

(2) Jeżeli robotnik, korzystający z uprawnień, przewidzianych w art. 1 i 2 ustawy niniejszej, dopuścił się czynu, wymienionego w pkt. d) niniejszego artykułu, wówczas traci on te uprawnienia.

Art. 4. (1) Ustawa niniejsza obowiązuje do dnia 31 maja 1932 r.

(2) Rada Ministrów jest władna przedłużać mocą obowiązującą niniejszej ustawy.

Art. 5. Wykonanie ustawy niniejszej porucza się Ministrom: Pracy i Opieki Społecznej, Rolnictwa, Sprawiedliwości oraz Spraw Wewnętrznych.

Art. 6. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje na terenie województw: warszawskiego, lubelskiego, łódzkiego, kieleckiego, białostockiego, wileńskiego, nowogrodzkiego, poleskiego, wołyńskiego, krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*

Prezes Rady Ministrów: w z. *Bronisław Pieracki*

Minister Pracy i Opieki Społecznej: *Hubicki*

Minister Rolnictwa: *Leon J. Polczyński*

Minister Sprawiedliwości: *Czesław Michałowski*

Minister Spraw Wewnętrznych: *Stawoj Składkowski*

195.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH

z dnia 14 lutego 1931 r.

o zakładach leczniczych.

Na podstawie art. 22, 27, 38, 48, 61, 71 i 87 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 382) zarządzam co następuje:

§ 1. Artykuły (art.), powołane w rozporządzeniu bez bliższego określenia, oznaczają postanowienia rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych.

Paragrafy (§), powołane w rozporządzeniu bez bliższego określenia, oznaczają postanowienia niniejszego rozporządzenia.

Do art. 2.

§ 2. Do specjalnych zakładów leczniczych zalicza się również zakłady leczniczo-zapobiegawcze.

Do art. 3.

§ 3. Zakłady lecznicze, prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków, są szpitalami bez względu na to, czy utrzymuje je Państwo, związki komunalne, międzykomunalne, fundacje, instytucje ubezpieczeń społecznych, zakony, kongregacje, stowarzyszenia, inne osoby prawne lub fizyczne, oraz bez względu na przyjętą nazwę tego zakładu leczniczego. Nazwa jednak szpitala winna być zgodna z jego charakterem i przeznaczeniem.

Do art. 5.

§ 4. Wątpliwości, czy szpital posiada prawo publiczności z mocy samego prawa na podstawie art. 5, rozstrzyga władza, powołana do zatwierdzenia statutu szpitala (art. 1§).

Do art. 8.

§ 5. Za lekarza urzędowego w rozumieniu art. 8 ustęp drugi uważa się państwowych lekarzy powiatowych i innych lekarzy państwowych, działających w jego zastępstwie przy zwalczaniu chorób zakaźnych, oraz lekarzy samorządowych w razie przekazania organom samorządowym funkcji powiatowych władz administracji ogólnej w dziedzinie administracji zdrowia publicznego na podstawie art. 76, 78 lub 90 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 86).

Zakaźnie chorych, skierowanych do szpitala przez takich lekarzy, szpital publiczny jest obowiązany przyjąć, jeśli tylko szpital wogóle przyjmuje takich chorych, a umieszczenie chorego w szpitalu jest możliwe, i to bez narażenia innych chorych na zakażenie.

§ 6. Jeśli szpital ma być przeznaczony do przyjmowania przede wszystkim chorych z okręgu szpitalnego, to okrąg ten winien być oznaczony w statucie. Chorym, pochodzącym z okręgu szpitalnego, może być przyznawane pierwszeństwo przyjęcia do szpitala przed innymi chorymi, jednak z tego powodu, że chory pochodzi z poza okręgu szpitalnego, nie może być odmówione przyjęcie do szpitala chorego, potrzebującego niezbędnie natychmiastowej pomocy szpitalnej.

Do art. 9.

§ 7. Koszty pogrzebu, o ile je pokrył zaliczkowo szpital, ściąga się od tych samych osób, związków komunalnych i instytucyj, które są obowiązane do zwrotu kosztów leczenia.

Do art. 10.

§ 8. Szpital może dzielić się na klasy, jednak podział ten winien być w statucie wyraźnie określony, a liczba klas nie może przekraczać trzech. Jeśli szpital ma tylko jedną klasę, uważa się ją za III-cią,

jeśli ma dwie klasy, niższa jest III-cią a wyższa II-gą, jeśli zaś ma trzy klasy, najniższa jest III-cią, wyższa II-gą, a najwyższa I-szą.

Liczba łóżek na klasie II-giej lub II-giej i I-ej łącznie nie może przekraczać 1/4 części liczby łóżek na klasie III-ciej, a liczba łóżek na klasie I-ej nie może wynosić więcej niż połowę liczby łóżek klasy II-ej.

Do art. 13.

§ 9. Za szpitale ogólne, do których założenia są obowiązane powiatowe związki komunalne oraz miasta wydzielone z powiatów, uważa się takie szpitale, które zapewniają leczenie chorych na choroby wszelkiego rodzaju, a co najmniej na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece z akuszerją oraz zakaźne.

Obowiązkowi utrzymywania szpitala ogólnego może związek komunalny uczynić zadość także przez utrzymywanie kilku szpitali ogólnych lub specjalnych, które razem wzięte zabezpieczą leczenie chorych na określone wyżej choroby.

Wielkość i liczba szpitali winna być taka, by mogły one zaspokoić w pełni potrzeby miejscowe.

Do art. 17.

§ 10. Statut szpitala winien sporządzić i przedstawić do zatwierdzenia ten, kto zarządza szpitalem bez względu na to, czyją własnością jest szpital.

Statut należy sporządzić i przedłożyć właściwej władzy w 3-ch egzemplarzach, z których po zatwierdzeniu jeden zostaje zwrócony szpitalowi, drugi przechowuje wojewódzka władza administracji ogólnej, a trzeci Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Statut szpitalny winien być sporządzony również wówczas, gdy fundacja, do której należy szpital, posiada statut fundacyjny.

Statut szpitala publicznego winien zawierać co najmniej następujące dane:

- a) nazwa, adres, charakter i rodzaj szpitala (publiczny, ogólny, specjalny), liczba łóżek, przeznaczenie (bez różnicy płci, dla mężczyzn, kobiet, dzieci), na jakie choroby chorych przyjmuje, rozmiar świadczeń na rzecz chorych, właściciel i utrzymujący szpital, majątek szpitala, prawna podstawa prawa publiczności, ewentualny okrąg szpitalny;
- b) ustrój wewnętrzny szpitala, t. j. podział na oddziały i klasy ze wskazaniem liczby pokoi i łóżek, przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów i klas, specjalne urządzenia lecznicze (pracownie, apteka, sale operacyjne i t. p.);
- c) środki na utrzymanie i prowadzenie szpitala, środki na zaspokojenie nadzwyczajnych potrzeb szpitala (fundusz rezerwowy, inwestycyjny);
- d) zasady obliczania opłat dziennych oraz ewentualne opłaty dodatkowe na I-ej klasie, udzielanie ulg;

e) zakres działania organów, zarządzających szpitalem (organ uchwalający i kontrolujący, organ wykonawczy, dyrektor szpitala, rada szpitalna);

f) kategorie pracowników, ich zasadnicze prawa i obowiązki, dopuszczalność zajęć ubocznych pracowników, sposób obsadzania stanowisk lekarskich i innych, wymagane kwalifikacje, przepisy o konkursach;

g) ewentualny stosunek do klinik uniwersyteckich i innych instytucji, współdziałanie w kształceniu lekarzy, a zwłaszcza przyjmowanie do szpitala lekarzy dla odbycia jednorocznej obowiązkowej praktyki szpitalnej;

h) miejsce i data sporządzenia statutu, podpis władzy lub organu zarządzającego szpitalem, a jeśli szpital już jest czynny, także dyrektora szpitala.

Zmiana statutu lub jego poszczególnych postanowień wymaga zatwierdzenia władzy, powołanej do zatwierdzenia statutu (art. 18).

Organ zarządzający szpitalem jest obowiązany wystąpić o zmianę statutu, jeśli postanowienia jego nie będą zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi, oraz jeśli jest zamierzone wprowadzenie w szpitalu zmian w sprawach, uregulowanych statutem.

Do art. 20.

§ 11. W szczególności dyrektor szpitala:

- a) reprezentuje szpital nazewnątrz;
- b) uczestniczy w inspekcjach, dokonywanych przez delegatów władz nadzorczych;
- c) przedstawia sprawozdania w myśl obowiązujących przepisów właściwym władzom;
- d) współdziała z władzami administracji sanitarnej w zwalczaniu chorobowości;
- e) bierze udział w posiedzeniach rady szpitalnej i referuje na tych posiedzeniach sprawy szpitalne;
- f) zarządza bezpośrednio szpitalem pod względem administracyjnym, lekarskim i gospodarczym;
- g) układa preliminarze budżetowe i sporządza zamknięcia rachunkowe oraz przedstawia je właściwym organom;
- h) ma pieczę nad należytem wykorzystaniem środków, przyznanych na utrzymanie szpitala; stara się o należyte zaopatrzenie szpitala we wszelkie narzędzia, aparaty, leki i t. p., niezbędne dla osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia, oraz o uposażenie szpitala w potrzebne urządzenia higieniczne i o zaspokojenie gospodarczych potrzeb szpitala;
- i) organizuje w granicach obowiązujących przepisów życie wewnętrzne szpitala, układa instrukcje służbowe i regulamin porządku wewnętrznego;

- j) nadzoruje stan lecznictwa w szpitalu oraz dba o utrzymanie go na należytych poziomach;
- k) nadzoruje przestrzeganie higieny szpitalnej, a w szczególności higieny osobistej przez chorych i w stosunku do chorych;
- l) decyduje o przyjęciu chorego do szpitala lub wyznacza do pełnienia tych czynności lekarzy szpitalnych z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawnych co do psychicznie chorych;
- m) decyduje o potrzebie wykonania zabiegów operacyjnych w wypadkach, wskazanych w ustępie trzecim art. 37, oraz o zaniechaniu sekcji zwłok w wypadkach, wskazanych w ustępie trzecim art. 40;
- n) jest bezpośrednim zwierzchnikiem wszystkich pracowników w szpitalu;
- o) przyjmuje i zwalnia personel, wymieniony w ostatnim ustępie art. 22, o ile statut nie daje dyrektorowi większych uprawnień w tym zakresie, oraz przedkłada wnioski o przyjęcie lub zwolnienie innych pracowników szpitala;
- p) inicjuje i popiera pracę naukową lekarzy szpitalnych, dba o utrzymanie i uzupełnienie lekarskiej czytelnicy oraz biblioteki szpitalnej;
- r) stara się o doksztalcenie personelu sanitarnego średniego i niższego.

Statut może zawierać postanowienie, że dyrektor szpitala winien spełniać również czynności ordynatora szpitala.

Jeśli statut szpitala nie przewiduje stanowiska stałego zastępcy dyrektora, lub stanowisko to czasowo nie jest obsadzone, wyznacza dyrektor szpitala swego zastępcę z pośród ordynatorów. Na zastępcę dyrektora przechodzą w okresie zastępstwa pełne administracyjne i lekarskie uprawnienia i obowiązki dyrektora.

Do art. 22.

§ 12. Kwalifikacje, jakie winni posiadać kandydaci na stanowiska dyrektora szpitala, jego zastępcy, ordynatorów, kierowników oddziałów i pracowników szpitala, oraz na inne stanowiska w szpitalu, określa statut szpitala publicznego. Kandydaci winni jednak odpowiadać co najmniej warunkom, określonym w ustępie pierwszym i drugim (część pierwsza) art. 22.

Stanowiska dyrektorów, ich zastępców i ordynatorów mogą być nadawane z wyjątkiem, wskazanym w części drugiej ustępu trzeciego art. 22, tylko na podstawie publicznego konkursu. Statut szpitala może jednak postanowić, że także inne stanowiska, określone w statucie, będą obsadzone na podstawie konkursu.

Konkurs winien być rozpisany nie później, niż w ciągu dni 30 po opróżnieniu się stanowiska, które

ma być obsadzone na podstawie konkursu. Ogłoszenie o konkursie winno być podane do publicznej wiadomości co najmniej w dwóch czasopismach lekarskich, z których jedno wychodzące w stolicy, i w Monitorze Polskim, a odpis ogłoszenia winien być równocześnie przesłany do wiadomości władzy nadzorczej nad szpitalem, właściwej terytorjalnie izbie lekarskiej oraz Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Termin do zgłaszania ofert nie może być krótszy niż 14 dni, a dłuższy niż 45 dni od dnia ogłoszenia w Monitorze Polskim; sąd konkursowy winien przedstawić swoje wnioski władzy mianującej nie później, niż w ciągu dni 30 po upływie terminu do składania ofert.

