

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО ПРАВА
ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ВИННИЧЕНКА**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БОНДАРЬ ВОЛОДИМИР ПАВЛОВИЧ

УДК 342.9:[614.29-057.54:364-232](043.5)

Б81

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ:
АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ**

12.00.07 – адміністративне право і процес;
фінансове право; інформаційне право

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ В. П. БОНДАРЬ

Науковий керівник –
Соболь Євгеній Юрійович,
доктор юридичних наук, професор,
Заслужений діяч науки і техніки України

Кропивницький – 2023

АНОТАЦІЯ

Бондарь В. П. Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». – Центральноукраїнський державний університет імені Володимира Винниченка, Кропивницький, 2023.

Дисертацію присвячено комплексному дослідженню організації проведення медико-соціальної експертизи крізь призму адміністративного права, зокрема аналізу мети, завдань, принципів, правових засад та адміністративно-правового механізму організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні. За результатами проведеного дослідження сформульовано низку висновків, пропозицій і рекомендацій, запропонованих особисто здобувачем.

З'ясовано, що МСЕ як об'єкт адміністративно-правового регулювання – це окрема сфера суспільних відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам і вид публічно-владної та публічно-сервісної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, що провадиться з метою задоволення відповідного публічного інтересу та задля впорядкованості, охорони і розвитку цієї сфери відносин.

Удосконалено понятійно-категоріальний апарат, а саме такі правові категорії, як «медико-соціальна експертиза», «правове регулювання медико-соціальної експертизи», «адміністративно-правове регулювання», «адміністративно-правове регулювання медико-соціальної експертизи», «організація проведення медико-соціальної експертизи», «завдання організації проведення медико-соціальної експертизи», «принципи організації проведення медико-соціальної експертизи», «адміністративно-правові відносини»,

«правовий статус особи», «адміністративно-правовий статус особи», «адміністративна процедура».

Визначено, що ключовою (стратегічною) метою організації проведення МСЕ є забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг.

Сформовано систему завдань організації проведення МСЕ, якими є наперед визначені, заплановані до виконання обсяги роботи, покладені на суб'єктів публічного адміністрування, що потребують здійснення конкретних заходів задля злагодженого і впорядкованого функціонування системи МСЕ. Завдання організації проведення МСЕ у залежності від суб'єктів їх реалізації можуть бути розподілені на: центральні (завдання, які стосуються всієї системи медико-соціальної експертизи та реалізуються органами публічної адміністрації, юрисдикція яких поширюється на всю територію України, тобто мають національний рівень), регіональні (завдання, які виконують місцеві органи виконавчої влади – відповідні місцеві державні адміністрації, у тому числі в особі управлінь (департаментів) охорони здоров'я) та внутрішньовідомчі (завдання, які засновані на ієрархічності медико-соціальних експертних комісій, що передбачає наділення Центральної, Кримської республіканської, обласних медико-соціальних експертних комісій низкою організаційних повноважень відносно нижчестоящих комісій).

Запропоновано під принципами організації проведення МСЕ розуміти зумовлені об'єктивними соціальними чинниками загальні, відносно стабільні, основоположні та керівні засади здійснення управлінських заходів щодо забезпечення і гарантування злагодженого та впорядкованого функціонування системи МСЕ, які визначають зміст і спрямованість означеної діяльності органів публічного адміністрування. Виокремлено три групи вказаних принципів: 1) основоположні; 2) загальні; 3) спеціальні.

З'ясовано, що адміністративно-правовим статусом Центральної МСЕК виступає регламентований нормами адміністративного права, структурно

визначений правовий субстатус, який відображає її юридичне становище в системі суб'єктів публічної адміністрації та комплексно окреслює функціональне призначення і компетенцію. Запропоновано адміністративно-правовий статус Центральної МСЕК диференціювати на три взаємопов'язаних блоки: цільовий блок, який включає мету, завдання та функції; організаційний блок, до якого варто відносити: підвідомчість, зовнішню організаційну форму існування, внутрішній устрій, процедури діяльності тощо; компетенційний блок, що містить повноваження – права та обов'язки, у тому числі обов'язки нести відповідальність за наслідки здійснення (неналежне здійснення) повноважень.

Визначено, що загальна процедура здійснення медико-соціальної експертизи є доволі тривалою за часом і складається з низки поступових кроків, до яких залучено численну кількість осіб (насамперед, мова йде про працівників закладу охорони здоров'я та безпосередніх членів комісії, які проводять конкретну МСЕ). У свою чергу, запропоновано процедуру проведення МСЕ поділити на три етапи: підготовчий, безпосередній та заключний.

Здійснено характеристику юридичної відповідальності за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи. Виявлено, що за порушення проведення медико-соціальної експертизи членів відповідної комісії може бути притягнуто до чотирьох видів юридичної відповідальності: дисциплінарної; цивільно-правової; адміністративної; кримінальної.

Аргументовано необхідність Главу 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» Кодексу України про адміністративні правопорушення доповнити статтею 185-15 «Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи».

З'ясовано, що у поточному вигляді вітчизняна система МСЕ не відповідає міжнародним стандартам, згідно з якими відповідні процедури мають обов'язково узгоджуватись із Конвенцією про права осіб з інвалідністю. Виявлено, що для України існує нагальна необхідність

комплексного впровадження МФК, що особливо актуально у зв'язку з триваючою війною. Водночас, процес переходу на стандарти МФК необхідно розпочати невідкладно та здійснити в оптимальні розумні строки, а також на засадах тісної взаємодії з громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю.

Вказано, що з метою удосконалення організації проведення МСЕ доцільно враховувати зарубіжний досвід таких країн, як Болгарія, Грузія, Естонія, Казахстан та Латвія, відмічаючи як позитивні, так і негативні сторони вибудованих ними систем.

Запропоновано створення спеціалізованої інституції публічного адміністрування у сфері медико-соціальної експертизи – Національної служби медико-соціальної експертизи України – центрального органу виконавчої влади, діяльність якого буде спрямовуватися і координуватися Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, що реалізовуватиме державну політику у сфері медико-соціальної експертизи громадян і реабілітації осіб з обмеженнями функціонування та/або життєдіяльності й осіб з інвалідністю.

Обґрунтовано необхідність розробки та прийняття Закону України «Про медико-соціальну експертизу» з наступною структурою: Розділ I. Загальні положення; Розділ II. Система медико-соціальної експертизи; Розділ III. Організація проведення медико-соціальної експертизи; Розділ IV. Порядок проведення медико-соціальної експертизи та надання відповідних послуг; Розділ V. Умови та критерії оцінки функціонування, обмежень життєдіяльності, визначення потреб людини та встановлення інвалідності; Розділ VI. Оскарження висновків і рішень уповноваженого органу, надавачів медико-соціальних експертних послуг; Розділ VII. Контроль та нагляд у сфері медико-соціальної експертизи; Розділ VIII. Відповідальність за порушення вимог законодавства про медико-соціальну експертизу; Розділ IX. Прикінцеві та перехідні положення.

Виокремлено п'ять основних напрямів удосконалення організації проведення МСЕ – ідеологічний, нормотворчий, інституційний,

антикорупційний і кадровий, у рамках яких запропоновано низку системних змін і нововведень, які при комплексній реалізації забезпечать якісне оновлення системи медико-соціальної експертизи.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що наукові положення, висновки, пропозиції та рекомендації використовуються та можуть бути використані у: – науково-дослідній роботі – для подальших теоретико-правових досліджень організації проведення медико-соціальної експертизи (акт впровадження); – нормотворчості – для вдосконалення національної законодавчої бази, що регламентує проведення медико-соціальної експертизи та систему її органів; – правозастосуванні – для підвищення ефективності та дієвості організації проведення медико-соціальної експертизи на території України (акт впровадження); – освітньому процесі – для підготовки матеріалів для викладання навчальних дисциплін «Адміністративне право України» та «Актуальні проблеми теорії адміністративного права», а також розробки посібників, їх розділів, лекцій і навчально-методичних матеріалів.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, медико-соціальні експертні комісії, МСЕ, МСЕК, адміністративне право, особи з інвалідністю, організація проведення.

SUMMARY

Bondar V. P. Organization of medical and social examination: administrative and legal aspect – *Qualification scientific work on manuscript rights.*

Dissertation for obtaining the scientific degree of candidate of legal sciences on the specialty 12.00.07 "Administrative law and process; finance law; information law". – Volodymyr Vynnychenko Central Ukrainian State University, Kropyvnytskyi, 2023.

The dissertation is devoted to a comprehensive study of the organization of the medical and social examination through the prism of administrative law, in particular the analysis of the purpose, tasks, principles, legal foundations and administrative and legal mechanism of the organization of the medical and social examination in Ukraine. Based on the results of the research, a number of conclusions, suggestions and recommendations were formulated, proposed by the applicant personally.

It was found that MSE as an object of administrative and legal regulation is a separate sphere of social relations, which are formed in connection with the provision (reception) of medical and social expert services, and a component of public-authority and public-service activities of subjects of public administration, which is conducted for the purpose of satisfying the relevant public interest and for orderliness, protection and development of these relations.

The conceptual and categorical apparatus has been improved, namely such legal categories as "medical and social expertise", "legal regulation of medical and social expertise", "administrative and legal regulation", "administrative and legal regulation of medical and social expertise", "organization of medical and social expertise" -social expertise", "tasks of the organization of medical and social expertise", "principles of the organization of medical and social expertise", "administrative and legal relations", "legal status of a person", "administrative and legal status of a person", "administrative procedure".

It was determined that the key (strategic) goal of the organization of the MSE is to ensure and guarantee the coordinated and orderly functioning of the public service system for the provision of medical and social expert services to the population. A system of tasks for the organization of the MSE has been formed, which pre-determines, planned to be carried out, the scope of work entrusted to the subjects of public administration, which require the implementation of specific measures for the harmonious and orderly functioning of the MSE system.

The tasks of organizing the MSE, depending on the subjects of their implementation, can be divided into: central (tasks that concern the entire system of medical and social expertise and are implemented by public administration bodies, the jurisdiction of which extends to the entire territory of Ukraine, that is, they have a national level), regional (tasks performed by local bodies of executive power - relevant local state administrations, including in the person of health management (departments)) and internal (tasks that are based on the hierarchy of medical and social expert commissions, which provides for the assignment of the Central hierarchy of medical -social expert commissions, Crimean republican, regional hierarchical medical and social expert commissions with a number of organizational powers relative to subordinate hierarchical commissions).

It is suggested that the principles of the organization of the MSE should be understood as the general, relatively stable, fundamental and guiding principles for the implementation of management measures to ensure and guarantee the coordinated and orderly functioning of the MSE system, which determine the content and direction of the specified activity of public administration bodies, determined by objective social factors. Three groups of these principles are distinguished: 1) fundamental; 2) general; 3) special.

It was found that the administrative and legal status of the Central MSEC is a structurally defined legal substatus regulated by the norms of administrative law, which reflects its legal position in the system of public administration subjects and comprehensively outlines its functional purpose and competence.

It is proposed to differentiate the administrative and legal status of the Central MSEC into three interconnected blocks: the target block, which includes the purpose, tasks and functions; organizational block, which should include: sub-department, external organizational form of existence, internal structure, activity procedures, etc.; a competence block containing powers - rights and obligations, including the obligation to bear responsibility for the consequences of the exercise (improper exercise) of powers.

It was determined that the general procedure for carrying out a medical and social examination is quite long in terms of time and consists of a series of gradual steps that involve a large number of people (primarily, we are talking about employees of a health care institution and direct members of the commission that conduct a specific MSE). In turn, it is proposed to divide the procedure of conducting the MSE into three stages: preparatory, direct and final.

The characterization of legal responsibility for violation of the procedure for conducting a medical and social examination has been carried out. It was revealed that for the violation of medical and social examination, the members of the relevant commission may be held to four types of legal responsibility: disciplinary; civil law; administrative; criminal

The need to add Article 185-15 "Violation of the procedure for medical and social examination" to Chapter 15 "Administrative offenses that encroach on the established management procedure" of the Code of Ukraine on Administrative Offenses is argued. It was found that in its current form, the domestic ITU system does not meet international standards, according to which the relevant procedures must necessarily be consistent with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

It was found that there is an urgent need for comprehensive implementation of IFC for Ukraine, which is especially relevant in connection with the ongoing war. At the same time, the process of transition to IFC standards must be started immediately and carried out in the optimal and reasonable time frame, as well as on the basis of close cooperation with public associations of persons with disabilities.

It is indicated that, in order to improve the organization of the ITU, it is advisable to take into account the foreign experience of such countries as Bulgaria, Georgia, Estonia, Kazakhstan and Latvia, noting both the positive and negative sides of the systems built by them.

It is proposed to create a specialized institution of public administration in the field of medical and social expertise - the National Service of Medical and Social Expertise of Ukraine - a central executive body, whose activities will be directed and coordinated by the Cabinet of Ministers of Ukraine through the Minister of Health, which will implement state policy in the field of medical and social social examination of citizens and rehabilitation of persons with limitations in functioning and/or life activities and persons with disabilities.

The need to develop and adopt the Law of Ukraine "On Medical and Social Expertise" with the following structure is substantiated: Section I. General Provisions; Section II. System of medical and social examination; Chapter III. Organization of medical and social examination; Chapter IV. The procedure for conducting a medical and social examination and providing relevant services; Section VI. Conditions and criteria for assessment of functioning, limitations of life activities, determination of human needs and establishment of disability; Chapter VII. Appealing the conclusions and decisions of the authorized body, providers of medical and social expert services; Chapter VIII. Control and supervision in the field of medical and social expertise; Chapter IX. Liability for violation of the requirements of the legislation on medical and social examination; Section X. Final and Transitional Provisions.

Five main areas of improvement of the organization of the MSE have been singled out - ideological, rule-making, institutional, anti-corruption and personnel, within which a number of systemic changes and innovations have been proposed, which, with comprehensive implementation, will ensure a qualitative renewal of the system of medical and social expertise.

The practical significance of the obtained results is that the scientific provisions, conclusions, proposals and recommendations are used and can be used

in: – research work – for further theoretical and legal studies of the organization of medical and social examination (implementation act); - rule-making - to improve the national legislative framework, which regulates the conduct of medical and social examination and the system of its bodies; - law enforcement - to increase the efficiency and effectiveness of the organization of medical and social examination on the territory of Ukraine (implementation act); - the educational process - for the preparation of materials for teaching the educational disciplines "Administrative Law of Ukraine" and "Actual Problems of the Theory of Administrative Law", as well as the development of manuals, their sections, lectures and educational and methodological materials.

Keywords: *medical and social expertise, medical and social expert commissions, MSE, MSEC, administrative law, persons with disabilities, organization of the event.*

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ,
в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:**

1. Бондарь В.П. Особливості проведення медико-соціальної експертизи в умовах воєнного стану. *Наукові записки. Серія: Право*. 2022. Вип. 13. 2022. С.90-94.
2. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 12. С. 68-71.
3. Бондарь В.П. Механізм адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2022. № 4. С. 124-131.
4. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як об'єкт адміністративно-правового регулювання. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 1. С. 254-257.
5. Bondar V.P. Grounds and types of legal liability for violation of the medical and social examination procedure. *KELM*. 2023. № 1. С. 206-211.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Бондарь В.П. Етапи проведення медико-соціальної експертизи в Україні. *Актуальні проблеми національного законодавства: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кропивницький, 17 листопада 2022 р.)*. С 84-87.
7. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус особи: поняття та сутність. Становлення та розвиток правової держави: проблеми теорії та практики: Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції, що присвячена 102-річчю Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова (м. Миколаїв. 28-29 грудня 2022 р.). С. 91-95.
8. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як вид публічного сервісу. *Сімдесят другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції (м. Львів, Україна – м. Переворськ, Польща, 21-22 лютого 2023 р.)*. С. 46-49.

9. Бондарь В.П. До питання визначення сутності механізму адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні дослідження правової та історичної науки*. Матеріали Міжнародної наукової конференції (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 9-10 березня 2023 р.). С. 18-21.

10. Бондарь В.П. Адміністративна відповідальність за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми приватного та публічного права: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 94-річчю з дня народження члена-кореспондента НАПрН України, академіка Міжнародної кадрової академії, Заслуженого діяча науки України, доктора юридичних наук, професора Процевського О.І.* (м. Харків, 31 березня 2023 р.). С. 559-562.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	15
ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	26
1.1. Медико-соціальна експертиза як об’єкт адміністративно-правового регулювання.....	26
1.2. Мета, завдання та принципи організації проведення медико-соціальної експертизи.....	43
1.3. Правові засади організації проведення медико-соціальної експертизи.....	62
Висновки до розділу 1.....	80
РОЗДІЛ 2. АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	86
2.1. Адміністративно-правовий статус Центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров’я України.....	86
2.2. Адміністративні процедури проведення медико-соціальної експертизи.....	103
2.3. Юридична відповідальність за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи.....	121
Висновки до розділу 2.....	141
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	146
3.1. Міжнародні стандарти та зарубіжний досвід організації проведення медико-соціальної експертизи.....	146
3.2 Основні напрями удосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи.....	179
Висновки до розділу 3.....	197
ВИСНОВКИ.....	199
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	207
ДОДАТКИ.....	228

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

МСЕ – медико-соціальна експертиза

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

Центральна МСЕК – Центральна медико-соціальна експертна комісія

Міністерства охорони здоров'я України

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ООН – Організація Об'єднаних Націй

КУАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Відповідно до Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Основний Закон гарантує кожному право на охорону здоров'я та соціальний захист, що супроводжується наявністю значної кількості органів публічного адміністрування, уповноважених на формування та реалізацію державної політики у цих сферах.

Важливим елементом системи охорони здоров'я та соціального захисту, а також окремою сферою публічно-сервісної діяльності є медико-соціальна експертиза, що становить складну й організовану систему, покликану задовольняти потреби населення в експертних послугах щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів й іншого. Відтак питання, пов'язані з медико-соціальною експертизою, стосуються значного за кількістю кола осіб, насамперед осіб з інвалідністю та осіб, яким інвалідність може бути встановлена потенційно, зокрема з підстав прогресуючої хвороби, внаслідок нещасного випадку на виробництві, професійного захворювання чи війни.

Згідно із статистичними даними станом на 2022 рік, понад 1,3 мільярда людей, що становить близько 16% населення світу, мають важку ступінь інвалідності [1]. Водночас ще у 2007 році загальна кількість осіб з інвалідністю у світі визначалась на рівні 650 мільйонів осіб [2]. Тобто рівень інвалідизації суспільства стрімко збільшується, що обумовлює необхідність впровадження ефективних національних механізмів визначення і встановлення інвалідності, а також їх подальшого розвитку та вдосконалення.

¹ Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. 312 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

² From exclusion to equality : realizing the rights of persons with disabilities : handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. HR/PUB/07/6. Geneva : UN, Office of the UN High Commissioner for Human Rights : Inter-Parliamentary Union, 2007. 150 p.

Тенденція щодо збільшення чисельності осіб з інвалідністю наразі особливо характерна для України. За даними Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України та Пенсійного фонду України станом на 01.01.2022 р. в Україні налічувалось 2 725 826 осіб з інвалідністю [3, с. 59]. Станом на сьогодні вирахувати актуальну кількість осіб з інвалідністю фактично неможливо, проте об'єктивно, що у зв'язку із широкомасштабною військовою збройною агресією росії проти України їх загальна кількість суттєво зросла і продовжує зростати.

Означене демонструє, що проблематика організації та проведення медико-соціальної експертизи є особливо актуальною, а сама служба медико-соціальної експертизи повинна адаптуватися до сучасних викликів і функціонувати злагоджено й ефективно. Натомість поточний порядок речей свідчить, що вітчизняна система медико-соціальної експертизи є недосконалою, містить низку рудиментарних властивостей і недоліків правового й організаційного спрямування, серед яких: неналежне нормативно-правове забезпечення, неефективна інституційна побудова, ускладненість процедури, критично низький рівень цифровізації, наявність корупційної складової. Як наслідок, система медико-соціальної експертизи характеризується як скомпрометована, непрозора і така, що не відповідає міжнародним стандартам.

Враховуючи окреслене й обставини триваючої війни, вбачаємо, що актуальність обраної тематики є безумовною і доцільною для аналізу крізь призму адміністративного права.

Особлива специфіка предмета дисертаційного дослідження обумовлює відсутність монографічних досліджень серед представників адміністративно-правової науки на аналогічну чи подібну тематику. У зв'язку з цим науково-теоретичну основу дисертації становлять праці науковців у галузі теорії держави і права та вчених-адміністративістів, які мають загальноконцептуальне значення та/або присвячені питанням розвитку науки

³ Статистичний збірник "Соціальний захист населення України у 2021 році". Державна служба статистики України. Київ. 2022. 126 с.

адміністративного права, адміністративно-правового регулювання окремих сфер суспільних відносин, організаційно-правових аспектів певної діяльності. У цьому контексті варто виокремити: В. Авер'янова, О. Андрійко, Н. Армаш, О. Бандурку, В. Бевзенка, Ю. Битяка, О. Безпалову, В. Гаращука, В. Галунька, І. Голосніченка, В. Гриценка, С. Гусарева, О. Дрозда, О.В. Джафарову, П. Діхтієвського, М. Козюбру, Т. Коломоєць, А. Комзюка, А. Корнійченко, А. Куліша, В. Курила, А. Манжулу, Р. Мельника, В. Настюка, Н. Нижник, А. Пухтецьку, Є. Соболя, С. Стеценка, О. Стукаленко, О. Тихомирова, Х. Ярмакі та інших.

Окремих аспектів організації та/або проведення медико-соціальної експертизи у своїх дослідженнях торкалися представники галузей адміністративного права (А. Куца, О. Паровишник, С. Пасічніченко, В. Петрусевич, Є. Соболю), права соціального забезпечення (В. Костюк, О. І. Кульчицька, В. Тарасенко, М. Чічкань, Л. Шумна), науки державного управління (А. Іпатов, К. Міщенко), медичних наук (І. Борисова, Ю. Коробкін, В. Маруніч, О. Мороз, І. Ханюкова).

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Дисертація спрямована на реалізацію положень Національного плану дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 07.04.2021 р. № 285-р, Національної стратегії у сфері прав людини, затвердженої Указом Президента України від 24.03.2021 р. № 119/2021, Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р, 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, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р, Антикорупційної стратегії на 2021-2025 роки, затвердженої Законом України від 20.06.2022 р. № 2322-ІХ, Указу Президента України «Про

заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» від 13.12.2016 р. № 553/2016. Дослідження виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Науково-дослідного інституту публічного права «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації 0115U005495 від 12.10.2015 р.).

Мета та задачі дослідження. Мета дослідження полягає у тому, щоб з урахуванням загальнотеоретичних засад адміністративного права, положень чинного національного законодавства, існуючих наукових розробок і позитивного досвіду зарубіжних країн здійснити комплексний аналіз організації проведення медико-соціальної експертизи на території України та сформувати науково обґрунтовані пропозиції та рекомендації щодо вдосконалення зазначеної діяльності.

Для досягнення поставленої мети в дисертації необхідно виконати наступні *задачі*:

- охарактеризувати медико-соціальну експертизу як об'єкт адміністративно-правового регулювання;
- визначити мету, завдання та принципи організації проведення медико-соціальної експертизи;
- виокремити правові засади організації проведення медико-соціальної експертизи;
- з'ясувати адміністративно-правовий статус Центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України;
- визначити етапи адміністративної процедури проведення медико-соціальної експертизи;
- здійснити характеристику юридичної відповідальності за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи;
- розглянути міжнародні стандарти та зарубіжний досвід організації проведення медико-соціальної експертизи та можливість їх впровадження;

– запропонувати напрями удосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають з приводу організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні.

Предмет дослідження – організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект.

Методи дослідження. Методологічне підґрунтя роботи становить сукупність загальнонаукових та спеціально-наукових методів наукового пізнання, завдяки яким забезпечується належний підхід до дослідження організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні. Застосування *діалектичного методу* дозволило належним чином визначити послідовність проведеного дослідження та сформувавши структуру дисертації (розділи 1-3). *Формально-логічні методи* стали методологічним фундаментом дисертації та застосовувались під час дослідження у всіх її розділах (розділи 1-3). Зокрема, використання методів *дедукції й індукції* дозволило охарактеризувати медико-соціальну експертизу як об'єкт адміністративно-правового регулювання (підрозділ 1.1). За допомогою методів *аналізу та синтезу* сформовано низку авторських понять (розділ 1), досліджено адміністративно-правовий механізм організації проведення медико-соціальної експертизи (розділ 2) та сформовано напрями удосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи (розділ 3). *Герменевтичний метод* використано під час інтерпретації наукових положень, сформованих у дисертаціях, монографічних дослідженнях та інших наукових публікаціях, присвячених організації проведення медико-соціальної експертизи (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3, 2.1). *Логіко-семантичний метод* використано при дослідженні адміністративних процедур проведення медико-соціальної експертизи та юридичної відповідальності за порушення порядку проведення такої експертизи (підрозділи 2.2, 2.3). *Порівняльно-правовий метод* використано під час дослідження міжнародних стандартів, а також співвідношення положень національного законодавства із положеннями законодавства зарубіжних країн

(підрозділ 3.1). Застосування *методів прогнозування* дозволило сформулювати основні напрями вдосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи (підрозділ 3.2).

Науково-теоретичним підґрунтям дисертації стали напрацювання вчених із загальної теорії держави і права, державного управління, адміністративного та медичного права. Нормативно-правову основу дисертації склали положення Конституції України, міжнародно-правових актів, національних законів і підзаконних нормативно-правових актів, які визначають правові засади організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні.

Емпіричну базу дослідження становлять відомості офіційних веб-порталів органів публічної влади України, звіти міжнародних організацій, звіти Міністерства охорони здоров'я України й інших центральних органів виконавчої влади, матеріали наукових досліджень, правова публіцистика з питань медико-соціальної експертизи, довідкові видання, статистичні й аналітичні матеріали, матеріали засобів масової інформації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що дисертація є першим монографічним дослідженням, в якому здійснено комплексний аналіз організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні крізь призму адміністративного права. У результаті проведеного дослідження сформовано низку науково обґрунтованих положень, висновків, пропозицій і рекомендацій щодо удосконалення нині існуючої системи медико-соціальної експертизи. Основні з них такі:

у перше:

– запропоновано стратегічну мету організації проведення медико-соціальної експертизи поділяти на субцілі ординарного та пріоритетного спрямування;

– сформовано завдання організації проведення медико-соціальної експертизи, які диференційовано у залежності від суб'єктів їх реалізації на *центральні* (завдання, які стосуються всієї системи медико-соціальної

експертизи та реалізуються органами публічної адміністрації, юрисдикція яких поширюється на всю територію України, тобто мають національний рівень), *регіональні* (завдання, які виконують місцеві органи виконавчої влади – відповідні місцеві державні адміністрації, у тому числі в особі управлінь (департаментів) охорони здоров'я) та *внутрішньовідомчі* (завдання, які засновані на ієрархічності медико-соціальних експертних комісій, що передбачає наділення Центральної, Кримської республіканської, обласних медико-соціальних експертних комісій низкою організаційних повноважень відносно нижчестоящих комісій);

– визначено систему принципів організації проведення медико-соціальної експертизи та запропоновано класифікувати їх шляхом розподілу на основоположні (визначають фундаментальні та найважливіші засади (вимоги) здійснення організації проведення медико-соціальної експертизи), загальні (притаманні адміністративному праву та його інститутам) та спеціальні (специфічні внутрішньогалузеві керівні засади, які прямо пов'язані з сутністю медико-соціальної експертизи, процедурами її впорядкування та здійснення);

– запропоновано Главу 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» Кодексу України про адміністративні правопорушення доповнити статтею 185-15 «Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи»;

удосконалено:

– понятійно-категоріальний апарат, а саме такі правові категорії, як «медико-соціальна експертиза», «адміністративно-правове регулювання медико-соціальної експертизи», «організація проведення медико-соціальної експертизи», «завдання організації проведення медико-соціальної експертизи», «принципи організації проведення медико-соціальної експертизи», «правовий статус особи», «адміністративно-правовий статус особи»;

– систему правових засад організації проведення медико-соціальної експертизи з їх диференціацією на основоположні, визначальні та конкретизуючі;

– науковий підхід щодо створення спеціалізованої інституції публічного адміністрування у сфері медико-соціальної експертизи – Національної служби медико-соціальної експертизи України – центрального органу виконавчої влади, діяльність якого буде спрямовуватися і координуватися Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, що реалізовуватиме державну політику у сфері медико-соціальної експертизи громадян і реабілітації осіб з обмеженнями функціонування та/або життєдіяльності й осіб з інвалідністю;

– правовий статус членів медико-соціальної експертної комісії шляхом введення поняття «експерт з питань медико-соціальної експертизи»;

дістали подальшого розвитку:

– медико-соціальна експертиза як об'єкт адміністративно-правового регулювання є окремою сферою суспільних відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам, і видом публічно-владної та публічно-сервісної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, що провадиться з метою задоволення відповідного публічного інтересу та задля впорядкованості, охорони і розвитку цієї сфери відносин;

– адміністративно-правовий статус Центральної медико-соціальної експертної комісії, під яким слід розуміти регламентований нормами адміністративного права, структурно визначений правовий субстатус, який відображає її юридичне становище в системі суб'єктів публічної адміністрації та комплексно окреслює функціональне призначення і компетенцію;

– обґрунтування доцільності розробки та прийняття Закону України «Про медико-соціальну експертизу», який, спираючись на міжнародні стандарти, буде комплексно визначати правові й організаційні засади функціонування системи медико-соціальної експертизи та надання медико-соціальних експертних послуг в Україні;

– етапи процедури проведення медико-соціальної експертизи: підготовчий, безпосередній та заключний;

– міжнародні стандарти та зарубіжний досвід організації проведення медико-соціальної експертизи з їх аналізом та відповідними пропозиціями щодо вдосконалення національного законодавства;

– шляхи вдосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні з їх розподілом на п'ять основних напрямів – ідеологічний, нормотворчий, інституційний, антикорупційний і кадровий.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що наукові положення, висновки, пропозиції та рекомендації використовуються та можуть бути використані у:

– *науково-дослідній роботі* – для подальших теоретико-правових досліджень організації проведення медико-соціальної експертизи (акт упровадження Науково-дослідного інституту публічного права);

– *нормотворчості* – для вдосконалення національної законодавчої бази, що регламентує проведення медико-соціальної експертизи та систему її органів;

– *правозастосуванні* – для підвищення ефективності та дієвості організації проведення медико-соціальної експертизи на території України (акт впровадження Кіровоградського обласного бюро медико-соціальної експертизи від 11.09.2023 р. № 1);

– *освітньому процесі* – для підготовки матеріалів для викладання навчальних дисциплін «Адміністративне право України» та «Актуальні проблеми теорії адміністративного права», а також розробки посібників, їх розділів, лекцій і навчально-методичних матеріалів (довідка про впровадження Центральноукраїнського державного університету ім. В. Винниченка від 17.01.2023 р. № 1/1-н; акт упровадження Науково-дослідного інституту публічного права).

Апробація результатів дослідження. Результати проведеного дослідження, його основні наукові ідеї, положення та висновки, викладені в дисертації, були оприлюднені на міжнародних і всеукраїнських науково-

практичних конференціях, зокрема: «Актуальні проблеми національного законодавства» (м. Кропивницький, 17 листопада 2022 року); «Становлення та розвиток правової держави: проблеми теорії та практики» (м. Миколаїв, 28-29 грудня 2022 року); «Сімдесят другі економіко-правові дискусії» (м. Львів, Україна – м. Переворськ, Польща, 21-22 лютого 2023 року); «Актуальні дослідження правової та історичної науки» (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 9-10 березня 2023 року); «Актуальні проблеми приватного та публічного права» (м. Харків, 31 березня 2023 року).

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, які містять вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел (190 найменувань на 21 сторінці) і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 233 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

1.1. Медико-соціальна експертиза як об'єкт адміністративно-правового регулювання

Медико-соціальна експертиза (далі – МСЕ), як і будь-яка інша сфера життєдіяльності, що становить публічний інтерес і, відповідно, забезпечується публічною адміністрацією, обов'язково підлягає адміністративно-правовому регулюванню. Таке регулювання проявляється у заходах адміністративно-правового впливу, які реалізуються з метою впорядкування суспільних відносин між спеціальними суб'єктами публічної адміністрації й особами, що звертаються для встановлення інвалідності чи особами з інвалідністю.

Закономірно, що функціонуюча в Україні служба МСЕ регламентується нормами адміністративного права, оскільки становить невід'ємний елемент сервісної складової діяльності держави, покликаний задовольняти потреби населення в експертних послугах щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам й іншого.

Інвалідність визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [122]. Відтак питання, пов'язані з МСЕ, стосуються значного за кількістю кола осіб, насамперед осіб з інвалідністю та осіб, яким потенційно може бути встановлена інвалідність з різноманітних підстав (хворі, потерпілі від нещасного випадку на виробництві, професійного захворювання тощо).

Згідно з останніми оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) понад 1,3 мільярда людей – близько 16% населення світу – мають важку або помірно важку ступінь інвалідності. Ця кількість суттєво зросла протягом останнього десятиліття, зокрема через різні демографічні й

епідеміологічні зміни [167, с. 3, 15]. Так, за попередніми розрахунками, зробленими до 2021 року, загальна кількість осіб, що мали певну форму інвалідності, складала 15% населення – близько мільярда людей [165]. Проте ще у 2007 році ця кількість визначалась на рівні 650 мільйонів осіб [166, с. 1]. Таким чином, рівень інвалідизації суспільства невпинно збільшується, що об'єктивно свідчить про необхідність впровадження ефективних національних механізмів визначення і встановлення інвалідності, а також їх подальшого розвитку та вдосконалення.

Зі свого боку, тенденція щодо збільшення чисельності осіб з інвалідністю наразі особливо характерна для України. За даними Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України та Пенсійного фонду України станом на 01.01.2022 р. в Україні налічувалось 2 725 826 осіб з інвалідністю [142, с. 59]. Проте об'єктивно, що у зв'язку із широкомасштабною військовою збройною агресією Російської Федерації проти України загальна кількість осіб з інвалідністю суттєво зростатиме. У щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України акцентується, що внаслідок воєнних дій і постійних обстрілів цивільних об'єктів з боку російського агресора, значно зросла кількість людей, які отримали поранення та, як наслідок, – інвалідність (у тому числі з важкими формами) як серед мирних мешканців, зокрема дітей, так і захисників України [7, с. 20]. Окрім цього, поширеними чинниками інвалідності залишаються соціально-економічні, екологічні фактори, а також фактори надзвичайних ситуацій, поширеності окремих інфекційних хвороб тощо.

У цьому контексті також принагідно слід відзначити, що вроджену інвалідність з-поміж усіх осіб з інвалідністю мають лише 5% осіб. За таких обставин особи з інвалідністю – найчисленніша меншина у світі, але, на відміну від інших, ця меншина завжди має відкрите членство, адже кожен з нас може стати її членом у будь-який час внаслідок нещасного випадку, хвороби, старіння [158] або війни. Так, приміром, у 2021 році інвалідність було вперше встановлено 121 049 особам, з яких майже 85% – люди, які мають

стійкі обмеження життєдіяльності у зв'язку з певними хворобами [142, с. 67-68].

Означене вище наочно демонструє актуальність і доцільність розгляду проблематики, пов'язаної з процедурами, що здійснюються в рамках МСЕ, крізь призму адміністративного права та відповідного регулювання. Водночас вважаємо, що розгляд окреслених питань доцільно розпочати зі з'ясування змісту і сутності ключових категорій – «медико-соціальна експертиза (МСЕ)» й «адміністративно-правове регулювання», звернувшись як до нормативно-правової бази, так і доктринальних положень теорії права й адміністративного права.

Як зазначалось попередньо, інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [122]. Семантично «експертиза» (від франц. *expertise*, від лат. *expertus* – досвідчений) – це розгляд, дослідження експертом, групою експертів будь-яких справ, питань, що потребують спеціальних знань (наприклад: медична, бухгалтерська, судова) [139, с. 191]. У легітимній площині експертизу визначають як дослідження на основі спеціальних знань у певній галузі об'єктів, явищ і процесів з метою надання висновку [126]. Тобто розуміння експертизи як певної фахової діяльності, що обов'язково потребує наявності спеціальних знань у її виконавця, є загальноприйнятим.

Разом з цим, медичний і соціальний аспекти вказують, що МСЕ перебуває у площині важливих прав людини, які стосуються не тільки медицини, але і реабілітації та відновлення працездатності, соціального захисту, трудових можливостей, реалізації особистості, включення людей із інвалідністю у суспільне життя [11, с. 4]. МСЕ, як вказує Л. Шумна, працює на стику медицини, соціології, економіки, права, а лікар-експерт, виконуючи свої виробничі обов'язки, повинен керуватися діючими законодавчими та нормативними актами, охороняти інтереси як особи з інвалідністю, так і

держави, тому що за рішенням медико-соціальних експертних комісій відбувається розподіл державних коштів [152, с. 17].

У цьому контексті обґрунтованим є трактування, висловлене А. Іпатовим, згідно з яким МСЕ – це окрема ділянка громадської і державної діяльності по створенню належних умов життєдіяльності осіб з особливими потребами за рахунок розширення зони їхньої економічної незалежності [54, с. 15]. Така дефініція, на думку дослідника, дає можливість актуалізувати роль МСЕ в системі формування трудових ресурсів держави на основі визначення її статусу як державного органу зі спеціальними повноваженнями. При цьому, вважаємо, що останнє є спірним, адже МСЕ – це, перш за все, окрема публічно-сервісна діяльність, а спеціальні повноваження належать суб'єктам її здійснення – медико-соціальним експертним комісіям (далі – МСЕК), які можуть розглядатись як інституції, що наділені властивостями публічної адміністрації.

Відповідно до позиції законодавця, закріпленої у ст. 1 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», МСЕ – це встановлення ступеня стійкого обмеження життєдіяльності, групи інвалідності, причини і часу їх настання, а також доопрацювання та затвердження індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) в рамках стратегії компенсації на основі індивідуального реабілітаційного плану та комплексного реабілітаційного обстеження особи з обмеженням життєдіяльності [124]. З огляду на наведену дефініцію можна сказати, що відповідне експертне обстеження завжди є комплексним, воно враховує як медико-соціальний, так і економіко-правовий аспекти життєдіяльності.

Поряд з цим відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, МСЕ становить процедуру, що проводиться хворим, які досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також

компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації [96].

Отже, вітчизняна служба МСЕ загалом може бути охарактеризована як спеціальний вид публічного сервісу, що функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам й іншого.

Водночас питання, які прямо чи опосередковано стосуються засад функціонування МСЕ, становлять окрему сферу, де існують конкретні суспільні відносини, їх сукупність. Ці відносини мають суттєве значення для держави і соціуму, адже складаються з приводу надання (отримання) затребуваних медико-соціальних експертних послуг, а тому обов'язково підлягають врегулюванню правом.

У загальному вигляді будь-яке регулювання (від лат. *regulo, regulare* – впорядкування) – це упорядкування, внесення порядку, системи в якусь діяльність [138, с. 659], певний організуючий процес, покликаний забезпечити стає функціонування будь-чого. При цьому закономірно, що регулювання обов'язково передбачає заходи обмеження і впливу, які застосовуються щодо відповідних об'єктів.

Адміністративно-правове регулювання є похідною категорією щодо загального правового регулювання, його галузевим різновидом [12, с. 163], а тому інтегрує в собі як загальні, так і спеціальні ознаки. Правове регулювання в юридичній літературі розглядають як одне з центральних і всеохоплюючих правових явищ. Воно переслідує мету впорядкування та вдосконалення суспільних відносин, без чого у суспільстві неможливий правопорядок і законність, нормальний ритм життя та спокій громадян. У загальному вигляді правове регулювання є процесом, спрямованим на те, щоб за допомогою правових засобів гарантувати поведінку, необхідну суспільству, спрямувати

розвиток життєвих ситуацій у бажане правомірне русло [147, с. 254, 256]; основним засобом владного впливу на суспільні відносини з метою впорядкування їх в інтересах людини, суспільства і держави [154, с. 40]. Тобто, на відміну від звичайного регулювання, правове регулювання має обмежений інструментарій його реалізації, що зводиться до виключно правових засобів.

Відповідно до більш широкого розуміння, висловленого О. Волошенюком та І. Погрібним, правове регулювання – це цілеспрямована, нормативно-організаційна діяльність щодо втілення регулюючих можливостей правових норм та інших спеціально-юридичних засобів у суспільні відносини з метою їх упорядкування та прогресивного розвитку [146, с. 344]. Слушною вбачається також дефініція, наведена А. Комзюком, згідно з якою правове регулювання – це специфічний вплив, який здійснюється правом як особливим нормативним інституційним регулятором. За такої умови правове регулювання має цілеспрямований, організаційний, результативний характер і здійснюється за допомогою цілісної системи засобів, що реально виражають саму матерію права як нормативного інституту утворення – регулятора [63, с. 47]. Водночас наведені дефініції не можна вважати повними, оскільки вони не розкривають сутність правового регулювання комплексно, залишаючи поза увагою, зокрема, суб'єктів його реалізації.

Своєю чергою, приміром, А. Куца зазначає, що під правовим регулюванням слід розуміти здійснюваний державою шляхом застосування правових засобів (юридичних норм, правовідносин, індивідуальних приписів та ін.) цілеспрямований вплив на суспільні відносини з метою їх упорядкування, пов'язаний зі встановленням конкретних прав і обов'язків їх суб'єктів [73, с. 85].

Екстраполюючи окреслене вище на тематику нашого дослідження, можемо визначити, що правове регулювання МСЕ – це здійснюваний всією системою юридичних засобів регламентуючий процес цілеспрямованого впливу держави, в особі уповноважених органів публічної влади, на суспільні

відносини, що складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, з метою забезпечення їхньої визначеності й упорядкованості, а також охорони і розвитку.

Внаслідок регламентуючого впливу правового регулювання на систему МСЕ, суспільні відносини, насамперед між МСЕК й особами, які потребують певного виду медико-соціальних експертних послуг, набувають конкретної правової форми, тобто окреслюються у правові відносини. Сторони цих відносин отримують характерні властивості щодо наявності прав, юридичних обов'язків і відповідальності.

Водночас правовідносини в залежності від специфіки їх складу конкретизуються самостійними галузями права та зазнають відповідних диференціацій. Так, як вказувалось вище, одним із різновидів правового регулювання є адміністративно-правове регулювання, яке має достатньо широку сферу регламентуючого впливу.

Дослідниками вказується, що адміністративне право наповнює всю правову матерію суспільства. Практично неможливо знайти важливі суспільні відносини, які б не врегульовувалися певною мірою нормами адміністративного права [3, с. 25]. Адміністративне право є галуззю права, яка тісно пов'язана з інститутами публічної влади, публічного інтересу та публічного адміністрування. Інакше кажучи, адміністративне право існує у межах названих категорій [84, с. 57]. Враховуючи зазначене, закономірно, що МСЕ як сфера спеціальних суспільних відносин, яка становить вагомий вид публічного сервісу, впорядковується та регулюється нормами адміністративного права. У цьому випадку правове регулювання має обмежений склад суб'єктів його здійснення, адже зводиться до публічно-владної діяльності інституцій публічного адміністрування.

На основі означеного вбачається, що в загальному вигляді адміністративно-правове регулювання становить цілеспрямований адміністративний вплив, здійснюваний суб'єктами публічного адміністрування шляхом послідовного та виваженого використання комплексу

адміністративно-правових засобів на відповідні суспільні відносини з метою їх упорядкування, охорони та захисту.

У відповідному контексті варто зазначити, що у сучасній доктрині адміністративного права науковці відходять від послуговування категорією «адміністративно-правові засоби» та все частіше надають перевагу поняттю «адміністративно-правові інструменти» або «інструменти публічного адміністрування» [3, с. 203; 84, с. 253], що матиме місце й у цьому дослідженні.

Підсумовуючи вищевикладене, можемо зробити висновок, що адміністративно-правове регулювання МСЕ – це здійснюваний шляхом послідовного та виваженого використання адміністративно-правових інструментів регламентуючий процес цілеспрямованого впливу публічної адміністрації на суспільні відносини, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, з метою забезпечення їхньої упорядкованості, охорони і розвитку.

Проте формальна наявність адміністративно-правового регулювання не забезпечує його ефективність або взагалі здійснення. Для його реалізації має існувати спеціальний механізм.

Згідно із загальним трактуванням механізм правового регулювання – це система всіх державно-правових (юридичних) засобів, за допомогою яких забезпечується упорядкованість суспільних відносин. Водночас до основних елементів такого механізму відносять: норми права, юридичні факти, правовідносини, акти безпосередньої реалізації норм права [146, с. 346-347].

Подібним чином дослідниками визначається і дефініція поняття «механізм адміністративно-правового регулювання». Приміром С. Стеценко розуміє його як сукупність правових засобів, за допомогою яких здійснюється правове регулювання суспільних відносин у сфері адміністративного права [144, с. 320]. Тобто, зазвичай, у науковій площині механізм будь-якого правового регулювання розкривається через систему або сукупність правових засобів.

Що ж стосується структури (змісту) механізму адміністративно-правового регулювання, то в цьому напрямі адміністративісти не дійшли згоди. Авторами відзначається, що сучасна юридична наука характеризується наявністю двох підходів до визначення формальних елементів механізму правового регулювання. Перший – широкий, що визначається множинністю елементів, зокрема норм права, юридичних фактів, правовідносин, тлумачення норм права, реалізацією норм права, законністю; правовою культурою і правосвідомістю, правомірною та протиправною поведінкою, юридичною відповідальністю. Другий – вузький, що включає лише деякі з вищезазначених елементів – наприклад, норми права, індивідуальні акти, правовідносини, правореалізацію та законність [5, с. 212].

У цьому контексті А. Корнійченко, узагальнюючи низку наукових позицій, пропонує структуру адміністративно-правового механізму поділяти на загальні та спеціальні елементи. До загальних елементів дослідниця відносить: 1) норми права; 2) адміністративно-правові відносини; 3) акти застосування норм права. До спеціальних – всі інші елементи адміністративно-правового механізму, перелік яких не є вичерпним (зокрема, систему суб'єктів публічної адміністрації, повноваження, принципи, форми та методи їх діяльності, правосвідомість, правову культуру, юридичні факти та інші елементи) [68, с. 99]. У свою чергу, вважаємо, що такий підхід заслуговує підтримки, оскільки вбачається нами як обґрунтований та універсальний. Проте, зважаючи на обмеженість одним підрозділом, нами будуть розглянуті лише загальні елементи механізму адміністративно-правового регулювання.

Першим основним елементом механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ виступають адміністративно-правові норми, які знаходять свій зовнішній прояв у низці нормативно-правових актів (джерел адміністративного права).

