2.pielikums iepirkuma nolikumam “PIKC NMV darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumi, iepirkuma ID Nr. NMV 2017/1

**TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA**

1. **VISPĀRĪGĀS PRASĪBAS**
   1. Pretendenta tehniskajam -finanšu piedāvājumam jāatbilst vispārīgām prasībām un jāizpilda vismaz minimālās prasības, kas norādītas tehniskajā specifikācijā. Vērtējot iesniegtos piedāvājumus, par papildus iekļautiem pakalpojumiem pretendents saņem papildus punktus saskaņā ar vērtēšanas kritērijiem.
   2. Pretendentam ir jānodrošina pakalpojumu saņemšana visās pretendenta norādītajās līgumiestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti, veicot bezskaidras naudas norēķinus, tai skaitā par maksas pakalpojumiem. Pretendents nodrošina katrai apdrošinātajai personai veselības apdrošināšanas karti, detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu, informāciju par līgumiestādēm un informāciju par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, kā arī – bez maksas izsniedz veselības apdrošināšanas kartes dublikātu, dokumentu kopijas, kā arī izziņas Valsts ieņēmumu dienestam.
   3. Pasūtītāja darbinieki un to ģimenes locekļi programmas ietvaros ir tiesīgi saņemt apdrošināšanas līgumā ietverto pakalpojumu apmaksu par medicīniskajiem pakalpojumiem, kas saņemti gan līgumiestādēs, gan arī iestādēs, kas nav pretendenta līgumiestādes. Ja apdrošinātā persona samaksājusi par medicīniskajiem pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem, tai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību, saskaņā ar piedāvājumā iesniegto cenrādi, iesniedzot maksājuma dokumentus par saņemtajiem pakalpojumiem visās pretendenta pārstāvniecībās, kā arī jānodrošina šis serviss attālināti, neklātienē, izmantojot elektroniskos sakaru līdzekļus, piemēram, e-pastu, mājas lapu u. tml. Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas (apdrošinātie pasūtītāja darbinieki un to ģimenes locekļi) ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas brīža.
   4. Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas (apdrošinātie pasūtītāja darbinieki un to ģimenes locekļi) ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas brīža.
   5. 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, veicama ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no iesnieguma un maksājuma dokumentu saņemšanas dienas. Atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā pretendentam jāinformē apdrošinātās personas par atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu.
   6. Pretendentam, jānodrošina iespēja pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā:

1.6.1. ne retāk kā vienu reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā apdrošinātos darbiniekus;

1.6.2. ne retāk kā vienu reizi mēnesī apdrošināšanas līguma (polises) darbības laikā, pievienojot jaunus darbiniekus uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā iepriekš apdrošinātajiem darbiniekiem, t.sk. arī saglabājot pilnu apdrošinājuma summu/apakšlimitus;

1.6.3. pievienojot jaunus darbiniekus, apdrošināšanas prēmija tiek noteikta par pilniem mēnešiem proporcionāli atlikušajam termiņiem. Izslēdzot darbiniekus no apdrošināto personu 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 izslēgtajiem darbiniekiem, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi, kā arī – izmaksātās un pieteiktās atlīdzības. Izslēdzot no polises apdrošināto personu, pretendentam ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc veselības apdrošināšanas darbības pārtraukšanas šai personai un iesnieguma, un veselības apdrošināšanas kartes saņemšanas ir jāatmaksā apdrošinājuma ņēmējam prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas līguma darbības laiku, ja līdzēji nevienojas savādāk

