



23.03.2023

לכבוד:
תפוצת ספקים

הנדון: בקשה להיכלל במאגר ספקים למתן שירותי טיפולי שיניים מיוחדים נכי נפש זכאי סל

שיקום מס' מאגר 28/2023

1. רקע:

- 1.1 משרד הבריאות יוצא בפניה תחרותית בבקשה להיכלל במאגר ספקים למתן טיפולי שיניים מיוחדים לנכי נפש אשר זכאים לסל שיקום באמצעות אגף בכיר רכש ונכסים (להלן: "האגף").
- 1.2 טיפולים אלו חיוניים לזכאי סל שיקום בבריאות הנפש הניתנים מתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000.
- 1.3 בעבר פרסם המשרד מכרז פומבי מס' 35/2011 להקמת מאגר מרפאות שיניים מורשות לטיפול שיניים עבור גמלאים, נזקקים וזכאי סל שיקום עבור משרד הבריאות וכן הרחבת מאגר בשנת 2015.
- 1.4 הספקים אשר מספקים את השירות כיום, ייכנסו אוטומטית למאגר הספקים החדש שיוקם לפי פניה זו, ולא יידרשו להגיש הצעה לפניה תחרותית זו לצורך הענקת השירותים שבנדון, אלא אם הודיעו על רצונם שלא להיכלל במאגר.
- 1.5 על מרפאה קיימת שאינה עומדת בתנאי הסף המפורטים בפניה זו, להודיע על כך לכתובת דוא"ל המפורטת בפניה תוך 7 ימים קלנדריים.
- 1.6 מאגר זה יפורסם פומבית ויתעדכן פעם בשנה.
- 1.7 כלל הספקים שיעמדו בתנאי הפניה שלהלן ייכנסו למאגר הספקים וההתקשרות איתם תהיה בהתאם לתקנה 5(א)(2) לתקנות חובת המכרזים.
- 1.8 נוהל השליפה מהמאגר: בנסיבות העניין בהן הבחירה לפניה לספק ובחירת הספק בפועל למתן השירות נתונה בידי מקבל השירות הזכאי לו מתוקף סל שיקום, בהתאם לתקנה 16 ועל פי סעיף 2.10.1 בהוראת התכ"ס 7.13.1, לא תבוצע שליפה מהמאגר ומקבל השירות יהיה רשאי לפנות לספק על פי בחירתו.
- 1.9 מתן השירותים יעשה בהתאם לנהלים המצורפים לפניה.
- 1.10 על הספק לוודא את זכאותו של מקבל השירות לטיפול שיניים באישור ועדת סל שיקום.
- 1.11 אגף בריאות השן רשאי לאשר את תכנית הטיפול המוצעת למקבל השירותים, בטרם ביצועה.
- 1.12 יובהר כי המשרד אינו מתחייב להיקף כלשהו וכי הבחירה האם לפנות לספק היא של מקבל השירות (המשתקם).
- 1.13 עוד יובהר כי ההתקשרות בהתאם לפניה זו טעונה אישור ועדת הפטור המשרדית.

2. תנאי סף לכניסה למאגר:

2.1 דרישות סף מנהליות:

2.1.1 המציע עומד בדרישות חוק עסקאות וגופים ציבוריים, התשל"ו-1976 (להלן: "חוק

עסקאות גופים ציבוריים"), ובכלל זה:

2.1.1.1 ניהול פנקסים: המציע מנהל את פנקסי החשבוניות והרשומות שעליו לנהל

על פי פקודת מס הכנסה [נוסח חדש] וחוק מס ערך מוסף, התשל"ו-1975 (להלן: "חוק מס ערך מוסף"), או שהוא פטור מניהולם.

2.1.1.2 דיווח פנקסים: המציע מדווח לפקיד השומה על הכנסותיו ומדווח למינהל

על עסקאות שמוטל עליהן מס, לפי חוק מס ערך מוסף.

2.1.1.3 היעדר הרשעות: המציע ו"בעל זיקה" אליו (כהגדרתו בסעיף 22 לחוק

עסקאות גופים ציבוריים) לא הורשעו ביותר משתי עבירות לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991 וחוק שכר מינימום, התשמ"ז-1987, או שהורשעו כאמור, אך חלפה שנה אחת לפחות ממועד ההרשעה האחרונה ועד למועד הגשת ההצעה.