У системі відповідних нормативно-правових актів ключову роль відіграє Конституція України. Аналіз положень Конституції України засвідчує, що усі її розділи тією чи іншою мірою є, по-перше, основою для формування норм

адміністративного права, по-друге, – правилами, якими у своїй діяльності мають безпосередньо керуватися суб'єкти публічної адміністрації. Конституція України буде джерелом адміністративного права у частині тих норм (частин, пунктів, підпунктів тощо), які: закріплюють права приватних осіб; визначають обов'язки приватних осіб у сфері публічного адміністрування; встановлюють обов'язки суб'єктів публічної адміністрації; визначають організаційну побудову органів публічної влади; закріплюють повноваження суб'єктів публічної адміністрації [84, с. 91-92].

Водночас адміністративно-правове регулювання МСЕ детерміноване низкою положень Основного Закону, які визначають його ідеологічну спрямованість, згідно з якими: Україна є соціальною, правовою державою (ст.1); людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю; 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 (ст. 3); органи законодавчої, виконавчої та судової влади здійснюють свої повноваження у встановлених Конституцією межах і відповідно до законів України (ч. 2 ст. 6); Конституція України має найвищу юридичну силу; закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй (ст. 8); органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України (ч. 2 ст. 19) [67].

У контексті адміністративно-правового регулювання МСЕ основоположними конституційними нормами є також: ст. 46 (право на соціальний захист, що включає право на забезпечення у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності); ст. 48 (право на достатній життєвий рівень); ст. 49 (право на охорону здоров'я); ст. 92 (встановлює, що законами України визначаються основи соціального захисту й охорони здоров'я).

На підставі вищевказаних статей Основного Закону, зокрема, були прийняті органічні закони України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 1053-ІХ, які наразі становлять законодавчий базис організації проведення МСЕ.

Серед іншого, Конституція України закріплює повноваження Кабінету Міністрів України, який є вищим органом у системі органів виконавчої влади та ключовим суб'єктом адміністративно-правового регулювання МСЕ. Зокрема встановлюється, що уряд, відповідно до ст. 116-117 Основного Закону, забезпечує виконання Конституції і законів України; вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина; забезпечує проведення політики соціального захисту; спрямовує і координує роботу міністерств, а також утворює, реорганізовує та ліквідує їх; у межах своєї компетенції видає постанови і розпорядження, які є обов'язковими до виконання [67].

Так, Кабінет Міністрів України спрямовує і координує роботу Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України), яке є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та відповідно суб'єктом адміністративно-правового регулювання МСЕ, що наділений спеціальною компетенцією. Водночас правовий статус МОЗ України регламентується постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25.03.2015 р. № 267, згідно з яким міністерство уповноважене проводити МСЕ з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності особи та здійснювати контроль і нагляд за додержанням законодавства у цій сфері [115].

Окрім цього, Кабінетом Міністрів України з метою врегулювання процедур організації проведення МСЕ, а також пов'язаних з нею питань, та на виконання нормативної вказівки законів України «Про основи соціальної

захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-XII (ст. 3, 38), «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII (ст. 69), «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV (ст. 7, 23) зокрема прийнято:

– постанову «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, якою затверджені основні підзаконні нормативно-правові акти спеціального характеру – Положення про медико-соціальну експертизу, Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності;

– постанову «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю» від 23.05.2007 р. № 757;

– постанову «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами» від 03.12.2009 р. № 1301;

– постанову «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду» від 21.01.2015 р. № 10.

Наступною ланкою нормативно-правових актів, що містять адміністративно-правові норми, які регулюють питання організації проведення МСЕ, є закони України. Серед значної кількості законодавчих актів головними та профільними є закони, означені попередньо як органічні та базисні, – «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-XII, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р. № 1053-IX. Водночас з метою уникнення дублювання дисертаційного матеріалу, ключові положення цих законів будуть проаналізовані й означені у підрозділі 1.3.

Конституційні та законодавчі адміністративно-правові норми мають ознаки узагальненості, а тому потребують належної конкретизації, що

знаходить свій вияв у підзаконній нормотворчості суб'єктів публічного адміністрування. Тобто в нормативних-правових актах, які видаються ними на підставі закону, відповідно до закону і для його виконання.

Як вказувалось попередньо, головним підзаконним нормативно-правовим актом спеціального характеру відносно сфери МСЕ є постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, якою затверджені Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності [96]. У контексті нашого дослідження наведена постанова є ключовим нормативним документом, адже саме нею врегульовані питання, пов'язані з організацією проведення МСЕ, її процедурами та функціональними особливостями.

Пунктом 4 Положення про медико-соціальну експертизу (далі – Положення про МСЕ) закріплено, що:

– МСЕ проводять МСЕК, з яких утворюються в установленому порядку центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій;

– відповідний центр (бюро) очолює головний лікар, який призначається Міністром охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівником управління охорони здоров'я обласної (міської) держадміністрації;

– МСЕК перебувають у віданні МОЗ України й утворюються за таким територіальним принципом: Кримська республіканська; обласні; центральні міські у мм. Києві та Севастополі; міські, міжрайонні, районні;

– міські та районні МСЕК утворюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком від 18 років і старше, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш як 100 тис. чоловік;

– МОЗ України утворює Центральну МСЕК, яку очолює головний лікар;

– утворення, реорганізація та ліквідація Центральної МСЕК, Кримської республіканської, обласних, центральних міських, міських, міжрайонних,

районних МСЕК, призначення і звільнення їх керівників визначається Положенням про Центральну МСЕК та Положенням про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) МСЕ, які затверджуються МОЗ України [96].

Що стосується Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, то воно має провідне значення у контексті процедурного аспекту регулювання проведення МСЕ.

Серед інших актів Кабінету Міністрів України, які забезпечують адміністративно-правове регулювання МСЕ, важливе значення мають постанови, що вказувались вище при означенні конституційних повноважень уряду.

Завершуючи огляд базисних адміністративно-правових норм у сфері МСЕ, варто згадати нормотворчу діяльність профільного суб'єкта публічної адміністрації – МОЗ України, який провадить правове регулювання МСЕ шляхом видачі спеціальних наказів, як приклад:

– наказ «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» від 08.10.2007 р. № 623;

– наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 р. № 561;

– наказ «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення МСЕК ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків» від 05.06.2012 р. № 420;

– наказ «Про створення Державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України» від 02.07.2012 р. № 111-о;

– наказ «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях» від 30.07.2012 р. № 577;

– наказ «Про внесення змін до Переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування» від 30.12.2015 р. № 919.

Таким чином, адміністративно-правові норми як основний елемент механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ знаходять свій зовнішній вияв у низці нормативно-правових актів, які умовно можна розподілити на:

1) базисні – Конституція України, закони України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV;

2) спеціальні (конкретизуючі) – постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317 та низка інших підзаконних нормативно-правових актів, виданих суб'єктами публічної адміністрації відповідно до законодавчих актів і для їх виконання, насамперед базисних законів, з метою регулювання суспільних відносин у сфері МСЕ.

Слідом за адміністративно-правовими нормами важливою складовою механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ є адміністративно-правові відносини, які традиційно розглядають як результат регулюючого впливу адміністративно-правових норм на суспільні відносини, внаслідок чого вони перетворюються на правові відносини [2, с. 171].

Провідна роль у визначенні змісту адміністративно-правових відносин, що складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, належить їх сторонам (суб'єктам публічної адміністрації та приватним особам, які потребують певного виду медико-соціальних експертних послуг).

Ураховуючи специфіку адміністративно-правових відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних

послуг, вважаємо, що суб'єктів публічної адміністрації як учасників цих відносин доцільно поділяти на:

1) суб'єктів публічно-владних повноважень – Кабінет Міністрів України, МОЗ України, інші органи, які наділені юридично-владними повноваженнями та потенційно здатні здійснювати вплив на суспільні відносини, що складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг;

2) суб'єктів публічно-сервісних (невладних) повноважень – Центральна МСЕК, МОЗ України; Кримська республіканська МСЕК; обласні, центральні міські у містах Києві та Севастополі, міські, міжрайонні, районні МСЕК.

Станом на 01.01.2021 р. МСЕ в Україні здійснювали 362 МСЕК, з них 48 обласних і центральних міських, 314 міжрайонних, які протягом 2020 року провели 561850 оглядів, у тому числі 148042 – первинні, 386847 – повторні [92, с. 53, 56].

Водночас перелік приватних осіб, які потребують певного виду медико-соціальних експертних послуг, відповідно до положень постанови Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317 включає: 1) хворих, що досягли повноліття; 2) потерпілих від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання; 3) осіб з інвалідністю [96].

Відповідні дії та поведінка окреслених суб'єктів формують об'єкт досліджуваних адміністративно-правових відносин, а зміст таких відносин представлений правами й обов'язками (повноваженнями) їх учасників, які визначені адміністративно-правовими нормами, що розглядалися вище.

Отже, адміністративно-правові відносини як елемент механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ визначають конкретне коло суб'єктів, на яких поширюється дія адміністративно-правових норм, і визначають рамки їх обов'язкової та дозволеної поведінки.

Заключним загальним елементом механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ є акти застосування та реалізації адміністративно-правових

норм. Іншими словами, це акти (дії), які дозволяють використати конкретні можливості, надані адміністративно-правовими нормами, або передбачають результативне виконання наданих повноважень.

У відповідному контексті, як приклад, особа, яка має захворювання, за якого група інвалідності встановлюється безстроково, керуючись гарантіями безоплатності медико-соціальних експертних послуг, а також ст. 3 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, абз. 2 п. 5 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, маючи направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, звертається із письмовою заявою до відповідної МСЕК для встановлення інвалідності заочно. Водночас відповідна МСЕК за результатами такого розгляду, керуючись повноваженнями, наданими постановою Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, приймає рішення про встановлення інвалідності особі.

Таким чином, підсумовуючи викладений матеріал, можемо зробити висновок, що служба МСЕ – це спеціальний вид публічного сервісу, який функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам й іншого.

Суспільні відносини, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, мають суттєве значення для держави і соціуму, тобто становлять публічний інтерес, а відтак, обов'язково підлягають адміністративно-правовому регулюванню.

МСЕ як об'єкт адміністративно-правового регулювання – це окрема сфера суспільних відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг щодо встановлення ступеня обмеження

життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам, і вид публічно-владної та публічно-сервісної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, що провадиться з метою задоволення відповідного публічного інтересу та задля впорядкованості, охорони і розвитку цієї сфери відносин.

1.2. Мета, завдання та принципи організації проведення медико-соціальної експертизи

Вітчизняна служба МСЕ, яка є спеціальним видом публічного сервісу, що функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах, а також важливим елементом системи соціального захисту та охорони здоров'я, об'єктивно є складним організованим і впорядкованим процесом, детермінованим відповідними метою та завданнями, що здійснюється на основі низки принципів. Відтак, з метою належного з'ясування загальних характеристик організації проведення МСЕ, в межах цього підрозділу нами буде проведений ґрунтовний аналіз означених основоположних категорій.

У рамках правової науки питання мети, завдань та принципів організації проведення МСЕ на сьогоднішній день є малодослідженими і такими, що не мають предметного висвітлення. Водночас вченими-адміністративістами сформовано достатньо суттєвий науково-теоретичний базис щодо проблематики мети, завдань та принципів адміністративної діяльності суб'єктів публічного адміністрування (як загалом, так і в різних сферах), який стане в нагоді при проведенні окресленого дослідження. У відповідному контексті серед науковців, зокрема, доцільно виокремити В. Авер'янова, О. Бандурку, В. Бевзенка, О. Безпалову, Ю. Битяка, В. Галунька, В. Гаращука, І. Голосніченка, В. Гриценка, А. Корнійченко, Т. Коломоєць, А. Куліша, А. Манжулу, Р. Мельника, В. Настюка, Н. Нижник, А. Пухтецьку, Є. Соболя, С. Стеценка, Х. Ярмакі.

У загальному вигляді діяльнісна категорія «організація проведення» стосовно МСЕ має виключне та фундаментальне значення, адже є невід'ємною інтегральною стадією, що покликана забезпечити злагоджене й упорядковане функціонування відповідної системи, а також ключовою умовою належного здійснення медико-соціальних експертних процедур. Саме від організаційного аспекту залежать фактична спроможність та результативність МСЕ. Тому перш ніж перейти до розгляду відповідних мети, завдань та принципів, вважаємо за доцільне охарактеризувати та визначити сутність термінологічної конструкції «організація проведення МСЕ».

Семантично слово «організація», зокрема, може трактуватись як дія за значенням організувати, організовувати; особливості будови чого-небудь; структура; комплекс заходів, зміст яких полягає у координації дій окремих елементів системи. При цьому відповідно утворений прикметник «організований» тлумачиться як належно впорядкований, планомірно спрямований на що-небудь; такий, що діє чітко, злагоджено, дисципліновано. У свою чергу під дієсловом «організовувати» розуміють дії щодо згуртування, об'єднання кого-небудь із певною метою; чітке налагоджування, належне впорядковування [27, с. 853]. Відтак слова «влаштувати», «впорядковувати», «налагоджувати» є синонімами слова «організовувати» [56, с. 286]. Отже, «організація проведення» у контексті нашого дослідження є категорією, яка окреслює діяльнісну складову, активні дії уповноважених суб'єктів (відповідних організаторів), що виконуються з метою забезпечення злагодженого і впорядкованого функціонування певних систем, механізмів. За цих обставин, стосовно процесу проведення певних процедур здійснюється організуючий вплив, який за своєю сутністю є управлінським (адмініструвальним).

У цьому контексті, принагідно вказати, що відповідно до ст. 69 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ порядок організації та проведення МСЕ встановлюється Кабінетом Міністрів України [91].

Враховуючи вищевказане, можемо визначити, що організація проведення МСЕ – це сукупність управлінських заходів, насамперед правового характеру, які здійснюються суб'єктами публічного адміністрування з метою забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг.

Згідно із запропонованим визначенням, метою організації проведення МСЕ є забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг, що зокрема включає встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам. Мету у вказаному формулюванні доцільно розуміти як ключову (стратегічну), оскільки вона відображає загальний цільовий стан і результат, якого необхідно досягти при виконанні заходів з організації проведення МСЕ.

В енциклопедичній літературі визначається, що мета (ціль) – це ідеальне передбачення результату діяльності, що виступає її регулятором. Для неї характерні дві особливості: по-перше, мета є моделлю майбутнього результату, початковим образом, до якого рухається об'єкт; по-друге, вона виступає як варіант задоволення потреби, сформований з кількох альтернатив [39, с. 385]. Тобто встановлення мети для будь-якої діяльності обов'язково передбачає прогностичне моделювання майбутнього і окреслення лише бажаного результату.

З огляду на зазначене, влучним є твердження А. Голубова, що наявність мети для діяльності є системно-організуючим фактором, який надає їй логічної спрямованості, цілісності, обумовлює вибір сил і засобів її виконання, забезпечує її ефективність та результативність, сприяє отриманню нової якості діяльності, можливості оцінювання її результатів тощо [30, с. 58].

У юридичній літературі зазначається, що цілі перебувають в ієрархічній супідрядності одна з одною; загальні стратегічні цілі конкретизуються в безлічі

підцілей, одні цілі більш важливі, пріоритетні порівняно з іншими. Вибір пріоритетних цілей залежить від різноманітних чинників дії зовнішнього середовища, тому пріоритет мети співвідноситься з реальним часом: мета, визначена як пріоритетна, повинна бути адекватна дії факторів та умов зовнішнього середовища [29, с. 32]. Відтак ключова (стратегічна) мета організації проведення МСЕ може включати низку конкретизуючих субцілей, які, в залежності від поточних обставин, пропонуємо диференціюються на ординарні та пріоритетні.

Пріоритетні субцілі зумовлюються актуальними викликами і потребами та окреслюють конкретний бажаний результат, якого потрібно досягти у найкоротші терміни задля виконання ключової (стратегічної) мети організації проведення МСЕ, а також коригують фокус відповідної управлінської діяльності суб'єктів публічного адміністрування. Так, приміром, у зв'язку з притаманністю вітчизняній системі МСЕ рудиментарних властивостей, які не відповідають міжнародним стандартам і практиці та, відповідно, негативно впливають на її функціонування в сучасних умовах, Планом пріоритетних дій Уряду на 2021 рік, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.03.2021 р. № 276-р, було окреслено мету (субціль) щодо оновлення організаційних засад проведення МСЕ шляхом впровадження системи оцінки втрати функціональності на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [113].

Всі інші субцілі, які також є об'єктивно необхідними для виконання ключової (стратегічної) мети організації проведення МСЕ, проте не вирізняються особливою нагальністю у поточний період часу, відносяться до числа ординарних.

Отже, мета для діяльності з організації проведення МСЕ є системно-організуючим і спрямовуючим чинником, що завчасно визначає (моделює) конкретний результат, якого необхідно досягти за наслідком виконання належних діяльнісних заходів, та дозволяє запобігти хаотичності внутрішніх процесів і здійснюваних процедур.

Також визначена мета передбачає постановку детермінованих нею завдань, що мають конкретизувати шляхи її досягнення, тобто завдання, на відміну від мети, мають не стратегічний, а тактичний характер. Змістовно завдання – це наперед визначений, запланований для виконання обсяг роботи, справа [27, с. 378]. Екстраполюючи зазначене на тематику нашого дослідження, можна визначити, що у загальному вигляді завдання організації проведення МСЕ – це наперед визначений, запланований до виконання обсяг робіт, покладений на суб'єктів публічного адміністрування, що потребує здійснення конкретних заходів задля злагодженого і впорядкованого функціонування системи МСЕ.

С. Вітвіцький, досліджуючи проблематику контрольної діяльності, вказує, що завдання – це те, що потребує виконання, вирішення, це основа здійснення державного контролю. Для однієї мети можна сформулювати декілька завдань. Успішне вирішення завдань контрольної діяльності веде до досягнення цілей [29, с. 32]. Своєю чергою В. Пчелін у контексті питань організації адміністративного судочинства вказує, що відповідні завдання є окремими напрямками діяльності уповноважених суб'єктів, реалізація яких передбачає досягнення наведеної мети [130, с. 49]. Проте, на нашу думку, таке розуміння завдань управлінської діяльності є хибним, адже фактично ототожнюються відмінні поняття – завдання та напрями. Напрями – це категорія, що позначає певні межі, конкретну сферу, в рамках яких встановлюються спеціальні завдання. Так, приміром, Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р [127], визначає шість напрямів безбар'єрності, кожен з яких включає відповідні йому стратегічні цілі та завдання.

Відносно означеного влучною є думка Є. Соболя, який зазначає, що окреслення у меті напрямів діяльності органів публічної влади сприяє визначенню завдань, за допомогою яких кожний з елементів мети буде

структурований та реалізований на практиці [141, с. 160]. Таким чином, напрями і завдання – тісно пов'язані між собою категорії, однак не тотожні.

Станом на сьогодні, питання щодо завдань організації проведення МСЕ, зокрема їх переліку, не мають належного нормативно-правового закріплення, адже регламентуються фрагментарно та доволі опосередковано. Тому сформувавши їх вичерпний перелік не вбачається за можливе. Водночас, враховуючи, що виконання досліджуваних завдань є виключною прерогативою публічної адміністрації, тобто належить до сфери компетенції відповідних суб'єктів, основний перелік завдань організації проведення МСЕ можна спробувати визначити через призму завдань і повноважень, закріплених за ними.

Як вказувалось вище, відповідно до ст. 69 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII порядок організації та проведення МСЕ встановлюється Кабінетом Міністрів України [91]. У свою чергу, згідно зі ст. 3 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-XII та ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» Кабінет Міністрів України уповноважений на затвердження положення про МСЕ, положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, порядку проведення переогляду з метою підвищення групи інвалідності і вичерпного переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду [122; 124].

Здійснення вищевказаних організаційних заходів обумовлене особливим статусом Кабінету Міністрів України, згідно з яким він є вищим органом у системі органів виконавчої влади, що серед основних завдань має: виконання Конституції та законів України; забезпечення проведення політики у сферах соціального захисту й охорони здоров'я; спрямування та координація роботи міністерств, інших органів виконавчої влади, здійснення контролю за їх

діяльністю [67; 120]. Водночас практична інституційна спроможність Уряду прямо пов'язана з його нормотворчими повноваженнями щодо видання обов'язкових для виконання актів – постанов і розпоряджень.

Твердження, аналогічні вищевказаному, стосуються й інших суб'єктів публічного адміністрування, які мають предметну компетенцію щодо організації проведення МСЕ, – МОЗ України та, в окремих випадках, Міністерство соціальної політики України, а також місцеві державні адміністрації в особі управлінь (департаментів) охорони здоров'я. Насамперед МОЗ України відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267, здійснює проведення МСЕ з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності особи, контроль і нагляд за додержанням законодавства про МСЕ, а також у межах повноважень видає відповідні накази [115], що відносяться до підзаконних нормативно-правових актів і регламентують окремі питання організації проведення МСЕ.

Відтак одним з найважливіших завдань організації проведення МСЕ є встановлення правових (організаційно-правових) засад функціонування цієї системи та визначення порядку проведення відповідних процедур, що передбачає здійснення правотворчих заходів компетентними органами публічного адміністрування, а саме: розроблення і прийняття належних підзаконних нормативно-правових актів – положень, порядків, переліків, інструкцій; затвердження форм спеціальних документів тощо.

Водночас наявність у вищезазначених суб'єктів контрольних повноважень дозволяє до основних завдань організації проведення МСЕ також віднести запобігання та своєчасне виявлення факторів, які сприяють дезорганізації системи МСЕ, порушують встановлені засади функціонування внутрішніх процесів і порядки провадження процедур (контроль і моніторинг додержання законодавства).

Окрім цього, проведений аналіз нормативно-правових актів, які визначають компетенцію окреслених органів публічного адміністрування та

регламентують питання МСЕ [67; 91; 96; 115; 120; 124], до завдань організації проведення МСЕ дозволяє віднести:

- формування мережі суб'єктів проведення МСЕ – МСЕК, встановлення порядку утворення з їх числа центрів (бюро);

- визначення організаційних засад діяльності МСЕК: підвідомчість, ієрархія, територіальність, профільність, структура, склад, штатні нормативи чисельності тощо;

- призначення керівників центрів (бюро) МСЕ, що передбачає проведення відповідних конкурсів й укладання контрактів; звільнення керівників центрів (бюро) МСЕ;

- створення належних умов для функціонування МСЕК, що, зокрема, включає здійснення цільового фінансування за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, забезпечення нерухомим майном (будівлями, приміщеннями), транспортними засобами, іншими матеріально-технічними ресурсами й інфраструктурою, необхідними для проведення МСЕ, у тому числі обладнанням та інвентарем;

- сприяння кадровому забезпеченню й укомплектованості центрів (бюро) МСЕ та МСЕК, що функціонують у їх структурі;

- забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів та інших фахівців, які входять до складу МСЕК, вжиття заходів для підвищення їх кваліфікації;

- планування діяльності та розвитку центрів (бюро) МСЕ;

- спрямування та координація діяльності МСЕК, сприяння уніфікованості здійснення медико-соціальних експертних процедур, зокрема шляхом упровадження єдиної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, вироблення і запровадження методик (методичних рекомендацій), здійснення консультування й організаційно-методичного керівництва;

- аналіз показників діяльності як окремих центрів (бюро) МСЕ, так і системи МСЕ у цілому, насамперед з метою виявлення недоліків відповідних

процедур, вироблення заходів із вдосконалення порядку проведення МСЕ, узагальнення і поширення передового досвіду роботи;

– запобігання випадкам прийняття МСЕК необґрунтованих рішень, впровадження і забезпечення функціонування механізмів позасудового оскарження таких рішень, поширення інформації про належний порядок проведення МСЕ і оскарження рішень МСЕК;

– проведення акредитації центрів (бюро) МСЕ й атестації лікарів, які входять до складу комісій;

– утворення та забезпечення діяльності науково-дослідних інститутів медико-соціальних проблем інвалідності;

– розвиток систематичної взаємодії, налагодження співпраці МСЕК з лікарсько-консультативними та військово-лікарськими комісіями закладів охорони здоров'я, а також органами публічної влади;

Разом з цим, актуальні обставини, а також суспільний запит у контексті організації проведення МСЕ ставлять перед уповноваженими органами публічного адміністрування завдання щодо необхідності підвищення прозорості діяльності МСЕК, зменшення бюрократизму та спрощення процедур, проведення діджиталізації системи МСЕ, усунення корупційних ризиків.

Таким чином, процес досягнення мети організації проведення МСЕ потребує від публічної адміністрації виконання значної кількості завдань, першочергово вищевказаних, які є різноманітними як за складністю, обсягом, так і сутністю. Загалом перелік таких завдань не є вичерпним і прямо залежить від поточних економічних, політичних, соціальних та інших обставин. Відтак вважаємо, що виокремлені завдання організації проведення МСЕ з метою систематизації у залежності від суб'єктів їх реалізації можуть бути розподілені на центральні, регіональні та внутрішньовідомчі. Згідно із запропонованою класифікацією:

1) центральні – завдання, які стосуються всієї системи МСЕ та реалізуються органами публічної адміністрації, юрисдикція яких поширюється

на всю територію України, тобто мають національний рівень. До відповідних суб'єктів належать Кабінет Міністрів України, МОЗ України, Міністерство соціальної політики України, інші центральні органи виконавчої влади в межах компетенції, які насамперед встановлюють і визначають правові (організаційно-правові) засади функціонування системи МСЕ, діяльності МСЕК, порядків проведення відповідних процедур; здійснюють контроль і моніторинг додержання законодавства про МСЕ; проводять акредитації центрів (бюро) МСЕ;

2) регіональні – завдання, які виконують місцеві органи виконавчої влади – відповідні місцеві державні адміністрації, у тому числі в особі управлінь (департаментів) охорони здоров'я. Такі завдання є найчисленнішими, адже питання щодо фактичної організації проведення МСЕ належать до предметної компетенції місцевих державних адміністрацій. Відтак регіональні завдання організації проведення МСЕ включають: утворення центрів (бюро) МСЕ, призначення (звільнення) їх керівників і сприяння кадровому забезпеченню й укомплектованості; формування мережі МСЕК; створення належних умов для функціонування МСЕК; планування діяльності та розвитку центрів (бюро) МСЕ; спрямування та координація діяльності МСЕК; розвиток систематичної взаємодії, налагодження співпраці МСЕК з лікарсько-консультативними та військово-лікарськими комісіями закладів охорони здоров'я, а також органами публічної влади, тощо;

3) внутрішньовідомчі – завдання, які засновані на ієрархічності МСЕК, що передбачає наділення Центральної МСЕК, Кримської республіканської, обласних МСЕК низкою організаційних повноважень відносно нижчестоящих МСЕК. У відповідному контексті специфіка правового статусу вказаних МСЕК обумовлює віднесення до завдань їх діяльності спрямування та координацію діяльності нижчестоящих МСЕК; сприяння уніфікованості здійснення МСЕ (вироблення і запровадження методик (методичних рекомендацій), здійснення консультування й організаційно-методичного керівництва); вироблення заходів із вдосконалення порядку проведення МСЕ; узагальнення і поширення

передового досвіду роботи; запобігання випадкам прийняття необґрунтованих рішень, поширення інформації про належний порядок проведення МСЕ і оскарження рішень МСЕК тощо.

Водночас організація проведення МСЕ, окрім мети, яка конкретизується через відповідні їй завдання, з об'єктивних причин не може здійснюватися без керівних засад, відправних ідей, які визначають її зміст і спрямованість, тобто принципів.

Принципи завжди відіграють особливу та визначальну роль для низки різноманітних явищ. Ще у класичному римському праві, як принагідно відзначає О. Скрипнюк, отримала поширення формула «принцип є найважливішою часткою всього» [58, с. 46]. Етимологічно категорія «принцип» (від лат. «*principium*») означає початок, першооснова будь-чого [41, с. 574]. Водночас, згідно із поширеною дефініцією, принцип – це основне, найзагальніше, вихідне положення, засіб, правило, що визначає природу і соціальну сутність явища, його спрямованість і найсуттєвіші властивості [80, с. 190].

Відтак закономірно, що у загальній теорії права під принципами права зазвичай розуміють відправні ідеї, основні засади, що визначають зміст і спрямованість правового регулювання. Водночас конкретизується, що принципи права виражають, уособлюють загальнолюдські суспільні цінності, мають найбільш загальний, абстрактний характер, визначають зміст системи права та її структурних елементів, спрямовують формування норм права, відрізняються більшою стабільністю [48, с. 66, 69-70]. У свою чергу, принципи адміністративного права – найбільш загальні й стабільні вимоги, об'єктивно зумовлені засади, на яких базується адміністративна діяльність суб'єктів публічної адміністрації з метою забезпечення права, свобод і законних інтересів приватних осіб, нормального функціонування громадянського суспільства та держави [4, с. 440]. Такі галузеві принципи, як зауважують Р. Мельник і В. Бевзенко, займають щодо норм адміністративного права панівне становище. Вони є свого роду меганормами, на підставі яких мають розвиватися «звичайні»

норми адміністративного права [84, с. 65]. Означене дає підстави стверджувати, що принципи виконують роль самостійного регулятора, який, враховуючи суспільні цінності й інтереси, встановлює відповідні вимоги (вихідні, керівні засади), зокрема й правові, та цільові орієнтири для будь-яких явищ.

Таким чином, організація проведення МСЕ як діяльнісна категорія, що становить сукупність управлінських заходів, які здійснюються суб'єктами публічного адміністрування, обов'язково базується на низці принципів. На основі проведено аналізу можна визначити, що принципи організації проведення МСЕ – це зумовлені об'єктивними соціальними чинниками загальні, відносно стабільні, основоположні та керівні засади здійснення управлінських заходів щодо забезпечення і гарантування злагодженого та впорядкованого функціонування системи МСЕ, які визначають зміст і спрямованість означеної діяльності органів публічного адміністрування.

Як відзначалось у попередньому підрозділі, МСЕ – категорія міжгалузєва, вона функціонує на стику медицини, соціології, економіки, права тощо. Така специфіка детермінує всю систему МСЕ, зокрема й питання її організації проведення, та передбачає наявність значної кількості принципів, що лежать в основі її функціонування. Водночас на законодавчому та нормативних рівнях окремо перелік таких принципів не визначається, що зумовлює необхідність їх самостійного виокремлення.

Першочергово принципи організації проведення МСЕ продиктовані загальнообов'язковими й основоположними положеннями Конституції України, серед яких:

- 1) верховенство права (ч. 1 ст. 8), який є одним з основоположних принципів правопорядку сучасної держави та ключовою засадою всієї правової системи. Його дія поширюється на всі органи публічної влади та, зокрема, визначає контекст їх нормотворчої та правозастосовної діяльності. Р. Мельник і В. Бевзенко зазначають, що з практичної точки зору цей принцип означає підпорядкування діяльності усіх публічних інститутів потребам реалізації та захисту прав людини, утвердження їх пріоритету перед усіма іншими

цінностями демократичної, соціальної, правової держави [84, с. 67]. Таким чином, заходи, які реалізуються публічною адміністрацією з метою організації проведення МСЕ, мають бути спрямованими на реальне та першочергове забезпечення прав осіб, які потребують певного виду медико-соціальних експертних послуг;

2) законність (ч. 2 ст. 8; ч. 2 ст. 19) – принцип, котрий розглядається як основоположна засада (вимога) публічного адміністрування, що зобов'язує відповідних суб'єктів, їх посадових осіб, діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України, а також неухильно дотримуватись процедур і правил юридичної техніки при здійсненні нормотворення. Відтак, реалізація заходів з організації проведення МСЕ, включаючи відповідні набори інструментів адміністрування, має здійснюватися виключно в межах компетенції, відведеної органам публічного адміністрування та чинного законодавства України;

3) гуманізм (ст. 3) – принцип, що вимагає визнання людини найвищою цінністю, виходить з презумпції добродетності людини. Гуманізм означає, що право має бути підпорядковане служінню людині, її потребам та інтересам, забезпеченню їх юридичної захищеності, створенню умов для вільного людського розвитку і самореалізації [49, с. 72]. Згідно із наведеним принципом процеси щодо організації проведення МСЕ повинні бути виключно людиноцентристськими, тобто спрямовуватись на максимальне задоволення інтересів і потреб людини;

4) рівність і заборона дискримінації (ст. 21, ст. 24), відповідно до якого заходи, що реалізуються органами публічного адміністрування з метою організації проведення МСЕ, мають створювати умови для справедливого доступу всіх осіб до сервісу МСЕ (без будь-яких привілеїв чи обмежень, окрім тих, що об'єктивно необхідні та прямо передбачені законом), застосування єдиних критеріїв проведення експертних процедур, однакового й неупередженого ставлення тощо;

5) конфіденційність інформації про особу (ст. 32) – принцип, покликаний недопустити протиправне збирання, зберігання, використання та поширення медичної та іншої інформації про особу, отриманої у зв'язку проведенням МСЕ;

6) безоплатність медичної допомоги (ст. 49) – принцип, що гарантує кожному безоплатність медико-соціальних експертних процедур;

7) захист прав від порушень і протиправних посягань (ст. 55) – принцип, згідно з яким кожен має право будь-якими не забороненими законом засобами захищати свої права від порушень і протиправних посягань. Відтак, одним із завдань організації проведення МСЕ визначається забезпечення функціонування механізмів позасудового оскарження рішень МСЕК, поширення інформації про належний порядок проведення МСЕ і оскарження рішень МСЕК у судовому порядку.

Наведені вище принципи пропонуємо вважати основоположними, оскільки вони визначають фундаментальні та найважливіші засади (вимоги) здійснення організації проведення МСЕ.

Поряд з цим управлінська (адмініструвальна) сутність організації проведення МСЕ свідчить про її підпорядкованість ключовим засадам, притаманним адміністративному праву та його інститутам. У контексті нашого дослідження відповідні принципи доцільно розуміти як загальні, до яких ми першочергово відносимо принципи належного врядування.

Принципи належного врядування – збірна категорія принципів, котра визначає низку пріоритетних засадничих характеристик, на яких має базуватися діяльність суб'єктів публічного адміністрування. Авторитетними адміністративістами наголошується, що належне врядування є вершиною еволюції публічного адміністрування, яке увібрало в себе все найкраще та найрезультативніше [3, с. 71-72]. Такі принципи стосуються насамперед правозастосовної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, тобто тієї, що здійснюється у межах адміністративних процедур, спрямовується на прийняття адміністративних актів та їх застосування [84, с. 81]. Серед основних принципів належного врядування виокремлюють:

а) принцип участі у прийнятті рішень, відповідно до якого організація проведення МСЕ, її окремі напрями, мають реалізовуватись шляхом взаємодії публічної адміністрації та приватних осіб, інститутів громадянського суспільства. Так, статтею 3 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ встановлено, що Положення про медико-соціальну експертизу затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням думок громадських об'єднань осіб з інвалідністю [122];

б) принцип транспарентності (прозорості) – діє як вимога, що зобов'язує органи публічного адміністрування здійснювати заходи з організації проведення МСЕ на засаді повної інформаційної доступності та відкритості, що, як приклад, передбачає інформування через засоби масової інформації, офіційні веб-ресурси та/або іншим чином про відповідну діяльність, прийняті рішення тощо;

в) принцип ефективності – зобов'язує публічну адміністрацію до того, щоб усі її дії (рішення) були своєчасними, такими, що забезпечували б усе необхідне на підставі чітких завдань, оцінки майбутнього впливу та у випадках, де це можливо, на основі попереднього досвіду [84, с. 87]. Відтак усі управлінські заходи, які реалізуються в межах організації проведення МСЕ, мають бути виваженими і доцільними для досягнення встановленої мети, а також потребувати мінімум ресурсів;

г) принцип неупередженості – вимагає, щоб заходи з організації проведення МСЕ були зумовлені об'єктивними чинниками і факторами та виключали будь-яку заінтересованість (заангажованість) органів публічної адміністрації, їх посадових осіб;

г) принцип підзвітності – зобов'язує суб'єктів публічної адміністрації звітувати перед приватними особами, громадянським суспільством та органами вищого ієрархічного рівня про заходи, які реалізуються з метою організації проведення МСЕ, їх ефективність та результативність;

д) принцип інноваційності та відкритості до змін – передбачає, що публічна адміністрація має здійснювати свою діяльність через трансформацію (запозичення) наукових досліджень і публічних управлінських розробок у практику публічного адміністрування, використовуючи нові підходи щодо надання адміністративних послуг і здійснення виконавчо-розпорядчої діяльності з метою адаптації їх до стандартів ЄС та подальшого розвитку [3, с. 81-82]. Одним із завдань організації проведення МСЕ є вироблення заходів із вдосконалення порядку проведення МСЕ, узагальнення і поширення передового досвіду роботи. Також у відповідному контексті оновлення організаційних засад проведення МСЕ передбачає перехід до визнаної міжнародною спільнотою оцінки втрати функціональності на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

У рамках загальних принципів організації проведення МСЕ також можна виокремити значну кількість інших принципів, приміром: єдності цілей, компетентності, поєднання єдиноначальності та колегіальності, плановості та послідовності, системності тощо. Такі принципи визначають зміст і спрямованість адміністративного права, публічного адміністрування та, відповідно, детермінують всю систему організації проведення МСЕ. Водночас більш детально розглянути означену групу принципів не вбачається за можливе у зв'язку з лімітованими обсягами дисертаційного дослідження.

У свою чергу, організація проведення МСЕ ґрунтується на специфічних внутрішньогалузевих керівних засадах, які прямо пов'язані з сутністю МСЕ, процедурами її впорядкування та здійснення й у цілому сферою охорони здоров'я. Такі засади складають групу спеціальних принципів організації проведення МСЕ.

Спеціальні принципи організації проведення МСЕ включають основні принципи охорони здоров'я, визначені у ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, серед яких:

– визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

– дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;

– попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [91].

Як бачимо, більшість вищевказаних принципів співвідносяться з основоположними та загальними принципами організації проведення МСЕ (верховенство права, гуманізм, рівність, ефективність, інноваційність та відкритість до змін), проте мають галузеву конкретизованість відносно питань охорони здоров'я. Водночас окреслені спеціальні принципи передбачають:

1) підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; 2) комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я; 3) децентралізацію державного управління. Тобто засади, що формують ядро системи принципів організації проведення МСЕ та сутнісно визначають її спрямованість.

Окрім цього, поряд з основними принципами охорони здоров'я, перелік спеціальних принципів організації проведення МСЕ можна доповнити принципами публічного адміністрування медико-соціальних проблем осіб з інвалідністю. Перелік таких принципів запропоновано колективом авторів – В. Маруніч, А. Іпатов, Ю. Коробкін, І. Ханюкова, які, досліджуючи питання організації роботи та завдань МСЕ, до цієї групи віднесли:

– збереження прав людини та пацієнта і забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;

– пріоритет профілактичних заходів у галузі охорони здоров'я громадян;
– доступність медико-соціальної допомоги;

– соціальна захищеність громадян у випадках втрати здоров'я;

– відповідальність органів державної влади та управління, а також усіх відповідних закладів системи охорони здоров'я та соціального захисту незалежно від відомчої належності та форм власності за забезпечення конституційних прав громадян [81, с. 42].

Водночас варто відзначити, що вищевказані спеціальні принципи хоч і детермінують сутність та спрямованість організації проведення МСЕ, проте фактично за своїм характером є доволі опосередкованими. Відтак на основі проведеного аналізу вважаємо, що до основних спеціальних принципів організації проведення МСЕ варто віднести:

1) принцип системності побудови органів МСЕ, відповідно до якого МСЕ проводять спеціальні комісії – МСЕК, що складають впорядковану ієрархічну систему взаємодіючих структур, сформовану з урахуванням факторів територіальності, кількості населення та спеціалізації;

2) принцип галузевої підвідомчості органів МСЕ, що обумовлює перебування усіх МСЕК у віданні МОЗ України;

3) принцип поєднання державного і регіонального адміністрування – передбачає, що заходи з організації проведення МСЕ одночасно реалізують як центральні, так і місцеві органи виконавчої влади;

4) принцип делегування організаційних повноважень – передбачає, що окремі напрями з організації проведення МСЕ відносять до компетенції Центральної МСЕК, Кримської республіканської, обласних МСЕК;

5) принцип комбінованого фінансування, згідно з яким видатки на утримання МСЕК здійснюються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів;

6) принцип конкурсного відбору керівників Центральної МСЕК, центрів (бюро) МСЕ – принцип, що обумовлений приналежністю відповідних органів до закладів охорони здоров'я державної або комунальної форми власності, керівники яких, згідно зі ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, призначаються на посаду на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту [91];

7) принцип створення оптимальних умов функціонування МСЕ, котрий передбачає, що МСЕК повинні забезпечуватись необхідним обладнанням, інвентарем, іншими матеріально-технічними ресурсами й інфраструктурою;

8) принцип організаційно-методичного забезпечення – передбачає, що медико-соціальна експертна діяльність має здійснюватися переважно уніфіковано на основі компетентних і передових методик;

9) принцип постійного вдосконалення організаційної структури і процедур проведення МСЕ.

Отже, резюмуючи викладений матеріал, можемо підсумувати, що служба МСЕ є структурно складною системою, яка з об'єктивних підстав потребує реалізації органами публічного адміністрування низки організаційних (управлінських) заходів задля її впорядкування та забезпечення злагодженого функціонування, що в сукупності складають окрему діяльнісну категорію

«організація проведення МСЕ». Така діяльність детермінується спеціальними метою, завданнями та базується на значній кількості принципів.

Метою організації проведення МСЕ є забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг.

Завдання організації проведення МСЕ – це наперед визначений, запланований до виконання обсяг робіт, покладений на суб'єктів публічного адміністрування, що потребує здійснення конкретних заходів задля злагодженого і впорядкованого функціонування системи МСЕ. Такі завдання залежно від суб'єктів їх реалізації можуть бути розподілені на центральні, регіональні та внутрішньовідомчі.

Принципи організації проведення МСЕ – це зумовлені об'єктивними соціальними чинниками загальні, відносно стабільні, основоположні та керівні засади здійснення управлінських заходів щодо забезпечення і гарантування злагодженого та впорядкованого функціонування системи МСЕ, які визначають зміст і спрямованість означеної діяльності органів публічного адміністрування. Означені принципи за сутністю можна розподілити на: 1) основоположні; 2) загальні; 3) спеціальні.

1.3. Правові засади організації проведення медико-соціальної експертизи

При розгляді питань, що стосуються загальної характеристики організації проведення МСЕ, зважаючи на адміністративно-правовий аспект дослідження, окрему увагу доцільно приділити тематиці правових засад, на основі яких суб'єктами публічного адміністрування здійснюється відповідна управлінська діяльність.

Принагідно слід відзначити, що тематика правових засад є доволі поширеною у межах наукової площини, оскільки становить предметний інтерес для значної кількості дослідників з різних галузей юридичних знань. Д. Заброда зауважує, що більш ніж 30% від усієї кількості тем кандидатських і

докторських дисертацій щорічно затверджуються вченими-адміністративістами. Частина таких дисертацій присвячена дослідженню адміністративно-правових засад діяльності органів публічної влади, управління певною сферою суспільства тощо. Так, контекстний пошук в електронному каталозі Національної юридичної бібліотеки (ресурс Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського) показав, що словосполучення «адміністративно-правові засади» («основи») вжито у назвах понад 140 дисертацій, захищених за спеціальністю 12.00.07, «організаційно-правові засади» – понад 110, «адміністративно-правові аспекти» – понад 20, «адміністративно-правове регулювання» – понад 60, «публічне адміністрування» – до 10 [46, с. 45-46]. У відповідному контексті, зокрема, можемо виокремити таких дослідників, як: Н. Армаш, О. Безпалова, А. Галай, В. Галуцько, Т. Дракохруст, Г. Зубко, Д. Кошиков, А. Куліш, В. Курило, Б. Лигвиненко, В. Медяник, В. Настюк, Р. Опацький, Л. Остапенко, В. Пчелін, О. Рєзнік, А. Хряпинський.

Водночас проведений аналіз демонструє, що, незважаючи на значну кількість наукових напрацювань, питання щодо поняття та сутності категорії «правові засади» не мають уніфікованого розуміння та залишаються дискусійними. З цього приводу І. Литвин вказує, що поняття правових та адміністративно-правових засад не отримало детального висвітлення, більшість дослідників характеризують його у досить загальному вигляді як узагальнюючу категорію, що об'єднує різні аспекти правової дійсності [78, с. 196]. Д. Заброда, шляхом вивчення авторефератів дисертацій, у назвах яких використано вказані категорії, робить висновок, що більшість вчених їх ототожнюють, не визначаючи зміст, та здебільшого використовують інтегративний підхід, об'єднуючи окремі складові кожної з них для забезпечення повноти вирішення конкретного наукового завдання. Це спричиняє або ж поверхове вивчення предмета дослідження, або ж навпаки – висвітлення питань, що знаходяться за його межами [46, с. 46]. На переконання Д. Кіблик, характеризуючи аналогічну проблематику й фактично

тотожні поняття, науковці свідомо уникають уніфікованості та послуговуються дещо відмінними термінами. Так, у дисертаційних дослідженнях зустрічаються поняття «правові основи», «нормативно-правові засади», «державно-правові засади», «засади права», «адміністративно-правові засади», «організаційно-правові засади», «нормативно-правова база» тощо. Водночас дефініції, наведені та/або сформовані у таких роботах, інколи містять семантичні суперечності, звужують чи занадто розширюють дійсний зміст категорії «правові засади», окреслюють подібну, але відмінну категорію «принципи» й інше [57, с. 71]. Водночас ми погоджуємося з наведеними думками дослідників та вважаємо, що задля з'ясування об'єктивного змісту поняття «правові засади» насамперед необхідно враховувати дефінітивні значення базової категорії «засада», що визначені у лінгвістичній літературі.

Семантично «засада» трактується як: 1. Основа чогось; те головне, на чому ґрунтується, базується що-небудь. 2. Вихідне, головне положення, принцип; основа світогляду, правило поведінки. 3. Спосіб, метод здійснення чого-небудь [27, с. 419]. Водночас мовознавцями вказується, що слова «основа, підвалина, принцип, база, головне правило, положення; догма; теза» можуть вживатися як синоніми до слова «засада», а слово «начала» – до слова «засади» [56, с. 136]. Таким чином, поняття «засада» є доволі широким за своїм змістом, прикметними властивостями якого є комплексна основоположність, базовість для будь-чого. Вбачається, що цим поняттям узагальнено позначаються ключові елементи, що визначають сутність та слугують підґрунтям для певних явищ, видів діяльності тощо.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» від 01.07.2010 р. № 2411-VI засади внутрішньої і зовнішньої політики визначають принципи та пріоритети державної політики у відповідних сферах [107]. У преамбулі Закону України «Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності» від 13.12.2022 р. № 2834-IX вказується, що цей Закон визначає мету, завдання, принципи, напрями, особливості формування

та реалізації державної політики у відповідній сфері [123]. Аналогічні розуміння та змістові наповнення зустрічаються й у низці інших законодавчих актів, що містять у своїй назві слово «засади». Відтак підходи дослідників, що передбачають розгляд засад провадження певної діяльності, звужуючи їх зміст, як приклад лише до принципів, є завідомо хибними.

