3.pielikums

iepirkuma nolikumam ID Nr. JT 3/2019

**TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA/TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS**

**„Jelgavas Tehnikuma darbinieku veselības apdrošināšana”**

*(iepirkuma identifikācijas Nr. JT 3/ 2019)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Prasības darbinieku veselības apdrošināšanai | Tehniskais piedāvājums *(detalizēts pretendenta piedāvāto veselības apdrošināšanas pakalpojumu apraksts,* ***skaidrs un nepārprotams bez ietvertiem/slēptiem ierobežojumiem****)*  |
| **1.** | **Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte** |  |
| 1.1. | Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas programmu 1 apdrošinātai personai nevar būt lielāka par **EUR 213,43.** |  |
| 1.2. | Paredzamais apdrošināmo personu skaits: **117** darbinieki un **5** ārpakalpojumu sniedzēji (precīzs apdrošināmo personu skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī).  |  |
| 1.3. | Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš: **1 (viens) kalendārais gads.** |  |
| 1.4. | Veselības apdrošināšanas polisei jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību **24 stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā** |  |
| 1.5. | Katrs apdrošinātais darbinieks jānodrošina ar individuālo veselības apdrošināšanas karti un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu, tajā skaitā arī iekļaujot informāciju par apdrošināšanas atlīdzību saņemšanas kārtību un termiņiem. Papildus ir jānodrošina informācijas pieejamība apdrošinātajām personām ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.  |  |
| 1.6. | Visiem apdrošināšanas segumā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu) jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar polises pirmo darbības dienu, un visā tās darbības laikā.  |  |
| 1.7. | Pretendentam ir jānodrošina plašas līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, kā arī Jelgavā, apmaksājot ar veselības karti saskaņā ar noteikto cenrādi. |  |
| 1.8.  | Pretendentam ir jānodrošina laboratorisko izmeklējumu apmaksa, bezskaidras naudas norēķinu veidā E.Gulbja laboratorijā, Centrālajā laboratorijā un NMS laboratorijā. |  |
| 1.9. | Pretendentam ir jānodrošina visu programmā minēto pakalpojumu saņemšanu visās Pretendenta līguma iestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti un neveicot skaidras naudas norēķinus no personiskajiem līdzekļiem noteiktā cenrāža apmērā (t.sk. arī nenosakot termiņa un/vai reižu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs). |  |
| 1.10. | Pretendentam pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja elektroniski izmantojot tehnoloģiskos risinājumus (apdrošinātāja mājas lapā vai mobilajā lietotnē) iesniegt maksājumus apliecinošos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – atlīdzības pieteikumi) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar veselības apdrošināšanas karti. Pretendentam ir jānodrošina arī atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespējas visās pārējās pretendenta pārstāvniecībās, ja kādam no pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem nav iespējams to veikt elektroniski |  |
| 1.11. | Atlīdzības pieteikumus par polisē iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti polises darbības laikā, apdrošinātie darbinieki ir tiesīgi iesniegt visā līguma darbības laikā un ne vēlāk kā 1 (viena) mēneša laikā pēc polises darbības termiņa izbeigšanās. |  |
| 1.12. | Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, jāveic ne vēlāk kā 7 (septiņu) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, pārskaitot naudu uz darbinieka norādīto bankas kontu. Piesakot atlīdzību elektroniski Pretendenta interneta mājas lapā, atlīdzības saņemšana jānodrošina 2 darba dienu laikā. |  |
| 1.13. | Pretendentam jānodrošina iespēja bez maksas veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu. |  |
| 1.14. | Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus, kā arī izslēdzot apdrošinātos darbiniekus no apdrošināmo saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības. |  |
