

Jautājumi un atbildes par iepirkuma procedūru „Ķekavas novada pašvaldības darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojuma nodrošināšana” (ID Nr.ĶND/2014/9):

1. Līguma projekta 3.1.8 punkts paredz, ka Apdrošinātājs apņemas: „3.1.8. veikt uzskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apjomu un pēc Apdrošinājumaņēmēja pieprasījuma sniegt atskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apmēru attiecīgajā laika periodā”. No informācijas par izmantotajiem pakalpojumiem var secināt vai rasties priekšstats par konkrētā Darbinieka veselības stāvokli. Saskaņā ar Fizisko personas datu aizsardzības likumu, informācija par fiziskas personas veselības stāvokli ir sensitīvi personas dati, kuru izpaušana trešajām personām nav atļauta. Līdz ar to Pretendents ierosina izteikt Līguma projekta 3.1.8. punktu šādā redakcijā: „veikt uzskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apjomu un pēc Apdrošinājumaņēmēja pieprasījuma sniegt atskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apmēru attiecīgajā laika periodā, iekļaujot tajā tikai tādu informāciju, kas saskaņā ar Fizisko personas datu aizsardzības likumu un tā ietvaros nepārkāpj Darbinieka tiesības uz personas datu aizsardzību”.

ATBILDE: Ar formulējumu „Apdrošinātājs apņemas [...] pēc Apdrošinājumaņēmēja pieprasījuma sniegt atskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apmēru attiecīgajā laika periodā” ir saprotams, ka Apdrošinātājs pēc Apdrošinājumaņēmējam pieprasījuma nevis sniedz atskaiti par katru apdrošināto darbinieku individuāli, bet gan pēc pieprasījuma izsniedz atskaiti par kopējo izmaksāto atlīdzību apmēru visiem apdrošinātajiem darbiniekiem attiecīgajā apdrošināšanas polises darbības periodā. Tā kā informācijas sniegšana par kopējo izmaksāto atlīdzību apmēru nav pretrunā ar Fizisko personas datu aizsardzības likumu, tad uzskatām, ka grozījumi līguma projektā nav nepieciešami.

2. Līguma projekta 6.1 un 6.2 punkti paredz, ka:

„6.1. Ja Apdrošinājumaņēmējs līguma darbības laikā konstatē, ka Apdrošinātāja sniegtais veselības apdrošināšanas pakalpojums neatbilst Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam, un Apdrošinājumaņēmējs ir iesniedzis rakstisku pretenziju par nesāņemtajiem vai neapmaksātajiem pakalpojumiem, Apdrošinātājs maksā līgumsodu 5% no kopējās līguma cenas, pārskaitot to uz Apdrošinājumaņēmēja Līgumā norādīto bankas kontu ne vēlāk kā 10 (desmit) dienu laikā no šajā punktā minētā pieprasījuma nosūtīšanas”.

„6.2. Ja apdrošinātajām personām nav pieejami apdrošināšanas programmā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi, Apdrošinājumaņēmējs var lauzt līgumu, otru pusi par to brīdinot 30 dienas iepriekš. Ja līgums tiek laužts šajā punktā noteiktajā gadījumā, Apdrošinātājs maksā Apdrošinājumaņēmējam līgumsodu 15% apmērā no kopējās Līguma cenas. Šajā gadījumā Apdrošinātājam ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību arī par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies pirms apdrošināšanas līguma laušanas”.

Lai izvairītos no gadījumiem, kad līgumsods varētu tikt piemērots nepamatoti vai pārsteidzīgi, Pretendents ierosina iespēju pirms līgumsoda piemērošanas, pēc tam, kad Pasūtītājs iesniedzis pretenziju Apdrošinātājam par konstatēto neatbilstību, nodrošināt Pusēm iespēju komunicēt. Tādejādi puses var novērtēt situāciju un novērst neatbilstību, piemērojot līgumsodu gadījumā, ja pretenzija par neatbilstību ir pamatota un neatbilstība nav novērsta noteiktā termiņā, par ko Puses vienojušās. Turklāt,

iestrādājot Līguma projektā abu pušu tiesības izklāstīt savu viedokli, tiek nodrošināta taisnīguma principa ievērošana un samazināta potenciālā iespēja risināt situācijas tiesvedības ceļā.

