**Apspriedes**

**Piedāvājuma izvēles kritērijs**

* 1. Piedāvājuma izvēles kritērijs ir saimnieciski visizdevīgākais piedāvājums, kas ir atbilstošs Konkursa nolikuma prasībām. Saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma izvērtēšanas kritēriji un tās skaitliskās vērtības:

| **Nr.p.k.** | **Vērtēšanas kritēriji** | **Īpatsvars vērtēšanā (punktu skaits)** | **Pamata programmas saturs** | **Apspriedei ieteiktie**  **Pretendenta pilnveidojumi** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pamata programmas segumā iekļauto pakalpojumu grupu apdrošinājuma summu/ limitu lielums** | **16** | **Tiek vērtētas Pretendentu piedāvājumos norādīto apdrošinājuma summas/limitu palielinājumu virs tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās norādītā.** |  |
| 1.1. | Programmas kopējā apdrošinājuma summa / limits, tajā skaitā maksas ambulatorie pakalpojumi programmas kopējās apdrošinājuma summas/ limita ietvaros.  *\*bet ne vairāk kā + EUR 1500.00* | 1 | Pretendentu piedāvājumiem, kuros šī kritērija 1.1. – 1.4. apakškritērijos nosauktajās pakalpojumu grupās būs iekļautas lielākas apdrošinājuma summas/ atlīdzību limiti nekā noteikts tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās, tiks piešķirti papildu punkti. Tas ir, tiek vērtēts apdrošinājuma summas/limita palielinājums, kas tiek aprēķināts kā starpība Pretendenta piedāvājumā norādītajam lielumam un minimālajās prasībās noteiktajam lielumam attiecīgajā vērtējuma kritērijā.  Atšķirīgu Pretendentu piedāvāto apdrošinājuma summu / limitu gadījumā piedāvājumam ar vislielāko piedāvāto apdrošinājuma summas/ limita palielinājumu katrā kritērijā tiek piešķirts lielākais iespējamais punktu skaits, bet pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: **X/Y \*P**, kur:  X — apdrošinājuma summas/ limita palielinājums, kam aprēķina izdevīguma punktus,  Y — vislielākais piedāvātais apdrošinājuma summas / limita palielinājums,  P — vērtēšanas apakškritērijam noteiktais maksimālais punktu skaits. |  |
| 1.2. | Maksas stacionāra atlīdzību limits par stacionēšanās gadījumu  *\*bet ne vairāk kā + EUR 1400.00* | 5 |  |
| 1.3. | Ambulatorās rehabilitācijas atlīdzību limits  *\*bet ne vairāk kā + EUR 70.00* | 5 |  |
| 1.4. | Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumu atlīdzību limits  *\*bet ne vairāk kā + EUR 150.00 EUR* | 5 |  |
| **2.** | **Programmas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas apmērs/ cenrādis (t.i., atlīdzības limits par noteiktiem pakalpojumiem katrā veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas reizē), tai skaitā:** | **22** | **Tiek vērtēti Pretendentu piedāvājumos norādītie atlīdzību limitu / cenrāža palielinājumi pamata programmai virs minimālajās prasībās noteiktā šī kritērija ietvaros nosauktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.**  Piedāvājumam ar visaugstāko cenrāža limitu palielinājumu katrā no vērtējamiem pakalpojumiem, kas nosaukti 2.1. – 2.4. apakš kritērijos, tiek piešķirts lielākais punktu skaits. Pārējo piedāvājumi izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: **X/Y \*P**, kur:  X – limita palielinājums, kam aprēķina izdevīguma punktus,  Y – vislielākais piedāvātais limita palielinājums,  P – maksimālais iespējamais punktu katrā no vērtējamiem apakš kritērijiem.  2.5. kritērijā tiek piešķirts papildu punktu skaits par norādītā pakalpojumu apmaksu arī ārpus līguma iestādēm 100% apmērā.  Par minimālo prasību izpildi papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā piešķirti netiek. |  |
