

TUSS, TISS e CBHPM: diferenças e aplicações práticas

A rotina de [faturamento de convênios](#) em clínicas e consultórios brasileiros é organizada em torno de três siglas que, embora frequentemente mencionadas em conjunto, correspondem a instrumentos regulatórios distintos, com finalidades, entidades responsáveis e formas de aplicação próprias.

A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) e a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) atuam de maneira complementar em um mesmo processo — o do reconhecimento, da identificação e do pagamento de um atendimento realizado por convênio — mas cada um responde a uma pergunta diferente dentro desse processo.

A confusão entre os três é comum, e não sem razão: duas têm grafias semelhantes, todas se referem à saúde suplementar e todas aparecem, em algum momento, na mesma guia de faturamento. Essa proximidade textual, contudo, encobre uma diferença de natureza que é relevante compreender, sob pena de a equipe administrativa da clínica atribuir a uma tabela um problema que, na realidade, pertence a outra, o que costuma resultar em correções equivocadas e em glosas recorrentes.

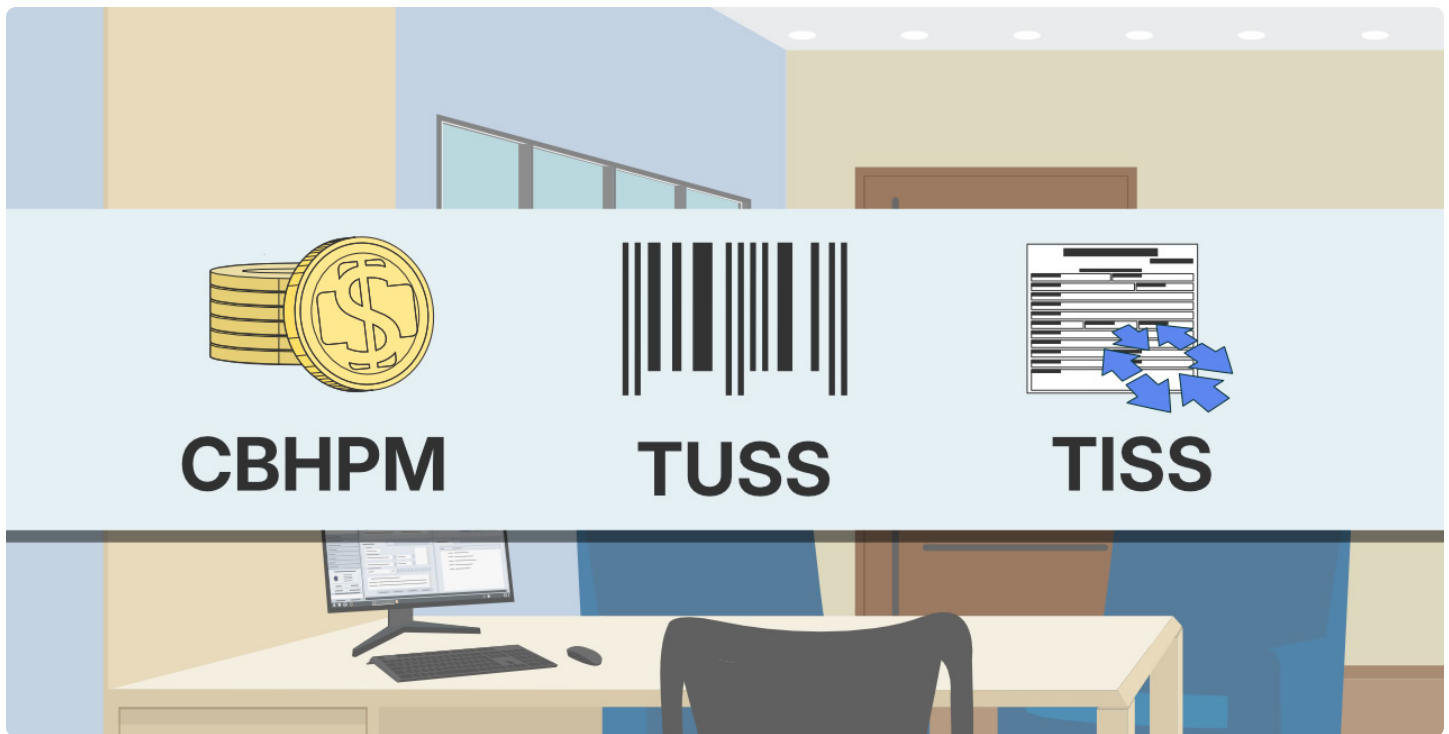
Este artigo apresenta, de forma comparativa, o que cada um desses três instrumentos representa, como se relacionam entre si e de que maneira se aplicam, na prática, ao fluxo de atendimento e faturamento de uma clínica.

Saiba mais:

Para um aprofundamento técnico sobre TISS e TUSS, incluindo componentes, tipos de guias e passo a passo de consulta, recomenda-se a leitura dos artigos específicos sobre o [padrão TISS](#) e sobre a [tabela TUSS](#).

- [O que é TISS, TUSS e CBHPM](#)
- [Tabela comparativa: TISS x TUSS x CBHPM](#)
- [Como os três instrumentos atuam em conjunto no fluxo de atendimento](#)
- [Aplicação prática por função na clínica](#)
- [Confusões conceituais mais comuns entre os três instrumentos](#)
- [Como o HiDoctor organiza TISS, TUSS e CBHPM em um único fluxo](#)

- Perguntas frequentes sobre TISS, T USS e CBHPM



O que é TISS, T USS e CBHPM

TISS — o padrão de comunicação

A sigla TISS designa a Troca de Informações na Saúde Suplementar, um conjunto de regras, diretrizes e especificações técnicas estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para disciplinar a forma pela qual os dados de atenção à saúde são transmitidos eletronicamente entre os prestadores de serviços de saúde (médicos, clínicas, hospitais e laboratórios) e as operadoras de planos de saúde.

O padrão foi instituído pela ANS em 2005 e tornou-se de adoção obrigatória em 2012. Sua função central não é descrever o conteúdo clínico ou financeiro do atendimento, mas sim definir a estrutura na qual esse conteúdo deve ser organizado para que seja compreendido de maneira uniforme por todos os agentes da cadeia. Isso inclui o formato dos arquivos, transmitidos em linguagem XML, os campos obrigatórios de cada tipo de [guia](#), os prazos de envio e resposta, e os requisitos de segurança e sigilo dos dados.

A norma vigente que consolida essas obrigações é a Resolução Normativa nº 501/2022 da ANS^[1], que revogou e substituiu a antiga Resolução Normativa nº 305/2012^[2] como marco regulatório do padrão.

Em síntese, a TISS responde à pergunta "de que forma a informação deve ser transmitida". Ela não determina qual procedimento foi realizado, tampouco qual é o valor a ser pago por ele; essas duas dimensões são tratadas pelos outros dois instrumentos descritos a seguir.

TUSS — o padrão de terminologia

A sigla TUSS designa a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, também estabelecida e mantida pela ANS. Trata-se de um conjunto padronizado de códigos numéricos e descrições técnicas que identificam, de maneira única, cada procedimento, consulta, exame, terapia, material ou medicamento utilizado no setor privado de saúde no Brasil.

A finalidade da TUSS é eliminar a ambiguidade na descrição dos eventos assistenciais. Antes de sua adoção, cada instituição de saúde e cada operadora podiam empregar nomenclaturas próprias para o mesmo procedimento, o que gerava divergências constantes nos processos de autorização, cobrança e auditoria.

Ao instituir uma terminologia única — organizada em terminologias específicas, como a de Procedimentos e Eventos em Saúde, a de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), a de Medicamentos e a de Diárias, Taxas e Gases Medicinais —, a ANS assegurou que o mesmo evento assistencial seja designado de forma idêntica por todos os participantes da cadeia.

