

Piotr SPRINGER<sup>1</sup>

## WPLYW DETERMINANT FORMALNOPRAWNYCH NA ARCHITEKTURĘ OBIEKTÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ – KONTEKST HISTORYCZNY I WSPÓŁCZESNE IMPLIKACJE

Proces projektowania architektonicznego obiektów opieki zdrowotnej determinowany jest przez wiele czynników. Niniejsza praca opisuje wytyczne formalnoprawne stosowne dla definiowania przestrzeni zbudowanej szpitali zarówno w odniesieniu do regulacji historycznych, jak i obecnie obowiązujących w Polsce przepisów prawa. Architektura współczesnych obiektów opieki zdrowotnej ze względu na swoją funkcję objęta jest licznymi restrykcjami jurystycznymi. Istotny wpływ determinant formalnoprawnych można zauważyć na wszystkich etapach cyklu życia obiektu ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim projektowania oraz eksploatacji. Badania historyczne w przedmiotowym zakresie jasno wskazują ryzyka związane z nadmierną regulacją, natomiast zestawienie polskich determinant formalnoprawnych z zagranicznymi systemami regulacyjnymi, opartymi na zestawieniach standardów i dobrych praktyk, unaocznia niską skuteczność krajowego systemu prawnego w zakresie budowania jakościowych przestrzeni medycznych, jednocześnie stanowiąc rekomendację dotyczącą gruntownej przebudowy funkcjonujących obecnie w Polsce przepisów w przedmiotowym zakresie regulacji. Wnioskiem z przeprowadzonych badań jest wskazanie konieczności ukonstytuowania polskiego, interdyscyplinarnego zespołu, którego zadaniem powinno być przygotowanie zestawu standardów projektowych dla architektury związanej z opieką zdrowotną.

**Słowa kluczowe:** projektowanie architektoniczne, prawo budowlane, standardy projektowe, szpital, architektura medyczna

### 1. WPROWADZENIE

Niemal połowa z 894 publicznych szpitali w Polsce dysponuje znaczną częścią bazy lokalowej powstałej w latach 50. XX w. W związku z ogromną zmianą sposobu funkcjonowania budynków tego typu na przestrzeni minionych dekad przestarałe szpitale wymagają pilnych transformacji przestrzennych. Śledząc doniesienia

<sup>1</sup> Politechnika Poznańska, Wydział Architektury. ORCID: 0000-0001-8874-7229.

medialne oraz postępowania kontrolne organów państwowych, można zaobserwować liczne wskazania złego stanu technicznego wyposażenia, a także brak spójności układów przestrzennych szpitali z wymaganiami współczesnej medycyny. Raport Najwyższej Izby Kontroli w zakresie stanu polskich szpitali z 2009 r. wykazał poważne nieprawidłowości techniczno-użytkowe w 90% kontrolowanych obiektów.

W kolejnych latach sytuacja szpitalnictwa nie poprawiła się w znaczącym stopniu, pozostając zarówno problemem, jak i wyzwaniem dla wszystkich grup interesariuszy systemu ochrony zdrowia: organów założycielskich, finansujących i zarządzających szpitalami, personelu szpitalnego, pacjentów oraz projektantów realizujących zlecenia z zakresu budowy, rozbudowy lub modernizacji infrastruktury obiektów medycznych.

W warunkach niedofinansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce szczególnym wyzwaniem jest realizacja inwestycji z zakresu publicznej ochrony zdrowia w sposób maksymalizujący poprawę efektywności świadczeń medycznych przy generowaniu jak najmniejszych kosztów. Zarówno środowisko naukowe, jak i architekci zgodnie wskazują na istotną rolę infrastruktury szpitalnej w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Magdalena Jamrozik-Szatanek podkreśla, że dobrze zaprojektowane szpitale przekładają się na lepszą pracę personelu, zadowolenie pacjentów i ich bliskich oraz efektywność hospitalizacji. Stąd zasadne wydają się dogłębne przesłedzenie cyklu życia obiektów architektonicznych związanych z ochroną zdrowia oraz analiza możliwości usprawnienia ich działania na poszczególnych etapach.

W przypadku architektonicznego dziedzictwa lat 60. i 70. XX w. wiele nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitali w oczywisty sposób wynika z anachronizmu zaplecza lokalowego. Zastanawiające jest jednak to, że problemy przestrzenne występują nie tylko w obiektach liczących sobie kilka dekad. Mankamenty funkcjonalno-przestrzenne pojawiają się także w stosunkowo nowych obiektach lub obszarach podlegających bieżącej rozbudowie czy modernizacji.

Przyczyn niniejszej sytuacji można doszukiwać się w fazie planowania i programowania przestrzeni szpitalnych. Artur Słabiak wskazuje na niską jakość opracowań projektowych z zakresu ochrony zdrowia w Polsce jako skutek wieloczynnikowych zaniedbań systemowych obejmujących m.in.: brak interdyscyplinarności procesu projektowego, brak stosownego wsparcia ze strony rzeczoznawców, próbę zastąpienia przez prawodawcę stale aktualizowanych standardów aktami prawnymi z długim okresem nowelizacji, zaniżone względem odpowiedzialności i zakresu pracy honoraria architektów.

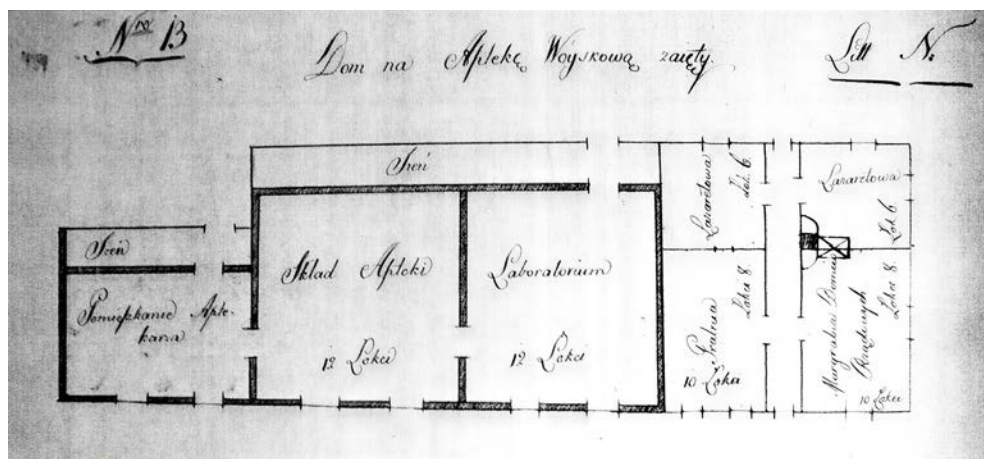
Słabiak [2014] konstatuje, że „zaprojektowanie szpitala jest jednym z najbardziej skomplikowanych i najdroższych zadań, jakie mogą się trafić architektowi w jego praktyce zawodowej”. Przebieg procesu projektowego dla inwestycji z zakresu poszerzenia infrastruktury ochrony zdrowia kształtowany jest przez liczne determinanty, jednak niniejsza praca badawcza skupia się na ustaleniach formalnoprawnych jako najbardziej restrykcyjnych spośród wytycznych w powszechnej praktyce projektowej.

## 2. REGULACJE PRAWNE A KSZTAŁTOWANIE ARCHITEKTURY OPIEKI ZDROWOTNEJ

### 2.1. Rys historyczny przepisów dotyczących projektowania szpitali w Polsce

Punkt początkowy historii przepisów prawa definiujących funkcjonowanie powszechnej ochrony zdrowia nakreśla się wraz ze zmianą funkcji szpitala z przytułku na zakład leczniczy na przełomie XVIII i XIX w. Ustanowiona w 1768 r. Komisja Dobrego Porządku była pierwszym państwowym organem na ziemiach polskich, który w sposób centralny miał zarządzać szpitalami. Działalność komisji oraz następujących po niej w kolejnych dekadach odpowiedników skupiała się na aspektach organizacyjnych, pomijając kwestie infrastrukturalne.

Pierwszych śladów pisemnych regulacji w odniesieniu do form przestrzennych i wyposażenia budynków ochrony zdrowia można doszukiwać się w okresie Księstwa Warszawskiego. Lakoniczne wytyczne formułowane w dokumentach z okresu napoleońskiego znalazły swoje faktyczne odzwierciedlenie w ówczesnych realizacjach architektonicznych, czego dowody zachowały się w archiwach państwowych.



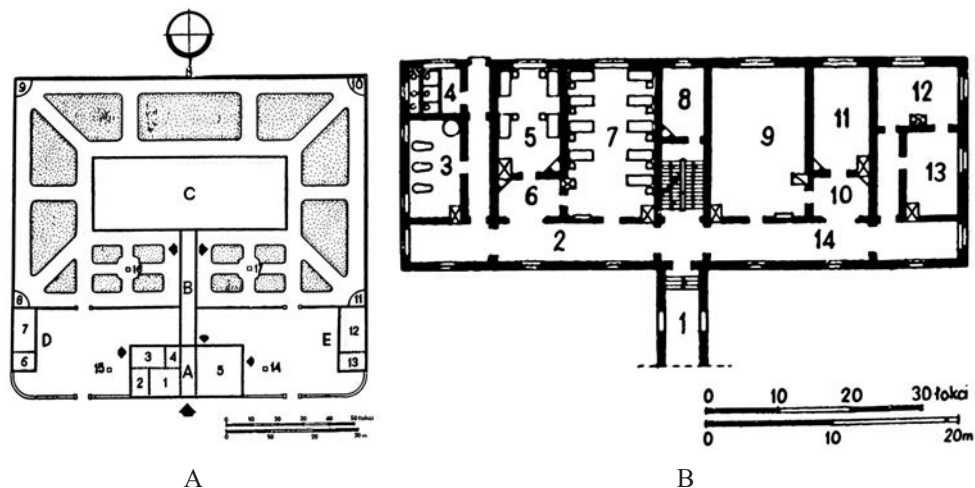
Rys. 1. Plan apteki wojskowej w Siedlcach (1809 r.) [Turos 2015]

W kolejnej formie państwowości Rzeczypospolitej przypadającej na okres Królestwa Kongresowego informacji na temat szpitali można szukać przede wszystkim w raportach pokontrolnych organów Cesarstwa Rosyjskiego. Z natury rzeczy wspomniane opracowania przedstawiały raczej mankamenty funkcjonowania szpitali. Pierwszym szeroko opisującym dobre praktyki w kształtowaniu placówek medycznych był projekt organizacji szpitali Adama Rudzicz-Rudnickiego. Dokument ten odnosił się do architektury medycznej przekrojowo: od skali urbanistycznej,

przez wskaźniki powierzchniowe, aż po wyposażenie i aranżację wnętrz. W dostępnych materiałach źródłowych brakuje jednak wskazań, jakoby rozważania Rudzicz-Rudnickiego miały kiedykolwiek zostać wdrożone do praktyki projektowej.

Za przełomową pod względem zakresu i tym bardziej istotną jako wprowadzoną do obiegu prawnego uznawana jest ustawa dla szpitali cywilnych uchwalona w 1842 r. Mający ponad 300 stron akt prawny definiował wiele aspektów funkcjonowania szpitali, w tym wytyczne odnośnie do lokalizacji nowych lecznic oraz ich wyposażenia i wykończenia. Mimo że ustawa kontynuowała identyfikowanie szpitala jako ośrodka zamkniętego, odnajdujemy w niej pewne regulacje dotyczące humanizacji przestrzeni.