Funkcje sądu konkursowego wykonywa rada szpitalna lub, jeśli tak statut postanowi, fachowy sąd konkursowy. Fachowym jest sąd konkursowy wówczas, jeśli więcej niż połowa członków posiada wykształcenie lekarskie.

Do zawiadomień, wskazanych w ustępie szóstym art. 22, winny być dołączone akta konkursowe wraz z wszystkimi ofertami oraz opinią sądu konkursowego.

Do art. 24.

§ 13. Lekarzem urzędowym odpowiedniej instancji, który w myśl punktu d) ustępu pierwszego art. 24 wchodzi jako członek w skład rady szpitalnej, jest dla szpitali, utrzymywanych przez wojewódzkie związki komunalne lub związki międzykomunalne, które podjęły się zadań wojewódzkich związków komunalnych, oraz przez miasto stołeczne Warszawę — naczelnik wydziału zdrowia w urzędzie wojewódzkim (w Komisarjacie Rządu) lub jego zastępca, a dla innych szpitali z wyjątkiem państwowych, państwowy lekarz powiatowy, urzędujący w tym powiecie, w którym leży szpital.

Jeśli funkcje powiatowych władz administracji ogólnej w dziedzinie administracji zdrowia publicznego zostały przekazane na podstawie art. 76 i 78 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 86) organom samorządowym, wchodzi w skład rady szpitalnej lekarz samorządowy, pełniący funkcje lekarza powiatowego.

W skład rady szpitalnej szpitala państwowego wchodzi jako członek lekarz tej władzy administracji ogólnej, którą oznaczy Minister Spraw Wewnętrznych.

Dyrektor szpitala (względnie jego zastępca) jest członkiem rady szpitalnej i zarazem jej referentem.

Jeśli dla kilku szpitali została ustanowiona wspólna rada szpitalna, każdy z dyrektorów szpitali bierze udział z głosem stanowczym tylko w tej części posiedzenia, która dotyczy spraw szpitala, jemu podległego.

Jeśli na posiedzeniu są rozpatrywane sprawy ogólne, dotyczące większej liczby szpitali, bierze udział z głosem stanowczym ten dyrektor szpitala, którego wyznaczy utrzymujący szpitale.

Regulamin swych obrad ustala sama rada szpitalna.

Jeśli statut fundacji nie stanowi inaczej, funkcje rady szpitalnej w szpitalach fundacyjnych pełni kolejalny organ, zarządzający fundacją.

Do art. 25.

§ 14. Rada szpitalna:

1. wydaje opinie:

- a) w sprawach, wymienionych w ustępie drugim art. 25, oraz jako sąd konkursowy, o ile statut szpitala nie przewiduje osobnego fachowego sądu konkursowego;
- b) w innych sprawach, określonych w statucie lub przedstawionych jej do opinii przez właściciela, utrzymującego szpital, lub dyrektora;

2. przedstawia właściwym władzom z własnej inicjatywy wnioski w sprawach szpitala.

Do art. 26.

§ 15. Każdy szpital publiczny jest obowiązany przedstawiać:

- a) Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia) do końca kwietnia każdego roku wypełnione dla każdego chorego, wypisanego ze szpitala w ubiegłym roku budżetowym (od 1 kwietnia do 31 marca), indywidualne karty statystyczne zależnie od rodzaju choroby według wzorów Nr. 1 — 3, dołączonych do niniejszego rozporządzenia;
- b) powiatowej władzy administracji ogólnej do dnia 15 maja każdego roku sprawozdania roczne w 3-ch egzemplarzach za ubiegły rok budżetowy według wzoru Nr. 4, dołączonego do niniejszego rozporządzenia;
- c) sprawozdania jednorazowe, na skutek poszczególnych zarządzeń Ministra Spraw Wewnętrznych.

Utrzymywane dla celów szpitalnych księgi i zapiski winny być tak prowadzone, by na ich podstawie było także możliwe wypełnienie indywidualnych kart statystycznych oraz sporządzenie sprawozdań rocznych, wskazanych w ustępie pierwszym pkt. a) oraz b).

Delegaci władz nadzorczych (art. 74) mają prawo i obowiązek badać zgodność dat, wymienionych w indywidualnych kartach statystycznych i sprawozdaniach, określonych wyżej w ustępie pierwszym w punkcie a), b) oraz c), z datami, zawartymi w księgach i zapiskach szpitala.

Instrukcję budżetową i rachunkowo-kasową wydaje dla szpitali publicznych, niepozostających w zarządzie Państwa, związków komunalnych lub międzykomunalnych, instytucja utrzymująca szpital, a w braku takiego organu właściciel szpitala.

Do technicznego układu budżetu tych szpitali oraz do prowadzenia ich rachunkowości i kasy mają analogiczne zastosowanie przepisy, obowiązujące związki komunalne.

Do art. 27.

§ 16. Do wydatków, łożonych na utrzymanie szpitala i na świadczenia dla chorych, które mogą być policzone do oznaczenia opłaty dziennej, zalicza się wydatki związane z normalną gospodarką szpitala, a w szczególności:

- a) wydatki na bieżące wynagrodzenia personelu szpitalnego w gotówce lub w naturze wraz z bieżącymi składkami na ubezpieczenia społeczne i emerytalne;
- b) wydatki własne szpitala na lekarstwa, opatrunki, zabiegi lecznicze, utrzymanie laboratorium chemicznego i roentgenologicznego, na kąpiele, żywienie chorych oraz pościel z bielizną (uzupełnienie, pranie, naprawa);
- c) zwyczajne wydatki na utrzymanie w należytym stanie budynku szpitalnego, zabudowań pomocniczych i gospodarczych, sal dla chorych i innych pomieszczeń szpitalnych oraz urządzeń łącznie z ich normalnym uzupełnieniem;
- d) wydatki na wodę, opał, światło, kanalizację, wywóz nieczystości, utrzymanie w czystości podwórza i skwerów;
- e) wydatki na utrzymanie w dobrym stanie i zwyczajne uzupełnienie przyrządów i narzędzi leczniczych;
- f) wydatki na utrzymanie w dobrym stanie i uzupełnienie inwentarza gospodarczego, o ile nie idzie o inwentarz, należący do dochodowych majątków rolnych, leśnych i innych przedsiębiorstw dochodowych;
- g) wydatki na prowadzenie kancelarii szpitalnej, kasy i rachunkowości, czytelnicy, biblioteki i archiwum;
- h) koszty organizacji oraz prowadzenia zajęć i odpowiednich rozrywek dla chorych;
- i) koszty najprostszyc, a niezbędnych przyrządów i opatrunków, dostarczanych ubogim chorym, bez których nie mogliby opuścić szpitala;
- j) niepokryte przez zobowiązanych koszty zwykłych pogrzebów osób zmarłych w szpitalu.