2.1.1.4 ייצוג הולם: המציע עומד בהוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם

מוגבלויות, התשנ"ח-1998, או שהן אינן חלות עליו, וכן פועל כמתחייב בסעיף 122 לחוק עסקאות גופים ציבוריים.

2.2 דרישות סף מקצועיות:

על המציע לעמוד באחת מבין החלופות הבאות:

2.2.1 מציע שהוא תאגיד - רישיון למרפאת שיניים בהתאם לתקנות רופאי השיניים (מרפאות של תאגידים, התשנ"ג – 1993).

2.2.2 מציע שאינו תאגיד – מציע שהוא בעל מרפאת שיניים פרטית שלא מנוהלת באמצעות תאגיד, יצרף להצעתו הצהרה בה הוא מצהיר כי הוא עומד בתנאי תקנה 6(2)-(4) בתקנות רופאי השיניים (מרפאות של תאגידים, התשנ"ג – 1993).

3. מסמכים נדרשים להוכחת תנאי הסף

3.1 לצורך הוכחת תנאי הסף 2.1.1.1 + 2.1.1.2 יצרף המציע אישור תקף מרואה חשבון או פקיד שומה המעיד על ניהול פנקסי חשבוניות ורשומות לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו-1976.

3.2 לצורך הוכחת תנאי הסף 2.1.1.3 יצרף המציע תצהיר בדבר היעדר הרשעות בגין העסקת עובדים זרים ושכר מינימום – נספח א'1.

3.3 לצורך הוכחת תנאי הסף 2.1.1.4 יצרף המציע תצהיר בדבר העסקת אנשים עם מוגבלות – נספח א'2.

3.4 במידה והמציע תאגיד –

- 3.4.1 לצורך הוכחת תנאי הסף 2.2.1 יצרף המציע רישיון למרפאת שיניים בהתאם לתקנות רופאי השיניים (מרפאות של תאגידים, התשנ"ג – 1993).
- 3.4.2 אישור, על היותו רשום במרשם המתנהל על פי דין לגבי תאגידים מסוגו, במידה והמציע הינו עמותה יש לצרף אישור בדבר ניהול תקין.
- 3.5 במידה והמציע אינו תאגיד –
- 3.5.1 לצורך הוכחת תנאי הסף 2.2.2 יצרף המציע הצהרה בה הוא מצהיר כי הוא עומד בתנאי תקנה 6(2)-(4) בתקנות רופאי השיניים (מרפאות של תאגידים, התשנ"ג – 1993).
- 3.5.2 תעודת עוסק מורשה.
4. זכויות המזמין:
- 4.1 המזמין רשאי בכל עת, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לבטל פנייה זו, כולה או חלקה וזאת מסיבות תקציביות, ארגוניות או מכל סיבה אחרת.
- 4.2 המזמין אינו מתחייב לכמות עבודה כלשהי.
- 4.3 על המרפאות הרשומות במאגר לפעול בהתאם לנהלים אלה ו/או לחוקים הרלוונטיים ו/או בהתאם להנחיות הגופים המפקחים ובראשם האגף לבריאות השן במשרד הבריאות. היה והמרפאות הרשומות במאגר לא יפעלו בהתאם לנהלים ו/או ההנחיות הנ"ל תהיה לאגף הסמכות המלאה להפעיל כלפיהן כל סנקציה הנמצאת בגדר סמכויותיו של האגף.
- 4.4 מרפאה הרשומה במאגר אשר רישיונה כמרפאת שיניים בהתאם לתקנות רופאי השיניים (מרפאות שיניים של תאגידים) נשלל ממנה, תוצא מיידית מהמאגר.
- 4.5 למזמין ו/או לאגף עומדת הזכות להשעות את חברותו במאגר ו/או להוציא מהמאגר לצמיתות בהתאם למקרה כל רופא שיניים החבר במאגר ואת מרפאתו אשר רישיונו לעסוק ברפואת שיניים נשלל ממנו ו/או הושעה.
5. תקופת התקשרות:
- 5.1 תקופת ההתקשרות תהיה לשנה מהודעת המזמין על הספק כזוכה.
- 5.2 למזמין קיימת הזכות להאריך את תקופת ההתקשרות בתקופות נוספות בנות עד שנה כל אחת (סה"כ עד 5 שנים, כולל התקופה הראשונה).
- 5.3 המשרד ראשי להפסיק את ההתקשרות עם הספק בהודעה מראש של 30 יום קלנדריים.
6. התמורה
- 6.1 התמורה המגיעה לספק מהמזמין תהיה בהתאם למחירון משרד הבריאות ועל פי ביצוע בפועל.
- "מחירון משרד הבריאות": רשימת הטיפולים המסופקים על ידי המרפאות במסגרת פנייה זו ומחיריהם כמפורט בנספח א'3.
- המחירים המופיעים במחירון מייצגים את מלוא התמורה המגיעה לספק בגין אספקת השירותים.**

