

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**Юридичний факультет
Кафедра цивільного та господарського
права**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до лекційних та семінарських занять
з дисципліни «Біоетика з основами медичного права»
для студентів ОС «Бакалавр» спеціальності 229 Громадське здоров'я
(Нутриціологія здорового харчування)**

УДК 17:57:349(072)

Схвалено до друку кафедрою цивільного та господарського права Національного університету біоресурсів і природокористування України, протокол № 11 від 29.05.2023 р.

Схвалено на засіданні вченої ради юридичного факультету Національного університету біоресурсів і природокористування України, протокол № 15 від 16.06.2023 р.

Укладачі: **Альона Качур** аспірант кафедри цивільного та господарського права, **Анна Коваль** к.ю.н., доцент кафедри цивільного та господарського права, **Олексій Піддубний** д.ю.н., професор, завідувач кафедри цивільного та господарського права

Рецензенти:

Ірина Чеховська д.ю.н. професор, завідувач кафедри приватного права Державного податкового університету

Інна Горіславська к.ю.н., доцент, доцент кафедри цивільного та господарського права

Методичні рекомендації розроблені з метою поглибленого вивчення студентами дисципліни «Біоетика з основами медичного права», набуття навичок самостійного опрацювання теоретичного і практичного матеріалу, структурування потрібної інформації. Наведено список рекомендованої літератури.

Методичні рекомендації до лекційних та семінарських занять з дисципліни «Біоетика з основами медичного права» для студентів ОС «Бакалавр» спеціальності 229 «Громадське здоров'я» (ОПП «Нутриціологія здорового харчування»): Навчальне видання. – К.: НУБіП України, 2023. – 115 с.

© Качур А., Коваль А., Піддубний О. 2023
За матеріалами відкритих інформаційних джерел.

ЗМІСТ

1.	Мета та завдання навчальної дисципліни.....	4
2.	Система оцінювання.....	5
3.	Тематичний план навчальної дисципліни «Біоетика з основами медичного права».....	7
4.	Зміст лекцій, плани семінарських і практичних занять, завдання для самостійної роботи студентів та методичні вказівки.....	8
5.	Питання до заліку з навчальної дисципліни «Біоетика з основами медичного права».....	107
6.	Інформаційні ресурси.....	108
7.	Тести.....	114

Мета та завдання навчальної дисципліни

Мета – опанування теоретичних та практичних проблем організації та функціонування біоетики в Україні, її функції та принципи діяльності, вивчення основних напрямів функціонування та застосування; знати та розуміти правову основу методів контролю якості харчових продуктів, сертифікації харчових добавок та генно-модифікованих продуктів; знати структуру органів управління у медичному праві та розуміти види юридичної відповідальності у медичному праві.

Завдання – аналіз законодавчих актів, які встановлюють порядок організації та функціонування біоетики в Україні та за її кордонами, вивчення цивільного законодавства України, актів судових інстанцій, навчальної та монографічної літератури, вирішення аналітичних завдань та практичних казусів відповідно до програми курсу.

В результаті вивчення даного курсу студент повинен

знати:

- джерела правового регулювання організації та забезпечення норм біоетики в Україні;
- медико-правове регулювання нутриціології;
- структуру органів управління та юридичну відповідальність у медичному праві.

вміти:

- правильно застосовувати законодавство, що регулює правовий статус біомедичних технологій, клонування, досліджень над тваринами,;
- правильно застосовувати норми цивільного, медичного, господарського, кримінального міжнародного законодавства медико-правовому регулюванні біоетики та туриціології;
- розділяти деліктну та договірну відповідальність у медичному праві;
- аналізувати практичні казуси.

Загальні компетентності(ЗК):

ЗК 1. Знання та розуміння предметної області, розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до пошуку та аналізу інформації з різних джерел.

ЗК 10. Прагнення до збереження навколишнього середовища.

ЗК 12. Здатність спілкуватися іноземною мовою.

ЗК 14. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для забезпечення здорового образу життя.

Фахові (спеціальні) компетентності (ФК):

СК 1. Здатність критично осмислювати та застосовувати сучасні теорії, концепції, принципи, методи, методики та технології сфери громадського здоров'я.

СК 3. Здатність інтерпретувати результати досліджень у сфері громадського здоров'я, робити обґрунтовані висновки та надавати відповідні рекомендації.

СК4. Здатність забезпечувати якість і безпеку продукції на основі відповідних стандартів та у межах систем управління безпечністю харчових продуктів під час їх виробництва і реалізації.

СК 5. Здатність використовувати у професійній діяльності сучасні теорії, методи соціальних наук та наук про здоров'я.

Система оцінювання

Навчальна нормативна дисципліна «**Біоетика з основами медичного права**» викладається за кредитно-модульною системою організації навчального процесу.

Дана система запроваджується з метою удосконалення системи контролю якості знань студентів, сприяння формуванню системних та систематичних знань, стабільної самостійної роботи впродовж семестру, підвищення об'єктивності оцінювання знань та адаптації до вимог, визначених Європейською системою залікових кредитів (ECTS).

Оцінювання знань студентів повинно сприяти реалізації низки завдань, зокрема:

✓ підвищення мотивації студентів до системного навчання впродовж семестру та навчального року, переорієнтація їх цілей з отримання позитивної оцінки на формування системних, стійких знань, умінь та навичок;

✓ відповідність переліку, форм, та змісту контрольних заходів вимогам КМСОНП;

✓ відкритість контролю, яка базується на ознайомленні студентів на початку вивчення дисципліни переліком, формами та змістом контрольних завдань, критеріями та порядком їх оцінювання;

✓ подолання елементів суб'єктивізму при оцінюванні знань, що забезпечується виконанням індивідуальних завдань із застосуванням модульної системи оцінювання, іспиту;

✓ розширення можливостей для всебічного розкриття здібностей студентів, розвитку їх творчого мислення, та підвищення ефективності навчального процесу.

Ця дисципліна вивчається протягом семестру та складається з трьох змістових модулів (ЗМ). По завершенню курсу студенти складають залік. На залік виносяться вузлові питання, типові і комплексні завдання, що потребують творчої відповіді та вміння синтезувати отримані знання і застосовувати їх при вирішенні практичних завдань.

Оцінювання знань студентів здійснюється шляхом виконання індивідуальних завдань, які включають поточний (модульний ЗМ) та підсумковий (КПМ)

Результати контрольних завдань оцінюються за 100-бальною системою.

За результатами оцінювання змістового модуля студентам виставляються бали.

