

Patienten-Erhebungsbogen zur Pflege-Personalregelung

- 01 IK Akten-Nr.
 02 Vollstationäre Behandlung ja nein Blatt-Nr.
 03 Tageskl. Behandl. u. Stundenfälle ja nein Aufn. Tag
 04 Aufnahme von außen ja nein Entf. Tag

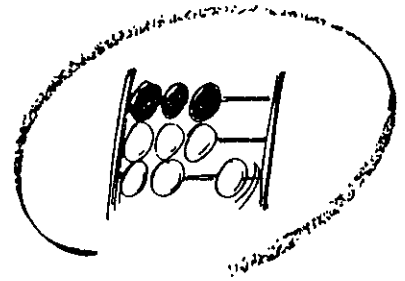
05	Erwachsener <input type="checkbox"/>	Früh./Neugeb./Säugling <input type="checkbox"/>	Kleinkind <input type="checkbox"/>	Schulk./Jugendlicher <input type="checkbox"/>	zusätzlich ges. Neugeborene <input type="checkbox"/>	
06	0 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/>	5 bis 15 Jahre <input type="checkbox"/>	15 bis 40 Jahre <input type="checkbox"/>	40 bis 65 Jahre <input type="checkbox"/>	65 bis 75 Jahre <input type="checkbox"/>	75 und mehr Jahre <input type="checkbox"/>

- | | | 1-3 | 1-3 | Intensiv. | | 1-3 | 1-3 | Intensiv. |
|----|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 07 | Erhebungstag 1 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 15 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 08 | Erhebungstag 2 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 16 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 09 | Erhebungstag 3 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 17 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 10 | Erhebungstag 4 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 18 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 11 | Erhebungstag 5 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 19 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 12 | Erhebungstag 6 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 20 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 13 | Erhebungstag 7 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 21 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 14 | Erhebungstag 8 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 22 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 15 | Erhebungstag 9 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 23 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 16 | Erhebungstag 10 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 24 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 17 | Erhebungstag 11 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 25 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 18 | Erhebungstag 12 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 26 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 19 | Erhebungstag 13 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 27 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| 20 | Erhebungstag 14 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Erhebungstag 28 | A <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |

- 21 ICD-Schlüssel der Hauptdiagnose
- 22 Innere Medizin Kinderheilkunde Chirurgie Orthopädie Urologie
- 23 Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie Neurochirurgie HNO Augenheilkunde Haut- u. Geschl. krankheiten
- 24 Frauenheilkunde Geburtshilfe Radiologie Nuklearmedizin Neurologie Lungen- u. Bronchialheilkunde
- 25 Geriatrie Sonstige Fachabteilung Ohne abgegr. Fachabteilung

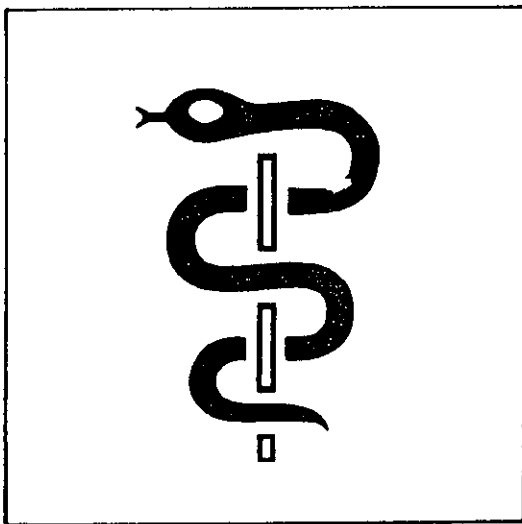
Maschinenlesbarer Blindfarbenbogen nach DIN A 4, DIN 6 723, DIN 66 223, Schrift der Zeilennumerierung gemäß DIN 66 009

Statistisches Bundesamt Gesundheitswesen
Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhauser
und Vorsorge-oder Rehabilitationseinrichtungen 1996



Statistisches Bundesamt

Gesundheitswesen



Fachserie **12**

Reihe 6.1

Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen

1996

**METZLER
POESCHEL**

統計に関する注意

基本となる法律

1990年4月10日に発行された病院の連邦統計に関する条令(病院統計令-KHSatV)であるが、これは1991年4月10日に公布された稿(BGBl. IS. 886)にある病院経営の安定と病院看護規則のための法律(病院経済法-KHG)の第2章第28節と関連する。又これは、1996年1月17日の法律(BGBl. IS. 34)第2条によって最終変更を受けている1987年1月22日(BGBl. IS. 462,565)の連邦による統計に関する法律(連邦統計法-BstatG)と関連のある、1997年6月23日の法律(BGBl. IS. 1520,1631)第8条によって最終的に変更されている。

調査の形式、範囲、目的

ここで行われるのは、病院や予防-もしくはリハビリテーション施設、又その組織、人的、物質的な装備や、それらがもたらす行為に関する年ごとの総合調査である。又それと同時に、病院の費用、患者数と病気の種類や病院併設の教育施設についての情報も調査される。この病院統計の結果は、連邦や州における多くの健康政策決定の統計的基礎となり、病院経済に関係する研究機関において、計画の基礎として役立てられている。この調査は、施設内ケアの形、病院における疾病-費用の変化の相互関係や疾病の地域的な偏りに関する重要な情報を与えてくれる。それによって学術と研究にも役立っており、国民生活を理解する上で大きく寄与している。

調査範囲

この統計調査は、全ての病院やそれに関係する教育施設、及び全ての予防-もしくはリハビリテーション施設に及び、刑務所もしくは拘留所内の病院や、警察病院は含まれない。

この統計調査における病院とは、社会法第5冊(SGBV)第1章第107節に基づいた、以下の条件の施設である。

- 病院治療行為もしくは助産行為を行い、
- 専門的-医務的に、医師の常時継続した管理の下に成り立ち、看護という使命に適う十分な診断や治療方法を使い、また学術的に認められたメソッドに基づいた仕事をしており、
- 主として医師及び看護者の助力によって患者の病気を発見し、回復させ、悪化を防ぎ、その苦痛を和らげる、もしくは助産行為を行うために、常に医師や看護技術者、また他の機能技術者や医療技術者が活動可能な状態で用意されており、