Līdz ar to Pretendents ierosina izteikt Līguma projekta 6.1 un 6.2 punktus šādā redakcijā:

„6.1. Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs iesniegt rakstisku pretenziju Apdrošinātājam, ja Apdrošinājuma ņēmējs Līguma darbības laikā konstatē, ka Apdrošinātāja sniegtais veselības apdrošināšanas pakalpojums neatbilst Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam. Šādā pretenzijā Apdrošināšanas ņēmējs norāda uz veselības apdrošināšanas pakalpojuma neatbilstību Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam. Apdrošinātājs izvērtē šādas iesniegtās pretenzijas pamatotību un 10 (desmit) darba dienu laikā sniedz atbildi, kurā:

6.1.1. atzīst pretenziju par pamatotu un norāda termiņu kādā tiks labota konstatētā neatbilstība. Gadījumā, ja Apdrošinātāja norādītajā termiņā neatbilstība nav novērsta, Apdrošināšanas ņēmējam ir tiesības prasīt līgumsoda samaksu 5% apmērā no kopējās līguma cenas, kur Apdrošinātājs pēc Apdrošināšanas ņēmēja pieprasījuma un rēķina saņemšanas šādu līgumsodu samaksā 10 (desmit) darba dienu laikā;

vai

6.1.2. neatzīst pretenziju par pamatotu un savu atbildi argumentēti pamato.”

„6.2. Ja apdrošinātajām personām nav pieejami apdrošināšanas programmā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi Apdrošinātāja vainas dēļ, un apdrošinātājs nav novērsis šādu pārkāpumu 30 (trīsdesmit) dienu laikā no par šāda pārkāpuma rakstiskas paziņošanas brīža, Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt Līgumu, par to 30 (trīsdesmit) dienas iepriekš rakstiski brīdinot Apdrošinātāju. Ja Līgums tiek izbeigts šajā punktā noteiktajā gadījumā, Apdrošinātājs maksā Apdrošinājuma ņēmējam līgumsodu 15% apmērā no kopējās Līguma cenas. Šajā gadījumā Apdrošinātājam ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību arī par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies pirms Līguma izbeigšanas.”

ATBILDE: Līguma projekta 6.1. un 6.2. punktā norādītie līgumsodi tiek izmantoti kā instruments, lai īpaši norādītu uz Apdrošinājuma ņēmējam būtiskiem apstākļiem līguma izpildē, kā arī kā instruments, lai atlīdzinātu Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinājuma ņēmēja apdrošinātajiem darbiniekiem radušos zaudējumus gadījumā ja Apdrošinātājs kavēs līgumā paredzētā izpildījumu. Papildus norādām, ka līguma projektā minētie līgumsodi nekavē Apdrošinātājam aizstāvēt savas intereses, izskatot pretenziju pēc būtības, kā arī neuzliek tam būtiskus ierobežojumus, jo pamatojoties uz Satversmes 92. pantā garantētajām tiesībām uz taisnīgu tiesu, strīdus gadījumā domstarpības tiks risinātas tiesā. Līdz ar to arī šajā gadījumā uzskatām, ka grozījumi līguma projektā nav nepieciešami.

3. Nolikuma 4.pielikuma 6.1.punktu, kas nosaka, ja Apdrošinājuma ņēmējs līguma darbības laikā konstatē, ka Apdrošinātāja sniegtais veselības apdrošināšanas pakalpojums neatbilst Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam, un Apdrošinājuma ņēmējs ir iesniedzis rakstisku pretenziju par nesaņemtajiem vai neapmaksātajiem pakalpojumiem, Apdrošinātājs maksā līgumsodu 5% no kopējās līguma cenas, pārskaitot to uz Apdrošinājuma ņēmēja Līgumā norādīto bankas kontu ne vēlāk kā 10 (desmit) dienu laikā no šajā punktā minētā pieprasījuma nosūtīšanas.

