**TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA - TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS** (VEIDLAPA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. p.k.** | **Pasūtītāja obligātās minimālās prasības veselības**  **apdrošināšanas programmai** | **Apspriedei ieteiktie**  **Pretendenta pilnveidojumi** |
|  | **I daļa: Vispārīgās veselības apdrošināšanas pakalpojuma prasības:** | |
| **1**. | Paredzamais veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš (vispārīgās vienošanās periods) ir trīs gadi, par ko tiek noslēgta vispārīgā vienošanās. Vispārīgās vienošanās termiņa laikā katrā no periodiem tiek noslēgta veselības apdrošināšanas polise, katra uz viena gada periodu (turpmāk – Polise), kuras darbības termiņš tiek paredzēts no 2024. gada 1. janvāra līdz 2024. gada 31. decembrim (pirmā Polise); no 2025.gada 1.janvāra līdz 2025.gada 31.decembrim (otrā Polise); no 2026.gada 1.janvāra līdz 2026.gada 31.decembrim (trešā polise).  *Vispārīgās vienošanās ietvaros par otro Polisi un trešo Polisi tiek organizēta cenu aptauja.* |  |
| **2.** | Paredzamais Pasūtītāja apdrošināmo darbinieku (turpmāk – Darbinieki) skaits ir **~ 3300** **personas, neatkarīgi no vecuma un veselības stāvokļa, bez veselības deklarāciju aizpildīšanas, bez iepriekš esošo slimību, traumu ierobežojuma.**  *Precīzs Darbinieku skaits tiks norādīts katras Polises slēgšanas brīdī. Iespējamās Darbinieku skaita svārstības katras Polises termiņa darbības laikā -10%.* |  |
| **3.** | Pretendentam jānodrošina katrs Darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas plastikāta karti (turpmāk – Karte) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu, tai skaitā arī iekļaujot informāciju par apdrošināšanas atlīdzību saņemšanas kārtību un termiņiem. Papildus Pretendentam ir jānodrošina informācijas pieejamība Darbiniekiem ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu. |  |
| **4.** | Kartēm ir jābūt izmantojamām visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot to darbību 24 stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā. |  |
| **5.** | Pretendentam, kā datu apstrādes pārzinim, nav nepieciešama atsevišķa atļauja apstrādāt apdrošināto Darbinieku datus ne no Pasūtītāja, ne no pašiem apdrošinātajiem Darbiniekiem. Tas ir, Pretendents kā obligātu prasību Karšu saņemšanai un izmantošanai, nepieprasa individuālus Darbinieku parakstītus apliecinājumus par atļauju šo datu (tai skaitā arī īpašo kategoriju datu) izmantošanā noslēgtās vispārīgās vienošanās izpildes nodrošināšanai. |  |
| **6.** | Pretendentam ir jānodrošina plašas ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu, tai skaitā **arī plaša profila pakalpojumu sniedzēju līguma iestāžu**, izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas pamata programmu tiek nodrošināta dažādu apdrošināšanas segumā iekļauto maksas pakalpojumu saņemšana, uzrādot Karti un neveicot sākotnējus norēķinus no Darbinieku personīgajiem naudas līdzekļiem. |  |
| 6.1. | Plaša profila ambulatoro līguma iestāžu sarakstā ir jābūt iekļautām šādām ārstniecības iestādēm un to filiālēm ( ja tādas ir): SIA Medicīnas sabiedrība “ARS”, SIA “Veselības centrs 4”, AS “Veselības centru apvienība”, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca (tai skaitā arī poliklīnika), SIA “Rīgas 1. slimnīca” un citas plaša profila ārstniecības pakalpojumu sniedzējas iestādes saskaņā ar Pretendenta iesniegto līguma iestāžu sarakstu. |  |
| 6.2. | Pretendenta ambulatoro un stacionāro pakalpojumu līguma iestāde, kā arī plaša profila ambulatoro un stacionāro pakalpojumu līguma iestāde šī iepirkuma izpratnē ir Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktā kārtībā reģistrēta ārstniecības iestāde, ar kuru piedāvājuma iesniegšanas un vispārīgās vienošanās noslēgšanas brīdī Pretendentam ir spēkā vispārīgā vienošanās un kur norēķinus apdrošināšanas programmā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā gan pacientu iemaksas apmērā, gan par dažādiem iestādes sniegtajiem maksas pakalpojumiem ir iespējams veikt, izmantojot Karti un neveicot sākotnējus norēķinus no Darbinieku personīgajiem naudas līdzekļiem. |  |