| 2.1. | Maksas ārstu/ speciālistu konsultāciju atlīdzību limits par katru apmeklējuma reizi | 8 | Atlīdzību limita palielinājums tiek aprēķināts šādām pozīcijām:  - pirmreizējas un atkārtotas maksas ārstu speciālistu, t.sk. ģimenes ārsta un terapeita konsultācijas – 6 punkti;  - pirmreizējas un atkārtotas profesoru un docentu konsultācijas – 1 punkts;  - ārstniecības personu mājas vizītes – 1 punkts.  Pasūtītājs norāda, ka maksimālie ārstu konsultāciju limiti, no kā tiek aprēķināts limita palielinājums un kas nodrošina maksimālo vērtēšanas punktu saņemšanu, ir šādi:  - speciālistu konsultācijas (t.sk. maksas ģimenes ārsts un terapeits) EUR 50.00 par reizi;  - profesoru un docentu konsultācijas EUR 75.00 par reizi;  - ārstniecības personu mājas vizītes EUR 75.00 par reizi.  Gadījumā, ja atšķirsies piedāvātie atlīdzību limiti pirmreizējām un atkārtotām konsultācijām, tad veicot vērtēšanu, piešķiramo punktu aprēķina formulā tiks izmantots tikai zemākais piedāvātais atlīdzību limits. |  |
| 2.2. | Diagnostisko izmeklējumu atlīdzības limits | 5 | Lai pretendētu uz papildu punktu piešķiršanu šajā vērtēšanas kritērijā, tad visiem apdrošināšanas programmā iekļautajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem atlīdzību limits ir jāpalielina vienādā apmērā un ne mazāk kā par EUR 2.00.  Ja Pretendents limita palielinājumu būs piedāvājis mazāk nekā EUR 2.00 apmērā par katru izmeklējumu, vai limita palielinājums tiks piemērots tikai daļai no pamata programmā iekļautajiem izmeklējumiem, vai atšķirsies piedāvātā atlīdzību limita apmērs katram izmeklējumam, tad papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā piešķirti netiek.  Ja katra izmeklējuma apmaksas summa apdrošināšanas periodā tiek palielināta par EUR 35.00 vai vairāk, tad attiecīgā Pretendenta piedāvājumam tiek piešķirts maksimālais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| 2.3. | Augsto tehnoloģiju diagnostisko izmeklējumu atlīdzību limits | 5 | Lai pretendētu uz papildu punktu piešķiršanu šajā vērtēšanas kritērijā, tad visiem apdrošināšanas programmā iekļautajiem dārgo tehnoloģiju izmeklējumiem atlīdzību limits ir jāpalielina vienādā apmērā un katra izmeklējuma apmaksas summas palielinājumam ir jābūt ne mazāk kā par EUR 10.00.  Ja Pretendents limita palielinājumu būs piedāvājis mazāk nekā EUR 10.00 apmērā par katru izmeklējumu, vai limita palielinājums tiks piemērots tikai daļai no pamata Programmā iekļautajiem izmeklējumiem, vai atšķirsies piedāvātā atlīdzību limita apmērs katram izmeklējumam, tad papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā piešķirti netiek.  Ja katra izmeklējuma apmaksas summa apdrošināšanas periodā tiek palielināta par 160.00 EUR vai vairāk, tad attiecīgā Pretendenta piedāvājumam tiek piešķirts maksimālais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| 2.4. | Ārstniecisko manipulāciju un procedūru atlīdzības limits | 2 | Lai pretendētu uz papildu punktu piešķiršanu šajā vērtēšanas kritērijā, tad visu pamata programmā iekļauto ārstniecisko manipulāciju un procedūru atlīdzību limits ir jāpalielina vienādā apmērā un ne mazāk kā par EUR 2.00 katrai manipulācijai un procedūrai.  