

УДК 725.51

к. арх. Булах І.В.,

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

Київський національний університет будівництва і архітектури

DOI: 10.32347/2076-815x.2019.70.99-109

МІСТОБУДІВНА ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОГО РІВНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Розглянуто вплив соціально-економічних та демографічних чинників на процес формування містобудівної організації первинного рівня медичної допомоги в сільській місцевості України. Розглянуті пріоритетні напрями, на які необхідно звернути увагу фахівцям, задіяним в проведенні реформи охорони здоров'я, зокрема з архітектурно-містобудівної точки зору. На основі аналізу соціального, економічного та демографічного положення в Україні щодо наслідків у сфері життя і здоров'я населення нашої держави запропоновано пропозиції щодо містобудівної організації первинного рівня медичної допомоги в сільській місцевості нашої держави.

Ключові слова: архітектура, містобудування, мережа закладів охорони здоров'я України, первинний рівень медичного обслуговування.

Актуальність теми і постановка проблеми. Містобудівна організація первинного рівня медичної допомоги (ПМД) в сільській місцевості пов'язана з низкою особливостей: незначна кількість та щільність населення (в порівнянні з міськими показниками), яке мешкає на значній території; сезонні навантаження з ненормованими витратами часу виробничої зайнятості; відсутність соціальних умов для повноцінного та здорового способу життя, низька санітарна культура; розповсюдженість використання методів самолікування лікарськими засобами, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань та невчасне звернення по медичну допомогу в разі виникнення розладів здоров'я [1]. Реорганізація мережі ПМД в сільській місцевості повинна спрямовуватись на зміну організаційної структури традиційних медичних закладів (фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій) до нових форм організації (амбулаторій сімейного лікаря та групові практики). Вказані зміни взаємопов'язані з медичними, правовими, економічними, соціальними та ін. аспектами функціонування мережі ПМД, формуючі при цьому основу комплексного підходу до реформування містобудівної системи охорони здоров'я у сільській місцевості України.

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; системного аналізу в архітектурно-містобудівних системах – у роботах Ю.П. Сурміна, Г.І. Лаврика, В.О. Тімохіна, М.М. Дьоміна. 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 [2–14].

Мета статті. Визначити і охарактеризувати основні напрями розвитку містобудівної організації ПМД в сільській місцевості.

Виклад основного матеріалу. Доступність населення до закладів ПМД пов'язана з можливістю пацієнта отримати медичну допомогу протягом найкоротшого часу, адекватного його стану здоров'я. Повна і необхідна фахова оцінка стану здоров'я пацієнта знаходиться у компетенції сімейного лікаря, який може оцінити стан пацієнта і його потреби в медичній допомозі з урахуванням його особистих інтересів. Доступність ПМД визначається наступними параметрами [15]: достатня кількість медичного персоналу (лікарів, медсестер та фельдшерів); територіальне розташування закладів ПМД узгоджено з щільністю наявного населення; робочі години закладу ПМД з врахуванням потреб населення; можливість надання медичного обслуговування пацієнтів удома; фінансова доступність населення у медичному обслуговуванні.

Наявність вказує на індикатор забезпечення території та громади необхідними закладами (приміщеннями, персоналом) ПМД та відповідними послугами, а також доступ до аптеки, лабораторних досліджень, додаткових обстежень тощо. *Фізична доступність* відображає узгодженість територіального проживання пацієнтів та місць розташування закладів ПМД. На оцінку фізичної доступності впливають наступні характеристики: характер місцевості, відстань, розрахунковий та фактичний час проїзду, спосіб транспортування, тип доріг тощо. *Фінансова доступність* охоплює прямі (плата лікареві або неофіційні платежі) та непрямі витрати (вартість ліків, проїзду до амбулаторії), негативний прояв яких можливо компенсувати шляхом соціальних програм (реімбурсації вартості ліків, пільги для певних категорій населення, соціальний транспорт, різні види страхування тощо). *Відповідність* ПМД потребам та сповіданням суспільства, в тому числі за допомогою сучасних систем комунікацій (мобільний зв'язок, електронну пошту, месенджери та ін.) – з цієї позиції відповідність можна розглядати як субкомпонент наявності. *Толерантність* пов'язана з соціальними, культурними, релігійними, статевими, віковими, етнічними, расовими, національними,

етнічними та ін. особливостями пацієнтів.

Безперервність нової моделі організації мережі закладів ПМД проявляється у декількох положеннях. По-перше, взаємодія сімейного лікаря і пацієнта може розпочатись з моменту народження останнього (або під час планування і ведення вагітності матері) – це забезпечує безперервність догляду за пацієнтами впродовж усього їхнього життя. По-друге, лікар сімейної практики отримує можливість забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги пацієнтові, організовуючи та координуючи діяльність ін. служб охорони здоров'я, коли не в змозі надати допомогу особисто. Інформаційна безперервність забезпечує накопичення інформації про конкретного пацієнта як документованої (амбулаторна або електронна карта), так і в пам'яті сімейного лікаря, з можливістю її передачі за потреби (при госпіталізації, консультації інших фахівців, проведенні лабораторних та діагностичних обстежень). Нарешті, безперервність і тривалість стосунків "лікар-пацієнт" може розглядатись як окремий терапевтичний чинник, довіра у взаєминах і запорука успішного лікування. Координаційна функція мережі закладів ПМД передбачає, що сімейний лікар стає для пацієнта координатором у системі охорони здоров'я. Інший аспект – можливість стримування надмірних витрат як в системі охорони здоров'я (дублювання функцій різними ланками охорони здоров'я, вільний доступ пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги), так і значних витрат самих пацієнтів. В цьому сенсі сімейний лікар забезпечує вертикальну інтеграцію та координацію первинного та інших рівнів медичної і соціальної допомоги, в залежності від необхідного рівня та медичних фахівців, які найкращим чином відповідають характеру захворювання і стану пацієнта. Таким чином, співробітництво виявляється інноваційною характеристикою інтегрованої системи охорони здоров'я, в якій сімейний лікар може приймати активну участь в складі міждисциплінарної команди, очолювати її роботу.

Модель групової роботи передбачає різні ступені взаємодії медичних рівнів: від паралельної діяльності до повністю інтегрованої медичної допомоги. Перелік послуг містобудівної мережі закладів ПМД та організація їх надання населенню регламентує законодавчий документ "Порядок надання первинної медичної допомоги" [15]. Згідно положень Порядку, визначення поняття *надавач ПМД* трактується як "заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі, але не виключно, комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД" [15, 16]. До медичних послуг, які повинні забезпечувати

заклади первинної медичної допомоги відносяться: динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень; проведення діагностики та лікування поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; динамічне спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями; медична допомога в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної або третинної медичної допомоги; направлення пацієнтів до закладів вторинної або третинної медичної допомоги в разі потреби; взаємодія з надавачами вторинної та третинної медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення повноцінного лікування пацієнта; проведення медичних заходів пацієнтам з групи ризику розвитку окремих захворювань; проведення профілактичних заходів (вакцинація; екстрені повідомлення про інфекційне захворювання та ін.; епідеміологічні обстеження); надання консультативної допомоги, спрямованої на формування навичок здорового способу життя; динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та організація необхідних оглядів акушером-гінекологом; медичне спостереження за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб; надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій та направлення до інших закладів паліативної допомоги в разі потреби; призначення лікарських засобів та медичних виробів; ведення первинної облікової документації; взаємодія з соціальними службами, суб'єктами системи громадського здоров'я та ін. державними службами.

Незалежно від моделі створення та функціонування закладу ПМД, обсяг послуг та вимоги до їх надання населенню є однаковими. Основні послуги ПМД надаються пацієнтам безпосередньо сімейним лікарем, окремі послуги можуть надаватися іншими медичними працівниками, що входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом сімейного лікаря. *Під командою з надання ПМД* мається на увазі група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з та не менше ніж з одного фахівця (сестра сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем або під його керівництвом [15]. Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики для координації, забезпечення безперервності, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД. В цьому сенсі *груповою практикою ПМД* це команда, до складу якої входять два чи більше лікарів або сукупність двох чи більше практик, або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність [15]. Оптимальний розрахунковий обсяг практики ПМД, згідно Положень, становить дві тисячі осіб на одного лікаря загальної практики (сімейного лікаря

або лікаря-терапевта); одну тисячу осіб на одного лікаря-педіатра. Обсяг практики може відрізнятись від рекомендацій показників оптимального обсягу та корегуватись з урахуванням соціально-демографічних, інфраструктурних та ін. особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

Сьогодні структура закладів ПМД визначається наказом МОЗ України № 801 [16], згідно якого центр первинної медичної допомоги має у своєму складі: адміністративну частину (управління); господарську частину; лікувально-профілактичну службу, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими структурними підрозділами; у сільській місцевості та в окремих випадках у містах долікарську медичну допомогу можуть надавати фельдшерсько-акушерський (ФАП) або фельдшерський пункт (ФП), які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій. До переліку типів місць надання ПМД, згідно чинного законодавства, відносяться: центр ПМД, амбулаторія групової практики, амбулаторія монопрактики, пункт здоров'я [16]. При цьому визначається, що перші три типи належать до регулярних місць надання ПМД в робочі дні, а четвертий тип (ФАП, ФП) – нерегулярне місце надання ПМД, у якому прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається менше ніж п'ять робочих днів, але не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень. Різниця (кількість лікарів та населення, яке вони обслуговують) між існуючими типами закладів ПМД наведено у табл. 1.

Таблиця 1.

Порівняння типів закладів первинної медичної допомоги

Тип амбулаторії	К-ть населення, що обслугов.	Кількість лікарів ПМД	Територія доступності
Центр ПМД	15 000 і більше	7 і більше	Центральна
Амбулаторія групової практики	3 000 і більше	2 і більше	Центральна, периферійна першого порядку
Амбулаторія монопрактики (каб. сім. лікаря)	2 000	1	Периферійна другого порядку
Пункт здоров'я	750 і більше	1	Периферійна другого порядку

Згідно Порядку формування мережі ПМД, *спроможна мережа надання ПМД* – це сукупність закладів охорони здоров'я всіх форм власності та фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що на певний момент часу перебуває в динамічному стані спроможності, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними і соціально-

демографічними характеристиками та особливостями його розселення на відповідній території планування [16].

Формування спроможної містобудівної мережі закладів ПМД повинно здійснюватись з урахуванням існуючих та відповідних (за фізичним, енергоефективним та ін. параметрами) закладів ПМД та з визначенням територій доступності. *Територія доступності* визначається як сукупність територій населених пунктів у межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну територію доступності (ТД) і периферійні ТД першого та другого порядків [17].

Висновок. При визначенні територіального розташування закладів ПМД окремо визначають територіальне розташування регулярних, а також нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дозволяє забезпечити доступність ПМД для населення відповідної території. Регулярні місця надання ПМД визначаються в межах визначеної територіальної доступності до амбулаторій відповідного типу, які розміщуються в найбільшому населеному пункті певної території та обслуговують населення цього населеного пункту і населення в радіусі 7 км. При визначенні територіального розташування регулярних закладів ПМД додатково враховуються наступні параметри: наявність кваліфікованого персоналу ПМД (лікаря ПМД) або створення необхідних умов; оптимізація сукупних витрат на транспортування пацієнтів до закладу ПМД; наявність усталених маршрутів громадського транспорту; історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД. При прийнятті рішення про утворення нерегулярних місць надання ПМД треба враховувати економічну доцільність їх утримання. При оптимізації мережі закладів ПМД в сільській місцевості важливо розглядати альтернативність варіантів: створення двох амбулаторій (на одного лікаря кожна) або однієї амбулаторії на двох лікарів у селі з кращою інфраструктурою, при необхідності з використанням соціального транспорту. Необхідно також враховувати не тільки поточну ситуацію, але й динаміку розвитку населених пунктів, прогностичні зміни в чисельності населення, умов проживання медичного персоналу та ін. Першочерговим аналітичним кроком при розробці і містобудівному плануванні спроможної мережі закладів ПМД для певної території може слугувати картування існуючого стану мережі. Такий підхід дозволяє цілісно розглянути комплекти закладів ПМД, виявити прогалини в покритті медичними послугами певного населеного пункту чи території, що значно спрощує процес побудови містобудівної пропозиції

спроможної та ефективної мережі. Процес картування можна виконати за допомогою багатьох програмних продуктів, в тому числі з використанням Google Maps [18]. Приклад виконання картування території з метою визначення місць розташування закладів охорони здоров'я детально розглянутий в Операційному керівництві [19]. Стосовно питання організаційно-правових моделей функціонування закладів ПМД, то в умовах реформування системи охорони здоров'я було запропоновано чотири основні моделі, а також їх комбінації: державні заклади (виключні випадки); заклади охорони здоров'я комунальної власності (комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи); заклади охорони здоров'я приватної власності; медична практика фізичної особи-підприємця (ФОП). Можливими варіантами поєднання вказаних моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в територіальній громаді та оптимізації витрат на її надання може слугувати спільна діяльність ФОП та комунальне підприємство – ресурсний центр [20, 21].

Список літератури

1. Bulakh I.V. Complex public health institutions as a complex urban development system. *Colloquium-journal*. Warszawa, 2019. №1(25). Vol. 2, С. 4–6. DOI: 10.24411/2520-6990-2019-00001
2. Линч К. Образ города. Москва: Стройиздат, 1982. 328 с.
3. Гутнов А. Э. Системный подход в изучении города: основания и контуры теории городского развития. Москва: Наука, 1972. 360 с.
4. Глазычев В. Л. Урбанистика. Москва: Новая площадь, 2008. 218 с.
5. Иконников А. В. Формирование городской среды. Москва: Знание, 1973. 64 с.
6. Сурмин Ю. П. Теория систем и системный анализ: учеб. пособие для вузов. Киев: МАУП, 2003. 368 с.
7. 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.
8. Тімохін В. О. Архітектура міського розвитку. 7 книг з теорії містобудування. Київ: КНУБА, 2008. 629 с.
9. Аллен Р. У. Пособие по проектированию больниц. Москва: Стройиздат, 1978. 249 с.
10. Булычева Т. А. Центральные районные больницы. Москва: Стройиздат, 1984. 118 с.
11. Пидгирияк К. Ю., Пидгирияк В. П. Архитектура зданий лечебных учреждений. Киев: Будівельник, 1990. 93 с.
12. Christoph Schirmer. Hospital Architecture: Specialist Clinics & Medical Departments. Germany, 2007. 26 p.
13. Christoph Schirmer, Philipp Meuser. New Hospital Building in Germany: General Hospitals And Helth Centres Publisher. Germany, 2007. 34 p.

14. Hans Nickl, Christine Nicki-Weller. Hospital Architecture. Verlagshaus Braun. 2007. 352 p.
15. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> (дата звернення: 16.01.2019).
16. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: наказ МОЗ України від 29.07.2016 р. № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> (дата звернення: 16.01.2019).
17. Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 06.02.2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18> (дата звернення: 16.01.2019).
18. Google Maps URL: <https://www.google.com/maps> (дата звернення: 16.01.2019).
19. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. Київ: Агентство «Україна», 2018. 368 с.
20. Булах І.В. Питання нормативно-містобудівного регулювання містобудівної системи закладів охорони здоров'я. *Colloquium-journal*. Warszawa, 2019. №2(26). Vol. 1, С. 4–6. DOI:10.24411/2520-6990-2019-00003.
21. Bulakh I.V. Common Features of Architectural Design of the Medical Purpose Building. *Science & Technique*. 2019. 18(4). P. 311–318. DOI:10.21122/2227-1031-2019-18-4-311-318.

к. арх. Булах І.В.

Київський національний університет будівництва та архітектури

ГРАДОСТРОИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Рассмотрено влияние социально-экономических и демографических факторов на процесс формирования градостроительной организации первичного уровня медицинской помощи в сельской местности Украины. Рассмотрены приоритетные направления, на которые необходимо обратить внимание специалистам, задействованным в проведении реформы здравоохранения, в частности с архитектурно-градостроительной точки зрения. На основе анализа социального, экономического и демографического положения в Украине, их последствий в сфере жизни и здоровья населения нашего государства, разработаны предложения по градостроительной организации первичного уровня медицинской помощи в сельской местности.

Ключевые слова: архитектура, градостроительство, сеть учреждений здравоохранения Украины, первичный уровень медицинского обслуживания.

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

CITY-BUILD ORGANIZATION OF THE PRIMARY LEVEL OF MEDICAL AID IN AGRICULTURAL LOCATION

The influence of socio-economic and demographic factors on the process of formation of the urban-planning organization of the primary level of medical care in the countryside of Ukraine is considered. There are considered the priority directions, which need to be addressed to specialists involved in the health care reform, in particular, from an architectural and urban development point of view. On the basis of the analysis of the social, economic and demographic situation in Ukraine on the consequences in the sphere of life and health of our people, suggestions are made regarding the city-planning organization of the primary level of medical care in the countryside of our country. A top-priority analytical step in the development and town-planning of a network of facilities for PMDs in a particular territory can be mapped to the current state of the network. This approach makes it possible to integrate the complexity of PMD facilities, to identify gaps in the coverage of medical services in a specific locality or territory, which greatly simplifies the process of building a city-based supply of a capable and efficient network. The mapping process can be done using many software products, including using Google Maps. An example of mapping the territory to determine the locations of health facilities is detailed in the Operations Manual. Regarding the organizational and legal models of the functioning of the PMD facilities, four basic models were proposed in the context of the reform of the health care system, as well as their combinations: state institutions (extraordinary cases); public health institutions (communal non-profit enterprises or communal institutions); private health care institutions; medical practice of an individual entrepreneur (FOP). The possible combination of these models in order to stimulate the development of PMT in the territorial community and optimize the costs of its delivery can be the joint activity of the FOP and the utility company – the resource centre.

Key words: architecture, city-planning, network of health care institutions of Ukraine, primary level of medical care.

