

**Załącznik nr 1B do SWZ****SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA****I. Podstawowe dane:**

Stan na miesiąc lipiec 2024 r.	Liczba
Pracownicy uprawnieni do przystąpienia do programu	913
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników uprawnionych do przystąpienia do programu	Załącznik nr 2B do SWZ

II. Warunki obligatoryjne realizacji przedmiotu umowy:

1. Minimalny poziom partycypacji to **20% pracowników Zamawiającego**. Uprawnionymi do przystąpienia do programu są pracownicy administracyjni Zamawiającego.
2. Zamawiający: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
3. Wykonawca:
 - podmiot wykonujący działalność leczniczą;
lub
 - podmiot organizujący usługi opieki medycznej;
lub
 - zakład ubezpieczeń,
wyłoniony w trybie niniejszego postępowania w sprawie zamówienia publicznego.
4. **Usługa może być realizowana w formie ubezpieczenia, abonamentu lub świadczona przez podmiot leczniczy świadczący usługi opieki medycznej.**
5. **Uprawnieni do świadczeń medycznych w ramach programu opieki medycznej (Uczestnik Programu/Ubezpieczony) zwany dalej Uczestnikiem programu:**
 - a. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, umowy o świadczenie usług oraz z osobami prowadzącymi działalność gospodarczą, których przedmiotem jest świadczenie pracy / usług na rzecz Zamawiającego.
 - b. **Członek rodziny – uprawniony do świadczeń medycznych:**
 - **małżonek lub partner życiowy** (osoba niespokrewniona z Pracownikiem, pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym),



- **dziecko** – własne lub przysposobione dziecko pracownika lub małżonka/partnera pracownika w wieku do 25 lat.
- 6. **Zakres programu opieki medycznej** – obowiązywać będą maksymalnie cztery Zakresy programu opieki medycznej, zróżnicowane pod względem świadczeń i składek, zgodnie z wymaganym zakresem Załącznika nr 1B do SWZ, Rozdział III.
- 7. **Zakres winien zawierać Pakiet indywidualny, partnerski i rodzinny, w ramach których z usług medycznych będą mogli korzystać:**
 - a. **PAKIET INDYWIDUALNY** – pracownik,
 - b. **PAKIET PARTNERSKI** – pracownik + małżonek lub partner życiowy lub dziecko, tj. 2 osoby,
 - c. **PAKIET RODZINNY** - pracownik + małżonek lub partner życiowy + dzieci (bez względu na ich liczbę); pracownik + dzieci (bez względu na ich liczbę).
- 8. **Wiek wstępu** – Uczestnikiem programu może być osoba uprawniona – pracownik oraz małżonek lub partner życiowy, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do programu opieki medycznej nie ukończyła 67 r. ż. Osoby, które przystąpiły do programu będą objęte pełnym zakresem opieki medycznej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania.
- 9. Członkowie rodzin w ramach Pakietów partnerskich i rodzinnych będą mieli prawo przystąpić wyłącznie do Zakresu, do którego przystąpi pracownik.
- 10. Wykonawca zapewni możliwość rezerwacji terminów wizyt lekarskich, badań oraz innych usług medycznych dostępnych w ramach wybranych Zakresów, w każdym z niżej wymienionych sposobów komunikacji:
 - a. poprzez telefoniczną infolinię,
 - b. poprzez internetowy system rezerwacji wizyt, co najmniej w placówkach własnych Wykonawcy,
 - c. bezpośrednio w placówkach własnych Wykonawcy.
- 11. Wykonawca zapewni Uczestnikom programu informację zwrotną potwierdzającą termin realizacji usługi medycznej (za pośrednictwem telefonu, e-mail lub SMS – sposób przekazania informacji jest określany podczas przyjmowania zgłoszenia na wizytę) w czasie nie dłuższym niż 12 godzin.
- 12. W przypadku braku możliwości zrealizowania usługi medycznej, odwołania wizyty z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, Uczestnik programu zostanie o tym fakcie poinformowany bez zbędnej zwłoki, zgodnie z procedurą funkcjonującą u Wykonawcy, przy czym w czasie nie dłuższym niż 12 godzin.
- 13. Pracownik oraz członkowie rodzin będą mieli możliwość korzystania z usług we wszystkich podmiotach leczniczych, udostępnionych przez Wykonawcę, zlokalizowanych



