

УДК 342.9

DOI <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.82.2.16>

ПУБЛІЧНЕ АДМІНІСТРУВАННЯ ІНКЛЮЗИВНОСТІ В ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: КРОКИ ДО РІВНОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ

Богомолів Д.А.,

*аспірант кафедри галузевого права та загально-правових дисциплін
Інституту права та суспільних відносин*

ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «УКРАЇНА»

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7244-4722>

e-mail: denys.bogomolov@gmail.com

Богомолів Д.А. Публічне адміністрування інклюзивності в приватних закладах охорони здоров'я: кроки до рівності та доступності.

У статті проаналізовано стан публічного адміністрування інклюзивності в сфері охорони здоров'я. Особливу увагу автор приділяє ролі приватних закладів охорони здоров'я, які відіграють важливу роль у наданні медичних послуг в Україні, у забезпеченні доступності та адекватності медичних послуг для всіх груп населення, особливо для маломобільних груп.

Автор звертає увагу, що в умовах воєнного стану та збройної агресії зросло навантаження на систему охорони здоров'я та загострилися проблема забезпечення інклюзивності медичних послуг у зв'язку зі зростанням випадків втрати кінцівок та отримання тілесних ушкоджень.

Зазначено, що приватні заклади охорони здоров'я можуть стати провідниками для збору даних з метою визначення прогалин у забезпеченні рівного доступу до якісних та доступних медичних послуг для різних соціальних груп та розробки відповідних механізмів для закриття цих прогалин та впровадження інклюзивності.

Проаналізовано міжнародні інструменти, такі як Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права осіб з інвалідністю, Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року, які закладають основи інклюзивності в сфері охорони здоров'я. Також автор розглянув роль таких інструментів публічного адміністрування, як державні будівельні норми та рекомендації Міністерства охорони здоров'я України, у створенні безбар'єрного простору для всіх категорій маломобільних осіб: з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, розумової діяльності тощо.

Серед інших аспектів публічного адміністрування інклюзивності в сфері охорони здоров'я автор звертає увагу на недостатнє врегулювання питання комунікацій в колективі працівників закладу охорони здоров'я та між персоналом та пацієнтом; формальність працевлаштування осіб з інвалідністю бізнесом для закриття вимог законодавства щодо цієї категорії осіб.

Зроблено висновок, що публічне адміністрування інклюзивності в закладах охорони здоров'я України здійснюється не поступово та планово, а у «турборежимі» з огляду на ситуацію в країні. При цьому приватні заклади охорони здоров'я мають змогу швидше вирішити ключові питання інклюзивності у сфері охорони: адаптувати робочі місця, навчити персонал необхідним комунікативним навичкам, інвестувати в переобладнання приміщень для приведення їх у відповідність державним будівельним нормам щодо створення безбар'єрного простору. Водночас є і певні ризики: це потребує значних фінансових витрат, що в умовах воєнного стану, коли більшість закладів намагаються втриматися на ринку медичних послуг, робить гіпотетичним яке-небудь суттєве покращення послуг.

Ключові слова: доступність медичних послуг, інклюзивність, маломобільні групи населення, публічне адміністрування, приватні заклади охорони здоров'я.

Bohomolov D. Public administration of inclusiveness in private healthcare institutions: steps towards equality and accessibility.

The article analyses the state of public administration of inclusiveness in the healthcare sector. The author pays particular attention to the role of private healthcare institutions, that play an important

role in the provision of healthcare services in Ukraine, in ensuring the accessibility and adequacy of healthcare services for all groups of the population, especially for people with limited mobility.

The author points out that under martial law and military aggression, the burden on the healthcare system has increased and the problem of ensuring inclusiveness of medical services has become more acute due to the growing number of cases of limb loss and bodily injuries.

It is noted that private healthcare facilities can become conduits for collecting data to identify gaps in ensuring equal access to quality and affordable healthcare services for different social groups and to develop appropriate mechanisms to close these gaps and ensure inclusiveness.

