

PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

A ANS disponibiliza um conjunto de perguntas e respostas baseado nas consultas realizadas pelas operadoras, prestadores de serviço e demais interessados. Esse instrumento será atualizado conforme o recebimento de novas consultas.

Esse conjunto de perguntas e respostas não substitui a leitura e análise das Resoluções e Instruções Normativas referentes ao padrão TISS. A ANS disponibiliza também no seu sítio um amplo tutorial sobre o processo de construção do padrão TISS e outros documentos relacionados.

I - PORQUE PADRONIZAR

1 - O que se entende por TISS? [março 2006]

R: Entende-se por TISS o padrão estabelecido pela ANS para a Troca de Informação em Saúde Suplementar, com o objetivo principal de padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras a fim de aprimorar a eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar. A Resolução Normativa nº 114/2005 determina a adoção do padrão TISS por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviço.

2 - Por que adotar um padrão eletrônico nacional para a troca de informação entre operadoras e prestadores de serviço? [março 2006]

R: A ANS e as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviço concordam que a adoção de padrões eletrônicos para a Troca de Informação em Saúde Suplementar simplificará significativamente os processos envolvidos no sistema de saúde suplementar. Isto resultará na redução de custos administrativos tanto para as operadoras quanto para os prestadores de serviço. Atualmente existem diversos padrões de guias e de transações eletrônicas e, com a adoção de um padrão único nacional, os prestadores de serviço poderão submeter a mesma guia/transação para qualquer operadora.

3 - O que faz parte do padrão TISS? [março 2006]

R: O padrão contempla as guias (modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS, sobre os eventos de saúde realizados no beneficiário de plano privado de assistência à saúde, e enviado do prestador para a operadora), os demonstrativos de retorno e as transações eletrônicas.

4 - Quem deverá adotar o padrão TISS? [março 2006]

R: Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão adotar o padrão TISS, exceto as operadoras classificadas como administradoras de plano. Os prestadores de serviço adotarão o padrão TISS e são divididos em 3 grupos: grupo 1: hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais/dia-isolado, pronto-socorro especializado e pronto-socorro geral; grupo 2: clínica especializada/ambulatório de especialidade (inclusive odontológica); unidade de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado); unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência/emergência; unidade móvel fluvial; unidade móvel terrestre e policlínica; grupo 3: consultório isolado, consultório odontológico isolado e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

5 - Como devo proceder se minha operadora/rede credenciada se negar a cumprir o padrão TISS? [maio 2007]

R: Qualquer entidade que se negar a cumprir o padrão TISS está sujeita as penalidades constantes nas Resoluções Normativas que dispõem sobre o padrão. Quando uma entidade se negar a cumprir o padrão deve ser notificada a ANS por seus pares através de ofício para que sejam tomadas providências cabíveis. Vale lembrar que o padrão TISS é resultado de uma parceria da ANS com o setor de saúde suplementar. Não há porque não adotar.

6 - De que forma as informações serão enviadas para a ANS pelos prestadores? [maio 2007]

R: Nenhum tipo de informação será enviado para a ANS pelos prestadores. O padrão TISS é implementado nas informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, sem que haja nenhum tipo de intermediação da ANS.

7 - Operadoras e prestadores pertencentes ao mesmo grupo são obrigadas a adotar o padrão TISS? [maio 2007]

R: Sim. Sempre que se configurar uma troca de informações entre operadoras e prestadores deve ser respeitado o padrão TISS, independente de serem entidades ligadas ao mesmo grupo.

8 - Como irá funcionar o prazo para implantação do padrão TISS? [maio 2007]

R: Os prazos do padrão TISS definem datas limites para a implantação, ou seja, a partir da data subsequente à definida na Resolução Normativa deve ser adotado o padrão. Vale para contagem do prazo a data do início do atendimento assistencial, ou seja, um atendimento iniciado antes do dia 31/05/07 não precisa ser apresentado no novo padrão, independente da data de fechamento da conta.

9 - Em que grupo de prestadores TISS se enquadram os profissionais que possuem consultórios isolados, mas para efeito jurídico, fazem parte de clínicas, ou seja, na hora do pagamento destes profissionais, os valores são unificados e pagos diretamente a clínica, e na clínica é que ocorre a divisão do que é pertinente a cada médico?

R: Os profissionais que possuem consultórios isolados mas para efeito jurídico, fazem parte de clínicas e são faturadas pela mesma se enquadram no Grupo II, para contagem de prazos para implantação do TISS.

10 - Qual o prazo para adoção do padrão TISS pelas operadoras e prestadores de serviço? Existe cronograma diferenciado para as guias e para as transações eletrônicas? [março 2006]

R: As guias a serem adotadas têm cronograma diferenciado das transações eletrônicas. As guias deverão ser adotadas em um mesmo prazo para todos os tipos de prestadores de serviço. As transações eletrônicas têm prazo diferenciado pelo tipo do prestador. É importante que as operadoras e prestadores de serviço acompanhem as Resoluções Normativas relativas ao padrão TISS.

II – GUIAS E CAMPOS

1 - Quais são as guias estabelecidas? [agosto 2006]

R: As guias estabelecidas são: guia de consulta, guia serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT), guia solicitação de internação, guia resumo de internação, guia honorário individual, guia tratamento odontológico (esta ainda em revisão) e guia outras despesas.

2 - Os campos que não têm a obrigatoriedade de preenchimento podem ser excluídos das guias? [agosto 2006]

R: Os campos que não têm a obrigatoriedade de preenchimento não podem ser excluídos das guias.

