



DZIENNIK URZĘDOWY

NACZELNEGO DYREKTORA ARCHIWÓW PAŃSTWOWYCH

Warszawa, dnia 9 września 2019 r.

Poz. 36

ZARZĄDZENIE NR 36

NACZELNEGO DYREKTORA ARCHIWÓW PAŃSTWOWYCH

z dnia 9 września 2019 r.

w sprawie kryteriów wartościowania dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 1 i 4 i ust. 1a ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2019 r. poz. 553 i 730) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się do stosowania w archiwach państwowych podległych Nacelnemu Dyrektorowi Archiwów Państwowych „Kryteria wartościowania dokumentacji medycznej”, stanowiące załącznik do zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

NACZELNY DYREKTOR
ARCHIWÓW PAŃSTWOWYCH
PAWEŁ PIETRZYK

KRYTERIA WARTOŚCIOWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. TWÓRCY MATERIAŁÓW ARCHIWALNYCH

1. Podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, w których powstają materiały archiwalne, są w szczególności:
 - 1) centra onkologii lub szpitale, przy których te centra działają;
 - 2) szpitale kliniczne;
 - 3) szpitale specjalistyczne, np. psychiatryczne, kardiologiczne i ortopedyczne;
 - 4) wybrane szpitale wojewódzkie, powiatowe i miejskie, jeżeli na terenie właściwości danego archiwum państwowego nie działają podmioty wymienione w pkt 1-3;
 - 5) instytuty medyczne;
 - 6) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
 - 7) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy;
 - 8) wojewódzkie ośrodki terapii uzależnień lub szpitale, przy których te ośrodki działają;
 - 9) zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, np. szpitale uzdrowiskowe i sanatoria uzdrowiskowe.
2. Dokumentację medyczną kwalifikuje się do materiałów archiwalnych w podmiotach ustalonych przez Naczelnego Dyrektora Archiwów Państwowych lub dyrektora właściwego archiwum państwowego jako jednostki organizacyjne, w których powstają materiały archiwalne wchodzące do państwowego zasobu archiwalnego. Możliwe jest przekwalifikowanie do materiałów archiwalnych dokumentacji medycznej innych podmiotów.

II. ETAPY WYDZIELANIA MATERIAŁÓW ARCHIWALNYCH

3. Przy ustalaniu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jako wytwarzające materiały archiwalne należy je poinformować, że część dokumentacji medycznej (zbiorczej i indywidualnej) będzie kwalifikowana do materiałów archiwalnych.

4. W przepisach kancelaryjnych i archiwalnych dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych należy uregulować kwalifikowanie części dokumentacji medycznej do materiałów archiwalnych, dlatego przy uzgadnianiu przepisów kancelaryjnych i archiwalnych należy proponować zawieranie w nich przepisów dotyczących etapów kwalifikowania takich jak:
 - 1) przy przekazywaniu dokumentacji medycznej do archiwum zakładowego kwalifikacji indywidualnej dokumentacji medycznej dokonywać powinien wybrany lekarz w danej komórce organizacyjnej podmiotu;
 - 2) przy udostępnianiu dokumentacji medycznej należy odrębnie ewidencjonować wykorzystanie tego rodzaju dokumentacji w procesie badań naukowych;
 - 3) przy wydzielaniu przez archiwistę zakładowego do brakowania dokumentacji medycznej, w porozumieniu z przedstawicielem właściwej komórki organizacyjnej podmiotu, należy wyłączyć do materiałów archiwalnych przykładową indywidualną dokumentację medyczną.
5. Przy wyrażaniu zgody na brakowanie dokumentacji medycznej kwalifikuje się wybraną dokumentację do materiałów archiwalnych na podstawie kryteriów wartościowania dokumentacji medycznej lub ustaleń ekspertyzy archiwalnej przeprowadzonej przez pracownika archiwum państwowego.

**III. DOKUMENTACJA MEDYCZNA
STANOWIĄCA MATERIAŁY ARCHIWALNE ORAZ
KRYTERIA KWALIFIKOWANIA DOKUMENTACJI TYPOWEJ
DO MATERIAŁÓW ARCHIWALNYCH**

6. Do materiałów archiwalnych kwalifikuje się:
 - 1) całość dokumentacji medycznej założonej do dnia 31 grudnia 1951 r.;
 - 2) z zakresu zbiorczej dokumentacji medycznej co najmniej:
 - a) księgę główną,
 - b) księgę zgonów,
 - c) księgę przeszczepów,
 - d) księgę noworodków,
 - e) pomoce ewidencyjne (np. skorowidze, indeksy) do ksiąg, o których mowa w lit. a-d,
 - f) raporty pielęgniarskie i lekarskie oraz bloku operacyjnego wytworzone do 1992 r., wybrane ze względu na sposób ich prowadzenia;

- 3) z zakresu indywidualnej dokumentacji medycznej – historie chorób (leczenie stacjonarne) dotyczące:
 - a) przypadków, w których stosowano nowoczesne i nowatorskie metody leczenia,
 - b) przypadków o skomplikowanym procesie leczenia, w tym z komplikacjami związanymi z rozpoznaniem choroby zasadniczej, współistniejącej i powikłań,
 - c) przypadków zakończonych zgonem z dołączonym protokołem sekcji zwłok w wypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym a anatomopatologicznym,
 - d) przypadków, w których wszczęto postępowanie sądowe, np. związane z błędem w sztuce lekarskiej,
 - e) przypadków, które stanowiły głośne sprawy medialne,
 - f) przypadków rzadkich lub niespotykanych na danym terenie,
 - g) przypadków związanych z katastrofą,
 - h) przypadków związanych z epidemią,
 - i) przypadków związanych z ważnymi wydarzeniami w kraju lub regionie,
 - j) przypadków osób poszkodowanych w działaniach wojennych,
 - k) przypadków dokumentujących działalność wybitnych lekarzy,
 - l) przypadków, w których dokumentacja była udostępniana dla celów badań naukowych prowadzonych przez lekarzy
- w całości lub wybrane;
- 4) indywidualną dokumentację medyczną w postaci typowych historii chorób (leczenie stacjonarne), wybraną według następujących kryteriów:
 - a) minimum jedną historię choroby z każdego oddziału szpitalnego w każdym roku kalendarzowym lub
 - b) historie chorób pacjentów przyjętych według księgi głównej w jednym dniu z każdego roku kalendarzowego.
7. Do materiałów archiwalnych można zakwalifikować z wybranego roku z okresu dziesięcioletniego po jednym egzemplarzu każdego rodzaju zbiorczej dokumentacji medycznej, innej niż wymieniona w ust. 6 pkt 2.
8. Dla indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci historii zdrowia i choroby (leczenie ambulatoryjne) oraz kart noworodków można zastosować wybrane kryteria określone w ust. 6 pkt 3.
9. Dla dokumentacji medycznej służby medycyny pracy można zastosować wybrane kryteria określone w ust. 6 pkt 3 oraz dodatkowo zakwalifikować wybrane historie zdrowia i

choroby (leczenie ambulatoryjne) dla różnorodnych stanowisk pracy oraz przypadki odzwierciedlające różne choroby zawodowe.