Punkts nosaka, ka līgumsods maksājams gadījumā, ja iesniegta rakstiska pretenzija, kas neatbilst Civillikuma 1716.panta pirmajā daļā noteiktajam, ka līgumsods ir

pametums, ko kāda persona uzņemas ciest sakarā ar savu saistību neizpildi vispār, nepienācīgu izpildi vai neizpildīšanu īstā laikā (termiņā). Nolikuma 4.pielikuma 6.6.punkts nosaka, ka visas pretenzijas tiek izskatītas 14 kalendāro dienu laikā, savukārt, 6.1.punkts paredz, ka pretenzija tiek iesniegta (nevis izskatīta un atzīta par pamatotu) un līgumsods 5% apmērā no kopējās līguma cenas jāapmaksā 10 dienu laikā no pieprasījuma nosūtīšanas.

Iesniegta pretenzija par neatbilstību vēl nevar tikt uzskatīta par saistību neizpildi Civillikuma izpratnē, jo pretenzija var nebūt pamatota. Turklāt, līgumsoda apmērs ir nesamērīgs, jo nesaņemto vai neapmaksāto pakalpojumu apjoms var būt neliels, savukārt, 5% no līguma kopējās summas (ņemot vērā apdrošināto skaitu un plānoto maksimālo maksu par pakalpojumu) ir ievērojams apmērs. Noteikumi nenosaka kādu ierobežojumu Apdrošinājuma ņēmējam iesniegt pretenziju, līdz ar to Apdrošinājuma ņēmējs varētu neierobežoti vērsties ar nepamatotām pretenzijām pieprasot 5% no līguma kopējās summas par katru pieteikto pretenziju, kas ir nesamērīgs nosacījums attiecībā pret Apdrošinātāju.

Ņemot vērā norādīto, lūdzam izvērtēt iespēju izdarīt grozījumus iepirkuma procedūras dokumentos nodrošinot tiesības Apdrošinātājam aizstāvēt savas intereses (izskatīt pretenziju), kā arī nenoteikt tam nesamērīgus ierobežojumus, t.i., 5% no līguma kopējās summas, bet gan proporcionāli nesaņemtajam vai neapmaksātajam pakalpojumam, bet ne vairāk kā 5% no līguma kopējās summas.

ATBILDE: Nolikuma 4.pielikuma 6.1.punktā paredzētais līgumsods ir noteikts, lai pildītu svarīgus uzdevumus.

Pirmkārt, tas ir instruments pašvaldības zaudējumu atlīdzināšanai gadījumos, kad pakalpojumu sniedzējs kavē līgumā paredzēto izpildījumu.

Otrkārt, līgumsods paredzēts, lai sodītu līgumslēdzēju, kurš kavē izpildījumu. Kā norādījis Augstākās tiesas Senāta Civillietu departaments 2008. gada 14. maija spriedumā lietā Nr. SKC – 212, „gadījumos, kad no lietas apstākļiem secināms, ka līgumsods pilda pēc tā apmēra, salīdzinot ar iespējamajiem pārkāpuma izraisītajiem zaudējumiem, veic galvenokārt sodīšanas funkciju, tā piemērošana vērtējama atbilstoši [...] soda samērīguma un taisnīguma principiem”. Līdz ar to līgumsoda apmērs tiesā var tikt samazināts, ja tas tiks atzīts par samērīgu, tiesai vērtējot līgumsoda samērīgumu konkrētajos faktiskajos un tiesiskajos apstākļos.

Treškārt, līgumsods tiek izmantots, lai īpaši norādītu uz Pasūtītājam būtisku apstākli. Šajā gadījumā Pasūtītājam ir īpaši svarīgs pakalpojumu sniedzēja apliecinājums attiecībā uz līguma priekšmetu, kvalitāti un termiņiem.

Tas arī atbilst līdz šim valsts pārvaldē esošai praksei. Par līgumsoda samaksu paskaidrojam, ka Nolikuma 4.pielikuma 6.1.punkts nekavē Apdrošinātājam aizstāvēt savas intereses, izskatot pretenziju pēc būtības, kā arī neuzliek tam būtiskos ierobežojumus. Ņemot vērā Satversmes 92.pantā garantētas tiesības uz taisnīgu tiesu, strīdu gadījumā jautājums tiks izskatīts tiesā.

