TẠP CHÍ ĐIỆN TỬ
THƯƠNG HIỆU & CÔNG LUẬN

Bảo hiểm xã hội Việt Nam làm rõ nguyên nhân người hưởng 100% bảo hiểm y tế vẫn phải chi trả thêm viện phí

09:20 03/11/2026

Trước những thắc mắc của người dân về việc nhiều trường hợp thuộc nhóm được quỹ bảo hiểm y tế chi trả 100% nhưng khi xuất viện vẫn phải đóng thêm tiền, Bảo hiểm xã hội Việt Nam vừa đưa ra thông tin giải thích cụ thể về cơ chế thanh toán chi phí khám chữa bệnh.



Quỹ Bảo hiểm y tế chỉ thanh toán các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng

Cơ quan này khẳng định các mức hưởng 80%, 95% hay 100% được xác định theo từng nhóm đối tượng và điều kiện khám chữa bệnh, tuy nhiên đây không phải là tỷ lệ thanh toán mặc nhiên trên toàn bộ hóa đơn viện phí. Quỹ bảo hiểm

y tế chỉ chi trả các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng và đáp ứng đầy đủ các điều kiện thanh toán theo quy định hiện hành.

Theo phân tích từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam, mức hưởng 100% không đồng nghĩa với việc người bệnh được miễn toàn bộ chi phí phát sinh trong quá trình điều trị. Thực tế, bệnh nhân vẫn có thể phải tự chi trả cho ba nhóm chi phí chính gồm các khoản nằm ngoài phạm vi thanh toán, phần chi phí chênh lệch khi lựa chọn dịch vụ theo yêu cầu và những khoản không đáp ứng đủ điều kiện thanh toán. Để xác định số tiền quỹ bảo hiểm y tế chi trả, cơ quan chức năng cần làm rõ ba căn cứ gồm tỷ lệ hưởng của đối tượng, các khoản chi thực tế có nằm trong phạm vi danh mục hay không, cùng với việc người bệnh khám chữa bệnh tại cơ sở nào, điều trị nội trú hay ngoại trú và có thực hiện đúng quy định về đăng ký ban đầu cũng như chuyển tuyến hay không. Bất kỳ dịch vụ nào nằm ngoài phạm vi xác định này đều do người bệnh tự chi trả.

Đối với trường hợp người dân chủ động lựa chọn khám chữa bệnh dịch vụ theo yêu cầu, Điều 20 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP đã quy định rất rõ về cơ chế tài chính. Theo đó, bệnh nhân vẫn được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi và mức hưởng theo luật định, còn phần chênh lệch giữa giá dịch vụ theo yêu cầu và mức chi trả của quỹ sẽ do người bệnh tự chi trả. Các cơ sở y tế có trách nhiệm công khai, minh bạch và thông báo trước các khoản chi phí này để người dân cân nhắc trước khi lựa chọn. Cơ chế này nhằm phân định rõ ràng giữa trách nhiệm chi trả của quỹ bảo hiểm và phần chi phí phát sinh từ nhu cầu thụ hưởng dịch vụ cao hơn của người bệnh, hoàn toàn không đồng nghĩa với việc quyền lợi bảo hiểm y tế bị cắt giảm.

Bên cạnh đó, việc thanh toán đối với thuốc men, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật còn phải tuân thủ nghiêm ngặt Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế năm 2024. Một loại thuốc dù được bác sĩ chỉ định và có tác dụng điều trị thực tế cũng không mặc nhiên được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán toàn bộ chi phí, mà còn phụ thuộc vào việc thuốc có thuộc danh mục được hưởng hay không, chỉ định chuyên môn, điều kiện sử dụng, cơ sở điều trị cũng như tỷ lệ thanh toán tương ứng. Đối với thuốc ngoài danh mục, người bệnh phải tự chi trả toàn bộ, còn với các loại thuốc thuộc danh mục nhưng có tỷ lệ hoặc điều kiện thanh toán riêng thì quỹ cũng chỉ chi trả theo tỷ lệ quy định. Nguyên tắc này cũng được áp dụng tương tự đối với các loại vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật có quy định riêng về mức thanh toán.

Tâm An *(t/h)*