

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ)

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Przedmiotem zamówienia jest usługa dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego (ZUO Sp. z o.o.) oraz członków ich rodzin w formie abonamentu, zwana dalej „programem”.
- 1.2. Opisany poniżej zakres świadczeń i wymagania to warunki minimalne. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ będą miały zastosowanie ogólne warunki umowy Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa. Zapisy ogólnych warunków Wykonawcy, z których wynika, iż zakres usług jest węższy niż zakres opisany jako minimum w niniejszym OPZ, nie mają zastosowania.

2. UCZESTNICY PROGRAMU

2.1. Uczestnikiem programu może zostać:

2.1.1. Pracownik: osoba zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania

2.1.2. Członek rodziny pracownika:

2.1.2.1. małżonek lub partner życiowy pracownika; przez partnera życiowego rozumie się osobę prowadzącą z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, niepozostającą z pracownikiem w związku małżeńskim, niezłączoną z nim pokrewieństwem, ani stosunkiem prawnorodzinnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo;

2.1.2.2. dziecko własne lub przysposobione pracownika lub jego małżonka albo partnera;

2.2. Członek rodziny danego pracownika może zostać objęty programem, tylko jeżeli do programu przystąpił także sam pracownik.

2.3. Dzieci mogą być obejmowane programem w ramach pakietu partnerskiego lub rodzinnego od momentu urodzenia do czasu ukończenia 25 lub 26 roku życia (w zależności od definicji stosowanej przez Wykonawcę), bez względu na to, czy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z pracownikiem lub czy uczęszczają do szkoły.

2.4. Małżonkowie lub partnerzy życiowi pracowników mogą być objęci programem w ramach pakietu partnerskiego lub rodzinnego do czasu ukończenia 75 r.ż. Wykonawca może wyrazić zgodę na przyjęcie do programu małżonków lub partnerów życiowych również po 75 roku życia - do 85 r.ż. lub bez względu na wiek

2.5. O konieczności wyrejestrowania członka rodziny z danego pakietu ze względu na wiek Wykonawca informuje Zamawiającego. Do czasu przekazania takiej informacji i wyrejestrowania dziecko, małżonek, partner życiowy, rodzic korzystają z pełnego zakresu świadczeń.

- 2.6. Aktualną strukturę wiekowo-płciową wszystkich pracowników Zamawiającego zawiera Załącznik nr 1A – Struktura pracowników. Zamawiający zastrzega, że w trakcie realizacji zamówienia liczba i struktura wiekowo-płciowa uczestników programu może ulec zmianie.

3. PAKIET

- 3.1. Wykonawca zapewni uruchomienie jednego pakietu, który zapewnią dobrowolne świadczenia medyczne dla pracowników i członków ich rodzin.
- 3.2. Pakiet może mieć typ indywidualny (objęty jest tylko pracownik) lub partnerski (objęty jest pracownik i jeden członek jego rodziny: małżonek/partner życiowy lub dziecko) lub rodzinny (objęty jest pracownik i wskazani członkowie jego rodziny: małżonek/partner życiowy i dzieci bez względu na ich liczbę). Minimalne wymagane świadczenia w ramach pakietu zawiera Załącznik nr 1B - Zakres świadczeń.
- 3.3. Korzystanie z pakietu opieki medycznej będzie dobrowolne. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy uprawnieni pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do programu opieki medycznej.
- 3.4. Aktualna liczba pakietów wynosi 125, w tym:
- a) 93 pakietów indywidualnych
 - b) 22 pakietów partnerskich
 - c) 10 pakietów rodzinnych
- 3.5. Wszystkie pakiety będą funkcjonować od pierwszego dnia wdrożenia programu, przez cały okres wykonywania przedmiotu zamówienia, niezależnie od liczby uczestników objętych danym pakietem.

4. PRZYSTĘPOWANIE DO PROGRAMU

- 4.1. Uczestnicy programu przystępują do programu dobrowolnie.
- 4.2. Przystępowanie i występowanie z programu odbywa się ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca.
- 4.3. Wykonawca obejmuje uczestnika programem opieki medycznej w pełnym zakresie świadczeń od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia danej osoby do programu.
- 4.4. Wykonawca nie będzie wymagał od osób uprawnionych zgłoszonych przez Zamawiającego spełnienia jakichkolwiek innych warunków w celu przystąpienia do programu, w szczególności wypełniania ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawać pytań odnośnie stanu ich zdrowia
- 4.5. W programie opieki medycznej nie mogą być wyłączone koszty leczenia (rozumiane jako wizyty lekarskie i badania) chorób, w tym także chorób przewlekłych i wypadków, które wystąpiły przed jego rozpoczęciem.
- 4.6. Wykonawca nie będzie stosował żadnych okresów karencji ani innych czasowych

ograniczeń świadczenia usług wobec uczestników programu.

