

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

**w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym  
i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się co następuje:

**ROZDZIAŁ 1  
Przepisy ogólne**

- § 1. Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom określonym w rozporządzeniu oraz w przepisach odrębnych.
- § 2. 1. Pomieszczenia i urządzenia szpitala pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o których mowa w § 1, oraz wymaganiom szczegółowym, określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innych niż szpitali zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, z zastrzeżeniem § 4.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz.315, z 1994r. Nr 121, poz.591, z 1995r. Nr 138, poz.682 i Nr 141, poz.692, z 1996r. Nr 24, poz.110, z 1997r. Nr 121, poz. 769, z 1998r. Nr 106, poz.668, Nr 117, poz.756 i Nr 162, poz.1115, z 1999r. Nr 28, poz.255 i 256, z 2000r. Nr 3, poz.28, Nr 12, poz.136, Nr 43, poz.489, Nr 84, poz.948 i Nr 120, poz.1268, z 2001r. Nr 5 poz.45, Nr 88, poz.961, Nr 100, poz.1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002r. Nr 113, poz. 984 z 2003r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz.1151 i 1152, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, Nr 273, poz. 2703).

- § 3. 1. Pomieszczenia i urządzenia przychodni pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o których mowa § 1, oraz wymaganiom szczegółowym, określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.
2. Przepis ust.1 stosuje się odpowiednio do zakładów opieki zdrowotnej innych niż przychodnia, jeżeli mają udzielać lub udzielają świadczeń obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską.

§ 4. Pomieszczenia i urządzenia szpitala sanatoryjnego pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 5. Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o którym mowa w § 1, oraz wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 6. Pomieszczenia i urządzenia żłobka pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o których mowa w § 1, oraz wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

§ 7. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) szpital specjalistyczny (jednoimienny) – zakład opieki zdrowotnej zamkniętej, ukierunkowany wyłącznie na jedną lub pokrewne specjalności, udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych;
- 2) przychodnia – zakład opieki zdrowotnej otwartej (ambulatoryjnej) prowadzący działalność diagnostyczną i leczniczą zarówno w zakładzie, jak i poza nim;
- 3) oddział łóżkowy – jednostkę organizacyjną grupującą chorych objętych opieką jednej ze specjalności medycznych, lub tym samym stopniem natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- 4) oddział pomocy doraźnej – zespół pomieszczeń zapewniający:
  - a) udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej,
  - b) wykonywanie zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych z ewentualnymi opatrunkami gipsowymi wraz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi;

- 5) odcinek pielęgnacyjny – podstawową jednostkę funkcjonalną i organizacyjną oddziału lub pododdziału organizowaną według kryterium płci, wieku, lub wymagań epidemiologicznych, obsługiwana przez jeden zespół pielęgniarstwa; w szczególnych przypadkach odcinek pielęgnacyjny może być organizowany w zależności od innych wymagań specjalnych, takich jak progresja w postępowaniu leczniczym bez uwzględnienia czynnika płci, wieku lub specjalności medycznej;
- 6) dział - jednostkę organizacyjną szpitala tworzoną według specyfiki prowadzonej działalności oraz podlegającą specyficznej dyscyplinie naukowej lub technicznej; w zależności od tej specyfiki wyróżnia się następujące grupy działów:
  - a) diagnostyczne i zabiegowe, w szczególności medyczne laboratorium diagnostyczne, zakład diagnostyki obrazowej, pracownia badań endoskopowych, zespół operacyjny,
  - b) zaopatrzenia medycznego, w szczególności apteka, centralna sterylizatornia,
  - c) administracyjno-socjalne, w szczególności dział administracyjny, dział statystyki i informacji medycznej oraz dział socjalny,
  - d) gospodarcze, w szczególności kuchnia i pralnia,
  - e) techniczne, w szczególności kotłownia i centralna dezynfektornia – stacja przygotowania łóżek;
- 7) sterylizatornia podręczna – zespół następujących pomieszczeń połączonych okienkiem i służą fartuchową organizowany w zakładzie opieki zamkniętej;
  - a) pomieszczenia mycia i dezynfekcji – przeznaczonego do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, elementów aparatury anestetycznej, obuwia chirurgicznego, wyposażonego w myjnię – dezynfektor,
  - b) pomieszczenia sterylizacji – przeznaczonego do pakietowania narzędzi i materiałów poddawanych sterylizacji, sterylizowania i magazynowania wysterylizowanych materiałów, wyposażonego w nieprzelotowy sterylizator parowy;
- 8) brudownik – pomieszczenie, służące do opróżniania i dezynfekowania, przechowywania kacek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w myjnię – dezynfektor oraz w wentylację mechaniczną wyciągową, organizowany w zakładzie opieki zamkniętej;

- 9) składzik porządkowy – pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu wielokrotnego użycia stosowanego do utrzymywania czystości a w przychodniach do 6 gabinetów badań w których udzielane są świadczenia zdrowotne, służący również do składowania brudnej bielizny i odpadów;
- 10) izolatka – zespół pomieszczeń przeznaczonych dla pobytu jednego pacjenta, spełniający wymagania określone w § 23 organizowany w zakładzie opieki zamkniętej;
- 11) separatka – zespół pomieszczeń przeznaczonych dla jednego lub dwóch pacjentów, spełniający wymagania określone w § 24 organizowany w zakładzie opieki zamkniętej;
- 12) śluza szatniowa – zespół pomieszczeń znajdujących się przed wejściem do działów o podwyższonej aseptyce lub mogących stanowić zagrożenie epidemiologiczne ze względu na charakter wykonywanych czynności, spełniający wymagania określone w § 26;
- 13) poczekalnia pacjentów – pomieszczenie organizowane przed gabinetami, w których przeprowadzane są badania lub zabiegi;
- 14) sterylizacja – proces, w wyniku którego zostają zniszczone wszystkie drobnoustroje oraz ich formy przetrwalnikowe przez zastosowanie czynników fizycznych lub chemicznych;
- 15) dezynfekcja – proces, w wyniku którego zostają zniszczone formy wegetatywne drobnoustrojów za pomocą metod fizycznych, chemicznych lub biologicznych;
- 16) modularna szerokość pokoju łóżkowego – szerokość pomieszczenia umożliwiająca optymalne ustawienie w nim łóżek, przyjęta jako moduł projektowy;
- 17) węzeł komunikacji pionowej – klatka schodowa wraz z zespołem dźwigów osobowych, dostępne ze wspólnego holu;
- 18) śluza umywalkowo-fartuchowa – zespół pomieszczeń spełniający wymagania określone w § 24;
- 19) kabina higieny osobistej – wyodrębnione pomieszczenie wyposażone w bidet, miskę ustępową i umywalkę.

## **ROZDZIAŁ 2**

### **Wymagania ogólnoprzestrzenne**

- § 8.
1. Zakład opieki zdrowotnej powinien stanowić samodzielny budynek lub zespół budynków.
  2. Dopuszcza się lokalizowanie zakładu opieki zdrowotnej w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitej izolacji pożarowej od pomieszczeń innych użytkowników budynku i zapewnienia dojazdów.
  3. Pomieszczenia zakładu nie powinny znajdować się poniżej parteru. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, z wyjątkiem pokoi chorych, poniżej parteru, pod warunkiem obniżenia otaczającego terenu 30 cm poniżej podłogi przyległych pomieszczeń, poprzez wykonanie skarpy o nachyleniu nie większym niż 45°.
  4. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń o charakterze technicznym i pomocniczym jak magazyny, szatnie personelu, kuchnie, pralnie, poniżej poziomu parteru.
  5. W każdej jednostce organizacyjnej powinien znajdować się co najmniej jeden składzik porządkowy zgodnie z podziałem funkcjonalnym zakładu.
- § 9. Pomieszczenia działów i oddziałów łóżkowych szpitala, z wyjątkiem działu administracyjno-socjalnego, nie mogą być przechodnie.
- § 10. Działy szpitalne, w których udzielane są świadczenia zdrowotne dla pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych powinny być tak usytuowane, aby dostęp do nich obu grup pacjentów odbywał się nie krzyżującymi się ciągami komunikacyjnymi.
- § 11. Kształt i powierzchnia pomieszczenia powinny umożliwiać prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.
- § 12.
1. Podłogi pomieszczeń, w tym również ciągów komunikacyjnych przeznaczonych dla ruchu pacjentów, lokalizowanych na tej samej kondygnacji powinny znajdować się na jednym poziomie.
  2. W obiektach przebudowywanych dopuszcza się zróżnicowanie poziomu podłóg pomieszczeń położonych na tej samej kondygnacji, pod warunkiem zastosowania pochylni o nachyleniu wynikającym z przepisów prawa budowlanego.

- § 13. W zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być stosowane zsypy dla odpadów, brudnej bielizny lub innych materiałów.
- § 14. Przy wejściach do obiektów, w których znajdują się zakłady opieki zdrowotnej, powinny być urządzone dojazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%.

### **ROZDZIAŁ 3**

#### **Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń**

- § 15. 1. Główny hol wejściowy zakładu opieki zdrowotnej powinien być wyposażony w:
- 1) miejsce dla okryć wierzchnich osób przychodzących;
  - 2) punkt informacyjny (informacyjno – rejestracyjny);
  - 3) ustępy;
  - 4) wydzielone miejsce na wózki (dziecięce lub inwalidzkie).
2. W głównym holu wejściowym mogą znajdować się, inne niż wymienione w ust. 1 pomieszczenia, pod warunkiem, że nie kolidują z jego funkcją podstawową.
3. Pomieszczenia, o których mowa w ust. 1, powinny być zlokalizowane w sposób umożliwiający swobodny dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.
4. W odniesieniu do przychodni do 6 gabinetów badań realizacja funkcji pomieszczeń wymienionych w ust.1 pkt 1-3 może być zapewniona przez wyznaczenie odrębnych przestrzeni w obrębie holu głównego.
- § 16. 1. Punkt pobierania prób do analiz wraz z boksem przyjmowania materiałów i wydawania wyników może być częścią laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego lub zakładu.
2. Pomieszczenia, o których mowa w ust.1, powinny być dostępne z poczekalni dla pacjentów ambulatoryjnych, w szczególności mogą być one usytuowane bezpośrednio przy zakładach lub w przychodni.
- § 17. Pokoje łóżkowe na oddziałach szpitalnych należy przewidywać dla pobytu stałego nie więcej niż 5 pacjentów.

- § 18. 1. Powierzchnia pokoi łóżkowych w zależności od oddziału powinna wynosić:
- 1) w przypadku oddziału o zunifikowanym układzie przestrzennym, w tym pododdziałów dla dzieci starszych:
    - a) pokoju 1-łóżkowego – co najmniej  $12,0 \text{ m}^2$ ,
    - b) pokoju 2-łóżkowego - co najmniej  $14,0 \text{ m}^2$ ,
    - c) pokoju 3-5 łóżkowego - co najmniej  $6,0 \text{ m}^2$  na 1 łóżko;
  - 2) w przypadku oddziału położniczego:
    - a) w systemie matka z dzieckiem:
      - pokoju 1-łóżkowego - co najmniej  $14,0 \text{ m}^2$ ,
      - pokoju 2-łóżkowego - co najmniej  $18,0 \text{ m}^2$ ,
    - b) w systemie korespondencyjnym:
      - pokoju 3-łóżkowego matek - co najmniej  $18,0 \text{ m}^2$ ,
      - pokoju 7-łóżkowego noworodków - co najmniej  $18,0 \text{ m}^2$ ;
  - 3) w przypadku oddziału dziecięcego i noworodkowego:
    - a) pokoje dla dzieci młodszych :
      - pokoju 1-łóżkowego - co najmniej  $8,0 \text{ m}^2$ ,
      - pokoju 2-łóżkowego - co najmniej  $10,0 \text{ m}^2$ ,
      - pokoju 3-łóżkowego - co najmniej  $14,0 \text{ m}^2$ ,
      - pokoju 4-łóżkowego - co najmniej  $18,0 \text{ m}^2$ ,
    - b) na każde stanowisko noworodka należy przyjmować :
      - w pokoju noworodków obserwowanych i wcześniaków –  $5,0 \text{ m}^2$ ,
      - w pokoju intensywnej opieki noworodka –  $10,0 \text{ m}^2$ ;
  - 4) w przypadku oddziału intensywnej terapii:
    - a) pokój 1-stanowiskowy – co najmniej  $18,0 \text{ m}^2$ ,
    - b) pokój wielostanowiskowy – co najmniej  $16,0 \text{ m}^2$  na 1 stanowisko;
  - 5) w przypadku intensywnego nadzoru kardiologicznego – co najmniej  $14,0 \text{ m}^2$  na każde łóżko;
  - 6) w przypadku pokoi dializ łącznie ze stanowiskiem nadzoru pielęgnarskiego:
    - a) pokój 1-stanowiskowy – co najmniej  $14,0 \text{ m}^2$ ,
    - b) pokój 2-stanowiskowy – co najmniej  $24,0 \text{ m}^2$ ,
    - c) pokój wielostanowiskowy – co najmniej  $10,0 \text{ m}^2$  na 1 stanowisko.

§ 19. 1. Co najmniej 10% ogólnej liczby łóżek oddziału należy umieszczać w pokojach 1 lub 2 łóżkowych wyposażonych we własne pomieszczenia higieniczno - sanitarne.

2. Przepis ust. 1 nie dotyczy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 20. Łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

§ 21. Odstępy między łózkami powinny wynosić co najmniej 0,7 m, a od ściany zewnętrznej - co najmniej 0,8 m.

§ 22. Modularna szerokość pokoju łóżkowego powinna umożliwiać wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych łóżek.

§ 23. 1. Izolatka w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej składa się z:

1) pomieszczenia pobytu pacjenta o powierzchni co najmniej 8,0 m<sup>2</sup> wyposażonego w umywalkę;

2) pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażonego co najmniej w ustęp, umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, natrysk i myjnię – dezynfektor basenów, dostępnego z pomieszczenia pobytu;

3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

2. Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia (ciśnienie w izolatce niższe niż na korytarzu i w śluzie).

3. Pomieszczenie pobytu pacjenta powinno mieć bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku.

§ 24. 1. Separatka w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej składa się z:

1) pomieszczenia pobytu pacjentów o powierzchni:

a) dla 1 pacjenta co najmniej – 8,0 m<sup>2</sup>,

b) dla 2 pacjentów co najmniej – 12,0 m<sup>2</sup>

- wyposażonego w umywalkę;

2) pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażonego co najmniej w ustęp i umywalkę i dozownik mydła w płynie dostępne z pomieszczenia pobytu;



- 3) służy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

§ 25. Śluza umywalko-fartuchowa powinna być wyposażona w:

- 1) 2 zespoły wieszaków lub szafek ubraniowych usytuowane po obu stronach umywalki;
- 2) dozownik z mydłem w płynie uruchamiany bez użycia dłoni;
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez użycia dłoni;
- 4) pojemnik na ręczniki jednorazowego użycia.

§ 26. 1. Śluza szatniowa składa się z:

- 1) szatni brudnej, przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w dwudzielną szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwiu;
  - 2) szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubrania w czyste ubranie jednorazowego użycia oraz obuwiu służące do poruszania się w strefie do której będzie wchodził pracownik, wyposażonej w: obuwiu nadające się do mycia i dezynfekcji, regał na obuwiu, regał na czyste ubrania, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez użycia dłoni;
  - 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdującego się między szatnią czystą i brudną, w skład którego wchodzi ustęp, natrysk i umywalka.
2. Dla słuzy szatniowej powierzchnię ustala się przyjmując co najmniej 0,3 m<sup>2</sup> wolnej powierzchni dla każdej szatni na jednego pracownika korzystającego z tej słuzy, lecz nie mniej niż 4,0 m<sup>2</sup>.

