

Nr sprawy: SPZOZ ZSM/ ZP/ 3.1 / 2018

Chorzów, dnia 04.05.2018r.

Szanowni Wykonawcy

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości przekraczającej kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP na usługę: **„Grupowego ubezpieczenia życia i zdrowia pracowników oraz ich rodzin, w tym partnerów życiowych pracowników SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie ”**
Część 1 odpowiedzi na pytania.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie informuje, że w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego Wykonawcy zadali pytania. Zamawiający przytacza poniżej treść pytań i udziela wyjaśnień.

Pytanie nr 1: SIWZ, Rozdział XV, punkt 2.2.3, tabela poz. 18 oraz zał. nr 2 do SIWZ tabela 3- Grupa 3 poz. 18 dot. min. wysokość świadczenia w wysokości 6000 – natomiast w załączniku nr 1 do SIWZ oferta, grupa III brakuje pozycji operacje chirurgiczne – prosba o wyjaśnienie powstałej rozbieżności i ewentualną poprawę stosownych dokumentów.

Odpowiedź nr 1: Zamawiający potwierdza, że w załączniku nr 1 do SIWZ w formularzu ofertowym dla grupy III jest błąd. Zamawiający modyfikuje formularz ofertowy.

Pytanie nr 2: SIWZ, Rozdział XV, tabele, punkty 2.2.1; 2.2.2; – Zamawiający w każdej grupie wskazał 2 klauzule fakultatywne a w punkcie 2.2.3 jedną klauzulę – natomiast nie zostały one wymienione w załączniku nr 2 do SIWZ odpowiednio w tabeli nr 1 i 2, co więcej w grupie nr 3 w załączniku nr 2 do SIWZ w poz. 27 Zamawiający wskazał nazwę świadczenia: „karta apteczna” „TAK”, a w załączniku nr 1 do SIWZ w poz. 26 nazwę „Świadczenie lekowe” „TAK” – prosba o potwierdzenie, że w grupie nr 3 świadczenie karta apteczna/świadczenie lekowe również traktowane jest jako klauzula fakultatywna?

Jeżeli tak prosba o ujednolicenie zapisów z możliwością wyboru opcji TAK lub NIE.

W związku z powyższym prosba również o ujednolicenie zapisów dotyczących ilości klauzul w odpowiednich załącznikach i w SIWZ. W przypadku innej interpretacji prosba o szczegółowe wyjaśnienie.

Odpowiedź nr 2: Zamawiający w Załączniku 2 do SIWZ w pkt. 5.23 w definicji świadczenia Zwrot za leki dopuszcza nazwy stosowane przez różnych ubezpieczycieli i traktuje je równoważnie. Dla ujednolicenia zapisów Zamawiający modyfikuje:

1) Załącznik nr 2 do SIWZ pkt. 5.23

Było 5.23. **Zwrot za leki:** ryczałt wypłacany jednorazowo po udokumentowaniu pobytu w szpitalu np. Karta Apteczna, Świadczenie lekowe itp. Świadczenie winno być wypłacone co najmniej trzy (3) razy w ciągu każdego okresu polisowego.

Jest

5.23. **Świadczenie lekowe:** ryczałt wypłacany jednorazowo po udokumentowaniu pobytu w szpitalu np. Karta Apteczna, Świadczenie lekowe itp. Świadczenie winno być wypłacone co najmniej trzy (3) razy w ciągu każdego okresu polisowego. Minimalna limit dla jednorazowego świadczenia wynosi 200 zł.

2) Załącznik nr 2 do SIWZ tab. Nr 3 Grupa nr 3 poz. 27

Było „ Karta apteczna”

Jest „Świadczenie lekowe”

Dla grup 1 i 2 świadczenie lekowej jest klauzulą fakultatywną

Dla grupy 3 jest to świadczenie obligatoryjne.