**2. MINIMĀLĀS PRASĪBAS, PRETENDENTA TEHNISKAIS – FINANŠU PIEDĀVĀJUMS UN VĒRTĒŠANAS KRITĒRIJI.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.** | **Apdrošinājuma summa vienai personai polises darbības laikā** | Ne mazāk kā EUR 2600 polises termiņā |  |  |  |
| **2.** | **Pacienta iemaksa -** ambulatorā un stacionārā palīdzība valsts noteiktās pacienta iemaksas pilnā apmērā, ieskaitot pacienta līdzmaksājumus, atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajam apjomam un kārtībai, kura ir spēkā apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī | kopējais atlīdzības limits ne mazāk kā EUR 600 polises termiņā |  |  |  |
| **3.** | **Maksas ambulatorie pakalpojumi -** apdrošinājuma summa vienai apdrošināmai personai. | kopējais atlīdzības limits ne mazāks kā EUR 2000 polises termiņā |  | Ja atlīdzības limits atbilst minimālajām prasībām tiek piešķirti 0 punktu. Par katriem 500 EUR (pieci simti euro), kas pārsniedz minimālajās prasībās norādīto limitu tiek piešķirts 1 punkts. | 6 |
| 3.1. | **Ārstu speciālistu konsultācijas**, tai skaitā, un ne tikai: ķirurga, neirologa, urologa, traumatologa, ginekologa, endokrinologa, kardiologa, reimatologa, nefrologa, gastroenterologa, otolaringologa, oftalmologa, pulmonologa, dermatologa, alergologa, arodslimību ārsta konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma; | Limits ne mazāks kā EUR 22 par katru konsultāciju |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko būtiski paaugstināto limitu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto limitu pēc formulas Max \* (x / y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limita summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti.  Limiti uzskatāmi par būtiski paaugstinātiem, ja tie pārsniedz nolikumā norādīto minimālo limitu ne mazāk kā par EUR 3.  Ja tiek norādīts augstāks limits kā 43 EUR, aprēķinā tiek ietverti 43 EUR. | 2 |
| 3.2. | Maksas ģimenes ārsta konsultācijas | Limits ne mazāks kā EUR 22 par katru konsultāciju |  | 2 |
| 3.3. | Ārstu **mājas vizītes**; | Limits ne mazāks kā EUR 22 par katru vizīti |  | 2 |
| 3.4. | Docentu, profesoru konsultācijas | Limits ne mazāks kā EUR 35 par katru konsultāciju |  | 2 |
| 3.5. | Algologa, dietologa, flebologa, ergoterapeita, imunologa, homeopāta, logopēda, manuālā terapeita, osteopāta, osteoporozes speciālista, podologa, proktologa, sporta ārsta, fizioterapeita, vertebrologa – mugurkaula slimību speciālistu konsultācijas | Nav obligāti |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem), kuros iekļauta visu nosaukto speciālistu konsultāciju apmaksa. Minimālais punktu skaits (1) tiek piešķirts, ja iekļauta vismaz četru nosaukto speciālistu kons.apmaksa.  Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu.. | 4 |
| 3.6. | Ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, tai skaitā, un ne tikai: injekcijas, blokādes, punkcijas, ārstnieciskās manipulācijas ķirurģijā, otolaringoloģijā, oftalmoloģijā, ginekoloģijā, analīzes materiāla paņemšana, u. tml. | 100% līgumiestādēs, nelīgumiestādēs ne mazāk kā pievienotajā 1.tabulā “Minimālās prasības manipulācijām” norādīts |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko būtiski paaugstināto limitu kopsummu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto limitu kopsummu saskaņā ar formulu Max \* (x / y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limita summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti.  Katrs atsevišķais limits uzskatāms par būtiski paaugstinātu, ja tas pārsniedz nolikumā norādīto minimālo limitu ne mazāk kā par EUR 3.  Ja tiek norādīts augstāks limits kā divkāršs minimālo prasību tabulā norādītais, aprēķinā tiek ietverts divkāršs minimālo prasību tabulā norādītais. | 3 |
| 3.7. | **Laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta nosūtījumu**  Vismaz: pilna asins aina, APTL, protrombīna laiks, asins tecēšana un recēšana, asins bioķīmiskie izmeklējumi (lipīdi, aknu testi un fermenti, olbaltumvielas, glikozes regulācija, slāpekļa vielu maiņa, elektrolīti, iekaisuma marķieri un reimotesti), infekciju noteikšana (anti HCV un HbsAg), vairogdziedzera hormoni un to antivielas, kopējais imunoglobulīns E (IgE), kardioloģiskie marķieri, hormonu noteikšana, osteoporozes diagnostika, serozo dobumu šķidrumu izmeklēšana, asins grupas un rēzus faktora noteikšana, urīna analīze, fēču izmeklējumi (koprogramma, slēptās asinis), iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru, onkocitoloģiskie izmeklējumi. | 100% |  |  |  |
| 3.8. | **Papildus vērtējamie laboratoriskie izmeklējumi –**  imūndiagnostika un antivielu noteikšana (izņemot vairogdziedzera hormonu antivielas); osteoporozes diagnostika un kaulu vielmaiņas marķieru noteikšana; disbiozes un infekciju noteikšana (izņemot anti HCV un HbsAg), ērču encefalīta antivielu noteikšana; PSA un brīvais PSA, D grupas vitamīni, vitamīns B12, histoloģisko un biopsiju materiālu izmeklējumi | Nav obligāti |  | Maksimālais punktu skaits (2) tiek piešķirts piedāvājumam(-iem), kuros iekļauti visi šajā punktā norādītie pakalpojumi. Minimālais punktu skaits (1) tiek piešķirts, ja iekļauti vismaz četri papildpakalpojumi.  Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu. | 2 |
| 3.9. | **Instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi** - izmeklējumi ar ultraskaņu, rentgenizmeklējumus ar un bez kontrastvielas, t.sk. mammogrāfiju, EKG, EhoKG, audiogrammas, asinsvadu doplerografiskā izmeklēšana, kolposkopija, veloergometrija, endoskopiskie izmeklējumi (t.sk.fibrogastroskopija), elptests, kolonoskopija, 3 un 4 dimensiju izmeklējumi (izņemot augļa), u.c. | bez skaita ierobežojuma un bez gada kopējā atlīdzību apakšlimita uz šo pakalpojumu klāstu.  100% līgumiestādēs un nelīgumiestādēs, ar apmaksu limitiem, kas nav mazāki par norādītajiem pievienotajā 2. tabulā “Minimālās prasības Instrumentāliem diagnostiskiem izmeklējumiem” |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko būtiski paaugstināto limitu kopsummu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto limitu kopsummu saskaņā ar formulu  Max \* (x / y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limitu kopsummas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti.  Katrs atsevišķais limits uzskatāms par būtiski paaugstinātu, ja tas pārsniedz nolikumā norādīto minimālo limitu ne mazāk kā par EUR 5.  Ja tiek norādīts augstāks limits kā divkāršs minimālo prasību tabulā norādītais (dārgo tehnoloģiju izmeklējumiem pusotras reizes lielāks), aprēķinā tiek ietverts divkāršs minimālo prasību tabulā norādītais limits (dārgo tehnoloģiju izmeklējumiem pusotras reizes lielāks). | 2 |
| 3.10. | **Dārgo tehnoloģiju, instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi, t.sk.** skaitļotājtomogrāfija ar un bez kontrastvielas, magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, scintigrāfiskie izmeklējumi, u.c. |  | 2 |
| 3.11. | **Papildus vērtējamie diagnostiskie izmeklējumi –** videostroboskopija; Holtera monitorēšana, asinsspiediena diennakts reģistrēšana; osteodensitometrija; kolposkopija; 3-4 dimensiju izmeklējumi (izņemot augļa); augļa 3-4 dimensiju izmeklējumi; sigmoidoskopija (videosigmoskopija); urīnceļu kontrasta izmeklēšana; žultspūšļa un aizkuņģa dziedzera kontrasta izmeklēšana un pankreas vadu kontrastizmeklēšana; magnētiskās rezonanses (MR) angiogrāfijas izmeklējums. | Nav obligāti |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko iekļauto pakalpojumu skaitu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar lielāko iekļauto pakalpojumu skaitu saskaņā ar formulu Max \* (x / y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limita summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti | 2 |
| 3.12. | Obligātās veselības pārbaudes, | 100% apmērā līgumiestādēs un nelīgumiestādēs ar kopējo atlīdzības limitu ne mazāku kā EUR 45 polises termiņā |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts, ja šo pakalpojumu apmaksa tiek veikta 100% apmērā, nenosakot atlīdzības limitu ne līgumiestādēs ne nelīgumiestādēs. | 2 |
| 3.14. | Pakalpojumu apmaksa “Sanitārās grāmatiņas” aizpildīšanai |  | Tiek piešķirts 1 punkts, ja ir atsevišķs pakalpojumu apmaksas limits no OVP sanitārās grāmatiņas aizpildīšanai,  Tiek piešķirti 2 punkti, ja šo pakalpojumu apmaksa tiek veikta 100% apmērā līgumiestādēs un nelīgumiestādēs bez limita ierobežojuma. | 2 |
| 3.15. | Ārstu apskates izziņu un atļauju saņemšanai, piemēram, autovadītājiem, ieroču turētājiem; | 100% apmērā ar kopējo atlīdzības limitu ne mazāku kā EUR 30 polises termiņā |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts, ja šo pakalpojumu apmaksa tiek veikta 100% apmērā līgumiestādēs un nelīgumiestādēs bez limita ierobežojuma. | 2 |
| 3.16. | Fizikālā terapija ar ārsta nosūtījumu | Ne mazāk kā 10 reizes polises periodā ar reizes limitu ne mazāku par EUR 4 |  | Tiek piešķirts 1 punkts, ja tiek apmaksāta fizikālā terapija 10 reizes katras saslimšanas laikā.  Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts, ja šo pakalpojumu apmaksa tiek veikta bez reižu skaita ierobežojuma. | 2 |
| **4.** | **Vakcinēšana** pret gripu, ērču encefalītu A,B hepatītu, u.c. vakcinācijas | 100% apmērā ar kopējo atlīdzības limitu ne mazāk kā EUR 40 polises termiņā |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko būtiski paaugstināto limitu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto limitu saskaņā ar formulu Max \* (x/y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limita summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti.  Limits uzskatāms par būtiski paaugstinātu, ja tas pārsniedz nolikuma minimālajās prasībās norādīto limitu ne mazāk kā par EUR 10.  Ja tiek norādīts augstāks limits kā divkāršs minimālajās prasībās norādītais, aprēķinā tiek ietverts divkāršs minimālajās prasībās norādītais limits. | 4 |
