

UBND TỈNH KHÁNH HÒA
SỞ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: *2344* /SYT-NVY
V/v tham gia bảo hiểm trách
nhiệm trong khám chữa bệnh

Khánh Hòa, ngày *02* tháng *10* năm 2015

Kính gửi:

- Các bệnh viện tuyến tỉnh;
- Trung tâm Y tế các huyện, thị xã, thành phố.

Sở Y tế đã nhận công văn số 6979/BYT - KCB ngày 22/9/2015 của Bộ Y tế về việc triển khai thực hiện Nghị định 102/2011/NĐ - CP về bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh chữa bệnh có hiệu lực từ ngày 1/1/2012. theo đó, chậm nhất đến ngày 31 tháng 12 năm 2015 tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động theo hình thức tổ chức là bệnh viện bao gồm bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh. Về vấn đề này, Sở Y tế yêu cầu các đơn vị thực hiện nội dung sau đây:

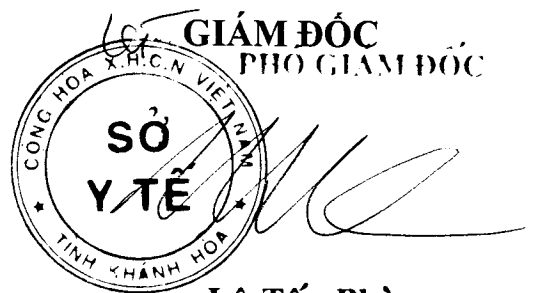
1. Nghiên cứu, thực hiện tham gia bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh chữa bệnh bằng nguồn kinh phí được quy định tại Điều 10 theo đúng lộ trình quy định tại Điều 16 của Nghị định 102/2011/NĐ-CP.

2. Báo cáo tình hình thực hiện tham gia bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh của đơn vị theo mẫu kèm theo và gửi bằng văn bản và thư điện tử về Cục Quản lý Khám chữa bệnh Bộ Y tế theo địa chỉ: *quanlychatluongkcb@gmail.com* và phòng Nghiệp vụ Y Sở Y tế: *pnvy.syt@khanhhoa.gov.vn* trước ngày 20/10/2015.

Sở Y tế yêu cầu đơn vị triển khai thực hiện. *l. m. m. m.*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, NVY.



Lê Tấn Phùng

BÁO CÁO VIỆC TRIỂN KHAI THỰC HIỆN NGHỊ ĐỊNH 102/2011/NĐ-CP

I. HÀNH CHÍNH

Tên bệnh viện:

.....

Bệnh viện hạng: Công lập Tư nhân

II. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN NGHỊ ĐỊNH 102/2011/NĐ-CP

1. Đơn vị đã tham gia bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh chưa?

Đã tham gia

Chưa tham gia

2. Nếu đã tham gia, đề nghị điền vào các thông tin dưới đây:

▪ Thời hạn hợp đồng: từ (ngày/tháng/năm) đến
(ngày/tháng/năm)

▪ Phí tham gia bảo hiểm trách nhiệm (triệu đồng/năm)

▪ Tên đơn vị cung cấp bảo hiểm (theo hợp đồng)

3. Kiến nghị của bệnh viện:

.....
.....
.....
.....
.....

Xác nhận của Lãnh đạo bệnh viện

Người báo cáo