



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
V kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-130-05

**Druk nr 28**

Warszawa, 19 października 2005 r.

Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej  
V kadencji

Szanowny Panie Marszałku.

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o zakładach opieki  
zdrowotnej** wraz z projektami aktów  
wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z szacunkiem

(-) Marek Belka

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Art. 1. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład leczenia uzdrowiskowego, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu,
- 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia,
- 3) pogotowie ratunkowe,
- 4) medyczne laboratorium diagnostyczne,
- 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakład rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobek,
- 8) ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu,

Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej,

- 9) stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- 10) wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- 11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- 12) inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Nazwa zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2, zawiera oznaczenie: „klinikny”, „klinika” albo „uniwersytecki”. Oznaczenia „klinikny”, „klinika” albo „uniwersytecki” mogą być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2, z zastrzeżeniem art. 43e ust. 1.”;

2) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności lub określonej grupie ludności.”;

3) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.”;

4) art. 8a otrzymuje brzmienie:

„Art. 8a. Do zakładu opieki zdrowotnej utworzonego w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1 stosuje się przepisy niniejszej ustawy, z zachowaniem przepisów o jednostkach badawczo-rozwojowych.”;

## 5) w art. 9:

## a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”,

## b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Zakłady opieki zdrowotnej nabywają i stosują wyroby medyczne odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565).”;

## 6) w art. 10:

## a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez osoby, o których mowa w ust. 1, w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 155, poz. 1298), zawartym między zakładem opieki zdrowotnej a wolontariuszem.”,

## b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Do wolontariatu stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.”,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, z wyjątkiem zawodów, dla których zasady uzyskiwania tytułu specjalisty określają odrębne przepisy,

2) szczegółowy sposób, warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie

– uwzględniając konieczność zapewnienia wysokich kwalifikacji zawodowych,

3) podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń i nadawania tytułu specjalisty w danej dziedzinie, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”,

d) uchyla się ust. 6;

7) w art. 15 po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Jeżeli szpital czasowo zaprzestał działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych bez zachowania trybu określonego w art. 65a, organ prowadzący rejestr wykreśla z rejestru szpital w całości albo w części dotyczącej tej działalności.”;

8) art. 33 otrzymuje brzmienie:

„Art. 33. 1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym

osobom uprawnionym do tych świadczeń nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, jeżeli odrębne przepisy przewidują odpłatność za ich udzielanie.

2. Osobom, innym niż określone w ust. 1, publiczny zakład opieki zdrowotnej może udzielać świadczeń zdrowotnych odpłatnie, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej.”;

9) art. 34 otrzymuje brzmienie:

„Art. 34. Jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, odpłatność za świadczenia zdrowotne określa w ogólnodostępnym cenniku kierownik zakładu.”;

10) w art. 35c ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.<sup>2)</sup>), z zastrzeżeniem art. 50.”;

11) tytuł rozdziału 2 w dziale II otrzymuje brzmienie:

„Tworzenie, statut, przekształcenie, łączenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej”;

12) w art. 43e ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Szpital może udostępniać publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Polskiej Akademii Nauk lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oddział szpitalny, zwany dalej „oddziałem klinicznym”, na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

2. Udostępnienie oddziału klinicznego następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej (szpitala), odpowiednio z: publiczną uczelnią medyczną, publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Polską Akademią Nauk lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zawarcie umowy wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej (szpital).”;

13) po art. 43g dodaje się art. 43h i art. 43i w brzmieniu:

„Art. 43h. 1. Podmioty, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą dokonać połączenia tych zakładów:

- 1) w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów utworzonych przez ten sam podmiot,
- 2) w drodze porozumienia – w przypadku połączenia zakładów utworzonych przez różne podmioty.

2. Akt o połączeniu powinien zawierać w szczególności postanowienia o:

- 1) nazwie zakładu powstałego w wyniku połączenia, a także nazwach zakładów łączących się,
- 2) siedzibie zakładu powstałego w wyniku połączenia,
- 3) przejęciu mienia zakładów łączących się.

3. W porozumieniu wskazuje się ponadto podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

4. Do pracowników zakładów, o których mowa w ust. 1, stosuje się art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy.
5. Połączenie zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, nie stanowi likwidacji łączących się zakładów opieki zdrowotnej.
6. Niezwłocznie po wydaniu aktu o połączeniu zakładów, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o dokonanie wpisu w rejestrze, o którym mowa w art. 12, a następnie składa wniosek o wpisanie tego zakładu do Krajowego Rejestru Sądowego.
7. Z dniem wpisania zakładu powstałego w wyniku połączenia do rejestru, o którym mowa w art. 12, następuje z urzędu wykreślenie łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z tego rejestru.
8. Z dniem wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego zakładu powstałego w wyniku połączenia następuje z urzędu wykreślenie łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z tego rejestru.
9. Z dniem wpisania zakładu powstałego w wyniku połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego, zakład ten wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.
10. Jeżeli po dniu wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego zakładu powstałego w wyniku połączenia w drodze porozumienia nastąpiła



likwidacja tego zakładu, odpowiedzialność za jego zobowiązania powstałe przed połączeniem ponoszą podmioty, które zawarły porozumienie.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, podmioty, które zawarły porozumienie, odpowiadają za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w częściach ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

12. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, należności i mienie zakładu powstałego w wyniku połączenia stają się należnościami i mieniem podmiotu, który na podstawie porozumienia przejął uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

Art. 43i. Przepisy art. 43h ust. 10-12 stosuje się odpowiednio do jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.”;

14) w art. 44 dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:

„9. Osoba będąca kierownikiem publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może podejmować innego zatrudnienia bez zgody podmiotu, który utworzył zakład.

10. Zgoda, o której mowa w ust. 9, nie jest wymagana w przypadku prowadzenia działalności naukowo-dydaktycznej, badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz prowadzenia działalności publicystycznej i literackiej, a także występowania w charakterze biegłego lub ławnika sądowego.”;

15) w art. 46 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) opiniowanie wniosku kierownika szpitala, o którym mowa w art. 65a ust. 1.”;

16) w art. 50 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 35c, gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia państwowego lub komunalnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 2.”;

17) art. 55 otrzymuje brzmienie:

„Art. 55. 1. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- 4) cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.

2. Dotacje przyznaje podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna

albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, także minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Dotacje, poza podmiotami wymienionymi w ust. 2, przyznaje również:
  - 1) właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 3,
  - 2) minister właściwy do spraw zdrowia – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4.
4. Dotacje przyznane samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, przekazuje się za pośrednictwem tej uczelni.”;

18) w art. 65 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

- „1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów, które utworzyły takie zakłady, oraz wojewodzie w stosunku do zakładów mających siedzibę na obszarze województwa przysługuje prawo:
  - 1) przeprowadzania czynności kontrolnych, a w szczególności:
    - a) sprawdzenia pomieszczeń zakładu w zakresie zgodności z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2,

- b) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 1 pkt 4,
  - c) sprawdzania używania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyrobów medycznych oraz wyposażenia ambulansów medycznych w wyroby medyczne zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych,
  - d) żądania informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem przepisu art. 18,
- 2) wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości,
  - 3) wydawania w miarę potrzeby decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.”;
- 19) po art. 65 dodaje się art. 65a i 65b w brzmieniu:
- „Art. 65a. 1. Czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala wymaga zgody wojewody.
  - 2. Kierownik szpitala, po uzyskaniu pozytywnej opinii podmiotu, który utworzył szpital, a w przypadku szpitala będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej również rady społecznej, występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody, o której mowa w ust. 1.
  - 3. Wniosek kierownika szpitala powinien zawierać określenie przyczyny oraz proponowany okres zaprzestania działalności.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 2, wydają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika szpitala. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.
5. Wojewoda, przed wyrażeniem zgody, zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Wojewoda wydaje zgodę lub odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
7. Zgodę wydaje się na okres nieprzekraczający 3 miesięcy.
8. W przypadku gdy zaprzestanie działalności:
  - 1) jest spowodowane siłą wyższą,
  - 2) wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów
    - kierownik szpitala informuje wojewodę o czasowym całkowitym lub częściowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie tej działalności.

Art. 65b. 1. W przypadku czasowego zaprzestania działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych bez zachowania trybu określonego w art. 65a, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika szpitala, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego

na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej wojewoda jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.
3. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
4. Od decyzji w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.”;

20) art. 66a otrzymuje brzmienie:

- „Art. 66a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje konsultantów krajowych spośród trzech kandydatów, będących specjalistami w dziedzinach medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.
2. Kandydatów na konsultantów krajowych zgłasza, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, stowarzyszenie lub stowarzyszenia będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi o zasięgu ogólnokrajowym, wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego.
  3. Minister właściwy do spraw zdrowia, przed powołaniem konsultantów krajowych, zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych odpowiednio do poszczególnych dziedzin, o których mowa w ust. 1.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 3, przedstawiają opinie dotyczące wszystkich zgłoszonych kandydatów.
5. W celu realizacji zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej może powołać konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją tych zadań.
6. Wojewoda albo właściwi wojewodowie mogą powołać konsultanta wojewódzkiego odpowiednio na obszarze województwa albo kilku województw, w dziedzinach, o których mowa w ust. 1, spośród dwóch kandydatów będących specjalistami w tych dziedzinach.
7. Kandydatów na konsultantów wojewódzkich zgłasza, na wniosek wojewody albo właściwych wojewodów, właściwy konsultant krajowy.
8. Wojewoda albo właściwi wojewodowie, przed powołaniem konsultanta wojewódzkiego, zasięgają opinii okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych, okręgowej rady aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych odpowiednio do poszczególnych dziedzin, o których mowa w ust. 1, a także rektora wskazanej przez wojewodę albo właściwych wojewodów publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych działającej na obszarze tego województwa, a jeżeli na obszarze województwa

nie działa taka uczelnia, uczelni, wskazanej przez wojewodę albo właściwych wojewodów, działającej na obszarze województwa sąsiedniego.

9. Podmioty, o których mowa w ust. 8, przedstawiają opinie dotyczące wszystkich zgłoszonych kandydatów.
10. Konsultantów powołuje się na 5-letnią kadencję.
11. Konsultanci wykonują zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także sprawują nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, szkolenia podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne.
12. Konsultantom, za wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 11, przysługuje wynagrodzenie.
13. Konsultanta:
  - 1) krajowego – odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii podmiotów, o których mowa w ust. 3,
  - 2) wojewódzkiego – odwołuje wojewoda albo właściwi wojewodowie, po zasięgnięciu opinii podmiotów, o których mowa w ust. 8– z zastrzeżeniem art. 66b ust. 4,
  - 3) krajowego, o którym mowa w ust. 5 – odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia



w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej, z zastrzeżeniem art. 66b ust. 5.

14. Działalność konsultanta:

- 1) krajowego – jest finansowana ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 2) krajowego, o którym mowa w ust. 5 – jest finansowana ze środków Ministra Obrony Narodowej,
- 3) wojewódzkiego – jest finansowana ze środków właściwego wojewody albo ze środków właściwych wojewodów.

15. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób i tryb powoływania konsultantów,
  - 2) szczegółowe zadania konsultantów,
  - 3) uprawnienia konsultantów do udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej,
  - 4) sposób finansowania zadań wykonywanych przez konsultantów,
  - 5) sposób ustalania i wysokość wynagrodzenia konsultantów,
  - 6) zakres współpracy między konsultantami i podmiotami, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, oraz między konsultantem krajowym i wojewódzkim
- mając na celu zapewnienie właściwego wykonywania zadań przez konsultantów.”;

21) po art. 66a dodaje się art. 66b i 66c w brzmieniu:

„Art. 66b. 1. Konsultant krajowy jest obowiązany do złożenia odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw zdrowia albo Ministrowi Obrony Narodowej, a konsultant wojewódzki wojewodzie albo właściwym wojewodom, oświadczenia zawierającego dane o:

- 1) wszystkich zajmowanych lub pełnionych stanowiskach i zajęciach wykonywanych zarówno w administracji publicznej, w tym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w publicznych szkołach wyższych, jak i w instytucjach prywatnych, z tytułu których pobiera wynagrodzenie, oraz o wykonywanej działalności gospodarczej,
- 2) faktach materialnego wspierania działalności publicznej prowadzonej przez składającego oświadczenie,
- 3) darowiźnie otrzymanej od podmiotów krajowych lub zagranicznych, jeżeli jej wartość przekracza 50% minimalnego wynagrodzenia pracowników za pracę,
- 4) innych uzyskanych korzyściach, o wartościach większych niż wskazane w pkt 3, niezwiązanych z zajmowaniem stanowisk lub wykonywaniem zajęć albo pracy zawodowej, o których mowa w pkt 1,
- 5) wyjazdach krajowych lub zagranicznych, jeżeli ich koszt nie został pokryty przez składającego oświadczenie lub jego małżonka albo instytucje publiczne,

- 6) udziale w organach fundacji, spółek handlowych lub spółdzielni, nawet wówczas, gdy z tego tytułu nie pobiera się żadnych świadczeń pieniężnych.
2. Oświadczenie jest składane, za ostatni rok kalendarzowy, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następnego.
  3. Oświadczenie jest przechowywane przez 10 lat od dnia złożenia, z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.
  4. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje konsultanta krajowego, a wojewoda albo właściwi wojewodowie konsultanta wojewódzkiego, w przypadku niezłożenia oświadczenia w terminie, o którym mowa w ust. 2.
  5. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Ministra Obrony Narodowej, odwołuje konsultanta krajowego, o którym mowa w art. 66a ust. 5, w przypadku niezłożenia oświadczenia w terminie, o którym mowa w ust. 2.
- Art. 66c. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza roczne sprawozdanie z działalności i plan działania zakładu na rok następny i ogłasza je w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565 i Nr 132, poz. 1110), niezależnie od obowiązku ogłaszania sprawozdań

finansowych na zasadach i w trybie określonych w przepisach o rachunkowości.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór ramowego sprawozdania i wzór ramowego planu działania, o których mowa w ust. 1, kierując się potrzebą zapewnienia jawności działania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.”;

22) w art. 69:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 40, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.”,

- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 36, art. 40 i art. 43h, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.”,

- c) ust. 2 i 2a otrzymują brzmienie:

„2. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio przy uwzględnieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.<sup>3)</sup>) i ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2002 r. Nr 207,

poz. 1761, z późn. zm.<sup>4)</sup>) oraz wydanych na ich podstawie przepisów.

2a. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się art. 44a-44c i 45-48a oraz działu III, z wyjątkiem art. 66a ust. 3, ust. 5, ust. 7-9 oraz ust. 11, art. 67 ust. 1-3 i ust. 4 oraz art. 67a.”,

d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Ministrowie, o których mowa w ust. 1, 1a i ust. 2a, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, każdy w zakresie swojego działania, określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej.”;

23) art. 70a otrzymuje brzmienie:

„Art. 70a. 1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu.

2. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu samochodowego i lotniczego.

3. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać wymagania sanitarne i techniczne.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania sanitarne i techniczne, jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego, kierując się ko-

niecznością zapewnienia odpowiedniej jakości wykonywania transportu sanitarnego.”;

24) uchyla się art. 70b i 70c;

25) w art. 70d:

a) uchyla się ust. 1,

b) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Narodowy Fundusz Zdrowia i zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej i zakładu budżetowego zawierają umowy o wykonywanie usług transportu sanitarnego z podmiotami spełniającymi wymagania, o których mowa w art. 70a.

3. Do umów, o których mowa w ust. 2, zawieranych przez:

1) Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135),

2) zakład opieki zdrowotnej wymieniony w ust. 2 stosuje się odpowiednio przepisy art. 35 i 35a.”,

c) uchyla się ust. 4-6;

26) uchyla się art. 70e-70h.

Art. 2. 1. Zakład opieki zdrowotnej, prowadzący działalność w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, 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, nie później niż w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, organowi prowadzącemu rejestr zakładów opieki zdrowotnej program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zwany dalej „programem”, zaopiniowany pozytywnie przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do szpitali – przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, z zastrzeżeniem ust. 3.

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

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

4. Organ prowadzący rejestr ocenia program i w terminie 14 dni od dnia przedstawienia tego programu, w drodze decyzji administracyjnej:

- 1) przyjmuje program albo
- 2) odmawia przyjęcia programu, jeżeli program nie gwarantuje, w terminie określonym w ust. 1, dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r.

o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, albo

- 3) odmawia przyjęcia programu, jeżeli stan pomieszczeń lub urządzeń zakładu może powodować zagrożenie życia lub zdrowia osób przebywających w zakładzie, o którym mowa w ust. 1.

5. Organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nieodpowiadającej wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w przypadkach, o których mowa w ust. 4:

- 1) pkt 1 – w okresie 6 miesięcy po bezskutecznym upływie terminu określonego w ust. 1;
- 2) pkt 2 – w okresie 3 miesięcy od dnia wydania ostatecznej decyzji o odmowie przyjęcia programu;
- 3) pkt 3 – niezwłocznie.

6. Wojewoda informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o zamiarze wykreślenia z rejestru zakładu w przypadkach określonych w ust. 5 pkt 1 i 2.

7. W przypadkach określonych w ust. 5 pkt 1 i 2, gdy istnienie publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych, minister właściwy do spraw zdrowia może, w terminie miesiąca od dnia uzyskania informacji, o której mowa w ust. 6, wystąpić z wnioskiem o odroczenie wykreślenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru na okres trzech lat liczony od upływu okresu, o którym mowa w ust. 5 pkt 1 i 2. Wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia jest wiążący dla wojewody.



8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, jeżeli organem prowadzącym rejestr jest minister właściwy do spraw zdrowia, może on odroczyć wykreślenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru na okres trzech lat.

9. Odroczenie wykreślenia z rejestru może dotyczyć również niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli zachodzą okoliczności określone w ust. 7, a kierownik niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpi do ministra właściwego do spraw zdrowia z uzasadnionym wnioskiem o odroczenie wykreślenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru.

Art. 3. 1. Z dniem wejścia w życie ustawy wygasają decyzje określające termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu do przepisów wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy. Przepisu art. 162 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.<sup>5)</sup>) nie stosuje się.

2. Toczące się w dniu wejścia w życie ustawy postępowania w sprawie wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru zakładów opieki zdrowotnej w związku z naruszeniem przepisów wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy umarza się.

Art. 4. W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, zakłady opieki zdrowotnej dostosują swoje nazwy do wymagań określonych w art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 5. 1. W okresie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, konsultanci, o których mowa w art. 66a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, składają oświadczenia,

o których mowa w art. 66b ust. 1 tej ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, za okres 12 miesięcy poprzedzających termin wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, a w przypadku konsultanta krajowego, o którym mowa w art. 66a ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Ministra Obrony Narodowej, odwołuje konsultanta krajowego w przypadku niezłożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 66b ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie określonym w ust. 1.

3. Wojewoda albo właściwi wojewodowie odwołują konsultanta wojewódzkiego w przypadku niezłożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 66b ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie określonym w ust. 1.

4. Konsultanci krajowi i wojewódzcy powołani przed dniem wejścia w życie ustawy pełnią swoje funkcje do czasu powołania konsultantów krajowych i wojewódzkich na zasadach określonych w art. 66a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 10 ust. 5 i art. 66a ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują moc do czasu wydania aktów wykonawczych na podstawie art. 10 ust. 5 i art. 66a ust. 15 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

---

<sup>1)</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, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 164, poz. 1365.
- <sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 594, Nr 96, poz. 874, Nr 166, poz. 1611 i Nr 189, poz. 1851, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 93, poz. 890, Nr 121, poz. 1264, Nr 123, poz. 1291, Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 14, poz. 114 i Nr 64, poz. 565.
- <sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 111, poz. 1194, z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750 oraz z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703.
- <sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 110, poz. 1189, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 160 i Nr 210, poz. 2036 oraz z 2004 r. Nr 273, poz. 2703.
- <sup>5)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 130, poz. 1188, Nr 169, poz. 1387 i Nr 170, poz. 1660, z 2004 r. Nr 162, poz. 1692 oraz z 2005 r. Nr 78, poz. 682.

