

Respetado Doctor,

En septiembre del 2021, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron sustancialmente la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) para el uso de oxígeno en el hogar “*Home Use of Oxygen*” (240.2). Además de eliminar el requisito de "estado crónico estable", CMS amplió la cobertura para condiciones agudas y normoxémicas en las cuales el paciente se beneficiaría del oxígeno.

De acuerdo con la actualización de CMS NCD 240.2, los DME MAC han actualizado la Determinación de Cobertura Local (LCD) de Oxígeno y Equipos de Oxígeno (LCD) (L33797) y el Artículo de Política (PA) relacionado con la LCD (A52514). El uso del oxígeno y del equipo de oxígeno en el hogar, es elegible para el reembolso de Medicare solo cuando el paciente cumple con todos los requisitos de la LCD y el PA de Oxígeno y Equipo de Oxígeno. Este artículo revisa los requisitos de las pruebas de oxígeno en sangre. Consulte la LCD de Oxígeno y Equipos de Oxígeno y PA relacionado con la LCD para obtener información sobre los criterios adicionales para pago.

La cobertura inicial de la oxigenoterapia en el hogar y del equipo de oxígeno, es razonable y necesaria para los Grupos I y II si se cumplen todas las siguientes condiciones:

1. El profesional tratante ha ordenado y evaluado los resultados de un estudio calificado de gases en sangre realizado en el momento de la necesidad* y
2. El estudio de gases en sangre del paciente cumple con los criterios que se mencionan a continuación y
3. El estudio calificado de gases en sangre fue realizado por un profesional tratante o por un proveedor calificado o suplidor de servicios de laboratorio y
4. La provisión de oxígeno y equipo de oxígeno en el hogar mejorará la condición del paciente

Momento para tomar el estudio:

Las pruebas de calificación de oxígeno deben realizarse en el momento de la necesidad para mejorar la condición del paciente en el hogar. *El momento de la necesidad se define como el momento durante la enfermedad del paciente cuando se presume que la provisión de oxígeno mejorará la condición del paciente en el hogar.

Para el oxígeno recetado inicialmente en el momento del alta hospitalaria, la prueba debe realizarse dentro de los 2 días anteriores al alta. Esta regla de 2 días antes del alta no se aplica a las altas de centros de enfermería.

Resultados de los estudios de gases para la calificación:

Los resultados de los estudios de oxígeno en sangre ordenados y evaluados por el profesional tratante se utilizan como uno de los criterios para determinar el reembolso de Medicare.

Medicare clasifica los resultados de calificación en cuatro grupos, independientemente de la metodología del estudio. La siguiente tabla resume los resultados clasificatorios para cada grupo.

Grupo	ABG (mm Hg)	Oximetría (% Sat)	Notas
Grupo I	≤55	≤88	No
Grupo II	56-59	89	Además de signos y síntomas adicionales

Grupo III	≥ 60	≥ 90	Condición médica con síntomas fisiológicos, cognitivos o funcionales distintivos documentados en la literatura de alta calidad revisada, que mejorará con oxigenoterapia, como cefaleas en racimo (<i>cluster headaches</i>) entre otros.
Grupo IV	≥ 60	≥ 90	No cumple con ningún Grupo descrito anteriormente. Se presume como no razonable y necesario

Pruebas de calificación:

Los niveles de oxígeno en sangre se utilizan para evaluar el grado de hipoxemia del paciente. Cualquiera de estos dos métodos de prueba diferentes puede determinar los niveles de oxígeno en la sangre:

- Medición de gases en sangre arterial (ABG)
- Oximetría de pulso

Las mediciones de gases en sangre arterial (ABG) son más precisas y por lo tanto, son el método de medición preferido. Cuando tanto los ABG como la oximetría se realizan el mismo día, el valor de ABG debe usarse para la calificación de reembolso.

Los valores de oxígeno en sangre se pueden obtener usando una variedad de técnicas. La LCD describe los siguientes métodos de prueba de oximetría aceptables:

- En reposo y despierto, conocida frecuentemente como oximetría “spot”
- Durante el ejercicio: requiere una serie de 3 pruebas realizadas durante una sola sesión de prueba
 - En reposo, sin oxígeno: muestra un resultado que no califica
 - Ejercicio, sin oxígeno: muestra un resultado que califica
 - Ejercicio, con oxígeno: los resultados de las pruebas obtenidas durante el ejercicio con oxigenoterapia mostraron una mejora
- Durante el sueño
 - Oximetría nocturna durante el sueño
 - Se puede hacer en el hospital o en casa. Consulte la LCD para obtener información detallada sobre la oximetría del sueño durante la noche en el hogar
 - Polisomnograma de valoración
 - Debe usarse para pacientes con apnea obstructiva del sueño concurrente (OSA), para establecer que la OSA se ha tratado de manera adecuada y suficiente antes de obtener resultados de saturación de oxígeno durante la prueba del sueño que se consideren como resultados que califican
 - Revise la LCD de “Positive Airway Pressure (PAP) Devices for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea” (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=33718>) para obtener información acerca de las pruebas para OSA

Nota: la oximetría del sueño durante la noche y el polisomnograma de valoración mencionados anteriormente no son las mismas pruebas que las pruebas del sueño en el hogar que se utilizan para diagnosticar la OSA. Consulte la LCD de oxígeno y equipos de oxígeno y el PA relacionado con la LCD para obtener información adicional.

Criterios de continuación de la cobertura de acuerdo con el grupo de oxígeno:

Para continuar con el pago de las reclamaciones de oxígeno y equipo de oxígeno, debe haber evidencia en el expediente médico que documente lo siguiente:

Grupo I

No existe un requisito formal para la reevaluación y la repetición de las pruebas; sin embargo, los profesionales tratantes deben asegurarse de que una vez calificados para la oxigenoterapia en el hogar, la oxigenoterapia y el equipo de oxígeno sigan siendo razonables y necesarios.

Grupo II y III

1. Reevaluación por el profesional tratante obteniendo un estudio de gases en sangre calificado entre los días 61 y 90 después del inicio de la terapia y
2. Una nueva orden escrita estándar (SWO) del profesional tratante

Transición del paciente a “*Fee-For-Service*” de Medicare:

Para que un artículo o servicio esté cubierto por Medicare, el paciente debe cumplir con los requisitos de la política de Medicare en el momento de la primera reclamación cuando se encuentre bajo la elegibilidad de Medicare. Su paciente no necesita obtener un nuevo estudio de gases en sangre; sin embargo, debe haber documentación en el expediente médico de su paciente del estudio de gases en sangre calificado más reciente que cumpla con los criterios especificados en la LCD de oxígeno y equipo de oxígeno. Usted debe evaluar los resultados de este estudio de gases en sangre y asegurarse con el proveedor que hay una orden válida.

Por favor revise la LCD de Oxígeno “*Oxygen and Oxygen Equipment*” (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=33797>), y el Artículo de la Política relacionado (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/article-details.aspx?articleId=52514>) y el Manual del Proveedor para obtener información adicional sobre los requisitos de cobertura, facturación y documentación. Gracias por su ayuda para reducir la tasa de error del programa “*Comprehensive Error Rate Testing*” o CERT.

Sinceramente,

Smitha M. Ballyamanda MD, CAQSM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción A
Noridian Healthcare Solutions, LLC

Robert D. Hoover, Jr., MD, MPH, FACP
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción C
CGS Administrators, LLC

Sunil V. Lalla, MD, FACS, CPC
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción B
CGS Administrators, LLC

Angela S. Jenny, DO, DABFM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions, LLC