

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ
СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

О.О. Яворовська

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1 Забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я як предмет публічної політики	5
1.2 Елементи публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я	16
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	29
2.1 Забезпеченість співробітниками сфери охорони здоров'я Харківської області	29
2.2 Українські реалії забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я	41
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	50
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я	50....
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками розвитку сфери охорони здоров'я для подальшого забезпечення безпеки його співробітників	59
ВИСНОВКИ	66
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	68

ВСТУП

Актуальність проблеми. Подальший розвиток сфери охорони здоров'я (далі – СОЗ), зазвичай, нерозривно пов'язано зі забезпеченням належного рівня здоров'я населення. Проте такий підхід є однобоким, оскільки залишає поза увагою науковців і практиків питання безпеки співробітників СОЗ. Це важливо, бо саме це є передумовою, формою прояву та наслідком, що нерозривно пов'язано як професійною діяльністю (почасти, буденним життям) окремих співробітників закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та ЗОЗ загалом. Існуючі проблеми з мікрокліматом в колективах, поширенням внутрішньо-лікарняних інфекцій, масовим професійним вигоранням, плинністю та низьким рівнем добробуту персоналу тощо є свідченням недоліків як менеджменту ЗОЗ, так і недостатньої результативності публічного управління розвитком СОЗ загалом і забезпечення безпеки співробітників СОЗ зокрема. Означене, зрештою, спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Брухно Р. [9; 89–92; 114–116], Гарькава В. [17], Гнатенко В. [18], Гріненко А. [20], Гуцалюк О. [23], Данилишин Б. [24], Зінченко Т. [9; 89], Калько А. [32; 33], Карлаш В. [34], Кланца А. [35], Кошиков Д. [43; 44], Кравченко Ж. [48; 105], Куценко В. [24], Мельниченко О. [48; 105], Помаза-Пономаренко А. [59], Риган М. [89; 90; 92; 116], Скалецький Ю. [9; 89–92; 114–116], Терент'єва А. [78], Яворовський О. [9; 89–92; 114–116] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження елементів публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати значення забезпечення безпеки співробітників СОЗ як предмету публічної політики;

- дослідити діючі елементи публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ;
- оцінити результати публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ;
- запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками розвитку СОЗ для подальшого забезпечення безпеки його співробітників.

Об'єктом дослідження є забезпечення безпеки співробітників СОЗ.

Предметом дослідження є публічна політика щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів забезпечення безпеки співробітників СОЗ; статистичних порівнянь – для дослідження результативності реалізації публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів реалізації публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я як предмет публічної політики

Кожна держава прагне безпеки, яка визначається як відсутність загрози з боку інших держав [32]; діяльність людей, суспільства, держави, світового співтовариства народів щодо виявлення, запобігання, послаблення, відвернення загрози, здатної загубити їх, позбавити матеріальних і духовних цінностей, завдати невідшкодованих збитків, заблокувати шляхи для прогресивного розвитку [86]; стан відсутності будь-якої загрози; бажаний стан суспільства, держави і окремої особи; характеристика захищеності будь-якого об'єкта від впливу зовнішніх і внутрішніх загроз або, навпаки, як захищеність від впливу будь-якого об'єкта [85]; стану живих організмів та їх об'єднань, за якого унеможливлено та/чи зведено до мінімуму негативний вплив на них будь-яких зовнішніх і внутрішніх загроз [48]; характеристика й критерій функціонування та розвитку соціальних, економічних, технічних, екологічних і біологічних систем [88]; відсутність небезпеки, збереження, надійність [51].

Слід погодитися з такими ознаками поняття «безпека»:

- відсутність загроз життю та здоров'ю людей, певним суспільним відносинам або об'єктам інфраструктури;
- запорука належного функціонування будь-яких соціальних систем, а також основою їх розвитку;
- певний стан стабільності, при якому громадяни повною мірою реалізують надані їм права і свободи, а інфраструктурні об'єкти функціонують в нормальному для них режимі [43].

Концепція безпеки припускає, що люди повинні бути здатні подбати про себе, тобто всі люди повинні мати можливість задовольнити свої нагальні потреби й заробити на життя. Це зробить їх вільними й допоможе внести свій внесок у власний розвиток, розвиток власних країн і усього світу [32].

Проведені узагальнення дозволили систематизувати види безпеки за такими ознаками:

1) суб'єкти:

- особиста [4; 8; 32; 40; 43; 49], групи людей, певної території [43; 49], держави [4; 15; 30; 43; 49], суспільна [4; 49];
- підприємства [93], суб'єкта господарювання [57];
- правоохоронних органів [49];
- територіальної громади (далі – ТГ) [50];
- соціально-економічні системи [21].

2) специфіка:

- виробнича [17];
- військова [49];
- екологічна [10; 49] – здатність системи зберігати рівновагу і збалансованість взаємовідносин по лінії «довкілля – соціум – економіка – управління», вміння протистояти зовнішнім і внутрішнім загрозам і викликам і забезпечувати прийнятні рівні ризику життєдіяльності населення й стійкості соціально-економічного розвитку, а також відтворення природного і соціально-економічного потенціалу, яке на відміну від існуючих враховує екологічний, соціальний та економічний аспект [10];

– економічна [17; 18; 21; 32; 37; 40; 43; 49; 50; 53; 57; 81; 93] – складова національної безпеки; стан суспільних відносин, які складаються з приводу виробництва, розподілу, обміну та споживання матеріальних та нематеріальних благ і послуг, що характеризує їх захищеність та стійкість до зовнішніх і внутрішніх загроз, гарантує захист національних економічних інтересів, сприяє реалізації соціально-економічних прав і свобод громадян, а також створює умови для подальшого розвитку й зростання національної економіки та

забезпечує конкурентоспроможність держави у світовому економічному середовищі [43]; складне полісистемне явище, генезис і розвиток якого обумовлені об'єктивною необхідністю забезпечувати відтворення національної економіки в умовах внутрішніх і зовнішніх загроз і небезпек [37];

– інвестиційно-інноваційна [17];

– інфекційна [46; 78] – комплекс заходів, спрямованих на мінімізацію спалахів інфекційних захворювань, включаючи моніторинг, оцінку та прогнозування епідеміологічної обстановки [78]; для ЗОЗ такими доказовими практиками є: безпечні ін'єкції; дотримання гігієни рук; безпека поводження з гострими предметами; стерилізація та дезінфекція предметів і пристроїв для догляду за пацієнтами; використання засобів індивідуального захисту (далі – ЗІЗ); очищення та дезінфекція клінічних контактних поверхонь; стримування дихальних виділень у людей, які мають ознаки і симптоми респіраторної інфекції; використання стерильної води в якості охолоджувальної рідини/зрошувача при виконанні хірургічних процедур; гігієна навколишнього середовища (прибирання приміщень, утилізація відходів) [46];

– інформаційна [1; 7; 13; 25; 49] – стан захищеності особистості (соціальних груп, об'єднань, суспільства в цілому) від впливів, здатних проти їх волі й бажання впливати на емоції, настрої, ціннісні орієнтації, змінювати психічний стан і соціально-психологічні характеристики, модифікувати поведінку і обмежувати свободу формування власної позиції [7];

– кадрова – комплексна система заходів, спрямованих на захист інтересів підприємства від можливих загроз, пов'язаних з персоналом [12];

– культурна [36; 88];

– психологічна – стан освітнього середовища, вільний від проявів психологічного насильства, який сприяє задоволенню потреб в особистісному спілкуванні, створює референтну значущість середовища та забезпечує психічне здоров'я його учасників [88];

– соціальна [23; 24; 31; 64; 77; 80] – стан розвитку держави, за якого держава здатна забезпечити гідний і якісний рівень життя населення незалежно

від віку, статі, рівня доходів, сприяти розвитку людського капіталу як найважливішої складової економічного потенціалу країни [64];

– фармацевтична – охоплює: удосконалення її організаційної структури; прогнозування змін, що відбуваються в них, і потенційних загроз фармацевтичній безпеці; безпеку фармацевтичної розробки, доклінічних і клінічних випробувань лікарського засобу, безпеку виробництва (включаючи безпеку субстанцій, що застосовуються для виробництва лікарських засобів), безпеку лікарського засобу під час обігу (транспортування, зберігання, утилізація, медичне застосування, фармаконагляд) тощо; створення відповідної нормативно-правової бази, необхідної для ефективного функціонування системи фармацевтичної безпеки; розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій щодо створення стратегії фармацевтичної безпеки держави; оцінку результативності дій щодо забезпечення фармацевтичної безпеки та визначення витрат на ці цілі; участь у двосторонньому й багатосторонньому співробітництві щодо фармацевтичної безпеки [15].

Кожний вид безпеки є по-своєму важливий. Водночас, слід погодитися, що безпека фізичної особи (особиста) може бути визначена як різновид безпеки особистої, що межує (охоплює) економічну і, до певної міри, також суспільну або державну [8]. При розгляді безпеки людини – це можливість робити свій вибір вільно і безпечно, будучи при цьому у відносній впевненості, що ті можливості, якими вони володіють сьогодні, не будуть ними втрачені завтра – були виділені чотири найбільш істотні риси.

1) Безпека людини – універсальне, котре відноситься до всіх людей у всіх країнах, будь то багаті або бідні. Є безліч загроз, що однакові для всіх: безробіття, бідність, злочинність, забруднення навколишнього середовища. Незважаючи на те, що ступінь їх може відрізнятись в різних місцях земної кулі, усі ці загрози реальні і постійно ростуть.

2) Складові безпеки людини взаємозалежні. Якщо десь у світі безпека людей є під загрозою, то не виключено, що задіяними виявляться всі країни. Наслідки тероризму, голоду, різних захворювань більше не є ізольованими

подіями, які утримуються в межах національних кордонів. Їхні наслідки поширюються по всьому світу.

3) Набагато простіше домогтися безпеки людства шляхом раннього попередження, ніж шляхом пізнього втручання. Набагато простіше запобігти загрози в її початковій стадії, ніж на наступних етапах.

4) Безпека людства – цей людські проблеми. Як живуть люди, наскільки вільно їм дихається в суспільстві, наскільки доступний їм ринок і соціальні можливості, чи живуть вони в умовах конфлікту або в умовах миру [32].

Ба більше, захист безпеки особистості, суспільства й держави здійснюється на основі вирішення стратегічних, тактичних та оперативних заходів залежно від того, скільки є часу для попередження небезпеки [4]. Також синергізм у таких випадках пов'язується з формуванням культури безпеки – безпеки не як результат контролюючого впливу державних регулюючих органів та окремих підрозділів і посадових осіб організації, а наслідок внутрішньої потреби і особистої зацікавленості у безпеці всіх членів колективу від керівного складу до безпосередніх виконавців виробничих завдань [89]. Водночас, зниження безпеки людства може бути повільним, спокійним процесом, або вона може набути вигляду різкої тривоги. Це може стати наслідком як помилкової політики, так і природних катаклізмів [32].

Складові безпеки (зокрема, стосовно суб'єкта господарювання):

- екологічна, яка повинна забезпечити виконання встановлених екологічних норм і мінімізацію втрат від забруднення зовнішнього середовища;
- інтелектуальна та кадрова, яка полягає в збереженні та розвитку інтелектуального потенціалу суб'єкта господарювання;
- інформаційна, головне завдання якої полягає в забезпеченні ефективного інформаційно-аналітичного супроводу господарської діяльності;
- правова, головне завдання якої полягає у всебічному правовому забезпеченні діяльності підприємства, виконанні діючого законодавства;
- силова, яка спрямована на забезпечення фізичної безпеки співробітників підприємства (передусім керівництва), збереження їх майна;

- техніко-технологічна, яка відображає рівень відповідності технології, що використовується на підприємстві, сучасним світовим аналогам;
- фінансова, що покликана забезпечити досягнення найбільш ефективного використання корпоративних ресурсів [38].

Загалом, загрози стосовно безпеки поділяються такі [17; 32; 33; 37; 76]:

1) за джерелами:

- внутрішні – обумовлені станом власної економіки, характером політичних процесів, рівнем соціальної напруженості, наявністю/відсутністю природних ресурсів [32]: зростання майнового розшарування населення та загострення соціальних конфліктів, погіршення криміногенної ситуації в економіці і суспільстві, падіння науково-технічного потенціалу економіки [37];

- зовнішні – обумовлені протиборством політичних і економічних інтересів торговельних партнерів, взаємодіючих на світовій арені, а також загостренням глобальних екологічних проблем (можуть підсилювати або послаблювати дію внутрішніх, і навпаки) [32]: політична нестабільність на світовій арені, посилення боротьби країн світу з природні ресурси і території, зростання темпів міграції робочої сили, особливо висококваліфікованих спеціалістів, з бідних країни до розвинутих, постійне зростання обсягів вивезення капіталу за кордон, зростання імпортозалежності держав з продовольства, споживчих товарів [37]; окупація частини територій, втрата та пошкодження майна усіх форм власності, руйнування виробничої, транспортної і енергетичної інфраструктури, порушення логістичних зв'язків, кардинальну зміну як системи міжгалузевих зв'язків, зниження обсягів виробництва основних видів продукції, передусім, тих, що експортуються, так і загалом структури економіки, масштабну зовнішню та внутрішню міграцію населення, розбалансування державного бюджету та зростання бюджетного дефіциту [53];

- комплексні;

2) за масштабом (локальні, національні, регіональні, глобальні);

3) за об'єктом впливу (загрози особистості, державі, суспільству, коаліції держав, світовому співтовариству, цивілізаціям);

4) за сферами прояву:

- воєнні;
- демографічні;
- духовні;
- екологічні;
- економічні;
- етнічно-конфесійні;
- політичні;
- соціальні [76];

– інноваційні – передбачає підвищення конкурентоспроможності продукції та наукоємності на основі новітніх інформаційних технологій, ефективній взаємодії між наукою і реальним сектором економіки;

– інституціональні – інформаційні технології можуть бути причиною порушення прав інтелектуальної власності в мережі Інтернет, появи нових форм опортунізму тощо; передбачає розробку нових законів у сфері інформаційно-економічних відносин; забезпечення балансу творчих і обмежувальних законів в інформаційній сфері, інтеграцію країни у світовий правовий простір, створення нових інститутів, що визначають рамки взаємодії та правил поведінки в Інтернет-просторі («електронний кордон», «електронний університет», «електронний податок» і ін.), розвиток приватно-державного партнерства в інформаційній сфері [18];

– інформаційні [18; 76] – втрата інформаційної безпеки (колонізація); зосередження на комплексі заходів щодо захисту від загроз, пов'язаних з розвитком новітніх інформаційно-комунікаційних технологій і Інтернету;

– ринкові – ІКТ дають можливість монополізації ринку, з'являються нові форми конкурентної боротьби; формування чесних ринкових відносин, недопущення інформаційної війни як форми конкурентної боротьби;

– циклічні – інформаційні технології як умова циклічних трансформацій у сучасній економіці; акцент на дієвому прогнозуванні негативних тенденцій, пов'язаних із нестабільністю та нестійким трендом розвитку [18].

Також розрізняють реальні, вже здійснені зміни, і потенційні загрози. Існують цілеспрямовано створювані й стихійно виникаючі загрози. Важливо також розпізнавати загрози, які породжують небажані зміни через короткі проміжки часу, і перспективні, прояв яких може наступити через тривалий термін після виникнення цієї загрози. За змістом загрози класифікуються на політичні, економічні, соціальні і екологічні, у т.ч. і такі, що містять одночасно кілька з названих властивостей [32]. Важливо наголосити, що нехтування окремими видами безпеки та безпекою загалом може призвести до негативних соціально-економічних наслідків, депресивного стану галузей/сфер національної економіки, зростання рівня імпортової залежності, банкрутства суб'єктів ринку тощо. Саме тому актуальним нині є гарантування передумов до забезпечення економічної безпеки держави і нівелювання загроз [18].

Соціально-психологічна безпека в ЗОЗ охоплює організацію сприятливого середовища, вільного від психологічного дискомфорту, дискримінації чи тиску, а також забезпечення позитивної міжособистісної взаємодії між пацієнтами й персоналом [36]. Водночас, нова парадигма формування системи безпеки визначає її як тріаду: 1) цілісну соціетальну систему взаємопов'язаних елементів; 2) організаційно замкнуту підсистему суспільної безпеки, яка характеризується сукупністю взаємодій її складників (окремих видів безпеки); 3) стан і характеристику міри досягнення оптимального рівня безпеки функціонування, відтворення і розвитку соціально-економічної системи [30].

За даними ВООЗ, у світі нараховують майже 60 млн співробітники СОЗ [9]. Виділяють наступні їх категорії:

– менеджери (керівники) – генеральні директори, заступники керівників ЗОЗ, медичні офіс-менеджери, завідувачі відділеннями й іншими структурними підрозділами;

– професіонали – лікарі різних спеціалізацій, а також медичні психологи, фармацевти й інші професіонали;

– фахівці – медичні сестри, парамедики, фельдшери, ерготерапевти, екстрені медичні техніки;

– технічні службовці – техніки-ортопеди, лаборанти, рентгенлаборанти, статистики медичні – виконання технічних і допоміжних функцій, пов'язаних з діагностикою, обробкою даних, обслуговуванням медичного обладнання;

– робітники – молодша медична сестра з догляду за хворими, санітар(ка), фасувальник медичних виробів, дезінфектор, сестра-господиня, буфетниця, ліфтер, охоронець [14].

За рівнем виробничого травматизму СОЗ є однією з найнебезпечніших у світі. В сучасних умовах робота співробітників ЗОЗ (передусім, лікарів) належить до високотехнічної діяльності, що за рівнем ризику виникнення природної (раптової) смерті на робочому місці, професійних і виробничо-зумовлених захворювань унаслідок комбінованої, комплексної та поєднаної дії численних фізичних, хімічних, біологічних і психофізіологічних чинників випереджає провідні галузі промисловості, а тривалість життя медичних працівників в середньому менша, ніж інших працівників і населення загалом. Важкість, шкідливість, напруженість і небезпечність праці різко зростає в умовах надзвичайних ситуацій (далі – НС) різного характеру. Співробітники СОЗ першими взяли на себе «удар» пандемії COVID-19 і безпосередньо долають наслідки повномасштабної військової агресії РФ в Україні [9].

Серед причин виникнення професійного гострого інфекційного захворювання на COVID-19 у співробітників СОЗ, за актами завершення комісійних розслідувань, зазначено відсутність ЗІЗ; використання ЗІЗ, що не відповідають ступеню існуючих ризиків для життя та здоров'я співробітників СОЗ; психофізіологічні причини (власна їх необережність, порушення ними правил охорони праці); інші причини (наприклад, порушення розмежування чистої та забрудненої вірусом зон у ЗОЗ) [92].

При цьому не лише страждають співробітники СОЗ, але і ускладнюється та/або унеможлиблюється надання медичної допомоги як цивільному населенню [9], так і комбатантів. Це неминуче погіршує параметри різних видів безпеки – стану живих організмів (у даному випадку, людей) та їх об'єднань, за

якого унеможливлено та/чи зведено до мінімуму негативний вплив на них будь-яких зовнішніх і внутрішніх загроз [48] – як пацієнтів, так і співробітників СОЗ.

Щоб мінімізувати/уникнути негативних проявів вищенаведених загроз (викликів) необхідно забезпечити належний, окрім іншого, соціальний захист співробітників СОЗ – функцію держави, спрямовану на встановлення системи правових і соціальних гарантій, що забезпечує задоволення професійних і матеріальних потреб співробітників СОЗ відповідно до особливого виду їх професійної діяльності, визначної ролі у суспільстві. Якісний соціальний захист дасть змогу висококваліфікованим співробітникам СОЗ зосередитися на більш важливих завданнях, що передбачають безпосереднє професійне удосконалення та спілкування з пацієнтом [80]. Гарантованість їм прав на соціальний захист необхідно пов'язувати також: із усебічним діапазоном охоплення категорій осіб, які потребують соціального захисту; комплексністю видів забезпечення та рівня, що дасть змогу забезпечити доступ до медичних послуг; дотриманням принципу соціальної справедливості й рівності у сфері розподілу наявних фінансових і гуманітарних ресурсів; врахуванням усіх видів соціального ризику; узгодженістю дій соціальних партнерів щодо інформування та втілення соціальних програм; простотою реалізації права співробітників СОЗ на соціальний захист і доступністю оскарження порушень у цій сфері [83].

Безпека працівників як суб'єктивне сприйняття рівня та стану своєї соціально-економічної захищеності, може реагувати на соціальну (глибше – моральну) відповідальність бізнес-підприємства та менеджменту: ставлення менеджерів до працівників; справедливість системи оплати праці та мотивації, прозорість комунікацій тощо. Але це суб'єктивне сприйняття буде безумовно впливати на продуктивність та якість праці, лояльність до підприємства і плінність кадрів, фінансові результати діяльності, що, своєю чергою, вплине на стан економічної безпеки бізнес-підприємства [41].

Зважаючи на істотну суспільну значущість безпеки співробітників СОЗ, викликає додатковий інтерес забезпечення належного зовнішнього впливу у цій сфері. Саме тому слід навести тлумачення дотичних до цього явища поняття, а

сама: державна політика – діяльність держави та її інститутів, спрямована на забезпечення порядку у суспільстві, узгодження та підпорядкування різних соціальних інтересів, досягнення суспільної злагоди і організації управління суспільним розвитком [47]; публічне управління розвитком СОЗ – відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – СОЗ та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод [105]; публічне реагування на виклики у СОЗ – дії уповноважених органів публічного управління, які у межах власних компетенцій реагують на суспільні запити, пов'язані з наявними та ймовірними проблемами зі забезпеченням здоров'я населення та/або розвитку СОЗ [52].

Система публічної політика щодо забезпечення безпеки – комплекс організаційних, інституційних, правових і функціональних структур, які спрямовані на забезпечення стійкості, захисту та розвитку економічної сфери держави в умовах потенційних загроз і ризиків (зокрема, НС), включаючи військові конфлікти, зовнішні агресії, терористичні атаки, економічний тиск, кібератаки та інші небезпеки [53] – є специфічним видом публічного впливу, який охоплює соціально-економічну, політичну й інші сфери суспільного життя, тому функції, повноваження та відповідальність, які на нього покладаються: специфічні; одночасно стосуються різних інтересів, що зумовлює необхідність пошуку їх взаємоприйняттого балансу; спрямовані на забезпечення умов, за яких може відбуватися сталий прогресивний розвиток суспільства й реалізація національних інтересів як у зовнішній, так і внутрішній сфері життєдіяльності держави [42].

При розгляді публічної політики щодо забезпечення безпеки (зокрема, співробітників СОЗ) потрібно зрозуміти декілька моментів. По-перше, те, що безпека – це процес, який є не тільки прямолінійним, а й циклічним, має свої точки «перелому». По-друге, треба визначити те, що може його обмежувати і як можна це подолати, бо процес не піде в потрібному напрямі [81]. Для забезпечення такого впливу необхідне належне методологічне забезпечення

цього процесу (зокрема, деталізації переліку та змісту елементів публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ).

1.2 Елементи публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я

Найбільшою цінністю для держави є народ, а його здоров'я на теперішній час (як і в усі часи) є стратегічним об'єктом публічної політики й складовою національної безпеки [4]. При цьому вкрай важливо, щоб були максимальною мірою захищені інтереси усіх учасників цього процесу: не лише пацієнтів, а і співробітників СОЗ.

Також важливо дотримуватися наступних вимог до відповідної публічної політики: багаторівневість реалізації (загальнодержавний, регіональний, місцевий); багатовекторність політики, оскільки економічна безпека держави включає в себе фінансову, макроекономічну, виробничу, енергетичну, зовнішньоекономічну й інвестиційно-інноваційну безпеки; реалізується за допомогою спеціальних норм права, які мають здебільшого адміністративно-правову природу, оскільки приймаються уповноваженими органами публічної адміністрації на виконання законодавчих положень. у цьому випадку можна говорити про наявність механізму адміністративно-правового регулювання забезпечення економічної безпеки держави; відповідає положенням чинного законодавства та враховує об'єктивні закони економіки; забезпечується певною сукупністю нормативно визначених форм і методів, серед яких чільне місце займають видання актів управління, а також застосування методів переконання і примусу; критеріальність, яка полягає в тому, що держава в особі уповноважених органів виробляє систему критеріїв і показників ефективності політики у сфері забезпечення економічної безпеки; реалізується спеціально визначеними суб'єктами публічної адміністрації; системність і наступність, які проявляються у створенні системи спеціально уповноважених органів її

здійснення, наявності механізму ухвалення стратегічних і тактичних управлінських рішень, контролю за отриманим результатом і здійснення коригування у разі необхідності; спрямована на забезпечення реалізації соціально-економічних прав і свобод громадян, а також створення умов для подальшого розвитку і зростання національної економіки [43].

Тому зосередимося на висвітленні специфіки окремих елементів публічної політики, серед яких традиційно виділяють рівні, суб'єктів, об'єктів, мету, цілі, завдання, принципи, функції, методи та засоби.

Інституціональною основою забезпечення безпеки співробітників СОЗ має стати діяльність уповноважених органів публічної влади, що мають відповідні повноваження на різних рівнях і в різних галузях/сферах національної економіки. При цьому найвищі органи влади мають виробити відповідну публічну політику й здійснювати вибір стратегії щодо забезпечення відповідну безпеки як основи національної безпеки у цілому [53].

Відтак, суб'єкти формування та реалізації публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ:

1) Загальнодержавний рівень:

– Верховна Рада України (далі – Парламент) – формує законодавчу базу в цій сфері; визначає засади внутрішньої/зовнішньої політики, основи національної безпеки; схвалює рішення з питань введення НС і воєнного стану, мобілізації, визначення загальної структури, чисельності, функцій ЗСУ й інших військових формувань, створених відповідно до законів України [82]; формує правові засади державної політики в сфері економічної безпеки, зокрема щодо організації та функціонування комплексної системи національної економічної безпеки; затверджує Державний бюджет України, загальнодержавні програми економічного, розвитку контролює їх виконання; затверджує перелік об'єктів права державної власності, що не підлягають приватизації; здійснює контроль за діяльністю Уряду щодо реалізації державної політики в сфері безпеки; ратифікує міжнародні договори і угоди в сфері забезпечення безпеки [41];

– Президент України – забезпечує узгоджені дії всіх гілок державної влади між собою, а також із підсистемою недержавного забезпечення у сфері забезпечення національної безпеки; видає нормативно-правові акти з цих питань; визначає реальні й потенційні загрози і небезпеки й вживає необхідних заходів їх забезпечення національної безпеки; здійснює загальне управління у всіх сферах суспільного життя; приймає рішення про застосування інших військових формувань, що не входять до складу ЗСУ [82]; представляє державу в міжнародних відносинах, веде переговори і укладає міжнародні договори України з питань функціонування національної економіки й забезпечення глобальної безпеки; звертається з посланнями до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до Парламенту про внутрішнє/зовнішнє становище України; забезпечує державну незалежність та національну безпеку; видавати Укази з питань захисту прав громадян, інтересів національної економіки [41]; очолює РНБО, яка розробляє та розглядає на своїх засіданнях питання, які стосуються безпеки; визначає стратегічні національні інтереси України, концептуальні підходи та напрями забезпечення безпеки; удосконалює систему забезпечення безпеки, утворення, реорганізацію й ліквідацію органів виконавчої влади у цій сфері; залучає контрольні, інспекційні та наглядові органи, що функціонують у системі виконавчої влади, до здійснення контролю за своєчасністю та якістю виконання прийнятих рішень РНБО [70];

– Кабінет Міністрів України (далі – Уряд) – забезпечує державний суверенітет та економічну самостійність України, здійснення внутрішньої і зовнішньої політики держави, виконання Конституції і законів України, актів Президента України, що стосуються національної безпеки; вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина; забезпечує проведення фінансової, цінової, інвестиційної та податкової політики, політики у сферах праці й зайнятості населення, соціального захисту, освіти, науки і культури, охорони природи, екологічної безпеки та природокористування; спрямовує та координує роботу міністерств, інших органів виконавчої влади з питань, що стосуються національної безпеки; здійснюючи загальне управління галузевими

органами управління національною безпекою, входить до макросистеми органів управління національною безпекою; здійснює заходи щодо забезпечення обороноздатності та національної безпеки, громадського порядку, боротьби зі злочинністю; вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина; організовує та забезпечує здійснення зовнішньоекономічної діяльності України, митної справи [65; 82];

– Прокуратура України – здійснює нагляд за додержанням законів органами, які проводять оперативно-розшукову діяльність, дізнання, досудове слідство у сфері національної безпеки; нагляд за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, що порушені за фактом вчинення злочинів проти основ національної безпеки, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи громадян;

– Конституційний Суд України, суди загальної юрисдикції;

– Рада національної безпеки і оборони України (далі – РНБО) – здійснює контроль лише за органами виконавчої влади, втім органи законодавчої і судової влади по суті в питанні виконання ними функцій із забезпечення національної безпеки є безконтрольними [82]; проєктів державних програм, доктрин, законів України, указів Президента України, міжнародних договорів, інших нормативних актів і документів з питань національної безпеки і оборони; визначення стратегічних національних інтересів, концептуальних підходів і напрямів забезпечення національної безпеки і оборони в економічній, сфері; заходів політичного, економічного, соціального, і іншого характеру відповідно до масштабу потенційних і реальних загроз національним інтересам [70];

– центральні органи виконавчої влади (далі – ЦОВВ) – Мінекономіки, Міненерго, Міндовкілля, МОЗ, МОН, Мінсоцполітики, Мінінфраструктури, Мінфін, КРАІЛ, МЗС, МВС, НПУ, НАБУ, СБУ, ДФС, ДПС ... [43; 44; 72].

2) Регіональний рівень:

– місцеві органи виконавчої влади – вирішення питань соціально-економічного розвитку відповідних територій, бюджету, фінансів та обліку,

управління майном, приватизації, сприяння розвитку підприємництва та здійснення державної регуляторної політики, зовнішньоекономічної діяльності; розробляє проекти програм соціально-економічного розвитку і подає їх на затвердження відповідній раді, забезпечує їх виконання, звітує перед відповідною радою про їх виконання; подає раді висновки щодо доцільності розміщення на відповідній території нових підприємств та інших об'єктів незалежно від форм власності; вносить за погодженням з відповідними органами місцевого самоврядування пропозиції про створення спеціальних (вільних) економічних зон, зміну статусу та території цих зон; складає, схвалює і подає на розгляд ради прогноз відповідного бюджету, складає і подає на затвердження ради проект відповідного бюджету та забезпечує його виконання; звітує перед відповідною радою про його виконання [67];

– органи місцевого самоврядування – затверджують програми соціально-економічного розвитку відповідно району, області, цільових програм з інших питань, контролюють їх виконання; забезпечують збалансований розвиток відповідної території, ефективне використання наявних ресурсів, а також здійснювати реалізацію загальнодержавних програм розвитку і безпеки; розгляд прогнозу місцевого бюджету; затвердження програм соціально-економічного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць; забезпечення збалансованого економічного та соціального розвитку відповідної території, ефективного використання природних, трудових і фінансових ресурсів; розгляд проектів планів підприємств і організацій, які належать до комунальної власності відповідних територіальних громад, внесення до них зауважень і пропозицій, здійснення контролю за їх виконанням [66];

– громадські об'єднання зі статусом юридичної особи – беруть участь у здійсненні державної регуляторної політики, а також у роботі консультативних, дорадчих й інших допоміжних органів; залучаються органами публічної влади до підготовки аналізів регуляторного впливу, експертних висновків щодо регуляторного впливу та виконання заходів з відстеження результативності регуляторних актів [62]; збирають, узагальнюють та подають органу виконавчої

влади пропозиції громадськості щодо вирішення питань, які мають важливе суспільне значення, у т.ч. питань, які стосуються реалізації регіональної економічної політики та реалізації державної політики у сфері забезпечення економічної безпеки держави на місцевому рівні; проводять громадський моніторинг за врахуванням органом виконавчої влади пропозицій і зауважень громадськості, забезпеченням ним прозорості та відкритості своєї діяльності, а також дотриманням нормативно-правових актів, спрямованих на запобігання та протидію корупції [63]; запитують і одержують від державних органів влади інформацію для здійснення громадського контролю [79].

Зроблено висновок про неможливість чіткого поділу меж компетенції органів публічної влади щодо кожної із складових безпеки, оскільки вони є взаємопов'язаними й взаємообумовленими [53].

Рівні та об'єкти економічної безпеки:

- мегарівень (економічна безпека наддержавних структур, мегарегіональних структур);
- макроекономічний рівень (економічна безпека держави);
- мезорівень (економічна безпека регіону, території, галузі, виробничого комплексу);
- мікрорівень (економічна безпека підприємств – економічних агентів ринку);
- нанорівень (економічна безпека особи, сім'ї (родини) [50];
- стратегічний (Парламент, Президент і Уряд України);
- оперативно-стратегічний (регіональні органи публічної влади);
- оперативно-локальний (місцеві органи публічної влади) рівень [59].

Об'єкти публічної політики забезпечення безпеки співробітників СОЗ:

- СОЗ загалом;
- СОЗ та її трудові колективи (співробітники);
- суспільні економічні відносини, економічні права та свободи [43].

Мета публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ: розвиток його суб'єктів, покращання їх економічної ефективності та фінансової

стійкості і ліквідності, зростання ролі в економіці [11]; створення належних умов для подальшого розвитку національної економіки та забезпечення її конкурентоспроможності, а також впорядкування суспільних відносин, забезпечення реалізації прав і свобод громадян; впорядкування та розвиток суспільних економічних відносин, забезпечення реалізації прав і свобод громадян, створення умов для подальшого розвитку національної економіки, забезпечення конкурентоспроможності держави у світовому економічному середовищі [43]; створення прийнятних умов для життя і розвитку особи, соціально-економічної і військово-політичної стабільності суспільства й збереження цілісності держави, забезпеченні успішного протистояння впливу внутрішніх і зовнішніх загроз [20].

Цілі публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ: врегулювання певних суспільних відносин за окремими сферами діяльності держави з метою їх впорядкування, захисту та подальшого розвитку; забезпечення прав і свобод фізичних та юридичних осіб, сприяння їх реалізації, а також захисту та відновлення у випадку порушень [43].

Завдання публічної політики забезпечення безпеки співробітників СОЗ: розвиток ринкової конкуренції; забезпечення демонополізації економіки та детінізації господарських відносин; захист права власності; забезпечення сталого функціонування фінансової системи, послідовності грошово-кредитної політики та підвищення рівня довіри до національних фінансових інститутів; створення конкурентних умов для залучення інвестицій, зокрема іноземних; створення сприятливих, зокрема фінансових умов, для розвитку науки, промисловості; сприяння розширенню потенціалу країни і ефективності його використання [71]; взаємодія зі ЗМІ з питань правової пропаганди щодо протидії загрозам безпеці; втілення заходів щодо підвищення ефективності діяльності суб'єктів реалізації державної політики у цій сфері; збір та обробка статистичної інформації, узагальнення та оцінка якої сприяє протидії загрозам безпеці; організація та проведення нарад, колективних обговорень, вироблення програм, методичних рекомендацій щодо забезпечення безпеки; розроблення

планів реалізації заходів щодо забезпечення безпеки; підготовка і узагальнення матеріалів для розробки проєктів актів управління щодо реалізації державної політики у сфері забезпечення безпеки; проведення наукових конференцій, семінарів, круглих столів, присвячених актуальним проблемам забезпечення безпеки з окресленням можливих шляхів їх вирішення; роз'яснювальну роботу серед населення щодо негативних соціальних наслідків вчинення правопорушень у цій сфері; узагальнення і впровадження передового досвіду з приводу реалізації державної політики у сфері забезпечення безпеки; формування та ведення електронних реєстрів даних.

Принципи публічної політики забезпечення безпеки співробітників СОЗ – прояв закономірностей, які відображені як певного наукового положення, що застосовується в теоретичній і практичній діяльності людей у сфері державного управління [28]; керівні правила, що відбивають зміст закономірностей та мають бути закріплені в нормативно-правових документах і використовуватися в науковій і практичній діяльності фахівців з управління [43]:

- адаптивності – система кадрової безпеки повинна бути гнучкою, здатною швидко реагувати на нові виклики й зміни в зовнішньому та внутрішньому середовищі;

- безперервності – формування кадрової безпеки є постійним процесом, який вимагає регулярного перегляду і адаптації до змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі; постійний моніторинг і вдосконалення стратегії управління персоналом, що надає можливість своєчасно виявляти та коригувати недоліки або реагувати на нові виклики;

- відповідності – заходи з кадрової безпеки повинні відповідати розміру, специфіці та потребам конкретного ЗОЗ [12]; робота механізму здійснюється у відповідності до нормативно-правової бази, внутрішніх положень, інструкцій, норм і принципів; відповідно до наявних ресурсів, кадрового складу; умов зовнішнього середовища; макроекономічної ситуації в країні;

- вчасності – будь-які дії, що спрямовані на забезпечення стабільності й ефективності повинні виконуватись відповідно до планових розкладів, а у

непередбачених ситуаціях з максимальною швидкістю задля мінімізації можливих втрат [84];

– гнучкості та адаптивності – здатність адаптуватися до змін у зовнішньому та внутрішньому бізнес-середовищі, включно з ринковими умовами, технічним розвитком, змінами в законодавстві або соціальними тенденціями [12];

– доцільності – використання ресурсів матеріальних, кадрових чи інформаційних повинно бути чітко розплановане та прорахована доцільність їх використання; відповідальність за доцільність будь-яких запобіжних загрозах дій покладається на керівника відділу безпеки [84];

– ефективності – усі заходи, що вживаються для забезпечення кадрової безпеки, мають бути результативними з точки зору досягнення поставлених цілей і раціональними з погляду використання ресурсів [12]; чітке слідкування за рівнем безпеки, критичними значеннями; пошук балансу між затраченими ресурсами та віддача від шляхів протидії загрозах; злагодженість роботи кадрів та керівної ланки та ін. [84];

– забезпечення кадрової безпеки – захист від ризиків, так і створення умов для стабільного розвитку людського капіталу;

– законності – усі дії, спрямовані на забезпечення кадрової безпеки, повинні здійснюватися в рамках чинного законодавства, з дотриманням прав і свобод співробітників СОЗ;

– залученості керівництва та співпрацівників – залучення до процесу розробки та впровадження стратегії;

– інтеграції – усі процеси управління персоналом мають бути взаємопов'язані та спрямовані на досягнення загальних стратегічних цілей СОЗ;

– комплексності – забезпечення кадрової безпеки включає одночасне врахування всіх можливих аспектів, таких як юридичні, економічні, організаційні, соціальні та психологічні фактори;

– превентивності – основна увага приділяється запобіганню ризиків через їх ранню ідентифікацію та аналіз [12];

– раціональності – будь-які дії, що здійснюються чи будуть здійснюватись по відношенню до безпеки повинні бути зважені в бік найбільш вигідніших для ЗОЗ [84];

– системності – кадрова безпека повинна бути інтегрованою частиною загальної системи управління безпекою ЗОЗ;

– участі – усі працівники ЗОС мають бути залучені до процесу забезпечення кадрової безпеки, розуміти його важливість і бути мотивованими до участі в заходах з її підтримки;

– цілісності – розробка стратегії управління персоналом повинна враховувати всі рівні ЗОЗ – від стратегічного до оперативного [12];

– балансу економічних інтересів особи, сім'ї, суспільства, держави;

– взаємної відповідальності особи, сім'ї, суспільства, держави щодо забезпечення безпеки;

– законності на всіх етапах забезпечення безпеки;

– інтеграції національної безпеки з міжнародною безпекою;

– надання пріоритету мирним заходам у вирішенні внутрішніх і зовнішніх конфліктів економічного характеру;

– своєчасності і адекватності заходів, пов'язаних із відверненням загроз і захистом національних економічних інтересів [28].

Функції реалізації публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я є забезпечення виконання комплексу заходів щодо збереження здоров'я та запобігання масовим, насамперед інфекційним захворюванням, які у разі набуття некерованого перебігу здатні призвести до значних втрат трудового потенціалу нації через інвалідність та смертність населення [4]; своєчасне прогнозування, виявлення, запобігання та нейтралізація реальних і потенційних загроз національним інтересам (із залученням відповідних, спеціально створюваних сил і засобів); одночасно стосуються інтересів кожної людини, суспільної групи, суспільства та держави, а не рідко й інших держав, які, як правило, не збігаються, що зумовлює необхідність пошуку взаємоприйняттого балансу (компромісу) інтересів і є

першочерговою управлінською проблемою, розв'язання якої покладається на систему державного регулювання економічної безпеки; функції в кінцевому підсумку, спрямовані на забезпечення умов, за яких може відбуватися сталий прогресивний розвиток суспільства та реалізація національних інтересів як у зовнішній, так і у внутрішній сфері життєдіяльності держави [42].

Методи та засоби реалізації публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ:

1) Адміністративні: система стандартів з безпеки праці, санітарні норми, будівельні норми і правила, норми, правила [22]; ліцензування, патентування і квотування, технічне регулювання, застосування нормативів і лімітів [19]; адміністративний примус [3; 29; 38; 39; 43]; контроль (парламентський, судовий, зі сторони органів виконавчої влади, громадський) та нагляд; переконання та примус [43]; отримання безоплатно інформації, документів, матеріалів та відомостей; безперешкодний доступ на склади, у сховища, виробничі й інші приміщення, що належать підприємствам, установам та організаціям; вимогу інвентаризації основних фондів, товарно-матеріальних цінностей, коштів і розрахунків; отримання та вилучення копій документів, витягів із документів, які свідчать про порушення законодавства; отримання відомостей, копій документів, довідок про банківські операції та залишки коштів на рахунках об'єктів, що контролюються, і копії документів про операції та розрахунки з підприємствами, установами, організаціями; вимогу щодо усунення виявлених порушень законодавства; призупинення бюджетних асигнувань; накладення адміністративних стягнень; зупинення операцій з бюджетними коштами [35].

2) Економічні: державне замовлення, регулювання цін і тарифів, надання інвестиційних, податкових й інших пільг, надання дотацій, компенсацій, цільових інновацій та субсидій [19]; фінансування заходів з гігієни та безпеки праці.

3) Організаційні: заходи, пов'язані з навчанням безпечним методам праці, атестацією робочих місць і фахівців; планування [22]; реагування на випадки

дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарги громадян, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги [75].

4) Правові:

– закон України: Конституція України; Кодекс законів про працю; Про охорону праці; Основи трудового законодавства...: у ЗОЗ з кількістю працюючих більше 50 осіб передбачається створення служби охорони праці, на яку покладається широке коло завдань від опрацювання ефективної системи управління охорони праці до проведення розслідування нещасних випадків, аналізу їх причин, а також організація навчання, інформування та надання роз'яснень співробітників СОЗ з питань охорони праці [68];

– укази Президента України:

– постанови Уряду: затвердження процедури встановлення діагнозу гострого професійного захворювання на COVID-19 [60];

– Постанови/Розпорядження Парламенту:

– накази МОЗ: Про призначається відповідальний за поводження з медичними відходами [69]; Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до ЗОЗ, що надають ПМД; Про затвердження стандарту інфекційного контролю для ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз; Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в ЗОЗ» [94];

– постанови Правління Фонду соціального страхування України: Положення про комісію (уповноваженого), на яку покладається облік осіб, що часто та довго хворіють [58].

5) Психологічні: виховання (економічне, правове, моральне та ін.); особистий приклад; ознайомлення та роз'яснення актуальних нормативно-правових положень, що регламентують суспільні відносини у сфері безпеки та процесів її забезпечення (усне, шляхом виготовлення та розповсюдження друкованих матеріалів, виготовлення та поширення кіно-, відеоматеріалів через ЗМІ, мережу Інтернет на офіційних веб-сайтах суб'єктів публічної адміністрації

та громадських організацій тощо); популяризацію юридичних і економічних знань безпекової спрямованості; пропагування ведення легальних видів господарської діяльності, чесної сплати податків (зборів, загальнообов'язкових платежів), раціонального використання земель, захисту навколишнього природного середовища та інших питань сфери економічної безпеки держави шляхом проведення оглядів, конкурсів, змагань; популяризацію юридично-позитивної поведінки у галузі економіки; критику негативних проявів роботи та поведінки окремих осіб; проведення інструктажів представників суб'єктів публічної адміністрації й громадськості з питань ефективного виконання поставлених завдань; заохочення (моральне – подяка, нагорода почесним знаком, присвоєння почесного звання; матеріальне – грошові премії, цінні подарунки); поширення передового зарубіжного досвіду забезпечення економічної безпеки держави, що сприятиме імплементації міжнародних стандартів у практичну діяльність суб'єктів реалізації державної політики у сфері забезпечення економічної безпеки держави на національному рівні; організацію державних і громадських заходів, спрямованих на розв'язання конкретних завдань (проведення галузевих семінарів, зборів, конференцій, виставок і презентацій, зокрема присвячених проблемам економічної злочинності тощо) [2; 3].

Зрештою слід зазначити, що наявне методологічне забезпечення як підґрунтям зважених публічно-управлінських рішень, завдяки яким можна забезпечити прийнятний рівень безпеки співробітників СОЗ.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Забезпеченість співробітниками сфери охорони здоров'я Харківської області

Функціонування та розвиток СОЗ Харківської області нерозривно пов'язано з належним (достатнім за кількісними і якісними параметрами) ресурсним забезпеченням цього процесу. І хоча кожний з видів ресурсів, що задіяні, є по-своєму важливим (значущим), але допоки провідні позиції зберігають саме трудові ресурси. У контексті СОЗ, це, беззаперечно, є саме лікарі, оскільки саме вони залишаються тим своєрідним «магнітом», який «притягує» до себе переважну більшість пацієнтів, тим самим створюючи «потік доходів», а з тим – підґрунтя, перш за все, для економічної безпеки ЗОЗ. Водночас слід пам'ятати, що більшість лікарів продовжують реалізовувати свої професійні якості як наймані працівники ЗОЗ різних форм власності (до речі, чимало з них займаються приватною практикою).

Важливо також відзначити, що результати діяльності ЗОЗ доволі чутливі до змін соціальної, економічної, епідеміологічної та політичної ситуації. Так, зокрема, старіння нації призводить до зміни структури надавачів і споживачів медичних послуг, а також переліку й частки окремих патологій; збідніння населення – до скорочення платоспроможного попиту на медичні послуги й зниження реальних доходів ЗОЗ і його персоналу; пандемія COVID-19 – до накладання додаткових обмежень як на ЗОЗ (передусім, щодо спектру доступних медичних послуг), так і на пацієнтів (щодо свободи переміщення); повномасштабна військова агресія РФ – до пошкодження/руйнування ЗОЗ, масової внутрішньої/зовнішньої міграції населення (не лише пацієнтів, а й лікарів, медичних працівників та іншого персоналу ЗОЗ). До того ж не варто

нехтувати впливом медичної реформи, яка пов'язана з формуванням спроможних мереж ЗОЗ, що, своєю чергою, супроводжується, щонайменше, скороченням певної кількості посад, як максимум – скорочення/ліквідування окремих відділень чи ліквідуванням/поглинанням ЗОЗ. При цьому збереження робочих місць є однією з важливих запорук забезпечення безпеки лікарів й інших співробітників ЗОЗ, оскільки це є своєрідною гарантією збереження джерела основних доходів (як офіційних, так і «тіньових»).

Так, зокрема, упродовж 2021–2024 рр. Харківська область перебувала під впливом практично усіх цих чинників, тим самим накладають свій «відбиток» на динаміці кількості посад лікарів в ЗОЗ (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Штатні посади лікарів в ЗОЗ Харківської області [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	3275,25	3192,50	3070,00	2775,00
По ЗОЗ м. Харків	4658,50	4516,75	3992,75	4430,75
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	3382,00	3288,75	3176,00	3106,50
По ЗОЗ області	11315,75	10998,00	10238,75	10312,25
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	164,25	165,00	154,00	162,75
Усього по області	11480,00	11163,00	10392,75	10475,00

Упродовж останніх років має місце стала тенденція до скорочення на 8,8 % кількості штатних посад лікарів (табл. 2.1), що стало наслідком медичної реформи (реструктуризації/оптимізації ЗОЗ) та неможливості вести відповідну діяльність на окупованих територіях і у зонах активних бойових дій (передусім це стосується «периферійних» сільських територій). При цьому у 2024 р. наявне незначне покращання ситуації, що стало можливим завдяки збільшенню чисельності населення м. Харків (тому необхідності «розширення» ЗОЗ), що, радше за все, стало наслідком як вимушена евакуації населення зі зон активних бойових дій, так і повернення частини харків'ян, які були тимчасовими внутрішніми чи зовнішніми переміщеними особами (означене своєю чергою, стало наслідком як неможливості «знайти себе» на іншій території та безгрошів'я, так і певному покращанню безпекової ситуації в місті/регіоні).

Тотожні за вектором, але більш значущі зміни (на 15,5 %) кількості зайнятих посад лікарів (табл. 2.2) наочно свідчить про те, що лікарі є більш чутливими до реагування на вищенаведені зовнішні чинники. При цьому найбільших «втрат» зазнали ЗОЗ, які підпорядковані ДОЗ ХОВА та МОЗ, оскільки ці ЗОЗ порівняно гірше реалізують принцип «комерціалізації» у своїй діяльності, тим самим виявилися неспроможними «компенсувати» повну та/чи часткову втрату бюджетного фінансування.

Таблиця 2.2 – Зайняті посади лікарів в ЗОЗ Харківської області [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	2536,00	2308,25	2138,75	2179,50
По ЗОЗ м. Харків	4141,25	3778,50	3393,00	3547,75
По ЗОЗ, підпорядкованих ДОЗ ХОВА	2796,75	2509,50	2419,50	2286,50
По ЗОЗ області	9474,00	8596,00	7951,25	8013,75
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	136,75	135,75	121,75	112,75
Усього по області	9610,75	8732,00	8073,00	8126,50

На тлі скорочення кількості штатних (табл. 2.1) і зайнятих посад лікарів (табл. 2.2), ще більше занепокоєння викликає не лише скорочення на 15,3 % чисельності лікарів, які фактично обіймають ці посади (табл. 2.3), а і реальне зниження значень цих відносних показників (табл. 2.4).

Таблиця 2.3 – Фізичні особи, які фактично обіймають посади лікарів в ЗОЗ Харківської області [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	2245	2116	1975	1938
По ЗОЗ м. Харків	3909	3622	3491	3303
По ЗОЗ, підпорядкованих ДОЗ ХОВА	2354	2159	2094	1975
По ЗОЗ області	8508	7897	7560	7216
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	119	124	114	95
Усього по області	8627	8021	7674	7311

Останнє викликає додаткове занепокоєння через те, що за таких умов знижується фізична доступність населення (пацієнтів) до якісних медичних послуг (передусім, через скорочення чисельності осіб, які спроможні це забезпечити належним чином). Також проблемою є збільшення навантаження на лікарів (що далеко не завжди компенсується додатковою оплатою їхньої праці), тим самим спричиняючи пришвидшення «професійного вигорання».

Таблиця 2.4 – Забезпеченість фізичними особами лікарів ЗОЗ Харківської області (на 10 тис. населення) [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	18,65	17,90	16,71	16,40
По ЗОЗ м. Харків	27,64	25,85	24,90	23,57
По ЗОЗ, підпорядкованих ДОЗ ХОВА	8,99	8,35	8,10	7,65
По ЗОЗ області	32,50	30,57	29,26	27,93
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	0,45	0,48	0,44	0,37
Усього по області	32,95	31,10	29,70	28,30

Збереження не лише низхідної тенденції досліджуваних показників (табл. 2.1–2.4), а і хронічного «відставання» чисельності реальних лікарів (табл. 2.3) від кількості фактично зайнятих (табл. 2.2) і номінальних посад лікарів (табл. 2.1), наочно відображає зростає їх дефіцит, тобто недостатня укомплектованість штатних посад як номінально (табл. 2.5), так і фактично (табл. 2.6). Найбільшою мірою ці проблеми стосуються ЗОЗ, які підпорядковані ДОЗ ХОВА та МОЗ через посилення їхніх проблем, радше за все, фінансового характеру. Водночас, попри усі наявні проблеми, порівняно краща ситуація наявна в ЗОЗ м. Харків, але наявний дефіцит в 25,4 % (табл. 2.5) та 20,0 % (табл. 2.6) щодо номінальної та фактичної укомплектованості, відповідно.

