TẠP CHÍ ĐIỆN TỬ
THƯƠNG HIỆU & CÔNG LUẬN

Hưởng BHYT 100% nhưng vẫn phải tự chi trả: Vì sao?

14:09 03/11/2026

Dù thuộc nhóm được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT), người bệnh vẫn có thể phải trả thêm tiền do một số khoản nằm ngoài phạm vi thanh toán hoặc không đáp ứng điều kiện chi trả của quỹ.

Mới đây, BHXH TP.HCM thông tin, BHXH Việt Nam cho biết mức hưởng BHYT 80%, 95% hoặc 100% chỉ áp dụng đối với chi phí trong phạm vi được hưởng và đáp ứng điều kiện thanh toán theo quy định. Do đó, mức hưởng 100% không đồng nghĩa với việc người bệnh được quỹ BHYT thanh toán toàn bộ hóa đơn viện phí. Quyền lợi thực tế còn phụ thuộc vào phạm vi chi trả, danh mục thuốc, vật tư y tế, điều kiện thanh toán và hình thức khám, chữa bệnh.



Người tham gia BHYT cần hiểu rõ mức hưởng và phạm vi thanh toán để bảo đảm quyền lợi khi khám, chữa bệnh. (Ảnh: Trần Minh)

Thông tin này được đưa ra trong bối cảnh 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%, thu hút sự quan tâm trên mạng xã hội. Bên cạnh đó, không ít người tham gia cũng băn khoăn vì sao dù thuộc nhóm được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh BHYT nhưng vẫn phải trả thêm tiền.

Thực tế, cả hai vấn đề đều cho thấy cần phân biệt rõ mức hưởng BHYT với tổng chi phí điều trị thực tế.

Mức hưởng BHYT 100% không đồng nghĩa được miễn toàn bộ viện phí

Theo khoản 1 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 những 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.

Để xác định số tiền quỹ BHYT thanh toán, cần làm rõ ba nội dung: Người bệnh thuộc nhóm hưởng bao nhiêu phần trăm; khoản chi phí nào nằm trong phạm vi được hưởng; 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 khám, chữa bệnh ban đầu, chuyển người bệnh hoặc thuộc trường hợp được hưởng quyền lợi theo quy định hay không.

Theo Điều 20 Nghị định 188/2025 của Chính phủ, đối với dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu, quỹ BHYT thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi và mức hưởng theo quy định. Phần chênh lệch giữa giá dịch vụ theo yêu cầu và mức quỹ BHYT 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 việc 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.

Chi phí thuốc được thanh toán theo danh mục và điều kiện cụ thể

Theo Điều 21 Luật BHYT năm 2024, phạm vi được hưởng của người tham gia được xác định theo quy định. 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 với việc 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.



Quỹ BHYT chỉ thanh toán các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng và đáp ứng điều kiện theo quy định; những khoản ngoài phạm vi này người bệnh phải tự chi trả. (Ảnh: Trần Minh)

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.

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 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. Do đó, 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 và cập nhật danh mục này.

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 166.000 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 việc 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.

Trần Minh