

безпеки ядерних об'єктів і радіаційного захисту населення та довкілля, зведення до мінімуму шкідливого впливу наслідків аварії на Чорнобильській АЕС; поліпшення екологічного стану басейну р. Дніпро та якості питної води; стабілізація та поліпшення екологічного стану в містах і промислових центрах Донецько-Придніпровського регіону; будівництво нових та реконструкція діючих потужностей комунальних очисних каналізаційних споруд; запобігання забрудненню Чорного та Азовського морів і поліпшення їх екологічного стану; формування збалансованої системи природокористування й адекватна структурна перебудова виробничого потенціалу економіки, екологізація технологій у промисловості, енергетиці, будівництві, сільському господарстві, на транспорті; збереження біологічного та ландшафтного різноманіття, розвиток природно-заповідної справи.

Ключовими напрямками розвитку й вдосконалення екологічного законодавства на сучасному етапі має бути: розробка і впровадження нормативно-правових актів, що забезпечують уведення в дію законів та створення умов для виконання вимог чинного законодавства; розробка та затверджен-

ня нових законопроектів, зокрема, Законів України "Про небезпечні відходи", "Про екологічну (природно-техногенну) безпеку", "Про Національний екологічний фонд" та ін.; удосконалення чинного законодавства відповідно до вимог нашого сьогодення з урахуванням реальних умов діяльності суб'єктів господарювання; гармонізація національного законодавства з європейським.

Література

1. Андрейцев В.І. Проблеми конституціоналізації об'єктного складу права екологічної безпеки / В.І. Андрейцев // Вісник КНУ ім. Тараса Шевченка. Юридичні науки. – 2000. – Вип. 40. – С. 10–12.
2. Заржицький О.С. Концепція регіональної екологічної політики в Україні: якою їй бути / О.С. Заржицький // Право України. – 2001. – № 7. – С. 70–74.
3. Кучеренко О. Екологічні інтереси в процесі формування державної політики / О. Кучеренко // Збірник наукових праць Української Академії державного управління при Президенті України / [за заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Крязева]. – К.: Вид-во УАДУ, 1999. – Вип. 2 (41). – С. 252–253.

УДК 351:35.073.5

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДІВ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Іпатюв А.В.

професор

директор Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ)

Annotation

In the article the experience of governmental regulation of medical and social problems in disabled persons is covered, main approaches for improving governmental organization activities for invalids' medical and social rehabilitation in Ukraine are analyzed.

Анотація

У статті висвітлено досвід державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів у зарубіжних країнах; проаналізовано основні механізми вдосконалення державно-управлінської діяльності з організації медичної та соціальної реабілітації інвалідів в Україні.

Ключові слова

Державне регулювання, медико-соціальна експертиза, інваліди, охорона здоров'я, соціальна політика.

I. Вступ

Активна соціально-економічна політика є однією з головних передумов стабільності у

суспільстві, його спроможності ефективно функціонувати в умовах різних впливів, зберігаючи при цьому свою структуру і здатність контролювати процеси суспільних змін. У сучасних ринкових умовах, які все більш активно поширюються й на соціальну сферу, суттєво змінюються функції державного регулювання в галузі охорони здоров'я та соціального захисту, тоді як роль держави залишається без змін.

Відповідно до Конституції України, в нашій державі найвищими соціальними цінностями визнаються людина, її життя, честь і гідність, недоторканність і безпека, а права і свободи людини, їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності соціальної держави [7–9]. Так, згідно зі ст. 46, громадяни України мають право на соціальний захист у разі повної, часткової чи тимчасової втрати працездатності. Кожному громадянину також гарантується право на охорону здоров'я та медичну допомогу, які забезпе-

чуються державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм (ст. 49). Необхідно зазначити, що, згідно із Законом України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”, провідними принципами державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів є такі:

- 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.

Усе це дає підстави стверджувати, що рівень соціальної захищеності населення як загалом, так і його найбільш вразливих верств, – інвалідів, дає змогу оцінювати прогресивність суспільного життя, рівень економічного розвитку країни та добробуту її громадян. Із цих позицій, надання медико-соціальних послуг особам з обмеженими можливостями, тобто інвалідам – це важлива справа держави. Тому одним із соціальних пріоритетів для України як сучасної європейської держави було проголошено “...створення умов для повноцінного суспільного життя людей з обмеженими можливостями” [10].

Розробка та імплементація організаційно-правових механізмів забезпечення громадянських прав інвалідів тривалий час залишалися предметом постійної уваги багатьох міжнародних інституцій, зокрема, таких як Організація Об’єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров’я, Міжнародна організація праці. Ці організації безпосередньо здійснюють і заохочують наукові дослідження з питань інвалідності.

Необхідно відзначити, що теоретико-методологічні засади державного управління, його механізми, шляхи вирішення ключових питань реалізації державної політики в різних сферах суспільства в умовах трансформаційних перетворень досліджували у своїх наукових працях вітчизняні дослідники В. Бакуменко, Н. Грицяк, О. Ігнатенко, Ю. Кальниш, В. Князев, М. Корецький, В. Куйбіда, О. Лазор, П. Надолішній, Н. Нижник, С. Серьогін, Ю. Сурмін, В. Тертичка, В. Трощинський та ін.

На важливості наукового пошуку щодо вирішення актуальних проблем державного

регулювання сфери охорони здоров’я України наголошують у своїх наукових публікаціях О. Баєва, Т. Бахтєєва, М. Білинська, С. Бугайцов, Т. Грузева, Д. Карамішев, Н. Кризіна, С. Крюков, В. Лехан, В. Лобас, О. Мартинюк, В. Москаленко, З. Надюк, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Рожкова, Г. Слабкий, І. Солоненко, І. Хожило, Ю. Юрченко, Н. Ярош та інші дослідники.

Але, незважаючи на розробки вказаних вище та інших дослідників, слід визнати, що в Україні сьогодні залишаються невирішеними чимало питань, пов’язаних з організаційно-правовими аспектами державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів. Вивчення проблем інвалідності є дуже актуальним науковим завданням, адже на стан цього показника, крім демографічних і екологічних чинників, значно впливають соціально-економічні умови життя та соціальна політика держави щодо інвалідів.

II. Постановка завдання

Метою статті є дослідження організаційних і правових основ державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів у зарубіжних країнах.

III. Результати

У всіх державах світу та в будь-якій соціальній групі завжди є інваліди. Їх кількість постійно зростає. Інвалідність – це міжнародна проблема та предмет постійної уваги й турботи для кожної держави, адже інвалідність є одним із найважливіших показників здоров’я населення, що має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення. Вона дуже пов’язана із захворюваністю населення і, по суті, є її результатом. Причини та наслідки інвалідності в різних країнах мають певні відмінності, що зумовлено соціально-економічними умовами та різницею в підходах державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів.

Ставлення суспільства та держави до інвалідів пройшло тривалий історичний шлях: від звичайного догляду за інвалідами до можливості отримання дітьми-інвалідами вищої освіти та медико-соціальної і професійної реабілітації серед інвалідів старших вікових груп.

Завдяки освіті та реабілітації інваліди стали більш активними й почали виступати за подальший розвиток національної політики стосовно інвалідів. Створені організації інвалідів, членів їх родин, які виступають за покращення умов життя інвалідів.

Після Другої світової війни з’явилися такі концепції, як інтеграція і включення інвалідів у суспільне життя. Такі концепції повністю віддзеркалюють сприйняття здоровими членами суспільства потенційних можливостей інвалідів. Результатом зміни суспільного світогляду на сприйняття проблем інвалідності в світі стали розробка та затвер-

Держава та регіони

дження у 1993 р. спеціальної резолюції ООН, що дістала назву "Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженням життєдіяльності" [14]. Цей документ став дороговказом для національних урядів у визначенні філософії, видів та обсягів спеціальної допомоги та захисту інвалідів.

Зазначимо, що сучасні підходи в реалізації соціальної політики держави стосовно інвалідів ґрунтуються на засадах державного регулювання. Однак наявні поняття та визначення сфери державного регулювання на сьогодні не мають формату єдиного сприйняття серед представників вітчизняних наукових шкіл. Ми підтримуємо погляд дослідниць Л.В. Беззубко та Л.С. Соколової [2], які визначили дві основні групи ознак, що дають змогу розкрити зміст поняття "державне регулювання" через його статичну (суб'єктна структура) та динамічну (функціональний зміст діяльності) складові.

Більшість дослідників відносить державне регулювання у сфері охорони здоров'я до соціального регулювання, тобто до системи чинників, що визначають основні сфери життєзабезпечення населення. Державний контроль за системою охорони здоров'я, у тому числі і за ринком медичних та соціальних послуг мотивований такими уявленнями про певну неефективність ринку. З одного боку, стан здоров'я населення відноситься до категорії громадських благ, якими

не можна ефективно керувати за допомогою суто ринкових механізмів через те, що сфера охорони здоров'я вимагає належного рівня фінансування, який ринок не в змозі забезпечити. З іншого боку, держава хоче отримати ефективне управління ринком медичних та соціальних послуг з метою запобігання виникнення негативних явищ у цих сферах. Так, дослідниця О.В. Савкіна зауважує, що за роки незалежності в Україні сформувалася національна правова база регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я, що відповідає сьгоднішнім можливостям країни і деяким міжнародним стандартам [13]. Однак її не можна вважати достатньою і завершеною. Розвиток ринкових відносин і реформування державної системи управління охороною здоров'я вимагають постійного вдосконалення нормативно-правової бази відповідно до концептуальних засад розвитку соціальної політики держави, а також з урахуванням досягнень міжнародного медичного права.

В результаті опрацювання нормативно-правових джерел та наукової літератури [5; 6] з питань зарубіжного досвіду щодо державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів (див. табл.), ми встановили, що в більшості європейських країн служби медико-соціальної експертизи підпорядковуються об'єднаному Міністерству охорони здоров'я та соціальної політики (праці).

Таблиця

**Суб'єкти державного управління центрального рівня,
яким підпорядковані служби медико-соціальної експертизи**

Країна	Відомча підпорядкованість служби медико-соціальної експертизи
Німеччина	Федеральне міністерство здоров'я і соціальної безпеки
Фінляндія, Швеція	Міністерство соціальних зв'язків і здоров'я
Норвегія	Міністерство здоров'я і соціальних зв'язків
Японія	Міністерство охорони здоров'я, праці і соціальної політики
Росія	Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку
Великобританія, Франція	Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення
Україна, Білорусія	Міністерство охорони здоров'я
Литва	Міністерство праці і соціального захисту
Австрія	Міністерство соціальних справ

До початку Першої світової війни ініціатива Німеччини поширилась на більшість країн Європи, зокрема, на законодавчому рівні відповідні закони були прийняті в Австрії, Італії, Норвегії, Великобританії, Швеції [1]. Такий підхід дістав назву страхової моделі державної соціальної політики (модель О. фон Бісмарка). Згідно із цією моделлю, організацією надання медичних та соціальних послуг населенню займаються спеціальні структури – фонди медичного страхування. Так, наприклад, у Бельгії, Німеччині, Польщі застрахована особа має право вибору такого фонду, віддавши перевагу чи державному фонду медичного страхування, чи приватному. В цих країнах обов'язкове медичне страхування є складовою загаль-

ного соціального страхування. Інша модель соціальної політики, засновником якої став У. Беверідж, пропагує державні гарантії рівних прав громадян на отримання мінімального обсягу медичної та соціальної допомоги (заходи з невідкладної медичної допомоги, профілактичні щеплення тощо) незалежно від розміру фактично сплачених ним сум страхового внеску. Отримати таку допомогу може кожен громадянин на всій території держави, незалежно від місця проживання, з подальшими взаєморозрахунками між страховими компаніями.

Визначенням причин, груп інвалідності та заходів із медичної, соціальної, професійної реабілітації займаються спеціальні державні установи – медико-соціальні експертні комі-

сії (далі – МСЕК). Досвід розвинутих країн з організації діяльності медико-соціальних експертних комісій показує, що у більшості випадків експертиза проводиться фахівцями відповідного лікарського профілю (відповідно до виду патології). Основна мета експертизи полягає у забезпеченні реабілітації індивіда. Процес реабілітації починається відразу з моменту настання захворювання і здійснюється в стаціонарі спеціалізованою бригадою, до складу якої входять лікарі відповідної спеціальності, фахівці з ерго-, лого-, фізіотерапії, психологи й обов'язково соціальні працівники. Ці спеціалісти індивідуально визначають обсяг порушень і потребу в спеціалізованих пристосуваннях, видах допомоги в домашніх і сімейних умовах кожного хворого. Фінансування програм із медичної реабілітації інвалідів здійснюється адресно, залежно від рівня виразності функціональних порушень, тривалості необхідної реабілітації тощо.

При цьому необхідно зазначити, що сьогодні в країнах Європи відсутні загальні дані статистики про кількість пацієнтів з тими чи іншими видами функціональних порушень, про що свідчать заяви Європейської ради мозку та інших організацій, що займаються стратегічним плануванням розвитку системи охорони здоров'я [17]. Так, наприклад, у США програми медичної реабілітації для постраждалих наслідком виробничих травм та для людей похилого віку фінансуються системою "Medicare". Водночас інші випадки медичної реабілітації фінансуються за рахунок страхових коштів і коштів різних благодійних фондів. За таких умов пошук джерел фінансування на етапі перебування пацієнта в стаціонарі, згідно із національним законодавством, покладається на законних представників пацієнта або соціальних працівників [16]. Державне регулювання медико-соціальних проблем інвалідів ґрунтується на таких національних законах, як "Американці з перешкодами" (1990 р.), "Акт про американських інвалідів" (2000 р.).

В Австрії заходи з нейрореабілітації, на відміну від реабілітації при інших захворюваннях, фінансуються за рахунок коштів суб'єктів системи охорони здоров'я і здійснюються від доби залежно від важкості стану пацієнта, місця його перебування та виду наданої допомоги. У майбутньому пацієнт забезпечується адресами регіональних реабілітаційних центрів та профільних реабілітаційних практисів, розташованих у регіоні його проживання, для подальшого проходження реабілітації.

Таким чином, заходи з організації медико-соціальної експертизи обмежень життєдіяльності і заходи з реабілітації інваліда проводяться в одному закладі за участю однієї бригади спеціалістів, що значно ско-

рочує термін отримання цієї соціальної послуги, значно підвищує якість надання медико-експертної допомоги та забезпечує належний контроль за ефективністю здійснення індивідуальних реабілітаційних програм.

Досвід вирішення медико-соціальних проблем інвалідів у Росії становить для України особливий інтерес. Концепція інвалідності, суспільно-економічні умови, організація управління системою охорони здоров'я, минулий досвід соціального захисту інвалідів у єдиній державі СРСР залишаються й сьогодні дуже подібними для України і Росії. То ж необхідно більш ґрунтовно дослідити досвід із питань організації експертизи, профілактики і реабілітації інвалідів, який на цей час здобула Російська Федерація.

У Росії в 1995 р. був прийнятий Федеральний закон "Про соціальний захист інвалідів у Російській Федерації" [15]. Згідно із цим законом, були законодавчо закріплені принципово нові підходи держави до вирішення медико-соціальних проблем інвалідності. До прийняття цього закону основний акцент робився на складові пенсійного забезпечення, і це призводило до фактичної ізоляції інвалідів від суспільства. Стратегічним напрямом нового закону стало формування єдиної державної системи комплексної багатопрофільної реабілітації, спрямованої на відновлення і реалізацію потенційних здібностей інвалідів. Основною метою реабілітації є реінтеграція інвалідів у суспільство, поліпшення їх матеріального становища, підвищення рівня незалежної життєдіяльності для того, щоб життя інвалідів було гідним, а основні соціальні блага були б для них більш доступними. Встановлено, що прямі витрати федерального бюджету на вирішення проблем інвалідів мають тенденцію до щорічного зростання.

В Росії сьогодні функціонує 221 реабілітаційний центр для інвалідів і 305 центрів для дітей-інвалідів. При центрах соціального обслуговування родини і дітей і в дитячих будинках-інтернатах діють 296 відділень реабілітації дітей-інвалідів, однак розрахунки показують, що цих установ абсолютно недостатньо, адже в цілому в Росії необхідно мати до 2,5 тис. реабілітаційних установ, включаючи федеральні реабілітаційні комплекси, регіональні центри реабілітації інвалідів, відділення реабілітації у великих містах і реабілітаційні установи в кожному адміністративному районі.

На сьогодні в Російській Федерації організаційна структура медико-соціальної служби складається з таких суб'єктів управління: Федеральне бюро МСЕ, головні бюро МСЕ та бюро МСЕ.

До складу Федеральної державної установи "Федеральне бюро медико-соціальної

експертизи”, яка є окремим структурним підрозділом Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку РФ, належать: експертні бюро загального профілю (7); спеціалізовані експертні бюро (8); відділ реєстрації та видачі документів суворої відповідальності; аналітичний; інформаційний; організаційно-методичний відділ; навчально-методичний відділ; відділ інструментальної експертно-реабілітаційної діагностики; юридичний; клінічні відділення (15 відділень на 500 ліжок).

На базі Федеральної державної установи “Федеральне бюро медико-соціальної експертизи” проводяться фундаментальні та прикладні наукові дослідження з проблем інвалідності. Діє спеціалізована дисертаційна рада Д 208.122.01, де відбувається захист кандидатських і докторських дисертацій за спеціальністю – 14.00.54 “Медико-соціальна експертиза та медико-соціальна реабілітація”. На базі середньої та вищої медичної освіти проводяться курси підвищення кваліфікації, навчання в клінічній ординатурі та аспірантурі за 14 спеціальностями.

У Федеральному бюро МСЕ сформовано 7 експертних бюро загального профілю та 8 спеціалізованих бюро (профпатологічне, сенсорне, педіатричне, психіатричне (дитяче та доросле), психоневрологічне для дітей, ендокринологічне, онкологічне, травматологічне).

Кожна з перелічених структур має свої завдання та повноваження. Експертні бюро проводять огляд громадян. Відділом експертно-реабілітаційної діагностики здійснюється поглиблене комплексне дослідження громадян, які поступили з неповною інформацією про стан здоров'я. Інформаційний відділ формує базу даних за основними показниками інвалідності у розрізі регіонів. Аналітичний відділ проводить аналіз цих показників, організаційно-методичний відділ забезпечує ефективність технологій проведення медико-соціальної експертизи та порядок взаємодії з регіонами. У відділі реєстрації документів проходять реєстрацію всі вихідні документи та ті, що надійшли до бюро від інших суб'єктів управління: з Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку РФ, Уряду, Державної Думи та Ради Федерації, медико-експертні документи громадян з головних бюро МСЕ тощо.

Отже, вищезазначена структура Федерального бюро, на наш погляд, спроможна забезпечити вирішення будь-якого питання, що належить до компетенції служби МСЕ.

Бюро МСЕ та головні бюро МСЕ функціонують на межі трьох секторів соціальної політики: охорона здоров'я, соціальне страхування та соціальне забезпечення. Бюро та головні бюро МСЕ створюються, реорга-

нізуються та ліквідуються за рішенням виконавчої влади суб'єктів РФ в порядку, який встановлено законодавством РФ. Формування структури бюро здійснюється згідно з численністю населення, яке проживає на території суб'єкта РФ, та з числа громадян, які мають бути оглянутими впродовж одного року (як правило 70–90 тис. осіб, при умові огляду 1,8–2 тис. осіб на рік). У штатний розпис бюро МСЕ входять спеціалісти, які виносять експертне рішення (чотири лікарі різних спеціальностей), реабілітолог, соціальний працівник, психолог, за необхідності – педіатри, спеціалісти з функціональної діагностики, спеціалісти з профорієнтації, фізіології праці, соціальні педагоги та інші. У разі необхідності при головному бюро можуть бути створені стаціонарні відділення для уточнення діагнозу.

В Україні щорічно користуються постійною медико-соціальною допомогою та потребують соціального захисту 2,5 млн інвалідів.

Аналіз організаційної структури служби МСЕК в Україні засвідчив таке. Структурними складовими служби МСЕК, відповідно до Положення [11; 12], є такі: Республіканська медико-соціальна експертна комісія (МСЕК); Центральні міські комісії (міста Київ, Севастополь); Республіканська Кримська МСЕК; обласні МСЕК (61 комісія); міські МСЕК; міжрайонні МСЕК; районні МСЕК. Структура державного управління діяльністю медико-соціальних експертних комісій представлена на рисунку.

Станом 01.01.2010 р. в Україні функціонує 428 МСЕК, із них: 61 – обласні, центральні міські та 367 – міжрайонні, районні та міські (у тому числі 162 спеціалізовані МСЕК).

Незважаючи на те, що в Україні створена та діє досить розгалужена мережа служби МСЕК, слід наголосити на тому, що процес державного регулювання їх діяльності характеризується певними організаційно-правовими проблемами. На сьогодні залишається остаточно невизначеним статус республіканської МСЕК, що значно ускладнює організацію надання високоякісної допомоги при здійсненні медико-соціальної експертизи громадян, зокрема, у таких випадках: оскарження рішення обласних МСЕК; заочний розгляд скарг громадян; консультація осіб у випадках, коли є потреба в особливо складних видах клініко-експертної діагностики; здійснення контрольних функцій тощо.

