



*Це неофіційний переклад оригінального документу,
написаного англійською мовою;
у випадку розбіжностей, просимо звертатися
до оригіналу англійською мовою*

ІНФОРМАЦІЙНА ЗАПИСКА

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПРАЦІВНИКІВ І ПРАЦІВНИЦЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

лютий 2021¹

Резюме

Працівники охорони здоров'я знаходяться на передньому краї боротьби України з COVID-19, ризикуючи своїм життям, фізичним і психічним здоров'ям. Умови роботи працівників охорони здоров'я не тільки позначаються на їхніх правах, але і впливають на права користувачів послуг охорони здоров'я, зокрема доступ до цих послуг та їхню якість.

У цій інформаційній записці розглядаються наслідки пандемії та заходів Уряду з реагування на неї для прав працівників охорони здоров'я в Україні, 83% з яких становлять жінки. Зокрема, розглядається право на справедливі та сприятливі умови праці, соціальне забезпечення та ефективну участь, а також те, як їхній стан впливає на основні послуги охорони здоров'я. Інформаційна записка містить рекомендації для Уряду і місцевих органів влади.

Працівники охорони здоров'я в Україні отримують низьку заробітну плату, яка нижча за національний середній показник. У багатьох випадках працівники охорони здоров'я, особливо на середньому й молодшому рівнях, отримують мінімальну заробітну плату, яка не забезпечує їм та їхнім сім'ям задовільного рівня життя. Тимчасові доплати, запроваджені Урядом, частково виправили ситуацію для деяких працівників охорони здоров'я, які беруть участь у заходах із реагування на COVID-19, однак також викликали стурбованість через брак гарантій оплати праці, прозорості, підзвітності, рівної винагороди за працю рівної цінності та подальшого посилення гендерного розриву в оплаті праці.

Працівники охорони здоров'я не мають здорових і безпечних умов праці, зокрема, через брак достатньої кількості засобів індивідуального захисту, ефективного механізму запобігання й контролю інфекцій на робочому місці, а також послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Працівники охорони здоров'я також страждають від збільшення робочого навантаження й недостатнього часу для відпочинку. Водночас ті, у кого є інші обов'язки з догляду, головно жінки, через поширені гендерні ролі в Україні, стикаються зі збільшеним тягарем неоплачуваної роботи з догляду, особливо в періоди, коли Уряд призупиняв надання послуг із догляду та освіти у зв'язку з COVID-19.

¹ У цій записці наводиться інформація та дані станом на 14 лютого 2021 року.

Працівники охорони здоров'я також не мають належного соціального захисту. З понад 60 000 випадків зараження COVID-19 серед працівників охорони здоров'я на лютий 2021 року лише незначний відсоток було визнано професійними захворюваннями, що негативно вплинуло на реалізацію права на компенсацію.

Брак ефективного діалогу між владою і працівниками охорони здоров'я та виключення працівників охорони здоров'я з процесу формування публічної політики не дає змогу владі розробляти та здійснювати ефективні політичні заходи для захисту працівників охорони здоров'я під час пандемії та на подальші періоди. Профспілки працівників охорони здоров'я зазначили, що консультації з ними щодо урядових заходів реагування на COVID-19 у галузі охорони здоров'я на національному та місцевому рівнях, а також щодо поточної медичної реформи, не були ефективними. Окрім того, ММПЛУ стурбоване випадками каральних заходів проти працівників охорони здоров'я, які публічно повідомляли про низький рівень готовності галузі охорони здоров'я до кризи, пов'язаної з COVID-19.

Небезпечні умови праці та неналежний рівень оплати праці та соціального забезпечення, зокрема у випадку професійного захворювання, інвалідності або смерті, призвели до звільнень працівників охорони здоров'я. З огляду на те, що в Україні була нестача кадрів у цій галузі ще до пандемії, звільнення працівників, ймовірно, посилять негативний вплив на право на охорону здоров'я для населення. Це, так само, може позначитися на вірогідності досягнення Україною Цілі сталого розвитку № 3 щодо забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права, зокрема, статті 7 та 9, гарантують право на працю та на справедливі та сприятливі умови праці, включно з винагородою, яка забезпечує всім працівникам як мінімум справедливу заробітну плату та рівну винагороду за працю рівної цінності без будь-якої різниці, достатній життєвий рівень для них самих та їхніх сімей, умови праці, що відповідають вимогам безпеки та гігієни, відпочинок і розумне обмеження робочого часу, а також право на соціальне забезпечення, зокрема соціальне страхування. Міжнародний пакт про громадянські й політичні права також гарантує право на участь в управлінні публічними справами та свободу думок і вираження поглядів, мирних зібрань і об'єднання.

Відповідно до міжнародних зобов'язань у галузі прав людини та національних обов'язків, зокрема Цілей сталого розвитку, Україна повинна значно збільшити інвестиції в сектор охорони здоров'я для поліпшення робочих умов для працівників охорони здоров'я, у тому числі через надання їм гідної оплати, створення більш безпечних і здорових умов праці й соціального забезпечення, а також через утворення ефективного механізму консультацій із працівниками охорони здоров'я на різних рівнях, у тому числі за допомогою профспілок.

Зміст

Вступ	4
Методологія:	6
Довідкова інформація	6
Питання, що викликають занепокоєння	10
1. Винагорода	10
2. Безпечні та здорові умови праці	14
3. Відпочинок	17
4. Соціальне забезпечення	19
5. Ефективна участь	23
6. Вплив на охорону здоров'я	26
Висновки та рекомендації	28
Додаток. Крайні практики реагування на COVID-19, що забезпечує захист працівників охорони здоров'я	31

Вступ

1. В умовах глобальної кризи COVID-19 Моніторингова місія Організації Об'єднаних Націй з прав людини в Україні (ММПЛУ)² здійснює моніторинг впливу пандемії на права людини, а також державних заходів реагування, зокрема впливу на права маргіналізованих і вразливих осіб і груп у контексті реалізації Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 року та зобов'язання ООН не залишати нікого осторонь.
2. Працівники охорони здоров'я³ особливо вразливі під час пандемії COVID-19 через високий ризик потенційного зараження COVID-19. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тоді як працівники охорони здоров'я становлять від двох до трьох відсотків населення світу, на них припадає майже 14 відсотків зареєстрованих випадків інфікування COVID-19.⁴
3. Ризик потенційного зараження працівників охорони здоров'я часто ускладнюється браком захисту й підтримки, необхідних для виконання ними роботи в безпечному та здоровому середовищі, наприклад, якісних засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), ефективних процедур і підходів до запобігання та контролю інфекцій на робочому місці, достатнього часу для відпочинку, послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Через нестачу працівників охорони здоров'я наявний персонал змушений працювати довше й більше страждає від стресу. Крім того, стигма, пов'язана із зараженням COVID-19, особливо в перші місяці пандемії, призвела до тривоги, депресії та безсоння серед працівників охорони здоров'я.⁵
4. Жінки несуть непропорційний тягар кризи у зв'язку з COVID-19, як у світі, так і в Україні, через кілька факторів. Жінки частіше працюють на посадах із більшим ризиком інфікування вірусом. Вони складають 67% всіх працівників охорони здоров'я у світі⁶ і 83% працівників сектора охорони здоров'я в Україні.⁷ З них жінки обіймають 90% посад, пов'язаних із доглядом за пацієнтами, наприклад, медичні сестри (по Україні даних

² ММПЛУ була направлена в Україну 14 березня 2014 р. для здійснення моніторингу ситуації з правами людини на всій території України та подання доповідей щодо цього із наданням рекомендацій Уряду України та іншим суб'єктам щодо вирішення проблем у галузі прав людини. ММПЛУ втілює мандат Управління Верховного комісара ООН з прав людини (УВКПЛ) щодо захисту і сприяння правам людини в Україні.

³ Термін «працівники охорони здоров'я» охоплює не тільки медичний персонал, як-от лікарів, медсестер, фельдшерів, але й працівників лабораторій та інших осіб, які працюють в службах охорони здоров'я, в тому числі водіїв, прибиральників, адміністративний і технічний персонал.

⁴ WHO, *Keep health workers safe to keep patients safe: WHO* [ВООЗ, *Безпека медичних працівників для безпеки пацієнтів: ВООЗ*], Пресреліз, 17 вересня 2020, доступний за посиланням <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.

⁵ Khanal, P., Devkota, N., Dahal, M. et al., 'Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal' [Ханал П., Девкота Н., Дахал М., та інші, 'Вплив на психічний стан працівників охорони здоров'я під час COVID-19 в умовах обмежених ресурсів: одномоментне дослідження з Непалу'], *Global Health* 16, 89 (2020), доступний за посиланням <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00621-z>. Стосовно стигматизації працівників охорони здоров'я під час пандемії COVID-19 див. WHO, *Attacks on health care in the context of COVID-19*, 30 July 2020 [ВООЗ, *Напад на охорону здоров'я в контексті COVID-19*, 30 липня 2020], доступний за посиланням <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>.

⁶ Mathieu Boniol et al., *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*, WHO, Health Workforce Working paper 1, 2019 [Метью Боніоль та інші, *Гендерна рівність серед працівників охорони здоров'я: аналіз 104 країн*, ВООЗ, Робочий документ 1, 2019], доступний за посиланням <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

⁷ Державна служба статистики, *Жінки і чоловіки в Україні. Статистичний збірник*, Київ, 2019, с. 61, доступний за посиланням https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/2019/zb/09/zb_gch2018.pdf.

немає).⁸ Жінки-працівники охорони здоров'я часто борються з додатковими складнощами та стресом, пов'язаним із неоплачуваною працею з догляду в їхніх домогосподарствах. Ця робота непропорційно лягає на плечі жінок через традиційні гендерні ролі. Такі вимоги посилюються, коли в багатьох країнах, у тому числі в Україні, було припинено надання послуг із догляду за дітьми та роботу шкіл, а звичайна підтримка з боку бабусь і дідусів або друзів була недоступна через заходи соціального дистанціювання.⁹

5. Коли є небезпечні і принизливі умови праці та відсутнє соціальне забезпечення, системи охорони здоров'я не можуть залучати та утримувати кваліфікований персонал, що призводить до нестачі працівників охорони здоров'я і відтак негативно позначається на доступності та якості послуг з охорони здоров'я. Достатня кількість кваліфікованих працівників охорони здоров'я вкрай необхідна для універсального охоплення послугами охорони здоров'я.¹⁰

6. У цій записці наводяться висновки ММПЛУ щодо впливу кризи COVID-19 на права людини працівників охорони здоров'я і, як наслідок, на основні послуги охорони здоров'я в Україні.¹¹ Також пропонуються заходи, спрямовані на краще дотримання, захист і просування прав людини, зокрема права на справедливі та сприятливі умови праці, права на соціальний захист і права на ефективну участь, у тому числі свободу вираження поглядів, відповідно до міжнародних інструментів прав людини, що діють в Україні.¹²

⁸ WHO, *State of the world's nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership* [ВООЗ, *Стан сестринської справи у світі в 2020 році: Інвестиції в освіту, робочі місця і лідерство*], квітень 2020, с. 6 і 15, доступний за посиланням <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274201/retrieve>.

⁹ Див. Ines Miyamoto, 'COVID-19 Healthcare Workers: 70 per cent are Women' [Інес Міямото, COVID-19 і працівники охорони здоров'я: 70 відсотків - це жінки], *Security Nexus*, 13 травня 2020, с. 2, доступний за посиланням <https://www.jstor.org/stable/resrep24863>; Sol East, Tim Laurence and Elva López Mourelo, *COVID-19 and the situation of female health workers in Argentina*, ILO, UN-Women and UNFPA, [Сол Іст, Тім Лоренс і Ельва Лопес Моурело, *COVID-19 і стан жінок-працівників охорони здоров'я в Аргентині*, МОП, ООН-Жінки та Фонд ООН у галузі народонаселення], вересень 2020, доступний за посиланням https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos-aires/documents/publication/wcms_759696.pdf.

¹⁰ Economic and Social Council, *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, 2019 session [Економічна і соціальна рада, *Доповідь Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини*, сесія 2019 року], 27 липня 2018–26 липня 2019, пункт на порядку денному 19 (f), п. 22-23, доступний за посиланням <https://undocs.org/E/2019/52>. Див. також United Nations in Ukraine, *UN Policy Options: Universal Health Coverage* [Організація Об'єднаних Націй в Україні, *Варіанти політики ООН: універсальне охоплення послугами охорони здоров'я*], 17 грудня 2020, доступний за посиланням https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-12/UN%20Policy%20Paper%20on%20UHC_final%20ENG.pdf.

¹¹ Інформація в записці охоплює виключно територію України, яка контролюється Урядом. Автономна Республіка Крим та місто Севастополь (Україна), тимчасово окуповані Російською Федерацією (Крим), а також територія, яка контролюється самопроголошеними «Донецькою народною республікою» та «Луганською народною республікою», у цій записці не охоплені. ММПЛУ отримало інформацію, в якій стверджується, що в Криму працівники охорони здоров'я не отримують додаткових виплат, обіцяних окупаційною владою Російської Федерації, яка чинить тиск на лікарів і держслужбовців, щоб ті вакцинували людей російською вакциною під загрозою звільнення. Однак перевірити ці твердження неможливо через відсутність у ММПЛУ доступу на півострів. На території, яка контролюється самопроголошеними «республіками», особливу занепокоєність викликає брак спеціалізованих фахівців у сфері охорони здоров'я, що може призвести до погіршення умов праці персоналу, що залишився. Середній вік працівників охорони здоров'я на території, яка контролюється озброєними групами, високий, і це робить їх групою ризику. Див. ОСНА, *Humanitarian Needs Overview Ukraine* [Офіс ООН з координації гуманітарних питань, *Огляд гуманітарних потреб України*], лютий 2021, с. 72, доступний за посиланням https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/hno_2021-eng_-_2021-02-09.pdf.

¹² У тому числі Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП), і Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (МПГПП).

Методологія

7. У період із жовтня 2020 року по лютий 2021 року ММПЛУ провела 66 напівструктурованих інтерв'ю із 66 працівниками охорони здоров'я (16 чоловіків і 50 жінок), переважно з Чернівецької, Донецької, Дніпропетровської, Івано-Франківської, Харківської, Херсонської, Київської, Луганської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Запорізької та Житомирської областей.¹³ Серед них були лікарі, керівники медичних закладів, медсестри, молодші медсестри, фельдшери, водії та лабораторний персонал державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Спільно з Міжнародною організацією праці (МОП) ММПЛУ також провела зустріч із лідерами та лідерками двох профспілок працівників охорони здоров'я. Крім того, ММПЛУ проаналізувала дані, зібрані різними державними установами, як-от Державна служба статистики, Національна служба здоров'я, Фонд соціального страхування й Державна служба з питань праці, а також узяла участь у різних вебінарах стосовно охорони здоров'я, організованих міжнародними й неурядовими організаціями. ММПЛУ висловлює подяку МОП і ВООЗ в Україні за цінну участь ц підготовці цієї Інформаційної записки.

Довідкова інформація

8. За даними Державної служби статистики України, станом на грудень 2020 року у сфері охорони здоров'я було зайнято 735 тис. осіб. Жінки становлять 83% працівників охорони здоров'я.

9. На початку пандемії, у травні 2020 року, працівники охорони здоров'я склали майже 20% усіх підтверджених випадків захворювання на COVID-19 в Україні. На січень 2021 року цей показник впав нижче п'яти відсотків від загальної кількості випадків. Вісімдесят чотири відсотки підтверджених випадків зараження COVID-19 серед працівників охорони здоров'я складають жінки, що відповідає відсотку жінок, які працюють у галузі охорони здоров'я. Станом на 14 лютого 2021 року в Україні було підтверджено 61 763 випадки зараження COVID-19, 552 з яких смертельні.¹⁴

ЗАРАЖЕННЯ COVID-19 ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ			
	Жінки	Чоловіки	Всього
Підтверджені	52754	9699	62453
Летальні	377	182	559

Джерело: Національна служба здоров'я України, станом на 14 Лютого 2021 року

10. Історично частка всіх державних витрат на охорону здоров'я і в процентах до валового внутрішнього продукту (ВВП) в Україні була значно нижче середнього показника по Європейському регіону ВООЗ.¹⁵ Чотири роки поспіль Україна не виконує національне зобов'язання, затверджене законом у 2017 році, про спрямування не менше п'яти відсотків ВВП на охорону здоров'я.¹⁶ Фактично,

¹³ Третина інтерв'ю була проведена з працівниками охорони здоров'я в Донецькій та Луганській областях.

¹⁴ За даними Національної служби здоров'я України. Див. <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/covid19>.

¹⁵ Див. WHO, *Budgetary Space for Health in Ukraine. Policy document to support budget preparation dialogue for 2021* [ВООЗ, Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ на підтримку діалогу з підготовки бюджету на 2021 рік, Health Policy Paper Series No. 20/01, липень 2020, табл. 3, 4 і мал. 4], доступний за посиланням https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/463327/UKR-Budgetary-space-for-health.pdf.

¹⁶ Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року, ст. 4 (5). У 2019 Україна витратила на охорону здоров'я три відсотки ВВП і 8,8% загального консолідованого бюджету. Заплановані на 2020 рік витрати на охорону здоров'я склали три відсотки ВВП і 9,6% консолідованого бюджету у 2020 році. Див. WHO, *Budgetary Space for*

незважаючи на економічне зростання впродовж 2015-2020 років, частка витрат на охорону здоров'я в державному бюджеті зменшилася.¹⁷ Для порівняння: у 2019 році Польща і країни Балтії витратили на охорону здоров'я від 6,3 до 6,8% свого ВВП,¹⁸ а Україна - 3%.

11. Водночас в Україні один із найвищих серед країн Європи рівень прямих витрат приватних домогосподарств на медичне обслуговування.¹⁹ Прямі витрати домогосподарств склали 46 відсотків від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні проти 27 відсотків у Європейському регіоні ВООЗ та 17 відсотків у країнах Європейського Союзу.
12. Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права (МПЕСКП) гарантує право на справедливі та сприятливі умови праці (стаття 7), зокрема справедливу зарплату й рівну винагороду за працю, достатній життєвий рівень, умови роботи, що відповідають вимогам безпеки та гігієни, розумне обмеження робочого часу для відпочинку та дозвілля.²⁰ Справедливі та сприятливі умови праці є як передумовою, так і результатом реалізації інших прав, закріплених у Пакті, приміром, права на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.²¹ МПЕСКП також визнає право на соціальне забезпечення, у тому числі соціальне страхування (стаття 9). Воно включає право на одержання та збереження пільг у грошовій або натуральній формі без жодної дискримінації з метою забезпечення захисту, у тому числі в разі втрати доходу через хворобу, інвалідність, виробничу травму або смерть члена сім'ї.²² Право на справедливі та сприятливі умови праці й на соціальний захист також визнаються Конвенцією ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок

Health in Ukraine [ВООЗ, *Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні*], Табл. 3. У Державному бюджеті на 2021 рік, затвердженому парламентом у грудні 2020 року, на охорону здоров'я виділено 156,2 млрд грн (приблизно 5,5 млрд дол. США), що становить 11,8% державних витрат. Це більше, ніж 132 млрд грн (приблизно 4,65 млрд дол. США), виділених у 2019 році. Міністерство охорони здоров'я просило майже вдвічі більше: 296 млрд грн (приблизно 10,4 млрд дол. США), у тому числі на підвищення заробітної плати працівникам охорони здоров'я та витрати на вакцинацію. Фінансування, передбачене для вакцини COVID-19 становило 2,6 млрд грн (приблизно 91,55 млн дол. США), що вдвічі менше за обсяг, який запитувало Міністерство охорони здоров'я. За словами Голови Верховної Ради України, вакцини COVID-19 і доплати до зарплати будуть фінансуватися зі спеціального Фонду боротьби з COVID-19, а не з державного бюджету. Див. також United Nations in Ukraine, *UN Policy Options: Universal Health Coverage* [Організація Об'єднаних Націй в Україні, *Варіанти політики ООН: універсальне охоплення послугами охорони здоров'я*], 2020.

¹⁷ WHO, *Budgetary Space for Health in Ukraine* [ВООЗ, *Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні*], с.2.

¹⁸ Див. Statista, *Total expenditure on health as a share of GDP in selected European countries in 2019* [Загальні витрати на охорону здоров'я як частка ВВП в окремих європейських країнах у 2019 році], червень 2020, доступний за посиланням <https://www.statista.com/statistics/428309/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-selected-oecd-countries/>.

¹⁹ Див. WHO, *Out-of-pocket expenditures, 2020* [ВООЗ, *Прямі витрати домогосподарств, 2020*] https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/visualizations/#id=17097. 2014 рік - це останній рік, за який є наявні дані. Прямі приватні витрати домогосподарств як частка усіх витрат на охорону здоров'я є ключевим показником систем фінансування охорони здоров'я. Цей показник покращує наше розуміння відносної ваги прямих витрат домогосподарств у усіх витратах на здоров'я.

²⁰ Див. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), general comment No. 23 (2016) on the right to just and favourable conditions of work (article 7 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) [Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 23 (2016) щодо права на справедливі та сприятливі умови праці (Стаття 7 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)], п.6.

²¹ Там само, п. 1.

²² CESCR, General Comment No. 19, Article 9, The right to social security [КЕСКП, Загальний коментар порядку № 19, Стаття 9, Право на соціальне забезпечення], 4 лютого 2008, (E/C.12/GC/19), п. 2.

(Стаття 11) та іншими міжнародними та регіональними правовими інструментами в галузі прав людини,²³ зокрема конвенціями МОП, ратифікованими Україною.²⁴

13. У 2014 році Комітет з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП) рекомендував Уряду приділити в державному бюджеті першочергову увагу охороні здоров'я й поступово збільшувати витрати на охорону здоров'я в процентному відношенні до ВВП для поліпшення наявності, доступності та якості охорони здоров'я.²⁵ Це було також рекомендовано в контексті універсального періодичного огляду України.²⁶ Виділення достатніх бюджетних ресурсів має першорядне значення для виконання державами своїх зобов'язань повної реалізації права на здоров'я. Недостатні витрати або неправильний розподіл державних ресурсів, що унеможлиблює реалізацію права на здоров'я окремими особами або групами осіб, особливо тими, які перебувають у вразливому становищі, порушують зобов'язання щодо здійснення права кожної людини на здоров'я.²⁷
14. На додаток до зобов'язань за міжнародним правом прав людини Україна також узяла на себе зобов'язання щодо досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР), зокрема:
- ЦСР 1 – подолання бідності, що передбачає в тому числі доступ до соціального захисту та базових ресурсів;
 - ЦСР 3 – доступ до охорони здоров'я, у тому числі універсальне охоплення послугами охорони здоров'я, доступ до найважливіших якісних послуг з охорони здоров'я й доступ до безпечних, ефективних, якісних і доступних за ціною основних лікарських засобів і вакцин для всіх;
 - ЦСР 5 – гендерна рівність та розширення прав і можливостей усіх жінок і дівчаток, що передбачає припинення всіх форм дискримінації щодо жінок і дівчаток та рівний доступ до економічних ресурсів; і
 - ЦСР 8 – гідна праця та економічне зростання, зокрема, ціль 8.5 щодо забезпечення повної і продуктивної зайнятості та гідної праці для всіх жінок і чоловіків, та рівної оплати за працю рівної цінності, а також ціль 8.8 щодо захисту трудових прав і сприяння забезпеченню надійних і безпечних умов праці для всіх трудящих.

²³ До інших міжнародних договорів відносяться Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5); Конвенція про права дитини (стаття 32 і стаття 26); і Конвенція про права осіб з інвалідністю (стаття 27 і стаття 28). Регіональним документом з прав людини, про який тут йдеться, є Європейська соціальна хартія (переглянута), ратифікована Україною у 2006 році.

²⁴ У тому числі Конвенція 1951 року про рівне винагородження (№ 100); Конвенція 1958 року про дискримінацію в галузі праці та занять (№ 111); Конвенція 1948 року про свободу асоціації та захист права на організацію (№ 87); Конвенція 1949 року про право на організацію і на ведення колективних переговорів (№ 98); Конвенція 1952 року про мінімальні норми соціального забезпечення (мінімальні стандарти) (№ 102); Конвенція 1952 року про охорону материнства (переглянута) (№ 103); Конвенція 1935 року про сорокагодинний робочий тиждень (№ 47); Конвенція 1957 року про щотижневий відпочинок в торгівлі та установах (№ 106); Конвенція 1970 року про встановлення мінімальної заробітної плати (№ 131); Конвенція 1970 року про оплачувані відпустки (переглянута) (№ 132); Конвенція 1981 року про безпеку й гігієну праці та виробниче середовище (№ 155).

²⁵ CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of Ukraine, [КЕСКП, Заключні зауваження до шостої періодичної доповіді України], 13 червня 2014, п. 19, доступний за посиланням <https://www.refworld.org/docid/53c78ad94.html>.

²⁶ Human Rights Council, *Report of the Working Group on the Universal Periodic Review: Ukraine* [Рада з прав людини, *Доповідь Робочої групи з універсального періодичного огляду: Україна*], 26 лютого – 23 березня 2018, доступний за посиланням <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/000/33/PDF/G1800033.pdf?OpenElement>.