Максимальна кількість балів, що може набрати студент у цьому семестрі за один ЗМ дорівнює 70-ти балам. За один змістовий модуль студент може одержати максимум 70 балів, які додаються до наступних максимально можливих 30 балів, що одержуються ним за комплексний підсумковий модуль (КПМ).

Під час викладання матеріалу лекцій лектор може здійснювати контрольні опитування студентів.

Параметри	Змістовий модуль	Комплексний підсумковий модуль	Разом (оцінка за КС)
Оцінка в балах	0-70	0-30	0-100

У випадку відсутності студента на лекції або семінарському занятті він зобов'язаний відпрацювати пропущене заняття через усне опитування в поза аудиторний час (час консультацій викладача) або відпрацювати пропущене заняття шляхом написання реферату на тему, задану викладачем (але не більше половини від загальної кількості лекцій та семінарських занять). Невідпрацьовані заняття вважаються незданими і за них не нараховується оцінка в балах. За 10 днів до початку екзаменаційної сесії викладач припиняє приймати відпрацювання. Таким чином, за цю дисципліну студентом може бути отримано максимум 100 балів. У підсумку, оцінені за 100-бальною системою, знання студента відображаються у заліковій книжці.

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Оцінка в балах	Оцінка за шкалою ECTS	Оцінка за національною шкалою
90-100	A	Зараховано
82-89	B	Зараховано
75-81	C	
67-74	D	Зараховано
60-66	E	
35-59	FX	Не зараховано з можливістю повторного складання
1-34	F	Не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

**Тематичний план навчальної дисципліни «Біоетика з основами
медичного права»**

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин												
	денна форма						Заочна форма						
	усього	у тому числі					усього	у тому числі					
		Л	п	лаб	інд	с.р.		Л	п	лаб	інд	с.р.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Змістовий модуль 1. ПРАВОВІ ЗАСАДИ БІОЕТИКИ													
Тема 1. Права людини, як основа принципів біоетики	10		2			8	14	2	2			10	
Тема 2. Поняття та загальна характеристика біоетики	12	2	2			8	12					12	
Тема 3. Біоетичні аспекти у біомедичних технологіях	12		2			10	12					12	
Тема 4. Проблеми використання тварин у наукових дослідженнях	12		2			10	12					12	
Тема 5. Медичні професії. Їх види та правовий статус	14	2	2			10	10					10	
Разом за змістовим модулем 1	60	4	10			46	60	2	2			56	
Змістовий модуль 2. МЕДИЧНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НУТРИЦІОЛОГІЇ													
Тема 6. Правова основа методів контролю якості та безпечності харчових продуктів	12	2	2			8	14	2	2			10	
Тема 7. Основні принципи системи НАССР	12	2	2			8	12					12	
Тема 8. Харчові добавки. Види та сертифікація	12	2	2			8	12					12	
Тема 9. Класифікація генетично модифікованих продуктів	13	1	2			10	12					12	
Тема 10. Оцінка безпеки генетично-модифікованих продуктів	12		2			10	10					10	
Разом за змістовим модулем 2	60	7	10			44	60	2	2			56	
Змістовий модуль 3. СТРУКТУРА ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ТА ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У МЕДИЧНОМУ ПРАВІ													
Тема 11. Державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Розвиток приватної медицини в Україні	12	2	2			8	12	2				10	
Тема 12. Громадське здоров'я. Безпека праці.	12	2	2			8	12					12	
Тема 13. Правовий статус Міністерства охорони здоров'я України.	12		2			10	12					12	
Тема 14. Державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні.	12		2			10	12					12	
Тема 15. Деліктна та договірна відповідальність у медичних справах. Медичні делікти та ятрогенії	11		2			9	12					12	
Разом за змістовим модулем 3	60	4	10			45	60	2				58	
Усього годин	180	15	30	-	-	135	180	6	4	-	-	170	

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙ, ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ І ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ, ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ТА МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 1. ПРАВОВІ ЗАСАДИ БІОЕТИКИ

Тема 1. Права людини, як основа принципів біоетики.

Не буде перебільшенням, якщо зазначити, що становлення біоетики як науки було найбільш тісно пов'язано з процесом етичного обґрунтування прав людини. Особливу роль у формуванні концепції прав людини відіграли міжнародні судові процеси, де було засуджено злочини німецьких фашистів та японських мілітаристів. Світ дізнався про жахливі експерименти, які проводили над військовополоненими та в'язнями концентраційних таборів. У них брали участь і медичні працівники за наказом злочинної влади, яка позбавлена будь-яких морально-етичних орієнтирів та принципів. Можна стверджувати, що період Нюрнберзького процесу (1945—1946 рр.) став фактичною датою народження біоетики як нової дисципліни, хоча формально цей термін не був введений у наукову термінологію. Безпосереднім наслідком цих подій стало прийняття ООН *Загальної декларації прав людини* (10 грудня 1948 р.) і подальша публікація документів, спрямованих на формування та юридичне оформлення принципу дотримання «прав людини». Генеральна Асамблея ООН проголосила Загальну декларацію прав людини «як завдання», до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави з тим, щоб кожна людина і кожний орган суспільства, завжди маючи на увазі цю Декларацію, прагнули шляхом освіти сприяти повазі до цих прав і свобод та забезпеченню шляхом національних і міжнародних прогресивних заходів загального і ефективного визнання і здійснення їх як серед народів держав — членів організації, так і серед народів територій, що перебувають під їх юрисдикцією. У ст.1 Декларації зазначено: «Всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти по відношенню один до одного в дусі братерства».

Іншими нормативними наслідками, які виникли у безпосередньому зв'язку з нацистськими злочинами та участю у них медичних працівників, є створення і вдосконалення національними та міжнародними професійними організаціями й асоціаціями лікарів і середнього медичного персоналу кодексів медичної та професійної етики. Так, в 1975 р. 29-а Всесвітня Медична Асамблея прийняла «Рекомендації з позиції лікарів щодо катувань, покарань та інших страждань, а також негуманного або принизливого лікування у зв'язку з арештом або перебуванням у місцях ув'язнення» (Токійська декларація). У преамбулі до прокламації говориться: «Обов'язком лікарів є служити людству, зберігаючи і відновлюючи фізичне і психічне здоров'я людей, полегшуючи страждання пацієнтів, незалежно від їх особистих якостей і проявів. Лікар повинен проявляти повну повагу до життя людини з моменту зачаття, і навіть

перебуваючи в небезпеці, він ніколи не зможе використовувати свої професійні знання всупереч законам гуманності.

Громадськість вважає, що такі деонтологічні записи повинні постійно вдосконалюватися і оновлюватися. Зв'язок становлення і розвитку біоетики з формуванням і розвитком концепції прав людини як основи правового статусу особи підтверджений створенням і швидким процесом *bioethicsprudence* - нової регуляторної директиви біоетичної науки.

