

Tehniskā specifikācija/Tehniskais piedāvājums

Atbilstoši Pasūtītāja izvirzītajām prasībām, Pretendentam ir jānodrošina šāds apdrošināšanas seguma minimums katrai apdrošinātai personai vienā apdrošināšanas periodā:

Nr.p.k	Tehniskās specifikācijas minimālās prasības	Tehniskais piedāvājums (detalizēts pretendenta piedāvājums, t.sk. papildinājumi, ierobežojumi u.c. nosacījumi)
1.	Veselības apdrošināšanas līguma / apdrošināšanas polises funkcionalitāte	
1.1.	Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas programmu 1 apdrošinātai personai nevar būt lielāks par EUR 213,43 .	
1.2.	Paredzamais apdrošināmo personu skaits par darba devēja (un nodarbināto) līdzekļiem – 40 darbinieki (precīzs apdrošināmo personu skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī).	
1.3.	Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš – 1 kalendārais gads .	
1.4.	Pretendentam jānodrošina katrs Pasūtītāja darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas karti un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu. Papildus Pretendentam ir jānodrošina informācijas pieejamība apdrošinātajām personām ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.	
1.5.	Veselības apdrošināšanas polisei ir jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.	
1.6.	Visiem apdrošināšanas segumā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu) jābūt pieejamiem pilnā apmērā sākot ar polises pirmo darbības dienu un visā tās darbības laikā.	
1.7.	Pretendentam ir jānodrošina plašas līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, kā arī Rīgā, kā arī saņemt pakalpojumus šādās medicīnas iestādēs: Medicīnas sabiedrība "ARS", SIA "Veselības centrs 4", Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas Konsultatīvā poliklīnika, gremošanas slimību izmeklēšanas un ārstēšanas centrs „GASTRO”, SIA „Diamed”, MFD Veselības centri, AS "Veselības centru apvienība", Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, SIA „Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”, Rīgas.1.slimnīca, Rīgas 2.slimnīca, apmaksājot ar veselības kartēm vai pēc čekiem saskaņā ar noteikto cenrādi.	
1.8.	Pretendentam jānodrošina laboratorisko izmeklējumu apmaksu t.sk., skaidras vai bezskaidras naudas norēķina veidā E.Gulbja laboratorijā, Centrālajā laboratorijā un NMS laboratorijā.	
1.9.	Pretendentam ir jānodrošina pakalpojumu saņemšana visās Pretendenta līguma iestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti un neveicot norēķinus no personiskajiem līdzekļiem (t.sk. arī nenosakot termiņa un/vai reižu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).	

1.10.	Pretendentam pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja elektroniski (izmantojot tehnoloģiskos risinājumus (internets, e-pasts) iesniegt maksājumus apliecināšanos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – atlīdzības pieteikumi) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar veselības apdrošināšanas karti. Pretendentam ir jānodrošina arī atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespēja visās pārējās pretendenta pārstāvniecībās, ja kādam no pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem nav iespējams to veikt elektroniski.	
1.11.	Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 1 (viena) mēneša laikā pēc polises darbības termiņa izbeigšanās.	
1.12.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti ārstniecības iestādēs, ar kurām Pretendentam nav sadarbības līguma vai, kas līguma iestādēs nav iekļauti Pretendenta apmaksāto pakalpojumu sarakstā, ne vēlāk kā 5 (piecu) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību pārskaitot naudu uz darbinieka norādīto bankas kontu.	
1.13.	Pretendentam jānodrošina iespēja bez maksas veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu.	
1.14.	Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot personas no apdrošināmo saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības.	
1.15.	Pretendentam pēc Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja pieprasījuma jānodrošina bezmaksas konsultāciju sniegšana Pasūtītāja telpās darbiniekiem par veselības apdrošināšanas pakalpojumiem t.sk., pieņemt čekus, kvītis par darbinieku maksājumiem par apmaksātajiem pakalpojumiem iestādēs, kas nav pretendenta līgumiestādes.	
1.16.	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.	
1.17.	Pretendents nodrošina detalizētu atlīdzības vēstules nosūtīšanu Apdrošinātajām personām ar skaidrojumu par atlīdzības samazinājuma iemesliem, atteikumu utml. Šāda informācija tiek nosūtīta Apdrošinātajai personai uz Apdrošinātās personas norādīto adresi (pasta vai e-pasta) bez iepriekšēja pieprasījuma.	
1.18.	Līguma darbības laikā netiek noteikti papildus ierobežojumi vai piemaksas pakalpojumiem.	
2.	Mīnīmālās prasības veselības aprūpes pakalpojumiem, apdrošinājuma summām un atlaižu apmēriem (veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte)	
2.1.	Kopējais mīnīmālais atlīdzību limits vienai personai par ambulatoriem un stacionāriem medicīniskiem pakalpojumiem ne mazāk kā EUR 2000,00 gadā.	

