

## #为什么大多数人不知道医保二次报销的条件#

为什么大多数人不知道二次报销的条件呢？的确很多人是不知道的。一是没有渠道知道，二是事情没有发生在自己身上，很多人也不愿意去知道；三是由于各地的规定不一样，很难全面知道，下面就这个话题和大家做一个简单的分享。



所谓的二次报销，主要是指城乡居民大病保险，很多人虽然缴纳了城乡居民基本医疗保险，但并不知道在自己缴纳了城乡居民医疗保险的同时，也缴纳了大病保险。

所谓大病保险，是指城乡居民基本医疗保险的各个统筹区，为了解决城乡居民基本医疗保险报销比例比较低的问题，对身患重大疾病的人员，通过医保和商业保险公司合作，从医疗保险基金中，拿出一部分钱来作为参保大病保险的费用，以达到减轻大病参保人家庭经济负担的目的。

大病保险具有四个显著的特点。一是参保对象为参加城乡居民基本医疗保险的人员；  
二是

缴纳城乡

居民基本医疗保险

的人员，参加大病保险不再另行缴费

，由医保基金

支付保险费用；三是大病保险带有市场化运营的性质，由医保部门和商业保险公司

合作；四是大病保险不完全属于商

业保险，是对基本医疗保险

的一种补充形式；四是大病保险也有起付标准和最高支付限额。



大病保险的统筹方式和居民基本医保

的统筹方式是一致的，都是以地市级行政单位作为一个统筹区，大病保险的政策也是由各个统筹区来制定和执行的。各地大病保险的起付标准、报销比例主要是按照通过市场化招标以后，和中标的商业保险公司约定合同的标的来执行。

总体上是按照城乡居民人均可支配收入

作为起付标准，按照个人自费费用金额的高低来确定报销比例，超过起付标准以上

个人自费的金额越高，报销的比例就会越高，最大程度上减轻重大疾病患者的经济负担，具有补贴和救助的性质。

例如张某按照城乡居民基本医疗保险政策的规定，每年缴纳城乡居民基本医疗保险费用320元。张某因为患重大疾病，第一次住院时花去医疗费用5000元，报销了2500元，张某第二次住院花去医疗费用8000元，报销了4000元，第三次住院花去医疗费用16000元，报销了8000元。



在一年之中张某住院三次，总计花费医疗费用29000元，其中个人自费部分14500元，假如当地规定的第二次报销的起付标准为5000元，那么余下的9000元是可以按照至少50%的比例报销的，可以报销4500元，通过基本医疗保险和大病保险报销以后，张某实际自费的费用就只有10000元，自己自费的10000元如果还有困难的，还可以通过大病救助基金来解决。

二次报销就是城乡居民基本医疗保险报销之后大病保险的报销，之所以会称为第二次保险，主要参保人不再另行缴费，和基本医疗保险是进行衔接的，在医院住院看病时，如果一年累次住院的自费金额达到大病保险规定的起付标准以上的，会在医

院按照一站式结算，不需要个人再去申请单独报销。

二次报销的政策很多人不知道，主要和信息公开的渠道有一定的关系。各地大病保险的实施办法是通过当地政府部门或是医保部门的官方网站作为公开件发布，有的是按照发文范围发布，属于内部使用，比如各级医保机构，卫生行政部门、医院等，一般人很难在网站上找到；乡镇或是村委会干部对政策的理解不透彻，有的甚至不知道，导致很多人不知道具体的实施政策。



综上所述，之所以会有大部分人不知道二次报销的条件，还是因为政策不透明、宣传力度不够导致的，不知道的不要紧，对于经常患病的朋友，或是家里有人患了重大疾病的朋友，还是要通过网络搜索的方式作一个初步了解，才能更好当地维护自身的合法权益。