

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО ПРАВА

КОЖУРА Л.О.

**ПРАВО ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я:
АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Монографія

Видавничий центр «Кафедра»
Київ – 2020

УДК 351.773
ББК 67.9(4УКР)301.163
К 58

Рекомендовано Вченою радою Науково-дослідного інституту публічного права (протокол № 1 від 11 січня 2020 р.)

Рецензенти:

*Калюжний Р.А., доктор юридичних наук, професор
Мацелик Т.О., доктор юридичних наук, професор*

Кожура Л.О.

К 58 Право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: адміністративно-правове дослідження. Монографія. – К.: Видавничий Дім «Кафедра», 2020. – 336 с.

ISBN 978-966-2711-42-4

Праця є першим монографічним дослідженням, присвяченим публічному адмініструванню права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

У ній представлено авторський погляд на теоретико-правові засади публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: проаналізовано історіографію, розкрито генезис становлення та розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я; досліджено державну політику у цьому напрямі.

У дослідженні проаналізовано право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, акцентовано на його особливостях і гарантіях реалізації; а також описано механізм та його складові щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Окрему увагу приділено методам публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Охарактеризовано міжнародний досвід; визначено ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Роботу адресовано фахівцям-теоретикам, які досліджують царину адміністративного права та процесу, а також науково-педагогічним працівникам, аспірантам, студентам закладів вищої освіти, особам, уповноваженим на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, та особам, порівнянних до них.

ISBN 978-966-2711-42-4

УДК 351.773
ББК 67.9(4УКР)301.163

© Кожура Л.О. 2020 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Методологічні засади дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	7
1.2. Історіографія дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	20
1.3. Генезис становлення та розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я ..	38
1.4. Державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	55
РОЗДІЛ 2. ПРАВО ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	79
2.1. Місце права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я серед загальних прав людини і громадянина	79
2.2. Поняття та особливості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	96
2.3. Гарантії реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	118
РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	139
3.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	139
3.2. Нормативно-правове регулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	150
3.3. Публічна адміністрація як суб'єкт адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	177

РОЗДІЛ 4. МЕТОДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	211
4.1. Економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	211
4.2. Адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	220
4.3. Адміністративний примус як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю	233
РОЗДІЛ 5. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	265
5.1. Міжнародний досвід публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.....	265
5.2. Ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я	279
ВИСНОВКИ	293
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:.....	302

ВСТУП

За даними Державного комітету статистики України, востаннє проведений 5 грудня 2001 року Всеукраїнський перепис населення засвідчив, що загальна чисельність наявного населення України на той час становила 48 млн 457 тис. осіб. При цьому, в нашій державі стрімко падають демографічні показники, що дає підстави для побоювань стосовно того, що на сьогодні українців менше 40 млн осіб.

Водночас, станом на 1 січня 2020 року, в Україні налічувалося 2 659,7 тис. осіб з інвалідністю. Ця цифра формується з даних Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України та Пенсійного фонду України і включає отримувачів різних видів державних допомог, яку отримують особи з інвалідністю (пенсії, державні соціальні допомоги тощо). Тобто, відповідні дані не є повними, а, отже, і достовірними, оскільки поза статистикою лишається значна чисельність українців, які не є отримувачами таких допомог, та які не оформили інвалідність, маючи на це підстави.

Вищезазначене красномовно свідчить про недооцінку значущості охорони здоров'я і гарантованого Конституцією України права на охорону здоров'я для наших співгромадян загалом, та тих із них, чие життя обтяжене інвалідністю, зокрема, адже, за загальним правилом, немає статистики – немає проблеми.

Якість охорони здоров'я осіб з інвалідністю є неприпустимо низькою і потребує нагального втручання в ситуацію, що склалась. Зокрема, мають бути вжиті системні заходи, скеровані на вирішення різноманітних проблем у цій сфері, зокрема щодо: удосконалення законодавства, у тому числі й формування загальноприйнятого понятійного апарату; забезпечення єдиних підходів до вирішення проблем підвищення рівня та якості охорони здоров'я осіб з інвалідністю, передусім у контексті адміністрування та правозастосування; забезпечення необхідного рівня фінансування сфери охорони здоров'я осіб з інвалідністю за всіма напрямками, а не скорочення бюджетних видатків, як це можемо сьогодні спостерігати; підвищення рівня обізнаності осіб з інвалідністю щодо законодавчих

гарантій з охорони здоров'я, адже обурливою є і проблема байдужого ставлення цих людей, утім як і всіх громадян, до власного здоров'я, та високий рівень бідності і зубожіння серед осіб з інвалідністю тощо.

Ці, та безліч інших завдань, носять не лише політичний і практичний, а, й, безумовно, науковий характер, та потребують напрацювання науково обґрунтованих рішень щодо стабілізації ситуації, яка склалась у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю.

Водночас, нині публічному адмініструванню права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я присвячено недостатньо уваги в монографічних дослідженнях, в існуючих наукових працях ці питання розглянуто лише фрагментарно. У науці адміністративного права комплексний аналіз публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я залишився взагалі поза увагою.

Таким чином, недостатня розробленість на теоретичному рівні цієї проблематики, наявність правових прогалин, а також необхідність проведення комплексного правового дослідження, зумовили вибір теми монографічного дослідження.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.1. Методологічні засади дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Будь-яке наукове дослідження, починаючи від його творчого задуму та постановки проблеми, і, закінчуючи висновками та оформленням звіту, відбувається за індивідуальними (часто неповторними) ознаками та особливостями дослідника, але, у загальному, наукова творчість базується на загальних підходах, вимогах, які, зазвичай, називають методологією [1, с.6]. Під методологією наукового дослідження розуміють сукупність принципів, засобів, методів і форм організації та проведення наукового пізнання поставленої проблеми. Усі складові елементи наукового дослідження є основою методологічного апарату і сукупно являють собою інструментарій цілеспрямованого пізнання об'єктів, явищ і процесів. Результати наукових досліджень здебільшого виражають у вигляді системи понять, закономірностей, законів і теорій [1, с.7].

Методологія дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має багатогранний та міждисциплінарний характер наукового аналізу, з метою відкриття об'єктивної істини, що базується на конструктивно-критичному ставленні до дійсності. Основною метою будь-якого наукового дослідження, є обслуговування потреб практики. Питання методології досить складне, оскільки саме це поняття тлумачать по-різному. Наприклад, значна кількість представників міжнародних правових шкіл не розмежовує поняття «методології» та «методів пізнання», що, на нашу думку, звужує наукове дослідження і не розкриває його різносторонній характер.

Відповідно до наукових розробок українських вчених, під методологією розуміють:

І. В. Табарін – як систему прийомів, способів і засобів, що становлять собою методи пізнання, об'єднані в певну систему та використовуються нерозривно в процесі конкретних наукових досліджень для отримання нових знань [5, с. 565].

Вікіпедія – як вчення про метод діяльності як такий, що включає принципи, методи діяльності, знання і відображає їх; сукупність прийомів дослідження, що застосовуються у визначеній науці; вчення про методи пізнання та перетворення дійсності [2].

В. М. Протасов трактує даний дефінієндум подвійно: по-перше, як вчення про метод; по-друге, як систему методів, підходів, способів, що використовуються в тій чи іншій науці, теорії для досліджень [3, с. 29].

Р. М. Лукич – як вчення про методи правотворчості й правозастосування [4, с. 24].

Е.Г. Юдін представляє зміст та сутність методології у вигляді чотирьох рівнів: на вищому щаблі перебуває філософська методологія, що визначає загальні принципи пізнання і категоріальний лад науки загалом; на другому – існують загальнонауковий принцип і форми дослідження; третій – це конкретно наукова методологія, що включає в себе сукупність методів, які застосовуються в межах спеціальних наукових дисциплін. Четвертий – це методика і техніка дослідження (набір процедур, якими забезпечується достовірність емпіричного матеріалу) [5, с.40–44].

М. С. Кельман у своїй монографії з методології юридичної науки на підставі різних визначень методології класифікує їх таким чином: 1) учення про структуру, логічну організацію, методи й засоби діяльності; 2) систему принципів і способів організації; 3) систему підходів, методів і засобів; 4) сукупність підходів, способів, прийомів і процедур; 5) учення про структуру, логічну організацію, методи, засоби й форми діяльності дослідника в процесі пізнання ним досліджуваних явищ [6, с. 39–42].

Багатозначність поняття «методологія» на сучасному етапі розвитку юридичної науки обумовлена трансформаційними перетвореннями основ юридичної науки, плюралістичністю її

філософсько-світоглядних основ та окремих засобів пізнання державно-правової дійсності [7, с. 4].

Методологія як основа наукового пізнання, поділяється на дві органічно між собою пов'язані і взаємодіючі частини: загальну методологію і методологію галузевих наук, у тому числі методологію юридичної науки [8, с. 95]. З цього приводу, М. І. Козюбра відзначив, що серед методів наукового пізнання, якими користується юридична наука, практично немає жодного, що не застосовувався б в інших областях наукового пізнання [9, с. 28–30].

Водночас у науковій юридичній літературі наведено значну кількість визначень методології юридичної науки.

С. Д. Гусарєв, О. Д. Тихоміров визначають даний термін як систему принципів і способів організації, побудови і здійснення теоретико-пізнавальної юридичної діяльності в області досліджень державно-правової дійсності, а також вчення про цю систему. Методологія сучасної юридичної науки, на думку цих вчених, являє собою складне і багатопланове утворення, яким охоплюються: проблеми структури наукового знання взагалі і наукових правових теорій зокрема; закони виникнення, функціонування і зміни наукових правових теорій; понятійний каркас юридичної науки та її окремих дисциплін; структура й операційний склад методів юридичної науки; аналіз її мови, формальних і формалізованих методів дослідження (методики і процедури дослідницької діяльності), типології систем наукового правового знання тощо[10].

П. М. Рабінович зазначив, що методологію юридичної науки становлять: а) система підходів, методів, способів і засобів наукового дослідження; б) вчення, теорія про їх використання в пізнанні державно-правових явищ [11, с. 181].

Отже, методологія дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це система принципів, методів, способів пізнання публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, за допомогою чого досягається результат наукового дослідження з метою практичної реалізації наукових напрацювань.

Методологія виконує наступні функції: дає можливість установити способи одержання наукових знань, які відображають динамічні процеси та явища; •визначає шляхи досягнення певної науково-дослідної мети; забезпечує всебічність отримання інформації про досліджуваний процес чи явище; уможлиблює введення нової інформації до фонду теорії науки; забезпечує уточнення, збагачення, систематизацію термінів і понять у науці; дозволяє створити систему наукової інформації, яка ґрунтується на об'єктивних фактах, і логіко-аналітичний інструментарій наукового пізнання [12].

Методи, як елементи методології, найчастіше розглядаються як способи побудови і обґрунтування системи знань про досліджуваний об'єкт [13, с. 276]; як способи або засоби отримання знання [14, с. 150]. В той же час, встановлюється, що методи – це не сама теорія в її онтологічному змісті, а знання про форми, способи, засоби пізнання, послідовність і прийоми їх застосування до дослідження відповідних явищ [14, с. 15].

Методологія наукового дослідження використовує велику кількість методів наукового пізнання, які класифікують за різними критеріями. Хоча єдиної класифікаційної системи на сьогодні немає.

Так, П. М. Рабінович систему методів наукового пізнання розподіляє на: філософсько-світоглядні (матеріалістичний чи ідеалістичний, діалектичний чи метафізичний, визначення чи заперечення об'єктивних соціальних, у тому числі державно-правових, закономірностей та можливості їх пізнання, здобуття істинних знань про них); загальнонаукові, тобто такі, які використовуються в усіх або більшості наук (функціональний, структурний, сходження від абстрактного до конкретного, формальнологічні процедури); групові, тобто такі, які застосовуються лише в певній групі наук, наприклад, тільки в суспільствознавстві (конкретно-соціологічного дослідження); спеціальні методи, тобто прийнятні для дослідження предмета, якоїсь однієї науки [11, с. 103].

Автори підручника «Основи методології та організації наукових досліджень» у структурі загальнонаукових методів виділяють три рівні: 1. Методи емпіричного дослідження. 2. Методи теоретичного пізнання.

3. Загальнологічні методи і прийоми дослідження. 2. Методи теоретичного пізнання. До них відносять формалізацію, аксіоматичний метод, гіпотетико-дедуктивний метод і сходження від абстрактного до конкретного. 3. Загальнологічні методи і прийоми дослідження. До них відносяться: аналіз, синтез, абстрагування, ідеалізація, узагальнення, індукція, дедукція, аналогія, моделювання, системний підхід, вірогіднісні (статистичні) методи[15].

С. П. Щерба пропонує таку класифікацію методів пізнання: за ступенем їх загальності виділяють такі групи методів: всезагальні методи (діалектика і метафізика); загальні методи; спеціальні методи, які застосовуються в окремих науках (наприклад, лише в юриспруденції). Розрізняють також ті наукові методи, до яких вдаються на емпіричному рівні пізнання, і методи теоретичного осмислення дійсності. Методи емпіричного рівня пізнання (вимірювання, порівняння, спостереження, експеримент) дають можливість накопичити емпіричні дані, факти, аналіз яких дає можливість продукувати понятійне знання. Крім названих, до методів емпіричного рівня автор відносить ще порівняння, вимірювання, метод спроб і помилок та ін. Здобуті за допомогою емпіричних методів пізнання матеріал, факти обробляються, результатом чого є справжнє теоретичне знання. При цьому вдаються до теоретичних методів пізнання – абстрагування й узагальнення, аналізу та синтезу, індукції і дедукції та інших методів продукування понятійного знання. Моделювання завжди застосовується разом з іншими методами, передусім, у тісному зв'язку воно перебуває з експериментом. Моделювання завжди передбачає використання методів абстрагування та ідеалізації. Воно дедалі глибше проникає в практичну діяльність людей, оскільки становить собою не лише метод пізнання, а й критерій перевірки наукових знань [16, с. 34].

С. Д. Гусарев зазначає, що вертикальну структуру методів утворюють: загальні методи – це вищий (філософський) рівень, до якого відносяться діалектична і формальна логіка, що використовуються не тільки в науковому пізнанні, але й у практичній діяльності (практичному пізнанні) загальнонаукові методи – наукові методи, що використовуються усіма науками (у свою чергу, поділяються на

теоретичні та емпіричні); конкретно-наукові методи, що використовуються окремими групами наук; спеціальні методи, що використовуються окремою наукою [10, с. 378].

Використовуючи існуючі знання щодо класифікації системи методів пізнання, зупинимося на тих, які були використані при дослідженні наукової проблеми публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

В основі даного наукового дослідження лежить метод **аналізу**. Він передбачає роздроблення цілого на складові елементи, тобто виділення ознак предмету для вивчення їх окремо як частини єдиного цілого. За допомогою даного методу було проаналізовано узагальнений масив теоретичного та практичного матеріалу щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, виокремлено ознаки та особливості даного правового інституту, а також вивчено окремі його елементи. Відповідно запропоновано шляхи удосконалення публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я з метою покращення його ефективності.

Комплексний аналіз дослідження зазначеної теми здійснювався за допомогою і методу **дедукції**, який дозволив вивчити причини сучасного стану реалізації права осіб з інвалідністю та особливості публічного адміністрування щодо реалізації даного права. Виділені причини дали можливість проаналізувати наслідки, що ілюструють реальний стан речей щодо реалізації права осіб з інвалідністю.

Аналіз і синтез виступають як плідні методи пізнання лише тоді, коли вони використовуються в тісній єдності. Для того, щоб став можливим аналіз тієї або іншої речі, вона повинна бути зафіксована в нашій свідомості як деяке ціле, тобто попередньою умовою аналізу є цілісне, систематичне її сприйняття. І, навпаки, синтез можливий тоді, коли здійснений аналіз, коли виділені ті або інші сторони й елементи деякого цілого. Отже, синтез являє собою з'єднання отриманих при аналізі частин (сторін, ознак, властивостей тощо) у єдине ціле [17, с. 25].

Метод **синтезу** було використано у роботі при дослідженні механізму публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Відповідно виокремлено та досліджено його

елементи: нормативно-правові акти, публічна адміністрація як суб'єкт публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я; засоби, за допомогою яких держава здійснює адміністрування даного інституту.

Метод **абстрагування** – це виділення властивостей і відношень досліджуваного явища, до яких виявлено інтерес, а також одночасне відвертання уваги від інших властивостей і відношень, у результаті чого утворюються різноманітні абстракції - поняття, категорії, теоретичні конструкції та їх системи. Абстрагування лежить в основі типології і класифікації, моделювання, побудови теорій як систем знань [10].

Зазначений метод використаний для виокремлення особливостей адміністративного примусу, що може бути застосований суб'єктами публічної адміністрації для забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, а також виділення особливостей адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Метод **узагальнення** також було використано в даній роботі. Узагальнення – це метод, в результаті застосування якого встановлюються загальні властивості й ознаки об'єктів, шляхом переходу від конкретного або менш загального поняття і судження до більш загального поняття або судження. Розширення класу предметів і виділення загальних властивостей цього класу дозволяє будувати усе більш ширші поняття[10]. При дослідженні історіографії публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я встановлено, що на сьогодні відсутнє комплексне дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Даний вид права розглядається поряд з іншими правами осіб з особливими проблемами в ракурсі розгляду соціальних прав даної категорії осіб; дослідження існуючої наукової бази, що вивчає соціальний захист осіб з інвалідністю та безпосередньо права осіб з особливими проблемами дало можливість стверджувати, що науковцями виокремлюється досить велике коло проблем щодо соціального захисту цієї категорії осіб, але не пропонуються та не розробляються шляхи їх усунення. Майже всі кандидатські дисертації,

які розглядають соціальний захист осіб з інвалідністю та їх реабілітацію, адаптацію в соціум мають теоретико-описовий характер; запропоновані шляхи удосконалення соціального захисту осіб з інвалідністю не мають матеріально-технічного розрахунку, а вироблені способи взаємодії, специфічні механізми діяльності по забезпеченню прав осіб з інвалідністю не входять до компетенції відповідних суб'єктів публічної адміністрації; жодна з досліджених робіт не вивчає наукові проблеми щодо публічного адміністрування соціального захисту осіб з інвалідністю як окремої підгалузі права. Відповідно не виокремлюються її інститути та інші структурні утворення. Не встановлюються зміст та особливості предмету такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю, не характеризується специфіка суспільних відносин, які є предметом її регулювання.

Метод **індукції** активно використаний при дослідженні публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Індукція – це метод дослідження і спосіб міркування, у якому загальний висновок будується на основі конкретних посилок. Спочатку, в процесі досвіду, експерименту, спостереження визначаються, встановлюються, збираються окремі факти, при наступному аналізі яких виділяються загальні і повторювані риси ряду явищ, що входять у визначений клас явищ. На основі цього будується індуктивний умовивід, де висновком є судження, у якому ознака приписується всьому класу [10]. Особливість індукції як методу дослідження полягає в тому, що знання, отримані індуктивним шляхом, завжди носять імовірнісний характер. Даний метод було використано при дослідженні стану державної політики публічного адміністрування прав осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Доведено, що в основу державної політики соціального захисту осіб з особливими потребами повинно бути покладено протидію нерівних можливостей для людей з інвалідністю, запровадження політики сприяння розкриттю її соціальної сутності, не обмеженої медичними потребами. Зважаючи на викладене, системна державна політика цієї сфери має передбачати: систему нормативно-правових актів; бюджетне фінансування; комплексне медичне та соціальне забезпечення; інклюзивну та інтегровану систему навчання у

загальноосвітніх навчальних закладах; фахову підготовку осіб з особливими потребами; політику забезпечення робочими місцями та можливостями працевлаштування; систему пільг, податкових преференцій, переваг при відкритті власного бізнесу та творчих можливостей; багатопрофільну реабілітацію; протезне та медичне обладнання за рахунок держави чи громадських фондів; політику спеціального житла для проживання з відповідними технічними умовами за рахунок державного та місцевого бюджетів.

Дедукція – це метод дослідження і спосіб міркування, за допомогою якого із загальних посилок обов'язково випливає висновок конкретного характеру. У дедукції, на відміну від індукції, виходячи і спираючись на загальне знання, роблять висновок конкретного характеру. При використанні як посилення гіпотетичного припущення, наприклад, нової наукової ідеї, дедукція є відправною точкою зародження нової теоретичної системи[10]. За допомогою даного методу виокремлено та проаналізовано інститут публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Доведено, що він є структурним елементом такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю. Так як, по-перше, ним охоплюється частина правових норм, якими урегульовано публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-друге, цей комплекс юридичних норм впливає на відносини, що виникають у результаті публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Відповідно цей правовий інститут окреслює межі правовідносин щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-третє, цей інститут охоплює не тільки регулятивні норми права (правила поведінки), але і первинні, опосередковано ті, що беруть участь в регулюванні наявних прав осіб з інвалідністю. По-четверте, даний інститут наділений системою правових засобів, завдяки чому здійснюється процес правового регулювання суспільних відносин щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-п'яте, даному інституту притаманна внутрішня організація. Так як в ньому визначено коло суб'єктів (особи з інвалідністю та публічна адміністрація,

громадські організації тощо), які вступають у правові відносини, їх правовий статус, права і обов'язки, а також об'єкт правового регулювання – право на охорону здоров'я. По-шосте, наявність предмету регулювання – суспільні відносини, що виникають у порядку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Наукові дослідження здійснюються шляхом втілення нової власної моделі, або шляхом запозичення існуючих аналогів. Аналогія характеризує такий синонімічний ряд: відповідність, подібність, пропорція, співмірність, рівність. Енциклопедія Ф. Брокгауза й І. Ефрона подає, крім відповідності та подібності, рівність, як одне з етимологічних значень терміну [18]. Отже, метод **аналогії**, що застосовується при дослідженні публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це спосіб наукового пізнання, при якому на основі подібності об'єктів в одних ознаках, робиться висновок про їхню подібність і в інших ознаках. Умовиводи за аналогією широко використовуються в моделюванні. На думку Г. Ніколіса та І. Пригожина, широке застосування методу аналогій і прототипів необхідне для розуміння поведінки систем зі складною поведінкою, в яких закони еволюції відповідних змінних достеменно не відомі [19, с. 251].

Метод аналогії використаний при дослідженні міжнародного досвіду публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я та виробленні пропозицій щодо імплементації позитивного досвіду в українське законодавство.

Метод **моделювання** – це спосіб наукового пізнання об'єкта (оригіналу) шляхом створення і дослідження його копії (моделі). Використання методу моделювання дозволяє досліджувати ті сторони об'єктів, що неможливо досягнути шляхом безпосереднього вивчення, або невигідно вивчати у такий спосіб [10].

Даний метод використано у роботі при виробленні державної програми та запровадженні економічних методів публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. У роботі представлено моделі державної політики соціального забезпечення осіб з інвалідністю, на підставі дослідження яких запроваджено проєкт

державної програми публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Вивчення складних систем, що розвиваються, вимагає застосування історичного й логічного методів дослідження.

Історичний метод заснований на дослідженні історії у всьому її різноманітті, узагальненні емпіричного матеріалу і встановленні на цій основі загальних історичних закономірностей [20].

У праці «О методологических приемах при изучении раннего периода в истории учреждений» М. М. Ковалевський стверджував, що історико-порівняльний метод – це єдиний шлях, що надається дослідникам у вивченні правового розвитку народів, історичні пам'ятки яких недостатні чи важко пояснюються. А в праці «Историко-сравнительный метод в юриспруденции и приемы изучения истории права» присвятив питанню прийомів вивчення давніх пам'яток законодавства та юридичної практики окрему главу. У подальшому, обґрунтовуючи значення історико-порівняльного методу, вчений наголошував: «Одне тільки використання його відкриває шлях до наукового пояснення причин виникнення того чи іншого інститутів в історії права. Шляхом порівняння одного законодавства з якомога більшою кількістю інших, однак не випадково взятих, а таких, що належать народам, близьким за своїм суспільним розвитком, історик-юрист набуває можливості поступового сходження до загальних світових причин розвитку тих чи інших юридичних відносин... Його використання уможливорює наукове обґрунтування вже встановлених фактів» [21, с. 25].

Цей метод застосовано при дослідженні генезису публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Відповідно, вивчивши історичний шлях розвитку інституту, було виокремлено наступні періоди та етапи: перший період починається з часів становлення Київської Русі та запровадження Християнської релігії, має назву «Церковне заступництво», починається з X ст. і закінчується серединою XVII ст. Другий період бере початок з входження українських земель до Російської Імперії та Австро-Угорщини, відповідно закінчується після Жовтневої революції; має

назву «Імператорське волевиявлення», починається з XVII ст. та закінчується на початку XX ст. Третій період називається «Соціалістичні реформи та перетворення», має три етапи, яким притаманні специфічні особливості щодо публічного адміністрування права інвалідів на охорону здоров'я, він починається з початку XX ст. та закінчується наприкінці XX ст. Перший етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Революційні трансформації», починається після Жовтневої революції 1917 року та закінчується після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр. Другий етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Хрущовські реформи», починається після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр., закінчується близько 1970 рр. Третій етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Радянська дійсність», починається у брежнєвську епоху 1970 рр. та закінчується з розпадом Радянського Союзу у 1991 р. Четвертий період розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має назву «Українська самобутність», він бере початок у 1991 році, після отримання Україною незалежності та діє дотепер.

Основу **логічного** методу становить вивчення об'єкта або процесу на вищих стадіях його розвитку, на яких відтворюються основні риси попередніх етапів у вигляді, позбавленому випадковостей [20]. Встановлення наукової істини неможливе без продуманої структури дослідження, послідовності вивчення його предмета, зумовлених метою роботи, на основі логічних зв'язків. Достовірність, об'єктивність та наукову цінність наукового дослідження забезпечує грамотне оперування логічним методом, що охоплює аналіз, синтез, абстрагування, моделювання, індукцію, дедукцію та ін. [22, с. 92]. В цій роботі логічний метод було використано при виокремленні особливостей адміністративного примусу, що може бути застосований суб'єктами публічної адміністрації як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю та особливостей адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

У роботі також було використано **порівняльно-правовий** метод. Порівняльний метод (comparative method) – це цілеспрямоване застосування порівняння для досягнення певної мети; це відносно самостійний, організований спосіб дослідження, необхідний для досягнення пізнавальних цілей. Порівняльний метод у науковій літературі трактують як метод визначення невідомого шляхом порівняння з відомим; метод з'ясування якостей чи властивостей явища шляхом порівняння з іншими його якостями чи властивостями або з якостями чи властивостями іншого явища; метод встановлення закономірностей шляхом порівняння об'єктів в різний час, порівняння їх властивостей у минулому з тими ж властивостями у нинішньому стані для встановлення змін чи тенденцій розвитку; метод дослідження схожості та відмінності з метою встановлення класифікацій та типологій соціальних явищ, а також перевірки гіпотез про випадкові відношення шляхом дослідження емпіричного зв'язку та часової послідовності факторів [23].

Даний метод використано, передусім, при дослідженні міжнародного досвіду публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, а також історіографії аналізу наукових досліджень у сфері соціального захисту осіб з інвалідністю.

За допомогою **формально-юридичного** методу вдалося дослідити зв'язок між внутрішнім змістом і формою державно-правових явищ та інститутів, відповідно, у роботі було досліджено систему публічної адміністрації, яка наділена правами та обов'язками щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Доведено необхідність прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Щодо необхідності удосконалення компетентними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування законопроектної роботи в сфері забезпечення та додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю». З метою оптимізації системи центральних органів виконавчої влади, інтеграції в Європейський Союз та на підставі аналізу повноважень, компетенції та організаційних структур Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України, запропоновано об'єднати Міністерство

охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України в один центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення України.

Отже, підбиваючи підсумки викладеному, вважаємо, що використання глибоко обґрунтованої методології наукового дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, сприяє отриманню максимально об'єктивної, точної, систематизованої інформації про процеси та явища, що дають можливість розробити ефективні методики та запровадити якісні механізми по соціологізації осіб з інвалідністю в суспільство.

1.2. Історіографія дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

У соціальній державі соціальний захист – це один з найважливіших напрямів діяльності держави. Рівень її цивілізованості та суспільства визначається ставленням до найменш захищених та найбільш вразливих його членів, які потребують соціального захисту, у першу чергу, до осіб з інвалідністю[24]. Україна, ратифікувавши Конвенцію ООН «Про права осіб з інвалідністю» стала на шлях реалізації її норм. Разом з тим, слабкий розвиток економіки, військові дії на Сході, епідемія Коронавірусу (COVID-19), заважають задіяти всі потужності держави для задоволення потреб цієї категорії осіб для повного їх адаптування в соціумі та задоволення всіх соціальних потреб. Більшість осіб з особливими потребами нині позбавлена можливості реалізовувати свої здібності та потреби нарівні з іншими громадянами. Водночас, кількість цих людей постійно зростає, і не тільки в Україні. Нині можна говорити про глобальний характер проблеми інвалідності – в усьому світі ті чи інші можливості обмежено приблизно в кожній десятій людині (650 млн людей), з них майже 470 млн осіб – працездатного віку [25, с. 1]. Саме тому питання соціального захисту осіб з особливими потребами не втрачає своєї актуальності, не зважаючи на те, що цьому питанню постійно присвячується увага як на законодавчому рівні шляхом закріплення

прав, пільг та компенсацій, так і на суспільному рівні шляхом передбачення державних гарантій їх економічної та моральної підтримки [24].

Науковці всіх галузей науки значну увагу приділяють питанню соціального захисту осіб з інвалідністю, та безпосередньо медичним послугам, що надаються цій категорії осіб. Особливу увагу хотілося б звернути на працю А. В. Фурман та М. В. Підгурської «Історія соціальної роботи», в якій послідовно розкрито такі проблеми, як місце соціальної роботи у суспільному устрої країни на різних етапах її історичного розвитку; основні моделі соціальної роботи, що діяли і діють у нашій країні і за кордоном; система професійної підготовки спеціалістів у галузі соціальної роботи; види, форми, методи, засади і рівні здійснення цієї роботи з різними групами населення; взаємозв'язок соціальної роботи, державної політики, права та суспільної свідомості як показник соціальної держави [26].

Досить цікавою та необхідною науковою працею є робота А. В. Дем'янової «Социальная политика в сфере защиты прав инвалидов» [27], в якій акцентовано увагу на формуванні інституту соціальної підтримки інвалідів в Радянському Союзі і донині. Запропоновано періодизацію цього процесу, яка заснована на аналізі змін законодавства в частині присвоєння статусу інваліда і пенсійного забезпечення інвалідів. Розглянуто зміни державної соціальної політики щодо захисту прав інвалідів по чотирьох напрямках: порядок присвоєння статусу «інвалід», пенсійне забезпечення, захист зайнятості і пільги. Встановлено, що рівень інвалідності залежить не тільки від об'єктивних показників здоров'я населення, але і від інституційних чинників. Розширення негрошових пільг для інвалідів в 1990-і роки було однією з основних причин зростання чисельності інвалідів в цей період. Використання працездатності в якості критерію призначення пенсій і виплат по інвалідності призвело до зростання чисельності інвалідів в пенсійному віці, а також до зниження зайнятості серед них. Автор стверджує, що слабкість контролю за виконанням законодавства у сфері квотування і створення спеціалізованих робочих місць обмежувала захист зайнятості інвалідів в теперішній час [27].

Не можна оминати увагою монографію О.В. Паровишник «Забезпечення прав інвалідів в Україні: теоретичні і практичні засади адміністративно-правового регулювання» [28], в якій досліджено спеціальний адміністративно-правовий статус, яким володіють інваліди, автор пропонує його розуміти у широкому й вузькому значенні. Поняття «адміністративно-правовий статус інваліда» у вузькому значенні визначається автором як сукупність урегульованих нормами адміністративного права виявів соціальних і правових якостей інвалідів як спеціальних суб'єктів цієї правової галузі, які володіють правоздатністю і є носіями додаткових прав та обов'язків порівняно з іншими особами. У широкому сенсі, його слід розуміти як органічну частку загального правового статусу людини і громадянина в суспільстві, як комплекс відповідних правових можливостей, обумовлених специфікою адміністративно-правового регулювання й об'єктивно існуючими обмеженнями для повноцінної участі інвалідів у суспільних відносинах у силу конкретних життєвих обставин, пов'язаних з певними розладами їх фізичного або психічного здоров'я. Складниками такого статусу осіб з інвалідністю, виступають їх загальні й спеціальні права, свободи, законні інтереси та юридичні обов'язки, що регламентуються нормами чинного законодавства при взаємодії цих суб'єктів з органами державної влади та її посадовими особами, формуються на підставі встановлених принципів і гарантуються державою [28]. Щодо наведеного вище, хотілося б зауважити, що правоздатність громадян та осіб з інвалідністю, не може мати додаткових прав та обов'язків, це здатність мати права і обов'язки. Наступне: взаємодія осіб з інвалідністю та публічної адміністрації не є елементом правового статусу перших.

Правила наукового моніторингу досліджуються у науковій роботі колективу науковців «Організація та проведення комплексного моніторингу становища інвалідів у Росії в світлі конвенції ООН про права інвалідів». У зазначеній праці акцентовано на тому, що, згідно сучасного трактування міжнародних організацій ООН та ВООЗ, перешкоди по реалізації права на повноцінне здорове та активне життя породжуються не тільки і не стільки хворобою інвалідів, пов'язаних із їх

захворюваннями або травмами, скільки соціальними, інституційними та психологічними бар'єрами, що перешкоджають їх активній інтеграції у повноцінне середовище суспільства, успішної соціалізації та виконання значущих функцій. В таких умовах, неповнота інформації позбавляє суб'єктів політичної влади необхідних орієнтирів для проведення зваженої і обґрунтованої політики, спрямованої на скорочення тягаря інвалідності, усунення інституційних бар'єрів і дискримінації за цією ознакою. Зазначено, що завдання регулярного збору порівняльної інформації необхідного ступеня деталізації і розробка концепції моніторингу ефективності проведеної політики щодо інвалідів, а також інститутів, з якими вони взаємодіють, є основою для контролю реалізації принципів Конвенції про права інвалідів [29].

Зупинимося і на монографії, створеній під керівництвом А. А. Шабунової «Проблеми соціальної консолідації: інваліди у регіональному суспільстві», в якій проаналізовано сучасний стан концептуально-правової основи досліджень в даній сфері, масштаби і економічні втрати внаслідок інвалідності. На базі соціологічних досліджень вивчені відносини суспільства і людей з обмеженими можливостями здоров'я, в першу чергу, з позиції готовності до інтеграції. Оцінені провідні механізми інклюзії інвалідів в соціум, і запропоновано напрями вирішення виявлених проблем [30].

Актуальною є робота В. І. Чорненського «Конституційно-правовий статус осіб з інвалідністю в Україні», в якій досліджено статусу осіб з інвалідністю в Україні. З позиції конституційного права розкрито природу соціальної держави в Україні як методологічної засади забезпечення прав і свобод осіб з інвалідністю. Розкрито поняття, природу та структуру конституційно-правового статусу осіб з інвалідністю. Проаналізовано особливості та гарантії здійснення і реалізації особистих, політичних, економічних, соціальних та культурних прав і свобод людини та громадянина в конституційно-правовому статусі осіб з інвалідністю. Класифіковано та досліджено практику Європейського суду з прав людини щодо захисту прав осіб з інвалідністю. Сформульовано практично-прикладні рекомендації для

подальшого розвитку українського законодавства у сфері конституційно-правового статусу осіб з інвалідністю [31].

У монографії, за загальною редакцією Я. А. Новака, «Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю в контексті освітньої діяльності ВНЗ», наведено загальні засади інтеграції молоді з інвалідністю у суспільство, показано роль освітнього середовища у процесах інтеграції молоді з інвалідністю у суспільство, розкрито правові та соціальні аспекти супроводу осіб з інвалідністю, надано рекомендації щодо покращення їхнього соціально-психологічного входження в соціум [32].

В ракурсі нашого дослідження цікавим для ознайомлення є «Посібник з інклюзивності осіб з інвалідністю в операціях з надання гуманітарної допомоги, що фінансуються ЄС». Він зосереджений на питаннях врахування потреб осіб з інвалідністю у всіх видах гуманітарних заходів. Проаналізовано інструменти для оцінки та усунення бар'єрів, що перешкоджають реальному доступу, а також повній і ефективній участі осіб з інвалідністю в процесах надання гуманітарної допомоги та забезпечення захисту [33].

Необхідним та науково обґрунтованим є навчальний посібник І. Я. Сенюти та Д. Й. Клапатій «Права учасників антитерористичної операції у сфері охорони здоров'я», в якому досліджено основні права учасників антитерористичної операції у царині охорони здоров'я, їх зміст і особливості здійснення. Акцентовано увагу на правах учасників АТО (ООС), що отримали інвалідність під час бойових дій. Розкрито покрокові алгоритми дій учасників АТО (ООС) та членів їхніх сімей при реалізації прав людини у сфері охорони здоров'я [34].

Проблеми соціального захисту інвалідів також досліджуються різними науковими групами за рахунок міжнародних грантів і мають вагоме значення для дослідження стану та перспектив реалізації права цієї категорії осіб на охорону здоров'я. Л. Байда, авторка методичних матеріалів з питань інвалідності, інклюзивної політики, універсального дизайну, доступності, інклюзивного навчання, гендерної політики, з цього приводу зазначає, що професійний підхід у проведенні досліджень є запорукою того, що подальші адвокаційні заходи по

покращенню ситуації щодо становища осіб з інвалідністю досягнути своєї мети [35].

Так, в межах проекту «Новий погляд на систему соціальних прав і соціальних гарантій громадян України», Л. Чорним та експертною групою підготовлено науково-аналітичний звіт щодо соціального захисту та соціального забезпечення в Україні [36]. В межах даного дослідження було зроблено спробу: по-перше, класифікувати передбачені чинним законодавством України види та форми соціального захисту, а також показати, на які з них мають право різні категорії громадян; по-друге, з'ясувати, як розподіляється фінансування, передбачене у державному та місцевих бюджетах, а також у державних позабюджетних цільових фондах, на задоволення потреб зазначених категорій громадян. Встановлено, що існуючу систему соціального захисту необхідно реформувати, оскільки в існуючому вигляді ця система – непосильний тягар для нашої держави. Аргументовано, що суттєвою перешкодою для подальшої інтеграції України до Європейського Союзу, може стати її здебільшого декларативне приєднання до європейської системи соціальних стандартів та відмова визнати навіть на формальному рівні (ратифікація) значну частину норм європейського права у сфері соціальних прав людини та безпосередньо прав осіб з інвалідністю.

Значним для наукового обґрунтування проблем публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, є аналітичний звіт за редакцією І. Сікори «Державна політика підтримки підприємств і громадських організацій інвалідів: моніторинг та оцінка», підготовлений в рамках проекту «Аналіз політики підтримки підприємств та організацій інвалідів в Україні: сприяння забезпеченню рівного доступу неурядових організацій до державної підтримки та постачання соціальних послуг інвалідам» [37], в якому зроблено спробу комплексного та всебічного аналізу політики державної підтримки підприємств і громадських організацій інвалідів та її впливу на забезпечення права інвалідів на участь у громадському житті та права на працю відповідно міжнародних норм та стандартів. Проаналізовано цілі та потреби бенефіціарів, інструменти державної підтримки

підприємств і громадських організацій інвалідів, оцінено їх ефективність та рівність розподілу, проаналізовано польський досвід систем сприяння зайнятості інвалідів, підготовлені рекомендації щодо програм підтримки та створення робочих місць для інвалідів. У роботі доводиться, що існуюча державна політика є неефективною та потребує негайної модернізації. В середньому, 30-50 млн грн, які спрямовуються на підтримку статутної діяльності громадських організацій інвалідів, а також сотні мільйонів прямої підтримки та податкових пільг для підприємств інвалідів, не дають достатніх можливостей реалізувати право інвалідів на участь у громадському житті, а також право на працю відповідно міжнародних норм та стандартів [37].

Ще однією ваговою працею є «Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я», підготовлені Б. Мойса, який зазначає, що на жаль, в Україні практично відсутня міжвідомча координація сфер охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в питаннях реабілітації людей з інвалідністю, а існуюча система реабілітації не задовольняє потреби осіб з інвалідністю в отриманні послуг, особливо в сільській місцевості. Чинній реабілітаційній галузі бракує комплексної системи оцінки потреб, міждисциплінарної роботи у наданні послуг та безпосередньої їх спрямованості на клієнта [38].

За сприянням Канадського центру вивчення інвалідності та ВГСПО «Національна Асамблея інвалідів України», було створено навчально-методичний посібник «Інвалідність та суспільство» [39], в якому зазначено, що чимало країн, в тому числі й Україна, при формуванні державної соціальної політики для людей з інвалідністю, не враховують змін щодо соціальної адаптації осіб з інвалідністю, надають пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». І найголовніше – не сприяє ширшому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни. Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності приводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими

громадянами країни. Автори даної наукової роботи наголошують, що для цього потрібно здолати існуючі бар'єри невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство і посилити контроль за його дотриманням, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності. Політика держави у цій сфері має базуватися на вже існуючих тенденціях світових інноваційних підходів до розв'язання проблем інвалідності, та кращому практичному досвіді [39].

У рамках спільного проекту між Європейським Союзом та Радою Європи «Посилення спроможностей адвокатів та правозахисників щодо реалізації на національному рівні положень Європейської конвенції з прав людини та Європейської соціальної хартії (переглянутої)» було видано «Практичний посібник з аргументації у справах щодо дискримінації», в якому приділено увагу питанню дискримінації за ознакою інвалідності та станом здоров'я. У цій праці зроблена спроба перевести стандарти Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод і напрацювання Європейського суду з прав людини на інструментальний рівень, придатний для використання у повсякденній діяльності вітчизняних правників[40].

Досить значну увагу правам осіб з інвалідністю в галузі права приділено в дисертаційних роботах українських вчених.

Так, одним із перших фундаментальних досліджень за часів незалежної України, була робота К. С. Міщенко «Механізми державного управління соціальним захистом інвалідів в Україні» (2009 р.), в якій зазначено, що одним з напрямків удосконалення державного управління сферою соціального захисту інвалідів може бути впровадження програмно-цільового механізму (підходу), який є найпоширенішою формою спрямування ресурсів держави на вирішення актуальних проблем її розвитку, засобом перетворення державних стратегій і політики на конкретні, забезпечені ресурсами дії [41], але що передбачає даний механізм, з чого він складається, на підставі чого зроблено такий висновок, у роботі не зазначено. В той же час, автор стверджує, що соціальну реабілітацію інвалідів слід вважати одним з механізмів державного управління соціальним захистом інвалідів. Його сутність в розробці та реалізації комплексу заходів, зорієнтованих на

поліпшення життєдіяльності інвалідів, відновлення або компенсацію порушених (втрачених) функцій організму, відновлення особистісного та соціального статусу, досягнення матеріальної незалежності інвалідів з метою їх всебічної інтеграції в суспільство [41]. З таким твердженням важко погодитися, адже термін «механізм» передбачає внутрішній устрій цілого, за допомогою чого здійснюється відповідний рух. Саме тому соціальна реабілітація інвалідів не може бути одним з механізмів державного управління.

Р. О. Павлюков у кандидатській дисертації «Соціально-правовий захист інвалідів в Україні» (2009 р.) зазначав, що на законодавчому рівні необхідно забезпечити сприятливий соціально-економічний клімат для самозайнятих інвалідів: можливість одержання пільгового кредиту для організації власної справи; пільгове оподаткування; безоплатне навчання майбутніх підприємців; інформування та безоплатне консультування інвалідів, які виявили бажання розпочати власну справу; пріоритетне право на виконання робіт та надання послуг за державним замовленням і т. д. [42]. Але автор не вказав, хто і як буде забезпечувати такі пропозиції.

В той же час, Р. О. Павлюков, з метою більш ефективного розповсюдження принципу рівності у національній системі права, щоб дійсно гарантувати інвалідам рівні з іншими громадянами можливості та для забезпечення їх участі в усіх сферах суспільної життєдіяльності, пропонував передбачити у ст. 24 Конституції України додаткову дискримінаційну ознаку – «інвалідність» – та привести у відповідність до неї все чинне законодавство; розробити та нормативно закріпити професійні стандарти, пристосовані до особливих потреб інвалідів та зорієнтовані на них відповідні освітні стандарти у різних галузях народного господарства; запровадити соціально-правову експертизу нормативно-правових актів за участю відповідних представників влади та об'єднань громадських організацій інвалідів[42].

С. В. Пасічніченко, у 2011 році захистила дисертацію на тему «Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні» в якій довела, що соціальний захист інвалідів як соціальний та правовий інститут пройшов чотири основні періоди розвитку:

докапіталістичний, капіталістичний, радянський, пострадянський, кожному з яких притаманна своя специфіка. Виникає запитання: чи міг період Самодержавної Росії мати назву «капіталістичний»? Адже капіталізм в Росії у 19 столітті так і не був досягнутий. У роботі виокремлено функції адміністративно-правового регулювання соціального захисту інвалідів, а саме: 1) загальні (прогнозування, планування, програмування, контроль); 2) спеціальні (інформаційного забезпечення, моніторинг інвалідності, державний облік, стандартизація, нормування, ліцензування) [43]. Незрозумілим є функція державного обліку і моніторинг інвалідності, а саме: в чому зміст та розмежування цих функцій. І навіщо авторка виокремила в рамках регулювання соціального захисту інвалідів функцію стандартизації, адже стандартизувати цю сферу бачиться хибною позицією. До того ж, дискусійним є і позиція щодо нормування як спеціальної функції, а не загальної державної функції? Дослідивши зміст даної наукової роботи, ми дійшли висновку, що авторка досить теоретично і стандартно підійшла до вивчення проблеми соціального захисту, піднявши багато тем досить поверхнево.

Цього ж року була захищена кандидатська дисертація А. М. Куцою майже за аналогічною темою, в якій значну увагу присвячено ролі громадських організацій в забезпеченні соціального захисту інвалідів. Акцентовано на тому, що сьогодні особи з інвалідністю не мають змоги повноцінно реалізувати гарантоване їм державою право на соціальний захист. З метою уникнення та ліквідації таких ситуацій, авторкою запропоновано великий перелік змін: 1) збільшити фінансування бюджетних програм щодо медичного обслуговування населення у відсотковому відношенні до валового внутрішнього прибутку; 2) підвищити розміри соціальних виплат особам із обмеженими функціональними можливостями до рівня, коли ними можна буде покрити хоча б найнеобхідніші витрати (житлово-комунальні послуги, харчування, лікування); 3) визначити рівні доходів громадян, які варто вважати достатніми для самозабезпечення для страхових внесків у системі соціального страхування; 4) розмежувати функції та повноваження з організації та керування системою й окремими видами

соціального страхування основних соціальних суб'єктів (роботодавців, працівників і держави) з їх рольових позицій як страхувальників, застрахованих, організуючих і контролюючих органів тощо; 5) внести зміни до Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» з метою приведення норм щодо розмірів цієї допомоги у відповідність зі ст. 46 Основного Закону, згідно з якою розмір допомог має бути не нижчим від прожиткового мінімуму; 6) запровадити в нашій державі адресну (грошову) допомогу; 7) врегулювати вартість санаторно-курортного лікування осіб з інвалідністю та збільшити видатки на зазначені цілі; 8) розробити програму сприяння розвитку в Україні дистанційної форми навчання; 9) створити універсальний центр комплексної реабілітації зі структурними підрозділами, які б надавали реабілітаційні послуги різних видів, із філіалами в областях; 10) удосконалити професійно-технічне навчання і професійну реабілітацію інвалідів; 11) збільшити видатки з державного бюджету на забезпечення осіб з інвалідністю засобами реабілітації; 12) у звичайну практику телебачення, державних установ та організацій культурного, інформаційного та побутового призначення, ввести широке використання тактильно-жестової мови і матеріалів зі шрифтом Брайля; 13) забезпечити оснащення громадських місць знаками, спрямованими на надання інформації про маршрути, а також про точне місцезнаходження об'єктів, із тим, щоб люди могли бачити і бути видимими для інших користувачів цієї будівлі тощо; 14) транслювати в теле- та радіоефірах програми стосовно життя осіб з інвалідністю у суспільстві; реалізувати соціальні програми щодо включення осіб відповідної категорії у життя соціуму; ввести у шкільну програму спеціальний предмет, у ході вивчення якого, у тому числі, навчати дітей толерантному ставленню до оточуючих, зокрема осіб з обмеженими функціональними можливостями, тощо; 15) до переліку осіб, які потребують поліпшення житлових умов, внести інвалідів, які проживають у житловому приміщенні, яке неможливо пристосувати до вимог, визначених медико-соціальними експертними комісіями; 16) задля поліпшення житлових умов осіб з обмеженими функціональними можливостями створити реєстр осіб, які висловлюють

бажання здійснити обмін житловими приміщеннями з інвалідами, і паралельно створити соціальну службу, яка допомагала б інвалідам з пошуком осіб для обміну, а також у подальшому оформленні такого правочину[44]. Досить влучні для того часу пропозиції, які є актуальними і дотепер, але вони не містять наукового підґрунтя для запровадження в життя. Проте не можемо не відзначити потужний додаток до дисертації – Проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Відзначимо і працю В. І. Петрусевіч «Адміністративно-правове регулювання зайнятості інвалідів» (2012 рік), в якій для усунення недоліків у реалізації заходів щодо забезпечення зайнятості інвалідів запропоновано: запровадити єдину статистичну звітність щодо інвалідів, яка б включала інформацію щодо осіб вказаної категорії, залучених у відносини зайнятості, у тому числі у розрізі статі, сільського та міського населення, вікової градації; удосконалити законодавчі акти України, які регулюють відносини у сфері освіти інвалідів, у першу чергу з вадами слуху, зору і з ураженням опорно-рухового апарату, у напрямі забезпечення умов для доступу таких осіб до відповідних послуг, а також вжити додаткових заходів щодо впровадження інклюзивного та інтегрованого навчання дітей з особливими потребами, у тому числі дітей-інвалідів, у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах; збільшити фінансування заходів щодо забезпечення зайнятості інвалідів; забезпечити пристосування зовнішнього середовища для потреб інвалідів тощо [45]. По тексті даної роботи автор робить спроби розробити та запропонувати фінансові пільги для підприємств, на яких працюють інваліди. Цікавим є виокремлення автором детермінант визнання осіб інвалідами, а саме: наявність фізичних бар'єрів у навколишньому середовищі; відсутність достатнього доступу до інформації та спілкування; відсутність доступу до дошкільних, загальноосвітніх та вищих навчальних закладів; відсутність рівних можливостей для реалізації права на працю; архітектурна недоступність споруд; недоступність транспортної

інфраструктури; негативне сприйняття інвалідів соціумом; систематична дискримінація [45].

Сильна робота також вийшла у А. В. Іпатова в 2011 році: «Медико-соціальна експертизи системі державного управління професійною реабілітацією інвалідів в Україні» [46], в якій досліджується зміст та особливості медико-соціальної експертизи. Зауважено, що в результаті імплементації принципів міжнародного права в сучасній системі державного управління відбулися зміни державної ідеології у вирішенні проблем інвалідів. На зміну ідеології державного життєзабезпечення інвалідів прийшла ідеологія державного регулювання життєдіяльності осіб з особливими потребами, яка заснована на принципах соціальної інтеграції та конкурентоспроможності інвалідів на вільному ринку праці. Встановлено, що провідну роль у цьому процесі відіграє громадський рух інвалідів, зокрема такі його групи, як група соціально-орієнтованого руху, група спеціалізованої підтримки інвалідів; групи правозахисного та спортивного руху інвалідів. Їхня діяльність як суб'єкта державного управління у сфері соціального захисту інвалідів реалізується переважно через соціальну функцію управління за допомогою таких інструментів: комунікація з органами влади; громадська експертиза проектів нормативно-правових актів і державних програм підтримки інвалідів; вироблення і постачання інформаційного продукту про потреби та пріоритети інвалідів у різних сферах життєдіяльності; оперативна адресна допомога інвалідам із використанням різноманітних соціальних ресурсів; консультування органів виконавчої влади; інтегрована участь у плануванні, розробці та експертизі управлінських рішень; громадський контроль державно-управлінської діяльності; виконання ролі суб'єкта законопроектної ініціативи з метою впровадження системної правової бази у сфері соціального захисту інвалідів [46]. Підкреслимо, що це не єдина робота А. В. Іпатова, в якій розглядаються особливості реалізації права на охорону здоров'я особами з інвалідністю, він є автором таких робіт: «Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України» [47], «Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована» [48].

Окреме місце посідає і робота І. Л. Булик «Адміністративно-правове забезпечення права на освіту та фахову підготовку інвалідів» [49], в якій зазначено, що необхідно створити умови, які б дозволили здобувати професію для осіб з обмеженими можливостями. Насамперед, необхідно розробити: аналіз щодо медичних показань й протипоказань до навчання у професійно-технічних навчальних закладах; забезпечити пріоритетне фінансування наукових досліджень і науково-методичних розробок, спрямованих на припинення депопуляційних процесів в Україні та попередження інвалідності; пошуки нових підходів і технологій у вирішенні проблеми комплексної соціальної реабілітації осіб з особливими потребами, їх освіти та фахової підготовки; скоординувати з місцевими органами виконавчої влади діяльність щодо працевлаштування інвалідів, забезпечити диференційоване бронювання робочих місць для інвалідів-випускників навчальних закладів; забезпечити випуск спеціальної наукової, методичної, інформаційної літератури з правових, соціально-економічних питань, професійної орієнтації, переорієнтації, психологічної підтримки, аудіовізуальних засобів навчання, навчальних посібників для професійної реабілітації інвалідів; - забезпечити придбання ПЕОМ, професіографічних матеріалів, нормативно-правових документів, літератури з психологічних питань для кабінетів з професійної орієнтації й психологічної підтримки інвалідів у професійно-технічних навчальних закладах; забезпечити усунення природних, комунікаційних і архітектурних перешкод, що заважають вільному пересуванню осіб з обмеженими фізичними можливостями у приміщеннях, де здійснюється навчання відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; розробити перелік інтегрованих професій для підготовки інвалідів у професійно-технічних навчальних закладах з професій, що користуються попитом на ринку праці [49]. І знову ми бачимо у роботі напрями реформування права на освіту та фахову підготовку інвалідів, при цьому повну відсутність механізмів реалізації цих напрямів. На жаль, такі роботи не розвивають цей інститут, та не мають реальних пропозицій по удосконаленню соціального захисту інвалідів.

Серед проаналізованих праць необхідно особливо відзначити роботу Є. Ю. Соболя «Діяльність органів публічної влади щодо реалізації і захисту прав та свобод інвалідів: адміністративно-правова теорія та практика»[50]. В цій докторській дисертації розглядаються особливості діяльності публічної адміністрації щодо реалізації та захисту прав і свобод інвалідів; зазначається, що цей вид діяльності регулює велика кількість нормативно-правових актів, які не скоординовані між собою, мають несистемний характер та певним чином дублюють правові норми, суперечать один одному. При цьому автор зазначає, що нормотворчість у сфері реалізації та захисту прав інвалідів суб'єктами владних повноважень характеризується високою динамічністю, впровадженням міжнародних стандартів та зарубіжної практики, частою появою нових норм, що ускладнює зміст і структуру наявного правового масиву некодифікованих нормативно-правових актів. У зв'язку із цим автором запропоновано ряд законопроектів «Про права та свободи інвалідів», «Про діяльність публічної адміністрації щодо реалізації та захисту прав та свобод інвалідів» [50].

Ще один напрям соціального захисту осіб з інвалідністю досліджував А. Л. Терещенко у роботі «Адміністративно-правовий захист осіб з особливими потребами у вищих навчальних закладах» [51]. Автор зазначав, що елементами механізму адміністративно-правового захисту осіб з особливими потребами у вищих навчальних закладах є система засобів правового та організаційного впливу для забезпечення права осіб з особливими потребами здобути вищу освіту, які гарантуються та здійснюються/ ся суб'єктами публічної адміністрації [51]. Однак, автор розкриває зміст організаційного впливу для забезпечення права осіб з особливими потребам, і не надає пропозицій щодо його удосконалення.

Механізми модернізації державної політики у сфері зайнятості осіб з інвалідністю в Україні досліджує у своїй кандидатській роботі Я. О. Божко [52]. Авторка зазначає, що в Україні не сформовано законодавчу базу щодо професійної підготовки та професійної освіти осіб з інвалідністю у звичайних, а не спеціальних навчальних закладах середнього та вищого професійного навчання, що не дає змоги особам з

інвалідністю повноцінно інтегруватися в суспільство. Фінансові стимули, передбачені чинним законодавством України для роботодавців для заохочення їхньої діяльності щодо працевлаштування осіб з інвалідністю, залишаються для них малодоступними. В Україні до 2018 р. була відсутня практика включення до колективних договорів підприємств та організацій питань сприяння інтегруванню осіб з інвалідністю до трудової сфери. Поняття «дискримінація» щодо осіб з інвалідністю законодавством України не визначено. Не передбачено також і відповідних механізмів та процедур адміністративної чи юридичної відповідальності за дискримінаційні дії стосовно осіб з інвалідністю, а також за невжиття відповідних заходів щодо забезпечення доступу осіб з інвалідністю до соціальної та виробничої інфраструктури нарівні з іншими громадянами [52]. Зроблений висновок дійсно яскраво ілюструє проблему зайнятості осіб з інвалідністю в Україні, але у роботі не запропоновано шляхів її вирішення.

Підсумовуючи результати проаналізованих праць, зауважимо, що:

1. нині відсутнє комплексне дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Даний вид права розглядається поряд з іншими правами осіб з особливими проблемами в ракурсі розгляду соціальних прав даної категорії осіб;

2. дослідження існуючої наукової бази, що вивчає соціальний захист осіб з інвалідністю та безпосередньо права осіб з особливими проблемами дає можливість стверджувати, що науковцями вирізняється досить велике коло проблем щодо соціального захисту цієї категорії осіб, однак не пропонуються та не розробляються шляхи їх усунення. Практично всі дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук, що розглядають соціальний захист осіб з інвалідністю та їх реабілітацію, адаптацію в соціум, мають теоретико-описовий характер;

3. запропоновані шляхи удосконалення соціального захисту осіб з інвалідністю не мають матеріально-технічного розрахунку, а вироблені способи взаємодії, специфічні механізми діяльності по забезпеченню прав осіб з інвалідністю, не входять до компетенції відповідних суб'єктів публічної адміністрації;

4. жодна з досліджених праць не вивчає наукової проблеми щодо публічного адміністрування соціального захисту осіб з інвалідністю як окремої підгалузі права. Таким чином, не виокремлюються її інститути та інші структурні утворення. Не встановлюються зміст та особливості предмету такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю, не характеризується специфіка суспільних відносин, які є предметом її регулювання.

Щодо останнє зазначеного, хотілося б відзначити, що: право – впорядкована система, а впорядкованість і структурованість є ознаками окультурення суспільства (суспільних відносин – щодо права), ознакою культури, культурності. Право є багатовимірним. «Право як система – це складне багаторівневе поняття, разом з тим, вона так влаштована, що її утворюють дві основні сфери – публічне та приватне право. Поряд з цим для права характерна ієрархія її складових елементів: 1) ієрархія рівнів системи (система права – галузь права – інститут права); 2) ієрархія структур системи (основні галузі – комплексні галузі – комплексні інститути права)» [53, с. 224], де система права – це сукупність усіх чинних юридичних норм певної держави, згрупованих за однорідними підставами [54]. Як зазначає М. Козюбра: «Для вітчизняної системи права, як і для багатьох інших систем (особливо континентальної Європи) важливим є поділ на публічне і приватне, матеріальне і процесуальне, регулятивне й охоронне право, а також на різні галузі права» [55, с. 28]. Тобто, визначаючи систему права як «внутрішню будову права та зв'язки між її елементами», М. Козюбра до структури права логічно відносить: суб'єкт права, норму права, інститут права, підгалузь права, галузь права та підсистему права (сукупність інститутів і галузей права, які регулюють комплекс суспільних відносин за допомогою подібних методів правового регулювання (публічне і приватне, матеріальне і процесуальне, регулятивне й охоронне право). У структурі права норма права є базовим елементом, а людське начало суб'єкта права відіграє визначальну роль у формуванні та функціонуванні структури системи права [55, с. 29; 54].

Резюмующо, що соціальний захист осіб з інвалідністю можна впевнено назвати підгалуззю соціального захисту громадян, оскільки

він наділений всіма ознаками, що притаманні підгалузі, а саме: об'єднує відносно відокремлену групу правових норм, що містить загальні, властиві кільком правовим інститутам галузі принципові положення, і регулює певний аспект суспільних відносин усередині галузі. На відміну від правових інститутів, підгалузь права не є обов'язковим компонентом кожної галузі. Вона утворюється в межах найширших за обсягом нормативного матеріалу та найрозвиненіших галузей права [56].

Інститут права є системою відносно відособлених правових норм у межах певної галузі (підгалузі) права, що регулюють окрему групу (вид) взаємозалежних суспільних відносин, а предмет їх регулювання значно вужчий за предмет галузі (підгалузі) права. Це, власне, частина предмета галузі (підгалузі) права, окремі аспекти суспільних відносин. Як зазначає Н. М. Пархоменко, інститут права – це сукупність відокремлених, взаємопов'язаних правових норм, що утворюють частину галузі права та регулюють певну сторону однорідних суспільних відносин [57, с. 198].

Інститут права, на відміну від галузі права, «подрібнює» функції до завдань, часом специфічних. Формалізація інституту права полягає у виокремленні певної групи норм права, що регулюють певний вид однорідних суспільних відносин, забезпечуючи цілісне та відносно самостійне й завершене правове регулювання для досягнення загальної мети на підставі своїх принципів, призначення, з використанням особливих юридичних конструкцій, термінології, понять, виконуючи свої особливі завдання [54, с. 8].

Отже, публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є інститутом права та структурним елементом такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю.

Адже, по-перше, ним охоплюється частина правових норм, якими урегульовано публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-друге, цей комплекс юридичних норм впливає на відносини, що виникають у результаті публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Значить, цей правовий інститут окреслює межі правовідносин щодо реалізації права осіб з

інвалідністю на охорону здоров'я. По-третє, зазначений інститут охоплює не тільки регулятивні норми права (правила поведінки), але і первинні, опосередковано ті, що беруть участь в регулюванні наявних прав осіб з інвалідністю. По-четверте, даний інститут наділений системою правових засобів, завдяки чому здійснюється процес правового регулювання суспільних відносин щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-п'яте, згаданому інституту притаманна внутрішня організація. Оскільки в ньому визначено коло суб'єктів (особи з інвалідністю та публічна адміністрація, громадські організації тощо), які вступають у правові відносини, їх правовий статус, права і обов'язки, а також об'єкт правового регулювання – право на охорону здоров'я. По-шосте, наявність предмету регулювання – суспільні відносини, що виникають у порядку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

1.3. Генезис становлення та розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Громадяни з інвалідністю є серед усіх верств населення будь-якого суспільства. Це люди з такими вадами здоров'я, як ураження опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи; психічними захворюваннями та розумовою відсталістю; ураженнями органів слуху та зору; ураженнями внутрішніх органів; онкологічними захворюваннями. Для України проблема соціального захисту інвалідів є особливо значущою у зв'язку зі стійкою тенденцією до зростання частки інвалідів у загальній структурі населення [25, с. 1]. Якщо на початку 90-х рр. минулого століття загальна чисельність інвалідів в Україні становила близько 3% усього населення, або 1,5 млн осіб, то в 2018 р. їх чисельність дорівнювала 2,65 млн осіб, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів, тобто частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення становить 5,3% усього населення, відповідно їх кількість зросла майже в 1,6 рази [25, с. 1]. Ці показники пояснюються низьким економічним станом суспільства, платністю та якісними показниками

медичних послуг, відсутністю контролю за охороною праці, бойовими діями на Сході країни, збільшенням екологічного забруднення навколишнього середовища тощо. Політика держави щодо осіб з особливими потребами відображає рівень розвитку суспільства та людини. Саме тому дослідження історичного аспекту публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я дозволить оцінити значення кожного етапу для подальшого розвитку теорії згаданого напрямку адміністрування, узагальнити сучасну практику і виявити причини нинішнього стану цієї сфери юридичної науки.

Упродовж всього існування людського суспільства виникало питання ставлення його до осіб з особливими потребами, можливості встановлення опіки та лікування. Обсяг такої допомоги залежав від багатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих сил суспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним, моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров'я культури, освіти [24].

Дослідження генезису становлення та розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я дозволило виділити наступні періоди.

Перший період починається з часів становлення Київської Русі та запровадження Християнської релігії, має назву «Церковне заступництво» починається з X ст. та закінчується серединою XVII ст.

Перші згадки про опіку над особами з особливими потребами датуються X ст., коли у 996 році Київським князем Володимиром було видано указ про заборону ображати таких людей та, при можливості, опікуватися ними. Піддані Князя цим указом зобов'язувалися віддавати десятю частину свого доходу на утримання монастирів, церков, богаділень, лікарень і мандрівних нужденних. У Заповіті Володимира Мономаха (1053–1125 рр.), зокрема, йдеться: «Усього ж більше убогих не забувайте, оскільки вам по силі своїй можливо годуйте» [26, с. 42]. У цей період при Києво-Печерській лаврі Феодосієм Печерським відкрито притулок для хворих та інвалідів, людей без кінцівок, глухих та німих,

психічно хворих тощо. У Церковному уставі 996 року згадується про обов'язок духовенства турбуватися про убогих та бідних, на утримання церков та монастирів було визначено десятину. На утримання цього закладу передавалися гроші з княжих прибутків. Історичні літописи підтверджують, що у X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікали інвалідів, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел [25]. Кормчі книги, що діяли в Київській Русі, закріплювали право інвалідів на охорону власного майна та інших громадських прав. Встановлювався обов'язок за злочини, які вчинені цією категорією осіб, відповідати в повній мірі за кримінальним законом. Безумовно, в цей час не можна говорити про запровадження права осіб на охорону здоров'я з боку князів, але започаткування гуманістичних норм щодо осіб з особливими потребами були відображені в офіційних актах держави. Тобто, вже з тих часів можна говорити про формування ставлення суспільства до зазначеної категорії осіб.

В епоху XV-XVII ст., в Україні значного поширення набували «богадільні-шпиталі», які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. Призначення богаділень не було чітко вираженим. До них приймалися каліки, божевільні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, які внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте існуючі форми опіки осіб з особливими потребами були недостатніми. Їх діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо [25].

В період розквіту Запорізької Січі захистом прав осіб з обмеженими можливостями активно займалася запорізька громада. Загалом, та ж громада несла відповідальність за всіх її членів, особливо за убогих, жебраків, волоцюг. Згідно зі статутом, вона була зобов'язана утримувати убогих, а панський двір мав дбати про забезпечення їх певним заробітком, видачу готівки для придбання найнеобхіднішого. Відтак, саме очільники громади мали організувати притулок убогим (у спеціальному будинку чи вільних хатах). Старцям, а також збіднілим сім'ям односельців, допомагали харчами напередодні свят, зокрема

Великодня і Різдва. Таким особам заборонялося жебракувати в інших селах, оскільки це негативно впливало на репутацію громади [26, с. 43].

Київське братство, яке було засновано в 1615 році, створило школу й шпиталь «для людей убогих, старих, залічених та духовних, як світських, так і лицарських». У цей час для скалічених у боях запорізьких козаків при Трахтемирівському монастирі над Дніпром створено шпиталь, він утримувався за кошти Січі, і при ньому проживало сотні інвалідів, яким надавали медичну допомогу. Цей монастир в той час став одним з найвідоміших в Україні. Його та шпиталь, при ньому, не раз грабували й руйнували, але Січ його швидко відбудовувала [26, с.39]. Під час визвольної війни Січ розподіляла своїх поранених та інвалідів в інші шпиталі при монастирях і церквах, виділяла на лікування і догляд певні кошти із загальновійськового скарбу. Лікували та доглядали хворих у шпиталях ченці. Після зруйнування Січі, шпиталь запорожців при Межигірському монастирі мав бути перетворений на інвалідний громадський будинок. Проте останній було влаштовано в Кирилівському монастирі в Києві, а в Межигір'ї відкрито військовий шпиталь [26, с. 40].

У XIV– першій половині XVII століття починають запроваджуватися світські підходи щодо підтримки та допомоги нужденним та убогим. Пізніше, в літературі, це отримало назву приватна благодійність, що проявлялася через допомогу голодуючим, а також у лікуванні немічних і бідних. Такою діяльністю займалися і колишні державні діячі, і духовні особи (наприклад, колишній патріарх Никон)[26, с. 44].

Не можна оминати також діяльність українських братств – православних громадських об'єднань. Так, у передмістях Львова у XIV ст. було відкрито чотири лікарні; Київське братство мало свою школу і шпиталі для людей убогих, «уломних», як духовних і цивільних, так і лицарських; у Кам'янці-Подільському функціонував вірменський шпиталь, що утримувався на кошти місцевої громади, де лікували хворих та юродивих різних національностей [58, с.22].

Другий період бере початок з входженням українських земель до Російської імперії та Австро-Угорщини, а закінчується після

Жовтневої революції, і має назву «Імператорське волевиявлення». Починається у XVII ст. та закінчується на початку XX ст.

Розвиток публічного адміністрування права осіб з особливими потребами на охорону здоров'я з XVII століття відбувається у двох напрямках – державного та приватного піклування. На початку правління Петра першого (Петровська епоха) діяли прикази - відповідні установи, що в умовах ведення перманентної війни, з метою фінансового наповнення державної скарбниці, почали обліковувати усі володіння монастирів і духовних владик, частину доходів яких вилучали до державної скарбниці. Зі скарбниці на соціальні потреби виділялися кошти за залишковим принципом. Потрібно відзначити, що на військове утримання в той час було виділено більше 1,3 млн карб., а на соціальні потреби – 0, 5 млн карб., з них на утримання жебраків та психічно хворих – 0, 02 млн карб.

Пізніше, Петро I змінює тактику держави підходу до людини як до якісної робочої сили, тому починається війна з жебрацтвом (чоловічим і жіночим) та подачею милостині. Усі були примушені відпрацьовувати свій хліб, і тільки пізніше було введено поняття «огляд дурнів та убогих», яких не можна було примусити працювати. В подальшому, держава підтримувала будівництво при монастирях шпиталів для надання медичної допомоги «убогим». Не можна оминати увагою той факт, що наприкінці правління Петра I було видано ряд нормативних актів, які були спрямовані на допомогу існування інвалідів. Так, у 1721 році, у Регламенті головного магістрату, встановлена роль поліції щодо опіки особами з особливими потребами. Зокрема, у розділі X підкреслено, що поліція опікується жебраками, бідними, хворими, убогими, каліками, іншими неімущими, захищає вдів, самотніх, прочан, виходячи із заповідей Божих, виховує юних у цнотливій чистоті і праведних науках». У Регламенті також зазначені основні інститути опіки: «смирительні (гамівні) будинки», призначені для людей «непотребного (непристойного) життя»; «прядильні будинки» – для жінок непристойного способу життя, «гошпиталі» (шпиталі) – для опіки самотніх, хворих, скалічених, убогих, старих осіб обох статей; «сирітські будинки» – для убогих дітей, які залишилися без батьків, де

їх утримували та виховували, «інші будинки від різних хвороб бідних лікують» [26, с. 49]. Зазначені установи було побудовано у кожній губернії за рахунок земських відрахувань. Постійні війни збільшили кількість військових інвалідів, що спонукало владу створити монастирі для опікування офіцерами та солдатами, що постраждали під час війни. У 1721 році Петро I видав Указ про закріплення вакансії ченців, у які постригали саме військових-інвалідів, іншим не було дозволено стати ченцями у цих монастирях. Грошове забезпечення таких ченців здійснювалося з доходів цих монастирів і мало диференційований характер відповідно до чину військового-інваліду. Окрім військових інвалідів, держава також вперше централізовано звернула увагу на душевнохворих, запровадивши установи для утримання цієї категорії осіб.

У 1775 році Катериною II було підписано Звод законів про губернії, на підставі якого утворено прикази соціальної опіки – їх очолював Губернатор, який управляв богадільнями, будинками для невиліковних хворих та для душевнохворих. Це було зроблено з метою пошуку фінансування таких закладів, оскільки Губернія мала прибуткові установи на своїй території і могла перерозподілити кошти на соціальні установи. Також Імператриця звільнила Монастирі від утримання військових-інвалідів. Але запровадила податки з монастирів на утримання цієї категорії осіб за місцем їх проживання. На ці кошти також побудувала інвалідні будинки (були побудовані у Санкт-Петербурзі та Москві).

У 1810 році прикази соціальної опіки перейшли до відання Міністерства поліції, а пізніше – Міністерства внутрішніх справ. Саме в цей час фінансові потоки на утримання таких закладів отримали організовану форму, адже ці прикази отримали дозвіл на орендну діяльність та інші форми діяльності. Проте зазначені прикази не мали суспільного схвалення, так як їх діяльність будувалась на формалізмі та зловживаннях (корупції). В цей час також передбачалася державна фінансова підтримка інвалідів війни. Покаліченим штаб-офіцерам та обер-офіцерам видавалися безкоштовно ліки в аптеках. Нижнім чинам «до скону» виплачувався оклад, який вони отримували у своїх полках (у

мирний час) [26, с. 52]. На початку XVIII ст. було зроблено спробу організувати «Інвалідні роти», які на підставі військової дисципліни та організації часу використовувати працю інвалідів, але вони не виправдали своє призначення і були розформовані у 1823 році.

Треба зауважити, що категорія «інвалід» з'явилася у XVIII ст. у Російській імперії. Саме так почали називати колишніх військовослужбовців, які не могли себе обслуговувати за станом здоров'я, і тим більше – служити. Пізніше, у XIX ст., межі застосування цього слова розширилися, й інвалідами почали називати всіх осіб, які втратили можливість себе утримувати та обслуговувати у зв'язку з порушенням здоров'я. Отже, при історичному формуванні категорії «інвалід», смисловий акцент робили на нездатності індивідуума здійснювати трудову діяльність, у повному обсязі утримувати та обслуговувати себе [59, с. 338].

У 1806 році була відкрита школа для надання освіти та лікування сліпим особам. У 1846 в Москві відкрито богадільню для сліпих жінок. Після 1870 років активізувалась діяльність земських лікарів-психіатрів; розширилась медична практика щодо розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях.

Проте, не варто забувати, що саме в цей час у Росії існувало кріпосне право, за якого поміщик міг продати, подарувати чи навіть убити кріпака. Для таких громадян не було жодного захисту ні для інвалідів, ні для дітей, ні для дорослих громадян з боку держави, у тому числі не могло бути й мови про комплексну та системну державну соціальну допомогу інвалідам [60, с. 8; 58, с. 23].

Після відміни кріпацтва, соціальне піклування інвалідами було передано земствам, що значно знизило піклування держави цією категорією осіб. Відповідно, земства брали участь у фінансуванні утримання будинків для божевільних, благодійних установ. В окремих земствах з'являються установи, які дозволяли попереджувати появу вторинної інвалідності, обумовленої неякісною або недостатньою медичною допомогою. До таких організацій можна віднести благодійні товариства при лікарнях, які допомагали вирішувати проблеми

невиліковних, хронічних хворих або ослаблених після хвороби людей [61, с. 16–17].

У 1881 році було створено Опікунську раду Установ імператриці Марії, до нього входило Опікунство сліпих. У 1889 році при Опікунській раді створюється Опікунство глухонімих, метою яких було підготувати цих осіб до соціального життя, працевлаштувати, надати при необхідності медичну допомогу, знайти житло. Річний бюджет на потреби даного відомства становив 150–190 тис. карб., з них понад 37 тис. – асигнувалося з Державного казначейства [26, с. 63].

Під впливом енергійної діяльності педагогів-ентузіастів, лікарів і громадських діячів освіти П. О. Бутковського, І. О. Сікорського, М. Д. Аленич, Ф. І. Ширяєва та ін., формується думка про можливість і необхідність спеціального виховання та навчання розумово відсталих дітей. На початку XX ст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти, ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку [25].

Протягом 60-х років XIX ст., у зв'язку з розвитком промислового виробництва і залученням великої кількості робітників, низьким рівнем безпеки на виробництві, значно зростає чисельність трудових каліцтв та професійних захворювань. Це також приводить до поширення страйкового руху в країні та вирішення на державному рівні питання пенсійного забезпечення за інвалідністю, якщо остання настала внаслідок виробничої травми чи професійного захворювання. Як наслідок, пенсійне забезпечення поширюється на працюючих на державних і приватних підприємствах у гірничій галузі [62, с. 8].

Приватна допомога інвалідам надавалась і громадськими товариствами та організаціями, які існували за рахунок коштів благодійних пожертв. Їх діяльність мала як тимчасовий, так і постійний характер, та була спрямована на допомогу фізично постраждалим від нещасних випадків на вулицях, глухонімих, спотворених природою, постраждалим від інфекційних хвороб, інвалідам війни. Ефективно працювало «Благодійне товариство», яке очолював Олександр І. Головний редактор газети «Російський інвалід» надавав постійну

допомогу 1200 інвалідам війни 1812 року, перераховував кошти на шпиталі, де їх лікували. «Патріотичне товариство» опікувалося хворими та інвалідами війни.

Третій період має назву «Соціалістичні реформи та перетворення», складається з 3 етапів, яким притаманні специфічні особливості щодо публічного адміністрування права інвалідів на охорону здоров'я. Період починається з початком XX ст. та закінчується наприкінці XX ст.

Перший етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Революційні трансформації», він починається після Жовтневої революції 1917 року та закінчується після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр. Для нього є характерним запровадження нових підходів до потреб людини, ролі людини в становленні держави, направленні всіх людських ресурсів на перебудову держави з сільськогосподарської в індустріальну. Тобто державні інтереси превалювали над суспільними. Держава відмовилася від благодійницьких ресурсів щодо задоволення потреб інвалідів, та задекларувала повну опіку над інвалідами, кількість яких значно збільшилась через війни та революції, які супроводжувалися бойовими діями.

Новостворений Народний комісаріат державної опіки скасував всі існуючі органи опіки та благодійні організації, що опікувалися інвалідами. При місцевих радах були створені пенсійні відділи для покалічених на війні. Також створено окремий виконавчий комітет «Союз скалічених вояків». Але в основу діяльності таких органів покладено класовий принцип, за яким допомога інвалідам надавалася вибірково, відповідно до класової та партійної належності [26, с. 73].

У 1918 р. у Києві було організовано Українське товариство Червоного Хреста, яке відіграло значну роль в організації допомоги біженцям, інвалідам, дітям-сиротам, військовополоненим, а також створювало шпиталі, пункти харчування, провадило санітарну освіту населення [58, с. 23].

У 1920 році повноваження Народного комісаріату опіки частково передають до Народного комісаріату праці та Народного комісаріату

охорони здоров'я. Діяльність зазначеного органу щодо прав інвалідів у період нової економічної політики (НЕП) була націлена на створення кооперацій інвалідів. У 1925 році Рада народних комісарів СРСР прийняла «Положення про забезпечення в порядку соціального страхування інвалідів праці та членів родин, померлих або відсутніх з невідомих причин, інвалідів праці». Відповідно до нормативного акту, право на пенсійне забезпечення в разі втрати працездатності чи внаслідок старості, отримували непрацездатні робітники та службовці за умови досягнення ними віку не менше, ніж 50 років за наявності трудового стажу 8 і більше років. Загалом, проблемами інвалідів займалися громадські організації, які замінили відомство установ імператриці Марії (разом з Опікунствами для сліпих і для глухонімих). Замість них з'явилися Всеросійський союз кооперації інвалідів, Всеросійське товариство сліпих, Всеросійське об'єднання глухонімих. Головним їх завданням було соціальне забезпечення інвалідів у різних формах. Здійснювалося працевлаштування інвалідів шляхом організації артілей та кооперативів, де вони залучалися до посильної суспільнокорисної праці [26 с. 73]. У 1931 році при НКСЗ утворюється Рада із працевлаштування інвалідів, в розпорядження якої мали направлятися спеціально заброньовані на промислових підприємствах робочі місця в кількості до 2% від їхнього загального числа. Аналогічні ради створюються в областях, районах, містах. Почали впроваджуватися планові показники розподілу інвалідів по підприємствах [26, с.74]. В подальшому, геноцид українського народу (Голодомор 1932—1933 років) не дає можливості говорити про державну політику публічного адміністрування прав інвалідів на охорону здоров'я.

Слід відзначити, що після Великої Вітчизняної війни (станом на 1 лютого 1946 року), в Україні проживали до півмільйона інвалідів Великої Вітчизняної війни. З них до першої групи інвалідності належало 7941 осіб, другої – 189 560, третьої – 264 954 осіб відповідно. Кожен десятий фронтовик-інвалід (39 880 осіб) мав офіцерське звання. Серед останніх налічувалося 21 503 інвалідів другої групи, 16 539 осіб третьої групи, і 1038 осіб 1 групи інвалідності. У перші повоєнні роки

пенсій по інвалідності ветерани війни не отримували. Згодом зазначені пенсії мали право отримувати лише ветерани з першою або другою групою інвалідності. Представники першої групи отримували від держави 80 –150 карбованців у місяць, другій групі належало вдвічі менше від цієї суми. Зазначені ренти (пенсії) були досить мізерними відповідно до цін на продукти харчування. Інваліди мали право на безкоштовну освіту для себе і своїх дітей. Для дітей офіцерів-інвалідів, а також тих офіцерів, які загинули на війні, зникли безвісти або померли від наслідків поранень, навчання у 8–10 класах шкіл, технікумах і вузах було повністю безкоштовним. Це правило почало діяти ще з кінця 1944 року, коли відбувалися військові дії. Для порівняння, наприкінці 1940-х років за один рік навчання у Львівському політехнічному інституті чи Університеті ім. Франка з «рядових» студентів брали 300 карбованців. Удвічі менше – всього 150 карбованців – платили щорічно студенти Львівського педучилища і залізничного технікуму. Також інвалідам держава надавала низку пільг, наприклад, на першочергове протезування рук, ніг, зубів, повинна була забезпечувати ортопедичним взуттям, корсетами. Інвалідам надавали також безкоштовно паливо на зиму. Так, в 1945 році на трьох заводах і двадцяти шести протезних майстернях було виготовлено аж 23 504 протезів ніг, 8359 протезів рук, 13 649 пар ортопедичного взуття і 794 корсети. Проте якість таких виробів залишала бажати кращого, адже листи споживачів цих виробів були наповнені скаргами на їхню якість. Про хороші протези значна кількість інвалід могла тільки мріяти, не маючи можливості їх отримати через дефіцит [63].

Другий етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Хрущовські реформи», він починається після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 років і закінчується близько 1970 років.

Характеристику цього етапу слід почати з того, що у післявоєнний період інваліди, що прийшли з фронтів Великої Вітчизняної війни, не мали можливості працювати, та, у своїй більшості, вели жебрацький спосіб життя, символізуючи ганьбу для радянської влади. Поширеним способом дезінтеграції осіб з інвалідністю було насильницьке виселення або вивезення з міста до спеціалізованих будинків або інтернатів для

інвалідів, що знаходились на острові Валаам (будинок - інвалідів на Валаамі (проіснував 34 роки), де раніше знаходився Валаамський монастир) [64, с.291].

Разом з тим, державою вживала заходів по працевлаштуванню інвалідів. Так, станом на 1 липня 1945 р. в УРСР на обліку органів соціального забезпечення перебувало 331 965 інвалідів-фронтовиків. З них було працевлаштовано 243 859 осіб, що становило 73,4 %. Серед них було працевлаштовано інвалідів II групи – 172 990 осіб, або 52,1 %, інвалідів III групи – 142 619 осіб, або 93,1 % [65]. Восени 1946 р. питома вага працевлаштованих фронтовиків-інвалідів сягнула 87,2 %. Станом на 1 липня 1948 р. відсоток працевлаштованих інвалідів даної категорії було підвищено і він вже становив 94,3 % усіх інвалідів Вітчизняної війни, які перебували на обліку в органах соціального забезпечення [66, с. 29].

Сотні тисяч покалічених фронтовиків в ці тяжкі роки потребували хоча б мінімальних матеріально-побутових умов життя. Органи соціального забезпечення отримали завдання ще з 1942 року опікуватися побутом інвалідів Вітчизняної війни. Однак робота Народного комітету соціального забезпечення з матеріально-побутового обслуговування фронтовиків зводилась до того, що місцеві собези лише спонукали виробничі, кооперативні, сільськогосподарські та інші організації надавати відповідну допомогу фронтовикам-інвалідам. Хоча відповідну статистику собези вели. Так, до Народного комісаріату соціального забезпечення обл- та міськсобези подавали дані про те, скільки інвалідів потребує кредиту на будівництво житла, ремонту квартир, отримання житлоплощі, будівельних матеріалів, придбання домашньої худоби і т.п. [66, с.30; 67]. Не кращою була ситуація для інвалідів Вітчизняної війни і з харчуванням. Так звана «одноразова допомога» інвалідові по прибуттю його на місце проживання, повністю залежала від активності місцевих організацій. Так, в Тальнівському районі на Київщині, «одноразову допомогу» інвалідам (борошно, крупи, яйця, масло) збирали серед колгоспників активісти райкому комсомолу [68]. Тобто «одноразова допомога» перекладалась на плечі селян, які й самі бідували. До того ж, продовольчі картки інвалідів Вітчизняної

війни отоварювались часто замінниками справжніх продуктів – яєчним порошком, воблою, кількою, пряниками тощо [69].

У зв'язку з реформуванням органів виконавчої влади, було ліквідовано Комісаріати у 1946 році та утворено Міністерства, серед яких – Міністерство соціального забезпечення, до функцій якого належала організація лікарсько-трудої експертизи; працевлаштування і фахове навчання інвалідів; надання протезно-ортопедичної допомоги. Також на підставі Рішення Ради Міністрів СРСР № 4149 від 5 листопада 1948 р., було утворено лікарняно-трудої експертні комісії. Основними функціями яких було: встановлення причин інвалідності, визначення умов та видів праці, сприяння відновленню працездатності, вивчення умов праці людей з інвалідністю на підприємствах та перевірка правильного використання праці осіб з інвалідністю [70].

У 1950-ті роки почали функціонувати будинки-інтернати для інвалідів, які утримувалися за рахунок державних асигнувань передбачених на соціальні потреби.

У квітні 1957 року Рада Міністрів СРСР затвердила спеціальну постанову, якою встановлювалася щомісячна допомога (100 карбованців в місяць для інвалідів, що проживають в містах; 85 карбованців на місяць інвалідам, що проживають в сільській місцевості) інвалідам першої та другої груп, в тому числі сліпим, глухонімих категоріям інвалідів, які не отримували державну пенсію і не мали джерел для існування і родичів. Інвалідам без обох рук надавалося право безкоштовного проїзду у всіх видах міського транспорту, крім таксі. З січня 1958 року інвалідам з повною втратою працездатності каси громадської взаємодопомоги колгоспів мали систематично видавати натуральну та фінансову допомогу [71].

У 1954, 1962, 1964 роках були прийняті постанови Уряду про надання права безкоштовного проїзду міським транспортом інвалідам-сліпим, інвалідам без обох ніг, інвалідам з паралічем обох кінцівок та інвалідам, які не мають руки чи ноги [72].

У вересні 1960 року була прийнята Постанова Ради Міністрів Української РСР, яка стосувалася загальноосвітніх шкіл для сліпих, слабозорих, тугоухих і глухонімих дітей. У ній встановлювалися

терміни навчання: в неповних середніх школах для сліпих і школах для слабозорих дітей – дев'ять років, в середніх школах (для закінчення неповної середньої школи) – три роки; в неповних середніх школах для тугоухих дітей на першому відділенні – 10 років, на другому відділенні – 12 років і в середніх школах (для закінчення неповної середньої школи) – три роки; в школах для глухонімих дітей, що дають освіту в обсязі п'яти класів неповної середньої школи, – вісім років і в неповній середній школі для отримання освіти в обсязі п'яти класів неповної середньої школи – чотири роки [72].

Знаковою подією щодо забезпечення прав інвалідів на охорону здоров'я став XXII з'їзд партії (1961), на якому булата прийнята Третя програма КПРС [73]. Відповідно до зазначеного документу, соціальне забезпечення осіб з інвалідністю мало виражатись у матеріальному забезпеченні (збільшенні пенсій) та розгортанні мережі будинків-інтернатів [74]. На підставі цієї Програми був прийнятий Закон «Про пенсії та допомогу членам колгоспів» від 15 липня 1964 р., що істотно вплинуло на покращення пенсійного забезпечення інвалідів. Для інвалідів, як і для інших громадян, була доступною безкоштовна медична допомога, безкоштовна освіта тощо. Державна система трудового влаштування інвалідів дозволяла їм, за їх бажанням, працювати в умовах, що не протипоказані їм за станом здоров'я. У цей період вперше було створено єдине законодавство про державні пенсії, що виплачуються як за рахунок коштів соціального страхування, так і за рахунок державних асигнувань, за системою органів соціального забезпечення. Це єдине законодавство охоплювало всі види пенсій, в тому числі і по інвалідності [75].

Третій етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Радянська дійсність», починається у брежнєвську епоху 1970 років та закінчується з розпадом Радянського Союзу у 1991 році.

Міжнародні акти та міжнародна практика по забезпеченню права інвалідів на охорону здоров'я, сприяла підвищенню уваги держави до інвалідів та до задоволення їх потреб. Хоча політика щодо несприйняття цієї категорії осіб в соціумі продовжувалася та замовчувалася. Так, у 1975 році, для інвалідів Великої Вітчизняної війни були встановлені

знижки у розмірі 50% для оплати житла, опалення, водопостачання, газу, електроенергії, безкоштовний проїзд всіма видами громадського транспорту [76].

У 1978 році на підставі Типового положення про будинки-інтернати для інвалідів та людей похилого віку, яке було затверджене Державним комітетом Ради Міністрів СРСР, встановлено матеріально-побутове забезпечення, організація контролю та догляду (медичного та культурно-масової роботи), проведення заходів, спрямованих на соціально-трудова реабілітацію людей з інвалідністю [77]. У таких будинках-інтернатах була передбачена наявність трудових майстерень, а в сільських місцевостях їм виділялася земельна ділянка, яку могли обробляти особи з інвалідністю, за що повинні були отримувати винагороду у розмірі 50% від вартості виконаної роботи. Відповідно до комуністичної ідеології, діяльність держави була спрямована не на фізичне та психологічне відновлення цієї категорії осіб, а до залучення їх до трудової діяльності. Тобто, це був елемент трудового ресурсу для побудови соціалізму, а також спосіб ізоляції таких осіб від соціуму.

Водночас, у 1970-1980-х рр. запроваджувалася надомна праця для інвалідів. Вона передбачала, що людина з інвалідністю, яка має відповідні житлові умови та практичні навички, могла підписати трудовий договір з роботодавцем, після чого їй було дозволено працювати вдома з необхідними інструментами або матеріалами [78]. Працевлаштування людей з інвалідністю у домашньому форматі мало матеріальну вигоду для радянського керівництва. Передбачалось, що саме вдома можна раціонально використовувати трудові ресурси, адже таким чином збільшувався випуск товарів народного споживання та пропорційно розвивалась економіка [73, с. 16].

З середини 1970-х рр., почала запроваджуватися державна форма соціального обслуговування інвалідів, а саме соціально-побутового обслуговування непрацездатних на дому. Для зарахування на обслуговування в домашніх умовах, був потрібен ряд документів, в тому числі довідка лікувального закладу про відсутність хронічних психічних захворювань в стадії вираженого дефекту або глибокої розумової відсталості; туберкульозу у відкритій формі; хронічного

алкоголізму; венеричних та інфекційних захворювань, бактеріоносійства. Будинок-інтернат, на який було покладено обслуговування громадян на дому, повинен був надавати такі види послуг: 1) доставку продуктів за попередньо розробленим набору один-два рази на тиждень (при можливості могла бути організована доставка раз в день гарячого обіду і напівфабрикатів на сніданок і вечеря); 2) прання і зміну постільної білизни не рідше, ніж один раз на 10 днів, для чого будинок-інтернат виділяв на кожного інваліда три комплекти білизни; 3) прибирання житлового приміщення і місць загального користування; 4) доставку медикаментів, оплату комунальних послуг, здачу речей в пральню і хімчистку, взуття – в ремонт [75].

Паралельно виникають служби з надання соціально-побутової допомоги непрацездатним громадянам із спеціальними структурними підрозділами. Такими структурними підрозділами стали відділення соціальної допомоги вдома самотнім непрацездатним громадянам, які були організовані при районних відділах соціального забезпечення. Їх діяльність регламентувалася «Тимчасовим положенням про відділенні соціальної допомоги вдома самотнім непрацездатним громадянам» [75].

У 80-х роках запроваджувалася також ідея масового залучення до занять фізичною культурою осіб з особливими потребами, основним поштовхом до цього послужила Постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР «Про подальший підйом масової фізичної культури та спорту», № 890 від 11 вересня 1981 р. У ній визначено конкретні завдання щодо розвитку фізкультурного руху в країні як потужного оздоровчого, лікувального, відновлюваного чинника [59].

23 листопада 1981 р. в СРСР відбулася I науково-практична конференція «Фізична культура і спорт інвалідів», яка стала мотивом для проведення літніх та зимових змагань інвалідів-спортсменів різних союзних республік. З 1990 р. серед інвалідів почали проводитися чемпіонати та першості СРСР з окремих видів спорту (легкої атлетики, плавання, волейболу сидячи, стрільби з лука, настільного тенісу, шашок, шахів). Змагання проводилися в різних союзних республіках, одночасно організовувалися круглі столи, семінари, де вивчали передовий досвід. Початком нового етапу розвитку фізкультурно-

спортивного руху інвалідів в Україні вважається 1989 р., коли починається активне створення фізкультурно-спортивних та оздоровчих клубів інвалідів. У подальшому, ці громадські об'єднання стали основою для створення національних федерацій спорту інвалідів із різними видами уражень [59, с. 340].

У 1980 році було розширено повноваження лікарняно-трудова експертних комісій, які повинні були займатися вдосконаленням профілактики інвалідності, сприяти відновленню працездатності та, відповідно, створенню умов для контролю цієї роботи. Загалом, зазначені комісії були важливою адміністративною структурною ланкою, які займалась ідентифікацією інвалідності, але функціонувала вони так само, як і мережа інтернатів, тобто в рамках моделі подальшого відновлення працездатності людей з інвалідністю [73, с. 18].

Таким чином, в 1970-х – 1990-х роках права інвалідів, в тому числі і на охорону здоров'я, забезпечувалися такими заходами: 1) безкоштовне протезування; 2) виплата пенсій; 3) надання житла; 4) ремонт помешкань; 5) забезпечення автомобільним та мототранспортом; 6) виділення путівок у санаторії; 7) надання пільг при користуванні залізничним і морським транспортом; 8) безвідсоткову позичку на індивідуальне житлове будівництво; 9) звільнення інвалідів І та II груп Великої Вітчизняної війни від сплати сільськогосподарського податку, земельної ренти та ін.; 10) відкриття нових цехів, спеціалізованих ділянок та підприємств для працевлаштування. Крім того, функціонувала розгалужена мережа будинків-інтернатів, де самотні інваліди, які потребували догляду, знаходилися на повному державному забезпеченні. Ці заклади створювали належні побутові умови для мешканців, надавали медичні послуги, забезпечували культурні потреби [79, с. 152; 80, с. 165].

Четвертий період розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має назву «Українська самобутність». Період бере початок у 1991 році, після отримання Україною незалежності, та діє понині.

Для цього періоду, в межах розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, характерним та домінуючим є таке:

1. особа з інвалідністю є повноцінним членом суспільства;
2. все суспільство відповідає за кожного свого члена;
3. пріоритетною складовою внутрішньої політики держави є надання допомоги особам з інвалідністю;
4. пріоритетом є системність державної політики щодо адаптації осіб з інвалідністю в соціум;
5. фінансове бюджетне забезпечення осіб з інвалідністю та їх опікунів;
6. масштабна державна соціальна програма по соціальній реабілітації військових інвалідів;
7. фінансове забезпечення військових інвалідів та членів їх сімей.

1.4. Державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Права осіб з інвалідністю не відрізняються від загальних прав людини, але мають більш складний шлях реалізації, який залежить від підходів влади до їх забезпечення. Відповідно, реалізація власних прав особою з інвалідністю, вимагає від держави спеціальних форм та методів для виконання цих прав. Тобто держава повинна створити сучасну систему соціального забезпечення для такої категорії осіб, яка буде здатна гарантувати їм серед інших прав, право на охорону здоров'я, а також на гідний рівень повноцінного життя. Саме тому вивчення питання про зміст та особливості державної політики щодо соціального забезпечення осіб з інвалідністю та державна політика щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, на нашу думку, потребує системного та стратегічного підходу щодо єдиної загальної стратегії для її створення та реалізації.

Для того, щоб дослідити зміст та особливості державної політики публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, необхідно з'ясувати сутність термінів «політика», «державна

політика», «державна політика соціального захисту осіб з особливими потребами», «державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я».

Термін «політика» має поліфункціональне значення, залежно від галузі науки, яка його використовує. Тому, «політика» розглядається, по-перше, як боротьба за виборення і утримання державної влади; по-друге, використання влади для управління суспільством у загальносуспільних, класових, кланових або особистих інтересах; по-третє, програма дій або утримання від неї, спрямовані на розв'язання суспільно значущих проблем; по-четверте, система державних інститутів та система позадержавних громадських організацій, партій, рухів, які мають на меті вплив на функціонування та розвиток інститутів державної влади [81, с. 62].

Щодо політики як боротьби за виборення і утримання державної влади, то в цьому аспекті термін «polit» пов'язується з групами людей, через яких виявляється ця воля. Так, Ф. Гудноу в роботі «Politics and Administration», посилаючись на словник «Century Dictionary», визначав політику як діяльність, керівництво або вплив через партійну систему політики уряду на громадян, які включають не лише урядову етику, а мистецтво впливу на публічну думку, приваблювання та розпорядження голосами виборців, отримання та розподіл суспільних цінностей [82, с. 26].

Щодо політики як використання влади для управління суспільством у загальносуспільних, класових, кланових або особистих інтересах, то справді, термін «polit» співвідноситься зі змістом діяльності уряду. У найбільш спрощеному та широкому розумінні, це те, що уряд робить або не робить. Цей термін, на думку В. В. Тертички, пов'язаний із набором понять, а саме: вирішування, управління, поведінка та наміри, дія або бездіяльність, результат, мета, час, організація, громадська організація [83; 84].

Щодо політики як програми дій або утримання від неї, що спрямовані на розв'язання суспільно значущих проблем, то використання державної влади може бути узаконено виключно за наявності раціональної мети й відповідних цій меті засобів. Отже, будь-

який уряд намагається мати в своєму розпорядженні програму дій, яка висловлює загальні інтереси, та яку воно подає масам на обговорення та схвалення [84].

Щодо політики як системи державних інститутів та системи позадержавних громадських організацій, партій, рухів, які мають на меті вплив на функціонування та розвиток інститутів державної влади, то сферою існування політики саме розроблення «політичного курсу», який визначає «правила гри» для певного соціального середовища, у певний час, він схвалений та приймається соціумом і є основою для діяльності публічної адміністрації. Таким чином, формування легітимного політичного курсу визначається наявністю послідовності: приватні інтереси – приватні цілі діяльності – публічний інтерес – публічна мета діяльності – вплив, а основою політичної діяльності є визначення публічного інтересу та формування публічної мети. Ця послідовність включає не тільки підґрунтя, що є основою політики, але й механізми формування та реалізації цієї політики, що пов'язане з адміністративною діяльністю [84].

Сьогодні політика направлена на задоволення потреб громадян і трактується як певна стратегія прийняття і практичної реалізації обов'язкових для суспільства рішень щодо того чи іншого питання. Водночас, призначення політики полягає у визначення суті проблеми, розв'язання якої потребує втручання державних органів влади [85, с. 10]

Отже, **політика** – *системна діяльність публічної адміністрації щодо реалізації політичного курсу держави, визначеного політичними лідерами та схваленого більшістю її громадян.*

Домінуюча позиція публічної адміністрації щодо реалізації політики держави дозволяє впевнено говорити про державну політику та її зміст. Поняття державної політики є складним, оскільки має широкий спектр наукової інтерпретації змісту, і в окремих випадках, фрагментарне обґрунтування в науковій літературі.

Так, В. Є. Романов вважає, що державна політика – це відносно стабільна, організована та цілеспрямована діяльність уряду щодо певної проблеми або предмета розгляду, яка здійснюється ним безпосередньо

або опосередковано через уповноважених агентів і впливає на життя суспільства [86, с. 12].

Л. А. Пала стверджує, що державна політика є набором цінностей, цілей та знарядь, пов'язаних із визначенням суспільних проблем, що вимагають уваги [87, с. 176]. З таким визначенням важко погодитися, адже державна політика повинна вирішувати суспільні проблеми та направляти свою діяльність на розвиток держави.

В. В. Тертичка переконаний, що державна політика – це сукупність специфічних, неординарних дій, заходів та інститутів, за допомогою яких відбувається задоволення різноманітних інтересів диференційованого суспільства. Автор вказує на наявність взаємозалежності між економічними, політичними й культурними детермінантами та державною політикою [83, с. 133–135]. В цілому, з такою дефініцією можна погодитися, але не зрозумілим є, що таке неординарні дії, і як вони проявляються. А також інтереси диференційованого суспільства можуть бути задоволені державою лише у випадку об'єднання їх публічним інтересом.

Західні дослідники вважають, що державна політика – це не завжди дії, але і утримання від дій, тобто бездіяльність. Спираючись на таку позицію, державна політика може складатися не лише з переліку того, що має бути зроблено владою, але і того, що нею не робиться [88, с. 37]. На думку М. Говлета, переваги такого визначення полягають у тому, що воно, по-перше, чітко визначає владу як носія державної політики, а державну політику – як заходи, вжиті органами влади. По-друге, у ньому зазначається, що державна політика містить можливість вибору для органів влади як саме діяти та чи робити взагалі що-небудь [89, с. 20]. З таким твердженням також складно погодитися, оскільки державна політика не є альтернативним вибором діяльності, вона є стратегією розвитку держави на користь суспільства.

Автори Словника-довідника державного управління визначають державну політику як засіб, що дозволяє державі досягнути певної мети в конкретній галузі, використовуючи правові, економічні, адміністративні методи впливу, спираючись на ресурси, які є в її розпорядженні [90, с. 63]. Доповнює зазначене поняття Ю. Схануров,

який додає, що державна політика також забезпечує визначення проблеми, мети та інструментів розв'язання проблеми [91, с. 44].

І. О. Кресіна характеризує державну політику як «систему цілеспрямованих заходів, які ставлять на меті розв'язання тих чи інших суспільних проблем, задоволення суспільних інтересів, забезпечення стабільності конституційного, економічного, правового ладу країни ... специфікою якої є те, що вона реалізовується через владні структури, які мають повноваження монопольного права держави на законний примус [92, с. 35].

В. І. Андріяш зазначає, що державна політика – це цілеспрямована діяльність органів державної влади для вирішення суспільних проблем, досягнення й реалізації загальнозначущої мети розвитку суспільства або його окремих сфер [93]. У цьому концепті державна політика спрямовує до дії цілий політичний процес (упорядкована послідовність дій і взаємодій) у різних суспільних сферах, регулює життєдіяльність людей та соціальні відносини у суспільстві [94, с. 256].

Слід зазначити, що діяльність держави спрямовується на покращення суспільно-політичного життя країни та задоволення суспільних потреб громадян, а її державна політика – на прийняття і реалізацію обов'язкових для суспільства державно-політичних рішень за визначеною проблемою, розв'язання якої потребує втручання державних органів влади [95, с. 10].

Інколи державна політика «сприймається як взаємовідносини урядової установи та її оточення» [96, с. 13]. Також під державною політикою розуміється «... відносно стабільна, організована й цілеспрямована діяльність (бездіяльність) державних інституцій (органів державної влади), здійснювана ними безпосередньо чи опосередковано щодо певної проблеми або сукупності проблем, яка впливає на життя суспільства» [97, с. 6]. Узагальнення різних варіантів і підходів вказує на можливість визначати формування (владними структурами) державної політики як безперервний циклічний процес, котрий включає сукупність послідовних дій, взаємодію різних взаємопов'язаних елементів і інституцій з

притаманними їм функціями й засобами досягнення кінцевих результатів (схвалення політики) [94, с. 260].

Різноманітність наукових підходів до розуміння змісту державної політики дозволяє стверджувати, що саме вона є програмним визначенням життєдіяльності суспільства в цілому, оскільки така політика спрямована на прогресивний розквіт сфер та галузей державного управління, що визначають добробут громадян та гарантування стабільності країни та її регіонів.

Беручи за основу такий підхід до розуміння державної політики, розглянемо сутність державної політики соціального захисту осіб з інвалідністю. Потрібно зазначити, що зміст зазначеної політики не можна розглядати у відриві від економічного розвитку держави та соціального добробуту суспільства. В переважній більшості вона залежить від парадигми соціальної політики держави та повинна бути направлена на вироблення сучасної моделі адміністрування, завдяки якій створюються рівні можливості для осіб з інвалідністю щодо реалізації своїх прав, розвитку талантів та задоволення особистих потреб.

Слід зазначити, що до 90-х рр. минулого століття соціальна політика щодо осіб з інвалідністю носила, здебільшого, компенсаційний характер, тобто концентрувалася на грошових виплатах. За роки незалежності України, державна політика щодо соціально незахищених категорій населення зазнала кардинальних змін. Якщо за часів СРСР основні зусилля держави спрямовувалися на соціальне забезпечення, то нині державна політика базується на соціальному захисті громадян. В основі принципу соціального захисту покладено не соціальне забезпечення, як пасивна функція соціального захисту, а захищеність через створення відповідних умов та рівних можливостей для реалізації життєвих потреб, здібностей та творчого потенціалу кожного [98].

В системі публічного адміністрування можна виокремити чотири концепції державної політики щодо осіб з інвалідністю.

По-перше, медична концепція, в її основі лежить підхід, що інвалідність – це патологія, яка приводить до обмеження можливостей особи; потреби в постійній чи вибірковій медичній допомозі. Всі

соціальні програми мають медико-санітарний характер, що сприяє ізоляції такої особи в суспільстві, зниження її соціального статусу.

По-друге, соціальна концепція передбачає, перш за все, можливість для індивіда соціально функціонувати. Для цього різними державними структурами створюються соціальні служби, розробляються цілеспрямовані спеціалізовані програми, які на практиці слугують, швидше, певними механізмами, аніж засобами соціальної реабілітації та інтеграції людей з обмеженими можливостями у суспільство [98]. Недоліком цієї концепції є пасивність позиції особи з інвалідністю, яка, користуючись допомогою соціальних служб, обмежена у самовираженні та прийнятті рішень щодо тих чи інших життєвих ситуацій.

По-третє, політична концепція орієнтована на те, що інваліди розглядаються як меншість, права і свободи яких незаслужено обмежуються. У такому розрізі зазначена модель послужила поштовхом до поширення руху за права людини з обмеженими можливостями, оскільки кожна людина має право на соціальну роль. Основним положенням програм, розроблених на базі політичної моделі, є твердження: людина, котра має обмежені можливості, її сім'я і родичі, повинні бути головними експертами з проблем інвалідності і мати пріоритетне право визначати соціальну політику, яка торкається їх інтересів [98].

По-четверте, концепція культурно-духовного самовираження проявляється у протидії нерівним можливостям соціуму та людей з інвалідністю. Йдеться про те, що ця частина суспільства повинна розглядатися державою з позиції рівних прав та можливостей для власної реалізації та отримання переваг, а не з позиції стану здоров'я. Вона орієнтується на всі можливості усунення фізичних і психологічних бар'єрів в соціальному середовищі шляхом створення різноманітних соціальних служб, засобів і методів. Саме сфера соціальної роботи, а не медичний аспект, є головною, де інваліди отримують професійну підтримку, захист, допомогу, саме тут їм створюють всі умови для соціальної адаптації, реабілітації та інтеграції в суспільне життя [98]. Ця концепція важлива тим, що особа з інвалідністю має рівні можливості

для самореалізації, як інші члени соціуму; основним показником є якість її життя в умовах надання соціальної та медичної допомоги.

Саме тому в основу державної політики соціального захисту осіб з інвалідністю повинна бути покладена протидія нерівним можливостям для людей з інвалідністю, запровадження політики сприяння розкриттю її соціальної сутності, не обмеженої медичними потребами. З огляду на наведене, системна державна політика цієї сфери має передбачати: систему нормативно-правових актів; бюджетне фінансування; комплексне медичне та соціальне забезпечення; інклюзивну та інтегровану систему навчання у загальноосвітніх навчальних закладах; фахову підготовку осіб з особливими потребами; політику забезпечення робочими місцями та можливостями працевлаштування; систему пільг, податкових преференцій, переваг при відкритті власного бізнесу та творчих можливостей; багатопрофільну реабілітацію; протезне та медичне обладнання за рахунок держави чи громадських фондів; політику спеціального житла для проживання з відповідними технічними умовами за рахунок державного та місцевого бюджетів.

Державна політика повинна сприяти розвитку мережі комунальних закладів та установ, що надають соціальні послуги, підвищенню якості їх надання, розширенню залучення недержавних організацій та громадських об'єднань до надання соціальних послуг. В умовах економічної кризи, а також перевантаженості бюджету соціальними витратами, для реалізації соціальної політики та її модернізації необхідні дієві механізми, що допоможуть оптимізувати й підсилити напрями активної соціальної політики щодо осіб з інвалідністю [99, с. 41]. Так, посиляться роль і відповідальність органів місцевого самоврядування за якість, фінансове забезпечення, обсяг та вибір надавача послуг, а роль держави полягатиме у здійсненні нагляду за дотриманням стандартів якості надавачами послуг. Отже, у сфері забезпечення осіб з інвалідністю соціальними послугами, загальна політика держави має ґрунтуватися на принципах та підходах, які б враховували якнайкраще інтереси такої категорії осіб. Держава має надавати соціальні послуги та допомогу відповідно до потреб

конкретної особи з інвалідністю. При цьому, така особа чи її представник, повинні мати доступ до належного оцінювання їх потреб (обстежень, комісій тощо). Для цього необхідно забезпечити поступовий перехід від утримання установ соціального захисту до фінансування витрат на безпосереднє надання послуг. Означені вище аспекти вимагають диференціації надання соціальної допомоги. Для підвищення адресності соціального захисту осіб з інвалідністю, доцільно розвивати службу соціальних інспекторів і фахівців соціальної роботи у сфері раннього виявлення та своєчасного надання соціальних послуг. Для цього потрібно розробити організаційні механізми реформування органів соціального захисту на місцях та створення на регіональному рівні підрозділів соціального інспектування [99, с. 42].

Підбиваючи підсумки, вважаємо, що **державна політика соціального захисту осіб з інвалідністю** – це комплексна система дій держави та її органів адміністрування, що ґрунтується на міжнародних стандартах та сучасних підходах до адаптації та самореалізації осіб з інвалідністю, спрямована на протидію нерівним можливостям соціуму та людей з інвалідністю, шляхом надання їм рівних можливостей для самореалізації та підвищення якості їх життя в умовах надання соціальної та медичної допомоги.

Елементом державної політики є право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, що також забезпечується спеціальною державною політикою публічного адміністрування. Основними складовими якої є: інституційний (державна, органи державної влади, політичні партії), нормативний (норми, положення, державні програми) й матеріальний (засоби для реалізації поставленої мети), а також рівні її здійснення – місцевий, регіональний, загальнодержавний, міжнародний. Зважаючи на це, варто визначитися з основними етапами дослідження державної політики:

- функціонування в межах специфічних сфер її діяльності (сфера соціального захисту осіб з інвалідністю) з метою перевірки важливих аспектів процесу політики на практиці;

- здійснення процесу політики (обґрунтування існуючих проблем, розроблення варіантів впровадження політики, оцінювання її

результатів і урахування недоліків функціональних дій державних інституцій);

— ефективність застосування різних типів інструментів (правові, фінансові, організаційні, економічні, інформаційні) для вирішення соціально-економічних проблем під час впровадження політики [100, с. 257].

Донедавна, соціальна політика в Україні була орієнтована на інвалідів, дорослих і дітей, і будувалася на основі медичної моделі інвалідності. Зважаючи на це, інвалідність розглядалась як хвороба, патологія. Така модель так чи інакше послаблювала соціальну позицію особи з інвалідністю, знижувала її соціальну значущість, виокремлювала її в соціумі, поглиблювала її нерівний соціальний статус, прирікала її на визнання своєї нерівності, не конкурентоспроможності у порівнянні з іншими людьми. Методика такої роботи для осіб з інвалідністю уособлювала патерналістський характер та передбачала лікування, працетерапію, створення служб, допомагаючи людині виживати, завважимо – не жити, а саме виживати. Наслідком орієнтації суспільства та держави на таку модель стала ізоляція людини з інвалідністю від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвитку у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій. Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє ставлення суспільства до інвалідів як соціально непотрібної категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тієї категорії осіб, яку ми досліджуємо. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності особи з інвалідністю. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона, здебільшого, є соціальною проблемою нерівних можливостей [25]. Саме тому сьогодні основним завданням держави є викорінення такого підходу щодо сприйняття осіб з інвалідністю в соціумі та запровадження загальноновизнаних Європейських стандартів рівних прав та можливостей.

Таким чином, державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має базуватися на системному підході, що сформує багаторівневу структуру соціальної

реабілітації та якісної медичної допомоги, якої потребує ця категорія осіб. Заявлена політика повинна ґрунтуватися:

1. на підтримці душевного та фізичного здоров'я;
2. на задоволенні соціальних потреб;
3. на подоланні соціальної ізоляції;
4. на профілактиці та підтримці здоров'я;
5. на отриманні освіти та підвищенні рівня кваліфікації;
6. на соціальній адаптації в суспільстві, а саме впровадженні спеціальних методів освіти, створенні механізмів для отримання робочих місць, реалізації творчих проявів та можливостей тощо;
7. на реабілітаційних програмах, сприянні в розробці та отриманні спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності;
8. на фінансовому державному забезпеченні та громадський фінансовій допомозі;
9. на інформаційному забезпеченні;
10. на вихованні суспільства щодо сприйняття осіб з особливими потребами як повноцінних членів суспільства;
11. на програмі обладнання об'єктів соціальної інфраструктури для створення безперешкодного доступу до них осіб з інвалідністю шляхом усунення природних, комунікаційних та архітектурних перешкод.

Описане доводить, що державна програма публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я повинна напрацювати алгоритм подолання вже існуючих проблем та запровадження європейських стандартів щодо права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Водночас, така програма повинна врахувати регіональні можливості та умови щодо реалізації цього права категорією осіб, яку ми досліджуємо, повною мірою.

Зазначимо, що в рамках соціальної допомоги особам з інвалідністю після проголошення Україною незалежності, було прийнято ряд програм, які сприяли допомозі цій категорії осіб.

Так, відповідно до Конвенції ООН «Про права інвалідів» (прийнята 13 грудня 2006 року), яку Україна підписала та ратифікувала у 2008 році, Постановою Кабінету Міністрів України був затверджений «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з

інвалідністю» на період до 2020 року» [101], метою якого стало забезпечення реалізації прав і задоволення потреб осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами, поліпшення умов їх життєдіяльності згідно з Конвенцією про права осіб з інвалідністю [101]. У зазначеному нормативно-правовому акті поставлені такі завдання та окреслені шляхи їх вирішення:

формування поваги до прав осіб з інвалідністю, до їх особистості та гідності, проведення інформаційних кампаній щодо виховання суспільства у напрямі гуманізму та людської поваги до самореалізації інших;

приведення національного законодавства у відповідність до норм Європейського Союзу;

забезпечення доступу осіб з інвалідністю до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням їх індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, туризму, фізичної культури і спорту [101];

удосконалення порядку проведення медико-соціальної експертизи осіб з інвалідністю, здійснення реабілітаційних заходів і надання соціальних послуг, розширення переліку таких заходів і послуг;

удосконалення умов оплати праці спеціалістів, які надають освітні, реабілітаційні та інші послуги особам з інвалідністю і дітям з інвалідністю, у тому числі педагогічних працівників навчальних закладів, для роботи з дітьми з особливими потребами [101];

запровадження системи ведення обліку осіб з інвалідністю, даних про реабілітаційні заходи і соціальні послуги, яких вони потребують;

розвитку та технічного супроводження ведення Централізованого банку даних із проблем інвалідності, його відповідного бюджетного фінансування;

посилення відповідальності за порушення прав осіб з інвалідністю і задоволення не повною мірою їх потреб, бездіяльність у ліквідації перепон і бар'єрів, що перешкоджають таким особам реалізувати свої права;

залучення представників громадськості до участі в реалізації прав і задоволенні потреб осіб з інвалідністю, поліпшенні умов їх життєдіяльності, а також забезпечення розвитку міжнародного співробітництва у сфері реалізації прав і задоволення потреб осіб з інвалідністю [101].

24 грудня 2020 року відбулося онлайн-засідання Ради у справах осіб з інвалідністю, на якому Міністр соціальної політики зазначила, що закінчився строк Національного плану, у ньому було передбачено 72 заходи, 40 заходів було виконано, 15 – виконано частково, реалізація 7 ще триває і 10 заходів, на жаль, не виконано. Одночасно Міністр представила проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану дій з реалізації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року» [102]. Виникає питання, хто понесе відповідальність за невиконання задекларованих пунктів плану? І скільки разів не виконані пункти будуть переходити в наступні Державні програми? Слід також відзначити, що дотепер в окремих регіонах існують звіти про виконання вищенаведеного плану з продовженими строками дії. Наприклад, Програма виконання завдань і заходів Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на території Біленьківської сільської об'єднаної територіальної громади Запорізького району Запорізької області на період до 2023 року (затверджена рішенням сільської ради 20 грудня 2019 № 04) [103]. Не зрозуміло, хто і на якій підставі міг продовжити строк дії даної програми? В програмі по виконанню Національного плану зазначено, що складність виконання плану полягає у такому:

недостатній рівень медичної допомоги, неможливість придбання більшістю громадян ліків і медичних послуг, забруднення навколишнього середовища, збільшення кількості вроджених вад та хронічних захворювань, техногенні катастрофи та дорожньо-транспортні пригоди;

не вирішеним є питання створення спеціалізованих транспортних служб для надання послуг окремим категоріям осіб з інвалідністю, не

має транспортних засобів, пристосованих для перевезення осіб з інвалідністю;

проблемним залишається питання забезпечення осіб з інвалідністю технічними засобами реабілітації;

невирішеним є питання зайнятості осіб з інвалідністю у зв'язку з щорічним збільшенням кількості людей, які отримали інвалідність;

залишається значна потреба в технічних та інших засобах для використання в амбулаторних і побутових умовах, для лікування в стаціонарних умовах, які мають отримувати особи з інвалідністю та діти з інвалідністю в закладах охорони здоров'я згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей інвалідів технічними та іншими засобами» [104].

Особливу увагу хотілось б звернути на виконання завдань, якими реалізується право на охорону здоров'я. Відповідно до програми на виконання «Національного плану дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2020 року» встановлені подальші завдання Міністерству охорони здоров'я:

розроблення проекту Закону щодо внесення змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо концептуальних положень стосовно здійснення медичного та соціального супроводу осіб з інвалідністю з розумовою відсталістю та психічними розладами, який було розроблено і подано до Верховної Ради України, його було розглянуто у першому читанні та відправлено на доопрацювання. Разом з тим зауважено, що такий законопроект має вплив на показники бюджету (збільшує витрати бюджету, оскільки примусова госпіталізація осіб, неспроможних усвідомити шкоду вживання алкоголю, призведе до розширення кола осіб, яким необхідно буде надавати відповідну медичну допомогу, збільшення штатної чисельності медичних працівників та кількості ліжок для надання такої медичної допомоги [105];

розроблення та затвердження положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності дітям лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів, який було розроблено

Міністерством охорони здоров'я та затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» [106];

запровадження заходів щодо забезпечення медико-соціальних експертних комісій належними матеріально-технічною базою, доступом до Інтернету, кадрами тощо, дане завдання виконується в межах бюджетних коштів регіонів;

усунення надмірних протипоказань для осіб з онкологічними захворюваннями, психічними розладами та розумовою відсталістю для направлення їх до санаторно-курортних, навчальних, реабілітаційних та інших закладів і установ. Щодо цього, потрібно зазначити, що у 2017 році Кабінетом Міністрів України прийнято постанову від 01 березня 2017 № 110 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення деяких категорій інвалідів санаторно-курортним лікуванням, та внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 і від 31 березня 2015 р. № 200», якою змінено існуючу систему закупівлі санаторно-курортних послуг на відшкодування вартості послуг санаторно-курортного лікування (путівки) для осіб з інвалідністю та постраждалих учасників антитерористичної операції через безготівкове перерахування коштів санаторно-курортним закладам за надані послуги на підставі трьохсторонньої угоди. Тобто людина має право самостійно обрати санаторій для оздоровлення, після цього звернутися до управління соціального захисту населення за місцем реєстрації, де перевіряється заклад на відповідність встановленим вимогам. Після цього укладається тристороння угода, яка передбачає безготівкове перерахування коштів санаторно-курортним закладам за надані послуги [107]. Разом з тим, відсутність бюджетних коштів не дає можливості задовольнити більше половини осіб з особливими потребами, котрі бажають отримати санаторно-курортне лікування;

запровадження нових форм індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та порядку їх складення,

має фрагментарний характер. Наразі МОЗ України лише розроблено проєкт Концепції реформування медико-соціальної експертизи, яка змінює підхід до інвалідності. Пацієнт має отримувати послуги з медичної реабілітації, починаючи з моменту виникнення проблеми зі здоров'ям, до максимально можливого рівня відновлення функціонування, а не тільки після встановлення статусу інвалідності. Важливе значення має впровадження системи оцінки життєдіяльності та здоров'я за МКФ лікарями на всіх рівнях надання медичної допомоги. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда разом із пацієнтом сформує реабілітаційні цілі та необхідний обсяг втручань, а вже після проходження курсу оцінить їх ефективність. Концепція передбачає впровадження диференційованого восьмирівневого підходу до встановлення груп інвалідності залежно від рівня функціонування [108]. Нині це лише проєкт, який не впроваджено у життя. Також Міністерство охорони здоров'я України розробляє проєкт наказу «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я», що визначає механізм організації мультидисциплінарних реабілітаційних команд у закладах охорони здоров'я [108];

розроблення та внесення змін до переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей з інвалідністю віком до 16 років, залишено без змін [109];

опрацювання питання щодо створення нових або облаштування існуючих державних закладів оздоровлення та відпочинку для надання послуг із реабілітації та санаторно-курортного лікування дітей з обмеженими фізичними можливостями, у тому числі тих, які перебувають у дитячих будинках-інтернатах, може бути реалізований тільки у 2022 році у зв'язку з відсутністю бюджетних коштів.

Отже, без залучення до виконання Національного плану дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю систематизованих державних потужностей медичного, фінансового, адміністративного змісту, він ніколи не буде реалізований в повному обсязі та щодо всіх виокремлених завдань.

В практиці програмного забезпечення публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я неможливо не згадати також Державну типову програму реабілітації осіб з інвалідністю від 8 грудня 2006 р. № 1686, яка була спрямована на забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатoproфільних реабілітаційних заходів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг [110]. Основним завданням такої програми був контроль за якістю послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення. Згадана типова програма зосереджується на видах медичної реабілітації: відновної терапії; реконструктивної хірургії; медичного спостереження; медичного патронажу та профілактичних заходів [110].

Отже, підбиваючи підсумок наведеному вище, вважаємо, що проблема соціального забезпечення осіб з інвалідністю є кричущою та потребує прискіпливої уваги держави в особі органів публічної адміністрації, діяльність яких повинна бути деталізована окремими державними програмами. Саме тому на сьогодні назріла нагальна проблема прийняття ***Державної програми публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.***

Метою Програми є забезпечення реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я та медичну допомогу, показниками якої є доступність і якість поряд з іншими громадянами.

Проблему передбачається розв'язати шляхом:

визначення пріоритетів і принципів щодо покращення реалізації публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

удосконалення законодавства права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

інформатизації суспільства забезпеченням та реалізацією права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

фінансового забезпечення державою права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

наділення правами та обов'язками публічної адміністрації щодо забезпечення та реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

реформування і приведення системи забезпечення та захисту права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я у відповідність із сучасними умовами та потребами цієї категорії громадян;

Завдання і заходи.

Узагальнити статус всіх осіб з інвалідністю, без врахування місця, умов та підстав отримання особою каліцтва та інших вад з метою вироблення єдиної політики щодо реалізації права на охорону здоров'я, з урахуванням спеціальних медичних потреб цієї категорії осіб.

З метою забезпечення ефективного доступу до медичних послуг людей з інвалідністю розробити нормативно-правову основу соціального медичного страхування та механізми його запровадження.

Запровадити консультації для жінок з інвалідністю щодо питань репродуктивного здоров'я. Забезпечити існування архітектурної доступності цих консультацій, із врахуванням проблематики жінок із опорно-руховими захворюваннями, зору, слуху [111].

Надання безоплатних медичних послуг у державних і комунальних лікувальних установах України особам з інвалідністю без виключення.

Запровадити дієві механізми забезпечення осіб з особливими потребами технічними засобами реабілітації та виробами медичного призначення.

Запровадити адресну, доцільну, раціональну систему забезпечення осіб з особливими потребами виробами медичного призначення.

Вироблення порядку грошової компенсації на самостійне забезпечення технічними засобами реабілітації та виробами медичного призначення осіб з особливими потребами.

Запровадити інформаційний доступ до запропонованих видів санітарно-курортного лікування, їх собівартість, умови отримання, всі інші відомості для прозорості та контролю за цими послугами.

Реформувати систему опіки та піклування над громадянами з інвалідністю, які не розуміють значення своїх дій та їх наслідків, зняти обмеження економічних, зокрема майнових, політичних та інших прав названих осіб з інвалідністю, у тому числі передбачених статтею 70 Конституції України та статтею 32 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [111].

Вирішити питання надання додаткових пільг особам з інвалідністю за рахунок коштів місцевого бюджету, зокрема надання грошової допомоги особам з інвалідністю, які знаходяться на лікуванні хронічним гемодіалізом, з інвалідністю по зору, сім'ям, в яких виховуються діти з діагнозом – дитячий церебральний параліч та іншим.

Очікувані результати виконання Програми, визначення її ефективності.

Реалізувати в повному обсязі право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Приведення національного законодавства у відповідність до Європейських стандартів.

Зменшення кількості звернень, скарг, судових позовів до міжнародних організацій, зокрема Комітету ООН з прав інвалідів, щодо дотримання Україною прав інвалідів.

Фінансове забезпечення програми.

Фінансування Програми здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, обсяг фінансування враховується під час складання проєкту Державного бюджету України на відповідний рік.

Резюмуючи наведене, вважаємо, що **державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідності на охорону здоров'я** – це цілеспрямована, розрахована на тривалий період стратегічна діяльність публічної адміністрації, зорієнтована на розв'язання існуючих проблем та створення правових, організаційних умов і гарантій щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Дослідивши теоретико-правові засади публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, ми прийшли до такого.

Методологія дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це система принципів, методів, способів пізнання публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, за допомогою яких досягається результат наукового дослідження з метою практичної реалізації наукових напрацювань.

Дослідження історіографії наукових досліджень соціального захисту осіб з інвалідністю та публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я надало можливість говорити про те, що:

1. на сьогодні відсутнє комплексне дослідження публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Такий вид права розглядається поряд з іншими правами осіб з особливими проблемами в ракурсі розгляду соціальних прав даної категорії осіб;

2. дослідження існуючої наукової бази, що вивчає соціальний захист осіб з інвалідністю та безпосередньо права осіб з інвалідністю надало можливість стверджувати, що науковцями виокремлюється досить широке коло проблем щодо соціального захисту цієї категорії

осіб, але не пропонуються та не розробляються шляхи їх усунення. Майже всі кандидатські дисертації, які розглядають соціальний захист осіб з інвалідністю та їх реабілітацію, адаптацію в соціум, мають теоретико-описовий характер;

3. запропоновані шляхи удосконалення соціального захисту осіб з інвалідністю не мають матеріально-технічного розрахунку, а вироблені способи взаємодії, специфічні механізми діяльності по забезпеченню прав осіб з інвалідністю не входять до компетенції відповідних суб'єктів публічної адміністрації;

4. жодна з досліджених робіт не вивчає наукові проблеми щодо публічного адміністрування соціального захисту осіб з інвалідністю як окремої підгалузі права. Також не виокремлюються її інститути та інші структурні утворення. Не встановлюються зміст та особливості предмету такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю, не характеризується специфіка суспільних відносин, які є предметом її регулювання.

В той же час, доведено, що публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є інститутом права та структурним елементом такої підгалузі права як соціальний захист осіб з інвалідністю. Оскільки, по-перше, ним охоплюється частина правових норм, якими урегульовано публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-друге, цей комплекс юридичних норм впливає на відносини, що виникають у результаті публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Таким чином, цей правовий інститут окреслює межі правовідносин щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-третє, зазначений інститут охоплює не тільки регулятивні норми права (правила поведінки), але і первинні, опосередковано ті, що беруть участь в регулюванні наявних прав осіб з інвалідністю. По-четверте, інститут, що досліджується, наділений системою правових засобів, завдяки чому здійснюється процес правового регулювання суспільних відносин щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю

на охорону здоров'я. По-п'яте, такому інституту притаманна внутрішня організація, оскільки в ньому визначено коло суб'єктів (особи з інвалідністю та публічна адміністрація, громадські організації тощо), які вступають у правові відносини, їх правовий статус, права і обов'язки, а також об'єкт правового регулювання – право на охорону здоров'я. По-шосте, наявність предмету регулювання – суспільні відносини, що виникають у порядку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Дослідження історії становлення та розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я дало можливість виокремити наступні періоди та етапи: перший період починається з часів становлення Київської Русі та запровадження Християнської релігії, має назву «Церковне заступництво», він починається з X ст. і закінчується серединою XVII ст. Другий період бере початок з входженням українських земель до Російської імперії та Австро-Угорщини, а закінчується після Жовтневої революції; і має назву «Імператорське волевиявлення». Період починається з XVII ст. та закінчується на початку XX ст. Третій період називається «Соціалістичні реформ та перетворення», має три етапи, яким притаманні специфічні особливості щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, він починається з початком XX ст. та закінчується наприкінці XX ст. Перший етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Революційні трансформації» починається після Жовтневої революції 1917 року та закінчується після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр. Другий етап періоду «Соціалістичних реформ та перетворень» має назву «Хрущовські реформи», починається після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр., закінчується близько 1970 рр. Третій етап періоду соціалістичних реформ та перетворень має назву «Радянська дійсність», починається у брежнєвську епоху 1970 рр., та закінчується з розпадом Радянського Союзу у 1991 р.

Четвертий період розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має назву «Українська самобутність», він бере початок у 1991 році, після отримання Україною незалежності та діє донині.

Виокремлено характерні особливості, притаманні сучасному періоду розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я:

1. особа з особливими потребами є повноцінним членом суспільства;
2. все суспільство відповідає за кожного свого члена;
3. пріоритетною складовою внутрішньої політики держави є надання допомоги особам з інвалідністю;
4. пріоритетом є системність державної політики щодо адаптації осіб з інвалідністю в соціум;
5. фінансове бюджетне забезпечення осіб з інвалідністю та їх опікунів;
6. масштабна державна соціальна програма по соціальній реабілітації військових інвалідів;
7. фінансове забезпечення військових інвалідів та членів їх сімей.

Доведено, що політика – системна діяльність публічної адміністрації щодо реалізації політичного курсу держави, визначеного політичними лідерами та схвалена більшістю її громадян.

Різноманітність наукових підходів до розуміння змісту державної політики дає можливість стверджувати, що саме вона є програмним визначенням життєдіяльності суспільства в цілому, оскільки така скерована на прогресивний розквіт сфер та галузей державного управління, що визначають добробут громадян та гарантування стабільності країни та її регіонів.

Саме тому в основу державної політики соціального захисту осіб з інвалідністю повинно бути покладена протидія нерівним можливостям для людей з інвалідністю, запровадження політики

сприяння розкриттю її соціальної сутності, не обмеженої медичними потребами. Спираючись на наведене, системна державна політика цієї сфери має передбачати: систему нормативно-правових актів; бюджетне фінансування; комплексне медичне та соціальне забезпечення; інклюзивну та інтегровану систему навчання у загальноосвітніх навчальних закладах; фахову підготовку осіб з особливими потребами; політику забезпечення робочими місцями та можливостями працевлаштування; систему пільг, податкових преференцій, переваг при відкритті власного бізнесу та творчих можливостей; багатопрофільну реабілітацію; протезне та медичне обладнання за рахунок держави чи громадських фондів; політику спеціального житла для проживання з відповідними технічними умовами за рахунок державного та місцевого бюджетів.

Державна політика соціального захисту осіб з інвалідністю – це комплексна система дій держави та її органів адміністрування, що ґрунтується на міжнародних стандартах та сучасних підходах до адаптації та самореалізації осіб з особливими потребами, скерована та протидію нерівним можливостям соціуму та осіб з інвалідністю шляхом надання їм рівних можливостей для самореалізації та підвищення якості їх життя умовах надання соціальної та медичної допомоги.

Доведена необхідність прийняття Державної програми публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я (структуру та зміст якої розроблено авторкою).

Державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це цілеспрямована, розрахована на тривалий період стратегічна діяльність публічної адміністрації, зорієнтована на розв'язання існуючих проблем та створення правових, організаційних умов і гарантій, щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

ПРАВО ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Місце права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я серед загальних прав людини і громадянина

Права і свободи людини і громадянина в Україні є непорушними та гарантованими Конституцією України та іншими законами України. Головним обов'язком держави є гарантування дотримання прав і свобод кожній людині і громадянину. Громадянин України та інші особи, які перебувають на території України на законних підставах, користуються правами, які закріплені в Конституції України та інших законах України.

