

推动医保制度改革并不断调整医疗福利是完善基本医疗保障体系的有效措施，目的是为了进一步缓解城乡居民“看病难、看病贵”甚至“因病返贫”等等问题。众所周知，我国并行2套基本医疗保险制度，一套是城镇职工社保体系（包含医疗与养老）；一套是城乡居民基本医疗保险（原新农合与城镇居民医疗保险合并而成）。通过缴纳基本医疗保险，便可以享受“看病报销”等诸多福利，以减轻相应的经济负担。



一般情况下，享受“重大疾病二次报销”这项医疗福利需要满足如下3个条件：

- ①病人本人参与了城镇职工医保或城乡居民医疗保险，这是最基本的条件；
- ②基本医保报销之后，个人自付部分依然超过当地城镇居民可支配收入/居民人均收入，则可以不限病种申请二次报销；
- ③申请“重大疾病二次报销”需要出示相关的病例清单、发票、诊断书等等证明。

需要注意的是，因目前大病保险的报销措施并未实现全国统筹，因此各地针对医保的“二次报销”的政策规定会略有不同。另外，在报销的比例上，各地的政策规定也不一，但总体来看采取“分段计算、累加支付”方式的较为普遍。以北京为例，凡是参与职工医保或城乡居民医保的，大病保障的报销比例及报销范围一致。具体如下

:

在居民医保进行首次报销之后，起付标准以上（不含）部分累加5万元（含）以内的个人自付医疗费用，“二次报销”的比例为60%；超过5万元（不含）以上的个人自费部分，“二次报销”的比例为70%。需要特别指出的是，2019年北京市高额医疗费用二次报销的起付线为39525元，其余各省市的起付线标准与此存在差异，以实际为准。