Ще однією невирішеною проблемою є питання майнового та матеріально-технічного характеру і діяльності МСЕК. Проведений нами аналіз засвідчив, що переважна більшість медико-соціальних експертних комісій розташована в пристосованих орендованих приміщеннях, які мають різну ві-

домчу підпорядкованість. Зокрема, власниками приміщень, у яких розташовані кабінети працівників МСЕК, є заклади системи охорони здоров'я (94,4%), лише 5,6% приміщень належать обласним центрам МСЕ. За останні п'ять років не здійснювалось

централізованих закупівель автотранспорту для потреб МСЕК, що обмежує надання медико-експертної допомоги населенню у віддалених регіонах, здійснення оглядів немобільних громадян вдома тощо.

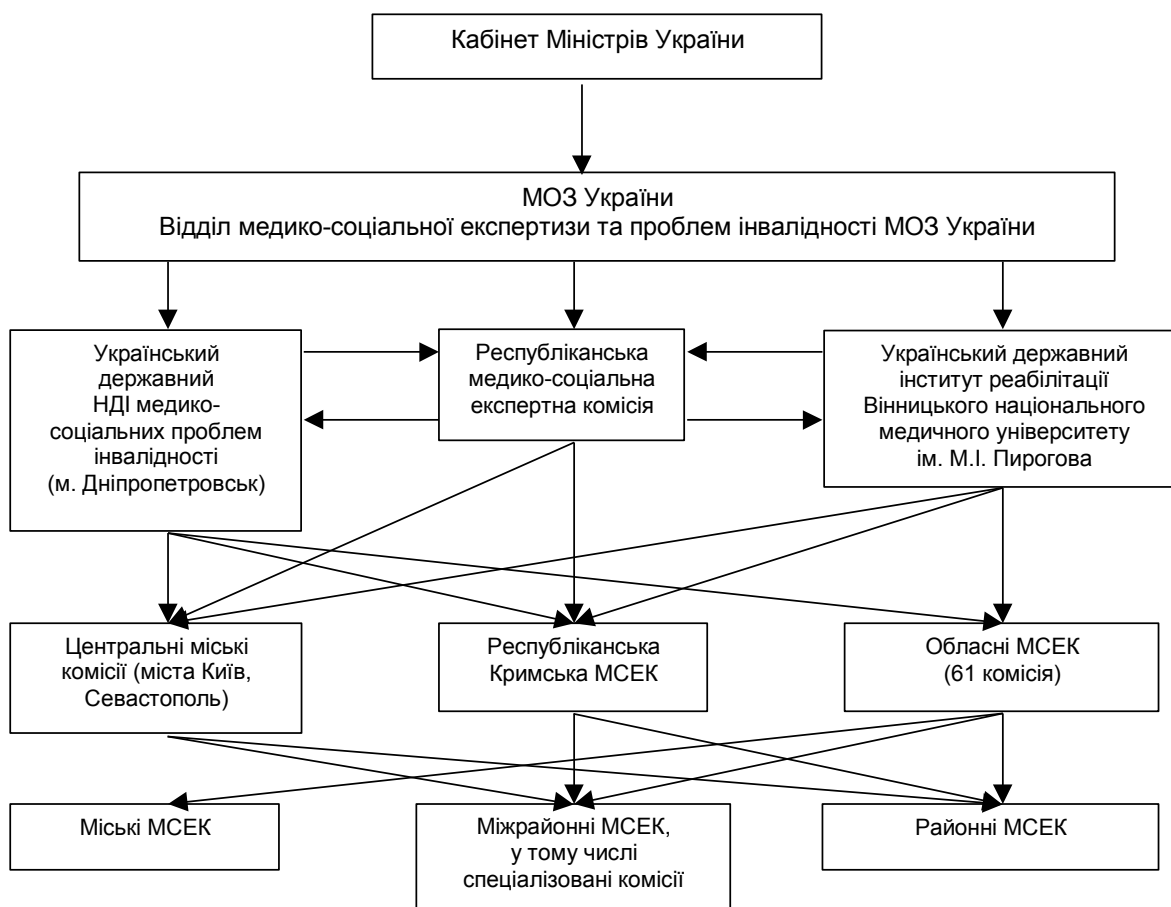


Рис. Структура державного управління діяльністю медико-соціальних експертних комісій в Україні

