



SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL KLINICZNY NR 1
IM. PROF. STANISŁAWA SZYSZKO
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

Dyrektor
dr n. med.
Dariusz Budziński

ul. 3-go Maja 13-15
41-800 Zabrze

SEKRETARIAT
Tel: (32) 370-43-07
Fax: (32) 370 45 22
sekretariat@szpital.zabrze.pl

www.szpital.zabrze.pl

Znak sprawy: **ZP/32/TP2/2024**

Zabrze, dnia 06.05.2024 r.

MODYFIKACJA SWZ NR 1

WYKONAWCY ZAINTERESOWANI POSTĘPOWANIEM

Dot.: Modyfikacji SWZ nr 1 w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji pn.: „**ZAKUP POMP INSULINOWYCH**”

Zamawiający informuje, iż na podstawie art. 284 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2023r., poz. 1605) **modyfikuje treść SWZ w zakresie:**

- a) **pkt 18.1**
- b) **załącznik nr 4 SWZ – dla zadania nr 1**



Zamawiający
z up. **DYREKTORA**
Kierownik Działu Zamówień Publicznych
Adam Strzyżewski

Załącznik:

- 1. Punkt 18.1 SWZ po Modyfikacji
- 2. Załącznik nr 4 SWZ w zakresie zadania nr 1 - po modyfikacji

18. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT.

18.1. Zamawiający wybiera ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryterium oceny ofert określonych w SWZ. Kryterium oceny ofert jest:

Lp.	KRYTERIUM	WAGA
1.	Cena	60 %
2.	Okres gwarancji	40 %
	RAZEM	100 %

Punkty przyznane za podane w pkt. 18.1 kryterium będą liczone według następującego wzoru:

Numer i nazwa kryterium	Wzór:
Cena	Liczba punktów badanej oferty w ramach kryterium $Liczba\ punktów = (C_{min}/C_{of}) * 100 * waga$ gdzie: - C_{min} – najniższa cena spośród wszystkich ofert - C_{of} - cena podana w ofercie
Okres gwarancji	Okres gwarancji: 48 miesięcy – 0 pkt 49 miesięcy i więcej – 1 pkt Liczba punktów badanej oferty w ramach kryterium: $Liczba\ punktów = (T_o/T_{max}) * 100 * waga$ Gdzie: T_o – ilość punktów oferty badanej T_{max} – najwyższa ilość punktów spośród ważnych ofert UWAGA: Zamawiający wymaga minimalnego okresu gwarancji - 48 miesięcy. W przypadku, gdy Wykonawca w formularzu oferty nie poda okresu gwarancji lub poda okres gwarancji mniejszy niż dopuszczony przez Zamawiającego, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca gwarantuje minimalny okres gwarancji tj. 48 miesiące i przyzna Wykonawcy 0 punktów.

Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów wyliczoną jako sumę punktów uzyskanych w ww. kryteriach.

Maksymalna ilość punktów – 100.

ZADANIE NR 1

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**
ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze

Wykonawca:

.....
(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,
KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji)

**POTWIERDZENIE WYKONAWCY W PRZEDMIOCIE SPEŁNIENIA PRZEZ OFEROWANE DOSTAWY
WYMAGAŃ WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

POMPY INSULINOWE BEZDRENOWE – 5 szt

	INFORMACJE PODSTAWOWE
Pełna nazwa urządzenia, typ lub model	
Producent, podać pełną nazwę i adres	
Kraj i rok produkcji	
Urządzenie fabrycznie nowe	

Lp.	Opis parametrów wymaganych*	Warunek graniczny	Wykonawca winien uzupełnić**: 1. parametr oferowany; 2. wskazać nr strony, na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru; Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien wyraźnie wskazać nr liczby porządkowej parametru wymaganego z niniejszego formularza. W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, Wykonawca winien udokumentować i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego;
1	Osobista pompa insulinowa dla dorosłych do ciągłej podaży insuliny składająca się z dwóch elementów: mikro pompy insulinowej bezdrenowej i pilota sterującego.	TAK	
2	Pilot sterujący wykorzystujący połączenie bluetooth, klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem IPX0	TAK	
3	Zatrzymanie pompy. Alarm informujący o zatrzymaniu pompy	TAK	
4	Blokada pompy. Elektroniczna blokada klawiszy sterujących.	TAK	
5	Programowanie bolusa: - prostego / standard - dokładność nie większa niż 0,1 j./bolus,	TAK	