## U Z A S A D N I E N I E

Przedkładany projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zawiera propozycje zmian dotyczących w szczególności:

- 1) dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładów opieki zdrowotnej do wymagań fachowych i sanitarnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia,
- 2) wprowadzenia przepisów określających obowiązek uzyskania zgody właściwego wojewody na czasowe (nie dłużej niż na 3 miesiące) zaprzestanie działalności przez szpital lub jego niektóre oddziały wraz z konsekwencjami naruszenia tego obowiązku – kara pieniężna dla kierownika zakładu (art. 65a i 65b ustawy),
- 3) trybu powoływania konsultantów krajowych oraz wojewódzkich, a także wprowadzenia obowiązku składania przez nich oświadczeń o korzyściach majątkowych (art. 66a i 66b ustawy).

Jednocześnie w projekcie uwzględnione zostały najistotniejsze propozycje zawarte uprzednio w odrzuconym przez Sejm RP projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tzn.:

- 4) zmiana przepisów regulujących udzielanie przez publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością (art. 33 i 34 ustawy),
- 5) wprowadzenie przepisów umożliwiających połączenie (bez likwidacji) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 43h i 43i ustawy),
- 6) wprowadzenie obowiązku uzyskania przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej zgody podmiotu, który utworzył zakład na podjęcie innego zatrudnienia (art. 44 ustawy),
- 7) zmiana przepisów dotyczących otrzymywania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej dotacji budżetowych (art. 55 ustawy),

- 8) wprowadzenie obowiązku ogłaszania w Biuletynie Informacji Publicznej rocznych sprawozdań z działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i planów działania na rok następny (art. 66c ustawy).

Ad 1. Proponowany przepis art. 2 zobowiązuje zakłady opieki zdrowotnej do dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 w terminie do dnia 31 grudnia 2010 r. dla szpitali i innych zakładów przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych oraz do dnia 31 grudnia 2008 r. dla pozostałych zakładów opieki zdrowotnej. Nie później niż w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, kierownik zakładu przedstawi organowi prowadzącemu rejestr, program dostosowania zakładu do wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy. Organ prowadzący rejestr będzie przyjmował albo odmawiał przyjęcia programu dostosowawczego w drodze decyzji administracyjnej.

W przypadku niezrealizowania powyższego programu lub odmowy jego przyjęcia organ rejestrowy jest zobowiązany do wykreślenia zakładu z rejestru. Jedynie w wyjątkowych, szczególnych przypadkach, tzn., gdy dalsze funkcjonowanie publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest uzasadnione celami i zadaniami, dla których został utworzony, a nie jest możliwe przejęcie udzielania tych świadczeń przez inny zakład, wojewoda, na wniosek Ministra Zdrowia, albo Minister Zdrowia – w przypadku zakładów, dla których jest on organem prowadzącym rejestr, odracza wykreślenie z rejestru na okres trzech lat, dzięki czemu możliwe będzie realizowanie obowiązku podmiotów publicznych w zakresie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Możliwość odroczenia wykreślenia z rejestru zakładów opieki zdrowotnej będzie mogła dotyczyć niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, o ile będą zachodzić przesłanki określone w art. 2 ust. 7, a kierownik niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej złoży wniosek o odroczenie wykreślenia do Ministra Zdrowia.

Omawiane przepisy mają na celu zapewnienie, aby wszystkie działające zakłady opieki zdrowotnej spełniały określone w przepisach wymagania fachowe i sanitarne dotyczące pomieszczeń i urządzeń, a jednocześnie umożliwienie nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych w tych zakładach, których zadań nie może

przejąć inny zakład. Dlatego też przypadki zastosowania odstępstwa określonego w art. 2 ust. 7-9 powinny być bardzo rzadkie.

Ad 2. Zgodnie z propozycją zawartą w projekcie ustawy, szpital, który zamierza na określony czas zaprzestać działalności (np. z powodu planowanego remontu itp.), powinien wystąpić do właściwego wojewody z wnioskiem o wyrażenie zgody na zaprzestanie działalności całego zakładu lub niektórych jego jednostek lub komórek organizacyjnych. Wniosek powinien zostać – w terminie 14 dni – pozytywnie zaopiniowany przez podmiot, który utworzył zakład oraz radę społeczną działającą przy zakładzie. Wojewoda wydaje zgodę, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przypadku gdy czasowe zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) jest spowodowane siłą wyższą,
  - 2) wynika z decyzji administracyjnych podjętych na podstawie odrębnych przepisów, np. podjętych przez inspektora sanitarnego, pracy lub budowlanego
- kierownik szpitala informuje wojewodę, o czasowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych, od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Proponowane rozwiązanie ma na celu wyeliminowanie sytuacji, gdy w tym samym czasie kilka szpitali na określonym terenie zamyka oddziały udzielające określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych, co powoduje niemożność uzyskania tych świadczeń przez pacjentów. Zgodnie z przepisem, wymagające zgody wojewody zaprzestanie działalności całego zakładu lub jego części, następuje na czas określony, nieprzekraczający 3 miesięcy i nie oznacza likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, a tym samym nie wymaga zmian w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.

Dla zapewnienia narzędzi realizacji tego zadania, projekt ustawy przyznaje wojewodzie prawo nakładania kar pieniężnych na kierownika szpitala, który naruszył omawiane przepisy.

Jednocześnie w projekcie proponuje się zmianę w art. 15, polegającą na dodaniu przepisu o wykreśleniu zakładu opieki zdrowotnej z rejestru, w przypadku gdy zakład zaprzestał działalności bez zachowania trybu określonego w art. 65a.

W związku z tym, że w opiniowaniu wniosku kierownika szpitala uczestniczy rada społeczna, dokonano zmiany w art. 46 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Ad 3. W projekcie zaproponowano nowe regulacje dotyczące trybu powoływania konsultantów krajowych i wojewódzkich, zapewniając udział w tej procedurze samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, aptekarzy oraz diagnostów laboratoryjnych, a w przypadku konsultantów wojewódzkich także rektora publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Ponadto w art. 66b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej proponuje się wprowadzenie obowiązku składania przez konsultantów krajowych i wojewódzkich, w terminie do 30 kwietnia każdego roku, oświadczeń o wszelkich korzyściach majątkowych obejmujących informacje za poprzedni rok kalendarzowy. Projekt ustawy szczegółowo określa informacje, które powinny być zawarte w oświadczeniu. W przypadku niezłożenia oświadczenia konsultanta odwołuje odpowiednio Minister Zdrowia albo Minister Zdrowia na wniosek Ministra Obrony Narodowej, albo wojewoda, albo właściwi wojewodowie.

Omawiana regulacja mieści się w ramach programu rządowego „Strategia Antykorupcyjna” i pozwoli zapobiegać ewentualnym konfliktom interesów.

Ad 4. W celu ujednoczenia interpretacji przepisów dotyczących pobierania przez publiczny zakład opieki zdrowotnej opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych proponuje się nowe brzmienie art. 33 i 34 ustawy. Zgodnie z nim, publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, jeżeli odrębne przepisy przewidują odpłatność za ich udzielanie. Innym osobom publiczny zakład opieki zdrowotnej może udzielać odpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Odpłatność za świadczenia zdrowotne określa w cenniku kierownik zakładu, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej. Uprawnienie do ustalania cen świadczeń

przez kierownika zakładu dotyczy tylko świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieuprawnionym (stanowiącym około 1% populacji) oraz osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym w przypadkach, gdy odrębne przepisy przewidują odpłatność za udzielenie świadczenia. Przepisy te w zaproponowanym brzmieniu nie naruszają przepisów innych ustaw, w szczególności art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (listy oczekujących na udzielenie świadczenia) i nie spowodują ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcom.

Ad 5. Z uwagi na brak w systemie prawa przepisów umożliwiających połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z pominięciem procedury likwidacyjnej, proponuje się dodanie stosownych regulacji w tym zakresie. Określone w projekcie procedury pozwalają na połączenie zakładów zarówno w przypadku, gdy mają one ten sam podmiot, który je utworzył, jak też zakładów utworzonych przez różne podmioty. W pierwszym przypadku połączenie następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia lub uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. W drugim – w drodze porozumienia między podmiotami tworzącymi zakłady podlegające połączeniu. Projekt ustawy określa również skutki połączenia związane z przejściem uprawnień i obowiązków podmiotu, który utworzył zakład oraz odpowiedzialność za zobowiązania zakładu powstałego w wyniku połączenia, w przypadku jego likwidacji.

Ad 6. Dodanie obowiązku uzyskania przez kierownika zakładu zgody podmiotu, który utworzył zakład na podjęcie innego zatrudnienia ma na celu poprawę zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Ad 7. W projekcie ustawy proponuje się zmianę przepisów dotyczących uzyskiwania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej dotacji budżetowych. Zmiany w tym zakresie polegają na:

- dodaniu możliwości uzyskiwania dotacji na remonty oraz na zakup każdej aparatury i sprzętu medycznego (obecnie na wysokospecjalistyczne),
- postanowieniu, że dotację przyznaje podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez publiczną



uczelnie medyczną albo publiczną uczelnie prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, także Minister Zdrowia, a ponadto dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, przyznaje jednostka samorządu terytorialnego, na której terenie zakład ma swoją siedzibę, a na cele szczególne – Minister Zdrowia.

Ad 8. Obowiązek ogłaszania w Biuletynie Informacji Publicznej rocznych sprawozdań z działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i planów działania na rok następny, jest realizacją zasady jawności i przejrzystości gospodarki finansowej.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący i dostosowujący do obowiązującego stanu prawnego.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projekt ustawy bezpośrednio oddziałuje na następujące podmioty:

- zakłady opieki zdrowotnej, w szczególności prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- wojewodów i ministra właściwego do spraw zdrowia,
- konsultantów krajowych i wojewódzkich.

### 2. Konsultacje społeczne

Projekt ustawy był konsultowany z samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi pracowników ochrony zdrowia i organizacjami pracodawców: Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Aptekarską, Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Sekretariatem Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unią Uzdrawisk Polskich, Unią Metropolii Polskich, Związkiem Powiatów Polskich, Związkiem Miast Polskich, Związkiem Gmin Wiejskich RP, Unią Miasteczek Polskich, Konwentem Marszałków RP, Federacją Związków Gmin i Powiatów RP oraz z konsultantami krajowymi.

Zgłaszane w trakcie konsultacji uwagi dotyczyły przede wszystkim:

- pominięcia kompetencji podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej przy wydawaniu przez wojewodę zgody na czasowe zaprzestanie działalności przez szpital,
- zbyt krótkich terminów wydawania decyzji przez wojewodę,

- braku określenia przyczyn zaprzestania działalności i czasu, na jaki może ono nastąpić,
- zgłaszania czasowego zaprzestania działalności szpitala do rejestru zakładów,
- rozszerzenia obowiązku składania oświadczeń majątkowych także na konsultantów wojewódzkich,
- wydłużenia terminów przedstawienia programów dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu opieki zdrowotnej do wymagań fachowych i sanitarnych określonych w rozporządzeniu.

W dniu 16 lutego 2005 r. projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej został przesłany, w ramach konsultacji społecznych, do zaopiniowania Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Zespół ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, na posiedzeniu w dniu 10 maja 2005 r., przedstawił pozytywną opinię dotyczącą projektu ustawy.

### 3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych

Wejście w życie przedmiotowej regulacji prawnej będzie miało wpływ na dochody i wydatki podmiotów sektora finansów publicznych, jakimi są publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz budżetu państwa. Wiąże się to z koniecznością dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu do wymagań określonych w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy, w terminach określonych w art. 2 projektu ustawy. Jednakże oszacowanie skutków finansowych dla tych zakładów nie jest możliwe, ponieważ trudno jest precyzyjnie wycenić wartość dostosowania w poszczególnych zakładach (będzie ona różna w różnych regionach kraju, ponieważ różne są koszty usług remontowych). Zakres koniecznych dostosowań, a tym samym ich koszt, będzie można określić dopiero po otrzymaniu przez zakłady opinii sanitarnych.

Zadania nałożone na wojewodów związane z udzielaniem zgody na czasowe zaprzestanie działalności przez szpitale oraz oceną programów dostosowania

pomieszczeń i urządzeń zakładu opieki zdrowotnej do wymagań fachowych i sanitarnych określonych w nowym rozporządzeniu mieszczą się w ramach zadań związanych z rejestracją i kontrolą zakładów opieki zdrowotnej. W związku z czym powinny zostać zrealizowane w ramach środków finansowych pozostających w dyspozycji wojewodów. To ostatnie zadanie będzie dotyczyło również Ministra Zdrowia, który jest organem rejestrowym dla zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej oraz przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

W art. 66a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadzono przepis, zgodnie z którym konsultantom przysługuje, za wykonywane zadania, wynagrodzenie. Przepis ten nie pociąga za sobą żadnych nowych skutków finansowych, ponieważ na podstawie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582) konsultantom przysługuje wynagrodzenie. Na podstawie tych przepisów wynagrodzenie roczne:

- a) dla konsultanta krajowego w podstawowej dziedzinie medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa oraz konsultanta krajowego w dziedzinie farmacji nie może być wyższe niż dwunastokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok ubiegły, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (dotyczy to również konsultanta powoływanego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej),
- b) dla konsultanta krajowego w szczegółowej dziedzinie medycyny oraz konsultanta krajowego w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia nie może być wyższe niż 50% dwunastokrotności wyżej wymienionego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia (dotyczy to również konsultanta powoływanego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej),

- c) dla konsultanta wojewódzkiego w podstawowej dziedzinie medycyny, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmacji, a także dla konsultanta wojewódzkiego w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia nie może być wyższe niż 50% dwunastokrotności wyżej wymienionego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
- d) dla konsultanta wojewódzkiego w szczegółowej dziedzinie medycyny nie może być wyższe niż 30% dwunastokrotności wyżej wymienionego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

#### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

#### 5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

#### 6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionów.

#### 7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.



URZĄD  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
SEKRETARZ STANU  
*Jarosław Pietras*

Sekr.Min.JP-2804/05/DP/mak

Warszawa, dnia 3 października 2005r.

Pan Aleksander Proksa  
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jarosława Pietrasa, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

*Szanowny Panie Ministrze*

W związku z przedłożonym projektem ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (pismo nr RM-10-130-05), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

**Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.**

Z poważaniem,

Z up. Sekretarza Komitetu  
Integracji Europejskiej  
SEKRETARZ STANU

*Tomasz Nowakowski*

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Marek Balicki  
Minister Zdrowia

GABINET  
SEKRETARIA RADY MINISTRÓW

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

**z dnia**

**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 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się co następuje:

**R O Z D Z I A Ł 1  
P r z e p i s y o g ó l n e**

§ 1. Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom określonym w rozporządzeniu, z zastrzeżeniem § 2 – 5, oraz warunkom technicznym i przestrzennym określonym w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690, z 2003 r. Nr 33, poz. 270, z 2004 r. Nr 109, poz. 1156) oraz w przepisach przeciwpożarowych.

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

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

---

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

odpowiednim stałym pomieszczeniu, takich jak sanatorium, prewentorium, pogotowie ratunkowe lub zakład opieki paliatywnej.

§ 3. 1. Pomieszczenia i urządzenia przychodni pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o których mowa § 1, oraz wymaganiom szczegółowym, określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Przepis ust.1 stosuje się odpowiednio do zakładów opieki zdrowotnej innych niż przychodnia, jeżeli mają udzielać lub udzielają świadczeń obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską.

§ 4. Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom, o którym mowa w § 1, oraz wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

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

§ 6. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) szpital specjalistyczny (jednoimienny) - zakład opieki zdrowotnej zamkniętej, ukierunkowany wyłącznie na jedną lub pokrewne specjalności;
- 2) mały zakład opieki zamkniętej - szpital liczący nie więcej niż 50 łóżek, udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych;
- 3) mały zakład opieki otwartej – zakład liczący nie więcej niż 10 gabinetów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne;
- 4) przychodnia – zakład opieki zdrowotnej otwartej (ambulatoryjnej) prowadzący działalność diagnostyczną i leczniczą zarówno w zakładzie, jak i poza nim;
- 5) oddział łóżkowy – jednostkę organizacyjną grupującą chorych objętych opieką jednej ze specjalności medycznych, lub tym samym stopniem natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- 6) 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;
- 7) odcinek pielęgnacyjny – podstawową jednostkę funkcjonalną i organizacyjną oddziału lub pododdziału organizowaną według kryterium płci, wieku, lub wymagań epidemiologicznych, obsługiwaną przez jeden zespół pielęgniarstwa; w szczególnych przypadkach odcinek pielęgnacyjny może być organizowany w zależności od innych wymagań specjalnych, takich jak progresja w postępowaniu leczniczym bez uwzględnienia czynnika płci, wieku lub specjalności medycznej;
- 8) dział - jednostkę organizacyjną szpitala tworzoną według specyfiki prowadzonej działalności oraz podlegającą specyficznym dyscyplinie naukowej lub technicznej; w zależności od tej specyfiki wyróżnia się następujące grupy działów:
- a) diagnostyczne i zabiegowe, w szczególności: medyczne laboratorium diagnostyczne, zakład diagnostyki obrazowej, pracownia badań endoskopowych, zespół operacyjny,
  - b) zaopatrzenia medycznego, w szczególności apteka, centralna sterylizatornia,
  - c) administracyjno-socjalne, w szczególności dział administracyjny, dział statystyki i informacji medycznej, dział socjalny,
  - d) gospodarcze, w szczególności kuchnia, pralnia,
  - e) techniczne, w szczególności: kotłownia, centralna dyspozytornia;
- 9) sterylizatornia podręczna – zespół następujących pomieszczeń połączonych okienkiem i służą fartuchową:
- 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 pakietowania i instrumentarium – przeznaczonego do pakietowania narzędzi i materiałów poddawanych sterylizacji, sterylizowania i magazynowania wysterylizowanych materiałów, wyposażonego w nieprzelotowy autoklaw parowy;
- 10) brudownik – pomieszczenie, służące do opróżniania i dezynfekowania, przechowywania kaczek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników

- jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny i odpadów, wyposażone w wentylację mechaniczną;
- 11) składzik porządkowy – pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów dezynfekcyjno-myjących, a także przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu wielokrotnego użycia;
  - 12) izolatka – zespół pomieszczeń przeznaczonych dla pobytu jednego pacjenta, spełniający wymagania określone w § 22;
  - 13) separatka – zespół pomieszczeń przeznaczonych dla jednego lub dwóch pacjentów, spełniający wymagania określone w § 23;
  - 14) 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 § 25;
  - 15) poczekalnia pacjentów – pomieszczenie organizowane przed gabinetami, w których przeprowadzane są badania lub zabiegi;
  - 16) sterylizacja – proces, w wyniku którego zostają zniszczone wszystkie drobnoustroje oraz ich formy przetrwalnikowe przez zastosowanie czynników fizycznych lub chemicznych;
  - 17) dezynfekcja – proces, w wyniku którego zostają zniszczone formy wegetatywne drobno ustrojów za pomocą metod fizycznych, chemicznych lub biologicznych;
  - 18) modularna szerokość pokoju łóżkowego – szerokość pomieszczenia umożliwiająca optymalne ustawienie w nim łóżek, przyjęta jako moduł projektowy;
  - 19) węzeł komunikacji pionowej – klatka schodowa wraz z zespołem dźwigów osobowych, dostępne ze wspólnego holu.

## **R O Z D Z I A Ł 2**

### **Wymagania ogólnoprzestrzenne**

- § 7.
1. Zakład opieki zdrowotnej powinien stanowić samodzielny budynek lub zespół budynków.
  2. Dopuszcza się lokalizowanie zakładu opieki zdrowotnej, w tym również małego zakładu opieki zamkniętej albo otwartej, w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitej izolacji jako odrębna strefa

pożarowa, od pomieszczeń innych użytkowników budynku i zapewnienia dojeżdżania i dojazdów.