Конституційні права і свободи є фундаментальною основою існування та розвитку Українського народу, а тому держава зобов'язана створювати ефективні організаційно-правові механізми для їх реалізації. Відсутність таких механізмів нівелює сутність конституційних прав і свобод, оскільки призводить до того, що вони стають декларативними, а це є неприпустимим у правовій державі [112]. Важливим є й те, що закріплені в Конституції права і свободи людини і громадянина є базовими щодо всіх галузей законодавства. Більше того, саме конституційний рівень їх закріплення обумовлює можливість їх реалізації навіть у випадках, коли в поточному законодавстві відповідні права і свободи належно деталізовані не були. Це забезпечується закріпленням у Конституції положення про пряму дію її норм. Конституційні права, свободи та обов'язки характеризуються рядом ознак: а) вони є основними; б) складають юридичну базу всієї системи прав, свобод і обов'язків; в) мають найвищу юридичну силу; г) підлягають підвищеному захисту з боку держави та суспільства. Із повним їх дотриманням, як правило, пов'язується уявлення про демократію, законність, справедливість, правопорядок. Вони опосередковують найбільш істотні, корінні суспільні відносини між державою та її громадянами [113, с. 88; 114, с.35].

Формування та реалізація державної політики, у всіх без виключення сферах суспільного життя, повинна базуватися саме на пріоритетності прав і свобод людини і громадянина як найвищої соціальної цінності в державі. У цьому випадку доречно згадати позицію теоретика права, С. С. Алексєєва, який стверджує, що права людини покликані утверджувати самоцінність людини, її право на життя, високу гідність і свободу, основоположні духовні і моральні начала особи, захищати людину від свавілля і насилля, насамперед – від свавілля наймогутнішої сили в суспільстві – влади, її прагнення до всеохоплюючого, тотального володарювання над суспільством [115, с. 113]. Не зважаючи на те, що в Україні затверджено демократичне законодавство у сфері прав і свобод людини, але в умовах соціально-економічної і політичної кризи, падіння культури і моралі, є відсутніми ефективні механізми захисту цих прав, що призводить до їх масових і систематичних порушень, а іноді просто до неможливості їх реалізації. Для побудови в Україні демократичної правової держави суттєве значення має боротьба з правовим нігілізмом, з правовим інфантилізмом, феноменом переродження правосвідомості, який одержує свій прояв, насамперед, у злочинності [116, с.43]. Всі ці форми деформації правосвідомості не сприяють становленню демократичної правової культури, зорієнтованої на цінності конституціоналізму. Особливе значення тут має викорінення організованої злочинності, корупції, які суттєво підривають віру громадян у право і закон, здатність влади навести у країні правопорядок. Розвиток тіньової економіки, беззаконня, правове свавілля – це суттєві чинники розвитку правового нігілізму, інших форм деформації правосвідомості, з якими необхідно рішуче боротися на основі чітко визначеної державної політики у сфері правового виховання і юридичної освіти населення, наведення порядку в усіх сферах суспільного життя [117, с.35].

Разом з тим, слід відрізняти та розмежовувати такі поняття як «право» та «свобода», які в Конституції України вживаються паралельно. В науковій літературі здійснюється чітке розмежування понять «право» та «свобода». Так, В. С. Журавський, здійснюючи розмежування понять «право» і «свобода», відзначає, що відмінність між згаданими поняттями

умовна, оскільки вони означають юридично визнану можливість для особи вибирати вид і міру своєї поведінки. Але поняття «свобода» переважно розуміється як невтручання у внутрішній світ людини і громадянина (свобода совісті, світогляду, віросповідання, свобода думки, свобода літературної, художньої, наукової творчості). Розуміння поняття «право», здебільшого, пов'язане з тим, що для його реалізації необхідні позитивні дії з боку держави або правомочність людини на участь у діяльності окремих політичних і економічних структур (право на відшкодування за рахунок держави чи органів місцевого самоврядування матеріальної чи моральної шкоди; гарантування кожному знати свої права і обов'язки; право на безпечне довкілля; право на освіту; право на охорону здоров'я тощо). Нерідко для розуміння терміну «право» використовується термін «свобода» [118, с.121-122].

На думку М. О. Єльнікова та О. Г. Кушніренко, термін «право» застосовується тоді, коли йдеться про конкретні можливості поведінки, коли ж треба підкреслити більший простір вибору варіанту поведінки саме на власний розсуд і під власну відповідальність, використовується термін «свобода» [119, с.78; 120, с.8].

Ми вважаємо, що поняття «право» та «свобода» є нетотожними поняттями, хоча і право, і свобода, є проявами поведінки суб'єкта. Так, право – це чітко визначені міжнародними договорами, які ратифікувала Україна, Конституцією України та законами України, можливості поведінки особи, які визначені нормою (наприклад, право на життя, право на свободу та особисту недоторканність, право на повагу до його гідності тощо), тоді ж як свобода – це межі поведінки особи, яка самостійно та вільно обирає модель своєї поведінки та діє відповідно до своїх намірів та в своїх інтересах (наприклад, свобода політичної діяльності, свобода пересування, вільний вибір місця проживання, свобода думки і слова тощо).

Теоретик права О. Ф. Скакун основні права людини пропонує трактувати як гарантовану законом міру свободи (можливості) особи, яка, відповідно до досягнутого рівня еволюції людства, спроможна забезпечити її існування і розвиток, та закріплена у вигляді міжнародного стандарту як загальна і рівна для усіх людей [121, с.172].

До головних ознак прав людини, О. Ф. Скакун, відносить: 1) можливості (свободи) людини діяти певним чином або утримуватися від певних дій, спрямовані на задоволення потреб, без яких вона не спроможна нормально існувати і розвиватися; 2) можливості, що обумовлені біосоціальною сутністю людини, належать їй від народження і не потребують «дозволу» з боку кого б там не було, у тому числі держави. Вони не можуть бути «відібрані» за свавіллям влади держави, оскільки не «дані» нею. Це природні невідчужувані права; 3) можливості, які не обмежені територією держави і не залежать від національної належності людини (наднаціональні): вони належать їй вже в силу того, що вона є людиною. Вони походять від природи людини і покликані формувати та підтримувати в людині почуття власної гідності, її індивідуальність; 4) можливості, що є залежними (у плані здійснення) від можливостей суспільства - рівня його економічного, політико-соціального, духовно-культурного розвитку; 5) можливості, що мають правовий характер, оскільки внесені до законодавчих актів, які створені в межах держави і на міжнародному рівні [121, с.172-173]. Втім, такі ознаки, здебільшого, стосуються саме прав людини, а не громадянина, тоді як ознаки прав громадянина продиктовані його правовим статусом.

Теоретики права дефініції «права людини і громадянина» поділяють на: особисті (громадянські) права; політичні права; економічні права; соціальні права; культурні права. Окремі представники конституційного права виокремлюють також і інформаційні права та екологічні права (О. В. Прієшкіна).

Рівень захищеності прав людини і громадянина в певній державі є індикатором розвитку держави, рівнем професійності та компетентності виконання визначених законом повноважень Президента держави, Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, Кабінету Міністрів України, судових органів, органів прокуратури, центральних та місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, а також відображення різноманітних процесів, що відбуваються в державі, інтересів, потреб людей, які виникають у

зв'язку з цими процесами, потребами, що продиктовані їхнім фізичним станом тощо.

В ст. 49 Конституції України визначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [122, ст. 49].

В той же час, поряд з конституційним правом на охорону здоров'я в науковій літературі зустрічаються точки зору, щодо розмежування категорій «право на охорону здоров'я» та «право на здоров'я», які відносять дані види прав людини і громадянина до особистих суб'єктивних прав. Так, С. Б. Булеца використовує цю категорію, розглядаючи суб'єктивні права особи на життя та права на здоров'я в нерозривному зв'язку [123, с. 53]. Л. А. Ольховик та Н. В. Сажієнко вказують, що право на здоров'я включає чотири елементи: по-перше, наявність функціонуючих установ громадської охорони здоров'я й медичної допомоги, товарів і послуг, а також програм у достатній кількості; по-друге, доступність – загальнодоступні медичні установи, товари й послуги в межах юрисдикцій держави; по-третє, прийнятність – усі медичні установи, товари й послуги мають відрізнятися за дотриманням медичної етики, культурною доцільністю й відповідати віковим потребам; по-четверте, якість – медичні установи, товари й послуги повинні бути адекватними в науковому і медичному відношенні та відповідати віковим потребам [124, с. 11; 114, с.31].

З наведеного, відзначимо, що в нормах як національного, так і міжнародного законодавства, все ж таки використовується саме «право на охорону здоров'я» як невідчужуване право людини і громадянина, яке гарантоване державою.

Особливе значення в контексті даної норми має право на охорону здоров'я не просто людини і громадянина України, а особи, яка має особливі потреби, що продиктовані її станом здоров'я. Тобто ми маємо на увазі право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Адже особа, яка має з народження чи набуті стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення, теж володіє правом на здоров'я, однак, в такому випадку, актуальним є використання саме права на охорону здоров'я. Отже, щодо забезпечення належного стану здоров'я особистості, все ж таки, доцільніше застосовувати саме право на охорону здоров'я.

Втім, в статтях Конституції України не містяться норми, що визначають право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. В принципі, відсутність норми, що вказує на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, не означає прогалину в Конституції України щодо питання, яке нами досліджується, адже, норми Конституції України є нормами прямої дії, а ст. 22 Конституції України визначає, що Конституція України не встановлює вичерпний перелік прав та свобод людини і громадянина, це дає нам підстави стверджувати, що Основний Закон держави задекларував обов'язок держави гарантувати право кожному на охорону здоров'я, а при врахуванні особливостей правового статусу суб'єкта (дитина, особа з інвалідністю, пенсіонер, внутрішньо переміщена особа, іноземець, особа без громадянства тощо), таке право деталізується в інших законах України більш конкретніше.

Водночас, слід акцентувати увагу, що в ст. 21 та ст. 24 Конституції України чітко задекларовано принцип рівності прав всіх громадян України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками [122, ст.24]. До інших ознак, на нашу думку, можна віднести, в тому числі, особливості стану здоров'я громадян, тобто особи з інвалідністю мають ті ж самі права, що і інші громадяни України.

В Законі України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що право особи на охорону здоров'я є невід'ємним і непорушним природним правом людини і громадянина в Україні, тобто даний вид права виникає у особи з моменту її

народження і закінчується в момент смерті. Держава, в особі уповноважених компетентних органів, повинна сприяти захисту зазначеного права. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [125].

Разом з тим, не дивлячись на закріплення права на охорону здоров'я на конституційному рівні, в юридичній науці зустрічаються точки зору науковців, які право на охорону здоров'я не відносять до непорушних та невід'ємних. Так, наприклад, В. Є. Чиркин відстоює позицію, що право на охорону здоров'я належить до групи соціально-економічних прав, та є правом, яке держава повинна гарантувати лише особам, які працюють [126, с.50]. З такою позицією ми не можемо погодитися, адже, суб'єктом права на охорону здоров'я є не лише особа, яка є працездатною та працює, а, переважно, особа реалізує право на охорону здоров'я тоді, коли в неї виникають підстави. Особливо слід акцентувати, що такі соціально незахищені особи, як особи з інвалідністю, діти, пенсіонери тощо, є тими категоріями населення, які, здебільшого, потребують реалізації ними права на охорону здоров'я.

В. Є. Чиркин зауважує, що реальне здійснення права на охорону здоров'я залежить від системи охорони здоров'я, яка існує в цій країні. В США і деяких інших країнах, діє система ліберальної медицини: пацієнт сам оплачує прийом у лікаря і вартість ліків. При такій системі є, звичайно, і муніципальні лікарні, але ними можуть користуватися тільки найменш забезпечені верстви населення. У Німеччині, Польщі, Франції, існує страхова (соціальна) медицина. У цьому випадку створюється спеціальний загальнодержавний фонд охорони здоров'я, куди кошти вносять держава з бюджету, підприємства і самі працівники (в останньому випадку це так звана медична страховка, в Німеччині вона становить 6,5% від заробітної плати), але в деяких країнах працівники таких відрахувань не здійснюють. Тому медичне обслуговування і ліки, принаймні на час перебування в лікарні, а часто і

поза нею, безкоштовні, проте до певної межі: дуже дорогі ліки і операції додаткового оплачуються пацієнтом. У Великобританії, Данії, Італії, окремих тоталітарних соціалістичних країнах існує державна медицина: витрати цілком оплачуються з бюджету, пацієнт витрат не несе. У деяких країнах з державною медициною безоплатними є і ліки для амбулаторних хворих (завжди при стаціонарному лікуванні), в інших – ліки для амбулаторних хворих оплатні, але існує багато пільг і знижок. Крім того, дорогі ліки і операції також можуть додатково оплачуватися пацієнтом. У багатьох країнах державна медицина існує тільки для незаможних верств населення [126, с.68-69].

На нашу думку, з наведеним твердженням автора, знову ж таки, складно погодитися, адже, по-перше, автор веде мову про право на охорону здоров'я, що включає в себе отримання медичної допомоги, отримання ліків, отримання висококваліфікованої медичної консультації і т.д., але тієї категорії осіб, що є працездатними. Тоді ж як про право на охорону здоров'я для інших категорій осіб, в тому числі осіб з інвалідністю, не йдеться. Ми вважаємо, що наведена позиція є хибною, а право на охорону здоров'я є одним з небагатьох прав людини і громадянина, яке гарантується Конституцією держави та забезпечується державними органами.

З огляду на зазначене, варто згадати позицію О. Г. Кушніренко та Т. М. Слінько, які стверджують, що, якщо право людини і громадянина чітко визначено в нормах Конституції України, то таке право є невід'ємним та непорушним [127].

В. Я. Тацій, В. Ф. Погорілко, Ю. М. Тодика відносять право на охорону здоров'я до групи соціальних прав людини та громадянина [128, с.139; 117, с.36], що передбачає право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я [128, с.141].

Однією з особливих категорій осіб, які мають право на охорону здоров'я, є особи з інвалідністю, які, у зв'язку зі станом їх здоров'я, потребують підвищеної уваги держави до себе та своїх потреб. Наразі мова йде саме про право на охорону здоров'я такої соціально незахищеної категорії верств населення, як особи з інвалідністю. Право на охорону здоров'я людини і громадянина закріплено в Конституції

України, що дає всі підстави стверджувати, що право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є основним, невідчужуваним правом особи. До речі, вперше рівність в правах осіб з інвалідністю з іншими особами, було визначено в Декларації про права розумово відсталих осіб та в Декларації про права інвалідів. Цими актами, міжнародною спільнотою було проголошено належність прав людини всім людям з інвалідністю, а також було закликано держави до вжиття відповідних заходів на міжнародному і національному рівнях задля захисту цих прав та визначення особливих потреби осіб з інвалідністю. Отже, особи з інвалідністю починають розглядатися як носії прав, проте в актах ще продовжує наголошуватися на їх неповноцінності [129, с.30]. Особи з інвалідністю мають всі права, що визначені Конституцією України, однак, в силу особливостей, пов'язаних зі здоров'ям або наявності стійких фізичних, психічних, інтелектуальних або сенсорних порушень, деякими з них вони не можуть користуватися повноцінно.

Таким чином, вважаємо, що право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є загальновизнаним, основним, непорушним та невідчужуваним соціальним правом особи, яка переважно потребує захисту зі сторони держави, громадськості та інших органів, підприємств, установ, організацій. Слід відзначити, що однією з головних проблем в сфері реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є відсутність положень у спеціальному законодавстві, які чітко визначали б механізм реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

В ст. 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» надано роз'яснення, що ж законодавець включає в зміст права на охорону здоров'я: а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; д) кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і

закладу охорони здоров'я; е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь; є) участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я; ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я; і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; й) можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я; к) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду; л) інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини [125, ст.6]. Таким чином, право на охорону здоров'я має різновекторний характер, що включає в себе і правові, і економічні, і культурні, і соціальні гарантії захисту права на охорону здоров'я.

Саме тому, вважаємо, що зміст зазначеної норми розкриває не лише право, але й гарантії забезпечення права на охорону здоров'я, саме в розумінні одного з невідчужуваних конституційних прав людини і громадянина, тоді як право на охорону здоров'я особи з інвалідністю має свої особливості. Слід відзначити, що в системі національного законодавства не міститься норм, які б визначали зміст права на

охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Разом з тим, досліджуючи сутність даного права, на нашу думку, в першу чергу, слід звернутися до норм міжнародного законодавства, де чітко визначено, що таке право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Так, в Конвенції про права осіб з інвалідністю, серед інших прав виокремлено і право на охорону здоров'я (ст.25). Така норма визначає, що держави-учасниці визнають, що особи з інвалідністю мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу осіб з інвалідністю до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я [130, ст.25]. Зокрема, держави-учасниці:

а) забезпечують особам з інвалідністю той самий набір, якість і рівень безоплатних або недороговартісних послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню [130, ст.25]. Наприклад, розроблення та прийняття державних програм безоплатного забезпечення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами. Відзначимо, що в Україні утискаються права осіб з інвалідністю у сфері репродуктивного здоров'я за ознакою статі, що, здебільшого, стосується жінок та дівчат з числа осіб з інвалідністю. Також, слід відзначити, що порядок надання особам з інвалідністю медичних, соціальних послуг, визначено в окремих постановах та розпорядженнях Кабінету Міністрів України та актах центральних та місцевих органів виконавчої влади;

б) надають послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні особам з інвалідністю безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема, послуги з ранньої діагностики, а в схожих випадках - корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку [130, ст.25]. Відзначимо, що з запровадженням в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності

та здоров'я дітей і підлітків, будуть використовуватись найкращі міжнародні тестові системи для діагностики розвитку дитини і вироблений алгоритм спостереження за розвитком новонароджених з критично низькою вагою (катамнестичне спостереження) [131], запровадження даних тестових ідентифікаційних методик дасть можливість на ранніх строках виявити відхилення та відповідно якомога раніше застосовувати необхідні заходи в боротьбі з ними;

с) організують такі послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах [130, ст.25]. Така складова є особливо важливою, враховуючи той фактор, що серед осіб з інвалідністю є велика кількість осіб, які самостійно не можуть долати дальні відстані для отримання необхідної медичної допомоги, оскільки їхня мобільність є обмеженою;

д) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали особам з інвалідністю послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема, на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, самоповаги, самостійності й потреб осіб з інвалідністю за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я [130, ст.25];

е) забороняють дискримінацію щодо осіб з інвалідністю під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах [130, ст.25];

ф) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні продовольчих продуктів або рідин з причини інвалідності [130, ст.25].

Таким чином, виходячи з вищевикладеного змісту права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, можемо відзначити, що зазначене право тісно пов'язане з низкою інших прав, що виникають у особи. Пояснимо, що ми маємо на увазі.

Відповідно до пунктів «а», «b», «с», «d», «е», «f», особи з інвалідністю виступають не лише спеціальними суб'єктами права, але й споживачами різного роду послуг, наприклад, соціальних, медичних

тощо. Тобто, можемо стверджувати, що поряд з правом на охорону здоров'я, у осіб з інвалідністю, також виникає право на задоволення потреб, але вже у якості споживача послуг. Держава забезпечує споживачам захист їх прав, надає можливість вільного вибору продукції, здобуття знань і кваліфікації, необхідних для прийняття самостійних рішень під час придбання та використання продукції відповідно до їх потреб, і гарантує придбання або одержання продукції іншими законними способами в обсязі, що забезпечує рівень споживання, достатній для підтримання здоров'я і життєдіяльності [132, ст.5].

На підтвердження нашої позиції, варто згадати погляд А. Г. Кравченка, на думку якого, безпека споживачів є органічною складовою національної безпеки, оскільки прямо пов'язана з рівнем захищеності людини-споживача від впливу негативних факторів, що позначаються на її здоров'ї, а іноді й на самому житті, на належному рівні її існування в суспільстві і, зрештою – на демографічній ситуації в країні. Разом із тим, безпека споживача багато в чому визначає таку категорію, як здоров'я нації [133, с. 30]. Саме тому слід звернути увагу на положення ч. 4 ст. 42 Конституції України, відповідно до якої, держава захищає права споживачів, здійснює контроль за якістю і безпечністю продукції та усіх видів робіт і послуг, сприяє діяльності громадських організацій, споживачів. Очевидно, що зазначене конституційне положення органічно пов'язане з реалізацією права на охорону здоров'я, в тому числі, і осіб з інвалідністю, оскільки неналежна якість медичних та соціальних послуг, наприклад, реабілітаційних послуг, послуги по догляду за особою з інвалідністю, послуги медичної реабілітації, медико-соціальні послуги з огляду повнолітніх осіб і послуги лікарсько-консультативних комісій з огляду дітей тощо, можуть істотно впливати на стан здоров'я людини, в тому числі, на визначення стану здоров'я особи. Взаємозв'язок права на охорону здоров'я й прав споживачів об'єктивізується й у відносинах, що виникають у зв'язку з отриманням значної кількості медичних послуг, що дозволяє вести мову про пацієнта як споживача медичних послуг [114, с.41].

Розкриваючи місце права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю в системі інших конституційних прав, варто зазначити про право на

безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Згадане право визначено в ст. 50 Конституції України. Постійні екологічні надзвичайні ситуації, що трапляються в Україні, наносять шкоду життю і здоров'ю всім категоріям громадян. Особливе значення та масштабність, звісно ж, мала аварія на Чорнобильській АЕС.

Також, при реалізації права на охорону здоров'я особи з інвалідністю, варто згадати і про право на працю та право на відпочинок категорії осіб, що досліджується. Зокрема, ст. 2-1 Кодексу законів про працю, передбачено рівність трудових прав громадян України, в тому числі, і за наявності у особи інвалідності; особа з інвалідністю має право на здорові та безпечні умови праці (додержання правил і норм з техніки безпеки, необхідне освітлення, опалення, вентиляція, усунення шкідливих наслідків шуму, випромінювань, вібрації та інших факторів, які негативно впливають на здоров'я робітників, і т. ін.); у випадках, передбачених законодавством, на власника або уповноважений ним орган покладається обов'язок організувати навчання, перекваліфікацію і працевлаштування осіб з інвалідністю відповідно до медичних рекомендацій, встановити на їх прохання неповний робочий день або неповний робочий тиждень та створити пільгові умови праці. Залучення осіб з інвалідністю до надурочних робіт та робіт у нічний час без їх згоди не допускається [134, ст.ст.2-1, 88, 172].

Відзначимо, що ст. 27 Конвенції про права осіб з інвалідністю визначено право осіб з інвалідністю на працю нарівні з іншими; воно включає право на отримання можливості заробляти собі на життя працею, яку особа з інвалідністю вільно вибрала чи на яку вона вільно погодилась, в умовах, коли ринок праці та виробниче середовище є відкритими, інклюзивними та доступними для осіб з інвалідністю. Держави-учасниці забезпечують і заохочують реалізацію права на працю, зокрема тими особами, які отримують інвалідність під час трудової діяльності, шляхом ужиття, у тому числі в законодавчому порядку, належних заходів [130, ст.27]. В контексті зазначеної норми держава повинна сприяти та розвивати ринок праці, з урахуванням потреб осіб з інвалідністю, і, відповідно, забезпечувати їх право на

охорону здоров'я під час виконання ними їхніх функціональних обов'язків.

Принагідно зазначимо, що Україна наразі реалізовує проєкт «Інклюзивний ринок праці для створення робочих місць в Україні». Головною метою цього проєкту є надання урядові та соціальним партнерам допомоги у їхніх зусиллях із поліпшення регулювання ринку праці шляхом зміцнення служби зайнятості та інших інституцій ринку праці, в тому числі, і для осіб з інвалідністю, забезпечення кращої відповідності між системами формування навичок та потребами ринку праці й підвищення ефективності тристороннього соціального діалогу [135].

Таким чином, суб'єктом забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю буде не лише держава в особі відповідних органів, але й роботодавець, який повинен забезпечити такі умови праці особи з інвалідністю, за яких буде забезпечено право на охорону здоров'я.

Певний зв'язок права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю прослідковується з правом на повагу до гідності особи. На жаль, на практиці мають місце випадки, коли особи з певними порушеннями здоров'я, особи, які хворіють на СНІД, туберкульоз та інші хвороби, які, здебільшого, спотворюють зовнішність людини, відчувають на собі неприязність оточуючих, зазнають образ. На наш погляд, право на повагу до гідності особи передбачає необхідність застосування відповідних заходів з боку держави і, що не менш важливо, потребує кропіткої повсякденної роботи щодо підвищення рівня толерантності до цих осіб, необхідності чіткого усвідомлення того, що стан здоров'я людини не може бути підставою до будь-якого дискримінаційного ставлення, а тим більше прямого приниження гідності цих осіб [114, с.43].

Беззаперечним є зв'язок права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю з правом громадян на соціальний захист таких осіб. Зазначене право гарантовано ст. 46 Конституції України, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом (ст. 46 Конституції України). Саме стан здоров'я особи є визначальним фактором реалізації права особи з

інвалідністю на соціальний захист. Також Законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» визначено, що інвалідність є мірою втрати здоров'я, а діяльність держави щодо осіб з інвалідністю виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті та полягає, в тому числі, і в охороні здоров'я. Соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами, та полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду [136, ст.4]. Отже, право на охорону здоров'я тісно переплітається з правом соціального забезпечення осіб з інвалідністю: по-перше, соціальний захист включає в себе сукупність заходів, які застосовують уповноважені державні органи з метою забезпечення права на охорону здоров'я; по-друге, соціальний захист є гарантією того, що особа з інвалідністю може отримати матеріальні виплати, соціальні послуги, реабілітаційні послуги тощо, які дадуть можливість забезпечити особі з інвалідністю гідні умови життя.

Безпосередньо право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю пов'язане з правом на житло (ст. 47 Конституції України) та з правом на достатній життєвий рівень для себе та своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло (ст. 48 Конституції України). Органи місцевого самоврядування, підприємства, установи і організації, у віданні яких знаходиться житловий фонд, повинні сприяти першочерговому наданню пристосованого житла для осіб з інвалідністю, а у разі необхідності, здійснити заміну житла на безпечне для життя та здоров'я, а також доступне архітектурно. Таке житло осіб з інвалідністю передбачає наявність спеціальних засобів і пристосувань відповідно до індивідуальної програми реабілітації, а також обов'язково наявність телефонного зв'язку. Особливо важлива є реалізація права на житло для осіб, які хворіють на окремі захворювання, наприклад, туберкульоз, оскільки

при вирішенні питання про забезпечення їх житлом цей фактор враховується.

Питання охорони здоров'я опосередковано пов'язані з правами і обов'язками у шлюбі та сім'ї осіб з інвалідністю. Так, наприклад, особи з інвалідністю та сім'ї, в яких є діти з інвалідністю, мають переважне право на поліпшення житлових умов в порядку, передбаченому чинним законодавством; за сімейним законодавством визначено право одного з подружжя на утримання як під час перебування в шлюбі, так і після розірвання шлюбу того з подружжя, який має статус особи з обмеженими можливостями; право на утримання того з подружжя, з ким проживає дитина з інвалідністю; обов'язок дочки, сина, брати участь у додаткових витратах на батьків, в тому числі, у разі наявності в них інвалідності тощо. Тобто, в такому випадку йдеться про те, що особа з інвалідністю може отримувати матеріальні виплати, що дають можливість їй забезпечити собі достойний рівень життя, в тому числі, і на охорону власного здоров'я.

Необхідно також звернути увагу на положення ст. 57 Конституції України, відповідно до якої кожному гарантується право на оскарження до Фонду соціального захисту інвалідів та в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Кожен має право звертатися за захистом своїх прав до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [122, ст.55]. Зокрема, громадянин має право в судовому порядку оскаржувати рішення органів медико-соціальної експертизи про визнання чи невизнання його особою з інвалідністю. Рішення медико-соціальної експертизи встановлює факт інвалідності, а, відповідно, і рівень соціального захисту особи з інвалідністю та інші преференції, які вона використовує з метою забезпечення реалізації свого права на охорону здоров'я.

Таким чином, право особи з інвалідністю на охорону здоров'я пов'язане зі значною кількістю конституційних прав і свобод людини й громадянина в Україні та, в переважній більшості, забезпечує можливість належної їх реалізації. Зазначене дає змогу резюмувати, що право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є основним, невідчужуваним правом

особи; має базовий характер для забезпечення життєдіяльності особи з інвалідністю; забезпечує створення їй максимально можливих умов для активної участі в суспільному житті; вказує на заходи здійснення соціального захисту.

2.2. Поняття та особливості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Здоров'я населення і медико-демографічні процеси (народжуваність, фізичний розвиток, захворюваність, інвалідність, середня тривалість життя, смертність) залежать від соціального й економічного рівня розвитку суспільства, від політики держави, що проводиться у галузі охорони здоров'я та від рівня розвитку системи охорони здоров'я. Ця одна з найважливіших сфер державного і громадського життя та є пріоритетною функцією й обов'язком держави. За стан охорони здоров'я держава несе відповідальність перед своїм народом і міжнародним співтовариством [137, с.123-124].

Сьогодні в Україні, як зазначають вчені, вже постала проблема збереження здоров'я, а не лише його поліпшення. На жаль, у нашій державі за останні роки стан здоров'я населення значно погіршився. Це пояснюється несприятливими соціально-економічними та демографічними чинниками, екологічною кризою, яка загострилась наслідками Чорнобильської катастрофи, психологічними факторами, які пов'язані з соціальним стресом, а також через стан охорони здоров'я, який оцінюється експертами ВООЗ як критичний. Поряд з погіршенням загальної епідемічної ситуації підвищується інфекційна захворюваність, спостерігаються спалахи небезпечних інфекційних захворювань, небезпечних у мирний час, поширюється алкоголізм, наркоманія і токсикоманія [137, с.130-131]. Також слід відзначити, що динаміка чисельності осіб з інвалідністю постійно збільшується, що призводить до збільшення інвалідизації населення. В даній ситуації головна роль відведена саме державі та, відповідно, державній політиці держави щодо забезпечення гідних умов життя і здоров'я кожної особи.

Охорона здоров'я є ключовою в житті кожної людини, особливо особи з інвалідністю. Проте, нині в Україні робота системи охорони здоров'я є вкрай незадовільною. Якісні медичні послуги, йдеться про безкоштовні медичні послуги, в Україні є малодоступними не лише для людей з інвалідністю, а й загалом для всіх категорій осіб. Система охорони здоров'я, в основному, спрямована на лікування пацієнтів, а не на профілактику захворювань та їх раннє виявлення, що призводить, у тому числі, до зростання первинної інвалідизації.

В основі незабезпеченості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я лежить проблема відсутності у законодавця розуміння змісту права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, у зв'язку з цим, воно зводиться лише до забезпечення, до того ж, на неналежному рівні медикаментами, технічними й іншими засобами, послугами з медичної реабілітації. Втім, зміст права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є ширшим, та, окрім зазначеного, також включає: медичне обслуговування та медичну допомогу, в тому числі, і на дому, а також можливість перебування в закладах соціального захисту населення; забезпечення протезно-ортопедичними виробами; забезпечення висококваліфікованими спеціалістами, які надають різного роду медичні, реабілітаційні та інші послуги особам з інвалідністю тощо.

Зараз в Україні чисельність людей з інвалідністю в загальній структурі населення становить понад 6 %.

Станом на 1 січня 2020 року налічувалося 2 903,3 тисячі людей з інвалідністю, у тому числі: 1 групи – 340,6 тисяч осіб; 2 групи – 950,5 тисяч осіб; 3 групи – 1 456,2 тисяч осіб; дітей з інвалідністю – 156,1 тисяча осіб.

Наявні статистичні дані яскраво свідчать про необхідність на державному рівні гарантування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю та вживання всіх необхідних заходів для гарантування з боку держави даного права, адже, сфера охорони здоров'я для людей з інвалідністю є особливо актуальною в силу проблем, пов'язаних зі станом їх здоров'я. Змушені констатувати, що у супереч цьому, робота національної системи охорони здоров'я є вкрай незадовільною.

Така ситуація зумовлена низкою чинників, серед яких можемо виділити наступні: – відсутність достовірної статистики щодо людей з інвалідністю (у тому числі у розрізі груп та захворювань), а відтак, і достовірних показників для визначення з пріоритетами у цій сфері; – фізична недоступність закладів охорони здоров'я; – відсутність належного фінансування сфери охорони здоров'я; – неякісне заповнення індивідуальних програм реабілітації; – відсутність розуміння в людей значення вирішення проблем зі здоров'ям на початковому етапі їх виникнення (недбале ставлення до здоров'я), а також вживання профілактичних заходів щодо стану свого здоров'я; – несвоєчасність прийняття уповноваженими органами рішень з питань забезпечення людей безоплатними ліками тощо.

Також зазначимо, що у заключних зауваженнях Комітету ООН з прав людей з інвалідністю стосовно первинного звіту України Комітету ООН з прав людей з інвалідністю, констатовано занепокоєння повідомленнями про те, що особи з інвалідністю стикаються з труднощами доступу до медичної допомоги, зокрема, в доступі до лікарських засобів та послуг з реабілітації, і що особи з інвалідністю в сільській місцевості мають обмежений доступ до медичних установ. Крім того, Комітет ООН занепокоєний тим, що жінки та дівчата з інвалідністю мають обмежений доступ до інформації про статеве та репродуктивне здоров'я і планування сім'ї, що порушує принцип рівності за статевою ознакою.

Саме тому, в контексті зазначених проблем актуальним є забезпечення державою права на охорону здоров'я населення, а особливо, осіб з інвалідністю. Одна справа, коли держава забезпечує реалізацію права на охорону здоров'я фізично здорової особи, а вже зовсім інша, коли суб'єктом такого права є особа з інвалідністю. В такому випадку потрібно вести мову вже не просто про гарантування права на охорону здоров'я з боку держави, а про важливість підтримки осіб з інвалідністю, сприяння, гарантування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю всіма можливими способами, в тому числі, і шляхом залучення міжнародного співтовариства.

На засіданні Генеральної Асамблеї ООН визначено, що особи з інвалідністю мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності [138]. У цьому контексті, здоров'я визначається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань чи хвороб» [139].

Відзначимо, що поняття «право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю» дотепер відсутнє в нормативно-правових актах, а на конституційному рівні закріплено обов'язок держави гарантувати право на охорону здоров'я всіх без виключення осіб, як громадян України, так і інших осіб, які проживають на її території на законних підставах.

Першопочатково визначення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю знайшло своє місце в міжнародних правових актах. Втім, на міжнародному рівні закріплено засади заборони дискримінації, в тому числі, і за ознакою інвалідності. Саме тому, вважаємо, що право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має такий зміст, що і право на охорону здоров'я для осіб, які не мають інвалідності, враховуючи деякі особливості визначені інвалідністю. Зокрема, ст. 25 Загальної декларації прав людини визначає, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я; в ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права визначено право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я; в ст. 11 Європейської соціальної хартії визначено право на охорону здоров'я, а також передбачено обов'язок держави вживати профілактичні, організаційні, санітарно-епідеміологічні, запобіжні та інші заходи щодо забезпечення права на охорону здоров'я; в ст. 24 Конвенції про права дитини визначено право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я [140, ст.24], а в ст. 11 Конвенції про ліквідацію всіх форм

расової дискримінації визначено рівність прав жінок і чоловіків на охорону здоров'я, в тому числі і жінок-інвалідів.

Окрім того, в ст. 25 Конвенції про права осіб з інвалідністю визначено, що особи з інвалідністю мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності, втім не визначено поняття даного права та його зміст. Також в даній нормі закріплено гарантії права осіб з інвалідністю на доступ до послуг у сфері охорони здоров'я, у тому числі, до сексуального та репродуктивного, а також до реабілітації за станом здоров'я. При цьому, ці послуги мають бути належної якості та розташовуватися якомога ближче до місць безпосереднього проживання осіб з інвалідністю (особливо це стосується сільських районів). Дуже важливо підкреслити положення Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка встановлює, що інвалідність – це не обов'язково медичний стан і підкреслює не стільки роль екологічних та психологічних бар'єрів, стільки зменшення бар'єрів (якщо вони взагалі існують), які перешкоджають повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Право на здоров'я, гарантоване такою нормою, повинно також розглядатися у контексті ч. 2 ст. 4 Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка вимагає від держав поступової реалізації економічних та соціальних прав. Поступове здійснення означає, що «держави-учасниці мають здійснити конкретне тривале зобов'язання настільки швидко й ефективно, наскільки це можливо» [141] відносно повної реалізації права на здоров'я. Комітет з прав інвалідів визнає, що жодна держава не в змозі відразу реалізувати право на здоров'я. Зобов'язання держав щодо поступової реалізації права на здоров'я вимагає від них продовження дій по забезпеченню права, визнаючи, що цей процес досяжний лише протягом довгого часу.

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» серед інших дефініцій, законодавцем надано визначення поняття «охорона здоров'я». Разом з тим, з такого визначення можна зробити висновок, що під правом на охорону здоров'я законодавець розуміє збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини

при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [142, ст.1].

Таким чином, в вищезазначених нормативно-правових актах не міститься визначення права на охорону здоров'я, а лише задекларовано таке право як одне з невід'ємних прав, яким володіє особа незалежно від фізичного стану, рівня соціального забезпечення та інших ознак. Також вважаємо, що застосування словосполучення «найбільш досяжний рівень здоров'я» є оціночним та невизначеним поняттям, яке не може характеризувати стан здоров'я особи та, відповідно, бути критерієм для визначення необхідного обсягу забезпечення даного виду права, адже, в теорії адміністративного права неоднозначно підходять до практики застосування оціночних понять в праві, що не може конкретизувати стан явища.

В науці адміністративного права, на жаль, практично неможливо зустріти дослідження, що стосуються змісту права на охорону здоров'я особи з інвалідністю.

В. В. Воробйов під правом на охорону здоров'я розуміє, передусім, забезпечення відповідного життєвого рівня. Крім того, це право передбачає також наявність безпечного для життя і здоров'я людини навколишнього природного середовища [143, с.65]. Втім, виникає питання, а який рівень на думку автора є «відповідним»? Знову ж таки, для однієї особи є відповідним один рівень життя, а для іншої – абсолютно інший. Саме тому, вважаємо, що критерій відповідності повинен бути обґрунтований з медичної точки зору.

О. Г. Кушніренко право на охорону здоров'я пропонує розуміти як сукупність соціальних, організаційних, економічних, науково-медичних, санітарно-епідеміологічних і профілактичних заходів, які зобов'язана проводити держава в інтересах своїх громадян [144, с.95].

І. Я. Сенюта визначає, що право на охорону здоров'я включає в себе широкий спектр соціально-економічних чинників, що створюють умови, в яких люди можуть вести здоровий спосіб життя, а саме: адекватне забезпечення продуктами харчування; забезпечення житловими умовами; доступ до безпечної питної води та створення санітарно-гігієнічних умов; безпечні і здорові умови праці; здорові

умови проживання і навколишнього природного середовища; доступ до медичної освіти та інформації, в тому числі з питань сексуального і репродуктивного здоров'я [145, с.10].

С. Г. Стеценко та А. М. Пищита під правом на охорону здоров'я пропонують розуміти конституційно закріплене право кожної людини на створення з боку держави таких умов, при яких максимально можлива реалізація соціальних і екологічних прав, юридичних гарантій у сфері охорони здоров'я, отримання безкоштовної медико-соціальної допомоги в державних і муніципальних установах охорони здоров'я, а так само інших факторів, що сприяють охороні і зміцненню здоров'я людини [146, с.7].

Право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю має державно-владний характер, який полягає в тому, що право виражає державну волю суспільства в цій сфері, обумовлену економічними, духовними, національними, релігійними, природними та іншими умовами життя суспільства. Через волю держави акумулюються економічні, політичні, соціальні, культурні та інші інтереси різних класів, верств і груп населення. Така державна воля суспільства, втілена в правових нормах, і є правом. Державна воля стосовно прав і свобод людини закріплюється насамперед у Конституції держави [147, с. 3; 114, с.36].

Таким чином, право на охорону здоров'я є невід'ємним конституційним правом особи, яке складається з різних елементів, наявність яких забезпечує особі безпечні умови життя. Водночас, коли мова йде про право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, то, на нашу думку, варто говорити не лише про безпечні умови життя, але і про обов'язок держави гарантувати особі належне медичне обслуговування та захист.

Здійснивши аналіз сучасного стану забезпечення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я та за результатами проведеного нами анкетування, можемо відзначити, що ключовими проблемами охорони права на здоров'я осіб з інвалідністю є:

1) відсутня достовірна статистика щодо осіб з інвалідністю, а відтак, і достовірні показники для визначення з пріоритетами у сфері охорони здоров'я щодо цієї категорії осіб. Так, за даними Міністерства

соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України та Пенсійного фонду України спостерігається негативна динаміка збільшення чисельності осіб з інвалідністю: 2015 р. - 2568500 осіб; 2016 р. - 2614100; 2017 р. - 2603300; 2018 р. - 2635600 осіб відповідно [148, с.63]. Втім, за даними з урахуванням інвалідності мирного населення та постраждалих воїнів АТО, нині чисельність осіб з інвалідністю сягає показника в майже 2 950 000 осіб. Саме тому, відзначимо, що невідповідність статистичних даних реальним показникам унеможливорює здійснення реального моніторингу ефективності реалізації державних програм в досліджуваній сфері та визначенні можливих шляхів вирішення актуальних проблем.

Одним з дієвих кроків, на нашу думку, в напрямку вирішення проблеми невідповідності статистичних даних було запровадження в Україні централізованого банку даних з проблем інвалідності.

Основними завданнями банку даних є: 1) створення єдиної комплексної інформаційно-аналітичної системи обліку осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших осіб; 2) проведення аналізу та ведення обліку даних про: реабілітаційні заходи, а також визначення потреби в таких заходах; засоби та послуги реабілітації, які надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам, а також визначення потреби в таких засобах і послугах; доступність та оснащення закладів охорони здоров'я для надання послуг особам з інвалідністю та іншим маломобільним категоріям населення; виплату грошової компенсації під час виконання індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю; 3) ведення реєстру: реабілітаційних установ, які належать до сфери управління Мінсоцполітики, МОН, Мінмолодьспорту, МОЗ та інших центральних органів виконавчої влади; недержавних установ та суб'єктів господарювання, що розробляють, виготовляють, реалізують, ремонтують технічні та інші засоби реабілітації, вироби медичного призначення та надають послуги особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам; будинків-інтернатів, санаторіїв, закладів загальної середньої освіти, закладів вищої освіти, підприємств, установ, організацій і закладів незалежно від форм власності та господарювання,

фізичних осіб - підприємців, які відповідають критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги, а також фізичних осіб, які надають соціальні послуги відповідно до Закону України “Про соціальні послуги” (далі - суб'єкти, що надають соціальні послуги), установ та організацій громадських об'єднань осіб з інвалідністю, підприємств, які забезпечують працевлаштування осіб з інвалідністю, установ, закладів системи реабілітації відповідно до статті 12 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» тощо [149];

2) заклади охорони здоров'я не оснащені необхідним обладнанням для обслуговування осіб з інвалідністю, які користуються колісними кріслами. Для прикладу, гострою та актуальною залишається проблема із забезпеченням жіночих консультацій кріслами для пацієнток-візочниць. І лише величезними зусиллями громадських інституцій вона повільно починає вирішуватися;

3) медичні працівники переважно не обізнані щодо специфіки обслуговування людей з інвалідністю різних нозологій. Дотепер відсутні професійні психологічні та медичні консультації осіб з інвалідністю, у тому числі з урахуванням форм інвалідності;

4) відсутнє належне фінансування сфери охорони здоров'я, що призводить до зупинки чи блокування багатьох програм по підтримці осіб з інвалідністю і по зменшенню інвалідизації в Україні, а також освоєння профінансованих коштів через злочинну службову недбалість деяких працівників державних структур;

5) наявність проблем, які пов'язані з упровадженням Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 р. № 753. Ані органи оцінки відповідності, ані МОЗ, ані Держлікслужба не мають однозначної позиції стосовно того, які технічні та інші засоби реабілітації, перелік яких затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321, відносяться до медичних виробів;

6) неякісно заповнюються індивідуальні програми реабілітації;

7) відсутній чіткий механізм застосування психотропних ліків;

8) все ще залишається невирішеним питання переходу в Україні на страхову медицину.

Зважаючи на те, що питання права осіб на охорону здоров'я є найбільш актуальним для будь-якої особи, особливо з інвалідністю, а також, враховуючи збільшення у зв'язку з подіями на Сході України чисельності осіб, які потребують своєчасної та якісної медичної допомоги, пропонуємо здійснити наступні дієві кроки:

- забезпечити доступність закладів охорони здоров'я для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення;

- видавати ліцензії та акредитовувати лише ті заклади охорони здоров'я, які фізично доступні для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення;

- забезпечити доступність, у тому числі фінансову, для осіб з інвалідністю послуг у сфері охорони здоров'я;

- запровадити систематичний моніторинг закладів охорони здоров'я, у яких перебувають особи з інвалідністю, щодо дотримання прав та інтересів цих людей;

- привести у відповідність із Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю;

- здійснити заходи щодо забезпечення обізнаності осіб з інвалідністю та навчання і підвищення кваліфікації працівників закладів охорони здоров'я з питань сімейних відносин та репродуктивного здоров'я осіб з інвалідністю. Так, державі доведеться розвивати інфраструктуру медичного обслуговування, проводити тренінги для медичних працівників або здійснювати в медицині правові реформи, щоб розпочати реалізацію права на здоров'я [150, 9.4];

- запровадити проведення кампаній з пропаганди вирішення проблем зі здоров'ям на початковому етапі їх виникнення;

- запровадити проведення кампаній з пропаганди психічного здоров'я, консультування з питань психічного здоров'я в системі первинної медичної допомоги в навчальних закладах та в громаді;

- вжити заходи щодо 100-відсоткового забезпечення стомованих хворих відповідними технічними засобами та заходами з реабілітації;
- посилити епіднагляд за гострими в'ялими паралічами; посилити вірусологічний моніторинг стічних вод; посилити контроль за станом джерел водопостачання та рекреаційних зон; посилити вимоги щодо дотримання правил особистої гігієни населення.

Підбиваючи підсумки, пропонуємо під **правом на охорону здоров'я осіб з інвалідністю** розуміти одне з найважливіших невідчужуваних соціальних прав особи, яке гарантоване Конституцією України та охороняється державою і виражається у можливості особи з інвалідністю вільно володіти життєво важливими матеріальними та духовними благами. Окрім загального змісту права на охорону здоров'я, право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю також включає право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку тощо.

На підставі вищевикладеного вважаємо, що **право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я має наступні особливості:**

- 1) є невідчужуваним конституційним правом;
- 2) гарантоване нормами міжнародного права та національного законодавства;
- 3) має збірну структуру, що полягає в одночасній реалізації одразу декількох видів конституційних прав;
- 4) окрім загального змісту права на охорону здоров'я людини і громадянина, включає також право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку;
- 5) забезпечується органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і

громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [142, ст.1];

б) дає змогу вдосталь реалізувати наявні й потенційні можливості щодо користування особою з інвалідністю іншими основними правами, свободами людини і громадянина, виконувати відповідні обов'язки та гарантується визнанням здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей.

Розкриємо зміст особливостей права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Однією з найголовніших основ забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є недискримінація зазначеної категорії осіб, що передбачає обов'язок держави гарантувати, що економічні, соціальні та культурні права здійснюються без будь-якого утиску за ознаками раси, кольору шкіри, мови, віросповідання тощо. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав дає роз'яснення, що недискримінація є безпосереднім обов'язком всіх держав, незалежно від ресурсів, адже «багато заходів, наприклад, більшість стратегій та програм, спрямованих на ліквідацію дискримінації у сфері охорони здоров'я, можуть здійснюватися з мінімальними затратами ресурсів лише шляхом прийняття, зміни або скасування законодавства або інформації, що розповсюджується» [151].

Відповідно до ст. 2 Конвенції про права осіб з інвалідністю дискримінація за ознакою інвалідності означає будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження з причини інвалідності, метою або результатом якого є применшення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, цивільній чи будь-якій іншій сфері. Вона включає всі форми дискримінації, у тому числі відмову в розумному пристосуванні. Де розумне пристосування означає внесення необхідних і підхожих модифікацій і коректив, що не становлять непропорційного чи невинновданого тягара, для цілей забезпечення реалізації або здійснення особами з інвалідністю нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод [130, ст.2].

Наступною особливістю права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є вільний доступ до медичного обслуговування. Особи з інвалідністю є тією категорією осіб, які постійно потребують підвищеного медичного забезпечення, уваги з боку медичного персоналу та надання безоплатних медичних послуг, включаючи оздоровчу реабілітацію [152].

Слід відзначити, що особи з інвалідністю у повсякденному житті стикаються з цілою низкою перешкод стосовно доступу до медичних послуг, таких як вартість, доступність, стигматизація і дискримінація, та відсутність або недостатність ресурсів і послуг [153]. Без рівного доступу до медичної допомоги «люди з інвалідністю піддаються серйозному ризику відстрочених діагнозів, вторинних супутніх захворювань, тривалих зловживань, виснаження соціального капіталу та ізоляції» [154].

В ст. 9 Конвенції про права осіб з інвалідністю доступність визначається як можливість доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема, інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, як у міських, так і в сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення й усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають доступності, повинні поширюватися, зокрема: а) на будинки, дороги, транспорт й інші внутрішні та зовнішні об'єкти, зокрема, школи, житлові будинки, медичні установи та робочі місця; б) на інформаційні, комунікаційні та інші служби, зокрема електронні служби та екстрені служби [130, ст.9].

Дієві кроки в напрямку адаптації положень ст. 9 Конвенції про права осіб з інвалідністю про фізичну доступність були визначені в Державній цільовій програмі «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 01 серпня 2012 р. № 706, якою передбачено, що, в зв'язку з необхідністю розроблення типових архітектурних рішень з переобладнання будинків та квартир для проживання інвалідів з ураженням органів зору, слуху, опорно-рухового апарату, розумовою відсталістю, психічними розладами та інших

маломобільних груп населення, Мінрегіоном України розпочато розроблення: - Альбому технічних рішень щодо архітектурного планування закладів тимчасового та постійного перебування для інвалідів з розумовою відсталістю; - Альбому технічних архітектурних рішень щодо переобладнання житлових будинків з квартирами для проживання інвалідів [155].

Також слід відзначити, що забезпечення принципу доступності права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю передбачає наявність фізичної доступності не лише до адміністративних будівель та інформаційно-телекомунікаційних служб, але і до забезпечення фізичного доступу до медичної допомоги для осіб з обмеженими можливостями. Фізичні бар'єри щодо доступу до охорони здоров'я включають як екологічні, так і інфраструктурні перешкоди, а також географічні, такі як доступ до сільських центрів здоров'я. Особливо гостро стоїть проблема гарантування фізичної доступності отримання медичної допомоги в сільській місцевості, де відсутнє як фактичне забезпечення лікарськими засобами, так і наявність кваліфікованого медичного персоналу, а, у разі необхідності отримання медичної допомоги особі з інвалідністю, є вкрай проблематично дістатися до центру надання медичної допомоги.

Комітет з економічних, соціальних і культурних прав описує в Загальному Коментарі № 14 права на здоров'я, в контексті фізичної доступності та визначає її аналогічно. Медичне обладнання, товари та послуги повинні знаходитися у фізичній досяжності для всіх груп населення, особливо вразливих або соціально відчужених груп, таких, як ... осіб з обмеженими можливостями ... Доступність також означає, що медичні послуги і основоположні передумови здоров'я, такі, як безпечна питна вода та адекватні санітарні послуги, знаходяться у фізичній досяжності, в тому числі в сільській місцевості. Доступність також передбачає адекватний доступ в будівлі для інвалідів [125151, п. 9.6]. Забезпечення людей об'єктами медичного обслуговування гарантує, що кожен громадянин в змозі фізично досягти медичної установи. Надання медичних послуг має вирішальне значення для осіб з обмеженими можливостями, які мають право на доступ до послуг

охорони здоров'я. Окрім доступу до медичних установ, фізичний доступ також поширюється на доступне медичне обладнання та послуги. Наприклад, жінки з порушеннями опорно-рухового апарату часто не в змозі отримати доступ до огляду молочної залози та консультації на тему раку шийки матки, тому що столи для огляду не регулюються по висоті, а устаткування для проведення мамографії передбачене лише для жінок, які можуть стояти [156].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, чисельність повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю, яким організовано стаціонар удома (без урахування АР Крим, м. Севастополя та тимчасово окупованих територій), за 2015 рік по Україні складає 131 642 особи, кількість відвідувань працівниками закладів охорони здоров'я – 2 194 000 (за оперативною інформацією з територіальних органів охорони здоров'я).

Водночас аналіз відповідних показників у розрізі областей показав таке.

Найбільше людей з інвалідністю проживає у Львівській (192 869 осіб), Дніпропетровській (177 585 осіб), Харківській (162 462 особи), Донецькій (157 398 осіб), Одеській (152 554 особи), Хмельницькій (123 290 осіб), Вінницькій (118 296 осіб), Київській (115 556 осіб), Запорізькій (110 982 особи), Житомирській (102 708 осіб) та Черкаській (102 051 осіб) областях і в м. Києві (152 701 осіб).

При цьому, найбільше стаціонарів удома для людей з інвалідністю організовано в таких десяти областях: Хмельницька (17,44 %), Івано-Франківська (16,74 %), Одеська (11,53 %), Закарпатська (9,33 %), Тернопільська (8,24 %), Миколаївська (5,02 %), Дніпропетровська (4,93 %), Чернігівська (4,90 %), Херсонська (4,47 %) та Полтавська (4,13 %) області.

Проте лише Хмельницька (17,44 %), Одеська (11,53%) та Дніпропетровська (4,93 %) області з числа областей, у яких проживає найбільша чисельність людей з інвалідністю, увійшли до десятки регіонів-лідерів з організації стаціонарів удома.

Середній показник організації стаціонарів удома за регіонами у розмірі 5,12 % не досягнуто 19 областями та м. Києвом. Найменше організовано стаціонарів удома для людей з інвалідністю у Рівненській (0,83 %), Київській (1,29 %) та Волинській (1,32 %) областях, які займають 17, 9 та 16 місця за чисельністю людей з інвалідністю по областям відповідно.

За кількістю відвідувань (з урахуванням чисельності людей з інвалідністю, яким організовано стаціонар удома) лідером є Херсонська (278 відвідувань на рік на одну людину з інвалідністю, що перебуває на стаціонарі вдома), Рівненська (117 відвідувань), Одеська (22 відвідування), Полтавська (17 відвідувань), Хмельницька (13 відвідувань), Сумська (13 відвідувань), Закарпатська (12 відвідувань), Донецька (11 відвідувань), Волинська (10 відвідувань), Чернігівська (10 відвідувань) та Житомирська (10 відвідувань) області. Найменше відвідувань людей з інвалідністю вдома (по чотири) організовано в Київській, Вінницькій та Луганській областях, які займають 9, 8 та 25 місця за чисельністю людей з інвалідністю за областями відповідно.

З огляду на зазначене, практично в усіх 10 областях з найбільшою кількістю проживаючих людей з інвалідністю, питома вага стаціонарів удома для відповідної категорії населення та чисельності відвідувань не перевищують середні показники по Україні. Окрім того, можемо поставити під сумнів достовірність окремих даних, оскільки, відповідно до них, наприклад, у Херсонській області 2 355 людей з інвалідністю відвідували практично щодня (278 відвідувань на рік на одну особу з інвалідністю), а в Рівненській області 607 людей з інвалідністю раз на три дні (117 відвідувань на рік на одну особу з інвалідністю, що перебуває на стаціонарі вдома).

Окрім фізичної доступності, забезпечення права осіб з інвалідністю включає також економічну доступність, що передбачає обов'язок держави забезпечувати інвалідам той самий набір, якість і рівень безоплатних або недороговартісних послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам. Проте, особи з інвалідністю мають нижчі показники зайнятості, що ще більше ускладнює для них можливість дозволити собі медичну страховку або, менш імовірно, медичне

покриття з боку роботодавця. Особам з інвалідністю, які мають медичну страховку, може бути відмовлено в лікуванні через їх вже існуючі медичні проблеми або дискримінаційну політику надання медичних послуг. Доступне медичне страхування є важливим заходом для подолання перешкод на шляху фінансування та доступності. Заходи можуть включати людей з обмеженими можливостями, які мають найбільшу потребу в послугах з охорони здоров'я, надання загальної фінансової підтримки, усунення дискримінаційних положень, та забезпечення стимулів для медичних працівників для поліпшення доступу [157; 150, 9.7].

Наступною особливістю права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є доступність інформації для особи з інвалідністю. Інформаційна обізнаність особи з інвалідністю дає можливість своєчасно та в достатній мірі реалізовувати своє право на охорону здоров'я.

Форма або зміст інформації може слугувати бар'єром для доступу до інформації для багатьох людей з інвалідністю [158]. Наприклад, надання інформації шрифтом Брайля та мовою жестів – це дві різні форми спілкування, що роблять інформацію доступною для осіб, які можуть стикатися з бар'єрами в спілкуванні. Аналогічно, використовуючи мову, що легко читається або використання фотографій і графічних зображень різних видів для зміни змісту інформації, щоб зробити його більш доступним. У контексті охорони здоров'я, доступ до інформації має вирішальне значення для пацієнтів у спілкуванні з медичними працівниками для отримання і розуміння відповідної медичної інформації. Доступ до інформації в контексті охорони здоров'я поширюється на доступні форми, інформаційні брошури та спілкування з медичними працівниками. Доступ до інформації також важливий для навігації по системі охорони здоров'я. Інформація, що надається через системи направлення, списки очікування або системи бронювання для призначень, повинна бути доступна всім, і установи повинні також бути оснащені належними вивісками всередині будівель [150, 9.7].

Наступною особливістю права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є надання якісних та своєчасних медичних послуг та надання

спеціалізованих послуг. Так, ст. 25 Конвенції про права осіб з інвалідністю визначено, що а) особам з інвалідністю забезпечують той самий набір, якість і рівень безплатних або недороговартісних послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема, у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню; б) надають послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні особам з інвалідністю безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема послуги з ранньої діагностики, а в схожих випадках – корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку; с) організують такі послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах; d) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали особам з інвалідністю послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема, на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності щодо прав людини, самоповаги, самостійності й потреб осіб з інвалідністю за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я; е) забороняють дискримінацію щодо осіб з інвалідністю під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах; f) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні продовольчих продуктів або рідин з причини інвалідності [130, ст.25].

Дослідження доводять, що особи з інвалідністю отримують неадекватні медичні послуги і, отже, відчувають погані результати в плані лікування. Особи з інвалідністю також більш уразливі до недоліків у сфері послуг охорони здоров'я, які підвищують ризик вторинних медичних станів, супутніх захворювань та захворювань, що пов'язані зі старінням. Наприклад, жінки з інвалідністю не достатньо проходять діагностику на профілактику раку молочної залози і раку шийки матки, ніж жінки, які не мають інвалідності, і люди з

розумовими розладами і діабетом, не отримують достатньої уваги стосовно перевірки їх ваги [159].

Особи з інвалідністю мають ті ж медичні потреби, як всі інші, оскільки вони старіють і вимагають перевірки, профілактичної та оздоровчо-орієнтованої допомоги, як це передбачено для інших осіб. Медичні працівники повинні розуміти, що «інвалідність не несе несумісності зі станом здоров'я, і не слід розглядати консультацію, як звернення у зв'язку з інвалідністю» [160].

Заходи з усунення перешкод на шляху до надання послуг включають в себе: проведення адресних заходів на додаток включених медичних послуг, у тому числі для людей з обмеженими можливостями в загальні медичні послуги, поліпшення доступу до медичних спеціалістів, і забезпечення соціально орієнтованих медичних послуг, координації послуг і використання інформаційних та комунікаційних технологій [161].

Наступною особливістю реалізації особами з інвалідністю права на охорону здоров'я є можливість комунікативного зв'язку з медичними працівниками, які надають медичні чи інші спеціальні послуги. Наразі мова йде про підвищення обізнаності щодо прав людини, гідності, самостійності і потреб інвалідів за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я. Подолання зазначеної проблеми можлива шляхом вирішити питання, що пов'язанні з бар'єрами людських ресурсів для надання якісної медичної допомоги людям з обмеженими можливостями за рахунок інтеграції освітніх матеріалів про інвалідність в програми додипломного навчання, забезпечуючи підвищення рівня кваліфікації працівників охорони здоров'я [150, п. 9.11]. Медична самоосвіта медичного персоналу щодо обізнаності в співпраці з особами з інвалідністю може здійснюватися шляхом проведення медичних тренінгів та поширення інформації, а також створення етичних стандартів з метою забезпечення того, щоб медичні працівники забезпечували аналогічну якість медичної допомоги особам з інвалідністю. Медична освіта з питань інвалідності повинна включати в себе коло питань, у тому числі клінічну інформацію, комунікаційні стратегії та введення в права

людини підходу до інвалідності. На нашу думку, наявність зазначених знань дасть можливість розуміння медичним працівником особи з інвалідністю та зробить швидким та своєчасним процес надання медичних послуг.

Наступною особливістю є реалізація права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю в рамках права на освіту та працю і зайнятість.

На думку І. Я. Сенюти освіта та право на працю і зайнятість є одними з соціальних детермінантів здоров'я, а відсутність освіти може обмежити здійснення права на здоров'я та інших економічних і соціальних прав. Як правило, більш низький рівень освіти, пов'язаний з поганими результатами здоров'я, у тому числі хворобами, недоїданням і більш високим рівнем малюкової смертності. Важливо враховувати доступ до освіти і якість освіти, як частину більш широкої картини здоров'я. В Україні діють програми розвитку системи інклюзивної освіти. Тим не менш, багато шкіл не сприяють створенню умов для осіб з інвалідністю, створюючи тим самим бар'єри для академічного та соціального розвитку [161].

Право на працю та зайнятість також є соціальними детермінантами здоров'я і повинні розглядатися в широкому сенсі здоров'я. Особи з інвалідністю мають низький рівень участі на ринку праці і, коли вони задіяні на ринку праці, вони часто працюють на низькооплачуваних роботах. Тому не дивно, що, в результаті, особи з інвалідністю непропорційно бідні і належать до маргінальних груп. Особи з інвалідністю стикаються з цілою низкою перешкод для працевлаштування, серед них найбільш суттєвими вважаються дискримінація та стигматизація, відсутність житла, відсутність доступного транспорту і відмова в освіті та/або професійній підготовці [162].

Наступною особливістю реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є абілітація та реабілітація. Абілітація – система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати

самообслуговування. Тоді як реабілітація осіб з інвалідністю – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [163, ст.1].

Реабілітаційні послуги – це послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство [163, ст.1].

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» видами реабілітації є: медична реабілітація; трудова реабілітація; психолого-педагогічна реабілітація; професійна реабілітація; соціальна реабілітація; фізична реабілітація; фізкультурно-спортивна реабілітація; психологічна реабілітація.

Отже, вважаємо, що особи з інвалідністю є особливими суб'єктами адміністративного права, які в силу наявності у них фізичних, психологічних вад, мають особливі потреби і держава, на жаль, не завжди здатна належно забезпечити особам з інвалідністю право на охорону здоров'я. Реалізація особами з інвалідністю зазначеного права практично унеможливлюється:

тотальною фізичною недоступністю закладів охорони здоров'я для людей з інвалідністю різних нозологій;

не оснащеністю закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням для обслуговування людей з інвалідністю;

необізнаністю медичних працівників щодо специфіки обслуговування людей з інвалідністю;

неналежним рівнем фінансування сфери охорони здоров'я та освоєння профінансованих коштів через злочинну службу недбалість багатьох керівників державних медичних структур;

відсутністю заходів із попередження інвалідності, у тому числі безвідповідальною руйнацією системи вакцинування дітей (прикладом є бездіяльність у вакцинації проти поліомієліту);

відсутністю достовірної нозологічної та іншої диференційованої статистики щодо людей з інвалідністю, що не дозволяє усвідомити реальну картину з рівнем незабезпеченості їх прав;

ігноруванням Міністерством охорони здоров'я можливості взаємодії з громадянським суспільством у напрямі формування та реалізації ефективних рішень щодо вирішення проблем людей з інвалідністю у відповідній сфері.

У цілому, через формальність напрацювання змістовного наповнення реформи у сфері охорони здоров'я, нею не передбачається жодних заходів із забезпечення права людей з інвалідністю на медичну допомогу.

З метою вирішення зазначених проблем та з метою забезпечення реалізації принципів права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, вважаємо за необхідне здійснити наступні кроки:

- забезпечити доступність закладів охорони здоров'я для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення;

- забезпечувати ліцензування та акредитацію лише тих закладів охорони здоров'я, які фізично доступні для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення;

- забезпечити доступність, у тому числі фінансову, для осіб з інвалідністю послуг у сфері охорони здоров'я;

- запровадити систематичний моніторинг закладів охорони здоров'я, у яких перебувають особи з інвалідністю, щодо дотримання прав та інтересів цих людей;

- привести у відповідність із Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю.

2.3. Гарантії реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Охорона здоров'я громадян є пріоритетним напрямом державної політики. Одним з важливих обов'язків держави є забезпечення особам з інвалідністю вільного та щоденного захисту їх права на охорону здоров'я та вжиття всіх необхідних заходів для гарантування реалізації зазначеного права. Гарантування державою права на охорону здоров'я особам з інвалідністю здійснюється шляхом вживання різновекторних груп заходів, зокрема, політичного, економічного, правового, соціального-культурного, наукового, медичного, психологічного характеру тощо, які реалізують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації.

З етимологічної точки зору слово «гарантія» в перекладі з французької мови «garantie» означає поруку; умова, що забезпечує що-небудь [164, с.29]. В словниковій літературі під гарантіями розуміють обов'язки держави захищати людину, створювати правові, соціальні і культурні умови для реалізації її прав і свобод, а також діяльність міжнародних і державних організацій щодо захисту прав людини [165, с.76; 168].

У правовій науці під гарантіями пропонують розуміти систему соціально-економічних, політичних, моральних, юридичних, організаційних передумов, умов, засобів і способів, що створюють рівні можливості особистості для здійснення своїх прав, свобод та інтересів [166, с.168]. Суб'єктами, які створюють такі передумови та використовують засоби і способи, є органи державної влади та органи місцевого самоврядування.

На думку С. С. Алексєєва, гарантіями є умови й особливі юридичні механізми, покликані забезпечити фактичну реалізацію закономірностей [167, с.135; 168], тобто приписів норм права, що визначають певні права особи та відповідно обов'язок держави гарантувати надане право.

В. Д. Шахов вважає, що гарантії – це різні правові інститути, принципи, різноманітні пільги, переваги, заохочення [169; 168]. На нашу думку, ототожнювати поняття гарантій, принципів, пільг, переваг

та заохочень не варто, адже, за своїм змістовним навантаженням, це різні поняття, хоча і взаємопов'язані.

Під юридичними гарантіями, А. В. Лошкарєв пропонує розуміти одну з умов реальності прав людини, а не фіктивності функціонування принципів правової держави; правові гарантії – це правові засоби, виражені в нормативно-правових актах, реалізація яких може забезпечити або забезпечує можливість реалізації інших нормативно-правових приписів [170].

Як вірно зазначив М. В. Баглай: «під гарантіями розуміються правові засоби, які забезпечують реалізацію того чи іншого права людини і громадянина. Кожне право тільки тоді може бути реалізовано, коли йому відповідає чийсь обов'язок його забезпечити. Гарантії, по суті, і є обов'язки, які відповідають встановленим державою правам і свободам» [171]. Суб'єктом, який гарантує реалізацію конституційного права, є саме держава в особі уповноважених компетентних органів. Так, в розділі II Конституції України визначені права і свободи людини і громадянина та, відповідно, обов'язок держави гарантувати реалізацію задекларованих прав і свобод, з метою безумовної гарантії здійснення прав.

Таким чином, *гарантії* – це сукупність інструментів, які використовує держава з метою реалізації конституційних принципів та забезпечення реалізації конституційних прав і свобод людини і громадянина.

Суб'єктом застосування гарантій виступає держава в собі уповноважених компетентних органів, які діють з метою захисту прав і свобод громадян. Головне значення в забезпеченні прав і свобод особи належить саме юридичним гарантіям, які закріплені в праві і забезпечують реалізацію норм права.

Юридичні гарантії включають всі правові засоби, за допомогою яких відбувається реалізація і охорона прав і свобод людини і громадянина, так як тільки вони передбачають юридичну відповідальність для уповноважених суб'єктів публічної адміністрації за невиконання чи порушення прав та законних інтересів громадян, а також сприяють підвищенню гарантій реалізації прав.

Проблема систематизації юридичних гарантій права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю активно вивчається і аналізується.

На нашу думку, **юридичні гарантії забезпечення реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю**, залежно від способу закріплення і суб'єкта, що генерує механізм реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, можуть бути поділені на:

- *гарантії, закріплені в Конституції України;*
- *гарантії, закріплені в законах та інших нормативно-правових актах;*
- *гарантії судового захисту;*
- *гарантії, забезпечені діяльністю Уповноваженого з прав людини;*
- *система охорони здоров'я як гарантія права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.*

Розкриємо зміст виокремлених гарантій реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

До першої групи гарантій реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю ми віднесли *конституційні гарантії*, що являють собою головний вид юридичних гарантій соціальної держави, оскільки від їх дотримання багато в чому залежить надання інших видів юридичних гарантій. Конституційні гарантії характеризуються найбільш загальним, принциповим характером, в силу чого вони конкретизуються в нормах національного галузевого законодавства.

Так, у ст. 3 Конституції України визначено, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [122, ст.3].

У ст. 46 Конституції України визначено, що громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств,

установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними. Пенсії, інші види соціальних виплат та допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму, встановленого законом [122, ст.46]. Більшу конкретизацію юридичні гарантії отримали в Законі України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування». Важливість такого виду права полягає в тому, що для особи з інвалідністю гарантований соціальний захист є, в більшості випадків, чи не найголовнішим джерелом для існування, а рівень соціального захисту забезпечує реалізацію права на охорону здоров'я особам з інвалідністю, наприклад, через можливість отримання безкоштовних ліків, отримання соціальної допомоги, безкоштовної медичної допомоги, і не лише первинної, тощо.

Знову ж таки зазначимо, що ст. 49 Конституції України визначено гарантії права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Видами гарантій, які реалізує держава для забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю відповідно до даної норми є: 1) здійснення державного фінансування соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм; 2) створення умов для ефективного і доступного медичного обслуговування; 3) надання у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги, а також у окремих випадках, у приватних закладах охорони здоров'я; 4) існуюча мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я закладів не може бути скорочена. Втім, зазначена гарантія, на жаль, не відповідає задекларованому положенню, адже, нині, в ході здійснення медичної реформи, спостерігається скорочення закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу, в тому числі і особам з інвалідністю; 5) держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності; 6) держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Наступним видом гарантій забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *гарантії, які закріплені в законах та*

підзаконних нормативно-правових актах, які забезпечують реалізацію зазначеного права.

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено загальні засади забезпечення права на охорону здоров'я, в тому числі, і особам з інвалідністю. Так, ст.7 зазначеного акту встановлені наступні види гарантій, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я особами з інвалідністю: 1) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я; 2) організація і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; 3) фінансування надання всім громадянам та іншим, визначеним законом особам, гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом; 4) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я; 5) організація державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації; 6) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [172, ст.7]; 7) забезпечення належних умов діяльності на території України та сприяння розширенню і поглибленню участі України у заходах, що проводяться Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та іншими міжнародними організаціями [172, ст.79].

Базовим нормативно-правовим актом в сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю є Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», в ст. 6 якого визначено, що громадянин має право в судовому порядку оскаржувати рішення органів медико-соціальної експертизи про визнання чи невизнання його особою з інвалідністю [136, ст.6], а також звертатися до суду як самостійно, так і через представника з метою оскарження рішення, дії чи бездіяльності суб'єкта владних повноважень, що спричинили порушення права на охорону здоров'я особи з інвалідністю.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок

коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [173].

Зокрема, згаданим актом передбачено наступні види гарантій, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

1) затвердження програм державних гарантій медичного обслуговування осіб з інвалідністю, яка визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [173, ст.1];

2) запровадження електронної системи охорони здоров'я, тобто створення та введення в дію інформаційно-телекомунікаційної системи, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією;

3) встановлення єдиних тарифів оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів.

Законом України «Про психіатричну допомогу» визначено наступні гарантії, які забезпечують право на охорону здоров'я: 1) грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, - на догляд за нею. Розмір зазначеної допомоги розраховується як різниця між трьома прожитковими мінімумами на кожного члена сім'ї та середньомісячним сукупним доходом сім'ї за попередні шість місяців, але не може бути більше, ніж прожитковий мінімум на одну особу в розрахунку на місяць; 2) надання соціальних послуг інвалідам та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади, у тому числі з догляду, в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України; 3) встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів, які

страждають на психічні розлади, в установленому законом порядку та нагляда за дотриманням цих квот [174, ст.5].

Законом України «Про соціальні послуги» (був введений в дію 01 січня 2020 р.) визначено поняття соціальних послуг та суб'єкти, які їх отримують, зокрема, визначено, що соціальні послуги можуть отримувати соціально незахищені категорії осіб. Одним з критеріїв, які дають можливість віднести особу до соціально незахищеної категорії осіб, є ознака інвалідності. Саме тому, можемо говорити про те, що особи з інвалідністю є суб'єктами-отримувачами соціальних послуг. Також згаданим нормативно-правовим актом встановлені державні гарантії у сфері надання соціальних послуг та демонополізації на ринку соціальних послуг, а саме: 1) отримання соціальних послуг відповідно до умов та порядку їх надання, визначених законодавством про соціальні послуги та договором про надання соціальних послуг; 2) дотримання конституційних принципів та прав осіб з інвалідністю з боку суб'єктів системи надання соціальних послуг; 3) отримання від суб'єктів системи надання соціальних послуг повної та вичерпної інформації про свої права, обов'язки, порядок і умови надання соціальних послуг у формі, доступній для сприйняття особами з будь-яким видом порушення здоров'я; 4) індивідуальний підхід, що враховує потреби кожної особи; 5) вільний вибір надавачів соціальних послуг; 6) відмову від соціальних послуг, крім випадків обов'язкового надання соціальних послуг, визначених законом; 7) конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відома суб'єктам системи надання соціальних послуг під час реалізації положень Закону України «Про соціальні послуги»; 8) доступ до інформації, що міститься в його особовій справі як отримувача соціальних послуг; 9) повагу до приватного життя, на свободу думки та висловлювань; 10) захист своїх прав і законних інтересів, у тому числі в судовому порядку та інші [175, ст.12].

Особливий перелік державних гарантій щодо реабілітації осіб з інвалідністю визначено в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», зокрема щодо:

- надання визначеного переліку послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах [163, ст. 16];

- розробки, виробництва технічних та інших засобів реабілітації та закупівлю спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення та забезпечення ними осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю для соціальної адаптації, полегшення умов праці і побуту, спілкування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, поширює інформацію про таку продукцію [163, ст.26]. Технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю є: протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття; спеціальні засоби для самообслуговування та догляду; засоби для пересування; допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому; меблі та оснащення; спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією; спеціальні засоби для освіти (включаючи літературу для сліпих) і зайняття трудовою діяльністю; спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар [163, ст.26]. Виробами медичного призначення є прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імплантанти, приладдя, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань [163, ст.26];

- безоплатного отримання професійної освіти і пов'язане з цим обслуговування, відповідно до індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які потребують спеціальних умов для одержання професійної освіти, за своїм бажанням можуть навчатися у спеціальних навчальних закладах чи в навчальних закладах загального типу, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами, та у разі необхідності – за навчальними програмами, адаптованими для навчання осіб, які потребують корекції

фізичного та/або розумового розвитку. У разі неможливості здійснювати професійну освіту осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю у загальних і спеціальних навчальних закладах їх навчання організовується (за їх згодою або за згодою їх законних представників) вдома за індивідуальними навчальними планами, якщо ця форма допускається змістом професійного навчання за визначеною спеціальністю [163, ст.38].

Особливо широке коло державних гарантій щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю визначено в Законі України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», а саме:

1) допомога по тимчасовій непрацездатності надається застрахованій особі у формі матеріального забезпечення, яке повністю або частково компенсує втрату заробітної плати (доходу), у разі догляду за дитиною віком до трьох років або дитиною з інвалідністю віком до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною. Матеріальне забезпечення виплачується у разі, якщо звернення за його призначенням надійшло не пізніше дванадцяти календарних місяців з дня встановлення інвалідності [176, ст.32];

2) заподіяння шкоди зародку внаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання жінки під час її вагітності, у зв'язку з чим дитина народилася з інвалідністю, прирівнюється до нещасного випадку, який трапився із застрахованим. Така дитина відповідно до медичного висновку вважається застрахованою і до 18 років або до закінчення навчання, але не більш, як до досягнення нею 23 років, їй надається допомога Фонду [176, ст.35];

3) огляд потерпілого, складання та корегування індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, в якій визначаються види реабілітаційних заходів та строки їх виконання, проводиться МСЕК за умови подання акту про нещасний випадок на виробництві, акту розслідування професійного захворювання за встановленими формами, висновку спеціалізованого медичного закладу (науково-дослідного інституту профпатології чи його відділення) про професійний характер захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу або

роботодавця чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду, суду чи прокуратури [176, ст.38];

4) Фонд фінансує витрати на медичну та соціальну допомогу, у тому числі на додаткове харчування, придбання ліків, спеціальний медичний, постійний сторонній догляд, побутове обслуговування, протезування, медичну реабілітацію, санаторно-курортне лікування, придбання спеціальних засобів пересування тощо, якщо потребу в них визначено висновками МСЕК та індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю (у разі її складення) [176, ст.42];

5) потерпілому, який став особою з інвалідністю, періодично, але не рідше одного разу на три роки, а особам з інвалідністю I групи щорічно безоплатно за медичним висновком надається путівка для санаторно-курортного лікування; у разі самостійного придбання путівки її вартість компенсує Фонд у розмірі, встановленому правлінням Фонду. Потерпілому, який став особою з інвалідністю, компенсуються також витрати на проїзд до місця лікування і назад. Особі, яка супроводжує потерпілого до місця лікування і назад (крім санаторно-курортного лікування), Фонд компенсує за наявності підтверджуючих документів (оригіналів) витрати на проїзд і житло за розмірами згідно із законодавством про службові відрядження. Особу, яка супроводжує на санаторно-курортне лікування особу з інвалідністю, якій за висновком МСЕК або індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю визначено потребу в супроводі, Фонд забезпечує путівкою без лікування (лише проживання та харчування) або компенсує такі витрати у разі самостійного придбання путівки. Потерпілому, який став особою з інвалідністю та використав щорічну відпустку до одержання путівки у санаторно-курортний заклад, роботодавець надає додаткову відпустку для лікування (включаючи час проїзду) із збереженням на цей час середньомісячного заробітку, який він мав до ушкодження здоров'я, або заробітку, що склався перед відпусткою (за вибором потерпілого) [176, ст.42];

6) неповнолітній особі, яка народилася з інвалідністю внаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання матері під

час її вагітності, або особам, які стали особами з інвалідністю під час зазначених у пункті 2 частини першої статті 36 цього Закону відповідних занять або робіт, Фонд провадить щомісячні страхові виплати як особам з інвалідністю з дитинства, а після досягнення ними 18 років – у розмірі середньомісячного заробітку, що склався на території області (міста) проживання цих осіб, але не менше середньомісячного заробітку в країні на день виплати [176, ст.42].

Наступним видом гарантій права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *гарантування права судового захисту* у разі порушення свого права на охорону здоров'я рішеннями, діями чи бездіяльністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Особи з інвалідністю мають оскаржити рішення, дії чи бездіяльність суб'єктів публічної адміністрації чи їх посадових осіб до суду.

Ст.13 Конвенції про права осіб з інвалідністю визначено обов'язок держави забезпечувати особам з інвалідністю, нарівні з іншими, ефективний доступ до правосуддя, зокрема, передбачаючи процесуальні та відповідні вікові корективи, які полегшують виконання ними своєї ефективної ролі прямих і опосередкованих учасників, у тому числі свідків, на всіх стадіях юридичного процесу, зокрема на стадії розслідування та інших стадіях попереднього провадження. Щоб сприяти забезпеченню особам з інвалідністю ефективного доступу до правосуддя, держави-учасниці сприяють належному навчанню осіб, які працюють у сфері здійснення правосуддя, зокрема в поліції та пенітенціарній системі [130, ст.13].

Також нормами національного законодавства передбачено право осіб з інвалідністю з метою захисту свого права на охорону здоров'я звернутися до суду. Наприклад, Законом України «Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я» визначено, що особа з інвалідністю має право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; рішення про обмеження прав громадян, пов'язані із станом їх здоров'я; висновків щодо причин смерті особи з інвалідністю.

Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» визначена можливість в судовому порядку оскаржити результати огляду (переогляду) з метою підвищення групи інвалідності на підставі особистої заяви особи з інвалідністю або її законного представника у разі настання змін у стані здоров'я і працездатності [163, ст.7].

Гарантіями доступу осіб з інвалідністю до правосуддя є також норми, які встановлюють статус судів і суддів. Вони забезпечують незалежність судової влади, обов'язковий характер рішень, які приймаються судами. Зазначені норми закріплені Конституцією України та Законом України «Про судоустрій і статус суддів». Ще одна важлива гарантія здійснення правосуддя – це обов'язковість судових рішень. Вона закріплена статтю 129-1 Конституції України, яка визначає, що суд ухвалює рішення іменем України. Судове рішення є обов'язковим до виконання [122, ст.129-1].

Величезна роль щодо захисту права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю відведена *Уповноваженому Президента України з прав осіб з інвалідністю*, який розглядає скарги і звернення громадян та має право на звернення із запитом до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, а також за їх судовим захистом.

Уповноважений з прав осіб з інвалідністю з метою забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю здійснює:

1) моніторинг додержання в Україні права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, виконання Україною міжнародних зобов'язань, в тому числі, положень Конвенції про права осіб з інвалідністю в частині гарантування державою права на охорону здоров'я даної категорії осіб, внесення в установленому порядку Президентові України пропозицій щодо припинення, усунення, запобігання обмеженню та порушенню права на охорону здоров'я людей з інвалідністю;

2) здійснення заходів щодо налагодження взаємодії компетентних суб'єктів публічної адміністрації з питань забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю;

3) внесення Президентові України пропозицій щодо підготовки проєктів законів, актів Президента України щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю;

4) участь у підготовці проектів нормативно-правових актів з питань захисту права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, встановлення державних гарантій захисту даного права, забезпечення умов для реалізації права на охорону здоров'я, недопущення дискримінації та забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю під час реалізації ними права на охорону здоров'я;

5) участь у межах компетенції в експертизі законів, які надійшли на підпис главі держави, законопроектів, які пропонуються для внесення Президентом України на розгляд Верховної Ради України у порядку законодавчої ініціативи, інших законопроектів, які стосуються права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю;

6) підготовка та організація заходів за участю Президента України, у тому числі міжнародного характеру, з питань забезпечення права на охорону здоров'я людей з інвалідністю;

7) інформування громадськості про здійснення Президентом України конституційних повноважень щодо забезпечення додержання права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Слід відзначити, що інститут Уповноваженого з питань забезпечення прав людини діє також при Верховній Раді України. Так, відзначимо, що станом на 01 квітня 2019 року до Уповноваженого Верховної Ради з прав людини звернулося 9178 осіб, з них 1084 особи з інвалідністю. Предметом звернень було порушення: права на соціальний захист – 807 осіб; права на достатній життєвий рівень для себе та своєї сім'ї (харчування, одяг, житло) – 78 осіб; права на пенсійне забезпечення – 1275 осіб; права на житло – 467 осіб; права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування – 899 осіб; права на безпечне життя і довкілля – 261 особа; права на освіту – 105 осіб.

Також важливою гарантією забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є створення та дія *системи охорони здоров'я як гарантія права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю*.

Втім, не дивлячись на задекларовану законодавцем систему державних гарантій права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, актуальним залишається питання забезпечення даних гарантій, доступ осіб з інвалідністю до соціальних послуг та державної допомоги.

Досліджуючи питання гарантій забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, особливо гостро стоїть питання гарантій забезпечення такого права особам з інвалідністю на окупованих територіях Донецької та Луганської областях. Зокрема, люди з інвалідністю не мають можливості отримувати безкоштовно окремі медикаменти, товари та щорічне лікування, а допомога у зв'язку з інвалідністю, яку виплачують в тимчасово окупованих територіях Донецької та Луганської областях, не покриває основних потреб. З огляду на ці обставини, уразливі категорії населення залежні від гуманітарної допомоги, яка, на жаль, доволі обмежується місцевою владою шляхом акредитування, через що доставлення гуманітарної допомоги до майже 800 тис. громадян, які її потребують, стає проблематичною [177, с.23].

Наведемо приклад. У 2019 році до Уповноваженого з прав людини надійшло 706 повідомлень про порушення прав людини у сфері охорони здоров'я. У межах здійснення Уповноваженим парламентського контролю за дотриманням прав людини на охорону здоров'я в умовах реформи системи охорони здоров'я і децентралізації влади проведено моніторинг 34 об'єктів, зокрема відбулися моніторингові візити до органів місцевої виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, управлінь та закладів охорони здоров'я Житомирської, Київської, Львівської, Одеської та Чернігівської областей. За результатами моніторингів було виявлено, що найпоширеніші проблемні питання, які потребували вжиття заходів реагування, стосувалися недостатніх обсягів фінансування на безоплатне та пільгове забезпечення осіб з інвалідністю лікарськими засобами [177, с.68].

Встановлено системне порушення права осіб, хворих на цукровий діабет I типу, на забезпечення препаратами інсуліну за рахунок державного та місцевих бюджетів. Із звернення до Уповноваженого громадянки О. з м. Харків з'ясовано, що хворі на цукровий діабет м. Харкова не одержують життєво необхідний інсулін в достатньому обсязі, зокрема у зв'язку з недостатністю у 2019 році медичної субвенції з державного бюджету місцевому бюджету. У зверненні в інтересах

жителів Сокірянської ОТГ Чернівецької області повідомлено, що хворі на цукровий діабет, онкологічні хворі та діти з інвалідністю не можуть скористатися своїм правом на забезпечення ліками на пільгових умовах. У результаті здійснених на запит Уповноваженого заходів реагування, відповідна міська рада з вересня по грудень 2019 року прийняла рішення про виділення додаткових коштів для відшкодування вартості ліків за рецептами для пільгових категорій населення [177, с.68]. Однак, слід відзначити, що за результатами перевірки не було притягнуто до відповідальності жодного працівника медичного закладу та посадової особи, яка здійснювала розподіл коштів та контроль за їх адресним використанням.

На контролі Уповноваженого перебувають звернення громадських організацій і громадян щодо незабезпечення прав осіб хворих на рідкісні (орфанні) захворювання. До Уповноваженого звернулась громадська спілка «Орфанні захворювання України» щодо дефіциту фінансування орфанних хворих на 2019 рік. Хоча при складанні бюджетного запиту МОЗ було враховано додаткову потребу на лікування рідкісних захворювань на суму – 987,8 млн грн, але Законом України «Про Державний бюджет на 2019 рік» додаткових коштів для лікування орфанних захворювань не було передбачено. З метою сприяння забезпеченню зазначеної категорії громадян необхідними ліками та продуктами лікувального харчування Уповноважений звертався щодо недостатнього фінансування потреб орфанних хворих до МОЗ, Мінфіну та відповідних органів місцевої влади. Уповноваженим неодноразово наголошувалось увага МОЗ на те, що міністерством не забезпечено виконання вимог Основ законодавства України про охорону здоров'я в частині створення та ведення державного реєстру громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, що ускладнює визначення фактичної потреби в лікарських засобах і продуктах для спеціального харчування [177, с. 68]. В цьому випадку, невідповідність наявних статистичних даних або взагалі їх відсутність спричиняють порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. І мова повинна йти про притягнення

винних осіб за неналежне ведення реєстру осіб з інвалідністю, в тому числі, реєстру хворих на орфанні захворювання, до юридично відповідальності.

Ще однією нагальною проблемою є незабезпечення державних гарантій суб'єктами публічної адміністрації особам з інвалідністю зі стоною. Так, із численних звернень громадян з усіх регіонів України встановлено, що особи з інвалідністю зі стоною не отримують в повному обсязі технічні засоби реабілітації в зв'язку із недостатнім фінансуванням із місцевих бюджетів, що унеможливило адаптацію таких осіб до належних умов життя. Потребує врегулювання на законодавчому рівні питання визначення нормативів (мінімальних стандартів) для забезпечення осіб з інвалідністю медичними виробами (сечо-калоприймачами), ендопротезами суглобів за рахунок державного та місцевих бюджетів. До Уповноваженого надійшло звернення громадянина Б. з м. Київ щодо порушення права громадян, які потребують ендопротезування суглобів, на належну медичну допомогу. За даними МОЗ, за кошти державного бюджету було закуплено ендопротези у кількості 1167 одиниць на суму 31428,8 тис. гривень. Але за підсумками 2019 року розподіл ендопротезів у регіони не здійснювався. Таким чином, затримка постачання ендопротезів становить більше як рік [177, с.69].

Також за результатами моніторингової функції Уповноваженого виявлено факти порушення забезпечення населення лікарськими засобами за програмою «Доступні ліки». За результатами моніторингу у м. Чернігів виявлено недостатність фінансування на 50% програми «Доступні ліки», що призвело до обмеження забезпечення громадян лікарськими засобами за рахунок коштів державного бюджету. Постійне надходження звернень громадян обумовило необхідність проведення моніторингу Уповноваженим щодо забезпечення права на медико-соціальну експертизу та встановлення інвалідності, адже у багатьох зверненнях постає питання саме проведення медико-соціальної експертизи, встановлення та перегляду відповідної групи

інвалідності, захисту права на об'єктивну медико-соціальну експертизу. До Уповноваженого звернувся громадянин П. з м. Київ. До звернення було долучено копію довідки, згідно з якою він є особою з інвалідністю III групи. Однак, за твердженням П., огляд медичними працівниками вдома не проводився, направлення на МСЕК не надавалося, довідка МСЕК щодо визнання П. особою з інвалідністю та індивідуальна програма реабілітації інваліда були відсутні. Завдяки втручання Уповноваженого, П. оглянуто експертами міжрайонної МСЕК, його визнано особою з інвалідністю I А групи та надано індивідуальну програму реабілітації. Завдяки втручання Уповноваженого учаснику ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з міста Черкаси громадянину Г. Центральною МСЕК МОЗ відновлено II групу інвалідності та встановлено зв'язок захворювання з виконанням обов'язків військової служби під час ліквідації аварії на ЧАЕС. Групу інвалідності встановлено довічно із визначенням втрати працездатності 80 відсотків [177, с.69].

Окрему проблему становить питання реалізації принципу доступності медичної допомоги особам з інвалідністю. Так, недостатня кількість лікарів загальної практики-сімейної медицини в закладах охорони здоров'я негативно впливає на якість надання медичної допомоги населенню та можливості обрання лікаря для укладання декларацій з ними [177, с. 69].

Моніторинг дотримання прав людини і громадянина у сфері охорони здоров'я свідчить, що заходи, які вживаються органами влади, не забезпечують в повному обсязі запровадження нових фінансово-економічних відносин між закладами охорони здоров'я та розпорядниками державного та місцевих бюджетів, місцевими органами самоврядування; видатки на фінансування охорони здоров'я здійснюються відповідно до програм, які фінансуються в межах наявних ресурсів і не задовольняють потреби громадян у повному обсязі, не забезпечується доступність та якість надання медичної допомоги найбільш уразливим групам населення, зокрема особам з інвалідністю,

хворим на цукровий діабет, хворим на рідкісні (орфанні) захворювання, особам, яким здійснено пересадку органів [177, с. 70].

Таким чином, реалізація державних гарантій забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю залежить від ряду негативних факторів, як і забезпечення реалізації самого права на охорону здоров'я особам з інвалідністю. Недостатній рівень фінансування, неналежне ведення державних реєстрів, що стосуються кількості осіб з інвалідністю, неналежна поінформованість осіб з інвалідністю про можливості реалізації ними права на охорону здоров'я, неефективність та недовіра окремих програм охорони здоров'я осіб з інвалідністю, відсутність нормативів (мінімальних стандартів) для забезпечення осіб з інвалідністю медичними виробами, безвідповідальність суб'єктів публічної адміністрації за порушенням ними їх функціональних обов'язків, відсутність статистики щодо притягнення посадових осіб до юридичної відповідальності за порушення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я спричиняє неналежним чином виконання державних гарантій права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, вважаємо, що **гарантії реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я** – це система засобів правового, економічного, політичного, соціального, психологічного характеру, що застосовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації щодо осіб з інвалідністю для забезпечення їхнього права на охорону здоров'я і створення можливостей нарівні з іншими громадянами реалізовувати дане право.

В зазначеному розділі розкрито право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я як об'єкт адміністративно-правового дослідження.

Здійснено розмежування понять «право» та «свобода». Де, право – це чітко визначені міжнародними договорами, які ратифікувала Україна, Конституцією України та законами України можливості поведінки особи, які визначені нормою (наприклад, право на життя,

право на свободу та особисту недоторканність, право на повагу до його гідності тощо), тоді ж як свобода – це межі поведінки особи, яка самостійно та вільно обирає модель своєї поведінки та діє відповідно до своїх намірів та в своїх інтересах (наприклад, свобода політичної діяльності, свобода пересування, вільний вибір місця проживання, свобода думки і слова тощо).

Аргументовано, що право особи з інвалідністю на охорону здоров'я пов'язане зі значною кількістю конституційних прав і свобод людини й громадянина в Україні та багато в чому забезпечує можливість належної їх реалізації. Зазначене дає змогу говорити про те, що право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є основним, невідчужуваним правом особи; має базовий характер для забезпечення життєдіяльності особи з інвалідністю; забезпечує створення їй максимально можливих умов для активної участі в суспільному житті; вказує на міру здійснення соціального захисту.

Головними чинниками, що впливають на забезпечення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є: – відсутність достовірної статистики щодо людей з інвалідністю (у тому числі у розрізі груп та захворювань), а відтак, і достовірних показників для визначення з пріоритетами у цій сфері; - фізична недоступність закладів охорони здоров'я; - відсутність належного фінансування сфери охорони здоров'я; - неякісне заповнення індивідуальних програм реабілітації; - відсутність розуміння у людей значення вирішення проблем зі здоров'ям на початковому етапі їх виникнення (халатне відношення до здоров'я), а також вживання профілактичних заходів щодо стану свого здоров'я; - несвоєчасність прийняття уповноваженими органами рішень з питань забезпечення людей безоплатними ліками тощо.

З метою забезпечення реалізації принципів права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю необхідно: – забезпечити доступність закладів охорони здоров'я для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення; –

забезпечувати ліцензування та акредитацію лише тих закладів охорони здоров'я, які фізично доступні для осіб з інвалідністю з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення; – забезпечити доступність, у тому числі фінансову, для осіб з інвалідністю послуг у сфері охорони здоров'я; – запровадити систематичний моніторинг закладів охорони здоров'я, у яких перебувають особи з інвалідністю, щодо дотримання прав та інтересів цих людей; – привести у відповідність із Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю.

Право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – це одне з найважливіших невідчужуваних соціальних прав особи, яке гарантоване Конституцією України та охороняється державою і виражається у можливості особи з інвалідністю вільно володіти життєво важливими матеріальними та духовними благами. Окрім загального змісту права на охорону здоров'я, право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю також включає право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку тощо.

Виокремлено особливості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: 1) є невідчужуваним конституційним правом; 2) гарантоване нормами міжнародного права та національного законодавства; 3) має збірну структуру, що полягає в одночасній реалізації одразу декількох видів конституційних прав; 4) окрім загального змісту права на охорону здоров'я людини і громадянина включає також право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку; 5) забезпечується уповноваженими суб'єктами публічного права та приватного права; 6) дає змогу в достатній мірі реалізувати наявні й потенційні можливості щодо

користування особою з інвалідністю іншими основними правами, свободами людини і громадянина, виконувати відповідні обов'язки, та гарантується визнанням здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей.

Гарантії реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це система засобів правового, економічного, політичного, соціального, психологічного характеру, що застосовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації щодо осіб з інвалідністю для забезпечення їхнього права на охорону здоров'я і створення можливостей нарівні з іншими громадянами реалізовувати дане право.

Юридичні гарантії забезпечення реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, залежно від способу закріплення і суб'єкта, що генерує механізм реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, можуть бути поділені на: - гарантії, закріплені в Конституції України; - гарантії, закріплені в законах та інших нормативно-правових актах; - гарантії судового захисту; - гарантії, забезпечені діяльністю Уповноваженого з прав людини; - система охорони здоров'я як гарантія права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

РОЗДІЛ 3.

МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

3.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

При дослідженні сутності будь-якої сфери публічного адміністрування, важливе значення відіграє розкриття змісту механізму даного виду адміністрування та його складових елементів. Розуміння того, яким чином забезпечується процес адміністрування, дасть змогу чітко визначити систему нормативно-правових актів, які урегульовують досліджувану групу суспільних відносин, логіку розуміння функціонування уповноважених суб'єктів, а також системи засобів, тобто правових інструментів, які допомагають реалізовувати задекларовані норми в дію. Тому далі дослідимо поняття та елементи механізму публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Термін «механізм» не має свого єдиного розуміння, ані в словниковій літературі, ані в наукових працях теоретиків. Аналіз різних визначень зазначеного поняття дає можливість стверджувати, що, залежно від сфери застосування, таке поняття наділяють своїми особливостями.

Так, в словниковій літературі «механізм» тлумачать як «знаряддя, пристрій, сукупність ланок». Вважаємо, що така інтерпретація цього поняття, здебільшого, притаманна для технічних галузей науки, що дозволяє охарактеризувати роботу техніки чи пристрою. Натомість управлінці визначають поняття «механізм» через «систему, устрій, який визначає порядок певного виду діяльності» [178, с.431].

Дещо відрізняється розуміння поняття «механізм» з філософської точки зору – спосіб пояснення дій і об'єктів, які вивчаються у їхній взаємодії, виходячи з механічних закономірностей [179; 180].

У юридичній літературі категорія «механізм» розглядається з різних точок зору: «соціальний механізм», «механізм впливу права на

суспільні відносини», «механізм правотворчості», «механізм дії права», «механізм правового регулювання», «механізм правового управління» тощо. Розглянемо більш детально механізми, що визначають порядок урегулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

М. Г. Александров довів, що механізм правового регулювання – це комплекс правових засобів, за допомогою яких відбувається регулювання суспільних відносин. І вже після цього почалося ґрунтовне дослідження цього питання різними вченими [181, с. 118].

Схожої точки зору в розумінні механізму правого регулювання дотримується О. Ф. Скакун, яка під механізмом правового регулювання пропонує розуміти узяту в єдності систему правових засобів, способів і форм, за допомогою яких нормативність права переводиться в упорядкованість суспільних відносин, задовольняються інтереси суб'єктів права, встановлюється і забезпечується правопорядок («належне» у праві стає «сушим») [182; с. 498].

Відмінним від механізму правового регулювання є механізм управління. Головною відмінністю даних механізмів є те, що через механізм управління суб'єкт реалізує свої публічно-владні функції. У свою чергу, термін «механізм управління» є широко вживаним, існує багато різних точок зору стосовно його формулювання. Розрізняють два основних підходи до визначення поняття «механізм управління»: структурно-організаційний та структурно-функціональний. Структурно-організаційний підхід визначає механізм як сукупність певних складників, що створюють організаційну основу певних явищ та процесів. Структурно-функціональний підхід акцентує увагу не тільки на організаційній основі його побудови, але й на його динаміці, реальному функціонуванні. Статику механізму управління визначають суб'єкти та об'єкти управління, які становлять організаційно-структурну основу механізму, а динаміку – комплекс зв'язків та взаємодія між ними [183, с. 234].

Однак, окрім зазначених елементів, вважаємо, що потрібно вести мову про головні та додаткові елементи. Адже, окрім суб'єктів, які виконують владно-управлінські функції, варто говорити про інструменти, які вони використовують для реалізації своїх владних

повноважень, а також норму права, що визначає певне правило поведінки.

В. Б. Авер'янов, досліджуючи державне управління, доводить певну єдність і однопорядковість механізму державного управління та механізму виконавчої влади і робить спробу визначити механізм виконавчої влади шляхом аналізу механізму державного управління. З огляду на завдання та цілі свого дослідження, він розглядає механізм управління більшою мірою з позиції структурно-організаційного підходу – як сукупність державних органів, об'єднаних у систему для виконання цілей (завдань) державного управління відповідно до їх правового статусу, та системи правових норм, що регламентують процес реалізації зазначеними органами їхнього функціонального призначення [184, с. 215]. При цьому учений зазначає, що структурно-функціональне розуміння механізму державного управління спонукає до включення до його системи суспільних відносин державного управління, але зазначені відносини, як і сам механізм державного управління, виступають самостійними складовими елементами державного управління [185, с. 33].

Ю. А. Тихомиров визначає механізм управління як демократичну державну організацію управлінського впливу на суспільні процеси. Він повинен повною мірою відображати взаємодію різних елементів управління, що мають ознаки взаємозалежностей та причинно-наслідкових зв'язків. Система механізму управління складається із: системи управління; соціальних, правових норм; способів визначення цілей; управлінського процесу як циклу дій керуючої системи, що послідовно змінюють одна одну [186].

Р. Р. Ларіна, А. В. Владимирський, О. В. Балусєва зазначають, що механізм управління є найактивнішим складником системи управління, який забезпечує дію на чинники, від стану яких залежить результат діяльності керованого об'єкту. На їх погляд, механізм управління є достатньо складною категорією управління і включає такі елементи: цілі управління; критерії управління – кількісний аналог цілей управління; фактори управління – елементи об'єкту управління і їх зв'язку, на які здійснюється дія на користь досягнення поставлених

цілей; методи дії на чинники управління; ресурси управління – матеріальні і фінансові ресурси, соціальний і організаційний потенціали, при використуванні яких реалізується вибраний метод управління і забезпечується досягнення поставленої мети [187, с. 27].

На нашу думку, окрім вище визначених характеристик, механізм управління включає в себе інструменти впливу на суспільні відносини, суб'єктів, котрі наділені управлінсько-владними повноваженнями. Особливістю саме даного механізму є те, що його застосовують спеціальні суб'єкти, які від імені держави, виконують управлінські функції, тобто наділені владою.

М. І. Круглов акцентує увагу на комплексному характері механізму управління та зазначає, що механізм державного управління – це сукупність економічних, мотиваційних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів державного управління і впливу на їх діяльність, що забезпечують узгодження інтересів взаємодіючих учасників державного управління. Оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну, політичну і правову природу, комплексний механізм державного управління повинен являти собою систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів [188].

До переліку суб'єктів, які виконують владно-управлінські функції, варто відносити також і органи місцевого самоврядування, але в тому випадку, коли вони виконують делеговані повноваження відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування». Адже, під час виконання делегованих повноважень зазначені суб'єкти також виступають активними суб'єктами управлінського процесу.

Також варто акцентувати увагу, що державне управління залежить від його підсистемних складників. Відповідно до цього, його механізм є взаємодією загального, підсистем та інститутів системи. Отже, механізм управління є складним системним утворенням, що органічно поєднує в собі різні складники. Наведені вище підходи до його визначення та думки науковців щодо зазначеної проблеми не вичерпують усіх можливих поглядів, але визначають основні підходи до розкриття та вирішення цієї проблеми. У вузькому розумінні, механізм управління –

це статична єдність певних структурних елементів, які слугують інструментом організації управлінських явищ і процесів. У широкому розумінні – це інструменти впливу на управлінську інформацію, які забезпечують динаміку, реальне функціонування усієї статичної єдності елементів [189, с.194].

П. М. Рабінович стверджує: забезпечення прав і свобод людини передбачає три напрями державної діяльності, яка має на меті створити умови для здійснення прав і свобод людини: 1) сприяння реалізації прав і свобод – шляхом позитивного впливу та формування їх загальносоціальних гарантій; 2) охорону прав і свобод – шляхом заходів, зокрема юридичних, для профілактики порушень прав і свобод; 3) захист прав і свобод людини – відновлення порушення правомірного стану, притягнення порушників до юридичної відповідальності [190, с. 16-23]

Узагальнюючи підходи науковців щодо сутності механізму управління вважаємо, що під **механізмом управління** з позиції юридичної науки, варто розуміти – *організаційно побудовану систему владних суб'єктів, які виконують повноваження в межах визначеної законом компетенції з використанням юридичних засобів впливу на об'єкт управління.*

Підвидом державного управління є публічне адміністрування.

Публічне адміністрування – це цілеспрямована взаємодія публічних адміністрацій з юридичними та фізичними особами з приводу забезпечення реалізації законів та підзаконних актів і виконання частини основних функцій: орієнтуючого планування, що визначає бажані напрямки розвитку; створення правових, економічних та інших умов для реалізації інтересів учасників взаємодії; розподілу праці; кооперування та координування діяльності; моніторинг результатів [191, с.20].

Публічне управління – це процес колективного прийняття та реалізації стратегічних рішень на основі узгодження і координування мети і дій усіх ключових учасників. Публічне адміністрування (англ. «public management») – це регламентована законами та іншими правовими актами діяльність суб'єктів публічного адміністрування, спрямована на: – прийняття адміністративних рішень; – надання

адміністративних послуг; – здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування [192, с. 147].

Сучасна правова теорія розглядає публічне адміністрування як вузькому, так і у широкому значенні. У вузькому – публічне адміністрування передбачає взаємодію суб'єктів виключно з виконавчою гілкою влади. У широкому – з усіма гілками влади та на різних рівнях прийняття рішень. Окрім того, що в основу визначення закладено критерій взаємодії, варто також говорити про фінансування публічного адміністрування саме з коштів державного бюджету та, відповідно, забезпечення головного принципу – служіння народу через організацію та забезпечення надання якісних публічних послуг.

На думку колективу авторів монографії «Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід» публічне адміністрування – це цілеспрямована взаємодія публічних адміністрацій з юридичними та фізичними особами з приводу забезпечення реалізації законів та підзаконних актів і виконання частини основних функцій: орієнтуючого планування, що визначає бажані напрямки розвитку; створення правових, економічних та інших умов для реалізації інтересів учасників взаємодії; розподілу праці; кооперування та координування діяльності; моніторинг результатів. До речі, відзначимо, що автори ототожнюють поняття державного управління та публічного адміністрування [191, с.20]. Тоді ж як поняття «управління» та «адміністрування» науковці розмежовують та акцентують увагу, що управління передбачає імперативність у процесі його впровадження безумовність виконання, та, як наслідок, прийняття управлінських рішень, обмеження прав у певних випадках меншої частини суспільства. Адміністрування ж, у свою чергу, слід розуміти як форму надання управлінської послуги, при якій враховуються інтереси всіх верств суспільства [191, с.21].

Колектив авторів підручника за загальною редакцією В. В. Корженка, досліджуючи детермінанту «публічне адміністрування» зазначає, що публічне адміністрування є тим сектором управління, який є знайденим в політичному оточенні. Зміст адміністрування є близьким до того, що визначений в теорії управління для адміністративних

методів впливу керуючого суб'єкта на об'єкт: «Це способи і прийоми, дії прямого і обов'язкового визначення поведінки і діяльності людей з боку відповідних керівних компонентів держави. Основними ознаками даних методів є: а) прямий вплив державного органу або посадової особи на волю виконавців шляхом встановлення їх обов'язків, норм поведінки і видання конкретних вказівок; б) односторонній вибір способу вирішення існуючої проблеми, варіанта поведінки, однозначне розв'язання ситуації, яке підлягає обов'язковому виконанню; в) безумовна обов'язковість розпоряджень і вказівок, невиконання яких може потягти за собою різні види юридичної відповідальності». Під наведені ознаки підпадає, перш за все, виконання законів, які встановлюють певні норми поведінки, є прикладом одностороннього вибору способу розв'язання ситуації, підлягають обов'язковому виконанню, порушення цих вимог викликає юридичну відповідальність [193, с. 8].

У глосарії Програми розвитку ООН знаходимо твердження про те, що термін “публічне адміністрування” має два тісно пов'язаних значення: 1) цілісний державний апарат (політика, правила, процедури, системи, організаційні структури, персонал тощо), який фінансується за рахунок державного бюджету і відповідає за управління і координацію роботи виконавчої гілки влади та її взаємодію з іншими зацікавленими сторонами в державі, суспільстві та зовнішньому середовищі; 2) управління та реалізація різних урядових заходів, що пов'язані з виконанням законів, постанов та рішень уряду та управління, що пов'язане з наданням публічних послуг [194; 191, с.20].

Ф. Нігро та Л. Нігро стверджують, що публічне адміністрування являє собою скоординовані групові дії в державних справах, що: 1) пов'язані із трьома гілками влади – законодавчою, виконавчою і судовою – та їх взаємодією; 2) мають важливе значення у формуванні державної політики та є частиною політичного процесу; 3) значно відрізняються від адміністрування у приватному секторі; 4) пов'язані із численними приватними групами та індивідами, які працюють у різних компаніях та громадах [195, с. 43].

Підтримуємо точку зору професора А. М. Колодія, який стверджує, що публічне адміністрування є різновидом управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки якій держава та громадянське суспільство забезпечують самокерованість (самоврядність) усієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямку [196, с. 489].

О. Л. Молошна відзначає, що публічне адміністрування передбачає функціонування універсального організаційно-правового механізму виявлення, узгодження і реалізації суспільних потреб та інтересів, формування прав та обов'язків учасників суспільних процесів та їх взаємовідносини в правовому полі [197].

Узагальнюючи всі визначення науковців в різних галузях права та економістів, відзначимо, що, на нашу думку, зміст поняття механізм публічного адміністрування потрібно розглядати через його природу та характеристику окремих його складових. Безумовно, такий механізм являє собою волевиявлення суб'єктів управлінської діяльності, які, виконуючи свої завдання та функції, повинні забезпечувати управління в відповідній сфері діяльності. Індикатором результативності такої діяльності, вважаємо, є рівень розвитку та забезпеченість прав та свобод громадян, що проявляється в забезпеченні їх соціальних, політичних, економічних та інших правах.

В контексті досліджуваної нами проблематики відзначимо, що особи з інвалідністю належать до соціально-незахищених верст населення, і, коли йдеться про захист їх прав та інтересів, не можна однозначно віднести це до конкретної сфери адміністрування. Лише взаємоузгоджена діяльність всіх державних суб'єктів та органів місцевого самоврядування дасть можливість визначати ефективність та результативність діяльності механізму публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Також слід згадати і про недосконалість чинного законодавства, що становить основу адміністрування в усіх сферах публічного адміністрування.

Отже, *публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я* – це нормативно урегульована діяльність суб'єктів публічного адміністрування, що спрямована на забезпечення та охорону

права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю з урахуванням їх специфічних потреб з використанням правових, економічних та адміністративних засобів.

Відповідно, механізм публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я становить собою систему обов'язкових та факультативних елементів.

О. А. Шатіло зазначає, що механізми публічного адміністрування – це спеціальні засоби, що забезпечують здійснення регулюючого впливу публічних адміністрацій на соціально-економічні територіальні системи різних рівнів (села, селища, райони у містах, міста, райони, області, Автономна республіка Крим) з метою забезпечення гідних умов життєдіяльності людей, що проживають у державі, та громадян України, що тимчасово проживають за її межами. Технологія публічного адміністрування являє собою детальний опис дій, що мають бути послідовно, у належний спосіб та із застосуванням конкретних засобів та прийомів здійснені суб'єктом публічного адміністрування (організацією чи конкретною посадовою особою) для досягнення певної мети. Вони чітко прописані у технології процедури здійснення публічного адміністрування, регламентують напрямок та послідовність дій працівників, виключають використання неефективних прийомів, надають керівникам впевненості щодо раціональності дій підлеглих та отримання бажаного результату [198, с. 8-9; 199]. Частково не можемо погодитися з думкою О. А. Шатіло, адже, будь-який механізм не може бути виражений лише в засобах, оскільки, беручи до уваги загальноприйняте розуміння поняття «механізм», це, в першу чергу, набір елементів, що спричиняють виникнення та розвиток динамічних процесів.

І. А. Ісаєнко доводить, що механізм публічного адміністрування передбачає демократичну організацію управлінського впливу на суспільні процеси, яка забезпечує ефективне функціонування системи органів державної влади, органів регіонального та місцевого самоврядування, громадських (неурядових) організацій, фізичних осіб та інших суб'єктів громадянського суспільства з метою реалізації

державної політики у найрізноманітніших сферах суспільного життя [200, с. 116].

За цільовим критерієм механізм публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я передбачає забезпечення окремих складових цього права. Наприклад, державна програма «Доступні ліки» – передбачає отримання необхідних лікарських засобів на підставі виданого сімейним лікарем рецепту. Цільові механізми публічного адміністрування використовуються як органами державної влади, так і органами місцевого самоврядування у якості знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень у функціонуванні або розвитку конкретних об'єктів публічного адміністрування [201].

Також, з-поміж механізмів публічного адміністрування, виділяють механізм функціонування системи публічного адміністрування на різних етапах суспільного розвитку країни та механізми здійснення процесу публічного адміністрування різними владними органами та окремими посадовими особами [193, с. 76]. До таких суб'єктів належать: Міністерство соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство розвитку громад та територій України, Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство молоді та спорту України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна сервісна служба містобудування України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Національна служба здоров'я України та ін.

В цілому, механізм функціонування системи публічного адміністрування представляє структуру системи публічного адміністрування, яка відповідає чинному законодавству, наявні зв'язки між її підсистемами та усіма органами, що входять до їх складу, а також особливості функціонування системи публічного адміністрування та взаємодію між її елементами [193, с. 77; 201].

Таким чином, *механізм публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю характеризується тим, що:*

1) становить собою систему взаємопов'язаних та взаємодіючих між собою елементів, кожен з яких відіграє власну роль у цілісному механізмі;

2) виступає у якості своєрідного трансформатора приписів, які виражені в нормативно-правових актах та охороняють право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

3) встановлює наявність системи суб'єктів, які від імені держави повинні забезпечувати особам з інвалідністю право на охорону здоров'я;

4) передбачає застосування системи правових, економічних та адміністративних засобів;

5) повинен забезпечувати оперативне та ефективне вирішення актуальних проблем осіб з інвалідністю з метою забезпечення їх належного життя, соціалізацію в суспільстві.

Отже, **механізм публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я** являє собою систему закріплених у нормативно-правових актах юридичних, організаційних, адміністративних, соціальних, інституційних, економічних та інших засобів, які забезпечують можливість для безперешкодної та повної реалізації особою з інвалідністю всіх складових права на охорону здоров'я.

Складовими цього механізму, на нашу думку, є:

1. *норми права* – система міжнародних правових актів, які ратифікувала Україна, а також законів та підзаконних нормативно-правових актів, які встановлюють право особи з інвалідністю на охорону здоров'я;

2. *об'єкт* – суспільні відносини, що виникають під час реалізації особами з інвалідністю права на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку тощо;

3. *суб'єкти*, тобто організаційно-структурні формування, що становлять систему органів та установ, а також інших інститутів, уповноважених забезпечувати особам з інвалідністю право на охорону

здоров'я – Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України, інститут Уповноваженого, Міністерство соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство розвитку громад та територій України, Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство молоді та спорту України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна сервісна служба містобудування України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Національна служба здоров'я України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування;

4. *юридичні засоби забезпечення реалізації відповідного права*, тобто розгалужена система правових прийомів, що використовуються державою для надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими засобами та ортопедичними виробами, надання вільного доступу до інформації про охорону здоров'я тощо.

3.2. Нормативно-правове регулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю належить до конституційного права людини і громадянина, а необхідність його забезпечення визначена на міжнародному рівні. Україна, ратифікувавши ряд міжнародних актів, взяла на себе зобов'язання здійснити цілу низку заходів, які б гарантували особам з інвалідністю захист їхнього права на охорону здоров'я. Особливо зважаючи на те, що в Україні 6% населення – це особи з інвалідністю.

Нині в Україні здійснюється медична реформа, одним з напрямів якої є адаптація норм національного законодавства до міжнародних нормативів та стандартів в сфері надання медичного обслуговування, в тому числі, і надання медичної допомоги таким соціально незахищеним особам, як особи з інвалідністю. Аналіз норм національного законодавства, яким гарантовано право осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, дає можливість говорити про наявність невідповідності норм національного законодавства, відсутність необхідних законодавчих

актів, які б урегульовували окремі питання забезпечення осіб з інвалідністю медичними засобами, лікувальними препаратами, і, в цілому, забезпечували б реалізацію принципу доступності та недискримінації за ознакою інвалідності. Крім недосконалості нормативно-правової бази, що здебільшого проявляється у відсутності регулюючого впливу, або його неефективності, існує також проблема колізії нормативних актів, суть якої – у наявності суперечностей в законодавстві щодо одного й того самого питання. Колізія виникає за наявності двох і більше правових актів, які регулюють аналогічні відносини [202, с. 23]. Наразі, наше завдання полягає у тому, щоб проаналізувати і знайти недоліки у вже існуючій системі нормативно-правових актів, що урегульовують відносини осіб з інвалідністю під час реалізації ними права на охорону здоров'я, та запропонувати нові підходи до побудови її правової регламентації.

Головною підставою, за якою нормативно-правові акти поділяються на види, є їх юридична сила, що визначає ієрархію нормативно-правового акту, верховенство або підлеглість і залежить від статусу, ролі й органу, який видає акт.

Так, в залежності від суб'єкта нормотворчості, нормативно-правові акти поділяються на акти, які приймає: Верховна Рада України – закони і постанови; Президент України – укази та розпорядження; Кабінет Міністрів України – постанови і розпорядження; керівники міністерств і відомств – нормативні накази, інструкції, розпорядження, положення, вказівки міністра; голови місцевих (обласних і районних) державних адміністрацій – розпорядження; місцеві ради народних депутатів, їх виконавчі комітети – рішення і нормативні постанови; керівники їхніх управлінь і відділень – нормативні накази; адміністрація державних підприємств, установ, організацій – нормативні накази, статuti, положення та інструкції [203; с.316; 204, с.86].

Таким чином, розкриваючи систему нормативно-правових актів, якими урегульовано відносини, що виникають з приводу регулювання використання та охорони водних ресурсів України, вважаємо, що, в залежності від масштабу діяльності, їх слід поділяти на: 1) норми міжнародного законодавства, які закріпили фундаментальні принципи

права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я; 2) норми національного законодавства, які визначають засади реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: - акти Верховної Ради України; - акти Президента України; - акти органів виконавчої влади: акти Кабінету Міністрів України, акти центральних органів виконавчої влади, акти місцевих органів виконавчої влади; - акти місцевих органів влади.

Розглянемо їх детально.

Фундаментальним міжнародним нормативно-правовим актом, який на міжнародному рівні визначив право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є *Конвенція про права осіб з інвалідністю*.

В ст.25 зазначеного документу визначено, що держави-учасниці визнають, що особи з інвалідністю мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу осіб з інвалідністю до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. Зокрема, держави-учасниці:

а) забезпечують особам з інвалідністю той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, в тому числі у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню [130, ст.25];

б) надають ті послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні особам з інвалідністю безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема послуги з ранньої діагностики, а при нагоді – корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку [130, ст.25];

в) організують ці послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах [130, ст.25];

г) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали особам з інвалідністю послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого,

підвищення обізнаності стосовно прав людини, самоповаги, самостійності й потреб осіб з інвалідністю за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я [130, ст.25];

е) забороняють дискримінацію щодо осіб з інвалідністю під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах [130, ст.25];

ф) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні їжі або рідин з причини інвалідності [130, ст.25].

Втім, слід відзначити, що в заключних зауваженнях стосовно первинного звіту України Комітету ООН з прав людей з інвалідністю (прийняті Комітетом на його чотирнадцятій сесії (з 17 серпня до 4 вересня 2015 року), Комітетом було жорстко розкритикована та акцентовано увагу Президента України, Уряду України, Верховної Ради України та всіх органів державної влади України на порушення норм міжнародного права та невідповідність норм національного законодавства положенням Конвенції з прав осіб з інвалідністю, а також надано рекомендації щодо світової практики вирішення даних недоліків та гармонізації норм національного законодавства та норм міжнародного права в частині захисту прав осіб з інвалідністю, в тому числі, і права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Ще одним міжнародним актом, який встановлює невід'ємність права на охорону здоров'я є *Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод*, яка проголошує право кожного на життя, що охороняється законом. Ніхто не може бути умисно позбавлений життя, інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання (ст. 2). Також ст. 3 Конвенції зазначено, що ніхто не може бути підданий катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню [205, ст. ст.2,3].

Європейська соціальна хартія визначає, що країни, які ратифікують цей документ, з метою забезпечення ефективного

здійснення права на охорону здоров'я, зобов'язуються самостійно або у співпраці з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб: усунути, по можливості, причини слабого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприятимуть поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я; запобігати, по можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [206].

Отже, норми міжнародного законодавства визначають основи, принципи та обов'язок держави забезпечувати право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Україна, ратифікувавши зазначені міжнародні акти, зобов'язується дотримуватися міжнародних норм щодо гарантування особам з інвалідністю права на здоров'я, додержання принципів забезпечення права на здоров'я, а також створення відповідної системи уповноважених державних органів та систему охорони здоров'я з метою забезпечення особі з інвалідністю реалізації нею зазначеного права.

Основним Законом України, який має найвищу юридичну силу, є *Конституція України*. Її норми мають характер прямої дії. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй. Ст. 3 Конституції України визначено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю; ст. 27 Конституції України гарантовано право кожного захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань; ст. 49 Конституції України встановлює, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Більшої деталізації дані положення, які гарантують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, визначені в законах України та підзаконних нормативно-правових актах України. Саме тому, розкриємо більш детально зміст тих нормативно-правових актів, які допоможуть з'ясувати специфіку права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Базовим спеціальним нормативно-правовим актом, яким визначено основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні і гарантії їх

рівності з усіма іншими громадянами, можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість особам з інвалідністю ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями і інтересами, є *Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»* [136].

Передусім, слід відзначити одну з ключових норм цього законодавчого акту, закріплену в частині третій статті 7, зокрема: «Нормативно-правові акти, які стосуються ... медичного забезпечення осіб з інвалідністю, розробляються за участю громадських організацій осіб з інвалідністю». Відповідне положення, за умови його виконання відповідальними органами влади, є запорукою відповідності діючого законодавства потребам осіб з інвалідністю в частині права на охорону здоров'я.

Крім того, у статтях 36–38 визначено гарантії медичного забезпечення осіб з інвалідністю, зокрема щодо забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, надання послуг по медичній реабілітації, забезпечення санаторно-курортними путівками, конкретизовано види технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, що надважливо для практики тощо.

Лише в системі органів соціального захисту населення функціонує 290 будинків-інтернатів, у тому числі 49 дитячих (у них проживає понад 2 тис. дітей з інвалідністю), 144 психоневрологічних, 2 спеціальні, 67 для престарілих та людей з інвалідністю, 28 пансіонатів для ветеранів війни і праці.

Ст.ст.18-19 Закону передбачено особливості працевлаштування особи з інвалідністю. За офіційною статистикою, станом на 1 січня в Україні 2019 року нараховується близько 667 тисяч осіб з інвалідністю, що працюють. Звісно, ця цифра неточна. Фактично, якщо говорити у відсотковому співвідношенні, то близько 25% осіб від офіційної статистики працевлаштовані. У порівнянні з 2014 роком, чисельність осіб з інвалідністю, що працюють, зменшилася на 83 тис осіб. Звісно, тут зіграла роль і загальна ситуація з безробіттям на ринку праці.

Як слушно з даного приводу відзначає Уповноважений Президента України з прав людей з інвалідністю В. Сушкевич, «в сучасних умовах настав час удосконалити законодавство в питанні підвищення працевлаштування серед людей з інвалідністю. Крім того, існує суб'єктивний чинник: чи бачить роботодавець у людині на візку, людину, яка може працювати бухгалтером, менеджером? – Та не бачить. Бо в більшості з нас радянські чи пострадянські мізки, в яких закладено стереотип про недієздатність людини з інвалідністю. Також, певною мірою, рівень працевлаштування залежить від того, яку освіту отримала людина з інвалідністю. А у нас доступність освіти для людини з інвалідністю поки що не готова, освіта тільки починає бути інклюзивною. Якщо говорити хоча би про якісь курси, наприклад, для воїна АТО, який отримав інвалідність і потребує перекваліфікації, то де вони? Так, гіпотетично, щось зроблено. Певні інституції обіцяють «навчити працювати», але, почекайте, а як людині до них дістатися, якщо громадський транспорт, переважно, недоступний, а машини немає?» [207]. Саме тому, вважаємо, що держава повинна заохочувати роботодавців до створення більшої кількості робочих місць саме для осіб з інвалідністю. Таким чином, буде досягнута потрібна мета – для осіб з інвалідністю: 1) отримання гідної заробітної плати, що збільшить рівень фінансового благополуччя останніх та створить сприятливі умови для реалізації ними права на охорону здоров'я; 2) особи з інвалідністю будуть більш зайняті, що дозволить їм бути як фізично, так і розумово бути більш зайнятими та соціалізованими; 3) соціальна мета – наближення особи з інвалідністю до звичайного населення, що сприятиме більшій їхній поінформованості про проблеми адаптації осіб з інвалідністю в суспільстві.

Водночас, для роботодавців необхідно передбачити ширший спектр заохочувальних мотивів з боку держави, що може проявлятися у реалізації мотиваційних пакетів, у тому числі надання додаткових пільг в оподаткуванні, пільгових (іпотечних) кредитів на будівництво або придбання житла для осіб з інвалідністю з числа своїх працівників, компенсації плати за житлово-комунальні послуги та енергоносії, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту, які

використовуються чи витрачаються особами з інвалідністю, інших заохочувальних заходів, а також сприяння в безкоштовному підвищенню рівня професійних знань та практичних навичок таких працівників.

Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» визначено правові, економічні та організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування [208]. Здійснивши аналіз зазначеного акту, відзначимо, що доступність медичного обслуговування розуміється в контексті фізичної доступності, тоді ж коли ми говоримо про принципи медичного обслуговування, то все ж таки потрібно вести мову про доступність, але не лише фізичну, а й рівність усіх категорій осіб до медичного обслуговування, і в першу чергу, це стосується осіб з інвалідністю.

Також відзначимо, що, в контексті даного Закону, взагалі відсутні положення, які передбачали б, що суб'єктом отримання є особа з інвалідністю. Так, в тексті акту немає норм, що визначали б особливості медичного обслуговування, в тому числі, і надання медичної допомоги особами з інвалідністю. Йдеться про оснащення медичних пунктів сільської місцевості виробами медичного призначення з урахуванням індивідуальних потреб осіб з інвалідністю, наявністю технічних та інших засобів реабілітації для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення тощо.

Також відзначимо, що ст. 4 Закону визначено основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, при цьому, у визначених напрямках відсутні будь-які особливості, що стосуються розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості осіб з інвалідністю та, відповідно, реалізації принципу доступності в розумінні Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та іншими міжнародними актами, які ратифікувала Україна.

Саме тому вважаємо за необхідне доповнити Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» наступним змістом:

ст. 3. «Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п. 7 наступного змісту: 7) застосовуються принципи розумного пристосування та універсального дизайну;

ст. 4 «Основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п.11 наступного змісту: 11) виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають реалізації права осіб з інвалідністю на медичне обслуговування, в тому числі, отримання медичної допомоги, виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації тощо».

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [173].

Закон України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» визначає правові засади надання державної соціальної допомоги особам з інвалідністю, а також надання державної соціальної допомоги на догляд.

Ст. 6 Закону передбачено, що розмір державної соціальної допомоги особам з інвалідністю, встановлюється, виходячи з розміру прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність: особам з інвалідністю I групи, жінкам, яким присвоєно звання "Мати-героїня", на одну дитину померлого годувальника – 100 відсотків, на двох дітей – 120 відсотків, на трьох і більше дітей – 150 відсотків; особам з інвалідністю II групи – 80 відсотків; особам з інвалідністю III групи – 60 відсотків. Державна соціальна допомога на догляд призначається: 1) особам з інвалідністю внаслідок війни з числа військовослужбовців та інших осіб, яким призначено пенсії по інвалідності відповідно

до Закону України "Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб": а) особам з інвалідністю I групи; б) особам з інвалідністю II групи, які є самотніми та за висновком лікарсько-консультативної комісії потребують постійного стороннього догляду; в) особам з інвалідністю III групи, які є самотніми та за висновком лікарсько-консультативної комісії потребують постійного стороннього догляду [209, ст.ст.6,7].

Ще одним Законом України *«Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю»* встановлено гарантії особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму у таких розмірах: особам з інвалідністю з дитинства I групи – 100 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; особам з інвалідністю з дитинства II групи – 80 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; особам з інвалідністю з дитинства III групи – 60 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; на дітей з інвалідністю віком до 18 років – 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність [210, ст.2].

Положення Закону України *«Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112»* визначає правові та організаційні засади функціонування системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112 [211], а також встановлюють можливість фізичної особи повідомити відповідні компетентні служби про виникнення екстреної ситуації, яка може загрожувати здоров'ю та життю особи. Формою звернення є екстрений виклик на номер 112, однак, проаналізувавши положення даного закону, стверджуємо, що його норми жодним чином не враховують положення Конвенції про права осіб з інвалідністю та Указу Президента України *«Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю»* з наступних підстав. По-перше, норми даного акту не визначають можливість особи з інвалідністю звернутися до екстреної

служби, позаяк, такий виклик можна зробити лише за номером телефона, тоді ж якщо особа з інвалідністю має проблеми з опорно-руховою системою, зором, слухом чи мовленнєвим апаратом, то здійснити екстрений виклик особа з інвалідністю фактично не може. По-друге, викликає сумнів готовність працівників екстреної служби до прийняття викликів від осіб з інвалідністю, які можуть фізично здійснити екстрений виклик та повідомити про обставини, які загрожують їхньому життю та здоров'я, чи життю та здоров'я інших осіб.

Для реалізації практичних заходів зі створення та впровадження Системи 112 ДСНС України у 2013 році було розроблено проект Державної цільової програми щодо створення та впровадження Системи 112, проте у зв'язку з прийняттям постанови Кабінету Міністрів України від 1 березня 2014 р. № 65 «Про економію державних коштів та недопущення втрат бюджету», якою заборонено підготовку проектів нових державних цільових програм, що потребують додаткового фінансування з державного бюджету, підготовку зазначеного проекту припинено.

Саме тому, вважаємо за необхідне гармонізувати норми *Закону України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112»* з положеннями *Конвенції про права осіб з інвалідністю* та *Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»*, зокрема шляхом прийняття *Державної цільової програми щодо створення та впровадження Системи 112*, яка б чітко визначала особливості доступу до Системи 112 осіб з інвалідністю різних нозологій.

Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначено основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності [212].

Основними завданнями законодавства України з питань реабілітації осіб з інвалідністю є: створення умов для усунення обмежень життєдіяльності осіб з інвалідністю, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей до побутової, професійної, суспільної діяльності; визначення основних завдань системи реабілітації осіб з інвалідністю, видів і форм реабілітаційних заходів; розмежування повноважень між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування; регламентування матеріально-технічного, кадрового, фінансового, наукового забезпечення системи реабілітації осіб з інвалідністю; структурно-організаційне забезпечення державної соціальної політики по відношенню до осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю; сприяння залученню громадських організацій осіб з інвалідністю до реалізації державної політики у цій сфері [212, ст.3].

Також норми даного акту встановлюють систему суб'єктів державного управління в сфері реабілітації осіб з інвалідністю, наділяючи їх колом повноважень; систему реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю; забезпечення діяльності реабілітаційних установ; складові елементи системи реабілітації осіб; фінансове та інформаційне забезпечення системи реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю; засади міжнародного співробітництва в сфері реабілітації осіб з інвалідністю.

Особливості реалізації права безперешкодного доступу для людей з інвалідністю, що визначені в Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та ратифіковані Україною, та полягає в необхідність забезпечення особам з інвалідністю доступності фізичного, соціального, економічного та культурного оточення, охорони здоров'я та освіти, а також інформації та зв'язку, що може сприяти створенню для них можливості повною мірою користуватися всіма правами людини та основоположними свободами регламентовані в законах України *«Про регулювання містобудівної діяльності»* [213]; *«Про будівельні норми»* [214]; *«Про архітектурну діяльність»* [215]; *«Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності»* [216]; *«Про основи*

соціальної захищеності інвалідів України»; ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» [217].

Право особи з інвалідністю отримати соціальні послуги визначено *Законом України «Про соціальні послуги»* [175].

Правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади, визначено в *Законі України «Про психіатричну допомогу»* [174].

Слід також згадати і про положення *Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»* [218], адже саме він визначає правові, економічні та соціальні основи організації охорони навколишнього природного середовища в інтересах нинішнього і майбутнього поколінь. При цьому, відповідно до ч.2 ст.28 Конвенції про права осіб з інвалідністю держави-учасниці визнають право осіб з інвалідністю на соціальний захист і на користування цим правом без дискримінації за ознакою інвалідності й вживають належних заходів для забезпечення та заохочення реалізації цього права, зокрема заходів із забезпечення особам з інвалідністю доступу до отримання чистої води.

Наступною групою нормативно-правових актів, що визначають особливості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, є *Указ Президента України від 3 грудня 2015 року №678*, який визначив пріоритетні напрямки діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в напрямі забезпечення прав осіб з інвалідністю у сферах реабілітації, охорони здоров'я, освіти, фізичної культури та спорту, будівництва та транспортних сферах.

Є певні досягнення у виконанні зазначеного акту. Зокрема, прийняття *Закону України №1490-VIII «Про внесення змін до Закону*

України «Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і факультативного протоколу до неї», активізація роботи Національного агентства України з питань державної служби та Національної академії державного управління при Президенті України щодо підвищення рівня обізнаності посадових і службових осіб органів влади щодо змісту Конвенції про права осіб з інвалідністю та національного законодавства в цій сфері.