Modyfikacja nr 1 SWZ
 ZAKUP POMP INSULIONOWYCH
 znak: **ZP/32/TP2/2024**

	<p>- Przedłużonego/prostokątny - dokładność nie większa niż 0,1 j./bolus, maksymalny czas trwania bolusa – nie mniej niż 7 godzin, - Złożony/podwójny/wielofalowy - dokładność nie większa niż 0,1 j./bolus</p>		
6	<p>Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej: - ustawienia: możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększenie lub zmniejszenie dawki bazowej, co 30 min z automatycznym powrotem do wyjściowego wlewu podstawowego po zaprogramowanym czasie, - informacja o aktywnej dawce podstawowej (baza) Dostępna z pozycji ekranu głównego lub przywołana za pomocą 1 przycisku, - czas do 12 godzin</p>	TAK	
7	<p>Programowanie bazy: Wprowadzanie przepływów godzinowych (liczba jednostek na godzinę), dokładność nie większa niż 0,1, a u dzieci < 6. roku życia nie większa niż 0,05 j./godz., minimum 2 dodatkowe profile bazy do wcześniejszego przygotowania z możliwością przywołania z pamięci i zastosowania</p>	TAK	
8	<p>Pamięć pompy: historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, wypełnień drenów. Program do odczytywania danych z pompy powinien mieć jednocześnie możliwość odczytywania danych z glukometru, do którego paski są refundowane w dniu ogłoszenia przetargu lub wyników wpisanych ręcznie oraz integracji obu informacji. - Bezpośrednio z pompy - aktualne dawki w bazie, minimum ostatnie 20 bolusów (dawki i rodzaj), całkowite dawki dobowe z ostatnich 30 dni, - Minimum 30 dni za pomocą programu komputerowego poprzez czytnik. Wykonawca dostarczy darmowy dostęp do oprogramowania (w wersji działającej lokalnie lub w wersji online) i urządzenia konieczne do odczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię</p>	TAK	
9	<p>Kalkulator bolusa będący integralnym elementem systemu do podawania insuliny (funkcja dostępna w pompie insulinowej lub urządzeniu komunikującym się bezprzewodowo z pompą insulinową) z możliwością: - programowania ustawień w kilku przedziałach czasowych, - wprowadzania przez użytkownika gramów węglowodanów lub wymienników węglowodanowych, - kalkulacji aktywnej insuliny z ustawieniem czasu działania insuliny przez użytkownika, która zmniejsza tylko dawkę korekcyjną bolusa insuliny, - ręcznego wprowadzenia wartości glikemii do kalkulatora bolusa lub komunikacja z glukometrem, do którego paski są refundowane w dniu ogłoszenia przetargu</p>	TAK	
10	<p>Możliwość sterowania funkcjami pompy za pomocą pilota: bolusy, wybór dawki podstawowej,</p>	TAK	