У ХХ столітті різні способи розуміння та інтерпретації прав людини були важливою та стійкою темою ідеологічного протистояння двох соціально-політичних систем. Питання персоналізації прав людини, способів їх реалізації, питання захисту та захисту залишаються серйозною проблемою на сьогоднішній день. Права і свободи людини і громадянина складають ядро конституцій верховенства права. У сучасному суспільстві всебічне дослідження прав людини та їх обсягу є основним критерієм і передумовою оцінки результатів економічних і соціальних перетворень.

З історичної точки зору теорія прав людини складалася століттями. Слово «права людини» вперше було використано у французькій «Декларації прав людини і громадянина», прийнятій Національними зборами Франції 26 серпня 1789 року. Ще до цього деякі аспекти поняття індивідуальних прав, що існували в людській природі, і той факт, що людина була людиною, були виражені в таких документах, як англійська Велика хартія вольностей (1215). Білль про права (1689) і Американська декларація незалежності (1787). У 19 столітті ранні версії ліберальної групи громадянських і політичних прав були сформовані в різних штатах.

У сучасному розумінні декларовані ліберальні права - свобода, рівність, неспівробітництво особистості і житла, права власності, виборче право - були істотно обмежені виборчими, політичними, статевими, расовими цензами, заборонами. У ХХ столітті успіхи світового соціалістичного руху і загроза міжнародного революційного вибуху призвели до значного розширення громадянських і політичних прав і соціально-економічних прав – права на працю, відпочинок, об'єднання з профспілками, соціальну допомогу. Невід'ємним досягненням у розвитку концепції прав людини стало утворення в 1922 році Міжнародної федерації прав людини.

Відзначається якісний прогрес у розвитку правозахисної організації у формуванні міжнародного права на основі гіркої досвіду ігнорування злочинними диктаторськими режимами права на життя та людську гідність. Однією з таких подій стала Загальна декларація прав людини, ратифікована Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року. Визнання невід'ємної гідності всіх членів людської сім'ї та їх рівних і непорушних прав є основою справедливості у свободі, загальному мирі... З 1950 року 10 грудня відзначається як День прав людини щороку в усьому світі. У тому ж році була підписана «Європейська конвенція про захист прав людини і основоположних свобод» і створена реальна процедура

захисту задекларованих прав – Європейський суд з прав людини (ЄСПЛ) і Організація з безпеки і співробітництва в Європі (ОБСЄ). Юрисдикція ЄСПЛ полягає у винесенні рішень та наданні консультативних висновків щодо міждержавних справ та індивідуальних скарг. Суб'єктами, які звертаються до ЄСПЛ, є держави, фізичні особи, неурядові організації та юридичні особи, групи осіб, які беруть участь у Конвенції.

Згодом ООН та Рада Європи, а також інші регіональні організації створили низку документів, які підтримали розвиток концепції прав людини та створили міжнародні стандарти прав людини і громадянина та створили гарантії їх положень (табл. 1). Перелік прав, включених до міжнародного стандарту, не є вичерпним і не означає, що додавання певних прав зменшить заперечення інших прав і свобод людини і громадянина. Саме тому список прав в національних системах часто доповнюється новими нормативними актами і деталями.

Права людини і громадян можна розділити на індивідуальний, політичний, соціально-економічний і культурний рівні. Права людини, як правило, визначаються як природні, нерозривні, недоторканні, універсальні через глибокий нерозривний зв'язок між природою людини і правами людини. Не всі права мають однакову вагу і пріоритет. Деякі з них логічно і хронологічно випереджають інші і складають ядро незаперечних морально-моральних вимог – так званих фундаментальних прав людини. Такі фундаментальні права в першу чергу пов'язані з правом людини на життя і безпеку, оскільки без реалізації цього права все інше не може бути реалізовано. Основні права людини включають право на свободу, тортури та людську гідність, справедливість, сім'ю, недоторканність приватного життя та її таємниці, власність, свободу совісті та думки, зборів та асоціацій, участь в управлінні своєю країною, працю, рівень життя, добробут, охорону праці, освіту. Вік, мова, раса, етнічна приналежність, релігійні, культурні відносини, соціальне походження, майновий стан, політичні переконання. Права належать кожній живій істоті протягом усього її існування, від початку життя до смерті. Вони визначаються як східні і багатонаціональні.

У 1960-60-х роках ХХ століття виник рух за права пацієнтів, яке було пов'язане з технікалізацією медицини, бюрократизацією медичних послуг, неможливістю виконання, недосконалістю організації експериментальних і клінічних досліджень на тілі людини.

Документи ООН, Ради Європи та інших регіональних організацій, що підтримують розвиток концепції прав людини

№	Організація	Назва документу	Рік прийняття
1	ООН	Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації	1965
2	ООН	Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права	1966
3	ООН	Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права	1966
4	ООН	Міжнародна конвенція про ліквідацію та по карання злочинної політики апартеїду	1973
5	ООН	Декларація про права інвалідів	1975
6	ООН	Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок	1979
7	ООН	Декларація проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання	1984
8	ООН	Конвенція про права дитини	1989
9	ООН	Міжнародна конвенція про захист прав усіх робітників-мігрантів та членів їхніх родин	1990
10	Рада Європи	Європейська соціальна хартія	1961,1996
11	Рада Європи	Європейська конвенція про боротьбу з тероризмом	1977
12	Рада Європи	Конвенція проти торгівлі та негуманного ставлення	1987
13	Організація Американських держав	Американська конвенція прав людини	1969
14	Організація Африканської Єдності	Африканська хартія про права людини та на родів	1981

Права пацієнтів слід розглядати із загальної точки зору прав людини. Основні права людини не втрачаються, коли людина захворює, і не залежать від тяжкості та прогнозу захворювання. Гідність людського життя не зазнає змін через погіршення здоров'я і не має нічого спільного з так званою якістю життя. Більш того, хвора людина повинна бути оточений додатковою турботою і увагою. Права пацієнта повинні сприяти усуненню труднощів, фізичних і душевних страждань і усунення якості життя при різних видах залежностей (медико-технічних, медико-соціальних, медико-економічних), що виникають внаслідок хвороби.

Питання здоров'я, хвороби, прав пацієнтів відображено у важливих міжнародно-правових документах, конституціях, інших нормативних актах різних держав. Доречно зазначити, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) була створена 22 липня 1946 року. «Зміцнення власного здоров'я, на яке здатний кожен, є одним з основних прав усіх людей, незалежно від віри, раси чи політичних переконань — здоров'я всіх людей є фундаментальною умовою миру в усьому світі», — підкреслили у ВООЗ.

