

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2010 r.

**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. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1
Przepisy ogólne**

§ 1.

Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym, odpowiednio do rodzaju zakładu opieki zdrowotnej, wymaganiom określonym w rozdziałach 2-6.

§ 2.

1. Pomieszczenia i urządzenia szpitala powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym 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 odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.

§ 3.

1. Pomieszczenia i urządzenia przychodni powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym 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 zdrowotnych obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską.
3. Do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, działającego w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 23, § 25 ust. 1 i 3 oraz § 31.
4. Do gabinetu dentystrycznego w szkole, działającego w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 12, § 23, § 25 oraz § 31 ust. 1.
5. Do zakładu opieki zdrowotnej realizującego wyłącznie zadania określone w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.³⁾) oraz zakładu leczenia odwykowego, z

wyłączeniem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, nie stosuje się wymagań określonych w § 14-16, § 22-25, § 35 i § 36.

§ 4.

Pomieszczenia i urządzenia zespołu opieki dziennej i zespołu chirurgii jednego dnia powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w [załączniku nr 3](#) do rozporządzenia.

§ 5.

Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w [załączniku nr 4](#) do rozporządzenia.

§ 6.

Pomieszczenia i urządzenia żłobka powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w [załączniku nr 5](#) do rozporządzenia.

§ 7.

Pomieszczenia i urządzenia pracowni badań endoskopowych powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w [załączniku nr 6](#) do rozporządzenia.

§ 8.

Pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w [załączniku nr 7](#) do rozporządzenia.

§ 9.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) brudownik - pomieszczenie w zakładzie opieki zdrowotnej służące do opróżniania, dezynfekowania, przechowywania kacek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w myjnię-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji w przypadku stosowania basenów jednorazowych oraz w wentylację mechaniczną wyciągową;
- 2) dezynfekcja – proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych;
- 3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy - pomieszczenie służące do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym;
- 4) gabinet lekarski - pomieszczenie przeznaczone do badania lekarskiego pacjenta;
- 5) izolatka – pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
- 6) odcinek pielęgnacyjny - jednostkę funkcjonalną i organizacyjną oddziału lub pododdziału działającą według kryterium płci, wieku lub wymagań epidemiologicznych, obsługiwana przez jeden zespół pielęgniarstwa oraz inną jednostkę zorganizowaną w szczególnych przypadkach w zależności od innych wymagań specjalnych, takich jak progresja w postępowaniu leczniczym bez uwzględnienia czynnika płci, wieku lub specjalności medycznej;
- 7) oddział – podstawową jednostkę organizacyjną szpitala, stanowiącą wyodrębnioną część oddziałowej lub bezoddziałowej struktury, w której udzielane są świadczenia zdrowotne o jednolitym profilu;
- 8) oddział przyjęć i pomocy doraźnej - zespół pomieszczeń, w którym:
 - a) udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej,
 - b) wykonuje się doraźne zabiegi,
 - c) przyjmuje się do szpitala;
- 9) pomieszczenie higieniczno-sanitarne – pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę z baterią, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki lub urządzenie do suszenia rąk;
- 10) pomieszczenie porządkowe - pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, wyposażone w zlew z baterią;
- 11) przychodnia – przychodnię, ośrodek zdrowia, poradnię i ambulatorium, które udzielają świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń;
- 12) stacjonarny zakład opieki zdrowotnej - zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.

Rozdział 2 **Wymagania ogólnoprzestrzenne**

§ 10.

Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń działów administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.

§ 11.

1. Zakład opieki zdrowotnej powinien być zlokalizowany w samodzielnym budynku lub w zespole budynków.
2. Dopuszcza się lokalizowanie zakładu opieki zdrowotnej w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem:
 - 1) całkowitej izolacji stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
 - 2) całkowitej izolacji przychodni od innych pomieszczeń w budynku mieszkalnym;
 - 3) całkowitej izolacji przychodni od innych pomieszczeń w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i innych, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną przychodni.
3. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń o charakterze gospodarczym, technicznym, zaopatrzenia medycznego, diagnostycznym (w szczególności pomieszczeń: administracyjnych, socjalnych, rtg, usg, rezonansu magnetycznego, medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rehabilitacji) poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku.

§ 12.

Kształt i powierzchnia pomieszczenia powinny umożliwiać prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

§ 13.

1. W zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być stosowane zsypy.
2. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wynikających z warunków technicznych, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny może wyrazić zgodę na zastosowanie w szpitalu zsyków brudnej bielizny.

Rozdział 3 Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

§ 14.

Łóżka w pokojach chorych powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

§ 15.

Odstępy między łózkami powinny umożliwiać swobodny dostęp do pacjentów.

§ 16.

Szerokość pokoju łóżkowego powinna umożliwiać wyprowadzenie każdego łóżka.

§ 17.