| 6.3. | Plaša profila **ambulatorā līguma iestāde** šī iepirkuma izpratnē ir tāda ārstniecības iestāde, kur norēķinus ar Karti ir iespējams veikt vismaz par šādām pakalpojumu grupām:   * ārstu-speciālistu konsultācijas (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.1. punktam); * diagnostiskie izmeklējumi (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.4. un 2.2.2.5. punktam); * laboratoriskie izmeklējumi (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.3. punktam); * manipulācijas un procedūras (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.2. punktam). |  |
| 6.4. | Plaša profila **stacionārā līguma iestāde** šī iepirkuma izpratnē ir tāda ārstniecības iestāde, kur norēķinus ar Karti ir iespējams veikt vismaz par šādām maksas pakalpojumu grupām:   * uzturēšanās maksa par katru dienas vai diennakts stacionārā pavadīto dienu, tajā skaitā arī paaugstinātais serviss (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.1. un 2.1.4.4. punktam); * maksas ķirurģiskās operācijas (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.3. punktam); * citas maksas stacionārā veiktās manipulācijas, izmeklējumi (atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.2. punktam). |  |
| 6.5. | *Lai apliecinātu šajā tehniskās specifikācijas punktā Nr. 6. (tajā skaitā 6.1. – 6.4. apakšpunktos) izvirzītas līguma iestāžu prasības, Pretendentam līguma iestāžu sarakstus jānoformē atbilstoši Pasūtītāja veidlapai “LĪGUMA IESTĀŽU SARAKSTA FORMA”.* |  |
| **7.** | Pretendents nevar noteikt ierobežojumus attiecībā uz Darbinieku ārstniecības iestāžu izvēli, kurās tiek saņemti apdrošināšanas segumā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi. |  |
| **8.** | Visiem veselības apdrošināšanas programmas segumā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai ārstēšanās nepieciešamība ir noteikta pirms apdrošināšanas spēkā stāšanās) jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar Polises un Karšu pirmo darbības dienu un visā to darbības laikā. |  |
| **9.** | Pretendentam Darbiniekiem ir jānodrošina iespēja iesniegt maksājumus apliecinošos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – Atlīdzības pieteikumi) gan elektroniski, gan visās Pretendenta pārstāvniecībās par visiem apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan ārpus līguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja Darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar Karti. |  |
| **10.** | Atlīdzības pieteikumus Darbinieki ir tiesīgi iesniegt visa Polises un Karšu darbības termiņa laikā, kā arī ne mazāk kā 1 mēnesi pēc Polises un Karšu darbības termiņa beigām. |  |
| **11.** | Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai 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 Darbinieks sākotnēji ir veicis no personīgajiem naudas līdzekļiem, Pretendentam ir jāveic ne vēlāk kā 5 darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. |  |
| **12.** | Pretendentam jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto Darbinieku sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visā attiecīgās Polises darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā bijušos Darbiniekus un pievienojot papildu Darbiniekus, uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā esošajiem Darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu. |  |
| 12.1. | Iekļaujot papildu Darbiniekus, kā arī izslēdzot bijušos Darbiniekus no apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (t.i. 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, kā arī izmaksātās un pieteiktās atlīdzības. Pirms termiņa izbeigto Karšu neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu Pretendents saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem pārskaita uz Pasūtītāja bankas norēķinu kontu vai ietur kā avansu turpmākajiem prēmiju maksājumiem. |  |