Statut szpitala może postanowić, że niektóre z wyliczonych wyżej wydatków nie będą liczone do oznaczenia wysokości opłat szpitalnych.

Do wydatków, policzalnych do oznaczenia opłat szpitalnych, nie mogą być włączone:

- a) wydatki na rozbudowę, przebudowę i kapitalny remont budynku szpitalnego oraz budynków gospodarczych;
- b) wydatki na pierwsze zaopatrzenie szpitala lub dobudowanych części w potrzebne

urządzenia sal i pokoi dla chorych łącznie z łózkami, pościelą i bielizną, gabinetów lekarskich i pracowni, kancelarii oraz pomieszczeń gospodarczych;

- c) wydatki na pierwsze zaopatrzenie szpitala lub dobudowanych części w przyrządy lecznicze i narzędzia;
- d) wydatki na zakup nowych a kosztownych, dotąd nieistniejących w szpitalu przyrządów i urządzeń leczniczych;
- e) wydatki na emerytury i zaopatrzenia personelu szpitalnego i ich rodzin;
- f) niedobory, powstałe wskutek przyznawania w myśl postanowień statutu lub obowiązujących przepisów prawnych ulg w opłacie kosztów leczenia oraz niedobory, powstałe z innych przyczyn.

Do art. 29.

§ 17. Na klasie trzeciej i drugiej (§ 8) poza opłatą dzienną nie mogą być pobierane żadne inne opłaty.

Na klasie I-ej mogą być pobierane oprócz opłaty dziennej także opłaty dodatkowe za wyszczególnione w statucie specjalne zabiegi lecznicze, jak zabiegi chirurgiczne z zakresu dużej chirurgii, odma sztuczna, zabiegi fizykalne (Roentgen, rad) i t. p. Wysokość tych opłat dodatkowych winien szczegółowo określać statut. Nie mogą one jednak przekraczać norm cennika poborów lekarskich, ustalonego przez wojewódzkie władze administracji ogólnej na podstawie art. 21 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762). Dochód z tych opłat dodatkowych, które muszą wpływać do kasy szpitalnej, po potrąceniu własnych kosztów szpitala i 10% na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny, może być używany, o ile tak statut postanowi, na dodatki dla lekarzy i personelu pomocniczego, którzy swą pracą przyczynili się do wykonania tych zabiegów.

Do art. 30.

§ 18. Celem określenia opłaty dziennej dodaje się wydatki, które mogą być policzone do oznaczenia opłaty dziennej w myśl ustępu pierwszego § 16, poniesione w ciągu ostatnich trzech lat oddzielnie dla każdej z klas, a otrzymane sumy dzieli się przez liczbę dni leczenia wszystkich chorych, leczonych w tym okresie na poszczególnych klasach. Otrzymane ilorazy uważa się za przeciętne własne dzienne koszty świadczeń szpitala na rzecz chorego. Opłata dzienna na klasie trzeciej nie może być z wyjątkami, wskazanymi w ustępie drugim art. 29, wyższa od obliczonych w ten sposób przeciętnych własnych kosztów szpitala. Zasada ta obowiązuje również dla oznaczenia opłaty dziennej na klasie drugiej i pierwszej z tą tylko różnicą, że do przeciętnych własnych kosztów szpitala na tych klasach może być doliczone

oprócz kwot, wskazanych w ustępie drugim art. 29, także 10% tych kosztów na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny.

W wypadkach, gdy szpital istnieje krócej niż 3 lata, przeciętne koszty oblicza się na podstawie wydatków z tego krótszego okresu. Jeśli zaś okres ten jest krótszy, niż 1 rok, lub jeśli idzie o szpital, który dopiero ma być otwarty, ustanawia się opłatę dzienną po raz pierwszy na podstawie opłat dziennych, obowiązujących w innych szpitalach w tej samej miejscowości lub sąsiednich. Wydatkami, co do których utrudnione jest szczegółowe obliczenie, w jakiej mierze dotyczą one klasy III, II i I, obciąża się poszczególne klasy w przybliżeniu.

Od oznaczonej opłaty dziennej organ utrzymujący szpital przyznaje ulgi w granicach, określonych w statucie, w obowiązujących przepisach prawnych oraz w zawartych umowach.

Do art. 33.

§ 19. Koszty leczenia w szpitalu publicznym uważane będą za zaległe, gdy osoby lub instytucje, wezwane do zapłacenia tych kosztów, w przeciągu dni 14-tu od otrzymania rachunku nie zapłaciły należności lub nie zgłosiły ubóstwa albo innych zarzutów przeciw rachunkowi, lub też gdy zarzuty te zostały według obowiązujących przepisów rozstrzygnięte.

Do administracyjnego ściągania zaległych kosztów leczenia (opłat dziennych i dodatkowych) w publicznych szpitalach państwowych oraz w klinikach uniwersyteckich mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu przymusowym w administracji (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 342).

Do administracyjnego zaś ściągania powyższych kosztów w szpitalach komunalnych i innych niepaństwowych szpitalach publicznych mają zastosowanie każdorazowo obowiązujące przepisy, dotyczące danin komunalnych z tem, że egzekucję zaległych kosztów leczenia zarządzają i przeprowadzają organy związków komunalnych, w których w dniu wdrożenia egzekucji mieszkają osoby lub w których obrębie znajduje się siedziba instytucji, obowiązanej do ponoszenia tych kosztów.

Do art. 34.

§ 20. Szpital publiczny, który przyjął chorego, podającego się za ubogiego, jednak nieposiadającego świadectwa ubóstwa, wystawionego przez właściwą gminę, winien bezzwłocznie zawiadomić o tem właściwą gminę. Gmina ta jest obowiązana w ciągu dwóch tygodni dostarczyć szpitalowi potrzebnych wiadomości lub świadectw.

Do art. 38.

§ 21. W każdym szpitalu publicznym ma być prowadzona dla każdego chorego historia choroby

od chwili przyjęcia do szpitala do czasu wypisania ze szpitala (względnie śmierci).

