

Paweł Kretowicz
Uniwersytet Jagielloński

PRZESTRZEŃ PUBLICZNA SZPITALI W WYBRANYCH MIASTACH POŁUDNIOWEJ POLSKI

1. WPROWADZENIE

Szpital jako obiekty stacjonarnej opieki zdrowotnej odgrywają szczególnie istotną rolę w przestrzeni miasta ze względu pełnione funkcje społeczne. Najważniejsze z nich to proces leczenia i zdrowienia pacjentów. Leczenie odbywa się za pomocą specjalistycznych urządzeń medycznych, leków i wykwalifikowanego personelu. Zdrowienie jest rezultatem prowadzonych zabiegów medycznych, aczkolwiek istnieją liczne czynniki otoczenia, które mają istotny wpływ na szybkość powrotu do zdrowia. Zgodnie z nowym podejściem terapeutycznym, projektowanie przestrzeni obiektów stacjonarnej opieki zdrowotnej powinno prowadzić do stworzenia takich warunków, aby w jak największym stopniu umożliwić pacjentom odzyskanie pełnej sprawności fizycznej i umysłowej. Dlatego często wspomina się o przyjaznych formach architektoniczno-estetycznych i zmniejszaniu izolacji urbanistycznej obiektów służby zdrowia, a także upodmiotowieniu pacjentów (SZAFRANOWICZ 2005). Działania te doprowadzają do większej otwartości szpitali dla wszystkich użytkowników, w tym również odwiedzających. Postulaty te nie są nowe, gdyż od dawna dyskutowano o konieczności humanizacji szpitali i przeciwdziałaniu utracie przez pacjenta poczucia indywidualności. Dlatego często zwracano uwagę na opiekę i leczenie człowieka, a nie tylko jego chorego organu (PORĘBOWICZ 1962). Kwestia ta pozostaje bardzo aktualna również współcześnie, zwłaszcza gdy procesowi leczenia towarzyszą skomplikowane procedury administracyjne i biurokracja.

Zaproponowany przez autora podział przestrzeni szpitala uwzględnia elementy towarzyszące pobytowi pacjentów w tej instytucji. Są nimi stopień otwartości placówki dla użytkowników oraz występowanie miejsc sprzyjających formalnym i nieformalnym kontaktom międzyludzkim. Ze względu na te cechy wyróżniono w szpitalu elementy przestrzeni publicznej, prywatnej oraz zamkniętej. Celem opracowania jest przedstawienie szpitala jako obiektu współ-

występowania tych przestrzeni, ze szczególnym uwzględnieniem przestrzeni publicznej. Wobec zachodzącego procesu komercjalizacji tej przestrzeni dokonana zostaje ocena wybranych placówek w południowej Polsce z punktu widzenia usług komercyjnych, które coraz częściej wkraczają do obiektów stacjonarnej opieki zdrowotnej.

2. ZAKRES OPRACOWANIA

W celu klasyfikacji współczesnej przestrzeni szpitali oraz występujących w nich obiektów usługowych obserwacji i inwentaryzacji poddano 12 obiektów położonych w miastach województw podkarpackiego, małopolskiego i śląskiego. Wybrano jedynie duże szpitale (o liczbie łóżek powyżej 450), w tym 11 wojewódzkich i jeden powiatowy, przy czym pominięto placówki składające się z wielu odrębnych obiektów (w tym największy w regionie Szpital Uniwersytecki w Krakowie). Listę szpitali uwzględnionych w opracowaniu przedstawia tab. 1.

T a b e l a 1. Badane szpitale w województwach podkarpackim, małopolskim i śląskim

Szpital	Miasto	Liczba łóżek (2010)	Odległość w metrach od:	
			rynku	granicy miasta
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5	Sosnowiec	706	3 000 ^c	200
Publiczny Szpital Kliniczny nr 7	Katowice	699	5 600	4 250
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1	Tychy	682	2 600	3 100
Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio	Przemysł	681	3 000	350
Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej	Rzeszów	676	2 350	1 500
Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza	Tarnów	612	3 200	1 050
Uniwersytecki Szpital Dzieciątcy	Kraków	590	7 150	1 200
Wojewódzki Szpital Podkarpacki	Krosno	564	1 600	1 000
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera	Kraków	539	$\frac{6\,800^a}{2\,600^b}$	1 400
Szpital Wojewódzki	Bielsko-Biała	548	3 200 ^c	2 800
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina	Rzeszów	557	350	3 500
Podhalański Szpital Specjalistyczny	Nowy Targ	483	1 000	1 800

Objaśnienia: odległość od – ^a Rynku Głównego, ^b Placu Centralnego, ^c Rynku w Bielsku, ^d Placu Stulecia.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie Rejestru ZOZ (www.rejestrzoz.gov.pl).

