

Hiểu đúng mức hưởng và quyền lợi BHYT, bảo đảm công bằng trong khám, chữa bệnh

16:01 01/11/2026

Các mức hưởng BHYT 80%, 95% và 100% không đồng nghĩa với việc quỹ BHYT thanh toán tương ứng trên toàn bộ hóa đơn viện phí. Quyền lợi thực tế phụ thuộc vào phạm vi chi trả, danh mục thuốc, vật tư y tế, điều kiện thanh toán và hình thức khám, chữa bệnh. Hiểu đúng quy định sẽ giúp người dân chủ động bảo vệ quyền lợi, đồng thời góp phần sử dụng hiệu quả, bền vững quỹ BHYT.



Ảnh minh họa

Mới đây, câu chuyện một người bệnh vảy nến 35 tuổi phải chi khoảng 9 triệu đồng mỗi tháng trong tổng số 18 triệu đồng tiền thuốc sinh học, do quỹ BHYT thanh toán 50%, đã thu hút sự quan tâm trên mạng xã hội và làm dấy lên đề xuất nâng tỷ lệ chi trả đối với loại thuốc này.

Cùng với đó, nhiều người cũng băn khoăn, vì sao dù thuộc nhóm được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh BHYT, họ vẫn phải trả thêm tiền. Cả hai vấn đề đều cho thấy cần phân biệt rõ mức hưởng BHYT với tổng chi phí điều trị thực tế.

Để đánh giá đúng quyền lợi người bệnh, cần căn cứ vào quy định pháp luật, phạm vi được hưởng và điều kiện thanh toán cụ thể, thay vì chỉ dựa vào số tiền phải tự chi trả để kết luận mức thanh toán của quỹ BHYT chưa thỏa đáng.

Vì sao mức hưởng BHYT 100% vẫn có thể phải trả thêm?

Theo khoản 01, Điều 22 Luật BHYT đã được sửa đổi, bổ sung bởi Luật BHYT năm 2024, mức hưởng của người tham gia được xác định theo từng nhóm đối tượng và điều kiện khám, chữa bệnh, trong đó có các mức 80%, 95% và 100% chi phí khám, chữa bệnh BHYT.

Tuy nhiên, các tỷ lệ này không phải là tỷ lệ thanh toán mặc nhiên trên toàn bộ hóa đơn viện phí. Quỹ BHYT chỉ thanh toán các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng, đáp ứng mức và điều kiện thanh toán theo quy định.

Nói cách khác, mức hưởng 100% không có nghĩa người bệnh được miễn toàn bộ chi phí phát sinh trong quá trình điều trị. Người bệnh vẫn có thể phải tự chi trả các khoản ngoài phạm vi được hưởng, phần chênh lệch khi lựa chọn dịch vụ theo yêu cầu hoặc những khoản không đáp ứng điều kiện thanh toán.

Theo BHXH Việt Nam, muốn biết BHYT thực sự trả bao nhiêu, phải trả lời ít nhất ba câu hỏi: Người bệnh thuộc nhóm hưởng bao nhiêu phần trăm? Khoản chi nào nằm trong phạm vi được hưởng? Người bệnh khám, chữa bệnh đúng tuyến hay trái tuyến?

Việc không phân biệt rõ các nội dung này dễ dẫn đến cách hiểu rằng cứ phải trả thêm tiền là quyền lợi BHYT chưa được bảo đảm. Trên thực tế, chỉ khi xác định được căn cứ thanh toán của từng khoản chi phí mới có thể kết luận việc thực hiện chính sách đúng hay chưa đúng quy định.

Thực tế tại TP. Hồ Chí Minh cho thấy những băn khoăn về mức hưởng BHYT có thể phát sinh ngay trong quá trình khám, chữa bệnh.

Ngày 26/10, Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh thông tin, trong vòng một tháng, đơn vị tiếp nhận 163 phản ánh liên quan đến công tác khám, chữa bệnh; trong đó, 150 trường hợp đã được xử lý, phản hồi và 13 trường hợp đang được xác minh trong thời hạn. Trong lĩnh vực BHYT, có phản ánh của người bệnh về việc phải trả thêm tiền khám và xét nghiệm dù có mức hưởng BHYT 100%.

Qua xác minh, Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh ghi nhận trường hợp người bệnh lựa chọn hình thức khám theo yêu cầu. Với hình thức này, quỹ BHYT vẫn thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi và mức hưởng; phần chênh lệch của dịch vụ theo yêu cầu do người bệnh chi trả theo quy định.

Điều 20, Nghị định số 188/2025/NĐ-CP của Chính phủ quy định về thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT đối với dịch vụ theo yêu cầu. Theo đó, người bệnh được quỹ thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi và mức hưởng của pháp luật BHYT; phần chênh lệch giữa giá dịch vụ theo yêu cầu và mức quỹ thanh toán do người bệnh tự chi trả. Cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm công khai và thông báo các khoản chi phí này để người bệnh biết trước khi lựa chọn.

