***6. Cử tri tỉnh Gia Lai có ý kiến:*** *“Việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Tại mục a, điểm 6, Điều 24 Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 quy định: “Lộ trình áp dụng thanh toán theo định suất: Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh chỉ đạo áp dụng thanh toán theo định suất theo lộ trình phù hợp, đến năm 2011 có ít nhất 30%; đến năm 2013 có ít nhất 60% và đến 2015, tất cả cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại địa phương thực hiện phương thức này”. Tuy nhiên, điểm 3, Điều 20 của Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập có hiệu lực từ ngày 01/12/2012 quy định: Phương thức thanh toán chỉ còn hai phương thức là: thanh toán theo giá dịch vụ và thanh toán theo trường hợp bệnh; không còn phương thức thanh toán theo định suất. Đề nghị liên bộ sớm hướng dẫn để thực hiện thống nhất”.*

***Bộ Y tế xin trả lời như sau:***

1. Luật bảo hiểm y tế quy định 03 phương thức thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm y tế (BHYT) và cơ sở khám chữa bệnh, gồm:

+ Thanh toán theo giá dịch vụ,

+ Thanh toán theo trường hợp bệnh,

+ Thanh toán theo định suất.

Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế (gọi tắt là Thông tư 09), trong đó đã quy định “Thanh toán theo định suất là thanh toán theo mức chi phí khám chữa bệnh bình quân tính trên mỗi đầu thẻ bảo hiểm y tế theo các nhóm đối tượng trong thời gian đăng ký tại cơ sở y tế” trong Thông tư 09 cũng đã quy định lộ trình thực hiện phương thức thanh toán theo định suất đối với cơ sở KCB ban đầu.

Điều đó có nghĩa là cơ quan BHYT thanh toán chi phí khám, chữa bệnh của người có thẻ BHYT cho cơ sở khám, chữa bệnh theo một trong 03 phương thức nêu trên. *Riêng phương thức thanh toán theo định suất chỉ áp dụng cho cơ quan BHYT thanh toán chi phí KCB BHYT của người bệnh có thẻ BHYT tại cơ sở khám chữa bệnh ban đầu.*

2. Nghị định 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập (gọi tắt là Nghị định 85) quy định 2 phương thức thanh toán, gồm:

+ Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán dựa trên giá của từng dịch vụ, kỹ thuật y tế được quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập và tiền thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế người bệnh đã sử dụng;

+ Thanh toán theo trường hợp bệnh là thanh toán theo mức chi phí bình quân cho từng loại bệnh hay nhóm bệnh cụ thể đã được chuẩn đoán.

Tại điều 20 của Nghị định 85 cũng đã quy định: Người có thẻ BHYT được Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo mức quy định của pháp luật về BHYT.

Việc thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về BHYT như đã nêu tại Luật và Thông tư 09 có 3 phương thức, trong đó có phương thức thanh toán theo định suất nên Nghị định 85 không nêu phương thức thanh toán này, chứ không phải là không còn phương thức thanh toán theo định suất.

Đối với người bệnh không có thẻ BHYT, phải trực tiếp thanh toán chi phí khám, chữa bệnh cho cơ sở khám, chữa bệnh thì chỉ có 2 phương thức thanh toán là thanh toán theo giá dịch vụ và thanh toán theo trường hợp bệnh.

Như vậy, không có sự mâu thuẫn giữa Nghị định 85 và Thông tư 09 hướng dẫn thực hiện BHYT, và không cần thiết có thêm hướng dẫn thực hiện các phương thức thanh toán này.