2.2.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā, atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajam apjomam un kārtībai, kura ir spēkā apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī, t.sk.:	
2.2.1.	<i>par ambulatorās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem;</i>	
2.2.2.	<i>par stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem (t.sk. stacionārā rehabilitācija);</i>	
2.2.3.	<i>par pacienta līdzmaksājumiem;</i>	
2.2.4.	<i>par ģimenes ārsta mājas vizītēm.</i>	
2.3.	<p>Ārstu – speciālistu (t.sk., maksas ģimenes ārstu, privātprakses ārstu, profesoru un docentu, otolaringologu, neirologu, ginekologu, urologu, reimatologu, traumatologu-ortopēdu, homeopātu, ķirurgu, acu ārstu, alergologu un dermatologu) konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma un bez gada apakšlīmita, neierobežojot apmeklējumu reižu skaitu un periodiskumu.</p> <p>Līgumorganizācijās apmaksā 100% apmērā saskaņā ar līgumorganizācijas cenrādi.</p>	
2.3.1.	<p>Atlīdzības limits nelīgumiestādēs:</p> <p>2.3.1.1. ne mazāk kā EUR 20,00 par vienu apmeklējumu bez apmeklējumu skaita ierobežojuma;</p> <p>2.3.1.2. docentu un profesoru ārstu konsultācijas ne mazāk kā EUR 30,00 par vienu apmeklējumu, bez vizīšu skaita ierobežojuma.</p>	
2.3.2.	<i>plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu 100% apmērā, t.sk. kardioloģiskie un onkomarkķieri, alergēnu testi un paneļi, antivielu noteikšana, t.sk., ērcu encefalīta, hormonālas analīzes, u.c., kā arī maksa par analīžu noņemšanu, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu un periodiskumu tikai ar pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem,</i>	
2.3.3.	<p>plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu un 100% apmaksu līgumorganizācijās, tajā skaitā:</p> <p>2.3.3.1 rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastēšanas, t.sk., mamogrāfija, EKG, visa veida ultrasonogrāfijas izmeklējumi, asinsvadu doplerogrāfiskā izmeklēšana, kolposkopija, audiogrāfija, ehokardiogrāfija, veloergometrija, Holtera monitorēšana, elektroencefalogrāfija, elektromiogrāfija, cistoskopija, bronhoskopija, osteodensitometrija u.c.,</p> <p>2.3.3.2 magnētiskā rezonanse;</p> <p>2.3.3.3 datortomogrāfija;</p> <p>2.3.3.4 scintigrāfija;</p> <p>2.3.3.5 elptests;</p> <p>2.3.3.6 kuņģa-zarnu endoskopiskie izmeklējumi un to laikā veiktās manipulācijas;</p> <p>2.3.3.7. limits ne mazāks kā EUR 150,00 par vienu izmeklējumu, līdz trīs reizes apdrošināšanas perioda ietvaros</p>	
2.3.4.	<i>obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā;</i>	
2.3.5.	<p><i>ārstnieciskās manipulācijas un procedūras (t.sk. specifiskas uroloģiskas, proktoloģiskas, ginekoloģiskas, dermatoloģiskas, LOR procedūras) – injekcijas, infūzijas, blokādes, pārsiešanas u.c. apmaksā 100% apmērā līgumorganizācijās.</i></p> <p><i>Pretendenta nelīgumorganizācijās apmaksā nedrīkst būt zemāka kā EUR 20.00 viena apmeklējuma reizē, neierobežojot periodiskumu.</i></p>	