3 - As operadoras podem acrescentar em suas guias outros campos além dos estabelecidos pelo padrão TISS? [agosto 2006]

R: Não. A nova Instrução Normativa nº 21 de 11 de agosto de 2006 que dispõe sobre a instituição da versão 2.0 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários determina obrigatoriedade na adoção do padrão de conteúdo e estrutura (guias e demonstrativo de retorno) conforme descritas no anexo I da referida Instrução Normativa.

4 - O número da guia é determinado pela operadora ou pelo prestador de serviço? Deve estar impresso em formulário ou pode ser gerado pelo sistema? Qual seqüência deve obedecer? [março 2007]

R: Não há regra para a numeração das guias em formato papel. Na transação eletrônica constam 2 campos para numeração: um para a operadora e outro para o prestador.

5 - A operadora poderá adotar um único formulário unindo todas as guias? [agosto 2006]

R: A estrutura das guias deve ser de acordo com a resolução normativa, ou seja, conforme o padrão TISS. Portanto, as guias não podem ser divididas, mescladas nem unificadas, seguindo também a resposta da questão 3 deste bloco.

6 - O padrão TISS inclui também a troca de informações entre operadoras e ANS? [março 2006]

R: Ficam mantidas as trocas de informação entre as operadoras e ANS como o SIB, SIP, DIOPS.

7 - No caso do preenchimento nas guias do campo CID-10 pelos prestadores de serviço, as normas dos Conselhos Regionais de Medicina que garantem o sigilo profissional entre o médico e seu paciente não estariam sendo infringidas? [março 2006]

R: O CID-10 deve ser preenchido pelo prestador de serviço e enviado para a operadora, obrigatoriamente somente na guia de Resumo de Internação, respeitando-se as regras impostas pelo CRM. O arquivo XML (eXtensible Markup Language) deverá ser trocado, respeitando as regras de segurança e integridade das informações do paciente, conforme resolução.

8 - Como proceder com um beneficiário que não possua o Cartão Nacional de Saúde? [março 2006]

R: *O atendimento ao beneficiário de planos de saúde deverá ocorrer normalmente quando este não possuir o Cartão Nacional de Saúde. Importante observar que este campo não é obrigatório nas guias. A finalidade do campo Cartão Nacional de Saúde é dar início ao processo de identificação unívoca do beneficiário de planos de saúde, em concordância com o Ministério da Saúde.*

9 - Pode ser alterado o formato das guias impressas, bem como aumentar e/ou diminuir o número de linhas das Guias? [maio 2007]

R: Pode alterar o tamanho das guias, mas as informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, numero de linhas, etc...). A guia pode ser apresentada tanto em paisagem quanto retrato. O tamanho da impressão também não é exigido como padrão assim como a cor. O número de linhas do formulário para descrição de serviços e procedimentos também não poderá ser alterado. A ANS realizará fiscalização para analisar os formatos das guias.

10 - No demonstrativo de análise de conta médica é possível enviar apenas as informações sobre os itens que foram glosados ou é necessário enviar todos os itens da conta? [maio 2007]

R: No caso de não haver incidência de glosas em determinado item não há necessidade de apresentá-lo no demonstrativo de análise de conta médica. No caso do demonstrativo de pagamento, todas as informações da conta devem ser disponibilizadas.

11 - De quem é a responsabilidade da impressão das guias? [maio 2007]

R: A responsabilidade da geração e impressão das guias é da Operadora. Qualquer outro acerto deve ser negociado entre as partes.

12 - Os prestadores que são responsáveis por imprimir a guia através de acordo firmado são obrigados a inserir o logo da operadora nos formulários? [maio 2007]

R: Não há obrigatoriedade de inclusão do logotipo nas guias do padrão TISS. A única obrigatoriedade está na existência do registro ANS na identificação da operadora. O prestador que imprimir a guia poderá, ou não, inserir seu logotipo no espaço reservado.

13 - Como utilizar os campos destinados a % de redução e % de acréscimo? [maio 2007]

R: Devem ser utilizados valores decimais para definir os valores de acréscimo e redução. Os valores em questão informados em '% acréscimo/redução' devem ser multiplicados ao valor estipulado no campo 'valor unitário', e levando-se em conta a quantidade do serviço, apresentado no valor total. Exemplo: Em um procedimento de valor R\$50,00

Acréscimo de 10%

$$50,00 \times 1,10 = 55,00$$

Redução de 10%

$$50,00 \times 0,90 = 45,00$$

14 - Em pacientes internados de longa permanência, o campo de solicitação de autorização de procedimentos na guia de Solicitação de Internação, permite 5 procedimentos + 6 procedimentos no verso. Caso seja necessário um maior número de solicitações de procedimento, como deve ser solicitado? [maio 2007]

R: Caso haja necessidade de solicitar mais procedimentos além do número permitido em uma guia, deve ser aberta uma nova solicitação. A nova solicitação pode conter o mesmo número do formulário anterior.

15 - Se o número de linhas disponíveis para apresentação de procedimentos em uma internação ou atendimento ambulatorial ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder? [maio 2007]

R: Deve ser aberta uma nova guia para descrição dos procedimentos que ficaram fora da primeira guia. A guia complementar pode ter o mesmo número da guia inicial ou então receber um novo número e ser ligada através do campo 'Numero da Guia Principal'.

16 - Se o número de prorrogações em uma internação ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder? [maio 2007]

R: Deve ser aberta uma nova guia de solicitação em branco, sendo preenchida apenas a identificação do beneficiário e do prestador e com as referidas prorrogações.

17 - Para solicitação de Medicamentos de alto custo, como antibióticos ou quimioterápicos, qual campo deve ser solicitado nas guias de Solicitação de Internação e SADT/SP? [maio 2007]

R: Devem ser utilizados os mesmos campos destinados a solicitação de *procedimentos*.

18 - Quando enviarmos as contas para as operadoras não tem nenhum documento para protocolarmos? Tipo capa de lote, etc.? [maio 2007]

R: Este documento fica a cargo de cada entidade definir. No momento não existe padrão para tal formulário. Na troca eletrônica esta questão está sendo contemplada

Para condições especiais como auditoria, a operadora deverá utilizar documentação própria. Futuramente poderão ser estabelecidos padrões de troca de informação deste tipo de atividade.

19 - Em caso de pedido de reembolso por realização de procedimentos em prestadores não credenciados, quais guias deverão ser preenchidas pelo beneficiário do plano? [maio 2007]

R: O reembolso não está padronizado, portanto continuam valendo os formulários e procedimentos atualmente adotados pelas operadoras, beneficiários e prestadores.

Podem ser diferentes. Alguns exemplos podem ser citados: quando a Operadora não autoriza todos os procedimentos solicitados e quando o paciente não vai às consultas, assim o profissional não executará o(s) procedimento(s) solicitado(s)

20 - Como proceder para receber uma guia de SP/SADT para cobrança de um ou mais exames em nome do prestador que é um laboratório, mas o pagamento é realizado diretamente a mais de um médico cooperado e não diretamente ao prestador que cobrou? [junho 2007]

R: A guia tem de vir em nome do médico que receberá o pagamento e não em nome do laboratório, uma para cada médico que for receber alguma coisa. O conceito geral é uma guia para cada prestador que está cobrando a Unimed. Mas atenção: há uma exceção no que se refere a exames de imagem (rx, ecografias, tomografias, ressonância), onde o custo operacional do equipamento e o filme são pagos para a clínica e o honorário para o médico cooperado. Neste caso, a conta vem em uma guia de SADT onde os campos 30 e 31 (contratado executante) designam a clínica e os campos 40a e 41 o médico (contratado executante complementar).

21 - Em uma guia de outras despesas é necessário apresentar os serviços listados por data ou é possível agrupar serviços do mesmo tipo para apresentá-los unicamente? [junho 2007]

R: Na guia de outras despesas não é necessário descrever todos os serviços data a data conforme são realizados. É possível demonstrá-los uma única vez totalizando as quantidades e valores do serviço.

22 - Como proceder quando o CNPJ ou CPF do profissional executante ou profissional médico não for conhecido pelo prestador? [junho 2007]

R: Nesses casos deve-se preencher os campos correspondentes com o número do conselho profissional nos formulários em papel.

23 - Como proceder quando a informação a ser preenchida no campo 'plano' não for conhecida? [junho 2007]

R: No caso em questão deve ser informado o nome do convênio / operadora em substituição a informação.

24 - A mensagem de demonstrativo de retorno é obrigatória ou a operadora pode se negar a enviá-la ao prestador? [junho 2007]

R: O demonstrativo de retorno deve ser enviado obrigatoriamente sempre que o prestador o solicite. O demonstrativo de retorno deve ser enviado respeitando o que foi solicitado pelo prestador, número do lote, período de processamento, etc. Para o caso de solicitações realizadas por período de vigência, fica facultado a operadora definir datas limites para a solicitação.

25 - No caso dos pedidos médicos e solicitações realizadas em formulário em papel, é possível apresentar mais de um item na mesma linha? [junho 2007]

R: Sim. No caso de insuficiência de linhas e por questões econômicas, no caso de pedidos médicos e solicitações, pode ser solicitado em uma única linha (descrição) mais de um procedimento.

26 - Quando o CPF do profissional solicitante for desconhecido (principalmente no caso do profissional não fazer parte da rede credenciada) como proceder para o preenchimento das guias, seja em papel ou eletrônico? [julho 2007]

R: Foi definido que na ausência do CPF do profissional médico poderá ser utilizado um código próprio de identificação ou ainda a utilização do próprio número do registro profissional.

27 - Como preencher uma guia quando um paciente somente tomar alguma medicação sem haver outro procedimento realizado? Qual guia utilizar? [julho 2007]

R: No caso do atendimento ocorrer em regime ambulatorial deve ser usada uma guia de SP/SADT. O medicamento deve ser informado na guia de outras despesas e na guia principal deve-se manter o bloco de 'procedimentos realizados' em branco.

28 - Com o TISS será possível continuar trabalhando com pacote de serviços? Em caso positivo, onde os pacotes devem ser cobrados nas novas guias do padrão TISS? [julho 2007]

R: Sim, é possível trabalhar com pacotes no padrão TISS. Os pacotes devem ser apresentados como procedimentos e exames. Não será necessário abrir o conteúdo dos pacotes nas guias de faturamento.

29 - A operadora pode se negar de receber a guia impressa por um sistema estando o formulário dentro das regras do TISS? A operadora pode exigir o preenchimento da guia emitida por ela? [outubro 2007]

R: A orientação é que qualquer formulário que esteja conforme o padrão definido através da Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio de 2007 e suas respectivas Instruções Normativas, independente de ter sido impresso pela operadora ou pelo prestador, devem ser aceitos.

30 - O hospital deverá exigir que todas as solicitações e pedidos médicos sejam realizados no formulário padrão TISS? Quais as implicações caso o médico permaneça utilizando o seu receituário. [outubro 2007]

R: Todos os pedidos e solicitações médicas devem ser realizados através dos formulários do TISS quando o solicitante fizer parte da rede credenciada da operadora. O não cumprimento da questão vai contra a Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio de 2007, estando a entidade correndo riscos de punições, conforme prevê a Normativa. O prestador deve exigir que o padrão seja cumprido integralmente a fim de dirimir qualquer possibilidade de punições e eventuais problemas de pagamento das contas.

