

重庆市卫生和计划生育委员会
重 庆 市 民 政 局
关于印发农村贫困住院患者县域内
先诊疗后付费工作方案的通知

渝卫发〔2017〕49号

各区县（自治县）卫生计生委、民政局，两江新区社发局、社会保障局，万盛经开区卫生计生局、民政局：

为深入推进实施健康扶贫工程，优化医疗费用结算服务模式，切实减轻农村贫困患者就医垫资压力和费用负担，根据《国家卫生计生委办公厅关于印发农村贫困住院患者县域内“先诊疗后付费”工作方案的通知》（国卫办医函〔2017〕186号）和《重庆市人民政府办公厅关于健康扶贫工程的实施意见》（渝府办发〔2016〕239号）要求，市卫生计生委、市民政局联合制定《农村贫困住院患者县域内“先诊疗后付费”工作方案》。现印发给你们，并提出以下要求，请一并贯彻执行：

一、提高认识，加强领导。实行“先诊疗，后付费”的结算服务模式，是有效解决农村贫困患者就医垫资压力和费用负担，充分发挥城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助

等医疗保障、救助政策合力，确保农村贫困患者得到及时救治的有效方式。各区县（自治县）卫生计生、人力社保、民政部门要把推进这项工作作为落实中央、重庆市扶贫攻坚决策部署的重要举措，强化部门责任，加强统筹协调，以实际行动推动健康扶贫工作。

二、统筹协调，积极推进。各区县（自治县）卫生计生行政部门要协调人力社保、民政部门，结合本地区实际，制定具体实施方案，建立健全定点医疗机构、社保、民政和红十字会等疾病应急救助经办部门之间的沟通协调机制。各区县（自治县）卫生计生行政部门要督促辖区内定点医疗机构完成开展“先诊疗，后结算”制度的前期准备工作，加强对医疗机构的医疗服务监管和质量控制，积极推进该项工作顺利开展。社保部门要加强医保资金使用情况监管，按规定及时结算医保费用。民政部门要做好符合条件的农村贫困住院患者医疗救助。红十字会要协调做好符合条件的农村贫困住院患者疾病应急救助基金的申报。各定点医疗机构要明确“先诊疗，后付费”工作的管理和实施部门，组织门诊部、住院部、医保办公室等部门，优化服务流程，改革医疗收费制度，保障医保基金规范使用。

三、广泛宣传、推广总结。各区县（自治县）卫生计生、人力社保、民政部门和医疗机构积极开展系列宣传活动，通过新闻媒体、互联网、电视报刊等形式，向社会广泛宣传有关政策，提

高群众知晓率。要及时总结地方经验，不断总结、推广典型做法，充分发挥示范和引导作用。有条件的地区，要逐步扩大“先诊疗，后付费”工作开展范围。

重庆市卫生和计划生育委员会

重庆市民政局

2017年6月1日

重庆市农村贫困住院患者县域内 “先诊疗，后付费”实施方案

一、工作目标

推进城乡居民基本医保区县(自治县) 域内实施农村贫困患者住院费用“先诊疗，后付费”，入院时不需缴纳住院押金，由定点医疗机构与区县(自治县) 社保部门之间进行结算，减轻患者垫资压力。

二、工作范围

(一) 实施对象。全市参加城乡居民基本医保的农村低保对象、农村特困人员、农村建档立卡贫困人口住院患者。

(二) 实施区域。农村贫困患者所在区县(自治县) 域内的“先诊疗，后付费”定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)。

三、工作流程

(一) 入院手续。在县域内定点医疗机构，符合医保规定疾病住院条件的参保农村低保对象、农村特困人员、农村建档立卡贫困人口患者，持社会保障卡、有效身份证件，以及区县扶贫部门或区县民政部门近期出具的证明为上述贫困人口的证明材料，并签订“先诊疗，后付费”协议后，无需交纳住院押金，直接办理入院手续住院治疗。定点医疗机构只收存社会保障卡和身份证复