Загальна декларація прав людини (ООН, 1948), прийнята ООН, забезпечує кожному право на медичну допомогу і право на соціальний захист. У ньому йдеться про «право на рівень життя, достатній для здоров'я і благополуччя себе і своєї сім'ї, включаючи харчування, житло, медичне

обслуговування та адекватні соціальні послуги, а також право на безпеку в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості або іншої втрати засобів до існування через незалежні від нього обставини».

Європейська соціальна хартія, конвенція Ради Європи, яка була прийнята в 1961 році і переглянута в 1996 році, охоплює ряд соціальних прав людини, включаючи право на охорону здоров'я, соціальну та медичну допомогу. Він є одним з базових міжнародних договорів Ради Європи і є джерелом європейського права. Європейська соціальна хартія проголошує: «Кожна людина має право користуватися всіма заходами, спрямованими на забезпечення міцного здоров'я».

З 70-х років 20-х років ХХ століття поширені види юридичних рекомендацій стали доповнювати юридичні документи в більш конкретному напрямку. Так, на Міжнародній конференції ВООЗ і Дитячого фонду ООН, що відбулася в Алмати (СРСР, вересень 1978 року), були оголошені принципи і гарантії первинної медико-санітарної допомоги для всіх народів світу. Ця декларація, відома як Алма-Атинська декларація, проголошує: «Здоров'я розуміється як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, і його не можна розуміти лише як відсутність хвороб або фізичних дефектів, а досягнення найвищого рівня доброго здоров'я є соціальним обмеженням надзвичайної важливості, яке представляє великий інтерес для всього світу і передбачає участь декількох соціально-економічних секторів на додаток до здоров'я та гігієни».

Одними з важливих міжнародних документів, що забезпечують певні права хворої людини, є рекомендація Ради Європи «Про права хворих і вмираючих» (1976), «Хартія госпіталізованого хворого» (Рада Європи, 1979), «Декларація прав пацієнтів» (Лісабонська декларація) (Всесвітня медична асамблея, Лісабон, 1981), «Європейська хартія прав пацієнтів» (Європейський парламент, 1981). Ці документи захищають основні права кожної людини з моменту вступу в її відносини з медичним закладом. Міжнародні записи захищають гідність, ненасильство і гарантують повагу до хворої людини. Вони спрямовані на забезпечення гуманного ставлення до всіх пацієнтів, особливо дітей, психічно хворих, людей похилого віку та найбільш вразливих верств населення, які перебувають на останніх етапах життя.

Важлива роль у захисті прав людини і пацієнта належить національним конституціям і статутам. Відповідно до статті 3 Конституції України «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, посягання та безпека визнаються найвищою соціальною цінністю в Україні. Права і свободи людини та їх гарантія визначають предмет і напрямок діяльності держави. Держава несе відповідальність за діяльність особистості. Головним обов'язком держави є утвердження і захист прав і свобод людини».

Конституція України говорить: «Всі люди вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є нероздільними і недоторканими» (стаття 21). «Громадяни мають рівні конституційні права

і свободи та є рівними перед законом...» (Стаття 24). Кожна людина має право поважати свою гідність. Ніхто не повинен піддаватися тортурам, жорстокості, нелюдності або принизливому поводженню чи покаранню. Жодна особа не може бути піддана медичним, науковим чи іншим випробуванням без її вільної згоди" (стаття 28). «Громадяни мають право на соціальний захист, який включає повну, часткову або тимчасову втрату працездатності, втрату доходів працездатних, безробіття з незалежних від них обставин, а також право на забезпечення їх у старості та інших випадках, передбачених законом» (стаття 46).

Конституція України (стаття 49) містить положення про те, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування». Охорона здоров'я забезпечується шляхом державного фінансування відповідних соціально-економічних, медико-гігієнічних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективної та доступної медичної допомоги для всіх громадян. У державних і муніципальних закладах охорони здоров'я допомога надається безоплатно. Існуючу мережу таких клад не можна зменшити! Держава сприяє розробці всіляких власних лікувальних родовищ, піклується про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечення гігієнічного та епідеміологічного благополуччя.

Відповідно до Конституції України (стаття 50), «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля і має відшкодування шкоди, завданої порушенням цього права. Кожному гарантується право на вільний доступ до інформації про стан навколишнього природного середовища, якість продуктів харчування і предметів побуту, право на її поширення. Ніхто не може засекретити таку інформацію. Закон України проголошує, що «основи законодавства України про охорону здоров'я» «кожен має природне і непорушне право на охорону здоров'я». Здоров'я та турбота про Генофонд в українській родині, забезпечення пріоритетності охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, освіти, розваг життя і населення, вирішення екологічних проблем, поліпшення медичного обслуговування, впровадження здорового способу життя несуть відповідальність за нинішнє і майбутнє покоління суспільства і держави.

Основи Українського статуту про охорону здоров'я визначають правові, інституційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, підвищення працездатності та регулювання соціальних відносин у регіоні для забезпечення довготривалого активного життя громадян, усунення факторів, що негативно впливають на їхнє здоров'я, попередження та зменшення захворюваності, інвалідності та смертності, покращення спадковості».

Хоча біоетика як наука була сформульована лише в 1970-х роках, моральне утвердження прав людини і хворих стало її фундаментальною основою, а Загальна декларація прав людини (1948) і Європейська конвенція про

захист прав людини і основних свобод (1950) стали джерелом найважливіших біоетичних записів. Їх чисельність постійно зростає завдяки плідній та цілеспрямованій роботі основних європейських інституцій, таких як Парламентська асамблея Ради Європи, Комітет міністрів Ради Європи, Європейський парламент (табл. 2).

Конвенція про права людини та біомедицину, схвалена Комітетом міністрів Ради Європи в 1996 році, є найважливішим біоетичним документом і неофіційно відома як Конвенція про біоетику. Договір отримує юридично обов'язковий статус після його затвердження парламентами держав, які підписали цей документ. Конвенція визначає її предмет і мету, яка полягає в захисті гідності та особистої недоторканності особи та забезпеченні того, щоб порушення особистості у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини та інших прав і основних свобод поважалися без винятку для всіх. Конвенція проголошує, що інтереси і добробут особи превалюють над інтересами суспільства або науки і що рівний доступ і якісна медична допомога повинні надаватися всім. Усі медичні втручання, включаючи втручання з дослідницькою метою, повинні проводитися згідно з відповідними професійними вимогами та стандартами. Принципово важливим положенням Конвенції є те, що медичне втручання може бути застосовано лише після того, як відповідна особа надала свою добровільну інформовану згоду. Серед принципів, закріплених у Конвенції, поваги до приватного і сімейного життя у зв'язку зі збором, поширенням і зберіганням медичної інформації заслуговує великої похвали. Важливо заборонити дискримінацію людини за ознакою його генома. Враховуючи контроль генетичних маніпуляцій та прогностичне генетичне тестування. Конвенція розглядатиме рекомендації щодо заборони наукових біомедичних досліджень, вилучення органів і тканин у живих донорів для трансплантації, комерційного використання людського тіла.

