

WYJAŚNIENIE I ZMIANA TREŚCI SWZ

Pismo nr 3

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia, prowadzonego w trybie podstawowym ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 roku (Dz.U 2026 poz. 793), którego przedmiotem jest: „Świadczenie usług ochrony zdrowia z zakresu medycyny pracy oraz innych usług medycznych dla pracowników Instytutu Techniki Budowlanej oraz członków ich rodzin w formie programu opieki medycznej”.

Działając w oparciu o art. 284 ust 2, w związku z art. 284 ust 1 ww. ustawy, Zamawiający poniżej przekazuje treść zapytań wraz z odpowiedziami:

PYTANIE 26

W celu wyrównania poziomu posiadanej wiedzy wśród Wykonawców zwracamy się z prośbą o udostępnienie danych - raportu- dotyczącego wykorzystania usług medycznych (utylicacja) z okresu ostatnich 24 miesięcy (wizyty u specjalistów, badania laboratoryjne, badania diagnostyczne) z określeniem średniej ilości na pracownika. Obecny dostawca usług posiada tą wiedzę w związku z tym ma możliwość prawidłowego oszacowania kosztów.

ODPOWIEDŹ:

Raporty dotyczące wykorzystania usług medycznych w ramach aktualnej umowy Zamawiający przekazuje w załączeniu do niniejszego pisma.

PYTANIE 27

Dotyczy: Formularz ofertowy (tabele z cenami)

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie w jaki sposób Zamawiający oczekuje prezentacji stawek. Czy np. dla pakietów partnerskich oraz rodzinnych Wykonawca wskazuje wyłącznie dopłatę za członków rodzin? Czy też Zamawiający wymaga wskazania ceny pracownik + wybrany pakiet rodzinny/partnerski?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyjaśnia, że w odniesieniu do pakietów partnerskich oraz rodzinnych Wykonawca wskazuje wyłącznie wysokość dopłaty za objęcie opieką medyczną członków rodziny, bez uwzględniania ceny za pracownika. W przypadku pakietów dla pracowników należy wskazać wyłącznie dopłatę za dodatkowe świadczenia w ramach poszczególnych pakietów nr 2, 3 i 4, bez kosztu pakietu podstawowego nr 1 – medycyny pracy.

PYTANIE 28

Czy Zamawiający zgodzi się na stosowanie wzoru list osób uprawnionych funkcjonujących u wykonawcy? Wzory list, stanowią Załączniki 1a i 1b do niniejszego pisma.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że będą mogły mieć zastosowanie wzory dokumentów wybranego Wykonawcy. Kwestie techniczne związane z obsługą programu zostaną uzgodnione po rozstrzygnięciu postępowania.

PYTANIE 29

OPZ, zapisy dot. Kinezyterapii. Zważając na zapis w OPZ dotyczący zaoferowania usług z zakresu: kinezyterapii, prosimy Zamawiającego o potwierdzenie, że poniżej wskazane usługi zabezpieczą w pełni wymóg Zamawiającego, tj.: Ćwiczenia bierne, Ćwiczenia czynne w odciążeniu, Ćwiczenia czynne wolne, Ćwiczenia czynne z oporem, Ćwiczenia ogólnousprawniające, Ćwiczenia izometryczne, Masaż suchy częściowy, Wyciągi, Mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje.

Jeśli Zamawiający nie wyrazi zgody na powyższe prosimy o doprecyzowanie usług, których Zamawiający wymaga.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający oczekuje, aby zakres kinezyterapii obejmował przynajmniej wskazane w Załączniku nr 1B do OPZ usługi. Oferowanie przez Wykonawcę szerszego zakresu usług z zakresu kinezyterapii jest dopuszczalne i będzie traktowane jako świadczenie dodatkowe, bez wpływu na spełnienie wymagań minimalnych.

PYTANIE 30

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zapis – „do abonamentu w ramach Umowy mogą przystąpić osoby, które nie ukończyły 67 roku życia” ?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 31

Wykonawca zwraca się z prośbą o podanie struktury wiekowo płciowej pracowników.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że strukturę wiekowo-płciową pracowników zawiera Załącznik nr 1A do OPZ.

PYTANIE 32

Zwracamy się z prośbą o doprecyzowanie wymogu zapewnienia usługi pielęgniarki w gabinecie. Jakiej konkretnie usługi oczekuje Zamawiający w ramach tego zapisu?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyjaśnia, że w ramach usługi pielęgniarskiej w gabinecie realizowane są przede wszystkim świadczenia pielęgniarskie zlecane przez lekarza oraz czynności wykonywane samodzielnie w ramach kompetencji pielęgniarki. Może to być iniekcja, założenie kroplówki, pobranie krwi lub innego materiału biologicznego, podanie leku, pomiar ciśnienia itp.

PYTANIE 33

Czy zapis uwzględniony w kryterium oceny odnoszący się do wysokości rabatu na usługi nieobjęte pakietem dotyczy wyłącznie placówek własnych wykonawcy?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że rabat na usługi nieobjęte pakietem dotyczy placówek własnych Wykonawcy.

PYTANIE 34

Prosimy o doprecyzowanie jaka wysokość prowizji jest przewidziana na brokera.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że wysokość łącznej prowizji brokerskiej wynosi 6% brutto.

PYTANIE 35

Prosimy o doprecyzowanie czy badanie EEG powinno obejmować kolejno: EEG badanie zwykłe papierowe, EEG we śnie, EEG w czuwaniu?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 36

Prosimy o rozwinięcie wymogu zapewnienia programu profilaktycznego prowadzenie ciąży.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający oczekuje prowadzenia ciąży zgodne ze schematem i standardami zalecanymi przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w ramach usług zawartych w danym pakiecie.

PYTANIE 37

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.1., str. 38-39 Zamawiający wymaga zapisu: “aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował dostępność terytorialną wszystkich usług medycznych objętych zamówieniem w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego” - Czy zamawiający wyraża zgodę na zmianę zapisu na: (..) zagwarantował dostępność terytorialną wszystkich usług medycznych objętych zamówieniem w promieniu 30 km od wskazanej lokalizacji podczas procesu umawiania

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na modyfikację.

PYTANIE 38

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.2, str. 38-39; W odniesieniu do OPZ pkt 8.2, Zamawiający wymaga zagwarantowania dostępności czasowej usług medycznych w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego, tj. Warszawy, Katowic, Poznania i Pionek. Mając na uwadze wcześniejsze pytanie dotyczące modyfikacji dostępności terytorialnej, prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający dopuszcza, aby dostępność usług była weryfikowana względem lokalizacji wskazanej przez pacjenta podczas procesu umawiania, a nie sztywno względem każdej lokalizacji Zamawiającego.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na modyfikację.

PYTANIE 39

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.2, str. 38-39; Czy Zamawiający zgodzi się na modyfikację zapisu OPZ pkt 8.2 lit. a poprzez wskazanie, że konsultacja lekarza pierwszego kontaktu będzie dostępna maksymalnie w ciągu 2 dni roboczych od momentu zgłoszenia zapotrzebowania, zgodnie z okolicynkową praktyką?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na modyfikację.

PYTANIE 40

WZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.2, str. 38-39; Czy Zamawiający akceptuje zapis, że w przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji (nie dotyczy konsultacji ambulatoryjnej z zakresu pediatrii).

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 41

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.2, str. 38-39; Czy Zamawiający zgodzi się na modyfikację zapisów OPZ pkt 8.2 lit. c oraz d poprzez wskazanie, że dostępność do badań laboratoryjnych, obrazowych i czynnościowych, w tym m.in. RTG, EKG, USG, badań endoskopowych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej oraz innych badań wymienionych w zakresie pakietu, będzie realizowana w pierwszym wolnym terminie, zgodnie z okołorynkową praktyką?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na modyfikację.

PYTANIE 42

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.3 str. 40-418.3 W odniesieniu do OPZ pkt 8.3, zgodnie z którym w przypadku niedotrzymania terminów dostępności określonych w pkt 8.2 uczestnik programu ma prawo skorzystać z usług dowolnego, wybranego przez siebie podmiotu świadczącego usługi medyczne, a Wykonawca zobowiązany jest do zwrotu kosztów realizacji tych usług w pełnej kwocie, prosimy o doprecyzowanie, czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę zapisu w taki sposób, aby skorzystanie przez osobę uprawnioną z usługi poza siecią Wykonawcy i uzyskanie zwrotu kosztów było możliwe wyłącznie po uprzednim zgłoszeniu sprawy do Wykonawcy, weryfikacji dostępności świadczenia w placówkach własnych lub współpracujących Wykonawcy oraz po uzyskaniu zgody Wykonawcy.

Zgoda Wykonawcy na zwrot kosztów powinna dotyczyć konkretnej usługi oraz wskazanej lokalizacji, dla której potwierdzono brak możliwości realizacji świadczenia w wymaganym terminie dostępności.

Jednocześnie prosimy Zamawiającego o potwierdzenie, że zgodnie z okołorynkową praktyką w przypadku wskazania przez osobę uprawnioną preferencji co do lekarza z nazwiska, konkretnej placówki, konkretnego dnia lub przedziału czasowego, Wykonawca jest zwolniony z obowiązku zapewnienia konsultacji lub badania w wymaganych terminach dostępności, o których mowa w OPZ pkt 8.2.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że uczestnik programu ma prawo skorzystać z usług dowolnego, wybranego przez siebie podmiotu świadczącego usługi medyczne, a Wykonawca zobowiązany jest do zwrotu kosztów realizacji tych usług w pełnej kwocie po uprzednim zgłoszeniu sprawy do Wykonawcy, weryfikacji dostępności świadczenia w placówkach własnych lub współpracujących Wykonawcy oraz po uzyskaniu zgody Wykonawcy.

Zamawiający modyfikuje zapisy. Pkt 8.3 OPZ otrzymuje brzmienie:

„8.3. W przypadku niedotrzymania wymagań przez Wykonawcę z terminów dostępności określonych w pkt 8.2, uczestnik programu po uprzednim zgłoszeniu sprawy do Wykonawcy, weryfikacji dostępności świadczenia w placówkach własnych lub współpracujących Wykonawcy oraz po uzyskaniu zgody Wykonawcy, będzie miał prawo skorzystać z usług dowolnego, wybranego przez siebie podmiotu świadczącego usługi medyczne. Koszt realizacji tych usług (w pełnej kwocie) Wykonawca zobowiązany jest zwrócić osobie uprawnionej w terminie 30 dni od dnia dostarczenia do Wykonawcy wniosku o zwrot należności oraz faktury lub rachunku potwierdzającego wysokość poniesionych kosztów.”

