

к. арх. Булах І. В.,  
Кафедра Дизайну архітектурного середовища,  
Київський національний університет будівництва і архітектури  
[orcid.org/0000-0002-3264-2505](https://orcid.org/0000-0002-3264-2505)

## СТАНОВЛЕННЯ МЕРЕЖІ ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ, ЯК ОБ'ЄКТА МІСТОБУДІВНОГО ПРОЕКТУВАННЯ У ПЕРІОД З 1980-90 РР. ХХ СТ. ПО ПОЧАТОК ХІ СТ.

*Анотація.* У статті розглянуто особливості становлення мережі дитячих лікувальних закладів, як складової існуючої мережі закладів охорони здоров'я України, як об'єкта містобудівного проектування у період з 1980-90 рр. ХХ ст. по початок ХІ ст. Розглянуті класифікації закладів охорони здоров'я в залежності від зон впливу і здійснюваних функцій (дільничні, районні, центральні районні, окружні, центральні окружні, міські, обласні, крайові і республіканські лікарні), а також в залежності від виду наданої допомоги (загальнопрофільні, спеціалізовані, швидкої медичної допомоги). Особлива увага у статті приділена дослідженню провідних принципів проектування мережі закладів охорони здоров'я, які були покладені в основу діяльності системи медичного обслуговування в зазначений період державності України.

*Ключові слова:* архітектура, дитячі 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 загрозливу 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. Бишоп, 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 становлення мережі дитячих лікувальних закладів України, як об'єкта містобудівного проектування.

*Виклад основного матеріалу.* Організація системи медичного обслуговування населення (без розподілу на дорослу і дитячу вікову категорію) у радянську і пострадянську добу України здійснювалась у відповідності до діючої номенклатури типів лікувально-профілактичних установ, яка включала: лікарняні установи, диспансери, амбулаторно-поліклінічні заклади, заклади швидкої і невідкладної медичної допомоги, переливання крові, охорони материнства і дитинства та санаторно-курортні установи. Залежно від зон впливу і здійснюваних функцій отримали розвиток дільничні, районні, центральні районні, окружні, центральні окружні, міські, обласні, крайові і республіканські лікарні. Залежно від виду наданої допомоги вони розподілились на загальнопрофільні, спеціалізовані та швидкої медичної допомоги. Провідним принципом, покладеним в основу діяльності системи медичного обслуговування був і залишається територіальний, тобто надання медичної допомоги населенню відбувалося відповідно до місця проживання на закріпленій території. У відповідності до територіального принципу відбулося медичне районування, яке

у більшості випадків було пов'язане з адміністративно-територіальним розподілом. Такий організаційний підхід на практиці з часом виявив невідповідність адміністративно-територіального розподілу та подальшої реалізації генерального плану міської забудови. Беручи до уваги цей факт, у подальшому при формуванні медичних районів необхідно враховувати особливості планування розселення і вдосконалення територіально-функціональних зв'язків, щоб забезпечити можливість коригування системи медичного обслуговування в процесі подальшого розвитку міських розпланувань.

Характерною рисою розвитку системи охорони здоров'я України у 1980-90 рр. було збільшення обсягу надання спеціалізованої допомоги. Спеціалізація, в свою чергу, викликала зміни в структурі існуючих і появи нових типів медичних закладів. В цей час з'явилися протитуберкульозні, шкірно-венерологічні, психоневрологічні та ін. диспансери, спеціалізовані лікарні, поліклініки та центри. В цей же період поряд зі спеціалізацією в системі медичного обслуговування відбулися певні процеси інтеграції та централізації. Централізація, наприклад, лікувально-допоміжних служб (пральні, харчоблок, стерилізаційні приміщення та ін.) дозволила підвищити економічність експлуатації, якість і сприяла прискоренню темпів роботи завдяки застосуванню нових технічних засобів. Інтеграція спеціалізованих кабінетів і відділень в одній установі сприяла збільшенню якості діагностики і лікування, ефективному використанню приміщень і обладнання, підвищенню кваліфікації медичного персоналу тощо.

Іншою характерною ознакою розвитку мережі медичних закладів України у період 1980-90 рр. ХХ ст. було збільшення обсягів амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Це було пов'язане з державним завданням переходу до загальної диспансеризації населення і, як наслідок, потужність амбулаторно-поліклінічних установ зростає за рахунок збільшення частки профілактичних відвідувань. Розширення функцій амбулаторно-поліклінічних установ сприяло розвитку їх структури, появи нових підрозділів і закладів: діагностичних центрів, денних стаціонарів тощо.

Діяльність системи медичного обслуговування в цей період була спрямована на спадкоємність в роботі лікувальних закладів, яка забезпечувала хворим діагностику на долікарняному етапі, напрямок в разі потреби на стаціонарне лікування, а після лікування в стаціонарі можливість проходження амбулаторного або санаторного лікування до повного відновлення здоров'я. Для забезпечення неперервного лікувально-діагностичного процесу були організовані нові типи відділень та установ, які доповнили існуючу систему медичного обслуговування. Не дивлячись на певні позитивні зміни, які відбулися наприкінці 1990-х років у галузі організації медичного забезпечення,

залишилися певні проблеми, зокрема необхідність впорядкування медичної системи до світових стандартів якості надання медичних послуг, визначення в ній місця для кожного складового елемента, щоб домогтися її функціонування як єдиного організму.

Іншою проблемою було і залишається те, що на розташування певних відділень і лікувально-профілактичних закладів впливає потреба населення в різних видах медичної допомоги. На практиці нормативні показники потреби в амбулаторній та стаціонарній допомозі часто досягаються за рахунок перевантаження матеріально-технічної бази. В існуючих медичних установах має місце невідповідність декларування ліжкового фонду і їх фактичне використання, їх якість і відповідність сучасним потребам населення, наявність малопотужних медичних закладів і дрібних відділень (менше 30 ліжок), нераціональне дублювання відділень аналогічного профілю в декількох установах однієї зони впливу тощо.

Для усунення зазначених недоліків повинна була сприяти введена етапність медичного обслуговування, яка враховувала певні особливості в залежності від системи розселення. Були виділені дві основні підсистеми медичного обслуговування: для сільського та міського населення. В підсистемі організації медичної допомоги сільському населенню склалися наступні етапи (згідно з дослідженням арх. Т. А. Буличової): *перший* – долікарська і перша лікарська допомога, яка надається в фельдшерсько-акушерських пунктах; *другий* – медична допомога за основними лікарськими профілями (терапія, хірургія, педіатрія, гінекологія, акушерство, інфекційні захворювання та ін.) в дільничних лікарнях і сільських амбулаторіях; *третій* – спеціалізована і вузькоспеціалізована медична допомога (неврологія, кардіологія, фтизіатрія, офтальмологія, отоларингологія й ін.) в районних, центральних районних лікарнях, міжрайонних відділеннях у складі центральних районних лікарень, диспансерах; *четвертий* – вузькоспеціалізована допомога (урологія, нейрохірургія, онкологія, ортопедія і ін.) у великих міських лікувальних установах: обласних, крайових, республіканських лікарнях.

Необхідність наближення медичної допомоги до сільського населення почала здійснюватись шляхом поєднання роботи медичного персоналу сільської лікарської дільниці з пересувними центрами диспансеризації, забезпеченими спеціальною медичною апаратурою пересувних лабораторій, рентгенівських установок, стоматологічних кабінетів. Актуальним завданням сьогодні залишається перегляд структури сільських лікувально-профілактичних закладів, утворення лікарських амбулаторій з урахуванням фактора доступності до них. Підсистема медичного обслуговування *міського населення* була розділена на наступні етапи: *перший* – поліклінічна допомога за основним і деяким спеціалізованим лікарським профілів (терапія, хірургія, педіатрія, акушерство і