6.2 הספק לא יהיה רשאי לגבות כל סכום מהלקוח. אלה אם כן, יחליט המשרד על קביעת השתתפות עצמית בחלק מהטיפולים. במקרה זה באחריות הספק לגבות את ההשתתפות העצמית מהלקוח וחלק זה יקוזז מהתמורה המשולמת ע"י המשרד.

6.3 התמורה לספק כאמור לעיל תכלול את כל העלויות הנדרשות למתן השירותים, לרבות הוצאות משרדיות ותשלום שכר, עלויות ציוד והדפסה וכל הוצאה אחרת ישירה ועקיפה הנובעת ממתן השירותים לרבות רווח הספק וכל היטל או מס.

6.4 מועדי תשלום יהיה בהתאם להוראת תכ"מ 1.4.3

<https://takam.mof.gov.il/document/H.1.4.3>

6.5 החשבוניות יוגשו למשרד באמצעות פורטל הספקים הממשלתי.

7. הצמדה:

7.1 המחירים שישולמו לזוכה יהיו בהתאם למחירון משרד הבריאות המצורף בנספח א'3

למכרז זה, על עדכוניו: https://www.health.gov.il/hozer/DT08_10.pdf

8. ביטוח:

8.1 הספק מתחייב לערוך ולקיים ביטוחים הולמים ביחס לשירותים שהוא הסכם זה עבור מדינת ישראל - משרד הבריאות (להלן: "המזמין"), ככל שנהוגים בתחום פעילותו (לדוגמה: ביטוח חבות מעבידים, ביטוח אחריות כלפי צד שלישי, ביטוח אחריות מקצועית, ביטוח חבות מוצר, ביטוח עבודות קבלניות, ביטוח משולב אחריות מקצועית / מוצר, ביטוח צמ"ה, ביטוח רכוש, ביטוח סחורה בהעברה או כל ביטוח אחר, לפי העניין), בגבולות אחריות סבירים בהתאם לאופיים והיקפם של השירותים שהוא הסכם זה. ככל ויועסקו על ידי הספק קבלני משנה, עליו לוודא שביטוחיו כוללים כיסוי לאחריותו בגינם, וכן לדרוש מהם לערוך ביטוחים לכיסוי אחריותם הישירה, כנדרש בסעיף זה. כחלופה הספק יוודא כי ביטוחיו יכללו כיסוי לפעילותם ולאחריותם הישירה.

8.2 הספק יוודא כי בכל הביטוחים שערך לפי סעיף זה, המזמין יתווסף כמבוטח נוסף בכפוף להרחבת שיפוי כמקובל באותו סוג ביטוח.

8.3 הספק יוודא כי בכל הביטוחים שערך לפי סעיף זה, ייכלל סעיף ויתור על זכות התחלוף / השיבוב כלפי המזמין ועובדיו (ויתור כאמור לא יחול לטובת האדם שגרם את הנזק בזדון) וכן סעיף לפיו הביטוחים יהיו קודמים וראשוניים ללא זכות השתתפות ו/או חזרה.