4. Nolikuma 4.pielikuma 6.2.punktu, kas nosaka, ja apdrošinātajām personām nav pieejami apdrošināšanas programmā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi, Apdrošinājuma ņēmējs var lauzt līgumu, otru pusi par to brīdinot 30 dienas iepriekš. Ja līgums tiek laužts šajā punktā noteiktajā gadījumā, apdrošinātājs maksā Apdrošinājuma ņēmējam līgumsodu 15% apmērā no kopējās Līguma cenas. Šajā gadījumā Apdrošinātājam ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību arī par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies pirms apdrošināšanas līguma laušanas.

4.pielikuma 6.1.punkts jau nosaka atbildību, ja Apdrošinājuma ņēmējs līguma darbības laikā konstatē, ka Apdrošinātāja sniegtais veselības apdrošināšanas

pakalpojums neatbilst Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam un iesniegta rakstiska pretenzija par nesaņemtajiem vai neapmaksātajiem pakalpojumiem piemērojot līgumsodu. No 6.2.punkta arī izriet, ka Apdrošinātājam noteikta atbildība (līgumsods 15% apmērā no kopējās Līguma cenas) par to, ka netiek sniegti vai apmaksāti pakalpojumi, kas pielikti līgumā. Līdz ar to, no iepriekš minētā izriet, ka par vienu un to pašu saistību neizpildi tiek piemērots līgumsods 5% (6.1.punkts), kā arī līgumsods 15% un līgums tiek laužts (6.2.punkts). Civillikuma 1716.panta trešajā daļā noteikts, ka līgumsods par saistību nepienācīgu izpildi vai neizpildīšanu īstā laikā (termiņā) var tikt noteikts pieaugošs, taču kopumā ne vairāk par 10 procentiem no pamatparāda vai galvenās saistības apmēra.

Lūdzam svītrot 6.2.punktu vai skaidrot kas ir domāts ar nosacījumu “nav pieejami apdrošināšanas programmā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi”. Apdrošinātājs pakalpojumus nodrošina saskaņā ar noslēgtā līguma nosacījumiem (tehnisko specifikāciju un cenrādi, kas ir nemainīgs līguma darbības laikā), bet apdrošinātājs nevar nodrošināt medicīnisko iestāžu sniegto pakalpojumu klāstu un to pieejamību, jo to nosaka pati ārstniecības iestāde, un apdrošinātā persona var vērsties pēc pakalpojuma citā iestādē, kurā šāds pakalpojums ir pieejams.

Ņemot vērā norādīto, lūdzam izvērtēt iespēju izdarīt grozījumus iepirkuma procedūras dokumentos svītrojot 4.pielikuma 6.2.punktu nenosakot dubultu atbildību par līguma saistību neizpildi, kā arī pretlikumīgu līgumsoda apmēru.

ATBILDE: Nolikuma 4.pielikuma 6.2.punktā paredzētais līgumsods nepārklājas ar 6.1.punktā paredzēto un tiks piemērots gadījumā, ja līgums tiks izbeigts.

Par līgumsoda apmēra noteikšanu un Pasūtītāja mērķiem lūdzam ņem vērā atbildē uz 1.jautājumu minēto.

Saistībā ar Civillikuma 1716.panta trešajā daļā noteikto, paskaidrojam, ka šī tiesību norma, nosakot līgumsoda ierobežojumu 10 procentiem no pamatparāda vai galvenās saistības apmēra, ir piemērojama tikai tad, ja līgumsods ir noteikts kā pieaugošs, taču līguma projekta 6.2.punktā paredzētais līgumsoda apmērs ir fiksēts.

5. Nolikuma 4.pielikuma 6.3.punktu, kas nosaka, ja Apdrošinātājs lauž apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājs maksā Apdrošinājuma ņēmējam līgumsodu 15% apmērā no kopējās Līguma cenas, izņemot gadījumu, ja Apdrošinātājs lauž līgumu, jo Apdrošinājuma ņēmējs vismaz mēnesi ir kavējis apdrošināšanas prēmijas maksājumu.

