TẠP CHÍ ĐIỆN TỬ
THƯƠNG HIỆU & CÔNG LUẬN

Người tham gia bảo hiểm y tế liên tục 5 năm trở lên có thêm nhiều quyền lợi mới

14:53 10/06/2025

Từ ngày 1/7, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2024 chính thức có hiệu lực với nhiều quyền lợi dành cho người tham gia bảo hiểm y tế đủ 5 năm liên tục khi đi khám, chữa bệnh. Theo đó, hàng triệu người dân trên cả nước sẽ được hưởng những quyền lợi chưa từng có từ trước đến nay.



Từ 1/7, người tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục được hưởng nhiều quyền lợi. (Ảnh: ĐỖ THOA)

Được chi trả 100% chi phí khám, chữa bệnh trong nhiều trường hợp, kể cả trái tuyến

Một trong những điểm mới quan trọng của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2024 là người tham gia bảo hiểm y tế từ 5 năm liên tục trở lên sẽ được quỹ bảo hiểm y tế từ thanh toán toàn bộ chi phí khám, chữa bệnh nếu tổng số tiền cùng chi trả trong năm vượt quá 6 lần mức tham chiếu (mức do Chính phủ quy định, thay thế mức lương tối thiểu trước đây).

Người bệnh còn có thể được thanh toán 100% chi phí ngay cả khi khám trái tuyến trong các trường hợp sau:

Khám tại bệnh viện chuyên sâu để chẩn đoán bệnh hiểm nghèo, bệnh hiếm, cần phẫu thuật hoặc kỹ thuật cao.

Là người dân tộc thiểu số và người thuộc hộ nghèo đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn, người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu;

Khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản; Khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp chuyên sâu mà trước ngày 1/1/2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện.

Khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu; Khi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu; thực hiện đúng quy trình chuyển tuyến giữa các cơ sở khám, chữa bệnh.

Như vậy, người bệnh để được hưởng các quyền lợi như trên từ ngày 1/7/2025 phải đồng thời đạt đủ các điều kiện như sau:

Có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên (gián đoạn không quá 3 tháng).

Có số tiền cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 lần mức tham chiếu. Hiện tại, mức lương cơ sở hiện hành là 2,34 triệu đồng. Do đó, người tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên phải có số tiền cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh trong năm lớn hơn 14.040.000 đồng (bằng 6 tháng lương cơ sở).

Đi khám chữa bệnh đúng tuyến, đúng quy trình chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc khám trái tuyến tuyến trong các trường hợp nêu ở trên hoặc cấp cứu trong mọi trường hợp.

Không phải chờ 180 ngày mới được hưởng quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao

Luật Bảo hiểm y tế năm 2008 quy định: Người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đóng bảo hiểm y tế không liên tục thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày đóng; riêng quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao thì có hiệu lực sau 180 ngày.

Tuy nhiên, theo quy định của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế 2024 đã xóa bỏ thời gian chờ này.

Cụ thể, kể từ ngày 1/7, người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc gián đoạn trên 90 ngày chỉ cần đợi 30 ngày để thẻ có hiệu lực.

Như vậy, quy định mới đã bỏ quy định thời gian chờ là 180 ngày để được hưởng quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao. Đây là bước cải tiến lớn, giúp người bệnh tiếp cận nhanh hơn với các dịch vụ y tế hiện đại trong lúc nguy cấp.

Thay đổi cách tính mức cùng chi trả

Trước đây, mức lương tối thiểu là cơ sở để tính phần chi phí người bệnh phải tự trả. Từ tháng 7 tới, luật mới áp dụng “mức tham chiếu” - một khái niệm do Chính phủ quy định làm căn cứ tính mức đóng và hưởng bảo hiểm y tế, thay thế cho “mức lương tối thiểu” trước đây.

Điều này giúp chính sách bảo hiểm y tế trở nên linh hoạt, đồng thời khuyến khích người dân duy trì tham gia liên tục để được quỹ bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ chi phí khi vượt ngưỡng 6 lần mức tham chiếu.

Đồng thời cũng giúp mở rộng quyền lợi, tạo điều kiện thuận lợi hơn cho người bệnh được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh theo bảo hiểm y tế, nhất là đối tượng mắc bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao.

Theo Bảo hiểm xã hội Việt Nam, tính đến đầu năm 2025, cả nước có khoảng 95,52 triệu người tham gia , đạt tỉ lệ bao phủ 94,2% dân số.

Ước tính đến hết tháng 5, Bảo hiểm xã hội đã chi trả chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho gần 80 triệu lượt người, tăng 8,59% so với cùng kỳ năm 2024. Tổng số tiền chi trả ước đạt 63.324 tỷ đồng, tăng 15,59% so với cùng kỳ năm trước.

Khám chữa bệnh từ xa được hưởng bảo hiểm y tế

Theo Luật Bảo hiểm y tế mới, từ ngày 1/7 người bệnh khám chữa bệnh tại nhà vẫn được bảo hiểm y tế chi trả. Đây là nội dung mới mà luật hiện hành chưa quy định.

Khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm cả khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con; vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định trong trường hợp đang điều trị nội trú

hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Ngoài ra người tham gia bảo hiểm y tế cũng được chi trả chi phí cho sử dụng dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, thiết bị y tế, máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.

Theo báo Nhân Dân