CLARIFICARE
privind
„SERVICII DE ASIGURARE VOLUNTARĂ DE SĂNĂTATE DE GRUP PENTRU ANGAJAȚII S.S.H. HIDROSERV S.A.”

Solicitare operator economic	Răspuns achizitor
	Societatea de Servicii Hidroenergetice Hidroserv S.A. (*denumită în continuare „S.S.H. Hidroserv S.A.”*), societate ce nu este autoritate contractantă, având în vedere documentația de atribuire ce are ca obiect *„SERVICII DE ASIGURARE VOLUNTARĂ DE SĂNĂTATE DE GRUP PENTRU ANGAJAȚII S.S.H. HIDROSERV S.A.”*, prin procedura de Licitație deschisă, postată pe site-ul societății în data de 05.11.2026, vă comunică următoarele:
1. „Avand in vedere complexitatea pachetului solicitat in caietul de sarcini si conditia obligatorie de incadrare in bugetul indicat, acceptati ofertarea pe planul ambulatoriu doar cu acces in reteaua de parteneri medicali (se limiteaza accesul in afara retelei)”	Solicitarea se acceptă parțial, în sensul că se admite accesarea serviciilor medicale de specialitate în ambulatoriu prin intermediul rețelei de furnizori medicali parteneri ai asigurătorului (pct.B SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE IN AMBULATORIU) cu condiția asigurării unei acoperiri teritoriale corespunzătoare și a accesului efectiv al tuturor beneficiarilor la serviciile medicale prevăzute în Caietul de sarcini. Prin excepție, pentru acele servicii medicale din cadrul pct. B SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE IN AMBULATORI, pentru care în Caietul de Sarcini sunt deja prevăzute plafoane / limite maxime de acoperire (cum ar fi, cu titlu de exemplu, intervențiile de mică chirurgie în limita a 2.000 lei/ an contractual/ asigurat), accesarea acestora la furnizori din afara rețelei partenerilor medicali sa ramane posibila prin sistem de rambursare, strict în limita sumelor maxime stabilite în Caietul de Sarcini pentru fiecare serviciu în parte. În vederea demonstrării îndeplinirii acestei cerințe, ofertanții vor prezenta, în cadrul propunerii tehnice, lista furnizorilor de servicii medicale din rețeaua proprie și parteneră (agreată), structurată pe județe și localități, cu indicarea unităților medicale (punct de recoltare, cabinet medical, clinică, spital), tip servicii medicale și specialități acoperite care pot fi accesate prin intermediul acestora, (Anexa 5a, 5b, 5c) în raport cu serviciile solicitate prin Caietul de sarcini. Totodată, în situațiile în care rețeaua de furnizori de servicii medicale din rețeaua proprie și parteneră (agreată) nu permite accesarea efectivă a anumitor servicii medicale acoperite în zona geografică în care își desfășoară activitatea asiguratul, ofertantul va avea obligația de a asigura mecanisme alternative de accesare a acestora, inclusiv prin sistemul de rambursare, cu respectarea condițiilor și limitelor de acoperire prevăzute în documentația de atribuire.