§ 27. 1. Wielkość poczekalni pacjentów określa się przyjmując co najmniej 2,0 m<sup>2</sup> na gabinet lekarski lub zabiegowy bez powierzchni komunikacyjnych.

§ 28. 1. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne na oddziałach łóżkowych mogą być:

- 1) zbiorowe – dla odcinka pielęgnacyjnego lub
  - 2) indywidualne – przy pokojach.
2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne, o których mowa w ust.1, powinny być wyposażone w:
- 1) ustęp;

- 2) umywalkę;
  - 3) natrysk przystosowany dla osób niepełnosprawnych.
3. Zbiorowe pomieszczenia higieniczno-sanitarne, o których mowa w ust.1 pkt 1, powinny być odrębne dla kobiet i mężczyzn.

§ 29. 1. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne powinny być urządzone odrębnie dla pacjentów i dla personelu zakładu.

2. Na każdej kondygnacji dostępnej dla osób niepełnosprawnych, co najmniej jedno z ogólnodostępnych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych powinno być przystosowane dla tych osób i powinno spełniać przepisy prawa budowlanego.
3. W przychodniach do 6 gabinetów badań co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów powinno być dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo.

§ 30. 1. Do ustalenia liczby ustępów dla pacjentów na oddziałach łóżkowych należy stosować następujące wskaźniki:

- 1) co najmniej 1 miska ustępowa i 1 pisuar - na 20 mężczyzn oraz
  - 2) co najmniej 1 miska ustępowa na 15 kobiet.
2. PrzedSIONKI ustępów muszą być wyposażone w umywalki w taki sposób, aby 1 umywalka przypadła na co najmniej 3 miski ustępowe lub pisuary, lecz nie mniej niż 1 umywalka w zespole.

§ 31. Każdy pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą.

§ 31. 1. Organizacja kuchenek oddziałowych w szpitalach uzależniona jest od przyjętego w szpitalu systemu dystrybucji posiłków i mycia naczyń stołowych:

- 1) w przypadku centralnej dystrybucji (system tacowy) i centralnego mycia lub zaopatrywania szpitala w posiłki przygotowywane poza zakładem - oddział lub odcinek powinien być wyposażony w kuchenkę przeznaczoną wyłącznie do przyrządzania i podgrzewania napojów oraz podgrzewania posiłków; w tym przypadku z centralnego mycia naczyń powinny być wyłączone naczynia z oddziałów zakaźno-obserwacyjnych oraz chorób płuc i gruźlicy i które powinny być dostarczane po dezynfekcji termicznej maszynowej;

- 2) w przypadku rozdziału posiłków dostarczanych z kuchni centralnej zlokalizowanej na terenie zakładu i mycia naczyń na oddziale, kuchenka oddziałowa powinna posiadać na jednej ścianie ciąg technologiczny podgrzewania i rozdziału posiłków oraz przechowywania naczyń stołowych, na drugiej zaś ciąg mycia naczyń ze zlewozmywakiem dwukomorowym i maszyną do mycia naczyń oraz umywalkę;
  - 3) w oddziałach: dziecięcym, położniczo-ginekologicznym, zakaźno - obserwacyjnym a także chorób płuc i gruźlicy, kuchenka oddziałowa w przypadku rozdziału posiłków dostarczanych z kuchni centralnej i mycia naczyń na oddziale, powinna składać się z dwu pomieszczeń: kuchenki właściwej i zmywalni naczyń, w której powinna znajdować się maszyna do mycia naczyń;
  - 4) w oddziałach dziecięcym i położniczo-ginekologicznym kuchenka właściwa i zmywalnia powinny być połączone ze sobą okienkiem podawczym, a w oddziałach zakaźno-obserwacyjnych oraz chorób płuc i gruźlicy przelotowym sterylizatorem.
  2. Niezależnie od organizacji kuchenki oddziałowej należy w niej zainstalować umywalkę oraz zlewozmywak dwukomorowy a także hermetycznie zamykane pojemniki na odpady pokonsumpcyjne.
  3. W oddziałach (pododdziałach) łóżkowych, na których przebywają niemowlęta lub noworodki, powinna być urządzona kuchenka mleczna przystosowana do przygotowywania mieszanek
  4. Zespół pomieszczeń kuchenki mlecznej powinien umożliwiać:
    - 1) przygotowywanie mieszanek i napojów na wodzie oczyszczonej (aqua purificata w rozumieniu Farmokopei Polskiej);
    - 2) mycie butelek i smoczków;
    - 3) sterylizację butelek i smoczków - w przypadku gdy nie są one dostarczane z centralnej sterylizatorni.
  5. W szpitalu może być także urządzona kuchnia mleczna.
  6. Wymagania zawarte w ust. 3 - 5 nie dotyczą przypadków stosowania gotowych mieszanek dostarczanych w sterylnych opakowaniach jednorazowego użytku.
- § 33. W oddziałach i działach łóżkowych zakładu powinno znajdować się pomieszczenie lub miejsce przeznaczone do składowania bielizny czystej.

- § 34. Leki cytostatyczne powinny być przygotowywane w pomieszczeniu wyposażonym w łożę z nawiewem laminarnym - bezpieczną zapewniającą usuwanie oczyszczonego przez nią powietrza na zewnątrz.
- § 35. 1. Dla pracowników zakładu należy zorganizować pomieszczenia higieniczno-sanitarne na zasadach określonych w przepisach o bezpieczeństwie i higienie pracy.
2. Dla pracowników kuchni, pralni, punktu unieszkodliwiania odpadów, kotłowni, warsztatów, zwierzętarni, zakładu patomorfologii (jeżeli jest zlokalizowany w osobnym pawilonie), oddziału zakaźno-obszewacyjnego oraz chorób płuc i gruźlicy należy zorganizować odrębne szatnie. Dla oddziału zakaźno-obszewacyjnego oraz chorób płuc i gruźlicy należy urządzić szatnie przepustowe.
3. Dopuszcza się wspólne szatnie dla pracowników technicznych warsztatów, kotłowni, zaplecza magazynowego i obsługi terenu.
- § 36. 1. Minimalna szerokość korytarza przeznaczonego do transportu pacjentów przewożonych na łózkach lub wózkach powinna wynosić 2,2 m w świetle.
2. W przypadku zastosowania wnęk przypokojowych o minimalnej głębokości 0,8 m lub jednostronnego obudowania korytarzy pomieszczeniami, minimalna szerokość może wynosić 2,0 m w świetle.
- § 37. Minimalna szerokość korytarza w działach o zwiększonym ruchu wózków lub łózek z pacjentami (zespół operacyjny, oddział ratunkowy, oddział pomocy doraźnej, przyjęć i wypisów, oddział anestezjologii i intensywnej terapii) powinna wynosić 2,8 m w świetle.
- § 38. Szerokość korytarzy, o których mowa w § 36 i 37, nie może być zawężona drzwiami otwierającymi się na korytarz z dostępnych z niego pomieszczeń.
- § 39. 1. W oddziałach i działach przy pochylniach i schodach oraz w korytarzach i zespołach sanitarnych powinny być poręcze, pochwyty lub inne podobne urządzenia.
2. Pochwyty w korytarzach mogą stanowić jednocześnie listwy odbojowe.

- § 40. 1. Minimalna szerokość tuneli, w tym podziemnych, łączących wydzielone pawilony z zespołem głównym, którymi odbywa się ruch wózków akumulatorowych i innych urządzeń transportowych, powinna wynikać z organizacji ruchu, w tym warunków ewakuacji.
2. Z tuneli o długości powyżej 20,0 m powinna być możliwość wyjazdu na powierzchnię terenu.
- § 41. W szpitalach, wózki przeznaczone do transportu, w szczególności zwłok, żywności, bielizny, materiałów skażonych i sterylnych, powinny zapewniać szczelne zamknięcie przestrzeni ładunkowej.
- § 42. Meble w zakładzie opieki zdrowotnej powinny umożliwiać ich mycie oraz za wyjątkiem mebli w pomieszczeniach administracyjno-biurowych dezynfekowania.

## **R O Z D Z I A Ł 4**

### **Wymagania ogólnobudowlane**

- § 43. 1. Sale operacyjne, pokoje łóżkowe oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz sale (gabinety) diagnostyki obrazowej powinny być wyposażone w antystatyczne wykładziny podłogowe lub wykładziny z instalacją do odprowadzenia ładunków elektrycznych.
2. W pomieszczeniach, w których znajdują się urządzenia wyposażone w medyczną aparaturę komputerową powinny być stosowane antystatyczne wykładziny podłogowe.
- § 44. 1. Podłogi powinny być wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.
2. Przepis ust.1 nie dotyczy działów administracyjno-socjalnych.
3. Podłogi drewniane mogą być stosowane wyłącznie w salach kinezyterapii i pomieszczeniach administracyjnych oraz oddziałach sanatoryjnych.

4. Cokoły przy podłogach pomieszczeń lekarsko-zabiegowych oraz łóżkowych a także korytarzy komunikacyjnych powinny być wykonane do wysokości co najmniej 10 cm z materiałów odpowiadających wymaganiom dla podłóg w tych pomieszczeniach.
  5. Styki cokołów z posadzką powinny być zaokrąglone.
- § 45. 1. Ściany pomieszczeń, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i technicznych, powinny być zmywalne do wysokości 2,05 m.
2. W pomieszczeniach wymagających częstej dezynfekcji lub utrzymania aseptyki, ściany na całej wysokości powinny być wyłożone materiałami trwałymi, gładkimi, zmywalnymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.
- § 46. Ściany przy umywalkach i zlewozmywakach powinny być pokryte do wysokości co najmniej 1,6 m i szerokości co najmniej 0,6 m poza obrys urządzenia materiałami o cechach wymienionych w § 45 ust. 2.
- § 47. W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności oddziałów o charakterze infekcyjnym, pracowni mikrobiologicznych, sal operacyjnych, zabiegowych i porodowych, pokoi łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej opieki, pooperacyjnych, oparzeniowych, pomieszczeń przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz pomieszczeń produkcyjnych kuchni, pralni, centralnej sterylizatorni, centralnej dezynfektorni - stacji przygotowania łóżek, powinny one być wykonane w sposób zapewniający całkowitą szczelność i gładkość powierzchni.
- § 48. 1. Budynek zakładu opieki zdrowotnej posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w dźwigi, zgodnie z przepisami prawa budowlanego.
2. Budynek szpitala posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w dźwigi zgodnie z odrębnymi przepisami, o liczbie zależnej od liczby pacjentów i liczby kondygnacji jednak nie mniej niż dwa dźwigi umożliwiające transport chorych na wózkach i łóżkach.

3. Budynek mieszczący szpital do 50 łóżek lub budynek, w którym mieści się taki zakład posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w co najmniej jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łózkach.
  4. W budynkach zakładów opieki zdrowotnej, innych niż wymienione w ust. 2 i 3 posiadających do dwóch kondygnacji dźwig można zastąpić innym urządzeniem technicznym umożliwiającym wjazd niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich na wyższą kondygnację.
  5. W oddziałach psychiatrycznych i żłobkach dopuszcza się odstępstwo od wymagań określonych w ust. 1-3.
  6. Wymagania określone w ust.1- 4 nie dotyczą zakładów przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.
- § 49. 1. Wysokość pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi, poza wymaganiami określonymi w przepisach prawa budowlanego, powinna uwzględniać gabarytowe wymagania wynikające z instalowanego w nich sprzętu specjalistycznego.
2. Wysokość sal operacyjnych oraz zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi wymagające znieczulenia ogólnego, a także pomieszczenia w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle stropu podwieszonego.
  3. Wysokość pokoi łóżkowych w szpitalach powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.
  4. W szpitalach do 50 łóżek dopuszcza się wysokość pokoi łóżkowych wynikającą z wymagań przepisów prawa budowlanego.
  5. Dopuszcza się zmniejszenie wysokości pomieszczeń wymienionych w ust. 2 i 3 o 5 %, zmniejszenie wysokości wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora .
- § 50. Każde pomieszczenie powinno być wyposażone w wentylację zgodnie z wymaganiami prawa budowlanego, z zastrzeżeniem § 66 i § 67.
- § 51. 1. Szerokość drzwi, przez które może odbywać się ruch pacjentów na łózkach, powinna wynosić co najmniej 1,1 m, a do sal operacyjnych – co najmniej 1,2 m.

2. Dopuszcza się zmniejszenie szerokości drzwi do pomieszczeń wymienionych w ust. 1 o 10 %. Zmniejszenie szerokości wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
3. W przypadku konieczności stosowania drzwi szerszych niż określone w ust. 1, w szczególności w przypadku pracowni rentgenowskich lub ciągów komunikacyjnych, należy stosować drzwi co najmniej półtoraskrzydłowe, z tym że część szersza powinna mieć co najmniej 1,1 m.

§ 52. 1. W zakładzie opieki zdrowotnej nie mogą być instalowane drzwi przesuwne, obrotowe oraz wahadłowe.

2. Dopuszcza się stosowanie drzwi przesuwnych w przypadkach, gdy posiadają one ciężką izolację przeciwko promieniowaniu jonizującemu oraz w zespole operacyjnym w salach operacyjnych, a także w pomieszczeniach do nich przyległych, w szczególności w pokojach przygotowania chorego i lekarzy oraz w amfiladowych pomieszczeniach oddziału ratunkowego (SOR) i oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (OIT) pod warunkiem spełnienia wymagania prawa budowlanego w zakresie przepisów o drogach ewakuacyjnych.
3. Konstrukcja drzwi przesuwnych, o których mowa w ust. 2, powinna zapewniać ich szczelność oraz umożliwiać dezynfekcję drzwi wraz z prowadnicami.
4. Dopuszcza się również stosowanie drzwi przesuwnych w obiektach istniejących w pomieszczeniach nieprzeznaczonych do pobytu ludzi.
5. Dopuszcza się stosowanie drzwi przesuwnych lub obrotowych, jeżeli stanowią one główne wejście do zakładu, posiadającego także drzwi rozwierane.

§ 53. 1. Okna w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny posiadać wszystkie elementy otwierane (rozwieralne lub rozwieralno – uchylne). W zakładach opieki zamkniętej okna powinny być wyposażone w nawiewniki usytuowane w górnej części otworu okiennego zaopatrzone w system regulacji dostępny z poziomu podłogi, a skrzydła okienne powinny mieć regulowany stopień otwarcia.

2. Wymagania zawarte w ust. 1 nie dotyczą pomieszczeń wyposażonych w klimatyzację.

§ 54. Wykończenie muru podokiennego i ościeży w pomieszczeniach o podwyższonej aseptyce powinno być wykonane z materiału użytego do wykończenia ścian.