3. Wymagania określone w ust. 2 nie dotyczą zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia.
4. Pomieszczenia zakładu nie powinny znajdować się poniżej parteru. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, z wyjątkiem pokoi chorych, poniżej parteru, pod warunkiem obniżenia otaczającego terenu 30 cm poniżej podłogi przyległych pomieszczeń, poprzez wykonanie skarpy o nachyleniu nie większym niż 45°.

§ 8. Pomieszczenia działów i oddziałów łóżkowych szpitala, z wyjątkiem działu administracyjno-socjalnego, nie mogą być przechodnie.

§ 9. Działy szpitalne, w których udzielane są świadczenia zdrowotne dla pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych powinny być tak usytuowane, aby dostęp do nich obu grup pacjentów odbywał się nie krzyżującymi się ciągami komunikacyjnymi.

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

§ 11. 1. Podłogi pomieszczeń, w tym również ciągów komunikacyjnych przeznaczonych dla ruchu pacjentów, lokalizowanych na tej samej kondygnacji powinny znajdować się na jednym poziomie.

2. W obiektach przebudowywanych dopuszcza się zróżnicowanie poziomu podłóg pomieszczeń położonych na tej samej kondygnacji, pod warunkiem zastosowania pochylni o nachyleniu wynikającym z przepisów prawa budowlanego.

§ 12. W zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być stosowane zsypy dla odpadów, brudnej bielizny lub innych materiałów.

§ 13. Przy wejściach do obiektów, w których znajdują się zakłady opieki zdrowotnej, powinny być urządzone dojazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%.

## R O Z D Z I A Ł 3

### Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

- § 14. 1. Główny hol wejściowy zakładu opieki zdrowotnej powinien być wyposażony w:
- 1) szatnię dla okryć wierzchnich osób przychodzących;
  - 2) rejestrację;
  - 3) informację;
  - 4) ustępy;
  - 5) pomieszczenia na wózki (dziecięce lub inwalidzkie).
2. W przypadku gdy niemożliwe jest urządzenie odrębnej informacji, może się ona znajdować w rejestracji.
3. W głównym holu wejściowym mogą znajdować się inne, niż wymienione w ust. 1, pomieszczenia, pod warunkiem, że nie kolidują z jego funkcją podstawową.
4. Pomieszczenia, o których mowa w ust. 1, powinny być zlokalizowane w sposób umożliwiający swobodny dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.
5. W odniesieniu do małych zakładów opieki otwartej realizacja funkcji pomieszczeń wymienionych w ust.1 pkt 1-3 i 5 może być zapewniona przez wyznaczenie odrębnych przestrzeni w obrębie holu głównego.
- § 15. 1. Punkt pobierania prób do analiz wraz z boksem przyjmowania materiałów i wydawania wyników jest częścią laboratoriów diagnostycznego i mikrobiologicznego.
2. Pomieszczenia, o których mowa w ust.1, powinny być łatwo dostępne z poczekalni dla pacjentów ambulatoryjnych, w szczególności mogą być one usytuowane bezpośrednio przy zakładach lub w przychodni.
3. W małych zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza się organizację punktu pobrania, o którym mowa w ust.1, w gabinecie zabiegowym przy rozdziale czasowym tych funkcji.
- § 16. Pokoje łóżkowe na oddziałach szpitalnych, z wyjątkiem oddziału psychiatrycznego, należy przewidywać dla pobytu stałego nie więcej niż 5 pacjentów.

- § 17. 1. Powierzchnia pokoi łóżkowych w zależności od oddziału powinna wynosić:
- 1) w przypadku oddziału o zunifikowanym układzie przestrzennym, w tym pododdziałów dla dzieci starszych:
    - a) pokoju 1-łóżkowego – co najmniej 12,0 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.
- § 18. 1. Co najmniej 10% ogólnej liczby łóżek oddziału należy umieszczać w pokojach 1 lub 2 łóżkowych.

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

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

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

§ 21. Modularna szerokość pokoju łózkowego powinna umożliwiać wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych łóżek.

§ 22. 1. Izolatka w 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, dostępnego z pomieszczenia pobytu;
- 3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

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

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

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

- 1) pomieszczenia pobytu pacjentów o powierzchni:
  - a) dla 1 pacjenta co najmniej – 8,0 m<sup>2</sup>,
  - b) dla 2 pacjentów co najmniej – 12,0 m<sup>2</sup>- wyposażonego w umywalkę;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego co najmniej w ustęp dostępny z pomieszczenia pobytu;
- 3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

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

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

§ 25. 1. Śluza szatniowa składa się z:

- 1) szatni czystej;
  - 2) szatni brudnej;
  - 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się między 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 mniej niż 4,0 m<sup>2</sup>.
3. W małym zakładzie opieki zamkniętej dopuszcza się powierzchnię szatni – 3,0 m<sup>2</sup>.

§ 26. 1. Wielkość poczekalni pacjentów określa się przyjmując co najmniej 2 pacjentów na 1 stanowisko pracy lekarza lub gabinet zabiegowy licząc 1,5 m<sup>2</sup> na miejsce w poczekalni bez powierzchni komunikacyjnej.

2. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się wskaźnik powierzchni co najmniej 1,0 m<sup>2</sup> na miejsce w poczekalni.

§ 27. 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.

- § 28. 1. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne powinny być urządzone odrębnie dla pacjentów i dla personelu zakładu.
2. Na każdej kondygnacji dostępnej dla osób niepełnosprawnych, co najmniej jedno z ogólnodostępnych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych powinno być przystosowane dla tych osób i powinno spełniać przepisy prawa budowlanego.
3. W małych zakładach opieki otwartej co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów powinno być dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo.
- § 29. 1. Do ustalenia liczby ustępów dla pacjentów na oddziałach łóżkowych należy stosować następujące wskaźniki:
- 1) 1 miska ustępowa i 1 pisuar - na 20 mężczyzn oraz
- 2) 1 miska ustępowa na 15 kobiet.
2. Przedśionki ustępów muszą być wyposażone w umywalki w taki sposób, aby 1 umywalka przypadała na 3 miski ustępowe lub pisuary, lecz nie mniej niż 1 umywalka w zespole.
- § 30. Każdy pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym, niewyposażony w pomieszczenie higieniczno-sanitarne, powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą.
- § 31. 1. Organizacja kuchenek oddziałowych w szpitalach uzależniona jest od przyjętego w szpitalu systemu dystrybucji posiłków i mycia naczyń stołowych:
- 1) w przypadku centralnej dystrybucji (system tacowy) i centralnego mycia lub zaopatrywania szpitala w posiłki przygotowywane poza zakładem - oddział lub odcinek powinien być wyposażony w kuchenkę przeznaczoną wyłącznie do przyrządzania i podgrzewania napojów oraz podgrzewania posiłków. W tym przypadku z centralnego mycia naczyń powinny być wyłączone naczynia z oddziałów zakaźno-obszernych oraz chorób płuc i gruźlicy i dostarczane po sterylizacji;
- 2) w przypadku rozdziału posiłków dostarczanych z kuchni centralnej zlokalizowanej na terenie zakładu i mycia naczyń na oddziale, kuchenka oddziałowa powinna posiadać na jednej ścianie ciąg technologiczny podgrzewania i rozdziału posiłków, oraz przechowywania naczyń



- stołowych, na drugiej zaś ciąg mycia naczyń ze zlewozmywakiem dwukomorowym i maszyną do mycia naczyń i umywalkę;
- 3) w oddziałach: dziecięcym, położniczo-ginekologicznym, zakaźno-obszernym, 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 na oddziałach zakaźno-obszernych oraz chorób płuc i gruźlicy przelotowym sterylizatorem.
2. Niezależnie od organizacji kuchenki oddziałowej należy w niej zainstalować umywalkę oraz zlewozmywak dwukomorowy.
  3. W oddziałach (pododdziałach) łóżkowych, na których przebywają niemowlęta lub noworodki, powinna być urządzona kuchenka mleczna przystosowana do przygotowywania mieszanek.
  4. Zespół pomieszczeń kuchenki mlecznej powinien umożliwiać:
    - 1) przygotowywanie mieszanek i napojów na wodzie oczyszczonej (aqua purificata w rozumieniu Farmokopei Polskiej);
    - 2) mycie butelek i smoczków;
    - 3) sterylizację butelek i smoczków - w przypadku gdy nie są one dostarczane z centralnej sterylizatorni.
  5. Możliwe jest organizowanie centralnej kuchni mlecznej.

§ 32. W oddziałach i działach łóżkowych zakładu powinno znajdować się pomieszczenie lub miejsce przeznaczone do składowania bielizny czystej.

§ 33.1. Leki cytostatyczne przygotowywane są w aptece szpitalnej.

2. Leki cytostatyczne powinny być przygotowywane w pomieszczeniu wyposażonym w lożę laminarną zapewniającą usuwanie oczyszczonego przez nią powietrza na zewnątrz.
3. W zakładach, w których brak jest możliwości przygotowania leków cytostatycznych przez aptekę szpitalną, można, w okresie do dnia 31 grudnia 2005 r. przygotować te leki w wydzielonym pomieszczeniu wyposażonym w lożę laminarną. Pomieszczenie to powinno być dostępne

przez przedsiónek z ciągów komunikacyjnych ogólnodostępnych służących, do ruchu pacjentów i odwiedzających.

- § 34. 1. Dla pracowników zakładu należy zorganizować pomieszczenia higieniczno-sanitarne na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
2. Dla pracowników kuchni, pralni, punktu unieszkodliwiania odpadów, kotłowni, warsztatów, zwierzętarni, zakładu patomorfologii (jeżeli jest zlokalizowany w osobnym pawilonie), oddziału zakaźno-obszaryjnego oraz chorób płuc i gruźlicy należy zorganizować odrębne szatnie. Dla oddziału zakaźno-obszaryjnego oraz chorób płuc i gruźlicy należy urządzać szatnie przepustowe.
3. Dopuszcza się wspólne szatnie dla pracowników technicznych warsztatów, kotłowni, zaplecza magazynowego i obsługi terenu.
- § 35. 1. Minimalna szerokość korytarza przeznaczonego do transportu pacjentów przewożonych na łózkach lub wózkach powinna wynosić 2,3 m w świetle.
2. W przypadku zastosowania wnęk przypokojowych o minimalnej głębokości 0,8 m lub jednostronnego obudowania korytarzy pomieszczeniami, minimalna szerokość może wynosić 2,0 m w świetle.
- § 36. Minimalna szerokość korytarza w działach o zwiększonym ruchu wózków lub łózek z pacjentami (zespół operacyjny, oddział ratunkowy, oddział pomocy doraźnej, przyjęć i wypisów, oddział anestezyjologii i intensywnej opieki) powinna wynosić 2,8 m w świetle.
- § 37. Szerokość korytarzy, o których mowa w § 35 i 36, nie może być zawężona drzwiami otwierającymi się na korytarz z dostępnych z niego pomieszczeń.
- § 38. 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.
- § 39. 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 większej niż 20,0 m powinna być możliwość wyjazdu na powierzchnię terenu.

§ 40. W szpitalach, wózki przeznaczone do transportu, w szczególności zwłok, żywności, bielizny, materiałów skażonych i sterylnych, powinny zapewniać szczelne zamknięcie przestrzeni ładunkowej.

§ 41. Meble w zakładzie opieki zdrowotnej powinny umożliwiać ich okresowe mycie i dezynfekowanie.

## **R O Z D Z I A Ł 4**

### **Wymagania ogólnobudowlane**

§ 42. Konstrukcja stropów powinna uwzględniać obciążenia większe niż przewidziane we właściwych normach, wynikające ze specjalistycznych urządzeń technologicznych.

§ 43. 1. Sale operacyjne, pokoje łóżkowe oddziałów anestezjologii i intensywnej opieki oraz sale tomografii komputerowej powinny być wyposażone w antystatyczne wykładziny podłogowe lub wykładziny z instalacją do odprowadzenia ładunków elektrycznych.

2. W pomieszczeniach, w których znajdują się urządzenia wyposażone w medyczną aparaturę komputerową powinny być stosowane antystatyczne wykładziny podłogowe.

§ 44. 1. Podłogi powinny być wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.

2. Przepis ust.1 nie dotyczy działów administracyjno-socjalnych.

3. Podłogi drewniane mogą być stosowane wyłącznie w salach kinezyterapii i pomieszczeniach administracyjnych.

4. Cokoły przy podłogach pomieszczeń lekarsko-zabiegowych oraz łóżkowych powinny być wykonane do wysokości co najmniej 10 cm z materiałów odpowiadających wymaganiom dla podłóg w tych pomieszczeniach.

5. Styki cokołów z posadzką powinny być zaokrąglone.

§ 45. 1. Ściany pomieszczeń, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i technicznych, powinny być zmywalne.

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. Przy umywalkach i zlewozmywakach ściany powinny być pokryte do wysokości co najmniej 1,6 m i szerokości co najmniej 0,6 m poza obrys urządzenia materiałami o cechach wymienionych w § 45 ust. 2.

§ 47. W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności oddziałów o charakterze infekcyjnym, pracowni mikrobiologicznych, sal operacyjnych, zabiegowych i porodowych, pokoi łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej opieki, pooperacyjnych, oparzeniowych, pomieszczeń przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz pomieszczeń produkcyjnych kuchni, pralni, centralnej sterylizatorni, centralnej dezynfektorni, stacji przygotowania łóżek, powinny one być wykonane w sposób zapewniający całkowitą szczelność i gładkość powierzchni.

§ 48. 1. Budynek zakładu opieki zdrowotnej posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w dźwigi, zgodnie z przepisami prawa budowlanego.

2. Budynek szpitala posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w dźwigi zgodnie z odrębnymi przepisami, o liczbie zależnej od liczby pacjentów i liczby kondygnacji jednak nie mniej niż dwa dźwigi umożliwiające transport chorych na wózkach i łóżkach.

3. Budynek małego zakładu opieki zamkniętej lub budynek, w którym mieści się taki zakład posiadający więcej niż jedną kondygnację powinien być wyposażony w co najmniej jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łóżkach.

4. W budynkach zakładów opieki zdrowotnej, innych niż wymienione w ust. 2 i 3 posiadających do dwóch kondygnacji dźwig można zastąpić innym urządzeniem umożliwiającym wjazd niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich na wyższą kondygnację.
5. W oddziałach psychiatrycznych dopuszcza się odstępstwo od wymagań określonych w ust. 1-3.
6. Wymagania określone w ust. 1- 4 nie dotyczą zakładów przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.

§ 49. 1. Wysokość pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi, poza wymaganiami określonymi w przepisach prawa budowlanego, powinna uwzględniać gabarytowe wymagania wynikające z instalowanego w nich sprzętu specjalistycznego.

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

3. Wysokość pokoi łóżkowych w szpitalach powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.

4. W małych zakładach opieki zamkniętej dopuszcza się wysokość pokoi łóżkowych wynikającą z wymagań przepisów prawa budowlanego.

§ 50. Każde pomieszczenie powinno być wyposażone w wentylację zgodnie z wymaganiami prawa budowlanego, z zastrzeżeniem § 66 i § 67.

§ 51. 1. Szerokość drzwi, przez które może odbywać się ruch pacjentów na wózkach lub łóżkach, powinna wynosić co najmniej 1,1 m, a do sal operacyjnych – co najmniej 1,2 m.

2. W przypadku konieczności stosowania drzwi szerszych niż określone w ust. 1, w szczególności w przypadku pracowni rentgenowskich lub ciągów komunikacyjnych, należy stosować drzwi półtoraskrzydłowe, z tym że część szersza powinna mieć co najmniej 1,1 m.

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

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

§ 53. Okna w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny posiadać wszystkie elementy otwierane (rozwieralne lub rozwieralno – uchylne), powinny one być wyposażone w nawiewniki usytuowane w górnej części otworu okiennego zaopatrzone w system regulacji dostępny z poziomu podłogi.

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

## **R O Z D Z I A Ł 5**

### **Oświetlenie dzienne**

- § 55. 1. Pomieszczenia przeznaczone na pobyt pacjentów i pracowników powinny mieć zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego, z zastrzeżeniem § 56.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy pomieszczeń, w których ze względu na przeznaczenie i wymagania technologiczne niewskazane jest oświetlenie światłem naturalnym, 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 dziale przyjęć.

- § 56. 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 klimatyzacji.
- § 57. 1. Korytarze powinny mieć dwustronne czołowe oświetlenie dzienne oraz zapewnioną możliwość wietrzenia w przypadku gdy obiekt posiada wyłącznie wentylację grawitacyjną.
2. Korytarz pozbawiony oświetlenia czołowego lub dłuższy niż 20,0 m przy oświetleniu czołowym jednostronnym oraz dłuższy niż 40,0 m przy oświetleniu czołowym dwustronnym powinien mieć boczne zatoki rozświetlające co 20,0 m.
3. W małych zakładach opieki zamkniętej i otwartej dopuszcza się korytarze 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.

## **R O Z D Z I A Ł 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 użycia dłoni.
- § 61. Pokoje zabiegowe oraz pomieszczenia, w których przewiduje się udzielanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, powinny być wyposażone w zlew co najmniej jednokomorowy.
- § 62. Nie dopuszcza się instalowania w zakładach opieki zdrowotnej wanien stałych, z wyjątkiem wanien przeznaczonych dla celów terapeutycznych. Mycie chorych należy przewidywać bądź w natrysku bądź na ruchomym wózku (wózek –wanna) nad kratką ściekową.
- § 63. W pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej nie dopuszcza się instalacji gazu palnego, z wyjątkiem działów laboratoryjnych, technicznych i gospodarczych, wyposażonych w urządzenia zasilane gazem, takich jak w szczególności laboratorium diagnostyczne, kotłownia lub kuchnia centralna.
- § 64. 1. Instalacje powinny być podtynkowe lub wtynkowe, chyba że przepisy określające warunki techniczne, jakim powinny odpowiadać obiekty budowlane, stanowią inaczej.
2. Instalacje elektryczne powinny być w całości instalacjami krytymi lub prowadzone na specjalnych konstrukcjach w zamkniętych przestrzeniach technicznych.
- § 65. 1. Grzejniki powinny być mocowane do ściany nie niżej niż 0,10 m od podłogi i nie bliżej niż 0,10 m od lica ściany wykończonej, a w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych – nie bliżej niż 0,15 m od lica ściany wykończonej.
2. Grzejniki powinny być gładkie, umożliwiające ich wyczyszczenie.
3. Nie dopuszcza się ogrzewania sufitowego oraz instalowania grzejników z rur ożebrowanych, z wyjątkiem pomieszczeń technicznych.



- § 66. 1. W pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza przekraczająca dwukrotną wymianę na godzinę, powinna być zainstalowana wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna.
2. Przepis ust. 1 stosuje się w szczególności do: pomieszczeń do prac jałowych, pracowni laboratoryjnych, sterylizatorni, dezynfektorni, 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.
3. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych i pomocniczych dopuszcza się wentylację mechaniczną wywiewną z zapewnieniem dopływu powietrza z zewnątrz.

§ 67. W pomieszczeniach, w których względy technologiczne lub podwyższony standard tego wymagają, należy stosować klimatyzację. Zaleca się również 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. 1. 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.
2. W pomieszczeniach, w których występuje promieniowanie jonizujące, nawiew powietrza powinien odbywać się górną, a wyciąg powietrza w 50% górną i w 50% dołem.

§ 70. 1. Wentylacja mechaniczna i klimatyzacja powinna być grupowana w zespoły nawiewno – wywiewne. Każdy z zespołów może obsługiwać pomieszczenia o porównywalnym poziomie wymagań sanitarnych i zbliżonej funkcji.