またそこでは、

- 患者が入院し、看護されることができる。

この統計調査における予防-もしくはリハビリテーション施設とは、社会法第5冊(SGBV)第2章第107節に基づいた、以下の条件の施設である。

- 以下の目的のため施設利用の処置を施す。

- ・将来予想される病気の原因となる健康の低下を克服する、もしくは子供の健康な発達への危機に対して戦う(予防)。

- ・または病気から回復する、悪化を防ぐ、病気による苦痛を和らげる、もしくは、病院における治療との連携の中で、治療目標の達成を確実にする、及び、障害や介護の必要化を避け、克服し、悪化を防ぐ(リハビリテーション)。その際行われる看護活動は、疾病病庫によって請け負われてはならない。

- 医師の治療プランに沿い、主に治療体操、運動療法、会話療法、もしくは作業療法等を含む治療手段によって、また更に精神・神経的作用等の適当な助力によって、患者の健康状態を良い方向へ向け、その患者自身の抵抗力・治療力を助けるために、医師の常時継続した責任と特に訓練を受けた人間のもと、専門-医療的な施設として設置される。そしてそこにおいて、

- 患者が入院し、看護されることができる。

施設の統計調査の際に重要なのは、経営団体である。ここでは統一管理がなされており、商業的簿記の下に年度決算を行っている、全ての組織的団体を認めている。例えば大学病院が普通そうであるように、経済組織としての病院は、複数の自立した専門診療科や専門診療所を含むものである。

統計調査プログラム

この病院統計調査は、3つの部分からなる。

- 第1部：基礎データ
- 第2部：診断
- 第3部：費用記録

病院が、全ての調査項目に関して情報を提供しなければならないのに対して、予防-リハビリテーション施設の情報提供義務は、基礎データと限定された項目のみに限られている。このようなことは連邦軍の病院にも当てはまり、民間人への処置の場合に限って、その基礎データと診断の情報が提供される。組織上の要因で、診断の調査は1993年に始まった。他の項目については、施設の人員を除いて1990年度のもの調査の初めである；人員の調査は、1991年に導入された。新しい州については、連邦統一病院統計1991以降に行われている。

統計処理

調査結果は年ごとにまとめられている。病院と予防-リハビリテーション施設の基礎データに関する情報は、シリーズ12・健康の実体、6-1巻・病院と予防-もしくはリハビリテーション施設の基礎データに掲載されている。病院の費用の状況は6-3巻に掲載されており、1993年度版から調査された病院患者の診断に関する情報は6-2にまとめられている。

不定期にはあるが、“病院と予防-リハビリテーション施設のリスト”というものが発行されており、その中には“病院に対する連邦統計に関する条令”の第2章第7節に基づいて、リストへのピックアップに同意した全ての施設が掲載されている。そこには施設名、住所、所有者名と形態、施設形態や科ごとの病床、計画病床が載っている。一番最近には、1995年12月31日に発刊された。1冊49マルク、またはDiskettenversionで98マルクである。申込用紙と詳しい情報はこのシリーズの付録にある。

各見出しについての注意

全ての数値は（特別な注意書きがない限り）その年の12月31日のものである。

病院の種類

—一般病院 (Allgemeine Krankenhaeuser) : その施設内専門診療科内に病床を所持し、又、完全施設利用として使用できる病院で、その病床は精神・神経患者用だけではない場合に限る。

一般病院の種類

—大学病院 (Hochschulkliniken) : 大学建築援助法 (HBFG) における大学病院をさす。

—計画病院 (Plankrankenhaeuser) : 州の病院計画の対象となる病院

—社会法第5冊 (SGBV) 第3番第108節に基づく看護契約を結んでいる病院 (Krankenhaeuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGBV) : 疾病金庫の州連合や補償金庫連合との看護契約に基づき、被保険者の病院診療を許可されている病院

—その他の病院 (Sonstige Krankenhaeuser) : 上記のどこにも当てはまらず、社会法第5冊第108節による許可病院でもない病院

純登録病院 (Reine Belegkrankenhaeuser) : 登録病床 (Beleg Betten) のみを所有する一般病院

—その他の病院 (Sonstige Krankenhaeuser) : 精神科、または精神神経科の病床のみを有する病院や、半施設利用による治療のみを行い、日中や夜間限られた時間にだけ患者がそこで過ごすことができる日中もしくは夜間病院など

—連邦軍病院 (Bundeswehrkrankenhaeuser) : 連邦軍病院で民間人に施された処置は、参考として報告される。病院に関する全体の数値には、このデータは含まれない。

予防・リハビリテーション施設 (Vorsorge- oder Re- habilitationseinheiten)

予防・リハビリテーション施設は、社会法第5冊第111節による看護契約を、疾病金庫の州連合並びに補償金庫連合と結んでいるかどうかによって区別される。そのような契約がある場合、その施設は予防もしくはリハビリテーションのための施設を利用して医学的処置を行い、被保険者を看護することが許可される。

所有者の形態

—公立 (Oeffentlich) : 地域団体 (連邦、州、市区、郡、町)、もしくは労働団体や目的団体のような団体の提携によって、または州保険庁や労働者災害補償保険組合のような社会保険機関によって、運営、維持されている施設。所有者が全く自立した形態の時 (例、有限会社) は、地域団体もしくはそれらの団体の連合が、直接・間接的に資本または投票権の50%以上を占める場合にのみ、公立とされる。

—自由公益 (Freigemeinnuetzig) : 教会や任意の社会福祉事業団体、キリスト教団体、財団法人または社会団体によって維持されている施設。

—私立 (Privat) : 事業を行う企業として、営業法第30節による認可を受けた施設。

複数の所有者を持つ施設は、より多く関与している者、もしくはより多く出資している者を所有者とする。

教育施設 (Ausbildungsstaetten)

教育施設とはKHG・1a番・第2節によれば、病院がその所有者もしくは共同所有者であり、病院と必然的な結び付きを持つ教育施設のことを指す。その教育施設が、複数の病院によって共同で所有されている場合 (合同学校)、その場所は、施設の経済的な所有状況に応じて分配される。

医療・技術大機器 (Medizinisch-technische Grossgeraete)

