



# 一场大病击垮一个家庭？ 这笔医保“隐形救命钱” 大家必须知道

新闻延伸

## 激活“隐形报销” 须避免四大误区

从制度建立开始，大病保险制度就不需要单独申请参保，所有缴费参加城乡居民基本医疗保险的群众都是大病保险参保人，不需要单独缴费。目前，尽管大病保险已覆盖全国超95%的参保人，但调查显示，仍有不少的参保人存在四个认知误区：

### 误区1

必须得了癌症才能用

【真相】

任何疾病的自付费用累计超标均可触发。大病保险并不局限于某些特定的重大疾病，而是以医疗费用为判定标准。只要参保人在一年内累计自付的医保目录内费用超过当地规定的起付线，无论是治疗癌症、心脏病、糖尿病等慢性病，还是其他的高额医疗费用，都可以享受大病保险的报销。

### 误区2

必须住院才能累计费用

【真相】

北京、上海、广州等38个城市已试点将高血压、糖尿病等门诊慢特病费用纳入累计范围。这意味着，参保人在门诊治疗这些慢性疾病时所产生的费用，也可以累积到大病保险的报销范围内。例如，杭州糖尿病患者赵阿姨年度门诊购药花费9.6万元，其中基本医保报销5.76万元，自付3.84万元。而杭州大病保险起付线为2.5万元，在触发大病保险报销起付标准后，系统自动结算 $(3.84万 - 2.5万) \times 65\% = 8710元$ ，赵阿姨实际自付降至2.969万元，相当于每月药费从8000元降至2474元。

### 误区3

需要自己申请才能报销

【真相】

2024年全国已实现“自动累计、刷卡直报”。患者在定点医院结算时，系统自动计算基本医保和大病保险报销金额，无需单独申请。这大大简化了报销流程，参保人在就医时只需正常刷卡结算，系统会自动判断是否符合大病保险的报销条件，并实时结算报销金额，无需患者额外提交申请材料。

### 误区4

异地就医不能享受优惠

【真相】

跨省就医时，只要提前在“国家医保服务平台”App备案，起付线和报销比例均按参保地政策执行。例如，湖南参保人在上海住院，大病保险规则仍参照湖南标准。参保人在异地就医前，只需在App上完成备案手续，就可以确保在异地就医时享受与参保地相同的起付线和报销比例，不会因为异地就医而影响大病保险的待遇。  
据国家医保局

民生关注

重庆晨报  
民生在线  
扫码关注

难事、烦事、委屈事、不平事、新鲜事告诉我们，记者帮你办



2024年3月，北京郊区的低保户刘叔叔被确诊为胃癌，手术和化疗费用预估超过30万元。家境清贫的他面对预估的高昂手术费用，怕拖垮这个家庭，犹豫是否接受治疗，直到后来女儿告诉他：“爸，您别担心，咱们有大病保险制度，是可以报销一部分费用的。”最终，刘叔叔顺利完成手术，个人仅承担4.8万元。

刘叔叔的遭遇，正是大病保险制度在托底，它显著缓解了困难群体的经济压力。但遗憾的是，这项与基本医保深度绑定的“隐藏待遇”，许多人直到患病才知晓它的存在。它究竟如何运作？为何能成为家庭灾难性医疗支出的“刹车器”？记者通过真实账本、政策透视和实用指南，揭开这项“隐形待遇”如何成为千万家庭的救命绳。

1

## 从“隐形”到“救命”

大病保险是国家在基本医保基础上建立的补充保障机制，所有参加城乡居民医保、城镇职工医保的参保人均可自动享受（无需额外缴费）。它的核心功能是对高额医疗费用进行“二次报销”，防止因病致贫。

追溯这项制度的诞生，2012年发改委等六部门印发《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，在广东湛江、江苏太仓等地开启试点。当时的中国，每年因大病致贫、返贫的家庭超300万户，某地调查显示癌症患者中42%曾放弃治疗。经过3年探索，2015年国务院决定全面实施，建立“基本医保+大病保险+医疗救助”三重保障。制度设计中包括：

### 自动参保

无需额外缴费，随基本医保自动覆盖。

### 动态起付

参考居民人均可支配收入50%设定。

### 分段报销

费用越高报销比例越高，北京等地对超30万元部分报销达90%。

### 智能结算

2023年全国实现“一站式”即时结算，报销时长从45天缩至实时。

此前国家医保局信息显示，10余年来，大病保险累计惠及近亿患者。仅2023年，享受大病保险报销的就达1156万人，人均减负约8000元，最高可报销上百万元。与基本医保不同，大病保险的报销规则更聚焦于“费用”而非“病种”。以2024年北京政策为例，当参保人年度内累计自付的医保目录内费用超过30404元时，超出的部分可按60%~70%分段报销，且上不封顶。这意味着，无论是癌症手术、罕见病治疗，还是多次住院产生的叠加费用，只要达到起付线，就能触发报销。

2

## “二次报销”逻辑

要读懂大病保险的“二次报销”逻辑，必须将其与基本医保视作阶梯式保障体系。如果把医疗费用比作洪水，基本医保是第一道堤坝，大病保险则是加固的第二道防洪墙——两者通过差异化的报销规则形成互补，共同抵御灾难性医疗支出的冲击。

1. 起付线与累计方式：基本医保按次计算门诊/住院起付线，而大病保险按年度累计自付费用。例如，基本医保的门诊起付线可能是每次就诊的一定金额，而大病保险则是在整个年度内累计自付费用达到起付线后开始报销。

2. 报销比例与费用分段：基本医保报销比例受医院等级限制，大病保险则对高额部分进行报销，采用“分段递增”报销策略。这意味着，随着医疗费用的增加，大病保险的报销比例也会相应提高，从而更有效地减轻患者的经济负担。

3. 保障范围与病种限制：基本医保通常有明确的保障范围，包括特定的疾病和治疗项目。而大病保险则更侧重于高额医疗费用的保障，不限定具体病种。只要患者的自付费用达到起付线，无论是治疗癌症、心脏病还是其他疾病，都可以享受大病保险的报销。

为了方便大家理解，下面给大家详细举例拆解报销规则，以刘叔叔的胃癌治疗为例（总费用30万元）——

### 基本医保报销

目录内费用24万元，按75%报销18万元，自付6万元。

### 触发大病保险

自付6万元超过起付线(30404元)，进入二次报销。

### 享受倾斜政策

刘叔叔是低保户，起付线降低50%至15202元，各段报销比例提高5%。

### 最终报销计算

$60000 - 15202 = 44798元$ ，前5万元按65%报销32500元，剩余部分因未超5万元不触发更高比例。

### 实际自付

$60000 - 32500 = 27500元$ ，比普通参保人少付14472.4元！

不难发现，这一机制显著缓解了困难群体的压力。根据国家医保局数据，2023年全国低保对象大病保险平均报销比例达68%，比普通人群高出12个百分点。

3

## 三招用好大病保险

为了帮助大家更好地利用大病保险制度，以下是供大家参考的3点实用建议：

### 1. 定期查询累计费用

通过医保局官网或App查看年度自付金额，预估报销节点。参保人可以定期登录当地医保局的官方网站或使用医保App，查询自己在本年度内累计的自付医疗费用，了解是否接近或已经达到大病保险的起付线。这样可以提前做好财务规划，预估可能的报销金额，减轻经济压力。

### 2. 优先选择目录内项目

手术耗材、靶向药尽量使用医保目录内品种，扩大可报销基数。在就医过程中，参保人应与医生沟通，尽量选择医保目录内的药品、耗材和治疗项目。这样可以增加可报销的费用基数，提高大病保险的报销金额，从而更有效地减轻个人医疗费用负担。

### 3. 困难群体主动登记

持低保证、特困证等至街道医保办备案，确保倾斜政策生效。属于困难群体的参保人，如低保对象、特困人员等，应及时到当地街道的医保办公室进行备案登记。这样可以确保在享受大病保险时，能够按照国家规定的倾斜政策，享受降低起付线、提高报销比例等优惠待遇，进一步减轻医疗费用负担。

大病保险制度如同一把“隐形保护伞”，在疾病风暴来袭时默默撑起希望。从刘叔叔的案例我们看到：了解政策、善用规则，就能将几十万元账单降至数万元，减轻自己的医疗费用负担。

