

УДК 725.51

к. арх. Булах І.В.,

irabulakh81@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3264-2505,

Київський національний університет будівництва і архітектури

## АНАЛІЗ ІСНУЮЧОЇ АРХІТЕКТУРНО-МІСТОБУДІВНОЇ МЕРЕЖІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

*Розглянуто особливості становлення мережі лікувально-профілактичних об'єктів в сільській і міській місцевості, як складової загальної мережі закладів охорони здоров'я України. Розглянуті існуючі різні рівні надання медичної допомоги населенню, насамперед первинного і вторинного рівня та їх характерні особливості, залежно від типу населеного пункту та чисельності мешканців. Проведений аналіз та оцінка позитивних і негативних рис, намічені шляхи подолання ускладнень в організації мережі закладів охорони здоров'я на теренах нашої держави.*

*Ключові слова: архітектура, лікувальні заклади, мережа закладів охорони здоров'я України, містобудування.*

*Актуальність теми і постановка проблеми.* Медичні заклади складають невід'ємну частину соціальної інфраструктури сучасних міст та поселень, у яких вони грають одну з ключових та містоформуючих функцій, активно формуючи при цьому архітектурно-містобудівний простір міського середовища. Розміщуючись переважно у щільній тканині міста, заклади медичного обслуговування стимулюють розвиток нових вузлів та елементів містобудівного каркасу. Сьогодні необхідно звернути увагу, що критичний та архаїчний стан, реформаторська занедбаність архітектури медичних будівель простежується як в секторі лікування дорослого населення України, так і дітей. При цьому існуючі статистичні данні з приводу загального погіршення дитячого здоров'я, динаміки та тяжкості, різновидів та ступенів захворювань дітей за останні десятиріччя свідчать про загрозу та край небезпечну кризу у галузі охорони здоров'я дитячої групи населення України.

Безумовно, період економічних та політичних змін у державі тягне цілу низку проблем, які ставлять загрозу всім верствам населення й особливо дітям. При цьому слід пам'ятати, що саме здоров'я дітей – це майбутнє нації та головний ресурс будь-якого суспільства. Особливого значення набуває проблема стану дитячого здоров'я у період демографічної кризи, що панує в Україні останні десятиріччя. З року в рік кількість народжених дітей в країні значно нижче чисельності покоління своїх батьків. Отже для вирішення проблеми занедбаності архітектури лікувальних закладів, актуальним стає

питання якості та доступності медичних послуг в Україні, які в тому числі залежать і від належної та відповідної сучасним вимогам архітектурної "оболонки" дитячих лікувальних об'єктів.

*Аналіз досліджень та 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; використанням системного аналізу в архітектурно-містобудівних системах займалися Ю.П. Сурмін, Г.І. Лаврик. Архітектурна типологія та планування медичних закладів досліджували: Р.У. Аллен, Дж.Л. Бішоп, П. Бландела, Т.О. Буличова, Т.В. Зюзіна-Зінченко, К.Ю. Підгірняк. Закордонний досвід архітектурно-просторової організації медичних закладів висвітлено у працях архітекторів: К. Шермера, Ф.Меусера, Х. Нікла, Х.Никл-Веллер. 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.

*Мета статті.* Визначити основні особливості та провести загальний аналіз існуючої архітектурно-містобудівної мережі лікувально-профілактичних закладів України.

*Виклад основного матеріалу.* Раціональна організація мережі, число, місткість, спеціалізація і розміщення будівель лікувальних закладів в сучасній системі розселення України зумовлює кількісний і якісний рівні медичного обслуговування, а також економічну ефективність фінансових вкладень. На розміщення будівель лікувальних закладів впливають соціальні, адміністративно-територіальні, природно-географічні, містобудівні, науково-технічні та інші фактори. Під впливом вказаних факторів, в процесі вдосконалення мережі, сьогодні склалися не тільки завдання подолання диспропорції в розміщенні медичних будівель, доведення показників забезпеченості до заданих соціальних орієнтирів, підвищення якості медичної допомоги тощо, але також виявляються певні загальні закономірності і тенденції перспективного розвитку: укрупненість будівель лікувальних установ, централізація лікувально-діагностичних і допоміжних служб, утворення лікувально-профілактичних комплексів, відповідно до покрової системи об'єктів охорони здоров'я України. Під покровою мається на увазі ієрархічна система містоутворюючих елементів, в кожному з яких

дотримується принцип самодостатності виходячи з чисельності населення, що проживає на певній території. Кожному з елементів притаманні певні функції, завдяки яким забезпечується наступність медичного обслуговування і рівномірний розподіл видів медичної допомоги по певній території. Наприклад, для забезпечення сільського населення всіма видами медичної допомоги, мережа закладів охорони здоров'я була розподілена на різні щаблі в різних системах розселення. До них відносяться: первинна, місцева, районна, зональна і обласна системи розселення.

