

Departamentul Comercial**Serviciul Achiziții****Nr. inreg.: 4166/03.02.2022**

Referință: Licitarea organizată de CONPET SA în vederea atribuirii contractului de achiziție ce are ca obiect servicii de asigurare voluntară de sănătate, pentru salariații societății CONPET S.A.

Urmare a clarificărilor solicitate de către operatorii economici interesați cu privire la documentația publicată pentru procedura de achiziție mai sus menționată, vă comunicăm următoarele:

Întrebare 1: Categoria de vârstă 15-19 ani cuprinde un 1 angajat – vă rugăm să ne comunicați vârsta acestuia, întrucât vârsta minimă de intrare în asigurare este 16 ani.

Răspuns 1: Conform punctului 2.2. lit.c) din Caietul de sarcini “Asiguratorul va accepta în asigurare toți salariații CONPET S.A. indiferent de starea de sănătate: afecțiuni preexistente și boli cronice fără a face evaluarea medicală la intrarea în asigurare”.

CONPET S.A. nu are la acest moment salariați cu vârsta mai mică de 19 ani, dar chiar și în situația în care ar încadra, în condițiile legii, salariați cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani și aceștia ar trebui acceptați în Asigurare.

Punctul 2.2. lit.c) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 2: Categoria de vârstă peste 65 ani cuprinde un 4 angajați – vârstă maximă de intrare în asigurare la NN este de 64 ani. Prin urmare NU îi vom putea acoperi pe acești angajați. Am dori să știm dacă se accepta oferta fără acoperirea acestor 4 angajați?

Răspuns 2: Conform punctului 2.2. lit.c) din Caietul de sarcini “Asiguratorul va accepta în asigurare toți salariații CONPET S.A., indiferent de starea de sănătate: afecțiuni preexistente și boli cronice fără a face evaluarea medicală la intrarea în asigurare”.

Prin urmare, toți salariații CONPET S.A., indiferent de vârstă, deci și cei cu vârsta peste 65 de ani, trebuie acceptați în asigurare.

Punctul 2.2. lit.c) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 3: Referitor la punctul 2.2 alin. C care specifică includerea în asigurare a tuturor angajaților indiferent de starea de sănătate (afecțiuni cronice sau afecțiuni preexistente), fără evaluare medicală solicitam să ne transmiteți rata de dauna pe care a avut-o compania, la asigurarea de sănătate anterioară.

Răspuns 3: CONPET S.A. nu deține astfel de informații.

Întrebare 4: Referitor la punctul 2.2 alin G care specifică decontarea evenimentului asigurat în termen de maxim 14 zile de la recepționarea dosarului complet – confirmăm că se va putea respecta acest termen dacă asiguratul, în speță angajatul CONPET va anunța și depune documentele prin intermediul aplicației NN Direct.

Răspuns 4: Conform punctului 2.2. lit.g) din Caietul de sarcini “Serviciile medicale accesate de către asigurați din rețeaua de furnizori de servicii medicale a Asiguratorului, vor fi decontate direct, iar cele accesate în afara rețelei de furnizori de servicii medicale a Asiguratorului (decontare indirectă) se vor deconta de către Asigurator în baza documentației (dosar de daună) depusă de către asigurat, în termen de maxim 14 zile lucrătoare de la data recepționării dosarului complet. Acesta va conține: raportul medical, factura/bon fiscal în original, cererea de despăgubire.”

Punctul 2.2. lit. g) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 5: Referitor la punctul 2.3 alin. A – în acest moment, partenerii medicali NN solicita identificarea pacientului pe baza unui document de identitate cu poza (CI, carnet de conducere, pașaport). Nu este necesară existența unui cârd. Vă rugăm să ne comunicați dacă existența acestor carduri este o condiție eliminatorie? NN nu oferă acest serviciu, dar exista posibilitatea de a acomoda această solicitare în timp.

Răspuns 5: Punctul 2.3., lit. a) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 6: Referitor la punctul 2.4 alin C, pct 1 – este nevoie de copiile acestor dovezi: autorizație sanitară, autorizația aparatului, etc. sau este suficientă declarația pe propria răspundere din partea NN că se îndeplinesc aceste condiții?