Jednocześnie Zamawiający potwierdza, że zgodnie z zapisami pkt 8.4 OPZ w przypadku, gdy osoba uprawniona wskaże preferencje dotyczące konkretnego lekarza (z nazwiska), konkretnej placówki, konkretnego dnia lub określonego przedziału

czasowego realizacji świadczenia, a preferencje te ograniczają możliwość wyznaczenia terminu, Wykonawca jest zwolniony z obowiązku zapewnienia konsultacji lub badania w terminach dostępności określonych w pkt 8.2 OPZ.

PYTANIE 43

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.5 str. 40-418.5 W odniesieniu do OPZ pkt 8.5, zgodnie z którym Wykonawca ma zapewnić usługi pomocy doraźnej w postaci konsultacji telefonicznej z personelem medycznym, tj. lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem medycznym, polegające na udzieleniu natychmiastowej porady medycznej lub wskazówek co do dalszego postępowania w sytuacji nagłego zachorowania lub wypadku, prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający uzna za spełnienie tego wymagania zapewnienie dostępu do infolinii medycznej typu hot line, obsługiwanej przez wykwalifikowany personel pielęgniarski, dostępnej 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, pod warunkiem że usługa ta będzie uwzględniona w oferowanym pakiecie.

ODPOWIEDŹ:

Zgodnie zwraca uwagę, że zgodnie z odpowiedzią na pyt. nr 16 Zamawiający oczekuje, że dzwoniąc na numer telefonicznej pomocy medycznej pacjent może zwrócić się z problemem zdrowotnym i otrzymać za pośrednictwem tej infolinii pomoc/poradę co w danym przypadku należy zrobić. Niektóre sytuacje mogą wymagać porady lekarza lub ratownika medycznego.

PYTANIE 44

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 8.9 str. 40-41 8.9 W odniesieniu do OPZ pkt 8.9, zgodnie z którym Wykonawca ma zapewnić możliwość bezpośredniego umawiania wizyt w każdej dowolnie wybranej przez pacjenta placówce, zarówno własnej, jak i partnerskiej, bez pośrednictwa infolinii, prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający wyraża zgodę na doprecyzowanie zapisu w ten sposób, że umawianie wizyt w placówkach stanowiących ogólnopolską sieć partnerów medycznych Wykonawcy w zakresie dodatkowej opieki medycznej odbywać się będzie poprzez kontakt z Wykonawcą, tj. za pośrednictwem infolinii lub aplikacji online Wykonawcy.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający oczekuje, że uczestnicy programu będą mieli możliwość bezpośredniego umawiania wizyt w każdej dowolnie wybranej przez siebie placówce, zarówno własnej, jak i partnerskiej, bez pośrednictwa infolinii Wykonawcy. Osoby objęte programem będą miały możliwość swobodnego wyboru co do sposobu umówienia wizyty: bezpośrednio w placówce, telefonicznie lub mailowo za pośrednictwem infolinii Wykonawcy, poprzez aplikację Wykonawcy.

PYTANIE 45

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 9.3 W odniesieniu do OPZ pkt 9.3, zgodnie z którym maksymalny czas oczekiwania na wykonanie badań wraz z wydaniem orzeczenia nie może wynosić więcej niż 5 dni roboczych, a w wyjątkowych sytuacjach Zamawiający może wymagać wykonania badań z dnia na dzień, prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający dopuszcza zmianę zapisu w taki sposób, że czas na umówienie wizyty przez Wykonawcę i kontakt z pracownikiem wynosi maksymalnie 5 dni roboczych. Jednocześnie prosimy o dopuszczenie zapisu, że w przypadku występowania na danym stanowisku pracy wielu czynników narażeń lub czynników narażeń wymagających niestandardowych badań, czas realizacji badań medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia może ulec wydłużeniu, przy czym Wykonawca dołoży wszelkich starań, aby umówienie wizyty nastąpiło jak najszybciej.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że w wyjątkowych sytuacjach czas realizacji badań medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia może ulec wydłużeniu.

Zamawiający modyfikuje zapisy. Pkt 9.3 OPZ otrzymuje brzmienie:

„9.3. Maksymalny czas na wyznaczenie terminu, przeprowadzenie badań oraz wydanie orzeczenia wynosi do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia zapotrzebowania przez pracownika lub Zamawiającego, z zastrzeżeniem sytuacji wymagających niestandardowej diagnostyki”.

PYTANIE 46

SWZ 16DP.pdf, OPZ pkt 9.2 W odniesieniu do OPZ pkt 9.2, zgodnie z którym Zamawiający oczekuje, aby w miarę możliwości wszystkie usługi niezbędne do wydania orzeczenia lekarskiego zostały przeprowadzone w jednej placówce i w ciągu jednego dnia, prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający dopuszcza, że w przypadku występowania na danym stanowisku pracy wielu czynników narażeń lub czynników narażeń wymagających niestandardowych badań, czas realizacji badań medycyny pracy może ulec wydłużeniu. Wykonawca dołoży wszelkich starań, aby umówienie wizyty oraz realizacja badań nastąpiły w możliwie najkrótszym terminie, jednak w przypadku konieczności wykonania dodatkowych konsultacji lub badań wynikających z rodzaju narażeń, przeprowadzenie wszystkich usług w jednej placówce i w ciągu jednego dnia może nie być możliwe.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający dopuszcza, w uzasadnionych i wyjątkowych przypadkach, odstępstwo od generalnego wymogu, aby badania były zrealizowane w ciągu jednego dnia w jednej placówce.

PYTANIE 47

Rozdział III – Opis przedmiotu zamówienia pkt 8.1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na doprecyzowanie postanowień SWZ zakresie refundacji kosztów usług medycznych w taki sposób, by zwrot kosztów następował po uprzednim kontakcie Uczestnika z infolinią?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę i modyfikuje zapisy. Pkt 8.1. OPZ otrzymuje brzmienie: „8.1. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował dostępność terytorialną wszystkich usług medycznych objętych zamówieniem w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego (siedziba centrali oraz oddziałów w Warszawie, Katowicach, Poznaniu, Pionkach) w ciągu maksymalnie 6 tygodni od daty zgłoszenia zapotrzebowania. W przypadku niedotrzymania ww. wymagań uczestnik programu może skorzystać z opieki medycznej w zakresie zgłoszonego zapotrzebowania poza placówkami przeznaczonymi do obsługi programu zgodnie z niniejszą SWZ, a Wykonawca zobowiązuje się do zwrotu 100% kosztów usług medycznych poniesionych przez uczestnika programu ze wskazanej powyżej przyczyny. Zwrot kosztów wynikający z braku możliwości dotrzymania przez Wykonawcę standardów dostępności określonych powyżej następuje po uprzednim kontakcie Uczestnika z infolinią.”

PYTANIE 48

WZ 16DP.pdf Rozdział III – Opis przedmiotu zamówienia pkt 9.6. Czy Zamawiający zgodzi się na dodanie następujących zasad rozliczania badań wstępnych kandydatów do pracy niezgłoszonych do pakietów (dotyczącego medycyny pracy wstępnej):

„Za badania wstępne z zakresu medycyny pracy wykonane na rzecz osób, które nie zostały zatrudnione u Zleceniodawcy i tym samym nie zostały wykazane w Wykazach Pacjentów przekazywanych przez Zleceniodawcę nie później niż w ciągu trzech miesięcy liczonych poczynając od następnego miesiąca kalendarzowego, po miesiącu w którym zostało

wystawione zaświadczenie, Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie na podstawie faktury wystawionej Zleceniodawcy, zgodnie z cenami jednostkowymi netto zawartymi w cenniku Świadczeń stanowiącym Załącznik....do Umowy, do których zostanie doliczony podatek od towarów i usług wg stawki obowiązującej w dniu powstania obowiązku podatkowego. Przed wystawieniem faktury Zleceniobiorca prześle Zleceniodawcy pocztą elektroniczną na adres wskazany w pkt., zabezpieczony hasłem, imienny wykaz osób, na rzecz, których zostały wykonane badania wstępne rozliczane poza opłatą ryczałtową, zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik ..do Umowy. Zleceniodawca oświadcza, że wiadome mu jest, iż wykaz, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie będzie zawierał informacji o rodzaju wykonanych Badań profilaktycznych na rzecz konkretnych osób, aby nie było możliwe dokonanie zestawienia danych osobowych w postaci imienia, nazwiska z danymi identyfikującymi rodzaj wykonanych badań. Po akceptacji wykazu zostanie wystawiona faktura za wykazane Świadczenia. Wynagrodzenie określone w niniejszym punkcie płatne będzie w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktury przez Zleceniodawcę. Faktura będzie przesyłana pocztą elektroniczną na adres wskazany w umowie.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający zmodyfikował zapisy zgodnie z odpowiedzią na pyt. nr 6.

PYTANIE 49

WZ 16DP.pdf Rozdział III – Opis przedmiotu zamówienia pkt 9.10. Czy Zamawiający dopuści możliwość, aby podstawową formą obsługi skierowań pozostawało e-skierowanie, natomiast w sytuacji, gdy placówka medyczna właściwa dla danej lokalizacji nie obsługuje e-skierowań, Zamawiający mógł wystawić skierowanie w formie papierowej po otrzymaniu informacji z infolinii Wykonawcy? Proponowane doprecyzowanie ma charakter wyłącznie organizacyjny i pozwala zachować ciągłość oraz terminowość realizacji badań medycyny pracy również w tych miejscowościach, w których dostępna infrastruktura placówek partnerskich nie przewiduje pełnej obsługi e-skierowań. Rozwiązanie to jest korzystne dla Zamawiającego, ponieważ zwiększa realną dostępność świadczeń w różnych lokalizacjach, ogranicza ryzyko odmowy lub opóźnienia wykonania badań z przyczyn technicznych niezależnych od uczestnika programu, a jednocześnie umożliwia Wykonawcy wykorzystanie szerszej sieci placówek. Zachowanie możliwości skierowania papierowego w opisanych przypadkach nie zmienia zakresu świadczeń ani odpowiedzialności Wykonawcy, lecz stanowi praktyczne zabezpieczenie procesu, które ułatwia sprawną obsługę pracowników i kandydatów na pracowników Zamawiającego.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 50

WZ 16DP.pdf Rozdział III – Opis przedmiotu zamówienia pkt 9.9. Prosimy o wyjaśnienie co Zamawiający ma na myśli przez „cyfrowe zatwierdzanie skierowań”?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyjaśnia, że chodzi o możliwość elektronicznego podpisywania skierowań podpisem kwalifikowanym.

