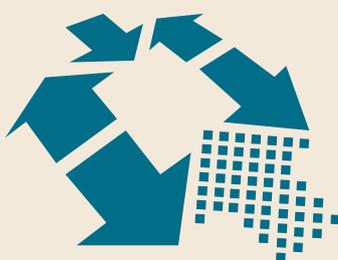


Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar



PADRÃO TISS

RADAR TISS

Operadoras

Edição 2014

 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar



ERRATA

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS. **RADAR TISS Operadoras Edição 2014.**

Página 11

Onde se lê:

2. O valor total desta questão (2.2 + 2.3 + 2.4) deve ser igual ao total da questão 1 nas colunas de rede contratada (1.8) mais serviços próprios (1.9) mais outras origens e reembolso (1.10)

Leia-se:

2. O valor total desta questão (2.2 + 2.3 + 2.4) pode não ser igual ao total da questão 1 nas colunas de rede contratada (1.8) mais serviços próprios (1.9) mais outras origens e reembolso (1.10), considerando que a operadora pode não dispor do valor total dos itens 2.3 e 2.4 distribuído por grupos de eventos de atenção à saúde definidos na questão 1.

SUMÁRIO

Apresentação	3
Pesquisa RADAR TISS 2014.....	5
Orientações para a coleta dos dados.....	7
Questão 1 - Valor total dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem	7
Questão 2 - Valor total dos eventos de atenção à saúde por modelo de remuneração	10
Questão 3- Verificação de elegibilidade do beneficiário	12
Questão 4- Canal para a troca de mensagens eletrônicas	15
Questão 5- Certificado digital para o Padrão TISS	17
Questão 6– Conectividade para o Padrão TISS.....	18
Questão 7– Comunicação da operadora com beneficiário via site com login e senha.	20
Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período	21
Questão 9 - Principais dificuldades para a implantação do Padrão TISS.....	21
Questão 10 – Implantação da Versão 3 do Padrão TISS.....	21
Questão 11 - Responsável pelos dados informados nesta pesquisa	21

Apresentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza a pesquisa RADAR TISS para a coleta, junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos dados de atenção à saúde dos beneficiários com os quais detém contrato de plano privado de assistência à saúde. As informações obtidas visam subsidiar o monitoramento do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) estabelecido pela Resolução Normativa – RN nº 305 de 09 de outubro de 2012, regulamentada pela Instrução Normativa IN/DIDES nº 51 de 09 de outubro de 2012.

A pesquisa RADAR TISS 2014 abrange a totalidade de registros sobre os eventos e itens assistenciais recebidos pelas operadoras, por via eletrônica ou em papel, no período referente a **01/11/2014 a 30/11/2014**, independente da data em que a assistência foi prestada, do vínculo da rede de serviços de saúde com a operadora, da forma ou modelo de pagamento ou ainda, se foi ou não paga. Os dados devidos pela operadora convocada a participar da pesquisa deverão ser informados à ANS via formulário web disponibilizado no site da ANS durante o período de **01/12/2014 à 31/01/2015**.

Este questionário encontra-se acessível no Programa Transmissor de Arquivos – PTA. Informamos ainda, que está disponível para esclarecimentos complementares e elucidação de dúvidas a respeito da pesquisa o canal de relacionamento no Espaço da Operadora; “Central de Atendimento a Operadoras”, no *site* da ANS, além do telefone: 08007019656.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Pesquisa RADAR TISS 2014

Público Alvo:

Operadoras de planos privados de assistência à saúde com registro ativo na ANS em 01 de outubro de 2014, exceto as classificadas como Administradoras de Benefícios.

Objeto:

Dados de atenção à saúde realizada em beneficiários de planos privados de assistência à saúde, informados à operadora por seus prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados ou próprios, inclusive os dados oriundos de reembolso e ainda os dados informados por outras operadoras quando estas realizarem o atendimento do beneficiário em sua rede de prestadores (rede indireta). A operadora deve enviar os dados de atenção à saúde realizada em beneficiários com os quais mantém contrato de plano privado de assistência à saúde.

Período de Referência:

De **01/11/2014 a 30/11/2014**.