Tecnicamente, a TUSS não constitui um documento autônomo e independente da TISS. Ela é o componente de Representação de Conceitos em Saúde do Padrão TISS, ou seja, integra a estrutura regulatória mais ampla estabelecida por este último, correspondendo à camada responsável por definir os termos e códigos que serão efetivamente preenchidos nas guias transmitidas em conformidade com o padrão. Em outras palavras, a TISS é a estrutura de comunicação, e a TUSS é o vocabulário que preenche essa estrutura.

Em síntese, a TUSS responde à pergunta "o que foi feito no atendimento". Ela identifica o evento assistencial, mas não determina o valor a ser pago por ele nem o formato em que essa informação deve ser transmitida à operadora.

CBHPM — o padrão de remuneração

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, cuja sigla é CBHPM, tem natureza distinta das duas anteriores, na medida em que não é estabelecida pela ANS, mas sim pela Associação Médica Brasileira (AMB), em conjunto com as sociedades de especialidades médicas filiadas e com o apoio técnico da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

A CBHPM é uma classificação que organiza os procedimentos médicos segundo critérios de complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário do profissional executante, distribuindo-os em quatorze portes, cada um subdividido em três níveis.

A cada porte corresponde um valor de referência, definido a partir de duas grandezas centrais: o valor do próprio porte e subporte, e o custo operacional do procedimento, expresso em Unidades de Custo Operacional (UCO), cujo valor monetário é revisado periodicamente pela AMB, com base em índices oficiais de inflação, como o INPC/IBGE.

A soma dessas duas grandezas, acrescida, quando aplicável, de valores referentes a filme radiológico e a porte anestésico, compõe o valor final de referência do procedimento.

A finalidade da CBHPM é estabelecer um parâmetro nacional de remuneração para os atos médicos, finalidade que se tornou necessária porque, antes de sua criação, em 2003, cada operadora de plano de saúde podia fixar seus próprios valores e códigos de forma unilateral, o que resultava em divergências relevantes de remuneração para o mesmo procedimento, a depender da operadora contratante.

A regulamentação da CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar tem como base a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.673, de 2003^[3], segundo a qual a Classificação é adotada como parâmetro de referência para a remuneração dos procedimentos médicos nesse sistema.

É importante observar que, diferentemente da TISS e da TUSS, a CBHPM não é instituída por resolução normativa da ANS, e sua adoção não decorre de obrigatoriedade legal direta imposta a operadoras e prestadores, mas sim de reconhecimento consolidado pelo mercado e de previsão contratual entre as partes.

Isso significa que a aplicação de determinada edição da CBHPM — a mais recente é a Edição 2022, publicada pela AMB^[4], que segue sendo periodicamente atualizada por comunicados de correção de valores — depende do que estiver estabelecido no contrato firmado entre a clínica ou o profissional e cada operadora específica, havendo casos em que contratos antigos ainda fazem referência a edições anteriores ou à antecessora da CBHPM, conhecida como tabela AMB.

Em síntese, a CBHPM responde à pergunta "quanto vale o que foi feito no atendimento". Ela não identifica o procedimento com um código de uso obrigatório nas guias eletrônicas, tampouco define o formato de transmissão dessa informação à operadora.

Tabela comparativa: TISS x TUSS x CBHPM

A tabela a seguir sintetiza as diferenças descritas na seção anterior, organizadas segundo os principais aspectos que distinguem os três instrumentos.

Característica	TISS	TUSS	CBHPM
Natureza	Padrão de comunicação	Padrão de terminologia	Classificação de remuneração
Pergunta que responde	Como a informação é transmitida	O que foi realizado no atendimento	Quanto vale o procedimento realizado

Característica	TISS	TUSS	CBHPM
Entidade responsável	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Associação Médica Brasileira (AMB), com apoio do CFM, da FENAM e da FIPE
Base normativa	Resolução Normativa ANS nº 501/2022	Integra o Padrão TISS, como componente de Representação de Conceitos em Saúde	Resolução CFM nº 1.673/2003
Formato	Estrutura de dados em arquivo XML	Conjunto de códigos numéricos e descrições técnicas	Classificação em portes e subportes, com valores de referência
Obrigatoriedade	Obrigatória para todos os prestadores e operadoras que realizam trocas eletrônicas de dados	Obrigatória, por integrar o Padrão TISS	Não decorre de obrigatoriedade legal direta; depende de previsão contratual entre prestador e operadora
O que a falha provoca	Rejeição técnica do arquivo, antes mesmo da análise do conteúdo	Glosa por divergência de código ou descrição do procedimento	Divergência de valor pago, glosa financeira ou impasse contratual

Como os três instrumentos atuam em conjunto no fluxo de atendimento

Embora TISS, TUSS e CBHPM sejam instrumentos regulatórios distintos, sua aplicação prática ocorre de forma articulada, ao longo de um mesmo [fluxo de atendimento e faturamento](#). A compreensão dessa sequência é o que efetivamente esclarece a relação entre os três, e pode ser descrita em quatro etapas.

Na primeira etapa, o profissional de saúde realiza o atendimento e identifica o procedimento executado. Esse procedimento precisa ser descrito de forma padronizada para que a operadora o reconheça, o que é feito por meio do código correspondente na TUSS. É neste momento que a Terminologia cumpre sua função: atribuir ao evento assistencial uma identificação única, compreendida da mesma forma por todos os agentes envolvidos.

Na segunda etapa, esse mesmo procedimento, já identificado pelo código TUSS, precisa ser precificado. Para os procedimentos e honorários médicos regidos por essa referência, a equipe de faturamento consulta a CBHPM para determinar o porte, o subporte e o custo operacional associados ao procedimento, chegando ao valor de referência que será cobrado da operadora, observados os percentuais e condições eventualmente negociados em contrato. Nesta etapa, portanto, aplica-se a dimensão financeira do atendimento, que não está contida no código TUSS nem em qualquer elemento do Padrão TISS.

Na terceira etapa, as informações do atendimento — dados do beneficiário, do prestador, do procedimento identificado pelo código TUSS e do valor de referência apurado com base na CBHPM — são organizadas na guia correspondente, segundo os campos e a estrutura exigidos pelo Padrão TISS.

Essa guia é então convertida em arquivo XML, reunida em lote junto a outras guias do mesmo período, e transmitida eletronicamente à operadora, em conformidade com a versão vigente do padrão.

Na quarta e última etapa, a operadora processa o lote recebido, verifica a conformidade técnica do arquivo transmitido segundo as regras da TISS, confere a adequação do código TUSS informado a cada procedimento e analisa o valor cobrado à luz da tabela de remuneração vigente no contrato, que pode ser a CBHPM ou outra referência acordada entre as partes. O resultado desse processamento é comunicado ao prestador por meio dos demonstrativos de retorno previstos no próprio Padrão TISS, que indicam os valores aceitos, os valores glosados e as respectivas justificativas.

Esse encadeamento evidencia que uma falha em qualquer uma das três dimensões compromete o resultado financeiro do atendimento, ainda que as demais estejam corretas. Um código TUSS correto, transmitido em um arquivo XML tecnicamente inválido, resulta em rejeição pela própria estrutura do Padrão TISS, antes mesmo de a operadora avaliar o procedimento ou o valor cobrado. Um arquivo tecnicamente válido, com código TUSS correto, mas com valor calculado a partir de uma edição desatualizada da CBHPM ou de um porte incompatível com o contratado, resulta em glosa financeira, ainda que o procedimento em si tenha sido corretamente identificado e a guia corretamente transmitida.