## **R O Z D Z I A Ł 5**

### **Oświetlenie dzienne**

- § 55. 1. Pomieszczenia przeznaczone na pobyt pacjentów i pracowników powinny mieć zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego, z zastrzeżeniem § 56.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy pomieszczeń, w których ze względu na przeznaczenie i wymagania technologiczne niewskazane jest oświetlenie światłem dziennym w szczególności sal operacyjnych, sal diagnostyki obrazowej, ciemni i sal audio – wizualnych, lub gdy jest to uzasadnione ze względów funkcjonalno-organizacyjnych, takich jak w szczególności pomieszczenia rejestracji, punkty pielęgniarские lub gabinety badań w oddziale pomocy doraźnej oraz dziale przyjęć.
- § 56. 1. Dopuszcza się brak oświetlenia dziennego w pomieszczeniach przeznaczonych do pobytu ludzi, w przypadku braku możliwości uzyskania dostępu do okien ze względów funkcjonalnych lub technicznych, pod warunkiem zapewnienia w tych pomieszczeniach odpowiedniego oświetlenia sztucznego oraz wentylacji mechanicznej lub klimatyzacji w zależności od przeznaczenia.
2. Zgodę na brak oświetlenia dziennego w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi, w przypadkach innych niż technologiczne, może wyrazić w formie decyzji państwowy wojewódzki inspektor sanitarny na warunkach określonych w przepisach prawa budowlanego.
- § 57. 1. Korytarze powinny mieć dwustronne czołowe oświetlenie dzienne oraz zapewnioną możliwość wietrzenia w przypadku gdy obiekt posiada wyłącznie wentylację grawitacyjną.
2. Korytarz pozbawiony oświetlenia czołowego lub dłuższy niż 20,0 m przy oświetleniu czołowym jednostronnym oraz dłuższy niż 40,0 m przy oświetleniu czołowym dwustronnym powinien mieć boczne zatoki rozświetlające co 20,0 m.
3. W szpitalach do 50 łóżek i przychodniach do 6 gabinetów badań dopuszcza się korytarze i poczekalnie bez oświetlenia dziennego, pod warunkiem zapewnienia odpowiedniego oświetlenia sztucznego i właściwej wentylacji.

§ 58. Jeżeli orientacja okien pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi może powodować nadmierne naświetlenie tych pomieszczeń, powinny być zainstalowane urządzenia zabezpieczające przed nadmierną penetracją promieni słonecznych i przegrzewaniem. Urządzenia te muszą być łatwe do utrzymania w czystości oraz nie mogą powodować gromadzenia się w nich zanieczyszczeń.

## **ROZDZIAŁ 6**

### **Wymagania dotyczące instalacji**

§ 59. Zakłady opieki zdrowotnej powinny być wyposażone w instalacje:

- 1) wodociągowo – kanalizacyjną;
- 2) grzewczo – wentylacyjną;
- 3) elektryczną;
- 4) teletechniczną;
- 5) inne – gdy wynika to z potrzeb technologicznych lub przeciwpożarowych.

§ 60. W pomieszczeniach zabiegowych, szluzach i pokojach dla poparzonych należy instalować umywalki z bateriami ciepłej i zimnej wody, uruchamiane bez użycia dłoni.

§ 61. 1. Wszystkie gabinety badań i pokoje zabiegowe powinny być wyposażone w umywalki.

2. Pokoje zabiegowe oraz pomieszczenia, w których przewiduje się udzielanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, powinny być wyposażone w zlew co najmniej jednokomorowy.

§ 62. Nie dopuszcza się instalowania w zakładach opieki zdrowotnej wanien stałych, z wyjątkiem wanien przeznaczonych dla celów terapeutycznych. Mycie chorych powinno odbywać się w natrysku bądź na ruchomym wózku (wózek – wanna) nad kratką ściekową.

§ 63. W pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej nie dopuszcza się instalacji gazu palnego, z wyjątkiem działów laboratoryjnych, technicznych i gospodarczych wyposażonych w urządzenia zasilane gazem, takich jak w szczególności laboratorium diagnostyczne, kotłownia lub kuchnia centralna.

- § 64. 1. Instalacje powinny być podtynkowe lub wtynkowe, chyba że przepisy określające warunki techniczne, jakim powinny odpowiadać obiekty budowlane, stanowią inaczej.
2. Instalacje elektryczne powinny być w całości instalacjami krytymi lub prowadzone na specjalnych konstrukcjach w zamkniętych przestrzeniach technicznych.

- § 65. 1. Grzejniki powinny być mocowane do ściany nie niżej niż 0,10 m od podłogi i nie bliżej niż 0,10 m od lica ściany wykończonej. W zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia dopuszcza się z wyjątkiem pomieszczeń o podwyższonej aseptryce zainstalowanie grzejników nie bliżej niż 6 cm od lica ściany wykończonej.
2. Grzejniki powinny być gładkie, umożliwiające ich mycie i utrzymanie w czystości.
3. Nie dopuszcza się ogrzewania sufitowego oraz instalowania grzejników z rur ożebrowanych, z wyjątkiem pomieszczeń technicznych.

- § 66. 1. Wszystkie pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej powinny mieć zapewnioną co najmniej 1,5-krotną wymianę powietrza na godzinę.
2. W pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza przekraczająca 2-krotną wymianę na godzinę, powinna być zainstalowana wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna.
3. Przepis ust. 2 stosuje się w szczególności do: pomieszczeń do prac jałowych, pracowni laboratoryjnych, centralnej sterylizatorni, dezynfektorni, stacji przygotowania łóżek pomieszczeń zabiegów hydro - i kinezyterapeutycznych, sal elektro i światłolecznictwa, sal dializ, sal sekcyjnych, sal porodowych, oddziałów noworodków, sal endoskopii, pracowni diagnostyki obrazowej, ciemni i pracowni fotograficznych, pomieszczeń zakładu medycyny nuklearnej, pracowni stomatologicznych, kuchni, pralni i centralnej stacji łóżek.

4. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych i pomocniczych dopuszcza się wentylację mechaniczną wywiewną z zapewnieniem dopływu powietrza z zewnątrz pomieszczenia.
- § 67. W pomieszczeniach, w których względy technologiczne lub podwyższony standard tego wymagają, należy stosować klimatyzację. Zaleca się klimatyzowanie pokoi noworodków.
- § 68. W pomieszczeniach wymagających wysokiego stopnia czystości mikrobiologicznej instalacja klimatyzacji lub wentylacji mechanicznej powinna zapewniać nawiew powietrza poprzez filtr zapewniający wymaganą czystość powietrza.
- § 69. W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach gdzie stosowany jest podtlenek azotu nawiew powietrza powinien odbywać się górną, a wyciąg powietrza w 20% górną i w 80% dołem. Rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.
- § 70. 1. Wentylacja mechaniczna i klimatyzacja powinna być grupowana w zespoły nawiewno – wywiewne. Każdy z zespołów może obsługiwać pomieszczenia o porównywalnym poziomie wymagań sanitarnych i zbliżonej funkcji.
2. Wentylacja mechaniczna i klimatyzacja powinna podlegać okresowemu czyszczeniu, a instalacja klimatyzacji powinna podlegać ponadto dezynfekcji.
- § 71. W pomieszczeniach, w których wykorzystywane będą gazy medyczne, osprzęt instalacji elektrycznych należy instalować na wysokości 1,6 m nad posadzką.
- § 72. Osprzęt instalacji elektrycznych w pokojach, w których przebywają dzieci bez nadzoru dorosłych oraz na oddziałach psychiatrycznych powinien być zabezpieczony przed dostępem pacjentów i instalowany na wysokości 1,8 m nad posadzką.
- § 73. Podstawowymi źródłami zaopatrzenia w wodę i nośniki energetyczne powinny być miejscowe sieci uzbrojenia komunalnego i energetyki.
- § 74. 1. Rezerwowymi źródłami zaopatrzenia zakładu opieki zamkniętej powinny być:

- 1) dla zaopatrywania w wodę:
  - a) własne ujęcie ze studni głębinowej zapewniające ciągłą dostawę wody,
  - b) przepływowe zbiorniki retencyjne o co najmniej 1-dobowym zapasie wody;
- 2) dla zaopatrzenia w ciepło, w zależności od lokalnych warunków, powinien być stosowany jeden z następujących sposobów:
  - a) własna kotłownia zaspakajająca wszystkie potrzeby ciepłe obiektu,
  - b) własna kotłownia technologiczno-awaryjna zaspakajająca potrzeby technologiczne i grzewcze w zakresie niezbędnym do funkcjonowania zakładu,
  - c) zewnętrzne źródła ciepła, zapewniające w sposób ciągły dostawę energii cieplnej;
- 3) dla zasilania w energię elektryczną – agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej szpitala, a także zasilacze bezprzerwowe (UPS) z odpowiednim podtrzymaniem zasilania i ewentualnie baterie akumulatorów.

2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się do przychodni oraz do gabinetów lekarskich.

§ 75. Kotłownia szpitalna i inne urządzenia techniczne nie mogą powodować uciążliwości dla pomieszczeń, w których przebywają pacjenci i pracownicy zakładu oraz pomieszczeń diagnostyczno-leczniczych. Nie powinny one również powodować zakłóceń pracy urządzeń w pomieszczeniach diagnostyczno-leczniczych.

## **R O Z D Z I A Ł 7**

### **Przepisy przejściowe i końcowe**

§ 76. 1. Zakład opieki zdrowotnej, prowadzący działalność w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, niespełniający wymagań określonych w przepisach tego rozporządzenia dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań w terminie do dnia:

- 1) 31 grudnia 2010 r. – w przypadku szpitali i innych zakładów przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych;
- 2) 31 grudnia 2008 r. – w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, przedstawi, w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej, program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach tego rozporządzenia, zwany dalej „programem”, zaopiniowany pozytywnie przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do szpitali, przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

3. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez:

- 1) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – program opiniuje Państwowy Inspektor Sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 2) Ministra Obrony Narodowej – program opiniuje Wojskowy Inspektor Sanitarny.

§ 77. 1. Z dniem wejścia w życie rozporządzenia wygasają decyzje określające termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu do przepisów wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

2. Do postępowania toczącego się w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w sprawie wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru w związku z naruszeniem przepisów wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy niniejszego rozporządzenia.

§ 78. Wymagania określone w § 7 ust. 2 nie dotyczą zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 79. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366, z 1993 r. Nr 16 poz. 77, z 1994 r. Nr 26, poz. 95, z 1998 r. Nr 37, poz. 214 oraz z 1999 r. Nr 94, poz. 1098, oraz z 2004 r. Nr 251 poz. 2517 i 2518).

§ 80. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2005 r.

projekt z dnia 08.06.2005 r.

**MINISTER ZDROWIA**

Załączniki do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia z dnia .....2005r. (poz....)

### **Załącznik nr 1**

## **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POD WZGLĘDEM FACHOWYM I SANITARNYM POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA SZPITALA**

### **I. Oddział pomocy doraźnej oraz dział przyjęć**

1. Oddział pomocy doraźnej należy organizować w szpitalach, w których nie przewiduje się oddziału ratunkowego (SOR), z wyjątkiem zakładów przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.
2. Usytuowanie oddziału pomocy doraźnej powinno zapewnić jego łatwą komunikację z:
  - 1) oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii;
  - 2) zespołem operacyjnym;
  - 3) zespołem diagnostyki obrazowej;
  - 4) węzłem komunikacji pionowej.
3. Dział przyjęć organizowany jest przede wszystkim dla przyjęć planowanych, niewymagających pomocy doraźnej. Powinien on stanowić osobny ciąg funkcjonalny, oddzielony od oddziału ratunkowego (SOR) lub oddziału pomocy doraźnej.
4. Dział przyjęć z oddziałem ratunkowym (SOR) lub oddziałem pomocy doraźnej powinien posiadać bezpośrednio zadaszone wejście z dojazdem, umożliwiające podjazd dla dwóch karetek pogotowia jednocześnie. Przetransportowanie chorego z karetki lub samochodu powinno odbywać się w pomieszczeniu zamkniętym, przelotowym dla karetek.
5. Zakłady do 50 łóżek, zakłady opieki paliatywnej lub sanatoria mogą być wyposażone w podjazd dla jednej karetki, a przetransportowanie chorego z karetki lub samochodu może odbywać się w przestrzeni zadaszonej i otwartej.



6. W skład działu przyjęć powinny wchodzić pomieszczenia zapewniające:
  - 1) przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala;
  - 2) rejestrację pacjentów.
7. Rozwiązanie przestrzenne działu przyjęć powinno zapewniać sprawny ruch pacjentów wewnątrz oddziału.
8. Gabinety badań lekarskich oraz pomieszczenia diagnostyczne i zabiegowe powinny być dostępne z dwóch stron:
  - 1) od strony poczekalni (ruch brudny);
  - 2) od strony ruchu wewnątrzoddziałowego (ruch czysty).
9. Z gabinetów badań lekarskich powinny być dostępne łazienki przyjęć pacjentów z wyjściem na korytarz ruchu wewnątrzoddziałowego. Pomieszczenia te mogą być oświetlone wyłącznie światłem sztucznym.
10. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się gabinety badań lekarskich oraz pomieszczenia diagnostyczne i zabiegowe dostępne jednostronnie.
11. Jeżeli nie przewiduje się osobnego działu przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału należy zapewnić osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych.
12. W dziale powinna być urządzona izolatka do chwilowego pobytu pacjenta, u którego zachodzi podejrzenie choroby zakaźnej.
13. W przypadku, gdy dział jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka muszą być wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka.

## **II. Oddziały szpitalne (łózkowe) zunifikowane**

1. Oddział szpitalny jest miejscem stałego pobytu pacjenta w czasie jego hospitalizacji. Oddział dzieli się na pododdziały i odcinki pielęgnacyjne.

2. Odcinek pielęgnacyjny może liczyć nie więcej niż 35 łóżek.
3. Odcinek pielęgnacyjny wchodzący w skład oddziału składa się z:
  - 1) pokoi pacjentów;
  - 2) pokoju dziennego pobytu – pokój ten może być wspólny dla oddziału;
  - 3) pokoju lekarzy;
  - 4) punktu pielęgniarskiego z pokojem zabiegowym pielęgniarskim;
  - 5) pokoju zabiegowego – w zależności od potrzeb;
  - 6) łazienki pacjentów, w której skład wchodzi natrysk i wózek – wanna;
  - 7) pomieszczeń higieniczno-sanitarnych pacjentów przy pokojach chorych lub zbiorowych; co najmniej jedna kabina ustępowa z umywalką powinna być dostępna dla pacjentów niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
  - 8) brudownika z przedsionkiem;
  - 9) składziku porządkowego wyposażonego w zlew co najmniej jednokomorowy zawieszony na wysokości 0,5 m od podłogi; w zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia dopuszcza się wspólny składzik porządkowy z brudownikiem dla jednej jednostki organizacyjnej lecz nie mniej niż jeden na kondygnacji;
  - 10) ustępu personelu;
  - 11) składziku czystej bielizny lub odpowiedniej ilości szaf;
  - 12) innych pomieszczeń niezbędnych ze względu na specyfikę oddziału i bezpieczeństwo epidemiologiczne.
4. W części ogólnej oddziału powinny znajdować się:
  - 1) pokój kierownika oddziału;
  - 2) pokój pielęgniarki oddziałowej;
  - 3) sekretariat medyczny;
  - 4) pokój badań;
  - 5) pokój lekarza dyżurnego wyposażony w zespół sanitarny;
  - 6) kuchenka oddziałowa;
  - 7) magazyn sprzętu;
  - 8) nieogrzewane pomieszczenie na wózek do przewożenia zwłok;
  - 9) ustęp dla odwiedzających;
  - 10) inne pomieszczenia niezbędne ze względu na specyfikę oddziału i bezpieczeństwo epidemiologiczne.

