

VAS "Elektroniskie sakari" rīkotā atklāta konkursa „Darbinieku veselības apdrošināšana” Identifikācijas Nr. VASES 2024/06

Apspriede ar piegādātājiem

Iepirkuma priekšmets – darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu, kuri darbojas 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 (septiņas) dienas nedēļā un ir spēkā visā Latvijas Republikas teritorijā, sniegšana.

Līguma izpildes laiks: viens kalendārais gads – no 2024. gada 14. jūlija līdz 2025. gada 13. jūlijam.

I. Prasības attiecībā uz Pretendenta saimniecisko un finansiālo stāvokli un kvalifikāciju apliecinājošie dokumenti:

Nr. p.k.	Noteiktās kvalifikācijas prasības	Kvalifikāciju apliecinājošie iesniedzamie dokumenti
1.	Pretendents ir apdrošināšanas akciju sabiedrība, kura ir reģistrēta likumā noteiktajā kārtībā un ir tiesīga sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā.	Pretendenta apstiprināta kompetentas iestādes izsniegtas licences veselības apdrošināšanas veikšanai, kura apliecina, ka Pretendents ir tiesīgs veikt šo pakalpojumu Latvijas Republikā, kopija.

II. Prasības attiecībā uz Pretendenta tehniskajām un profesionālajām spējām un kvalifikāciju apliecinājošie dokumenti:

Nr. p.k.	Noteiktās kvalifikācijas prasības	Kvalifikāciju apliecinājošie iesniedzamie dokumenti
1.	Pretendents iepriekšējos 3 (trīs) gados (2021., 2022., 2023. un 2024. gadā līdz piedāvājumu iesniegšanai) ir nodrošinājis vismaz 3 (trīs) iepirkuma priekšmetam apdrošināmo darbinieku skaita ziņā līdzīga vai lielāka apjoma darbinieku veselības apdrošināšanas līgumu izpildi.	Informācija par Pretendenta pieredzi darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanā pēdējo 3 (trīs) gadu laikā no piedāvājuma iesniegšanas dienas atbilstoši 1. punktā noteiktajām prasībām.
2.	Pretendents (jau uz iepirkumu līguma slēgšanas brīdi, un iepirkuma līguma darbības laikā, ja Pretendentam tiks piešķirtas līguma slēgšanas tiesības) ārstniecības iestādēs - Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca, kā arī Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas universitātes	Pretendenta apliecinājums (iekļauts Pretendenta pieteikumā par piedalīšanos atklātā konkursā Pielikumā Nr. 1), ka Pretendents jau uz iepirkumu līguma slēgšanas brīdi, ja Pretendentam tiks piešķirtas līguma slēgšanas tiesības un visā iepirkuma līguma darbības laikā nodrošinās Pakalpojumus (saņemto maksas pakalpojumu apmaksu ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot veselības apdrošināšanas karti) 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi) ārstniecības iestādēs – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa

Nr. p.k.	Noteiktās kvalifikācijas prasības	Kvalifikāciju apliecinājoši iesniedzamie dokumenti
	slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija” un „E. Gulbja Laboratorija” nodrošina saņemto maksas pakalpojumu apmaksu ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot veselības apdrošināšanas karti) 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi.	klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija” un „E. Gulbja Laboratorija”.

III. Tehniskā specifikācija

VISPĀRĪGĀS PRASĪBAS:

1. Apdrošināšanai ir jābūt derīgai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.
2. Pretendentam obligāti jānodrošina izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot individuālo veselības apdrošināšanas karti) vai pēc maksājumu apliecinājošu dokumentu iesniegšanas.
3. Pretendents nevar noteikt ierobežojumus attiecībā uz apdrošināto darbinieku ārstniecības iestāžu izvēli, kurās tiek saņemti apdrošināšanas segumā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi.
4. Pretendentam jānodrošina, ka visā iepirkuma līguma darbības laikā līguma organizāciju sarakstā ir iekļautas šādas ārstniecības iestādes – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija” un „E. Gulbja Laboratorija”, kur tiek nodrošināta saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu uzrādot individuālo veselības apdrošināšanas karti un neveicot sākotnējus norēķinus par ārstniecības iestādēs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (gan pacientu iemaksas apmērā, gan par maksas veselības aprūpes pakalpojumiem), saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi.
5. Pretendents nodrošina visās līguma organizācijās saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi, atbilstoši Tehniskajā specifikācijā noteiktajām prasībām konkrētām apdrošināšanas programmām.
6. Pretendents nodrošina ārpus līguma organizācijām saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu saskaņā ar savu cenrādi, atbilstoši Tehniskajā specifikācijā noteiktajām prasībām konkrētām apdrošināšanas programmām, nesamazinot Tehniskajā specifikācijā noteiktos minimālos pakalpojumu apmaksas limitus.
7. Paredzamais apdrošināšanas periods (līguma periods): viens kalendārais gads – no 2024. gada 14. jūlija līdz 2025. gada 13. jūlijam (turpmāk – Apdrošināšanas periods). Apdrošināšanas periods var tikt precizēts atbilstoši faktiskajam, iespējamajam līguma noslēgšanas datumam.