Таблиця 2

Основні документи з питань біоетики Парламентської Асамблеї Ради Європи (ПАРЄ), Комітету Міністрів Ради Європи (КМРЄ) та Європейського Парламенту (ЄП)

No	Назва документа	Тип документа	Інституція	Рік
1	Про ситуацію психічно хворого	Рекомендація	ПАРЄ	1977
2	Про узгодження законодавства держав-членів щодо взяття і трансплантації людських органів і тканин	Резолюція	КМРЄ	1978
3	Про міжнародний обмін і транспортування людських органів	Рекомендація	КМРЄ	1979
4	Про генну інженерію	Рекомендація	ПАРЄ	1982
5	Про юридичний захист осіб, які страждають від психічної хвороби й примусової госпіталізації	Рекомендація	КМРЄ	1983
6	Про повідомлення щодо використання рекомбінантної ДНК	Рекомендація	КМРЄ	1984
7	Про застосування ембріонів та людських плодів для діагностичних, терапевтичних, наукових та комерційних цілей	Рекомендація	ПАРЄ	1986
8	Про застосування ембріонів та людських плодів у процесі наукових досліджень	Рекомендація	ПАРЄ	1989
9	Про етичні та юридичні проблеми штучного запліднення <i>in vivo</i> та <i>in vitro</i>	Резолюція	ЄП	1989
10	Про етичні та юридичні проблеми генетичних маніпуляцій	Резолюція	ЄП	1989
11	Про медичні дослідження на людських істотах	Рекомендація	КМРЄ	1990

12	Про генетичний пренатальний скринінг, пренатальну генетичну діагностику і про медико-генетичне консультування	Рекомендація	КМРС	1990
13	Про впорядкування правил розтину трупів	Рекомендація	КМРС	1991
14	Про підготовку конвенції з питань біоетики	Рекомендація	КМРС	1991
15	Про права психічно хворих	Резолюція	ЄП	1992
16	Про застосування аналізу ДНК в системі кримінального судочинства	Рекомендація	КМРС	1992
17	Про генетичні тести на скринінг у медичних цілях	Рекомендація	КМРС	1992
18	Про розвиток біотехнологій та її наслідки для сільського господарства	Рекомендація	ПАРС	1993
19	Про клонування	Рекомендація	ПАРС	1997
20	Про клонування	Резолюція	ПАРС	1998
21	Про юридичний захист біотехнологічних винаходів	Директива	ПАРС	1998

Основна «Загальна декларація геному людини і прав людини» (ООН, ЮНЕСКО, 1997) була першим правовим актом в області біології. Декларація декларує принципи людської гідності по відношенню до геному людини, право відповідних осіб на дослідження, лікування або діагностику, пов'язану з геномом людини, правила досліджень геному людини і умови досліджень, солідарність і міжнародне співробітництво. Ця декларація оцінюється міжнародним співтовариством як дуже важливий фактор ефективного захисту гідності кожної людини і всього людства в контексті біомедичних досліджень.

З метою вдосконалення етико-правового контролю суспільних відносин відповідно до міжнародних стандартів Україна підписала головний міжнародно-правовий документ Ради Європи у сфері біоетики – «Конвенцію про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням біології та медицини: Конвенція про захист прав людини та біомедицини» (2005). Наша країна погодилася із Загальною декларацією геному людини та прав людини (ООН, ЮНЕСКО, 1997), доступом до інформації, участю громадськості у прийнятті рішень з екологічних питань та доступу до правосуддя (ООН, 1998) та Конвенцією про біологічне різноманіття (Картахенський протокол) (ООН, 2003).

Ідеями та принципами біоетики є Конституція України, основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний кодекс України, закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», закон України «Про психіатричну допомогу», закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та застосуванні генетично модифікованої продукції».

Розвитку біоетики в Україні сприяв наказ МОЗ України «Визначення клінічних випробувань. Ліки. Належна клінічна практика» (2005), Наказ МОЗ України «Експертиза матеріалів клінічних випробувань і клінічних випробувань лікарських засобів та контроль зразків Комісії з біоетики» (2006), Наказ МОЗ України «Захист тварин від жорстокого поводження» (2006), Наказ МОЗ України «Про біобезпеку» (2007), Наказ МОЗ України (2007), Наказ МОЗ України (2007), Наказ МОЗ України (2007).

Тема 2. Поняття та загальна характеристика біоетики.

Біологічна етика є унікальним явищем, оскільки поєднує в собі філософію моралі, фундаментальну наукову дисципліну феномена живого і моральності, яка з давніх часів була осередком духовного життя людства, природно можливий шлях людини стати людиною. Реалії сучасності привели до органічного поєднання таких принципово різних явищ. З самого початку свого існування природничі науки орієнтувалися на об'єктивність як ідеал науки, на вивчення об'єктивної реальності незалежно від почуттів, надій, людських і моральних уподобань людини. В результаті, як зауважив Джон Дьюї, серйозний конфлікт між натуралізмом і гуманізмом полягає в «глибокому і невирішеному розриві між природним змістом науки і додатковим (якщо не супер-над-) природним змістом моралі».

Унікальність етики полягає в тому, що, на відміну від біології, вона не є точною наукою з набором теорій, рекомендованих для всіх ситуацій. Це набагато складніша структура. Ще за своїм походженням («Нікомахівська етика» Аристотеля) етика визначалася як одна з найважливіших проблем життя людини, як засіб духовної гігієни його існування. Ще до цього Демокрит визначав прекрасне, справедливе і добродіє як природне, корисне ім'я для життя. Взагалі, мета моралі - не аргументувати перевагу добра над злом, а допомогти людині адекватно розібратися в життєвій ситуації і знайти спосіб досягнення добра. Мораль визначалася як єдино можливий шлях становлення особистості, реалізація людської сутності. Термін *etos* взагалі переріс у визначення сфери людського існування. В основі всіх моральних структур лежить почуття зв'язку з існуванням інших людей і з існуванням природи.