Civillikuma 1716.panta trešajā daļā noteikts, ka līgumsods par saistību nepienācīgu izpildi vai neizpildīšanu īstā laikā (termiņā) var tikt noteikts pieaugošs, taču kopumā ne vairāk par 10 procentiem no pamatparāda vai galvenās saistības apmēra. Ņemot vērā noteikto, nav piemērojams noteikumos norādītais līgumsoda apmērs.

Likuma „Par apdrošināšanas līgumu” 18.panta otrā daļa nosaka apdrošinātājam tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu, ja nav samaksāta apdrošināšanas prēmija.

Civillikuma 1668.¹⁰ pants nosaka, ka par netaisniem līguma noteikumiem attiecībā pret kreditoru šīs iedaļas izpratnē atzīstami tādi noteikumi, kuru mērķis ir novilcināt saistības izpildi. Noteikumi, kas paredz kreditora atteikšanos no likumiskajiem vai nokavējuma procentiem vai iepriekš novērtētajiem zaudējumiem, atzīstami par acīmredzami netaisniem.

Ņemot vērā norādīto, lūdzam izvērtēt iespēju izdarīt grozījumus iepirkuma procedūras dokumentos svītrojot 4.pielikuma 6.3.punkta pēdējo teikuma daļu “izņemot gadījumu, ja Apdrošinātājs lauž līgumu, jo Apdrošinājuma ņēmējs vismaz mēnesi ir kavējis apdrošināšanas prēmijas maksājumu”, jo tas atbilst 4.pielikuma 5.3.punkta

nosacījumiem, kā arī lūdzam samazināt 6.3.punktā noteikto līgumsoda apmēru par līguma laušanu.

ATBILDE: Nolikuma 4.pielikuma 6.3.punkts nosaka līgumsodu situācijā, kad Apdrošinātājs vienpusēji lauž līgumu.

Par līgumsoda apmēra noteikšanu un mērķiem lūdzam skatīt atbildē uz 1.jautājumu esošo skaidrojumu.

Saistībā ar Civillikuma 1716.panta trešās daļas piemērošanu lūdzam skatīt atbildē uz 2.jautājumu esošo skaidrojumu.

Savukārt par neatbilstību likuma „Par apdrošināšanas līgumu” 18.pantā paredzētajam, vēlamies norādīt, ka šī un arī citas minētā likuma tiesību normas nosaka minimālo termiņu, kurā apdrošināšanas līgumam jābūt spēkā gadījumā, ja kārtējais apdrošināšanas prēmijas maksājums ir nokavēts. Likums „Par apdrošināšanas līgumu” nesatur aizliegumu noteikt garāku termiņu.

Nolikuma 4.pielikuma 6.3.punkts arī neparedz atteikšanos no likumiskajiem vai nokavējuma procentiem vai iepriekš novērtētajiem zaudējumiem, līdz ar to nav pamata apspriest Civillikuma 1668.¹⁰ panta piemērošanu.

6. Tā kā 4.pielikuma 6.sadaļa satur tikai Pasūtītāja intereses aizsargājošus nosacījumus un neparedz Pasūtītāja atbildību jeb līgumsodu par līguma saistību nepildīšanu, saskaņā ar PIL 67.panta (2) 6.punktu, kas nosaka, ka līgumā jānorāda līgumslēdzēju pušu atbildība par līguma neizpildīšanu, lūdzam norādīt šajā sadaļā arī Pasūtītāja atbildību par līguma saistību nepildīšanu.

Ņemot vērā augstāk minēto lūdzam izvērtēt iespēju izdarīt grozījumus iepirkuma procedūras dokumentos (4.pielikumā “Līguma projekts”) nosakot vienlīdzīgus nosacījumus abām līgumslēdzējām pusēm.

ATBILDE: Par 4.pielikuma 6.sadaļu vēlamies paskaidrot, ka papildus līguma projektā paredzētajam uz Pasūtītāju ir attiecināmi visi spēkā esošajos tiesību aktos paredzēti pienākumi un atbildība gan kā publiskai personai vispār, gan kā līgumslēdzējam, iesaistoties līgumattiecībās.