施設に所有され、施設の患者のために使用される医療・技術大機器についても、報告される。ただデモンストレーションや教育の目的、もしくは健康保険医の枠内でのみ使用される機器は、数に入らない。複数の施設がその機器を使用している場合は、それが設置されている施設のみが報告対象となる。

透析所 (Dialyseplaetze)

施設の透析所の数は調査対象となる。第三者によって施設の建物内で運営されている場合は数に含まない (例、管理所もしくは診療所)。それが“施設利用”と“半施設利用”のどちらに分類されるのかは、そこで行われた行為の差し引きによって多い方に決められる。権利を有する医師が施設に使用を要求する透析所は、施設外付風施設とされる。

日中一夜間診療所 (Tages- und Nachtambulanz)

日中一夜間診療所は患者の半施設利用でのケアを行う。

専門部門/専門分野による診療科 (Fachabteilungen nach Fachrichtung/Fachbereich)

診療科は、その領域専門、もしくは部分的領域専門の医師によって常に責任を持って導かれており、特別な処置施設を持つ、独立した科である。

算出方法の一様化という理由から、この統計では“集中医療”という診療科の独立した統計処理は行っていない。“集中医療”という組織的に独立した診療科が病院内に存在する場合には、その病床は使用した診療科の要求量に応じて分類される。同じ事がそこで看護された患者やその看護日数にも言える。“集中医療”へ、またはそこから移動はこの統計には入れられない。その場合、患者や看護日数は引き続き、扱っていた診療科で計算される。直接外部から“集中医療”に入院してきた場合は、その患者のデータは利用した診療科のうちのひとつで計算される。

病床を持たない診療科 (Nicht bettenfuerende Fach- abteilungen)

病床を持たない診療科とは、特別な治療的、診断的施設を持っていない

るが、専有の病床を持たない独立した科のことである。

集中医療／集中病床／緊急病床の施設 (Einrichtungen der Intensivmedizin／Intensivbetten／Notfallbetten)

患者への集中医療処置に使われる病床の年平均は、単独で調査される。集中病床には看視システムのついた重傷病床も含まれるが、回復病床は含まれない。援助を受けている病院の場合、表 2.12 では、病院計画、もしくは援助回答によって許可されている集中医療病床のみが、取り上げられている。それに対して表 2.2 では、全ての設置されている集中病床が、取り上げられている。

“外科”と“内科”に分類される集中病床は、“手術用”もしくは“保存療法用”として数えられる。独立した科として管理されながら、複数の診療科から共同で使用されている集中病床は“諸科合同病床”とされる；横断麻痺とえそ患者治療のための病床は、集中病床とはならない。

緊急病床とは、リハビリ患者の急激な病状悪化に対する一時的な処置のために使われる、特別な補助設備を備えた病床のことである。通常その患者は継続治療のために病院へと移される。

横断麻痺とえそ患者の治療のための施設 (Einrichtungen zur Behandlung Querschnittgelähmter und Schwer- brandverletzter)

ここでは、横断麻痺とえそ患者の治療のためだけに使われる病床が、取り上げられている。病床の設置数は年平均値であらわされている。

病床の設置 (Bettenausstattung)

病床の設置は、年平均値として出されている。病床数の変化は、一定の期間ごとに値が出されている。半施設利用の患者のための病床は取り上げられておらず、完全施設利用治療のための病床のみが数えられている。

計画病床 (Planbetten)：州の病院計画の対象となっている病院の病床

—病院財政法 (KHG) の援助を受ける (Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefordert)：KHG (第1章、第8節) による援助金の承認の際、その基礎となる病床

—大学建築援助法 (HBFG) の援助を受ける (Nach dem Hochschulbaufoerderungsgesetz gefordert)：HBFG (第1節) による援助金の承認の際、その基礎となる病床

—その他の計画病床 (Sonstige Planbetten)：州の病院計画の対象となっているが、援助金をもらわない病床

設置病床 (Aufgestellte Betten)：援助のあるなしを問わず、病院内にある使用可能に設置された全ての病床。健康な新生児のためのベッドや、検査室、技術室にあるベッドは入らない。設置された計画病床は、ここに再度取り上げられる。

—病院財政法 (KHG) の援助による Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefordert)：KHG (第1章、第8節) による援助金を受けている全ての設置病床

—大学建築援助法の援助による (Nach dem Hochschulbaufoerderungsgesetz gefordert)：HBFG (第1節) による援助金を受けている全ての設置病床

—SGBV第3番第108節による契約病床 (Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V)：疾病金庫との間に病院治療の承認に関する契約があり、援助を受けていない全ての設置病床

—その他の病床 (Sonstige Betten)：特に私立病院の病床で、病院計画の対象でも援助を受けているわけでもなく、SGBV第3番第108節による契約を交わしているわけでもないもの。

登録病床 (Beleg Betten)

登録医が、その患者を完全施設利用でケアするために使える病床

看護日数 (Pflegetage)

看護日数の数値は、その統計年度内の各日、24時に完全施設利用として宿泊している患者数の合計と一致する(夜間滞在者の合計)。従って、短時間滞在のケースは看護日数の数には入らない。

集中治療／集中看視の日数とは、集中病床で処置を受けた患者の看護日数のことである。

病床利用率 (Nutzungsgrad der Betten)

病床利用率では、病院、もしくは予防リハビリテーション施設内における病床の稼働状態が、百分率で表されている。この稼働指数は、下記の数式によって計算される。

設置病床の利用率

$$= \text{看護日数} \div (\text{設置病床} \times \text{その年の日数}) \times 100$$

設置集中病床の利用率

$$= \text{集中看護日数} \div (\text{集中病床} \times \text{その年の日数}) \times 100$$

設置緊急病床の利用率

$$= \text{緊急看護日数} \div (\text{緊急病床} \times \text{その年の日数}) \times 100$$

入院 (Patientenzugang)

病院

患者の入院には、完全施設利用として受け入れられた患者(ケース)のみが数えられる；ここには短時間のケースも含まれる。半施設利用、もしくは施設外付風施設で処置を受けた患者は、健康な新生児と同じようにここでは扱われない。

—外部からの受け入れ (Aufnahmen von aussen)：ここでは病院の完全施設利用の域に受け入れられた全ての患者が取り上げられている。(半施設利用の域からの移入を含む)

