



虽说老太太这20万的医疗费用，即使有社保，也不能全部报销，但有了社保，多少还是可以减轻一些看病的经济负担的。

从这个角度上来说，国家医保大家一定要交上，这是国家给咱们每个人的最基本的福利。

但是，我们还要正视一个问题，就是医保并不是万能的。

为什么有社保，还会有人看不起病？社保到底是怎么进行报销的？我们来详细说一说。

02

社保的报销范围是什么？

大前提：

社保报销的是看病的医疗费用，但并不是全部的医疗费用，而是有一些限制条件的。



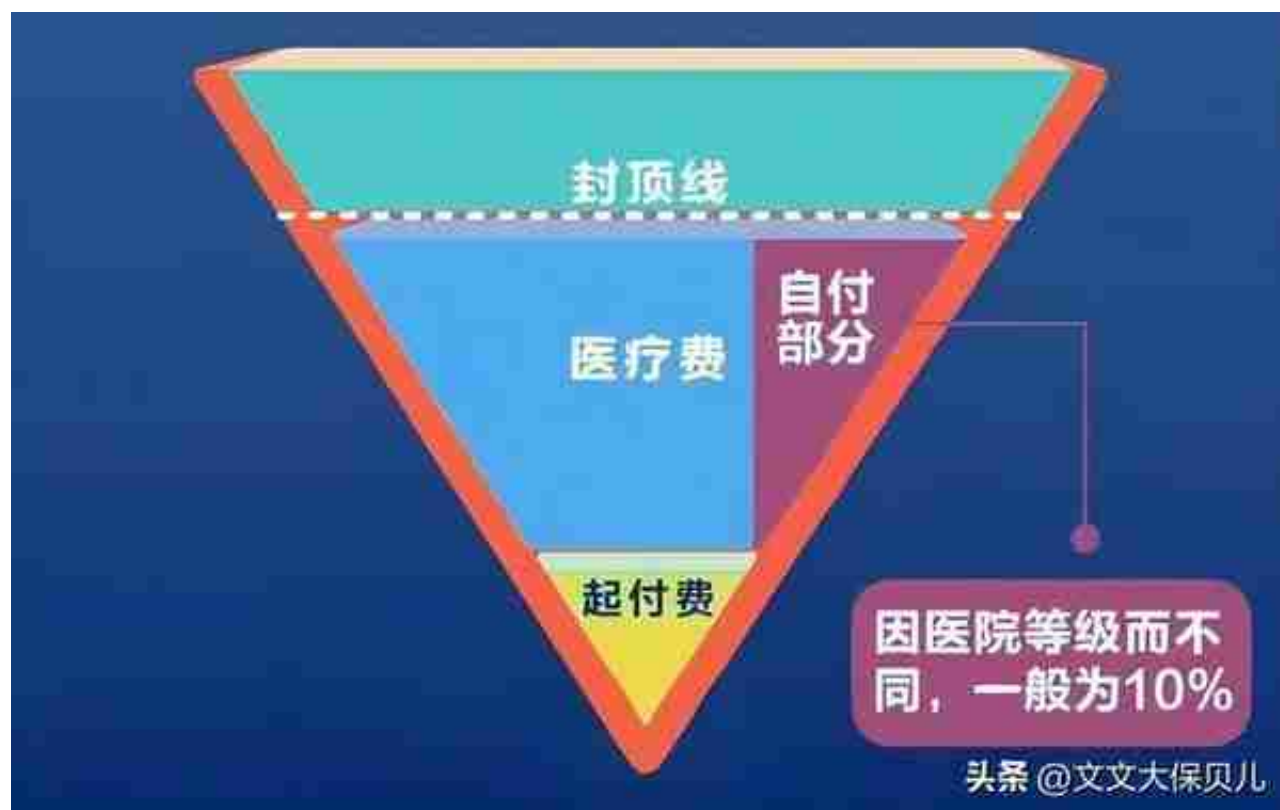
起付线以下的费用，需要我们自己负担。

比如说住院的起付线是700块钱，那么也就意味着，住院花费700块钱以上的部分才可以报销，700块钱以内的费用就需要我们自理了。

(2) 封顶线

有“起付线”，就有“封顶线”——

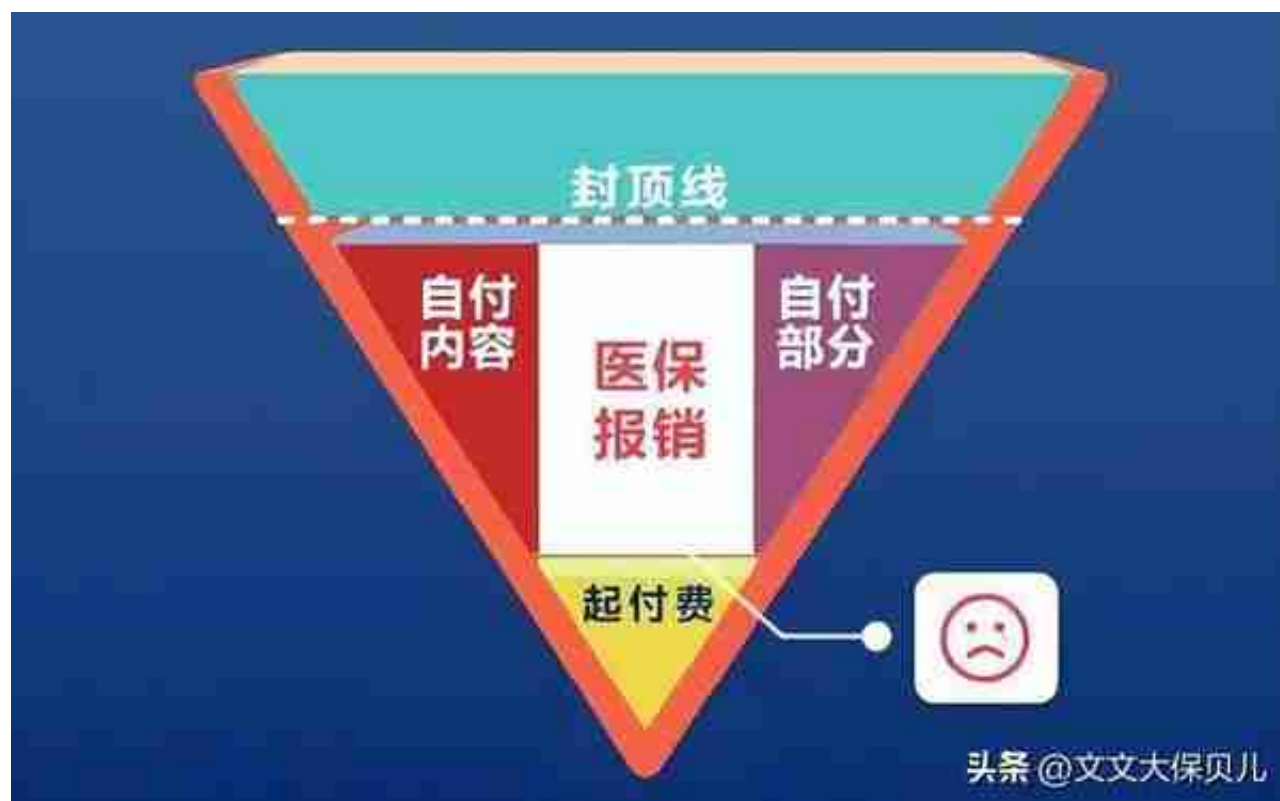
医保报销也是有限度的，“起付线”以上的部分，也不是都可以报销的，因为社保还规定了一条“封顶线”：



看病的医疗费用国家已经给报销一部分了，咱们总不能一分钱不花呀。

(4) 自付内容 (自费部分)

在社保报销中有一部分自费的药物、医疗设备、医疗服务项目，这部分也需要自己承担。



做个总结：

我们看病所发生的医疗费用中，起付线以下、封顶线以上、自付部分和自费部分，都是需要我们自己掏腰包的；

除了这些之外，剩余的部分，才是社保可以进行报销的部分。

03

甲乙丙类药的区别

看到这里，你可能会想：那社保范围内的部分能全给我报销了，也行！

想的太简单了我的朋友。

社保范围内的药品，也分三六九等。

“社保范围内用药”指的是社保报销目录范围内的用药。

根据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》，目录中社保内用药一共2535种，和19万的登记药品相比，社保目录内药品仅仅占比1.1%。

有过住院经历的小伙伴可能都有这样的体会：

医生在跟我们沟通看病用药情况的时候，会说：“有社保用药和自费用药，进口药，你用哪种？”