2. Wentylacja mechaniczna i klimatyzacja powinna podlegać okresowemu czyszczeniu, a instalacja klimatyzacji powinna podlegać ponadto dezynfekcji.
- § 71. W pomieszczeniach, w których wykorzystywane będą gazy medyczne, tj. w salach operacyjnych, osprzęt instalacji elektrycznych należy instalować na wysokości 1,6 m nad posadzką.
- § 72. Osprzęt instalacji elektrycznych w pokojach, w których przebywają dzieci oraz na oddziałach psychiatrycznych powinien być zabezpieczony przed dostępem pacjentów i instalowany na wysokości 1,8 m nad posadzką.
- § 73. Podstawowymi źródłami zaopatrzenia w wodę i nośniki energetyczne powinny być miejscowe sieci uzbrojenia komunalnego i energetyki.
- § 74. 1. Rezerwowymi źródłami zaopatrzenia zakładu opieki zamkniętej powinny być:
- 1) dla zaopatrywania w wodę:
    - a) własne ujęcie ze studni głębinowej zapewniające ciągłą dostawę wody,
    - b) zbiorniki retencyjne o co najmniej 1-dobowym zapasie wody;
  - 2) dla zaopatrzenia w ciepło, w zależności od lokalnych warunków, powinien być stosowany jeden z następujących sposobów:
    - a) własna kotłownia zaspakajająca wszystkie potrzeby cieplne obiektu,
    - b) własna kotłownia technologiczno-awaryjna zaspakajająca potrzeby technologiczne i grzewcze w zakresie niezbędnym do funkcjonowania zakładu,
    - c) zewnętrzne źródła ciepła, zapewniające w sposób ciągły dostawę energii cieplnej;
  - 3) dla zasilania w energię elektryczną – agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej szpitala, a także zasilacze bezprzerwowe UPS z odpowiednim podtrzymaniem zasilania i ewentualnie baterie akumulatorów.
2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się do małych zakładów opieki otwartej.

§ 75. Kotłownia szpitalna i inne urządzenia techniczne nie mogą powodować uciążliwości dla pomieszczeń, w których przebywają pacjenci i pracownicy zakładu oraz pomieszczeń diagnostyczno-leczniczych.

## **R O Z D Z I A Ł 7**

### **Przepisy końcowe**

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

§ 77. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem .....

**Załącznik nr 1**

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

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

1. Oddział pomocy doraźnej należy organizować w szpitalach, w których nie przewiduje się oddziału ratunkowego (SOR), z wyjątkiem zakładów przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.
2. Usytuowanie oddziału pomocy doraźnej powinno zapewnić jego łatwą komunikację z:
  - 1) oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii;
  - 2) zespołem operacyjnym;
  - 3) zespołem diagnostyki obrazowej;
  - 4) węzłem komunikacji pionowej.
3. Dział przyjęć organizowany jest przede wszystkim dla przyjęć planowanych, niewymagających pomocy doraźnej. Powinien on stanowić osobny ciąg funkcjonalny, oddzielony od oddziału ratunkowego (SOR) lub oddziału pomocy doraźnej.
4. Dział przyjęć z oddziałem ratunkowym (SOR) lub oddziałem pomocy doraźnej powinien posiadać bezpośrednio zadaszone wejście z dojazdem, umożliwiające podjazd dla dwóch karetek pogotowia jednocześnie. Przetransportowanie chorego z karetki lub samochodu powinno odbywać się w pomieszczeniu zamkniętym, przelotowym dla karetek.
5. Małe zakłady opieki zamkniętej, 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, 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 małych zakładach opieki zamkniętej dopuszcza się gabinety badań lekarskich oraz pomieszczenia diagnostyczne i zabiegowe dostępne jednostronnie.
11. Jeżeli nie przewiduje się osobnego działu przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału należy zapewnić osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych.
12. W dziale powinna być urządzona izolatka do chwilowego pobytu pacjenta, u którego zachodzi podejrzenie choroby zakaźnej.
13. W przypadku, gdy dział jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka muszą być wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka.

## **II. Oddział szpitalny (łóżkowy) zunifikowany**

1. Oddział szpitalny jest miejscem stałego pobytu pacjenta w czasie jego hospitalizacji. Oddział dzieli się na pododdziały i odcinki pielęgnacyjne.
2. Odcinek pielęgnacyjny może liczyć nie więcej niż 35 łóżek.

3. Odcinek pielęgnacyjny wchodzący w skład oddziału składa się z:
  - 1) pokoi pacjentów;
  - 2) pokoju dziennego pobytu – pokój ten może być wspólny dla oddziału;
  - 3) pokoju lekarzy;
  - 4) punktu pielęgniarskiego z pokojem zabiegowym pielęgniarskim;
  - 5) pokoju zabiegowego – w zależności od potrzeb;
  - 6) łazienki pacjentów, w której skład wchodzi natrysk i wózek – wanna;
  - 7) pomieszczeń higieniczno-sanitarnych pacjentów przy pokojach chorych lub zbiorowych; co najmniej jeden ustęp z umywalką powinien być dostępny dla pacjentów niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
  - 8) brudownika z przedścionkiem;
  - 9) składziku porządkowego wyposażonego w zlew jednokomorowy zawieszony na wysokości 0,5 m od podłogi; w obiektach istniejących dopuszcza się wspólny składzik porządkowy dla kilku jednostek organizacyjnych, 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) ustęp dla odwiedzających;
  - 9) inne pomieszczenia niezbędne ze względu na specyfikę oddziału i bezpieczeństwo epidemiologiczne.
  
5. Dopuszcza się łączenie sekretariatu medycznego z pokojem pielęgniarki oddziałowej we wspólnych pomieszczeniach.

6. W oddziałach chirurgicznych sprawujących opiekę nad dorosłymi i dziećmi należy wydzielać odpowiednio wyposażone pokoje pobytu dla dzieci młodszych.
7. W zależności od potrzeb w niektórych oddziałach, w szczególności w oddziale kardiologicznym lub neurologicznym, urządza się pokoje wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniacyjnym. Powierzchnia pokoju powinna wynosić nie mniej niż 12,0 m<sup>2</sup> na łóżko.

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

1. Usytuowanie oddziału powinno zapewnić łatwą komunikację z zespołem operacyjnym, oddziałem ratunkowym lub oddziałem doraźnej pomocy, oddziałem przyjęć oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.
2. Wejście do oddziału powinno prowadzić przez służbę służącą do przekazania pacjenta, będącą równocześnie służą umywalkowo-fartuchową dla pracowników.
3. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać personelowi bezpośredni kontakt wzrokowy lub przy użyciu kamer z wszystkimi łózkami, a w szczególności możliwość obserwacji twarzy pacjentów.
4. W oddziale powinna być urządzona separotka, dostępna również, bez konieczności wchodzenia na teren oddziału, dla rodziny pacjenta w stanie terminalnym.
5. W oddziale powinien być odpowiednio duży magazyn sprzętu i aparatury.
6. Liczba łóżek na oddziale 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 4 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: 3 pompy strzykawkowe i 2 pompy infuzyjne;
- 6) kardiomonitor;
- 7) pulsoksymetr;
- 8) kapnograf;
- 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- 10) urządzenie do monitorowania temperatury;
- 11) zestaw do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego;
- 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) anestezyjologiczny;
- 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 4 stanowiska znieczulenia;
- 22) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- 23) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi - 1 na 4 stanowiska znieczulenia.

10. Aparatura anestezyjologiczna 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) elektryczne urządzenie do odsysania - 1 na 3 stanowiska nadzoru pooperacyjnego.

12. Stanowisko nadzoru pooperacyjnego powinno być wyposażone w:

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

5) termometr.

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

1. Oddział, w zależności od wielkości szpitala, powinien dzielić się na następujące pododdziały lub odcinki:
  - 1) położniczy aseptyczny;
  - 2) patologii ciąży;
  - 3) ginekologiczny aseptyczny;
  - 4) położniczo-ginekologiczny;
  - 5) obserwacyjno-septyczny.
2. Z oddziałem położniczo-ginekologicznym powinien być ściśle zintegrowany oddział noworodkowy.
3. Wejście do pododdziału położniczego aseptycznego powinno prowadzić przez służbę umywalkowo-fartuchową.
4. Pododdział położniczy aseptyczny powinien mieć bezpośrednie połączenie z zespołem porodowym, bez krzyżowania się z innymi drogami ruchu wewnątrzszpitalnego.
5. Pokoje łóżkowe na pododdziale /odcinku/ położniczym aseptycznym powinny być urządzone w systemie:
  - 1) „matka z dzieckiem”, w którym pokoje przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka lub
  - 2) korespondencyjnym, w którym pokój noworodków umieszczony jest pomiędzy dwoma pokojami matek.
6. W systemie „matka z dzieckiem” pokoje są wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
7. W systemie korespondencyjnym:
  - 1) należy stosować przeszklenie ścianek działowych między pokojami matek a pokojem noworodków, 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 pokojami matek.
8. Pododdziały (odcinki) położnicze mają pokój wypisowy dla matek i noworodków.
  9. Dla pododdziału (odcinka) ginekologii aseptycznej stosuje się wymagania jak dla oddziałów o zunifikowanym układzie.
  10. W pododdziale (odcinku) położniczo-ginekologicznym septycznym pokoje łóżkowe należy organizować jak na oddziałach o zunifikowanym układzie.
  11. Pokoje łóżkowe w odcinku położniczym septycznym powinny być wyposażone w łóżka umożliwiające odebranie porodu.
  12. Pokój zabiegowy w odcinku położniczym septycznym powinien być przystosowany do odebrania porodu.

## **V. Oddział noworodkowy**

1. Oddział noworodkowy jest ściśle zintegrowany z pododdziałem (odcinkiem) położnictwa aseptycznego.
2. W zależności od przyjętego systemu rozwiązania pokoi łóżkowych na pododdziale (odcinku) położnictwa aseptycznego powinny znajdować się odpowiednie pomieszczenia i urządzenia dla pielęgnacji noworodków, zgodnie z przepisami 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 śluzami umywalkowo-fartuchowymi.

5. Liczbę stanowisk noworodków w odcinku intensywnej opieki należy ustalać przyjmując 1-1,5 stanowiska na 1000 porodów rocznie.

## **VI. Oddział dziecięcy**

1. W ramach oddziału dziecięcego powinien być wydzielony pododdział dzieci:
  - 1) młodszych do 3 lat;
  - 2) średnich od 3 do 12 lat;
  - 3) starszych od 12 do 18 lat.
2. Oddział, w miarę możliwości powinien być zlokalizowany na parterze lub pierwszym piętrze szpitala i połączony bezpośrednio z poradnią dla dzieci chorych, tak aby mogła ona pełnić również funkcję działu przyjęć dla dzieci.
3. W oddziale do 20 % łóżek może być umieszczone w separatkach.
4. W odcinku dzieci młodszych do 50% łóżek powinno być przeznaczonych na separatki (z miejscem na łóżko matki), a pozostałe łóżka powinny znajdować się w zespołach 8-12 łóżkowych, wyposażonych w śluzę wejściową z punktem pielęgniarskim. Liczba łóżek w pokoju nie może przekraczać czterech.
5. Pokoje łóżkowe przeznaczone dla dzieci młodszych powinny być wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
6. Ściana oddzielająca pokoje łóżkowe od korytarza, a w pododdziale dzieci młodszych również ścianki między pokojami i punktem pielęgniarskim, powinny być przeszkłone w sposób umożliwiający ciągłą obserwację dzieci.
7. Do szklenia ścianek, o których mowa w ust. 6, należy używać szkła:
  - 1) o podwyższonej wytrzymałości na uderzenia;
  - 2) tłukącego się na drobne nieostre odłamki;
  - 3) posiadającego klasę odporności ogniowej wymaganą dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych - w przypadku gdy szyby stanowią jednocześnie ściany korytarza będącego drogą ewakuacyjną.

8. Dopuszcza się przeszklenie bez odporności ogniowej w następujących przypadkach:
  - 1) gdy szyba stanowi ściankę dodatkowego korytarza przebiegającego równoległe do korytarza spełniającego w zakresie odporności ogniowej wymagania dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych;
  - 2) gdy szyba stanowi ściankę podziału wewnętrznego pomieszczenia jednoprzestrzennego wydzielonego ścianami wewnętrznymi o wymaganej klasie odporności ogniowej.
9. W odcinku dzieci młodszych należy przewidzieć kuchenkę mleczną urządzonej według wymagań określonych w § 30 ust. 2 rozporządzenia.
10. Przy wejściu na oddział powinna znajdować się szatnia oraz natrysk z ustępem dla rodziców.
11. Okna w pokojach, w których przebywają dzieci, powinny być oszklone od wewnątrz szkłem o właściwościach określonych w ust.7 pkt 1 i 2.
12. Okna, poza uchylnym nawietrzakiem górnym, powinny być zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez dzieci.

## **VII. Stacja dializ**

1. Stacja dializ może być jednostką samodzielną lub stanowić część oddziału nefrologicznego.
2. Stacja dializ powinna mieć zapewniony łatwy dostęp z zewnątrz. W obiektach istniejących dopuszcza się sytuowanie stacji przy oddziale chorób wewnętrznych.
3. Stacja dializ stanowiąca samodzielną jednostkę powinna być wyposażona co najmniej w:
  - 1) odcinek łóżkowy wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi;
  - 2) dział przyjęć pacjenta, w skład którego wchodzi szatnia i recepcja z rejestracją;
  - 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-obserwacyjny**

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 istniejących.
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 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. 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.
10. Powietrze powinno być usuwane na zewnątrz z systemu wentylacyjnego oddziału poprzez filtry zatrzymujące bakterie, wirusy i różnego rodzaju mikrocząsteczki.
11. 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-obszernyacyjnego określone w części VIII ust. 4 – 6.

## **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, chemioterapii, walki z bólem, psychiatryczny 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 § 32.
7. Pokoje pobytu pacjentów należy przewidywać maksymalnie 5 łóżkowe o powierzchni zgodnej z przepisami § 17.
8. Pokoje pobytu pacjentów mogą być wyposażone w zależności od profilu, w:
  - 1) łóżka lub



- 2) częściowo w łóżka, a częściowo w fotele wypoczynkowe w przypadku oddziału opieki dziennej o profilu diagnostycznym, onkologicznym lub psychiatrycznym.
9. Pokoje pobytu pacjentów w oddziale opieki dziennej dla dzieci powinny być wyposażone, poza miejscami dla dzieci, w fotele dla opiekunów.
  10. Oddział opieki dziennej powinien, w zależności od potrzeb, posiadać:
    - 1) pomieszczenia pomocnicze wymienione w części II ust.3;
    - 2) szatnie odzieży wierzchniej dla pacjentów i osób towarzyszących;
    - 3) poczekalnie.

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

1. Oddział chirurgii jednego dnia przeznaczony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym w ciągu jednego dnia z możliwością czasowego pobytu na oddziale nie przekraczającego 24 godzin.
2. Do oddziału stosuje się odpowiednio przepisy 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 urządzonej zgodnie z wymaganiami określonymi w części XIII załącznika;
  - 2) pokój wybudzeń;
  - 3) inne pomieszczenia zabiegowe w zależności od rodzaju przewidywanych zabiegów;
  - 4) podręczną sterylizatornię gdy korzystnie z centralnej sterylizatorni jest utrudnione;
  - 5) odcinek lub pokój łóżkowy pooperacyjny przewidziany dla przebywania w nim pacjentów poniżej 24 godzin, wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi;
  - 6) pokój lekarza dyżurnego z węzłem sanitarnym;
  - 7) dział przyjęć pacjenta, w którego skład wchodzi szatnia i recepcja;
  - 8) niezbędne pomieszczenia zaplecza administracyjno-technicznego i socjalnego.

4. Oddział będący częścią lub odcinkiem w większym oddziale stacjonarnym powinien posiadać:
  - 1) łatwe bezpośrednie dojście dla pacjentów z zewnątrz lub przez dział przyjęć szpitala;
  - 2) łatwy dostęp do zespołu operacyjnego i działów diagnostycznych;
  - 3) pomieszczenia zabiegowe, jeżeli jest to konieczne ze względu na rodzaj przewidywanych zabiegów;
  - 4) szatnię dla pacjentów przy wejściu na oddział.

## **XII. Oddział psychiatryczny**

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

obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz (zasuwa i zamek na klucz) bez klamki od wewnątrz,

b) ściany i podłoga gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie,

c) oświetlenie przez naświetle nad drzwiami zabezpieczone szkłem hartowanym, lampa i żarówka powinny być dostępne wyłącznie od zewnątrz separatu,

d) kanał wentylacji grawitacyjnej niedostępny dla osoby izolowanej,

e) ogrzewanie podłogowe lub grzejnik we wnęce zasłoniętej trudnym do usunięcia ekranem metalowym uniemożliwiającym dostęp osoby izolowanej do grzejnika,

f) separatu 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 separatach wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym powinny znajdować się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza. W pozostałych pokojach łóżkowych 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 (nie dotyczy oddziałów istniejących).

9. Wymaganie, o którym mowa w ust. 8 nie dotyczy oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia.

10. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym ponadto powinien być wyposażony w:

1) osobny dział przyjęć składający się z:

a) poczekalni,

- b) boks 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 wózków, a pracownicy powinni przechodzić przez służbę szatniową.
2. W celu dostarczania do zespołu operacyjnego czystych materiałów, zespół ten powinien być wyposażony w służbę materiałową, wykorzystywaną równocześnie do krótkotrwałego ich przechowywania. W obiektach istniejących i małych zakładach opieki zamkniętej, w razie obiektywnych trudności dopuszcza się rezygnację ze stosowania służby materiałowej.
3. W obrębie zespołu powinna być zachowana zasada rozdziału ruchu czystego: pracowników, pacjentów, materiału czystego od ruchu brudnego, materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.
4. Sala operacyjna powinna mieć bezpośrednie połączenie z częścią brudną zespołu dla usuwania zużytego materiału, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego.
5. Pomiędzy częścią brudną i czystą zespołu należy urządzić służbę umywalkową – fartuchową i pomieszczenie lub stanowisko mycia sprzętów. Dopuszcza się połączenie obu tych funkcji w jednym pomieszczeniu.
6. W małych zakładach opieki zamkniętej 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 małych zakładach opieki zamkniętej 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 przynajmniej w jednym opakowaniu transportowym (np. zamknięte wózki).
  9. Transport materiału czystego i brudnego odbywa się korytarzami i dźwigami ogólnego użytku pod warunkiem uszczelnienia środków transportu (odpowiednie wózki).
  10. Pracownicy powinni wchodzić do sal operacyjnych przez pomieszczenie przygotowawcze dla personelu, a dla pacjentów należy urządzić pokój przygotowania chorego.
  11. W zespole mogą być wydzielone strefy sal operacyjnych septycznych, aseptycznych lub sal o wysokiej aseptyce – w przypadku oddziałów neurochirurgii lub kardiochirurgii.
  12. W skład zespołu wchodzi również:
    - 1) podręczna sterylizatornia – jeżeli jest to uzasadnione;
    - 2) pomieszczenie przewoźnej aparatury diagnostycznej;
    - 3) magazyn sprzętu i aparatury.
  13. Zespół powinien być wyposażony w salę pooperacyjną według wskaźnika 1 – 1,5 łóżka na 1 stół operacyjny.
  14. Dla pracowników powinien być urządzony co najmniej 1 pokój wypoczynkowy.

15. Na każde 30-50 łóżek zabiegowych w szpitalu powinna przypadać co najmniej 1 sala operacyjna.
16. Powierzchnia sali operacyjnej powinna wynosić co najmniej 35,0 m<sup>2</sup>.