8.4 למען הסר ספק מובהר כי הספק אחראי בלעדית כלפי המבטח לתשלום דמי הביטוח, ההשתתפויות העצמיות עבור כל הפוליסות ולמילוי כל החובות המוטלות על המבוטח על פי תנאי הפוליסות.

8.5 המזמין שומר לעצמו את הזכות לקבל מהספק אישור על קיום ביטוח או העתקי פוליסות, מעת לעת ולפי דרישה.

8.6 אי עמידה בתנאי סעיף זה מהווה הפרה של הסכם זה.

9. זכות קיזוז



9.1 במקרה של דיווח כוזב או התנהגות שאינה הולמת, תשלומי יתר וכו', המשרד יהיה רשאי

לקזז תשלומים מכל תשלום עתידי המגיע לספק.

10. מועד הגשה:

את ההצעה והמסמכים הנלווים יש להגיש באמצעות המייל לכתובת:

PPLD@MOH.GOV.IL

יש לציין בנושא המייל: הצעות לכניסה למאגר ספקים למתן שירותי טיפולי שיניים מיוחדים

נכי נפש זכאי סל מועד אחרון להגשת הצעות 4.4.2023 בשעה 12:00.



נספח א' - טופס הגשת הצעה

1. פרטים על הגוף המציע

1.1 שם המציע:

1.2 המס' המזהה (מספר חברה, ת.ז.):

1.3 סוג התארגנות (חברה, שותפות):

1.4 תאריך התארגנות:

1.5 שמות הבעלים (במקרה של חברה, שותפות):

1.6 שמות המוסמכים לחתום ולהתחייב בשם המציע ומספרי ת.ז. שלהם:

1.7 שם המנהל הכללי:

1.8 מען המציע (כולל מיקוד):

1.9 איש הקשר לפנייה תחרותית זו:

1.10 טלפונים:

1.11 פקסימיליה:

1.12 מס' טלפון נייד:

1.13 אי-מייל:



הנני _____ (שם מלא) בעל ת.ז. _____ מצהיר בשם המציע
כי: _____

יש לסמן את התשובה הנכונה:

- ☐ הנני בעל רישיון למרפאת שיניים בהתאם לתקנות רופאי השיניים (מרפאות של
תאגידים, התשנ"ג – 1993).
- ☐ הנני בעל מרפאת שיניים פרטית שלא מנוהלת באמצעות תאגיד. {יש לצרף הצהרה
כי המציע עומד בתנאי תקנה 6(2)-(4) בתקנות רופאי השיניים (מרפאות של
תאגידים, התשנ"ג – 1993).

הגשת ההצעה פירושה, כי המציע מצהיר בזאת כי הוא עומד בתנאים המקדימים האמורים
לעיל.

הנני מצהיר ומאשר שקראתי והבנתי את כל התנאים המפורטים והנדרשים במסמכי
ההליך שבנדון לרבות המחירון והנהלים, ומתחייב בזה למלא אחר כל התנאים והדרישות
לשביעות רצונכם המלאה.

זה שמי, להלן חתימתי ותוכן תצהירי דלעיל אמת

תאריך	שם מלא	חתימה וחותמת
-------	--------	--------------



נספח א'1 תצהיר בדבר העדר הרשעות לפי חוק עובדים זרים וחוק שכר מינימום

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלקמן:

הנני נותן/ת תצהיר זה בשם _____ שהוא המציע (להלן: "המציע"), המבקש להתקשר עם עורך התקשרות מספר _____ לאספקת _____ עבור _____.

בתצהירי זה, משמעותו של המונח "בעל זיקה" כהגדרתו בחוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו-1976 (להלן: "חוק עסקאות גופים ציבוריים"). אני מאשר/ת כי הוסברה לי משמעותו של מונח זה וכי אני מבין/ה אותו.

משמעותו של המונח "עבירה" – עבירה לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991 או לפי חוק שכר מינימום, התשמ"ז-1987, ולעניין עסקאות לקבלת שירות כהגדרתו בסעיף 2 לחוק להגברת האכיפה של דיני העבודה, התשע"ב-2011, גם עבירה על הוראות החיקוקים המנויות בתוספת השלישית לאותו חוק.

המציע הינו תאגיד הרשום בישראל.

(סמן X במשבצת המתאימה)

☐ המציע ובעל זיקה אליו **לא הורשעו** ביותר משתי עבירות עד למועד האחרון להגשת ההצעות (להלן: "מועד ההגשה") מטעם המציע, בהתקשרות מספר _____ לאספקת _____ עבור _____.

☐ המציע או בעל זיקה אליו **הורשעו** בפסק דין ביותר משתי עבירות **וחלפה שנה אחת** לפחות ממועד ההרשעה האחרונה ועד למועד ההגשה.

☐ המציע או בעל זיקה אליו **הורשעו** בפסק דין ביותר משתי עבירות **ולא חלפה שנה אחת** לפחות ממועד ההרשעה האחרונה ועד למועד ההגשה.

זה שמי, להלן חתימתי ותוכן תצהירי דלעיל אמת.

חתימה וחותמת

שם מלא

תאריך

אישור עורך הדין

אני הח"מ _____, עו"ד, מאשר/ת כי ביום _____ הופיע/ה בפני במשרדי, אשר ברחוב _____ בישוב/עיר _____, מר/גב' _____ שזיהה/תה עצמו/ה



מינהל ומשאבי אנוש
אגף רכש נכסים ולוגיסטיקה
Purchasing, Properties and Logistics Division

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

על ידי ת.ז. _____, או המוכר/ת לי באופן אישי, ואחרי שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר אמת וכי
יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, חתם/ה בפני על התצהיר דלעיל.

חתימה וחותמת

מספר רישיון

תאריך



נספח א'2 – תצהיר בדבר העסקת אנשים עם מוגבלות

פניות אל מנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, כנדרש לפי תצהיר זה, תעשנה דרך המטה לשילוב אנשים עם מוגבלות בעבודה, בדואר אלקטרוני: mateh.Shiluv@labor.gov.il.
לשאלות ניתן לפנות למרכז התמיכה למעסיקים, בדואר אלקטרוני: info@mtlm.org.il / טלפון: 1700507676

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלקמן:
הנני נותן/ת תצהיר זה בשם _____, שהוא המציע (להלן: "המציע"), המבקש להתקשר עם עורך התקשרות מספר _____ לאספקת _____ עבור _____.
אני מצהיר/ה כי הנני מוסמך/ת לתת תצהיר זה בשם המציע.

סמן X במשבצת המתאימה:

☐ הוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 לא חלות על המציע.
☐ הוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 חלות על המציע והוא מקיים אותן.
במקרה שהוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 (להלן: "חוק שוויון זכויות") חלות על המציע, נדרש לסמן X במשבצת המתאימה:

☐ המציע מעסיק פחות מ-100 עובדים.

☐ המציע מעסיק 100 עובדים או יותר.

במקרה שהמציע מעסיק 100 עובדים או יותר, נדרש לסמן X במשבצת המתאימה:

☐ המציע מתחייב כי ככל שיזכה במכרז, יפנה למנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, לשם בחינת יישום חובותיו לפי סעיף 9 לחוק שוויון זכויות, ובמקרה הצורך, לשם קבלת הנחיות בקשר ליישומן.

☐ המציע התחייב בעבר לפנות למנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לשם בחינת יישום חובותיו לפי סעיף 9 לחוק שוויון זכויות, הוא פנה כאמור ואם קיבל הנחיות ליישום חובותיו, פעל ליישומן (במקרה שהמציע התחייב בעבר לבצע פנייה זו ונעשתה עמו התקשרות, שלגביה נתן התחייבות זו).

המציע מתחייב להעביר העתק מהתצהיר שמסר לפי פסקה זו למנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, בתוך 30 ימים ממועד ההתקשרות.

חתימה

תאריך

שם מלא



נספח א'3 – מחירון

https://www.health.gov.il/hozer/DT08_10.pdf

נספח א'4 - נוהל בריאות השן 8.9 ונוהל בריאות הנפש 65.001

https://www.health.gov.il/hozer/DT08_09.pdf

נספח א'5 - נוהל בריאות השן 8.4

https://www.health.gov.il/hozer/DT08_04.pdf