The article analyses international instruments such as the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and the 2030 Agenda for Sustainable Development, which lay the foundations for inclusiveness in healthcare. The author also examined the role of such public administration tools as state building codes and recommendations of the Ministry of Health of Ukraine in creating barrier-free space for all categories of people with disabilities: those with impaired musculoskeletal system, vision, hearing, mental activity, etc.

Among other aspects of the public administration of inclusiveness in healthcare, the author draws attention to the insufficient regulation of the issue of communication within the staff of healthcare facilities and between staff and patients; the formality of employment of persons with disabilities by businesses to meet the requirements of the legislation in respect of this category of persons.

It is concluded that public administration of inclusiveness in healthcare institutions in Ukraine is not carried out gradually and planned, but in “turbo mode”, given the situation in the country. At the same time, private healthcare facilities are able to address key issues of inclusiveness in the healthcare sector more quickly: adapt workplaces, train staff in the necessary communication skills, and invest in refurbishing premises to bring them into compliance with state building codes to create barrier-free spaces. At the same time, there are certain risks: this requires significant financial costs, which, in the context of martial law, when most institutions are trying to stay in the healthcare market, makes any significant improvement in services hypothetical.

Key words: accessibility of healthcare services, inclusiveness, people with limited mobility, public administration, private healthcare facilities.

Постановка проблеми. Здоров'я нації виступає важливою передумовою подальшої еволюції демократичної, правової та соціальної держави. Саме тому питання охорони здоров'я були, є та залишатимуться пріоритетним напрямком для державного управління країни. Однак якість державного регулювання охорони здоров'я в Україні є доволі сумнівною, зокрема, через неналежне інституційне та нормативне забезпечення впровадження нової моделі системи охорони здоров'я. Однак, якщо не займатися пошуками винних, а подивитися на все під іншим кутом, то можна знайти нові напрямки для розвитку.

Публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я не може існувати автономно, не враховуючи проблеми сьогодення та наслідки для суспільного розвитку. Крім того, необхідно дотримуватися балансу між приватними і публічними інтересами та прагнути забезпечити рівновагу між ними. Адже ключовим активом кожної держави на всіх етапах її розвитку є збереження, відновлення та охорона здоров'я населення, яке є суспільним благом.

В умовах воєнного стану наша країна стикнулася із безліччю викликів, водночас загострилися давні не вирішені проблеми, однією із яких є забезпечення інклюзивності у закладах охорони здоров'я. Це далеко не нова проблема, адже інклюзивність вже давно є свого роду атмосферою, культурою, яка формує неупереджене ставлення до людей та викликає почуття приналежності до соціуму, в тому числі у сфері охорони здоров'я, що мінімізує негативні наслідки політичних та соціально-економічних викликів, загроз та негативних тенденцій.

Інклюзивність в закладах охорони здоров'я є важливим аспектом, який передбачає доступність та адекватність медичних послуг для всіх груп населення, особливо для маломобільних груп. Приватні заклади охорони здоров'я в Україні можуть внести значний вклад у вирішення цього питання, адже відіграють важливу роль у наданні медичних послуг в Україні загалом.

На сьогоднішній день не існує загальнонаціональної практики дослідження досвіду інклюзивності в закладах охорони здоров'я. А тому приватні заклади охорони здоров'я можуть стати провідниками для збору даних на основі окремих досліджень та опитувань пацієнтів з метою

визначення прогалин у забезпеченні рівного доступу до якісних та доступних медичних послуг для різних соціальних груп, розробки механізмів впровадження інклюзивності на національному рівні тощо.

Метою статті є дослідження публічного адміністрування інклюзивності в приватних закладах охорони здоров'я з метою визначення можливих кроків до забезпечення рівності та доступності медичних послуг для населення України шляхом узагальнення теоретичних напрацювань та пошук можливості для формування засад інклюзивності у сфері охорони здоров'я України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У рамках наукових досліджень вчених та науковців з адміністративного права щодо різних аспектів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я ми б хотіли виділити праці наступних: В. Авер'янов, С. Болдіжар, В. Колпаків, Б. Логвиненко, Р. Майданик, В. Москаленко, М. Музика, В. Пішта, Л. Самілик, І. Сенюта, В. Стеценко, С. Стеценко, О. Хамходера, Н. Ярош та інші. Проте наразі відсутній єдиний теоретико-правовий підхід до здійснення публічного адміністрування інклюзивності у сфері охорони здоров'я України.

