

382.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej.

z dnia 22 marca 1928 r.
o zakładach leczniczych.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam co następuje:

Rozdział I.

Podział Zakładów leczniczych.

Art. 1. Zakłady lecznicze dzielą się na:

- a) zakłady lecznicze dla osób potrzebujących stałego pomieszczenia w celu leczenia i pielęgnowania względnie obserwacji i porady lekarskiej,
- b) zakłady lecznicze dla osób przychodzących (przychodnie).

Art. 2. Zakłady lecznicze, wymienione w art. 1, dzielą się na:

- a) zakłady lecznicze ogólne, przeznaczone dla osób, potrzebujących leczenia i pielęgnowania względnie obserwacji i porady lekarskiej, bez względu na rodzaj choroby,
- b) zakłady specjalne, przeznaczone tylko dla osób, dotkniętych tylko pewnymi rodzajami chorób, wymagających opieki lub porady lekarskiej.

Wyłączenie pewnego rodzaju chorób nie odejmuje zakładowi leczniczemu cechy zakładu ogólnego.

Art. 3. Zakłady lecznicze dla osób, potrzebujących stałego pomieszczenia dzielą się na:

- a) szpitale, gdy są prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków,
- b) lecznice, gdy są utworzone i prowadzone z zamiarem osiągnięcia zysku.

Art. 4. Szpitale dzielą się na:

- a) publiczne, które posiadają prawo publiczności na podstawie art. 5 i 6 niniejszego rozporządzenia,
- b) szpitale bez prawa publiczności.

Kliniki są zakładami naukowymi uniwersyteckich wydziałów lekarskich i służą celom naukowym i dydaktycznym. Kliniki podlegają postanowieniom ustawy z 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 494).

Rozdział II.

Szpitale publiczne.

1. Nadanie i odebranie prawa publiczności.

Art. 5. Do szpitali publicznych zaliczają się wszystkie szpitale ogólne i specjalne, utrzymywane przez Państwo, oraz przez związki komunalne, o ile powyższe szpitale są przeznaczone dla ogółu ludności, a nie tylko dla pewnych instytucji albo grup ludności (np. szpitale wojskowe, więzienne, kolejowe, wyznaniowe i t. p.).

Art. 6. Szpitalowi, nieposiadającemu prawa publiczności z mocy art. 5, może prawo to nadać Minister Spraw Wewnętrznych, jeżeli:

- a) przeznaczenie szpitala odpowiada warunkom, określonym w art. 5;
- b) budynek oraz urządzenia szpitala odpowiadają wymogom higieny szpitalnej oraz zapewniają normalne funkcjonowanie szpitala w zakresie potrzeb współczesnego lecznictwa;
- c) szpital ma zapewnione środki utrzymania.

Art. 7. Prawo publiczności, nadane na podstawie art. 6, może Minister Spraw Wewnętrznych odebrać, jeśli szpital nie czyni zadość obowiązkom, wynikającym z niniejszego rozporządzenia lub innych przepisów prawnych, a w terminie, wskazanym przez władze nadzorcze, nie usunie wykniętych nieprawidłowości.

2. Obowiązki i prawa szpitali publicznych.

Art. 8. Szpital publiczny obowiązany jest przyjmować na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację lekarską każdą osobę, zgłaszającą się doń lub skierowaną przez urzędy lub instytucje publiczne, bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznanie, stan majątkowy i zawód, skoro tylko dyrektor szpitala lub uprawnieni przez niego lekarze szpitalni stwierdzą potrzebę umieszczenia w szpitalu, a przeznaczenie szpitala oraz względy sanitarno-policyjne pozwalają na przyjęcie.

Szpital publiczny obowiązany jest przyjąć chorych zakaźnie, skierowanych przez lekarza urzędowego, w miarę wolnych łóżek dla tego rodzaju chorób.

Osoba, nienadająca się do przyjęcia do danego szpitala ze względu na jego przeznaczenie, może być przyjęta tymczasowo, o ile na to zezwalają przepisy sanitarno-policyjne, a zwłoka zagraża życiu chorego lub jego otoczenia.

Szpital publiczny może być przeznaczony do przyjmowania przed innymi chorych z pewnego oznaczonego obszaru.

Obszar ten tworzy okrąg szpitalny.

Art. 9. Szpital publiczny obowiązany jest dostarczać każdemu przyjętemu do szpitala choremu pomocy lekarskiej i potrzebnej opieki, leków, pożywienia i pomieszczenia, a w razie śmierci — pokryć w braku innych osób do tego obowiązanych koszty zwykłego pogrzebu.

Ubogim chorym winien szpital ponadto dostarczyć niezbędnych i najprostszyc przyrządów względnie opatrunków, o ile bez nich chory nie może opuścić szpitala.

Świadczenia szpitala są odpłatne.

Art. 10. Wszystkim chorym, umieszczonym w publicznym szpitalu, należy się w zależności od rodzaju choroby jednakowa pomoc i opieka lekarska. Pod względem pomieszczenia i żywienia szpital publiczny może dzielić się na klasy; liczba łóżek klas wyższych nie może jednakże przekraczać 1/4 części liczby łóżek klasy najniższej w szpitalu.

Art. 11. Koszty leczenia w szpitalach publicznych są należnościami publiczno-prawnymi; należą

koszty leczenia będą ściągane od zobowiązanych do ich ponoszenia w drodze egzekucji administracyjnej (art. 43).

Art. 12. Poszczególne ustawy, dotyczące podatków lub opłat, określają uwolnienie szpitali publicznych od podatków i opłat na cele Państwa względnie związków komunalnych.

3. Obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali publicznych.

Art. 13. Obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych, ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych oraz dla innych kategorii chorych, które oznaczają osobne ustawy — na wojewódzkich związkach komunalnych.

Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Skarbu może czasowo odroczyć wykonanie przewidzianego w poprzednim ustępie obowiązku założenia szpitala przez związek komunalny, o ile związek ten wykaże, że wypełnienie tego obowiązku przekracza jego zdolność finansową.

Minister Spraw Wewnętrznych i Minister Skarbu mogą w obopólnym porozumieniu przekazać swe poprzednio wykazane uprawnienia władzom bezpośrednio podległym.

Art. 14. Dla wykonania zadań, określonych w art. 13, wojewódzkie i powiatowe związki komunalne i miasta wydzielone mogą się łączyć w związki międzykomunalne.

Do czasu utworzenia wojewódzkich związków komunalnych zadania tych związków, określone w art. 13, mogą podejmować związki międzykomunalne powiatów i miast wydzielonych z powiatu.

Art. 15. Szczegółowe przepisy o budowie i urządzeniu szpitali publicznych zostaną wydane w drodze rozporządzeń na podstawie art. 320 i 330 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz. U. R. P. Nr. 23, poz. 202).

Art. 16. Nieruchomości, z wyjątkiem stanowiących własność Państwa, potrzebne pod budowę lub przebudowę szpitala publicznego, mogą być wyłączone za odszkodowaniem na podstawie obowiązujących przepisów o wyłączeniu.

4. Zarząd szpitali publicznych.

Art. 17. Zadania szpitala, środki do osiągnięcia celów, ustrój wewnętrzny, skład rady szpitalnej, ustrój zarządu, liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych i pracowni, kategorie pracowników tudzież zasadnicze ich obowiązki i uprawnienia określa dla każdego szpitala publicznego statut.