5. ZMIANY PAKIETÓW

- 5.1. Każdy zgłoszony do programu pracownik ma możliwość dowolnego wyboru typu pakietu (indywidualnej, partnerskiej lub rodzinnej).
- 5.2. Wszystkie zmiany obowiązują od 1 dnia kolejnego miesiąca.
- 5.3. Wykonawca może wymagać, aby informacja o zmianie została przekazana mu przez Zamawiającego do określonego dnia danego miesiąca, aby mogła obowiązywać od pierwszego dnia kolejnego miesiąca.
- 5.4. Każdy pracownik ma możliwość zgłoszenia członka / członków rodziny do posiadanego pakietu w dowolnym momencie w ramach odpowiednio opcji partnerskiej lub rodzinnej.
- 5.5. Wystąpienie z programu pracownika możliwe jest po 12 miesiącach od daty przystąpienia. Skrócenie tego okresu przez Wykonawcę (wystąpienie w dowolnym momencie ze skutkiem na 1 dzień kolejnego miesiąca lub po 6 miesiącach) będzie podlegało ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert. Usunięcia członka rodziny z programu przy zachowaniu pakietu świadczeń medycznych przez pracownika możliwe jest po 12 miesiącach od daty uwzględnienia członka rodziny w programie (za wyjątkiem sytuacji losowych – takich jak np. śmierć, rozwód bądź w sytuacji objęcia tej osoby opieką medyczną przez Wykonawcę w ramach innej umowy). Skrócenie tego okresu przez Wykonawcę (w rocznicę umowy lub po 6 miesiącach lub w dowolnym momencie ze skutkiem na 1 dzień kolejnego miesiąca) będzie podlegało ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert.
- 5.6. Ponowne przystąpienie pracownika do programu , lub ponowne zgłoszenie członków rodziny do programu możliwe jest po 12 miesiącach od poprzedniej zmiany. Skrócenie tego okresu przez Wykonawcę (w rocznicę umowy lub po 6 miesiącach) będzie podlegało ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert.

6. OPŁATY

- 6.1. Opłata za pakiety medyczne będzie regulowana miesięcznie przez Zamawiającego. Każdy pracownik przystępując do programu wyrazi zgodę na comiesięczne potrącanie przez Zamawiającego z jego wynagrodzenia lub innych wypłat opłaty z tytułu objęcia programem opieki medycznej jego i członków jego rodziny. Zamawiający na zasadach wewnętrznych dokona stosownych rozliczeń z pracownikami w powyższym zakresie i przeleje Wykonawcy łączną należną kwotę za wszystkie osoby objęte programem w danym miesiącu.
- 6.2. Faktura za pakiety medyczny opłacana będzie z góry, najwcześniej do 14 dnia po jej otrzymaniu
- 6.3. Wykonawca wyraża zgodę, aby pierwsza opłata została opłacona do końca miesiąca za który jest należna. Nie będzie to miało wpływu na początek okresu świadczenia opieki.

7. MIEJSCE OBSŁUGI - PLACÓWKI

- 7.1. W ramach realizacji świadczeń Wykonawca zapewni uczestnikom programu możliwość bezgotówkowego korzystania z usług medycznych objętych umową w placówkach medycznych przeznaczonych do obsługi programu - to jest
- 7.2. placówkach, których Wykonawca jest właścicielem i/lub placówkach, z którymi Wykonawca ma zawartą umowę o współpracy.
- 7.3. Wykonawca zapewni osobom objętym programem swobodę wyboru placówek medycznych i lekarzy spośród wszystkich placówek medycznych przeznaczonych do obsługi programu.