Етика здатна прагнути до цілісності життєвого процесу (існування), який органічно об'єднує минуле, сьогодення і майбутнє, природні і суспільні уявлення. Прогресивні соціальні та екологічні проблеми - це "нова мораль" ("етика ненасильства" - Р. Емерсон, Г. Торо, Л. Толстой, М. Ганді, М. Л. Кінг; «Культура злочинності» і «культура сорому» - Р. «Принцип відповідальності» - Г. Джонас; Концепція "Commons World" - К.М. Майер-Абіх та ін.). Що примітно, сьогодні майже забуті, с. «Принцип співчуття» Мейена, який заснований на переконанні, що мораль повинна бути в центрі будь-якої практичної дії людини. Незважаючи на всю можливу практичну ефективність, зрозуміло, що проекти, які не враховують етичні та екологічні вимоги, зазнають невдачі.

Аналітики пишуть про кризу ідей, ідеологічна криза - це криза не тільки одного індивіда, але і всього людства.

Виділено такі симптоми цієї кризи: фрустрація, втрата сенсу життя, прогресування різних морфологічних захворювань в контексті загально розвиненої медицини, тривога і депресія, відсутність відчуття щастя і спокою, відчуття марності життєвих зусиль, зниження значущості сім'ї та

сімейних цінностей і т.д. Іншими словами, сучасна людина втрачає позиції під ногами. Переважає постійне відчуття небезпеки. Чим більше людство здається успішним в плані науково-технічного розвитку, тим більш невизначеним і загрозливим стає його майбутнє.

Переважає культура масового споживання. Реклама невпинно створює нові, штучні бажання і цілі. У бідних країнах більшість населення страждає від голоду. У розвинених країнах основу харчування складають м'ясні та солодкі страви, які призводять до розвитку надмірної ваги і супутніх з ним небезпечних захворювань («хвороб достатку»), боротьба з якими коштує великих грошей. Орієнтовані на прибуток системи охорони здоров'я неминуче починають ігнорувати медичні потреби економічно слабших верств населення. Величезна потреба в нових препаратах проти інфекційних захворювань не є задовільною, оскільки фармацевтичні компанії не знаходять достатньо платоспроможних клієнтів. Тим часом ринок препаратів проти грибків, ожиріння, облісіння, зморшок і імпотенції оцінюється в мільярди доларів. Відбувається поступова ерозія природних ресурсів. Людство використовує більше, ніж необхідно. Всі працюють на світову економічну еліту. Країни страждають від мілітаризації економік, бюджетного дефіциту, соціальних програм (Й. Сті-Гліц). Свого часу Махатма Ганді зауважив, що світ досить великий, щоб задовольнити потреби людства, але занадто малий, щоб задовольнити людську жадібність.

Саме при злитті традиційно несумісних науки і етики виникає «нова мораль». Сьогодні навколишнє середовище та біоетика є своєрідним координаційним центром таких фахівців з етики. Біоетика - сучасний напрямок прикладної етичної думки, де продуктивно докладаються зусилля для поєднання останніх досягнень біології та медицини з духовністю і етичними принципами. Таке поєднання часто визнається необхідною передумовою подальшого існування людини як нормальної істоти, що дає підстави для визначення біологічної етики як «етики виживання», що закладає основи цивілізації «любові і життя». Біоетика, що визначає ступінь допустимого втручання в природу взагалі і в природу людини зокрема, стає важливим елементом ціннісних і духовних основ людської цивілізації, орієнтуючись на подальше моральне вдосконалення людини, створення умов для захисту її прав і гідності.

Людство прогресує настільки швидко, що ми не встигаємо зрозуміти результати такого прогресу, особливо результати, що вкрай небезпечно.

«Сурогатне материнство – материнство напрокат», міркування про нові етичні стандарти, які стануть бізнесом з його юристами та профспілками, «репродуктивний туризм», «трансплантаційний туризм», умисні дозволи на смерть (евтаназія, аборти) тощо. З'явилася

«антропотехніка» - галузь, що розвиває можливості формування у людини певних станів - інтелектуала, воїна, працівника і нового виду людини - «щасливої людини».

Маніпуляції надзвичайно вражають досягненнями у відборі статі, генній інженерії та трансплантології тощо. Але, як це часто буває, благі цілі часто призводять до несподіваних і непередбачених наслідків. Тому величезні можливості біотехнології в діагностиці, лікуванні, фармакології, відборі та виробництві необхідних органічних матеріалів не повинні відволікати увагу від можливих негативних наслідків їх впровадження. Зокрема, Конвенція про права людини в галузі біомедицини вимагає пріоритету інтересів і добробуту особистості над інтересами суспільства і науки.

Міжнародне співтовариство активно шукає вихід з ситуації, що склалася саме в сфері біоетики. Термін «біоетика» набув широкого поширення в науці після публікації книги У. Р. Поттера «Біоетика - міст в майбутнє». В цілому виникнення цього наукового напрямку є своєрідною відповіддю на технічні та соціально-політичні «виклики» в галузі медицини та біології.

Біоетичний аспект надзвичайно актуальний для натуралістів (теоретиків і експериментаторів), медиків і біологів, політиків і державних службовців.

Були вимоги обмежити всі види досліджень з використанням тварин в лабораторіях, але ніхто не протестує проти боєнь, розведення (експлуатації), рибальських змагань і полювання (вбивства заради розваги) в сільському господарстві.

Тривожним є те, що існує тенденція сприяти успіху та важливості останніх досліджень та практики генної інженерії. Їх кваліфікація і здібності були перебільшені, а очевидні недоліки і потенційно загрозливі наслідки замасковані. Актуальність і важливість біоетичних питань часто використовується для реклами та популяризації результатів останніх біомедичних досліджень. Їх іноді визначають як заходи безпеки для біотехнологічних проектів.

Повне верховенство права над мораллю призводить до прагнення до уніфікації моралі, якій закон надає їй риси регулятивної, або обов'язкової моралі, заснованої на потребах і заборонах.

Цим можна пояснити активний пошук певної нормативної бази, спираючись на яку можна вирішувати складні біоетичні проблеми. Якщо в сфері юриспруденції все регулюється обов'язком неухильно дотримуватися правових і статутних норм, то в сфері моралі людина може розраховувати тільки на власний моральний вибір і точність особисто для себе. Незважаючи на всі зусилля об'єднати мораль і право як головні регулятори людської поведінки, юридична етика не може бути змінена, а мораль не

може змінити права. Сучасна «цивілізована» людина звикла враховувати закони і регулятивна функція моралі, власна совість, істотно зміщується на грань свідомості, що можна розцінювати як небезпечну тенденцію. Апостол Павло сказав у посланні до римлян, що Закон необхідний, але він є лише першим кроком на шляху до внутрішньої досконалості, бо сам по собі він не може змінити гріховних схильностей людини. Необхідно рухатися до моралі, закону «внутрішньої людини», яка згодна з Богом. К. Як правильно зауважив Аксаков, закон робить совість непотрібною.