У розрізі окремих територіальних громад (далі – ТГ) і районів Харківської області мають місце як загальні тенденції, так і певні виключення. Так, зокрема, Коломацька селтг має навіть надлишкову укомплектованість лікарями; водночас, критична ситуація має місце в Близнюківській селтг, Борівській

селтг, Великобурлуцькій селтг, Дворічанській селтг, Золочівській селтг та Куп'янській мтг, де номінальна укомплектованість менша за 50 % (табл. 2.7).

Таблиця 2.5 – Укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів ЗОЗ Харківської області, % [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	68,54	66,28	64,33	69,84
По ЗОЗ м. Харків	83,91	80,19	87,43	74,55
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	69,60	65,65	65,93	63,58
По ЗОЗ області	75,19	71,80	73,84	69,98
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	72,45	75,15	74,03	58,37
Усього по області	75,15	71,85	73,84	69,79

Таблиця 2.6 – Укомплектованість штатних посад зайнятими особами лікарів ЗОЗ Харківської області, % [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	77,43	72,30	69,67	78,54
По ЗОЗ м. Харків	88,90	83,66	84,98	80,07
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	82,70	76,31	76,18	73,60
По ЗОЗ області (бюджет)	83,72	78,16	77,66	77,71
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	83,26	82,27	79,06	69,28
Усього по області	83,72	78,22	77,68	77,58

Знов таки, хронічне «відставання» чисельності реальних лікарів (табл. 2.3) від кількості фактично зайнятих (табл. 2.2) і номінальних посад лікарів (табл. 2.1), змушує як менеджмент ЗОЗ безпосередньо, так і опосередковано представників уповноважених органів публічного управління (зокрема, ДООЗ ХОВА і УООЗ МР) уможливлювати сумісництво лікарів. Найбільший його коефіцієнт (понад 1,15) має місце в Балаклійській мтг, Богодухівській мтг, Валківській мтг, Зміївській мтг, Ізюмській мтг та Первомайській мтг (табл. 2.8), що, з високою ймовірністю, може свідчити про намагання «компенсувати» дефіцит лікарів і створити для них можливість збільшити їхні «легальні» доходи; водночас, зберігається загроза зниження якості надання медичних

послуг, а також провокування конфліктів між тими співробітниками ЗОЗ, які отримують додаткові доходи й тими, хто не отримав такої можливості.

Таблиця 2.7 – Укомплектованість штатних посад зайнятими особами лікарів ЗОЗ Харківської області, % [54; 55]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зачепилівська селтг	73,97	76,06	76,06	87,10
Кегичівська селтг	69,09	74,07	73,68	68,20
Красноградська мтг	81,09	77,30	76,53	79,68
Сахновщинська селтг	70,24	65,02	74,85	77,19
Всього по Берестинському району	75,71	74,34	75,33	76,97
Богодухівська мтг	69,72	71,37	68,72	69,25
Валківська мтг	62,35	58,35	54,67	54,28
Золочівська селтг	64,86	57,14	49,44	49,44
Коломацька селтг	85,71	106,67	103,70	103,70
Краснокутська селтг	61,54	63,55	69,26	63,23
Всього по Богодухівському району	65,48	64,20	61,77	60,45
Балаклійська мтг	54,11	48,92	54,61	53,36
Барвінківська мтг	50,19	51,36	55,86	58,49
Борівська селтг	54,63	51,10	51,81	43,24
Ізюмська мтг	67,26	62,54	51,50	48,16
Всього по Ізюмському району	59,08	55,01	54,25	52,19
Великобурлуцька селтг	56,92	54,70	52,68	43,64
Дворічанська селтг	51,10	49,77	48,78	48,73
Куп'янська мтг	73,39	65,59	47,20	36,59
Шевченківський селтг	72,92	63,04	67,39	71,74
Всього по Куп'янському району	67,79	61,61	50,51	43,15
Близнюківська селтг	55,49	60,82	58,06	46,15
Лозівська мтг	78,64	71,50	73,82	71,45
Первомайська мтг	71,37	78,24	75,94	71,05
Всього по Лозівському району	73,77	72,37	72,42	66,71
Вовчанська мтг	73,08	62,50	52,35	50,29
Зміївська мтг	70,15	66,67	70,91	73,21
Печенізька селтг	85,71	71,43	71,43	71,43
Чугуївська мтг	58,03	55,54	57,29	55,30
Всього по Чугуївському району	67,55	62,55	62,62	60,03
Дергачівська мтг	79,84	69,70	69,57	64,57
Люботинська мтг	75,18	75,00	73,41	71,01
Нововодолазька селтг	70,43	79,59	86,58	75,90
Харківська мтг (м. Харків)	83,91	80,20	87,43	74,55
Всього по Харківському району	82,33	79,53	85,45	73,93
Усього по області	75,15	71,85	73,84	69,79

Таблиця 2.8 – Коефіцієнт сумісництва лікарів в ЗОЗ Харківської області,
% [54; 55]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зачепилівська селтг	1,03	0,99	0,96	0,99
Кегичівська селтг	1,19	1,07	1,07	1,11
Красноградська мтг	1,09	1,06	1,10	1,10
Сахновщинська селтг	1,05	0,97	0,95	1,01
Всього по Берестинському району	1,09	1,04	1,05	1,08
Богодухівська мтг	1,20	1,21	1,15	1,17
Валківська мтг	1,31	1,32	1,34	1,31
Золочівська селтг	1,13	1,10	1,05	1,08
Краснокутська селтг	1,19	1,20	0,97	1,13
Всього по Богодухівському району	1,21	1,21	1,14	1,18
Балаклійська мтг	1,22	1,20	1,19	1,26
Барвінківська мтг	1,20	1,20	1,21	1,23
Борівська селтг	1,11	1,05	1,01	1,00
Ізюмська мтг	1,16	1,18	1,09	1,17
Всього по Ізюмському району	1,17	1,16	1,14	1,19
Великобурлуцька селтг	1,17	1,05	1,13	1,18
Дворічанська селтг	1,12	1,06	0,94	0,96
Куп'янська мтг	1,10	1,09	1,06	1,10
Шевченківський селтг	1,14	1,16	1,13	1,13
Всього по Куп'янському району	1,11	1,09	1,07	1,10
Близнюківська селтг	1,06	1,10	1,14	1,28
Лозівська мтг	1,14	1,07	1,05	1,14
Первомайська мтг	1,10	1,08	1,08	1,15
Всього по Лозівському району	1,12	1,08	1,07	1,16
Дергачівська мтг	1,11	1,09	1,05	1,09
Люботинська мтг	1,09	1,07	1,15	1,14
Нововодолазька селтг	1,08	1,02	1,03	1,08
Харківська мтг (м. Харків)	1,06	1,04	0,97	1,07
Всього по Харківському району	1,06	1,04	0,98	1,07
Вовчанська мтг	1,26	1,11	1,13	1,13
Зміївська мтг	1,18	1,15	1,16	1,16
Печенізька селтг	1,00	1,00	1,00	1,00
Чугуївська мтг	1,24	1,09	1,10	1,13
Всього по Чугуївському району	1,20	1,10	1,11	1,13
Усього по області	1,11	1,09	1,05	1,11

Якщо не обмежуватися аналізом фактичної чисельності лікарів за останні чотири роки (табл. 2.3), а розширити його до «діапазону» ХХІ ст., то можна

виявити наступне: загальна чисельність лікарів по Харківській області скоротилася на 37,8 %, по районах області – на 42,5 %, по м. Харків – на 43,3 %; при цьому відносна забезпеченість населення лікарями скоротилася на 29,6 % (табл. 2.9). Таким чином, зростають вимоги до професійної підготовленості та умотивованості лікарів, а також матеріально-технічної та методологічної забезпеченості їхньої діяльності.

Таблиця 2.9 – Загальна чисельність лікарів по Харківській області [54]

Рік	Райони	м. Харків	Харківська область	Показник на 10 тис. населення (по області)
2001	3369	5828	11747	40,2
2002	3277	5216	11160	38,6
2003	3154	5385	10985	38,5
2004	2855	5607	11301	39,9
2005	2855	5480	11258	40,0
2006	2811	5387	11163	39,9
2007	2825	5302	10975	39,5
2008	2736	5274	11047	39,7
2009	2733	5231	11042	39,9
2010	2757	5182	11098	40,3
2011	2750	5249	11027	40,3
2012	2747	5198	10367	38,0
2013	2670	4955	10295	37,7
2014	2716	4903	10268	37,7
2015	2778	4875	10220	37,6
2016	2701	4791	10039	37,1
2017	2657	4706	9854	36,7
2018	2640	4458	9567	35,7
2019	2578	4345	9402	35,4
2020	2383	4024	8872	33,6
2021	2245	3909	8627	32,9
2022	2116	3622	8021	33,8
2023	1975	3491	7674	31,3
2024	1938	3303	7311	28,3

Наявний дефіцит лікарів (табл. 2.6; 2.7) є не єдиною проблемою для ЗОЗ Харківської області, оскільки не меншої значущості має доволі висока частка осіб пенсійного віку серед лікарів (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Частка осіб пенсійного віку серед лікарів ЗОЗ Харківської області, % [54; 55]

Територія	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зачепилівська селтг	29,63	28,57	33,33
Кегичівська селтг	34,29	34,29	35,14
Красноградська мтг	22,33	25,74	25,74
Сахновщинська селтг	27,27	34,38	33,33
Всього по Берестинському району	26,47	29,21	30,05
Богодухівська мтг	25,00	26,92	27,63
Валківська мтг	24,59	30,00	29,23
Золочівська селтг	37,84	45,45	42,42
Краснокутська селтг	30,77	28,57	32,65
Всього по Богодухівському району	28,99	31,28	31,74
Балаклійська мтг	37,72	32,80	34,71
Барвінківська мтг	60,61	61,29	67,74
Борівська селтг	27,59	32,00	33,33
Ізюмська мтг	38,32	41,18	37,80
Всього по Ізюмському району	39,20	38,36	39,05
Великобурлуцька селтг	25,00	29,63	37,50
Дворічанська селтг	48,15	52,00	50,00
Куп'янська мтг	35,98	41,59	42,22
Шевченківський селтг	41,38	38,71	45,45
Всього по Куп'янському району	36,51	40,82	43,27
Близнюківська селтг	34,62	33,33	27,27
Лозівська мтг	34,93	38,57	36,05
Первомайська мтг	21,74	22,09	25,93
Всього по Лозівському району	26,89	32,41	31,80
Дергачівська мтг	23,59	20,00	19,48
Люботинська мтг	24,07	34,00	38,78
Нововодолазька селтг	37,18	38,75	44,59
Харківська мтг (м. Харків)	20,05	23,47	28,19
Всього по Харківському району	20,69	24,00	28,42
Вовчанська мтг	29,23	42,11	48,84
Зміївська мтг	35,56	35,87	32,99
Печенізька селтг	80,50	46,15	80,00
Чугуївська мтг	37,40	39,82	38,33
Всього по Чугуївському району	37,24	40,88	40,45
Усього по області	21,95	24,41	28,57

Звісно, «вікові» лікарі є достатньо кваліфікованими та досвідченими, але, водночас, почасти додаткової критики заслуговує наступне: актуальність їхніх

знань і навичок; стан фізичного та ментального здоров'я, що, у поєднанні з недостатньою мірою умотивованості, може стати стримуючим фактором для підтримання належної продуктивності праці, готовності до опанування нових медичних технологій та наставництва. При цьому чимало ТГ (Барвінківська мтг, Вовчанська мтг, Дворічанська селтг, Золочівська селтг, Куп'янська мтг, Нововодолазька селтг, Печенізька селтг, Шевченківський селтг) «потерпають» від того, що в місцевих ЗОЗ понад 40,0 % лікарів є пенсійного віку.

Вищенаведені проблеми зі забезпеченням ЗОЗ Харківської області стосується не лише лікарів (табл. 2.1–2.10), а і молодших спеціалістів з медичною освітою. Забезпеченість ними ЗОЗ Харківської області загалом скоротилась на 20,4 %, а найвищий його рівень традиційно притаманний саме ЗОЗ області (табл. 2.11), тоді як номінальна (табл. 2.12) і фактична укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою (табл. 2.13) найвищою є в м. Харків, що, радше за все, обумовлено кращими ресурсним забезпеченням і умовами (зокрема, фінансовими) праці в таких ЗОЗ. До того ж, непоодинокі випадки (до речі, це ще більшою мірою стосується лікарів), коли молодші спеціалісти з медичною освітою одночасно працюють в декількох ЗОЗ (в комунальному/державному – за основним місцем роботи, а в приватному – за сумісництвом).

Таблиця 2.11 – Забезпеченість фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою ЗОЗ Харківської області (на 10 тис. населення) [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	42,23	40,57	35,66	32,29
По ЗОЗ м. Харків	36,67	34,11	32,91	31,19
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	18,61	18,45	18,18	14,37
По ЗОЗ області	57,83	55,52	52,36	46,06
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	0,74	0,68	0,70	0,58
Усього по області	58,58	56,19	53,03	46,65

У більшості випадків лікарі надлишково «завантажені» у одному чи декількох ЗОЗ одночасно (тобто поширене сумісництво та/чи суміщення)

(табл. 2.8). Хоча молодші спеціалісти з медичною освітою (зокрема це стосується Балаклійської мтг, Валківської мтг та Харківської мтг) теж віддають перевагу таким додатковим заробіткам, але є чимало ТГ, де коефіцієнт сумісництва менший за одиницю, а у окремих (Богодухівська мтг, Кегичівська селтг, Печенізька селтг) узагалі менший за 0,9 (табл. 2.14).

Таблиця 2.12 – Укомплектованість штатних посад фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою ЗОЗ Харківської області, % [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	86,60	84,98	81,07	71,20
По ЗОЗ м. Харків	80,39	78,50	77,95	75,22
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	75,37	72,49	71,75	64,79
По ЗОЗ області (бюджет)	80,60	78,34	76,57	70,41
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	76,17	68,03	77,28	66,23
Усього по області	80,54	78,19	76,58	70,36

Таблиця 2.13 – Укомплектованість штатних посад зайнятими особами молодших спеціалістів з медичною освітою ЗОЗ Харківської області, % [54]

Територія	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
По ЗОЗ районів області	88,06	83,19	81,02	66,75
По ЗОЗ м. Харків	89,15	84,02	83,63	82,30
По ЗОЗ, підпорядкованих ДООЗ ХОВА	85,62	79,89	79,44	74,53
По ЗОЗ області (бюджет)	87,59	82,28	81,31	74,73
По ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ	87,30	78,62	88,11	74,78
Усього по області	87,59	82,23	81,39	74,73

Наявна ситуація, з високою ймовірністю, може свідчити про те, молодші спеціалісти з медичною освітою в таких ЗОЗ змушені як «надлишково» працювати, так і потерпати від неповної зайнятості. Останнє може свідчити про намагання таких осіб, з одного боку, мати стабільні доходи, а з іншого (тим паче, зважаючи на депресивність більшості «периферійних» ТГ) – «триматися» за наявну роботу, оскільки здебільшого практично відсутні альтернативні варіанти працевлаштування за наявною професією.

Таблиця 2.14 – Коефіцієнт сумісництва (молодші спеціалісти з медичною освітою) в ЗОЗ Харківської області, % [54; 55]

Територія	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зачепилівська селтг	1,00	0,98	0,99
Кегичівська селтг	0,87	0,91	0,90
Красноградська мтг	0,92	0,95	0,94
Сахновщинська селтг	0,89	0,93	0,95
Всього по Берестинському району	0,92	0,95	0,95
Богодухівська мтг	0,94	0,94	0,86
Валківська мтг	1,11	1,13	1,11
Золочівська селтг	1,03	1,01	1,04
Краснокутська селтг	0,95	0,95	0,96
Всього по Богодухівському району	0,99	1,00	0,97
Балаклійська мтг	1,01	1,07	1,13
Барвінківська мтг	0,97	1,00	1,01
Борівська селтг	0,96	1,00	0,95
Ізюмська мтг	1,01	1,01	1,02
Всього по Ізюмському району	1,00	1,03	1,06
Великобурлуцька селтг	0,84	0,96	0,92
Дворічанська селтг	0,96	0,93	0,92
Куп'янська мтг	1,00	0,99	1,00
Шевченківський селтг	1,09	1,11	1,09
Всього по Куп'янському району	0,98	1,00	0,99
Близнюківська селтг	0,98	1,09	1,03
Лозівська мтг	0,94	0,96	0,97
Первомайська мтг	1,01	1,01	1,03
Всього по Лозівському району	0,96	0,99	0,99
Дергачівська мтг	1,02	0,96	0,96
Люботинська мтг	0,99	1,02	1,01
Нововодолазька селтг	0,96	0,97	0,96
Харківська мтг (м. Харків)	1,07	1,07	1,09
Всього по Харківському району	1,06	1,06	1,08
Вовчанська мтг	0,97	1,04	0,98
Зміївська мтг	1,02	1,04	1,03
Печенізька селтг	0,79	0,94	0,81
Чугуївська мтг	1,00	1,00	1,01
Всього по Чугуївському району	0,99	1,01	1,00
Усього по області	1,05	1,06	1,06

Окремо слід відзначити, що загальні показники чисельності лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (означене також стосується

менеджменту, технічних службовців і робітників ЗОЗ) створюють лише загальну уяву про умови їхньої професійної діяльності (зокрема, що параметрів соціальної, економічної, епідеміологічної, інфекційної безпеки). Водночас, про безпекову ситуацію у межах окремих ЗОЗ і СОЗ загалом можна висновувати за результатами соціологічних досліджень, а також аналізу статистичної інформації про причини та напрями «руху персоналу» ЗОЗ.

Зрештою слід зазначити, СОЗ Харківської області недостатньою мірою (кількісно і якісно) забезпечене співробітниками, але ті, хто працює нині заслуговує на безпечні (в усіх їх виявах) умови праці. Ба більше, створюючи безпечне середовище у межах ЗОЗ, уможлиблюється турбота не лише про нині працюючих співробітників, а і про тих, хто згодом зголоситься стати частиною цього колективу.

2.2 Українські реалії забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я

Для виявлення українських реалій забезпечення безпеки співробітників СОЗ можна використовувати доступну публічну інформацію (передусім, зі ЗМІ), статистичну інформацію, зміст наукових публікацій та результати соціологічних досліджень.

Так, зокрема, сучасні соціальні медіа важливим інструментом активізації соціальної комунікації і організації соціальних протестів, що в силу емоційного впливу і деструктивних настроїв, використовуються внутрішніми й іноземними акторами для реалізації власних цілей. Сучасному громадянину надзвичайно важко відрізнити так звані інформаційні «фейки» від реальних фактів, оскільки конструювання фейків відбувається по зазначенню частково правдивої інформації за формулою: 20 % правди та 80 % брехні. Засилля дезінформації необхідно для того, щоб приховати правду та відвернути увагу суспільства від нагальних державних проблем і хибних політичних рішень. Крім того,

безперервний інформаційний потік призводить до перенасичення людської свідомості, пригнічує здатність до сприйняття та критичного осмислення, наростання втоми і апатії суспільства до інформаційних приводів [7]. Відтак, науковці, практики та пересічні особи мають доволі ретельно «фільтрувати» потік інформації про рівень розвитку СОЗ і ЗОЗ, а також параметри безпеки їх співробітників.

Зниження рівнів виробничого травматизму в СОЗ України (принаймні, в 2022 р.), значною мірою зумовлене ускладненням реєстрації нещасних випадків на виробництві в умовах повномасштабної військової агресії РФ. Для «смертельного» виробничого травматизму властива аналогічна динаміка. Максимуму летальний травматизм досягнув у 2021 р. (226 випадків на рік). Коефіцієнт кореляції між цими показниками дорівнює 1,0. Частка загального травматизму в СОЗ і надання соціальної допомоги у структурі загального виробничого травматизму загалом на фоні пандемії COVID-19 зросла в рази і досягла у 2020 р. рівня 49,5 %, у 2021 р. – 72,1 %. Отже, в розпал пандемії COVID-19 3/4 усіх випадків виробничого травматизму фіксували в СОЗ і сфері надання соціальної допомоги. Аналогічна тенденція виявлена для летального травматизму. Майже кожен шостий випадок летального травматизму у 2020 р. та майже кожен другий у 2021 р. зареєстровані саме у СОЗ і сфері надання соціальної допомоги. Наведені факти підтверджують різке зростання небезпеки лікарняного середовища в умовах НС медико-біологічного характеру й необхідність розробки адекватних безпекових алгоритмів реагування на них [9].

У 2020 р. зафіксовано збільшення кількості випадків природної смерті на робочих місцях у соціально-культурній сфері та торгівлі більше ніж утричі (з 175–229 випадків у 2015–2019 рр. до 709 випадків у 2020 р.). Певною мірою це спричинено зростанням захворюваності на спровоковані COVID-19 пневмонії, не пов'язані з умовами праці, серед співробітників СОЗ. Певну роль відіграло також збільшення тривалості їхнього робочого дня на фоні пандемії COVID-19, адже, за даними наукової літератури, тривалість робочого тижня 55 і більше годин призводить до підвищення ризику розвитку інсульту на 35 %, а ішемічної

хвороби серця – на 17 % (порівняно 35–40-годинним тижнем). Тому саме захворювання серцево-судинної системи є найпоширенішою причиною «природної» смерті на робочому місці [106]. Отож, пандемія COVID-19 спричинила зростання частоти природної смерті на робочому місці в соціально-культурній сфері, до якої належить і СОЗ [9].

До того ж, в умовах пандемії COVID-19 відбувалося функціональне накопичення втоми у співробітників СОЗ, зокрема унаслідок збільшення тривалості безперервної роботи. Це не лише збільшувало ризик професійного захворювання на COVID-19, але й підвищувало імовірність виникнення інших видів нещасних випадків на виробництві. Анкетування співробітників СОЗ, здійснене в ЗОЗ Києва та Житомирської області у 2020–2021 рр., показало: 89,7 % київських і 74,0 % житомирських респондентів зазнавали впливу підвищеного нервово-емоційного напруження, пов'язаного з роботою. Зрозуміло, що в умовах воєнного стану ситуація різко погіршилася [114; 116].

У формуванні небезпек лікарняного середовища в Україні відіграло певну роль і вторгнення на територію країни. Від початку повномасштабного вторгнення РФ пошкоджені майже 1500 ЗОЗ, ще 193 – зруйновано повністю. Ворог пошкодив понад 350 авто швидкої медичної допомоги, викрадено більш як 120 авто. Лише за перший рік військових дій в Україні загинули понад 100 співробітників СОЗ. Прямі задокументована шкода від руйнувань ЗОС лише за перший рік воєнного стану становлять \$ 1,8 млрд, і ці цифри продовжують зростати. Навіть у віддалених від лінії фронту регіонах співробітників СОЗ змушені працювати в умовах значного перенапруження, спровокованого воєнними діями в країні. Лікарям доводиться працювати на необладнаних для цього робочих місцях, а іноді навіть у «польових умовах», де немає адекватного освітлення, вентиляції, водопостачання, каналізації... Проте такі приміщення не придатні навіть для використання як укриття для «здорових людей». Чимало лікарів із фронтових і прифронтових територій переїхали в інші області або виїхали за кордон після початку повномасштабного військової агресії РФ. Це також істотно вплинуло на роботу СОЗ України загалом [95; 109].

Про низький рівень культури безпеки свідчать результати досліджень, що були спрямовані на оцінювання її стану в ЗОЗ України. Так, за період 2016–2023 рр., у вітчизняних ЗОЗ визначено суттєве зниження відсотка позитивних відповідей за такими характеристиками культури безпеки, як організаційне навчання (з 91 до 84 %), робота в команді в межах підрозділу (з 82 до 60 %), кадрове забезпечення (з 53 до 39 %) [111; 114]. В Україні досі не впроваджено дієву систему управління охороною праці в ЗОЗ, а також не розроблено методичку ідентифікації причин виникнення несприятливих подій на робочих місцях в ЗОЗ. Значне погіршення безпеки лікарняного середовища в умовах НС залишається поза увагою МОЗ, і його причини не аналізують, не розробляють і не впроваджують адекватні профілактичні заходи [95; 106; 115].

Оцінка суб'єктивного сприйняття співробітниками ЗОЗ впливу чинників лікарняного середовища (2021–2022 рр.): 89,7 % респондентів відзначили, що відчують нервово-емоційне напруження у процесі виконання функціональних обов'язків. При цьому вони «вибудували» наступну ієрархію причин такої невтішної ситуації: небезпека COVID-19 для власного здоров'я; тривале перебування у ЗІЗ; помилки, що негативно вплинули на здоров'я пацієнтів, недотримання хворими правил захисту щодо безпеки оточення. Про втому від роботи наприкінці «робочої зміни» вказали 100 % опитаних, а 28,2 % відчували втому вже у середині робочої зміни. У опитуванні втома від роботи наприкінці зміни відзначали менше 87 % респондентів. Забезпеченість ЗІЗ співробітниками ЗОЗ зросла з 69,6 до 94,9 %; при цьому лише 41,0 % опитаних забезпечені одноразовими халатами, а 82 % – комбінезонами, захисними окулярами, медичними масками, екранами для обличчя, одноразовими рукавичками.

Окремі співробітники ЗОЗ використовують як ЗІЗ маски-шоломи і маски для дайвінгу. При цьому з 54,3 до 74,4 % зросла кількість опитаних, що пройшли тестування на COVID-19, як і частка респондентів (74,4 %), які відчують себе убезпеченими від зараження SARS-CoV-2 у разі використання наявних ЗІЗ. Термін перебування медперсоналу у комбінезонах й інших засобах захисту коливається від 2 до 12 годин з кількістю одягань/роздягань за зміну від

1 до 6 разів і тривалістю одного одягання від 15 до 30 хвилин. Сумісність окремих ЗІЗ відзначили 76,9 % опитаних, 71,8 % з них відзначили гладкість поверхонь ЗІЗ у місцях прилягання до тіла. На питання щодо додаткових факторів ризику, які формують ЗІЗ, респонденти відзначили, що захисні окуляри зменшують поле та гостроту зору через запотівання. Комбінезон погіршує теплообмін тіла під час роботи, створює проблеми з відвідуванням туалету, а також, як і бахіли, ускладнює переміщення персоналу. Як проблему відзначили також відсутність комбінезонів необхідних розмірів

Від 34,78 до 54,35 % респондентів відзначили негативний вплив хімічного чинника на робочому місці – дезінфектантів, медикаментів і виробів медичного призначення. Відчуття негативного впливу засобів медичного призначення значно зменшилося (від 54,4 до 30,8 %). При цьому 39,1 % респондентів відчували наявність запаху, 76,1 % – подразнення слизових оболонок, 28,3 % – подразнення шкіри, а 21,7 % заявили про наявність алергічної реакції. Щодо фізичних чинників (ультрафіолетового випромінювання, шуму, ультразвуку, вібрації, іонізуючого і лазерного випромінювання, електромагнітних полів радіочастот), то на їхній можливий вплив вказала значно менша частка – від 51,3 % респондентів (ультрафіолетового випромінювання) до 10,3 % (вібрації).

Значно зменшилась й частина респондентів, що відзначають наявність у зоні дихання пилу – 7,7 %, що можна пов'язати з більш ефективною роботою механічної вентиляції. Недостатню ефективність роботи вентиляційних систем відзначили 48,7 % респондентів. Насторожує збільшення кількості респондентів, які вказували на недостатню освітленість робочих поверхонь і предметів, що, як відомо, суттєво підвищує ризик виникнення аварій і нещасних випадків серед співробітників СОЗ. Частка з них, хто забезпечувався робочим одягом ЗОЗ, залишилась на тому ж рівні [92].

Якщо аналізувати відсоток інфікованих співробітників СОЗ по областях, то найвищим на той період був показник у Кіровоградській (29,35 %), Полтавській (23,21 %), Дніпропетровській (22,74 %) областях, а найнижчим – у Луганській (4,17 %), Сумській (5,81%), Чернігівській (7,71 %) областях. Серед

причин захворювання співробітників СОЗ на COVID-19 Центр громадського здоров'я МОЗ виділяє відсутність чіткого плану дій у ЗОЗ; порушення визначеного маршруту пацієнтів і стандартів їхнього ведення; недостатнє забезпечення співробітників СОЗ необхідними ЗІЗ; неправильне користування ними; проблеми зберігання і утилізація ЗІЗ. До причин високого рівня інфікування співробітників СОЗ вірусом SARS-CoV-2 слід віднести також високий рівень їхнього нервово-емоційного напруження під час роботи з хворими й зараженими на COVID-19. Напружена й небезпечна праця супроводжується швидким розвитком втоми, яка, як відомо, погіршує якість уваги і пам'яті, знижує рівень самоконтролю безпеки співробітників СОЗ на робочому місці. Високій їх захворюваності сприяє також недостатнє ресурсне забезпечення ЗОЗ, зокрема забезпечення ЗІЗ і робочим одягом.

Наявна ситуація через гальмування комісійних розслідувань не дозволяє своєчасно встановити відповідність умов і безпеки праці законодавству про охорону праці, з'ясувати причини і обставини настання нещасних випадків, встановити осіб, які порушили вимоги, розробити заходи щодо запобігання подібним НС. Тобто сповільнення розслідувань НС інфікування співробітників СОЗ вірусом SARS-CoV-2 створює передумови для подальшого розвитку епідпроцесу серед співробітників СОЗ і підвищує біонебезпеку [92].

Житомирські лікарі у 22,9 % випадків втому відчують у середині робочої зміни, а 66,7 % – наприкінці роботи, а 28,2 % київських лікарів втомлюються посеред робочої зміни, 79,5 % – наприкінці. Достатньо забезпечені ЗІЗ у київських лікарнях 94,9 % лікарів, тоді як у житомирських – лише 62,5 %. Достатнє освітлення на робочому місці і достатню ефективність вентиляції відзначили 90,6 та 50,0 % житомирян, 51,3 та 30,8 % киян, відповідно. Серед фізичних чинників житомирські лікарі найчастіше відзначають вплив ультрафіолетового випромінювання (22,9 %), на другому місці – шум (20,8 %), на третьому (16,7 %) – іонізуюче випромінювання. У їхніх київських колег перше і друге місця також посідають ультрафіолетове випромінювання (48,7 %) і шум (20,5 %), а третє (18,0 %) – електромагнітне

випромінювання. Серед шкідливих хімічних професійних чинників кияни (71,8 %) і житомиряни (57,3 %) найчастіше називають наявність біоцидів і лікарських засобів: 46,2 і 39,6 %, відповідно. Опитані кияни як прояв впливу хімічних чинників відзначили неприємний запах (41,0 %), подразнення слизових оболонок чи шкіри (35,9 %) і алергічні реакції (18,0 %), а в їхніх житомирських колег значення цих проявів відзначалися на рівнях 51,0, 45,0 і 33,3 %, відповідно. Схожими виявилися показники травмування лікарів через уколи чи подряпини ін'єкційною голкою або уламками скла під час відкривання ампул, а також отримання опіків. Суттєво не відрізнялася в опитаних групах лікарів і кількість випадків травмування опорно-рухового апарату, зафіксованих переважно під час переміщення хворих.

Основними причинами високих рівнів професійної захворюваності співробітників СОЗ є: неповну забезпеченість ЗОЗ кадрами (наявні 79,4 %) і адекватними ЗІЗ (68,3 %), що призводить до збільшення тривалості роботи, нервово-емоційного напруження, розвитку втоми і, як наслідок, до підвищення ризику зараження співробітників СОЗ вірусом SARSCoV-2; катастрофічний дефіцит або повна відсутність лікарів-епідеміологів, гігієністів і профпатологів, що не тільки унеможлиблює своєчасне комісійне розслідування випадків професійних захворювань співробітників СОЗ на COVID-19 і смерті від них, а й не дозволяє у повному обсязі здійснювати необхідні протиепідемічні й санітарно-гігієнічні заходи у масштабах країни; особисту необережність потерпілих, невикористання ЗІЗ за їх наявності, роботу у «вогнищі» захворювання, відсутність або неякісне проведення інструктажу з охорони праці у разі допуску до роботи у шкідливих і небезпечних умовах [91].

Вітчизняна система стратегічного планування розвитку і зміцнення безпеки ЗОЗ і її співробітників характеризується такими головними недоліками:

- обсяги фінансування програм підтримки ЗОЗ науково чи ресурсно-необґрунтовані, змінюються хаотично як на центральному, так і на регіональному та місцевому рівнях;

- відсутня належна спадковість програм;

- механізм державного програмування не передбачає належного моніторингу цього процесу;
- пріоритетні завдання не підпорядковані основній меті, що пояснюється відсутністю ієрархії в системі цілей;
- програми підтримки підприємництва стосуються лише сектору малого бізнесу, а отже, не передбачають заходів сприяння розвитку усіх її секторів;
- усталений перелік кількісних індикаторів оцінки результативності програмних заходів є неповноцінним [11];
- недостатній рівень підготовки кадрів в області, створення й використання інформаційних і комунікаційних технологій;
- недостатній розвиток інформаційних і комунікаційних технологій публічного управління, неготовність органів публічної влади до застосування ефективних технологій управління й організації взаємодії з громадянами й господарюючими суб'єктами;
- низька ефективність організації діяльності силових структур забезпечення економічної безпеки;
- певна декларативність правових актів, відсутність чіткого закріплення і дотримання процедур здійснення контролю [18];
- відтік ключових співробітників СОЗ (втрата саме тих, хто володіє критичними знаннями та навичками, і може значно вплинути на продуктивність і стійкість бізнесу);
- недостатня кваліфікація співробітників СОЗ (невідповідність вимогам ринку їхніх професійних знань і навичок, що може призвести до зниження якості продукції або послуг, а також втрати конкурентних переваг);
- внутрішні конфлікти (включно з міжособистісними суперечками), можуть створювати напруженість, знижувати продуктивність і підвищувати рівень стресу в колективі);
- несанкціоноване розголошення конфіденційної інформації [45] (витік внутрішньої інформації, такої як комерційні таємниці або інтелектуальна власність, може поставити під загрозу конкурентну позицію СОЗ);

– порушення трудової дисципліни (недотримання співробітників СОЗ правил і стандартів ЗОЗ може призвести до збільшення кількості помилок, порушення норм безпеки та загального зниження ефективності роботи);

– високий рівень плинності кадрів (часті зміни персоналу можуть викликати додаткові витрати на найм і навчання, а також порушувати стабільність робочих процесів);

– нелояльність співробітників СОЗ (низький рівень їхнього залучення та лояльності може призвести до зниження мотивації, відсутності ініціативи та збільшення ймовірності конфліктних ситуацій);

– юридичні ризики [16]: неправомірні дії співробітників СОЗ (порушення трудового законодавства або контрактних зобов'язань) можуть призвести до юридичних проблем і фінансових втрат для ЗОЗ;

– соціальні та демографічні зміни можуть створити дефіцит кваліфікованих співробітників СОЗ [12].

Зрештою слід зазначити, що загрози безпеці можуть суттєво впливати на роботу ЗОЗ, тому важливо регулярно оцінювати ці ризики та вживати відповідних заходів для їх мінімізації. Задля цього необхідно запропонувати комплекс публічно-управлінських заходів за пріоритетними напрямками для подальшого забезпечення безпеки співробітників СОЗ.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення безпеки співробітників сфери охорони здоров'я

Аналіз закордонного досвіду щодо публічного управління (менеджменту) у царині виробничого здоров'я та безпеки свідчить, що його регулювання необхідно здійснювати на підставі оцінки ризиків настання нещасних випадків та аварій на виробництві [22]. Нині виробничі компанії прагнуть, з одного боку, зменшити витрати, пов'язані з ОЗ і безпекою праці, з іншого – підвищити безпеку виробництва, ефективно керуючи пов'язаними з ним ризиками для людини, і одночасно поліпшити корпоративний імідж. Для цього ще з 1999 р. в ЗОЗ різних країн світу, орієнтуючись на вимоги міжнародного стандарту OHSAS 18000 «Система менеджменту здоров'я та безпеки персоналу» впроваджують системи управління виробничим здоров'ям і безпекою (далі – СУВЗБ) [107]. Впровадження стандарту серії OHSAS 18001 дає можливість раціонально використовувати кошти, спрямовані на безпеку праці. СУВЗБ – це частина загальної системи управління виробничої компанії, спрямована на ідентифікацію небезпек, оцінку та управління ризиками в сфері безпеки та гігієни праці, що пов'язані з діяльністю організації. Цей Стандарт вважається одним із найдосконаліших стандартів з організації менеджменту стосовно питань безпеки праці й тому широко використовується в усьому світі. СУВЗБ будується на ідентифікації та оцінці ризику небезпек настання НС на виробництві та професійних захворювань. Система охоплює політику й цілі в сфері виробничого здоров'я та безпеки, організаційну структуру, процедури та ресурси для розробки, впровадження, досягнення, аналізу та підтримки в

робочому стані політики організації в сфері безпеки та гігієни праці. Кожна організація, яка запроваджує СУВЗБ, має визначити законодавчі й інші нормативні вимоги у цій царині, які вона зобов'язана виконати та які стосуються її видів діяльності, продукції та послуг, обладнання та приміщень. Відповідність організації законодавчим і нормативним актам країни є одним із важливіших критеріїв аудиту під час сертифікації СУВЗБ. Його перевагою є змога поєднати традиційно сформовані структури з тими ланцюжками/ланками, й дає можливість поступового послідовного переходу до автоматизованих методів управління, що відбувається у міру «дозрівання» умов [22].

На основі узагальнення світового досвіду виділено два підходи щодо розвитку управління СОЗ: підвищення ефективності національних СОЗ у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на СОЗ – концепція «доброго управління»; збільшення державних витрат на СОЗ. Ба більше, в європейських країнах останнім часом переглядаються погляди на роль держави в СОЗ. У більшості країн реформуються СОЗ за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування СОЗ [87].

Характер організаційних трансформаційних змін у СОЗ визначався не тільки специфікою проблем, що виникають, але також станом накопичених теоретичних знань щодо проведення реформ і сформованої загальносвітової практики. На чолі процесу медичної реформи весь цей час стояли міжнародні організації, які втілювали в життя розроблені ними стратегії, котрі й зумовили напрями розвитку СОЗ на тривалий період і продовжують реалізовуватися дотепер. Відповідно до директивних напрямів розвиток СОЗ від екстенсивного періоду нарощування кадрів, ліжок, властивого першій половині ХХ ст., послідовно здійснювався у напрямі запровадження додаткових джерел фінансування: системи соціального страхування, державна підтримка найменш забезпечених соціальних груп, залучення коштів споживачів медичних послуг, підвищення економічної ефективності СОЗ на основі організаційних змін.

Отож, історичний досвід реформування СОЗ свідчить про те, що розвиток відбувається переважно в двох напрямках: зміцнення механізмів централізації

управління на всіх рівнях і зміцнення пацієнто-центричної моделі надання медичної допомоги. На урядовому рівні пріоритет отримують стратегії публічного регулювання різних секторів економіки та соціальної сфери з метою врахування їх впливу на здоров'я населення, об'єднання інтересів громадського сектора та особистих інтересів громадян в дотриманні принципів здорового способу життя, створення умов для забезпечення справедливості в забезпеченні населення медичною допомогою. Отож, в світі відбулася зміна вектору управління розвитком СОЗ від класичної ліберальної (пріоритету ринкових механізмів) в сторону посилення державних механізмів регулювання [34].

Для поліпшення результатів розвитку СОЗ і її зміцнення було створене ще одне міжнародне медичне партнерство – УНС2030, яке становить собою платформу з метою багатьох зацікавлених сторін для сприяння спільній роботі у межах країн і на глобальному рівні й потребує скоординованих зусиль у кількох секторах, розробки міцних, стабільних і справедливих СОЗ, що зміцнюється тісною співпрацею з приватним сектором, науковими установами, організаціями громадянського суспільства, ЗМІ, міжнародними організаціями. Платформа УНС2030 пов'язана також з глобальною мережею The Health Systems Governance Collaborative, учасниками якої є представники різних галузей – від технічних експертів і представників громадян до політиків. Вона відкрита для всіх потенційних зацікавлених стейкходерів. На думку вчених і практиків у СОЗ (котрі фокусують діяльність на її розвитку, тобто на дієвому публічному управлінні цього процесу) критично важливі два питання, які потребують зосередження уваги: 1) зміна ролей і можливостей управління СОЗ, коли вони стикаються з численними місцевими, національними й глобальними проблемами; 2) визначення основних рамок, вимірів і показників управління, що підтримуватимуть дієву програму розвитку СОЗ [113].

Зміна структури спеціалізації лікарів як регулятор СОЗ в світі, полягає в підвищенні частки лікарів, які надають першу медичну допомогу та зниження питомої ваги лікарів-фахівців [34]. Головним трендом для СОЗ – незалежно від рівня їх методологічного і технологічного розвитку – забезпечення

відповідного балансу між витратами на СОЗ і доступністю до якісних медичних послуг. Відтак, корелятивно постає питання щодо скорочення фінансування державами медичної сфери і водночас забезпечення її всезагальної доступності для всіх без винятку прошарків населення. Здебільшого в країнах світу запроваджуються різні стратегії оптимізації СОЗ і забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення [35].

На думку експертів Світового банку, публічно-приватне партнерство (далі – ППП) у СОЗ сприяє досягненню таких показників забезпечення громадського здоров'я як: залучення додаткового фінансування у СОЗ та оптимізації витрат із бюджету [103]; підвищення якості та доступності надання населенню медичних послуг і створення високого рівня медичного сервісу [108]; розподіл ризиків реалізації проєкту між державою (уповноваженими органами публічної влади) та приватним сектором [99]; надання доступу до технічних, технологічних та інтелектуальних ресурсів високого професійного рівня (в реалізації проєктів, де беруть участь фахівці від бізнесу по застосуванню новітніх технологічних розробок) [104]; інвестування додаткових ресурсів у реконструкцію наявних об'єктів СОЗ [112]; надання контрактів на управління, лізинг, концесія, контракти на медичні та супутні послуги [26].

Європейська комісія прийняла програму «Інвестиції в здоров'я» (2013 р.), що розглядає здоров'я як цінність самою собою і як інвестиції, сприятливі для економічного розвитку, а також містить рекомендації інвестувати в три основні сфери – здоров'я людей як людський капітал/потенціал, сталість систем охорони здоров'я та зменшення диспропорцій у СОЗ. Також наголошено на адекватній фінансовій підтримці програм з боку структур ЄС для покращання здоров'я населення [98] та умов праці співробітників СОЗ.

Аналіз закордонного досвіду має здійснюватися як узагальнено, так і конкретизовано – артикульовано до умов конкретної країни.

Так, зокрема, спільна комісія з акредитації організацій СОЗ (ІСАНО) в США вже близько 15 років вимагає від ЗОЗ створювати плани забезпечення безпечного середовища догляду, котрі мають такі розділи: небезпечні матеріали

та відходи, безпека (пацієнтів, членів їх сімей і медичного персоналу), охорона, готовність до НС, безпека життєдіяльності, медичне обладнання, комунальні послуги. В ІСАНУ переконані, що реалізація такого плану дозволить мінімізувати ризики в СОЗ і безпечно керувати СОЗ [89]. Прикладом може слугувати план забезпечення безпечного середовища у СОЗ університету Ріверсайд, яке знижує до прийняттого рівня ризики для пацієнтів, відвідувачів і співробітників СОЗ [75]. Для успіху пропонується роботодавцям розпочинати з прийняття основних принципів і стратегій, які повинні спиратися на органічний зв'язок між безпекою пацієнтів та охороною праці співробітників СОЗ, формування нових спільних відносин, єдиних цілей для об'єднання складових безпеки, традиційно відокремлених оперативними центрами їх запровадження й контролю [5]. Одна із новацій американської СОЗ стосується також створення системи «оплати праці» надавачів медичних послуг через технологію Медікер, яка забезпечує гласність їх роботи на основі 140 стандартів якості медичної допомоги, що охоплює 34 клінічні групи [35].

Опосередкований вплив на інформаційну безпеку в діяльності співробітників СОЗ є той факт, що, зокрема, у США клінічні приписи щодо кожного захворювання є складним документом для професіоналів, включаючи виділені червоним кольором розділи послуг, адресовані не лише лікарям, але й суспільству в цілому: ця частина сформульована максимально доступною для непрофесіоналів мовою, ці послуги мають бути надані у всіх випадках, інакше неминучі строгі фінансові санкції, аж до судового розгляду [100].

Важливу роль в СОЗ Великобританії відіграє громадський сектор, який здійснює контроль за якістю надання медичних послуг населенню [35]. Також згідно з медичними регламентами, державі належить мінімальний контроль за СОЗ, оскільки юридично вони перебувають у виключному протектораті місцевих громад. Така модель СОЗ показує відповідність потребам і пріоритетам загальнонаціональних стратегій розвитку СОЗ [56], тим самим створюючи покращуючи рівень безпеки її співробітників. Прагнення підприємців до мінімізації небажаного розголосу протиправної діяльності

підлеглих їм осіб і, таким чином, найменшого підриву репутації ЗОЗ. Тому численні випадки економічних порушень, шахрайство у комп'ютерній сфері, розкрадань інформації, розслідування яких проводяться співробітниками служб безпеки ЗОЗ, залишаються недосяжними для правоохоронних органів і громадськості [74]. Відтак, слід звернути увагу на реалізацію принципів законності та публічності у реалізації публічного впливу на взаємодію між суб'єктами у межах СОЗ і дотичних до неї, оскільки без цього вкрай проблематично гарантувати належне забезпечення безпеки співробітників ЗОЗ.

Стратегічну роль у СОЗ Великобританії відіграють приватні незалежні, інтегровані в національну СОЗ незалежні ЗОЗ, які володіють власною системою фінансування. У більшості випадків співробітники СОЗ, будучи власниками певних ЗОЗ, володіють певною незалежністю і за рахунок досить раціональної системи їх фінансування мають високу мотивацію для ефективної діяльності, перебуваючи у постійній конкуренції за пацієнтів [35]. Діяльність цієї спільноти ґрунтується на принципах морального лікування. Основним завданням лікарні стає надання опори пацієнтам, що стосується до формування сприятливого терапевтичного середовища в результаті спільної роботи пацієнтів і співробітників СОЗ. Вони безперервно аналізують конфлікти, переживання, емоційний відновлення хворих. Роль співробітників СОЗ полягає в наданні допомоги у збереженні їхньої незалежності й самостійності [34].

Досвід функціонування інтегрованих мереж в США, медичних трастів Великобританії розглядається експертами як спроба самоорганізації в СОЗ. Разом з тим цей підхід вимагає виваженого ставлення, оскільки вже практикою доведено, що великі мережі часто складніші в управлінні і чим більше високо організована система, тим більше вона прагне до «руйнування» та вимагає підвищених витрат для забезпечення своєї стабільності. Працюючи разом, страховик й постачальник створюють систему паралельних стимулів, яка підігріває зацікавленість в наданні якісної і рентабельної допомоги. Для України проблема інтеграції установ зі страховими організаціями не є

актуальною через обмеженість розвитку страхового бізнесу та фактичної відсутності конкуренції на ринку медичних послуг [110].

З початком політики реформ і відкритості Китай постійно підвищував свою конкурентоспроможність, зміцнював свій економічний суверенітет і здатністю протистояти зовнішнім втручанням за рахунок стимулювання зростання національної економіки, «проникнення» на міжнародний ринок, залучення великого припливу іноземного капіталу, підготовки місцевих кадрів, сприяння освоєнню провідних технологій, підвищення управлінського досвіду.

В умовах глобалізації забезпечення економічної безпеки Японії реалізується у формах економічного патронату (антикризові заходи уряду, центрального банку й програмні виступи високопосадовців), економічної кооперації і економічного протиборства. Багато заходів антикризової політики уряду і Центрального банку Японії впливали одночасно на кілька секторів національної економіки за такими напрямками: стабілізація фінансової системи; грошово-кредитна політика; бюджетна політика; підтримка реального сектора економіки; підвищення соціального захисту населення; оподаткування [18].

В Австралії більшість лікарів загальної практики, а також фахівців є індивідуальними підприємцями. Фахівці мають право суміщати роботу в державних і приватних ЗОЗ. У рамках Програми розвитку клініки загальної практики вищого рівня уряд надає фінансову підтримку багатопрофільним центрам медичної допомоги, а у межах іншої програми – надається підтримка місцевим об'єднанням лікарів загальної практики чисельністю від 100 до 300 осіб [34].

Урядом Індії створено «Фонд громадської охорони здоров'я», який налічує 17 високоякісних ВНЗ медичного профілю та ЗОЗ, які забезпечують підготовку кількох тисяч фахівців (співробітників СОЗ) різної спеціалізації на рік для роботи в громадському й приватному секторах. Водночас, держава не регулює кваліфікацію лікарів, ні якість медичних послуг, ні квоти на медичне страхування, оскільки тут СОЗ розглядається як соціальний та культурний феномен екзистенційної турботи про здоров'я людини [101].

Питанням безпеки в соціальній та економічній сферах чимало уваги приділено в Стратегії «Казахстан-2050» (2012 р.), згідно з якою до 2050 р. слід забезпечити вирішення таких завдань: введення сприятливого податкового режиму для об'єктів оподаткування, зайнятих в області виробництва і нових технологій; розвиток виробництва альтернативних видів енергії; модернізація макроекономічної політики держави (фокусування державного бюджету на продуктивних з точки зору довгострокової перспективи загальнонаціональних проєктах; розвиток загальнонаціональних економічних проєктів, залучення інвестицій; розвиток транспортної інфраструктури та транзитного потенціалу; стимулювання інвестиційної активності підприємців; розробка концептуально нової системи грошово-кредитної політики, спрямованої на забезпечення економіки необхідними грошовими ресурсами [61].

МВС Литви подає пропозиції державним установам і муніципалітетам щодо реалізації програми зменшення соціально-економічних диспропорцій між регіонами та програм розвитку проблемних територій; надає інформацію і організовує обговорення документів планування регіонального розвитку з державними установами, муніципалітетами, соціальними і бізнес-партнерами й представниками громадськості про підготовку та реалізацію регіональних і національних програм [97]. Законами Литви також встановлюються додаткові вимоги до фінансових показників, надійності об'єктів, що важливі для забезпечення національної безпеки, а також фінансових показників інших суб'єктів господарювання [102].

В останні десятиліття чітко проявилися протиріччя в питанні відповідальності співробітників СОЗ. Практика показує, що успіхи медичної науки привели, з одного боку, до надмірного росту очікувань, які пацієнти покладають на лікарів, а з іншого – до значного ускладнення медичних технологій, способів і методів лікування. Поінформованість пацієнтів про свої права збільшилася, підвищилися їхні вимоги до дотримання лікарями принципів медичної та загальнолюдської етики. Чимала кількість скарг призводить до виплати лікарями грошових компенсацій за рішенням суду або

до судового розгляду за взаємною згодою обох сторін. Розміри таких компенсацій бувають досить значні: при їх розрахунку враховуються не тільки фізичний і моральний збиток, а й втрачений потерпілим заробіток, який той мав, або точно міг би мати, також додатково понесені витрати, пов'язані з відновленням здоров'я. Зрозуміло, що звичайний практикуючий лікар не в змозі виплачувати компенсації таких розмірів. Тому в багатьох розвинених країнах отримало широке поширення страхування професійної відповідальності лікарів. Такого роду страхування оформляється спеціальним полісом, в якому детально формуються основні й додаткові умови страхування. Зазвичай через механізм страхування відшкодовується тільки збиток, що був заподіяний ненавмисно чи в результаті випадкових подій. Придбання поліса зі страхування професійної відповідальності гарантує лікарю, що страхова компанія бере на себе захист його інтересів в судових процесах і виплату компенсацій за тими позовами, які можуть бути йому пред'явлені. Популярні товариства взаємного страхування – за рахунок членських внесків їх учасників. Системи комп'ютерної підтримки лікарських призначень дозволяють майже на 80 % скоротити кількість лікарських помилок при призначенні ліків на 55 % знизити несприятливі побічні реакції. В окремих країнах лікар не може отримати ліцензії на професійну діяльність без відповідних знань в області інформаційних технологій (наприклад – в Нідерландах) [34].

Виділяють такі основні перспективні напрями застосування зарубіжного досвіду щодо забезпечення безпеки й протидії економічним правопорушенням:

- запровадження на рівні РНБО або Офісу Президента України консультативно-дорадчих органів з питань захисту інвестицій, забезпечення безпеки, стабільності фінансової системи держави;

- позбавлення СБУ та МВС повноважень щодо протидії економічній злочинності та контрабанді;

- прийняття стратегічних документів в напрямі розвитку національної економіки, а також протидії економічній злочинності, у т.ч. транснаціонального характеру, відмиванню нелегальних доходів, фінансування тероризму тощо;

– створення окремого органу фінансових розслідувань із можливим підпорядкуванням його структур Мінфіну;

– удосконалення норм чинного законодавства з питань чіткого визначення поняття безпеки та її складових, розмежування повноважень органів публічної влади у цій сфері, забезпечення перспектив розбудови регіональних систем безпеки [43].

Зрештою слід зазначити, що виокремлення кращих світових практик й адаптація найбільш придатних з них до умов України, з урахуванням специфіки соціально-економічної ситуації в країні загалом, так і окремих її територіях.

3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками розвитку сфери охорони здоров'я для подальшого забезпечення безпеки його співробітників

Подальше покращання міри забезпечення безпеки співробітників СОЗ є передумовою, формою прояву та наслідком публічно-управлінських рішень (заходів), спрямованих на збалансовану розбудову національної економіки, окремих її галузей/сфер загалом (передусім, СОЗ), а також ЗОЗ зокрема.

Усі заходи протидії зовнішнім загрозам можна поділити на три напрями:

- 1) Заходи, що спрямовані на зміцнення стану безпеки.
- 2) Заходи, що включають у себе реактивний стан відповіді на загрозу.
- 3) Заходи, що спрямовані на попередження, нейтралізацію дії можливих або латентних загроз [84].

Пріоритетами удосконалення публічної політики щодо забезпечення національної (соціально-економічної) безпеки є:

– інституціональне регулювання, яке можна вважати недостатньо ефективним через те, що держава як основний інститут публічної влади не змогла створити умов (економічних, правових, організаційних) для підвищення відповідальності громадян за власне матеріальне благополуччя та безпеку;

– нормативно-правове забезпечення державного регулювання соціально-економічної безпеки, що сприятиме зниженню соціального напруження в державі у спосіб забезпечення ефективної діяльності державних, економічних, суспільних інститутів у напрямі захисту соціальних спільнот від зовнішніх і внутрішніх загроз, а також запобігає виникненню ситуації соціального вибуху; недопущенню деградації соціальної структури в сенсі як її нівелювання, так і розвитку процесів поляризації, маргіналізації та люмпенізації; забезпечення стійкої соціальної структури при нормальній вертикальній і горизонтальній соціальній мобільності; підтримку адекватної системи ціннісних орієнтацій, політичної та економічної культури громадської поведінки);

– розроблення стратегії безпеки відтворення населення та трудового потенціалу, метою якої є забезпечення економічних передумов уповільнення процесів депопуляції та поліпшення якості населення; вдосконалення основних напрямів демографічної політики та законодавчої бази у сфері демографічної безпеки держави [30];

– збільшення сукупного доходу на душу населення;

– зрушення у бік високих технологій і конкурентоздатного наукомісткого виробництва;

– інформаційна прозорість для суспільства й громадян всіх державних структур;

– переорієнтація багатьох промислових підприємств на створення та модернізацію парку засобів інформатики;

– послідовна інтеграція простору в світовий інформаційний простір при збереженні національного економічного суверенітету;

– розумна децентралізація управління і неухильне дотримання принципів суверенності, незалежності ЗМІ, цілеспрямоване формування довіри населення до влади, економічної і соціальної політики держави;

– створення і розвиток інформаційної системи «Освіта – наука» [42];

– оновлення технічних засобів безпеки;

– підвищення кваліфікації персоналу (співробітників СОЗ);

- пошук необхідної інформації для вироблення оптимальних публічно-управлінських дій;
- проводять тестування нової техніки та обладнання;
- формування серед населення та ділових партнерів сприятливої думки, щодо ЗОЗ (це дає змогу реалізовувати власні плани) [84];
- збільшення ефективності публічного управління власністю в СОЗ;
- зменшення чинного стану національної економіки на користь її сектора, що орієнтовано на експорт;
- підвищення добробуту населення;
- реалізація активної інноваційної політики;
- розвиток внутрішнього ринку держави [18];
- запровадження супроводу інноваційних проєктів й надання різних пілг і підтримки на місцевому рівні вітчизняним інвесторам;
- підвищення кваліфікації та атестації фахівців у сфері інвестиційно-інноваційної діяльності;
- удосконалення методики укладання прозорих угод між інвесторами та публічною владою [17];
- зміцнення фінансової, науково-технологічної, виробничої, енергетичної, екологічної безпеки бізнесу;
- покращання інвестиційно-інноваційного клімату;
- розвиток і реалізація експортного потенціалу бізнесу (зокрема, ЗОЗ);
- удосконалення інституціонального базису бізнесу [11];
- ефективний моніторинг і контроль;
- залучення до участі у прийнятті рішень;
- надання фінансової підтримки об'єднанням громадян;
- підвищення правової грамотності;
- розвиток інфраструктури громадянського суспільства;
- співпраця з міжнародними організаціями та фондами у справах економічної безпеки;
- сприяння реєстрації та легалізації об'єднань громадян;

- створення платформ для співпраці;
 - удосконалення законодавства [53];
 - забезпечення інноваційного розвитку економіки шляхом залучення передових технологій, інвестицій та застосуванням передових методів і форм регулювання економічної сфери;
 - забезпечення економічних прав і свобод фізичних та юридичних осіб шляхом системній протидії економічній злочинності та корупції;
 - забезпечення економічного зростання і підвищення конкурентоспроможності національної економіки України;
 - забезпечення стійкості фінансової системи, проведення виваженої грошово-кредитної політики;
 - забезпечення якості та стимулювання розвитку людського капіталу в усіх галузях/сферах національної економіки;
 - збереження енергетичної незалежності країни, шляхом підтримки національних виробників і забезпечення збалансованої цінової політики в сфері енергетики;
 - підтримка підприємництва та забезпечення мінімального втручання органів публічної влади у розвиток господарських відносин;
 - подолання монополізму та розвиток конкуренції;
 - розвиток високотехнологічних і конкурентоспроможних галузей/сфер національної економіки, що виробляють товари із високою доданою вартістю;
 - проведення збалансованої фіскальної та митної політики [43].
- Необхідно реалізувати комплекс заходів задля удосконалення дозвільної системи (уповноважених органів публічного управління) за такими напрямками:
- покращання роботи місцевих дозвільних органів;
 - популяризація досвіду проходження дозвільних процедур;
 - посилення контролю та відповідальності посадових осіб дозвільних органів;
 - проведення ревізії переліку існуючих ліцензій та дозволів;
 - створення органу з моніторингу дозвільної системи [11].

Заходи, спрямовані на покращання інформаційної безпеки:

- забезпечити більш оперативне реагування РНБО, СБУ та відповідних громадських організацій на факти інформаційної агресії з боку інших держав;

- законодавчо врегулювати процес використання правлячими партіями і фінансово-політичними групами потужного ресурсу ЗМІ, убезпечивши громадян України від деструктивного впливу тих ЗМІ, які транслюють антиукраїнські, асоціальні й аморальні уявлення, ідеї, думки, поширюють українофобські настрої, нагнітають страх, тривожність, апатію;

- не транслювати фільми й програми, які мають антиукраїнський зміст, принижують національні почуття й гідність народу; вчасно давати професійну відповідь тим ЗМІ, які стали рупором антиукраїнської пропаганди, дискредитують українців і намагаються дестабілізувати політико-правову й соціально-економічну ситуацію в Україні;

- об'єднати зусилля всіх фахівців з інформаційної безпеки (представників технологічного і соціо-гуманітарного напрямів) у справі захисту інформаційної складової національної безпеки України;

- посилити соціо-гуманітарну складову внутрішньої політики України, розробити й впровадити цілісну систему соціо-гуманітарних технологій для формування й підтримки почуття колективної самоповаги громадян України до себе, для розвитку у них суб'єктності, патріотизму, критичного мислення, українознавчої компетентності, які є важливою базою для конституювання позитивної національної ідентичності;

- розробити сучасну доктрину інформаційної безпеки України;

- формувати культуру інформаційної безпеки особистості та навички «інформаційної гігієни» ще зі школи [1].

Задля забезпечення розвитку ЗОЗ необхідно здійснити такі заходи:

- гарантувати безпеку та гігієну праці на підприємстві, використовуючи сучасні технології і стандарти безпеки;

- забезпечувати доступ працівників до навчання і професійного розвитку, організовуючи тренінги, семінари й інші освітні заходи;

– встановлювати ефективну систему управління персоналом, яка буде сприяти розумному розподілу робочих сил, а також створювати сприятливу корпоративну культуру;

– оптимізувати систему стимулювання працівників, зокрема преміальні системи, бонуси за результативність, можливості кар'єрного зростання й інші форми мотивації;

– розвивати систему соціальних заходів, яка міститиме в собі медичне страхування, соціальні виплати, пенсійне забезпечення й інші соціальні гарантії для працівників [23].

Окремо слід виділити перелік заходів, спрямованих на забезпечення безпеки співробітників СОЗ, а саме:

1) Усунення або належне екранування таких потенційно небезпечних предметів є необхідним для забезпечення безпеки користувачів (передусім, співробітників СОЗ). Ще одним важливим аспектом підготовки приміщення є забезпечення достатнього та рівномірного освітлення, що дозволить краще орієнтуватися у фізичному просторі навіть під час повного занурення у віртуальну реальність. Надмірна темрява чи різка зміна освітленості можуть викликати дискомфорт і збільшити ризик травмування, тому приміщення повинно бути рівномірно освітлене природним або штучним світлом, без темних кутів або різких світлотіней. Використання додаткових джерел світла, наприклад, спрямованих прожекторів або світлодіодних стрічок, може допомогти створити оптимальні умови освітлення для безпечного простору.

2) Підготовка поверхні підлоги має бути рівною і нековзною аби запобігти спотиканню і падінню користувача під час переміщень. Нерівності, вибоїни або слизькі ділянки на підлозі становлять потенційну небезпеку для користувача. Тому перед використанням приміщення необхідно усунути всі нерівності, наклеїти протиковзкі покриття/килимки. За можливості, доцільно використовувати спеціальні м'які підлогові покриття, такі як татамі або гумові мати. Вони не тільки запобігають травмуванню, але й додають комфорту під час переміщень у віртуальному середовищі.

3) Необхідно завжди відокремлювати зону використання віртуальної реальності, від інших частин приміщення, застосовуючи, наприклад, фізичні бар'єри. Це можуть бути, предмети з м'яких матеріалів, таких як килимки або гумові бортики, оскільки, такі бар'єри допомагають чітко визначити безпечні межі простору, в якому дозволено переміщатися користувачу.

4) Лише комбінація правильно організованого фізичного простору, усунення потенційно небезпечних предметів, забезпечення належного освітлення та нековзної підлоги, а також виокремлення безпечної зони використання віртуальної реальності дозволить створити максимально безпечне середовище для занурення користувачів у віртуальну реальність. Інші важливі заходи, такі як правильний менеджмент кабелів і застосування захисних спеціальних аксесуарів, також необхідно впроваджувати в комплексі для максимальної ефективності. Ретельний контроль за прокладеними кабелями є дуже важливим, адже неправильне розміщення (переплетення), може становити серйозну небезпеку, спричинити спотикання, падіння або інші травми.

5) Необхідно подбати про надійне шифрування даних, що зберігаються на серверах, задіяних у функціонуванні систем. Це стосується як локального обладнання, встановленого безпосередньо в приміщенні, так і можливих хмарних сховищ, куди може передаватися певна частина інформації. У випадку використання хмарних сервісів для зберігання даних, слід ретельно провести аналіз рівень захисту, який вони забезпечують, і розглянути можливість додаткового шифрування даних перед їх передачею до хмарного сховища. Альтернативою може бути використання власних захищених серверів [6].

Усі вищезазначені заходи щодо підготовки приміщення необхідно розглядати в комплексі, адже, радше за все, це дозволить забезпечити безпеку не лише СОЗ і СОЗ, а і її співробітників.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення забезпечення безпеки – стану відсутності будь-якої загрози; характеристики захищеності будь-якого об'єкта від впливу зовнішніх і внутрішніх загроз або, навпаки, як захищеність від впливу будь-якого об'єкта – дозволяє стверджувати про бажаність такого стану як для національної економіки та окремих її галузей/сфер загалом, так і СОЗ і ЗОЗ, а відтак – її співробітників, які поділяються на такі категорії: менеджери (керівники), професіонали, фахівці, технічні службовці, робітники. Кожний з видів безпеки (виробнича, військова, екологічна, економічна, інфекційна, інформаційна, кадрова, культурна, психологічна, соціальна, фармацевтична) має свою специфіку, а її забезпечення здебільшого потребує зваженого зовнішнього впливу, який зводиться до публічного управління розвитком СОЗ – відкритого (у межах власних і делегованих повноважень) впливу на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – ЗОЗ та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод

2. Дослідження діючих елементи публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ, серед яких традиційно виділяють рівні, суб'єктів, об'єктів, мету, цілі, завдання, принципи, функції, методи та засоби. Кожний з суб'єктів (передусім, уповноважені органи публічної влади) здійснює свій вплив на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях. Об'єктами такого впливу є СОЗ загалом, ЗОЗ та її трудові колективи (співробітники), а також суспільні економічні відносини, економічні права та свободи. Метою такого впливу є створення прийнятних умов для життя і розвитку особи, соціально-економічної і військово-політичної стабільності суспільства й збереження цілісності держави, забезпеченні успішного протистояння впливу внутрішніх і зовнішніх загроз. При цьому застосовуються відповідні засоби у межах адміністративних, економічних, організаційних, правових і

психологічних методів реалізації публічної політики, які здійснюють прямий та/або опосередкований вплив на співробітників СОЗ.

3. Завдяки оцінюванню результатів публічної політики щодо забезпечення безпеки співробітників СОЗ виявлено таке: для виявлення реалій можна використовувати доступну публічну інформацію (передусім, зі ЗМІ), статистичну інформацію, зміст наукових публікацій та результати соціологічних досліджень; СОЗ Харківської області недостатньою мірою (кількісно і якісно) забезпечене співробітниками, але ті, хто працює нині заслуговує на безпечні (в усіх їх виявах) умови праці; створюючи безпечне середовище у межах ЗОЗ, уможлиблюється турбота не лише про нині працюючих співробітників, а і про тих, хто згодом зголоситься стати частиною цього колективу; загальні показники чисельності лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (означене також стосується менеджменту, технічних службовців і робітників ЗОЗ) створюють лише загальну уяву про умови їхньої професійної діяльності (зокрема, що параметрів соціальної, економічної, епідеміологічної, інфекційної безпеки); 89,7 % респондентів відчують нервово-емоційне напруження у процесі виконання функціональних обов'язків; втому від роботи наприкінці «робочої зміни» вказали 100 % опитаних, а 28,2 % відчували втому вже у середині робочої зміни.

4. Запропоновано комплекс заходів за пріоритетними напрямками розвитку СОЗ для подальшого забезпечення безпеки його співробітників, які можна поділити за напрямками (зміцнення стану безпеки; реактивний стан відповіді на загрозу; попередження, нейтралізацію дії можливих або латентних загроз), рівнями (національна економіка, окремі її галузі/сфери загалом (передусім, СОЗ), а також ЗОЗ та їхні співробітники); цілями (забезпечення національної безпеки, удосконалення дозвільної системи, покращання інформаційної безпеки, забезпечення безпеки співробітників СОЗ...

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авер'янова Н.М., Воропаєва Т.С. Інформаційна безпека України: соціально-філософські аспекти. *Молодий вчений*. 2020. № 10(2). С. 297–303.
2. Адміністративне право України: підручник / за заг. ред. Т.О. Коломоєць. Вид. 2-ге, змін. і доп. Київ: Істина, 2012. 528 с.
3. Адміністративне право: підручник / за заг. ред. Ю.П. Битяка, В.М. Гаращука, В.В. Зуй. 2-ге вид., перероб. і доп. Харків: Право, 2013. 656 с.
4. Алексєєва К.А. Державні заходи щодо протидії поширенню пандемічних інфекційних захворювань як складова національної безпеки. *Науковий вісник Академії муніципального управління. (Серія: Управління)*. 2010. Вип. 1. С. 29–35.
5. Байда Б.Ф. Державна політика сприяння зміцненню економічної безпеки підприємства. *Університетські наукові записки: зб. наук. пр. Хмельницький*, 2013. № 1. С. 477–482.
6. Батюк А. Є., Кулик Ю.-М.Р. Фізична безпека та кіберзагрози в системах віртуальної реальності: забезпечення найкращого досвіду використання. *Інтернаука*. 2024. № 5. С. 54–65.
7. Березовська-Чміль О. Інформаційна безпека як складова соціальної стабільності держави. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2021. Вип. 37. С. 69–70.
8. Бочан О.І. Безпека фізичної особи у діловій сфері: поняття та зміст. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2013. № 2. С. 90–96.
9. Брухно Р.П., Яворовський О.П., Скалецький Ю.М., Зінченко Т.О. Пріоритетні завдання гігієни і безпеки праці медичного персоналу та стійкості лікарняних закладів в умовах надзвичайних ситуацій. *Запорізький медичний журнал*. 2024. Т. 26. № 4. С. 307–312.
10. Варламова І.С. Регулятори і важелі екологічної безпеки національної економіки: дис. ... д.е.н.: 08.00.03. Запоріжжя, 2018. 438 с.

11.Васильців Т.Г., Гринкевич С.С. Формування середовища економічної безпеки підприємництва в Україні. *Економічний часопис – XXI*. 2015. № 3/4. Ч. 1. С. 24–27.

12.Васільєва Л.М., Міньковська А.В., Ірза А.М. Формування кадрової безпеки як напрям стратегії управління персоналом у бізнес-середовищі. *Бізнес Інформ*. 2024. № 9. С. 423–429.

13.Ветлицька О.С. Інформаційна безпека: соціологічна концептуалізація. *Сучасний захист інформації*. 2023. № 3. С. 52–56.

14.Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 30.08.2025)

15.Вороніна І.С. Фармацевтична безпека як складова економічної безпеки держави в умовах інноваційної моделі соціально-економічного розвитку. *Право та інноваційне суспільство*. 2016. № 2. С. 24–28.

16.Воронько-Невіднича Т.В., Демиденко Л.М., Здоров В.М. Особливості формування та забезпечення кадрової безпеки підприємства. *Економіка та суспільство*. 2021. № 28. С. 28–57.

17.Гарькава В.Ф. Стратегія забезпечення економічної безпеки України: автореф. дис. ... д.е.н.: 08.00.03. Київ, 2023. 31 с.

18.Гнатенко В.С. Державне управління економічною безпекою в системі цифровізації національної безпеки: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.05. Київ, 2021. 43 с.

19.Господарський кодекс України. Закон України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

20.Гріненко А.Ю. Удосконалення механізмів забезпечення економічної безпеки України: теорія, методологія, практика: автореф. дис. ... д.е.н.: 21.04.01. Київ, 2021. 37 с.

21.Гудзинський О.Д., Судомир С.М. Ризики та економічна безпека соціально-економічних систем. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнічного університету. (Серія: Економічні науки)*. 2014. № 2. С. 35–37.

22. Гулевець В.Д. Система управління охороною здоров'я та безпеки персоналу в умовах виробничих компаній. *Проблеми охорони праці в Україні*. 2016. Вип. 32. С. 84–93.

23. Гуцалюк О.М., Бондар Ю.А., Томарева-Патлахова В.В. Соціально-економічна безпека персоналу в системі формування та розвитку кадрового потенціалу підприємства. *Науковий вісник Сіверщини. (Серія: Освіта. Соціальні та поведінкові науки)*. 2024. № 1. С. 83–102.

24. Данилишин Б., Куценко В. Соціальна безпека – підґрунтя сталого розвитку. *Вісник Національної академії наук України*. 2010. № 1. С. 20–28.

25. Дзьобань О., Соснін О. Інформаційна безпека: нові виміри загроз, пов'язаних з інформаційно-комунікаційною сферою. *Гуманітарний вісник ЗДІА*. 2015. № 60. С. 24–31.

26. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108.

27. Економічна політика: навчальний посібник. Київ: КНЕУ, 2004. 287 с.

28. Енциклопедичний словник з державного управління / за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. Київ: Вид-во НАДУ, 2010. 820 с.

29. Іванцов В.О., Чишко К.О. Характеристика поліцейських заходів крізь призму методів адміністративної діяльності поліції. *Процес модернізації системи державного управління: конституційний, адміністративний та фінансовий аспекти*: монографія / за заг. ред. А.С. Нестеренка. 2017. С. 158–173.

30. Ляш О.І., Васильців В.Г. Пріоритети державного регулювання у сфері соціально-економічної безпеки України. *Стратегічні пріоритети*. 2014. № 4. С. 150–156.

31. Іншин М.І. Соціальна безпека окремих категорій працівників. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Вип. 3(2). С. 31–36.

32. Калько А.Д. Аналіз теоретичних викладок організації та управління соціально-економічною безпекою. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. № 23. С. 118–123.

33. Калько А.Д. Конструктивно-географічний аналіз мінерально-сировинної безпеки України: монографія. Рівне: Волинські обереги, 2011. 327 с.
34. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
35. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
36. Ковальчук З.Я. Соціально-психологічна безпека як організаційна умова відновлення психічного здоров'я. *Психологія праці*. 2025. № 2. С. 95–99.
37. Козловський С.В., Жураківський Є.С. Теоретико-методологічні підходи до визначення категорії «економічна безпека» та складових економічної безпеки України. *Економіка та держава*. 2015. № 6. С. 37–42.
38. Комзюк А.Т. Адміністративний примус в правоохоронній діяльності міліції в Україні: дис. ... д.ю.н.: 12.00.07. Харків, 2002. 408 с.
39. Комзюк А.Т. Адміністративний примус: деякі загальні проблеми дослідження та правового регулювання в контексті забезпечення прав людини. *Право України*. 2019. № 4. С. 46–49.
40. Компанієць В.В., Макасеєв О.В. Економічна безпека сучасних соціально-економічних систем: людський вимір (на ґрунті соціокультурної парадигми). *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2025. № 90. С. 84–103.
41. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96 ВР. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)
42. Котковський В.Р. Державне регулювання економічної безпеки в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2007. 22 с.
43. Кошиков Д.О. Адміністративно-правові засади реалізації державної політики у сфері забезпечення економічної безпеки держави: дис. ... д.ю.н.: 12.00.07. Суми, 2021. 485 с.
44. Кошиков Д.О. Окремі елементи системи суб'єктів реалізації державної політики у сфері забезпечення економічної безпеки держави. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2019. Вип. 6. С. 177–184.

45.Кравченко В.О. Кадрові ризики в системі управління персоналом організації. *Економіка і Фінанси*. 2016. № 3. С. 15–23.

46.Круть А.Г., Толстанов О.К., Горачук В.В. Мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю. *Український медичний часопис*. 2021. № 4. С. 89–92.

47.Логунова М.М., Шевченко М.Ф. Концептуальні засади теорії політики. Київ: Вид-во УАДУ, 1999. 343 с.

48.Мельниченко О.А., Стовбан М.П., Кравченко Ж.Д., Чернецький В.В. Протидія рейдерству як складова державної політики щодо забезпечення національної безпеки. *Національні інтереси України*. 2025. № 4. С. 885–896.

49.Міжнародна поліцейська енциклопедія: у 10 т. / відп. ред. Ю.І. Рима-ренко, Я.Ю. Кондратьєв, В.Я. Тацій, Ю.С. Шемшученко. Київ, 2003. Т. 1.

50.Мокій А.І. Територіальна громада в системі економічної безпеки держави. *Стратегічні пріоритети*. 2015. № 1. С. 83–89.

51.Назарова Г.В. Теоретичні аспекти визначення сутності поняття «безпека». *Економічний розвиток і спадщина Семена Кузнеця: тези доповідей міжнар. наук.-практ. конф., 31 травня – 1 червня 2018 р.* Харків: ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. С. 109–110.

52.Овчарова Ж.М. Виклики для сфери охорони здоров'я в умовах військової агресії РФ як предмет публічного управління. *Наука і молодь – 2023: пріоритетні напрями глобалізаційних змін: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф., 14 квітня 2023 р.* Київ: Вид-во ДЗВО «УМО», 2023. С. 478–481.

53.Односталко Д.В. Система публічного управління у сфері економічної безпеки України: автореф. дис. ... PhD: 281. Одеса, 2024.

54.Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2023–2024 рр. Харків, 2025. 476 с.

55.Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2022–2023 рр. Харків, 2024. 501 с.

56.Охорона здоров'я у Великобританії. URL: <http://sunhome.org/journal/117026>. (дата звернення: 05.12.2025)

57.Пашнюк Л.О. Економічна безпека підприємства: сутність, складові та фактори забезпечення. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. № 22. С. 48–50.

58.Положення про комісію (уповноваженого). Постанова Правління Фонду соціального страхування України від 19.07.2018 р. № 13. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

59.Помаза-Пономаренко А.Л. Механізм державного управління безпекою соціально-економічних систем регіонів. *Інвестиції: теорія та практика*. 2015. № 6. С. 128–131.

60.Порядок розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.04.2019 р. № 337. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

61.Послання Президента Республіки Казахстан народу Казахстану. Стратегія «Казахстан-2050». URL: https://www.akorda.kz/ua/official_documents/strategies_and_programs. (дата звернення: 05.12.2025)

62.Про громадські об'єднання. Закон України від 22.03.2012 р. № 4572-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

63.Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2012 р. № 996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF#Text>. (дата звернення: 05.12.2025)

64.Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку рівня економічної безпеки України. Наказ Мінекономрозвитку України від 29.10.2013 р. № 1277. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1277731-13>. (дата звернення: 05.12.2025)

65.Про Кабінет Міністрів України. Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

66.Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

67. Про місцеві державні адміністрації. Закон України від 09.04.1999 р. № 586-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14>. (дата звернення: 05.12.2025)

68. Про охорону праці. Закон України від 14.10.1992 р. № 2694-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

69. Про призначення відповідального за поведження з медичними відходами. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2015 р. № 325. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 05.05.2025)

70. Про Раду національної безпеки і оборони України. Закон України від 05.03.1998 р. № 183/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183/98-%D0%B2%D1%80>. (дата звернення: 05.12.2025)

71. Про рішення РНБО «Про Стратегію національної безпеки України». Указ Президента України від 14.09.2020 р. № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037>. (дата звернення: 05.12.2025)

72. Про центральні органи виконавчої влади. Закон України від 17.03.2011 р. № 3166-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17>. (дата звернення: 05.12.2025)

73. Розвиток трудового потенціалу як складова соціальної безпеки України: монографія. Київ: ФОП Маслаков, 2018. 544 с.

74. Савченко М.М. Міжнародний досвід організації економічної безпеки підприємств. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 4. С. 60–63.

75. Сердюк А.М., Риган М.М., Науменко О.М., Асаулюк І.К., Скалецький Ю.М. Питання безпеки хворих у системі забезпечення якості надання медичної допомоги. *Лікарська справа*. 2017. № 1–2. С. 149–155.

76. Смелянцев А.П. Проблема загроз інтересам безпеки України (соціально-філософський аналіз): автореф. ... к.філос.н.: 09.00.03. Харків, 2001.

77. Стратегія національної безпеки України. 2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/> (дата звернення: 05.12.2025)

78. Терент'єва А.В., Висоцька С.В. Інфекційна безпека як об'єкт управління в умовах надзвичайних ситуацій природного характеру. *Науковий вісник: державне управління*. 2022. № 1. С. 240–259.

79.Ткаченко О.Ю. Адміністративно-правові засади реалізації державної політики у паливно-енергетичній сфері в умовах децентралізації влади в Україні: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.07. Харків, 2018. 25 с.

80.Толокова Т.І., Білан О.Ю. Соціальний захист медичних працівників. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2020. № 3. С. 115–121.

81.Тоцький С.В. Теоретичні засади державного регулювання економічної безпеки. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. № 22. С. 130–133.

82.Тоцький С.В. Функції державного регулювання економічної безпеки. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 18. С. 157–160.

83.Трунова Г.А. Правові аспекти соціального захисту громадян України в умовах воєнного стану. *Правова держава*. 2022. Вип. 33. С. 456–465.

84.Тулуб О.М., Василенко В.Е. Механізм протидії зовнішнім загрозам економічній безпеці суб'єктів господарювання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 64–68.

85.Урба С.І. Теоретичні аспекти дослідження суті економічної безпеки. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 34. С. 33–38.

86.Циганов В.П. Політична безпека і безпечна політика: складові, ознаки, стан, тенденції. Київ: Ніка центр, 2006. 112 с.

87.Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

88.Шелевер О.В., Фізер В.С. Психологічна безпека освітнього середовища: психолого-педагогічний аспект. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019. № 67(1). С. 87–91.

89.Яворовський О.П., Риган М.М., Іванько О.В., Скалецький Ю.М., Брухно Р.П., Михайленко П.М., Зінченко Т.А., Бадюк М.І. Система забезпечення безпеки персоналу і пацієнтів у лікарняних закладах: стратегія удосконалення. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2. № 2. С. 23–33.

90.Яворовський О.П., Скалецький Ю.М., Брухно Р.П., Киричук А.В. Шкурба І.М., Риган М.М. Проблеми безпеки, гігієни праці та інфекційного

контролю в боротьбі з професійними захворюваннями медичних працівників на COVID-19 у закладах охорони здоров'я України. *Медичні перспективи*. 2020. Т. 25. № 4. С. 159–165.

91. Яворовський О.П., Скалецький Ю.М., Брухно Р.П., Харчук Л.В., Киричук І.М., Борис В.М., Шуляренко В.П. Особливості професійної захворюваності медичних працівників Житомирської області на COVID-19 та оцінка ризиків їх зараження вірусом SARS-CoV-2 в аспекті безпеки, гігієни праці та інфекційного контролю. *Environment & health*. 2021. № 1. С. 4–13.

92. Яворовський О.П., Шкурба А.В., Скалецький Ю.М., Брухно Р.П., Харчук Л.В., Бугро В.І., Понятовський В.А., Риган М.М. Гігієна і безпека праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19. Друге повідомлення: зміни і проблеми. *Environment & health*. 2020. № 4. С. 4–13.

93. Якименко О.Г. Методичні засади реалізації державної політики у сфері економічної безпеки. *Економіка та держава*. 2013. № 5. С. 137–140.

94. Ярмак Т.В. Дезінфекція та стерилізація – інфекційна безпека пацієнтів та медичного персоналу в лікувально-профілактичних закладах. *International journal of education and science*. 2019. Vol. 2. № 4. С. 62.

95. Andreasyan G. Medicine during the war: What challenges did the medical system face? Mind UA. 2023. URL: <https://mind.ua/en/openmind/20255116-medicineduring-the-war-what-challenges-did-the-medical-system-face> (дата звернення: 05.12.2025)

96. BS OHSAS 18002:2008 «Occupational health and safety management systems. Guidelines for the implementation of OHSAS 18001:2007» / Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS) Standard.

97. Dėl Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos nuostatų patvirtinimo. URL: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.126110/asr>. (дата звернення: 05.12.2025)

98. European Commission. 2014. Investments in health. Policy guide for the European structural and investment funds (ESIF) 2014-2020. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_structural_funds/docs/esif_guide_en.pdf. (дата звернення: 05.12.2025)

99. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011. URL: www.aideffectiveness.org/busanhlf4. (дата звернення: 05.12.2025)

100. Innovation for Poverty Action. 2016. Northern Uganda Social Action Fund–Youth Opportunities Program. URL: www.poverty-action.org/project/0189. (дата звернення: 05.12.2025)

101. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Intersex Association. 2016. Sexual Orientation Laws in the World: Criminalisation. Geneva. URL: http://ilga.org/downloads/04_ILGA_WorldMap_ENGLISH_Crime_May2016.pdf. (дата звернення: 05.12.2025)

102. Lietuvos Respublikos nacionalinio saugumo pagrindų įstatymas 1996 m. gruodžio 19 d. № VIII-49. URL: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A0BAB27D768C/asr>. (дата звернення: 05.12.2025)

103. Lippoldt D. et al. Policy Priorities for International Trade and Jobs. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2012. URL: <https://www.oecd.org/site/tadicite/50258009.pdf>. (дата звернення: 05.12.2025)

104. McKee M., Stuckler D., Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Medicine*. 2012. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001209> PMID:22545025. (дата звернення: 05.12.2025)

105. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development». *Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.*

106. Nahorna A.M., Savenkova N.V. Natural death of the employees at workplace in Ukraine in the dynamics of 2015–2020. *Dovkillia ta zdorovia*. 2021. № 3. P. 13–22.

107. OHSAS 18001:2007 «Occupational Health and Safety management systems – Requirements» / Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS) Standard.

108. Pacheco S.L.M. et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. *Health Research Policy and Systems*. 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-35> (дата звернення: 05.12.2025)

109. Report on the direct damage to the infrastructure from the destruction caused by Russia's military aggression against Ukraine one year after the start of the full-scale invasion. 2024. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2023/03/UKR_Feb23_FINAL_Damages-Report-1.pdf (дата звернення: 05.12.2025)

110. Rosamond R., Battin M., Silvers A. *Medicine and social justice: essays on the distribution of health care*. New York: Oxford University Press, 2012.

111. Sorra J., Gray L., Streagle S., et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. URL: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html> (дата звернення: 05.12.2025)

112. Tomlinson M. et al. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-19> (дата звернення: 05.12.2025)

113. UHC2030. Health Systems Governance Collaborative. 2017. URL: <https://www.uhc2030.org/news-events/uhc2030-news/article/health-systemsgovernance-collaborative-408257> (дата звернення: 05.12.2025)

114. Yavorovsky A.P., Skaletsky Y.M., Brukhno R.P., Shkurba A.V., Kirichuk I.M., Regan M.M. Problems of safety, occupational hygiene and control over infections in fighting with occupational diseases of healthcare workers with COVID-19 in treatment facilities of Ukraine. *Medicni perspektivi*. 2020. № 25(4). С. 159–165.

115. Yavorovsky O.P., Skaletsky Y.M., Brukhno R.P., Ivanko O.V., Kravchenko S.V., Bugro V.I., et al. Comparative analysis of patient safety culture dynamics in Ukraine and the USA healthcare facilities reference to establishing safe hospital environment. *Clinical and Preventive Medicine*. 2023. № 6. P. 113–20.

116. Yavorovskiy O.P., Naumenko O.M., Skaletsky Y.M., Brukhno R.P., Rigan M.M., Omelchuk S.T., et al. COVID-19 as a stress test of healthcare establishments effectiveness and reliability measured nationally and globally. *Wiad Lek*. 2021. № 74(pt 1). P. 2471–2476.