—他の病院からの移入 (Verlegungen aus anderen Krankenhaeusern)：施設利用で入院していた他の病院から、調査対象病院にさらにケアを受けるため移入してきた患者

—その日のみ短時間滞在のケース (Stundenfaell innerhalb eines

Tages) : ある病院に受け入れられながら、その日のうちに出て行ってしまった、もしくは他の病院に移ってしまった患者。入院当日に死亡した患者も含む；これらの患者は、夜間の統計には入れられない。

一病院内での移動 (Verlegung innerhalb des Krankenhauses) : ひとつの病院の中で移動した患者。受け入れ側の科と転出側の科の両方でカウントされる。

主分野 (Haupt disziplinen) の場合他の主分野との移動のみがカウントされる。

下分野として載っている科の場合はそれにもかかわらず、全ての内部の移動が報告されている。内部の移動の合計は、故に主分野のデータと一致しない。

予防リハビリテーション施設

患者の入所では、完全施設利用として受け入れられた患者 (ケース) のみがカウントされている。半施設利用、もしくは施設外付属施設で治療を受けた患者は扱われていない。

一病院からの移入 (Verlegungen aus Krankenhäusern) : 病院から該当施設でのさらなる介護の継続のため、移入してきた患者。

退院 (Patientenabgang)

病院

一病院からの退去 (Entlassungen aus dem Krankenhaus) : 完全施設利用から去っていく、全ての患者が示される、そこには、短時間利用や病院内の半施設利用の域への移動も含まれる。死亡のケースはここには含まれず、別に数字が掛げられている。

一他の病院への移出 (Verlegungen in andere Krankenhäuser) : 完全施設利用をしていたある病院から、さらなる看護のため他の病院へ移動していった患者。

予防リハビリテーション施設

一施設からの退去 (Entlassungen aus der Einrichtung) : 完全施設利用から去っていく、全ての患者が扱われている。死亡のケースはここには含まれず、別にカウントされている。

一病院への移動 (Verlegung in Krankenhäuser) : 完全施設利用で過ごしていた施設から、さらなる看護を受けるために病院へ“移出”した患者。

ケースの数 (Fallzahl)

病院/予防リハビリテーション施設内でその年度に完全施設利用の処置を受けた患者の数 (=ケース)。短時間利用はこの場合ケースには数えられない。診療科関連のケース数と、施設関連のケース数は分けて考えられる。

一診療科に関連するケース数 (Fachabteilungsbezogene Fallzahl) (例、表 2.2.3 の No.01~32 と 34~36、もしくは表 3.1 の No.01~15)

このケース数は、外部からのその診療科への移入 (短時間滞在を除く)、病院内部におけるこの科にかかわる移入と移出、この科から外部への移出 (短時間滞在を除く)、そしてその科内での死亡のケースから算出され

る。算出式は以下の通りである。

$$\begin{aligned} \text{ケース数} &= \text{入院患者数} \div 2 + \text{退院患者数} \div 2 \\ &= (\text{外部からの移入} + \text{他の科からの移動} - \text{短時間滞在}) \div 2 \\ &\quad + (\text{病院からの退去者} + \text{他の科への移動} + \text{死亡ケース} \\ &\quad - \text{短時間滞在}) \div 2 \end{aligned}$$

予防リハビリテーション施設では、普通、短時間滞在や内部での移動はあり得ない。これらの施設における診療科関連ケースの計算では、故にこれらの数は省略される。

一施設に関連するケース数 (Einrichtungsbezogene Fallzahl)

(例、表 2.2.3 の No.33,37,38、もしくは表 3.1 の No.16)

診療科に関連するケース数に対して、施設に関連するケース数の計算の場合、診療科同士の移動を考えに入れる必要はない。この場合のケース数は次の式で表される。

$$\begin{aligned} \text{ケース数} &= \text{入院患者数} \div 2 + \text{退院患者数} \div 2 \\ &= (\text{外部からの受け入れ} - \text{短時間滞在}) \div 2 \\ &\quad + (\text{病院からの退去者} + \text{死亡ケース} - \text{短時間滞在}) \div 2 \end{aligned}$$

予防リハビリテーション施設の場合、この式の短時間滞在が省略される。

病院、もしくは予防リハビリテーション施設のケース数は診療科のケースの合計よりも小さいが、これは前者が内部の移動を含まないからである。ここに書かれた診療科関連ケース数の近似値の場合、病院内で移動した患者は科からの移出、移入のどちらにもカウントされている。その年度が始まる以前に入院し、その年の終わりに降に退院した患者は、その年の初・終状態と同じように、計算されない。年を超えてひとつの病院にいた患者は、半分だけ考慮される。

在院期間 (Verweildauer)

在院期間とは、一人の患者が施設利用での治療に平均どのくらいを過ごしたかという日数である。その際、診療科関連の在院期間と、施設関連の在院期間は区別される。

在院期間は下記のように各診療科、もしくは施設のケース数と看護日数から出される (上記参照)。

$$\text{在院期間} = \text{看護日数} \div \text{ケース数}$$

常勤の領域専門医 (Hauptamtliche Gebietsaerzte)

施設に正規に雇われている医師のこと；招待医、参考医、または聴講医は含まれない。開業医は参考として、報告される。

一その領域の専門、または部分的領域専門の医師 (Aerzte nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen) : 継続教育を終了している医師は、その専門領域、もしくは部分的専門領域ごとに取り上げられる。複数の領域、もしくは部分的領域に関与している医師は、その内の一専主に携わっているものによって分類される。部分的領域専門家の医師 (例、血管外科) は、対応する領域 (例、外科) にも数えられる。

一指導医 (Leitende Aerzte) : 主任医の契約を交わしている、施設常勤の医師、または認可を受け、私立診療所を所有している医師。

—継続教育を終えた助手医 (Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung) : 継続教育を終えた医師は、ここではその継続教育の科目によって示される。

非常勤医 (Nichthauptamtliche Ärzte)

—登録医 (Belegärzte) : その地域にいる、施設に雇われていない医師で、用意されている奉仕、設備、薬品の使用を要求し、患者 (登録患者) を施設内において施設利用、もしくは半施設利用で処置することができる。その代償として施設から報酬をもらうことはない。

