

Кількість експертиз стосовно тілесних ушкоджень, отриманих в результаті дорожньо-транспортних пригод, була другою за частотою і складала від 23 % в 2013 році до 39 % в 2015 році.

Комісійні та комплексні експертизи стосовно тілесних ушкоджень спричинених гострими предметами, проводилися практично на одному рівні: в абсолютних величинах: 3 — в 2013 році, по 5 — в 2012, 2014 та 2015 роках та 6 в 2011 році в межах 3,2–5,8 %, а кількість експертиз з приводу вогнепальних травм неухильно зростала з 1 (0,9 %) в 2011 році до 8 (8,7 %) в 2015 році, що пов'язано зі зростанням кількості вогнепальної зброї у населення у останні роки.

#### **Підсумки.**

1. В період 2011–2015 років в обласному бюро судово-медичної експертизи Житомирської обласної ради було проведено 873 комісійні та комплексні експертизи, із них 488 стосовно механічної травми, що у відсотковому відношенні становить 55,9 %.

2. Стосовно окремих видів травмуючих предметів найбільш часто були проведені експертизи з приводу тілесних ушкоджень, спричинених тупими предметами. Питома вага такого виду експертиз складала від 49 до 68 %.

3. Кількість експертиз стосовно вогнепальної травми мала стійку тенденцію до зростання від 0,9 % в 2011 році до 8,7 % в 2015 році, що пов'язано зі збільшенням кількості вогнепальної зброї на руках у населення України.

*Ольховський В. О., Стащак А. Ю.*

Харківський національний медичний університет

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ТА НІМЕЧЧИНІ**

В останні роки розробка і прийняття цілої низки законів в Україні спонукали до дії нові схеми вирішення проблем інвалідності, якими окреслюється необхідність створення умов, що надають можливість особам з інвалідністю ефективно реалізувати права й свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями й інтересами. Упродовж останніх років Україна проводить послідовну політику переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності. Переорієнтація пріоритетів у ставленні до інвалідів призвела до удосконалення механізмів їх соціального захисту, у тому числі можливості працевлаштування,

навчання, пенсійного забезпечення, пересування, спілкування, формування власного почуття гідності [1].

Світові тенденції підвищення рівня життя та стандартів медичного забезпечення пов'язані зі збільшенням кількості людей з обмеженими можливостями. Регулювання правового статусу вказаних осіб та питань набуття такого статусу вимагають ретельної оцінки з боку правознавців, оскільки є нерозривно пов'язаними із забезпеченням прав та свобод людей із обмеженими можливостями. У той же час вони є дотичними до питань соціального забезпечення та фінансової допомоги. А отже мають існувати чіткі і прозорі механізми до визначення статусу інвалідності.

У даному випадку корисним є порівняльний аналіз українського та зарубіжного досвіду правового регулювання набуття статусу інваліда. Зокрема пропонуємо до уваги досвід Німеччини.

На міжнародному рівні права осіб із обмеженими можливостями регулюються цілим рядом нормативно-правових актів, таких як Декларація та Конвенція ООН про права інвалідів, Всесвітня доповідь ВООЗ про інвалідність, Рекомендація щодо правового захисту недобровільно госпіталізованих осіб з психічними розладами [2; 3] тощо.

На національному рівні основним нормативним актом, який регулює права осіб із обмеженими можливостями, є Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 р. [4]. Він визначає основи соціальної захищеності інвалідів в Україні і гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями й інтересами. Відповідно до Закону, інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист.

Наказ Міністерства охорони здоров'я № 561 від 05.09.2011 р. [5] затвердив Інструкцію про встановлення груп інвалідності, у якій описаний порядок медико-соціальної експертизи для встановлення груп інвалідності, а також наводиться класифікація основних видів порушення функцій і основних критеріїв життєдіяльності, класифікація груп інвалідності у відповідності до порушення таких функцій. В Україні встановлена градація інвалідності у межах трьох груп в залежності від ступеня порушення функцій життєдіяльності.

У Німеччині встановлено наступний порядок отримання статусу інваліда: особа, яка претендує на отримання такого статусу та пов'язаних із ним пільг і соціальних переваг, подає до Управління соціального захисту за місцем проживання заяву та документи, які підтверджують діагнози, процес обстеження такої особи.

