

УДК 725.51

кандидат архітектури, Булах І. В.,

Київський національний університет будівництва і архітектури

irabulakh81@gmail.com,

orcid.org/0000-0002-3264-2505

АРХІТЕКТУРНО-МІСТОБУДІВНА ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НІМЕЧЧИНИ ТА ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

Анотація: у статті розглянуті особливості архітектурно-містобудівної організації системи охорони здоров'я і мережі лікувально-профілактичних закладів Німеччини та Великобританії державного і приватного рівнів підпорядкування. Досліджено рівні надання медичної допомоги і їх частку у загальному забезпеченні медичним обслуговуванням населення. Проаналізована загальна кількість лікувально-профілактичних закладів в масштабах країн. Особлива увага приділена визначенню у німецькій та англійській системах охорони здоров'я місця мережі дитячих лікувально-профілактичних об'єктів.

Ключові слова: архітектура, містобудування, лікарня, амбулаторія, мережа лікувально-профілактичних закладів, Німеччина, Великобританія.

Постановка проблеми. Сьогодні Україна переживає складний, але край важливий процес реформування медицини. Змінюється система організації, рівні та форми надання медичної допомоги, джерела фінансування, форми підпорядкування та багато ін. Безумовно, що з часом реформа повинна охопити і архітектурно-містобудівну організацію охорони здоров'я України. В цьому напрямку вже відбулося формування госпітальних округів, але залишається багаторазове дублювання медичних об'єктів на одній території. Для визначення подальших кроків раціональної та ефективної архітектурно-містобудівної організації лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я необхідно дослідити досвід світових країн, медицина яких відповідає сучасним стандартам якості надання медичних послуг. Окрема увага приділяється аналізу організації лікувально-профілактичних закладів для дитячої верстви населення.

Огляд публікацій. Науково-методичною базою для проведення дослідження є фундаментальні праці в галузі історії архітектури та містобудування: А. В. Іконнікова, С. О. Хан-Магомедова, О. В. Орельської, І. А. Височина, М. А. Вотінова. Теоретичні та практичні питання аналізу містобудівних систем, розглядалися у дослідженнях К. Лінча, О. Е. Гутнова, С. Л. Глазичева [1–4]; використанням системного аналізу в архітектурно-містобудівних системах займалися Ю. П. Сурмін, Г. І. Лаврик, В. О. Тімохін

[5–7]. Архітектурна типологія та планування медичних закладів досліджували: Р. У. Аллен, Дж. Л. Бишоп, П. Бландела, Т. О. Буличова, Т. В. Зюзіна-Зінченко, К. Ю. Підгірняк [8–10]. Закордонний досвід архітектурно-просторової організації медичних закладів висвітлено у працях архітекторів: К. Шермера, Ф. Меусера, Х. Нікла, Х. Никл-Веллер [11–13]. Головна увага дослідників була сконцентрована на вирішенні загальнотеоретичних питань формування архітектури медичних закладів або на організації архітектурного середовища медичних закладів певного фахового напрямку, водночас, дослідження динаміки архітектурно-містобудівного розвитку системи дитячих лікувальних комплексів виявилось нерозкритою.

Актуальність дослідження. В усьому цивілізованому світі стан розвитку медицини свідчить про життєвий рівень суспільства країни, про відношення держави до громадян своєї країни, про піклування про здоров'я наступних поколінь. Здоров'я нації розглядається як один з важливих показників рівня розвитку та цивілізованості держави та віддзеркалює соціально-економічне становище суспільства в цілому. Згідно із резолюцією ООН здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності і ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності країни. Слід зазначити, що згідно дослідженням, близько 75% хвороб у дорослого населення є наслідком умов життя у дитячі та молоді роки. Нажаль сьогодні в Україні ми не можемо пишатися високою якістю медичного обслуговування, особливо це торкається рівня медицини для дитячого населення нашої країни. Лівова частка функціонуючих дитячих медичних закладів становлять спадок радянських та навіть дорадянських часів розвитку української галузі охорони здоров'я. Сьогодні змінилися підходи до систематизації та організації медичної допомоги, умови існування медичних закладів в межах міста, унаслідок чого загострилась нагальна потреба у впровадженні відповідних та ефективних змін в архітектурно-містобудівній організації дитячих лікувальних закладів [14]. Медичні заклади складають невід'ємну частину соціальної інфраструктури сучасних міських поселень, у яких вони грають одну з ключових та містоутворюючих функцій, активно формуючи архітектурно-містобудівне об'ємно-просторове середовище. Розміщуючись переважно у щільній тканині міста, заклади медичного обслуговування стимулюють розвиток нових вузлів та елементів містобудівного каркасу.