| 1.15. | Pretendentam pēc Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja pieprasījuma jānodrošina bezmaksas konsultāciju sniegšana Pasūtītāja telpās darbiniekiem par veselības apdrošināšanas pakalpojumiem t.sk., pieņemt čekus, kvītis par darbinieku maksājumiem par apmaksātajiem pakalpojumiem iestādēs, kas nav pretendenta līguma iestādes. |  |
| 1.16. | Apdrošinātājs nepieprasa iepriekšēju brīdināšanu par plānveida manipulācijām, dārgiem izmeklējumiem vai citiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu, un tas nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls. |  |
| 1.17. | Pretendents nodrošina detalizētu atlīdzības izmaksas vēstules nosūtīšanu Apdrošinātajām personām ar skaidrojumu par atlīdzības samazinājuma iemesliem, atteikumu utml. Šāda informācija tiek nosūtīta Apdrošinātai personai uz Apdrošinātās personas norādīto adresi (e-pasta vai pasta) bez iepriekšēja pieprasījuma. |  |
| 1.18. | Pretendents apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst paaugstināt piedāvāto apdrošināšanas pakalpojumu prēmiju (cenu), samazināt un/vai pasliktināt piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā apdrošināšanas līguma darbības laikā mainīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā pakalpojuma sniegšanas kārtību |  |
| 1.19. | Pretendents bez maksas izsniedz veselības apdrošināšanas kartes dublikātu, dokumentu kopijas |  |
| 1.20. | Pretendentam jānodrošina bezmaksas izziņu sagatavošana un izsniegšana Apdrošinātām personām iesniegšanai VID, par iesniegtajiem čekiem, kuri saskaņā ar veselības apdrošināšanas programmu netiek apmaksāti 100% apmērā |  |
| **2.** | **Minimālās prasības veselības aprūpes pakalpojumiem, apdrošinājuma summām un atlaižu apmēriem (veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte)** |  |
| 2.1. | Kopējais minimālais atlīdzību limits vienai personai par ambulatoriem un stacionāriem medicīniskiem pakalpojumiem ne mazāk kā **EUR 4000** (*četri tūkstoši euro 00 centi*) gadā. |  |
| 2.2. | **Pacienta iemaksas pakalpojumi** **100%** **apmērā**, atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajam apjomam un kārtībai, kura ir spēkā apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī, t.sk.:  |  |
| 2.2.1. | par ambulatorās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem;  |  |
| 2.2.2. | par stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem (t.sk. stacionārā rehabilitācija); |  |
| 2.2.3. | par pacienta līdzmaksājumiem; |  |
| 2.2.4. | par ģimenes ārsta mājas vizītēm. |  |
| 2.3. | **Ārstu – speciālistu** (t.sk. maksas ģimenes ārstu, privātprakses ārstu, profesoru un docentu, terapeitu, otolaringologu, neirologu, ginekologu, urologu, reimatologu, traumotologu-ortopēdu, vertebrologu, homeopātu, ķirurgu, neiroķirurgu, oftalmologu, alergologu, dermatologu, onkologu, kardiologu, arodveselības ārstu un arodslimību ārstu, gastroenterologu, endokrinologu, pulmonologu, nefrologu, imunologu) konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma un bez gada apakšlimita, neierobežojot apmeklējumu reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| 2.3.1. | Atlīdzības limits līgumiestādēs un nelīgumiestādēs:2.3.1.1. ne mazāk kā **EUR** **18,00** par vienu apmeklējumu bez apmeklējumu skaita ierobežojuma;2.3.1.2. docentu un profesoru ārstu konsultācijas ne mazāk kā **EUR** **30,00** par vienu apmeklējumu, bez vizīšu skaita ierobežojuma. |  |
| 2.4. | **Plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi** ar ārsta norīkojumu 100% apmērā, bez skaita ierobežojuma, tai skaitā pilna asins analīze, dzelzs, ferritīns, vitamīns B12, protrombīna komplekss, asins tecēšanas laiks, asins grupa(ABO), Rh-faktors, kopējais bilirubīns, frakcijas, ALAT, ASAT, GGT, kreatinīns, urīnskābe, kopējais holesterīns, ABL holesterīns, ZBL holesterīns, triglicerīdi, C-reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, glikoze, glikohemoglobīns, TSH, FT3, FT4, tireoglobulīns, AV pret tireoglobulīnu, HBs antigēns, antiHCV, anti Helicobacter pylori IgA un IgG, antivielu noteikšana pret ērču encefalītu, kopējais olbaltums, albumīns, olbaltumu frakcijas, imūnglobulīni IgG (A, M),  urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru.  |  |