| 12.2. | Izslēdzot bijušos Darbiniekus no apdrošināto saraksta, Pretendents kā obligātu nosacījumu attiecīgo Karšu darbības apturēšanai/ pārtraukšanai nepieprasa no Pasūtītāja to fizisku atgriešanu Pretendentam. Tas ir, attiecīgās Kartes darbība tiek apturēta/ pārtraukta un neizmantotā perioda atgriežamās prēmijas aprēķins tiek veikts neatkarīgi no tā, vai tā ir/nav palikusi bijušā Darbinieka rīcībā. |  |
| **13.** | Darba tiesisko attiecību pārtraukšanas gadījumā Pasūtītājs var ļaut bijušajam Darbiniekam Kartes izpirkšanu, par šo faktu atsevišķi neinformējot Pretendentu, izņemot gadījumus, kad Pasūtītājs sazinās ar Pretendentu, lai precizētu atlikušā apdrošināšanas perioda apdrošināšanas prēmiju. |  |
| **14.** | Pēc Darbinieku rakstiska pieprasījuma saņemšanas Pretendentam ne vēlāk kā 5 darba dienu laikā no tā saņemšanas ir jānodrošina informācijas sagatavošana un Darbinieka, kurš veicis pieprasījumu, informēšana par tam izmaksāto kopējo apdrošināšanas atlīdzību statistiku apmēru un gadījumiem.  *Pretendentam, gatavojot piedāvājumu, atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas prasībām ir jāiekļauj detalizēta informācija par to, kur un kādā formā Darbiniekiem ir jāiesniedz pieprasījums Pretendentam šajā punktā iepriekš minētās informācijas saņemšanai.* |  |
| **15.** | Pēc Pasūtītāja vai Pasūtītāja pilnvarotā apdrošināšanas brokera rakstiska pieprasījuma saņemšanas (ne biežāk kā 1 reizi katras Polises darbības laikā), Pretendentam ne vēlāk kā 5 darba dienu laikā ir jānodrošina informācijas sagatavošana un nosūtīšana Pasūtītājam vai pilnvarotajam brokerim par kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, norādot arī izmaksu sadalījumu katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām, ievērojot Pasūtītāja un/vai pilnvarotā apdrošināšanas brokera norādījumus. |  |
| **16.** | Pretendents nepiemēro maksu par Kartes dublikāta izsniegšanu, tās nozaudēšanas vai nozagšanas gadījumā, kā arī personas datu (piemēram, uzvārda vai personas koda) maiņas gadījumos. |  |
| **17.** | Pretendents nepiemēro maksu par izziņu sagatavošanu un izsniegšanu, kas paredzētas iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā. |  |
| **18.** | Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par piedāvātās apdrošināšanas programmas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.  Gadījumos, ja piedāvātās apdrošināšanas programmas segumā ir iekļauts kāds pakalpojums, kura saņemšana līguma iestādē, uzrādot Karti un neveicot sākotnēju apmaksu no Darbinieku personīgajiem līdzekļiem, ir iespējama, tikai veicot iepriekšēju saskaņojumu ar Pretendentu, tad Pretendentam ir jānodrošina, ka saskaņošanu Darbinieki visos gadījumos var veikt paši, bez Pasūtītāja starpniecības. |  |
| **19.** | Ja Darbinieks vēlas noskaidrot, vai kāds konkrēts veselības aprūpes pakalpojums, par kuru Darbiniekam sākotnēji ir jānorēķinās no personīgajiem naudas līdzekļiem, ir iekļauts apdrošināšanas segumā, tad Pretendents nav tiesīgs atteikties sniegt šādu informāciju par pakalpojumu un tā saņemšanas nosacījumiem, tai skaitā arī gadījumos, kad konkrētā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu ietekmē arī citi faktori – diagnoze, procedūras veids, u.tml. |  |
| **20.** | Pretendentam šī iepirkuma ietvaros ir tiesības piemērot apdrošināšanas seguma izņēmumus attiecībā uz sniedzamo pakalpojumu klāstu, kuri nav pretrunā ar obligātajām minimālajām prasībām, t.i. nosaukt konkrētas klīniskās medicīnas nozares, ārstus – speciālistus, izmeklējumus, u.c. medicīniskos pakalpojumus, kuri apdrošināšanas programmas ietvaros netiks apmaksāti. Ierobežojumi un izņēmumi, kas nebūs norādīti Pretendenta tehniskajā piedāvājumā, Pasūtītājam nebūs saistoši.  Pretendentam papildu maksas ambulatoro pakalpojumu cenrādim, kurā tiek norādīta viena pakalpojuma maksimālā atlīdzināmā summa, ja tāds tiek piemērots, nav tiesības piemērot jebkādus papildu apakšlimitus, kā arī pakalpojuma veida ietvaros piemērot ierobežojošu apmaksājamo pozīciju sarakstu šīs tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās nosauktajiem un tā piedāvājumā ietvertajiem medicīnisko pakalpojumu veidiem (piemēram, ārstu konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi, u.c.). |  |
| **21.** | Prēmiju maksājumu par katru Polisi Pasūtītājs veic divos maksājumos kalendārajā gadā, pamatojoties uz vispārīgajā vienošanāun katrā Polisē norādīto kārtību. |  |
| **22.** | Pretendents Polises darbības laikā nedrīkst paaugstināt piedāvāto apdrošināšanas pakalpojumu prēmiju (cenu), samazināt un/vai pasliktināt piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā vispārīgās vienošanās darbības laikā mainīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā pakalpojuma sniegšanas kārtību. |  |
| **II daļa: Pamata programmas, kas tiek iegādāta par Pasūtītajā budžeta līdzekļiem, minimālās prasības:** | | |
| **1.** | **Pamata programmas**, tai skaitā ambulatorie un stacionārie pakalpojumi, kā arī zobārstniecības pakalpojumi, pilna apdrošināšanas perioda (gada) prēmija vienam Darbiniekam nevar būt augstāka par EUR 400.00 pirmajā Polises darbības gadā jeb pirmajā vispārīgās vienošanās darbības gadā. Otrās Polises darbības gadā, iesniedzot cenu aptaujas piedāvājumu vispārīgās vienošanās ietvaros, prēmijas pieaugums nevar pārsniegt 9,99% no EUR 400.00 jeb prēmija vienam Darbiniekam nevar būt augstāka par EUR 439.96. Trešās Polises darbības gadā, iesniedzot cenu aptaujas piedāvājumu vispārīgās vienošanās ietvaros, prēmijas pieaugums nevar pārsniegt 9,99% no EUR 439.96 jeb prēmija vienam darbiniekam nevar būt augstāka par EUR 483.91. Ja veselības aprūpes pakalpojumu cenas būs pieaugušas vairāk par 9,99% pret iepriekšējo gadu, Pasūtītājam ir tiesības samazināt apdrošināšanas segumu Otrajai polisei un/vai Trešajai polisei. |  |
| **2.** | **Pamata programmas segumā iekļautie pakalpojumi:** |  |
| **2.1.** | **Ambulatorie un stacionārie** veselības aprūpes pakalpojumi ar minimālo apdrošinājuma summu katram Darbiniekam katras Polises un Kartes darbības laikā ir ne mazāk kā **EUR 4 500.00**, tai skaitā: |  |
| 2.1.1. | **Pacienta iemaksas pakalpojumi** 100% apmērā gan līguma, iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, kopējās programmas apdrošinājuma summas ietvaros, tai skaitā: |  |
| 2.1.1.1. | par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; |  |
| 2.1.1.2. | par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā arī stacionārās rehabilitācijas pakalpojumi; |  |
| 2.1.1.3. | pacienta līdzmaksājums par operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām. |  |
| 2.1.2. | **Ambulatorie maksas pakalpojumi**, programmas kopējās piedāvātās apdrošinājuma summas ietvaros, neparedzot apakšlimitu par saslimšanas gadījumu vai apakšlimitu kādai no programmas segumā iekļauto pakalpojumu grupām *(izņemot, ja tādu nav noteicis pats Pasūtītājs)*, kā arī neparedzot pakalpojumu saņemšanas reižu skaita ierobežojumus un neparedzot reižu skaita, summas apakšlimitu, termiņa vai citu viedu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs ar Karti, tai skaitā: |  |
| 2.1.2.1. | **Ģimenes ārstu, ārstu – speciālistu, augsti kvalificētu speciālistu** (profesoru, docentu un ārstniecības iestāžu nodaļu vadītāju) **konsultācijas**, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem speciālistiem (tai skaitā paredzot arī dermatologa, alergologa, homeopāta, osteopāta, fizikālās medicīnas ārsta jeb rehabilitologa, sporta ārsta u.c. speciālistu konsultāciju apmaksu), kā arī ārstniecības personu mājas vizītes (ieskaitot transporta pakalpojumus) ne mazāk kā **EUR 30.00** par katru konsultāciju/vizīti; |  |
| 2.1.2.2. | Plaša spektra ārstu nozīmētas **ārstnieciskās manipulācijas** un procedūras, t.sk. dermatoloģijā, ginekoloģijā, ķirurģijā, otolaringoloģijā, oftalmoloģijā, t.sk., redzes un dzirdes pārbaude u.c. veidu manipulācijas saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu, kā arī dažādas medikamentu injekcijas, blokādes, pārsiešanas u.c., ne mazāk kā **EUR 15.00** par katru manipulāciju un procedūru (**epidurālā blokāde** ne mazāk kā **EUR 40.00**); |  |
