

**ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА**

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра: менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: **«Управління безпекою праці закладу охорони здоров'я
(на матеріалах КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР)»**

Виконав:

студент магістратури за спеціальністю

073 Менеджмент зі спеціалізацією

Організація і управління охороною здоров'я

Моргун Андрій Степанович

Керівник: к.е.н., доц. Ткачук Н.М.

Рецензент:

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Хмельницький – 2020 рік

АНОТАЦІЯ

Моргун А.С. Управління безпекою праці закладу охорони здоров'я (на матеріалах КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР). - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 073 – Менеджмент. – Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, Хмельницький, 2020.

Досліджено теоретичні основи та нормативно-правове регулювання організації безпеки праці в закладах охорони здоров'я. Розглянуто методичні аспекти управління безпекою праці закладу охорони здоров'я. Акцентовано увагу на великому значенні організаційних і юридичних форм забезпечення охорони праці. Підкреслено, що розуміння і дотримання методичних вимог в управлінні безпекою і охороною праці, дасть змогу знизити рівень професійної захворюваності, нещасних випадків і травматизму, і підвищить продуктивність праці робітників.

Проаналізовано сучасний стан професійної захворюваності медичних працівників в Україні як медико-соціальної проблеми, а також визначено професійні чинники ризику захворюваності на COVID-19 працівників закладів охорони здоров'я.

Запропоновано для підвищення рівня безпеки робітників проводити моніторинг професійних груп з допомогою показників моніторингу, які характеризують безпеку робітників на робочому місці в рамках системи моніторингу безпеки працівників. Обґрунтовано вимоги щодо проведення медичних оглядів та безпеки праці медичних працівників при роботі з пацієнтами в умовах пандемії COVID-19 у закладах охорони здоров'я.

Ключові слова: безпека праці, коронавірусна хвороба, медичний огляд, моніторинг безпеки праці, охорона здоров'я, охорона праці, професійна захворюваність.

ANNOTATION

Morhun AS Occupational health and safety management (based on the materials of Khmelnytsky City Hospital) - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for Master degree in specialty 073 – Management. – Leonid Yuzkov Khmelnytskyi University of Management and Law, Khmelnytskyi, 2020.

The current state of occupational morbidity of medical workers in Ukraine as a medical and social problem is analyzed, as well as the occupational risk factors for COVID-19 of health care workers are identified. It is proposed to monitor the occupational safety of workers by monitoring professional groups with the help of monitoring indicators that characterize the safety of workers in the workplace within the system of monitoring the safety of workers. The requirements for conducting medical examinations and occupational safety of medical workers when working with patients in a COVID-19 pandemic in health care facilities are substantiated.

Key words: occupational safety, coronavirus disease, medical examination, occupational safety monitoring, health care, labor protection, occupational morbidity.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕКОЮ ПРАЦІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Теоретичні основи та нормативно-правове регулювання організації безпеки праці в закладах охорони здоров'я.....	8
1.2. Методичні аспекти управління безпекою праці закладу охорони здоров'я	14
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕКОЮ ПРАЦІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	20
2.1. Аналіз професійної захворюваності медичних працівників в Україні як медико-соціальної проблеми.....	20
2.2. Аналіз професійних чинників ризику захворюваності на COVID-19 працівників закладів охорони здоров'я	33
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕКОЮ ПРАЦІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	38
3.1. Впровадження в Україні базових принципів законодавства Євросоюзу у сфері безпеки праці, охорони життя і здоров'я працівників	36
3.2. Запровадження системи моніторингу безпеки праці у закладах охорони здоров'я.....	43
3.3. Обґрунтування вимог щодо проведення медичних оглядів та безпека праці медичних працівників при роботі з пацієнтами в умовах пандемії COVID-19 у закладах охорони здоров'я	47
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В сучасних умовах розбудови української державності, утвердження демократичних засад громадянського суспільства та прагнення України до членства в Європейському Союзі, формування нової концепції функціонування сфери охорони здоров'я є одним із пріоритетів державної політики. Однією з найбільш гострих і невирішених проблем у закладах охорони здоров'я залишається необхідність пошуку дієвої моделі управління безпекою праці.

Високий рівень професійної захворюваності медпрацівників, а також значна кількість нещасних випадків в закладах охорони здоров'я є великою соціально-економічною проблемою, оскільки спричиняють великі економічні втрати (витрати, пов'язані із тимчасовою непрацездатністю, виплатою компенсацій при нещасних випадках) та соціальну напруженість (інвалідизація медпрацівників, зниження рівня надання медичної допомоги). Покращення ситуації із безпекою праці прогнозовано буде мати позитивний економічний і соціальний ефект для держави.

Про важливість наукового пошуку в галузі управління безпекою праці у закладах охорони здоров'я свідчать численні наукові праці українських вчених, зокрема: Д.В. Варивончика [8-15], В.В. Горачука [21], С.А. Іванова [30-31], А.М. Нагорної [52], П.Д. Пилипенка [58-59], В.І. Шевченка [9; 11; 14-15; 81] та інших науковців. Але, незважаючи на широкий спектр їхніх досліджень і не зменшуючи вагомості й цінності внеску вказаних учених, слід зазначити, що певні теоретичні та практичні аспекти діяльності закладів охорони здоров'я України, у тому числі, в частині безпеки праці, потребують подальшого розвитку. Саме це й зумовило вибір теми наукового дослідження, сформувало його мету та основні завдання.

Метою роботи виступає обґрунтування теоретичних аспектів та розробка прикладних рекомендацій щодо удосконалення управління безпекою праці у закладах охорони здоров'я.

У відповідності до мети були поставлені та послідовно вирішені такі **завдання:**

- узагальнити особливості та нормативно-правове регулювання організації безпеки праці в закладах охорони здоров'я;
- вивчити методичні аспекти управління безпекою праці закладу охорони здоров'я;
- здійснити аналіз професійної захворюваності медичних працівників в Україні як медико-соціальної проблеми;
- провести аналіз професійних чинників ризику захворюваності на COVID-19 працівників закладів охорони здоров'я;
- обґрунтувати можливість впровадження в Україні фундаментальних принципів законодавства Євросоюзу у сфері безпеки праці;
- розробити пропозиції щодо запровадження системи моніторингу безпеки праці у закладах охорони здоров'я;
- обґрунтувати вимоги щодо проведення медичних оглядів та уникнення інфікування COVID-19 медичних працівників у закладах охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає безпека праці закладів охорони здоров'я як КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти управління безпекою праці у закладах охорони здоров'я.

Методологія дослідження. В основу роботи покладені загальнонаукові і спеціальні методи досліджень, що базуються на сучасних наукових принципах медичних, управлінських і пов'язаних з ними наук. В роботі застосовано:

- монографічний метод – при вивченні літературних джерел і дослідженні еволюції поставлених проблем та ступеня їх розв'язання;
- абстрактно-логічний – для теоретичного і методологічного

узагальнення розвитку процесів управління охорони здоров'я та формування висновків;

- статистико-економічний – для аналізу ризиків онкологічної захворюваності працівників закладів охорони здоров'я, а також професійної захворюваності медичних працівників в Україні;
- структурно-функціональний – для аналізу змін, що проходять в галузі охорони здоров'я у контексті охорони праці; графічний та табличний для систематизації та наочного зображення результатів досліджень тощо.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення і пропозиції магістерської роботи, одержані автором за результатами дослідження, можуть бути використані у поточній роботі закладів охорони здоров'я.

Апробація результатів дослідження. За результатами здійсненого дослідження опубліковано тези у збірнику тез Міжнародної науково-практичної конференції “Стан держави під час пандемії коронавірусної хвороби”.

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, семи підрозділів, висновків і списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 55 сторінок. Робота містить список використаних джерел із 82 позицій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕКОЮ ПРАЦІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні основи та нормативно-правове регулювання організації безпеки праці в закладах охорони здоров'я

Головним обов'язком держави, згідно Конституції України, є забезпечення і утвердження прав і свобод людини. Ключове місце серед них займають трудові права [40]. Право на безпечні умови праці забезпечується за допомогою правових, соціально-економічних, технічних, організаційних, лікувально-профілактичних та інших заходів, які разом складають систему охорони праці [48].

На сьогоднішній день безпека праці є багатоаспектним явищем, яке досліджується багатьма науками (медицина, біологія, психологія, фізика, психологія, юриспруденція, ергономіка).

Але, безпека праці в першу чергу є суспільним явищем, оскільки проявляється в багатьох сферах життєдіяльності соціуму. Від умов, в яких працює людина, і як забезпечується її безпека під час роботи, залежить її якість і рівень життя, можливість власного розвитку. Безпека праці є одним з основних напрямів соціальної політики держави. Незважаючи на те, що роботодавці і наймані працівники мають протилежні інтереси (максимальний прибуток з найменшими затратами), сучасні наукові дослідження свідчать, що в безпеці праці повинні бути зацікавлені обидві сторони. Як відомо, існує залежність – чим менше витрат на безпеку праці, тим більше втрат у роботодавця загалом [4, с. 36; 35].

Відомо, що хороші умови праці підвищують продуктивність праці робітників, а отже і прибуток роботодавця. З історії відомо, що ще на початку ХХ ст. роботодавці в усьому світі усвідомили той факт, що покращення умов

праці призводить до підвищення прибутку підприємства. Так, Г. Форд стверджував: «Хто добре живе, той і добре працює» [76, с. 97].

Науково-технічний розвиток обов'язково має враховуватись для покращення стану безпеки праці працівників. Саме від дотримання технічних вимоги залежить безпека життя і діяльності працівників. Лише науково-технічний прогрес може забезпечити безпечне і комфортне виробництво, зробити працю ефективною і зменшити професійні ризики. Поява нових галузей техніки призвела до появи у виробничому середовищі фізичних факторів, що можуть впливати на стан здоров'я працівників (шум, вібрація, ультразвук, радіація, ультрафіолетове випромінювання, температурні коливання). Розроблені правила знешкодження цих шкідливих факторів. Використання комп'ютерної техніки, яка стала незамінною на будь-якому виробництві також шкідливо впливає на стан здоров'я працівників. Тому вкрай важливими є науково обґрунтовані технічні вимоги, які передбачають чіткий порядок використання приладів і технологій.

Але науково-технічна революція і бурхливий розвиток технологій не дозволяють своєчасно розробляти і уніфікувати правила поведінки з обладнанням і технологіями. Всі ці проблеми потребують наукового підходу для їх вирішення на основі технічних і медичних рішень. У вузькому розумінні безпека праці цьому і присвячена.

Безпека праці також є і правовою категорією. Вона - основний зміст норм трудового права, яке покликане для захисту життя і здоров'я працівників [54, с. 20]. Трудове право регулює відносини суб'єктів щодо охорони життя і здоров'я працівників за допомогою встановлення безпечних умов праці. Згідно Закону України «Про охорону праці» [63], норми техніки безпеки і виробничої санітарії розповсюджуються на усіх працюючих. Крім цього законом передбачено, що виробничі будівлі, обладнання, транспортні засоби і всі технологічні процеси мають відповідати положенням нормативно-правових актів по охороні праці [73].

Безпека праці – складне, різнопланове явище, яке є об'єктом вивчення різних галузей вітчизняної науки. Загальновідомим є факт, що економічне зростання країн не призводить до автоматичного підвищення соціального і економічного рівня [53]. Зміни в характері зайнятості населення, викликані цим процесом призводять до появи більш суворих вимоги до охорони та безпеки праці робітників. В даний час будь-яка цивілізована держава законодавчо дбає не тільки про проблеми безробіття своїх громадян, але і про створення більш безпечних, кращих умов праці. Слід відмітити, що значну роль у всіх сферах сучасного виробництва відіграє науково-технічний прогрес, який зумовлює зміни в засобах і методах праці [27].

Щодо суті безпеки праці, то її розуміють як комплекс соціально-економічних, організаційних, технічних, лікувально-профілактичних, юридичних засобів і заходів, що спрямовані на збереження здоров'я, високої працездатності громадянина і його життя в процесі трудової діяльності [20; 71, с. 18].

Отже, можна зробити висновок, що безпека праці є розгалуженою системою юридичних та соціальних засобів, положень та заходів, які спрямовані, в першу чергу, на запобігання появі загроз для життя, здоров'я і працездатності робітників у процесі здійснення своїх професійних обов'язків, і встановлює відповідальність за їх порушення. Метою безпеки праці є збереження здоров'я робітників від негативного впливу факторів виробництва, а також безпечні і сприятливі для організму умови праці, так як відповідні та безпечні умови праці примножують трудовий потенціал робітників, відновлюють їхню працездатність. Належні умови праці призводять до високої продуктивності праці, попереджують перевтому, сприяючи підвищенню їхньої соціальної активності і активному способу життя. Зважаючи на це, великого значення набувають організаційні і юридичні форми забезпечення охорони праці. З цією метою законотворець передбачає багато способів і засобів впливу на роботодавця, що є відповідальним за організацію та дотримання вимог по безпеці праці [45, с.674].

Як зазначалось раніше, безпека праці вміщує комплекс заходів і засобів, що направлені на збереження життя, високого рівня працездатності і здоров'я людини під час її трудової діяльності. Зараз необхідно розглянути ці заходи. Соціально-економічні заходи – це виплату вихідної допомоги у випадку розірвання трудового контракту по ініціативі робітника, обов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку і професійних захворювань, збереження середньої зарплати у випадку простою. Під юридичними заходами розуміють прийняття нормативних актів, що вміщують системи по розробці локальних нормативно-правових актів і вимог до охорони праці. Під лікувально-профілактичними заходами розуміють безплатне забезпечення соленою водою, лікувально-профілактичним харчуванням, молоком, переведення на більш легку роботу, проходження працівником обов'язкових медичних оглядів. Також, санітарно-гігієнічні заходи, які вимагають від роботодавця забезпечити робоче місце у відповідності до існуючих вимог захистом від магнітного поля, вібрації, шуму і інших факторів виробничого середовища [39, 7].