Аналіз назв і положень низки законодавчих актів дає підстави стверджувати, що в межах юридичної термінології найбільш коректним відповідником до слова «засади» є слово «основи», яке використовується як рівнозначне, зокрема у законах України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, «Про основи містобудування» від 16.11.1992 р. № 2780-ХІІ, «Про основи національного спротиву» від 16.07.2021 р. № 1702-ІХ. Стосовно означеного типу законодавчих актів І. Берназюк зазначає, що закони, в яких визначені основи правового регулювання суспільних правовідносин, є стратегічними актами Верховної Ради України, аналогічними законам, у яких сформульовані засади державної політики; в них так само визначаються принципи, державні пріоритети у відповідній сфері, міститься визначення базових понять тощо [14, с. 181]. Відтак поняття «правові засади» і «правові основи» співвідносяться між собою як ідентичні.

Водночас закономірно, що правові засади – це ніщо інше, як похідна категорія. Складова цих визначень «правова» та «правові» говорить нам про те, що в основі цих сутностей лежать норми права, тобто загальнообов'язкові, формально визначені правила поведінки, встановлені та гарантовані державою [69, с. 104]. Уживаючи словосполучення «правові засади», підкреслюється безпосередній зв'язок з правом і, відповідно, спосіб їх закріплення та формального вираження [57, с. 73]. Тобто такі засади позначають юридичні основи, що слугують підґрунтям для виникнення, зміни чи припинення суспільних відносин.

Відповідно до позицій, сформованих науковцями, розрізняють декілька підходів щодо розуміння сутності категорії «правові засади», зокрема –

широкий і вузький. При широкому трактуванні правові засади визначають як комплексну категорію, що складається з певного переліку взаємопов'язаних елементів. Як приклад, Б. Логвиненко зазначає, що зміст адміністративно-правових засад медичного забезпечення складають три основних системохарактеризуючих державно-управлінських елементи – модель, функції та форми. Модель визначає особливості організації медичного забезпечення на всіх владно-управлінських рівнях; функції – закріплюють основні напрями (види) такої діяльності, а форми – характеризують зовнішній прояв конкретних організаційно-управлінських дій, спрямованих на безпосередню реалізацію зазначених функцій [79, с. 10-11]. Д. Заброда у змісті адміністративно-правових засад виокремлює категоріальний; нормативний; інституційний; інструментально-технологічний елементи. Так науковець вказує, що категоріальна складова передбачає висвітлення понять і ознак явищ, змодельованих у правових актах, порівняння її з правовим і соціальним буттям. Нормативна складова пов'язана із систематизацією нормативно-правових актів, які містять правову основу регулювання відповідних суспільних відносин та виокремлення серед них тих, що містять адміністративно-правові норми. Інституційний елемент стосується окреслення системи суб'єктів відповідних правовідносин. Інструментально-технологічна складова стосується форм (правотворчої, правозастосовної (регулятивної і правоохоронної) і методів (правових і неправових) діяльності суб'єктів реалізації норм адміністративного права [46, с. 49]. Такий підхід, як правило, має місце при визначенні правових засад у законодавчих актах, а також характерний для дисертаційних досліджень, що містять у назві словосполучення «правові засади», «адміністративно- правові засади».

Водночас вузьке трактування є найбільш поширеним серед дослідників, згідно з ним правові засади розуміються як нормативні основи (сукупність юридичних норм), що закріплюються в нормативно-правових актах різної юридичної сили та регламентують певну сферу суспільних відносин, певний тип діяльності тощо. Подібні визначення зустрічаються у роботах

Т. Дракохруст [37, с. 161], Д. Кошикова [69, с. 101], А. Куліша [72, с. 74], В. Пчеліна [130, с. 54] та інших. У цьому ж сенсі правові засади сприймаються нами для потреб даного підрозділу, тобто як нормативно-правова основа (підгрунтя) організації проведення МСЕ.

З огляду на означене, варто вказати, що в Україні визнається і діє принцип верховенства права (ч. 1 ст. 8 Основного Закону), згідно з яким праву у суспільстві відводиться панівне місце та передбачається обов'язкова відповідність усіх видів діяльності правилам (нормам), що мають властивості соціального регулятора. Підпорядкованість всього і всіх праву ставить перед державою обов'язок щодо гарантування правової визначеності, яка, як складова верховенства права, є сукупністю вимог до організації та функціонування системи права, процесів правотворчості та правозастосування у спосіб, який забезпечував би стабільність юридичного становища індивіда. Водночас зазначеного можна досягти лише шляхом законодавчого закріплення якісних, зрозумілих норм [132]. За таких обставин формується об'ємне та розгалужене національне законодавство, яке регламентує весь спектр суспільних відносин, що виникають в існуючих сферах життєдіяльності.

У той же час з огляду на дію іншого елемента верховенства права – принципу законності – вважаємо за доцільне нормативно-правові акти, які регламентують питання організації проведення МСЕ, розглядати з урахуванням їх юридичної сили.

Головне місце в системі національного законодавства займає Конституція України, яка має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України та повинні відповідати їй (ч. 2 ст. 8 Основного Закону). За своєю природою Конституція є фундаментальним законодавчим актом, що містить правові засади функціонування держави і всього соціуму, регламентує найважливіші суспільні відносини.

Серед визначальних положень Основного Закону варто виокремити ті, що окреслюють основи національного правового порядку та детермінують питання, пов'язані з організацією проведення МСЕ, а саме: ст. 1 – Україна є соціальною, правовою державою; ст. 3 – людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю; 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; ч. 2 ст. 6 – органи законодавчої, виконавчої та судової влади здійснюють свої повноваження у встановлених Конституцією межах і відповідно до законів України; ч. 2 ст. 19 – органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України; ст. 46 – громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності; ст. 48 – кожен має право на достатній життєвий рівень; ст. 49 – кожен має право на охорону здоров'я. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; ст. 92 – виключно законами України визначаються основи соціального захисту й охорони здоров'я [67].

Серед іншого Конституція України визначає повноваження провідних суб'єктів публічної влади, у тому числі відносно організації проведення МСЕ. Парламент – Верховна Рада України – приймає відповідні закони, визначає засади внутрішньої і зовнішньої політики, надає згоду на обов'язковість міжнародних договорів України (ст. 85); уряд – Кабінет Міністрів України – забезпечує виконання Конституції і законів України; вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина; забезпечує проведення політики соціального захисту; спрямовує і координує роботу міністерств, а також утворює, реорганізовує та ліквідує їх; у межах своєї компетенції видає

постанови і розпорядження, які є обов'язковими до виконання (ст. 116, 117) [67].

Наступний блок нормативно-правових актів складають міжнародні договірні документи, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Такі акти відповідно до ст. 9 Конституції України є частиною національного законодавства, проте, зважаючи на ст. 19 Закону України «Про міжнародні договори України» від 29.06.2004 р. № 1906-IV, мають пріоритет застосування. Вони характеризуються як основоположні та орієнтуючі, оскільки містять концептуальні норми та принципи, а також встановлюють стандарти, які є загально визначеними.

У відповідному контексті провідне значення має Конвенція про права осіб з інвалідністю, яка є першим комплексним і ключовим універсальним міжнародним документом про права осіб з інвалідністю. Після прийняття Конвенції Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю неодноразово наголошував на необхідності забезпечення узгодженості між моделями прав людини та визначення інвалідності, що використовуються в різних законах чи політиках, а також системах оцінки інвалідності [155, с. 47]. Відтак низка держав при формуванні механізмів оцінювання та впровадженні систем встановлення інвалідності обов'язково орієнтуються на положення Конвенції про права осіб з інвалідністю, прагнуть забезпечити їх максимальне якісне співвідношення. Положення Конвенції про права осіб з інвалідністю, як і Конституції України, відіграють роль основоположних правових засад організації проведення МСЕ. На основі відповідних норм формується та реалізується відповідна державна політика та розробляється профільне національне законодавство.

У свою чергу, зважаючи на низку трансформаційних перетворень, що наразі відбуваються у вітчизняних сферах охорони здоров'я, соціального захисту й інших, особливого та предметного значення набуває Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ). Вона є міжнародно-правовим актом, який визначає уніфіковану і стандартизовану мову та схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних із

здоров'ям, прийнятий ВООЗ згідно з резолюцією WHA54.21 від 22.05.2001 р. [170]. МКФ має універсальне застосування та стосується не лише осіб з інвалідністю (певним обмеженням життєдіяльності), а взагалі всіх людей та стандартизує процедури оцінювання інвалідності.

Цілком закономірно, що МКФ належно сприймається низкою розвинутих держав і широко застосовується ними у національній практиці та відповідно до їх внутрішнього контексту. Не є винятком й Україна. Питання впровадження МКФ у практику вітчизняних систем, зокрема охорони здоров'я та соціального захисту, на державному рівні було визначено як особливо доцільне. Так, розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р був затверджений План заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків, яким, зокрема, передбачається:

- створення правового поля для впровадження та використання МКФ;
- упровадження і використання міжнародних класифікацій під час надання міждисциплінарних послуг (медико-освітніх, медико-соціальних, освітньо-соціальних, психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових, реабілітаційно-оздоровчих);
- використання МКФ спеціалістами галузей охорони здоров'я, соціального захисту та освіти як основної класифікації для оцінки здоров'я та функціонування особи, визначення ступеня обмеження життєдіяльності;
- розроблення чітких критеріїв встановлення інвалідності на основі принципів міжнародних класифікацій [111]. Наразі процес впровадження МКФ в Україні триває, однак, зважаючи на складність і комплексність таких перетворень, ймовірно вони потребуватимуть значного часу.

У відповідному контексті відзначається, що у поточний період служба МСЕ України прямує шляхом реформ і докорінних змін на основі світового досвіду, досягнень сучасної науки й доказової медицини з використанням у роботі МКФ до перетворення системи в пацієнтоорієнтовану, прозору,

компетентну, зрозумілу для громадян і доступну для найнезахищеніших верств населення України – осіб з інвалідністю, учасників бойових дій, дітей з інвалідністю [85, с. 197]. Впровадження МКФ – революційна зміна у підході до реабілітації після травм, захворювань. Це є першим ключовим етапом розвитку нової системи реабілітації та встановлення інвалідності в Україні, що особливо актуально в умовах війни [7, с. 41]. Таким чином, МКФ є ключовим профільним документом, який визначає концептуальні основи організації проведення МСЕ.

Найбільше практичне значення стосовно організації проведення МСЕ мають правові засади, закріплені у законодавчих актах, насамперед тих, що неодноразово окреслювались у попередніх підрозділах, – закони України, прийняті на основі Конституції України та на її виконання, а саме: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р. № 1053-ІХ. Вказані закони України мають провідне значення та виконують роль профільного законодавства, тобто безпосередньо регламентують питання організації проведення МСЕ.

Найбільш загальним відносно проблематики МСЕ є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. Указаним законом визначаються правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюються суспільні відносини у цій сфері. Разом з цим Закон містить норми щодо організації проведення МСЕ, згідно з якими:

- передбачається гарантія безоплатності проведення МСЕ (ст. 8);
- закріплюється, що МСЕ стійких обмежень життєдіяльності здійснюється МСЕК, які встановлюють ступінь та причину інвалідності, складають (коригують) індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю (ч. 4 ст. 69);

– визначається, що порядок організації та проведення МСЕ встановлюється Кабінетом Міністрів України (ч. 6 ст. 69);

– встановлюється обов'язок щодо виконання індивідуального реабілітаційного плану, індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває відповідна особа (ч. 7 ст. 69) [91].

Сутність і призначення МСЕ окреслюються Законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, відповідно до якого:

– інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах МСЕ центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; Положення про медико-соціальну експертизу затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням думок громадських об'єднань осіб з інвалідністю (ст. 3);

– порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку МСЕ (ст. 5);

– громадянин має право в судовому порядку оскаржувати рішення органів МСЕ про визнання чи невизнання його особою з інвалідністю (ст. 6);

– підбір робочого місця для особи з інвалідністю здійснюється з урахуванням рекомендацій МСЕ (ст. 18);

– вибір форм і методів професійної підготовки осіб з інвалідністю провадиться згідно з висновками МСЕ (ст. 21);

– види необхідної матеріальної, соціально-побутової і медичної допомоги особам з інвалідністю визначаються органами МСЕ в індивідуальній програмі реабілітації (ст. 37) [122].

У свою чергу основним законодавчим актом у системі МСЕ є Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, який містить дефініцію поняття «медико-соціальна експертиза»

(ст. 1) та загалом регламентує процедуру організації та проведення МСЕ (ст. 7). Зазначеним законом у ст. 7 встановлюється, що:

1) МСЕ осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та осіб з інвалідністю проводять МСЕК, а дітей – лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я;

2) особа з обмеженнями повсякденного функціонування направляється для проходження МСЕ з метою підтвердження стійкого обмеження життєдіяльності та встановлення статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» у разі виявлення мультидисциплінарною реабілітаційною командою ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в індивідуальному реабілітаційному плані.

За цієї умови вбачається, що наведена норма є юридично некоректною, адже не узгоджується із положеннями як цього Закону, так і інших профільних нормативно-правових актів, згідно з якими МСЕК визначають групу інвалідності, її причину і час настання, встановлюють інвалідність, однак встановлюють не статус. Відтак ч. 2 ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV необхідно викласти у новій редакції;

3) залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я особі, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності;

4) перша група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від міри втрати здоров'я особи з інвалідністю та обсягів потреби у постійному сторонньому догляді, допомозі або диспансерному нагляді [124].

Разом з тим у ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»:

– закріплюються повноваження МСЕК щодо: а) визначення групи інвалідності, її причини і часу настання; б) визначення видів трудової

діяльності, рекомендованих особі з інвалідністю за станом здоров'я; в) визначення причинного зв'язку інвалідності із захворюванням чи каліцтвом, що виникли у дитинстві, вродженою вадою; г) визначення ступеня втрати професійної працездатності потерпілим від нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання; г) визначення ступеня втрати здоров'я, групи інвалідності, причини, зв'язку і часу настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи, військової агресії Російської Федерації проти України; д) визначення медичних показань на право одержання особами з інвалідністю автомобіля і протипоказання до керування ним; е) встановлення компенсаторно-адаптаційних можливостей особи; є) складання (коригування) індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю; ж) вивчення причин виникнення інвалідності, її рівня і динаміки та участі у розробленні комплексних заходів щодо профілактики і зниження рівня інвалідності серед повнолітніх осіб, удосконалення реабілітаційних заходів; з) забезпечення своєчасного огляду (переогляду) повнолітніх осіб з порушеннями стану здоров'я, осіб з інвалідністю; и) внесення до централізованого банку даних з проблем інвалідності інформації про повнолітніх осіб, яких визнано особами з інвалідністю;

– додатково встановлюється гарантія безоплатності медико-соціальних послуг;

– передбачається розробка і затвердження Кабінетом Міністрів України підзаконних актів щодо порядку, умов та критеріїв встановлення інвалідності, а також стосовно порядку проведення переогляду з метою підвищення групи інвалідності і вичерпного переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду [124].

Окремі правові засади організації проведення МСЕ закладені у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р.

№ 1053-IX, згідно з яким в Україні загалом визначаються правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі. Цим Законом визначається, що: 1) МСЕК є суб'єктами реабілітації та належать до надавачів реабілітаційної допомоги (ч. 4 ст. 9); 2) у разі виявлення мультидисциплінарною реабілітаційною командою ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в індивідуальному реабілітаційному плані, особа направляється для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з метою підтвердження стійкого обмеження життєдіяльності та встановлення статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» (ч. 4 ст. 23) [131].

Так ч. 4 ст. 23 зазначеного Закону прямо кореспондується з ч. 2 ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, яка попередньо була нами означена як юридично некоректна у зв'язку з формулюванням «встановлення статусу». Разом з цим ч. 4 ст. 23 передбачає направлення особи для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності, що також не узгоджується з положеннями профільного законодавства, яке передбачає існування конкретної експертизи – МСЕ. Відтак вважаємо за доцільне ч. 4 ст. 23 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р. № 1053-IX викласти у такій редакції:

«У разі виявлення мультидисциплінарною реабілітаційною командою ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в індивідуальному реабілітаційному плані, особа направляється для проходження медико-соціальної експертизи».

Проведений аналіз Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р. № 1053-IX дає підстави стверджувати про його тісний зв'язок із Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, що включає дублювання термінології,

суб'єктів й окремих ключових положень. За таких обставин вбачаємо, що наведені законодавчі акти регулюють подібні суспільні відносини, які фактично не виокремлюються у дві самостійні сфери. Відтак вважаємо, що з метою оптимізації законодавчого базису зазначені закони варто об'єднати у єдиний законодавчий акт, приміром Закон України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності».

Положення законів, що були означені вище, конкретизуються у значній кількості підзаконних нормативно-правових актів, основним серед яких є постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, якою затверджені Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності. Наведена постанова є ключовим нормативним документом, оскільки регламентує питання, пов'язані з організацією проведення МСЕ, її процедурами та функціональними особливостями. Положення про МСЕ:

1) визначає процедуру проведення МСЕ хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації (п. 1);

2) встановлює, що МСЕ проводиться за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності (п. 2);

3) окреслює організаційно-інституційні засади функціонування МСЕ (п. 4, 7, 8, 10);

4) визначає повноваження МСЕК (п. 11-14);

5) регламентує порядок проведення огляду (повторних оглядів) осіб, що звертаються для встановлення інвалідності (п. 15-25) [96].

У свою чергу, Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, регламентує механізм та особливості встановлення інвалідності МСЕК, а тому має провідне значення у контексті процедурного аспекту регулювання проведення МСЕ. Зокрема, вказаним документом закріплюється, що: 1) направлення осіб на МСЕК оформлюється лікарсько-консультативними комісіями згідно з формою, затвердженою МОЗ України; 2) МСЕК приймає документи осіб за наявності у них стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у разі безперервної тимчасової непрацездатності не пізніше ніж через 4 місяці з дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням протягом п'яти місяців з перервою за останніх 12 місяців, а у разі захворювання на туберкульоз – протягом 10 місяців з дня настання непрацездатності [96].

У відповідному контексті окремо варто відзначити нормативні акти, які адаптують та конкретизують процедуру проведення МСЕ у період дії воєнного стану. Урядом були прийняті постанови «Деякі питання порядку проведення медико-соціальної експертизи на період дії воєнного стану на території України» від 08.03.2022 р. № 225 та «Про внесення до деяких постанов Кабінету Міністрів України змін щодо строку повторного огляду осіб з інвалідністю та продовження строку дії деяких медичних документів в умовах воєнного стану» від 30.03.2022 р. № 390. Згідно з нормами вказаних підзаконних актів, на період дії воєнного стану на території України та протягом шести місяців після його припинення або скасування, адміністративна процедура МСЕ суттєво спрощується, зокрема запроваджується принцип екстериторіальності функціонування МСЕК; передбачається можливість заочного прийняття рішення у випадку, якщо особа не може прибути на огляд до МСЕК, для розширеного кола осіб [34].

Закономірно, що такі рішення Уряду є вимушеними і є обмеженими за часом дії, проте тенденція щодо спрощення процедури проведення МСЕ має зберегтися і після припинення чи скасування воєнного стану.

Серед рішень Кабінету Міністрів України, які визначають правові засади організації проведення МСЕ, доцільно також виокремити постанови «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю» від 08.12.2006 р. № 1686, «Деякі питання соціального захисту осіб з інвалідністю» від 19.07.2006 р. № 999, «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю» від 23.05.2007 р. № 757, «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами» від 03.12.2009 р. № 1301, «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду» від 21.01.2015 р. № 10, «Деякі питання реалізації Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 26.06.2015 р. № 482, а також розпорядження «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 27.12.2017 р. № 1008-р.

Поряд з означеним вище вагоме практичне значення мають нормативні акти МОЗ України, зокрема накази «Про затвердження Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням» від 23.01.1995 р. № 13, «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» від 08.10.2007 р. № 623; «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 р. № 561; «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким

заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків» від 05.06.2012 р. № 420; «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях» від 30.07.2012 р. № 577; «Про внесення змін до Переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування» від 30.12.2015 р. № 919, «Про затвердження плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з виконання 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 23.03.2018 р. № 552, «Про затвердження Переліку медичних протипоказань (захворювань і вад), за наявності яких особа не може бути допущена до керування відповідними транспортними засобами» від 07.10.2022 р. № 1817.

Накази МОЗ України складають значний пласт профільного законодавства у сфері МСЕ та предметно регламентують низку організаційних і процедурних питань.

Таким чином, послуговуючись традиційним розподілом нормативно-правових актів за їх юридичною силою, нами були розглянуті правові засади організації проведення МСЕ, що дозволяє їх диференціювати на: 1) конституційні; 2) наднаціональні (міжнародні); 3) законодавчі; 4) підзаконні.

Водночас вважаємо, що з урахуванням сутнісного критерію правові засади організації проведення МСЕ можливо диференціювати на: 1) основоположні – Конституція України, Конвенція про права осіб з інвалідністю та інші міжнародні договірні документи, а також резолюції ВООЗ; 2) визначальні – профільні закони України; 3) конкретизуючі – підзаконні акти, прийняті у зв'язку та на виконання профільних законів України.

Своєю чергою на основі вищевикладеного можна зробити висновок, що питання організації проведення МСЕ мають об'ємний правовий базис, оскільки ґрунтуються на значній кількості актів чинного законодавства, які регулюють певний спектр відповідних суспільних відносин. Водночас кількісний показник, окрім того, що ускладнює правозастосування для безпосередніх суб'єктів МСЕ, не підкріплюється критеріями якості. Так, виконаний аналіз свідчить, що наразі процедура проведення МСЕ базується на законодавчих актах, прийнятих в 90-ті роки минулого сторіччя, які, незважаючи на низку змін і доповнень, мають пострадянське відлуння та не відповідають реаліям розвитку сфери охорони здоров'я, міжнародним правилам і стандартам оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я особи.

Висновки до розділу 1

1. Вітчизняна служба МСЕ може бути охарактеризована як спеціальний вид публічного сервісу, що функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, видів і порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам й іншого. Питання, які прямо чи опосередковано стосуються системи МСЕ, становлять окрему сферу, де існують суспільні відносини, що мають суттєве значення для держави і соціуму, а тому обов'язково підлягають врегулюванню правом.

2. Правове регулювання МСЕ – це здійснюваний всією системою юридичних засобів регламентуючий процес цілеспрямованого впливу держави в особі уповноважених органів публічної влади на суспільні відносини, що складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, з метою забезпечення їхньої визначеності й упорядкованості, а також охорони і розвитку.

3. МСЕ впорядковується та регулюється нормами адміністративного права, що обумовлює обмеженість суб'єктного складу відповідного правового

регулювання, оскільки останнє зводиться до публічно-владної діяльності інституцій публічного адміністрування. У цьому контексті адміністративно-правове регулювання МСЕ – це здійснюваний шляхом послідовного та виваженого використання адміністративно-правових інструментів регламентуючий процес цілеспрямованого впливу публічної адміністрації на суспільні відносини, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, з метою забезпечення їхньої упорядкованості, охорони і розвитку.

4. Формальна наявність адміністративно-правового регулювання МСЕ не забезпечує його ефективність або взагалі здійснення. Для його належної реалізації має існувати спеціальний механізм, тобто сукупність правових засобів, за допомогою яких таке регулювання здійснюється.

До загальних (основних) елементів механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ ми відносимо: 1) адміністративно-правові норми; 2) адміністративно-правові відносини; 3) акти застосування та реалізації адміністративно-правових норм.

Адміністративно-правові норми як основний елемент механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ знаходять свій зовнішній вияв у низці нормативно-правових актів, які умовно можна розподілити на: 1) базисні; 2) спеціальні (конкретизуючі).

Обов'язковою стороною адміністративно-правових відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг, є суб'єкти публічної адміністрації, яких ми пропонуємо поділяти на: 1) суб'єктів публічно-владних повноважень; 2) суб'єктів публічно-сервісних (невладних) повноважень.

5. Організація проведення МСЕ – це сукупність управлінських заходів, насамперед правового характеру, які здійснюються суб'єктами публічного адміністрування з метою забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг.

6. Ключовою (стратегічною) метою організації проведення МСЕ є забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг.

Означена мета може включати конкретизуючі субцілі, які, в залежності від поточних обставин, ми поділяємо на ординарні та пріоритетні. Пріоритетні субцілі зумовлюються актуальними викликами і потребами й окреслюють конкретний бажаний результат, якого потрібно досягти у найкоротші терміни задля виконання ключової (стратегічної) мети організації проведення МСЕ.

7. Завдання організації проведення МСЕ – це наперед визначений, запланований до виконання обсяг робіт, покладений на суб'єктів публічного адміністрування, що потребує здійснення конкретних заходів задля злагодженого і впорядкованого функціонування системи МСЕ.

До найважливіших завдань організації проведення МСЕ належить:

- 1) встановлення правових (організаційно-правових) засад функціонування цієї системи та визначення порядку проведення відповідних процедур;
- 2) запобігання та своєчасне виявлення факторів, які сприяють дезорганізації системи МСЕ, порушують встановлені засади функціонування внутрішніх процесів і порядки провадження процедур (контроль і моніторинг додержання законодавства).

Водночас процес досягнення мети організації проведення МСЕ потребує від публічної адміністрації виконання значної кількості інших завдань, які є різноманітними як за складністю, обсягом, так і сутністю. Загалом перелік таких завдань не є вичерпним і прямо залежить від поточних економічних, політичних, соціальних та інших обставин. Відтак завдання організації проведення МСЕ у залежності від суб'єктів їх реалізації можуть бути розподілені: 1) центральні – завдання, які стосуються всієї системи МСЕ та реалізуються органами публічної адміністрації, юрисдикція яких поширюється на всю територію України, тобто мають національний рівень. До відповідних суб'єктів належать Кабінет Міністрів України, МОЗ України, Міністерство

соціальної політики України, інші центральні органи виконавчої влади в межах компетенції, які насамперед встановлюють і визначають правові (організаційно-правові) засади функціонування системи МСЕ, діяльності МСЕК, порядків проведення відповідних процедур; здійснюють контроль і моніторинг додержання законодавства про МСЕ; проводять акредитації центрів (бюро) МСЕ; 2) регіональні – завдання, які виконують місцеві органи виконавчої влади – відповідні місцеві державні адміністрації, у тому числі в особі управлінь (департаментів) охорони здоров'я. Такі завдання є найчисленнішими, адже питання щодо фактичної організації проведення МСЕ належать до предметної компетенції місцевих державних адміністрацій. Відтак регіональні завдання організації проведення МСЕ включають: утворення центрів (бюро) МСЕ, призначення (звільнення) їх керівників і сприяння кадровому забезпеченню й укомплектованості; формування мережі МСЕК; створення належних умов для функціонування МСЕК; планування діяльності та розвитку центрів (бюро) МСЕ; спрямування та координація діяльності МСЕК; розвиток систематичної взаємодії, налагодження співпраці МСЕК з лікарсько-консультативними та військово-лікарськими комісіями закладів охорони здоров'я, а також органами публічної влади тощо; 3) внутрішньовідомчі – завдання, які засновані на ієрархічності МСЕК, що передбачає наділення Центральної МСЕК, Кримської республіканської, обласних МСЕК низкою організаційних повноважень відносно нижчестоящих МСЕК. У відповідному контексті специфіка правового статусу вказаних МСЕК обумовлює віднесення до завдань їх діяльності спрямування та координацію діяльності нижчестоящих МСЕК; сприяння уніфікованості здійснення МСЕ (вироблення і запровадження методик (методичних рекомендацій), здійснення консультування й організаційно-методичного керівництва); вироблення заходів із вдосконалення порядку проведення МСЕ; узагальнення і поширення передового досвіду роботи; запобігання випадкам прийняття необґрунтованих рішень, поширення інформації про належний порядок проведення МСЕ і оскарження рішень МСЕК тощо.

8. Принципи організації проведення МСЕ – це зумовлені об'єктивними соціальними чинниками загальні, відносно стабільні, основоположні та керівні засади здійснення управлінських заходів щодо забезпечення і гарантування злагодженого та впорядкованого функціонування системи МСЕ, які визначають зміст і спрямованість означеної діяльності органів публічного адміністрування.

Ці принципи за сутністю ми поділяємо на:

1) основоположні (визначають фундаментальні та найважливіші засади (вимоги) здійснення організації проведення МСЕ) – верховенство права, законність, гуманізм, рівність і заборона дискримінації, конфіденційність інформації про особу, безоплатність медичної допомоги, захист прав від порушень і протиправних посягань;

2) загальні (притаманні адміністративному праву та його інститутам) – група принципів належного врядування (участі у прийнятті рішень, транспарентності (прозорості), ефективності, неупередженості, підзвітності, інноваційності та відкритості до змін), єдності цілей, компетентності, поєднання єдиноначальності та колегіальності, плановості та послідовності, системності й інші;

3) спеціальні (специфічні внутрішньогалузеві керівні засади, які прямо пов'язані з сутністю МСЕ, процедурами її впорядкування та здійснення) – системності побудови органів МСЕ, галузевої підвідомчості органів МСЕ, поєднання державного і регіонального адміністрування, делегування організаційних повноважень, комбінованого фінансування, конкурсного відбору керівників Центральної МСЕК, центрів (бюро) МСЕ, створення оптимальних умов функціонування МСЕ, організаційно-методичного забезпечення, постійного вдосконалення організаційної структури і процедур проведення МСЕ.

9. Послугуючись традиційним розподілом нормативно-правових актів за їх юридичною силою, нами були розглянуті правові засади організації проведення МСЕ, що дозволяє їх диференціювати на: 1) конституційні; 2) наднаціональні (міжнародні); 3) законодавчі; 4) підзаконні. Разом із цим, з

урахуванням сутнісного критерію правові засади організації проведення МСЕ можливо диференціювати на: 1) основоположні; 2) визначальні; 3) конкретизуючі.

10. Питання організації проведення МСЕ мають об'ємний правовий базис, оскільки ґрунтуються на значній кількості актів чинного законодавства, які регулюють відповідний спектр відповідних суспільних відносин. Водночас кількісний показник, окрім того, що ускладнює правозастосування для безпосередніх суб'єктів МСЕ, не підкріплюється критеріями якості. Так, наразі процедура проведення МСЕ базується на законодавчих актах, прийнятих в 90-ті роки минулого сторіччя, які, незважаючи на низку змін і доповнень, мають пострадянське відлуння та не відповідають реаліям розвитку сфери охорони здоров'я, міжнародним правилам і стандартам оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я особи.

РОЗДІЛ 2

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

2.1. Адміністративно-правовий статус Центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України

У сучасному вигляді вітчизняна система МСЕ характеризується своєю комплексністю, поліфункціональністю та юридичною унормованістю. Означене, закономірно, обумовлює існування адміністративно-правового механізму організації проведення МСЕ, який, у контексті обраної проблематики, має ключове значення та потребує належного розгляду, зокрема шляхом диференційованого аналізу його головних і системоутворюючих елементів.

МСЕ як елемент державного медичного сервісу та сфера відповідної практичної діяльності невіддільна від суб'єктів її проведення, які складають окрему, побудовану за територіальним принципом, ієрархічну мережу МСЕК, провідне (центральне) місце в якій належить Центральній медико-соціальної експертній комісії Міністерства охорони здоров'я України (далі – Центральна МСЕК).

У зв'язку з характером наданих повноважень Центральна МСЕК має особливий адміністративно-правовий статус, який вирізняє її з-поміж інших МСЕК та детермінує доцільність наукових пошуків за цим напрямом.

Питання адміністративно-правового статусу різних суб'єктів займають чільне місце у сфері юриспруденції, вони мають науково-практичну спрямованість та, відповідно, є актуальними для значного кола осіб, зокрема вчених-юристів. Так, вказана проблематика ставала предметом досліджень: В. Авер'янова, А. Авторгова, Н. Армаш, О. Бандурки, А. Гаркуши, О. Безпалової, Д. Іщука, Ю. Комарової, А. Куліша, С. Осауленко, Є. Петрова, А. Панчишина, В. Терещука та інших. Водночас особливості та зміст адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК представниками

вітчизняної правової науки не з'ясовувались, а лише дотично мали місце при загальному аналізі процедури МСЕ у роботах В. Кондратенка, А. Куцої, В. Петрусевич, Є. Соболя, М. Чічкань й інших. Таким чином, дослідження у рамках означеної тематики є логічним і вмотивованим.

Поняття «адміністративно-правовий статус», незважаючи на велику кількість правових досліджень, не має уніфікованої дефініції. Наразі серед адміністративістів тривають дискусії, у тому числі й невиправдані, щодо підходів трактування, змісту, структури й ознак цієї категорії.

Проте однозначною є позиція, що будь-який правовий статус – це відправна точка, з якої необхідно виходити на початку аналізу будь-яких суб'єктів державних правовідносин [9, с. 47]. Вказаним поняттям загалом окреслюються специфіка ролі певного суб'єкта чи об'єкта, його місце у системі суспільних відносин.

Етимологічно слово «статус» походить від латинського «status», що означає стан, становище; громадянський стан, звання, суспільний ступінь [40, с. 402]. Водночас у довідниковій літературі превалює розуміння терміна «статус» як правового становища громадян, державних і громадських органів, міжнародних організацій тощо [10, с. 449; 27, с. 1387; 139, с. 545], що, на нашу думку, є спірним. Зведення семантики слова «статус» до правового становища певних осіб автоматично кореспондує його до похідної категорії «правовий статус особи», який за своєю природою є змістовно вужчим, адже характеризує положення відповідних суб'єктів правовідносин серед інших, насамперед, через призму їх правоздатності (наявних прав і обов'язків). Відтак вважаємо, що певний статус особи – це своєрідний системний набір ознак, який у своїй сукупності позначає її дійсне становище (соціальне, правове тощо).

У правовій науці, як влучно зазначає Н. Армаш, статус покликаний позначати певне місце суб'єкта правовідносин серед інших. У залежності від різновидів суб'єктів правовий статус може включати в себе досить широкий спектр правових характеристик. Це може стосуватися об'єму прав, обов'язків, компетенції, співвідношення цих понять та ще багато інших нюансів, які

прямо чи опосередковано мають нагоду впливати на становище суб'єкта. Разом з цим дослідниця, аналізуючи літературу з теорії держави та права, доходить висновку, що термін «правовий статус» вживається дослідниками переважно стосовно фізичних осіб, а по відношенню до юридичних осіб застосовується термін «компетенція», що за визначеннями мають бути тотожними [9, с. 47-48]. Проте такі ототожнення не є вірними, адже фактично наводяться відмінні поняття, які інколи можуть співставлятись як частина і ціле.

Правовий статус особи – це юридична категорія, що містить низку предметних характеристик окремо взятого суб'єкта, визначених нормами права, та в цілому дозволяє з'ясувати його сутність. У свою чергу, компетенція є маркером, що, як правило, вказує на наявність юридично-владних повноважень, та, відповідно, може стосуватись як окремих фізичних, так і окремих юридичних осіб, що залежить від природи конкретного суб'єкта.

Принагідно слід вказати, що згідно з розумінням, закладеним у Концепції адміністративної реформи в Україні, поняття «компетенція» застосовується для визначення певного обсягу повноважень (прав і обов'язків), закріпленого за кожним органом виконавчої влади відповідно до покладених на нього завдань і функцій [119].

Відтак вбачається, що, наприклад, фізична особа-громадянин має відповідний правовий статус, проте не має компетенції у вищевказаному розумінні. Водночас фізична особа, яка надає публічні послуги (аудитор, нотаріус, оцінювач тощо), реалізує повноваження (делеговані повноваження), визначені профільним законодавством, тобто має компетенцію, яка є частиною їх правового статусу. Аналогічні твердження стосуються і юридичних осіб, де, зазвичай, юридичні особи публічного права мають владні повноваження – наділені компетенцією, а юридичні особи приватного права – ні.

Погоджуємось із твердженням В. Авер'янова, що термін «компетенція» зазвичай, поширюється тільки на органи управління (адміністрації)

юридичних осіб. Що ж до самих юридичних осіб, то використовується термін не «компетенція», а «адміністративно-правовий статус» [2, с. 187] або «правовий статус».

Відтак влучною є думка, що правовий статус – це реальність, яка складається з об'єктивних, реально існуючих елементів, визначивши та проаналізувавши які можна пізнати це явище в цілому. Усвідомивши правовий статус як цілісну систему, серед її структурних елементів можна виділити головні, з'ясувати характер їх взаємозв'язків з іншими елементами [136, с. 109].

Звідси логічно випливає, що правовий статус особи – обов'язково системна категорія, яка впорядковує суб'єктів правовідносин, визначає їх специфіку та межі дозволеної діяльності. Водночас попередньо викладене вказує, що зміст (перелік внутрішніх елементів) правового статусу особи може варіюватись та залежить від природи конкретного суб'єкта права, а також його родових і видових (типових) ознак. Зазначене, певною мірою, пояснює й відсутність одностайності у поглядах на дефініцію правового статусу особи серед представників юридичної науки. Проте об'єктивно вбачається, що вивести уніфіковане визначення цього поняття, яке б повною мірою враховувало особливості всіх суб'єктів права, неможливо. Відповідна дефініція завжди буде або надмірно загальною, або неповною.

Так, О. Петришин і М. Цвік під правовим статусом суб'єктів права розуміють сукупність усіх прав, обов'язків і законних інтересів суб'єктів права. При цьому дослідники акцентують, що правовий статус кожної особи є індивідуальним [48, с. 342]. Згідно з переконаннями М. Матузова, у найбільш вузькому значенні правовий статус усвідомлюється як юридично закріплене положення особи в суспільстві [55, с. 74]. Правовий статус, як зазначає О. Скакун, є основою правового становища – узагальненої категорії, що охоплює основні характеристики стану суб'єкта права в державі [137, с. 569]. Як бачимо, наведенні визначення загалом окреслюють явище правового статусу та стосуються абстрактних суб'єктів. Тому у намаганнях

персоніфікувати правовий статус особи у юридичній літературі поширеним став підхід, згідно з яким у структурі правового статусу пропонується розрізняти загальне і спеціальне.

Зокрема А. Куліш визначає, що загальний правовий статус – відбиває правовий стан абстрактних суб'єктів права одного роду (типу), що виражається у правах і обов'язках, переважно регульованих конституційними нормами; спеціальний правовий статус – відбиває правовий стан абстрактних суб'єктів права одного виду усередині одного роду (типу), що виражається у правах і обов'язках, насамперед, регульованих галузевими нормами [72, с. 101]. Таким чином, характеристики і властивості суб'єкта права, які регламентуються нормами, приміром, адміністративного, кримінального, цивільного права, становлять зміст спеціального блоку правового статусу особи та, відповідно, диференціюються на адміністративно-правовий, кримінально-правовий, цивільно-правовий статуси. Зазначені галузеві правові статуси ми пропонуємо розуміти як правові субстатуси особи.

Отже, у вузькому розумінні адміністративно-правовий статус особи – це правовий субстатус фізичної чи юридичної особи, який регламентується нормами адміністративного права й окреслює її юридичне становище як суб'єкта адміністративного права у системі відповідних правовідносин. Водночас для предметного з'ясування сутності адміністративно-правового статусу конкретного суб'єкта такий розгляд доцільно проводити через призму належних наукових положень щодо подібних йому суб'єктів.

Так, Центральна МСЕК – юридична особа публічного права (повне найменування згідно з відомостями Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань: державний заклад «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України», яка, враховуючи певні застереження, відноситься до переліку нетипових (інших) суб'єктів публічної адміністрації.

На обґрунтування вищевказаного, погоджуємось з думкою, зокрема Р. Мельника та В. Бевзенка, що практика вітчизняного адміністративного

судочинства переконливо засвідчує, що до адміністративно-правових відносин дедалі частіше залучаються суб'єкти, які за своєю природою не є ані органами державної влади, ані представниками іншої публічної влади (місцевого самоврядування). Втім, здійснення цими суб'єктами публічних повноважень доводить необхідність й обґрунтованість визнання їх суб'єктами публічної адміністрації [84, с. 161]. Відтак до останніх все частіше включають й установи (заклади) публічного права, зміст і структура адміністративно-правового статусу яких є подібними.

У відповідному контексті В. Малиновський, досліджуючи правовий статус органів виконавчої влади, вказує, що ця категорія не тільки багатоаспектна, а й багатоелементна. Цей правовий інститут складається з таких основних елементів: завдання (функції) та цілі, компетенція, відповідальність, порядок формування та процедури діяльності цих органів [80, с. 498]. Р. Мельник, В. Бевзенко вказують, що правовий статус суб'єктів публічної адміністрації утворюють нормативно визначені критерії, котрі визначають зміст та межі їх діяльності, а саме: мета й завдання діяльності суб'єкта публічної адміністрації – цільовий компонент правового статусу; внутрішній устрій суб'єкта публічної адміністрації та його зовнішня організаційна форма існування – організаційно-структурний компонент; повноваження суб'єкта публічної адміністрації та його функції, необхідні для досягнення поставленої перед ним мети та вирішення завдань, – компетенція [84, с. 172]. Схожі погляди на конструкцію правового статусу суб'єктів публічної адміністрації знаходимо і в роботах, зокрема Н. Лебідь, яка робить висновок, що правовий статус державних інспекцій є складною правовою конструкцією, який включає в себе такі елементи: цілі, завдання, функції; компетенцію; організаційний блок елементів; відповідальність [76, с. 8].

Поряд з цим вченими-адміністративістами висловлюється позиція, що поняття адміністративно-правового статусу охоплює комплекс конкретно визначених суб'єктивних прав і обов'язків, які закріплюються за відповідним суб'єктом нормами адміністративного права (В. Авер'янов) [2, с. 188], або, як

приклад, повноваження (суб'єктивні права та юридичні обов'язки), юридичні гарантії діяльності органів державної влади та їхня юридична відповідальність (Д. Іщук) [55, с. 85]. Проте вважаємо, що такі погляди на зміст правового статусу не відповідають актуальним положенням адміністративно-правової доктрини, оскільки не здатні повною мірою розкрити сутність цільового суб'єкта.

Зі свого боку, враховуючи специфіку суб'єктів публічної адміністрації, у цій роботі ми підтримуємо позицію, згідно з якою адміністративно-правовий статус розглядають як сукупність взаємопов'язаних компонентів (елементів) та, відповідно, пропонуємо у структурі адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК розрізняти:

- цільовий блок (мета, завдання, функції);
- організаційний блок (підвідомчість, зовнішня організаційна форма існування, внутрішній устрій, процедури діяльності тощо);
- компетенційний блок (повноваження – права та обов'язки, у тому числі обов'язки нести відповідальність за наслідки здійснення (неналежне здійснення) повноважень).

Так, першим та основоположним блоком адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК є цільовий, що включає мету, завдання та функції її діяльності.

Семантично мета – це те, до чого хтось прагне, чого хоче досягти; ціль. Заздалегідь намічене завдання [27, с. 661]. У контексті нашого дослідження мету можна розуміти як забезпечення певної соціальної потреби, що у нормативно-правовій базі, яка регламентує діяльність органу, конкретизується у переліку завдань і виконуваних функцій [72, с. 107]. При цьому закономірно, що мета діяльності Центральної МСЕК детермінується метою діяльності суб'єктів публічного адміністрування, яка передбачає загальний соціальний ефект у конкретній галузі життєдіяльності суспільства, держави, досягнення якого прагне суб'єкт публічної адміністрації задля забезпечення суспільних

або державних потреб [84, с. 175]. Тобто вона є загальною, адже в цілому відображає загальну спрямованість діяльності цих суб'єктів.

Спеціальна (конкретна) мета Центральної МСЕК прямо пов'язана з покладеними на неї завданнями та визначеними функціями. Тому можемо визначити, що ціллю її діяльності є сприяння реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає задоволення потреб населення у медичних послугах з питань проведення МСЕ особам, що звертаються для встановлення інвалідності, з метою виявлення ступеня обмеження їх життєдіяльності, причини, часу настання групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи для реалізації подальшої медичної, психолого-педагогічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, фізичної, соціальної та психологічної реабілітації.

У свою чергу, завдання – це наперед визначений, запланований до виконання обсяг робіт, покладений на суб'єкта публічного адміністрування [3, с. 87]. При цьому, зазвичай, завдання конкретного суб'єкта можуть бути визначені через його нормативно закріплені функції. За таких обставин, враховуючи п. 13 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, основними завданнями Центральної МСЕК є:

- 1) здійснення організаційно-методичного керівництва обласними, Київським і Севастопольським міськими центрами (бюро) МСЕ, включаючи перевірку обґрунтованості прийнятих ними рішень та виконання відповідних заходів щодо аналізу й узагальнень таких випадків;

- 2) розробка комплексних заходів щодо профілактики і зниження рівня інвалідності, а також удосконалення порядку проведення реабілітації осіб з інвалідністю;

- 3) проведення огляду хворих та осіб з інвалідністю у складних випадках, а також проведення повторних оглядів осіб, які оскаржили рішення обласних, Київської та Севастопольської центральних міських МСЕК, перевірка якості

розроблених ними індивідуальних програм реабілітації, здійснення контролю за повнотою і якістю їх виконання;

4) направлення в особливо складних випадках осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до спеціалізованих науково-дослідних інститутів;

5) надання консультаційної допомоги фахівцям з питань проведення МСЕ та МСЕК;

6) забезпечення впровадження у практику роботи МСЕК наукових принципів і методів, підготовка пропозицій щодо вдосконалення процедур і механізмів МСЕ, узагальнення і поширення передового досвіду роботи, в тому числі шляхом проведення конференцій, нарад, семінарів;

7) здійснення заходів із профілактики і зниження рівня інвалідності [96].