2.3.6.	Ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi 100% apmērā līgumorganizācijām ar limitu ne mazāku kā EUR 100,00 , bez apakšlīmeņa vienai reizei, tajā skaitā: 2.3.6.1. ārstnieciskā vingrošana grupās; 2.3.6.2. ārstnieciskās masāžas; 2.3.6.3. ūdens procedūras; 2.3.6.4. fizikālās terapijas procedūras; 2.3.6.5. manuālā terapija	
2.3.7.	<i>neatliekamā medicīniskā palīdzība:</i> 2.3.7.1. <i>valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā</i>	
2.3.8.	<i>profilaktiskā vakcinācija, kas veikta medicīniskajā iestādē atbilstoši vakcinācijas kalendāram (kā minimums – ērcu encefalīts), pretendents papildus var piedāvāt arī citas vakcīnas (piem., pret trakumsērgu) ar limitu ne mazāku kā EUR 60,00. Apmaksa 100% apmērā, gan līgumorganizācijās, gan ārpus tām.</i>	
2.4.	Maksas stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumi 100% apmērā, kopējā minimālā gada limita ietvaros, ne mazāk kā EUR 430,00 par 1 stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, t.sk.:	
2.4.1.	<i>maksa par katru diennaktis vai dienas stacionārā pavadīto dienu;</i>	
2.4.2.	<i>ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;</i>	
2.4.3.	<i>ārstu – speciālistu, t.sk. profesoru un docentu konsultācijas;</i>	
2.4.4.	<i>visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;</i>	
2.4.5.	<i>ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā;</i>	
2.4.6.	<i>plānveida vai neatliekamās operācijas stacionārā vai dienas stacionārā bez skaita ierobežojuma.</i>	
3.	Papildu programmu iegāde par personīgajiem līdzekļiem	
3.1.	Pretendentam pēc Pasūtītāja darbinieku brīvprātīgas izvēles ir jānodrošina papildu programmu iegāde, piemaksājot starpību no personīgajiem līdzekļiem.	
3.2.	Programmu papildināšana un pārformēšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas papildus programmas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	
3.3.	Apdrošināšanas prēmija par programmu papildināšanu un pārformēšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem.	
3.4.	Pretendents norāda minimālo dalībnieku skaitu programmā	
3.5.	Papildprogramma – Zobārstniecības pakalpojumi	
3.5.1.	<i>zobārstniecības pakalpojumu apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 145,00 gadā;</i>	
3.5.2.	<i>programmas segumā iekļautie pakalpojumi – neatliekamā medicīniskā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā, mutes dobuma higiēnas pasākumi, ārsta – speciālista konsultācijas, terapeitiskie un ambulatori ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi, lokālā anestēzija, RTG diagnostika, periodonta slimību ārstēšana;</i>	

3.5.3.	<i>saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem pilnā apmērā (saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu).</i>	
3.6.	Papildprogramma – Sports	
3.6.1.	<i>sporta nodarbības 1 (vienu) reizi nedēļā jeb 4 (četras) reizes mēnesī ar kopējo minimālo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 216,00 gadā un ne mazāk kā EUR 4,50 par vienu apmeklējuma reizi;</i>	
3.6.2.	<i>programmas segumā iekļautie pakalpojumi – dažādu veidu vingrošana, nodarbības trenāžieru zālē, peldbaseinā, u.c. saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;</i>	
3.6.3.	<i>Pretendents apmaksā apdrošināto personu iegādātos mēneša abonementus.</i>	

Iesniedzot piedāvājumu, aņņemos sniegt iepriekš minētos pakalpojumus saskaņā ar iepirkuma prasībām:

_____ *vieta datums*

_____ *amatpersonas vārds, uzvārds,
amats, paraksts*

PIETEIKUMS PAR PIEDALĪŠANOS IEPIRKUMĀ

„Latvijas Dabas muzeja darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumi”