PYTANIE 51

WZ 16DP.pdf Rozdział IV Projektowane Postanowienia Umowy § 5. Pkt 3 Czy Zamawiający zgodzi się na stosowanie oddzielnych wykazów na medycynę pracy i abonament osób uprawnionych zgodnych ze wzorami funkcjonującymi u Wykonawcy?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że będą mogły mieć zastosowanie wzory dokumentów wybranego Wykonawcy. Kwestie techniczne związane z obsługą programu zostaną uzgodnione po rozstrzygnięciu postępowania.

PYTANIE 52

WZ 16DP.pdf Rozdział IV Projektowane Postanowienia Umowy § 5. Pkt 3. Czy Zamawiający zgodzi się na stosowanie terminów zarządzania uprawnionymi funkcjonujących u Wykonawcy? Tj. listy osób uprawnionych w ramach abonamentu medycznego i medycyny pracy powinny być przekazywane lub wgrywane do systemu przez Zamawiającego do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc obsługowy z możliwością aktualizacji listy do 5 dnia bieżącego miesiąca. Zmiany wprowadzone między 25 a ostatnim dniem miesiąca obowiązywać będą od 1 dnia następnego miesiąca, natomiast zmiany wprowadzone pomiędzy 1 a 5 dniem obowiązywać będą od dnia wprowadzenia do systemu. Przy czym za osoby przystępujące pomiędzy 1 a 5 dniem miesiąca będzie pobierana pełna opłata miesięczna.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że będą mogły mieć zastosowanie procedury wybranego Wykonawcy. Kwestie techniczne związane z obsługą programu zostaną uzgodnione po rozstrzygnięciu postępowania.

PYTANIE 53

WZ 16DP.pdf Rozdział IV Projektowane Postanowienia Umowy § 5. Pkt 3. Czy Zamawiający zgodzi się na udostępnienie przez Wykonawcę portalu, który pozwala na:

- zarządzanie listami osób uprawnionych oraz przypisywanie określonych pakietów i zakresów,
- wystawianie skierowań i kontrolę nad terminami badań medycyny pracy pracowników.

Osoba odpowiedzialna po stronie Zamawiającego (HR) w systemie udostępnionym przez Wykonawcę wystawia skierowanie na badania MP, dzięki czemu w systemie Wykonawcy automatycznie tworzy się zgłoszenie do realizacji (umówienie wizyty na badania MP).

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę na korzystanie z bezpłatnego narzędzia udostępnionego przez Wykonawcę.

PYTANIE 54

OPZ pkt. 8.9 Prosimy Zamawiającego o zgodę na rezygnację z wymogu bezpośredniego umawiania w placówkach medycznych. Jeśli Wykonawcy mają zapewnić realizację usług w wymaganych czasach dostępności muszą mieć wpływ na ich umawianie i koordynację. Jeśli Zamawiający nie wyraża zgody na rezygnację z wymogu bezpośredniego umawiania w placówkach medycznych to prosimy o ograniczenie wymogu do placówek własnych Wykonawcy i placówek współpracujących wskazanych przez Wykonawcę jako obsługujące proces bezpośredniego umawiania. Wyrażenie zgody będzie zgodne z zapisem w OPZ pkt. 8.7. b), gdzie Zamawiający dokonał ograniczenia do placówek objętych systemem czyli mających techniczne możliwości do obsługi procesu bezpośredniego umawiania.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 55

OPZ pkt. 8.2 Prosimy Zamawiającego o modyfikację wymagania czasu dostępności wyrażonego jako "w ciągu 24 godzin" na zapis „w ciągu 1 dnia roboczego”. Standardowo placówki nie ambulatoryjne nie pracują w niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy.. Zatem wszyscy Wykonawcy nie będą mogli spełnić tak postawionego wymagania,

szczególnie dla lokalizacji poza Warszawą gdzie nie ma placówek działających komercyjnie, w trybie dyżurowym.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Dotychczas posiadał takie standardy dostępności.

PYTANIE 56

OPZ / Zał. 1B wykaz świadczeń wiersz 993-994. Prosimy Zamawiającego o modyfikację wymagania dotyczącego realizacji wizyt domowych i wykreślenie części zapisu „w tym nocne”. Według wiedzy Wykonawcy obecnie nikt z Wykonawców, w tym obecny Wykonawca nie ma możliwości zapewnienia realizacji wizyt domowych między godzinami 22:00 do 8:00 dnia następnego.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Dotychczas posiadał taką możliwość.

PYTANIE 57

OPZ pkt. 9.8-9.11 Prosimy Zamawiającego o potwierdzenie, że uwzględniając wynikający obecnie z regulacji prawnych okres przejściowy dotyczący zmian co do wystawiania e-skierowań i e-orzeczeń w ramach badań medycyny pracy Wykonawcy mogą na obecnym etapie wskazać które jego placówki własne i współpracujące obsługują już taki proces. Automatycznie wybrane placówki, obsługujące taki proces Wykonawca wskaże na obecnym etapie do obsługi Zamówienia. Do listopada 2026 placówki medyczne mają czas na dostosowanie systemów do wystawiania e-orzeczeń i po tym czasie wymagane działania będą obligatoryjne.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że umowa będzie obowiązywać od 1 listopada 2026 r., kiedy regulacje będą obligatoryjne.

PYTANIE 58

OPZ pkt. 8.10 Prosimy Zamawiającego o wyrażenie zgody na zwiększenie grupy minimalnej dla akcji szczepień wyjazdowych p/grypie na minimum 35 osób.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 59

OPZ pkt. 9. Prosimy Zamawiającego o potwierdzenie, że badania mogą ulec wydłużeniu w przypadku kiedy ze względu na stan zdrowia pracownika konieczne będzie wykonanie dodatkowych badań i konsultacji specjalistycznych (niewynikających z czynników narażenia). Jednocześnie prosimy o potwierdzenie, że czas realizacji może ulec wydłużeniu w przypadku kiedy pracownik nie wykona w umówionym terminie wymaganych jakiegokolwiek części wymaganych badań lub konsultacji. Prosimy również o potwierdzenie, że badania powinny zostać umówione w ciągu do 5 dni roboczych od zgłoszenia przez pracownika zapotrzebowania na Infolinię Wykonawcy.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający dopuszcza, w uzasadnionych i wyjątkowych przypadkach, możliwość wydłużenia terminu realizacji badań z zakresu medycyny pracy. Zamawiający potwierdza, że badania powinny zostać wykonane w ciągu do 5 dni roboczych od zgłoszenia przez pracownika lub pracodawcę zapotrzebowania Wykonawcy.

PYTANIE 60

Prosimy o doprecyzowanie czy dodatkowo punktowana druga opinia medyczna powinna być zapewniona w pakiecie 2, 3 oraz 4?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 61

Wykonawca prosi o potwierdzenie, iż wymóg dostępu do aplikacji internetowej i mobilnej zostanie spełniony, jeśli Wykonawca udostępni jedną z tych form tj. albo aplikację mobilną albo aplikację internetową.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający oczekuje, aby Wykonawca zapewnił osobom objętym programem całodobowy dostęp zarówno do aplikacji internetowej jak i aplikacji mobilnej.

PYTANIE 62

2. Zgodnie z zapisem pkt 7.5 Zamawiający wymaga, aby każda placówka wskazana w pkt. 7.3 świadczyła również usługi medycyny pracy. Wykonawca zwraca się z wnioskiem o rozważenie odstąpienia od tego wymogu lub wskazania minimalnej ilości placówek świadczących medycynę pracy. Wynika to z tego, iż zdecydowanie więcej jest placówek, które świadczą usługi medyczne, poza medycyną pracą, a taki wymóg znacznie ogranicza dostępność do usług medycznych w ramach pakietów.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyjaśnia, że w pkt 7.5 chodzi o to, aby w każdej z wymienionych w pkt 7.3 lokalizacji Zamawiającego (Warszawa, Katowice, Poznań, Pionki) była zapewniona realizacja badań medycyny pracy, bez wskazywania minimalnej liczby placówek.

PYTANIE 63

Prosimy o potwierdzenie poprawnego rozumienia pkt. 10.1. Lepsza dostępność do opieki medycznej oznacza, iż placówki będące własnością Wykonawcy będą posługiwały się jednym systemem, a to oznacza, iż bez-względu do której z nich zgłosi się pacjent, lekarz będzie miał dostęp do pełnej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednej z placówek Wykonawcy.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że w wymogu określonym w pkt. 10.1 OPZ chodzi o placówki Wykonawcy posługujące się jednym systemem zgodnie z opisem w pkt 8.7 OPZ.

PYTANIE 64

Prosimy o potwierdzenie, iż wymóg wskazany w pkt 8.15 dotyczy wyłącznie dokumentacji z zakresu medycyny pracy.

ODPOWIEDŹ:

Nie, nie tylko. Chodzi o całe archiwum zlikwidowanej Przychodni Pracowniczej Zamawiającego.

PYTANIE 65

W celu zapewnienia możliwości przygotowania rzetelnej i porównywalnej kalkulacji oferty, prosimy o udostępnienie w zanonimizowanej formie – podstawowych danych dotyczących dotychczasowej realizacji usług dla wskazanej jednostki.

W szczególności zwracamy się z prośbą o wskazanie:

- łącznej liczby osób objętych opieką w poszczególnych pakietach
- średniego miesięcznego wykorzystania usług (np. liczby wizyt / badań),
- udziału podstawowych kategorii świadczeń (konsultacje, diagnostyka, stomatologia),
- ewentualnie poziomu wykorzystania limitów w pakietach.