Szczegółowe obowiązki służbowe poszczególnych kategorii pracowników szpitala komunalnego określają instrukcje służbowe, wydane przez właściwy organ związku komunalnego na wniosek dyrektora szpitala, uchwalony przez radę szpitalną.

Właściwy organ związku komunalnego wydaje w tenże sposób regulamin, określający zasady porządku wewnętrznego szpitala komunalnego.

Instrukcje służbowe i regulaminy porządku wewnętrznego dla publicznych szpitali państwowych wydaje na wniosek dyrektora szpitala, uchwalony przez radę szpitalną, władza, zatwierdzająca statut szpitala.

Dla szpitali publicznych, znajdujących się pod zarządem jednego organu państwowego lub komunalnego, mogą być wspólnie określone obowiązki i uprawnienia personelu, instrukcje służbowe i regulaminy porządku wewnętrznego.

Art. 18. Statuty szpitali publicznych niepaństwowych zatwierdza wojewoda, a szpitali, zarządzanych przez gminę m. st. Warszawy oraz wszystkich szpitali publicznych niepaństwowych, położonych na terenie m. st. Warszawy — Minister Spraw Wewnętrznych. Z wojewodą współdziała w tym względzie wydział wojewódzki z głosem stanowczym.

Statuty szpitali publicznych, zarządzanych przez związki międzykomunalne, zatwierdza władza powołana do zatwierdzania statutu danego związku międzykomunalnego.

Dla publicznych szpitali państwowych statuty wydaje Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 19. Budżet każdego szpitala publicznego, pozostającego w zarządzie związku komunalnego, winien być wyodrębniony z ogólnego budżetu tego związku, do którego wchodzi tylko ta suma, jaką związek komunalny przyczynia się do utrzymania szpitala.

Pozatem do budżetów i zamknięć rachunkowych szpitali, znajdujących się pod zarządem związków komunalnych i międzykomunalnych, odnoszą się przepisy, obowiązujące związki komunalne.

Budżety i zamknięcia rachunkowe innych szpitali publicznych podlegają zatwierdzeniu i kontroli wojewody przy udziale wydziału wojewódzkiego z głosem stanowczym, o ile ustawy dla pewnych specjalnych szpitali publicznych nie ustanawiają innych władz nadzorczych.

Rachunkowość i kasowość szpitali państwowych regulują osobne przepisy.

Art. 20. Na czele szpitala publicznego stoi dyrektor-lekarz. Dyrektor jest przedstawicielem szpitala nazewnątrz, odpowiedzialnym kierownikiem szpitala oraz zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej.

Dyrektora zastępuje wyznaczony przez niego jeden z ordynatorów szpitala.

W większych szpitalach publicznych na czele poszczególnych oddziałów szpitalnych stoją ordynatorzy, na czele zaś pracowni i zakładów pomocniczych — kierownicy.

Do pomocy kierownikom oddziałów (ordynatorom) pracowni i zakładów pomocniczych mogą być dodani asystenci.

Art. 21. Prawa i obowiązki funkcjonariuszów publicznych szpitali państwowych określają przepisy ustawy z 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej (Dz. U. R. P. Nr. 21, poz. 164) i ustaw późniejszych oraz specjalne przepisy niniejszego rozporządzenia.

Funkcjonariuszów komunalnych szpitali publicznych dotyczą prawa i obowiązki, przewidziane dla funkcjonariuszów komunalnych wogóle, a dla danego związku komunalnego w szczególności, oraz przepisy niniejszego rozporządzenia.

Funkcjonariusze szpitali publicznych podlegają odpowiedzialności karnej i korzystają z opieki prawa narówni z urzędnikami publicznymi.

Art. 22. Posady w szpitalach publicznych mogą być nadawane tylko obywatelom polskim. Czasowy wyjątek w tej mierze, przewidziany w art. 4 punkt b. ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762) w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, wymaga zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych, wydanego po wysłuchaniu Izby Lekarskiej.

O posady lekarzy ordynujących ubiegać się mogą kandydaci, którzy odbyli najmniej 2-letnią praktykę szpitalną. Statuty poszczególnych szpitali publicznych mogą przewidywać dłuższy okres praktyki ewentualnie na stanowisku stałego lekarza ordynującego oraz specjalne kwalifikacje lub warunki dla uzyskania stanowiska dyrektora szpitala i jego zastępcy, kierownika oddziału lub pracowni szpitala.

Stanowiska dyrektorów, ich zastępców i ordynatorów mogą być nadawane tylko na podstawie publicznego konkursu. Jeżeli konkurs nie da rezultatu, stanowisko może być obsadzone w inny sposób jedynie za zezwoleniem właściwej władzy nadzorczej.

Funkcje sądu konkursowego wykonywa w zasadzie rada szpitalna (art. 24). Statut szpitala może ustanowić inny fachowy sąd konkursowy i określić jego skład, do którego wchodzi z urzędu właściwy przedstawiciel władzy administracji ogólnej.

Minister Spraw Wewnętrznych może w drodze rozporządzenia określić tryb ogłaszania konkursów, funkcjonowania sądów konkursowych i użytkowania wyników konkursów przez organa, powołane do obsadzania stanowisk.

O zamiarze mianowania danej osoby na stanowisko dyrektora niepaństwowego szpitala publicznego należy donieść wojewodzie, a w m. st. Warszawie Ministrowi Spraw Wewnętrznych. W ciągu czterech tygodni od dnia zawiadomienia wojewoda po wysłuchaniu opinii wydziału wojewódzkiego, a w m. st. Warszawie Minister Spraw Wewnętrznych może założyć umotywowany sprzeciw ze skutkiem, wstrzymującym nominację.

Statut szpitala określa sposób obsadzania innych stanowisk.

Przyjmowanie na próbę i oddalanie niższego personelu szpitali (służby szpitalnej) przyjętego na próbę należy do kompetencji dyrektora.

Art. 23. Związki komunalne, które utrzymują szpitale publiczne, mogą przyznawać funkcjonariuszom, sprawującym czynności kierownicze lub szczególnie odpowiedzialne, albo niebezpieczne, — dodatki za kierownictwo lub funkcyjne. Minister Spraw Wewnętrznych może określić w drodze rozporządzenia wysokość takich dodatków.

Uchwały związku komunalnego w tym względzie zatwierdza wojewoda przy współudziale z gło-

sem stanowczym wydziału wojewódzkiego, a w m. st. Warszawie — Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 24. Przy każdym szpitalu publicznym czynna jest rada szpitalna; skład rady szpitalnej określa statut. W każdym razie w skład rady szpitalnej wchodzić powinni:

a) w szpitalach państwowych — naczelnik władzy administracji ogólnej odpowiedniej instancji lub jego przedstawiciel, jako przewodniczący;

b) w szpitalach komunalnych lub fundacyjnych, pozostających pod zarządem związku komunalnego — przełożony organu wykonawczego tego związku komunalnego, do którego szpital należy, — lub wyznaczony przezeń zastępca jako przewodniczący;

c) w innych szpitalach publicznych, niebędących pod zarządem komunalnym — co najmniej jeden przedstawiciel organu wykonawczego związku komunalnego, najbardziej zainteresowanego utrzymaniem szpitala, jako członek; w razie wątpliwości, który związek komunalny jest najbardziej zainteresowany — rozstrzyga wojewoda przy współudziale wydziału wojewódzkiego, a w m. st. Warszawie — Minister Spraw Wewnętrznych;

d) we wszystkich szpitalach publicznych lekarz urzędowy odpowiedniej instancji, jako członek, oraz dyrektor szpitala lub jego zastępca, jako referent;

e) w szpitalach, w których się mieszczą kliniki — przedstawiciel wydziału lekarskiego właściwego Uniwersytetu.