Coleta dos dados:

O envio dos dados da pesquisa devido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; convocadas por meio de Requerimento de Informações; será realizado através de formulário eletrônico RADAR TISS 2014 disponível em www.ans.gov.br, com acesso restrito através de *login* e senha da operadora.

Caso a operadora não tenha nenhum movimento no período deve preencher as questões 1 (um); 2 (dois) e 3(três) com zeros.

Somente será considerada concluída a pesquisa quando a operadora receber a mensagem de retorno informando "**Questionário web concluído**".

Período de coleta dos dados:

De **01/12/2014 a 31/01/2015**.

Penalidade:

1. Caso não conclua a pesquisa ao final do prazo concedido, a partir do **dia 01 de fevereiro de 2015** a operadora estará sujeita ao enquadramento no artigo 34 da Resolução Normativa – RN nº 124 de 30 de março de 2006:

Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços
Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior:

Sanção - multa de R\$ 25.000,00.

Esclarecimento de dúvidas:

Esclarecimentos adicionais devem ser solicitados através do link: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/atendimento-a-operadoras>; disponibilizado no *site* da ANS no Espaço da Operadora; “Central de Atendimento a Operadoras”, ou pelo telefone: 08007019656.

Orientações para a coleta dos dados

Questão 1 - Valor total dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem

1.1. Grupos de eventos de atenção à saúde	1.7 Valor dos eventos de atenção à saúde por origem			1.11 Valor exclusivamente com utilização da TUISS
	1.8 Rede contratada / credenciada	1.9 Serviço próprio	1.10 Outras origens e Reembolso	
1.2 Consulta				
1.3 Atendimento ambulatorial				
1.4 Tratamento odontológico				
1.5 Diagnóstico e terapia				
1.6 Internação				

Orientações para a questão 1

Item	Orientação
1.	Valor total dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem da rede de serviços – informar, por grupo de eventos, o valor consolidado de todos os registros de eventos e itens assistenciais, recebidos de prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados e próprios da operadora, bem como os originários de outros tipos de rede de serviços, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário, no período de 01 a 30/11/2014 , independente do período em que a assistência foi prestada ou mesmo, se foi ou não paga.
1.1	Grupo de eventos de atenção à saúde – agrupamento para fins da pesquisa Radar TISS 2014 definindo os dados dos eventos e itens assistenciais. Estabelecidos os seguintes grupos: consulta, atendimento ambulatorial, tratamento odontológico, diagnóstico e terapia e ainda, internação.
1.2	Consulta – informar em reais o valor consolidado do total de consultas, independente da especialidade. Inclui os valores apresentados através de guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados, próprios da operadora e ainda outros tipos de rede de serviços de saúde, além dos valores originários de solicitação de reembolso pelo beneficiário, independente se foram ou não pagos. Consulta - atendimentos prestados por profissional habilitado por um Conselho do exercício profissional, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta, realizados em regime ambulatorial em caráter eletivo, de urgência ou emergência.

- 1.3 **Atendimento ambulatorial** – informar em reais o valor consolidado do total de atendimentos ambulatoriais independente se foram ou não pagos. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.
- Atendimento ambulatorial** – atendimentos com procedimentos (exceto exames complementares, terapias e consultas) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.
- 1.4 **Tratamento odontológico** – informar em reais o valor consolidado do total de tratamentos odontológicos, independente se foram ou não pagos. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, exceto guias de consultas e de serviços auxiliares de diagnose e terapia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.
- 1.5 **Diagnose e terapia** – informar em reais o valor consolidado do total de exames de diagnose e terapias, independente se foram ou não pagos. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, incluindo radiologia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.
- 1.6 **Internação** – informar em reais o valor consolidado de internações, independente se foram ou não pagas. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.
- 1.7 **Valor dos eventos de atenção à saúde por origem** – Informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, dos registros recebidos pela operadora no período de **01 a 30/11/2014**, independente do período em que a assistência foi prestada, a forma de registro do dado, ou se foi ou não paga. O valor deverá ser informado por origem: rede contratada, credenciada, própria, outros tipos de rede de serviços de saúde, ou mesmo, solicitação de reembolso pelo beneficiário.
- O valor resultante da soma das colunas rede contratada/credenciada (1.8) e serviço próprio (1.9) e de reembolso e outras despesas (1.10) deve corresponder à totalidade de eventos que a operadora tomou conhecimento no período de **01 a 30/11/2014**.
- 1.8 **Rede contratada/credenciada** – informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários da rede de prestadores contratados ou credenciados, independentemente, da forma de recebimento dos dados, codificação de procedimentos utilizada ou ainda, se foram ou não pagos.
- 1.9 **Serviço Próprio** – informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários da rede de serviços próprios da operadora, independentemente, da forma de recebimento dos dados, codificação de procedimentos utilizada ou ainda, se foram ou não pagos.