31 - É possível utilizar o mesmo número de guia para a guia de solicitação e as respectivas guias de faturamento dando idéia de uma única conta para um conjunto de diversas guias? [outubro 2007]

R: Não há nenhuma regra definida para numeração das guias e tal operação pode ser realizada sem problemas desde que acertado entre as partes.

32 - Como proceder para receber uma guia de SP/SADT para cobrança de um ou mais exames em nome do prestador que é um laboratório, mas o pagamento é realizado diretamente a mais de um médico cooperado e não diretamente ao prestador que cobrou? [janeiro 2009]

R: A guia tem de vir em nome do médico que receberá o pagamento e não em nome do laboratório, uma para cada médico que for receber alguma coisa. O conceito geral é uma guia para cada prestador que está cobrando a Unimed. Mas atenção: há uma exceção no que se refere a exames/procedimentos com valores separados para o custo operacional do equipamento e/ou filme (rx, ecografias, tomografias, ressonância, medicina nuclear etc.), onde o custo operacional do equipamento e/ou o filme são pagos para a clínica e o honorário para o médico cooperado. Neste caso, a conta vem em uma guia de SADT onde os campos 30 e 31 (contratado executante) designam a clínica e os campos 40a e 41 o médico (contratado executante complementar).

III – ALTERAÇÃO NO PADRÃO TISS

1 - Como os padrões serão alterados? [março 2006]

R: Os padrões serão alterados de acordo com o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, em um período não inferior a 360 dias, salvo por motivo de força maior. Todas as alterações serão publicadas em Resolução ou Instrução Normativa da ANS.

2 - Como os prestadores de serviços que não possuem sistema de informação continuarão prestando serviços aos beneficiários de planos de saúde? [março 2006]

R: O padrão TISS foi estabelecido com apoio das operadoras e prestadores de serviços. Todos reconhecem que a padronização eletrônica trará redução dos custos administrativos envolvidos com o faturamento.

3 - Como as operadoras poderão obrigar a adoção do padrão TISS pelos prestadores de serviço? [março 2006]

R: Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão receber as contas médicas de acordo com o padrão TISS. Portanto, os prestadores de serviço de saúde contratados/vinculados por operadoras de planos de saúde serão um dos principais favorecidos na adoção do padrão, visto que este reduzirá os custos administrativos relacionados aos processos de faturamento dos eventos de saúde realizados nos beneficiários de planos.

4 - Por que a ANS instituiu a versão 2.0 para o padrão TISS? [agosto 2006]

R: A versão 2.0 do padrão TISS instituído pela Instrução Normativa nº 21 de 11 de agosto de 2006 foi uma demanda do mercado representado pelo Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar. As alterações realizadas visam a melhoria do padrão anteriormente instituído e não altera a finalidade e estrutura do padrão anteriormente definido.

5 - Todas as entidades serão obrigadas a seguir a nova versão do padrão TISS ou a versão a ser adotada fica a cargo de cada entidade? [agosto 2006]

R: Todas as entidades devem seguir a versão 2.0 do padrão TISS. A nova versão é uma substituição do padrão anteriormente publicado trazendo melhorias e acertos em relação ao padrão anteriormente apresentado.

6 - Por que a ANS instituiu a versão 2.01.02 do padrão TISS? [maio 2007]

R: A versão 2.01.02 do padrão TISS é uma versão de correção à versão 2.01.01 que vinha apresentando algumas inconsistências que impediam sua implantação. Todos os itens alterados foram solicitados pelo mercado através do Comitê de Padronização em Saúde Suplementar – COPISS. Não houve nenhuma alteração de conceito ou estrutura. As alterações foram elaboradas de forma a não gerar retrabalho aos envolvidos na implantação.

7 - Quais as principais alterações na versão 2.01.02 em relação à versão anterior? [maio 2007]

R: Criação de duas novas mensagens eletrônicas com o objetivo de facilitar o processo de autorização.

<i>Solicitação</i>	<i>Status</i>	<i>protocolo</i>	-	<i>ct_solicita</i>	<i>Status</i>	<i>Autorizacao</i>
<i>Situacao</i>	<i>Autorizacao</i>		-	<i>ct_situacao</i>	<i>Autorizacao</i>	

Adequação das tabelas de domínio – Não houve alteração nos códigos, apenas adequação nas descrições, que até então estava incompatível com o que estava definido na Instrução Normativa nº 22. Os quatro arquivos foram reorganizados, de forma alfabética, com o intuito de facilitar a manutenção. No arquivo *tssGuiasV2_01_02.xsd* houve acertos na estrutura das guias, compatibilizando-as com o padrão de conteúdo e estrutura anteriormente definido na Instrução Normativa nº 22. As guias de reapresentação foram todas revistas por conterem não-conformidades. Alguns tipos simples foram vistos pois estavam sem tipo de dado definido, o que impossibilitava a implementação. Foram adicionados domínios em alguns tipos simples a fim de facilitar a manutenção. O *ct_loteGuias* foi acertado para que só seja possível enviar um único tipo de guia em um determinado lote conforme regra anteriormente definida.

O bloco *ct_procedimentoRealizadoEquipe* utilizado na estrutura da guia de resumo de internação e na guia de SP/SADT foi revisado.

8 - Será possível utilizar a versão 2.01.01 do padrão de comunicação e segurança ao invés da versão 2.01.02? [junho 2007]

R: Não. A versão anterior, 2.01.01, apresentava algumas falhas que impossibilitavam sua correta implementação. Não era possível validar os arquivos XML utilizando a versão anterior. A versão 2.01.02 deve ser implantada seguindo os prazos dispostos na Resolução Normativa nº 153, de 29 de maio de 2007.