Caso queira se aprofundar no tema das glosas, baixe esse ebook gratuito que preparamos sobre prevenção e recuperação de glosas, reunindo as causas mais frequentes, o passo a passo do recurso e modelos de texto prontos para contestação:



Aplicação prática por função na clínica

A distinção entre os três instrumentos também se reflete na forma como diferentes funções administrativas e assistenciais da clínica se relacionam com cada um deles ao longo da rotina.

O profissional de saúde e a equipe de recepção lidam predominantemente com a TUSS, no momento em que um procedimento ou exame é solicitado. É nessa etapa que a identificação correta do código evita divergências futuras de interpretação por parte da operadora quanto ao serviço solicitado.

A equipe de faturamento é a que interage de forma mais direta com os três instrumentos simultaneamente: emprega os códigos da TUSS para descrever os procedimentos realizados, consulta a CBHPM (quando aplicável ao contrato vigente com a operadora) para apurar o valor de cada procedimento, e organiza essas informações segundo a estrutura e os campos exigidos pelo Padrão TISS, gerando e transmitindo o arquivo eletrônico correspondente.

A [gestão financeira e administrativa da clínica](#) é a instância que trata, de forma mais específica, da dimensão contratual associada à CBHPM: acompanha as edições e os comunicados de atualização de valores publicados pela AMB, verifica qual referência de remuneração está prevista em cada contrato firmado com as operadoras e conduz eventuais negociações de reajuste ou de migração para edições mais recentes da Classificação.

Confusões conceituais mais comuns entre os três instrumentos

Uma primeira confusão recorrente consiste em tratar a TUSS e a CBHPM como sinônimos, sob o argumento de que ambas se referem a procedimentos médicos. Essa equivalência é equivocada: a TUSS identifica o procedimento por meio de um código, sem atribuir a ele qualquer valor monetário, ao passo que a CBHPM atribui ao procedimento um parâmetro de remuneração, sem constituir, ela própria, o código de uso obrigatório nas guias eletrônicas do Padrão TISS.

Uma segunda confusão consiste em atribuir à correção do código TUSS a solução de uma glosa que, na realidade, decorre de divergência de valor entre o que foi cobrado pelo prestador e o que está previsto no contrato com a operadora. Nesses casos, a revisão do código TUSS não altera o resultado, porque o procedimento já estava corretamente identificado; o que precisa ser revisto é a referência de remuneração aplicada, ou seja, a edição da CBHPM utilizada e os percentuais contratuais correspondentes.

Uma terceira confusão consiste em supor que a TISS, por ser o padrão mais frequentemente mencionado no cotidiano administrativo, tenha alguma relação com o conteúdo clínico ou financeiro do atendimento. Como exposto, a TISS não determina o que foi feito nem quanto vale o procedimento; sua função se limita à estrutura e ao formato da transmissão eletrônica dessas informações, previamente definidas pela TUSS e pela CBHPM, respectivamente.

Como o HiDoctor apoia o faturamento de convênios

O HiDoctor conta com a Tabela TUSS integrada ao sistema, disponível para consulta e uso diretamente no cadastro de procedimentos e exames da clínica. O sistema também oferece o módulo de Faturamento TISS, responsável por organizar e exportar as guias de atendimento em conformidade com a estrutura exigida pelo Padrão TISS estabelecido pela ANS.

Essa combinação de recursos contribui para que a rotina de faturamento de convênios seja conduzida com mais organização e menos suscetibilidade a erros manuais. No link abaixo você confere mais detalhes sobre o faturamento de convênios no HiDoctor:

Faturamento TISS no HiDoctor

Perguntas frequentes sobre TISS, TUSS e CBHPM

TISS, TUSS e CBHPM são a mesma coisa?

Não. TISS é um padrão de comunicação que define como as informações são transmitidas eletronicamente entre prestadores e operadoras. TUSS é um padrão de terminologia que define os códigos e as descrições dos procedimentos e itens assistenciais. CBHPM é uma classificação de remuneração que define o valor de referência de cada procedimento médico. Os três instrumentos são complementares e atuam em conjunto, mas cada um responde a uma função distinta no processo de faturamento.