8. SPOSÓB REALIZACJI ZAMÓWIENIA

- 8.1. Uczestnicy programu będą mieli zapewniony przez cały okres trwania umowy dostęp do placówek medycznych własnych i współpracujących Wykonawcy na terenie całej Polski.
- 8.2. Uczestnicy programu będą mieli zapewniony przez cały okres trwania umowy dostęp do minimum 3 placówek medycznych Wykonawcy w granicach administracyjnych miasta Szczecin (placówki własne bądź współpracujące) zapewniających realizację wszystkich świadczeń objętych programem.
- 8.3. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza opieki podstawowej (internisty, lekarza rodzinnego, pediatry) nie może być dłuższy niż 1 dzień roboczy. W przypadku konsultacji innych wybranych lekarzy specjalistów (ginekolog, ortopeda, okulista, laryngolog, kardiolog) oczekiwane przez Zamawiającego terminy wizyt nie powinny być dłuższe niż 7 dni roboczych. Do pozostałych specjalistów terminy wizyt nie mogą być dłuższe niż do 21 dni roboczych. Gwarancja terminów wizyt nie będzie obowiązywała w przypadku, jeżeli uczestnik programu wybierze inną placówkę lub lekarza niż zaproponował Wykonawca. Gwarancja nie będzie dotyczyła także sytuacji, gdy uczestnik programu będzie oczekiwał określonych godzin lub dni przyjęcia do lekarza, lub lekarza z imienia i nazwiska.
- 8.4. Wykonawca zapewni uczestnikom programu tzw. „swobodę leczenia” czyli możliwość korzystania z usług przysługujących w ramach danego pakietu poza siecią placówek przeznaczonych do obsługi programu na zasadzie refundacji - wg stosowanego przez Wykonawcę jednostkowego cennika refundacyjnego lub na zasadzie procentowego zwrotu poniesionych kosztów (nie mniej niż 70% poniesionych kosztów, do limitu kwotowego 650 zł).
- 8.5. Liczba dostępnych uczestnikom programu wizyt i badań nie może być w żaden sposób limitowana przez Wykonawcę, chyba, że zostało to wyraźnie wskazane w Opisie Przedmiotu Zamówienia lub Załączniku nr 1B.
- 8.6. Objęte programem opieki medycznej usługi we wskazanych przez Wykonawcę placówkach medycznych będą dostępne bezgotówkowo. Nie dopuszcza się, aby osoby objęte programem ponosiły w placówkach dostępnych bezgotówkowo jakiegokolwiek dodatkowe koszty lub dopłaty do wykonywanych usług medycznych objętych zakresem świadczeń w ramach

programu, chyba, że zostało to wyraźnie wskazane w Załączniku nr 1B.

- 8.7. Wykonawca nie może stosować żadnych sankcji wobec uczestnika programu opieki medycznej za ewentualny brak stawiennictwa na umówioną wcześniej usługę medyczną (konsultację lub badania).
- 8.8. Warunkowanie możliwości skorzystania ze świadczeń objętych programem posiadaniem skierowania od lekarza może mieć miejsce jedynie w przypadkach określonych z zał. nr 1B badań diagnostycznych i laboratoryjnych oraz rehabilitacji. Skierowania będą mogły być realizowane w ramach programu także jeśli zostaną wystawione przez lekarzy spoza sieci placówek medycznych Wykonawcy.
- 8.9. Osoby objęte programem będą mogły samodzielnie umówić wizytę w wybranej placówce lub skorzystać z narzędzi oferowanych przez Wykonawcę: Infolinia, email, aplikacja online.
- 8.10. Nie dopuszcza się ograniczenia możliwości skorzystania z zabiegów rehabilitacji dla osób po zabiegach operacyjnych, incydentach wieńcowych, incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych.
- 8.11. Zamawiający zastrzega, aby ewentualne zmiany nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych w związku z rozwojem technologii nie ograniczały zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu będą objęte zakresem usług.

9. DODATKOWY (FAKULTATYWNY) ZAKRES ŚWIADCZEŃ I WYMAGAŃ - OCENIANY ZGODNIE Z KRYTERIAMI OCENY OFERT

- 9.1. Skrócenie okresu po którym możliwa jest rezygnacja z programu przez pracownika: wystąpienie w dowolnym momencie (ze skutkiem na 1 dzień kolejnego miesiąca)
- 9.2. Skrócenie okresu po którym możliwa jest zmiana pakietu rodzinnego na partnerski bądź indywidualny lub zmiana pakietu partnerskiego na indywidualny: po okresie 6 miesięcy lub w dowolnym momencie ze skutkiem na 1 dzień kolejnego miesiąca.
- 9.3. Skrócenie okresu po którym możliwe jest ponowne przystąpienie do programu przez pracownika, ponowne zwiększenie zakresu świadczeń lub ponowne zgłoszenie członków rodziny do programu: po okresie 6 miesięcy lub w dowolnym momencie.
- 9.4. W ramach kryteriów oceny ofert Zamawiający przyzna punkty za posiadanie przez Wykonawcę własnej placówki na terenie Szczecina.
- 9.5. W ramach kryteriów oceny ofert Zamawiający przyzna punkty za zapewnienie przez Wykonawcę dodatkowych, bezpłatnych i nielimitowanych konsultacji u lekarzy specjalistów niewskazanych w katalogu minimalnych wymaganych świadczeń.