Виклад основного матеріалу. Останнім часом провідні міжнародні організації приділяють все більше уваги інклюзивним питанням. Забезпечення інклюзивного розвитку означає, що кожен є важливим, унікальним і цінним для суспільства, а тому має задовольняти свої потреби. Пріоритетність розвитку людських ресурсів передбачає створення умов для всіх з метою досягнення повної зайнятості, підвищення кваліфікації та посилення соціального захисту осіб, а також досягнення сталого та збалансованого розвитку суспільства.

16 грудня 2009 року Законом України № 1767-VI було ратифіковано Конвенцію про права осіб з інвалідністю, мета якої полягає в заохоченні, захисті й забезпеченні повного й рівного здійснення всіма особами з інвалідністю всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання до притаманної їм гідності [1]. Зазначене, на нашу думку, стало значним поштовхом у необхідності формування інклюзивного навколишнього середовища, зокрема, забезпечення архітектурної доступності, наявності визначених місць для паркування автомобілів осіб з інвалідністю ближче до входу у будинок чи магазин, тактильних елементів для пересування містом тощо.

Відповідно до статті 25 Загальної декларації прав людини кожна людина має право на медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини [2].

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права містить основоположні принципи забезпечення прав людини в сфері охорони здоров'я, зокрема визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, а також визначає заходи, які повинні вжити держави для повного здійснення прав в сфері охорони здоров'я: забезпечення скорочення смертності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [3].

У 2015 р. у Нью-Йорку відбувся Саміт ООН зі сталого розвитку. Підсумковим документом Саміту стала Резолюція «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року», якою було затверджено 17 Цілей сталого розвитку [4]. Новий порядок денний ґрунтується на інклюзивному принципі «не залишати нікого осторонь», підкреслює цілісний та універсальний підхід до забезпечення сталого розвитку для всіх. Незважаючи на те, що слово «інклюзивність» безпосередньо не згадується в Цілі 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці», всі завдання в її рамках є актуальними для досягнення інклюзивності та розвитку осіб з інвалідністю.

Зокрема, завдання 3.8 передбачає забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захисту від фінансових ризиків, доступу до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх [4].

На думку Сергієнко І.Г. та Ксендзук В.В. сталий розвиток як комплексний підхід до задоволення поточних потреб, зберігаючи здатність майбутніх поколінь задовольняти свої власні, охоплює тонкий баланс між економічним зростанням, соціальною інтеграцією та захистом навколишнього

середовища. У цьому контексті інклюзія є вирішальним компонентом та означає гарантію рівних можливостей для всіх людей незалежно від їх походження чи обставин. Це передбачає залучення кожного члена суспільства до процесів прийняття рішень і забезпечення справедливого доступу до ресурсів і можливостей [5].

Сфера охорони здоров'я є динамічною системою, адже вона постійно удосконалюється з розвитком суспільних відносин, в тому числі з урахуванням зростаючого навантаження на систему в умовах воєнного стану, зокрема, через погіршення стану здоров'я населення та зростання кількості випадків втрати кінцівок та отримання тілесних ушкоджень. Саме тому інклюзія є провідником забезпечення сталого розвитку суспільства у сфері охорони здоров'я.

Визначення інклюзивності в контексті сфери охорони здоров'я є мало опрацьованим, як з наукової, так і практичної точки сторони. На сьогодні дане питання врегульовано в загальних положеннях для всіх типів приміщень та суміжних ділянок відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» [6]. Враховуючи зазначене, до основних вимог інклюзивності, які можна застосувати до закладів охорони здоров'я, належать: вимоги до входів та шляхів руху, зовнішніх сходів та пандусів, паркувальних місць, пристроїв та обладнання, таких як спеціальні підйомники та інші засоби доступності для людей з порушеннями опорно-рухового апарату; тактильна підлогова плитка, мнемосхеми, інформаційні таблиці та позначення шрифтом Брайля, інші візуальні елементи і аудіопокажчики для людей з порушеннями зору; дублювання важливої звукової інформації текстами, організація сурдоперекладу, використання систем звукопідсилення для людей з порушеннями слуху тощо.

