

Số: 1538 /KH-BYT

Hà Nội, ngày 17 tháng 8 năm 2026

KẾ HOẠCH
Kiểm tra chuyên ngành về bảo hiểm y tế năm 2026

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008; được sửa đổi, bổ sung tại Luật số 46/2014/QH13; Luật số 51/2024/QH15 và Luật Phòng bệnh số 114/2025/QH15;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 217/2025/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2025 của Chính phủ về hoạt động kiểm tra chuyên ngành;

Căn cứ Nghị định số 90/2026/NĐ-CP ngày 30 tháng 3 năm 2026 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế;

Căn cứ Thông tư số 17/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về quy trình kiểm tra chuyên ngành lĩnh vực y tế;

Căn cứ Quyết định số 4045/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt kế hoạch kiểm tra chuyên ngành năm 2026.

Bộ Y tế ban hành Kế hoạch kiểm tra chuyên ngành việc chấp hành các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế năm 2026 như sau:

I. MỤC ĐÍCH, YÊU CẦU

1. Mục đích

- Đánh giá việc tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế của các cơ quan, tổ chức, đơn vị được kiểm tra; ghi nhận kết quả đạt được.
- Kịp thời phát hiện tồn tại, hạn chế, bất cập trong cơ chế, chính sách, quản lý, tổ chức thực hiện; phòng ngừa, phát hiện và xử lý theo thẩm quyền hoặc kiến nghị xử lý hành vi vi phạm theo quy định của pháp luật.
- Hướng dẫn, tháo gỡ khó khăn, vướng mắc; kiến nghị cơ quan có thẩm quyền giải pháp hoàn thiện chính sách, pháp luật, nâng cao hiệu lực, hiệu quả quản lý nhà nước, bảo đảm quyền và lợi ích hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế, quản lý, sử dụng hiệu quả Quỹ bảo hiểm y tế.

2. Yêu cầu

- Hoạt động kiểm tra được thực hiện đúng thẩm quyền, trình tự, thủ tục; bảo đảm khách quan, công khai, chính xác, kịp thời; không chồng chéo, trùng lặp với

hoạt động thanh tra, kiểm toán, kiểm tra của cơ quan khác và không làm cản trở hoạt động bình thường của đối tượng kiểm tra.

- Nội dung kiểm tra có trọng tâm, trọng điểm, bám sát Kế hoạch kiểm tra chuyên ngành năm 2026 đã được phê duyệt; tăng cường khai thác, đối chiếu dữ liệu điện tử, hồ sơ và tài liệu có liên quan.

- Kết quả kiểm tra phải được lập thành biên bản, xác định rõ nội dung đã thực hiện, tồn tại, nguyên nhân, trách nhiệm và biện pháp xử lý, chấn chỉnh, khắc phục; theo dõi, đôn đốc việc thực hiện sau kiểm tra.

II. NỘI DUNG KIỂM TRA

1. Tại Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bộ Tài chính

Kiểm tra trách nhiệm tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tập trung vào các nội dung sau:

- a) Công tác phổ biến, hướng dẫn và chỉ đạo tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế; việc hướng dẫn, kiểm tra cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh thực hiện nhiệm vụ được giao.

- b) Việc hướng dẫn biểu mẫu, lập, quản lý và cập nhật danh sách người tham gia bảo hiểm y tế; quản lý thông tin người tham gia, cấp và bảo đảm giá trị sử dụng thẻ bảo hiểm y tế; phối hợp xử lý các trường hợp chậm đóng, nợ đóng hoặc sai lệch thông tin ảnh hưởng đến quyền lợi người tham gia.

- c) Việc thực hiện trách nhiệm về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế, gồm:

- Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số để tạo thuận lợi, phục vụ người dân, các cơ quan, tổ chức trong thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

- Xây dựng, triển khai hệ thống giám sát, cảnh báo trong thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

- Tổ chức thu, đóng bảo hiểm y tế trực tuyến; tích hợp thông báo tự động cho người tham gia bảo hiểm y tế về thời hạn phải đóng, mức đóng cho lần tiếp theo trước 10 ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn; tự động gia hạn thời gian tham gia bảo hiểm y tế khi người tham gia đã đóng tiền và thông báo kết quả đóng;

- Triển khai giám định, ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên môi trường điện tử;

- Bảo đảm Cổng tiếp nhận dữ liệu và Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế hoạt động ổn định hiệu quả, đúng quy định;

- Việc chia sẻ dữ liệu đầy đủ, chính xác, kịp thời từ Cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm với Bộ Y tế để thực hiện chức năng quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế;

- Triển khai các nhiệm vụ thuộc Đề án 06/CP của Chính phủ liên quan đến lĩnh vực bảo hiểm y tế.

d) Việc chỉ đạo, hướng dẫn cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh ký, thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu; xử lý việc sửa đổi, bổ sung, tạm dừng hoặc chấm dứt hợp đồng theo quy định.