| 2.5. | **Plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu**, bez skaita ierobežojuma, t.sk. orgānu un ķermeņa daļu rentgena izmeklējumi (tai skaitā, mamogrāfija un fluorogramma) ar un bez kontrastvielas, elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, veloergometrija, radionukleīdā diagnostika, ultrasonogrāfija (jebkurai ķermeņa daļai), asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, audiogramma, fibrogastroduodenoskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi ar pacienta sedāciju endoskopijas laikā vai īslaicīgu anestēziju (tai skaitā, gastroskopija, kolonoskopija, kolposkopija u.c.) Holtera monitorēšana, elektroencefalogrāfija, elektromiogrāfija, cistoskopija, bronhoskopija, osteodensitometrija, elptests, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas, datortomogrāfija ar un bez kontrastvielas, u.c. |  |
| 2.5.1. | Atlīdzības limits līgumorganizācijās un nelīgumorganizācijās saskaņā ar pretendenta noteikto, bet dārgo tehnoloģiju diagnostikas pakalpojumiem - ne mazāk par **EUR 70,00** par vienu izmeklējumu  |  |
| 2.6. | **Ārstnieciskās manipulācijas un procedūras,** t.sk. blokāde, epidurālā blokāde, biopsija, injekcijas, brūces apstrāde un pārsiešana, punkcijas, histoloģiskie izmeklējumi, izmežģījuma, lūzuma prepozīcija, specifiskas uroloģiskas, proktoloģiskas, ginekoloģiskas, dermatoloģiskas, LOR procedūras, sīkas ķirurģiskas operācijas, ekscīzija, incīzija. |  |
| 2.6.1. | Atlīdzības limits nelīgumorganizācijās ne mazāk par **EUR** **8,00** viena apmeklējuma reizē, bet sīkām ķirurģiskām operācijām ne mazāk par **EUR** **15**,**00**  |  |
| 2.7. | Ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi ar ģimenes ārsta vai ar ārstējošā ārsta nozīmējumu, ar kopējo limitu ne mazāk kā **EUR 100,00** gadā |  |
| 2.8. | **Zobārstniecības pakalpojumi – vismaz 50% apmērā (nepiemērojot cenrādi)** -neatliekamā palīdzība; ārsta konsultācija un rentgenogramma diagnozes precizēšanai; terapeitiskie pakalpojumi; ķirurģiskie pakalpojumi, vietējā anestēzija; mutes dobuma higiēnas pakalpojumi. Apdrošinājuma summa vienai personai- ne mazāka kā **EUR 150,00** gadā |  |
| 2.9. | **Profilaktiskā vakcinācija ar limitu ne mazāk kā 20EUR** gadā pret gripu, pret ērču encefalītu |  |
| 2.10 | **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** bez skaita ierobežojuma, t.sk. valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā. |  |
| 2.11. | **Maksas stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumi** ar limitu **350,00** **EUR** apdrošināšanas periodā (bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma) t.sk.:  |  |
| 2.11.1. | Plānveida un maksas operācijas; |  |
| 2.11.2. | Maksas par katru stacionārā pavadīto dienas un diennakts stacionārā pavadīto dienu; |  |
| 2.11.3. | Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde; |  |
| 2.11.4. | Ārstu – speciālistu, t.sk. profesoru un docentu konsultācijas; |  |
| 2.11.5. | Ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā; |  |
| 2.11.6.  | Visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi |  |

**Sagatavojot tehnisko piedāvājumu veselības apdrošināšanai, pretendentam jāpievieno sekojoši dokumenti:**

1. Tehniskajam piedāvājumam jāpievieno:

* veselības apdrošināšanas noteikumi juridiskām personām;
* detalizēts piedāvāto veselības apdrošināšanas programmu apraksts;
* piegādātāja cenrādis, kas tiek piemērots par saņemtajiem pakalpojumiem veselības aprūpes iestādēs;
* pretendenta līguma iestāžu saraksts visā Latvijas Republikas teritorijā;

2. Apdrošināšanas līguma funkcionalitātes nosacījumi:

* to pakalpojumu saraksts, par kuriem Pasūtītāja apdrošinātai personai jānorēķinās skaidrā naudā, neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;
* informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, t.sk. informācija par piegādātāja pārstāvniecībās skaidrā naudā saņemamo summu par nelīguma organizācijās saņemtajiem pakalpojumiem un termiņiem dokumentu iesniegšanai apdrošinātājam atlīdzības saņemšanai;
* informācija par izmaiņu veikšanas kārtību veselības apdrošināšanas polises darbības laikā, kas saistīta ar apdrošināto personu skaita izmaiņām, ievērojot Tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības.