

*Maciej J. Nowak*¹

*Krzysztof Simon*²

Kierunki polityki przestrzennej miast w Polsce a pandemia SARS-CoV-2. Perspektywa medyczna i przestrzenna

Streszczenie

Celem artykułu jest wskazanie, w jaki sposób pandemia SARS-CoV-2 może determinować kluczowe kierunki polityki przestrzennej miast w Polsce. Przeanalizowano: wytyczne związane z medycznym punktem widzenia (w zakresie priorytetów polityki zdrowotnej) oraz główne tezy międzynarodowej dyskusji naukowej na temat zmian miejskich polityk przestrzennych. Na podstawie powyższej analizy, a także wskazanych aktualnych rozwiązań planistycznych w Polsce zostały opracowane rekomendacje dotyczące kierunkowych zagadnień polityki przestrzennej miast. W artykule określono, w jakim zakresie w polskich realiach jest możliwa realizacja poszczególnych postulatów. Opracowane w taki sposób rekomendacje zachowują wymiar uniwersalny – możliwy do odniesienia do większości dokumentów rozwojowych i przestrzennych polskich miast (w szczególności strategii rozwoju oraz studiów uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego). Istotnym wkładem autorów artykułu będzie również próba interdyscyplinarnego ujęcia perspektywy medycznej i urbanistycznej oraz przełożenie jej na konkretne postulaty.

¹ Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny, Wydział Ekonomiczny, e-mail: macnowak@zut.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-8149-8995>

² Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii, e-mail: krzysztof.simon@umw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8040-0412>

Słowa kluczowe: pandemia SARS-CoV-2, planowanie przestrzenne, rozwój miast, polityka miejska, polityka zdrowotna

Kody klasyfikacji JEL: H75, I18, K49, R50

Directions of urban spatial policy in Poland and the SARS-CoV-2 pandemic: a medical and spatial perspective

Abstract

The aim of this paper is to indicate how the SARS-CoV-2 pandemic may determine the key directions of urban spatial policy in Poland. Therefore, the following aspects have been analyzed: the guidelines arising from the medical point of view (in terms of health policy priorities) and the key theses of the international scientific discussion on changes in urban spatial policies. Based on the above analysis as well as on the indicated current possibilities of planning solutions in Poland, recommendations will be developed on the directional issues of urban spatial policy. The paper will determine to what extent individual postulates can be implemented in the Polish reality. Recommendations developed in this way will reflect a universal dimension – making it possible to refer to the majority of development and spatial documents of Polish cities (in particular development strategies and studies of spatial development conditions and directions). An important contribution of the paper will also be an attempt to take an interdisciplinary approach to the medical and urban planning perspective and translate it into concrete postulates.

Keywords: SARS-CoV-2 pandemic, spatial planning, urban development, urban policy, health policy

JEL Classification Codes: H75, I18, K49, R50

Pandemia SARS-CoV-2 doprowadziła do zmiany dyskusji o różnych problemach naukowych. Zdecydowanie wykracza poza sferę zagadnień medycznych, obejmując również kwestie natury socjologicznej, ekonomicznej czy prawnej (jako jedno z wielu). W tym ujęciu należy zwrócić uwagę na zagadnienie polityk miejskich, w szczególności polityk przestrzennych miast. Można tu wyróżnić dwa podstawowe aspekty: 1) kształtowanie przestrzeni miast w taki sposób, aby ograniczać ryzyko przyszłych zakażeń, 2) kształtowanie funkcji zdrowotnych przestrzeni miast, w szczególności infrastruktury medycznej. Oba zagadnienia są ze sobą mocno powiązane. Ich doprecyzowanie stanowi istotne wyzwanie każdego krajowego systemu planowania przestrzennego. Dlatego celem niniejszego artykułu jest wskazanie, w jaki sposób

pandemia SARS-CoV-2 może determinować kluczowe kierunki polityki przestrzennej miast w Polsce, i przeanalizowano w nim:

- wytyczne związane z medycznym punktem widzenia (w zakresie priorytetów polityki zdrowotnej);
- główne tezy międzynarodowej dyskusji naukowej na temat zmian miejskich polityk przestrzennych.

W dwóch pierwszych częściach artykułu określono – na podstawie krajowych i międzynarodowych tez zawartych w literaturze przedmiotu – kluczowe potrzeby miejskie z perspektywy ochrony zdrowia, a także przeanalizowano główne postulaty zmian w politykach miejskich. W celu uwzględnienia możliwie najbardziej aktualnych głosów (w dynamicznie zmieniającej się sytuacji w zakresie stanu pandemii) sprawdzono w pierwszej kolejności publikacje z 2022 r. dostępne w wyszukiwarce Publish or Perish według stanu na koniec lutego 2022 r. (poprzez zawarcie w tytule kombinacji słów „urban/cities” i „COVID/pandemic/health”). Z zebranej grupy publikacji wybrano te, które:

- zawierały wytyczne dotyczące polityk miejskich (zgodne z celem niniejszego artykułu);
- miały możliwie szeroki uniwersalny wymiar (czyli nie ograniczały się do indywidualnej specyfiki konkretnego kraju lub konkretnego miasta).

Przegląd ten uzupełniono odwołaniami do publikacji z wcześniejszych lat, które w możliwie najszerszym zakresie odnosiły się do wskazanych zagadnień, a następnie odniesiono do ram i barier polskiego systemu planowania przestrzennego oraz do wyodrębnionych (również na potrzeby niniejszego artykułu) potrzeb z zakresu ochrony zdrowia.

Aktualne priorytety w ramach ochrony zdrowia

Uwarunkowania polityk miejskich trochę inaczej wyglądają z perspektywy przestrzennej, a trochę inaczej z perspektywy medyczno-zdrowotnej. Perspektywy te należy w miarę możliwości zbliżać do siebie. Dlatego też warto wyodrębnić najistotniejsze uwarunkowania medyczne zaobserwowane w czasie pandemii.

Epidemia SARS-CoV-2 jest wciąż niezakończona. Prawdopodobnie utrwali się, chociaż aktualnie trudno ocenić przyszłą skalę problemu z uwagi na zmienność wirusa i podatność populacji na zakażenie (w tym stopień wyszczepienia społeczeństwa, odporność po przebyciu zakażenia, stopień akceptacji okresowych koniecznych restrykcji czy też zgony pacjentów najbardziej podatnych na ciężki przebieg zakażenia). Dlatego zaakcentowania wymagają wciąż występujące jej konsekwencje

o charakterze indywidualnym oraz ogólnospołecznym. Do pierwszej grupy można zaliczyć: chorobowość, inwalidztwo pochorobowe (zespół post-COVID-19), niepotrzebne zgony z powodu COVID-19 oraz nadmiarowe zgony z powodu utrudnień w dostępie do opieki lekarskiej. Do drugiej grupy można zaliczyć: postępującą depopulację Polski, dezorganizację służby zdrowia, a także koszty ekonomiczne. Osobnym problemem są bardzo niskie nakłady na służbę zdrowia (zdecydowanie niższe w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Polsce niż w innych krajach). Na podkreślenie zasługują ogromne niedobory personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek i lekarzy (pogłębione przez straty ludzkie związane z post-COVID-19). Brakuje również rezerwowych obiektów odpowiednio przygotowanych zarówno na przyjęcie pacjentów w przypadku masowych zachorowań na choroby zakaźne, jak i obiektów okołowojskich w przypadku działań militarnych. Problemy epidemiczne, organizacyjne i *sensu stricto* medyczne służby zdrowia są pogłębiane przez wielowymiarowe konsekwencje napadu Rosji na Ukrainę. Zauważalne słabości systemu ochrony zdrowia stanowiły zresztą przedmiot analiz jeszcze przed pandemią (NIK, 2018). Pandemia jednak ewidentnie je odsłoniła i uwypukliła.

Należy podkreślić, że znaczna część obiektów szpitalnych przeznaczonych do hospitalizacji pacjentów jest źle zlokalizowana w strukturze miejskiej i źle skomunikowana z otoczeniem. Wiele z nich jest również słabych pod względem technicznym, co przejawia się w:

- niedostosowaniu lokalowemu;
- ogromnych niedoborach separarek ze śluzami medycznymi i odpowiednim systemem wentylacji;
- krzyżujących się drogach komunikacji wewnątrzszpitalnej.

Sprzyja to dodatkowym zakażeniom szpitalnym. Obecna struktura obiektów szpitalnych jest więc mało przydatna w przypadku pojawienia się nowych wyzwań i potrzeb, szczególnie masowych zachorowań, które występują przy epidemiach chorób zakaźnych.

Niestety kolejne fale epidemii potwierdziły brak sprawnego systemu koordynacji ratownictwa medycznego. Niemniej należy zwrócić uwagę, że ostatnio – po pojawieniu się w poszczególnych województwach koordynatorów medycznych – uległo to znacznej poprawie. Ich działalność musi być wzmocniona nie tylko prawnie, lecz także sprawnym systemem informatycznym, umożliwiającym przekazywanie informacji między poszczególnymi elementami systemu medycznego.

Podkreślenia wymaga także fakt, że zidentyfikowano miejsca, w których dochodzi najczęściej do zakażeń – przede wszystkim patogenami przenoszonymi drogą powietrzną (kropelkową). Tymi miejscami są obiekty zamknięte, o dużym zagęszczeniu pacjentów, czyli komunikacja miejska, a także wszelkie pomieszczenia biurowe

(szczególnie źle wietrzone). Niestety do wskazanej grupy należy zaliczyć też szpitale. Szczególne ryzyko zakażenia wiąże się z salami wieloosobowymi, pozbawionymi śluz czy sprawnej wentylacji. Podobne prawidłowości występują w przypadku domów opieki społecznej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których populacja z powodu współchorobowości i wieku jest podatna na ciężki przebieg zakażenia jakimkolwiek patogenem.

Opierając się na powyższych obserwacjach i doświadczeniach z przebiegu epidemii SARS-CoV-2, w dalszej części artykułu przedstawiono propozycje zmian dotyczących organizacji służby zdrowia w kontekście planowania przestrzennego w miastach. Zagadnieniem koniecznym do rozważenia jest przygotowanie scenariusza działań na wypadek nagłych zagrożeń pandemicznych, które trzeba jednak potraktować szerzej niż tylko w kontekście chorób zakaźnych przebiegających epidemicznie, ale także w kontekście masowych zatruc, urazów czy oparzeń.

Postulaty zmian polityk miejskich z perspektywy planowania przestrzennego – przegląd literatury przedmiotu

Problematyka reakcji podejmowanych w ramach polityk miejskich na pandemię SARS-CoV-2 została szeroko ujęta w literaturze przedmiotu. Bardzo często, zwłaszcza w pierwszej fazie pandemii, dotyczyła bezpośrednich, wręcz bieżących reakcji i odpowiedzi na pojawiające się wyzwania (np. sposób działania w czasie wznastającej fali zakażeń). W kontekście szerszej dyskusji ważniejsze są jednak oceny ujęte w bardziej długofalowy sposób. W pierwszej kolejności przeanalizowano (najbardziej aktualne) publikacje z 2022 r. Przegląd ten został uzupełniony o liczne rekomendacje zawarte we wcześniejszych publikacjach. Daje to obraz dominujących w literaturze tendencji i perspektyw. Jednocześnie już na tym etapie należy wskazać, że kierunkowe scenariusze rozwoju mogą być określone przy uwzględnieniu dużej niepewności odnośnie do przyszłych zjawisk i zdarzeń pandemicznych (Ibert et al., 2022).

W pierwszej kolejności warto rozważyć bardziej generalne postulaty. H. Shekhar et al. (2022) słusznie podkreślają, że aspekt zarządzania miastem pozostaje w centrum dyskursu na temat zapobiegania ryzyku epidemii. Postulując konieczność uszczegóławiania wskazanych zagadnień na poziomach lokalnych, autorzy dostrzegają pewne wspólne dla większości światowych miast tendencje. Za jedno z kluczowych zagrożeń w tym zakresie uznają niekontrolowaną urbanizację. Inne powiązane z tym tematem zagadnienie to wpływ otwartych przestrzeni na rozprzestrzenianie się pandemii w mieście (Liu, Liu, Guan, 2021) oraz dostosowanie do sytuacji zmieniających się

potrzeb mieszkaniowych (Efrani, Bahrami, 2022). Zdaniem J. Fransena et al. (2022) społeczności miejskie są bardziej niż społeczności wiejskie podatne na zagrożenia związane z zakażeniem. Autorzy podkreślają rolę oddolnej organizacji społeczności. Na rolę miejskiego kapitału społecznego w formułowaniu odpowiedzi na zagrożenia pandemiczne zwracali uwagę również K. Sasaki i T. Ichinose (2022). W związku z powyższym uznaje się, że władze miejskie powinny opracowywać polityki i interwencje, które pomagają nie tylko zaspokoić potrzeby najbardziej zagrożonych części populacji, lecz także wzmocnić kapitał społeczny (Malmusi et al., 2022). Można nawet wyróżnić badania, w których wskazuje się, że zróżnicowanie mieszkańców (stanowiące jeden z elementów kształtowania kapitału społecznego) stanowi czynnik ograniczający rozprzestrzenianie się pandemii (Hannael et al., 2022). W tym kontekście zredefiniowania polityk miejskich w związku z pandemią A. Sharifi i A.R. Khavarian (2020) wyodrębniają kilka kluczowych płaszczyzn dyskusji: jakość środowiska w mieście, sferę społeczno-gospodarczą, zarządzanie, transport i urbanistykę. Ze względu na cele niniejszego artykułu podkreślenia wymaga przede wszystkim fakt, że pandemia sprawiła, iż sprawiedliwość społeczna w miastach jest rozumiana w nowy sposób (Hoernke, 2020; Rocco et al., 2021). Należy ją bowiem pojmować również jako takie kształtowanie przestrzeni, które przyczyni się do poszerzenia uwarunkowań ochrony zdrowia.

W pierwszej kolejności należy tu wyodrębnić wymiar związany z koncepcją polityki przestrzennej miast. To od niej zależy przyszły układ przestrzeni. W literaturze zawarto w tym zakresie liczne postulaty. C. Ravagnan et al. (2022) oraz D. Costi (2022) zwracają uwagę na rolę przestrzeni publicznych i urbanistykę taktyczną, obejmującą hierarchizację mobilności oraz tworzenie dostępnych centrów miejskich. K. Mouratidis i A. Yannakou (2022) podkreślają, że lepsze wyniki zdrowia obywateli miast można wiązać z bliskością dużych parków i lokalnych (miejskich) obiektów, a także mniejszą gęstością sąsiedztwa i lokalizacją mieszkań we względnej odległości od głównego centrum. A. Antipova et al. (2022) postulują reorganizację usług publicznych w celu ukształtowania samowystarczalnych dzielnic, w których byłyby bardzo krótkie odległości do pokonania. W tym ujęciu w literaturze wielokrotnie powraca koncepcja „miasta 15-minutowego” (Allam et al., 2022). Mouratidis i Yiannakou (2022) wśród słabości miast w tym kontekście wymieniają: stare zasoby budowlane, brak otwartych przestrzeni publicznych, brak parków, ogrodów i roślinności, słabą infrastrukturę, duży hałas, zanieczyszczenie powietrza oraz zdeterminowany przez gęstość zabudowy brak bezpośredniego dostępu do światła słonecznego.

W związku z powyższym kierunkowe rozwiązania urbanistyczne powinny dotyczyć przede wszystkim:

- zróżnicowania usług w danej części miasta;
- dostępności do dużych, różnorodnych terenów otwartych i zielonych, w tym parków i ogrodów;
- łatwego dostępu do przyrody;
- koncentracji na kształtowaniu terenu w taki sposób, aby zapewnić małe odległości pomiędzy konkretnymi rodzajami usług;
- unikania ciasnych mieszkań.

Również R. D'Onofrio i E. Trisiani (2022) opowiadają się za możliwie najszerszym włączaniem do przestrzeni miast elementów przyrody, w tym postulują przeprojektowanie przestrzeni otwartych. Rola środowiska i przyrody w miastach po pandemii jest akcentowana w licznych innych publikacjach (por. np. Khajura et al., 2022; Addas, Maghrabi, 2022; Keil, 2022; Fazal, Sultana, 2022). W badaniach wykazano pozytywny wpływ terenów zielonych/wartościowych środowiskowo na zdrowie (Legeby, Koch, 2020). W publikacjach sprzed 2022 r. można znaleźć postulaty szerszej integracji planowania rozwoju, obejmującej także sprawy zdrowotne (Afrin et al., 2021) i podkreślenie roli projektowania budynków na szczeblu lokalnym (Mohareb, 2020). W skrajnej postaci odnosi się to do postulowania „zakrzywionych” kształtów zabudowy (Hassan, Megahed, 2021). A. Sharifi et al. (2021) wskazują na konieczność unikania obszarów podatnych na ryzyko rozszerzenia pandemii, a także ochrony ekosystemów. Postulują szeroką analizę w skali miast w zakresie optymalnej gęstości zabudowy wybranych obszarów.

W literaturze w mniejszym zakresie podejmuje się zagadnienie reorganizacji usług medycznych z perspektywy planowania przestrzennego miast. Uwzględnia się je fragmentarycznie lub w kontekście innych zagadnień (Pisano, 2020; Calori, Federici, 2020). Podobnie można sklasyfikować postulaty zwiększenia finansowania służby zdrowia oraz jego przełożenia na wyniki walki z pandemią (Archarya et al., 2020). Wymiar finansowy ma decydujące znaczenie także w sferze rozwoju nowych form leczenia (Pelizza, Pupo, 2020). Znow szczególnie należy docenić rekomendacje wskazane przez Sharifiego et al. (2021). Autorzy postulują wzmocnienie infrastruktury zdrowotnej, w tym wyjście poza systemy kryzysowe i opracowanie długoterminowych strategii adaptacyjnych. Powinno to się łączyć z poprawą baz danych zdrowia publicznego, obejmujących identyfikowanie społeczności najbardziej podatnych na zagrożenia. Kolejny krok to opracowanie strategii uwzględniających stopień odporności tych społeczności. Autorzy uznają rozbudowę infrastruktury zdrowotnej za absolutny priorytet, wymagający kompromisu, który wiązałby się nawet z częściowym ograniczeniem innych działań dotyczących adaptacji do zmian klimatu.

Instytucjonalne ramy i bariery polskiego systemu planowania przestrzennego

Postulowane zmiany muszą zostać odniesione do polskiego systemu planowania przestrzennego i uwarunkowań jego stosowania w miastach. Określenie możliwych działań wymaga uwzględnienia kluczowych barier, do których należą:

- słabości związane z opracowywaniem przestrzennych koncepcji rozwoju w skali miast; wiąże się to z aktualną formułą studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego (Nowak, 2020); niniejszy instrument polityki przestrzennej stanowi punkt odniesienia dla konkretnych rozwiązań jedynie w sytuacji, kiedy dla danego terenu zostanie uchwalony miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego (uchwalanie takich planów jest fakultatywne i zależy od swobodnego uznania władz miejskich); w konsekwencji bardzo często plany nie są uchwalane (Śleszyński, 2018), a koncepcje rozwoju zawarte w studiach nie są realizowane;
- brak konkretnych wytycznych urbanistycznych dla znaczących części miast – jest to również powiązane z brakiem obowiązku uchwalania planów zagospodarowania przestrzennego; często również władze miejskie obawiają się uchwalania planów, gdyż mogą się z tym wiązać znaczące konsekwencje odszkodowawcze (Śleszyński, Nowak, Sudra, Załęczna, Błaszke, 2021);
- ogromny chaos przestrzenny (Śleszyński, Kowalewski, Markowski, Legutko-Kobus, Nowak, 2020).

Ograniczenie systemu planowania przestrzennego do nakazów i zakazów również byłoby błędne. Można dodać, że też w obecnym systemie w bardzo dużym zakresie brakuje elastyczności planowania (Markowski, Nowak, 2021). Powyższe spostrzeżenia nie zmieniają jednak oceny, że w obecnych realiach władze miejskie bardzo często muszą być ponadstandardowo zdeterminowane, aby przyczynić się do określonego kształtowania przestrzeni miejskiej.

Podkreślenia wymaga jeszcze jeden aspekt. Nawet szersze stosowanie poszczególnych instrumentów polityki przestrzennej wiąże się z dużym ryzykiem. Istotnym problemem jest ocena zasadności wprowadzanych przez instrumenty polityki przestrzennej ograniczeń i zakazów dotyczących zabudowy. Kryteria z tym związane należy uznać za bardzo subiektywne, poddawane różnym interpretacjom. Dzieje się tak również na szczeblu sądów administracyjnych oceniających konkretne (zaskarżone) plany zagospodarowania przestrzennego (Nowak, 2021). W sytuacji bardzo dużej presji inwestycyjnej w polskich realiach inwestorzy często podważają działania przestrzenne władz miejskich – są w ich przekonaniu niekorzystne. Prowadzi to do

zablokowania wielu postulowanych działań, a nawet utrudnia praktyczną dyskusję wdrożeniową na ich temat. Konkludując, można wskazać, że w obecnych uwarunkowaniach systemowych bardzo trudna byłaby do przeprowadzenia szersza zmiana polityk przestrzennych miast. Głównym powodem są występujące od wielu lat bariery w polskim systemie planowania przestrzennego.

Przedstawienie niniejszych barier nie jest jednak równoznaczne z tezą o niemożności wprowadzania jakichkolwiek zmian w miejskich politykach przestrzennych. Wręcz przeciwnie: należy jeszcze raz podkreślić realną potrzebę tego rodzaju działań. Konkretne rekomendacje i postulaty nie mogą jednak nie uwzględniać istniejących barier i problemów. Niewątpliwie część postulatów powinna odnosić się do zmian prawnych w systemie planowania przestrzennego w Polsce. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że tego rodzaju postulaty środowiska naukowe i eksperckie zgłaszają już od wielu lat. Obecnie na szczeblu rządowym trwają konsultacje dotyczące kierunków zmian w tym zakresie. W dalszej części artykułu autorzy koncentrują się przede wszystkim na możliwych do podjęcia działaniach w kontekście obecnych (niedoskonałych) ram i uwarunkowań. Postulaty zmian prawnych będą odnosić się nie do optymalnej nowej formuły całego systemu, ale jedynie do ewentualnego dostosowania konkretnych szczegółowych rozwiązań.

Postulaty medyczne a zmiany w przestrzeni miast

Zmiana w politykach przestrzennych miast wymaga spójnego połączenia perspektywy przestrzennej z perspektywą ochrony zdrowia. To kolejny powód, dla którego trzeba zdecydowanie wzmocnić koncepcję zintegrowanego planowania rozwoju. Powinno to znajdować odzwierciedlenie w miejskich dokumentach rozwojowych. Podkreślenia również wymaga fakt, że sfera ochrony zdrowia jest priorytetowa z perspektywy społecznej (w tym kryteriów poszerzania kapitału społecznego). Natomiast z perspektywy polityk przestrzennych miast istnieje wiele możliwych do realizacji wyzwań i kierunków, przede wszystkim:

- ochrona i rozwój terenów otwartych;
- wspieranie rozwiązań zielonych przy realizacji inwestycji;
- poszerzanie dostępności usług na konkretnych obszarach;
- zasady kształtowania nowej zabudowy.

Aktualnie w wielu miastach obserwujemy istotny chaos urbanizacyjny (stanowiący jeden z przykładów diagnozowanego w skali całej Polski chaosu przestrzennego). Brakuje jednoznacznych podziałów struktury miejskiej na strefy administracyjno-biurowe (niekoniecznie wymagające dużej liczby mieszkańców), strefy przemysłowe

i strefy dla mieszkańców (czyli mieszkania, domy mieszkalne, miejsca usług, miejsca rozrywki, miejsca rekreacji oraz parki i zieleń miejska). W wielu miastach przeprowadzono działania reorganizacyjne, niewątpliwie słuszne z założenia, ale nie zawsze do końca przemyślane. Szczególną uwagę należy tu zwrócić na zmniejszenie przepustowości ciągów komunikacyjnych w obrębie ścisłej zabudowy miejskiej lub wręcz wyłączenie fragmentów miast z ruchu samochodowego. Problem polega na tym, że odbywa się to bez równoczesnego zapewnienia łatwego i szybkiego dostępu wskazanych obszarów do ciągów komunikacyjnych, w tym dla transportu sanitarnego. Wskazany brak był szczególnie zauważalny przy masowych zachorowaniach. Taka nieprzemyślana reorganizacja utrudnia walkę z masowymi zakażeniami. Zmniejsza również dostęp obywateli do placówek medycznych zlokalizowanych w tych miejscach. Dotyczy to zarówno osób indywidualnych, jak i transportu sanitarnego.

Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, że obiekty szpitalne położone w obrębie gęstej zabudowy miejskiej są często stare, nieprzystosowane do podstawowych zasad współczesnej medycyny, tym bardziej więc nie są przystosowane do masowych zachorowań, szczególnie na choroby zakaźne. Wymusza to konieczność zmian w celu lepszego zabezpieczenia przed kolejnymi zagrożeniami pandemicznymi. Niniejsze obiekty powinny być w miarę możliwości przeznaczane na inne cele (taka praktyka jest realizowana obecnie np. we Wrocławiu).

Przy planowaniu przestrzennym, niezależnie od różnorodnych koncepcji urbanistycznych, należy również zreorganizować lokalizacje państwowych szpitali i placówek zdrowotnych. Chodzi tu o zintegrowanie w sposób nowoczesny i przyszłościowy sfery przestrzennej miast ze sferą medyczną. Dlatego do rozważenia sugeruje się następujące rozwiązania:

1. Każde duże miasto wojewódzkie powinno na swoim terenie koncentrować wysoce specjalistyczne usługi medyczne. Chodzi przede wszystkim o szpitale wieloprofilowe, gwarantujące kompleksowe usługi medyczne (liczba łóżek specjalistycznych musi być adekwatna do danej populacji, a profil do lokalnych potrzeb, np. inna w miastach portowych, inna w zagłębiach górniczych).
2. W mniejszych miejscowościach szpitale nie muszą pełnić wszystkich funkcji wielospecjalistycznych, natomiast powinny zapewniać podstawowe usługi medyczne oraz przede wszystkim usługi opiekuńczo-lecznicze.
3. Wszelkie duże obiekty szpitalne powinny być przenoszone, w miarę możliwości, na obrzeża miast. Umożliwi to zabezpieczenie dobrej komunikacji z siecią szybkich dróg krajowych czy okołomiejskich (obwodnice), a także portem lotniczym. Szpitale powinny także dysponować lądowiskiem do transportu lotniczego (co jest w małym stopniu możliwe w centrum miast) i parkingami dla osób korzystających z własnego transportu, przy zapewnieniu dobrej komunikacji

- z centrum. W tym ostatnim kontekście podkreślenia wymaga rola właściwego transportu publicznego.
4. Należy zróżnicować transport publiczny w Polsce (aktualnie brakuje komunikacji podziemnych oraz nadziemnych w większości polskich miast, występuje nieprzemyślane zwięzanie jezdni, jak też wyłączanie całych ulic bez pozostawienia określonych szerokich ciągów komunikacyjnych). Jest to ważne w kontekście skrócenia czasu przejazdu i dostępu do chorych ze ścisłych centrów miast, jak również zmniejszenia problemów z transportem pomiędzy szpitalami. Szybkość tego transportu często decyduje o życiu pacjenta.
 5. Każde województwo powinno mieć przygotowane obiekty rezerwowe na wypadek masowych zachorowań. Dotyczy to również rezerw personelu medycznego (personel pomocniczy w mniejszych miejscowościach jest generalnie łatwiej dostępny i nie zawsze odpowiednio wykorzystany). Niekoniecznie takie obiekty muszą być lokalizowane w dużych miastach. Dobrym miejscem mogą być obiekty sanatoryjne czy też domy wczasowe w miejscowościach uzdrowskich – adekwatnie zmodernizowane i przygotowane. Ale ich lokalizacje należy zaplanować z uwzględnieniem odpowiedniego i szybkiego dostępu komunikacyjnego. Należy sobie zdawać sprawę z możliwych problemów organizacyjnych i przestrzennych związanych z realizacją niniejszego postulatu. Fakt ich występowania nie może jednak prowadzić do zaniechania działań. Realizacja wskazanej inicjatywy musi więc zakładać wykorzystanie przestrzeni (w tym wskazanych obiektów rezerwowych) w sposób optymalny, zarówno w czasie np. oddziaływania konkretnej fali zakażeń czy innych wydarzeń zdrowotnych o charakterze epidemicznym, jak i w czasie bardziej pod tym względem bezpiecznym. Opracowanie takich koncepcji powinno być prowadzone w skali jednostkowej i łączyć się z występującą tendencją wielofunkcyjnego wykorzystania terenów.
 6. Z uwagi na zróżnicowaną zakaźność i patogenność poszczególnych czynników zakaźnych w każdym mieście wojewódzkim powinno być łatwo skomunikowane wydzielone centrum chorób zakaźnych, z określonymi możliwościami diagnostycznymi i leczniczymi oraz dedykowanym specjalistycznym personelem, z określoną liczbą łóżek rezerwowych w separatkach. Niniejsze obiekty trzeba więc też uwzględnić w planach urbanizacyjnych. Łóżka rezerwowe mogą być tymczasowo wykorzystywane jako oddziały dzienne rehabilitacyjne czy oddziały szpitalne jednodniowe, które można błyskawicznie przeorganizować tak, aby mogły szybko przyjąć tzw. pierwsze uderzenia (pacjentów z początków epidemii). Da to cenny czas na przygotowanie obiektów i personelu rezerwowego na napływ dalszych pacjentów. Można dodać, że z uwagi na delikty organizacyjne w służbie zdrowia pewną protezę w trakcie aktualnej epidemii były szpitale tymczasowe –

praktycznie połowe, niesłuchanie kosztowne i borykające się z ciągłymi niedoborami personelu.