ДБН В.2.2-40:2018 розроблені для створення безбар'єрного простору для всіх категорій осіб з інвалідністю: з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, розумової діяльності та інших маломобільних груп: осіб похилого віку, вагітних жінок, батьків з дітьми та інших. ДБН «Інклюзивність будівель і споруд» є обов'язковими до застосування усіма юридичними та фізичними особами, окрім будівництва індивідуальних житлових будинків. У них наведені всі необхідні технічні характеристики влаштування елементів безбар'єрності, а також конкретні візуальні приклади, як це потрібно робити. Практична дія ДБН сприятиме створенню універсального громадського простору, доступного для кожного [6].

Крім того, Міністерство охорони здоров'я України прийняло Методичні рекомендації щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я, які передбачають комплекс заходів із облаштування безбар'єрних просторів, створення умов та середовища в закладах охорони здоров'я під час надання медичних та реабілітаційних послуг з урахуванням потреб людей з порушеннями мови, слуху, комунікації, зору, руху, батьків або законних представників з дітьми, осіб похилого віку та інших суспільних груп [7].

У воєнний час особливої уваги заслуговує «Посібник з інклюзивності осіб з інвалідністю в операціях з надання гуманітарної допомоги, що фінансуються ЄС», який розглядає проблематику врахування потреб осіб з інвалідністю у всіх видах гуманітарних заходів. Проаналізовано інструменти для оцінки та усунення бар'єрів, що перешкоджають реальному доступу, а також повній і ефективній участі осіб з інвалідністю в процесах надання гуманітарної допомоги та забезпечення захисту [8].

На нашу думку, питання інклюзивності розглядаються доволі однобоко, лише з позиції забезпечення потреб осіб з інвалідністю. Водночас не знайшли жодного закріплення питання щодо комунікації в колективі працівників закладу охорони здоров'я та між персоналом та пацієнтом, де із однієї сторони є маломобільна особа.

Відповідно до статті 2 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» особою з інвалідністю є особа зі стійким розладом функцій організму, що в разі взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, унаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації такою людиною своїх прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист. Саме тому передбачається норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю у розмірі 4 % середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб, - у кількості одного робочого місця (стаття 19) [9].

За даними Міністерства соціальної політики України станом на 2023 рік в Україні нараховується 3 мільйони осіб з інвалідністю. За період повномасштабного вторгнення рф до України

приріст становить більше 300 тисяч. Водночас офіційно працевлаштовано лише 16 % людей з інвалідністю [10].

Але навіть у ці цифри треба вносити поправки, адже більшість людей з інвалідністю фактично не працюють, а тільки рахуються для формального виконання законодавчих приписів. Так, на сьогоднішній день бізнес віддає перевагу формальному влаштуванню осіб з інвалідністю для закриття вимог законодавства щодо працевлаштування цієї категорії осіб.

Ці питання часто ставали підставою для законодавчих ініціатив. Так, у Верховній Раді України розглядається законопроект «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення прав осіб з інвалідністю на працю» (реєстр. № 5344-д від 18.11.2022), яким пропонується створити сприятливі умови для працевлаштування осіб з інвалідністю, в тому числі шляхом впровадження апробованих в інших країнах підходів до розвитку стимулюючих механізмів для роботодавців, розширення можливостей для осіб з інвалідністю [11].

На наше глибоке переконання, приватних підприємств потрібно мотивувати, зокрема, через дотації, зменшення або звільнення від оподаткування, фінансування програм для створення таких робочих місць. Так, Кабінетом Міністрів України було прийнято рішення, відповідно до якого роботодавцям будуть компенсуватися витрати на облаштування робочих місць для осіб з інвалідністю I та II груп у розмірі до 100,5 тис. грн. [12].