| 2.1.2.3. | Plaša spektra **laboratoriskie izmeklējumi** ar ārstējošā ārsta norīkojumu, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, **100% apmērā** līguma iestādēs, tai skaitā paredzot apmaksāt arī sekojošus izmeklējumus asins aina, urīna un fēču analīzes, aknu testi un fermenti, kardioloģiskie marķieri, citi asins bioķīmiskie izmeklējumi, vairogdziedzera hormoni, onkocistoloģiskā izmeklēšana, asinsgrupas noteikšana, histoloģisko un biopsijas materiālu izmeklēšana, onkomarķieri, osteoporozes diagnostika, D vitamīna noteikšana, infekciju diagnostiku, t.sk. ērču encefalīts u.c. izmeklējumi.  *Pretendents ir tiesīgs noteikt neapmaksājamos laboratoriskos izmeklējumus, kuru izsmeļošs saraksts tiek iesniegts Pasūtītāja noteiktajā veidlapā “PRETENDENTA NEAPMAKSĀJAMO LABORATORISKO IZMEKLĒJUMU SARAKSTS”. Visi laboratoriskie izmeklējumi, kas veidlapā netiks norādīti kā neapmaksājami, iepirkuma ietvaros tiek uzskatīti par apmaksājamiem laboratoriskajiem izmeklējumiem.*  *Ārpus līguma iestādēm Pretendentam laboratorisko izmeklējumu apmaksa ir jānodrošina ne mazāk kā apmērā, kas ir piedāvāts vadošo maksas ārstniecības iestāžu cenās, piemēram, E.Gulbja laboratorija, Centrālā laboratorija un/vai Nacionālais Medicīnas Serviss – Laboratorija.* |  |
| 2.1.2.4. | Plaša spektra **diagnostiskie izmeklējumi** ar ārstējošā ārsta norīkojumu, jebkurai ķermeņa zonai/orgānam, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tai skaitā, apmaksājot arī visa veida rentgena izmeklējumus ar vai bez kontrastvielas, visa veida ultrosonogrāfiskos un doplerogrāfiskos izmeklējumus, osteodensitometrijas izmeklējumus, holtera monitorēšanu, veloergometrija u.c. izmeklējumus jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam, ne mazāk kā **EUR 30.00** par katru izmeklējumu. |  |
| 2.1.2.5. | **Augsto tehnoloģiju izmeklējumi** ar ārstējošā ārsta norīkojumu, jebkurai ķermeņa zonai/orgānam, tai skaitā datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse, scintigrāfijas izmeklējumi, dažādi endoskopiskie izmeklējumi un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi, t.sk. kontrastvielas un intravenozās narkozes izmaksas, kas vajadzīgas diagnostisko pakalpojumu saņemšanai, ne mazāk kā **140.00 EUR** par katru izmeklējumu. |  |
| 2.1.2.6. | **Medicīniskās izziņas** autovadītājiem, ieroču nēsāšanas atļaujas saņemšanai, tai skaitā atsevišķu ārstu atzinumi, kas iekļauti šīs izziņas saņemšanas procesā **100% apmērā** gan līguma iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm. |  |
| 2.1.2.7. | Valsts noteiktās **obligātās veselības pārbaudes** darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā atbilstoši spēkā esošiem un saistošiem normatīvajiem aktiem, tai skaitā, izbraukuma pārbaudes, **100% apmērā** gan līguma iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm. |  |
| 2.1.2.8. | **Vakcinācija** pret ērču encefalītu un gripu, pret A un B hepatītu, tajā skaitā kombinētā AB hepatīta vakcīna, **100% apmērā** gan līguma iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm, tajā skaitā iekļaujot ārsta apskati pirms vakcinācijas, vakcīnas cenu un vakcinācijas veikšanu. |  |
| 2.1.2.9. | **Fizikālās terapijas procedūras**, ar ģimenes vai jebkura cita ārstējošā ārsta norīkojumu, ne mazāk kā 10 reizes katras Polises un Kartes darbības termiņa laikā, bez diagnožu ierobežojuma, **100% apmērā** gan līguma, gan ārpus līguma iestādēm, neierobežojot apmaksājamo fizikālo terapiju procedūru klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem procedūru veidiem (t.sk. apmaksājot arī teipošanu) u.c. procedūru veidus saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu. |  |