Wskazane rozwiązania zaproponowano przede wszystkim na podstawie doświadczeń zebranych w czasie kolejnych fal pandemii. Należy podkreślić, że mają również szerszy zakres zastosowania i powinny wywrzeć wpływ na cały system ochrony zdrowia.

Nowe zadania dla polityki przestrzennej

Można stwierdzić istnienie wielu powiązań pomiędzy tezami zawartymi w literaturze przedmiotu (ujętych w przeglądzie) a perspektywą medyczną związaną z kierunkami polityk miejskich. Obie grupy postulatów są komplementarne (tabela 1). Z perspektywy konkretnych rozwiązań dotyczących planowania przestrzennego można je dostosować do dwóch (wymagających wyodrębnienia) kierunków działania: kształtowanie przestrzeni do tej pory niezagospodarowanych i kształtowanie zagospodarowanych przestrzeni miejskich.

Tabela 1. Postulaty dotyczące polityk miejskich po pandemii

Postulaty zawarte w literaturze przedmiotu	Postulaty formułowane z perspektywy medycznej
<ul style="list-style-type: none"> • ograniczanie niekontrolowanej urbanizacji (a także gęstości zabudowy w miastach); • kształtowanie przestrzeni miast przy uwzględnieniu podatności społeczności miejskich na zakażenia; • szczególne kształtowanie i ochrona terenów zielonych; • dostosowanie obiektów usługowych do zabudowy miejskiej; • wzmocnienie infrastruktury zdrowia; • wypracowanie strategii adaptacyjno-odpornościowych 	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie płynnego dojazdu do placówek zdrowotnych (i dostosowanie do tego zabudowy i transportu miejskiego); • lokalizacja większych szpitali w miarę możliwości na obrzeżach miast; • wyodrębnienie obiektów rezerwowych (potrzebnych w razie wybuchu pandemii); • ograniczanie transmisji zakażeń w szpitalach oraz domach pomocy społecznej

Źródło: opracowanie własne.

Wskazane kierunki działań mogą ze sobą się łączyć: teren niezagospodarowany może bowiem występować zarówno w samym mieście, jak i pod nim. To właśnie na tych obszarach stwierdza się najszerszy chaos przestrzenny. Wynika on w dużej części z braku skutecznych narzędzi polityki przestrzennej i z presji inwestycyjnej. W kontekście koncepcji miejskich warto rozważyć przeznaczanie tego rodzaju terenów pod wskazane wyżej cele. Powinno to być poprzedzone szerszą – odnoszącą się do konkretnych uwarunkowań miejskich – strategią adaptacyjno-odpornościową. Ze strategii tej dodatkowo powinna wynikać zasadność lokalizacji konkretnego obiektu (np. szpitalnego/rezerwowego) na danym obszarze. Jest to istotne tym bardziej,

że osiągnięcie celu może wymagać współdziałania różnych organów administracji publicznej. Ustalenia wynikające ze strategii powinny stanowić istotną podstawę konkretnych instrumentów planowania przestrzennego (co łączy się również z postulatem poszerzania stopnia integracji polityk rozwoju – tylko to umożliwi syntetyczne ujęcie wskazanych działań na różnych płaszczyznach). Kierunkowo powinno ono obejmować poza lokalizacją nowych obiektów:

- ochronę terenów zielonych – potencjalne wzmacnianie takiej roli określonych terenów;
- uwzględnienie płynnego dojazdu do szpitali jako jednego z priorytetów polityk miejskich;
- umożliwianie dostosowania funkcji usługowej i mieszkaniowej w miastach;
- ograniczanie gęstości zabudowy.

Niniejsze punkty można potraktować jako rekomendacje dla władz publicznych. Powyższe postulaty powinny znaleźć również przełożenie na sposób projektowania nowych szpitali. Trudniejszym zadaniem jest odniesienie tych wskazówek do terenów już zagospodarowanych. Szersze i szybkie zmiany są tu raczej problematyczne, ale warto zaakcentować rolę zmian ewolucyjnych, polegających na:

- szczególnej ochronie przed pogłębianiem negatywnych z perspektywy medycznej uwarunkowań przestrzennych;
- ewolucyjnej zmianie zagospodarowania istotnych pod tym względem nieruchomości publicznych.

Tym bardziej zasadne wydaje się w tym kontekście włączenie strategii adaptacyjno-odpornościowej do systemu polityki przestrzennej w miastach (to również istotna rekomendacja autorów niniejszego artykułu). Część wskazanych zagadnień może być ujęta w planach adaptacji do zmian klimatu. Jest to jednak zdecydowanie niewystarczające i nie uwzględnia bezpośrednio perspektywy medycznej. Doświadczenia pandemii, stwarzające zdecydowanie nowy kontekst dyskusji, skłaniają do zmiany niniejszej perspektywy. Szersze uwzględnienie postulatów ochrony zdrowia wydaje się konieczne również w miejskich politykach przestrzennych. Elementy strategii adaptacyjno-odpornościowej mogą dotyczyć więc też tych części miast, które powinny być szczególnie chronione z perspektywy medycznej. Można wskazać, że w ramach rozwiązań stosowanych w zachodnich systemach dokonuje się klasyfikacji systemów miejskich z perspektywy nie tylko kryterium przeznaczenia terenu, lecz także innych warunków (np. możliwości realizacji na danym terenie inwestycji w zakresie odnawialnych źródeł energii). Wydaje się zatem, że szersze dostosowanie wytycznych polityki przestrzennej do perspektywy ochrony zdrowia jest również możliwe na szczeblu lokalnych instrumentów planowania przestrzennego. Niewątpliwie bardzo pomocne byłyby pod tym względem zmiany prawne.

Nie wyklucza to jednak możliwości przeprowadzania stosownych analiz w ramach obecnych rozwiązań, z bezpośrednim przełożeniem np. na treść studiów uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego.

Podsumowanie

Z przeprowadzonej analizy wynika – z jednej strony – potrzeba szerszej integracji zagadnień polityki przestrzennej miast z postulatami z zakresu ochrony zdrowia, a z drugiej – wyraźna spójność między wskazanymi tematami. Główną barierą związaną z ich wdrożeniem jest słabość polskiego systemu planowania przestrzennego. Jak wskazano, duża część instrumentów planowania przestrzennego jest nieskuteczna. Ta nieskuteczność tym bardziej utrudnia szybsze wdrażanie postulatów wynikających z perspektywy medycznej. W artykule zaproponowano możliwe kierunki działania w tym zakresie oraz wyodrębniono główne płaszczyzny tematyczne. Można je odnosić zarówno do sfery centralnej, jak i do oddolnego (na różnych szczeblach) kształtowania polityk konkretnych miast. Zakres wdrażania w praktyce może być różny, znacząco zdeterminowany stopniem efektywnej integracji polityk rozwoju. Nie zmienia to jednak faktu, że poruszony temat powinien stanowić przedmiot szerszej refleksji, również w zakresie dalszej dyskusji naukowej. Wśród postulowanych kierunków dyskusji można wyodrębnić:

- dostosowanie ram systemu planowania przestrzennego w celu umożliwienia szerszego wdrażania postulatów ochrony zdrowia w miastach;
- możliwe szczegółowe działania na szczeblu władz miejskich;
- analizę indywidualnych przypadków konkretnych miast (i możliwości związanych z ich polityką przestrzenną).

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Wszyscy wymienieni autorzy wnieśli znaczący, bezpośredni i intelektualny wkład w artykuł i zatwierdzili go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy deklarują, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Bibliografia

- Acharya, A., Wolfson, C., Matta, S., Cardona, C., Lamba, S., Bishai, D. (2021). The role of public health expenditures in COVID-19 control: Evidence from local governments in England, *SSM – Population Health*, 15: artykuł 100861. DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100861.
- Addas, A., Maghrabi, A. (2022). How did the COVID-19 pandemic impact urban green spaces? A multi-scale assessment of Jeddah megacity (Saudi Arabia), *Urban Forestry & Urban Greening*, 69: artykuł 127493. DOI: 10.1016/j.ufug.2022.127493.
- Afrin, S., Chowdhury, F.J., Rahman, M.M. (2021). COVID-19 pandemic: rethinking strategies for resilient urban design, perceptions, and planning, *Frontiers in Sustainable Cities*, 3: artykuł 668263. DOI: 10.3389/frsc.2021.668263.
- Allam, Z., Nieuwenhuijsen, M., Chabaud, D., Moreno, C. (2022). The 15-minute city offers a new framework for sustainability, liveability, and health, *The Lancet Planetary Health*, 6(3): e181–e183. DOI: 10.1016/S2542-5196(22)00014-6.
- Antipova, A., Momeni, E., Banai, R. (2022). Urban Sprawl, Blight, and the COVID-19 Pandemic. W: *Advances in Urbanism, Smart Cities, and Sustainability* (263–281), U. Chatterjee, A. Biswas, J. Mukherjee, S. Majumdar (Eds.). Boca Raton: CRC Press.
- Calori, A., Federici, F. (2020). Coronavirus and beyond: empowering social self-organization in urban food systems, *Agriculture and Human Values*, 37(3): 615–616. DOI: 10.1007/s10460-020-10111-y.
- Costi, D. (2022). *Designing the City of People 4.0: Reflections on Strategic and Sustainable Urban Design After COVID-19 Pandemic*. Cham: Springer Nature. DOI: 10.1007/978-3-030-76100-4.
- D’Onofrio, R., Trusiani, E. (2022). The Future of the City in the Name of Proximity: A New Perspective for the Urban Regeneration of Council Housing Suburbs in Italy after the Pandemic, *Sustainability*, 14(3): artykuł 1252. DOI: 10.3390/su14031252.
- Erfani, G., Bahrami, B. (2022). COVID and the home: the emergence of new urban home life practised under pandemic-imposed restrictions, *Cities & Health*, ahead-of-print. DOI: 10.1080/23748834.2022.2029241.
- Fazal, S., Sultana, S. (2022). Vulnerability Assessment to COVID Pandemic in Urban Settlement: A Case Study from India, *Current Urban Studies*, 10: 25–54. DOI: 10.4236/cus.2022.101003.
- Fransen, J., Peralta, D.O., Vanelli, F., Edelenbos, J., Olvera, B.C. (2022). The emergence of urban community resilience initiatives during the COVID-19 pandemic: An international exploratory study, *The European Journal of Development Research*, 34: 432–454. DOI: 10.1057/s41287-020-00348-y.
- Hananel, R., Fishman, R., Malovicki-Yaffe, N. (2022). Urban diversity and epidemic resilience: The case of the COVID-19, *Cities*, 122: artykuł 103526. DOI: 10.1016/j.cities.2021.103526.
- Hassan, A.M., Megahed, N.A. (2021). COVID-19 and urban spaces: A new integrated CFD approach for public health opportunities, *Building and Environment*, 204: artykuł 108131. DOI: 10.1016/j.buildenv.2021.108131.