Pretendents:

(pretendenta nosaukums)

nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs

tā

personā

ar šī pieteikuma iesniegšanu

piesakās piedalīties iepirkumā „Latvijas Dabas muzeja darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumi”, ID Nr.LDM 2016/02, atbilstoši tehniskās specifikācijas nosacījumiem un nolikumā noteiktajām prasībām un:

1. apņemas ievērot nolikuma prasības;
2. apliecina, ka piedāvājumā ietvertu dokumentu kopijas atbilst dokumenta oriģinālam un dokumenta tulkojumi latviešu valodā atbilst dokumenta saturam oriģinālvalodā;
3. pretendenta visas piedāvājumā sniegtās ziņas ir patiesas;
4. apņemas (ja Pasūtītājs izvēlējies šo piedāvājumu) slēgt līgumu saskaņā ar iepirkuma nolikuma prasībām un iesniegto piedāvājumu.

Paraksts _____

(pretendenta paraksts)

Vārds, uzvārds _____

Juridiskās personas nosaukums _____

(amata nosaukums)

Reģistrācijas Nr. _____

Bankas rekvizīti _____

Pretendenta adrese _____

Pretendenta tālruna, faksa numuri _____

e-pasts _____

Pretendents ir/nav pievienotās vērtības nodokļa maksātājs _____

(norādīt attiecīgi „ir” vai „nav”)

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

Tabula Nr.1

Programmas nosaukums	Gada prēmija vienam darbiniekam, EUR (bez PVN)	Gada prēmija 40 darbiniekiem – Piedāvājuma kopējā cena, EUR (bez PVN)	
Apdrošināšanas prēmija pamatprogrammai			
Papildprogrammu iegāde par pasūtītāja nodarbināto privātajiem līdzekļiem (jāizpilda, ja Pretendents to nav iekļāvis pamatprogrammā).			
	Cena (Gada apdrošināšanas prēmija) vienam nodarbinātajam, ja pakalpojumu iegādājas no 1 līdz 10 nodarbinātiem (euro bez PVN)	Cena (Gada apdrošināšanas prēmija) vienam nodarbinātajam, ja pakalpojumu iegādājas no 11 līdz 20 nodarbinātiem (euro bez PVN)	Cena (Gada apdrošināšanas prēmija) vienam nodarbinātajam, ja pakalpojumu iegādājas vairāk par 20 nodarbinātiem (euro bez PVN)
Apdrošināšanas prēmija papildprogrammai „Zobārstniecība”			
Apdrošināšanas prēmija papildprogrammai „Sports”			

Tabula Nr.2

Nr.	Vērtēšanas kritēriju nosaukums	Minimālo prasību limits	Pretendenta piedāvājums	Maksimālais punktu skaits	Pretendenta punktu skaits
1. Pamatprogrammas saturs:				75	
1.1	Apdrošinājuma summa	2'000 EUR		30 (5 punkti par katriem 300 EUR)	
1.2	Ārstu speciālistu konsultācijas	20 EUR		10 (5 punkti par katriem 5 EUR)	
1.3	Augsto tehnoloģiju izmeklējumi	limits 150 EUR par vienu izmeklējumu		10 (2 punkti par katriem 10 EUR)	
1.4	Maksas stacionārā palīdzība	430 EUR par 1 gadījumu		15 (1 punkts par katriem 5 EUR)	
1.5	Ambulatoro rehabilitācija	100 EUR		10 (1 punkts – par katriem EUR 5)	
2.	Pamatprogrammas prēmija	213,43 EUR		10	
3.	Pretendenta līguma iestāžu skaits	-		10	
4.	Profilaktiskā vakcinācija	60 EUR		5 (1 punkts – par katriem EUR 5)	

Iesniedzot šo finanšu piedāvājumu apliecinām, ka:

- Piedāvājuma kopējā summa **pamatprogrammai** ir EUR
.....[summa vārdiem];
- Piedāvājuma cenā ir iekļautas visas ar paredzamā līguma izpildi saistītās izmaksas.

Piedāvājumu iesniedza (uzvārds, paraksts, datums)
Z.V.