A clínica precisa manter as três tabelas sempre atualizadas?

Sim, embora por motivos diferentes. A atualização do Padrão TISS e da TUSS é obrigatória, uma vez que ambos integram a mesma regulamentação da ANS, e o uso de versões desatualizadas resulta em rejeição técnica das guias ou em glosa por código incorreto. Já a atualização da edição da CBHPM aplicável depende do que estiver previsto em cada contrato firmado com as operadoras, o que torna necessário o acompanhamento periódico tanto das publicações da AMB quanto das cláusulas contratuais vigentes com cada convênio.

A CBHPM é obrigatória da mesma forma que a TISS e a TUSS?

Não. A TISS e a TUSS são obrigatórias por força de resolução normativa da ANS, aplicável a todos os prestadores e operadoras que realizam trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde. A CBHPM, por sua vez, não decorre de obrigatoriedade legal direta imposta pela ANS, mas de

reconhecimento consolidado pelo mercado de saúde suplementar e de previsão contratual entre prestador e operadora, ainda que sua adoção como padrão mínimo e ético de remuneração conste de resolução do Conselho Federal de Medicina.

O que fazer quando a operadora utiliza uma edição da CBHPM diferente da mais recente?

Nesses casos, é necessário verificar, no contrato firmado com a operadora, qual edição da CBHPM — ou qual outra tabela de referência, como a antiga tabela AMB — está expressamente prevista para fins de remuneração. A cobrança deve seguir a referência contratual vigente, ainda que edições mais recentes já estejam disponíveis, sendo recomendável que a clínica negocie periodicamente a atualização dessa referência junto às operadoras.

Um erro em uma dessas tabelas compromete as demais?

Sim, de forma indireta. Embora cada instrumento seja tecnicamente independente, todos convergem para a mesma guia de faturamento. Um erro na aplicação da TUSS compromete a identificação do procedimento perante a operadora; um erro na aplicação da CBHPM compromete o valor cobrado; e um erro na estrutura definida pela TISS compromete a própria transmissão da guia, impedindo que qualquer das duas informações anteriores seja processada.

• • •

A modernização do faturamento em saúde suplementar não elimina a complexidade regulatória que envolve a comunicação, a identificação e a remuneração dos atendimentos, mas a organiza em camadas compreensíveis.

TISS, TUSS e CBHPM correspondem a três respostas distintas para três perguntas distintas: como transmitir, o que identificar e quanto remunerar. Reconhecer essa distinção é o que permite à equipe de faturamento diagnosticar corretamente a origem de uma glosa e evitar correções aplicadas ao instrumento errado.

A precisão nesse processo depende, portanto, do domínio simultâneo dos três instrumentos e da forma como se articulam ao longo do atendimento, da identificação do procedimento à sua efetiva remuneração pela operadora. Quanto mais consistente for essa articulação na rotina da clínica, menor a exposição a glosas técnicas e financeiras e maior a previsibilidade do fluxo de caixa.

Conheça as funcionalidades do HiDoctor para o faturamento de convênios e veja como a precisão técnica pode integrar terminologia, remuneração e comunicação eletrônica em um único sistema.

O **HiDoctor** é o único sistema multiplataforma para consultórios e o software mais utilizado por médicos e clínicas no Brasil. A Centralx conta com mais de 30 anos de experiência no desenvolvimento de tecnologias para a área médica.



HiDoctor GS:
gestão completa para
sua clínica crescer

QUERO CONHECER

0800 979 0400

Centralx

[1] RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS nº 501/2022.

[2] RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS nº 305/2012 (revogada).

[3] RESOLUÇÃO CFM nº 1.673/2003.

[4] CBHPM, Edição 2022 – Associação Médica Brasileira.

Artigo original disponível em:

"TUSS, TISS e CBHPM: diferenças e aplicações práticas" - **HiDoctor News**

Centralx®