Тема 3. Біоетичні аспекти у біомедичних технологіях

Загрози існуванню людини як екологічного і соціально-біологічного організму пов'язані не тільки з антропогенним забрудненням навколишнього середовища і екологічною катастрофою, а й з техногенними наслідками.

Досягнення в області медико-біологічних досягнень, включаючи використання так званих біотехнологій. Такі небезпеки повинні сприйматися суспільством як «моральні обмеження», за межами яких використання технологій без детального контролю і етичного обґрунтування має вважатися неприпустимим.

Відповідно до положень Конвенції ООН про біологічне різноманіття 1992 року термін «біотехнологія» означає будь-який вид технології, пов'язаний з підготовкою або зміцненням біологічних систем, організмів або продуктів їх переробки для їх конкретного використання. Для медичної практики та біомедичної науки великий біологічний та професійний інтерес представляють такі галузі біомедичних технологій, як генна терапія, генетичний скринінг, терапія стовбуровими клітинами, програма геному людини, виробництво лікарських засобів, фармакогеноміка та використання генетично модифікованих продуктів.

Генна терапія спрямована на досягнення терапевтичного ефекту шляхом введення функціонально активних (терапевтичних) генів та інших генетичних структур (гібридних ДНК/РНК-олігомерів). Навіть сьогодні в економічно розвинених країнах генна терапія включена в клінічні протоколи лікування генетичної молекулярної патології, онкопатології, нейродегенеративних та інфекційних захворювань.

Розвиток генної терапії загрожує потенційними етичними конфліктами. Так, конфлікт інтересів виникає, коли науковий керівник команди, яка тестує новий клінічний протокол генної терапії, одночасно є власником або співвласником компанії, яка замовила ці випробування. Виникає конфлікт фінансових інтересів підприємців, яких цікавлять інтереси прибутку і пацієнтів. Більш того, бувають випадки, коли результати наукових і клінічних досліджень спотворюються в тих випадках, коли це дає економічну вигоду.

Не тільки у зв'язку зі зростаючою комерціалізацією наукових досліджень і особливо їх результатів, біоетичні норми і норми набувають

все більшого значення щодо потенційної загрози здоров'ю пацієнта з боку вірусних векторів перенесення терапевтичних генетичних структур.

Біоетичні дискусії виникли після того, як команда вчених з Національного інституту охорони здоров'я отримала патент, який включав всі види генної терапії *ex vivo* на клітинах поза тілом.

Практичне використання досліджень і результатів в області генної терапії є актуальним для вирішення проблеми генетичної безпеки нації. У міжнародних записах ВООЗ, ЮНЕСКО, Ради Європи етично дозволена тільки генна терапія соматки.

Ще одним практичним досягненням біомедичних технологій, що потребують етичної оцінки, є розробка методів генетичної діагностики генетичних захворювань, вірусних та мікробних інфекцій. Генна терапія і генна терапія тісно пов'язані один з одним і з програмою геному людини. Успіх програми супроводжувався біоетичним конфліктом через зусилля некомерційних організацій запатентувати фрагменти людської ДНК для майбутньої економічної вигоди.

За останні два десятиліття, мабуть, жодна медична і біологічна галузь не призвела до такого близького суспільного інтересу і наукових суперечок, як дослідження стовбурових клітин. Однією з біологічних проблем терапії стовбуровими клітинами є розрив між суспільними та професійними інтересами та очікуваннями, з одного боку, і можливості справжньої оцінки результатів з точки зору доказової медицини, з іншого. В економічно розвинених країнах вартість несправедливої трансплантації стовбурових клітин в останні роки перевищила вартість інших дорогих біомедичних технологій, що обмежує біоетичний принцип справедливого розподілу ресурсів охорони здоров'я. Механізм терапії стовбуровими клітинами залишається неясним. Ризики розвитку онкологічної патології не вивчені. Є підозри, що завищення позитивного результату і наявності ускладнень на ранній стадії і після лікування може маскуватися. З біоетичних міркувань експерименти з ембріональними стовбуровими клітинами заборонені в Німеччині, Франції, Ірландії, Іспанії, деяких західних шкільних державах Китаю.

Однак позитивні результати лікування ряду серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, гострої і хронічної ниркової недостатності, травм і захворювань кісткового профілю, інших захворювань дозволяють припустити можливість подальших досліджень відповідно до біоетичних принципів «доброзичливості», «нешкідливості» і поваги до автономії пацієнта.

Прикладом чудового прогресу біотехнології в сільському господарстві є генетична модифікація продуктів. При цьому наукове співтовариство і природоохоронні організації засвідчують наявність біологічних небезпек, споживаючи продукти, отримані з генетично модифікованих організмів (ГМО). Біологічні проблеми цього виду

біотехнології пов'язані з можливістю несприятливого впливу на здоров'я людини, а також ризиками, які формують предмет біобезпеки.

Генетично модифіковані мікроорганізми здатні підвищити стійкість антибіотиків до природних патогенів людини в разі випадкового проникнення в природу з біотехнологічних лабораторій. Пряму загрозу генетичної стабільності біосфери можуть становити генетично модифіковані рослини, які є єдиними ГМО, що вже потрапили в природне середовище. Швидкими темпами розвивається біотехнологія генетичних модифікацій тварин.

Сьогодні вирощуються і вже вирощуються такі генетично модифіковані культури, як кукурудза, картопля, соя, томати та інші культури. Прихильники впровадження генної інженерії в сільському господарстві впевнені: людина, яка вживає трансгенні продукти, не піддається більшому ризику, ніж прийом звичайних продуктів. Крім того, деякі вчені, фермери, урядовці та виробники трансгенних продуктів переконані, що людство не може обійтися без генної інженерії. Основні аргументи на користь широкого використання цієї технології виробництва продуктів харчування базуються на корисному підході: на зміну позитивній ролі приходиться глобальний ризик втрати біологічної основи існування людини як виду. Звичайно, використання будь-якої сучасної техніки супроводжується ризиком, але цей ризик повинен бути прийнятним. Тому одним з правил поведінки в ситуації ризику є захід, заснована на співвідношенні ризик/користь. Моральна загроза виникає, якщо термінам «ризик» і «користь» дано чисто економічне визначення або нерівнозначне визначення. Нерівність виникає, коли шкода здоров'ю порівнюється з антропологічним благом з соціально-економічними вигодами. Чисто економічний підхід до визначення пропорції базується на грошовій оцінці лікування і життя з одного боку і економічної вигоди, яку можна отримати завдяки використанню сучасних біомедичних технологій - з іншого. Обидва визначення мають значні етичні обмеження щодо ставлення до людських цінностей. Принцип ризик-користь вимагає термінології та етичного уточнення та вдосконалення.

