

SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYÊN QUANG

TÌM HIỂU

**Quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ
Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế
về thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan
bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế**

Ngày 01/7/2025, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 188/2025/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

Sở Tư pháp tỉnh Tuyên Quang trân trọng giới thiệu quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP về thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế.

I. Các trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế

Điều 54 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về các trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế như sau:

Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế theo phạm vi hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau đây:

1. Người bệnh trong tình trạng cấp cứu, mất ý thức hoặc tử vong mà chưa xuất trình được thông tin thẻ bảo hiểm y tế trước khi ra viện.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an bị mất thẻ bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp lại hoặc thông tin thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh bị lỗi, sai lệch mà chưa được cơ quan bảo hiểm xã hội đính chính, sửa lại tại thời điểm kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi, người đã hiến bộ phận cơ thể người. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng nhưng chưa được thanh toán do chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế.

4. Người bệnh vào cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi

phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng chưa được thanh toán theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

5. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí chênh lệch giữa hai mức hưởng trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế.

6. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế. Đối với các đối tượng sau việc thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế thực hiện theo quy định tại Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP ngày 31 tháng 3 năm 2025 của Chính phủ.

a) Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài;

d) Dân quân thường trực.

7. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian thẻ bị thu hồi, tạm giữ hoặc tạm khóa mà không do lỗi của người tham gia bảo hiểm y tế, người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo đúng đối tượng.

II. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Điều 55 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp như sau:

1. Văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp theo Mẫu số 10 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Các giấy tờ là bản chụp gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế đối với trường hợp có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử, giấy chứng minh nhân thân. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, thẻ bảo hiểm y tế bao gồm thẻ có mức hưởng cũ và thẻ có mức hưởng mới cao hơn;

c) Đơn thuốc (nếu có).

3. Hóa đơn và bảng kê chi phí.

4. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế, hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp ngoài các giấy tờ nêu trên còn bao gồm các hồ sơ như sau:

a) Phiếu chỉ định thiết bị y tế cho người bệnh trong trường hợp chỉ định thiết bị y tế;

b) Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Mẫu số 11 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cho người bệnh.

III. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Điều 56 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh như sau:

1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh kê khai đầy đủ thông tin theo văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp theo Mẫu số 10 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP (bao gồm việc tích chọn nhận chi phí thanh toán trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc qua sổ tài khoản cá nhân được kê khai theo Mẫu số 10), đồng thời nộp hồ sơ trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc nộp trực tiếp tại bộ phận một cửa hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính đến bảo hiểm xã hội trên địa bàn nơi người bệnh cư trú hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi bệnh nhân điều trị.

2. Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội trả tự động Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội trực tiếp kiểm tra hồ sơ và cấp Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh.

3. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 25 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (*trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ*) cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp được trả bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.

4. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:

a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (*trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ*),

cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh;

b) Trong thời hạn 20 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (*trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ*), người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét;

c) Trong thời hạn 20 ngày, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung đáp ứng đủ điều kiện theo quy định (*trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ*), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.

IV. Mức thanh toán trực tiếp đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; khám bệnh, chữa bệnh không đúng thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 57 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về mức thanh toán trực tiếp đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; khám bệnh, chữa bệnh không đúng thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ dưới 50 hoặc được tạm xếp cấp cơ bản, trừ trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh và không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), mức thanh toán như sau:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (*trừ trường hợp cấp cứu*), quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí

thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

3. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (*trừ trường hợp cấp cứu*), quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh không xuất trình được thông tin thẻ bảo hiểm y tế hoặc xuất trình thông tin thẻ muộn trước khi kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế trong thời gian người bệnh chưa xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế, nhưng tối đa không quá mức cụ thể như sau:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, mức tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, mức tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

5. Trong thời gian người bệnh chưa xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế, các đối tượng sau được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng.

a) Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài;

d) Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;

đ) Dân quân thường trực.

V. Thuốc, thiết bị y tế thuộc trường hợp được thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi người bệnh tự mua

Điều 58 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về thuốc, thiết bị y tế thuộc trường hợp được thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi người bệnh tự mua như sau:

1. Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Thiết bị y tế loại C hoặc D, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ.

VI. Điều kiện thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

Điều 59 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về điều kiện thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế như sau:

Tại thời điểm kê đơn, chỉ định thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế phải đáp ứng toàn bộ điều kiện theo quy định sau đây:

1. Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế và thuốc trường hợp quy định sau đây:

a) Đối với thuốc: không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được kê đơn hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh;

b) Đối với thiết bị y tế: không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế.

2. Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Tình trạng sức khỏe, bệnh lý của người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu hoặc cấp chuyên môn kỹ thuật cao nhất trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và đã được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc.

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo Mẫu số 11 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP cho người bệnh để làm cơ sở thanh toán.

VII. Mức thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

Điều 60 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về mức thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế như sau:

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo quy định như sau:

a) Đối với thuốc: căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở kinh doanh dược. Trường hợp thuốc có quy định về tỷ lệ, điều kiện thanh toán thì thực hiện theo tỷ lệ, điều kiện thanh toán;

b) Đối với thiết bị y tế: căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở mua bán thiết bị y tế. Trường hợp thiết bị y tế có quy định mức thanh toán thì thanh toán không vượt quá mức thanh toán theo quy định đối với thiết bị y tế đó.

2. Đơn giá thuốc, thiết bị y tế làm căn cứ để xác định mức thanh toán không được vượt quá đơn giá thanh toán tại thời điểm gần nhất khi thực hiện thanh toán đối với trường hợp thuốc, thiết bị y tế đã trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp thuốc, thiết bị y tế chưa trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh, đơn giá làm căn cứ để xác định mức thanh toán bảo hiểm y tế là kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực tại thời điểm thanh toán theo thứ tự ưu tiên như sau:

a) Kết quả mua sắm tập trung cấp quốc gia hoặc kết quả đàm phán giá;

b) Kết quả mua sắm tập trung cấp địa phương trên địa bàn;

c) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn. Trường hợp không có kết quả lựa chọn nhà thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn, căn cứ vào kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước khác trên địa bàn;

d) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên toàn quốc. Trường hợp không có kết quả lựa chọn nhà thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên toàn quốc, căn cứ vào kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác của Nhà nước trên toàn quốc.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện khấu trừ chi phí bảo hiểm y tế thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị người bệnh như sau:

a) Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế được tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh: thực hiện khấu trừ vào chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng mức thanh toán nêu tại mục 1 và 2 nêu trên;

b) Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế chưa bao gồm trong cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh: không thực hiện khấu trừ vào chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Chi phí thuốc, thiết bị y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh được tính trong dự kiến chi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.