APSTIPRINĀTS

VSIA „Dailes teātris”

Iepirkuma komisijas sēdē

2016. gada 26. janvārī

**Iepirkuma nr. DT 2016/1**

**(saskaņā ar Publisko iepirkumu likuma 8.2 pantu)**

**“Dailes teātra strādājošo veselības apdrošināšana”**

**prasības un tehniskā specifikācija**

RĪGA

2016

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

1. **Iepirkuma priekšmets**

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

1. Iepirkuma identifikācijas numurs: **nr. 2016/1**
2. CVP kods: [66512200-4](http://www.iub.gov.lv/iubcpv/parent/7987/clasif/main/)
   * 1. Kontaktpersona informācijas saņemšanai par iepirkumu: Olga Beķere, tālruni: +371 67292609, e-pasts: personals@dailesteatris.lv.
3. Piedāvājuma iesniegšanas vieta un termiņš

Līdz 08.02.2016 plkst. 11:00, VSIA Dailes teātris 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 4 lapām, pielikums Nr. 4;
5. Finanšu piedāvājums uz 1 lapas, pielikums Nr. 5.

**1. Pielikums**

### INSTRUKCIJA PRETENDENTAM

# Iepirkuma priekšmets

## VSIA „Dailes teātris (turpmāk tekstā – Pasūtītājs) strādājošo veselības apdrošināšana, saskaņā ar tehnisko specifikāciju (2. pielikums).

## Pasūtītāja strādājošo veselības apdrošināšanas vieta ir visa Latvijas Republikas teritorija un strādājošo veselības apdrošināšana darbojas 24 stundas diennaktī.

## Pamatprogramma apmaksa tiek noteikta sekojoši: 256 (divi simts piecdesmit seši) eiro. Apmaksa par pamatprogrammu tiek noteikta: 60% no budžeta līdzekļiem, 40% no strādājošo privātajiem līdzekļiem.

## Papildprogramma apmaksa tiek noteikta no strādājošo privātajiem līdzekļiem.

## Paredzamais apdrošināmo strādājošo skaits ir 100 – 150 (viens simts līdz viens simts piecdesmit) personas perioda laikā.

# Piedāvājumu iesniegšanas veids, vieta un termiņš

# 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.

# Piedāvājuma iesniegšanas vieta un termiņš: Līdz 08.02.2016 plkst. 11:00, VSIA Dailes teātris telpās, Brīvības iela 75, Rīga LV-1001

1. **Piedāvājumu noformēšana**
   1. Piedāvājums iesniedzams 2 (divos) eksemplāros – viens oriģināls un viena Pretendenta apliecināta kopija.
   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. Piedāvājumos norādītajām cenām (apdrošināšanas prēmijām), summām vai limitiem ir jābūt norādītām Eiro (EUR).
   4. Piedāvātājiem pakalpojumiem pilnībā jāatbilst tehniskajai specifikācijai (2. pielikums).
   5. Piedāvājums jāsagatavo saskaņā ar Finanšu piedāvājuma (5. pielikums) un Tehniskā piedāvājuma formām (4. pielikums)

# Pretendenta iesniedzamie dokumenti - prasības pretendentiem

# Uzņēmuma vadītāja vai tā pilnvarotas personas parakstīts pieteikums par piedalīšanos publiskajā iepirkumā (3.pielikums).

# Apliecinājums par Pretendenta tiesībām sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā.

# Tehniskais piedāvājums (4.pielikums), t.sk.:

* + 1. Veselības apdrošināšanas programma un skaidri atšifrētiem limitiem (apdrošinājuma summām), apakšlimitiem un ierobežojumiem.
    2. Medicīnisko pakalpojumu netiešās apmaksas (čeku apmaksas) kārtība ārstniecības iestādēs (iesniedzamie dokumenti, atlīdzības saņemšanas kārtība un termiņi).
    3. Kārtība izmaiņu veikšanai polisē, neizmantotās (izslēdzot personu no apdrošināšanas līguma) un papildu maksājamās prēmijas (pievienojot personu apdrošināšanas līgumam) aprēķina kārtība veicot izmaiņas apdrošināšanas līgumā.
    4. Spēkā esoši veselības apdrošināšanas noteikumi, kas atbilst šī iepirkuma priekšmetam.
    5. 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 saite
  1. Finanšu piedāvājums (5.pielikums).

1. **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, radiniekam pārskaitot naudu Pretendentam.

# Piedāvājumu vērtēšana un lēmuma pieņemšana

## Iepirkumu komisija vērtēšanu veiks sekojošos posmos:

## 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;

## pārbaudīs piedāvājumu atbilstību tehniskai specifikācijai (2. pielikums). Neatbilstošie piedāvājumi tālāk netiks vērtēti;

## no prasībām atbilstošajiem izvēlēsies saimnieciski izdevīgāko piedāvājumu.

## 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 | 37 |
| 4. | Papildprogrammas Zobārstniecība prēmija | K4 | 5 |
| 5. | Atvērtā polise | K5 | 5 |
|  | 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), 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 150). Piedāvājums ar lielāko apdrošinājuma summu saņems maksimālo punktu skaitu-10 **(desmit) punkti.** Pārējo piedāvājumu punkti tiek aprēķināti pēc formulas:

K2 (AMB) = 10\* (y / x), 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 150).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 A un B hepatītu. Ja pretendents piedāvā limitu periodā vakcinācijas riskam, tad kopējais limits vakcinācijai ar šo paplašinājumu nevar būt mazāks kā EUR 72. **Iegūstamais punktu skaits – 5 (pieci) 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 un reižu apmeklējuma ierobežojuma. Iegūstamais punktu skaits – **20 (divdesmit) punkti.**

3.3.Ar grūtniecību saistītie medicīniskie pakalpojumi (konsultācijas, izmeklējumi, laboratorija). Iegūstamais punktu skaits – **12 (divpadsmit) punkti.** Nepieciešamības gadījumā Pretendents ir tiesīgs piemērot apakšlimitu, kurš nevar būt mazāks par 150EUR, nodrošinot pakalpojuma apmaksu pilnā apmērā, saskaņā ar piedāvāto programmu.

1. **Zobārstniecības pakalpojumu apmaksa (K4)**

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). Vislētākais apdrošināšanas piedāvājums pēc cenas (apdrošināšanas prēmijas) vienai personai, eiro, tiek vērtēts ar maksimālo iespējamo punktu skaitu – **5 (pieci) punkti**.

Pārējo piedāvājumu punkti tiek aprēķināti pēc sekojošas formulas:  
K5 = 5 \* ( x / y ), kur  
5– maksimāli iespējamais punktu skaits;  
x – vislētākā piedāvājuma cena;   
y – piedāvājuma cena, kuram aprēķina punktus;  
K-5 - attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti

1. **Atvērtās polises vērtēšanai** **(K5)** 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).**

# 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.

# 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%20) . Kopējais atlīdzības apmērs, ko apdrošinātājs maksā brokerim ir 10 (desmit) procenti no apdrošināšanas prēmijas.

**2.pielikums**

**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 1950**

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

1.3 **Ambulatorie maksas pakalpojumi** apmaksa ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) EUR 450, 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. maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, flebologa, foniatra u.c) apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma - līgumiestādēs 100% apmērā (ja pakalpojums nav iegādāts Pretendenta uzrādītajā līgumiestādē, tā apmaksa jāveic faktisko izdevumu apmērā, nepiemērojot nelīgumiestāžu cenrādi); nelīgumiestādēs ne mazāk kā EUR 22 par pirmreizēju konsultāciju. Pakalpojumi tiek saņemti neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu, kā arī nepiemērojot citus papildus ierobežojumus.