Szpital wojewódzkie najczęściej zlokalizowane są w peryferyjnej części miasta przy głównych drogach wylotowych. Co zrozumiałe, w stolicach województw znajdują się obiekty położone najdalej od centrum: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (7,1 km) oraz Publiczny Szpital Kliniczny im. S. Gasińskiego w Katowicach (5,6 km). Aczkolwiek w mniejszych ośrodkach duże szpitale również położone są w części peryferyjnej (Nowy Targ, Tarnów, Krosno), a niekiedy wręcz sąsiadują z granicą administracyjną miasta (Sosnowiec, Przemyśl). Takie położenie sprzyja wytwarzaniu własnych przestrzeni komercyjnych, albowiem w otoczeniu dużych, peryferyjnie położonych szpitali nie występuje wysoki stopień zagospodarowania, brak jest też gęstej sieci obiektów usługowych. Zależność ta została podkreślona przez autora w opracowaniu na temat szpitali krakowskich (KRETOWICZ 2010).

3. OBIEKTY STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ A PRZESTRZEŃ PUBLICZNA

Autor skłania się ku stwierdzeniu, że przestrzeń szpitala wpisuje się w definicję przestrzeni publicznej zawartej w ustawie z 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym jako miejsce o szczególnym znaczeniu dla zaspokojenia potrzeb mieszkańców, poprawy ich jakości życia i sprzyjający nawiązywaniu kontaktów społecznych ze względu na jego położenie oraz cechy funkcjonalno-przestrzenne. Wątpliwości budzi jedynie aspekt położenia szpitala, gdyż większość polskich placówek znajduje się z dala od istotnych miejsc dla życia publicznego. Szpital jest również dobrem wspólnie użytkowanym, o strategicznym znaczeniu dla społeczności lokalnych i ponadlokalnych (*Karta Przestrzeni Publicznej*, 2009). Inne definicje przestrzeni publicznej wyraźnie akcentują element otwartości i dostępności dla wszystkich (LORENS, MARTYNIUK-PĘCZAK, red. 2010), dlatego przestrzenią publiczną nie można określić całego terenu szpitala, ale jedynie jego część.

Przykłady doskonale zaprojektowanych przestrzeni publicznych szpitali odnaleźć można w pracach nowojorskiej organizacji *non-profit* pod nazwą *Project for Public Spaces* (PPS), czyli Projekt dla Przestrzeni Publicznych (www.pps.org). Instytucja ta działa na rzecz tworzenia zrównoważonych i przyjaznych przestrzeni publicznych na całym świecie. Taką przestrzeń oferuje np. najstarszy w Hiszpanii Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau w Barcelonie (643 łóżka). Tak zwany *genius loci* tworzony jest przez unikatową modernistyczną architekturę nowego budynku szpitalnego wybudowanego w latach 1901–1931. Obiekt ten znajduje się na Liście Światowego Dziedzictwa Kulturowego UNESCO. Innym przykładem jest Northwest Community Hospital w Chicago (496 łóżek), gdzie zarówno przestrzeń szpitala, jak i jego wnętrze zaprojekto-

