

APSTIPRINĀTS  
VSIA „Dailes teātris”  
Iepirkuma komisijas sēdē  
2017. gada 6. februārī

**Iepirkuma nr. DT 2017/2**  
**(saskaņā ar Publisko iepirkumu likuma 8.<sup>2</sup> pantu)**  
**“Dailes teātra strādājošo veselības apdrošināšana”**  
**prasības un tehniskā specifikācija**

RĪGA  
2017

## Informācija par iepirkumu

### 1. Pasūtītājs

**VSIA "Dailes teātris"**

Adrese: Brīvības iela 75, Rīga LV-1001

Vienotais reģistrācijas numurs: 40003783138

Tālrunis 67292609

e-pasts: [personals@dailesteatris.lv](mailto:personals@dailesteatris.lv)

### 2. Iepirkuma priekšmets

VSIA Dailes teātra strādājošo veselības apdrošināšana uz 1 (vienu) gadu

### 3. Iepirkuma identifikācijas numurs: **DT 2017/2**

### 4. CVP kods: 66512200-4

### 5. Kontaktpersonas: informācijas saņemšanai par iepirkuma priekšmetu: Maira Majevska, tālruni: +371 67292609, e-pasts: [personals@dailesteatris.lv](mailto:personals@dailesteatris.lv), informācijas saņemšanai par iepirkuma procedūru: Jānis Matuzals, tālruni: +371 26314433, e-pasts: [janis.matuzals.ltd@inbox.lv](mailto:janis.matuzals.ltd@inbox.lv)

### 6. Piedāvājuma iesniegšanas vieta un termiņš

Līdz 20.02.2017 plkst. 12:00 VSIA Dailes teātri telpās, Brīvības iela 75, Rīga LV-1001

### **Pielikumā:**

1. Instrukcija Pretendentam uz 4 lapām, pielikums Nr. 1;
2. Tehniskā specifikācija uz 3 lapām, pielikums Nr. 2;
3. Pieteikums par piedalīšanos publiskajā iepirkumā uz 1 lapas, pielikums Nr.3;
4. Tehniskais piedāvājuma forma uz 5 lapām, pielikums Nr. 4;
5. Finanšu piedāvājums uz 1 lapas, pielikums Nr. 5.

## INSTRUKCIJA PRETENDENTAM

### 1. Iepirkuma priekšmets

- 1.1. VSIA „Dailes teātris (turpmāk tekstā – Pasūtītājs) strādājošo (t.sk. uz dažādu līgumu pamata piesaistītās un nodarbinātās personas) veselības apdrošināšana, saskaņā ar tehnisko specifikāciju (2. pielikums).
- 1.2. Pasūtītāja strādājošo veselības apdrošināšanas vieta ir visa Latvijas Republikas teritorija un strādājošo veselības apdrošināšana darbojas 24 stundas diennaktī.
- 1.3. Pamatprogramma apmaksā tiek noteikta sekojoši: 256 (divi simts piecdesmit seši) eiro. Apmaksa par pamatprogrammu tiek noteikta: 60% no budžeta līdzekļiem, 40% no strādājošo privātajiem līdzekļiem.
- 1.4. Papildprogramma apmaksā tiek noteikta no strādājošo privātajiem līdzekļiem.
- 1.5. Paredzamais apdrošināamo strādājošo skaits ir 100 – 150 (viens simts līdz viens simts piecdesmit) personas perioda laikā.

### 2. Piedāvājumu iesniegšanas veids, vieta un termiņš

- 2.1. Piedāvājumi var tikt iesniegti personiski vai pa pastu slēgtā aploksnē ar norādi “Iepirkumam “Dailes teātra strādājošo veselības apdrošināšana” Iepirkuma identifikācijas un Pretendenta nosaukumu un juridisko adresi.
- 2.2. Piedāvājuma iesniegšanas vieta un termiņš: Līdz 20.02.2017 plkst. 12:00 VSIA Dailes teātris telpās, Brīvības iela 75, Rīga LV-1001

### 3. Piedāvājumu noformēšana

- 3.1. Piedāvājums iesniedzams 2 (divos) eksemplāros – viens oriģināls un viena Pretendenta apliecināta kopija.
- 3.2. Pretendentam atlases dokumenti ir jāiesniedz latviešu valodā. Gadījumā, ja oriģinālie dokumenti ir svešvalodā, šiem dokumentiem ir jāpievieno tulkojums latviešu valodā ar Pretendenta apliecinājumu par tulkojuma pareizību. Pretējā gadījumā iepirkumu komisija ir tiesīga uzskatīt, ka attiecīgais dokuments nav iesniegts.
- 3.3. Piedāvājumos norādītajām cenām (apdrošināšanas prēmijām), summām vai limitiem ir jābūt norādītām Euro (EUR).
- 3.4. Piedāvājumiem pakalpojumiem pilnībā jāatbilst tehniskajai specifikācijai (2. pielikums).
- 3.5. Piedāvājums jā sagatavo saskaņā ar Finanšu piedāvājuma (5. pielikums) un Tehniskā piedāvājuma formām (4. pielikums)