đ) Công tác giám định bảo hiểm y tế; xây dựng, ban hành, cập nhật và tổ chức thực hiện quy trình, quy tắc giám định; quản lý, vận hành, duy trì, nâng cấp Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế; tiếp nhận, đối soát, phản hồi kết quả giám định điện tử; phát hiện và cảnh báo sai sót, bất thường, nguy cơ lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

e) Việc tạm ứng, giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; xử lý hồ sơ, dữ liệu; bảo đảm thời hạn phản hồi, thanh toán và phối hợp giải quyết các khoản chi phí còn có ý kiến khác nhau.

g) Việc quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế; lập, tổng hợp, phân bổ, giao, điều chỉnh dự toán; giao, điều chỉnh dự kiến chi; rà soát, xác định và thanh toán chi phí vượt dự kiến chi; quản lý, sử dụng kinh phí chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế theo quy định.

h) Công tác kiểm tra, giám sát việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế tại cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh; việc thực hiện các kiến nghị, kết luận, yêu cầu chấn chỉnh; xử lý hoặc kiến nghị xử lý hành vi vi phạm, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

i) Việc tiếp nhận, xem xét, giải quyết kiến nghị, phản ánh, khiếu nại và các khó khăn, vướng mắc của cơ quan bảo hiểm xã hội địa phương, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người tham gia bảo hiểm y tế; việc bảo vệ quyền lợi hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Tại một số địa phương

2.1. Đối với Sở Y tế:

- Việc tham mưu cho Ủy ban nhân dân (UBND) tỉnh, thành phố ban hành các văn bản chỉ đạo việc triển khai thực hiện chính sách pháp luật về BHYT tại tỉnh;

- Chỉ đạo, hướng dẫn, tuyên truyền, phổ biến và kiểm tra việc triển khai các văn bản quy phạm pháp luật về bảo hiểm y tế tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh;

- Việc tham mưu bảo đảm ngân sách đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng thuộc trách nhiệm của địa phương; đề xuất mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu hoặc hỗ trợ thêm cho các nhóm đối tượng phù hợp với điều kiện của địa phương.

- Việc tổ chức thực hiện quy định về cấp chuyên môn kỹ thuật; đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu; chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; công khai, cập nhật danh sách cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo quy định.

- Công tác chỉ đạo bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, chuyển giao chuyên môn kỹ thuật;

bảo đảm cung ứng thuốc, thiết bị y tế và dịch vụ y tế; triển khai ứng dụng công nghệ thông tin, trích chuyển dữ liệu điện tử phục vụ quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Công tác kiểm tra chuyên ngành, xử lý vi phạm hành chính, giải quyết khiếu nại, tố cáo, kiến nghị, phản ánh trong lĩnh vực bảo hiểm y tế; việc phối hợp giải quyết khó khăn, vướng mắc trong ký hợp đồng, giám định, tạm ứng, thanh toán, rà soát vượt dự kiến chi và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn.

2.2. Đối với cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh

- Việc quản lý danh sách người tham gia; cấp, gia hạn và bảo đảm giá trị sử dụng thẻ bảo hiểm y tế; tổ chức cho người tham gia BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và bảo vệ quyền lợi của người tham gia.

- Việc ký, thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; tổ chức tạm ứng, giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng trình tự, thời hạn; phản hồi kết quả giám định điện tử và giải quyết vướng mắc với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Việc thông báo, điều chỉnh dự kiến chi; rà soát, xác định và thanh toán chi phí vượt dự kiến chi; quản lý, sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn theo quy định.

- Việc vận hành hệ thống thông tin giám định, tiếp nhận, đối soát, lưu trữ và phản hồi dữ liệu; triển khai quy tắc giám định, cảnh báo, rà soát chi phí KCB tăng cao và các giải pháp phòng ngừa sai sót, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

- Công tác kiểm tra việc thực hiện hợp đồng; việc kiến nghị cơ quan có thẩm quyền kiểm tra, thanh tra, xử lý khi phát hiện dấu hiệu vi phạm, lạm dụng, trục lợi; việc thực hiện các kiến nghị, yêu cầu, chấn chỉnh sau kiểm tra.