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

1. Zespół powinien być zlokalizowany w bezpośrednim sąsiedztwie pododdziału położnictwa aseptycznego, z którym powinien być połączony drogą oddzieloną od ruchu wewnątrzszpitalnego.
2. Zespół powinien być urządzony w sposób zapewniający postępowy ciąg funkcji.
3. Pracownicy powinni wchodzić do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową.
4. Sale porodowe mogą być urządzone jako jedno lub wielostanowiskowe.
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.
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. 10.
12. Przy zespole porodów rodzinnych powinno znajdować się stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka, jeżeli nie ma możliwości korzystania ze stanowiska, o którym mowa w ust. 8 pkt 1.
13. Dla osób towarzyszących rodzącom 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 jedno stanowiskowej 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 (astroskopie);
  - 2) pokój badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopie, sigmoidoskopie i rektoskopie) wyposażony w kabinę higieniczną;
  - 3) zmywalnia usytuowana między pomieszczeniami, o których mowa w pkt 1 i 2, wyposażona w urządzenia do mycia i dezynfekcji termiczno-chemicznej endoskopów w sposób technologicznie powtarzalny, oraz szafy do przechowywania endoskopów w pozycji wiszącej, wyposażona w wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową;
  - 4) pokój personelu;
  - 5) salę wybudzeniową na 2 - 3 miejsca dla pobytu pacjentów do 2 godzin po znieczuleniu.

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

## **XVI. Laboratorium diagnostyczne**

1. Pobieranie materiału do badań od pacjentów stacjonarnych odbywa się na oddziałach.
2. Pokój pobierania materiału do badań powinien mieć powierzchnię co najmniej 6,0 m<sup>2</sup> jeżeli znajduje się w nim jedno stanowisko do pobrania krwi. Pokój ten wraz z pokojem wydawania, wyników 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 powinny być zapewnione:
  - 1) pomieszczenie przyjmowania materiału do badań i punkt rozdziału materiału do badań;
  - 2) odpowiednia liczba pracowni zależnie od zakresu wykonywanych badań;
  - 3) zmywalnia szkła;
  - 4) pomieszczenia administracyjne;
  - 5) pomieszczenia socjalne;
  - 6) pomieszczenia specjalne (magazyny, pomieszczenia pomocnicze).
5. Drzwi z pracowni, w których są używane lub przechowywane odczynniki łatwopalne, żrące, parzące lub mogące spowodować wybuch, w szczególności drzwi z pokoju eterowego, powinny być otwierane na zewnątrz w kierunku drogi ewakuacyjnej.
6. Wysokość pracowni powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.
7. Podłogi w pracowniach są łatwo zmywalne, odporne na działanie środków chemicznych i dezynfekcyjnych, z materiałów antypoślizgowych i antyelektrostatycznych.

## **XVII. Laboratorium mikrobiologiczne**

1. Laboratorium powinno znajdować się w miarę możliwości w sąsiedztwie laboratorium diagnostycznego.
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:
  - 1) sterylizatornia do wyjaławiania podłoży i sterylizacji szkła;

- 2) pomieszczenie niszczenia kultur bakteryjnych.
5. W zależności od zakresu działania w zakładzie laboratorium mikrobiologicznym powinny znajdować się pracownie: wirusologiczna, bakteriologiczna, mykologiczna oraz parazytologiczna.
6. Sterylizatornia, o której mowa w ust. 4 pkt 1, powinna mieć bezpośrednie połączenie ze zmywalnią oraz pomieszczeniem przygotowania podłoży i odczynników.
7. Pomieszczenie, o którym mowa w ust.4 pkt 2, powinno być zlokalizowane bezpośrednio przy zmywalni.
8. Pracownia przygotowania podłoży i odczynników oraz pracownie wirusologiczna, bakteriologiczna i mykologiczna powinny być wyposażone w łoże laminarne co najmniej drugiej klasy.
9. Pracownie laboratorium powinny być wyposażone w wentylację mechaniczną z zastosowaniem filtrów na nawiewie i wywiewie.
10. Zmywalnia powinna być wyposażona w:
  - 1) stół zlewozmywakowy;
  - 2) automatyczną myjnię do mycia szkła laboratoryjnego z opcją ostatecznego płukania wodą oczyszczoną (aqua purificata).
11. Woda oczyszczona może być produkowana na terenie zakładu lub dostarczana z centralnej stacji uzdatniania.
12. Transport podłoży oraz materiałów do analiz poza obrębem poszczególnych pracowni powinien odbywać się w naczyniach szczelnie zamkniętych.

## **XVIII. Zakład patomorfologii**

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

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

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

## **XIX. Zakład rehabilitacji**

1. Sale masażu suchego, parafinowania, krioterapii, terapii zajęciowej i ćwiczeń samoobsługi powinny być zlokalizowane w pobliżu sal kinezyterapii.
2. Przed salami ćwiczeń, basenów, hydroterapii, pomieszczeniami krioterapii oraz pomieszczeniami wymagającymi rozebrania się powinny być urządzone szatnie oraz zespoły sanitarne dla pacjentów.
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. Boksy światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być oddzielone ściankami do wysokości 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. Pomieszczenia przeznaczone na rehabilitację powinny być tak zlokalizowane, aby zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

## **XX. Centralna sterylizatornia**

1. W szpitalu powinna być urządzona centralna sterylizatornia wyposażona w urządzenia do wyjąławiania sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych elementów tego wymagających oraz dezynfektowania wózków i pojemników służących do transportu materiałów poddawanych sterylizacji, z zastrzeżeniem ust. 24.
2. Centralna sterylizatornia musi mieć dogodne połączenia z zespołem operacyjnym oraz mieć łatwy dostęp z innych jednostek organizacyjnych szpitala oraz w miarę możliwości z zewnątrz.
3. Transport materiałów sterylnych i skażonych między centralną sterylizatornią i oddziałami powinien odbywać się w szczelnych wózkach lub pojemnikach.
4. Centralna sterylizatornia powinna być podzielona na trzy strefy:
  - 1) brudną, przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, aparatury medycznej mycia i dezynfekcji wózków i elementów transportowych, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych oraz przechowywania zapasów środków dezynfekcyjnych i przygotowywania z nich roztworów roboczych;
  - 2) czystą, przeznaczoną do suszenia wydezynfekowanych narzędzi i aparatury, przeglądania i składania bielizny operacyjnej, pakietowania zestawów operacyjnych i zabiegowych, załadunku przygotowanych wsadów do sterylizatorów, tworzenia i archiwizacji dokumentacji procesów sterylizacji;
  - 3) sterylną, przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne lub odbiorców z poza szpitala.
5. Pakietowanie narzędzi i bielizny powinno odbywać się w oddzielnych pomieszczeniach.
6. Rozwiązanie przestrzenne powinno zapewniać ruch postępowy obrabianych materiałów od strefy brudnej do sterylnej.
7. Wejście personelu centralnej sterylizatorni ze strefy czystej do strefy brudnej i sterylnej powinno prowadzić przez śluzy umywalkowo-fartuchowe.

8. Przy śluzie między częścią czystą i brudną powinien być zainstalowany ustęp.
9. Między strefą sterylną a ogólnodostępną szpitala należy urządzić pomieszczenie wydawania materiałów sterylnych.
10. Wszystkie systemy technologiczne centralnej sterylizatorni (sterylizatory, myjnie, wózki, regały, pojemniki sterylizacyjne, tace) powinny być zgodne z jednostką wsadu o wymiarach 300x300x600 mm.
11. 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.
12. Między strefą brudną i czystą instaluje się przelotowe myjnie - dezynfektory w ilości i z wyposażeniem uzasadnionym, przewidzianym procesem technologicznym.
13. 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.
14. W przypadku stosowania sterylizacji gazowej sprzętu nieodpornego na działanie temperatury tlenkiem etylenu lub formaldehydem:
  - 1) po stronie czystej należy wydzielić pomieszczenie zapewniające bezpieczną pracę pracownikom;
  - 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.
15. W pomieszczeniach, o których mowa w ust. 14, należy zainstalować sygnalizatory przekroczenia dopuszczalnych stężeń tlenu etylenu na stanowiskach pracy.

16. Do sterylizacji tlenkiem etylenu na terenie szpitala można stosować wyłącznie sterylizatory zasilane z jednorazowego naboju z czynnikiem sterylizującym.
17. Do utylizacji tlenku etylenu należy stosować spalarkę tlenku etylenu lub katalizator.
18. Wszystkie sterylizatory stosowane w centralnych sterylizatorniach powinny posiadać certyfikat zgodności i być oznaczone znakiem CE z numerem notyfikacyjnym jednostki certyfikującej.
19. Do zasilania wytwornic pary dla sterylizatorów parowych i myjni – dezynfektorów (do ostatecznego płukania) należy doprowadzić wodę oczyszczoną. (aqua purificata wg Farmakopei Polskiej).
20. Stacja uzdatniania wody może być integralną częścią centralnej sterylizatorni lub może być zlokalizowana w odrębnym pomieszczeniu.
21. 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).
22. Niezależnie od sterylizatorni centralnej w następujących działach powinny być zainstalowane urządzenia sterylizacyjne:
  - 1) kuchnia mleczna;
  - 2) apteka;
  - 3) laboratorium mikrobiologiczne;
  - 4) poradnia stomatologiczna;
  - 5) oddział obserwacyjno – zakaźny;
  - 6) oddział chorób płuc i gruźlicy.
23. Zespół operacyjny oddziału chirurgii jednego dnia powinien być wyposażony w sterylizatornię podręczną.
24. W obiektach, w których zapotrzebowanie na materiały sterylne nie uzasadnia budowy centralnej sterylizatorni lub stan techniczny budynku uniemożliwia zorganizowanie centralnej sterylizatorni, dopuszcza się korzystanie z usług

sterylizatorni innych podmiotów posiadających system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantujących wykonanie wyrobu sterylnego.

25. W jednostkach nie posiadających centralnej sterylizatorni, chirurgii jednego dnia lub małych zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i otwartej, należy zorganizować pomieszczenie ekspedycji materiału skażonego z możliwością mycia i dezynfekcji wstępnej i pomieszczenie odbioru wyrobu sterylnego.

## **XXI. Apteka**

1. Lokalizacja apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej powinna zapewnić łatwy dostęp do niej personelowi oddziałów łóżkowych. Ponadto należy zapewnić zewnętrzny dostęp (dojazd) dla dostaw materiałowych.
2. Apteka szpitalna (dział farmacji szpitalnej) nie może być dostępna dla pacjentów. Dostęp pracowników szpitala powinien być ograniczony do poczekalni przy izbie ekspedycyjnej i miejsca zwrotu opakowań szklanych (zmywalnia).
3. W przypadku organizowania na terenie szpitala apteki otwartej stanowi ona odrębną jednostkę organizacyjną, funkcjonalnie wydzieloną ze szpitala i powinna być dostępna z holu głównego.

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

1. Centralna dezynfektornia – stacja przygotowania łóżek, zwana dalej „stacją”, powinna być podzielona na dwie strefy technologiczne:
  - 1) brudną, przeznaczoną do:
    - a) przyjmowania brudnych sprzętów szpitalnych, w szczególności: łóżek, aparatów oddechowych, inkubatorów dla niemowląt, wózków inwalidzkich, wózków i elementów transportu wewnątrz szpitalnego, szafek przyłóżkowych, oraz innych elementów wyposażenia szpitalnego poddawanych okresowej dezynfekcji,
    - b) zdejmowania brudnej bielizny i kierowania jej do pralni,
    - c) zdejmowania materacy, poduszek, koców i umieszczania ich w komorze dezynfekcyjnych,
    - d) umieszczania dezynfekowanych sprzętów w myjni – dezynfektorze,



- e) magazynowania środków myjących i dezynfekcyjnych;
- 2) czystą, przeznaczoną do:
- a) wyładunku komór myjących i dezynfekcyjnych,
  - b) zaścielania łóżek czystą pościelą,
  - c) wykonywania kontroli i napraw dezynfekowanych sprzętów,
  - d) magazynowania przeznaczonych do napraw lub kasacji sprzętów materacy, koców i poduszek,
  - e) przebywania personelu w czasie spożywania posiłków.
2. W stacji należy zapewnić ruch postępowy sprzętów ze strefy brudnej do czystej.
3. 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;
  - 4) pomieszczenie suszenia wyposażone w:
    - a) urządzenia do mycia pianą aktywną i dezynfekcji środkami dezynfekcyjnymi z możliwością ich precyzyjnego dozowania,
    - b) urządzenie do dezynfekcji parą bieżącą,
    - c) pistolety na sprężone powietrze do suszenia mytych sprzętów;
  - 5) przelotowa bezciśnieniowa komora dezynfekcyjna do dezynfekcji precyzyjnej aparatury;
  - 6) śluza szatniowa dla personelu.
4. W strefie czystej należy urządzić boks napraw i kontroli bezpieczeństwa działania aparatów medycznych, wyposażony w zestaw odpowiednich przyrządów kontrolno-pomiarowych.
5. W strefie brudnej i czystej należy przewidzieć powierzchnie odstawczą na co najmniej 2 -3 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

### **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.
3. W kuchni należy wyodrębnić następujące strefy:
  - 1) magazynowania, w skład której wchodzi chłodnia;
  - 2) obróbki brudnych produktów;
  - 3) obróbki czystych produktów;
  - 4) obróbki termicznej i schładzania;
  - 5) ekspedycji posiłków lub porcjowania (system tacowy);
  - 6) centralnego mycia naczyń stołowych oddziałowych (system tacowy);
  - 7) administracyjno-socjalną.
4. W skład strefy administracyjno-socjalnej wchodzi w szczególności jadalnia personelu kuchni z miejscem do mycia naczyń.
5. W zespole kuchni powinno być wydzielone pomieszczenie z wejściem wyłącznie z zewnątrz, w którym odpadki poprodukcyjne z kuchni oraz pokonsumpcyjne będą magazynowane przed ich usuwaniem.
6. Do pomieszczeń magazynowych kuchni centralnej powinien być zapewniony dojazd dla samochodów dostawczych.
7. Dopuszcza się zaopatrywanie szpitala w posiłki wytwarzane poza zakładem. W takim przypadku na terenie szpitala powinna być co najmniej urządzona strefa dla przyjęcia wózków z pożywieniem oraz ich ekspedycji.
8. Dopuszcza się sytuowanie pomieszczeń kuchni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, wydanej po zasięgnięciu opinii właściwego okręgowego inspektora pracy.

## XXIV. Pralnia

1. Brudna bielizna może być prana w pralni zlokalizowanej na terenie szpitala lub w pralni znajdującej się poza zakładem, spełniającej wymagania sanitarno-higieniczne określone w niniejsze części.
2. Pralnia piorąca bieliznę szpitalną powinna:
  - 1) mieć zapewnioną barierę higieniczną między stroną brudną i czystą, o której mowa w ust.4;
  - 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, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W pralni z barierą higieniczną powinny być urządzone:
  - 1) strefa brudna – w której skład wchodzi pomieszczenia przyjmowania i składania brudnej bielizny, splukiwania pieluch, załadunku bielizny do pralnic, pomieszczenia składowania środków piorących, przygotowywania roztworów piorących, mycia i dezynfekcji wózków - strona brudna (bądź przelotowa komora mycia i dezynfekcji), oraz ustępy;
  - 2) strefa czysta – w której wchodzi pomieszczenia wyładunku bielizny z pralnic, suszenia, prasowania oraz sterylizacji bielizny noworodków i dzieci młodszych, mycia i dezynfekcji wózków (strona czysta), pomieszczenie składowania materiałów wypranych i zdezynfekowanych, pomieszczenie naprawy bielizny, pomieszczenie wydawania, pomieszczenia obsługi administracyjnej i zaplecza socjalnego oraz ustępów;

- 3) śluza szatniowa usytuowana między strefą czystą i brudną.
7. Bielizna noworodków i dzieci młodszych może być sterylizowana w centralnej sterylizatorni. W tym przypadku w strefie czystej nie należy instalować urządzeń do jej sterylizowania.
8. W przypadku urządzenia w szpitalu pralni chemicznej, powinna ona być zlokalizowana w strefie czystej, o której mowa w ust. 5 pkt 2.
9. Wydajność pralni określa się na podstawie norm zużycia bielizny przez jednostki organizacyjne szpitala zwiększone ewentualnie o ilość bielizny z innych zakładów opieki zdrowotnej.
10. Dopuszcza się sytuowanie pomieszczeń pralni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego po zasięgnięciu opinii właściwego okręgowego inspektora pracy.

## **Załącznik nr 2**

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

1. Przychodnia może być urządzona:
  - 1) w osobnym budynku lub wydzielonej części większego budynku przeznaczonym 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;
  - 3) w pomieszczeniach istniejących zakładów opieki zdrowotnej.
2. W zależności od wykonywanych świadczeń w przychodni powinny być wydzielone wejścia z zewnątrz do:
  - 1) poradni dla pacjentów i personelu;
  - 2) poradni dla dzieci zdrowych;
  - 3) poradni dla dzieci chorych;

- 4) apteki.
3. W małych zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza się wspólne wejście dla wszystkich pacjentów, interesantów i personelu.
  4. W przypadku apteki działającej jedynie w godzinach pracy zakładu - dopuszcza się wejście do niej z holu budynku.
  5. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc, gruźlicy i zdrowia psychicznego, przeciwalkoholowe oraz leczenia odwykowego osób uzależnionych od środków odurzających, w celu zapewnienia dyskrecji, powinny być tak usytuowane, aby dojście do nich pacjenta było możliwe najkrótszą drogą od wejścia do przychodni, oraz powinny mieć wydzielone poczekalnie wraz z rejestracją, a także ustępy dla pacjentów. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.
  6. W holu wejściowym do przychodni powinno być usytuowane, z zastrzeżeniem ust.9, pomieszczenie rejestracji obsługujące wszystkie poradnie, z tym że pożądanym jest osobny dostęp dla dzieci zdrowych, chorych i dorosłych, uniemożliwiający kontaktowanie się tych pacjentów.
  7. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się wydzielone pomieszczenie rejestracji dla poszczególnych poradni.
  8. W przychodni należy zapewnić dla pacjentów ustępy w tym dla osób niepełnosprawnych na wózku inwalidzkim.
  9. Rozwiązanie funkcjonalne poradni w której przyjmowane są dzieci, musi umożliwić dostęp pacjentów z poradni dziecięcej do poradni ogólnej. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.
  10. 1. Poradnia, w której przewiduje się przyjmowanie dzieci powinna odpowiadać następującym wymaganiom:
    - 1) wejście do części poradni dla dzieci chorych powinno prowadzić przez przedsionek - wózkarnię, z którego powinno być bezpośrednie przejście do

poczekalni, wyjście z poradni prowadzi przez przedsionek – wózkarnię; z poczekalni powinno być dostępne pomieszczenie rejestracji;

- 2) pokój przygotowawczy i szpitalni 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.
2. Wymagania określone w ust. 1 nie dotyczą małych zakładów opieki zdrowotnej otwartej.
11. W przychodniach, w których przewiduje się przyjmowanie dzieci chorych i zdrowych z zastosowaniem rozdziału czasowego, dopuszcza się jeden gabinet badań lekarskich, oraz poczekalnię wraz z ustępem dla pacjentów.
  12. Powierzchnia gabinetu badań lekarskich powinna wynosić co najmniej 12,0 m<sup>2</sup>, a pokoju zabiegowego co najmniej 16,0 m<sup>2</sup>, a pokoju zabiegowego przystosowanego do znieczulania ogólnego 20,0 m<sup>2</sup>.
  13. W poradniach chirurgicznych powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych.
  14. W poradni dla kobiet gabinet badań ginekologicznych powinien mieć bezpośrednie połączenie z kabiną higieny osobistej.
  15. Kabina higieny osobistej, o której mowa w ust. 15, jest wyodrębnionym pomieszczeniem wyposażonym w:
    - 1) bidet;
    - 2) miskę ustępową;
    - 3) umywalkę.
  16. W poradniach, w których mają być udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego powinna być wydzielona kabina higieny osobistej, o której mowa w ust.15.

17. 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.
18. 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.
19. Sprężarka zasilająca unity stomatologiczne powinna być zlokalizowana w miejscu nie zanieczyszczonym oraz w sposób nie powodujący hałasu.
20. Powierzchnia:
  - 1) pokoju pobierania prób do analiz powinna wynosić co najmniej 6,0 m<sup>2</sup>;
  - 2) pracowni laboratoryjnej wykonującej podstawowe badania diagnostyczne co najmniej 15 m<sup>2</sup>;
  - 3) pracowni przy wykonywaniu innego zakresu badań co najmniej 20,0 m<sup>2</sup>.
21. W poradniach chirurgicznych powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych.