REFERENCES

1. Bulakh, I.V. (2019), Complex public health institutions as a complex urban development system, *Colloquium-journal*, No. 1(25), Vol. 2, Warszawa, pp. 4–6. DOI: 10.24411/2520-6990-2019-00001 [in English]

2. Lynch, K. (1982), *Obraz goroda [The image of the city]*, STROIZDAT, Moscow, 328 p. [in Russian]
3. Gutnov, A.E. (1972), *Sistemnyy podkhod v izuchenii goroda: osnovaniya i kontury teorii gorodskogo razvitiya [System approach to the study of the city: the basis and outline of the theory of urban development]*, Science, Moscow, 360 p. [in Russian]
4. Glazychev, V.L. (2008), *Urbanistika [Urbanistics]*, New Square, Moscow, 218 p. [in Russian]
5. Ikonnikov, A.V. (1973), *Formirovaniye gorodskoy sredy [Formation of the urban environment]*, Knowledge, Moscow, 64 p. [in Russian]
6. Surmin, Yu. P. (2003), *Teoriya sistem i sistemnyy analiz: ucheb. posobiye dlya vuzov [Theory of systems and systems analysis: studies manual for universities]*, MAUP, Kiev, 368 p. [in Russian]
7. Lavrik, G.I. (1979), Methodological problems of the study of architectural systems: avtoref. dissertation [Metodologicheskiye problemy issledovaniya arkhitekturnykh sistem: avtoref. dis. ... d-ra arkhit.], Moscow, 37 p. [in Russian]
8. Timokhin, V.O. (2008), *Arkhitektura mis'koho rozvytku. 7 knyh z teoriiy mistobuduvannya [Architecture of Urban Development. 7 books on the theory of urban planning]*, KNUBA, Kyiv, 629 p. [in Ukrainian]
9. Allen, R.U. (1978), *Posobiye po proyektirovaniyu bol'nits [Guide design hospitals]*, STROIZDAT, Moscow, 249 p. [in Russian]
10. Bulycheva, T.A. (1984), *Tsentral'nyye rayonnyye bol'nitsy [Central district hospitals]*, STROIZDAT, Moscow, 118 p. [in Russian]
11. Pidgiriak, K.Yu., Pidgiriak, V.P. (1990), *Arkhytektura zdanyy lechebnykh uchrezhdenyy [Architecture of buildings of medical institutions]*, Budivel'nyk, Kiev, 93 p. [in Ukrainian]
12. Schirmer, C. (2007), *Hospital Architecture: Specialist Clinics & Medical Departments*, Germany, 26 p. [in English]
13. Schirmer, C., Meuser, Ph. (2007), *New Hospital Building in Germany: General Hospitals And Helth Centres Publisher*, Germany, 34 p. [in English]
14. Nickl, H., Nicki-Weller, Ch. (2007), *Hospital Architecture*, Verlagshaus Braun, 352 p. [in English]
15. About the approval of the Procedure for Provision of Primary Care: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 19, 2018 No. 504. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> [16.01.2019], [in Ukrainian]
16. About the approval of the Provision on the centre of primary medical (health-sanitary) assistance and provisions on its subdivisions: the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 29, 2016, No. 801. Available at:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> [16.01.2019], [in Ukrainian]

17. The procedure for the formation of a network of primary health care services: an order of the Ministry of Health of Ukraine dated February 6, 2018, No. 178/24. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18> [16.01.2019], [in Ukrainian]

18. Google Maps, Available at: <https://www.google.com/maps> [16.01.2019], [in Ukrainian]

19. Batsenko, D., Braginsky, P., Buchma, M. (2018), *Yak orhanizuvaty systemu nadannya pervynnoyi medychnoyi dopomohy na mistsevomu rivni: operatsiyne kerivnytstvo* [How to organize the system of provision of primary health care at the local level: operational guidance], Agency Ukraine, Kyiv, 368 p. [in Ukrainian]

20. Bulakh, I.V. (2019), Pytannya normatyvno-mistobudivnoho rehulyuvannya mistobudivnoyi systemy zakladiv okhorony zdorov'ya [Issues of normative and town-planning regulation of city-planning system of health care institutions], *Colloquium-journal*, Warszawa, No 2(26), Vol. 1, pp. 4–6. DOI: 10.24411/2520-6990-2019-00003 [in Ukrainian]

21. Bulakh I.V. (2019), Common Features of Architectural Design of the Medical Purpose Building, *Science & Technique*, Minsk, No 18(4), pp. 311–318. DOI:10.21122/2227-1031-2019-18-4-311-318 [in English]