2.3. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Việc phổ biến, tập huấn và tổ chức thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

- Việc ký và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

- Việc tiếp nhận người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và hẹn khám lại;

- Xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị;

- Chấp hành các quy định về quy chế, quy trình chuyên môn trong KCB BHYT;

- Việc xây dựng kế hoạch, cung ứng đầy đủ, kịp thời thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ y tế thuộc phạm vi được hưởng; chấp hành quy định về giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thực hiện quy định pháp luật về đấu thầu thuốc, thiết bị y tế trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế;

- Việc lập hồ sơ đề nghị tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; phối hợp giải trình, bổ sung, hoàn thiện hồ sơ, dữ liệu theo kết quả giám định, rà soát chi phí tăng cao và việc triển khai các giải pháp phòng ngừa, khắc phục trong trường hợp cần thiết theo quy định;

- Việc ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số; trích chuyển, ký số dữ liệu; sử dụng phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phiếu hẹn khám lại điện tử; duy trì tiêu chuẩn kết nối, liên thông dữ liệu với hệ thống thông tin giám định; bảo đảm tính đầy đủ, chính xác, hợp pháp, kịp thời, an toàn và bảo mật của dữ liệu.

III. KẾ HOẠCH KIỂM TRA CỤ THỂ

1. Thành lập Đoàn kiểm tra, địa điểm và đối tượng kiểm tra

1.1. Kiểm tra tại Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bộ Tài chính

- Thành lập 01 Đoàn kiểm tra chuyên ngành do Lãnh đạo Bộ Y tế làm Trưởng đoàn, Lãnh đạo Vụ Bảo hiểm y tế làm Phó Trưởng đoàn.

- Thành phần Đoàn gồm đại diện Vụ Bảo hiểm y tế, Vụ Pháp chế, Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục Quản lý Y Dược cổ truyền, Văn phòng Bộ, mời đại diện Văn phòng Chính phủ; Bộ Tư pháp; Bộ Tài chính; Bộ Công an; Bộ Quốc phòng; Tổ công tác Đề án 06 của Chính phủ; Thanh tra Chính phủ và cơ quan, đơn vị có liên quan. Thành phần cụ thể được xác định tại quyết định kiểm tra.

- Đối tượng kiểm tra: Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính.

1.2. Kiểm tra việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế tại địa phương

- Thành lập 03 Đoàn kiểm tra tại 03 địa phương do Lãnh đạo Vụ Bảo hiểm y tế làm Trưởng đoàn.

- Thành phần Đoàn gồm đại diện Vụ Bảo hiểm y tế, Vụ Pháp chế, Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục Quản lý Y Dược cổ truyền, Văn phòng Bộ; mời đại diện Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cơ quan, đơn vị liên quan tham gia theo nội dung kiểm tra. Khi kiểm tra tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, có thể mời đại diện Sở Y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh phối hợp, nhưng không tham gia kiểm tra nội dung thuộc trách nhiệm của chính cơ quan mình.

- Địa điểm kiểm tra: tỉnh Bắc Ninh, thành phố Đà Nẵng và thành phố Đồng Nai theo Quyết định số 4045/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2025.

- Đối tượng kiểm tra tại mỗi địa phương: Sở Y tế; cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn.

2. Thời kỳ kiểm tra

Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đến thời điểm kiểm tra, riêng Bảo hiểm xã hội Việt Nam kiểm tra giai đoạn từ năm 2023 đến thời điểm kiểm tra; trường hợp

cần thiết, kiểm tra các hồ sơ, tài liệu, dữ liệu phát sinh trước thời điểm kiểm tra có liên quan trực tiếp đến nội dung kiểm tra.

3. Thời gian và phương thức kiểm tra

- Thời gian kiểm tra cụ thể được ghi trong Quyết định kiểm tra và thực hiện theo Điều 13 Nghị định số 217/2025/NĐ-CP. Thời gian kiểm tra trực tiếp tại mỗi đơn vị, địa phương dự kiến không quá 07 ngày làm việc. Trường hợp phức tạp hoặc địa bàn đi lại khó khăn, việc gia hạn thực hiện theo thẩm quyền và thời hạn pháp luật quy định.

- Vụ Bảo hiểm y tế chủ trì rà soát, phối hợp với các cơ quan liên quan đề hạn chế chồng chéo, trùng lặp; thông báo kế hoạch làm việc cụ thể đến đối tượng kiểm tra.

- Hoàn thành các cuộc kiểm tra theo Kế hoạch này trước ngày 25 tháng 12 năm 2026.