Historja choroby winna zawierać co najmniej: datę przyjęcia do szpitala, imię i nazwisko chorego, wiek, płeć i zatrudnienie, wywiad (anamnezę), wynik pierwszego badania wraz z dajagnozą, przebieg choroby, ordynacje i zabiegi lekarskie, dzień wypisania ze szpitala wraz z orzeczeniem co do stanu chorego.

Przy określaniu chorób należy przestrzegać obowiązującego mianownictwa chorób.

Historję choroby należy przechowywać w szpitalach psychiatrycznych przez lat 10, a w innych szpitalach przez lat 5, licząc od dnia wypisania chorego ze szpitala.

Historja choroby oraz wszelkie wiadomości, uzyskane w związku z pobytem chorego w szpitalu, stanowią tajemnicę szpitalną, która obowiązuje tak lekarzy, jak i innych pracowników szpitala. Postanowienie to nie narusza co do lekarzy postanowień ustępu drugiego art. 11 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762).

Odpisy historii choroby będą wydawane tylko w drodze poufnej władzom nadzorczym nad szpitalem dla celów nadzorczych oraz tym władzom i innym szpitalom dla ułatwienia zachowania ciągłości leczenia. Szpital może również wydać odpis historii choroby leczonemu lub jego ustawowemu zastępcy na ich prośbę, jeśli niema obawy, że przyniesie to szkodę dla lezonego.

Pozatem szpital może wydać na żądanie władz państwowych, samorządowych i instytucji publicznych dla ich celów urzędowych oraz na prośbę lezonego lub jego prawnego zastępcy poufne orzeczenie, określające rodzaj i przebieg choroby oraz leczenia w wypadkach, określonych w ustępie drugim art. 11 powołanej wyżej ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r.

Nadto orzeczenie o treści wyżej wskazanej jest szpital obowiązany wydać na każdorazowe zarządzenie władz nadzorczych, osobom i instytucjom, przez te władze wskazanym.

Orzeczenia, jak również odpisy historii choroby, w wypadkach wyżej wskazanych wydaje szpital do użytku własnego władz nadzorczych oraz innym szpitalom bezpłatnie, pozatem za opłatą po 3 zł za każdą rozpoczętą stronicę (30 wierszy po 45 liter) pisma ręcznego lub maszynowego; opłata wpływa do kasy szpitalnej.

Za orzeczenia, wydane z zachowaniem postanowień wyżej wskazanych, jeśli orzeczenia te oparte są nietylko na wiadomościach, zawartych w historii choroby, lecz także na badaniach, przeprowadzonych specjalnie na żądanie władzy lub instytucji w celu wydania orzeczenia, może szpital pobierać opłaty według zasad, ustalonych dla lekarzy, jako biegłych sądowych. Dochód z tych opłat wpływa do kasy szpitalnej, może jednak być użyty, po potrąceniu własnych kosztów szpitala, na wynagrodzenie dla osób,

które współdziałały przy tych badaniach i wydaniu orzeczenia. Orzeczenia co do stanu zdrowia poborowych, poddanych w szpitalu publicznym przymusowemu leczeniu na podstawie decyzji komisji poborowych, wydaje szpital bezpłatnie.

Na prośbę lezonego lub jego prawnego zastępcy winien szpital wydać bezpłatnie poświadczenie o pobycie w szpitalu ze wskazaniem daty przyjęcia i wypisania ze szpitala, a jeśli leczony lub jego prawny zastępca życzy sobie tego, także ze wskazaniem rozpoznania choroby.

Co do obowiązku składania zeznań wobec władz i donoszenia pozostają w mocy istniejące przepisy prawne.

Do art. 46.

§ 22. Statut szpitala bez prawa publiczności winien być sporządzony analogicznie do postanowień § 10.

Postanowienia przedostatniego i ostatniego ustępu § 10 obowiązują również szpitale bez prawa publiczności.

Do art. 48.

§ 23. Postanowienia ustępu pierwszego, drugiego i trzeciego § 15 mają zastosowanie również do szpitali bez prawa publiczności.

Do art. 50.

§ 24. Postanowienia art. 50 nie naruszają w niczem postanowień specjalnych ustępu 1 art. XIV Konkordatu, zawartego pomiędzy Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską dnia 10 lutego 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 501).

Do art. 51.

§ 25. Kierownik szpitala bez prawa publiczności jest odpowiedzialny przed władzami nadzorczymi (art. 73) za działalność szpitala tak pod względem lekarskim, jak i administracyjnym. Zakres jego działania i obowiązki są analogiczne do zakresu działania i obowiązków dyrektorów szpitali publicznych, określonych w § 11.

Do art. 53.

§ 26. Co do prowadzenia historii choroby, wydawania odpisów historii choroby i orzeczeń lekarskich oraz pobierania zapłaty za te odpisy i orzeczenia, obowiązują szpitale bez prawa publiczności te same postanowienia, jak szpitale publiczne (§ 21).

Do art. 60.

§ 27. Podany do publicznej wiadomości w poczekalni lecznicy spis opłat w niej obowiązujących

winien być szczegółowy i wymieniać nietylko dzienną opłatę za pobyt i utrzymanie w lecznicy, lecz również wszelkie inne opłaty dodatkowe (za wizyty lekarskie, za zabiegi lekarskie i lecznicze, świadczenia na rzecz służby i t. p.), o ile takie opłaty dodatkowe mają być pobierane w lecznicy. Poza opłatami, podanymi w ten sposób do publicznej wiadomości, żadne inne opłaty od chorych za świadczenia lecznicze nie mogą być pobierane.

Również szczegółowo winny być wymienione świadczenia lecznicze na rzecz chorych i warunki ich przyjmowania.

Statut lecznicy może postanowić, że dozwolone będzie na żądanie chorych leczenie ich w lecznicy przez umówionych przez tych chorych lekarzy z poza personelu lecznicy. W tym wypadku lecznica może pobierać opłaty tylko za te świadczenia lecznicze, z których chorzy tacy korzystają.

Do art. 61.

§ 28. Urządzenie lecznicy, tak w czasie jej założenia, jak i później, jak długo jest czynna, winno być takie, by odpowiadało wymogom higieny oraz zapewniało normalne jej funkcjonowanie, z uwzględnieniem nowoczesnych potrzeb lecznictwa.

W każdej lecznicy winien być przynajmniej jeden pokój izolacyjny, przeznaczony dla zakaźnie chorych, oraz odpowiednia poczekalnia.

Lecznica winna zapewnić choremu przyjętemu do niej co najmniej pomoc lekarską i potrzebną opiekę, leki, pożywienie i pomieszczenie.