| 2.1.2.10. | **Ambulatorā rehabilitācija** ar ģimenes vai jebkura cita ārstējošā ārsta norīkojumu, bez diagnožu ierobežojuma **100% apmērā,** ar kopējo atlīdzības limitu ne mazāk kā **EUR 100.00** katras Polises un Kartes darbības termiņa laikā, nenosakot kursu vai apmeklējuma reižu skaita ierobežojumus, kā arī vienas apmeklējuma reizes limitu vai atsevišķus apakš limitus apdrošināšanas segumā iekļautajiem ambulatorās rehabilitācijas veidiem, kā arī nenosakot citus ierobežojumus, kas ietekmē šī pakalpojuma saņemšanas iespējas. Ambulatorās rehabilitācijas veidi – triecienviļņu terapija, ārstnieciskā masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās, t.sk. arī grūtnieču vingrošana u.c. procedūru/pakalpojumu veidi saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu. Tiek apmaksāti arī iegādātie ambulatorās rehabilitācijas abonementi. |  |
| 2.1.3. | **Neatliekamā medicīniskā palīdzība,** t.sk. valsts un privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā **100% apmērā** gan līguma iestādēs, gana ārpus līguma iestādēm, bez apakšlimita piemērošanas. |  |
| 2.1.4. | **Stacionārie maksas** pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā), programmas kopējās apdrošinājuma summas ietvaros 100% apmērā gan līguma, iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm ne mazāk kā **EUR** **600.00** par katru stacionēšanās gadījumu, tai skaitā: |  |
| 2.1.4.1. | Uzturēšanās maksa par katru stacionārā pavadīto dienu, tai skaitā arī gadījumos, ja Darbinieks daļu no stacionārajiem pakalpojumiem saņem pacientu iemaksas apmērā; |  |
| 2.1.4.2. | Ārstu speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā, un stacionārā izmantotie medikamenti; |  |
| 2.1.4.3. | Maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām, ietverot arī (bet ne tikai) kataraktas un glaukomas operācijas, mugurkaula, neiroķirurģiskās, mikroķirurģiskās, endoprotezēšanas, deguna starpsienas operācijas, artroskopiskās operācijas, jebkāda veida menisku operācijas, lāzeroperācijas, laporoskopiskās operācijas, karpālā kanāla operācijas, jebkāda veida proktoloģiskās operācijas u.c. operācijas; |  |
| 2.1.4.4. | Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, tai skaitā arī gadījumos, ja Darbinieks daļu no stacionārajiem pakalpojumiem saņem pacientu iemaksas apmērā. |  |
| **2.2.** | **Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumu** apmaksa ne mazāk kā ar **50 % atlaidi** (bez papildu cenrāžu piemērošanas) un ar minimālo atlīdzību limitu katras Polises un Kartes darbības termiņa laikā ne mazāk kā **EUR 150.00**, tai skaitā: |  |
| 2.2.1. | mutes dobuma **higiēnas pakalpojumi** bez reižu skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot izmantojamās metodes un palīgvielas; |  |
| 2.2.2. | **neatliekamā palīdzība** akūtu zobu sāpju gadījumā; |  |
| 2.2.3. | **periodonta** saslimšanu ārstēšana; |  |
| 2.2.4. | ārsta-speciālista **konsultācijas** un **ārstēšanas plāna sastādīšana**; |  |
| 2.2.5. | diagnozes precizēšanai nepieciešamās jebkāda veida (bez izņēmumiem) **rentgenogrammas** un citi izmeklējumi; |  |
| 2.2.6. | terapeitiskie un **ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi**, t.sk. plombēšanā lietotie materiāli; |  |
| 2.2.7. | vietējā **anestēzija**; |  |
| 2.2.8. | tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan ārpus līguma iestādēm saņemtie zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi. |  |
| **III daļa: Atvērtās polises, kas tiek iegādāta par Pasūtītajā budžeta līdzekļiem, minimālās prasības:** | | |
| **1.** | Pēc Pasūtītāja rakstiska norādījuma atvērtās polises ietvaros tiek apmaksāti jebkuri Pamata programmas segumā neapmaksāti/neiekļauti veselības aprūpes, veselības veicināšanas un profilakses pakalpojumi Pasūtītāja norādītajām personām un norādītajā apjomā, nenosakot ierobežojumus apdrošināšanas gadījumu, un atlīdzības saņēmēju skaitam, kā arī nenosakot minimālo vai maksimālo atlīdzības limitu par katru apdrošināšanas gadījumu un neparedzot citus ierobežojumus, kas ietekmē šī pakalpojuma izmantošanas iespējas. |  |
