

最近，有部电影《我不是药神》点映获得了非常高的评价，其中医疗费用问题受人关注，电影结尾也讲到了医保，实际上，我国医保做过不少次的调整，那么2018年最新医保报销比例标准是多少?期限是多久?

2018年最新医保期限

医疗报销应在诊疗后半年之内报销。

通常情况下，医疗保险报销情况是下半年报销上半年的，今年上半年报销上一年度下半年。

病人在出院时及时报销，缴纳不报销部分即可。

2018年最新医保报销比例

医保报销比例根据地方不同而有所变化，参考报销比例如下：

城镇职工政策调整主要内容

1、住院起付线。

一个结算年度内本统筹地区内住院每次起付标准：

三级医院800元;

二级医院500元;

一级医院300元;

乡镇卫生院和社区服务中心100元;

一个结算年度内转本统筹地区外住院每次起付标准为1200元。

2、最高限额。

一个结算年度内统筹基金最高实际支付限额为45万元，其中基本医疗最高实际支付限额为15万元，超过基本医疗最高实际支付限额的通过大病医疗互助解决，大病医疗互助最高实际支付限额为30万元。

3、转外报账比例。

(1)到省内市外医院就医，本统筹地区基本医疗保险基金支付80%，大病医疗互助基金支付85%。

(2)到省外医院就医，本统筹地区基本医疗保险基金支付70%，大病医疗互助基金支付75%。

(3)转市外医院就医，应当在就医医院直接联网结算;回参保地后台核报的，基金支付比就医医院网结少报10%。

(4)未按规定办理转诊转院手续的原则上不予报账。

4、异地安置。

参保人员因退休或工作需要长期在参保地以外居住或驻外工作一年以上的，可申请办理长期异地居住手续。

异地安置人员在参保地和居住地市级协议医疗机构住院治疗的，按参保地规定核报;

在省级三级协议医疗机构住院治疗的，按转省内市外医院规定核报。

城乡居民政策调整主要内容

1、个人缴费。

城乡居民个人缴费标准提高至180元/人。

2、基层医疗机构住院。

对在基层协议医疗机构住院的参保人员，取消住院起付费，每次住院交100元作自付医疗费，每次住院实行800元包干支付，由参保人员自付100元，医保基金支付700元。住院医疗费用不足800元的，按实支付，参保人员自付未超过100元的，结余部分返还参保人员，参保人员自付超过100元的，超过部分由基层协议医疗机构承担;住院医疗费用超过800元的，超过部分由基层协议医疗机构承担。

3、医联体内转院。

参保人员在参保地县级及以下医疗机构首诊，对符合规定的转诊住院患者医联体内

实行一站式结算，不重复计算住院起付线。(转上级医院实际住院起付线=上级医疗机构住院起付线-转出医疗机构住院起付线。)

4、自行转市外就医。

参保人员原则上在市内逐级转诊，对自行转市外治疗的，降低住院报销比例15%。

5、简化转院手续。

简化转院审批手续，参保人员因病情确需转诊县级以上医院治疗的，由就诊医疗机构审批，并到参保地医保经办机构办理异地就医结算手续。