W każdej lecznicy winna być prowadzona księga przyjęć chorych, w której winno być uwidocznione co do każdego chorego, przyjętego do lecznicy, co najmniej: data przyjęcia chorego, imię i nazwisko, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, data wypisania z lecznicy (lub śmierci).

Co do prowadzenia historii choroby obowiązują lecznicę postanowienia ustępów pierwszego do piątego włącznie § 21, a co do innych indywidualnych kart statystycznych oraz sprawozdań postanowienia ustępu pierwszego, drugiego i trzeciego § 15.

Obowiązki lecznicy w zakresie zgłaszania pewnych wypadków chorób określają obowiązujące przepisy prawne.

Lecznica jest obowiązana zawiadamiać władze nadzorcze o zaprowadzeniu nowych niestosowanych dotąd w Polsce metod w lecznictwie.

O wypadkach nagłej śmierci chorego w związku z wykonaniem zabiegiem leczniczym oraz o nienaturalnych wypadkach śmierci w lecznicy zawiadamia lecznica władze nadzorcze.

Określone wyżej obowiązki ciążyą w pierwszym rzędzie na kierowniku lecznicy (art. 53). Kierownik lecznicy jest odpowiedzialny za działalność lecznicy pod każdym względem i winien być w zakresie lecz-

nictwa i higieny przełożonym sił lekarskich, pielęgniarskich i innych, zatrudnionych w lecznicy.

Do art. 63.

§ 29. Zadaniem przychodni jest udzielanie pomocy lekarskiej osobom przychodzącym.

Nazwa przychodni winna być zgodna z charakterem i przeznaczeniem tego zakładu leczniczego.

Zezwolenia na otwarcie przychodni udziela się w formie zatwierdzenia statutu przychodni.

Przychodnie mogą prowadzić akcję:

- a) o charakterze wyłącznie leczniczym, polegającą na udzielaniu na miejscu porad, ordynacji i wykonywaniu zabiegów,
- b) o charakterze leczniczo-zapobiegawczym, polegającą nietylko na udzielaniu pomocy lekarskiej, lecz również na prowadzeniu akcji zapobiegawczej oraz propagandowej i roztaczaniu nadzoru sanitarno-lekarskiego nad osobami zgłaszającymi się i ich otoczeniem.

Przychodnie mogą istnieć samodzielnie, lub w związku z innymi zakładami leczniczymi i ośrodkami zdrowia.

Jeżeli kilka przychodni o charakterze leczniczo-zapobiegawczym wchodzi w skład ośrodka zdrowia, jako instytucji, obejmującej całokształt działalności w zakresie medycyny zapobiegawczej na pewnym określonym terenie, to winien być sporządzony jeden statut, obejmujący w szczególności organizację i zakres działania wszystkich poszczególnych przychodni.

Do art. 68.

§ 30. Przychodnia musi mieć kierownika lekarza. Kwalifikacje, wymagane od niego, określa statut, nie mogą one jednak być mniejsze, niż wymienione w ustępie pierwszym art. 68, a w przychodniach specjalnych muszą być odpowiednie do rodzaju pomocy, udzielanej w przychodni.

Kierownik przychodni jest przełożonym sił lekarskich, pielęgniarskich oraz pomocniczych, zatrudnionych w przychodni, i odpowiada za całokształt działalności przychodni.

Do art. 71.

§ 31. Lokal przychodni winien być tak urządzone, by przyjmowanie chorych, udzielanie porad i wykonywanie zabiegów leczniczych mogło odbywać się zgodnie z zasadami higieny oraz współczesnymi wymaganiami lecznictwa.

Każda przychodnia winna mieć co najmniej jedną poczekalnię wielkości odpowiedniej do frekwencji chorych. Gabinety lekarskie i poczekalnie winny być tak urządzone, by chorzy nie byli narażeni na wzajemne zakażenie się.

Przychodnia winna być zaopatrzona w niezbędne przyrządy do badania i leczenia chorych, opa-

trunki, środki do odkażania oraz przybory do utrzymania czystości.

Przychodnia winna w ustalonych godzinach przyjęć udzielać pomocy, określonej w statucie przychodni.

Opłaty pobierane w przychodni, o ile statut na pobieranie opłat zezwala, winny być uwidocznione w odpowiednim miejscu w poczekalni przychodni. Poza opłatami w ten sposób uwidocznionymi żadne inne opłaty za świadczenia przychodni nie mogą być pobierane.

Kierownik przychodni jest obowiązany:

- a) przedstawiać władzom nadzorczym sprawozdania roczne z działalności przychodni według wzoru i w terminie, ustalonym przez Ministra Spraw Wewnętrznych, przestrzegając obowiązującego mianownictwa chorych;
- b) stosować się do żądań władz nadzorczych, opartych na postanowieniach art. 72.

Do art. 73.

§ 32. Władze, określone w ustępie 3, 4 i 5 art. 73, nadzorują całokształt czynności zakładów leczniczych i wydają zarządzenia w tych sprawach w granicach obowiązujących przepisów prawnych.

Powiatowe i wojewódzkie władze administracji ogólnej, jeśli nie są w stosunku do danego zakładu leczniczego władzą nadzorczą w rozumieniu ustępu 3 — 5 art. 73, mają w każdym razie prawo nadzoru ze stanowiska policji sanitarnej, które obejmuje w szczególności prawo badania i przedkładania wniosków władzom nadzorczym w rozumieniu ustępu 3 — 5 art. 73 w sprawach:

- a) rozmieszczenia chorych z uwzględnieniem wymagań higieny co do ilości powietrza, światła, sprawności wentylacji, ogrzewania i t. p.;
- b) czystości i higieny poszczególnych pomieszczeń szpitalnych i ich urządzenia, a zwłaszcza sal i pokoi dla chorych, gabinetów

lekarskich i pracowni, poczekalni, znajdujących się w łączności z temi pomieszczeniami mieszkań personelu pomocniczego i niższego, magazynów ze sprzętem szpitalnym i t. p.;

- c) urządzenia i stanu sanitarnego kuchni, spiżarni i innych składów z zapasami żywności;
- d) czystości łóżek, pościeli, bielizny, płaszców i t. p. dla chorych;
- e) przechowywania prywatnych ubrań chorych;
- f) przechowywania lekarstw i środków odurzających;
- g) stanu pralni i sposobu dezynfekcji brudnej bielizny;
- h) zaopatrzenia w wodę i stanu urządzeń kąpielowych, sposobu usuwania nieczystości i stanu ustępów;
- i) stanu podwórz i ubikacyj gospodarczych.