W kolejnych latach zależny od zaborcy aparat państwowy Kongresówki mimo dynamicznych zmian w szpitalnictwie pozostałych krajów Europy nie podejmował prac nad nowelizacją ustawy z 1842 r. Wkroczenie na ziemie polskie układu pawilonowego zawdzięczamy oddolnej dyskusji środowiska lekarskiego prowadzonej na



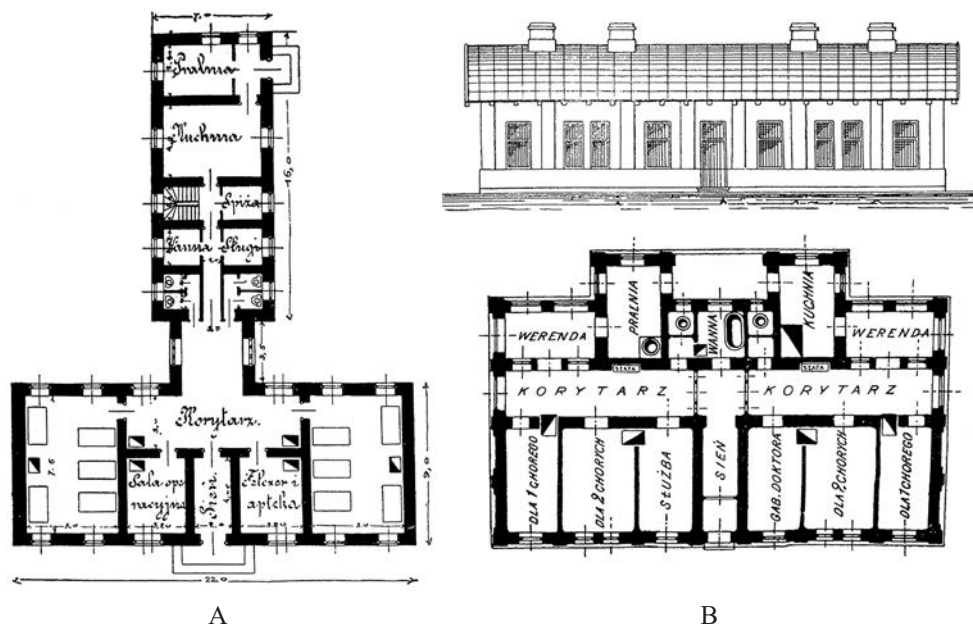
Rys. 2. Projekt wzorcowy szpitala pięćdziesięciolóżkowego według Tournelle: plan sytuacyjny (A) i rzut pawilonu łóżkowego oznaczony jako C na planie sytuacyjnym (B) [Mazur 2008]

A: projekt wzorcowy szpitala pięćdziesięciolóżkowego według F. Tournelle'a z 1872 r. Plan sytuacyjny: A – budynek administracyjny, B – galeria komunikacyjna, C – pawilon łóżkowy, D, E – budynki gospodarcze, 1 – kancelaria szpitalna i sala posiedzeń, 2 – gabinet lekarzy, 3 – mieszkanie stróża, 4 – klatka schodowa, 5 – mieszkanie nadzorcy, 6 – kostnica, 7, 12 – stajnia, wozownia, drwalnia, 8–11 – altany, 13 – ustęp, 14–17 – studnie

B: projekt wzorcowy szpitala pięćdziesięciolóżkowego według F. Tournelle'a z 1872 r. Pawilon łóżkowy. Plan parteru: 1 – galeria komunikacyjna, 2, 14 – główny korytarz pawilonu, 3 – łazienka, 4 – ustęp, 5, 11 – sale czterołóżkowe, 6, 10 – pokoiki służbowe, 7, 9 – sale dziewięciolóżkowe, 8 – pokój odźwiernego, 12 – pokój rezerwowy, 13 – pokój felczera

łamach prasy medycznej. Przesłanką, która ostatecznie skłoniła Polaków do rezygnacji z monolitycznych form obiektów szpitalnych, nie była jednak coraz popularniejsza na Zachodzie działalność Florence Nightingale, lecz doświadczenia amerykańskiej wojny secesyjnej. Raporty wojenne wskazujące na spadek śmiertelności w szpitalach polowych okazały się przekonujące dla polskich projektantów, w tym dla warszawskiego budowniczego Franciszka Tournelle, który otwarcie propagował nowatorski układ przestrzenny w swojej działalności projektowej, stwierdzając: „Szpitale en bloc, czyli z jednego złożone gmachu, są to po przeważającej części szpitale dawniejsze; dziś bowiem system oddzielnych pawilonów tak przeważył na nowe, jeżeli tylko miejscowe okoliczności bardzo temu nie stoją na przeszkodzie, nie wznoszą się już inaczej i bardzo słusznie” [Tournelle 1872].

W tym samym dyskursie środowiska lekarskiego można doszukać się załączka typizacji w polskiej architekturze medycznej. Wobec niedostatku wskazań wynikających z przepisów prawa Jakub Szwajcer na łamach czasopisma „Zdrowie” przedstawił w 1903 r. dwie propozycje modelowych szpitali małomiasteczkowych dla dziesięciu oraz sześciu chorych. Podobne publikacje oraz publiczne debaty z końca XIX oraz początku XX w. dają obraz zaangażowania użytkowników końcowych w jakość przestrzeni zbudowanej obiektów szpitalnych.

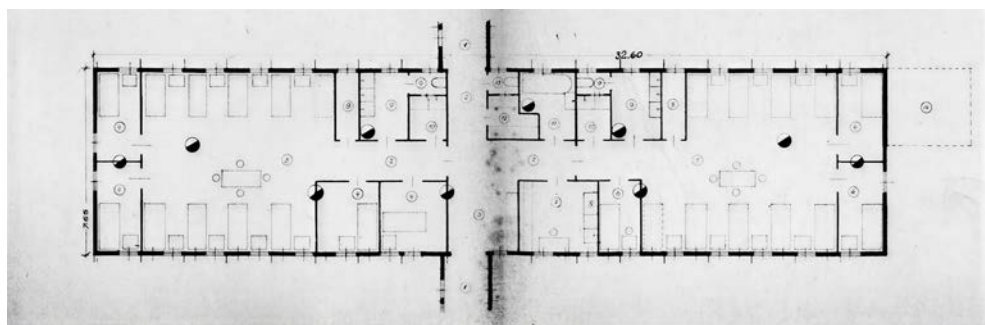


Rys. 3. Projekty modelowe szpitali z początku XX w. (1903 r.): plan parteru szpitala małomiasteczkowego na dziesięć osób według projektu Czesława Domaniewskiego (A) oraz widok ogólny i plan szpitala małomiasteczkowego według projektu Felicjana Rakiewicza (B) [Mazur 2008]

Niestety rzeczywistość polskiego szpitalnictwa na początku XX w. nie odzwierciedlała zaangażowania medyków. Program niewielkich ośrodków zdrowia Szwajcera, który miał wprowadzić medycynę na prowincje, nie doczekał się realizacji. Szpitale miejskie w znacznej części pozostawały w monolitycznych przestrzeniach po-kościelnych, w kontraście do coraz liczniejszych szpitali pawilonowych zachodniej Europy. Brak suwerenności politycznej Królestwa Kongresowego blokował postulaty lekarzy społeczników. Szpitalnictwo pozostawało w stanie przepełnienia i przestrzennego anachronizmu.

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. jednym z pierwszych aktów prawnych w zakresie budownictwa była Ustawa o organizacji odbudowy technicznej wsi, miast i miasteczek z 1920 r. Aspekty szeroko pojętej higieny i bezpieczeństwa sanitarnego w budownictwie znalazły odzwierciedlenie w kolejnych przepisach z tego samego roku. W dwudziestoleciu międzywojennym brakowało jednak szczegółowych regulacji w zakresie obiektów o funkcji medycznej. Wprowadzone w 1928 r. prawo budowlane pozostawiało kontrolę nad realizacją budowy, przebudowy i rozbudowy szpitali na zasadzie indywidualnych dla każdej inwestycji wytycznych Parlamentowi Służby Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. Wydane w owym czasie odrębne akty prawne jedynie w sposób ogólny regulowały wymagania stawiane placówkom medycznym. Projektowanie architektury szpitalnej nadal stanowiło przedmiot nieformalnej dyskusji między środowiskiem lekarskim i architektonicznym, co opisuje Aleksandra Paradowska.

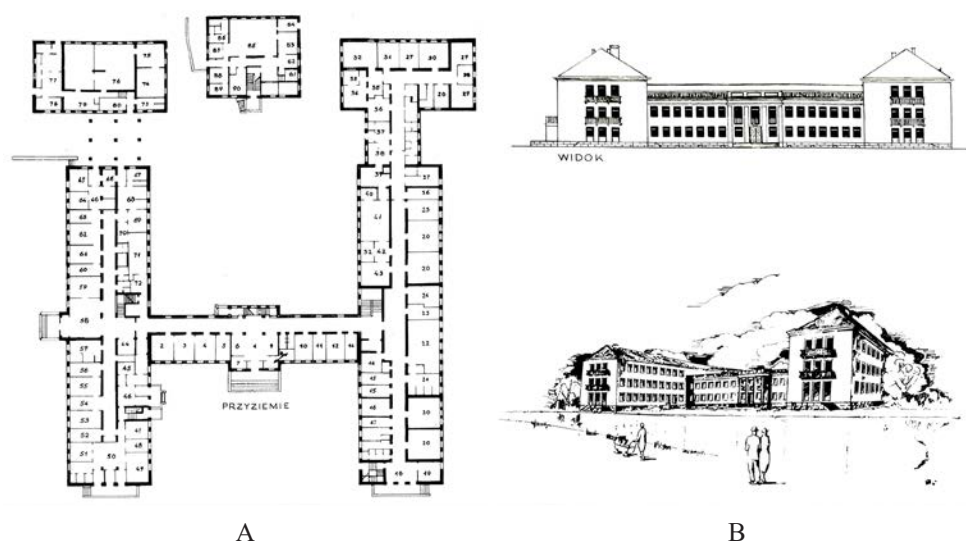
W pierwszych dekadach po II wojnie światowej budownictwo szpitalne, podobnie jak pozostałe typologie architektury, podlegało licznym normatywom. Oficjalne wytyczne odnośnie do kształtu szpitali zaczęły pojawiać się jeszcze ze strony rządu Rzeczypospolitej Polskiej na uchodźstwie w Wielkiej Brytanii w 1945 r.



Rys. 4. Plan pawilonu szpitalnego dla 24 chorych. Część opracowanego w Londynie projektu szpitala na 40 łóżek autorstwa architekta Tadeusza Rytarowskiego oraz lekarza W. Zakrzewskiego z 1945 r. [materiał archiwalny ze zbiorów autora]

W okresie PRL w myśl kraju sterowanego centralnie projektowanie obiektów medycznych zostało powierzone państwowym jednostkom. Pieczę nad architekturą szpitalną sprawowały instytucje takie jak Miastoprojekt-specjalistyczne czy Biuro Projektów Służby Zdrowia w Warszawie. Zasadniczo od początku rządów PZPR następowała regionalizacja jednostek projektowych ukierunkowanych na architekturę medyczną, co doprowadziło do powstania m.in. Pracowni Służby Zdrowia P-4 poznańskiego Miastoprojektu.

Decentralizacja biur projektujących szpitale w powojennej Polsce nie przyniosła znaczących zmian dla jakości architektury medycznej, ponieważ obowiązujące rygorystyczne wskaźniki powierzchniowo-kubaturowe oraz narzucane normatywy w znaczący sposób ograniczały kształtowanie architektury szpitalnej. Jak wskazuje Piotr Marciniak, dopiero od połowy lat 60. XX w. można zaobserwować w szpitalnictwie „powiew świeżości”. Architekci tacy jak Henryk Marcinkowski zaczęli implementować rozwiązania budownictwa szpitalnego z zagranicy, spójne z ówczesnym postępowaniem nauki medycznych.



Rys. 5. Projekt typowy szpitala na 200 łóżek autorstwa Sadłowskiego oraz Płoski z Katalogu projektów typowych nr 1 opracowanego przez Miastoprojekt-specjalistyczne (1952 r.): rzut przyziemia (A) oraz na górze elewacja frontowa i po prawej na dole widok (B) [materiał archiwalny ze zbiorów autora]

Przepisy ogólnobudowlane w PRL silnie akcentowały potrzebę typizacji, także w odniesieniu do obiektów medycznych. Zgodnie z uchwałą Rady Ministrów z 1959 r. rozwiązaniom typowym podlegały zarówno układy funkcjonalne, jak i rozwiązania konstrukcyjno-materiałowe. Wskazana powyżej uchwała wraz z jej późniejszymi nowelizacjami ma swoje odzwierciedlenie

również we współczesnych zamierzeniach inwestycyjnych polegających na przebudowie szpitali wybudowanych w okresie Polski Ludowej. Zgodnie z przywołanymi wytycznymi rządu Władysława Gomułki maksymalnym rozstawem osiowym siatki konstrukcyjnej obiektu medycznego było 630 cm. Wobec wymagań współczesnej technologii medycznej niniejszy moduł okazuje się niewystarczający dla prawidłowego funkcjonowania placówki o profilu szpitalnym. Józef Jasiczak w ślad za innymi teoretykami i praktykami architektury ochrony zdrowia wskazuje, że wymiary modularne siatki konstrukcyjnej szpitala odpowiadające potrzebom funkcjonalnym obiektów tego typu mieszczą się w przedziale 720-780 cm. Niniejszy dysonans między współczesnymi wymogami a normatywem z czasów PRL skutkuje niejednokrotnie koniecznością wprowadzania kosztownych zmian w konstrukcji przebudowywanego szpitala lub uciekania się do kompromisów funkcjonalnych, negatywnie wpływających na ergonomię i szeroko pojęty komfort użytkownika obiektu.

Typizacja szpitali w architekturze polskiej przed transformacją ustrojową w 1989 r. dotyczyła nie tylko funkcji czy konstrukcji. Szczytowym przejawem odarcia architektury z indywidualizmu przez decyzje polityczno-prawne jest Projekt powtarzalny szpitala autorstwa Jerzego Szanajcy z Warszawskiego Biura Projektów Służby Zdrowia. Charakterystyczny osiowy układ z rampą oddziału ratunkowego po prawej stronie elewacji frontowej, centralnym blokiem pobytowym oraz otaczającymi go niższymi pawilonami diagnostyczno-zabiegowymi występuje w wielu szpitalach budowanych w latach 70. według opracowania Szanajcy, m.in. w ośrodkach medycznych w Białej Podlaskiej, Częstochowie, Gdańsku, Jeleniej Górze, Legnicy, Łomży, Poznaniu czy Tarnowie.



Rys. 6. Widok na szpital w Białej Podlaskiej (A) [Hotmed.pl 2023] oraz w Częstochowie (B) [Czestochowa.wyborcza.pl 2023]



A

B

Rys. 7. Widok na szpital w Gdańsku (A) [Pg.edu.pl 2023] oraz w Jeleniej Górze (B) [Spzoz.jgora.pl 2023]



A

B

Rys. 8. Widok na szpital w Legnicy (A) [Legnica.wkraj.pl 2023] oraz w Łomży (B) [Pfsz.org 2023]

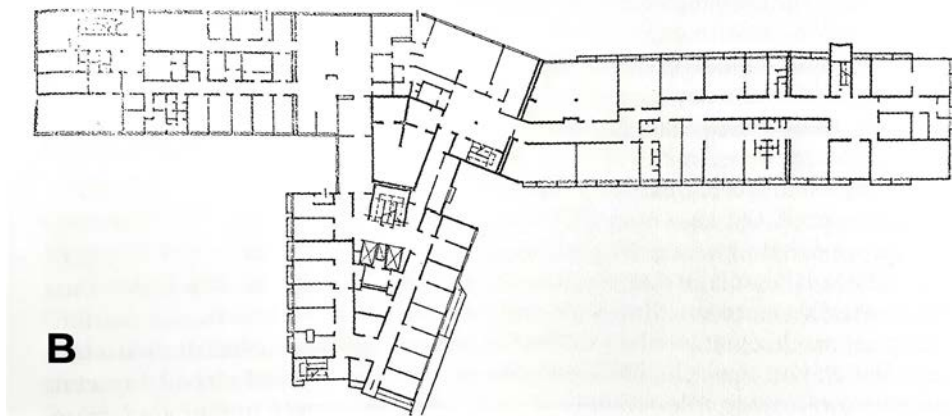


A

B

Rys. 9. Widok na szpital w Poznaniu (A) [Springer 2023] oraz w Tarnowie (B) [Medsestra.pl 2023]

Pojedyncze realizacje architektoniczne, jak np. Szpital MSWiA, w których projektantom udało się wyrwać z okowów typizacji, zdają się ginąć w morzu utylitarnych, pozbawionych detalu oraz łączności z kontekstem otoczenia brył przychodni i szpitali rozsianych po całym kraju.



Rys. 10. Szpital MSWiA w Poznaniu: widok na szpital z oryginalną bryłą zespołu projektowego H. Marcinkowskiego oraz ze współczesną rozbudową z 2019 r. według projektu Pracowni Projektowej Meritum (A) [Springer 2023] oraz rzut pierwotnej części obiektu (B) [ze zbiorów AZHA, oprac. N. Piotrowski]

Trudności wynikające z dawno uchylonych aktów prawnych PRL, z jakimi borykają się współcześni architekci, dowodzą znaczenia determinanty formalnoprawnej w architekturze medycznej. Przepisy i normatywy obowiązujące w momencie projektowania w bezpośredni sposób wpływają na strukturę budynku przez cały cykl jego życia. Architektura dotycząca ochrony zdrowia wymaga szczególnej elastyczności umożliwiającej adaptację przestrzeni do zmieniających się wymagań technologii medycznej. Regulacje znacząco ograniczające swobodę kształtowania

struktury projektowanych obiektów, takie jak przywołane wcześniej uchwały Rady Ministrów PRL, stoją w sprzeczności z ideą projektowania szpitali podatnych na zmiany funkcjonalne.

Po transformacji ustrojowej w 1989 r. polski prawodawca zniósł odgórną typizację w architekturze, pochylając się na nowo nad szczegółowymi warunkami definiowania architektury medycznej. Skutkiem niniejszych rozważań było wydane w 1992 r. Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, będące załącznikiem obecnie obowiązujących w Polsce przepisów w przedmiotowym zakresie.

