o están en proceso de ser probados) y estarán listos para realizar las transacciones para el cumplimiento de HIPAA efectivo el 16 de octubre de 2003.
- Usted ha identificado las necesidades de adiestramiento de su equipo de trabajo y está implementando los cambios necesarios en las políticas y en procedimientos de operación.
- Usted se está preparando para investigar otras provisiones de HIPAA que podrían afectar su práctica.

FECHA LÍMITE PARA PRIVACIDAD

14 de abril de 2003

Para más información sobre privacidad:

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

O llame al 1-866-627-7748

Revise la Regla de Modificación de Transacciones y Series de Código

La regla final publicada el 20 de febrero de 2003 hace unos cambios importantes en las transacciones electrónicas y los estándares de series de código de HIPAA publicados en agosto de 2000. Después de que la primera regla fue publicada, muchas de las entidades grandes del cuidado de la salud comenzaron el proceso de implementar los estándares. Se hizo claro que ciertos estándares no funcionaban para todo el mundo y los expertos de la industria y HHS propusieron cambios a las regulaciones. Estas regulaciones son el resultado de un esfuerzo conjunto.



TRANSACCIONES ESTÁNDAR

1. Reclamación o información de datos equivalentes.
 2. Pagos y avisos de remitentes.
 3. Investigación del estado de la reclamación y respuesta.
 4. Investigación de la elegibilidad y respuestas.
 5. Certificaciones de referidos, investigaciones autorizadas y respuestas.
 6. Inscripción y retiro de los planes médicos.
 7. Pago de las primas de los planes médicos.
 8. Coordinación de beneficios.
- Pendiente de Aprobación:*
9. Anexos de reclamaciones.
 10. Primer reporte de daños.

Series de Código

1. Servicios médicos y otros de cuidados de salud. Tanto **HCPCS** como **CPT-4**.
2. Suministros médicos, ortopédicos y Equipo Médico Duradero-**HCPCS**.
3. Códigos de diagnósticos- **ICD-9-CM, Vols. 1 y 2**.
4. Procedimientos para pacientes en hospitales **ICD-9CM, Vol. 3**.
5. Servicios dentales **código de procedimientos dentales y nomenclatura**.
6. Medicinas/Biológicos- **NDC para farmacias detallistas**.

El cambio principal involucra a las entidades cubiertas que facturan medicinas y biológicos. En la ley original, el Código Nacional de Medicinas (NDC, por sus siglas en inglés) fue el estándar adoptado por doctores y hospitales, así como por el sector de farmacias detallistas. Los grupos de industrias y los expertos del Gobierno llegaron a la conclusión que, en este momento, serían muy costosos para los hospitales y doctores implementar los Códigos Nacionales de Medicinas y no mejoraría sus procesos de negocios. Esta reglamentación revoca el Código Nacional de Medicinas estándar para esas entidades. Los Códigos Nacionales de Medicinas permanecerán el estándar para las reclamaciones de medicinas para las farmacias detallistas, y no se adoptará ninguna serie de código estándar para las reclamaciones médicas de las farmacias no detallistas. De acuerdo con esta apelación, podríamos esperar que los hospitales y los doctores continúen con la codificación y facturación de medicinas y biológicos que usan en sus prácticas actuales.

NOTA: Los Códigos Nacionales de Medicinas permanecerán el estándar para las reclamaciones de las medicinas de las farmacias detallistas, y no se adoptará ninguna serie de código estándar para las reclamaciones de las farmacias no detallistas.

¿Qué son suplementos?

Los cambios iniciales a los estándares electrónicos fueron adoptados el 20 de febrero de 2003 en la Regla de Modificación. Las modificaciones fueron aprobadas por grupos de industrias y facilitan la implementación de los estándares adoptados. Estos cambios se explican en detalle en los documentos llamados “suplementos”. Los suplementos completan las guías de implementación original, que proveen los detalles técnicos de cada estándar. La guía original de implementación de HIPAA para la serie de código y transacciones electrónica se conoce como la versión 4010. El suplemento siguiente se le conoce como la versión 4010A. Los suplementos también adoptan estándares modificados para dos transacciones que no estaban incluidas en la propuesta de la regla de modificación – Pagos de Prima y Coordinación de Beneficios. Para más información en las guías y suplementos de implementación para las transacciones que los proveedores utilizan frecuentemente, vea el documento 4 en esta serie, “Resumen de transacciones electrónicas y series de código”.

Nota: Las guías originales de implementación se conocen como la versión 4010. El suplemento, que completa las guías, se conoce como el 4010A.

Esté al tanto de la regla final del requisito de Facturación Electrónica de Medicare

Efectivo el 16 de octubre de 2003, la ley HIPAA requiere que todas las reclamaciones suministradas a Medicare se hagan electrónicamente en el formato estándar de HIPAA (con la excepción de ciertos proveedores pequeños y en ciertas circunstancias limitadas). La regla que explica en detalle el requisito nuevo de facturación electrónica de Medicare finaliza actualmente. Usted recibirá más información sobre esta disposición en los próximos boletines para el proveedor de Medicare.



Requisitos de Identificadores Únicos

HIPAA también requiere el uso de identificadores únicos para identificar entidades en el sistema de proveer el cuidado de la salud. La regla final del estándar de Identificación del Proveedor y la Propuesta de la regla de Identificación del Plan de Salud están en el proceso de ser finalizadas. Una vez adoptadas, estos identificadores se usarán en las transacciones de HIPAA.