Răspuns 6: Conform punctului 2.4., lit. c) din caietul de sarcini “Pentru îndeplinirea acestor cerințe solicitate Furnizorilor, Ofertantul (Asiguratorul) va da o **declarație pe proprie răspundere**, sub sancțiunea falsului în declarații, prin care se certifică faptul că toți furnizorii de servicii medicale din rețeaua de furnizori de servicii medicale a asiguratorului (Anexa nr.3) se află în relații contractuale cu acesta și îndeplinesc condițiile de funcționare solicitate de Ministerul Sănătății, astfel:

1. Unitățile medicale prestatoare a serviciilor medicale contractate, respectiv: cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriu, spitătele, cabinetele pentru investigații paraclinice, au autorizație sanitară de funcționare în condițiile solicitate de Autoritățile de Sănătate Publică și Colegiul Medicilor în conformitate cu legislația în vigoare.
2. Aparatura pentru investigații paraclinice, din dotarea cabinetelor din ambulatoriu sau din spitale are:
 - Autorizația aparatului - emisă de Ministerul Sănătății Publice,
 - Verificarea metrologică în termen.
3. Medicii care asigură serviciile contractate:
 - sunt medici specialiști pentru specialitățile respective;
 - au autorizație de liberă practică, valabilă.
4. Dovada existenței autorizației de deținere și prelucrare date personale, conform legislației în vigoare.”

Prin urmare, este suficientă declarația pe propria răspundere conform celor precizate în caietul de sarcini.

Punctul 2.3., lit. c) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 7: Referitor la punctul 2.4 alin. F – existența unui program IT – NN oferă posibilitatea accesării Call Centerului propriu în vederea obținerii suportului privind decontarea directă sau nu cu furnizorii medicali, obținerea informațiilor privind statusul dosarului. Clinica privată pune la dispoziție propriul Call Center în vederea stabilirii programărilor, evidenta accesărilor serviciilor medicale, etc. În ceea ce privește clinicile/policlinicele partenere, se va accesa fiecare clinică parteneră în parte. Este condiție eliminatorie existența unui singur Call Center care să însumeze cele menționate și să fie administrat de NN?

Răspuns 7: Conform punctului 2.4, lit. f) din Caietul de sarcini, programul IT la care se face referire în Caietul de sarcini trebuie să aibă capacitatea să asigure: identificarea asiguratului în momentul accesării serviciului “Call Center”, evidența serviciilor medicale efectuate, rapoarte de: evidență a numărului de accesări a serviciilor medicale acoperite în polița de asigurare, de evidență a numărului de asigurați ce au accesat serviciile medicale, de monitorizare sesizări/reclamații, gradul de satisfacție a asiguraților.

Punctul 2.4., lit. f) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 8: Referitor la punctul 2.4 alin. H – reprezintă condiție eliminatorie inexistentă a două grupuri cu peste 1500 de angajați?

Răspuns 8: Conform punctului 2.4, lit. h) din Caietul de sarcini, dovada capacității profesionale se va atesta prin prezentarea de către Ofertant în copie conform cu originalul a contractelor încheiate cu cel puțin 2 beneficiari cu un număr de angajați de minim 1500, pentru fiecare beneficiar în parte.

Punctul 2.4., lit. h) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Întrebare 9: Referitor la punctul 2.4 alin I – prin intermediul clinicii private oferim serviciul de consultanță online. În cazul clinicilor partenere nu putem garanta acest serviciu.

Răspuns 9: Conform punctului 2.4, lit. i) din Caietul de sarcini “În perioadele în care accesul la serviciile medicale este limitat, datorită declarării stării de urgență/stării de alertă asigurării pot beneficia de asistență și consultanță medicală telefonică și on line. Pentru îndeplinirea acestei cerințe și în scopul asigurării serviciilor de asistență și consultanță medicală telefonică și on line, ofertantul prezintă pașii pe care asigurării trebuie să-i urmeze pentru a beneficia de acest serviciu, precum și modalitatea de decontare în cazul accesării directe. De asemenea, se va preciza lista serviciile medicale pentru care se asigură posibilitatea consultațiilor telefonice/on-line.”