гінекологія, стоматологія, офтальмологія, отоларингологія тощо), що надавалась в міських територіальних поліклінічних установах; *другий* – спеціалізована і деякі види вузькоспеціалізованої поліклінічної допомоги (гастроентерологія, ревматологія, травматологія, алергології та ін.) у вузькоспеціалізованих відділеннях великих міських поліклінік, самостійних або у тих, що входять до складу лікарень. На цьому етапі здійснюється стаціонарна допомога за основним лікарським профілем. Її надають міські багатопрофільні лікарні, пологові будинки та районні диспансери, розраховані в основному на населення адміністративного району; *третій* – консультативно-діагностична допомога в спеціалізованих відділеннях міських поліклінік і лікарень, розрахованих на населення кількох адміністративних районів або всього міста, здійснюється також медична допомога за деяким диспансерним профілем (ендокринологія, психоневрологія тощо); *четвертий* – консультативна вузькоспеціалізована медична допомога (мікрохірургія, нейрохірургія, щелепно-лицьова хірургія тощо) в монопрофільних медичних установах (центрах), що включають поліклінічний прийом і стаціонарну допомогу, розраховану на населення республіки, краю і т.п.).

Основні умови організації системи медичного обслуговування і теоретичні розробки в цій галузі стали передумовами формування мережі, типів і архітектурно-планувальних структур будівель лікувальних установ. Розвиток архітектурно-планувальних структур відбувався по шляху, що враховував всі процеси вдосконалення системи медичної допомоги населенню: посилення профілактичної спрямованості, спеціалізація, інтеграція і диференціація медичної допомоги, централізація лікарняних служб, поетапна організація системи медичної допомоги з дотриманням провідних принципів охорони здоров'я України.

Одним з основних напрямків досліджень в області вдосконалення системи був спрямований на диференціювання нормативів потреби в медичній допомозі та їх раціональний розподіл по етапах медичного обслуговування населення. Доктора мед. наук В. А. Міняєв та І. В. Поляков вказували, що абсурдно стверджувати про можливість створення єдиних норм для різних територій і міст. На їх думку, більш реалістичним і вірним підходом може бути лише створення індивідуальні норми, різних для сільської місцевості, малих і середніх міст, крупних і найбільших місць поселення. У всіх випадках ці норми повинні враховувати географічне розташування, соціальні умови, показники захворюваності, фізичного розвитку населення та ін. Крім того, у міру вдосконалення методів медичного обслуговування та переорієнтації основних потреб і цілей суспільства, а отже, і завдань, що стоять перед охороною здоров'я, нормативи потреби будуть весь час змінюватися.

Методика розрахунку складу і потужності будівель лікувальних установ була розроблена у 1982 р. Міністерством охорони здоров'я СРСР спільно з ВНДІ соціальної гігієни, організації та управління охороною здоров'я ім. Н.А. Семашко, Центральним інститутом удосконалення лікарів та ін. інститутами. В основу розрахунку був покладений принцип організації функціональних одиниць по тій чи іншій лікарській спеціальності, який відштовхувався від наявності певних контингентів хворих, щоб забезпечити формування повноцінних організаційно-функціональних одиниць. Тобто розраховувалось мінімальна необхідність забезпечення кабінетів або відділень, кількість лікарських посад і медичної апаратури, що дозволяли здійснювати кваліфіковане і якісне обслуговування. В якості мінімальної організаційно-функціональної одиниці для стаціонарів палатних відділень було прийнято відділення на 30, 40 або 60 ліжок в залежності від його профілю, для поліклінічних установ мінімальною розрахунковою одиницею було обрано кабінет лікаря. Ця особливість відбивалась в принципах проектування і формування об'ємно-планувальної структури будівель лікувальних установ.

Якщо контингенти хворих виявлявся недостатнім для функціонування самостійного прийому при повному навантаженні на лікарський персонал або розгортання самостійного палатного відділення, то відповідно до даної методики розрахунку цей вид допомоги пропонувалося планувати на вищому етапі. В кінцевому рахунку методика дозволяла визначити число поліклінічних прийомів і ліжок по спеціалізованим видам медичної допомоги, на різних етапах організації медичного обслуговування за умови формування повноцінних функціональних елементів. Диференційовані за лікарськими спеціальностями показники потреби у прийомах і ліжках дозволили визначити необхідну кількість лікарняних посад, а отже, мінімальну чисельність населення, при якій доцільна організація самостійних кабінетів або відділень з різних видів спеціалізованої допомоги. Ув'язка отриманої чисельності населення з планувальними елементами генеральних планів дозволила сформувати мережу будівель лікувальних установ, яка базувалась на медично-організаційних вимогах, а також відповідала потребам населення в медичній допомозі. На необхідність ув'язування результатів досліджень в області формування системи медичного обслуговування з містоформуєчими елементами вказували в своїх роботах відомі організатори охорони здоров'я: Е.А. Логінова, М.В. Потехіна, А.Л. Лінденбратен, В.А. Міняєв, І.В. Поляков, А.Д. Ярменчук, Н.І. Гаврилов та ін.

Вплив організаційних і функціональних структур системи медичного обслуговування на формування мережі, типів і архітектурно-планувальних елементів будівель лікувальних установ виражено в універсальній причинно-наслідковій моделі, запропонованої д.м.н. проф. А. Д. Ярменчуком. Модель розкриває проблеми, завдання та функції системи охорони здоров'я, показує

взаємозв'язок її складових елементів, значно ширше визначає область передумов формування архітектурно-планувальних структур. На думку автора, теоретичну основу формування цих структур складають «основні шаблі розвитку пізнання і загальні діалектичні форми його руху, починаючи з історичного і логічного розвитку системи і її елементарного складу і закінчуючи кількісної, структурної, якісної і функціональної причинно-наслідкової характеристикою її зв'язків, базуючись на основних принципах діалектичного методу».

*Висновок.* Безумовно, що розвиток суспільства підвищує власні інтереси і потреби, збільшуючи можливості їх задоволення. Виходячи з цього, функціональні, організаційні, а також архітектурно-планувальні структури повинні бути динамічними, дозволяючи впроваджувати зміни відповідно до нових проблем і цілей, які виникають на кожному етапі розвитку медичного обслуговування населення України. Перехід від існуючого положення до оптимального розміщення мережі, яка повинна відповідати специфіці демографічної ситуації, потребам населення в різних видах медичної допомоги, особливостям розселення в межах окремих територій – складний процес, що вимагає участі фахівців різного профілю: представників організації охорони здоров'я, містобудівників, архітекторів, математиків, економістів тощо. Проведення подібного роду досліджень і використання їх результатів в практиці охорони здоров'я дозволить на науковій основі удосконалювати розвиток мережі, типів і структури будівель лікувальних закладів з урахуванням сучасних вимог, а також забезпечувати їх раціональне розміщення в системі сучасного і перспективного розселення населення України.

### Література

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.

*Аннотація.* В статье рассмотрены особенности становления сети детских лечебных учреждений, как составляющей существующей сети учреждений

здоровоохранения Украины и как объекта градостроительного проектирования в период с 1980-90 гг. XX в. по начало XI в. Рассмотрены классификации учреждений здравоохранения в зависимости от зон влияния и осуществляемых функций (участковые, районные, центральные районные, окружные, центральные окружные, городские, областные, краевые и республиканские больницы), а также в зависимости от вида оказываемой помощи (общепрофильные, специализированные, скорой медицинской помощи). Особое внимание в статье уделено исследованию ведущих принципов проектирования сети учреждений здравоохранения, которые были положены в основу деятельности системы медицинского обслуживания в указанный период государственности Украины.

*Ключевые слова:* архитектура, детские лечебные учреждения, сеть учреждений здравоохранения Украины, градостроительства.

**Annotation.** In the article features of formation of a network of children's medical establishments, as a component of the existing network of public health institutions of Ukraine and as an object of urban planning in the period from 1980-90 were considered. XX century. to the beginning of the XI century. Classifications of health facilities depending on the zones of influence and the functions performed (district, district, central, district, district, central district, city, regional, regional and republican hospitals) are considered, and depending on the type of assistance provided (general, specialized, assistance). Particular attention is paid in the article to the study of the leading principles of designing a network of health care institutions, which were used as the basis for the activity of the medical care system in the specified period of statehood of Ukraine.

**Key words:** architecture, children's medical institutions, a network of health institutions of Ukraine, urban planning.