Pytanie nr 3: W nawiązaniu do pytania nr 1 i nr 2 nastąpiła błędna numeracja w tabelach w związku z brakiem zapisów dot. klauzul dodatkowych, tj. wg Wykonawcy w załączniku nr 1 oraz 2 w powinno być łącznie:

- W grupie 1 - 25 pozycji (analogicznie jak w SIWZ pkt. 2.2.1)
- W grupie 2 - 24 pozycji (analogicznie jak w SIWZ pkt. 2.2.2 oraz jak w zał. nr 1)
- W grupie 3 - 28 pozycji jeżeli Zamawiający potwierdzi, że w grupie III mają być uwzględnione operacje chirurgiczne (obecnie w SIWZ w pkt 2.2.3 wskazano 27 pozycji bez klauzuli fakultatywnej świadczenie lekowe/apteczne a w zał. nr 2 do SIWZ tabeli nr 3 sytuacja odwrotna wskazano klauzulę karta apteczna natomiast brakuje klauzuli fakultatywnej zapewnienie prawa do dożywotniej kontynuacji na warunkach grupy.

Prośba o ujednolicenie zapisów.

Odpowiedź nr 3: Zamawiający skorygował załącznik nr 1 do SIWZ. Po skorygowaniu numeracja w tabelach jest poprawna. **Nowy poprawiony załącznik nr 1 do SIWZ - „Formularz ofertowy”** zostanie udostępniony na stronie internetowej Zamawiającego w miejscu publikacji odpowiedzi na pytania.

Pytanie nr 4: Załącznik nr 1 do SIWZ grupa III pozycja 20 Utrata zdrowia przez dziecko wskazano kwotę 6000, natomiast w załączniku nr 2 do SIWZ w grupie III w poz. 21 wysokość świadczenia wynosi 5000 – prośba o potwierdzenie, że wysokość świadczenia dla zdarzenia utrata zdrowia przez dziecko wynosi 5000 a powstała rozbieżność wynika z błędnie przypisanych kwot świadczeń od pozycji 20 do 25 w załączniku nr 1 do SIWZ dot. grupy III. W związku z powyższym również prośba o sprostowanie zapisów w formularzu ofertowym.

Odpowiedź nr 4: Zamawiający potwierdza że w Załączniku nr 1 do SIWZ grupa III pozycja 20 Utrata zdrowia prawidłowa wysokość świadczenia to 5.000 zł modyfikuje zapisy w formularzu ofertowym. Zamawiający koryguje również wysokości świadczeń w Załączniku nr 1 do SIWZ grupa III w pozycji od 22 do 25.

Pytanie nr 5: SIWZ, rozdział XV Opis kryteriów i sposobu dedykowania oceny ofert, dot. grupy I oraz II – Zamawiający wskazuje, że w kryterium oceny wysokość świadczeń będzie przyznawał punkty za wyszczególnione świadczenia w grupie:

- a) I pkt od 1 do 25
- b) II pkt od 1 do 24

Według wykonawcy w tym kryterium odniesienie powinno być odpowiednio do:

- a) W grupie I pkt od 1 do 24
- b) W grupie II pkt od 1 do 23

Gdyż pozycja 24 w grupie I i poz. 23 grupie II dotyczy świadczenia lekowego, gdzie może być oceniana wysokość świadczenia. Natomiast Klauzula dobrowolna prawa do dożywotniej kontynuacji na tych samych warunkach zdaniem Wykonawcy nie podlega pod kryterium „wysokość świadczeń”. A jeżeli tak prośba o wyjaśnienie jak będzie oceniania?

Odpowiedź nr 5: Dla klauzuli świadczenie lekowe Zamawiający nie przewiduje oceny w zależności od wysokości zaoferowanego limitu. Włączenie tej klauzuli dla grupy 1 i 2 (TAK) powoduje przyznanie punktów.

Dla grupy 3 klauzula świadczenie lekowe jest obligatoryjna.

Klauzula „zapewnienie praw do dożywotniej kontynuacji na tych samych warunkach” jest klauzulą dobrowolną dla każdej grupy i jej włączenie (TAK) powoduje przyznanie punktów.

Pytanie nr 6: Załącznik nr 2 do SIWZ - Czy Zamawiający dopuszcza, aby certyfikaty potwierdzające zakres ubezpieczenia i wysokość świadczenia były dostarczane ubezpieczonemu na wniosek Zamawiającego lub na wniosek ubezpieczonego lub drukowane za pomocą systemu elektronicznego, który Wykonawca udostępni Zamawiającemu?

Odpowiedź nr 6: Zamawiający dopuszcza każdą z zaproponowanych form, o ile będą zgodne z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa.