- na terenie RP oraz możliwość swobodnego wyboru lekarzy wszystkich specjalizacji świadczących usługi w tych podmiotach, zgodnie z wybranym zakresem. Wykonawca zapewni dostęp do co najmniej 1000 placówek medycznych na terenie RP.
14. Wykonawca zapewni dostęp do **co najmniej 10 placówek** medycznych własnych i współpracujących z Wykonawcą na zasadach podzleceń na terenie Wrocławia realizujących bezpłatne usługi medyczne zarówno w zakresie konsultacji lekarskich, jak i badań diagnostycznych. Wymaga się zapewnienia dostępu do wszystkich lekarzy specjalistów zgodnie z zakresem oferty na terenie Wrocławia. Wymóg ten nie dotyczy konsultacji profesorskich.
 15. Zamawiający wymaga, by konsultacje u lekarzy specjalistów dostępnych w ramach posiadanego pakietu były realizowane bez skierowania.
 16. **Wymagane terminy dostępności do lekarza rodzinnego, internisty oraz pediatry** – do 2 dni roboczych od zgłoszenia. Terminy dostępności nie obowiązują Wykonawcy w przypadku wskazania przez osobę Uprawnioną konkretnego lekarza internisty/lekarza rodzinnego/ lekarza pediatry, konkretnej placówki lub przedziału czasowego.
 17. **Wymagane terminy dostępności do lekarzy specjalistów** – do 5 dni roboczych od zgłoszenia. Terminy dostępności nie obowiązują Wykonawcy w przypadku wskazania przez Uczestnika programu konkretnego lekarza specjalisty, konkretnej placówki lub przedziału czasowego.
 18. W przypadku, gdy Wykonawca nie zrealizuje danej usługi medycznej w terminie określonym w opisie przedmiotu zamówienia, Uczestnikowi programu, który we własnym zakresie poniósł koszt realizacji świadczenia medycznego na terenie RP, przysługuje zwrot w pełnej wysokości poniesionego kosztu świadczenia, pod warunkiem, że świadczenie to jest objęte Zakresem. Zwrot, o którym mowa powyżej dokonywany będzie na podstawie rachunku lub faktury wystawionej na Uczestnika programu w terminie 30 dni od otrzymania kompletu dokumentów. W sprawach spornych Wykonawca zapewni dostęp do nagrań rozmów telefonicznych, jeżeli rezerwacja dokonywana była za pośrednictwem infolinii. Zamawiający wymaga, aby w przypadku braku realizacji standardów dostępności na danym terenie (zgodnie z pkt. 16, 17), Wykonawca każdorazowo potwierdzał Uczestnikowi programu (poprzez wiadomość tekstową SMS lub e-mail) zgodę na realizację usługi poza siecią Operatora/Wykonawcy – promesa refundacji kosztów usługi realizowanej prywatnie przez Uczestnika programu.
 19. **Brak oceny stanu zdrowia, zniesienie pre-existingu** – pracownicy jak również członkowie rodzin będą mieli prawo przystąpić do programu opieki medycznej i korzystać w pełnym