Слід зазначити, що поняття «охорона праці» і «безпека праці» не є тотожними. Під безпекою праці слід розуміти такі умови праці, які роблять неможливим вплив небезпечних та шкідливих виробничих факторів на робітників. Охорона праці – це система різнопланових заходів, направлених на збереження життя, здоров'я і працездатності працівників під час трудової діяльності.

Ситуація з безпекою праці, включаючи наявність професійних захворювань і виробничого травматизму, є серйозною соціальною і економічною проблемою для сфери охорони здоров'я, яка суттєво впливає на стан надання медичної допомоги населенню.

У закладах охорони здоров'я на працівників впливають такі ж фактори, як і в будь-якій іншій сфері. Але на медперсонал також суттєво впливають особливості професійної діяльності, адже робота медичних працівників дуже

специфічна. Праця медичних працівників характеризується великим емоційним навантаженням, що пов'язано із відповідальністю за життя і здоров'я людей, необхідністю швидкого прийняття рішень, роботою в екстремальних умовах і в нічний час. Тому робота медичного персоналу є надзвичайно важкою.

Сучасна медицина характеризується наявністю технічно складного обладнання та інструментів, використанням новітніх лікарських засобів, і це призводить до нових проблем, які потребують вирішення. Важливою складовою професійної діяльності медпрацівників різних спеціальностей є контакт з пацієнтами, які інфіковані різними інфекціями, наприклад туберкульозом. Усі ці фактори відображаються на стані здоров'я медпрацівників.

В Україні створена нормативно-правова база актів у сфері безпеки праці. В Показнику нормативно-правових актів з питань охорони праці (затверджений наказом Державної служба гірничого нагляду та промислової безпеки України від 2 січня 2013 року №2) наведені нормативно-правові акти з питань охорони праці.

У відповідності до ст. 153 КЗпП на всіх підприємствах і організаціях мають бути створені нешкідливі та безпечні умови праці. За організацію таких умов відповідає роботодавець. Роботодавець, у випадку закладів охорони здоров'я – це головний лікар або директор, зобов'язаний так організувати працю співробітників, щоб створювались умови для підвищення її продуктивності, забезпечувалась трудова і виробнича дисципліна, не порушувалось законодавства про працю і правила охорони праці (ст. 141 КЗпП). Працівники в свою чергу зобов'язані працювати відповідально, дотримуватися трудової дисципліни, правил технологічного процесу, вимог нормативно-правових документів з охорони праці (ст. 139 КЗпП). Обов'язком адміністрації медичних закладів є розробка і реалізація заходів з охорони

праці у відповідності до Закону №2694. План цих заходів є складовою частиною колективного договору.

У відповідності зі ст. 13 КЗпП, в колективному договорі прописуються взаємні обов'язки сторін щодо врегулювання виробничих і трудових відносин (режим роботи, тривалість робочого часу та відпочинку, умов безпеки праці тощо).

В колективному договорі слід створити окремий розділ, в якому вказується розмір фінансування заходів для забезпечення безпеки праці. Так, ст. 19 Закону № 2694 говорить, що фінансування охорони праці здійснюється роботодавцем, і розмір витрат на охорону праці має складати щонайменше 0,5 % від фонду оплати праці за попередній рік.

В колективний договір обов'язково вносяться зобов'язання по проведенню атестації робочих місць, достатнього її фінансування, прописуються терміни та порядок її проведення. Все це необхідно для покращення умов праці, медобслуговування та оздоровлення співробітників. Колективний договір має враховувати інтереси інвалідів та жінок. Оскільки колективний договір має двосторонній характер в ньому прописуються і зобов'язання працівників (допомога роботодавцеві у створенні безпечних умов праці, виконання вимог безпеки, правил поведінки з обладнанням, використання засобів індивідуального захисту і т. ін.).

Трудовий договір має чітко відповідати Законодавству. Зокрема, ст. 5 Закону № 2694 говорить, що умови трудового договору не можуть суперечити законам чи іншим нормативно-правовим актам по охороні праці. При прийомі на роботу адміністрація медичного закладу зобов'язана проінформувати працівника про умови праці і про можливу наявність на майбутньому робочому місці небезпечних та шкідливих факторів виробництва, потенційні наслідки їх впливу на здоров'я працівника, право його на пільги і компенсацію за роботу в таких умовах. Також роботодавця повинен постійно проводити інструктаж працівників по безпеці праці.

Але на сьогоднішній день в Україні система економічних і правових важелів, яка б змушувала роботодавців впроваджувати ефективні заходи для забезпечення безпечних умов праці, ще недостатньо ефективна. Наприклад, діюча система "пільг та компенсацій" за роботу в шкідливих умовах праці, дає можливість роботодавцям суттєво економити на охороні праці, а працівників примушує миритись з цим через можливість втратити роботу.

Основні недоліки існуючої в Україні системи соціального захисту працівників є:

— відсутність економічних важелів компенсації за шкоду здоров'ю та втрату працездатності на виробництві;

— недостатній науковий рівень обґрунтування методів та норм оцінки професійного ризику на виробництві;

— викривлення свідомості суспільств щодо пільг і компенсацій за роботу в шкідливих умовах (компенсація краще за безпечні умови праці).

Таким чином, можна прийти до висновку, що безпека праця є дуже важливим соціальним і економічним фактором для суспільства. В даний час існує необхідність вивчення особливостей управління безпекою праці, пошук пропозицій для покращення умов праці в закладах охорони здоров'я.

1.2. Методичні аспекти управління безпекою праці закладу охорони здоров'я

Перед тим, як розглядати методичні аспекти управління безпекою праці в Україні, слід розглянути досвід інших країн у вирішенні цієї проблеми. Враховуючи прагнення України інтегруватися в євроатлантичні структури, а також високий рівень організації охорони та безпеки праці, слід розглянути історичний досвід Європейського Союзу в цьому питанні.

Історія становлення політики ЄС в галузі безпеки праці складна і довготривала [36]. Соціальна суть Європейського Співтовариства була зафіксована у відповідних статтях Маастрихтського договору (ДЄС) [77; 79, с.

173]. Предметом соціальної політики ЄС є співробітництво між його членами в питаннях покращення умов життя та праці робітників (79, ст. 117).

30 жовтня 1989 р. Радою ЄС було прийнято «Хартію Співтовариства про основні соціальні права працівників» [26], яка була першим етапом міждержавного співробітництва у питаннях соціального захисту населення в усьому Європейському Співтоваристві. В цій Хартії було зафіксовано право на пересування робітників без обмежень по всій території Європейського Співтовариства, право на вільний вибір професії, на поліпшення умов життя, на соціальне забезпечення, на освіту, на охорону здоров'я та гігієну праці, і цілий ряд інших прав. В тексті Маастрихтського договору, який вступив в дію в 1993 р. містився «Протокол про соціальну політику» в сукупності із «Договором про соціальну політику» [26, с. 173]. Обидва документи є фундаментом європейського права.

Особлива увага в Договорі надається проблемам співробітництва між роботодавцем та працівниками підприємств. Зокрема, у ст. 4 Договору передбачена можливість укладання колективних договорів на рівні ЄС. Впровадження у дію таких угод відповідно до Договору здійснюється або за допомогою національних механізмів, або шляхом затвердження Радою ЄС за пропозицією Європейської Комісії.

Багато проблемних питань в галузі забезпечення високого рівня охорони праці вирішується соціальними партнерами, якими є роботодавці та працівники. Розвиненою стає практика впливу «на відстані» - уряд формує загальні правила, а деталі залишаються на розсуд соціальних партнерів. Тобто, всі сторони стають залученими в процес створення та імплементації нового законодавства. Зокрема, для контролю за умовами праці використовуються колективні договори і перемовини між роботодавцями та робітниками. Також акцентується на обмеженні ролі уряду в процесі прийняття рішень.

Постійно все більшого поширення набуває застосування не юридичних, а економічних стимулів для розвитку безпеки праці. Держава бере на себе

обов'язки інформаційного забезпечення, організацію навчання по охороні праці.

Кожна національна законодавча система має свої особливості, але можна виокремити ряд загальних особливостей, які характерні для законодавства з охорони праці всіх членів ЄС. У всіх законодавчих системах країн-членів ЄС розділяються права і обов'язки робітників і роботодавців. Завданнями роботодавців є менеджмент ризиків на підприємствах (профілактика ризиків, ліквідація причин появи ризиків, впровадження заходів з пристосування робочого місця до потреб робітників, проведення інструктажів по питаннях охорони праці, навчання персоналу і т. ін.). Для впровадження менеджерських рішень по управлінню ризиками роботодавець призначає уповноважених працівників або наймає сторонніх фахівців.

Працівники мають право на навчання, отримання інформації по питаннях безпеки праці. Також, вони мають право відмовлятися від робіт, які пов'язані зі значним ризиком. Працівники формують Раду або Комітет по охороні праці на підприємстві, який бере участь у розробці заходів з охорони праці і сфері безпеки праці.

Обов'язками працівників є участь у профілактичних заходах, неухильне дотримання правил та норм техніки безпеки, власна безпека, належне використання і засобів захисту, інформування роботодавця про небезпечні ситуації і т. ін. За неналежне виконання робітниками своїх обов'язків передбачені різного роду стягнення та санкції, аж до звільнення [80].

Для побудови розвинутої системи безпеки праці необхідні координовані дії на всіх рівнях. На національному рівні необхідне подолання бюрократичних перешкод. В ЄС працівники мають великий вплив на процес охорони праці на всіх етапах її реалізації. Тому взаємодія між роботодавцем і робітником є фундаментом для створення належних умов праці.

Доцільно підкреслити, що в Україні управління безпекою праці відбувається на державному, галузевому, регіональному та виробничому рівнях [24; 29; 33].

Згідно Закону України "Про охорону праці" державне управління охороною праці здійснюють [63]: 1) Кабінет Міністрів України; 2) Державна служба України з питань праці; 3) міністерства та інші центральні органи виконавчої влади; 4) місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування.

Головна мета управління безпекою праці – це створення таких умов праці, які дали б змогу покращити виробничий побут, запобігти травматизму і профзахворюванням.

Система управління безпекою праці включає саму систему охорони праці та елементи управління її станом. По іншому, під управлінням безпекою праці розуміють підготовку і впровадження комплексу заходів для забезпечення охорони життя і здоров'я робітників під час їх трудової діяльності [5-6].

Для вирішення проблем безпеки праці можна застосовувати усі існуючі методи побудови структури управління, але найбільш ефективними серед них вважаються нормативний, досвідний, експертний метод та метод аналогій. При цьому заклад охорони здоров'я є організацією, тому в організації безпеки праці також можуть бути використані перераховані методи.

На рисунку 1 зображена загальна модель системи управління безпекою праці відповідно до вимогами ДСТУ OHSAS 18001.



Рисунок 1 – Загальна модель системи управління безпекою праці на підприємстві

Примітка. Наведено відповідно до вимогами ДСТУ OHSAS 18001

Для досягнення результату в галузі охорони і безпеки праці слід вживати певних заходів в рамках діяльності по плануванню, запровадженню і функціонуванню, перевірці та аналізу.

Планування управлінням безпекою праці включає: ідентифікацію загроз і оцінку зв'язаних з ними ризиків, визначення та впровадження необхідних мір безпеки з метою попередження вірогідних інцидентів; вивчення правових вимог в галузі охорони і безпеки праці, які стосуються даного закладу; визначення задач відповідно до політики закладу в галузі охорони та безпеки праці, а також впровадження алгоритму їх досягнення.

Впровадження і підтримка функціонування безпеки праці включає: розподіл і делегування відповідальності за впровадження і підтримку

функціонування системи безпеки праці; підготовка усіх працівників стосовно будь-яких завдань, які може викликати вплив на безпеку праці; створення інформаційних зв'язків по питаннях безпеки праці на усіх рівнях закладу; широке обговорення питань безпеки і охорони праці в колективі; розробка і впровадження документів по охороні праці і підтримання в належному стані; впровадження контролю за роботами, пов'язаними з відомими небезпеками; формування готовності керівників усіх рівнів до надзвичайних ситуацій.

Перевірка включає: моніторинг показників діяльності в галузі безпеки праці; оцінку дотримання юридичних норм; розслідування нещасних випадків; впровадження дій для коригування і запобігання таким випадкам.

Аналіз керівництвом передбачає розгляд ряду питань, які відносяться до діяльності системи безпеки праці для того, щоб оцінити її ефективність і діагностувати шляхи покращення діяльності в галузі охорони і безпеки праці.

Таким чином, розуміння і дотримання методичних вимог в управлінні безпекою і охороною праці, дасть змогу знизити рівень професійної захворюваності, нещасних випадків і травматизму, і підвищить продуктивність праці робітників.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕКОЮ ПРАЦІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз професійної захворюваності медичних працівників в Україні як медико-соціальної проблеми

Стан здоров'я населення є одним із найважливіших критеріїв оцінки рівня і якості життя. Лікувальні заклади – ключовий фактор у забезпеченні здоров'я населення.

КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР – це клінічний заклад, з високим рівнем діагностики, сучасними методами лікування та власним науковим потенціалом. Ліжковий фонд лікарні складає 700 ліжок. У лікарні функціонує 16 клінічних спеціалізованих відділень, що надають стаціонарну допомогу. Крім того, розгорнуте реанімаційне відділення на 12 ліжок.

Клінічні відділення КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР: терапевтичне №1 (45 ліжок), терапевтичне №2 (60 ліжок), кардіологічне (55 ліжок), ревматологічне (50 ліжок), пульмонологічне (45 ліжок), ендокринологічне (35 ліжок), гастроентерологічне (50 ліжок), хірургічне №1 (50 ліжок), хірургічне №2 (30 ліжок), травматологічне (60 ліжок), урологічне (30 ліжок), гінекологічне (30 ліжок), неврологічне №1 (50 ліжок), неврологічне №2 (60 ліжок), ЛОР (50 ліжок).

У закладі лікуються хворі на різноманітну патологію з міста Хмельницького та всієї області. Лікарня на достатньому рівні забезпечена сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, що дозволяє ефективно впроваджувати нові методики. За останні роки придбано рентгендіагностичну, ендоскопічну апаратуру, апарат для УЗД досліджень, лабораторне обладнання, гамматерапевтичний апарат, електрозварювальний апарат, поновлено обладнання операційного блоку. В лікарні функціонують комп'ютерний та магнітно-резонансний томограф.

Розроблені перспективні плани та подана заявка щодо придбання необхідного для закладу медичного обладнання, в тому числі за рахунок коштів, які заклад отримує від НСЗУ по програмі медичних гарантій. З метою покращення функціонування операційного блоку проводиться його часткова реконструкція. У кожному відділенні проведені поточні ремонти, проходить заміна вікон на пластикові з метою енергозбереження, проводиться робота по заміні каналізаційної та водопостачальної систем.

Останніми роками, виходячи з реальних умов фінансування, колектив лікарні приділяє увагу впровадженню сучасних методів діагностики і лікування хворих у відповідності до затверджених стандартів та новітніх досягнень. У КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР стаціонарно лікується до 23 тисяч хворих, проводиться близько 7 тисяч складних оперативних втручань, кількість їх щороку зростає.

В роботу клінічних відділень КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР впроваджені стандарти діагностики і лікування хворих у відповідності до наказу МОЗ України № 297 (2015 року) «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги стаціонарним хворим». Діагностика захворювань проводиться у відповідності до визначених по конкретній нозології стандартів. Значно частіше, в порівнянні з минулими роками, використовується обстеження на догоспітальному, амбулаторному етапі. Це допомагає покращити відбір хворих на госпіталізацію в стаціонар КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР, позитивно впливає на скорочення середнього та доопераційного ліжка – дня, тобто має позитивний економічний ефект. Призначаючи та плануючи стандартні схеми лікування, лікарі обов'язково враховують не лише діагноз, а також загальний стан хворого, наявність супутніх захворювань, результати попереднього лікування, побічні ефекти і т. інше. В складних випадках, в тому числі за рішенням консилиумів, клінічних розглядів, хворому призначається курс лікування індивідуально.

Систематично організовуються семінари, клінічні конференції

лікарського колективу з найбільш актуальних медичних питань. У трудовому колективі створена доброзичлива атмосфера, яка є запорукою того, що досвідчені лікарі постійно навчають своїх молодших колег, дбаючи про те, щоб рівень надання медичної допомоги населенню постійно зростає.

У КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР здійснюються організаційні заходи з питань підвищення відповідальності кожного лікаря, медичної сестри за якість лікування хворого. Впровадження нових методів діагностики і лікування в роботу лікарні супроводжується індивідуальною підготовкою лікарів, яку планують і реалізують директор, заступники директора, завідувачі відділеннями. В подальшому проводиться оцінка ефективності запроваджених методик. За рекомендаціями лікарів закладу щорічно впроваджуються в практику до 10 - 12 нових методик і раціональних пропозицій. Лікувальну та діагностичну роботу лікарні забезпечує 131 лікар, з них у 71 – вища кваліфікаційна категорія.

Організація безпеки праці в КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР є типовою для медичних закладів комунальної форми власності. Загальне керівництво охороною праці здійснює директор лікарні. Безпосередньо відповідальним за охорону праці є інженер по охороні праці, а також керівники структурних підрозділів.

В КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР зберігається і ведеться наступна документація з безпеки праці:

- правила внутрішнього трудового розпорядку;
- план заходів щодо поліпшення умов праці;
- посадові інструкції, що включають обов'язки щодо забезпечення охорони праці;
- накази про призначення відповідальних осіб;
- колективний договір (з розділом про охорону праці);
- програми навчання персоналу з охорони праці, вступного інструктажу, інструктажу з охорони праці на робочому місці;

- інструкції по охороні праці за професіями та видами робіт;
- протоколи засідань комісії з перевірки знань вимог охорони праці працівників;
- журнали, в яких ведуться реєстрація вступного інструктажу, первинного під час вступу на роботу і періодичних інструктажів з охорони праці на робочому місці; облік інструкцій з охорони праці та їх видачі; облік і реєстрація нещасних випадків на виробництві;
- картки видачі засобів індивідуального захисту, миючих і знешкоджуючих засобів;
- акти проведення медичного обстеження працівників;
- дані про стан здоров'я працівників;
- дозвільні документи на проведення робіт підвищеної небезпеки (наряд-допуск, журнали);
- матеріали розслідування нещасних випадків на виробництві.

Результати контрольних перевірок, інструментальних замірів шкідливих виробничих факторів, розслідувань нещасних випадків на виробництві оформляються протоколами або актами.

Розпорядження, що стосуються затвердження локальних нормативних актів, розподілу обов'язків щодо забезпечення охорони праці, створення спеціальних комісій, призначення відповідальних осіб, проведення днів охорони праці оформляються наказами по лікарні.

В цілому рівень організації безпеки праці в КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР є задовільним. Критичних недоліків виявлено не було. Незручним для управління охороною праці керівником закладу є те, перерахована документація зберігається в різних місцях (кабінет інженера по охороні праці, відділ кадрів, економіст, кабінети керівників структурних підрозділів), і це певною мірою утруднює доступ керівника до неї і знижує оперативність прийняття управлінських рішень.

Високий рівень трудової активності працівників є необхідним для

успішної реалізації завдань економічного та соціального розвитку держави. Медичним працівникам належить ключова роль в підтриманні працездатності трудового потенціалу держави, адже вони переймаються збереженням здоров'я громадян, які зайняті у сфері виробництва. Тому збереження здоров'я медичних працівників є вкрай важливим для економічного поступу держави.

Лікарська професія, перш ніж стати складною і високотехнологічною спеціальністю пройшла тривалий шлях становлення. В той же час праця медичних працівників в умовах постійного реформування галузі в Україні протягом всього часу її незалежності, недостатнього рівня матеріального забезпечення, низької оплати праці створює значні труднощі і негативно позначається на стані здоров'я медичних працівників [72].

Кількість шкідливих факторів у роботі медпрацівників значно вища, ніж серед інших спеціальностей. Усі ці фактори можуть викликати розвиток професійної патології у медпрацівників [46; 50]. Слід зауважити, що вплив перелічених шкідливих факторів може бути комплексним, що призводить до підвищення вірогідності розвитку професійної патології [22]. Несприятливі фактори виробництва крім розвитку професійних захворювань можуть призводити також до загострення поширених загальних захворювань.

Умови праці і характер роботи різних категорій працівників охорони здоров'я заслуговують значної уваги в плані охорони їх здоров'я, оскільки за специфікою діяльності вони можуть зазнавати впливу різних небезпечних факторів виробничого середовища, зокрема шкідливих хімічних речовин, біологічних агентів, шуму, вібрації, ультразвуку, іонізації, лазерного випромінювання, іонізуючого випромінювання, тяжкості трудового процесу (фізичні, динамічні і статичні навантаження), нервово-емоційного напруження, вимушеної робочої пози, надмірного напруження аналізаторних систем, дискомфорту мікроклімату, недостатнього освітлення робочих місць та інших [51; 16; 55; 67; 82, с.45].

Слід враховувати, що в закладах охорони здоров'я експлуатуються об'єкти

підвищеної небезпеки, до яких відносяться рентгенівське, УЗ, радіаційне, флюорографічне, фізіотерапевтичне і ін. устаткування, електроустановки, котельні та ліфти, водопровідно-каналізаційне господарство, автотранспорт, технологічне обладнання харчоблоків та пралень, медичні парові стерилізатори, барокамери, багато з яких мають великий відсоток зносу і не відповідають вимогам правил і норм охорони праці [21; 42; 43].

Як бачимо, експлуатується величезна кількість обладнання самого різного призначення. Разом з тим, система технічного обслуговування, ремонту обладнання та його перевірки розбалансована, терміни поновлення не дотримуються [7].

Серед фізичних факторів, що впливають на стан здоров'я медичних працівників - іонізуюче випромінювання. В останні роки встановлено, що в багатьох випадках вплив випромінювання на хірургів, травматологів, анестезіологів і середнього персоналу було навіть вище, ніж у рентгенологів [18; 42].

Вплив на медичний персонал, який використовує ультразвукове обладнання, можна порівняти з впливом ультразвуку в промисловості при дефектоскопії [22].

При використанні високошвидкісних борів на стоматологів діє шум, що перевищує гранично допустимі рівні. Деякі категорії медичних працівників - стоматологи, хірурги (особливо мікрохірургії), акушери, гінекологи і інші - тривалий час можуть перебувати у вимушеній незручній позі [69; 75].

Більшість медичних працівників піддається впливу хімічних речовин, серед яких найбільш несприятливу дію на організм мають анестетики, концентрації яких можуть перевищувати допустимі в 2-14 раз не тільки в операційних, а й в післяопераційних палатах. При цьому у анестезіологів часто відзначаються порушення репродуктивного здоров'я. У приміщеннях, де проводять ін'єкції, концентрації ліків в зоні дихання медичних сестер часто перевищують допустимі [1].

Велику небезпеку становить контакт з інфікованими хворими. Середній та молодший медичний персонал потребує впровадження в практику їх роботи засобів малої механізації для догляду за хворими і за підтриманням чистоти приміщень.

Багато установ охорони здоров'я розміщені в непристосованих приміщеннях або в будинках дореволюційної або післяреволюційної епохи, які вимагають знесення, капітального ремонту і модернізації. Багато приміщень не оснащені вентиляцією і мають недостатнє освітлення. У лікарнях часто відсутні централізоване опалення та водопостачання. Залишаються без уваги питання влаштування санітарно-побутових приміщень (гардеробні, умивальні, душові, кімнати психологічного розвантаження і прийому їжі, кабінети і куточки з охорони праці, пожежної безпеки).

Інтенсивна робота в несприятливих умовах праці, при високій зношеності обладнання зумовила той факт, що медичні працівники мають високу професійну захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Постійно існує загроза зараження медичних працівників інфекційними захворюваннями, в тому числі і такими особливо небезпечними, як ВІЛ-інфекцією та вірусним гепатитом [3; 62; 75]. Серйозні упущення є в лікарнях в питаннях правильного вибору і використання антимікробних засобів для дезінфекції, передстерилізаційного очищення і стерилізації виробів медичного і спеціального призначення, для дезінфекції шкіри, рук медичного персоналу, для знезараження питної води, повітря в приміщеннях, предметів догляду за хворими (посуди, білизни, одягу, взуття). У багатьох лікарнях не дотримуються вимоги санітарних правил і норм, гігієнічних нормативів; відсутні плани проведення оздоровчих заходів; не проводиться атестація робочих місць за умовами праці; порушуються терміни проведення попередніх (при вступі на роботу) та періодичних (під час роботи) медичних оглядів (обстежень).

Наявні незадовільні умови праці негативно впливають на стан здоров'я

медиків (вони часто хворіють, у них виявляють випадки професійних захворювань, у них зустрічаються виробничі травми) [37] .

Практично всі медичні працівники працюють у шкідливих або небезпечних умовах праці та їм встановлені відповідні гарантії і компенсації.

Однак система пільг і компенсацій не вирішує, в кінцевому рахунку, проблему поліпшення умов праці і збереження життя і здоров'я працівників. Наприклад, люди часом самі прагнуть до роботи в несприятливих і шкідливих умовах праці, щоб отримати додаткову надбавку до основної заробітної плати або більшу тривалість додаткової оплачуваної відпустки, а також інші гарантії і компенсації. Надані працівникам охорони здоров'я гарантії і компенсації не компенсують втрати їх здоров'я. Не випадково медики мають високу захворюваність з тимчасовою втратою працездатності та професійну захворюваність [44; 49].

В структурі професійних захворювань чільне місце займають хвороби, викликані біологічними і хімічними факторами. У профілактиці професійних захворювань медпрацівників важливе значення має рання діагностика [5; 34]. Численні іноземні дослідження, які присвячені стану здоров'я медпрацівників свідчать, що ризик розвитку професійної патології у медпрацівників вищий, ніж у працівників інших галузей економіки [22; 1; 60, с.2-6].

Достовірна статистика професійних захворювань медпрацівників в Україні відсутня. Це пов'язано із цілим рядом причин:

- низький рівень соціально-матеріального забезпечення випадків професійної непрацездатності медичних працівників в Україні;
- недосконалість системи виплати компенсацій з приводу професійної непрацездатності зі сторони фондів соцзахисту і страхування;
- більшість працівників медичних установ займаються самолікуванням або лікуються в колег, і ці випадки не попадають в статистичну звітність;
- значна частка фіктивних листків тимчасовій непрацездатності серед медичних працівників;

- більшість медпрацівників бояться втратити роботу, тому намагаються приховати захворювання, які несумісні з їхньою лікарською практикою;
- профогляди серед медпрацівників проводяться переважно формально, а часто не проводяться взагалі;
- підтвердити професійний генез захворювань у медпрацівників на практиці буває складно, особливо це стосується випадків, коли причиною хвороби є психоемоційне напруження та стреси [74].

Таблиця 2.1 Випадки захворювання та рівень професійної захворюваності медичних працівників України в 2015–2019 рр.*

Роки	Медичні працівники		Усі працівники в Україні	
	Кількість випадків	Рівень на 10 тис. працюючих	Кількість випадків	Рівень на 10 тис. працюючих
2015	67	0,52	8112	4,0
2016	66	0,51	6145	5,0
2017	53	0,43	5860	5,3
2018	39	0,35	4352	4,1
2019	35	0,31	1761	1,7
Усього	260	-	26230	-

Примітка. Складено автором за даними [52].

Як видно з табл. 2.1, у 2015–2019 роках в Україні виявлено 260 випадків професійних захворювань в галузі охорони здоров'я – 35–67 випадків кожного року, що відповідає рівню 0,31–0,52 на 10 тис. працюючих. Порівняння рівнів професійної захворюваності серед медпрацівників і в цілому по Україні (1,7–5,3 на 10 тис. працюючих) дає можливість відзначити, що рівень реєстрації профзахворювань у медпрацівників низький. Аналізуючи динаміку професійних захворювань, слід зауважити, що з 2015 року спостерігається стійкий тренд до зменшення кількості випадків захворювань, а також зниження рівня захворюваності, що не відповідає умовам праці в сфері охорони здоров'я: в 2015 році було зареєстровано 67 випадків професійних захворювань (0,52 на 10 тис. працівників), в 2019 році кількість профзахворювань у медпрацівників зменшилася до 35 (0,31 на 10 тис. працівників). В часі це співпало з проведенням медичної реформи і ліквідацією санітарно-епідеміологічної служби.

В КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР з 2015 по 2019 роки зареєстровано лише 3 випадки професійної захворюваності серед медичних працівників за даними налізу амбулаторних карток співробітників лікарні: 2015 – 1, 2016 – 1, 2017 – 0, 2018 – 0, 2019 – 1. За 6 місяців 2020 року випадків професійних захворювань в КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР не зареєстровано. Порівнюючи рівень професійних захворювань із загальноукраїнським рівнем, можна відмітити, що він є нижчим. Але це, вірогідно, пов'язане із початком медичної реформи і підписуванням договорів із сімейними лікарями.

Проаналізуємо особливості випадків професійних захворювань серед медпрацівників по регіонах України (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 Розподіл випадків професійних захворювань серед медпрацівників по регіонах України у 2015–2019 рр.

Область	2015	2016	2017	2018	2019	Усього	
						Абсолютна кількість	Питома вага, %
<i>Україна</i>	<i>67</i>	<i>66</i>	<i>53</i>	<i>39</i>	<i>35</i>	<i>260</i>	<i>100,0</i>
Вінницька	5	6	4	5	7	27	10,4
Волинська	3	4	1	1	-	9	3,5
Дніпропетровська	5	5	4	1	3	18	6,9
Донецька	10	9	12	2	2	35	13,5
Житомирська	3	2	2	2	3	12	4,6
Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-
Запорізька	1	-	-	-	1	2	0,8
Івано-Франківська	-	1	1	-	-	2	0,8
Київська	2	3	1	-	1	7	2,7
Кіровоградська	1	2	-	2	-	5	1,9
Луганська	4	4	3	1	-	12	4,6
Львівська	3	2	2	2	-	9	3,5
Миколаївська	1	2	2	1	1	7	2,7
Одеська	1	-	-	1	-	2	0,8
Полтавська	3	1	2	2	1	9	3,5
Рівненська	2	2	1	2	4	11	4,2
Сумська	1	1	2	-	1	5	1,9
Тернопільська	2	1	1	3	-	7	2,7
Харківська	6	7	5	4	-	22	8,7
Херсонська	7	4	5	5	5	26	10,0
Хмельницька	1	1	1	-	2	5	1,9

Черкаська	2	2	3	1	-	8	3,0
Чернігівська	1	2	-	1	-	4	1,5
Чернівецька	1	2	-	1	1	5	1,9
м.Київ	2	3	1	2	3	11	4,2

*Примітка. Складено за даними [52].

Аналізуючи дані, можна відмітити, що у 2015–2019 роках найбільша кількість випадків профзахворювань зареєстрована в Донецькій (13,5%), Вінницькій (10,4 %) та Херсонській (10,0 %) областях. В інших областях, у тому числі, у Хмельницькій області, кількість зареєстрованих випадків професійних захворювань серед медпрацівників за останні 5 років є суттєво меншою (табл. 2.2.). Серед діагнозів в переліку професійних захворювань медичних працівників переважає туберкульоз.

В Україні за даними Міністерства охорони здоров'я щороку реєструється 30000-50000 хворих на туберкульоз. Особливістю епідемії туберкульозу в Україні є велика кількість хронічних форм з бактеріовиділенням. Зараження туберкульозом медпрацівників відбувається як в протитуберкульозних закладах, так і в загальних лікарнях, де також можливе контактування з туберкульозними хворими або заразним матеріалом [25; 28]. В 2001–2015 роках в Україні зареєстровано 966 випадків професійного захворювання на туберкульоз (29 до 90 випадків щороку). В той же час, кількість випадків професійного туберкульозу зменшується. Найбільше випадків туберкульозу в Україні реєструють серед медпрацівників закладів фтизіатричного профілю (70–95 %).

Важливою є проблема контактних дерматитів. Професійний контактний дерматит рук – поширена патологія шкіри в медичних працівників, які часто контактують з агресивними хімічними речовинами (зокрема лікарі хірургічного профілю). За даними деяких авторів, частота контактного дерматиту серед медперсоналу сягає 20 % [41; 65]. В Україні ситуація з контактними дерматитами в медпрацівників не вирішена. Так, за останніх 15 років зареєстровано лише 9 випадків контактних дерматитів.

Мало уваги також приділяється біологічним факторам як чинникам професійних захворювань у медпрацівників. Багато випадків інфікування при виконанні професійних обов'язків залишаються нерозпізнаними.

В першу чергу це стосується інфікування вірусом ВІЛ, яке характеризується враженням імунної системи і на початкових стадіях розвитку має безсимптомний характер (носійство ВІЛ), і значно пізніше набуває клінічних ознак. Тому підтвердження професійного характеру інфікування ВІЛ є непростим завданням. Групою ризику інфікування ВІЛ є медпрацівників, які мають прямий контакт з кров'ю, яка може бути інфікована ВІЛ. За 2015 рік зареєстровано 282620 випадків ВІЛ-інфекції в Україні, але випадків, що пов'язані з умовами праці не було зареєстровано взагалі. В той же час у світі було зареєстровано 350 випадків професійного зараження ВІЛ. За період 1987–2013 років в Україні зареєстровано 3 випадки професійного зараження ВІЛ медпрацівників (1997 р. – 1 випадок, у 2004 – 1, 2005 – 1), і це складає 2,1 на 100 тис. працівників [70].

Значною проблемою є професійна захворюваність на вірусні гепатити. Працівники, що мають контакт з кров'ю пацієнта мають високий ризик зараження вірусними трансмісивними гепатитами (хірурги, реаніматологи, операційні та маніпуляційні сестри). Довести професійний характер зараження гепатами В і С дуже складно. За даними статистики в світі гепатитом В інфіковано до 400 млн. осіб, гепатитом С до 170 млн. осіб [64]. В Україні зареєстровано лише поодинокі випадки вірусних гепатитів у медпрацівників (4 випадки за 1991–2015 роки).

Слід зауважити, що багато лікарів займаються самолікуванням або лікуються неофіційно в колег, тому дані щодо їхньої захворюваності не відображаються в загальній статистиці. Крім цього, виявлення випадку професійного захворювання в лікарняній установі тягне за собою розслідування цього випадку із залученням відповідних служб, що викликає негативну реакцію керівників закладів. Профогляди серед медичних

працівників проводяться часто формально або взагалі не проводяться. Все це призводить до того, що професійні хвороби відносять до загальної захворюваності. Тому можна стверджувати, що офіційна статистика професійної захворюваності серед медпрацівників не відповідає реальності.

Володіння реальною ситуацією щодо професійних захворювань медпрацівників є цінним джерелом для оцінки та керування професійними ризиками. Це необхідно для покращення умов праці та попередження виникнення професійних захворювань у медперсоналу. Необхідно постійно вдосконалювати нормативно-правову базу, яка впорядковує питання безпеки праці медпрацівників для вирішення існуючих проблем і розробки та впровадження раціональної системи безпеки праці медпрацівників.

Медичні працівники перебувають під впливом комплексу несприятливих професійних і трудових факторів на виробництві, що веде до появи професійних захворювань. У 2015–2019 роках в Україні виявлено 260 випадків професійних захворювань у галузі охорони здоров'я – 35–67 випадків щорічно, це відповідає рівню 0,31–0,52 на 10 тис. населення. З 2015 року в Україні відмічається стійкий тренд до зниження кількості зареєстрованих випадків та зменшення рівня професійної захворюваності медпрацівників, що дисонує з умовами праці у сфері охорони здоров'я. У КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР рівень професійної захворюваності нижчий, ніж по Україні.

В структурі профзахворювань у медпрацівників провідне місце посідає туберкульоз (80–100 %), далі – захворювання опорно-рухового апарату (в середньому – 3,1 %), на третьому місці - алергічні захворювання (в середньому 2,3 %). Найбільше випадків професійних захворювань зареєстровано в Донецькій (13,5 %), Вінницькій (10,4 %) та Херсонській (10,0 %).

Найбільший процент професійних захворювань туберкульозом в Україні зареєстровано серед медпрацівників закладів фтизіатричного профілю – 70–95

% щороку. В основному це лікарі-фтизіатри, медсестри та молодший медичний персонал.

В Україні реєструються окремі випадки трансмісивних вірусних гепатитів у медпрацівників (за 1991-2015 роках зареєстровано 4 випадки), що демонструє зниження уваги суспільства до цієї проблеми, незважаючи на важкі наслідки для інфікованих осіб.

Професійні захворювання медперсоналу мають багато причин: вплив комплексу різних за характером факторів; формальне проведення попередніх медоглядів; допуск до роботи осіб, які мають медичні протипокази; поширеність самолікування серед лікарів без відповідної статистичної реєстрації; відсутністю чітких вимог до безпеки праці медпрацівників; низький рівень поінформованості про проблеми власної безпеки медпрацівниками під час виконання своїх обов'язків; недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичних установ засобами, обладнанням та інструментами.

Обізнаність щодо професійних захворювань медпрацівників є цінним джерелом, яке слід використовувати для оцінки професійних ризиків та управління ними. Це необхідно для вирішення питань, пов'язаних з покращенням умов праці та профілактикою виникнення професійних хвороб у медперсоналу.

2.2. Аналіз професійних чинників ризику захворюваності на COVID-19 працівників закладів охорони здоров'я

На передньому краю боротьби з пандемією коронавірусу в будь-якій державі світу, в тому числі і в Україні, стоять медичні працівники. Медперсонал є першочерговою категорією ризику щодо зараження вірусом COVID-19 і розвитку коронавірусної хвороби незалежно від віку, наявності супутніх захворювань та стану імунітету медпрацівників.

За даними ВООЗ у 2002-2003 рр. під час епідемії SARS медпрацівники

складали 21% від заражених осіб. Схожа ситуація спостерігається і серед осіб, які лікують пацієнтів з коронавірусною хворобою. Так, в Італії серед усієї кількості хворих на коронавірусну хворобу, було 6200 медиків. В Іспанії їх було близько 6500 (12% заражень). В середньому в світі близько 4-12% випадків коронавірусної хвороби складають медики. Станом на 14.06.2020 р. у світі за даними ВООЗ від цієї хвороби померло 2463 медичних працівники (<https://www.bbc.com/ukrainian/features-52118922>).

Ризик інфікування медперсоналу на COVID-19 існує на всіх рівнях надання медичної допомоги (амбулаторному, стаціонарному). Найбільший ризик зараження в умовах пандемії коронавірусу має медперсонал інфекційних лікарень та відділень.

В приймальному покої інфекційного стаціонару медпрацівники мають значний ризик інфікування через необхідність прийому значної кількості пацієнтів (потенційні джерела інфекції), їхнього обстеження, що передбачає контакт з хворим на дистанції меншій за 1 метр. Медичні сестри пропускників проводять термометрію з близької відстані, вимірюють артеріальний тиск, беруть мазки з носу та глотки. Менший ризик мають санітари, які проводять поточну дезінфекцію робочого місця.

Лікарі та медперсонал інфекційного відділення мають ризик зараження коронавірусом, але він менший, ніж у працівників приймального відділення. В разі необхідності огляду хворого, що лікується у боксованій палаті, можливе використання нагляду через вікно боксу і доповнення його телефонним зв'язком. Середній та молодший медперсонал може заразитись при проведенні ін'єкцій, діагностичних та лікувальних процедур, а також при проведенні дезінфекції.

Найбільший ризик інфікування медперсоналу коронавірусом COVID-19 існує в реанімаційних відділеннях, де проводиться інтенсивне лікування (киснева підтримка, інвазивні процедури). Довготривале перебування хворих, котрі є джерелом виділення коронавірусу, викликає забруднення збудником

повітря. Проведення персоналом більшості медичних процедур (ларингоскопії для введення дихальної трубки при підключенні до апарату ШВЛ, трахеотомії з цією метою, бронхіального лаважу, бронхоскопії, катетеризації вен тощо) також супроводжується значним ризиком зараження реаніматологів, медсестер і санітарок реанімаційного відділення.

За рівнем небезпеки інфікування COVID-19 медпрацівників слід ранжувати в такому порядку: лікарі-анестезіологи-реаніматологи - медсестри відділень реанімації - санітарки відділень реанімації - лікарі санпропускників інфекційних відділень - лікарі поліклінік, які проводять прийом хворих на відстані меншій за 1 метр - лікарі-патанатоми - лікарі-лаборанти - лікарі-епідеміологи.

Оцінюючи сутність ризику, слід зазначити, що умови праці медперсоналу, який безпосередньо бере участь у боротьбі з COVID-19 та лікуванні пацієнтів, визначаються комплексом фізичних, хімічних, фізіологічних та біологічних факторів, серед яких головна роль належить біологічному фактору - коронавірусу COVID-19. Для вірусу характерні висока вірулентність і висока контагіозність (індекс контагіозності становить 50%). Враховуючи ці властивості вірусу COVID-19, тривалість його життя на поверхнях та предметах у приміщеннях, відсутність у населення популяційного імунітету до цього збудника, він відноситься до збудників, які викликають «особливо небезпечні інфекції» (наказ МОЗ України від 25.02.2020 р. № 521).

Робота медперсоналу, який працює в умовах епідемії коронавірусу, відповідно до критеріїв «Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого процесу, важкості і напруженості праці» (Наказ МОЗ України від 08.04.2014 р. № 248), по умовах праці належить до небезпечної - 4 класу. Слід відмітити, що ризик небезпечності по індексу розвитку професійного захворювання в цьому класі робіт більший за 1. Для порівняння: вказаний індекс при виконанні робіт у

шкідливих умовах (клас 3) складає 0,05 - 1,0; допустимих (клас 2) - менше 0,05; оптимальних (клас 1) - 0. Отже, ризик розвитку професійного захворювання на COVID-19 у медпрацівників, які не захищені спеціальними засобами, є надзвичайно високим.

На сьогоднішній день медичні установи, що визначені для лікування хворих на коронавірус, дотримуються протиепідемічних і санітарно-гігієнічних вимог, забезпечуючи безпеку праці медперсоналу і надаючи необхідний обсяг медичної допомоги хворим з COVID-19, і працюють у штатному режимі. Але слід зазначити, що захворюваність на COVID-19 як серед громадян, так і медичних працівників зростає. За інформацією міністра охорони здоров'я М. Степанова (офіційні дані «Укрінформбюро»), станом на 14.04.2020 р. з початку епідемії зафіксовано 11 974 особи, інфікованих COVID-19, серед них 1659 медичних працівників.

На сайті Державної служби України з питань праці опубліковано інформацію про те, що станом на 14.04.2020 р. діагноз професійного інфікування COVID-19 встановлено у 98 медичних працівника (13.04.20 р. їх було 69), а станом на 15.04.20 р. їх є 112. Ці дані свідчать, що лікарі, медсестри і санітарки на їхніх робочих місцях захищені недостатньо, зокрема засобами індивідуального захисту.

Аналітичні панелі Кабінету Міністрів України підтверджують ці дані. Так, обладнання лікарні забезпечені на 71,2%, персоналом - на 76,7%, а засобами індивідуального захисту - лише на 59,4% (<https://covid19.gov.ua/analitichni-paneli-dashbordy>).

За даними ВООЗ в умовах коронавірусної пандемії в Китаї найсерйознішою помилкою був допуск до хворих пацієнтів не досить захищених медпрацівників. Через це рівень інфікування COVID-19 серед лікарів і медсестер значно зріс. Так, в Ухані тисячі медичних працівників заразились саме в перші тижні боротьби з коронавірусом (майже 46 із них померли).

Рівень забезпечення медичних установ засобами індивідуального захисту низький, і це є одним з показників, що ефективної системи управління охороною праці в умовах пандемії в медичній галузі ще не створено. Наказ №268 від 30.09.1994р. «Про службу охорони праці систем Міністерства охорони здоров'я України» базується на державних документах органів, які вже понад десяток років як ліквідовані, а їхні документи втратили чинність (наприклад, наказ Державного комітету України по нагляду за охороною праці від 03.08.1993 р. №73). Фінансування заходів з охорони праці відбувається за залишковим принципом, а кошти, які виділяються, використовуються неефективно.

Україна має бути готовою до того, що у випадку подальшого поширення епідемічного процесу та значного зростання захворюваності на COVID-19 вірогідно складеться відчутна невідповідність між кількістю осіб, які потребують медичної допомоги, та наявними можливостями охорони здоров'я таку допомогу надати. І єдиний шлях для подолання цієї невідповідності – це використання праці медперсоналу понаднормово. І в таких умовах медичний персонал стає ще більш уразливим щодо зараження коронавірусом.

Високий ризик зараження, недостатня кількість і якість засобів індивідуального захисту, відсутність належних умов відпочинку - це фактори, які обумовлюють зростання нервово-емоційного напруження медичного персоналу, розвиток стану гострої втоми, зниження працездатності та психологічного виснаження.

Отже, встановлені особливості захворюваності на COVID-19 медпрацівників свідчать про їх відмінність від аналогічних показників населення в популяції. Наявність вираженої залежності захворюваності від професійних груп і спеціалізації виконуваних робіт вказує на виробничо-зумовлений характер коронавірусної патології.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ПРАЦІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Впровадження в Україні базових принципів законодавства Євросоюзу у сфері безпеки праці, охорони життя і здоров'я працівників

Євросоюз – це об'єднання демократичних європейських країн заради миру та розвитку.

Безпека праці - один з ключових напрямів соціальної політики Євросоюзу, який визначений договорами про його створення. В структурі Європейського Союзу існує декілька органів, які цілеспрямовано займаються проблемами трудящих. Наприклад, в Іспанії функціонує Європейське агентство з безпеки праці та охорони здоров'я на робочому місці, а в Італії – Міжнародний навчальний центр МОП. Підвищення рівня охорони праці досягається за допомогою прийняття ряду нормативно-правових актів: регламентів, програм, рекомендацій тощо [58]. До прикладу, 18 липня 1994 року Рада ЄС прийняла Регламент № 2062/94 щодо утворення Європейського агентства з безпеки та охорони праці.

21 грудня 1987 р. Рада ЄС схвалила резолюцію з питань безпеки праці та охорони здоров'я, в якій задекларовано намір Комісії створити рамкову директиву з охорони праці, що стане основою для спеціальних директив. Далі, 12 червня 1989 року було прийнято Рамкову Директиву Ради № 89/391/ЄЕС про запровадження мір, що поліпшують безпеку та здоров'я працівників.

Замість основної на той час методики, направленої на подолання негативних наслідків нещасних випадків і професійних захворювань, перевагу надано методу попередження, який базується на поведінці суб'єктів трудових відносин впровадженні системного підходу в охороні праці. Крім цього, дана директива встановлює двосторонню відповідальність сторін трудових відносин в питання попередження нещасних випадків і професійних

захворювань. Усі працівники зобов'язані піклуватися як про свою безпеку, так і про безпеку інших працівників, що працюють з ним. Для цього працівники зобов'язані:

- використовувати за призначенням обладнання, інструменти та інші знаряддя праці;

- використовувати наявні засоби індивідуального захисту відповідно до інструкцій, зберігати їх в належному місці;

- не відключати і не переміщувати спеціальні захисні пристосування, встановлені спеціально на машинах і устаткування;

- терміново повідомляти роботодавця про будь-яку ситуацію на виробництві, відносно якої є обґрунтовані підстави стверджувати, що вона несе загрозу безпеці і здоров'ю, а також про всі виявлені дефекти в захисних системах;

- співпрацювати з роботодавцем стільки часу, скільки необхідно для проведення заходів, передбачених регламентом для безпеки і збереження здоров'я працівників;

- співпрацювати з роботодавцем стільки часу, скільки необхідно для забезпечення безпеки виробничого середовища і запобігання будь-якій загрозі безпеці і здоров'ю працівників.

З іншого боку роботодавець зобов'язаний дбати про безпеку і захист здоров'я працівників. Також відповідальність роботодавця не залежить від функцій працівника в питанні безпеки під час роботи. Обов'язки роботодавця Директивою розділені на загальні та спеціальні. Загальними є: вжиття заходів для безпеки праці і охорони життя працівників, включно із заходами загального характеру. Такими є заходи, що проводяться на базі основних принципів техніки безпеки:

- профілактика ризиків;

- оцінювання ризиків, котрих немає змоги уникнути;

- ліквідація небезпеки при її виникненні;

— взяття до уваги людського фактору (облаштування робочого місця, вибір засобів праці та ін.);

— адаптація до науково-технічного прогресу;

— попередження чи зниження рівня небезпек;

— попередження небезпек, які стосуються стану техніки і засобів виробництва;

— пріоритет колективних заходів захисту перед індивідуальними заходами захисту;

— якісний інструктаж співробітників.

Загальними обов'язками є також оцінка небезпеки для життя співробітників при обрання знарядь праці, витратних матеріалів, при оснащені робочих місць. При впровадженні нових технологій роботодавець зобов'язаний радитись зі співробітниками по питаннях обрання знарядь праці, умов праці. Спеціальні обов'язки роботодавця:

- створення служб, що проводитимуть профілактичні заходи;
- вжиття заходів першої допомоги із врахуванням специфіки діяльності і розмірів підприємства, налагодження взаємозв'язку із зовнішніми службами по цих питаннях;
- вжиття заходів для того, щоб робітники із врахуванням розмірів підприємства, отримували необхідний об'єм інформації щодо небезпек для здоров'я, профілактичних заходів на підприємстві, кількості працівників, які надають першу допомогу;
- врахування думки співробітників і контроль за їх участю в обговоренні проблем безпеки на робочому місці;
- забезпечення кожного працівника при прийнятті на роботу відповідним навчанням з питань безпеки праці, щодо його робочого місця та типу роботи;
- оцінка небезпек під час робіт в умовах підвищеної небезпеки;
- детальна розробка профілактичних, що повинні бути застосовані;

- облік нещасних випадків на виробництві, калькуляція затрат, які несе підприємство при втраті працівником працездатності;
- складання звітів для відповідних служб згідно національного законодавства.

Додаток до Директиви № 89/391/ЕЕС зазначає питання, по яким членами ЕС можуть бути ухвалені спеціальні директиви - робоче місце, обладнання, засоби індивідуального захисту, розвантажувальні роботи, сільське господарство та ін. 30.11.1989 року ЕС прийняв наступні директиви з охорони праці:

- Директива № 89/6541 - мінімальні вимоги по безпеці і збереженню здоров'я на робочому місці;
- Директива № 89/655 - мінімальні вимоги по безпеці і збереженню здоров'я при використанні робітниками обладнання на робочому місці;
- Директива № 89/656 - мінімальні вимоги по безпеці і збереженню здоров'я при використанні робітниками на робочому місці засобів індивідуального захисту.

Порівнюючи цю директиву з ситуацією в Україні можна сказати, що Кодекс законів про працю та Закон України "Про охорону праці" збагатилися б, якби закріпили принципи техніки безпеки, які є в Директиві №89/391. Тому вважаю, що в Кодекс законів про працю та Закон України "Про охорону праці" [66] слід включити такі положення: "Роботодавець зобов'язаний вживати заходів, які необхідні для підвищення рівня безпеки і захисту здоров'я працівників, враховуючи такі принципи безпеки праці:

- а) попереджувати ризики;
- б) оцінювання ризиків, якщо їх неможливо ліквідувати;
- в) ліквідація небезпеки при її виникненні;
- г) зауваження людського фактору при виконанні робіт;
- д) врахування науково-технічного прогресу;
- е) зниження вірогідності небезпеки;

ж) керування запобіганням небезпек, враховуючи стан техніки, умови праці, особливості оточуючого середовища робочого місця;

з) пріоритету колективного захисту над індивідуальним захистом;

і) якісний інструктаж персоналу".

Основні положення інших директив ЄС враховані українським законодавством по охороні праці. В той же час українське законодавство не містить комплексного нормативно-правового акту, регламентуючого проблеми, задекларовані Директивою № 89/654 "Про мінімальні вимоги щодо безпеки і охорони здоров'я в робочих зонах" 30.11.1989 р.

Також в Україні використовуються знаки безпеки, які законодавчо були закріплені ще радянським законодавством (Держстандарт СРСР ДОСТ 12.4.026-76. ССБТ. "Кольори сигнальні та знаки безпеки"), що суттєво відрізняється від Директиви ЕС № 92\58 "Про мінімум вимог до забезпечення знаків безпеки й/або гігієни праці" 24.06.1992 р. Тому є необхідність розробки на базі Директиви ЕС № 92\58 українського нормативно-правового акту щодо вимог по забезпеченню знаків безпеки і гігієни праці.

Аналізуючи Директиви і інші законодавчі акти ЄС можна прийти до висновку, що це міждержавне об'єднання проявляє велику турботу і проводить ряд заходів по створенню безпечних умов праці, попередженню травматизму і професійних захворювань. Україна налагодила співпрацю з ЄС в 1994 році, проте й раніше Україна свій розвиток направляла на імплементацію у власне законодавство європейських цінностей у сфері прав людини.

Закон України "Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу" 18.03.2004 р. фіксує прагнення України адаптувати власне законодавство до законодавства ЄС, декларуючи намір вступити до нього [17; 23; 78].

Підводячи підсумки, можна прийти до висновку, що ефективний розвиток системи охорони праці в державі і впровадження її в роботі окремих

підприємств, враховуючи досвід країн Європейського Союзу, дасть можливість ефективно попереджувати небезпечні і шкідливі умови праці, зменшувати травматизм, знижувати кількість нещасних випадків на виробництві і збільшувати продуктивність праці.

3.2. Запровадження системи моніторингу безпеки праці у закладах охорони здоров'я

Моніторинг зв'язку факторів виробництва та безпеки і здоров'я людини розвивається в світі як міждисциплінарна проблема. Її мета – збереження життя і здоров'я робітників під час виробництва. Базисом для таких організаційних і технічних заходів по безпеці праці є різносторонній і комплексний аналіз з оцінкою потенційних ризиків і загроз безпеці. Розвиток державної системи моніторингу професійних ризиків стане ефективним засобом попередження травматизму і охорони здоров'я робітників національних підприємств та установ. Такий моніторинг необхідний і на національному рівні, і на окремих підприємствах. Знаючи ці фактори, можна спонукати розробників і фахівців по безпеці праці до вдосконалення методів роботи і покращення умов праці.

Моніторинг – це ціленаправлена діяльність, зв'язана з перманентним спостереженням, оцінкою і моделюванням розвитку об'єкта спостереження в бажаному напрямку. Також під моніторингом можна розуміти аналітичну систему спостереження. Стратегічними цілями моніторингу є дослідження, контроль, попередження, інформаційне розповсюдження і навчання. Гігієна і безпека праці є умовами і факторами, які впливають на стан здоров'я та рівень безпеки працівників, включаючи тимчасових працівників і найнятий персонал чи інших осіб на робочому місці. Система управління охороною праці – це складова системи управління, яка направлена на розпізнавання небезпеки, оцінку і керування ризиками в питаннях безпеки праці та збереження здоров'я, які мають відношення до діяльності організації.

Ця система поєднує політику і задачі у сфері охорони праці, організацію, процедуру та ресурс для розробки і впровадження, підтримання в належному стані менеджменту організації у сфері охорони праці. Система моніторингу – поєднання елементів, які забезпечують виконання процедур моніторингу. Складовими системи є:

- суб'єкти моніторингу;
- сукупність показників моніторингу;
- інструменти моніторингу;
- моніторингова діяльність.

Процедура моніторингу в системі управління охороною праці має містити якісне і кількісне вимірювання та оцінку стану безпеки праці, що проводяться для отримання інформації про стан та ефективність роботи усієї системи. Сукупністю показників моніторингу є поєднання первинних і вторинних даних, які створюють уявлення про стан суб'єкта, а також про його якісні і кількісні зміни. Існують наступні критерії якості, які характеризують сутність системи:

- як система моніторингу може відстежити найважливішу інформацію. Другими словами, рівень системи спостереження залежить від того, яку важливу інформацію вона здатна надати;
- до якої міри система спостереження є важливою для попередження. Значення системи спостереження характеризується в залежності від її здатності до оцінки проблем, які можна вирішити або зменшити.

Суть системи моніторингу охорони праці визначається за такими даними:

- показники, які відображають правовий стан, розвинутість інфраструктури, кадрове забезпечення служби охорони праці;
- показники, які відображають умови праці та функціонування робітника;
- показники, які відображають зв'язок умов праці і гігієну з безпекою (результати функціонування системи охорони праці).

В переліку є понад 100 показників. Система моніторингу охоплює:

- контролювання результатів (стан здоров'я, кількість нещасних випадків і професійних захворювань);
- характеристика умов виробництва, включаючи схильність до ризиків, умов праці, робочих процедур, форми зайнятості робітників;
- контролювання рівня безпеки праці в організації;
- звітування про виконання організацією вимог безпеки праці.

Існування великої кількості систем моніторингу призвела до необхідності їх впорядкування. Статистичний аналіз показників системи моніторингу показав, що вони можуть бути згруповані в 3 крупних групи, які відображають головні інформативні можливості і характеристики цих систем. Ці системи володіють як сильними так і слабкими сторонами.

1 група. Система моніторингу середовища виробництва. Моніторинг середовища виробництва включає виявлення і оцінку факторів, що можуть негативно впливати на стан здоров'я робітників. Сюди включається оцінка санітарно-гігієнічних умов, організацію праці, що може нести загрозу для здоров'я робітників, засобів захисту, часу перебування робітників під дією небезпечних агентів. Основним завданням цих систем є постачання інформації про умови праці. Це призведе до виявлення головних напрямків роботи менеджерів з охорони праці. Системи цієї групи надають інформацію про показники роботи і умов праці. Але вони не часто застосовуються для аналізу витрат та переваг чи для оцінки політики у сфері охорони праці. Процедура моніторингу у цій системі аналогічна процедурі атестації робочих місць, яка проводиться в Україні.

2 група. Системи моніторингу змісту і організації роботи по забезпеченню безпеки праці. Об'єктом моніторингу є політика в галузі безпеки праці на виробництві, керування безпекою і умовами праці. Мета моніторингу - аналіз та контролювання якості документообігу, що свідчить про заходи роботодавців і служби охорони праці, діючих стандартів безпеки

праці, інструкцій і правил трудового розпорядку. Також вони забезпечують можливість оцінки системи контролю, призначеної для ліквідації чи зниження шкідливого впливу. Системи цієї групи зосереджені на правових вимогах і менше на проблемах охорони праці. Вони дають деяку інформацію про ситуацію з безпекою роботи, але не направлені на інші характеристики середовища виробництва. Також ці системи моніторингу нерідко використовуються для оцінки ефективності стратегії дій з профілактики, виявлення недоліків в інформації.

3 група. Системи моніторингу безпеки працівників та травматизму. Об'єктом моніторингу є інформація про причини і обставини нещасних випадків і травматизму. Метою цих систем є моніторинг і аналіз даних про нещасні випадки на виробництві зі створенням баз даних. Це необхідно для відстеження трендів в галузі охорони здоров'я і безпеки робочих місць, що запобігає нещасним випадкам. Також системи забезпечують різні дані, необхідні для аналізу причин і обставин нещасних випадків для розробки пріоритетів у їх попередженні. Бази даних - це унікальний інструмент для аналізу нещасних випадків на виробництві. Ця група систем не направлена на умови праці, але звертає увагу на нещасні випадки, професійні захворювання, непрацездатність і збитки від них.

Оцінка, розробка і впровадження ефективної стратегії попередження професійного травматизму, розробка відповідних рішень по виявлених небезпечних обставинах вимагають інноваційного підходу в межах ефективної системи моніторингу та аналізу робочого місця. Тому я пропоную наступну тезу: для підвищення рівня безпеки робітників слід проводити моніторинг професійних груп з допомогою показників моніторингу, які характеризують безпеку робітників на робочому місці в рамках системи моніторингу безпеки працівників.

3.3. Обґрунтування вимог щодо проведення медичних оглядів та безпека праці медичних працівників при роботі з пацієнтами в умовах пандемії COVID-19 у закладах охорони здоров'я

Натепер в Україні діє наказ Міністерства охорони здоров'я України «Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій», відповідно до якого «обов'язкові попередній (під час прийняття на роботу) і періодичні (протягом трудової діяльності) медичні огляди проводяться для працівників, зайнятих на ...роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці...» (п. 1.3). У документі «Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій» зазначено, що працівники галузі охорони здоров'я не виділені в окрему групу робіт, для виконання яких обов'язковим є попередні (періодичні) медичні огляди працівників, тому обов'язковий медичний огляд таких працівників необхідно проводити на основі «Переліку шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу» [61].

Відповідно до п. 1.7 «Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» (далі – Класифікація) визначено, що шкідливі умови праці – це такий стан умов праці, за якого рівень впливу одного або кількох факторів середовища виробництва чи трудового процесу перевищує допустимий. Робота в умовах перевищення гігієнічних лімітів (3 клас) дозволена лише за умови використання засобів колективного та індивідуального захисту і зменшення тривалості дії шкідливих виробничих факторів (захист часом). Небезпечний виробничий фактор – це фактор середовища і трудового процесу, що може бути причиною гострого захворювання (отруєння), різкого погіршення здоров'я або смерті.

Робота в небезпечних умовах праці (4 клас) не дозволена, за виключенням ліквідації аварій, проведення невідкладних робіт по попередженню аварійних ситуацій. Такі роботи проводяться із використанням

засобів індивідуального захисту та за умови регламентування режимів роботи» [19]. Згідно з Класифікацією, робота в умовах перевищення ГДК чи орієнтовно безпечного рівня впливу (ОБРВ), хімічних канцерогенних речовин І групи відноситься до «небезпечних» (4 класу) умов праці, а для ІІА групи – до «шкідливих» (3.4 класу) умов праці. У п. 2.2 Класифікації зазначено, що: «...при одночасній дії двох та більшої кількості хімічних речовин у рівнях, що відповідають ступеню 3.4, якщо ці речовини належать до 1, 2 класів небезпеки або здатні викликати гостре отруєння (речовини з гостроспрямованим механізмом дії або віднесені до подразнювальних), – умови праці оцінюються за 4 класом (небезпечні). В інших випадках умови праці оцінюються як 4 ступінь 3 класу» [19; 34].

Існуючі обсяги медичних оглядів працівників передбачають залучення до 10 лікарів-спеціалістів (гематолога, дерматолога, невропатолога, онколога, оториноларинголога, офтальмолога, терапевта, уролога, фтизіатра, хірурга). На нашу думку, недоцільним є залучення до медичних оглядів наступних лікарів-спеціалістів, які надають високоспеціалізовану допомогу, функції яких з виявлення патологічних станів серед працівників можуть бути покладені на інших підготовлених лікарів: гематолога та фтизіатра – на терапевта; онколога та уролога – на хірурга.

Також недоліком є й відсутність у складі комісії з медичних оглядів лікаря-гінеколога. Таким чином, у складі медичної комісії з профілактичних медичних оглядів працівників галузі охорони здоров'я має бути 7 лікарів-спеціалістів (дерматолог, невропатолог, оториноларинголог, офтальмолог, терапевт, хірург, гінеколог). Натепер обсяги лабораторних та функціональних досліджень у разі експозиції працівників канцерогенно-небезпечними факторами включають: – загальний аналіз крові (визначення гемоглобіну, кількості лейкоцитів, ретикулоцитів, тромбоцитів, швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), без визначення лейкоцитарної формули; – біохімічне дослідження крові (АЛТ, АСТ, білірубін, глютамілтрансфрази (ГГТФ); –

рентгенографію органів грудної порожнини; – УЗД щитоподібної залози; – дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД); – електрокардіографію (ЕКГ); – цистоскопію. На нашу думку, передбачений обсяг досліджень є недостатньо інформативними для здійснення скринінгу та ранньої діагностики онкологічної патології. Відсутність лейкоцитарної формули крові при обстеженні не дає змогу визначати появу ранніх ознак пухлин крові, які досить часто можуть виникати в робітників сфери охорони здоров'я як наслідок дії канцерогенними речовинами. Передбачений обсяг біохімічних досліджень є не дуже інформативним, і визначає лише деякі зміни функції печінки [35; 56].

Включення цистоскопії в перелік обстежень при медичних оглядах, на мою думку, є недостатньо обґрунтованим, так як це пов'язано із потребою в проведенні інвазивної процедури, яка визначає ризик розвитку ускладнень і погіршення стану здоров'я працівників. Електрокардіографія в даній ситуації не несе ніякої інформативності для виявлення онкопатології. При цьому обсяги обстеження працівників під час медичних оглядів не включають високоінформативні методи оцінки ризиків, скринінгу та діагностики онкологічної патології, такі як: – визначення лейкоцитарної формули крові – для діагностики лейкозів та лімфом, мієлодиспластичного синдрому, ознак ендогенної інтоксикації тощо; – проведення експрес-тестування крові на інфікування вірусами гепатиту В та С – для профілактики раку печінки; – проведення експрес-тестування на онкомаркери; – дослідження загального аналізу сечі – для діагностики раку нирок та сечового міхура; – дослідження мокроти на атипіві клітини – для ранньої діагностики раку бронхів та легень, верхніх дихальних шляхів; – дослідження калу на приховану кров – для діагностики раку товстої та прямої кишки; – проведення дихального «Хелік-тесту» – для діагностики інфікування *Helicobacter pylori*; – проведення мамографії – для діагностики раку молочної залози; – проведення цитологічного дослідження секретів з полових органів – для діагностики раку

шийки матки.

Серед інших співробітників для допуску до роботи у вказаних умовах, необхідно проводити освітню і профілактичну роботу, направлену на:

1) додаткове інформування щодо наявних професійних ризиків та необхідності дотримання техніки безпеки на робочому місці;

2) виявлення серед працівників основних непрофесійних факторів ризику виникнення хронічної патології (зловживання алкоголю, тютюнокуріння, гіподинамія, надлишкова вага, недостатнє вживання овочів та фруктів, над мірне вживання червоного м'яса) та їх мотивування щодо зміни способу життя, що дозволить знизити індивідуальні ризики захворювання на хронічну патологію;

3) інформування щодо ранніх ознак виникнення хронічної патології та необхідності проходження щорічних медичних оглядів. У випадку виявлення в працівника хронічної патології, його необхідно направити до лікаря-профпатолога з метою встановлення зв'язку захворювання з умовами праці, а також для виведення з професії та подальшого раціонального працевлаштування.

Результати дослідження дозволили на доказових принципах запропонувати нові підходи щодо періодичності проведення медичних оглядів, раціонального забезпечення участі в них лікарів-спеціалістів, обсягів основних лабораторних, функціональних та інших досліджень, переліку абсолютних та відносних медичних протипоказань для допуску до проведення робіт у небезпечних умовах у галузі охорони здоров'я.

Пандемія коронавірусу набирає обертів. Оскільки медпрацівники близько контактують з інфікованими, то вони не просто інфікуються, а отримують вірус у великих дозах. В боротьбі з коронавірусом медперсонал платить вкрай високу ціну. Сотні медичних працівників заразилися коронавірусом, а кількість померлих збільшується.

Тому наводжу основні рекомендації ВООЗ для керівника закладу охорони здоров'я щодо профілактики зараження медпрацівників коронавірусом COVID-19:

1. Переконатися, що робочі місця співробітників чисті та гігієнічні. Усі поверхні слід постійно обробляти дезінфікуючими засобами.

2. Сприяти регулярному та належному миттю рук працівниками та відвідувачами; розмістити диспенсери із дезінфікуючими засобами на видних місцях. Розмістити плакати, що рекламують миття рук на видному місці.

3. Організувати доступ свіжого повітря на робочих місцях. Розмістити плакати, які агітують за чисте повітря на робочих місцях. Поєднувати такі заходи з іншим інформуючими заходами (інструктаж, навчання), які рекламують гігієну та охорону праці. Переконатися, що маски для обличчя, інші засоби індивідуального захисту доступні на робочому місці. Для утилізації використаних масок чи фільтрів для них повинні бути приготовлені спеціальні контейнери.

4. Розповідати своїм співробітникам та пацієнтам, що COVID-19 може почати поширюватись в їх середовищі за наявності осіб з підвищенням температури до 37.3 °C. Вести регулярне спілкування з співробітниками, видавати працівникам буклети, які радять лишатись вдома (в ситуаціях, коли працівники мають тільки легкі симптоми COVID-19). Розміщувати плакати з рекомендаціями по профілактиці розповсюдження COVID-19 на робочих місцях.

Професійними називаються хвороби, які пов'язані з певним видом трудової діяльності і впливом на організм певних несприятливих умов праці («шкідливих виробничих чинників»). До професійних хвороб належать хвороби, які розвиваються через безпосередню дію на працівників виробничих шкідливих факторів. Медичні працівники проявляють високу відповідальність та високу мужність, надаючи допомогу хворим в умовах ризику для власного

здоров'я, великого фізичного та психоемоційного перевантаження, не отримуючи за це відповідної оплати праці.

Оскільки інфікування коронавірусом медпрацівників є професійним захворюванням, то керівнику медичного закладу, державного чи приватного, слід передбачити збільшення рівня оплати праці співробітників, їх преміювання. Частково ця проблема вирішується на державному рівні. Наприклад, у березні медичні працівники України, які зайняті лікуванням пацієнтів з лабораторно підтвердженими випадками COVID-19, отримують надбавку у розмірі трьох посадових окладів. Наказом, який підписав новий Міністр охорони здоров'я України Максим Степанов, визначає перелік посад медичних працівників, яким починаючи з березня 2020 р. буде здійснюватися доплата. Але крім цього керівникам медичних установ слід віднаходити додаткові джерела для преміювання співробітників, зайнятих в процесі надання допомоги хворим з коронавірусом [71].

Згідно ст. 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (далі - Закон), медичні та інші працівники, які зайняті в галузі захисту населення від інфекційних хвороб, підпадають під обов'язкове державне страхування у випадку захворювання на інфекційну хворобу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України [66]. Але і на даний час цей порядок ще не затверджений. Це суттєво знижує рівень захисту медичних та інших працівників в умовах високого ризику захворювання інфекційними хворобами.

Велике занепокоєння викликає рівень забезпечення медичних працівників засобами індивідуального захисту, що передбачено ст. 37 Закону, ст. 163 Кодексу законів про працю України і ст. 8 Закону України «Про охорону праці». Відповідно до них, перелік засобів індивідуального захисту працівників повинен бути прописаний в колективному договорі закладу охорони здоров'я на основі галузевих норм. Але галузеві норми щодо безоплатної видачі спецодягу, спецвзуття чи інших засобів індивідуального

захисту співробітникам закладів охорони здоров'я скасовані розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2017 р. №1022-р. Це значно ускладнює проблему забезпечення медпрацівників належними і дієвими засобами індивідуального захисту. Тому керівникам медичних установ необхідно особисто контролювати забезпечення працівників засобами індивідуального захисту, залучаючи для цього резервні кошти, допомогу волонтерів та благодійників.

Наказ МОЗ від 24.01.2020 р. №185 «Про заходи щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених новим коронавірусом, виявленим у м. Ухань (провінція Хубей, Китай)» для керівників закладів охорони здоров'я затверджує рекомендації щодо алгоритму дій при виявленні особи, яка відповідає новому випадку зараження коронавірусом, і в ньому також відсутні відповідні норми.

З метою вирішення вказаних проблем потрібно:

- МОЗ України розробити та впровадити «Тимчасові галузеві норми безоплатного забезпечення медичних працівників спецодягом та іншими ЗІЗ у зв'язку із загрозою поширення захворювань, викликаних коронавірусом COVID-19»;
- Кабінету Міністрів України розробити і впровадити порядок обов'язкового державного страхування медичних працівників у випадку зараження і захворювання, яке пов'язане з виконанням ними професійних обов'язків в умовах високого ризику зараження інфекцією;
- розробити і впровадити «Тимчасові галузеві норми безоплатного забезпечення медичних працівників спецодягом та іншими засобами індивідуального захисту в зв'язку із поширенням захворювання на коронавірус COVID-19» із зазначенням видів робіт, посад і спеціальностей медичних працівників та переліку обов'язкових засобів індивідуального захисту, їх властивостей та термінів використання;

- внести зміни в «Перелік професійних захворювань», затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. №1662, додавши у нього інфекцію, спричинену коронавірусом COVID-19;
- внести в наказ МОЗ України від 19.07.1995 р. №133 «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб» [57] інфекційне захворювання «коронавірус».

Резюмуючи, слід зазначити, що далеко не всі із зазначених проблем вирішені на законодавчому рівні. Проблеми ще є, наприклад, включення інфекції, спричиненої коронавірусом COVID-19 до «Переліку професійних захворювань».

ВИСНОВКИ

У ході магістерського дослідження, присвяченого вирішенню актуальної науково-практичної проблеми пошуку шляхів удосконалення управління безпекою праці в медичних закладах, було узагальнено висновки та сформульовано пропозиції:

1. Встановлено, що безпека праці - це соціальне явище, так як вона проявляється у різних сферах суспільства. Доведено, що особливості безпеки праці в закладах охорони здоров'я впливають із специфіки тих факторів, які впливають на працівників закладів охорони здоров'я, а саме: велике емоційне навантаження; необхідність збереження високої працездатності в екстремальних умовах; іонізуюче випромінювання; неіонізуюче випромінювання та ультразвук; шум (особливо для стоматологічних установ); напруженням зору; пристосування положення тіла щодо знарядь і предметів праці; контакт з потенційно небезпечними хімічними речовинами; вірогідність нещасних випадків при нападі психічно хворих, пацієнтів наркологічних стаціонарів; контакт з інфікованими пацієнтами. У процесі здійснення трудової діяльності працівники закладів охорони здоров'я повинні турбуватися не лише про особисту безпеку і здоров'я, але й про безпеку та здоров'я оточуючих, знати й виконувати положення нормативно-правових актів по охороні праці, правила поведження із засобами та предметами праці тощо.

2. Головна мета управління безпекою праці – це створення таких умов праці, які дали б змогу покращити виробничий побут, запобігти травматизму і профзахворюванням. Система управління безпекою праці включає саму систему охорони праці та елементи управління її станом. Для досягнення результату в галузі охорони і безпеки праці слід вживати певних заходів в рамках діяльності по плануванню, запровадженню і функціонуванню, перевірці та аналізу.

3. Аналіз професійної захворюваності медичних працівників в Україні дав можливість встановити, що медичні працівники знаходяться під дією комплексу несприятливих виробничих факторів, які ведуть до розвитку професійних захворювань. У 2005–2019 роках в Україні виявлено 260 випадків професійних захворювань у галузі охорони здоров'я – 35–67 випадки щорічно, що відповідає рівню 0,31–0,52 на 10 тис. відповідного населення. У КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР рівень професійної захворюваності нижчий, ніж по Україні. В структурі професійних захворювань медичних працівників на першому місці знаходиться туберкульоз (80–100 %, в середньому протягом 15 років – 87,7 %), на другому – хвороби опорно-рухового апарату (від 1,3 до 6,7 %, в середньому – 3,1 %), на третьому - алергічні захворювання (від 1,0 до 5,1 %, в середньому 2,3 %). Найчастіше професійні захворювання за вказаний період зареєстровані в Донецькій (13,5 %), Вінницькій (10,4 %), Херсонській (10,0 %), Харківській (8,5 %), Дніпропетровській (6,9 %) та Житомирській і Луганській (по 4,6 %) областях. До розвитку професійних захворюваність медичного персоналу призводить цілий ряд причин: формальне проведення медичних оглядів з допуском до роботи осіб, які мають медичні протипокази; розповсюдженість самолікування серед лікарів без звернення до фахівців; відсутність стандартизованих вимог до безпеки умов праці та охорони здоров'я медичних працівників; застосування застарілих технологій у щоденній практиці; недостатній рівень професійної підготовки, поінформованості та усвідомлення проблеми власної безпеки медпрацівниками під час виконання ними службових обов'язків, а також низький рівень пріоритету цієї проблеми для адміністрації медичних установ; недостатнє матеріально-технічне забезпечення медустанов пристроями, лікувально-діагностичним обладнанням, матеріалами та інструментарієм.

4. Ризик зараження медичного персоналу коронавірусною хворобою COVID-19 існує на усіх етапах надання медичної допомоги. Найбільший ризику заразитися і захворіти в умовах епідемії COVID-19 має медичний

персонал стаціонарів інфекційних лікарень та відділень. За рівнем небезпеки інфікування COVID-19 медпрацівників слід ранжувати в такому порядку: лікарі-анестезіологи-реаніматологи - медсестри відділень реанімації - санітарки відділень реанімації - лікарі санпропускників інфекційних відділень - лікарі поліклінік, які проводять прийом хворих на відстані меншій за 1 метр - лікарі-патанатоми - лікарі-лаборанти - лікарі-епідеміологи.

5. Національне законодавство у сфері безпеки праці в основному відповідає принципам законодавства Євросоюзу у сфері безпеки праці. В цей же час існують певні норми в Директиві Ради Євросоюзу № 89/391/ЄЕС, які мали б бути і в національному законодавстві. Так, Кодекс законів про працю України та Закон України "Про охорону праці" стали б кращими, якби закріпили основні принципи техніки безпеки, які містяться в п. 2 ст. 6 Директиви №89/391 ЄС. В українському законодавстві немає обов'язку роботодавця, встановленого п. 2 ст. 10 Директиви №89/391 ЄС, щодо проведення необхідних заходів для того, щоб працівники отримували необхідну для них інформацію щодо існуючих загроз безпеці і здоров'ю, а також захисних та запобіжних заходів в закладі взагалі, а також для кожного робочого місця чи виду робіт; кількості співробітників по наданню першої допомоги, боротьбі з пожежею і евакуації працівників, їх підготовці і обладнанню, яке є у них в розпорядженні. Також в національному законодавстві немає комплексного нормативно-правового акту, який би комплексно врегулював проблеми, які висвітлені у Директиві Ради № 89/654/ЄЕС "Про мінімальні вимоги щодо безпеки і охорони здоров'я в робочих зонах" від 30 листопада 1989 р.

6. Система моніторингу включає ряд показників, які можуть бути агреговані в три укрупнені групи: 1. системи моніторингу середовища виробництва; 2. системи моніторингу змісту і організації роботи по забезпеченню безпеки праці; 3. системи моніторингу безпеки працівників та травматизму. Вважаю, що для підвищення рівня безпеки працівників

необхідно здійснювати моніторинг “професійних груп / професій” за допомогою моніторингових показників, що характеризують безпеку працівників на рівні робочого місця / професійної групи / підприємства / галузі” в межах системи моніторингу безпеки працівників, причин та обставин травматизму.

7. У ході дослідження було визначено необхідність уніфікації системи медичного спостереження за працівниками галузі охорони здоров'я, які мають контакт з канцерогенними речовинами та агентами. Необхідно також проводити освітню профілактичну роботу, спрямовану на додаткове інформування щодо наявних професійних ризиків та необхідності дотримання техніки безпеки на робочому місці. Керівнику медичного закладу необхідно дотримуватися основних рекомендацій щодо профілактики зараження медпрацівників коронавірусом COVID-19.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушко Л., Івашко Г. Профілактика професійних захворювань і травматизму в закладах охорони здоров'я. *Журнал головної медичної сестри*. 2014. №1. С.18-25.
2. Басанець А. В. Визнання зв'язку захворювань з умовами праці у французькій системі охорони здоров'я. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2015. № 2. С. 60-69.
3. Безпека роботи з мікроорганізмами I–II групи патогенності (ДСП 9.9.5.035-99): Державні санітарні правила [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://arm.te.ua/docs/DSP_9_9_5035-99.pdf.
4. Бенджамін О. Алі. Основні принципи охорони праці та техніки безпеки. *Інформаційний бюлетень з охорони праці*. 2003. №3. С. 36–42.
5. Березуцький В. В. Європейський підхід до підготовки спеціалістів із охорони праці. *Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Серія: Механіко-технологічні системи та комплекси*. 2015. № 21. С. 155-163.
6. Березуцький В.В. Основи охорони праці [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://pidruchniki.ws/12281128/bzhd/sistema_upravlinnya_ohoronoju_pratsi_ukrayini.
7. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі: монографія. Київ: КНУ ім. Т. Г. Шевченка, 2002. 283 с.
8. Варивончик Д. В. Аналіз ризиків виникнення професійного раку серед медичних працівників онкологічної служби. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2015. Вип. 24(1). С. 404-409.
9. Варивончик Д. В., Шевченко В. І. Оцінка канцерогенної небезпеки в галузі охорони здоров'я. *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2013. № 3. С. 33–36.
10. Варивончик Д. В., Шевченко В. І. Професійні фактори ризику онкологічної захворюваності працівників галузі охорони здоров'я. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2015. № 2. С. 3-9.

11. Варивончик Д. В., Шевченко В. І. Канцерогенна небезпека галузі охорони здоров'я, як причина захворювання на професійний рак. *Головна медична сестра*. 2013. №12. С.22.
12. Варивончик Д.В. Розвиток національної системи профілактики професійного раку в Україні. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2013. № 4. С. 35-46.
13. Варивончик Д. В., Шевченко В. І., Еджибія О. М. Наукове обґрунтування обсягів медичного нагляду за здоров'ям працівників галузі охорони здоров'я, які зазнають на робочому місці дії канцерогенних речовин та агентів. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2015. № 3. С. 18-27.
14. Варивончик Д. В., Шевченко В. І. Канцерогенна небезпека та онкологічна захворюваність працівників галузі охорони здоров'я. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2013. №3. С.66-77.
15. Варивончик Д. В., Шевченко В. І. Професійні фактори ризику онкологічної захворюваності працівників галузі охорони здоров'я. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2015. № 2. С. 3-9.
16. Гавриленко М. А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей психиатров-психотерапевтов. *Архів психіатрії*. 2002. № 4. С. 192-195.
17. Гармонізація трудового законодавства України із законодавством Європейського Союзу : монографія. Київ, 2008. с.45-67.
18. Гігієна та охорона праці медичних працівників: навч. пос. / ред. В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський. Київ: Медицина, 2009. 176 с.
19. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу: Державні санітарні норми та правила / Наказ МОЗ України від 08.04.2014 № 248. Режим доступу:<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0472-14>.
20. Гончарова Г.С. Охорона праці : конспект лекцій. Харків, 1994. 345 с.

21. Горачук В. В. Про оптимізацію системи охорони здоров'я працівників медичної галузі // Український медичний часопис. 2008. № 6 (68) [Електронний ресурс] <http://www.umj.com.ua/article/2303/prooptimizaciyu-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-pracivnikivmedichnoi-galuzi>.
22. Горблянский Ю. Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников. *Медицина труда и промышленная экология*. 2003. № 1. С. 8–12.
23. Горденко С. І. Тенденції розвитку законодавства України з огляду інтеграції Євросоюзу у сфері охорони праці. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 14-17.
24. Дараганова Н. В. Система управління охороною праці в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки*. 2016. Вип. 1(2). С. 139-142.
25. Державне управління охороною праці: монографія / Ткачук К.Н. та ін. Київ: Основа, 2013. 348 с.
26. Європейська соціальна хартія (переглянута): Міжнародний документ від 03.05.1996 р. № ETS N 163, Хартія / Рада Європи. Страсбург. 1996 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/994_062.
27. Жедецкий В. Ц., Джигеирей В. С., Мельников А. В. Основы охраны труда: учебник, изд. 2–е, дополненное. Львов: Афиша, 2000. 351 с.
28. Захворюваність медичних працівників на професійний туберкульоз / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Д. В. Варивончик, М. П. Соколова. *СЕС і профілактична медицина*. № 2 (22). 2010. – С. 3–8.
29. Здановський В. Г., Цибульська О. В. Про деякі аспекти удосконалення системи охорони праці в Україні. *Проблеми охорони праці в Україні*. 2017. Вип. 33. С. 3-14.

- 30.Иванов С. А., Лившиц Р. З., Орловский Ю. П. Трудовое право и повышение качества труда: монография. Москва: Изд-во “Наука”, 1987. 270 с.
- 31.Иванов А. В., Петручук О. Е. Влияние социально-гигиенических условий на здоровье врачей. *Бюлл. Нац. науч.-исслед. инст. общественного здоровья. Вып. 2.* Москва, 2005. С. 14–17.
- 32.Івчук Ю. Ю. Інтереси як елемент правового механізму регулювання трудових відносин у сфері охорони праці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки.* 2016. Вип. 1(2). С. 77-81.
- 33.Ізуїта П. О. Форми й методи контролю та нагляду за дотриманням законодавства про охорони праці [Електронний ресурс] / П. О. Ізуїта // Науковий вісник публічного та приватного права. 2015. Вип. 1. С. 46-51. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvppp_2015_1_11.
- 34.Каменська І. С., Великдан Ю. В. Проблеми формування професійної компетентності майбутніх інспекторів з охорони праці під час їх практичної підготовки. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки.* 2015. Вип. 124. С. 160-162.
- 35.Камышников В. С. Онкомаркеры: методы определения, референтные значения, интерпретация тестов: монография. Москва: МЕДпресс-информ, 2011. 128 с.
- 36.Кашкин С.Ю. Введение в право Европейского Союза : учеб. Пособие. Москва, 2006. С.56.
- 37.Кирилова Е. Н., Муксинова К.Н, Другова Е.Д. Эффективность миелопида в минимизации отдаленных последствий профессионального облучения. *Иммунология.* 2001. № 1. С. 30-36.
- 38.Кодекс законів про працю України: Закон України від 10.12.71 № 322-VIII // Відомості Верховної Ради УРСР. 1971. № 50. С. 375.
- 39.Козак З.Я. Правове регулювання охорони праці: навчальний посібник. Львів, 2003. 168 с.

40. Конституція України від 28 червня 1996 року. *Відомості Верховної Ради*. 1996. № 30. С. 141.
41. Косарев В. В., Бабанов С. А. Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара: Офорт, 2009. 232 с.
42. Кравчук В. В. Синдром «професійного вигорання» як індикатор порушення здоров'я працівників окремих спеціальностей. *Медицина праці*. 2006. № 1. С. 21–25.
43. Кравчук В. В., Кальниш В. В., Єна А. І. Синдром «професійного вигорання» як індикатор порушення здоров'я працівників окремих спеціальностей. *Охорона здоров'я України*. 2005. № 1–2. С. 28–32.
44. Кундиев Ю. И., Нагорная А. М. Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ. Киев: Авиценна, 2007. 396 с.
45. Курс порівняльного трудового права: підручник. /М.І. Іншин та ін. Київ: Ніка Нова, 2011. 980 с.
46. Куценко Г. И., Минчин Б. Н., Сошников Е. И. Психофизиологические аспекты трудовой деятельности врачей. *Труд и здоровье медицинских работников*. Москва, 1985. С. 55–69.
47. Ларенцова Л. И., Максимовский Ю. М., Соколова Е. Д. Синдром «эмоционального выгорания» (burnout) у врачей-стоматологов. *Новое в стоматологии*. 2002. № 2 (102). С. 97–99
48. Макаренко Г. Право на працю: конституційні гарантії та реалії. *Юридичний вісник України*. 2006. № 17. С. 3.
49. Максимов И. Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы. *Здравоохранение РФ*. 2003. № 3. С. 38–39.
50. Минаков В. Ф., Сидамон-Эристави В. Г. Некоторые особенности труда врачей. *Труд и здоровье медицинских работников*. Москва, 1985. С. 7–18.
51. Михайлов Б. В., Гавриленко М. А. Синдром «выгорания», его причины и способы коррекции. *Архив психиатрии*. 2001. № 4. С. 32–37.

52. Нагорна А. М., Соколова Н. П., Кононова І. Г. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2016. № 2. С. 3-16.
53. Овсянко Д.С. Значення та сутність охорони праці. *Південно-український правничий часопис*. 2014. № 3. С. 104-106.
54. Огородник О.Г. Охорона праці як правова форма забезпечення здорових і безпечних умов праці. *Проблеми права: науково-практичний збірник: Чернігівський юридичний коледж*. 1998. Вип. 2. С. 17–21.
55. Охорона праці в медицині і фармації / [Мороз В. М., Сергета І. В., Фещук Н. М., Олійник М. П.]. – Вінниця: Нова книга, 2005. – 544 с
56. Первый В. С. Сухой В. Ф. Онкомаркеры. Клинико-диагностический справочник: монография. Феникс, 2012. 112 с.
57. Перелік особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб: Наказ МОЗ України від 19.07.1995 № 133. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383.
58. Пилипенко П.Д. Охорона праці в галузі юриспруденції. К., 2013. С.23.
59. Пилипенко П.Д. Трудове право України: Академічний курс. Підручник для студ. юрид. спец. вищ. навч. закл. – 2-е вид., перероб. і доп. К.: Видавничий дім “Ін Юре”, 2006. 544 с.
60. Покровский В. И. Современные проблемы экологически и профессионально обусловленных заболеваний. *Медицина труда и промышленная экология*. 2003. № 1. С. 2–6.
61. Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій: Наказ МОЗ України від 21.05.2007 р. № 249 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07>.

62. Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року № 35. Режим доступу: <http://www.dsesu.gov.ua/ua/normativna-pravova-baza/sanitarni-pravy-la-i-normy/file/97-dsp-9-9-5035-99?start=40>.
63. Про охорону праці: Закон України від 14.10.92 р. № 2695-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 49. С. 1475–1492.
64. Професійні інфекційні хвороби. / Кундієв Ю. І. та ін. Київ : ВД «Авіцена», 2014. 528 с.
65. Васенова В. Профілактика професійних контактних дерматитів рук у медичних працівників. *Врач: ежемісячний науково-практичний і публіцистичний журнал*. 2014. № 6. С. 71–72.
66. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності: Закон України від 23.09.1999 р. №1105-ХІV [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1105-14/page3>
67. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. *Психологический журнал*. 2002. № 23 (3). С. 85–95.
68. Русаловський А.В. Правові та організаційні питання охорони праці: навч. посіб. – 5-те видання., доповн. і перероб. К.: Університет “Україна”, 2011. 280 с.
69. Синдром выгорания врачей лучше всего лечится с помощью повышения зарплаты. *Материалы заседания Экспертного совета Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению на тему «Условия и безопасность работы медицинского персонала»*. Менеджер здравоохранения. 2011. № 7. С. 64–69.
70. Соколова М. П. Професійні захворювання медичних працівників України. 2004. Вып. 35. С. 375–382.
71. Тацій І. В. Формування обліково-аналітичного забезпечення управління витратами на охорону праці [Електронний ресурс]. *Вісник*

- Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.*
2017. №2. С. 98-102. - Режим
доступу:http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSUNU_2017_2_20
72. Тимошина Д. П., Лубянова І. П. Проблеми здоров'я працівників медичної галузі в Україні. *Управління закладами охорони здоров'я.* 2015. № 8. С. 54–58.
73. Трудове право України: навч. посіб. / Теліпко В. Е. та ін. К.: Центр учбової літератури, 2009. 456 с.
74. Факторы безопасности медработников и лаборантов [Електронний ресурс] <http://sente-lab.com/novinki-iz-laboratornogo-mira/svetya-drugim-sgorayusam-etot-starinnyij-vrachebnyij-lozung-v-nashi-dniobretayet-osobyij-smyisl.-spas.html>.
75. Факторы риска здоровья медицинских работников / М. Я. Бакс и др. *Медицина труда и промышленная экология.* 2002. № 3. С. 28–33.
76. Форд Г. Моя жизнь и мои достижения. М.: Финансы и статистика, 1989. 235 с.
77. Центр Європейської освіти. Інформація про Європейський Союз [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://osvita.eu/ua/catalog/european-union/about-eu/>.
78. Чорнобровка В.О. Особливості законодавства Європейського Союзу у сфері охорони праці. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2012.
79. Шашула О.М. Політика Європейського Союзу у сфері охорони праці. *Актуальні проблеми державного управління.* 2015. № 2 (48). С. 170-176.
80. Швагер Н. Ю., Заїкіна Д. П. Аналіз систем управління охороною праці зарубіжних країн. *Вісник Криворізького національного університету.* 2016. Вип. 41. С. 69-73.
81. Шевченко В. І., Варивончик Д. В. Первинна профілактика професійного раку серед медичних працівників онкологічної служби. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.* 2015. Вип. 24(4). С. 79-86.

82.Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера, 2002. 272 с.

Виконав студент магістратури
спеціальності 073 Менеджмент
спеціалізація: Організація і
управління охороною здоров'я
заочної форми навчання
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

А.С. Моргун
Ініціали, прізвище

Науковий керівник
к.е.н., доцент
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

Н.М. Ткачук
Ініціали, прізвище

Робота допущена до захисту:
завідувач кафедри
д.е.н., професор
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

В.П. Синчак
Ініціали, прізвище