5. Dopuszcza się łączenie sekretariatu medycznego z pokojem pielęgniarki oddziałowej we wspólnych pomieszczeniach.
6. W oddziałach chirurgicznych sprawujących opiekę nad dorosłymi i dziećmi należy wydzielać odpowiednio wyposażone pokoje pobytu dla dzieci młodszych.
7. W zależności od potrzeb w niektórych oddziałach, w szczególności w oddziale kardiologicznym lub neurologicznym, urządza się pokoje wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniacyjnym. Powierzchnia pokoju powinna wynosić nie mniej niż 14,0 m<sup>2</sup> na łóżko.

### **III. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii**

1. Usytuowanie oddziału powinno zapewnić komunikację z zespołem operacyjnym, oddziałem ratunkowym lub oddziałem doraźnej pomocy, oddziałem przyjęć oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.
2. Wejście do oddziału powinno prowadzić przez służę służącą do przekazania pacjenta, będącą równocześnie służą umywalkowo – fartuchową dla pracowników.
3. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać personelowi bezpośredni kontakt wzrokowy lub przy użyciu kamer z wszystkimi łózkami, a w szczególności możliwość obserwacji twarzy pacjentów.
4. W oddziale powinna być urządzona separatka, dostępna również, bez konieczności wchodzenia na teren oddziału, dla rodziny pacjenta w stanie terminalnym.
5. W oddziale powinien magazyn sprzętu i aparatury.
6. Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić 2-5% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.
7. Oddział powinien być wyposażony w następującą aparaturę i sprzęt medyczny:
  - 1) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną - 1 na 2 stanowiska intensywnej terapii;

- 2) elektryczne urządzenie do ssania - 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale;
- 3) stymulator zewnętrzny - 1 na oddział oraz dodatkowe wyposażenie stanowiska intensywnej terapii;
- 4) urządzenie do pomiaru rzutu serca - 1 na 4 stanowiska intensywnej terapii;
- 5) aparat do hemodializy lub hemofiltracji maszynowej - 1 na oddział liczący co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
- 6) bronchofiberoskop - 1 na oddział;
- 7) aparat do monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - 1 na oddział liczący co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii;
- 8) przyłóżkowy aparat rtg - 1 na oddział;
- 9) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji - 2 na oddział.

8. Stanowisko intensywnej terapii powinno być wyposażone w:

- 1) łóżko do intensywnej terapii;
- 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%;
- 3) źródło tlenu, powietrza i próżni;
- 4) zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny);
- 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym: co najmniej 6 pomp infuzyjnych;
- 6) kardiomonitor;
- 7) pulsoksymetr;
- 8) kapnograf – 1 na dwa stanowiska;
- 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- 10) respirator transportowy;
- 11) materac do ogrzewania pacjentów w oddziale pediatrycznym – 2 na oddział;
- 12) fonendoskop.

9. Stanowisko znieczulenia powinno być wyposażone w:

- 1) aparat do znieczulenia ogólnego;
- 2) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym;
- 3) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe;
- 4) źródło tlenu, podtlenku azotu, powietrza i próżni;
- 5) urządzenie do ssania;

- 6) zestaw do intubacji dotchawicznej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami;
  - 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji - 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną;
  - 8) wyciąg gazów anestetycznych;
  - 9) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym;
  - 10) znormalizowany stół (wózek) anestezjologiczny;
  - 11) źródło światła;
  - 12) sprzęt do dożylnego podawania leków;
  - 13) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy;
  - 14) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
  - 15) termometr;
  - 16) pulsoksymetr;
  - 17) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych;
  - 18) kardiomonitor;
  - 19) kapnograf;
  - 20) monitor zwiotczenia mięśniowego - 1 na 2 stanowiska znieczulenia;
  - 21) monitor gazów anestetycznych - 1 na każde stanowisko znieczulenia wraz z dodatkowym wyposażeniem stanowiska znieczulenia;
  - 22) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
  - 23) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi - 1 na 4 stanowiska znieczulenia;
  - 24) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych;
  - 25) urządzenie do ogrzewania pacjenta – 1 na cztery stanowiska.
10. Aparatura anestezjologiczna stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc powinna być wyposażona ponadto w:
- 1) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym;
  - 2) alarm rozłączenia w układzie oddechowym;
  - 3) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania;
  - 4) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych.
11. Sala pooperacyjna (wybudzeń) powinna być wyposażona w:
- 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii;
  - 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji;

- 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100% - co najmniej 1 na salę pooperacyjną (wybudzeń);
- 4) 1 stanowisko nadzoru pooperacyjnego.

12. Stanowisko nadzoru pooperacyjnego w sali wybudzeń powinno być wyposażone w:

- 1) źródło tlenu, powietrza i próżni;
- 2) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
- 3) monitor EKG;
- 4) pulsoksymetr;
- 5) termometr.

#### **IV. Oddział położniczo-ginekologiczny**

1. Oddział, w zależności od wielkości szpitala, powinien dzielić się na następujące pododdziały lub odcinki:
  - 1) położniczy aseptyczny;
  - 2) patologii ciąży;
  - 3) ginekologiczny aseptyczny;
  - 4) położniczo-ginekologiczny;
  - 5) obserwacyjno-septyczny.
2. Z oddziałem położniczo-ginekologicznym powinien być ściśle zintegrowany oddział noworodkowy.
3. Wejście do pododdziału położniczego aseptycznego powinno prowadzić przez służbę umywalkowo-fartuchową.
4. Pododdział położniczy aseptyczny powinien mieć bezpośrednie połączenie z zespołem porodowym, bez krzyżowania się z innymi drogami ruchu wewnątrzszpitalnego.
5. Pokoje łóżkowe na pododdziale (odcinku) położniczym aseptycznym powinny być urządzone w systemie:
  - 1) „matka z dzieckiem”, w którym pokoje przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka lub

- 2) korespondencyjnym, w którym pokój noworodków umieszczony jest pomiędzy dwoma pokojami matek.
6. W systemie „matka z dzieckiem” pokoje są wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
7. W systemie korespondencyjnym:
  - 1) należy stosować przeszklenie ścian wewnętrznych między pokojami matek a pokojem noworodków na zasadach określonych w części VI ust.7 pkt 1 zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową;
  - 2) pokój noworodków powinien być połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do pielęgnacji noworodka;
  - 3) wejście do pokoju noworodków od strony korytarza powinno prowadzić przez służę umywalkowo-fartuchową;
  - 4) liczba łóżeczek w pokoju noworodków powinna być o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojami matek.
8. Pododdziały (odcinki) położnicze mają pokój wypisowy dla matek i noworodków.
9. Dla pododdziału (odcinka) ginekologii aseptycznej stosuje się wymagania jak dla oddziałów o zunifikowanym układzie.
10. W pododdziale (odcinku) położniczo-ginekologicznym septycznym pokoje łózkowe należy organizować jak na oddziałach o zunifikowanym układzie.
11. Pokoje łózkowe w odcinku położniczym septycznym powinny być wyposażone w łóżka umożliwiające odebranie porodu.
12. Pokój zabiegowy w odcinku położniczym septycznym powinien być przystosowany do odebrania porodu.
13. W odcinku położniczym septycznym należy przewidzieć pokój dla noworodków, liczba łóżeczek powinna być o jedno większa od sumy łóżek w pokojach matek.

## **V. Oddział noworodkowy**

1. Oddział noworodkowy jest ściśle zintegrowany z pododdziałem (odcinkiem) położnictwa aseptycznego.
2. W zależności od przyjętego systemu rozwiązania pokoi łóżkowych na pododdziale (odcinku) położnictwa aseptycznego powinny znajdować się odpowiednie pomieszczenia i urządzenia dla pielęgnacji noworodków, zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV ust.6 i 7.
3. W oddziale powinny być wyodrębnione pokoje noworodków obserwowanych oraz wcześniaków zlokalizowane przy pomieszczeniach dla noworodków wymagających specjalnej lub intensywnej opieki. Pokoje te powinny posiadać śluzy umywalkowo-fartuchowe.
4. W sąsiedztwie zespołu porodowego tworzy się odcinek intensywnej opieki noworodka oraz pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej. Pomieszczenia te powinny być poprzedzone śluzami umywalkowo-fartuchowymi.
5. Liczbę stanowisk noworodków w odcinku intensywnej opieki należy ustalać przyjmując 1-1,5 stanowiska na 1000 porodów rocznie.

## **VI. Oddział dziecięcy**

1. W ramach oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym powinien być wydzielony pododdział lub odcinek dzieci:
  - 1) młodszych do 3 lat;
  - 2) średnich od 3 do 12 lat;
  - 3) starszych od 12 do 18 lat.
2. Oddział, w miarę możliwości powinien być zlokalizowany na parterze lub pierwszym piętrze szpitala i jeśli to możliwe połączony bezpośrednio z poradnią dla dzieci chorych, tak aby mogła ona pełnić również funkcję działu przyjęć dla dzieci.



3. W oddziale do 10 % łóżek może być umieszczone w separatkach.
4. W odcinku dzieci młodszych do 20% łóżek powinno być przeznaczonych na separatki (z miejscem na łóżko matki), a pozostałe łóżka powinny znajdować się w zespołach 8-12 łóżkowych, wyposażonych w służbę wejściową z punktem pielęgniarstwa. Liczba łóżek w pokoju nie może przekraczać 4.
5. Pokoje łóżkowe przeznaczone dla dzieci młodszych powinny być wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
6. Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych jak również ściany między pokojami i punktem pielęgniarstwa, powinny być przeszklone w sposób umożliwiający ciągłą obserwację dzieci. W pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi powinny być przeszklone.
7. Do szklenia ścianek, o których mowa w ust. 6, należy używać szkła:
  - 1) o podwyższonej wytrzymałości na uderzenia;
  - 2) tłukącego się na drobne nieostre odłamki;
  - 3) posiadającego klasę odporności ogniowej wymaganą dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych - w przypadku gdy szyby stanowią jednocześnie ściany korytarza będącego drogą ewakuacyjną.
8. Dopuszcza się przeszklenie bez klasy odporności ogniowej w następujących przypadkach:
  - 1) gdy szyba stanowi ściankę dodatkowego korytarza przebiegającego równoległe do korytarza spełniającego w zakresie odporności ogniowej wymagania dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych;
  - 2) gdy szyba stanowi ściankę podziału wewnętrznego pomieszczenia jednoprzestrzennego wydzielonego ścianami wewnętrznymi o wymaganej klasie odporności ogniowej.
9. W odcinku dzieci młodszych należy przewidzieć kuchenkę mleczną urządzoną według wymagań określonych w § 31 ust. 4, z zastrzeżeniem § 31 ust.6

10. W oddziale należy przewidywać dodatkowe łóżka w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczone dla pobytu rodziców.
11. W oddziale powinna znajdować się szatnia oraz natrysk z ustępem dla rodziców.
12. Okna w pokojach, w których przebywają dzieci, powinny być oszklone od wewnątrz szkłem o właściwościach określonych w ust. 7 pkt 1 i 2.
13. Okna, poza uchylnym nawietrzakiem górnym, powinny być zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez dzieci.

## **VII. Stacja dializ**

1. Stacja dializ może być jednostką samodzielną lub stanowić część oddziału nefrologicznego.
2. Stacja dializ powinna mieć zapewniony łatwy dostęp z zewnątrz. W zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia dopuszcza się sytuowanie stacji przy oddziale chorób wewnętrznych.
3. Stacja dializ stanowiąca samodzielną jednostkę powinna być wyposażona co najmniej w:
  - 1) odcinek łóżkowy wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi;
  - 2) dział przyjęć pacjenta, w skład którego wchodzi szatnia i recepcja z rejestracją oraz ustęp w przypadku braku w pobliżu ustępu ogólnie dostępnego;
  - 3) niezbędne pomieszczenia zaplecza administracyjno-technicznego i socjalnego.
4. W stacji dializ należy przewidywać pomieszczenie brudownika oraz regeneracji dializatorów.
5. Stacja dializ powinna być wyposażona w urządzenia do uzdatniania wody zlokalizowane w pobliżu pokoi dializ.
6. Dializy otrzewnowe mogą być wykonywane jedynie w wydzielonym na ten cel pomieszczeniu.

7. Dla chorych lub nosicieli infekcji krwiopochodnych powinno być wydzielone stanowisko w odrębnym pomieszczeniu.
8. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać personelowi bezpośredni kontakt wzrokowy z pacjentami.

### **VIII. Oddział zakaźno-obszerny**

1. Oddział powinien być zlokalizowany w osobnym pawilonie lub całkowicie wydzielonym skrzydle budynku szpitala mającym zapewniony bezpośredni dostęp z zewnątrz. Dopuszcza się usytuowanie oddziału w części budynku szpitalnego, z zapewnieniem izolacji i oddzielenia dróg komunikacyjnych od pozostałej części oraz zapewnienia bezpośredniego dostępu z zewnątrz.
2. W przypadku, gdy zlokalizowany w wydzielonym pawilonie oddział łączy się podziemnym tunelem z innymi budynkami szpitala (kuchnia, pralnia, budynek patomorfologii), należy zastosować śluzy dla ludzi i zaopatrzenia między pawilonem a korytarzem ogólnodostępnym ruchu wewnątrzszpitalnego.
3. Śluza, o której mowa w ust. 2, powinna:
  - 1) umożliwiać odbiór dostarczanych wózków z zewnątrz przez personel oddziałowy;
  - 2) być wyposażona w wentylację mechaniczną z nadciśnieniem w stosunku do sąsiednich korytarzy.
4. Oddział powinien mieć własny dział przyjęć oraz pomieszczenia dezynfekcji i przygotowania łóżek.
5. Poradnie chorób zakaźnych powinny być usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie oddziału. Nie dotyczy to oddziałów w zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia.
6. Odcinek obserwny powinien składać się z pokoi 1-łóżkowych z osobnymi wejściami z zewnątrz budynku.

7. Wszystkie pokoje łózkowe powinny być wyposażone w:
  - 1) umywalki;
  - 2) wejściowe śluzy umywalkowo-fartuchowe od strony korytarza;
  - 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne z miskami ustępowymi, natryskami, umywalkami i myjkami - dezynfektorami basenów, dostępne bezpośrednio z pokoju.
8. Wyjście z części czystej szatni dla personelu przeznaczonej na odzież domową powinno się znajdować poza strefą pomieszczeń związanych z działalnością oddziału.
9. W oddziale należy przewidzieć pomieszczenie dla wstępnej dezynfekcji sprzętu przekazywanego do centralnej sterylizatorni.
10. System wentylacji powinien uniemożliwiać rozprzestrzenianie się chorób drogą powietrzną przez wytworzenie gradientu ciśnienia w sposób powodujący powstawanie najwyższego ciśnienia w korytarzach oddziału, niższego o 5% w śluzach prowadzących do sal chorych i niższego o 10% w pokojach pacjentów i innych pomieszczeniach oddziału.
11. Powietrze powinno być usuwane na zewnątrz z systemu wentylacyjnego oddziału poprzez filtry zatrzymujące bakterie, wirusy i różnego rodzaju mikrocząsteczki.
12. Oddział powinien być wyposażony w urządzenia audiowizualne umożliwiające kontakt chorego z odwiedzającym.