Punctul 2.4., lit. i) din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie. Prin urmare, asigurării trebuie să beneficieze de asistență și consultanță medicală telefonică și on line, nefiind însă o condiție ca toți furnizorii din rețeaua proprie să asigure aceste servicii.

Întrebare 10: Referitor la secțiunea V – întrucât am sesizat că nu se specifică sumă minimă asigurată pentru intervenția chirurgicală din orice cauză, avem rugămintea sa ne ajutați cu suma asigurată minimă dorită.

Răspuns 10: Conform Caietului de sarcini punctul 2.5, secțiunea V: INDEMNIZAȚIA PENTRU SPITALIZARE ȘI INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ, se solicită:

- precizarea în Anexa nr.1 a limitei sumei acoperite de Asigurator și a numărului zilelor de spitalizare pentru serviciile de spitalizare în sistem de asigurare privat, indiferent de numărul de spitalizări, atât pentru furnizori din rețeaua Asiguratorului, cât și pentru cei din afara rețelei – minim 15.000 lei suma acoperită, minim 21 de zile pentru fiecare asigurat/an.
- valoarea decontată pentru serviciile medicale de spitalizare în spitale private pentru afecțiuni medicale acute, puseul acut al unei boli cronice sau al unei afecțiuni preexistente va acoperi cazarea, intervențiile chirurgicale, investigațiile și tratamentele, medicamentele și consumabilele necesare în timpul spitalizării etc. și va fi decontată proporțional, indiferent de numărul de zile de spitalizare sau spitalizări – în limita maximă ofertată.
- în cazul în care spitalizarea este gratuită (plătită prin intermediul asigurărilor sociale de stat) pentru afecțiuni medicale acute, puseul acut al unei boli cronice sau al unei afecțiuni preexistente, asiguratul va primi o indemnizație de minim 100 lei/zi, indiferent de numărul de zile de spitalizare sau spitalizări – în limita numărului de zile de spitalizare maximă ofertată, precum și costul asigurărilor medicale neacoperite de asigurările sociale de sănătate, conform ofertei depuse, în limita a minim 15.000 lei/asigurat, suma în care este inclusă în indemnizația menționată anterior. Spitalizarea va include cel puțin o zi de ședere, recomandată de un medic atât din rețeaua Asiguratorului cât și din afara rețelei acestuia, în scopul tratării afecțiunilor și/sau vătămarilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli acoperite prin polița de Asigurare, iar costurile vor fi acoperite inclusiv pentru prima zi de spitalizare. Spitalizarea nu va fi condiționată de obligativitatea efectuării unei intervenții chirurgicale,

- respectarea cerințelor din Anexa 1 prin precizarea exactă a îndeplinirii acestora conform Anexei 1,
- precizarea procentului din costul serviciilor medicale acoperit de către Asigurator prin decontare directă în rețea, în cazul afecțiunilor acute, afecțiunilor cronice, afecțiunilor preexistente și puseelor acute în cazul afecțiunilor cronice și afecțiunilor preexistente,
- precizarea procentului din costul serviciilor medicale acoperit de către Asigurator, prin ramburs, în afara rețelei, în cazul afecțiunilor acute, afecțiunilor cronice, afecțiunilor preexistente și puseelor acute în cazul afecțiunilor cronice și afecțiunilor preexistente.

Prin urmare, oferta dumneavoastră trebuie să se încadreze în condițiile precizate anterior. Punctul 2.5, secțiunea V din Caietul de sarcini este cerință minimă obligatorie.

Menționăm că oferta va fi elaborată ținând cont de indicațiile precizate mai sus și că restul cerințelor rămân neschimbate.

ȘEF DEPARTAMENT COMERCIAL
Jr. Dan MANOLACHE

ȘEF SERVICIU ACHIZIȚII
Ing. Florina POPESCU

SERVICIUL ACHIZIȚII
Exp. AP Camelia BĂRBUCEANU