Cơ chế này nhằm phân định rõ phần chi phí do quỹ BHYT thanh toán và phần phát sinh từ lựa chọn dịch vụ có giá cao hơn. Vì vậy, việc người bệnh phải trả thêm tiền không tự động đồng nghĩa với việc quyền lợi BHYT bị cắt giảm.

Tuy nhiên, theo Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh để bảo đảm quyền lợi người bệnh, cơ sở khám, chữa bệnh phải công khai giá dịch vụ, giải thích rõ khoản quỹ BHYT chi trả và phần người bệnh phải thanh toán. Người bệnh cần được cung cấp đầy đủ thông tin trước khi lựa chọn, tránh tình trạng chỉ biết khoản chênh lệch sau khi đã sử dụng dịch vụ.

Bên cạnh hình thức khám theo yêu cầu, điều kiện khám, chữa bệnh cũng ảnh hưởng đến quyền lợi được thanh toán. Hiện nay, hệ thống khám, chữa bệnh BHYT được tổ chức theo ba cấp chuyên môn kỹ thuật: ban đầu, cơ bản và chuyên sâu, thay cho cách phân chia bốn tuyến như trước đây (trung ương, tỉnh, huyện, xã). Pháp luật quy định các mức hưởng tương ứng với từng trường hợp, đồng thời có những cơ chế đặc thù đối với một số nhóm bệnh và hình thức điều trị.

Do đó, trường hợp người tham gia BHYT tự đến khám, chữa bệnh tại cơ sở cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn, mức hưởng có thể dao động từ 30% đến 100%, tùy thuộc vào từng trường hợp và điều kiện áp dụng theo quy định của pháp luật về BHYT. Để xác định chính xác quyền lợi, cần đối chiếu loại bệnh, cơ sở tiếp nhận, hình thức điều trị và quy định có hiệu lực tại thời điểm khám, chữa bệnh.

Thuốc được bác sĩ chỉ định không đồng nghĩa được thanh toán toàn bộ

Đối với trường hợp người bệnh vấp nên được phản ánh trên mạng xã hội, vấn đề quan trọng không chỉ là giá thuốc mà còn là căn cứ xác định tỷ lệ thanh toán của quỹ BHYT.

Điều 21 Luật BHYT năm 2024 quy định phạm vi được hưởng của người tham gia. Việc thanh toán đối với thuốc, thiết bị y tế và dịch vụ kỹ thuật phải tuân thủ danh mục, tỷ lệ, mức hưởng và điều kiện do cơ quan có thẩm quyền quy định.

Vì vậy, thuốc được bác sĩ chỉ định hoặc có tác dụng điều trị không đồng nghĩa quỹ BHYT phải thanh toán toàn bộ giá thuốc. Việc thanh toán còn phụ thuộc vào thuốc có thuộc danh mục được hưởng hay không, chỉ định chuyên môn, điều kiện sử dụng, cơ sở khám, chữa bệnh và tỷ lệ thanh toán tương ứng.

Đối với thuốc ngoài phạm vi được hưởng, người bệnh có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí của thuốc đó. Với thuốc thuộc danh mục nhưng có tỷ lệ hoặc điều kiện thanh toán riêng, số tiền quỹ BHYT chi trả cũng không nhất thiết bằng toàn bộ giá thuốc. Nguyên tắc tương tự được áp dụng đối với một số vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật có quy định riêng về mức thanh toán.

Như vậy, không thể chỉ căn cứ vào giá thuốc cao hay thấp, hoặc số tiền người bệnh phải bỏ ra, để kết luận mức thanh toán của quỹ BHYT là hợp lý hay không hợp lý. Cần xác định chính xác loại thuốc, hoạt chất, chỉ định điều trị, giá thuốc và điều kiện thanh toán được áp dụng.

Theo Bộ Y tế, Việt Nam được đánh giá là một trong số ít quốc gia có danh mục thuốc tương đối đầy đủ, toàn diện và rộng so với mức đóng BHYT. Thông tư số 20/2022/TT-BYT ban hành danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi hưởng BHYT, gồm 1.037 hoạt chất, thuốc hóa dược và sinh phẩm chia thành 27 nhóm, cùng 59 thuốc phóng xạ và chất đánh dấu; trong đó có 76 hoạt chất thuộc nhóm điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch. Danh mục ghi theo tên hoạt chất, không ghi hàm lượng, dạng bào chế hay tên thương mại, nên số lượng thuốc thành phẩm được Quỹ BHYT thanh toán trên thực tế lớn hơn số lượng thuốc ghi trong danh mục. Hiện Bộ Y tế đang tiếp tục rà soát, sửa đổi, bổ sung, cập nhật danh mục này.

Đối với thuốc sinh học điều trị vảy nến, muốn xác định mức quỹ BHYT thanh toán 50% có hợp lý không, cần làm rõ tên thuốc, hoạt chất, chỉ định điều trị, giá thuốc và điều kiện thanh toán. Bài đăng chưa cung cấp những thông tin này, nên chưa đủ cơ sở để kết luận quỹ BHYT thanh toán chưa hợp lý.