W miastach, posiadających większą liczbę szpitali tego samego rodzaju, i znajdujących się pod zarządem jednego organu — państwowego lub komunalnego, może być ustanowiona wspólna rada szpitalna.

Ustanowiony statutem fundacyjnym zarząd szpitala fundacyjnego pełni funkcje rady szpitalnej.

Art. 25. Do zakresu działania rady szpitalnej należy wypowiedzanie opinii i przedstawianie wniosków w ważniejszych sprawach, dotyczących szpitala.

W szczególności rada szpitalna wydaje opinię w sprawach budżetu i gospodarki szpitala, przebudowy i rozszerzenia szpitala, opłaty za leczenie i należności specjalnych oraz ewentualnych dodatków za kierownictwo względnie funkcyjnych dla personelu szpitala.

Przepisy ustępu powyższego nie mają zastosowania do szpitala fundacyjnego, o ile statut fundacji sprawy te inaczej ustanawia.

Art. 26. Rozporządzenie wykonawcze ustali obowiązki szpitali publicznych w zakresie statystyki ruchu chorych, oraz sprawozdań sanitarnych, a odnośnie do szpitali publicznych, nie będących w zarządzie Państwa lub związków komunalnych, także obowiązki w zakresie rachunkowości.

5. Koszty utrzymania i prowadzenia szpitali publicznych.

Art. 27. Koszty leczenia (art. 11) stanowią równoważnik świadczeń szpitala na rzecz chorego, wyszczególnionych w art. 9 niniejszego rozporządzenia. Koszty leczenia nie obejmują kosztów przewozu chorego do i ze szpitala oraz nie obejmują kosztów po-

mocniczych przyrządów leczniczych (okulary, protezy i t. p.), z wyjątkiem, przewidzianym w ustępie drugim art. 9 niniejszego rozporządzenia.

Rozporządzenie wykonawcze określi bliżej wydatki szpitala, lożone na jego utrzymanie i na świadczenia dla chorych, które mogą być policzone do oznaczenia wysokości opłat szpitalnych.

Art. 28. Koszty leczenia w szpitalach publicznych będą obliczane na podstawie opłaty dziennej. Opłatę tę ustanawia się w zasadzie na rok zgóry. Opłata ustanowiona obowiązuje aż do czasu jej zmiany, wywołanej zmianą warunków utrzymania chorych lub prowadzenia szpitala.

Art. 29. Opłata dzienna winna być jednakowa dla wszystkich chorych, umieszczonych na tej samej klasie i na jej równorzędnych oddziałach.

Opłata za chorych, umieszczonych na oddziałach chirurgicznych, może być ze względu na wyższe koszty własne szpitala podwyższona jednak nie więcej niż o 20%; opłata za osoby, za które do zwrotu kosztów leczenia byłaby ewentualnie obowiązana gmina, leżąca poza okręgiem szpitalnym, może być wyższa nie więcej jak o 15% od opłaty ustanowionej dla osób, za które koszty leczenia ponosiłaby gmina, położona w okręgu szpitalnym i to tylko w wypadku, jeżeli osoby leczone mieszkają w okręgu krócej niż trzy miesiące.

Statut może zezwolić na pobieranie na pierwszej klasie szpitali publicznych dodatkowych opłat za specjalne zabiegi lecznicze, określone w statucie, które mogą być podjęte bez uszczerbku dla innych chorych.

Art. 30. Opłatę dzienną na klasie najniższej określa się na zasadzie przeciętnych kosztów własnych szpitala, które stanowią równoważnik świadczeń szpitala na rzecz chorego, określonych w art. 9 niniejszego rozporządzenia.

Do wydatków tych nie wolno wliczać kosztów rozbudowy lub przebudowy szpitala oraz większych inwestycji.

Opłata dzienna na klasach wyższych może obejmować, oprócz własnych przeciętnych kosztów, także 10%-wy dodatek na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny.

Art. 31. Jeżeli lekarz szpitalny uzna potrzebę przyjęcia z chorym oseskiem zdrowej matki lub na odwrót, zalicza się opłatę dzienną tylko za jedną osobę.

Jeżeli dyrektor szpitala wyjątkowo zezwoli na przyjęcie do szpitala innej osoby, towarzyszącej, należy uścić za nią opłatę, obowiązującą dla tej samej klasy leczenia, na której umieszczono chorego.

Art. 32. Koszty leczenia oraz koszty utrzymania osób, towarzyszących (art. 31), pobiera się zgóry, przyczem przy przyjmowaniu pobiera się kosztą co najmniej na okres dwutygodniowy. Dyrektor szpitala w wyjątkowych wypadkach może odstąpić od powyższej zasady.

Na najniższej klasie koszty leczenia winny być w zasadzie uiszczane również zgóry, jednak nie można od zapłaty zgóry czynić zawisłem przyjęcie chorego do szpitala.

W razie wcześniejszego wypisania chorego, szpital zwraca nadpłaconą kwotę.

Art. 33. Koszty leczenia, niepokryte zgóry, płatne są w ostatnim dniu każdego miesiąca, a jeżeli pobyt chorego trwał mniej niż jeden miesiąc, — w dniu opuszczenia szpitala.

W publicznych szpitalach państwowych odnoszą się do ściągania zaległych kosztów leczenia przepisy, dotyczące opłat państwowych, a w innych szpitalach publicznych przepisy, dotyczące danin komunalnych.

Art. 34. Celem ustalenia stanu osobowego i stosunków materialnych chorego względnie osób i instytucji, na których ewentualnie ciąży obowiązek zapłaty kosztów leczenia, osoby zgłaszające się do szpitala, winny przedstawić niezbędne dokumenty osobiste. Odnośnie do osób, odstawianych do szpitala przez urząd lub instytucję publiczną, ciąży powyższy obowiązek na tym urzędzie względnie instytucji.

Urząd komunalny, odsyłający do szpitala uboższego, niezdolnego do opłacenia kosztów szpitalnych ani przez siebie samego, ani przez inne osoby, winien wystawić dla zarządu szpitala świadectwo ubóstwa.

Jeżeli przyjęcie chorego do szpitala nie może doznać zwłoki, wykazy względnie świadectwa, o których wyżej mowa, należy nadesłać do zarządu szpitala najpóźniej w ciągu dwóch tygodni.

Sposób przeprowadzania rozrachunków między szpitalami publicznymi a instytucjami ubezpieczeń społecznych unormuje rozporządzenie przewidziane w art. 76 ust. 1.

Art. 35. Opłaty dzienne w szpitalach publicznych, nieznajdujących się w zarządzie Państwa, podlegają zatwierdzeniu władz, powołanych do zatwierdzania budżetu szpitala. Obowiązują one po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia we właściwym Dzienniku Wojewódzkim.

Opłaty w szpitalach państwowych ustala Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 36. Osobna ustawa określi, kto ponosi koszty leczenia ubogich oraz tryb postępowania przy dochodzeniu tych kosztów, należnych szpitalom publicznym.