| **2.** | **Papildus III daļas 1. punktā norādītajam Pretendents apmaksā arī:**   * Jebkurus tos veselības aprūpes, profilakses un veicināšanas pakalpojumus, kas pārsniedz Pamata programmas segumā paredzētos limitus vai arī tās ietvaros netiek apmaksāti vispār, tajā skaitā arī tādi pakalpojumi, kuri Pamata programmas ietvaros netiek apmaksāti nepilnīgi/nekorekti noformētas dokumentācijas dēļ; * Maksas stacionāros pakalpojumus (tajā skaitā jebkāda veida veiktās operācijas), kas saņemtas arī ārvalstīs; * Jebkāda veida manipulācijas un procedūras dermatoloģijā, bez diagnožu ierobežojuma; * Jebkurus medikamentus, vitamīnus, uztura bagātinātājus, tajā skaitā bez receptēm; * Jebkurus zobārstniecības un zobu protezēšanas pakalpojumus; * Jebkurus optikas pakalpojumus un optikas iegādi; * Jebkuru ārstniecisko palīgierīču iegādi un/vai īri; * Rehabilitāciju sanatorijās un veselību veicinošu procedūru centros; * Jebkāda veida sporta nodarbības un jebkuri sporta abonementi. |  |
| **3.** | Pretendents pēc Pasūtītāja pieprasījuma veic iepriekšēju pakalpojumu apmaksas saskaņojumu (t.i., garantijas vēstules sagatavošanu) ar pakalpojumu sniedzēju, lai apdrošinātajai personai par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu nebūtu sākotnēji jānorēķinās no personīgajiem naudas līdzekļiem. |  |
| **4.** | Atvērtās polises apdrošinājuma summa apdrošināšanas periodā tiek noteikta līdz **EUR 25 000.00** katrā apdrošināšanas periodā (gadā), tas ir, līdz EUR 75 000.00 visa vispārīgās vienošanās perioda laikā. |  |
| **5.** | Atvērtās polises apkalpošanas administratīvās izmaksas nedrīkst būt vairāk par 8% no atvērtās polises apdrošinājuma summas. |  |
| **6.** | Pēc vispārīgās vienošanās darbības termiņa beigām, Pretendents veic atvērtās polises neizmantotās apdrošinājuma summas aprēķinu, par kuru informē Pasūtītāju. Neizmantotā apdrošināšanas prēmija pēc vispārīgās vienošanās darbības termiņa beigām tiek atgriezta uz Pasūtītāja konta numuru. |  |
| **7.** | Pretendentam veicot atlīdzības izmaksu konkrētām personām no „Atvērtās polises” ir jānodrošina Pasūtītāja rakstiska informēšana par atlīdzības izmaksas faktu, kā arī par izmaksātās atlīdzības apmēru katrai personai, par kuru atlīdzības izmaksa ir veikta, nosūtot šo informāciju uz Pasūtītāja norādītās kontaktpersonas e-pasta adresi. |  |
| **7.** | Finanšu piedāvājumā atvērtās polises izmaksas ir jānorāda kā atsevišķs apdrošināšanas prēmijas maksājums, neiekļaujot tās summu pamata veselības apdrošināšanas pakalpojuma prēmiju maksājumos. |  |
| **IV daļa: Darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšanas nosacījumi:** | | |
|  | Pretendentam jānodrošina piedāvājumā minētās Darbinieku veselības apdrošināšanas pamata programmas (atbilstoši tehniskās specifikācijas I un II daļā noteiktajam) iegāde arī Pasūtītāja Darbinieku ģimenes locekļiem. Katram Darbiniekam ir tiesības apdrošināt **jebkuru vienu ģimenes locekli / personu bez radniecības ierobežojuma** (turpmāk – Radinieks /Radinieki), kā arī neatkarīgi no Radinieku vecuma un veselības stāvokļa, bez veselības deklarāciju aizpildīšanas, bez iepriekš esošo slimību, traumu ierobežojuma. |  |
|  | Apdrošināmo Radinieku saraksts un skaits no Pasūtītāja puses tiks precizēts (norādīts) katras Polises slēgšanas gadījumā šīs daļas 3.punktā norādītajā termiņā. |  |
|  | Radiniekiem ir jābūt iespējai apdrošināšanu iegādāties ne vēlāk kā 1 (viena) mēneša laikā pēc Darbinieku Polises spēkā stāšanās datuma. Gadījumā, ja apdrošināšanas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu (tas ir, uz 11 mēnešiem), Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu. |  |
|  | Apdrošināšanas prēmija par Radinieku apdrošināšanu tiek iemaksāta Pretendentam no personīgajiem līdzekļiem, bez Pasūtītāja starpniecības. Tas ir, Radinieki apdrošināšanas prēmiju iemaksā tieši Pretendentam (filiālēs vai ar pārskaitījumu), pēc Pretendenta sagatavotā rēķina saņemšanas. |  |
|  | Darbinieka Kartes darbības pārtraukšana saistībā ar darba tiesisko attiecību izbeigšanu neietekmē attiecīgā Radinieka Kartes darbības termiņu. |  |