Ja Pretendents limita palielinājumu būs piedāvājis mazāk nekā EUR 2.00 apmērā par katru manipulāciju un/vai procedūru, vai limita palielinājums tiks piemērots tikai daļai no pamata programmā iekļautajām ārstnieciskajām manipulācijām un procedūrām, vai atšķirsies piedāvātā atlīdzību limita apmērs katrai no manipulācijām un procedūrām, tad papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā piešķirti netiek. Ja katras manipulācijas un procedūras apmaksas summa tiek palielināta par 25.00 EUR vai vairāk, tad attiecīgā Pretendenta piedāvājuma tiek piešķirts maksimālais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| 2.5. | Maksas laboratorisko izmeklējumu apmaksa arī ārpus līguma iestādēm 100% apmērā, saskaņā ar attiecīgās pakalpojuma sniedzējas iestādes cenrādi | 2 | Ja visu apdrošināšanas pamata programmas segumā iekļauto maksas laboratorisko izmeklējumu apmaksa tiks nodrošināta 100% apmērā, saskaņā ar attiecīgās pakalpojuma sniedzējas iestādes cenrādi ne tikai līguma iestādēs, bet arī ārpus līguma iestādēm, tad attiecīgā Pretendenta piedāvājuma tiek piešķirts papildu punktu skaits – 2 punkti šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| **3.** | **Pamata programmas segumā iekļautie papildu pakalpojumi, kas nav obligāti minimālajās prasībās, piemēram:** | **15** | **Tiek vērtēts pamata programmas segumā iekļauto papildu pakalpojumu kopums, atbilstoši šī kritērija 3.1. – 3.3. apakšpunktā norādītajam, bez papildu piemaksas. Papildu pakalpojumu iekļaušana apdrošināšanas segumā nav obligāta, bet ir vēlama, jo tikai par tehniskajā specifikācijā noteikto minimālo prasību izpildi papildu punkti Pretendentu piedāvājumiem netiek piešķirti.** |  |
| 3.1. | **Kritisko slimību apdrošināšana** ne mazāk kā EUR 500.00 katrā apdrošināšanas periodā katrai apdrošinātai personai, bez nogaidīšanas perioda piemērošanas attiecībā uz Pasūtītāja darbiniekiem, bet “izdzīvošanas” periods pēc saslimšanas diagnosticēšanas ne vairāk kā 28 dienas) | 5 | Papildu punkti Pretendentu piedāvājumiem tiek piešķirti par apdrošināšanas segumā iekļauto kritisko saslimšanu apdrošināšanu (piemēram, vēzis, sirdslēkme (miokarda infarkts), trieka (insults), paralīze, nieru mazspēja, izkliedētā skleroze, u.c. saslimšanas saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu), ar apdrošinājuma summu ne mazāk kā EUR 500.00 katras Polises un Kartes darbības laikā. Tas ir, vienreizējas atlīdzības izmaksāšana apdrošinātajai personai pilnas apdrošinājuma summas apmērā, gadījumā, ja tiek diagnosticēta kāda no apdrošinātajām kritiskajām saslimšanām.  Papildu punkti (kopā maksimālais iespējamais – 5 punkti) tiek piešķirti vērtējot:  - apdrošinājuma summu - 3 punkti;  - apdrošināšanas segumu - 2 punkti.  Pretendenta piedāvājumam ar lielāko piedāvāto apdrošinājuma summu tiek piešķirts maksimālais punktu skaits – 3 punkti. Gadījumā, ja atšķirsies piedāvātās apdrošinājuma summas, tad piedāvājumam ar lielāko apdrošinājuma summu tiek piešķirts lielākais punktu skaits – 3 punkti, bet pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: **X/Y \*P**, kur  X - apdrošinājuma summa, kurai aprēķina izdevīguma punktus,  Y - vislielākā piedāvātā apdrošinājuma summa,  P - vērtēšanas kritērijam noteiktais maksimālais punktu skaits.  