—登録医に雇われている医師 (Von Belegärzten angestellte Ärzten) : 登録医に雇われている医師は、雇っている医師の専門領域、もしくは部分的専門領域によって示される。

継続教育中の助手医 (Assistenzärzte in einer Weiterbildung)

継続教育中の助手医は、その携わっている診療科の専門によって分類される。

継続教育を終えなかった医師 (Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung)

専門領域を持たない医師のこと。

年平均の総労働力 (Vollkräfte in Jahresdurchschnitt)

その年の調査日 (12月31日) に、勤務していた人員と同時に、正規の料金表に基づいた労働時間によって算出された、その年における勤務者の換算数が示されている。この換算は、時間労働者やフルタイム勤務していないものに適用される。短期間の臨時雇いも、総労働力として換算される。医師的人員としては歯科医を除いた常勤医 (1995年以来、医師としての勤務に参加している限り、開業医もここに含まれる) が換算される。残業や準備のための勤務は計算の中に入らない。

年平均の総労働力の合計は、その年全体において正規の料金表に基づいた労働時間を基本に換算された、短期間の労働者や勤務者の労働力の総計から出される。

医師ではない人員 (Nichtärztliches Personal)

技術域におけるそれぞれの職業名称は、ほとんどが病院録記法 (KHBV) の列記に準じている。職業名称に関するその年の12月31日に行われる勤務者の報告では、学生と研修者は数えられない；彼らは別に報告される。衛生士のように継続教育を終了している看護職は、再度一職務領域を問わず一取り上げられる。

—その他の人員 (Sonstige Personal) : ここでは、—KHBV と反対に—その他の医師ではない人員 (非軍事役務者、実習生等) が報告される。

—総労働力 (Vollkräfte) : 看護学生は総労働力算定の7から1、看護手伝いの学生は6から1で考慮に入れられる。

—教育機関の人員 (Personal der Ausbildungsstätten) : ここでは、

教育のために職業あるいは勤務契約を交わしている人員—医師も含む—が扱われる。

退院した半施設利用の患者 (Entlassene teilstationäre Patienten)

ここでは、その年中に病院から去っていった半施設利用の患者 (死亡した半施設利用患者も含む) が、その患者の最後にいた診療科ごとに報告されている。定期的に半施設利用で治療を受けている患者 (例、1週間ごとに複数回半施設利用で受ける透析治療) の場合、全部の治療が終わって初めて退院として数えられる。半施設利用として認められるのは、BPIVの第3章、第5節の半施設利用に即した行為を受けており、特別な看護費用の計算がなされた患者である。

出産と分娩 (Entbindungen und Geburten)

—出産した女性 (Endbundene Frauen) : その年に出産した女性の数で、産まれた子供の数は問わない。異常分娩で治療を受けた女性はここには含まれない。

—合併症を起こした出産女性 (Endbundene Frauen mit Komplikationen) : 出産後に (死産も含めて) ICD-9のポジション670~676に該当する産褥の合併症を起こした女性の数。

—異常分娩で治療を受けた女性 (Wegen Fehlgeburt behandelte Frauen) : 異常分娩 (1000グラム以下で子供が助からなかった場合、もしくは1994年以降は500グラム以下で子供が助からなかった場合) で治療を受けた女性。ここでは合法的な中絶は含まれない。

病院の建築と運営に関する条令—病院建築令—

(KhBauVO)

病院の建築と運営に関する条令—病院建築令— (KhBauVO)

1978年2月21日

内容項目	
第1部： 総論	第6部： 追加建築モデル、検査
§ 1 適用範囲	§ 37 追加建築モデル
§ 2 定義	§ 38 検査
§ 3 立地条件	
§ 4 外部への避難経路	第7部： 終わりに
§ 5 隣棟間隔	
§ 6 駐車場	§ 39 既存病院への運営—検査法の適用
第2部： 建築令	§ 40 補則
	§ 41 違反
	§ 42 施行
§ 7 壁	
§ 8 天井、屋根	
§ 9 壁、天井などの塗装	
§ 10 防火区画	
§ 11 壁、天井の開閉	
§ 12 建物内の非常口	
§ 13 廊下	
§ 14 階段と斜路	
§ 15 階段室	
§ 16 窓と戸	
§ 17 床面	
§ 18 照明と電気器具	
§ 19 非常発電装置	
§ 20 導電	
§ 21 暖房	
§ 22 換気	
§ 23 給水	
§ 24 エレベーター、搬送設備、シュート	
§ 25 消火設備、消火—、火災報知機	
§ 26 避雷設備	
第3部： 諸室に関する決まり	
§ 27 病棟部の病室	
§ 28 洗面所と浴室	
§ 29 便所	
§ 30 患者の更衣ブース	
§ 31 研究室	
第4部： 専門病院、特別病院、専門診療科	
§ 32 小児病院と小児専門診療科	
§ 33 伝染病棟	
§ 34 特別病院とそれに対応する診療科への特別規則	
第5部： 運営に関する規則	
§ 35 避難経路と通行路	
§ 36 その他の運営規則	

§ 2
定義

- (1) 病院 (Krankenhaus) とは、その内部において医師や看護者の援助により疾病、障害または傷害を特定し、治療または緩解、もしくは助産行為を行うための、またそのケアを受ける人間に宿泊、食事をさせる設備の整った、建築施設のことである。
- (2) 外来診療所 (Polikliniken) とは、そこで患者が検査や治療を受けるが、宿泊や食事または看護を受けることのない建築施設、もしくは建築施設の一部のことである。
- (3) 専門病院 (Fachkrankenhäuser) とは、小児病院や整形外科診療所などのように、ある特定の医療部門のみのために作られた病院のことである。
- (4) 特別病院 (Sonderkrankenhäuser) とは、特定の、多くの場合長期入院を要する患者を受け入れる病院のことである。広い地域から利用されるよう、設けられている。
- (5) 看護部 (Pflegeeinheiten) とは、そこで患者が施設を利用し、宿泊、食事、看護または治療を受ける、病院内の部屋グループのことである。
- (6) 看護域 (Pflegebereiche) とは、病棟のある建物、もしくは建物の部分のことである。
- (7) 検査-治療域 (Untersuchungs- und Behandlungsbereiche) とは、そこで疾病、障害もしくは傷害を検査、または治療する建物、建物の部分、もしくは部屋グループのことである。
- (8) 手術部 (Operationseinheiten) とは、そこで手術を用意し、実行する部屋グループのことである。
- (9) 分娩部 (Entbindungseinheiten) とは、そこで保存療法的、または手術療法的に、助産行為を受ける部屋グループのことである。
- (10) 集中治療部 (Intensivseinheiten) とは、そこで患者が集中的に看護、治療、または看護を受ける部屋グループのことである。
- (11) 第5節から10節にある各部や域には、それに付随する医師、看護者、また他の勤務者のための更衣室、洗面室、または休憩室も含まれる。