1.3.3 augsti kvalificētu ārstu speciālistu (t.sk. maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, foniatra u.c) apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma ne mazāk kā EUR 29 par vizīti, bez papildus ierobežojumiem;

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

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

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

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

1.3.8. Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, bez reižu un citiem saņemšanas ierobežojumiem, (ārstnieciskā vingrošana individuāli un grupās, ārstnieciskās masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, fizikālās terapijas procedūras) ar EUR 86 limitu apdrošināšanas periodā;

1.3.9. Valsts un maksas neatliekamā palīdzība.

1.3.10. 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

1.3.11. Vakcinācija pret ērču encefalītu un gripu, ja tiek noteikts limits, tam jābūt ne mazāk kā EUR 45

1.3.12. Medicīniskās izziņas. 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) EUR900. Ja Pretendents paredz atsevišķu limitu vienam saslimšanas vai stacionēšanās gadījuma, tam jābūt ne mazākam kā EUR450 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 apmaksa ne mazāk kā 50% apmērā 2 reizes gadā.

**1.7. Minimālās prasības citām pozīcijām:**

1.7.1 . 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.

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, neizmantotā 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 radiniekus (laulātie, bērni un vecāki) līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai.

1.7.10.1 Pretendents nodrošina iepriekš apdrošināto radinieku apdrošināšanas prēmiju identisku strādājošajiem, kuru skaits nepārsniedz 2% no darbinieku skaita;

1.7.10.2 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).

* + 1. Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināšanas prēmijas apmaksu trijos maksājumos bez sadārdzinājuma.
    2. Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus visu apdrošināšanas periodu un ne mazāk kā 30 dienas pēc polises darbības beigām
    3. Pārtraucot Pasūtītājam līguma attiecības ar strādājošajiem, Pasūtītājam nav pienākums par to informēt Pretendentu.
    4. Pretendents nenosaka pakalpojumu saņemšanas reižu ierobežojumus (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai mēneša limitus veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai līgumietādēs.
    5. Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus elektroniskā veidā.
    6. Nenosakot papildus nosacījumus, Pretendents, nepiemēro ierobežojumus maksas medicīnas pakalpojumu saņemšanai par iepriekš diagnosticētajām slimībām, traumām u.c.
    7. Pretendentam jānodrošina programmu minimālajām prasībām atbilstošo maksas pakalpojumu apmaksa, 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.

**3.pielikums**

**PIETEIKUMA FORMA**

**Pieteikums par piedalīšanos publiskajā iepirkumā**

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

Sabiedrība, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reģ.Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Sabiedrības nosaukums (firma) Reģistrācijas numurs

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Nodokļu maksātāja reģistrācijas kods

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Sabiedrības bankas rekvizīti

tā\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** personā,

Vadītāja vai pilnvarotās personas vārds un uzvārds, amats

apakšā parakstījies 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,tālruņa (faksa) numuri, e-pasta adrese

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Sabiedrības vadītāja vai pilnvarotās personas amats, vārds un uzvārds

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Pieteikums jāparaksta uzņēmuma vadītājam vai viņa pilnvarotai personai.