9 - Para quem deve ser enviadas as sugestões de alterações no padrão TISS? [junho 2007]

R: As solicitações de alteração do TISS devem ser encaminhadas ao Comitê de Padronização em Saúde Suplementar - COPISS, através de seus membros, representantes do setor. É vedado ao COPISS o julgamento de discutir ou não uma questão apresentada pelo mercado. Vale ressaltar que o COPISS é um órgão consultivo e portanto, a ANS não está obrigada a aceitar nenhuma de suas recomendações.

IV – O APLICATIVO

1 - Qual a função do aplicativo desenvolvido pela ANS denominado APLICATISS? [agosto 2006]

R: O aplicativo desenvolvido pela ANS, denominado APLICATISS tem o objetivo de ser uma implementação de referência, e não um produto de prateleira. Não será de uso obrigatório nem para as operadoras nem para os prestadores. Ele será apenas um instrumento informatizado para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS.

2 - É possível a utilização de um arquivo-texto contendo o mesmo layout das guias para a transmissão de dados (mensagens eletrônicas) entre as operadoras e os prestadores de serviço? [março 2006]

R: *O padrão XML foi adotado como a linguagem para troca de mensagens eletrônicas, visto sua flexibilidade e amplo reconhecimento na área de saúde. O padrão XML está definido em <http://www.w3.org/XML/> (W3C-World Wide Web Consortium).*

3 - Qual a função do aplicativo desenvolvido pela ANS denominado TISSnet? [agosto 2006]

R: O TISSnet desenvolvido pela ANS tem o objetivo de ser uma implementação de referência, e não um produto de prateleira. Não será de uso obrigatório nem para as operadoras nem para os prestadores. Ele será apenas um instrumento informatizado para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS.

4 - Quando será iniciada a distribuição dos aplicativos? [agosto 2006]

R: Os aplicativos já estão concluídos e devidamente testados. A distribuição está prevista para iniciar assim que o processo de registro de licença no INPI seja concluído.

5 - Como será realizado o suporte técnico dos aplicativos disponibilizados? Qual canal será utilizado? [junho 2007]

R: A Agência Nacional de Saúde Suplementar não irá oferecer nenhum tipo de suporte técnico as ferramentas disponibilizadas. Não é objetivo da ANS ser provedora de soluções tecnológica. Os aplicativos disponibilizados são implementações de referência e têm o objetivo de servir como auxílio à adequação dos sistemas já existentes e o desenvolvimento de novas soluções.

6 - Por que todos os itens do menu do aplicaTISS encontram-se desabilitados? Como faço para resolver tal problema? [junho 2007]

R: Devido a uma falha na cópia e confecção dos CDs de instalação do aplicaTISS uma de suas tabelas domínio não estão devidamente populadas o que ocasiona tal problema. A ANS está providenciando a substituição dos CDs distribuídos.

7 - Será enviada uma nova versão do aplicaTISS com o acerto da versão enviada com problemas? [junho 2007]

R: Sim. Foi disponibilizado na última reunião do COPISS, realizada em 01 de junho de 2007, a todas as entidades presentes na reunião, um novo CD com o aplicativo e seu código-fonte para distribuição ao mercado. As falhas encontradas na versão anterior foram em decorrência de falhas de gravação do conteúdo no CD.

V – COMUNICAÇÃO

1 - Sou obrigado a utilizar o TISSnet para realizar a comunicação com a outra ponta? [maio 2007]

R: Não. O TISSnet é uma implementação de referência e não um padrão. Uma implementação de referência tem o objetivo de servir como modelo para o desenvolvimento de soluções adequadas a necessidade de cada entidade. Fica a critério de cada instituição a decisão de adotar ou não o TISSnet como a forma de realizar a comunicação entre prestadores e operadoras.

2 - O uso de webservices é obrigatório ou é possível adotar outras alternativas? [maio 2007]

R: A arquitetura de webservices é apontada como de uso preferencial e não obrigatório. Essa arquitetura é considerada pela ANS como mais bem indicada para ser utilizada com mensagens eletrônicas no padrão XML. É aceita a utilização de outras alternativas desde que adequem-se ao estabelecido nas Resoluções e Instruções Normativas e sejam um modelo não-proprietário.

3 - O recurso de elegibilidade é obrigatório? [maio 2007]

R: Não. A utilização do recurso de elegibilidade é opcional e caso seja utilizado deve ser considerado da forma prevista no manual de comunicação e segurança disponibilizado no hot site.

4 - A operadora poderá impor sua tecnologia de comunicação aos prestadores que já possuam sistemas de informação adequados ao TISS? [maio 2007]

R: Não. As entidades que já possuem sistemas informatizados que atendam ao padrão estabelecido não podem ser obrigadas a mudar sua tecnologia para atender as necessidades de outras partes. Cabe no caso descrito a operadora criar mecanismos para que o prestador possa enviar seus arquivos XML.

5 - Como ficam o processo de envio das informações das informações no padrão para os hospitais que não possuem internet? [maio 2007]

R: As entidades que não apresentem condições mínimas de infra-estrutura, devidamente comprovadas, para adequação ao padrão de comunicação e segurança, podem utilizar os formulários em papel publicados em Instrução Normativa.

6 - Como vão funcionar as solicitações de autorização realizadas através de URA e centrais telefônicas? [junho 2007]

R: As solicitações de atendimento realizadas através de centrais telefônicas devem contemplar todas as informações de preenchimento obrigatório definido no padrão de conteúdo e estrutura.

VI – SEGURANÇA

1 - As validações de segurança são obrigatórias ou recomendáveis? [maio 2007]

R: A ANS obriga a utilização de normas técnicas estabelecidas na Resolução CFM n.º 1639, de 10 de julho de 2002, e nas resoluções da ANS (RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002, e na RDC nº 64, de 10 de abril de 2001).

Além disso, Obriga-se, ainda, para o alcance dos objetivos de segurança e privacidade, a observação, ao menos, dos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1), descritos no "Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde" (RES), em conformidade com a norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação.

2 - Quem deve utilizar o nível de garantia de segurança 2 (NSG2)? [maio 2007]

R: A ANS recomenda a utilização do nível de segurança 2 para todas as entidades que optarem pela utilização de arquitetura webservice ou que desejem futuramente abandonar por completo a utilização de papéis para comprovação de atendimentos assistenciais.

3 - Quais os dados que deverão ser criptografados pelo hash para ser adicionado no epílogo da mensagem e para compor o nome do arquivo XML? [maio 2007]

R: O hash deve ser aplicado a toda mensagem eletrônica, como é padrão na utilização de troca eletrônica em XML.

4 - É necessário usar as validações de segurança para as trocas de informação realizadas com as empresas de conectividade? E no caso da conectividade ser uma empresa terceirizada para realizar a transação eletrônica, é necessário utilizar as normas de segurança entre o contratado e o contratante? [junho 2007]

R: Sim. Todas as trocas eletrônicas de informações em saúde identificadas devem estar protegidas independente da origem e destino da mesma, canal de comunicação ou agente de comunicação.

5 - O método de criptografia RIJNDAEL é obrigatório ? Se não for, cada prestador pode usar um diferente? Como faremos para sincronizar os nossos métodos criptográficos com os dos prestadores? [junho 2007]

R: O RIJNDAEL foi o método escolhido para a implementação ponto a ponto do TISSNET. Esta implementação é mera sugestão, já que o padrão de comunicação restringiu-se aos webservices. Não há padrão para comunicação ponto a ponto em batch.

6 - O XML precisa ser criptografado individualmente ou apenas o mecanismo de transporte (WebServices) precisa ser criptografado, deixando o conteúdo do XML original? [junho 2007]

R: Usando webservices não há transmissão direta de XML, mas transporte de objetos usando tradução transparente para XML. Há padrões para proteção de conteúdo de mensagens que transitam em função de webservices. Todo o trabalho de criptografia deve ser deixado para a infraestrutura de serviço e, portanto, fora da aplicação. Os mecanismos atuais de proteção do canal oferecem segurança adequada à necessidade do TISS. Não há necessidade de criptografia adicional. O TISSNet implementa uma criptografia adicional para poder ser operado em modo ponto a ponto sobre canal aberto (não SSL), mas este modo de operação não foi padronizado pelo COPISS, nem é de uso obrigatório.

VII – PADRÃO ELETRÔNICO

1 - É possível enviar tipos de guia diferentes em um mesmo lote de guias? [maio 2007]

R: Não. Foi definido através do COPISS que um lote de guia deve conter apenas guias do mesmo tipo. Essa questão visa agilizar o recebimento, processamento do lote e sua eventual resposta.

2 - As solicitações e autorizações dos procedimentos, exames, materiais, etc a partir do dia 01.06.2007 devem ser obrigatoriamente eletrônicas? [maio 2007]

R: Para as entidades que compõem o grupo I descrito na Resolução Normativa nº 138, todas as solicitações e autorizações de procedimentos, exames e serviços em gerais devem ser feitos de forma eletrônica, respeitando as normas estabelecidas.

3 - As autorizações podem ser solicitadas via site de cada operadora, ou seja, a recepcionista vai entrar no site de cada operadora para solicitar autorização? [maio 2007]

R: As operadoras, como alternativas a prestadores que não possuam sistemas de informação adequados ao padrão podem criar sítios na internet para realizar as autorizações através de formulários digitais. Os formulários em questão devem conter os campos obrigatórios do padrão de conteúdo e estrutura e devem apresentar visual compatível com o padrão publicado através de Instrução Normativa. Os campos opcionais que não são utilizados pela operadora podem ser descartados.

4 - As operadoras e prestadores que não realizam o envio das guias de representação (recurso de glosa) de forma eletrônica, serão obrigados a utilizar o padrão eletrônico definido pela ANS com o TISS? [maio 2007]

R: A partir das datas limites de implantação do padrão de comunicação e segurança, de acordo com o grupo, as entidades passam a ser obrigadas a realizar os recursos de glosa eletronicamente. No caso da necessidade de haver documentação comprobatória para tal, essa deve seguir os tramites já existentes hoje.

5 - Qual é a nomenclatura dos arquivos XML a serem trocados? [maio 2007]

R: A nomenclatura dos arquivos deve seguir a mesma lógica adotada na implementação de referência, TISSnet, descrito no manual de comunicação e segurança. O nome deve seguir:

<sequencial de mensagem TISS>_<hash MD5 da mensagem>.xml

6 - Como montar uma mensagem de status do protocolo quando a solicitação do status conter um número de lote inválido ou não for encontrado (código de status: 7)? [junho 2007]

R: Deve-se abrir o detalhamento do lote contido na mensagem de resposta. O número do protocolo, no caso inválido, quem manda é o prestador, portanto não há problema, basta repetir na resposta. O número do lote pode ser zerado ou simplesmente inserido um valor padrão (ex. 999999999999), a data é a atual, numero da fatura é zerado ou inserido valor padrão, os valores devem ser zerados também e o status é 7.