У Німеччині для отримання статусу інваліда особи мають пройти медико-соціальну експертизу, яка визначає потребу особи-заявника у реабілітації та заходах соціального захисту на основі оцінки обмежень життєдіяльності, викликаних стійким розладом функцій організму. В даному випадку враховується ступінь залежності від сторонньої допомоги у самообслуговуванні, спілкуванні, орієнтації, пересуванні тощо.

У німецькій системі соціального захисту осіб з обмеженими можливостями відсутнє поняття груп. В якості категорії вимірювання інвалідності використовується ступінь інвалідності. Він визначається як ступінь зниження різноманітних функцій організму, що веде до обмеження можливостей участі у громадському житті. Ступінь інвалідності вимірюється у відсотках (від 20 до 100 відсотків). Якщо у пацієнта наявні декілька хвороб, оцінюється їх сумісний вплив на порушення функцій організму.

При інвалідності менше ніж 50 % особі видаються документи, які підтверджують її інвалідність, однак така особа не відноситься до категорії тяжко хворих. Інвалідність 50 % і вище відноситься до розряду тяжких форм інвалідності і встановлюється тим особам, які мають декілька хвороб, потребують постійної сторонньої допомоги або догляду. У даному випадку особі видається свідоцтво про інвалідність у важкій формі. Таке свідоцтво має буквені коди, які позначають, які саме функції організму порушені (напр., інвалідність через вади опорно-рухової системи, інвалідність зору, інвалідність слуху та ін.). У відповідності до буквених позначень свідоцтво про інвалідність має додаток, у якому позначені конкретні пільги та соціальне забезпечення, характерні для певного типу інвалідності. Тобто пільги та соціальні виплати і компенсації є відносно персоналізованими у відповідності із порушеннями функцій організму.

У разі незгоди із результатами медико-соціальної експертизи особа має право подати апеляцію до управління соціального захисту. Однак необхідно зазначити, що повторну заяву на визначення ступеня інвалідності можна подати не раніше як через 6 місяців після отримання результатів попередньої медико-соціальної експертизи. Законом передбачено, що особі можуть бути надані послуги адвоката, які будуть оплачені державою, для подання скарги до суду у соціальних справах.

### *Список використаної літератури*

1. Макарова Е. В. Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю / Е. В. Макарова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2014. — № 5 — С. 42–49.
2. Зібрання чинних міжнародних договорів України/ укл. Г. С. Брескаленко, К. І. Грищенко. — К. : Ін Юре, 2006. — 854 с.
3. Конвенція про права осіб з інвалідністю [Електронне джерело]. — Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71)
4. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України // Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР). — 1991. — № 21. — Ст. 252, зі змінами № 922-VIII від 25.12.2015. — ВВР. — 2016. — № 9. — Ст. 89.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 561 від 05.09.2011 р. [Електронне джерело]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>

***Воронов В. Т., \*Гаврилюк А. О., Мусієнко Д. В.***

Вінницьке обласне бюро судово-медичної експертизи

\*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

### **МОДЕЛІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ПРИЧИННОСТІ В ТРАВМАТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ**

Судово-медична кваліфікація тілесних ушкоджень базується на видовій діагностиці закономірних зв'язків, причинних и непричинних, що лежать в основах будь-якого травматичного процесу в часі, починаючи від ушкоджуючої дії на організм етіологічних факторів і далі до утворення тілесного ушкодження, ускладнень і несприятливих наслідків. Видова верифікація та класифікація судово-медичним експертом моделей закономірних зв'язків, які відносяться до компетенції судово-медичного експертного дослідження, представляє слідству, відповідно до Законів України, експертні каузальні оцінки, що необхідно для правової кваліфікації правопорушень з об'єктивної сторони [1].

Багатовікова історія науково-практичного вивчення етіології та патогенезу травм і захворювань визначила причинно-наслідкові зв'язки (ПНЗ) як провідну закономірність серед інших зв'язків у розвитку патологічних процесів. Було доведено органічну єдність ПНЗ зі зв'язками обумовленості, єдність причини та умов в породженні травми. Тим самим науково затверджена двояка детермінація травми причиною та умовами і зняті проблемні питання спірних концепцій монокаузалізму і кондиціоналізму [2].