### Załącznik nr 3

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

### **I. Część ogólna**

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

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

## **II. Dział krwiodawców**

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



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

### **III. Dział pobierania**

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

### **IV. Dział preparatyki**

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

## **V. Dział laboratoryjny**

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

## **VI. Dział ekspedycji**

1. Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewniać:
  - 1) przechowywanie w odpowiedniej temperaturze krwi i jej składników;
  - 2) przyjmowanie zwrotów nie wykorzystanej krwi i jej składników.
2. Magazyn (chłodnia, lodówki, zamrażarki) krwi i jej składników powinien być zlokalizowany w ekspedycji lub w jej pobliżu.

Poczekalnia przy ekspedycji powinna być łatwo dostępna z zewnątrz.

## **VII. Dział zapewnienia jakości**

Pomieszczenia i urządzenia działu powinny zapewnić:

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

## **VIII. Oddziały terenowe**

1. Oddział powinien być zlokalizowany w miejscu łatwo dostępnym dla krwiodawców oraz zapewniającym łatwe połączenie z działem diagnostyki laboratoryjnej.
2. Oddział powinien składać się z części dostępnej dla krwiodawców oraz z niedostępnej dla krwiodawców części laboratoryjnej, przeznaczonej także do preparatyki (w przypadku jej wykonywania), ekspedycji krwi i jej składników.
3. W oddziale powinny znajdować się umywalnie i ustępy dla dawców oraz pomieszczenia służące do przygotowania i wydawania posiłków profilaktycznych.

Dopuszcza się wykorzystanie do tego celu stołówki szpitalnej lub bufetu.

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

1. Żłobek powinien być lokalizowany w odrębnym budynku. Dopuszcza się jego lokalizację w budynku przeznaczonym na inne cele przy zachowaniu izolacji pomieszczeń innych użytkowników oraz zapewnieniu odrębnych wejść z dróg komunikacji ogólnej.
2. Żłobek może posiadać jedną lub dwie kondygnacje.
3. W żłobku powinny być wydzielone zespoły pomieszczeń przeznaczone dla następujących grup wiekowych:
  - 1) niemowlęcą – od 6 tygodni do 11 miesięcy;
  - 2) dzieci średnich – od 12 do 23 miesięcy;
  - 3) dzieci starszych – 24 do 36 miesięcy.
4. W razie gdy jest to uzasadnione małą liczbą dzieci podział ustala się indywidualnie.
5. Zespół pomieszczeń przeznaczonych dla każdej grupy dzieci, liczącej nie więcej niż 20 dzieci, stanowi odrębną całość i powinien się składać z:
  - 1) przedsionka – wózkarni;
  - 2) filtru rozbieralni;
  - 3) sal pobytu dzieci (zabaw lub odrębne sypialnie);
  - 4) separatki;
  - 5) zespołu sanitarnego, w którego skład wchodzi ustępy, umywalki, natrysk.
6. W przypadku żłobka dwukondygnacyjowego pomieszczenia dla grup dzieci średnich i starszych powinny być lokalizowane na parterze.
7. Sale pobytu dzieci powinny być zorientowane w kierunku południowym, południowo-wschodnim lub wschodnim.
8. W salach pobytu dzieci minimalna powierzchnia pomieszczenia na 1 dziecko powinna wynosić 3,0 m<sup>2</sup>.

9. Przy sali dla niemowląt należy zapewnić możliwość leżakowania na werandzie lub tarasie.
10. Dla grupy dzieci średnich i starszych należy zapewnić możliwość wyjścia na teren przyległy do żłobka wyposażony w urządzenia do zabaw. Teren ten powinien być niedostępny dla osób postronnych.
11. W żłobku powinna być kuchnia zapewniająca przygotowanie posiłków w dostosowaniu do wieku dzieci.
12. Do pomieszczeń kuchenki mlecznej należy odpowiednio stosować przepisy § 30 ust.3, a do pomieszczeń kuchni odpowiednio przepisy części XXIII załącznika nr 1 do rozporządzenia.
13. W przypadku dowożenia obiadu z innej odpowiednio wyspecjalizowanej jednostki, dopuszcza się możliwość wydzielenia w żłobku pomieszczeń i urządzeń służących wyłącznie do przygotowywania śniadań i podwieczorków oraz pomieszczenia do mycia naczyń stołowych.
14. Brudna bielizna ze żłobka powinna być prana w pralni obsługującej zakłady opieki zdrowotnej. W przypadku braku takich możliwości żłobek powinien posiadać własną pralnię. Do pomieszczeń pralni należy wówczas stosować odpowiednio ustalenia części XXIV załącznika nr 1.

## UZASADNIENIE

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

Wymagania określone w obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej ( Dz. U. Nr 74, poz. 366 z 1992 r., z 1993 r. Nr 16 poz. 77, z 1998 r. Nr 37 poz. 214 i z 1999 r. Nr 94 poz. 1098) są w wielu przypadkach zdezaktualizowane i nie znajdują uzasadnienia merytorycznego przy obecnym rozwoju nowych urządzeń i technologii medycznych (nowych metod diagnostycznych i leczniczych). Ponadto w powołanym wyżej rozporządzeniu nie określono wymagań dla niektórych rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, np. żłobków. Z uwagi na złożoność i wielość materii zdecydowano się odstąpić od nowelizacji ww. rozporządzenia i przyjęto koncepcję opracowania projektu nowego rozporządzenia.

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

Ze względu na regulacje wprowadzone w art. 2 ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej rozporządzenie wejdzie w życie razem z wejściem w życie tej ustawy.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

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

Rozporządzenie oddziałuje bezpośrednio na zakłady opieki zdrowotnej, a pośredni także na podmioty, które utworzyły te zakłady oraz na pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te zakłady.

### 2. Cel wprowadzenia regulacji

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

### 3. Konsultacje społeczne

Projekt w ramach konsultacji społecznych został skierowany do związków zawodowych oraz samorządów zawodowych działających w ochronie zdrowia (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unia Uzdrawisk Polskich, Unia Metropolii Polskich, Związek Powiatów Polskich, Związek Miast Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Unia Miasteczek Polskich, Konwent Marszałków RP, Federacja Związków Gmin i Powiatów RP, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego). Projekt zostanie także zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

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

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

5. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie wywoła skutków dla rynku pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

8. Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Rozporządzenie będzie mieć pośrednio pozytywny wpływ na zdrowie ludności, poprzez podnoszenie kwalifikacji przez osoby wykonujące zawody medyczne.

9. Wstępna ocena zgodności z prawem Unii Europejskiej

Rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

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

z dnia

**w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia**

Na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 2) szczegółowy sposób, warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie;
- 3) podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń i nadawania tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

**§ 2.** Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o specjalizacji - rozumie się przez to rodzaj szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego, mający na celu uzyskanie specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

**§ 3. 1.** Tytuł specjalisty może być uzyskiwany w następujących dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia:

---

<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. Nr 63, poz.315, z 1994r. Nr 121, poz.591, z 1995r. Nr 138, poz.682 i Nr 141, poz. 692, z 1996r. Nr 24, poz.110, z 1997r. Nr 121, poz. 769, z 1998r. Nr 106, poz.668, Nr 117, poz.756 i Nr 162, poz.1115, z 1999r. Nr 28, poz.255 i 256, z 2000r. Nr 3, poz.28, Nr 12, poz.136, Nr 43, poz.489, Nr 84, poz.948 i Nr 120, poz.1268, z 2001r. Nr 5 poz.45, Nr 88, poz.961, Nr 100, poz.1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002r. Nr 113, poz. 984, z 2003r. Nr 45, poz. 391, Dz. U. Nr 124, poz.1151 i 1152, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr ... poz. ...).



- 1) epidemiologia;
- 2) fizjoterapia;
- 3) fizyka medyczna;
- 4) inżynieria medyczna;
- 5) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
- 6) psychologia kliniczna;
- 7) neurologopedia;
- 8) zdrowie publiczne;
- 9) zdrowie środowiskowe.

2. Do specjalizacji w dziedzinach, o których mowa w ust. 1, może przystąpić osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu:

- 1) automatyka;
- 2) biologa;
- 3) biotechnologa;
- 4) elektronika;
- 5) fizjoterapeuty;
- 6) fizyka;
- 7) informatyka;
- 8) inżyniera środowiskowego;
- 9) logopedy;
- 10) mechanika;
- 11) pedagoga;
- 12) psychologa;
- 13) socjologa;
- 14) technologa żywności i żywienia człowieka.

3. Wykaz kwalifikacji do wykonywania zawodów, o których mowa w ust. 2, oraz odpowiadających im dziedzin specjalizacji, wraz z tytułami specjalisty w danej dziedzinie, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

**§ 4. 1.** Specjalizację mogą prowadzić podmioty, które uzyskały wpis na listę prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zwane dalej "jednostkami szkolącymi", które:

- 1) posiadają w swojej strukturze lub powołały zespół do spraw specjalizacji, w tym podpisały umowy na pełnienie obowiązków kierowników specjalizacji z osobami posiadającymi tytuł specjalisty w danej dziedzinie, z zastrzeżeniem § 34 ust. 2;
- 2) spełniają standardy kształcenia w danej specjalizacji określone w programie specjalizacji;
- 3) zawarły umowy z innymi podmiotami na realizację staży kierunkowych określonych programem specjalizacji, jeżeli ich odbywania jednostka szkoląca nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej;
- 4) opracowały regulamin organizacyjny specjalizacji;
- 5) uzyskały opinię konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie lub dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta, o spełnieniu warunków określonych w pkt 1-4.

2. Regulamin organizacyjny specjalizacji, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, określa, w szczególności:

- 1) sposób prowadzenia naboru osób na specjalizację, ze szczególnym uwzględnieniem regulaminu postępowania kwalifikacyjnego i maksymalnej liczby osób, które mogą zostać przyjęte na specjalizację;
- 2) organizację specjalizacji, w tym harmonogram zajęć i staży kierunkowych;
- 3) prawa i obowiązki osób odbywających specjalizację;
- 4) szczegółowy zakres obowiązków kierowników specjalizacji, opiekunów staży kierunkowych, wykładowców i innych osób prowadzących zajęcia;
- 5) sposoby sprawdzania wiadomości i umiejętności;
- 6) sposoby oceny organizacji i przebiegu specjalizacji przez osoby w niej uczestniczące.

3. Podmiot zamierzający prowadzić specjalizację składa wnioski o wpis na listę, o której mowa w ust. 1, do działającej na podstawie odrębnych przepisów jednostki organizacyjnej podległej wojewodzie - wojewódzkiego centrum zdrowia publicznego, zwanego dalej "ośrodkiem wojewódzkim", właściwego ze względu na planowane miejsce prowadzenia specjalizacji. Podmiot, którego organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, składa wnioski do jednostki organizacyjnej wskazanej przez właściwego ministra.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 3, dołącza się:

- 1) dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu;
- 2) informacje o dotychczasowym przebiegu prowadzonej przez niego działalności;
- 3) dokumenty potwierdzające spełnianie warunków, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4;
- 4) opinię, o której mowa w ust. 1 pkt 5.

5. Ośrodek wojewódzki lub jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 3, po sprawdzeniu formalnym dokumentów, o których mowa w ust. 4, przesyła je do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej "Centrum", w celu uzyskania opinii, powołanego przez Dyrektora Centrum, zespołu ekspertów o spełnieniu przez podmiot warunków, o których mowa w ust. 1.

6. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 5, Dyrektor Centrum powołuje:

- 1) przedstawicieli właściwego dla danej dziedziny towarzystwa naukowego i stowarzyszenia zawodowego, zgłoszonych przez zarządy główne tych organizacji;
- 2) trzech ekspertów w danej dziedzinie, zgłoszonych przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta krajowego.

**§ 5. 1.** Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie przedstawionej przez Dyrektora Centrum informacji dotyczącej przebiegu prac zespołu ekspertów, w tym wydanych opinii, o których mowa w § 4 ust. 5, dokonuje wpisu podmiotów na listę jednostek szkolących lub skreślenia z niej.

2. Skreślenie z listy następuje w razie niespełniania określonych w programie specjalizacji standardów kształcenia w danej specjalizacji lub na wniosek kierownika jednostki szkolącej.

3. Dyrektor Centrum prowadzi nadzór nad prowadzeniem specjalizacji i przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dwa razy w roku informacje dotyczące przestrzegania przez jednostki szkolące standardów kształcenia w danej specjalizacji.

4. Informacje, o których mowa w ust. 3, Dyrektor Centrum uzyskuje w szczególności od:

- 1) konsultanta krajowego;
- 2) konsultanta krajowego powołanego w celu realizacji zadań związanych z obronnością kraju;

- 3) konsultanta wojewódzkiego;
- 4) kierownika ośrodka wojewódzkiego.

5. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 3, Dyrektor Centrum może:

- 1) żądać od jednostki szkolącej udostępniania dokumentacji specjalizacji;
- 2) przeprowadzić kontrolę jednostki szkolącej i wydać zalecenia pokontrolne.

**§ 6.** 1. Minister właściwy do spraw zdrowia podaje dwa razy w roku do wiadomości publicznej listę jednostek szkolących, w formie informacji na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do dnia 1 kwietnia i do dnia 1 października każdego roku.

2. Ośrodek wojewódzki w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia listy jednostek szkolących na stronie internetowej, o której mowa w ust. 1, podaje tę listę do publicznej wiadomości na terenie ośrodka.

**§ 7.** 1. Program specjalizacji zawiera:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające:
  - a) cele kształcenia,
  - b) czas trwania specjalizacji,
  - c) zakres wiedzy teoretycznej będącej przedmiotem specjalizacji,
  - d) wykaz umiejętności będących przedmiotem specjalizacji,
  - e) sposób organizacji specjalizacji, w tym zakres, kryteria i sposób oceny rozmowy kwalifikacyjnej;
- 2) plan nauczania, określający:
  - a) moduły nauczania oraz ich wymiar godzinowy,
  - b) rozkład zajęć, z uwzględnieniem staży kierunkowych i ich wymiaru godzinowego;
- 3) program nauczania poszczególnych modułów specjalizacji, określający:
  - a) treści nauczania,
  - b) wykaz umiejętności wynikowych,
  - c) wskazówki metodyczne dotyczące realizacji programu specjalizacji i egzaminu kończącego specjalizację, zwanego dalej "egzaminem",
  - d) wykaz literatury obowiązkowej.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, określa ponadto standard kształcenia w danej specjalizacji, uwzględniając dane dotyczące:

- 1) liczby i kwalifikacji kadr, w tym kierownika specjalizacji i osób koordynujących staże kierunkowe;
- 2) bazy dydaktycznej do zajęć i staży kierunkowych;
- 3) sposobu realizacji programu specjalizacji, w tym ewaluacji uzyskanych w czasie specjalizacji umiejętności;
- 4) wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia.

**§ 8.** 1. Program specjalizacji i uzupełniający program specjalizacji, o którym mowa w § 33 ust. 2 i 3, opracowuje zespół ekspertów powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na wniosek Dyrektora Centrum.

2. W skład zespołu ekspertów, o którym mowa w ust. 1, powołuje się:

- 1) konsultanta krajowego w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta krajowego;
- 2) przedstawiciela właściwego dla danej dziedziny towarzystwa naukowego, który posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie lub legitymuje się dorobkiem naukowym i zawodowym w tej dziedzinie;
- 3) przedstawiciela właściwego dla danej dziedziny stowarzyszenia zawodowego, który posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie lub legitymuje się dorobkiem naukowym i zawodowym w tej dziedzinie;
- 4) dwie osoby posiadające tytuł specjalisty w danej dziedzinie lub legitymujące się dorobkiem naukowym i zawodowym w tej dziedzinie zgłoszone przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta krajowego.

**§ 9.** 1. Opracowany przez zespół ekspertów program specjalizacji i uzupełniający program specjalizacji, po zaopiniowaniu przez właściwe dla danej specjalizacji towarzystwo naukowe lub stowarzyszenie zawodowe, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Centrum podaje do publicznej wiadomości zatwierdzone programy specjalizacji na stronie internetowej Centrum oraz w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Programy specjalizacji oraz uzupełniające programy specjalizacji weryfikuje zespół ekspertów na wniosek konsultanta krajowego w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta krajowego, lub właściwego towarzystwa naukowego, z zachowaniem sposobu postępowania przewidzianego dla ich opracowania.

4. Jednostką koordynującą realizację zadań zespołu, o którym mowa w ust. 1 i 3, jest Centrum.

**§ 10.** 1. Specjalizacja jest jednostopniowa.

2. W tym samym czasie można odbywać tylko jedną specjalizację.

**§ 11.** 1. Osoba uprawniona do podjęcia specjalizacji może ją odbywać na podstawie:

- 1) umowy o pracę zawartej z jednostką szkolącą na czas nieokreślony lub określony, równy okresowi trwania specjalizacji;
- 2) umowy o pracę zawartej z innym pracodawcą niż jednostka szkoląca i skierowania przez pracodawcę do jednostki szkolącej w celu odbycia specjalizacji;
- 3) umowy cywilnoprawnej zawartej na czas trwania specjalizacji z jednostką szkolącą;
- 4) poszerzonego o program specjalizacji programu dziennych studiów doktoranckich, prowadzonych przez uprawniony podmiot, w skład którego wchodzi jednostka szkoląca.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zawiera z pracodawcą umowę określającą wzajemne prawa i obowiązki stron wynikające z odbywania specjalizacji.

3. Niezależnie od sposobu odbywania specjalizacji kierownik jednostki szkolącej zawiera z osobą odbywającą specjalizację umowę o szkolenie określającą wzajemne prawa i obowiązki wynikające z realizacji programu specjalizacji, z uwzględnieniem § 4 ust. 2 pkt 3.

**§ 12.** 1. Do specjalizacji, z zastrzeżeniem § 13, może przystąpić osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu, o którym mowa w § 3 ust. 2, określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wykonuje co najmniej przez okres jednego roku w ciągu ostatnich 3 lat czynności zawodowe zgodne z programem specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie;
- 3) złożyła wniosek o rozpoczęcie specjalizacji, zwany dalej "wnioskiem", do kierownika jednostki szkolącej i została zakwalifikowana do jej odbywania w wyniku postępowania kwalifikacyjnego.

2. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**§ 13.** 1. Do specjalizacji może przystąpić także osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada inne kwalifikacje niż określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia do wykonywania zawodu, o którym mowa w § 3 ust. 2;
- 2) wykonuje co najmniej przez trzy lata w ciągu ostatnich 5 lat czynności zawodowe zgodne z programem specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie;
- 3) uzyskała zgodę Dyrektora Centrum, wydaną na wniosek osoby ubiegającej się o taką zgodę;
- 4) złożyła wniosek, o którym mowa w § 12 ust. 2, i została zakwalifikowana do jej odbywania w wyniku postępowania kwalifikacyjnego.

2. Wniosek składa się do ośrodka wojewódzkiego. Do wniosku dołącza się:

- 1) podanie do Dyrektora Centrum uzasadniające wniosek;
- 2) odpisy dyplomu szkoły wyższej oraz innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje;
- 3) opinię konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie właściwej dla specjalizacji lub pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta, potwierdzającą posiadane przez wnioskodawcę umiejętności oraz uwzględniającą potrzeby zatrudnienia specjalistów w tej dziedzinie na terenie danego województwa;
- 4) opinię właściwego dla danej specjalności towarzystwa naukowego lub stowarzyszenia zawodowego.

3. Ośrodek wojewódzki po sprawdzeniu formalnym dokumentów, o których mowa w ust. 2, przesyła je do Centrum.

4. Dyrektor Centrum na podstawie opinii zespołu ekspertów, o którym mowa w § 8 ust. 1, wydaje zgodę na rozpoczęcie specjalizacji w danej dziedzinie lub odmawia jej wydania. Na odmowę wydania zgody przysługuje wnioskodawcy odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, która uzyskała zgodę Dyrektora Centrum na rozpoczęcie specjalizacji, może przystąpić do postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w § 16.