Згідно з вищевказаними завданнями Центральна МСЕК реалізує відповідні функції, що складають перелік конкретних видів її діяльності, а саме:

– адміністративну (здійснення організаційно-методичного керівництва підпорядкованими МСЕК);

– сервісну (надання висококваліфікованих медико-соціальних експертних послуг);

– контрольну (проведення перевірок обґрунтованості рішень, прийнятих підпорядкованими МСЕК, якості та повноти виконання розроблених ними індивідуальних програм реабілітації, участь в атестації лікарів, які входять до складу МСЕК, та акредитації підпорядкованих МСЕК);

– координаційно-спрямовуючу (надання консультаційної допомоги з питань проведення МСЕ, впровадження у практику роботи МСЕК передового досвіду та наукових принципів і методів діяльності, розроблення пропозицій щодо вдосконалення МСЕ, порядку проведення реабілітації осіб з інвалідністю);

– превентивну (здійснення заходів щодо профілактики і зниження рівня інвалідності).

Розгалужений спектр завдань і відповідних функцій зумовлюють необхідність існування організаційного блоку адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК, покликаною створити належні умови для їх реалізації. Організаційний блок характеризує Центральну МСЕК як цілісну впорядковану структуру, тобто окреслює її організаційно-правову форму діяльності, внутрішній устрій, підвідомчість, процедури діяльності й інше.

Так, Центральну МСЕК утворено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2012 р. № 111-о «Про створення Державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України» на підставі абз. 5 п. 4 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317. Відповідно, Центральна МСЕК підвідомча МОЗ України, яке щодо неї вправі:

- 1) визначати головні напрямки діяльності, розробляти та затверджувати стратегічні плани розвитку;
- 2) приймати рішення про реорганізацію та ліквідацію;
- 3) затверджувати установчі документи, ініціювати та вносити до них зміни, здійснювати контроль за їх виконанням;
- 4) затверджувати організаційну структуру, штатні нормативи чисельності працівників, штатний розпис, кошторис доходів і видатків;
- 5) організовувати і проводити конкурс на зайняття посади керівника, призначати його на посаду та звільняти з посади; погоджувати призначення на посаду та звільнення з посади заступників керівника, керівників основних структурних підрозділів;
- 6) здійснювати контроль за фінансовою (бюджетною) дисципліною, проводити перевірки фінансово-господарської діяльності;
- 7) визначати перелік обладнання та інвентарю, необхідного для роботи [96; 97; 143].

Відповідно до абз. 6 п. 4 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р.

№ 1317, утворення, реорганізація та ліквідація Центральної МСЕК та призначення і звільнення її керівника визначається Положенням про Центральну МСЕК, яке затверджується МОЗ України [96]. Тобто профільним нормативним актом прямо вказується, що установчим документом, на підставі якого досліджуваний суб'єкт здійснює свою діяльність, є положення, яке, враховуючи сучасне розуміння сутності установчих документів, окрім зазначеного, має загалом регламентувати питання правового статусу Центральної МСЕК.

Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2012 р. № 111-о «Про створення Державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України» було затверджене Положення про Державний заклад «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України», проте вбачається, що цей установчий документ для Центральної МСЕК є суто номінальним, оскільки був розроблений і затверджений виключно на виконання нормативної вказівки та не використовувався для проведення процедури державної реєстрації цієї юридичної особи.

Натомість МОЗ України для Центральної МСЕК також було затверджено статут (актуальна редакція затверджена наказом від 30.08.2019 р. № 1926), який змістовно майже ідентичний вищевказаному Положенню та використовується у всіх правовідносинах, учасником яких є Центральна МСЕК. Тобто на практиці існує подвійне регламентування правового статусу Центральної МСЕК, яке з метою забезпечення принципу правової визначеності має бути усунуте.

Наразі Центральна МСЕК – заклад охорони здоров'я, який діє в організаційно-правовій формі «державний заклад», що доволі поширена та характерна, насамперед, для юридичних осіб, пов'язаних із соціогуманітарною сферою (заклади освіти, заклади охорони здоров'я, заклади надання соціальних послуг, музеї тощо). Водночас правові засади діяльності юридичних осіб у такій організаційно-правовій формі чинним законодавством

України практично не врегульовані. Виняток, певною мірою, становлять лише заклади освіти.

Вибір організаційно-правової форми «державний заклад» при створенні Центральної МСЕК зокрема можна пояснити її приналежністю до закладів охорони здоров'я, а також сталою на той час практикою організації функціонування юридичних осіб публічного права як державного, так і комунального сектору. Проте за актуальних умов відповідні обставини суперечать чинному законодавству України.

Так, ч. 13 ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ закріплено, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як державні некомерційні підприємства або державні установи. До того ж відповідно до частини 7 статті 16 вказаного Закону заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту (положення) [91]. Тобто закономірно, що належним установчим документом для державного некомерційного підприємства є статут, а для державної установи – положення.

Отже, поточна організаційно-правова форма Центральної МСЕК потребує приведення у відповідність до чинного законодавства України. На нашу думку, специфіка досліджуваного суб'єкта обумовлює доцільність його функціонування у формі «державна установа» та на підставі відповідного положення, що потребує проведення процедури реорганізації (перетворення) Центральної МСЕК.

У свою чергу, Центральна МСЕК має внутрішній устрій, який формується згідно з потребою щодо ефективного виконання визначених мети і завдань. Посада є первинною організаційною структурою (найпростішим утворенням), із якої формуються департаменти, управління, відділи, відділення, групи, сектори, інші структурні підрозділи. Під посадою в організаційно-правовому сенсі розуміється певна галузь завдань, яка відводиться для будь-якої особи [84, с. 178].

Керівництво Центральною МСЕК здійснює директор, який призначається на посаду наказом Міністерства охорони здоров'я України на конкурсній основі шляхом укладання з ним контракту. Центральна МСЕК – це заклад охорони здоров'я, а відтак механізм проведення конкурсу на зайняття посади її керівника визначається Порядком проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1094 [116].

Директор Центральної МСЕК здійснює управління комісією, організовує її діяльність згідно з встановленими метою і завданнями та, зокрема, визначає її організаційну структуру, граничну чисельність працівників, штатний розпис на відповідний бюджетний період і подає їх на затвердження Міністерству охорони здоров'я України [97; 143]. Відтак структура Центральної МСЕК не є сталою і визначається щорічно згідно зі штатним розписом.

Однак в абзаці 5 пункту 4 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, передбачено, що Центральну МСЕК очолює головний лікар. Вказана норма є змістовно застарілою, адже посада «головний лікар» з 01.01.2019 р. виключена з розділу «Керівники» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78, охорона здоров'я). Натомість були введені посади «генеральний директор (директор)/начальник (завідувач) закладу охорони здоров'я» [36].

Таким чином, з метою усунення неточностей пропонуємо абзац 5 пункту 4 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, викласти в такій новій редакції:

«МОЗ утворює Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ, яку очолює керівник, котрий призначається на посаду в порядку, визначеному чинним законодавством.».

Серед іншого, в рамках організаційного блоку, варто зазначити, що процедурні засади діяльності Центральної МСЕК ґрунтуються на її публічних (невладних) повноваженнях, а тому є нормативно врегульованими. У своїй роботі Центральна МСЕК керується Конституцією і законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами центральних органів виконавчої влади, іншими нормативно-правовими актами з питань МСЕ. До переліку останніх зокрема належать:

– закони України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-XII, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV, «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від 23.09.1999 р. № 1105-XIV, «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 р. № 3551-XII;

– постанови Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю» від 23.05.2007 р. № 757, «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами» від 03.12.2009 р. № 1301, «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку» від 05.04.2012 р. № 321, «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду» від 21.01.2015 р. № 10, «Деякі питання реалізації Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 26.06.2015 р. № 482;

– накази Міністерства охорони здоров’я України «Про затвердження Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з

ручним керуванням» від 23.01.1995 р. № 13, «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» від 08.10.2007 р. № 623, «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків» від 05.06.2012 р. № 420, «Про внесення змін до Переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування» від 30.12.2015 р. № 919».

Поряд з розглянутими вище блоками адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК заключним і провідним, з практичної точки зору, є компетенційний. Компетенція, як зазначалось попередньо, є поняттям, що застосовується для визначення певного обсягу повноважень (прав і обов'язків), закріпленого за суб'єктом публічної адміністрації відповідно до покладених на нього завдань і функцій.

Повноваження визначають міру можливої поведінки та встановлюють певні види такої поведінки. Подібно до функцій та інших складових правового статусу суб'єкта публічної адміністрації, повноваження завжди чітко виписані у нормативному акті про відповідного суб'єкта публічної адміністрації. Вихід за межі таких повноважень (їх невиконання, неналежне виконання) є неприпустимим й карається законом [84, с. 182]. Так, згідно з пунктом 13 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, Центральна МСЕК відповідно до покладених на неї завдань:

– здійснює організаційно-методичне керівництво обласними, Київським і Севастопольським міськими центрами (бюро) МСЕ;

– розробляє комплексні заходи щодо профілактики і зниження рівня інвалідності, а також удосконалення порядку проведення реабілітації осіб з інвалідністю;

– проводить перевірку обґрунтованості рішень, прийнятих обласними, Київською та Севастопольською центральними міськими МСЕК, і в разі необхідності скасовує їх;

– узагальнює та аналізує випадки необґрунтованого прийняття рішень міськими, міжрайонними, районними МСЕК і направлення хворих лікарсько-консультативними комісіями на огляд до комісій для встановлення інвалідності, веде у розрізі лікарів облік відповідних випадків та щороку подає МОЗ України пропозиції щодо покращення ситуації у цій сфері;

– повторно оглядає осіб, які оскаржили рішення обласних, Київської та Севастопольської центральних міських МСЕК, перевіряє якість розроблених ними індивідуальних програм реабілітації, здійснює контроль за повнотою і якістю виконання програми;

– проводить у складних випадках огляд хворих та осіб з інвалідністю за направленнями обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) МСЕ;

– надає консультаційну допомогу фахівцям з питань проведення МСЕ та обласним, Київській та Севастопольській центральним міським МСЕК;

– направляє в особливо складних випадках осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця);

– впроваджує у практику роботи комісій наукові принципи і методи, розроблені науково-дослідними інститутами, готує пропозиції щодо вдосконалення МСЕ, узагальнює і поширює передовий досвід роботи;

– бере участь в акредитації обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) МСЕ й атестації лікарів, які входять до складу комісій, вживає заходів до підвищення їх кваліфікації;

- проводить разом з профспілковими та громадськими організаціями осіб з інвалідністю конференції, наради, семінари з питань профілактики інвалідності, реабілітації та адаптації осіб з інвалідністю;

- бере участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності [96].

Разом з цим, повноваження Центральної МСЕК включають загальні права, притаманні всім МСЕК, а саме:

- одержувати від державних органів, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності і виду їх діяльності відомості, необхідні для роботи;

- направляти осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, до лікувально-профілактичних закладів для проведення огляду з метою уточнення діагнозу і призначення відповідного лікування;

- відвідувати в установленому порядку підприємства, установи та організації незалежно від форми власності і виду їх діяльності, обстежувати робочі місця, виробничі та службові приміщення, ознайомлюватися в межах компетенції зі звітами, статистичними й іншими матеріалами;

- подавати державним органам необхідні матеріали для вжиття щодо посадових осіб підприємств, установ та організацій, що порушують права осіб з інвалідністю, заходів впливу;

- допускати за письмовою заявою особи, що звертається для встановлення інвалідності, довірену особу на засідання комісії [96];

- співпрацювати для виконання завдань із закладами освіти, науково-дослідними інститутами, іншими підприємствами, установами й організаціями, в тому числі іноземними.

Відтак компетенція Центральної МСЕК є унормованою, що зобов'язує її, у тому числі як суб'єкта публічної адміністрації, діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України. Відповідно, вихід за межі повноважень, їх невиконання (неналежне виконання), зловживання ними тощо є підставою для застосування заходів

юридичної відповідальності як до Центральної МСЕК загалом, так і її посадових осіб зокрема.

Таким чином, узагальнюючи викладений матеріал, можемо зробити висновок, що адміністративно-правовий статус Центральної МСЕК – це регламентований нормами адміністративного права, структурно визначений правовий субстатус, який відображає її юридичне становище в системі суб'єктів публічної адміністрації та комплексно окреслює функціональне призначення і компетенцію.

Структурна визначеність адміністративно-правового статусу Центральної МСЕК представлена декількома взаємопов'язаними блоками, серед яких: 1) цільовий; 2) організаційний; 3) компетенційний.

2.2. Адміністративні процедури проведення медико-соціальної експертизи

Дослідження адміністративно-правового механізму організації проведення МСЕ неможливе без аналізу адміністративних процедур, що становлять ключовий аспект даної експертизи. У свою чергу, наукові напрацювання, присвячені правовому механізму організації проведення МСЕ на сьогодні характеризуються незначною численністю. Серед науковців, які дотично досліджували правову складову означеного процесу, варто виділити таких, як Т. Вовчук, А. Іпатов, В. Кондратенко, А. Куца, Є. Соболев та інших. Проте комплексних досліджень організації проведення МСЕ не здійснювалося. За таких обставин проблематика адміністративних процедур проведення МСЕ розглядатиметься крізь призму нормативно-правових засад з урахуванням наявних та актуальних наукових розробок і публікацій.

Так, проведення МСЕ до початку повномасштабної війни регламентувалася низкою нормативно-правових актів, мова про які йшла у розділі 1 цієї дисертації. Як наголошувалося, серед них ключову роль відіграє постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 03.12.2009 р. № 1317, якою затверджені Положення про

медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності. Окрім того, за своєю сутністю вона є правовим фундаментом здійснення МСЕ. Саме цим нормативно-правовим актом визначено адміністративні процедури проведення МСЕ.

Проте перед тим, як перейти до безпосереднього розгляду питання, необхідно зупинити увагу на теоретичній складовій категорії «адміністративна процедура», а відтак і процедура загалом. До недавнього часу в науці адміністративного права існувало три ключові підходи до визначення дефініції «процедура» – юрисдикційний, управлінський та судочинський. Зокрема прихильники юрисдикційного підходу процедурою вважають будь-яку діяльність повноважних органів, урегульовану нормами права (Н. Саліщева, А. Самойленко). Представники управлінської концепції (наприклад, О. Бандурка, Ю. Битяк) стверджують, що категорія «адміністративний процес» охоплює всі наявні адміністративні процедури. Тобто адміністративна процедура є складовою адміністративного процесу та разом з юрисдикційним процесом становить фундамент категорії «адміністративний процес». Щодо судочинського підходу, то в межах дослідження адміністративного процесу як форми правосуддя адміністративні процедури постають як ознака діяльності органів публічної адміністрації, яким притаманний процедурний характер [134, с. 90-91]. Наявність вказаних наукових підходів демонструє, що в науці адміністративного права не існувало уніфікованого бачення поняття «процедура». У наукових колах велися дискусії з приводу його дефініції, що, як наслідок, призводило до ще більшої термінологічної плутанини.

Разом із цим станом на сьогодні законодавцем прийнятий Закон України «Про адміністративну процедуру» від 17.02.2022 р. № 2073-IX (набирає чинності 15.12.2023 р.). Зазначений нормативно-правовий акт є комплексним документом, який врегульовує поняття, принципи та порядок розгляду адміністративних справ, визначає їх учасників, строки розгляду, форми та зміст адміністративних актів, порядок виконання, його (адміністративного

акта) чинність і припинення дії, відкликання й визнання його недійсним, а також питання адміністративного оскарження, у тому числі суб'єктів розгляду скарги, форму та зміст скарги, строки її подання й поетапну процедуру її розгляду.

Тобто зазначеним нормативно-правовим актом нівельовано всі попередньо існуючі підходи до визначення процедури в межах адміністративного права. Так, ч. 1 ст. 2 закріплює низку важливих дефініцій, дискусії щодо яких велися у наукових колах достатньо довгий час. Зокрема мова йде про визначення таких понять, як: «адміністративний орган», «адміністративна справа», «адміністративний акт», «адміністративне провадження», «адміністративна процедура», «публічний інтерес», «дискреційне повноваження», «особа», «процедурна дія», «процедурне рішення» та «функції публічної адміністрації».

Особливістю ст. 2 вказаного Закону (далі – Закон № 2073-IX) є взаємопов'язаність кожного з регламентованих ним визначень; кожне із них деталізує, розширює та доповнює один одного. Зокрема, адміністративною процедурою виступає визначений законом порядок розгляду та вирішення адміністративної справи. Під адміністративною справою законодавець розуміє справу, що стосується публічно-правових відносин щодо забезпечення реалізації права, свободи чи законного інтересу особи та/або виконання нею визначених законом обов'язків, захисту її права, свободи чи законного інтересу, розгляд якої здійснюється адміністративним органом. Разом із цим адміністративний орган – це орган виконавчої влади, орган влади Автономної Республіки Крим, орган місцевого самоврядування, їх посадова особа, інший суб'єкт, який відповідно до закону уповноважений здійснювати функції публічної адміністрації. Зі свого боку, функції публічної адміністрації – це надання адміністративних послуг, здійснення інспекційної (контрольної, наглядової) діяльності, вирішення інших справ за заявою особи або за власною ініціативою адміністративного органу [102].

Згідно з ч. 1 ст. 36 Закону № 2073-IX ініціатором адміністративної процедури, а відтак – адміністративного провадження, може бути:

1) особа, питання про право, свободу чи законний інтерес або обов'язок якої вирішується в адміністративному акті (адресат), у тому числі:

– особа, яка з метою забезпечення реалізації свого права, свободи чи законного інтересу або виконання нею визначеного законом обов'язку звертається до адміністративного органу із заявою про прийняття адміністративного акта (заявник);

– особа, стосовно якої адміністративний орган ініціював адміністративне провадження;

– особа, яка з метою захисту свого права, свободи чи законного інтересу звертається до адміністративного органу із скаргою (скаржник) [102];

2) адміністративний орган під час реалізації контрольних, наглядових, інспекційних функцій.

У контексті нашого дослідження предметне значення має перший суб'єкт ініціювання. Підставою для початку відповідної процедури виступає заява, яка може подаватися як в усній, так і письмовій (електронній, паперовій) формі. У свою чергу, ст. 40-41 Закону № 2073-IX регламентовано вимоги та порядок подання заяви. Вона подається до адміністративного органу, уповноваженого вирішувати порушене в ній питання. Адміністративний орган зобов'язаний зареєструвати таку заяву у день її надходження. Відмова у її реєстрації не допускається, проте у визначених законодавством випадках заяву може бути залишено без розгляду, надіслано за належністю або визнано такою, що не підлягає розгляду.

Початком адміністративного провадження вважається день отримання адміністративним органом відповідної заяви. Водночас він в обов'язковому порядку зобов'язаний невідкладно повідомити адресата (та інших заінтересованих осіб) про початок такого провадження. У свою чергу, й адміністративний орган, й учасники адміністративного провадження наділені

відповідним обсягом прав та обов'язків, які прямо й опосередковано закріплено нормами Закону № 2073-IX.

Розгляд і вирішення адміністративної справи уповноваженим суб'єктом здійснюється з урахуванням досліджених обставин справи та доказів. Так, адміністративний орган повинен неупереджено дослідити всі обставини справи, у тому числі ті, що є сприятливими, а також ті, що є несприятливими для учасників адміністративного провадження [102]. Також забороняється вимагати ті пояснення, документи, дані та інші докази, які не стосуються сутності справи та не сприяють її вирішенню. У такий спосіб забезпечується належність доказів та офіційність їх збирання.

Якщо адміністративна справа не вирішується невідкладно, вона розглядається у письмовому адміністративному провадженні. Чинним законодавством також передбачено розгляд справи в автоматичному режимі, тобто за допомогою спеціальних програм, ресурсів, а отже без залучення людини. При цьому учасник адміністративного провадження має право бути заслуханим адміністративним органом до прийняття рішення у справі, якщо таке рішення може негативно вплинути на його право, свободу чи законний інтерес [102], окрім випадків, передбачених вищевказаним Законом.

Підстави зупинення та закриття адміністративного провадження регламентовано ст. 64-65 Закону № 2073-IX. За результатами розгляду справи адміністративний орган у межах своїх повноважень приймає адміністративний акт, форму та зміст якого визначено Главою 1 Розділу 5 зазначеного Закону. Адміністративний акт набирає чинності стосовно учасника адміністративного провадження з дня доведення його до відома відповідній особі, якщо інший строк набрання ним чинності не передбачено законом або самим адміністративним актом [102]. Водночас Законом передбачено можливість оскарження прийнятого адміністративного акта, його відкликання та визнання недійсним.

Отже, аналіз Закону № 2073-IX демонструє, що законодавчо визначена адміністративна процедура (адміністративне провадження) за своєю формою

співвідноситься з процедурою судочинства (судове провадження). За таких обставин можна вести мову про певне унормування та узагальнення діяльності публічних органів, до компетенції яких належить вирішення правових справ.

Таким чином, із вищенаведеного випливає, що адміністративна процедура – це впорядкована, нормативно-регламентована, системна й організована діяльність суб'єктів публічної адміністрації з приводу вирішення справ, які стосуються публічно-правових відносин і розглядаються у межах та у строки, визначені чинним законодавством, за результатами розгляду яких приймається адміністративний акт.

При цьому, порівнюючи діяльність МСЕК та норми Закону № 2073-IX, зазначимо, що процедура проведення МСЕ за своєю сутністю та змістовною складовою доволі подібна до адміністративної процедури. Означене, насамперед, випливає з адміністративно-правового статусу МСЕК, а саме: по-перше, їх діяльність регламентується нормами адміністративного права; по-друге, вони мають владний вплив; по-третє, є суб'єктами владних повноважень; по-четверте, надають адміністративні послуги; по-п'яте, виступають стороною адміністративно-правових відносин. МСЕК виступає адміністративним органом, уповноваженим державою реалізовувати функції публічної адміністрації щодо проведення МСЕ, яка становить спеціальний вид публічного сервісу, що функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах.

Зокрема, п. 1 ст. 1 Закону України «Про адміністративні послуги» від 06.09.2012 р. № 5203-VI регламентовано, що адміністративною послугою є результат здійснення владних повноважень суб'єктом надання адміністративних послуг за заявою фізичної або юридичної особи, спрямований на набуття, зміну чи припинення прав та/або здійснення обов'язків такої особи відповідно до закону [101]. Означена дефініція повною мірою підтверджує нашу тезу про подібність процедури проведення МСЕ та адміністративної процедури. Водночас процедура проведення МСЕ не

відповідає вимогам вищерозглянутого Закону № 2073-IX, що є доволі суттєвим недоліком.

Однак, не дивлячись на законодавче закріплення порядку реалізації адміністративних процедур, проаналізований Закон ще не набув чинності. У зв'язку з цим вбачається за необхідне розглянути поточну процедуру проходження МСЕ в Україні.

Насамперед зазначимо, що згідно з чинним законодавством особа, щодо якої має бути проведено МСЕ, повинна відповідати двом критеріям: 1) досягнути 18-річного віку; 2) бути хворою, особою, потерпілою від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання або особою з інвалідністю. Таким чином, відповідна повнолітня особа звертається до закладу охорони здоров'я, в якому лікуючим лікарем та іншими компетентними особами проводиться низка діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів. Під час цих заходів відбувається визначення діагнозу, професійного та трудового прогнозу, здійснюється дослідження ступеня обмеження життєдіяльності особи, її фізичних і розумових можливостей, оцінювання соціальних потреб особи, а також визначення детермінант, періоду настання інвалідності та її групи.

Головна мета вищезазначених заходів – виявлення у особи стійкого порушення функції організму, яке може бути спричинене декількома чинниками, серед яких: 1) вроджені вади; 2) захворювання; 3) наслідки травм. У разі підтвердження у особи стійкого порушення функції організму її направляють на огляд МСЕК.

Сьогодні законодавством визначено вичерпний перелік підстав для направлення особи на такий огляд. До них віднесено: по-перше, існування ознак інвалідності; по-друге, закінчення терміну інвалідності; по-третє, необхідність продовження листка непрацездатності. Наявність хоча б однієї із перерахованих підстав обумовлює необхідність закладу охорони здоров'я сформувати медичну документацію для направлення особи на МСЕ. Відповідне направлення складається згідно з формою № 088/о «Направлення

на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК)», що затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я від 14.02.2012 р. № 110. Форма № 088/о заповнюється лікуючим лікарем закладу охорони здоров'я за місцем проживання чи лікування хворого, підписується головою і членами лікарсько-консультаційної комісії і надсилається до МСЕК [51].

Огляд осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, регламентується пп. 15-25 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317. Резюмуючи викладену у цих пунктах процедуру проведення МСЕ, зазначимо наступне:

По-перше, огляд (у тому числі й повторний) здійснюється за місцем проживання або лікування особи. Так, МСЕ осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, які за станом здоров'я не можуть з'явитися на засідання комісії, проводиться за місцем їх проживання, а також у стаціонарних відділеннях центрів соціального обслуговування, закладах соціального захисту для бездомних осіб та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, або в стаціонарі, де така особа перебуває на лікуванні [50].

По-друге, окрім медичної документації, скерованої закладом охорони здоров'я, особа повинна також пред'явити паспорт або інший документ, який посвідчує особу. Тобто адміністративна процедура проведення МСЕ не розпочнеться без належної ідентифікації особи, щодо якої така експертиза ініціюється.

По-третє, особу, яка направляється на експертизу вперше, представляє голова лікарсько-консультаційної комісії закладу охорони здоров'я.

По-четверте, фахівці МСЕК зобов'язані ознайомити особу або її законного представника з порядком, умовами та критеріями встановлення інвалідності, а також надавати на вимогу особи (її законного представника) роз'яснення з інших питань, що пов'язані із встановленням групи інвалідності [50]. Непоінформованість особи (або її законного представника) може

слугувати підставою для оскарження рішення МСЕК в адміністративному або судовому порядку.

По-п'яте, комісія проводить засідання у повному складі і колегіально приймає рішення. Відомості щодо результатів експертного огляду і прийнятих рішень вносяться до акта огляду та протоколу засідання комісії, що підписуються головою комісії та її членами і засвідчуються печаткою [96].

По-шосте, огляд особи проводиться протягом семи днів із дня надходження документів на МСЕ.

По-сьоме, комісія під час встановлення інвалідності керується Інструкцією про встановлення груп інвалідності, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я від 05.09.2011 р. № 561 [96]. У свою чергу, необхідно зазначити, що у п. 20 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, яке розміщене на офіційному вебпорталі парламенту України «Законодавство України», наявне гіперпосилання на інструкцію, що втратила чинність ще 07.04.2004 р. Вважаємо, що така обставина може створювати перепони для осіб, які не обізнані з особливостями опрацювання юридичних текстів, однак мають необхідність використання цього нормативного акта. Враховуючи, що наразі МСЕК застосовують положення Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я від 05.09.2011 р. № 561, вважаємо за доцільне оновити гіперпосилання на чинний нормативно-правовий акт.

По-восьме, при огляді безпосередньо проводяться:

1) вивчення документів, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або вродженими вадами, які спричиняють обмеження нормальної життєдіяльності особи;

2) опитування хворого;

3) об'єктивне обстеження та оцінка стану всіх систем організму, необхідних лабораторних, функціональних та інших методів дослідження усіма членами комісії [50].

По-дев'яте, заповнюється форма первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерством охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577. Так, форма № 157/о призначена для запису основних медичних даних і соціальних факторів, необхідних для винесення експертного рішення та його обґрунтування. У ній вказуються умови і характер праці, які рекомендуються особам з інвалідністю, та інші заходи, які сприятимуть відновленню їх працездатності [52].

По-десяте, у разі, якщо існують заперечення представників фондів соціального страхування, комісія направляє на додаткове медичне обстеження особу, щодо якої здійснюється МСЕ, за результатами якої приймається остаточне рішення.

Рішення приймається більшістю голосів членів комісій. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос голови комісії. Член комісії, не згодний із прийнятим рішенням, викладає свою думку в письмовому вигляді, яка додається до акта огляду [96].

По-одинадцяте, за результатами огляду хворого (особи з інвалідністю) та прийнятого рішення лікарем-експертом МСЕК заповнюється «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК», яке підписується головою комісії і повертається до закладу охорони здоров'я, який направив хворого (особу з інвалідністю) на відповідну комісію. «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК» зберігається в амбулаторній карті весь термін її зберігання [51].

У разі встановлення інвалідності або факту втрати професійної працездатності комісія видає довідку й індивідуальну програму реабілітації, розроблену на підставі плану медичної реабілітації, наданого лікарем або за його участі.

Індивідуальна програма розробляється на підставі Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. № 1686 [108]. У цій програмі обов'язково

ззначаються обсяги та види реабілітаційних заходів, методи та строки їх здійснення, засоби реабілітації та відповідальні особи за її виконання. Комісія відповідає за якість розроблення індивідуальної програми реабілітації та здійснює, у межах своїх повноважень, контроль за її виконанням [50]. Своєю чергою механізм виконання та фінансування вказаної програми регламентовано Положенням про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757.

Індивідуальна програма розробляється протягом одного місяця з дня звернення особи з інвалідністю до МСЕК та складається за формою, затвердженою в установленому порядку Міністерством охорони здоров'я за погодженням з Міністерством соціальної політики, Міністерством освіти і науки та Міністерством молоді та спорту та на підставі відомостей акта огляду МСЕК. У разі письмової відмови особи з інвалідністю, законного представника дитини з інвалідністю від виконання індивідуальної програми в цілому або від будь-якого передбаченого нею виду, форми, обсягу або місця проведення реабілітаційних заходів у програмі робиться відповідний запис. У разі потреби в оперативному коригуванні індивідуальної програми фахівці реабілітаційних та інтернатних установ можуть змінювати обсяг, строк та черговість проведення реабілітаційних заходів [114].

Таким чином, загальна процедура здійснення медико-соціальної експертизи є доволі тривалою за часом і складається з низки поступових кроків, до яких залучено численну кількість осіб (насамперед мова йде про працівників закладу охорони здоров'я та безпосередніх членів комісії, які проводять конкретну МСЕ). Водночас вважаємо, що процедуру проведення МСЕ можна поділити на три етапи: підготовчий, безпосередній та заключний.

Аналіз процедури проведення МСЕ показує, що вона характеризується низкою недоліків, які, з метою підвищення якості здійснення МСЕ, потребують усунення та відповідного нормативно-правового регламентування. Розглянемо основні з них.

Насамперед необхідно адаптувати існуючу процедуру проведення МСЕ під норми нещодавно прийнятого Закону України «Про адміністративну процедуру» від 17.02.2022 р № 2073-IX. Зокрема, потребують законодавчої регламентації обсяг прав та обов'язків, якими наділена особа, яка звертається до МСЕК (або її законний представник). МСЕК має підпадати під категорію «адміністративний орган», що має закріплюватися на законодавчому рівні.

Наступним недоліком виступає надмірний бюрократизм. Існуюча процедура проведення МСЕ потребує спрощення й надання переваги сутності справи, аніж додержанню формальностей. Доцільно також ведення нових форм проведення такої експертизи, зокрема розвиток дистанційних форм її провадження на постійній основі.

Третім недоліком можна виокремити непрозорість (відсутність публічності) її проведення. Конкретна процедура МСЕ здійснюється «за закритими дверима», що, як наслідок, може: по-перше, провокувати можливість прийняття неправомірного рішення членами МСЕК; по-друге, ускладнювати процес контролю за діяльністю МСЕК (у тому числі й з боку громадськості). Про вказаний недолік неодноразово наголошували науковці, які тим або іншим чином досліджували процедуру проведення МСЕ. У свою чергу, М. Багній, О. Коваль та Т. Яцків констатують, що сучасна МСЕ потребує посилення відкритості, у тому числі й шляхом оприлюднення інформації про діяльність МСЕК на офіційних веб-сайтах органів державної влади, яким вони підпорядковуються, на інформаційних стендах, у місцевих та загальнодержавних засобах масової інформації [11, с. 48].

Одним із важливих недоліків, який притаманний сучасній процедурі проведення МСЕ, виступає корупція. Детальніше про вказаний вид правопорушення йтиметься у наступному підрозділі нашої дисертації, присвяченому юридичній відповідальності за порушення порядку проведення досліджуваної експертизи.

Відсутність єдиного електронного документообігу та належної цифровізації документування (діджиталізація). Наявна система документації,

яка використовується під час проведення МСЕ, є архаїчною та вважається такою, що потребує оновлення, зокрема в частині поєднання цифрового та паперового документообігу.

Обмеження трудових прав особи з інвалідністю, обумовлених висновками МСЕК. Ця проблема згадується в Національній стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р. У ній зазначено, що «Висновки МСЕК дискримінують певні категорії громадян у доступі до бажаних місць роботи» [127].

Так п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерством охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577 визначено, що у підпункті 30.1 пункту 30 відповідного акта зазначаються показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професії, які доступні інваліду за станом здоров'я [51]. Тобто у відповідному бланку Акта неможливо описати всі професії, якими може займатися особа з інвалідністю, тому там наводиться їх доволі обмежений перелік, що на практиці значно ускладнює не лише процедуру працевлаштування таких осіб, а в окремих випадках загалом унеможлиблюють його.

Означене детерміновано тим, що «висновки комісії, реабілітаційні заходи, визначені в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю, обов'язкові для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними підприємствами, установами та організаціями, в яких працює або перебуває особа з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності» [96]. Тобто прийняття роботодавцем на роботу особи з інвалідністю, у медичній документації якої не буде визначено конкретний вид трудової діяльності (вид робіт, професію), може стати підставою для притягнення роботодавця до юридичної відповідальності. Як наслідок, особа з інвалідністю готова

працювати на певній посаді, але не може бути офіційно влаштована, адже така посада (вид робіт, професія) не визначена підпунктом 30.1 пункту 30 Акта огляду МСЕК, що, своєю чергою, суперечить особливим умовам праці, визначених у висновках МСЕК.

З урахуванням викладеного пропонуємо п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577, викласти у такій редакції:

«У підпункті 30.1 пункту 30 зазначаються показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професії, які не доступні особі з інвалідністю за станом здоров'я.»

Окрім того, на сьогодні не внесено зміни до вищезазначеної Інструкції в контексті відходження від категорії «інвалід» та заміни її на категорію «особа з інвалідністю», що відбулося ще у 2017 році. За таких обставин пропонуємо внести зміни до всього тексту Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577 шляхом заміни в усіх відмінках і числах слова «інвалід» на словосполучення «особа з інвалідністю».

Наступним недоліком процедури проведення МСЕ є невідповідність висновків МСЕК МКФ. У цьому контексті суттєво, що МКФ не є інструментом оцінювання. Функціонування та обмеження життєдіяльності на основі МКФ розглядаються як взаємодія між навколишнім середовищем та станом здоров'я людини, і тому класифікація створює більш інтегроване розуміння стану здоров'я, надає можливість краще планувати лікування, реабілітацію та створення послуг для людей із хронічними захворюваннями або інвалідністю [88]. Щодо більш детальної характеристики МКФ див. підрозділи 1.3 та 3.1.

З метою адаптації МКФ в Україні Міністерство економіки наказом від 09.04.2022 р. № 810-22 затвердило Національний класифікатор НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я», який є адаптацією МКФ в Україні. Відтак процес встановлення інвалідності після відповідного реформування системи МСЕ відбуватиметься на основі міжнародних стандартів і принципів. Для цього буде розроблений електронний модуль оцінки рівня функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я особи. Сукупність таких рішень дасть змогу створити цілісну систему реабілітації [87], а також встановлення інвалідності. Водночас МСЕК використовують Інструкцію про встановлення груп інвалідності, затверджену наказом МОЗ України від 05.09.2011 р. № 561, яка є основним документом, що регламентує процедуру визначення інвалідності.

За таких обставин пропонуємо п. 20 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, викласти у наступній редакції:

«Комісія під час встановлення інвалідності керується Національним класифікатором НК 030:2022, затвердженим Мінекономіки, а також Інструкцією про встановлення груп інвалідності, затвердженою МОЗ за погодженням з Мінсоцполітики та Радою Федерації незалежних профспілок України».

Зазначений Національний класифікатор та Інструкція про встановлення груп інвалідності мають стати взаємопов'язаними елементами процедури проведення МСЕ, адже відповідний класифікатор є документом загального характеру, а Інструкція – спеціального і стосується виключно осіб з інвалідністю. Саме тому з метою побудови ефективної, якісної та людиноцентристської процедури проведення МСЕ мають бути внесені відповідні зміни до чинного законодавства,

Водночас ще одним важливим недоліком досліджуваної процедури є те, що сьогодні неналежним чином регламентовано питання юридичної

відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ. Детальніше про вказаний недолік висвітлено у підрозділі 2.3 дисертації.

Враховуючи поточний стан, потребує дослідження також проведення МСЕ в умовах воєнного стану. Так, військова агресія Російської Федерації проти України негативно вплинула на життєдіяльність кожної людини, яка проживає на території нашої держави та зумовила стрімку зміну буденності й оперативність реагування на нові умови життя, притаманні воєнному періоду. Сучасні реалії під час дії воєнного стану потребують спрощення низки процедур, які у довоєнний період носили структурований, чітко регламентований характер. Легітимне визначення означених процедур можливе за наявності відповідного нормативно-правового фундаменту, завдяки якому відбувається їх законодавче закріплення. Вказане безпосередньо стосується і процедур МСЕ.

Охарактеризувавши основні аспекти здійснення МСЕ, розглянемо окремі складові цієї діяльності, які зазнали змін у зв'язку із запровадженням воєнного стану на території України.

Основними нормативно-правовими актами, які адаптують та конкретизують процедуру проведення МСЕ у зазначений період, виступає постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання порядку проведення медико-соціальної експертизи на період дії воєнного стану на території України» від 08.03.2022 р. № 225 та постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення до деяких постанов Кабінету Міністрів України змін щодо строку повторного огляду осіб з інвалідністю та продовження строку дії деяких медичних документів в умовах воєнного стану» від 30.03.2022 р. № 390.

На період дії воєнного стану на території України та протягом шести місяців після його припинення або скасування діє принцип екстериторіальності. Тобто проведення МСЕ здійснюється незалежно від місця реєстрації, проживання або перебування особи, що звертається для встановлення інвалідності.

Також спрощення процедури проведення вказаної експертизи полягає у можливості заочного прийняття рішення у випадку, якщо особа не може прибути на відповідний огляд. Зокрема, принципове значення має те, що на період дії воєнного стану на території України п. 5 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 не застосовується [34]. Саме ним було закріплено неможливість здійснення вказаної експертизи в заочній формі стосовно п'ятих найбільш поширених нозологічних форм захворювань, визначених у переліку, що затверджується Міністерством охорони здоров'я.

На сьогодні, тобто на період дії воєнного стану і протягом шести місяців після його припинення або скасування, МСЕК мають право розглядати та приймати рішення в заочній формі стосовно осіб, у яких інвалідність спричинена: 1) нещасним випадком на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я); 2) професійним захворюванням; 3) захворюванням, одержаним під час проходження військової служби чи служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях; 4) захворюванням, пов'язаним із впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи; 5) захворюванням, одержаним у період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку [96].

Також окремі огляди, які проводяться МСЕК, можуть бути перенесені на строк після припинення (або скасування) воєнного стану. Зокрема, повторний огляд, строк якого припав на період дії воєнного стану на території України, переноситься на строк після припинення або скасування воєнного стану, але не пізніше шести місяців після його припинення або скасування за умови неможливості направлення: по-перше, осіб з інвалідністю та осіб, яким встановлено ступінь втрати професійної працездатності (у відсотках), лікарсько-консультативною комісією на МСЕ відповідно до Положення про

медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317; по-друге, дітей з інвалідністю лікарем до лікарсько-консультативної комісії відповідно до Порядку встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 р. № 917 [103]. При цьому, усі виплати та пільги зберігаються за особою до закінчення строку проходження повторного огляду.

Ще одним важливим аспектом, на який треба звернути увагу у даному контексті, є процес відновлення втрачених (знищених, загублених) документів під час переїзду або евакуації з певної місцевості.

Міністерство охорони здоров'я з цього приводу надає вичерпну інформацію. Так, у разі відновлення медичної документації, а саме: результатів обстеження, лікування, проведених стаціонарних й оперативних втручань, а також реабілітаційних рекомендацій, – необхідно звернутись до сімейного або будь-якого іншого лікаря первинної ланки за місцем перебування. Лікар приймає рішення про відновлення медичних документів через Електронну систему охорони здоров'я та/або проводить додаткові обстеження для відновлення подальшого лікування. У разі відновлення документів, які належать особі з інвалідністю, необхідно звернутися до органу соціального захисту, який володіє доступом до Централізованого банку даних осіб з інвалідністю і може надати особі з інвалідністю інформацію про групу і причину раніше встановленої інвалідності [93].

Резюмуючи викладене, зазначимо, що проведення МСЕ є складним процесом, який регламентується значною кількістю нормативно-правових актів та складається з цілої низки послідовних кроків. Військова агресія Російської Федерації проти України детермінувала необхідність спрощення цього процесу та відповідних процедур. Зокрема, це обумовлено неможливістю проведення МСЕ на тимчасово окупованих територіях, переїздом або евакуацією населення тощо. За цих умов органи виконавчої влади, а саме – Кабінет Міністрів України та МОЗ України дещо спростили

процес проведення цих експертиз. Спрощені процедури діють протягом дії воєнного стану, а також шість місяців після його припинення чи скасування.

На додаток до вказаного зазначимо, що процедура проведення МСЕ в Україні не є досконалою та характеризується низкою недоліків, усунення яких здатне значною мірою підвищити якість та ефективність відповідної експертизи. Зокрема, сучасна процедура проведення МСЕ потребує: 1) адаптації існуючої процедури МСЕ до адміністративного провадження, регламентованого нормами нещодавно прийнятого Закону України «Про адміністративну процедуру» від 17.02.2022 р. № 2073-IX; 2) спрощення процедур її проведення не лише в період дії воєнного стану; 3) ведення нових форм її проведення, розвитку дистанційних форм її провадження на постійній основі; 4) мінімізації та ліквідації корупційних проявів; 5) прозорості та відкритості діяльності МСЕК; 6) створення єдиного електронного документообігу та належної цифровізації документування (діджиталізація); 7) необхідності формулювання висновків МСЕ у відповідності до МКФ; 8) належної регламентації юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ.

2.3. Юридична відповідальність за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи

Діяльність, пов'язана із виявленням ступеня обмеження життєдіяльності особи та визначенням необхідних обсягів реабілітаційних заходів для неї потребує максимальної уваги та компетентності від осіб, уповноважених її провадити. Належна й об'єктивна МСЕ є однією із гарантій забезпечення прав і свобод відповідних осіб, а також проявом демократичної, соціальної та правової держави. Однак дедалі частіше трапляються випадки порушення процедур проведення такої експертизи. Не дивлячись на те, що чинним законодавством передбачено юридичну відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ, означена проблематика характеризується актуальністю, а відтак потребує комплексного дослідження.

Принагідно потрібно відзначити, що юридична відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ не ставала предметом дослідження представників наукової спільноти. Цікавим видається факт, що вчені медичної сфери у своїх наукових публікаціях наголошують на підставах і видах юридичної відповідальності за порушення законодавства про МСЕ (серед них варто виокремити Ю. Вороненка, О. Гірину, П. Грішила, В. Ждана, Т. Лемзякову, Г. Лисенко, В. Каленського, В. Кривенка, Н. Михайловську, В. Сиволапа), у той час як у науково-юридичній площині відповідна тематика залишається поза увагою. Водночас окремі аспекти означеної проблематики тим чи іншим чином висвітлювалися у працях таких вчених-правників, як В. Галай, З. Гладун, Б. Логвиненко, О. Кобзар, В. Кондратенко, М. Корнієнко, А. Куца, Є. Соболь та інших.

Перш за все варто зазначити, що у разі вчинення та виявлення правопорушень, тобто за наявності відповідних підстав, заходи юридичної відповідальності застосовуватимуться до конкретних посадових осіб (членів МСЕК), а не медико-соціальної експертної комісії як окремої правової одиниці. Повноваження щодо встановлення інвалідності хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю покладає на членів МСЕК значну як моральну, так і юридичну відповідальність.

Окрім того, кожен конкретний випадок вимагає детального вивчення документації та теоретичних основ й оволодіння практичними вміннями і навичками проведення МСЕ загалом.

З цього випливає доцільність визначення тих осіб, яких може бути притягнуто до відповідальності. Так, згідно із п. 25 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, голова або члени комісії, винні у прийнятті неправильного рішення і незаконній видачі документів про інвалідність, несуть відповідальність згідно із законодавством [96]. Наведена теза дозволяє зробити низку умовиводів.

По-перше, як було наголошено, юридична відповідальність настає для посадових осіб, а саме – голови та/або інших членів МСЕК. У свою чергу, це представники МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства оборони України, закладів охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ України, Пенсійного фонду України [96]. Означені особи є представниками публічної влади, що безпосередньо впливає на вид та міру можливої юридичної відповідальності у разі вчинення такими особами правопорушення.

До того ж членами МСЕК можуть бути представники військово-медичної служби, Служби безпеки України та військово-медичного підрозділу Служби зовнішньої розвідки у разі розгляду медичних справ стосовно потерпілих на виробництві чи пенсіонерів з числа військовослужбовців Служби безпеки України або Служби зовнішньої розвідки. У проведенні МСЕ беруть участь також представники органів державної служби зайнятості та у разі потреби – працівники науково-педагогічної та соціальної сфери [96].

До складу комісії входить не менше трьох лікарів за спеціальностями, перелік яких затверджується МОЗ України, із урахуванням профілю комісії, а також спеціаліст з реабілітації, лікар-психолог або психолог [96]. Тобто обов'язковою вимогою до формування та функціонування МСЕК виступає наявність представників медичної сфери, що цілком відповідає профілю діяльності цього виду комісії.

По-друге, юридичною підставою настання юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ виступає правова норма, яка таку відповідальність передбачає. Водночас необхідною умовою є також наявність правозастосовного акта уповноваженого суб'єкта, яким безпосередньо і покладено на посадову особу обов'язок нести юридичну відповідальність за вчинене нею правопорушення. Таким правозастосовним актом може бути, наприклад, вирок суду, наказ, рішення тощо. До того ж фактична підстава настання юридичної відповідальності – це скоєння правопорушення, яке складається із сукупності ознак, які формують його склад. Відсутність хоча б

одного елементу (ознаки) складу правопорушення виключає юридичну відповідальність.

Голову та/або членів МСЕК може бути притягнуто до юридичної відповідальності за прийняття неправильного рішення та незаконну видачу документів про інвалідність. Варто зауважити, що законодавство не містить чіткого трактування дефініцій «неправильне рішення» та «незаконна видача документів», що на практиці може ускладнювати процес кваліфікації правопорушення. Враховуючи семантику слова «неправильний» (який не відповідає певним нормам, правилам, вимогам; який не відповідає істині, тому, що є в дійсності; помилковий, хибний) [140], можна стверджувати, що під неправильним рішенням законодавець розуміє таке рішення, яке не відображає реального ступеня обмеження життєдіяльності особи. У свою чергу, незаконна (яка забороняється законом, порушує закон; суперечить законові, йде врозрід із ним [140]) видача документів – це процес видачі таких документів, які порушують чинне національне законодавство, не відповідають положенням його правових норм.