§ 13
廊下

- (5) 普通通行用の廊下の実用的な広さは、予想される通行量の最大値を満たさなければならない。普通通行用の廊下は、最低でも1.50メートルの幅がなくてはならない。患者が横たわったまま運ばれる廊下は、最低2.25メートルの幅が必要で、段差があってはならない。集中治療部の廊下幅は、より広いことが望まれる。看護域以外では、第3文にある廊下幅は支柱やその類似の建築部分によって、少しなら狭められてもかまわない。

§ 14
階段と斜路

- (1) 必要階段は、耐火で、下面で閉じていなくてはならない。
- (2) 不必要階段は、支えの部分は不燃性の建材で、そうでない部分は少なくとも燃えにくい材料で作られなくてはならない。
- (3) 階段の両側には、途切れることのない手すりが必要である。その手すりは、階段の踊り場が開口窓までつながっていなくてはならない。
- (4) 螺旋階段は、必要階段としては認められない。
- (5) 必要階段で実際の歩行に必要とされる幅は、その階段の利用者200人毎に1メートルである。必要階段の利用者数の目安は、その看護域にある病床数の2.5倍とされている。
- (6) 階段や必要階段にある踊り場の実際利用可能な幅は、最低でも1.5メートルが必要であるが、2.5メートルを超えてはならない。扉は、その踊り場の幅を狭めることがあってはならない。
- (7) 階段の段の高さは、17センチを越えてはならない。また、踏み板の奥行きは、28センチより少なくはならない。
- (8) 斜路には、第5節、または§13の第5節、第2・3文にある幅を確保しなくてはならない。角度は6°Hを越えてはならない。斜路の床面は、滑らないように作られることが必要である。3メートルを超える長さの斜路には、両側、80センチの高さに、途切れない手すりが必要である。6メートルを超える長さの斜路には、途中で最低でも長さ1.20メートルの踊り場が作られなくてはならない。

§ 16

窓と戸

- (1) 病室、受付、検査室、医局、看護者の勤務室、患者の日常生活室などの常時人間がいる部屋には、窓が必要である。実用上必要性がある場合には、窓のない部屋も許される；その際には、そのために生じるマイナス面に、特別な対処が必要である。このような部屋で勤務する人員のために、その近辺に窓のある休憩室が設けられなければならない。
- (2) 病室や検査室、または治療室にある、直射日光が入る窓や天窓には、有効性のある日除けが建築手法として、または移動可能で外部に設置された装置として備えられなくてはならない。
- (3) 患者がベッドごと通過する戸口は、直線幅で最低1.25メートル必要であり、外部への戸口を例外として、敷居を設けてはならない。
- (4) 避難経路の戸は、避難方向にのみ開くことが許される。引き戸、スウィングドア、回転ドアは、避難経路では許されない。その他の引き戸は壁の前になくなくてはならない。スウィングドアと回転ドアはまた、看護、治療域でも許可されない。自動ドアは、災害時にも自動的に開く場合には、外部への出口に使われることが可能である。扉が確実に開閉することが、証明されていなくてはならない。

§ 18
照明と電気器具

- (1) 病院にある全ての部屋、入り口、内部または外部の通路は、電気によって照明されていなければならない。
- (2) 内部、外部の通路や入り口の照明は、全て中央で一括して点灯、消灯されなければならない。
- (3) 看護域にある全ての病室、洗面、浴室や便所には、コールシステムが設置されていなければならない。これは廊下からは視覚的に、看護者の勤務室では視覚・聴覚的に捉えられる形でなければならない。このコールシステムは、特に各病床から作動可能なことが必要である。
- (4) 電気器具は、一般に認容されている技術的規則に沿っていなくてはならない。認容されている技術的規則としては、ドイツ電気技術委員会 (DKE) の規定 (VDK-Bestimmungen) が有効である。

§ 24
エレベーター、搬送設備、シュート

- (1) 看護一、検査一、または治療域が建物の上階にある場合、ベッドを運ぶためにエレベーター (病床用エレベーター) が十分な数、最低でも2つ備えられなければならない；ただし実用上、または建物の規模から無理な場合は、その限りでない。人員や荷物専用エレベーターも必要とされうる。
- (2) 高層の建物では、災害時用エレベーターとして使える病床用エレベーターが、最低ひとつは備えられなければならない。
- (3) 病床用エレベーターと災害時用エレベーターのかごは、少なくともベッドひとつと付き添い者2人が乗れるだけの広さが必要である；最低でも、実際の広さで1.80メートル×2.50メートルは必要である。かご内部の表面は、なめらかで洗浄可能、また消毒可能でなければならない；床面は滑りにくく作られるべきである。かごの壁面には、手すりが備え付けられていなくてはならない。
- (4) エレベーターシャフトは、耐火性の建築方法で作られるべきである。
- (5) 搬送設備は、衛生上完璧に設えられなければならない。各階を結ぶ搬送設備の装置は、シャフトの中に作られるべきである。その他に関しては、BauO NW § 44 に準ずる。搬送設備通路部の垂直の高さは、非常一または通路内、最低でも2メートルは必要である。
- (6) 投下用シュートは、そのつながりをもつ空間同士の空気が、負圧によって交わらない場合にのみ、設置可能である。

§ 27
病棟部の病室

- (1) 病室は、1病床あたり最低でも下記の広さを確保していなくてはならない。

個室	10 m ²
多床室	8 m ²

病室に備え付けてあるダクト、洗面所、便所、もしくは造りつけの戸棚などは、この面積の中には入らない。
- (2) 病室は、内法で最低でも3メートルの高さがなくてはならない。奥行きが5.5メートル以下の病室の場合、内法で2.7メートルの高さでも良い。

