

湛江市社会保险基金管理局文件

湛社保〔2017〕186号

关于做好湛江市城乡居民基本医疗保险参保人 跨社保年度住院医疗费用结算问题的通知

各城乡居民医保定点医院、各县（市）社保局：

为做好城乡居民基本医疗保险参保人跨社保年度住院费用结算工作，现将有关问题通知如下：

一、定点医院跨年度住院的参保人费用，须按年度分段结算，整次住院费用只计算一次起付标准（五保户、低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人零起付线）。我局医保结算信息系统会将市内跨年度住院费用按段生成结算记录，并生成不同的结算序号，但具有唯一的就诊记录号。

二、市外异地联网定点医院的跨年度住院费用，我市省异地就医结算平台接口支持分段结算，有中途结算接口的医院需在参保人出院时分段上传明细进行分段结算。如无中途结算接口的定

点医院，请告知参保人可以不联网报销，全部住院费用自费后，再按零星报销的办法回经办机构申请报销；也可以选择继续联网报销，可能导致参保人跨年度住院费用报销计算两次起付标准的情况，如计算两次起付标准的，可凭报销后的《广东省医疗收费票据》、《广东省异地医疗保险住院医疗费用结算单》及住院（出院）证明等资料回所属经办社保局申请补报多计起付标准的报销差额。

三、医保基金与市内定点医院只按一次住院的结算标准，结算跨年度住院的整次住院费用。

四、经办机构在办理跨年度住院费用零星报销时，必须按年度分段结算，整次住院费用只计算一次起付标准。对只能提供汇总清单的，在参保人或申请人签名同意按住院天数平均费用后，住院总费用及先行自付费用及医保范围费用均按住院天数平均，对应计算出各年度的分段费用，按年度享受待遇。

湛江市社会保险基金管理局

2017年12月20日