По-третє, вказаний пункт містить загальне формулювання «згідно з законодавством», не деталізуючи та не визначаючи конкретні види юридичної відповідальності для винних осіб.

Отже, спеціальний нормативно-правовий акт, яким визначено процедуру проведення МСЕ, містить лише опосередковане закріплення юридичної відповідальності, передбаченої за порушення відповідної процедури.

Із огляду на зазначене виникає необхідність виокремлення видів юридичної відповідальності, передбаченої за порушення проведення МСЕ.

Так, ст. 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ регламентує, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством [91]. Окрім того, члени МСЕК реалізують свої повноваження у межах трудової функції, а відтак за порушення законодавства про працю несуть також і дисциплінарну

відповідальність. Тобто, за порушення проведення МСЕ членів відповідної комісії може бути притягнуто до чотирьох видів юридичної відповідальності: 1) дисциплінарної; 2) цивільно-правової; 3) адміністративної; 4) кримінальної.

З урахуванням досягнення поставленої мети вбачається за необхідне розглянути кожен із вищевказаних видів юридичної відповідальності.

Дисциплінарна відповідальність. Насамперед зазначимо, що працівники, у тому числі й члени МСЕК, зобов'язані працювати чесно і сумлінно, своєчасно і точно виконувати розпорядження роботодавця, дотримуватись трудової і технологічної дисципліни, вимог нормативних актів про охорону праці, дбайливо ставитися до майна роботодавця, з яким укладено трудовий договір [59]. У разі порушення трудових обов'язків винну особу притягують до дисциплінарної відповідальності.

У свою чергу, дисциплінарна відповідальність – це вид юридичної відповідальності, який настає у разі порушення трудового законодавства шляхом вчинення дисциплінарного проступку. Дисциплінарний проступок визначається як невиконання чи неналежне виконання працівником своїх трудових обов'язків. Складовими дисциплінарного проступку є: 1) дії або бездіяльність працівника; 2) порушення або неналежне виконання покладених на працівника трудових обов'язків; 3) вина працівника; 4) наявність причинного зв'язку між діями (бездіяльністю) і порушенням або неналежним виконанням покладених на працівника трудових обов'язків [133]. Доцільно зауважити, що відсутність або недоведеність роботодавцем хоча б одного із перерахованих складових елементів виключає наявність дисциплінарного проступку, а відтак, і можливості притягнення особи до дисциплінарної відповідальності.

Вказаний вид юридичної відповідальності застосовується до членів МСЕ на загальних підставах. Основні положення про дисциплінарну відповідальність регламентовано ст.ст. 147-152 Кодексу законів про працю України від 10.12.1971 р. № 322-VIII (далі – КЗпП). Зокрема, за порушення

трудової дисципліни до працівника може бути застосовано тільки один з таких заходів стягнення: 1) догана; 2) звільнення [59].

Догана вважається більш м'яким, порівняно із звільненням, заходом дисциплінарного стягнення. Як зазначає Ю. Дмитренко, догана виступає універсальним стягненням, яке може застосовуватися за будь-яке дисциплінарне правопорушення та являється видом стягнення, який є дисциплінарним заходом особистого характеру, що полягає в негативній оцінці та засудженні поведінки працівника у трудовому колективі [35, с. 355]. У свою чергу, І. Лазор зауважує: «правова природа догани полягає у тому, що це захід морально-психологічного впливу на працівника, який носить оціночний і попереджувальний характер та чинить тим самим вплив на мотиваційний аспект поведінки працівника у майбутньому» [75, с. 259].

Отже, догана – це різновид дисциплінарного стягнення та захід впливу морально-психологічного характеру на робочому місці, що включає негативну оцінку та осуд конкретних дій (бездіяльності) працівника, а також передбачає попереджувальний і мотиваційний вплив на подальшу його поведінку у майбутньому.

Догана як вид дисциплінарного стягнення застосовується до членів МСЕК. Розглянемо вказаний захід дисциплінарного впливу на конкретному прикладі. При проходженні чергового медичного обстеження Краматорською МСЕК під час видачі індивідуальної реабілітаційної карти інвалідові 1-ої групи, колишньому миротворцеві ООН, не було вказано передбачені йому законом пільги. А саме: сторонній догляд, супроводжуючу особу, а також реабілітацію в госпіталях та санаторіях. За ініціативою прокуратури міста Краматорська Донецьким обласним центром МСЕ проведено перевірку даного факту, в ході якої виявлено порушення прав особи з інвалідністю. Після додаткового огляду фахівцями обласної МСЕК групу інвалідності чоловікові підтверджено, йому видано нову індивідуальну програму реабілітації, якою передбачено право на додаткові пільги. За результатами проведеної перевірки до дисциплінарної відповідальності притягнуто посадову особу Краматорської

МСЕК [129]. У цьому прикладі винну особу, а саме – члена Краматорської МСЕК – було притягнуто до дисциплінарної відповідальності у вигляді догани. Отже, підставою для застосування догани стала відсутність в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю інформації стосовно права на пільги.

Разом із цим аналіз судової практики щодо оскарження рішень про притягнення посадових осіб – членів МСЕК до дисциплінарної відповідальності, розміщеної в Єдиному державному реєстрі судових рішень [42] свідчить, що підставою для винесення догани можуть слугувати: 1) неналежне ведення документації або її відсутність загалом (як приклад, Журналу контролю виконання індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю); 2) неправильно поставлені клініко-функціональні діагнози; 3) не зазначені супутні захворювання; 4) неправильно визначений ступінь обмеження життєдіяльності; 5) неповне визначення видів і форм реабілітаційних заходів; 6) відсутність чітко наданих рекомендацій стосовно реабілітації особи з інвалідністю.

Тобто догана доволі широко використовується стосовно посадових осіб – членів МСЕК. Це обумовлено тим, що означені особи, порушуючи норми трудового законодавства, своїми винними, протиправними, умисними або ж недбалими діями (бездіяльністю) обмежують обсяг прав інших осіб (потерпілих від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, осіб з інвалідністю).

Наступним заходом дисциплінарного стягнення є звільнення. Звільнення – це припинення трудових правовідносин із правопорушником з ініціативи роботодавця. Таке звільнення характеризується найбільш несприятливим для правопорушника правовим режимом (порівняно з іншими різновидами припинення трудових правовідносин) [77, с. 92]. Звільнення з ініціативи роботодавця – завжди крайній захід дисциплінарної відповідальності, який застосовується у випадках, чітко визначених законодавством. Зокрема, підставами для звільнення виступають положення ст.ст. 40-41 КЗпП.

Вищезазначені дисциплінарні стягнення застосовуються органом, якому надано право прийняття на роботу (обрання, затвердження і призначення на посаду) даного працівника [59]. Разом із цим при винесені догани або звільненні працівника роботодавцю необхідно дотримуватись правил та порядку накладення дисциплінарних стягнень. Так, при обранні виду стягнення має бути враховано: ступінь тяжкості вчиненого проступку, заподіяну ним шкоду, обставини, за яких вчинено проступок, попередня робота працівника; до працівника за кожне порушення трудової дисципліни може бути застосовано лише одне дисциплінарне стягнення [31, с. 9].

Таким чином, посадові особи – члени МСЕК – несуть дисциплінарну відповідальність на загальних засадах, регламентованих трудовим законодавством, насамперед КЗпП.

Цивільно-правова відповідальність. Згідно з ч.1 ст. 1166 Цивільного кодексу України від 16.01.2003 р. № 435-IV (далі – ЦКУ) майнова шкода, завдана неправомірними рішеннями, діями чи бездіяльністю особистим немайновим правам фізичної або юридичної особи, а також шкода, завдана майну фізичної або юридичної особи, відшкодовується у повному обсязі особою, яка її завдала [151]. При цьому під «особою, яка завдала шкоди» розуміється як фізична, так і юридична особи.

Як зазначає Р. Майданник, цивільно-правовій відповідальності притаманна безпосередня відповідальність правопорушника (учасника цивільно-правових відносин) перед потерпілою особою (особою, яка зазнала майнових збитків чи інших, немайнових, втрат від неправомірних дій правопорушника) [153, с. 92]. Ведучи мову про учасників цивільно-правових відносин у контексті проведення МСЕ, зазначимо, що ними виступає, з одного боку, особа, яка звернулася для встановлення інвалідності, а з іншого – МСЕК як спеціальний заклад у системі охорони здоров'я.

Тобто, якщо під час проведення МСЕ певними діями або бездіяльністю голови та/або інших членів МСЕК завдано шкоду особі, яка звернулася для встановлення інвалідності, обов'язок її відшкодування покладається не на

конкретного члена МСЕК, а на МСЕК як юридичну особу – учасника відповідних правовідносин. Означене підтверджується і положеннями чинного законодавства. Зокрема, ч. 1 ст. 1172 ЦКУ закріплює: «юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків» [151].

У цьому контексті доцільно звернути увагу на погляди С. Булеци, яка визначає такі особливості закладу охорони здоров'я як суб'єкта цивільної відповідальності:

1) заклад охорони здоров'я виступає як «пан» (авторкою наголошено, що означена особливість стосується відносин «роботодавець-працівник», тобто, приймаючи на роботу працівника та виплачуючи йому заробітну плату, заклад охорони здоров'я ієрархічно завжди буде вище; на додаток до вказаного, він несе повну відповідальність за професійну діяльність лікаря на робочому місці у робочий час);

2) доктрина «капітана судна» (зводиться до самостійності лікаря у виборі методів лікування, проте має бути відсутнім елемент самодіяльності та ненауковості у підходах до лікування);

3) доктрина «найнятого служителя» (передбачає, що лікар працевлаштовується в заклад охорони здоров'я на загальних засадах і між ними виникають трудові відносини, які регламентуються трудовим законодавством);

4) доктрина корпоративної відповідальності (під цією доктриною авторка розуміє цивільно-правову відповідальність, мову про яку ми вели вище; разом із цим С. Булеца наводить такі аргументи на користь того, чому заклад охорони здоров'я, а не конкретний працівник, насамперед лікар, має нести цивільно-правову відповідальність: по-перше, відповідальність закладу охорони здоров'я настає в разі проведення неякісної медичної процедури, оскільки заклад гарантує, як надавач медичної допомоги, якість медичних процедур; по-друге, заклад охорони здоров'я зобов'язаний гарантувати

компетентність медичних працівників; по-третє, заклад охорони здоров'я має обов'язок надати якісну послугу [25, с. 170].

Так як МСЕК являються спеціальними закладами охорони здоров'я, на них поширюються усі вищезазначені особливості. Зокрема, відшкодування шкоди, завданої членом/членами МСЕК (посадова особа, працівник), здійснює перед потерпілою особою відповідна МСЕК (юридична особа, роботодавець), в якій він працює (виконує трудову функцію).

У свою чергу, умовами виникнення цього виду відповідальності у контексті нашого дослідження є: по-перше, протиправність дій або бездіяльності голови або інших членів МСЕК під час провадження конкретної експертизи; по-друге, вина закладу охорони здоров'я (у тому числі й відповідної посадової особи/посадових осіб); по-третє, спричинення особі, яка звернулася для встановлення інвалідності шкоди; по-четверте, існування причинно-наслідкового зв'язку між винним протиправним діянням та заподіяною шкодою.

Разом із цим у цивільному праві передбачено право зворотної вимоги – регресу. Сутність регресу зводиться до наступного: «особа, яка відшкодувала шкоду, завдану іншою особою, має право зворотної вимоги до винної особи у розмірі виплаченого відшкодування, якщо інший розмір не встановлений законом» [151]. Отже, МСЕК, як заклад охорони здоров'я, у порядку регресу може стягнути або витребувати у члена/членів МСЕК відповідні кошти.

Таким чином, процедуру настання цивільно-правової відповідальності для винної особи (фізичної/юридичної) за порушення особистих немайнових та/або майнових прав особи, яка звернулася для встановлення інвалідності, можна умовно об'єднати у декілька етапів: 1) вчинення правопорушення; 2) доведеність причинно-наслідкових зв'язків між заподіяною шкодою та протиправним діянням, яким було порушено суб'єктивне право потерпілої особи; 3) відшкодування шкоди МСЕК; 4) право зворотної вимоги закладу охорони здоров'я до своєї посадової особи, винної у заподіянні відповідної шкоди.

Останній етап можна вважати факультативним, адже до відповідної посадової особи (або групи осіб) може не застосовуватись право зворотної вимоги (регресу). Водночас її може бути притягнуто до дисциплінарної відповідальності.

Отже, таким видом юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ виступає адміністративна відповідальність. Як зауважує С. Стеценко, адміністративна відповідальність є різновидом юридичної відповідальності, яка полягає у застосуванні до осіб, які вчинили адміністративні проступки, особливих санкцій – адміністративних стягнень [144, с. 381]. Схожої позиції придержується І. Комарницька, яка стверджує, що адміністративна відповідальність – це вид правової відповідальності, що передбачає використання уповноваженими органами або посадовими особами адміністративних стягнень до фізичних чи юридичних осіб, що вчинили такі адміністративні проступки [62, с. 167].

Більш детальне визначення надає Т. Коломоєць. Зокрема, вона зазначає, що під адміністративною відповідальністю варто розуміти специфічну форму негативного реагування з боку держави в особі уповноважених органів на відповідну категорію протиправних діянь (насамперед, адміністративних проступків), а особи, які вчинили зазначені правопорушення, повинні відповісти перед уповноваженим державним органом за свої неправомірні дії та понести адміністративне стягнення в установлених законом формах і порядку [61, с. 10].

Разом із цим В. Крижановська слушно стверджує, що адміністративна відповідальність, будучи складовою системи юридичної відповідальності, є особливою правовою формою реакції держави на захист публічних і приватних інтересів, яка полягає в сукупності встановлених державою матеріальних і процесуальних правових норм з метою спонукання правопорушника, який добровільно не бажає дотримуватися встановлених норм, до належної поведінки та покладання обов'язку зазнавати несприятливі для нього наслідки, а також досягнення мети попередження правопорушень,

охоплюючи всі існуючі способи впливу на правопорушника – каральний, відновлювальний, компенсаційний, профілактичний і попереджувальний [70, с. 10-11].

Отже, адміністративна відповідальність є особливим видом ретроспективної юридичної відповідальності, яка регламентована нормами адміністративного права, що настає у разі здійснення особою адміністративного правопорушення й полягає у застосуванні компетентним суб'єктом до правопорушника адміністративних стягнень.

Ведучи мову про правопорушення, у тому числі й адміністративні, пов'язані з недотриманням порядку проведення МСЕ, доцільно зауважити, що вони вчиняються у галузі охорони здоров'я. Водночас аналіз Кодексу України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. № 8073-X (далі – КУАП) [60] демонструє відсутність окремої глави, присвяченої виключно галузі охорони здоров'я. Натомість особлива частина містить главу 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення». Як бачимо, законодавець об'єднує правопорушення, що здійснюються у галузі охорони праці із тими, що безпосередньо пов'язані із здоров'ям населення. Таке поєднання нівелює правову природу кожної із цих галузей та ускладнює не лише теоретичне розуміння, але й практичну реалізацію викладених правових положень. Із 17 визначених у межах цього розділу статей 13 регламентують правопорушення в галузі здоров'я населення. При цьому жодна із них не стосується діяльності МСЕК, тому положення глави 5 не застосовуватимуться до її членів (у контексті провадження ними професійної діяльності). Саме тому вони не викликають науковий інтерес у межах нашого дослідження.

На додаток до вказаного зазначимо, що статті, які регламентують правопорушення у галузі охорони здоров'я, також розпорошені по всьому КУАП. Зокрема, окремі статті містяться в таких главах: Глава 12 «Адміністративні правопорушення в галузі торгівлі, громадського харчування, сфері послуг, в галузі фінансів і підприємницькій діяльності»; Глава 13

«Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та технічного регулювання»; Глава 13-А «Адміністративні правопорушення, пов'язані з корупцією»; Глава 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління».

З усього масиву адміністративно-правових норм предметного значення для нашого дослідження набувають лише ті, які безпосередньо стосуються функціонування МСЕК. Враховуючи факт, що МСЕ є видом публічно-сервісної діяльності, яка за своєю сутністю є публічною послугою медичного характеру, підкреслимо, що основний пласт вчинення адміністративного правопорушення в такому випадку – це корупційні ризики. Не дивлячись на те, що чинним законодавством закріплено безоплатність надання медико-соціальних послуг, такі ризики можуть виникнути на будь-якому етапі проходження МСЕ.

За таких обставин членів МСЕК може бути притягнуто до адміністративної відповідальності за вчинення порушень, пов'язаних із корупцією.

У свою чергу, глава 13-А КУАП містить такі правопорушення: 1) порушення обмежень щодо сумісництва та суміщення з іншими видами діяльності (ст. 172-4 КУАП); 2) порушення встановлених законом обмежень щодо одержання подарунків (ст. 172-5 КУАП); 3) порушення вимог фінансового контролю (ст. 172-6 КУАП); 4) порушення вимог щодо запобігання та врегулювання конфлікту інтересів (ст. 172-7 КУАП); 5) незаконне використання інформації, що стала відома особі у зв'язку з виконанням службових або інших визначених законом повноважень (ст. 172-8 КУАП); 6) порушення встановлених законом обмежень після припинення повноважень члена Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сферах енергетики та комунальних послуг (ст. 172-8-1 КУАП); 7) невжиття заходів щодо протидії корупції (ст. 172-9 КУАП); 8) порушення заборони розміщення ставок на спорт, пов'язаних з маніпулюванням офіційним спортивним змаганням (ст. 172-9-1 КУАП); 9) порушення законодавства у

сфері оцінки впливу на довкілля (ст. 172-9-2 КУАП) [60]. Не всі із перерахованих правопорушень становлять наукових інтерес для нашого дослідження, а лише ті, за які голову та/або інших членів МСЕК може бути притягнуто до відповідальності.

Із наведеного переліку важливу роль відіграють порушення встановлених законом обмежень щодо одержання подарунків. Так, суб'єктами вчинення зазначеного правопорушення серед низки інших є особи, які для цілей Закону України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 р. № 1700-VII прирівнюються до осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування: особи, які не є державними службовцями, посадовими особами місцевого самоврядування, але надають публічні послуги (аудитори, нотаріуси, приватні виконавці, оцінювачі, а також експерти, арбітражні керуючі, незалежні посередники, члени трудового арбітражу, третейські судді під час виконання ними цих функцій, інші особи, визначені законом) [105]. У свою чергу, члени МСЕК підпадають під критерії суб'єктів, які надають публічні послуги. До того ж, враховуючи закритість (відсутність прозорості діяльності) проведення МСЕ, у діяльності відповідних комісій наявні високі корупційні ризики.

При цьому автори науково-практичного посібника «Адміністративна відповідальність за правопорушення, пов'язані із корупцією» (К. Бугайчук, О. Безпалова, О. Джафарова та інші) здійснили розмежування між подарунком та неправомірною вигодою, що кваліфікується як злочин, передбачений ст. 368 Кримінального кодексу України від 05.04.2001 р. № 2341-III (далі – ККУ) [71]. Різниця між цими діяннями полягає в такому: 1) дарунок завжди має матеріальне вираження, а неправомірна вигода може мати нематеріальний зміст; 2) злочин, визначений у ст. 368 ККУ, є закінченим за наявності двох обов'язкових умов – реалізація службових повноважень в інтересах інших осіб і отримання вигоди за це. Для адміністративного порушення, передбаченого ст. 172-5 КУАП, достатнім є факт одержання подарунка (пожертви); 3) ст. 172-5 КУАП встановлено граничну вартість подарунків. Натомість для

неправомірної вигоди такої вартості не встановлено, тому перевищення тої суми може бути кваліфіковано за ст. 368 ККУ за наявності доведеного факту вчинення чи не вчинення службовою особою в інтересах того, хто дарує, чи в інтересах третьої особи будь-якої дії з використанням наданої їй влади чи службового становища [1, с. 30-31]. Тобто, члена МСЕК за вчинення корупційного правопорушення, а також правопорушення, яке пов'язано із корупцією, може бути притягнуто і до адміністративної, і до кримінальної відповідальності.

Як бачимо, правопорушення, в якому фігурує корупційний чинник, є найтипівішими для сфери надання досліджуваних нами послуг. Відповідні правопорушення можна було б об'єднати в окрему групу як такі, що регламентуються Законом України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 р. № 1700-VII, однак, враховуючи традиційний розподіл видів юридичної відповідальності, розглянемо їх у рамках адміністративної та кримінальної відповідальності.

Так, особа, яка вчинила правопорушення, пов'язане з корупцією, однак судом не застосовано до неї покарання або не накладено на неї адміністративне стягнення у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, пов'язаними з виконанням функцій держави або місцевого самоврядування, або такою, що прирівнюється до цієї діяльності, підлягає притягненню до дисциплінарної відповідальності у встановленому законом порядку. Із метою виявлення причин та умов, що сприяли вчиненню корупційного або пов'язаного з корупцією правопорушення або невиконанню вимог вищевказаного Закону в інший спосіб, за поданням спеціально уповноваженого суб'єкта у сфері протидії корупції або приписом Національного агентства рішенням керівника органу, підприємства, установи, організації, де працює особа, яка вчинила таке правопорушення, проводиться службове розслідування [105].

У свою чергу, службове розслідування – це комплекс заходів, які проводяться з метою уточнення причин і умов, що сприяли вчиненню

правопорушення, а також встановлення ступеня вини особи (осіб), чії дії або бездіяльність стали причиною вчинення правопорушення [118]. Порядок проведення такого розслідування регламентовано Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення службового розслідування стосовно осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, та осіб, які для цілей Закону України «Про запобігання корупції» прирівнюються до осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування» від 13.06.2000 р. № 950 [117]. Однак на практиці службове розслідування стосовно членів МСЕК не проводяться, або ж проводяться неналежним чином та часто носять формальний характер. Звичайно, за умови розголосу окремих правопорушень, які набувають резонансу й стають предметом обговорень у засобах масової інформації, до винуватої особи (групи осіб) застосовується весь спектр юридичних засобів. Зазвичай такі провадження є показовими для широкого загалу.

При цьому, як показує судова практика [28; 150] у подальшому (через певний проміжок часу), винувата особа оскаржує вирок суду. Суд, у свою чергу, відповідне клопотання задовольняє. Зокрема, особу звільняють від відбування додаткового покарання, яке полягає у позбавленні права обіймати посади, пов'язані із здійсненням організаційно-розпорядчих функцій в органах МСЕК, державної влади, місцевого самоврядування, а також підприємствах, установах та організаціях незалежно від форми власності.

Отже, адміністративна відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ настає у разі вчинення членом (членами) МСЕК адміністративного правопорушення, насамперед такого, що пов'язане з корупцією. У свою чергу, зазначених осіб притягають до адміністративної відповідальності за порушення встановлених законом обмежень щодо одержання подарунків, передбачених ст. 172-5 КУАП.

На основі викладеного можна зробити висновок, що на сьогодні відсутня уніфікована правова норма, яка б передбачала адміністративну

відповідальність за безпосереднє порушення порядку проведення МСЕ уповноваженими на те особами, а саме – головою або іншими членами МСЕК. Такий стан речей детермінує зловживання відповідними особами своїх повноважень під час здійснення відповідної публічно-сервісної діяльності у закладах МСЕК різних рівнів. У зв'язку з цим пропонуємо Главу 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» КУАП доповнити новою статтею 185-15 із таким змістом:

«Стаття 185-15. Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи

Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи уповноваженими особами -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за таке саме порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу від двохсот до трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян із позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю строком на один рік.

Примітка. Суб'єктом правопорушень у цій статті є посадові особи (голова та інші члени) медико-соціальних експертних комісій, тобто особи, уповноважені надавати відповідні публічно-сервісні послуги медичного характеру».

Відповідне внесення змін до чинного законодавства обумовлено декількома чинниками: по-перше, відсутністю спеціалізованої норми, яка б передбачала юридичну відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ без корупційної складової; по-друге, виявлення правопорушень на початковому етапі їх вчинення; по-третє, превенція злочинної діяльності, а саме – вчинення кримінальних правопорушень членами МСЕК; по-четверте,

забезпечення таких принципів організації проведення МСЕ як неупередженість і транспарентність.

При цьому, враховуючи тенденції відходження від медичної складової процедур проведення цих експертиз та переведення їх виключно до публічних послуг з управлінською складовою (а не публічних послуг медичного характеру), означена стаття принагідно має бути розміщена у главі 15, присвяченій порядку управління, а не главі 5, яка стосується правопорушень у галузі здоров'я населення.

Вважаємо, що легітимне закріплення вище запропонованої норми підвищить ефективність та якість існуючих процедур надання відповідних публічних послуг МСЕК.

Останнім, проте не менш важливим видом юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ, виступає кримінальна відповідальність. Детально не зупиняючись на теоретичних основах цього виду відповідальності, зазначимо, що у теорії кримінального права існують чотири підходи до її визначення:

1) «відповідальність – обов'язок» (полягає у обов'язку винної у вчиненні злочину особи зазнати певних негативних наслідків з боку держави);

2) «відповідальність – засудження» (негативна реакція з боку суспільства на вчинене діяння-злочин);

3) «відповідальність – застосування санкції» (практичне втілення правової норми, а саме – її санкції);

4) «відповідальність – правовідносини» (кримінальна відповідальність породжується певними правовідносинами й у подальшому детермінує нові (каральні, виховні, попереджувальні) правовідносини) [135, с. 55].

Кримінальна відповідальність є найсуворішим видом ретроспективної відповідальності. Членів МСЕК до цього виду відповідальності притягують за злочини, які вчиняються посадовими особами під час виконання своїх функціональних обов'язків та безпосередньо пов'язані із наданням публічних послуг населенню. Саме тому їх передбачено Розділом 17 «Кримінальні

правопорушення у сфері службової діяльності та професійної діяльності, пов'язаної з наданням публічних послуг» ККУ, який складається із 19 статей. Проте, як показує аналіз судових справ, розміщених в Єдиному державному реєстрі судових рішень [40], до юридичної відповідальності голову та/або інших членів МСЕ зазвичай притягують до кримінальної відповідальності лише за 6 правопорушень.

Найбільш поширеними злочинами, які вчиняються у рамках МСЕ, виступають зловживання владою або службовим становищем та прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою. Детально не розглядаючи кожен із злочинів, зупинимо увагу лише на проблемних аспектах, які негативно впливають на належний порядок проведення відповідної експертизи.

Так, зловживання владою або службовим становищем, передбаченого ст. 364 ККУ, у контексті діяльності МСЕК може реалізовуватися на будь-якому етапі проходження експертизи. У свою чергу, всі корупційні ризики, виокремлені Національним агентством з питань запобігання корупції, безпосередньо пов'язані із порушенням відповідної кримінально-правової норми. До них, зокрема, належать: 1) корупційна домовленість на основі особистого контакту заявника із головою чи членом МСЕК; 2) посередництво посадової особи державного органу у досягненні корупційної домовленості із головою та/чи членами МСЕК; 3) регіональна співпраця голови та/чи членів різних МСЕК з метою одержання неправомірної вигоди; 4) посередництво громадян без статусу посадових чи службових осіб у досягненні корупційної домовленості із головою та/чи членами МСЕК; 5) пришвидшення підготовки лікарем направлення та необхідного пакета документів на МСЕК без ознак їх підробки за умови отримання неправомірної вигоди; 6) підготовка лікарем пакета підроблених первинних документів без сприяння у подальшому прийнятті рішення МСЕК; 7) «комплексна корупційна послуга – інвалідність «під ключ»; 8) використання паперового документообігу для корупційних зловживань МСЕК; 9) заволодіння грошовими коштами державного бюджету

через МСЕК та учасників бойових дій; 10) злочинна змова лікарів МСЕК для систематичного вимагання неправомірної вигоди від громадян [148, с. 5]. Означене стосується і прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою, регламентованих ст. 368 ККУ.

Іншими правопорушеннями, які тягнуть за собою притягнення винних осіб до кримінальної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ, є:

– підроблення документів, печаток, штампів та бланків, збут чи використання підроблених документів, печаток, штампів (ст. 358 ККУ) – реалізація вказаного злочину можлива на підготовчому етапі проведення вказаної експертизи;

– підкуп особи, яка надає публічні послуги (ст. 368-4 ККУ) – можливий на всіх етапах й безпосередньо полягає в отриманні неправомірної вигоди членом/членами МСЕК;

– пропозиція, обіцянка або надання неправомірної вигоди службовій особі (ст. 369 ККУ) – винними особами у вчиненні даного виду правопорушення виступають не члени комісії, а певні посадові особи, які займаються посередництвом між особою, яка проходить (або планує проходити) МСЕ та членом/членами відповідної комісії;

– зловживання впливом (ст. 369-2 ККУ) – можливе на всіх етапах проходження експертизи й стосується не лише членів МСЕК, але й інших осіб – посередників, які тим або іншим чином можуть вплинути на процедуру проходження експертизи та її результат.

Отже, здійснивши аналіз чинної нормативно-правової бази, що регламентує види та підстави притягнення винних осіб до юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ, можна стверджувати, що юридична відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ характеризується низкою недоліків, серед яких:

- 1) відсутність чітко визначених підстав та видів такої відповідальності;
- 2) формальність окремих процедур (зокрема, службового розслідування);

3) тимчасовий характер окремих негативних наслідків для правопорушників (додаткове покарання у вигляді позбавлення права обіймати певні посади через незначний проміжок часу оскаржується в судовому порядку); 4) відсутність у чинному КУАП статті, яка б передбачала адміністративну відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ; 5) закритість проходження цієї експертизи, що, як наслідок, провокує значні корупційні ризики на всіх її етапах.

Висновки до розділу 2

1. Правовий статус особи є юридичною категорією, яка містить системний набір ознак (низку предметних характеристик) окремо взятого суб'єкта, визначених нормами права, що у своїй сукупності розкривають його сутність та позначають його дійсне становище. Правовий статус особи – це обов'язково системна категорія, яка впорядковує суб'єктів правовідносин, визначає їх специфіку та межі дозволеної діяльності. Структура (перелік внутрішніх взаємопов'язаних елементів) правового статусу особи може варіюватись та залежить від природи конкретного суб'єкта права, а також його родових і видових (типових) ознак.

2. У вузькому розумінні адміністративно-правовий статус особи – це правовий субстатус фізичної чи юридичної особи, який регламентується нормами адміністративного права й окреслює її юридичне становище як суб'єкта адміністративного права у системі відповідних правовідносин.

3. Враховуючи специфіку суб'єктів публічної адміністрації та вироблені наукові положення щодо внутрішнього змісту правового статусу, адміністративно-правовий статус Центральної МСЕК доцільно структурно диференціювати на три взаємопов'язаних блоки – цільовий, організаційний та компетенційний.

4. Адміністративно-правовий статус Центральної МСЕК – це регламентований нормами адміністративного права, структурно визначений правовий субстатус, який відображає її юридичне становище в системі

суб'єктів публічної адміністрації та комплексно окреслює функціональне призначення і компетенцію.

5. Аналіз Закону України «Про адміністративну процедуру» від 17.02.2022 р. № 2073-IX демонструє, що законодавчо визначена адміністративна процедура (адміністративне провадження) за своєю формою співвідноситься з процедурою судочинства (судове провадження). За таких обставин можна вести мову про певне унормування та узагальнення діяльності публічних органів, до компетенції яких належить вирішення правових справ.

6. Під адміністративною процедурою варто розуміти впорядковану, нормативно-регламентовану, системну й організовану діяльність суб'єктів публічної адміністрації з приводу вирішення справ, які стосуються публічно-правових відносин і розглядаються у межах та в строки, визначені чинним законодавством, за результатами розгляду яких приймається адміністративний акт.

Процедура проведення МСЕ за своєю сутністю та змістовною складовою доволі подібна до адміністративної процедури. Це впливає, перш за все, із адміністративно-правового статусу МСЕК, а саме: їх діяльність регламентується нормами адміністративного права; вони мають владний вплив; є суб'єктами владних повноважень; надають адміністративні послуги; виступають стороною адміністративно-правових відносин. МСЕК виступає адміністративним органом, уповноваженим державою реалізовувати функції публічної адміністрації щодо проведення МСЕ, яка становить спеціальний вид публічного сервісу, що функціонує з метою задоволення потреб населення в медико-соціальних експертних послугах.

7. Сучасна процедура проведення МСЕ характеризується низкою недоліків, які з метою підвищення якості здійснення МСЕ потребують усунення та відповідного нормативно-правового регламентування. Зокрема процедура проведення МСЕ потребує: 1) адаптації існуючої процедури МСЕ до адміністративного провадження, регламентованого нормами нещодавно прийнятого Закону України «Про адміністративну процедуру» від

17.02.2022 р. № 2073-ІХ; 2) спрощення процедур її проведення не лише у період дії воєнного стану; 3) ведення нових форм її проведення, розвитку дистанційних форм її провадження на постійній основі; 4) мінімізації та ліквідації корупційних проявів; 5) прозорості та відкритості діяльності МСЕК; б) створення єдиного електронного документообігу та належної цифровізації документування (діджиталізація); 7) необхідності формулювання висновків МСЕ у відповідності до МКФ; 8) належної регламентації юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ.

8. Запропоновано п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерством охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577, викласти у такій редакції: «У підпункті 30.1 пункту 30 зазначаються показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професії, які недоступні особі з інвалідністю за станом здоров'я».

9. Запропоновано внести зміни до всього тексту Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577 шляхом заміни в усіх відмінках і числах слова «інвалід» на словосполучення «особа з інвалідністю».

10. Запропоновано п. 20 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 викласти у такій редакції: «Комісія під час встановлення інвалідності керується Національним класифікатором НК 030:2022, затвердженим Мінекономіки, а також Інструкцією про встановлення груп інвалідності, затвердженою МОЗ за погодженням з Мінсоцполітики та Радою Федерації незалежних профспілок України».

11. Спеціальний нормативно-правовий акт, яким визначено процедуру проведення МСЕ, містить лише опосередковане закріплення юридичної

відповідальності, передбаченої за порушення відповідної процедури. Визначено, що за порушення проведення МСЕ членів відповідної комісії може бути притягнуто до чотирьох видів юридичної відповідальності: 1) дисциплінарної; 2) цивільно-правової; 3) адміністративної; 4) кримінальної.

12. Посадові особи – члени МСЕК несуть дисциплінарну відповідальність на загальних засадах, регламентованих трудовим законодавством, насамперед КЗпП.

13. Процедуру настання цивільно-правової відповідальності для винної особи (фізичної/юридичної) за порушення особистих немайнових та/або майнових прав особи, яка звернулася для встановлення інвалідності можна умовно об'єднати у декілька етапів: 1) вчинення правопорушення; 2) доведеність причинно-наслідкових зв'язків між заподіяною шкодою та протиправним діянням, яким було порушено суб'єктивне право потерпілої особи; 3) відшкодування шкоди МСЕК; 4) право зворотної вимоги закладу охорони здоров'я до своєї посадової особи, винної у заподіянні відповідної шкоди. Останній етап можна вважати факультативним, адже до відповідної посадової особи (або групи осіб) може не застосовуватись право зворотної вимоги (регресу).

14. Адміністративна відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ настає у разі вчинення членом (членами) МСЕК адміністративного правопорушення, насамперед такого, що пов'язаний з корупцією.

Запропоновано Главу 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» КУАП доповнити новою статтею 185-15 із таким змістом:

«Стаття 185-15. Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи

Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи уповноваженими особами -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за таке саме порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу від двохсот до трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян із позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю строком на один рік.

Примітка. Суб'єктом правопорушень у цій статті є посадові особи (голова та інші члени) медико-соціальних експертних комісій, тобто особи, уповноважені надавати відповідні публічно-сервісні послуги медичного характеру».

15. Найбільш поширеними злочинами, які вчиняються у рамках МСЕ, виступають зловживання владою або службовим становищем та прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою.

16. Юридична відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ характеризується низкою недоліків, які потребують усунення шляхом внесення змін до чинного законодавства.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

3.1. Міжнародні стандарти та зарубіжний досвід організації проведення медико-соціальної експертизи

Питання МСЕ й організації її проведення нерозривно пов'язані з проблематикою інвалідності та безпосередньо обумовлені нею. Водночас інвалідність є глобальним і масштабним світовим явищем, якого неможливо уникнути жодній державі чи соціальній групі. Згідно зі статистичними даними ВООЗ близько 1,3 мільярда людей – близько 16% населення світу – мають інвалідність [167, с. 3]. При цьому суттєво, що рівень інвалідизації суспільства значно збільшився протягом останніх років і продовжує зростати у поточний період. У зв'язку з цим як на міжнародному, так і національних рівнях, провадиться комплексна діяльність, а також вживаються належні заходи з метою вироблення узгоджених механізмів визначення та встановлення інвалідності, заснованих на загальноновизнаних стандартах світової спільноти.

У відповідному контексті та відповідно до потреб нашого дослідження першочергове значення мають міжнародні стандарти, адже будь-яке національне законодавство обов'язково має узгоджуватися з ними та відповідати їм. Поряд з цим з метою формування напрямів удосконалення постає необхідність дослідження перспективного досвіду зарубіжних країн у частині організації проведення МСЕ. З'ясування означених питань є органічним етапом комплексного наукового пошуку, що дозволить визначити недоліки вітчизняної системи МСЕ та виробити відповідні аргументовані пропозиції задля їх усунення.

Міжнародні стандарти закріплюються у правових документах наднаціональних інституцій і відіграють провідну роль для всіх сфер національних політик, визначаючи ключові вектори їх формування та реалізації. Серед значної кількості міжнародних організацій ключове значення

має Організація Об'єднаних Націй (далі – ООН) як глобальна й універсальна інституція, якою сформовано фундаментальну систему міжнародних правових актів у сфері прав людини. Проте, не вдаючись до зайвої полеміки, вважаємо за доцільне зацентувати увагу виключно на профільних документах ООН, її органів і спеціальних інституцій, які стосуються осіб з інвалідністю та процедур визначення (оцінки) обмежень життєдіяльності людини.

Так, ключовим міжнародно-правовим актом відносно прав і свобод осіб з інвалідністю є Конвенція про права осіб з інвалідністю, прийнята на 76-му пленарному засіданні 61-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН (резолюція № 61/106 від 13.12.2006 р.) і наразі ратифікована більшістю країн світу. Вона ґрунтується на принципах людської багатоманітності і поваги до гідності індивіда та має за мету захист і забезпечення повного й рівного здійснення всіма особами з інвалідністю всіх прав людини й основоположних свобод без будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності [66; 177]. Конвенція є міжнародним договірним документом, що зобов'язує її держав-учасниць вживати всіх належних законодавчих, адміністративних та інших заходів для здійснення прав, що визнаються в ній.

Важливо відзначити, що в Конвенції ставиться під сумнів усталене уявлення про інвалідність як медичну проблему, для вирішення якої, зазвичай, прийнято покладатися на співчуття чи благодійність, та пропонується правозахисна модель інвалідності, що передбачає розширення відповідних прав і можливостей [179, с. 4]. Проте Конвенція не встановлює нових прав людини, а навпаки – визначає та підкреслює, що такі права стосовно осіб з інвалідністю потребують додаткового гарантування, а також деталізує обов'язки держав-учасниць, необхідні для захисту і заохочення прав цих осіб, та встановлює принципи і норми, які повинні наскрізно застосовуватись у сферах державних політик. Таким чином, Конвенція про права осіб з інвалідністю інкорпорує у собі положення основних міжнародних договірних документів з прав людини, у тому числі Загальної декларації прав людини, Міжнародних пактів про права людини та фактично замінює їх у якості

останнього спеціалізованого і комплексного міжнародно-правового акта. При цьому Конвенція змінює історичні підходи розуміння проблематики інвалідності, формуючи якісно нову парадигму її сприйняття.

Водночас Конвенція про права осіб з інвалідністю не містить чітких вказівок стосовно того, як оцінювати та встановлювати інвалідність. У ній міститься посилання на «оцінку» стосовно абілітації та реабілітації (ст. 26), яка має базуватись на ранній та багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда. Проте, відповідно до принципів і бачення, закріплених у Конвенції про права осіб з інвалідністю, механізми оцінки інвалідності повинні більше зосереджуватися на питаннях обмеження участі та потребах підтримки, ніж на порушеннях чи функціональних обмеженнях (тобто враховувати навколишнє середовище та контекст) [185, с. 36]. Таким чином, Конвенцією закладено концепцію, яка передбачає мінімізацію медичного критерію при формуванні національних механізмів оцінки і встановлення інвалідності. Разом з цим для національних механізмів визначальними мають стати універсальне розуміння поняття «інвалідність» та правозахисна модель інвалідності. Так, відповідно до преамбули Конвенції про права осіб з інвалідністю, визначається, що інвалідність – це поняття, яке еволюціонує, інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [66].

У свою чергу, аналіз зауважень, наданих Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю за результатами розгляду доповідей держав-учасниць щодо реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю, показав, що питання національних механізмів оцінки інвалідності сприймаються доволі суттєво. Комітетом вказується, що відповідні процедури обов'язково мають узгоджуватись із Конвенцією про права осіб з інвалідністю та базуватись на правозахисній моделі, включаючи оцінку потреб, волевиявлення та побажань таких осіб (як приклад див. заключні зауваження щодо первинних доповідей

Латвійської Республіки [159], Турецької Республіки [163], Черногорії [161]). Проте такі зауваження профільного Комітету мають занадто загальний характер і, на нашу думку, потребують конкретизації в частині окреслення чітких критеріїв, яким мають відповідати національні системи визначення інвалідності.

Зважаючи на заключні зауваження Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю до первинних доповідей окремих країн, приміром Республіки Польща [162] та Республіки Мальта [160], можемо визначати, що механізми оцінки інвалідності задля відповідності правозахисній моделі мають:

- 1) ґрунтуватись на правозахисному підході;
- 2) розроблятися при залученні громадських об'єднань осіб з інвалідністю;
- 3) забезпечувати залучення осіб з інвалідністю до отримання інформації, на основі якої проводиться оцінка інвалідності;
- 4) не допускати множинності методів оцінки інвалідності;
- 5) забезпечувати вільний і зручний для всіх зацікавлених осіб доступ до інформації про вимоги проведення оцінки інвалідності;
- 6) передбачати систематичний огляд методів оцінки інвалідності.

У свою чергу, Л. Воддінгтон шляхом аналізу положень Конвенції про права осіб з інвалідністю дійшла висновку, що механізм оцінки інвалідності, сумісний із правозахисною моделлю інвалідності, повинен:

- 1) розроблятися з урахуванням загальних принципів, закріплених у ст. 3 Конвенції;
- 2) узгоджуватись з метою Конвенції (ст. 1), тобто враховувати фактори взаємодії осіб зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями з різними бар'єрами, що можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими;
- 3) бути доступним і забезпечувати доступність (ст. 9) та, у разі необхідності, передбачати індивідуальне «розумне пристосування»;
- 4) визнавати правоздатність осіб з інвалідністю нарівні з іншими в усіх аспектах життя (ст. 12);
- 5) не допускати можливості свавільного позбавлення свободи осіб з інвалідністю (ст. 14);
- 6) поважати фізичну та психічну цілісність осіб з інвалідністю, не допускати неправомірних втручань і шкоди здоров'ю (ст. 17);

7) передбачати положення щодо перегляду та оскарження рішень про оцінку інвалідності (ст. 13); 8) передбачати систематичне удосконалення навичок осіб, залучених до процедур оцінювання (ст. 4) та інше [184, с. 42-44].

У цьому контексті варто вказати, що Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю у заключних зауваженнях до первинної доповіді України від 02.10.2015 р. (CRPD/C/UKR/CO/1) із занепокоєнням було відзначено факт превалювання медичного підходу у питаннях інвалідності та, відповідно, надано рекомендацію запровадження правозахисного підходу у всіх законах, заходах політики і рішеннях [164, с. 2]. У відповідь на зауваження Україною зокрема повідомлено про прийняття 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, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. [157, с. 5]. Однак, станом на сьогодні зазначена Міжнародна класифікація у процедури МСЕ залишається не впровадженою. До цього ж, враховуючи вищевикладене, вбачається, що у поточному вигляді вітчизняна система визначення (оцінки) інвалідності не відповідає правозахисній моделі інвалідності й за іншими критеріями. Відтак існує потреба приведення вітчизняної системи МСЕ у відповідність до стандартів, встановлених Конвенцією про права осіб з інвалідністю.

На основі окресленого вище, закономірно впливає, що наступним документом, який предметно визначає міжнародні стандарти організації проведення МСЕ, є МКФ. У загальному вигляді МКФ – це документ-класифікація, розроблений під егідою спеціалізованої інституції ООН – ВООЗ – та схвалений 22.05.2001 р. всіма її членами на 54-ій Всесвітній асамблеї охорони здоров'я (резолюція WHA54.21), який покликаний визначити уніфіковану і стандартизовану мову та схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних із здоров'ям [170]. Державами-членами ВООЗ МКФ розглядається

у якості міжнародного стандарту опису та вимірювання стану здоров'я та інвалідності.

Принципово, що МКФ відійшла від класифікації «наслідків захворювання» та стала класифікацією «компонентів здоров'я». «Компоненти здоров'я» визначають складові здоров'я, в той час як «наслідки» зосереджуються на впливі захворювань або інших станів здоров'я на кінцевий результат. Таким чином, МКФ займає нейтральну позицію щодо етіології для того, щоб дослідники могли робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки з використанням відповідних наукових методів. Для полегшення вивчення детермінант чи факторів ризику МКФ включає перелік факторів навколишнього середовища, що описують обстановку, в якій живуть люди [86, с. 6]. МКФ розглядає у комплексі: стан здоров'я людини (функцій та структур організму); її активність та участь; фактори навколишнього середовища, що можуть впливати на активність та участь особи; особистісні фактори, які сприяють чи перешкоджають активності й участі людини [131, с. 10]. Відтак, за допомогою МКФ (її компонентів), на відміну від вітчизняної системи встановлення інвалідності, можливо комплексно описати стан здоров'я людини, визначити відповідні показники не лише з обмеженої позиції медичного діагнозу.

У зв'язку з викладеним вбачаємо, що МФК є вкрай необхідним інструментом, який, у разі комплексного впровадження у різні сфери, дозволить вибудувати якісну та людиноорієнтовану систему визначення (оцінки) інвалідності в Україні, засновану на міжнародних стандартах і практиці, що особливо актуально в умовах війни. Тому вважаємо, що процес реформування МСЕ, зокрема шляхом повноцінного переходу на стандарти МФК, необхідно розпочати невідкладно та здійснити в оптимальні розумні строки, а також на засадах тісної взаємодії з громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю.

Що стосується інших міжнародних правових актів, які містять стандарти організації проведення МСЕ або пов'язані з такими питаннями, то проведений

аналіз свідчить про їх відсутність. Відтак досліджувана проблематика має доволі обмежене нормативне вираження, яке хоч і окреслює основні засади встановлення інвалідності, однак не визначає конкретних механізмів і порядків, які б комплексно регламентували саме організаційні питання. Отже, з одного боку, світовою спільнотою через прийняття Конвенції про права осіб з інвалідністю та МКФ задано загальні орієнтири, необхідні для формування системи встановлення інвалідності, а також чітко визначено процедуру опису та вимірювання стану здоров'я й інвалідності, а з іншого – надано широку автономію у частині здійснення організації такої системи.

Водночас погоджуємось з позицією ВООЗ, викладеною у Глобальному звіті про справедливість по відношенню до здоров'я для осіб з інвалідністю (2022 р.), що процеси оцінки, визначення інвалідності та надання відповідних пільг і допомог є основоположними для встановлення рівня інклюзивності системи соціального захисту осіб з інвалідністю. Окрім цього, у Глобальному звіті вказується, що:

1) станом на сьогодні у більшості держав превалює підхід, заснований на оцінці «порушень» особи, однак він сприймається як недовірливий і неефективний, що змушує держави до перегляду процесів оцінки інвалідності;

2) оптимальні підходи до оцінки інвалідності мають враховувати відносницькі та середовищні бар'єри, які заважають повній участі особи в житті суспільства;

3) процес визначення інвалідності має провадитись відповідно до певних правил, схем і політик;

4) механізм встановлення інвалідності, окрім оцінки стану здоров'я та передбачення певних пільг і допомог, мають сприяти виявленню та усуненню бар'єрів, з якими зіштовхуються особи з інвалідністю [168, с. 178-179].

Незважаючи на окреслені вище міжнародні стандарти, проведений аналіз показує, що у більшості держав світу системи встановлення інвалідності, як правило, базуються на медичній моделі, в основу якої покладено процедури медичних оглядів та обстежень, зорієнтовані на

підтвердження або спростування конкретного медичного діагнозу. Тобто провідну роль у таких системах відіграють лікарі й інші фахівці сфери охорони здоров'я. Водночас відзначається, що використання певною країною медичних критеріїв у процедурах оцінки інвалідності не завжди зводиться виключно до медичних обстежень. Поряд із медичною моделлю можуть також використовуватись інші типи оцінок – оцінка потреб особи у догляді та підтримці, оцінка функціональних можливостей особи тощо [184, с. 10]. У зв'язку з цим національні системи встановлення інвалідності можуть містити суттєві відмінності як загально-організаційного, так і процедурного характеру. Відтак обставини щодо відсутності узгодженості між представниками світової спільноти з питань адаптації та впровадження правозахисної моделі оцінки інвалідності на національних рівнях, викликають занепокоєння у міжнародних експертів [155, с. 12].

У поточному вигляді ознаки суто медичної моделі мають системи встановлення інвалідності у таких державах, як Велике Герцогство Люксембург, Грецька Республіка, Республіка Болгарія, Турецька Республіка, Чорногорія тощо. Поряд з цим, інші країни, яких більшість, виробили системи встановлення інвалідності, що поєднують медичну модель оцінки інвалідності з іншими типами оцінок, зокрема функціональних можливостей та/або потреб. До відповідного переліку відносяться Грузія, Естонська Республіка, Канада, Королівство Нідерланди, Королівство Швеція, Литовська Республіка, Португальська Республіка, Республіка Ірландія, Республіка Казахстан, Республіка Польща, Республіка Австрія, Сполучене Королівство Великої Британії і Північної Ірландії, Сполучені Штати Америки, Федеративна Республіка Бразилія, Фінляндська Республіка, Французька Республіка й інші.

Також існують приклади, коли національні системи встановлення інвалідності передбачають застосування медичної моделі оцінки інвалідності лише для призначення (надання) конкретних пільг або фінансових допомог – Королівство Бельгія, Латвійська Республіка, Республіка Словенія, Федеративна Республіка Німеччина, Чеська Республіка тощо. В інших

випадках застосовуються типи оцінки, спрямовані на визначення функціональних можливостей та/або потреб особи.

З метою з'ясування особливостей організації проведення процедур встановлення інвалідності, аналогічних вітчизняній МСЕ, пропонуємо розглянути відповідний зарубіжний досвід у розрізі окремих країн.

Систему встановлення інвалідності, певною мірою подібну до української, має Республіка Болгарія. Як зазначалось вище, оцінка інвалідності у цій країні ґрунтується на медичній моделі інвалідності. У зв'язку з цим відповідна система неодноразово піддавалась критиці національними експертами, дослідниками та неурядовими організаціями. Ними вказується, що існуючі механізми оцінки інвалідності не враховують індивідуальні потреби особи, її соціальні характеристики, а тому мають стигматизаційний ефект [155, с. 113; 173].

З метою встановлення інвалідності відповідним особам у Республіці Болгарія функціонує система медичної експертизи, основні правові засади організації та проведення якої визначені Законом про здоров'я від 10.08.2004 р. [43], Законом про осіб з інвалідністю від 18.12.2018 р. [45], Постановою про медичну експертизу, затвердженою рішенням Ради Міністрів від 23.06.2017 р. № 120 [44], Порядком про структуру та організацію роботи органів медичної експертизи та регіональних картотек медичної експертизи, затвердженим рішенням Ради Міністрів від 26.04.2010 р. № 83 [100].

Відповідно до ст. 101 Закону про здоров'я медична експертиза у Республіці Болгарія проводиться для встановлення тимчасової непрацездатності, виду і ступеня інвалідності дітей віком до 16 років та осіб, які набули права на пенсію за віком і трудовим стажем, а також ступеня стійкого зниження працездатності осіб працездатного віку та підтвердження професійного захворювання. Організацію та керівництво у сфері медичної експертизи здійснює Міністр охорони здоров'я та регіональні інспекції охорони здоров'я. Вид і ступінь інвалідності та ступінь стійкого зниження працездатності визначаються у відсотках до можливостей здорової людини.

При цьому для набуття статусу «особа з інвалідністю» медичною експертизою має бути встановлено, що стійке зниження працездатності становить 50 і більше відсотків. Засади, порядок та критерії проведення медичного обстеження визначаються рішенням Ради Міністрів [43].

Згідно зі ст. 69 Закону про здоров'я встановлення інвалідності, стадій її розвитку, визначення функціональних обмежень, зумовлених нею, здійснюється на основі додатку № 1 до вказаного Закону, який містить спеціальні списки і таблиці (зі шкалами та контрольними показниками, які дозволяють вирахувати конкретний відсоток інвалідності), поділені на розділи відповідно до анатомічних й інших компонентів людини, її організму [43]. У профільній літературі такий спосіб оцінки інвалідності носить назву «метод Барема» (від фр. *barème* – шкала, масштаб, розмір), що, як правило, притаманний медичним моделям встановлення інвалідності [155, с. 134].

З метою налагодження взаємодії та координації з питань формування та реалізації державної політики у сфері медичної експертизи, у тому числі шляхом розроблення профільних нормативних актів, а також здійснення контролю у такій сфері, при Уряді – Раді Міністрів – утворено спеціальний колегіальний орган – Національну раду медичної експертизи. До складу Ради входять: голова – віце-прем'єр-міністр; члени – Міністр охорони здоров'я, Міністр праці та соціальної політики, Міністр фінансів, керівник Національного інституту страхування, керівник Національного фонду медичного страхування, керівник Національної експертної лікарської комісії, виконавчий директор Агентства у справах осіб з інвалідністю [43].

Відповідно до Порядку організації та діяльності Національної ради медичної експертизи, затвердженого рішенням Уряду від 29.05.2007 р. № 120: 1) Рада проводить засідання згідно із річним планом діяльності. За пропозицією членів Ради, погодженої з головою, проводяться позачергові засідання з питань, які не передбачені річним планом; 2) засідання Ради є правомочними за умови присутності на ньому не менше 5 членів; 3) рішення Ради приймаються шляхом відкритого голосуванням не менш як 5 голосами;

4) на засіданнях Ради за запрошенням її членів можуть бути присутніми експерти й інші фахівці [100]. З огляду на функціональне призначення Національної ради медичної експертизи вбачаємо, що наявність такої публічної інституції у системі встановлення інвалідності є позитивним прикладом, який доцільно перейняти з метою формування якісної державної політики з питань організації проведення МСЕ.

Структурно медична експертиза у Республіці Болгарія включає:

– експертизу тимчасової непрацездатності – проводиться лікуючим лікарем, лікарсько-консультативними комісіями (далі – ЛКК), територіальними експертними лікарськими комісіями (далі – ТЕЛК) та Національною експертною лікарською комісією (далі – НЕЛК);

– експертизу виду та ступеня інвалідності та експертизу стійкого зниження працездатності – проводяться ТЕЛК і НЕЛК. Експертиза виду та ступеня інвалідності дітей віком до 16 років проводиться ТЕЛК і НЕЛК за участю педіатра [43; 44]. Таким чином, у Республіці Болгарія, на відміну від України, процедура встановлення інвалідності і дорослих, і дітей проводиться експертними комісіями, що, на нашу думку, є правильним і логічним рішенням.

ЛКК утворюються при амбулаторних і стаціонарних закладах охорони здоров'я на підставі рішення керівника регіональної інспекції охорони здоров'я (аналог вітчизняних обласних департаментів/управлінь охорони здоров'я) за поданням керівника закладу охорони здоров'я. ЛКК можуть бути загальні та спеціалізовані. До складу ЛКК входять щонайменше 2 постійних члени – лікарі відповідної спеціальності, включаючи голову. Загальна ЛКК має постійний склад і включає 3 лікарів: невролога (нейрохірурга), хірурга (ортопеда), лікаря внутрішньої медицини зі стажем роботи від 5 років, який є головою комісії. Загальні ЛКК не розглядають справи, пов'язані з психічними, офтальмологічними хворобами, а також щодо дітей віком до 16 років. Зокрема ЛКК проводить огляд осіб з передбачуваною інвалідністю (якщо тимчасова непрацездатність перевищує 6 місяців) та направляє їх до ТЕЛК [43; 100].

ТЕЛК утворюються у формі відокремленого структурного підрозділу при державних і комунальних закладах охорони здоров'я стаціонарного типу, психіатричних, шкірно-венерологічних, онкологічних диспансерах на підставі рішення керівника регіональної інспекції охорони, погодженого з міністром охорони здоров'я. Склад ТЕЛК визначається керівником відповідного закладу охорони здоров'я з урахуванням законодавчих вимог щодо компетенції її членів. До складу ТЕЛК входять щонайменше 3 лікарі, враховуючи голову, а також резервні члени комісії та технічні асистенти. При огляді осіб з приводу професійного захворювання до складу ТЕЛК включають фахівця з медицини праці, з приводу хвороб, пов'язаних із впливом іонізуючого випромінювання, – фахівця-радіобіолога. За необхідності до роботи ТЕЛК можуть залучатись інші фахівці. Голова, члени, інші фахівці працюють у ТЕЛК на умовах контракту, який укладається, змінюється та припиняється керівником відповідного закладу охорони здоров'я [43; 100]. За своїми функціями і повноваженнями ТЕЛК – аналог вітчизняних міських, міжрайонних, районних МСЕК.

Принагідно вказати, що законодавство Республіки Болгарія надає ТЕЛК право приймати рішення без проведення безпосереднього огляду, у тому числі про встановлення інвалідності, у разі, якщо такою особою (її уповноваженим представником) подана медична документація, що об'єктивно свідчить про ступінь ураження, порушення функціонування органу, системи органів тощо [100]. Вважаємо, що така обставина має певні ризики, зокрема корупційні, однак є людиноорієнтованим прикладом, який при впровадженні належних форм організації та контролю доцільно перейняти до української системи.

Поряд з цим позитивно сприймаємо передбачену законодавством Республіки Болгарія необхідність щодо проходження членами ТЕЛК спеціального навчання при прийнятті на роботу, а також щорічно в подальшому. Такі навчання організовує та проводить НЕЛК [43; 100]. З об'єктивних підстав пропонуємо запозичити такий досвід.

НЕЛК має особливий правовий статус, який певною мірою подібний до правового статусу вітчизняної Центральної МСЕК. Тобто НЕЛК є окремим закладом охорони здоров'я – юридичною особою публічного права, яка фінансується в межах бюджетних видатків Міністерства охорони здоров'я. У загальному вигляді НЕЛК здійснює експертну, контрольну-методичну та консультативну діяльність у сфері медичної експертизи, а також приймає участь у процесах формування профільної державної політики. Водночас основною функцією НЕЛК є перегляд рішень ТЕЛК з підстав їх оскарження з правом їх перегляду та/або скасування.

НЕЛК очолює директор, який призначається на посаду за конкурсом, що оголошується та проводиться Міністерством охорони здоров'я. Структурно НЕЛК включає: 1) адміністративно-господарський відділ; 2) юридичний відділ; 3) відділ інформаційного забезпечення та захисту даних; 4) відділ медичної експертизи, до складу якого входять: а) служба з питань технічної обробки експертних рішень та комунікацій; б) спеціалізовані медичні комісії відповідно до лікарських профілів [100], приміром неврологічні, офтальмологічні, психіатричні, серцево-судинні, хірургічні тощо. Конкретна кількість спеціалізованих комісій та їх профіль визначаються рішенням директора НЕЛК з урахуванням потреби. До спеціалізованої комісії входять не менше трьох лікарів, один з яких є її головою.

У відповідному контексті схвально сприймаємо те, що до складу ТЕЛК і спеціальних комісій НЕЛК приймаються лікарі, які мають підтверджену кваліфікацію та стаж роботи за спеціальністю від 5 років [43]. Разом із цим відзначаємо, що законодавство Республіки Болгарія містить положення, згідно з яким лікарям-членам ТЕЛК або спеціальних комісій НЕЛК забороняється брати участь у проведенні медичної експертизи в умовах конфлікту інтересів чи інших обставин, які викликають сумнів безсторонності. Безумовно, такий досвід доцільно перейняти українській системі МСЕ.

Перегляд рішень ЛКК здійснюють ТЕЛК за заявою (скаргою) особи (або іншої уповноваженої/заінтересованої сторони), що подається протягом 14 днів

з дня отримання рішення. Рішення, видані ТЕЛК, переглядаються у такому ж порядку НЕЛК. Рішення НЕЛК – адміністративним судом за місцем проживання заявника. Заяви (скарги) про оскарження чи заперечення рішень ЛКК, ТЕЛК подаються через регіональні інспекції охорони здоров'я [100].

Отже, можемо зробити висновок, що розглянутий приклад організації проведення медичної експертизи Республіки Болгарія не позбавлений недоліків, але в окремих випадках може бути корисним для вироблення якісної вітчизняної системи МСЕ.

На противагу окресленому досвіду Республіки Болгарія, викликає інтерес система встановлення інвалідності й оцінки працездатності Естонської Республіки, яка є суттєво відмінною. Насамперед прикметною ознакою є те, що у зазначеній країні відсутні спеціалізовані інституції на кшталт вітчизняних МСЕК або болгарських ТЕЛК. Установлення інвалідності й оцінки працездатності здійснюється Департаментом соціального страхування та Фондом страхування на випадок безробіття (їх територіальними органами), які, окрім цього, мають широку компетенцію у сферах соціального забезпечення та захисту населення. Водночас інвалідність особи встановлюється на основі стану її здоров'я та здатності справлятися із соціальними чи трудовими аспектами життя. Таким чином, у Естонській Республіці відійшли від суто медичної моделі, поєднавши її з оцінкою функціональних можливостей і потреб.

Перехід до більш прогресивних методів оцінки інвалідності в Естонській Республіці пов'язаний із реалізацією комплексної програми реформування системи визначення працездатності, розпочатою Урядом у липні 2016 року, згідно з якою були переглянуті нормативні підходи сприйняття інвалідності та зайнятості з метою повноцінного забезпечення прав осіб з інвалідністю на працю. Основна ідея реформування полягала в тому, щоб перейти від відсоткового вимірювання непрацездатності до індивідуальної оцінки трудового потенціалу особи з наданням за потреби асистивних соціальних послуг [169, с. 6].

У поточний період правову основу процесів встановлення інвалідності й оцінки працездатності в Естонській Республіці складають: Закон про соціальні допомоги для осіб з інвалідністю від 27.01.1999 р. (у редакції від 08.05.2022 р.) [176], Закон про організацію медичного обслуговування від 09.05.2001 р. (у редакції від 01.08.2014 р.) [178], Закон про підтримку працездатності від 19.11.2014 р. (у редакції від 01.01.2017 р.) [182], Умови і порядок установа ступеня інвалідності й умови підтримки осіб з інвалідністю працездатного віку, затверджені рішенням Міністра соціального захисту від 29.02.2016 р. № 18 [175], Перелік відомостей, які вносяться до заяви про оцінку працездатності, умови оцінки працездатності та перелік станів, які унеможливають працездатність, затверджені рішенням Міністра охорони здоров'я і праці від 07.09.2015 р. № 39 [181].

Так, відповідно до ст. 2 Закону про соціальні допомоги для осіб з інвалідністю в Естонській Республіці встановлюється інвалідність:

1) глибокого, тяжкого та середнього ступеня в залежності від потреб у сторонній допомозі, опіці та догляді – дітям у віці до 16 років та особам пенсійного віку;

2) глибокого, тяжкого та середнього ступеня в залежності від можливостей та обмеження участі у повсякденній діяльності і соціальному житті – особам у віці від 16 років до досягнення пенсійного віку (особам працездатного віку) [176].

Ступінь інвалідності визначає Департамент соціального страхування, а рівень працездатності – Фонд страхування на випадок безробіття. У разі необхідності зазначені органи публічної влади вправі залучати до проведення відповідних процедур представників медичної галузі, інших фахівців та експертів.

Департамент соціального страхування є державною установою, що підпорядковується об'єднаному Міністерству соціальних справ (структурно Міністерство очолюють два міністри – Міністр соціального захисту та Міністр охорони здоров'я і праці). Згідно з функціональним розподілом повноважень

Департамент соціального страхування підконтрольний і підзвітний Міністру соціального захисту, який, окрім іншого, призначає керівника цього органу – генерального директора.

З метою виконання установчих завдань Департамент має розгалужену систему територіальних органів, зокрема відділів обслуговування клієнтів, основним завданням яких є проведення процедур встановлення інвалідності та призначення відповідних соціальних виплат. Таких відділів у Естонській Республіці нараховується 18 – утворені у кожному адміністративному центрі повіту, а також найбільших містах країни. У цілому повноваження відділів обслуговування клієнтів окреслюються Положенням про Департамент соціального страхування, затвердженим рішенням Міністра соціального захисту від 30.01.2019 р. № 2, та конкретизуються у спеціальних положеннях, які затверджуються генеральним директором Департаменту.

У свою чергу, Фонд страхування на випадок безробіття – юридична особа публічного права, утворена Урядом відповідно до та на виконання Закону про соціальне страхування на випадок безробіття від 13.06.2001 р., з метою формування та реалізації відповідної державної політики [180]. Засновницькі повноваження щодо Фонду страхування на випадок безробіття здійснює Уряд, а контрольні – Державна аудиторська служба. Представництва Фонду страхування на випадок безробіття утворені у кожному адміністративному центрі повіту.

Для визначення ступеня інвалідності особою (законним/уповноваженим представником) до відповідного відділу обслуговування клієнтів Департаменту соціального страхування подається спеціальне клопотання. Залежно від категорій осіб розрізняють 3 форми клопотання про визначення ступеня інвалідності: 1) відносно дитини; 2) відносно особи працездатного віку (ця ж форма клопотання застосовується для оцінки працездатності та подається до Фонду страхування на випадок безробіття, його територіального представництва); 3) відносно особи пенсійного віку. Стандартизована форма клопотання та вичерпний перелік відомостей, які мають зазначатись у таких

клопотаннях, встановлюються рішеннями Міністра соціального захисту та Міністра охорони здоров'я і праці [176].

Клопотання заповнюється особою (законним/уповноваженим представником) самостійно на основі документальних відомостей про себе та шляхом самооцінки свого стану, окрім відомостей, які встановлюються представниками медичної галузі, іншими фахівцями та експертами. Заповнюючи клопотання, особа дає Департаменту соціального страхування або Фонду страхування на випадок безробіття згоду на обробку персональних даних і доступ до відомостей, що містяться в інформаційній системі охорони здоров'я (аналог вітчизняної електронної системи охорони здоров'я).

Клопотання може подаватись декількома альтернативними способами:

- 1) шляхом нарочного подання до Департаменту соціального страхування або Фонду страхування на випадок безробіття, їх територіальних органів;
- 2) засобами поштового зв'язку;
- 3) шляхом надсилання на офіційну електронну пошту вказаних органів. У такому разі клопотання підписується за допомогою електронного цифрового підпису;
- 4) через електронні публічні сервіси, зокрема Систему самообслуговування Департаменту соціального страхування або Портал електронних послуг Естонської Республіки «www.eesti.ee».

Після отримання відповідного клопотання Департамент соціального страхування або Фонд страхування на випадок безробіття опрацьовують його та перевіряють фактичні дані про стан здоров'я особи, отримуючи їх з інформаційної системи охорони здоров'я та, у разі необхідності, залучають до процедури встановлення інвалідності чи оцінки працездатності медичного працівника (експерта), який має надати медичний (експертний) висновок. В окремих випадках, з метою уточнення стану здоров'я, обмежень життєдіяльності, потреб у сторонній допомозі і допоміжних технічних засобах та інших засобах тощо, заявник може бути запрошений на огляд експерта (мультидисциплінарної експертної групи). У разі необхідності додаткового уточнення здібностей, обмежень та обмежень діяльності заявник може бути направлений до експертної групи [176; 182].

Отже, підсумовуючи окреслений досвід організації та проведення процедур встановлення інвалідності й оцінки працездатності Естонської Республіки, можемо зробити висновок про їх прогресивність і заснованість на ключових міжнародних стандартах. Вважаємо, що даний приклад у цілому заслуговує уваги, а відтак має бути врахованим при реформуванні української системи МСЕ.

Подібну до естонської, однак із деякими особливостями, систему встановлення інвалідності вибудовано у сусідній з нею країні – Латвійській Республіці, де з відповідною метою функціонує експертиза інвалідності. Питання щодо організації проведення вказаної експертизи регулюються Законом про інвалідність від 20.05.2010 р. [172] та Положенням про порядок установаження прогнозованої інвалідності, інвалідності та втрати працездатності, а також видачі підтверджуючих документів, затверджених постановою Кабінету Міністрів від 23.11.2014 р. № 805 [174].

Відповідно до ст. 1 Закону про інвалідність експертиза інвалідності – це оцінка ступеня обмежень життєдіяльності та функціонування, визначення втрати працездатності особи, а також заходів, необхідних для запобігання втрати працездатності або наслідків інвалідності. При цьому профільний Закон розрізняє інвалідність (у її звичному розумінні) та прогнозовану інвалідність (ст. 4, 5). Інвалідність – це тривале або стійке обмеження функціонування дуже тяжкого, тяжкого чи помірнього ступеня, яке впливає на розумові чи фізичні здібності, працездатність, самообслуговування та суспільну участь. Прогнозована інвалідність – це функціональні обмеження, викликані хворобою або травмою, які можуть стати підставою для встановлення інвалідності, якщо необхідні медичні послуги з лікування та реабілітації не будуть надані вчасно. Критерії встановлення інвалідності, прогнозованої інвалідності, у тому числі щодо оцінки функціональних можливостей особи, визначаються Кабінетом Міністрів. Витрати, пов'язані із процедурами встановлення інвалідності, фінансуються за рахунок коштів державного бюджету [172].

Повноваження щодо проведення експертизи інвалідності, у тому числі прогнозованої, реалізує спеціальний орган публічної адміністрації – Державна лікарська комісія з експертизи здоров'я та працездатності (далі – ДЛК), яка є державною установою прямого управління, що належить до сфери відання Міністерства соціального забезпечення. Правовий статус ДЛК предметно регламентується Положенням про Державну лікарську комісію з експертизи здоров'я та працездатності, затвердженим постановою Кабінету Міністрів від 26.04.2011 р. № 315.

ДЛК очолює Голова, котрий призначається Міністром соціального забезпечення. Голова ДЛК: 1) забезпечує законність її діяльності; 2) несе відповідальність за функціонування систем внутрішнього контролю та контролю управлінських рішень; 3) визначає її організаційну структуру [183]. У поточний період у Латвійській Республіці функціонує 9 регіональних органів ДЛК, які безпосередньо проводять експертизу інвалідності (6 відділень та 3 центри обслуговування клієнтів). Процедурно експертизу інвалідності виконують лікарі-експерти ДЛК, які при здійсненні відповідних публічних повноважень є незалежними та мають діяти неупереджено.

Підставою для проведення експертизи прогнозованої інвалідності є заява особи, складена і заповнена згідно з формою, визначеною Кабінетом Міністрів, а також індивідуальний план реабілітації, розроблений сімейним або лікуючим лікарем [174].

Підставою для проведення експертизи інвалідності є заява особи, складена і заповнена згідно з формою, визначеною Кабінетом Міністрів, а також направлення від сімейного або лікуючого лікаря (форма/бланк № 088/у). Особа може подавати й інші документи, які вважає доцільними. За потреби ДЛК вправі самостійно витребувати додаткову інформацію щодо осіб, необхідну для виконання експертизи інвалідності, зокрема від самих заявників, їх сімейного лікаря, роботодавця, закладу освіти чи органів публічної влади, а також шляхом безпосереднього доступу до Єдиної електронної інформаційної системи охорони здоров'я [174].

Означені вище документи особа, як і в Естонській Республіці, може подати декількома альтернативними способами: 1) особисто (або через уповноваженого/законного представника) до регіонального органу ДЛК; 2) засобами поштового зв'язку; 3) електронною поштою з накладенням електронного цифрового підпису; 4) в електронному вигляді, заповнивши спеціальну форму на Єдиному порталі публічних послуг «www.latvija.lv».

Експертиза інвалідності та прогнозованої інвалідності проводиться без присутності особи після надходження заяви. Водночас, якщо інформація, наявна у розпорядженні лікаря-експерта ДЛК, є недостатньою для прийняття рішення або суперечливою та, як наслідок, не дозволяє зробити висновок про розлад здоров'я і функціональних можливостей особи, відповідна експертиза проводиться у присутності особи. У такому випадку особі-заявнику надсилається повідомлення про запрошення на огляд лікаря-експерта ДЛК, додатково з нею узгоджуються час і місце проведення експертизи [174]. Інформацію про статус розгляду заяви можна відслідковувати у власному кабінеті на Єдиному порталі публічних послуг «www.latvija.lv».

При проведенні експертизи інвалідності лікар-експерт: 1) розглядає подані документи, оцінює висновки діагностичних і функціональних досліджень, історії хвороби тощо; 2) оцінює виявлені розлади здоров'я та функціональні обмеження. За результатом означеного лікар-експерт готує експертний звіт, який формується в Інформаційній системі інвалідності (інформаційній системі, розпорядником якої є ДЛК, що містить відомості про: осіб (їх уповноважених/законних представників), які подали заяву про проведення експертизи; осіб, щодо яких проводилась експертиза; рішення, прийняті лікарями-експертами, інші підготовлені ними документи; процес експертизи [171]).

Адміністративний акт про встановлення інвалідності або прогнозованої інвалідності приймається на підставі вищевказаного експертного звіту посадовою особою ДЛК. У рішенні про встановлення прогнозованої інвалідності зазначаються відомості про строк такої інвалідності та погодження

або коригування індивідуального плану реабілітації особи. Водночас рішення про встановлення інвалідності має містити відомості про: 1) строк інвалідності; 2) оцінку і ступінь функціональних та інших обмежень особи; 3) оцінку втрати працездатності у відсотках; 4) причину інвалідності; 5) можливість подальшої суспільної інтеграції особи; 6) рекомендації щодо об'єму доцільних реабілітаційних та/або медико-соціальних послуг тощо [174].

Про прийняте рішення особа інформується ДЛК у порядку, визначеному Законом про повідомлення від 16.06.2010 р. У разі незгоди з рішенням (адміністративним актом) чи діями посадових осіб ДЛК, особа має право на відповідне оскарження шляхом звернення до Голови ДЛК. Своєю чергою рішення Голови ДЛК можуть бути оскаржені в судовому порядку.

Таким чином, засади організації проведення експертизи інвалідності у Латвійській Республіці мають деякі спільні риси із аналогічними вітчизняними, однак загалом відповідна система сприймається нами як більш прогресивна та людиноорієнтована. На увагу заслуговують приклади щодо: виділення в окрему категорію прогнозованої інвалідності; наявності спеціалізованого органу публічного адміністрування – Державної лікарської комісії з експертизи здоров'я та працездатності; множинності способів подання заяви про проведення експертизи; проведення експертизи інвалідності, як правило, без присутності особи на підставі документальних відомостей.

Поряд із розглянутими країнами відзначаємо також досвід Грузії, який є потенційно корисним з огляду на потреби нашого дослідження.

Відповідно до ст. 153-1 Закону «Про охорону здоров'я» від 12.10.1997 р. № 1139 питання медико-соціальної експертизи у Грузії регулюються Законом «Про медико-соціальну експертизу» [190]. Закон Грузії «Про медико-соціальну експертизу» від 12.07.2001 р. № 1172 визначає правові, економічні та організаційні основи МСЕ. Його метою є охорона здоров'я населення, визначення інвалідності, попередження її причин, а також створення умов для реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство [187]. Процедурні аспекти МСЕ деталізуються Інструкцією про порядок встановлення

інвалідності, затвердженою наказом Міністра праці, охорони здоров'я та соціального захисту від 13.01.2003 р. № 1/Б [189].

Принагідно також зазначимо, що відповідно до Закону «Про права осіб з інвалідністю» від 14.07.2020 р. № 6823-66 у Грузії запроваджено біопсихосоціальну модель інвалідності. Сутнісно така модель близька до правозахисної, а відтак повністю відповідає стандартам Конвенції про права осіб з інвалідністю та МКФ. Відповідно до ч. 1 ст. 26 зазначеного Закону встановлення статусу «особа з інвалідністю» у Грузії ґрунтується на біопсихосоціальній моделі. Відповідальним за впровадження та забезпечення функціонування відповідних механізмів встановлення інвалідності є Міністерство у справах вимушено переміщених осіб, праці, охорони здоров'я та соціального захисту. Інвалідність на основі біопсихосоціальної моделі визначається на підставі оцінки функціональних можливостей і стану здоров'я особи, враховуючи при цьому взаємозв'язок із відносницькими та середовищними факторами [188]. Вважаємо, що такий приклад регламентування є особливо доцільним для України, оскільки закладає належні правові засади для формування оновленої системи МСЕ, заснованої на міжнародних стандартах.

У ст. 4 Закону Грузії «Про медико-соціальну експертизу» вказується, що МСЕ є міждисциплінарною сферою діяльності, яка включає медико-біологічні, соціологічні, соціальні, психологічні, економічні та інші аспекти. Основним завданням МСЕ є визначення ступеня обмеження життєдіяльності людини, встановлення причини та часу виникнення інвалідності, а також визначення заходів соціального захисту, необхідних для осіб з інвалідністю. Встановлення статусу «особа з інвалідністю» та вирішення інших питань МСЕ здійснюється на основі комплексної оцінки медико-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова і психологічних даних. МСЕ проводиться після виконання діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів [187]. Тобто початково МСЕ Грузії є аналогічною українській.

З метою реалізації державної політики і заходів, передбачених Законом «Про медико-соціальну експертизу», Урядом Грузії утворено юридичну особу публічного права, що має спеціальну компетенцію у сфері МСЕ, – Агентство державного регулювання медичної і фармацевтичної діяльності (далі – Агентство). Агентство не є вузькоспеціалізованим органом, оскільки повноваження щодо публічного адміністрування у сфері МСЕ становлять частину його компетентності. Здійснення контролю за діяльністю Агентства, затвердження Положення про нього та призначення керівника є прерогативою Міністра у справах вимушено переміщених осіб, праці, охорони здоров'я та соціального захисту.

Водночас на відміну від інших національних органів у сфері встановлення інвалідності, зокрема й тих, які були розглянуті вище, Агентство є контрольно-наглядним органом публічної влади, а тому безпосередньо МСЕ не проводить, однак забезпечує режим законності у цій сфері. Відповідно до ст. 27 Закону Грузії «Про медико-соціальну експертизу» Агентство здійснює державний контроль за діяльністю установ, уповноважених проводити МСЕ як планово (не частіше ніж раз на рік), так і позапланово (з урахуванням необхідності). Предметом таких перевірок є дотримання процедури проведення МСЕ та правильності (обґрунтованості) висновків за її результатом. При наявності достатніх підстав вважати, що висновок є неправомірним або неправильним, Агентство вправі: 1) звертатись до суду для його скасування. Дія висновку МСЕ, який оскаржується, призупиняється; 2) ставити питання про притягнення до юридичної відповідальності відповідних експертів; 3) ініціювати та проводити повторний огляд особи, стосовно якої видано спірний (неправильний, необґрунтований) висновок (із залученням за необхідності відповідних фахівців). У разі неявки особи на такий повторний огляд статус інвалідності призупиняється [187].

Означені повноваження Агентство реалізує через центральний апарат, структура та чисельність якого визначаються керівником. Профільним органом Агентства з питань контролю у сфері МСЕ є Департамент

регулювання медичної діяльності, який, у свою чергу, включає відділи інспектування та ліцензування й акредитації медичної діяльності [186].

Безпосереднє проведення МСЕ дорослим і дітям у Грузії покладається на заклади охорони здоров'я, які у порядку, встановленому законодавством, отримали право на провадження відповідного виду медичної практики поряд з основними напрямками діяльності. Згідно із Законом Грузії «Про медико-соціальну експертизу» такі заклади іменуються як «відповідний заклад охорони здоров'я» – медична установа, яка надає спеціалізовані медичні послуги при хворобах, анатомічних або психічних вадах. Поряд з цим згаданий Закон містить термін «лікар-експерт» – лікар, який має спеціальні знання з питань МСЕ, що підтверджується державним сертифікатом за спеціальністю [187]. Сприймаючи означене, вважаємо, що наявність у профільному законодавстві поняття «лікар-експерт» та механізмів набуття і підтвердження такого статусу з об'єктивних причин є позитивним організаційним і процедурним аспектом МСЕ Грузії, а відтак пропонуємо передбачити їх і в українській системі МСЕ.

Визначення і відбір відповідних закладів охорони здоров'я проводить Агентство, зважаючи на територіальний принцип. Максимальна кількість відповідних закладів охорони здоров'я має становити не більше 70. Критерії, яким має відповідати потенційний заклад, визначаються Агентством за погодженням з Міністерством у справах вимушено переміщених осіб, праці, охорони здоров'я та соціального захисту. Процедура відбору закладів охорони здоров'я та механізми їх взаємодії з Агентством є доволі схожими на ті, що передбачені законодавством України у рамках реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, тобто при контрахуванні закладів охорони здоров'я із Національною службою здоров'я України. Так, Агентство публікує на офіційних інформаційних ресурсах оголошення про початок відбору та забезпечує прийом і розгляд заяв закладів, які виявили намір проводити МСЕ. Відбір закладів здійснює комісія, яка створюється індивідуальним актом керівника Агентства. Закладам охорони здоров'я, які

були відібрані у рамках відповідної державної програми та набули право проводити МСЕ, відшкодування витрат, пов'язаних із МСЕ, здійснюється Агентством за фактично надані послуги на підставі звіту [189].

Порівнюючи функціональні компетенції відповідних закладів охорони здоров'я та вітчизняних МСЕК, можемо зробити висновок про їх тотожність. Серед ключових повноважень є визначення ступеня обмеження життєдіяльності особи з метою встановлення інвалідності, причино-наслідкових зв'язків і часу її настання, відсотку втрати працездатності, а також потреб у сторонньому догляді та/або допомозі, допоміжних засобах реабілітації, виробач медичного призначення тощо.

МСЕ проводиться за заявою особи або її законних/уповноважених представників після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів. Суттєвим недоліком грузинської системи, як і вітчизняної, є те, що заочне проведення МСЕ передбачається лише для виключних випадків (тяжка хвороба, проживання у відділених місцевостях тощо).

Таким чином, з точки зору організації проведення система МСЕ у Грузії не позбавлена недоліків, однак містить і схвальні елементи, які доцільно перейняти нашій країні.

Наостанок, поряд з розглянутими країнами, варто зазначити досвід щодо організації проведення МСЕ у Республіці Казахстан. Насамперед відзначаємо та вважаємо позитивним прикладом проведеної у цій країні систематизації законодавства у сфері соціального захисту населення. Так, 20.04.2023 р. за № 224-VII Парламентом був прийнятий Соціальний кодекс Республіки Казахстан, який вводиться в дію з 01.07.2023 р [74]. Зазначений Кодекс покликаний комплексно регламентувати питання, пов'язані із соціальним забезпеченням населення, включаючи осіб з інвалідністю та сферу медико-соціального захисту. У зв'язку з прийняттям Соціального кодексу низка законів визнаються такими, що втратили чинність, зокрема: Закони «Про державні соціальні пільги у зв'язку з інвалідністю та у випадку втрати годувальника», «Про соціальний захист осіб з інвалідністю у Республіці

Казахстан», «Про спеціальні соціальні послуги», «Про пенсійне забезпечення», «Про зайнятість населення». У Соціальному кодексі відповідні напрямки публічного адміністрування набули належної правової визначеності, вдосконалено понятійно-категоріальний апарат. У відповідному контексті Кодекс визначає компетенцію органів публічної адміністрації, а також містить дефініції таких понять, як «медико-соціальна експертиза», «підрозділ медико-соціальної експертизи», «незалежний експерт медико-соціальної експертизи», «індивідуальна програма абілітації та реабілітації особи з інвалідністю», «соціальна реабілітація осіб з інвалідністю», «професійна реабілітація осіб з інвалідністю» тощо.

МСЕ визначається як оцінка обмежень життєдіяльності особи, яка підлягає обстеженню, викликаних стійким розладом функцій організму, з встановленням (не встановленням) інвалідності та/або ступеня втрати працездатності, а також визначення її потреб у заходах соціального захисту [74]. Відповідно до п. 1 Правил проведення медико-соціальної експертизи, затверджених наказом Міністра охорони здоров'я і соціального розвитку від 30.01.2015 р. № 44, ці Правила розроблені з урахуванням Закону «Про державні послуги» [82]. Відтак у Республіці Казахстан МСЕ офіційно віднесено до переліку публічних послуг, що, на нашу думку, доцільно закріпити і в українському законодавстві.

Питання, які стосуються МСЕ, викладені у Соціальному кодексі в рамках Глави 13 «Державна підтримка осіб з інвалідністю», згідно з положеннями якої: 1) МСЕ проводиться очно або заочно уповноваженим державним органом через відповідні підрозділи; 2) направлення на МСЕ надає лікарсько-консультативна комісія; 3) проведення МСЕ ґрунтується на комплексній оцінці стану організму, яка формується на основі аналізу медико-функціональних, соціальних, професійних і психологічних даних про особу та з використанням класифікацій і критеріїв; 4) очно МСЕ проводиться за місцем реєстрації місця проживання; 5) при встановленні інвалідності визначаються причини, строки, потреба в заходах соціального захисту, а також

розробляються соціальна та професійна частини індивідуальної програми реабілітації; 6) у рамках МСЕ оцінка обмежень життєдіяльності проводиться і дорослим, і дітям; 7) оскарження результатів проведеної МСЕ здійснюється шляхом звернення до уповноваженого державного органу, у структурі якого для таких цілей утворюється відділ методології та контролю МСЕ [74].

Уповноваженим державним органом у розумінні Соціального кодексу є центральний орган виконавчої влади, що здійснює керівництво і міжгалузеву координацію у сфері соціального захисту населення, – Міністерство праці і соціального захисту населення. До його компетенції належить: 1) визначення загальних засад організації і здійснення МСЕ та реабілітації осіб з інвалідністю; 2) розроблення правил проведення МСЕ [74]. Реалізація цих завдань покладається на структурні одиниці вказаного Міністерства, а саме Комітет праці, соціального захисту і міграції та Департамент соціальних послуг.

Комітет праці, соціального захисту і міграції є відокремленою відомчою установою Міністерства праці і соціального захисту населення, що відповідає за функціонування системи проведення МСЕ та надання відповідних послуг, а також уповноважена контролювати дотримання порядку проведення процедури МСЕ. На виконання означених функцій у структурі Комітету утворено Управління медико-соціальної експертизи. Безпосереднє проведення МСЕ забезпечують регіональні органи – Територіальні департаменти Комітету праці, соціального захисту і міграції, які, у свою чергу, структурно включають відділи МСЕ (функціонально аналогічні українським МСЕК). У залежності від рівня, структури захворювання та інвалідності відділи МСЕ поділяються на відділи загального, спеціалізованого (для осіб з професійними захворюваннями, туберкульозом, психічними розладами тощо) та педіатричного профілю [82].

Поряд з цим провадить свою діяльність Департамент соціальних послуг, який є структурним підрозділом Міністерства праці і соціального захисту населення, та основним завданням має формування державної політики з

питань соціального захисту осіб з інвалідністю, вдосконалення МСЕ, розвитку системи надання спеціальних соціальних послуг. До його складу входять: 1) управління розвитку системи спеціальних соціальних послуг; 2) управління у справах осіб з інвалідністю; 3) управління вдосконалення медико-соціальної експертизи. Особливо схвально сприймається обставина щодо наявності управління вдосконалення МСЕ, що свідчить про розуміння важливості побудови якісної та ефективної системи встановлення інвалідності.

Обстеження (повторне обстеження) особи у рамках МСЕ проводиться на підставі її заяви, направлення, виданого лікарсько-консультативною комісією медичної установи та інших документів, що стосуються захворювання чи травми особи. Окрім відділів МСЕ, допускається проведення очного обстеження особи в амбулаторних і стаціонарних закладах охорони здоров'я, установах пенітенціарної системи та вдома [82].

Заява про проведення МСЕ подається за зареєстрованим місцем проживання до відповідного відділу МСЕ згідно з формою, визначеною у додатку 1 Правил проведення медико-соціальної експертизи, затверджених наказом Міністра охорони здоров'я і соціального розвитку від 30.01.2015 р. № 44. Подати таку заяву можливо і в електронному вигляді (з накладенням електронного цифрового підпису) через особистий кабінет на веб-порталі «електронного уряду» (www.egov.kz) [82].

МСЕ проводиться колегіально, за обов'язкової участі керівника відповідного відділу МСЕ або відділу методології та контролю МСЕ та щонайменше двох спеціалістів. Хід проведення МСЕ фіксується з використанням засобів аудіо-, відеозапису, які зберігаються не менше 4 місяців і можуть надаватись на запит обстеженої особи, за виключенням частини, що містить обговорення та прийняття рішення [82]. З огляду на окреслене, вважаємо, що з метою мінімізації корупційних ризиків і розвитку прозорості вітчизняної системи МСЕ аудіо-, відеофіксацію засідань МСЕК доцільно запровадити і в Україні.

Принагідно потрібно також відзначити, що наразі у Республіці Казахстан, як і в Україні, заочне проведення МСЕ допускається в окремих і виключних випадках. Водночас у зв'язку з прийняттям Соціального кодексу у Республіці Казахстан передбачається поступовий перехід до заочної форми як основної форми проведення МСЕ. Так, ст. 156 Соціального кодексу визначає особливості заочного проактивного обстеження у рамках МСЕ, однак ця норма вступить у силу 01.01.2025 р. Наразі ж проведення МСЕ у такому форматі, згідно з інформацією Міністерства праці і соціального захисту населення, проводиться у тестовому режимі в окремих регіонах країни. Загалом планується, що з 01.01.2025 р. заочне проактивне обстеження здійснюватиметься згідно з переліком нозологічних форм, визначених Міністерством праці і соціального захисту населення спільно з Міністерством охорони здоров'я та передбачатиме проведення МСЕ на основі деперсоніфікованих документів, що надходять із інформаційних систем Міністерства охорони здоров'я. Таке обстеження проводитиметься з ініціативи особи (її уповноваженого/законного представника) на підставі електронного направлення лікарсько-консультативної комісії, затвердженого електронним цифровим підписом її голови, яке в автоматичному режимі надходитиме до відповідних інформаційних систем Міністерства охорони здоров'я, зокрема до спеціального модуля «Реєстр зареєстрованих актів медико-соціальної експертизи». На основі електронного направлення та додатних до нього документів формуватиметься проєкт акта МСЕ, який матиме унікальний ідентифікаційний номер і знеособлені дані про особу та/або представника. Далі система автоматично здійснюватиме відбір трьох незалежних експертів МСЕ із відповідного Реєстру та направлятиме їм для розгляду проєкт акта зі знеособленими даними. Незалежні експерти мають відповідати вимогам, встановленим Міністерством праці і соціального захисту населення. Вони здійснюватимуть діяльність та отримуватимуть винагороду на підставі контракту про надання експертних послуг, укладеного з Міністерством праці і соціального захисту населення (його органом). При

цьому визначається, що на закупівлю таких експертних послуг не поширюватиметься законодавство про державні закупівлі [74; 82].

Таким чином, досвід Республіки Казахстан з питань організації проведення МСЕ є безумовно корисним і може бути використаний з метою вдосконалення української системи МСЕ.