Pēc apdrošinājuma summu vērtējuma, tālāk tiek vērtēta Kritisko saslimšanu apdrošināšanas seguma kvalitāte, tas ir, piedāvājumā iekļautās/apdrošinātās Kritiskās saslimšanas, izdzīvošanas perioda ilgums un citi uzlabojošie vai ierobežojošie kritisko saslimšanu apdrošināšanas nosacījumi. Piedāvājumam ar labāko piedāvāto apdrošināšanas segumu ( tajā skaitā plašākais apdrošināto saslimšanu klāsts, īsākais izdzīvošanas periods, mazāk citu ierobežojumu salīdzinot ar pārējiem piedāvājumiem) tiek piešķirts maksimālais punktu skaits – 2 punkti, bet katram nākamajam piedāvājumam ar šaurāku / ierobežojošāku apdrošināšanas segumu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par 0.5 punktiem, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu. Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku Pretendentu piedāvājumiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits. Mazākais iespējamais punktu skaits par kritisko saslimšanu apdrošināšanas seguma kvalitāti ir 0 punkti. |  |
| 3.2. | **Nelaimes gadījumu apdrošināšana**, bez nogaidīšanas perioda vai citu ierobežojumu piemērošanas attiecībā uz Pasūtītāja darbiniekiem tajā skaitā apdrošinātie riski – nāve, invaliditāte/ sakropļojums, kā arī traumas, kaulu lūzumi, apdegumi un apsaldējumi ne mazāk kā EUR 1500.00 apdrošināšanas periodā katram no apdrošinātajiem riskiem. Apdrošināšanas seguma darbības laiks – 24 stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā, gan darba laikā gan ārpus darba laika. Apdrošināšanas seguma darbības vieta – vismaz LR teritorija. | 8 | Papildu punkti Pretendentu piedāvājumiem tiek piešķirti par apdrošināšanas segumā iekļauto Nelaimes gadījumu apdrošināšanu ar apdrošinājuma summu ne mazāk kā EUR 1 500.00 nāves, invaliditātes/ sakropļojuma, kā arī traumu, kaulu lūzumu, apdegumu un apsaldējumu riskiem katras Polises un Kartes darbības laikā.  Papildu punkti (kopā maksimālais iespējamais punktu skaits – 8 punkti) tiek piešķirti vērtējot:   * apdrošinājuma summu - 4 punkti; * atlīdzību tabulas un segumā iekļautos papildu riskus – 4 punkti.   Pretendenta piedāvājumam ar lielāko piedāvāto apdrošinājuma summu nāves, invaliditātes/ sakropļojuma, kā arī traumu, kaulu lūzumu, apdegumu un apsaldējumu riskam tiek piešķirts maksimālais punktu skaits – 4 punkti. Gadījumā, ja atšķirsies piedāvātās apdrošinājuma summas, tad piedāvājumam ar lielāko apdrošinājuma summu tiek piešķirts lielākais punktu skaits – 4 punkti, bet pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: **X/Y \*P**, kur:  X— apdrošinājuma summa, kurai aprēķina izdevīguma punktus,  Y — vislielākā piedāvātā apdrošinājuma summa,  P — vērtēšanas kritērijam noteiktais maksimālais punktu skaits.  Gadījumā, ja atšķirsies piedāvātās apdrošinājuma summas katram no apdrošinātājiem riskiem, tad veicot vērtēšanu par piedāvāto apdrošinājuma summu, piešķiramo punktu aprēķina formulā tiks izmantots tikai zemākā piedāvātā apdrošinājuma summa starp visiem apdrošinātajiem pamata riskiem.  Pēc apdrošinājuma summu vērtējuma, tālāk tiek vērtēta nelaimes gadījumu apdrošināšanas seguma kvalitāte, tas ir, piedāvājumā iekļautās atlīdzību tabulas un iekļautie papildu riski (piemēram, slimnīcas nauda, darba nespēja, apdrošināšanas seguma darbības teritorija, u.tml.). Piedāvājumam ar labāko piedāvāto atlīdzību tabulu (gan tajā iekļauto atlīdzības pozīciju skaitu, gan arī atlīdzību apmēru % izteiksmē), gan arī ar plašāko apdrošināto papildu risku klāsts tiek piešķirts maksimālais punktu skaits – 4 punkti. Katram nākamajam piedāvājumam ar šaurāku atlīdzību tabulu/ tabulām un mazāku apdrošināto papildu risku klāstu, piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par 1 punktu, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu. Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku Pretendentu piedāvājumiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits. Mazākais iespējamais punktu skaits par nelaimes gadījumu apdrošināšanas seguma kvalitāti ir 0 punkti. |  |
| 3.3. | **Jebkādu maksas onkoloģisko pakalpojumu** (gan ambulatori, gan stacionāri) **apmaksa** 100% apmērā, ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā katram Darbiniekam  *\** *gadījumā, ja šo pakalpojumu apmaksa ir paredzēta kopējās pamata programmas apdrošinājuma summas ietvaros, tad ne vairāk kā Pretendenta piedāvātā un maksimālā vērtējamā pamata programmas kopējā apdrošinājuma summa* | 2 | Papildu punkti pretendentu piedāvājumiem tiek piešķirti par maksas onkoloģisko pakalpojumu iekļaušanu pamata programmas segumā.  Ja pretendents minēto pakalpojumu apmaksu piedāvās ar mazāku limitu vai paredzēs daļēju apmaksu (t.i., ar mazāku atlaidi % vai mazāku limitu, nekā noteikts kritērija minimālajās prasībās), vai piemēros kādus citus būtiskus ierobežojumus, kas ietekmē šo pakalpojumu saņemšanas iespējas, tad tas tiks vērtēts 4. punktā minētā vērtēšanas kritērija ietvaros.  Gadījumā, ja maksas onkoloģiskie pakalpojumi tiks iekļauti vairākos piedāvājumos, bet atšķirsies piedāvātie atlīdzību limiti, tad piedāvājumam ar lielāko atlīdzību limitu tiek piešķirts lielākais punktu skaits, bet pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: **X/Y \*P**, kur:  X — atlīdzību limits, kam aprēķina izdevīguma punktus,  Y — vislielākais piedāvātais atlīdzību limits,  P — maksimālais iespējamais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| **4.** | **Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu klāsts, kā arī izņēmumu saraksts** | **17** | Tiek vērtēts tehniskās specifikācijas prasībām atbilstošas pamata programmas, kas tiek iegādātas par Pasūtītāja budžeta līdzekļiem piedāvātajā apdrošināšanas segumā. Piedāvājumam ar plašāko apmaksājamo veselības pakalpojumu klāstu un mazāko izņēmumu sarakstu, tajā skaitā mazākajiem ierobežojumiem attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri netiek apmaksāti, salīdzinot ar pārējiem Pretendentiem, tiek piešķirts lielākais iespējamais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. Katram nākamajam piedāvājumam ar ierobežojošāku apdrošināšanas segumu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par **3** punktiem, ja apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu klāsts ir pietiekami plašs un ierobežojumi, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu, ir maznozīmīgi vai par **6** punktiem, ja piedāvājumā norādītais pakalpojumu klāsts ir ievērojami šaurāks un izņēmumu saraksts ievērojami lielāks, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu.  Pasūtītājs norāda, ka 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. Piemēram, par maznozīmīgām atšķirībām tiek uzskatīti ierobežojumi, ja izņēmumu sarakstā ir iekļauti atsevišķi pakalpojumi (nosaukto speciālistu konsultācijas, nosauktie laboratoriskie un diagnostiskie 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. Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku Pretendentu piedāvājumiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits. Mazākais iespējamais punktu skaits ir 1 punkts.  Šī kritērija ietvaros tiks ņemti vērā un vērtēti arī papildu iekļautie citu grupu veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas iespējas, kas nav obligāti minimālajās prasībās, piemēram, maksas grūtnieču aprūpe, maksas dzemdības, stacionārā rehabilitācija, citu veidu vakcinācijas, vēnu operācijas bez diagnožu ierobežojuma, zobārstniecības papildu programmas seguma uzlabošana, tajā skaitā zobu protezēšanas pakalpojumu iekļaušana, u.c. iespējamie pakalpojumi. Papildus pakalpojumu nozīmīgums tiek noteikts ņemot vērā vai konkrētais uzlabojums ir nepieciešams vairākumam darbinieku, tā iespējamais izmantošanas biežums un iespējamas izmaksas, kā arī apdrošinātā kopējais finansiālais ieguvums no šāda uzlabojuma iekļaušanas apdrošināšanas segumā. |  |
| **5.** | **Vispārīgās vienpšanās (Polises) funkcionalitātes nosacījumi:** | **21** | **Tiek vērtēti veselības apdrošināšanas karšu izmantošanas ērtības nosacījumi.** |  |
| 5.1. | Plaša profila ambulatoro ārstniecības līguma iestāžu skaits (A grupas pakalpojumi) | 5 | Šī kritērija vērtēšanā tiks ņemta vērā Pretendentu līguma iestāžu sarakstos (atbilstoši iepirkuma nolikuma pielikumā Nr. 2.1. noteiktajai veidlapai “LĪGUMA IESTĀŽU SARAKSTA FORMA”, papildus ievērojot šī iepirkuma tehniskās specifikācijas I daļas 6. punkta un tā apakšpunktos, kā arī V daļas 5. punkta un tā apakšpunktos noteikto līguma iestāžu formulējumu) norādītā informācija par līguma iestādēm un to skaitu (vērtēšanas apakš kritēriji 5.1., 5.3., 5.4. un 5.5.), kā arī par norādītajās plaša profila līguma iestādēs ar Kartēm pieejamo papildu veselības aprūpes pakalpojumu skaitu (vērtēšanas apakš kritērijs 5.2.).  Pretendenta piedāvājums, kurā tiks iekļautas visvairāk līguma iestādes (apakš kritēriji 5.1., 5.3., 5.4. un 5.5.) vai kurš nodrošinās vislielāko skaitu papildu pakalpojumu pieejamībai ar Kartēm, iegūst maksimālo iespējamo skaitu katrā no apakškritērijiem. Pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti katrā no 5.1.-5.5. nosauktajiem apakškritērijiem tiek aprēķināti pēc formulas: X/Y \*P, kur:  X – līguma iestāžu / ar Kartēm pieejamo papildu pakalpojumu skaits piedāvājumam, kuram aprēķina izdevīguma punktus;  Y – vislielākais piedāvātais līguma iestāžu/ ar Kartēm pieejamo papildu pakalpojumu skaits;  P – maksimālais iespējamais punktu katrā no vērtējamiem apakš kritērijiem. |  |
| 5.2. | Plaša profila ambulatorās ārstniecības līguma iestādēs ar Karti pieejamo papildu (B grupas) veselības aprūpes pakalpojumu skaits | 3 |  |
| 5.3. | Plaša profila stacionāro līguma iestāžu skaits | 2 |  |
| 5.4. | Laboratorisko izmeklējumu veicēju līguma iestāžu skaits | 2 |  |
| 5.5. | Zobārstniecības līguma iestāžu skaits visā Latvijas Republikas teritorijā | 2 |  |
| 5.6. | **Papildu plaša profila līgumu iestāžu nodrošināšana,** paredzot tajās norēķinus ar Kartēm (bez Darbinieku personīgo naudas līdzekļu iesaistes) SIA “**Dziedniecība**” un filiāles/veselības centri;   * SIA “**Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca**” un filiāles. | 2 | Papildu punkti šajā kritērijā tiek piešķirti tiem Pretendentiem, kuri savos plaša profila līguma iestāžu sarakstos būs iekļāvuši šajā kritērijā nosauktās ārstniecības iestādes.  Par katru līguma iestādi Pretendenta piedāvājumam tiek piešķirts 1 punkts (kopā 2 punkti). |  |
