

Số: 219/QĐ-BVP

Bình Thuận, ngày 31 tháng 12 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy chế công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện Phổi

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN PHỔI TỈNH BÌNH THUẬN

Căn cứ Luật Lưu trữ ngày 11/11/2011;

Căn cứ Quyết định 276/QĐ-UBND ngày 25/01/2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Thuận về việc đổi tên Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Bình Thuận thành Bệnh viện Phổi tỉnh Bình Thuận;

Căn cứ Quyết định số 130/QĐ-SYT ngày 29/01/2018 của Sở Y tế Bình Thuận về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và mối quan hệ công tác của Bệnh viện Phổi tỉnh Bình Thuận;

Căn cứ Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ về công tác văn thư;

Căn cứ Nghị định số 26/2020/NĐ-CP ngày 28/02/2020 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Bảo vệ bí mật nhà nước;

Căn cứ Quyết định số 28/2018/QĐ-TTg ngày 12/7/2018 của Thủ tướng Chính phủ về việc gửi, nhận văn bản điện tử giữa các cơ quan trong hệ thống hành chính nhà nước;

Căn cứ Quyết định số 1729/QĐ-SYT ngày 30/11/2017 của Sở Y tế Bình Thuận về việc ban hành Quy định phân công quản lý tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức, người lao động thuộc Sở Y tế Bình Thuận;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy chế công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện Phổi.

Điều 2. Quyết định có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký. Quyết định này thay thế Quyết định số 487/QĐ-BVLBP ngày 30/10/2017 của Bệnh viện Lao và Bệnh phổi (nay là Bệnh viện Phổi) ban hành Quy định về công tác văn hành chính.

Điều 3. Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính; Trưởng, Phó trưởng các khoa, phòng; viên chức, người lao động Bệnh viện Phổi chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. *l.v*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, TC-HC.



Lê Hồng Vũ

SỞ Y TẾ TỈNH BÌNH THUẬN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
BỆNH VIỆN PHỔI **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

QUY CHẾ

Công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện Phổi
(Ban hành kèm theo Quyết định số: 219/QĐ-BVP
ngày 31/12/2020 của Giám đốc Bệnh viện Phổi)

Chương I
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi và đối tượng áp dụng

1. Phạm vi: Quy chế này quy định các hoạt động về công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện Phổi (sau đây gọi tắt là Bệnh viện).

2. Đối tượng: Quy chế này áp dụng đối với viên chức, người lao động (sau đây gọi tắt là VC-NLĐ) làm việc trong Bệnh viện; các khoa, phòng thuộc Bệnh viện thực hiện quy chế này khi tiếp nhận và trình ký các văn bản thuộc thẩm quyền của lãnh đạo Bệnh viện.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. “*Công tác văn thư*” bao gồm các công việc về soạn thảo, ký, ban hành văn bản; quản lý, lưu trữ văn bản và các tài liệu khác hình thành trong hoạt động quản lý, điều hành của Bệnh viện; lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào lưu trữ đơn vị; quản lý và sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật.

2. “*Công tác lưu trữ*” bao gồm các công việc về thu thập, chỉnh lý, xác định giá trị, bảo quản, thống kê và sử dụng tài liệu lưu trữ hình thành trong hoạt động quản lý, điều hành của Bệnh viện.

3. “*Thu thập tài liệu*” là quá trình xác định nguồn tài liệu, lựa chọn, giao nhận tài liệu có giá trị để chuyển vào lưu trữ đơn vị.

4. “*Chỉnh lý tài liệu*” là việc phân loại, xác định giá trị, sắp xếp, thống kê, lập công cụ tra cứu tài liệu hình thành trong hoạt động của Bệnh viện.

5. “*Xác định giá trị tài liệu lưu trữ*” là việc xác định giá trị tài liệu, thời hạn bảo quản theo những nguyên tắc, tiêu chuẩn của Luật lưu trữ và những văn bản quy phạm pháp luật có liên quan.

6. “*Hệ thống quản lý văn bản điện tử*” (Hệ thống QLVB), gồm các phần mềm ứng dụng trong việc gửi, nhận văn bản điện tử, tạo lập hồ sơ, trình ký, ký số và phát hành văn bản kết nối Trực liên thông văn bản quốc gia và Trực liên thông văn bản nội bộ.

Điều 3. Nguyên tắc quản lý về văn thư, lưu trữ

1. Công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện được thực hiện khoa học, chính xác, minh bạch, bảo đảm bí mật nhà nước và bí mật công tác theo quy định của pháp luật.

2. Tất cả văn bản đi, văn bản đến của Bệnh viện được Văn thư Bệnh viện làm thủ tục tiếp nhận, đăng ký và chuyển giao, trừ những loại văn bản được đăng ký riêng theo quy định của pháp luật.

3. Tất cả văn bản đến, văn bản đi của Bệnh viện được xử lý trên Hệ thống QLVB (trừ văn bản Mật). Trường hợp phát sinh văn bản giấy đến, văn bản giấy đi thì đều được quét (Scan) đưa vào Hệ thống QLVB.

4. Văn bản giấy đi, văn bản giấy đến phải được đăng ký, phát hành hoặc chuyển giao trong ngày, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản đến có các mức độ khẩn như: “Hỏa tốc”, “Thượng khẩn” và “Khẩn” phải được đăng ký, trình và chuyển giao đến đúng địa chỉ ngay sau khi nhận.

5. Văn bản điện tử đến được Văn thư chuyển đến, sau khi Lãnh đạo Bệnh viện có bút phê, Văn thư phải phân phối trong thời gian không quá 2 giờ (trong giờ hành chính). Văn bản điện tử đi phải được phát hành trong ngày ký văn bản, chậm nhất là trong sáng ngày làm việc tiếp theo (đối với văn bản thông thường).

6. Bảo vệ yêu cầu bí mật đối với thông tin, tài liệu thuộc Danh mục bí mật nhà nước. Văn bản, tài liệu có độ mật không xử lý trên hệ thống văn bản điện tử; được đăng ký, quản lý theo Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện và các quy định khác.

7. Việc thực hiện chế độ báo cáo thống kê công tác văn thư, lưu trữ được thực hiện theo các nội dung quy định tại Thông tư số 03/2018/TT-BNV ngày 06/3/2018 của Bệnh viện.

Điều 4. Trách nhiệm đối với công tác văn thư, lưu trữ

1. Trách nhiệm của Giám đốc Bệnh viện

a) Chỉ đạo việc tổ chức xây dựng, ban hành và thực hiện các chế độ, quy định về công tác văn thư, lưu trữ tại Bệnh viện theo quy định của pháp luật hiện hành;

b) Chỉ đạo việc nghiên cứu, ứng dụng khoa học và công nghệ vào công tác văn thư, lưu trữ;

c) Chỉ đạo kiểm tra việc thực hiện các quy định về công tác văn thư, lưu trữ Bệnh viện; chỉ đạo giải quyết khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm pháp luật về công tác văn thư, lưu trữ theo thẩm quyền.

2. Trách nhiệm của Trưởng các khoa, phòng thuộc Bệnh viện

a) Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện giúp Giám đốc trực tiếp quản lý, kiểm tra, giám sát việc thực hiện công tác văn thư, lưu trữ của Bệnh viện.

b) Trưởng các khoa, phòng thuộc Bệnh viện có trách nhiệm triển khai và tổ chức thực hiện các quy định của Bệnh viện, của Nhà nước về công tác văn thư, lưu trữ và chịu trách nhiệm trước Lãnh đạo Bệnh viện về việc sử dụng Hệ thống QLVB tại khoa, phòng mình; chỉ đạo, phân công xử lý, theo dõi, giám sát tiến độ xử lý văn bản của khoa, phòng và người sử dụng Hệ thống QLVB theo đúng quy định.

3. Trách nhiệm của phòng Tổ chức - Hành chính

a) Thực hiện nhiệm vụ về công tác văn thư, lưu trữ theo chức năng, nhiệm vụ của phòng Tổ chức - Hành chính.

b) Phối hợp với đơn vị liên quan để tổ chức kiểm tra, giám sát việc khai thác, sử dụng Hệ thống QLVB.

c) Chủ trì, phối hợp với đơn vị liên quan hướng dẫn, tập huấn, quản lý, tạo lập tài khoản cho VC-NLĐ Bệnh viện trên Hệ thống QLVB.

d) Rà soát, nhập thời hạn văn bản điện tử, đôn đốc các đơn vị về thời hạn hoàn thành văn bản; thống kê, báo cáo Lãnh đạo Bệnh viện khi có yêu cầu.

