

台州市医疗保障局

关于开展国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实 委托第三方审计服务事项的询价函

各有关单位：

为贯彻落实党中央、国务院和省委省政府关于深化医疗保障制度改革的决策部署，建立健全医疗保障待遇清单制度，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化，我局将开展全市国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实工作委托第三方审计服务。现按照《台州市单位自行采购（零星支出）预算执行确认书》（台州确〔2017〕1682号）有关规定，经研究决定采用书面询价方式确定一家服务机构委托开展第三方服务。请有意接受本次邀约的服务机构，按照相关要求，于4月21日前将有关材料送至台州市医疗保障局或通过EMS邮寄至台州市医疗保障局（以收到日期为准），具体如下：

一、工作目标

按照“确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范决策制定流程”的目标，对标对表《国家医保局 财

政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》、《国家医保局办公室关于印发〈贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023年）〉的通知》、《浙江省贯彻落实国家医疗保障待遇清单制度三年行动实施方案》和《浙江省医疗保障待遇清单（2021版）》要求，杜绝增量、规范存量，不允许超出清单授权范围的制度和政策，逐步推进我市政策纵向统一、待遇横向均衡，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题，确保基金安全和制度公平可及。

二、服务要求

1. 被委托方应坚持正确的政治方向，熟悉党和国家重要会议精神、基本改革方向，具有较为丰富的医疗保障研究经验；
2. 被委托方为具有第三方审计资格的机构或组织，其中主持人应具有中级专业技术职务或职称（或社会认可的相当研究能力）及以上，且能保证编制时间；
3. 被委托方应根据委托方要求，研究制定具体方案，经委托方确认后，严格按照方案规定的内容提供服务；
4. 被委托方在提供服务期间，应保持严谨、稳健、负责的职业态度，遵守相关廉政纪律，遵守“实行回避制度”规定，对涉及的国家秘密、商业秘密负有保密责任；
5. 被委托方保证在开展业务时，应严格遵守国家法律法规、行政监督等相关规定，并接受委托方的管理指导、质量监督，服

从委托方的工作安排；

6. 如遇特殊情况，双方可协商解决。

三、材料要求

（一）需提供的报名材料

1. 国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实委托第三方提供服务报名表（附件 1）一份；
2. 营业执照复印件一份（需加盖单位公章）；
3. 服务机构资质及专业人员力量信息表（附件 2）一份；
4. 方案概要一份（需加盖单位公章）。

（二）需提供的报价材料

1. 项目报价表（附件 3）原件一份，信封粘贴处加盖单位公章（骑缝章）（需密封）；
2. 法定代表人授权委托书（附件 4）原件一份；
3. 递送报价单人员应当是被授权人，递送报价单时需带本人身份证件原件。

四、采购要求

（一）预算金额

本项目预算金额 5 万元（包括技术服务费、劳务费等费用）。

（二）采购规则

总概算控制在 5 万元以内，以询价方式确定，满足相关政策规定的，在同等条件下以最低价确定一家服务机构。

(三) 开标时间、地点

2022年4月22日下午4:00在台州市医疗保障局906会议室。

- 附件:
1. 国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实委托第三方提供服务报名表
 2. 服务机构资质及专业人员力量信息表
 3. 国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实委托第三方提供服务报价表
 4. 法定代表人授权委托书

台州市医疗保障局

2022年4月18日

(联系人: 洪素菊; 联系地址: 台州市椒江区东环大道143号912室; 联系电话: 13616697000)

附件 1

台州市医疗保障局：

_____(单位全称)自愿参加贵单位组织的国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实委托第三方提供审计服务书面询价活动。我方保证提供询价活动要求的全部资料真实、合法。若我方被选定为成交人，我方将严格按照相关要求履行责任和义务。

详细地址：_____

邮 编：_____

联系人：_____

联系电话（手机）：_____

单位全称（公章）：

法定代表人签字：

日 期：

附件 2

项目名称		内容
单位基本 信息	注册资本 (万元)	
	专业人员 (人)	
项目人员 配备计划	管理组 (人)	
	技术组 (人)	
	服务组 (人)	
	(人)	

备注：一人不得重复填写两栏及以上。

单位名称（盖章）：

填报日期：

附件 3

业主单位	台州市医疗保障局		
项目名称	国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实委托 第三方提供审计服务		
项目内容	关于国家医疗保障待遇清单制度贯彻落实的 审计		
项目要求	2022年6月30日前完成审计		
付款条件	项目完成后付全款		
报价单位 (盖章)			
报价金额 (大写)		报价金额 (小写)	
报名单位法定 代表人(签字)		报价时间	
联系电话		邮箱	

备注：本报价单不得涂改。

附件 4

台州市医疗保障局：

我 _____(姓名)系 _____(投标人名称)
的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 _____(姓名)
以我方的名义参加贵单位组织的国家医疗保障待遇清单制度
贯彻落实委托第三方提供审计服务书面询价活动，并代表我方全
权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。我方对被授权
人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人
在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

法定代表人签名：_____

被授权人签名：_____ 职务：_____

联系电话（手机）：_____

报名单位全称（公章）：_____

日 期：_____

粘贴法定代表人身份证复印件

粘贴被授权人身份证复印件