

SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

10. Cumplimiento de los Estándares de 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 décimo documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) para comunicar conceptos claves y requisitos de acuerdo con la ley HIPAA. Colectivamente, los documentos proveen información, sugerencias, guías y lista de cotejo para asistir a los proveedores del cuidado de la salud en entender en lo que se deben enfocar para cumplir con HIPAA. Este documento describe el rol de CMS y el enfoque para el cumplimiento de los requisitos de las transacciones electrónicas y series de código de HIPAA.

IMPORTANTE:

CMS será responsable de desarrollar y cumplir con los requisitos de la simplificación administrativa de HIPAA con la excepción de los requisitos de privacidad los cuales son administrados y se hacen cumplir por la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) de HHS.

¿Cuál es el rol de CMS en ayudar a los proveedores de la salud en cumplir con los estándares de HIPAA?

El 15 de octubre de 2002, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) anuncia que CMS será responsable de desarrollar y hacer cumplir los requisitos de la Simplificación Administrativa de HIPAA. Una nueva oficina en CMS, la Oficina de Estándares de HIPAA, se creó para respaldar y administrar los requisitos de los estándares de las series de código y de transacción de HIPAA, los requisitos de seguridad y los requisitos de identificadores nacionales.

Los requisitos de privacidad continuarán bajo la administración y el cumplimiento de la oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) de HHS.

¿Cómo funciona el proceso de cumplimiento?

Las metas inmediatas de CMS son aclarar los estándares de HIPAA y proveer una guía técnica para las entidades cubiertas. El hacer cumplir las transacciones y series de código es, principalmente, el resultado de quejas. Cuando CMS recibe una queja acerca de una entidad cubierta, ellos le notifican a la entidad por escrito, que se ha presentado una queja. La entidad tendrá la oportunidad de demostrar que ha cumplido o suministrado un plan de acción correctivo. Las organizaciones que empleen una "diligencia razonable" y hagan esfuerzos por corregir los problemas e implementar los cambios que se requieren para cumplir con HIPAA, es poco probable que se les procesen con penalidades civiles o criminales. Sin embargo, si la entidad cubierta no le responde a CMS, se podrían imponer multas como último recurso.

NOTA: Sus "esfuerzos de buena fe" rendirán frutos a largo plazo mientras se trabaje para cumplir con HIPAA.



<p>Información y Recursos Disponibles en el sitio web de CMS</p>
<p>http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2</p>
<p>Recurso de decisión para entidad cubierta</p>
<p>Lista de cotejo para proveedores</p>
<p>Lista de servicio y alcance de CMS</p>
<p>Fechas de conferencias telefónicas sobre HIPAA</p>
<p>Enlaces a HIPAA HHS</p>
<p>Los CD y videos instructivos</p>
<p>Preguntas más frecuentes de HIPAA y fechas de cumplimiento</p>
<p>Formulario para el suministro de quejas</p>
<p>Preguntas de Privacidad sobre HIPAA</p>
<p>http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/</p>
<p>Llame GRATIS a la línea de ayuda de Privacidad al:</p>
<p>1-866-627-7748</p>

CMS intenta desarrollar guías que expliquen como operaría el proceso de hacer cumplir la ley. Mientras tanto, los proveedores deben aprovechar los numerosos sitios web y recursos mencionados en éste y otros documentos de la serie de información.

Compromiso de CMS para los proveedores

La meta de CMS es ayudar a los proveedores del cuidado de la salud a implementar las transacciones electrónicas y los estándares de las series de código estándar para cumplir con la fecha límite. La agencia está comprometida a educar y ayudar a los proveedores, en vez de realizar investigaciones y auditorías.

Objetivos de CMS:
Extensión amplia para cumplir voluntariamente

Es la esperanza de CMS que con la ayuda y el apoyo necesarios habrá un mayor cumplimiento con los requisitos.

- CMS se centrará en educar a los proveedores y otras entidades cubiertas en qué pasos deben seguir para cumplir con la fecha límite del 16 de octubre de 2003.
- CMS va a motivar a los proveedores y otras entidades cubiertas a preparar un plan de acción correctivo en caso de que no puedan cumplir con las fechas límites.
- CMS no va a imponer multas a ningún proveedor sin permitirles una oportunidad para corregir los problemas y/o suministrar un plan de cumplimiento.
- CMS concentrará las actividades de cumplimiento en las quejas en investigación.

¿Qué usted debe hacer si no suministro una solicitud de extensión?

La fecha límite oficial para suministrar el “plan de extensión de cumplimiento” de un año fue el 15 de octubre de 2002. A los proveedores que son “entidades cubiertas” y no solicitaron una extensión, se les requiere por ley el cumplir con los requisitos de las transacciones electrónicas y series de código.

16 de octubre de 2003
Fecha límite:
“Aprende más y Actúa Ahora”

Dado el proceso de cumplimiento de CMS como resultado de las quejas, aun si usted no solicita una extensión, usted debe hacer el esfuerzo de cumplir lo antes posible. Use esta serie de documentos informativos, los recursos disponibles en los sitios web, y sus organizaciones comerciales en el ámbito local para ayudarle a comenzar este proceso.