8. Pasūtītāja darbinieku apdrošināšanu atbilstoši norādītajām apdrošināšanas prasībām jāveic šādam Pasūtītāja darbinieku skaitam:
 - 8.1. 97 (deviņdesmit septiņiem) darbiniekiem, no tiem – 28 (divdesmit astoņas) sievietes un 69 (sešdesmit deviņi) vīrieši;
 - 8.2. līguma faktiskais darbinieku skaits tiks precizēts pie līguma slēgšanas, bet tas nebūs mazāks vai lielāks par 10 % (desmit procentiem) kā 8.1. punktā norādītais darbinieku skaits;
 - 8.3. Pretendentam ir pienākums līguma darbības laikā pēc Pasūtītāja līguma apdrošināt uz tādiem pašiem noteikumiem citus Pasūtītāja darbiniekus un izsniegt jaunas individuālas veselības apdrošināšanas kartes Pasūtītāja darbiniekiem, apdrošināšanas prēmiju nosakot pēc proporcionāla aprēķina atlikušajam līguma darbības laika periodam, bez papildu administratīvo izdevumu piemērošanas;
 - 8.4. Pasūtītājam ir jābūt tiesībām bez papildus maksas apdrošināšanas līguma darbības laikā pārtraukt Pasūtītāja darbiniekam izsniegtu individuālo veselības apdrošināšanas karti, ja ir izbeigtas darba tiesiskās attiecības ar šo darbinieku. Šajā gadījumā apdrošināšanas pārtraukšana un neizmantotās apdrošināšanas prēmijas aprēķināšana tiek veikta pēc proporcionāla aprēķina par pilniem mēnešiem līdz atlikušajam līguma darbības laika periodam, neņemot vērā administratīvos izdevumus un izmaksātās atlīdzības.
9. Pretendents piedāvājumā noteiktajā kārtībā un apmērā, ievērojot Tehniskās specifikācijas prasības, sedz:
 - 9.1. ambulatorās, stacionārās aprūpes un zobārstniecības pakalpojumu izdevumus, kurus darbinieki ir saņēmuši gan Pretendenta līguma organizācijās, gan arī ārpus Pretendenta līguma organizācijām;
 - 9.2. jebkurus apdrošināto darbinieku iegādātos medikamentus (tai skaitā arī homeopātiskos līdzekļus un valsts kompensējamus medikamentus), kuri iegādāti gan Pretendenta līguma aptiekās, gan arī ārpus Pretendenta līguma aptiekām.
10. Pretendents nodrošina maksājumu apliecinājošu dokumentu par saņemtajiem veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem vai veiktajām medikamentu iegādēm pieņemšanu un apmaksu, bez minimālās summas ierobežojumiem 1 (vienam) maksājumu apliecinājošam dokumentam, visu līguma darbības laiku, un ne mazāk kā 90 (deviņdesmit) kalendārās dienas pēc apdrošināšanas perioda darbības beigām, ja attiecīgais pakalpojums saņemts noslēgtā līguma ar Pretendentu darbības periodā.
11. Pretendents nodrošina maksājumu apliecinājošu dokumentu par saņemtajiem pakalpojumiem vai veiktajām iegādēm pieņemšanu elektroniski.
12. Pretendents nodrošina, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma iesniedzēja informēšana atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) par visiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru apmaksu apdrošinātā persona sākotnēji ir veikusi no personīgajiem līdzekļiem, tiek veikta ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.
13. Pretendents visā līguma darbības laikā nodrošina nemainīgus piedāvājumā norādītos apdrošināšanas nosacījumus, tai skaitā Pretendents nedrīkst paaugstināt piedāvāto apdrošināšanas pakalpojumu prēmiju (cenu), samazināt un/vai pasliktināt piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkāda veidā apdrošināšanas līguma darbības laikā mainīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā pakalpojuma sniegšanas kārtību.

