Acreca dos requisitos técnos do sistema, segue abaixo a lista das desoconformidades que podem ocasionar dificuldades às licitantes na apresentação no sistemas ou até mesmo levar a Administração a julgamentos subjetivos, vejamos:

ID 3 O requisito solicita críticas a duas elegibilidades, mas não detalhas a lista de elegibilidade requerida. Isso dá margem a interpretações difusas e introduz uma avaliação subjetiva que pode ser questionada. Deve ser melhor detalhado para evitar esse tipo de problema para que não haja julgamento que venham a ferir a legislação licitatória.

O quesito avalia capacidade de críticas básicas do sistema. Qualquer controle de elegibilidade é composto por múltiplos critérios objetivos e claros (idade, parentesco, status de pagamento), sendo assim, a abertura para 2 quesitos quaisquer, citados durante a execução não permite qualquer subjetividade por parte da avaliação.

ID 7 O requisito fala de cálculo da co-participação a partir do cadastro do usuários. Coparticipação é normalmente ligada a itens da tabela de procedimentos. Não se cadastra co-participação para beneficiário, pois isso é incorreto. Se cadastra ou para o plano ou por item na tabela. Uma mudança no cadastro de usuário nunca vai disparar um mudança e recálculo de co-participação, devendo este item ser corrigido.

O sistema deverá permitir tal flexibilidade, pois as faixas de contribuição do beneficiário no Planserv são determinadas pelo salário do titular, e não pela sua idade. Esta mecânica também deverá ser aplicada à co-participação.

ID 10 Existe uma solicitação de um cadastro de compromisso, em que o gestor do plano cadastrar um compromisso com o prestador, mas não existe detalhamento de como isso funciona, se o prestador deve ou não aceitar, se deveria ou não cadastrar compromissos contendo outros compromissos e sem indicação de tempo mínimo para isso. Necessita de maior detalhamento.

ID 11 Deveria ser fornecido exemplos de perguntas para serem usados na verificação deste requisito, facilitando a demonstração e evitando assim avaliações subjetivas que venham a ferir a legislação licitatória.

ID 23 Os requisitos do programa de promoção e prevenção à saúde não tratam das doenças associadas a um beneficiário. Sem essa informação o programa em si parece ser ineficaz para dar resultados efetivos. Os CIDS ligados a um beneficiário deveriam ser chaves para o estabelecimento de ações e para seu acompanhamento. Esse item deveria ser revisto por especialistas no assunto, pois do jeito que se encontra é ineficaz para atingir os objetivos previstos em um programa de prevenção e promoção.

ID 26 O resultado esperado do teste de atendimento do requisito prevê consulta a informações clínicas do beneficiário, mas em um sistema de gestão de planos de saúde não existe essa informação. Os dados clínicos são privativos dos estabelecimentos de saúde que atendem o plano, não sendo obrigatório sua introdução em sistemas de gestão de planos de saúde. Esse item necessita ser revisto.

ID 29 O teste do requisito 29 prevê o monitoramento das ações em saúde, porém, não define quais são essas ações, onde serão cadastradas e nem como elas serão registradas por beneficiário. Existe uma lacuna nessa parte do edital que precisa ser revista e preenchida.

ID 30 O requisito fala em emissão de alerta no atendimento receptivo de beneficiário, mas não detalha o que faz esse alerta ser disparado. A descrição do teste e do resultado esperado é lacônica e pode ser interpretada de várias maneiras diferentes, gerando uma subjetividade em sua avaliação. Esse requisito inteiro precisa ser revisto e refeito para evitar problemas em sua interpretação.

ID 31 O requisito fala em níveis de adesão, mas não se comenta quais são os níveis de adesão existentes. É necessário detalhar isso e como se calcula o nível de adesão de um beneficiário, para que o item alcance a sua finalidade. Da forma que se encontra está inservível.

ID 32 O requisito fala em apresentar a evolução das respostas dos beneficiários nos programas de prevenção e promoção ao longo do tempo, mas não detalha o que é essa linha do tempo, nem como ela é gerada. Isso gera margem para múltiplas interpretações e introduz um critério subjetivo na avaliação das propostas, necessitando ser revisto.

ID 34 O requisito fala em apresentar o detalhamento do uso da assistência na linha do tempo, mas não detalha o que é essa linha do tempo, nem como ela é gerada. Isso gera margem para múltiplas interpretações e introduz um critério subjetivo na avaliação das propostas, necessitando ser revisto e detalhado.

ID 42 O requisito prescreve a determinação de limites de procedimentos de acordo com o estado de saúde de um beneficiário. Isso não é permitido, constituindo-se claramente em algo ilícito e facilmente questionável na justiça. Não se pode estabelecer limites de uso para pacientes em estado grave. Esse requisito é ilegal e deve ser eliminado do certame, sob o risco do Planserv ser acionado legalmente por órgão de classe e de defesa do consumidor. Pode-se estabelecer limites apenas no ambulatório. Em internações, especialmente em urgência, isso é um desrespeito a um beneficiário e um claro abuso. Assim, sua reforma é urgente e necessária.

ID 45 O requisito fala em separar solicitações de procedimentos em grupos distintos. Parece ser algo sem sentido, talvez por não possuir uma explicação detalhada. Um paciente que esteja precisando de uma internação, normalmente possui atrelada à solicitação, um pedido de diárias, de procedimentos, de materiais e medicamentos, de órteses, etc. Isso tudo é avaliado pelo regulador, que analisa o todo. Não faz sentido separar em grupos, sob o risco da análise ser precária e não ser feita com base no todo. Esse requisito precisa ser revisto ou excluído do certame, pois não reflete à práxis da saúde.

ID 47 O requisito fala em indicações de visitas geradas pelo sistema mas não detalhas as regras para essa sugestão. Ou seja, pode-se tudo ou até mesmo nada, uma vez que não é detalhado como isso deve ser feito. O requisito precisa ser detalhado de forma a permitir sua verificação sem dúvidas.

ID 53 O requisito fala em criação de regras de glosa. Não existem regras de glosa. A não ser em planos considerados desonestos que usam a glosa e a negação de atendimento como estratégia de crescimento, como é comum em alguns planos existentes. Uma glosa é gerada com base no contrato entre prestador e plano. Se houver algo diferente do estabelecido no contrato, como cobrança de um valor diferente das tabelas, ou de itens não associados ao contrato, ou até mesmo por procedimentos que exijam autorização e não foram devidamente solicitados, isso deve gerar glosa. Mas não existe a definição de regras de glosa. Isso não parece fazer sentido ou então não foi detalhado a ponto de ser inteligível para aqueles que analisam a descrição do requisito.

ID 56 O requisito fala sobre informações do prontuário do sistema, dando a impressão que o mesmo encontra-se no sistema de gestão do plano. Prontuário do paciente é uma informação do estabelecimento de saúde que realiza atendimentos, não estando no sistema de gestão do plano. Esse requisito deve ser adequado para evitar a solicitação de algo que é improvável de existir no mundo real.

ID 62 O requisito fala de dos diversos status de uma conta. Fala de auditoria concorrente mas parece insinuar que a auditoria concorrente será feito antes do lançamento das contas do prestador. Isso precisa ser revisto pois o modelo de auditoria concorrente deve ser feita durante uma internação, mas lançado apenas a posteriori, uma vez que só no fechamento é que os prestadores enviam as contas para os planos e somente a partir desse momento é que pode-se registrar a auditoria concorrente. Esse requisito precisa ser revisto para que interpretações errôneas não sejam geradas sobre o item.