4. Yêu cầu đối với cơ quan, đơn vị được kiểm tra

- Xây dựng báo cáo theo đề cương, biểu mẫu và thời hạn được thông báo; nội dung báo cáo phải đầy đủ, trung thực, chính xác, có số liệu, tài liệu chứng minh.

- Chuẩn bị hồ sơ, tài liệu, dữ liệu điện tử và điều kiện cần thiết; cử lãnh đạo, đầu mối và bộ phận chuyên môn làm việc với Đoàn kiểm tra.

- Cung cấp đầy đủ, kịp thời thông tin, hồ sơ, tài liệu theo yêu cầu; chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác, hợp pháp, trung thực của nội dung cung cấp.

- Thực hiện nghiêm quyết định xử lý, văn bản yêu cầu chấn chỉnh, khắc phục và báo cáo kết quả thực hiện theo yêu cầu của người có thẩm quyền.

IV. TRÌNH TỰ, PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH KIỂM TRA

1. Trưởng đoàn kiểm tra: Công bố Quyết định thành lập Đoàn kiểm tra; thông báo chương trình làm việc giữa Đoàn kiểm tra với đối tượng được kiểm tra và những công việc có liên quan đến công tác kiểm tra của Đoàn kiểm tra.

2. Thành viên Đoàn kiểm tra nghe đại diện Lãnh đạo cơ quan, đơn vị và các bộ phận chức năng liên quan báo cáo các nội dung liên quan đến phạm vi kiểm tra.

3. Đoàn kiểm tra thu thập, xác minh thông tin, tài liệu; trao đổi, thảo luận các vấn đề liên quan đến nội dung kiểm tra; lập biên bản kiểm tra.

4. Báo cáo kết quả kiểm tra và thông báo kết luận tới đơn vị được kiểm tra.

V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Vụ Bảo hiểm y tế

- Chủ trì tham mưu Lãnh đạo Bộ ban hành Quyết định kiểm tra; xây dựng đề cương báo cáo, danh mục hồ sơ, tài liệu, dữ liệu cần cung cấp và thông báo chương trình làm việc;

- Chủ trì phối hợp với các đơn vị thuộc Bộ, các bộ liên quan, Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cơ quan liên quan bố trí nhân sự tham gia Đoàn kiểm tra;
- Chuẩn bị nội dung chuyên môn, hậu cần và các điều kiện cần thiết;
- Làm đầu mối tổng hợp báo cáo kết quả kiểm tra; dự thảo quyết định xử lý, văn bản yêu cầu chấn chỉnh, khắc phục; theo dõi, đôn đốc và tổng hợp kết quả thực hiện sau kiểm tra;
- Tổng hợp, báo cáo Bộ trưởng kết quả thực hiện Kế hoạch kiểm tra chuyên ngành về bảo hiểm y tế năm 2026.

2. Các đơn vị tham gia Đoàn kiểm tra

Cử công chức có năng lực, chuyên môn phù hợp; chuẩn bị nội dung thuộc lĩnh vực được phân công; thực hiện đầy đủ nhiệm vụ, quyền hạn của thành viên Đoàn kiểm tra và gửi kết quả kiểm tra cho Trưởng đoàn, Thư ký Đoàn đúng thời hạn.

3. Chế độ báo cáo

- Chậm nhất 03 ngày làm việc sau khi kết thúc làm việc tại từng đối tượng kiểm tra, thành viên Đoàn gửi kết quả theo nhiệm vụ được phân công cho Trưởng đoàn và Thư ký Đoàn.
- Thư ký Đoàn tổng hợp, hoàn thiện dự thảo báo cáo kết quả kiểm tra và các văn bản xử lý sau kiểm tra để trình Trưởng đoàn xem xét, báo cáo người ra quyết định kiểm tra.

4. Kinh phí thực hiện

- Thành viên của các Bộ, ngành, cơ quan có liên quan do các Bộ, ngành, cơ quan cử người chi trả theo chế độ quy định.
- Thành viên của các Cục cử người tham dự chi trả theo chế độ quy định.
- Thành viên Đoàn kiểm tra đến từ Văn phòng Bộ, các Vụ thuộc Bộ Y tế do Vụ Bảo hiểm y tế làm đầu mối thanh toán.

Các cơ quan, đơn vị, cá nhân có trách nhiệm thực hiện Kế hoạch này./.

Nơi nhận:

- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Bộ Tài chính (để phối hợp);
- Các đơn vị thuộc BHYT: Vụ BHYT, Vụ PC, Vụ KHTC, Cục QL KCB, Cục QL YDCT, VPB (để thực hiện);
- Các cơ quan, đơn vị được kiểm tra;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC**



Vũ Mạnh Hà