人在医院，身体又不服输，谁不想给自己用最好的药啊！



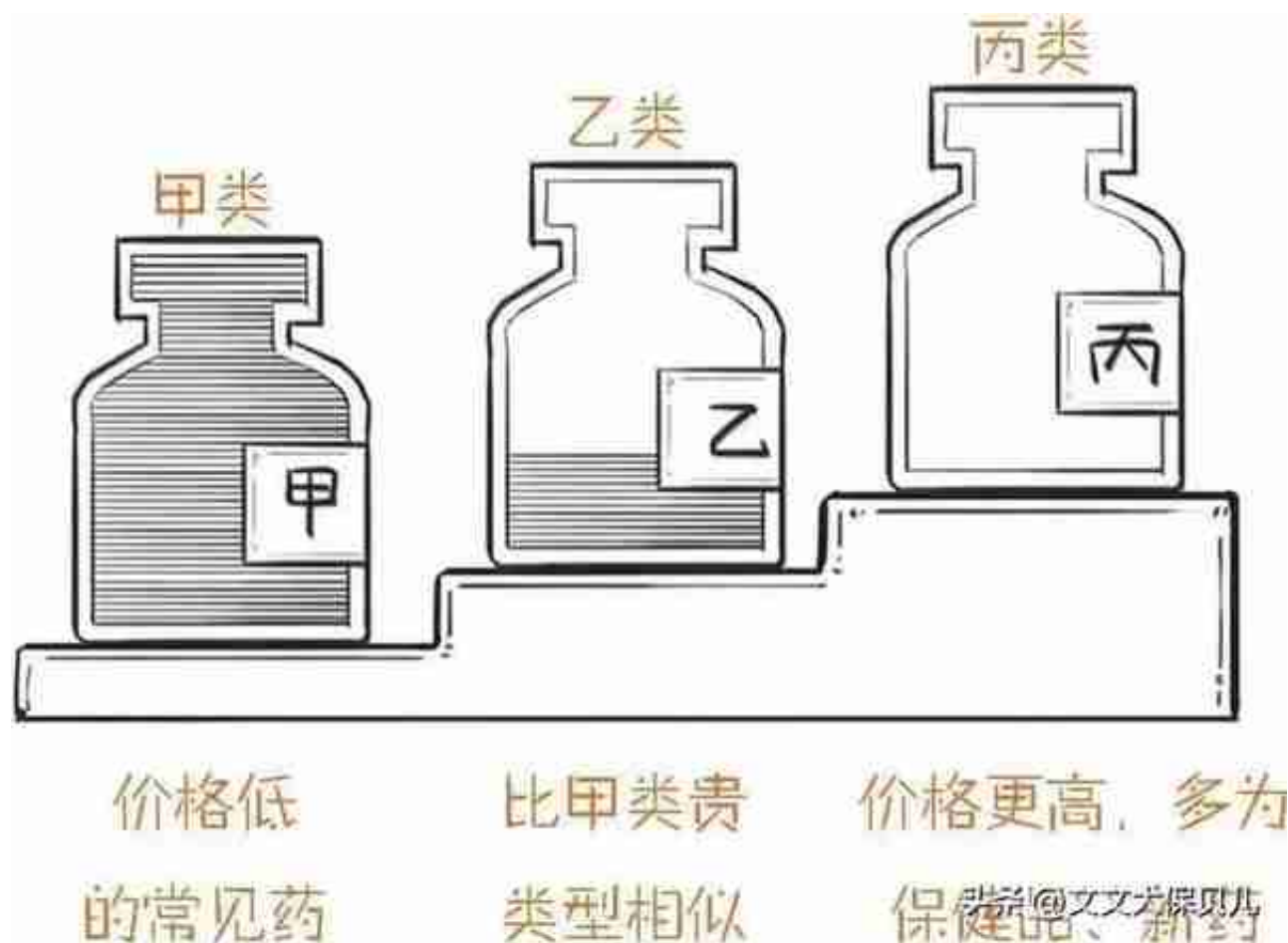
(2) 乙类药

可供临床治疗选择使用的、疗效好，同类药品中比甲类药品价格高的药品。

药品价格是由国家制定，各地市可以适当进行调整。

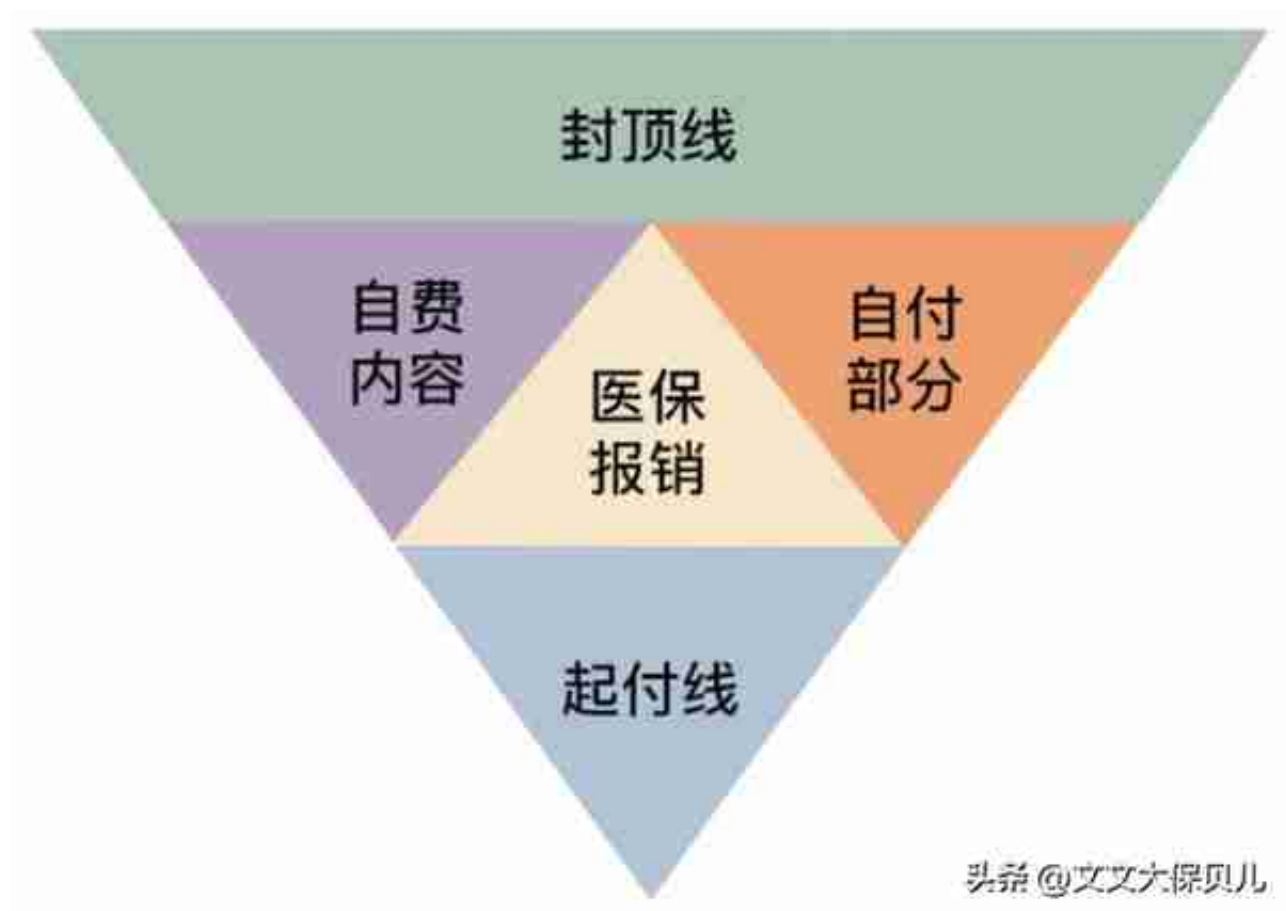
参保人使用乙类药品时，无法100%报销，要先按比例（各地自行规定）扣除一定的个人自付费用后，将余下费用再纳入报销范围，按规定比例报销。

乙类药物在临床使用时间更长、安全性更高、副作用小，因此被标为绿色（绿底白色O T C标志）。



简单来说就是：

甲类全额纳入医保范围，乙类药报销一部分，丙类药纯自费。



这只是个简单的肠胃炎住院，如果换成骨髓移植、脑中风、恶性肿瘤这类重大疾病，需要个人支付的费用会更高。

05

医保用药怎么查

我们的社保用药，其实有明确的分类。

在国务院小程序中，我们可以查到每种药品的类别。