**§ 14.** 1. Osoba niebędąca obywatelem polskim przystępuje do specjalizacji i odbywa ją na warunkach i w sposób obowiązujących obywateli polskich, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Osoba niebędąca obywatelem polskim, przebywająca na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu odbycia kształcenia podyplomowego lub uzyskania stopnia naukowego, może rozpocząć specjalizację na zasadach określonych w przepisach o odbywaniu studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi.

**§ 15.** 1. Postępowanie kwalifikacyjne jest prowadzone w jednostce szkolącej.

2. Osoby, o których mowa w § 12 i 13, składają wniosek wraz z odpisem dyplomu szkoły wyższej bezpośrednio do kierownika jednostki szkolącej.

3. Osoby, o których mowa w § 13, dołączają do wniosku także zgodę Dyrektora Centrum na rozpoczęcie specjalizacji.

4. Wniosek jest składany w terminie podanym przez kierownika jednostki szkolącej do publicznej wiadomości.

**§ 16.** 1. Postępowanie kwalifikacyjne, o którym mowa w § 15 ust. 1, obejmuje:

- 1) ocenę formalną wniosku;
- 2) postępowanie konkursowe, w przypadku gdy liczba wnioskujących przekroczy liczbę wolnych miejsc, polegające na dodatkowym przeprowadzeniu rozmowy kwalifikacyjnej, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. e.

2. Postępowanie kwalifikacyjne, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza komisja kwalifikacyjna, w skład której wchodzi:

- 1) kierownik jednostki szkolącej lub wskazana przez niego osoba;



- 2) dwaj przedstawiciele jednostki szkolącej posiadający tytuł naukowy lub tytuł specjalisty w dziedzinie właściwej dla danej specjalizacji oraz kierownik specjalizacji;
- 3) przedstawiciel ośrodka wojewódzkiego właściwego ze względu na miejsce prowadzenia specjalizacji lub jednostki, o której mowa w § 4 ust. 3;
- 4) przedstawiciel właściwego dla danej dziedziny stowarzyszenia zawodowego lub towarzystwa naukowego.

3. Kierownik jednostki szkolącej lub wskazana przez niego osoba pełni funkcję przewodniczącego komisji kwalifikacyjnej i zwołuje jej posiedzenia.

4. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się w terminie do 30 dni od dnia określonego jako ostateczny termin składania wniosku o rozpoczęcie specjalizacji.

5. Dyrektor Centrum unieważnia postępowanie kwalifikacyjne w przypadku nieprzestrzegania regulaminu postępowania kwalifikacyjnego, a w szczególności zakresu, kryteriów i sposobu oceny rozmowy kwalifikacyjnej.

6. Dyrektor Centrum może unieważnić postępowanie kwalifikacyjne z przyczyny, o której mowa w ust. 5, na wniosek:

- 1) członka komisji kwalifikacyjnej;
- 2) osoby ubiegającej się o przystąpienie do specjalizacji;
- 3) konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie lub dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta.

**§ 17.** 1. Pozytywny wynik postępowania kwalifikacyjnego stanowi podstawę podjęcia specjalizacji.

2. Po zakwalifikowaniu osoby do podjęcia specjalizacji jednostka szkoląca umożliwia jej rozpoczęcie specjalizacji w terminie, nie dłuższym niż 3 miesiące od zakończenia postępowania kwalifikacyjnego, określonym w karcie specjalizacji.

3. Po przeprowadzonym postępowaniu kwalifikacyjnym jednostka szkoląca przedkłada właściwemu ośrodkowi wojewódzkiemu:

- 1) wniosek, o którym mowa w § 12 ust. 2;
- 2) informacje o wolnych miejscach na specjalizacji.

4. Osobie zakwalifikowanej do rozpoczęcia specjalizacji ośrodek wojewódzki wydaje kartę specjalizacji według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do rozporządzenia.

5. Karta specjalizacji z wymaganymi wpisami stanowi dowód odbycia specjalizacji i wraz z opinią i wnioskiem kierownika specjalizacji o dopuszczenie do egzaminu stanowi podstawę przystąpienia do tego egzaminu.

**§ 18.** 1. Ośrodek wojewódzki prowadzi rejestr osób odbywających specjalizację na obszarze danego województwa, zwany dalej "rejestrem".

2. Rejestr prowadzony jest w systemie ewidencyjno-informatycznym, według niżej określonego układu danych:

- 1) numer wpisu do rejestru składający się z ciągu kolejnych znaków:
  - a) dwucyfrowego symbolu województwa, będącego pierwszym członkiem identyfikatora jednostek podziału terytorialnego określonego w przepisach dotyczących szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,
  - b) trzycyfrowego kodu specjalizacji, zgodnie z wykazem kodów specjalizacji w określonych dziedzinach, stanowiącym załącznik nr 4 do rozporządzenia,
  - c) numeru PESEL lub daty urodzenia dla osoby niebędącej obywatelem polskim;
- 2) imię i nazwisko osoby odbywającej specjalizację;
- 3) obywatelstwo;
- 4) posiadane kwalifikacje zawodowe;
- 5) nazwa odbywanej specjalizacji;
- 6) nazwa i adres jednostki szkolącej, w której jest odbywana specjalizacja;
- 7) imię i nazwisko kierownika specjalizacji;
- 8) data postępowania kwalifikacyjnego;
- 9) data rozpoczęcia i zakończenia specjalizacji;
- 10) data skreślenia z rejestru;
- 11) data przedłużenia lub skrócenia specjalizacji i okres, o jaki specjalizacja została przedłużona lub skrócona;
- 12) sposób odbywania specjalizacji i sposób finansowania specjalizacji;
- 13) data wydania karty specjalizacji i numer karty specjalizacji.

3. Jednostki szkolące przekazują ośrodkom wojewódzkim właściwym ze względu na miejsce prowadzenia specjalizacji na bieżąco informacje niezbędne do prowadzenia rejestru.

**§ 19.** Specjalizacja jest prowadzona zgodnie z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia i kończy się złożeniem egzaminu.

**§ 20.** 1. Czas trwania specjalizacji określony programem specjalizacji może być przedłużony na uzasadniony wniosek osoby odbywającej specjalizację, przez kierownika jednostki szkolącej lub upoważnioną przez niego osobę, o okres nie dłuższy niż 24 miesiące.

2. Czas trwania specjalizacji określony programem specjalizacji może być skrócony na uzasadniony wniosek osoby odbywającej specjalizację, przez kierownika jednostki szkolącej lub upoważnioną przez niego osobę, o okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, pod warunkiem pełnego zrealizowania programu specjalizacji.

3. Wniosek o przedłużenie lub skrócenie czasu odbywania specjalizacji osoba wnioskująca składa do kierownika jednostki szkolącej, po uzyskaniu opinii kierownika specjalizacji.

4. Osoba odbywająca specjalizację, w szczególnie uzasadnionym przypadku uniemożliwiającym kontynuowanie specjalizacji w jednostce szkolącej, w której rozpoczęła specjalizację, jest kierowana przez ośrodek wojewódzki do innej jednostki szkolącej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc.

5. Kierownik uprawnionej jednostki szkolącej zawiadamia ośrodek wojewódzki o przedłużeniu lub skróceniu czasu trwania specjalizacji.

**§ 21.** 1. Specjalizacja odbywa się pod nadzorem kierownika specjalizacji, który jest odpowiedzialny za ustalenie szczegółowych warunków i przebiegu specjalizacji w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji.

2. Kierownika specjalizacji powołuje i odwołuje kierownik jednostki szkolącej.

3. Odwołanie kierownika specjalizacji może nastąpić w przypadku:

- 1) niewypełniania przez kierownika specjalizacji obowiązków, o których mowa w ust. 4;
- 2) uzasadnionego wniosku osoby pełniącej funkcję kierownika specjalizacji;
- 3) uzasadnionego wniosku osoby specjalizującej się.

4. Do obowiązków kierownika specjalizacji należy:

- 1) udział w postępowaniu kwalifikacyjnym;
- 2) udział w ustaleniu szczegółowych warunków odbywania specjalizacji w sposób umożliwiający nabycie wiadomości i umiejętności określonych programem specjalizacji;
- 3) udział w ustaleniu szczegółowego planu zajęć objętych programem specjalizacji i nadzór nad realizacją tego planu;
- 4) nadzór nad realizacją staży kierunkowych;
- 5) wskazanie niezbędnego piśmiennictwa i innych źródeł ułatwiających samokształcenie;
- 6) prowadzenie ewaluacji kształcenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji;
- 7) wystawienie opinii dotyczącej przebiegu specjalizacji i uzyskanych przez specjalizującego się umiejętności zawodowych, a także jego stosunku do współpracowników i pacjentów;
- 8) potwierdzenie w karcie specjalizacji odbycia szkolenia zgodnie z programem specjalizacji;
- 9) przedstawianie wniosku do ośrodka wojewódzkiego o przerwanie kontynuowania specjalizacji przez osobę, która nie realizuje lub nie może realizować programu specjalizacji;
- 10) przedstawianie wniosku, o którym mowa w § 17 ust. 5.

5. Kierownikowi specjalizacji w umowie, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, mogą zostać ustalone dodatkowe obowiązki, niewymienione w ust. 4.

6. Kierownik specjalizacji ma prawo do:

- 1) udziału w egzaminie w charakterze obserwatora;
- 2) upoważnienia innej osoby posiadającej tytuł specjalisty do wykonywania czynności opiekuna stażu kierunkowego.

7. Osoba, o której mowa w ust. 6 pkt 2, zapewnia bezpośrednio nadzór nad realizacją programu staży kierunkowych, nie więcej niż 3 osób.

**§ 22.** 1. Osoba zakwalifikowana do odbywania specjalizacji rozpoczyna ją w terminie określonym w karcie specjalizacji.

2. Przesunięcia terminu rozpoczęcia specjalizacji może dokonać kierownik jednostki szkolącej lub upoważniona przez niego osoba na uzasadniony wniosek osoby odbywającej specjalizację.

3. Jeżeli jednostka szkoląca ulegnie likwidacji lub restrukturyzacji uniemożliwiającej prowadzenie specjalizacji, ośrodek wojewódzki w porozumieniu z kierownikiem specjalizacji i kierownikiem innej jednostki szkolącej wskazuje miejsce i termin kontynuowania specjalizacji.

4. Kierownik ośrodka wojewódzkiego skreśla osobę odbywającą specjalizację z rejestru:

- 1) w przypadku upływu czasu, w którym osoba była zobowiązana ukończyć specjalizację;
- 2) na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta, w przypadku gdy osoba odbywająca specjalizację nie realizuje lub nie może realizować programu specjalizacji;
- 3) na wniosek osoby odbywającej specjalizację.

5. O skreśleniu z rejestru osoby odbywającej specjalizację ośrodek wojewódzki powiadamia tę osobę niezwłocznie za pośrednictwem kierownika specjalizacji.

6. Osoba, o której mowa w ust. 5, może wystąpić w terminie 14 dni od uzyskania informacji o skreśleniu z rejestru do kierownika ośrodka wojewódzkiego o przywrócenie możliwości kontynuowania specjalizacji.

**§ 23.** 1. Do egzaminu może zostać dopuszczona osoba, która odbyła specjalizację i złożyła do ośrodka wojewódzkiego kartę specjalizacji wraz z podaniem o dopuszczenie do egzaminu oraz uiściła opłatę za egzamin ustaloną przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej "Dyrektorem CEM".

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składa się w terminie do dnia 28 lutego każdego roku dla sesji jesiennej lub do dnia 31 sierpnia każdego roku dla sesji wiosennej.

3. Ośrodek wojewódzki po stwierdzeniu, że karta specjalizacji, o której mowa w ust. 1, spełnia warunki formalne, przekazuje ją wraz z podaniem w ciągu 14 dni do Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej „CEM”.

4. CEM powiadamia osobę dopuszczoną do egzaminu o miejscu i terminie składania tego egzaminu, nie później niż 30 dni przed datą jego rozpoczęcia.

**§ 24.** 1. Egzamin dla każdej dziedziny składa się z dwóch części - egzaminu praktycznego i egzaminu teoretycznego. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany w formie egzaminu ustnego lub testu albo egzaminu ustnego i testu, zgodnie z programem specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Testy są przygotowywane, przechowywane i przekazywane w warunkach uniemożliwiających ich nieuprawnione ujawnienie.

3. Test jest przeprowadzany, gdy do egzaminu przystępuje w sesji co najmniej 50 osób.

**§ 25.** Egzamin jest przeprowadzany 2 razy w roku w sesji wiosennej, od dnia 2 maja do dnia 31 maja, i w sesji jesiennej, od dnia 2 listopada do dnia 30 listopada.

**§ 26.** 1. Egzamin dla każdej specjalizacji organizuje i przeprowadza CEM.

2. Egzamin przeprowadzany jest przez Komisję Egzaminacyjną, zwaną dalej "Komisją".

3. Członków Komisji i jej przewodniczącego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Dyrektora CEM i po zaopiniowaniu przez właściwe dla danej specjalizacji towarzystwa naukowe i stowarzyszenia zawodowe.

4. W skład Komisji wchodzi, w liczbie ustalonej przez Dyrektora CEM, specjaliści z danej dziedziny lub w uzasadnionych przypadkach z dziedziny pokrewnej, a także:

- 1) konsultant krajowy w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta;
- 2) przedstawiciel właściwego stowarzyszenia naukowego lub stowarzyszenia zawodowego.

5. W skład Komisji nie może być powołana osoba pozostająca wobec osoby składającej egzamin w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

6. W czasie składania egzaminu praktycznego lub teoretycznego ustnego może być obecny kierownik specjalizacji w charakterze obserwatora.

7. Opłata, o której mowa w § 23 ust. 1, nie może przekraczać planowanych kosztów przeprowadzenia egzaminu.

**§ 27.** Do zadań Komisji należy:

- 1) dopuszczenie osoby, o której mowa w § 23 ust. 1, do egzaminu, z zastrzeżeniem § 29 ust. 4;
- 2) ustalanie miejsca i terminów egzaminów: praktycznego i teoretycznego;
- 3) przeprowadzenie egzaminu praktycznego i teoretycznego, zgodnie z opracowanym przez CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia regulaminem egzaminowania;
- 4) przekazanie do CEM kart testowych po przeprowadzeniu egzaminów w formie testu oraz ocen z egzaminu praktycznego i ustnego w sposób uniemożliwiający nieuprawnione ujawnienie ich treści.

**§ 28.** 1. Egzamin praktyczny jest przeprowadzany przed egzaminem teoretycznym i jego pozytywny wynik stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu teoretycznego.

2. Egzamin w formie testu dla danej specjalności odbywa się jednocześnie w całym kraju, w terminie ustalonym przez Komisję i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Standardowe wymagania będące podstawą przeprowadzenia egzaminu ustala CEM, a zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

**§ 29.** 1. W razie negatywnego wyniku egzaminu w całości lub w części, a także w razie nieprzystąpienia do egzaminu, w całości lub w części, z powodu ważnych przyczyn losowych, osoba ubiegająca się o przystąpienie do egzaminu może wystąpić do Dyrektora CEM z wnioskiem o dopuszczenie do egzaminu w następnej sesji.

2. Komisja na wniosek Dyrektora CEM wydaje zgodę lub odmawia wydania zgody na przystąpienie do egzaminu w następnej sesji.

3. Zdający może przystąpić do egzaminu w całości lub w jego części najwyżej trzy razy.

4. W terminie 14 dni od dnia otrzymania odmowy wydania zgody na przystąpienie do egzaminu w następnej sesji przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw

zdrowia. Do odwołania można dołączyć wniosek o dopuszczenie do egzaminu w następnej sesji.

**§ 30.** 1. Osobie, która odbyła specjalizację i złożyła egzamin z wynikiem pozytywnym, CEM wydaje dyplom uzyskania tytułu specjalisty i informuje o tym ośrodek wojewódzki właściwy ze względu na miejsce odbywania specjalizacji.

2. Wzór dyplomu, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 5 do rozporządzenia.

**§ 31.** 1. CEM prowadzi rejestr wydawanych dyplomów potwierdzających uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Rejestr jest prowadzony w systemie ewidencyjno-informatycznym, według określonego przez CEM układu danych.

2. Dokumentacja dotycząca egzaminu jest przechowywana w CEM.

3. Dokumentacja dotycząca specjalizacji jest przechowywana przez właściwy ośrodek wojewódzki.

**§ 32.** 1. Tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia może uzyskać osoba, która uzyskała tytuł specjalisty poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia osobie, o której mowa w ust. 1, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:

- 1) czas specjalizacji odbytej za granicą nie odbiega od czasu określonego w programie specjalizacji w danej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, realizowanego w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) program specjalizacji w zakresie wymaganej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych odpowiada w istotnych elementach programowi specjalizacji w danej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Osoba, o której mowa w ust. 1, występuje do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem, do którego dołącza, wraz z tłumaczeniem na język polski, następujące dokumenty:

- 1) oryginał dokumentu nadania tytułu specjalisty;



- 2) dokument zawierający dane o miejscu odbycia specjalizacji i czasie jej trwania oraz zrealizowanym programie;
- 3) informacje o sposobie i trybie złożenia egzaminu lub innej formie potwierdzającej nabytą wiedzę i umiejętności praktyczne;
- 4) zaświadczenia o miejscu i okresie trwania i rodzaju czynności zawodowych wykonywanych po uzyskaniu tytułu specjalisty.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje lub odmawia przyznania tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, na podstawie opinii sporządzonej przez Dyrektora Centrum.

5. Opinia, o której mowa w ust. 4, jest sporządzana na podstawie oceny merytorycznej wniosku, dokonanej przez zespół ekspertów, o którym mowa w § 8 ust. 1. W wyniku dokonania oceny zespół ekspertów może wnioskować o:

- 1) przyznanie tytułu specjalisty bez żadnych dodatkowych warunków;
- 2) przyznanie tytułu specjalisty po odbyciu stażu kierunkowego w jednostce szkolącej, którego zakres i program określi w indywidualnych przypadkach zespół, o którym mowa w § 8 ust. 1;
- 3) przyznanie tytułu specjalisty po złożeniu egzaminu w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) odmowę przyznania tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.

6. Obsługę organizacyjną zespołu, o którym mowa w ust. 5, zapewnia Centrum.

7. Staż kierunkowy, o którym mowa w ust. 5 pkt 2, osoba, o której mowa w ust. 1, odbywa w jednostce szkolącej, na podstawie umowy o pracę lub umowy o odbycie stażu kierunkowego zawartej z tą jednostką na warunkach określonych w umowie.