## **IX. Oddział chorób płuc i gruźlicy**

1. Oddział powinien być zlokalizowany w osobnym pawilonie lub w wydzielonym skrzydle budynku szpitala, mającym zapewniony bezpośredni dostęp z zewnątrz. Dopuszcza się usytuowanie oddziału w części budynku szpitalnego z zapewnieniem izolacji i oddzielenia dróg komunikacyjnych od pozostałej części oraz zapewnienia bezpośredniego dostępu z zewnątrz.

2. Do oddziału stosuje się odpowiednio wymagania dotyczące oddziału zakażno-obszewacyjnego określone w części VIII ust. 4 – 6 oraz 8 i 9.

## **X. Oddział opieki dziennej**

1. Oddział opieki dziennej przeznaczony jest do udzielenia świadczeń o charakterze diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym w ciągu dnia, bez hospitalizacji całodobowej.
2. Oddział opieki dziennej w zależności od potrzeb, może być organizowany w formie:
  - 1) samodzielnej jednostki;
  - 2) odcinka w oddziale stacjonarnym;
  - 3) sali opieki dziennej w oddziale stacjonarnym.
3. Usytuowanie oddziału w szpitalu powinno umożliwiać łatwe dojście dla pacjentów z zewnątrz oraz łatwy dostęp do działów diagnostycznych.
4. W zależności od potrzeb oddział opieki dziennej może mieć profil diagnostyczny, terapeutyczny lub inny.
5. W oddziale opieki dziennej o profilu diagnostycznym mogą być organizowane pomieszczenia do szybkiej diagnostyki specjalistycznej w zakresie zależnym od rodzaju przewidywanych badań diagnostycznych.
6. W oddziale opieki dziennej prowadzącym chemioterapię należy organizować pokój przygotowania wlewów cytostatycznych wyposażony zgodnie z przepisami § 34.
7. Pokoje pobytu pacjentów należy przewidywać maksymalnie 5 łóżkowe o powierzchni zgodnej z przepisami § 17.
8. Pokoje pobytu pacjentów mogą być wyposażone w zależności od profilu, w:
  - 1) łóżka lub
  - 2) częściowo w łóżka, a częściowo w fotele wypoczynkowe w przypadku oddziału opieki dziennej o profilu diagnostycznym lub terapeutycznym.

9. Pokoje pobytu pacjentów w oddziale opieki dziennej dla dzieci powinny być wyposażone, poza miejscami dla dzieci, w fotele dla opiekunów.
10. Oddział opieki dziennej powinien, w zależności od potrzeb, posiadać:
  - 1) pomieszczenia pomocnicze wymienione w części II ust.3;
  - 2) szatnie odzieży wierzchniej dla pacjentów i osób towarzyszących;
  - 3) poczekalnie.

## **XI. Oddział chirurgii jednego dnia**

1. Oddział chirurgii jednego dnia przeznaczony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym w ciągu jednego dnia z możliwością czasowego pobytu na oddziale nie przekraczającego 24 godzin.
2. Do oddziału stosuje się odpowiednio wymagania określone w części X ust. 2 i 3.
3. Oddział stanowiący samodzielną jednostkę powinien być wyposażony co najmniej w:
  - 1) zespół operacyjny składający się co najmniej z 1 sali operacyjnej urządzony zgodnie z wymaganiami określonymi w części XIII załącznika;
  - 2) pokój wybudzeń;
  - 3) inne pomieszczenia zabiegowe w zależności od rodzaju przewidywanych zabiegów;
  - 4) podręczną sterylizatornię gdy korzystanie z centralnej sterylizatorni jest utrudnione;
  - 5) odcinek lub pokój łóżkowy pooperacyjny przewidziany dla przebywania w nim pacjentów poniżej 24 godzin, wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi;
  - 6) pokój lekarza dyżurnego z węzłem sanitarnym;
  - 7) dział przyjęć pacjenta, w którego skład wchodzi szatnia i recepcja oraz ustęp w przypadku braku w pobliżu ustępu ogólnodostępnego;
  - 8) niezbędne pomieszczenia zaplecza administracyjno-technicznego i socjalnego.
4. Oddział będący częścią lub odcinkiem w większym oddziale stacjonarnym powinien posiadać:
  - 1) bezpośrednie dojście dla pacjentów z zewnątrz lub przez dział przyjęć szpitala;
  - 2) dostęp do zespołu operacyjnego i działów diagnostycznych;

- 3) pomieszczenia zabiegowe, jeżeli jest to konieczne ze względu na rodzaj przewidywanych zabiegów;
- 4) szatnię dla pacjentów przy wejściu na oddział.

## **XII. Oddział psychiatryczny**

1. Oddział powinien mieć dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne.
2. Oddział powinien dysponować pomieszczeniami terapeutyczno - rehabilitacyjnymi oraz salą pobytu dziennego z jadalnią.
3. Drzwi wejściowe na oddział powinny być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału.
4. Pokoje łóżkowe nie powinny być większe niż dla 5 pacjentów.
5. W pokojach łóżkowych drzwi powinny otwierać się na zewnątrz, a w przypadku otwierania do wewnątrz, konstrukcja drzwi powinna umożliwiać ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz pomieszczenia.
6. Okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, powinny być oszklone od wewnątrz szkłem hartowanym. Okna powinny być zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów.
7. Ponadto w oddziale psychiatrycznym ogólnym:
  - 1) poza częścią terapeutyczno-rehabilitacyjną powinny być wydzielone odcinki obserwacyjno-diagnostyczne lub pokoje obserwacyjne;
  - 2) część obserwacyjno-diagnostyczna powinna być wyposażona w jednoosobową separatkę o powierzchni co najmniej 12,0 m<sup>2</sup>, spełniającą następujące wymagania:
    - a) drzwi masywne metalowe lub drewniane wyłożone obustronnie odporną na niszczenie wykładziną, otwierające się na zewnątrz z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz (zasuwa i zamek na klucz) bez klamki od wewnątrz,
    - b) ściany i podłoga gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie,

- c) oświetlenie przez naświetle nad drzwiami zabezpieczone szkłem hartowanym, lampa i żarówka powinny być dostępne wyłącznie od zewnątrz separatki,
  - d) kanał wentylacji grawitacyjnej niedostępny dla osoby izolowanej,
  - e) ogrzewanie podłogowe lub grzejnik we wnęce zasłoniętej trudnym do usunięcia ekranem metalowym uniemożliwiającym dostęp osoby izolowanej do grzejnika,
  - f) separatka powinna posiadać własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w miskę ustępową, natrysk i umywalkę odporne na umyślne zniszczenia,
  - g) materac niepalny, odporny na niszczenie,
  - h) system telewizji przemysłowej z kamerą niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem;
- 3) w pokojach łóżkowych na odcinkach obserwacyjnych lub w pokojach obserwacyjnych, oraz separatkach wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym powinny znajdować się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza;
- 4) w pokojach łóżkowych innych niż określone w pkt 3 można umieszczać tylko wyłączniki oświetlenia, natomiast pozostałe wypusty instalacji elektrycznych powinny znajdować się na zewnątrz tych pokoi.
8. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym powinien być zlokalizowany w osobnym pawilonie lub w wydzielonym skrzydle budynku szpitala, nie wyżej niż na drugiej kondygnacji nadziemnej.
9. Wymaganie, o którym mowa w ust. 8, nie dotyczy oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia.
10. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym ponadto powinien być wyposażony w:
- 1) osobny dział przyjęć składający się z:
    - a) poczekalni,
    - b) boksu rejestracji,
    - c) gabinetu badań, lekarskich,
    - d) łazienki

lub



- 2) co najmniej gabinet przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażających bezpośrednio sobie lub innym.

11. W oddziale psychogeriatrycznym pomieszczenia i wyposażenie, w tym sanitarne, powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

### **XIII. Zespół operacyjny**

1. Pacjenci powinni być dowożeni do zespołu operacyjnego przez służbę dla pacjenta, a pracownicy powinni przechodzić przez służby szatniowe.
2. W celu dostarczania do zespołu operacyjnego czystych materiałów, zespół ten powinien być wyposażony w służbę materiałową, wykorzystywaną równocześnie do krótkotrwałego ich przechowywania. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się rezygnację ze stosowania służby materiałowej.
3. W obrębie zespołu powinna być zachowana zasada rozdziału ruchu czystego: pracowników, pacjentów, materiału czystego od ruchu brudnego, materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.
4. Sala operacyjna powinna mieć bezpośrednie połączenie z częścią brudną zespołu dla usuwania zużytego materiału, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego.
5. Pomiędzy częścią brudną i czystą zespołu należy urządzić służbę umywalkowo – fartuchową i pomieszczenie lub stanowisko mycia sprzętów. Dopuszcza się połączenie obu tych funkcji w jednym pomieszczeniu.
6. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się ewakuację użytych narzędzi tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, pod warunkiem wykonania wstępnej dezynfekcji narzędzi w wydzielonym pomieszczeniu na terenie bloku operacyjnego i zastosowania szczelnych opakowań transportowych.

7. Dopuszcza się również transport narzędzi skażonych w szczelnym opakowaniu z zamknięciem nieodwracalnym.
8. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się ewakuację brudnej bielizny, odpadów, skażonych materiałów pooperacyjnych itp. tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, ale z jednoczesnym zachowaniem rozdziału czasem. Transport tych materiałów na zewnątrz bloku operacyjnego i szpitala powinien odbywać się przynajmniej w jednym opakowaniu transportowym (np. zamknięte wózki).
9. Transport materiału czystego i brudnego odbywa się korytarzami i dźwigami ogólnego użytku pod warunkiem uszczelnienia środków transportu (odpowiednie wózki).
10. Pracownicy powinni wchodzić do sal operacyjnych przez pomieszczenie przygotowawcze dla personelu, a dla pacjentów należy urządzić pokój przygotowania chorego. Dopuszcza się wspólne pomieszczenie przygotowania chorego dla kilku sal operacyjnych o takim samym stopniu czystości zabiegów.
11. W zespole mogą być wydzielone strefy sal operacyjnych septycznych, aseptycznych lub sal o wysokiej aseptyce – w przypadku oddziałów neurochirurgii lub kardiochirurgii.
12. W skład zespołu wchodzi również:
  - 1) podręczna sterylizatornia –jeżeli jest to uzasadnione;
  - 2) pomieszczenie przewoźnej aparatury diagnostycznej;
  - 3) magazyn sprzętu i aparatury.
13. Zespół powinien być wyposażony w salę pooperacyjną według wskaźnika 1 – 1,5 łóżka na 1 stół operacyjny.
14. Dla pracowników powinien być urządzony co najmniej 1 pokój wypoczynkowy.
15. Na każde 30-50 łóżek zabiegowych w szpitalu powinna przypadać co najmniej 1 sala operacyjna.
16. Powierzchnia sali operacyjnej powinna wynosić co najmniej 35,0 m<sup>2</sup>.

#### **XIV. Zespół porodowy aseptyczny**

1. Zespół powinien być zlokalizowany w bezpośrednim sąsiedztwie pododdziału położnictwa aseptycznego, z którym powinien być połączony drogą oddzieloną od ruchu wewnątrzszpitalnego.
2. Zespół powinien być urządzony w sposób zapewniający postępowy ciąg funkcji.
3. Pracownicy powinni wchodzić do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową.
4. Sale porodowe mogą być urządzone jako jednostanowiskowe.
5. W obrębie sali porodowej powinno znajdować się:
  - 1) stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka o powierzchni co najmniej 8,0 m<sup>2</sup>;
  - 2) stanowisko dyżuru położnej.
6. Na każde 10 łóżek pododdziału położniczego aseptycznego należy urządzić 1 stanowisko porodowe.
7. W skład zespołu powinna wchodzić 1 sala operacyjna ze stanowiskiem resuscytacji noworodka oraz z pokojem przygotowania personelu, a przy liczbie stanowisk porodowych powyżej 5 - również 1 pokój zabiegowy oraz podręczna sterylizatornia, jeżeli jest to uzasadnione.
8. W zespole powinno znajdować się pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych.
9. Pomieszczenia porodów rodzinnych stanowią część składową zespołu porodowego.
10. Pomieszczenia porodów rodzinnych powinny być dostępne dla rodzin z węzła komunikacji ogólnej w sposób uniemożliwiający ich dostęp do innych pomieszczeń zespołu porodowego. Dostęp personelu do tych pomieszczeń nie powinien krzyżować się z ruchem rodzin.

11. Z pomieszczeń porodów rodzinnych powinien być łatwy dostęp do sali operacyjnej, o której mowa w ust. 7.
12. Przy zespole porodów rodzinnych powinno znajdować się stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka, jeżeli nie ma możliwości korzystania ze stanowiska, o którym mowa w ust. 5 pkt 1.
13. Dla osób towarzyszących rodzącym należy przeznaczyć pokój - poczekalnię dostępny z węzła komunikacji ogólnej bez potrzeby wchodzenia na korytarz wewnętrzny zespołu, z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym (ustęp i umywalka).
14. W sali porodów rodzinnych podłogi, ściany i meble powinny mieć zmywalne powierzchnie przystosowane do dezynfekcji.
15. Powierzchnia sali porodów rodzinnych oraz sali jednostanowiskowej powinna wynosić co najmniej 20,0 m<sup>2</sup>, a przy sali wielostanowiskowej co najmniej 18,0 m<sup>2</sup> na jedno stanowisko.

## **XV. Pracownia badań endoskopowych**

1. W skład pracowni badań endoskopowych wchodzi następujące pomieszczenia:
  - 1) pokój badań górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopie);
  - 2) pokój badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopie, sigmoidoskopie i rektoskopie) wyposażony w kabinę higieniczną;
  - 3) zmywalnia usytuowana między pomieszczeniami, o których mowa w pkt 1 i 2, wyposażona w urządzenia do mycia i dezynfekcji termiczno-chemicznej endoskopów w sposób technologicznie powtarzalny, oraz szafy do przechowywania endoskopów w pozycji wiszącej, wyposażona w wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową;
  - 4) pokój personelu;
  - 5) salę wybudzeniową na 2 - 3 miejsca dla pobytu pacjentów do 2 godzin po znieczuleniu.

2. W przypadku wykonywania zabiegów na drogach żółciowych i trzustkowych w pracowni powinien znajdować się wydzielony pokój badań z aparatem rentgenowskim. Zabiegi te mogą być wykonywane również w pracowni obrazowej.
3. Dopuszcza się wykonywanie wszystkich rodzajów badań w jednym pokoju, pod warunkiem że badania górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego są przeprowadzane z zachowaniem rozdziału czasowego dla ww. poszczególnych rodzajów badań.
4. Dopuszcza się usytuowanie zmywalni nie umieszczonej między gabinetami, pod warunkiem zapewnienia transportu endoskopów skażonych i zdezynfekowanych w szczelnie zamykanych pojemnikach.
5. W zmywalni, o której mowa w ust.4, należy dodatkowo zamontować urządzenia do mycia i dezynfekcji pojemników transportowych w sposób technologicznie powtarzalny.
6. Narzędzia stanowiące wyposażenie endoskopów używane do wykonywania biopsji i zabiegów powinny być przed użyciem sterylizowane i przechowywane jako wyrób sterylny.
7. Do badań zabiegów endoskopowych można używać wyłącznie endoskopów ze szczelną optyką.