- zakresie ze świadczeń medycznych, niezależnie od aktualnego stanu zdrowia oraz rodzaju przebytych chorób.
20. Pracownik lub członek rodziny będzie mógł przystąpić do pakietu w dowolnym momencie trwania umowy z okresem obowiązywania ochrony i realizacji usług od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zgłoszeniu.
 21. Pracownik lub członek rodziny będzie mógł przedterminowo zrezygnować z pakietu medycznego w dowolnym momencie obowiązywania umowy.
 22. **Refundacja kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych** – Wykonawca zagwarantuje możliwość korzystania z opcji refundacji zarówno kosztów wizyt lekarskich jak i badań diagnostycznych (do których Uczestnik programu ma dostęp bezpłatny zgodnie z wybranym Zakresem) zrealizowanych na terenie RP w placówkach spoza sieci placówek partnerskich Wykonawcy (niezależnie od tego, czy w danej miejscowości Wykonawca zapewnia dostęp do danego lekarza lub badania). Zwrot kosztów będzie następował na podstawie wniosku oraz załącznika w postaci kopii skierowania lekarskiego (w odniesieniu do badań) faktury/rachunku do wysokości określonej w cenniku/procedurze refundacji Wykonawcy. Procedurę refundacji wraz ze wzorem wniosku Wykonawca dołączy do oferty. Wykonawca dokona zwrotu kosztów do wysokości limitu wyznaczonego w cenniku/procedurze refundacji na konto uczestnika w terminie 30 dni od otrzymania kompletu dokumentów. Korzystanie z opcji refundacji nie będzie wymagało zgody Wykonawcy.
 23. **Cennik refundacji** – jeżeli refundacja realizowana jest na podstawie cennika refundacji wymaga się, aby cennik refundacji obejmował wszystkie usługi/świadczenia medyczne zawarte w ofercie Wykonawcy.
 24. W razie wątpliwości ustala się, że zapisy Umowy i SWZ wraz z załącznikami mają pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia i/lub Ogólnymi Warunkami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych, zwanymi dalej OWU. Wszelkie postanowienia OWU regulujące odmienny zakres niż w SWZ nie mają zastosowania, chyba że oferta i/lub OWU zawierają postanowienia korzystniejsze dla Zamawiającego.
Wykonawca winien wskazać w ofercie nazwę Zakresu zgodnie z nazewnictwem stosowanym w OWU, którego zakres stanowi uzupełnienie oferty.
 25. Wykonawca zobowiązuje się na własny koszt przygotować materiały promocyjne (ulotki, plakaty) dla wszystkich Uprawnionych w liczbie gwarantującej pełną informację oraz przeprowadzić akcję informacyjną wśród pracowników, natomiast Zamawiający może zamieścić przygotowane przez Wykonawcę materiały na stronie intranetowej lub w innych dostępnych środkach komunikacji z pracownikami.



Zamawiający wymaga aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego.

26. Elektroniczny system obsługi umowy – Wykonawca wyłoniony w drodze niniejszego postępowania nieodpłatnie udostępni Zamawiającemu portal lub elektroniczny system obsługi umowy (np. składnik pakietu biurowego MS Office – Excel). System ten, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę umowy w zakresie co najmniej:
- a. prowadzenia ewidencji osób objętych programem opieki medycznej,
 - b. ewidencjonowania osób przystępujących do programu opieki medycznej,
 - c. ewidencjonowania osób występujących z programu opieki medycznej.

**III. Zakres opieki medycznej – tabela świadczeń obligatoryjnych:**

Oferta Wykonawcy winna gwarantować dostęp do konsultacji lekarskich oraz dostęp do badań diagnostycznych w ramach zaproponowanych Zakresów programu opieki medycznej, obejmujących co najmniej następujące usługi medyczne:

Pozycja	Wykaz oferowanych usług	Dostępność usług w poszczególnych zakresach			
		I	II	III	IV
I.	Całodobowa infolinia	TAK	TAK	TAK	TAK
II.	Serwis SMS	TAK	TAK	TAK	TAK
III.	Dostęp do lekarzy POZ – internista, lekarz rodzinny, pediatra:				
a)	ze zniżką 50% ceny obowiązującej w placówce, bez limitu	TAK	NIE	NIE	NIE
b)	bezpłatnie, bez limitu	NIE	NIE	TAK	TAK
IV.	Dostęp do lekarzy specjalistów:				
a)	co najmniej 15 specjalizacji ze zniżką od ceny obowiązującej w placówce, bez limitu	TAK	NIE	NIE	NIE
b)	co najmniej 10 specjalizacji, bezpłatnie, bez limitu	NIE	TAK	NIE	NIE
c)	co najmniej 20 specjalizacji, bezpłatnie, bez limitu	NIE	NIE	TAK	NIE
d)	co najmniej 25 specjalizacji, bezpłatnie, bez limitu	NIE	NIE	NIE	TAK
V.	Prowadzenie ciąży	TAK	TAK	TAK	TAK
VI.	Przeгляд stomatologiczny	TAK	TAK	TAK	TAK
VII.	Stomatologia zachowawcza – ze zniżką 20% ceny obowiązującej w placówce	TAK	TAK	TAK	TAK
VIII.	Wizyty domowe – 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę:				
a)	co najmniej 2 wizyty w roku	NIE	NIE	TAK	NIE
b)	co najmniej 4 wizyty w roku	NIE	NIE	NIE	TAK
IX.	Szczepienia ochronne:				
a)	grypa sezonowa	NIE	NIE	TAK	TAK
b)	tężec	NIE	NIE	TAK	TAK
c)	WZW typu A i B	NIE	NIE	TAK	TAK
X.	Zabiegi ambulatoryjne:				
a)	pielęgniarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
b)	lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
XI.	Badania diagnostyczne – bez limitu:				
a)	Diagnostyka laboratoryjna – zakres podstawowy, m. in.: badania biochemiczne, serologiczne i immunologiczne, hormonalne, bakteriologiczne, moczu, cytologia wymazu szyjki macicy				
	ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	TAK	NIE	NIE	NIE
	bezpłatnie lub ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	TAK	TAK	NIE
	bezpłatnie	NIE	NIE	NIE	TAK