| 5.7. | **Pakalpojumu saraksts**, par kuriem Darbiniekiem sākotnēji ir jānorēķinās no personīgajiem naudas līdzekļiem. | 5 | Pretendenta piedāvājumam ar vismazāko (gan pēc skaita, gan kopējā pakalpojuma grupas apjoma, ņemot vērā iespējamo skaidras naudas norēķinu biežumu, kā arī skaidras naudas norēķinu iespējamo apmēru naudas izteiksmē) to apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu, par kuriem Darbiniekiem sākotnēji jānorēķinās par personīgajiem līdzekļiem, tiek piešķirts maksimālais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. Katram nākamajam Pretendenta piedāvājumam ar lielāku sarakstu piešķirto punktu skaits tiek samazināts par 1 punktu maznozīmīgu atšķirību gadījumā (piemēram, atšķirības ir tikai atsevišķos pakalpojumos, kā atsevišķas, specializētas maksas konsultācijas vai izmeklējumi, vai atsevišķi papildu pakalpojumi, kas iekļauti ārpus minimālajām prasībām, u.c.), salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu, vai par 2 punktiem būtisku atšķirību gadījumā (piemēram, atšķirības ir veselās pakalpojumu grupās vai līguma iestādēs maksas pakalpojumi ar Kartēm ir pieejami daļēji, u.c.), salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu. Mazākais iespējamais punktu skaits ir 0 punkti. Līdzvērtīgu piedāvājumu gadījumā vairākiem Pretendentiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits.  Pasūtītājs norāda, ka pakalpojumu sarakstā, par kuriem sākotnēji ir jānorēķinās skaidrā naudā netiks ieskaitīti tie veselības aprūpes pakalpojumi, par kuriem norēķini līguma iestādēs uzrādot Karti visiem Apdrošinātajiem būs iespējami, veicot iepriekšēju saskaņojumu ar Pretendentu (t.i., garantijas vēstules). |  |
| **6.** | **Radinieku apdrošināšanas prēmijas apmērs** | **5** | **Viszemākā piedāvātā prēmija (cena) Radinieku apdrošināšanā (atbilstoši tehniskās specifikācijas IV daļā noteiktajam) tiek vērtēta ar norādīto maksimālo punktu skaitu šajā vērtēšanas kritērijā.** Pārējo piedāvājumu izdevīguma punktus aprēķina pēc formulas: **Cx/Cy** \* P, kur:  Cx – lētākā piedāvājuma apdrošināšanas prēmija vienam Radiniekam par pamata programmu;  Cy – vērtējamā piedāvājuma apdrošināšanas prēmija vienam Radiniekam par pamata programmu ;  P – maksimālais iespējamais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. |  |
| **7.** | **“Atvērtā polise”, kas tiek iegādāta par Pasūtītāja budžeta līdzekļiem, administratīvo izdevumu apmērs %.** | **4** | **Papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā tiek piešķirti tā Pretendenta piedāvājumam, kuram “Atvērtā polise” administratīvās izmaksas būs piedāvātas zemākas kā noteikts tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās.**  Maksimālo punktu skaitu -  4 punktus -   Pretendents iegūst, ja  “Atvērtās polises” administratīvi izdevumi ir 0%.         Maksimālais punktu skaits tiek samazināts par 0.5 punktiem  par katru administratīvo izdevumu procentu punkta palielinājumu attiecīgā pretendenta piedāvājumam.  Par minimālo prasību izpildi papildu punkti šajā vērtēšanas kritērijā piešķirti netiek. |  |
| **KOPĀ** | | **100** |  |  |