**4.** pielikums

**\_\_\_\_\_(Pretendenta nosaukums)\_\_\_\_**

**TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pamatprogramma, kuras cena vienai personai gadā nepārsniedz EUR 256.** | | | |
| **Nr.**  **p.k.** | **Tehniskā specifikācija** | Tiek piedāvāts\* | Piezīmes  (papildus informācija)\*\* |
| **1.** | Nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē, nodrošinot pakalpojumu saņemšanu visās Pretendenta līgumiestādēs un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes. | Jā Nē |  |
| **2.** | Minimālā apdrošinājuma summa, ko veido pacienta iemaksas, ambulatorie maksas pakalpojumi un maksas stacionārie pakalpojumi, gadā vienam cilvēkam ir ne mazāka, kā **EUR 1950** | **\_\_\_ EUR** |  |
| **3.** | Normatīvajos aktos noteiktās pacienta iemaksas apmaksa par ambulatoro un stacionāro ārstniecības palīdzību 100% apmērā,t.sk. pacienta līdzmaksājums. | Jā Nē |  |
| **4.** | **Ambulatorie maksas pakalpojumi** apmaksa ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) **EUR 450**, bez ierobežojumiem un apakšlimitiem, ja minimālās prasībās tas nav norādīts, tai skaitā: | **\_\_\_ EUR** |  |
| **5.** | ārstniecības personu mājas vizītes ne mazāk kā EUR 22 par vizīti; | Jā Nē |  |
| **6.** | ārstu speciālistu (t.sk. maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, flebologa, foniatra u.c) apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma - līgumiestādēs 100% apmērā (ja pakalpojums nav iegādāts Pretendenta uzrādītajā līgumiestādē, tā apmaksa jāveic faktisko izdevumu apmērā, nepiemērojot nelīgumiestāžu cenrādi); nelīgumiestādēs ne mazāk kā EUR 22 par pirmreizēju konsultāciju. Pakalpojumi tiek saņemti neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu, kā arī nepiemērojot citus papildus ierobežojumus. | Jā Nē |  |
| **7.** | augsti kvalificētu ārstu speciālistu (t.sk. maksas terapeita, dermatologa, fizioterapeita, foniatra u.c) apmeklējumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma ne mazāk kā EUR 29 par vizīti, bez papildus ierobežojumiem; | Jā Nē |  |
| **8.** | ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas (ķirurģijā, ginekoloģijā un dermatoloģijā u.c), t.sk. medikamentu injekcijas; infūzijas; blokādes un citas; | Jā Nē |  |
| **9.** | plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi (t.sk. pilna asins aina, urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi, aknu testi, ginekoloģiskie izmeklējumi un citi); | Jā Nē |  |
| **10.** | plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi (tai skaitā dažādi ultraskaņas izmeklējumi kā krūšu, vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u. c, rentgena un citi tamlīdzīgi izmeklējumi); | Jā Nē |  |
| **11.** | dārgo tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi - kā magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, ne mazāk kā EUR 150 periodā vai nemazāk kā viens izmeklējums periodā. Bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, kā arī neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem, | Jā Nē |  |
| **12.** | Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, bez reižu un citiem saņemšanas ierobežojumiem, (ārstnieciskā vingrošana individuāli un grupās, ārstnieciskās masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, fizikālās terapijas procedūras) ar EUR 86 limitu apdrošināšanas periodā; | Jā Nē |  |
| **13.** | Valsts un maksas neatliekamā palīdzība | Jā Nē |  |
| **14.** | 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 Nē |  |
| **15.** | Vakcinācija pret ērču encefalītu un gripu, ja tiek noteikts limits, tam jābūt ne mazāk kā EUR 45 | Jā Nē |  |
| **16.** | Medicīniskās izziņas. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 40 | Jā Nē |  |
| **17.** | **Stacionārā maksas palīdzība** – maksas dienas un diennakts stacionārā veselības aprūpe ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzību limitu apdrošināšanas periodā) **EUR 900**. Ja Pretendents paredz atsevišķu limitu vienam saslimšanas vai stacionēšanās gadījuma, tam jābūt ne mazākam kā **EUR 450** Pakalpojumu saņemšana nevar tikt ierobežota ar papildus nosacījumiem: | **\_\_\_ EUR** |  |
| **18.** | ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, tai skaitā plānveida operācijas (ar iespēju saņemt garantija vēstules ārstniecības iestādei); | Jā Nē |  |