Pytanie nr 7: SIWZ, rozdział XVII pkt 2 – Zamawiający nie dołączył do SIWZ projektu umowy stąd prośba o udostępnienie ww. dokumentu w celu zapoznania się i zadania ewentualnych pytań w przypadku niejasnych zapisów. Prośba o przekazanie projektu umowy maksymalnie do 27.04.2018 r.

Odpowiedź nr 7: Zamawiający zaakceptuje dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia zaproponowany przez Wykonawcę jeśli będzie zgodny z SIWZ oraz złożoną ofertą.

Zamawiający koryguje SIWZ rozdział XVII pkt 2:

Było

Umowa w sprawie zamówienia publicznego, z wybranym do realizacji zamówienia Wykonawcą, w oparciu o projekt umowy załączony do niniejszej SIWZ, zostanie zawarta z uwzględnieniem zapisów art. 94 oraz 139 ustawy PZP.

Jest

Umowa w sprawie zamówienia publicznego, z wybranym do realizacji zamówienia Wykonawcą zostanie zawarta na podstawie SIWZ i złożoną ofertą z uwzględnieniem zapisów art. 94 oraz 139 ustawy PZP.

Pytanie nr 8: SIWZ, rozdział VII, lit. B, pkt. 25, ppkt.b) – zapis „Należy zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe przeniesienie do formularza ofertowego ceny zaoferowanej w każdym załączonym do oferty formularzu asortymentowo-cenowym. – prośba o wyjaśnienie, co Zamawiający ma na myśli poprzez przeniesienie ceny zaoferowanej w każdym załączonym do oferty formularzu asortymentowo-cenowym? Formularz ofertowy (str. 2,3,4) w grupie I, II i III nie posiada pozycji cena (składka) stąd wątpliwość Wykonawcy.

Odpowiedź nr 8: Zamawiający modyfikuje w SIWZ rozdział VII, lit. B, pkt. 25, ppkt.b

Było

a) **formularz ofertowy** stanowiący **Załącznik nr 1 do SIWZ** (oryginał) - wypełniony w sposób czytelny, z należytą starannością. Należy zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe przeniesienie do formularza ofertowego ceny zaoferowanej w każdym załączonym do oferty formularzu asortymentowo-cenowym. Formularz ofertowy powinien być umieszczony bezpośrednio za stroną tytułową lub stanowić pierwszą stronę oferty;

Jest:

a) **formularz ofertowy** stanowiący **Załącznik nr 1 do SIWZ** (oryginał) - wypełniony w sposób czytelny, z należytą starannością. Formularz ofertowy powinien być umieszczony bezpośrednio za stroną tytułową lub stanowić pierwszą stronę oferty;

Pytanie nr 9: Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1, tabela dot. ceny – w kolumnie 4 „wartość oferty w zł” Zamawiający wskazuje do obliczeń roczną (12 miesięcy) wartość składek osób z danej Grupy I, II lub III natomiast w kolumnie nr 2 „przedmiot zamówienia (opis)” w poz. 2,4,6 Zamawiający wskazuje do obliczeń trzy letnią (36 miesięcy) wartość składek. W celu obliczenia łącznej oceny ofert prosba o wskazanie jaką liczbą lat ma uwzględnić Wykonawca.

Odpowiedź nr 9: Zamawiający oczekuje podania łącznej składki dla danej grupy z 36 miesięcy. Zamawiający koryguje błąd w kolumnie 4.

Było

Wartość oferty w zł (roczna wartość składek osób z danej Grupy: I , II lub III.)

Jest

Wartość oferty w zł (**łączna** wartość składek osób z danej Grupy: I , II lub III.)

Pytanie nr 10: Załącznik nr 2 do SIWZ, pkt 2.20 – prosba o potwierdzenie, że ewentualne badania będą dokonywane na uzasadniony wniosek ubezpieczonego?

Odpowiedź nr 10: Ewentualne badania będą dokonywane na wniosek Ubezpieczonego jeśli nie będzie się on zgadzał z orzeczeniem Wykonawcy przeprowadzonym zaocznie na podstawie dokumentacji.

Pytanie nr 11: Załącznik nr 2 do SIWZ, pkt 2.22 – prosba o potwierdzenie, że dokumenty złożone u Zamawiającego zostaną przekazane do Wykonawcy w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.