1. Izolatka w szpitalu składa się z:
 - 1) pomieszczenia pobytu pacjenta;
 - 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego co najmniej, w umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik, dozownik z środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, natrysk i płuczkę-dezynfektor basenów w przypadku stosowania basenów wielorazowego użytku lub urządzenie do dekontaminacji, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów, w przypadku stosowania basenów jednorazowych, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta;
 - 3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.
2. Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia (ciśnienie w izolacji niższe niż na korytarzu i w śluzie).

§ 18.

1. Śluza umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w:
 - 1) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
 - 2) miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych;
 - 3) dozownik z mydłem w płynie;
 - 4) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
 - 5) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki albo urządzenie do suszenia rąk;
 - 6) zamykany pojemnik na brudną bieliznę.
2. W przypadku stosowania szybko schnącego środka dezynfekcyjnego śluza umywalkowo-fartuchowa może nie być wyposażona w przedmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 5.

§ 19.

Śluza szatniowa składa się z:

- 1) szatni brudnej - przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwiu;
- 2) szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwiu służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził pracownik, wyposażonej w:
 - a) obuwiu nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - b) regał na obuwiu,
 - c) regał na czyste ubrania;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, wyposażonego w natrysk.

§ 20.

1. Pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki lub urządzenie do suszenia rąk.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do pokoju wyposażonego w służę umywalkowo-fartuchową lub węzeł sanitarny oraz pokoiów łóżkowych w oddziale psychiatrycznym.

§ 21.

1. W zakładzie opieki zdrowotnej powinny znajdować się:

- 1) co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe;
 - 2) pomieszczenia lub wydzielone miejsca do składowania bielizny czystej;
 - 3) pomieszczenia lub wydzielone miejsca do składowania bielizny brudnej;
 - 4) pomieszczenie lub wydzielone miejsce na odpady.
2. Wydzielone miejsce, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie może znajdować się w pomieszczeniu, w którym znajdują się wydzielone miejsca, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4.
3. Wymaganie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, ma zastosowanie wyłącznie do stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 22.

1. Przestrzeń ładunkowa środków transportu żywności, bielizny i odpadów, z wyłączeniem opakowań jednorazowych, powinna być zamknięta, odpowiednio do rodzaju ładunku.
2. Przestrzeń ładunkowa środków transportu zwłok powinna być zamknięta.
3. Środki transportu, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być wykonane z materiałów umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.

§ 23.

1. Meble w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny umożliwiać ich mycie oraz dezynfekcję.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach działów administracyjnych, socjalnych, poradni psychiatrycznych oraz żłobków.

§ 24.

W stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej zapewnia się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone do mycia i dezynfekcji, w szczególności środków transportu.

Rozdział 4 **Wymagania ogólnobudowlane**

§ 25.

1. Podłogi powinny być wykonane z materiałów umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.
2. Połączenie ścian z podłogami powinno być wykonane w sposób umożliwiającą jego mycie i dezynfekcję.
3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do pomieszczeń: administracyjnych, socjalnych, sal rehabilitacji ruchowej, poradni psychiatrycznych oraz żłobków.

§ 26.

Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwić ich mycie i dezynfekcję.

§ 27.

W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności w salach operacyjnych, i porodowych, pokojach łóżkowych, na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, oparzeniowych, pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, sufity te powinny być wykonane w sposób zapewniający

szczelność powierzchni oraz umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.

§ 28.

Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które może odbywać się ruch pacjentów na łózkach powinna umożliwiać ten ruch.

Rozdział 5 Oświetlenie dzienne

§ 29.

Pokoje łóżkowe powinny mieć zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego.

§ 30.

W przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.

Rozdział 6 Wymagania dotyczące instalacji

§ 31.

1. Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, powinny być wyposażone w umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki albo urządzenie do suszenia rąk, z wyjątkiem pomieszczeń, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego.
2. Pomieszczenia, w których wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, powinny być wyposażone w zlew z baterią.
3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się, gdy stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu.

§ 32.

W blokach operacyjnych, pomieszczeniach do izolacji zakażonych chorych i pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności należy stosować wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.

§ 33.

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 i zapewniać nadciśnienie w stosunku do korytarza. Rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.

§ 34.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi lub czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta. Dokonanie tych czynności powinno być udokumentowane.

§ 35.

Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę, powinno zapewniać co najmniej jej 12-godzinny zapas.

§ 36.

Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną powinny być agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30 % potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.

Rozdział 7 Przepisy przejściowe i końcowe

§ 37.

1. Zakład opieki zdrowotnej:

- 1) prowadzący działalność w dniu wejścia w życie rozporządzenia,
- 2) który po dniu wejścia w życie rozporządzenia będzie prowadził działalność w pomieszczeniach, w których w okresie 12 miesięcy przed tym dniem prowadziły działalność: inny zakład opieki zdrowotnej, indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarek, położnych lub grupowa praktyka pielęgniarek, położnych
- niespełniający wymagań określonych w jego przepisach, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań
www.inforflex.pl

do dnia 31 grudnia 2016 r.

2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, przedstawi, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r., organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia, zwany dalej "programem", zaopiniowany przez właściwego 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.

4. Pomieszczenia, których budowę rozpoczęto i nie zakończono przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, niespełniające wymagań określonych w jego przepisach, zostaną dostosowane do tych wymagań w terminie do dnia 31 grudnia 2016 r.

5. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio do pomieszczeń, o których mowa w ust. 4. Program przedstawia kierownik zakładu opieki zdrowotnej, a w razie braku kierownika - inwestor.

§ 38.

1. Programy dostosowania zakładu opieki zdrowotnej określone w przepisach dotychczasowych stają się z dniem wejścia w życie rozporządzenia programami w rozumieniu § 37 ust. 2.

2. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej dostosuje program, o którym mowa w ust. 1, do wymagań określonych w rozporządzeniu i w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r. przedstawi go organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 39.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 i z 2008 r. Nr 30, poz. 187).

§ 40.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241, Nr 219, poz. 1707 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620 i Nr 107, poz. 679.

³⁾Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 143, poz. 962.

Uzasadnienie

Przedmiotowa regulacja stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). Powyższy przepis zobowiązuje Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wymagania fachowe i sanitarne dla pomieszczeń i urządzeń zakładów opieki zdrowotnej oraz do określenia terminu i zakresu dostosowania zakładów do tych wymagań.

W związku z licznymi postulatami i sugestiami zgłaszanymi do Ministerstwa Zdrowia, dotyczącymi licznych zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz. 1568 oraz z 2008 r. Nr 30, poz. 187) zmierzających do uelastycznienia i uproszczenia regulacji w powyższej materii, opracowano projekt nowego rozporządzenia. Z uwagi na znaczną liczbę zmian uznano, że dla przejrzystości bardziej optymalnym rozwiązaniem będzie odstępianie od nowelizacji obowiązującego rozporządzenia na rzecz opracowania nowych wymagań.

W omawianym projekcie zrezygnowano ze szczegółowego regulowania zagadnień ogólnobudowlanych, które w wystarczający i jednolity sposób uregulowane są w ogólnych przepisach prawa budowlanego, a zwłaszcza w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690 z późn. zm.), tj. szerokość drzwi czy określenie liczby ustępów. Ponadto odstąpiono od określania wymagań odnośnie powierzchni poszczególnych pomieszczeń (gabinety, pokoje chorych), gdyż w wielu przypadkach utrudnia to racjonalne wykorzystanie przestrzeni zakładów opieki

zdrowotnej. Powyższe zagadnienia obecnie regulowane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r., co powoduje, że dublują się z przepisami budowlanymi. Jednocześnie należy podkreślić, iż celem tych regulacji nie jest zachęta do „zagęszczania” pacjentów. Omawiana zmiana zakłada przesunięcie akcentów, tj. rezygnację z „opcji nakazowej” na rzecz „opcji promującej optymalne rozwiązanie”. Uzupełniono natomiast wymagania odnoszące się do wyposażenia izolatki. Z uwagi na coraz częstsze stosowanie basenów jednorazowych konieczne jest wyposażenie ww. pomieszczenia w macerator. W takim przypadku nie ma obowiązku instalowania płuczki-dezynfektora. Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania Krajowego Systemu Notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004r. Nr 65, poz. 597). Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem.

Ocena Skutków Regulacji

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało zakłady opieki zdrowotnej.

2) Konsultacje społeczne

Projekt został przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W trakcie konsultacji społecznych zgłoszono szereg uwag i sugestii do projektu rozporządzenia. Wiele z nich dotyczyło doprecyzowania i uzupełnienia pojęć określonych w rozporządzeniu. W wyniku konsultacji zostały zmienione (rozszerzone) definicje stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, przychodni, izolatki czy brudownika. Ujednolicone zostało nazewnictwo użyte w projekcie. Zgodnie z sugestiami zgłoszonymi w trakcie uzgodnień wprowadzono zmiany, umożliwiające monitorowanie pacjentów, zwłaszcza dzieci, przez personel medyczny za pośrednictwem kamer. Liczne podmioty zgłosiły postulat wydłużenia okresu dostosowawczego. Powyższe sugestie zostały uwzględnione.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na wydatki publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego, związanych z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń do nowych wymagań. Zakres koniecznych dostosowań w poszczególnych zakładach będzie znany dopiero po sporządzeniu programów dostosowawczych. Z uwagi na bardzo dużą liczbę podmiotów tworzących publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ok. 2500 podmiotów – gminy, powiaty, województwa, publiczne uczelnie medyczne) trudne jest oszacowanie kosztów dostosowania zakładów do nowych wymagań. Ponadto w poszczególnych częściach kraju zakresy dostosowania, jak i ceny usług budowlanych i remontowych znacznie się różnią. Reasumując, należy zauważyć, że koszty dostosowania do wymagań określonych w projektowanym rozporządzeniu będą niższe, niż dostosowanie do wymagań obecnie obowiązujących.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

8) Wpływ regulacji na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.

9) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.