14. Pretendents nedrīkst piedāvājumā iekļaut apdrošināšanas nosacījumus, kuri pasliktina Nolikumā ietvertās Pasūtītāja prasības un nosaka papildu ierobežojumus. Pretrunu gadījumā starp Nolikumā noteiktajām tehniskās specifikācijas prasībām, pretendenta iesniegto tehnisko piedāvājumu un Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošās ir tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs tehniskais piedāvājums. Pretendenta apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar tehniskās specifikācijas prasībām.
15. Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par piedāvāto apdrošināšanas programmu segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.
16. Ja Pasūtītājs vēlas noskaidrot, vai kāds konkrēts veselības aprūpes pakalpojums, par kuru Pasūtītāja darbiniekam sākotnēji ir jānorēķinās no personīgajiem līdzekļiem, ir iekļauts apdrošināšanas programmas segumā, tad Pretendents nav tiesīgs atteikties sniegt šādu informāciju par pakalpojumu un tā saņemšanas nosacījumiem, tajā skaitā arī gadījumos, kad konkrētā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu ietekmē arī citi faktori – diagnoze, procedūras veids, u.tml..
17. Pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendentam jānodrošina informācijas sagatavošana un Pasūtītāja informēšana par kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, norādot gan procentuālu izmaksu sadalījumu, gan arī izmaksu sadalījumu naudas izteiksmē katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.
18. Pēc Pasūtītāja darbinieku pieprasījuma saņemšanas Pretendentam ir jānodrošina informācijas sagatavošana un darbinieka, kurš veicis pieprasījumu, informēšana par tam kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību apmēru un gadījumiem. Pretendentam, gatavojot piedāvājumu, ir jāiekļauj detalizēta informācija par to, kur un kādā formā darbiniekiem ir jāiesniedz pieprasījums Pretendentam šajā punktā minētās informācijas saņemšanai.
19. Pretendents nodrošina iespēju Pasūtītāja darbiniekiem par saviem līdzekļiem veikt ģimenes locekļu (1. un 2. pakāpes radnieku, bez vecuma ierobežojuma) veselības apdrošināšanu uz tādiem pašiem apdrošināšanas seguma nosacījumiem kā Pasūtītājam. Ģimenes locekļi var izvēlēties jebkuru no Pasūtītāja apdrošināšanas programmām, kuras tiks izvēlētas atbilstoši iesniegtajiem Finanšu piedāvājumiem. Pretendents nav tiesīgs noteikt minimālo apdrošināto radnieku skaitu. Pretendents ir tiesīgs ierobežot maksimālo apdrošināto radnieku skaitu ne mazāk kā 10 % (desmit procenti) apjomā no kopējā apdrošināto darbinieku skaita.

SPECIĀLĀS PRASĪBAS

- I. **AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE** (limits (apdrošinājuma summa) – ne mazāk kā EUR 3 500,00 (trīs tūkstoši pieci simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros**).

Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu pacientu iemaksas apmērā 100% (viens simts procentu) **apmērā**, atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem:

1. par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem;
2. par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija;
3. pacienta līdzmaksājums par katrā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.

Maksas ambulatorā aprūpe 100 % (viens simts procentu) apmērā līguma organizācijās, kopējā programmas limita (apdrošinājuma summas) ietvaros, neparedzot limitu par saslimšanas gadījumu un apakšlimitu kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām, kā arī neparedzot pakalpojumu saņemšanas reižu skaita ierobežojumus (tai skaitā arī reižu skaita vai pakalpojuma saņemšanas periodiskuma ierobežojumus līguma organizācijās norēķiniem ar darbinieku individuālajām veselības apdrošināšanas kartēm).