²⁷ CESCR, General comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health (Art. 12) [КЕСКП, Загальний коментар № 14 (2000) про право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12)], п. 33 і 52.

15. Після ухвалення у 2017 році закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Україна розпочала реформу фінансування системи охорони здоров'я для підвищення доступності, якості та ефективності послуг з охорони здоров'я.²⁸ У 2018-2019 роках фінансування системи первинної медичної допомоги було змінено: надавачі медичних послуг почали отримувати оплату за кожного пацієнта, якого вони лікували, а пацієнти могли вільно вибирати сімейного лікаря. Було утворено Національну службу здоров'я для укладання договорів на надання послуг з охорони здоров'я, в тому числі з державними, комунальними і приватними надавачами, для посилення конкуренції та сприяння якіснішому обслуговуванню. Реформа системи первинної медичної допомоги привела не тільки до підвищення заробітної плати медичних працівників, а й до збільшення їхнього робочого навантаження.²⁹ З 1 квітня 2020 року було розпочато реформу системи вторинної та третинної медичної допомоги на основі того самого принципу: лікарні отримують кошти за кожного пролікованого пацієнта, а не за лікарняні ліжка, яких може бути багато навіть у закладах із невеликою кількістю пацієнтів, а пацієнти можуть вибирати заклади з найкращим обслуговуванням. Реформа також передбачила важливу роль органів місцевого самоврядування в підтримці діяльності та оснащенні медичних закладів. Реформа, однак, викликала занепокоєння, зокрема, серед працівників охорони здоров'я, які постраждали від закриття лікарень. Також висловлювалась занепокоєність із приводу доступу до охорони здоров'я, особливо для сільського населення, що є давньою проблемою в Україні, а також фінансування психіатричної допомоги, лікування і профілактики туберкульозу.

²⁸ Див. WHO and the World Bank, *Ukraine: Review of Health Financing Reforms 2016-2019*, WHO-World Bank Joint Report Summary [ВООЗ і Світовий банк, *Україна: Огляд реформ фінансування охорони здоров'я у 2016-2019 рр.* ВООЗ-Світовий банк, Резюме спільної доповіді], 2019, доступне за посиланням https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/414551/WHO-WB-Joint-Report_Summary_Web.pdf.

²⁹ Досліджень для оцінки впливу процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні на працівників охорони здоров'я дуже мало. Дослідження впливу процесу реформування системи первинної медичної допомоги, проведене у 2018 році, показало, що найбільші очікування від реформи на первинній ланці стосувалися підвищення заробітної плати (96% респондентів), зменшення паперової роботи (68%), збільшення фінансування на оснащення та обладнання (62%). Натомість найчастіше респонденти, які працюють у галузі охорони здоров'я, говорили, що головними результатами реформи стало збільшення навантаження (77%) і підвищення заробітної плати (69%). Див. Олександра Бетлій, *Реформа первинної ланки охорони здоров'я: що думають медичні працівники?*, Київ: Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2019, с. 8-9, доступне за посиланням http://www.ier.com.ua/files/Public_events/2019/RFR_Healthcare/Betliy_healthcare_ref_pp.pdf.

Питання, що викликають занепокоєння

1. Винагорода

«Наш оклад 2600 грн. Потім ще нам нараховують за шкідливість і там різні премії і доплати, в результаті дуже часто сума не дотягує до мінімальної заробітної плати, і нам виплачують мінімалку в результаті.... Але навіть попри низьку оплату, всі раді тому, що мають роботу. Це маленьке місто, і робочих місць, особливо для жінок, практично немає», – медсестра з Донецької області,

16. Право на справедливі та сприятливі умови праці включає винагороду, яка відповідає таким мінімальним критеріям, як справедлива зарплата, рівна винагорода за працю рівної цінності без будь-якої різниці, причому, зокрема, жінкам мають гарантуватися умови праці не гірші від тих, якими користуються чоловіки, і які забезпечують задовільний життєвий рівень для працівників та їхніх сімей, відповідно до Статті 7 (а, (i) і (ii)) МПЕСКП та Статті 11 (1 (d)) Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок.
17. Термін «винагорода» ширший за поняття «заробітна плата» і «включає додаткові прямі або непрямі доплати в грошовій або натуральній формі, що виплачуються роботодавцем працівникові, як-от гранти, внески на медичне страхування, компенсації за житло й харчування, а також сплата за послуги доступних за ціною місцевих установ із догляду за дітьми».³⁰ Справедлива заробітна плата охоплює численні критерії, зокрема результати роботи, обов'язки працівника, рівень кваліфікації та освіти, необхідний для виконання роботи, специфічну складність роботи і вплив роботи на здоров'я й безпеку працівника, а також на особисте й сімейне життя працівника.³¹
18. Працівники мають отримувати рівну винагороду за ту саму або схожу роботу або якщо їхня робота відрізняється, але має рівну цінність за об'єктивними критеріями, такими як кваліфікація, обов'язки й зусилля, що вимагаються від працівника, а також умови праці. Оцінка може також спиратися на зіставлення рівнів винагороди в різних організаціях, підприємствах і професіях.³² Питання про те, чи забезпечує винагорода задовільний життєвий рівень, повинно оцінюватися з урахуванням таких чинників, як «вартість життя та інші переважні соціально-економічні умови», і вона «має бути достатньою, щоби дозволити працівникам та їхнім сім'ям користуватися іншими правами, закріпленими в Пакті, такими як право на соціальне забезпечення, охорону здоров'я, освіту й достатній життєвий рівень, у тому числі харчування, водопостачання й гігієну, житло, одяг і додаткові витрати, як-от витрати на проїзд на роботу й додому».³³
19. За даними Державної служби статистики України, середня заробітна плата в секторі охорони здоров'я значно нижче середньої заробітної плати в Україні. У 2020 році середньомісячна заробітна плата в секторі охорони здоров'я становила 8 995 грн

³⁰ CESCR, General comment No. 23 on the right to just and favourable conditions of work, [КЕСКП, Загальний коментар № 23 щодо права на справедливі та сприятливі умови праці], п. 7.

³¹ Там само, п. 10.

³² Там само, п. 12.

³³ Там само, п. 18.

(приблизно 317 дол. США), тоді як середня заробітна плата в Україні становила 11 591 грн (приблизно 408 дол. США).³⁴ Багато працівників охорони здоров'я повідомили, що отримують мінімальну заробітну плату (5000 грн, приблизно 176 дол. США) або навіть менше. Деякі респонденти, особливо жінки, сказали, що не можуть дозволити собі звільнитися через відсутність можливостей працевлаштування. Наприклад, фельдшер у пункті першої допомоги у селі, розташованому на лінії зіткнення в Донецькій області, яка отримує зарплату майже 5000 гривень на місяць, сказала, що не може звільнитися через брак інших робочих місць у цій місцевості. Коли вона та її родичі заразилися COVID-19, їм доводилося платити власним коштом за дорогі ліки (до 10 тис. грн). Жодної фінансової допомоги або компенсації від роботодавця вона не отримала. Водій карети швидкої допомоги в Запоріжжі, який заробляв 5500 грн (приблизно 194 дол. США) на місяць, тоді як середня зарплата водія втричі вище, розповів ММПЛУ, що шукає іншу роботу.³⁵ Медсестри, які працюють у фельдшерсько-акушерських пунктах у Житомирській області, повідомили, що їхня зарплата становить 3600 грн (приблизно 127 дол. США) на місяць. Переважна більшість працівників охорони здоров'я, опитаних ММПЛУ, вважають, що їхня зарплата далека від того, щоби забезпечити їм та їхнім сім'ям задовільний життєвий рівень.

20. Опитані особи також повідомили, що заробітна плата в приватному секторі охорони здоров'я в багато разів вища, ніж у державних закладах. Приміром, у Києві винагорода за одну й ту саму роботу в приватному закладі може бути до 10 разів вище, ніж у державному/комунальному. Як наслідок, працівники, зазвичай, переходять у приватні клініки з державних закладів, яким важко наймати нових співробітників. Особливо це негативно позначається на закладах у малих містах і в сільській місцевості. Аналогічним чином, декілька респондентів зазначили, що працівники, особливо молоді випускники, їдуть з України на роботу за кордон, у країни Центральної Європи.
21. У 2020 році для заохочення працівників охорони здоров'я залишатися в державних/комунальних медичних закладах і працювати з пацієнтами, інфікованими COVID-19, уряд запровадив два види тимчасових доплат. Установлені в березні доплати у зв'язку з COVID-19 мали виплачуватися працівникам, яких Уряд визнав залученими до реагування на випадки COVID-19 (наприклад, співробітників інфекційних відділень лікарень, які отримують цільове фінансування від Національної служби здоров'я для боротьби з COVID-19), і могли становити до 300 відсотків від заробітної плати працівника.³⁶ Доплати, ухвалені в червні, були призначені працівникам охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на COVID-19 та інші важливі послуги з охорони здоров'я в закладах комунальної форми власності, крім персоналу первинної медичної допомоги, таких як, сімейні лікарі та медсестри, з 1 вересня до 31 грудня 2020 року.³⁷ Крім того, серед останніх також

³⁴ Див. http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/gdn/Zarp_ek_p/Zarp_ek_p2020_ue.xlsx.

³⁵ У січні 2021 року 15 500 грн (приблизно 545 дол. США), згідно з порталом вакансій Work Ukraine, див. <https://www.work.ua/salary-водій/>

³⁶ Кабінет Міністрів України, Деякі питання оплати праці медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, Постанова від 23 березня 2020 р. № 246, доступна за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/246-2020-п#Text>.

³⁷ Кабінет Міністрів України, Деякі питання оплати праці медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я, Постанова від 19 червня 2020 р. № 610, доступна за посиланням https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-oplati-praci-medichnih-ta-inshih-pracivnikiv-zakladiv-ohoroni-zdorovya?fbclid=IwAR0cT-VpeaSY28DSWO46H9jQjyvwDfy9cC8wwt2e_gaxN-SEz_MYtRQ43yc.

виключалися деякі фахівці з охорони здоров'я з немедичною освітою, такі як біологи та біохіміки, які працюють у лабораторіях, де проводяться тести на COVID-19, водії карет швидкої допомоги та допоміжний персонал, як-от інженери або бухгалтери.³⁸ Після того, як Професійна спілка працівників охорони здоров'я України закликала включити в цей список фахівців із вищою немедичною освітою³⁹, у грудні 2020 року парламентом було затверджено законодавчі зміни, які передбачають доплати працівникам охорони здоров'я з вищою немедичною освітою.⁴⁰

22. Доплати, ухвалені в червні, були також більш щедрими для лікарів, ніж для працівників охорони здоров'я середнього та молодшого рівнів.⁴¹ Це положення поглибило вже наявний гендерний розрив у оплаті праці, оскільки серед працівників середнього та молодшого рівнів більше жінок (наприклад, майже всі медсестри – жінки)⁴². Це може ще більше загострити нерівність і увічнити структурну гендерну дискримінацію й сегрегацію в галузі освіти та праці. За даними Державної служби статистики України, станом на 2018 рік жінки, зайняті у сфері охорони здоров'я, отримували в середньому 89% від заробітної плати, що виплачується чоловікам. Це віддзеркалює той факт, що вони представлені значно більше серед середнього й молодшого медперсоналу.⁴³
23. Багато респондентів вказали, що критерії Уряду щодо тимчасових доплат не забезпечили рівної оплати за працю рівної цінності. Багато працівників охорони здоров'я висловили розчарування тим, що не мають права на отримання доплат, пов'язаних із ліквідацією захворювання на COVID-19, виконуючи при цьому роботу, яка значною мірою наражає їх на ризик зараження вірусом (наприклад, персонал закладів первинної медичної допомоги; персонал, що знешкоджує використані ЗІЗ; фельдшери, які працюють у каретах швидкої допомоги, не облаштованих спеціально для пацієнтів з COVID-19; фахівці відділень лікарень, що не залучені до боротьби з COVID-19; співробітники лабораторій із немедичною освітою).
24. Співробітники служб первинної медичної допомоги скаржилися на те, що їм не виплачувалися доплати за роботу з ліквідації COVID-19 попри те, що вони брали участь у лікуванні пацієнтів, хворих на COVID-19.⁴⁴ Така практика позбавляє

³⁸ Міністерство охорони здоров'я України, Про затвердження переліку типів закладів охорони здоров'я та переліку посад медичних та інших працівників, для яких встановлюються доплати до заробітної плати медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та тим, що забезпечують життєдіяльність населення, що мають право на встановлення доплати до заробітної плати з 01 вересня 2020 року до 31 грудня 2020 року, Наказ № 2021 від 03.09.2020, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 вересня 2020 р. за № 901/35184, доступний за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0901-20#Text>.

³⁹ Професійна спілка працівників охорони здоров'я України, Лист Прем'єр-міністра України Денису Шмигалю «Про вдосконалення положень законодавства», 21 жовтня 2020, доступний за посиланням http://medprof.org.ua/novini/novini/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=8190&cHash=741de2b9eb

⁴⁰ Закон України № 1123-IX від 18 грудня 2020 року «Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо пільг та підвищення оплати праці професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я», доступний за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1123-20#Text>.

⁴¹ Доплати повинні складати 70% від заробітної плати лікаря, а для середнього медичного персоналу та молодших медичних сестер – відповідно 50% і 25% від мінімальної заробітної плати, встановленої законом «Про державний бюджет України на 2020 рік».

⁴² Ця оцінка базується на інтерв'ю з працівниками служби охорони. Україна не збирає гендерно дезагреговані дані за професіями у сфері охорони здоров'я. Див. WHO, *State of The World's Nursing: Ukraine* [BOOЗ, *Стан сестринської справи у світі: Україна*].

⁴³ Державна служба статистики, *Жінки і чоловіки в Україні*, с. 58 і 61.

⁴⁴ 14 січня 2021 року Міністерство охорони здоров'я України ухвалило нове розпорядження з визначенням переліку державних закладів охорони здоров'я (підлягає регулярному оновленню), що надають первинну,

мотивації працівників охорони здоров'я, які борються з пандемією. Багато з респондентів серед керівників закладів охорони здоров'я повідомили ММПЛУ, що подавали скарги, але Національна служба здоров'я нібито аргументувала все тим, що працівники первинної медичної допомоги мають лікувати пацієнтів з COVID-19 тільки телефоном або онлайн. Однак багато пацієнтів із симптомами COVID-19 відвідують сімейних лікарів, здають аналізи, проходять рентгенологічне дослідження або потребують догляду вдома. За словами директора закладу первинної медичної допомоги в м. Бахмут Донецької області, станом на грудень 2020 року сімейні лікарі надали лікування вдома понад 800 пацієнтам з COVID-19. Медсестри із сільської амбулаторії, розташованої поруч із лінією зіткнення, скаржилися ММПЛУ на те, що, хоча вони обслуговували п'ять сіл уздовж лінії зіткнення в Луганській області і, таким чином, реагували на ймовірні випадки COVID-19⁴⁵, доплати, пов'язані з ліквідацією COVID-19, їм не надавалися, бо вони надавали послуги з первинної медичної допомоги.

25. ММПЛУ спілкувалася з персоналом у м. Торецьк Донецької області, який працював з пацієнтами, госпіталізованими з пневмонією, допоки не надходили дані ПЛР-тестів. У разі позитивного результату пацієнтів переводили до інфекційного відділення. Попри надання початкової медичної допомоги таким пацієнтам, вони не мали права на доплати за роботу з ліквідації COVID-19.⁴⁶
26. Хоча уряд ухвалив доплати за роботу з ліквідації COVID-19 в розмірі до 300 відсотків до заробітної плати, рішення про те, які працівники будуть отримувати доплату та її розмір, віддано на розсуд керівництва лікарні. Це призвело до скарг, що такі рішення часто приймаються непрозоро, виглядають свавільними й залишають місце для корупційної практики. У Харкові один із представників бригади швидкої допомоги повідомив ММПЛУ, що для отримання доплат членам бригади необхідно зібрати безліч документів, у тому числі підтвердження госпіталізації пацієнта й позитивні результати тесту на COVID-19. ММПЛУ отримала твердження про те, що керівництво однієї з підстанцій швидкої допомоги Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Харкові вимагало від бригад швидкої допомоги, призначених для боротьби з COVID-19, повернути частку доплат у вигляді «відкатів».⁴⁷
27. Один із керівників обласних профспілок працівників охорони здоров'я розповів, що Державна аудиторська служба розглядала випадки, коли керівництво лікарні надавало доплату за боротьбу з COVID-19 у розмірі 300-відсоткового підвищення заробітної плати працівникам, залученим до заходів реагування на COVID-19. Державна аудиторська служба оголосила догану одній із лікарень в Луганській області за рішення підвищити зарплату працівникам на 300 відсотків, тоді як інші

екстрену, а також в стаціонарних умовах вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу пацієнтам з COVID-19. У ньому також міститься розширений перелік посад працівників охорони здоров'я, який включає сімейних лікарів та медсестер-фахівців у сімейній медицині. Див.

Міністерство охорони здоров'я, Про затвердження Переліку державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну, екстрену, а також в стаціонарних умовах вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, а також медичних працівників таких закладів, 14 січня 2021, №1, доступне за посиланням

<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/Керівник%20робіт/2021/01/15/Позпорядження%20№%201.pdf>.

⁴⁵ Найближчий сімейний лікар знаходився за 30 км, а час очікування швидкої допомоги – не менше 90 хвилин.

⁴⁶ Інтерв'ю ММПЛУ, листопад 2020 року.

⁴⁷ Інтерв'ю ММПЛУ, листопад 2020 року та січень 2021 року.

лікарні області збільшили зарплату працівникам тільки на 150-200 відсотків. Такому підходу бракує прозорості та ясності, оскільки Уряд ухвалив доплати «до 300 відсотків» до зарплати. Це означає, що керівництво лікарень може урізати такі доплати, позбавляючи працівників охорони здоров'я впевненості в оплаті своєї праці.

28. Деякі опитувані скаржилися, що навіть з урахуванням доплат до зарплати отримана сума не відповідає належним чином зростанню робочого навантаження на працівників охорони здоров'я, які задіяні до реагування на випадки COVID-19. За словами представника центру первинної медичної допомоги в Донецькій області, мобільні бригади, що проводять тести на COVID-19, отримували доплати за збільшене робоче навантаження, якщо проводили 150 тестів і більше на місяць, як це передбачено Урядом. Кожна бригада фактично провела понад тисячу аналізів, але доплата не зросла відповідно до збільшення навантаження. Керівники профспілок працівників охорони здоров'я в декількох регіонах повідомили, що переважна більшість співробітників галузі охорони здоров'я, які брали участь у заходах із реагування на COVID-19, працювали від 200 до 300 відсотків часу понаднормово, але не отримали повну компенсацію, оскільки за чинними правилами робоче навантаження не має перевищувати 150 відсотків.

2. Безпечні та здорові умови праці

«Медичним працівникам доводиться використовувати одну одноразову маску протягом кількох днів, хоча ці маски не призначені для використання більше двох годин», – лікар про відсутність ЗІЗ у населеному пункті поряд з лінією зіткнення, жовтень 2020 року.

«Фельдшер бере ганчірку, відро з водою і розвозить бруд. Водій мие свою кабінку – ось і вся дезінфекція. Я не знаю, куди ділися бюджетні гроші, виділені для дезінфекції карет швидкої допомоги», – колишній водій карети швидкої допомоги із Харкова розповідає про умови роботи його бригади в першій половині 2020 року.

29. Безпечні та здорові умови праці – ще одна основоположна складова права на справедливі та сприятливі умови праці відповідно до статті 7 (b) МПЕСКП. Обов'язок держави полягає в тому, щоб «ухвалити національну політику щодо запобігання нещасним випадкам і професійним травмам шляхом зведення до мінімуму небезпек у робочому середовищі та забезпечення широкої участі в розробці, здійсненні та перегляді такої політики, зокрема працівників, роботодавців і організацій, які представляють їхні інтереси».⁴⁸ Це також означає, що у працівників має бути можливість контролювати умови праці, не побоюючись каральних заходів.⁴⁹ Працівники, що постраждали від нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання, яке можна було попередити, повинні мати право на засіб правового захисту, у тому числі належну компенсацію для покриття витрат на лікування, втраченого прибутку та інших витрат, а також доступ до реабілітаційних послуг.⁵⁰

⁴⁸ CESCR, General comment No. 23 on the right to just and favourable conditions of work [КЕСКП, Загальний коментар № 23 щодо права на справедливі та сприятливі умови праці], п. 25.

⁴⁹ Там само, п. 26.

⁵⁰ Там само, п. 29.

30. Брак достатньої кількості якісних ЗІЗ викликав особливу стурбованість у перші місяці пандемії, коли працівники охорони здоров'я мали покладатися на приватні пожертвування. Хоча постачання загалом збільшилося до осені 2020 року, працівники охорони здоров'я в сільських місцевостях і районах, що постраждали від конфлікту, як і раніше потерпають через брак достатньої кількості якісних ЗІЗ, антисептиків і дезінфекційних засобів. Приміром, повідомляється, що в населеному пункті поруч із лінією зіткнення в Луганській області є тільки один повноцінний захисний костюм багаторазового використання, який ділять між собою три працівники.⁵¹ За словами персоналу, наприкінці 2020 року в Лисичанську, Северодонецьку, Одесі та Запоріжжі також постачання були недостатніми.⁵²
31. Разом із використанням ЗІЗ не менш важливими для зниження рівня зараження серед медичних працівників є інші профілактичні стратегії, такі як інженерно-технічні заходи, адміністративний контроль, які також застосовуються в медичних закладах.⁵³ В одній із лікарень м. Харкова працівники охорони здоров'я висловили стурбованість через брак належного поділу на «чисті» зони (де працівники охорони здоров'я можуть перебувати без ЗІЗ) і зони з пацієнтами з COVID-19, що призводить до перехресного зараження працівників охорони здоров'я. Декілька працівників охорони здоров'я також розповіли, що будівлі інфекційних лікарень, в яких вони працювали, є ветхими та спроектовані таким чином, що неможливо здійснювати належний інфекційний контроль.
32. Однією з головних проблем є брак послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Багато опитаних повідомили, що зростання робочого навантаження, нестача ліків та обладнання для належного лікування пацієнтів і важкі умови праці призводили до виникнення стресу, тривоги, депресії і вигоряння серед працівників охорони здоров'я. Декілька керівників закладів охорони здоров'я розповіли ММПЛУ, що, хоча вони і бачили збільшену потребу в психологічній та психосоціальній підтримці для співробітників, вони не знали про будь-яку доступну допомогу або консультації. Навіть та невелика кількість опитаних, які знали про можливість відвідати штатного психолога в їхній установі, повідомили, що жодної систематичної, цілеспрямованої кампанії з підвищення обізнаності персоналу про психічне здоров'я і вигоряння серед медичних працівників не проводилося.
33. Потреби психічного здоров'я, як видається, повністю нехтуються при управлінні охороною праці в Україні попри те, що працівники, які залучені в реагування на спалахи та надзвичайні ситуації, стикаються з багатьма джерелами стресу.⁵⁴ Психічні

⁵¹ Інтерв'ю ММПЛУ з працівником охорони здоров'я, листопад 2020.

⁵² Інтерв'ю ММПЛУ, жовтень-листопад 2020.

⁵³ WHO and ILO, *Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders* [ВООЗ та МОП, «Охорона праці в надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я: Посібник із захисту працівників охорони здоров'я та осіб, які залучені до заходів з реагування», Женева, 2018 рік, с. 59.

⁵⁴ Дослідження, проведене в Англії, показало, що у працівників відділення інтенсивної терапії, які лікують пацієнтів з COVID-19, з'явилися посттравматичні стресові розлади та думки про самогубство. Інше дослідження виявило, що особливо часто проблеми з психічним здоров'ям виникали у працівниць охорони здоров'я, задіяних до реагування на випадки COVID-19 у Китаї, і мали при цьому обов'язки з догляду. Вони також стикалися з великою дилемою: як розставити пріоритети між роботою та доглядом за членами сім'ї і також між доглядом за членами сім'ї та уникненням контактів з ними. Див. Kate Kelland, 'Critical care staff suffer trauma and severe anxiety due to COVID-19 – UK study' [Кейт Келланд, «Персонал, який надає невідкладну допомогу, страждає від травм і сильної тривоги у зв'язку з COVID-19 – дослідження Великої Британії»], 13 січня 2021, доступний за посиланням <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus->

розлади не включені до переліку професійних захворювань, затвердженого Кабінетом Міністрів. Опитування медичних працівників в Україні, проведене у квітні-травні 2020 Інститутом психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, виявило, що майже половина з них перебуває в стресовому стані, оскільки вони можуть заразити COVID-19 членів своїх сімей та друзів, 47,8% – відчувають стрес через брак достатньої кількості засобів індивідуального захисту, і 47,6% – відчувають стрес від того, що бачать, як пацієнти вмирають від COVID-19.⁵⁵

34. Працівникам охорони здоров'я, які виконують домашні обов'язки з догляду, також не вистачає соціальних служб для допомоги з цими обов'язками. У суспільстві все ще переважають традиційні гендерні ролі, і відтак жінки несуть основний тягар неоплачуваних робіт із догляду, як-от приготування їжі, прибирання, догляд за дітьми та родичами літнього віку. Під час пандемії обсяг деяких із них збільшився. З огляду на те, що 83 відсотки працівників охорони здоров'я в Україні становлять жінки, нерівний розподіл неоплачуваної домашньої роботи та обов'язків із догляду між чоловіками та жінками в родині ще більше посилив їхнє загальне виснаження під час пандемії. Співробітниця лабораторії розповіла ММПЛУ, що коли школи були закриті, їй було особливо важко піклуватися про своїх дітей і доводилося знаходити час, щоби регулярно дзвонити їм, бігати додому, щоби переконатися, що все гаразд, готувати достатньо їжі, щоби вони могли поїсти впродовж дня.⁵⁶
35. ММПЛУ стурбована тим, що працівників охорони здоров'я не достатньо тестують на COVID-19. У травні 2020 року законом було запроваджене регулярне обов'язкове тестування працівників охорони здоров'я, задіяних до реагування на випадки COVID-19, на період карантину та впродовж двох місяців потому.⁵⁷ 17 вересня 2020 року Міністерство охорони здоров'я рекомендувало медичним закладам провести тестування працівників, задіяних до реагування на випадки COVID-19, на наявність антитіл.⁵⁸ Попри це, декілька респондентів сказали, що працівники охорони здоров'я в їхніх закладах можуть проходити тест на COVID-19 тільки за наявності симптомів. Крім того, опитані повідомили, що результати тесту на COVID-19 часто затримувалися, подекуди до дев'яти днів, що зменшувало ефективність дій із профілактики, лікування та контролю за хворобою.

[mentalhealth/critical-care-staff-suffer-trauma-and-severe-anxiety-due-to-covid-19-uk-study-idUSL8N2JN2IE](https://www.mentalhealth/critical-care-staff-suffer-trauma-and-severe-anxiety-due-to-covid-19-uk-study-idUSL8N2JN2IE); Li G., Miao J., Wang H., et al., 'Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study' [Лі Г., Міао Дж., Вонг Г., та інші, 'Психологічний вплив на жінок-працівників охорони здоров'я, які беруть участь у боротьбі зі спалахом COVID-19 у Вухані: перехресне дослідження'], *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020 (91), с. 895, доступний за посиланням <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/91/8/895.full.pdf>.

⁵⁵ Ірина Пінчук, «Медикам слід навчитися бути здоровими егоїстами — лікар-психіатр Ірина Пінчук про те, як вистояти у боротьбі з коронавірусом», Ракурс, 15 грудня 2020, доступний за посиланням <https://racurs.ua/ua/2783-medykam-potribno-navchytysya-but-y-zdorovymy-egoyistamy-likar-psyhiatr-iryna-pinchuk-pro-te.html>.

⁵⁶ Див. також аналогічні спостереження в ООН-Жінки, *Оперативна гендерна оцінка становища та потреб жінок у контексті ситуації з COVID-19 в Україні*, с. 65-66, доступний за посиланням <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/05/rapid%20gender%20assessmentukr-min.pdf?la=en&vs=4536>.

⁵⁷ Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 29, ст. 228), ст. 35¹, доступний за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.

⁵⁸ Міністерство охорони здоров'я України, Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», Наказ № 2122, 17 вересня 2020, доступний за посиланням <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17092020--2122pro-vnesennja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>.

36. ММПЛУ також отримало твердження про випадки насильства проти працівниць охорони здоров'я на робочому місці, хоча й не пов'язаних із пандемією. Члени бригад швидкої допомоги, серед яких багато жінок, інколи зазнавали нападів із боку пацієнтів у нетверезому стані. У Харкові одна з опитаних жінок скаржилася, що, коли вони натискали кнопку тривоги, їхні заклики по допомогу не сприймалися серйозно старшими лікарями, а служби безпеки або поліція не викликалися. Гендерно зумовлене насильство на робочому місці ще більше підриває здоров'я й добробут працівників охорони здоров'я і відтак позначається на здатності системи охорони здоров'я реагувати на пандемію, яка й без того вже перевантажена.

3. Відпочинок

«Я працюю 76 годин на тиждень. Нам потрібно більше персоналу та [я так втомилася від роботи, що] все, що я хочу - це спати...», – працівниця охорони здоров'я, яка знаходиться на передньому краї боротьби з COVID-19, Краматорськ, листопад 2020 року.

«Замість 12-годинних змін ми працювали 15-16 годин за зміну, без перерв на обід, без перерв на туалет, нам доводилося мочитися на розі вулиць», – колишній водій карети швидкої допомоги з Харкова, який звільнився через нестерпні умови праці.

«Обсяг роботи величезний. Піти у відпустку неможливо, немає психосоціальної підтримки. Немає часу на перерву на 15-20 хвилин. Бувають дні, коли немає часу сходити в туалет або випити води», – медсестра з м. Торецьк, Донецька область, листопад 2020 року.

37. Відпочинок і дозвілля, обмеження робочого часу та оплачувана періодична відпустка допомагають працівникам підтримувати – правильний баланс між роботою та особистим життям і уникати пов'язаних із роботою стресів, нещасних випадків і хвороб. МПЕСКП вимагає від держав встановлення мінімальних стандартів, яких необхідно дотримуватися і які не можуть бути скасовані або скорочені на підставі економічних або виробничих причин.⁵⁹ Мають бути щоденні та щотижневі періоди відпочинку, що особливо важливо для осіб, робота яких впливає на життя і здоров'я як їх самих, так і інших. Працівники мають отримувати оплату за години, відпрацьовані понад дозволений максимальний робочий час на тиждень.⁶⁰
38. Декілька працівників охорони здоров'я повідомили про довші робочі години і триваліші зміни поспіль, ніж звичайний сорокагодинний робочий тиждень. Інші говорили, що в них не було належних перерв, щоби з'їсти або випити що-небудь або навіть сходити в туалет під час зміни, що є додатковою проблемою для жінок, у яких настала менструація. Деякі з опитаних сказали, що їм неофіційно було дано вказівку не брати відпустку під час пандемії. Довший робочий день може збільшити ризик

⁵⁹ МПЕСКП, ст. 7(d) та CESCR, General comment No. 23 on the right to just and favourable conditions of work [КЕСКП, Загальний коментар № 23 щодо права на справедливі та сприятливі умови праці], п. 34.

⁶⁰ Там само, п. 37.

виробничого травматизму та нещасних випадків, а також призвести до погіршення здоров'я.⁶¹

39. Збільшення робочого навантаження часто пояснювалося браком персоналу через зараження COVID-19 серед колег, а також великою кількістю вакансій. Багато з опитаних вказали, що дефіцит кадрів був і до пандемії через низьку заробітну плату й погане фінансування сектора охорони здоров'я. Деякі лікарні були змушені скоротити персонал через брак фінансування після того, як унаслідок реформи системи охорони здоров'я змінилися модальності фінансування охорони здоров'я. Під час пандемії працівники охорони здоров'я залишали посади через те, що або належали до груп високого ризику (особи літнього віку або люди з певними захворюваннями), або не могли впоратися зі стресом, спричиненим збільшенням обсягів роботи та поганими умовами праці, у тому числі низьку заробітну плату та недостатню охорону їхнього здоров'я та безпеки.
40. Брак кадрів особливо гостро відчувається на сході України, де конфлікт послабив інфраструктуру охорони здоров'я.⁶² Працівник охорони здоров'я в лікарні м. Краматорськ повідомив ММПЛУ, що через серйозну нестачу персоналу середній робочий тиждень становить 76 годин. Після численних скарг у міські органи охорони здоров'я десять медсестер звільнилися через важкі умови роботи в лікарні. У м. Торецьк, що розташоване поруч із лінією зіткнення в Донецькій області, працівник охорони здоров'я поскаржився, що 30% співробітників хворі на COVID-19, а інші – перевантажені роботою.
41. Деякі працівники охорони здоров'я також повідомили, що в їхніх закладах відсутні належним чином підготовлені кімнати для відпочинку, санвузли та кухні для персоналу, а будь-який ремонт або придбання обладнання (наприклад, мікрохвильові печі, холодильники, кавоварки та дивани) фінансувалися коштом пожертвувань приватних компаній.

⁶¹ WHO and ILO, *Occupational safety and health in public health emergencies* [ВООЗ та МОП, *Охорона праці в надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я*], с. 47.

⁶² WHO and Health Cluster Ukraine, *Donetska & Luhanska Oblasts Eastern Ukraine Public Health Situation Analysis (PHSA) –Long-form* [ВООЗ та Кластер охорони здоров'я в Україні, *Донецька і Луганська області східної України. Аналіз стану державного сектора охорони здоров'я - повна форма*], 28 січня 2021, с. 43, доступний за посиланням https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/eastern_ukraine_phsa_28_january_2021.pdf; ОСНА, *Humanitarian Needs Overview Ukraine* [Офіс ООН з координації гуманітарних питань, *Огляд гуманітарних потреб України*], лютий 2021, с. 30.

4. Соціальне забезпечення

«Що я можу сказати - на все відділення було три костюми безпеки, одна зміна їх знімала, інша - вдягала», – молодша медсестра з Харкова, яка звільнилася після ускладнень, викликаних COVID-19, і не отримала жодної компенсації, грудень 2020 року.

«Що вища посада лікаря, то більша ймовірність наявності у нього страховки. Молодша медсестра страховки не має», – працівник охорони здоров'я розповідає, як відсутність коштів впливає на здатність купити персоналу додаткову страховку від COVID-19, листопад 2020 року.

42. Право кожної людини на соціальне забезпечення, зокрема соціальне страхування, визнано в статті 9 МПЕСКП. Соціальне страхування, зазвичай, передбачає обов'язкові внески бенефіціарів, роботодавців, а іноді й Держави, одночасно з виплатою допомоги та покриттям адміністративних витрат із загального фонду. Воно спрямоване на забезпечення доходу особам, які більше не заробляють через літній вік, хворобу, травму або безробіття.⁶³ Право на соціальне забезпечення тісно пов'язане з правом на безпечні та здорові умови праці, зокрема з правом на компенсацію в разі професійної травми або захворювання.
43. Україна ратифікувала Конвенцію МОП 1952 року про мінімальні норми соціального забезпечення (№ 102), яка містить керівні принципи, що стосуються різних видів допомоги, які надаються працівникам під час надзвичайних ситуацій, у тому числі допомога для медичного обслуговування, у зв'язку з хворобою, у зв'язку з трудовим каліцтвом і у зв'язку з втратою годувальника. МОП рекомендує надавати право на компенсацію, реабілітацію та лікування постраждалим працівникам не тільки у випадку зараження, але і у разі психічних та поведінкових розладів, якщо вони з'явилися як наслідок небезпечного впливу на робочому місці.⁶⁴ Тоді як під час епідеміологічного розслідування окремих випадків зазвичай документується джерело високоінфекційних патогенів на робочому місці або за місцем проживання, МОП та ВООЗ рекомендують визнавати причину зараження на робочому місці як ймовірну без проведення епідеміологічного розслідування для тих працівників, які мають високий рівень контакту з джерелами таких небезпек.⁶⁵
44. Зараження COVID-19 серед працівників охорони здоров'я в Україні нечасто визнається як професійне, що позбавляє персонал компенсації. Хоча Кабінет Міністрів України включив COVID-19 у перелік професійних захворювань, а Міністерство охорони здоров'я включило майже всі медичні професії до переліку працівників охорони здоров'я, які «безпосередньо беруть участь у боротьбі з епідемією», застосування цього законодавства і, зокрема, порядку встановлення зв'язку між зараженням і роботою, є обтяжливим і непрозорим.⁶⁶

⁶³ Див. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 19, Article 9, The right to social security [Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 19, Стаття 9, Право на соціальне забезпечення], 4 лютого 2008, (E/C.12/GC/19), п. 4.

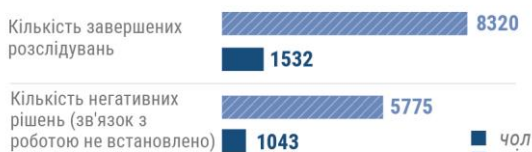
⁶⁴ ILO, *Recommendation No. 194 – List of Occupational Diseases Recommendation*, 2002 [МОП, *Рекомендація № 194 - Рекомендований перелік професійних захворювань*, 2002], доступний за посиланням https://www.ilo.org/dyn/normlex/de/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312532.

⁶⁵ WHO and ILO, *Occupational safety and health in public health emergencies* [ВООЗ та МОП, «Охорона праці в надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я»], с. 6.

⁶⁶ До складу спеціальної комісії, згідно з Постановою Кабінету Міністрів «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві», входять

45. Станом на 31 грудня 2020 року Державна служба з питань праці була проінформована про 35 040 випадків інфікування COVID-19 серед працівників охорони здоров'я, тоді як розслідування щодо встановлення зв'язку між зараженням і роботою були завершені лише у 26% випадків (9 159). У деяких регіонах частка завершених розслідувань навіть нижче, ніж у середньому по країні. Наприклад, у Запорізькій і Херсонській областях розслідування були завершені лише в шести відсотках випадків, тоді як у Закарпатській та Кіровоградській областях розслідування були завершені в 11 відсотках випадків.⁶⁷ У деяких випадках розслідування тривали до п'яти місяців.⁶⁸
46. Державна служба з питань праці повідомила, що її не завжди своєчасно інформують про випадки професійних захворювань працівників охорони здоров'я. У Луганській області станом на 31 грудня 2020 року Національною службою здоров'я України було зареєстровано 869 випадків COVID-19, проте Державна служба з питань праці отримала повідомлення лише про 42 (менше 5%).
47. Крім того, завершені розслідування демонструють низький показник визнання: тільки 28 відсотків (або 2558 випадків) інфікування працівників охорони здоров'я COVID-19 були визнані як такі, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків.⁶⁹ Були також суттєві регіональні відмінності в показниках визнання інфікування працівників охорони здоров'я COVID-19 як таких, що пов'язані з роботою. Наприклад, чотири відсотки випадків у Полтавській області (11 з 266 випадків зараження COVID-19, за якими

НЕВИЗНАННЯ ЗАРАЖЕНЬ COVID-19 ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТАКИМИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З РОБОТОЮ



Джерело: Фонд соціального страхування України, всі в 2020 р.

посадова особа Державної служби з питань праці, представники Фонду соціального страхування, керівництва відповідної організації, представник профспілкового органу, представник місцевої держадміністрації або органу місцевого самоврядування, Державної служби з надзвичайних ситуацій, а також фахівець з гігієни праці та інші. Представники профспілок скаржилися ММПЛУ на брак фахівців (наприклад, епідеміологів, профпатологів), які могли б увійти до складу таких комісій. Порядок розслідування, визначений для роботи цих комісій, також є довгим і складається з численної кількості етапів (наприклад, визначення, як відповідна особа використовувала ЗІЗ, виконувала робочі інструкції; вивчення документів з роботи, надіслання запитів до медичних закладів щодо працівника охорони здоров'я, зараженого COVID-19, замовлення експертиз). Усі ці етапи і порядки негативно впливають на здатність працівників охорони здоров'я довести зв'язок між зараженням COVID-19 та їхньою роботою, що залишає місце для корупції й особистого впливу та/або зв'язків для отримання бажаних висновків комісії. Кабінет Міністрів України, Постанова №337 «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві» від 17 квітня 2019 р., доступна за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/337-2019-п#Text>. 5 січня 2021 року подальшими змінами до Постанови Кабінету Міністрів України було врегульоване проведення розслідувань випадків смерті працівників охорони здоров'я. Див. Кабінет Міністрів України, Постанова №1 «Деякі питання розслідування випадків смерті окремих категорій медичних працівників» від 5 січня 2021 року, доступна за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1-2021-%D0%BF#Text>.

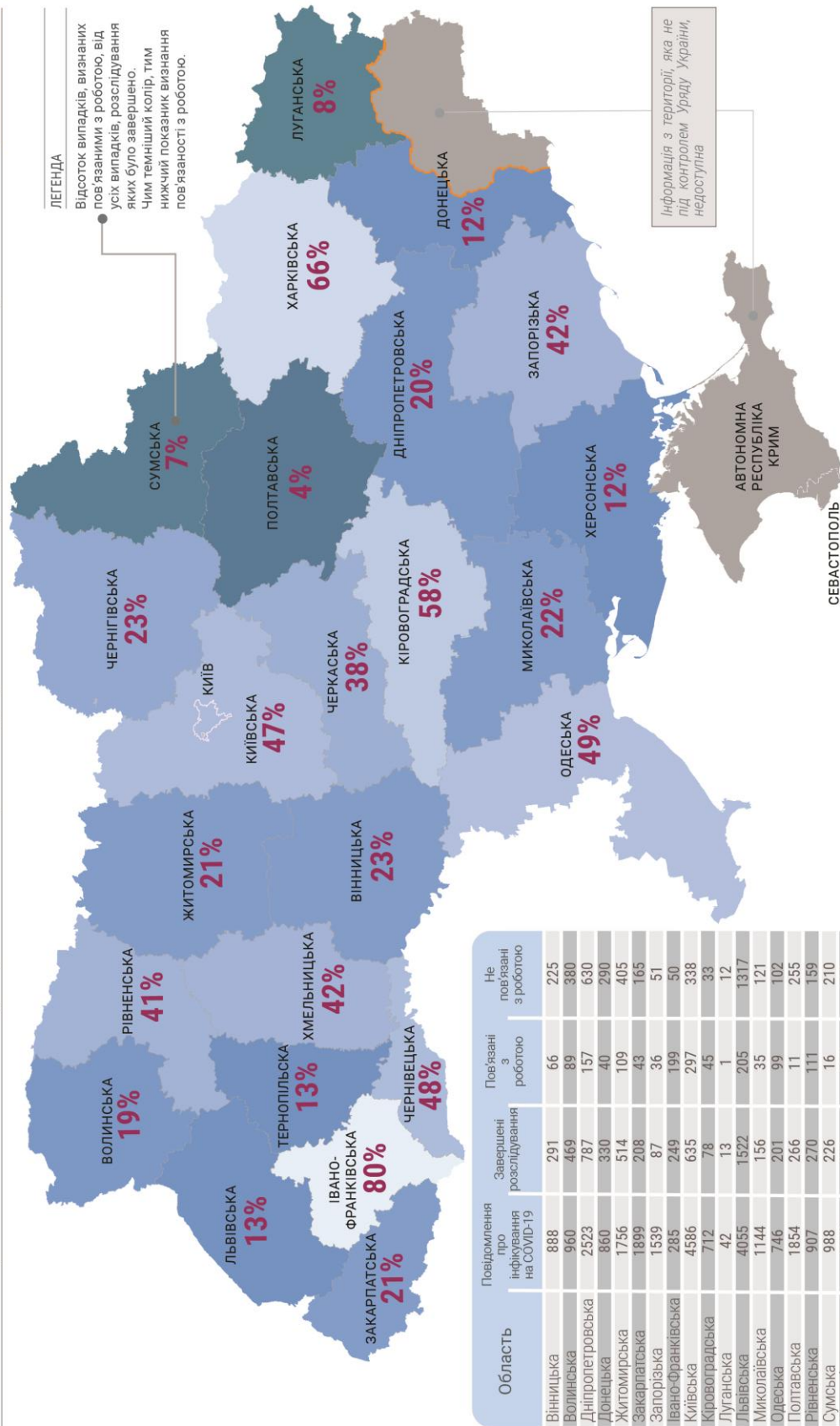
⁶⁷ Інформація надана Державною службою з питань праці у відповідь на лист ММПЛУ, 4 лютого 2021 року.

⁶⁸ Фонд Соціального страхування України, «Сергій Таровик: У строк до 1 місяця завершено розслідування 13% випадків інфікування медиків COVID-19», доступний за посиланням <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/972395>.

⁶⁹ Лист від Державної служби з питань праці у відповідь на лист ММПЛУ, 4 лютого 2021 року.

Визнання заражень COVID-19 працівників охорони здоров'я такими, що пов'язані з роботою*

2020



Область	Повідомлення про інфекцію на COVID-19		Завершені розслідування		Пов'язані з роботою		Не пов'язані з роботою	
	Всього	Визнано пов'язаними з роботою	Всього	Визнано пов'язаними з роботою	Всього	Визнано пов'язаними з роботою	Всього	Визнано пов'язаними з роботою
Вінницька	888	291	291	66	66	225		
Волинська	960	469	469	89	89	380		
Дніпропетровська	2523	787	787	157	157	630		
Донецька	860	330	330	40	40	290		
Житомирська	1756	514	514	109	109	405		
Закарпатська	1899	208	208	43	43	165		
Запорізька	1539	87	87	36	36	51		
Івано-Франківська	285	249	249	199	199	50		
Київська	4586	635	635	297	297	338		
Кіровоградська	712	78	78	45	45	33		
Луганська	42	13	13	1	1	12		
Львівська	4055	1522	1522	205	205	1317		
Миколаївська	1144	156	156	35	35	121		
Одеська	746	201	201	99	99	102		
Полтавська	1854	266	266	11	11	255		
Рівненська	907	270	270	111	111	159		
Сумська	988	226	226	16	16	210		
Тернопільська	1672	866	866	110	110	756		
Харківська	765	351	351	232	232	119		
Херсонська	551	33	33	4	4	29		
Хмельницька	1495	508	508	211	211	297		
Черкаська	2193	419	419	159	159	260		
Чернівецька	745	373	373	178	178	195		
Чернігівська	1875	307	307	105	105	202		
ВСЬОГО:	35040	9159	9159	2558	2558	6601		

* Джерело: Державна служба України з питань праці, станом на 31 грудня 2020 року

Створено: 24 березня 2021 року Контакт: hrmmi@ohchr.org ohchr.org standup4humanrights.org
 Кордони і назви, наведені на цій карті, та використані на ній для позначення, не означають офіційного схвалення чи згоди ООН.

розслідування було завершено), сім відсотків у Сумській області (16 з 266 випадків) і вісім відсотків у Луганській області (один з 13) у порівнянні з 80 відсотками в Івано-Франківській області (199 з 249) і 66 відсотками в Харківській області (232 з 351).

48. Представники профспілок підтвердили, що спеціальні комісії, відповідальні за проведення розслідувань, неохоче пов'язують зараження COVID-19 серед працівників охорони здоров'я з виконанням ними професійних обов'язків, і що навіть скликання таких комісій є проблемою через брак фахівців, таких як епідеміологи та профпатологи, участь яких вимагається відповідно до закону. Кілька опитаних також зазначили, що працівникам охорони здоров'я, які не були офіційно задіяними до реагування на випадки COVID-19 (у закладі, у якому вони працюють), важко довести, що їхнє зараження COVID-19 пов'язане з виконанням професійних обов'язків, що потенційно може вплинути на доступ до компенсації.
49. Директор закладу первинної медичної допомоги в Одеській області повідомив ММПЛУ, що випадки COVID-19 серед медичних працівників не були визнані як пов'язані з роботою на підставі припущення про те, що працівники знехтували протоколами безпеки при роботі з пацієнтами.⁷⁰ Аналогічно, один із респондентів у м. Краматорськ сказав, що компенсацію за випадки зараження COVID-19, пов'язані з виконанням професійних обов'язків, не було надано, оскільки передача інфекції від пацієнта до лікаря в медичних закладах розглядалася як «порушення правил належного використання ЗІЗ». ММПЛУ зазначає, що така практика може трактуватися як незаконна, оскільки, згідно з українським законодавством, порушення правил охорони праці не може бути підставою для невизнання випадку як пов'язаного з роботою або позначатися на праві на компенсацію.⁷¹
50. Також до ММПЛУ надійшли скарги на те, що виплати лікарняних із Фонду соціального страхування часто затримуються, що посилює фінансову невпевненість працівників охорони здоров'я, які отримують мінімальну заробітну плату.
51. За даними Державної служби з питань праці, медсестри та молодші медсестри, які майже завжди є жінками, становлять 54% всіх працівників охорони здоров'я, інфікованих COVID-19. Вони також отримують найнижчу заробітну плату, що означає, що вони найбільше страждають у разі браку компенсації за зараження COVID-19. ММПЛУ спілкувалася з колишньою молодшою медсестрою відділення інтенсивної терапії однієї з харківських лікарень, призначених для пацієнтів з COVID-19, яка однією з перших у своєму відділенні заразилася COVID-19 навесні 2020 року. Вона пояснює своє зараження браком ЗІЗ. Оскільки керівництво намагалося приховати її діагноз, вона не зверталася по компенсацію від Фонду соціального страхування як працівник охорони здоров'я. Через ускладнення зі здоров'ям, спричинені COVID-19, їй довелося звільнитися.

⁷⁰ За даними Фонду соціального страхування, випадок не було визнано таким, що пов'язаний з роботою, через неспроможність слідства встановити зв'язок між зараженням працівника охорони здоров'я та його/її робочих обов'язків. У 2020 році було чотири випадки, коли сума одноразової виплати працівникам охорони здоров'я, які отримали інвалідність внаслідок COVID-19, була зменшена на підставі рішень комісій з охорони праці у відповідних медичних закладах, які постановили, що працівники охорони здоров'я не дотримувалися інструкцій з охорони праці. Лист Фонду соціального страхування у відповідь на лист ММПЛУ, 2 березня 2021 року.

⁷¹ «Порушення правил охорони праці застрахованим, яке спричинило нещасний випадок або професійне захворювання, не звільняє страховика від виконання зобов'язань перед потерпілим». Закон «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», ст. 36(6), доступний за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>.

52. На додаток до обов'язкового державного соціального страхування всі медичні заклади можуть також застрахувати співробітників у приватних компаніях. Однак багато керівників медичних закладів казали ММПЛУ, що в них або немає коштів для отримання страховки для всіх, або приватні компанії не хочуть страхувати випадки COVID-19 чи виплачують «образливо» низьку компенсацію.⁷² За словами однієї зі співрозмовниць, коли вона намагалася отримати додаткову страховку для своїх співробітників, страхові компанії відмовлялися страхувати працівників охорони здоров'я віком понад 60 років, який мали майже 35% її працівників. Співробітники лікарень, опитані ММПЛУ, повідомили, що через нестачу коштів пріоритет під час страхування від COVID-19 віддається лікарям, а середній і молодший медперсонал залишаються осторонь. Багато працівників охорони здоров'я сказали, що не знають, чи вони є застрахованими.
53. ММПЛУ зазначає, що в деяких областях і містах влада вирішила надати додаткову компенсацію працівникам охорони здоров'я, які захворіли на COVID-19. Наприклад, Полтавська обласна рада ухвалила плани виплачувати по 10 тис. грн (приблизно 352 дол. США) кожному медичному працівнику в області, який захворів на COVID-19, до кінця 2020 року й має намір продовжити цю програму у 2021 році. Аналогічних заходів було вжито Харківською обласною радою, а також Львівським та Одеським міськими радами.

5. Ефективна участь

«Після травневої акції протесту почалися репресії. Керівництво сказало, що мені не варто було підписувати петицію або розмовляти з журналістами, і що я заплачу за це. Керівництво звикло, що співробітники діють як онімлі раби, які жодного слова не скажуть проти чогось. Тих, хто не хотів мовчати, або звільняли, або змушували піти», – колишня працівниця бригади швидкої допомоги в Харкові, яка була змушена звільнитися після репресій за участь у громадській акції протесту проти умов праці.

54. Відповідно до ст. 8 МПЕСКП, кожна людина має право створювати для здійснення й захисту своїх економічних та соціальних інтересів професійні спілки і вступати до них на свій вибір. Ратифіковані Україною Конвенції МОП № 87 «Про свободу асоціації та захист права на організацію» та № 98 «Про застосування принципів права на організацію й на ведення колективних переговорів» також надають гарантії працівникам захищати свої права. Відповідно до статті 19 МПГПП, кожна людина має право на вільне вираження свого погляду; це право включає свободу шукати, одержувати та поширювати будь-яку інформацію та ідеї. Статті 21 і 22 МПГПП також визнають право на мирні збори та свободу асоціації з іншими, у тому числі право створювати профспілки та вступати до них для захисту своїх інтересів. Згідно зі статтею 25 МПГПП, кожний громадянин повинен мати право брати участь у

⁷² Один з лікарів з керівними функціями в Дніпропетровській області повідомив, що страхова компанія запропонувала компенсацію в розмірі 400 гривень (близько 14 доларів США) за лікування і 20 000 гривень (близько 806 доларів США) у разі смерті працівника охорони здоров'я.

веденні державних справ як безпосередньо, так і за посередництвом вільно обраних представників. Участь у процесах прийняття рішень може приймати різні форми: від надання інформації з певного політичного питання до консультацій, діалогу й партнерства або навіть спільної розробки нормативних актів.⁷³

55. Представники профспілок працівників охорони здоров'я зазначили, що консультації з ними щодо урядових заходів реагування на COVID-19 у галузі охорони здоров'я на національному та місцевому рівнях, а також щодо поточної реформи сектора охорони здоров'я, не були ефективними. Тристороння рада створена як платформа для соціального діалогу між органами виконавчої влади, роботодавцями та працівниками, не використовувалася вже багато років.⁷⁴
56. Багато працівників охорони здоров'я також повідомили про недовіру профспілкам, що свідчить про брак у профспілок політичної сили. Чимало з опитаних, які є членами профспілок, сказали, що не розуміють, як останні захищають їхні права, і що вони занадто часто стають на бік керівництва. Відтак ці працівники мало коли зверталися до них по поліпшення умов праці. Деякі говорили, що не є членами профспілок, оскільки не бачать в них ефективного інструменту захисту і просування своїх трудових прав.
57. ММПЛУ стурбована випадками репресій проти викривачів серед працівників охорони здоров'я, які публічно у ЗМІ або соціальних мережах повідомляли про низький рівень готовності та реагування галузі охорони здоров'я на кризу, пов'язану з COVID-19, і брак безпечних і здорових умов праці. ММПЛУ зафіксувала випадки, коли людей, які піднімали голос про критичний стан системи охорони здоров'я, змушували замовкнути, у тому числі шляхом звільнення та утиску.
58. У Харкові ММПЛУ спілкувалася з трьома колишніми працівниками охорони здоров'я – двоє водіїв і одна фельдшер – які зазнали репресій після участі в громадській акції протесту проти поганих умов праці в травні 2020 року.⁷⁵ Фельдшер сказала ММПЛУ, що після акції протесту керівництво заявило, що вона «заплатить за свою участь». Згодом вона була змушена постати перед комісією з етики, що складається з чоловіків, за неправомірну поведінку. Коли вона прийшла на засідання комісії разом з адвокатом, розгляд справи було відкладено. Однак керівництво перенесло її робочі години на нічні зміни і спробувало перевести її на іншу підстанцію, на яку вона не могла їздити громадським транспортом через необхідність доглядати за матір'ю, у якої після зараження COVID-19 виникли ускладнення зі здоров'ям. Не впоравшись із тиском, 1 грудня 2020 року фельдшер звільнилася. Вона

⁷³ Більш детальну інформацію див. OHCHR, *Guidelines for States on the effective implementation of the right to participate in public affairs* [УВКПЛ, Керівні принципи для держав щодо ефективного застосування права на участь у веденні державних справ], Женева, 2018, доступний за посиланням https://www.ohchr.org/Documents/Issues/PublicAffairs/GuidelinesRightParticipatePublicAffairs_web.pdf.

⁷⁴ У березні 2020 року КЕСКП рекомендував Уряду переглянути законодавчі плани, що зменшують повноваження профспілок, зокрема право на страйк, що призводить до порушення статті 8 МПЕСКП. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations on the seventh periodic report of Ukraine* [Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, Заключні зауваження до сьомої періодичної доповіді України], 2 квітня 2020, доступний за посиланням https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fUKR%2fCO%2f7&Lang=en, пп. 22 (с) і 27-28.

⁷⁵ 18 травня 2020 року члени бригад швидкої допомоги Харківського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф провели прес-захід, на якому висловили розчарування умовами праці, відсутністю ЗІЗ і рівної оплати у зв'язку з потенційними випадками COVID-19. Вони підкреслили, що не припинять працювати. Див. <https://suspilne.media/34341-u-harkovi-mediki-svidkoi-dopomogi-vijsli-na-protest/>.

розповіла ММПЛУ, що інші учасники акції протесту відмовилися від своїх попередніх скарг під тиском із боку керівництва. Водій карети швидкої допомоги та ветеран війни, який брав участь у тій самій акції протесту, був недопущений до зміни, офіційно під приводом підвищеного артеріального тиску, а керівництво публічно заявило, що він був нетверезий. Він відразу пройшов незалежний тест на алкоголь, який показав, що в організмі алкоголю не було. Восени 2020 року він звільнився «через нестерпні умови праці» і знову подав заяву про проходження військової служби. Він також подав позов про розповсюдження недостовірної інформації проти свого керівництва, за результатами розгляду якого суд призначив йому компенсацію в 10 000 гривень за недостовірне та таке, що завдає шкоди діловій репутації, публічне звинувачення в появі на роботі в нетверезому стані.⁷⁶

59. У Чернівцях лікарку було викликано на допит у Національну поліцію після того, як облдержадміністрація звинуватила її в розповсюдженні неперевіреної інформації. Це сталося після того, як вона в ЗМІ та соціальних мережах покаржилася на брак ЗІЗ, обладнання та персоналу для лікування хворих на COVID-19. Вона вважає, що це було послання регіональної влади іншим працівникам охорони здоров'ям не скаржитися публічно.⁷⁷ У Житомирській області після того, як співробітники в сільській місцевості покаржилися на умови праці до Міністерства охорони здоров'я, їхню діяльність на робочому місці почали додатково перевіряти.⁷⁸
60. Місцеві ЗМІ повідомили, що деякі працівники охорони здоров'я Одеси постраждали від каральних заходів за те, що висловлювали невдоволення ситуацією в системі охорони здоров'я в соціальних мережах. У відповідь їм погрожували урізати доплати або піддати переслідуванню за розголошення медичної таємниці.⁷⁹ Як стверджується, міська влада доручила головним лікарям стежити за ситуацією і виявляти публічних скаржників.
61. Багато працівників охорони здоров'я відмовлялися спілкуватися з ММПЛУ або неохоче говорили про деталі умов праці, побоюючись помсти. Одна з респонденток з Одеси розповіла ММПЛУ, що співробітники її закладу були викликані на зустріч, на якій представники органу влади з охорони здоров'я їх попередили не розповсюджувати інформацію, пов'язану з роботою, особливо з питань COVID-19, під загрозою звільнення.⁸⁰

⁷⁶ Потерпілий вимагав відшкодування в розмірі 150 000 грн за моральну шкоду, стверджуючи, що як вислід поширення недостовірної інформації йому довелося звільнитися з роботи, проте нової роботи знайти не може, оскільки у потенційних роботодавців склалося упереджене негативне ставлення. Див. рішення суду <https://reyestr.court.gov.ua/Review/94514944>.

⁷⁷ Див. Телеканал Прямий, «Викликали у поліцію за інформацію про нестачу кисню для хворих: подробиці від лікарки Ольги Кобевко», 6 листопада 2020, відео доступне за посиланням <https://youtu.be/qFsfKvgdP2s>; Чернівці Live, «Лікарку, що рятує життя, викликали до поліції», 6 листопада 2020, відео доступне за посиланням <https://youtu.be/QaaXf-apEbk>.

⁷⁸ Інтерв'ю ММПЛУ, листопад 2020 року.

⁷⁹ «COVID-19: начальство угрожает одесским врачам из-за неояльных комментариев в соцсетях», *Думская*, 30 листопада 2020, текст доступний за посиланням <https://dumskaya.net/news/bombanulo-v-departamente-zdravoohraneniya-nachal-131778/>. Хоча ММПЛУ не змогла перевірити цей конкретний випадок, ММПЛУ отримала аналогічні твердження від інших співрозмовників в Одесі.

⁸⁰ Інтерв'ю ММПЛУ, грудень 2020.

6. Вплив на охорону здоров'я

«Як вони можуть збільшити кількість ліжок у лікарнях [призначених для пацієнтів з COVID-19]? Навіть якщо вони встановлять нові ліжка, хто буде доглядати за пацієнтами? Для цього не вистачає персоналу», – лікар з м. Чернівці, листопад 2020 року.

«Ми постійно зайняті, [але] смертність [пацієнтів] почала зростати. Після приїзду машин швидкої допомоги пацієнти проходять медичне сортування, і лише люди з важкими ускладненнями госпіталізуються», - Медсестра з м. Торецьк, Донецька область, листопад 2020 року.

62. Під час пандемії, коли система охорони здоров'я вже перебуває під тиском, високий рівень захворюваності та смертності серед працівників охорони здоров'я може суттєво вплинути на доступність і якість медичних послуг.⁸¹ Крім того, на надання послуг негативно впливають звільнення працівників охорони здоров'я через несприятливі умови праці. Відтак, право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, закріплене в статті 12 МПЕСКП, знаходиться під загрозою.
63. ММПЛУ стурбована тим, що погані робочі умови працівників охорони здоров'я, які беруть участь у реагуванні на COVID-19, описані в цій записці, призвели до дефіциту персоналу (через хвороби та звільнення). Це ще більше погіршило робочі умови для працівників охорони здоров'я, які залишилися, і які стикаються з більшим робочим навантаженням. За даними Державної служби статистики, у 2020 році кількість працівників охорони здоров'я скоротилася на 5,4% – із 777 000 в січні до 734 900 в грудні, – що також може бути пов'язано з поточним процесом реформування системи охорони здоров'я.⁸² З огляду на те, що Україна стикалася з дефіцитом кадрів у цій галузі ще до пандемії, зменшення кількості працівників охорони здоров'я у 2020 році, ймовірно, матиме негативний вплив на право населення на охорону здоров'я, у тому числі доступ до основних послуг та їхню якість.
64. У Харкові кількість бригад швидкої допомоги скоротилася у 2020 році.⁸³ Це призвело до збільшення тривалості робочих змін (до 15-16 годин), відсутності дезінфекції транспортних засобів між змінами, недостатньої кількості перерв, заборони бригадам

⁸¹ Під час спалахів епідемії хвороби, яку спричинює вірус Ебола, в Західній Африці високі показники інфікування і смертності серед медичних працівників в найбільш постраждалих країнах привели до істотних негативних наслідків для загального функціонування медичних служб. Див. WHO, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone* [ВООЗ, *Зараження хворобою, яку спричинює вірус Ебола, серед медичних працівників у Гвінеї, Ліберії та Сьєрра-Леоне*], Женева, 2015 рік, с. 2, доступне за посиланням https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/171823/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

⁸² Див. http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/gdn/Sok_ed/Sok_ed2020_ue.xlsx. Державний центр зайнятості повідомив, що понад 68 тис. працівників охорони здоров'я були попереджені про майбутні масові звільнення в січні-листопаді 2020 року. Державна служба зайнятості, *Ситуація на ринку праці та діяльності Державної служби зайнятості у січні-листопаді 2020 року*, 30 грудня 2020, с. 19, доступне за посиланням https://www.dcz.gov.ua/sites/default/files/infofiles/sytuaciya_na_rp_ta_diyalnist_dsz.pdf.

⁸³ Харківська обласна державна адміністрація, «Аудит «швидкої» виявив порушення в закупівлях, нецільове використання приміщень та скорочення бригад», 26 жовтня 2020, доступне за посиланням <https://kharkivoda.gov.ua/news/105602?sv>.

повертатися до чергової станції між викликами, необхідності ходити в туалет у будинках пацієнтів або на вулиці. Крім того, керівництво встановило часові обмеження, за якими бригада має виїхати на виклик приблизно за 20 хвилин після отримання повідомлення. У разі затримки понад встановлений час, бригада має надати письмові пояснення й ризикує отримати меншу заробітну плату (скорочення до 20 відсотків). Якщо одному з членів бригади ставили діагноз COVID-19, інші члени на самоізоляцію не йшли.⁸⁴

65. Представник центру первинної медичної допомоги в Луганській області розповів ММПЛУ, що пандемія збільшила навантаження на сімейних лікарів у середньому з 20 до 50 пацієнтів на день. Попри те, що лікарі працювали дві години на день довше, їм доводилося приділяти менше часу на кожного пацієнта, що позначалося на якості медичної допомоги. Співрозмовники також повідомили, що нестача медичних працівників в Одесі зростає щоденно. Лікар з Одеси розповіла ММПЛУ, що їй довелося доглядати приблизно 100 пацієнтів на двох поверхах лікарні, призначеної для лікування людей з COVID-19, й одночасно керувати прийомом нових пацієнтів, які чекали в машинах швидкої допомоги поруч із лікарнею. Кілька опитаних також скаржилися на брак достатньої кількості медсестер для лікування пацієнтів.⁸⁵
66. Деякі працівники охорони здоров'я також зазначили, що вони не в змозі надавати якісну допомогу, приймати нових пацієнтів з COVID-19 в лікарні або оперативно розгортати відділення невідкладної допомоги через брак можливостей, зокрема, персоналу. Працівники охорони здоров'я двох харківських лікарень повідомили, що їм відомо про випадки відмови в наданні медичної допомоги через обмеження місткості та надмірну завантаженість персоналу.

⁸⁴ Інтерв'ю ММПЛУ, жовтень-листопад 2020 року та січень 2021 року.

⁸⁵ До пандемії в Україні на 10 000 населення було менше середнього медичного персоналу, ніж у багатьох інших європейських країнах, див. WHO, *State of the world's nursing 2020* [ВООЗ, Стан сестринської справи у світі в 2020], Мал. 1.

Висновки та рекомендації

67. Криза COVID-19 загострила проблеми з правами людини, яких зазнають працівники охорони здоров'я в Україні, як-от брак належної винагороди, що забезпечує задовільний рівень життя, і створила нові чинники уразливості, пов'язані з умовами праці та соціальним захистом. Погіршення умов праці призводить до нестачі працівників охорони здоров'я в Україні, що негативно впливає на право населення на здоров'я. Реагуючи на кризу, пов'язану з COVID-19, уряд має поставити працівників охорони здоров'я в центр уваги й за тісних консультацій із ними гарантувати їхнє право на справедливі та сприятливі умови праці. Це повинно передбачати справедливу заробітну плату й рівну винагороду, охорону праці, зокрема послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, і поліпшення соціального захисту.
68. Для подолання негативних наслідків пандемії і зменшення пов'язаних з нею ризиків, ММПЛУ рекомендує Уряду України і органам влади на регіональному та місцевому рівнях:

Збільшення публічних інвестицій в сектор охорони здоров'я

- Збільшити інвестиції у сектор охорони здоров'я, зокрема, через розширення бюджетного простору і пріоритизацію охорони здоров'я в бюджетах усіх рівнів, вдосконалення системи управління надходженнями та інших заходів.⁸⁶ Забезпечити державне фінансування сектора охорони здоров'я в розмірі не менше п'яти відсотків ВВП відповідно до національного зобов'язання, встановленого в законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 2017 року, і підвищити ефективність витрат у секторі охорони здоров'я через подальше реформування системи охорони здоров'я.
- Збільшити середню заробітну плату всім працівникам охорони здоров'я в Україні для забезпечення гідної оплати праці та запобігання звільненню співробітників з публічного сектора охорони здоров'я. Це має здійснюватися шляхом підвищення заробітної плати (на відміну від надання доплат), що дозволить забезпечити достатній життєвий рівень, збільшити пенсії в майбутньому, і відтак покращити соціальне забезпечення працівників охорони здоров'я, які вийдуть на пенсію.
- Усунути гендерний розрив в оплаті праці та забезпечити рівну заробітну плату за працю рівної цінності між різними працівниками охорони здоров'я.
- Просувати рівні можливості для жінок із метою отримання доступу до гідної праці, розвіяти шкідливі гендерні стереотипи, що увічнюють сегрегацію жінок на низькооплачуваних роботах.
- Переглянути правила призначення доплат в тісних консультаціях із працівниками охорони здоров'я на всіх рівнях і на всіх видах робіт, включно з немедичним персоналом, для забезпечення їхньої справедливості та прозорості.
- Забезпечити, аби ресурси на інші основні послуги з охорони здоров'я, в тому числі послуги у сфері статевого і репродуктивного здоров'я, не були зменшені.

Забезпечення належного захисту на робочому місці

- Забезпечити належний захист працівників охорони здоров'я на всіх рівнях і на всіх видах робіт, у тому числі немедичний персонал, шляхом надання їм достатніх і належних ЗІЗ, безпечної утилізації використаних ЗІЗ і навчання. Забезпечити належні

⁸⁶ Див. ВООЗ, WHO, *Budgetary Space for Health in Ukraine* [Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні].

умови праці, в тому числі час на перерву та відпочинок, а також належні санітарні умови. Застосовувати рекомендації ВООЗ та МОП, що містяться в Керівництві з охорони та гігієни праці за надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я: посібник для захисту працівників охорони здоров'я та фахівців реагування (2018) [Guide on Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: a Manual for Protecting Health Workers and Responders (2018).]

- Надавати послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки працівникам охорони здоров'я на всіх рівнях і у всіх видах робіт, у тому числі немедицинський персонал, і враховувати питання психічного здоров'я при управлінні охороною праці.
- Включити психічні розлади до переліку професійних захворювань, затвердженого Кабінетом Міністрів.
- Розробити заходи із забезпечення повноцінного захисту працівників охорони здоров'я від фізичних нападів, в тому числі оперативне втручання при активації співробітниками «тривожної кнопки».

Поліпшення соціального захисту працівників охорони здоров'я та членів їхніх сімей

- Надавати підтримку жінкам і чоловікам серед працівників охорони здоров'я для виконання ними сімейних обов'язків і обов'язків із догляду шляхом надання послуг із догляду, обмеження щоденного й щотижневого робочого часу, забезпечення регулярного відпочинку і оплачуваних відпусток, в тому числі лікарняних⁸⁷, а також дотримання політики, яка враховує інтереси сім'ї на робочому місці. Інвестувати кошти в публічні послуги з догляду та державну політику, спрямовану на те, щоби жінки та чоловіки могли поєднувати професійне життя (діяльність з отримання засобів для існування) з сімейними та іншими обов'язками з догляду. Ці заходи мають здійснюватися паралельно з довгостроковими кампаніями з підвищення обізнаності про поділ сімейних обов'язків вдома, зокрема побутових справ і догляду за дітьми, з метою просування рівності між жінками та чоловіками.
- Скасувати необхідність доведення зв'язку між зараженням COVID-19 і виконанням професійних обов'язків для працівників охорони здоров'я та виплачувати компенсацію їм та членам сімей, які проживають з ними, в разі зараження від них. Компенсація має виплачуватися незалежно від тверджень про порушення правил безпеки. Компенсація має покривати як мінімум повну вартість лікування та реабілітації.
- Збирати гендерно дезагреговані дані про працівників охорони здоров'я на національному рівні з метою розробки гендерно чутливої політики щодо охорони праці та соціального захисту в секторі охорони здоров'я.

Забезпечення ефективної участі

- Розслідувати твердження про корупцію в секторі охорони здоров'я, захищати викривачів через засудження та розслідування будь-яких каральних заходів проти них, а також розробку конкретних заходів політики для їхнього захисту.

⁸⁷

Деякі ідеї про те, як організації охорони здоров'я та установи, що формують державну політику, можуть облегшити жінкам, які працюють в сфері охорони здоров'я, поєднання обов'язків з догляду за дітьми та робочих обов'язків, передбачають зниження робочого навантаження, гнучке планування, віддалену роботу за допомогою засобів телемедицини, можливості догляду за дітьми та людьми літнього віку в разі надзвичайної ситуації. Див. Claudia Crimia and Annalisa Carlucci, "Challenges for the female health-care workers during the COVID-19 pandemic: the need for protection beyond the mask" [Клаудія Крїмія та Анналіса Карлуччі, «Проблеми, з якими стикаються працівниці охорони здоров'я під час пандемії COVID-19: необхідність захисту окрім маски»], *Pulmonology* 2021, 27 (1), с. 1-3, доступне за посиланням <https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-S2531043720302117> .

- Заохочувати працівників охорони здоров'я, які піднімають голос на захист своїх прав, а не карати їх, шляхом створення різних каналів, якими вони можуть подавати скарги (наприклад, спеціальна гаряча лінія, яка забезпечує анонімність та конфіденційність працівників охорони здоров'я, які подають скарги).
- Тісно консультиватися з працівниками охорони здоров'я та активно залучати їх до розробки та впровадження заходів, які зачіпають їхні інтереси, в тому числі шляхом ефективного соціального діалогу.
- Відновити консультації в рамках Тристоронньої соціально-економічної ради на національному та регіональному рівнях і скликати наради, присвячені праву працівників охорони здоров'я на працю.



Додаток. Кращі практики реагування на COVID-19, що забезпечує захист працівників охорони здоров'я

Винагорода

В Аргентині Федерація асоціацій працівників охорони здоров'я та Уряд досягли угоди, яка гарантує, що всі працівники охорони здоров'я і надалі отримуватимуть повну заробітну плату під час профілактичної та обов'язкової ізоляції. Працівники охорони здоров'я також матимуть право на безоплатний проїзд у громадському транспорті під час пандемії за рахунок урядових субсидій.⁸⁸

Право на соціальний захист

У Німеччині, Австрії, Франції та Нідерландах під час закриття дитячих садків і шкіл деякі установи не припиняли діяльність і з мінімальною кількістю персоналу продовжували доглядати за дітьми ключових працівників. В Італії уряд встановив «допомогу з догляду за дітьми» в розмірі до 1 000 євро, щоби працівники охорони здоров'я могли оплачувати витрати з догляду за дітьми вдома.⁸⁹

⁸⁸ East, Laurence and López Mourelo, *COVID-19 and the situation of female health workers in Argentina* [Іст, Лоуренс і Лопес Мурело, COVID-19 і стан працівниць охорони здоров'я в Аргентині], с. 24.

⁸⁹ Там само, с. 28.