- Hoernke, K. (2020). A socially just recovery from the COVID-19 pandemic: a call for action on the social determinants of urban health inequalities, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(12): 482–484. DOI: 10.1177/0141076820948817.
- Ibert, O., Baumgart, S., Siedentop, S., Weith T. (2022). Planning in the Face of Extraordinary Uncertainty: Lessons from the COVID-19 Pandemic, *Planning Practice & Research*, 37(1): 1–12. DOI: 10.1080/02697459.2021.1991124.
- Izdębski, W., Śleszyński, P., Malinowski, Z., Kursa, M. (2018). Analiza morfometryczna planów miejscowych w Polsce, *Infrastruktura i Ekologia Terenów Wiejskich*, II (1): 331–347. DOI: 10.14597/INFRAECO.2018.2.1.022.
- Keil, R. (2022). Of Flying Cars and Pandemic Urbanism: Splintering Urban Society in the Age of Covid-19, *Journal of Urban Technology*, 29(1): 29–37. DOI: 10.1080/10630732.2021.2004069.
- Khajuria, A., Kaushik, S.K., Anand, V., Yadav, A.K., Bobdey, S. (2022). COVID-19 and environment: An ecological study of four metropolitan cities, *Medical Journal of Dr. D. Y. Patil Vidyapeeth*, ahead-of-print. DOI: 10.4103/mjrdypu.mjrdypu_223_21.
- Legeby, A., Koch, D. (2020). The changing of urban habits during the Corona pandemic in Sweden, *FAMagazine*, 52: 198–203. DOI: 10.1283/fam/issn2039-0491/n52-2020/493.
- Liu, C., Liu, Z., Guan, C. (2021). The impacts of the built environment on the incidence rate of COVID-19: A case study of King County, Washington, *Sustainable Cities and Society*, 74: artykuł 103144. DOI: 10.1016/j.scs.2021.103144.
- Malmusi, D., Pasarín, M.I., Marí-Dell’Olmo, M., Artazcoz, L., Diez, E., Tolosa, S., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, G., Peña-Gallardo, C., Borrell, C. (2022). Multi-level policy responses to tackle socioeconomic inequalities in the incidence of COVID-19 in a European urban area, *International Journal for Equity in Health*, 21: artykuł 28. DOI: 10.1186/s12939-022-01628-1.
- Markowski, T., Nowak, M.J. (2021). Kierunki wykładni prawa w sferze zagospodarowania przestrzennego na tle ekonomicznej interpretacji publicznego wymiaru przestrzeni. W: *Rola prawa w systemie gospodarki przestrzennej* (29–54), M.J. Nowak (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mohareb, N. (2020). Has an urban ‘new normal’ become necessary following the corona pandemic?, *Architecture & Planning Journal*, 26(2): 5.
- Mouratidis, K., Yiannakou, A. (2022). COVID-19 and urban planning: Built environment, health, and well-being in Greek cities before and during the pandemic, *Cities*, 121: artykuł 103491. DOI: 10.1016/j.cities.2021.103491.
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli) (2018). *Raport. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądanе kierunki zmian*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Nowak, M. (2020). *Planowanie i zagospodarowanie przestrzenne. Komentarz do ustawy i przepisów powiązanych*. Warszawa: C.H. Beck.
- Nowak, M.J. (2021). Wpływ orzeczeń sądów administracyjnych na ochronę ładu przestrzennego w lokalnym planowaniu przestrzennym, *Studia z Polityki Publicznej*, 8(2): 47–62. DOI: 10.33119/KSzPP/2021.2.3.
- Pelizza, L., Pupo, S. (2020). The COVID-19 pandemic and Italian public mental health services: experience and future directions, *Journal of Patient Experience*, 7(5): 642–644. DOI: 10.1177/2374373520956857.

- Pisano, C. (2020). Strategies for post-COVID cities: An insight to Paris En Commun and Milano 2020, *Sustainability*, 12(15): artykuł 5883. DOI: 10.3390/SU12155883.
- Ravagnan, C., Cerasoli, M., Amato, C. (2022). Post-COVID cities and mobility, *TeMA – Journal of Land Use, Mobility and Environment*, Special Issue 1: 87–100. DOI: 10.6093/1970-9870/8652.
- Rocco, R., Newton, C.E.L., Vergara d'Alençon, L.M., Tempels Moreno Pessôa, I., van der Watt, A. (Eds.). (2021). *The new urban normal: urban sustainability and resilience post COVID-19: TU Delft Urban Thinkers Campus June/July 2020*. Delft: Delft University of Technology.
- Sasaki, K., Ichinose, T. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the General Public in Urban and Rural Areas in Southern Japan, *Sustainability*, 14(4): artykuł 2277. DOI: 10.3390/su14042277.
- Sharifi, A., Khavarian-Garmsir, A.R. (2020). The COVID-19 pandemic: Impacts on cities and major lessons for urban planning, design, and management, *Science of the Total Environment*, 749: artykuł 142391. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.142391.
- Sharifi, A., Khavarian-Garmsir, A.R., Kummitha, R.K. (2021). Contributions of smart city solutions and technologies to resilience against the COVID-19 pandemic: a literature review, *Sustainability*, 13(14): artykuł 8018. DOI: 10.3390/su13148018.
- Shekhar, H., Rautela, M., Maqsood, M., Paris, R., Flores de León, R.M., Romero-Aguirre, M.F., Balinos, M., Velázquez, M.E., Amri, G.S., Rahman, T., Asuah, A.Y., Hosni, J., Rahman, M.S. (2022). Are leading urban centers predisposed to global risks: A review of the global south from COVID-19 perspective, *Habitat International*, 121: artykuł 102517. DOI: 10.1016/j.habitatint.2022.102517.
- Śleszyński, P., Kowalewski, A., Markowski, T., Legutko-Kobus, P., Nowak, M. (2020). The Contemporary Economic Costs of Spatial Chaos: Evidence from Poland, *Land*, 9(7): artykuł 214. DOI: 10.3390/land9070214.
- Śleszyński, P., Nowak, M., Sudra, P., Załączna, M., Blaszkę, M. (2021). Economic Consequences of Adopting Local Spatial Development Plans for the Spatial Management System: The Case of Poland, *Land*, 10(2): artykuł 112. DOI: 10.3390/land10020112.