7 - No caso dos campos opcionais tornados obrigatório pela operadora, é possível redefini-los no próprio xsd da ANS? [junho 2007]

R: Não. Nos casos de campos opcionais que se tornaram obrigatórios a verificação tem que ser realizadas através da própria aplicação.

8 - No caso das entidades que utilizarem formulários em papel e mensagens eletrônicas será necessário manter compatibilidade entre a numeração? [junho 2007]

R: Fica a cargo de cada entidade definir a parte operacional da troca de formulários, seja ele em papel ou eletrônico. No caso de uma mensagem eletrônica complementar o fluxo de um atendimento iniciado em formulários de papel o cuidado a ser observado deve ser a ligação entre as guias em papel e as mensagens eletrônicas. No caso dos formulários em papel apenas serem cópias das transações eletrônicas deve-se tomar o cuidado de permitir a rastreabilidade das informações em ambas as mídias.

9 - A ANS se refere a um "despachante" para selecionar um "digestor" apropriado para a interpretação da mensagem recebida via WebServices. A ANS irá disponibilizar os "digestores" possíveis de serem utilizados ou deixará a critério de cada operadora definir o seu ou isso é exclusivo para uso do TISSnet ? [junho 2007]

R: Os digestores são executores de serviço, e têm que entender a base de dados de cada operadora ou prestador. Seria impossível fazer digestores genéricos. O padrão serviço -> despachante -> digestor foi usado no TISSNet para facilitar a adoção da implementação de referência. Como o TISS é um padrão de conteúdo e estrutura, não de software, nada disso é de uso obrigatório.

10 - O padrão DOM (Document Object Model) não é um substituto para o PDF, portanto para proteger um arquivo XML contra alterações, somente seria possível com a utilização de um mecanismo de hash (Tipo de dígito de controle que é estabelecido quando da criação do arquivo). No caso de mudança de conteúdo do XML, o hash resultante não seria mais compatível com o original. Isto é realmente é necessário? [junho 2007]

R: O hash aumenta a segurança da informação contida nas mensagens TISS, permitindo que cópias na origem sirvam como contraprova em caso de disputa. Consideramos o hash um passo necessário na direção de tornar a mensagem XML um documento eletrônico. O hash permite que, em caso de adulteração de informações pelo receptor, o transmissor ofereça uma contra prova mais eficiente.

11 - O que fazer no caso do prestador enviar o mesmo arquivo com o mesmo nome e conteúdo por mais de uma vez? [julho 2007]

R: No momento não existe nenhum procedimento padrão para este tipo de situação. Ficará a cargo de cada entidade, no primeiro momento, definir a melhor alternativa. Com a utilização do padrão eletrônico algumas questões serão revistas e discutidas no COPISS.

12 - Um lote de revisão de glosa deve conter necessariamente somente guias do lote original (faturamento) não podendo conter guias de outros lotes que também se deseja re-apresentar? Deve haver alguma relação do lote de faturamento com o lote de revisão de glosa? [julho 2007]

R: Não. O lote de revisão de glosa não tem precisa possuir qualquer relação com um lote de faturamento. Um lote de revisão de glosa pode conter guias referentes a diversos lotes de faturamento sem nenhuma relação. A única orientação é que as guias que estejam sendo re-apresentadas mantenham a numeração identificadora original. Em relação ao lote não existe nenhuma orientação.

13 - Qual a quantidade máxima de guias que pode conter um determinado lote de guias? [outubro 2007]

R: A quantidade de guias dentro de um lote está limitada a 100, independente de ser guia de faturamento ou revisão de glosa, ou mesmo tipo de guia. Algumas mensagens estão limitadas por questões técnicas levando em consideração tempo necessário de processamento das mensagens no ato da recepção e capacidade de tráfego de rede.

14 - Quando um prestador envia um documento eletrônico XML para uma operadora, ela é obrigada a responder em XML ou basta disponibilizar a informação através de um formulário web? [outubro 2007]

R: Caso a solicitação realizada seja feita via arquivo XML a operadora deve responder no mesmo formato. Vale lembrar que a obrigatoriedade do padrão é a utilização de arquivos XML/Schema e que os portais são alternativas para auxiliar o Prestador que ainda não tem possibilidades de envio e recebimento dos arquivos no formato. Essa é uma alternativa temporária até que o mercado esteja apto, por completo, a cumprir o padrão.

15 - A operadora é obrigada a responder a todos os arquivos enviados pelo prestador? [outubro 2007]

R: A operadora é obrigada sempre a responder a todas as solicitações do prestador, sempre lembrando que uma transação se configura em uma solicitação e uma resposta.

16 - Existe obrigatoriedade da utilização dos namespaces nos arquivos XML para validação do conteúdo? [dezembro 2007]

R: Sim. O padrão de formação de arquivos XML indicam como boas práticas que os namespaces estejam definidos. Ficou instituído pela ANS que os namespaces devem ser considerados na montagem dos arquivos. Os arquivos que não conterem namespaces devem ser recusados.

17 - No retorno de solicitação não existe espaço para informar as OPM autorizadas. Como proceder? [dezembro 2007]

R: Todos os serviços solicitados devem ser retornados na estrutura ct_itemSolicitacao, independente de serem procedimentos ou OPM.

18 - As entidades podem exigir que o conteúdo dos arquivos XML sejam ordenados ou classificados por alguma regra? [dezembro 2007]

R: Não. Qualquer classificação ou ordenação do conteúdo de um arquivo XML deve ser realizado no momento da recepção do arquivo. Não é permitida nenhuma exigência ao emissor do arquivo desse tipo. A única exigência permitida são as constantes nas normas publicadas.