### 4. Pretendenta iesniedzamie dokumenti - prasības pretendentiem

- 4.1. Uzņēmuma vadītāja vai tā pilnvarotas personas parakstīts pieteikums par piedalīšanos publiskajā iepirkumā (3.pielikums).
- 4.2. Apliecinājums par Pretendenta tiesībām sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā.
- 4.3. Tehniskais piedāvājums (4.pielikums), t.sk.:
  - 4.3.1. Veselības apdrošināšanas programma un skaidri atšifrētiem limitiem (apdrošinājuma summām), apakšlimitiem un ierobežojumiem.
  - 4.3.2. Medicīnisko pakalpojumu netiešās apmaksas (čeku apmaksas) kārtība ārstniecības iestādēs (iesniedzamie dokumenti, atlīdzības saņemšanas kārtība un termiņi).
  - 4.3.3. Detalizēts neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;
  - 4.3.4. Pretendenta cenrādis, ja tāds tiek piemērots, par nelīguma un līguma iestādēs saņemtajiem pakalpojumiem;
  - 4.3.5. Medicīnisko pakalpojumu saraksts, kuru saņemšanas vai apmaksas apmērs un kārtība iepriekš ir jāsaskaņo ar pretendentu. Papildus pretendentam arī jānorāda kādi ierobežojumi pakalpojuma apmaksā tiek piemēroti, ja par attiecīgo pakalpojumu netika veikts iepriekšējs saskaņojums
  - 4.3.6. Kārtība izmaiņu veikšanai polisē, neizmantojot (izslēdzot personu no apdrošināšanas līguma) un papildu maksājāmās prēmijas (pievienojot personu apdrošināšanas līgumam) aprēķina kārtība veicot izmaiņas apdrošināšanas līgumā.
  - 4.3.7. Spēkā esoši veselības apdrošināšanas noteikumi, kas atbilst šī iepirkuma priekšmetam.

- 4.3.8. Pretendenta Latvijas Republikas teritorijā esošo medicīnisko līgumiestāžu saraksts (sakārtots pa pakalpojumu veidiem (ambulatorā aprūpe, stacionāra aprūpe utt.) un to adreses. Līgumiestāžu saraksts nav jāiesniedz, ja informācija pieejama Pretendenta mājas lapā internetā un šādā gadījumā piedāvājumā norāda attiecīgās interneta vietnes precīzu saiti
- 4.4. Finanšu piedāvājums (5.pielikums).

## 5. Apmaksas nosacījumi

Samaksa par Pamatprogrammu tiks veikta 3 (trijos) maksājumos, Pasūtītājam pārskaitot naudu uzvarējušajam Pretendentam.

Samaksa par Papildprogrammu segumu tiek veikta vienā maksājumā, Pasūtītājam pārskaitot naudu uzvarējušajam Pretendentam.

Samaksa par Radinieku segumu tiek veikta 1 (vienā) maksājumā, radniekam pārskaitot naudu Pretendentam.

## 6. Piedāvājumu vērtēšana un lēmuma pieņemšana

Iepirkumu komisija vērtēšanu veiks sekojošos posmos:

- 6.1. pārbaudīs piedāvājumu noformējuma atbilstību saskaņā ar Instrukciju Pretendentiem. Par atbilstošiem tiks uzskatīti tikai tie piedāvājumi, kuri saturēs visu prasīto informāciju. Neatbilstošie piedāvājumi tālāk netiks vērtēti;
- 6.2. pārbaudīs piedāvājumu atbilstību tehniskai specifikācijai (2. pielikums). Neatbilstošie piedāvājumi tālāk netiks vērtēti;
- 6.3. no prasībām atbilstošajiem izvēlēsies saimnieciski izdevīgāko piedāvājumu.
- 6.4. vērtēšanā tiks izmantoti šādi vērtēšanas kritēriji un to skaitliskās vērtības:

| Nr.p.k. | Kritērijs  | Apzīmējums | Iespējamais punktu skaits |
|---------|--|------------|---------------------------|
| 1.      | Pamatprogrammas prēmija                                  | K1         | 35                        |
| 2.      | Programmas limitu paaugstinājums                         | K2         | 18                        |
| 3.      | Uzlabojumi pamatprogrammai                               | K3         | 32                        |
| 4.      | Atvērtā polise   | K4         | 5                         |
| 5.      | Līguma funkcionalitāte                                   | K5         | 10                        |
|         | Kopējais iespējamais punktu skaits pa visiem kritērijiem |            | 0 – 100                   |

Veicot vērtēšanu visi matemātiskie aprēķini tiks noapaļoti līdz 3 skaitļiem aiz komata.

### 1. Kopējā apdrošināšanas prēmija Pamatprogrammai (K1) vienai personai, eiro.

Pēc cenas vislētākais piedāvājums tiek vērtēts ar maksimāli iespējamo punktu skaitu –**35 (trīsdesmit pieci) punkti**.

Pārējo piedāvājumu punkti tiek aprēķināti pēc formulas:

$$K1 = 35 * (x / y), \text{ kur}$$

35 – maksimāli iespējamais punktu skaits;

x – vislētākā piedāvājuma cena;

y – piedāvājuma cena, kuram aprēķina punktus;

K1- attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti

### 2. Programmas limitu paaugstinājums (K2)

2.1. Apdrošinājuma summas (atlīdzību limita) ambulatoro maksas pakalpojumu saņemšanai būtisks palielinājums, attiecīgi palielinot kopējo apdrošinājuma summu programmai. Par būtisku tiek uzskatīts apdrošinājuma summas (atlīdzības limita) palielinājums par EUR 100). Piedāvājums ar lielāko apdrošinājuma summu saņems maksimālo punktu skaitu -10 (desmit) **punkti**. Pārējo piedāvājumu punkti tiek aprēķināti pēc formulas:

$$K2 (AMB) = 10 * (y / x), \text{ kur}$$

10 – maksimāli iespējamais punktu skaits;

x – ambulatorais limita apmērs piedāvājumam, kuram aprēķina punktus;  
y – mazākais ambulatorā limita apmērs (no visiem iesniegtajiem piedāvājumiem);  
K2 (AMB) - attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti.

Ja tiek noteikta kopējā apdrošinājuma summa (ambulatorai un stacionārai palīdzībai kopā), nenosakot atsevišķu ambulatoro pakalpojumu limitu, tad punkti tiek piešķirti par ambulatorā limita paaugstinājumu.

Apdrošinājuma summas palielinājums virs EUR 2000 netiek vērtēts

Apdrošinājuma summas (atlīdzību limits) stacionārās maksas palīdzības saņemšanai vienam stacionēšanās gadījumam būtisks palielinājums, attiecīgi. Par būtisku tiek uzskatīts apdrošinājuma summas palielinājums vienam stacionēšanās gadījumam (atlīdzības limita palielinājums par EUR 150).

2.2. Apdrošinājuma summas (atlīdzību limits) stacionārās maksas palīdzības saņemšanai vienam stacionēšanās gadījumam būtisks palielinājums attiecīgi palielinot kopējo stacionāra apdrošinājuma summu proporcionāli, nenosakot citus ierobežojumus vai pakalpojuma limitu apmērus. Par būtisku tiek uzskatīts apdrošinājuma summas palielinājums vienam stacionēšanās gadījumam (atlīdzības limita palielinājums par EUR 100). Piedāvājums ar lielāko apdrošinājuma summu saņems maksimālo punktu skaitu – **8 (astoņi) punkti**. Pārējo piedāvājumu punkti tiek aprēķināti pēc formulas:

$K2 (STAC) = 8 * (y / x)$ , kur

8– maksimāli iespējamais punktu skaits;

x – stacionāro maksas pakalpojumu limita apmērs piedāvājumam, kuram aprēķina punktus;

y – mazākais stacionāro maksas pakalpojumu limita apmērs (no visiem iesniegtajiem piedāvājumiem);

K2 (STAC) - attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti.

Programmu limitu palielinājumam (K2) kopējais punktu skaits tiks aprēķināts pēc sekojošas formulas:

$K2 = K2 (AMB) + K2 (STAC)$

### 3. Uzlabojumi pamatprogrammai (K3)

Ja pamatprogrammas (pacienta iemaksas, ambulatorie maksas pakalpojumi un maksas stacionārie pakalpojumi ietvaros) nepaaugstinot apdrošināšanas prēmiju virs EUR 256, tiek iekļauti sekojoši pakalpojumi:

3.1. Vakcinācija pret ērcu encefalītu un gripu . Ja pretendents piedāvā limitu periodā vakcinācijas riskam, tad kopējais limits vakcinācijai ar šo paplašinājumu nevar būt mazāks kā EUR 45. **Iegūstamais punktu skaits – 4 (četri) punkti.**

3.2 Medicīniskās izziņas. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 40. **Iegūstamais punktu skaits – 3 (trīs) punkti.**

3.2. Dārgie diagnostiskie izmeklējumi saskaņā ar ārstējošā ārsta nozīmējumu bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem, līgumiestādēs 100% apmērā bez limita pakalpojumam un reižu apmeklējuma ierobežojuma. **Iegūstamais punktu skaits – 20 (divdesmit) punkti.**

3.3. Ar grūtniecību saistītie medicīniskie pakalpojumi (konsultācijas, izmeklējumi, laboratorija). Nepieciešamības gadījumā Pretendents ir tiesīgs piemērot apakšlimitu, kurš nevar būt mazāks par 150EUR, nodrošinot pakalpojuma apmaksu pilnā apmērā, saskaņā ar piedāvāto programmu. **Iegūstamais punktu skaits – 5 (pieci) punkti.**

4. **Atvērtās polises vērtēšanai (K4)** izmanto iesniegtajā piedāvājumā norādīto administrācijas atskaitījuma apmēru. Piedāvājums ar mazāko administrācijas apmēru „ 0” saņems maksimālo punktu skaitu 5, lielākais administrācijas apmērs „ 10” saņems punktu skaitu 0. Pārējie administrācijas atskaitījumi tiks vērtēti proporcionāli. **Iegūstamais punktu skaits – 5 (pieci) punkti.**

### 5. Līguma funkcionalitāte (K5)

Piedāvājums, kas vislabāk atbilst Pasūtītāja vajadzībām, tas ir:

Vismazākie ierobežojumi, laiks un citas prasības atlīdzības saņemšanai par skaidras naudas norēķiniem;

Vismazāk pakalpojumiem pēc skaita, apjoma un būtības apdrošinātām personām jāveic skaidras naudas norēķini ārstniecības iestādēs

**Iegūstamais punktu skaits – 10 (desmit) punkti.**

Citi piedāvājumi salīdzinot tos savstarpēji pēc būtības ar labāko piedāvājumu par skaita, laika, apmēra, limita un citiem ierobežojumiem un sašaurinājumiem, un apgrūtinājumiem saņem mazāk punktus, kas tiks vērtēti proporcionāli. Minimālais punktu skaits ir 0 (nulle).