Отже, підсумовуючи викладений матеріал, можемо зробити такі висновки:

по-перше, міжнародні стандарти організації проведення МСЕ представлені Конвенцією про права осіб з інвалідністю та МКФ. Деталізація положень зазначених документів знаходить відбиток у відомчих документах (рекомендаціях, висновках) Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю, звітах ВООЗ, науково-дослідних роботах міжнародних експертів;

по-друге, вбачається, що у поточному вигляді вітчизняна система МСЕ не відповідає міжнародним стандартам, згідно з якими відповідні процедури мають обов'язково узгоджуватись із Конвенцією про права осіб з інвалідністю. Відтак прогресивний механізм встановлення інвалідності, зорієнтований на людину, має базуватись на правозахисній моделі інвалідності, що передбачає мінімізацію медичного критерію та, на противагу, включає оцінку потреб, функціональних можливостей, волевиявлення та побажань самих осіб, а також низку інших характеристик, визначених та/або рекомендованих Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю, ВООЗ і міжнародними експертами, про які нами було означено у відповідній частині цього підрозділу;

по-третє, враховуючи попередній пункт, для України існує нагальна необхідність комплексного впровадження МФК, що особливо актуально у зв'язку з триваючою війною. Водночас процес переходу на стандарти МФК необхідно розпочати невідкладно та здійснити в оптимальні розумні строки, а також на засадах тісної взаємодії з громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю;

по-четверте, з метою удосконалення організації проведення МСЕ доцільно враховувати зарубіжний досвід, зокрема проаналізованих нами країн, відмічаючи як позитивні, так і негативні сторони, вибудованих ними систем. У відповідному контексті, узагальнюючи окреслену у цьому підрозділі інформацію:

1. Відзначаємо таке:

1) сформована практика демонструє, що зарубіжних країн, у яких системи встановлення інвалідності належать до сфери відання міністерств охорони здоров'я, меншість. Серед розглянутих така країна одна – Республіка Болгарія. В інших країнах системи встановлення інвалідності належать до сфери управління або міністерств соціального захисту (Латвійська Республіка, Республіка Казахстан), або об'єднаних міністерств соціального захисту та охорони здоров'я (Грузія, Естонська Республіка);

2) правові засади організації проведення МСЕ в проаналізованих країнах визначені у рамках законів, які регламентуються права та основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю, – Республіка Болгарія, Естонська Республіка, Латвійська Республіка, Республіка Казахстан). Спеціальний Закон «Про медико-соціальну експертизу» прийнято лише у Грузії;

3) у всіх розглянутих країнах процедура встановлення інвалідності і дорослим, і дітям, на відміну від України, проводиться одним суб'єктом, відповідальним за проведення МСЕ (відповідними експертними комісіями);

4) безпосереднє проведення МСЕ у Республіці Болгарія, Латвійській Республіці, Республіці Казахстан покладається на спеціальних суб'єктів, аналогічних українським МСЕК, – територіальні експертні лікарські комісії, лікарські комісії з експертизи здоров'я та працездатності, відділи МСЕ. У свою чергу, у Грузії МСЕ проводять заклади охорони здоров'я, відібрані у порядку встановленому законом, а в Естонській Республіці – відділи обслуговування клієнтів Департаменту соціального страхування, які окрім встановлення інвалідності реалізують й інші функції у сфері соціального захисту;

5) у деяких країнах, окрім профільних міністерств, публічне адміністрування МСЕ здійснюють спеціалізовані органи або органи зі спеціальними повноваженням у цій сфері. Так, у Республіці Болгарія – це Національна рада медичної експертизи та Національна експертна лікарська комісія, у Грузії – Агентство державного регулювання медичної і фармацевтичної діяльності, у Латвійській Республіці – Державна лікарська комісія з експертизи здоров'я та працездатності;

6) у Республіці Болгарія, Естонській Республіці, Латвійській Республіці, на відміну від України, зазвичай МСЕ проводиться без присутності особи (заочно) на підставі поданих документальних даних і відомостей із електронних систем охорони здоров'я. Також, як приклад, незвичний формат – заочне проактивне обстеження – запроцює у Республіці Казахстан з 01.01.2025 р.;

7) в Естонській Республіці, Латвійській Республіці, Республіці Казахстан процедура встановлення інвалідності офіційно віднесена до переліку публічних послуг, що забезпечує уніфікованість підходів щодо її отримання та проведення. Разом з цим у зазначених країнах передбачено можливість подати заяву на проведення МСЕ та відслідковувати її статус через спеціальні веб-портали публічних послуг.

2. Пропонуємо наступне:

1) з метою формування належного правового базису, зважаючи на досвід Грузії, розробити та прийняти Закон України «Про медико-соціальну експертизу», який комплексно регламентуватиме її організаційно-правові засади та врегульовуватиме суспільні відносини у цій специфічній сфері;

2) беручи до уваги приклади Естонської Республіки, Латвійської Республіки, Республіки Казахстан, переглянути та змінити сутнісні підходи до розуміння МСЕ в частині віднесення її до категорії «адміністративна послуга». Разом із цим, спираючись досвід цих країн, виробити належні механізми її надання, що обов'язково має включати множинність способів подання

відповідної заяви, у тому числі через Єдиний державний вебпортал електронних послуг «Дія»;

3) змінити організаційні основи (архітектуру) МСЕ, а саме:

а) зважаючи на досвід Республіки Болгарія, розглянути питання про утворення при Кабінеті Міністрів України Національної ради медико-соціальної експертизи – спеціального колегіального органу, який забезпечуватиме налагодження взаємодії та координації між органами публічного адміністрування з питань формування та реалізації державної політики у сфері МСЕ;

б) враховуючи приклад Латвійської Республіки, створити спеціалізовану інституцію публічного адміністрування у сфері МСЕ – Національну службу медико-соціальної експертизи України, тобто центральний орган виконавчої влади, діяльність якого буде спрямовуватися і координуватися Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Водночас усі існуючі МСЕК мають перейти у пряме підпорядкування новоутвореної Національної служби та зазнати реорганізацій з метою оптимізації їх діяльності в нових умовах. Також, зважаючи на досвід Республіки Казахстан, вважаємо, що у структурі Національної служби медико-соціальної експертизи України обов'язково має бути управління вдосконалення медико-соціальної експертизи як окремий підрозділ, уповноважений на постійній основі формувати напрямки державної політики з метою побудови якісної та ефективної системи встановлення інвалідності;

в) з огляду на приклади проаналізованих країн, передати повноваження щодо проведення МСЕ дітей від лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я до МСЕК. У зв'язку з цим, враховуючи приклад Республіки Казахстан, пропонуємо передбачити, що в Україні, окрім МСЕК загального та спеціалізованого профілю, утворюватимуться МСЕК педіатричного профілю;

4) на основі досвіду Грузії та Республіки Болгарія конкретизувати правовий статус членів МСЕК шляхом введення поняття «експерт з питань медико-соціальної експертизи». Порядок набуття цього статусу має

визначатись Національною службою медико-соціальної експертизи України та підтверджуватись сертифікатом, виданим нею. Поряд з цим перед початком роботи, а в подальшому – щорічно, експерти з питань медико-соціальної експертизи мають проходити спеціальні тематичні навчання, проведення яких має забезпечувати зазначена Національна служба;

5) переглянути процедурні питання МСЕ, а саме:

а) спираючись на приклади Республіки Болгарія, Естонської Республіки, Латвійської Республіки, Республіки Казахстан, змінити підходи до процедури МСЕ, надавши пріоритет заочному формату її проведення;

б) на прикладі Республіки Казахстан запровадити аудіо-, відеофіксацію засідань МСЕК;

в) на прикладі Республіки Болгарія визначити умови, за яких члену МСЕК заборонено брати участь у проведенні МСЕ у зв'язку з можливістю конфлікту інтересів чи наявністю інших обставин, які можуть викликати сумніви щодо його безсторонності.

3.2. Основні напрями удосконалення організації проведення медико-соціальної експертизи

Проведене дослідження засвідчує, що функціонуюча в Україні система МСЕ є недосконалою, має низку недоліків організаційно-правового характеру та потребує приведення у відповідність до міжнародних стандартів і практики. У зв'язку з цим існує закономірна необхідність вироблення основних напрямів її удосконалення та/або комплексного реформування. Водночас, зважаючи на актуальні глобальні виклики, першочергово широкомасштабну військову збройну агресію Російської Федерації проти України, внаслідок якої за короткий проміжок часу суттєво збільшився рівень інвалідизації суспільства, висловлюємо позицію, що реформування системи МСЕ є вкрай необхідним і має розпочатись невідкладно.

Принагідно відзначаємо, що системна недосконалість МСЕ неодноразово констатувалась на різних рівнях державної влади. Так, ще в 2012

році Колегія МОЗ України своїм рішенням від 02.11.2012 р. № 1 «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України», введеним в дію наказом МОЗ України від 07.12.2012 р. № 999, визнала, що стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України є недосконалим та потребує подальшого реформування і системного інтегрованого підходу [125]. У зв'язку з чим різним суб'єктам було надано значну кількість доручень задля пошуку та розробки шляхів вирішення означеної проблеми. Проте, як показує час, визнання цієї проблеми мало суто декларативний характер, адже конкретних і результативних заходів задля реформи МСЕ так і не було вжито.

Необхідність удосконалення порядку проведення МСЕ, здійснення реабілітаційних заходів і надання соціальних послуг у якості пріоритетного напрямку визначалась у Національному плані дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на період до 2020 року, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 р. № 706 [109].

У той же час наявність низки проблем, пов'язаних із функціонуванням МСЕ, у тому числі непрозорість процедур, відсутність громадського контролю, недосконалість нормативного забезпечення, недостатність правопросвітницької роботи, корупційні фактори, констатувались представниками громадських об'єднань осіб з інвалідністю, громадськими діячами й експертами під проведення спільних тематичних заходів [11, с. 46].

Позиції, аналогічні або подібні вищезазначеним, у різні часові періоди неодноразово висловлювались і науковцями, зокрема А. Іпатовим (2011 р.) [54, с. 12], А. Куцою (2011 р.) [73, с. 122-123], С. Пасічніченко (2011 р.) [95, с. 68], Є. Соболев (2015 р.) [141, с. 173-175], О. Паровишник (2017 р.) [94, с. 82-83].

Водночас проведений аналіз річних планів діяльності МОЗ України, програм діяльності Кабінету Міністрів України та планів пріоритетних дій Уряду (за період 2014-2023 роки) дозволяє зробити висновок, що нормативне підґрунтя для відповідного реформування було закладене лише в 2020 році у

рамках заходів щодо реформування медичної галузі та впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, згідно з Програмою діяльності Кабінету Міністрів України, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 12.06.2020 р. № 471.

При цьому попередньо відповідно до наказу МОЗ України від 11.12.2019 р. № 2445, прийнятого на виконання протокольного доручення Кабінету Міністрів України від 23.10.2019 р. № 15 та на виконання доручення Прем'єр-міністра України О. Гончарука від 30.10.2019 р. № 3/31170/0/1/-19, було утворено Міжвідомчу робочу групу з вироблення узгодженої позиції щодо удосконалення процедури медико-соціальної експертизи. До складу зазначеної робочої були включені представники МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства оборони України, Міністерства у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України, Міністерства фінансів України, Міністерства цифрової трансформації України, Уповноваженого Президента України з прав людей з інвалідністю, а також деяких профільних медичних закладів вищої освіти [128]. Не вдаючись до аналізу напрацювань цієї робочої групи, першочергово зауважуємо на відсутності у її складі представників громадських об'єднань осіб з інвалідністю, що суперечить ключовим засадам формування політики у сфері прав осіб з інвалідністю та міжнародним стандартам вироблення механізмів встановлення інвалідності. Водночас серед учасників міжвідомчої робочої групи прослідковувалися факти неоднозначності уявлень про пріоритети реформування МСЕ [145, с. 31].

Відтак, уже у другій половині 2020 року на виконання доручення Прем'єр-міністра України Д. Шмигала від 01.09.2020 р. № 36626/0/1-20 та протокольного рішення наради МОЗ України з питань організації роботи медико-соціальної експертизи від 11.08.2020 р., у Міністерстві охорони здоров'я було створено іншу робочу групу з розробки реформи системи МСЕ, куди було залучено як фахівців МСЕ, так і представників інших відомств:

Міністерства соціальної політики, фондів соціального страхування, фахівців військово-лікарських комісій, лікарів, спеціалістів щодо реабілітації – ерготерапевтів, фізичних терапевтів, реабілітологів [85, с. 193-194]. За результатами роботи робочої групи наприкінці 2021 року було представлено Дорожню карту реформування системи МСЕ, яка до цього часу не зазнала практичного застосування.

Поряд з цим, наказом МОЗ України від 10.02.2021 р. № 226 було затверджено План діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2021 рік, що включає підрозділ «2.1.3. Реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні», який містить лише один захід – розроблення проекту розпорядження Уряду «Про затвердження Концепції реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні» [110]. Станом на сьогодні така концепція реформування не прийнята.

На основі викладеного можемо в черговий раз констатувати, що потреба реформування МСЕ була об'єктивною та доцільною задовго до початку військової збройної агресії Російської Федерації проти України, проте так і не була реалізована за тривалий проміжок часу. Не залишаючи намірів щодо реформування МСЕ, відповідно до п. 5 постанови Уряду «Деякі питання надання у 2023 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я» від 31.01.2023 р. № 78, МОЗ України та Міністерству соціальної політики було надано доручення до 01.04.2023 р. подати на затвердження Кабінету Міністрів України план заходів щодо етапів реформування системи проведення медико-соціальної експертизи [32]. Як наслідок, було представлено План заходів щодо зміни оцінки потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування проведення медико-соціальної експертизи в Україні, що затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.05.2023 р. № 483-р. План містить низку заходів різного спрямування, необхідних, згідно з позицією Уряду, для реформування системи МСЕ, у тому числі стосовно

«формування концептуального бачення» відповідних процесів, що включає: 1) проведення аналізу міжнародного досвіду та законодавства; 2) утворення робочої групи (із залученням всіх заінтересованих осіб); 3) розроблення цільової моделі системи надання послуг особам зі стійкими обмеженнями повсякденного функціонування та реформування системи МСЕ [112]. У відповідному контексті вважаємо, що означені заходи мають доволі опосередковане відношення до напряму «формування концептуального бачення», оскільки їх виконання не призведе до формування чіткого уявлення про провідні ідеї, умовну доктрину реформування МСЕ та не закладе належного ідеологічного підґрунтя. Водночас, враховуючи вищевикладене, також критично сприймаємо утворення в черговий раз нової робочої групи.

З огляду на викладений матеріал про хронологію намірів і заходів реформування системи МСЕ, можемо вести мову про їх декларативність, інертність, половинчастий або поверховий характер як загалом, так і в конкретних напрямках. Вважаємо, що означене пов'язане із відсутністю, а точніше не прийняттям у свій час, єдиного програмного документа, який би визначав уніфіковану та комплексну стратегію реформи МСЕ. Як зазначалось попередньо, концепція реформування системи МСЕ в Україні так і не була розроблена. У зв'язку з чим, на нашу думку, відповідна державна політика є непослідовною, фрагментарною та, як наслідок, нерезультативною. У цьому ж контексті вбачаємо, що План заходів щодо зміни оцінки потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування проведення медико-соціальної експертизи в Україні, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.05.2023 р. № 483-р, містить концептуальні прогалини та не розкриває всієї картини обов'язкових заходів з питань вдосконалення організації проведення МСЕ.

За таких обставин вважаємо, що вихідним і першочерговим напрямом удосконалення організації проведення МСЕ має бути ідеологічний, тобто напрям, покликаний чітко окреслити узгоджену та виважену систему поглядів, провідні ідеї відносно процесу реформування МСЕ, його кінцевих результатів,

налагодження функціонування та взаємодії у перехідний і постреформаційний періоди тощо. У цьому контексті пропонуємо розробити і прийняти комплексний програмний документ – Концепцію реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні. Зазначений документ має визначати мету, принципи, напрями, завдання, строки (етапи) реформування системи МСЕ у відповідності до міжнародних правил і стандартів оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я особи, а також містити положення щодо ключових проблемних питань і шляхів їх вирішення, трансформаційних механізмів, засад взаємодії публічної адміністрації, очікуваних результатів тощо.

Продовжуючи, варто зазначити, що наразі питання організації та проведення МСЕ регулюються окремими нормами законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-ІV. Тобто система МСЕ не має предметного регламентування в межах спеціального закону та базується на положеннях законодавчих актів, прийнятих в 90-ті роки минулого сторіччя, які, незважаючи на низку змін і доповнень, мають пострадянське відлуння та не повною мірою відповідають реаліям розвитку сфери охорони здоров'я. У зв'язку з цим у профільній літературі цілком обґрунтовано вказується про прогалини нормативного регулювання процедури МСЕ [145, с. 3], недосконалість відповідного нормативного забезпечення [141, с. 173], що також знайшло своє підтвердження за результатами нашого дослідження. Водночас дослідниками вказується, що в системі МСЕ не існує єдиних підходів наступності визначення порушень критеріїв життєдіяльності для дітей з інвалідністю і дорослих, що неприпустимо. Існуючі критерії інвалідності для дорослих не враховують впливу на життєдіяльність особи з інвалідністю факторів навколишнього середовища. Підходи системи МСЕ до реабілітації хворих й осіб з інвалідністю не відповідають необхідності

раннього включення пацієнта у процес медичної, фізичної, професійної та соціальної реабілітації [85, с. 193]. Відтак МСЕ потребує нормативно-правового оновлення, яке має здійснюватися у відповідності до основоположних ідеологічних засад, що закріплюватимуться у Концепції реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні. При цьому вважаємо, що застосування фрагментарного врегулювання не призведе до очікуваного результату, а відтак відповідне нормотворення має бути системним і комплексним.

Отже, наступним напрямом удосконалення організації проведення МСЕ має бути нормотворчий, у рамках якого необхідно виробити спеціальний законодавчий акт з питань МСЕ. Враховуючи зарубіжний досвід деяких країн і вітчизняну практику законотворення, пропонуємо розробити і прийняти Закон України «Про медико-соціальну експертизу», який буде комплексно визначати правові й організаційні засади функціонування системи МСЕ та надання медико-соціальних експертних послуг в Україні, спираючись на міжнародні стандарти, означені у підрозділі 3.1 цього дослідження. Функціональною метою цього Закону має бути створення прогресивного та людиноорієнтованого публічного сервісу з надання медико-соціальних експертних послуг, що, зокрема, включатиме встановлення інвалідності на основі оцінки функціонування, обмежень життєдіяльності, визначення потреб людини та впливу факторів середовища, попередження причин і компенсації її наслідків, створення умов для реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство, забезпечення раннього включення у процес реабілітації тощо. Запропонований Закон України «Про медико-соціальну експертизу» має створити правове поле для низки трансформаційних процесів, зокрема закріпити перехід від медичного до біопсихосоціального підходу встановлення інвалідності та проведення інших медико-соціальних заходів відповідно до МКФ, визначити інституційні та процедурні аспекти МСЕ. Водночас займаємо чітку позицію, що розробка відповідного законопроекта

має здійснюватися з обов'язковим залученням громадських об'єднань осіб з інвалідністю.

Як відзначалось у підрозділі 1.1, питання, які прямо чи опосередковано стосуються системи МСЕ, становлять окрему сферу, де існують суспільні відносини, що мають суттєве значення для держави і соціуму, а тому обов'язково підлягають врегулюванню правом. Водночас поточне врегулювання є недосконалим, а відтак існує необхідна сукупність умов, які обумовлюють доцільність прийняття означеного законодавчого акта.

Орієнтовна структура Закону України «Про медико-соціальну експертизу» може виглядати таким чином:

Розділ I. Загальні положення – традиційний розділ, який має містити правові норми загального характеру, що розкривають понятійно-категоріальний апарат, встановлюють принципи, містять інші правила, взаємопов'язані з наступними положеннями законодавчого акта. Відтак ст. 1 має визначати основні поняття і терміни, уникаючи дублювання інших законів України, тобто нові або змістовно оновлені поняття, зокрема: «експерт», «компенсаторно-адаптаційні можливості», «медико-соціальна експертиза», «медико-соціальні експертні послуги», «надавач медико-соціальних експертних послуг», «незалежний експерт», «орган проведення медико-соціальної експертизи», «особа, яка здійснює догляд», «отримувач медико-соціальних експертних послуг», «причини обмежень функціонування та/або життєдіяльності», «процедура медико-соціальної експертизи», «система медико-соціальної експертизи», «уповноважений орган» тощо. Ст. 2 – законодавство України про МСЕ. Ст. 3 – сфера дії цього Закону. Ст. 4 – принципи МСЕ. Ст. 5 – державна політика щодо МСЕ та її завдання. Ст. 6 – роль громадських об'єднань осіб з інвалідністю.

Розділ II. Система медико-соціальної експертизи – розділ, який має розкривати системоутворюючі засади функціонування системи МСЕ та надання медико-соціальних експертних послуг в Україні. Відтак доцільно означити суб'єктів публічного адміністрування МСЕ та їх компетенцію,

перелік суб'єктів надання й отримання відповідних послуг, форми взаємодії між ними, перелік і види медико-соціальних експертних послуг, інформаційно-комунікаційні системи, які використовуються у зв'язку та на підставі цього Закону, зокрема роль електронної системи охорони здоров'я тощо.

Розділ III. Організація проведення медико-соціальної експертизи – розділ, що має містити норми стосовно: 1) правового статусу органу спеціальної компетенції, утворення якого було запропоноване у підрозділі 3.1 на основі сприйняття зарубіжного досвіду, – Національної служби медико-соціальної експертизи України (уповноважений орган); 2) правового статусу безпосередніх надавачів послуг МСЕ – реорганізованих МСЕК (територіальні органи Національної служби медико-соціальної експертизи України), порядку та принципів їх утворення/припинення, формування складу; 3) правового статусу експертів та незалежних експертів МСЕ, кваліфікаційних характеристик, яким вони мають відповідати; 4) форм МСЕ та їх особливостей; 5) порядку направлення на МСЕ, механізмів і способів подання заяви про проведення МСЕ та її форму.

Розділ IV. Порядок проведення медико-соціальної експертизи та надання відповідних послуг – розділ, яким мають регламентуватись процедурні питання, у тому числі щодо: підстав проведення МСЕ та надання відповідних послуг; підстави для відмови у проведенні МСЕ та наданні відповідних послуг, механізмів проведення огляду чи обстеження, у тому числі повторних, умов, за яких експертам забороняється брати участь у проведенні МСЕ у зв'язку з можливістю конфлікту інтересів чи наявністю інших обставин, які можуть викликати сумніви щодо їх безсторонності, форм документів, які використовуються у системі МСЕ, порядків прийняття відповідних висновків і рішень, фіксації результатів проведення МСЕ та надання відповідних послуг в електронній системі охорони здоров'я, розроблення індивідуальної програми реабілітації тощо.

При цьому, як нами вказувалося у підрозділах 2.2 та 3.1, оновлена процедура МСЕ повинна відноситись до категорії «адміністративна послуга» та бути адаптованою до адміністративного провадження, регламентованого нормами нещодавно прийнятого Закону України «Про адміністративну процедуру» від 17.02.2022 р. № 2073-IX.

Розділ V. Умови та критерії оцінки функціонування, обмежень життєдіяльності, визначення потреб людини та встановлення інвалідності. У цьому розділі мають розкриватися сутнісні характеристики інвалідності, її класифікацій, підстави (умови, критерії) для визнання особи особою з інвалідністю, способи та методи проведення оцінки функціонування, обмежень життєдіяльності та визначення потреб особи,

Розділ VI. Оскарження висновків і рішень уповноваженого органу, надавачів медико-соціальних експертних послуг. Розділ має окреслювати способи позасудового (відомчого) та судового оскарження адміністративних актів відповідних суб'єктів, визначати строки оскарження, ієрархію суб'єктів, їх юрисдикцію, строки розгляду звернень (скарг) при позасудовому (відомчому) оскарженні тощо.

Розділ VII. Контроль та нагляд у сфері медико-соціальної експертизи – розділ, згідно з яким необхідно передбачати механізм забезпечення законності у сфері МСЕ: визначити відповідних суб'єктів, запровадити плановий і позаплановий контроль, визначити випадки, які є підставою для проведення позапланового контролю, та заходи реагування, що застосовуватимуться при виявленні порушень норм цього Закону.

Розділ VIII. Відповідальність за порушення вимог законодавства про медико-соціальну експертизу. Нормами цього розділу необхідно передбачити, що особи, винні у порушенні вимог законодавства про МСЕ, несуть відповідальність згідно із законом.

Водночас інститут юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ має бути вдосконалений з урахуванням пропозицій, вироблених нами у підрозділі 2.3.

Розділ ІХ. Прикінцеві та перехідні положення – типовий заключний розділ, яким врегульовують питання набрання чинності законом, встановлення терміну для прийняття нових та приведення у відповідність із законом чинних підзаконних актів, переліку законодавчих актів, до яких вносяться зміни або які втрачають чинність тощо.

Поряд з означеними, основним напрямом удосконалення організації проведення МСЕ має бути інституційний, тобто напрям, спрямований на функціональне посилення спроможності та ефективності системи МСЕ. У межах цього напрямку пропонуються зміни, пов'язані з трансформацією суб'єктного складу й організаційних основ проведення МСЕ.

Насамперед, як вказувалось у підрозділі 3.1, ми, враховуючи приклад Латвійської Республіки, пропонуємо створити спеціалізовану інституцію публічного адміністрування у сфері МСЕ – Національну службу медико-соціальної експертизи України. Проте, перш ніж перейти до обґрунтування таких змін, хочемо зазначити, що пропозиції про утворення подібного чи аналогічного органу вже вносились як суб'єктами публічних повноважень, так і науковцями.

Так, у проекті Закону «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (реєстраційний № 2023 від 03.09.2019 р.) передбачається створення спеціалізованої Державної служби з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації, що, на думку авторів законопроекту, забезпечить: 1) адаптацію практики проведення МСЕ та реабілітації до стандартів ЄС, ліквідацію і гармонізацію існуючих на сьогодні конфліктуючих функцій у структурі МСЕК, усунення підстав і загроз корупції та порушень прав осіб з інвалідністю; 2) суттєве підвищення відкритості, прозорості і підзвітності процедур проведення МСЕ, запровадження персональної відповідальності членів комісій; 3) суттєве підвищення ефективності підготовки і виконання індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю, удосконалення кадрового та організаційного забезпечення підготовки та виконання заходів

соціальної і соціально-трудової реабілітації осіб з інвалідністю. При цьому у пояснювальній записці до законопроекту критикується застаріла медична модель інвалідності та, зважаючи на зарубіжний досвід, обґрунтовується хибність поточної інституційної побудови МСЕК, оскільки останні підпорядковуються МОЗ України, а не центральному органу виконавчої влади з питань соціальної політики, як це є у сучасних країнах. Вказується, як недолік, про кількісне переважання лікарів у складах комісій, непрозорий і закритий характер МСЕК, їх повсюдну корумпованість, зловживання повноваженнями, а також про негативні асоціації щодо МСЕК, які панують у суспільстві [104]. Водночас ми цілком погоджуємось із означеним, однак вважаємо зміну підпорядкованості системи МСЕ недоцільною, оскільки сама по собі підвідомчість (її зміна) не вирішить назрілих проблем. Для належного функціонування системи МСЕ у будь-якому випадку необхідна взаємодія обох міністерств. Водночас сприйняття зарубіжного досвіду має бути критичним і виваженим, без сліпого наслідування практики більшості.

Принагідно відзначаємо, що вказаний законопроект загалом не був підтриманий громадською спільнотою «Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна асамблея людей з інвалідністю України», проте пропозиція щодо створення Державної служби з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації та залучення до її роботи представників всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю була оцінена позитивно [89]. Згодом на етапі розробки плану заходів щодо реформування проведення МСЕ в Україні, Національна асамблея людей з інвалідністю України, надаючи свої зауваження до відповідного проекту розпорядження Уряду, вже самостійно пропонувала створення Державної служби з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації України як центрального органу виконавчої влади, координацію якого здійснюватиме МОЗ України [99].

Іншим прикладом є Національна служба експертизи здоров'я України (НСЕЗ), утворення якої було запропоновано у рамках Дорожньої карти реформування системи МСЕ. Автори Дорожньої карти, зокрема І. Микичак

(МОЗ України), Р. Перепелична (МОЗ України), І. Борисова (Дніпровський державний медичний університет), вважають, що НСЕЗ має стати центральним органом виконавчої влади, який реалізуватиме державну політику у сфері експертизи здоров'я громадян та реабілітації осіб з обмеженням функціонування та осіб з інвалідністю, діяльність якого спрямовуватиметься й координуватиметься МОЗ України. Основними завданнями НСЕЗ стануть: 1. Реалізація державної політики у сфері експертизи здоров'я осіб з обмеженнями життєдіяльності та дітей з порушеннями функціонування. 2. Виконання функцій проведення експертизи здоров'я, раннього (своєчасного) призначення реабілітаційних послуг і контроль їх ефективності особам з порушенням функціонування ще до настання інвалідності. 3. Подання на розгляд міністру охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення державної політики у сфері експертизи здоров'я та реабілітації громадян України [85, с. 194]. Окреслене розуміння правового статусу спеціальної інституції є нам близьким, а тому підтримується у цілому.

Поряд з цим існують пропозиції утворення спеціального органу з питань реалізації та захисту прав і свобод осіб з інвалідністю, який матиме широку профільну компетенцію, у тому числі з питань проведення МСЕ. Як приклад, Є. Соболю пропонує створити Державний експертно-консультаційний комітет (службу) для осіб з інвалідністю, до складу якої включити фахівців – представників Міністерства соціальної політики України, МОЗ України, Міністерства освіти та науки України, Пенсійного фонду, Фонду соціального захисту інвалідів, Державної служби зайнятості України, Міністерства молоді та спорту України, Міністерства юстиції України, а керівництво комітетом віднести до повноважень віце-прем'єр-міністра України. У межах зазначеної служби необхідно створити відділи (управління), які б відповідали за окремі напрями діяльності: відділ медико-соціальної експертизи, відділ реабілітації, відділ зайнятості, працевлаштування та професійного навчання інвалідів, відділ соціального забезпечення, відділ пенсійного забезпечення, відділ з

проблем навчання, інформаційний відділ, відділ правового захисту, які б мали відповідні структурні підрозділи у структурі всіх територіальних управлінь Державного експертно-консультаційного комітету (служби) для осіб з інвалідністю [141, с. 176]. Вважаємо, що загалом така пропозиція заслуговує уваги, проте є дещо спірною, оскільки фактично пропонується створення квазіміністерства у справах осіб з інвалідністю, що не відповідає сучасним реаліям державного будівництва.

Зі свого боку, як вказувалось вище та у підрозділі 3.1, ми пропонуємо створити Національну службу медико-соціальної експертизи України як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого буде спрямовуватися і координуватися Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, що реалізовуватиме державну політику у сфері медико-соціальної експертизи громадян і реабілітації осіб з обмеженнями функціонування та/або життєдіяльності й осіб з інвалідністю. На нашу думку, таке найменування є оптимальним, адже дає повне уявлення про компетенцію цього суб'єкта.

Підтримуючи наведені вище позиції, до основних завдань Національної служби медико-соціальної експертизи України відносимо:

1) реалізацію державної політики у сфері медико-соціальної експертизи громадян і реабілітації осіб з обмеженнями функціонування та/або життєдіяльності й осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю;

2) проведення медико-соціальної експертизи особам, які досягли повноліття та дітям у віці до 18 років; потерпілим від нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання; особам з інвалідністю; дітям з інвалідністю;

3) надання інших медико-соціальних експертних послуг, зокрема ранніх (попереджувальних) реабілітаційних, реабілітаційних;

4) внесення на розгляд центральних органів виконавчої влади, відповідальних за формування відповідної державної політики, пропозицій з питань функціонування та вдосконалення медико-соціальної експертизи.

Для врегулювання правового статусу Національної служби медико-соціальної експертизи України, зокрема в частині щодо організаційно-правових аспектів функціонування, доцільно послуговуватися прикладом, що був застосований при утворенні Національної служби здоров'я України. Водночас у структурі новоутвореної інституції обов'язково мають бути: 1) управління вдосконалення медико-соціальної експертизи – окремий підрозділ, уповноважений на постійній основі формувати напрями державної політики з метою побудови якісної та ефективної системи МСЕ; 2) управління контролю та нагляду – окремий підрозділ, що здійснюватиме контрольно-наглядові функції у сфері МСЕ та забезпечуватиме перегляд висновків і рішень МСЕК.

Що стосується самих МСЕК і центрів (бюро) МСЕ, у структурі яких вони перебувають, то ці суб'єкти повинні зазнати реорганізацій та перейти у підпорядкування Національної служби медико-соціальної експертизи України. Реорганізовані центри (бюро) МСЕ мають стати основою для територіальних органів (управлінь) Національної служби медико-соціальної експертизи України. Реорганізовані МСЕК залежно від ступеня, виду захворювання, групи інвалідності, виду інвалідності доцільно утворювати: 1) загального профілю; 2) спеціалізованого профілю; 3) педіатричного профілю.

З огляду на вищевикладене, закономірно прослідковується, що наступним заходом у межах інституційного напрямку є передача повноважень щодо проведення МСЕ дітям від лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я до реорганізованих МСЕК. Означена зміна є давно назрілою та узгоджується з відповідними міжнародними стандартами. Водночас доцільність передачі таких функцій обґрунтовувалось і в науковій площині А. Куцою [73, с. 122-123], О. Паровишник [94, с. 101-102] та іншими.

Разом з цим актуальні обставини та суспільний запит обумовлюють необхідність реалізації заходів, спрямованих на зменшення бюрократизму та спрощення процедури МСЕ. Так, в Аналітичній довідці ООН про інвалідність, складеній представництвом в Україні, вказується про тривалий і затратний

порядок встановлення або поновлення інвалідності [8, с. 2], в аналітичному звіті «Потреби вразливих груп населення в охороні здоров'я» акцентується, що МСЕ має здійснюватися за спрощеною процедурою або заочно [98, с. 31], згідно зі стратегічним аналізом корупційних ризиків МСЕ, проведеним Національним агентством з питань запобігання корупції, багатoelementність й ускладненість процедури МСЕ були віднесені до переліку корупціогенних чинників [145, с. 3].

У відповідному контексті ключовими векторами мають стати:

1) цифровізація системи МСЕ, зокрема в частинах: а) впровадження єдиного електронного документообігу та належної цифровізації документування; б) створення можливості подання заяви на проведення МСЕ й отримання медико-соціальних експертних послуг, відслідковування процедурного статусу, отримання відповідних документів через електронний кабінет користувача на Єдиному державному вебпорталі електронних послуг «Дія».

З метою забезпечення вищевказаного необхідно налагодити взаємодію та автоматизований обмін даними між Єдиним державним вебпорталом електронних послуг «Дія» й електронною системою охорони здоров'я, її інформаційними системами та програмними модулями, а також іншими інформаційно-комунікаційними системами, що будуть використовуватися у сфері МСЕ. Водночас в електронній системі охорони здоров'я потрібно створити спеціальні інформаційні підсистеми та програмні модулі МСЕ, до яких необхідно інтегрувати відомості, що містяться у Централізованому банку даних з проблем інвалідності, впровадити інструменти оцінки на основі МКФ;

2) розвиток заочного формату проведення МСЕ, спираючись на документальні відомості про особу, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, Централізованому банку даних з проблем інвалідності й інших інформаційно-комунікаційних системах, та враховуючи досвід проаналізованих зарубіжних країн (Республіки Болгарія, Естонської Республіки, Латвійської Республіки, Республіки Казахстан);

3) встановлення принципу екстериторіальності діяльності МСЕК на постійній основі.

Наступним та обов'язковим напрямом удосконалення організації проведення МСЕ є антикорупційний. За результатом проведеного стратегічного аналізу корупційних ризиків МСЕ Національним агентством з питань запобігання корупції вказується, що проблема корупції у процедурах МСЕ усвідомлена вже досить давно як важливе завдання у комплексі реформ системи охорони здоров'я. Для правоохоронних органів корупція МСЕК є «звичним напрямом» боротьби із корупційною злочинністю [145, с. 31]. У пояснювальній записці до вже згаданого законопроекта «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (реєстраційний № 2023 від 03.09.2019 р.) авторами вказується, що МСЕК вважається однією з найбільш корумпованих установ у сфері державної соціальної політики [104]. Як указане, так і численна кількість виявлених і встановлених корупційних випадків, об'єктивно свідчать про необхідність вжиття заходів задля подолання явища корупції у сфері МСЕ. Реформована система МСЕ має стати нескомпрометованою та прозорою для суспільства. Водночас антикорупційні заходи мають здійснюватися комплексно, бути різноманітними і багаторівневими.

Першочерговими мають стати заходи, спрямовані на цифровізацію системи МСЕ, щодо яких зазначалось вище. Цифрові рішення мають значний потенціал та, відповідно, відіграють суттєву роль як у межах антикорупційного, так й інституційного напрямів. Принагідно Національним агентством з питань запобігання корупції відзначається, що міжнародний досвід також свідчить про необхідність орієнтації насамперед на цифровізацію відповідних процедур як інструмент усунення корупційних ризиків [145, с. 4]. У свою чергу, Міністр охорони здоров'я В. Ляшко підкреслює, що фокус на запровадження електронних інструментів має допомогти позбавитись і корупційної складової, що довгий час супроводжувала роботу МСЕК [149].

Поряд з цим, в Антикорупційній стратегії на 2021-2025 роки, затвердженій Законом України від 20.06.2022 р. № 2322-IX, як проблема виокремлюється недостатня інтегрованість електронної системи охорони здоров'я з іншими базами даних, що створює можливості для зловживань під час реалізації окремих функцій (зокрема надання виплат унаслідок непрацездатності, проведення профілактичних та обов'язкових медичних оглядів, встановлення групи інвалідності) [106]. Відтак існує необхідність проведення заходів з цифровізації системи МСЕ, про які вказувалось вище.

Серед іншого, враховуючи зарубіжний досвід, вбачаємо за доцільне запропонувати:

1) запровадження аудіо-, відеофіксації засідань МСЕК, які проводитимуться у присутності особи (очних). Копії відповідних аудіо-, відеозаписів мають надаватися на запит особи (її законного/уповноваженого представника), за винятком тієї частини аудіо-, відеозапису, що містить безпосереднє обговорення та прийняття висновку чи рішення;

2) визначення на законодавчому рівні (у запропонованому Законі України «Про медико-соціальну експертизу») умов, за яких члену МСЕК забороняється брати участь у проведенні МСЕ у зв'язку з можливістю конфлікту інтересів чи наявністю інших обставин, які можуть викликати сумніви щодо його безсторонності;

3) створення умов для залучення громадських об'єднань осіб з інвалідністю й інших стейкхолдерів на всіх етапах процесу реформування системи МСЕ – проведення консультацій, врахування пропозицій, апробація змін, залучення до складу та діяльності робочих груп тощо.

Заключним напрямом удосконалення організації проведення МСЕ виокремлюємо кадровий, тобто напрям, спрямований на посилення кадрового потенціалу та підвищення фаховості членів МСЕК. У цьому контексті пропонуємо запровадити систему спеціальних тематичних навчань для експертів МСЕК, забезпечення проведення яких слід віднести до повноважень Національної служби медико-соціальної експертизи України. Такі навчання

експерти МСЕК повинні проходити перед початком роботи у комісії та в подальшому – не рідше одного разу на рік.

Отже, узагальнюючи викладений матеріал, можемо констатувати, що у поточному вигляді система МСЕ є недосконалою, містить низку рудиментарних властивостей і недоліків, зокрема організаційно-правового характеру, які вимагають належного реагування з боку органів публічного адміністрування у вигляді проведення давно назрілого реформування. Водночас з метою запобігання декларативності, інертності та фрагментарності відповідного реформування нами виокремлено п'ять основних напрямів удосконалення організації проведення МСЕ – ідеологічний, нормотворчий, інституційний, антикорупційний і кадровий.

Висновки до розділу 3

1. Сформована практика демонструє, що зарубіжних країн, у яких системи встановлення інвалідності належать до сфери відання міністерств охорони здоров'я, меншість. Серед розглянутих така країна одна – Республіка Болгарія. В інших країнах системи встановлення інвалідності належать до сфери управління або міністерств соціального захисту (Латвійська Республіка, Республіка Казахстан), або об'єднаних міністерств соціального захисту та охорони здоров'я (Грузія, Естонська Республіка).

Правові засади організації проведення МСЕ в проаналізованих країнах визначені у рамках законів, які регламентують права та основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю, – Республіка Болгарія, Естонська Республіка, Латвійська Республіка, Республіка Казахстан. Спеціальний Закон «Про медико-соціальну експертизу» прийнято лише у Грузії.

2. У всіх розглянутих країнах процедура встановлення інвалідності і дорослим, і дітям, на відміну від України, проводиться одним суб'єктом, відповідальним за проведення МСЕ (відповідними експертними комісіями).

Безпосереднє проведення МСЕ у Республіці Болгарія, Латвійській Республіці, Республіці Казахстан покладається на спеціальних суб'єктів,

аналогічних українським МСЕК – територіальні експертні лікарські комісії, лікарські комісії з експертизи здоров'я та працездатності, відділи МСЕ. У свою чергу, у Грузії МСЕ проводять заклади охорони здоров'я, відібрані у порядку, встановленому законом, а в Естонській Республіці – відділи обслуговування клієнтів Департаменту соціального страхування, які, окрім встановлення інвалідності, реалізують й інші функції у сфері соціального захисту.

3. У деяких країнах, окрім профільних міністерств, публічне адміністрування МСЕ здійснюють спеціалізовані органи або органи зі спеціальними повноваженнями у цій сфері. Так, у Республіці Болгарія – це Національна рада медичної експертизи та Національна експертна лікарська комісія, у Грузії – Агентство державного регулювання медичної і фармацевтичної діяльності, у Латвійській Республіці – Державна лікарська комісія з експертизи здоров'я та працездатності.

4. У Республіці Болгарія, Естонській Республіці, Латвійській Республіці, на відміну від України, зазвичай МСЕ проводиться без присутності особи (заочно) на підставі поданих документальних даних і відомостей із електронних систем охорони здоров'я. Також, як приклад, незвичний формат – заочне проактивне обстеження – запроцює у Республіці Казахстан з 01.01.2025 р.

5. В Естонській Республіці, Латвійській Республіці, Республіці Казахстан процедура встановлення інвалідності офіційно віднесена до переліку публічних послуг, що забезпечує уніфікованість підходів щодо її отримання та проведення. Разом з цим, у зазначених країнах передбачено можливість подати заяву на проведення МСЕ та відслідковувати її статус через спеціальні веб-портали публічних послуг.

6. Розглянуто п'ять напрямів удосконалення організації проведення МСЕ – ідеологічний, нормотворчий, інституційний, антикорупційний і кадровий. У рамках кожного з напрямів запропоновано внести низку змін нормативно-правового та організаційного характеру до нині існуючої системи МСЕ.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення існуючих проблем організації проведення МСЕ на території України. В результаті проведеного дослідження сформульовано низку наукових положень, висновків, пропозицій і рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності функціонування системи МСЕ. Основні з них такі:

1. З'ясовано, що МСЕ як об'єкт адміністративно-правового регулювання – це окрема сфера суспільних відносин, які складаються з приводу надання (отримання) медико-соціальних експертних послуг щодо встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, визначення міри втрати здоров'я, групи інвалідності, порядку проведення реабілітаційних заходів конкретним особам, і вид публічно-владної та публічно-сервісної діяльності суб'єктів публічної адміністрації, що провадиться з метою задоволення відповідного публічного інтересу та задля впорядкованості, охорони і розвитку цієї сфери відносин.

Аргументовано, що формальна наявність адміністративно-правового регулювання МСЕ не забезпечує його ефективність або взагалі здійснення. Для його належної реалізації має існувати спеціальний механізм, тобто сукупність правових засобів, за допомогою яких таке регулювання здійснюється. До загальних, тобто основних, елементів механізму адміністративно-правового регулювання МСЕ варто віднести: 1) адміністративно-правові норми; 2) адміністративно-правові відносини; 3) акти застосування та реалізації адміністративно-правових норм.

2. Визначено, що ключовою (стратегічною) метою організації проведення МСЕ є забезпечення і гарантування злагодженого і впорядкованого функціонування системи публічного сервісу щодо надання населенню медико-соціальних експертних послуг. Означена мета може включати конкретизуючі субцілі, які, в залежності від поточних обставин, доцільно поділяти на ординарні та пріоритетні. Так, пріоритетні субцілі зумовлюються актуальними викликами і потребами й окреслюють конкретний бажаний результат, якого потрібно досягти у найкоротші терміни задля виконання ключової

(стратегічної) мети організації проведення МСЕ. Усі інші субцілі, які також є об'єктивно необхідними для виконання ключової (стратегічної) мети організації проведення МСЕ, проте не вирізняються особливою нагальністю у поточний період часу, відносяться до числа ординарних.

Сформовано систему завдань організації проведення МСЕ, якими є наперед визначені, заплановані до виконання обсяги роботи, покладені на суб'єктів публічного адміністрування, що потребують здійснення конкретних заходів задля злагодженого і впорядкованого функціонування системи МСЕ. Завдання організації проведення МСЕ у залежності від суб'єктів їх реалізації можуть бути розподілені на: 1) центральні; 2) регіональні; 3) внутрішньовідомчі.

Запропоновано під принципами організації проведення МСЕ розуміти зумовлені об'єктивними соціальними чинниками загальні, відносно стабільні, основоположні та керівні засади здійснення управлінських заходів щодо забезпечення і гарантування злагодженого та впорядкованого функціонування системи МСЕ, які визначають зміст і спрямованість означеної діяльності органів публічного адміністрування. Виокремлено три групи вказаних принципів: 1) основоположні – визначають фундаментальні та найважливіші засади (вимоги) здійснення організації проведення МСЕ; 2) загальні – притаманні адміністративному праву та його інститутам; 3) спеціальні – специфічні внутрішньогалузеві керівні засади, які прямо пов'язані з сутністю МСЕ, процедурами її впорядкування та здійснення.

3. Зазначено, що послуговуючись традиційним розподілом нормативно-правових актів за їх юридичною силою, правові засади організації проведення МСЕ доцільно диференціювати на: 1) конституційні; 2) наднаціональні (міжнародні); 3) законодавчі; 4) підзаконні.

Із урахуванням сутнісного критерію правові засади організації проведення МСЕ запропоновано поділяти на: 1) основоположні – Конституція України, Конвенція про права осіб з інвалідністю та інші міжнародні договірні документи, а також резолюції ВООЗ; 2) визначальні – профільні закони

України; 3) конкретизуючі – підзаконні акти, прийняті у зв'язку та на виконання профільних законів України.

4. З'ясовано, що адміністративно-правовим статусом Центральної МСЕК виступає регламентований нормами адміністративного права, структурно визначений правовий субстатус, який відображає її юридичне становище у системі суб'єктів публічної адміністрації та комплексно окреслює функціональне призначення і компетенцію.

Запропоновано адміністративно-правовий статус Центральної МСЕК диференціювати на три взаємопов'язаних блоки: 1. Цільовий блок, який включає мету, завдання та функції; 2. Організаційний блок, до якого варто відносити: підвідомчість, зовнішню організаційну форму існування, внутрішній устрій, процедури діяльності тощо; 3. Компетенційний блок, що містить повноваження – права та обов'язки, у тому числі обов'язки нести відповідальність за наслідки здійснення (неналежне здійснення) повноважень.

5. Визначено, що загальна процедура здійснення МСЕ є доволі тривалою за часом і складається з низки поступових кроків, до яких залучено численну кількість осіб. Водночас запропоновано процедуру проведення МСЕ поділити на три етапи: підготовчий, безпосередній та заключний.

Виокремлено недоліки процедури проведення МСЕ, з метою мінімізації та ліквідації яких запропоновано внести зміни до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 та Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577.

6. Здійснено характеристику юридичної відповідальності за порушення порядку проведення МСЕ. Виявлено, що за порушення проведення МСЕ членів відповідної комісії може бути притягнуто до чотирьох видів юридичної відповідальності: 1) дисциплінарної; 2) цивільно-правової;

3) адміністративної; 4) кримінальної. Розглянуто кожен із вищевказаних видів юридичної відповідальності.

З'ясовано, що юридична відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ характеризується низкою недоліків, серед яких:

- 1) відсутність чітко визначених підстав і видів такої відповідальності;
- 2) формальність окремих процедур (зокрема, службового розслідування);
- 3) тимчасовий характер окремих негативних наслідків для правопорушників (додаткове покарання у вигляді позбавлення права обіймати певні посади через незначний проміжок часу оскаржується у судовому порядку);
- 4) відсутність у чинному КУАП статті, яка передбачала б адміністративну відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ;
- 5) закритість проходження цієї експертизи, що, як наслідок, провокує значні корупційні ризики на всіх її етапах.

Аргументовано необхідність доповнення Глави 15 «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» КУАП новою статтею 185-15 «Порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи». Відповідне внесення змін до чинного законодавства обумовлено декількома чинниками: по-перше, відсутністю спеціалізованої норми, яка б передбачала юридичну відповідальність за порушення порядку проведення МСЕ без корупційної складової; по-друге, виявлення правопорушень на початковому етапі їх вчинення; по-третє, превенція злочинної діяльності, а саме – вчинення кримінальних правопорушень членами медико-соціальних експертних комісій; по-четверте, забезпечення таких принципів організації проведення МСЕ як неупередженість і транспарентність.

7. Визначено, що міжнародні стандарти організації проведення МСЕ представлені Конвенцією про права осіб з інвалідністю та МКФ. Деталізація положень зазначених документів знаходить відбиток у відомчих документах (рекомендаціях, висновках) Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю, звітах ВООЗ, науково-дослідних роботах міжнародних експертів. З'ясовано, що у поточному вигляді вітчизняна система МСЕ не відповідає міжнародним

стандартам, згідно з якими відповідні процедури мають обов'язково узгоджуватись із Конвенцією про права осіб з інвалідністю.

Виявлено, що для України існує нагальна необхідність комплексного впровадження МФК, що особливо актуально у зв'язку з триваючою війною. Водночас, процес переходу на стандарти МФК необхідно розпочати невідкладно та здійснити в оптимальні розумні строки, а також на засадах тісної взаємодії з громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю.

Вказано, що з метою удосконалення організації проведення МСЕ доцільно враховувати зарубіжний досвід таких країн, як Болгарія, Грузія, Естонія, Казахстан та Латвія, відмічаючи як позитивні, так і негативні сторони, вибудованих ними систем. Із урахуванням відповідного досвіду запропоновано:

1) з метою формування належного правового базису, зважаючи на досвід Грузії, розробити та прийняти Закон України «Про медико-соціальну експертизу», який комплексно регламентуватиме її організаційно-правові засади та врегульовуватиме суспільні відносини у цій специфічній сфері;

2) беручи до уваги приклади Естонської Республіки, Латвійської Республіки, Республіки Казахстан, переглянути та змінити сутнісні підходи до розуміння МСЕ в частині віднесення її до категорії «адміністративна послуга». Разом із цим, спираючись досвід цих країн, виробити належні механізми її надання, що обов'язкового має включати множинність способів подання відповідної заяви, у тому числі через Єдиний державний вебпортал електронних послуг «Дія»;

3) змінити організаційні основи (архітектуру) МСЕ, а саме:

а) зважаючи на досвід Республіки Болгарія, розглянути питання про утворення при Кабінеті Міністрів України Національної ради медико-соціальної експертизи – спеціального колегіального органу, який забезпечуватиме налагодження взаємодії та координації між органами публічного адміністрування з питань формування та реалізації державної політики у сфері МСЕ;

б) враховуючи приклад Латвійської Республіки, створити спеціалізовану інституцію публічного адміністрування у сфері МСЕ – Національну службу медико-соціальної експертизи України, тобто центральний орган виконавчої влади, діяльність якого буде спрямовуватися і координуватися Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Водночас усі існуючі МСЕК мають перейти у пряме підпорядкування новоутвореної Національної служби та зазнати реорганізацій з метою оптимізації їх діяльності в нових умовах. Також, зважаючи на досвід Республіки Казахстан, вважаємо, що у структурі Національної служби медико-соціальної експертизи України обов'язково має бути управління вдосконалення медико-соціальної експертизи як окремий підрозділ, уповноважений на постійній основі формувати напрямки державної політики з метою побудови якісної та ефективної системи встановлення інвалідності;

в) з огляду на приклади проаналізованих країн передати повноваження щодо проведення МСЕ дітей від лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я до МСЕК. У зв'язку з цим, враховуючи приклад Республіки Казахстан, пропонуємо передбачити, що в Україні, окрім МСЕК загального та спеціалізованого профілю, утворюватимуться МСЕК педіатричного профілю;

4) на основі досвіду Грузії та Республіки Болгарія конкретизувати правовий статус членів МСЕК шляхом введення поняття «експерт з питань медико-соціальної експертизи». Порядок набуття цього статусу має визначатись Національною службою медико-соціальної експертизи України та підтверджуватись сертифікатом, виданим нею. Поряд з цим перед початком роботи, а в подальшому – щорічно, експерти з питань медико-соціальної експертизи мають проходити спеціальні тематичні навчання, проведення яких має забезпечувати зазначена Національна служба;

5) переглянути процедурні питання МСЕ, а саме: спираючись на приклади Республіки Болгарія, Естонської Республіки, Латвійської Республіки, Республіки Казахстан, змінити підходи до процедури МСЕ, надавши пріоритет заочному формату її проведення; на прикладі Республіки

Казахстан запровадити аудіо-, відеофіксацію засідань МСЕК; на прикладі Республіки Болгарія визначити умови, за яких члену МСЕК заборонено брати участь у проведенні МСЕ у зв'язку з можливістю конфлікту інтересів чи наявністю інших обставин, які можуть викликати сумніви щодо його безсторонності.

8. Виокремлено п'ять основних напрямів удосконалення організації проведення МСЕ – ідеологічний, нормотворчий, інституційний, антикорупційний і кадровий. У рамках них запропоновано низку системних змін і нововведень, які при комплексній реалізації забезпечать якісне оновлення системи МСЕ та, відповідно, вирішать проблемні питання організації проведення МСЕ. Так, пропонується:

1) розробити і прийняти комплексний програмний документ, який має окреслити узгоджену та виважену систему поглядів, провідні ідеї відносно процесу реформування МСЕ, його кінцевих результатів, налагодження функціонування та взаємодії у перехідний і постреформаційний періоди – Концепцію реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні;

2) розробити і прийняти Закон України «Про медико-соціальну експертизу», який буде комплексно визначати правові й організаційні засади функціонування системи МСЕ та надання медико-соціальних експертних послуг в Україні, спираючись на міжнародні стандарти;

3) створити спеціалізовану інституцію – Національну службу медико-соціальної експертизи України – центральний орган виконавчої влади, що реалізовуватиме державну політику у сфері медико-соціальної експертизи громадян і реабілітації осіб з обмеженнями функціонування та/або життєдіяльності й осіб з інвалідністю;

4) реорганізувати МСЕК і центри (бюро) МСЕ, у структурі яких вони перебувають, та створити на їх основі територіальні органи (управління) Національної служби медико-соціальної експертизи України. Реорганізовані МСЕК залежно від ступеня, виду захворювання, групи інвалідності, виду

інвалідності утворювати: 1) загального профілю; 2) спеціалізованого профілю; 3) педіатричного профілю;

5) передати повноваження щодо проведення МСЕ дітям від лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я до реорганізованих МСЕК;

б) провести цифровізацію системи МСЕ, зокрема в частинах: а) впровадження єдиного електронного документообігу та належної цифровізації документування; б) створення можливості подання заяви на проведення МСЕ й отримання медико-соціальних експертних послуг, відслідковування процедурного статусу, отримання відповідних документів через електронний кабінет користувача на Єдиному державному вебпорталі електронних послуг «Дія»;

7) розвивати заочний формат проведення МСЕ, спираючись на документальні відомості про особу, що містяться в електронних інформаційно-комунікаційних системах;

8) встановити принцип екстериторіальності діяльності МСЕК на постійній основі;

9) запровадити аудіо-, відеофіксацію засідань МСЕК, які проводитимуться у присутності особи (очних).

10) визначити на законодавчому рівні умови, за яких члену МСЕК забороняється брати участь у проведенні МСЕ у зв'язку з можливістю конфлікту інтересів чи наявністю інших обставин, які можуть викликати сумніви щодо його безсторонності;

11) створити умови для залучення громадських об'єднань осіб з інвалідністю й інших стейкхолдерів на всіх етапах процесу реформування системи МСЕ – проведення консультацій, врахування пропозицій, апробація змін, залучення до складу та діяльності робочих груп тощо;

12) запровадити систему спеціальних тематичних навчань, які повинні проходити експертів МСЕК перед початком роботи у комісії та в подальшому – не рідше одного разу на рік.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративна відповідальність за правопорушення, пов'язані із корупцією: наук.-практ. посіб. Бугайчук К., Безпалова О., Джафарова О. та ін.; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Наук.-дослід. лабораторія з проблем протидії злочинності, Каф. адмін. діяльності поліції. Харків: Харк. нац. ун-т. внутр. справ, 2016. 100 с.
2. Адміністративне право України. Академічний курс: Підручник: У двох томах: Том 1. Загальна частина; Ред. кол: В. Авер'янов та ін. К.: ТОВ «Видавництво «Юридична думка», 2007. 592 с.
3. Адміністративне право України. Повний курс: підручник; В. Галуцько, П. Діхтєвський, О. Кузьменко та ін.; за ред. В. Галуцька, О. Правоторової. Видання четверте. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2021. 656 с.
4. Адміністративне право України. Повний курс: підручник; за ред. В. Галуцька, О. Правоторової. Видання третє. Київ: Академія адміністративно-правових наук, 2020. 466 с.
5. Адміністративне право України. Т.1. Загальне адміністративне право: навчальний посібник; за ред. проф. В. Галуцька. Херсон: Грінь Д.С., 2015. 272 с.
6. Аналітична доповідь: Створення безбар'єрного середовища та соціальна інклюзія: світовий досвід для України; Зубченко С., Каплан Ю., Тищенко Ю. Київ: НІСД, 2020. 24 с.
7. Аналітична доповідь до щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України». Київ: НІСД, 2022. 135 с. URL: <https://niss.gov.ua/publikatsiyi/poslannya-prezydenta-ukrayiny/analitichna-dopovid-do-shchorichnoho-poslannya-1>
8. Аналітична довідка ООН про інвалідність. URL: https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-12/UN%20Policy%20Paper%20on%20Disability_UKR.pdf
9. Армаш Н. Адміністративно-правовий статус керівників органів виконавчої влади: дис. ...канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. К., 2005. 200 с.

10. Багатомовний юридичний словник-довідник; І. Голубовська, В. Шовковий, О. Лефтерова та ін. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2012. 543 с.

11. Багній М., Коваль О., Яцків Т. Стан медико-соціальної експертизи в Україні та шляхи покращення її реалізації: громадський аналіз та рекомендації. Аналітичний звіт та матеріали за проектом «Реалізація громадських ініціатив підтримки правової допомоги щодо проходження медико-соціальної експертизи та пов'язаних із нею питань, аналізу викликів інвалідизації, реабілітації, підготовки пропозицій та їх просування». Львів, 2013. 107 с.

12. Бевзенко В. Сутність та поняття адміністративно-правового регулювання. *Вісник господарського судочинства*. 2006. № 3. С. 162-167.

13. Безпалова О. Адміністративно-правовий механізм реалізації правоохоронної функції держави: монографія. Х.: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2014. 544 с.

14. Берназюк І. Визначення засад внутрішньої і зовнішньої політики як напрям стратегічної правотворчості Верховної Ради України. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 2. С. 178-182.

15. Богданов С., Мойса Б. Аналітична записка «Пропозиції до політики щодо працевлаштування осіб з інвалідністю». Лабораторія законодавчих ініціатив. 2017. 40 с.

16. Бондарь В.П. Адміністративна відповідальність за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми приватного та публічного права: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 94-річчю з дня народження члена-кореспондента НАПрН України, академіка Міжнародної кадрової академії, Заслуженого діяча науки України, доктора юридичних наук, професора Процевського О.І. (31 березня 2023 року)*. Харків, 2023. С. 559-562.

17. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус особи: поняття та сутність. Становлення та розвиток правової держави: проблеми теорії та

практики: Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції, що присвячена 102-річчю Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова, м. Миколаїв. 28-29 грудня 2022 р. Львів – Торунь: Liha-Pres, 2022. С. 91-95.

18. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України. *Юридичний науковий електронний журнал*. №12. 2022. С. 68-71.

19. Бондарь В.П. До питання визначення сутності механізму адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні дослідження правової та історичної науки*. Матеріали Міжнародної наукової конференції, (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 9-10 березня 2023 р.). С. 18-21.

20. Бондарь В.П. Етапи проведення медико-соціальної експертизи в Україні. *Актуальні проблеми національного законодавства*: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Кропивницький, 17 листопада 2022 року. Частина 1. Кропивницький, 2022. С. 84-87.

21. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як вид публічного сервісу. *Сімдесят другі економіко-правові дискусії*. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, (м. Львів, Україна – м. Переворськ, Польща, 21-22 лютого 2023 р.). С. 46-49.

22. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як об'єкт адміністративно-правового регулювання. *Юридичний науковий електронний журнал*. №1. 2023. С. 254-257.

23. Бондарь В.П. Механізм адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2022. № 4. С. 124-131.

24. Бондарь В.П. Особливості проведення медико-соціальної експертизи в умовах воєнного стану. *Наукові записки*. Серія: Право. Вип. 13. 2022. С. 90-941.

25. Булеца С. Особливості цивільної відповідальності в медицині. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*: Серія ПРАВО. Випуск 21. Ч. 2. Том 1. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2013. С. 168-171.
26. Великий енциклопедичний юридичний словник; за ред. Ю. Шемшученка. 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ: Юрид. думка, 2012. 1020 с.
27. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.). Уклад, голов, ред. В. Бусел. К.; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
28. Вирок Автозаводського районного суду м. Кременчука Полтавської області від 09.06.2016 р. Справа № 524/3466/16-к. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/58193173>
29. Вітвіцький С. Мета та завдання контрольної діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*: серія: Право / голов. ред. Ю. Бисага. Ужгород: Гельветика, 2014. Т. 2. Вип. 29. С. 30-34.
30. Голубов А. Мета діяльності органів дізнання та досудового слідства з розслідування кримінальних справ. *Юридична наука і практика*. 2011. № 1. С. 57-63.
31. Григоренко А. Дисциплінарне звільнення як вид дисциплінарного стягнення у трудових відносинах: автореф. ... здобут. освіт. ступ. «магістр». спец. 081 «Право». Миколаїв. 2019. 13 с.
32. Деякі питання надання у 2023 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2023 р. № 78. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/78-2023-%D0%BF#Text>
33. Деякі питання організації роботи Урядового уповноваженого з прав осіб з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.10.2020 № 1005. *Офіційний вісник України*. 2020. № 89. Ст. 52.
34. Деякі питання порядку проведення медико-соціальної експертизи на період дії воєнного стану на території України: Постанова Кабінету

Міністрів України від 08.03.2022 р. № 225. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/225-2022-%D0%BF#Text>

35. Дмитренко Ю. Трудове право України: підручник. Київ: Юрінком Інтер, 2008. 624 с.

36. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

37. Дракохруст Т. Адміністративно-правові засади формування та реалізації державної міграційної політики України: дис. ... д-ра юрид. наук: спец. 12.00.07. Тернопіль : ЗУНУ, 2021. 434 с.

38. Дрозд О. Міжнародні стандарти забезпечення прав і законних інтересів дитини та їх імплементація в законодавство України. *Актуальні проблеми держави і права*. 2015. Вип. 75. С. 255-261.

39. Енциклопедичний словник з державного управління; уклад. : Ю. Сурмін, В. Бакуменко, А. Михненко та ін.; за ред. Ю. Ковбасюка, В. Трощинського, Ю. Сурміна. К.: НАДУ, 2010. 820 с.

40. Етимологічний словник української мови: У 7 т. – Т. 5: Р–Т ; Ред. кол.: О. Мельничук (гол. ред.) та ін. К.: Наукова думка, 2006. 704 с.

41. Етимологічний словник української мови: У 7- томах .Т. 4: Н-П; Уклад.: Р. Болдирєв та ін.; Ред. тому: В. Коломієць, В. Склярєнко. К.: Наукова думка, 2003. 656 с.

42. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua>

43. За здравето: закон на Република Българиa от 10.08.2004 г. URL: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189213>

44. За приемане на Наредба за медицинската експертиза: постановление Министерският съвет от 23.06.2017 г. № 120. URL: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137150573>

45. За хората с увреждания: закон на Република България от 18.12.2018 г. URL: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189213>
46. Заброда Д. Адміністративно-правові засади: сутність та зміст категорії. *Адміністративне право і процес*: науково-практичний журнал. 2012. № 2. С. 45-51.
47. Загородня Н. Адміністративно-правовий статус громадян України. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2018. № 33. С. 75-77.
48. Загальна теорія держави і права; за ред. М. Цвіка, О. Петришина. Харків : Право, 2009. 584 с.
49. Загальна теорія права: Підручник; За заг. ред. М. Козюбри. К.: Ваіте, 2015. 392 с.
50. Інструкції про встановлення груп інвалідності: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. № 561.
51. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 088/о «Направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК)»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 14.02.2012 р. № 110.
52. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 157/о «Акт № ___ огляду медико-соціальною експертною комісією»: Наказ, Акт, Форма Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2012 р. № 577.
53. Іванова О. Соціальна політика: теоретичні аспекти. К.: Академія, 2003. 107 с.
54. Іпатов А. Медико-соціальна експертиза в системі державного управління професійною реабілітацією інвалідів в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. управл.: спец. 25.00.01. Дніпропетровськ, 2011. 23 с.
55. Іщук Д. Адміністративно-правовий статус спеціалізованих суб'єктів протидії корупції в Україні: монографія. Київ: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 356 с.

56. Караванський С. Практичний словник синонімів української мови. 5-те вид., опрацьоване і доповн. Львів: БаК, 2014. 530 с.
57. Кіблик Д. Адміністративно-правові засади формування та реалізації державної політики щодо забезпечення прав і свобод осіб з інвалідністю: дис. ... док-ра філософ.: спец. 081 Право. Кропивницький, 2022. 256 с.
58. Ключковський Ю. Принципи виборчого права: доктринальне розуміння, стан та перспективи законодавчої реалізації в Україні: монографія. Київ: Ваіте, 2018. 908 с.
59. Кодекс законів про працю України: Кодекс України; Закон, Кодекс від 10.12.1971 р № 322-VIII. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1971., Додаток до № 50.
60. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Кодекс України; Закон, Кодекс від 07.12.1984 р. № 8073-X. *Відомості Верховної Ради Української РСР (ВВР)* 1984, додаток до № 51, ст. 1122.
61. Коломоєць Т. Адміністративне право України. Академічний курс: підручник. К.: Юрінком Інтер, 2011. 576 с.
62. Комарницька І. Інститут адміністративної відповідальності: проблеми та перспективи розвитку. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2018. № 894, Випуск 18. С. 165-170.
63. Комзюк А. Заходи адміністративного примусу в правоохоронній діяльності міліції: поняття, види та організаційно-правові питання реалізації: монографія; за заг. ред. О. Бандурки. Х.: Вид-во нац. ун-ту внутр. справ, 2002. 336 с.
64. Конвенція про допомоги по інвалідності, по старості і у зв'язку з втратою годувальника № 128. Міжнародна організація праці; Конвенція, Міжнародний документ, Класифікація від 29.06.1967 р. № 128.

65. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) Рада Європи; Конвенція, Міжнародний документ, Протокол від 04.11.1950 р.

66. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) ООН; Конвенція, Міжнародний документ від 13.12.2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

67. Конституція України: Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

68. Корнійченко А. Адміністративно-правовий механізм запобігання булінгу в Україні: дис. ... док-ра філософ.: спец. 081 Право. Кропивницький, 2021. 270 с.

69. Кошиков Д. Адміністративно-правові засади реалізації державної політики у сфері забезпечення економічної безпеки держави: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2021. 485 с.

70. Крижановська В. Адміністративна відповідальність в адміністративному праві України: сучасне розуміння, нові підходи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Львів, 2016. 22 с.

71. Кримінальний кодекс України: Закон від 05.04.2001 р. № 2341-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25-26. Ст.131.

72. Куліш А. Правоохоронна система України: адміністративно-правові засади організації та функціонування: дис... д-ра юрид. наук: 12.00.07; Харківський національний ун-т внутрішніх справ. Х., 2009. 432 с.

73. Куца А. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів: дис. ...канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. Запоріжжя, 2011. 287 с.

74. Қазақстан Республикасының әлеуметтік кодексі 2023 жылғы 20 сәуірдегі № 224-VII. URL: <https://adilet.zan.kz/kaz/archive/docs/K2300000224/20.04.2023>

75. Лазор І. Догана як вид дисциплінарного стягнення: правова характеристика. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2010. № 17. С. 256-265.

76. Лебідь Н. Адміністративно-правовий статус державних інспекцій в Україні: автореф. дис... канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. Національний ун-т внутрішніх справ. Х., 2004. 20 с.

77. Лежнева Т., Черноп'ятов С. Сутність загальної дисциплінарної відповідальності як елемента механізму правового регулювання трудових відносин. *Порівняльно-аналітичне право*. № 2. 2020. С. 90-92.

78. Литвин І. Адміністративно-правові відносини у сфері надання освітніх послуг: дис. ... д-ра юрид. наук: спец. 12.00.07. Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2016. 428 с.

79. Логвиненко Б. Адміністративно-правові засади медичного забезпечення органів внутрішніх справ: автореф. дис... канд. юрид. наук: спец. 12.00.07; Дніпропетр. держ. ун-т внутр. справ. Д., 2008. 20 с.

80. Малиновський В. Державне управління: навч. посіб. Вид. 2-ге, допов. та переробл. К.: Атіка, 2003. 576 с.

81. Маруніч В. Організація роботи та завдання служби медико-соціальної експертизи в Україні. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2011. № 4. С. 38-54.

82. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидалары: Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қаңтардағы № 44 бұйрығы. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500010589>

83. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидаларын бекіту туралы: жоба бұйрық Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі. URL: <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14535819>

84. Мельник Р., Бевзенко В. Загальне адміністративне право: Навчальний посібник; За заг. ред. Р.С. Мельника. К.: Ваіте, 2014. 376 с.

85. Микичак І. Дорожна карта реформування системи медико-соціальної експертизи України. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 193-198.
86. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: переклад, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2018 р. № 981. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf
87. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/mkf>
88. МКФ. Реформа системи медико-соціального супроводу пацієнтів з особливими потребами. URL: <https://www.nuozu.edu.ua/n/m/4464-mkf-reforma-systemy-medyko-sotsialnoho-suprovodu-patsientiv-z-osoblyvymy-potrebamy#gsc.tab=0>
89. Національна асамблея людей з інвалідністю України не підтримує законопроект № 2023. URL: <https://naiu.org.ua/naiu-ne-pidtrymuje-zakonoprojekt-2023>
90. Небрат О. Адміністративно-правовий механізм забезпечення прав і свобод людини в діяльності Національної поліції. *Supremația Dreptului = Верховенство Права: междунар. науч. журн.* 2017. № 5. С. 93-99.
91. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.199 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
92. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2020 рік: аналітико-інформаційний довідник; А. Іпатов, О. Мороз, І. Ханюкова та ін. За редакцією керівника експертної групи з медико-соціальної експертизи Директорату якості життя Р.Я. Перепеличної. Дніпро: Акцент ПП, 2021. 188 с.
93. Особливості проходження МСЕК та відновлення втрачених документів під час дії воєнного стану. Єдиний веб-портал органів виконавчої

влади України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/osoblyvosti-prokhozhenia-msek-ta-vidnovlennia-vtrachenikh-dokumentiv-pid-chas-dii-voiennoho-stanu>

94. Паровишник О. Адміністративно-правове регулювання в сфері забезпечення прав інвалідів : дис. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого. Харків, 2017. 233 с.

95. Пасічніченко С. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні: дис. ...канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. Відкритий міжнародний ун-т розвитку людини «Україна». Київ, 2011. 224 с.

96. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text>

97. Положення про Державний заклад «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2012 р. № 111-о.

98. Потреби вразливих груп населення в охороні здоров'я: аналітичний звіт. URL: <https://moz.gov.ua/potrebi-vrazlivih-grup-naselennja-v-ohoroni-zdorovja>

99. Початок реформування МСЕК. Позиція Національної асамблеї людей з інвалідністю України. URL: <https://naiu.org.ua/pochatok-reformuvannya-msek-pozytsiya-naiu/>

100. Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи: постановление Министерският съвет от 26.04.2010 г. № 83. URL: <https://asp.government.bg/uploaded/files/688->

PRAVILNIKzaustrojstvotoiorganizacijtanarabotanaorganitenamecinskataeksperti zainaregi.pdf

101. Про адміністративні послуги: Закон України від 06.09.2012 р. № 5203-VI. *Відомості Верховної Ради*. 2013. № 32. Ст. 409.

102. Про адміністративну процедуру: Закон України від 17.02.202 р. № 2073-IX. *Офіційний вісник України*. .2022. № 49. Ст. 13.

103. Про внесення до деяких постанов Кабінету Міністрів України змін щодо строку повторного огляду осіб з інвалідністю та продовження строку дії деяких медичних документів в умовах воєнного стану: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.03.2022 р. № 390.

104. Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: проєкт Закону України від 03.09.2019 р. № 2023. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=66638

105. Про запобігання корупції: Закон України від 14.10.2014 р., № 1700-VII. *Відомості Верховної Ради*. 2014. № 49. Ст. 2056.

106. Про засади державної антикорупційної політики на 2021-2025 роки: Закон України від 20.06.202 р. № 2322-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2322-20#Text>

107. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 05.02.2015 р. № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#top>

108. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю: постанова Кабінету Міністрів України; Програма, Перелік від 08.12.2006 р. № 1686.

109. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на період до 2020 року: постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 р. № 706. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF#Text>

110. Про затвердження Плану діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2021 рік: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.02.2021 р. № 226. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-10022021--226-pro-zatverdzhennja-planu-dijalnosti-ministerstva-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-ukraini-na-2021-rik>

111. 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: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>

112. Про затвердження плану заходів щодо зміни оцінки потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування проведення медико-соціальної експертизи в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.05.2023 р. № 483-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/483-2023-%D1%80#Text>

113. Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2021 рік: розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.03.2021 р. № 276-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-prioritetnih-dij-uryadu-na-2021-s240321>

114. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю: постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 23.05.2007 р. № 757.

115. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

116. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1094. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#top>

117. Про затвердження Порядку проведення службового розслідування стосовно осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, та осіб, які для цілей Закону України «Про запобігання корупції» прирівнюються до осіб, уповноважених на виконання функцій

держави або місцевого самоврядування: постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2000 р. № 950. *Офіційний вісник України*. 2000. № 24. Ст. 1004.

118. Про затвердження Порядку проведення службового розслідування у Збройних Силах України Міноборони України; наказ, порядок від 21.11.2017 р. № 608. *Офіційний вісник України*. 2018. № 11. Ст. 401.

119. Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні Указ Президента України; Концепція від 22.07.1998 р. № 810/98. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/810/98#top>

120. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>

121. Про Концепцію адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: постанова Кабінету Міністрів України; Концепція від 16.08.1999 р. № 1496.

122. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні Закон України від 21.03.1999 р. № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>

123. Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності: Закон України від 13.12.2022 р. № 2834-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2834-20#Text>

124. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#top>

125. Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України: рішення Колегії Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2012 р. № 1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/vr001282-12#n3>

126. Про судову експертизу: Закон України від 25.02.1994 р. № 4038-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#top>

127. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів

України від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80/conv#Text>

128. Про утворення Міжвідомчої робочої групи з метою вироблення узгодженої позиції щодо удосконалення процедури медико-соціальної експертизи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.12.2019 р. № 2445. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11122019--2445-pro-utvorennja-mizhvidomchoi-robochoi-grupi-z-metuju-viroblennja-uzgodzhenoi-pozicii-schodo-udoskonalennja-proceduri-mediko-socialnoi-ekspertizi>

129. Прокуратурою міста Краматорська поновлено права інваліда. URL: https://don.gp.gov.ua/ua/news.html?_m=publications&_t=rec&id=117592&fp=5210

130. Пчелін В. Організація адміністративного судочинства України: правові засади: монографія. Харків, 2017. 488 с.

131. Реінтеграція ветеранів з інвалідністю: метод. посіб.; уклад.: А. Соцька, В. Олійник, Н. Гусак та ін. Київ : Програма розвитку ООН, 2022. 79 с. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/reintehratsiya-veteraniv-z-invalidnistyu>

132. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційними поданнями Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та 65 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень пункту 5 частини першої статті 3, абзацу третього частини третьої статті 45 Закону України «Про запобігання корупції», пункту 2 розділу II «Прикінцеві положення» Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо особливостей фінансового контролю окремих категорій посадових осіб» від 06.06.2019 р. № 3-р/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v003p710-19>

133. Рішення Первомайського міськрайонного суду Миколаївської області від 07.08.2019 р. Справа № 484/2653/19. URL: <https://reestr.court.gov.ua/Review/83568902>

134. Рубан А. Адміністративно-правові засади здійснення прокуратурою правоохоронної функції держави: монографія. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2019. 236 с.
135. Сахнюк С. Поняття та сутність відповідальності у кримінальному праві України. *Держава та регіони*. Серія: Право. 2011. № 3. С. 54-59.
136. Сирота А. Деякі проблеми удосконалення правового статусу органів державного управління. Теоретичні та практичні проблеми становлення правової держави в Україні: матеріали доповідей і тези виступів наук. конф. 4-5 травня 1995 року. Чернівці Рута, 1995. С. 107-112.
137. Скакун О. Теорія держави і права (Енциклопедичний курс). Х.: Еллада, 2006. 776 с.
138. Словник іншомовних слів; за ред. О. Мельничука. К.: Голов. ред. Укр. рад. енцикл., 1974. 865 с.
139. Словник іншомовних слів;; Уклад.: С. Морозов, Л. Шкарапута. К. Наукова думка, 2000. 680 с.
140. Словник.ua. URL: <https://slovnyk.ua>
141. Соболев Є. Діяльність органів публічної влади щодо реалізації захисту прав та свобод інвалідів: адміністративно-правова теорія та практика: дис...док. юрид. наук: спец. 12.00.07. Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2015. 546 с.
142. Статистичний збірник «Соціальний захист населення України у 2021 році». Державна служба статистики України. Київ. 2022. 126 с.
143. Статут Державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2019 р. № 1926..
144. Стеценко С. Адміністративне право України: навч. посіб. К.: Атіка, 2007. 624 с.
145. Стратегічний аналіз корупційних ризиків медико-соціальної експертизи щодо встановлення інвалідності. Національне агентство з питань запобігання корупції. 2022. 35 с.

146. Теорія держави і права : підручник; за заг. ред. О. Бандурки; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2018. 416 с.
147. Теорія держави та права: навч. посіб.; за заг. ред. С. Гусарева, О. Тихомирова. К.: НАВС, Освіта України, 2017. 320 с.
148. Топ-10 корупційних ризиків медико-соціальної експертизи щодо встановлення інвалідності. Стратегічний аналіз корупційних ризиків. 2022. 36 с.
149. Уряд виділив субвенцію на функціонування МСЕК під час перехідного періоду їх реформування. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-vydilyv-subventsiiu-na-funktsionuvannia-msek-pid-chas-perekhidnoho-periodu-ikh-reformuvannia>
150. Ухвала Октябрського районного суду м. Полтави від 05.10.2017 р.. Справа № 554/7622/17. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/69409398>
151. Цивільний кодекс України: Кодекс України; Закон, Кодекс від 16.01.2003 р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. №№ 40-44. Ст. 356.
152. Шумна Л. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: дис... канд. юрид. наук : спец. 12.00.05. Х., 2003. 182 с.
153. Юридична відповідальність: проблеми виключення та звільнення; колектив авторів. Відп. ред. Ю. Баулін. Донецьк: ПП «ВД Каьміус», 2013. 424 с.
154. Юридична енциклопедія: в 6 т.; ред. Ю. Шемшученко. К.: вид-во «Українська енциклопедія» ім. М.П. Бажана, 1998. Т.5 : П-С. С. 40.
155. Baptista I., & Marlier E. (2022). Social protection for people with disabilities in Europe.: An analysis of policies in 35 countries. European Social Policy Network (ESPN). 158 p. URL: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8524>
156. Bondar V.P. Grounds and types of legal liability for violation of the medical and social examination procedure. KELM. №1. 2023. С. 206-211.

157. Combined second and third reports of Ukraine on the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/UKR/2-3). Ukraine. 2020. 48 p.

158. Compass: Manual for Human Rights Education with Young People (2nd edition updated in 2020), edited by Patricia Brander and etc. Council of Europe. 2021. URL: <https://www.coe.int/en/web/compass/disability-and-disablism>

159. Concluding observations on the initial report of Latvia : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/LVA/CO/1). Geneva: United Nations, 10 Oct. 2017. 10 p.

160. Concluding observations on the initial report of Malta : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/MLT/CO/1). Geneva : United Nations, 17 Oct. 2018. 11 p.

161. Concluding observations on the initial report of Montenegro : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/MNE/CO/1). Geneva : United Nations, 8 June 2020. 4 p.

162. Concluding observations on the initial report of Poland : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/POL/CO/1). Geneva : United Nations, 29 Oct. 2018. 15 p.

163. Concluding observations on the initial report of Turkey : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/TUR/CO/1). Geneva : United Nations, 1 Oct. 2019. 16 p.

164. Concluding observations on the initial report of Ukraine : Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/UKR/CO/1). Geneva : United Nations, 2 Oct. 2015. 10 p.

165. Disability and Health Fact sheet № 352, World Health Organization. 2011. URL: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html

166. From exclusion to equality : realizing the rights of persons with disabilities : handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. HR/PUB/07/6. Geneva : UN,

Office of the UN High Commissioner for Human Rights : Inter-Parliamentary Union, 2007. 150 p.

167. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. 312 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

168. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. 297 p.

169. Initial report submitted by Estonia under article 35 of the Convention, due in 2014 : Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD/C/EST/1). Geneva : United Nations, 3 Oct. 2017. 48 p.

170. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

171. Invaliditātes informatīvās sistēmas noteikumi: Ministru kabineta 2022. gada 6. decembra noteikumi № 759. Latvijas Vēstnesis, 238, 08.12.2022. URL: <https://likumi.lv/ta/id/337718>

172. Invaliditātes likums. Latvijas Vēstnesis, 91, 09.06.2010. URL: <https://likumi.lv/ta/id/211494>

173. Kukova S. Disability assessment – country report: Bulgaria. Academic network of European disability experts (ANED). 2019. 42 p.

174. Prognozējamas invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas un invaliditāti apliecinoša dokumenta izsniegšanas noteikumi Ministru kabineta 2014 gada 23 decembra № 805. Latvijas Vēstnesis, 257, 30.12.2014. URL: <https://likumi.lv/ta/id/271253>

175. Puude raskusastme tuvastamise tingimused ja kord ning puudega tőoealise inimese toetuse tingimused: määrus Sotsiaalkaitseminister vastu vőetud 29.02.2016 № 18. URL: <https://www.riigiteataja.ee/akt/128062022021>

176. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste: seadus vastu vőetud 27.01.1999. URL: <https://www.riigiteataja.ee/akt/128042022006>

177. Resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2006 № 61/106. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/79/PDF/N0650079.pdf>

178. Tervishoiuteenuste korraldamise: seadus vastu võetud 09.05.2001. URL <https://www.riigiteataja.ee/akt/106062014022?leiaKehtiv>

179. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Training Guide. (2014). United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights. 153 p.

180. Töötuskindlustuse: seadus vastu võetud 13.06.2001. URL: <https://www.riigiteataja.ee/akt/108072020016>

181. Töövõime hindamise taotlusele kantavate andmete loetelu, töövõime hindamise tingimused ja töövõimet välistavate seisundite loetelu: määrus Tervise- ja tööminister vastu võetud 07.09.2015 № 39. URL: <https://www.riigiteataja.ee/akt/108052020015?leiaKehtiv>

182. Töövõimetoetuse: seadus vastu võetud 19.11.2014. URL: <https://www.riigiteataja.ee/akt/124122016018?leiaKehtiv>

183. Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas nolikums: Ministru kabineta 2011. gada 26. aprīļa noteikumi № 315. Latvijas Vēstnesis, 67, 29.04.2011. URL: <https://likumi.lv/ta/id/229374>

184. Waddington L. Disability Assessment in European States: ANED Synthesis Report. European Commission. 2018. 179 p.

185. Waddington, L., Priestley, M., & Sainsbury, R. (2018). Disability assessment in European states ANED synthesis report. Available at SSRN 3320419. 179 p. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3320419

186. სააგენტოს და მისი სტრუქტურული ერთეულების დებულება/წესდება/შინაგანაწესი სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების დეპარ. დებულება. URL: <https://rama.moh.gov.ge/geo/attachment/635/2023-tseli>

187. სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ: საქართველოს კანონი 07.12.2001 №1172. URL: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/15772>

188. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ: საქართველოს კანონი 14.07.2020 № 6823-რს. URL: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4923984>

189. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის განსაზღვრის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე: საქართველოს მინისტრის ბრძანება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი 13.01.2003 №1/ნ. URL: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/55024>

190. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ: საქართველოს კანონი 12.10.1997 №1139. URL: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/29980>

ДОДАТКИ

Додаток А

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ,
в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:**

1. Бондарь В.П. Особливості проведення медико-соціальної експертизи в умовах воєнного стану. *Наукові записки. Серія: Право*. 2022. Вип. 13. 2022. С.90-94.

2. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус центральної медико-соціальної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 12. С. 68-71.

3. Бондарь В.П. Механізм адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2022. № 4. С. 124-131.

4. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як об'єкт адміністративно-правового регулювання. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 1. С. 254-257.

5. Bondar V.P. Grounds and types of legal liability for violation of the medical and social examination procedure. *KELM*. 2023. № 1. С. 206-211.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Бондарь В.П. Етапи проведення медико-соціальної експертизи в Україні. *Актуальні проблеми національного законодавства: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кропивницький, 17 листопада 2022 р.)*. С 84-87.

7. Бондарь В.П. Адміністративно-правовий статус особи: поняття та сутність. Становлення та розвиток правової держави: проблеми теорії та практики: Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції, що присвячена 102-річчю Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова (м. Миколаїв. 28-29 грудня 2022 р.). С. 91-95.

8. Бондарь В.П. Медико-соціальна експертиза як вид публічного сервісу. *Сімдесят другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції* (м. Львів, Україна – м. Переворськ, Польща, 21-22 лютого 2023 р.). С. 46-49.

9. Бондарь В.П. До питання визначення сутності механізму адміністративно-правового регулювання медико-соціальної експертизи. *Актуальні дослідження правової та історичної науки. Матеріали Міжнародної наукової конференції* (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 9-10 березня 2023 р.). С. 18-21.

10. Бондарь В.П. Адміністративна відповідальність за порушення порядку проведення медико-соціальної експертизи. *Актуальні проблеми приватного та публічного права: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 94-річчю з дня народження члена-кореспондента НАПрН України, академіка Міжнародної кадрової академії, Заслуженого діяча науки України, доктора юридичних наук, професора Процевського О.І.* (м. Харків, 31 березня 2023 р.). С. 559-562.



упровадження результатів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук Бондаря Володимира Павловича на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» в освітній процес Науково-дослідного інституту публічного права

Комісією Інституту було розглянуто результати використання матеріалів дисертаційного дослідження на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» Бондаря Володимира Павловича. Під час обговорення наданих матеріалів комісією було констатовано, що окремі положення дослідження було використано при розробленні лекційних курсів з дисциплін, які викладаються у Науково-дослідному інституті публічного права, а саме «Актуальні проблеми адміністративного права», «Актуальні проблеми адміністративної діяльності», при підготовці відповідних підручників, навчальних посібників, а також у контексті інших дисциплін, які викладаються в Інституті. Лекційний курс окремих тем навчальних дисциплін увібрав положення цього дисертаційного дослідження.

ВИСНОВОК: результати дисертаційного дослідження на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» Бондаря Володимира Павловича вважати впровадженими в освітній процес Науково-дослідного інституту публічного права з дисциплін «Актуальні проблеми адміністративного права», «Актуальні проблеми адміністративної діяльності».

Члени комісії:

Завідувач аспірантури
 Науково-дослідного інституту
 публічного права,
 доктор юридичних наук, професор

Л. В. Сорока

завідувач підділу
 науково-правових експертиз
 та законопроектних робіт,
 доктор юридичних наук, професор

К. М. Куркова

ЗАТВЕРДЖУЮ



Президента Науково-дослідного
Інституту публічного права,
доктора юридичних наук, професор
Сергій КОРОСД
р.

упровадження результатів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук Бондаря Володимира Павловича на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» у науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту публічного права

Комісія у складі: завідувача аспірантури Науково-дослідного інституту публічного права, доктора юридичних наук, професора Сороки Л.В., завідувача відділу науково-правових експертиз та законопроектних робіт, доктора юридичних наук, професора Куркової К.М., склала цей акт про те, що матеріали дисертації Бондаря Володимира Павловича на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» мають необхідний теоретичний, методологічний рівень та практичну значимість й використовуються у науково-дослідній роботі наукових відділів Науково-дослідного інституту публічного права, а саме – для подальшого розроблення наукових питань, присвячених дослідженню організації проведення медико-соціальної експертної комісії в адміністративно-правовому аспекті й використовуються Інститутом в межах реалізації теми науково-дослідницької роботи Науково-дослідного інституту публічного права «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації 0120U105390).

ВИСНОВОК

Результати дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук Бондаря Володимира Павловича на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» вважати впровадженими в науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту публічного права під час проведення загальнотеоретичних і галузевих досліджень, спрямованих на вирішення теоретико-методологічних проблем науки адміністративного права.

Завідувач аспірантури
Науково-дослідного інституту
публічного права,
доктор юридичних наук, професор

Л. В. Сорока

завідувач відділу
науково-правових експертиз
та законопроектних робіт,
доктор юридичних наук, професор

К. М. Куркова



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ВИННИЧЕНКА

вул. Шевченка, 1, м. Кропивницький, 25006, тел. (0522) 32-08-89, факс (0522) 24-85-44
 E-mail: mails@cuspu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125415

На № 2023/р. від 2/1-Н

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукового дослідження
«Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект»
Бондаря Володимира Павловича

Науково-теоретичні та експериментальні матеріали дослідження Бондаря Володимира Павловича дійсно впроваджені у навчально-виховний процес Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка у 2022-2023 навчальних роках і використовуються по цей час.

Наслідки впровадження показують, що теоретичні узагальнення з обраної проблеми є актуальними, оскільки є найновішими досягненнями у контексті реалізації питань, пов'язаних з медико-соціальною експертизою, стосуються значного за кількістю кола осіб, насамперед осіб з інвалідністю та осіб, яким інвалідність може бути встановлена потенційно, зокрема з підстав прогресуючої хвороби, внаслідок нещасного випадку на виробництві, професійного захворювання чи війни.

Зокрема, означене демонструє, що проблематика організації та проведення медико-соціальної експертизи є особливо актуальною, а сама служба медико-соціальної експертизи повинна адаптуватися до сучасних викликів і функціонувати злагоджено й ефективно. Натомість поточний порядок речей свідчить, що вітчизняна система медико-соціальної експертизи є недосконалою, містить низку рудиментарних властивостей і недоліків правового й організаційного спрямування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що дисертація є першим монографічним дослідженням, в якому здійснено комплексний аналіз організації проведення медико-соціальної експертизи в Україні крізь призму адміністративного права. У результаті проведеного дослідження сформовано низку науково обґрунтованих положень, висновків, пропозицій і рекомендацій щодо удосконалення нині існуючої системи медико-соціальної експертизи.

За результатами проведеного дослідження обґрунтовано доцільність розробки та прийняття Закону України «Про медико-соціальну експертизу», який, спираючись на міжнародні стандарти, буде комплексно визначати правові й організаційні засади функціонування системи медико-соціальної експертизи та надання медико-соціальних експертних послуг в Україні.

Оскільки результати дисертаційного дослідження Бондаря Володимира Павловича на тему «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право, отримали позитивні відгуки науково-педагогічного складу і студентів, є підстави вважати, що теоретичні і практичні матеріали дослідження можуть бути рекомендовані до використання у навчально-виховному процесі.

Результати дисертаційного дослідження з теми «Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект» використовуються в навчальному процесі та навчально-методичній діяльності університету, впроваджені до текстів робочих навчальних програм, лекцій, методичних рекомендацій з проведення семінарських, практичних занять з навчальних дисциплін «Адміністративне право», «Адміністративна відповідальність», «Адміністративна реформа в Україні». Дані праці рекомендовані до вивчення під час самостійної роботи студентів, слухачів юридичної спеціальності (протокол №8 від 26 грудня 2022 року).

Проректор з наукової роботи



Лілія КЛОЧЕК



**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КІРОВОГРАДСЬКЕ ОБЛАСНЕ БЮРО
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

25030 м. Кропивницький, вул.Академіка Корольова, 34/19 тел. +380950585024 e-mail: msek_kd@ukr. net

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова обласної МСЕК №2
КЗ «КОБМСЕ КОР»
Іванова Тетяна Борисівна
«11» вересня 2023 р.

АКТ №1

«11» вересня 2023 р.

м. Кропивницький

**Про впровадження у практичну діяльність
Кіровоградського обласного бюро
медико-соціальної експертизи
Кіровоградської обласної ради
результатів дослідження Бондаря В.П.**

Комісія у складі голови обласної МСЕК №2 Іванової Тетяни Борисівни, голови профспілки Шевченка Руслана Олеговича та практичного психолога Ганжук Ірини Іванівни, розглянувши результати наукового дослідження здобувача наукового ступеня кандидата юридичних наук Бондаря Володимира Павловича на тему: „Організація проведення медико-соціальної експертизи: адміністративно-правовий аспект” за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право, склала цей акт про нижченаведене.

Результати дисертаційного дослідження використовуються у практичній діяльності Кіровоградського обласного бюро медико-соціальної експертизи Кіровоградської обласної ради

Голова комісії:

Іванова Т.Б.

Члени комісії:

**Шевченко Р.О.
Ганжук І.І.**