

Entre os dias 07 e 10 de dezembro a equipe do Empreender Saúde esteve presente no CBIS, um dos principais eventos sobre Informática em Saúde no país. Confira os highlights da palestra da Celina Maria Ferro de Oliveira, representante da ANS sobre o Padrão TISS.

A Saúde Suplementar você já conhece: é a parte do sistema de saúde composta por instituições privadas, como hospitais, laboratórios, seguros e planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e responsável pela regulação do setor de planos de saúde no Brasil.

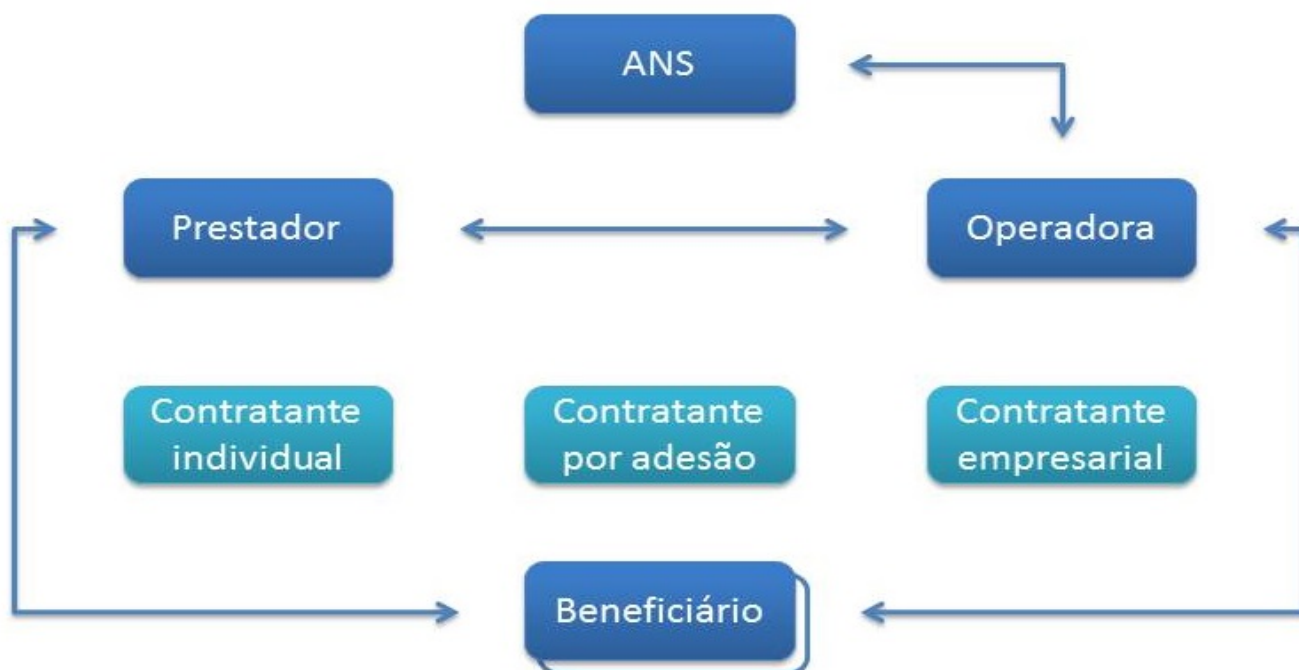
Para regular (ordenar, controlar) é necessário ter informações qualificadas e organizadas e regras claras. Não basta ditar diretrizes, tem que avaliar, acompanhar e conhecer as oportunidades de melhoria. Nesse sentido, a ANS publicou em 2007 o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS. Em outras palavras: nesse momento foi criada a primeira diretriz de interoperabilidade de sistemas de informação. Essa iniciativa tem como finalidade padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento das operadoras e compor o registro eletrônico de saúde.

Segundo Celina, podemos resumir o padrão TISS nos seguintes componentes:

1. Organizacional (regras)
2. Conteúdo e estrutura (arquitetura dos dados)
3. Representação de conceitos (TUSS, terminologia)
4. Segurança e privacidade (requisitos)
5. Comunicação (meios e métodos)

É importante salientar que o meio padronizado para a troca de informações é o eletrônico. Dados dos beneficiários, desempenho financeiro e demais informações devem ser registrados e enviados eletronicamente. O papel só é aceito pela ANS como plano de contingência.

Em Outubro de 2012 foi publicada a RN nº 305 , que estabelece a terceira edição, conhecida como TISS 3.0 . A principal novidade da 3.0 é com relação ao beneficiário, pois agora os dados enviados para o paciente também precisam atender ao padrão. Dessa forma, a ANS pretende reduzir a assimetria de informação para o beneficiário, o elo mais fraco desse cenário, para que mercado de saúde seja mais justo para todas as partes envolvidas e (consequentemente) mais competitivo. Os agentes e suas relações de troca de dados estão explicitados no desenho a seguir. A partir da TISS 3.0, todas essas relações passaram a ser contempladas na padronização.



Note que, apesar de a ANS regular o setor de planos de saúde, não é só o plano de saúde que precisa se adequar ao padrão TISS. Toda a rede de assistência à saúde (hospitais, laboratórios, home care) gera informações que estão contempladas na RN nº 305/12 e deveriam estar em conformidade com o padrão, mas não são obrigados por lei. Cabe Às operadoras convencer os seus prestadores a se ajustarem.

Apesar de o prazo para as operadoras se adequarem ao novo padrão já ter esgotado em novembro de 2013, muitas instituições ainda enfrentam dificuldades. Para ajudar as operadoras a implementarem a TISS 3.0, a ANS tem realizado eventos, como o V Implanta TISS/TUSS.

O constante monitoramento é fundamental para conhecer o grau de padronização das trocas e desenvolver ações de melhorias. Anualmente é realizada a pesquisa “Radar TISS”, e então é possível fazer uma avaliação/diagnóstico situacional por meio de alguns indicadores selecionados. A partir da avaliação, são levantados pontos de melhoria e definidas ações, que geram novo material para aprimorar a padronização (veja o ciclo abaixo).



Segundo a Celina, o futuro ideal será quando implementar o Registro Eletrônico de Saúde (RES) nacional, do cidadão, não só para beneficiários da Saúde Suplementar, com um padrão único para troca de informações. Tanto o RES quanto a padronização são a base para o Big Data, outro tema discutido nesse CBIS.

Sobre o COPPIS

Existe dentro da ANS um Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS. O COPISS, como o próprio nome sugere, tem como foco promover o desenvolvimento da troca de informações na Saúde Suplementar.

O COPISS é composto por 03 representantes da ANS, 02 representantes do MS, 07 representantes de operadoras de planos de saúde (todos os tipos), 09 representantes de prestadores de serviços de saúde, 01 representante de Entidades Nacionais de Defesa dos Consumidores e dos Beneficiários, 02 representantes de Instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área e 10 representantes de outras entidades convidadas. As reuniões são mensais e as atas são publicadas online. Para a condução dos trabalhos, são montados grupos técnicos com a equipe interna da ANS e demais profissionais (referências em alguma área) são convidados conforme o assunto.

**Fonte:** [Empreender Saúde](#), em 20.12.2014.