Mở rộng quyền lợi phải đi đôi với bảo đảm cân đối quỹ BHYT

Quy mô chi khám, chữa bệnh BHYT tiếp tục gia tăng. Năm 2025, cả nước ghi nhận khoảng 195,1 triệu lượt khám, chữa bệnh BHYT, với tổng chi hơn 166 nghìn tỷ đồng. Trong 9 tháng năm 2026, số lượt khám, chữa bệnh đạt hơn 147,7 triệu; tổng chi đề nghị thanh toán là 133.418 tỷ đồng, tăng 13.703 tỷ đồng so với cùng kỳ năm trước.

Những con số này cho thấy vai trò ngày càng quan trọng của BHYT trong chia sẻ gánh nặng chi phí y tế. Tuy nhiên, mức tăng về số lượt khám, chữa bệnh và

chi phí cũng đặt ra yêu cầu quản lý, sử dụng quỹ hiệu quả, bảo đảm khả năng cân đối lâu dài.

Thực tế, chính sách BHYT đã có những cơ chế hỗ trợ giảm chi phí cho người bệnh. Theo đó, người đi khám, chữa bệnh đúng quy định có chi phí một lần khám thấp hơn 15% mức lương cơ sở được miễn cùng chi trả, tức quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí trong phạm vi được hưởng. Với mức lương cơ sở 2,53 triệu đồng/tháng từ ngày 1/7/2026, ngưỡng này tương đương 379.500 đồng/lần khám. Bên cạnh đó, người tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả trong năm lớn hơn 6 lần mức lương cơ sở (tương đương 15,18 triệu đồng từ ngày 1/7/2026) cũng được hưởng cơ chế thanh toán 100% chi phí trong phạm vi và mức hưởng theo quy định.

Quỹ BHYT được hình thành từ đóng góp của người tham gia, người sử dụng lao động, ngân sách nhà nước và các nguồn hợp pháp khác, nhằm bảo đảm quyền lợi khám, chữa bệnh cho cộng đồng. Vì vậy, mọi đề xuất mở rộng quyền lợi cần được đánh giá toàn diện, dựa trên cơ sở khoa học và khả năng cân đối nguồn lực, tránh chỉ xuất phát từ một trường hợp riêng lẻ.

Chẳng hạn, nếu tăng tỷ lệ thanh toán đối với một nhóm thuốc, cần tính toán rõ nguồn kinh phí bổ sung, có thể từ điều chỉnh mức đóng, tăng hỗ trợ của ngân sách nhà nước, đàm phán giảm giá thuốc hoặc kết hợp nhiều giải pháp. Mỗi phương án đều có tác động nhất định đến người dân, doanh nghiệp và ngân sách nhà nước.

Việc xem xét mở rộng chi trả cũng cần bảo đảm công bằng giữa các nhóm bệnh. Người mắc vảy nến có nhu cầu điều trị chính đáng cần được quan tâm, nhưng người mắc ung thư, bệnh thận, tim mạch và các bệnh mạn tính khác cũng cần được bảo đảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thiết yếu. Do đó, việc bổ sung hoặc tăng mức thanh toán cho một loại thuốc cần dựa trên hiệu quả điều trị, mức độ cần thiết, tiêu chí chuyên môn và tác động đến quyền lợi chung của người tham gia BHYT.

Tăng mức chi trả có thể giúp giảm gánh nặng cho một nhóm người bệnh, nhưng không thể giải quyết mọi khó khăn nếu chưa tính toán đầy đủ nguồn lực và tác động đến toàn hệ thống. Yêu cầu đặt ra là mở rộng quyền lợi trên cơ sở phù hợp, đồng thời bảo đảm công bằng và tính bền vững của quỹ BHYT.

Phản ánh chính sách cần dựa trên đầy đủ căn cứ

Việc xác định quyền lợi BHYT của người bệnh phải căn cứ vào phạm vi được hưởng, điều kiện khám, chữa bệnh và quy định thanh toán đối với từng khoản

chi phí, bao gồm cả các dịch vụ theo yêu cầu. Vì vậy, cần đối chiếu hồ sơ điều trị, danh mục thuốc và các quy định liên quan trước khi kết luận mức chi trả của quỹ BHYT là chưa hợp lý, thay vì chỉ dựa vào số tiền người bệnh phải tự thanh toán.

Việc phản ánh, đánh giá chính sách BHYT cần dựa trên hiểu biết đúng về quyền lợi, mức hưởng và các căn cứ pháp lý cụ thể, tránh khái quát từ một trường hợp chưa được xác minh để đưa ra nhận định thiếu toàn diện về quyền lợi của hàng chục triệu người tham gia BHYT.

Chính sách BHYT chỉ có thể phát huy hiệu quả bền vững khi quyền lợi của người tham gia được bảo đảm đúng quy định, quỹ được quản lý và sử dụng hiệu quả, đồng thời các đề xuất mở rộng phạm vi chi trả được xem xét trên cơ sở khoa học, công bằng và khả năng cân đối tài chính của toàn hệ thống.

Thái Dương