

附件 1

_____年度医疗服务价格动态调整评估报告

(模板)

一、评估单位 (注: 请据实在□中√选, 下同)

□_____市医疗保障局;

二、评估时间

□ XX 年 XX 月;

□按照本地动态调整机制政策, 每年开展一轮调价评估, 本年度不实施调价评估;

□已配合相关改革实施较大规模的专项价格调整, 按照政策本年度不再追加实施调价评估;

□未开展调价评估。

三、管理范围

□全市公立医疗机构

□市级公立医疗机构

□其他情形_____。

四、评估结果

□符合调价启动条件, 预计调价总量_____万元, 占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入 (不含药品、耗材、检查、化验收入) 的_____% , 占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入 (不含药品、耗材收入) 的_____% , 占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入的_____%。

☐不符合调价启动条件，本年度医疗服务价格不实施动态调整。

五、评估内容

启动条件	指标阈值	实际指标
1.		
2.		
3.		
.....		

联络员姓名和联系号码： _____