Podkreślamy, że powyższe dane mogą zostać przekazane w formie zbiorczej, bez wskazywania informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa - Instytucji, natomiast ich udostępnienie ma istotne znaczenie dla zapewnienia równego dostępu do informacji i przygotowania adekwatnych ofert przez wszystkich Wykonawców.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że aktualnie:

- Wszyscy pracownicy są objęci pakietem podstawowym nr 1;
- 43 pracowników posiada pakiet nr 2, w tym 5 partnerskich i 3 rodzinne oraz 3 emerytów i 1 członek rodziny emeryta;
- 112 pracowników posiada pakiet nr 3, w tym 20 partnerskich i 23 rodzinne oraz 53 emerytów i 15 członków rodziny emeryta;
- 53 pracowników posiada pakiet nr 4, w tym 7 partnerskich i 12 rodzinnych oraz 16 emerytów i 5 członków rodziny emeryta.

Szczegółowa informacja o wykorzystaniu usług znajduje się w załączeniu do pisma.

PYTANIE 66

Prosimy o wskazanie:

- jaki podmiot aktualnie realizuje usługę dla Zamawiającego
- w jakiej formule kontraktowej świadczona jest usługa (np. abonament medyczny / ubezpieczenie zdrowotne),
- od kiedy obowiązują aktualne umowy.

Dodatkowo zwracamy się z prośbą o udostępnienie zagregowanych informacji dotyczących przebiegu realizacji usług, w szczególności w zakresie szkodowości / rentowności kontraktu (np. relacji składki do wypłaconych świadczeń lub wykorzystania usług). W naszej ocenie powyższe dane stanowią informację publiczną i ich udostępnienie jest istotne z punktu widzenia zapewnienia przejrzystości postępowania oraz zachowania zasady równego traktowania wykonawców. Dostęp do informacji o dotychczasowej realizacji usług pozwala na przyjęcie realistycznych i porównywalnych założeń kalkulacyjnych przez wszystkich oferentów, a nie tylko aktualnych Wykonawców.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że obecnie usługi zdrowotne świadczy dla Zamawiającego LUX MED Sp. z o.o. w formie abonamentu medycznego. Aktualna Umowa obowiązuje od 1 listopada 2022 r. Zamawiający nie posiada informacji o rentowności kontraktu. Szczegółowa informacja o wykorzystaniu usług znajduje się w załączeniu do pisma.

PYTANIE 67

Prosimy o doprecyzowanie zasad dotyczących rozliczania usług limitowanych w ramach pakietów medycznych. Prosimy o potwierdzenie, czy wskazane w opisie pakietów limity świadczeń należy rozumieć jako:

- obowiązujące w ujęciu roku kalendarzowego, czy
- obowiązujące w ujęciu 12 miesięcy liczonych od momentu rozpoczęcia obowiązywania umowy ?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyjaśnia, że limity usług obowiązują w ujęciu 12 miesięcy liczonych od momentu rozpoczęcia obowiązywania umowy.

PYTANIE 68

W związku z analizą dokumentacji postępowania na świadczenie opieki medycznej zwracamy się z prośbą o doprecyzowanie zapisów dotyczących możliwości rezygnacji z pakietu. Zgodnie z treścią dokumentacji dopuszczają Państwo rezygnację z dobrowolnego pakietu

medycznego po upływie 6 miesięcy, natomiast nie określono zasad dotyczących ponownego przystąpienia do programu. W naszej ocenie brak wskazania okresu karencji lub ograniczeń w zakresie powrotu do pakietu istotnie utrudnia rzetelną kalkulację kosztów oferty. Może to bowiem prowadzić do sytuacji, w której użytkownicy będą przystępować do programu jedynie na czas korzystania z intensywnych świadczeń medycznych, a następnie rezygnować, co znacząco zaburza przewidywalność kosztów oraz model ryzyka po stronie Wykonawcy. W związku z powyższym proponujemy rozważenie wprowadzenia zapisu, zgodnie z którym ponowne przystąpienie do pakietu po rezygnacji byłoby możliwe po upływie 6 miesięcy. Takie rozwiązanie pozwoliłoby na zachowanie równowagi pomiędzy elastycznością dla użytkowników a stabilnością kalkulacyjną oferty. Prosimy o odniesienie się do powyższej propozycji lub wskazanie obowiązujących zasad w tym zakresie.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wskazuje, że zapis dotyczący ponownego przystąpienia do pakietu po rezygnacji został opisany w pkt. 5.8 OPZ: „Ponowne przystąpienie do programu przez pracownika w zakresie pakietu dobrowolnego, ponowne zwiększenie zakresu świadczeń lub ponowne zgłoszenie członków rodziny do programu możliwe jest po 6 miesiącach od poprzedniej zmiany określonej w pkt 5.3, 5.5 i 5.7.”

PYTANIE 69

Wnosimy o zmianę zapisu: „Rehabilitacja limitowana 30 zabiegów w roku” na następujący: „Rehabilitacja limitowana 10 spotkań w roku”.

Uzasadnienie: Pojęcie „zabieg” może być mylące z punktu widzenia Pacjenta oraz nie odzwierciedla realiów funkcjonujących na rynku usług medycznych. W praktyce, w trakcie jednej wizyty (spotkania) z fizjoterapeutą realizowanych jest zwykle do 2–3 zabiegów, a samo spotkanie trwa zazwyczaj do 60 minut. Zastosowanie pojęcia „spotkanie” lepiej oddaje rzeczywisty sposób organizacji świadczeń rehabilitacyjnych oraz zapewnia większą przejrzystość i jednoznaczność zapisów dla użytkowników programu.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. W praktyce, w trakcie jednej wizyty (spotkania) z fizjoterapeutą realizowanych może być od 1 do kilku zabiegów, w zależności od schorzenia i wskazań medycznych. Limit określony w liczbie zabiegów na 12 miesięcy pozwala na większą elastyczność.

PYTANIE 70

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na udostępnienie bezpłatnego narzędzia do zarządzania wykazem osób uprawnionych, umożliwiającego w szczególności wprowadzanie zmian, zgłaszanie nowych osób oraz dokonywanie wykreśleń?

Uzasadnienie: Wdrożenie takiego rozwiązania usprawni obsługę administracyjną, zapewni aktualność danych oraz ograniczy ryzyko błędów wynikających z ręcznej wymiany informacji.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę na korzystanie z bezpłatnego narzędzia udostępnionego przez Wykonawcę.

PYTANIE 71

Prosimy o potwierdzenie, że w ramach opieki specjalistycznej analogiczny zakres usług będzie dostępny również w sytuacji, jeżeli osobą uprawnioną będzie dziecko.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 72

„Prosimy o wyjaśnienie, czy Zamawiający wymaga realizacji świadczenia przez lekarza okulistę, czy dopuszcza jego wykonanie przez optometrystę. Obecny opis świadczenia („Konsultacja okulistyczna (optometrysta) – dobór szkieł korekcyjnych”) jest niejednoznaczny pod względem wymaganych kwalifikacji osoby udzielającej świadczenia.”

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający dopuszcza, aby dobór szkieł korekcyjnych był wykonywany przez optometrystę, o ile taka możliwość jest dostępna, przy czym nie wyklucza ani nie ogranicza dokonania doboru szkieł korekcyjnych przez lekarza okulistę podczas konsultacji lekarskiej.

PYTANIE 73

Wnosimy o potwierdzenie, że w przypadku miejscowości, w których Wykonawca nie posiada możliwości zapewnienia konsultacji lekarzy dyżurnych (24h/7 dni) we wskazanych specjalizacjach (internista, pediatra, ortopeda, chirurg ogólny), Zamawiający dopuści realizację przedmiotowego świadczenia w formie refundacji kosztów poniesionych przez Pacjenta na podstawie faktury wystawionej przez podmiot zewnętrzny. Takie rozwiązanie pozwoli na zapewnienie ciągłości dostępu do świadczeń niezależnie od lokalizacji Użytkownika oraz ograniczeń dostępności placówek medycznych.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 74

Prosimy o potwierdzenie, że telemedycyna (konsultacje online, wideo i telefoniczne) stanowi uzupełniającą formę realizacji świadczeń i jest wymagana wyłącznie w zakresie specjalizacji dostępnych w tej formule u Wykonawcy. Z uwagi na specyfikę części świadczeń specjalistycznych oraz konieczność przeprowadzenia badania przedmiotowego, przyjmujemy, że Zamawiający nie oczekuje zapewnienia konsultacji telemedycznych dla wszystkich specjalności objętych umową.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 75

Wnosimy o potwierdzenie, że realizacja badań diagnostycznych oraz świadczeń rehabilitacyjnych może następować na podstawie skierowania wystawionego przez dowolnego lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, niezależnie od specjalizacji oraz miejsca udzielenia konsultacji.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 76

Prosimy o wyjaśnienie, czy w zakresie świadczeń obejmujących rezonans magnetyczny oraz tomografię komputerową Zamawiający wymaga zapewnienia badań z podaniem środka kontrastowego, jeśli wynika to ze wskazań medycznych. Jednocześnie prosimy o potwierdzenie czy koszt środka kontrastowego powinien być traktowany jako element badania, czy też podlega odrębnemu rozliczeniu z Pacjentem zgodnie z przysługującą zniżką?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że w zakresie świadczeń obejmujących rezonans magnetyczny oraz tomografię komputerową Zamawiający wymaga zapewnienia badań z podaniem

środka kontrastowego, jeśli wynika to ze wskazań medycznych. Koszt środka kontrastowego powinien być traktowany jako element badania.