**§ 33.** 1. Osoby, które rozpoczęły specjalizację w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, odbywają specjalizację i składają egzamin według dotychczasowych zasad.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, po złożeniu egzaminu według dotychczasowych zasad mogą uzupełnić kwalifikacje i uzyskać tytuł specjalisty w trybie określonym rozporządzeniem, według uzupełniającego programu specjalizacji w danej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

**§ 34.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419).

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

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

Załącznik Nr 1

**WYKAZ KWALIFIKACJI DO WYKONYWANIA ZAWODÓW, W KTÓRYCH MOŻE BYĆ UZYSKIWANY TYTUŁ SPECJALISTY, ORAZ ODPOWIADAJĄCYCH IM DZIEDZIN SPECJALIZACJI, WRAZ Z TYTUŁAMI SPECJALISTY**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj zawodu wymagany do podjęcia specjalizacji</b>  <b>Tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera na kierunku</b>	<b>Dziedziny specjalizacji</b>	<b>Tytuł specjalisty uzyskany po złożeniu egzaminu specjalizacyjnego</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	biologia, biotechnologia, chemia, fizyka, informatyka, inżynieria środowiskowa, matematyka, psychologia, ochrona środowiska, socjologia, technologia żywności i żywienie człowieka, zdrowie publiczne	epidemiologia	specjalista w dziedzinie epidemiologii
2	fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa)	fizjoterapia	specjalista w dziedzinie fizjoterapii
3	fizyka, fizyka techniczna, informatyka	fizyka medyczna	specjalista w dziedzinie fizyki medycznej
4	automatyka i robotyka, elektronika i telekomunikacja, mechanika i budowa maszyn,	inżynieria medyczna	specjalista w dziedzinie inżynierii medycznej

	informatyka		
5	logopeda	neurologopedia	specjalista w dziedzinie neurologopedii
6	biologia, fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa) pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, socjologia, technologia żywności i żywienie człowieka, zdrowie publiczne	promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
7	psychologia	psychologia kliniczna	specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej
8	biologia, biotechnologia, chemia, inżynieria środowiskowa, ochrona środowiska, psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, technologia żywności i żywienie człowieka	zdrowie publiczne	specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego
9	biologia, biotechnologia, chemia, inżynieria środowiskowa, ochrona środowiska, socjologia, technologia żywności i żywienie człowieka, zdrowie publiczne	zdrowie środowiskowe	specjalista w dziedzinie zdrowia środowiskowego

WZÓR

**Wniosek o rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Obywatelstwo .....
3. Numer PESEL .....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. Miejsce zamieszkania .....  
tel. domowy ..... tel. służbowy .....
6. Tytuł zawodowy .....
7. Data wydania i nr dyplomu szkoły wyższej .....
8. Miejsce wykonywania zawodu .....
9. Posiadany stopień naukowy .....  
nadany przez ..... w dniu .....  
Tytuł pracy doktorskiej, habilitacyjnej .....
10. Posiadane specjalizacje (tytuł, data i nr dyplomu, podmiot wydający)  
.....
11. Miejsce odbywania studiów doktoranckich .....
12. Przynależność do towarzystw naukowych lub stowarzyszeń zawodowych (nazwa towarzystwa naukowego lub stowarzyszenia zawodowego, data przystąpienia)  
.....  
.....
13. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu) .....
14. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej .....  
.....  
.....  
.....
15. Informuję, że będę odbywał/a specjalizację na podstawie § 11 ust.1 pkt ..... rozporządzenia oraz zobowiązuję się do rozpoczęcia, odbywania i zakończenia specjalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

16. Potwierdzam zgodę na odbywanie specjalizacji \*)

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej wnioskodawcę lub jednostki prowadzącej studia doktoranckie)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

17. Wynik postępowania kwalifikacyjnego

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

\*) Dotyczy osób, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 1, 2 i 4.

Załącznik Nr 3

## WZÓR

.....  
(pieczęć ośrodka wojewódzkiego)

### **KARTA SPECJALIZACJI NR ...../..... W DZIEDZINIE .....**

#### I CZĘŚĆ

##### **Dane**

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby odbywającej specjalizację .....
2. Obywatelstwo .....
3. Numer PESEL .....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. Miejsce zamieszkania .....

6. Tel. domowy ..... tel. służbowy .....
7. Tytuł zawodowy .....
8. Data wydania i nr dyplomu szkoły wyższej .....
9. Nazwa i adres jednostki szkolącej.....
10. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....
11. Potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji (data) .....

.....  
(podpis i pieczętka  
kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika  
jednostki szkolącej)

12. Przedłużono/skrócono okres trwania specjalizacji do dnia  
.....

13. Uzasadnienie przedłużenia/skrócenia .....

.....  
(podpis i pieczętka  
kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika  
jednostki szkolącej)

14. Skreślono z rejestru (data) .....
- Uzasadnienie .....

.....  
(podpis i pieczętka  
kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika  
jednostki szkolącej)

## II CZĘŚĆ

### PRZEBIEG SZKOLENIA TEORETYCZNEGO

Nazwa modułu nauczania	Temat zajęć teoretycznych	Liczba godzin	Forma zaliczenia	Data	Ocena	Podpis





IV CZĘŚĆ

**OPINIA DOTYCZĄCA PRZEBIEGU SPECJALIZACJI**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

**ZALICZENIE SPECJALIZACJI PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI**

Pan/Pani odbył/a specjalizację w dziedzinie ..... zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył/a specjalizację w ww. dziedzinie.

Wnioskuje o dopuszczenie Pana/Pani ..... do egzaminu.

.....  
(podpis i pieczęć  
kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
jednostki szkolącej)

**WYKAZ KODÓW SPECJALIZACJI W OKREŚLONYCH DZIEDZINACH**

Tytuł specjalisty uzyskany po złożeniu egzaminu specjalizacyjnego	Kod specjalizacji
Specjalista w dziedzinie epidemiologii	001
Specjalista w dziedzinie fizjoterapii	002
Specjalista w dziedzinie fizyki medycznej	003
Specjalista w dziedzinie inżynierii medycznej	004
Specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	005
Specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej	006
Specjalista w dziedzinie neurologopedii	007
Specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego	008
Specjalista w dziedzinie zdrowia środowiskowego	009

WZÓR  
CENTRUM EGZAMINÓW MEDYCZNYCH

Nr ...../..... r.

**DYPLOM**

Pan(i) ..... urodzony(a) ..... w .....  
obywatelstwo ..... posiadający(a) dyplom szkoły wyższej na kierunku  
.....nr ..... wydany przez ..... uzyskany w dniu  
..... po odbyciu specjalizacji pod kierunkiem Pana(i)  
..... i złożeniu egzaminu w dniu ..... z  
wynikiem ..... przed Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym  
w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia .....2005 r. w sprawie uzyskiwania tytułu  
specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr .... poz. ....)

**uzyskał(a) tytuł specjalisty**

**w dziedzinie .....**

.....

pieczęć okrągła

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych

.....  
(miejscowość, data)

## UZASADNIENIE

Przepis art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz.408, z późn., zm.) w brzmieniu ustalonym w art. 1 pkt 6 lit. c ustawy z dnia ..... 2005 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr ... poz. ...) zobowiązuje Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego:

1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, ,

2) szczegółowy sposób, warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie;

3) podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń i nadawania tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

Wydając powyższe rozporządzenie Minister Zdrowia kieruje się koniecznością zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz koniecznością zapewnienia wysokich kwalifikacji zawodowych.

Rozporządzenie dotyczy wszystkich zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, z wyjątkiem zawodów, dla których zasady uzyskiwania tytułu specjalisty określają odrębne przepisy tj. przepisy ustaw: o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zawodach pielęgniarki i położnej oraz diagnostyce laboratoryjnej.

Rozporządzenie nie różni się zasadniczo od poprzedniej regulacji tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419), w związku z czym proponuje się krótkie *vacatio legis* -14 dni.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

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

Rozporządzenie oddziałuje bezpośrednio na osoby wykonujące zawód medyczny, które chcą uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

### 2. Cel wprowadzenia regulacji:

Podstawowym zadaniem rozporządzenia jest ustalanie sposobu warunków i trybu, w jakim osoby wykonujące zawód medyczny, mogą uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

### 3. Konsultacje społeczne:

Projekt w ramach konsultacji społecznych zostanie skierowany do związków zawodowych oraz samorządów zawodowych działających w ochronie zdrowia, m. in. do: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych, Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych). Projekt zostanie także zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

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

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje żadnych skutków dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz innych jednostek sektora finansów publicznych.

5. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie wywoła skutków dla rynku pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

8. Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Rozporządzenie będzie mieć pośrednio pozytywny wpływ na zdrowie ludności, poprzez podnoszenie kwalifikacji przez osoby wykonujące zawody medyczne.

9. Wstępna ocena zgodności z prawem Unii Europejskiej

Rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

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

z dnia

**w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich**

Na podstawie art. 66a ust. 15 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy sposób i tryb powoływania konsultantów, o których mowa w art. 66a ustawy z dnia z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) szczegółowe zadania konsultantów;
- 3) uprawnienia konsultantów do udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej;
- 4) sposób finansowania zadań wykonywanych przez konsultantów;
- 5) sposób ustalania i wysokość wynagrodzenia konsultantów;
- 6) zakres współpracy pomiędzy konsultantami i podmiotami, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej oraz pomiędzy konsultantami krajowymi, o których mowa w art. 66a ust. 1 i 5 ustawy, zwanymi dalej „konsultantami krajowymi”, i konsultantami

---

<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. Nr 63, poz.315, z 1994r. Nr 121, poz.591, z 1995r. Nr 138, poz.682 i Nr 141, poz. 692, z 1996r. Nr 24, poz.110, z 1997r. Nr 121, poz. 769, z 1998r. Nr 106, poz.668, Nr 117, poz.756 i Nr 162, poz.1115, z 1999r. Nr 28, poz.255 i 256, z 2000r. Nr 3, poz.28, Nr 12, poz.136, Nr 43, poz.489, Nr 84, poz.948 i Nr 120, poz.1268, z 2001r. Nr 5 poz.45, Nr 88, poz.961, Nr 100, poz.1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002r. Nr 113, poz. 984, z 2003r. Nr 45, poz. 391, Dz. U. Nr 124, poz.1151 i 1152, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr ... poz. ...).



wojewódzkimi, o których mowa w art. 66a ust. 6 ustawy, zwanymi dalej „konsultantami wojewódzkimi”.

**§ 2.** 1. Ta sama osoba może pełnić funkcję konsultanta tylko w jednej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Konsultantem wojewódzkim może być także osoba, która pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w tej samej dziedzinie w innym województwie.

3. Konsultantem wojewódzkim nie może być osoba pełniąca równocześnie funkcję konsultanta krajowego.

**§ 3.** 1. Minister właściwy do spraw zdrowia występuje z wnioskiem na piśmie do towarzystw naukowo – lekarskich, o których mowa w art. 66a ust. 2 ustawy, o zgłoszenie kandydatów na konsultantów krajowych.

2. Towarzystwo naukowo – lekarskie, o którym mowa w art. 66a ust. 2 ustawy, zgłasza 3 kandydatów na konsultantów krajowych wraz z pisemnym uzasadnieniem tych kandydatur w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1.

3. Podmioty, o których mowa w art. 66a ust. 3 ustawy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pisemne opinie dotyczące kandydatów, o których mowa w ust. 2, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku tego ministra w tej sprawie. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie oznacza akceptację przedstawionych kandydatów.

4. Wojewoda albo właściwi wojewodowie występują z wnioskiem na piśmie do konsultanta krajowego o zgłoszenie dwóch kandydatów na konsultantów wojewódzkich.

5. Konsultant krajowy zgłasza 2 kandydatów wraz z pisemnym uzasadnieniem tych kandydatur w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 4.

6. Podmioty, o których mowa w art. 66a ust. 8 ustawy, przedstawiają wojewodzie albo właściwym wojewodom pisemne opinie dotyczące kandydatów, o których mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wojewody albo właściwych wojewodów w tej sprawie. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie oznacza akceptację przedstawionych kandydatów.

**§ 4.** Odpowiednio minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej, albo wojewoda, albo właściwi wojewodowie powołują, przed upływem kadencji, w miejsce dotychczasowego konsultanta, odpowiedniego konsultanta, jeżeli:

- 1) dotychczasowy konsultant złożył rezygnację z pełnionej funkcji;
- 2) w ich ocenie, dotychczasowy konsultant nie realizuje powierzonych mu zadań i uprawnień lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie;
- 3) dotychczasowy konsultant nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 66b ust. 1 ustawy.

**§ 5.** Do zadań konsultanta krajowego należy w szczególności:

- 1) inicjowanie prowadzenia badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań;
- 2) przeprowadzanie kontroli zakładów opieki zdrowotnej dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia;
- 3) kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych;
- 4) kontrola wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania wyrobów medycznych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami;
- 5) informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej i właściwych organów Narodowego Funduszu Zdrowia o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;
- 6) sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w danej dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia na obszarze kraju na rok następny, w terminie do dnia 30 listopada każdego roku;
- 7) opiniowanie programów specjalizacji;
- 8) sporządzanie opinii dotyczącej doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne;

- 9) sporządzanie opinii o realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz nadzór nad ich merytoryczną realizacją;
- 10) wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych;
- 11) prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji w reprezentowanej dziedzinie;
- 12) na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, opiniowanie pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych;
- 13) prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z programów polityki zdrowotnej;
- 14) wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków;
- 15) opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą w trybie określonym w przepisach odrębnych;
- 16) sporządzanie corocznego raportu dokumentującego realizację zadań i uprawnień w zakresie obejmującym reprezentowaną przez konsultanta krajowego dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

**§ 6.** Do zadań konsultanta krajowego, o którym mowa w art. 66a ust. 5 ustawy, należy w szczególności:

- 1) sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w dziedzinach medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia związanych z realizacją zadań istotnych dla obronności kraju, w terminie do dnia 30 listopada każdego roku;
- 2) opiniowanie programów szkolenia podyplomowego związanego z realizacją zadań o których mowa w art. 66a ust. 5 ustawy, oraz sposobu ich realizacji;
- 3) sporządzanie opinii dotyczącej poziomu kształcenia podyplomowego w dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 66a ust. 5 ustawy, w szczególności z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej;

- 4) opiniowanie i doradztwo w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych oraz farmaceutów w odniesieniu do zadań, o których mowa w art. 66a ust. 5 ustawy;
- 5) na wniosek Ministra Obrony Narodowej opiniowanie pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych;
- 6) opiniowanie, na wniosek Ministra Obrony Narodowej, jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją zadań w jednostkach utworzonych i nadzorowanych przez tego ministra oraz w innych podmiotach realizujących te zadania;
- 7) doradztwo w dostosowywaniu krajowych norm i standardów opieki zdrowotnej do zobowiązań wynikających z uczestnictwa Rzeczypospolitej Polskiej w międzynarodowych sojuszach obronnych;
- 8) doradztwo w zakresie realizacji medycznych celów Sił Zbrojnych, do których jest zobowiązana Rzeczpospolita Polska z racji uczestnictwa w sojuszu północnoatlantyckim;
- 9) kontrola wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami;
- 10) informowanie właściwego podmiotu o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;
- 11) sporządzanie corocznego raportu dokumentującego wykonanie zadań, dla realizacji których został powołany, oraz przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Ministrowi Obrony Narodowej.

**§ 7.** Do zadań konsultanta wojewódzkiego należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie, na obszarze województwa, kontroli zakładów opieki zdrowotnej dotyczącej realizacji doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne w zakresie wynikającym z programów kształcenia danego rodzaju;
- 2) kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej na obszarze województwa;

- 3) kontrola wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, usytuowanych na obszarze województwa, w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola efektywnego wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami;
- 4) informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej i właściwych organów Narodowego Funduszu Zdrowia o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;
- 5) sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia na rok następny na obszarze województwa, w terminie określonym przez właściwego konsultanta krajowego;
- 6) sporządzanie opinii dotyczącej realizacji doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne na obszarze województwa, w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia;
- 7) opiniowanie wniosków zakładów opieki zdrowotnej o wpisanie ich na prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne;
- 8) wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie zgodności z aktualnym stanem wiedzy z uwzględnieniem dostępności metod i środków;
- 9) występowanie do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny;
- 10) wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnianiu przez zakład opieki zdrowotnej warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny;
- 11) wydawanie, na podstawie przeprowadzonej kontroli, opinii o spełnianiu przez zakład opieki zdrowotnej warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy

dentystów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w tym zakładzie;

12) sporządzanie corocznego raportu dokumentującego realizację zadań i uprawnień w zakresie obejmującym reprezentowaną przez konsultanta wojewódzkiego dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

**§ 8.** Konsultanci krajowi oraz konsultanci wojewódzcy uczestniczą w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej.

**§ 9. 1.** Konsultant krajowy w podstawowej dziedzinie medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa oraz konsultant krajowy w dziedzinie farmacji otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż dwunastokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok ubiegły, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

2. Konsultant krajowy w szczegółowej dziedzinie medycyny, w rozumieniu przepisów, o których mowa w ust. 1, oraz konsultant krajowy w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 50% dwunastokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do konsultantów krajowych, o których mowa w art. 66a ust. 5 ustawy.

4. Konsultant wojewódzki w podstawowej dziedzinie medycyny, w rozumieniu przepisów, o których mowa w ust. 1, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji oraz konsultant wojewódzki w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 50% dwunastokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1.

5. Konsultant wojewódzki w szczególowej dziedzinie medycyny, w rozumieniu przepisów, o których mowa w ust. 1, otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 30% dwunastokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1.

**§ 10.** 1. Zadania konsultantów są finansowane w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy konsultantem a właściwym organem określonym w art. 66a ust. 14 ustawy.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, jest zawierana na rok. W umowie określa się, w szczególności, wysokość wynagrodzenia, termin i sposób jego wypłaty oraz obowiązek sporządzenia sprawozdania z realizacji zadań konsultantów.

**§ 11.** 1. Konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia tworzą zespół współpracujący, w szczególności w zakresie realizacji zadań określonych w § 5-7.

2. Konsultant krajowy sprawuje funkcję przewodniczącego zespołu, o którym mowa w ust. 1.

3. Konsultant krajowy zwołuje co najmniej raz w roku posiedzenie zespołu, o którym mowa w ust. 1, powiadamiając właściwych konsultantów o terminie, miejscu i przedmiocie posiedzenia co najmniej 2 tygodnie przed jego terminem.

4. Konsultant wojewódzki jest zobowiązany do udzielania konsultantowi krajowemu, o którym mowa w art. 66a ust. 1, informacji i opinii niezbędnych do realizacji zadań określonych w rozporządzeniu.

**§ 12.** 1. Konsultant wojewódzki składa właściwemu wojewodzie oraz właściwemu konsultantowi krajowemu roczny raport, o którym mowa w § 7 pkt 12, w terminie do dnia 15 lutego za rok poprzedni.

2. Roczny raport, o którym mowa w § 5 pkt 16 i § 6 pkt 11, składają odpowiednio:

- 1) konsultant krajowy, o którym mowa w art. 66a ust. 1, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 2) konsultant krajowy, o którym mowa w art. 66a ust. 5, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Ministrowi Obrony Narodowej

- w terminie do dnia 31 marca za rok poprzedni.

**§ 13.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz.1582).

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



## UZASADNIENIE

Konieczność wydania rozporządzenia w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich wynika ze zmiany brzmienia art. 66a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.). Nowe brzmienie art. 66a ustawy wprowadza rozwiązania dotyczące konsultantów wojewódzkich i krajowych, w szczególności nowego trybu ich powoływania oraz kadencyjności ich funkcji. W konsekwencji, należy dokonać niezbędnych zmian w akcie wykonawczym.

Ze względu na ww. zmiany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, rozporządzenie określa szczegółowo sposób i tryb powoływania konsultantów. Przyjęto podobne rozwiązania zarówno dla konsultantów krajowych, jak i wojewódzkich. Uprawnione, na podstawie ustawy, podmioty mają 30 dni na zgłoszenie kandydatów na konsultantów. Również 30 dni mają podmioty uprawnione do opiniowania kandydatur na konsultantów krajowych i wojewódzkich.

Niniejsze rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz.1582). Ze względu na niewielki zakres zmian wprowadzanych rozporządzeniem proponuje się 14-dniowe *vacatio legis*.

## **Ocena Skutków Regulacji**

### 1. Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie.

Wejście w życie rozporządzenia będzie oddziaływać na osoby pełniące funkcje konsultantów, o których mowa w art. 66a ust. 1, 5 i 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

### 2. Konsultacje społeczne.

W toku uzgodnień i konsultacji społecznych projekt przedmiotowego rozporządzenia zostanie przedłożony celem zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radę Aptekarską, Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, towarzystwa lekarskie i medyczne oraz związki zawodowe działające w ochronie zdrowia, w tym: Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Federacji Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych oraz NSZZ Solidarność. Projekt zostanie także zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

### 3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa, ponieważ nie zmieniają się wskaźniki, na podstawie których wyliczane jest wynagrodzenie dla konsultantów.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje żadnych skutków dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz innych jednostek sektora finansów publicznych.

### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie wywoła skutków dla rynku pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Rozporządzenie nie jest objęte zakresem prawa Unii Europejskiej.