1.10 **Outras origens e Reembolso**– informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, que não classificadas como rede contratada/credenciada ou serviço próprio, e ainda, solicitações de reembolso por beneficiários, independente da forma de recebimento dos dados ou ainda, se foram ou não pagos.

11 **Valor exclusivamente com a utilização da TUSS** – informar em reais o valor consolidado dos itens registrados em código TUSS dos eventos de atenção à saúde.

OBS: No caso em que a operadora não tenha registrado movimento no período de **01 a 30/11/2014** ou mesmo não possua beneficiários deverá preencher essa questão com zeros e deverá se for o caso, informar no espaço da **“Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período”**, que não possui beneficiários.

Questão 2 - Valor total dos eventos de atenção à saúde por modelo de remuneração

2.1 Modelo de Remuneração	2.5 Valor Total
2.2 Remuneração por procedimento/item assistencial ao prestador de serviços de saúde	
2.3 Remuneração por procedimento/item assistencial a operadora	
2.4 Demais modelos de remuneração ao prestador de serviços de saúde, a operadoras ou reembolso ao beneficiário.	

Orientações para a questão 2

Item	Orientação
2.	Valor total dos eventos de atenção à saúde por modelo de remuneração – informar, por tipo de pagamento de atenção e assistência à saúde, o valor total pago a outras operadoras e prestadores de serviços de saúde, contratados, credenciados e próprios da operadora de planos privados de assistência à saúde, no período de 01 a 30/11/2014 .
2.1	Modelo de remuneração – modelo utilizado pela operadora de planos privados de assistência à saúde para remunerar prestadores e outras operadoras pela assistência à saúde prestada a seus beneficiários.
2.2	Remuneração por procedimento/item assistencial ao prestador de serviços de saúde - situação em que a operadora paga aos prestadores de serviço com base na apresentação dos procedimentos e itens assistenciais enviados por estes.
2.3	Remuneração por procedimento/item assistencial a operadora – situação em que a operadora (A) faz o pagamento à operadora (B), com base na apresentação de um atendimento realizado em seu beneficiário por prestador que faz parte da rede de serviços da operadora (B).
2.4	Demais modelos de remuneração ao prestador de serviços de saúde, a operadoras ou reembolso ao beneficiário – situação em que a operadora faz o pagamento ao prestador de serviços, a outra operadora, ou mesmo ao beneficiário por meio de reembolso, independente da correlação com a produção apresentada pelo prestador ou operadora.
2.5	Valor Total – informar em reais o valor total informado no período de 01 a 30/11/2014 .
OBS:	1. No caso em que a operadora não tenha registrado movimento no período de 01 a 30/11/2014 ou não possua beneficiários deverá preencher essa questão com zeros e deverá se for o caso, informar no espaço da “Questão 8 - Principais demandas

para o Coordenador TISS no período”, que não possui beneficiários.

2. O valor total desta questão (2.2 + 2.3 + 2.4) deve ser igual ao total da questão 1 nas colunas de rede contratada (1.8) mais serviços próprio (1.9) mais outras origens e reembolso (1.10)

Questão 3- Verificação de elegibilidade do beneficiário

3.1.Métodos de verificação de elegibilidade	3.6 Consulta	3.7 Atendimento ambulatorial	3.8 Tratamento odontológico	3.9 Diagnose e terapia	3.10 Internação
3.2 Biometria					
3.3 Leitura eletrônica de cartão					
3.4 Outros métodos eletrônicos					
3.5 Forma não eletrônica					

Orientações para a questão 3

Item	Orientação
3.	<p>Verificação de elegibilidade do beneficiário – informar a quantidade de prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados e próprios da operadora, por método de verificação de elegibilidade e grupo de eventos de atenção à saúde, de todos os registros de eventos e itens assistenciais recebidos pela operadora no período de 01 a 30/11/2014, independentemente, do período em que a assistência foi prestada ou da forma de pagamento ou ainda, se foi ou não paga.</p>
3.1	<p>Métodos de verificação de elegibilidade – relação dos métodos de verificação de elegibilidade do beneficiário, selecionados para a pesquisa Radar TISS 2014. O método deve ser informado por grupo de evento de atenção à saúde (consulta, tratamento odontológico, diagnose e terapia e de internação).</p> <p>Os métodos estão listados por ordem de atualização tecnológica. E o prestador que utiliza mais de um método para o mesmo grupo de evento, deve figurar somente na linha da forma de verificação mais avançada do ponto de vista tecnológico, de forma a não contabilizar duas vezes um mesmo prestador. Por exemplo: se um prestador utiliza a biometria e também a leitura de cartão magnético, este deve figurar somente na linha referente à biometria.</p> <p>Elegibilidade é o processo que tem por objetivo validar o prestador, identificar o paciente e sua condição de beneficiário, em determinado plano de saúde da operadora.</p>
3.2	<p>Biometria – informar a quantidade de prestadores que utilizaram a biometria para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnose e terapia e de internação.</p> <p>Biometria é uma medida das características físicas ou comportamentais das pessoas como forma de identificá-las unicamente. Os sistemas chamados biométricos podem basear seu funcionamento em características de diversas partes do corpo humano, por exemplo: os olhos, a palma da mão, as digitais do dedo, a retina ou íris dos olhos.</p>

- 3.3 **Leitura eletrônica de cartão** – informar a quantidade de prestadores que utilizaram a leitura de cartão magnético para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnose e terapia e de internação.
- 3.4 **Outros métodos** – informar a quantidade de prestadores que utilizaram outros métodos eletrônicos, incluindo acesso por portal web, exceto biometria e leitura eletrônica de cartão, para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnose e terapia e de internação.
- 3.5 **Forma não eletrônica** – informar a quantidade de prestadores que utilizaram forma não eletrônica (consulta telefônica, apresentação de carteira do beneficiário, etc.) como método de verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnose e terapia e de internação.
- 3.6 **Consulta** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de consulta, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (3.3), outros métodos eletrônicos (3.4) e forma não eletrônica (3.5).
- 3.7 **Atendimento ambulatorial** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento ambulatorial, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (3.3), outros métodos eletrônicos (3.4) e forma não eletrônica (3.5).
- 3.8 **Tratamento odontológico** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento tratamento odontológico, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (3.3), outros métodos eletrônicos (3.4) e forma não eletrônica (3.5).
- 3.9 **Diagnose e terapia** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento de diagnose e terapia, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (3.3), outros métodos eletrônicos (3.4) e forma não eletrônica (3.5).
- 3.10 **Internação** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento internação, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (3.3), outros métodos eletrônicos (3.4) e forma não eletrônica (3.5).

OBS: No caso em que a operadora não tenha registrado movimento no período de **03/11/2014** ou não possua rede de serviços próprios, de prestadores contratados credenciados, ou mesmo não possua beneficiários deverá preencher essa questão com zeros e deverá se for o caso, informar no espaço da **“Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período”**, que não possui rede de serviços próprios prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo beneficiários.

Questão 4- Canal para a troca de mensagens eletrônicas

4.1 Mensagem eletrônica	4.8 Próprio	4.9 Terceirizado	4.10 Entidade representativa
4.2 Elegibilidade do beneficiário	S/N	S/N	S/N
4.3 Solicitação de autorização	S/N	S/N	S/N
4.4 Autorização para execução	S/N	S/N	S/N
4.5 Envio de cobranças	S/N	S/N	S/N
4.6 Envio de demonstrativos	S/N	S/N	S/N
4.7 Envio de recursos de glosas	S/N	S/N	S/N

Orientações para a questão 3

Item	Orientação
4.	Canal para a troca eletrônica de informações – informar por tipo de serviço de recepção primária dos dados de atenção à saúde, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
4.1	Mensagem eletrônica - conjunto estruturado de informações trocado de forma eletrônica, entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado. Para a pesquisa Radar TISS 2014 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).
4.2	Elegibilidade – informar a condição do envio de mensagem referente à elegibilidade do beneficiário, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não. Elegibilidade do beneficiário é o processo que tem por objetivo validar o prestador, identificar o paciente e sua condição de beneficiário, em determinado plano de saúde da operadora.
4.3	Solicitação de autorização – informar a condição do envio de mensagem referente à solicitação de autorização, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não. Solicitação de autorização é o processo pelo qual o prestador de serviço de saúde

solicita autorização da operadora para a realização de evento em saúde no beneficiário.