§ 28
洗面所と浴室

- (1) 各看護部には、最低ひとつの浴槽とシャワー付き特別浴室が必要である；その戸口は、§ 16 の第3節にそったものでなくてはならない。
- (2) 浴槽には、長辺と短辺の両方から入れることが必要である。浴槽とシャワーには手すりが付いていなくてはならない。
- (3) 看護域では、洗面台は栓、または溢水口があってはならない。

§ 29
便所

- (1) 10床毎に、最低ひとつの便所がなくてはならない。BauO 第4節 § 52 に反するが、内部の便所も換気が保証されているならば、可能である。男性用には、15床あたり他に最低2つの小便器が必要である。
- (2) 看護域の各階には、洗面台付き障害者用便所が最低ひとつは必要である；便器の横片側には、幅最低80センチの空間があいていなくてはならない。便器の前には、奥行き最低1.20メートルの空間が空いていなくてはならない。便所は、この法令の付録1にあるような標識で示されることが必要である。
- (3) 各病院には、その他に来院者や勤務者のための便所が、十分な数備えられていなくてはならない。障害者用便所は、第2節にしたがって、最低ひとつは備えられていなくてはならない。
- (4) それぞれの便所、または用便用の部屋には、洗面台の付いた換気可能な前室が必要である。個室についている便所の場合は、前室は不要である。
- (5) 便所の戸は、中に開く形であってはならない。また外部から鍵で開けられなくてはならない。

§ 30
患者の更衣ブース

更衣ブースは、最低1.40 m²の面積と、最低90センチの奥行きが必要である。また、そこは換気可能でなくてはならない。ブースの戸は、中に開く形ではいけないし、外部から鍵で開けられなくてはならない。

§ 32

小児病院と小児専門診療科

- (1) 小児の受付と検査のため、またその家族のために特別な部屋が用意されなくてはならない。受付は、外部から入室可能でなくてはならない。病室は、廊下や看護者の勤務室から見えなくてはならない。
- (2) 新生児や乳児の部屋は、廊下からゲートを通してのみ入室可能でなくてはならない。
- (3) 学童期以下の小児の最低病室面積は、§ 27 第1節で決められている3分の2で足りる。
- (4) 窓の金具は、墜落の危険性がある場合、子供によって窓が開けられないことが必要となる。ガラス面、電気器具、または暖房器具などは、子供に危険のないようにされなければならない。
- (5) 病院、または専門診療科は、作業一、またはプレイルームを備えていなくてはならない。
- (6) 病院は、その土地内に遊び場を設けなくてはならない。その遊び場の面積は、十分に広いことが必要である。

§ 33

伝染病棟

- (1) 伝染病棟は、病院の他の部屋から隔離されていなくてはならない。伝染病棟へはいる場合は、一般に使用される通路を通ってはいけない。特別なエレベーターが要求される。汚染物質を滅菌消毒するための部屋が必要である。排水の滅菌も必要である。
- (2) 伝染病患者の看護部には、様々な伝染病患者、または伝染病の疑いがある人間が過ごすため、それぞれ分離可能な空間が要求される。
- (3) 伝染病患者の病室は、多くても1部屋2床が限度であり、それぞれ個人毎に洗面所、便所が必要である。病室と廊下の間には、ケアと手の消毒のための設備を備え付けたゲートが設けられていなくてはならない。各病室にはそれぞれに入口、観察用窓、外部との会話口が必要である。
- (4) 伝染病患者の区画には、独自の休憩室が必要である。

§ 34

特別病院とそれに対応する診療科への特別規則

- (1) 特別病院とそれに対応する診療科に対しては、実用性を鑑みて、条令に則り、更に要求がなされる。この要求は下記に適用される：
 1. 建材と建築部分（強化ガラスを用いた窓など）
 2. 設備（衛生設備など）
 3. 予備室（作業室など）
 4. 応用的治療のための自由な空間

- (2) 特に病床に伏している患者が対象ではない特別病院とそれに対応する診療科に対して、実用性を鑑み、規則の軽減がなされる。この規則の軽減は、特に下記の範囲に及ぶ：

1. 一般の通行用の廊下（§ 13. 第5節）
2. 電気設備（§ 18. 第3節）
3. 患者搬送用リフト（§ 24. 第1節）
4. 病室の大きさ（§ 27）

- (3) 刑務所内の病院の場合、特殊な実用的条件下で必要な際は、この条令の規則は適用されなくてもよい。

§ 37

追加建築モデル

- (1) 建築監督手続きにおける建築モデルに関する条令—建築モデル令—（BauVorlVO）の§ § 1～6にある建築モデルに追加して、下記について特別な項目が設けられている。
 1. 病床数
 2. 建物内の必要避難経路と計算上の証明を伴う測量（§ 12 第1～4節、§ 13 第5節、§ 14 第5節）
 3. 検査室とイオン光線を伴う治療室

<フランス資料>

Code de la Sante Publique, Douzieme edition., S.A.E.,
1997.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

CODE DE LA FAMILLE
ET DE L'AIDE SOCIALE

DOUZIÈME ÉDITION

Annotations par

Jean-Michel DE FORGES et Didier TRUCHET
Professeurs agrégés à l'Université de Paris II

André DEMICHEL
Professeur agrégé à l'Université de Paris VIII

Jean PENNEAU	et	Georges VIALA
Professeur		Professeur
à Paris XI-Sceaux		à Aix-Marseille (Pharmacie)

DALLOZ

1 9 9 7

Les personnes collaborant aux travaux de l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans un établissement de santé de son ressort. En cas de méconnaissance de cette règle, les peines prévues au premier alinéa de l'article 432-12 du code pénal leur sont applicables.

Art. L. 710-24. (Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, art. 10) L'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 767. Ce rapport présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence.

Art. L. 710-25. (Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, art. 10) Les conditions d'application des dispositions du présent chapitre sont définies par voie réglementaire.