19 - É permitida alguma limitação (tamanho, tipificação, valores pré-definidos,etc...) aos campos padronizados? [dezembro 2007]

R: Não. As limitações permitidas são as constantes nas normas e seus anexos e devidamente padronizadas nos arquivos XSD e WSDL. Qualquer coisa que fuja as definições está em desacordo com o padrão definido.

20 - Durante o período de 26 de janeiro de 2008 à 24 de fevereiro de 2008 as operadoras poderão se recusar a receber o faturamento do prestador por questões referentes a versão do padrão? [janeiro 2008]

R: Durante o período previsto na Instrução Normativa nº 28, de 10 de janeiro de 2008, as operadoras de planos privados de saúde, obrigatoriamente, deverão aceitar tanto a versão 2.01.02 quanto a 2.01.03.

21 - Após o prazo previsto na IN 28, será possível utilizar a versão 2.01.02? [janeiro 2008]

R: Não. Após os trinta dias previstos na Instrução Normativa citada, apenas poderá ser utilizada a versão 2.01.03 do Padrão de Comunicação e Segurança da TISS.

VIII – GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Se fizermos a guia com mais de uma via, podemos modificar o título da guia? Por exemplo:
a. Guia Tratamento Odontológico - Via Operadora
b. Guia Tratamento Odontológico - Via Cirurgião-Dentista [julho 2008]

R: Não. As informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, numero de linhas, etc...).

2 - Com a unificação das guias de solicitação e cobrança, é necessário que esta guia seja carbonada? Deveremos fazê-las em quantas vias? [julho 2008]

R: O número de vias e a utilização de cópias carbonadas ficam a critério da operadora. Uma via, entretanto, deve permanecer com o prestador.

3 - A GTO traz o campo do logo no canto esquerdo. Se for padrão da operadora no canto direito, poderá ser colocado no lado direito? Em caso afirmativo em que espaço? [julho 2008]

R: Não. As informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, numero de linhas, etc...).

4 - Podemos acrescentar um campo de "Horário de Atendimento", que seria utilizado para atendimentos emergenciais em Prontos-Socorros? [julho 2008]

R: Não. As informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, número de linhas, etc...). Esta informação, entretanto, poderá ser preenchida pelo prestador no campo "observação".

5 - Como proceder em caso de reembolso? [julho 2008]

R: O reembolso não está padronizado, portanto continuam valendo os formulários e procedimentos atualmente adotados pelas operadoras, beneficiários e prestadores.

6 - Podemos utilizar outros tipos de guias, como guias para perícias? Elas deverão seguir algum padrão específico? [julho 2008]

R: Para condições especiais como auditoria, a operadora poderá utilizar documentação própria, ou ainda, poderá utilizar a própria GTO, especificando a natureza da utilização da guia com o campo opcional 42. Futuramente poderão vir a ser estabelecidos padrões de troca de informação deste tipo de atividade.

7 - Se o número de linhas disponíveis para apresentação de procedimentos ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder? [julho 2008]

Uma nova guia GTO deverá ser utilizada, a qual permanecerá ligada à guia principal através do campo 7 "número da guia principal".

8 - O número de linhas do formulário em papel da GTO, presente no plano de tratamento (17 ao todo) poderá ser reduzido? [julho 2008]

R: Não. O número de linhas do formulário para descrição de serviços e procedimentos não poderá ser alterado na guia.

9 - A Guia de Tratamento Odontológico pode ser utilizada apenas para execução de procedimentos, sem que haja necessidade de envio por parte do dentista de um plano de tratamento? [julho 2008]

R: Sim. A GTO pode ser utilizada tanto para solicitação como para execução de tratamentos (conferir os fluxos de preenchimento das guias constantes no manual).

10 - No campo 51, podemos substituir a palavra Empresa por Operadora? [julho 2008]

R: Não. Este campo refere-se à assinatura da empresa contratante e não da operadora.

11 - Com relação à GTO - Demonstrativo de Pagamento, o campo motivo da glosa (23), deverá ser alimentado somente com os códigos determinados no manual da ANS? [julho 2008]

R: O campo "motivo de glosa" deverá ser alimentado por códigos determinados no "Manual de Conteúdo e Estrutura - ODONTOLOGIA - Instruções para Preenchimento das Guias", capítulo "Tabelas de Domínio", item "Glosas e Negativas". Quando não houver um código específico descrito no manual, a operadora poderá utilizar uma numeração de códigos entre os números 9901 a 9999.

12 - Ficou determinado pela ANS, que o campo 31 da Guia de Tratamento Odontológico (descrição), deve ser de preenchimento obrigatório. Entendemos ainda, que a obrigatoriedade de preenchimento deste campo demandará tempo excessivo para o profissional, já que a informação relacionada ao código do procedimento é de preenchimento obrigatório, e está relacionada à descrição do mesmo. [julho 2008]

R: O preenchimento obrigatório do campo 31, "descrição", tem por finalidade melhor informar ao paciente sobre o plano de tratamento.

13 - ANS determina como campo de preenchimento obrigatório no demonstrativo de pagamento, a data de realização do procedimento. Pergunta: Como iremos alimentar essa informação no demonstrativo de pagamento, se nosso prestador não informou na Guia de tratamento odontológico, já que a data de realização nesse documento não é de preenchimento obrigatório? [julho 2008]

R: Este é um campo condicionado à execução do procedimento. Assim, na utilização da GTO para execução e cobrança, o campo será obrigatoriamente preenchido pelo prestador.

14 - Apesar da geração de 2 números distintos na troca eletrônica, poderá ser a GTO impressa com o mesmo número para a solicitação e cobrança? [julho 2008]

R: Sim. Não há regra para a numeração das guias.