- 4.4 **Autorização para execução** – informar a condição do envio de mensagem referente à autorização para execução, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.

Autorização para execução é o processo pelo qual a operadora autoriza a realização de evento em saúde no beneficiário.

- 4.5 **Envio de contas** - informar a condição de envio de mensagem referente à cobrança, por tipo de provedor: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.

- 4.6 **Envio de demonstrativos** – informar a condição do envio de mensagem referente aos demonstrativos de pagamento, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.

- 4.7 **Envio de recursos de glosa** – informar a condição do envio de mensagem referente a recursos de glosa pelo prestador, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (3.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.

- 4.8 **Próprio** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais próprio da operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.

Para a pesquisa Radar TISS 2014 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).

- 4.9 **Terceirizado** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais terceirizado pela operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.

Para a pesquisa Radar TISS 2014 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (3.6) e envio de recursos de glosas (4.7).

- 4.10 **Entidade representativa** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais de entidade representativa da operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.

Para a pesquisa Radar TISS 2014 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (3.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).

- OBS. No caso em que a operadora não possua rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo não possua beneficiários deverá, além de completar a tabela com “N” para não, utilizar o espaço da “**Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período**”, para informar que não possui rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo beneficiários.

Questão 5- Certificado digital para o Padrão TISS

5.1 Certificado digital no servidor da operadora	5.2 Identificação e domínio do certificado	5.3 Quantidade de prestadores
S/N		

Orientações para a questão 5

Item	Orientação
5	<p>Certificado digital – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora (próprio, terceirizado ou de entidade representativa), o domínio de instalação do certificado e o número de prestadores que utilizam certificado de assinatura digital para envio das informações do padrão TISS.</p> <p>O certificado digital é um documento eletrônico que identifica, de forma segura, pessoas ou empresas no mundo virtual, funcionando como uma carteira de identidade digital, permitindo a troca segura de documentos, dados e mensagens eletrônicas.</p>
5.1	<p>Certificado digital no servidor da operadora – informar a existência de implantação de certificado digital no servidor da operadora ou no servidor de empresa contratada pela operadora para realizar a troca eletrônica de informações do padrão TISS, sendo: “S” para sim ou “N” para não.</p>
5.2	<p>Identificação e domínio do certificado – informar a denominação (nome comercial) do certificado digital utilizado pela operadora ou por empresa contratada por ela e também o domínio onde está instalado o certificado.</p>
5.3	<p>Quantidade de prestadores – informar o número de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora que utilizam certificado próprio de assinatura digital para assinar a mensagem enviada na troca de informações do Padrão TISS.</p>
OBS.	<p>No caso em que a operadora não possua rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo não possua beneficiários deverá, além de colocar zero (0) em Quantidade de prestadores (5.3), utilizar o espaço da “Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período”, para informar que não possui rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo beneficiários.</p>

Questão 6– Conectividade para o Padrão TISS

6.1 Forma de acesso	6.8 Implantado (S/N)	6.9 Quantidade de prestadores
6.2 Webservice para elegibilidade, solicitação e autorização de procedimentos	S/N	
6.3 Webservice para envio de cobranças	S/N	
6.4 Webservice para solicitação e envio de demonstrativos	S/N	
6.5 Portal para upload de arquivos com cobranças	S/N	
6.6 Portal para cadastramento de guias/cobranças	S/N	
6.7 Portal para solicitação e emissão de demonstrativos	S/N	