|  | Pretendentam jānodrošina apdrošinātā Radinieka Kartes pārtraukšana tā nāves gadījumā.  Atlikušās prēmijas aprēķins tiek veikts proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas), neņemot vērā administratīvos izdevumus, kā arī izmaksātās un pieteiktās atlīdzības. |  |
|  | Sākoties otrajam un trešajam apdrošināšanas periodam (otrā un trešā perioda Polise), apdrošināmo Radinieku saraksts var tik mainīts. Tas nozīmē, ka Darbinieki pēc brīvas izvēles var izvēlēties pagarināt vai nepagarināt apdrošinātā Radinieka apdrošināšanas Kartes darbības termiņu, kā arī var tikt apdrošināti citi Radinieki. |  |
|  | Pretendents Radinieku Kartes piegādā Pasūtītājam vienlaicīgi ar Darbinieku Kartēm. |  |
| **V daļa: tehniskajā piedāvājumā iekļaujamā informācija /pievienojamie dokumenti:**  *(Ailē “Pretendenta piedāvājums), Pretendents norāda tehniskajam piedāvājumam pievienotā dokumenta nosaukumu (un/vai piedāvājuma lpp.), kurā prasītā informācija/dokuments ir iekļauta un aprakstīta)* | | |
| **1.** | **Vispārīgās veselības apdrošināšanas pakalpojuma prasības**, atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas I daļā noteiktajam, **tai skaitā:** |  |
| 1.1. | Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tai skaitā informācija par termiņiem dokumentu iesniegšanai Pretendentam atlīdzības saņemšanai. |  |
| 1.2. | Pamata programmas segumā iekļauto pakalpojumu saraksts, kuru apmaksa ir paredzēta apdrošināšanas segumā, taču, par kuriem Darbiniekiem sākumā ir jānorēķinās no personīgajiem naudas līdzekļiem. |  |
| 1.3. | Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību katras Polises darbības laikā, kas saistīta ar Darbinieku skaita izmaiņām, ievērojot tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības. |  |
| 1.4. | Informācija par Darbinieku pieprasījumu veikšanas kārtību informācijas saņemšanai par attiecīgajam apdrošinātajam kopējo izmaksāto atlīdzību apmēru un gadījumiem (atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas I daļas 13. punktā noteiktajam.). |  |
| **2.** | **Detalizēts piedāvātās pamata programmas apraksts**, atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas II daļā noteiktajam, tai skaitā norādot papildinājumus, ierobežojumus, u.c. Pretendenta nosacījumus, kas nedrīkst būt pretrunā šajā tehniskajā specifikācijā norādītajām minimālajām prasībām vai tās jebkādā mērā ierobežot, **tai skaitā**: |  |
| 2.1. | Neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts. |  |
| 2.2. | Neapmaksājamo laboratorisko izmeklējumu saraksts, atbilstoši Pasūtītāja noteiktai veidlapai. |  |
| 2.3. | Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi. |  |
| 2.4. | Pretendenta pamata programmas cenrādis, kas tiek piemērots par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. |  |
| **3.** | Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, kuru saņemšana Darbiniekiem līguma iestādēs, uzrādot Karti un neveicot sākotnēju pakalpojuma apmaksu no personīgajiem naudas līdzekļiem, ir iespējama tikai gadījumā, ja ir veikts iepriekšējs saskaņojums ar pretendentu. |  |
| **4.** | Informācija par ģimenes locekļu apdrošināšanas noteikumiem, atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas IV daļā noteiktajam. |  |
| **5.** | Numurēts Pretendenta **ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu saraksts,**  kas noformēts atbilstoši Pasūtītāja noteiktajai veidlapai, papildus ievērojot Tehniskās specifikācijas I daļas 6. punkta un visos tā apakšpunktos norādīto līguma iestāžu formulējumu. |  |
| 5.1. | Līguma iestāžu sarakstos Pretendents iekļauj un norāda tikai tās līguma iestādes, kas ir attiecināmas uz piedāvāto Pamata programmu, atbilstoši tehniskās specifikācijas II daļas 2.1. punktā un visos tā apakšpunktos norādītajiem pakalpojumiem. |  |
| **6.** | Numurēts **zobārstniecības pakalpojumu līguma iestāžu saraksts**, kas attiecināms uz tehniskās specifikācijas II daļas 2.2. punktā un visos tā apakšpunktos norādītajiem zobārstniecības pakalpojumiem. |  |