

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN nº 114, DE 26 DE OUTUBRO DE 2005.

Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 20 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, os incisos XXIV e XXXI do art. 4º e o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 15 de setembro de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor - Presidente, determino sua publicação:

CAPÍTULO I Das Disposições Gerais

Art. 1º A presente Resolução estabelece padrão obrigatório para troca de informações em saúde suplementar (TISS) entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde, e mecanismos de proteção à informação em saúde suplementar.

Parágrafo único. Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como administradoras de plano.

Art. 2º O padrão TISS é dividido em três partes: conteúdo e estrutura; representação de conceitos em saúde; e comunicação.

§ 1º O padrão de conteúdo e estrutura constitui modelo de apresentação dos eventos de saúde realizados no beneficiário, e compreende as guias, o demonstrativo de pagamento e o resumo do demonstrativo de pagamento, assim definidos:

I- 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. As guias a serem utilizadas são as seguintes:

- a) guia de consulta;
- b) guia de solicitação de serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT);
- c) guia serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT);

- d) guia solicitação de internação;
- e) guia resumo de internação;
- f) guia honorário individual;
- g) guia tratamento odontológico; e
- h) guia outras despesas;

II- demonstrativo de pagamento: modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS, sobre o pagamento dos eventos de saúde realizados no beneficiário de plano privado de assistência à saúde, e enviado da operadora para o prestador;

III- resumo do demonstrativo de pagamento: modelo resumido do demonstrativo de pagamento.

§ 2º O padrão de representação de conceitos em saúde constitui conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no padrão TISS;

§ 3º O padrão de comunicação define os métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado de assistência à saúde e os sistemas de informação dos prestadores de serviços de saúde e as transações eletrônicas.

Art. 3º Os padrões de conteúdo e estrutura – guias, demonstrativo de pagamento e resumo do demonstrativo de pagamento - e os padrões de representação de conceitos estarão disponíveis em Instrução Normativa da DIDES.

Art. 4º Os padrões de comunicação seguem a linguagem de marcação de dados XML (*Extensible Markup Language*).

§ 1º Ficam definidas as seguintes transações eletrônicas:

I- a serem feitas dos prestadores de serviços de saúde para as operadoras de plano privado de assistência à saúde: solicitação de autorização de procedimento, envio de lotes de guias, solicitação de demonstrativo de pagamento e solicitação do status do protocolo; e

II- das operadoras de plano privado de assistência à saúde para os prestadores de serviços de saúde: envio de autorização de procedimento, envio de recibo de lotes de guias, envio do demonstrativo de pagamento e envio do status do protocolo.

§ 2º As estruturas das transações eletrônicas estabelecidas no §1º deste artigo estarão disponíveis em Instrução Normativa da DIDES.

CAPÍTULO II

Do Cronograma para adoção do padrão TISS

Art. 5º O padrão TISS será adotado de forma gradual, observando o determinado nos parágrafos seguintes.

§ 1º Para a implantação do padrão de conteúdo e estrutura – guias, demonstrativos de pagamento e o resumo do demonstrativo de pagamento - e para o padrão de representação dos conceitos de saúde será concedido prazo de 270 dias a contar da data da publicação desta Resolução para as operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

§ 2º Para a implantação do padrão TISS de comunicação, os prazos serão os previstos no § 3º do presente artigo, variando de acordo com o tipo de prestador de serviço, assim agrupados:

I- grupo 1:

- a) hospitais gerais - hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de urgência/emergência;
- b) hospitais especializados - hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de urgência/emergência e SADT;
- c) hospitais/dia–isolado - unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação;
- d) pronto socorro especializado - unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato; e
- e) pronto socorro geral - unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação;

II- grupo 2:

- a) clínica especializada/ambulatório de especialidade (inclusive odontológica);
- b) unidade de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado);
- c) unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência/emergência;
- d) unidade móvel fluvial;
- e) unidade móvel terrestre; e
- f) policlínica.

III- grupo 3:

- a) consultório isolado;
- b) consultório odontológico isolado; e
- c) profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

§ 3º Os prazos para a implantação do padrão TISS de comunicação –entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde – agrupados conforme estabelecido no § 2º deste artigo, são:

- I- entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde do Grupo 1: 270 dias corridos a contar da data da publicação desta resolução;
- II- entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde do Grupo 2: 360 dias corridos a contar da data da publicação desta resolução;

- III- entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde do Grupo 3: 720 dias corridos a contar da data da publicação desta resolução.