Orientações para a questão 6

Item	Orientação
6	<p>Conectividade – informar o tipo de conectividade que a operadora disponibilizou aos seus prestadores, no período de 01 a 30/11/2014.</p> <p>Conectividade – é o processo de conexão de um dispositivo a outro com a finalidade de transferir informação.</p> <p>Portal é uma página eletrônica que dá acesso a vários serviços.</p> <p>Webservice é uma tecnologia de comunicação com a qual diferentes aplicações podem interagir, enviando e recebendo dados em formato XML. É uma solução para a interoperabilidade entre sistemas de informação.</p>
6.1	<p>Forma de acesso – informar a situação de implantação (6.8) e a quantidade de prestadores (6.9) por tipo de conectividade. Para a pesquisa Radar TISS 2014, selecionou-se duas formas de conectividade: Portal e <i>WebService</i> por tipo de informação transmitida.</p>
6.2	<p>Webservice para elegibilidade, solicitação e autorização de procedimentos – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de 01 a 30/11/2014.</p>
6.3	<p>Webservice para envio de cobranças – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de 01 a 30/11/2014.</p>
6.4	<p>Webservice para solicitação e envio de demonstrativos – informar se essa forma de</p>

acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 30/11/2014**.

- 6.5 **Portal para upload de arquivos com cobranças** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 30/11/2014**.
- 6.6 **Portal para cadastramento de guias/cobranças** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 30/11/2014**.
- 6.7 **Portal para solicitação e emissão de demonstrativos** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 30/11/2014**.
- 6.8 **Implantado** – informar a condição da forma de acesso à conectividade disponível entre a operadora e seus prestadores, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- 6.9 **Quantidade de prestadores** – informar a quantidade de prestadores que utilizaram a forma de acesso implantada (6.8).

OBS. No caso em que a operadora não possua rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo não possua beneficiários deverá, além de colocar zero (0) na coluna Quantidade de prestadores (6.9), utilizar o espaço da **“Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período”**, para informar que não possui rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo beneficiários.

Questão 7– Comunicação da operadora com beneficiário via site com login e senha.

7.1	Disponibiliza ao beneficiário canal de acesso com login e senha?	S/N
7.2	Para acesso a dados cadastrais	S/N
7.3	Para acesso à rede de prestadores	S/N
7.4	Para acesso aos dados de utilização de serviços	S/N
7.5	Para acesso a outros dados ou serviços	S/N

Orientações para a questão 7

No item 7.1, a operadora deve informar se disponibiliza acesso para o seu beneficiário, em seu site, mediante utilização de *login* e senha individualizada. Caso a resposta seja afirmativa, nas linhas seguintes a operadora deve informar que tipo de informações o beneficiário tem acesso mediante a utilização de *login* e senha.

No item 7.2, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse seus dados cadastrais existentes na operadora.

No item 7.3, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a rede de prestadores do plano contratado, mesmo que já exista acesso à rede em área não logada.

No item 7.4, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a sua utilização de serviços.

No item 7.5, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a dados diferentes dos itens anteriores.

OBS. No caso em que a operadora não disponibilize acesso em seu site, mediante utilização de *login* e senha individualizada, por não possuir beneficiários deverá, além de colocar “N” nos itens 7.1; 7.2; 7.3; 7.4 e 7.5, utilizar o espaço da **“Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período”**, para informar que não possui beneficiários.

Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período

Nesta questão a operadora deve relacionar as demandas que mais frequentemente são enviadas ao seu coordenador do padrão TISS pelos seus prestadores de serviços, ou, se for o caso, informar que não possui rede de serviços próprios, de prestadores contratados ou credenciados, ou mesmo beneficiários.

Questão 9 - Principais dificuldades para a implantação do Padrão TISS

Nesta questão a operadora deve informar as principais dificuldades que teve ou está tendo para implantação do Padrão TISS, incluindo o processo interno e o relacionamento com a sua rede de prestadores.

Questão 10 – Implantação da Versão 3 do Padrão TISS

Nesta questão a operadora deve responder se disponibilizou a versão 3.02 do Padrão TISS para os seus prestadores de serviços de saúde. A operadora deve responder SIM ou NÃO para esta questão, detalhando, em caso de negativa, o motivo pelo qual não conseguiu a disponibilização.

Questão 11 - Responsável pelos dados informados nesta pesquisa

Nesta questão a operadora deve informar o responsável pelas informações enviadas na pesquisa do Radar TISS 2014, com os seguintes dados:

- Nome do responsável
- Cargo ocupado na operadora
- Telefone de contato
- E-mail de contato