W wyjątkowych wypadkach, niecierpiących zwłoki, mogą władze te wydawać w sprawach wyżej wymienionych również zarządzenia doraźne, obowiązujące do czasu wydania zarządzeń przez władze nadzorcze, określone w ustępie 3 — 5 art. 73.

Postanowienia ustępu pierwszego i drugiego niniejszego paragrafu nie dotyczą zakładów leczniczych wojskowych, a sposób wykonywania sanitarno-lekarskiego nadzoru nad państwowymi niepublicznymi zakładami leczniczymi określi osobne rozporządzenie.

Do art. 74.

§ 33. Za urzędników władz nadzorczych uważa się tak urzędników władz, wymienionych w ustępie 3 — 5 art. 73, jak również w ustępie 6 art. 73, do których należy nadzór nad zakładami leczniczymi ze stanowiska policji sanitarnej.

§ 34. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 1931 r.

Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski*

Wzór Nr. 1.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw
Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 r. (poz. 195).

Nazwa szpitala (lecznicy)
 Miejscowość pow. województwo
 Oddział rok

Karta statystyczna.

1. Nazwisko i imię
 2. Data urodzenia (wiek)
 3. Wyznanie (rzymsko-katolickie, grecko-katolickie, prawosławne, ewangelickie, mojżeszowe, inne—jaki)
 4. Stan cywilny: kawaler, panna, żonaty, zamężna, wdowiec, wdowa, rozwiedziony, rozwiedziona.
 5. Zajęcie: własne, męża, względnie rodziców
(dokładnie określić zawód, który stanowi główne źródło utrzymania oraz stanowisko jakie dana osoba w tym zawodzie zajmuje).
 6. Miejsce faktycznego zwykłego zamieszkania
 7. Leczy się na koszt własny, Kasy Chorych, samorządu, innej organizacji — jakiej
 8. Przyjęty dnia wypisany dnia przebył dni
 9. Choroba zasadnicza
 10. Choroby współistniejące
Powikłania
(Jeżeli nabyte w zakładzie — zaznaczyć)
 11. Po raz który zgłasza się do zakładu z powodu danego wypadku zachorowania
 12. Podlegał zabiegowi chirurgicznemu i jakiemu
 13. Wypisany jako nienadający się do dalszego leczenia w zakładzie, wyleczony, z poprawą, bez zmiany, z pogorszeniem, przeniesiony do innego zakładu
 14. Zmarł dnia
 15. Badania pośmiertne zwłok wykonano — nie wykonano.
 16. Rozpoznanie, ustalone na podstawie wyników badania pośmiertnego
- Data Ordynator szpitala (lecznicy):

UWAGA.

Wymiar karty 125 mm x 176 mm.
 Kolor karty dla mężczyzn żółty, dla kobiet różowy.

Wzór Nr. 2.

Nazwa zakładu położniczego (lub szpitala ogólnego)
 Miejscowość pow. województwo
 Oddział zakładu rok

Karta statystyczna dla położnic.

1. Nazwisko i imię
2. Data urodzenia (wiek)
3. Wyznanie (rzymsko-katolickie, grecko-katolickie, prawosławne, ewangelickie, mojżeszowe, inne—jaki)
4. Stan cywilny: panna, zamężna, wdowa, rozwiedziona.
5. Zajęcie (własne, męża, rodziców), jakie (określić dokładnie zawód, który stanowi główne źródło utrzymania oraz stanowisko, jakie dana osoba zajmuje w tym zawodzie)
6. Miejsce faktycznego zwykłego zamieszkania
7. Leczy się na koszt własny, Kasy Chorych, samorządu, innej organizacji — jakiej
8. Przyjęta dnia wypisana dnia
 przebyła dni
9. Poród, poronienie. Data
10. Ciąża (która) poprzednio było porodów poronień
11. Poród naturalny, z pomocą lekarską (jaką)
12. Poród pojedynczy, wieloraki.
13. Dziecko urodzone: żywe, martwe, płci męskiej, żeńskiej.
14. Dziecko opuściło zakład: żywe, zmarło w zakładzie.
15. Powikłania poporodowe: gorączka połogowa, inne (jakie)
16. Wypisana: zdrowa, z powikłaniami (jakimi)
 zmarła dnia wskutek
17. Badania pośmiertne zwłok wykonano — nie wykonano.
18. Rozpoznanie, ustalone na podstawie wyników badania pośmiertnego

Data

Ordynator zakładu (szpitala):

UWAGA.
 Wymiar karty 125 mm x 176 mm.
 Kolor biały.

Wzór Nr. 3.

Nazwa zakładu psychiatrycznego (lub szpitala ogólnego)

 Miejscowość pow. województwo
 Oddział zakładu rok

Karta statystyczna dla psychicznie chorych.

1. Nazwisko i imię
2. Data urodzenia (wiek)
3. Wyznanie (rzymsko-katolickie, grecko-katolickie, prawosławne, ewangelickie, mojżeszowe, inne—jaki)
4. Stan cywilny: kawaler, panna, żonaty, zamężna, wdowiec, wdowa, rozwiedziony, rozwiedziona.
5. Wykształcenie: wyższe, średnie, elementarne, umie czytać i pisać.
6. Zajęcie (własne, żony, rodziców)
 (dokładnie określić zawód, który stanowi główne źródło utrzymania oraz stanowisko, jakie dana osoba zajmuje w tym zawodzie).
7. Miejsce faktycznego zwykłego zamieszkania
8. Leczy się na koszt własny, Kasy Chorych, samorządu, innej organizacji — jakiej
9. Przyjęty dnia wypisany dnia przebył dni szpitalnych
10. Przyjęty do zakładu po raz
11. Oddany do zakładu przez rodzinę, władzę administracyjną, sądową.
12. Choroba
13. Chory został oddany do zakładu na obserwację jako obwiniony o czyn przestępczy — jaki
14. a) Wypisany przez zakład, odebrany przez rodzinę, zwolniony przez władzę publiczną lub sąd, przeniesiony do innego zakładu.
 b) Nie stwierdzono choroby psychicznej; wyleczony: biologicznie, społecznie; z poprawą, bez poprawy.
15. Zmarł dnia wskutek
16. Badania pośmiertne zwłok wykonano — nie wykonano.
17. Rozpoznanie, ustalone na podstawie wyników badania pośmiertnego:

Data

Ordynator zakładu (szpitala):

.

UWAGA.