Do czasu wejścia w życie tej ustawy pozostają w mocy obowiązujące przepisy prawne.

6. Stosunek szpitala do chorych.

Art. 37. Leczenie chorych może być powierzono tylko lekarzom, mającym prawo praktyki w Państwie Polskiem.

Zabiegi operacyjne można podejmować tylko za zgodą chorego, a jeżeli chory nie ukończył 21 lat życia, albo też z powodu niedojrzałości umysłowej lub swego stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu operacyjnego, — za zgodą jego prawnego zastępcy, wyjąwszy wypadki, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia.

O potrzebie wykonania zabiegu decyduje w tych przypadkach dyrektor szpitala.

Fakt wykonania zabiegu operacyjnego bez zgody chorego lub jego zastępcy notuje się w historii choroby (art. 38), uzasadniając potrzebę i nagłość zabiegu.

Art. 38. Należy prowadzić historję choroby każdego chorego w celu notowania wyniku badania, obserwacji oraz przebiegu leczenia, uwzględniając przytem potrzeby instytucji ubezpieczeń społecznych i wymiaru sprawiedliwości, oraz potrzeby nauki. Historia choroby stanowi tajemnicę szpitalną, jednak szpitale publiczne obowiązane są wydawać poufnie i bezpłatnie uprawnionym władzom i instytucjom publicznym odpisy historii choroby oraz orzeczeń lekarskich.

Rozporządzenie wykonawcze określi bliżej szczegóły dotyczące prowadzenia historii choroby oraz komu, w jakich wypadkach i pod jakimi warunkami należy wydawać odpisy historii choroby lub orzeczeń lekarskich.

Art. 39. Skoro badanie lekarskie wykaże, iż chory nie potrzebuje już leczenia lub obserwacji, lub też nie kwalifikuje się już do pobytu w szpitalu, należy go ze szpitala wypisać.

Chorego można wypisać również, jeśli nie zgadza się na operację, uznaną za konieczną, lub gdy nie stosuje się do regulaminu szpitalnego, wyjąwszy jednak wypadki, jeśli wypisanie grozi niebezpieczeństwem choremu lub otoczeniu.

Jeżeli chorego na żądanie własne względnie jego prawnego zastępcy wypisuje się ze szpitala przedwcześnie, należy zwrócić uwagę tych osób na możliwe niekorzystne skutki i zaznaczyć to w historii choroby.

Osoby, niekwalifikujące się do dalszego leczenia w szpitalu, których nie można pozostawić samym sobie, oddaje szpital publiczny pod opiekę rodziny lub tej gminy, która jest obowiązana do roztoczenia nad tą osobą opieki. Członkowie rodziny chorego, a odnośnie do ubogich chorych — właściwa gmina obowiązani są na wezwanie zarządu szpitala bezzwłocznie odebrać chorego ze szpitala.

Art. 40. Zwłoki osób, które zmarły w szpitalach publicznych, należy z reguły poddawać sekcji w 24 godziny po niewątpliwem stwierdzeniu śmierci przez lekarza szpitalnego.

Seccji zwłok nie można zaniechać, jeżeli wykonanie jej nakazują przepisy sanitarno-policyjne, jeżeli zażądała tego właściwa władza ze względów policyjnych, lub też dla celów postępowania sądowego, albo też jeżeli tego wymagają inne ważne względy publiczne lub naukowe.

Poza temi przypadkami może dyrektor szpitala w miastach, będących siedzibą uniwersyteckich wydziałów lekarskich zezwolić na zaniechanie sekcji na prośbę osób z pośród krewnych i powinowatych zmarłego, którzy mają prawo i obowiązek pochowania zmarłego, — zaś w innych miejscowościach jest obowiązany uwzględnić prośbę tych osób.

Z każdej sekcji spisuje się protokół, który pozostaje w przechowaniu szpitala.

Szpital publiczny obowiązany jest wydawać bezpłatnie odpisy protokołów sekcyjnych władzom, wymienionym w art. 38 niniejszego rozporządzenia.

Art. 41. Przy szpitalach publicznych można tworzyć przychodnie, zgodnie z postanowieniami art. 63 i następnym niniejszego rozporządzenia.

7. Szczególne postanowienia dla klinik uniwersyteckich.

Art. 42. Nazwa kliniki przysługuje wyłącznie zakładom, określonym w art. 4 ust. 2-gi niniejszego rozporządzenia.

Szczegółowe przepisy dla klinik wydaje Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, który wykonywa zwierzchni nadzór nad klinikami.

Kliniki mogą być samodzielnie instytucjami lub istnieć w obrębie szpitali.

Szpitale publiczne obowiązane są w wypadku, o ile uniwersytet nie posiada własnych klinik, do zezwolenia na użytkowanie niektórych potrzebnych oddziałów szpitala na konieczne cele kliniczne.

W miastach, w których istnieją uniwersyteckie wydziały lekarskie, tak szpitale publiczne, jak i szpitale bez prawa publiczności mogą być powołane do współdziałania z klinikami w kształceniu przyszłych lekarzy i rozwoju nauk lekarskich.

Sposób wykonania tego obowiązku oraz warunki umieszczenia kliniki w obrębie szpitala określa, o ile szpital nie jest własnością Państwa, umowa, zawarta między uniwersytetem, a właścicielem szpitala.

Minister Spraw Wewnętrznych może w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego określić w drodze rozporządzenia zasadnicze warunki, na jakich się powinny opierać powyższe umowy.

W razie niedojścia do skutku umowy rozstrzyga Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 43. Użycie pomieszczeń szpitalnych na cele kliniczne nie odejmuje tym pomieszczeniom charakteru szpitala i nie może przynosić uszczerbku dla zadań i celów szpitalnych.

W klinikach, istniejących w obrębie szpitali publicznych, obowiązują zatwierdzone opłaty szpitalne, a nadwyżkę kosztów, wynikłą z celów naukowych i dydaktycznych pokrywa budżet Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Przepisy art. 11 niniejszego rozporządzenia mają zastosowanie do klinik.

Rozdział III.

Szpitale bez prawa publiczności.

Art. 44. Postanowieniom niniejszego rozdziału podlegają szpitale, które nie posiadają prawa publiczności (art. 5 i 6) z wyjątkiem wojskowych.

Art. 45. Wszelkie dochody szpitala bez prawa publiczności mają być przeznaczone na potrzeby szpitala.

Art. 46. Przeznaczenie szpitala, jego zadania, środki do ich osiągnięcia, organizację wewnętrzną i ustrój zarządu określa statut szpitala.

Statut szpitala winien określić w szczególności warunki przyjęcia do szpitala, rozmiar świadczeń na rzecz chorych, które nie mogą być mniejsze, niż wymienione w art. 9 niniejszego rozporządzenia, wymienić środki utrzymania szpitala, a jeżeli szpital

ma pobierać opłaty od chorych, podać zasady, podług których opłaty te mają być ustanawiane i pobierane.

Art. 47. Statut szpitala bez prawa publiczności zatwierdza właściwy wojewoda, z którym współdziała w tym względzie z głosem stanowczym wydział wojewódzki, a w m. st. Warszawie Minister Spraw Wewnętrznych. Jeżeli szpital jest założony lub zarządzany przez korporację prawa publicznego albo fundację, zatwierdzenie statutu następuje po porozumieniu się z właściwą władzą nadzorczą tej korporacji względnie fundacji.