Мета статті. Визначити основні особливості архітектурно-містобудівної організації закладів охорони здоров'я Німеччині та Великобританії.

Виклад основного матеріалу. Система охорони здоров'я Німеччини побудована у відповідності до моделі Бісмарка, яка базується переважно на

обов'язковому соціальному страхуванні відповідно до визначеного рівня доходу. За політику в системі охорони здоров'я Німеччини на федеральному рівні відповідає Федеральне Міністерство Охорони здоров'я, яке розробляє закони і принципи адміністративної роботи в галузі медицини. Питаннями медичного страхування займається Федеральний об'єднаний комітет, до якого входять лікарі, представники клінік і пацієнтів. Цей орган вирішує, які медичні послуги будуть покриватися страховим полісом, а також несе відповідальність за надання німцям якісної медичної допомоги [15]. Охорона здоров'я Німеччини ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного обов'язкового страхування (Gesetzliche Krankenversicherung) і приватних страхових фондів (Private Krankenversicherung). Державне обов'язкове страхування (ДОС) охоплює приблизно 89% населення, в той час як приватну страховку мають близько 9% німців. Решта 2% – це представники професій, що підлягають особливому виду страхування, або особи, які взагалі не мають страховки. Система охорони здоров'я Німеччини побудована на принципах солідарності, рівного доступу та самоврядування. Останній з цих принципів реалізується на федеральному рівні за допомогою Книги соціальних законів, держава створює інфраструктуру нормативно-правових актів та послуг, в рамках яких діють місцеві представники (лікувальні фонди, асоціації лікарів та асоціації лікувально-профілактичних установ). Моніторинг діяльності лікарняної інфраструктури проводиться місцевою владою адміністративно-територіальних одиниць (земель) [15].

Класифікація типів медичної допомоги у Німеччині [16]:

- *амбулаторна медична допомога або "сімейна медицина"*, яка здійснюється переважно у кабінетах лікарів, інколи в лікарнях. Близько 90% гострих і хронічних захворювань лікують на первинному рівні медичної допомоги.
- *вторинна медична допомога* – спеціалізовані медичні послуги, які надає лікар-фахівець амбулаторно або стаціонарно в лікарні або у клініці, після напрямку від сімейного лікаря.
- *третинна медична допомога* надається у спеціалізованих лікарнях, клініках та медичних центрах, які обслуговують декілька міст або регіон (онкологічні центри, центри трансплантації та неонатології) [16].

Амбулаторну медичну допомогу німці отримують в приватних лікарських кабінетах (Privatpraxis), також здійснюється амбулаторний прийом при лікарнях. Приватний кабінет може відкрити будь-який лікар, який має спеціалізацію (Facharzt). При цьому кожне місто чи поселення отримує власну квоту на кількість приватних лікарських кабінетів. Більша частина лікарів

Німеччини (45%) працюють в умовах приватних кабінетів, а сімейним лікарям належить половина від цієї цифри. Лікар може працювати як один, так і в групі з іншими лікарями (таких 25%) утворюючи таким чином вже цілі медичні центри. В одному приватному кабінеті також можуть працювати лікарі суміжних спеціальностей, наприклад, ортопед і терапевт. Приватні кабінети, як правило, влаштовані стандартно: мають кілька оглядових кімнат, кімнату очікування з ресепшн. Залежно від напрямку кабінети обладнуються сучасною медичною технікою (від цифрових кардіографів до ультрасучасних томографів), що суттєво впливає на кількість пацієнтів. Щодо місця розташування кабінетів, то обмежень практично не існує, але частіше вони влаштовуються у житлових будинках [17].

Стаціонарна медична допомога у Німеччині надається у лікарнях (Klinik), які поділяються на три категорії: державні (муніципальні) (29%), приватні (Privatpatienten) (36%) і благодійні (35%). Вони можуть бути як вузькоспеціалізованими, так і багатoproфільними. Приватні лікарні зазвичай представляють собою невеликі заклади, які функціонують за принципами комерційних підприємств. Благодійні лікарні фінансуються некомерційними організаціями, такими як Червоний хрест, або з церковних бюджетів. Якість медичних послуг в усіх типах лікарень майже однакова. Що ж стосується персоналу, то в лікарнях, на відміну від приватних кабінетів, працюють в основному лікарі без спеціалізації (Assistenzarzt) під керівництвом досвідчених і вузькоспеціалізованих лікарів. Пацієнт має право самостійно обирати лікарню, не прив'язуючись до місця проживання. Надання медичної допомоги у лікарнях здійснюється за принципом повного або часткового стаціонару, а також у вигляді догоспітального або післягоспітального лікування. Особливий статус в Німеччині отримали університетські клініки, які працюють при будь-якому вищому медичному навчальному закладі. У таких медичних установах не тільки приймають пацієнтів, а й розробляють нові методи лікування. Деякі університетські клініки розташовані на значних ділянках території, утворюючи при цьому медичні кампуси з власною інфраструктурою (мережа доріг, пошта, ресторани, перукарні, магазини та ін.) [17].