| **5.** | **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** | Vismaz valsts, atlīdzības.limits vismaz 22 EUR par reizi |  | Par pakalpojumu atbilstoši minimālajām prasībām tiek piešķirti 0 punkti.  1 punkts tiek piešķirts par privātās neatl.palīdz iekļaušanu.  1 punkts tiek piešķirts, ja atlīdzības limits ir augstāks vismaz par 8 EUR. | 2 |
| **6.** | **Grūtnieču aprūpe** | Jāiekļauj |  |  |  |
| **7.1.** | **Maksas stacionārā palīdzība** – ārstēšanās stacionārā ar ārsta norīkojumu, ja nepieciešama operācija. Iekļauta maksa par stacionārā pavadīto laiku, laboratoriskajiem un instrumentālajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem, operācijām. | Nav obligāti |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko apdrošinājuma summu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto apdrošinājuma summu pēc formulas  Max \* (x / y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās apdrošinājuma summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti | 3 |
| **7.2.** | Maksas stacionārā palīdzība, papildus pakalpojumi | Nav obligāti |  | Maksimālais punktu skaits (4)  1 punkts tiek piešķirts, ja iekļauta maksas stacionārā palīdzība, kad nav nepieciešama operācija;  1 punkts tiek piešķirts, ja iekļauta maksa par servisa palātu;  1 punkts tiek piešķirts, ja iekļauta maksa par māsu individuālo posteni;  1 punkts tiek piešķirts, ja iekļauti pakalpojumi dienas stacionārā | 4 |
| **8.** | Zobārstniecība – zobārsta vizīte un konsultācija, rentgenizmeklējums, anestēzija, zobu ekstrakcija, zobu terapeitiskā ārstēšana (zobu plombēšana un kanālu ārstēšana), mutes dobuma higiēnas pakalpojumi | ne mazāk kā 50% apmērā no pakalpojuma cenas, ar kopējo atlīdzības limitu EUR 140 polises termiņā.  Zobu higiēnas pakalpojuma apmaksa ne mazāk kā 50% apmērā no pakalpojuma cenas, vismaz vienu reizi apdrošināšanas periodā |  | 1 punkts tiek piešķirts par Zobu higiēnas apmaksu 2x periodā bez summas ierobežojuma, (netiek piešķirts, ja tiek nodrošināta apmaksa bez skaita un summas ierobežojuma)  2 punkti tiek piešķirts par Zobu higiēnas apmaksu bez skaita un summas ierobežojuma,  1 punkts tiek piešķirts par apmaksājamās daļas procentu palielinājumu, ja tas ir vismaz 5%. | 3 |
| **9.** | **Ambulatorā rehabilitācija** – masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, ārstnieciskā vingrošana (apmaksā arī ārstnieciskās vingrošanas abonementus limita ietvaros), 10 reizes vienam kursam ar ārsta norīkojumu par katru rehabilitācijas veidu | kopējais atlīdzības limits ne mazāk kā EUR 90 polises termiņā, t.sk. par 1 kursu. Nedrīkst noteikt zemāku limitu 1 apmeklējumam. |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar lielāko būtiski paaugstināto limitu. Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar augstāko piedāvāto limitu saskaņā ar formulu Max \* (x /y) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y – augstākās limita summas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti.  Limits uzskatāms par būtiski paaugstinātu, ja tas pārsniedz nolikuma minimālajās prasībās norādīto limitu ne mazāk kā par EUR 10. | 2 |
| **10.** | **Iespēja apdrošināt radiniekus** | Jādod iespēja apdrošināt ģimenes locekļus (dzīvesbiedrus un bērnus, adoptētos bērnus līdz 18 g.vecumam polises noslēgšanas brīdī) | 1. Apdrošināmie ģimenes locekļi: 2. Prēmijas piemaksas koeficients: 3. Maksimālais apdrošināmo ģimenes locekļu skaits: | 1 punkts tiek piešķirts par iespēju apdrošināt darbinieku vecākus bez vecuma ierobežojuma;  1 punkts tiek piešķirts, ja netiek noteikts prēmijas piemaksas koeficients;  1 punkts tiek piešķirts par iespēju apdrošināt radiniekus bez skaita ierobežojuma. | 3 |
| **11.** | **Apdrošināšanas prēmija pamatprogrammai** |  |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar zemāko prēmiju.  Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar zemāko prēmiju saskaņā ar formulu  Max \* (y/x) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y –zemākās prēmijas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti. | 30 |
| **12.** | **Apdrošināšanas prēmija papildprogrammai “Zobārstniecība”** |  |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar zemāko prēmiju.  Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar zemāko prēmiju saskaņā ar formulu  Max \* (y/x) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y –zemākās prēmijas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti | 7 |
| **13.** | **Apdrošināšanas prēmija papildprogrammai “Ambulatorā rehabilitācija”** |  |  | Maksimālais punktu skaits tiek piešķirts piedāvājumam(-iem) ar zemāko prēmiju.  Pārējiem piedāvājumiem piešķiramie punkti tiek aprēķināti, izmantojot proporcijas principu pret piedāvājumu ar zemāko prēmiju saskaņā ar formulu  Max \* (y/x) = z, kur:  Max – maksimāli iespējamais punktu skaits;  x – vērtētais piedāvājums, kuram aprēķina punktus  y –zemākās prēmijas piedāvājums  z – vērtētā piedāvājuma iegūtie punkti | 7 |
|  | **Kopā** |  |  |  | 100 |

Par saimnieciski visizdevīgāko piedāvājumu tiks atzīts piedāvājums, kas iegūs augstāko kopējo punktu skaitu saskaņā ar piedāvājumu vērtēšanas kritērijiem.

**TEHNISKAJAM – FINANŠU PIEDĀVĀJUMAM PIEVIENOJAMĀ INFORMĀCIJA**

* 1. Veselības apdrošināšanas programmas un papildprogrammu apraksti un skaidri atšifrētām apdrošinājuma summām, limitiem, apakšlimitiem, ierobežojumiem, izņēmumiem, pakalpojumu skaitu vai kopsummu mēnesī, pakalpojumu klāstu un atlaižu lielumu attiecīgajiem pakalpojumiem, cenrāži, kā arī cita būtiska informācija, kas raksturo pretendenta piedāvājumu;
  2. Cenrādis, saskaņā, ar kuru atmaksās pakalpojumus nelīgumiestādēs;
  3. Visu to pakalpojumu un izņēmumu saraksts, kurus pretendents neapmaksās un kādos gadījumos pretendents neizmaksās atlīdzību;
  4. Piedāvātajam pakalpojumam atbilstošie un spēkā esošie veselības apdrošināšanas noteikumi;
  5. Elektroniskās vietnes adrese, kur ir pieejams aktuālais līgumiestāžu saraksts, kas attiecas uz piedāvāto apdrošināšanas programmu un papildprogrammām;
  6. Ārstniecisko pakalpojumu apmaksas kārtība;
  7. Atlīdzību pieteikumu iesniegšanas un atlīdzību izmaksas kārtība un iesniedzamie dokumenti;
  8. Operāciju, stacionāra vai citu pakalpojumu saskaņošanas kārtība;
  9. Darbinieku un darbinieku ģimenes locekļu iekļaušanas un izslēgšanas kārtība;
  10. Cita apdrošināšanas produktu raksturojoša informācija.
  11. Aizpildīta 1. tabula “Minimālās prasības un pretendenta piedāvātie cenrāži manipulācijām.”
  12. Aizpildīta 2. tabula “Minimālās prasības un pretendenta piedāvātie cenrāži Instrumentāliem diagnostiskiem izmeklējumiem”

|  |  |
| --- | --- |
| Pretendenta pilnvarota pārstāvja vārds un uzvārds: |  |
| Amats: |  |
| Paraksts: |  |
| Vieta, Datums: |  |