	Prin urmare, nu se acceptă eliminarea integrală a posibilității de accesare a serviciilor medicale în afara rețelei de parteneri, în condițiile în care o asemenea limitare ar putea afecta accesul efectiv al asiguraților la beneficiile contractate. Precizăm că S.S.H. Hidroserv S.A. prezintă un specific organizatoric și operațional distinct, desfășurându-și activitatea atât la sediul social din București, cât și prin intermediul punctelor de lucru situate în 13 județe ale țării. În consecință, asigurarea accesibilității serviciilor medicale pentru întregul personal al societății, indiferent de locul desfășurării activității, reprezintă o cerință esențială în raport cu obiectul și finalitatea achiziției. În aceste condiții, nu poate fi acceptată limitarea necondiționată a accesului la serviciile medicale exclusiv la rețeaua de furnizori de servicii medicale din rețeaua proprie și parteneră (agreată) ai asigurătorului, în măsura în care aceasta ar putea conduce la restrângerea posibilității efective de utilizare a serviciilor medicale contractate de către beneficiarii asigurării.
2. „Acceptati inlocuirea platii unei indemnizatii fixe in caz de diagnosticare cu o boala grava/critica (care include si partea de ocologie) in contul asiguratului cu decontarea serviciilor medicale/tratamentului pentru boala grava/critica recomandat de medicul curant, atat in planul de ambulatoriu cat si in spitalizare, in limita sumei asigurate?”	Nu se acceptă solicitarea de modificare a mecanismului de acordare a indemnizației pentru diagnosticarea unei boli grave/critice. Se mențin cerințele prevăzute la pct. D – „ALTE ACOPERIRI – Boli (afecțiuni) grave/critice” din Caietul de sarcini. În consecință, ofertanții vor respecta cerințele minime obligatorii stabilite prin documentația de atribuire. Păstrarea indemnizației fixe răspunde mai eficient nevoilor reale ale asiguraților în cazul unui diagnostic critic. Întrucât tratamentele medicale standard pentru aceste patologii sunt deja acoperite în mare parte prin sistemul public de asigurări de sănătate (programele naționale CNAS), scopul acestei acoperiri este de a oferi angajatului un sprijin financiar imediat și necondiționat (lichidități pentru cheltuieli conexe, recuperare, transport sau compensarea scăderii veniturilor), rol pe care o decontare de servicii medicale plafonată nu l-ar putea îndeplini.
3. „Avand in vedere ca partea de monitorizare sarcina este foarte costisitoare in calculul construirii primei de asigurare, considerati monitorizara sarciii ca sieste conditie minima obligatorie? In cazul in care acesata nu va fi ofertata considerati oferta neconforma? Avand in vedere restrictiile de buget, daca se pune o limita de suma asigurata pentru aceasta clauza, putem oferta astfel fara a considera ofera inacceptabila?”	Monitorizarea sarcinii, pct. F MONITORIZARE GRAVIDE, reprezintă o cerință minimă obligatorie, iar neofertarea acestei acoperiri conduce la declararea ofertei ca fiind neconformă. Totodată, nu se acceptă introducerea unei sume asigurate (plafon) pentru această clauză care ar conduce la limitarea serviciilor medicale incluse în pachetul minim solicitat. Analizând structura demografică a Societatii (1.260 salariați, dintre care doar 152 femei, iar din acestea doar 33 au vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani, reprezentând 2,62% din totalul angajaților), expunerea reală pe riscul de maternitate este extrem de redusă. Raportat la dimensiunea întregii Societati, impactul financiar al monitorizării sarcinii asupra primei medii per salariat este nesemnificativ și nu justifică diminuarea acestui beneficiu pentru salariate. Menținerea acestei acoperiri urmărește asigurarea unui pachet

	unitar de beneficii medicale pentru toate categoriile de asigurați, în condițiile stabilite prin Caietul de sarcini.
4. „Referitor la termenul maxim de solicitare documente in cazul dosarului de ramburs de 10 zile , se poate extinde la 30 de zile, fara ca oferta va fi declarata inacceptabila?”	Solicitarea se acceptă parțial, în sensul extinderii termenului maxim în care Asigurătorul poate analiza documentația transmisa și solicita eventuale documente suplimentare (prevăzut la pct. 5, cap IV PLATA SERVICIILOR MEDICALE ASIGURATE), de la 10 zile lucrătoare la maximum 15 zile lucrătoare de la primirea acesteia. Celelalte prevederi ale pct. 5 rămân nemodificate, inclusiv regula potrivit căreia, în lipsa unei solicitări de completare în termenul stabilit, dosarul este considerat complet. Modificarea termenului urmărește asigurarea unui echilibru între timpul necesar verificării documentației de către asigurător și interesul beneficiarilor de a obține soluționarea cererilor de rambursare într-un termen rezonabil.
5. „Serviciul de call center are rol consultativ, poate face recomandari, poate raspunde unor solicitari , clarificari insa nu efectueaza programari, in lipsa acestei functii va fi descalificata?”	Nu se acceptă eliminarea obligației de efectuare a programărilor medicale prevăzute în Caietul de sarcini. Se mențin cerințele stabilite la “pct. 4 - Servicii call center și/sau platformă digitală asociată, cap. V - CANALE DE ASISTENȚĂ ȘI GESTIONARE A SERVICIILOR – call center și acces digital”, inclusiv obligația asigurătorului de a efectua programările la medicii specialiști/primari (prin call center și/sau platformă digitală) și de a transmite confirmarea către asigurat in termenul prevazut. Efectuarea programărilor de către Asigurător reprezintă un element operațional esențial pentru funcționarea mecanismului de decontare directă în rețeaua parteneră (mai ales în contextul acceptării solicitării de la punctul 1, prin care serviciile din ambulatoriu se accesează preponderent în rețea). Având în vedere distribuția teritorială a personalului S.S.H. Hidroserv S.A., posibilitatea efectuării programărilor medicale constituie o componentă importantă pentru accesarea efectivă și în timp util a serviciilor asigurate. Prin urmare, un serviciu de call center limitat exclusiv la furnizarea de informații și recomandări, fără asigurarea funcționalității de programare prin niciunul dintre canalele puse la dispoziție, nu îndeplinește cerințele minime prevăzute în documentația de atribuire.