Стосовно сфери охорони здоров'я зазначимо, що приватні заклади охорони здоров'я мають змогу швидше адаптувати робочі місця під працівників з інвалідністю, що може позитивно впливати і на їхнє особисте становище. Для цього безсумнівно потрібно інвестувати в переобладнання робочих місць та переглянути деякі процеси. Наприклад, на позиції адміністратора рецепції може працювати особа з інвалідністю, а також у кол-центрах над обробкою телефонних дзвінків за умов належного технічного забезпечення.

Ключовою проблемою з нашої точки зору має бути готовність роботодавців вкладатися в таких співробітників та залучати їх до реальної трудової діяльності, особливо в умовах кадрового голоду, який склався в Україні під час тривалого воєнного стану.

Крім того, залишається неврегульованим питання інклюзивності в закладі охорони здоров'я, зокрема, під час прийому, адже у багатьох закладах вимагають користуватися бахілами, обґрунтовуючи це санітарними умовами, а по факту намагаючись мінімізувати витрати на прибирання. Дана вимога не може застосовуватись до маломобільних груп населення, до яких, відповідно до статті 1 Закону України «Про регулювання містобудівної діяльності», належать особи, які відчувають труднощі при самостійному пересуванні, одержанні послуг, необхідної інформації або при орієнтуванні у просторі, зокрема особи з інвалідністю, особи з тимчасовим порушенням здоров'я, вагітні жінки, громадяни похилого віку, особи з дитячими візками [13]. Водночас стосовно таких пацієнтів відсутня обов'язкова норма щодо наявності у закладі охорони здоров'я крісла-каталки та відповідні вимоги до медичних меблів.

1 березня 2023 р. набули чинності нові Державні будівельні норми (ДБН) «В.2.2-10:2022. Заклади охорони здоров'я», які будуть встановлювати основні положення щодо проектування закладів охорони здоров'я (будівель і споруд усіх типів закладів охорони здоров'я у цілому та приміщень, що використовуються для надання медичної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я) при новому будівництві, реконструкції і капітальному ремонті [14].

Відповідно до рішення Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. з моменту набрання чинності ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження [15].

Зазначимо, що не всі заклади охорони здоров'я відповідають цим державним будівельним нормам, а тому перед місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування постає нагальна потреба виділити значні кошти на ремонти приміщень державних та комунальних закладів охорони здоров'я для приведення їх у відповідність цим нормам. Однак не завжди є вільні кошти, а тому багатьом закладам доведеться шукати інші джерела фінансування. Аналогічне питання постає і перед приватними закладами, які вже традиційно несуть всі ризики підприємницької діяльності та покривають необхідні видатки самостійно.

Складно говорити про аналіз існуючих відповідних інклюзивних практик у закладах охорони здоров'я, адже більшість власників таких бізнесів не були готові до такого в умовах воєнного стану та банально намагаються втриматися на ринку медичних послуг, а можливості державних та комунальних закладів охорони здоров'я є сумнівними. Отже, говорити про яке-небудь суттєве покращення послуг поки можна тільки гіпотетично.

Таким чином, на нашу думку, ключовими питаннями інклюзивності у сфері охорони здоров'я мають стати: забезпечення доступності до приміщень; створення умов для дієвого працевлаштування осіб з інвалідністю; навчання персоналу приватних закладів охорони здоров'я та розвиток культури їх розуміння і прийняття; використання зрозумілої для всіх форм комунікації «персонал-персонал» та «персонал-клієнт», де однією із сторін є особа, яка належить до маломобільних груп населення тощо.

Водночас в умовах воєнного стану отримуємо ще одне велике питання, а саме: ментальна інклюзивність, тобто комфортна інтеграція, повернення в соціум осіб, які психологічно постраждали від наслідків військових дій. Сфера охорони здоров'я є однією з перших ланок, яка приймає таких людей, здебільшого військових. Приватні заклади охорони здоров'я у даному випадку мають змогу самостійно регулювати час для прийому пацієнта (паралельно з консультацією лікаря може бути частина спілкування, спрямована на покращення психологічного стану), а також удосконалювати, розширювати компетенції лікарів та іншого персоналу шляхом підвищення кваліфікації та різного роду тренінгів.