Wymiar karty 125 mm x 176 mm.

Kolor karty dla mężczyzn zielony, dla kobiet niebieski.

Wzrost Nr. 4.

Liczba łózek etatowych:
w tem na oddziałach:

chirurgicznymi
wewnętrznym
położniczym
zakaźnym
inne oddziały:
(wyszczególnić)

SPRAWOZDANIE ZA ROK 19.....

Szpitala (lecznicy).....

Personel¹⁾

A. RUCH CHORYCH

Województwo

Powiat

Miejscowość

a) lekarzy

b) pers. pomocn. lek. pielęgniarek i felczyków położnych

c) niższy personel

d) administracyjny

e) gospodarczy

Na choroby: ²⁾	b		y		t		o		u		b		y		t		o		pozostało na rok następny	liczba dni leczenia	Przeciętna na 1-go chorego ⁴⁾	U W A G I		
	Mężczyzn	Kobiet	w tem dzieci do lat 15	przyjęto w ciągu roku	Mężczyzn	Kobiet	w tem dzieci do lat 15	razem leczono	Mężczyzn	Kobiet	w tem dzieci do lat 15	wypisano	Mężczyzn	Kobiet	w tem dzieci do lat 15	zmarło	Mężczyzn	Kobiet					w tem dzieci do lat 15	razem ubyło	Mężczyzn	Kobiet	w tem dzieci do lat 15
wewnętrzne, ogółem																								
chirurgiczn., ogółem																								
w tem oper. chor. w																								
położnicze, ogółem																								
w tem: porodów poronien																								
zakaźne, ogółem																								
w tem: dur plamisty																								
" brzuszy																								
plonica																								
blonica																								
odra																								
weneryczne, ogółem																								
w tem kiła																								
gruźlica, ogółem																								
w tem gruź. dróg oddech.																								
rak, ogółem																								
umysłowe, ogółem																								
i n n e																								
R a z e m ³⁾																								

1) Podać liczbę osób nie tylko etatowych, lecz „dniówkowych” i innych, o ile są zatrudnione nie mniej, jak 3 miesiące w roku.
 2) Każdy chory może być liczony tylko jeden raz.
 3) Dodawać tylko liczby, określające liczbę chor. „ogółem”.
 4) Ogólna liczba dni leczenia podzielona przez liczbę chor. leczonych.

(dalszy ciąg wzoru Nr. 4).

**B. CZYNNOSCI ODDZIAŁÓW
specjalnych i pracowni pomocniczych.**

1. Terapia fizykalna	—	liczba zabiegów	.	x	x	x	x	x	x	x
2. Pracownia bakterjol.-chemiczna	—	" badań	.	.	.	.	.	.	.	.
3. Pracownia rentgenologiczna	—	" prześwietleń djagn.	.	.	.	.	.	.	.	.
		" zdjęć	.	.	.	.	.	.	.	.
4. Prosektorjum	—	" sekcij	.	.	.	.	.	.	.	.
5. Kamera dezynfekcyjna	—	" sztuk przedmiotów odkażonych	.	.	.	.	.	.	.	.
6. Kostnica	—	liczba pogrzebów	.	.	.	.	.	.	.	.

Pracownie, które szpital posiada, podkreślić. Jeżeli korzystał z cudzych — omówić i podać liczbę.

C. SPRAWOZDANIE RACHUNKOWE. 1)

		dla chorych	
		z okręgu szpitalnego	z poza okręgu szpit.
Taksa szpitalna (lecznicy) — kl. III	.	.	.
" II	.	.	.
" I	.	.	.
Opłaty specjalne	.	.	.

Dochody	og. suma	Wydatki	og. suma
z w y c z a j n e			
1. z majątku	.	1. admin. osobowe (pensje i inne świadczenia na rzecz pracowników)	.
2. zwrot świadczeń osob.	.	2. admin.-rzeczowe (wydatki biurowe, koszty podróży i t.p.)	.
3. opłaty za leczenie	.	3. utrzymanie budynków i połączonych z nimi urządzeń (opał, światło, woda, kanały, trawniki, konserwacja i t. p.)	.
a) chorzy samopłacący	.		
b) " ubezpieczeni	.		
c) " niezamożni własnej gminy	.		
d) " niezamożni gmin obcych	.		
4. opłaty za specjalne zabiegi	.	4. inwentarz (meble, bielizna, aparaty lek. i t. p.)	.
5. subwencje	.	5. utrzymanie chorych	.
		a) żywienie chorych	.
		b) leczenie	.
		c) utrzymanie pracowni	.
		d) wydatki na inne świadczenia dla chorych	.
6. różne	.	6. gospodarcze	.
7. dopłaty związku komun. wzgl. właściciela	.	7. różne	.
n a d z w y c z a j n e			
.	.	.	.
.	.	.	.
Razem dochody		Wydatki	

1) Podać według zamknięć rachunkowych za rok ubiegły
Lecznice nie wypełniają zestawienia dochodów i wydatków.

(dalszy ciąg wzoru Nr. 4).

D. STAN SZPITALA (LECNICY).

1. Ogólna powierzchnia terenu, zajmowanego przez szpital (lecznicę)
- w tem powierzchnia gruntów uprawnych , ogrodów
- parku , trawników
2. Liczba budynków szpitalnych (lecznicy) ich przeznaczenie i stan
3. Przeciętna powierzchnia podłogi na salach chorych na 1 chorego
- kubatura
4. Urządzenia higieniczne:
 - a) rodzaj oświetlenia
 - b) „ ogrzewania
 - c) zaopatrzenie w wodę
 - d) łazienki (liczba i stan)
 - e) usuwanie nieczystości (kanalizacja, doły biologiczne, wywózka)
 - f) ustępy dla chorych i personelu — liczba i stan.
5. Kuchnia — liczba pomieszczeń kuchennych i dodatkowych
6. Pralnia — „ „ mechaniczna, ręczna
7. Zaopatrzenie szpitala (lecznicy) w bieliznę pościelową i odzieżową:
 - a) liczba zmian: pościelowej
 - odzieżowej
 - b) stan jej

E. POTRZEBY SZPITALA (LECNICY).

1. Najważniejsze potrzeby szpitala (lecznicy)
2. Jakie inwestycje, wzgl. większe zaopatrzenia, przeprowadzono w roku sprawozdawczym
3. Zamierzenia (rozbudowa, inwestycje, zaopatrzenie) na rok przyszły względnie w najbliższych latach

Miejscowość

dnia

Dyrektor: