

附件 5

XX市（州）拟允许放宽调控目标的医疗机构名录

单位名称（加盖公章）：

填报日期： 年 月 日

序号	医疗机构名称	医疗机构性质	医疗机构级别 (三级/二级/一级/以下/未定级)	医疗机构类别 (综合/专科)	允许放宽医疗服务价格整体调控目标的三种情形							调控目标 累计上浮 比例 (%)					
					1. 是否属于经济发达、人力成本高、口腔种植技术领先的地 区 (是/否)	2. 是否属于国家口腔医学中心或口腔种植专业列入国家临床重点专科的医疗机构 (是/否)	3. 是否符合口腔种植成功率高、公开服务质量信息、承诺接受监督和检查的医疗机构 (是/否)	其中：			(2) 连续 3 年 “种植后 1 年内成功 持续留存率” (%)		(3) 口腔种植服务能力 相关性指标 得分 (分)				
								(1) 连续 3 年 “术间留存率” (%)		2019	2020			2021	2019	2020	2021
								2019	2020								

填报人：

联系方式：