Система охорони здоров'я Німеччини, як одна з найкращих і ефективних у світі, висуває особливі вимоги щодо організації медичної допомоги дітям. Організація дитячих лікарень і дитячих відділень Німеччини (GKiND) разом з Робочою групою Федерального нагляду за дитячими лікарнями (BaKuK) і німецькою академією дитячої та підліткової медицини (DAKJ) розробили критерії для забезпечення якості стаціонарної допомоги хворим дітям. Ці критерії якості включають: особисті та професійні вимоги до персоналу; вимоги до організації приміщень та технічного обладнання; участь в заходах

щодо забезпечення якості результатів [18]. Сьогодні у Німеччині функціонує близько 360 клінік та відділень дитячої та підліткової медицини і близько 76 відділень дитячої хірургії. Ставлення до проектування і функціонування дитячих клінік в Німеччині особливе і спрямоване на створення для дітей оптимальних умов під час лікування: сучасна медична техніка розроблена і адаптована до потреб дітей; розвиваються новітні методи лікування, створюються умови для більшого залучення батьків до процесу одужання. Найбільш відомими дитячими клініками Німеччини вважаються: Університетська клініка Шаріте в Берліні, клініка «HELIOS» в Берліні, Дияконія ім. Пауля Герхарда в Берліні, клінічний центр м. Фрідріхсхафен, клініка Едуардус в м. Кельн, центр інтегративної медицини «СІМ» в м. Кобленц, клініка диякон г. Маннгейм, клінічний центр GKH в Бонні, клініка «Schwarzwald-Baar» м. Фрайбург, Університетська клініка м. Майнц. Для дітей в педіатричних лікарнях Німеччини є можливість госпіталізації в денний стаціонар або в цілодобовий. Дитячі палати в німецьких лікарнях в яскравих кольорах, нагадують домашні кімнати, обов'язково передбачається спальне місце для мами, що сприяє адаптуванню дитини до лікарняних умов.

Система охорони Великобританії побудована у відповідності до моделі Беверіджа, згідно якої фінансування здійснюється за рахунок державного бюджету, внески збираються через загальну податкову систему на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. Усіх громадян охоплено страхуванням, що забезпечує отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. Відповідальними за розподіл бюджету між надавачами медичних послуг є переважно регіональні органи охорони здоров'я. У Сполученому Королівстві за здоров'я громадян відповідає і піклується Національна служба охорони здоров'я або NHS (National Health Service), до складу якої відносяться: Національна служба охорони здоров'я Великобританії, Національна служба охорони здоров'я Уельсу, Національна служба охорони здоров'я Шотландії та Служба охорони здоров'я і соціального забезпечення Північної Ірландії. Кожна з цих служб діють незалежно одна від одної, а відповідальність за їх роботу несе уряд тієї частини Великобританії, де знаходиться служба охорони здоров'я. Провідну роль у структурі системи охорони здоров'я Об'єднаного Королівства відіграє урядовий Департамент охорони здоров'я, який створює і централізовано контролює впровадження законів і нормативних актів в медичній галузі, а основні рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS. Сполучними урядовими ланками між вищезгаданими двома рівнями організації охорони здоров'я Великобританії виступають Стратегічні управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities) [19].

Всі медичні послуги в Об'єднаному Королівстві розподіляються на

первинний і вторинний рівень медичної допомоги. Обидві групи послуг надають відповідні локальні підрозділи NHS, об'єднані у трасти (NHS trusts), які підкоряються регіональним стратегічним управлінням охорони здоров'я. Первинна медична допомога є універсальною (без розподілу на вікові групи), найбільш розвиненою мережею країни і надається в чисельних офісах лікарів загальної практики (GP), амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах. Вторинним рівнем медичної допомоги передбачається надання спеціалізованих медичних послуг в лікарнях, амбулаторіях, а також робота психологів і психіатрів. Головною особливістю системи охорони здоров'я Великобританії у межах даного дослідження, спрямованого на визначення динаміки містобудівного розвитку мережі дитячих лікувальних комплексів, є відсутність дитячої спеціалізації у закладах первинного і вторинного рівня надання медичних послуг – у Великобританії всі медичні заклади надають лікування широкого профілю, без чіткого розподілу за віковою категорією або групою захворювань [19].

Залежно від сфери діяльності всі трасти системи охорони здоров'я Великобританії поділяються на кілька груп, основною з яких є трасти первинної ланки (152), які займаються наданням первинної медичної допомоги населенню держави. Трасти первинної ланки відповідають за роботу 29 тис. лікарів загальної практики і 18 тис. державних стоматологів; фінансують клініки, що знаходяться в юрисдикції інших трастів; надають невідкладну допомогу пацієнтам, спрямованим з інших державних структур і приватного сектора; безпосередньо організовують заходи первинної та вторинної профілактики, а також контролюють локальну епідеміологічну ситуацію і вакцинацію населення. Саме ці організації місцевого значення в сукупності складають основу NHS і витрачають 80% загального бюджету охорони здоров'я [19]. Приватний сектор охорони здоров'я у Великобританії значно менше NHS, але в ньому представлені всі рівноцінні аналоги: амбулаторії, клініки, кабінети фахівців, лікарні. Вторинна медична допомога в приватному секторі користується великою популярністю серед британців – в Об'єднаному Королівстві функціонує понад 300 приватних лікарень [20].

Однією з найкращих і найстаріших (1852 р.) лікарень Об'єднаного Королівства з потужним дитячим профілем лікування вважається Great Ormond Street Hospital, розташований у центрі Лондона. З метою розширення і модернізації лікарні у 2017 р. було розпочато будівництво нового корпусу під керівництвом архітектурного бюро John Sisk BDP. Завдяки вдалому архітектурному рішення (концепція чотирьох будинків) нова будівля лікарні цілком відповідає історичному національному масштабу лондонської вулиці Ормонд-стріт. До інших кращих лікарень Великобританії відносяться Randall

Children's Hospital та Southend University Hospital NHS.

Висновки:

1. Система охорони здоров'я Німеччини побудована на принципах солідарності, рівного доступу та самоврядування. В країні існує три рівня надання медичної допомоги населенню (амбулаторно-первинний, вторинний госпітальний і третинний спеціалізований рівні). Для забезпечення медичною допомогою дитячого населення Німеччини створені всі умови – первинна допомога надається сімейними лікарями, а другий і третій рівні медичної допомоги проводяться у розвинутій мережі дитячих лікарень Німеччини.

2. Найкращі риси системи охорони здоров'я Великобританії: покриття всього населення країни безкоштовним медичними послугами, розвинута мережа первинного і вторинного рівня медичної допомоги, якісне і сучасне обладнання лікарень та ін. Не дивлячись на переваги, в британській медицині є суттєві недоліки і найголовніший з них – тривале очікування прийому (до 5 год. у разі екстреної і невідкладної медичної допомоги; до 6 міс. у випадку складного операційного втручання), пов'язаного із зростанням навантаження на лікарів та старіння нації. Британія, як і інші держави, переживає кризу медичної системи, викликаною державною формою фінансування, значним зростом витрат на забезпечення функціонування і модернізації мережі лікувально-профілактичних закладів та ін. Серед ефективних заходів, які вживає уряд Великобританії: збільшення обсягу первинної медичної допомоги для запобігання загострень, закриття неефективних лікарень, скорочення кількості дрібних лікарень шляхом їх злиття у більш потужні медичні комплекси з більш якісним обладнанням, відсутність спеціалізації лікарень, скорочення ліжкового фонду, зменшення терміну госпіталізації.

Список літератури

1. Линч К. Образ города. Москва: Стройиздат, 1982. 328 с.
2. Гутнов А. Э. Системный подход в изучении города: основания и контуры теории городского развития. Москва: Наука, 1972. 360 с.
3. Глазычев В. Л. Урбанистика. Москва: Новая площадь, 2008. 218 с.
4. Иконников А. В. Формирование городской среды. Москва: Знание, 1973. 64 с.
5. Сурмин Ю. П. Теория систем и системный анализ: учеб. пособие для вузов. Киев: МАУП, 2003. 368 с.
6. Лаврик Г. И. Методологические проблемы исследования архитектурных систем: автореф. дис. ... д-ра архит.: 18.00.01 / ЦНИИ теории и истории архитектуры. Москва, 1979. 37 с.
7. Тімохін В. О. Архітектура міського розвитку. 7 книг з теорії

містобудування. Київ: КНУБА, 2008. 629 с.

8. Аллен Р. У. Пособие по проектированию больниц. Москва: Стройиздат, 1978. 249 с.

9. Булычева Т. А. Центральные районные больницы. Москва: Стройиздат, 1984. 118 с.

10. Пидгирняк К. Ю., Пидгирняк В. П. Архитектура зданий лечебных учреждений. Киев: Будівельник, 1990. 93 с.

11. Christoph Schirmer. Hospital Architecture: Specialist Clinics & Medical Departments. Germany, 2007. 26 p.

12. Christoph Schirmer, Philipp Meuser. New Hospital Building in Germany: General Hospitals And Helth Centres Publisher. Germany, 2007. 34 p.

13. Hans Nickl, Christine Nicki-Weller. Hospital Arhitecture. Verlagshaus Braun. 2007. 352 p.

14. Булах І. В. Передумови реорганізації мережі дитячих лікувальних закладів України. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. Київ, 2017. № 47. С. 444 – 450.

15. Беске Ф. Здравоохранение Германии: Система. Достижения. Перспективы развития. Москва: Рарогъ, 1994. 224 с.

16. Бухгольц Э. Система здравоохранения в Германии. Москва. 2000. 41 с.

17. Дьяченко В. Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. Владивосток: Дальпресс, 2000. 310 с.

18. Кучеренко В. З. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран. Экономика здравоохранения. Москва, 2000. № 7. С. 5 – 12.

19. Венедиктов Д. Д. Международные проблемы здравоохранения. Москва: Медицина, 1977. 374 с.

20. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий. Москва: ГЭОТАР Медицина, 2000. 431 с.

Аннотация

К. арх. Булах І. В. Киевский национальный университет строительства и архитектуры.

Архитектурно-градостроительная организация учреждений охраны здоровья Германии и Великобритании.

Рассмотрены особенности архитектурно-градостроительной организации системы здравоохранения и сети лечебно-профилактических учреждений Германии и Великобритании государственного и частного уровней подчинения. Исследованы уровни оказания медицинской помощи и их положение в общем медицинском обслуживании населения. Проанализировано общее количество

лечебно-профилактических учреждений в масштабах стран. Особое внимание уделено определению в немецкой и английской системах здравоохранения места сети детских лечебно-профилактических объектов.

Ключевые слова: градостроительство, больница, амбулатория, сеть лечебно-профилактических учреждений, Германия, Великобритания.

Annotation

PhD architecture, Bulakh I. V. Kiev National University of Construction and Architecture.

Architectural and town-planning organization of health institutions in Germany and Great Britain.

The German health care system is based on the Bismarck model, which is based on compulsory social insurance. The Federal Ministry of Health is responsible for the policy in Germany's health system at the federal level. Germany's health care system is based on the principles of solidarity, equal access and self-government. Monitoring of hospital infrastructure is carried out by local authorities of administrative-territorial units (lands). Classification of types of medical care in Germany includes outpatient, secondary and tertiary care levels. To ensure the medical care of the German children's population, all conditions are created – primary care is provided by family doctors, and the second and third levels of health care are carried out in the developed network of children's hospitals in Germany. The United Kingdom security system is based on the Beveridge model, according to which funding is provided at the expense of the state budget. All citizens are covered by insurance, which ensures a uniform level of medical services. In the UK, the National Health Service or the NHS is responsible and cared for the health of citizens. All healthcare in the United Kingdom is divided into primary and secondary care. Primary care is universal (without distribution to age groups), the most developed network of the country and is provided in the numerous offices of general practitioners, ambulatory surgical departments, dental and ophthalmologic offices. The secondary level of medical care provides for the provision of specialized medical services in hospitals, outpatient clinics, as well as the work of psychologists and psychiatrists. The main feature of the UK health system is the lack of specialized children in primary and secondary care facilities in the UK – all medical facilities in Great Britain provide treatment of a wide profile, without a clear breakdown by age category or group of illnesses. Summarizing the analysis of UK healthcare system, which is considered to be one of the best in the world, it is necessary to name its best features: covering the whole population of the country with free medical services, developed network of primary and secondary medical care, high-quality and modern equipment of hospitals, etc. Despite these benefits, British medicine has significant disadvantages, and the most important of these – long waiting for admission, due to increased workload for doctors and the aging of the nation.

Key words: architecture, urban planning, hospital, dispensary, network of treatment and prophylactic institutions, Germany, United Kingdom.