PYTANIE 77

Prosimy o potwierdzenie, że usługa prowadzenia ciąży dotyczy wyłącznie ciąży fizjologicznej oraz jest realizowana w oparciu o zakres świadczeń dostępnych w ramach pakietu medycznego przysługującego pacjentce. Tym samym przyjmujemy, że prowadzenie ciąży nie stanowi odrębnego, rozszerzonego programu opieki, a zakres konsultacji, badań diagnostycznych i pozostałych świadczeń związanych z prowadzeniem ciąży jest ograniczony do usług przewidzianych w danym pakiecie medycznym.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 78

Proszę o informację czy zestawienie dotyczące narażeń medycyny pracy dotyczy wszystkich stanowisk opisanych u Zamawiającego?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 79

Wnioskujemy o wskazanie średniej ilości wykonywanych badań rocznie w podziale na badania wstępne, kontrolne, okresowe?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że w okresie od dnia 01.01.2025 do dnia 31.12.2025 wykonano:

- 99 badań okresowych
- 6 badań kontrolnych
- 25 badań wstępnych

PYTANIE 80

Czy Wykonawca w ramach kalkulacji kosztu Pakietu Medycyna Pracy powinien wziąć pod uwagę komisje bhp oraz przeglądy stanowisk? Jeżeli tak to w jakiej ilości?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający przewiduje, że uczestnictwo lekarza medycyny pracy w spotkaniach Komisji BHP lub przy przeglądzie stanowisk może mieć miejsce raz w roku. Przeglądy stanowisk nie wymagają obecności lekarza medycyny pracy.

PYTANIE 81

W nawiązaniu do zapisów Umowy dotyczących udziału brokera ubezpieczeniowego, działającego na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, zwracamy się z uprzejmą prośbą o doprecyzowanie:

1. jaki jest dokładny zakres czynności wykonywanych przez brokera w ramach realizacji Umowy, w szczególności czy obejmuje on bieżącą obsługę administracyjną, nadzór nad realizacją Umowy lub inne czynności operacyjne,
2. po czyjej stronie pozostaje obowiązek pokrycia wynagrodzenia brokera,
3. w przypadku gdy wynagrodzenie brokera (kurtaż brokerski) ma być pokrywane przez Wykonawcę – jaka jest jego wysokość lub sposób kalkulacji (np. procent od składki),
4. czy koszt wynagrodzenia brokera powinien zostać uwzględniony przez Wykonawcę w kalkulacji ceny oferty.

Uzasadnienie:

Doprecyzowanie powyższych kwestii ma istotne znaczenie z punktu widzenia prawidłowego określenia zakresu obowiązków stron oraz rzetelnej kalkulacji ceny oferty, w szczególności w przypadku obowiązku ponoszenia przez Wykonawcę kosztów wynagrodzenia brokera, który stanowi standardowy element kosztowy w umowach ubezpieczeniowych.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że do zadań Brokera należy m.in. wsparcie Zamawiającego we wdrożeniu programu opieki medycznej i prawidłowej realizacji Umowy. Zgodnie z zapisami pkt 17.2 SWZ kurtaż brokerski jest po stronie Wykonawcy i powinien zostać uwzględniony przez Wykonawcę w kalkulacji ceny oferty w wysokości 6% brutto od inkasa opłaty przez cały okres trwania Umowy.

PYTANIE 82

Czy Zamawiający dopuszcza doprecyzowanie zapisów SWZ poprzez wskazanie, że procedura refundacji świadczeń realizowanych poza siecią Wykonawcy – w tym w szczególności zakres wymaganej dokumentacji, zasady jej weryfikacji, honorowanie dokumentów księgowych (w szczególności faktur wystawionych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą), warunki uznania zasadności rozszczenia, jak również terminy na złożenie dokumentów przez Uczestnika oraz terminy rozpatrzenia wniosku i dokonania zwrotu kosztów – będą realizowane zgodnie ze standardowymi procedurami obowiązującymi u Wykonawcy, przy zachowaniu zasady równego traktowania wszystkich Uczestników programu?

Przyjęcie standardowych procedur refundacyjnych Wykonawcy pozwala na zapewnienie sprawnej, jednolitej i transparentnej obsługi wniosków refundacyjnych, opartych na już funkcjonujących i zweryfikowanych procesach operacyjnych. W szczególności umożliwia to zachowanie spójnych zasad dotyczących terminów rozpatrywania wniosków i dokonywania zwrotów, a także jednoznacznych kryteriów w zakresie akceptacji dokumentów księgowych (w tym faktur), co ogranicza ryzyko rozbieżnych interpretacji, opóźnień oraz niejednolitego traktowania Uczestników programu, a w konsekwencji zapewnia efektywną i przewidywalną realizację świadczeń.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że refundacja może być realizowana zgodnie ze standardowymi procedurami obowiązującymi u Wykonawcy, z zastrzeżeniem zasad i wymogów określonych w pkt 7.10 OPZ.

PYTANIE 83

Prosimy o potwierdzenie zasady tożsamości pakietowej, tj. czy Zamawiający oczekuje, aby zakres świadczeń w ramach danego wariantu pakietu był tożsamy dla pracownika oraz wszystkich współuczestników (w pakiecie partnerskim i rodzinnym), czy też dopuszcza różnicowanie zakresu świadczeń w zależności od statusu uczestnika?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający oczekuje, aby zakres świadczeń w ramach danego wariantu pakietu był tożsamy dla pracownika oraz wszystkich współuczestników (w pakiecie partnerskim i rodzinnym).

PYTANIE 84

W związku z zapisami dotyczącymi diagnostyki endoskopowej wnosimy o doprecyzowanie zakresu świadczeń.

Czy Zamawiający potwierdza, że wskazane badania obejmują również zastosowanie znieczulenia miejscowego, o ile jest ono standardowo stosowane lub wskazane medycznie przy danym badaniu?

Jednocześnie wnosimy o potwierdzenie, czy koszt znieczulenia miejscowego powinien zostać uwzględniony w kalkulacji ceny oferty.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że w ramach kosztu badania endoskopowego należy uwzględnić również koszt zastosowania znieczulenia miejscowego.

PYTANIE 85

Wnosimy o potwierdzenie, że wymóg zapewnienia badań medycyny pracy w lokalizacji Pionki uznaje się za spełniony również w przypadku realizacji tych świadczeń w placówce zlokalizowanej w promieniu do 30 km od siedziby Oddziału Zamawiającego w Pionkach, zgodnie z kryterium lokalizacyjnym określonym w pkt 7.3.4 SWZ. Przyjmujemy, że intencją Zamawiającego jest zachowanie spójnych zasad dostępności dla wszystkich świadczeń realizowanych w danej lokalizacji, w tym badań medycyny pracy, a ich wykonywanie nie jest ograniczone wyłącznie do placówek znajdujących się na terenie miasta Pionki.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 86

Wnosimy o wykreślenie wymogu zapewnienia bezgotówkowego dostępu do świadczeń medycznych realizowanych przez konkretną placówkę wskazaną z nazwy, tj. Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o. przy ul. Sapieżyńskiej 3 w Warszawie, ewentualnie o potwierdzenie, że Zamawiający dopuści realizację przedmiotowego wymagania przez placówkę równoważną. Wskazujemy, że opis przedmiotu zamówienia nie powinien preferować ani wskazywać konkretnych podmiotów leczniczych, gdyż prowadzi to do nieuzasadnionego ograniczenia konkurencji i utrudnia złożenie ofert przez wykonawców dysponujących własną lub partnerską siecią placówek zapewniających porównywalny zakres oraz jakość świadczeń. Intencją Zamawiającego powinno być zagwarantowanie określonego standardu dostępności i jakości usług medycznych, a nie świadczenie usług przez konkretny podmiot wskazany z nazwy. W związku z powyższym wnosimy o dopuszczenie realizacji świadczeń w placówkach równoważnych, spełniających wymagania określone w SWZ.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę, aby wymóg zapewnienia bezgotówkowego dostępu do placówki Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o., zlokalizowanej przy ul. Sapieżyńskiej 3, 02-215 Warszawa, miał charakter fakultatywny, a nie obowiązkowy i zmodyfikował zapisy pkt 7.9 OPZ zgodnie z odpowiedzią na pytanie nr 1.

PYTANIE 87

Wnosimy o potwierdzenie, że podstawą do skorzystania przez uczestnika programu z refundacyjnej realizacji świadczenia poza siecią placówek przeznaczonych do obsługi programu będzie wcześniejsze potwierdzenie przez pracownika Wykonawcy (np. za pośrednictwem infolinii, infolinii medycznej, czatu lub poczty elektronicznej) braku możliwości zapewnienia danego świadczenia zgodnie z wymaganiami określonymi w pkt 8.1 SWZ. Powyższe doprecyzowanie jest niezbędne w celu jednoznacznego ustalenia, że Wykonawca nie posiada możliwości realizacji świadczenia w wymaganej lokalizacji lub terminie, a także dla uniknięcia sytuacji, w których uczestnik programu samodzielnie korzysta ze świadczeń komercyjnych pomimo dostępności świadczeń w sieci Wykonawcy. Potwierdzenie braku możliwości realizacji świadczenia przez pracownika Wykonawcy pozwoli na prawidłową weryfikację zasadności refundacji oraz zachowanie transparentnych zasad realizacji umowy

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 88

W związku z treścią pkt 8.15 OPZ zwracamy się z wnioskiem o doprecyzowanie zakresu obowiązków Wykonawcy związanych z przejęciem, przechowywaniem oraz utylizacją dokumentacji po zlikwidowanej Przychodni Pracowniczej Zamawiającego. Przedstawione informacje są niewystarczające do prawidłowej oceny zakresu świadczenia oraz skalkulowania kosztów realizacji zamówienia.