## **XVI. Laboratorium diagnostyczne**

1. Pobieranie materiału do badań od pacjentów stacjonarnych odbywa się na oddziałach w pokojach zabiegowych.
2. Pokój pobierania materiału do badań powinien mieć powierzchnię co najmniej 6,0 m<sup>2</sup> jeżeli znajduje się w nim jedno stanowisko do pobrania krwi. Pokój ten wraz z pokojem wydawania wyników przeznaczony dla pacjentów ambulatoryjnych powinny być dla nich łatwo dostępne w sposób uniemożliwiający przedostawanie się do innych pomieszczeń zakładu.

3. Pomieszczenia, o których mowa w ust. 2, wraz z poczekalnią mogą być zlokalizowane na terenie przychodni poza laboratorium.
4. W laboratorium wyodrębnia się:
  - 1) pomieszczenia główne;
  - 2) pomieszczenia specjalne;
  - 3) pomieszczenia socjalne;
  - 4) pomieszczenia służące do obsługi pacjentów, w przypadku gdy na terenie laboratorium jest również pobierany materiał do badań.
5. W skład pomieszczeń głównych wchodzi:
  - 1) punkt przyjęć materiału do badań;
  - 2) punkt rozdziału materiału do badań;
  - 3) pomieszczenia do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej;
  - 4) pomieszczenia administracyjne.
6. W skład pomieszczeń specjalnych wchodzi:
  - 1) pomieszczenia magazynowe zapewniające zachowanie właściwości fizycznych i chemicznych składowanych i przechowywanych odczynników, trucizn, odpadów radioaktywnych i drobnego sprzętu;
  - 2) pomieszczenia pomocnicze w zależności od zakresu wykonywanych badań zgodnie ze standardami medycznych laboratoriów diagnostycznych.
7. W skład pomieszczeń, socjalnych wchodzi w szczególności pokoje socjalne, urządzenia sanitarno-higieniczne oraz szatnie dla personelu.
8. W skład pomieszczeń służących do obsługi pacjentów wchodzi:
  - 1) pokój pobrań oddzielony od pomieszczeń laboratoryjnych;
  - 2) poczekalnia i urządzenia sanitarnohigieniczne dla pacjentów;
9. Pomieszczenia określone w ust. 4-8 oznakuje się w sposób umożliwiający ich identyfikację oraz zgodnie z wymogami dotyczącymi bezpieczeństwa.

10. W pomieszczeniach do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej bieżąco kontroluje się warunki mogące mieć wpływ na wyniki badań.
11. W pracowniach służących do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej należy przewidywać wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową.
12. Wysokość pracowni powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.
13. Podłogi w pracowniach są łatwo zmywalne, odporne na działanie środków chemicznych i dezynfekcyjnych, z materiałów antypoślizgowych i antyelektrostatycznych.
14. W części laboratorium wymagającej częstej dezynfekcji ściany powinny być wykończone materiałami trwałymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków dezynfekcyjnych do wysokości co najmniej 2,0 m.
15. Stoły i meble laboratoryjne powinny być wykonane z gładkiego wodoodpornego materiału.

## **XVII. Laboratorium mikrobiologiczne**

1. Laboratorium powinno znajdować się w miarę możliwości w sąsiedztwie laboratorium diagnostycznego. Lokalizacja pomieszczeń powinna zabezpieczać przed ryzykiem zanieczyszczeń wynikających z krzyżowania się dróg obiegu materiału i sprzętu skażonego i nieskażonego.
2. Szpital może korzystać z pracowni mikrobiologicznej zlokalizowanej w innym zakładzie opieki zdrowotnej.
3. Wejście pracowników do laboratorium powinno odbywać się przez służbę szatniową.
4. W laboratorium, oprócz pomieszczeń wymienionych w części XVI ust. 4, powinny znajdować się pomieszczenia wyposażone w odpowiednie urządzenia i sprzęt, w których zapewnia się sterylizację podłoży i szkła, w przypadku konieczności sterylizacji podłoży i stosowania szkła wielokrotnego użytku jak również uiszczenia kultur bakteryjnych i

unieszkodliwiania innych odpadów niebezpiecznych pod względem epidemiologicznym. Ciąg technologiczny w tych pomieszczeniach powinien zapewnić wydzielenie, poprzez fizyczny i funkcjonalny podział stref brudnej i czystej.

5. W zależności od zakresu działania w zakładzie laboratorium mikrobiologicznym powinny znajdować się pracownie: wirusologiczna, bakteriologiczna, mykologiczna oraz parazytologiczna.
6. Pracownia przygotowania podłoży i odczynników oraz pracownie wirusologiczna, bakteriologiczna i mykologiczna powinny być wyposażone w łoże laminarne co najmniej drugiej klasy.
7. Pracownie laboratorium powinny być wyposażone w wentylację nawiewno-wywiewną zapewniającą odpowiedni stopień oczyszczania zarówno powietrza nawiewanego jak również usuwanego z pomieszczeń.
8. Zmywalnia powinna być wyposażona w:
  - 1) stół zlewozmywakowy;
  - 2) automatyczną myjnię do mycia szkła laboratoryjnego z opcją ostatecznego płukania wodą oczyszczoną (aqua purificata w rozumieniu Farmakopei Polskiej).
9. Woda oczyszczona może być produkowana na terenie zakładu lub dostarczana z centralnej stacji uzdatniania.
10. Transport podłoży oraz materiałów do analiz poza obrębem poszczególnych pracowni powinien odbywać się w naczyniach szczelnie zamkniętych.

## **XVIII. Zakład patomorfologii**

1. W skład zakładu patomorfologii wchodzi:
  - 1) prosektura (część sekcyjna);
  - 2) pracownia histologiczna;
  - 3) pracownia cytologiczna;



- 4) pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, ustępy, jadalnia).
2. Zakład patomorfologii powinien być zlokalizowany w wydzielonym budynku, lub w budynku głównym szpitala.
3. Dojazd wózków ze zwłokami powinien prowadzić wewnętrznym korytarzem lub tunelem podziemnym. W obiektach istniejących, a także małych zakładach opieki zamkniętej dopuszcza się odstępstwo od wymagania tunelu.
4. Do zakładu powinny prowadzić osobne wejścia dla personelu, przywożonych zwłok, rodziny zmarłego i wydawania zwłok.
5. Dojazd do sali wydawania zwłok nie może być widoczny z okien oddziałów łóżkowych, przychodni i innych części szpitala dostępnych dla pacjentów, z wyjątkiem obiektów istniejących, w których warunki lokalowe nie pozwalają na taką izolację.
6. Prosektura sekcyjna powinna być dostępna przez służbę szatniową.
7. W skład laboratorium histopatologicznego i cytologicznego powinny wchodzić następujące pomieszczenia:
  - 1) pracownia formalinowa;
  - 2) pomieszczenia aparaturowe;
  - 3) pracownia obróbki preparatów histologicznych;
  - 4) pracownia mikroskopowa;
  - 5) pracownia cytologiczna;
  - 6) pracownia technik specjalnych (histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych);
  - 7) pomieszczenia administracyjno – socjalne.
8. W przypadku, gdy planuje się centralizację działalności związanej z prosekturą w jednym ze szpitali, który obsługiwać będzie kilka szpitali, w jednostkach pozbawionych tej działalności powinny być przewidziane jedynie pomieszczenia chłodni, przygotowania i wydawania zwłok oraz kancelaria, a także ustęp dla interesantów.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, laboratorium histopatologiczne i cytologiczne, stanowiące wówczas samodzielną jednostkę powinno być lokalizowane w sposób umożliwiający do niego łatwy dostęp z zespołu operacyjnego i przychodni.

### **XIX. Zakład rehabilitacji**

1. Sale masażu suchego, parafinowania, krioterapii, terapii zajęciowej i ćwiczeń samoobsługi powinny być zlokalizowane w pobliżu sal kinezyterapii.
2. Przed salami ćwiczeń, basenów, hydroterapii, pomieszczeniami krioterapii oraz pomieszczeniami wymagającymi rozebrania się powinny być urządzone szatnie oraz zespoły sanitarne dla pacjentów (natryski, umywalki, ustępy).
3. Liczbę szafek w szatni oraz wielkość zespołów sanitarnych należy ustalać w zależności od liczby stanowisk zabiegowych i przewidywanej ich przepustowości.
4. Pomieszczenia hydroterapii powinny być zlokalizowane w kondygnacji parteru, nad przestrzenią instalacyjną. Dopuszcza się lokalizację pomieszczeń hydroterapii, z wyjątkiem pływalni, na innej kondygnacji niż parter. W takim przypadku w pomieszczeniach tych należy zapewnić skuteczną izolację przeciwwilgociową, a także wentylację nawiewno-wyciągową z podciśnieniem.
5. Pomieszczenia światłolecznictwa i elektrolecznictwa, jeżeli nie są osobnymi pomieszczeniami powinny być oddzielone ściankami do wysokości co najmniej 2,0 m, umożliwiającymi stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej w pomieszczeniu.
6. Diatermie krótkofalowe i mikrofalowe powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem na otoczenie.
7. W pobliżu pokoju parafinowania należy przewidzieć pomieszczenie przeznaczone do przygotowywania parafiny (kuchenka parafinowa) wyposażone w wentylację mechaniczną wyciągową.

8. Pomieszczenia przeznaczone na rehabilitację powinny być tak zlokalizowane, aby zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

## **XX. Centralna sterylizatornia**

1. W szpitalu należy zapewnić stałe zaopatrzenie w materiały sterylne.
2. W zależności od przyjętych rozwiązań lokalnych materiały sterylne mogą być dostarczane bądź ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zaopatrywanym obiektem posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wykonanie wyrobu sterylnego bądź z centralnej sterylizatorni zorganizowanej w ramach zaopatrywanego zakładu.
3. W przypadku zaopatrywaniu zakładu ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zakładem, w zakładzie należy przewidzieć pomieszczenia przeznaczone dla ekspedycji materiału skażonego, oraz odbioru materiału sterylnego oraz pomieszczenia wyposażonego w myjnię – dezynfektor przeznaczonego do mycia wózków i innych elementów transportowych.
4. W przypadku urządzenia centralnej sterylizatorni w ramach zakładu powinna ona być wyposażona w urządzenia do wyjaławiania sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych elementów tego wymagających oraz dezynfekowania wózków i pojemników służących do transportu materiałów poddawanych sterylizacji.
5. Centralna sterylizatornia musi mieć dogodne połączenia z zespołem operacyjnym oraz mieć łatwy dostęp z innych jednostek organizacyjnych szpitala oraz w miarę możliwości z zewnątrz.
6. Transport materiałów sterylnych i skażonych między centralną sterylizatornią i oddziałami powinien odbywać się w szczelnych wózkach lub pojemnikach. Szczelność transportu powinna być dostosowana do stopnia czystości dróg transportowych.

7. Centralna sterylizatornia powinna być podzielona na trzy strefy:
  - 1) brudną, przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, aparatury medycznej mycia i dezynfekcji wózków i elementów transportowych, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych oraz przechowywania zapasów środków dezynfekcyjnych i przygotowywania z nich roztworów roboczych;
  - 2) czystą, przeznaczoną do suszenia wydezynfekowanych narzędzi i aparatury, przeglądania i składania bielizny operacyjnej, pakietowania zestawów operacyjnych i zabiegowych, załadunku przygotowanych wsadów do sterylizatorów gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych, tworzenia i archiwizacji dokumentacji procesów sterylizacji;
  - 3) sterylną, przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne lub odbiorców z poza szpitala.
8. Pakietowanie narzędzi i bielizny powinno odbywać się w oddzielnych pomieszczeniach.
9. Rozwiązanie przestrzenne powinno zapewniać ruch postępowy obrabianych materiałów od strefy brudnej do sterylnej.
10. Wejście personelu centralnej sterylizatorni ze strefy czystej do strefy brudnej i sterylnej powinno prowadzić przez śluzy umywalkowo-fartuchowe.
11. Przy śluzie między częścią czystą i brudną powinien być zainstalowany ustęp.
12. Między strefą sterylną a ogólnodostępną szpitala należy urządzić pomieszczenie wydawania materiałów sterylnych.
13. Wszystkie systemy technologiczne centralnej sterylizatorni (sterylizatory, myjnie, wózki, regały, pojemniki sterylizacyjne, tace) powinny być kompatybilne, zgodne z jednostką wsadu ustaloną w zakładzie.
14. Na terenie centralnej sterylizatorni między strefą brudną i pomieszczeniem wydawania należy zamontować przelotową myjnię – dezynfektor przeznaczoną do mycia wózków i

- innych elementów transportowych. Dopuszcza się wykonanie w tym miejscu dwóch pomieszczeń jednego do mycia i dezynfekcji manualnej (ręcznej) i drugiego do suszenia mytych sprzętów.
15. Między strefą brudną i czystą instaluje się przelotowe myjnie - dezynfekторы w ilości i z wyposażeniem uzasadnionym, przewidzianym procesem technologicznym.
  16. W ścianie między strefą czystą i sterylną instaluje się sterylizatory przelotowe w ilości i wielkości uzasadnionej przewidywanym procesem technologicznym, jednak nie mniej niż dwa sterylizatory parowe.
  17. W przypadku stosowania sterylizacji gazowej sprzętu nieodpornego na działanie temperatury tlenkiem etylenu lub formaldehydem:
    - 1) po stronie czystej należy wydzielić pomieszczenie przeznaczone do załadunku materiału;
    - 2) po stronie wyładowczej sterylizatorów gazowych w strefie sterylnej powinno znajdować się pomieszczenie do degazacji sterylizowanych materiałów;
    - 3) w pomieszczeniach, o których mowa w pkt 1 i 2, nie można przewidywać stałych stanowisk pracy.
  18. W pomieszczeniach, o których mowa w ust. 14, należy zainstalować sygnalizatory przekroczenia dopuszczalnych stężeń tlenu etylenu na stanowiskach pracy.
  19. Do sterylizacji tlenkiem etylenu na terenie szpitala można stosować wyłącznie sterylizatory zasilane z jednorazowego naboju z czynnikiem sterylizującym.
  20. Do utylizacji tlenu etylenu należy stosować spalarkę tlenu etylenu lub katalizator.
  21. Wszystkie urządzenia technologiczne stosowane w centralnych sterylizatorniach powinny posiadać certyfikat zgodności i być oznaczone znakiem CE z numerem notyfikacyjnym jednostki certyfikującej.

22. Do zasilania wytwornic pary dla sterylizatorów parowych i myjni – dezynfektorów (do ostatecznego płukania) należy doprowadzić wodę oczyszczoną o parametrach określonych przez producenta urządzenia.
23. Stacja uzdatniania wody może być integralną częścią centralnej sterylizatorni lub może być zlokalizowana w odrębnym pomieszczeniu.
24. Przy doborze wydajności stacji uzdatniania wody należy uwzględnić ewentualne zasilanie z niej wodą uzdatnioną innych oddziałów szpitala (apteka, laboratoria, blok operacyjny, kuchnia mleczna, zakład diagnostyki obrazowej, stacja dializ, oddział urologii, pracownia badań i zabiegów endoskopowych).
25. Niezależnie od sterylizatorni centralnej w następujących działach powinny być zainstalowane urządzenia sterylizacyjne:
  - 1) apteka;
  - 2) laboratorium mikrobiologiczne;
  - 3) poradnia stomatologiczna o ile jest to uzasadnione

## **XXI. Apteka**

1. Lokalizacja apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej powinna zapewnić łatwy dostęp do niej personelowi oddziałów łóżkowych. Ponadto należy zapewnić zewnętrzny dostęp (dojazd) dla dostaw materiałowych.
2. Apteka szpitalna (dział farmacji szpitalnej) nie może być dostępna dla pacjentów. Dostęp pracowników szpitala powinien być ograniczony do poczekalni przy izbie ekspedycyjnej i miejsca zwrotu opakowań szklanych (zmywalnia).
3. W przypadku organizowania na terenie szpitala apteki ogólnodostępnej otwartej stanowi ona odrębną jednostkę organizacyjną, funkcjonalnie wydzieloną ze szpitala i powinna być dostępna dla pacjentów z zewnątrz budynku zakładu opieki zdrowotnej.
4. Lokal apteki szpitalnej powinien odpowiadać wymaganiom wynikającym z przepisów ustawy „prawo farmaceutyczne”.

