

**BỘ Y TẾ**

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

Số: **3567** /BYT-KCB  
V/v triển khai thực hiện Nghị định  
102/2011/NĐ-CP về BH trách nhiệm

Hà Nội, ngày 10 tháng 6 năm 2014

Kính gửi:

- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Y tế ngành.

Nghị định 102/2011/NĐ-CP về bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh đã được Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 14/11/2011 và có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2012. Đề nghị các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế và Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Y tế ngành (sau đây gọi tắt là đơn vị) khẩn trương triển khai thực hiện Nghị định 102/2011/NĐ-CP, cụ thể như sau:

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 và theo 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 về Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) bằng thư điện tử theo địa chỉ: chatluongbenhvien@gmail.com trước ngày 13/06/2014.

Đề nghị Thủ trưởng các đơn vị chỉ đạo và đôn đốc kiểm tra để các thông tin trong báo cáo được cập nhật, kịp thời và chính xác./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**



**Nguyễn Thị Xuyên**

## 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