NOTA: El 30 de julio de 2004 es la fecha para cumplir con la Regla final de Identificación Nacional de Empleados. La Identificación Nacional de Empleados usará el Número de Identificación del Empleado del Servicio de Rentas Internas (EIN, por sus siglas en inglés) para este ejemplar.

El plan para los requisitos de seguridad

Los estándares de seguridad trabajan de acuerdo con los estándares de privacidad adoptados por HHS (por sus siglas en inglés) el año pasado. Los dos conjuntos de estándares usan muchos de los mismos términos y definiciones para que le sea más fácil cumplir con las entidades cubiertas.

Los estándares de seguridad finales se publicaron el 20 de febrero de 2003. De acuerdo con esta regla, los planes de salud, pagadores, facilidades de aprobación y algunos proveedores del cuidado de la salud deben establecer procedimientos y mecanismos para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad electrónica de la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

La mayoría de las entidades cubiertas tendrán dos años completos-hasta el 21 de abril de 2005-para cumplir con los estándares; planes pequeños de salud tendrán un año adicional para cumplir.

NOTA: Para una copia de la Regla de Seguridad y de la Regla de Modificaciones de Transacción y Serie de Códigos visite el sitio web de CMS:
<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Resumen del estándar final de seguridad

Así como la industria de la salud evoluciona y continuamente se apoya en el uso de la tecnología, los estándares de seguridad jugarán un rol importante en proteger datos electrónicos en pausa y en tránsito. Los estándares se desarrollaron para promover la protección de la información electrónica privada de la salud al:

- ✓ Proveer integridad y confidencialidad de datos electrónicos.
- ✓ Permitiendo acceso solamente a individuos autorizados, y
- ✓ Asegurando su disponibilidad.

Los estándares de seguridad son escalables y de tecnología neutral. Esto significa que las entidades cubiertas deben tener en consideración su tamaño, complejidad, capacidades y posibles riesgos de la Información de Salud Protegida electrónica cuando están en cumplimiento de los estándares. Los estándares no especifican ninguna tecnología en particular. En otras palabras, ellos resumen que se debe hacer-- no cómo se hace. Los estándares de seguridad requieren que las entidades cubiertas implementen

Información y Recursos Disponibles en el sitio web de CMS

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Recurso de decisión para entidad cubierta

Lista de cotejo para proveedores

Lista de servicio y alcance de CMS

Fechas de conferencias telefónicas sobre HIPAA

Enlaces a HIPAA HHS

Los CD y videos instructivos

Preguntas más frecuentes de HIPAA y fechas de cumplimiento

Formulario para el suministro de quejas

NOTA

EDI (por sus siglas en inglés) puede eliminar la ineficiencia de trabajar con documentos de papel. Reduce la carga administrativa, baja los costos operativos y mejora, de forma general, la calidad general de los datos de información.



Fechas Límites de HIPAA

14 de abril de 2003

Privacidad

(14 de abril de 2004 para planes pequeños de la salud)

16 de abril de 2003

Pruebas Técnicas

Usted debe empezar a realizar pruebas técnicas de sus programas no más tarde del 16 de abril de 2003.

16 de octubre de 2003

Transacciones Electrónicas y los Requisitos de Códigos

NOTA: Y los requisitos de someter reclamaciones a Medicare de forma electrónica, con la excepción de ciertos suplidores y proveedores pequeños y en ciertas circunstancias limitadas.

30 de julio de 2004

Identificador Nacional de Empleados

(01 de agosto de 2005 para planes pequeños de la salud)

21 de abril de 2005

Fecha Límite de Seguridad

(21 de abril de 2006 para planes pequeños de la salud)

garantías en estas tres categorías:

- Garantías Administrativas** – manejo de selección y ejecución de las medidas de seguridad.
- Garantías físicas** - protección para los sistemas electrónicos y edificios y equipos relacionados en riesgo ambiental y intrusión no autorizada.
- Garantías técnicas** – proceso automático de protección de datos y control de acceso a estos.

Enfóquese en las mejoras operacionales

Para que los proveedores devenguen los mayores beneficios de HIPAA, ellos deben cambiar el enfoque de las oportunidades de mejoras operacionales y las estrategias de negocio a largo plazo. Los requisitos de la simplificación administrativa de HIPAA pueden ser el catalizador de muchas de las siguientes mejoras a sus operaciones:

- Obtener información de elegibilidad con más rapidez, facilidad y precisión
- Reducir las reclamaciones denegadas por no ser elegibles
- Mejorar el proceso de obtener autorización previa y referidos
- Reducir las reclamaciones denegadas por problemas de autorización o referidos
- Suministrar las reclamaciones más rápido, más eficientes y con menos errores
- Eliminar el uso de códigos locales
- Usen la misma serie de código con todos sus planes de salud
- Obtener pagos de forma electrónica y avisos de remitentes de los planes de salud
- Hacer pagos “Auto-post” a su sistema – con rapidez y precisión
- Solicite electrónicamente información del estado de la reclamación
- Reduzca el costo del proceso de sus reclamaciones y aumente gratis el valor de los recursos que tiene en su equipo de trabajo, mientras protege la seguridad y privacidad de la información del cuidado de la salud.

Conéctese al sitio web de HIPAA en CMS e inscribese a nuestra lista de servicio y alcance para la comunidad de la salud:

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Envíe sus preguntas por correo electrónico a: askhipaa@cms.hhs.gov

Llame GRATIS a la línea de ayuda de CMS HIPAA al 1-866-282-0659

Inscribese para recibir avisos de correo electrónico GRATIS sobre las regulaciones nuevas de HIPAA:

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/lsnotify.asp>