

Điều kiện để người tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục được miễn phần đồng chi trả

09:54 07/06/2026

Theo các khung pháp lý của Luật Bảo hiểm y tế, chỉ có một số nhóm đối tượng ưu tiên đặc thù mới được quỹ Bảo hiểm y tế bao bọc và chi trả từ 95% đến 100% chi phí y tế phát sinh. Phần lớn người dân tham gia đóng bảo hiểm theo diện thông thường hiện áp dụng hạn mức chi trả cố định là 80%, đồng nghĩa với việc người bệnh có trách nhiệm cùng chi trả (đồng chi trả) 20% giá trị hóa đơn viện phí.



Người tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục được chi trả 100% chi phí khám chữa bệnh khi số tiền cùng chi trả trong năm lớn hơn 6 lần mức tham chiếu. Từ 1/7, mức trần cùng chi trả là 15,18 triệu đồng

Tuy nhiên, đối với những người tham gia thuộc nhóm đồng chi trả 20%, Nhà nước vẫn ban hành một cơ chế đặc cách nhân văn, cho phép người bệnh được hưởng quyền lợi tất toán trọn gói 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh nếu đã có thời gian gắn bó lâu dài với hệ thống an sinh xã hội.

Ba điều kiện bắt buộc để kích hoạt quyền lợi hưởng 100% bảo hiểm y tế

Căn cứ quy định chi tiết tại Điểm d Khoản 1 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế năm 2024, để được quỹ Bảo hiểm y tế chuyển đổi hạn mức từ 80% lên thanh toán trọn gói 100% chi phí, người tham gia bắt buộc phải đáp ứng đồng thời và đầy đủ cả 3 điều kiện kỹ thuật dưới đây:

- **Điều kiện về thời gian tham gia:** Người lao động hoặc người dân phải có thời gian tham gia đóng bảo hiểm y tế lũy kế từ đủ 5 năm liên tục trở lên.
- **Điều kiện về tuyến kỹ thuật:** Tất cả các lượt tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khám bệnh và điều trị của người bệnh phải được thực hiện đúng tuyến theo quy định chuyên môn.
- **Điều kiện về hạn mức tài chính:** Tổng số tiền cùng chi trả (phần hóa đơn 20% mà người bệnh phải tự chi trả) cộng dồn của những lần đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến trước đó tính trong cùng một năm dương lịch phải vượt quá mốc 6 lần mức tham chiếu.

Khi đáp ứng đủ các tiêu chí trên, kể từ thời điểm hóa đơn đồng chi trả vượt ngưỡng quy định, người bệnh sẽ được cơ quan bảo hiểm cấp "Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm" và toàn bộ các chi phí khám chữa bệnh đúng tuyến phát sinh sau đó sẽ được quỹ Bảo hiểm y tế tất toán 100%.

Lộ trình tịnh tiến mức trần đồng chi trả theo điều chỉnh lương cơ sở năm 2026

Biểu định mức tài chính làm căn cứ xét duyệt quyền lợi này được tính toán đồng bộ dựa trên mức tham chiếu (hiện được định biên bằng mức lương cơ sở), do đó sẽ có sự tịnh tiến tăng theo lộ trình cải cách tiền lương của Nhà nước:

- **Giai đoạn trước ngày 1/7/2026:** Mức lương cơ sở hiện hành đang được áp dụng là 2,34 triệu đồng một tháng. Theo đó, mốc tài chính làm căn cứ xét duyệt quyền lợi (tương đương 6 lần mức lương cơ sở) được ấn định ở số tiền 14.040.000 đồng. Kích bản thực tế là nếu số tiền đồng chi trả 20% của người bệnh cộng dồn từ đầu năm chạm mốc 14.040.000 đồng thì từ thời điểm đó đến hết năm, người bệnh sẽ được miễn hoàn toàn phần tự chi trả.
- **Giai đoạn từ ngày 1/7/2026:** Khi quyết định tăng mức lương cơ sở lên mốc 2,53 triệu đồng một tháng chính thức đi vào vận hành, biểu định mức tính toán quyền lợi cũng tự động tịnh tiến điều chỉnh. Mốc trần cùng chi trả tối đa của người bệnh trong một năm sẽ được nâng lên ngưỡng mới là 15.180.000 đồng (tương đương 6 lần mức lương cơ sở 2,53 triệu đồng).

Việc luật hóa và điều chỉnh linh hoạt hạn mức tài chính này bảo đảm tính cân đối của quỹ an sinh, đồng thời thiết lập một tấm lưới bảo vệ tài chính hữu hiệu cho người dân, ngăn chặn nguy cơ nghèo hóa đối với những gia đình có người thân không may mắc bệnh hiểm nghèo phải điều trị dài ngày.

Tâm An