## **2.2. Zagraniczne modele regulacyjne oparte na standardach projektowych i zbiorach dobrych praktyk**

Stosownie do obowiązujących w danym kraju przepisów uwarunkowania prawne dopełniają listę determinant projektowych architektury szpitalnej. W niektórych systemach prawnych wytyczne wynikające z obowiązujących przepisów są silnie związane z aspektami technologicznymi czy ergonomicznymi. Do ukonstytuowania tego rodzaju regulacji niezbędne są fachowa wiedza i doświadczenie w obszarze funkcjonowania placówek medycznych. Polski stan prawny dotyczący architektury medycznej jest bardzo chaotyczny i w obecnej formie silnie oderwany od bieżącego stanu badań, co jest szczególnie zauważalne, jeśli porówna się go z systemami przepisów i wytycznych do projektowania obiektów ochrony zdrowia państw wiodących w implementacji dowodów naukowych do projektowania.

Za prekursorów kreowania regulacji oraz wykorzystywania dorobku naukowców do określania standardów szpitalnictwa uznaje się stosowne organy polityczne USA. Wprowadzone w Stanach Zjednoczonych w 1946 r. prawo federalne znane potocznie jako Hill-Burton Act, zapewniając rządowe dotacje na budowę nowych placówek medycznych dla poszczególnych samorządów stanowych, otworzyło drogę do budowy powszechnej sieci szpitali. Polityczna wola gwałtownego rozwoju jednego z sektorów budownictwa została skonfrontowana z brakiem odpowiedniego przygotowania amerykańskich architektów i inżynierów budownictwa. W odpowiedzi na potrzebę uzupełnienia wiedzy z zakresu kształtowania architektury medycznej rok po wprowadzeniu Hill-Burton Act wspólnym działaniem The Facility Guidelines Institute oraz The American Institute of Architects opublikowano pierwszy kompletny, powojenny zbiór wytycznych do projektowania szpitali. Amerykańskie opracowania zawierające zalecenia do projektów placówek medycznych były cyklicznie aktualizowane wraz z rozwojem technologii medycznej.

Pierwotnie współistniejące ze stosunkowo rygorystycznymi przepisami definiującymi wskaźniki powierzchniowo-kubaturowe zabudowy o funkcji medycznej zbiory zaleceń przejęły dominującą rolę w amerykańskiej praktyce projektowej po liberalizacji przepisów w 1984 r. Tendencja do usuwania z przepisów

obligatoryjnych wymagań przestrzennych na rzecz udostępniania optymalnych standardów i dobrych praktyk jest obecnie zauważalna nie tylko w USA.

Innym przykładem państwa, w którym proces legislacyjny ustanawiania regulacji w zakresie projektowania szpitali opiera się raczej na standardach i wytycznych niż normatywach i sztywnych przepisach, jest Wielka Brytania. Brytyjski NHS, sięgając do dziedzictwa Nightingale, zaprasza do współtworzenia zaleceń projektowych środowisko naukowe. Efektem współpracy prawodawcy i badaczy z zakresu medycyny, architektury oraz dziedzin inżynierskich są cyklicznie aktualizowane bazy danych technologicznych i ergonomicznych publikowane od lat 60. XX w. jako Health Building Notes (HBNs).

Przez ostatnie 50 lat Wielka Brytania objęła pozycję światowego lidera w zakresie opracowywania strategii rozwojowych dla infrastruktury medycznej. Poza zeszytami HBNs w dorobku brytyjskich instytucji odpowiedzialnych za politykę zdrowotną pojawiło się wiele odrębnych opracowań dotyczących architektury medycznej, takich jak Best Buy Standard Hospital, Harness Hospital System czy Nucleus Hospitals, przygotowywanych zarówno przez sam NHS, jak i podległe mu jednostki (np. MARU). Wielka Brytania, która wysiłkiem środowiska naukowego zyskała miano poligonu doświadczalnego światowej architektury medycznej, jednocześnie stała się ofiarą nadprodukcji wytycznych, co przejawia się we wnioskach raportu National Audit Office z 2005 r. Postępowanie kontrole brytyjskiego odpowiednika Najwyższej Izby Kontroli wykazało przynajmniej 7 odrębnych agencji opracowujących symultanicznie niejednokrotnie sprzeczne standardy bezpieczeństwa pacjentów.

Mimo wskazanego wyżej braku wewnętrznej spójności brytyjskich wytycznych standardy opisane w HBNs oraz towarzyszące im odrębne narzędzia i opracowania implementujące założenia Evidence-Based Design do projektowania obiektów medycznych stanowią punkt odniesienia dla wielu innych państw opracowujących własne strategie rozwoju infrastruktury szpitalnej na podstawie dokumentów wykonanych na zlecenie NHS.

### **2.3. Problematyka współczesnych przepisów prawa w Polsce**

Współczesne polskie regulacje w zakresie projektowania placówek medycznych są ujęte w wielu różnych ustawach i rozporządzeniach. Zapisy odwołujące się do budynków opieki zdrowotnej można znaleźć m.in. w regulacjach ogólnobudowlanych definiujących zasady kształtowania geometrii schodów czy warunki ochrony przeciwpożarowej indywidualnie dla obiektów tego typu. Odrębne rozporządzenia dotyczą kształtowania poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala, takich jak oddziały ratunkowe czy apteki.

W krajowym systemie prawnym nie brakuje także przepisów odnoszących się precyzyjnie do wybranych aspektów technologii medycznej. W tej grupie można wymienić m.in. regulacje opisujące zasady projektowania bezpiecznych

w użytkowaniu pracowni radiologicznej diagnostyki obrazowej czy wpływające na układy funkcjonalno-komunikacyjne schematy postępowania ze zmarłymi pacjentami. Skala atomizacji wytycznych do projektowania stała się przyczynkiem do powstania w 2014 r. odrębnego opracowania monograficznego zawierającego zbiór przepisów w zakresie architektury ochrony zdrowia autorstwa Roberta Idema.

Liczba polskich aktów prawnych odnoszących się do projektowania szpitali kreuje pozorny obraz wysokiego stopnia uregulowania niniejszej kwestii. W rzeczywistości krajowy system prawny za obowiązujące uznaje wiele anachronicznych złożeń legislacyjnych z lat 60., 70. czy 80. XX w. Natomiast ustawy oraz rozporządzenia nowelizowane i wydawane współcześnie już od niemal dwóch dekad trwają w nakreślonej wcześniej tendencji do liberalizacji. Konsekwencją niniejszej sytuacji jest pogłębiająca się pustka prawna tworząca niebezpieczny margines dla uchybień i błędów.