Проблема кадрового забезпечення діяльності МСЕК. На відміну від Російської Федерації, сьогодні в Україні відсутня спеціальність "Медико-соціальна експертиза та медико-соціальна реабілітація", тобто в державі не створено систему фахової підготовки лікарів-експертів. При цьому необхідно зазначити, що в Україні сьогодні функціонує розвинута мережа закладів вищої медичної освіти, а саме: 23 установи, із них 13 медичних університетів, 5 медичних академій, 1 медичний інститут та 3 медичні факультети у складі класичних університетів (Дніпропетровський національний університет, Медичний інститут Сумського державного університету, Ужгородський державний університет). Водночас в Україні існує єдина кафедра медико-соціальної експертизи факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії, де проходять курси тематичного вдосконален-

ня лікарі МСЕК, лікарі ВКК та загального профілю.

Привертають увагу розрізненість підходів у наданні медико-експертної допомоги дитячому та дорослому населенню в Україні, відсутність єдиних методологічних і виконавчих підходів при здійсненні експертизи цим категоріям громадян.

Проблемним залишається питання щодо механізму отримання коштів для виконання індивідуальних реабілітаційних програм (далі – ІПР) у зв'язку з різними рівнями підпорядкованості закладів, які розробляють ІПР та які здійснюють їх виконання.

На сьогодні огляд громадян, які оскаржують рішення обласних МСЕК, та забезпечення консультативної допомоги в складних діагностичних випадках здійснюються Українським державним НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Українським НДІ реабілітації (м. Вінниця), ліжковий фонд яких, відповідно, становить 550 ліжок, при розрахунковій потребі

1000 ліжок. Тобто на сьогодні ресурсне забезпечення вітчизняних спеціалізованих науково-дослідних установ значно обмежує можливості їх ефективного функціонування. З метою надання сучасної клініко-експертної допомоги з питань діагностики та реабілітації громадян з обмеженими можливостями в цих інститутах має постійно відновлюватися та належним чином поповнюватися матеріально-технічна база, відповідно до сучасних вимог та європейських стандартів.

IV. Висновки

Отже, ми дослідили основні організаційні та правові основи державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів в Україні та зарубіжних країнах і встановили, що загалом у світі існують дві моделі надання медико-соціальної допомоги людям з обмеженими можливостями: за рахунок страхових компаній (країни ЄС, Росія) та за рахунок державних коштів (Україна). Основою для розробки національних програм із медико-соціального забезпечення інвалідів слугує правова міжнародна база, зокрема, резолюція ООН "Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженням життєдіяльності".

Проведений аналіз показав, що в Україні через існування ряд проблем системного характеру (організаційно-правове, ресурсне, інформаційне, фінансово-економічне, кадрове забезпечення тощо) надзвичайно актуальним науковим завданням у сфері державного управління є дослідження проблем державного регулювання заходів щодо медико-соціального забезпечення та реабілітації інвалідів. Перспективу розробки щодо вдосконалення напрямів державного регулювання проблем інвалідності необхідно здійснювати через статичну та динамічну складові.

Останніми роками в Україні йде жвава дискусія з приводу того, якою має бути система охорони здоров'я. Все більше останнім часом з'являється прихильників страхової медицини. Однак, незалежно від того, якою в майбутньому стане вітчизняна модель управління охороною здоров'я, людина з обмеженими можливостями має відчувати гідну турботу про себе не тільки з боку громади та найближчого оточення, а й з боку держави.

Література

1. Антропов В.В. Социальная защита в странах Европейского Союза. История, организация, финансирование, проблемы / В.В. Антропов. – М. : Экономика, 2006. – 271 с.
2. Беззубко Л.В. Державне управління та державне регулювання в системі вищої освіти України / Л.В. Беззубко, Л.С. Соколова // Держава та регіони. Серія:

Державне управління, 2008. – № 3. – С. 9–13.