4. Trách nhiệm của từng cá nhân, VC-NLĐ.

a) Thực hiện nghiêm Quy chế này và quy định khác của pháp luật về công tác văn thư, lưu trữ. Cập nhật nhiệm vụ do Lãnh đạo Bệnh viện giao vào Hệ thống theo dõi chỉ đạo, điều hành (trừ văn bản mật); tổng hợp các nhiệm vụ được giao để phục vụ công tác theo dõi, đôn đốc, kiểm tra.

b) Đảm bảo tiếp nhận, xử lý các văn bản kịp thời, đúng tiến độ theo phân công của lãnh đạo khoa, phòng; chịu trách nhiệm trước lãnh đạo về ý kiến tham mưu, báo cáo kết quả xử lý văn bản với lãnh đạo khoa, phòng; lập hồ sơ công việc và giao nộp hồ sơ về Lưu trữ đơn vị đúng quy định.

c) Chịu trách nhiệm cá nhân về việc sử dụng tài khoản trên Hệ thống QLVB: không truy cập vào tài khoản của người khác, không để người khác truy cập vào tài khoản của mình (trừ trường hợp được ủy quyền và ủy quyền). Khi chuyển công tác hoặc nghỉ chế độ phải thực hiện bàn giao quyền sử dụng Hệ thống QLVB và toàn bộ hồ sơ, tài liệu cho thủ trưởng đơn vị.

d) Cá nhân được phân công soạn thảo có trách nhiệm theo dõi tiến độ công việc trong quá trình trình ký và phát hành, gửi đi và lập hồ sơ về công việc được giao, nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị.

Điều 5. Giá trị pháp lý của văn bản điện tử

1. Văn bản điện tử được ký số bởi người có thẩm quyền và ký số của cơ quan, tổ chức theo quy định của pháp luật có giá trị pháp lý như bản gốc văn bản giấy.

2. Chữ ký số sử dụng trong văn bản điện tử là chữ ký số tương ứng với chứng thư số được tổ chức cung cấp dịch vụ chứng thực chữ ký số chuyên dùng cấp theo quy định.

Điều 6. Sự cố kỹ thuật Hệ thống QLVB

1. Trường hợp Hệ thống QLVB tạm ngưng hoạt động liên tục quá 04 giờ làm việc, thì VC-NLĐ được phép thực hiện quy trình xử lý văn bản giấy cho đến khi sự cố được khắc phục; đồng thời ghi biên bản sự cố kỹ thuật và ghi số chuyển giao văn bản; đối với văn bản hỏa tốc hẹn giờ thì báo cáo ngay người có thẩm quyền để xử lý kịp thời. Ngay sau khi sự cố kỹ thuật được khắc phục, văn bản đã được xử lý phải được cập nhật bổ sung vào cơ sở dữ liệu của Hệ thống QLVB để quản lý và theo dõi.

2. Khi phát hiện có sự cố hoặc lỗi kỹ thuật cần hỗ trợ sử dụng đối với hệ thống QLVB, các đơn vị, cá nhân thông báo, liên hệ với bộ phận quản trị mạng của Bệnh viện để liên hệ các cơ quan, đơn vị có liên quan giải quyết, xử lý.

Chương II CÔNG TÁC VĂN THƯ

Mục 1: SOẠN THẢO VÀ BAN HÀNH VĂN BẢN

Điều 7. Thể thức văn bản, kỹ thuật trình bày văn bản

1. Thể thức văn bản

a) Văn bản quy phạm pháp luật thể thức thực hiện theo quy định tại Chương V, Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14/5/2016 của Chính phủ.

b) Văn bản hành chính thể thức thực hiện theo quy định tại Điều 8 và Phụ lục I, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

c) Văn bản trao đổi đối với cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân nước ngoài thể thức văn bản thực hiện theo các quy định của pháp luật và theo thông lệ quốc tế.

2. Kỹ thuật trình bày văn bản

a) Văn bản quy phạm pháp luật kỹ thuật trình bày được thực hiện theo quy định tại Mục 2, Chương V, Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14/5/2016 của Chính phủ.

b) Kỹ thuật trình bày văn bản hành chính, quy tắc viết hoa được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I, Phụ lục II, Nghị định số 30/2010/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

Điều 8. Soạn thảo văn bản

1. Soạn thảo văn bản quy phạm pháp luật của Bệnh viện thực hiện theo quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật và Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14/5/2016 của Chính phủ.

2. Soạn thảo văn bản hành chính

a) Căn cứ chức năng, nhiệm vụ và mục đích, nội dung của văn bản cần soạn thảo, Lãnh đạo Bệnh viện giao cho khoa, phòng hoặc viên chức chủ trì soạn thảo văn bản.

b) Khoa, phòng hoặc VC-NLĐ được giao soạn thảo văn bản có trách nhiệm thực hiện các công việc sau: xác định tên hình thức, nội dung và độ mật, mức độ khẩn của văn bản cần soạn thảo; thu thập, xử lý thông tin có liên quan; soạn thảo văn bản đúng hình thức, thể thức và kỹ thuật trình bày. Đối với văn bản quan trọng hoặc trong trường hợp cần thiết, đề xuất việc tổ chức lấy ý kiến của các cơ quan, đơn vị, tổ chức có liên quan; nghiên cứu tiếp thu ý kiến góp ý để hoàn chỉnh văn bản.

c) Đối với văn bản điện tử: Cá nhân được giao nhiệm vụ soạn thảo văn bản ngoài việc thực hiện các nội dung nêu trên phải tạo lập dự thảo văn bản trực tiếp ngay trên luồng văn bản đến trong Hệ thống QLVB, đồng thời chuyển bản thảo văn bản, tài liệu kèm theo (nếu có) vào Hệ thống QLVB và cập nhật các thông tin cần thiết.

Điều 9. Duyệt, sửa đổi, bổ sung dự thảo văn bản đã duyệt

1. Người có thẩm quyền ký dự thảo văn bản trình phê duyệt và chịu trách nhiệm về nội dung của văn bản.

2. Trường hợp cần sửa đổi, bổ sung dự thảo văn bản: Người có thẩm quyền cho ý kiến vào dự thảo văn bản hoặc trên Hệ thống QLVB, chuyển lại cho Lãnh đạo đơn vị chủ trì soạn thảo để xem xét, có ý kiến và chuyển cho cá nhân được giao nhiệm vụ soạn thảo văn bản.

3. Trường hợp dự thảo văn bản đã được Lãnh đạo Bệnh viện phê duyệt, nhưng thấy cần thiết phải sửa đổi, bổ sung thì khoa, phòng hoặc cá nhân được giao nhiệm vụ soạn thảo văn bản phải trình người đã phê duyệt dự thảo văn bản xem xét, quyết định việc sửa đổi, bổ sung.

Điều 10. Kiểm tra văn bản trước khi ký ban hành

1. Trưởng khoa, phòng và Phó Trưởng khoa, phòng soạn thảo văn bản phải kiểm tra và chịu trách nhiệm về nội dung văn bản (đối với văn bản giấy phải ký tắt vào cuối nội dung văn bản sau dấu ./.) trước khi trình Lãnh đạo Bệnh viện ký ban hành.

2. Phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện giúp Giám đốc kiểm tra lần cuối và chịu trách nhiệm về thể thức, kỹ thuật trình bày, thủ tục ban hành văn bản của Bệnh viện (đối với văn bản giấy có đầy đủ chữ ký trong phiếu trình văn bản của hồ sơ trình ký). Trường hợp phát hiện có sai sót thì trả lại cho đơn vị soạn thảo văn bản để chỉnh sửa, hoàn thiện.

3. Hồ sơ trình ký văn bản giấy gồm:

- a) Phiếu trình ký (nếu có) đã được người có thẩm quyền của khoa, phòng soạn thảo văn bản phê duyệt;
- b) Văn bản đến là cơ sở phát sinh hồ sơ trình ký và các văn bản có liên quan;
- c) Dự thảo văn bản trình ký có ký tắt của người có thẩm quyền trong khoa, phòng chủ trì soạn thảo văn bản;
- d) Bản tổng hợp ý kiến góp ý của tổ chức, cá nhân liên quan (nếu có);
- đ) Bản dự thảo văn bản các lần trước (nếu có).

4. Hồ sơ trình ký văn bản điện tử được tạo lập trên cơ sở văn bản đến điện tử:

- a) Tờ trình Lãnh đạo Bệnh viện (nếu cần);
- b) Dự thảo văn bản trình ký (đối với các văn bản liên quan đến tài chính, dự toán kinh phí phải có chữ ký tắt vào cuối nội dung văn bản sau dấu ./ của người có thẩm quyền khoa, phòng chủ trì soạn thảo văn bản);
- c) Bản tổng hợp ý kiến góp ý của tổ chức, cá nhân liên quan (nếu có);
- d) Các văn bản có liên quan.

5. Thủ tục trình ký văn bản thực hiện theo quy định hiện hành.

Điều 11. Ký văn bản

1. Thẩm quyền ký văn bản của Giám đốc, Phó Giám đốc Bệnh viện thực hiện theo quy định của pháp luật và Quy chế làm việc của Bệnh viện.

2. Người ký văn bản phải chịu trách nhiệm trước pháp luật về văn bản do mình ký ban hành. Giám đốc chịu trách nhiệm trước pháp luật về toàn bộ văn bản do Bệnh viện ban hành.

3. Đối với văn bản giấy, khi ký văn bản phải dùng bút có mực màu xanh, không dùng các loại mực dễ phai.

4. Đối với văn bản điện tử, người có thẩm quyền thực hiện ký số. Vị trí, hình ảnh chữ ký số theo quy định tại Phụ lục I, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

Mục 2: QUẢN LÝ VĂN BẢN ĐẾN, ĐI

Điều 12. Tiếp nhận, đăng ký văn bản đến

1. Đối với văn bản giấy

a) Khi tiếp nhận văn bản giấy đến, Văn thư hoặc người được giao nhiệm vụ tiếp nhận văn bản đến phải kiểm tra số lượng, tình trạng bì, dấu niêm phong (nếu có), nơi gửi; đối chiếu số, ký hiệu ghi ngoài bì với số, ký hiệu của văn bản trong bì. Trường hợp phát hiện có sai sót, bì thư không có văn bản, văn bản bị rách, thiếu, tình trạng bì thư không còn nguyên vẹn hoặc dấu hiệu bất thường, người được giao nhiệm vụ tiếp nhận văn bản đến phải báo cáo ngay với người phụ trách trực tiếp xử lý; trường hợp cần thiết, phải lập biên bản và có chữ ký của người nhận và người chuyển văn bản.

b) Tất cả bì thư, văn bản giấy đến (trừ văn bản mật) gửi Bệnh viện được đăng ký tại Văn thư, thực hiện theo quy trình: bóc bì, đóng dấu “ĐẾN”, số hóa văn bản (Scan), cập nhật vào Hệ thống QLVB các trường thông tin đầu vào (số, ký hiệu, trích yếu, thời hạn...); đính kèm văn bản điện tử vào Hệ thống QLVB.

c) Đối với văn bản đến, bì thư ghi cụ thể tên cá nhân, khoa, phòng thuộc Bệnh viện. Văn thư Bệnh viện có trách nhiệm chuyển nguyên cả bì cho khoa, phòng, cá nhân có tên ghi trên bì.

2. Đối với văn bản điện tử

a) Văn thư phải kiểm tra tính xác thực, toàn vẹn của văn bản điện tử và thực hiện tiếp nhận trên Hệ thống QLVB.

b) Trường hợp văn bản điện tử không đáp ứng các quy định về tính xác thực, toàn vẹn của văn bản điện tử hoặc gửi sai nơi nhận thì phải trả lại cho cơ quan, tổ chức gửi văn bản trên hệ thống QLVB. Trường hợp phát hiện có sai sót hoặc dấu hiệu bất thường thì Văn thư báo cáo ngay người có trách nhiệm giải quyết và thông báo cho nơi gửi văn bản.

3. Văn bản giấy có mức độ khẩn đến ngoài giờ làm việc, ngày lễ, ngày nghỉ, ngày tết, nhân viên bảo vệ của Bệnh viện có trách nhiệm tiếp nhận và báo ngay với Văn thư để xử lý kịp thời.

4. Văn bản mật, bì thư có dấu chỉ mức độ mật được tiếp nhận, đăng ký theo quy định của Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện và các quy định khác về bảo vệ bí mật nhà nước.

Điều 13. Trình, phân phối chuyển giao văn bản đến

1. Đối với văn bản điện tử

Văn thư có trách nhiệm cập nhật văn bản đến từ Trực liên thông văn bản Quốc gia vào hệ thống QLVB, chuyển Lãnh đạo Bệnh viện ghi bút phê chuyển lại Văn thư để phân phối văn bản. Trường hợp văn bản điện tử gửi kèm văn bản giấy, Văn thư Bệnh viện thực hiện quy trình chuyển văn bản điện tử trên Hệ thống QLVB và chuyển văn bản giấy đến khoa, phòng hoặc cá nhân được người có thẩm quyền giao chủ trì giải quyết.

2. Đối với văn bản giấy

a) Các văn bản số hóa (Scan) theo quy định, Văn thư có trách nhiệm chuyển Lãnh đạo Bệnh viện trên hệ thống QLVB để phân phối văn bản. Căn cứ ý kiến của Lãnh đạo Bệnh viện, Văn thư điền thông tin đơn vị nhận văn bản trong phần đầu “Đến” chuyển bản giấy về khoa, phòng nhận văn bản.

b) Đối với các văn bản do Lãnh đạo Bệnh viện chuyển ra chưa có dấu “Đến” của Bệnh viện. Văn thư thực hiện theo điểm b Khoản 1 Điều 12 của Quy chế này và chuyển văn bản theo bút phê của Lãnh đạo Bệnh viện.

3. Số đến của văn bản được lấy liên tiếp theo thứ tự và trình tự thời gian tiếp nhận văn bản trong năm, thống nhất giữa văn bản giấy và văn bản điện tử.

4. Các khoa, phòng nhận văn bản hàng ngày tại Văn thư, đối với các văn bản hẹn giờ phải nhận và xử lý ngay, thời gian tối đa là sau 01 giờ đồng hồ tính từ khi nhận được thông tin từ Văn thư.

5. Việc chuyển giao văn bản đến phải đảm bảo chính xác, đúng đối tượng và giữ bí mật nội dung văn bản. Người nhận văn bản phải ký nhận, ghi rõ họ tên vào sổ chuyển giao văn bản.

Điều 14. Giải quyết văn bản đến và theo dõi, đôn đốc

1. Sau khi nhận được văn bản đến từ Văn thư, các khoa, phòng có trách nhiệm chỉ đạo và phân công viên chức giải quyết kịp thời đúng thời hạn theo yêu cầu trong

văn bản đến hoặc theo Quy chế làm việc của Bệnh viện, chỉ đạo của Lãnh đạo Bệnh viện.

2. Phòng Tổ chức - Hành chính có trách nhiệm theo dõi, tổng hợp số liệu, tình hình giải quyết và đơn đốc các đơn vị thực hiện đúng thời hạn của văn bản đến. Văn thư có trách nhiệm giúp thủ trưởng đơn vị theo dõi, đơn đốc giải quyết văn bản đến tại đơn vị.

3. Đối với văn bản đến có dấu: "TÀI LIỆU THU HỒI" hoặc "XEM XONG TRẢ LẠI" thì viên chức tiếp nhận tài liệu có trách nhiệm phối hợp với Văn thư làm thủ tục gửi trả lại nơi gửi đúng thời hạn quy định.

Điều 15. Kiểm tra thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản đi

1. Trước khi thực hiện các thủ tục để phát hành văn bản, Văn thư có nhiệm vụ kiểm tra thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản theo quy định; nếu phát hiện có sai sót thì trả lại ngay cho khoa, phòng soạn thảo và báo cáo lãnh đạo phòng Tổ chức - Hành chính. Chỉ thực hiện quy trình lấy số, ngày, tháng, năm và đóng dấu phát hành đối với văn bản soạn thảo đúng quy định.