**6. Lēmums par iepirkuma izbeigšanu bez līguma noslēgšanas**

Pasūtītājs var pieņemt lēmumu par iepirkuma izbeigšanu bez līguma noslēgšanas, ja netiek iesniegti piedāvājumi vai iesniegtie piedāvājumi neatbilst uzaicinājumā noteiktajām prasībām, kā arī citos gadījumos.

**7. Cita informācija**

7.1. Piedāvājumam jābūt spēkā vismaz 60 (sešdesmit) dienas no piedāvājuma iesniegšanas termiņa beigām.

7.2. Pasūtītājs izmanto apdrošināšanas brokera pakalpojumus. Apdrošināšanas brokeru sabiedrība (firma): SIA "MARSH" (vienotais reģistrācijas numurs 40003602206). Pārstāvis (kontaktpersona): Līga Pētersone, biroja tālrunis +371 67095085, e-pasts: [liga.petersone@marsh.com](mailto:liga.petersone@marsh.com). Kopējais atlīdzības apmērs, ko apdrošinātājs maksā brokerim ir 10 (desmit) procenti no apdrošināšanas prēmijas.

## TEHNISKĀS SPECIFIKĀCIJAS

### 1. Minimālās prasības:

#### 1.1. Pamatprogramma, kuras cena vienai personai gadā nepārsniedz EUR 256.

Nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē, nodrošinot pakalpojumu saņemšanu visās Pretendenta līgumiestādēs un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes.

**Minimālā apdrošinājuma summa, ko veido pacienta iemaksas, ambulatorie maksas pakalpojumi un maksas stacionārie pakalpojumi, gadā vienam cilvēkam ir ne mazāka, kā EUR 2100**

1.2 Normatīvajos aktos noteiktās pacienta iemaksas apmaksā par ambulatoro un stacionāro ārstniecības palīdzību 100% apmērā, t.sk. pacienta līdzmaksājums.

1.3 **Ambulatorie maksas pakalpojumi** apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) EUR 500, bez ierobežojumiem un apakšlimitiem, ja minimālās prasībās tas nav norādīts, tai skaitā:

1.3.1. ārstniecības personu mājas vizītes ne mazāk kā EUR 22 par vizīti;

1.3.2. ārstu speciālistu (t.sk.augsti kvalificētu ārstu speciālistu) kā maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, flebologa, foniatra u.c apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma un citiem jebkādiem saņemšanas ierobežojumiem tiek nodrošināti 100% apmērā visās Pretendenta līgumiestādēs, nenosakot ierobežojošo līgumiestāžu, pakalpojumu sarakstu. Par konsultācijām, kas saņemtas ārpus Pretendenta līgumiestādēm, limits ne mazāk kā EUR 22 par konsultāciju. Pakalpojumi tiek saņemti neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu, kā arī nepiemērojot citus papildus ierobežojumus.

1.3.3 ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas (ķirurģijā, ginekoloģijā un dermatoloģijā u.c), t.sk. medikamentu injekcijas; infūzijas; blokādes un citas;

1.3.4. plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi (t.sk. pilna asins aina, urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi, aknu testi, ginekoloģiskie izmeklējumi un citi);

1.3.5. plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi (tai skaitā dažādi ultraskaņas izmeklējumi kā krūšu, vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u. c, endoskopiskie, rentgena un citi tamlīdzīgi izmeklējumi);

1.3.6. dārgo tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi - kā magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, ne mazāk kā EUR 150 periodā. Bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, reižu skaitam, kā arī neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem,

1.3.7. Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, bez reižu, diagnožu un citiem saņemšanas ierobežojumiem, (ārstnieciskā vingrošana individuāli un grupās, ārstnieciskās masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, fizikālās terapijas procedūras) ar EUR 85 limitu apdrošināšanas periodā;

1.3.8. Valsts un maksas neatliekamā palīdzība.

1.3.9. Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 40

1.4. **Stacionārā maksas palīdzība** – maksas dienas un diennakts stacionārā veselības aprūpe ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) EUR1000. Ja Pretendents paredz atsevišķu limitu vienam saslimšanas vai stacionēšanās gadījumam, tam jābūt ne mazākam kā EUR 500 Pakalpojumu saņemšana nevar tikt ierobežota ar papildus nosacījumiem:

1.4.1. ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, tai skaitā plānveida operācijas (ar iespēju saņemt garantija vēstules ārstniecības iestādei);

1.4.2. ārstnieciskām procedūrām un manipulācijām;

1.4.3. plaša apjoma diagnostiskiem, laboratoriskiem un instrumentāliem izmeklējumiem;

1.4.4. ārsta nozīmētas injekcijām, procedūrām un medikamentiem uzturēšanās laikā stacionārā;

1.4.5. uzturēšanās maksas.