Висновки. З огляду на вищенаведене, зазначимо, що публічне адміністрування інклюзивності в закладах охорони здоров'я України здійснюється не поступово та планово, а у «турборежимі» з огляду на ситуацію в країні (зростання кількості осіб з інвалідністю та кричуща необхідність враховувати потреби маломобільних груп населення). Наразі законодавчо більше врегульовано питання інклюзії осіб з інвалідністю.

Наявність у закладу охорони здоров'я документального підтвердження забезпечення умов для вільного доступу маломобільних груп населення безумовно несе позитив. Це є показником реалізації людиноцентричного підходу під час надання медичних послуг, підвищення якості їх надання, розширення можливостей для маломобільних груп населення, покращення рівня здоров'я нації тощо. Водночас є і певні ризики: значні фінансові витрати для забезпечення відповідності державним будівельним нормам та правилам, залучення до трудової діяльності осіб, які належать до маломобільних груп населення (що може бути складним із огляду на низькі показники працевлаштування осіб з інвалідністю в Україні, можливу стигматизацію таких осіб через порушення функцій організму та складності соціалізації в колективі), покvapність таких нововведень тощо.

Питання публічного адміністрування інклюзивності у закладах охорони здоров'я загалом спрямовується на правові, методичні, організаційні, економічні, технологічні та інші складові, які сприятимуть перетворенню таких закладів на інклюзивні. Передовими на цій ниві, на наше переконання, будуть саме приватні заклади охорони здоров'я, адже вони будуть швидше реагувати на поставлені виклики з огляду на їх розмір та наявну інформатизацію багатьох процесів. Водночас такі заклади мають можливість швидше адаптувати робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Конвенція про права осіб з інвалідністю: Міжнародний документ від 13.12.2006. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text.
2. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text.
3. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: Міжнародний документ від 16.12.1966 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text.
4. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року: Резолюція Генеральної Асамблеї від 25 вересня 2015 року № 70/1. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/peretvorennya-nashoho-svitu-poryadok-dennyu-u-sferi-staloho-rozvytku-do-2030-roku>.
5. Сергієнко І.Г., Ксендзук В.В. Роль інклюзії у досягненні Національних цілей сталого розвитку. *Економіка, управління та адміністрування*. № 4 (106). 2023. С. 115–122. URL: <http://ema.ztu.edu.ua/article/view/296205>.

6. Про затвердження ДБН В.2.2-40:2018 Будинки і споруди. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення: наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 30.11.2018 № 327. URL: https://dbn.co.ua/load/normativy/dbn/dbn_v_2_2_40/1-1-0-1832.
7. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 лютого 2024 року № 198. URL: <https://document.vobu.ua/doc/23828>.
8. Посібник з інклюзивності осіб з інвалідністю в операціях з надання гуманітарної допомоги, що фінансуються ЄС. URL: https://ec.europa.eu/echo/files/policies/disability_inclusion/doc_echo_og_inclusion_ukr_liens_bd_ua.pdf.
9. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.91 р. № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>.
10. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/22592.html>.
11. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення прав осіб з інвалідністю на працю: проект Закону України від 18.11.2022 № 5344-д. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/40853>.
12. Деякі питання надання роботодавцям компенсації фактичних витрат за облаштування робочих місць працевлаштованих осіб з інвалідністю: постанова Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2023 р. № 893. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-nadannia-robotodavtsiam-kompensatsii-faktychnykh-vytrat-za-s893-220823>.
13. Про регулювання містобудівної діяльності: Закон України від 17.02.2011 № 3038-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3038-17#n12>.
14. Про затвердження ДБН В.2.2-10:2022. Заклади охорони здоров'я. Основні положення: наказ Міністерства розвитку громад та територій України від 26.12.2022 року № 278. URL: https://dbn.co.ua/load/normativy/dbn/v_2_2_10/1-1-0-1805.
15. Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1393-2023-%D0%BF#Text> (набирає чинність).