**询价调查表**

|  |
| --- |
| **项目概况** |
| 根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）、《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（医保发〔2023〕25号）等文件要求，采购人拟引入社会力量，将医疗费用的审核工作委托给专业第三方服务机构，引导第三方依法依规参与监管工作，通过信息化手段和专业服务团队，对定点医疗机构诊疗行为和费用开展全程监控和审核，有效控制医疗费用的不合理增长，并推行按病种分值（DIP）付费的相关监管工作，提升监管的专业性、精准性、效益性。防范基金欺诈风险，维护基金管理工作稳定、高效运行，进一步保障医保基金安全。（具体内容详见附件） |
| **接受询价调查的市场主体基本情况** |
| 单位名称 |  |
| 所属经济类型（如国有经济、集体经济、私营经济、个体经济等） |  | 成立时间 | 年 月 日 |
| 注册地址 |  | 注册资金 | 万元 |
| 法定代表人（单位负责人） | 姓名 |  | 网址 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 与本项目采购需求相关的资质证书 | 罗列证书名称（如有）： |
| 是否属于中小微企业（本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业为：其他未列明行业） | □ 大型企业（从业人员超过300人）□ 中型企业（从业人员100人及以上、300人以下）□ 小型企业（从业人员10人及以上、100人以下）□ 微型企业（从业人员10人以下）（注：请在相应的唯一选项前标记“🗹”） |
| **询价调查反馈意见** |
| **调查项** | **实际情况及对项目的意见等** |
| 有关报价 | 贵单位针对本项目建议的市场价格是多少？ |
| 建议 | 有利于项目实施的相关建议答： |
| 其他 | 请单位自行说明：答： （可针对本采购项目进行说明） |
| 注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。供应商可在“建议”处提出贵单位对本项目采购需求的意见或建议；若无任何意见或建议的，请在对应项处填写“无”。 |
| 供应商名称: （盖章）年 月 日 |