Odpowiedź nr 11: Zamawiający potwierdza powyższe.

Pytanie nr 12: (OPZ) Załącznik nr 2 do SIWZ - Opis przedmiotu zamówienia, rozdział 1 (Tabele) – W celu uzyskania pełnej jasności interpretacyjnej Wykonawca prosi o potwierdzenie, że wskazane w Tabelach kwoty świadczeń, o ile nie wskazano wyraźnie – nie są skumulowane. Przykładowo (w grupie 1): za zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego całkowitą kwotę do wypłaty będzie stanowić suma świadczeń w lp. 1 oraz 5, za zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy całkowitą kwotę do wypłaty będzie stanowić suma świadczeń w lp. 1 oraz 6, za dzień pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem do 14 dnia – suma świadczeń w lp. 18a i 18c, a za dzień pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy do 14 dnia – suma świadczeń w lp. 18a i 18e.

Jeżeli podane przykłady są opisane błędnie, Wykonawca prosi o wskazanie właściwych wzorów postępowania.

Odpowiedź nr 12: Świadczenia podane w tabelach nie są skumulowane o ile nie zostało to wyraźnie wskazane.

Np. (w grupie 1):

- a) za zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego całkowitą kwotę do wypłaty będzie stanowić suma świadczeń w lp. 1 oraz 3 i 5,
- b) za zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy całkowitą kwotę do wypłaty będzie stanowić suma świadczeń w lp. 1 oraz 3, 4, 5 i 6.

Dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu:

Grupa 1

Za dzień pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem do 14 dnia – suma świadczeń w lp. 19a i 19c, a za dzień pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy do 14 dnia – suma świadczeń w lp. 19a i 19e.

Pytanie nr 13: OPZ, rozdział 1 (Tabele) – Wykonawca prosi o informację, z jakiego powodu umieszczono obok siebie świadczenie jednorazowe oraz „za dzień” – z tytułu pobytu na OIOM. Jeśli nie jest to omyłka pisarska, prosba o wskazanie sposobu wypłaty świadczenia (świadczeń) w razie wystąpienia tego ryzyka.

Odpowiedź nr 13: Zamawiający oczekuje świadczenia jednorazowego z tytułu pobytu na OIT i dodatkowo świadczenia uzależnionego od długości pobytu na OIT.

Pytanie nr 14: OPZ, punkt 2.14 - Wykonawca pragnie zauważyć, iż dla ubezpieczyciela małżonkowie / partnerzy / pełnoletnie dzieci, których nie obejmowałyby wcześniej odpowiedzialnością lub robił to przez okres krótszy niż 12 miesięcy, są grupą osób o podwyższonym stopniu ryzyka wystąpienia rychłych zdarzeń skutkujących wypłatą świadczenia. Aby móc należycie oszacować wysokość składki w ramach grupy ubezpieczyciel ów powinien odpowiednio podwyższyć składkę, lub zastosować ocenę ryzyka. Chcąc przygotować jak najlepszą ofertę Wykonawca prosi zatem, aby

w odniesieniu do wymienionych grup mógł stosować uproszczoną ocenę ryzyka poprzez wskazanie odpowiedniego oświadczenia w deklaracji przystąpienia.

Odpowiedź nr 14: Zamawiający dopuszcza zastosowanie uproszczonej oceny ryzyka wobec małżonków / partnerów / pełnoletnich dzieci, którzy nie byli wcześniej objęci ochroną ubezpieczeniową lub byli objęci ochroną przez okres krótszy niż 12 miesięcy poprzez wskazanie odpowiedniego oświadczenia w deklaracji przystąpienia.

Pytanie nr 15: OPZ, punkt 3.12.2 - Czy Zamawiający byłby skłonny przyjąć, jako równoważną, następującą doprecyzowującą definicję Wykonawcy: *niezdolność do pracy – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy; trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.*

Odpowiedź nr 15: Zamawiający nie akceptuje tak sformułowanej definicji niezdolności do pracy.

Pytanie nr 16: OPZ, punkt 3.13.1 – Wykonawca pragnie zauważyć, że opis jednostki chorobowej „schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, w przypadku gdy przeszczep został wykonany” jest mylące, nie jest bowiem do końca jasne, czy należy je utożsamiać z jednostką „transplantacja organów”, o której mowa np. w punkcie 3.13.2.c (czy podstawą do wypłaty ma być zatem transplantacja organów, czy choroba, która ją wymusiła?). W związku z tym Wykonawca uprzejmie prosi o to, by za równoznaczną uznać jednostkę chorobową „transplantacja organów” lub „przeszczep organów”, jaką zazwyczaj mają standardowe ogólne warunki Wykonawców.

Odpowiedź nr 16: Zamawiający zaakceptuje stosowaną u Wykonawcy jednostkę chorobową „transplantacja organów” lub „przeszczep organów”.

Pytanie nr 17: OPZ, punkt 3.15.1 – czy Wykonawca może założyć, że w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, świadczenie należne będzie (od 1 dnia) o ile pobyt ten będzie trwał dłużej niż 3 dni, tak jak w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (zawał / udar traktowane będą na równi z innymi chorobami)?

Odpowiedź nr 17: Zamawiający potwierdza, że , w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, świadczenie należne będzie (od 1 dnia) o ile pobyt ten będzie trwał dłużej niż 3 dni, tak jak w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą.

Pytanie nr 18: OPZ, punkt 4.1 - Zamawiający w SIWZ we wskazanym punkcie w ramach dopuszczalnych wyłączeń odpowiedzialności nie wykazał, jako dozwolonego, wyłączenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu samobójstwa ubezpieczonego. Wykonawca nie może „odstąpić” od ograniczenia swojej odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku popełnionego samobójstwa, z uwagi na zapis w art. 833 kc, Przy ubezpieczeniu na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić ten termin, nie bardziej jednak niż do 6 miesięcy”. W związku z tym Wykonawca prosi o dołączenie stosownego wyłączenia odpowiedzialności do katalogu dozwolonych wyłączeń odpowiedzialności.

Odpowiedź nr 18: Zamawiający dopuszcza, zgodnie z postanowieniami kodeksu cywilnego, brak odpowiedzialności Wykonawcy w przypadku samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego.

Pytanie nr 19: Czy Zamawiający uzna poniższy katalog poważnych zachorowań ubezpieczonego:

1. Niewydolność nerek;
2. Przeszczep narządów¹);
3. Śpiączka;
4. Schyłkowa niewydolność wątroby;
5. Stwardnienie rozsiane;
6. Schyłkowa niewydolność oddechowa;
7. Angioplastyka naczyń wieńcowych;
8. Operacja aorty;
9. Pomostowanie aortalno wieńcowe (bypass);
10. Udar mózgu;
11. Zawał serca;
12. Operacja zastawek serca;
13. Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
14. Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym¹);
15. Łagodny nowotwór mózgu;
16. Niedokrwistość aplastyczna(aplazja szpiku)¹);
17. Rozległe oparzenie;
18. Utrata mowy;
19. Utrata wzroku;

20. Porażenie kończyn;
21. Amputacja kończyn;
22. Utrata słuchu;
23. Gruźlica;
24. Choroba Alzheimera;
25. Choroba Parkinsona;
26. Toczeń rumieniowaty układowy (SLE);
27. Pourazowe uszkodzenie mózgu;
28. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
29. Choroba Leśniowskiego-Crohna;
30. Dystrofia mięśniowa;
31. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych;
32. Wirusowe zapalenie mózgu;
33. Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
34. Choroba Creutzfeldta-Jacoba;
35. Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia);
36. Ropień mózgu wymagający drenażu przez kraniotomię;
37. Infekcyjne zapalenie wsierdza;
38. Ciężka sepsa (posocznica);
39. Tężec;
40. Wścieklizna;
41. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym;
42. Operacja mózgu;
43. Operacja tętnicy płucnej;
44. Postępujące porażenie nadjądrowe;
45. Usunięcie płuca(pneumonektomia);
46. Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi \ lub preparatów krwiopochodnych.

Odpowiedź nr 19: Tak.

Pytanie nr 20: Czy Zamawiający uzna poniższy katalog poważnych zachorowań małżonka:

1. niewydolność nerek;
2. przeszczep narządów;
3. śpiączka;
4. stwardnienie rozsiane;
5. schyłkowa niewydolność wątroby;
6. zawał serca;
7. operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
8. operacja aorty;
9. udar mózgu;
10. angioplastyka naczyń wieńcowych;
11. operacja zastawek serca
12. nowotwór złośliwy;
13. niedokrwistość aplastyczna;
14. łagodny nowotwór mózgu;
15. rozległe oparzenie;
16. utrata wzroku;
17. utrata mowy;
18. utrata słuchu;
19. utrata kończyn;
20. porażenie kończyn;
21. gruźlica

Odpowiedź nr 20: Tak.

Pytanie nr 21: Czy Zamawiający uzna poniższy katalog poważnych zachorowań dziecka:

1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych;
2. bakteryjne zapalenie wsierdza;
3. ciężka sepsa (posocznica);
4. cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
5. łagodny nowotwór mózgu;

6. niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku);
7. niewydolność nerek;
8. nowotwór złośliwy;
9. nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności;
10. operacja mózgu;
11. pourazowe uszkodzenie mózgu;
12. przeszczep narządów;
13. ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurokokończyrologicznymi;
14. rozległe oparzenie;
15. schyłkowa niewydolność wątroby;
16. śpiączka;
17. tężec;
18. wirusowe zapalenie mózgu;
19. wścieklizna;
20. zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności;

Odpowiedź nr 21: Tak.

Pytanie nr 22: W SIWZ w katalogu obligacyjnych świadczeń Zamawiający wskazuje rodzaj świadczenia "Zwrot za leki". Świadczenie to powiązane jest ze świadczeniem z tytułu pobytu w szpitalu. Wykonawca w swojej ofercie posiada tego rodzaju świadczenie, nie mniej nie jest ono przypisane do pobytu w szpitalu, a do świadczenia szpitalnego, które swoim zakresem obejmuje *operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji uczestnika rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia*. Świadczenie apteczne wypłacane jest łącznie ze świadczeniem szpitalnym przelewem na rachunek ubezpieczonego. Powyższe rozwiązanie daje znacznie szersze możliwości wykorzystania kwoty świadczenia, niż tylko w punktach aptecznych. Wykonawca wskazuje również, że wysokość świadczeń w karcie aptecznej determinuje suma ubezpieczenia w świadczeniu szpitalnym (operacje) co powoduje, iż wysokość jego jest znacznie wyższa, niż ta określona w SIWZ. (przykład: przy sumie ubezpieczenia 7 tys. wysokość świadczenia może wynosić 210zł, 420 zł, 1400 lub 7 tys. złotych w zależności od tego jaka procedura medyczna została przeprowadzona u ubezpieczonego).

Wykonawca prosi o potwierdzenie, iż powyższe spełnia oczekiwania określone w SIWZ dot. świadczenia aptecznego i zostanie przez Zamawiającego zaakceptowane.

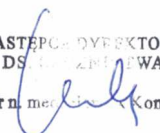
Odpowiedź nr 22: Dla grupy 1 i 2 świadczenie lekowe jest klauzulą dobrowolną a dla grupy 3 klauzulą obowiązkową. Zgodnie z zmodyfikowaną definicją świadczenie lekowe nie może być oferowane z limitem niższym niż 200 zł dla jednego zdarzenia. O ile więc definicja Wykonawcy będzie spełniała ten parametr, to Zamawiający zaakceptuje rozwiązanie stosowane przez Wykonawcę.

Pytanie nr 23: Czy Zamawiający zgodzi się, aby świadczenie z tytułu pobytu na OIOM było wypłacane jako świadczenie ryczałtowe stanowiące 10% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu. (przykład: su z tyt. pobytu w szpitalu 12 tys. jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM 120 zł).

Odpowiedź nr 23: Zamawiający zaakceptuje takie rozwiązanie jeśli wysokość świadczenia nie będzie niższa niż minimalna oczekiwana wysokość tego świadczenia określonego w SIWZ.

Zamawiający informuje, że na pozostałe zadane przez Wykonawców pytania odpowiedzi zostaną udzielone w dniach 7-8.05.br., poprzez publikację na stronie internetowej.

W załączeniu do niniejszego pisma Zamawiający przekazuje zmieniony załącznik nr 1 do SIWZ oraz załącznik nr 2 do SIWZ.

ZASTĘPCA DYREKTORA
DZIAŁU ZAKUPÓW
dr n. med.  Konik