



OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

I. Podstawowe dane:

Stan na miesiąc maj 2024 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	594
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SWZ

II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Minimalny poziom partycypacji to **120 pracowników Zamawiającego**.
- Zamawiający: ZOZ w Kłobucku.
- Wykonawca:
 - podmiot wykonujący działalność leczniczą;
lub
 - podmiot organizujący usługi opieki zdrowotnej;
lub
 - zakład ubezpieczeń.wyłoniony w trybie niniejszego postępowania w sprawie zamówienia publicznego.
- Usługa może być realizowana w formie ubezpieczenia, abonamentu lub świadczona przez podmiot leczniczy świadczący usługi opieki medycznej.
- Uprawnieni do świadczeń medycznych w ramach programu opieki zdrowotnej (Uczestnik Programu/Ubezpieczony) zwany dalej Uczestnikiem programu:**
 - 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;
 - 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. **Zakresy programu opieki zdrowotnej** – 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:**
 - 7.1. **PAKIET INDYWIDUALNY** – pracownik;
 - 7.2. **PAKIET PARTNERSKI** – pracownik + małżonek lub partner życiowy lub dziecko, tj. 2 osoby;
 - 7.3. **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 zdrowotnej nie ukończyła 67 r. ż. Osoby, które przystąpiły do programu będą objęte pełnym zakresem opieki zdrowotnej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania.
9. Wykonawca zapewni możliwość rezerwacji terminów wizyt lekarskich, badań oraz innych usług medycznych dostępnych w ramach wybranych Zakresów, w każdym z niżej wymienionych sposobów komunikacji:
 - poprzez telefoniczną infolinię,
 - poprzez internetowy system rezerwacji wizyt, co najmniej w placówkach własnych Wykonawcy,
 - bezpośrednio w placówkach własnych Wykonawcy.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Zamawiający wymaga, by konsultacje u lekarzy specjalistów dostępnych w ramach posiadanego pakietu były realizowane bez skierowania.
14. **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.
15. **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.
16. 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. 14, 15), 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.
17. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w postępowaniu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SWZ. Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SWZ.
18. **Ankiety medyczne dla pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących do ubezpieczenia grupowego pracowników.
19. **Ankiety medyczne dla członków rodzin oraz partnerów życiowych pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących do ubezpieczenia grupowego członków rodzin oraz partnerów życiowych pracowników **w pierwszych trzech miesiącach od uruchomienia polis.**

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:

GRUPA	
Minimalny wymagany zakres świadczeń	DOSTĘPNOŚĆ
OPIEKA SPECJALISTYCZNA – (dostęp do min. 16 lekarzy specjalistów):	
Alergolog	dostęp bezpłatny
Chirurg ogólny	dostęp bezpłatny
Dermatolog	dostęp bezpłatny
Diabetolog	dostęp bezpłatny



GRUPA	
Minimalny wymagany zakres świadczeń	DOSTĘPNOŚĆ
Endokrynolog	dostęp bezpłatny
Gastrolog	dostęp bezpłatny
Ginekolog	dostęp bezpłatny
Kardiolog	dostęp bezpłatny
Nefrolog	dostęp bezpłatny
Neurolog	dostęp bezpłatny
Okulista	dostęp bezpłatny
Ortopeda	dostęp bezpłatny
Otolaryngolog	dostęp bezpłatny
Pulmonolog	dostęp bezpłatny
Urolog	dostęp bezpłatny
Reumatolog	dostęp bezpłatny
BADANIA DIAGNOSTYCZNE:	dostęp bezpłatny
badania biochemiczne:	chlorki (Cl), dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza kwasna całkowita, fosfataza sterczowa, żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC);
badania serologiczne i immunologiczne:	oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn, odczyn Waalera-Rosego, przeciwciała przeciw HBs.;
badania moczu:	kreatynina w moczu;
posiewy i bakteriologia:	posiew z rany;
badania czynnościowe:	spirometria;
badania z zakresu diagnostyki USG:	USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczne (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczne (transwaginalne), USG scriningowe ginekologiczne, USG miednicy małej, USG piersi, USG tarczycy, USG ciąży;
badania inne:	cytologia wymazu z szyjki macicy
prowadzenie ciąży	dostęp bezpłatny
OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
przegląd stomatologiczny	min. bezpłatnie 1 x w roku
stomatologia zachowawcza	dostęp ze zniżką w wysokości minimum 20%

SUPRA BROKERS®

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,

kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234

www.suprabrokers.pl



GRUPA	
Minimalny wymagany zakres świadczeń	DOSTĘPNOŚĆ
	w stosunku do ceny usługi obowiązującej u świadczeniodawcy
całodobowy dostęp do infolinii medycznej w nagłych przypadkach	TAK

IV. Klauzule dodatkowe – fakultatywne:

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

1. Rozszerzenie Zakresu o dodatkowe konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – internista, lekarz rodzinny, pediatra – 5 pkt

2. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis – 5 pkt

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu co najmniej elektronicznego systemu obsługi polisy (np. składnik pakietu biurowego MS Office - Excel). System ten, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy w zakresie co najmniej:

- prowadzenia ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczania składek miesięcznych.

3. Klauzula akwizycyjna – 5 pkt

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

- przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
- dedykowania minimum 2 osób do przeprowadzenia prac akwizycyjnych,
- aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,
- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów akwizycyjnych, tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.



4. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia pracowników Zamawiającego bez ograniczeń wiekowych – brak górnej granicy wieku – 5 pkt.

ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunków ubezpieczeń.

Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany powyżej, nie mają zastosowania.

Katarzyna Jędrzejczak