W szczególności prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Kto aktualnie przechowuje wskazaną dokumentację oraz który podmiot odpowiada obecnie za jej archiwizację, zabezpieczenie i udostępnianie osobom uprawnionym?
2. Czy dokumentacja znajduje się obecnie w archiwum Zamawiającego, podmiotu zewnętrznego czy podmiotu leczniczego będącego następcą zlikwidowanej Przychodni Pracowniczej?
3. Czy przejęcie dokumentacji będzie miało charakter jednorazowego przekazania protokolarnego, a jeśli tak, prosimy o wskazanie miejsca przechowywania dokumentacji oraz zasad jej odbioru.
4. Prosimy o podanie dat skrajnych dokumentacji objętej przekazaniem, tj. roku najstarszego i najnowszego dokumentu w każdej z kategorii archiwalnych.
5. Czy wskazane kategorie akt (B3, B10, B20, B50) oznaczają okres dalszego przechowywania liczony od momentu przejęcia dokumentacji przez wybranego Wykonawcę, czy też okres ten należy liczyć z uwzględnieniem czasu przechowywania dokumentacji przed jej przekazaniem?
6. Prosimy o określenie orientacyjnej wielkości archiwum wyrażonej w metrach bieżących dokumentacji, liczbie kartonów archiwizacyjnych lub innej mierzalnej jednostce pozwalającej oszacować rzeczywisty zakres prac.
7. Czy obowiązki Wykonawcy obejmują wyłącznie przechowywanie i brakowanie dokumentacji, czy również bieżącą obsługę wniosków dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, ich przedstawicielom ustawowym, podmiotom uprawnionym oraz organom administracji publicznej?
8. Czy Zamawiający oczekuje, że wybrany Wykonawca przejmie wszelkie obowiązki administratora dokumentacji medycznej wynikające z obowiązujących przepisów prawa, w tym odpowiedzialność za jej udostępnianie, zabezpieczenie i prowadzenie ewidencji udostępnień?
9. W odniesieniu do pozycji „1 teczka B10: umowa na świadczenie usługi medycznej w Centrum Medycznym Bonifratrów Sp. z o.o.” prosimy o wyjaśnienie, jakiej konkretnie umowy dotyczy wskazana dokumentacja oraz z jakich przyczyn została ona zakwalifikowana do dokumentacji podlegającej przejęciu przez Wykonawcę w ramach realizacji zamówienia.
10. Czy Zamawiający potwierdza, że pozycja B10 obejmuje wyłącznie pojedynczą umowę, czy też pełną dokumentację związaną z realizacją tej umowy, w tym aneksy, rozliczenia, korespondencję oraz dokumenty towarzyszące?

Jednocześnie wnosimy o szczegółowe doprecyzowanie obowiązków związanych z archiwizacją dokumentacji, gdyż obecny opis nie pozwala na jednoznaczne określenie zakresu odpowiedzialności Wykonawcy ani kosztów związanych z przejęciem ponad 1 100 teczek dokumentacji. Powyższe informacje mają istotny wpływ na przygotowanie oferty oraz kalkulację ceny zamówienia.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że:

1. **LUX MED Sp. z o.o. w ramach zawartej umowy aktualnie przechowuje wskazaną dokumentację oraz odpowiada obecnie za jej archiwizację, zabezpieczenie i udostępnianie osobom uprawnionym.**
2. **Dokumentacja znajduje się obecnie w archiwum LUX MED. Sp. z o.o.**
3. **Przejęcie dokumentacji będzie miało charakter jednorazowego przekazania protokolarnego. Szczegóły dotyczące zasad jej odbioru zostaną ustalone z wybranym Wykonawcą.**
4. **Najnowsze dokumenty będą z 2018 roku (data likwidacji przychodni). Co do dokumentów najstarszych Zamawiający nie posiada takiej wiedzy.**
5. **Okres ten należy liczyć z uwzględnieniem czasu przechowywania dokumentacji przed jej przekazaniem.**
6. **Okolo 10 m. bieżących.**
7. **Obowiązki Wykonawcy obejmują również bieżącą obsługę wniosków dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej.**
8. **Tak, Zamawiający oczekuje, że wybrany Wykonawca przejmie wszelkie obowiązki administratora dokumentacji medycznej wynikające z obowiązujących przepisów prawa.**
9. **Dotyczy umowy na prowadzenie Pracowniczej Przychodni Zamawiającego i jest częścią zarchiwizowanej dokumentacji.**
10. **Pełną dokumentację związaną z realizacją tej umowy.**

PYTANIE 89

Wnosimy o wykreślenie pkt 8.15 SWZ lub uczynienie wskazanego obowiązku fakultatywnym.

Wskazujemy, że przejęcie, przechowywanie oraz brakowanie dokumentacji po zlikwidowanej Przychodni Pracowniczej stanowi usługę archiwizacyjną, niezwiązaną bezpośrednio z przedmiotem zamówienia obejmującym świadczenie usług medycznych. Obowiązek ten generuje dodatkowe koszty organizacyjne, administracyjne i prawne, które mogą prowadzić do ograniczenia konkurencji i utrudnienia udziału w postępowaniu wykonawcom posiadającym potencjał do realizacji świadczeń medycznych, lecz nieprowadzącym działalności archiwizacyjnej. W przypadku pozostawienia wymogu wnosimy o szczegółowe określenie podstawy prawnej przekazania dokumentacji, podmiotu obecnie odpowiedzialnego za jej przechowywanie oraz zakresu obowiązków, które mają zostać przejęte przez wybranego Wykonawcę

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Aktualny dostawca usług medycznych w ramach zawartej umowy zapewnia Zamawiającemu przechowywanie dokumentacji medycznej zgodnie z odpowiedzią na pytanie nr 88.

PYTANIE 90

W związku z pkt 9.6 OPZ prosimy o wskazanie, jaka była liczba przypadków w okresie ostatnich 12 miesięcy (lub innym porównywalnym okresie), w których kandydatom do pracy wykonano wstępne badania medycyny pracy, jednak osoby te ostatecznie nie zostały zatrudnione i nie zostały zgłoszone do pakietu podstawowego. Informacja ta jest niezbędna do prawidłowego oszacowania ryzyka oraz kosztów realizacji zamówienia, ponieważ zgodnie z zapisami SWZ koszt takich badań ma zostać pokryty przez Wykonawcę w ramach ryczałtowej opłaty, bez możliwości naliczenia dodatkowych opłat.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że w bieżącym roku miał miejsce jeden taki przypadek. Jednocześnie Zamawiający informuje, że zmodyfikował zapisy pkt. 9.6 OPZ zgodnie z odpowiedzią na pytanie nr 6.

PYTANIE 91

Wnosimy o zmianę zapisów pkt 9.9–9.11 OPZ poprzez dopuszczenie rozwiązań równoważnych w zakresie elektronicznej obsługi procesu medycyny pracy oraz rezygnację z obowiązku udostępniania jednej dedykowanej platformy informatycznej spełniającej łącznie wszystkie wskazane wymagania.

Wskazujemy, że przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych, a nie dostawa lub udostępnienie określonego systemu informatycznego. Obecne brzmienie SWZ w praktyce preferuje wykonawców posiadających konkretne, rozbudowane rozwiązania IT, niezależnie od jakości, zakresu i dostępności oferowanych świadczeń medycznych. Tym samym wymagania te mogą prowadzić do nieuzasadnionego ograniczenia konkurencji oraz zawężenia kręgu potencjalnych wykonawców zdolnych do należytej realizacji zamówienia. Jednocześnie cel Zamawiającego związany z elektroniczną obsługą procesów medycyny pracy może zostać osiągnięty przy wykorzystaniu różnych narzędzi organizacyjnych i informatycznych funkcjonujących u Wykonawcy, bez konieczności posiadania jednej platformy realizującej wszystkie funkcjonalności wymienione w pkt 9.9–9.11 OPZ. W szczególności zwracamy uwagę, że obowiązek zapewnienia elektronicznego obiegu skierowań, honorowania e-skierowań przez wszystkie placówki własne i partnerskie, monitorowania ważności orzeczeń, integracji z procesem przekazywania e-orzeczeń oraz ponoszenia odpowiedzialności za terminowe spływanie dokumentacji do systemu Zamawiającego wykracza poza standardowe wymagania stawiane wykonawcom usług medycyny pracy i może skutkować nieproporcjonalnym ograniczeniem konkurencji. W związku z powyższym wnosimy o potwierdzenie, że Zamawiający dopuści realizację procesu medycyny pracy przy wykorzystaniu rozwiązań równoważnych, zapewniających elektroniczną komunikację, wystawianie skierowań, przekazywanie wyników badań i orzeczeń oraz obsługę procesu medycyny pracy, nawet jeśli funkcjonalności te nie są realizowane w ramach jednej, zintegrowanej platformy informatycznej.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraz zgody.

PYTANIE 92

Wnosimy o zmianę postanowień dotyczących tzw. „przyjaznego przejścia” poprzez usunięcie obowiązku zapewnienia przez nowego Wykonawcę 100% refundacji kosztów konsultacji specjalistycznych realizowanych w placówkach dostępnych w ramach poprzedniej umowy zawartej przez ITB lub o istotne doprecyzowanie zasad realizacji tego obowiązku.

Obecne brzmienie zapisu prowadzi do nieuzasadnionego uprzywilejowania dotychczasowego Wykonawcy oraz narusza zasadę uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców. Aktualny dostawca, jako jedyny podmiot realizujący obecnie umowę, posiada pełną wiedzę na temat zakresu świadczeń, dostępności placówek, historii korzystania ze świadczeń przez uczestników programu oraz liczby pacjentów pozostających w procesie leczenia. Pozostali wykonawcy nie mają możliwości zweryfikowania, jakie placówki były faktycznie dostępne dla uczestników programu, jaka była liczba korzystających z nich pacjentów, jaka jest skala kontynuowanych procesów leczenia ani jakie mogą być rzeczywiste koszty refundacji.

Dodatkowo nowy Wykonawca nie posiada dostępu do danych dotyczących indywidualnych procesów leczenia uczestników programu, historii korzystania ze świadczeń ani informacji o placówkach, z których korzystali poszczególni pacjenci. W konsekwencji nie jest możliwe oszacowanie skali potencjalnych refundacji oraz prawidłowe skalkulowanie ryzyka

kontraktowego. Wykonawca zostałby zobowiązany do ponoszenia nieokreślonych kosztów wynikających z działalności poprzedniego dostawcy, nie mając jednocześnie żadnych narzędzi pozwalających na ich oszacowanie przed złożeniem oferty.

Co więcej, przedmiotowy wymóg powoduje, że obecny wykonawca w praktyce nie musi kalkulować dodatkowego kosztu wynikającego z „przyjaznego przejścia”. Pacjenci nadal korzystają bowiem z tej samej sieci placówek, która jest już objęta aktualnie realizowaną umową, a ryzyko wystąpienia refundacji jest dla niego minimalne lub wręcz nie występuje. Odmiennie wygląda sytuacja nowych wykonawców, którzy zmuszeni są uwzględnić w cenie oferty nieograniczone i niemożliwe do oszacowania ryzyko finansowe związane z refundacją świadczeń realizowanych poza własną siecią placówek.

W praktyce prowadzi to do sytuacji, w której oferty wykonawców nie są porównywalne cenowo, ponieważ część wykonawców musi kalkulować nieznane koszty wynikające z dotychczasowej organizacji opieki medycznej przez inny podmiot, podczas gdy aktualny wykonawca pozostaje z tego ryzyka zwolniony. Oznacza to, że przewaga konkurencyjna obecnego dostawcy wynika nie z jakości usług, efektywności organizacyjnej czy poziomu cen, lecz wyłącznie z konstrukcji postanowień SWZ.

Dodatkowo pojęcia „kontynuacja leczenia”, „placówki dostępne w ramach poprzednio obowiązującej umowy” oraz zakres refundowanych świadczeń pozostają niedookreślone. Nie wiadomo, czy refundacja ma dotyczyć wyłącznie pacjentów będących w trakcie rozpoczętego procesu terapeutycznego, czy wszystkich uczestników programu, którzy dotychczas korzystali z danych placówek. Nie określono również maksymalnych limitów refundacji, liczby świadczeń podlegających zwrotowi ani liczby potencjalnych uczestników objętych tym uprawnieniem.

W związku z powyższym wnosimy o zmianę przedmiotowego zapisu poprzez ograniczenie „przyjaznego przejścia” do zapewnienia ciągłości leczenia w placówkach własnych i partnerskich nowego Wykonawcy, gwarantujących bezpłatny dostęp do usług w ramach zakresu nowej umowy.

Pozostawienie obecnego brzmienia postanowienia prowadzi do nieuzasadnionego uprzywilejowania aktualnego wykonawcy, ograniczenia konkurencji oraz naruszenia zasady równego traktowania wykonawców, gdyż wyłącznie obecny dostawca posiada wiedzę i warunki umożliwiające realizację tego wymogu bez konieczności ponoszenia dodatkowego, niemożliwego do oszacowania ryzyka finansowego.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę na usunięcie pkt 11.5 OPZ.

PYTANIE 93

W związku z wymogiem zapewnienia bezgotówkowego dostępu do świadczeń medycznych realizowanych przez konkretną placówkę medyczną, tj. Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o. zlokalizowane przy ul. Sapieżyńskiej 3 w Warszawie, zwracamy się z prośbą o przedstawienie obiektywnych przesłanek uzasadniających wprowadzenie takiego wymagania do dokumentacji postępowania. W szczególności prosimy o wskazanie, jakie rzeczywiste potrzeby Zamawiającego uzasadniają konieczność realizacji świadczeń właśnie w tej placówce, a nie poprzez zapewnienie dostępu do świadczeń o analogicznym zakresie i jakości realizowanych przez inne podmioty medyczne działające na rynku warszawskim. Jednocześnie prosimy o wyjaśnienie, w jaki sposób wskazanie konkretnej nazwy podmiotu leczniczego pozostaje w zgodzie z zasadą zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 94

W związku z wymogiem zapewnienia dostępu do Centrum Medycznego Bonifratrów Sp. z o.o. w Warszawie prosimy o wskazanie, jakie szczególne cechy, zasoby, kompetencje, zakres świadczeń, wyposażenie lub dostępność tej placówki są niezbędne dla prawidłowej realizacji zamówienia i jednocześnie nie mogą zostać zapewnione przez inne placówki medyczne funkcjonujące na rynku warszawskim. Wykonawca zwraca uwagę, że na terenie Warszawy funkcjonuje wiele wieloprofilowych podmiotów leczniczych spełniających najwyższe standardy jakościowe oraz zapewniających szeroki dostęp do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki oraz badań medycyny pracy. W związku z tym prosimy o wykazanie, jakie unikalne cechy wyłącznie tej placówki uzasadniają jej wskazanie w dokumentacji postępowania.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 95

W związku z wymogiem zapewnienia dostępu do Centrum Medycznego Bonifratrów Sp. z o.o. prosimy o informację, czy przed wprowadzeniem tego wymagania Zamawiający przeprowadził analizę rynku potwierdzającą brak możliwości realizacji świadczeń na porównywalnym poziomie przez inne placówki medyczne funkcjonujące na terenie Warszawy.

W przypadku przeprowadzenia takiej analizy prosimy o przedstawienie jej wyników lub wskazanie kryteriów, którymi kierował się Zamawiający uznając, że wyłącznie wskazana placówka spełnia jego potrzeby. W przypadku braku przeprowadzenia analizy prosimy o wyjaśnienie podstaw przyjęcia założenia, że wskazanie konkretnego podmiotu leczniczego jest niezbędne dla prawidłowej realizacji zamówienia.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 96

W związku z wymogiem zapewnienia dostępu do Centrum Medycznego Bonifratrów Sp. z o.o. prosimy o wskazanie przyczyn, dla których Zamawiający odmiennie traktuje lokalizację warszawską względem pozostałych lokalizacji objętych zamówieniem.

W szczególności prosimy o wyjaśnienie, dlaczego wyłącznie w Warszawie wskazana została konkretna placówka medyczna, podczas gdy w pozostałych miastach objętych zamówieniem Zamawiający nie wymaga realizacji świadczeń przez podmiot wskazany z nazwy, lecz określa jedynie wymagane parametry dostępności.

W ocenie Wykonawcy taki sposób opisu przedmiotu zamówienia może prowadzić do nieuzasadnionego uprzywilejowania określonego podmiotu oraz ograniczenia możliwości realizacji usług przez innych wykonawców dysponujących siecią placówek spełniających wszystkie wymagane standardy jakościowe.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 97

W związku z wymogiem zapewnienia dostępu do Centrum Medycznego Bonifratrów Sp. z o.o. wnosimy o przekazanie danych potwierdzających faktyczne znaczenie tej placówki dla realizacji opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego. Prosimy o przedstawienie raportu wykorzystania usług tej placówki przez osoby uprawnione w okresie ostatnich 12 miesięcy, obejmującego co najmniej:

1. liczbę osób korzystających z placówki,

2. procentowy udział użytkowników korzystających z tej placówki względem wszystkich osób objętych opieką,

3. liczbę wizyt zrealizowanych w placówce,

4. udział tej placówki w całkowitej liczbie realizowanych świadczeń.

Jednocześnie wskazujemy, że zarówno potencjał kadrowy i organizacyjny placówki, jak i jej lokalizacja względem siedziby Zamawiającego nie wskazują na istnienie cech uzasadniających konieczność jej obligatoryjnego wskazania w dokumentacji postępowania. W związku z powyższym prosimy o przedstawienie danych potwierdzających rzeczywiste potrzeby Zamawiającego w tym zakresie.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 98

Wnosimy o potwierdzenie, że w przypadku placówek współpracujących z Wykonawcą, zlokalizowanych w miastach, w których Wykonawca posiada również własne placówki medyczne, dopuszczalne będzie umawianie wizyt za pośrednictwem infolinii Wykonawcy lub innych standardowych kanałów obsługi pacjenta funkcjonujących u Wykonawcy.

Wskazujemy, że rozwiązanie takie stanowi powszechnie stosowany standard rynkowy, funkcjonujący u największych dostawców usług medycznych w Polsce. Centralizacja procesu rejestracji wizyt zapewnia pacjentom jednolity standard obsługi, umożliwia efektywne zarządzanie dostępnością świadczeń oraz pozwala kierować pacjentów do najszybciej dostępnych terminów, niezależnie od tego, czy świadczenie realizowane jest w placówce własnej czy partnerskiej. W związku z powyższym wnosimy o potwierdzenie, że Zamawiający dopuści realizację procesu umawiania wizyt zgodnie z ogólnorynkową praktyką stosowaną przez wykonawców usług medycznych, tj. za pośrednictwem infolinii, portalu pacjenta, aplikacji mobilnej lub innych standardowych kanałów rejestracji funkcjonujących u Wykonawcy.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na Pytanie nr 44.

PYTANIE 99

Wnosimy o wykreślenie z OPZ postanowienia nakładającego na Wykonawcę obowiązek zapewnienia bezgotówkowego dostępu do świadczeń medycznych realizowanych przez konkretną placówkę medyczną, tj. Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o. zlokalizowane przy ul. Sapiieżyńskiej 3 w Warszawie oraz zastąpienie go wymogiem zapewnienia świadczeń przez placówki spełniające określone przez Zamawiającego obiektywne kryteria jakościowe, organizacyjne i dostępnościowe. W naszej ocenie wskazanie w dokumentacji postępowania konkretnego podmiotu leczniczego z nazwy prowadzi do nieuzasadnionego ograniczenia konkurencji i pozostaje w sprzeczności z podstawowymi zasadami udzielania zamówień publicznych, tj. zasadą uczciwej konkurencji, równego traktowania wykonawców, proporcjonalności oraz przygotowania postępowania w sposób zapewniający zachowanie konkurencyjności. Zamawiający nie wykazał, jakie obiektywne potrzeby uzasadniają wskazanie właśnie tej placówki, ani nie przedstawił informacji potwierdzających, że analogiczne świadczenia nie mogą zostać zapewnione przez inne podmioty funkcjonujące na rynku warszawskim.

Tymczasem na terenie Warszawy działa szereg placówek medycznych dysponujących porównywalnym potencjałem kadrowym, organizacyjnym i diagnostycznym, zdolnych do realizacji świadczeń na poziomie nie niższym niż wskazana placówka.

Jednocześnie wymóg ten powoduje odmienne traktowanie lokalizacji warszawskiej względem pozostałych lokalizacji objętych zamówieniem. W Katowicach, Poznaniu czy Pionkach

Zamawiający nie wskazuje z nazwy konkretnego podmiotu realizującego świadczenia, pozostawiając wykonawcom możliwość organizacji sieci medycznej zgodnie z przyjętym modelem działania. Wyłącznie w Warszawie dochodzi do wskazania konkretnej placówki, co prowadzi do nieuzasadnionego uprzywilejowania jednego podmiotu leczniczego bez przedstawienia merytorycznego uzasadnienia dla takiego zróżnicowania. Ponadto wskazanie konkretnej placówki ogranicza wykonawcom możliwość efektywnego zarządzania własną siecią medyczną i dostępnością świadczeń. W praktyce oznacza to narzucenie określonego podwykonawcy lub partnera medycznego niezależnie od tego, czy wykonawca dysponuje własnymi placówkami zapewniającymi szerszy zakres usług, krótsze terminy oczekiwania lub lepszą dostępność dla pacjentów.

Podkreślenia wymaga również fakt, że przedmiotem zamówienia jest zapewnienie opieki medycznej o określonym zakresie, jakości i dostępności, a nie zagwarantowanie świadczeń przez konkretny podmiot leczniczy. Opis przedmiotu zamówienia powinien odnosić się do wymagań funkcjonalnych i jakościowych, a nie do nazw własnych placówek, chyba że Zamawiający jest w stanie wykazać istnienie wyjątkowych i obiektywnych okoliczności uzasadniających takie rozwiązanie.

W związku z powyższym wnosimy o usunięcie przedmiotowego wymogu lub alternatywnie o dopuszczenie realizacji świadczeń przez placówki równoważne, spełniające wymagania określone przez Zamawiającego w zakresie lokalizacji, dostępności, potencjału kadrowego, zakresu świadczeń oraz jakości obsługi pacjentów.

Jednocześnie prosimy o wyjaśnienie:

1. Jakie obiektywne potrzeby Zamawiającego uzasadniają wskazanie konkretnej placówki medycznej?
2. Jakie unikalne cechy tej placówki są niezbędne dla prawidłowej realizacji zamówienia i nie mogą zostać zapewnione przez inne podmioty funkcjonujące na rynku warszawskim?
3. Czy Zamawiający przeprowadził analizę rynku potwierdzającą brak możliwości realizacji usług na porównywalnym poziomie przez inne podmioty medyczne?
4. Jakie okoliczności uzasadniają odmienne traktowanie pracowników warszawskich względem pracowników w pozostałych lokalizacjach, dla których Zamawiający nie wskazuje konkretnej placówki?
5. Prosimy o przedstawienie danych dotyczących wykorzystania usług Centrum Medycznego Bonifraterów przez osoby uprawnione w okresie ostatnich 12 miesięcy, w szczególności liczby użytkowników korzystających z tej placówki oraz procentowego udziału tych osób w całej populacji objętej opieką medyczną.

W ocenie Wykonawcy odpowiedzi na powyższe pytania są niezbędne dla zweryfikowania zasadności utrzymania wymogu wskazującego konkretny podmiot leczniczy oraz oceny zgodności opisu przedmiotu zamówienia z zasadami wynikającymi z ustawy Prawo zamówień publicznych.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający odsyła do odpowiedzi na pyt. nr 1.

PYTANIE 100

Prosimy o potwierdzenie, że wymagania określone w pkt 9.9–9.11 OPZ wynikają z obowiązujących przepisów dotyczących elektronicznej dokumentacji medycyny pracy i mogą być realizowane przez Wykonawcę przy wykorzystaniu dowolnych rozwiązań informatycznych zapewniających wystawianie i przekazywanie e-orzeczeń zgodnie z obowiązującymi regulacjami, a nie wyłącznie za pośrednictwem jednej dedykowanej platformy informatycznej.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający pozostawia zapisy SWZ bez zmian.

PYTANIE 101

Wnosimy o zmianę treści pkt 9.10 OPZ poprzez ograniczenie obowiązku honorowania skierowań generowanych za pośrednictwem platformy Wykonawcy wyłącznie do placówek własnych Wykonawcy, które zostały zintegrowane z rozwiązaniami informatycznymi Wykonawcy i obsługują elektroniczny proces kierowania na badania medycyny pracy. Wskazujemy, że obecny zapis nakłada na Wykonawcę obowiązek zapewnienia honorowania e-skierowań we wszystkich placówkach medycznych przeznaczonych do obsługi programu, w tym przez wszystkie placówki partnerskie, niezależnie od stopnia ich integracji z systemami informatycznymi Wykonawcy. W praktyce jest to wymaganie niewspółmierne do przedmiotu zamówienia oraz pozostające poza faktyczną kontrolą Wykonawcy.

Należy podkreślić, że standardem rynkowym jest funkcjonowanie sieci medycznych opartych na współpracy z wieloma niezależnymi podmiotami leczniczymi, posiadającymi własne systemy rejestracyjne i własne procedury organizacyjne. Co do zasady wykonawcy nie prowadzą jednego, wspólnego i w pełni zintegrowanego systemu informatycznego obejmującego całą sieć placówek partnerskich na terenie kraju. W konsekwencji Wykonawca nie ma rzeczywistej możliwości zagwarantowania, że każda placówka partnerska będzie obsługiwać e-skierowania w identyczny sposób oraz bez konieczności dodatkowej weryfikacji dokumentów. Jednocześnie celem Zamawiającego powinno być zapewnienie sprawnej realizacji badań medycyny pracy, a nie narzucanie określonego modelu integracji systemów informatycznych pomiędzy niezależnymi podmiotami leczniczymi. Wymaganie pełnej integracji całej sieci placówek partnerskich może prowadzić do nieuzasadnionego ograniczenia konkurencji i preferowania wyłącznie tych wykonawców, którzy dysponują określonym modelem organizacyjnym lub ograniczoną liczbą współpracujących placówek. W związku z powyższym wnosimy o potwierdzenie, że Zamawiający dopuści realizację wymogu e-skierowań w placówkach własnych Wykonawcy. Takie rozwiązanie zapewni realizację celu Zamawiającego przy jednoczesnym zachowaniu zasady proporcjonalności oraz uczciwej konkurencji.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 102

Czy Zamawiający dopuszcza stosowanie wzorów dokumentów m.in., formularzy przystąpienia, listy osób uprawnionych, skierowań medycyny pracy stosowanych u Wykonawcy?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że będą mogły mieć zastosowanie wzory dokumentów wybranego Wykonawcy. Kwestie techniczne związane z obsługą programu zostaną uzgodnione po rozstrzygnięciu postępowania.

PYTANIE 103

Prosimy o informację, czy Zamawiający wymaga przygotowania przez Wykonawcę informatorów dla Pracowników oraz przeprowadzenia spotkań informacyjnych w ramach wdrożenia opieki u operatora medycznego.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że Wykonawca zobowiązany jest do przygotowania materiałów wdrożeniowych oraz informacyjnych przeznaczonych dla uczestników programu Zamawiającego.

PYTANIE 104.

Proszę o potwierdzenie, że w pakietach 3 i 4 Wykonawca ma nie uwzględniać usługi: Wymaz ze zmian skórnych posiew w kierunku grzybów. W Załączniku 1B w wierszu 523 odznaczono przy tej pozycji "TAK" tylko w pakiecie 2.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający informuje, że jest to omyłka pisarska i należy uwzględnić usługę „Wymaz ze zmian skórnych posiew w kierunku grzybów” we wszystkich pakietach.

Zamawiający modyfikuje zapis i wiersz 523 w Załączniku 1B otrzymuje brzmienie:

Wymaz ze zmian skórnych posiew w kierunku grzybów	Tak	Tak	Tak
--	------------	------------	------------

Jednocześnie Zamawiający wprowadza modyfikację i dopisuje „TAK” w wierszu 926 kolumna D. Wiersz 926 w Załączniku 1B otrzymuje brzmienie:

Ćwiczenia usprawniające kręgosłup 1 odcinek			Tak
--	--	--	------------

Ponadto Zamawiający zastępuje zdania w pkt. 18.2.2 SWZ „Wszystkie placówki podlegające ocenie muszą spełnić kryteria zintegrowania i wymienności danych medycznych oraz zamawiania wizyt przez pacjenta określone szczegółowo w pkt 8.8. OPZ. Lista placówek spełniających te kryteria zostanie zadeklarowana przez Wykonawcę w formularzu oferty.” na brzmienie: „Wszystkie placówki podlegające ocenie muszą spełnić kryteria zintegrowania i wymienności danych medycznych oraz zamawiania wizyt przez pacjenta określone szczegółowo w pkt 8.7. OPZ. Lista placówek spełniających te kryteria zostanie zadeklarowana przez Wykonawcę w formularzu oferty (pkt 4.3.).”

Zgodnie z odpowiedziami na pytania 7, 88 i 89 wybrany Wykonawca przejmie 1111 teczek akt pacjentów i stanie się administratorem dokumentacji medycznej zlikwidowanej przychodni, obsługując m.in. wnioski o udostępnienie dokumentacji. Zamawiający modyfikuje **PPU i dodaje § 10’w brzmieniu:**

- „1. Przejęcie dokumentacji medycznej po zlikwidowanej Przychodni Pracowniczej Zamawiającego, o której mowa w pkt 8.15 OPZ, nastąpi na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, podpisanego przez upoważnionych przedstawicieli Stron.*
- 2. Z dniem podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego Wykonawca przejmuje wszelkie obowiązki administratora przejętej dokumentacji medycznej wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązek jej właściwego zabezpieczenia, przechowywania, prowadzenia ewidencji udostępnień, obsługi wniosków pacjentów oraz brakowania po upływie wymaganych okresów przechowywania.*
- 3. Wykonawca jest uprawniony do pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (w szczególności za sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków oraz przekazanie na informatycznym nośniku danych) na zasadach, w trybie i w wysokościach nieprzekraczających maksymalnych stawek określonych w art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Opłaty te pobierane są bezpośrednio od osób lub podmiotów wnioskujących o udostępnienie dokumentacji.*
- 4. Po wygaśnięciu lub rozwiązaniu niniejszej Umowy Wykonawca przekaze przejętą dokumentację medyczną Zamawiającemu lub podmiotowi wskazanemu przez Zamawiającego na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, bez ponoszenia z tego tytułu dodatkowych opłat przez Zamawiającego.”*

Zamawiający niniejszym pismem dołącza **nowy Formularz Ofertowy**, który zastępuje dotychczasowy - ROZDZIAŁ II.1 – FORMULARZ OFERTY.

Zamawiający zmienia datę składania i otwarcia ofert podaną w pkt. 15 i 16.1 SWZ na dzień **31.07.2026 r.** Datę w pkt. 13.1 SWZ zmienia się na dzień 29.08.2026 r. godziny bez zmian

Niniejsze pismo nr 3 wraz z załącznikami stanowi integralną część Specyfikacji Warunków Zamówienia w postępowaniu nr TO.260.16DP.2026

Z poważaniem