## **XXII. Centralna dezynfektornia – stacja przygotowania łóżek**

1. W szpitalu należy przewidzieć możliwość dezynfekcji sprzętów szpitalnych, w szczególności łóżek, aparatów oddechowych, inkubatorów dla niemowląt, wózków inwalidzkich, wózków i elementów transportu wewnątrz szpitalnego, szafek przyłóżkowych, materacy oraz innych elementów wyposażenia szpitalnego poddawanych okresowej dezynfekcji.
2. W przypadku dezynfekowania sprzętu w dezynfektorni zlokalizowanej poza zakładem należy w zakładzie przewidzieć przeznaczone do ekspedycji i odbioru sprzętu zdezynfekowanego.
3. W przypadku organizowania centralnej dezynfektorni w zakładzie powinna ona być urządzona wg poniższych wymagań.
4. Centralna dezynfektornia – stacja przygotowania łóżek, zwana dalej „stacją”, powinna być podzielona na dwie strefy technologiczne:
  - 1) brudną, przeznaczoną do:
    - a) przyjmowania brudnych sprzętów szpitalnych,
    - b) zdejmowania brudnej bielizny i kierowania jej do pralni,
    - c) zdejmowania materacy, poduszek, koców i umieszczania ich w komorze dezynfekcyjnych,
    - d) umieszczania dezynfekowanych sprzętów w myjni – dezynfektorze,
    - e) magazynowania środków myjących i dezynfekcyjnych;
  - 2) czystą, przeznaczoną do:
    - a) wyładunku z komór myjących i dezynfekcyjnych,
    - b) zaścielania łóżek czystą pościelą,
    - c) wykonywania kontroli i napraw dezynfekowanych sprzętów,
    - d) magazynowania przeznaczonych do napraw lub kasacji sprzętów materacy, koców i poduszek,
    - e) przebywania personelu w czasie spożywania posiłków w przeznaczonym do tego pomieszczeniu.

5. W stacji należy zapewnić ruch postępowy sprzętów ze strefy brudnej do czystej.
6. Pomiędzy strefą brudną i czystą powinny znajdować się:
  - 1) przelotowa, automatyczna komora dezynfekcyjna, przystosowana do dezynfekcji termicznej i formaldehydem materacy, poduszek, koców, ubrań pacjentów i materiałów porowatych;
  - 2) przelotowa, automatyczna myjnia – dezynfektor z programami dezynfekcji termiczno-chemicznej oraz systemami załadunku przystosowanymi do wszystkich sprzętów i materiałów poddawanych dezynfekcji;
  - 3) pomieszczenie do ręcznego mycia i suszenia wyposażone w:
    - a) urządzenie do mycia pianą aktywną i dezynfekcji środkami dezynfekcyjnymi z możliwością ich precyzyjnego dozowania,
    - b) pistolet na sprężone powietrze do suszenia mytych sprzętów,
    - c) matę basenową ułożoną w zagłębieniu podłogi wyposażonym w kratkę ściekową;
  - 4) pomieszczenie suszenia wyposażone w:
    - a) pistolet na sprężone powietrze do suszenia mytych sprzętów,
    - b) matę basenową ułożoną w zagłębieniu podłogi wyposażonym w kratkę ściekową;
  - 5) przelotowa bezciśnieniowa komora dezynfekcyjna do dezynfekcji precyzyjnej aparatury;
  - 6) śluza szatniowa dla personelu między częścią brudną i czystą.
7. W strefie czystej należy urządzić boks napraw i kontroli bezpieczeństwa działania aparatów medycznych, wyposażony w zestaw odpowiednich przyrządów kontrolno-pomiarowych.
8. W strefie brudnej i czystej należy przewidzieć powierzchnie odstawczą na co najmniej 2 - 3 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.
9. W szpitalach do 50 łóżek dopuszcza się dezynfekcję łóżek na oddziałach łóżkowych w specjalnie wydzielonym pomieszczeniu.

### **XXIII. Kuchnia**



1. Kuchnia powinna być zlokalizowana w wydzielonym budynku lub wspólnym z pralnią, połączonym przejściem krytym lub tunelem podziemnym z blokiem łóżkowym szpitala oraz oddziałami mieszczącymi się w wydzielonych pawilonach lub w skrzydle zespołu głównego.
2. Dopuszcza się lokalizację kuchni w zespole głównym szpitala pod warunkiem zapewnienia bezkolizyjnej obsługi technicznej związanej z tą technologią i niepowodującej uciążliwości w tym zapachowe i hałasu.
3. W kuchni należy wyodrębnić następujące strefy:
  - 1) magazynowania, w skład której wchodzi chłodnia;
  - 2) obróbki brudnych produktów;
  - 3) obróbki czystych produktów;
  - 4) obróbki termicznej i schładzania;
  - 5) ekspedycji posiłków lub porcjowania (system tacowy);
  - 6) centralnego mycia naczyń stołowych oddziałowych (system tacowy);
  - 7) administracyjno-socjalną.
4. W skład strefy administracyjno-socjalnej wchodzi w szczególności jadalnia personelu kuchni z miejscem do mycia naczyń, część szatniową oraz ustępy.
5. W zespole kuchni powinno być wydzielone pomieszczenie z wejściem wyłącznie z zewnątrz, w którym odpadki poprodukcyjne z kuchni oraz pokonsumpcyjne będą magazynowane przed ich usuwaniem.
6. Do pomieszczeń magazynowych kuchni centralnej powinien być zapewniony dojazd dla samochodów dostawczych.
7. Dopuszcza się zaopatrywanie szpitala w posiłki wytwarzane poza zakładem. W takim przypadku na terenie szpitala powinna być co najmniej urządzona strefa dla przyjęcia wózków z pożywieniem oraz ich ekspedycji.
8. Dopuszcza się sytuowanie pomieszczeń kuchni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego

wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wojskowego inspektora sanitarnego wydanej po zasięgnięciu opinii właściwego okręgowego inspektora pracy.

#### **XXIV. Pralnia**

1. Brudna bielizna może być prana w pralni zlokalizowanej na terenie szpitala lub w pralni znajdującej się poza zakładem, spełniającej wymagania sanitarno-higieniczne określone w niniejsze części.
2. Pralnia piorąca bieliznę szpitalną powinna:
  - 1) mieć zapewnioną barierę higieniczną między stroną brudną i czystą poprzez fizyczny i funkcjonalny podział na strefę brudną i czystą w sposób o którym mowa w ust.6;
  - 2) stosować technologię przystosowaną do prania bielizny szpitalnej.
3. Pralnia powinna być zlokalizowana w wydzielonym budynku lub wspólnym z kuchnią, połączonym przejściem krytym lub tunelem podziemnym z zespołem głównym szpitala oraz oddziałami mieszczącymi się w wydzielonych pawilonach.
4. Dopuszcza się pralnię zlokalizowaną w budynku głównym szpitala pod warunkiem zapewnienia bezkolizyjnej obsługi technicznej związanej z tą technologią.
5. Pomieszczenia pralni powinny być urządzone w sposób zapewniający zachowanie bariery higienicznej rozumianej jako całkowite wyeliminowanie stykania się bielizny czystej z brudną oraz pracowników z tych dwóch stref.
6. W pralni z barierą higieniczną powinny być urządzone:
  - 1) strefa brudna – w której skład wchodzi pomieszczenia przyjmowania i składania brudnej bielizny, splukiwania pieluch, załadunku bielizny do pralnic, pomieszczenia składowania środków piorących, przygotowywania roztworów piorących, oraz ustępy;
  - 2) strefa czysta – w której skład wchodzi pomieszczenia wyładunku bielizny z pralnic, suszenia, prasowania oraz sterylizacji bielizny noworodków i dzieci młodszych, mycia i dezynfekcji wózków (strona czysta), pomieszczenie składowania materiałów wypranych i zdezynfekowanych, pomieszczenie naprawy bielizny, pomieszczenie

- wydawania, pomieszczenia obsługi administracyjnej i zaplecza socjalnego oraz ustępów;
- 3) trójstopniowa śluza szatniowa usytuowana między strefą czystą i brudną oddzielająca oba obszary ścianami do pełnej wysokości pomieszczenia.
7. W ścianę dzielącą pralnię na dwie strefy wmontowane są urządzenia pralnicze z oddzielnymi otworami do załadowania i rozładowania odpowiednio w obszarze czystym i brudnym.
8. Maszyny pralnicze powinny być wyposażone w automatyczne systemy dozujące środki piorące i dezynfekcyjne oraz w urządzenia kontrolujące parametry procesu prania i dezynfekcji.
9. W pralni musi znajdować się dział mycia i dezynfekcji pojemników i wózków do transportu brudnej bielizny z zastosowaną barierą higieniczną oddzielającą strefę brudną do czystej. W ścianę dzielącą pomieszczenia powinny być wmontowane przelotowe automatyczne urządzenia myjąco – dezynfekcyjne przeznaczone do tego celu.
10. Strefa brudna i czysta pralni powinny być podłączone do oddzielnych zespołów wentylacyjnych. W strefie brudnej należy przewidywać podciśnienie w stosunku do strefy czystej.
11. Śluza między częścią brudną i czystą powinna składać się z szatni brudnej, zespołu sanitarnego z natryskiem, ustępem i umywalką z baterią uruchamianą bez dotyku dłonią oraz wyposażeniem do dezynfekcji rąk oraz szatni czystej.
12. Bielizna noworodków i dzieci młodszych musi być sterylizowana. Sterylizacja może odbywać się w centralnej sterylizatorni lub pralni.. W tym przypadku w strefie czystej nie należy instalować urządzeń do jej sterylizowania.
13. W przypadku urządzenia w szpitalu pralni chemicznej, powinna ona być zlokalizowana w strefie czystej, o której mowa w ust. 5 pkt 2.

14. Wydajność pralni określa się na podstawie norm zużycia bielizny przez jednostki organizacyjne szpitala zwiększone ewentualnie o ilość bielizny z innych zakładów opieki zdrowotnej.
15. Dopuszcza się sytuowanie pomieszczeń pralni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wojskowego inspektora sanitarnego po zasięgnięciu opinii właściwego okręgowego inspektora pracy.

## **Załącznik nr 2**

### **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POD WZGLĘDEM FACHOWYM I SANITARNYM POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA PRZYCHODNI**

1. Przychodnia może być urządzona:
  - 1) w osobnym budynku lub wydzielonej części większego budynku przeznaczonej wyłącznie dla tego celu;
  - 2) w budynku przeznaczonym na inne cele pod warunkiem oddzielenia pomieszczeń dla przychodni od pozostałych części budynku użytkowanych w inny sposób.
2. W zależności od wykonywanych świadczeń w przychodni powinny być wydzielone wejścia z zewnątrz przychodni do:
  - 1) poradni dla pacjentów i personelu;
  - 2) poradni dla dzieci zdrowych;
  - 3) poradni dla dzieci chorych;
  - 4) apteki.
3. W przychodniach do 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się wspólne wejście dla wszystkich pacjentów, interesantów i personelu pod warunkiem że pomieszczenia dzieci chorych, łącznie z poczekalnią będą wydzielone z całej przychodni w odrębny zespół. Dopuszcza się również wspólne wejście i pomieszczenia dla dzieci chorych i zdrowych z zachowaniem rozdziału czasowego ich przyjęć.

4. W przypadku apteki działającej jedynie w godzinach pracy zakładu - dopuszcza się wejście do niej z holu budynku.
5. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc, gruźlicy i zdrowia psychicznego, przeciwalkoholowe oraz leczenia odwykowego osób uzależnionych od środków odurzających, w celu zapewnienia dyskrecji, powinny być tak usytuowane, aby dojście do nich pacjenta było możliwe najkrótszą drogą od wejścia do przychodni, oraz powinny mieć wydzielone poczekalnie wraz z rejestracją, a także ustępy dla pacjentów. W przychodniach do 6 gabinetów lekarskich dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.
6. W holu wejściowym do przychodni powinno być usytuowane, z zastrzeżeniem ust.9, pomieszczenie rejestracji obsługujące wszystkie poradnie, z tym że pożądanym jest osobny dostęp dla dzieci zdrowych, chorych i dorosłych, uniemożliwiający kontaktowanie się tych pacjentów.
7. W zakładach do 6 gabinetów badań, w których udzielane są świadczenia lekarskie dopuszcza się wydzielone pomieszczenie rejestracji dla poszczególnych poradni lub organizowanie wspólnej rejestracji i informacji.
8. W przychodni należy zapewnić dla pacjentów ustępy w tym dla osób niepełnosprawnych na wózku inwalidzkim. W zakładach do 6 gabinetów badań dopuszcza się 1 ustęp dla pacjentów spełniający wymagania dostępności dla osób niepełnosprawnych.
9. Pożądane jest rozwiązanie funkcjonalne poradni, w której przyjmowane są dzieci, uniemożliwiające dostęp pacjentów z poradni dziecięcej do poradni ogólnej. W zakładach liczących do 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.
10. Poradnia, w której przewiduje się przyjmowanie dzieci powinna odpowiadać następującym wymaganiom:
  - 1) wejście do części poradni dla dzieci chorych powinno prowadzić przez przedsionek - wózkarnię, z którego powinno być bezpośrednie przejście do poczekalni, wyjście z poradni prowadzi przez przedsionek – wózkarnię; z poczekalni powinno być dostępne pomieszczenie rejestracji;

- 2) pokój przygotowawczy i szczybień powinien być połączony bezpośrednio z gabinetem badań lekarskich dzieci zdrowych;
  - 3) gabinet badań lekarskich dzieci chorych powinien być połączony bezpośrednio z pokojem przygotowawczo-zabiegowym;
  - 4) poradnie dla dzieci chorych oraz dla dzieci zdrowych powinny mieć osobne poczekalnie wraz z szatniami oraz zespołami sanitarnymi dla pacjentów oraz wspólne pomieszczenie rejestracji;
11. W przychodniach, w których przewiduje się przyjmowanie dzieci chorych i zdrowych z zastosowaniem rozdziału czasowego, dopuszcza się jeden gabinet badań lekarskich, oraz poczekalnię wraz z ustępem dla pacjentów.
  12. Powierzchnia gabinetu badań lekarskich powinna wynosić co najmniej 12,0 m<sup>2</sup>, a pokoju zabiegowego co najmniej 16,0 m<sup>2</sup>, a pokoju zabiegowego przystosowanego do znieczulania ogólnego 20,0 m<sup>2</sup>.
  13. W poradniach chirurgicznych powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych.
  14. W poradni dla kobiet gabinet badań ginekologicznych powinien mieć bezpośrednie połączenie z kabiną higieny osobistej.
  15. W poradniach, w których mają być udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego powinna być wydzielona kabina higieny osobistej, o której mowa w ust.14.
  16. Poradnie o charakterze zabiegowym, w szczególności stomatologiczna, chirurgiczna, ginekologiczna i laryngologiczna, powinny mieć zapewnioną możliwość sterylizacji narzędzi i materiałów zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

17. Powierzchnia gabinetu stomatologicznego powinna wynosić co najmniej 12,0 m<sup>2</sup> przy zainstalowaniu jednego fotela stomatologicznego i co najmniej 8,0 m<sup>2</sup> na każdy następny fotel.
18. Sprężarki i pompy zasilające unity stomatologiczne powinny być zlokalizowana w miejscu niezanieczyszczonym oraz w sposób niepowodujący hałasu.
19. Powierzchnia:
  - 1) pokoju pobierania prób do analiz powinna wynosić co najmniej 6,0 m<sup>2</sup>;
  - 2) pracowni laboratoryjnej wykonującej podstawowe badania diagnostyczne co najmniej 15 m<sup>2</sup>;
  - 3) pracowni przy wykonywaniu innego zakresu badań co najmniej 20,0 m<sup>2</sup>.
20. W przychodni powinny być organizowane składziki porządkowe oraz składziki dla czystej bielizny, dla brudnej bielizny oraz magazynowanie odpadów przeznaczonych do spalania.