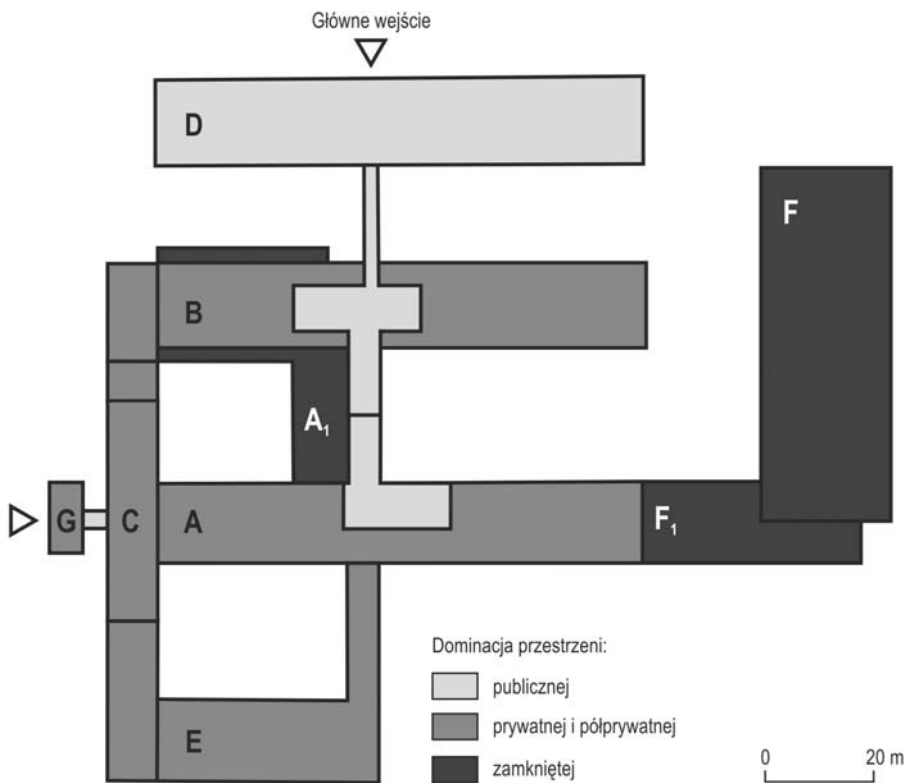
wane zostały z myślą o tworzeniu poczucia wspólnoty pacjentów, personelu i odwiedzających (w latach 2007–2010 przeprowadzono kompleksową renowację szpitala – tzw. *Project Renaissance*). Inną organizacją wspierającą projektowanie obiektów ochrony zdrowia jest *Planetree* (www.planetree.org), której zadaniem jest tworzenie przestrzeni zorientowanych na sferę fizyczną i duchową pacjentów oraz ich rodzin – tworząc optymalną przestrzeń zdrowienia. Obecnie w krajach zachodnich zaobserwować można próby oddzielenia przestrzeni publicznej szpitali od prywatnej przez tworzenie miejsc wspólnych kontaktów bez interakcji „obcych”. Działania te mają duże znaczenie dla osób w podeszłym wieku (HIROKIMIURA, KEN 2004).

Od niedawna wspólną cechą szpitalnych przestrzeni publicznych jest ich stopniowa transformacja w przestrzeń konsumpcji, tj. traktuje się ją jako towar, który może być „sprzedawany” (KEARNS, BARNETT, NEWMAN 2003, ANDREWS, EVANS 2008). W placówkach pojawiają się usługi komercyjne i przestrzenie spędzania czasu wolnego, często w większym stopniu zorientowane na odwiedzających niż pacjentów. EISINGERICH i BOEHM (2009) na podstawie przeprowadzonych badań kwestionariuszowych w siedmiu szpitalach w Toronto stwierdzają, że 2/3 pytanym pacjentów i odwiedzających popiera wzrost liczby usług w przestrzeni publicznej tych obiektów i odbiera je bardzo pozytywnie. O ile jednak obiekty handlowe są w mniejszym lub większym stopniu pożądane przez społeczeństwo, wątpliwość wywołuje fakt wkraczania do szpitali sieci *fast-food*. CRAM i in. (2002), powołując się na *US News & World Report 2001*, donoszą, że wśród czołowych szpitali w USA aż 1/3 posiada przynajmniej jedną restaurację typu *fast-food*. W Polsce nie obserwuje się wkraczania do szpitali restauracji sieciowych, aczkolwiek w niektórych placówkach zaobserwować można przenośne stoiska z wysokokaloryczną żywnością. Tego typu handel nie wywołuje jednak kontrowersji, gdyż nie jest kojarzony z negatywnymi efektami zdrowotnymi, które powszechnie stanowią przedmiot krytyki wielkich korporacji, jak np. restauracji McDonald’s. W odróżnieniu od innych przestrzeni publicznych w przypadku polskich szpitali nie można mówić o uzurpatorskim zawłaszczaniu przestrzeni publicznej ze względu na szczególny charakter tej instytucji w życiu społecznym (KWIATKOWSKI 2010).

4. PODZIAŁ PRZESTRZENI SZPITALA

Postrzeżenie przestrzeni szpitala wpływa na pozytywny lub negatywny odbiór tej instytucji w świadomości użytkowników. Istniejące elementy konstrukcyjne, architektoniczne, kompozycyjne i estetyczne budynku szpitalnego powinny odgrywać istotną rolę w terapii, tj. budować poczucie bezpieczeństwa i przyjaznej atmosfery. Innymi słowy, urządzenie szpitala powinno nawiązywać lub nawet

imitować codzienną przestrzeń życiową. Autor proponuje podzielić ją w następujący sposób: przestrzeń publiczna, prywatna i półprywatna oraz zamknięta. Zgodnie z tym podziałem przeanalizowano skomplikowaną strukturę dużych budynków szpitalnych (za pomocą obserwacji wybranych placówek w południowej Polsce) pod kątem otwartości, interakcji międzyludzkich i pełnionych funkcji użytkowych. Za pomocą modelu typowego dużego szpitala projektowanego w latach 70. XX w. dokonano podziału jego przestrzeni na publiczną, prywatną i półprywatną oraz zamkniętą (rys. 1).



A – restauracja dla personelu, izba przyjęć, oddziały łózkowe; A₁ – centralna sterylizatornia, oddziały intensywnej opieki medycznej; B – działy diagnostyczno-lecznicze i zabiegowe, apteka; C – dział porodowy, dział przyjęć i pomocy doraźnej; D – poradnie ogólne i specjalistyczne, punkt krwiodawstwa, administracja; E – oddział dziecięcy (tylko w szpitalu na 610 łózek); F – kuchnia, pralnia; F₁ – magazyny i część administracyjna kuchni; G – kryty podjazd karettek

Rys. 1. Podział przestrzeni typowego szpitala 536/610-łózkowego (lata 70. XX w.)
ze względu na stopień otwartości dla użytkowników
Źródło: opracowanie własne na podstawie SZANAJCA (1981)

Do przestrzeni publicznej zaliczyć można hol szpitalny, korytarze, poczekalnie, windy ogólnodostępne i obiekty handlowo-usługowe. Cechuje je swobodny dostęp, a więc nieograniczone prawo wstępu przez większą część doby i siedem dni w tygodniu. W niektórych placówkach istnieje możliwość pozostania przy chorym do późnych godzin nocnych. W przestrzeni publicznej szpitala występują częste interakcje międzyludzkie. Można mówić o specyficznej przestrzeni kontaktu, czyli nieformalnych spotkaniach pacjentów i odwiedzających (bary, restauracje, kafeterie), a także pacjentów i kadry medycznej (poczekalnie, korytarze, windy). Cechują je więzi oparte na wspólnocie zagrożenia zdrowia własnego i bliskich, co szczególnie widoczne jest w poczekalniach szpitalnych (przychodnie). Zaobserwować można wysoką skłonność do nawiązywania kontaktów o charakterze formalnym i półformalnym. Kontakty te najczęściej inicjowane są prośbami o uzyskanie informacji, po czym nawiązana zostaje krótkotrwała więź oparta na znalezieniu się w podobnej sytuacji zdrowotnej. Należy zauważyć, że w pewnych sytuacjach przestrzeń publiczna staje się przestrzenią konfliktu wywołanego niepokojem i stresem (konieczność długiego oczekiwania w kolejkach, obawy przed badaniem lekarskim i diagnozą). Wreszcie w przestrzeni publicznej zlokalizowane są wszystkie obecne w szpitalu placówki usługowe. Najczęściej znajdują się w dobrze widocznych miejscach przechodnich (hol szpitalny, poziom -1, przychodnia) i poczekalniach. W każdym z badanych szpitali znajdowało się wyraźne oznakowanie kierunku do pomieszczeń handlowych i usługowych. Wyjątek stanowią automaty z napojami i słodyczami, które są z reguły mozaikowo rozmieszczone w przestrzeni całego szpitala. Należy również wspomnieć, że w przestrzeni publicznej wypełniana jest jedna z podstawowych funkcji szpitala – promocja zdrowia i zdrowego stylu życia, czego wyrazem są ulotki i rozwieszane na ścianach plakaty o treściach prozdrowotnych.

Przestrzeń prywatna i półprywatna szpitali obejmuje oddziały szpitalne otwarte, szpitalny oddział ratunkowy, kaplicę szpitalną, a także windy przeznaczone do przewozu chorych. Cechuje je ograniczony dostęp, gdyż część oddziałów dostępna jest dla odwiedzających tylko w określonych godzinach. Ponadto niektóre przestrzenie półprywatne zarezerwowane są wyłącznie dla pacjentów, np. niektóre windy i sale, a dostęp odwiedzających bywa regulowany. Natomiast dostęp do kaplicy szpitalnej jest właściwie nieograniczony, ale w miejscu tym wymagany jest określony typ zachowania. Można zauważyć znaczne ograniczenie szpitalnej przestrzeni prywatnej, która najczęściej dotyczy jedynie łóżka. W omawianej przestrzeni realizowane są podstawowe funkcje szpitala – leczenie i zdrowienie pacjentów. Dlatego między pacjentami nawiązują się jeszcze silniejsze więzi oparte na wspólnocie zagrożenia własnego zdrowia. Takie kontakty odgrywają również rolę terapeutyczną: pacjenci ofiarowują i otrzymują zrozumienie, ulgę, pocieszenie i współczucie. W przestrzeni półprywatnej i prywatnej nie zaobserwowano obecności usług komercyjnych (z wyjątkiem

płatnych telefonów i telewizorów), aczkolwiek w niektórych placówkach automaty z napojami i słodyczami pojawiają się już w pobliżu wejść na oddziały.

Na przestrzeń zamkniętą szpitali składają się pomieszczenia związane z wykonywaniem specjalistycznych zabiegów medycznych (oddziały szpitalne zamknięte, blok operacyjny, sala pooperacyjna), pomieszczenia niesterylne (sterylizatornia, oddział chorób zakaźnych, kostnica), a także pomieszczenia laboratoryjne i gospodarcze. Dostęp do tych przestrzeni jest ograniczony wyłącznie dla personelu i/lub pacjentów. Obecność osób niepożądanych dezorganizuje i utrudnia pracę szpitala. Omawiane pomieszczenia są zarezerwowane dla czynności typowo profesjonalnych (medycznych i niemedycznych). Z tego powodu występuje niemal całkowity brak relacji międzyludzkich. Mimo to istnieje w niej sfera kontaktów formalnych (pacjent–lekarz) lub półformalnych (w środowisku lekarskim). Przestrzeń zamkniętą szpitala cechuje również poczucie zagrożenia, gdyż niektóre jej elementy kojarzone są z wizją śmierci. Natomiast działalność laboratoriów i pomieszczeń gospodarczych przez cały pobyt w szpitalu dla przeciętnego pacjenta pozostaje niewiadomą.

5. USŁUGI JAKO ELEMENT SZPITALNEJ PRZESTRZENI PUBLICZNEJ

Pojawianie się w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej różnego rodzaju usług związane jest nie tylko z postępującą komercjalizacją w służbie zdrowia, ale przede wszystkim z trudną sytuacją finansową szpitali. Szczególnie dotyczy to placówek zadłużonych, które poszukując dodatkowych zysków udostępniają przestrzeń pod różnego rodzaju działalności gospodarcze. Kwestie te są częściowo uregulowane w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie według art. 1. ust. 4. zakład opieki zdrowotnej nie może zezwolić na obecność usług pogrzebowych oraz skierowanej do pacjentów reklamy i akwizycji. Zapis ten w podobnym kształcie znalazł się w art. 13 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w szpitalach zakazuje się prowadzenia i reklamy działalności pogrzebowej oraz innych działalności gospodarczych, jeśli te są uciążliwe dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

Usługi komercyjne z pewnością stanowią znaczne udogodnienie dla użytkowników szpitali zaopatrując ich w podstawowe dobra konsumpcyjne. Uwagi wymaga natomiast rodzaj oferowanych produktów i usług, a także skala zjawiska. Przesycenie przestrzeni szpitala usługami powoduje jej społeczną dezintegrację, czego efektem jest negatywny jej odbiór przez pacjentów i odwiedzających. Najbardziej typową i niezbędną działalnością w każdym szpitalu jest dystrybucja leków. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej wymaga, aby w szpitalach liczących więcej niż 150 łóżek znajdowała się przy-

najmniej jedna apteka (zaopatrująca szpital w leki). Niemniej jednak w każdej z badanych placówek znajdowała się również apteka komercyjna, z której korzystają pacjenci przychodni szpitalnej i rodziny chorych.

Usługi w omawianych placówkach podzielono na takie, które są niezbędne lub bardzo istotne dla działalności szpitala, pośrednio związane z działalnością szpitala oraz niezwiązane z działalnością szpitala, a przez co właściwe dla innych przestrzeni miasta. Wszystkie trzy typy zanotowano w badanych 12 szpitalach w południowej Polsce. Strukturę i liczbę obiektów w omawianych placówkach przedstawia tab. 2.

T a b e l a 2. Usługi świadczone na terenie 12 badanych szpitali w województwach podkarpackim, małopolskim i śląskim w 2011 r. (numeracja zgodna z tab. 1.)

Usługa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Su- ma	%
Handel wolno stojący													13	5
Artykuły spożywcze i wielobranżowe													32	12
Automaty (kawa, słodczyce, napoje, miody, waga i wzrost)													127	47
Artykuły niespożywcze (odzież, biżuteria, kosmetyki, książki)													17	17
Usługi finansowe (banki, SKOK, bankomaty)													24	9
Gastronomia													26	10
Usługi fryzjersko-kosmetyczne													6	2
Sklep medyczny i optyk													14	5
Usługi inne													14	5

Liczba obiektów														
	0	1	2 do 3	3 do 6	6 do 12	> 12								

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Usługi bezpośrednio związane z działalnością szpitala obejmują te przeznaczone dla pacjentów. Niektóre z nich są niezbędne, gdyż wspierają proces zdrowienia (apteki, sklepy medyczne, optycy) oraz ułatwiają pobyt w szpitalu (odzież szpitalna, biblioteka, kaplica). Inne są obligatoryjnie wymagane przez

specjalne zarządzenia dyirekcji (automaty z ochraniaczami na buty, odzież ochronna). W badanych szpitalach nie zaobserwowano dużej liczby tego typu usług, aczkolwiek są one zawsze lokalizowane w miejscu koncentracji użytkowników szpitala odpowiadając na potrzeby każdego pacjenta.

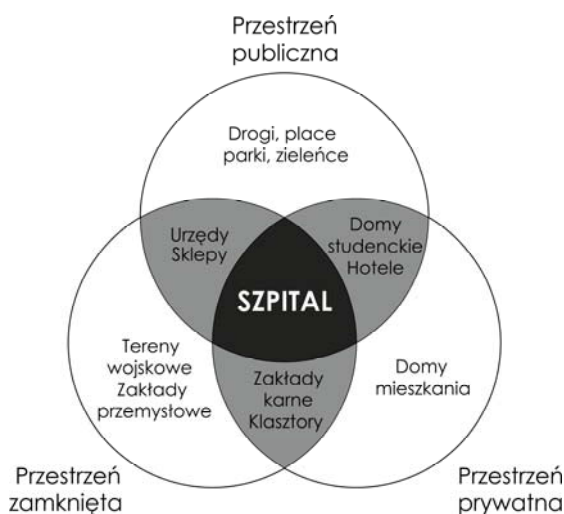
Usługi pośrednio związane z działalnością szpitala obejmują placówki dla pacjentów i odwiedzających. Nie są one niezbędne do funkcjonowania obiektu, ale zapewniają wyższy komfort i jakość pobytu. W szpitalach znajdują się obiekty służące zaopatrzeniu pacjentów w podstawowe produkty, które chętnie kupowane są przez odwiedzających (sklepy spożywcze, kioski, automaty, kwaciarnie). Pozostałe natomiast służą zagospodarowaniu czasu oczekiwania oraz stanowią miejsce spotkań (bary, kawiarnie, kafeterie). Ten ostatni element to przykład imitacji otwartej przestrzeni publicznej. Placówki pośrednio związane z działalnością szpitala występują bardzo licznie ze względu na swój komercyjny charakter. Najwięcej znajduje się ich w szpitalach krakowskich, gdzie można mówić o pewnym przesyleniu przestrzeni publicznej usługami, co szczególnie widoczne jest w Szpitalu Wojewódzkim im. L. Rydygiera.

Usługi niezwiązane z działalnością szpitala obejmują placówki dla wszystkich: usługi finansowe (banki, SKOKi, bankomaty), handel wolno stojący (odzież, obuwie, biżuteria, książki), sklepy odzieżowe, biura podróży, usługi fryzjersko-kosmetyczne i kafejki internetowe. Występowanie tych placówek związane jest z nieustanną obecnością w szpitalach wielu potencjalnych klientów. Nie dotyczy to jednak wyłącznie stałych pacjentów, ale głównie leczących się w przychodni szpitalnej i odwiedzających. Najczęściej występującymi placówkami niezwiązanymi z działalnością szpitala są banki i placówki parabankowe. Instytucje te z pewnością są w stanie ponieść wysokie koszty wynajęcia pomieszczeń na prowadzenie swojej działalności. W niektórych szpitalach obserwowano handel wolno stojący, który w odczuciach wielu osób nie komponuje się z podstawowymi funkcjami obiektu. Mimo to część usług niezwiązanych z działalnością szpitala może być intensywnie użytkowana przez pacjentów i obciążany długimi dyżurami personel medyczny. Z kolei inne usługi chętnie użytkowane są przez określone grupy pacjentów, takie jak kafejki internetowe przez młodzież, a gabinety fryzjerskie i kosmetyczne przez kobiety. W badanych placówkach usługi niezwiązane z działalnością szpitala nie występowały licznie, aczkolwiek niektóre z nich były powszechne, np. w niemal każdym szpitalu obserwowano usługi finansowe.

6. PODSUMOWANIE

Niniejsze opracowanie podejmuje temat wieloaspektowego postrzegania przestrzeni placówek stacjonarnej opieki zdrowotnej. Za pomocą obserwacji 12 du-

żych szpitali w głównych miastach południowej Polski dokonano podziału tej przestrzeni w zależności od stopnia otwartości placówki i występujących w niej interakcji międzyludzkich. Przeprowadzone badania pozwalają uznać szpital za jeden z niewielu obiektów „hybrydowych”, a więc przenikania się różnych rodzajów przestrzeni i funkcji. W szpitalach obserwuje się różne rodzaje przestrzeni: publiczną (gdyż występują w niej usługi komercyjne), prywatną (zorientowaną na pacjentów) i zamkniętą (swobodny dostęp tylko dla personelu), a także przestrzenie między nimi pośrednie. Miejsce szpitala w przestrzeni miasta pod względem stopnia otwartości w bardzo obrazowy sposób przedstawiono na rys. 2.



Rys. 2. Miejsce dużego szpitala w przestrzeni miasta pod względem stopnia udostępnienia przestrzeni – ujęcie modelowe
Źródło: opracowanie własne

Współcześnie w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej obserwuje się efekty intensywnych przemian społecznych i gospodarczych zapoczątkowanych w Polsce po 1989 r. Należą do nich przede wszystkim nieograniczony wstęp do szpitali, pojawianie się w nich handlu i usług, a także rosnąca świadomość kluczowej roli walorów architektonicznych i estetycznych w procesie leczenia. W szpitalu odnaleźć można dające się wyraźnie odgraniczyć przestrzenie publiczne, półprywatne i prywatne, a także zamknięte.

Przeprowadzone rozważania można syntetycznie ująć w postaci następujących wniosków:

1. Funkcje zdrowienia i leczenia pacjentów oraz występowanie kontaktów profesjonalnych (lekarz–pacjent) uzasadnia obecność w szpitalach przestrzeni prywatnych.

2. Kontakty rodzinne, koleżeńskie i ogólnoludzkie uzasadniają występowanie w szpitalach przestrzeni spędzania czasu wolnego i niektórych usług komercyjnych.

3. Prowadzenie specjalistycznych badań i procedur związanych z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów oraz ogromne zasoby techniczne służące utrzymaniu obiektu uzasadniają obecność w szpitalach przestrzeni zamkniętych.

4. Duży przepływ ludności (pacjentów, odwiedzających i innych osób) uzasadnia występowanie w szpitalach przestrzeni komercyjnych (z punktu widzenia ekonomicznego), aczkolwiek jej przesycenie i występowanie usług niezwiązanych z działalnością szpitala powoduje zagrożenie społecznej dezintegracji tej przestrzeni (z punktu widzenia jej percepcji i odbioru przez użytkowników).

BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS G. J., EVANS J., 2008, *Understanding the reproduction of health care: towards geographies in health care work*, „Progress in Human Geography”, no. 32, s. 759–780.
- CRAM P., NALLAMOTHU B. K., FENDRICK A. M., SAINT S., 2002, *Fast food franchises in hospitals*, JAMA., no. 287, 22, s. 2945–2946.
- EISINGERICH A.B., BOEHM L., 2009, *Hospital Visitors Ask for More Shopping Outlets*, „Harvard Business Review”, no. 87, s. 21–22.
- HIROKIMIURA Y., KEN M., 2004, *A study on public spaces of the hospital for the elderly from a viewpoint of residents' mode of stay*, „Journal of Architecture, Planning And Environmental Engineering”, no. 579, s. 23–30.
- Karta Przestrzeni Publicznej*, przyjęta przez III Kongres Urbanistyki Polskiej Towarzystwa Urbanistów Polskich i Związku Miast Polskich, <http://www.tup.org.pl/download/KartaPrzestrzeniPublicznej.pdf>, 2009, data dostępu 08.05.2011.
- KEARNS R.A., BARNETT J.R., NEWMAN D., 2003, *Placing private health care: reading Ascot hospital in the landscape of contemporary Auckland*, „Social Science & Medicine”, no. 56, 11, s. 2303–2315.
- KRETOWICZ P., 2010, *Delimitacja miejskiej przestrzeni usługowej w strefie oddziaływań szpitali krakowskich*, [w:] J. Słodczyk, A. Dembicka-Niemiec (red.), *Funkcje miast jako czynnik kształtowania przestrzeni miejskiej*, „Studia Miejskie”, 2, Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 105–116.
- KWIATKOWSKI K., 2010, *Przestrzeń publiczna i jej uzurpatorskie zawłaszczanie*, „Architektura. Czasopismo Techniczne”, t. 5, z. 107, s. 278–284.
- LORENS P., MARTYNIUK-PĘCZEK J. (red.), 2010, *Problemy kształtowania przestrzeni publicznej. Miasto – Metropolia – Region*, Wyd. Urbanista, Gdańsk.
- PORĘBOWICZ S., 1962, *Problem humanizacji szpitali – aspekty psychologiczne i architektoniczne*, „Szpitalnictwo Polskie”, t. VI, nr 2, s. 116–120.

- SZAFRANOWICZ P., 2005, *Środowiska terapeutyczne – nowe podejście do problematyki przestrzeni obiektów służby zdrowia*, [w:] M. Czepczyński (red.), *Przestrzenie miast postsocjalistycznych. Studia społecznych przemian przestrzeni zurbanizowanej*, Katedra Geografii Ekonomicznej Uniwersytetu Gdańskiego – Bogucki Wyd. Naukowe, Gdańsk–Poznań.
- SZANAJCA J., 1981, *Największe typowe szpitale ogólne budowane w latach 1970–1980*, „Szpitalnictwo Polskie”, nr 25, 1, s. 21–25.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U., 2006, nr 220, poz. 1600.
- Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, Dz.U., 2003, nr 80, poz. 717.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej, Dz.U., 2011, nr 112, poz. 654.
- www.planetree.org.
- www.pps.org.
- www.rejestrzoz.gov.pl.