Modyfikacja nr 1 SWZ
ZAKUP POMP INSULIONOWYCH
znak: **ZP/32/TP2/2024**

	zatrzymanie pompy, przegląd danych z pamięci pompy		
11	Zestawy infuzyjne: Zestawy bezdrenowe do pompy, długość kaniuli co najmniej 2 długości dla każdej pompy wymagane: - zestaw infuzyjny – min. 2 szt - zbiornik na insulinę – min. 2 szt. - aplikator kaniula – 1 szt., - bateria - 2 szt.	TAK	
12	Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii/wyładowaniu akumulatora większym niż 70% lub stały podgląd procentowy poziomu naładowania baterii pompy	TAK	
13	Dodatkowe niezbędne akcesoria do osobistej pompy insulinowej, które muszą być systematycznie wymieniane, zgodnie z instrukcją obsługi, producent dostarcza bezpłatnie na okres użytkowania pompy (nie dotyczy zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę, baterii, etui do noszenia pompy insulinowej)	TAK	
14	Menu/język: w pełnym zakresie w języku polskim lub w postaci czytelnych ikon/symboli opisanych w instrukcji obsługi w języku polskim	TAK	
15	Zakres temperatury pracy: minimalny zakres od +5 do + 40 [°C]	TAK	
16	Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 4	TAK	
17	Alarmy: dźwiękowy (tonowy), wibracyjny	TAK	
18	Alarmy przypominające bolusy lub pomiary glikemii w czasie ustalonym przez użytkownika	TAK	
19	Dodatkowe profile wlewu podstawowego (więcej niż 3)	TAK	
20	Kalkulator bolusa - możliwość ręcznego wpisania wartości glikemii do kalkulatora bolusa	TAK	
21	Historia wypełnień zestawu infuzyjnego lub wymiany zbiornika z insuliną – możliwość sprawdzenia bezpośrednio w historii pamięci pompy	TAK	
22	Dostępność zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę w punktach sprzedaży na terenie całego kraju (minimum w miastach wojewódzkich)	TAK	
WARUNKI GWARANCJI			
23	Gwarancja 48 miesięcy – pompa z pilotem Pozostałe elementy dostarczone w zestawie z pompą - 12 miesięcy	TAK	
24	Wykonawca zapewni w okresie gwarancji dostęp do telefonicznej pomocy technicznej przez 24 h na dobę (całodobowa infolinia)	TAK	
25	W okresie udzielonej gwarancji w przypadku uszkodzenia pompy (z wyłączeniem uszkodzeń mechanicznych z winy użytkownika) wymiana na nową pompę o parametrach identycznych lub wyższych licząc od momentu zgłoszenia przez użytkownika na infolinię w czasie maksymalnym do 48 h roboczych tj. z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dnia ustawowo wolnych od pracy, przesyłka pompy na koszt firmy.	TAK	
26	Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdego nowego pacjenta) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz wsparcie techniczne przy	TAK	

Modyfikacja nr 1 SWZ
ZAKUP POMP INSULIONOWYCH
znak: **ZP/32/TP2/2024**

	podłączeniu pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia pacjenta dla każdego pacjenta.		
27	Instrukcja obsługi pompy w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, zawierająca opis wszystkich komunikatów wyświetlanych przez pompę	TAK	
28	Program komputerowy: aktualne dane (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w formie tabelarycznej: dokładna dawka, czas z dokładnością podania bazy przez pompę), - historia bolusów (rodzaj, dawka i godzina podania bolusa), - historia wypełnień zestawu infuzyjnego lub zbiornika z insuliną, - wykresy dzienne na których muszą być przedstawione: stosowana w danym dniu baza podstawowa, czasowa zmiana bazy, zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy, wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania w tym przedłużonego, wyniki glikemii przestane ze współpracującego glukometru, - historia alarmów	TAK	
29	Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej Wykonawcy: - numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informację dotyczącą problemów technicznych związanych z korzystaniem z pomp insulinowych, - telefon lokalnych przedstawicieli z godzinami pracy, - zasady obsługi pompy insulinowej, - dane dotyczące osprzętu do pompy	TAK	
Wyposażenie dodatkowe na jedną sztukę pompy			
30	Pilot sterujący	TAK	
31	Aplikator kaniuli	TAK	
32	Bateria Mikro pompy insulinowej 2x	TAK	
33	Ładowarka baterii pompy	TAK	
34	Kabel ładowarki baterii pilota sterującego i pompy	TAK	
35	Bateria pilota sterującego	TAK	

*Nie spełnienie parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty

**Kolumnę „Parametr oferowany” należy wypełnić wg opisu kolumny