1.4.6 paaugstināts servisa pakalpojumi stacionārā, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde

## **1.6. Papildprogramma – Zobārstniecība:**

### **Papildprogramma, kuru iegādi strādājošie veic no privātajiem līdzekļiem.**

- 1.6.1. Zobārstniecības pakalpojumi (t.sk. konsultācija, rentgena uzņēmumi, anestēzija, zobu ekstrakcijas, zobu terapeitiskā labošana, plombēšana);
- 1.6.2. Apmaksa 50% apmērā no saņemtā pakalpojuma, bez citiem saņemšanas ierobežojumiem, ar apdrošinājuma summu - atlīdzību limitu ne mazāku, kā EUR143.00 (tas nozīmē, ka, ja pakalpojums saņemts par EUR 286, tad Pretendents atlīdzina EUR 143);
- 1.6.3. Zobārstniecības pakalpojumos jāiekļauj zobu higiēnas apmaksu ne mazāk kā 50% apmērā 2 reizes gadā.

## **1.7. Minimālās prasības citām pozīcijām:**

- 1.7.1. Pretendents nodrošina iespēju, veidot vairākas programmas kombinācijas ar papildprogrammu iegādi no strādājošo privātajiem līdzekļiem pie nosacījuma, ka personu grupā nebūs mazāk par 10 (desmit) personām.
- 1.7.2. Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināto personu skaita izmaiņas (1) vienu reizi mēnesī.
- 1.7.3. Pretendents nodrošina proporcionālo izmaiņu veikšanu (pievienojot un izslēdzot), neieturot administratīvos izdevumus.
- 1.7.4. Pretendents nodrošina medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez apdrošinājuma summu apakšlimitiem (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai citiem ierobežojumiem visa līguma darbības laikā (tai skaitā veicot izmaiņas līguma darbības laikā).
- 1.7.5. Pretendents nodrošina medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez termiņu ierobežojumiem (nogaidīšanas periods, nosūtījuma derīguma termiņš un tml.), kā arī neierobežo pakalpojumu saņemšanu, ja segums nav spēkā pinu apdrošināšanas periodu.
- 1.7.6. Pretendents nodrošina Pasūtītājam iespēju iegādāties vai papildināt Atvērto polisi jebkurā brīdī līguma darbības laikā. Pēc polises darbības beigām, neizmantojot un samaksātā apdrošināšanas prēmija, neieturot administratīvos izdevumus, tiek atmaksāta atpakaļ Pasūtītājam.
- 1.7.7. Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 10 (desmit) dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, saņemot medicīniskos pakalpojumus ārpus Pretendenta līgumiestādēm.
- 1.7.8. Pretendents nodrošina, ka gadījumā, ja pēc Pretendenta apdrošināšanas noteikumiem par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu tiek ņemta samaksa, tā ir ne vairāk kā EUR 4.27 par viena dublikāta izgatavošanu.
- 1.7.9. Pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo personu vecuma ierobežojuma un papildus dokumentācijas pieprasījuma veicot izmaiņas.
- 1.7.10. Pretendents nodrošina iespēju pievienot Pasūtītāja radniekus (laulātie, bērni un vecāki) līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai.
  - 1.7.10.1. Pretendents nodrošina iepriekš apdrošināto radnieku apdrošināšanas prēmiju identisku strādājošajiem, kuru skaits nepārsniedz 2% no darbinieku skaita;
  - 1.7.10.2. Pārējiem radniekiem, ja tiek noteikta atšķirīga prēmija no strādājošajiem, Pretendents ir tiesīgs piemērot paaugstinošus koeficientus vai pieprasīt veselības deklarāciju prēmijas noteikšanai, nenosakot citus ierobežojumus (piem. vecumu, skaitu u.c).
- 1.7.11. Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināšanas prēmijas apmaksu trijos maksājumos bez sadārdzinājuma.
- 1.7.12. Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus visu apdrošināšanas periodu un ne mazāk kā 30 dienas pēc polises darbības beigām
- 1.7.13. Pārtraucot Pasūtītājam līguma attiecības ar strādājošajiem, Pasūtītājam nav pienākums par to informēt Pretendentu.
- 1.7.14. Pretendents nenosaka pakalpojumu saņemšanas reizu ierobežojumus (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai mēneša limitus veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai līgumietādēs.
- 1.7.15. Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus elektroniskā veidā.
- 1.7.16. Nenosakot papildus nosacījumus, Pretendents, nepiemēro ierobežojumus maksas medicīnas pakalpojumu saņemšanai par iepriekš diagnosticētajām slimībām, traumām u.c.
- 1.7.17. Pretendentam jānodrošina programmas minimālajām prasībām atbilstošu maksas pakalpojumu apmaksu, šādās medicīnas iestādēs Rīgas 1. Slimnīca un poliklīnika, Paula Stradiņa klīniskās



universitātes Konsultatīvā poliklīnika, Veselības centrs 4, Medicīnas sabiedrība "ARS", Dziedniecība, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca u.c.

- 1.7.18 Garantijas vēstuli izmantošana norēķiniem par pakalpojumu uz laika ass un pēc būtības nedrīkst aizkavēt medicīnisko pakalpojumu saņemšanas kārtību un nedrīkst būt par iemeslu, lai no apdrošinātās personas tiktu pieprasīts vairāk medicīniskās dokumentācijas, nekā norēķinoties ar veselības apdrošināšanas kartiņām.
- 1.7.19 Ja ir noteikta stacionārā pakalpojuma iepriekšēja saskaņošana, tad papildus 1.7.18 jau noteiktajām prasībām, neveicot šādu stacionārā pakalpojuma saskaņojumu ar Apdrošinātāju, Apdrošinātājs nedrīkst atteikt atlīdzību vai samazināt atlīdzību vairāk, nekā Apdrošinātājam būtu bijis jāatlīdzina gadījumā, ja šāds stacionārais pakalpojums tiktu iepriekš saskaņots.
- 1.7.20 Pakalpojumi, kas saņemti ārpus pretendenta līgumorganizācijām vai līgumorganizācijās nenopirktie pakalpojumi (nelīgumorganizācijā) tiek segti norādītajos limitos. Pakalpojumi saņemami neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu.
- 1.7.21 Apdrošinātājs nepieprasa iepriekšēju brīdināšanu par plānveida manipulācijām, dārgiem izmeklējumiem vai citiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu un tas nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.

## PIETEIKUMA FORMA

## Pieteikums par piedalīšanos publiskajā iepirkumā

Iepirkuma identifikācijas Nr.: \_\_\_\_\_

Sabiedrība, \_\_\_\_\_, reģ.Nr. \_\_\_\_\_,  
Sabiedrības nosaukums (firma) Reģistrācijas numurs\_\_\_\_\_  
Nodokļu maksātāja reģistrācijas kods\_\_\_\_\_  
Sabiedrības bankas rekvizītitā \_\_\_\_\_ personā,  
Vadītāja vai pilnvarotās personas vārds un uzvārds, amats

apakšā parakstīties apliecinu, ka:

1. \_\_\_\_\_ (*Pretendenta nosaukums*) ir tiesības sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā saskaņā ar normatīvajos aktos noteiktajām prasībām;
2. visas piedāvājumā sniegtās ziņas par \_\_\_\_\_ (*Pretendenta nosaukums*) un piedāvāto pakalpojumu ir patiesas;
3. pievienotie dokumenti veido šo piedāvājumu;
4. šis piedāvājums ir spēkā līdz \_\_\_\_\_ (*datums*);
5. iepirkuma noteikumi ir skaidri un saprotami, \_\_\_\_\_ (*Pretendenta nosaukums*) piekrīt visām prasībām un iepirkuma piešķiršanas gadījumā garantē minēto prasību izpildi;
6. \_\_\_\_\_ (*Pretendenta nosaukums*) nekādā veidā nav ieinteresēta nevienā citā piedāvājumā, kas iesniegts šajā iepirkumu procedūrā;
7. nav tādu apstākļu, kuri liegtu \_\_\_\_\_ (*Pretendenta nosaukums*) piedalīties iepirkuma procedūrā un izpildīt Pasūtītāja prasības.

\_\_\_\_\_  
Paraksts

Z.V.

Sabiedrības adrese

\_\_\_\_\_  
tālruna (faksa) numuri, e-pasta adrese\_\_\_\_\_.Sabi  
edrības vadītāja vai pilnvarotās personas amats, vārds un uzvārds\_\_\_\_\_  
Pieteik

ums jāparaksta uzņēmuma vadītājam vai viņa pilnvarotai personai.

(Pretendenta nosaukums)  
**TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS**

| <b>Pamatprogramma, kuras cena vienai personai gadā nepārsniedz EUR 256.</b> |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Nr. p.k.</b>   | <b>Tehniskā specifikācija</b>  | <b>Tiek piedāvāts*</b>                                  | <b>Piezīmes (papildus informācija)**</b> |
| 1.  |  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 2.  | <b>Pamatprogramma, kuras cena vienai personai gadā nepārsniedz EUR 256. Nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē, nodrošinot pakalpojumu saņemšanu visās Pretendenta līgumiestādēs un izsniežot veselības apdrošināšanas kartes.</b>  | ___ EUR   |  |
| 3.  | <b>Minimālā apdrošinājuma summa, ko veido pacienta iemaksas, ambulatorie maksas pakalpojumi un maksas stacionārie pakalpojumi, gadā vienam cilvēkam ir ne mazāka, kā EUR 2100</b>  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 4.  | Normatīvajos aktos noteiktās pacienta iemaksas apmaksā par ambulatoro un stacionāro ārstniecības palīdzību 100% apmērā, t.sk. pacienta līdzmaksājums.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 5.  | <b>Ambulatorie maksas pakalpojumi</b> apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) EUR 500, bez ierobežojumiem un apakšlimitiem, ja minimālās prasībās tas nav norādīts, tai skaitā:  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 6.  | ārstniecības personu mājas vizītes ne mazāk kā EUR 22 par vizīti;  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 7.  | ārstu speciālistu (t.sk.augsti kvalificētu ārstu speciālistu) kā maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, flebologa, foniatra u.c apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma un citiem jebkādiem saņemšanas ierobežojumiem tiek nodrošināti 100% apmērā visās Pretendenta līgumiestādēs, nenosakot ierobežojošo līgumiestāžu, pakalpojumu sarakstu. Par konsultācijām, kas saņemtas ārpus Pretendenta līgumiestādēm, limits ne mazāk kā EUR 22 par konsultāciju. Pakalpojumi tiek saņemti neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu, kā arī nepiemērojot citus papildus ierobežojumus. | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 8.  | ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas (ķirurģijā, ginekoloģijā un dermatoloģijā u.c), t.sk. medikamentu injekcijas; infūzijas; blokādes un citas;  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 9.  | plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi (t.sk. pilna asins aina, urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi, aknu testi, ginekoloģiskie izmeklējumi un citi); plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi (tai skaitā dažādi ultraskaņas izmeklējumi kā krūšu,   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |

|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
|     | vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u. c, endoskopiskie, rentgena un citi tamlīdzīgi izmeklējumi);   |   |  |
| 10. | dārgo tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi - kā magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, ne mazāk kā EUR 150 periodā. Bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, reižu skaitam, kā arī neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem,                             | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 11. | Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, bez reižu, diagnožu un citiem saņemšanas ierobežojumiem, (ārstnieciskā vingrošana individuāli un grupās, ārstnieciskās masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, fizikālās terapijas procedūras) ar EUR 85 limitu apdrošināšanas periodā;  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 12. | Valsts un maksas neatliekamā palīdzība  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 13. | Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 40   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 14. | <b>Stacionārā maksas palīdzība</b> – maksas dienas un diennakts stacionārā veselības aprūpe ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) EUR1000. Ja Pretendents paredz atsevišķu limitu vienam saslimšanas vai stacionēšanās gadījumam, tam jābūt ne mazākam kā EUR 500 Pakalpojumu saņemšana nevar tikt ierobežota ar papildus nosacījumiem: | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 15. | ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, tai skaitā plānveida operācijas (ar iespēju saņemt garantija vēstules ārstniecības iestādei)   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 16. | ārstnieciskām procedūrām un manipulācijām;  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 17. | plaša apjoma diagnostiskiem, laboratoriskiem un instrumentāliem izmeklējumiem;  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 18. | ārsta nozīmētas injekcijām, procedūrām un medikamentiem uzturēšanās laikā stacionārā;   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 19. | uzturēšanās maksas.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 20. | paaugstināts servisa pakalpojumi stacionārā, ja tādas nodrošina ārstniecības iestāde  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 21. | <b>Papildprogramma – Zobārstniecība:<br/>Papildprogramma, kuru iegādi strādājošie veic no privātajiem līdzekļiem.</b>   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 22. | Zobārstniecības pakalpojumi (t.sk. konsultācija, rentgena uzņēmumi, anestēzija, zobu ekstrakcijas, zobu terapeitiskā labošana, plombēšana);   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 23. | Apmaksa 50% apmērā no saņemtā pakalpojuma, bez citiem saņemšanas ierobežojumiem, ar apdrošinājuma summu - atlīdzību limitu ne mazāku, kā EUR143.00 (tas   |   |  |

|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
|     | nozīmē, ka, ja pakalpojums saņemts par EUR 286, tad Pretendents atlīdzina EUR 143);   |   |  |
| 24. | Zobārstniecības pakalpojumos jāiekļauj zobu higiēnas apmaksu ne mazāk kā 50% apmērā 2 reizes gadā.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 25. | Pretendents nodrošina iespēju, veidot vairākas programmu kombinācijas ar papildprogrammu iegādi no strādājošo privātajiem līdzekļiem pie nosacījuma, ka personu grupā nebūs mazāk par 10 (desmit) personām.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 26. | Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināto personu skaita izmaiņas (1) vienu reizi mēnesī.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 27. | Pretendents nodrošina proporcionālo izmaiņu veikšanu (pievienojot un izslēdzot), neieturot administratīvos izdevumus.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 28. | Pretendents nodrošina medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez apdrošinājuma summu apakšlimitiem (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai citiem ierobežojumiem visa līguma darbības laikā (tai skaitā veicot izmaiņas līguma darbības laikā).                                | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 29. | Pretendents nodrošina medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez termiņu ierobežojumiem (nogaidīšanas periods, nosūtījuma derīguma termiņš un tml.), kā arī neierobežo pakalpojumu saņemšanu, ja segums nav spēkā pinu apdrošināšanas periodu.                                     | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 30. | Pretendents nodrošina Pasūtītājam iespēju iegādāties vai papildināt Atvērto polisi jebkurā brīdī līguma darbības laikā. Pēc polises darbības beigām, neizmantojot un samaksātā apdrošināšanas prēmija, neieturot administratīvos izdevumus, tiek atmaksāta atpakaļ Pasūtītājam. | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 31. | Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 10 (desmit) dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, saņemot medicīniskos pakalpojumus ārpus Pretendenta līgumiestādēm.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 32. | Pretendents nodrošina, ka gadījumā, ja pēc Pretendenta apdrošināšanas noteikumiem par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu tiek ņemta samaksa, tā ir ne vairāk kā EUR 4.27 par viena dublikāta izgatavošanu  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 33. | Pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo personu vecuma ierobežojuma un papildus dokumentācijas pieprasījuma veicot izmaiņas.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 34. | Pretendents nodrošina iespēju pievienot Pasūtītāja radniekus (laulātie, bērni un vecāki) līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 35. | Pretendents nodrošina iepriekš apdrošināto radnieku apdrošināšanas prēmiju identisku  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |

|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
|     | strādājošajiem, kuru skaits nepārsniedz 2% no darbinieku skaita;   |   |  |
| 36. | pārējiem radiniekiem, ja tiek noteikta atšķirīga prēmija no strādājošajiem, Pretendents ir tiesīgs piemērot paaugstinošus koeficientus vai pieprasīt veselības deklarāciju prēmijas noteikšanai, nenosakot citus ierobežojumus (piem. vecumu, skaitu u.c).   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 37. | Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināšanas prēmijas apmaksu trijos maksājumos bez sadārdzinājuma   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 38. | Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus visu apdrošināšanas periodu un ne mazāk kā 30 dienas pēc polises darbības beigām  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 39. | Pārtraucot Pasūtītājam līguma attiecības ar strādājošajiem, Pasūtītājam nav pienākums par to informēt Pretendentu  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 40. | Pretendents nenosaka pakalpojumu saņemšanas reižu ierobežojumus (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai mēneša limitus veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai līgumietādēs   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 41. | Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus elektroniskā veidā.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 42. | Nenosakot papildus nosacījumus, Pretendents, nepiemēro ierobežojumus maksas medicīnas pakalpojumu saņemšanai par iepriekš diagnosticētajām slimībām, traumām u.c.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 43. | Pretendentam jānodrošina programmu minimālajām prasībām atbilstošu maksas pakalpojumu apmaksu, šādās medicīnas iestādēs Rīgas 1. Slimnīca un poliklīnika, Paula Stradiņa klīniskās universitātes Konsultatīvā poliklīnika, Veselības centrs 4, Medicīnas sabiedrība "ARS", Dziedniecība, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca u.c. | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 44. | Garantijas vēstuļu izmantošana norēķiniem par pakalpojumu uz laika ass un pēc būtības nedrīkst aizkavēt medicīnisko pakalpojumu saņemšanas kārtību un nedrīkst būt par iemeslu, lai no apdrošinātās personas tiktu pieprasīts vairāk medicīniskās dokumentācijas, nekā norēķinoties ar veselības apdrošināšanas kartiņām.  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 45. | Ja ir noteikta stacionārā pakalpojuma iepriekšēja saskaņošana, tad papildus 44.punktā jau noteiktajām prasībām, neveicot šādu stacionārā pakalpojuma saskaņojumu ar Apdrošinātāju, Apdrošinātājs nedrīkst atteikt atlīdzību vai samazināt atlīdzību vairāk, ne kā Apdrošinātājam būtu bijis jāatlīdzina gadījumā, ja šāds stacionārais pakalpojums tiktu iepriekš saskaņots.   | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |

|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
| 46. | Pakalpojumi, kas saņemti ārpus pretendenta līgumorganizācijām vai līgumorganizācijās nenopirktie pakalpojumi (nelīgumorganizācijā) tiek segti norādītajos minimālajos limitos. Pakalpojumi saņemami neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu. | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |
| 47. | Apdrošinātājs nepieprasa iepriekšēju brīdināšanu par plānveida manipulācijām, dārgiem izmeklējumiem vai citiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu un tas nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.                  | Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> |  |

**Piezīmes:**

\* - aizpilda Pretendents. Pretendents šajā kolonnā pretī katrai pozīcijai, izņemot pirmo, ieraksta „Jā”, ja piedāvātais atbilst tehniskajā specifikācijā norādītajām nepieciešamajām minimālajām prasībām un „Nē”, ja neatbilst. Pretendentam norādītajās kolonnās pretī pozīcijai jāieraksta piedāvātā gada apdrošinājuma summa vienai personai.

\*\* - aizpilda Pretendents. Pretendents šajā kolonnā var norādīt precīzāku informāciju par minimālajās prasībām atbilstošajiem pakalpojumiem un Pretendentam obligāti jānorāda informācija, ja tāda ir prasīta, par papildus minimālajām prasībām sniedzamajiem pakalpojumiem.

## FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

Pretendenta piedāvātās apdrošināšanas prēmijas Tehniskās specifikācijās noteiktajam minimālo prasību līmenim atbilstošajai veselības apdrošināšanas programmai:

| Rindas Nr. | Programmas nosaukums             | Gada prēmija<br>1 (vienam)<br>strādājošam, EUR | Kopējā gada prēmija,<br>apdrošinot _____strādājošos,<br>EUR |
|------------|----------------------------------|--|---|
| 1.         | Pamatprogramma                   |  |   |
| 2          | Papildprogramma – Zobārstniecība |  |   |
|            |                                  |  | Kopā:   |