Na potrzeby niniejszego kryterium przez „lekarza specjalistę” rozumie się lekarza posiadającego tytuł specjalisty w jednej z dziedzin medycyny określonych w przepisach

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2023 poz. 975).

Za dodatkowych specjalistów nie uznaje się podspecjalności, nazw marketingowych ani określeń opisujących wąskie zakresy świadczeń, które nie stanowią samodzielnych specjalizacji lekarskich w rozumieniu ww. rozporządzenia. Warunkiem przyznania punktów w ramach tego kryterium jest zadeklarowanie przez Wykonawcę co najmniej pięciu dodatkowych lekarzy specjalistów, spełniających powyższą definicję, u których konsultacje będą dostępne dla pracowników bez limitów i bez dodatkowych opłat.

- 9.6. W ramach kryterium oceny ofert Zamawiający przyzna punkty za zapewnienie przez Wykonawcę dodatkowych, bezpłatnych i nielimitowanych badań lub zabiegów, niewykazanych w katalogu minimalnych wymaganych świadczeń.

Na potrzeby niniejszego kryterium, przez „badania” i „zabiegi” rozumie się świadczenia opieki zdrowotnej mieszczące się w jednej z poniższych kategorii:

Diagnostyka laboratoryjna – badania laboratoryjne zgodne z aktualnym katalogiem badań diagnostycznych stosowanym w systemie ochrony zdrowia (np. morfologia, profil hormonalny, markery, badania biochemiczne).

Diagnostyka obrazowa i czynnościowa – badania takie jak USG, RTG, EKG, Holter, spirometria, oraz inne badania mieszczące się w katalogu świadczeń diagnostycznych NFZ.

Zabiegi medyczne i ambulatoryjne – zabiegi zgodne z katalogami świadczeń gwarantowanych lub innymi obowiązującymi standardami (np. drobne zabiegi chirurgiczne, rehabilitacyjne, laryngologiczne, dermatologiczne itp.).

Za badania lub zabiegi dodatkowe nie uznaje się czynności o charakterze administracyjnym lub podstawowych usług medycznych, które nie stanowią samodzielnego świadczenia zdrowotnego (np. pomiar ciśnienia, ważenie, konsultacyjna ocena skóry, testy przesiewowe wykonywane przy każdej wizycie).

Warunkiem przyznania punktów w ramach kryterium jest wskazanie przez Wykonawcę co najmniej dziesięciu dodatkowych badań lub zabiegów spełniających powyższą definicję, realizowanych bezpłatnie i bez limitów dla pracowników.

10. POSTANOWIENIA DODATKOWE

- 10.1. Wszystkie zaoferowane przez Wykonawcę świadczenia muszą zostać uwzględnione w zaoferowanej wysokości opłaty z tytułu uczestnictwa w programie.

- 10.2. Oferta opieki medycznej ma zostać przedstawiona na 24 miesiące.

- 10.3. Wykonawca będzie przekazywał Zamawiającemu szczegółową informację o przebiegu umowy przynajmniej w rocznych okresach. Informacja ta powinna zawierać co najmniej liczbę zrealizowanych wizyt lekarskich w podziale na specjalności i liczbę zrealizowanych badań w poszczególnych kategoriach.

- 10.4. Wykonawca zapewni co najmniej 1 opiekuna umowy zatrudnionego na podstawie umowy o

pracę odpowiedzialnego za koordynowanie współpracy z Zamawiającym przez cały okres trwania umowy. Do zadań opiekuna będzie należało między innymi utrzymywanie bieżącego kontaktu z Zamawiającym, wsparcie w zakresie zgłaszania zmian uczestników programu, wyjaśnianie ewentualnych niezgodności w stanie osobowym i płatnościach, wyjaśnianie innych kwestii związanych z umową i zakresem świadczeń, udzielanie informacji, pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów. Wykonawca w terminie 7 dni od zawarcia umowy przekaże Zamawiającemu dane tej osoby.