CAPÍTULO III

Da Metodologia para Modificação do Padrão TISS

Art. 6º Fica criado o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, de caráter consultivo, sob coordenação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, com as seguintes atribuições:

- I– supervisionar, coordenar, estabelecer prioridades e propor modificações e melhorias no padrão TISS;
- II– estabelecer e promover metodologia de divulgação das informações do padrão TISS;
- III– revisar e aprovar termos e classificações utilizados no padrão TISS;
- IV– promover, fomentar e recomendar estudos relacionados à padronização das informações em saúde suplementar bem como para a troca eletrônica de informações em saúde suplementar, baseados nos padrões nacionais e internacionais;
- V– identificar, propor e coordenar modificações necessárias aos sistemas de informação da saúde suplementar, sob coordenação da ANS, para adequação aos padrões consensuados e aos sistemas de informações de saúde do MS.
- VI– propor padrões e metodologias para proteger e melhorar a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação em saúde suplementar, bem como as boas práticas para gerenciamento seguro da informação em saúde.

§ 1º O Comitê será constituído por representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, do Ministério da Saúde, das operadoras de plano privado de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa, de representações de usuários, e de eventuais convidados da coordenação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar.

§ 2º A indicação dos representantes do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, a periodicidade das reuniões e o modelo de solicitação de modificação do padrão TISS (SOP-TISS) serão fixadas por Instrução Normativa da DIDES.

§ 3º Qualquer interessado na padronização da troca de informações em saúde, sem representatividade no Comitê de Padronização, poderá encaminhar sugestões para apreciação mediante preenchimento do modelo SOP-TISS.

§ 4º Ficam vedadas modificações no padrão TISS em um período inferior a 360 dias, após o prazo previsto no art. 5º, parágrafo 1º, salvo se por motivo de força maior.

§ 5º As modificações serão avaliadas sob critérios que visem:

- I- redução de custos administrativos;
- II- aumento da eficiência, eficácia e efetividade da atenção a saúde;
- III- integração dos sistemas de informação em saúde adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, ou demais órgãos/autarquias relacionadas com os serviços de saúde; e
- IV- harmonização com os padrões nacionais e internacionais, elaborados pelas organizações produtoras de padrão de informação em saúde.

CAPÍTULO IV

Da Requisição de Informações pela ANS

Art. 7º Toda e qualquer informação relativa à eventos de saúde, requisitada pela ANS, a partir da publicação desta Resolução, deverão ser realizadas e prestadas conforme previsto no padrão TISS. No caso de não previsão no padrão, deverá ser incluída no mesmo através de metodologia descrita no artigo 6ª desta Resolução.

§ 1º Ficam mantidas e preservadas as rotinas sistemáticas e contínuas de coleta e transmissão de dados entre as operadoras de plano privado de assistência à saúde e a ANS, bem como os requerimentos de informação, de caráter excepcional.

§ 2º O envio das informações requisitadas pela ANS não exime as operadoras nem os prestadores da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS, nos limites de sua competência, vier a requisitar.

CAPÍTULO V

Da Segurança e da Privacidade

Art 8º As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde devem constituir proteções administrativas, técnicas, e físicas para impedir o acesso eletrônico ou manual impróprio à informação de saúde, em especial a toda informação identificada individualmente, conforme normas técnicas estabelecidas na Resolução CFM nº 1639 de 10 de julho de 2002, e na RN nº 21 de 12 de dezembro de 2002, e na RDC nº 64 de 10 de abril de 2001 ambas da ANS.

Parágrafo único. Para que os objetivos de segurança e privacidade sejam alcançados, recomenda-se que sejam observados pelo menos os requisitos de segurança 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) publicado na página da Sociedade Brasileira de Informação em Saúde - SBIS e do Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação.

CAPÍTULO VI
Das Disposições Finais

Art. 9º A inobservância do disposto na presente Resolução sujeitará as operadoras de plano de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às penalidades estabelecidas nos arts. 5º e 7º da RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

Art. 10. Os arts. 5º e 7º da RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 5º

.....

XIX – deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários.

.....

Art. 7º

.....

X – deixar de adotar os mecanismos mínimos de proteção à informação em saúde suplementar, previstos na regulamentação da ANS.” (NR)

Art. 11. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente