

黄石市人民政府文件

黄石政规〔2016〕7号

黄石市人民政府 关于印发黄石市职工基本医疗保险实施办法的 通 知

大冶市、阳新县、各区人民政府，黄石经济技术开发区管委会，
市政府各部门：

《黄石市职工基本医疗保险实施办法》已经市政府常务会议
审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



黄石市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险制度，规范我市医疗保险管理，提升医疗保障服务水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于建立职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和国家、省、市关于深化医药卫生体制改革的精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 职工基本医疗保险制度遵循的原则：

（一）职工基本医疗保险保障水平与本市经济社会发展水平相适应的原则；

（二）职工基本医疗保险基金“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则；

（三）职工基本医疗保险基金实行社会统筹与个人账户相结合的原则；

（四）职工基本医疗保险实行市级统筹和属地管理的原则。

第三条 职工基本医疗保险的覆盖范围：

（一）本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）及其职工，均应参加职工基本医疗保险；

（二）本市行政区域内无雇工的个体工商户、未在用人单位

参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员、其他灵活就业人员，以及未与用人单位建立劳动关系的劳动年龄段城镇居民，可以个人身份参加职工基本医疗保险（以下简称个人身份参保）；

（三）在本市失业保险经办机构领取失业保险金期间的失业人员（以下简称领取失业保险金人员），应当参加职工基本医疗保险。

第四条 职工基本医疗保险实行市级统筹，统一政策、统一服务管理标准、统一经办流程、统一基金预决算、统一信息系统。

第二章 管理职责

第五条 市人力资源社会保障行政部门负责全市职工基本医疗保险管理工作。其主要职责是：

（一）贯彻执行国家有关职工基本医疗保险的法律法规和政策规定，编制职工基本医疗保险制度改革发展规划，完善本市职工基本医疗保险制度；

（二）会同财政部门负责职工基本医疗保险基金预决算草案的审核、报批和监督管理工作；

（三）负责对医疗保险经办机构实施监督管理；

（四）会同有关行政部门负责参加职工基本医疗保险的用人单位、人员（以下分别简称参保单位、参保人员）和定点医疗机构、零售药店（以下简称医药机构）及其工作人员执行医疗保险政策的监督检查，并依法查处；

(五) 会同有关行政部门监督检查定点医药机构收费标准、医疗技术服务质量，考核评定定点医疗机构信用等级；

(六) 法律、法规和规章等规定的其他职责。

第六条 医疗保险经办机构的主要职责是：

(一) 会同社会保险经办机构负责职工基本医疗保险参保登记、缴费核定、基金管理和待遇支付等经办管理服务；

(二) 编制职工基本医疗保险基金的预决算草案，执行财务会计制度和内部审计制度；

(三) 负责与定点医药机构签订医疗服务协议，实行协议管理；

(四) 负责参保单位、参保人员、定点医药机构及其工作人员执行医疗保险政策的稽核工作；

(五) 提出完善职工基本医疗保险制度的意见建议；

(六) 承办上级交办或委托的其他事项。

第七条 医疗保险经办机构的人员、工作经费和医疗保险网络实时监控、违规举报奖励等专项业务经费，纳入同级财政全额预算。

第八条 卫生和计划生育部门应加强定点医疗机构监管，督促规范医疗行为，提高服务质量，探索建立医疗保险、医疗卫生、药品流通“三医联动”模式；财政部门应加强对职工基本医疗保险基金的监督管理；食品药品监督管理部门负责对定点医药机构药品、医疗器械进行监督检查和检验检测，规范药品和医疗器械生产、流通和使用管理；审计部门负责定期对职工基本医疗保险

基金收支、管理情况进行审计监督；物价部门负责对定点公办医疗机构药品及医疗服务价格进行监督管理；地方税务部门负责征收职工基本医疗保险费（以下简称基本医疗保险费），并及时向医疗保险经办机构提供参保单位和人员的缴费情况；工会组织应积极参与职工基本医疗保险制度改革，依法维护职工医疗保险合法权益。

第三章 职工基本医疗保险基金的筹集

第九条 职工基本医疗保险基金的资金来源：

- （一）用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）基金的利息收入和增值收入；
- （三）按规定收取的滞纳金；
- （四）财政补贴；
- （五）法律法规规定的其他收入。

第十条 用人单位和个人按规定办理本市基本医疗保险参保登记后，按下列规定缴纳基本医疗保险费：

（一）用人单位和职工应按月共同缴费。用人单位缴费基数为本单位上年度职工工资总额与由本单位缴费的退休人员缴费基数之和，缴费比例为 8%。职工个人缴费基数为本人上年度月平均工资（即按国家统计局规定计算的本人上年度工资总额的月平均数，下同），缴费比例为 2%，由用人单位按月从其工资代扣代缴。

用人单位上年度职工工资总额人均低于全市上年度在岗职工平均工资 60%的，按全市上年度在岗职工平均工资的 60%核定用人单位缴费基数。职工本人上年度月平均工资低于全市上年度在岗职工月平均工资 60%的，按全市上年度在岗职工月平均工资的 60%计算个人缴费基数；超过全市上年度在岗职工月平均工资 300%以上的部分，不计入个人缴费基数。本统筹地区外转入、初次就业或失业后再就业的职工，以本人起薪当月工资作为个人缴费基数；从次年起，以本人上年度月平均工资作为个人缴费基数。

（二）个人身份参保人员缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资的 70%，缴费比例为 8%，由个人按半年或一年的期限缴费。

（三）领取失业保险金人员缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资的 70%，缴费比例为 10%，所需费用从失业保险基金中列支，个人不缴费。

第十一条 参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年，且实际缴费年限满 13 年的，退休后用人单位和个人均不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。

累计缴费年限由视同缴费年限和实际缴费年限组成。

视同缴费年限是指参保人员在 1999 年 12 月 31 日以前按国家有关规定计算的连续工龄或工作年限。退役、复员、转业军人按国家有关规定计算的军龄，作为视同缴费年限。2004 年 3 月 1 日以前，以个人身份参加本市企业职工基本养老保险的实际缴费年限，作为视同缴费年限。

实际缴费年限是指在 1999 年 12 月 31 日以后用人单位和个人按规定足额缴纳基本医疗保险费的年限。用人单位和个人按规定补缴基本医疗保险费的年限，作为实际缴费年限。参保人员跨统筹地区流动就业的，其在不同统筹地区按规定足额缴纳基本医疗保险费的年限，合并计算为实际缴费年限，重复缴费期间的年限不重复计算。参保人员从居民基本医疗保险转入职工基本医疗保险的，居民基本医疗保险实际缴费年限不计算为职工基本医疗保险实际缴费年限。

第十二条 用人单位在职工劳动关系存续期间未按规定缴纳基本医疗保险费，职工退休时累计缴费年限未达到规定年限的，由用人单位履行缴费义务。用人单位选择按未缴年限逐月缴费的，缴费基数为上年度本单位职工人均个人缴费基数（缴费基数难以确定的，按全市上年度在岗职工月平均工资核定），缴费比例为 8%；选择一次性足额缴费的，缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资，缴费比例为 8%。

用人单位已按规定履行基本医疗保险缴费义务，其退休人员累计缴费年限仍未达到规定年限的，以及个人身份参保人员退休时累计缴费年限未达到规定年限的，由个人履行缴费义务。个人选择按半年或一年的期限缴费至规定年限的，缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资的 70%，缴费比例为 8%；选择一次性足额缴费的，缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资，缴费比例为 8%；不愿意或无力缴费的，可选择参加居民基本医疗保险。用人单位愿意为其退休人员缴纳基本医疗保险费的，由用人单位

按规定缴费，但不得强制用人单位缴费。

第十三条 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳基本医疗保险费，并每月告知职工缴纳基本医疗保险费的明细情况，自觉接受职工监督。

第十四条 用人单位生产经营出现严重困难的，经本单位申请，医疗保险经办机构核实并报同级人力资源社会保障行政部门批准后，可按规定签订缓缴协议，缓缴基本医疗保险费，缓缴期最长不超过6个月。缓缴期内，参保人员可正常享受基本医疗保险待遇。

第十五条 用人单位合并、兼并、改制、分立、转让，必须先清偿欠缴的基本医疗保险费。企业依法宣告破产，应优先清偿所欠缴的基本医疗保险费，并按有关规定一次性足额缴纳退休人员的基本医疗保险费。

第十六条 基本医疗保险费的列支渠道：行政单位缴费列“经常性支出”的“社会保障费”支出；事业单位缴费列“事业支出”的“社会保障费”支出（专职从事经营活动的职工缴费列“经营支出”）；企业缴费列“应付职工薪酬”支出。

第四章 职工基本医疗保险基金的配置管理

第十七条 职工基本医疗保险基金由职工基本医疗保险个人账户和统筹基金构成。个人账户和统筹基金实行分开核算管理、互不挤占的方式运行。

第十八条 职工基本医疗保险个人账户按下列规定配置：

（一）用人单位在职职工个人账户分两档记入：45 周岁以下的，按本人缴费基数 3.2%的比例记入；45 周岁及以上的，按本人缴费基数 3.7%的比例记入。领取失业保险金人员的个人账户配置按本条规定执行。

（二）个人身份参保人员（不含退休人员）个人账户分两档记入：45 周岁以下的，按本人缴费基数 1.2%的比例记入；45 周岁及以上的，按本人缴费基数 1.7%的比例记入。

（三）累计缴费年限未达到规定年限的用人单位退休人员、个人身份参保退休人员个人账户，按本人缴费基数 3.7%的比例记入。

累计缴费年限达到规定年限的用人单位退休人员、个人身份参保退休人员个人账户，按本人当月基本养老金（退休费）3.7%的比例记入。基本养老金（退休费）由有关行政部门按规定确认。本人当月基本养老金（退休费）低于全市上年度在岗职工月平均工资 60%的，按全市上年度在岗职工月平均工资的 60%计算配账基数；超过全市上年度在岗职工月平均工资 300%以上的部分，不计入配账基数。

累计缴费达到规定年限的用人单位退休人员、个人身份参保退休人员、关破改制困难企业一次性缴费退休人员，按本办法配置个人账户后，低于本办法实施前配账额的，按本办法实施前配账额配置。

第十九条 职工基本医疗保险个人账户资金由本金和利息构成。个人账户利息由当年结存利息和历年结存利息组成。当年

结存利息按上年度年末银行活期利率计息，历年结存利息按上年度年末银行 3 个月期整存整取利率计息。

第二十条 职工基本医疗保险个人账户资金归参保人员本人所有，可以结转使用和依法继承。参保人员职工基本医疗保险关系转出、退休后已办理异地安置相关手续的，其个人账户余额经本人申请可支付给本人。参保人员死亡后，注销个人账户，其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或指定受益人；无法定继承人或法定受益人的，资金划入统筹基金。

第二十一条 基本医疗保险费按本办法的规定配置个人账户后，剩余部分全部记入基本医疗保险统筹基金。统筹基金在银行的存款利息，记入基本医疗保险统筹基金。

第二十二条 建立职工基本医疗保险风险调剂金制度。风险调剂金分别按市本级和各县（市）基本医疗保险当年统筹基金预算收入的 3%提取，风险调剂金累计结余达到当年统筹基金预算收入的 20%后暂停提取。风险调剂金用于弥补基本医疗保险统筹基金缺口，当年结余结转下年继续使用。风险调剂金不足时，由同级财政予以补贴。

第二十三条 职工基本医疗保险基金实行财政专户管理，专户储存，专款专用，不得挤占挪用，不能用于平衡财政预算。

第二十四条 职工基本医疗保险基金通过预算实现收支平衡。职工基本医疗保险基金预算草案由医疗保险经办机构编制，经同级财政、人力资源社会保障行政部门审核汇总后联合报同级人民政府审查和批准。职工基本医疗保险基金预算草案经同级人

民政府批准后，应报上一级财政和人力资源社会保障行政部门。

医疗保险经办机构应严格按照批准后的职工基本医疗保险基金预算和规定的程序执行，并定期向同级财政、人力资源社会保障行政部门报告。职工基本医疗保险基金预算不得随意调整。在执行中因特殊情况需要调整的，应当编制职工基本医疗保险基金预算调整方案。职工基本医疗保险基金预算调整方案由医疗保险经办机构编制，经同级财政、人力资源社会保障行政部门审核汇总后联合报同级人民政府审查和批准。

第二十五条 医疗保险经办机构应按有关规定编制年度职工基本医疗保险基金决算草案，经同级财政、人力资源社会保障行政部门审核汇总后联合报同级人民政府审查和批准。职工基本医疗保险基金决算草案经本级人民政府批准后，应报上一级财政和人力资源社会保障行政部门。市、县（市）人民政府要定期向同级人大常委会报告基本医疗保险基金的收支、管理情况。

第五章 职工基本医疗保险待遇

第二十六条 参保人员以职工基本医疗保险个人账户和统筹基金相结合的方式享受基本医疗保险待遇。

职工基本医疗保险个人账户资金可用于支付参保人员本人及其亲属在定点医疗机构就医、体检、接种疫苗发生的各类药品、诊疗项目和医疗服务设施费用，在定点零售药店购买药品、食健字号的保健食品、经卫生和计划生育部门批准的消杀类产品、家

用医疗器械及耗材的费用。

职工基本医疗保险统筹基金可用于支付参保人员本人在定点医疗机构发生的符合《湖北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《湖北省基本医疗保险、生育保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》(以下简称“二个目录”)及本市相关规定的住院医疗费用;用于支付参保人员本人在定点医疗机构发生的符合本市基本医疗保险门诊特殊慢性病(以下简称慢性病)医疗费补助有关规定的门诊检查、治疗或购药费用;用于支付参保人员本人急诊、抢救等医疗费用。超出“二个目录”支付范围和限额标准的医疗费用,职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

第二十七条 参保人员发生的符合职工基本医疗保险政策规定的医疗费用,按下列规定支付:

(一)起付标准。参保人员一个自然年度内在本市定点医疗机构首次住院的,职工基本医疗保险统筹基金起付标准暂定为:三级综合医疗机构 800 元、三级中医等专科医院 600 元、二级综合医疗机构 500 元、一级及其它医疗机构 200 元。一个自然年度内住院 2 次及以上的,起付标准降低 100 元。参保人员在异地医疗机构住院的起付标准统一为 1000 元。

(二)最高支付限额。一个自然年度内职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额,按不低于全市上年度在岗职工平均工资 6 倍的标准逐年调整。

(三)统筹基金支付。参保人员符合规定的医疗费用,扣减

“二个目录”外、“二个目录”内乙类项目 10%个人自付、“二个目录”内甲乙类项目超限额标准等费用后，剩余部分纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围。参保人员纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用，在起付标准以下的(含起付标准)部分，由个人全额负担；在起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由统筹基金和个人按下列比例支付：

类别	一级医疗机构		二级医疗机构		三级医疗机构		异地医疗机构	
	统筹基金支付	个人支付	统筹基金支付	个人支付	统筹基金支付	个人支付	统筹基金支付	个人支付
未退休	90%	10%	88%	12%	86%	14%	77%	23%
退休	92%	8%	90%	10%	88%	12%	79%	21%

第二十八条 建立职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等补充医疗保险制度。鼓励和引导经营完善的企业建立企业补充医疗保险。积极与商业健康保险合作，探索实施商业再保险模式，减轻参保人员医疗费用负担，完善多层次的医疗保险体系。

参保人员一个自然年度内纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用，超过最高支付限额以上的部分，或个人自付费用超过一定数额的部分，由职工大额医疗费用补助或公务员医疗补助等补充医疗保险按规定支付。

第二十九条 建立慢性病医疗费补助制度。根据职工基本医疗保险基金承受能力，合理确定慢性病病种、病情标准、报销比例、月最高支付限额，原则上职工基本医疗保险统筹基金支付比例不低于 70%。慢性病病种月最高支付限额当月未使用完的，不

累计转存，也不记入个人账户。一个自然年度内，参保人员慢性病医疗费补助与住院医疗费用报销合并计算，执行职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额。规范慢性病评审和就医管理，对符合条件的参保人员经本人申请、专家鉴定、医疗保险经办机构公示确定后纳入补助范围，实行慢性病年审制度。具体办法按本市慢性病医疗费补助有关规定执行。

第三十条 参保人员从参保缴费的当月起享受职工基本医疗保险个人账户待遇。参保人员中断缴费或用人单位缓缴期间个人账户暂停记入，参保单位和人员补缴后按规定记入。参保人员中断缴费或终止参保后，其个人账户资金使用不受影响。

第三十一条 参保人员享受职工基本医疗保险统筹基金待遇按下列规定执行：

（一）用人单位职工首次参保的，从缴费的第 2 个月起享受基本医疗保险待遇。未按规定及时缴费的，职工从用人单位未缴费的第 2 个月起中止享受基本医疗保险待遇；按规定补缴的，从用人单位补缴的第 2 个月起享受基本医疗保险待遇。

（二）个人身份首次参保人员，从缴费的第 4 个月起享受基本医疗保险待遇。个人按规定连续缴费满 6 个月，缴费期满后 6 个月内续缴或补缴的，视同为连续缴费，可连续享受基本医疗保险待遇；缴费期满后超过 6 个月未缴费的，认定为中断缴费。中断缴费后，个人可自行选择补缴或不补缴中断缴费期间的基本医疗保险费，选择补缴的，缴费基数为全市上年度在岗职工月平均工资的 70%，缴费比例为 8%，从补缴的第 4 个月起享受基本医疗

保险待遇；选择不补缴的，从再次按规定缴费的第4个月起享受基本医疗保险待遇。

（三）领取失业保险金人员参保的，从缴费的第2个月起享受基本医疗保险待遇；停止领取失业保险金后未按规定缴费的，从未缴费的第2个月起中止享受基本医疗保险待遇。

参保人员从参保缴费之日起至基本医疗保险待遇生效前，参保人员中断缴费期间以及按规定补缴后至基本医疗保险待遇生效前，其所发生的医疗费用职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

第三十二条 参保人员职工基本医疗保险关系转入的，原参保地的基本医疗保险待遇享受至缴费的第2个月。本市有接收单位的，从用人单位为其办理参保缴费的第2个月起享受基本医疗保险待遇。本市无接收单位的，个人从原参保地转出3个月内参保缴费的，从缴费之日起享受基本医疗保险待遇；个人未按规定参保缴费的，视为中断缴费。参保人员在不同统筹地区重复缴费期间，自愿选择一地享受基本医疗保险待遇，不得重复享受待遇。

参保人员从本市居民基本医疗保险转入职工基本医疗保险，在居民基本医疗保险缴费期满后的次月办理参保缴费手续的，从缴费之日起享受职工基本医疗保险待遇。未按上述规定时间办理转入手续，由用人单位为其办理参保登记的，从缴费的第2个月起享受职工基本医疗保险待遇；以个人身份参保的，从缴费的第4个月起享受职工基本医疗保险待遇。参保人员从参保缴费之日起至职工基本医疗保险待遇生效前，仍可按规定享受居民基本医

疗保险待遇。

第三十三条 下列医疗费用不纳入职工基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外或港澳台地区就医的。

因交通事故和医疗事故所发生的医疗费用，按国家有关规定执行，不纳入基本医疗保险支付范围。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由职工基本医疗保险基金先行垫付。职工基本医疗保险基金先行垫付后，有权向第三人追偿。

第六章 医疗保险经办服务管理

第三十四条 完善基本医疗保险定点医药机构协议管理。依法设立的本市各类医药机构，根据医疗保险医药服务的需要和自身服务能力，均可自愿向统筹地区所在地的医疗保险经办机构申请协议管理。经医疗保险经办机构现场评估、公示结果后，签订医疗服务协议。医疗保险经办机构与定点医药机构可通过长期协议与短期协议相结合的办法实施动态协议管理。医疗保险经办机构与定点医药机构协议签订情况，应报同级人力资源社会保障行政部门备案。具体办法按本市定点医药机构协议管理有关规定执

行。

第三十五条 定点医药机构应严格按照本市基本医疗保险政策规定和医疗服务协议约定，建立与医疗保险管理相适应的内部管理制度，设立医疗保险管理部门或配备专（兼）职管理人员，协调医患关系，加强医疗服务的监督管理工作。

定点医药机构应配备必要的计算机网络设备和完善的医院管理信息系统、药品零售信息系统，按规定向医疗保险经办机构“金保工程”信息系统实时传输参保人员用药、诊疗等相关数据，具备医疗费用即时结算的能力。

定点医药机构必须执行诊疗技术规范、医疗服务项目收费标准和药品价格等管理规定，加强基本医疗保险政策宣传、人员业务技术培训和职业道德教育，在显要位置公布基本医疗保险相关政策、医疗服务规范和价格标准，为参保患者提供医疗费用清单（含一日费用清单和费用总清单）。

第三十六条 参保人员可自主选择在本市定点医药机构就医、购药。凡需在本市定点医疗机构住院的参保人员，应持本人社会保障卡（或医疗保险证）办理医疗保险住院登记手续。因突发急病未办理医疗保险住院登记手续的，须在入院5日内补办。参保人员在本市定点医疗机构发生的医疗费用，属个人负担部分，由个人直接结算；属职工基本医疗保险统筹基金支付部分，由医疗保险经办机构按规定与定点医疗机构结算。定点医疗机构应按规定收取参保人员个人负担费用。

第三十七条 凡需在本统筹地区外就医的异地安置（工作）、

异地转诊和异地急诊的参保人员，应按规定向医疗保险经办机构申请异地就医，异地就医医疗费用按规定结算或报销。具体办法按我市基本医疗保险异地就医管理及医疗费用结算办法执行。

第三十八条 建立基本医疗保险总额付费控制管理制度。医疗保险经办机构按照“总额预算、复合结算、过程监管、年末清算”的原则，结合职工基本医疗保险基金收支预算管理，合理确定并细化分解统筹地区总额控制目标，实行总额控制下的复合付费方式，强化医疗服务监管和业务控制指标考核。医疗保险经办机构负责编制总额付费控制管理工作中的预算方案和年末清算方案草案，经同级人力资源社会保障部门核准后，报同级人民政府备案。

第七章 监督管理和法律责任

第三十九条 建立职工基本医疗保险基金监督检查制度。

人力资源社会保障行政部门会同财政、审计部门负责对职工基本医疗保险基金的收支、管理和投资运营等情况实施行政监督，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法作出处理决定或向有关行政部门提出处理建议。检查结果应当定期或不定期向社会公布。

市社会保险基金社会监督委员会对职工基本医疗保险基金收支、管理和投资运营等情况实施社会监督，对医疗保险工作提出咨询意见建议，聘请会计师事务所对职工医疗保险基金进行年

度审计和专项审计。建立职工基本医疗保险基金信息披露和预警报告制度，完善社会监督意见反映和案件处理处罚、衔接移送机制，对举报骗取职工基本医疗保险基金和待遇等违法行为的人员进行奖励。

第四十条 建立定点医药机构的监督检查制度。人力资源社会保障行政部门会同有关部门，定期对定点医药机构执行基本医疗保险政策规定及履行医疗服务协议情况进行监督检查。

第四十一条 建立定点医疗机构信用等级制度。坚持公正、公平、公开的原则，对定点医疗机构实施信用等级评定，引导定点医疗机构主动参与管理，保障参保人员合理待遇。根据定点医疗机构的类别和等级，统一考核内容、标准和程序，确保考核结果和信用等级标准评定客观公正。

第四十二条 建立定点医疗机构及其医保服务医生诚信检查记分管理制度。医疗保险经办机构对定点医疗机构及其医保服务医生医保服务行为实施日常监管，对违规违法行为进行扣分，并记入定点医疗机构及其医保服务医师医保服务行为诚信记录，定期向同级人力资源社会保障行政部门报告。诚信检查记分管理情况，作为定点医疗机构医疗服务协议签订、医保服务等级评定、总额付费控制管理以及医保服务医生年度考核、专业技术职称评审、绩效工资兑现、劳动人事关系确定等的重要依据。

第四十三条 用人单位、参保人员、定点医药机构、医疗保险经办机构、有关行政机构及其工作人员违反《社会保险法》的，依法按有关规定处理。

第八章 附 则

第四十四条 本办法执行中的具体问题，由市人力资源社会保障行政部门负责解释。根据本市经济社会发展及职工基本医疗保险基金运行情况，市人力资源社会保障行政部门会同市财政部门对基本医疗保险具体政策提出调整意见，经市人民政府批准后实施。

第四十五条 本办法自 2016 年 7 月 1 日起执行，有效期 5 年。本办法执行前仍适用《市人民政府关于印发黄石市职工基本医疗保险试行办法的通知》（黄石政规〔2013〕1 号）的规定，本办法执行后黄石政规〔2013〕1 号文件同时废止。执行期间，原有规定与本办法不一致的，按本办法执行；上级有新规定的，从其规定。

第四十六条 大冶市、阳新县按本办法执行。

抄送：市委各部门，黄石军分区，各人民团体；

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院；

湖北师范学院、湖北理工学院，垂直管理机构，有关企业。

黄石市人民政府办公室

2016年6月7日印发