Ów proces można prześledzić na przykładzie aktu uznawanego obecnie za najważniejszy w zakresie szpitalnictwa, mianowicie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2019 r. (tekst jednolity z 2022 r.) w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać przestrzenie podmiotów medycznych. Niniejszy dokument stanowi kontynuację odpowiadających mu tematycznie kolejnych regulacji z 1992, 2006, 2011, 2012 i 2016 r.

Rozpoczynając analizę porównawczą od najwcześniejszej ze wskazanych wyżej wersji rozporządzenia, można stwierdzić, że zapisy z lat 90. są duchowym spadkobiercą normatywów sprzed transformacji ustrojowej w 1989 r., określając np. minimalne powierzchnie pokoi łóżkowych pacjentów czy szerokości korytarzy, bez uzasadniania tychże czy wpisywania ich w szerszy kontekst funkcji szpitala, co odróżniało je od ww. wytycznych NHS czy rządu federalnego USA.

Biorąc pod uwagę dynamiczne zmiany w technologii medycznej i niewspółmierne tempo aktualizacji przepisów w Polsce, definiowanie w systemie prawnym minimalnych wskaźników powierzchniowych, tak jak miało to miejsce jeszcze w wyżej wspomnianej wersji rozporządzenia z 2006 r., mogło prowadzić do rzeczywistego obniżenia funkcjonalności nowo powstałych obiektów medycznych. Dopiero od 2011 r. ustawodawca stopniowo zaczął odchodzić w kolejnych rozporządzeniach od sztywnych wymagań, dając architektom większą swobodę.

Niestety postępującej liberalizacji przepisów nie towarzyszyły żadne rozwiązania, które mogłyby stanowić pomost między stale rozwijającą się medycyną a architekturą. Próżno szukać w polskich regulacjach zbiorów dobrych praktyk podobnych do wytycznych z Wielkiej Brytanii czy Stanów Zjednoczonych. W modelu anglosaskim następuje podział odpowiedzialności za jakość przestrzeni szpitalnych między ustawodawcę (ręczącego za aktualność wydawanych zaleceń) i projektanta (dbającego o implementację tychże, z poszanowaniem kontekstu miejsca). W Polsce niemal cała odpowiedzialność spoczywa na architektach.

Zatrważający jest także stan regulacji dotyczących szpitalnictwa na poziomie prawa lokalnego oraz dokumentów planistycznych. Sytuacja w Poznaniu

jest następująca: spośród 17 szpitali publicznych tylko 2 objęte są obowiązującymi miejscowymi planami zagospodarowania przestrzennego. Obecne Studium Uwarunkowań i Kierunków Zagospodarowania Przestrzennego Miasta Poznania odnosi się do ochrony zdrowia wyłącznie jedną, lakoniczną wzmianką, która nie ma odzwierciedlenia w rzeczywistości.

Nakreślony powyżej zarys krajowych regulacji w obszarze szpitalnictwa buduje obraz sytuacji polskich architektów – z jednej strony zmuszonych do stałej analizy rozproszonych źródeł prawa, z drugiej pozbawionych oficjalnych standardów czy wytycznych do projektowania obiektów ochrony zdrowia. Bezkrytyczne posiłkowanie się normatywami i standardami zagranicznymi niesie ze sobą ryzyko braku spójności zaproponowanych rozwiązań z przepisami krajowymi, które wobec odpowiedzialności karnej i zawodowej ciążącej na osobach wykonujących tzw. samodzielne funkcje techniczne w budownictwie jest dla projektantów nieakceptowalne. Odnoszenie się do literatury naukowej w duchu Evidence-Based Design, mimo że zasadne czy nawet konieczne, w kontekście architektury szpitalnej może nie być wystarczające.

### 3. PODSUMOWANIE

Brak spójności, szeroka interpretacyjność oraz niedostatek regularnie aktualizowanych standardów opracowywania dokumentacji obiektów medycznych wskazują na potrzebę niezbędnych zmian w polskim systemie prawnym. Krajowe regulacje w zakresie definiowania przestrzeni zbudowanej dla opieki zdrowotnej niosą za sobą zarówno historyczne piętno nadmiernej regulacji normatywami z PRL, jak i współczesny dysonans liberalizacji przepisów i ich symultanicznej inflacji prowadzący wprost do obniżenia jakości współcześnie projektowanych obiektów ochrony zdrowia.

Badania historyczne oraz kwerenda w zakresie krajowych regulacji prawnych, a także zagranicznych standardów projektowych dowodzą potrzeby rozpoczęcia prac nad polskim zestawem standardów projektowych, których późniejsza aktualizacja nie będzie podlegała złożonym i długotrwałym mechanizmom legislacyjnym, umożliwiając dochowanie spójności wymagań współczesnej technologii medycznej z kryjącą ją strukturą architektoniczną.

Jednocześnie dla uniknięcia błędów organizacyjnych popełnionych przez NHS w Wielkiej Brytanii należy dążyć do ukonstytuowania jednego organu opracowującego przedmiotowe standardy dla Polski, w skład którego wchodzić będą wszystkie grupy interesariuszy procesu definiowania przestrzeni medycznych: przedstawiciele zawodów medycznych oraz środowisk pacjenckich, menedżerowie opieki zdrowotnej, organy tworzące dla szpitali, istotne dla ochrony zdrowia instytucje i organy państwa (m.in. Główny Inspektor Sanitarny w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz Państwowa Straż Pożarna w zakresie bezpieczeństwa pożarowego), technolodzy medyczni oraz architektki.

## LITERATURA

- Codinhoto R., Tzortzopoulos P., Kagioglou M., Passman D., 2010, *Evidence-Based Design 'Evolving Fast'*, "Health Estate Journal", vol. 64, iss. 3, pp. 29-31.
- Francis S., Glanville R., Noble A., Scher P., 1999, *50 years of ideas in health care buildings*, The Nuffield Trust, London.
- Gerber P., 2019, *Ochrona i modernizacja zabytkowych szpitali*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław.
- Hignett S., Lu J., 2009, *An investigation of the use of health building notes by UK healthcare building designers*, "Applied Ergonomics", no. 40, pp. 608-616.
- Jamrozik-Szatanek M., 2014, *Podejście teoretyczne i praktyczne w projektowaniu szpitali dziecięcych na świecie*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Architektura”, z. 54, s. 85-90.
- Jasiczak J., 2016, *Rozwiązania funkcjonalno-użytkowe budynków szpitalnych i technologie realizacji konstrukcji*, w: *Budownictwo szpitalne: współczesne zagrożenia epidemiologiczne*, red. J. Jasiczak, A. Mikstacki, H. Jankowiak-Gracz, K. Kordel, E. Skrzypczak, M. Porowski, Wielkopolska Izba Inżynierów Budownictwa, Poznań, s. 111-125.
- Malesa E., Żyra M., 2018, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Marciniak P., 2007, *Nowe koncepcje poznańskich szpitali w latach 1945-1989*, „Kronika Miasta Poznania”, t. 75, nr 4, s. 129-147.
- Mazur E., 2008, *Szpital w Królestwie Polskim w XIX wieku*, Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa.
- Murkowski M., Słabiak A., 2014, *Wyższa szkoła jazdy. Czy w Polsce są warunki do projektowania nowoczesnych szpitali?*, „Menedżer Zdrowia”, 4, s. 28-32.
- Paradowska A., 2015, *Przeciw chorobie. Architektura szpitalna Wielkopolski w dwudziestolecu międzywojennym*, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań.
- Pęziół A., 2009, *Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej*, Delegatura NIK w Lublinie, Lublin.
- Rashid M., 2013, *The Question of Knowledge in Evidence-Based Design for Healthcare Facilities: Limitations and Suggestions*, "HERD Health Environments Research & Design Journal", no. 6 (4), pp. 101-126.
- Rudziec-Rudnicki A., 1830, *Projekt organizacji szpitali cywilnych w Królestwie Polskim, a mianowicie w mieście Warszawie*, Drukarnia Rządowa, Warszawa.
- Słabiak A., 2014, *Zdefiniować standardy*, „Menedżer Zdrowia”, nr 9, s. 40-48.
- Springer P., 2023, *Projektowanie partycypacyjne obiektów szpitalnych*, rozprawa doktorska, Wydział Architektury Politechniki Poznańskiej.
- Spychała J., 2015, *Rzeczoznawca do spraw zabezpieczeń przeciwpożarowych w procesie budowlanym*, „Inżynier Budownictwa”, nr 9, s. 18-25.
- Sterczyński R., 2015, *Nowe szpitale czy stare problemy*, „Medical Tribune”, nr 1.
- Szwajcer J., 1903, *Projekt szpitala małomiasteczkowego na 6 i 10 łóżek*, „Zdrowie”, nr 6-7, s. 841-849.

- Tournelle F., 1872, *Warunki budowania szpitali*, w: *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*, t. 1, Drukarnia Józefa Bergera, Warszawa.
- Turos M.J., 2015, *Urządzenie Szpitalów dla Woysk Xięstwa Warszawskiego*, Napoleon V, Oświęcim.
- Wasilewski P., 2019, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Departament Zdrowia NIK, Warszawa.

### PRZYWOŁANE PRZEPISY PRAWA

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (Dz.U. z 1968 r. Nr 20 poz. 122; stan prawny na 31.10.2021).
- 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. z 1992 r. Nr 74 poz. 366 – uchylone).
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 1065; stan prawny na 31.10.2021).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. z 2002 r. Nr 171 poz. 1395; stan prawny na 31.10.2021).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz.U. z 2006 r. Nr 180 poz. 1325; stan prawny na 31.10.2021).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 420; stan prawny na 31.10.2021).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jednolity: Dz.U. z 2022 r. poz. 402; stan prawny na 18.03.2022).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 2048; stan prawny na 10.01.2022).
- Ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim, 1842.
- Ustawa z dnia 2 marca 1920 r. o organizacji odbudowy technicznej wsi, miast i miasteczek (Dz.U. z 1920 r. Nr 24 poz. 143).
- Ustawa z dnia 14 lipca 1920 r. o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami, grożącymi Państwu klęską powszechną (Dz.U. z 1920 r. Nr 61 poz. 388).
- Ustawa o uzdrowiskach (Dz.U. z 1922 r. Nr 31 poz. 254).
- Ustawa z dnia 28 listopada 1923 r. w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Dz.U. z 1923 r. Nr 131 poz. 1060).

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanem i zabudowaniu osiedli (Dz.U. z 1928 r. Nr 23 poz. 202).

Rozporządzenie Prezydenta RP o zakładach leczniczych (Dz.U. z 1928 r. Nr 38 poz. 382).

Uchwała nr 507 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1959 r. w sprawie uzupełnienia tez dotyczących typizacji w budownictwie (M.P. z 1960 r. Nr 23 poz. 109 – uchylona).

Uchwała nr 128 Rady Ministrów z dnia 3 października 1983 r. w sprawie typizacji w budownictwie (M.P. z 1983 r. Nr 34 poz. 190).

## **INFLUENCE OF LEGAL DETERMINANTS ON ARCHITECTURE OF HEALTHCARE FACILITIES – HISTORICAL CONTEXT AND CONTEMPORARY IMPLICATIONS**

### **Summary**

The process of designing a healthcare facility is being defined by many various determinants. This paper describes the legal guidelines of defining such spaces in Poland, both in historical and current legal obligations contexts. Architecture of the contemporary healthcare facilities by its function is being regulated by many individual legal acts. Influential impact of these formal and legal determinants may be noticed within all stages of a medical facility lifecycle, specifically both during design and maintenance stages. Historical studies clearly reveal the hazards of over-regulation while the confrontation of polish legal regulations with foreign systems based on sets of standards and good-practice manuals reveals a low effectiveness of polish legal system, simultaneously stating a recommendation for a thorough reconstruction of these regulations in Poland. Results of presented studies are stating the need for creating a polish, interdisciplinary team, with a main goal of creating a set of design standards for healthcare architecture.

**Keywords:** architectural design, building law, design standards, hospital, healthcare architecture