NOTA. — ORD. N° 96-346 DU 24 AVR. 1996 :

Art. 11. *Les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'art. L. 710-17 sont signées au plus tard le 31 décembre 1996 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des organismes concernés visés au premier alinéa du même article. Elles sont publiées au Journal officiel de la République française.*

Les compétences définies à l'art. L. 710-18 sont exercées par les agences régionales de l'hospitalisation à la date mentionnée dans leur convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 1997.

A défaut de signature dans les conditions prévues ci-dessus, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour l'agence concernée, le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions de la convention type, et fixent notamment les concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie prévus à l'article L. 710-17.

Art. 13. *Jusqu'aux dates prévues par les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997, les compétences attribuées aux directeurs et aux commissions exécutives desdites agences par la présente ordonnance sont exercées par le représentant de l'Etat dans la région ou dans le département, à l'exception de celles prévues à l'article L. 710-16-2.*

Pendant la même période, les contrats prévus à l'art. L. 710-16-1 sont signés par le représentant de l'Etat dans la région, et les dispositions de l'art. L. 162-22 du code de la sécurité sociale demeurent applicables.

CHAPITRE I^{er}. — MISSIONS ET OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.

Section I. — Dispositions générales.

NOTA. — *Les dispositions des sections I et II du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte, à l'exception de celles du 2° du premier alinéa de l'art. L. 711-4, du premier alinéa de l'art. L. 711-5 et des art. L. 711-9 et L. 711-10 (Ord. n° 96-1122, art. 6).*

Art. L. 711-1. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Art. L. 711-2. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

1° Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2° (L. n° 97-60 du 24 janv. 1997, art. 23-IV) « Des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, dans l'attente de la redéfinition desdits soins qui interviendra au plus tard le 31 décembre 1998 ». — *Les places de section de cure médicale autorisées à la date d'application de la loi du 24 janv. 1997 sont financées par les régimes d'assurance maladie dans un délai de deux ans suivant cette date* (J. O. 25 janv.).

◊ **Art. L. 711-2-1.** (Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, art. 51) Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées.

Section II. — *Dispositions propres au service public hospitalier.*

BIBLIOGRAPHIE. — J. Beer-Gabel, « L'exécution du service public hospitalier par les établissements privés », *A. J. D. A.* 1979, p. 13. — J.-A. Mazères, « La participation des établissements privés à but non lucratif au service public hospitalier », *R. D. S. S.* 1979, p. 25. — J. Autexier, « A la frontière du sanitaire et du social, ou les difficultés d'application de la réforme hospitalière en matière de moyen et long séjour », *R. D. S. S.* 1980, p. 15. — L. del Nista, « Hôpital local et humanisation », *Gestions hospitalières*, nov. 1980. — E. Lalignant, « De quelques conséquences ignorées de la loi du 31 déc. 1970, portant réforme hospitalière », *R. D. S. S.* 1982, p. 21. — C. Devès, « Le service public hospitalier à l'heure de la rigueur », *A. J. D. A.* 1984, p. 478. — J. de Kervasdoué, « Quelle concurrence public/privé dans l'hospitalisation après la publication des ordonnances ? », *Dr. soc.* 1996, n° 9-10, p. 892.

Art. L. 711-3. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1 et, de plus, concourt :

1° A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;

2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

4° A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;

6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente. — *V. infra, L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 29.*

(L. n° 94-43 du 18 janv. 1994, art. 2) Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. — *Entrée en vigueur : 1^{er} janv. 1994.*

Art. L. 711-4. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements publics de santé ;

2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10.

Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.

Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Art. L. 711-5. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 711-4 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 715-11.

Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. (Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, art. 52) « Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 714-36. »

En outre, les établissements visés à l'article L. 711-4 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux visés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé. — *Pour Mayotte, V. Ord. n° 96-1122 du 20 déc. 1996, art. 6, al. 2 (J. O. 20 déc.).*

Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.

BIBLIOGRAPHIE. — M.-L. Richard, C. Celdran, J. Loufrani, « Les modalités juridiques des actions de coopération des établissements publics de santé », *Inform. hospitalières* 1992, n° 35, p. 33.

Art. L. 711-6. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.

Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.

Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires.

Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 qu'en médecine et à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés qui, dispensant ces

soins, répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 ou L. 715-10, ou ont conclu un accord dans les conditions prévues à l'article L. 715-11.

Les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux sont fixées par voie réglementaire.

Art. L. 711-7. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Seuls les établissements de santé, publics ou privés, visés à l'article L. 711-4 dont la mission principale est de dispenser les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U., dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels.

Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret.

Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

BIBLIOGRAPHIE. — Ph. Chenillet et X. Prétot, « Le secours médical d'urgence, éléments pour une clarification », *R. D. S. S.* 1983, p. 659. — A. Steg, « L'urgence à l'hôpital », *Rapport Cons. écon. et soc., J. O. C. E. S.* 12 mai 1989, n° 8. — « Urgences hospitalières », n° spécial de *Techniques hospitalières*, nov. 1993. — X. Prétot, « L'hôpital et les urgences », *Administration* 1994, n° 165, p. 57.

Art. L. 711-8. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les établissements publics de santé peuvent gérer des structures pour toxicomanes, financées sur le budget de l'État, dans les conditions fixées par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Art. L. 711-9. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1^{er}) Les centres hospitaliers régionaux définis à l'article L. 711-6 peuvent comporter une unité chargée de donner avis et conseils spécialisés en matière de diagnostic, pronostic, traitement et éventuellement prévention des intoxications humaines, dénommée centre antipoison.

Les centres antipoison participent à l'aide médicale urgente telle qu'elle est définie par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Leurs missions et les moyens y afférents sont fixés par décret. Une liste nationale des centres hospitaliers régionaux comportant un centre antipoison est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. L. 711-10. (L. n° 85-10 du 3 janv. 1985, art. 102 ; n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 3 et 15) Un ou plusieurs établissements d'hospitalisation publics peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées. Les dispositions des chapitres I^{er}, III et IV seront adaptées par décret en Conseil d'État aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du chapitre II ne leur sont pas applicables. — V. infra, ANNEXE VII, Décr. n° 95-235 du 2 mars 1995.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier. — Ancien art. 4 bis L. n° 70-1318.

Art. L. 711-11. (L. n° 85-1468 du 31 déc. 1985 ; n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 3 et 15) Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les