Przed zatwierdzeniem statutu nie może nastąpić otwarcie szpitala.

O zamiarze zaniechania prowadzenia szpitala, właściciel winien zawiadomić władzę nadzorczą szpitala (art. 73) na 6 miesięcy naprzód.

Art. 48. Zarządy szpitali obowiązane są przedkładać władzom nadzorczym budżety, sprawozdania z wykonania budżetu, sprawozdania roczne z działalności szpitala, oraz dostarczać na żądanie szczegółowych wyjaśnień dotyczących zarządu lub prowadzenia szpitala oraz co do ruchu chorych.

Zarządy szpitali obowiązane są prowadzić statystykę ruchu chorych oraz przysyłać naczelnicy władzy służby zdrowia indywidualne karty statystyczne, dla każdego chorego, leczzonego w szpitalu, w sposób określony przez rozporządzenie wykonawcze.

Art. 49. Jeśli budynki lub urządzenia szpitala nie odpowiadają wymogom higieny szpitalnej i warunkom sanitarno-policijnym, a właściciel nie doprowadzi ich w terminie wyznaczonym przez władzę nadzorczą, do odpowiedniego stanu, może Minister Spraw Wewnętrznych zarządzić zamknięcie szpitala.

W stosunku do niepublicznych szpitali utrzymywanych przez władze lub instytucje publiczne wykazane w art. 76 wydanie zarządzenia o zamknięciu szpitala następuje w porozumieniu z właściwym Ministrem.

To samo nastąpi, jeżeli właściciel szpitala, pomimo ostrzeżenia władzy nadzorczej, stara się z niego osiągać zyski, lub narusza postanowienia statutu.

Przy zamknięciu szpitala z urzędu, władza nadzorcza postara się o zapewnienie pomieszczenia oraz niezbędnej opieki lekarskiej dla chorych, znajdujących się w szpitalu.

Art. 50. W przypadku zaniechania prowadzenia szpitala przez właściciela lub zamknięcia go z urzędu, budynki szpitala wraz z całym urządzeniem wewnętrznym, na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych, mogą ulec wywłaszczeniu z przeznaczeniem na publiczny zakład leczniczy.

Minister Spraw Wewnętrznych może na okres czasu aż do ostatecznego załatwienia sprawy wywłaszczenia objąć szpital w państwowy zarząd przymusowy lub oddać go w zarząd organom samorządowym na rachunek zarządcy.

Jeśli jednak właściciel szpitala nie dopełnił obowiązku, wymienionego w ustępie ostatnim art. 47, koszty zarządu można potrącić z sumy, przypadającej właścicielowi za wywłaszczony majątek.

Art. 51. Szpital obowiązany jest posiadać stalego i rzeczywistego kierownika, który odpowiada za prowadzenie szpitala i jego działalność.

Kierownikiem może być tylko lekarz, mający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem i co najmniej 3 lata praktyki szpitalnej.

Przepis art. 22 ust. 6 stosuje się analogicznie do kierowników szpitali niepublicznych.

Art. 52. Warunki przyjmowania chorych do szpitala określa statut. Szpital, pobierający opłaty za leczenie, nie może odmówić przyjęcia osoby, przysłanej przez władzę państwową lub komunalną, która zobowiązuje się do zapłaty należności za leczenie, jeżeli stan tej osoby wymaga leczenia, pielęgowania lub obserwacji lekarskiej, a przeznaczenie i urządzenie szpitala i warunki sanitarno-policyjne nie stoją temu na przeszkodzie.

Art. 53. Postanowienia artykułów 37, 38, 40 i 41 niniejszego rozporządzenia stosują się także do szpitali, nie posiadających prawa publiczności.

Art. 54. Opłaty za leczenie i pielęgowanie chorych, jeżeli na ich pobieranie zezwala statut szpitala, mają być obliczane na podstawie opłaty dziennej. Szpital może ustanowić wyższą od normalnej opłatę dla zamożnych i przyznawać ustępstwa od taksy normalnej dla niezamożnych.

Poza zwrotem własnych wydatków szpitala opłata dzienna może zawierać dodatek na utworzenie funduszu, przeznaczonego na pokrycie niedoboru i specjalnego funduszu na odbudowę, rozszerzenie szpitala lub przeprowadzenie większych inwestycji.

Obok opłaty dziennej dopuszczalne jest pobieranie specjalnych należności za pewne oznaczone w statucie zabiegi lecznicze i diagnostyczne, obliczonych według rzeczywistych kosztów.

Art. 55. Wysokość opłaty dziennej i należności specjalnych zatwierdza wojewoda, z którym współdziała w tym względzie wydział wojewódzki z głosem stanowczym. W m. st. Warszawie wysokość tej opłaty i należności specjalnych zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych (art. 73).

Sposób obliczania opłaty dziennej i należności specjalnych jako też sposób pobierania opłat za leczenie i termin ich płatności oznacza statut szpitala.

W braku odmiennych postanowień statutu opłaty stają się płatne w terminie oznaczonym w ustępie pierwszym art. 33 niniejszego rozporządzenia.

W razie przyznania na prośbę zobowiązanego odroczenia terminu zapłaty kosztów leczenia, może szpital zaliczyć ustawowe odsetki zwłoki.

Art. 56. Postanowienia art. 12, 15 i 16 niniejszego rozporządzenia mają analogiczne zastosowanie odnośnie do szpitali, nieposiadających prawa publiczności.

Rozdział IV.

Lecznice.

Art. 57. Otwarcie lecznicy wymaga uprzedniego zezwolenia wojewody, a w m. st. Warszawie Komisarza Rządu. Z wojewodą współdziała w tym względzie z głosem stanowczym wydział wojewódzki.

Zezwolenia udziela się w formie zatwierdzenia statutu lecznicy. Statut winien podawać nazwę i adres lecznicy, jej właściciela i kierownika, liczbę łóżek, rodzaj i płeć chorych, skład personelu, jego kwalifikacje fachowe i zasady obliczania opłat.

Do statutu winien być dołączony szczegółowy plan zakładu i szkicowy plan sytuacyjny.

Art. 58. Każda lecznica ma stałego i rzeczywistego kierownika, odpowiedzialnego za jej działalność, którym może być tylko lekarz, posiadający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem i co najmniej trzy lata praktyki szpitalnej.

O ustanowieniu i zmianie kierownika stałej lub czasowej lecznicy właściciel zawiadamia władzę nadzorczą w przeciagu 8 dni.

Art. 59. Budynki i urządzenia lecznicze każdej lecznicy winny odpowiadać warunkom sanitarno-policyjnym i współczesnym wymaganiom lecznictwa.

Każda lecznica winna posiadać pomieszczenie izolacyjne dla zakaźnie chorych.

Nie wolno rozpocząć przyjmowania chorych przed stwierdzeniem przez władzę nadzorczą (art. 73), że lecznica odpowiada powyższym warunkom.

Art. 60. Lecznica musi mieć nazwę, odpowiadającą jej przeznaczeniu a obok niej może przyjąć godło.

Warunki przyjmowania chorych, nazwiska ordynatorów i opłaty, obowiązujące w lecznicy, winny być podane do wiadomości publicznej w miejscu widocznem w poczekalni lecznicy.