### **Załącznik nr 3**

#### **WYMAGANIA SZCZEGÓLOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA SZPITALA SANTORYJNEGO.**

1. Szpital sanatoryjny może być samodzielną jednostką organizacyjną lub stanowić wyodrębniony organizacyjnie i funkcjonalnie zespół w ramach innej jednostki organizacyjnej.
2. W skład oddziału szpitala sanatoryjnego wchodzi następujące pomieszczenia:
  - 1) pokoje łóżkowe 1 i 2 osobowe (wyjątkowo 3 osobowe);
  - 2) separatki – 1 co najmniej na 40 łóżek;
  - 3) pokój dziennego pobytu – 1 co najmniej na 40 łóżek;
  - 4) pokój lekarzy – 1 co najmniej na 40 łóżek;
  - 5) pokój pielęgniarstwo – zabiegowy – 1 co najmniej na 40 łóżek;
  - 6) kuchenka oddziałowa – 1 co najmniej na 80 łóżek;

- 7) pomieszczenia higieniczno-sanitarne – łazienka, WC mężczyzn, WC kobiet, prasownia;
  - 8) brudownik – 1 co najmniej na 40 łóżek;
  - 9) pomieszczenie socjalne dla personelu – 1 co najmniej na 80 łóżek;
  - 10) ustęp dla personelu (co najmniej jeden na dwie kondygnacje);
  - 11) magazyny (bielizny czystej i podręczny magazyn bielizny brudnej);
  - 12) recepcja – 1 co najmniej na 80 łóżek.
3. Powierzchnia pokoju 1-osobowego powinna wynosić min. 12,0 m<sup>2</sup>. W pokojach wieloosobowych należy przewidywać min. 7,0 m<sup>2</sup> na 1 łóżko.
  4. W każdym pokoju należy przewidywać umywalkę.
  5. W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym należy przewidywać następujące minimalne wyposażenie:
    - 1) 1 wanna na 20 łóżek;
    - 2) 1 ustęp na 15 kobiet;
    - 3) 1 ustęp i 1 pisuar na 20 mężczyzn.

#### **Załącznik nr 4**

### **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA**

#### **I. Część ogólna**

1. Układ funkcjonalny Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zwanego dalej „RCKiK”, powinien zapewniać:
  - 1) wydzieloną strefę przebywania dawców;
  - 2) ciągi funkcjonalne w zakresie podstawowej działalności RCKiK;
  - 3) grupowanie pomieszczeń i działów ze względu na powiązania funkcjonalne;
  - 4) grupowanie pomieszczeń lub działów ze względu na szczególne wymagania techniczne (podobieństwo i nasycenie instalacyjne).



2. Przez podstawową działalność, o której mowa w ust. 1 pkt. 2, rozumie się rejestrację dawców, badania lekarskie i laboratoryjne, pobieranie krwi, preparatykę krwi i jej składników oraz ich przechowywanie i ekspedycję.
3. W pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza należy przewidywać wentylację mechaniczną. W szczególności dotyczy to:
  - 1) pomieszczeń, w których znajdują się zbiorniki z ciekłym azotem;
  - 2) pomieszczenia przeznaczonego na radiator.
4. Pomieszczenia przeznaczone do pobierania i preparatyki krwi i jej składników oraz pomieszczenia działu laboratoryjnego i ekspedycji powinny być klimatyzowane.
5. Pomieszczenia RCKiK powinny być zabezpieczone przed dostępem osób w nim niezatrudnionych, z wyjątkiem działu:
  - 1) krwiodawców;
  - 2) pobierania w części dostępnej dla dawców;
  - 3) ekspedycji w części dostępnej dla interesantów;
  - 4) metodyczno-organizacyjnego i administracji.
6. RCKiK powinno posiadać pomieszczenia magazynowe zapewniające warunki przechowywania wymagane przez producentów poszczególnych materiałów pomocniczych stosowanych w RCKiK.

## **II. Dział krwiodawców**

1. Dział krwiodawców powinien posiadać pomieszczenia i urządzenia zapewniające:
  - 1) rejestrację i prowadzenie ciągłej ewidencji krwiodawców z uwzględnieniem pomieszczenia na spokojne wypełnianie kwestionariuszy;
  - 2) dokonywanie wszystkich czynności związanych z zakwalifikowaniem zgłaszających się osób (pobieranie krwi do celów diagnostyki, badanie dawców przed oddaniem krwi i okresowe czynności administracyjne);
  - 3) wydawanie posiłków przed lub po zabiegu pobrania lub ekwiwalentu kalorycznego.

2. Dział powinien mieć bezpośrednie połączenie z działem pobierania i preparatyki krwi oraz dogodne połączenie z działem laboratoryjnym.

### **III. Dział pobierania**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewniać:
  - 1) wykonanie prac przygotowawczych do pobierania krwi lub jej składników;
  - 2) rejestrację dawców przed pobraniem krwi lub jej składników;
  - 3) pobieranie krwi lub jej składników;
  - 4) wykonywanie zabiegów aferezy i przekazywanie pobranych składników krwi do działu preparatyki krwi, ekspedycji lub innego działu;
  - 5) prowadzenie dokumentacji pobranej krwi lub jej składników.
2. Pomieszczeniami dostępnymi dla dawców są:
  - 1) poczekalnia;
  - 2) szatnia;
  - 3) ustępy dla kobiet i mężczyzn oraz osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich;
  - 4) gabinet badań;
  - 5) sala pobrań;
  - 6) pomieszczenie do wypoczynku dawców i spożywania posiłków.
3. Dział pobierania powinien mieć dogodne połączenia z działem preparatyki oraz z działem magazynowania i ekspedycji.
4. Sala pobrań powinna mieć bezpośrednie połączenie ze stanowiskiem kontroli serologicznej.

### **IV. Dział preparatyki**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewniać możliwość:
  - 1) wykonania wszystkich rodzajów preparatyki z uwzględnieniem preparatyki w układzie otwartym;
  - 2) przechowywania w standardowych warunkach krwi i jej składników nie zakwalifikowanych jeszcze do użytku.

2. Dział powinien mieć dogodne połączenia z działem magazynowania i ekspedycji.

#### **V. Dział laboratoryjny**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewniać możliwość wykonania wszystkich obowiązujących badań u dawcy i w preparacie krwi lub jej składników.
2. Pomieszczenia laboratoryjne (pracownie: hematologiczna, biochemiczna, wirusów, biologii molekularnej i inne) powinny być klimatyzowane.

#### **VI. Dział ekspedycji**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewniać:
  - 1) przechowywanie w odpowiedniej temperaturze krwi i jej składników;
  - 2) przyjmowanie zwrotów niewykorzystanej krwi i jej składników.
2. Magazyn (chłodnia, lodówki, zamrażarki) krwi i jej składników powinien być zlokalizowany w ekspedycji lub w jej pobliżu.
3. Poczekalnia przy ekspedycji powinna być łatwo dostępna z zewnątrz.

#### **VII. Dział zapewnienia jakości**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewnić:
  - 1) prowadzenie kontroli jakości wszystkich preparatów krwi i jej składników produkowanych w całym regionie;
  - 2) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej działalności wszystkich działów RCKiK oraz oddziałów terenowych (archiwum).

#### **VIII. Oddziały terenowe**

1. Oddział powinien być zlokalizowany w miejscu łatwo dostępnym dla krwiodawców oraz zapewniającym łatwe połączenie z działem diagnostyki laboratoryjnej.

2. Oddział powinien składać się z części dostępnej dla krwiodawców oraz z niedostępnej dla krwiodawców części laboratoryjnej, przeznaczonej także do preparatyki (w przypadku jej wykonywania), ekspedycji krwi i jej składników.
3. W oddziale powinny znajdować się szatnie oraz umywalnie i ustępy dla dawców.
4. W oddziale powinny znajdować się pomieszczenia służące do przygotowania i wydawania posiłków profilaktycznych. Dopuszcza się wykorzystanie do tego celu stołówki szpitalnej lub bufetu.

#### **Załącznik nr 5**

### **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POD WZGLĘDEM FACHOWYM I SANITARNYM POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA ŻŁOBKA**

1. Żłobek powinien być lokalizowany w odrębnym budynku. Dopuszcza się jego lokalizację w budynku przeznaczonym na inne cele przy zachowaniu izolacji pomieszczeń innych użytkowników oraz zapewnieniu odrębnych wejść z dróg komunikacji ogólnej.
2. Żłobek może posiadać jedną lub dwie kondygnacje.
3. W żłobku powinny być wydzielone zespoły pomieszczeń przeznaczone dla różnych grup wiekowych.
4. Zespół pomieszczeń przeznaczonych dla każdej grupy dzieci, stanowi odrębną całość i powinien się składać z:
  - 1) przedsionka – wózkarni;
  - 2) sal pobytu dzieci (zabaw lub odrębne sypialnie);
  - 2) zespołu sanitarnego, w którego skład wchodzi ustępy, umywalki i natrysk oraz łazienki z wydzielonym miejscem do mycia nocników.

5. W przypadku żłobka dwukondygnacyjnego pomieszczenia dla grup dzieci średnich i starszych powinny być lokalizowane na parterze.
6. Sale pobytu dzieci powinny być zorientowane w kierunku południowym, południowo-wschodnim lub wschodnim.
7. W salach pobytu dzieci minimalna powierzchnia pomieszczenia na 1 dziecko powinna wynosić 3,0 m<sup>2</sup>.
8. Przy sali dla niemowląt należy zapewnić możliwość leżakowania na werandzie lub tarasie.
9. Dla grupy dzieci średnich i starszych należy zapewnić możliwość wyjścia na teren przyległy do żłobka wyposażony w urządzenia do zabaw. Teren ten powinien być niedostępny dla osób postronnych.
10. W żłobku powinna być kuchnia zapewniająca przygotowanie posiłków w dostosowaniu do wieku dzieci.
11. W przypadku dowożenia obiadu z innej odpowiednio wyspecjalizowanej jednostki, dopuszcza się możliwość wydzielenia w żłobku pomieszczeń i urządzeń służących wyłącznie do przygotowywania śniadań i podwieczorków oraz pomieszczenia do mycia naczyń stołowych.
12. Brudna bielizna ze żłobka powinna być prana w pralni obsługującej zakłady opieki zdrowotnej. W przypadku braku takich możliwości żłobek powinien posiadać własną pralnię. Do pomieszczeń pralni należy wówczas stosować odpowiednio ustalenia części XXIV załącznika nr 1 z wyjątkiem ust. 11.

## Uzasadnienie

Przepis art. 9 ust. 2 ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ((Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) zobowiązuje Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Wymagania określone w obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej ( Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) są w wielu przypadkach zdezaktualizowane i nie znajdują uzasadnienia merytorycznego przy obecnym rozwoju nowych urządzeń i technologii medycznych (nowych metod diagnostycznych i leczniczych). Ponadto w powołanym wyżej rozporządzeniu nie określono wymagań dla niektórych rodzajów zakładów opieki zdrowotnej np.: dla żłobków. Z uwagi na złożoność i wielość materii zdecydowano się odstąpić od nowelizacji ww. rozporządzenia. Przyjęto koncepcję opracowania projektu nowego rozporządzenia.

Przedkładany projekt rozporządzenia został przygotowany przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw opracowania projektu ww. rozporządzenia. W opracowanym projekcie określono wymagania, których obecnie obowiązujące rozporządzenie nie określa, m.in. dla pomieszczeń: żłobka, szpitala sanatoryjnego, oddziału noworodkowego, oddziału ratunkowego, oddziału pomocy doraźnej, oddziału chirurgii jednego dnia, zakładu rehabilitacji, centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przepisy projektowanego rozporządzenia wprowadzają okresy, tj. do dnia 31 grudnia 2008 r. dla przychodni i do dnia 31 grudnia 2011 r. dla szpitali, które umożliwią zakładom opieki zdrowotnej dostosować swoje pomieszczenia i urządzenia do wymagań w nim określonych .

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje akt normatywny:**

Rozporządzenie oddziałuje na zakłady opieki zdrowotnej.

### **2. Cel wprowadzenia regulacji:**

Podstawowym zadaniem rozporządzenia jest ustalanie warunków jakim odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym, dostosowanych do aktualnych: form organizacyjnych opieki zdrowotnej oraz metod diagnostycznych i leczniczych oraz technologii i materiałów budowlanych.

### **3. Konsultacje społeczne:**

Projekt w ramach konsultacji społecznych został skierowany do związków zawodowych oraz samorządów zawodowych działających w ochronie zdrowia (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unia Uzdrawisk Polskich, Unia Metropolii Polskich, Związek Powiatów Polskich, Związek Miast Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Unia Miasteczek Polskich, Konwent Marszałków RP, Federacja Związków Gmin i Powiatów RP, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego). W dniu 25 maja (pierwsza część) i 1 czerwca (druga część) odbyła się konferencja uzgodnieniowa, na którą zaproszeni zostali przedstawiciele ministerstw oraz organizacji społecznych i samorządów zawodowych. Znaczna część spośród zgłoszonych uwag została uwzględniona. Tekst projektu został uzgodniony.

### **4. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych:**

Rozporządzenie będzie miało wpływ na wydatki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego, związanych z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń zakładów do nowych wymagań. Zakres koniecznych

dostosowań w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej znany będzie dopiero po sporządzeniu opinii sanitarnych, na podstawie których zostaną programy dostosowawcze. Ponadto w poszczególnych częściach kraju ceny usług budowlanych i remontowych znacznie się różnią. Z powyższych powodów trudno jest oszacować koszt dostosowań..

**5. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną lub zewnętrzną:**

Rozporządzenie nie będzie mieć wpływu na konkurencyjność wewnętrzną lub zewnętrzną.

**6. Wpływ regulacji na sytuację regionów i rozwój regionalny:**

Rozporządzenie nie będzie mieć wpływu na sytuację regionów i rozwój regionalny.

**7. Wpływ regulacji na rynek pracy:**

Rozporządzenie nie będzie mieć wpływu na rynek pracy.

**8. Skutki prawne regulacji:**

Uporządkowanie stanu prawnego.

**9. Wpływ na zdrowie ludności:**

Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych i warunków w jakich będą przebywali świadczeniobiorcy podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

**10. Wstępna ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej:**

Proponowane przepisy nie są regulowane przez prawo Unii Europejskiej.