

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

z dnia 22 czerwca 2005 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. 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 odpowiednio do rodzaju zakładu opieki zdrowotnej wymaganiom określonym w rozdziałach 2—6.

§ 2. 1. Pomieszczenia i urządzenia szpitala pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać ponadto wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innych niż szpital i szpital sanatoryjny zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu.

§ 3. 1. Pomieszczenia i urządzenia przychodni pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać ponadto 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.

<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 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. 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 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.

3. Do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, działającego w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, stosuje się wyłącznie wymagania szczegółowe określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia w ust. 1 i 11 pkt 1 oraz ust. 19.

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

§ 5. Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać ponadto wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 6. Pomieszczenia i urządzenia żłobka pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać ponadto wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

§ 7. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) zakład opieki zdrowotnej zamkniętej — szpital lub inny zakład opieki zdrowotnej 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 pielęgniarskiej;
- 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 działającą według kryterium płci, wieku lub wymagań epidemiologicznych, obsługiwana przez jeden zespół pielęgniarski; 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 działającą 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 administracyjny, statystyki i informacji medycznej oraz socjalny,
  - d) gospodarcze, w szczególności kuchnia i pralnia,
  - e) techniczne, w szczególności kotłownia i centralna dezynfektornia — stacja przygotowania tóżek;
- 7) sterylizatornia podręczna — zespół następujących pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej połączonych okienkiem i służą:
  - a) pomieszczenia mycia i dezynfekcji — przeznaczonego do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, elementów aparatury anestezyjologicznej, 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 w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej służące do opróżniania i dezynfekowania, przechowywania kaczek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w myjnię — dezynfektor oraz w wentylację mechaniczną wyciągową;
- 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 liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, służące również do składowania brudnej bielizny i odpadów;
- 10) izolatka — zespół pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej przeznaczonych dla pobytu jednego pacjenta, spełniający wymagania określone w § 23;
- 11) separatka — zespół pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej przeznaczonych dla jednego lub dwóch pacjentów, spełniający wymagania określone w § 24;
- 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 § 25;
- 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.

3. Pomieszczenia zakładu nie powinny znajdować się poniżej parteru. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, z wyjątkiem pokoi chorych, poniżej parteru, pod warunkiem obniżenia otaczającego terenu o 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 szpitalu powinien znajdować się co najmniej jeden składzik porządkowy dla każdej komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia zdrowotne.

6. Przepisów ust. 2 nie stosuje się do zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej wpisanych do rej-

stru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia.

§ 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 niekrzyżującymi 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 określonym w przepisach 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. W głównym holu wejściowym zakładu opieki zdrowotnej powinny być, w szczególności:

- 1) miejsce dla okryć wierzchnich osób przychodzących;
- 2) punkt informacyjny (informacyjno-rejestracyjny);
- 3) wydzielone miejsce na wózki (dziecięce lub inwalidzkie).

2. Z głównego holu wejściowego powinien być zapewniony łatwy dostęp do ustępów.

3. Pomieszczenia lub miejsca, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być zlokalizowane w sposób umożliwiający swobodny dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

§ 16. 1. Punkt pobierania prób do analiz wraz z boksem przyjmowania materiałów i wydawania wy-

ników może być częścią medycznego laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego.

2. Pomieszczenia lub miejsca, o których mowa w ust. 1, powinny być dostępne z poczekalni dla pacjentów ambulatoryjnych, w szczególności mogą być one usytuowane bezpośrednio przy zakładach opieki zdrowotnej.

§ 17. Pokoje łóżkowe w oddziałach szpitalnych mogą być przeznaczone dla pobytu stałego nie więcej niż 5 pacjentów.

§ 18. 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 m<sup>2</sup>,
  - b) pokoju 2-łóżkowego — co najmniej 14,0 m<sup>2</sup>,
  - c) pokoju 3–5-łóżkowego — co najmniej 6,0 m<sup>2</sup> na 1 łóżko;
- 2) w przypadku oddziału położniczego:
  - a) w systemie „matka z dzieckiem”:
    - pokoju 1-łóżkowego — co najmniej 14,0 m<sup>2</sup>,
    - pokoju 2-łóżkowego — co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>,
  - b) w systemie korespondencyjnym:
    - pokoju 3-łóżkowego matek — co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>,
    - pokoju 7-łóżkowego noworodków — co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>;
- 3) w przypadku oddziału dziecięcego i noworodkowego:
  - a) pokoje dla dzieci młodszych:
    - pokoju 1-łóżkowego — co najmniej 8,0 m<sup>2</sup>,
    - pokoju 2-łóżkowego — co najmniej 10,0 m<sup>2</sup>,
    - pokoju 3-łóżkowego — co najmniej 14,0 m<sup>2</sup>,
    - pokoju 4-łóżkowego — co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>,
  - b) na każde stanowisko noworodka należy przyjmować:
    - w pokoju noworodków obserwowanych i wcześniaków — 5,0 m<sup>2</sup>,
    - w pokoju intensywnej opieki noworodka — 10,0 m<sup>2</sup>;
- 4) w przypadku oddziału intensywnej terapii:
  - a) pokój 1-stanowiskowy — co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>,
  - b) pokój wielostanowiskowy — co najmniej 16,0 m<sup>2</sup> na 1 stanowisko;
- 5) w przypadku intensywnego nadzoru kardiologicznego — co najmniej 14,0 m<sup>2</sup> na każde łóżko;

6) w przypadku pokoi dializ łącznie ze stanowiskiem nadzoru pielęgniarskiego:

- a) pokój 1-stanowiskowy — co najmniej 14,0 m<sup>2</sup>,
- b) pokój 2-stanowiskowy — co najmniej 24,0 m<sup>2</sup>,
- c) pokój wielostanowiskowy — co najmniej 10,0 m<sup>2</sup> na 1 stanowisko.

§ 19. 1. Co najmniej 10 % ogólnej liczby łóżek oddziału powinno być umieszczonych 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 łóżkami 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-sanitarnego 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 pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.

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

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

§ 24. Separatka w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej składa się z wyposażonego w umywalkę:

- 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>;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, wyposażonego co najmniej w ustęp, umywalkę i dozownik mydła w płynie, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta;
- 3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

§ 25. Śluza umywalkowo-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 kontaktu z dłonią;
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią;
- 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:
  - a) obuwiu nadające się do mycia i dezynfekcji,
  - b) regał na obuwiu,
  - c) regał na czyste ubrania,
  - d) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, w skład którego wchodzi: ustęp, natrysk i umywalka.

2. Dla śluzy szatniowej powierzchnię ustala się, przyjmując co najmniej 0,3 m<sup>2</sup> wolnej powierzchni dla każdej szatni na jednego pracownika korzystającego z tej śluzy, lecz nie mniejszą niż 4,0 m<sup>2</sup>.

§ 27. 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.

3. W przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich, niezależnie od liczby kondygnacji, 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. Przdسیونki ustępów muszą być wyposażone w umywalki w taki sposób, aby 1 umywalka przypadała co najmniej na 3 miski ustępowe lub pisuary, lecz nie mniej niż 1 umywalka w przdسیونku.

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

§ 32. 1. Organizacja kuchenek oddziałowych w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej uzależniona jest od przyjętego w tym zakładzie systemu dystrybucji posiłków i mycia naczyń stołowych:

- 1) w przypadku centralnej dystrybucji (system tacy) i centralnego mycia lub zaopatrywania 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-obszewacyjnych oraz chorób płuc i gruźlicy, 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, a na drugiej ciąg mycia naczyń ze zlewozmywakiem dwukomorowym i maszyną do mycia naczyń oraz umywalkę;
- 3) w oddziałach: dziecięcym, położniczo-ginekologicznym, zakaźno-obszewacyjnym, 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-obszewacyjnych oraz chorób płuc i gruźlicy przelotowym sterylizatorem.

2. Niezależnie od organizacji kuchenki oddziałowej należy w niej zainstalować umywalkę i zlewozmywak dwukomorowy oraz 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 Farmakopei Polskiej);
- 2) mycie butelek i smoczków;
- 3) sterylizację butelek i smoczków — w przypadku gdy nie są one dostarczane z centralnej sterylizatorni.

5. Wymagania określone w ust. 3 i 4 nie dotyczą przypadków stosowania gotowych mieszanek dostarczanych w sterylnych opakowaniach jednorazowego użytku.

§ 33. W oddziałach i działach łóżkowych zakładu opieki zdrowotnej zamkniętej 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, zapewniającą usuwanie oczyszczonego przez nią powietrza na zewnątrz.

§ 35. 1. Dla pracowników zakładu opieki zdrowotnej 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 urządzać szatnie przepustowe.

3. Dopuszcza się wspólne szatnie dla pracowników technicznych warsztatów, kotłowni, zaplecza magazynowego i obsługi terenu.

§ 36. 1. Minimalna szerokość korytarza przeznaczanego do transportu pacjentów przewożonych na łózkach lub wózkach powinna wynosić 2,2 m w świetle.

2. W przypadku zastosowania wnek przypokojowych o minimalnej głębokości 0,8 m lub jednostronnego obudowania korytarzy pomieszczeniami, minimalna szerokość, o której mowa w ust. 1, może wynosić 2,0 m w świetle.

§ 37. Minimalna szerokość korytarza w działach o zwiększonym ruchu wózków lub łóżek 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 dezynfekowanie. Nie dotyczy to mebli w pomieszczeniach administracyjno-biurowych.

## Rozdział 4

### Wymagania ogólnobudowlane

§ 43. Sale operacyjne, pokoje łóżkowe oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, sale (gabinety) diagnostyki obrazowej oraz pomieszczenia, w których znajduje się medyczna aparatura komputerowa, powinny być wyposażone w antystatyczne wykładziny podłogowe lub wykładziny z instalacją do odprowadzenia ładunków elektrycznych.

§ 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, łózkowych, korytarzy komunikacyjnych w szpitalach, a w innych zakładach opieki zdrowotnej w pomieszczeniach o podwyższonej aseptyce, powinny być wykonane do wysokości co najmniej 0,08 m, z materiałów odpowiadających wymaganiom dla podłóg w tych pomieszczeniach. 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 łózkowych 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 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 łózkach.

2. Budynek mieszczący szpital do 50 łóżek lub budynek, w którym mieści się taki zakład opieki zdrowotnej posiadający więcej niż jedną kondygnację, powinien być wyposażony co najmniej w jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łózkach.

3. W budynkach zakładów opieki zdrowotnej — innych niż wymienione w ust. 1 i 2, posiadających do dwóch kondygnacji dźwig można zastąpić innym urządzeniem technicznym umożliwiającym wjazd niepeł-

nosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich na wyższą kondygnację.

4. W oddziałach psychiatrycznych i żłobkach dopuszcza się odstępstwo od wymagań określonych w ust. 1 i 2.

5. Wymagania określone w ust. 1—3 nie dotyczą zakładów opieki zdrowotnej 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 pokoi łóżkowych w szpitalach powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.

3. W szpitalach do 50 łóżek wysokość pokoi łóżkowych może wynosić co najmniej 2,5 m w świetle.

4. Wysokość sal operacyjnych oraz zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi wymagające znieczulenia ogólnego, a także pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej, powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle stropu podwieszonego.

5. Dopuszcza się zmniejszenie wysokości pomieszczeń wymienionych w ust. 2 i 4 o 5 %.

6. W zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, w których nie można dostosować wysokości pomieszczeń do wymagań określonych w rozporządzeniu bez naruszenia konstrukcji nośnej budynku zakładu, dopuszcza się wysokość pomieszczeń co najmniej 2,5 m w świetle.

7. Główny Inspektor Sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, wydaje albo odmawia wydania zgody na odstępstwo określone w ust. 6.

§ 50. Każde pomieszczenie zakładu opieki zdrowotnej powinno być wyposażone w wentylację zgodnie z wymaganiami prawa budowlanego.

§ 51. 1. Szerokość drzwi, przez które może odbywać się ruch pacjentów na łóżkach, 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 %.

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 mogą być instalowane drzwi przesuwne, obrotowe oraz wahadłowe przezierne pod warunkiem spełnienia wymagania prawa budowlanego w zakresie przepisów o drogach ewakuacyjnych.

2. Konstrukcja drzwi przesuwnych powinna zapewniać ich szczelność oraz umożliwiać dezynfekcję drzwi wraz z prowadnicami.

3. Jeżeli drzwi przesuwne lub obrotowe stanowią główne wejście do zakładu opieki zdrowotnej, wymagana jest instalacja drzwi rozwieranych.

§ 53. 1. Okna w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny posiadać wszystkie elementy otwierane (rozwieralne lub rozwieralno-uchylne). W zakładach opieki zdrowotnej 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 regulowane stopnie otwarcia.

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

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

## Rozdział 5

### Oświetlenie dzienne

§ 55. 1. Pomieszczenia przeznaczone do pobytu 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 pielęgniarskie 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. Oświetlenie pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi wyłącznie światłem sztucznym w przypadkach innych niż technologiczne dopuszcza się na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. —

Prawo budowlane (Dz. U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 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 zataki rozświetlające co 20,0 m.

3. W szpitalach do 50 łóżek i przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich 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, śluzach i pokojach dla poparzonych należy instalować umywalki z bateriami ciepłej i zimnej wody uruchamiane bez kontaktu z dłońią.

§ 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 umywalk, powinny być wyposażone w zlew co najmniej jednokomorowy.

§ 62. W pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej, z wyłączeniem szpitali sanatoryjnych, nie dopuszcza się instalowania wanien stałych, z wyjątkiem wanien przeznaczonych dla celów terapeutycznych. Mycie chorych powinno odbywać się w natrysku bądź w ruchomym wózku (wózek — wanna) nad kratką ściękową.

§ 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 medyczne laboratorium diagnostyczne, kotłownia lub kuchnia centralna.

§ 64. 1. Instalacje, o których mowa w § 59, 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 opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia dopuszcza się, z wyjątkiem pomieszczeń o podwyższonej aseptyce, zainstalowanie grzejników nie bliżej niż 0,06 m 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.

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 6, poz. 41, Nr 92, poz. 881, Nr 93, poz. 888 i Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 113, poz. 954.



§ 67. W pomieszczeniach, w których względy technologiczne lub podwyższony standard tego wymaga ją, 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 powinny podlegać okresowemu czyszczeniu, a instalacja klimatyzacji powinna ponadto podlegać 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, 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. Rezerwowymi źródłami zaopatrzenia zakładu opieki zdrowotnej zamkniętej powinny być:

- 1) dla zaopatrywania w wodę:
  - a) własne ujęcie ze studni głębinowej zapewniające ciągłą dostawę wody,
  - b) przepływowe zbiorniki retencyjne, co najmniej o 1-dobowym zapasie wody;
- 2) dla zaopatrzenia w ciepło, w zależności od lokalnych warunków, powinien być stosowany jeden z następujących sposobów:
  - a) własna kotłownia zaspokajająca wszystkie potrzeby cieplne obiektu,
  - b) własna kotłownia technologiczno-awaryjna zaspokajająca 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 prądowórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30 % potrzeb mocy szczytowej, a także zasilacze bezprzerwowe (UPS) z odpowiednim podtrzymaniem zasilania i ewentualnie baterie akumulatorów.

§ 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.

## Rozdział 7

### Przepisy przejściowe i końcowe

§ 76. 1. Zakład opieki zdrowotnej, prowadzący działalność w dniu wejścia w życie rozporządzenia, niespełniający wymagań określonych w jego przepisach 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 rozporządzenia, 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 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 opieki zdrowotnej 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 rozporządzenia w sprawie wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru w związku z narusze-

niem 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 rozporządzenia, stosuje się przepisy niniejszego rozporządzenia.

§ 78. 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 urządze-

nia 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, z 1999 r. Nr 94, poz. 1098 oraz z 2004 r. Nr 251, poz. 2517 i 2518).

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

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. (poz. 985)

#### 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 bezpośrednie 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 izolotka 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 (łóżkowe) 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, przy czym 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 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 wydelać 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 pielęgnacyjnym. 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 z 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 łóżkami, 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 być 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 stolik (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 oddziały:

- 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 (oddziału) położniczego aseptycznego powinno prowadzić przez służbę umywalkowo-fartuchową.

4. Pododdział (oddział) położniczy aseptyczny powinien mieć bezpośrednie połączenie z zespołem porodowym, bez krzyżowania się z innymi drogami ruchu wewnątrzszpitalnego.

5. Pokoje łóżkowe na pododdziale (oddziale) 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 służbę umywalkowo-fartuchową;

4) liczba łóżeczek w pokoju noworodków powinna być o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek.

8. Pododdziały (oddziały) położnicze mają pokój wypisowy dla matek i noworodków.

9. Dla pododdziału (oddziału) ginekologii aseptycznej stosuje się wymagania jak dla oddziałów o zunifikowanym układzie.

10. W pododdziale (oddziale) położniczo-ginekologicznym septycznym pokoje łóżkowe należy organizować jak na oddziałach o zunifikowanym układzie.

11. Pokoje łóżkowe w pododdziale (oddziale) położniczym septycznym powinny być wyposażone w łóżka umożliwiające odebranie porodu.

12. Pokój zabiegowy w pododdziale (oddziale) położniczym septycznym powinien być przystosowany do odebrania porodu.

13. W pododdziale (oddziale) 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 (oddziałem) położnictwa aseptycznego.

2. W zależności od przyjętego systemu rozwiązania pokoi łóżkowych na pododdziale (oddziale) 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 służbę umywalkowo-fartuchową.

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 służbami umywalkowo-fartuchowymi.

5. Liczbę stanowisk noworodków w odcinku intensywnej opieki należy ustalać, przyjmując 1—1,5 stanowiska na 1 000 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 dziecięcy, 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 dziecięcym co najmniej 10 % łóżek powinno być umieszczonych w separatkach.

4. W odcinku dzieci młodszych co najmniej 20 % łóżek powinno być przeznaczonych na separatkę (z miejscem na łóżko matki), a pozostałe łóżka powinny znajdować się w zespołach 8—12-łóżkowych, wyposażonych w służbę wejściową z punktem pielęgniarskim. 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 pielęgniarskim, 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 odtamki;
- 3) posiadającego klasę odporności ogniowej wymaganej 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 urządzić kuchenkę mleczną zorganizowaną według wymagań określonych w § 32 ust. 4 rozporządzenia.

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 otwarcia przez dzieci.

## VII. Stacja dializ

1. Stacja dializ może być jednostką samodzielną lub stanowić część oddziału nefrologicznego. W zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia dopuszcza się sytuowanie stacji przy oddziale chorób wewnętrznych.

2. Stacja dializ powinna mieć zapewniony łatwy dostęp z zewnątrz.

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-obszeryjny

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 rozporządzenia.

6. Odcinek obserwacyjny powinien składać się z pokoi 1-łóżkowych z osobnymi wejściami z zewnątrz budynku.

7. Wszystkie pokoje łóżkowe 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 zakaźno-obszeryjnego 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 rozporządzenia.

7. Pokoje pobytu pacjentów należy przewidywać maksymalnie 5-łóżkowe o powierzchni zgodnej z przepisami § 18 rozporządzenia.

8. Pokoje pobytu pacjentów mogą być wyposażone, w zależności od profilu, w:

- 1) łóżka lub
- 2) częściowo w łóżka, a częściowo w fotele wyposażone 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 nieprzekraczającego 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;
- 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 do 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, poza uchylnym górnym nawietrzakiem, powinny być zabezpieczone przed możliwością otwarcia 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 może 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 wewnątrz separatki,
  - d) kanał wentylacji grawitacyjnej niedostępny dla osoby izolowanej,



- e) ogrzewanie podłogowe lub grzejnik we wnęce zastoniętej 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 umyślnie 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 powinien być ponadto 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 za-

kładach do 50 łóżek można nie stosować służby materiałowej.

3. W obrębie zespołu powinna być zachowana zasada rozdziału ruchu czystego pracowników, pacjentów i 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 czasowego. Transport tych materiałów na zewnątrz bloku operacyjnego i szpitala powinien odbywać się co najmniej 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 operacyjną 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 jedno-stanowiskowe.

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 resu-

scytacji noworodka, jeżeli nie ma możliwości korzystania ze stanowiska, o którym mowa w ust. 5 pkt 1.

13. Dla osób towarzyszących rodzicym 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 (gastroskopia);
- 2) pokój badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopia, sigmoidoskopia i rektoskopia) 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) sala wybudzeniowa 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 poszczególnych rodzajów badań.

4. Dopuszcza się usytuowanie zmywalni nieumieszczonej między gabinetami, pod warunkiem zapewnienia transportu endoskopów skażonych i dezynfekowanych 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. Medyczne 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 pobrań krwi. Pokój ten wraz z pokojem wydawania wyników, przeznaczone 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 rozdziatu 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 składników 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 higieniczno-sanitarne oraz szatnie dla personelu.

8. W skład pomieszczeń służących do obsługi pacjentów wchodzi:

1) pokój pobrań oddzielony od pomieszczeń laboratoryjnych;

2) poczekalnia i urządzenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów;

9. Pomieszczenia określone w ust. 4—8 znakuje 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. Dopuszcza się zmniejszenie wysokości o 5 %.

13. Podłogi w pracowniach są łatwo zmywalne, odporne na działanie środków chemicznych i dezynfekcyjnych, wykonane 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 niszczenia 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 zakładu, w 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 w szczególności:

- 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 zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, a także w zakładach do 50 łóżek, 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 szpitalu, który nie posiada prosektury, powinno być pomieszczenie chłodni, przygotowania i wydawania zwłok oraz kancelaria, a także ustęp dla interesantów.

### **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, hydroterapii, pomieszczeniami krioterapii, pływalni oraz wymagającymi rozzebrania się powinny być urządzone szatnie oraz zespoły sanitarne dla pacjentów (natryski, umywalki i 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 powinno być pomieszczenie przeznaczone do przygotowywania parafiny (kuchenka parafinowa) wyposażone w wentylację mechaniczną wyciągową.

8. Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji powinny być zlokalizowane w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym 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 zaopatrywania zakładu ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zakładem, w zakładzie powinno być pomieszczenie przeznaczone dla ekspedycji materiału skażonego oraz odbioru materiału sterylnego, jak również pomieszczenie wyposażone w myjnię-dezynfektor przeznaczoną do mycia wózków i innych elementów transportowych.

4. W przypadku urządzania centralnej sterylizatorni w ramach zakładu powinna ona być wyposażona w urządzenia do wyjąfawiania 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 ope-

racyjnych 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 odbiorcom spoza 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 służę umywalkowo-fartuchowe.

11. Przy służę 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-dezynfektory 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. Do zasilania wytwornic pary dla sterylizatorów parowych i myjni-dezynfektorów (do ostatecznego płukania) należy doprowadzić wodę oczyszczoną o parametrach określonych przez producenta urządzenia.

22. Stacja uzdatniania wody może być integralną częścią centralnej sterylizatorni lub może być zlokalizowana w odrębnym pomieszczeniu.

23. 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).

24. 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 materiałów.

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 lub z głównego holu.

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

1. W szpitalu należy zapewnić możliwość dezynfekcji sprzętów szpitalnych, w szczególności łóżek,

aparatów oddechowych, inkubatorów dla niemowląt, wózków inwalidzkich, wózków i elementów transportu wewnątrzszpitalnego, szafek przyłóżkowych, materacy oraz innych elementów wyposażenia szpitalnego poddawanych okresowej dezynfekcji.

2. W przypadku dezynfekowania sprzętu w dezynfektorni zlokalizowanej poza zakładem, w zakładzie powinno być pomieszczenie przeznaczone do ekspedycji i odbioru sprzętu zdezynfekowanego.

3. W przypadku organizowania centralnej dezynfektorni w zakładzie powinna ona być urządzona zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 4—9.

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 dezynfekcyjnej,
- 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) zaściętania 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 zapachowych i hałasu.

3. W kuchni należy wyodrębnić następujące strefy:

- 1) magazynowania, w skład której wchodzi chłdnia;
- 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 szatniowa 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 usytuowanie pomieszczeń kuchni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo Ministra Obrony Narodowej odpowiednio — Państwowego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Wojskowego Inspektora Sanitarnego.

### **XXIV. Pralnia**

1. Brudna bielizna może być prana w pralni zlokalizowanej na terenie szpitala lub w pralni znajdującej się poza szpitalem, spełniającej wymagania sanitarno-higieniczne określone w niniejszej 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, spłukiwania 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 ustępy;
- 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 załadunku i rozładunku 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 od 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 kontaktu z 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. 6 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, a w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo Ministra Obrony Narodowej odpowiednio — Państwowego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Wojskowego Inspektora Sanitarnego.

## 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 liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się wspólne wejście dla wszystkich pacjentów, interesantów i personelu, pod warunkiem że pomieszczenia dla 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 opieki zdrowotnej dopuszcza się wejście do niej z holu budynku.

5. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc, gruźlicy, zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu oraz terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych 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 liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się odstępowanie od tych wymagań.

6. W holu wejściowym do przychodni powinien być usytuowany punkt rejestracji obsługujący wszystkie poradnie, z tym że pożądanym jest osobny dostęp dla dzieci zdrowych, chorych i dorosłych, uniemożliwiający kontaktowanie się tych pacjentów.

7. W przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich, w których udzielane są świadczenia lekarskie, dopuszcza się wydzielone punkty rejestracji dla poszczególnych poradni lub organizowanie wspólnej rejestracji i informacji.

8. Poradnia, w której udzielane są świadczenia zdrowotne dzieciom, 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 szczerpnię powinny być połączone 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.

9. Do przychodni liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich nie stosuje się wymagań określonych w ust. 8.

10. W przychodni, w której udzielane są świadczenia zdrowotne dzieciom chorym i zdrowym z zastoso-

waniem rozdziału czasowego, dopuszcza się jeden gabinet badań lekarskich oraz poczekalnię wraz z ustępem dla pacjentów.

11. Powierzchnia powinna wynosić dla:

- 1) gabinetu badań lekarskich co najmniej 12,0 m<sup>2</sup>;
- 2) pokoju zabiegowego co najmniej 16,0 m<sup>2</sup>;
- 3) pokoju zabiegowego przystosowanego do znieczulania ogólnego 20,0 m<sup>2</sup>.

12. W poradniach chirurgicznych powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych.

13. Gabinet badań ginekologicznych oraz poradnie, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, powinny mieć bezpośrednie połączenie z kabiną higieny osobistej.

14. 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.

15. 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.

16. Sprężarki i pompy zasilające unity stomatologiczne powinny być zlokalizowane w miejscu niezanieczyszczonym oraz w sposób niepowodujący hałasu.

17. Powierzchnia powinna wynosić dla:

- 1) pokoju pobierania prób do analiz — 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>.

18. W przychodni powinny być organizowane składowki porządkowe oraz składowki dla czystej bielizny oraz dla brudnej bielizny, a także magazynowania odpadów przeznaczonych do spalania.

19. Dopuszcza się zmniejszenie powierzchni określonych w ust. 11, 15, 17 o 5 %.

## Załącznik nr 3

WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POMIESZCZENIA  
I URZĄDZENIA SZPITALA SANATORYJNEGO

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 w szczególności następujące pomieszczenia:

- 1) pokoje łóżkowe 1- i 2-osobowe (wyjątkowo 3-osobowe);
- 2) separatki — co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 3) pokój dziennego pobytu — co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 4) pokój lekarzy — co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 5) pokój pielęgniarsko-zabiegowy — co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 6) kuchenka oddziałowa — co najmniej 1 na 80 łóżek;
- 7) pomieszczenia higieniczno-sanitarne: łazienki, ustępy dla mężczyzn, ustępy dla kobiet, prasownia;
- 8) brudownik — co najmniej 1 na 40 łóżek;

9) pomieszczenie socjalne dla personelu — co najmniej 1 na 80 łóżek;

10) ustęp dla personelu — co najmniej 1 na dwie kondygnacje;

11) magazyny: bielizny czystej i podręczny bielizny brudnej;

12) recepcja (punkt recepcyjny) — co najmniej 1 na 80 łóżek.

3. Powierzchnia pokoju 1-osobowego powinna wynosić co najmniej 12,0 m<sup>2</sup>.

4. Powierzchnia pokoju wieloosobowego powinna wynosić co najmniej 7,0 m<sup>2</sup> na 1 łóżko.

5. W każdym pokoju powinna być umywalka.

6. W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym powinny być co najmniej:

1) 1 natrysk lub 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 CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA**I. Część ogólna**

1. Układ funkcjonalny centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zwanego dalej „centrum”, powinien zapewniać:

- 1) wydzieloną strefę przebywania dawców;
- 2) ciągi funkcjonalne w zakresie podstawowej działalności centrum;
- 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, powinna być wentylacja mechaniczna. 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 centrum 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. Centrum powinno posiadać pomieszczenia magazynowe zapewniające warunki przechowywania wymagane przez producentów poszczególnych materiałów pomocniczych stosowanych w centrum.

## II. Dział krwiodawców

1. Dział krwiodawców powinien posiadać pomieszczenia i urządzenia zapewniające:

- 1) rejestrację i prowadzenie ciągłej ewidencji krwiodawców, z uwzględnieniem pomieszczenia umożliwiającego 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 spożycia posiłków.

3. Dział pobierania powinien mieć dogodne połączenie z działem preparatyki oraz z działem magazynowania i ekspedycji.

4. Sala pobrań powinna mieć dogodne 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 niezakwalifikowanych 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

Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewnić prowadzenie kontroli jakości wszystkich preparatów krwi i jej składników produkowanych w całym regionie.

## VIII. Oddziały terenowe

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

2. Oddział powinien składać się z części dostępnej dla krwiodawców oraz z niedostępnej dla krwiodaw-

ców części laboratoryjnej, przeznaczonej także do preparatyki (w przypadku jej wykonywania), ekspedycji krwi i jej składników.

3. W oddziale powinny znajdować się szatnie oraz łazienki 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 SZCZEGÓLWE, 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 odrębnych sypialni);
- 3) zespołu sanitarnego, w którego skład wchodzi ustępy, umywalki i co najmniej 1 natrysk oraz łazienki z wydzielonym miejscem do mycia nocników.

5. W przypadku żłobka dwukondygnacyjowego 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. W żłobku 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 posiłków z innej odpowiednio wyspecjalizowanej jednostki, należy wydzielić pomieszczenie lub miejsce do ich przyjmowania, przyrządzania i podgrzewania oraz 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 wymagania określone w części XXIV ust. 1–10 i 12–15 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Dziennik Ustaw i Monitor Polski (spis treści) dostępne są w Internecie pod adresem [www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)

**Wydawca:** Kancelaria Prezesa Rady Ministrów  
**Redakcja:** Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,  
Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 622-66-56

**Skład, druk i kolportaż:** Zakład Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów  
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 694-67-50, 694-67-52; faks 694-62-06  
Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7<sup>30</sup>–15<sup>30</sup>)  
[www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)  
e-mail: [dziust@cokprm.gov.pl](mailto:dziust@cokprm.gov.pl)

DU 0116 2005 wyd.00



Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Zakładzie Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa