

UA.I 7322/45/06

ZAMAWIAJĄCY: **Miasto Łódź - Urząd Miasta Łodzi, 90-926 Łódź,
ul. Piotrkowska 104,**

REGULAMIN KONKURSU

na opracowanie

„Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”.

ZATWIERDZAM

Wiceprezydent Miasta Łodzi

Marek MICHALIK

Łódź, dnia 9.11.2006 r.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1 (graficzny) - mapka pokazująca granice opracowania,

Załącznik nr 2 - wytyczne programowe – program użytkowo-funkcjonalny i tekst
Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005r.,

Załącznik nr 3 - mapa w wersji elektronicznej na płycie CD,

Załącznik nr 4 i 4a - wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie,

Załącznik nr 5 - oświadczenie, że uczestnik konkursu spełnia warunki, o których mowa
w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,

Załącznik nr 6 - informacja o planowanych łącznych kosztach wykonania przyszłego
zamówienia,

Załącznik nr 7 - istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do przyszłej umowy.

SPIS TREŚCI:

- 1.** ZAMAWIAJĄCY,
- 2.** FORMA I TRYB PRZEPROWADZENIA KONKURSU,
- 3.** SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU I WYKAZ MATERIAŁÓW, KTÓRYMI DYSPONUJE ZAMAWIAJĄCY,
- 4.** MAKSYMALNY ŁĄCZNY KOSZT WYKONANIA PRAC REALIZOWANYCH NA PODSTAWIE PRACY KONKURSOWEJ,
- 5.** ZAKRES OPRACOWANIA PRACY STANOWIĄCEJ PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA UDZIELANEGO W TRYBIE Z WOLNEJ RĘKI,
- 6.** WYMAGANIA, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ UCZESTNICY KONKURSU,
- 7.** INFORMACJA O OŚWIADCZENIACH I DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ UCZESTNICY KONKURSU W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA STAWIANYCH WYMAGAŃ,
- 8.** SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z UCZESTNIKAMI KONKURSU ORAZ PRZEKAZYWANIA ZAPYTAŃ, OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW,
- 9.** MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA WNIOSEKÓW O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W KONKURSIE,
- 10.** ZAKRES RZECZOWY, FORMA OPRACOWANIA ORAZ SPOSÓB PREZENTACJI PRACY KONKURSOWEJ,
- 11.** MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA PRAC KONKURSOWYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW DOPUSZCZONYCH DO UDZIAŁU W KONKURSIE,
- 12.** KRYTERIA OCENY PRAC KONKURSOWYCH,
- 13.** SKŁAD SĄDU KONKURSOWEGO,
- 14.** RODZAJ I WYSOKOŚĆ NAGRÓD,
- 15.** ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU,
- 16.** POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEJŚCIA AUTORSKICH PRAW MAJĄTKOWYCH DO WYBRANEJ PRACY I INNYCH PRAC NAGRODZONYCH ORAZ ISTOTNE POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO UMOWY,
- 17.** SPOSÓB PODANIA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI ROZSTRZYGNIECIA KONKURSU I TERMIN WYDANIA NAGRÓD,
- 18.** POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH UCZESTNIKOM KONKURSU,
- 19.** POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

1 ZAMAWIAJĄCY

Miasto Łódź,

reprezentowane przez Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104, 90-926 ŁÓDŹ:

- organizator konkursu - Wydział Urbanistyki i Architektury Urzędu Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104;

zwane dalej "Zamawiającym", organizuje konkurs na opracowanie **„Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”** zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych Dz. U. Nr 164 poz. 1163, zwanej dalej ustawą oraz niniejszym „Regulaminem konkursu”.

2. FORMA I TRYB PRZEPROWADZENIA KONKURSU.

2.1. Podstawą prawną przygotowania i przebiegu niniejszego konkursu jest ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. Nr 19, poz. 177 z późniejszymi zmianami).

2.2. Konkurs jest jednoetapowy, otwarty, z nagrodami pieniężnymi oraz zaproszeniem do negocjacji w trybie zamówienia z wolnej ręki wybranej pracy, przeprowadzany w trybie konkursu o wartości powyżej 60 tys. euro.

2.3. W konkursie - do chwili rozstrzygnięcia - obowiązuje zasada anonimowości prac konkursowych. Sposób przygotowania, przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu nie narusza praw autorskich.

2.4. Terminy:

- składanie wniosków o dopuszczenie do udziału w konkursie – **do dnia 13 grudnia 2006 r. do godz. 12.00.**
- ogłoszenie listy Uczestników dopuszczonych do udziału w konkursie i wysłanie zaproszeń do złożenia prac konkursowych – **do dnia 15 grudnia 2006 r.;**
- składanie prac konkursowych – **do dnia 31 stycznia 2007 r. do godziny 12.00;**
- rozstrzygnięcie konkursu i ogłoszenie wyników **do dnia 15 lutego 2007 r.;**
- wypłacenie nagród – **do 30 dni od uprawomocnienia się rozstrzygnięcia konkursu;**
- rozpoczęcie negocjacji z autorem zwycięskiej pracy - w terminie nie krótszym niż 15 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

3. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU I WYKAZ MATERIAŁÓW JAKIMI DYSPONUJE ZAMAWIAJĄCY.

3.1. Przedmiotem konkursu jest twórcze opracowanie „Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”, obejmujące:

- 1) opracowanie koncepcji zagospodarowania terenu z propozycją rozmieszczenia obiektów projektowanych, modernizowanych i urządzeń towarzyszących oraz ich wzajemnych powiązań funkcjonalnych;
- 2) opracowanie koncepcji architektonicznej i programowo – przestrzennej budowy obiektów hospicjum.

3.2. Lokalizacja Ośrodka Medycyny Paliatywnej na terenach użytkowanych przez IV Szpital Miejski im. dr H. Jordana w Łodzi (szpital wieloprofilowy) umożliwia podjęcie przez obie, niezależnie działające placówki, ścisłej współpracy w zakresie zadań medycznych. Szpital może zabezpieczać hospicjum w diagnostykę specjalistyczną, diagnostykę laboratoryjną oraz niezbędne konsultacje medyczne.

Proponowana lokalizacja umożliwia korzystanie ze wspólnej infrastruktury:

- centralna sterownia gazów medycznych,
- rezerwowe źródła zasilania (woda, energia elektryczna),
- instalacja ściekowa i burzowa.

Wspólnie wykorzystywane mogą być: parkingi, drogi komunikacyjne oraz ogród.

Ogrodzony duży teren szpitalny, może podlegać wspólnej ochronie i monitoringowi.

Hospicjum może być zapleczem dla wielu chorych leczonych w szpitalu. Możliwe będzie także korzystanie przez szpital z centrum edukacyjnego.

Hospicjum jest kompleksem leczniczym, w którym stosowane będzie leczenie zarówno stacjonarne jak i ambulatoryjne.

Hospicjum, w odróżnieniu od szpitala, otacza opieką tych chorych, którzy nie rokują powrotu do zdrowia, a śmierć jest zazwyczaj bliska. Hospicjum otacza opieką chorych niosąc ulgę w cierpieniach, zwalczając nie tylko objawy somatyczne, ale również dla chorego i jego rodziny niesie wsparcie psycho - socjalne.

Opieka sprawowana jest przez wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów wspomagany przez wolontariuszy. Celem opieki jest zapewnienie jak najlepszej jakości gasnącego życia. Hospicjum to również miejsce kształcenia kadry medycznej oraz miejsce kształcenia i kształtowania humanistycznych postaw u młodych ludzi.

Te wielorakie działania wymagają szczególnej formy architektonicznej, bardziej o charakterze domowym niż szpitalnym. Hospicjum powinno być domem dającym radość użytkownikom, łączącym piękno architektury z funkcjonalnością i pięknem otaczającej przyrody.

Ideą jest stworzenie choremu takich warunków, aby pobyt był zbliżony do warunków domowych, w związku z tym, dużą wagę przywiązuje się do możliwości korzystania z zieleni w postaci ogrodu, patio, tarasów i/lub „ogrodu zimowego”. Wskazany jest dostęp do tarasów bezpośrednio z sal chorych tak, aby można na nich umieścić chorego z łóżkiem.

Zabudowa Hospicjum pawilonowa lub modułowa. Pawilony mogą łączyć się ze sobą bezpośrednio lub za pomocą łączników. Przy podziale użytkowym na część stacjonarną i ambulatoryjną, budynki mogą funkcjonować oddzielnie.

Wymagane jest, aby Oddział Stacjonarny Hospicjum i Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej miały bezpośredni dostęp do ogrodu (ew. patio).

Część ambulatoryjna składająca się z zespołu poradni powinna być zlokalizowana na parterze, **może** znajdować się w oddzielnym pawilonie. Dostęp do ogrodu/patio dla tej części kompleksu nie jest konieczny wymagany. Na piętrze/piętrach tej części hospicjum może znajdować się administracja, część edukacyjna i pokoje gościnne.

Wejścia do hospicjum, poza strefami technicznymi, mają być przystosowane dla niepełnosprawnych. Dotyczy to też części edukacyjnej.

3.3. Koncepcja przestrzenna powinna uwzględnić dojazd do działki nr 198/2 (chwili obecnej brak uregulowanego stanu prawnego - służebność?).

3.4. Opracowania konkursowe powinny uwzględniać możliwości współczesnej techniki, zapewniać spełnienie standardów użytkowych, wysoką jakość estetyczną obiektów i terenu objętego opracowaniem, sprawna obsługa ruchu pieszego i kołowego oraz harmonijne wkomponowanie budynków hospicjum w istniejące otoczenie.

3.5. Przyjęte rozwiązania powinny spełniać wymogi przepisów Prawa budowlanego i Polskich Norm oraz innych przepisów związanych z inwestycjami budowlanymi obowiązującymi w projektowaniu, zwłaszcza Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, stosowanymi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3.6. Nie przewiduje się adaptacji budynków istniejącego szpitala dla potrzeb hospicjum. Możliwe jest jedynie powiązanie (połączenie) z istniejącymi obiektami.

- 3.7.** Zamawiający określa łączny maksymalny koszt inwestycji na 10 milionów zł.
- 3.8.** Granice opracowania: teren IV Miejskiego Szpitala im. H. Jordana przy ul. Przyrodniczej 7/9 - **załącznik graficzny nr 1.**
- 3.9.** Wykaz materiałów będących w posiadaniu Zamawiającego do wykorzystania przy opracowaniu koncepcji programowo - przestrzennej:
- 1) wytyczne programowe – program użytkowo – funkcjonalny, - **załącznik nr 2** „Regulaminu konkursu”;
 - 2) mapa w formie elektronicznej na płycie CD - **załącznik nr 3** „Regulaminu konkursu”.

4. MAKSYMALNY ŁĄCZNY KOSZT WYKONANIA PRAC REALIZOWANYCH NA PODSTAWIE PRACY KONKURSOWEJ.

4.1. Uczestnik konkursu złoży informację o planowanych łącznych kosztach wykonania przyszłego zamówienia - opracowania „Projektu modernizacji i rozbudowy obiektów IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi przy ulicy Przyrodniczej 7/9 dla potrzeb utworzenia hospicjum”.

4.2. Zamawiający przewiduje, że koszt zamówienia przedmiotu poprzedzonego konkursem tj. na opracowanie projektu modernizacji i rozbudowy obiektów IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum, w zakresie opisanym pkt. **5.1.** i **5.2.**, nie przekroczy kwoty 360 tys. zł netto.

4.3. Jeżeli wyliczony przez autora pracy konkursowej koszt realizacji prac związanych z opracowaniem projektu modernizacji i rozbudowy obiektów IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum, podany w „Informacji o planowanych łącznych kosztach wykonania przyszłego zamówienia”, przekroczy kwotę, o której mowa w pkt. 4.2., to praca konkursowa zostanie odrzucona.

5. ZAKRES OPRACOWANIA PRACY STANOWIĄCEJ PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA UDZIELANEGO W TRYBIE Z WOLNEJ RĘKI.

5.1. Przedmiotem udzielenia zamówienia w trybie zamówienia z wolnej ręki wybranej pracy będzie wykonanie opracowania **„Projektu rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi przy ulicy Przyrodniczej 7/9 dla potrzeb utworzenia hospicjum”**. W/w projekt powinien być wykonany w oparciu o pracę złożoną na konkurs z uwzględnieniem uwag Sądu Konkursowego.

Wyłoniony w konkursie wykonawca, z którym przeprowadzone zostaną negocjacje, obowiązany będzie do zawarcia umowy z zamawiającym na opracowanie dokumentacji projektowej wszystkich branż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 2 września 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno-użytkowego (Dz. U. z 2004r Nr 202 poz. 2072), wykonanej w 5 egzemplarzach i w wersji elektronicznej, składającej się w szczególności z:

- projektu budowlanego w zakresie, uwzględniającym specyfikę robót budowlanych, do uzyskania decyzji pozwolenia na budowę,
- projektów wykonawczych uzupełniających i uszczegóławiających projekt budowlany w zakresie i stopniu dokładności niezbędnym do sporządzenia przedmiaru robót, kosztorysu inwestorskiego, przygotowania oferty przez wykonawcę i realizacji robót budowlanych, zapotrzebowania na media, przedmiarów robót,
- specyfikacji warunków technicznych wykonania i odbioru robót w 2 egzemplarzach i w systemie elektronicznym,
- kosztorysu inwestorskiego w 2 egzemplarzach,
- uzyskanie decyzji – pozwolenia na budowę,

- pełnienie nadzoru autorskiego.
- 5.2.** Zakresem dokumentacji należy objąć:
 - 1) projekty obiektów hospicjum oraz ewentualnie innych obiektów, takich jak łączniki z istniejącymi budynkami szpitalnymi, budynki lub ich części adaptowane lub modernizowane,
 - 2) projekt zagospodarowania i urządzenia terenu,
 - 3) projekty ewentualnych obiektów kubaturowych, budowli lub urządzeń terenowych,
 - 4) projekty obiektów i urządzeń obsługi komunikacyjnej terenu,
 - 5) projekty istotnych elementów małej architektury,
 - 6) projekt oświetlenia terenu,
 - 7) projekt zieleni,
 - 8) projekty infrastruktury technicznej.

6. WYMAGANIA, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ UCZESTNICY KONKURSU.

6.1. Uczestnikami konkursu mogą być wyłącznie:

- 1) osoby fizyczne posiadające uprawnienia projektowe w specjalności architektonicznej wpisane na listę członków właściwej Izby samorządu zawodowego;
- 2) osoby fizyczne, osoby prawne oraz jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, posługujące się osobami fizycznymi, posiadającymi wymagane uprawnienia projektowe i wpisanymi na listę członków właściwej Izby samorządu zawodowego (min. 1 osoba spełniająca pkt. **6.1.** podpkt. 1).

6.2. Uczestnicy konkursu biorący udział wspólnie (konsorcjum) w konkursie muszą spełniać łącznie pkt. 6.1. „Regulaminu konkursu”.

6.3. Uczestnicy konkursu występujący wspólnie ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu konkursowym.

6.4. Uczestnicy konkursu biorący udział wspólnie (konsorcjum) w konkursie ponoszą solidarną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przyszłego zamówienia.

6.5. Ponadto Uczestnicy konkursu winni spełniać wymagania:

- 1) określone w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz nie podlegać wykluczeniu na podstawie art. 24 tej ustawy;
- 2) zaakceptować istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do przyszłej umowy - **załącznik nr 7** do „Regulaminu konkursu”.

6.6. Oceny spełnienia przez Uczestników konkursu warunków udziału w konkursie dokona Sąd Konkursowy powołany przez Zamawiającego. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu dokonana będzie na podstawie złożonych oświadczeń i dokumentów przez Uczestników konkursu.

7. INFORMACJA O OŚWIADCZENIACH I DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ UCZESTNICY KONKURSU W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA STAWIANYCH WYMAGAŃ.

W celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w konkursie jego Uczestnicy wraz z **wnioskiem o dopuszczenie do udziału w konkursie**, którego wzór stanowi odpowiednio **załącznik nr 4** do niniejszego regulaminu, winni złożyć następujące dokumenty i oświadczenia:

7.1 Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków.

Jeżeli Uczestnik konkursu ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentu, o którym mowa w pkt. 7.1. składa dokument wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym Uczestnik konkursu ma siedzibę lub miejsce zamieszkania nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 7.1., zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju pochodzenia osoby lub kraju, w którym Uczestnik konkursu ma siedzibę lub miejsce zamieszkania.

7.2. Oświadczenie, że Uczestnik konkursu spełnia warunki, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy. Wzór tego oświadczenia stanowi **załącznik nr 5** do „Regulaminu konkursu”.

7.3. Dokumenty potwierdzające uprawnienia projektowe osób opracowujących pracę konkursową wraz z zaświadczeniami o przynależności do właściwej izby samorządu zawodowego.

7.4. Zaakceptowane istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do przyszłej umowy - **załącznik nr 7** do „Regulaminu konkursu”.

7.5. Uczestnicy konkursu występujący wspólnie (konsorcjum) składają jeden formularz **Wniosku o dopuszczenie do udziału w konkursie** według wzoru stanowiącego **załącznik nr 4a** do „Regulaminu konkursu”. Wniosek podpisuje pełnomocnik ustanowiony przez Uczestników konkursu. Do wniosku Uczestnicy konkursu występujący wspólnie (konsorcjum) załączają:

- 1) dokumenty wymienione w pkt. **7.1.** i **7.2.** - każdego podmiotu wchodzącego w skład konsorcjum;
- 2) dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień projektowych przez osoby opracowujące pracę konkursową wraz z zaświadczeniami o przynależności do właściwej izby samorządu zawodowego zgodnie z pkt. **7.3.**;
- 3) zaakceptowane. istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do przyszłej umowy - **załącznik nr 7** do „Regulaminu konkursu”.

7.6. Dokumenty załączone do wniosku muszą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej przez uczestnika konkursu za zgodność z oryginałem i opatrzone pieczęcią imienną. Uznaje się, że pełnomocnictwo do podpisania **Wniosku o dopuszczenie do udziału w konkursie** obejmuje również pełnomocnictwo do poświadczenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów załączonych do wniosku i należy je złożyć w oryginale.

8. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z UCZESTNIKAMI KONKURSU ORAZ PRZEKAZYWANIA ZAPYTAŃ, OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW.

8.1. Zamawiający wyznacza do bezpośredniego kontaktowania się z Uczestnikami konkursu Joannę Tracz-Janowską - inspektora w Wydziale Urbanistyki i Architektury, Łódź, ul. Piotrkowska 104, pok. 308, tel. 42 638 43 84, e-mail j.tracz-janowska@uml.lodz.pl.

8.2. W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia, zapytania oraz informacje będą przekazywane przez Zamawiającego i Uczestników konkursu pisemnie na adres Zamawiającego. Istnieje możliwość przesyłania korespondencji za pomocą poczty elektronicznej lub fax'u ale wymaga ona niezwłocznie potwierdzenia pisemnego.

8.3. Uczestnicy konkursu mogą zwrócić się do organizatora konkursu o wyjaśnienie postanowień „Regulaminu konkursu” a organizator udzieli odpowiedzi na wszystkie zapytania pod warunkiem, że otrzyma je nie później niż 6 dni przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w konkursie. Odpowiedź zostanie przesłana (bez ujawniania źródła zapytania) wszystkim Uczestnikom, którzy podadzą adres w momencie pobrania „Regulaminu konkursu”.

8.4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do modyfikacji treści postanowień zawartych w „Regulaminie konkursu”, przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie

do udziału w konkursie. Ewentualne zmiany zostaną przesłane w trybie udzielenia odpowiedzi na zapytania.

9. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA WNIOSKÓW O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W KONKURSIE.

9.1. Wnioski (wraz z wymaganymi dokumentami) o dopuszczenie do udziału w Konkursie należy składać w **kancelarii Wydziału Urbanistyki i Architektury Urzędu Miasta Łodzi, 90 – 926 Łódź ul. Piotrkowska 104, III piętro pok. 360.**

9.2. Termin składania wniosków upływa **do dnia 13 grudnia 2006 r. do godz. 12.00.**

9.3. Wnioski przesłane pocztą zostaną poddane ocenie przez Sąd Konkursowy pod warunkiem dostarczenia ich do miejsca określonego w pkt. 9.1. **do dnia 13 grudnia 2006 r. do godz. 12.00.**

9.4. Wniosek należy złożyć w zamkniętej kopercie i zaadresować na Zamawiającego z zaznaczeniem: Wniosek o udział w konkursie na opracowanie „Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”.

9.5. Do wniosku należy załączyć godło Uczestnika konkursu - dowolną sześciocyfrową liczbę rozpoznawczą przyszłej pracy konkursowej umieszczoną w zamkniętej, opieczetowanej kopercie uniemożliwiającej zapoznanie się z jej zawartością. Koperta zawierająca liczbę rozpoznawczą powinna być trwale połączona z wnioskiem.

9.6. Uczestnik konkursu może złożyć tylko jeden wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie.

9.7. Wniosek składa się w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

9.8. Do wniosku winny być załączone dokumenty wymagane w pkt. 7 „Regulaminu konkursu”.

9.9. Wniosek winien być napisany w języku polskim, pismem czytelnym oraz podpisany przez Uczestnika konkursu. Wszystkie załączniki do wniosku stanowiące oświadczenie Uczestnika konkursu winny być podpisane przez osobę uprawnioną. Upoważnienie do podpisania wniosku winno być do niego dołączone, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Uczestnika konkursu.

9.10. Wszystkie zapisane i niezapisane strony wniosku winny być ponumerowane kolejno, a wszystkie miejsca, w których uczestnik konkursu naniósł zmiany winny być parafowane przez osobę lub osoby, które podpisały formularz wniosku.

9.11. Uczestnik konkursu ponosi wszelkie koszty związane z udziałem w konkursie, w szczególności przygotowaniem wniosku i złożeniem pracy konkursowej.

9.12. Zamawiający nie przewiduje zebrania Uczestników konkursu.

9.13. Niezwłocznie po dokonaniu oceny spełnienia warunków udziału w konkursie Zamawiający zaprosi do składania prac konkursowych uczestników spełniających wymagania określone w niniejszym „Regulaminie konkursu”. Uczestnicy nie spełniający wymagań zostaną wykluczeni.

10. ZAKRES, FORMA OPRACOWANIA ORAZ SPOSÓB PREZENTACJI PRAC KONKURSOWYCH.

10.1. Wymagania ogólne:

1. Uczestnik konkursu przedstawia pracę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym regulaminie;
2. praca konkursowa zostanie sporządzona w całości w języku polskim pod rygorem nieważności;
3. ewentualne dokumenty i oświadczenia w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.

10.2. Zakres rzeczowy prac konkursowych.

10.2.1. Część graficzna:

- rzuty 1 : 200 wszystkich kondygnacji wraz z rozplanowaniem i oznaczeniem funkcji, powierzchniami pomieszczeń lub grup pomieszczeń,
- charakterystyczne przekroje wyjaśniające koncepcję architektoniczną (w skali 1:100),
- 4 elewacje w skali 1:200,
- wizualizacja w dowolnej technice (makieta, perspektywa) z pokazaniem ogólnej bryły, z tym, że niezbędnym elementem wizualizacji jest widok kompleksu od strony skrzyżowania ulic Przyrodniczej i Biegańskiego,
- koncepcja projektu zagospodarowania terenu w skali 1: 500,
- rozmieszczenie obiektów kubaturowych i urządzeń terenowych,
- obrys ewentualnych obiektów terenowych z oznaczeniem wejść i wjazdów,
- zasady obsługi w zakresie komunikacji pieszej i kołowej, z uwzględnieniem sytuacji awaryjnych,
- koncepcja dojazdów i rozmieszczenia miejsc parkingowych,
- koncepcja rozmieszczenia istotnych elementów małej architektury,
- koncepcja dyspozycji rozmieszczenia zieleni wysokiej i niskiej,
- ukształtowanie terenu z oznaczeniem najbardziej charakterystycznych rzędnych wysokości.

Rysunki należy przekazać na planszach sztywnych (na lekkim podkładzie) o wymiarach 100 x 70 cm w układzie pionowym. Technika dowolna, czarno-biała, z zachowaniem oznaczeń stosowanych w projektowaniu architektonicznym. Użycie kolorów dopuszczalne jedynie w celu przedstawienia koncepcji kolorystyki. Nie należy wprowadzać tytułów i innych napisów poza tekstami niezbędnymi dla wyjaśnienia koncepcji oraz godłem autorów pracy. Maksymalna ilość plansz – 4.

10.2.2. Część opisowa (w trzech egzemplarzach) powinna zawierać:

- 1) opis przyjętych w koncepcji rozwiązań funkcjonalnych, architektonicznych, konstrukcyjnych, materiałowych, instalacyjnych oraz bezpieczeństwa i ewakuacji.
- 2) teczka z opisem w formacie A4 (kartki trwale związane) powinna zawierać:
 - a) do 6-ciu stron maszynopisu opisu (poza ewentualnymi schematami),
 - b) wykaz pomieszczeń z podaniem ich powierzchni i podsumowaniem powierzchni zespołów funkcjonalnych oraz z podaniem łącznej powierzchni budynku (budynków), określenie powierzchni zabudowy i kubatury,
 - c) szacunkowe określenie zapotrzebowania na media,
 - d) szacunkowy koszt realizacji inwestycji na podstawie art.33 ust.3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, zgodny z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 130 poz. 1389).

10.2.3. Planowany łączny koszt wykonania dokumentacji.

W zamkniętej kopercie oznaczonej godłem Uczestnika konkursu należy umieścić informację o planowanym łącznym koszcie wykonania dokumentacji projektowo-kosztorysowej w zakresie opisanym pkt. **5.1.** i **5.2.** „Regulaminu konkursu”.

Spełnienie wymagań określonych w punktach 10.2.1., 10.2.2. i 10.2.3. stanowi podstawę do uznania pracy konkursowej za odpowiadającą warunkom konkursowym, co do zakresu i form opracowania.

11. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA PRAC KONKURSOWYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW DOPUSZCZONYCH DO UDZIAŁU W KONKURSIE.

11.1. Uczestnicy konkursu zakwalifikowani do udziału w konkursie, składają prace konkursowe w **kancelarii Wydziału Urbanistyki i Architektury Urzędu Miasta Łodzi,**

90 – 926 Łódź ul. Piotrkowska 104, III piętro pok. 360, osobiście lub pocztą kurierską.

11.2. Termin składania prac konkursowych: **do dnia 31 stycznia 2007 r. do godziny 12.00.** Pracę konkursową należy złożyć w opakowaniu zaadresowanym na Zamawiającego z zaznaczeniem: Praca konkursowa na opracowanie „Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”.

11.3. Uczestnik składający pracę konkursową otrzyma pokwitowanie złożenia pracy konkursowej z podaną datą i godziną złożenia pracy, pieczęcią organizatora i podpisem osoby przyjmującej pracę.

Każdy uczestnik konkursu może złożyć tylko jedną pracę konkursową.

11.4. Praca powinna zostać złożona w podwójnym opakowaniu. W opakowaniu wewnętrznym oznaczonym sześciocyfrową liczbą, o której mowa w pkt. 9.4. „Regulaminu konkursu”, winny być umieszczone:

- część graficzna zgodnie z pkt. 10.2.1.,
- pisemny opis zgodnie z pkt. 10.2.2.,
- „Informacja o planowanych łącznych kosztach wykonania przyszłego zamówienia”, którego wzór stanowi **załącznik nr 9**, umieszczona w zamkniętej kopercie oznaczonej kodem jak pozostałe elementy pracy konkursowej.

Wszystkie elementy pracy konkursowej muszą być oznaczone, w sposób trwały, tym samym godłem – sześciocyfrowym kodem, o wymiarach 6 cm szerokości i 1 cm wysokości, umieszczonym w prawym górnym rogu pod rygorem odrzucenia pracy. Prace konkursowe, na których sposób oznakowania lub umieszczone informacje będą naruszały anonimowość zostaną zdyskwalifikowane.

11.5. Na czas pracy Sądu Konkursowego prace zostaną powtórnie zaszyfrowane przez Sekretarza konkursu nowym godłem, dowolnym numerem umieszczonym na miejscu godła Uczestnika konkursu.

12. KRYTERIA OCENY PRAC KONKURSOWYCH.

12.1. Sąd konkursowy dokona oceny zgłoszonych do konkursu prac na zasadzie wzajemnego ich porównania wg następujących kryteriów:

- **A** - rozwiązań programowo - funkcjonalnych i architektonicznych - max 50 pkt.,
- **B** - rozwiązań konstrukcyjno-budowlanych - max 20 pkt.,
- **C** - kosztów inwestycji i ekonomiki proponowanych rozwiązań. max 20 pkt.,
- **D** - planowany łączny koszt wykonania dokumentacji max 10 pkt.

12.2. Liczba punktów, jakie każda z prac konkursowych otrzyma za stopień spełnienia poszczególnych kryteriów wyliczona będzie wg wzoru:

ocena punktowa danej pracy wyliczona przez sędziego = **A + B + C + D = max 100 pkt.**

Przy czym ocenę danej pracy, wg powyższego wzoru, dokona każdy z sędziów.

Suma punktów jakie dana praca otrzyma w konkursie - to suma ocen poszczególnych sędziów podzielona przez ilość sędziów biorących udział w ocenie.

13. SKŁAD SĄDU KONKURSOWEGO:

- 1) Przewodniczący - **Marek Lisiak**
Dyrektor Wydziału Urbanistyki i Architektury Urzędu Miasta Łodzi, Architekt Miasta;

- 2) Zastępca Przewodniczącego - **Michał Domińczak**
Zastępca Dyrektora Wydziału Urbanistyki
i Architektury Urzędu Miasta Łodzi, Miejski Konserwator
Zabytków, architekt;
- 3-8) Członkowie:
- **Aleksandra Ciałkowska-Rysz**
Wojewódzki Konsultant w dziedzinie medycyny
paliatywnej;
 - **Sławomir Cwynar**
Zastępca Dyrektora IV Szpitala Miejskiego
im. dr. H. Jordana w Łodzi;
 - **Wiesław Zagdan**
kierownik oddziału w Wydziale Urbanistyki
i Architektury Urzędu Miasta Łodzi, architekt;
 - **Przemysław Szymański**
pracownik Instytutu Architektury i Urbanistyki Wydziału
Budownictwa i Architektury Politechniki Łódzkiej,
architekt;
 - **Roman Wieszczyk**
przedstawiciel Łódzkiej Okręgowej Izby Architektów,
architekt;
 - **Monika Bieniecka**
podinspektor w Wydziale Strategii i Analiz
Urzędu Miasta Łodzi;
- 9) Sekretarz:
- **Elżbieta Zielińska**
inspektor w Miejskiej Pracowni Urbanistycznej w Łodzi.

14. RODZAJ I WYSOKOŚĆ NAGRÓD.

14.1 Nagrodą główną w konkursie jest zaproszenie do negocjacji, w trybie zamówienia z wolnej ręki, autora wybranej pracy konkursowej. Niezależnie od nagrody głównej zostaną przyznane również nagrody pieniężne na łączną sumę 40 000 zł.

Przyznanie nagród przewiduje się w/g następującego wzoru:

- I nagroda - 15 000 zł + zamówienie z wolnej ręki,
- II nagroda - 10 000 zł,
- III nagroda - 8 000 zł,
- wyróżnienia łącznie - 7 000 zł.

Sąd Konkursowy ma prawo, w wyjątkowej sytuacji, po odpowiednim uzasadnieniu, przyznać nagrody w innej wysokości, z tym że suma nagród nie może ulec zmianie.

14.2. Kwoty nagród pieniężnych podlegają opodatkowaniu na zasadach przewidzianych w stosownych przepisach.

15. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU.

15.1. Sąd konkursowy dokonuje oceny prac konkursowych na posiedzeniach zamkniętych, zgodnie z kryteriami określonymi w „Regulaminie konkursu”.

15.2. Sąd konkursowy odrzuci prace konkursowe niespełniające wymagań „Regulaminu konkursu”.

15.3. Sąd konkursowy rozstrzyga konkurs, dokonując wyboru najlepszych prac konkursowych; opracowuje opinie o pracach konkursowych, przyznaje nagrody

i przygotowuje uzasadnienie rozstrzygnięcia konkursu oraz opracowuje zalecenia pokonkursowe.

15.4. Na wniosek Sądu konkursowego Zamawiający unieważni konkurs, jeżeli nie zostanie spełniony art. 124 ustawy.

16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEJŚCIA AUTORSKICH PRAW MAJĄTKOWYCH DO WYBRANEJ PRACY I INNYCH PRAC NAGRODZONYCH ORAZ ISTOTNE POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO UMOWY.

16.1. Autorzy nagrodzonych prac konkursowych przekazują nieodpłatnie na rzecz Zamawiającego prawa autorskie majątkowe na wszelkich polach eksploatacji oraz własność egzemplarzy złożonych prac konkursowych. Umowy dotyczące przejścia praw majątkowych autorzy nagrodzonych prac podpiszą przed przekazaniem nagród.

16.2. Istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do przyszłej umowy na opracowanie „Projektu rozbudowy i modernizacji IV Szpitala miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”, zostały zawarte w **załączniku nr 7** do „Regulaminu konkursu”.

16.3. Realizacją i finansowaniem dokumentacji projektowej w imieniu Zamawiającego zajmować będzie się Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Sienkiewicza 5 (umowa o prace projektowe z uwzględnieniem istotnych postanowień, które wprowadzone zostaną do przyszłej umowy).

16.4. W przypadku chęci wykorzystania, w całości lub części, jako podstawy do realizacji (opracowania stosownych projektów), którejsz z prac złożonych do udziału w konkursie, autor (zespół autorski) wskazanej przez zamawiającego pracy zobowiązuje się do przeniesienia na Miasto Łódź autorskich praw majątkowych w zakresie potrzebnym do jednorazowego wyłącznego korzystania z utworu, za cenę ustaloną w formie negocjacji. Cena ta nie może przekroczyć średniej kwoty ustalonej na podstawie Regulaminu Honorarium Architekta wprowadzonego do stosowania uchwałą 18 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Izby Architektów z dnia 24.11.2002 r. - z uwzględnieniem należnego podatku VAT.

17. SPOSÓB PODANIA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI ROZSTRZYGNIECIA KONKURSU I TERMIN WYDANIA NAGRÓD.

17.1. Zamawiający niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu zawiadomi o jego wyniku Uczestników konkursu, podając imię i nazwisko albo nazwę (firmę) oraz adres i miejsce zamieszkania (siedzibę) autora lub autorów wybranej pracy konkursowej.

17.2. Ponadto Zamawiający wywiesi w swej siedzibie ogłoszenie o wyniku konkursu.

17.3. Zamawiający zaprosi autora wybranej pracy konkursowej do negocjacji w trybie zamówienia z wolnej ręki, w terminie nie krótszym niż 15 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

17.4. O dokładnym terminie negocjacji autor wybranej pracy konkursowej zostanie powiadomiony pisemnie przez Zamawiającego.

17.5 Nagrody pieniężne zostaną wypłacone w terminie nie krótszym niż 15 dni i nie dłuższym niż 30 dni od rozstrzygnięcia konkursu.

18. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH UCZESTNIKOM KONKURSU.

18.1. Wobec czynności podjętych przez Zamawiającego w toku konkursu oraz w przypadku zaniechania przez Zamawiającego czynności, do której jest zobowiązany na podstawie ustawy, Uczestnik konkursu może wnieść protest do Zamawiającego.

18.2. Protest wnosi się w terminie 7 dni od dnia, w którym Uczestnik konkursu powziął lub mógł powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia z tym, że protest dotyczący postanowień Regulaminu konkursu wnosi się nie później niż 3 dni przed upływem terminu składania wniosku o dopuszczenie do udziału w konkursie.

18.3. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed rozstrzygnięciem konkursu.

18.4. O wniesieniu protestu oraz jego treści i zarzutach Zamawiający zawiadomi niezwłocznie Uczestników konkursu.

18.5. Zamawiający rozstrzyga protest nie później niż w terminie 5 dni od dnia jego wniesienia. Brak rozstrzygnięcia protestu w tym terminie uznaje się za jego oddalenie.

18.6. Rozstrzygnięcie protestu wraz z jego uzasadnieniem oraz pouczeniem o sposobie i terminie wniesienia odwołania Zamawiający przekazuje podmiotowi, który wniósł protest, oraz Uczestnikom konkursu, którzy przyłączyli się do protestu.

18.7. W przypadku uwzględnienia protestu Zamawiający powtarza oprotestowaną czynność lub dokonuje czynności bezprawnie zaniechanej.

18.8. Od oddalenia lub odrzucenia protestu przysługuje odwołanie do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych w Warszawie w terminie 5 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia protestu lub upływu terminu do rozstrzygnięcia protestu, jednocześnie informując o tym Zamawiającego.

18.9. Szczegółowe uregulowania dotyczące wnoszenia protestów i odwołań zawarte są w art. 180-193 ustawy.

19 POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

Zamawiający staje się właścicielem wszystkich **nagrodzonych i wyróżnionych prac konkursowych** z prawem do swobodnego dysponowania nimi w ramach ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Inne prace konkursowe Zamawiający, po zakończeniu procedury niniejszego konkursu i zamknięciu wystawy pokonkursowej, zwróci na wniosek ich autorów za potwierdzeniem odbioru.

Prace nie odebrane przez Uczestników będą przechowywane przez Zamawiającego przez okres 1 roku od rozstrzygnięcia konkursu. Po upływie tego terminu Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za prace, które mogą zostać zniszczone.

Program użytkowo – funkcjonalny dla zadania pt.:

Rozbudowa i modernizacja Szpitala przy ul. Przyrodniczej 7/9 dla potrzeb utworzenia hospicjum

I. WSTĘP

Definicja:

Opieka paliatywna / hospicyjna

jest wszechstronną, całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia. Opieka ta obejmuje uśmierzanie bólu i innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodzin chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia. Celem opieki paliatywnej sprawowanej przez wielodyscyplinarny zespół jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w ostatnim okresie choroby.

Cechy opieki paliatywnej

- ceni życie, uznając umieranie za proces naturalny,
- ani nie przyśpiesza, ani nie opóźnia zgonu,
- jest przeciwna eutanazji,
- łagodzi ból, duszność i inne dokuczliwe objawy somatyczne,
- dąży do zaspokojenia potrzeb psychicznych, duchowych i socjalnych chorego i jego rodziny, tworząc system wsparcia, umożliwiający choremu prowadzenie, aż do zgonu, życia czynnego jak jest to tylko możliwe,
- uznaje i szanuje system wartości chorego i rodziny, respektując jego filozofię życiową, wyznawaną religię, szanując autonomię chorego, uwzględniając jego stanowisko w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobu sprawowania opieki i leczenia,
- pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspiera ją w okresie osierocenia, żałoby,
- opieka paliatywna jest procesem ciągłym i dostępnym 24 godziny przez 7 dni w tygodniu,
- jest sprawowana przez zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi: lekarze, w tym anestezjolog, pielęgniarki, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant i inni, w tym także wolontariusze, przy współudziale przeszkolonych członków rodziny, opiekunów.

Zespół złożony z personelu medycznego i niemedycznego zapewnia choremu pomoc medyczną, pielęgniarскую oraz wsparcie psychologiczne, a osobą bliskim zapewnia edukację w zakresie praktycznego sprawowania opieki, podawania leków, pielęgnowania, żywienia chorego oraz problematyki z radzeniem sobie z nieuleczalną, postępującą, zagrażającą życiu chorobą, pomoc w radzeniu sobie z trudną sytuacją, wsparcie psychosocjalne i duchowe podczas choroby i po śmierci osoby bliskiej.

Opieka paliatywna sprawowana jest przez następujące formy organizacyjne:

- Oddział Medycyny Paliatywnej,
- Hospicjum Domowe (zespół domowej opieki paliatywnej),
- Poradnię Medycyny Paliatywnej (zawierającą w swym składzie poradnię dla rodzin i osieroconych),
- Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej,
- Szpitalny Zespół Wspierający

II. WSPÓŁPRACA OŚRODKA HOSPICYJNEGO Z IV SZPITALEM MIEJSKIM IM. DR H. JORDANA W ŁODZI

Lokalizacja Ośrodka Medycyny Paliatywnej na terenach użytkowanych przez IV Szpital Miejski im. dr H. Jordana w Łodzi (szpital wieloprofilowy) umożliwia podjęcie przez obie, niezależnie działające placówki, ścisłej współpracy w zakresie zadań medycznych. Szpital może zabezpieczać Hospicjum w diagnostykę specjalistyczną: RTG, USG, endoskopię, spirometrię oraz diagnostykę laboratoryjną. Zapewnić może również, niezbędne konsultacje oraz ew. leczenie w zakresie chirurgii, ginekologii oraz interny.

Proponowana lokalizacja umożliwiłaby korzystanie ze wspólnej infrastruktury:

- centralna sterownia gazów medycznych,
- rezerwowe źródła zasilania (woda, energia elektryczna),
- instalacja ściekowa i burzowa.

Wspólnie wykorzystywane mogłyby być: parkingi, drogi komunikacyjne, ogród. Ogródzony duży teren szpitalny, mógłby podlegać wspólnej ochronie i monitoringowi.

Hospicjum mogłoby być zapleczem dla wielu chorych leczonych w szpitalu. Możliwe byłoby także korzystanie przez szpital z centrum edukacyjnego.

III. CZĘŚĆ OGÓLNA PROGRAMU

Założenia ogólne:

Hospicjum jest kompleksem leczniczym, w którym stosowane będzie leczenie zarówno stacjonarne jak i ambulatoryjne.

Hospicjum, w odróżnieniu od szpitala, otacza opieką tych chorych, którzy nie rokują powrotu do zdrowia, a śmierć jest zazwyczaj bliska. Hospicjum otacza opieką chorych niosąc ulgę w cierpieniach, zwalczając nie tylko objawy somatyczne, ale również dla chorego i jego rodziny niesie wsparcie psycho - socjalne.

Opieka sprawowana jest przez wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów wspomagany przez wolontariuszy. Celem opieki jest zapewnienie jak najlepszej jakości gasnącego życia. Hospicjum to również miejsce kształcenia kadry medycznej oraz miejsce kształcenia i kształtowania humanistycznych postaw u młodych ludzi.

Te wielorakie działania wymagają szczególnej formy architektonicznej, bardziej o charakterze domowym niż szpitalnym. Hospicjum powinno być domem dającym radość użytkownikom, łączącym piękno architektury z funkcjonalnością i pięknem otaczającej przyrody.

Ideą jest stworzenie chorem takim warunków, aby pobyt był zbliżony do warunków domowych, w związku z tym, dużą wagę przywiązuje się do możliwości korzystania z zieleni w postaci ogrodu, patio, tarasów i/lub „ogrodu zimowego”. Wskazany jest dostęp do tarasów bezpośrednio z sal chorych, tak, aby można na nich umieścić chorego z łóżkiem.

Zabudowa Hospicjum pawilonowa lub modułowa. Pawilony mogą łączyć się ze sobą bezpośrednio lub za pomocą łączników. Przy podziale użytkowym na część stacjonarną i ambulatoryjną, budynki mogą funkcjonować oddzielnie.

Wymagane jest, aby oddział stacjonarny Hospicjum i Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej miały bezpośredni dostęp do ogrodu (ew. patio).

Część ambulatoryjna składająca się z zespołu poradni powinna być zlokalizowana na parterze, może znajdować się w oddzielnym pawilonie. Dostęp do ogrodu/patio dla tej części kompleksu nie jest konieczny. Na piętrze/piętrach tego tej części hospicjum może znajdować się administracja, część edukacyjna i pokoje gościnne.

Wejścia do Hospicjum, poza strefami technicznymi, mają być przystosowane dla niepełnosprawnych. Dotyczy to też części edukacyjnej.

Do przedstawienia programu szczegółowego przyjęto

**założenie, że Miejski Ośrodek
Medycyny Paliatywnej mógłby
składać się z 2 pawilonów:**

Pawilon Nr 1 Część stacjonarna

Lokalizacja pawilonu w głębi ogrodu szpitalnego. Może być dwu- lub trzykondygnacyjny.

A. Część medyczna

1. Dział Przyjęć,
2. Oddział Łózkowy (2 oddziały medycyny paliatywnej, hostel dla dzieci i młodocianych),
3. Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej z rehabilitacją,
4. Poradnia.

B. Część niemedyczna

1. Część ogólnoużytkowa (kaplica, hol z recepcją, szatnia, patio),
2. Część techniczna,
3. Podjazdy i podejścia, parking.

Wyjaśnienie: strefy techniczne zawierają wszystkie pomieszczenia o charakterze usługowym w stosunku do części leczniczej Hospicjum. Ze względu na konieczność oddzielnego transportowania i obsługi „rzeczy brudnych” i „rzeczy czystych” na terenie placówek medycznych strefy te traktowane są jako odrębne jednostki – jednak położone obok siebie i pracujące wspólnie

Pawilon Nr 2

Pawilon zlokalizowany od strony ulicy, powinien zawierać:

1. Strefa wejścia i podjazdu oraz parking,
2. Część ogólnoużytkowa,
3. Część administracyjna,
4. Część edukacyjna,

Usytuowanie pawilonów musi uwzględniać drogi dojazdu i dojścia oraz możliwość korzystania z terenów zielonych.

Załącznikiem do programu użytkowo – funkcjonalnego jest:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia
z dnia 22 czerwca 2005 r.

w sprawie wymagań, jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej **(Dz. U. Nr 116, poz. 985)**

IV. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA PROGRAMU

A. Pawilon I

1. Strefa wejściowa
 - a) Powinna zawierać sekcję i stanowisko ochrony (z system monitoringu),
przewidziany monitoring kluczowych części Hospicjum, parkingu i terenu,
 - b) W tej części obiektu znajdować się musi:
 - Szatnia,
 - Rejestracja, Punkt Informacyjny i Punkt Przyjmowania Zgłoszeń (do opieki domowej),

- Poczekalnia (dla kilku osób, może znajdować się w holu),
- WC damskie (z 2 oczkami ustępowymi),
- WC męskie z (1 pisuarem i 1 ustępem),
- WC dla niepełnosprawnych,
- Kancelaria Hospicjum,
- Kawiarenka.

c) Podjazdy powinny uwzględniać podział funkcjonalny na strefę „czystą” oraz „brudną”.

2. Część stacjonarna

2.1. Część medyczna:

1) Dział Przyjęć

a) posiada oddzielne wejście do budynku poprzez przedsionek z zadaszoną wiatą (podjazd dla 1 karetki). Wejście ma umożliwiać wjazd noszy na kołach.

b) Zespół Izby Przyjęć składa się z:

- głównego pomieszczenia,
- wnęki pielęgniarsko – lekarskiej połączonej z tym pomieszczeniem łazienki z WC (ze stanowiskiem prysznicowym do mycia na wózku wannowym) oraz szatni chorych.

Dostęp do oddziałów stacjonarnych z Działu Przyjęć odbywa się poprzez bezpośrednie drzwi lub korytarz strefy czystej.

Nie jest wymagane bezpośrednie połączenie z holem, ale potrzebny jest dostęp do holu dla personelu Działu, poprzez klatkę schodową lub strefę techniczną czystą.

Wyjaśnienie:

chorzy w Dziale Przyjęć są przyjmowani do placówki, ewentualnie kąpani i po przebraniu przewożeni na oddział z pominięciem holu głównego.

2) Część stacjonarna – łózkowa to:

dwa oddziały medycyny paliatywnej po 16 łóżek każdy.

Łóżka na każdym z oddziałów zlokalizowane mogą być w następujących pokojach chorych:

- 2 pokoje jednołóżkowe wyposażone w węzeł sanitarny typu „wózek wannowy”,
- 2 pokoje jednołóżkowe z węzłem przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,
- 2 pokoje jednołóżkowe z węzłem prysznicowym,
- 2 pokoje dwułożkowe z węzłem przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,
- 3 pokoje dwułożkowe z węzłem prysznicowym.

Pokoje podzielone muszą być na dwa odcinki pielęgnacyjne.

Wyjaśnienie :

stanowisko do mycia na wózku wannowym powinno umożliwić wjazd do łazienki pacjentowi leżącemu na wózku pokrytym siatką .Obsługa myje pacjenta prysznicem w pozycji leżącej. Woda spływa po odpowiednio ukształtowanej podłodze do kratki ściekowej.

stanowisko prysznicowe jest formą kabiny prysznicowej otwartej z przodu. Umożliwia personelowi umycie pacjenta prysznicem na stojąco.

3) Pozostała infrastruktura dla każdego z oddziałów składa się z:

- stanowiska pielęgniarki typu „desk” - położonego w centrum oddziału i łączącego się z:
- dyżurką pielęgniarek z własnym WC.
- gabinetu zabiegowego,
- magazynu czystej bielizny, pościeli, ręczników - usytuowany dowolnie,
- kuchenki oddziałowej - usytuowanej raczej w centrum oddziału, spełniającej funkcje pomocnicze (catering zewnętrzny),
- brudownika z przedsionkiem - położenie dowolne, z możliwością czasowego składowania brudnej bielizny oraz odpadów medycznych,
- składziku porządkowego – położenie dowolne,
- pokoju lekarskiego z własnym WC - położenie dowolne,
- gabinetu ordynatora – położenie dowolne,
- gabinetu pielęgniarki oddziałowej – położenie dowolne

4) Wspólne pomieszczenia dla obu oddziałów:

- pokój dziennego pobytu dla pacjentów – najlepiej z widokiem oraz wyjściem do ogrodu, usytuowany w dowolnym miejscu oddziału. Może stanowić całość z „ogrodem zimowym” – wejście z obu oddziałów,
- sala zabiegowa do inwazyjnego leczenia bólu,
- pokój psychologa – położenie dowolne,
- pokój wolontariuszy z własnym WC – położenie dowolne,
- pokój rekreacyjny personelu z sanitariatem - ulokowany w dowolnym miejscu,
- pokój do przechowania zwłok – nieogrzewany, powinien mieć możliwość bezpośredniej eksportacji zwłok (zewnętrzny usługodawca),
- pokój pożegnań,
- WC ogólne,
- ciągi komunikacyjne – ciągi powinny uwzględniać funkcjonalny podział na strefę techniczną „czystą” oraz „brudną”.

5) Hostel dla dzieci i młodocianych

W wydzielonej części oddziału muszą znaleźć się 3 pokoje chorych:

- 2 pokoje jednołóżkowe + łóżko dla opiekuna z węzłem prysznicowym,
- 1 pokój jednołóżkowy + łóżko dla opiekuna z węzłem przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,
- świetlica dla dzieci – położenie w sąsiedztwie hotelu.

UŻYTKOWNICY

- **pacjenci:** jednocześnie w części stacjonarnej może przebywać 35 chorych
- **personel:** zatrudnienie ok. 50 osób personelu, jednocześnie maksymalnie ok.30 (osób zmiana dzienna)

3. Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej z rehabilitacją

3.1. Część pobytowa

Ośrodek przeznaczony dla około **15 chorych**,
zatrudnienie 4-6 osób powinien
zawierać:

- pokój dziennego pobytu i terapii zajęciowej ,
- pokój odpoczynku,
- gabinet zabiegowy,
- gabinet fizykoterapii ,
- jadalnię zlokalizowaną przy pok. dziennego pobytu może być ściana rozsuwana lub wnęka ,
- kuchenkę przy jadalni, funkcja jak w części stacjonarnej,
- brudownik ze zlewozmywakami i składzikiem środków czystościowych,
- magazyn materiałów czystych i pościeli,
- łazienkę z opcją dla niepełnosprawnych,
- WC męskie z pisuarem,
- WC damskie.

3.1. Część rehabilitacyjna zawiera:

- łazienkę z opcją dla niepełnosprawnych,
- salę gimnastyczną z drabinkami, oraz aneksem - rozbieralnią (wejście do aneksu poprzez własne drzwi),
- gabinet masażu,
- gabinet hydroterapii, może korzystać z tej samej rozbieralni co sala gimnastyczna
- **dodatkowy gabinet.**

Ponad to, Oddział Dziennego Pobytu może posiadać osobne wejście i podjazd.

Oddział musi mieć widok i połączenie z ogrodem, i/lub patio, ew. ogrodem zimowym.

4. Część ambulatoryjna

składa się z następujących pomieszczeń:

- gabinet pracownika socjalnego,
- gabinet poradni dla rodzin i osieroconych,
- gabinet psychologa,
- gabinet poradni leczenia bólu,
- 2 gabinety poradni opieki paliatywnej,
- gabinet zabiegowy,

- pokój socjalny personelu z toaletą (może być ulokowany również w innej części zespołu),
- pomieszczenie sprzątaczek – posiada 2 zlewy jednokomorowe. Położenie dowolne,
- magazyn podręczny materiałów czystych.

UŻYTKOWNICY

pacjenci: jednocześnie maksymalnie kilka osób

personel: jednocześnie ok. 5 osób

5. W części ogólnoużytkowej Pawilonu Nr 1 muszą znaleźć się:

- kaplica
- patio.

6. Strefy techniczne pawilonu

powinny zostać podzielone funkcjonalnie na część „czystą” oraz „brudną”.

6.1. Strefa czysta

Dostęp do tej strefy od wewnątrz budynku poprzez klatkę schodową, korytarz lub windę osobowo-towarową „czystą”. Strefa ta ma też połączenie z holem poprzez kontrolowane przejście (tylko dla personelu) bezpośrednie lub pośrednie.

Z zewnątrz - z podjazdu dla samochodów dostawczych - prowadzi wejście dla zaopatrzenia.

Pożądane pomieszczenia tej strefy:

- szatnia damska z prysznicem i toaletą,
- szatnia męska,
- archiwum,
- magazyn bielizny czystej,
- magazyn środków sanitarnych,
- magazyn materiałów biurowych,
- magazyn sprzętu medycznego,
- „odstojnik” magazyn sprzętu (łóżka, materace itd.) po dezynfekcji,
- magazyn leków,
- inny magazyn zapasowy,

6.2. Strefa techniczna brudna

Ma własny dostęp z zewnątrz budynku dla

zaopatrzenia i oddzielne drzwi do

Pokoju Pożegnań. Od wewnątrz

dostęp jest możliwy klatką schodową,

korytarzem lub windą osobowo-

towarową brudną.

W jej obszarze powinny znaleźć się pomieszczenia:

- węzeł zw., cwu. oraz co,
- centralka klimatyzacji,
- dyżurka konserwatorów z ubikacją,

- magazyn materiałów technicznych,
- magazyn odpadów medycznych,
- magazyn odpadów żywieniowych,
- magazyn brudnej bielizny,

Niezbędne jest również, kontrolowane przejście między strefami.

6.3.Ogród, taras, ogród zimowy i/lub patio

wyjscie z **Oddziału Stacjonarnego i Oddziału Dziennego Pobytu** do ogrodu powinno się odbywać z przedsionka typu „wiatrołap”. Wyposażenie ogrodu to ławki i meble ogrodowe (ewentualnie fontanna).

B. Pawilon 2

1. Część ogólną pawilonu stanowią:

- hol,
- szatania,
- kancelaria wspólna dla obu pawilonów,
- WC,
- WC dla niepełnosprawnych.

2. Ośrodek Koordynacji Hospicjum Domowego

Ośrodek Koordynacji Hospicjum Domowego ma własne wejście poprzez przedsionek. Ma też połączenie wewnętrzne poprzez korytarz lub łącznik z holem.

Ośrodek Koordynacji Hospicjum Domowego składać się powinien z:

- pokoju odpraw dla ok. 30 osób,
- pomieszczenia zespołów wyjazdowych,
- pomieszczenia pielęgniarki koordynującej,
- gabinetu lekarza kierującego zespołem poradni i zespołem opieki domowej,
- pomieszczenia na dokumentację,
- pomieszczenia magazynowe z wypożyczalnią sprzętu do domu chorego,
- łazienki dla personelu.

3. Centrum edukacyjne

W skład pomieszczeń wchodzi:

- sala wykładowa na ok. 100 osób z możliwością podziału na dwie mniejsze,
- pokój wykładowców,
- hol,

- WC damskie (z 3 oczkami ustępowymi),
- WC męskie (z 2 pisuarami i 1 ustępem),
- WC dla niepełnosprawnych,
- Pokoje gościnne: 4 pokoje 1 osobowe, 5 pokoi dwuosobowych, 2 pokoje 3 osobowe - wszystkie z węzłami sanitarnymi,
- jedna wspólna kuchenka z jadalnią, która może być również świetlicą,
- pomieszczenie magazynowe.

4. Dział administracji i informatyki

stanowi on zespół oddzielony drzwiami (zamykanymi na noc) z dostępem z holu lub głównej klatki schodowej.

W skład tego zespołu wchodzi pomieszczenia:

- **gabinet dyrektora,**
- **sekretariat,**
- **pokoju głównego księgowego,**
- **pokoju księgowych,**
- **pokoju działu kadr i płac,**
- **pokój kierownika administracyjno-gospodarczego,**
- **pokoju pielęgniarki przełożonej,**
- **pokój statystyki medycznej i informatyki,**
- **toaleta damska,**
- **toaleta męska,**

C. Infrastruktura terenu

Działka powinna być **ogrodzona, oświetlona i monitorowana** kamerami .

Na działce musi znaleźć się **parking** dla samochodów osobowych.

Wjazd na działkę zapewnić powinny **2 bramy** (otwierane automatycznie i monitorowane kamerami). Otwieranie bram powinno odbywać się ze stanowiska Sekcji Ochrony.

System dróg wewnętrznych **łączy powinien bramy wjazdowe, podjazdy pod pawilony oraz parking.**

W obrębie działki umieszczone powinny zostać:

- kolektor ściekowy wspólny dla głównego budynku szpitala oraz ww. pawilonów,
- centralna tlenownia,
- ew. budynek gospodarczy.

Założenia budowlane i wykończeniowe

Technologia budowlana oraz faza wykończeniowa zależy od założeń projektanta. Propozycja uwzględniać powinna walory użytkowe, estetyczne oraz finansowe inwestora.

Niezbędne instalacje

1. **energia elektryczna** – zasilanie poprzez 2 niezależne przyłącza, uruchamiane automatycznie w sytuacji zaniku zasilania w jednym z nich. Konieczne awaryjne zasilanie z agregatora.
2. **woda** - z wodociągu miejskiego i dodatkowo z własnej studni głębinowej usytuowanej na działce. Przy zaniku ciśnienia wody w sieci miejskiej w sieci miejskiej hydroforu studni następuje automatycznie.
3. **kanalizacja sanitarna – miejska.**
4. **kanalizacja burzowa** - podłączona do kolektora miejskiego.
5. **system hydrantów p-pożarowych** na terenie Hospicjum.
6. **instalacji gazu ziemnego** - z sieci miejskiej.
7. **instalacja telefoniczne.**
8. **instalacja TV** – ew. kablowa.
9. **system monitorowania** – kamery monitorują teren Hospicjum, w szczególności : bramy, parking, teren ogrodu, ew. budynek gospodarczy i inne.

Wewnętrzne instalacje kompleksu Hospicjum :

1. **system p/pożarowy** - zgodny z obowiązującymi standardami,
2. **system awaryjnego oświetlenia** – obejmuje sale chorych, dyżurki pielęgniarские, inne pomieszczenia o wysokim znaczeniu oraz korytarze. System włączający się przy zaniku napięcia prądu z sieci miejskiej.
3. **ogrzewanie CO oraz CWU** - z sieci miejskiej.
4. **centralna klimatyzacja** – obejmuje wszystkie pomieszczenia, w których przebywają ludzie. System czujników monitoruje okna. Otwarcie okna automatycznie wyłącza klimatyzację w tym pomieszczeniu.
5. **wentylacja nawiewowa – mechaniczna** – zgodnie z Zarządzeniem MZ oraz Prawem Budowlanym.
6. **sieć telefoniczna wewnętrzna z centralką** – dociera do wszystkich pomieszczeń.
7. **sieć komputerowa z centralnym serwerem** -, doprowadzona do gabinetów, pomieszczeń funkcyjnych i administracyjnych. System podtrzymywania napięcia.
8. **sieć internetowa przewodowa** - w wybranych pomieszczeniach bezprzewodowa.
9. **TV kablowa** - we wszystkich pomieszczeniach.
10. **system monitorowania stanu zdrowia pacjentów** - z video kamerami, dostarcza informacji z sal chorych do dyżurek pielęgniarских.
11. **system przyłóżkowego przywołania personelu** - w salach chorych.
12. **centralny system zaopatrzenia w gazy medyczne** – obejmuje sale chorych, gabinety zabiegowe, dział przyjęć.

Spis pomieszczeń

L.p.	Wyszczególnienie	Ilość	Powierzchnia jednostkowa	Powierzchnia ogółem
PAWILON NR 1				
Dział Przyjęć				
1.	pokój przyjęć (pomieszczenie główne)	1	18	18,00
2.	Wnęka pielęgniarско-lekarska	1	15	15,00
3.	Łazienka dla przyjmowanego	1	7	7,00
4.	Szatnia chorych	1	5	5,50
5.	WC personelu	1	3,5	3,50
6.	Ciągi komunikacyjne		25%	12,00
Razem dział				61,00
Oddział Stacjonarny				
Pokoje łóżkowe chorych				
7.	1 osobowy z wannowym węzłem	4	18	72,00
8.	1 osobowy dla niepełnosprawnych	4	21	84,00
9.	1 osobowy z prysznicem	4	18	72,00
10.	2 osobowy dla niepełnosprawnych	4	25	100,00
11.	2 osobowy z prysznicem	6	22	132,00
12.	Pokój dziennego pobytu	1	35	35,00
13.	1 łóżkowy + łóżko opiekuna, węzeł prysznicowy	2	18	36,00
14.	1 łóżkowy + łóżko opiekuna, węzeł dla niepełnosprawnych	1	21	21,00
15.	Świetlica	1	18	18,00
Razem pokoje chorych				570,00
Pozostałe pomieszczenia				
16.	Stanowisko pielęgniarские	2	6	12,00
17.	Dyżurka pielęgniarek z węzłem hig-san	2	18	36,00
18.	Gabinet zabiegowy	2	22	44,00
19.	Magazynek czystej bielizny	2	4	8,00
20.	Kuchenska oddziałowa	2	10	20,00
21.	Brudownik	2	9	18,00
22.	Składzik porządkowy	2	3	6,00
23.	Pokój wolontariuszy z WC	1	18	18,00
24.	Pokój lekarski z węzłem hig-san	2	21	42,00
25.	Gabinet ordynatora	1	18	18,00
26.	Pokój Plg. Oddziałowej	1	14	14,00
27.	Pokój rekreacyjny z sanitariatem	1	25	25,00
28.	Pokój psychologa	1	14	14,00
29.	Sekretariat	1	14	14,00
30.	Sala zabiegowa opatrunkowa i inwazyjnego leczenia bólu	1	25	25,00
31.	Pokój pożegnań	1	15	15,00
32.	Pokój do przechowywania zwłok	1	12	12,00
33.	WC ogólne	2	9	18,00

34.	Ciągi komunikacyjne	25%	225,00
Razem pozostałe			584,00
Ośrodek Pobytu Dziennego z rehabilitacją			
35.	Pokój dziennego pobytu i terapii zajęciowej+ jadalnia	1	60,00
36.	Pokój odpoczynku	1	18,00
37.	Gabinet zabiegowy	1	21,00
38.	Gabinet fizykoterapii	1	20,00
39.	Sala gimnastyczna z aneksem - rozbieralnią	1	40,00
40.	Gabinet masażu	1	14,00
41.	Gabinet hydroterapii	1	20,00
42.	Gabinet dodatkowy	1	12,00
43.	Kuchenska oddziałowa	1	6,00
44.	Brudownik	1	6,00
45.	Magazynek czystej bielizny	1	4,00
46.	Łazienka z opcją dla niepełnosprawnych	1	8,00
47.	WC męskie	1	6,00
48.	WC damskie	1	6,00
49.	WC personelu	1	6,00
50.	Ciągi komunikacyjne	25%	60,00
Razem Ośrodek Dzienny			307,00
Ambulatorium			
51.	Poczekalnia - kawiarenka/ rejestracja	1	50,00
52.	Gabinet poradni dla rodzin i osieroconych	1	14,00
53.	Gabinet psychologa	1	16,00
54.	Gabinet poradni leczenia bólu	1	14,00
55.	Gabinet poradni opieki paliatywnej	2	24,00
56.	Gabinet pracownika socjalnego	1	12,00
57.	Magazyn/ pomieszczenie na dokumentację ambulat.	1	8,00
58.	Łazienka dla chorych	1	10,00
59.	Pokój socjalny dla personelu z węzłem sanitarnym	1	20,00
60.	Dodatkowy gabinet	1	12,00
61.	Ciągi komunikacyjne	1	20,00
Razem ambulatorium			200,00
Strefa techniczna			
62.	Szatnia personelu męska	1	0,00
63.	Szatnia personelu damska	1	0,00
64.	Łazienka damska	1	0,00
65.	Łazienka męska	1	0,00
66.	Magazyn bielizny	1	6,00
67.	Magazyn środków sanitarnych	1	6,00
68.	Magazyn sprzętu medycznego	1	6,00
69.	Magazyn inne	1	6,00
70.	Magazyn sprzętu medycznego brudnego	1	6,00
71.	Magazyn odpadów medycznych	1	6,00

72.	Magazyn brudnej bielizny	1	6	6,00
Razem strefa techniczna				42,00
Strefa wejściowa				
73.	Podjazd i wejście główne+hol +szatnia dla odwiedz.		50	50,00
74.	Podjazd i wejście do Działu Przyjęć	1	20	20,00
75.	Podjazd techniczny	1	0	0,00
Razem strefa wejściowa				70,00
Pomieszczenia specjalne				
76.	Kaplica	1	90	90,00
77.	Patio/ ogród zimowy	1	90	90,00
Razem				180,00
Ogółem pawilon 1				1 814,00
PAWILON NR 2				
Część ogólna				
78.	Hol	1	10	10,00
79.	Szatnia	1	8	8,00
80.	Kancelaria (wspólna dla obu pawilonów)	1	18	18,00
81.	WC	1	4	4,00
82.	WC dla niepełnosprawnych	1	6	6,00
Razem część ogólna				46,00
Ośrodek Koordynacji Hospicjum Domowego				
83.	Pokój odpraw	1	28	28,00
84.	Pomieszczenie zespołów wyjazdowych	1	12	12,00
85.	Pokój pielęgniarki koordynującej	1	12	12,00
86.	Gabinet lekarza kierującego zespołem	1	14	14,00
87.	Pomieszczenie na dokumentację	1	6	6,00
88.	Pomieszczenie magazynowe sprzętu	1	16	16,00
89.	Łazienka personelu	1	6	6,00
90.	Ciągi komunikacyjne		20	20,00
Razem Ośrodek Hospicjum Domowego				114,00
Dział Administracji				
91.	Gabinet dyrektora	1	18	18,00
92.	Sekretariat	1	14	14,00
93.	Pokój Gł. Księgowego	1	12	12,00
94.	Pokój księgowych	1	14	14,00
95.	Pokój działu kadr i płac	1	14	14,00
96.	Pokój kierownika administracyjno-technicznego	1	12	12,00
97.	Pokój Plg. Przełożonej	1	12	12,00
98.	Pokój statystyki i informatyki	1	12	12,00
99.	WC męska	1	4	4,00
100.	WC damska	1	4	4,00
101.	Ciągi komunikacyjne 25%	1		30,00

Razem administracja				146,00
Część edukacyjna				
102.	Sala wykładowa	1	120	120,00
103.	Pokój wykładowców	1	12	12,00
104.	Holl	1	30	30,00
105.	Pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym	4	17	68,00
106.	Pokój dwuosobowy z węzłem sanitarnym	5	21	105,00
107.	Pokój trzyosobowy z węzłem sanitarnym	3	29	87,00
108.	WC damskie	1	8	8,00
109.	WC męskie	1	8	8,00
110.	WC dla niepełnosprawnych	1	6	6,00
111.	Kuchenka z jadalnia	1	30	30,00
112.	Magazynek podręczny	1	8	8,00
113.	ciągi komunikacyjne 25%	1	100	100,00
Razem centrum edukacyjne				582,00
Strefa Wejściowa				
114.	Podjazd i wejście główne	1	0	0,00
115.	Podjazd techniczny	1	0	0,00
Razem strefa wejściowa				0,00
Ogółem pawilon 2				1 088,00
Powierzchnia ogółem				2 902,00

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 22 czerwca 2005 r.

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

(Dz. U. z dnia 29 czerwca 2005 r.)

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

Rozdział 1

Przepisy ogólne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 7. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) zakład opieki zdrowotnej zamkniętej - szpital lub inny zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych;

2) przychodnia - zakład opieki zdrowotnej otwartej (ambulatoryjnej) prowadzący działalność diagnostyczną i leczniczą zarówno w zakładzie, jak i poza nim;

3) oddział łóżkowy - jednostkę organizacyjną grupującą chorych objętych opieką jednej ze specjalności medycznych lub tym samym stopniem natężenia opieki lekarskiej i pielęgnarskiej;

4) oddział pomocy doraźnej - zespół pomieszczeń zapewniający:

a) udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej,

b) wykonywanie zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych z ewentualnymi opatrunkami gipsowymi wraz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi;

5) odcinek pielęgnacyjny - podstawową jednostkę funkcjonalną i organizacyjną oddziału lub pododdziału działającą według kryterium płci, wieku lub wymagań epidemiologicznych, obsługiwana przez jeden zespół pielęgniarstwa; w szczególnych przypadkach odcinek pielęgnacyjny może być organizowany w zależności od innych wymagań specjalnych, takich jak progresja w postępowaniu leczniczym bez uwzględnienia czynnika płci, wieku lub specjalności medycznej;

6) dział - jednostkę organizacyjną szpitala działającą według specyfiki prowadzonej działalności oraz podlegającą specyficznej dyscyplinie naukowej lub technicznej; w zależności od tej specyfiki wyróżnia się następujące grupy działów:

- a) diagnostyczne i zabiegowe, w szczególności medyczne laboratorium diagnostyczne, zakład diagnostyki obrazowej, pracownia badań endoskopowych, zespół operacyjny,
- b) zaopatrzenia medycznego, w szczególności apteka, centralna sterylizatornia,
- c) administracyjno-socjalne, w szczególności administracyjny, statystyki i informacji medycznej oraz socjalny,
- d) gospodarcze, w szczególności kuchnia i pralnia,
- e) techniczne, w szczególności kotłownia i centralna dezynfektornia - stacja przygotowania łóżek;

7) sterylizatornia podręczna - zespół następujących pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej połączonych okienkiem i służą:

- a) pomieszczenia mycia i dezynfekcji - przeznaczonego do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, elementów aparatury anestetycznej, obuwia chirurgicznego, wyposażonego w myjnię - dezynfektor,
- b) pomieszczenia sterylizacji - przeznaczonego do pakietowania narzędzi i materiałów poddawanych sterylizacji, sterylizowania i magazynowania wysterylizowanych materiałów, wyposażonego w nieprzelotowy sterylizator parowy;

8) brudownik - pomieszczenie w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej służące do opróżniania i dezynfekowania, przechowywania kacek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w myjnię - dezynfektor oraz w wentylację mechaniczną wyciągową;

9) składzik porządkowy - pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu wielokrotnego użycia stosowanego do utrzymywania czystości, a w przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, służące również do składowania brudnej bielizny i odpadów;

10) izolatka - zespół pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej przeznaczonych dla pobytu jednego pacjenta, spełniający wymagania określone w § 23;

11) separatka - zespół pomieszczeń w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej przeznaczonych dla jednego lub dwóch pacjentów, spełniający wymagania określone w § 24;

12) śluza szatniowa - zespół pomieszczeń znajdujących się przed wejściem do działów o podwyższonej aseptryce lub mogących stanowić zagrożenie epidemiologiczne ze względu na charakter wykonywanych czynności, spełniający wymagania określone w § 26;

13) poczekalnia pacjentów - pomieszczenie organizowane przed gabinetami, w których przeprowadzane są badania lub zabiegi;

14) sterylizacja - proces, w wyniku którego zostają zniszczone wszystkie drobnoustroje oraz ich formy przetrwalnikowe przez zastosowanie czynników fizycznych lub chemicznych;

15) dezynfekcja - proces, w wyniku którego zostają zniszczone formy wegetatywne drobnoustrojów za pomocą metod fizycznych, chemicznych lub biologicznych;

16) modułowa szerokość pokoju łóżkowego - szerokość pomieszczenia umożliwiająca optymalne ustawienie w nim łóżek, przyjęta jako moduł projektowy;

17) węzeł komunikacji pionowej - klatka schodowa wraz z zespołem dźwigów osobowych, dostępne ze wspólnego holu;

18) śluza umywalkowo-fartuchowa - zespół pomieszczeń spełniający wymagania określone w § 25;

19) kabina higieny osobistej - wyodrębnione pomieszczenie wyposażone w bidet, miskę ustępową i umywalkę.

Rozdział 2

Wymagania ogólnoprzestrzenne

§ 8. 1. Zakład opieki zdrowotnej powinien stanowić samodzielny budynek lub zespół budynków.

2. Dopuszcza się lokalizowanie zakładu opieki zdrowotnej w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitej izolacji pożarowej od pomieszczeń innych użytkowników budynku.

3. Pomieszczenia zakładu nie powinny znajdować się poniżej parteru. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, z wyjątkiem pokoi chorych, poniżej parteru, pod warunkiem obniżenia otaczającego terenu o 30 cm poniżej podłogi przyległych pomieszczeń, poprzez wykonanie skarpy o nachyleniu nie większym niż 45°.
4. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń o charakterze technicznym i pomocniczym jak magazyny, szatnie personelu, kuchnie, pralnie, poniżej poziomu parteru.
5. W szpitalu powinien znajdować się co najmniej jeden składzik porządkowy dla każdej komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia zdrowotne.
6. Przepisów ust. 2 nie stosuje się do zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia.

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 3

Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

§ 15. 1. W głównym holu wejściowym zakładu opieki zdrowotnej powinny być, w szczególności:

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

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

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

§ 16. 1. Punkt pobierania prób do analiz wraz z boksem przyjmowania materiałów i wydawania wyników może być częścią medycznego laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego.

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

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

§ 18. Powierzchnia pokoi łóżkowych w zależności od oddziału powinna wynosić:

- 1) w przypadku oddziału o zunifikowanym układzie przestrzennym, w tym pododdziałów dla dzieci starszych:
 - a) pokoju 1-łóżkowego - co najmniej 12,0 m²,
 - b) pokoju 2-łóżkowego - co najmniej 14,0 m²,
 - c) pokoju 3-5-łóżkowego - co najmniej 6,0 m² na 1 łóżko;
- 2) w przypadku oddziału położniczego:
 - a) w systemie "matka z dzieckiem":
 - pokoju 1-łóżkowego - co najmniej 14,0 m²,

- pokoju 2-lózkowego - co najmniej 18,0 m²,
- b) w systemie korespondencyjnym:
 - pokoju 3-lózkowego matek - co najmniej 18,0 m²,
 - pokoju 7-lózkowego noworodków - co najmniej 18,0 m²;
- 3) w przypadku oddziału dziecięcego i noworodkowego:
 - a) pokoje dla dzieci młodszych:
 - pokoju 1-lózkowego - co najmniej 8,0 m²,
 - pokoju 2-lózkowego - co najmniej 10,0 m²,
 - pokoju 3-lózkowego - co najmniej 14,0 m²,
 - pokoju 4-lózkowego - co najmniej 18,0 m²,
 - b) na każde stanowisko noworodka należy przyjmować:
 - w pokoju noworodków obserwowanych i wcześniaków - 5,0 m²,
 - w pokoju intensywnej opieki noworodka - 10,0 m²;
- 4) w przypadku oddziału intensywnej terapii:
 - a) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m²,
 - b) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko;
- 5) w przypadku intensywnego nadzoru kardiologicznego - co najmniej 14,0 m² na każde łóżko;
- 6) w przypadku pokoi dializ łącznie ze stanowiskiem nadzoru pielęgniarstwa:
 - a) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 14,0 m²,
 - b) pokój 2-stanowiskowy - co najmniej 24,0 m²,
 - c) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 10,0 m² na 1 stanowisko.

§ 19. 1. Co najmniej 10 % ogólnej liczby łóżek oddziału powinno być umieszczonych w pokojach 1- lub 2-lózkowych wyposażonych we własne pomieszczenia higieniczno-sanitarne.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

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

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

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

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

- 1) pomieszczenia pobytu pacjenta, o powierzchni co najmniej 8,0 m² wyposażonego w umywalkę;
 - 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarного wyposażonego co najmniej w ustęp, umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, natrysk i myjnię-dezynfektor basenów, dostępnego z pomieszczenia pobytu;
 - 3) śluzę umywalkowo-fartuchową pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.
2. Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia (ciśnienie w izolatce niższe niż na korytarzu i w śluzie).
3. Pomieszczenie pobytu pacjenta powinno mieć bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku.

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

- 1) pomieszczenia pobytu pacjentów, o powierzchni:
 - a) dla 1 pacjenta co najmniej - 8,0 m²,
 - b) dla 2 pacjentów co najmniej - 12,0 m²;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarного, wyposażonego co najmniej w ustęp, umywalkę i dozownik mydła w płynie, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta;
- 3) śluzę umywalkowo-fartuchową pomiędzy pomieszczeniem pobytu i ogólną drogą komunikacyjną.

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

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

§ 26. 1. Śluza szatniowa składa się z:

- 1) szatni brudnej, przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w dwudzielną szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwie;

- 2) szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubrania w czyste ubranie jednorazowego użycia oraz obuwie służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził pracownik, wyposażonej w:
- a) obuwie nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - b) regał na obuwie,
 - c) regał na czyste ubrania,
 - d) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, w skład którego wchodzi: ustęp, natrysk i umywalka.
2. Dla służby szatniowej powierzchnię ustala się, przyjmując co najmniej 0,3 m² wolnej powierzchni dla każdej szatni na jednego pracownika korzystającego z tej służby, lecz nie mniejszą niż 4,0 m².

§ 27. Wielkość poczekalni pacjentów określa się, przyjmując co najmniej 2,0 m² na gabinet lekarski lub zabiegowy bez powierzchni komunikacyjnych.

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

- 1) zbiorowe - dla odcinka pielęgnacyjnego lub
 - 2) indywidualne - przy pokojach.
2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne, o których mowa w ust. 1, powinny być wyposażone w:
- 1) ustęp;
 - 2) umywalkę;
 - 3) natrysk przystosowany dla osób niepełnosprawnych.
3. Zbiorowe pomieszczenia higieniczno-sanitarne, o których mowa w ust. 1 pkt 1, powinny być odrębne dla kobiet i mężczyzn.

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

2. Na każdej kondygnacji dostępnej dla osób niepełnosprawnych co najmniej jedno z ogólnodostępnych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych powinno być przystosowane dla tych osób.
3. W przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich, niezależnie od liczby kondygnacji, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów powinno być dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo.

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

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

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

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

- 1) w przypadku centralnej dystrybucji (system tacowy) i centralnego mycia lub zaopatrywania w posiłki przygotowywane poza zakładem - oddział lub odcinek powinien być wyposażony w kuchenkę przeznaczoną wyłącznie do przyrządzania i podgrzewania napojów oraz podgrzewania posiłków; w tym przypadku z centralnego mycia naczyń powinny być wyłączone naczynia z oddziałów zakaźno-obsługowych oraz chorób płuc i gruźlicy, które powinny być dostarczane po dezynfekcji termicznej maszynowej;
- 2) w przypadku rozdziału posiłków dostarczanych z kuchni centralnej zlokalizowanej na terenie zakładu i mycia naczyń na oddziale, kuchenska oddziałowa powinna posiadać na jednej ścianie ciąg technologiczny podgrzewania i rozdziału posiłków oraz przechowywania naczyń stołowych, a na drugiej ciąg mycia naczyń ze zlewozmywakiem dwukomorowym i maszyną do mycia naczyń oraz umywalkę;
- 3) w oddziałach: dziecięcym, położniczo-ginekologicznym, zakaźno-obsługowym, a także chorób płuc i gruźlicy, kuchenska 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 kuchenska właściwa i zmywalnia powinny być połączone ze sobą okienkiem podawczym, a w oddziałach zakaźno-obsługowych oraz chorób płuc i gruźlicy przelotowym sterylizatorem.

2. Niezależnie od organizacji kuchenki oddziałowej należy w niej zainstalować umywalkę i zlewozmywak dwukomorowy oraz hermetycznie zamykane pojemniki na odpady pokonsumpcyjne.
3. W oddziałach (pododdziałach) łóżkowych, na których przebywają niemowlęta lub noworodki, powinna być urządzona kuchenka mleczna przystosowana do przygotowywania mieszanek.
4. Zespół pomieszczeń kuchenki mlecznej powinien umożliwiać:
 - 1) przygotowywanie mieszanek i napojów na wodzie oczyszczonej (aqua purificata w rozumieniu Farmakopei Polskiej);
 - 2) mycie butelek i smoczków;
 - 3) sterylizację butelek i smoczków - w przypadku gdy nie są one dostarczane z centralnej sterylizatorni.
5. Wymagania określone w ust. 3 i 4 dotyczą przypadków stosowania gotowych mieszanek dostarczanych w sterylnych opakowaniach jednorazowego użytku.

§ 33. W oddziałach i działach łóżkowych zakładu opieki zdrowotnej zamkniętej powinno znajdować się pomieszczenie lub miejsce przeznaczone do składowania bielizny czystej.

§ 34. Leki cytostatyczne powinny być przygotowywane w pomieszczeniu wyposażonym w łożę z nawiewem laminarnym, zapewniającą usuwanie oczyszczonego przez nią powietrza na zewnątrz.

§ 35. 1. Dla pracowników zakładu opieki zdrowotnej należy zorganizować pomieszczenia higieniczno-sanitarne na zasadach określonych w przepisach o bezpieczeństwie i higienie pracy.

2. Dla pracowników kuchni, pralni, punktu unieszkodliwiania odpadów, kotłowni, warsztatów, zwierzętarni, zakładu patomorfologii (jeżeli jest zlokalizowany w osobnym pawilonie), oddziału zakaźno-obsługowego oraz chorób płuc i gruźlicy należy zorganizować odrębne szatnie. Dla oddziału zakaźno-obsługowego oraz chorób płuc i gruźlicy należy urządzać szatnie przepustowe.

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

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

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

§ 37. Minimalna szerokość korytarza w działach o zwiększonym ruchu wózków lub łóżek z pacjentami (zespół operacyjny, oddział ratunkowy, oddział pomocy doraźnej, przyjęć i wypisów, oddział anestezjologii i intensywnej terapii) powinna wynosić 2,8 m w świetle.

§ 38. Szerokość korytarzy, o których mowa w § 36 i 37, nie może być zawężona drzwiami otwierającymi się na korytarz z dostępnych z niego pomieszczeń.

§ 39. 1. W oddziałach i działach przy pochylniach i schodach oraz w korytarzach i zespołach sanitarnych powinny być poręcze, pochwytów lub inne podobne urządzenia.

2. Pochwyty w korytarzach mogą stanowić jednocześnie listwy odbojowe.

§ 40. 1. Minimalna szerokość tuneli, w tym podziemnych, łączących wydzielone pawilony z zespołem głównym, którymi odbywa się ruch wózków akumulatorowych i innych urządzeń transportowych, powinna wynikać z organizacji ruchu, w tym warunków ewakuacji.

2. Z tuneli o długości powyżej 20,0 m powinna być możliwość wyjazdu na powierzchnię terenu.

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

§ 42. Meble w zakładzie opieki zdrowotnej powinny umożliwiać ich mycie oraz dezynfekowanie. Nie dotyczy to mebli w pomieszczeniach administracyjno-biurowych.

Rozdział 4

Wymagania ogólnobudowlane

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

§ 44. 1. Podłogi powinny być wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwe i odporne na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy działów administracyjno-socjalnych.
3. Podłogi drewniane mogą być stosowane wyłącznie w salach kinezyterapii i pomieszczeniach administracyjnych oraz oddziałach sanatoryjnych.
4. Cokoły przy podłogach pomieszczeń lekarsko-zabiegowych, łóżkowych, korytarzy komunikacyjnych w szpitalach, a w innych zakładach opieki zdrowotnej w pomieszczeniach o podwyższonej aseptryce, powinny być wykonane do wysokości co najmniej 0,08 m, z materiałów odpowiadających wymaganiom dla podłóg w tych pomieszczeniach. Styki cokołów z posadzką powinny być zaokrąglone.

§ 45. 1. Ściany pomieszczeń, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i technicznych, powinny być zmywalne do wysokości 2,05 m.
2. W pomieszczeniach wymagających częstej dezynfekcji lub utrzymania aseptyki ściany na całej wysokości powinny być wyłożone materiałami trwałymi, gładkimi, zmywalnymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.

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

§ 47. W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności oddziałów o charakterze infekcyjnym, pracowni mikrobiologicznych, sal operacyjnych, zabiegowych i porodowych, pokoi 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 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.
2. Budynek mieszczący szpital do 50 łóżek lub budynek, w którym mieści się taki zakład opieki zdrowotnej posiadający więcej niż jedną kondygnację, powinien być wyposażony co najmniej w jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łóżkach.
3. W budynkach zakładów opieki zdrowotnej - innych niż wymienione w ust. 1 i 2, posiadających do dwóch kondygnacji dźwig można zastąpić innym urządzeniem technicznym umożliwiającym wjazd niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich na wyższą kondygnację.
4. W oddziałach psychiatrycznych i żłobkach dopuszcza się odstępstwo od wymagań określonych w ust. 1 i 2.
5. Wymagania określone w ust. 1-3 nie dotyczą zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.

§ 49. 1. Wysokość pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi, poza wymaganiami określonymi w przepisach prawa budowlanego, powinna uwzględniać gabarytowe wymagania wynikające z instalowanego w nich sprzętu specjalistycznego.
2. Wysokość pokoi łóżkowych w szpitalach powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle.
3. W szpitalach do 50 łóżek wysokość pokoi łóżkowych może wynosić co najmniej 2,5 m w świetle.
4. Wysokość sal operacyjnych oraz zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi wymagające znieczulenia ogólnego, a także pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej, powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle stropu podwieszonego.
5. Dopuszcza się zmniejszenie wysokości pomieszczeń wymienionych w ust. 2 i 4 o 5 %.
6. W zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, w których nie można dostosować wysokości pomieszczeń do wymagań określonych w rozporządzeniu bez naruszenia konstrukcji nośnej budynku zakładu, dopuszcza się wysokość pomieszczeń co najmniej 2,5 m w świetle.
7. Główny Inspektor Sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, wydaje albo odmawia wydania zgody na odstępstwo określone w ust. 6.

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

§ 51. 1. Szerokość drzwi, przez które może odbywać się ruch pacjentów na łóżkach, powinna wynosić co najmniej 1,1 m, a do sal operacyjnych - co najmniej 1,2 m.
2. Dopuszcza się zmniejszenie szerokości drzwi do pomieszczeń wymienionych w ust. 1 o 10 %.
3. W przypadku konieczności stosowania drzwi szerszych niż określone w ust. 1, w szczególności w przypadku pracowni rentgenowskich lub ciągów komunikacyjnych, należy stosować drzwi co najmniej półtoraskrzydłowe, z tym że część szersza powinna mieć co najmniej 1,1 m.

§ 52. 1. W zakładzie opieki zdrowotnej mogą być instalowane drzwi przesuwne, obrotowe oraz wahadłowe przezierne pod warunkiem spełnienia wymagania prawa budowlanego w zakresie przepisów o drogach ewakuacyjnych.
2. Konstrukcja drzwi przesuwnych powinna zapewniać ich szczelność oraz umożliwiać dezynfekcję drzwi wraz z prowadnicami.
3. Jeżeli drzwi przesuwne lub obrotowe stanowią główne wejście do zakładu opieki zdrowotnej, wymagana jest instalacja drzwi rozwieranych.

§ 53. 1. Okna w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny posiadać wszystkie elementy otwierane (rozwieralne lub rozwieralno-uchylne). W zakładach opieki zdrowotnej zamknięte okna powinny być wyposażone w nawiewniki usytuowane w górnej części otworu okiennego zaopatrzone w system regulacji dostępny z poziomu podłogi, a skrzydła okienne powinny mieć regulowane stopnie otwarcia.
2. Wymagania określone w ust. 1 nie dotyczą pomieszczeń wyposażonych w klimatyzację.

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

Rozdział 5

Oświetlenie dzienne

§ 55. 1. Pomieszczenia przeznaczone do pobytu pacjentów i pracowników powinny mieć zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego, z zastrzeżeniem § 56.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy pomieszczeń, w których ze względu na przeznaczenie i wymagania technologiczne niewskazane jest oświetlenie światłem dziennym, w szczególności sal operacyjnych, sal diagnostyki obrazowej, ciemni i sal audio-wizualnych, lub gdy jest to uzasadnione ze względów funkcjonalno-organizacyjnych, takich jak w szczególności pomieszczenia rejestracji, punkty pielęgniarские lub gabinety badań w oddziale pomocy doraźnej oraz dziale przyjęć.

§ 56. 1. Dopuszcza się brak oświetlenia dziennego w pomieszczeniach przeznaczonych do pobytu ludzi, w przypadku braku możliwości uzyskania dostępu do okien ze względów funkcjonalnych lub technicznych, pod warunkiem zapewnienia w tych pomieszczeniach odpowiedniego oświetlenia sztucznego oraz wentylacji mechanicznej lub klimatyzacji w zależności od przeznaczenia.
2. Oświetlenie pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi wyłącznie światłem sztucznym w przypadkach innych niż technologiczne dopuszcza się na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie [art. 7](#) ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016, z późn. zm.³⁾).

§ 57. 1. Korytarze powinny mieć dwustronne czołowe oświetlenie dzienne oraz zapewnioną możliwość wietrzenia, w przypadku gdy obiekt posiada wyłącznie wentylację grawitacyjną.
2. Korytarz pozbawiony oświetlenia czołowego lub dłuższy niż 20,0 m przy oświetleniu czołowym jednostronnym oraz dłuższy niż 40,0 m przy oświetleniu czołowym dwustronnym powinien mieć boczne zatoki rozświetlające co 20,0 m.
3. W szpitalach do 50 łóżek i przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się korytarze i poczekalnie bez oświetlenia dziennego, pod warunkiem zapewnienia odpowiedniego oświetlenia sztucznego i właściwej wentylacji.

§ 58. Jeżeli orientacja okien pomieszczeń przeznaczonych do pobytu ludzi może powodować nadmierne naświetlenie tych pomieszczeń, powinny być zainstalowane urządzenia zabezpieczające przed nadmierną

penetracją promieni słonecznych i przegrzewaniem. Urządzenia te muszą być łatwe do utrzymania w czystości oraz nie mogą powodować gromadzenia się w nich zanieczyszczeń.

Rozdział 6

Wymagania dotyczące instalacji

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

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

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

§ 61. 1. Wszystkie gabinety badań i pokoje zabiegowe powinny być wyposażone w umywalki.
2. Pokoje zabiegowe oraz pomieszczenia, w których przewiduje się udzielanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, powinny być wyposażone w zlew co najmniej jednokomorowy.

§ 62. W pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej, z wyłączeniem szpitali sanatoryjnych, nie dopuszcza się instalowania wanien stałych, z wyjątkiem wanien przeznaczonych dla celów terapeutycznych. Mycie chorych powinno odbywać się w natrysku bądź 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 medyczne laboratorium diagnostyczne, kotłownia lub kuchnia centralna.

§ 64. 1. Instalacje, o których mowa w § 59, powinny być podtynkowe lub wtynkowe, chyba że przepisy określające warunki techniczne, jakim powinny odpowiadać obiekty budowlane, stanowią inaczej.
2. Instalacje elektryczne powinny być w całości instalacjami krytymi lub prowadzone na specjalnych konstrukcjach w zamkniętych przestrzeniach technicznych.

§ 65. 1. Grzejniki powinny być mocowane do ściany nie niżej niż 0,10 m od podłogi i nie bliżej niż 0,10 m od lica ściany wykończonej. W zakładach opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia dopuszcza się, z wyjątkiem pomieszczeń o podwyższonej aseptyce, zainstalowanie grzejników nie bliżej niż 0,06 m od lica ściany wykończonej.
2. Grzejniki powinny być gładkie, umożliwiające ich mycie i utrzymanie w czystości.
3. Nie dopuszcza się ogrzewania sufitowego oraz instalowania grzejników z rur ożebrowanych, z wyjątkiem pomieszczeń technicznych.

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

§ 67. W pomieszczeniach, w których względy technologiczne lub podwyższony standard tego wymagają, należy stosować klimatyzację. Zaleca się klimatyzowanie pokoi noworodków.

§ 68. W pomieszczeniach wymagających wysokiego stopnia czystości mikrobiologicznej instalacja klimatyzacji lub wentylacji mechanicznej powinna zapewniać nawiew powietrza poprzez filtr zapewniający wymaganą czystość powietrza.

§ 69. W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, gdzie stosowany jest podtlenek azotu nawiew powietrza powinien odbywać się górną, a wyciąg powietrza w 20 % górną i w 80 % dołem. Rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.

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

2. Wentylacja mechaniczna i klimatyzacja powinny podlegać okresowemu czyszczeniu, a instalacja klimatyzacji powinna ponadto podlegać dezynfekcji.

§ 71. W pomieszczeniach, w których wykorzystywane będą gazy medyczne, osprzęt instalacji elektrycznych należy instalować na wysokości 1,6 m nad posadzką.

§ 72. Osprzęt instalacji elektrycznych w pokojach, w których przebywają dzieci bez nadzoru dorosłych, powinien być zabezpieczony przed dostępem pacjentów i instalowany na wysokości 1,8 m nad posadzką.

§ 73. Podstawowymi źródłami zaopatrzenia w wodę i nośniki energetyczne powinny być miejscowe sieci uzbrojenia komunalnego i energetyki.

§ 74. Rezerwowymi źródłami zaopatrzenia zakładu opieki zdrowotnej zamkniętej powinny być:

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

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

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

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

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

2) 31 grudnia 2008 r. - w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

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

3. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez:

1) ministra właściwego do spraw wewnętrznych - program opiniuje Państwowy Inspektor Sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;

2) Ministra Obrony Narodowej - program opiniuje Wojskowy Inspektor Sanitarny.

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

2. Do postępowania toczącego się w dniu wejścia w życie rozporządzenia w sprawie wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru w związku z 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 rozporządzenia, stosuje się przepisy niniejszego rozporządzenia.

§ 78. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i 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, z 1999 r. Nr 94, poz. 1098 oraz z 2004 r. Nr 251, poz. 2517 i 2518).

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

¹⁾ 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).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.

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

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

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

I. Oddział pomocy doraźnej oraz dział przyjęć

1. Oddział pomocy doraźnej należy organizować w szpitalach, w których nie przewiduje się oddziału ratunkowego (SOR), z wyjątkiem zakładów przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności.

2. Usytuowanie oddziału pomocy doraźnej powinno zapewnić jego łatwą komunikację z:

- 1) oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) zespołem operacyjnym;
- 3) zespołem diagnostyki obrazowej;
- 4) węzłem komunikacji pionowej.

3. Dział przyjęć organizowany jest przede wszystkim dla przyjęć planowanych, niewymagających pomocy doraźnej. Powinien on stanowić osobny ciąg funkcjonalny, oddzielony od oddziału ratunkowego (SOR) lub oddziału pomocy doraźnej.

4. Dział przyjęć z oddziałem ratunkowym (SOR) lub oddziałem pomocy doraźnej powinien posiadać bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem, umożliwiające podjazd dla dwóch karettek pogotowia jednocześnie. Przetransportowanie chorego z karetki lub samochodu powinno odbywać się w pomieszczeniu zamkniętym, przelotowym dla karettek.

5. Zakłady do 50 łóżek, zakłady opieki paliatywnej lub sanatoria mogą być wyposażone w podjazd dla jednej karetki, a przetransportowanie chorego z karetki lub samochodu może odbywać się w przestrzeni zadaszonej i otwartej.

6. W skład działu przyjęć powinny wchodzić pomieszczenia zapewniające:

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

II. Oddziały szpitalne (łóżkowe) zunifikowane

1. Oddział szpitalny jest miejscem stałego pobytu pacjenta w czasie jego hospitalizacji. Oddział dzieli się na pododdziały i odcinki pielęgnacyjne.
2. Odcinek pielęgnacyjny może liczyć nie więcej niż 35 łóżek.
3. Odcinek pielęgnacyjny wchodzący w skład oddziału składa się z:
 - 1) pokoi pacjentów;
 - 2) pokoju dziennego pobytu - pokój ten może być wspólny dla oddziału;
 - 3) pokoju lekarzy;
 - 4) punktu pielęgniarskiego z pokojem zabiegowym pielęgniarskim;
 - 5) pokoju zabiegowego - w zależności od potrzeb;
 - 6) łazienki pacjentów, w której skład wchodzi natrysk i wózek - wanna;
 - 7) pomieszczeń higieniczno-sanitarnych pacjentów przy pokojach chorych lub zbiorowych, przy czym co najmniej jedna kabina ustępowa z umywalką powinna być dostępna dla pacjentów niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
 - 8) brudownika z przedsionkiem;
 - 9) składziku porządkowego wyposażonego w zlew co najmniej jednokomorowy zawieszony na wysokości 0,5 m od podłogi; w zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia dopuszcza się wspólny składzik porządkowy z brudownikiem dla jednej jednostki organizacyjnej, lecz nie mniej niż jeden na kondygnacji;
 - 10) ustępu personelu;
 - 11) składziku czystej bielizny lub odpowiedniej ilości szaf;
 - 12) innych pomieszczeń niezbędnych ze względu na specyfikę oddziału i bezpieczeństwo epidemiologiczne.
4. W części ogólnej oddziału powinny znajdować się:
 - 1) pokój kierownika oddziału;
 - 2) pokój pielęgniarki oddziałowej;
 - 3) sekretariat medyczny;
 - 4) pokój badań;
 - 5) pokój lekarza dyżurnego wyposażony w zespół sanitarny;
 - 6) kuchenka oddziałowa;
 - 7) magazyn sprzętu;
 - 8) nieogrzewane pomieszczenie na wózek do przewożenia zwłok;
 - 9) ustęp dla odwiedzających;
 - 10) inne pomieszczenia niezbędne ze względu na specyfikę oddziału i bezpieczeństwo epidemiologiczne.
5. Dopuszcza się łączenie sekretariatu medycznego z pokojem pielęgniarki oddziałowej we wspólnych pomieszczeniach.
6. W oddziałach chirurgicznych sprawujących opiekę nad dorosłymi i dziećmi należy 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 wzmoczonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym. Powierzchnia pokoju powinna wynosić nie mniej niż 14,0 m² na łóżko.

III. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

1. Usytuowanie oddziału powinno zapewnić komunikację z zespołem operacyjnym, oddziałem ratunkowym lub oddziałem doraźnej pomocy, oddziałem przyjęć oraz z wszystkimi oddziałami łózkowymi.
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 magazyn sprzętu i aparatury.
6. Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić 2-5 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.
7. Oddział powinien być wyposażony w następującą aparaturę i sprzęt medyczny:
 - 1) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną - 1 na 2 stanowiska intensywnej terapii;
 - 2) elektryczne urządzenie do ssania - 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale;
 - 3) stymulator zewnętrzny - 1 na oddział oraz dodatkowe wyposażenie stanowiska intensywnej terapii;
 - 4) urządzenie do pomiaru rzutu serca - 1 na 4 stanowiska intensywnej terapii;
 - 5) aparat do hemodializy lub hemofiltracji maszynowej - 1 na oddział liczący co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
 - 6) bronchofiberoskop - 1 na oddział;
 - 7) aparat do monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - 1 na oddział liczący co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii;
 - 8) przyłóżkowy aparat rtg - 1 na oddział;
 - 9) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji - 2 na oddział.
8. Stanowisko intensywnej terapii powinno być wyposażone w:
 - 1) łóżko do intensywnej terapii;
 - 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %;
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni;
 - 4) zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny);
 - 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych;
 - 6) kardiomonitor;
 - 7) pulsoksymetr;
 - 8) kapnograf - 1 na dwa stanowiska;
 - 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
 - 10) respirator transportowy;
 - 11) materac do ogrzewania pacjentów w oddziale pediatrycznym - 2 na oddział;
 - 12) fonendoskop.
9. Stanowisko znieczulenia powinno być wyposażone w:
 - 1) aparat do znieczulenia ogólnego;
 - 2) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym;
 - 3) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe;
 - 4) źródło tlenu, podtlenu azotu, powietrza i próżni;
 - 5) urządzenie do ssania;
 - 6) zestaw do intubacji dotchawiczej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami;
 - 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji - 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną;
 - 8) wyciąg gazów anestetycznych;
 - 9) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym;
 - 10) znormalizowany stolik (wózek) anestezjologiczny;
 - 11) źródło światła;
 - 12) sprzęt do dożylnego podawania leków;
 - 13) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy;
 - 14) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
 - 15) termometr;
 - 16) pulsoksymetr;
 - 17) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych;
 - 18) kardiomonitor;
 - 19) kapnograf;
 - 20) monitor zwiótczenia mięśniowego - 1 na 2 stanowiska znieczulenia;

- 21) monitor gazów anestetycznych - 1 na każde stanowisko znieczulenia wraz z dodatkowym wyposażeniem stanowiska znieczulenia;
 - 22) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
 - 23) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi - 1 na 4 stanowiska znieczulenia;
 - 24) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych;
 - 25) urządzenie do ogrzewania pacjenta - 1 na cztery stanowiska.
10. Aparatura anestetyczna stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc powinna być wyposażona ponadto w:
- 1) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym;
 - 2) alarm rozłączenia w układzie oddechowym;
 - 3) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania;
 - 4) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych.
11. Sala pooperacyjna (wybudzeń) powinna być wyposażona w:
- 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii;
 - 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji;
 - 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 % - co najmniej 1 na salę pooperacyjną (wybudzeń);
 - 4) 1 stanowisko nadzoru pooperacyjnego.
12. Stanowisko nadzoru pooperacyjnego w sali wybudzeń powinno być wyposażone w:
- 1) źródło tlenu, powietrza i próżni;
 - 2) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
 - 3) monitor EKG;
 - 4) pulsoksymetr;
 - 5) termometr.

IV. Oddział położniczo-ginekologiczny

- 1. Oddział, w zależności od wielkości szpitala, powinien dzielić się na następujące pododdziały lub odcinki:
 - 1) położniczy aseptyczny;
 - 2) patologii ciąży;
 - 3) ginekologiczny aseptyczny;
 - 4) położniczo-ginekologiczny;
 - 5) obserwacyjno-septyczny.
- 2. Z oddziałem położniczo-ginekologicznym powinien być ściśle zintegrowany oddział noworodkowy.
- 3. Wejście do pododdziału (odcinka) położniczego aseptycznego powinno prowadzić przez służę umywalkowo-fartuchową.
- 4. Pododdział (odcinek) położniczy aseptyczny powinien mieć bezpośrednie połączenie z zespołem porodowym, bez krzyżowania się z innymi drogami ruchu wewnątrzszpitalnego.
- 5. Pokoje łóżkowe na pododdziale (odcinku) położniczym aseptycznym powinny być urządzone w systemie:
 - 1) "matka z dzieckiem", w którym pokoje przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, lub
 - 2) korespondencyjnym, w którym pokój noworodków umieszczony jest pomiędzy dwoma pokojami matek.
- 6. W systemie "matka z dzieckiem" pokoje są wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
- 7. W systemie korespondencyjnym:
 - 1) należy stosować przeszklenie ścian wewnętrznych między pokojami matek a pokojem noworodków na zasadach określonych w części VI ust. 7 pkt 1, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową;
 - 2) pokój noworodków powinien być połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do pielęgnacji noworodka;
 - 3) wejście do pokoju noworodków od strony korytarza powinno prowadzić przez służę umywalkowo-fartuchową;
 - 4) liczba łóżeczek w pokoju noworodków powinna być o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach 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 pododdziale (odcinku) położniczym septycznym powinny być wyposażone w łóżka umożliwiające odebranie porodu.
12. Pokój zabiegowy w pododdziale (odcinku) położniczym septycznym powinien być przystosowany do odebrania porodu.
13. W pododdziale (odcinku) położniczym septycznym należy przewidzieć pokój dla noworodków; liczba łóżeczek powinna być o jedno większa od sumy łóżek w pokojach matek.

V. Oddział noworodkowy

1. Oddział noworodkowy jest ściśle zintegrowany z pododdziałem (odcinkiem) położnictwa aseptycznego.
2. W zależności od przyjętego systemu rozwiązania pokoi łóżkowych na pododdziale (odcinku) położnictwa aseptycznego powinny znajdować się odpowiednie pomieszczenia i urządzenia dla pielęgnacji noworodków, zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV ust. 6 i 7.
3. W oddziale powinny być wyodrębnione pokoje noworodków obserwowanych oraz wcześniaków zlokalizowane przy pomieszczeniach dla noworodków wymagających specjalnej lub intensywnej opieki. Pokoje te powinny posiadać śluzy umywalkowo-fartuchowe.
4. W sąsiedztwie zespołu porodowego tworzy się odcinek intensywnej opieki noworodka oraz pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej. Pomieszczenia te powinny być poprzedzone śluzami umywalkowo-fartuchowymi.
5. Liczbę stanowisk noworodków w odcinku intensywnej opieki należy ustalać, przyjmując 1-1,5 stanowiska na 1.000 porodów rocznie.

VI. Oddział dziecięcy

1. W ramach oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym powinien być wydzielony pododdział lub odcinek dzieci:
 - 1) młodszych do 3 lat;
 - 2) średnich od 3 do 12 lat;
 - 3) starszych od 12 do 18 lat.
2. Oddział dziecięcy, w miarę możliwości, powinien być zlokalizowany na parterze lub pierwszym piętrze szpitala i, jeśli to możliwe, połączony bezpośrednio z poradnią dla dzieci chorych, tak aby mogła ona pełnić również funkcję działu przyjęć dla dzieci.
3. W oddziale dziecięcym co najmniej 10 % łóżek powinno być umieszczonych w separatkach.
4. W odcinku dzieci młodszych co najmniej 20 % łóżek powinno być przeznaczonych na 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 4.
5. Pokoje łóżkowe przeznaczone dla dzieci młodszych powinny być wyposażone w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
6. Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych, jak również ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim, powinny być przeszklone w sposób umożliwiający ciągłą obserwację dzieci. W pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi powinny być przeszklone.
7. Do szklenia ścianek, o których mowa w ust. 6, należy używać szkła:
 - 1) o podwyższonej wytrzymałości na uderzenia;
 - 2) tłukącego się na drobne nieostre odłamki;
 - 3) posiadającego klasę odporności ogniowej wymaganą dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych - w przypadku gdy szyby stanowią jednocześnie ściany korytarza będącego drogą ewakuacyjną.
8. Dopuszcza się przeszklenie bez klasy odporności ogniowej w następujących przypadkach:
 - 1) gdy szyba stanowi ściankę dodatkowego korytarza przebiegającego równoległe do korytarza spełniającego w zakresie odporności ogniowej wymagania dla obudowy poziomych dróg ewakuacyjnych;
 - 2) gdy szyba stanowi ściankę podziału wewnętrznego pomieszczenia jednoprzestrzennego wydzielonego ścianami wewnętrznymi o wymaganej klasie odporności ogniowej.
9. W odcinku dzieci młodszych należy urządzić kuchenkę mleczną zorganizowaną według wymagań określonych w § 32 ust. 4 rozporządzenia.
10. W oddziale należy przewidywać dodatkowe łóżka w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczone dla pobytu rodziców.
11. W oddziale powinna znajdować się szatnia oraz natrysk z ustępem dla rodziców.
12. Okna w pokojach, w których przebywają dzieci, powinny być oszklone od wewnątrz szkłem o właściwościach określonych w ust. 7 pkt 1 i 2.
13. Okna, poza uchylnym nawietrzakiem górnym, powinny być zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez dzieci.

VII. Stacja dializ

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

VIII. Oddział zakaźno-obszerwacyjny

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 służę dla ludzi i zaopatrzenia między pawilonem a korytarzem ogólnodostępnym ruchu wewnątrzszpitalnego.
3. Służa, o której mowa w ust. 2, powinna:
 - 1) umożliwiać odbiór dostarczanych wózków z zewnątrz przez personel oddziałowy;
 - 2) być wyposażona w wentylację mechaniczną z nadciśnieniem w stosunku do sąsiednich korytarzy.
4. Oddział powinien mieć własny dział przyjęć oraz pomieszczenia dezynfekcji i przygotowania łóżek.
5. Poradnie chorób zakaźnych powinny być usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie oddziału. Nie dotyczy to oddziałów w zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed wejściem w życie rozporządzenia.
6. Odcinek obserwacyjny powinien składać się z pokoi 1-łóżkowych z osobnymi wejściami z zewnątrz budynku.
7. Wszystkie pokoje łóżkowe powinny być wyposażone w:
 - 1) umywalki;
 - 2) wejściowe służę umywalkowo-fartuchowe od strony korytarza;
 - 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne z miskami ustępowymi, natryskami, umywalkami i myjkami-dezynfektorami basenów, dostępne bezpośrednio z pokoju.
8. Wyjście z części czystej szatni dla personelu przeznaczonej na odzież domową powinno się znajdować poza strefą pomieszczeń związanych z działalnością oddziału.
9. W oddziale należy przewidzieć pomieszczenie dla wstępnej dezynfekcji sprzętu przekazywanego do centralnej sterylizatorni.
10. System wentylacji powinien uniemożliwiać rozprzestrzenianie się chorób drogą powietrzną przez wytworzenie gradientu ciśnienia w sposób powodujący powstawanie najwyższego ciśnienia w korytarzach oddziału, niższego o 5 % w służach prowadzących do sal chorych i niższego o 10 % w pokojach pacjentów i innych pomieszczeniach oddziału.
11. Powietrze powinno być usuwane na zewnątrz z systemu wentylacyjnego oddziału poprzez filtry zatrzymujące bakterie, wirusy i różnego rodzaju mikrocząsteczki.
12. Oddział powinien być wyposażony w urządzenia audiowizualne umożliwiające kontakt chorego z odwiedzającym.

IX. Oddział chorób płuc i gruźlicy

1. Oddział powinien być zlokalizowany w osobnym pawilonie lub w wydzielonym skrzydle budynku szpitala, mającym zapewniony bezpośredni dostęp z zewnątrz. Dopuszcza się usytuowanie oddziału w części budynku

szpitalnego z zapewnieniem izolacji i oddzielenia dróg komunikacyjnych od pozostałej części oraz zapewnienia bezpośredniego dostępu z zewnątrz.

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

X. Oddział opieki dziennej

1. Oddział opieki dziennej przeznaczony jest do udzielenia świadczeń o charakterze diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym w ciągu dnia, bez hospitalizacji całodobowej.

2. Oddział opieki dziennej w zależności od potrzeb, może być organizowany w formie:

- 1) samodzielnej jednostki;
- 2) odcinka w oddziale stacjonarnym;
- 3) sali opieki dziennej w oddziale stacjonarnym.

3. Usytuowanie oddziału w szpitalu powinno umożliwiać łatwe dojście dla pacjentów z zewnątrz oraz łatwy dostęp do działów diagnostycznych.

4. W zależności od potrzeb oddział opieki dziennej może mieć profil diagnostyczny, terapeutyczny lub inny.

5. W oddziale opieki dziennej o profilu diagnostycznym mogą być organizowane pomieszczenia do szybkiej diagnostyki specjalistycznej w zakresie zależnym od rodzaju przewidywanych badań diagnostycznych.

6. W oddziale opieki dziennej prowadzącym chemioterapię należy organizować pokój przygotowania wlewów cytostatycznych wyposażony zgodnie z przepisami § 34 rozporządzenia.

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

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

- 1) łóżka lub
- 2) częściowo w łóżka, a częściowo w fotele wypoczynkowe w przypadku oddziału opieki dziennej o profilu diagnostycznym lub terapeutycznym.

9. Pokoje pobytu pacjentów w oddziale opieki dziennej dla dzieci powinny być wyposażone, poza miejscami dla dzieci, w fotele dla opiekunów.

10. Oddział opieki dziennej powinien, w zależności od potrzeb, posiadać:

- 1) pomieszczenia pomocnicze wymienione w części II ust. 3;
- 2) szatnię odzieży wierzchniej dla pacjentów i osób towarzyszących;
- 3) poczekalnie.

XI. Oddział chirurgii jednego dnia

1. Oddział chirurgii jednego dnia przeznaczony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym w ciągu jednego dnia z możliwością czasowego pobytu na oddziale nieprzekraczającego 24 godzin.

2. Do oddziału stosuje się odpowiednio wymagania określone w części X ust. 2 i 3.

3. Oddział stanowiący samodzielną jednostkę powinien być wyposażony co najmniej w:

1) zespół operacyjny składający się co najmniej z 1 sali operacyjnej, urządzony zgodnie z wymaganiami określonymi w części XIII;

2) pokój wybudzeń;

3) inne pomieszczenia zabiegowe w zależności od rodzaju przewidywanych zabiegów;

4) podręczną sterylizatornię, gdy korzystanie z centralnej sterylizatorni jest utrudnione;

5) odcinek lub pokój łóżkowy pooperacyjny przewidziany do przebywania w nim pacjentów poniżej 24 godzin, wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi;

6) pokój lekarza dyżurnego z węzłem sanitarnym;

7) dział przyjęć pacjenta, w którego skład wchodzi szatnia i recepcja oraz ustęp w przypadku braku w pobliżu ustępu ogólnodostępnego;

8) niezbędne pomieszczenia zaplecza administracyjno-technicznego i socjalnego.

4. Oddział będący częścią lub odcinkiem w większym oddziale stacjonarnym powinien posiadać:

1) bezpośrednie dojście dla pacjentów z zewnątrz lub przez dział przyjęć szpitala;

2) dostęp do zespołu operacyjnego i działów diagnostycznych;

3) pomieszczenia zabiegowe, jeżeli jest to konieczne ze względu na rodzaj przewidywanych zabiegów;

4) szatnię dla pacjentów przy wejściu na oddział.

XII. Oddział psychiatryczny

1. Oddział powinien mieć dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne.

2. Oddział powinien dysponować pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi oraz salą pobytu dziennego z jadalnią.
3. Drzwi wejściowe na oddział powinny być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału.
4. Pokoje łóżkowe nie powinny być większe niż dla 5 pacjentów.
5. W pokojach łóżkowych drzwi powinny otwierać się na zewnątrz, a w przypadku otwierania do wewnątrz konstrukcja drzwi powinna umożliwiać ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz pomieszczenia.
6. Okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, powinny być oszklone od wewnątrz szkłem hartowanym. Okna, poza uchylnym górnym nawietrzakiem, powinny być zabezpieczone przed możliwością 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 może być wyposażona w jednoosobową separatkę o powierzchni co najmniej 12,0 m², 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 separátky,
 - 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) separátka powinna posiadać własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w miskę ustępową, natrysk i umywalkę odporne na umyślne zniszczenia,
 - g) materac niepalny, odporny na niszczenie,
 - h) system telewizji przemysłowej z kamerą niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem;
 - 3) w pokojach łóżkowych na odcinkach obserwacyjnych lub w pokojach obserwacyjnych oraz separatkach wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym, powinny znajdować się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza;
 - 4) w pokojach łóżkowych, innych niż określone w pkt 3, można umieszczać tylko wyłączniki oświetlenia, natomiast pozostałe wypusty instalacji elektrycznych powinny znajdować się na zewnątrz tych pokoi.
8. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym powinien być zlokalizowany w osobnym pawilonie lub w wydzielonym skrzydle budynku szpitala, nie wyżej niż na drugiej kondygnacji nadziemnej.
9. Wymaganie, o którym mowa w ust. 8, nie dotyczy oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia.
10. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym powinien być ponadto wyposażony w:
 - 1) osobny dział przyjęć, składający się z:
 - a) poczekalni,
 - b) boksu rejestracji,
 - c) gabinetu badań lekarskich,
 - d) łazienki, lub
 - 2) co najmniej gabinet przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażających bezpośrednio sobie lub innym.
11. W oddziale psychogeriatrycznym pomieszczenia i wyposażenie, w tym sanitarne, powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

XIII. Zespół operacyjny

1. Pacjenci powinni być dowożeni do zespołu operacyjnego przez służbę dla pacjenta, a pracownicy powinni przechodzić przez służby szatniowe.
2. W celu dostarczania do zespołu operacyjnego czystych materiałów zespół ten powinien być wyposażony w służbę materiałową, wykorzystywaną równocześnie do krótkotrwałego ich przechowywania. W zakładach do 50 łóżek można nie stosować służby materiałowej.
3. W obrębie zespołu powinna być zachowana zasada rozdziału ruchu czystego pracowników, pacjentów i materiału czystego od ruchu brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

4. Sala operacyjna powinna mieć bezpośrednie połączenie z częścią brudną zespołu dla usuwania zużytego materiału, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego.
5. Pomiędzy częścią brudną i czystą zespołu należy urządzić służę umywalkowo-fartuchową i pomieszczenie lub stanowisko mycia sprzętów. Dopuszcza się połączenie obu tych funkcji w jednym pomieszczeniu.
6. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się ewakuację użytych narzędzi tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, pod warunkiem wykonania wstępnej dezynfekcji narzędzi w wydzielonym pomieszczeniu na terenie bloku operacyjnego i zastosowania szczelnych opakowań transportowych.
7. Dopuszcza się również transport narzędzi skażonych w szczelnym opakowaniu z zamknięciem nieodwracalnym.
8. W zakładach do 50 łóżek dopuszcza się ewakuację brudnej bielizny, odpadów, skażonych materiałów pooperacyjnych itp. tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, ale z jednoczesnym zachowaniem rozdziału czasowego. Transport tych materiałów na zewnątrz bloku operacyjnego i szpitala powinien odbywać się co najmniej w jednym opakowaniu transportowym (np. zamknięte wózki).
9. Transport materiału czystego i brudnego odbywa się korytarzami i dźwigami ogólnego użytku, pod warunkiem uszczelnienia środków transportu (odpowiednie wózki).
10. Pracownicy powinni wchodzić do sal operacyjnych przez pomieszczenie przygotowawcze dla personelu, a dla pacjentów należy urządzić pokój przygotowania chorego. Dopuszcza się wspólne pomieszczenie przygotowania chorego dla kilku sal operacyjnych o takim samym stopniu czystości zabiegów.
11. W zespole mogą być wydzielone strefy sal operacyjnych septycznych, aseptycznych lub sal o wysokiej aseptyce - w przypadku oddziałów neurochirurgii lub kardiochirurgii.
12. W skład zespołu wchodzi również:
 - 1) podręczna sterylizatornia - jeżeli jest to uzasadnione;
 - 2) pomieszczenie przewoźnej aparatury diagnostycznej;
 - 3) magazyn sprzętu i aparatury.
13. Zespół powinien być wyposażony w salę 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 m².

XIV. Zespół porodowy aseptyczny

1. Zespół powinien być zlokalizowany w bezpośrednim sąsiedztwie pododdziału położnictwa aseptycznego, z którym powinien być połączony drogą oddzielną od ruchu wewnątrzszpitalnego.
2. Zespół powinien być urządzony w sposób zapewniający postępowy ciąg funkcji.
3. Pracownicy powinni wchodzić do zespołu przez służę umywalkowo-fartuchową.
4. Sale porodowe mogą być urządzone jako jednostanowiskowe.
5. W obrębie sali porodowej powinno znajdować się:
 - 1) stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka o powierzchni co najmniej 8,0 m²;
 - 2) stanowisko dyżuru położnej.
6. Na każde 10 łóżek pododdziału położniczego aseptycznego należy urządzić 1 stanowisko porodowe.
7. W skład zespołu powinna wchodzić 1 sala operacyjna ze stanowiskiem resuscytacji noworodka oraz z pokojem przygotowania personelu, a przy liczbie stanowisk porodowych powyżej 5 - również 1 pokój zabiegowy oraz podręczna sterylizatornia, jeżeli jest to uzasadnione.
8. W zespole powinno znajdować się pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych.
9. Pomieszczenia porodów rodzinnych stanowią część składową zespołu porodowego.
10. Pomieszczenia porodów rodzinnych powinny być dostępne dla rodzin z węzła komunikacji ogólnej w sposób uniemożliwiający ich dostęp do innych pomieszczeń zespołu porodowego. Dostęp personelu do tych pomieszczeń nie powinien krzyżować się z ruchem rodzin.
11. Z pomieszczeń porodów rodzinnych powinien być łatwy dostęp do sali operacyjnej, o której mowa w ust. 7.
12. Przy zespole porodów rodzinnych powinno znajdować się stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka, jeżeli nie ma możliwości korzystania ze stanowiska, o którym mowa w ust. 5 pkt 1.
13. Dla osób towarzyszących rodzącym należy przeznaczyć pokój - poczekalnię, dostępny z węzła komunikacji ogólnej bez potrzeby wchodzenia na korytarz wewnętrzny zespołu, z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym (ustęp i umywalka).
14. W sali porodów rodzinnych podłogi, ściany i meble powinny mieć zmywalne powierzchnie przystosowane do dezynfekcji.
15. Powierzchnia sali porodów rodzinnych oraz sali jednostanowiskowej powinna wynosić co najmniej 20,0 m², a przy sali wielostanowiskowej co najmniej 18,0 m² na jedno stanowisko.

XV. Pracownia badań endoskopowych

1. W skład pracowni badań endoskopowych wchodzi następujące pomieszczenia:
 - 1) pokój badań górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia);
 - 2) pokój badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopia, sigmoidoskopia i rektoskopia) wyposażony w kabinę higieniczną;
 - 3) zmywalnia usytuowana między pomieszczeniami, o których mowa w pkt 1 i 2, wyposażona w urządzenia do mycia i dezynfekcji termiczno-chemicznej endoskopów w sposób technologicznie powtarzalny oraz szafy do przechowywania endoskopów w pozycji wiszącej, wyposażona w wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową;
 - 4) pokój personelu;
 - 5) sala wybudzeniowa na 2-3 miejsca dla pobytu pacjentów do 2 godzin po znieczuleniu.
2. W przypadku wykonywania zabiegów na drogach żółciowych i trzustkowych w pracowni powinien znajdować się wydzielony pokój badań z aparatem rentgenowskim. Zabiegi te mogą być wykonywane również w pracowni obrazowej.
3. Dopuszcza się wykonywanie wszystkich rodzajów badań w jednym pokoju, pod warunkiem że badania górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego są przeprowadzane z zachowaniem rozdziału czasowego dla poszczególnych rodzajów badań.
4. Dopuszcza się usytuowanie zmywalni nieumieszczonej między gabinetami, pod warunkiem zapewnienia transportu endoskopów skażonych i 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. Medyczne laboratorium diagnostyczne

1. Pobieranie materiału do badań od pacjentów stacjonarnych odbywa się na oddziałach w pokojach zabiegowych.
2. Pokój pobierania materiału do badań powinien mieć powierzchnię co najmniej 6,0 m², 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 wyodrębnia się:
 - 1) pomieszczenia główne;
 - 2) pomieszczenia specjalne;
 - 3) pomieszczenia socjalne;
 - 4) pomieszczenia służące do obsługi pacjentów, w przypadku gdy na terenie laboratorium jest również pobierany materiał do badań.
5. W skład pomieszczeń głównych wchodzi:
 - 1) punkt przyjęć materiału do badań;
 - 2) punkt rozdziału materiału do badań;
 - 3) pomieszczenia do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej;
 - 4) pomieszczenia administracyjne.
6. W skład pomieszczeń specjalnych wchodzi:
 - 1) pomieszczenia magazynowe zapewniające zachowanie właściwości fizycznych i chemicznych składowanych i przechowywanych odczynników, trucizn, odpadów radioaktywnych i drobnego sprzętu;
 - 2) pomieszczenia pomocnicze w zależności od zakresu wykonywanych badań zgodnie ze standardami medycznych laboratoriów diagnostycznych.
7. W skład pomieszczeń socjalnych wchodzi, w szczególności, pokoje socjalne, urządzenia higieniczno-sanitarne oraz szatnie dla personelu.
8. W skład pomieszczeń służących do obsługi pacjentów wchodzi:
 - 1) pokój pobrania oddzielony od pomieszczeń laboratoryjnych;
 - 2) poczekalnia i urządzenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów;
9. Pomieszczenia określone w ust. 4-8 znakuje się w sposób umożliwiający ich identyfikację oraz zgodnie z wymogami dotyczącymi bezpieczeństwa.

10. W pomieszczeniach do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej bieżąco kontroluje się warunki mogące mieć wpływ na wyniki badań.
11. W pracowniach służących do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej należy przewidywać wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową.
12. Wysokość pracowni powinna wynosić co najmniej 3,0 m w świetle. Dopuszcza się zmniejszenie wysokości o 5 %.
13. Podłogi w pracowniach są łatwo zmywalne, odporne na działanie środków chemicznych i dezynfekcyjnych, wykonane z materiałów antypoślizgowych i antyelektrostatycznych.
14. W części laboratorium wymagającej częstej dezynfekcji ściany powinny być wykończone materiałami trwałymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków dezynfekcyjnych do wysokości co najmniej 2,0 m.
15. Stoły i meble laboratoryjne powinny być wykonane z gładkiego wodoodpornego materiału.

XVII. Laboratorium mikrobiologiczne

1. Laboratorium powinno znajdować się w miarę możliwości w sąsiedztwie laboratorium diagnostycznego. Lokalizacja pomieszczeń powinna zabezpieczać przed ryzykiem zanieczyszczeń wynikających z krzyżowania się dróg obiegu materiału i sprzętu skażonego i nieskażonego.
2. Szpital może korzystać z pracowni mikrobiologicznej zlokalizowanej w innym zakładzie opieki zdrowotnej.
3. Wejście pracowników do laboratorium powinno odbywać się przez służbę szatniową.
4. W laboratorium, oprócz pomieszczeń wymienionych w części XVI ust. 4, powinny znajdować się pomieszczenia wyposażone w odpowiednie urządzenia i sprzęt, w których zapewnia się sterylizację podłoży i szkła, w przypadku konieczności sterylizacji podłoży i stosowania szkła wielokrotnego użytku, jak również niszczenia kultur bakteryjnych i unieszkodliwiania innych odpadów niebezpiecznych pod względem epidemiologicznym. Ciąg technologiczny w tych pomieszczeniach powinien zapewnić wydzielenie, poprzez fizyczny i funkcjonalny podział, stref brudnej i czystej.
5. W zależności od zakresu działania zakładu, w laboratorium mikrobiologicznym powinny znajdować się pracownie: wirusologiczna, bakteriologiczna, mykologiczna oraz parazytologiczna.
6. Pracownia przygotowania podłoży i odczynników oraz pracownie: wirusologiczna, bakteriologiczna i mykologiczna powinny być wyposażone w łóże laminarne co najmniej drugiej klasy.
7. Pracownie laboratorium powinny być wyposażone w wentylację nawiewno-wywiewną zapewniającą odpowiedni stopień oczyszczania zarówno powietrza nawiewanego, jak również usuwanego z pomieszczeń.
8. Zmywalnia powinna być wyposażona w:
 - 1) stół zlewozmywakowy;
 - 2) automatyczną myjnię do mycia szkła laboratoryjnego z opcją ostatecznego płukania wodą oczyszczoną (aqua purificata w rozumieniu Farmakopei Polskiej).
9. Woda oczyszczona może być produkowana na terenie zakładu lub dostarczana z centralnej stacji uzdatniania.
10. Transport podłoży oraz materiałów do analiz poza obrębem poszczególnych pracowni powinien odbywać się w naczyniach szczelnie zamkniętych.

XVIII. Zakład patomorfologii

1. W skład zakładu patomorfologii wchodzi w szczególności:
 - 1) prosektura (część sekcyjna);
 - 2) pracownia histologiczna;
 - 3) pracownia cytologiczna;
 - 4) pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, ustępy, jadalnia).
2. Zakład patomorfologii powinien być zlokalizowany w wydzielonym budynku lub w budynku głównym szpitala.
3. Dojazd wózków ze zwłokami powinien prowadzić wewnętrznym korytarzem lub tunelem podziemnym. W zakładach wpisanych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, a także w zakładach do 50 łóżek, dopuszcza się odstępstwo od wymagania tunelu.
4. Do zakładu powinny prowadzić osobne wejścia dla personelu, przywożonych zwłok, rodziny zmarłego i wydawania zwłok.
5. Dojazd do sali wydawania zwłok nie może być widoczny z okien oddziałów łóżkowych, przychodni i innych części szpitala dostępnych dla pacjentów, z wyjątkiem obiektów istniejących, w których warunki lokalowe nie pozwalają na taką izolację.
6. Prosektura sekcyjna powinna być dostępna przez służbę szatniową.
7. W skład laboratorium histopatologicznego i cytologicznego powinny wchodzić następujące pomieszczenia:
 - 1) pracownia formalinowa;
 - 2) pomieszczenia aparaturowe;

- 3) pracownia obróbki preparatów histologicznych;
 - 4) pracownia mikroskopowa;
 - 5) pracownia cytologiczna;
 - 6) pracownia technik specjalnych (histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych);
 - 7) pomieszczenia administracyjno-socjalne.
8. W szpitalu, który nie posiada prosektury, powinno być pomieszczenie chłodni, przygotowania i wydawania zwłok oraz kancelaria, a także ustęp dla interesantów.

XIX. Zakład rehabilitacji

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

XX. Centralna sterylizatornia

1. W szpitalu należy zapewnić stałe zaopatrzenie w materiały sterylne.
2. W zależności od przyjętych rozwiązań lokalnych materiały sterylne mogą być dostarczane bądź ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zaopatrywanym obiektem posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wykonanie wyrobu sterylnego, bądź z centralnej sterylizatorni zorganizowanej w ramach zaopatrywanego zakładu.
3. W przypadku zaopatrywania zakładu ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zakładem, w zakładzie powinno być pomieszczenie przeznaczone dla ekspedycji materiału skażonego oraz odbioru materiału sterylnego, jak również pomieszczenie wyposażone w myjnię-dezynfektor przeznaczoną do mycia wózków i innych elementów transportowych.
4. W przypadku urządzania centralnej sterylizatorni w ramach zakładu powinna ona być wyposażona w urządzenia do wyjaławiania sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych elementów tego wymagających oraz dezynfekowania wózków i pojemników służących do transportu materiałów poddawanych sterylizacji.
5. Centralna sterylizatornia musi mieć dogodne połączenia z zespołem operacyjnym oraz mieć łatwy dostęp z innych jednostek organizacyjnych szpitala oraz w miarę możliwości z zewnątrz.
6. Transport materiałów sterylnych i skażonych między centralną sterylizatornią i oddziałami powinien odbywać się w szczelnych wózkach lub pojemnikach. Szczelność transportu powinna być dostosowana do stopnia czystości dróg transportowych.
7. Centralna sterylizatornia powinna być podzielona na trzy strefy:
 - 1) brudną, przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, aparatury medycznej, mycia i dezynfekcji wózków i elementów transportowych, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych oraz przechowywania zapasów środków dezynfekcyjnych i przygotowywania z nich roztworów roboczych;
 - 2) czystą, przeznaczoną do suszenia wydezynfekowanych narzędzi i aparatury, przeglądania i składania bielizny operacyjnej, pakietowania zestawów operacyjnych i zabiegowych, załadunku przygotowanych wsadów do sterylizatorów, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych, tworzenia i archiwizacji dokumentacji procesów sterylizacji;

- 3) sterylną, przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne lub odbiorcom spoza szpitala.
8. Pakietowanie narzędzi i bielizny powinno odbywać się w oddzielnych pomieszczeniach.
9. Rozwiązanie przestrzenne powinno zapewniać ruch postępowy obrabianych materiałów od strefy brudnej do sterylnej.
10. Wejście personelu centralnej sterylizatorni ze strefy czystej do strefy brudnej i sterylnej powinno prowadzić przez służę umywalkowo-fartuchową.
11. Przy służu między częścią czystą i brudną powinien być zainstalowany ustęp.
12. Między strefą sterylną a ogólnodostępną szpitala należy urządzić pomieszczenie wydawania materiałów sterylnych.
13. Wszystkie systemy technologiczne centralnej sterylizatorni (sterylizatory, myjnie, wózki, regały, pojemniki sterylizacyjne, tace) powinny być kompatybilne, zgodne z jednostką wsadu ustaloną w zakładzie.
14. Na terenie centralnej sterylizatorni między strefą brudną i pomieszczeniem wydawania należy zamontować przelotową myjnię-dezynfektor, przeznaczoną do mycia wózków i innych elementów transportowych. Dopuszcza się wykonanie w tym miejscu dwóch pomieszczeń: jednego do mycia i dezynfekcji manualnej (ręcznej) i drugiego do suszenia mytych sprzętów.
15. Między strefą brudną i czystą instaluje się przelotowe myjnie-dezynfektory w ilości i z wyposażeniem uzasadnionym, przewidzianym procesem technologicznym.
16. W ścianie między strefą czystą i sterylną instaluje się sterylizatory przelotowe w ilości i wielkości uzasadnionej przewidywanym procesem technologicznym, jednak nie mniej niż dwa sterylizatory parowe.
17. W przypadku stosowania sterylizacji gazowej sprzętu nieodpornego na działanie temperatury tlenkiem etylenu lub formaldehydem:
- 1) po stronie czystej należy wydzielić pomieszczenie przeznaczone do załadunku materiału;
 - 2) po stronie wyładowczej sterylizatorów gazowych w strefie sterylnej powinno znajdować się pomieszczenie do degazacji sterylizowanych materiałów;
 - 3) w pomieszczeniach, o których mowa w pkt 1 i 2, nie można przewidywać stałych stanowisk pracy.
18. W pomieszczeniach, o których mowa w ust. 14, należy zainstalować sygnalizatory przekroczenia dopuszczalnych stężeń tlenu etylenu na stanowiskach pracy.
19. Do sterylizacji tlenkiem etylenu na terenie szpitala można stosować wyłącznie sterylizatory zasilane z jednorazowego naboju z czynnikiem sterylizującym.
20. Do utylizacji tlenu etylenu należy stosować spalarkę tlenu etylenu lub katalizator.
21. Do zasilania wytwornic pary dla sterylizatorów parowych i myjni-dezynfektorów (do ostatecznego płukania) należy doprowadzić wodę oczyszczoną o parametrach określonych przez producenta urządzenia.
22. Stacja uzdatniania wody może być integralną częścią centralnej sterylizatorni lub może być zlokalizowana w odrębnym pomieszczeniu.
23. Przy doborze wydajności stacji uzdatniania wody należy uwzględnić ewentualne zasilanie z niej wodą uzdatnioną innych oddziałów szpitala (apteka, laboratoria, blok operacyjny, kuchnia mleczna, zakład diagnostyki obrazowej, stacja dializ, oddział urologii, pracownia badań i zabiegów endoskopowych).
24. Niezależnie od sterylizatorni centralnej w następujących działach powinny być zainstalowane urządzenia sterylizacyjne:
- 1) apteka;
 - 2) laboratorium mikrobiologiczne;
 - 3) poradnia stomatologiczna, o ile jest to uzasadnione.

XXI. Apteka

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

XXII. Centralna dezynfektoria - stacja przygotowania łóżek

1. W szpitalu należy zapewnić możliwość dezynfekcji sprzętów szpitalnych, w szczególności łóżek, aparatów oddechowych, inkubatorów dla niemowląt, wózków inwalidzkich, wózków i elementów transportu

wewnątrzszpitalnego, szafek przyłóżkowych, materacy oraz innych elementów wyposażenia szpitalnego poddawanych okresowej dezynfekcji.

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

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

4. Centralna dezynfektornia - stacja przygotowania łóżek, zwana dalej "stacją", powinna być podzielona na dwie strefy technologiczne:

1) brudną, przeznaczoną do:

- a) przyjmowania brudnych sprzętów szpitalnych,
- b) zdejmowania brudnej bielizny i kierowania jej do pralni,
- c) zdejmowania materacy, poduszek, koców i umieszczania ich w komorze dezynfekcyjnej,
- d) umieszczania dezynfekowanych sprzętów w myjni-dezynfektorze,
- e) magazynowania środków myjących i dezynfekcyjnych;

2) czystą, przeznaczoną do:

- a) wyładunku z komór myjących i dezynfekcyjnych,
- b) zaścielania łóżek czystą pościelą,
- c) wykonywania kontroli i napraw dezynfekowanych sprzętów,
- d) magazynowania przeznaczonych do napraw lub kasacji sprzętów, materacy, koców i poduszek,
- e) przebywania personelu w czasie spożywania posiłków w przeznaczonym do tego pomieszczeniu.

5. W stacji należy zapewnić ruch postępowy sprzętów ze strefy brudnej do czystej.

6. Pomędzy strefą brudną i czystą powinny znajdować się:

1) przelotowa automatyczna komora dezynfekcyjna, przystosowana do dezynfekcji termicznej i formaldehydem materacy, poduszek, koców, ubrań pacjentów i materiałów porowatych;

2) przelotowa automatyczna myjnia-dezynfektor z programami dezynfekcji termiczno-chemicznej oraz systemami załadunku przystosowanymi do wszystkich sprzętów i materiałów poddawanych dezynfekcji;

3) pomieszczenie do ręcznego mycia i suszenia wyposażone w:

- a) urządzenie do mycia pianą aktywną i dezynfekcji środkami dezynfekcyjnymi z możliwością ich precyzyjnego dozowania,
- b) pistolet na sprężone powietrze do suszenia mytych sprzętów,
- c) matę basenową ułożoną w zagłębieniu podłogi wyposażonym w kratkę ściekową;

4) pomieszczenie suszenia wyposażone w:

- a) pistolet na sprężone powietrze do suszenia mytych sprzętów,
- b) matę basenową ułożoną w zagłębieniu podłogi wyposażonym w kratkę ściekową;
- 5) przelotowa bezciśnieniowa komora dezynfekcyjna do dezynfekcji precyzyjnej aparatury;
- 6) szluz szatniowa dla personelu między częścią brudną i czystą.

7. W strefie czystej należy urządzić boks napraw i kontroli bezpieczeństwa działania aparatów medycznych, wyposażony w zestaw odpowiednich przyrządów kontrolno-pomiarowych.

8. W strefie brudnej i czystej należy przewidzieć powierzchnie odstawczą na co najmniej 2-3 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

9. W szpitalach do 50 łóżek dopuszcza się dezynfekcję łóżek na oddziałach łóżkowych w specjalnie wydzielonym pomieszczeniu.

XXIII. Kuchnia

1. Kuchnia powinna być zlokalizowana w wydzielonym budynku lub wspólnym z pralnią, połączonym przejściem krytym lub tunelem podziemnym z blokiem łóżkowym szpitala oraz oddziałami mieszczącymi się w wydzielonych pawilonach lub w skrzydle zespołu głównego.

2. Dopuszcza się lokalizację kuchni w zespole głównym szpitala pod warunkiem zapewnienia bezkolizyjnej obsługi technicznej związanej z tą technologią i niepowodującej uciążliwości, w tym zapachowych i hałasu.

3. W kuchni należy wyodrębnić następujące strefy:

- 1) magazynowania, w skład której wchodzi chłodnia;
- 2) obróbki brudnych produktów;
- 3) obróbki czystych produktów;
- 4) obróbki termicznej i schładzania;
- 5) ekspedycji posiłków lub porcjowania (system tacowy);
- 6) centralnego mycia naczyń stołowych oddziałowych (system tacowy);
- 7) administracyjno-socjalną.

4. W skład strefy administracyjno-socjalnej wchodzi w szczególności jadalnia personelu kuchni z miejscem do mycia naczyń, część szatniowa oraz ustępy.

5. W zespole kuchni powinno być wydzielone pomieszczenie z wejściem wyłącznie z zewnątrz, w którym odpadki poprodukcyjne z kuchni oraz pokonsumpcyjne będą magazynowane przed ich usuwaniem.
6. Do pomieszczeń magazynowych kuchni centralnej powinien być zapewniony dojazd dla samochodów dostawczych.
7. Dopuszcza się zaopatrywanie szpitala w posiłki wytwarzane poza zakładem. W takim przypadku na terenie szpitala powinna być co najmniej urządzona strefa dla przyjęcia wózków z pożywieniem oraz ich ekspedycji.
8. Dopuszcza się usytuowanie pomieszczeń kuchni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo Ministra Obrony Narodowej odpowiednio - Państwowego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Wojskowego Inspektora Sanitarnego.

XXIV. Pralnia

1. Brudna bielizna może być prana w pralni zlokalizowanej na terenie szpitala lub w pralni znajdującej się poza szpitalem, spełniającej wymagania sanitarnohigieniczne określone w niniejszej części.
2. Pralnia piorąca bieliznę szpitalną powinna:
 - 1) mieć zapewnioną barierę higieniczną między stroną brudną i czystą poprzez fizyczny i funkcjonalny podział na strefę brudną i czystą w sposób, o którym mowa w ust. 6;
 - 2) stosować technologię przystosowaną do prania bielizny szpitalnej.
3. Pralnia powinna być zlokalizowana w wydzielonym budynku lub wspólnym z kuchnią, połączonym przejściem krytym lub tunelem podziemnym z zespołem głównym szpitala oraz oddziałami mieszczącymi się w wydzielonych pawilonach.
4. Dopuszcza się pralnię zlokalizowaną w budynku głównym szpitala pod warunkiem zapewnienia bezkolizyjnej obsługi technicznej związanej z tą technologią.
5. Pomieszczenia pralni powinny być urządzone w sposób zapewniający zachowanie bariery higienicznej rozumianej jako całkowite wyeliminowanie stykania się bielizny czystej z brudną oraz pracowników z tych dwóch stref.
6. W pralni z barierą higieniczną powinny być urządzone:
 - 1) strefa brudna - w której skład wchodzi pomieszczenia przyjmowania i składania brudnej bielizny, splukiwania pieluch, załadunku bielizny do pralnic, pomieszczenia składowania środków piorących, przygotowywania roztworów piorących oraz ustępy;
 - 2) strefa czysta - w której skład wchodzi pomieszczenia wyładunku bielizny z pralnic, suszenia, prasowania oraz sterylizacji bielizny noworodków i dzieci młodszych, mycia i dezynfekcji wózków (strefa czysta), pomieszczenie składowania materiałów wypranych i zdezynfekowanych, pomieszczenie naprawy bielizny, pomieszczenie wydawania, pomieszczenia obsługi administracyjnej i zaplecza socjalnego oraz ustępy;
 - 3) trójstopniowa śluza szatniowa usytuowana między strefą czystą i brudną oddzielająca oba obszary ścianami do pełnej wysokości pomieszczenia.
7. W ścianę dzielącą pralnię na dwie strefy wmontowane są urządzenia pralnicze z oddzielnymi otworami do załadunku i rozładunku odpowiednio w obszarze czystym i brudnym.
8. Maszyny pralnicze powinny być wyposażone w automatyczne systemy dozujące środki piorące i dezynfekcyjne oraz w urządzenia kontrolujące parametry procesu prania i dezynfekcji.
9. W pralni musi znajdować się dział mycia i dezynfekcji pojemników i wózków do transportu brudnej bielizny z zastosowaną barierą higieniczną oddzielającą strefę brudną od czystej. W ścianę dzielącą pomieszczenia powinny być wmontowane przelotowe automatyczne urządzenia myjąco-dezynfekcyjne przeznaczone do tego celu.
10. Strefa brudna i czysta pralni powinny być podłączone do oddzielnych zespołów wentylacyjnych. W strefie brudnej należy przewidywać podciśnienie w stosunku do strefy czystej.
11. Śluza między częścią brudną i czystą powinna składać się z szatni brudnej, zespołu sanitarnego z natryskiem, ustępem i umywalką z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią oraz wyposażeniem do dezynfekcji rąk oraz szatni czystej.
12. Bielizna noworodków i dzieci młodszych musi być sterylizowana. Sterylizacja może odbywać się w centralnej sterylizatorni lub pralni. W tym przypadku w strefie czystej nie należy instalować urządzeń do jej sterylizowania.
13. W przypadku urządzenia w szpitalu pralni chemicznej powinna ona być zlokalizowana w strefie czystej, o której mowa w ust. 6 pkt 2.
14. Wydajność pralni określa się na podstawie norm zużycia bielizny przez jednostki organizacyjne szpitala zwiększone ewentualnie o ilość bielizny z innych zakładów opieki zdrowotnej.
15. Dopuszcza się sytuowanie pomieszczeń pralni poniżej poziomu otaczającego terenu. Obniżenie poziomu podłogi poniżej terenu wymaga uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a w

odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo Ministra Obrony Narodowej odpowiednio - Państwowego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Wojskowego Inspektora Sanitarnego.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

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

1. Przychodnia może być urządzona:

- 1) w osobnym budynku lub wydzielonej części większego budynku przeznaczonej wyłącznie dla tego celu;
- 2) w budynku przeznaczonym na inne cele, pod warunkiem oddzielenia pomieszczeń dla przychodni od pozostałych części budynku użytkowanych w inny sposób.

2. W zależności od wykonywanych świadczeń w przychodni powinny być wydzielone wejścia z zewnątrz przychodni do:

- 1) poradni dla pacjentów i personelu;
- 2) poradni dla dzieci zdrowych;
- 3) poradni dla dzieci chorych;
- 4) apteki.

3. W przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się wspólne wejście dla wszystkich pacjentów, interesantów i personelu, pod warunkiem że pomieszczenia dla dzieci chorych, łącznie z poczekalnią, będą wydzielone z całej przychodni w odrębny zespół. Dopuszcza się również wspólne wejście i pomieszczenia dla dzieci chorych i zdrowych z zachowaniem rozdziału czasowego ich przyjęć.

4. W przypadku apteki działającej jedynie w godzinach pracy zakładu opieki zdrowotnej dopuszcza się wejście do niej z holu budynku.

5. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc, gruźlicy, zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu oraz terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych powinny być tak usytuowane, aby dojście do nich pacjenta było możliwe najkrótszą drogą od wejścia do przychodni, oraz powinny mieć wydzielone poczekalnie wraz z rejestracją, a także ustępy dla pacjentów. W przychodniach liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.

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

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

8. Poradnia, w której udzielane są świadczenia zdrowotne dzieciom, powinna odpowiadać następującym wymaganiom:

1) wejście do części poradni dla dzieci chorych powinno prowadzić przez przedsionek - wózkarnię, z którego powinno być bezpośrednie przejście do poczekalni, wyjście z poradni prowadzi przez przedsionek - wózkarnię; z poczekalni powinno być dostępne pomieszczenie rejestracji;

2) pokój przygotowawczy i szczepień powinien być połączony bezpośrednio z gabinetem badań lekarskich dzieci zdrowych;

3) gabinet badań lekarskich dzieci chorych powinien być połączony bezpośrednio z pokojem przygotowawczozabiegowym;

4) poradnie dla dzieci chorych oraz dla dzieci zdrowych powinny mieć osobne poczekalnie wraz z szatniami oraz zespołami sanitarnymi dla pacjentów oraz wspólne pomieszczenie rejestracji.

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

10. W przychodni, w której udzielane są świadczenia zdrowotne dzieciom chorym i zdrowym z zastosowaniem rozdziału czasowego, dopuszcza się jeden gabinet badań lekarskich oraz poczekalnię wraz z ustępem dla pacjentów.

11. Powierzchnia powinna wynosić dla:

- 1) gabinetu badań lekarskich co najmniej 12,0 m²;
- 2) pokoju zabiegowego co najmniej 16,0 m²;
- 3) pokoju zabiegowego przystosowanego do znieczulania ogólnego 20,0 m².

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

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

14. Poradnie o charakterze zabiegowym, w szczególności stomatologiczna, chirurgiczna, ginekologiczna i laryngologiczna, powinny mieć zapewnioną możliwość sterylizacji narzędzi i materiałów zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

15. Powierzchnia gabinetu stomatologicznego powinna wynosić co najmniej 12,0 m² przy zainstalowaniu jednego fotela stomatologicznego i co najmniej 8,0 m² na każdy następny fotel.

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

17. Powierzchnia powinna wynosić dla:

- 1) pokoju pobierania prób do analiz - co najmniej 6,0 m²;
- 2) pracowni laboratoryjnej wykonującej podstawowe badania diagnostyczne - co najmniej 15 m²;
- 3) pracowni przy wykonywaniu innego zakresu badań - co najmniej 20,0 m².

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

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

ZAŁĄCZNIK Nr 3

WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA SZPITALA SANATORYJNEGO

1. Szpital sanatoryjny może być samodzielną jednostką organizacyjną lub stanowić wyodrębniony organizacyjnie i funkcjonalnie zespół w ramach innej jednostki organizacyjnej.

2. W skład oddziału szpitala sanatoryjnego wchodzi w szczególności następujące pomieszczenia:

- 1) pokoje łóżkowe 1- i 2-osobowe (wyjątkowo 3-osobowe);
- 2) separatki - co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 3) pokój dziennego pobytu - co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 4) pokój lekarzy - co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 5) pokój pielęgniarско-zabiegowy - co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 6) kuchenka oddziałowa - co najmniej 1 na 80 łóżek;
- 7) pomieszczenia higieniczno-sanitarne: łazienki, ustępy dla mężczyzn, ustępy dla kobiet, pralnia;
- 8) brudownik - co najmniej 1 na 40 łóżek;
- 9) pomieszczenie socjalne dla personelu - co najmniej 1 na 80 łóżek;
- 10) ustęp dla personelu - co najmniej 1 na dwie kondygnacje;
- 11) magazyny: bielizny czystej i podręczny bielizny brudnej;
- 12) recepcja (punkt recepcyjny) - co najmniej 1 na 80 łóżek.

3. Powierzchnia pokoju 1-osobowego powinna wynosić co najmniej 12,0 m².

4. Powierzchnia pokoju wieloosobowego powinna wynosić co najmniej 7,0 m² na 1 łóżko.

5. W każdym pokoju powinna być umywalka.

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

- 1) 1 natrysk lub 1 wanna na 20 łóżek;
- 2) 1 ustęp na 15 kobiet;
- 3) 1 ustęp i 1 pisuar na 20 mężczyzn.

ZAŁĄCZNIK Nr 4

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

I. Część ogólna

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

- 1) wydzieloną strefę przebywania dawców;
- 2) ciągi funkcjonalne w zakresie podstawowej działalności centrum;
- 3) grupowanie pomieszczeń i działów ze względu na powiązania funkcjonalne;
- 4) grupowanie pomieszczeń lub działów ze względu na szczególne wymagania techniczne (podobieństwo i nasycenie instalacyjne).

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

II. Dział krwiodawców

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

III. Dział pobierania

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

IV. Dział preparatyki

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

V. Dział laboratoryjny

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

VI. Dział ekspedycji

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

VII. Dział zapewnienia jakości

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

VIII. Oddziały terenowe

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

ZAŁĄCZNIK Nr 5

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

1. Żłobek powinien być lokalizowany w odrębnym budynku. Dopuszcza się jego lokalizację w budynku przeznaczonym na inne cele przy zachowaniu izolacji pomieszczeń innych użytkowników oraz zapewnieniu odrębnych wejść z dróg komunikacji ogólnej.
2. Żłobek może posiadać jedną lub dwie kondygnacje.
3. W żłobku powinny być wydzielone zespoły pomieszczeń przeznaczone dla różnych grup wiekowych.
4. Zespół pomieszczeń przeznaczonych dla każdej grupy dzieci stanowi odrębną całość i powinien się składać z:
 - 1) przedsionka - wózkarni;
 - 2) sal pobytu dzieci (zabaw lub odrębnych sypialni);
 - 3) zespołu sanitarnego, w którego skład wchodzi ustępy, umywalki i co najmniej 1 natrysk oraz łazienki z wydzielonym miejscem do mycia nocników.
5. W przypadku żłobka dwukondygnacyjnego pomieszczenia dla grup dzieci średnich i starszych powinny być lokalizowane na parterze.
6. Sale pobytu dzieci powinny być zorientowane w kierunku południowym, południowo-wschodnim lub wschodnim.
7. W salach pobytu dzieci minimalna powierzchnia pomieszczenia na 1 dziecko powinna wynosić 3,0 m².
8. Przy sali dla niemowląt należy zapewnić możliwość leżakowania na werandzie lub tarasie.
9. W żłobku należy zapewnić możliwość wyjścia na teren przyległy do żłobka wyposażony w urządzenia do zabaw. Teren ten powinien być niedostępny dla osób postronnych.
10. W żłobku powinna być kuchnia zapewniająca przygotowanie posiłków w dostosowaniu do wieku dzieci.
11. W przypadku dowożenia posiłków z innej odpowiednio wyspecjalizowanej jednostki, należy wydzielić pomieszczenie lub miejsce do ich przyjmowania, przyrządzania i podgrzewania oraz do mycia naczyń stołowych.
12. Brudna bielizna ze żłobka powinna być prana w pralni obsługującej zakłady opieki zdrowotnej. W przypadku braku takich możliwości żłobek powinien posiadać własną pralnię. Do pomieszczeń pralni należy

wówczas stosować odpowiednio wymagania określone w części XXIV ust. 1-10 i 12-15 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Akt prawny opublikowany przez Dom Wydawniczy ABC

Mapa w wersji elektronicznej, na płycie CD

.....
/pieczętka firmowa - nazwa
uczestnika konkursu

.....
adres, nr tel., faks

.....
NIP

**Wydział Urbanistyki i Architektury
Urzędu Miasta Łodzi
ul. Piotrkowska 104
90-926 ŁÓDŹ**

**WNIOSEK
o dopuszczenie do udziału w konkursie**

- 1.** Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na opracowanie **„Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”** wnosimy o dopuszczenie do udziału w konkursie.
- 2.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z „Regulaminem konkursu”.
- 3.** Wniosek (wraz z załączonymi dokumentami) składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
- 4.** Załącznikami do wniosku są niżej wymienione dokumenty i oświadczenia:
 - zał. nr 1 - aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
 - zał. nr 2 - oświadczenie Uczestnika, że spełnia warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy;
 - zał. nr 3 - dokumenty potwierdzające uprawnienia projektowe osób opracowujących pracę konkursową wraz z zaświadczeniami o przynależności do właściwej izby samorządu zawodowego;
 - zał. nr 4 - zaakceptowane istotne postanowienia przyszłej umowy;
 - zał. nr 5 - inne dokumenty wymagane Regulaminem konkursu w tym koperta, w której znajduje się sześciocyfrowa liczba identyfikacyjna.

.....
pieczętka i podpis osoby
(osób) uprawnionej

....., dnia

.....
Uczestnicy konkursu występujący wspólnie:

1.
nazwa i adres Uczestnika konkursu , tel., NIP
2.
nazwa i adres Uczestnika konkursu , tel., NIP
3.
nazwa i adres Uczestnika konkursu , tel., NIP

**Wydział Urbanistyki i Architektury
Urzędu Miasta Łodzi
ul. Piotrkowska 104
90-926 ŁÓDŹ**

**WNIOSEK
o dopuszczenie do udziału w Konkursie**

- 1.** Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na opracowanie „**Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum**” wnosimy o dopuszczenie do udziału w konkursie.
- 2.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Regulaminem konkursu.
- 3.** Wniosek (wraz z załączonymi dokumentami) składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
- 4.** Załącznikami do wniosku są niżej wymienione dokumenty i oświadczenia:
zał. nr 1 - aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
zał. nr 2 - oświadczenie Uczestnika, że spełnia warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy;
zał. nr 3 - dokumenty potwierdzające uprawnienia projektowe osób opracowujących pracę konkursową wraz z zaświadczeniami o przynależności do właściwej izby samorządu zawodowego;
zał. nr 4 - zaakceptowane istotne postanowienia przyszłej umowy;
zał. nr 5 - inne dokumenty wymagane Regulaminem konkursu w tym koperta, w której znajduje się sześciocyfrowa liczba identyfikacyjna.

.....
pieczęć i podpis osoby
(osób) uprawnionej

....., dnia

.....

(nazwa Uczestnika Konkursu)

.....

adres

OŚWIADCZENIE

Składając wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie na opracowanie **„Koncepcji urbanistyczno-architektonicznej rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”**,

oświadczam, że :

- 1) posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 3) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
- 4) nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 1-4 ustawy

.....

(miejscowość) data

.....

(podpis osoby uprawnionej)

Sześciocyfrowy kody identyfikujący					

**INFORMACJA O PLANOWANYCH ŁĄCZNYCH KOSZTACH
wykonania przyszłego zamówienia**

1. Niniejszym składam(y) pracę konkursową: „Koncepcja urbanistyczno-architektoniczna rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”.

2. Wykonanie przyszłego zamówienia **„Projektu urbanistyczno-architektonicznego rozbudowy i modernizacji IV Szpitala Miejskiego im. dr H. Jordana w Łodzi dla potrzeb utworzenia hospicjum”** zgodnie z zakresem określonym pkt. 5 „Regulaminu konkursu” i w oparciu o złożoną pracę konkursową wynosić będzie:

cena netto zł. słownie:
podatek VAT zł słownie:
cena brutto zł słownie:

3. Oferujemy wykonanie prac projektowych przez osoby legitymujące się stosownymi kwalifikacjami i uprawnieniami.

**ISTOTNE POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO PRZYSZŁEJ
UMOWY
o prace projektowe**

Strony ustalają następujące postanowienia szczegółowe:

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Jednostka Projektowania może żądać jedynie wynagrodzenia należnego jej z tytułu wykonania części umowy.
2. Jednostka Projektowania zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu kary umowne w przypadku:
 - a) odstąpienia przez Zamawiającego lub Jednostkę Projektowania od umowy w całości z powodu okoliczności, za które odpowiada Jednostka Projektowania – w wysokości 10% wartości niezrealizowanych prac,
 - b) opóźnienia w wykonaniu prac lub usunięciu wad projektowych - w wysokości 0,3% całości wynagrodzenia za każdy dzień zwłoki.
3. W przypadku, jeśli kary umowne nie pokryją poniesionych szkód, każda ze stron może dochodzić odszkodowania uzupełniającego.
4. W ramach ustalonego w umowie wynagrodzenia Jednostka Projektowania przekazuje na rzecz Zamawiającego prawa autorskie majątkowe do wykorzystania dokumentacji będącej przedmiotem umowy na wszelkich polach eksploatacji. W szczególności dokumentacja może być wykorzystane przez Zamawiającego bez żadnych ograniczeń do dalszych prac związanych z projektowaniem i realizacją inwestycji.

AKCEPTUJĘ

.....
pieczętka i podpis osoby
(osób) uprawnionej

....., dnia