Art. 61. Rozporządzenie wykonawcze określi bliższe szczegóły co do urządzenia lecznicy, trybu postępowania z chorymi jako też obowiązki lecznicy i jej kierownika w zakresie prowadzenia księgi przyjęć chorych, historii choroby, statystyki leczonych chorych i dostarczania naczelnaj władzy służby zdrowia indywidualnych kart statystycznych, donoszenia władzy o przyjęciu pewnych kategorii osób do lecznicy, o pewnych zabiegach leczniczych, o pewnych szczególnych wydarzeniach, zaszłych w lecznicy, wreszcie przedstawiania władzy sprawozdań z działalności lecznicy.

Art. 62. Wojewoda (Komisarz Rządu) może zażądać usunięcia w oznaczonym terminie kierownika lecznicy i wyznaczenia na to miejsce innego lekarza, jak również zarządzić zamknięcie lecznicy, jeżeli wyknięte nieprawidłowości nie zostały usunięte (art. 73), jeśli naruszono postanowienia statutu, obowiązujące przenisly prawne, lub jeśli wskutek nie należytego prowadzenia lecznicy chorzy ponoszą szkody na zdrowiu lub szkody moralne albo materialne.

R o z d z i a ł V.

Przychodnie.

Art. 63. Przychodnie są to odpowiednio urządzone bądź samodzielne, bądź w związku ze szpitalami, klinikami, lecznicami lub ośrodkami zdrowia istniejące zakłady do udzielania pomocy lekarskiej przychodzącym chorym.

Pomieszczenia przychodni winne być w każdym razie oddzielone od lokali tegoż zakładu leczniczego, przy którym ona istnieje i posiadać oddzielne wejście.

Budżet przychodni, istniejącej przy szpitalu publicznym sporządza się według obowiązujących przepisów, jednak oddzielnie od budżetu szpitalnego.

Art. 64. Przychodnie dzielą się na:

a) ogólne, jeżeli przyjmują chorych bez względu na rodzaj choroby,

b) specjalne, jeżeli są przeznaczone tylko dla pewnej kategorii chorych.

Art. 65. Przychodnie mogą być zakładane przez Państwo, związki komunalne, instytucje publiczne oraz związki lub stowarzyszenia społeczne tudzież osoby prywatne.

Obowiązek związków komunalnych do zakładowania przychodni określa ustawy szczegółowe.

Pomoc, udzielana przez przychodnie, może być bezpłatna lub płatna. Do przychodni nie obliczonych na zysk ma zastosowanie przepis art. 12 i 16, a do wszystkich przychodni także art. 15. O korzystaniu przez związki komunalne z przychodni instytucyj publicznych i związków lub stowarzyszeń społecznych, oraz założonych przez osoby prywatne, stanowi umowa.

Przychodnie opatrzone napisem, że są przeznaczone dla ubogich chorych, winny udzielać pomocy bezpłatnie.

Art. 66. Statut przychodni jako też zmiany statutu zatwierdza, o ile ustawy szczegółowe nie stanowią inaczej, — właściwy wojewoda, z którym w tym względzie współdziała wydział wojewódzki z głosem stanowczym. Statuty przychodni, zarządzanych przez gminę m. st. Warszawy zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych, innych zaś przychodni w m. st. Warszawie, Komisarz Rządu. Minister Spraw Wewnętrznych władny jest w drodze rozporządzenia przekazać powyższe uprawnienia wojewodów i Komisarza Rządu powiatowym władzom administracji ogólnej, z którymi z wyjątkiem m. st. Warszawy w tym względzie współdziałają powiatowe kolegia z głosem doradczym.

Zezwolenie na utworzenie przychodni przy klinikach udziela, o ile klinika jest samodzielnym zakładem, Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, o ile zaś istnieje w obrębie innego szpitala publicznego — w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Art. 67. Statut przychodni winien podawać nazwę przychodni, jej właściciela i kierownika, rodzaj i płeć chorych, którzy mają być przyjmowani, rozmiar świadczeń przychodni na rzecz chorych, środki utrzymania przychodni oraz rodzaj opłat, o ile będą pobierane.

Do statutu winien być dołączony plan lokalu lub budynku przychodni i szkicowy plan sytuacyjny.

Art. 68. Kierownikiem przychodni winien być lekarz, mający prawo praktyki w Rzeczypospolitej Polskiej i co najmniej 3-letnią praktykę lekarską. Kierownikowi przychodni mogą być dodane do pomocy tylko kwalifikowane siły lekarskie, pielęgniarskie lub pomocnicze (sanitarjusze).

O ustanowieniu odpowiedzialnego kierownika względnie jego zastępcy należy zawiadomić w ciągu 8 dni właściwą władzę nadzorczą.

W przychodniach, zarządzonych przy szpitalach, o ile ich kierownikiem nie jest sam dyrektor szpi-

tala, ustanowiony kierownik podlega dyrektorowi szpitala.

Art. 69. Pomoc lekarska udzielana w przychodniach obejmuje zbadanie, ordynację, leczenie, drobne zabiegi operacyjne, opatrunki oraz inne zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne, jak — drobnowidowe, chemiczne, naświetlania, masaże i t. p.

Świadczenia przychodni mogą być ograniczone do niektórych wyżej wymienionych rodzajów pomocy, zawsze jednak obejmować muszą zbadanie i ordynację leczniczą.

Art. 70. Pomieszczenia i urządzenia przychodni winny odpowiadać przepisom sanitarno-policyjnym.

Przychodnia nie może być otwarta przed stwierdzeniem przez władzę nadzorczą, że zakład odpowiada przepisom sanitarno-policyjnym.

O ile do czterech tygodni od dnia zawiadomienia o zamiarze otwarcia przychodni instytucji ubezpieczeń społecznych nie nastąpi decyzja władz, przychodnia może być otwarta. Sposób stwierdzenia względnie wydania decyzji przez władzę nadzorczą czy przychodnia odpowiada wymaganiom wymienionym w ust. 1, normuje rozporządzenie przewidziane w art. 76 ust. 1.

O zamiarze zamknięcia przychodni ma być władza nadzorczą zawiadomiona pisemnie na miesiąc przed dniem zamknięcia.

Art. 71. Rozporządzenie wykonawcze określi bliższe szczegóły co do urządzenia przychodni, trybu postępowania z chorymi i obowiązków kierownika przychodni.

W szczególności może rozporządzenie to nałożyć na właściciela przychodni obowiązek przedkładania władzy nadzorczej (art. 66) budżetu i sprawozdania z wykonania budżetu. Na kierownika przychodni może władza nadzorczą nałożyć obowiązek przedłożenia tejże władzy sprawozdania rocznego z działalności przychodni, prowadzenia statystyki ruchu chorych, przestrzegania jednolitego mianownictwa chorób i udzielania wyjaśnień szczegółowo określonych.

Art. 72. Kierownictwo przychodni, których działalność władza nadzorczą uzna za wadliwą, obowiązane jest usunąć wykazane usterki, zmienić personel, nieodpowiadający zadaniu, a gdy i te środki nie usuną braków, może władza nadzorczą sanitarno-policyjna po uprzednim zagrożeniu wystąpić z wnioskiem o zamknięcie przychodni.

Orzeczenie o zamknięciu przychodni wydać władze wymienione w ustępie pierwszym art. 66, a w stosunku do przychodni utrzymywanych przez władze lub instytucje wykazane w art. 76 w porozumieniu z temiż władzami lub instytucjami.

Rozdział VI.

Nadzór nad zakładami leczniczymi.