Для первинних систем розселення характерна наявність фельдшерсько-акушерських пунктів, медичний персонал яких надає населенню долікарську допомогу. Фельдшерсько-акушерські пункти є також центрами по вихованню здорової дитини. У більших селах функціонують амбулаторії та поліклініки, а також дільничні лікарні. Зона впливу цих установ об'єднує кілька первинних систем розселення, а радіус обслуговування, як правило, не перевищує 20 км. В останнє десятиріччя намітився ріст самостійних сільських лікарських амбулаторій, які створюють на базі ліквідованих дрібних дільничних лікарень або будують знову. Їх організовують для населення чисельністю 3-8 тис. людей.

Провідну роль в забезпеченні сільського населення медичною допомогою займають районні системи розселення. Адміністративний центр, в якому розміщені центральні районні лікарні, диспансери, поліклініки та інші установи, знаходяться, як правило, в межах одноступінчастої транспортної доступності (60 км). Ці лікувальні будівлі по відношенню до первинних систем розселення виконують районні функції.

Найбільші центральні районні або міські лікарні здатні забезпечувати спеціалізованими видами медичної допомоги населення не тільки свого району, а й прилеглих, які тяжіють до цього районного центру. Деякі відділення зазначених закладів виконують міжрайонні функції з надання спеціалізованої та деяких видів вузькоспеціалізованої поліклінічної і стаціонарної допомоги. Обсяг цієї допомоги залежить від конкретних умов, потреби в ній і можливостей лікувального закладу, що взяв на себе функції міжрайонного.

Обласні системи розселення – це системи, що включають кілька районних систем. В межах їх території забезпечується не більше ніж тригодинна доступність при використанні транспорту. До провідних медичних установ, розміщених в обласному центрі, відносяться обласні лікарні та диспансери. Специфіка розселення значно впливає на формування мережі будівель лікувальних установ. Наприклад, на практиці основною ланкою в наданні стаціонарної допомоги сільським жителям є районний центр, а спеціалізовану і вузькоспеціалізовану стаціонарну допомогу здійснюють обласні лікарні. Це характерно для областей, в яких переважає сільське

населення і коли на периферії немає інших великих міст. В областях, з наявністю високого рівня промислового виробництва і великою часткою міського населення, помітно зростає роль міських лікарень.

В обслуговуванні міського населення, особливо у великих і найбільших містах, відсутній чіткий поетапний розподіл мережі. Цьому сприяє висока щільність забудови і розвинуте транспортне сполучення, які скорочують втрати часу населення в шляху до лікувальних закладів, а також додаткова наявність приватних, відомчих та інших установ, які не мають чітко окреслених зон впливу. Крім того, адміністративно-територіальний розподіл, що є основою планування мережі, далеко не завжди відображає особливості формування сельбищних зон міста і створює нерівноцінні умови отримання медичної допомоги для населення кожного з районів. До вказаних причин додається нерівномірний розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я і відсутність перспективних схем розміщення будівель лікувальних закладів, які відображали б основні тенденції організації системи медичної допомоги.

Однак, незважаючи на сформовані умови, впровадження етапності медичного обслуговування населення викликало появу кабінетів, відділень і закладів, які можна віднести до різних шаблів формування мережі. Перший рівень формується на рівні житлового району чисельністю 40-80 тис. люд. в найбільших і великих, 25-40 тис. люд. у великих і середніх містах. Для жителів міст-центрів районних систем розселення поліклініка центральної районної лікарні представляє першу шабель амбулаторного обслуговування і є територіальною поліклінікою. Міжрайонні і обласні установи представляють відповідно другу й третю сходинки, на яких забезпечується лікувальна і консультативно-діагностична допомога. У найбільших містах із врахуванням задоволення вимоги пішохідної доступності (10-12 хв.) в житловому районі розміщуються одна-дві поліклініки.

Широкий діапазон чисельності населення житлових районів (на практиці він, як правило, перевищує нормативний) дозволяє формувати поліклініки зі значно відмінним складом спеціалізованих кабінетів і відділень. Найбільш потужні поліклініки включають повноцінні структурні підрозділи, що надають спеціалізовану допомогу, в той час як малопотужні мають в своєму складі тільки основні і найбільш масові спеціалізовані кабінети: офтальмолога, отоларинголога тощо.

Одним з варіантів формування мережі спеціалізованих кабінетів і відділень є включення їх до складу однієї з великих поліклінік адміністративного району. Такі відділення обслуговують населення декількох зон впливу районних поліклінік і представляють другу сходинку мережі будівель лікувальних установ. Однак при такій формі організації

спеціалізованої допомоги знижується частота контактів фахівців з дільничними терапевтами та іншими лікарями територіальних поліклінік, поглиблюється розрив між обслуговуванням хворих в поліклініці і на дому.

Інша форма розміщення спеціалізованої поліклінічної допомоги, на відміну від першої, являє собою не фактичне, а лише функціональне об'єднання в поліклінічне відділення лікарів однієї спеціальності. Вони входять до штату однієї установи, однак найбільше число прийомів здійснюють у своїй територіальній поліклініці, безпосередньо працюючи з дільничними терапевтами та іншими лікарями і лише в певний день – в базовій поліклініці. Такий підхід, з одного боку, дає можливість максимально наблизити фахівця до пацієнта, а, з іншого – використовувати всі переваги централізації, забезпечити раціональну розстановку кадрів. У великих і крупних містах організуються також міські поліклініки, які надають консультативно-діагностичну допомогу населенню всього міста. Такі поліклініки представляють третю сходинку мережі. У Києві, наприклад, такі функції здійснює поліклінічна міської клінічної лікарні № 14 ім. Жовтневої революції (Центральна міська клінічна лікарня м. Києва «Олександрівська лікарня»).

Першу сходинку мережі будівель стаціонарних установ представляють загальнопрофільні лікарні, призначені в основному для обслуговування місцевих жителів переважно в рамках адміністративного району. У них концентруються відділення для надання основних видів стаціонарної допомоги, в першу чергу загальнотерапевтична і хірургічна. Спеціалізована і вузькоспеціалізована стаціонарна допомога надається відділеннями багатoproфільних і спеціалізованих лікарень, розрахованих на населення кількох адміністративних районів або всього міста. Ці відділення і лікарні представляють другу і третю сходинки мережі будівель стаціонарних закладів. Вони розосереджені по території залежно від форми організації медичного обслуговування, наявності матеріально-технічної бази та інших факторів. Хворому для отримання комплексу спеціалізованої допомоги необхідно відвідати кілька лікувальних установ. Незручність для населення створює також нерівномірне розміщення мережі спеціалізованих підрозділів на території міста. Однією з основних причин цього є планування спеціалізованої допомоги організаторами охорони здоров'я без ув'язки з генеральним планом і за відсутності тісних контактів з архітекторами і містобудівниками.

В існуючій мережі відсутні деякі види допомоги в певних районах, жителі яких змушені звертатися в установи сусідніх районів, які не розраховані на збільшення навантаження. При такій організації медичного обслуговування, крім перевантаження матеріально-технічної бази і порушення ритмічності роботи лікувальних установ, збільшуються також радіуси доступності. Це

особливо характерно для нових житлових районів, в яких несвоєчасно будують об'єкти охорони здоров'я, що призводить до різкого відставання введення потужностей лікувальних установ від введення житлового фонду. У той же час формування мережі міських установ без урахування обласних і відомчих установ призвело до дублювання деяких кабінетів та відділень в одних і тих же зонах впливу. Розподіл вузькоспеціалізованих ліжок по установах системи охорони здоров'я міського та обласного рівня на практиці часто виявляється формальною. Вузькоспеціалізовані відділення в існуючих лікарнях системи міського рівня часто обслуговують не тільки міське, а й сільське населення, тобто виконують функції обласної або республіканської установи по ряду спеціалізованих видів допомоги. З іншого боку, в обласних і республіканських установах питому вагу відвідувань займають жителі цих центрів.

Чисельність населення адміністративних районів, як правило, коливається в значних межах. Наприклад, ці показники для Києва становлять від 50 до 300 тис. людей. В цьому випадку нижня межа чисельності населення прирівнюється до житлового району, а верхній складає половину містобудівної планувальної зони. Якщо в основу формування мережі покладений такий розподіл території, то практично неможливо організувати в кожному районі рівноцінну медичну допомогу з дотриманням нормативних радіусів доступності. Мабуть, логічно з часом привести адміністративно-територіальний розподіл у відповідність з функціонально-планувальною організацією території міста, що полегшило б завдання розробникам генеральних планів, Міністерству охорони здоров'я, а також дозволило більш активно впроваджувати теоретичні розробки з системного підходу до формування мережі будинків лікувальних установ. Інша значна проблема мережі закладів охорони здоров'я полягає в тому, що понад 40% медичних будівель були пристосовані під лікувальні цілі і не відповідають необхідним вимогам, 20% фонду мають значний технічний знос. Тенденція нарощування ліжкового і амбулаторно-поліклінічного фонду на старих площах сприяє переущільненню будівель. Загальна площа 25% лікувальних корпусів не дозволяє розгорнути на їх основі повноцінні відділення.

*Висновок.* До заходів по зміцненню існуючої мережі відносяться: виведення будівель лікувальних закладів з пристосованих приміщень, ліквідація переущільнення і приведення ліжкового фонду до санітарно-гігієнічних норм, згортання непридатного ліжкового фонду і заміна його новим, зміцнення і оснащення приміщень існуючих малопотужних закладів. Для комплексного здійснення зазначених заходів, забезпечення надійних основ перспективного планування мережі як системи лікувально-профілактичних закладів, формування номенклатури типів будівель і їх раціональної структури

необхідні схеми перспективного розвитку і розміщення мережі будівель лікувальних закладів, що включають оцінку існуючої мережі, розрахунок дефіциту потужностей з урахуванням перспективної чисельності населення, визначення принципів розміщення мережі з урахуванням особливостей розселення і тенденцій розвитку системи медичного обслуговування, визначення потужних параметрів, типів і структури будівель лікувальних установ на перспективу. Тільки системний підхід до вирішення цієї проблеми може забезпечити її планомірний розвиток відповідно до сучасних потреб населення. В Україні за 5 останніх років кількість лікарняних установ зменшилася майже на третину. У 2017 році в Україні налічувалося 1,7 тисячі лікарняних установ, тоді як в 2012 році їх кількість становила 2,5 тисячі, повідомляє УНН з посиланням на дані Держстатистики. Число лікарняних ліжок також скоротилося на 23,5%. У 2017 році в українських лікарнях налічувалося 309 тисяч лікарняних ліжок, а в 2012 році їх кількість становила 404 тисячі. При цьому, зросла загальна кількість амбулаторних закладів на 25,3%, що у цифрах складає 10,4 тисяч лікувально-профілактичних об'єктів.

### Список літератури

1. Лехан В. Украина: Обзор системы здравоохранения / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон; ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. - 12 (8). - 227 с.
2. Москаленко В.Ф. Принципы побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : Монографія / В.Ф.Москаленко. - К. : Книга плюс, 2008. - 320 с.
3. Лехан В.Н. Система здравоохранения Украины : Учебное пособие / В.Н. Лехан. - Днепропетровск, 2010. - 154 с.
4. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В.М.Лехан. - К.: Сфера, 2001. - 176 с.
5. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. - К.: Цифра, 2009. - 50 с.

к. арх. Булах И.В.,

Киевский национальный университет строительства и архитектуры

### АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ АРХИТЕКТУРНО-ГРАДОСТРОИТЕЛЬНОЙ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ УКРАИНЫ

В статье рассмотрены особенности становления сети лечебно-

профилактических объектов в сельской и городской местности, как составляющей общей сети учреждений здравоохранения Украины. Рассмотрены существующие различные уровни оказания медицинской помощи населению, прежде всего первичного и вторичного уровня и их характерные особенности, в зависимости от типа населенного пункта и численности жителей. Проведен анализ и оценка положительных и отрицательных черт, намечены пути преодоления осложнений в организации сети учреждений здравоохранения на территории нашего государства.

Ключевые слова: архитектура, лечебные учреждения, сеть учреждений здравоохранения Украины, градостроительства, первичная медицинская помощь, вторичная медицинская помощь.

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

### **ANALYSIS OF THE EXISTING ARCHITECTURE AND MORTGAGE NETWORK OF UKRAINIAN TREATMENT AND PROPHYLAXIC INSTITUTIONS**

In the article the features of formation of the network of medical and preventive objects in rural and urban areas, as a part of the general network of health care institutions of Ukraine are considered. The existing different levels of provision of medical care to the population, especially the primary and secondary levels and their characteristics, depending on the type of settlement and the number of inhabitants, are considered. The analysis and estimation of positive and negative features, the ways of overcoming complications in the organization of the network of health care institutions in the territory of our state are outlined.

Keywords: architecture, medical institutions, network of health care institutions of Ukraine, city planning, primary health care, secondary medical care.