印件，并根据本实施方案自行制定本机构“先诊疗，后付费”协议。鼓励医疗机构通过推进信息联网，实现贫困患者身份精准识别，减少提供相关证明材料的要求，方便群众。

（二）费用结算。患者出院时，定点医疗机构为患者即时结报城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助等补偿部分，补偿后个人应承担的费用由患者结清。患者结清个人应承担的费用后，定点医疗机构及时归还患者提交的相关证件。对于确有困难，出院时无法一次性结清自付费用的，定点医疗机构可与其签订延期、分期还款协议，明确还款时间，予以办理出院手续。对住院时间较长、医疗费用较高的参保患者，定点医疗机构可根据实际情况，对医保结算后患者应自付的医疗费用自行制定分阶段结算具体办法，并纳入与患者签署的“先诊疗，后付费”协议。以防止垫付费用过多，影响正常工作运转。

（三）医保基金拨付。市级和各区县（自治县）社保部门要及时对定点医疗机构为患者即时结报的医疗保险费用进行审核结算，并及时拨付。

四、实施步骤

（一）组织启动。2017年6月15日前，各区县（自治县）卫生计生行政部门结合实际，制定具体实施方案，确定本辖区内实施农村贫困患者住院费用“先诊疗，后付费”试点医疗机构名

单并报市卫生计生委,每个区县至少包括 1 个二级以上综合性医院。督促辖区内定点医疗机构完成开展“先诊疗,后结算”制度的前期准备工作。各定点医疗机构要明确“先诊疗,后付费”工作的管理和实施部门,组织门诊部、住院部、医保办公室等部门,优化服务流程,改革医疗收费制度。

(二)全面实施。2017 年 6 月底前,定点医疗机构全面启动“先诊疗,后付费”服务模式工作。区县(自治县)卫生计生、人力社保、民政部门 and 医疗机构要开展系列宣传活动,通过新闻媒体、互联网、电视报刊等形式,向社会广泛宣传有关政策,提高群众知晓率。

(三)评估完善。工作启动后,及时总结、推广先进经验和做法,对全面实施阶段进行评估,进一步调整完善工作方案,探索扩大“先诊疗,后付费”制度实施覆盖面。

五、保障措施

(一)加强部门协作。各区县(自治县)卫生计生行政部门要主动向区县(自治县)政府汇报,积极协调取得政策支持。进一步加强与人力社保、民政、扶贫、红十字会等部门的沟通,加强城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、慈善救助等制度之间的有效衔接,形成合力。卫生计生系统内部要加强统筹协调,明确部门责任分工,完善内部工作流程。

(二) 推进“一站式”结算。建立完善贫困患者医疗费用县域内“一站式”结算制度,并适时逐步推进市域内“一站式”结算。协调基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助等经办机构加大信息化建设力度,直接与定点医院实现“一站式”信息对接和即时结算。在定点医院设立综合服务窗口,集中办理救治对象住院费用结算。通过整合相关医疗救治信息、医疗保障与救助信息,利用信息化手段保障工作顺利实施。

(三) 规范医疗服务行为。

定点医疗机构要严格落实相关法律法规、规范性文件,以及相关疾病诊疗指南、技术规范规范和临床路径,在保障群众基本医疗需要和医疗质量安全的基础上,合理控制医疗费用,减轻贫困群众看病负担。严格执行分级诊疗制度,形成“基层首诊、双向转诊”的合理就医模式。执行住院费用“一日清单”制度,每日向患者提供治疗措施、治疗费用等清单。各级卫生计生行政部门要加强对定点医疗机构的医疗服务监管和质量控制,人力社保局、民政局、红十字会加强对相关资金基金的使用管理。

(四) 加强诚信体系建设。各区县(自治县)卫生计生行政部门建立“恶意拖欠住院费用”黑名单制度,协调有关部门将恶意欠逃费信息纳入个人信用信息管理。对因冒名顶替、伪造个人信息,以及因个人主观原因不完善出入院流程恶意拖欠住院费用

的，定点医疗机构有权终止为其提供“先诊疗，后付费”优惠政策（急危重伤病除外），并向辖区卫生计生行政部门和人力社保局报告有关信息。由人力社保局暂停其医保待遇，直到所欠费用全部还清。定点医疗机构也可以根据相关合同约定，向人民法院起诉，申请相关部门对恶意欠款人员实施制约或惩罚。但对于自付确有困难的，要协调多方予以救助。