Однак загальний аналіз виконання зазначеного акту дає підстави стверджувати про безвідповідальність окремих органів влади до реалізації закріплених у ньому законодавчих приписів, які чітко вказують, що потрібно зробити, і не потребують визначення ймовірних шляхів вирішення тієї чи іншої проблеми.

Невирішеними залишаються, у тому числі, питання: - посилення відповідальності за порушення прав і законних інтересів осіб з інвалідністю; - забезпечення відшкодування витрат, пов'язаних з тимчасовим проживанням внутрішньо переміщених осіб з інвалідністю у санаторіях, та надання таким особам житла, тим більше доступного; - необхідність чіткої регламентації механізму забезпечення окремих категорій осіб з інвалідністю медичним патронажем за місцем проживання тощо.

Указом Президента України «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» №553 від 13 грудня 2016 року Кабінету Міністрів України протягом 2017 року було доручено підготувати та внести в установленому порядку на розгляд Верховної Ради України законопроекти щодо:

можливості забезпечення медичним обслуговуванням у військових медичних закладах демобілізованих учасників антитерористичної операції, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення; надання права взяття на соціальний квартирний облік осіб з інвалідністю з числа внутрішньо переміщених осіб за місцем їх проживання; компенсації особам з інвалідністю витрат на придбання

виробів медичного призначення або відшкодування (у разі безоплатного надання виробів медичного призначення особам з інвалідністю) виробникам/постачальникам таких виробів вартості цих виробів [219].

Втім, слід відзначити, що окремі вказівки щодо прийняття законопроектів були реалізовані лише у 2018 році. Маємо на увазі Закон України «Про внесення змін до Закону України "Про житловий фонд соціального призначення" щодо умов забезпечення соціальним житлом внутрішньо переміщених осіб», яким визначено, що соціальний квартирний облік здійснюється відповідними органами місцевого самоврядування за місцем проживання громадян (для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які досягли 16 років, осіб із числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, - за місцем походження або проживання дітей такої категорії до встановлення опіки, піклування, влаштування в прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу, заклади для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; для внутрішньо переміщених осіб - за місцем перебування на обліку в Єдиній інформаційній базі даних про внутрішньо переміщених осіб), які мають право на отримання квартир, садибних (одноквартирних) жилих будинків із житлового фонду соціального призначення, після набуття ними повної цивільної дієздатності відповідно до закону [220].

Правом взяття на соціальний квартирний облік користуються громадяни України, в тому числі, внутрішньо переміщені особи, які не мають іншого житла для проживання на підконтрольній українській владі території або житло яких зруйновано (знищене) або пошкоджене до стану, непридатного для проживання, внаслідок проведення антитерористичної операції та здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях [220].

Право позачергового отримання квартир або садибних (одноквартирних) жилих будинків із житлового фонду соціального призначення діти з інвалідністю (у тому числі взяті на облік внутрішньо переміщених осіб), які є сиротами або батьки яких позбавлені

батьківських прав і які проживають в установах соціального захисту населення, після досягнення повноліття [221, ст.11].

Право першочергового отримання квартир або садибних (одноквартирних) жилих будинків із житлового фонду соціального призначення, за наявності в них права на отримання такого житла, мають особи з інвалідністю I і II груп (у тому числі взяті на облік внутрішньо переміщених осіб) [221, ст.12].

Паралельно, відзначимо, що порядок забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації; перелік технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечуються особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення; перелік технічних засобів реабілітації для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, за які може виплачуватися грошова компенсація їх вартості затверджений *постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів» від 5 квітня 2012 р. № 321 [104]*.

Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року» задекларовано, що реалізації прав і задоволення потреб осіб з інвалідністю повинна здійснюватися нарівні з іншими громадянами для поліпшення умов їх життєдіяльності згідно з Конвенцією про права інвалідів. Таким чином, цим актом реалізовано принцип рівності та недискримінації залежно від ознаки інвалідність.

Проблему передбачається розв'язати шляхом: підвищення рівня поінформованості населення про особливі потреби інвалідів, формування поваги до їх прав, особистості та гідності, популяризації положень Конвенції, зокрема проведення інформаційних кампаній;

приведення національного законодавства у відповідність з Конвенцією про права осіб з інвалідністю (далі – Конвенція); забезпечення доступу інвалідів до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням їх індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, туризму, фізичної культури і спорту; удосконалення порядку проведення медико-соціальної експертизи інвалідів, здійснення реабілітаційних заходів і надання соціальних послуг, розширення переліку таких заходів і послуг; удосконалення умов оплати праці спеціалістів, які надають освітні, реабілітаційні та інші послуги інвалідам і дітям-інвалідам, у тому числі педагогічних працівників навчальних закладів, для роботи з дітьми з особливими потребами; запровадження системи ведення обліку інвалідів, даних про реабілітаційні заходи і соціальні послуги, яких вони потребують; розвитку та технічного супроводження ведення Централізованого банку даних із проблем інвалідності, його відповідного бюджетного фінансування; посилення відповідальності за порушення прав інвалідів і задоволення не повною мірою їх потреб, бездіяльність у ліквідації перепон і бар'єрів, що перешкоджають таким особам реалізувати свої права; залучення представників громадськості до участі в реалізації прав і задоволенні потреб інвалідів, поліпшенні умов їх життєдіяльності, а також забезпечення розвитку міжнародного співробітництва у сфері реалізації прав і задоволення потреб інвалідів [222].

Разом з тим, слід відзначити, що в нормах міжнародного законодавства та в нормах національного законодавства визначено, що вживання терміну «інвалід» порушує особисті права осіб з обмеженими можливостями та Україна прийняла на себе зобов'язання вживати поняття не «інвалід», а особа з інвалідністю, як це прийнято в країнах Європейського Союзу. Саме тому, вважаємо що вживання в Постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів”» поняття «інвалід» є порушенням прав осіб з інвалідністю, та

пропонуємо замінити в тексті даної постанови слово «інвалід» у всіх відмінках на «особа з інвалідністю».

Механізм забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад (далі – органи соціального захисту населення) санаторно-курортними путівками (далі – путівки) до санаторно-курортних закладів осіб відповідно до Законів України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, “Про жертви нацистських переслідувань” та “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні” визначений *постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад»*.

Органи соціального захисту населення забезпечують відповідно до цього Порядку безоплатними путівками до санаторно-курортних закладів згідно з медичними рекомендаціями в порядку черговості: осіб з інвалідністю усіх категорій за рахунок коштів, передбачених Мінсоцполітики; осіб з інвалідністю та осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, у санаторіях, що належать до сфери управління Мінсоцполітики, - за рахунок коштів державного бюджету [223].

При цьому, осіб з інвалідністю, які навчаються заочною (денною) формою навчання у закладах освіти, путівками забезпечують органи соціального захисту населення відповідно до цього Порядку. Осіб, інвалідність яких пов'язана з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням, забезпечує путівками Фонд соціального страхування на підставі висновку МСЕК про необхідність лікування за прямими наслідками виробничої травми чи професійного захворювання [224; 223].

Органи охорони здоров'я забезпечують путівками ветеранів війни на лікування у госпіталях, а також санаторно-курортними путівками –

осіб з інвалідністю, ветеранів війни із захворюванням на туберкульоз та дітей з інвалідністю до досягнення 18-річного віку (згідно з медичними показаннями за наявності відповідних профільних санаторно-курортних бюджетних закладів).

Особи з інвалідністю загального захворювання та особи з інвалідністю з дитинства забезпечуються путівками строком на 18-21 день в порядку черговості. Особи з інвалідністю із захворюваннями нервової системи (з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку) забезпечуються путівками: I і II групи – до санаторіїв (відділень) спінального профілю з лікуванням строком на 35 днів (відповідно до медичних рекомендацій) у порядку черговості; III групи – до санаторіїв неврологічного профілю строком на 18-21 день (відповідно до медичних рекомендацій) у порядку черговості [223].

Забезпечення путівками осіб з інвалідністю загального захворювання, з дитинства та з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку та осіб, що супроводжують осіб з інвалідністю I групи (за винятком осіб з інвалідністю з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку), здійснюється за рахунок коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою “Заходи із соціальної, трудової та професійної реабілітації осіб з інвалідністю”, шляхом відшкодування вартості путівки санаторно-курортним закладам [223].

Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [225] визначено перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, в тому числі, що стосується осіб з інвалідністю передбачені платні такі особливі послуги як: протезування; медична допомога хворим удома; надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів відповідно до визначеного МОЗ переліку послуг. Втім слід відзначити, що, якщо особа з інвалідністю отримує лише соціальну

допомогу від держави, то в більшості випадків, вона не може дозволити собі замовлення та отримання платних послуг.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» від 27 грудня 2017 р. № 1008-р. було доручено міністерствам, іншим центральним органам виконавчої влади забезпечити виконання зазначеного плану заходів за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством [226]. Тоді як Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 травня 2018 р. № 981 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» [227] було затверджено офіційний переклад Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» від 22 травня 2019 р. № 350-р. було затверджено перелік заходів, обов'язкових для виконання Міністерством охорони здоров'я, Міністерством освіти і науки, Міністерством інформаційної політики, Державним комітетом телебачення і радіомовлення, Вінницькою, Дніпропетровською, Донецькою, Закарпатською, Запорізькою, Кіровоградською, Луганською, Львівською, Одеською і Харківською обласними державними адміністраціями з метою надання послуг раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. До їх числа належать:

1) забезпечення організації міжвідомчої координації та моніторингу проведення заходів з питань створення, функціонування та розвитку в Україні єдиної системи надання послуги раннього втручання; 2) забезпечення визначення за участю Вінницької, Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Кіровоградської, Луганської областей переліку закладів, установ та організацій, які мають досвід упровадження послуги раннього втручання, що надається дітям, методичних центрів щодо реалізації пілотного проекту “Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров’я та життя”; 3) утворення регіональних консультативних рад щодо реалізації пілотного проекту “Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров’я та життя” та затвердження їх складу, визначення регіональних координаторів з питань створення, функціонування та розвитку в Україні єдиної системи надання послуги раннього втручання, їх завдань і повноважень для надання консультаційної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській областях; 4) розроблення, затвердження, вдосконалення планів реалізації пілотного проекту “Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров’я та життя” на базі існуючих установ, організацій (центрів, кабінетів, відділень) незалежно від форми власності та підпорядкування; 5) визначення єдиних критеріїв запровадження надання послуги раннього втручання, необхідних для реалізації Вінницькою, Дніпропетровською, Донецькою, Закарпатською, Запорізькою, Кіровоградською, Луганською, Львівською, Одеською і Харківською обласними держадміністраціями пілотного проекту “Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров’я та життя”; 6) розроблення (удосконалення) та затвердження програм (курсів) для навчання та підвищення кваліфікації спеціалістів і фахівців, які задіяні у системі надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров’я та життя; 7) забезпечення підготовки на національному та регіональному

рівні тренерів для підвищення кваліфікації спеціалістів і фахівців, які задіяні у системі надання послуги раннього втручання; 8) забезпечення організації та проведення засідань, нарад, конференцій з питань розвитку системи надання послуги раннього втручання, а також забезпечення сприяння висвітленню на офіційних веб-сайтах заінтересованих органів та на веб-сайті “Раннє втручання” (<http://rvua.com.ua/>), у теле- та радіопередачах інформації щодо здійснення заходів з питань раннього втручання [228].

Окрему увагу хотілося б звернути на положення *Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»*, положення якого визначають завдання, конкретизують зміст і встановлюють вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги (далі - ПМД) в Україні [229]. Втім, на нашу думку, положення даного наказу не забезпечують виконання норми абз. 2 п. 5 Указу Президента України «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» в частині визначення механізму забезпечення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, медичним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома) з наступних підстав [230].

По-перше, зазначеним наказом визначено, що організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах, в тому числі, недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від стану здоров'я та інших дискримінаційних ознак, а також принципу доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання. Втім, на нашу думку, принцип доступності це не лише мінімальна втрата часу для її отримання, але й можливість кожного громадянина, в тому числі, і особи з інвалідністю на рівні з іншими особами рівного доступу до медичних, інформаційних, комунікаційних, екстрених та інших служб, а також медичних установ з метою отримання медичної допомоги. Тому, пропонуємо внести зміни до п.5 даного акту та визначення принципу доступності викласти в наступній редакції:

«доступність, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання, а також можливість кожного громадянина, в тому числі, і особи з інвалідністю на рівні з іншими особами рівного доступу до медичних установ з метою отримання медичної допомоги».

По-друге, зазначеним наказом не визначено поняття отримувача ПМД, а відсутність у тексті наказу положень про застосування його норм до осіб з інвалідністю ставить під питання коло суб'єктів адресатів даного виду допомоги. Саме тому, вважаємо за необхідне доповнити п. 2 Порядку надання первинної медичної допомоги визначенням поняття *«суб'єкт отримання ПМД»* під яким пропонуємо розуміти фізичну особу, яка звернулася до суб'єкта надавача первинної медичної допомоги з метою отримання медичної допомоги та/або якій надається така допомога.

По-третє, цим актом визначено, що обсяг практики може відрізнятися від оптимального, залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики сімейного лікаря, лікаря-терапевта, лікаря-педіатра. Втім, положеннями даного наказу не враховано особливості отримувача ПМД, наприклад, особи з інвалідністю, яка потребує більшого часу, більший фізичних затрат та має складність в наданні ПМД. *Саме тому, вважаємо, що, визначаючи обсяги практики, варто враховувати специфіку та особливості суб'єкта отримання ПМД та, відповідно, враховувати їх при вираховуванні кількісних показників навантаження на сімейного лікаря, лікаря-терапевта, лікаря-педіатра.*

Порядок та об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, встановлений наказом Міністерства охорони здоров'я України *«Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги»* [231].

Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню, затверджений *постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню» від 28 березня 2018 р. № 283 [232].*

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами та інструкцій щодо їх заповнення» затверджено форми наступних первинних облікових документів, а саме: форму заяви про взяття на облік інваліда, дитину-інваліда для забезпечення технічними та іншими засобами, що додається; форму первинної облікової документації № 164-3/о «Журнал реєстрації заяв інвалідів, дітей-інвалідів про взяття їх на облік для отримання і заміни технічних та інших засобів» та Інструкцію щодо її заповнення, що додаються; форму первинної облікової документації № 169/о «Картка забезпечення технічними та іншими засобами» та Інструкцію щодо її заповнення, що додаються; форму звітності № 37/1 «Звітність про кількість одержаних технічних та інших засобів інвалідами, дітьми-інвалідами, які перебувають на обліку, та тих, що зняті з обліку, за 20__ рік» та Інструкцію щодо її заповнення, що додаються; форму первинної облікової документації № 169-1/о «Відомість для забезпечення інваліда, дитини-інваліда технічними та іншими засобами» та Інструкцію щодо її заповнення, що додаються; форму заяви про заміну інваліду, дитині-інваліду технічних та інших засобів, що додається [233].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про Правила застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації» встановлено порядок застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади. Фізичне обмеження та (або) ізоляція застосовуються при наданні стаціонарної медичної допомоги в державних та комунальних

психіатричних закладах охорони здоров'я. Строк разового застосування ізоляції не може перевищувати вісім годин, для продовження її строку необхідно нове призначення комісією лікарів-психіатрів у складі не менше двох лікарів-психіатрів. Кожні дві години лікар-психіатр оцінює зміни у психічному та фізичному стані пацієнта, що фіксується у формі № 003/о. У нічний час ізоляція застосовуватись не може [234].

До речі, рішенням Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положення третього речення частини першої статті 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу), визначено, що особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна за рішенням лікаря-психіатра лише на підставі рішення суду [235].

Спільним наказом *Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства фінансів України «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років»* затверджено перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років, зокрема, це хвороби: нервової системи; ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин; хвороби, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини, безсимптомне вірусоносійство ВІЛ; органів травлення; сечостатевої системи; кістково-м'язової системи і сполучної тканини; органів дихання; шкіри та підшкірної клітковини; вуха та соскоподібного відростка; розлади психіки та поведінки; ока та додаткового апарату та інші [236]. Натомість, постановою Кабінету Міністрів України від 26 липня 2001 р. № 889 «Про порядок затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років» встановлено, що перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги

на дітей-інвалідів віком до 18 років, затверджує Міністерство охорони здоров'я разом з Міністерством праці та соціальної політики і Міністерством фінансів [237].

Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу та порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві визначено в наказі Міністерства охорони здоров'я України *«Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»* [238].

Особливо важливе значення для реалізації права особами з інвалідністю на охорону здоров'я є наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України *«Про затвердження ДБН В.2.2-40:2018 Будинки і споруди. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення»* від 30.11.2018 № 327 [239]. ДБН В.2.2-40:2018 розроблені для створення безбар'єрного простору для всіх категорій людей з інвалідністю: з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, розумової діяльності та інших маломобільних груп: людей похилого віку, вагітних жінок, батьків з дітьми та інших. Сьогодні 90% всіх збудованих пандусів є неправильно облаштованими, а переважна кількість людей взагалі не знають, що таке тактильна плитка. Так не має бути, і нові ДБН, у першу чергу, направлені на ефективне вирішення цієї проблеми. ДБН «Інклюзивність будівель і споруд» є обов'язковими до виконання. У них наведені всі необхідні технічні характеристики влаштування елементів безбар'єрності, а також конкретні візуальні приклади, як це потрібно робити. Зокрема, у документі йдеться про облаштування: пандусів, спеціальних підйомників та інших засобів доступності для людей з порушеннями опорно-рухового апарату; тактильної підлогової плитки, інформаційних таблиць та позначень шрифтом Брайля, інших

візуальних елементів і аудіопоказчиків для людей з порушеннями зору; дублювання важливої звукової інформації текстами, організації сурдоперекладу, використання систем звукопідсилення для людей з порушеннями слуху. Практична дія нових ДБН сприятиме створенню універсального громадського простору, доступного для кожного [240].

Особливості забезпечення права на здоров'я осіб з інвалідністю з числа учасників антитерористичної операції та членів їх сімей, ветеранів війни та прирівняних до них осіб визначаються програмами медичного і соціального забезпечення учасників антитерористичної операції та членів їх сімей, ветеранів війни та прирівняних до них осіб. Метою таких програм є реалізація комплексу взаємопов'язаних завдань і заходів у регіоні, що спрямовані на покращання соціального, медичного захисту, та надання матеріальної допомоги з метою забезпечення матеріальної підтримки ветеранів війни. Так, наприклад, в рамках виконання Комплексної програми Луганської області медичного і соціального забезпечення учасників антитерористичної операції та членів їх сімей, ветеранів війни та прирівняних до них осіб за напрямом медичне обслуговування учасників АТО та членів їх сімей, ветеранів війни та прирівняних до них осіб, протягом 2017 року за інформацією виконавців заходів Програми Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації відповідно до затверджених у кожному лікувально-профілактичному закладі індивідуальних планів диспансеризації учасників АТО проводиться медичне супроводження демобілізованих військовослужбовців шляхом проведення періодичних медичних оглядів, надання всебічної допомоги таким категоріям осіб у проходженні медико-соціальних експертних комісій. Кількість проведених періодичних медичних оглядів демобілізованих військовослужбовців – 800. В лютому 2017 року проведено семінар – тренінг для фахівців Сватівської обласної психіатричної лікарні. Кількість військовослужбовців, направлених до фахівців з фізичної реабілітації – 20 осіб. У всіх установах, які займаються медичним обслуговуванням учасників АТО, забезпечено планування реабілітаційних заходів, складання індивідуальних планів реабілітації учасників АТО (дорожньої карти) та контроль за їх виконанням [241].

Потрібно відзначити, що однойменні програми діють у кожній області. Фінансування таких програм здійснюється з бюджету області.

Узагальнюючи вище викладене, вважаємо, що нині існуюча система нормативно-правових актів, яка урегульовує відносини, що виникають під час реалізації особами з інвалідністю свого права на охорону здоров'я, має розгалужений характер, а самі нормативно-правові акти не позбавлені прогалин та колізій щодо вирішення питань, пов'язаних з реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Головним недоліком, на нашу думку, є часткова невідповідність норм національного законодавства принципам забезпечення права на охорону осіб з інвалідністю, які задекларовані в міжнародних актах, зокрема, Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яку Україна ратифікувала в 2006 році. Слід відзначити, що дотепер триває процес адаптації національного законодавства, а реформаційні зміни, які відбуваються сьогодні в Україні, безпосередньо торкаються і питання забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Отже, ***нормативно-правове регулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я*** – це система нормативно-правових актів, яка упорядковує суспільні відносини між органами публічної влади та особами з інвалідністю і громадським суспільством у сфері прав досліджуваної категорії осіб, з метою забезпечення додержання та реалізації прав і свобод осіб з інвалідністю на вільний та рівний доступ до послуг у сфері охорони здоров'я, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я, та гарантують їм рівні з усіма іншими громадянами права на охорону здоров'я.

3.3. Публічна адміністрація як суб'єкт адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Результативність та ефективність розвитку сфери охорони здоров'я залежить від діяльності уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, тобто системи державних органів всіх рівнів та органів місцевого самоврядування, які забезпечують захист прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я. Важливим напрямком

в сфері охорони здоров'я є саме забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

У вузькому сенсі під поняттям «публічна адміністрація» запропоновано розуміти систему органів державної влади, які наділені публічно-владними повноваженнями та здійснюють свої функції та завдання у всіх сферах життєдіяльності суспільства і виключно в інтересах суспільства.

У широкому значенні до «публічної адміністрації», крім органів публічної влади, відносять ті органи, які не входять до неї організаційно, але виконують делеговані нею функції. Водночас, як зазначається у Резолюції щодо публічної (державної) відповідальності, під «публічною владою» (або органами публічної влади), слід розуміти будь-яку установу публічного права (включаючи державу, регіональні та місцеві органи державної влади, незалежні публічні підприємства) та будь-яких фізичних осіб під час виконання ними повноважень офіційних органів [242].

Адміністративіст В. К. Колпаков доводить, що публічна адміністрація як правова категорія має два виміри: функціональний і організаційно-структурний. При функціональному підході – це діяльність відповідних структурних утворень з виконання функцій, спрямованих на реалізацію публічного інтересу. При організаційно-структурному підході публічна адміністрація – це сукупність органів, які утворюються для здійснення (реалізації) публічної влади.

Л. В. Шевченко під публічною адміністрацією розуміє систему організаційно-структурних утворень, які на законних підставах набули владних повноважень та забезпечують виконання закону і здійснюють інші публічно-управлінські функції [243, с. 117–118].

На нашу думку, під поняттям *публічна адміністрація* потрібно розуміти *систему різнорівневих органів, які наділені публічно-владною компетенцією або їм делеговані публічні повноваження, здійснюють публічно-управлінські функції з метою задоволення публічного інтересу.*

Публічна адміністрація є елементом системи управління, яка забезпечує функціонування кожної сфери суспільного життя.

Г. О. Пономаренко зазначила, що система управління є досить складним поняттям, зміст якого охоплює такі складові: 1) суб'єкти управління, тобто органи, що виконують завдання та функції із адміністративно-правового регулювання певною сферою; 2) об'єкти управління, тобто сфери суспільного життя, що перебувають під організуючим впливом суб'єктів управління; 3) управлінська діяльність, тобто певні суспільні відносини, через які реалізуються численні прямі та зворотні зв'язки між суб'єктами і об'єктами управління [244, с.10].

Суб'єктами публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України; Президент України; Кабінет Міністрів України; центральні органи виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство соціальної політики України; Міністерство у справах ветеранів України; Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України; Міністерство фінансів України; Міністерство з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України; Державний комітет телебачення і радіомовлення України; Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками; Національна служба здоров'я України; Державна архітектурно-будівельна інспекція України; Пенсійний фонд України; Державна служба статистики України; Фонд соціального захисту інвалідів; місцеві органи публічної адміністрації.

Грунтовний аналіз повноважень та компетенції публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я та безпосередньо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, дасть можливість узагальнити та структурувати наявну систему органів публічного управління в цій сфері, виявити ті повноваження, які дублюються, та внести пропозиції щодо удосконалення їх адміністрування.

Так, єдиним органом законодавчої влади в Україні є *парламент* – *Верховна Рада України*, до виключних повноважень якої входить і прийняття законів, що мають найвищу юридичну силу і яким повинні відповідати нормативно-правові акти всіх інших державних органів. Саме Верховній Раді України належить утвердження конституційних положень та основ в сфері охорони здоров'я та безпосередньо охорони

здоров'я осіб з інвалідністю. За результатами здійсненого аналізу положень нормативно-правових актів, слід відзначити, що в сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю, нині прийнято більше п'ятдесяти законів та підзаконних нормативно-правових актів, які визначають правові основи та гарантії забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Верховною Радою України було прийнято основний базовий нормативно-правовий акт, який повинен був забезпечити захист права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні».

Також слід зазначити, що однією з гарантій забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є діяльність Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Так, ст. 3 Закону України «Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» визначено, що Уповноважений здійснює парламентський контроль, метою якого є, зокрема, захист прав і свобод людини і громадянина, проголошених Конституцією України, законами України та міжнародними договорами України; додержання та повага до прав і свобод людини і громадянина суб'єктами, зазначеними у статті 2 цього Закону [245, ст.3; 246, с.160].

Наступним суб'єктом публічної адміністрації, до компетенції якого належить забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *Президент України* - гарант державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини і громадянина [122, ст.102].

Президент України забезпечує дотримання прав та свобод осіб з інвалідністю як самостійно через Офіс Президента України, так і через *Уповноваженого Президента України з прав осіб з інвалідністю*.

Уповноважений Президента України з прав людей з інвалідністю (далі – Уповноважений) забезпечує здійснення Президентом України конституційних повноважень щодо забезпечення додержання прав і законних інтересів людей з інвалідністю, в тому числі тих, які отримали інвалідність у зоні проведення антитерористичної операції, інвалідів війни [247].

Основними завданнями Уповноваженого є:

1) моніторинг додержання в Україні прав і законних інтересів людей з інвалідністю, виконання Україною міжнародних зобов'язань у цій сфері, внесення в установленому порядку Президентом України пропозицій щодо припинення, усунення, запобігання обмеженню та порушенню прав і законних інтересів людей з інвалідністю; 2) здійснення заходів щодо налагодження взаємодії органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань забезпечення прав і законних інтересів людей з інвалідністю; 3) внесення Президентом України пропозицій щодо підготовки проєктів законів, актів Президента України з питань захисту громадянських, соціальних, економічних, культурних прав і законних інтересів людей з інвалідністю, створення умов для реалізації ними таких прав та інтересів; 4) участь у підготовці проєктів нормативно-правових актів з питань захисту прав і законних інтересів людей з інвалідністю, забезпечення умов для реалізації їх громадянських, соціальних, економічних та культурних прав, недопущення дискримінації та забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю в усіх сферах суспільного життя, поваги до особливостей інвалідів і визнання їх як компонента людської різноманітності; 5) участь у межах компетенції в експертизі законів, які надійшли на підпис глави держави, законопроектів, які пропонуються для внесення Президентом України на розгляд Верховної Ради України у порядку законодавчої ініціативи, інших законопроектів, які стосуються прав і законних інтересів людей з інвалідністю; 6) підготовка та організація заходів за участю Президента України, у тому числі міжнародного характеру, з питань забезпечення прав і законних інтересів людей з інвалідністю; 7) інформування громадськості про здійснення Президентом України конституційних повноважень щодо забезпечення додержання прав і законних інтересів людей з інвалідністю [247].

Уповноважений, для виконання покладених на нього завдань, має право в установленому порядку: 1) запитувати і одержувати від структурних підрозділів Адміністрації Президента України, консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів і служб, утворених Президентом України, Секретаріату Кабінету Міністрів

України, центральних та місцевих органів виконавчої влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування необхідні інформацію, документи, матеріали; 2) порушувати питання щодо залучення в разі потреби до опрацювання окремих питань представників державних органів, органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, а також експертів, учених та фахівців; 3) брати участь у роботі консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів і служб, утворених Президентом України, а також у проведенні круглих столів, нарад та інших заходів з питань, що належать до компетенції Уповноваженого; 4) відвідувати органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади системи реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів, геріатричні пансіонати, будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, навчальні заклади, заклади охорони здоров'я, військові госпіталі, психіатричні та інші заклади, в яких перебувають люди з інвалідністю; 5) звертатися до органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування щодо вжиття заходів реагування на факти порушень законодавства, а також стосовно сприяння у вирішенні питань, віднесених до компетенції Уповноваженого; 6) уживати відповідних заходів щодо налагодження зв'язків для взаємодії з громадськими об'єднаннями, у тому числі міжнародними, з питань захисту прав і законних інтересів людей з інвалідністю [247].

Для надання консультативної допомоги Уповноваженому може створюватися в установленому порядку консультативна рада з питань захисту прав людей з інвалідністю, із залученням до її роботи представників інститутів громадянського суспільства.

Положення про Консультативну раду з питань захисту прав людей з інвалідністю затверджено розпорядженням Глави Адміністрації Президента України від 3 грудня 2015 року № 209. До її складу входять керівники 23 громадських об'єднань, які опікуються проблемами осіб з інвалідністю.

Консультативна рада: 1) проводить аналіз стану справ та причин виникнення проблем, пов'язаних з формуванням та реалізацією державної політики щодо прав і законних інтересів осіб з інвалідністю,

в тому числі, в частині виконання міжнародних зобов'язань України, діяльності державних та громадських інституцій тощо; 2) бере участь у розробленні Уповноваженим проєктів нормативно-правових актів з питань забезпечення додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю; 3) подає Уповноваженому розроблені за результатами своєї роботи рекомендації та пропозиції з питань забезпечення додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю; 4) виконує інші завдання, визначені дорученнями Уповноваженого.

Відзначимо, що наразі значна увага приділяється саме інституту громадського суспільства шляхом створення громадських рад при органах виконавчої влади. Так, сьогодні, з метою захисту прав і свобод осіб з інвалідністю, створені громадські ради при Уповноваженому Президента України з прав людей з інвалідністю, Громадську раду при Міністерстві соціальної політики України, Громадську раду при Фонді соціального захисту інвалідів, а також діють численні громадські організації, які створені спеціально для захисту прав осіб з інвалідністю, в тому числі, і права на охорону здоров'я.

Головним суб'єктом в системі органів виконавчої влади, який забезпечує право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *Кабінет Міністрів України (Уряд України)*, який є вищим органом у системі органів виконавчої влади [248].

Ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» визначені повноваження Кабінету Міністрів України, в тому числі, у сферах соціальної політики та охороні здоров'я, освіти. Здійснивши аналіз зазначених повноважень, можемо виокремити наступні повноваження Кабінету Міністрів України, що сприяють захисту права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

забезпечує проведення державної соціальної політики, вживає заходів щодо підвищення реальних доходів населення та забезпечує соціальний захист громадян;

виступає стороною соціального діалогу на національному рівні, сприяє його розвитку, відповідно до закону проводить консультації з іншими сторонами соціального діалогу щодо проєктів законів, інших нормативно-правових актів з питань формування і реалізації державної

соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин;

забезпечує підготовку проєктів законів щодо державних соціальних стандартів і соціальних гарантій;

забезпечує розроблення та виконання державних програм соціальної допомоги, вживає заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази закладів соціального захисту осіб з інвалідністю, пенсіонерів та інших непрацездатних і малозабезпечених верств населення;

забезпечує проведення державної політики зайнятості населення;

забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів;

забезпечує розроблення і здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони здоров'я [248, Ст.20].

Таким чином, діяльність Кабінету Міністрів України спрямована на прийняття програм соціального розвитку та підтримки осіб з інвалідністю, забезпечення всебічної реалізації ними прав на основі міжнародних принципів. Одним з яскравих прикладів діяльності Кабінету Міністрів України щодо забезпечення прав і свобод осіб з інвалідністю, є затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року, положення якої включають також гарантування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (ст.25).

Однак, відзначимо, що, відповідно до указів Президента України від 3 грудня 2015 року № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю», та від 13 грудня 2016 року № 553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю», Кабінету Міністрів України даються відповідні завдання щодо створення забезпечення права осіб з інвалідністю. Втім, на сьогоднішній день, Уряд жодним чином не прозвітував про результати виконаної роботи, а окремі вказівки, що визначені в наведених указах

Президента України, так і залишилися лише на папері. Саме тому, вважаємо, що Кабінет Міністрів України повинен щорічно звітувати перед Президентом України про результати виконання указів Президента України від 3 грудня 2015 року № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» та від 13 грудня 2016 року № 553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю», а звіти повинні бути розміщені на офіційному веб-сайті Президента України та Кабінету Міністрів України як публічна та доступна інформація.

Постановою Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» було реформовано систему органів виконавчої влади. Одні публічні органи були ліквідовані, інші реорганізовані, ще одні змінили свою підконтрольність та підзвітність. Також в ході здійснення реформи в сфері охорони здоров'я, було створено Національну службу здоров'я України.

Далі розкриємо систему центральних органів виконавчої влади, які наділені повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я, та забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Міністерство охорони здоров'я України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я [249]. Слід відзначити, що в зв'язку з тим, що зазначене Міністерство є профільним органом, який повинен забезпечувати та гарантувати право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, то і система його повноважень є чи не найширшою, в порівнянні з іншими суб'єктами публічної адміністрації в сфері, що досліджується.

Так, Міністерство охорони здоров'я України безпосередньо наділено наступними повноваженнями, що забезпечують дотримання права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта; готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних

комплексних та цільових програм охорони здоров'я; здійснює організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами; визначає пріоритетні напрями розвитку системи екстреної медичної допомоги; затверджує порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян [249];

здійснює: - державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги; - організацію медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівні, організацію надання медичної допомоги за спеціальностями, у тому числі з використанням телемедицини; - моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я; - контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; проводить медико-соціальну експертизу з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності особи; встановлює регламенти медичних втручань, дозові межі опромінення пацієнтів з урахуванням особливостей конкретних медичних втручань; встановлює правила та періодичність проведення обов'язкових профілактичних оглядів на туберкульоз певних категорій населення; бере участь в організації щорічного медичного обстеження (диспансеризації) осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи [249];

затверджує порядки: - застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; - надання первинної, вторинної, третинної, екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації; - проведення судово-медичної експертизи та судово-психіатричної експертизи; - проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів; - переведення хворих, які страждають на психічні розлади, щодо яких були застосовані примусові заходи медичного характеру, з одного психіатричного закладу в інший за рішенням суду про зміну застосування примусового

заходу медичного характеру, направлення хворих на наркоманію на примусове лікування; - лікування від наркоманії осіб, які страждають важкими психічними розладами або іншою важкою хворобою, що перешкоджає перебуванню в спеціалізованих закладах охорони здоров'я, інвалідів I і II групи, вагітних жінок та матерів, що мають немовлят, а також чоловіків у віці понад 60 років та жінок у віці понад 55 років; - здійснення медичного контролю за станом здоров'я хворих, які живуть з електрокардіостимуляторами, умови та порядок заміни електрокардіостимуляторів таким хворим; - створення та ведення загальнодержавного реєстру хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів [249].

Структурно зазначене Міністерство складається з 6 директоратів; служби державного секретаря, створеної як самостійний структурний підрозділ – сектор; 3 департаментів; 9 управлінь; 2 відділів; 2 секторів та патронатної служби міністра.

Проаналізувавши предмет відання організаційно-структурних елементів Міністерства охорони здоров'я, вважаємо, що його організаційна структура є штучно роздутою. Так, наприклад, одним з департаментів міністерства є, в тому числі, профільний медичний департамент до складу якого входять три управління, 7 відділів та 3 сектори, втім, жоден з цих організаційних утворень не займається питаннями осіб з інвалідністю безпосередньо, тоді як, для прикладу, департамент з фінансово-економічних питань, бухгалтерського обліку та фінансової звітності складається з 6 відділів та 1 сектору. Також відзначимо, що в структурі медичного департаменту є відділ експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності, до складу якого входить лише 5 (!) осіб. Відсутність у профільному міністерстві відділу, який би займався питаннями охорони здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, є вагомим недоліком, адже, як нами було доведено в розділі 1, особи з інвалідністю є соціально незахищеною категорією населення, а держава повинна гарантувати їхні права на рівні з іншими особами. Також відзначимо, що, на нашу думку, в структурі даного органу є велика кількість суб'єктів, які виконують адміністративні функції, що покликані забезпечувати управлінський процес, а не

вузькоспеціалізовані, тобто ті, які направлені забезпечувати право особи на охорону здоров'я.

Міністерство соціальної політики України є центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері праці та соціальної політики, зайнятості населення, соціального захисту, загальнообов'язкового державного соціального страхування в частині призначення, нарахування та виплати допомоги, компенсацій, надання соціальних послуг та інших видів матеріального забезпечення з метою дотримання прав і гарантій застрахованих осіб [250].

Мінсоцполітики, відповідно до покладених на нього завдань, виконує наступні повноваження, що сприяють забезпеченню права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

1) розробляє та вносить в установленому порядку пропозиції щодо надання державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, допомоги малозабезпеченим особам, які проживають разом з особами з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, які, за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду, особам з інвалідністю, особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції, іншим соціально вразливим верствам населення [250];

2) організовує роботу з призначення та виплати передбаченої законодавством державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, тимчасової державної допомоги дітям, батьки яких не мають можливості їх утримувати або місце проживання батьків яких невідоме, допомоги малозабезпеченим особам, які проживають разом з особами з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, які за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду, особам з інвалідністю, особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції, іншим соціально вразливим верствам населення, а також надання субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг,

скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, компенсації додаткових витрат на оплату комунальних послуг в умовах підвищення цін і тарифів на послуги, компенсації шахтарям за оплату електроенергії, газу та центрального опалення житла [250];

3) здійснює контроль за правильністю надання державної соціальної допомоги;

4) визначає потребу в утворенні державних установ соціального обслуговування населення, соціальної та професійної реабілітації осіб з інвалідністю, організацій, що надають соціальні послуги соціально вразливим верствам населення, та координує роботу з їх утворення;

5) здійснює організаційно-методичне керівництво структурними підрозділами місцевих держадміністрацій з питань соціального захисту населення щодо організації роботи з надання соціальних послуг особам з інвалідністю;

6) організовує підготовку та проведення державних свят, пам'ятних дат, відзначення на державному рівні міжнародних днів, що стосуються осіб з інвалідністю;

7) проводить моніторинг стану забезпечення осіб з інвалідністю санаторно-курортними путівками, автомобілями, технічними та іншими засобами реабілітації, виплати грошової компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та транспортне обслуговування, замість санаторно-курортної путівки і вартості самостійного санаторно-курортного лікування, а також аналіз відповідності розмірів такої компенсації їх фактичним витратам. Щодо останнього повноваження, слід відзначити, що в контексті викладеного, в даному пункті повноваження Мінсоцполітики України повинно забезпечувати осіб з інвалідністю автомобілями. Втім, дана норма не працює, адже, сьогодні в жодному нормативно-правовому акті не міститься механізму забезпечення державою автомобілями. Раніше положення щодо обов'язку держави забезпечити особу з інвалідністю транспортним засобом була визначена в Законі України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», проте нині така норма відсутня. На нашу думку, наразі у держави немає фінансових можливостей реалізувати положення про забезпечення кожної особи з

інвалідністю автомобілем. Як і немає можливості в потрібній кількості забезпечити соціальним транспортом, який використовують особи з інвалідністю, чи мало мобільні групи населення. Мова навіть не йде про області, де ситуація з соціальним транспортом взагалі критична;

8) забезпечує координацію заходів, що здійснюються центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями, щодо імплементації та реалізації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю;

9) співпрацює з громадськими організаціями осіб з інвалідністю, проводить моніторинг здійснення такими організаціями заходів, аналізує їх ефективність;

10) визначає за участю громадських організацій осіб з інвалідністю рівень доступності для осіб з інвалідністю та інших маломобільних категорій населення об'єктів житлово-комунального та громадського призначення, транспорту, інформації та зв'язку, а також інших об'єктів і послуг та вносить центральним і місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування пропозиції щодо створення безперешкодного середовища;

11) аналізує стан наповнення Централізованого банку даних з проблем інвалідності в частині забезпечення осіб з інвалідністю санаторно-курортними путівками, автомобілями, технічними та іншими засобами реабілітації, виплати грошової компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та транспортне обслуговування, замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування;

12) проводить моніторинг стану дотримання вимог законодавства щодо соціального захисту сімей та дітей, осіб з інвалідністю, людей похилого віку, дітей війни, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, ветеранів праці, ветеранів військової служби, жертв нацистських переслідувань та політичних репресій;

13) визначає кваліфікаційні вимоги до підприємств, що забезпечують осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами

реабілітації, а також надають послуги з післягарантійного ремонту таких засобів;

14) визначає правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність закладів соціального обслуговування, реабілітаційних установ, санаторіїв для осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю, підприємств та установ протезної галузі, і забезпечує оптимізацію та розвиток їх мережі;

15) організовує роботу з виплати особам з інвалідністю грошової компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та транспортне обслуговування, замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування, а також із забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації, автомобілями. Знову ж таки, відзначимо, що цей пункт не працює, адже відсутній механізм здійснення такого роду компенсаційних виплат. *Саме тому, вважаємо за необхідне виключити п. 46 Положення про Міністерство соціальної політики України як таке, що носить лише декларативний характер;*

16) організовує санаторно-курортне лікування осіб з інвалідністю, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

17) організовує та координує роботу із забезпечення житлом осіб з інвалідністю по зору та слуху; громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

18) забезпечує функціонування та ведення Централізованого банку даних з проблем інвалідності;

19) спрямовує, координує та контролює діяльність Фонду соціального захисту інвалідів [250].

Здійснивши аналіз повноважень Міністерства соціальної політики України, зауважимо, що згаданий центральний орган виконавчої влади виконує понад сто визначених повноважень в ввіреній йому сфері. Особливо широкий перелік повноважень, що стосується соціального захисту осіб з інвалідністю та інших соціально незахищених категорій осіб. Це і не дивно, адже, до структури даного міністерство входить:

- Директорат захисту прав осіб з інвалідністю, який організаційно складається з: експертної групи з питань соціальних гарантій осіб з

інвалідністю та експертної групи з питань інтеграції осіб з інвалідністю у суспільне життя, інклюзії та доступності;

- Департамент у справах ветеранів, осіб з інвалідністю та постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, до складу якого входять відділ визначення статусу постраждалого та зв'язків з громадськими організаціями; відділ роз'яснювальної роботи та моніторингу; відділ реалізації політики щодо осіб з інвалідністю;

- Управління інтегрованих соціальних послуг, який складається з відділу розвитку послуг для сімей та дітей; відділу розвитку послуг для громадян похилого віку; відділу розвитку послуг для громадян із груп ризику; відділу розвитку послуг для осіб з інвалідністю; сектору трансформації інтернатних закладів; сектору з питань соціальної реклами;

- Департамент реалізації державних соціальних програм, до організаційної структури якого належить, в тому числі, сектор з питань забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю.

Разом з тим, структурно це міністерство, як і Міністерство охорони здоров'я України, на нашу думку, має штучно роздуту структуру та чисельні адміністративні утворення, що може бути та повинно бути реорганізовано. Наприклад, в структурі Міністерства функціонує: Управління бухгалтерського забезпечення (Відділ розрахунків та обліку централізованих заходів, Відділ бухгалтерського обліку та звітності, Сектор обліку розрахунків з працівниками та оплати праці); Управління внутрішнього аудиту (Відділ фінансового аудиту та відповідності, Відділ аудиту ефективності); Управління адміністративного забезпечення (Відділ управління майном та охорони праці, Відділ гуманітарної допомоги) і 4 сектори забезпечення роботи заступника Міністра, на нашу думку, організаційно дані структурні одиниці можна об'єднати в Департамент матеріально-технічного забезпечення Міністерства.

Водночас, ми проаналізували міжнародну практику функціонування органів управління сферами охорони здоров'я та соціальної політики Німеччини та Великобританії. І в Німеччині, і в

Великобританії державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики держави. У результаті, держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії, основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. У Німеччині, у свою чергу, діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації – лікарняні каси [251, с.4]. Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є Департамент охорони здоров'я.

На необхідності поєднання в один орган публічної адміністрації функцій Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України також в своїй дисертаційній роботі наголошувала і А. М. Куца [252, с.161].

Отже, з метою оптимізації системи центральних органів виконавчої влади, інтеграції в Європейський Союз та на підставі аналізу повноважень, компетенції та організаційних структур Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України, *пропонуємо об'єднати Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України в один центральний орган виконавчої влади – Міністерством охорони здоров'я та соціального захисту населення України.*

Наступним суб'єктом, який забезпечує право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *Міністерство у справах ветеранів України* – головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері соціального захисту ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, постраждалих учасників Революції Гідності (далі – ветерани), членів сімей ветеранів та осіб, на яких поширюється чинність Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” [253].

Основними завданнями Мінветеранів щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є:

1) формування і реалізація державної політики у сфері соціального захисту ветеранів та членів їх сімей, зокрема забезпечення психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації, зайнятості, підвищення конкурентоспроможності на ринку праці, а також технічними та іншими засобами реабілітації, санаторно-курортним лікуванням, житлом; надання освітніх послуг, довічних державних стипендій, щорічної виплати до 5 травня разової грошової допомоги (крім організації виплати такої допомоги); надання, позбавлення статусу та видачі посвідчень ветеранам; надання медичних послуг шляхом формування переліку медичних послуг, що є додатковими до послуг, оплату надання яких держава гарантує в межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення, за погодженням з МОЗ; збереження психічного здоров'я ветеранів та членів їх сімей; 2) забезпечення прав та інтересів ветеранів та членів їх сімей [253].

Мінветеранів, відповідно до покладених на нього завдань: 1) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до його компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України та в установленому порядку вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України [253]; 2) розробляє проекти законів та інших нормативно-правових актів з питань, що належать до його компетенції [253]; 3) надає у межах повноважень, передбачених законом, методологічну підтримку під час розроблення, моніторингу та оцінювання ефективності реалізації документів стратегічного планування (програм соціально-економічного розвитку, цільових програм тощо) місцевих держадміністрацій, органів місцевого самоврядування з питань, що належать до компетенції Мінветеранів [253]; 4) бере участь у проведенні аналізу проектів державних цільових програм з метою визначення їх впливу на забезпечення прав та інтересів ветеранів та членів їх сімей [253]; 5) бере участь у підготовці узагальненого висновку про результати виконання державних цільових програм у частині проведення оцінки наслідків їх виконання щодо забезпечення прав та інтересів ветеранів та членів їх сімей [253]; 6)

проводить моніторинг стану дотримання вимог законодавства щодо соціального захисту ветеранів та членів їх сімей, зокрема забезпечення житлом ветеранів та членів їх сімей, психологічної реабілітації та соціальної адаптації ветеранів та членів їх сімей, зайнятості та дозвілля ветеранів, відновлення та вдосконалення їх професійних навичок і умінь шляхом професійного навчання, підвищення конкурентоспроможності на ринку праці, надання ветеранам медичних послуг [253].

Міністерство розвитку громад та територій України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну регіональну політику, державну політику у сфері розвитку місцевого самоврядування, територіальної організації влади та адміністративно-територіального устрою, державну житлову політику і політику у сфері благоустрою населених пунктів, державну політику у сфері житлово-комунального господарства, державну політику у сфері поводження з побутовими відходами, державну політику у сфері будівництва, містобудування, просторового планування територій та архітектури, державну політику у сфері технічного регулювання у будівництві, а також забезпечує формування державної політики у сфері архітектурно-будівельного контролю та нагляду, у сфері контролю житлово-комунального господарства та у сфері забезпечення енергетичної ефективності будівель [254].

Головним повноваженням даного Міністерства під час забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є здійснення заходів щодо інженерного захисту територій населених пунктів від небезпечних геологічних процесів, прогнозування і запобігання їх розвитку, створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших мало мобільних груп населення.

Міністерство фінансів України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну фінансову та бюджетну політику, державну політику з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування [255].

До повноважень Міністерства фінансів України, що сприяють забезпеченню права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю належать: здійснення на підставі результатів аналізу персональних даних та інформації, що містить банківську таємницю, верифікацію та моніторинг достовірності інформації, поданої фізичними особами для нарахування та своєчасного і в повному обсязі отримання соціальних виплат, пільг, субсидій, пенсій, заробітних плат, інших виплат, що здійснюються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, коштів Пенсійного фонду України, фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування, та визначає порядок отримання, обробки та захисту такої інформації; координація роботи, яка пов'язана з ініціюванням, підготовкою та реалізацією проектів економічного і соціального розвитку України, що підтримуються іноземними державами, банками і міжнародними фінансовими організаціями, проводить моніторинг виконання зазначених проектів, здійснює методичне забезпечення зазначеної роботи; проведення експертизи проектних пропозицій щодо ініціювання інвестиційних проектів економічного і соціального розвитку України [255].

Наступним суб'єктом, до компетенції якого належить забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, яке є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику з питань тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях та тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя [256].

Слід відзначити, що особливо гостро стоїть питання забезпечення та гарантування державою права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю на окупованій території України, адже військові дії, що відбуваються на окупованих територіях Луганської та Донецької областей, подекуди унеможливають своєчасне надання медичної допомоги, забезпечення медичними засобами та препаратами тощо. Особливо в безвихідній ситуації опинилися особи з інвалідністю, які не можуть самостійно пересуватися та попросити про допомогу.

Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, відповідно до покладених на нього завдань, виконує наступні повноваження, що пов'язані з забезпеченням права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

1) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що віднесені до його повноважень, розробляє пропозиції щодо його вдосконалення, готує проекти законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України та вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України [256]; 2) погоджує проекти законів, інших нормативно-правових актів законодавства, які надходять для погодження від центральних органів виконавчої влади, готує висновки і пропозиції до проектів законів, інших нормативно-правових актів, які подаються на розгляд Кабінету Міністрів України, та проектів актів, внесених на розгляд Верховної Ради України іншими суб'єктами права законодавчої ініціативи; 3) взаємодіє з міжнародними гуманітарними організаціями у сприянні наданню гуманітарного доступу та проведенню гуманітарних операцій; 4) забезпечує виконання органами виконавчої влади міжнародних зобов'язань України щодо реалізації Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року про захист жертв війни та інших норм міжнародного гуманітарного права, а також бере участь у координаційних механізмах стосовно їх реалізації; 5) забезпечує координацію діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо реалізації міжнародних проектів і програм з питань, що належать до компетенції МТОТ; 6) збирає та аналізує інформацію про необхідність забезпечення житлом та вирішення інших питань соціального захисту внутрішньо переміщених осіб; 7) сприяє в установленому законодавством порядку соціальному забезпеченню внутрішньо переміщених осіб, соціальній реабілітації осіб, які були позбавлені особистої свободи внаслідок дій незаконних збройних формувань, окупаційної адміністрації та/або органів влади Російської Федерації на тимчасово окупованих територіях України; 8) розробляє та подає Кабінетові Міністрів України пропозиції щодо здійснення заходів із забезпечення прав та свобод внутрішньо переміщених осіб; 9) здійснює заходи і завдання, спрямовані на виконання державних і

регіональних програм соціально-економічного та культурного розвитку, захисту конституційних прав і законних інтересів громадян України, які вимушено залишили тимчасово окуповані території України; 10) проводить моніторинг стану дотримання прав і свобод людини і громадянина на тимчасово окупованих територіях України; 11) визначає заходи, спрямовані на задоволення соціально-економічних, екологічних та культурних потреб населення, що проживає на тимчасово окупованих територіях України; 12) сприяє залученню в установленому порядку коштів міжнародних організацій, неурядових організацій іноземних держав, міжнародних неурядових організацій для виконання програм, спрямованих на забезпечення захисту прав і свобод осіб, які порушені внаслідок збройного конфлікту та/або тимчасової окупації частини території України [256].

Державний комітет телебачення і радіомовлення України є центральним органом виконавчої влади із спеціальним статусом, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України та є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері телебачення і радіомовлення, інформаційній та видавничій сфері [257]. Державний комітет телебачення і радіомовлення України забезпечує в установленому порядку широке висвітлення заходів щодо додержання прав і свобод осіб з інвалідністю.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів (далі – лікарські засоби), медичної техніки і виробів медичного призначення (далі – медичні вироби), та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу [258].

Держліксслужба, відповідно до покладених на неї завдань, з метою забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю: 1) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать

до її компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правових актів міністерств та в установленому порядку подає їх Міністрові охорони здоров'я; 2) розробляє проекти державних цільових програм з питань здійснення контролю якості лікарських засобів і медичних виробів та здійснення контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, бере участь у забезпеченні виконання таких програм; 3) приймає в установленому порядку рішення про вилучення з обігу та заборону (зупинення) виробництва, реалізації та застосування лікарських засобів і медичних виробів, що не відповідають вимогам, визначеним нормативно-правовими актами, а також тих, що ввозяться на територію України та вивозяться з території України з порушенням установленого законодавством порядку; 4) здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; 5) проводить щорічні розрахунки та попередньо визначає потребу України в наркотичних засобах, психотропних речовинах; 6) готує пропозиції щодо визначення квот, у межах яких здійснюється обіг наркотичних засобів, психотропних речовин; 7) вживає відповідних заходів до усунення порушень, виявлених під час здійснення контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; 8) забезпечує інформування громадськості з питань здійснення контролю за введенням в обіг медичних виробів та обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [258].

Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [259].

Основними завданнями Національної служби здоров'я України, що сприяють забезпеченню права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є: 1) реалізація державної політики у сфері державних

фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); 2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; 3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [259].

Національна служба здоров'я України, відповідно до покладених на неї завдань: 1) проводить моніторинг, аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах; 2) розробляє проєкт програми медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; 3) укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію; 4) здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення; 5) отримує та обробляє персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів (у тому числі інформацію про стан здоров'я, діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення її повноважень, з дотриманням вимог Закону України “Про захист персональних даних”; 6) забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я; 7) забезпечує ведення реєстрів, що входять до складу електронної системи охорони здоров'я, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції та ін. [259]. Серед широкого переліку повноважень, які виконує даний суб'єкт, є повноваження реєстраційного та контроль-наглядового характеру. Втім, як нами уже було зазначено вище, однією з проблем забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є відсутність достовірних моніторингових та статистичних даних щодо осіб з інвалідністю, переліку медичних засобів та медичних препаратів, які вони потребують, а також складність в точному прогнозуванні

бюджетних коштів на сферу охорони здоров'я осіб з інвалідністю. Саме тому виникає питання виконання Національною службою здоров'я України ведення реєстрів, що входять до складу електронної системи охорони здоров'я, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції.

Державна архітектурно-будівельна інспекція України (Держархбудінспекція) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Віце-прем'єр-міністра України – Міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства і який реалізує державну політику з питань державного архітектурно-будівельного контролю та нагляду [260].

Основним повноваження Державної архітектурно-будівельної інспекції України в напрямі забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є здійснення контролю за відповідністю будівель і споруд, які вводяться в експлуатацію на відповідність їх нормативам та стандартам щодо доступності для осіб з інвалідністю. Готовність такої будівлі в експлуатацію підтверджується Декларацією про готовність об'єкта до експлуатації та Актом готовності об'єкта до експлуатації.

Пенсійний фонд України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра соціальної політики, що реалізує державну політику з питань пенсійного забезпечення та ведення обліку осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню [261].

Основними завданнями Пенсійного фонду України є: реалізація державної політики з питань пенсійного забезпечення та ведення обліку осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню; організація, координація та контроль роботи територіальних органів щодо здійснення контролю за додержанням вимог законодавства про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування, правильністю нарахування, обчислення, повнотою і своєчасністю сплати страхових внесків на загальнообов'язкове державне пенсійне страхування (далі – страхові внески) та інших

платежів, за достовірністю документів, поданих для призначення пенсії, та відомостей про осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, призначенням (перерахунком) і виплатою пенсій та іншими виплатами, які згідно із законодавством здійснюються за рахунок коштів Пенсійного фонду України, інших джерел, визначених законодавством [261].

Згадана контроль-наглядова діяльність Пенсійного фонду України є вкрай важливою, адже розмір пенсійних та інших виплат для осіб з інвалідністю є важливим засобом для задоволення своїх потреб і медичному обслуговуванні та придбанні відповідних необхідних медичних препаратів, здійснення реабілітації.

Державна служба статистики України є спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі статистики, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Першого віце-прем'єр-міністра України – Міністра економічного розвитку і торгівлі та який реалізує державну політику у сфері статистики [262].

Зазначений суб'єкт виконує статистичну функцію, яка допомагає здійснити моніторинг кількості осіб з обмеженими можливостями, відповідно спрогнозувати кількісно-якісні розрахунки щодо необхідності забезпечення їх медичною допомогою, медичними препаратами та здійсненням реабілітаційних заходів, а також здійснювати розрахунки щодо бюджету, який повинен виділятися для забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Здійснює формування інформаційної бази для прогнозування та аналізу тенденцій і закономірностей соціально-економічного розвитку, складає національні рахунки.

Державна служба статистики в цьому напрямі виконує наступні повноваження: забезпечує відповідність статистичної інформації критеріям якості, готує звіти для користувачів щодо якості статистичних даних; організовує і проводить статистичні спостереження за соціально-економічними та демографічними явищами і процесами, екологічною ситуацією в Україні та її регіонах шляхом збирання форм державної статистичної звітності та проведення

спеціально організованих статистичних спостережень (переписів, одноразових обліків, опитувань, вибіркового обстеження, у тому числі населення (домогосподарств); розробляє, вдосконалює та впроваджує звітно-статистичну документацію, а також типові форми первинної облікової документації, необхідної для проведення статистичних спостережень; надає державним органам та органам місцевого самоврядування статистичну інформацію в обсягах, за формами і в строки, визначені планом державних статистичних спостережень або окремими рішеннями Кабінету Міністрів України; проводить моніторинг та задовольняє потреби користувачів у статистичній інформації [262].

Суб'єктами, які на місцевому рівні здійснюють адміністрування у сфері охорони здоров'я та, відповідно, забезпечують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування*.

Повноваження місцевих державних адміністрацій в сфері охорони здоров'я визначені в ст. ст. 22, 23 Закону України «Про місцеві державні адміністрації». До них, на нашу думку, можна віднести: 1) реалізовує державну політику в сфері охорони здоров'я, в галузі соціального забезпечення та соціального захисту осіб з інвалідністю; 2) здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; 4) вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я; 5) вживає заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; 6) організовує роботу медичних закладів по поданню допомоги населенню; 7) забезпечує працевлаштування осіб з інвалідністю, сприяє здобуттю ними освіти, набуттю необхідної кваліфікації, матеріально-побутовому обслуговуванню, санаторно-курортному лікуванню осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; сприяє поданню протезно-ортопедичної допомоги населенню і забезпеченню осіб з інвалідністю засобами пересування і реабілітації; встановлює піклування над повнолітніми дієздатними особами, які за станом здоров'я потребують догляду; 8) вирішує питання про утворення,

реорганізацію та ліквідацію спеціальних будинків-інтернатів для осіб, які потребують медичної допомоги у зв'язку із захворюванням на туберкульоз, та осіб з інвалідністю першої і другої груп [263].

Аналізуючи повноваження місцевих державних адміністрацій, які визначені в ст. ст. 22, 23 Закону України «Про місцеві державні адміністрації», здійснивши аналіз нормативно-правового регулювання, яким урегульовано відносини забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, вважаємо, що їх компетенція поширюється також і на управління системою реабілітації осіб з інвалідністю. *Саме том, пропонуємо Закон України «Про місцеві державні адміністрації» доповнити ч.1 ст.23 пунктом 12 наступного змісту:*

12) здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації осіб з інвалідністю, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації осіб з інвалідністю; організовують проведення реабілітаційних заходів; забезпечують розвиток мережі реабілітаційних установ».

Ще одним суб'єктом забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є *органи місцевого самоврядування*, які виконують наступні повноваження, які визначені Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні»:

1) власні (самоврядні) повноваження: 1) вирішення, відповідно до законодавства, питань про подання допомоги особам з інвалідністю, особам з інвалідністю з дитинства; 2) організація для осіб з інвалідністю будинків-інтернатів, побутового обслуговування, продажу товарів у спеціальних магазинах і відділах за соціально доступними цінами, а також безоплатного харчування; 3) управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм (п.1 ч.1 ст.34); утворення цільових фондів соціальної допомоги особам з інвалідністю, визначення порядку і умов витрачання коштів цих фондів (п.9, ч.1 ст.27);

2) делеговані повноваження: забезпечення здійснення передбачених законодавством заходів щодо поліпшення житлових і матеріально-побутових умов осіб з інвалідністю; вирішення відповідно до законодавства питань надання соціальних послуг особам з

інвалідністю (п.2 ч.1 ст.34); забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності освіти і медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі освітніх і лікувальних закладів усіх форм власності; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; забезпечення школярів із числа дітей з інвалідністю/осіб з інвалідністю I-III групи, які навчаються в державних і комунальних навчальних закладах, безоплатними підручниками, створення умов для самоосвіти; (п.2 ч.1 ст.32) [264].

Здійснивши аналіз та узагальнюючи повноваження органів місцевого самоврядування щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю та з метою гармонізації норм національного законодавства, вважаємо за необхідне *внести зміни до Закону України «Про місцеве самоврядування» та доповнити п.1. ч.1 ст.34 наступним змістом:*

здійснення не менш одного разу на півріччя за участю представників громадських об'єднань, які опікуються питаннями осіб з інвалідністю, правозахисників і незалежних експертів моніторингу умов проживання осіб з інвалідністю в інтернатних установах та в разі виявлення порушень вживати відповідних заходів реагування;

приймають та здійснюють фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників, а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

На підставі вищевикладеного та узагальнення повноважень публічної адміністрації у сфері права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, вважаємо за необхідне прийняти розпорядження Кабінету Міністрів України *«Щодо необхідності удосконалення компетентними органами виконавчої влади та органами місцевого*

самоврядування законопроектної роботи в сфері забезпечення та додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю», зокрема щодо:

1) запровадження та/або посилення дисциплінарної, адміністративної і кримінальної відповідальності за невиконання законодавства у сфері права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я;

2) внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо використання коштів державного та місцевого бюджетів, у тому числі, одержаних від міжнародних фінансових організацій, з урахуванням потреб осіб з інвалідністю відповідно до Конвенції про права осіб з інвалідністю, Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», інших законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, зокрема, державних будівельних та інших норм, стандартів правил;

3) розробити та затвердити порядок і методикку проведення моніторингу та оцінки ступеня безбар'єрності фізичного оточення і послуг, який би включав, в тому числі, такі показники, як доступність для осіб з інвалідністю до охорони здоров'я;

4) забезпечення вдосконалення законодавства щодо розширення переліку лікарських засобів у Національному переліку основних лікарських засобів, зокрема, з урахуванням потреб учасників АТО та ООС, які отримали інвалідність, з метою покращення доступу цих осіб до пільгового забезпечення лікарськими засобами;

5) опрацювати в установленому порядку питання щодо покладання на Державну установу «Український моніторинговий центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України» повноважень щодо проблем, пов'язаних з вживанням психотропних речовин, що призводить до інвалідизації та інших негативних наслідків, опрацювання пропозицій стосовно виправлення існуючої ситуації та подання їх до відповідних органів для вжиття необхідних заходів реагування».

Отже, підбиваючи підсумки, зазначимо, що реформування органів публічної адміністрації, які виконують повноваження щодо

забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, має такі позитивні наслідки:

- оптимізація структури органів публічної влади, які виконують повноваження в сфері охорони здоров'я, в тому числі, і щодо осіб з інвалідністю;

- розширення повноважень суб'єктів публічної адміністрації місцевого рівня;

- реалізація повноважень уповноважених суб'єктів публічної адміністрації в напрямі імплементації міжнародних стандартів та принципів щодо доступності середовища для осіб з інвалідністю.

Дослідивши механізм публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я, ми прийшли до наступних висновків.

Система нормативно-правових актів, що урегульовує відносини, які виникають під час реалізації особами з інвалідністю свого права на охорону здоров'я, має розгалужений характер, а самі нормативно-правові акти не позбавлені прогалин та колізій щодо вирішення питань, пов'язаних з реалізацією права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Головним недоліком нормативно-правового регулювання права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є часткова невідповідність норм національного законодавства принципам забезпечення права на охорону осіб з інвалідністю, які задекларовані в міжнародних актах, зокрема, Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Досліджено повноваження та компетенцію суб'єктів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я, а саме: Верховної Рада України; Президента України; Кабінету Міністрів України; центральних органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство соціальної політики України; Міністерство у справах ветеранів України; Міністерство розвитку громад та територій України; Міністерство фінансів України; Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; Державний комітет телебачення і радіомовлення України; Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками; Національна служба

здоров'я України; Державна архітектурно-будівельна інспекція України; Пенсійний фонд України; Державна служба статистики України; Фонд соціального захисту інвалідів; місцеві органи публічної адміністрації.

Доведено, що Кабінет Міністрів України повинен щорічно звітувати перед Президентом України про результати виконання указів Президента України від 3 грудня 2015 року № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» та від 13 грудня 2016 року № 553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю», а звіти повинні бути розміщені на офіційному веб-сайті Президента України та Кабінету Міністрів України як публічна та доступна інформація.

Аргументовано необхідність з метою оптимізації системи центральних органів виконавчої влади, інтеграції в Європейський Союз та на підставі аналізу повноважень, компетенції та організаційних структур Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України, запропоновано об'єднати Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України в один центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення України.

Запропоновано внесення змін та доповнень до наступних нормативно-правових актів:

- Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»:

Ст. 3. «Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п. 7 наступного змісту: 7) застосовуються принципи розумного пристосування та універсального дизайну;

Ст. 4 «Основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п.11 наступного змісту: 11) виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають реалізації права осіб з інвалідністю на медичне обслуговування, в тому числі, отримання

медичної допомоги, виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації тощо»;

- Закону України «Про місцеві державні адміністрації» доповнити п. 12 ч. 1 ст. 23 наступного змісту: 12) здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації осіб з інвалідністю, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації осіб з інвалідністю; організовують проведення реабілітаційних заходів; забезпечують розвиток мережі реабілітаційних установ»;

- Закону України «Про місцеве самоврядування» доповнити п.1. ч.1 ст.34 наступним змістом: здійснення не менш одного разу на півріччя, за участю представників громадських об'єднань, які опікуються питаннями осіб з інвалідністю, правозахисників і незалежних експертів моніторингу умов проживання осіб з інвалідністю в інтернатних установах та в разі виявлення порушень вживати відповідних заходів реагування; приймають та здійснюють фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників, а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

- п. 5 Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»: «доступність, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання, а також можливість кожного громадянина, в тому числі, і особи з інвалідністю, на рівні з іншими особами, рівного доступу до медичних установ з метою отримання медичної допомоги»;

- доповнити п. 2 Порядку надання первинної медичної допомоги визначенням поняття «суб'єкт отримання ПМД» під яким пропонуємо розуміти фізичну особу, яка звернулася до суб'єкта – надавача

первинної медичної допомоги з метою отримання медичної допомоги та/або якій надається така допомога;

- виключити п. 46 Положення про Міністерство соціальної політики України як таке, що носить лише декларативний характер;

Аргументовано необхідність гармонізувати норми:

- Закону України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» з положеннями Конвенції про права осіб з інвалідністю та Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», зокрема шляхом прийняття Державної цільової програми щодо створення та впровадження Системи 112, яка б чітко визначала особливості доступу до Системи 112 осіб з інвалідністю різних нозологій;

- Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” шляхом заміни в тексті згаданої постанови слово «інвалід» у всіх відмінках на «особа з інвалідністю».

Запропоновано прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Щодо необхідності удосконалення компетентними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування законопроектної роботи в сфері забезпечення та додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю».

РОЗДІЛ 4.

МЕТОДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

4.1. Економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Поруч з адміністративними методами публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю важливе значення має й інша група методів, які забезпечують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – прийняття програм економічного розвитку охорони здоров'я, прийняття та фінансування програм реабілітації осіб з інвалідністю, забезпечення проведення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру, реалізація пілотних проєктів щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів тощо. Основне призначення економічних методів діяльності суб'єктів публічної адміністрації при забезпеченні права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є утворення таких економічних умов, які викликають зацікавленість у виконанні певної роботи, у підвищенні продуктивності праці та, відповідно, наданні фінансової підтримки. Під час застосування економічних методів управління суб'єкт управління досягає належної поведінки керованих шляхом впливу на їх матеріальні інтереси. З цією метою однаковою мірою можуть використовуватися і перспективи матеріальних переваг, і загрози матеріальних санкцій [265, с. 188]. Ці методи доцільно використовувати для регулювання діяльності установ так званої неприбуткової сфери діяльності з урахуванням, наприклад, того, наскільки раціонально вони витрачають власні матеріальні кошти, отримані від надання платних послуг, оренди державного майна й нерухомості [277, с.130-131].

Слід відзначити, що в процесі здійснення адміністративної, а в подальшому і медичної реформ, вагоме значення набувають методи регулюючого впливу (непрямого управління), серед яких провідне місце

займають економічні методи управління. Їх застосування забезпечує задоволення фінансових і матеріальних інтересів об'єктів управління через діяльність його суб'єктів, які створюють сприятливі умови для досягнення цілей і завдань управління, наприклад, органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я [173, с.5]. Економічні методи можуть включати й заходи матеріального стимулювання через систему спеціально створених фондів, що акумулюють і розподіляють бюджетні кошти на охорону здоров'я разом із приватним капіталом; визначати пріоритетні напрямки фінансування і сприяння розвитку медичного обслуговування осіб з інвалідністю; забезпечувати фінансування програм підвищення кваліфікації та перепідготовки спеціалістів, які забезпечують медичне обслуговування осіб з інвалідністю; здійснювати перерозподіл коштів державного, місцевого та інших джерел щодо лікування окремих видів захворювань; встановлювати систему грантів і цільових фондів застосування різноманітних механізмів контролю за використанням ресурсів тощо.

Таким чином, економічні методи знаходять свій прояв у створенні таких умов для розвитку підпорядкованих об'єктів, за яких вони під впливом певних матеріально-фінансових стимулів можуть самостійно обирати той чи інший варіант поведінки. Проте, як і раніше, цей вибір відбувається за традиційним «залишковим» принципом державного фінансування сфери охорони здоров'я, що, на жаль, неможливо подолати найближчим часом. Економічні методи можуть бути застосованими в порівняно обмеженому масштабі. Тому слід шукати нові методи комплексного інвестування сфери охорони здоров'я, в тому числі, джерела фінансування медичного обслуговування осіб з інвалідністю через використання можливостей бюджетів різних рівнів, залучення благодійних внесків (розвиток благодійництва та

меценатства), розширення обсягу і сфери застосування підприємницької діяльності в досліджуваній сфері адміністрування. Відзначимо, що застосування економічних методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю вимагає пошуків специфічних показників діяльності підпорядкованих об'єктів, а також особливих критеріїв оцінки його ефективності.

Отже, економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це сукупність засобів і способів, які використовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації з метою створення таких економічних умов, які сприяють підвищенню рівня здоров'я осіб з інвалідністю, забезпеченню доступного та безперешкодного середовища, підвищенню професійних якостей медичного персоналу, який здійснює медичне обслуговування осіб з інвалідністю, реалізації реабілітаційних заходів, а також створенню інших необхідних умов інтеграції осіб з інвалідністю у життя суспільства.

Економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я реалізуються шляхом:

- 1. планування в державному та місцевих бюджетах видатків на забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю;*
- 2. розроблення, затвердження комплексних програм соціального захисту та підтримки і реабілітації людей з інвалідністю;*
- 3. розроблення та реалізація заходів реабілітації осіб з інвалідністю;*
- 4. розроблення механізмів державно-приватного партнерства щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю;*
- 5. фінансування з державного та місцевого бюджетів розвитку закладів охорони здоров'я, які забезпечують реалізацію особам з інвалідністю права на охорону здоров'я, а також будівництво та введення в експлуатацію нових реабілітаційних центрів тощо.*

Так, в державному бюджеті України на 2018 рік, видатки за функціональною класифікацією видатків та кредитування бюджету на сферу охорони здоров'я та соціального захисту, в тому числі, щодо осіб з інвалідністю виглядають наступним чином:

- заходи із реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч – 14 154 000,00 грн.;

- реалізація пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів - 112 015 300,00 грн.;

- надання первинної медичної допомоги населенню – 8 054 517 600,00 грн.;

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії – 18 972 600,00 грн.;

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань – 1 000 000 000,00 грн.;

- спеціалізована протезно-ортопедична та медично-реабілітаційна допомога інвалідам у клініці Науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності – 23 384 300,00 грн.;

- заходи із соціального захисту дітей, сімей, жінок та інших найбільш вразливих категорій населення – 100 789 900,00 грн.;

- надання одноразової грошової допомоги членам сімей осіб, які загинули (померли) під час участі в антитерористичній операції, та особам, які отримали інвалідність під час участі в зазначеній операції – 48 748 700,00 грн.;

- надання одноразової грошової допомоги члену сім'ї волонтера, який загинув під час надання волонтерської допомоги в районі проведення антитерористичної операції, та волонтеру, який став особою з інвалідністю внаслідок травми, одержаної під час надання допомоги – 815 700,00 грн.

Натомість, відповідно до Закону України «Про Державний бюджет на 2019 рік», було заплановано наступні видатки на сферу охорони здоров'я та безпосередньо на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю:

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги – 137 992,3 грн.;

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання – 150 000,0 грн.;

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань – 250 000,0 грн.;

- субвенція з державного бюджету районному бюджету Валківського району Харківської області на придбання комп'ютерного томографа для комунального закладу охорони здоров'я «Валківська центральна районна лікарня» – 12 500,0 грн.;

- підвищення кваліфікації працівників системи соціального захисту – 644,1 грн.;

- спеціалізована протезно-ортопедична та медично-реабілітаційна допомога особам з інвалідністю у клініці Науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності – 26 768,9 грн.;

- заходи із соціального захисту дітей, сімей, жінок та інших найбільш вразливих категорій населення – 95 570,3 грн.;

- оздоровлення і відпочинок дітей, які потребують особливої уваги та підтримки, в дитячих оздоровчих таборах МДЦ «Артек» і ДЦ «Молода Гвардія» – 217 192,1 грн.;

- санаторно-курортне лікування ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про жертви нацистських переслідувань» та осіб з інвалідністю – 193 165,9 грн.;

- заходи із психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації, забезпечення санаторно-курортним лікуванням постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях – 110 905,6 грн.;

- фінансова підтримка громадських об'єднань осіб з інвалідністю, які мають статус всеукраїнських – 89 362,4 грн., у тому числі фінансова підтримка Національної Асамблеї інвалідів України, підприємств і організацій невиробничої сфери Українського товариства сліпих та Українського товариства глухих, та Союзу організацій осіб з інвалідністю України – 76 025,9 грн.;

- заходи із соціальної, трудової та професійної реабілітації осіб з інвалідністю – 1 335 591,0 грн.;

- забезпечення діяльності Фонду соціального захисту інвалідів – 85 678,0 грн.;

- реабілітація дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу – 130 022,6 грн.;

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на виплату грошової компенсації за належні для отримання жилі приміщення для сімей осіб, визначених абзацами 5-8 пункту 1 статті 10 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», для осіб з інвалідністю I-II групи, яка настала внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, визначених пунктами 11-14 частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», та які потребують поліпшення житлових умов – 305 145,3 грн. [266];

- субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на виплату грошової компенсації за належні для отримання жилі приміщення для внутрішньо переміщених осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення,

перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, та визнані особами з інвалідністю внаслідок війни III групи відповідно до пунктів 11-14 частини другої статті 7 або учасниками бойових дій відповідно до пунктів 19-20 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», та які потребують поліпшення житлових умов – 25 000,0 грн. [266, Додаток 3].

Водночас відзначимо, що, відповідно до видатків Державного бюджету України, запланованих на 2020 рік, витрати на охорону здоров'я права осіб з інвалідністю виглядають наступним чином:

- громадське здоров'я та боротьба з епідеміями – 2 121 032,8 грн.;
- створення сучасної клінічної бази для лікування онкологічних захворювань у Національному інституті раку – 700 000 грн.;
- реалізація державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні – 100 000 грн.;
- санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з сомативними захворюваннями – 573 390,4 грн.;
- спеціалізована протезно-ортопедична та медично-реабілітаційна допомога особам з інвалідністю у клініці Науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності – 34 500,7 грн.;
- заходи із соціального захисту дітей, сімей, жінок та інших найбільш вразливих категорій населення – 66 019,8 грн.;
- щорічна разова допомога ветеранам війни і жертвам нацистських переслідувань та соціальна допомога особам, які мають особливі та особливі трудові заслуги перед Батьківщиною – 1 382 540,6 грн.;
- соціальний захист особам, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС – 2 570 195,0 грн. [267].

Принагідно відзначимо, що, починаючи з 2019 року, запроваджений новий механізм забезпечення заходами з реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу за принципом «гроші ходять за людиною», що повинно забезпечити адресність, прозорість та підвищити якість надання реабілітаційних

послуг. На виконання Закону України «Про Державний бюджет України на 2019 рік», яким передбачені видатки за бюджетною програмою 2507100 «Реабілітація дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу» була прийнята постанова Кабінету Міністрів України від 27 березня 2019 р. № 309 «Про затвердження Порядку використання у 2019 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу» [268].

Порядком використання у 2019 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу, передбачено, що головним розпорядником бюджетних коштів є Мінсоцполітики. Розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня є: Фонд соціального захисту інвалідів – відповідальний виконавець бюджетної програми; орган виконавчої влади в Автономній Республіці Крим з питань соціального захисту населення, структурні підрозділи з питань захисту населення обласних, Київської міської державної адміністрації; структурні підрозділи з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві державних адміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (у разі їх утворення) рад (далі – місцеві органи) [268].

Кошти розподіляються за вертикальним принципом – спочатку між регіональними органами, які, у свою чергу, розподіляють бюджетні кошти між місцевими органами пропорційно чисельності дітей, які потребують реабілітаційних заходів, за місцем їх проживання (перебування) відповідно до індивідуальних програм реабілітації [268]. Слід відзначити, що на підставі звернень зазначених суб'єктів може бути здійснений перерозподіл коштів, які виділяються для здійснення реабілітаційних заходів.

Зазначені програмно-цільові економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідності на охорону здоров'я застосовуються до закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, що забезпечують медичне обслуговування осіб з інвалідністю та (або) їх реабілітацію на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних

(фармацевтичних) працівників, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики з метою відшкодування вартості реабілітаційних заходів для дітей, які потребують реабілітаційних заходів.

Отже, використання територіальними громадами коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу є дієвим методом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Ще одним дієвим економічним методом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є розроблення механізму використання коштів, передбачених у державному бюджеті, територіальними громадами для придбання спеціально обладнаних автомобілів для перевезення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату. Застосування даного методу дасть можливість стимулювання територіальних громад до створення служб перевезень людей з інвалідністю, особливо людей на візках. Реалізація даних заходів позитивним чином сприятиме усуненню бар'єрів у життєдіяльності осіб з інвалідністю.

Механізм застосування зазначеного економічного методу публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю затверджений в постанові Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 р. № 189 «Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для придбання спеціально обладнаних автомобілів для перевезення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату» [269]. Зазначимо, що відповідно до бюджетної програми 2507030 «Заходи із соціальної, трудової та професійної реабілітації осіб з інвалідністю» на 2019 рік передбачено на цей напрям 30000 тис. грн.

Також відзначимо, що до економічних методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, також належать: адресний підхід до забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю; забезпечення осіб з

інвалідністю за принципом «гроші ходять за людиною»; виплату компенсації вартості за самостійно придбані засоби реабілітації тощо.

4.2. Адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Адміністративні методи публічного адміністрування слід розуміти як сукупність способів і засобів, які використовують у своїй діяльності суб'єкти публічної адміністрації з метою впливу на поведінку осіб. Суб'єктом, який використовує адміністративний метод, є орган влади, який виконує владно управлінські функції, в тому числі, якщо вони йому делеговані. Тоді ж як об'єктом є поведінка та дії осіб, на які здійснюється вплив владного суб'єкта. Застосування адміністративних методів публічного адміністрування направлене на забезпечення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Адміністративно-правові методи невіддільні від процесу реалізації виконавчої влади, державне управління не може бути витіснено цивільно-правовими категоріями договірної типу. Очевидно також, що методи відіграють вирішальну роль у забезпеченні належного правового порядку, рівня державної дисципліни [270, с. 187].

Адміністративно-правові методи публічного адміністрування адміністративісти Ю. П. Битяк та В. М. Гарашук, пропонують розуміти як способи і прийоми безпосереднього й цілеспрямованого впливу виконавчих органів (їх посадових осіб) на підставі закріпленої за ними компетенції, у встановлених межах і відповідних формах на підпорядковані їм органи, фізичних та юридичних осіб [271, с. 158].

Ю. М. Козлов поділяє адміністративні методи публічного адміністрування на дві групи: позаекономічного (прямого) й економічного (непрямого) впливу [272].

А. Є. Луньов пропонує подіяти методи публічного адміністрування на чотири самостійні групи: морально-політичні, економічні, організаційні, адміністративно-директивні [273].

Г. В. Атаманчук – також поділяє на чотири групи: морально-ідеологічні, соціально-політичні, економічні, адміністративні. Існують й інші підходи, коли виділяють методи одноосібні, колегіальні, колективні, комбіновані тощо [274].

Слід відзначити, що відсутність єдиної класифікації методів публічного адміністрування свідчить про різну мету їх використання, розмежування й згрупування засобів та способів впливу на свідомість і поведінку людей у процесі публічного управління щодо публічного адміністрування того чи іншого права людини. Рівною мірою це твердження стосується і права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

Застосування методів публічного адміністрування завжди здійснюється через необхідність задоволення об'єктивних потреб, в даному випадку мова йде про забезпечення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Саме тому і засоби, які використовуються для забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, повинні бути об'єктивно зумовлені, та такі, що забезпечують реалізацію міжнародних принципів на доступність, рівність та свободу доступу до якісної та своєчасної медичної допомоги та безперешкодного середовища.

Адміністративні методи характеризуються відносинами типу «влада – підпорядкування», у них найбільш яскраво виражається управлінсько-розпорядча природа адміністративної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, які забезпечують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Використання адміністративних методів дозволяє суб'єкту цієї діяльності (наприклад, Міністерству соціальної політики України, Міністерству охорони здоров'я України) прямо впливати на об'єкт діяльності (суспільні відносини, що виникають в процесі реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю). Проте, у відносинах реординації, об'єкти, щодо яких застосовуються адміністративні методи, можуть впливати на діяльність уповноважених суб'єктів, наприклад, громадські організації осіб з інвалідністю, їх спілки створюються з метою забезпечення рівних прав і можливостей осіб з інвалідністю та їх соціального захисту, а також для здійснення громадського контролю за дотриманням прав осіб з інвалідністю,

представництва їхніх інтересів та усунення будь-яких проявів дискримінації стосовно осіб з інвалідністю та мають право користуватися пільгами і преференціями, передбаченими законодавством [136, ст.12].

За способом впливу адміністративні методи поділяють на такі, що зобов'язують до вчинення визначених дій, і такі, які уповноважують вчиняти визначені дії; що заохочують до вчинення соціально корисних дій; що забороняють вчинення будь-яких дій [275, с. 245]. Так, наприклад, Указом Президента України «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» Кабінету Міністрів України, місцевим органам виконавчої влади було доручено забезпечити із залученням громадських об'єднань, які опікуються питаннями осіб з інвалідністю, проведення аналізу стану виконання зобов'язань України за Конвенцією про права осіб з інвалідністю та за результатами аналізу вжити додаткових заходів щодо активізації роботи із реалізації положень названої Конвенції. Натомість ст. 9 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» уповноважено центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування за участю громадських організацій осіб з інвалідністю, у межах своїх повноважень здійснювати розроблення та координацію довгострокових і короткострокових програм з реалізації державної політики щодо осіб з інвалідністю та контролювати їх виконання [136, ст.9]. А постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання дозволу на право користування пільгами з оподаткування для підприємств та організацій громадських організацій інвалідів» передбачено заохочення зі сторони держави підприємств та організацій, які засновані громадськими організаціями інвалідів, шляхом надання дозволу на право користування пільгами з оподаткування [276]. Законодавством, яким забезпечено право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, передбачено заборона дискримінації за ознакою інвалідності.

Отже, застосування адміністративних методів публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я здійснюється для того, щоб забезпечити:

1) вільні і рівні можливості осіб з інвалідністю реалізувати їхнє право на охорону здоров'я;

2) цілеспрямованість управлінської діяльності компетентних суб'єктів публічної адміністрації;

3) забезпечення правомірності поведінки учасників управлінських відносин;

4) забезпечення взаємодії всіх учасників управлінських відносин – органів публічної адміністрації, громадських об'єднань, осіб з інвалідністю.

Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що **адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я** – це сукупність прийомів та засобів цілеспрямованого владно-організуючого впливу уповноважених суб'єктів публічної адміністрації на поведінку підпорядкованих об'єктів по реалізації завдань і функцій держави щодо забезпечення найбільш досяжного рівня здоров'я осіб з інвалідністю.

Адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я численні й різноманітні, однак, незважаючи на це, вони мають специфічні риси:

а) вони реалізуються в процесі управління і виражають владно-організаційний (тобто управлінський) вплив органів виконавчої влади та інших суб'єктів – інших органи публічного управління, громадські організації, особи з інвалідністю;

б) ці методи органічно пов'язані між собою та із цільовим призначенням управлінської діяльності, і являють собою практичне вираження рішень та дій суб'єктів публічної адміністрації з реалізації завдань і функцій держави щодо забезпечення права на охорону здоров'я особам з інвалідністю;

в) є способом вираження суб'єктами публічного адміністрування їх компетенції і повноважень щодо гарантування особі з інвалідністю рівного та доступного права на охорону здоров'я;

г) зміст управлінського впливу залежить від особливостей суб'єкта в інтересах якого вони застосовуються – особа з інвалідністю є спеціальним суб'єктом адміністративного права;

д) методи мають організаційний характер, забезпечують певний порядок у даній системі управління;

є) як засоби виконання функцій і повноважень органів публічного адміністрування в процесі забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю вони є динамічними;

ж) адміністративно-правовими формами вираження методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є різні за своєю юридичною силою правові акти управління (закони та підзаконні нормативно-правові акти), а порядок їх застосування визначається у відповідному законодавстві;

з) вони мають специфічну природу управлінського впливу на об'єкти управління, тобто можуть здійснювати прямий виконавчо-розпорядчий вплив – через адміністративну нормотворчість і розпорядництво або непрямий – шляхом морального чи економічного стимулювання, регулювання;

ж) одні методи публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю мають сервісну природу (дозволи, реєстрація, ліцензування тощо), а інші – управлінську (моніторинг, контроль, нагляд тощо).

Зважаючи на вищенаведене, **адміністративні методи публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, доцільно поділяти на 4 групи:**

1. методи, які забезпечують функціонування відповідних органів держави і органів місцевого самоврядування;

2. методи, які забезпечують реалізацію цілей і функцій даного виду адміністрування;

3. методи, які мають сервісну природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (дозвіл, реєстрація, ліцензування);

4. методи, які мають управлінську природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (моніторинг, облік, аудит, стандартизація, контроль, нагляд, адміністративна відповідальність за порушення норм, якими забезпечується право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю).

Перша група має своїм призначенням забезпечення належної якості управлінського процесу, коли органи управління (посадові особи) коригують свої власні рішення з потребами об'єктів управління. Це засоби, прийоми й дії, пов'язані з підготовкою й реалізацією управлінських рішень, їх правовим закріпленням, організацією й контролем за їх виконанням [277, с.125].

Друга група покликана забезпечити належне функціонування підприємств, організацій та установ сфери охорони здоров'я, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Їх специфіка виявляється головним чином у впливі на безпосередню діяльність цих об'єктів, що зумовлює необхідність пошуку ефективних засобів і прийомів щодо конкретної системи (підсистеми) публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Ці методи є похідними від методів першої групи, оскільки вони конкретизують зміст останніх щодо локального кола об'єктів і реалізуються в діяльності всіх ланок системи управління закладами охорони здоров'я, особливо її базового рівня – управлінь і відділів місцевих держадміністрацій або структурних підрозділів органів місцевого самоврядування.

Незважаючи на важливість діяльності суб'єктів публічної адміністрації, які гарантують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, перша та друга група методів мають координаційно-регулюючий вплив безпосередньо на діяльність самих органів публічного управління сферою охорони здоров'я. Водночас повноцінне досягнення цілей і завдань держави щодо гарантування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є неможливим без запровадження методів прямого (безпосереднього) впливу. Для цих методів, які традиційно називають адміністративними, притаманна односторонність державно-владного впливу суб'єкта управління на об'єкт. Вони виявляються у виданні розпоряджень, рішень, наказів, за невиконання яких об'єкт управління може притягатися до адміністративної або дисциплінарної відповідальності [278, с. 36]. Як зазначається у спеціальній літературі, серед чинників, що призвели до погіршення стану в деяких сферах державного управління (зокрема в охороні

здоров'я населення) слід назвати: відсутність оптимального поєднання централізації й децентралізації; недооцінку адміністративно-правового методу регулювання суспільних відносин, а інколи його змішування з адмініструванням чи адміністративно-командним стилем управління [279, с.162]. Наразі мова йде про застосування третьої та четвертої групи методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, які нами були виокремлені.

Державно-управлінська діяльність завжди була й буде необхідною, але її форми й методи диктують умови суспільного життя. Досвід світового розвитку доводить, що процесами трансформації суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, і в тому числі, забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю необхідно управляти, застосовуючи в тому числі й методи прямого впливу. Але, підкреслимо, сам зміст оперування цими методами має змінюватись з урахуванням потреб осіб з інвалідністю. Їх використання є доцільним, наприклад, для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Третьою групою методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я є методи, які мають сервісну природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Це дозвіл, реєстрація, ліцензування.

Підприємства та організації, які засновані громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю мають право на отримання **дозволу на право користування пільгами з оподаткування**. Суб'єктом надання даного виду дозволу є центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері соціального захисту осіб з інвалідністю, ветеранів війни (Міністерство соціальної політики України), обласні, Київська міська державна адміністрація. Дозвіл може бути виданий на квартал, півріччя, три квартали, рік.

Дозвіл підприємствам з філіями, відокремленими підрозділами (у разі наявності) та організаціям, які засновані громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю, надається за умови їх відповідності

таким критеріям: 1) кількість осіб з інвалідністю, які мають на підприємствах, в організаціях основне місце роботи, становить протягом попереднього звітного (податкового) періоду не менш як 50 відсотків середньооблікової кількості штатних працівників облікового складу; 2) фонд оплати праці осіб з інвалідністю, які мають на підприємствах, в організаціях основне місце роботи, становить протягом звітного періоду не менш як 25 відсотків суми загальних витрат на оплату праці, що належать до складу витрат згідно з правилами оподаткування податком на прибуток підприємств; 3) сума витрат підприємства, організації з переробки (обробки, інших видів перетворення) сировини, комплектувальних виробів, складових частин, інших покупних товарів (послуг), які використовуються для виготовлення товарів (надання послуг) безпосередньо підприємствами, організаціями, становить не менш як 8 відсотків ціни постачання таких виготовлених товарів (надання послуг); 4) розмір середньомісячної заробітної плати в еквіваленті повної зайнятості осіб з інвалідністю, які мають на підприємствах, в організаціях основне місце роботи, повинен бути не менше законодавчо встановленого розміру мінімальної заробітної плати; 5) виконання підприємствами, організаціями рішень Мінсоцполітики та обласних, Київської міської держадміністрації [276].

На нашу думку, дозвіл на право користування пільгами з оподаткування, який надається підприємствам та організаціям, які засновані громадськими організаціями осіб з інвалідністю, є дієвим засобом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю з наступних причин:

1) створює фінансові преференції та заохочення для підприємств та організацій, які засновані громадськими організаціями інвалідів для залучення осіб з інвалідністю до трудової діяльності;

2) особа з інвалідністю, яка зайнята трудовою діяльністю є більш рухливою, задіяна в соціальному житті, перебуває в контакті з оточуючим середовищем та людьми, що забезпечує окрім трудової також і фізичну зайнятість;

3) зайнятість осіб з інвалідністю є додатковим джерелом доходів останньої, окрім соціальної допомоги, яка встановлена державою.

Більший дохід соціально незахищеної особи дає можливість їй отримувати не лише безкоштовну медичну допомогу, яка нажаль, на сьогодні, не завжди відповідає потребам особи з інвалідністю, а також самостійно оплачувати платні медичні послуги, які їй необхідні в силу стану її здоров'я та особливих потреб.

Наступним методом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є **реєстрація**. Головним суб'єктом, який здійснює реєстраційну діяльність є Міністерство соціальної політики України та його структурні підрозділи.

Так, наприклад, особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, яких зареєстровано внутрішньо переміщеними особами, мають право на отримання соціальних послуг відповідно до законодавства України за місцем реєстрації фактичного місця проживання такої внутрішньо переміщеної особи. Взята на облік внутрішньо переміщена особа з числа осіб з інвалідністю, дитина з інвалідністю має право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, на одержання реабілітаційних послуг відповідно до законодавства за місцем проживання. Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, надання реабілітаційних послуг здійснюється за наявності необхідних документів, що підтверджують право на ці послуги та засоби, а у разі їх відсутності - за даними Централізованого банку даних з проблем інвалідності (для осіб, які звертаються повторно) та індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України [280, Ст.7].

Також Міністерство соціальної політики України здійснює реєстраційну діяльність щодо: реєстрації внутрішньо переміщених осіб на право отримання реєстрації роботодавців та даних про зайнятість і працевлаштування осіб з інвалідністю; реєстрації лікарських засобів та медичних препаратів, які необхідні для осіб з інвалідністю; ведення реєстру осіб з інвалідністю.

Здійснення реєстраційної діяльності уповноважених суб'єктів публічної адміністрації забезпечує право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю шляхом:

1) надання можливості здійснювати моніторинг кількості осіб з інвалідністю та, відповідно, прогнозувати необхідні кількісні та якісні показники медичних препаратів, лікарських засобів, організації та проведення заходів щодо здійснення реабілітації тощо;

2) можливість отримання різними категоріями осіб з інвалідністю рівного та вільного вираження права на охорону здоров'я.

Наступним сервісним засобом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є **ліцензування**.

Так, наприклад, відповідно до положень постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» ліцензіат, який провадить діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, створює необхідні умови для доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів. При відсутності необхідних умов для доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів ліцензія на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) не надається.

Таким чином, за допомогою здійснення ліцензійної діяльності публічна адміністрація має можливість урегульовувати питання доступності та безперешкодного доступу до загальнодоступних місць для осіб з інвалідністю, що забезпечуватиме їх право на охорону здоров'я. В даному випадку маємо на увазі доступність та створення безперешкодного середовища для відвідування особами з інвалідністю закладів охорони здоров'я, в тому числі, аптек, поліклінік, інших медичних установ, де особа з інвалідністю може отримати необхідне для неї медичне обслуговування чи отримати медичну послугу.

Четвертою групою адміністративних методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідність є методи,

які мають управлінську природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. До них, на нашу думку, слід віднести: моніторинг, облік, стандартизація, атестація працівників, які працюють з особами з інвалідністю, контроль, нагляд, адміністративна відповідальність за порушення норм, якими забезпечується право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Основним методом публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідність є **метод контролю**. У самому найзагальнішому значенні поняття «контроль» означає спостереження, нагляд за будь-чим, з метою перевірки відповідності тих або інших дій у галузі виробництва, державного управління або поведінки громадян [281, с. 368]. Під контролем прийнято також розуміти перевірку виконання прийнятих рішень чи обов'язків, покладених державою і суспільством на підприємства, установи, організації, посадових осіб і громадян, дотримання правових і соціальних норм, ліквідацію відхилень від заданих програм діяльності і нормативних вимог [282, с.44].

Контроль за забезпеченням права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю здійснюють усі суб'єкти публічної адміністрації, які нами були визначені в підрозділі 2.2. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я є головним органом у систем центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів.

У свою чергу Міністерство соціальної політики України здійснює контроль за: додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту осіб з інвалідністю; виробництвом технічних та інших засобів реабілітації; відповідністю виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації вимогам, встановленим законодавством. Державна архітектурно-будівельна інспекція України здійснює контроль у сфері житлово-комунального господарства щодо врахування потреб осіб з інвалідністю під час проектування, будівництва, реконструкції та ремонту об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної

інфраструктури, дорожнього сервісу із залученням до такої діяльності представників громадських об'єднань, які опікуються питаннями осіб з інвалідністю [219].

Пасивною формою контролю є моніторинг. В словниковій літературі моніторинг запропоновано розуміти як безперервне стеження за яким-небудь процесом з метою виявлення його відповідності бажаному результату [285, с. 538]. Виходячи з цього стає очевидним, що ці поняття є близькими за значенням, однак, як і нагляд, моніторинг не можна ототожнювати із контролем. Як слушно зазначає О.Ф. Андрійко, моніторинг слід розглядати як різновид контролю, його певну форму, що, у порівнянні з наглядом, за наслідками впливу можна віднести до його пасивної форми. Застосування моніторингу пов'язують із відсутністю ситуації чи процесу у сфері управлінської діяльності, відмежуванням впливу прийнятих управлінських рішень, правових актів на існуючі суспільні відносини. При цьому використовуються в якості методів такої діяльності не стільки перевірки та ревізії, скільки спостереження та аналіз [283, с. 433].

Моніторинг як метод публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю здійснюється за кількома напрямками:

1) моніторинг умов проживання осіб з інвалідністю в інтернатних установах та в разі виявлення порушень вживати відповідних заходів реагування;

2) щотижневий моніторинг, враховуючи дані якого проводяться дієві заходи щодо забезпечення належної соціальної підтримки поранених учасників АТО. Відповідно до даних моніторингу проводиться замовлення та забезпечення поранених учасників антитерористичної операції технічними та іншими засобами реабілітації, передбаченими постановою Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321 [284];

3) моніторинг заходів щодо забезпечення безперешкодного доступу для осіб з інвалідністю до об'єктів житлового та громадського призначення згідно з реєстром таких об'єктів;

4) моніторинг забезпечення доступності об'єктів соціальної та інженерно-транспортної інфраструктури;

5) моніторинг забезпечення осіб з інвалідністю медичними препаратами, засобами реабілітації тощо.

Наступною формою контролю є **облік**. В загальному значенні облік – це засвідчення, встановлення наявності з'ясування кількості чого-небудь; реєстрація людей із занесенням у відповідні списки для їх використання де-небудь, з'ясування їх наявності, переміщення і таке інше; система реєстрації процесів якої-небудь діяльності в її кількісному та якісному виявах з метою спрямування контролю [285, с. 641]. Отже, облік фактично можна трактувати як різновид, форму державного контролю, який здійснюється під час попереднього контролю. При певній схожості процедури здійснення, облік взагалі позбавлений примусово-владного аспекту М. П. Кучерявенко, в той же час, пропонує розглядати його як певний метод контрольної діяльності [286, с. 209; 287, с.35].

Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України МОЗ, відповідно до покладених на нього завдань, у тому числі, забезпечує замовлення, постачання бланків листка тимчасової непрацездатності, ведення їх обліку та звітності витрачання, розподіл за регіонами згідно із заявами, затверджує форму первинної облікової документації, яка використовується в закладах охорони здоров'я незалежно від рівня надання медичної допомоги і форми власності, порядок її видачі та заповнення, затверджує форми облікової документації хворих на туберкульоз, порядок її видачі та заповнення, а також первинної облікової документації та звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу й інструкції з її заповнення, затверджує порядок обліку захворювань на туберкульоз [288].

Складовою частиною (елементом) чи адміністрування, що забезпечує систематичну перевірку виконання Конституції, Законів України, інших нормативних актів, додержання дисципліни і правопорядку і полягає в виявленні та попередженні правопорушень, усунення їх наслідків та притягнення винних до відповідальності, без права втручатися в оперативну та господарську діяльність піднаглядних

об'єктів, зміни чи скасування актів управління, є **нагляд** [289, с. 224]. Головним суб'єктом, який здійснює державний нагляд за додержанням законодавства, яким забезпечено право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є Міністерство охорони здоров'я України.

Таким чином, у процесі адміністративної діяльності органів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю на всіх етапах забезпечення державою даного права використовуються різноманітні методи управлінської діяльності, серед яких переважають методи публічного адміністрування, які мають сервісну та управлінську природу. Разом із тим у діяльності цих органів водночас застосовуються як методи, що регулюють їх власне функціонування (методи першої групи), так і методи забезпечення реалізації цілей і функцій публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (методи другої групи). Використання виокремлених та розкритих нами методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю повинно бути комплексним і вибіркоким, відповідно до конкретних обставин, умов, характеру застосування відповідних заходів, особливостей направлення (медичне обслуговування, медична допомога, заходи реабілітації, соціальні виплати тощо), специфіки здійснення тієї чи іншої управлінської функції. Звичайно, при обранні та застосуванні конкретного методу у системі гарантування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю необхідно враховувати доцільність та результативність його застосування.

4.3. Адміністративний примус як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю

Досліджуючи методи публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, потрібно приділити увагу найжорсткішому методу – адміністративному примусу в діяльності публічної адміністрації, який дозволяє захистити право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю від посягань з боку фізичних та юридичних

осіб, а також з боку посадових осіб суб'єктів публічної адміністрації. Розкриття особливостей застосування методу адміністративного примусу як методу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, дасть можливість визначити: 1) цілеспрямованість та необхідність застосування інструментів управлінської діяльності уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, тобто здійснювати попереджувальні, припинювальні заходи та притягувати винних осіб до адміністративної відповідальності; 2) правомірність поведінки учасників управлінських відносин; 3) забезпечення функціонування і захист адміністративного режиму за якого б неухильно виконувалися правові приписи всіх ланок управлінської системи; 4) урегульованість взаємовідносин всіх учасників управлінських відносин при забезпеченні права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю; 5) можливості застосування заходів адміністративної відповідальності до порушників права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Таким чином, розкриємо особливості застосування адміністративного примусу як методу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

В теорії адміністративного права до визначення адміністративного примусу підходять неоднозначно. Так, О. П. Ключніченко, Д. А. Гавриленко визначають адміністративний примус не тільки як сукупність певних заходів, що застосовують відповідні державні органи до певних суб'єктів, а ще й розкривають його призначення: «... з метою запобігання противоправним вчинкам, притягнення до відповідальності за адміністративні правопорушення, забезпечення громадської безпеки» [290, с. 11; 291, с. 91].

Ю. С. Рябов адміністративний примус визначає як певні заходи, не окреслюючи ні їх види, ні призначення, наголошуючи при цьому тільки на позасудовому характері їх застосування [292, с. 9].

На думку В. К. Колпакова, під адміністративним примусом треба розуміти владне, здійснюване в односторонньому порядку і в передбачених правовими нормами випадках, застосування від імені держави до суб'єктів правопорушень, по-перше, заходів попередження правопорушень, по-друге, запобіжних заходів щодо правопорушень, по-

третє, заходів відповідальності за порушення нормативно-правових положень [293, с. 194].

А.Т. Комзюк під адміністративним примусом пропонує розуміти застосування відповідними суб'єктами до осіб, які не перебувають у їх підпорядкуванні, незалежно від волі й бажання останніх, передбачених адміністративно-правовими нормами заходів впливу морального, майнового, особистісного та іншого характеру з метою охорони суспільних відносин, що виникають у сфері державного управління, шляхом попередження і припинення правопорушень, покарання за їх вчинення [294, с. 45].

На думку В. М. Столбового, адміністративний примус, який застосовує публічна адміністрація для регулювання зовнішніх міграційних процесів, – це владна діяльність публічної адміністрації щодо суб'єктів міграційних процесів з метою урегулювання їх відповідно до публічних інтересів, шляхом попередження і припинення правопорушень та покарання за їх вчинення [295, с.83].

Узагальнюючи підходи науковців щодо визначення **адміністративного примусу в діяльності публічної адміністрації**, вважаємо, що це, *імперативна діяльність, яка здійснюється уповноваженими суб'єктами публічної адміністрації та передбачає застосування заходів впливу щодо суб'єктів адміністративного права у разі порушення ними приписів адміністративно-правових норм.*

Адміністративному примусу як методу публічного адміністрування, на думку Ю. П. Битяка, В. В. Зуй та А. Т. Комзюка, властиві певні риси, суть яких зводиться, насамперед, до того, що його використовують органи управління та їх посадові особи і лише інколи – суди (судді) та представники окремих об'єднань громадян з метою забезпечення потрібної поведінки [296, с. 5–6].

Особливостями адміністративного примусу, що може бути застосований суб'єктами публічної адміністрації як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, є наступне.

1. В адміністративно-правовій літературі, передусім, звертається увага на те, що застосування адміністративного примусу завжди

поєднується з широким використанням багатогранних виховних засобів, з активним формуванням правосвідомості, нетерпимим ставленням до антигромадських учинків. Зокрема, А.С. Васильєв зазначає, що як у сучасний період, так і в історичній перспективі переконання і примус будуть однаково необхідні. Розвиток і вдосконалення одного не виключає розвиток і вдосконалення іншого. Навіть найвищі стадії розвитку людської спільноти, у принципі, не виключають ексцесів людської поведінки і, відповідно, застосування певних примусових заходів на широкій базі переконання [297, с. 168; 295, с.80].

2. Адміністративний примус використовується в публічному управлінні для охорони суспільних відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я.

3. Суб'єктами застосування, як правило, є органи виконавчої влади і їх посадові особи.

4. Адміністративно-примусові заходи застосовуються не лише за наявності факту вчинення правопорушення, але і з попереджувально-припинювальною метою, коли факту вчинення правопорушення може і не бути.

5. Адміністративний примус за змістом значно ширший від адміністративної відповідальності, яка є лише його частиною.

6. Заходи адміністративного примусу застосовують як до фізичних, так і до юридичних осіб (наприклад, позбавлення дозволу пільгового оподаткування, анулювання чи позбавлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики тощо).

7. Адміністративний примус застосовують щодо організацій, посадових осіб і громадян, які безпосередньо не підпорядковані органам і посадовим особам, що застосовують вплив; іншими словами, адміністративний примус не пов'язаний зі службовою підпорядкованістю, не може здійснюватися всередині тієї або іншої системи управління, а завжди має зовнішнє виявлення [295, с.81].

8. Підстави та порядок застосування адміністративного примусу визначено нормами адміністративного права, причому не тільки законодавчими актами, а й низкою підзаконних актів (наприклад, Порядок видачі довідки для отримання пільг інвалідами, які не мають

права на пенсію чи соціальну допомогу, Положення про Фонд соціального захисту інвалідів та ін.).

9. Застосовуються в примусовому порядку, тобто незалежно від волі й бажання суб'єкта, до якого їх застосовують, зазвичай з можливістю використання для його реалізації інших примусових заходів.

Узагальнюючи вище викладене, вважаємо, що **адміністративний примус як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю** – це управлінська діяльність суб'єктів публічної адміністрації щодо попередження та припинення порушення приписів адміністративно-правових норм, якими урегульовано право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, а також застосування заходів адміністративної відповідальності у разі їх порушення до фізичних та юридичних осіб, а також посадових осіб.

В теорії адміністративного права прийнято виділяти трискладову класифікацію адміністративного примусу – на заходи адміністративного попередження, заходи адміністративного припинення й заходи адміністративної відповідальності [294; 298; 299, с. 60–68].

Таким чином, заходи адміністративного примусу, що застосовують суб'єкти публічної адміністрації з метою забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, традиційно можна поділити на: 1) попереджувальні заходи; 2) припинювальні заходи; 3) заходи адміністративної відповідальності.

Розглянемо детально зазначені заходи адміністративного примусу.

Заходи адміністративного попередження посідають важливе місце в системі заходів адміністративного примусу завдяки своїй профілактичній спрямованості [300, с. 152]. Законодавець надає адміністративно-попереджувальній роботі великого значення. Так, ст. 6 Кодексу України про адміністративні правопорушення визначено, що органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, громадські організації, трудові колективи розробляють і здійснюють заходи, спрямовані на запобігання адміністративним правопорушенням, виявлення й усунення причин та умов, які сприяють їх вчиненню, на виховання громадян у дусі високої свідомості і дисципліни, суворого

додержання законів України. Органи місцевого самоврядування, місцеві державні адміністрації, забезпечуючи відповідно до Конституції України додержання законів, охорону державного і громадського порядку, прав громадян [301, Ст.6]. Таким чином, сутність застосування попереджувальних заходів полягає в тому, що, по-перше, суб'єкти публічної адміністрації, громадські організації та трудові колективи повинні захищати права громадян; по-друге, з метою захисту прав громадян застосовувати всі можливі заходи щоб не допустити порушення прав; по-третє, усунути причини та умови, що сприяють вчиненню правопорушень, і створенні умов, які б виключали можливу протиправну поведінку.

Суб'єктами застосування заходів адміністративного попередження порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є: органи Національної поліції; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; посадові особи, уповноважені на те виконавчими комітетами (а у населених пунктах, де не створено виконавчих комітетів, – виконавчими органами, що виконують їх повноваження) сільських, селищних, міських рад; державні виконавці; органи державної санітарно-епідеміологічної служби; члени громадських організацій осіб з інвалідністю.

Заходи, які вчиняють дані суб'єкти застосовуються з метою запобігання правопорушенням, що порушують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю та відповідно недопущення застосування більш жорстких заходів адміністративного примусу, які мають юридичні наслідки.

Реалізація заходів адміністративного попередження відбувається без участі волі підвладного суб'єкта, яка б ґрунтувалася на розумінні суспільних необхідностей, тому зазначимо, що попередження протиправної поведінки відбувається не з власної волі суб'єкта, а шляхом застосування владних настанов уповноважених суб'єктів, тобто має місце обмежування права інших осіб по відношенню до права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. У цьому випадку відсутня

добровільність підкорення, що є при виконанні загально-правових заборон. Наприклад, у разі перевірки підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських об'єднань осіб з інвалідністю, фізичних осіб, які використовують найману працю осіб з інвалідністю на предмет дотримання прав осіб з інвалідністю щодо безпечності для здоров'я робочого місця. Так, відповідність даних умов не означає, що особа-роботодавець дотримується їх добровільно, з власної волі, однак наявність адміністративно-правових норм, в яких визначено умови та критерії відповідності робочого місця для осіб з інвалідністю та обов'язок роботодавця забезпечити безпечні умови праці спричинено небажанням останнього нести адміністративну відповідальність у разі їх порушення. Так само відбувається і при необхідності підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських об'єднань осіб з інвалідністю, фізичних осіб, які використовують найману працю, подавати дані для обліку до Фонду соціального захисту інвалідів застосуванні інших аналогічних заходів тощо.

Аналіз нормативних актів і спеціальної літератури дозволяє визначити приблизний перелік заходів адміністративного попередження, які можуть бути застосовані до суб'єктів з метою недопущення порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю: 1) перевірка інформації про перебування особи з інвалідністю на обліку в органах Пенсійного фонду або соціального захисту населення з урахуванням даних автоматизованої системи обробки документів з призначення та виплати пенсій, центрального сховища баз даних Міністерства соціальної політики України; 2) реєстрація підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських об'єднань осіб з інвалідністю, фізичних осіб, які використовують найману працю в територіальних відділеннях Фонду соціального захисту інвалідів; 3) подання звітів про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю, зарахування кількості робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю до нормативу таких робочих місць, їх аналізу та перевірки правильності в них розрахунків; 4) облік підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств,

організацій громадських об'єднань осіб з інвалідністю, фізичних осіб, які використовують найману працю; 5) надання державній службі зайнятості інформації, необхідної для організації працевлаштування осіб з інвалідністю; 6) перевірка виконання нормативу робочих місць, призначених для працевлаштування осіб з інвалідністю, у тому числі шляхом його зарахування; 7) облік і контроль сплати адміністративно-господарських санкцій і пені до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, їх акумуляції; 8) перевірка суб'єктів містобудування на дотримання вимог законодавства, будівельних норм, державних стандартів і правил, у тому числі за не створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями; 9) фізичне обмеження (фіксація) та (або) ізоляція при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади тощо.

Таким чином, **заходи адміністративного попередження щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю** є одним з видів заходів адміністративного примусу, який застосовує публічна адміністрація з метою попередження виникненню умов та обставин, що загрожують порушенню права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Заходи адміністративного попередження виступають засобом охорони суспільних відносин від можливих порушень і можливих шкідливих наслідків. Однак, у разі неефективності або ж несвоєчасності застосування заходів адміністративного попередження виникає ситуація, коли допускаються реальні порушення, які загрожують об'єктам, що перебувають під охороною, завдають їм шкоди, в даному разі мова йде про право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

З цього приводу варто навести точку зору Л. Л. Попова та О. П. Шергіна, які зауважують, що «... інтереси захисту від таких порушень вимагають «невідкладної» допомоги з боку держави, яка надає її у вигляді припинення дій, що порушують правові приписи» [302, с. 44]. В. М. Столбовий відзначає, що вчинення своєчасних та правильних дій чи вжиття відповідних заходів дозволяють своєчасно усунути протиправну ситуацію, ліквідувати протиправну поведінку,

попередити шкідливі наслідки, які могли б настати, якби правопорушення чи інша дія, що підпадає під ознаки правопорушення, але ним не визнається, не була б припинена. Нагальний характер застосування заходів адміністративного припинення, а саме про них йдеться, хоча й дозволяє швидко та ефективно ліквідувати небезпечні дії та події, але поспішність у таких випадках може мати ще й негативний ефект, коли відбувається нехтування інтересами особи задля досягнення інших цілей, тобто йдеться про порушення законності застосування цих заходів. У зв'язку із цим, постало конкретне завдання – забезпечення законності їх застосування [295, с.85].

Основні ідеї, які були висловлені в адміністративно-правовій літературі з приводу сутності заходів адміністративного припинення, полягають у тому, що у примусовій діяльності органів виконавчої влади найважливіше значення має саме припинення [300, с. 154; 303, с. 158–159]. На нашу думку, застосування заходів адміністративного припинення дозволяє, поряд з припиненням правопорушень, попереджувати нові порушення, нові шкідливі наслідки. Заходи адміністративного припинення як і заходи адміністративного попередження мають попереджувальну спрямованість, однак, заходи адміністративного припинення застосовуються уже коли момент вчинення правопорушення має місце бути, а також порушення відповідних правил, що виникли як унаслідок протиправної поведінки, так і з технічних причин.

Як різновиду адміністративного примусу заходам припинення властиві усі його ознаки, але водночас вони мають і низку специфічних рис. Мета припинення, як зазначає В. К. Колпаков, полягає у: 1) припиненні протиправної поведінки; 2) усуненні шкідливих наслідків протиправної поведінки; 3) створенні необхідних умов для можливого у майбутньому притягнення винної особи до адміністративної відповідальності [265, с. 200-201]. В. М. Столбовий, також, досліджуючи заходи адміністративного припинення, вказує на їх оперативність та здійснення в умовах дефіциту інформації про обставини, що склалися, про характер протиправної поведінки тощо [295, с.89].

Таким чином, заходи адміністративного припинення є засобом захисту суспільних відносин від небезпеки, незалежно від того, виникла вона внаслідок правопорушення чи іншого вчинку або події. На відмінну від підстави застосування заходів адміністративного попередження, підставою для цього виду адміністративного примусу є не можлива, а безпосередня небезпека для об'єктів, що охороняються правом. Заходи припинення у багатьох випадках застосовують безпосередньо на підставі факту порушення без видання письмових актів управління, оскільки необхідність терміново зупинити протиправні дії виключає таку можливість. Юридичним фактом, що тягне за собою застосування заходу адміністративного примусу, є правопорушення, для припинення якого посадова особа виконує певні дії, які також є актами управління [295, с.90].

О. М. Бандурка поділяє заходи припинення на дві групи. Першу, більш значну, становлять заходи припинення загального характеру (призначення). До них автор відносить вимогу до громадян та державних службовців припинити протиправні дії, адміністративне затримання, вилучення речей та документів, огляд та ін. До другої групи належать спеціальні припиняючі заходи. Вони застосовуються значно рідше порівняно із заходами загального призначення і тільки у виняткових випадках, коли інакше припинити протиправну поведінку не можна, тобто, коли використано і не мали бажаних наслідків інші засоби адміністративно-примусового характеру. Систему цих заходів становлять заходи фізичного впливу, спеціальні засоби і застосування зброї, тобто вони, як правило, поєднуються із застосуванням насилля. Такі заходи можуть бути застосовані, як правило, тільки після попередження про намір їх використання і при суворому дотриманні вимог законодавства [298, с. 25].

Д. М. Бахрах наголошує на тому, що, поряд із загальними та спеціальними заходами адміністративного припинення існують ще і процесуальні [304, с. 263]. Головна мета їх застосування – забезпечити належне здійснення провадження у справах про адміністративні правопорушення, не дозволити суб'єкту правопорушення уникнути адміністративного стягнення, зібрати необхідні докази, забезпечити

виконання постанови в адміністративній справі. До процесуальних заходів належать: адміністративне затримання, особистий огляд, огляд речей та вилучення речей і документів, відсторонення водія від керування транспортним засобом.

Група заходів адміністративного припинення, що застосовуються уповноваженими суб'єктами з метою припинення правопорушень, пов'язаних з порушенням права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, не була досліджена науковцями. На нашу думку, до заходів адміністративного припинення слід віднести такі: 1) вимогу припинити протиправну поведінку; 2) адміністративне затримання; 3) доставлення порушника; 4) особистий огляд; 5) огляд речей; 6) вилучення речей і документів; 7) тимчасове затримання транспортних засобів працівниками уповноважених підрозділів Національної поліції шляхом блокування або доставки його для зберігання на спеціальний майданчик чи стоянку, що дозволяється виключно у випадку, якщо транспортний засіб розміщений на місцях, призначених для зупинки, стоянки, безоплатного паркування транспортних засобів, якими керують водії з інвалідністю або водії, які перевозять осіб з інвалідністю, в тому числі за допомогою спеціального автомобіля - евакуатора; 8) тимчасове затримання транспортних засобів інспекторами з паркування; 9) затримання, відсторонення водіїв від керування транспортними засобами й огляд їх на стан сп'яніння тощо.

Таким чином, під заходами адміністративного припинення, які застосовують до суб'єктів, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, слід розуміти діяльність компетентних суб'єктів, змістом якої є примусове з додержанням адміністративно-правових норм, припинення протиправних дій чи бездіяльності, що мають ознаки адміністративного правопорушення і посягають на вільну реалізацію особою з інвалідністю права на охорону здоров'я та притягнення винних до адміністративної відповідальності.

Третім видом заходів адміністративного примусу є адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Чинними нормативно-правовими актами, зокрема, законами України: Кодексом України про адміністративні правопорушення, «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про регулювання містобудівної діяльності», «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності», «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» та ін. встановлено засади адміністративної відповідальності осіб за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Однак в жодному нормативно-правовому акті не має вичерпного переліку складів адміністративних правопорушень, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Роздробленість та хаотичність складів досліджуваних правопорушень спричиняє проблеми з їх визначеністю, компетентністю уповноваженого суб'єкта, який має право притягати до адміністративної відповідальності, порядком притягнення винних осіб до даного виду відповідальності за вчинення відповідного правопорушення, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю. Таким чином, адміністративні правопорушення, що передбачають порушення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я містяться в різних законодавчих актах, вчиняються як загальними, так і спеціальними суб'єктами, мають різний ступінь суспільної шкідливості та посягають на суспільні відносини в сфері охорони здоров'я особливої категорії населення – осіб з інвалідністю.

Саме тому, вважаємо за необхідне розглянути більш детально специфіку адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, види протиправних діянь, що передбачають порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, визначити їх особливості та розкрити склад правопорушень, що посягають на суспільні відносини в досліджуваній сфері.

В теорії адміністративного права поняття адміністративної відповідальності визначають наступним чином:

1) примусове застосування адміністративних стягнень (М. С. Студенікіна, І. П. Голосніченко) [305, с. 88; 306, с. 430–432];

2) застосування у встановленому порядку уповноваженими на це органами і службовими особами адміністративних стягнень, сформульованих у санкціях адміністративно-правових норм, до винних у вчиненні адміністративних проступків, що містять державний і громадський осуд, засудження їх особи і протиправного діяння, що виявляється в негативних для них наслідках, які вони зобов'язані виконати, і переслідують цілі їх покарання, виправлення і перевиховання, а також охорони суспільних відносин у сфері державного управління (І. О. Галагана, С. Т. Гончарук) [307, с. 41; 308, с. 19];

3) це форма реагування держави на правопорушення, яке виявляється в застосуванні уповноваженими суб'єктами адміністративних санкцій у межах і порядку, встановлених законодавством (С. П. Бондаренко, Л. Л. Попов) [309, с. 84];

5) застосування адміністративно-примусових заходів, що передбачають обмеження майнових, а також особистих благ у разі здійснення адміністративних правопорушень (Є. В. Додін) [310, с. 265–274];

6) примусове, з додержанням встановленої процедури застосування правомочним суб'єктом передбачених законодавством за вчинення адміністративного проступку заходів впливу (В. К. Колпаков, О. В. Кузьменко) [311, с. 290];

Водночас вважаємо, що адміністративній відповідальності як виду юридичної відповідальності характерні такі специфічні ознаки:

1) виникає в публічно-правовій сфері та носить обов'язковий характер;

2) застосовується з метою охорони встановленого публічного правопорядку та безпеки;

3) передбачає застосування до винної особи адміністративних стягнень;

4) застосовується лише за наявності складу адміністративного правопорушення;

5) супроводжується державним і громадським осудом правопорушника і вчиненого ним діяння;

6) передбачає застосування до правопорушника негативних правообмежувальних заходів матеріального та морального характеру;

7) склади адміністративних правопорушень визначені не лише в Кодексі України про адміністративні правопорушення, але і в інших законодавчих актах України;

8) суб'єктами застосування адміністративних стягнень є уповноважені суб'єкти публічної адміністрації та суд.

Таким чином, **адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю** – це урегульована адміністративно-правовими нормами діяльність уповноважених суб'єктів, спрямована на примусове застосування до правопорушника заходів впливу за вчинене ним діяння, що унеможливорює можливість вільної реалізації особами з інвалідністю права на охорону здоров'я.

На нашу думку, **особливостями адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є:**

1) факт вчинення адміністративного правопорушення - це підстава для притягнення до адміністративної відповідальності, передбачена ст. ст. 41, 42-4, 96-1 та ч.5 ст.122, ч.6, 7 ст. 152-1, ч.2 ст.183-1, ч.2 ст.188-1, ч.1 ст.211-6 Кодексу України про адміністративні правопорушення;

2) видами адміністративних стягнень є штраф та виконання суспільно корисних робіт;

3) види складів адміністративних правопорушень, що передбачають порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення та іншими законодавчими актами України;

4) суб'єктами притягнення до адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є органи Національної поліції; районні, районні у місті, міські чи міськрайонні суди (судді); військові комісаріати; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів; органи державного архітектурно-будівельного контролю та нагляду;

5) суб'єктом відповідальності є посадові особи; фізичні особи-підприємці; фізичні особи;

б) одиницею виміру грошового стягнення є неоподатковуваний мінімум доходів громадян;

7) право складати протоколи наділені: уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ст. 41); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів (ст. 42-4); уповноважені на те особи органів внутрішніх справ (Національної поліції) (ст. 46-2, ч.5 ст. 122); особи, уповноважені на проведення перевірок під час здійснення ними архітектурно-будівельного контролю (ст. 96-1); члени громадських організацій осіб з інвалідністю (ч. 6, 7 ст. 152-1, ч. 2 ст.183-1); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ч.2 ст.188-1).

Підставою притягнення до адміністративної відповідальності є вчинення безпосередньо протиправного діяння у формі дії чи бездіяльності. Відсутність хоч одного елементу складу адміністративного правопорушення виключає настання адміністративної відповідальності.

Ст. 9 Кодексу України про адміністративні правопорушення визначено, що адміністративне правопорушення (проступок) – це протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, що посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність [301, Ст.9].

Розглянемо більш детально ознаки адміністративних правопорушень, що порушують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

1. **Діяння**, тобто акт зовнішнього виявлення ставлення особи до реальної дійсності, інших людей, держави, суспільства. Діяння виявляється у двох формах: дії та бездіяльності, де дія – це активна поведінка особи, а бездіяльність – це вчинки особи, які виражаються в

тому, що вона мала, відповідно до вимог законодавства, здійснити визначені дії, але не зробила цього [312, с. 89].

У формі дій порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю виражається у: 1) порушенні встановлених термінів виплати пенсій, стипендій, заробітної плати, виплата їх не в повному обсязі, терміну надання посадовими особами підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями працівникам, у тому числі колишнім, на їхню вимогу документів стосовно їх трудової діяльності на даному підприємстві, в установі, організації чи у фізичної особи - підприємця, необхідних для призначення пенсії (про стаж, заробітну плату тощо) [301, с.41]; 2) продажу лікарських засобів в аптечних закладах без рецепта у заборонених законодавством випадках; 3) порушенні вимог законодавства, містобудівної документації, вихідних даних для проектування об'єктів, будівельних норм, стандартів і правил; 4) зупинці чи стоянці транспортних засобів на місцях, що позначені відповідними дорожніми знаками або дорожньою розміткою, на яких дозволено зупинку чи стоянку лише транспортних засобів, якими керують водії з інвалідністю або водії, які перевозять осіб з інвалідністю (крім випадків вимушеної стоянки), а так само створення перешкод водіям з інвалідністю або водіям, які перевозять осіб з інвалідністю, у зупинці чи стоянці керованих ними транспортних засобів, неправомірне використання на транспортному засобі розпізнавального знаку "Водій з інвалідністю" [301, ч.5 ст.122]; 5) паркуванні транспортного засобу на місцях, призначених для безоплатного паркування транспортних засобів, якими керують водії з інвалідністю або водії, які перевозять осіб з інвалідністю, водієм, який не має документів про наявність у нього чи в одного з пасажирів інвалідності (крім явно виражених ознак інвалідності) [301, ст. 152-1]; 6) порушенні правил стоянки, зупинки, якщо таке порушення здійснено у зоні інтенсивного руху інвалідів з ураженнями органів зору, порушення власниками та орендарями транспортних засобів, якими надаються послуги з перевезення населення, за відсутність на маршрутах транспортних засобів загального користування, пристосованих для перевезення інвалідів з

ураженням органів зору, слуху, опорно-рухового апарату та інших маломобільних груп населення [136]; 7) наданні неякісних транспортних послуг особам з інвалідністю; 8) порушення умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і договорів про реімбурсацію тощо.

Бездіяльність виявляється у: 1) необлаштуванні на спеціально обладнаних чи відведених майданчиках для паркування транспортних засобів, у тому числі біля житлових будинків (крім індивідуальних житлових будинків) та інших будівель, на тротуарах (із числа місць для зупинки та стоянки транспортних засобів), місць, призначених для паркування транспортних засобів, якими керують водії з інвалідністю або водії, які перевозять осіб з інвалідністю, чи облаштування таких місць без дотримання вимог щодо їх розміщення [301, ст.152-1]; 2) несплата аліментів на утримання дитини з інвалідністю, дитини, яка хворіє на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, або на утримання дитини, яка отримала тяжкі травми, потребує трансплантації органу, потребує паліативної допомоги [301, ч.2 ст.188-1]; 3) неподання відомостей про всіх військовозобов'язаних і призовників, визнаних інвалідами незалежно від групи інвалідності, посадовими особами медико-соціальних експертних комісій, на яких покладено обов'язок подавати такі відомості у військові комісаріати [301, ч.1, ст.211-6] тощо.

2. Протиправність адміністративних правопорушень означає, що дію чи бездіяльність, які посягають на суспільні і публічні інтереси, прямо заборонено адміністративно-правовими нормами. Ознака протиправності вказує також на неприпустимість аналогії закону, що сприяє зміцненню законності, виключає можливість притягнення до адміністративної відповідальності за діяння, не передбачені законодавством про адміністративні правопорушення [300, с. 162].

Таким чином, зазначені у ст. ст. 41, 42-4; 96-1 та ч.5 ст.122; ч.6, 7 ст. 152-1; ч.2 ст.183-1; ч.2 ст.188-1 Кодексу України про адміністративні

правопорушення та адміністративно-правові норми, що визначені в законах України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про регулювання містобудівної діяльності», «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності», «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» та ін. передбачають вчинення протиправного діяння у формі дії чи бездіяльності.

3. Суспільна шкідливість, тобто вчинення адміністративного правопорушення, що порушує право на охорону здоров'я особи з інвалідністю є суспільно шкідливим діянням

4. Вина. Виділяють дві форми вини – умисел та необережність. Умисел має місце в правопорушенні тоді, коли особа, яка його вчинила, усвідомлювала протиправний характер своєї дії чи бездіяльності, передбачала її шкідливі наслідки і бажала їх або свідомо допускала настання цих наслідків [301, Ст.10]. Умисел може бути прямим чи непрямым. Необережність має місце в правопорушенні тоді, коли особа, яка його вчинила, передбачала можливість настання шкідливих наслідків своєї дії чи бездіяльності, але легковажно розраховувала на їх відвернення або не передбачала можливості настання таких наслідків, хоча мала і могла їх передбачити [301, Ст.11]. Необережність виражається у формі самовпевненості чи недбалості.

Проаналізувавши склади адміністративних правопорушень, що порушують право на охорону здоров'я особи з інвалідністю ми можемо відзначити, що це може бути тільки винне діяння у формі умислу (прямого чи непрямого), яке свідомо вчинене суб'єктом правопорушення, має характер вольового акту протиправної поведінки.

5. Караність. Формою вираження караності як ознаки адміністративного правопорушення є накладення на особу певного виду адміністративного стягнення. Так, Кодексом України про адміністративні правопорушення передбачено, що за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю можуть застосовуватися такі види адміністративних стягнень як штраф та суспільно корисні роботи.

Водночас, враховуючи те, що одним із суб'єктів досліджуваних правопорушень є суб'єкти підприємницької діяльності, то відзначимо, що нормами адміністративного права передбачено застосування до таких суб'єктів також адміністративно-господарських санкцій у разі порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, наприклад, позбавлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Отже, караність є однією з необхідних ознак поняття адміністративного правопорушення.

6. Суб'єктом адміністративного правопорушення, що порушує право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є фізичні особи, фізичні особи підприємці та посадові особи органів публічної адміністрації.

Загальний суб'єкт адміністративного правопорушення характеризується наявністю загальних ознак. У першу чергу, до них належать вік і осудність. Вони закріплені статтями 12 і 20 Загальної частини КУпАП. Спеціальними суб'єктами адміністративного правопорушення визнаються такі, які вказують на особливості правового становища суб'єктів і дозволяють диференціювати відповідальність різних категорій осіб, забезпечуючи тим самим справедливу правову оцінку скоєного діяння, в даному випадку, це фізична особа-підприємець та посадова особа.

Таким чином, можна констатувати, що склади правопорушень, зазначені у ст. ст. 41, 42-4; 96-1 та ч.5 ст.122; ч.6, 7 ст. 152-1; ч.2 ст.183-1; ч.2 ст.188-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення є адміністративними правопорушеннями, які посягають на публічно-правові відносини в сфері охорони здоров'я та безпосередньо стосуються реалізації права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Отже, ***адміністративне правопорушення, яке посягає на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю*** – це суспільно шкідливе, протиправне, винне діяння, яке посягає на життя та здоров'я осіб з інвалідністю і за яке законодавством передбачено застосування адміністративних стягнень.

Елементами складу адміністративних правопорушень, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є об'єкт,

об'єктивна сторона, суб'єктивна сторона і суб'єкт правопорушення. Розглянемо ці елементи.

Об'єктом адміністративних правопорушень, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, є лише суспільні відносини, які охороняються нормативно-правовими актами і за порушення яких передбачено адміністративне стягнення.

Розрізняють загальний, родовий, видовий та безпосередній об'єкти [313, с. 52].

Загальним об'єктом адміністративного правопорушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є всі суспільні відносини, що охороняються за допомогою адміністративно-правових норм.

Родовим об'єктом складів правопорушень є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю; суспільні відносини у сфері містобудування, у тому числі, щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, суспільні відносини у сфері ціноутворення на медичні послуги та лікарські засоби, суспільні відносини у сфері виробництва та забезпечення осіб з інвалідністю лікарськими засобами, засобами реабілітації тощо.

Видовим об'єктом складів правопорушень у цій сфері є суспільні відносини, що посягають на життя і здоров'я осіб з інвалідністю.

Безпосереднім об'єктом складів правопорушень у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю є суспільні відносини, передбачені конкретним складом правопорушення, зокрема, це:

1) суспільні відносини, що виникають у зв'язку з продажем лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках;

2) суспільні відносини, що виникають у зв'язку з порушенням вимог містобудівної документації щодо безперешкодного життєвого середовища для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;

3) суспільні відносини, що виникають під час здійснення медичного обслуговування;

4) суспільні відносини, що виникають під час надання особам з інвалідністю медичних послуг, реабілітаційних послуг тощо;

5) суспільні відносини, що виникають під час проходження медико-соціальної експертизи;

6) суспільні відносини, що виникають під час сплати аліментів на утримання дитини з інвалідністю.

Слід відзначити, що наведений перелік безпосередніх об'єктів складів правопорушень у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю є не вичерпаний, адже, коло адміністративних правопорушень не визначено в Кодексі України про адміністративні правопорушення, а аналіз законів України, якими урегульовано питання права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю дає можливість стверджувати про наявність широкого кола складів досліджуваних правопорушень, зокрема, ст. 30 Закону України «Про основи соціального захисту осіб з інвалідністю в Україні»; ст. ст. 10, 13 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; ст. 2 Закону України «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності»; ст. ст. 12, 17 Закону України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю»; ст. ст. 26, 45 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» тощо.

Обов'язковою ознакою об'єкта є предмет делікту.

Предметом адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю є: медичні послуги, реабілітаційні послуги, лікарські препарати, реабілітаційний інвентар, довідки про встановлення ступеня інвалідності, транспортні засоби тощо.

Об'єктивна сторона як елемент складу адміністративного правопорушення включає в себе обов'язкові та факультативні елементи, що повно характеризують саме протиправне діяння, тобто дію або бездіяльність, яка посягає на об'єкт адміністративно-правової охорони та підпадає під ознаки адміністративного правопорушення. До них належать обов'язкові – діяння (дія чи бездіяльність) та факультативні - шкідливі наслідки, причинний зв'язок між діями й наслідками, місце, час, обстановка, спосіб, знаряддя та засоби вчинення правопорушення. Слід зазначити, що склади адміністративних правопорушень у досліджуваних сфері не мають таких факультативних

ознак об'єктивної сторони як час, обстановка, знаряддя. Натомість визначають такі факультативні ознаки, як місце, спосіб та засіб.

Так, ст.183-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачено, що у разі несплати аліментів на утримання дитини з інвалідністю, дитини, яка хворіє на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, або на утримання дитини, яка отримала тяжкі травми, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, що призвела до виникнення заборгованості, сукупний розмір якої перевищує суму відповідних платежів за три місяці з дня пред'явлення виконавчого документа до примусового виконання. Таким чином, дане адміністративне правопорушення є триваючим, а діяння, яке передбачено ч.2 ст.183-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення, наслідком має обмеження можливості дитини з інвалідністю не отримувати належні медичні препарати, медичне обслуговування тощо, що прямим чином впливає на рівень та стан її здоров'я.

Причинний зв'язок між діяннями та шкідливими наслідками проявляється у створенні загрози для життя та/або здоров'я особи з інвалідністю.

Суб'єкт адміністративного проступку як елемент складу правопорушення – це особа, яка скоїла адміністративний проступок і яку на підставі чинного законодавства можна притягнути до адміністративної відповідальності. Окрім того, в розрізі аналізу даних адміністративних правопорушень варто говорити про наявність спеціального суб'єкта – фізичних осіб підприємницької діяльності та посадових осіб.

Відповідно до ст.12 Кодексу України про адміністративні проступки, адміністративна відповідальність фізичних осіб може наставати лише з досягненням 16-річного віку на момент вчинення адміністративного правопорушення. Якщо особа вчинила

адміністративний проступок у віці від 16 до 18 років, то справи про такі правопорушення розглядає тільки суд із застосуванням до правопорушника специфічних заходів виховного характеру, передбачених ст. 241 Кодексу України про адміністративні правопорушення [301].

Також законодавством передбачено, що суб'єктами адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є посадові особи. Так, ч. 9 ст. 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» визначено, що керівники підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських організацій осіб з інвалідністю, фізичні особи, які використовують найману працю, у разі незабезпечення виконання нормативів робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю, неподання Фонду соціального захисту інвалідів звіту про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю несуть відповідальність у встановленому законом порядку [136, Ст.19]. Склад даного правопорушення передбачає діяння у формі дії та бездіяльності спеціального суб'єкта. Ще одним прикладом відповідальності посадових осіб щодо досліджуваного питання, є адміністративне правопорушення, що передбачено ст.17 Закону України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» та полягає у несвоєчасній виплаті державної соціальної допомоги для осіб з інвалідністю.

Отже, суб'єктами складу правопорушення, що посягають на суспільні відносини у сфері безпечності та якості харчових продуктів можуть бути:

1) загальний – фізична особа – осудна особа, яка досягла віку адміністративної відповідальності;

2) спеціальний – фізична особа підприємець – юридична особа – суб'єкт господарської діяльності, яка здійснює медичне обслуговування, забезпечує безперешкодний доступ до загально-доступних об'єктів, надає медичні, реабілітаційні та інші види послуг; посадові особи – уповноважені виконувати представницькі функції від імені органу, в якому вони працюють.

Суб'єктивна сторона є обов'язковим елементом адміністративного правопорушення. Суб'єктивна сторона виражає психічне ставлення правопорушника до скоєного ним протиправного діяння. До ознак, що характеризують суб'єктивну сторону адміністративного правопорушення належать: вина, мотив і мета.

Як нами було зазначено вище, вина виражається у формі умислу та необережності. Встановлення вини є головним завданням при аналізі суб'єктивної сторони правопорушення. Адміністративні правопорушення, які порушують право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є умисними діяннями.

Вину юридичної особи, наприклад, передача замовнику проектної документації для виконання будівельних робіт на об'єкті, розробленої з порушенням вимог законодавства, містобудівної документації, вихідних даних для проектування об'єктів, будівельних норм, стандартів і правил, у тому числі щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення або здача та введення в експлуатацію об'єктів загального користування, які порушують вимоги щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення потрібно розглядати як недокладення нею зусиль, які допускаються і вимагаються законодавством, для виконання покладених на неї обов'язків, за порушення яких передбачено адміністративну відповідальність, а також як невикористання наданих прав і можливостей для усунення причин адміністративного правопорушення [314, с. 18].

Ст.26 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» визначений склад адміністративного правопорушення. Суб'єктом вчинення якого є юридична особа -виробник (продавець) реалізації реабілітаційної продукції, яка не пройшла оцінку відповідності вимогам технічних регламентів або національних стандартів.

Разом з тим, проаналізувавши положення Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» відзначимо, що реабілітація осіб з інвалідністю є прерогативним елементом права на здоров'я осіб з

інвалідністю. Даним актом визначено засади надання медичних послуг та послуг реабілітації. Втім, Закон не визначає можливість несення відповідальності фізичних осіб та закладів реабілітації осіб з інвалідністю у разі ненадання чи надання неналежної якості, в цьому випадку маємо на увазі, невідповідність реабілітаційних послуг індивідуальній програмі реабілітації.

Саме тому, *пропонуємо доповнити Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» ст. 45-1 «Ненадання чи надання реабілітаційних послуг, що не відповідають індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю, дітям з інвалідністю».*

Ще одним недоліком, на нашу думку, є неоднозначний підхід законодавця щодо розміру адміністративного стягнення у вигляді штрафу за однойменне адміністративне правопорушення визначене ч.1 ст.96-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення та відповідно ст.2 «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності». Так, ст. 96-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачає санкції за порушення законодавства під час планування і забудови території. Зазначається, що передача замовнику проектної документації для виконання будівельних робіт на об'єкті, розробленої з порушенням вимог законодавства, будівельних норм, державних стандартів і правил, у тому числі щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення – тягнуть за собою накладення штрафу від дев'ятисот до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (тобто від 15 300 до 17 000 гривень). Тоді ж як ст.2 Закону України «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності» передбачає, що суб'єкти містобудування, які здійснюють проектування об'єктів, експертизу проектів будівництва, несуть відповідальність у вигляді штрафу за передачу замовнику проектної документації для виконання будівельних робіт на об'єкті будівництва, розробленої з порушенням вимог законодавства, містобудівної документації, вихідних даних для проектування об'єктів містобудування, будівельних норм, державних стандартів і правил, у

тому числі за не створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення, незабезпечення приладами обліку води і теплової енергії, а також за зниження класу наслідків (відповідальності) об'єкта будівництва: проектна організація – у розмірі дев'яноста прожиткових мінімумів для працездатних осіб (близько 180000 грн.); експертна організація – у розмірі вісімнадцяти прожиткових мінімумів для працездатних осіб (близько 36000 грн.).

На нашу думку, неоднозначність законодавця в підході до визначення розміру адміністративного стягнення за зазначене правопорушення спричиняє колізію та неоднозначність притягнення винної особи до адміністративної відповідальності. *Саме тому, пропонуємо узгодити та стандартизувати положення санкції ст. 96-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення та ст. 2 «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності» в частині розміру штрафу.*

Також відзначимо, що ч.2 ст.96-1 Кодексу передбачено вчинення того самого діяння, але повторно. Повторність є ознакою, яка обтяжує обтяжують відповідальність за адміністративне правопорушення. Однак, санкція ч.2 ст. 96-1 Кодексу передбачає розмір штрафу меншим, ніж санкція ч.1 ст.96-1 Кодексу, що на нашу думку, є неправильним та суперечить правилам юридичної техніки. *Саме тому, вважаємо, що розмір санкції ч.2 ст.96-1 Кодексу повинен бути більшим, ніж розмір ч.1 ст.96-1 Кодексу, адже повторне вчинення даного правопорушення свідчить про прямий умисел правопорушника та байдужість до настання шкідливих наслідків та ігнорування приписів даної адміністративно-правової норми.*

Насамкінець слід зауважити, що жоден спеціальний закон, який регулює тією чи іншою мірою правовідносини у сфері охорони здоров'я осіб з інвалідністю, не містить норм, які б чітко встановлювали відповідальність за порушення, які посягають на відповідне право осіб з інвалідністю. Тому вважаємо, за необхідне покласти на Кабінет Міністрів України завдання щодо розробки проектів законів України щодо посилення відповідальності за порушення прав осіб з інвалідністю

загалом та права на охорону здоров'я зокрема. А саме за: незабезпечення передбачених законодавством умов для доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до об'єктів фізичного оточення, у тому числі медичних закладів; незабезпечення передбачених законодавством умов для доступу осіб з інвалідністю до охорони здоров'я; незабезпечення передбачених законодавством умов для доступу осіб з інвалідністю з порушенням зору та слуху до офіційних веб-сайтів органів державної влади та місцевого самоврядування, державних та комунальних підприємств, установ та організацій тощо.

Дослідивши методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я ми прийшли до наступних висновків.

Адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це сукупність прийомів та засобів цілеспрямованого владно-організуючого впливу уповноважених суб'єктів публічної адміністрації на поведінку підпорядкованих об'єктів по реалізації завдань і функцій держави щодо забезпечення найбільш досяжного рівня здоров'я осіб з інвалідністю.

Адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я численні й різноманітні, однак, незважаючи на це, вони мають специфічні риси: а) вони реалізуються в процесі управління й виражають владно-організаційний (тобто управлінський) вплив органів виконавчої влади та інших суб'єктів – інші органи публічного управління, громадські організації, особи з інвалідністю; б) ці методи органічно пов'язані між собою та із цільовим призначенням управлінської діяльності, та являють собою практичне вираження рішень та дій суб'єктів публічної адміністрації по реалізації завдань і функцій держави щодо забезпечення права на охорону здоров'я особам з інвалідністю; в) є способом вираження суб'єктами публічного адміністрування їх компетенції й повноважень щодо гарантування особі з інвалідністю рівного та доступного права на охорону здоров'я; г) зміст управлінського впливу залежить від особливостей суб'єкта в інтересах кого вони застосовуються – особа з інвалідністю є спеціальним суб'єктом адміністративного права;

д) методи мають організаційний характер, забезпечують певний порядок у даній системі управління; є) як засобам виконання функцій і повноважень органів управління в процесі забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю вони є динамічними; ж) адміністративно-правовими формами вираження методів публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є різні за своєю юридичною силою правові акти управління (закони та підзаконні нормативно-правові акти), а порядок їх застосування визначається у відповідному законодавстві; з) вони мають специфічну природу управлінського впливу на об'єкти управління, тобто можуть здійснювати прямий виконавчо-розпорядчий вплив – через адміністративну нормотворчість і розпорядництво або непрямий – шляхом морального чи економічного стимулювання, регулювання; ж) одні методи публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю мають сервісну природу (дозволи, реєстрація, ліцензування тощо), а інші управлінську (моніторинг, контроль, нагляд тощо).

Запропоновано адміністративні методи публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю поділяти на 4 групи: 1. методи, які забезпечують функціонування відповідних органів держави і органів місцевого самоврядування; 2. методи, які забезпечують реалізацію цілей і функцій даного виду адміністрування; 3. методи, які мають сервісну природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (дозвіл, реєстрація, ліцензування); 4. методи, які мають управлінську природу забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю (моніторинг, облік, аудит, стандартизація, контроль, нагляд, адміністративна відповідальність за порушення норм, якими забезпечується право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю).

Економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це сукупність засобів і способів, які використовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації з метою створення таких економічних умов, які сприяють підвищенню рівня здоров'я осіб з інвалідністю, забезпеченню доступного та

безперешкодного середовища, підвищенню професійних якостей медичного персоналу, який здійснює медичне обслуговування осіб з інвалідністю, реалізації реабілітаційних заходів, а також створенню інших необхідних умов інтеграції осіб з інвалідністю у життя суспільства.

Економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я реалізуються шляхом: 1. планування в державному та місцевих бюджетах видатків на забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю; 2. розроблення, затвердження комплексних програм соціального захисту та підтримки і реабілітації людей з інвалідністю; 3. розроблення та реалізація заходів реабілітації осіб з інвалідністю; 4. розроблення механізмів державно-приватного партнерства щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю; 5. фінансування з державного та місцевого бюджетів розвитку закладів охорони здоров'я, які забезпечують реалізацію особам з інвалідністю права на охорону здоров'я, а також будівництво та введення в експлуатацію нових реабілітаційних центрів тощо.

Відзначено, що програмно-цільові економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідності на охорону здоров'я застосовуються до закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, що забезпечують медичне обслуговування осіб з інвалідністю та (або) їх реабілітацію на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики з метою відшкодування вартості реабілітаційних заходів для дітей, які потребують реабілітаційних заходів.

Адміністративний примус в діяльності публічної адміністрації – це імперативна діяльність, яка здійснюється уповноваженими суб'єктами публічної адміністрації та передбачає застосування заходів впливу щодо суб'єктів адміністративного права у разі порушення ними приписів адміністративно-правових норм.

Особливостями адміністративного примусу, що може бути застосований суб'єктами публічної адміністрації як метод забезпечення

права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, є: 1) застосування адміністративного примусу завжди поєднується з широким використанням багатогранних виховних засобів, з активним формуванням правосвідомості, нетерпимого ставлення до антигромадських учинків; 2) використовується в публічному управлінні для охорони суспільних відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я; 3) суб'єктами застосування є органи виконавчої влади і їх посадові особи; 4) адміністративно-примусові заходи застосовуються не лише за наявності факту вчинення правопорушення, але і з попереджувально-припинювальною метою, коли факту вчинення правопорушення може і не бути; 5) заходи адміністративного примусу застосовують як до фізичних, так і до юридичних осіб (наприклад, позбавлення дозволу пільгового оподаткування, анулювання чи позбавлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики тощо); 6) підстави та порядок застосування адміністративного примусу визначено нормами адміністративного права, причому не тільки законодавчими актами, а й низкою підзаконних актів; 7) застосовуються в примусовому порядку, тобто незалежно від волі й бажання суб'єкта, до якого їх застосовують, зазвичай з можливістю використання для його реалізації інших примусових заходів.

Адміністративний примус як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – це управлінська діяльність суб'єктів публічної адміністрації щодо попередження та припинення порушення приписів адміністративно-правових норм, якими урегульовано право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, а також застосування заходів адміністративної відповідальності у разі їх порушення до фізичних та юридичних осіб, а також посадових осіб.

Заходи адміністративного попередження щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є одним з видів заходів адміністративного примусу, який застосовує публічна адміністрація з метою попередження виникнення умов та обставин, що загрожують порушенню права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Заходами адміністративного припинення, які застосовують до суб'єктів, що посягають на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – діяльність компетентних суб'єктів, змістом якої є примусове з додержанням адміністративно-правових норм, припинення протиправних дій чи бездіяльності, що мають ознаки адміністративного правопорушення і посягають на вільну реалізацію особою з інвалідністю права на охорону здоров'я та притягнення винних до адміністративної відповідальності.

Адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – це урегульована адміністративно-правовими нормами діяльність уповноважених суб'єктів, спрямована на примусове застосування до правопорушника заходів впливу за вчинене ним діяння, що унеможливує можливість вільної реалізації особами з інвалідністю права на охорону здоров'я.

Особливостями адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є: 1) факт вчинення адміністративного правопорушення – це підстава для притягнення до адміністративної відповідальності, передбачена ст. ст. 41, 42-4, 96-1 та ч.5 ст.122, ч.6, 7 ст. 152-1, ч.2 ст.183-1, ч.2 ст.188-1, ч.1 ст.211-6 Кодексу України про адміністративні правопорушення; 2) видами адміністративних стягнень є штраф та виконання суспільно корисних робіт; 3) види складів адміністративних правопорушень, що передбачають порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення та іншими законодавчими актами України; 4) суб'єктами притягнення до адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є органи Національної поліції; районні, районні у місті, міські чи міськрайонні суди (судді); військові комісаріати; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів; органи державного архітектурно-будівельного контролю та нагляду; 5) суб'єктом відповідальності є посадові особи; фізичні особи суб'єкти підприємницької діяльності; фізичні особи; 6) одиницею виміру грошового стягнення є неоподатковуваний мінімум доходів громадян;

7) право складати протоколи наділені: уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ст. 41); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів (ст. 42-4); уповноважені на те особи органів внутрішніх справ (Національної поліції) (ст. 46-2, ч.5 ст. 122); особи, уповноважені на проведення перевірок під час здійснення ними архітектурно-будівельного контролю (ст. 96-1); члени громадських організацій осіб з інвалідністю (ч. 6, 7 ст. 152-1, ч. 2 ст.183-1); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ч.2 ст.188-1).

Адміністративне правопорушення, яке посягає на право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – це суспільно шкідливе, протиправне, винне діяння, яке посягає на життя та здоров'я осіб з інвалідністю і за яке законодавством передбачено застосування адміністративних стягнень.

Запропоновано внести зміни та доповнення до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» доповнити ст. 45-1 «Ненадання чи надання реабілітаційних послуг, що не відповідають індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю, дітям з інвалідністю», а також гармонізувати та стандартизувати положення санкції ст. 96-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення та ст. 2 «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності» в частині розміру штрафу.

РОЗДІЛ 5.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

5.1. Міжнародний досвід публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

В 2009 році Україна підписала Конвенцію про захист прав інвалідів, а з 2010 року ратифікувала її положення. Відповідно взявши на себе зобов'язання по імплементації та узгодженні норм національного законодавства в сфері соціального захисту осіб з інвалідністю. Україна стала однією з 163 підписантів та 181 сторін, до складу яких входять 180 держав та Європейський Союз. Відповідно до ст.25 даної Конвенції особам з інвалідністю гарантується право на здоров'я. Втім, забезпечення даного права в кожній з країн-учасниць відбувається по-різному, що залежить від економічного та соціального розвитку країни, державної політики та системи органів управління в сфері охорони здоров'я тощо.

Україна, належить до тих країн, які, хоч і ратифікували положення Конвенції про захист прав інвалідів, однак, не може в повній мірі забезпечити її дієвість та повноту реалізації. Так, в цьому випадку, варто акцентувати увагу на загальному стані сфери охорони здоров'я, неефективності державної політики щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, постійному зменшенні коштів державного бюджету, що передбачені для розвитку та підвищення рівня соціального захисту соціально-незахищених верст населення до яких належать і особи з інвалідністю, відсутність належних механізмів соціалізації осіб з інвалідністю в соціумі, а також відсутність механізмів заохочення роботодавців в залученні праці осіб з інвалідністю. Окремо хотілося б звернути увагу, що особи з інвалідністю та особи з числа тих, які мають в своєму оточенні друзів, родичів осіб з інвалідністю акцентують увагу на погіршення їх становища та відповідно ускладнення можливості отримання медичної допомоги та медичних послуг через виникнення

епідемій, пандемій в країні, що спричинено запровадженням певних адміністративних обмежень. В даному випадку, ускладняється не лише якість та ймовірність отримати медичні та інші послуги, лікарські засоби, ортопедично-протезні засоби тощо, але й можливість, у тих осіб з інвалідністю, які могли самостійно їх отримати, адже виникають нові фізичні та матеріальні перепони.

В цілому слід відзначити, що за результатами проведеного нами анкетування 95% опитаних відзначили, що рівень охорони здоров'я в Україні перебуває в незадовільному стані. Причинами респонденти називали: - відсутність належного матеріального забезпечення сфери; - дороговизна лікарських виробів та препаратів, а також ортопедично-протезних виробів; - наявність постійних черг в закладах охорони здоров'я; - віддаленість та неможливість добратися до медичних закладів для отримання медичної допомоги; - недостатня кількість медичного персоналу, а особливо гостро дана проблема стоїть у віддалених населених пунктах; - відсутність місцевих програм розвитку та підтримки осіб з інвалідністю; - відсутність статичних та моніторингових даних щодо стану використання коштів місцевих та державного бюджету тощо.

Саме тому, вважаємо за необхідне акцентувати увагу на міжнародний досвід забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю тих країн, які: по-перше, відносяться до високо розвинутих країн, а їх рівень охорони права на здоров'я осіб з інвалідністю є високим; по-друге, ратифікували Конвенцію про права інвалідів та майже одночасно з Україною почали імплементувати положення даного акту в норми національного законодавства.

Відзначимо, згідно рейтингу Організації Об'єднаних Націй Україна належить до найменш щасливих країн Європи та посідає в загальному рейтингу 133-є місце серед 156 держав-учасниць рейтингу. Знову ж таки, за версією Організації Об'єднаних Націй перше місце займає Фінляндія. До десятки найщасливіших країн світу увійшли також Данія, Норвегія, Ісландія, Нідерланди, Швейцарія, Швеція, Нова Зеландія, Канада та Австрія. Україна у рейтингу посіла 133-тє місце - найнижчу сходинку серед усіх європейських держав. У рейтингу, до

якого загалом входять 156 держав світу, Україна розташувалася між Чадом (132 місце) та Ефіопією (134). Росія опинилася на 68-му місці, Молдова - на 71-му, Білорусь - 91-му, Грузія - 119-му. Німеччина у рейтингу посідає 17-ту сходинку, Сполучені Штати Америки - 19-ту, Китай - 93-тю. Замикають рейтинг Південний Судан (156 місце), Центральна Африканська республіка (155) та Афганістан. Серед держав-членів Організації економічного співробітництва та розвитку найменш щасливими виявилися Греція (82 місце) та Туреччина (79). Для розрахунку рівня щастя експерти враховували низку чинників: ВВП на душу населення, тривалість життя, щедрість, соціальну підтримку, а також свободу і корупцію в частині впливу на ухвалення важливих життєвих рішень. Кожен з цих факторів оцінювався за десятибальною шкалою, після чого виводився середній для країни бал [315].

Слід відзначити, що респондентами стали, в тому числі, особи з інвалідністю та особи, які мають близьких родичів чи знайомих з числа осіб з інвалідністю. Саме тому, дослідимо міжнародний досвід забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю таких країн як: Фінляндія, Канада, Сполучені Штати Америки, Німеччина, Португалія, Іспанія, Австрія, Велика Британія, Франція, Швеція, Бельгія, Австралія, Узбекистан, Польща.

У **Фінляндії** розроблена широка законодавча база, що забезпечує організацію системи реабілітації осіб з інвалідністю. На законодавчому рівні закріплена інтеграція реабілітаційної діяльності в сферу соціального захисту населення, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування, освіти, а також сформовані механізми їх співпраці і кооперування. В Закон «Про охорону здоров'я» та Закон «Про соціальний добробут» включені положення про адаптаційне навчання осіб з інвалідністю, метою якого визначено максимальне освоєння всіх можливостей для їх соціальної інтеграції. Надання послуг адаптаційного характеру покладено на служби соціального добробуту, охорони здоров'я та страхові компанії. Особливу увагу в законодавстві Фінляндії надають професійній реабілітації осіб з інвалідністю, яка представлена трирівневою системою з інтеграцією навчання, професійної освіти, перепідготовки осіб з інвалідністю, навчання на

робочому місці, а також професійної орієнтації та забезпечення зайнятості, професійного розвитку та оцінці результатів реабілітації [320].

Також до актів спеціального законодавства щодо захисту прав осіб з інвалідністю слід віднести Акт про спеціальну турботу. В акті відображені основні напрямки діяльності уповноважених суб'єктів в сфері соціального захисту осіб з інвалідністю: медична, соціальна та психологічна діагностика, лікування, навчання, тренування, реабілітація, працевлаштування осіб з інвалідністю та облаштування спеціального робочого місця, допомога в забезпеченні умов життя, веденні господарства, а також встановлені розміри та випадки здійснення соціальних виплат.

Ще одним спеціальним законодавчим актом є Акт про національні пенсії. Одним з підвидів яких є пенсії по інвалідності. Дана фінансова виплата виплачується для проходження реабілітації в Фінляндії та здійснюється за рахунок інституту соціального страхування. Застраховані особи з інвалідністю отримують реабілітацію відповідно до акту реабілітаційних послуг, які оплачуються фондом соціального страхування. Згідно з основним законом країни, питання соціального обслуговування, реабілітації осіб з інвалідністю, надання їм медичної допомоги знаходяться в компетенції місцевих органів влади, однак держава компенсує їм значну частину витрат. Для осіб з інвалідністю у Фінляндії багато послуг є безкоштовними або оплачуються на пільгових умовах. Створена правова база і для розвитку приватних реабілітаційних структур, які досить часто використовуються для розміщення державних замовлень. У період проходження реабілітації особам з інвалідністю виплачується спеціальна реабілітаційна допомога за рахунок коштів соціального страхування [320].

Значну допомогу надають місцеві медичні центри, де особа з інвалідністю має право отримати необхідні їй допоміжні реабілітаційні засоби та обладнання за результатами медичного огляду. Також на місцеві органи влади покладено вирішення питання архітектурних конструкцій, що ускладнюють чи унеможливають доступ осіб з інвалідністю до будівель. Зокрема, для вирішення питання доступності

особі з інвалідністю достатньо лише написати заяву-звернення до муніципалітету, і останній в обов'язковому порядку повинен вирішити дане питання. Наприклад, будинок, де проживає особа з інвалідністю можна змінити таким чином, щоб можна було пересуватися на інвалідному візку.

Процедура отримання статусу особи з інвалідністю та порядку отримання виплати по інвалідності, а також юридичних гарантій соціального захисту даних категорій осіб урегульовано також спеціальним Законом «Про допомогу по інвалідності».

Також варто відзначити, що серед органів державної влади найбільш наближеними до осіб з інвалідністю та їх потреб є саме місцеві органи влади земель. Для організації особливого піклування за особами з інвалідністю земля поділяється на райони особливої опіки, площі яких визначаються Державною радою. Залежно від конкретної причини, округи повинні бути створені для адаптації до розподілу обов'язків обласних адміністрацій, враховуючи при цьому необхідність розробки розподілу обов'язків обласних адміністрацій. Муніципалітети, що належать до району спеціального піклування, є членами Асоціації муніципалітетів округу спеціального піклування, який організовує спеціальний догляд, передбачений зобов'язаннями муніципалітетів. Об'єднання муніципалітетів мають уживати необхідних заходів, щоб організувати особливий догляд за особою з інвалідністю.

Таким чином, узагальнюючи досвід Фінляндії відзначимо наступні цікаві кроки: 1) найбільше коло повноважень щодо гарантування права на охорону здоров'я особам з інвалідністю серед органів державної влади відведено саме місцевим адміністраціям земель; 2) всі громадяни Фінляндії в обов'язковому порядку є застрахованими особами, і, відповідно, це дає право кожній особі з інвалідністю отримувати безкоштовно повний перелік медичних послуг, а також лікарські засоби та опорно-рухові механізми; 3) на рівні місцевих органів створені служби для швидкого реагування на потреби осіб з інвалідністю; 4) наявність розгалуженої системи нормативно-правових актів, які на законодавчому рівні визначають особливості соціального захисту осіб з

інвалідністю, а особливо в частині забезпечення права на охорону здоров'я.

Наступною країною досвід якої ми б хотіли дослідити, є **Канада**. Одним з найважливіших індикаторів успіху існуючої системи охорони здоров'я, є здоров'я канадців. Тривалість життя канадців становить 78,6 років (81,4 років для жінок і 75,8 років для чоловіків), що є одним з найвищих показників серед розвинених країн.

У Канаді існує розгалужене законодавство, яке спрямоване на захист прав та інтересів осіб з інвалідністю. Зокрема, це Акт про сліпих, Акт про інвалідів, Акт про професійну реабілітацію інвалідів, Закон про права людини в Канаді, Закон про працю, Закон про компенсації найманим працівникам та низка інших. Закони забороняють дискримінацію осіб з інвалідністю та заохочують розвиток захисту від дискримінації при наданні їм товарів і послуг, житла, роботи тощо. У цих законах відображені питання створення інформаційної служби реабілітації осіб з інвалідністю, служби по професійній підготовці, корективній медичній службі, забезпечення осіб з інвалідністю протезно-ортопедичною допомогою. Питаннями організації соціального захисту і реабілітації осіб з інвалідністю в Канаді займається Міністерство охорони здоров'я і соціального розвитку. У країні діють служби експертизи працездатності, консультації, профорієнтації, реабілітації, інформації, профпідготовки і працевлаштування осіб з інвалідністю. Існує безліч федеральних, провінційних і локальних цільових програм з різних аспектів реабілітації таких осіб [320].

У Канадській Хартії прав і свобод, прийнятій у 1982 році, записано: «Усі люди рівні перед законом і, згідно з законом, мають право на рівний захист і рівні пільги, що надаються за законом, без будь-якої дискримінації і, зокрема, дискримінації за ознакою расового, національного чи етнічного походження, кольору шкіри, релігії, статі, віку, розумових чи фізичних вад» (ст. 15) [316]. У Канаді програми, спрямовані на вирішення проблем осіб з інвалідністю, існують більш ніж у 30 міністерствах, соціальних установах та інших державних органах. Загальну координацію соціальної адаптації осіб з інвалідністю здійснює Міністерство розвитку людських ресурсів (бюро у справах

інвалідів). Існує спеціальне законодавство, яке регламентує житлові стандарти для осіб з інвалідністю. Розгалуженою в Канаді є система соціальних допомог [317, с.238].

Виходячи з розуміння того, що здоров'я не обмежується відсутністю хвороб і що воно включає в себе фізичну, розумову, емоційну і духовну здатності жити повноцінним життям, федеральний уряд вкладає кошти в рішення, які дозволяють захистити і поліпшити здоров'я осіб з інвалідністю та всіх канадців. Уряд Канади фінансує заходи з охорони громадського здоров'я, оздоровлення населення, значна кількість дослідницьких проєктів в галузі охорони здоров'я в інтересах осіб з інвалідністю, а також бере участь у фінансуванні провінційних і територіальних систем медичного обслуговування. Крім того, федеральний уряд надає особам з інвалідністю пряму допомогу через різні програми. Так, Асоціація сприяння участі канадських осіб з інвалідністю в активному житті забезпечує керівництво на національному рівні, допомогу, підтримку та інформування організацій та осіб з різними формами інвалідності з метою зміцнення їх здоров'я і участі в активному житті. З 2002 року федеральний уряд приступив до здійснення стратегій по оцінці та лікуванню синдромів після травматичного стресу та інших травмуючих проявів постопераційного періоду; крім того, в рамках програми надання медичної допомоги вдома та в громадах корінних народів і інуїтів пропонується цілий набір медичних послуг для осіб, які страждають хронічними або гострими захворюваннями.

Окрім того, слід акцентувати увагу, що цікавим для України буде приклад Канади в частині надання медичної допомоги особам з інвалідністю та забезпечення їх права на охорону здоров'я шляхом створення Консультативної групи з питань інвалідності в контексті COVID-19, до складу якої увійшли особи з інвалідністю. Завдання групи – надавати рекомендації щодо урядових заходів реагування на пандемію. Співголовами групи є Міністр із питань зайнятості, розвитку робочої сили та інклюзивності осіб з інвалідністю та провідний активіст руху за права осіб з інвалідністю [318; 319].

У Німеччині в основі законодавства про осіб з інвалідністю лежить ідея про те, що реабілітація та подальше працевлаштування осіб з інвалідністю економічно вигідніше, ніж постійне забезпечення їх пенсіями та іншими соціальними виплатами. Тут діє Федеральна програма зайнятості осіб з важким ступенем інвалідності, що передбачає різні пільги і субсидії підприємцям, які їх працевлаштовують. Існує «Кодекс соціального права», що є, по суті, керівним актом при визначенні політики і допомоги особам з інвалідністю у Німеччині. Основними принципами «Кодексу соціального права» є: надання всіх видів необхідної допомоги кожній особі з інвалідністю або особі, якій загрожує інвалідність, незалежно від причини; інтеграція осіб з інвалідністю у суспільство; втручання на самій ранній стадії, коли мають бути вжиті всі заходи для зменшення масштабів наслідків інвалідності; принцип надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на потреби конкретної особи з інвалідністю. Існують Закони «Про вирівнювання послуг з реабілітації», «Про соціальну допомогу», норми яких спрямовані на реабілітацію осіб з інвалідністю із застосуванням механізмів страхування. Згідно з цими законами, фінансування процесу інтеграції особи з інвалідністю в трудове життя має пріоритет перед пенсійним фінансуванням. Тут діє принцип «реабілітація до призначення пенсії». Визначення ступеня інвалідності згідно із законом «Про важких інвалідів» необхідне тільки для надання особливих видів послуг, а також для податкових компенсацій. Важкими особами з інвалідністю визнаються особи, ступінь втрати працездатності яких становить не менше 50%. Питання соціального захисту осіб з інвалідністю належить до компетенції Міністерства праці та соціальних справ, а також Федерального інституту страхування. Вони здійснюють контроль за виконанням законів і забезпеченням фінансових коштів на їх реалізацію. Питання медичної, професійної та соціальної реабілітації вирішуються комплексно, в максимально можливі ранні терміни, з послідовним переходом від одних заходів до інших, що показані на більш пізніх етапах. Чітко визначені показання для проведення реабілітації осіб з інвалідністю в певних установах і клініках. Основою процесу

реабілітації є прагнення до того, щоб особа з інвалідністю якомога раніше стала самостійною. Законодавчо визначено заходи заохочення професійної реабілітації осіб з інвалідністю. Працюючим особам з інвалідністю передбачена виплата спеціальної компенсації транспортних витрат на дорогу до роботи і назад [320].

Позитивними вбачаються вектори державної політики Німеччини щодо фінансування реабілітаційних процедур для осіб з інвалідністю з метою або зняття статусу особи з інвалідністю, або зменшення ступеня інвалідизації, або адаптування особи з інвалідністю та, у разі можливості, її працевлаштування (передбачено надання транспорту, спеціально обладнаного робочого місця). Таким чином, Німеччина, яка має одну з найсильніших світових економік, більш раціонально підходить до залучення осіб з інвалідністю в процес соціалізації, всі державні програми соціального захисту осіб з інвалідністю мають за мету зменшення тривалості виплат по інвалідності за рахунок надання всебічної допомоги особам з інвалідністю, а також сприяють зайнятості осіб з інвалідністю для зменшення навантаження на бюджет.

Державна політика **Португалії** та **Іспанії** щодо забезпечення права на охорону здоров'я особам з інвалідністю встановлює обов'язки держави по проведенню національної політики профілактики, лікування, реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю. Широкого розвитку та популярності набули місцеві програми розвитку осіб з інвалідністю та медичне страхування. Також відзначимо, що в даних країнах в період поширення пандемії уряд дозволив окремим категоріям осіб з інвалідністю, в тому числі, особам з аутизмом, недотримуватися правил ізоляції та виходити на короткі прогулянки. Такі ж самі обмеження були зняті з осіб, які допомагають особам з інвалідністю отримувати медичну допомогу та медичні послуги.

У **Сполучених Штатах Америки** гарантування права на охорону здоров'я особам з інвалідністю передбачено в рамках спеціальних соціальних програм кожного окремого штату, що передбачають градацію в розмірі соціальних виплат, наданні допоміжного персоналу, працевлаштуванні особи з інвалідністю, отриманні реабілітаційної допомоги та інших лікарських засобів. Окремим пунктом передбачено

гарантії для осіб, під піклуванням яких перебувають особи з інвалідністю. Головними медичними програмами, які забезпечують охорону здоров'я осіб з інвалідністю є програми «Medicare» і «Medicaid», які фінансуються федеральним урядом.

Узагальнюючи досвід Канади, Німеччини, Фінляндії, Франції, США відзначимо, що забезпечуючи особам з інвалідністю право на охорону здоров'я, головний акцент уряди зазначених країн роблять на подолання загальної проблеми бідності населення, зростання ВВП країни, забезпечення загального економічного розвитку країни, подолання корупції в органах державної влади та фінансування сфери охорони здоров'я в цілому. Реалізація зазначених концептуальних напрямків дасть можливість забезпечити особам з інвалідністю вільний доступ до високопрофільної медицини, отримувати високі соціальні виплати та підвищити гарантії соціального захисту осіб з інвалідністю в цілому.

Ще однією економічно розвинутою країною, на досвід якої ми б хотіли звернути увагу, є **Австрія**. Так як і в Німеччині, і в Фінляндії в Австрії діє велика законодавча база щодо соціального захисту і реабілітації осіб з інвалідністю. Так, діють наступні законодавчі акти, що гарантують реалізацію права на охорону здоров'я особам з інвалідністю: Акт про інтеграцію інвалідів, Акт про піклування інвалідів, Акт про медичне обслуговування жертв війни, Акт про туберкульоз, Загальний закон про соціальне забезпечення, Загальний закон про соціальне страхування, Закон про надання допомоги при працевлаштуванні. В Австрії організатором діяльності щодо соціального захисту інвалідів є Міністерство соціальних справ і провінційні агентства у справах осіб з інвалідністю. Крім того, діють два координуючих органу, членами яких є представники федеральних і регіональних урядів, професійних асоціацій, страхових організацій, громадських організацій осіб з інвалідністю. Основна сфера їх діяльності - консультативні послуги апарату міністерства. Кожне провінційне управління має комісію з реабілітації осіб з інвалідністю. Для працевлаштування осіб з інвалідністю існує система квот і субсидій, заохочується створення спеціальних цехів і підприємств.

Організовано центри з профорієнтації осіб з інвалідністю. Згідно із законодавством Австрії, приватні власники будинків і готелів отримують фінансові кошти від уряду, якщо добровільно дотримуються вимог архітектурних стандартів, що враховують потреби осіб з інвалідністю. Реабілітаційні органи надають субсидії і позики на адаптацію квартир і будинків до потреб осіб з інвалідністю [320].

Відзначимо, що в Австрії чи не найбільший розмір соціальних виплат по інвалідності.

В Австрії діє страхова медицина і відповідно, у разі настання інвалідності, кожен громадянин Австрії отримує всю необхідну безоплатну медичну допомогу, окрему соціальну допомогу отримують особи, які здійснюють догляд за осіб з інвалідністю. Що ж стосується осіб з інвалідністю з числа дітей, то спостерігається дещо інша ситуація. В даному випадку передбачено можливість збільшення загального розміру соціальних виплат у разі, якщо особою з інвалідністю є дитина. Мова йде про державну програму Familienbeihilfe, якою передбачено, що розмір соціальної виплати додатково збільшують на 152,8 євро. Для нарахування додаткових грошей податківцям в JA Finanzamt подають медичну довідку про групу інвалідності і документ із соціальної служби про нездатність дитини піклуватися про себе. Вікова межа при нарахуванні за програмою Familienbeihilfe дітям з інвалідністю – 25 років.

У **Великій Британії** законодавчо закріплено впровадження елементів реабілітації в діяльність всіх лікарень, існування спеціалізованих і комплексних центрів реабілітації. Підставою для цього служить економічна доцільність об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших установ по реабілітації у великі комплекси.

Цікавим є запозичення досвіду **Великої Британії** у частині проведення реабілітації осіб з інвалідністю вдома, незважаючи на її високу затратність і великі вимоги до персоналу. Втім, дана інновація можлива лише у випадках фінансових відшкодувань таким спеціалістам, що визначено рівнем економічного розвитку країни, державною політикою щодо здоров'я осіб з інвалідністю та рівнем соціального захисту осіб з інвалідністю.

Також цікавим є факт діяльності та участі у **Великій Британії та Франції** недержавного сектора в сфері надання особам з інвалідністю послуг з медичної та соціальної реабілітації. Реабілітаційні служби добре забезпечені технічними засобами і обладнанням. Серйозне значення надається організації професійної реабілітації осіб з інвалідністю в спеціалізованих центрах. Ефективність професійної реабілітації та відсоток повернення осіб з інвалідністю до професійної діяльності досить великі. Передбачена організація підприємств з особливим режимом праці для осіб з інвалідністю, на яких вони освоюють нові професії і переходять потім на звичайні підприємства. Для осіб з інвалідністю з важкими формами можуть бути створені умови навчання та працевлаштування вдома. Узаконено квотування та резервування робочих місць для осіб з інвалідністю [320; 321]. У подальшому, у разі необхідності, реабілітаційні установи, маючи тісні зв'язки з роботодавцями та оцінюючи фізичні й розумові можливості осіб з інвалідністю, можуть займатися працевлаштуванням осіб з інвалідністю.

У **Швеції** законодавчо визначено обов'язок держави надати особі з інвалідністю, у разі необхідності, безоплатно технічні засоби для протезування, пересування, занять спортом та ін. Крім того, передбачено обладнання квартир для проживання осіб з інвалідністю спеціальними адаптаційними пристроями. Спеціальним нормативним актом визначено порядок організації обслуговування осіб з інвалідністю на транспорті. Для них існує спеціальна транспортна система. Якщо особа з інвалідністю за станом здоров'я не може користуватися громадським транспортом і потребує автомобіля, то за спеціальним посвідченням для придбання автомобіля йому передбачено надання фінансової допомоги [316].

У **Бельгії** встановлено додаткову виплату особам з інвалідністю на покриття витрат на медичні послуги, реабілітацію та протезування в розмірі 50 євро, що надається 6 разів на місяць. Також, цінною є можливість батьків чи осіб, що доглядають осіб з інвалідністю поєднувати віддалену роботу і обов'язки по догляду за ними. В період поширення пандемії COVID-19 в Бельгії запроваджено позачергову

оплачувану Коронавірусну відпустку по догляду за особою з інвалідністю. При цьому розмір виплат збільшено в 1,5 рази для неповних сімей і сімей з дитиною-інвалідом [322, с.7].

Швидкою та дієвою була реакція **Австралії** на збільшення розміру соціальної виплати осіб з інвалідністю в період пандемії COVID-19. Так, уряд Австралії зобов'язався додатково направити майже 9,6 млрд австралійських доларів (0,5% ВВП) на зміцнення системи охорони здоров'я і захист вразливих людей, у тому числі літніх, які перебувають під опікою, від COVID-19. Урядом прийнято також рішення про надання допомоги учасникам та постачальникам Національної схеми страхування по інвалідності (NDIS – National Disability Insurance Scheme¹²), що дозволяє людям з інвалідністю отримувати необхідну підтримку під час пандемії COVID-19 [322, с.19]. Таким чином, уряд Австралії підтримав не лише осіб з інвалідністю, але й приватний сектор, який надає медичну допомогу, реабілітаційні та медичні послуги даним категоріям соціально незахищених осіб.

Ст. 22 Закону **Республіки Узбекистан** «Про охорону здоров'я» закріплено право осіб з інвалідністю на медико-соціальну допомогу, всі види реабілітації, забезпечення ліками, протезно-ортопедичними виробами, засобами пересування на пільгових умовах. Особи з інвалідністю мають право на безкоштовну медичну допомогу в державних лікувальних закладах, догляд вдома, на утримання в установах Міністерства праці і соціального захисту населення. Значна увага соціально-правової підтримки осіб з інвалідністю приділяється в державних програмах і планах дій. В рамках імплементації Конвенції про права інвалідів передбачено запровадження у практику постійного збору інформації про ступінь реалізації прав осіб з інвалідністю з урахуванням вимог Конвенції та національного законодавства, проведення ряду моніторингових досліджень, спрямованих на збір і узагальнення інформації про рівень виконання міжнародних і національних норм, що регламентують права осіб з інвалідністю, і в першу чергу, права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я [323, с.12-13].

Цікавий досвід **Польщі** по комплексній реабілітації осіб з інвалідністю в рамках кооперації. Кооперація осіб з інвалідністю має у своєму розпорядженні можливості для проведення не тільки медичної, а й соціальної реабілітації: організація активного відпочинку під час роботи і поза нею, проведення відпустки, забезпечення різноманітних форм соціально-побутової допомоги особам з інвалідністю та їхнім родинам [320].

Таким чином, узагальнюючи результати дослідження міжнародного досвіду публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю відзначимо інноваційні кроки, запровадження яких лише сприятиме утвердженню права на здоров'я осіб з інвалідністю:

1) необхідність популяризації та укорінення страхової медицини. В першу чергу, необхідним є зміцнення довіри населення до приватних фондів по виплаті соціальних виплат у разі настання факту інвалідності;

2) запровадження тісної взаємодії між державою та приватним сектором щодо забезпечення права на здоров'я осіб з інвалідністю. Потребує врахування інтересів приватних суб'єктів під час формування державної соціальної політики щодо осіб з інвалідністю;

3) створення систем кооперації для забезпечення права на охорону здоров'я особам з інвалідністю – поєднання медичних та реабілітаційних установ, залучення приватних реабілітологів та потенційних роботодавців;

4) безумовне збільшення обсягів фінансових резервів для соціальних виплат особам з інвалідністю з державного бюджету та місцевих бюджетів;

5) посилення ролі місцевих органів публічної влади в забезпеченні права на здоров'я осіб з інвалідністю;

6) запровадження додаткових соціальних гарантій забезпечення права на здоров'я особам з інвалідністю та особам, що здійснюють догляд за ними в період епідемій та пандемій.

5.2. Ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я

Запровадження системи правових, економічних, організаційних, адміністративних заходів щодо забезпечення права охорону здоров'я особам з інвалідністю, нажаль, не означає одночасність їх виконання та дієвості. Визначення ефективності як відображення правильного вибору та дієвості відповідного заходу можливо лише на підставі встановлення показників та чинників ефективного публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. В той же час, варто говорити про оцінку ефективності, що проявляється у вигляді певного результату та дає уявлення про результативність застосованих заходів.

У довідковій літературі поняття «ефект» виступає змістоутворюючим елементом. Під ефектом розуміють виконання, дію. Власне, розуміння терміну «ефективність» пов'язане з діями, які призводять до потрібних наслідків, тобто можемо стверджувати, що синонімом поняття «ефективність» є поняття «дієвий». Звідси випливає, що ефективність – це результативність, результат, наслідок певних причин, сил, дій [324, с. 25; 325; 333]. Втім, ми вважаємо що і поняття «ефективність» і поняття «результативність» відображають якісні характеристики певної управлінської діяльності. Однак, це все ж таки не слова-синоніми. На нашу думку, ефективність відображає якісні показники, тоді ж як результативність кількісні. Ефективність становить собою відношення кількісних показників та початку запровадження заходів до етапу отримання кінцевого результату.

В юридичній літературі ефективність розглядається з різних позицій. Так, за визначенням В. Г. Афанасьєва, ефективність – один із принципів наукового управління, суть якого полягає в тому, щоб забезпечити вирішення поставлених завдань у якомога коротший строк, при найменших затратах трудових, матеріальних і фінансових ресурсів [326, с. 43]. Як зазначає В.В. Цветков, ефективність – це складне явище, що визначається співвідношеннями людських, організаційних, часових, науково-технічних, матеріальних ресурсів і отриманих результатів [327, с. 130].

На думку, В. П. Тугаринова термін «ефективність» означає властивість когось чи чогось діяти таким чином, щоб досягались заплановані наслідки. Окрім того, під ефективністю розуміють ступінь реалізації соціальної цінності правових стимулів і правових обмежень, іншими словами, різницю між тим, як вони задовольняють інтереси людей, і як вони упорядковують суспільні відносини. Тут соціальна цінність, а точніше, її використання та ефективність співвідносяться як процес і результат. Ефективність – це свого роду «продуктивність праці» соціальної цінності правових стимулів і правових обмежень, коефіцієнт їх корисної дії [328, с. 268; 333].

Коли мова йде про ефективність, то дана характеристика притаманна будь-якому процесу. Ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я виражається в ефективності норм права; ефективності управлінської діяльності; ефективності побудови організаційно-структурних формувань; ефективності застосування засобів публічного адміністрування тощо. Саме визначення кожного виду ефективностей і дає можливість визначити результативність публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.

Ефективність права – це його результативність, ступінь досягнення через правове регулювання соціальних цілей, сформульованих нормою права [329, с. 130; 330, с. 13; 331].

В теорії державного регулювання стверджується, що виокремлення чинників ефективності адміністративно-правового регулювання суспільних відносин набуває неабиякої актуальності, так як безпосередньо торкається інтересів усіх громадян України, їх очікувань і сподівань на появу позитивних результатів від здійснюваних в країні реформ в економіці, соціально-культурній сфері, політичній і правовій системах [332, с. 93; 333].

Ефективність публічного адміністрування – це відношення її корисного результату (ефекту) та обсягу використаних або витрачених для цього ресурсів. Формування та реалізація корисного ефекту управлінської діяльності виступає як тривалий процес, розтягнутий інколи на місяці і навіть на роки. Процес публічного адміністрування

слід розбити на окремі етапи та операції, виділяючи при цьому взаємопов'язані між собою проміжні (локальні) та кінцеві результати діяльності органу управління в цілому та його окремих ланок. Проміжні результати неоднакові за своєю значимістю. Головні з них – узагальнення, нові ідеї, концепції, що втілюються у відповідних рішеннях та планах. Крім того, кожна ланка управління, а також окремі спеціалісти готують для керівництва розробки, нормативні та довідкові матеріали, які називаються допоміжними. Проте їх якість багато в чому залежить від результативності управління в цілому і повинна бути предметом необхідного аналізу та оцінки. Узагальнюючи оцінки ефективності та результативності публічного адміністрування слід сказати, що вони виражають кінцеві результати функціонування суб'єкта та його впливу на об'єкт. Можна прийняти своєчасне рішення, збалансований план, але, який ще не гарантує високу ефективність: потрібні організаційні, контрольні, стимулюючі допоміжні міри впливу на колектив, щоб реалізувати намічені цілі з найменшими витратами. Самі по собі управлінські рішення – це тільки передумова для отримання корисного ефекту публічного адміністрування. Не можна отримати високої ефективності, якщо прийнятий план або рішення погано обгрунтовані, не забезпечені ресурсами, але хороший план або рішення також може бути не виконаний у зв'язку з невисоким рівнем організаційної роботи на наступних етапах [191, с.61].

У цілому, ефективність адміністративно-правового регулювання характеризують як співвідношення між фактичними результатами правового регулювання і тими соціальними цілями, яких намагаються досягнути. Якщо такі цілі й такі результати відобразити в однотипних показниках, які можуть бути емпірично виявлені, зафіксовані, обраховані, то ефективність правового регулювання можна було б відобразити в кількісній формі [334, с. 150; 333].

Отже, узагальнюючи вищевикладене, вважаємо, що *ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я* в широкому значенні слід розглядати як *систему показників цілеспрямованої та систематизованої діяльності державних органів влади та органів місцевого самоврядування, що спрямована на*

виконання визначених в нормативно-правових актах завдань щодо надання медичної допомоги, медичних і реабілітаційних послуг, забезпечення лікарськими засобами та препаратами, медичним доглядом тощо.

Відзначимо, що ефективність діяльності уповноважених суб'єктів щодо забезпечення права на охорону здоров'я особам з інвалідністю в Україні характеризується численними недоліками, що безперечно знижують її якісні та кількісні показники. До головних з них, на нашу думку, слід віднести: застосування застарілих механізмів управління; неналежна комунікація між суб'єктами адміністрування, а також відсутність швидкого реагування на проблеми осіб з інвалідністю, що виникають під час реалізації права на охорону здоров'я; наявність правових колізій в чинному законодавстві, а також відсутність норм, що урегульовують окремі запити осіб з інвалідністю, недовіра окремих положень нормативно-правових актів, що ускладнюють чи взагалі унеможливають отримання медичної допомоги та медичних і реабілітаційних послуг, лікарських засобів та медичних препаратів тощо; відсутність чіткого розмежування повноважень між владними суб'єктами, що ускладнює можливість притягнення до юридичної відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх обов'язків; недотримання принципів доступності права на здоров'я та прозорості діяльності суб'єктів публічної адміністрації.

Відзначимо, що в 2020 році в Україні перебувала місія ООН, яка здійснювала моніторинг прав людини з інвалідністю в різних областях України. Аналізуючи ситуацію щодо забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю в Україні в період поширення пандемії COVID-19, місія визнала стан як такий, що потребує більшої уваги та вживання відповідних заходів.

Зокрема, було надано рекомендації щодо: 1) забезпечення осіб з інвалідністю повним доступом до послуг з охорони здоров'я під час карантину нарівні з іншими, як-от послуги з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, лікарські засоби, медичні огляди, необхідні для встановлення інвалідності, та механізм перенаправлення жінок з інвалідністю, які стали жертвами сексуального і гендерно зумовленого

насильства; 2) забезпечення можливості особам з інвалідністю, які не можуть отримати медичні консультації в онлайн-режимі, отримання таких консультацій у звичайному порядку; 3) розробити стандартні робочі процедури надання допомоги особам із різними порушеннями. Наприклад, створити стандартну робочу процедуру надання консультацій особам із порушеннями слуху медичним працівником як у звичайному порядку, так і в онлайн-режимі; 4) надати можливість отримання послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у доступних формах; 5) запровадити винятки з правил ізоляції, які б дозволили особам з аутизмом у разі нових обмежень карантинних заходів не носити маски або виходити на короткі прогулянки; 6) надавати актуальну інформацію стосовно охорони здоров'я у різних формах, щоб особи з інвалідністю могли отримувати, засвоювати й розуміти основну інформацію та послуги стосовно здоров'я, необхідні для прийняття відповідних рішень щодо їхнього здоров'я. Інформаційні матеріали щодо ризиків повинні містити повідомлення для всіх, зокрема й для осіб з інвалідністю. Їх слід також адаптувати для дітей різних вікових груп; 7) забезпечити, щоб заклади і служби охорони здоров'я, задіяні в лікуванні хворих на COVID-19, були доступні для осіб з інвалідністю; 8) забезпечити, щоб медичні протоколи не передбачали дискримінацію за ознакою інвалідності; 9) забезпечити надання особам з інвалідністю основних абілітаційних та реабілітаційних послуг, щоб запобігти довготривалому погіршенню їхнього фізичного і психічного здоров'я й дозволити їм зберегти незалежність, в тому числі послуг раннього втручання, а також продовжити надавати впродовж усього періоду пандемії послуги, адаптовані для запобігання поширенню COVID-19. Забезпечити збільшення фінансування цих послуг та їх широку доступність, зокрема у сільській місцевості [319, с.28-29].

Реалізація більшості з наданих рекомендацій потребує застосування адміністративного та фінансового ресурсу, що на жаль, на сьогодні, є вкрай складно. Також, варто акцентувати увагу, що в період пандемії спостерігається негативна тенденція до збільшення кількості бідних осіб, і в даному випадку варто вести мову, про розроблення та

прийняття загально-національного плану дії, в першу чергу, в боротьбі з пандемією та необхідності розвитку економіки та росту ВВП, що становлять фінансову основу соціального захисту осіб з інвалідністю.

На думку колективу авторів монографії «Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід», підвищення ефективності управління є можливим на основі детального аналізу використання технологій комунікацій, регулювання інформаційних потоків, вирішення проблем нерівномірного навантаження. Для цього необхідне управлінське регулювання всіма процесами, зокрема: чітке визначення і формулювання задач; формування чіткого уявлення про потреби інформації керівника, себе, своїх підлеглих; планування, реалізацію, контроль удосконалювати у напрямку покращення інформаційного обміну; обговорення планів, задач, шляхів їх вирішення; удосконалення системи зворотного зв'язку; удосконалення збору інформації; створення каналів інформаційних повідомлень; упровадження сучасних інформаційних повідомлень [191, с.62].

Відповідно, для підвищення ефективності публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, необхідно в першу чергу, усвідомлювати важливість проблем осіб з інвалідністю не лише як членів суспільства, які мають фізичні вади, але й прагнення максимального адаптування умов життя під потреби осіб з інвалідністю; усвідомлювати, що дана категорія осіб є соціально незахищеною та потребує більшого піклування та уваги оточуючих; при розробленні та прийнятті програмних документів обов'язково комунікувати з особами з інвалідністю та враховувати їхні позиції щодо вирішення того чи іншого питання; забезпечити інформаційний обмін щодо реального стану забезпечення права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я тощо.

Критерієм оцінки діяльності уповноважених суб'єктів державної влади та органів місцевого самоврядування щодо охорони права на здоров'я осіб з інвалідністю є ефективність виконуваних ними завдань та повноважень, реалізація їхньої компетенції. З даного приводу, вважаємо, доцільно навести точку зору Т. Г. Андрусяка, який

стверджує, що факторами, які забезпечують ефективність правового регулювання є: відповідність вимог норм права рівню соціально-економічного розвитку суспільства; рівню досконалості законодавства; рівню правової культури громадян [335, с. 143; 333].

Деякі автори однією з основних умов ефективності виділяють соціальну цінність правового засобу. Але соціальна цінність виступає не умовою, а причиною ефективності адміністративно-правового регулювання. Соціальна цінність не може повністю гарантувати високу ефективність без наявності відповідних умов, хоча взагалі ефективність в процесі правового регулювання вона гарантувати може [336, с. 5; 333].

Підвищення ефективності (результативності) соціальної цінності потребує наявності певних факторів. Основні умови ефективності зумовлюються самою соціальною цінністю, яка, реалізуючись, «створює» ефективність. Іншими словами, економічні, політичні та соціальні умови спричиняють вплив на наслідок (ефективність) не безпосередньо, а опосередковано, через причину (соціальну цінність). Не будучи соціально цінними та важливими, правові стимули і правові обмеження не будуть і ефективними [337, с. 457; 333].

На думку В. Ф. Сіренко, в процесі дослідження факторів ефективності важливо зосереджувати увагу на з'ясуванні категорії інтересів. Визначення інтересу як співвідношення між необхідністю задоволення потреб різних соціальних груп, класів, окремих верств населення і можливістю задоволення цих потреб зумовлює виникнення моделі, складові частини якої можна розглядати як елементи ефективності, а саме: соціальні потреби, які необхідно задовольнити за допомогою конкретного нормативного акту; правові засоби, їх кількість та якість; здатність правових засобів задовольняти соціальні потреби, закріплені в нормативному акті; перспективність напрямків вдосконалення законодавства з метою задоволення соціальних потреб за допомогою правових засобів [338, с. 3-13].

Таким чином, розглянемо зміст **чинників, які впливають на ефективність публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю.**

1. *Недосконалість нормативно-правової бази.* Більш детально даному аспекту нами було присвячено увагу в підрозділі 3.2. «Нормативно-правове регулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я» монографії. Однак, відзначимо, що на сьогодні існуючі нормативно-правові акти, які повинні були б урегульовувати окремі питання права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю все ж таки не виконують своє основне завдання:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Втім, даним актом, чомусь залишилися поза увагою гарантії права на здоров'я особам з інвалідністю. Тобто даним актом не встановлено жодної диференціації надання медичних послуг для осіб з інвалідністю.

- Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 року № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» здавалося б повинна була б вирішити питання медичного обслуговування осіб з інвалідністю на 2020 рік, однак, знову ж таки, цього не було зроблено, а пакети медичних послуг, що надаються в рамках реалізації програми медичних гарантій не враховують права людей з інвалідністю, оскільки вони отримуватимуть лише ті послуги, що передбачені для всіх громадян України, без жодної диференціації та поправки на інвалідність. Більш того, у частині надання послуг з медичної реабілітації перелік є обмеженим, враховуючи, що відповідні послуги будуть надаватися: немовлятам, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя; дорослим та дітям від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату та нервової системи. Водночас відповідного коригувального коефіцієнту за медичне обслуговування пацієнтів з інвалідністю не визначено, що негативно впливає на доступність та якість їх медичного обслуговування. Відсутність чіткого переліку лікарських засобів, які мають видаватись на пільгових умовах, та розуміння відповідних норм, призводить до того, що лікарі

трактують їх на власний розсуд. Крім того, наразі відсутній диференційований підхід до забезпечення лікарськими засобами людей з інвалідністю у межах програми «Доступні ліки».

- Постановою Кабінету Міністрів України «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» від 17.08.1998 року № 1303 визначено, що програма відшкодування лікарських засобів «Доступні ліки» була впроваджена для зменшення фінансового навантаження на пацієнтів та збільшення доступності ліків. Сьогодні Програма працює для пацієнтів, які живуть з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою, цукровим діабетом II типу. До списку ліків, які можна отримати за програмою, включено 254 лікарських засобів, 78 з яких можна отримати безоплатно, інші ж – з незначною доплатою. З огляду на зазначене можна чітко сказати, що один нормативно-правовий акт визначає, що людина з інвалідністю може отримати будь-який лікарський засіб на пільговій основі, а програма «Доступні ліки» обмежує для всіх перелік ліків не тільки за найменуваннями, але ще й по захворюванням [319, с.80]. - не виконуються в повній мірі приписи Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 року № 285 в частині з забезпечення умов для вільного доступу осіб з інвалідністю до приміщень. Дане зобов'язання є узагальненим та декларативним, оскільки у відповідних документах, що подаються для видачі ліцензії не відображається ситуація із доступністю закладу охорони здоров'я, відповідно цей критерій і не впливає на прийняття рішення. Також відсутні вимоги щодо встановлення доступного медичного обладнання [319, с.81].

2. *Бездіяльність місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування в вирішенні питання забезпечення принципу доступності права на здоров'я осіб з інвалідністю.* На жаль, місцевими посадовцями доступність, як і в інших сферах, вимірюється в окремих елементах доступності, наявності яких на практиці не забезпечує реальної доступності медичних послуг для осіб з інвалідністю. Так, для

прикладу, відзначимо, що проаналізувавши умови доступності особам з інвалідністю до КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної Ради»; КНП «Вінницька міська клінічна лікарня № 1»; КП «Лікарня № 2 ім. В. П. Павлусенка» Житомирської міської ради; Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня; хірургічне відділення Полтавської обласної лікарні ім. М. В. Скліфосовського; Черкаська обласна лікарня; Сторожинецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги) відзначено, що всі сім медичних закладів, в яких відбувся моніторинг доступності, виявились умовно доступними. Основною проблемою є їх бар'єрність для осіб з порушенням зору, а також відсутність чи ненормативні елементи фізичної (архітектурної) доступності [319, с.82].

3. *Необхідність налагодження механізму міжвідомчої та міжрівневої взаємодії.* Постійна взаємодія між Верховною Радою України, Президентом України, Кабінетом Міністрів України, центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями осіб з інвалідністю, а також благодійними організаціями сприятиме максимальній обізнаності щодо сучасного стану охорони права на здоров'я осіб з інвалідністю та дозволить швидко реагувати на існуючі проблеми та їх вирішення.

4. *Відсутність короткострокових та довгострокових загальнодержавних та місцевих програм розвитку та підтримки осіб з інвалідністю в реалізації права на здоров'я.* Так, Україна ратифікувала в 2010 році положення міжнародного акту – Конвенції про захист прав інвалідів, однак, упродовж десяти років відсутні дієві механізми імплементації концептуальних настанов щодо такої діяльності. Також варто акцентувати увагу на відсутності моніторингу результатів упровадження положень Конвенції в діюче законодавство.

5. *Забезпечення підготовки та перепідготовки фахівців, а також підвищення їх мотивації для запобігання відтоку кадрів.* Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я не містять положень щодо навчання персоналу медичних закладів з питань інвалідності, особливостей надання послуг та спілкування, зокрема, у відповідних

пунктах глави четвертої розділу другого, яка стосується прав, обов'язків та безпеки пацієнтів [319, с.84].

6. Обов'язковим чинником, що впливає як на ефективність, так і на результативність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є збільшення розміру фінансування.

7. Необхідно посилити контроль та нагляд за доцільністю та цільовим використанням бюджетних коштів та коштів приватних суб'єктів (благодійні організації, меценати) щодо фінансування потреб осіб з інвалідністю при забезпеченні права на охорону здоров'я.

8. Необхідність приведення нормативної бази та статутних документів у відповідність з міжнародними вимогами.

9. Запровадження контролю з боку громадських організацій щодо стану та умов перебування осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я.

10. Запровадження незалежної системи оцінки якості роботи державних (муніципальних) установ, які надають послуги у сфері охорони здоров'я особам з інвалідністю, що дозволяє забезпечити можливість проведення незалежної оцінки якості роботи медичних організацій відповідно до єдиних показників, підвищити інформованість споживачів про порядок надання послуг медичними організаціями.

11. Забезпечення надання безоплатної професійної правничої допомоги особам з інвалідністю під час адміністративного та судового захисту їх прав та інтересів.

12. Необхідність віднесення діяльності медико-соціальних комісій до підвідомчості Міністерства охорони здоров'я, а не до Міністерства соціальної політики України. Так, постановою Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» визначено, що штатні нормативи чисельності працівників комісій встановлюються МОЗ за погодженням з Мінсоцполітики. На нашу думку, представники Міністерства соціальної політики України не компетентні визначати стан захворюваності людини та відповідно брати участь в прийнятті рішення про встановлення факту інвалідності.

13. Запровадження он-лайн адміністративних реєстрів осіб з інвалідністю. Запровадження даних реєстрів дасть можливість

оптимізувати порядок обробки статистичної інформації, наприклад, за соціально-демографічними характеристиками; за гендерними ознаками; за віковими показниками; за видами інвалідності; за необхідністю придбання найменувань медичних препаратів та лікарських засобів тощо. Найбільш важкодоступною є інформація про контингент осіб з інвалідністю. Відправною точкою для пропозицій по проведенню реалізації положень Конвенції має стати завдання введення в дію системи статистики інвалідності. Запровадження вказаних баз даних, на нашу думку, дасть можливість планувати і здійснювати оцінку ефективності заходів і програм, спрямованих на поліпшення становища осіб з інвалідністю і реалізації їх прав, а також здійснювати моніторинг Конвенції.

Отже, до чинників, які впливають на ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я віднесено: 1) недосконалість нормативно-правової бази; 2) бездіяльність місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування у вирішенні питання забезпечення принципу доступності права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю; 3) необхідність налагодження механізму міжвідомчої та міжрівневої взаємодії; 4) відсутність короткострокових та довгострокових загальнодержавних та місцевих програм розвитку та підтримки осіб з інвалідністю в реалізації права на здоров'я; 5) забезпечення підготовкою та перепідготовкою спеціалістів, а також підвищення їх мотивації для запобігання відтоку кадрів; 6) збільшення розміру бюджетного та позабюджетного фінансування; 7) контроль та нагляд за доцільністю та цільовим використанням бюджетних коштів та коштів приватних суб'єктів; 8) необхідність приведення нормативної бази та статутних документів у відповідність з міжнародними вимогами; 9) запровадження контролю з боку громадських організацій щодо стану та умов перебування осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я; 10) запровадження незалежної система оцінки якості роботи державних (муніципальних) установ, що надають послуги в сфері охорони здоров'я особам з інвалідністю; 11) забезпечення надання безоплатної професійної правничої допомоги особам з інвалідністю під час адміністративного та

судового захисту їх прав та інтересів; 12) необхідність віднесення діяльності медико-соціальних комісій до підвідомчості Міністерства охорони здоров'я, а не до Міністерства соціальної політики України; 13) запровадження он-лайн адміністративних реєстрів осіб з інвалідністю.

Система статистики інвалідності – це система збору, розробки поширення і надання даних про інвалідність різних груп користувачів, яка: – включає всі джерела і методи збору інформації про інвалідів: адміністративні реєстри, перепису і обстеження на основі єдиної концептуальної моделі МСЕК; – відповідає всім вимогам, пред'являються до статистики інвалідності; – призначена для вирішення широкого кола практичних задач і є інформаційною базою для проведення моніторингів інвалідності [339].

Таким чином, підбиваючи підсумки, вважаємо, що ефективність публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є комплексним поняттям, що включає в себе організаційні, правові, економічні, соціальні, технічні види заходів. Чим вищий рівень ефективності здійснення системи заходів з боку держави, тим нижчим є рівень інвалідизації населення.

Оцінюючи ефективність публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, на нашу думку, варто оцінювати показники наступних складових:

1) результати соціального опитування осіб з інвалідністю та осіб, що їх доглядають щодо доступності, якості, платності (безоплатності) отриманих медичних та інших видів послуг, лікарських засобів, що необхідні особі з інвалідністю;

2) розмір фінансування, тобто обсяг коштів, які закладені в державний та місцеві бюджети для фінансування сфери охорони здоров'я, в частині задоволення потреб осіб з інвалідністю;

3) розмір відшкодованих коштів на лікарські засоби, медичні препарати та послуги в сфері охорони здоров'я для осіб з інвалідністю;

4) мінімізація інвалідизації;

5) створення комплексних центрів надання медичної допомоги та медичних послуг, реабілітаційних послуг особам з інвалідністю та членам їх сімей, в тому числі, психологічної допомоги;

6) зменшення обсягів виплати бюджетних коштів особам з інвалідністю внаслідок зменшення кількості осіб з інвалідністю;

7) рівень залучення осіб з інвалідністю до праці (працевлаштування);

8) підвищення якості зовнішніх факторів, що можуть спричинити виникнення інвалідності або погіршення стану здоров'я осіб з інвалідністю.

Здійснивши комплексний аналіз вище визначених показників, на нашу думку, можна визначити, що **результативність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я** - це *кінцеві якісно-кількісні показники, що отримані в результаті публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, відповідно до визначених завдань, виконаних заходів, затрачених коштів та адміністративного ресурсу.*

ВИСНОВКИ

У монографії наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми, що виявляється у адміністративно-правовому регулюванні права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Визначається низка нових наукових положень та висновків, тлумачиться чинне національне законодавство, сформульовано пропозиції та рекомендації удосконалення адміністративно-правового регулювання права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. А саме.

1. Публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я є інститутом права та структурним елементом такої підгалузі права, як соціальний захист осіб з інвалідністю. Так як, по-перше, ним охоплюється частина правових норм, якими урегульовано публічне адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-друге, цей комплекс юридичних норм впливає на відносини, що виникають у результаті публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Відповідно, цей правовий інститут окреслює межі правовідносин щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-третє, цей інститут охоплює не тільки регулятивні норми права (правила поведінки), але і первинні, опосередковано ті, що беруть участь в регулюванні наявних прав осіб з інвалідністю. По-четверте, зазначений інститут наділений системою правових засобів, завдяки чому здійснюється процес правового регулювання суспільних відносин щодо публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. По-п'яте, цьому інституту притаманна внутрішня організація. Так як в ньому визначено коло суб'єктів (особи з інвалідністю та публічна адміністрація, громадські організації тощо), які вступають у правові відносини, їх правовий статус, права і обов'язки, а також об'єкт правового регулювання – право на охорону здоров'я. По-шосте, наявність предмету регулювання – суспільні відносини, що виникають у порядку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я.

2. Запропоновано періодизацію генезису публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: I період починався з часів становлення Київської Русі та запровадження Християнської релігії, мав назву «Церковного заступництва» починався з X ст. і закінчувався серединою XVII ст.; II період брав початок з входженням українських земель до Російської Імперії та Австро-Угорщини, відповідно, закінчувався після Жовтневої революції, мав назву «Імператорське волевиявлення», починався з XVII ст. та закінчувався на початку XX ст.; III період мав назву «Соціалістичні реформи та перетворення», поділявся три етапи, яким притаманні специфічні особливості щодо публічного адміністрування права інвалідів на охорону здоров'я. Він починався з початку XX ст. та закінчувався наприкінці XX ст. Перший етап цього періоду мав назву «Революційні трансформації», починався після Жовтневої революції 1917 року та закінчувався після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр. Другий етап зазначеного періоду «мав назву «Хрущовські реформи», починався після Великої Вітчизняної Війни 1941-1945 рр., закінчувався близько 1970 р. Третій етап періоду мав назву «Радянська дійсність», починався у брежнєвську епоху 1970 р. та закінчувався з розпадом Радянського Союзу 1991 р.; IV період розвитку публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я мав назву «Українська самобутність», він брав початок у 1991 році, після проголошення Україною незалежності та діє понині.

3. Державна політика соціального захисту осіб з особливими потребами – це комплексна система дій держави та її органів адміністрування, що ґрунтується на міжнародних стандартах та сучасних підходах до адаптації та самореалізації осіб з особливими потребами, направлена та протидію нерівних можливостей соціуму та людей з особливими потребами шляхом надання їм рівних можливостей для самореалізації та підвищення якості їх життя умовах надання соціальної та медичної допомоги. Відповідно державна політика публічного адміністрування права осіб з інвалідності на охорону здоров'я – це цілеспрямована, розрахована на тривалий період стратегічна діяльність публічної адміністрації, зорієнтована на

розв'язання існуючих проблем та створення правових, організаційних умов і гарантій, щодо реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я. Доведено необхідність прийняття Державної програми публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я (структуру та зміст якої розроблено авторкою).

4. Визначено, що право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю – це одне з найважливіших невідчужуваних соціальних прав особи, яке гарантоване Конституцією України та охороняється державою і виражається у можливості особи з інвалідністю вільно володіти життєво важливими матеріальними та духовними благами. Окрім загального змісту права на охорону здоров'я, право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю також включає право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку тощо.

5. Виокремлено особливості права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я: 1) є невідчужуваним конституційним правом; 2) гарантоване нормами міжнародного права та національного законодавства; 3) має збірну структуру, що полягає в одночасній реалізації одразу декількох видів конституційних прав; 4) окрім загального змісту права на охорону здоров'я людини і громадянина включає також право на отримання медико-соціальної допомоги, реабілітацію, забезпечення ортопедично-протезними засобами, ліками, засобами пересування на пільгових умовах, професійну підготовку та перепідготовку; 5) забезпечується уповноваженими суб'єктами публічного права та приватного права; 6) дає змогу в достатній мірі реалізувати наявні й потенційні можливості щодо користування особою з інвалідністю іншими основними правами, свободами людини і громадянина, виконувати відповідні обов'язки та гарантується визнанням здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей.

6. Гарантії реалізації права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це система засобів правового, економічного, політичного, соціального, психологічного характеру, що застосовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації щодо осіб з інвалідністю для забезпечення

їхнього права на охорону здоров'я і створення можливостей нарівні з іншими громадянами реалізовувати дане право.

7. Доведено, що Кабінет Міністрів України повинен щорічно звітувати перед Президентом України про результати виконання указів Президента України від 3 грудня 2015 року № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» та від 13 грудня 2016 року № 553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю», а звіти повинні бути розміщені на офіційному веб-сайті Президента України та Кабінету Міністрів України як публічна та доступна інформація.

8. Аргументовано необхідність з метою оптимізації системи центральних органів виконавчої влади, інтеграції в Європейський Союз та на підставі аналізу повноважень, компетенції та організаційних структур Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України, запропоновано об'єднати Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України в один центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення України.

9. Зазначено, що адміністративні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це сукупність прийомів та засобів цілеспрямованого владно-організуючого впливу уповноважених суб'єктів публічної адміністрації на поведінку підпорядкованих об'єктів по реалізації завдань і функцій держави щодо забезпечення найбільш досяжного рівня здоров'я осіб з інвалідністю.

10. Визначено, що економічні методи публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це сукупність засобів і способів, які використовують уповноважені суб'єкти публічної адміністрації з метою створення таких економічних умов, які сприяють підвищенню рівня здоров'я осіб з інвалідністю, забезпеченню доступного та безперешкодного середовища, підвищенню професійних якостей медичного персоналу, який здійснює медичне обслуговування осіб з інвалідністю, реалізації реабілітаційних заходів, а також створенню інших необхідних умов інтеграції осіб з інвалідністю у життя суспільства.

11. Стверджується, що адміністративний примус, як метод забезпечення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, – це управлінська діяльність суб'єктів публічної адміністрації щодо попередження та припинення порушення приписів адміністративно-правових норм, якими урегульовано право на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, а також застосування заходів адміністративної відповідальності у разі їх порушення до фізичних та юридичних осіб, а також посадових осіб.

12. Особливостями адміністративна відповідальність за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є: 1) факт вчинення адміністративного правопорушення – це підстава для притягнення до адміністративної відповідальності, передбачена ст. ст. 41, 42-4, 96-1 та ч.5 ст.122, ч.6, 7 ст. 152-1, ч.2 ст.183-1, ч.2 ст.188-1, ч.1 ст.211-6 Кодексу України про адміністративні правопорушення; 2) видами адміністративних стягнень є штраф та виконання суспільно корисних робіт; 3) види складів адміністративних правопорушень, що передбачають порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення та іншими законодавчими актами України; 4) суб'єктами притягнення до адміністративної відповідальності за порушення права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю є органи Національної поліції; районні, районні у місті, міські чи міськрайонні суди (судді); військові комісаріати; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів; органи державного архітектурно-будівельного контролю та нагляду; 5) суб'єктом відповідальності є посадові особи; фізичні особи суб'єкти підприємницької діяльності; фізичні особи; 6) одиницею виміру грошового стягнення є неоподатковуваний мінімум доходів громадян; 7) право складати протоколи наділені: уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ст. 41); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів (ст. 42-4); уповноважені

на те особи органів внутрішніх справ (Національної поліції) (ст. 46-2, ч.5 ст. 122); особи, уповноважені на проведення перевірок під час здійснення ними архітектурно-будівельного контролю (ст. 96-1); члени громадських організацій осіб з інвалідністю (ч. 6, 7 ст. 152-1, ч. 2 ст.183-1); уповноважені на те посадові особи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері нагляду та контролю за додержанням законодавства про працю (ч.2 ст.188-1).

13. На підставі вивчення міжнародного досвіду публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я запропоновано імплементувати наступне. Позитивними вбачаються вектори державної політики Німеччини щодо фінансування реабілітаційних процедур осіб з інвалідністю з метою або позбавлення статусу особи з інвалідністю, або зменшення ступеня інвалідизації, або адаптування особи з інвалідністю та, у разі можливості, її працевлаштування. Всі державні програми соціального захисту осіб з інвалідністю мають за мету зменшення тривалості виплат по інвалідності за рахунок надання всебічної допомоги особам з інвалідністю, а також сприяють самозайнятості осіб з інвалідністю для зменшення навантаження на бюджет. На прикладі Португалії та Іспанії позитивним є скасування адміністративних обмежень окремим категоріям осіб з інвалідністю, в тому числі, особам з аутизмом. На прикладі Австрії позитивним вбачається диференційована система нарахування та виплат соціальних виплат. У Великій Британії доведено економічну доцільність об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших установ по реабілітації в великі комплекси. Подібні комплекси функціонують і у Польщі – кооперація медичних закладів і установ для осіб з інвалідністю. На прикладі досвіду Англії, Франції та Австралії цікавим є залучення недержавного сектора в сфері надання інвалідам послуг з медичної та соціальної реабілітації. Частина доходу від лотерей витрачається на їх функціонування.

В Швеції законодавчо визначено обов'язок держави надати особі з інвалідністю, у разі необхідності, безоплатно технічні засоби для протезування, пересування, занять спортом та ін. Крім того, передбачено обладнання квартир для проживання інвалідів

спеціальними адаптаційними пристроями. З практики Бельгії цінним є можливість батьків чи осіб, що доглядають осіб з інвалідністю, поєднувати віддалену роботу і обов'язки по догляду за ними. В період поширення пандемії COVID-19 в Бельгії запроваджено позачергову оплачувану Коронавірусну відпустку по догляду за особою з інвалідністю. При цьому, розмір виплат збільшено в 1,5 рази для неповних сімей і сімей з дитиною-інвалідом

14. Визначено, що ефективність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це система показників цілеспрямованої та систематизованої діяльності державних органів влади та органів місцевого самоврядування, що спрямована на виконання визначених в нормативно-правових актах завдань щодо надання медичної допомоги, медичних і реабілітаційних послуг, забезпечення лікарськими засобами та препаратами, медичним доглядом тощо.

Тоді як, результативність публічного адміністрування права осіб з інвалідністю на охорону здоров'я – це кінцеві якісно-кількісні показники, що отримані в результаті публічного адміністрування права на охорону здоров'я осіб з інвалідністю, відповідно визначених завдань, виконаних заходів, затрачених коштів та адміністративного ресурсу.

15. Запропоновано внесення змін та доповнень до наступних нормативно-правових актів:

- Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»: ст. 3. «Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п. 7 наступного змісту: 7) застосовуються принципи розумного пристосування та універсального дизайну; ст. 4 «Основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» доповнити п.11 наступного змісту: 11) виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають реалізації права осіб з інвалідністю на медичне обслуговування, в тому числі, отримання медичної допомоги, виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації тощо»;

- Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» доповнити ст. 45-1 «Ненадання чи надання реабілітаційних послуг, що

не відповідають індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю, дітям з інвалідністю»;

- Закону України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» з положеннями Конвенції про права осіб з інвалідністю та Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», зокрема шляхом прийняття Державної цільової програми щодо створення та впровадження Системи 112, яка б чітко визначала особливості доступу до Системи 112 осіб з інвалідністю різних нозологій;

- Закону України «Про місцеві державні адміністрації» доповнити п.12 ч.1 ст. 23 наступного змісту: 12) здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації осіб з інвалідністю, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації осіб з інвалідністю; організовують проведення реабілітаційних заходів; забезпечують розвиток мережі реабілітаційних установ»;

- Закону України «Про місцеве самоврядування» доповнити п.1. ч.1 ст.34 наступним змістом: здійснення не менш одного разу на півріччя за участю представників громадських об'єднань, які опікуються питаннями осіб з інвалідністю, правозахисників і незалежних експертів моніторингу умов проживання осіб з інвалідністю в інтернатних установах та в разі виявлення порушень вживати відповідних заходів реагування; приймають та здійснюють фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників, а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

- Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” шляхом заміни в тексті даної постанови слово «інвалід» у всіх відмінках на «особа з інвалідністю»;

- п. 5 Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»: «доступність, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання, а також можливість кожного громадянина, в тому числі, і особи з інвалідністю на рівні з іншими особами рівного доступу до медичних установ з метою отримання медичної допомоги»;

- доповнити п. 2 Порядку надання первинної медичної допомоги визначенням поняття «суб'єкт отримання ПМД» під яким пропонуємо розуміти фізичну особу, яка звернулася до суб'єкта надавача первинної медичної допомоги з метою отримання медичної допомоги та/або якій надається така допомога;

- виключити п. 46 Положення про Міністерство соціальної політики України як таке, що носить лише декларативний характер;

- гармонізувати та стандартизувати положення санкції ст. 96-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення та ст. 2 «Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності» в частині розміру штрафу.

Запропоновано прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Щодо необхідності удосконалення компетентними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування законопроектної роботи в сфері забезпечення та додержання прав і законних інтересів осіб з інвалідністю».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Юринець В. Є. Методологія наукових досліджень: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. 178 с.
2. Вікіпедія. URL. <https://ru.wikipedia.org>
3. Протасов В. Н. Теория государства и права. Проблемы теории государства и права / В. Н. Протасов. – [2-е изд., доп.]. М. : Юрайт-М, 2001. 346 с.
4. Лукич Р. М. Методология права. Москва : Прогресс, 1981. 304 с.
5. Юдин Э. Г. Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки / Э. Г. Юдин. М. : Наука, 1978. 391 с.
6. Кельман М.С. Юридична наука: проблеми методології: монографія. Тернопіль: Терно-граф, 2011. 492 с.
7. Дубов Г. О. Становлення методології юридичних досліджень: особливості радянського та сучасного етапів: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Київ, 2014. 16 с.
8. Керимов Д. А. Методология права: Предмет, функции, проблемы философии права. 5-е изд. Москва: Изд-во СГУ, 2009. 521 с.
9. Козюбра М. Право як явище культури. Право і культура: теорія і практика: матеріали міжнар. наук.-теорет. конф. (Київ, 15–16 травня 1997 р.). Київ: «МП Леся», 1997. С.28-30
10. Гусарєв С. Д., Тихомиров О. Д. Юридична деонтологія (Основи юридичної діяльності): навч. посіб. Київ: Знання, 2005. 655 с.
11. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави: навч. посіб. 9-те вид., зі змінами. Львів: Край, 2007. 192 с.
12. Чмиленко, Ф.О. Посібник до вивчення дисципліни «Методологія та організація наукових досліджень»/ Ф.О. Чмиленко, Л.П. Жук. Д.: РВВ ДНУ, 2014. 48 с.
13. Ліпкан В. А. Адміністративно-правове регулювання національної безпеки України: монографія. Київ: Текст, 2008. 440 с.

14. Кельман М.С. Методологія сучасного правознавства: становлення та основні напрями розвитку: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.02. Київ, 2013. 449 с.

15. Основи методології та організації наукових досліджень: Навч. посіб. для студентів, курсантів, аспірантів і ад'юнтів / за ред. А. Є. Конверського. К.: Центр учбової літератури, 2010. 352 с.

16. Щерба С.П. Філософія: підруч./ С. П. Щерба, О. А. Заглада. – Київ : Кондор, 2011. 548 с. URL. <http://ukrkniga.org.ua/ukrkniga-text/774/56/>.

17. Грабченко А.І., Федорович В.О., Гаращенко Я.М. Методи наукових досліджень: Навч. посібник. Х.: НТУ «ХПІ», 2009. 142 с

18. Брокгауз Ф. А., Ефрон И. А. Энциклопедический словарь. Т. 1. / Под ред. профессора И. Е. Андреевского. С.-Пб, 1890. С. 699. URL. <http://www.vusnet.ru/biblio/dict.aspx#find>

19. Николис Г., Пригожин И. Познание сложного. Введение: Пер. с англ. М.: Мир, 1990. 344 с.

20. Рябіна О. Філософія і методологія науки URL: <http://psi.nuczu.edu.ua/images/topmenu/kafedry/kafedra-socialnyh-i-gumanitarnyh-dyscyplin/FMN-5.pdf>

21. Ковалевский М. М. Историко-сравнительный метод в юриспруденции и приемы изучения истории права. М., 1880. 73 с.

22. Корнієнко Г. С. Сучасні методи дослідження агробізнесу як правової категорії// Прикарпатський юридичний вісник . 2018. № 2(23). Том 3. С. 91–96

23. Порівняльно-правовий метод та засоби дослідження URL. <https://studfile.net/preview/7280007/page:18/>

24. Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями URL. <https://osvita.ua/vnz/reports/sociology/12302/>

25. Кравченко М.В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні URL. <http://academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10kmvziu.pdf>

26. Фурман А.В., Підгурська М.В. Історія соціальної роботи: [навчальний посібник]. Тернопіль: ТНЕУ, 2014. 174 с.

27. Демьянова, А. В. Социальная политика в сфере защиты прав инвалидов. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. 50 с.

28. Паровишник О.В. Забезпечення прав інвалідів в Україні: теоретичні і практичні засади адміністративно-правового регулювання : монографія. Харків: Право, 2016. 264 с.

29. Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындик А.О. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете конвенции ООН о правах инвалидов URL. <https://www.hse.ru/data/2014/pdf>

30. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе: монография / О.Н. Калачикова [и др.] ; под. науч. рук. А.А. Шабуновой. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. 134 с.

31. Чорненький В.І. Конституційно-правовий статус осіб з інвалідністю в Україні: монографія. Ужгород : Гельветика, 2017. 232 с.

32. Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю в контексті освітньої діяльності ВНЗ: монографія / М. В. Півторак, Н. С. Пасічник, О. П. Цвид-Гром, О. П. Хомчук [та ін.]; за заг. ред. Я. В. Новака. Біла Церква: ТОВ «Білоцерківдрук», 2018. 211 с.

33. Посібник з інклюзивності осіб з інвалідністю в операціях з надання гуманітарної допомоги, що фінансуються ЄС URL. https://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/doc_echo_og_inclusion_ukr_liens_bd_ua.pdf

34. Сенюта І.Я., Клапатий Д.Й. Права учасників антитерористичної операції у сфері охорони здоров'я . Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 63с.

35. Залучені. Спроможні. Незламні. URL. <https://naiu.org.ua/zalucheni-spromozhni-nezlamni/>

36. Система соціального захисту та соціального забезпечення в Україні. Реальний стан та перспективи реформування. К.: Центр громадської експертизи, 2009. 104 с.

37. Державна політика підтримки підприємств і громадських організацій інвалідів: моніторинг та оцінка./ І.Сікора, Д.Черніков, К.

Кульчицька; За редакцією І.Сікори. Київ, ГО «Фундація «Відкрите суспільство», 2014. 102с.

38. Мойса Б. Пропозиції ропозиції до політики щодо реабілітації до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я порушеннями здоров'я. URL. https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propozicii_Politiki_reabilitacii_zdoroviya-1.pdf

39. Інвалідність та суспільство:навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової – Еннс О.В. / Кол. авторів: Байда Л.Ю., Красюкова – Еннс О.В., Буров С Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. К., 2012. 216 с.

40. Практичний посібник з аргументації у справах щодо дискримінації /Упорядники: Сергій Заєць, Роман Мартиновський URL. http://www.ombudsman.gov.ua/files/alena/Arguments_Handbbook_Final.pdf

41. Міщенко К.С. Механізми державного управління соціальним захистом інвалідів в Україні: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02; Акад. муніцип. упр.. К., 2009. 20 с.

42. Павлюков Р.О. Соціально-правовий захист інвалідів в Україні: автореф. дис...канд. юрид. наук: 12.00.05; Східноукр. нац. ун-т ім. В.Даля. Луганськ, 2009. 20 с.

43. Пасічніченко С. В. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07; Відкр. міжнар. ун-т розвитку людини «Україна». К., 2011. 20 с.

44. Куца А.М. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07; Запоріж. нац. ун-т. Запоріжжя, 2011. 18 с.

45. Петрусевич В. І. Адміністративно-правове регулювання зайнятості інвалідів. Дисертація канд. юрид. наук: 12.00.07, Нац. акад. внутр. справ. К., 2012. 180 с.

46. Іпатов А. В. Медико-соціальна експертиза в системі державного управління професійною реабілітацією інвалідів в Україні : Дис... канд. наук: 25.00.01. 2011 214с.

47. Іпатов А. В. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України. Д. : Пороги, 2002. 342 с.
48. Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована: монографія / Держ. установа «Укр. держ. НДІ мед.-соц. пробл. інвалідності МОЗ України», Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара ; [авт.-упоряд.: А. В. Іпатов та ін.]. Д. : Пороги, 2012. 385 с.
49. Булик І. Л. Адміністративно-правове забезпечення права на освіту та фахову підготовку інвалідів : автореф. дис. ... канд. ... з інвалідністю. 2012. 18 с.
50. Соболев Є. Ю. Діяльність органів публічної влади щодо реалізації і захисту прав та свобод інвалідів: адміністративно-правова теорія та практика: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 ; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2015. 40 с.
51. Терещенко А. Л. Адміністративно-правовий захист осіб з особливими потребами у вищих навчальних закладах [Текст] : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Терещенко Андрій Леонідович ; Відкр. міжнар. ун-т розв. людини «Україна». - К., 2014. - 16 с.
52. Божко Я.О. Механізми модернізації державної політики у сфері зайнятості осіб з інвалідністю в Україні. [Текст] : автореф. дис. ... канд. з державного управління (доктора філософії): 25.00.01.К.: Національна академія державного управління при Президентові України. 2020. 23с.
53. Сулейменов М. К. Право как система. Алматы : Зангер, 2011. 344 с.
54. Шестопалова Л. Юридична відповідальність у структурі права // Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2018. № 2. С.5-11
55. Козюбра М. І. Основні форми буття права та взаємовідносини між ними. Право України. 2011. № 8. С. 21–30.
56. Добробог Л. М. Підгалузь права і комплексна галузь права як елементи системи права: проблемні аспекти // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Юриспруденція. 2014. Вип. 11(1). С. 27-29.

57. Пархоменко Н.М. Джерела права: проблеми теорії та методології: монографія. Київ : ТОВ «Видавництво «Юридична думка», 2008. 336 с.

58. Бутрин-Бока Н. С. Історія становлення законодавства щодо правового становища дітей-інвалідів на теренах України \\\ Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2019. № 6. С. 22-24

59. Круцевич Т., Когут І. Передумови виникнення та розвитку адаптивного спорту// Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць. 2013. № 1 (21). С. 336-342

60. Права дитини : Посібник для журналістів. Київ, 2002. С. 8-10.

61. Зальцман Т.В. Становление и развитие системы помощи людям с инвалидностью в России (1861–1917 гг.): автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. ист. наук : спец. 07.00.02. М., 2008. 51 с.

62. Коробенко Н. П. Пенсійне забезпечення по інвалідності в солідарній пенсійній системі України : монографія. К. : Вид-во Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України, 2011. 170 с

63. Ковальчук В. Огородник В. Непотрібні герої. Розсекречені документи про долю інвалідів другої світової URL. <https://gordonua.com/ukr/specprojects/invalidy.html>

64. Смыслов О.С. Забытые герои войны. Москва: Вечье, 2014. 328с.

65. Центральний Державний Архив Вищих Оганів Влади України. Ф. 348. Оп. 3. Спр. 31. Арк. 7.

66. Гордієнко Г.М. Заходи Радянської держави щодо соціального забезпечення інвалідів Вітчизняної Війни в УРСР в 1942 – 1948 рр. // Наука. Релігія. Суспільство. 2008. №2. С. 26-32

67. Центральний Державний Архив Вищих Оганів Влади України. Ф. 348. Оп. 3. Спр. 31. Арк. 11.

68. Центральний Державний Архив Вищих Оганів Влади України. Ф. 348. Оп. 3. Спр. 10. Арк. 7.

69. Центральний Державний Архив Вищих Оганів Влади України. Ф. 348. Оп. 3. Спр. 31. Арк. 17.

70. Постановление Совета Министров СССР «Об утверждении положения о врачебнотрудовых экспертных комиссиях» // Библиотека нормативно-правовых актов СССР. 1948. 5 ноября URL. http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4723.htm

71. Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета и решений Правительства РСФСР. Т. 11. М., 1969. Ст. 465–466, 551.

72. Басов М.Ф. Социальное обеспечение, защита и поддержка инвалидов в советской и современной России // Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика 2012. №4. С. 193 – 149 URL. [Downloads/sotsialnoe-obespechenie-zaschita-i-podderzhka-invalidov-v-sovetskoy-i-sovremennoy-rossii.pdf](http://www.sotsialnoe-obespechenie-zaschita-i-podderzhka-invalidov-v-sovetskoy-i-sovremennoy-rossii.pdf)

73. Щербіна В.А. Діяльність Ініціативної групи захисту прав інвалідів у СРСР (кінець 1970-х – 1980-ті рр.) URL. <http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/17589/>

74. Программа Коммунистической Партии Советского Союза. URL. http://leftinmsu.narod.ru/polit_files/books/III_program_KPSS_files/090.htm

75. Нагорнова А.Ю. Макарова Т.А. Исторический анализ проблемы инвалидности в дореволюционной России и СССР URL. http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/fik/2014-1/nagornova-makarova.pdf

76. Постановление Совета Министров СССР « О Дополнительных льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих» // Библиотека нормативноправовых актов СССР. 1975. 18 апреля URL. http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_8608.htm

77. Центральний Державний Архів Вищих Оганів Влади. Ф. 2. Оп. 14. Спр. 3556. – Арк. 21.

78. Постановление Госкомтруда СССР, Секретариата ВЦСПС «Об утверждении положения об условиях труда надомников» // Законодательная база Российской Федерации. 1981. 29 сентября URL. <http://zakonbase.ru/content/part/417561?print=1>

79. Шимко О. В. Державна політика щодо соціального захисту інвалідів в Донецькій області у 1965–1985 рр. // Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Серія «Історія». Вип. 116. Т. 129. 2010. С. 49–52.

80. Соболев Є. Ю. Історичний розвиток соціального захисту інвалідів на теренах України в XVI–XXI ст. // Вісник ХНУВС. 2012. № 4 (59). Ч. 2. С. 159-167

81. Юлдашев О.О. Адміністративно-правове забезпечення діяльності недержавних громадських організацій в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / О. О. Юлдашев. Київ, 2013. 196 с.

82. Goodnow F. Politics and Administration / F. Goodnow // Classics of Public Administration [Text]. California : Brooks/Cole Publishing Company Pacific Grove, 1991. P. 25-28.

83. Тертичка В. В. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. К. : Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2002. 750 с.

84. Соловях В. Взаємодія політичної та адміністративної складових у державному управлінні //Науковий вісник. 2014. Вип. 14. URL. http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnyk14/fail/solovych.pdf.

85. Концептуальні засади взаємодії політики й управління : навч. посіб. / авт. кол. : Е. А. Афонін, Я. В. Бережний, О. Л. Валевський та ін. ; за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова, В. В. Голубь, В. М. Козакова. К. : НАДУ, 2010. 300 с.

86. Романов В. Є., Рудік О. М., Брус Т. М. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2003. 72 с.

87. Пал Л. А. Аналіз державної політики / Л. А. Пал. Київ: Основи, 1999. 422 с.

88. Гогвуд Б. Аналіз політики для реального світу / Б. Гогвуд, Л. Ган. Київ: Основи, 2004. 396 с.

89. Говлет М. Дослідження державної політики: цикли та підсистеми політики / М. Говлет, М. Рамен ; пер. з англ. О. Рябова. - Львів : Кальварія, [б. р.]. - 264 с

90. Державне управління: словник-довідник / за заг. ред. В. М. Князєва, В. Д. Бакуменка. К. : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
91. Економічний розвиток і державна політика / за заг. ред. Ю. Єханурова, І. Розпутенка. К. : Вид-во УАДУ, 2001. 480 с.
92. Кресіна І. О. Політика, право і влада в контексті трансформаційних процесів в Україні : [монографія] / [за ред. І. О. Кресіної] / І. О. Кресіна, А. С. Матвієнко, Н. М. Оніщенко, Є. В. Перегуда, О. В. Скрипнюк та ін.. К. : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2006. 304 с.
93. Андріяш В.І. Державна політика: концептуальні аспекти визначення. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 9. URL. <https://goo.gl/aLu3RG>.
94. Лаврук А.В. Сутність поняття державної політики// Університетські наукові записки, 2018, № 67-68, с. 254-263
95. Концептуальні засади взаємодії політики й управління / за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова, В. В. Голубь, В. М. Козакова. К. : НАДУ, 2010. 300 с.
96. Романов В., Рудік О., Брус Т. Вступ до аналізу державної політики. К. : Основи, 2001. 238 с
97. Ребкало В. А., Тертичка В. В. Державна політика: аналіз та впровадження в Україні. К. : УАДУ, 2002. 80 с.
98. Гірман А.П. До питання соціального захисту інвалідів у сучасній Україні URL. <http://www.info-library.com.ua/books-text-11557.html>
99. Корнієнко С.К., Петроє О.М. Сутність та пріоритетні напрями реформування державної політики у сфері соціального захисту дітей з інвалідністю на сучасному етапі URL. <http://academy.gov.ua/ej/ej19/PDF/7.pdf>
100. Державна політика : підручник / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) [та ін.]. К. : НАДУ, 2014. 448 с.

101. Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706. Офіційний вісник України, 2012. № 59. Ст. 2369.

102. Відбулося засідання Ради у справах осіб з інвалідністю URL. <https://www.kmu.gov.ua/news/vidbulosya-zasidannya-radi-u-spravah-osib-z-invalidnistyu>

103. Програма виконання завдань і заходів Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на території Біленьківської сільської об'єднаної територіальної громади Запорізького району Запорізької області на період до 2023 року URL. http://osvita-bilenkivska.gov.ua/files/docs/2020/1434_Prava_osib_z_invalidnistyu_2023.pdf

104. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-п>

105. Висновок до проекту Закону України від 07.10.2013 № 2217 URL. <https://ips.ligazakon.net/document/XG1PL00Q?an=2>

106. Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 917 URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/917-2013-%D0%BF#Text>

107. Реабілітація інвалідів. URL. <https://www.msp.gov.ua/content/reabilitaciya>

108. МОЗ України розробляє комплексний підхід до надання послуг з медичної реабілітації URL. <https://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-rozrobljae-kompleksnij-pidhid-do-nadannja-poslug-z-medichnoi-reabilitacii>

109. Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років N 454/471/516 від 08.11.2001. Затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України URL. <https://zakon.rada.gov.ua>

110. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686 URL. <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1686-200>

111. Права людей з інвалідністю. (Харківська правозахисна група. Інформаційний портал «Права людини в Україні»). URL. <http://khp.org/1398060143>

112. Права, свободи і обов'язки людини і громадянина. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням громадянина Трояна Антона Павловича щодо офіційного тлумачення положень статті 24 Конституції України (справа про рівність сторін судового процесу) від 12 квітня 2012 року № 9-рп/2012. URL: <http://ccu.gov.ua/storinka-knygy/4-prava-svobody-i-obovyazky-lyudyny-i-gromadyanyna>

113. Тодыка Ю. Н. Конституционный статус человека и гражданина в Украине / Ю. Н. Тодыка, О. Ю. Тодыка. К.: Концерн «Видавничий дім Ін Юре», 2004. 368 с.

114. Буряк І. О. Адміністративно-правове регулювання у сфері забезпечення права громадян на охорону здоров'я: дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук з спеціальності 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Х.: Науково-дослідний інститут інформатики і права. 2013. 226 с.

115. Алексеев С. С. Тайна права. Его понимание, назначение, социальная ценность. М.: НОРМА, 2001. 176 с.

116. Тодыка Ю. Н. Конституционные основы формирования правовой культуры. Х. : Райдер, 2001. 160 с.

117. Прієшкіна О.В. Права людини в Україні : проблеми та перспективи розвитку. Правова держава. 2017. №26. С. 33-40.

118. Конституційне право України: Підручник для студентів вищих навчальних закладів/ За ред. академіка АПрН України, доктора юридичних наук, професора Ю. М. Тодики, доктора юридичних і політичних наук, професора В. С. Журавського. К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2002. 544 с.

119. Єльнікова М.О. Класифікація конституційних прав і свобод людини в контексті праворозуміння. Наковий вісник Херсонського державного університету. Вип. 2. Т. 1. 2015. С. 77-81.

120. Кушніренко О.Г. Права і свободи людини і громадянина: навч. пос. Х.: Факт, 2001. 440 с.

121. Скаун О.Ф. Теорія держави і права: Підручник. Харків: Консум, 2001. 656 с.

122. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року. Відомості Верховної Ради України, 1996. № 30. Ст. 141.

123. Булеца С.Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я (Порівняльно-правовий аспект). Монографія. Ужгород: Ліра, 2006. 172 с.

124. Ольховик Л. А. Роль держави у забезпеченні права на здоров'я / Л. А. Ольховик, Н. В. Сажієнко. Південноукраїнський правничий часопис. № 1. 2008. С. 9-12.

125. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України, 1993. № 4. Ст.19.

126. Чиркин В.Е. Конституционное право зарубежных стран. М.: Юристъ, 1997. 764 с.

127. Кушніренко О.Г., Слінько Т.М. Конституційне право України у запитаннях і відповідях : навч. посібник. Х. : Майдан, 2012. 330 с.

128. Конституційне право України / За ред. В. Я. Тація, В. Ф. Погорілка, Ю. М. Тодики. К.: Український центр правничих студії 1999. 376 с.

129. Басиста А.В. Захист прав людей з інвалідністю в практиці ООН та Ради Європи: дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук з

спеціальності 12.00.11 «міжнародне право». Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2016. 243 с.

130. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13.12.2006. URL.
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

131. МОЗ змінює систему підтримки людей з інвалідністю. URL.
<https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-zminyuye-sistemu-pidtrimki-lyudej-z-invalidnistyu>

132. Про захист прав споживачів : Закон України від 12 травня 1991 року № 1023-XII. Відомості Верховної Ради УРСР, 1991. № 30. Ст.379.

133. Кравченко А. Г. Адміністративно-правове регулювання в сфері забезпечення прав споживачів в Україні в сучасних умовах. Дис. ... канд. юрид. наук. Харків. ХНУВС, 2010. 232 с.

134. Кодекс законів про працю України: Закон України від 10 грудня 1971 року № 322-VIII. URL.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08/card2#Card>

135. 2-ге Засідання Наглядової ради Проекту МОП „Інклюзивний ринок праці для створення робочих місць в Україні”. URL.
<http://www.ntser.gov.ua/zahodu-ntser/111>

136. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21 березня 1991 року № 875-XII. Відомості Верховної Ради УРСР, 1991. №21. Ст.252.

137. Сенюта І.Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження): канд. дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук зі спеціальності 12.00.01 – теорія та історія держави і права; історія політичних та правових учень. Л. : Львівський національний університет імені Івана Франка, 2006. 217 с.

138. Генеральна Асамблея ООН. Конвенція про права інвалідів, A/RES/61/106, ст. 25 (2006).
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>.

139. ВООЗ. Визначення здоров'я.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
140. Конвенція про права дитини від 20 листопада 1989 року. URL.
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021
141. ООН. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, зауваження загального порядку № 3: Природа зобов'язань держав-учасників, E/1991/23 (14 грудня 1990 р.).
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>.
142. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України, 1993. № 4. Ст.19.
143. Воробйов В.В. Адміністративно-правове регулювання сфери охорони здоров'я: канд. дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук зі спеціальності 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». З.: Класичний приватний університет, 2012. 218 с.
144. Кушніренко О.Г., Слінько Т.М. Права і свободи людини та громадянина. Х., 2001, «Факт», 375 с.
145. Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие / под научной редакцией И.Я. Сенюты (версия на рус. языке). 5-е изд., доп. Львов : Издательство ЛОБФ «Медицина и право», 2015. 989 с.
146. Пищита А.Н., Стеценко С.Г. Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. М.: РМАПО, 2005. 48 с.
147. Тодыка Ю. Н. Конституционный статус человека и гражданина в Украине / Ю. Н. Тодыка, О. Ю. Тодыка. К.: Концерн «Видавничий дім Ін Юре», 2004. 368 с.
148. Соціальний захист населення України : статистичний збірник. URL.
http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/07/zb_szn_2017.pdf
149. Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності: затв. Постановою Кабінету Міністрів

України від 16 лютого 2011 р. № 121. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/121-2011-п>

150. Інвалідність, інтеграція, здоров'я і права людини. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник. 2015. 113 с.

151. ООН. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав. Зауваження загального порядку № 14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я, Е/С.12/2000/4 (11 серпня 2000 р.). <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>

152. Генеральна Асамблея ООН. Конвенція про права інвалідів, А/РЕЗ/61/106, ст. 25 (а) (2006). <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

153. ВООЗ. Доповідь про інвалідність (2011). http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf

154. Томлінсон М. Охорона здоров'я і ООН Конвенції з прав інвалідів. Ланцет, 374, (28 листопада 2009 р.).

155. Пресс-служба Департаменту містобудування та архітектури м. Івано-Франківськ. URL: <http://www.mvk.if.ua/news/24651>

156. ВООЗ. Обмеження життєдіяльності та здоров'я, бюлетень (листопад 2012 р.). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>

157. ВООЗ. Міжнародний звіт з інвалідності (2011). http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf

158. Офіс спеціального повноваженого з прав людини. Моніторинг пакту з прав людей з обмеженими можливостями: Керівництво з моніторингу прав людини (2010), сторінка 58. URL: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf

159. ВООЗ. Інвалідність та здоров'я (червень 2011 р.). URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>

160. Шекспір Т., Лецонні Л., Гросе Н.Е. «Інвалідність та тренінги для медичних працівників». Ланцет 374, № 9704 (28 листопада 2009 р.).

161. BOO3. Міжнародний звіт з інвалідності (2011). URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf
162. Рада з прав людини ООН. Звіт верховного комісара ООН з прав людини: Тематичне дослідження роботи та зайнятості осіб з інвалідністю, A/HRC/22/25 (17 грудня 2012 р.). URL: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/UNStudiesAndReports.aspx>
163. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України, 2006. № 2-3. Ст.36.
164. Словник української мови: в 11 томах. Том 2, 1971.
165. Словарь-справочник по праву / Сост. А.Ф. Никитин. М.: «Акалис», 1995. 140 с.
166. Мордовец А.С. Социально-юридический механизм обеспечения прав человека и гражданина. Саратов, 1996. 186 с.
167. Алексеев С.С. Право и перестройка: вопросы, раздумья, прогнозы. М.: Юрид. лит, 1983. 234 с.
168. Пономаренко А. В. Поняття "юридичні гарантії" в трудовому праві. Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. "Право". 2013. Вип. 20. С. 37-41.
169. Шахов В. Д. К вопросу о понятии юридических гарантий в трудовом праве. Сборник ученых трудов: Новая кодификация законодательства и развитие трудового права. Вып. 35. Свердловск. 1974. С.23.
170. Лошкарев А. В. Правовые гарантии: теоретические проблемы определения понятия и классификации : Автореф. дис.... канд. юрид. наук. Краснодар, 2009. 25 с.
171. Баглай М.В. Конституционное право Российской Федерации. М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА, 2000. С. 246.

172. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Відомості Верховної Ради України, 1993. № 4. Ст.19.

173. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради, 2018. № 5. Ст.31.

174. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III. Відомості Верховної Ради України, 2000. № 19. Ст.143.

175. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січня 2019 року № 2671-VIII. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>

176. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 23 вересня 1999 року № 1105-XIV. Відомості Верховної Ради України, 1999. № 46-47. Ст.403.

177. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захист прав і свобод людини і громадянина в Україні. URL. <http://www.univ.kiev.ua/content/upload/2019/-697223196.pdf>

178. Словник іншомовних слів /За ред. О.С.Мельничука. К., 1974. 776 с.

179. Большой экономический словарь / Под ред. А. Н. Азрилияна. 2-е изд. доп. и перераб. М.: Институт новой экономики, 1997. 864 с.

180. Соціологія: Словник термінів і понять / За ред. Є. А. Беленького, М. А. Козловця. К. : Кондор, 2006. 372 с.

181. Ткаченко Ю.Г. Методологические вопросы теории правоотношений. М.: «Посвещение», 1980. 269 с.

182. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : [підруч.] / пер. з рос. / Скакун О. Ф. Х. : Консум, 2001. 656 с.

183. Назарчук Т.В., Косіюк О.М. Державне управління. К. : «Центр учбової літератури», 2015. 560 с.

184. Управління в митній службі :Підручник /Ю.Д. Кунєв, І.М. Коросташова, А.В. Мазур, С.П. Шапошник; За ред. Ю.Д. Кунєва ; Державна митна служба України, Академія митної служби України. К. : ЦНЛ, 2006. 408 с

185. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. К.: Факт, 2003. 384 с.

186. Тихомиров Ю. А. Административное право и процесс : полный курс. М., 2001. 652 с.

187. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : Монографія / Ларіна Р.Р., Владзимирський А.В., Балуєва О.В. Під заг. ред. В.В.Дорофієнко. Донецьк : ТОВ «Цифровая типография», 2008. 252 с.

188. Круглов М. П. Теоретичні підходи до визначення понятійного апарату механізмів державного управління на національному, регіональному та макрорівнях. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2011. № 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2011_6_11

189. Кунєв Ю. Д. Управління в митній службі: Підручник: За заг. ред. Ю.Д. Кунєва / Ю Д Кунєв. К. : Центр навчальної літератури, 2006. 408 с.

190. Рабинович П. М. Проблеми юридичного забезпечення прав людини (загальнотеоретичний аспект). Український часопис прав людини. 1995. № 2. С. 16-23.

191. Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід: монографія / За заг. ред. Сергія Чернова, Валентини Воронкової, Віктора Банаха, Олександра Сосніна, Пранаса Жукаускаса, Йоліти Ввайнхардт, Регіни Андрюкайтене; Запоріж. держ. інж. акад. Запоріжжя: ЗДІА, 2016. 606 с.

192. Харічкова С. К. та Дорошук Г. А. Менеджмент організацій і адміністрування: навчальний посібник для підготовки до державного іспиту на ступінь магістра. Одеса : Освіта України, 2015. 443 с.

193. Дзюндзюк В.Б., Мельтюхова Н.М., Фоміцька Н.В. Публічне адміністрування в Україні / за заг. ред. д-ра ф. наук, проф. В.В. Корженка, к.е.н., доц. Н.М. Мельтюхової. Навчальний посібник. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2011. 306 с.

194. Глосарій Програми розвитку ООН. URL: <http://www.unpan.org/Directories/ UNPublicAdministrationGlossary/>

195. Рейни Х. Дж. Анализ и управление в государственных организациях : пер. с англ. / Х. Дж. Рейни. 2-е изд. М. : ИНФРА-М, 2002. 402 с.

196. Демократичне урядування та публічне адміністрування; проблеми вимірювання та аудиту: науково-методичний посібник/ автор. колектив А.М. Колодій, М.З. Бунік, П.М. Петровський . К.: НАДУ, 2011. 56с.

197. Moloshna O. L Features of the state and service relations development in the conditions of raising public administration in Ukraine, Actual problems of administration of the state. URL:[http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-02\(2\)/Moloshna,%20Bashtannyk.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-02(2)/Moloshna,%20Bashtannyk.pdf)

198. Шатило О.А. Опорний конспект лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів спеціальностей «Менеджмент організацій і адміністрування» та «Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності») / О.А. Шатило; Житомирський державний технологічний університет. Житомир : Кафедра менеджменту організацій і адміністрування ЖДТУ, 2014. 51 с.

199. Корнієнко В.О. Інститути громадянського суспільства та української держави: правові витоки. URL: <http://www.apdp.in.ua/v29/42.pdf>

200. Ісаєнко І.А. Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. Інвестиції: практика та досвід. 2012. №5. С. 114- 117.

201 Теоретичні основи публічного адміністрування. URL: <https://leksii.org/11-66361.html>

202. Тихомиров Ю. А. Юридическая коллизия / Тихомиров Ю. А. М. : Независимое издательство “Манускрипт”, 1994. 230 с.

203. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : [підруч.] / пер. з рос. / Скакун О. Ф. Х. : Консум, 2001. 656 с.

204. Чорна В. Г. Адміністративно-правове регулювання позашкільної освіти в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2011. 250 с.

205. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод Конвенцію ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

206. Європейська соціальна хартія: ратифіковано Законом України № 137-V від 14.09.2006. Відомості Верховної Ради України, 2006. N 43. Ст.418.

207. Уповноважений президента України з прав людей з інвалідністю в інтерв'ю УНІАН розповів, як чиновники різних рангів заважають добиватися безбар'єрності, пояснив, чому державні програми для підтримки людей з інвалідністю непотрібні, та поділився рецептами реабілітації воїнів АТО. URL: <https://www.unian.ua/society/2267936-upovnovajeniy-prezidenta-z-prav-lyudey-z-invalidnistyu-valeriy-sushkevich-mova-ne-yde-pro-te-scho-htos-zlochinn-ne-hoche-schos-robiti-dlya-lyudey-z-invalidnistyu-prosto-zvichayna-situatsiya-yakscho-mojna-ne-vikonuvati-zakoni-ukrajini-davayte-ne-viko.html>

208. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. Відомості Верховної Ради, 2018. № 5. Ст.32.

209. Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю : Закон України від 18 травня 2004 року № 1727-IV. Відомості Верховної Ради України, 2004. № 33-34. Ст. 404.

210. Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю : Закон України від 16 листопада 2000 року № 2109-III. Відомості Верховної Ради України, 2001. № 1. Ст.2.

211. Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112: Закон України від 13 березня 2012 року № 4499-VI. Відомості Верховної Ради України, 2012. № 49. Ст.560.

212. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України, 2006. № 2-3. Ст.36.

213. Про регулювання містобудівної діяльності : Закон України від 17 лютого 2011 року № 3038-V. Відомості Верховної Ради України, 2011. № 34. Ст.343.

214. Про будівельні норми: Закон України від 5 листопада 2009 року № 1704-VI. Відомості Верховної Ради України, 2010. № 5. Ст.41.

215. Про архітектурну діяльність: Закон України від 20 травня 1999 року № 687-XIV. Відомості Верховної Ради України, 1999. № 31. Ст.246.

216. Про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності: Закон України від 14 жовтня 1994 року № 208/94-ВР. Відомості Верховної Ради України, 1994. № 46. Ст.411.

217. ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. URL. https://dbn.co.ua/load/normativy/dbn/dbn_v_2_2_40/1-1-0-1832

218. Про охорону навколишнього природного середовища : Закон України від 25.06.91 № 1264-XII. Відомості Верховної Ради України, 1991. № 41. Ст. 546.

219. Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю: затв. Указом Президента України 13 грудня 2016 року № 553/2016. URL. <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/553/2016>

220. Про внесення змін до Закону України "Про житловий фонд соціального призначення" щодо умов забезпечення соціальним житлом внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 18 вересня 2018 року № 2546-VIII. Відомості Верховної Ради, 2018. № 43. Ст.347.

221. Про житловий фонд соціального призначення: Закон України від 12 січня 2006 року № 3334-IV. Відомості Верховної Ради України, 2006. № 19-20. Ст.159.

222. Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на

період до 2020 року: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706. Офіційний вісник України, 2012. № 59. Ст. 2369.

223. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/187-2006-p>

224. Забезпечення людей з інвалідністю путівками на санаторно-курортне лікування. URL. <https://helsinki.org.ua/advice/zabezpechennya-lyudej-z-invalidnistyu-putivkami-na-sanatorno-kurortne-likuvannya/>

225. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-p>

226. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків : затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1008-р. URL. <https://zakon.rada.gov.ua>

227. Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків : затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2018 № 981. URL. <https://zakon.rada.gov.ua>

228. Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя: затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 350-р. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/350-2019-p#n8>

229. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

230. Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю: затв. Указом Президента України 3 грудня 2015 року № 678/2015. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/678/2015>

231. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 листопада 2018 р. за N 1292/32744. URL. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32744.html

232. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 283. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/283-2018-п>

233. Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами та інструкцій щодо їх заповнення: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.02.2013 № 109. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0642-13>

234. Про Правила застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації : затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2016 № 240. URL. <http://zakon.rada.gov.ua/go/z0570-16>

235. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положення третього речення частини першої статті 13 Закону України "Про психіатричну допомогу" (справа про судовий

контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу). URL. <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v002p710-16>

236. Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років : затв. Спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства фінансів України від № 454/471/516 від 08.11.2001. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1073-01>

237. Про порядок затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років; затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 26 липня 2001 р. № 889. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-2001-p>

238. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2011 № 646. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1414-11>

239. Про затвердження ДБН В.2.2-40:2018 Будинки і споруди. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення : затв. Наказом Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 30.11.2018 № 327. URL. http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=80900

240. ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. URL. https://dbn.co.ua/load/normativy/dbn/dbn_v_2_2_40/1-1-0-1832

241. Звіт про хід виконання заходів Комплексної обласної програми медичного і соціального забезпечення учасників антитерористичної операції та членів їх сімей, ветеранів війни та прирівняних до них осіб на 2017-2019 роки». URL. http://loga.gov.ua/oda/about/depart/praci/programs/inform/zvit_pro_hid_vikonannya_zahodiv_kompleksnoyi_oblasnoyi

242. Білозерська Т. О. Реформування публічної адміністрації в Україні як крок до європейської інтеграції. Форум права. 2007. № 2. С. 11–19. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2007-2/07btodei.pdf>.

243. Шевченко Л. В. Публічне адміністрування у сфері цивільного захисту населення : дис. ... на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук. за спеціальністю 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Київ : 2012. 245 с.

244. Пономаренко Г. О. Адміністративно-правові засади управління у сфері забезпечення внутрішньої безпеки держави : автореф. дис. ... на здоб. наук. ступ. докт. юрид. наук. за спеціальністю 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» / Г.О Пономаренко. Х., 2008. 36 с.

245. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини : Закон України від 23.12.1997 № 776/97-ВР. Відомості Верховної Ради України, 1998. № 20. Ст.99.

246. Чорна В.Г. Обмеження в адміністративному праві: дис. на здоб. наук. ступ. докт. юрид. наук зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право», 2019. Х.: Харк. ун-т внутр. справ. 517 с.

247. Про Уповноваженого Президента України з прав осіб з інвалідністю: затв. Указом Президента України від 1 грудня 2014 року № 902/2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/902/2014#Text>

248. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII. Відомості Верховної Ради, 2014. № 13. Ст.222.

249. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: затв. Постановою Кабінету України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>

250. Про затвердження Положення про Міністерство соціальної політики України: затв. Постановою Кабінету України від 17 червня 2015 р. № 423. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/423-2015-п>

251. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

252. Куца А.М. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів: дис. ... на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук. за спеціальністю 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Запоріжжя: 2011. 245 с.

253. Деякі питання Міністерства у справах ветеранів: затв. Постановою Кабінету України від 27 грудня 2018 р. № 1175. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2018-п>

254. Про затвердження Положення про Міністерство розвитку громад та територій України: затв. Постановою Кабінету України від 30 квітня 2014 р. № 197. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/197-2014-п>

255. Про затвердження Положення про Міністерство фінансів України: затв. Постановою Кабінету України від 20 серпня 2014 р. № 375. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/375-2014-п>

256. Деякі питання Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій: затв. Постановою Кабінету України від 8 червня 2016 р. № 376. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/376-2016-п>

257. Про затвердження Положення про Державний комітет телебачення і радіомовлення України: затв. Постановою Кабінету України від 13 серпня 2014 р. № 341. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/341-2014-п>

258. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: затв. Постановою Кабінету України від 12 серпня 2015 р. № 647. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п>

259. Про утворення Національної служби здоров'я України : затв. Постановою Кабінету України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п>

260. Про затвердження Положення про Державну архітектурно-будівельну інспекцію України: затв. Постановою Кабінету України від 9 липня 2014 р. № 294. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-2014-п>

261. Про затвердження Положення про Пенсійний фонд України: затв. Постановою Кабінету України від 23 липня 2014 р. № 280. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280-2014-p>

262. Про затвердження Положення про Державну службу статистики України: затв. Постановою Кабінету України від 23 вересня 2014 р. № 481. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/481-2014-p>

263. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квітня 1999 року № 586-XIV. Відомості Верховної Ради України, 1999. № 20-21. Ст.190.

264. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР. Відомості Верховної Ради України, 1997. № 24. Ст.170.

265. Колпаков В.К. Адміністративне право України. К.: Юрінком Інтер, 1999. 732 с.

266. Про Державний бюджет України на 2019 рік: Закон України від 23 листопада 2018 року № 2629-VIII. Відомості Верховної Ради, 2018. № 50. Ст.400.

267. Про Державний бюджет України на 2020 рік: Закон України від 14 листопада 2019 року № 294-IX. Відомості Верховної Ради, 2020. № 5. Ст.31.

268. Реабілітація дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу. URL. <https://www.msp.gov.ua/content/reabilitaciya-ditey-z-invalidnistyu-vnaslidok-dityachogo-cerebralnogo-paralichu.html>

269. Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для придбання спеціально обладнаних автомобілів для перевезення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 р. № 189. URL. <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/189-2018-p>

270. Колпаков В.К., Кузьменко О.В. Адміністративне право України: Підручник. К.: Юрінком Інтер, 2003. 544 с.

271. Адміністративне право України: Підручник/ [Ю.П.Битяк, В.М.Гарашук, О.В. Дьяченко та ін.]; за ред. Ю.П.Битяка. К.: Юрінком Інтер, 2004. 544 с

272. Козлов Ю.М.Административное право. М.: Юрист, 2003. 318 с.

273. Административное право: Учебник для вузов / Под ред. А.Е. Лунева. М., 1970. 245 с.

274. Атаманчук Г.В.Административное право. Изд.-во РАГС, 2003. 392 с.

275. Бандурка О.М. Управління в органах внутрішніх справ України: Підручник. Х.: Ун-т внутр. справ, 1998. 477 с.

276. Про затвердження Порядку надання дозволу на право користування пільгами з оподаткування для підприємств та організацій громадських організацій інвалідів : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2007 р. № 1010. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1010-2007-п#n9>

277. Ігнатченко І.Г. Форми та методи державного управління культурою в Україні: дис. на здоб наук. ступ. канд. юрид. наук. зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право», Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого. Х. 2009. 198 с.

278. Управление социально-культурным строительством. / [Г.А.Дорохова, Т.И.Козырева, Л.А.Сергиенко, В.И.Шабайлов и др.] под ред. Ю.М.Козлова, Б.М.Лазарева, А.Е. Лунева, М.И.Пискотина. М.: Юрид. лит., 1988. 352 с. (Советское административное право).

279. Битяк Ю.П. Правові засади управлінської політики на сучасному етапі. Конфлікти в суспільствах, що трансформуються: Зб. наук. ст. (За матер. XI Харків. політолог. чит.). Х.: Право. 2001. С.162-163.

280. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 20 жовтня 2014 року № 1706-VII. Відомості Верховної Ради, 2015. № 1. Ст.1.

281. Энциклопедический словарь / подобщ. ред. В. Е. Крутских. [2-е изд.]. М. : ИНФРА, 1999. 368 с.

282. Цветков В. В. Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи. К. : Оріяни. 1998. 79 с.

283. Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. К.: Видавничий Дім «Ін-Юре». 2002. 668 с.

284. Звіт щодо виконання заходів обласної Комплексної програми соціального захисту і соціального забезпечення населення області на 2013-2020 роки, затвердженої рішенням п'ятнадцятої сесії обласної ради шостого скликання від 28 лютого 2013 року (зі змінами) за 2018 рік.

URL.

http://www.adm-pl.gov.ua/sites/default/files/upload/zvity/2018/zvit_soc2018.pdf

285. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [Уклад. і голова ред. В.Т.Бусел]. К.: Ірпінь: ВТФ «Перун», 2001. 1440 с.

286. Кучерявенко Н.П. Налоговое право: Учебник. Харьков: Консум, 1997. 432 с.

287. Лютиков П.С. Державний контроль у галузі чорної металургії в Україні: організаційно-правовий аспект: дис. на здоб наук. ступ. канд. юрид. наук. зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право», 3. : Запорізький національний університет. 2009. 212 с.

288. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>

289. Адміністративне право України : [підруч.] / за ред. Ю. П. Битяка. Х. : Право, 2001. 528 с.

290. Ключниченко А.П. Меры административного принуждения, применяемые милицией (Особенности. Классификация. Системовыражение): Учеб. пособие. К.: КВШ МВД СССР, 1979. 87 с.

291. Гавриленко Д.А. Вопросы предупреждения правонарушений общественного порядка средствами административного принуждения. Общетеоретические проблемы административно-правового обеспечения

общественного порядка: Сб. науч. тр. К.: КВШ МВД СССР, 1982. С. 90–100.

292. Рябов Ю.С. Административно-предупредительные меры: Теоретические вопросы. Пермь: Кн. изд-во, 1974. 82 с.

293. Колпаков В.К., Кузьменко О.В. Адміністративне право України: Підручник. К.: Юрінком Інтер, 2003. 544 с.

294. Комзюк А.Т. Заходи адміністративного примусу в правоохоронній діяльності міліції: поняття, види та організаційно-правові питання реалізації: Монографія / За заг. ред. проф. О.М. Бандурки. Х.: Вид. Нац. ун-ту внутр. справ, 2002. 336 с.

295. Столбовий В.М. Регулювання зовнішньої міграції адміністративно-примусовими методами: дис. ... на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук з спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». К.: Київський національний університет внутрішніх справ, 2007. 216 с.

296. Битяк Ю.П., Зуй В.В., Комзюк А.Т. Переконавання і примус у державному управлінні. Адміністративна відповідальність: Конспект лекцій. Х.: Укр. юрид. акад., 1994. 34 с.

297. Васильев А.С. Административное право Украины (Общая часть): Учеб. пособие. Х.: Одиссей, 2001. 288 с.

298. Бандурка О.М. Заходи адміністративного припинення в діяльності міліції: дис. ... на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук з спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Х.: Укр. юрид. акад., 1994. 158 с.

299. Еропкин М.И. О классификации мер административного принуждения. Вопросы советского административного права на современном этапе. М.: Госюриздат, 1963. С. 60–68.

300. Адміністративне право України: Підручник для юрид. вузів і фак. / Ю.П. Битяк, В.В. Богуцький, В.М. Гаращук та ін.; За ред. Ю.П. Битяка. Х.: Право, 2000. 520 с.

301. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон Верховної Ради Української РСР від 7 грудня 1984 року № 8073-

Х.Відомості Верховної Ради Української РСР 1984. Додаток до № 51. Ст.1122.

302. Попов Л.Л., Шергин А.П. Классификация мер административного принуждения. Изв. вузов. Правоведение. 1970. № 5. С. 40–49.

303. Бандурка А.М., Тищенко Н.М. Административный процесс: Учебник. Х.: Изд-во Нац. ун-та внутр. дел, 2001. 352 с.

304. Бахрах Д.Н.Административное право: Учебник для вузов. М.: БЭК, 1996. 368 с.

305. Советское административное право / под ред. В. И. Поповой и М. С. Студеникиной. М.: Юрид. лит., 1988. 320 с.

306. Адміністративне право України. Академічний курс: підручник : у 2 т.: Загальна частина / ред. кол.: В. Б. Авер'янов (голова). Київ: Юрид. думка, 2004. Т. 1. 2004. 584 с.

307. Галаган И. А. Административная ответственность в СССР. Воронеж: ВГУ, 1970. 267 с.

308. Гончарук С. Т. Адміністративна відповідальність за законодавством України: навч. посіб. Київ : КМУЦА, 1995. 78 с.

309. Бондаренко Г. П. Адміністративна відповідальність в СРСР. Л. : ЛДУ, 1975. 176 с.

310. Державне управління: теорія і практика / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. Київ: Юрінком Інтер, 1998. 432 с.

311. Колпаков В.К. Адміністративно-деліктне право у юридично-галузевій парадигмі. Право України, 2002. № 4. С. 17.

312. Щербина Є. М. Адміністративна відповідальність за порушення державних стандартів, норм і правил у сфері благоустрою населених пунктів: дис. ... канд. юрид. наук з спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Дніпропетровськ, 2012. 239 с.

313. Курінний Є. В. Предмет і об'єкт адміністративного права України (характеристика категорій в умовах системного реформування): дис. ... д-ра юрид. наук: з спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Київ, 2004. 440 с.

314. Розова С. С. Классификационная проблема в современной науке. Новосибирск: Наука, 1986. 224 с.

315. Рейтинг ООН: Україна - найменш щаслива країна Європи. URL: <https://www.dw.com/uk/рейтинг-оон-україна-найменш-щаслива-країна-європи/a-47984988>

316. Конституційний закон Канади 1982 року. URL: <http://pdp.org.ua/legislation/bills-foreign/279-49-l4>.

317. Тищенко О. В. Соціальне забезпечення населення окремих країн Європи та Америки: порівняльно-правовий аспект. Актуальні проблеми держави і права. 2015. С. 234-241.

318. Уряд Канади, Backgrounder: COVID-19 Disability Advisory Group [Інформаційна довідка щодо Консультативної групи з питань інвалідності в контексті COVID-19], 10 квітня 2020 р., текст доступний англійською за посиланням. URL: <https://www.canada.ca/en/employment-socialdevelopment/news/2020/04/backgrounder--covid-19-disability-advisory-group.html>

319. Інформаційна записка. Вплив пандемії COVID-19 на людей з інвалідністю в Україні. URL: <https://ukraine.un.org/uk/99869-informaciyna-zapiska-vpliv-pandemii-covid-19-na-lyudey-z-invalidnistyu-v-ukraini>

320. Международное законодательство и опыт реабилитации. URL: <http://vinmse.vn.ua/international/>

321. Драч О.І., Онофрійчук В.В. Застосування свідового досвіду для використання адресної соціальної допомоги. Ефективна економіка, 2015. №5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=4116>

322. Социальная политика в зарубежных странах в условиях пандемии. URL: <https://ac.gov.ru/uploads/2-Publications/social/social.2020.3.pdf>

323. Аналитический доклад по итогам мониторинга прав инвалидов на доступ к транспортным услугам. Т.: Национальный центр Республики Узбекистан по правам человека, 2015 165 с.

324. Эффективность и качество управленческой деятельности: государственно-правовой аспект. К.: Наукова думка, 1980. 350 с.
325. Поленина С.В. Качество закона и эффективность законодательства. М.: Мысль, 1993. 235 с.
326. Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. (Опыт системного исследования). Изд.2-е, доп. М.: Политиздат, 1973. 390 с.
327. Цветков В.В. Підвищення ефективності державного управління – важлива мета його реформування. Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи. К., 1998. С. 128-153.
328. Тугаринов В.П. Избранные философские труды / В. П. Тугаринов. Л.: Изд-во ЛГУ, 1988. 343 с.
329. Никитинский В.И. Эффективность норм трудового права. М.: Юридическая литература, 1971. 247 с.
330. Эффективность действия правовых норм. Ленинград: Изд-во ЛГУ, 1977. 134 с.
331. Попов Г.Х. Эффективность управления. М.: Наука, 1985. 89 с.
332. Головченко В. Теоретичні та політико-правові аспекти ефективності державного управління. Право України. 1997. № 5. С. 93-98.
333. Мельник О. М. Правове регулювання та шляхи підвищення його ефективності: дис... канд. юрид. наук: 12.00.01 / НАН України; Інститут держави і права ім. В. М. Корецького. К., 2004.
334. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави : посіб. [для студ. спец. правознавство] / Рабінович П. М. [2-ге вид.]. К., 1994. 236 с.
335. Андрусяк Т.Г. Теорія держави і права. Л.: Право для України, 1997. 200 с.
336. Косович В.М. Оцінювання та оцінки у правовому регулюванні: автореф. дис ... канд. юрид. наук зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Л.: Львів. держ. ун-т ім. Івана Франка, 1996. 22 с.

337. Общая теория государства и права: Академ. курс в 2 т. / Под ред. М.Н. Марченко. Т. 2. М.: Юридическая литература, 1998. 497 с.

338. Сіренко В.Ф. Визначення ефективності законодавства: методологічні аспекти. Законодавство: проблеми ефективності. К., 1995. С. 3-13.

339. Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындик А.О. Организация проведения комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов. URL: <https://www.hse.ru/data/2014/09/30/1100430112/Васин%20и%20др.%20Организация....pdf>

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

КОЖУРА ЛЮДМИЛА ОЛЕКСАНДРІВНА

**ПРАВО ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я:
АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Монографія

Підписано до друку 30.06.2020 р. Формат 60х84 1/32.
Друк лазерний. Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 22. Тираж – 300 прим.

Видавничий центр "Кафедра"
м. Київ, пр-т Героїв Сталінграда, 35
Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
№4203 від 09.11.2011 р.