- **Bez ārstējošā ārsta nosūtījuma:**

1. Plaša spektra maksas ārstu speciālistu, docentu un profesoru (tajā skaitā, bet ne tikai, maksas ģimenes ārsta, maksas terapeita, ginekologa, alergologa, dermatologa u.c.) konsultācijas, ārstēšanas pakalpojumi un ambulatorās manipulācijas, neierobežojot apmaksājamo konsultāciju/apmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosaukto specializāciju maksas ārstiem, kā arī paredzot neierobežotu konsultāciju/apmeklējumu skaitu noteiktā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros);
Ārpus līguma organizācijām visu maksas konsultāciju atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 45,00 (četrdesmit pieci euro, 00 centi) apmērā.
2. Ārstniecības personas mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi ne mazāk kā EUR 45,00 (četrdesmit pieci euro, 00 centi), neierobežots konsultāciju/apmeklējumu skaits noteiktā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros;
3. Vakcinācija, ieskaitot vakcīnas cenu, pret gripu, ērcu encefalītu, A un B hepatītu – pilnu vakcinācijas kursu Apdrošināšanas perioda ietvaros 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;
4. Veselības pārbaudes medicīnisko izziņu noformēšanai (autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai u.c.) 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;
5. Obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan arī ārpus līguma organizācijām, tajā skaitā arī izbraukuma obligātās darbinieku veselības pārbaudes.

- **Ar ārstējošā ārsta nosūtījumu:**

1. Plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tai skaitā (bet ne tikai) paredzot apmaksāt asins, urīna, fēču (t.sk. kopprogramma un slēptās asinis), krēpu, serozo dobumu (t.sk. muguras smadzeņu šķidrums) analīzes un izmeklējumi, bakterioloģiskie izmeklējumi, uztriepes analīze, citoloģija, histoloģija, slāpekļa vielu maiņa (t.sk. Urea, Kreatīns, Urīnskābe, Cistatīns C), koagulācijas rādītāji, imūnhematoloģija, infekciju diagnostika (t.sk. HBs Ag, anti HBs un anti HCV), asinsgrupas noteikšana, aknu testi un fermenti (t.sk. ASAT, ALAT, bilirubīns, GGT, Alfa amilāze, lipāze, sārmainā fosfatāze, skābā fosfatāze), vairogdziedzera hormoni (t.sk. Brīvais T3, T4, Tireoglobulīns, TSH), glikozes regulācija (t.sk. glikoze, insulīns, C peptīds), kardioloģiskie marķieri (t.sk. troponīns I, kreatīnkināzes MB frakcija), audzēju marķieri (t.sk. CA 125, PSA, SCC, CEA), iekaisuma marķieri (t.sk. RF, ASO, CRO, C3, C4), elektrolīti, lipīdi (t.sk. kopējais, augsta un zema blīvuma holesterīns), ērcu encefalīta antivielu noteikšana, D vitamīns, alergēnu paneļi, u.c. laboratoriskie izmeklējumi, 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;

Pretendents ir tiesīgs **noteikt neapmaksājamus laboratoriskos izmeklējumus**, kuru izsmelošs saraksts tiek iesniegts aizpildot atklāta konkursa nolikuma Pielikuma Nr. 3 "Tehniskais piedāvājums (veidlapa) pielikumā iekļauto neapmaksājamo laboratorisko izmeklējumu saraksta formu (word vai excel). Visi laboratoriskie izmeklējumi, kuri netiks norādīti kā neapmaksājami šī atklāta konkursa ietvaros uzskatāmi par apmaksājamiem laboratoriskajiem izmeklējumiem, bez diagnožu un apmaksas apakšlimita piemērošanas.

2. Seksuāli transmisīvo slimību pārbaudes analīzes, ja tās ir nepieciešamas pirms operāciju veikšanas;
3. Plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tai skaitā elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, visa veida ultrasonogrāfiskie un doplerogrāfiskie izmeklējumi (iekļaujot vēdera sonogrāfiju ar aknu, žultspūšļa u.c. izmeklēšanu, urīntrakta, nieru un urīnpūšļa sonogrāfisku izmeklēšanu, dzemdes vai prostatas ultrasonogrāfisku izmeklēšanu ar endokavitālo zondi, asinsvadu sonogrāfisku izmeklēšanu), osteodensitometrija, Holtera monitorēšana, Veloergometrija, mamogrāfija, orgānu un ķermeņa daļu rentgenuzņēmumi ar un bez kontrastvielas u.c. diagnostiskie izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/orgānam;
Diagnostisko izmeklējumu atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 50,00 (piecdesmit euro, 00 centi) apmērā par katru izmeklējumu.
4. Plaša spektra augsto tehnoloģiju izmeklējumi, tai skaitā skaitļotājtomogrāfija, scintigrāfija, magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, plaša spektra endoskopiskie izmeklējumi, tai skaitā fibrogastroskopija u.c. augsto tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/orgānam;
Ārpus līguma organizācijām visu augsto tehnoloģiju diagnostisko izmeklējumu atlīdzību limits ne mazāk kā EUR 200.00 (divi simti euro, 00 centi) apmērā par katru izmeklējumu.
5. Plaša spektra ārstu veiktās ārstnieciskās manipulācijas neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem un procedūrām (piemēram, manipulācijas ķirurģijā, ginekoloģijā, LOR, dermatoloģijā, kā arī injekcijas, pārsiešanas, blokādes u.c. manipulācijas);
Ārpus līguma organizācijām atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 25.00 (divdesmit pieci euro, 00 centi) par katru manipulāciju, procedūru, izņemot epidurālā blokāde, kur atlīdzības limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 50.00 (piecdesmit euro, 00 centi) par katru epidurālās blokādes reizi.
6. Ambulatorā veiktās operācijas neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām.

Pakalpojumi (t.sk. maksas pakalpojumi), kuri saistīti ar grūtniecību, dzemdību un pēc dzemdību periodu aprūpi, ieskaitot individuālos līgumus 100% (viens simts procentu) apmērā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros (nepieciešami () darbiniekiem) (skaits tiks precizēts uz iepirkuma izsludināšanas brīdi, provizoriski ~ 8 (astoņi) darbinieki) ar atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 500,00 (pieci simti euro, 00 centi), tajā skaitā:

1. Ārstu speciālistu konsultācijas, tajā skaitā arī vecmātes konsultācijas un veiktās manipulācijas;
2. Diagnostiskie izmeklējumi;
3. Laboratoriskie izmeklējumi, tajā skaitā seksuāli transmisīvo slimību pārbaudes analīzes, ja tās ir nepieciešamas grūtniecības laikā;

4. Maksas dzemdību palīdzība (tajā skaitā individuālais dzemdību līgums, atsāpināšana, ķeizargrieziens, ģimenes palāta, paaugstināta servisa palāta);
5. Pēc dzemdību aprūpe, u.c.

Ambulatorā rehabilitācija – saskaņā ar jebkura ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu, bez diagnožu ierobežojuma, kā arī nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam un arī 1 reizes limitu, 100% (viens simts procentu) apmērā, ar atlīdzību limitu **ne mazāk kā EUR 200,00 (divi simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros, tajā skaitā:****

1. Fizioterapeita, rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijas un pakalpojumi;
2. Jebkāda veida fizikālo terapiju procedūras, neierobežojot apmaksājamo procedūru klāstu tikai ar Pretendenta nosaukto procedūru veidiem, tajā skaitā, bet ne tikai, apmaksājot arī lāzerprocedūras, triecienviļņu terapiju, teipošanu;
3. Ārstnieciskās masāža;
4. Ūdens procedūras;
5. Manuālā terapija;
6. Ārstnieciskā vingrošana, tajā skaitā arī grūtnieču vingrošana;
7. Iegādātie ambulatorās rehabilitācijas abonementi.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība:

Neatliekamās medicīniskās palīdzības apmaksā, jebkurā ar neatliekamās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā (valsts un privātā), tai skaitā transportēšana līdz ārstniecības iestādei (saistībā ar medicīniskām indikācijām) 100% (viens simts procentu) apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām.

Maksas stacionārā aprūpe 100 % (viens simts procentu) **apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām, ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, limits – ne mazāk kā EUR 1 000,00** (viens tūkstotis *euro*, 00 centi) **par katru stacionēšanās gadījumu, bez iepriekš veiktās saskaņošanas ar apdrošinātāju.**

Pakalpojumi diennakts un dienas stacionārā:

1. Maksa par katru diennakts un dienas stacionārā pavadīto dienu (nepieciešamības gadījumā pacients var palikt pa nakti dienas stacionārā), sākot ar pirmo stacionārā pavadīto dienu;
2. Ārstu speciālistu, docentu un profesoru konsultācijas un veiktās manipulācijas;
3. Diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
4. Maksas operācijas bez skaita ierobežojuma, neierobežojot apmaksājamās tikai ar Pretendenta nosauktajām (t.sk., bet ne tikai, laparoskopiskās un artroskopiskās (t.sk. saišu un cīpslu plastika), proktoloģiskās, mikroķirurģiskās (t.sk. mugurkaula) operācijas, glaukomas, kataraktas operācijas, deguna starpsienas operācijas, ar lāzeri veiktās operācijas, u.c.).
5. Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja ārstniecības iestāde šādu iespēju nodrošina bez dienu skaita vai cita veida ierobežojumiem, t.sk. arī gadījumos, ja daļa stacionāro pakalpojumu (piemēram, operācija) tiek veikta par valsts programmas (pacientu iemaksas) ietvaros.
6. Operācijas var tikt veiktas gan dienas, gan diennakts stacionārā.

Maksas stacionārā rehabilitācija bez diagnožu ierobežojuma – 100 % (viens simts procentu) **apmērā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (limits – ne mazāk kā EUR 300,00** (trīs simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros):**

1. Maksas stacionārā rehabilitācija pēc smagām operācijām, saslimšanām un traumām;
2. Maksas stacionārā rehabilitācijas pakalpojumi tiek apmaksāti jebkurā stacionārās rehabilitācijas iestādē;
3. Rehabilitācija apdrošinātajām personām ir pieejama ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (tajā skaitā arī ievērojot ārstējošā ārsta norādījumus par nepieciešamo rehabilitācijas kursa uzsākšanas brīdi pēc veiktās operācijas vai saslimšanas/traumas ārstēšanas, kā arī, bez ierobežojuma attiecībā uz minimālo vai maksimālo ārstēšanās dienu skaitu stacionārā kā stacionārās rehabilitācijas pakalpojuma apmaksas nosacījumu.

II. JEBKURU MEDIKAMENTU IEGĀDE ar 70 % (septiņdesmit procentu) atlaidi (atlīdzību limits – ne mazāk kā EUR 150,00 (viens simts piecdesmit *euro*, 00 centi) Apdrošināšanas perioda ietvaros), tai skaitā:

1. Jebkuru Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrēto medikamentu, kuri izrakstīti ar ārstējošā ārsta recepti, iegāde (tai skaitā arī homeopātiskie līdzekļi un valsts kompensējamie medikamenti), bez recepšu limita ierobežojuma. Nav noteikts medikamentu iegādes limits vienam saslimšanas gadījumam;
2. Jebkuru Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrēto medikamentu bez ārsta receptes iegāde, kā arī vitamīnu, pārtikas piedevu, uztura bagātinātāju u.c. līdzekļi, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā un to iegāde (neierobežojot pirkumu skaitu) tiek veikta bez ārsta receptes, atlīdzību limita – ne mazāk kā EUR 30,00 (trīsdesmit *euro*, 00 centi) Apdrošināšanas perioda ietvaros.

III. ZOBĀRSTNIECĪBAS PAKALPOJUMI ar 70 % (septiņdesmit procentu) atlaidi (atlīdzību limits – ne mazāk kā EUR 300,00 (trīs simti *euro*, 00 centi) Apdrošināšanas perioda ietvaros) _____ (_____) darbiniekiem (*skaitis tiks precizēts uz iepirkuma izsludināšanas brīdi, provizoriski ~ 69 (sešdesmit deviņi) darbinieki*) (Programma Nr. 1):

Sertificētu zobārstu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksā (līguma un ārpus līguma organizācijām saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu, t.i., bez apakšlimitu un cenrāžu piemērošanas) par ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija, ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk:

1. Mutes dobuma higiēnas pasākumi bez skaita ierobežojuma;
2. Augsti kvalificētu zobārstu un stomatoloģisko ķirurgu konsultācijas;
3. Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā (zoba izraušana un/vai medikamentu uzlikšana);
4. Profilaktiskās apskates;
5. Terapeitiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls;
6. Ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi;
7. Periodonta slimību ārstēšana;
8. Vietējā anestēzija;
9. Diagnozes precizēšanai nepieciešamās jebkāda veida rentgenogrammas.

IV. ZOBĀRSTNIECĪBAS UN PROTEZĒŠANAS PAKALPOJUMI ar 50 % (piecdesmit procentu) atlaidi (atlīdzību limits – ne mazāk kā EUR 450,00 (četri simti piecdesmit *euro*, 00 centi) Apdrošināšanas perioda ietvaros) _____ (_____) darbiniekiem (*skaitis tiks precizēts uz iepirkuma izsludināšanas brīdi, provizoriski ~ 28 (divdesmit astoņi) darbinieki*) (Programma Nr. 2):

Sertificētu zobārstu, zobārstu protēzistu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksā (līguma un ārpus līguma organizācijām saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu, t.i., bez apakšlimitu un cenrāžu piemērošanas) par ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija, ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk:

1. Mutes dobuma higiēnas pasākumi bez skaita ierobežojuma;
2. Augsti kvalificētu zobārstu un stomatoloģisko ķirurgu konsultācijas;
3. Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā (zoba izraušana un/vai medikamentu uzlikšana);
4. Profilaktiskās apskates;
5. Terapeitiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls;
6. Ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi;
7. Periodonta slimību ārstēšana;
8. Vietējā anestēzija;
9. Diagnozes precizēšanai nepieciešamās jebkāda veida rentgenogrammas;
10. Zobu protezēšanas un impantoloģijas pakalpojumi.

IV. Saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma vērtēšanas kritēriji

Nr. p.k.	Kritērijs	Maksimālais punktu skaits
1.	<p>Apdrošināšanas segumā iekļauto apmaksājamo pakalpojumu klāsts, izņēmumi un apdrošināšanas seguma ierobežojumi:</p> <p>Tiek vērtēts Tehniskās specifikācijas prasībām atbilstošs piedāvājums ar šaurāku neapmaksājamo pakalpojumu sarakstu, salīdzinot ar pārējiem Pretendentiem.</p> <p>Maksimālais punktu skaits – 20.00 punkti, tiek piešķirts piedāvājumam ar plašāko apdrošināšanas segumu un mazākajiem ierobežojumiem attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri netiek apmaksāti. Katram nākamajam piedāvājumam ar ierobežojošāku apdrošināšanas segumu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5.00 punktiem, ja apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu klāsts ir pietiekami plašs un ierobežojumi, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu, ir maznozīmīgi, vai par • 10.00 punktiem, ja piedāvājumā norādītais pakalpojumu klāsts ir ievērojami šaurāks un izņēmumu saraksts ievērojami lielāks, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu. <p>Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku Pretendentu piedāvājumiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits.</p> <p>Izņēmumu sarakstu atšķirību nozīmīgums tiek noteikts, ņemot vērā gan norādīto izņēmumu skaitu, gan arī norādīto izņēmumu struktūru, kas ietekmē arī iespējamo izmaksājamo/atsakāmo atlīdzību apmēru naudas izteiksmē.</p> <p>Piemēram, par maznozīmīgām atšķirībām tiek uzskatīti ierobežojumi, ja izņēmumu sarakstā ir iekļauti atsevišķi pakalpojumi (nosaukto</p>	20.00

Nr. p.k.	Kritērijs	Maksimālais punktu skaits
	<p>speciālistu konsultācijas, atsevišķi nosauktie laboratoriski un diagnostiski izmeklējumi, manipulācijas u.tml.), bet par būtiskām atšķirībām tiek uzskatīts ierobežojums, ja izņēmumu sarakstā ir iekļautas veselas pakalpojumu grupas (diagnozes, ārstniecības metodes, izmeklējumu, manipulāciju grupas u.tml.). Par nozīmīgiem izņēmumiem tiek uzskatītas arī Pretendentu norādītās neapmaksājamās operācijas, apmaksājamo laboratorisko izmeklējumu kopējais skaits.</p> <p>Šī kritērija ietvaros tiks ņemti vērā un vērtēti arī apdrošināšanas segumā papildu iekļautie citu grupu veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas iespējas, kuri nav norādīti obligāti noteiktajās minimālajās prasībās.</p>	
2.	<p>Cena EUR (bez PVN): Pretendents, kurš būs piedāvājis viszemāko cenu, saņems maksimāli iespējamo punktu skaitu, pārējie pretendenti proporcionāli mazāk.</p> <p>Maksimāli iespējamais punktu skaits – 80.00.</p> <p>Aprēķins pēc formulas: legūtie punkti = zemākā piedāvātā cena EUR bez PVN dalīta ar piedāvāto cenu EUR bez PVN reizināts ar 80.00 punktiem.</p>	80.00
KOPĀ:	100.00	

V. Komentāru par noteiktajām kvalifikācijas prasībām un tehnisko specifikāciju sniegšana
Komentāri sniedzami līdz 2024. gada 02. maijam (ieskaitot), nosūtot uz e-pastu vineta.grigorjeva@vases.lv