Pozycja	Wykaz oferowanych usług	Dostępność usług w poszczególnych zakresach			
		I	II	III	IV
b)	Diagnostyka laboratoryjna – zakres rozszerzony, m. in.: hematologiczne i układu krzepnięcia, kału, immunologiczne, wirusologiczne, biopsja cienkoigłowa tarczycy, skórne testy alergiczne				
	ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	TAK	TAK	NIE
	bezpłatnie lub ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	NIE	NIE	NIE
	bezpłatnie	NIE	NIE	NIE	TAK
c)	Diagnostyka obrazowa – zakres podstawowy, m. in.: USG				
	ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	TAK	NIE	NIE	NIE
	bezpłatnie lub ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	TAK	TAK	NIE
	bezpłatnie	NIE	NIE	NIE	TAK
d)	Diagnostyka obrazowa – zakres rozszerzony, m. in.: RTG, TK i NMR, endoskopowe, czynnościowe				
	ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	NIE	NIE	NIE
	bezpłatnie lub ze zniżką 15% ceny obowiązującej w placówce	NIE	TAK	TAK	NIE
	bezpłatnie	NIE	NIE	NIE	TAK
XII.	Rehabilitacja ambulatoryjna – limit zabiegów w roku: 20	NIE	NIE	NIE	TAK
XIII.	Refundacja	NIE	TAK	TAK	TAK

**IV. Klauzule dodatkowe:**

Zamawiający wnioskuje o zastosowanie w ofercie następujących klauzul dodatkowych, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony.

1. Gwarancja akceptacji skierowań na badania wystawiane przez lekarzy spoza sieci placówek medycznych współpracujących z Wykonawcą – 2 pkt.
2. Gwarancja zmiany Zakresu oraz Pakietu na zakres wyższy możliwa jest w każdym czasie trwania umowy (zmiana obowiązuje od 1. dnia miesiąca następującego po zgłoszeniu) – 2 pkt.
3. Możliwość jednokrotnej zmiany pakietu pracowniczego na partnerski lub rodzinny w ciągu 12 miesięcy umowy w dowolnym momencie w trakcie roku umownego – 2 pkt.
4. Zwiększenie limitu rehabilitacji w Zakresie IV do 30 zabiegów – 2 pkt.
5. Wykonawca w Zakresie IV rozszerza zakres świadczeń o dostęp do lekarza psychiatry – 2 pkt.
Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.
6. Wykonawca w Zakresie II rozszerza zakres o opiekę podstawową z bezpłatnym dostępem do: lekarza rodzinnego, internisty, pediatri – 2 pkt.
7. Gwarancja dostępności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – internista, lekarz rodzinny, pediatra do 1 dnia roboczego od momentu zgłoszenia (dla zakresów obejmujących dostępność wskazanych lekarzy) – 1 pkt.
8. Gwarancja pokrycia kosztów kontrastu (w przypadku wskazania lekarskiego) w ramach badań TK i RM w Zakresie IV – 3 pkt.
9. Gwarancja zniesienia limitu na wizyty domowe w Zakresie IV – 2 pkt.
10. Możliwość przystąpienia do programu opieki medycznej pracowników Zamawiającego bez ograniczeń wiekowych – brak górnej granicy wieku – 2 pkt.



Beata Sobkowicz-Gostyńska
Broker ubezpieczeniowy