2. Trường hợp phát hiện nội dung văn bản chồng chéo hoặc người ký không đúng thẩm quyền, Văn thư từ chối phát hành và báo cáo ngay cho lãnh đạo phòng Tổ chức - Hành chính.

Điều 16. Cấp số, thời gian ban hành văn bản

1. Số và thời gian ban hành văn bản được lấy theo thứ tự và trình tự thời gian ban hành văn bản trong năm (bắt đầu liên tiếp từ số 01 vào ngày 01 tháng 01 và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm), số và ký hiệu văn bản là duy nhất trong một năm, thống nhất giữa văn bản giấy và văn bản điện tử.

2. Đối với văn bản giấy, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện sau khi có chữ ký của người có thẩm quyền, chậm nhất là trong ngày làm việc hành chính tiếp theo.

3. Đối với văn bản điện tử, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện bằng chức năng của Hệ thống QLVB và theo quy định của pháp luật.

4. Văn bản mật đi được đánh số riêng và đăng ký riêng từng độ mật của văn bản theo Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện và các quy định khác của pháp luật.

Điều 17. Đăng ký văn bản đi

1. Việc đăng ký văn bản đi bảo đảm đầy đủ, chính xác các thông tin cần thiết của văn bản giấy hoặc điện tử.

2. Văn bản đi tại đơn vị được đăng ký bằng hệ thống QLVB của Bệnh viện. Văn bản được đăng ký bằng Hệ thống QLVB phải được in ra giấy đầy đủ các trường thông tin theo mẫu Sổ đăng ký văn bản đi, đóng sổ để quản lý.

3. Văn bản mật được đăng ký theo quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước và Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện.

Điều 18. Nhân bản, đóng dấu đơn vị và dấu mức độ khẩn, mật

1. Nhân bản, đóng dấu của đơn vị, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn đối với văn bản giấy

a) Văn bản đi được nhân bản theo số lượng được xác định ở phần "Nơi nhận" của văn bản, trường hợp văn bản gửi đến nhiều nơi mà trong văn bản không liệt kê đủ

danh sách, thì đơn vị soạn thảo phải có Phụ lục nơi nhận kèm theo làm căn cứ nhân bản để phát hành.

b) Nơi nhận văn bản phải được xác định cụ thể trong văn bản trên nguyên tắc văn bản chỉ gửi đến cơ quan, tổ chức và cá nhân có chức năng, thẩm quyền giải quyết, tổ chức thực hiện, phối hợp thực hiện, báo cáo, giám sát, kiểm tra liên quan đến nội dung văn bản; không gửi vượt cấp, không gửi nhiều bản cho một đối tượng, không gửi đến các đối tượng không liên quan.

c) Việc nhân bản văn bản mật phải bảo đảm đúng quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước và Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện .

d) Việc đóng dấu đơn vị, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn, được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

2. Ký số của đơn vị, tổ chức đối với văn bản điện tử

a) Ký số của đơn vị, tổ chức được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

b) Đối với văn bản kèm theo trong cùng một tệp tin của văn bản điện tử: Văn thư chỉ thực hiện ký số đơn vị, tổ chức lên văn bản điện tử và không thực hiện ký số lên văn bản kèm theo có trong tệp tin đó (lý do: văn bản kèm theo đã được chữ ký số xác thực);

c) Đối với văn bản kèm theo không trong cùng tệp tin của văn bản điện tử: Văn thư thực hiện ký số của đơn vị, tổ chức lên văn bản điện tử và ký số trên văn bản kèm theo không trong cùng một tệp tin.

Điều 19. Phát hành, theo dõi chuyển phát văn bản đi

1. Phát hành văn bản tại Văn thư:

a) Lựa chọn bì, viết bì, cho văn bản vào bì, dán bì và đóng dấu chỉ mức độ khẩn, mật và dấu khác lên bì (nếu có) khi phát hành văn bản giấy.

b) In văn bản đã được ký số của người có thẩm quyền ra giấy, phát hành văn bản điện tử đi theo quy định. Bên cạnh đó đóng dấu của đơn vị, tổ chức để tạo bản chính văn bản giấy và thực hiện phát hành văn bản giấy từ văn bản được ký số của người có thẩm quyền (để lưu văn bản).

c) Số hóa văn bản giấy đã cấp số và đóng dấu, ký số xác thực văn bản đi, đính kèm File văn bản điện tử vào số đã cấp trên Hệ thống QLVB khi phát hành văn bản điện tử từ văn bản giấy. Những văn bản đi cần theo dõi hồi báo, Văn thư phải cập nhật thông tin về tên đơn vị, viên chức theo dõi hồi báo, tình trạng và thời hạn trả lời trên Hệ thống QLVB.

d) Đối với văn bản có nơi nhận là cơ quan, tổ chức chưa kết nối Trực liên thông văn bản Quốc gia: Văn thư có trách nhiệm nhận văn bản in ra từ văn bản gốc trên Hệ thống QLVB, photo, lấy dấu và viện phát hành văn bản đi của đơn vị mình.

đ) Việc phát hành, chuyển phát văn bản mật phải đảm bảo theo các quy định về bảo vệ bí mật nhà nước và Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện.

2. Chuyển phát văn bản đi

a) Văn bản đi phải hoàn thành thủ tục tại Văn thư và phát hành trong ngày văn bản đó được ký, chậm nhất là trong ngày làm việc hành chính tiếp theo. Văn bản khẩn phải được phát hành và gửi ngay sau khi ký văn bản.

b) Việc chuyển giao văn bản cho các khoa, phòng, cá nhân thuộc Bệnh viện hoặc cho các cơ quan, đơn vị, cá nhân bên ngoài phải được ký nhận vào sổ chuyển giao văn bản.

3. Theo dõi việc chuyển phát văn bản đi

a) Sau khi văn bản được phát hành trên Hệ thống QLVB, Văn thư và người soạn thảo văn bản có trách nhiệm theo dõi, xác nhận tình trạng nhận gửi của văn bản. Trường hợp văn bản gửi trên Hệ thống QLVB nhưng đơn vị nhận không phản hồi trạng thái nhận, đường truyền bị lỗi, người soạn thảo có trách nhiệm phối hợp với Văn thư để lấy bản lưu và làm các thủ tục phát hành văn bản giấy theo quy định.

b) Đối với những văn bản đi có đóng dấu “TÀI LIỆU THU HỒI”, Văn thư phải theo dõi, thu hồi đúng thời hạn; khi nhận lại, phải kiểm tra, đối chiếu để bảo đảm văn bản không bị thiếu và còn nguyên vẹn.

c) Trường hợp phát hiện văn bản bị thất lạc, Văn thư phải báo cáo ngay Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính để xử lý.

Điều 20. Danh mục văn bản, tài liệu áp dụng hình thức giao dịch điện tử gửi kèm văn bản giấy

1. Văn bản gửi Sở Y tế, các cơ quan, đơn vị khác theo quy định tại Quy chế làm việc của Sở Y tế và cơ quan, đơn vị nhận văn bản đến.

2. Văn bản có tính chất pháp lý liên quan tới đơn vị hoặc cá nhân (phạm vi ảnh hưởng lâu dài cho đối tượng áp dụng) bao gồm: Quyết định thành lập đơn vị; quyết định quy định chức năng, nhiệm vụ của đơn vị; quyết định bổ nhiệm, văn bản về công tác tổ chức, cán bộ; văn bản xin ý kiến, hồ sơ thẩm định về công tác nhân sự; hồ sơ lấy ý kiến Thành viên Chính phủ.

4. Văn bản, đề án, hồ sơ kèm theo được đóng quyển liên quan đến các lĩnh vực: cải cách hành chính; chương trình đào tạo, bồi dưỡng viên chức.

5. Các loại văn bản không thuộc quy định của Điều 20, Quy chế này nhưng bên nhận văn bản không có đủ điều kiện kỹ thuật cho phép để gửi nhận dưới dạng văn bản điện tử.

6. Văn bản giấy chỉ gửi cho đơn vị, cá nhân xử lý chính (phần Kính gửi), không gửi lại cho các đơn vị, cá nhân nhận để biết, nhận để báo cáo.

Điều 21. Đính chính và thu hồi văn bản đi

1. Đính chính văn bản

a) Đính chính văn bản quy phạm pháp luật được thực hiện theo Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật và các văn bản hướng dẫn thi hành.

b) Đính chính văn bản hành chính

- Văn bản của Bệnh viện đã phát hành nhưng có sai sót về nội dung phải được sửa đổi, thay thế bằng văn bản có hình thức tương đương của Bệnh viện.

- Văn bản của Bệnh viện đã phát hành nhưng có sai sót về thể thức, kỹ thuật trình bày, thủ tục ban hành phải được đính chính bằng văn bản hành chính có hình thức tương đương của Bệnh viện.

2. Thu hồi văn bản

a) Đối với văn bản giấy, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận có trách nhiệm gửi lại văn bản đã nhận. Chuyên viên có trách nhiệm phối hợp với văn thư đơn vị và Văn thư theo dõi để thu hồi văn bản.

b) Đối với văn bản điện tử, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận hủy bỏ văn bản điện tử bị thu hồi trên Hệ thống QLVB, đồng thời thông báo qua Hệ thống QLVB để bên gửi biết.

Điều 22. Lưu văn bản đi

1. Lưu văn bản giấy

a) Bản gốc văn bản được lưu tại Văn thư và phải được đóng dấu ngay sau khi phát hành, sắp xếp theo thứ tự đăng ký.

b) Bản chính văn bản lưu tại hồ sơ công việc.

2. Lưu văn bản điện tử

a) Bản gốc văn bản điện tử phải được lưu trên Hệ thống QLVB của Bệnh viện.

b) Văn thư tạo bản chính văn bản giấy theo quy định tại điểm b, khoản 1 Điều 19 Quy chế này để lưu tại Văn thư và hồ sơ công việc.

3. Việc lưu giữ, bảo quản và sử dụng bản lưu văn bản đi có đóng dấu chỉ các mức độ mật được thực hiện theo quy định hiện hành về bảo vệ bí mật nhà nước.

Mục 3: SAO VĂN BẢN

Điều 23. Các hình thức bản sao

1. Các hình thức bản sao được quy định tại Điều 25, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ bao gồm: Sao y, sao lục, trích sao.

2. Thể thức về kỹ thuật trình bày bản sao y, sao lục, trích sao được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

Điều 24. Giá trị pháp lý của bản sao

Bản sao y, bản sao lục và bản trích sao được thực hiện theo đúng quy định tại Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ có giá trị pháp lý như bản chính.

Điều 25. Thẩm quyền sao văn bản

1. Lãnh đạo Bệnh viện quyết định việc sao văn bản do Bệnh viện ban hành và văn bản do các cơ quan, tổ chức khác gửi đến; quy định thẩm quyền ký các bản sao văn bản.

2. Không được sao, chụp, chuyển phát những ý kiến của Lãnh đạo Bệnh viện ghi bên lề văn bản để gửi đến các cơ quan, tổ chức khác. Trường hợp các ý kiến của Lãnh đạo Bệnh viện ghi ở lề của văn bản cần thiết cho việc giao dịch, trao đổi công tác, phải được cụ thể hóa bằng văn bản hành chính.

3. Việc sao, chụp tài liệu, vật chứa bí mật nhà nước được thực hiện theo quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước và Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện.

Mục 4: LẬP HỒ SƠ VÀ NỘP LƯU HỒ SƠ, TÀI LIỆU VÀO LƯU TRỮ ĐƠN VỊ

Điều 26. Lập Danh mục hồ sơ

Danh mục hồ sơ do Giám đốc Bệnh viện phê duyệt, ban hành vào đầu năm và gửi các khoa, phòng, cá nhân liên quan làm căn cứ để lập hồ sơ. Mẫu danh mục hồ sơ được thực hiện theo quy định tại Phụ lục V, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ.

Điều 27. Lập hồ sơ

1. Yêu cầu

- a) Phản ánh đúng chức năng, nhiệm vụ của khoa, phòng và của Bệnh viện.
- b) Các văn bản, tài liệu trong một hồ sơ phải có sự liên quan chặt chẽ với nhau và phản ánh đúng trình tự diễn biến của sự việc hoặc trình tự giải quyết công việc.

2. Mở hồ sơ

- a) Căn cứ vào Danh mục hồ sơ hoặc theo kế hoạch công tác của đơn vị được phê duyệt và thực tế công việc được giao, viên chức phải chuẩn bị bìa hồ sơ, ghi tiêu đề hồ sơ lên bìa hồ sơ đối với hồ sơ giấy, tạo file tên hồ sơ đối với hồ sơ điện tử.
- b) Trường hợp các hồ sơ không có trong Danh mục hồ sơ, cá nhân được giao nhiệm vụ giải quyết công việc tự xác định các thông tin: Tiêu đề hồ sơ, số và ký hiệu hồ sơ, thời hạn bảo quản hồ sơ, người lập hồ sơ và thời gian bắt đầu.

3. Thu thập, cập nhật văn bản, tài liệu vào hồ sơ

- a) Viên chức có trách nhiệm thu thập, cập nhật tất cả văn bản, tài liệu hình thành trong quá trình theo dõi, giải quyết công việc vào hồ sơ đã mở, bao gồm tài liệu phim, ảnh, ghi âm (nếu có) bảo đảm sự toàn vẹn, đầy đủ của hồ sơ, tránh bị thất lạc.
- b) Các văn bản trong hồ sơ phải được sắp xếp theo một trình tự hợp lý, tùy theo đặc điểm khác nhau của công việc để lựa chọn cách sắp xếp cho thích hợp (chủ yếu là sắp xếp theo trình tự thời gian và diễn biến công việc).

4. Kết thúc hồ sơ

- a) Hồ sơ được kết thúc khi công việc đã giải quyết xong. Công chức có trách nhiệm lập hồ sơ phải rà soát lại toàn bộ văn bản, tài liệu có trong hồ sơ; loại ra khỏi hồ sơ bản trùng, bản nháp; xác định lại thời hạn bảo quản của hồ sơ; chỉnh sửa tiêu đề, số và ký hiệu hồ sơ cho phù hợp; hoàn thiện, kết thúc hồ sơ.
- b) Đối với hồ sơ giấy: Người lập hồ sơ thực hiện đánh số tờ đối với hồ sơ có thời hạn bảo quản từ 05 năm trở lên và viết Mục lục văn bản đối với hồ sơ có thời hạn bảo quản vĩnh viễn; viết chứng từ kết thúc đối với tất cả hồ sơ.
- c) Đối với hồ sơ điện tử: Người lập hồ sơ có trách nhiệm cập nhật vào Hệ thống QLVB các thông tin còn thiếu. Việc biên mục văn bản trong hồ sơ được thực hiện bằng chức năng của Hệ thống QLVB.

Điều 28. Thời hạn nộp hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị

1. Hồ sơ, tài liệu nộp lưu vào Lưu trữ đơn vị phải đủ thành phần, đúng thời hạn và thực hiện theo trình tự, thủ tục quy định. Lưu trữ đơn vị chỉ thu nhận vào lưu trữ những tài liệu đã được lập thành hồ sơ và có danh mục hồ sơ.

2. Thời hạn nộp lưu hồ sơ, tài liệu

- a) Đối với hồ sơ, tài liệu xây dựng cơ bản: Trong thời hạn 03 tháng kể từ ngày công trình được quyết toán.
- b) Đối với hồ sơ, tài liệu khác: Trong thời hạn 01 năm kể từ ngày công việc kết thúc.

3. Thủ tục nộp lưu

a) Đối với hồ sơ giấy: Khi nộp lưu tài liệu phải nộp 02 bản “Mục lục hồ sơ, tài liệu nộp lưu” và 02 bản “Biên bản giao nhận hồ sơ, tài liệu” theo mẫu tại Phụ lục V, Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ. Khoa, phòng, cá nhân nộp lưu tài liệu và Lưu trữ đơn vị giữ mỗi loại 01 bản.

b) Đối với hồ sơ điện tử: Viên chức được giao nhiệm vụ giải quyết công việc và lập hồ sơ thực hiện nộp lưu hồ sơ điện tử vào Lưu trữ đơn vị trên Hệ thống QLVB. Lưu trữ đơn vị có trách nhiệm kiểm tra, nhận hồ sơ theo Danh mục; liên kết chính xác dữ liệu đặc tả với hồ sơ; tiếp nhận và đưa hồ sơ về chế độ quản lý hồ sơ lưu trữ điện tử trên Hệ thống.

Điều 29. Trách nhiệm đối với việc lập hồ sơ và giao nộp hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị

1. Trách nhiệm của Giám đốc

a) Phê duyệt Danh mục hồ sơ hàng năm của đơn vị.
b) Chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn việc lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đối với các khoa, phòng thuộc Bệnh viện.

2. Trách nhiệm của Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính

a) Tham mưu, giúp Giám đốc trong việc chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào lưu trữ đối với các khoa, phòng thuộc Bệnh viện.

b) Chỉ đạo việc hướng dẫn, kiểm tra việc lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ vào Lưu trữ đơn vị; chỉ đạo việc xây dựng và trình Giám đốc ban hành Danh mục hồ sơ của đơn vị vào cuối tháng 12 hàng năm.

c) Tổ chức thực hiện việc lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị.

3. Trách nhiệm của Trưởng khoa, phòng thuộc Bệnh viện

a) Trưởng khoa, phòng thuộc Bệnh viện có trách nhiệm tổ chức thực hiện việc lập hồ sơ, bảo quản và nộp lưu hồ sơ, tài liệu của khoa, phòng được xác định thời hạn bảo quản từ 05 năm trở lên vào Lưu trữ đơn vị theo quy định tại Quy chế này và quy định của Nhà nước về công tác lập hồ sơ, bảo quản và nộp lưu hồ sơ, tài liệu lưu trữ.

b) Trưởng khoa, phòng thuộc Bệnh viện có trách nhiệm quản lý tài liệu lưu trữ của khoa, phòng, chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn việc lập hồ sơ và nộp lưu hồ sơ, tài liệu của khoa, phòng được xác định thời hạn bảo quản từ 05 năm trở lên vào Lưu trữ đơn vị.

4. Trách nhiệm của VC-NLĐ

a) VC-NLĐ phải nộp lưu hồ sơ vào Lưu trữ đơn vị phải đủ thành phần, đúng thời hạn và thực hiện theo trình tự, thủ tục lại Quy chế này. Trường hợp cần giữ lại hồ sơ, tài liệu đến hạn nộp lưu phải lập Danh mục hồ sơ, tài liệu giữ lại trình Lãnh đạo Bệnh viện đồng ý bằng văn bản và gửi Lưu trữ đơn vị. Thời hạn giữ lại hồ sơ, tài liệu của khoa, phòng, cá nhân không quá 02 năm kể từ ngày đến hạn nộp lưu.

b) VC-NLĐ trong Bệnh viện trước khi nghỉ hưu, thôi việc, chuyển công tác, đi học tập dài ngày phải bàn giao hồ sơ, tài liệu công việc đã kết thúc cho Lưu trữ đơn vị; bàn giao hồ sơ, tài liệu công việc chưa kết thúc cho người kế nhiệm theo sự chỉ đạo của Giám đốc Bệnh viện; không giữ hồ sơ, tài liệu của đơn vị làm tài liệu riêng hoặc mang sang cơ quan, tổ chức khác.

Trưởng khoa, phòng chịu trách nhiệm đôn đốc VC-NLĐ của khoa, phòng mình trong việc bàn giao tài liệu trước khi chuyển công tác, thôi việc, đi học tập dài ngày, nghỉ hưởng chế độ bảo hiểm xã hội.

5. Trách nhiệm của Văn thư

Văn thư có trách nhiệm hướng dẫn các khoa, phòng thuộc Bệnh viện và VC-NLĐ lập hồ sơ công việc; nộp lưu hồ sơ, tài liệu; thu thập hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị theo đúng quy định.

Mục 5: QUẢN LÝ, SỬ DỤNG CON DẤU VÀ THIẾT BỊ LƯU KHÓA BÍ MẬT TRONG CÔNG TÁC VĂN THƯ

Điều 30. Quản lý con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật

1. Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện chịu trách nhiệm trước Giám đốc việc quản lý, sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị.

2. Con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị được giao cho Văn thư quản lý và sử dụng. Văn thư được giao nhiệm vụ trên phải chịu trách nhiệm trước Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính, trước pháp luật về việc quản lý và sử dụng con dấu thiết bị lưu khóa bí mật tương ứng và có trách nhiệm thực hiện những quy định sau:

a) Bảo quản an toàn, sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị tại phòng làm việc của Văn thư trong trụ sở Bệnh viện. Trường hợp cần đưa con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị ra khỏi đơn vị phải được sự đồng ý bằng văn bản của Giám đốc Bệnh viện và phải chịu trách nhiệm về việc bảo quản, sử dụng con dấu. Con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị phải được bảo quản an toàn trong giờ cũng như ngoài giờ làm việc.

b) Chỉ giao con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị cho người khác lưu giữ khi được đồng ý bằng văn bản của Giám đốc Bệnh viện. Việc bàn giao con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị phải được lập biên bản.

c) Phải trực tiếp đóng dấu văn bản và bản sao văn bản; chủ trì, phối hợp ký số vào văn bản điện tử trên Hệ thống QLVB.

d) Chỉ được đóng dấu, ký số của đơn vị, tổ chức vào văn bản đã có chữ ký của người có thẩm quyền và bản sao văn bản do đơn vị, tổ chức trực tiếp thực hiện.

đ) Không được đóng dấu vào giấy không có nội dung, đóng dấu trước khi ký, đóng dấu sẵn trên giấy trắng hoặc đóng dấu lên các văn bản có chữ ký của người không có thẩm quyền.

3. Cá nhân có trách nhiệm tự bảo quản an toàn thiết bị lưu khóa bí mật và khóa bí mật.

4. Khi nét dấu bị mòn hoặc biến dạng, Văn thư phải báo cáo Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính và Giám đốc Bệnh viện để làm thủ tục đổi con dấu. Trường hợp con dấu bị mất, phải báo cáo Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính, Giám đốc Bệnh viện và cơ quan công an nơi xảy ra mất con dấu, kịp thời lập biên bản.

5. Khi Bệnh viện có quyết định chia, tách hoặc sáp nhập phải nộp con dấu cũ và làm thủ tục xin khắc con dấu mới theo quy định pháp luật.

Điều 31. Sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật

1. Sử dụng con dấu

a) Dấu đóng phải rõ ràng, ngay ngắn, đúng chiều và dùng đúng mực dấu màu đỏ theo quy định.

b) Khi đóng dấu lên chữ ký, dấu đóng phải trùm lên khoảng 1/3 chữ ký về phía bên trái.

d) Việc đóng dấu lên các phụ lục kèm theo văn bản chính thực hiện theo quy định và dấu được đóng lên trang đầu, trùm lên một phần tên Bệnh viện, hoặc tên của phụ lục.

đ) Dấu giáp lai được đóng vào khoảng giữa mép phải của văn bản hoặc phụ lục văn bản, trùm lên một phần các tờ giấy; mỗi dấu đóng tối đa 05 tờ văn bản.

2. Sử dụng thiết bị lưu khóa bí mật

Thiết bị lưu khóa bí mật của đơn vị được sử dụng để ký số các văn bản điện tử do Bệnh viện ban hành và bản sao từ văn bản giấy sang văn bản điện tử theo quy định tại Phụ lục I Nghị định số 30/2020/NĐ-CP.

Chương III CÔNG TÁC LƯU TRỮ

Mục 1: THU THẬP, CHỈNH LÝ, XÁC ĐỊNH GIÁ TRỊ TÀI LIỆU

Điều 32. Giao nhận hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ đơn vị

Hàng năm, lưu trữ đơn vị có nhiệm vụ tổ chức thu thập hồ sơ, tài liệu đã đến hạn nộp lưu vào kho Lưu trữ đơn vị.

1. Đối với hồ sơ điện tử:

a) Viên chức giao nộp hồ sơ vào Hệ thống lưu trữ điện tử theo quy định của pháp luật và các quy định của Bệnh viện.

b) Lưu trữ đơn vị thực hiện việc kiểm tra tài liệu và nhận vào Hệ thống lưu trữ điện tử thực hiện việc chỉnh lý hồ sơ theo quy định của pháp luật và các quy định của Bệnh viện.

2. Đối với hồ sơ giấy:

a) Lập kế hoạch thu thập hồ sơ theo Danh mục hồ sơ được cấp có thẩm quyền phê duyệt, ban hành vào đầu năm;

b) Phối hợp với các khoa, phòng, VC-NLĐ xác định những loại hồ sơ, tài liệu cần nộp lưu vào Lưu trữ đơn vị;

c) Hướng dẫn các khoa, phòng, VC-NLĐ chuẩn bị hồ sơ, tài liệu và lập “Mục lục hồ sơ, tài liệu nộp lưu theo quy định tại Điều 27 Quy chế này”.

d) Chuẩn bị kho và các phương tiện bảo quản để tiếp nhận hồ sơ, tài liệu;

đ) Tổ chức tiếp nhận hồ sơ, tài liệu, kiểm tra đối chiếu giữa Mục lục hồ sơ, tài liệu nộp lưu với thực tế tài liệu và lập Biên bản giao nhận tài liệu.

Điều 33. Chỉnh lý tài liệu

Hồ sơ, tài liệu của Bệnh viện phải được chỉnh lý hoàn chỉnh và bảo quản trong kho lưu trữ hoặc Hệ thống lưu trữ của đơn vị.

1. Nguyên tắc chỉnh lý

a) Không phân tán phong lưu trữ;

b) Khi phân loại, lập hồ sơ (chỉnh sửa hoàn thiện, phục hồi hoặc lập mới hồ sơ), phải tôn trọng sự hình thành tài liệu theo trình tự theo dõi, giải quyết công việc (không phá vỡ hồ sơ đã lập);

c) Tài liệu sau khi chỉnh lý phải phản ánh được các hoạt động của Bệnh viện.

2. Tài liệu sau khi chỉnh lý phải đạt yêu cầu sau:

- a) Phân loại và lập hồ sơ hoàn chỉnh;
- b) Xác định thời hạn bảo quản cho hồ sơ, tài liệu;
- c) Hệ thống hóa hồ sơ, tài liệu;

d) Lập công cụ tra cứu: Mục lục hồ sơ, cơ sở dữ liệu và các công cụ tra cứu khác phục vụ cho việc quản lý và tra cứu sử dụng tài liệu;

đ) Lập Danh mục tài liệu hết giá trị.

Điều 34. Xác định giá trị tài liệu

1. Phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện có nhiệm vụ căn cứ theo các quy định của pháp luật xây dựng Bảng thời hạn bảo quản tài liệu trình Lãnh đạo Bệnh viện ban hành sau khi có ý kiến thẩm định của cơ quan có thẩm quyền.

2. Việc xác định giá trị tài liệu phải đạt được yêu cầu sau:

a) Xác định tài liệu cần bảo quản vĩnh viễn và tài liệu bảo quản có thời hạn bằng số năm cụ thể;

b) Xác định tài liệu hết giá trị để tiêu hủy.

Điều 35. Hội đồng xác định giá trị tài liệu

1. Hội đồng xác định giá trị tài liệu được thành lập để tham mưu cho Giám đốc Bệnh viện trong việc xác định thời hạn bảo quản tài liệu lưu trữ; lựa chọn tài liệu để nộp lưu vào Lưu trữ đơn vị, Lưu trữ lịch sử và loại tài liệu hết giá trị.

2. Hội đồng xác định giá trị tài liệu do Giám đốc Quyết định thành lập. Thành phần Hội đồng bao gồm:

a) Giám đốc Bệnh viện: Chủ tịch Hội đồng;

b) Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính: Phó Chủ tịch Hội đồng;

c) Đại diện Lãnh đạo các khoa, phòng có tài liệu: Ủy viên;

d) Người am hiểu về lĩnh vực có tài liệu cần xác định: Ủy viên;

đ) Viên chức thực hiện nhiệm vụ lưu trữ của phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện: Thư ký Hội đồng.

3. Hội đồng xác định giá trị tài liệu thảo luận tập thể, kết luận theo đa số; các ý kiến khác nhau phải được ghi vào biên bản cuộc họp để trình Giám đốc quyết định.

Điều 36. Hủy tài liệu hết giá trị

1. Trên cơ sở đề nghị của Hội đồng xác định giá trị tài liệu, Giám đốc quyết định thời hạn bảo quản tài liệu, lựa chọn tài liệu để giao nộp vào Lưu trữ đơn vị, lựa chọn tài liệu của Lưu trữ đơn vị để giao nộp vào Lưu trữ lịch sử, hủy tài liệu hết giá trị theo quy định của Quy chế này.

2. Thủ tục quyết định hủy tài liệu hết giá trị được quy định như sau:

a) Hội đồng xác định giá trị tài liệu tổ chức họp, thống nhất danh mục tài liệu hết giá trị cần tiêu hủy;

b) Có văn bản đề nghị cơ quan Văn thư và Lưu trữ nhà nước cấp tỉnh (nếu đúng thẩm quyền) thẩm định Danh mục tài liệu hết giá trị cần hủy;

c) Căn cứ vào ý kiến của Hội đồng xác định giá trị tài liệu và ý kiến thẩm định của cơ quan Văn thư và Lưu trữ nhà nước cấp tỉnh, phòng Tổ chức - Hành chính trình Giám đốc quyết định tiêu hủy tài liệu hết giá trị.

3. Việc hủy tài liệu hết giá trị phải đảm bảo hủy hết thông tin trong tài liệu và phải được lập thành biên bản.

4. Hồ sơ hủy tài liệu hết giá trị bao gồm:

- a) Quyết định thành lập Hội đồng;
- b) Danh mục tài liệu hết giá trị; tờ trình và bản thuyết minh tài liệu hết giá trị;
- c) Biên bản họp Hội đồng xác định giá trị tài liệu;
- d) Văn bản đề nghị thẩm định của Bệnh viện;
- đ) Văn bản thẩm định của cơ quan Văn thư và Lưu trữ nhà nước cấp tỉnh;
- e) Quyết định hủy tài liệu hết giá trị;
- g) Biên bản bàn giao tài liệu hủy;
- h) Biên bản hủy tài liệu hết giá trị.

5. Hồ sơ hủy tài liệu hết giá trị phải được bảo quản tại Lưu trữ đơn vị ít nhất 20 năm, kể từ ngày hủy tài liệu.

6. Các khoa, phòng, cá nhân không được tự tiêu hủy hồ sơ, tài liệu của Bệnh viện và của đơn vị dưới bất cứ hình thức nào. Đối với các loại sách báo, tạp chí, các bản sao chụp, giấy nháp không còn nhu cầu sử dụng, khoa, phòng, cá nhân có thể tự hủy sau khi có ý kiến thẩm tra của viên chức lưu trữ.

Điều 37. Nộp lưu hồ sơ, tài liệu vào Lưu trữ lịch sử

Trong thời hạn 10 năm, kể từ năm công việc kết thúc, phòng Tổ chức - Hành chính có trách nhiệm trình Giám đốc Danh mục hồ sơ, tài liệu có giá trị bảo quản vĩnh viễn nộp lưu vào Lưu trữ lịch sử. Việc giao nộp tài liệu vào lưu trữ lịch sử được thực hiện theo hướng dẫn của Lưu trữ lịch sử.

Mục 2: BẢO QUẢN, TỔ CHỨC SỬ DỤNG TÀI LIỆU LƯU TRỮ

Điều 38. Bảo quản tài liệu lưu trữ

1. Đối với hồ sơ lưu trữ điện tử

a) Bảo đảm hồ sơ, tài liệu lưu trữ được bảo quản an toàn, xác thực, bảo mật trên các phương tiện lưu trữ và khả năng truy cập, quản lý, tìm kiếm, cập nhật hồ sơ, tài liệu lưu trữ.

b) Không lưu cơ sở dữ liệu tài liệu lưu trữ có chứa thông tin thuộc phạm vi bí mật nhà nước trên các thiết bị kết nối với mạng Internet, mạng máy tính, mạng viễn thông.

c) Không chuyển mục đích sử dụng các thiết bị đã lưu hồ sơ, tài liệu lưu trữ có chứa thông tin thuộc phạm vi bí mật nhà nước khi chưa loại bỏ triệt để hồ sơ, tài liệu lưu trữ.

d) Cơ sở dữ liệu tài liệu lưu trữ điện tử phải được sao lưu ít nhất 02 bộ, mỗi bộ trên 01 phương tiện lưu trữ độc lập (ổ cứng hoặc thiết bị lưu trữ). Việc sao lưu phải bảo đảm đầy đủ, chính xác, kịp thời, an toàn.

đ) Bảo đảm thống nhất quy trình kiểm tra, sao lưu, phục hồi dữ liệu.

e) Người được giao quản lý cơ sở dữ liệu tài liệu lưu trữ của đơn vị, tổ chức có trách nhiệm kiểm tra, bảo quản, sao lưu, phục hồi.

g) Thực hiện nghiêm các quy định khác về lưu trữ điện tử.

2. Đối với hồ sơ lưu trữ giấy

Hồ sơ, tài liệu lưu trữ đến hạn nộp lưu, các khoa, phòng và VC-NLĐ phải giao nộp hồ sơ vào Lưu trữ đơn vị và tập trung bảo quản trong kho Lưu trữ đơn vị. Kho Lưu trữ đơn vị phải được trang bị đầy đủ các thiết bị, phương tiện cần thiết theo quy định đảm bảo an toàn cho tài liệu.

3. Trách nhiệm chỉ đạo, thực hiện các quy định về bảo quản tài liệu lưu trữ

a) Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện: Chỉ đạo việc thực hiện về bố trí kho lưu trữ theo đúng tiêu chuẩn quy định; thực hiện các biện pháp phòng chống cháy, nổ, phòng chống thiên tai, phòng gian, bảo mật đối với kho lưu trữ và tài liệu lưu trữ; trang bị đầy đủ các thiết bị kỹ thuật, phương tiện bảo quản tài liệu lưu trữ; duy trì nhiệt độ, độ ẩm, ánh sáng để bảo quản phù hợp với từng loại tài liệu lưu trữ; thực hiện các biện pháp phòng, chống côn trùng, nấm mốc và các tác nhân gây hư hỏng tài liệu; thực hiện chế độ bảo quản thường xuyên đối với tài liệu lưu trữ trong kho, kiểm tra, vệ sinh định kỳ, đột xuất kho và tài liệu lưu trữ.

b) Văn thư: có trách nhiệm thực hiện đúng các quy định của pháp luật và Quy chế của Bệnh viện về bảo vệ, bảo quản an toàn kho lưu trữ và tài liệu lưu trữ; bố trí, sắp xếp khoa học tài liệu lưu trữ; hồ sơ, tài liệu trong kho để trong hộp hoặc cặp, dán nhãn ghi đầy đủ thông tin theo quy định để tiện thống kê, kiểm tra và tra cứu. Thường xuyên kiểm tra tình hình tài liệu có trong kho để nắm được số lượng, chất lượng tài liệu, kịp thời báo cáo, đề xuất với Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính biện pháp xử lý các vấn đề liên quan đến bảo quản tài liệu lưu trữ thuộc phạm vi mình quản lý.

Điều 39. Đối tượng được khai thác, sử dụng tài liệu

Lãnh đạo, VC-NLĐ trong, ngoài đơn vị và mọi cá nhân đều được khai thác, sử dụng tài liệu lưu trữ vì mục đích công vụ và nhu cầu riêng chính đáng.

Điều 40. Các hình thức tổ chức sử dụng tài liệu lưu trữ

1. Sử dụng tài liệu tại phòng đọc của Lưu trữ đơn vị hoặc trên phần mềm Lưu trữ điện tử của đơn vị.

2. Giới thiệu tài liệu lưu trữ trên phương tiện thông tin đại chúng, trang thông tin điện tử.

3. Cấp bản photo, bản sao y bản chính tài liệu lưu trữ.

Điều 41. Thẩm quyền cho phép và thủ tục khai thác, sử dụng tài liệu lưu trữ

1. Đối với viên chức thuộc Bệnh viện

a) Giám đốc Bệnh viện: phê duyệt phiếu yêu cầu khai thác, sử dụng tài liệu của các viên chức thuộc Bệnh viện đối với tài liệu lưu trữ thông thường; hình thức khai thác: đọc, ghi chép tài liệu tại phòng đọc Lưu trữ đơn vị, sao, photo (không đóng dấu). Phê duyệt phiếu yêu cầu khai thác, sử dụng tài liệu của các viên chức thuộc Bệnh viện đối với tài liệu lưu trữ có nội dung hạn chế sử dụng (tài liệu nhân sự, tài chính - kế toán, tài liệu về công tác thanh tra...); hình thức khai thác: đọc, ghi chép tài liệu tại phòng đọc Lưu trữ đơn vị, sao photo (có đóng dấu).

2. Đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân ngoài Bệnh viện

a) Cơ quan, tổ chức ngoài Bệnh viện nghiên cứu tài liệu vì mục đích công vụ phải có giấy giới thiệu ghi rõ mục đích nghiên cứu tài liệu và phải được Giám đốc Bệnh viện đồng ý.

b) Cá nhân khai thác sử dụng tài liệu vì mục đích riêng phải có đơn xin sử dụng tài liệu, chứng minh thư nhân dân, căn cước công dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ hợp pháp khác và phải được Giám đốc Bệnh viện đồng ý.

3. Các trường hợp phức tạp phát sinh khác trong quá trình phục vụ khai thác sử dụng tài liệu lưu trữ, cần xin ý kiến chỉ đạo của Lãnh đạo Bệnh viện.

4. Việc khai thác, sử dụng tài liệu lưu trữ có dấu chỉ mức độ mật thực hiện theo Quy chế bảo vệ bí mật nhà nước của Bệnh viện.

Điều 42. Quản lý việc sử dụng tài liệu lưu trữ

1. Phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện xây dựng Nội quy phòng đọc.

2. Viên chức được phân công thực hiện nhiệm vụ lưu trữ sử dụng các công cụ quản lý phục vụ độc giả sử dụng tài liệu tại Phòng đọc: Sổ nhập tài liệu; Sổ xuất tài liệu; Sổ đăng ký mục lục hồ sơ; Sổ đăng ký đọc giả; Phiếu khai thác, sử dụng hồ sơ, tài liệu; Sổ giao nhận hồ sơ, tài liệu.

Chương IV ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 43. Khen thưởng, xử lý vi phạm

1. Kết quả thực hiện Quy chế này là tiêu chí đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ và là tiêu chí bình xét thi đua, khen thưởng hàng năm đối với các khoa, phòng, cá nhân thuộc Bệnh viện.

2. Khoa, phòng, cá nhân vi phạm Quy chế này, tùy theo tính chất, mức độ vi phạm có thể bị xử lý kỷ luật hoặc các hình thức xử lý khác theo quy định của pháp luật.

Điều 44. Trách nhiệm thi hành

1. Trưởng các khoa, phòng thuộc Bệnh viện chịu trách nhiệm phổ biến, quán triệt Quy chế này tới toàn thể VC-NLĐ của khoa, phòng mình.

2. Phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện chủ trì, theo dõi, đôn đốc kiểm tra tình hình thực hiện Quy chế này và định kỳ hàng quý tổng hợp, báo cáo tại giao ban của Bệnh viện theo yêu cầu của Lãnh đạo Bệnh viện. Tham mưu cho Giám đốc Bệnh viện sớm triển khai sử dụng Hệ thống QLVB đến các khoa, phòng thuộc Bệnh viện nhằm hạn chế việc gửi nhận văn bản giấy (hiện tại Bệnh viện không có đủ điều kiện kỹ thuật cho phép để sử dụng Hệ thống QLVB đến các khoa, phòng thuộc Bệnh viện, gửi nhận dưới dạng văn bản điện tử). Theo dõi, tổng hợp các vướng mắc trong quá trình thực hiện Quy chế công tác văn thư, lưu trữ với Hệ thống QLVB để kịp thời kiến nghị sửa đổi, bổ sung Quy chế và hoàn thiện Hệ thống QLVB.

4. Phòng Tài chính - Kế toán chủ trì, phối hợp phòng Tổ chức - Hành chính tham mưu kinh phí cho công tác văn thư, lưu trữ.

5. Trong quá trình thực hiện, xuất hiện khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị gửi ý kiến phản ánh bằng văn bản về phòng Tổ chức - Hành chính để tổng hợp, trình Giám đốc xem xét, quyết định. / 7/16

GIÁM ĐỐC



Lê Hồng Vũ