歙县医保基金监管

第三方服务项目询价公告

为精准做好我县医保基金监管工作，拟引入第三方服务机构协助开展全县医保基金大数据分析、监管和专项检查工作，经研究决定采用公开询价方式确定第三方服务机构。

一、项目名称

歙县医保基金监管第三方服务项目

二、采购方式

询价

三、项目内容

**（一）大数据监管与现场核查。**根据上级医保部门确定的监管重点，对我县参保人员2023年至2024年期间在市县乡定点医药机构的医保基金使用情况进行数据进行分析、比对、核实，查找问题、疑点，梳理产生的原因，为医保基金监管提供真实、可靠、精准的专业化定点医药机构分析报告。根据大数据分析结果，选定需要现场检查的医药机构，指派专业人员、专家对医药机构现场复查，最终形成医保基金监管汇总报告。

**（二）完成284家医药机构全覆盖检查。**

**（三）探索开展异地监管。**根据异地就医人员流向、基金支出等情况，与长三角地区医保部门加强对接、深化合作，探索开展我县参保人员在异地就医使用医保基金的监督管理。

**（四）根据要求协助查办国家局、省局转办和市局受理的案件并提供与案件相关的线索。**

四、项目要求

**（一）资格要求**

符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的相关规定：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件。

**（二）人员要求**

本项目要求第三方机构组建专业服务团队，配备具有计算机技术和大数据分析等相关专业技术人员，具有医学、药学、会计、审计等相关专业技术人员，要求服务团队具有专项检查相关工作经验，配合歙县医疗保障局查实医保基金违法、违规行为。

**（三）保密要求**

第三方机构必须承诺对本项目文件以及由医疗保障局提供的所有内部资料、文档、被检查单位商业秘密以及有关工作秘密和信息予以保密；未经医疗保障局书面许可，不得以任何形式向第三方透露本项目的任何内容；供应商必须按照医疗保障局的要求签订相关保密协议。如第三方机构开展监管服务过程中接入、收集、保存的参保人员身份等信息、两定机构的商业信息，需要签订《第三方信息数据安全保密协议》，约定严格保密信息，若造成参保人员、被监管对象的个人隐私、经营资料遭到泄露并造成损失的，第三方机构将负有赔偿责任。

**（四）知识产权**

为保证本项目的服务质量以及提升相关数据资料的安全性和保密性，在本项目服务过程中，要求第三方机构所使用的大数据相关软件平台必须具有自主知识产权。

**（五）服务期限**

自合同签订日起一年。

五、报送材料要求

有意接受本次邀约的服务机构，请于5月13日下班前将有关资料送达歙县医疗保障局（歙县徽城镇百花路104-1号），（以收到日期为准，逾期送达或未送达指定地点的不予受理。）具体材料及报价事宜，请联系：查颖敏，联系电话：0559-6522730。

**（一）报名时需提供以下资料**

1、《歙县医保基金监管第三方服务项目报名表》（附件1）一份；

2、营业执照复印件（需加盖单位公章）一份；

3、服务机构资质及专业人员力量（附件2）一份；

4、实施方案一份（需加盖单位公章）。

**（二）报价时需提供以下材料**

1、报价单原件（附件3）一份，信封粘贴处加盖红色公章（骑缝章）（需密封）。

2、法定代表人授权委托书原件（附件4）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原件。

六、预算金额

歙县医保基金监管第三方服务项目预算金额为5.6万元。

七、定标原则

在符合采购项目要求的前提下，我单位组织的询价小组将以提出最低报价的供应商作为成交供应商。该供应商的报价即为成交的合同价。如果有两个或两个以上供应商报价相同，由采购人确定中标人。

八、开标时间、地点

2025年5月14日下午3：00在歙县医疗保障局二楼会议室。

联系人：查颖敏 联系电话：0559-6522730

附件：

1、歙县医保基金监管第三方服务项目报名表

2、服务机构资质及专业人员力量信息表

3、歙县医保基金监管第三方服务项目报价单

4、法定代表人授权委托书

歙县医疗保障局

2025年4月29日

附件1：

歙县医保基金监管第三方服务项目报名表

歙县医疗保障局：

 (单位全称)自愿参加贵单位组织的“歙县医保基金监管第三方服务项目”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： 2025年 月 日

附件2：

服务机构资质及专业人员力量信息表

|  |  |
| --- | --- |
| **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：一名人员不得重复填写两栏及以上。

 单位名称（盖章）：

 填 报 日 期：2025年 月 日

附件3

歙县医保基金监管第三方服务项目报价单

歙县医疗保障局：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委托内容 | 总价（大写） | 总价（小写） |
| 歙县医保基金监管第三方服务项目 |  |  |

备注：本报价单不得涂改。

单位全称（公章）：

法定代表人（签字）：

 日 期：2025年 月 日

附件4

法定代表人授权委托书

歙县医疗保障局：

我 （姓名）系 （投标单位名称）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“歙县医保基金监管第三方服务项目”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：2025年 月 日

|  |
| --- |
| 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 |