Art. 73. Zwierzchni nadzór nad zakładami leczniczymi prócz wojskowych należy do Ministra Spraw Wewnętrznych z zastrzeżeniem ustępu drugiego i ostatniego niniejszego artykułu.

Sposób wykonywania sanitarno-lekarskiego nadzoru nad państwowymi niepublicznymi zakładami leczniczymi określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, wydane w porozumieniu z zainteresowanymi ministrami.

Do Ministra Spraw Wewnętrznych należy równocześnie bezpośredni nadzór nad zakładami leczniczymi, zarządzanymi przez gminę m. st. Warszawy.

Nadzór nad wykonywaniem obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia przez związki komunalne i związki międzykomunalne, należy do władz nadzorczych, właściwych dla odnośnych związków komunalnych i międzykomunalnych, o ile rozporządzenie niniejsze nie stanowi wyjątku.

Nadzór nad wszystkimi zakładami leczniczymi, nie będącymi w zarządzie związków komunalnych i międzykomunalnych, należy, o ile rozporządzenie niniejsze nie przewiduje wyjątków — do władz administracji ogólnej, z którymi współdziałają kolega obywatelskie w zakresie, określonym przez niniejsze rozporządzenie i inne przepisy prawne. W braku odmiennego przepisu szczegółowego właściwą jest ta władza, do której należy zatwierdzenie statutu.

Do władz administracji ogólnej należy w toku instancyj nadzór nad wszystkimi zakładami leczniczymi ze stanowiska policji sanitarnej. Nadzór ten sprawują władze administracji ogólnej z reguły za pośrednictwem swoich fachowych funkcjonariuszów sanitarnych.

Zakłady lecznicze instytucji ubezpieczeń społecznych podlegają nadzorowi normowanemu art. 97 i 99 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272).

Art. 74. Urzędnikom władz nadzorczych, delegowanym celem przeprowadzania inspekcji szpitali publicznych lub innych zakładów leczniczych, służy każdego czasu prawo wstępu do wszystkich ubikacji szpitala względnie zakładu, oraz prawo wglądu we wszystkie księgi i zapiski. Właściciel, kierownik i inny personel szpitala lub zakładu leczniczego obowiązani są udzielać wszystkich żądanych wyjaśnień co do urządzeń i prowadzenia szpitala lub zakładu leczniczego. Dostrzeżone braki i usterki władza nadzorczą podaje pisemnie do wiadomości dyrektorowi szpitala względnie kierownikowi zakładu leczniczego.

Odpis dotyczący pisma należy przesłać równocześnie władzy, powołanej na zasadzie specjalnego tytułu prawnego do nadzoru nad szpitalem lub zakładem leczniczym.

Uprawnienia władz nadzorczych odnośnie do szpitali względnie zakładów leczniczych, nie stosujących się do poleceń, wydanych na podstawie dokonanej rewizji, określa niniejsze rozporządzenie (art. 49, 62 i 72).

Art. 75. Przekroczenie przez osoby prywatne przepisów objętych art. 34 i 39 ust. ostatni niniejszego rozporządzenia — oraz przekroczenie przepisów niniejszego rozporządzenia przez osoby utrzymujące szpitale bez prawa publiczności, lecznice lub przychodnie, nie należące do Państwa ani do terytorjalnych związków samorządowych — o ile czyny te nie podpadają pod przepisy ustaw karnych, karane będą w drodze administracyjnej grzywną do 300 złotych

lub karą aresztu do jednego miesiąca. Grzywna i kara aresztu mogą być orzeczone łącznie.

Sposób wnoszenia od karnych orzeczeń odwołań określały przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1923 r. o postępowaniu karno-administracyjnym (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 365).

Rozdział VII. Postanowienia ogólne.

Art. 76. Organizację i zasady prowadzenia państwowych niepublicznych zakładów leczniczych (np. więziennych, kolejowych i t. d.) oraz zakładów leczniczych instytucji ubezpieczeń społecznych określa rozporządzenia właściwych ministrów, wydane łącznie z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Z przepisów niniejszego rozporządzenia nie mają zastosowania do zakładów leczniczych, wykazanych w ustępie poprzednim artykuły: 45, 46, 47 ust. 1 i 2, 48 ust. 1, 49 ust. 3 i 4, 50, 51 ust. ostatni, 52, 54, 55 oraz 66, 67, 71 ust. 1 i 2, 86.

O zamiarze otwarcia nowego lub przemianie istniejącego zakładu leczniczego przez władze lub instytucje właściwe do prowadzenia zakładów leczniczych, wymienionych w ustępie 1 niniejszego artykułu, winna być zawiadomiona władza nadzorcza (art. 47, 66 i 73), która udziela zezwolenia na oddanie zakładu w użytkowanie, gdy jego budowa i urządzenie odpowiadają przepisom obowiązującym.

Do udzielenia względnie odmowy zezwolenia na oddanie w użytkowanie zakładu leczniczego instytucji ubezpieczeń społecznych ma odpowiednie zastosowanie przepis art. 70 ust. 3.

Art. 77. Ustawa o opiece nad osobami psychicznie choremi określi specjalne warunki dla urządzenia i prowadzenia zakładów, przeznaczonych dla osób psychicznie chorych, oraz nadzór nad temi zakładami.

Art. 78. Szpitale fundacyjne o charakterze powszechnym, pozostające pod zarządem związków komunalnych, zaliczają się do publicznych.

Właściwe terytorjalnie związki komunalne (międzykomunalne) mogą za zgodą władz nadzorczych objąć pod swój zarząd szpital fundacyjny na podstawie dobrowolnej umowy zawartej z fundatorem.

Minister Spraw Wewnętrznych uprawniony jest za zgodą właściwych związków komunalnych (międzykomunalnych) do przekazania w ich zarząd szpitali fundacyjnych, których fundatorzy nie żyją, o ile zarząd tychże szpitali był sprawowany przed dniem 1 listopada 1918 r. przez związki samorządowe lub specjalne organa publiczne.

Gdy ze względu na położenie szpitala kilka związków komunalnych jest właściwych, wyboru dokonują Minister Spraw Wewnętrznych.

Związek komunalny zarządzający szpitalem fundacyjnym zawiadywa również majątkiem fundacji i jest obowiązany do zachowania go w całości oraz dołożenia starań, aby cel fundacji był osiągnięty.

W miarę wzrastających dochodów z majątku szpitala fundacyjnego oraz za zgodą ustanowionej statutem rady fundacyjnej mogą związki komunalne, które szpitalem zarządzają, rozszerzać go i udoskona-

lać. Odnośne uchwały związku komunalnego zatwierdza władza nadzorcza fundacji.

Przepisy podane powyżej w ust. 3—6 nie mają zastosowania, gdy akt fundacyjny względnie statut fundacji temu się sprzeciwia.

W wypadku, gdy związek samorządowy zarządzający szpitalem fundacyjnym, dla potrzeb lokalnych postanowi własnym kosztem rozszerzyć istniejący szpital przez budowę nowych pawilonów, utrzymanie i prowadzenie tychże odbywać się będzie na rachunek odnośnego związku samorządowego bez regresu do majątku fundacyjnego. Pozwolenia na takie rozszerzenie szpitala fundacyjnego udziela Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Skarbu.

Art. 79. Gdy szpital fundacyjny o charakterze powszechnym, pozostający pod zarządem związku komunalnego w czasie gdy fundator już nie żyje, nie odpowiada potrzebom lokalnym i gdy niema możliwości rozszerzenia go z majątku fundacyjnego, może Rada Ministrów, o ile akt fundacyjny względnie statut szpitala temu się nie sprzeciwia, na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych, powzięty na prośbę odnośnego związku komunalnego, przekazać mu na własność budynek szpitala wraz z jego urządzeniem i w razie potrzeby z majątkiem nieruchomości, — pod warunkiem, że zabezpieczy odpowiednio oszacowaną wartość nieruchomości i urządzenia szpitala, zbuduje szpital nowy, odpowiadający potrzebom miejscowym i utrzymywać go będzie stale. Związek komunalny obowiązany będzie trwale do wykonywania zadań, jakie fundacja określała. Bliższe szczegóły, określili rozporządzenie wykonawcze.

Art. 80. Zarządy szpitali tak publicznych, jak i nieposiadających prawa publiczności, zarządy lecznic prywatnych, oraz wszelkich innych zakładów leczniczych są obowiązane z chwilą wybuchu wojny, ogłoszenia mobilizacji ogólnej lub częściowej, albo w interesie obrony Państwa, stwierdzonym uchwałą Rady Ministrów, oddać za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z zainteresowanymi ministrami te zakłady na zlecenie właściwych władz w całości lub częściowo na cele wojskowo-sanitarne.

Art. 81. Minister Spraw Wewnętrznych może już w czasie pokoju w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych oraz Ministrem Skarbu tudzież z innymi zainteresowanymi ministrami nałożyć na zarządy zakładów leczniczych wymienionych w art. 80, obowiązek:

a) przygotowania tych zakładów do celów wojskowo-sanitarnych w granicach otrzymanych zleceń i ze środków na cele powyższe przez Skarb Państwa przeznaczonych, o ile żądane przygotowania wykraczają poza niezbędne urządzenia i wyposażenie dla normalnego funkcjonowania danego zakładu;

b) udzielenia właściwym władzom wojskowym lub ich delegatom działającym przy współdziałaniu przedstawicieli miejscowych władz administracji ogólnej—wyjaśnienia co do budowy, urządzenia, funkcjonowania oraz wyposażenia tychże zakładów leczniczych;

c) uzgadniania planów nowych budowli z władzami wojskowymi.

Art. 82. Jeżeli wymienione w art. 80 zarządy zakładów nie wykonają w oznaczonym czasie zarządzeń wskazanych w art. 81, Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych i zainteresowanymi ministrami może zarządzić wykonanie powyższych zleceń w trybie administracyjnym, przy odpowiednim zastosowaniu przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 sierpnia 1927 r. o rzeczowych świadczeniach wojennych (Dz. U. R. P. Nr. 79, poz. 687).

Przepisy powyższe stosować należy do rozstrzygania wszelkich innych kwestyj, wynikających z zastosowania przepisów, objętych art. 80 i 81 niniejszego rozporządzenia.

Przekroczenia przepisów, określonych w art. 80 i 81 niniejszego rozporządzenia, podlegają karom i postępowaniu karnemu, objętym przepisami powyżej powołanego rozporządzenia o rzeczowych świadczeniach wojennych.

Rozdział VIII.

Przepisy przejściowe i wykonawcze.

Art. 83. Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, powiatowe związki samorządowe względnie miasta, będą obowiązane przejąć pod swój zarząd te szpitale publiczne, podlegające obowiązującej na tym obszarze ustawie z dnia 28 lipca 1897 r. (Dz. Ust. i rozp. Kr. Nr. 47), które przez te związki były fundowane.

W tym celu władza nadzorcza wezwie związek komunalny, który był fundatorem publicznego i powszechnego szpitala do objęcia go w oznaczonym terminie; o ile więcej niż jeden związek komunalny był fundatorem, mają się one równocześnie ułożyć co do dalszego utrzymywania i prowadzenia szpitali.

W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu władza nadzorcza przekaże szpital jednemu z powyższych związków wraz z obowiązkiem stosownego odszkodowania związków innych, względnie zabezpieczenia pretensyj współfundatorów z pośród osób prawnych i fizycznych.

Z chwilą przejęcia lub przekazania powyższych szpitali przechodzą one na własność odnośnych związków komunalnych (międzykomunalnych) wraz z urządzeniem i majątkiem.

Art. 84. Do położonych na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego miast liczących ponad 25 000 mieszkańców będą miały zastosowanie przepisy niniejszego rozporządzenia odnoszące się do miast wydzielonych z powiatów dla celów administracji komunalnej.

Art. 85. Do czasu wprowadzenia w życie opartego na jednakich zasadach samorządu wojewódzkiego na obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem województwa śląskiego, — pozostają krajowe zakła-

dy lecznicze w województwach pomorskim i poznańskim pod dotychczasowym zarządem komunalnym.

Art. 86. Właściciele względnie zarządzający istniejących w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zakładów leczniczych, winni przedłożyć właściwym władzom statuty do zatwierdzenia bez względu na to, czy dotychczas zakłady te statuty posiadały.

Obowiązek powyższy winien być wykonany:

a) odnośnie do szpitali i lecznic — w ciągu 12-tu miesięcy;

b) odnośnie do przychodni — w ciągu 6 miesięcy;

— w obydwóch wypadkach licząc od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Do czasu zatwierdzenia nowych statutów obowiązują w zakresie, który ma być uregulowany statutowo, te normy, którei odnośnie zakłady lecznicze rządziły się dotychczas.

Art. 87. Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z właściwymi ministrami.

Art. 88. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem województwa śląskiego.

Art. 89. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w trzy miesiące po ogłoszeniu na obszarze województw: białostockiego, kieleckiego, lubelskiego, łódzkiego, nowogródzkiego, poleskiego, pomorskiego, poznańskiego, wołyńskiego, warszawskiego, wileńskiego oraz m. st. Warszawy.

Termin wejścia w życie na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego oznacza rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszelkie przepisy prawne sprzeczne z niniejszym rozporządzeniem.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*

Prezes Rady Ministrów i Minister Spraw Wojskowych:
J. Piłsudski

Minister: *K. Bartel*

Minister Spraw Wewnętrznych: *Stawoj Składkowski*

Minister Spraw Zagranicznych: *August Zaleski*

Minister Skarbu: *G. Czechowicz*

Minister Sprawiedliwości: *A. Meysztowicz*

Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego:
Dr. Dobrucki

Minister Rolnictwa: *K. Niezabytowski*

Minister Przemysłu i Handlu: *E. Kwiatkowski*

Minister Komunikacji: *Romocki*

Minister Robót Publicznych: *Moraczewski*

Minister Pracy i Opieki Społecznej: *Dr. Jurkiewicz*

Minister Reform Rolnych: *Witold Staniewicz*

Minister Poczty i Telegrafów: *Bogusław Miedziński*

Warszawa. Drukarnia Artystyczna. Huczono z polecenia Ministra Sprawiedliwości

Konto czekowe Pocztowej Kasz Oszczędności Nr. 30130.

Cena 1 zł. 50 gr.

OD ADMINISTRACJI: Prenumerata Dz. U. R. P. wynosi kwartalnie 7 zł. Urzędy i instytucje państwowe opłacają 6 zł. Prenumeratę uiszczać należy najpóźniej na 2 tygodnie przed rozpoczęciem każdego kwartału.