3. Декларація ООН про права інвалідів : резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.1975 р. [Електронний ресурс]. – Ружим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
4. Інструкція про встановлення груп інвалідності : наказ МОЗ України від 07.04.2004 р. № 183 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.
5. Ипатов А.В. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монограф. / А.В. Ипатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков. – Д. : Гамалия, 2004. – 304 с.
6. Ипатов А.В. Научно обоснованные рекомендации по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / А.В. Ипатов, О.В. Сергієні ; [за ред. А.В. Ипато-ва]. – Д. : Пороги, 2006. – 293 с.
7. Конституція України. – К. : Юридична думка, 2006. – 120 с.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
9. Основи законодавства України про загальнообов'язкове соціальне страхування від 14.01.1998 р. № 16/98 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
10. Презентація соціальних ініціатив Президента України : прес-служба Президента України Віктора Ющенка 22.06.2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/news/6649.html>.
11. Положення про медико-соціальну експертизу : Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
12. Про медико-соціальну експертизу : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.12.2009 р. № 1317 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
13. Савкіна О.В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01. – Теорія та історія державного управління / О.В. Савкіна. – Донецьк. : ДонДУУ, 2006. – 20 с.
14. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалида : приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993 г. [Электронный ресурс]. –

Режим доступа: <http://www.un.org/russian/document/convents/disabled.htm>.

15. Федеральный закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации от 20.07.1995 г. № 181 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://independentfor.narod.ru/material/invguard.htm>.

16. Юнусов Ф. Организация медико-социальной реабилитации зарубежом / Ф. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/807>.

17. Olesen J. Consensus Document on European Brain Research / J. Olesen, M. Baker, T. Freud // JNNP. – 2006. – Vol. 77 (Suppl. I). – P. 11–149.

УДК 329.05

ПОЛІТИЧНА ПАРТІЯ ЯК СУБ'ЄКТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Ісаєв К.А.

аспірант Харківського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентіві України

Annotation

In the article problems of political parties role in public administration are examined, different approaches in political parties determination are shown, influence of political parties to the public administration system is analysed.

Анотація

У статті розглянуто питання ролі політичних партій у державному управлінні, висвітлено різні підходи у визначенні політичних партій, проаналізовано вплив політичних партій на систему управління державою.

Ключові слова

Політична партія, державне управління, органи державної влади, функції політичних партій.

I. Вступ

Демократичний вектор державотворення в Україні актуалізує дослідження ролі політичних партій як впливових суб'єктів суспільно-політичних процесів, єдиної ланки, що стоїть між державою та громадянським суспільством. Саме партії взяли на себе функції артикуляції та агрегації інтересів соціальних груп і прошарків, змагаються за владу, намагаючись впливати на ухвалення політичних рішень у державі. Це закріплено в Законі України "Про політичні партії в Україні": "Політична партія – це зареєстроване згідно із законом добровільне об'єднання громадян – прихильників певної загальнонаціональної програми суспільного розвитку, що має своєю метою сприяння формуванню і вираженню політичної волі громадян, бере участь у виборах та інших політичних заходах" [1, Т. 1, с. 8].

II. Постановка завдання

Мета статті – проаналізувати основні підходи щодо визначення політичної партії як суб'єкта державного управління.

III. Результати

Проблемі розвитку та функціонування політичних партій присвячені праці зарубіжних учених Ж. Блонделя, М. Вебера, Т. Гоббса, М. Дюверже, Н. Макиавеллі, З. Ньюмена, М. Острогорського, Дж. Сарторі, А. Токвіля та деяких інших. Серед сучасних українських науковців можна виділити дослідження А. Зельницького, П. Удовенко, Ю. Шведа. В Росії питаннями розвитку політичних партій займаються такі дослідники, як Е. Малкин, Л. Сморгун, Е. Сучков та інші.

Політичні партії активно впливають на діяльність органів державної влади, економіку, соціальні процеси, відносини між країнами. Вони є одним із базових інститутів сучасного суспільства, без якого не можливе функціонування представницької демократії, яка потребує розвинутих і добре організованих партій.

Перспективи посттоталітарного розвитку колишніх соціалістичних країн, у тому числі України, пов'язані зі становленням політичних партій. Суспільно-політична роль партій виявляється в їх функціях. Науковці виділяють різні функції політичних партій. На наш погляд до основних функцій відносяться такі:

- підтримка однаковості між членами партії;
- рекрутування нових прихильників;
- стимулювання ентузіазму виборців, акцентуючи увагу на чисельності партії та важливості її мети;
- інформування виборців про політичні питання, які вирішує партія, про особисті достоїнства вождів і недоліки суперників;
- відбір кандидатів на певну посаду [2, с. 323].

За відсутності політичних партій посилюється загроза виникнення авторитарного режиму. Демократія забезпечується участю