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**.

¿Cómo se presenta una queja?

Cualquier queja relacionada con HIPAA, otra que no sea sobre privacidad, se presenta por escrito a CMS. Usted puede solicitar tanto los formularios básicos en papel como los formularios en línea de los muchos recursos de CMS. Puede imprimir el formulario del sitio web: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>.

CMS diseñó este formulario para que sea fácil de usar. Contiene la cantidad mínima de información necesaria para iniciar una queja relacionada con HIPAA en contra de una entidad. Por favor, observe que las quejas de privacidad sobre HIPAA no se deben presentar con este formulario. Todas las preguntas y dudas sobre privacidad se administran en la Oficina de Derechos Civiles.

¿Qué sucede con las prácticas de nuevos proveedores que comienzan negocio después del 15 de octubre de 2002?

Las nuevas oficinas de proveedores que abren y comienzan a ver pacientes después del 15 de octubre de 2002 no tuvieron oportunidad de presentar la forma de extensión de un año. Si usted es una entidad cubierta formada recientemente, usted debe cumplir con HIPAA cuando abra las puertas a sus pacientes y empiece a procesar reclamaciones. Recuerde, usted tiene la opción de utilizar facilidades de aprobación, servicio de facturación, o compañías de programación para cumplir con los requisitos de transacciones electrónicas de HIPAA. Si usted no puede lograr cumplir con los requisitos inmediatamente, los esfuerzos realizados de buena fe se toman en consideración, en caso de presentarse una queja. También, en el caso de una reclamación, usted tendrá la oportunidad de suministrar un plan de acción para corregir cualquier problema.

NOTE: Si usted es una "entidad cubierta" y no está suministrando sus transacciones en el formato estándar de HIPAA, sus reclamaciones pueden ser rechazadas y podrían no ser pagadas a tiempo.

¿Hay alguna penalidad por no cumplir con HIPAA?

La ley provee multas por no cumplir con HIPAA. El Secretario de HHS puede imponer una penalidad civil monetaria a cualquier persona o entidad cubierta que viole cualquier requisito de HIPAA. La penalidad civil monetaria por violar una transacción estándar es de hasta \$100 por persona por violación y hasta \$25,000 por persona por violar un estándar en un año calendario.

Recuerde, CMS considera su rol principal como un promotor del cumplimiento de HIPAA y solo impondrá multas como último recurso. Según lo discutido anteriormente, la organización que realice "diligencias razonables" y haga esfuerzos por corregir los problemas es poco probable que se le penalice civilmente. Sin embargo, si la entidad cubierta no le responde a CMS, se podrían imponer multas como último recurso. El gran problema para los proveedores es la posible pérdida de participación en Medicare y un atraso en obtener los pagos de reclamación porque los pagadores rechazan las reclamaciones que no están en los formatos requeridos por HIPAA.



En dirección hacia el cumplimiento – no es demasiado tarde

Como se ha discutido en esta serie de información, CMS está comprometido a ayudar a los proveedores con el proceso de HIPAA. Se le recomienda documente su progreso hacia el cumplimiento y revise los pasos mencionados en esta serie.

NOTA: Revise continuamente sus planes y documente sus progresos hacia el cumplimiento con HIPAA.

Fechas Límites de HIPAA

14 de abril de 2003
Privacidad

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.

21 de abril de 2005
Fecha Límite de Seguridad

- Usted y su equipo de trabajo deben educarse sobre las leyes básicas de HIPAA (documento 1).
- Determine si usted es una entidad cubierta según HIPAA (documento 2).
- Conozca las próximas fechas límites de HIPAA (documento 3).
- Si es una entidad cubierta, revise sus operaciones de negocio y revise las Transacciones Electrónicas y Código de Series de HIPAA (documento 4).
- Comuníquese con sus vendedores, servicios de facturación y facilidad de aprobación. Debe saber qué preguntas hacerles (documento 5).
- Asegúrese de tener la comunicación necesaria en ambas vías con sus planes de salud. Esto es esencial para cumplir (documento 6)
- Pruebe las operaciones de su oficina y asegúrese de que aquellos que procesen electrónicamente las reclamaciones en su nombre tengan un plan de prueba establecido (documento 7).
- Investigue y entienda los Acuerdos de Socios Comerciales con los planes de salud (documento 8).
- Haga los pasos finales para cumplir y no dude en pedir la ayuda que necesite (documento 9).

• **Correo electrónico de CMS** – askhipaa@cms.hhs.gov.

• **Línea de ayuda de CMS sobre HIPAA**–1-866-282-0659

Aprenda sobre lo último en Simplificación Administrativa de CMS y sobre los materiales y eventos de alcance para comunidades de la salud. Inscríbase a la lista de servicio y alcance de CMS HIPAA. Para inscribirse, vaya a nuestro sitio web: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>