

UBND TỈNH KHÁNH HÒA  
**SỞ Y TẾ**

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

Số: 3102 /SYT-KHTC

V/v báo cáo tình hình thực hiện  
mua bảo hiểm trách nhiệm trong  
khám bệnh, chữa bệnh

Khánh Hòa, ngày 11 tháng 12 năm 2015

Kính gửi :

- Các bệnh viện tuyến tỉnh
- Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản
- Trung tâm Y tế các huyện, thị xã, thành phố.

Thực hiện Nghị định số 102/2011/NĐ-CP ngày 14/11/2011 của Chính phủ về bảo hiểm trách nhiệm trong khám chữa bệnh và Công văn số 6466/UBND-VX ngày 25/11/2011 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc triển khai thực hiện Nghị định số 102/2011/NĐ-CP ngày 14/11/2011 của Chính phủ;

Để triển khai thực hiện mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh theo hướng dẫn Nghị định số 102/2011/NĐ-CP ngày 14/11/2011 của Chính phủ. Sở Y tế đã có Công văn số 2447/SYT-KHTC ngày 15/10/2015 về việc triển khai mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh và Công văn số 2804/SYT-KHTC ngày 16/11/2015 về việc thực hiện mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh;

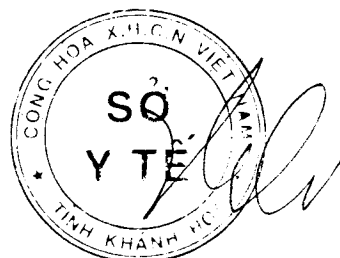
Để có số liệu báo cáo tình hình thực hiện mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh cho Bộ Y tế và Ủy ban nhân dân tỉnh, Sở Y tế đề nghị các đơn vị báo cáo việc thực hiện mua bảo hiểm trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh trong năm 2015 ( Đính kèm mẫu báo cáo ). Thời gian gửi báo cáo về Sở Y tế (Phòng Kế hoạch- Tài chính ) trước ngày 31/12/2015;

Sở Y tế đề nghị các đơn vị khẩn trương gửi báo cáo đúng thời gian quy định trên./. <sup>1</sup>

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lưu: VT,KHTC./.

**GIÁM ĐỐC**



**Bùi Xuân Minh**

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH THỰC HIỆN BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM TRONG  
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH THEO NGHỊ ĐỊNH 102/2011/NĐ-CP**

**I. HÀNH CHÍNH**

Tên bệnh viện:.....  
Bệnh viện hạng:.....  
Địa chỉ:.....

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

A. Số lượng CBCCVC-NLĐ có mặt đến ngày 30/10/2015:.....

Trong đó:

- a) Bác sỹ, y sỹ:.....
- b) Điều dưỡng viên:.....
- c) Hộ sinh viên:.....
- d) Kỹ thuật viên:.....
- đ) Lương y:.....
- e) Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền:.....
- g) Đối tượng khác:.....

B. Tình hình thực hiện bảo hiểm:

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 gian hợp đồng: từ: ngày      tháng      năm / đến ngày      tháng      năm

+ Tên đơn vị cung cấp bảo hiểm ( theo hợp đồng):.....

+ Phí tham gia bảo hiểm trách nhiệm:

- Tổng mức trách nhiệm cho đơn vị:.....đồng

- Phí bảo hiểm trách nhiệm cá nhân:.....đồng

- Mức trách nhiệm bảo hiểm cho mỗi vụ khiếu nại:.....đồng

+Đối tượng tham gia bảo hiểm: Tổng số:.....CBCCVC-NLĐ

a) Bác sỹ, y sỹ:.....

b) Điều dưỡng viên:.....

c) Hộ sinh viên:.....

d) Kỹ thuật viên:.....

đ) Lương y:.....

e) Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền:.....

**Ghi chú:** Đơn vị photo hợp đồng và danh sách CBCCVC-NLĐ được mua bảo hiểm kèm theo.

III. KIẾN NGHỊ CỦA BỆNH VIỆN:

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

Người báo cáo

Ngày tháng năm 2015

Thủ trưởng đơn vị