| **19.** | ārstnieciskām procedūrām un manipulācijām; | Jā Nē |  |
| **20.** | plaša apjoma diagnostiskiem, laboratoriskiem un instrumentāliem izmeklējumiem; | Jā Nē |  |
| **21.** | ārsta nozīmētas injekcijām, procedūrām un medikamentiem uzturēšanās laikā stacionārā; | Jā Nē |  |
| **22.** | uzturēšanās maksas |  |  |
| **23.** | paaugstināts servisa pakalpojumi stacionārā, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde | Jā Nē |  |
| **Papildprogramma – Zobārstniecība:**  **Papildprogramma, kuru iegādi strādājošie veic no privātajiem līdzekļiem.** | | | |
| **23.** | Zobārstniecības pakalpojumi (t.sk. konsultācija,rentgena uzņēmumi,anestēzija,zobu ekstrakcijas,zobu terapeitiskā labošana, plombēšana); | Jā Nē |  |
| **24.** | Apmaksa 50% apmērā no saņemtā pakalpojuma, bez citiem saņemšanas ierobežojumiem, ar apdrošinājuma summu – atlīdzību limitu ne mazāku kā EUR 143.00 ( tas nozīmē, ka, ja pakalpojums saņemts par EUR 286, tad pretendents atlīdzina EUR 143); | **\_\_\_ EUR** |  |
| **25.** | Zobārstniecības pakalpojumos jāiekļauj zobu higiēnas apmaksa ne mazāk kā 50% apmērā 2 reizes gadā | Jā Nē |  |
| **Minimālās prasības citām pozīcijām:** | | | |
| **26.** | 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 Nē |  |
| **27.** | Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināto personu skaita izmaiņas (1) vienu reizi mēnesī. | Jā Nē |  |
| **28.** | Pretendents nodrošina proporcionālo izmaiņu veikšanu (pievienojot un izslēdzot), neieturot administratīvos izdevumus. | Jā Nē |  |
| **29.** | 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 Nē |  |
| **30.** | 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 Nē |  |
| **31.** | Pretendents nodrošina Pasūtītājam iespēju iegādāties vai papildināt Atvērto polisi jebkurā brīdī līguma darbības laikā. Pēc polises darbības beigām, neizmantotā un samaksātā apdrošināšanas prēmija, neieturot administratīvos izdevumus, tiek atmaksāta atpakaļ Pasūtītājam. | Jā Nē |  |
| **32.** | Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 10 (desmit) dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, saņemot medicīniskos pakalpojumus ārpus Pretendenta līgumiestādēm. | Jā Nē |  |
| **33.** | 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 Nē |  |
| **34** | Pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo personu vecuma ierobežojuma un papildus dokumentācijas pieprasījuma veicot izmaiņas. | Jā Nē |  |
| **35.** | Pretendents nodrošina iespēju pievienot Pasūtītāja radiniekus (laulātie, bērni un vecāki) līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai. | Jā Nē |  |
| **36.** | Pretendents nodrošina iepriekš apdrošināto radinieku apdrošināšanas prēmiju identisku strādājošajiem, kuru skaits nepārsniedz 2% no darbinieku skaita; | Jā Nē |  |
| **37.** | 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 Nē |  |
| **38.** | Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināšanas prēmijas apmaksu trijos maksājumos bez sadārdzinājuma. | Jā Nē |  |
| **39.** | Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus visu apdrošināšanas periodu un ne mazāk kā 30 dienas pēc polises darbības beigām | Jā Nē |  |
| **40.** | Pārtraucot Pasūtītājam līguma attiecības ar strādājošajiem, Pasūtītājam nav pienākums par to informēt Pretendentu. | Jā Nē |  |
| **41.** | Pretendents nenosaka pakalpojumu saņemšanas reižu ierobežojumus (izņemto minimālajās prasībās noteikto) vai mēneša limitus veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai līgumietādēs. | Jā Nē |  |
| **42.** | Pretendents nodrošina iespēju iesniegt čekus elektroniskā veidā. | Jā Nē |  |
| **43.** | Nenosakot papildus nosacījumus, Pretendents, nepiemēro ierobežojumus maksas medicīnas pakalpojumu saņemšanai par iepriekš diagnosticētajām slimībām, traumām u.c. | Jā Nē |  |
| **44.** | Pretendentam jānodrošina programmu minimālajām prasībām atbilstošo maksas pakalpojumu apmaksa, 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. | Jā Nē |  |

**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.

5 .pielikums

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rindas Nr. | Programmas nosaukums | Gada prēmija  1 (vienam) strādājošam, EUR | Kopējā gada prēmija, apdrošinot 150 strādājošos, EUR |
| 1. | Pamatprogramma |  |  |
| 2 | Papildprogramma – Zobārstniecība |  |  |
|  | | | Kopā: |