Наприклад, при дотриманні етичних принципів вищого порядку це співвідношення можна визначити як співвідношення «інструменти – користь». При цьому економічні показники розраховуються і порівнюються між собою.

При оцінці шкоди, якої може зазнати навколишнє середовище, населення або працівники, доцільно не використовувати відносне поняття прийняттого ризику, а використовувати поняття соціальної відповідальності та оптимізації ризику. Потрібно постаратися звести до нуля шкоду, яка може бути завдана пацієнту, медичному працівнику, населенню в цілому. Критерій соціальної відповідальності обґрунтовує, що навмисно прийнятний ризик і без нього неможливо надати адекватну медичну допомогу конкретному пацієнту.

Моральне почуття та відповідальність людини повинні виражатися через конкретні заходи щодо захисту навколишнього середовища, розвитку системи біобезпеки та підтримки відповідальних міжнародних, національних, регіональних ініціатив.

Збільшення населення планети робить актуальною проблему продовольчої бази. Рослини, отримані в результаті генної інженерії, можуть давати більш високі врожаї, ніж звичайні культури, мають більш високу стійкість до комах-шкідників; Можливо, що характеристики рослин можуть бути змінені через генетичні модифікації зі збільшенням вмісту поживних речовин і вітамінів, що призводить до кращого балансу поживних речовин; Генетично модифіковані рослини стійкі до екстремальних кліматичних умов (посухи, холоду, повені), що особливо важливо для популяцій в бідніших регіонах планети; Пестициди та гербіциди не потрібні при вирощуванні генетично модифікованих рослин; Вакцини проти різних захворювань можуть бути корисні для здоров'я, якщо вони вбудовані в продукти, що містять генетично модифіковані інгредієнти.

Питання біобезпеки пов'язані з відсутністю наукових даних про побічні ефекти генетично модифікованих продуктів. В даний час випробування генетично модифікованих рослин зазвичай проводяться протягом відносно короткого періоду часу, лише на невеликих ділянках і рідко тривають довше сезону. Не можна точно сказати, що випробування будуть проводитися фірмами, які дійсно незалежні від біотехнологічних компаній і що немає конфлікту інтересів. Складно передбачити, як прийом генномодифікованих продуктів вплине на організм через деякий час, так як потрібно стежити за кількома поколіннями людей, які вживають такі продукти. Переконливих даних про харчову цінність таких рослин або їх вплив на навколишнє середовище і тваринний світ немає.

Використання технологій генної інженерії може призвести до появи раніше невідомих небезпечних ознак у продукції, при цьому кожен генетично модифікований продукт тестується на здатність виявляти широкий спектр потенційних небезпек.

Тільки в ході клінічних випробувань вдається виявити всі можливі ризики і несподівані побічні ефекти, які можуть бути приховані в продуктах, виготовлених із застосуванням технології генної інженерії. Основними і очевидними ризиками генетично модифікованих продуктів для здоров'я людини є алергія, токсичність, розвиток стійкості до антибіотиків. Слід також відзначити негативний вплив впровадження генетично модифікованих культур на навколишнє середовище.

Сьогодні компанії, що виробляють генетично модифіковану продукцію, активно використовують міф про рівність або рівність продуктів харчування. Поняття «рівність продовольчих товарів» використовується в якості основи регуляторної системи в Європі, Північній Америці і в усьому світі. Він спеціально розроблений для полегшення комерціалізації генетично модифікованих продуктів. Наприклад, така

традиція лежить в основі європейських регламентів щодо генетично модифікованих продуктів та інгредієнтів. Рівність передбачає, що і загальні, і генетично модифіковані продукти однакові за всіма характеристиками, важливими для споживачів, безпеки, харчової цінності, зовнішнього вигляду. Грунтуючись на теорії про те, що генетично модифіковані продукти не більш небезпечні, ніж інші, вони класифікуються як еквівалентні нормальним під час тестування або маркування і підлягають тій же простоті, що і традиційні продукти, а не посилені тести для виявлення ризику, що лежить в основі генетично модифікованих продуктів.

Проблеми створення трансгенних рослин і тварин вимагають більш глибокого філософського і наукового осмислення, так як пов'язані не тільки з вузьким колом фахівців. Йдеться не лише про нинішнє населення, а й про майбутні покоління. Певний аспект-мінімум останніх генетичних знань стає найважливішим елементом не тільки особливої, а й загальної грамотності людини, що є показником його готовності і відповідальності за життя в сучасному світі.

Сучасні біомедичні технології мають великий лікувально-діагностичний потенціал, але і мають серйозні ризики в разі їх безконтрольного використання. У певному сенсі гіпократівський принцип «не нашкодь» відступає перед новим принципом «мудрої безпеки». Наприклад, цей стан розвивається при клінічних випробуваннях препаратів, розроблених з використанням біомедичних технологій. У майбутньому можна не сумніватися, що біомедичні технології для досліджень в області виробництва лікарських засобів і фармакогеноміки можуть бути дуже корисні як окремій людині, так і суспільству в цілому. Але в процесі клінічних досліджень дослідник може розраховувати тільки на зниження потенційної шкоди, а не на повне виключення його гарантованої профілактики і ризику.

Проблеми клонування

Клонування (від грецького клон - від втеча, гілочка, черешок) - це штучна і безстатева структура клітин або особин, генетично схожих з уже існуючими клітинами. У біології термін «клон» відноситься до організму, який виникає через поділ особи матері і має набір генів, подібних до цієї людини. Клони відрізняються лише набором ознак, а не набором генів, і ці відмінності викликані відмінностями в середовищі, в якій ростуть деякі особини.

Клонування є природним способом розмноження багатьох рослин і нижчих тварин. Ми маємо справу з етичними питаннями, коли починаємо обговорювати допустимість клонування вищих тварин і, перш за все, клонування людини.

Наше суспільство розділилося на противників і прихильників клонування, що призводить до тертя і досить напружене. Світова спільнота розділена на різні групи, які зайняли різні позиції, що знайшло відображення в їх національних правових нормах. Залежно від мети

розрізняють два види клонування: - репродуктивне клонування спрямоване на досягнення народження живої людини саме таким, яким воно вже існує; - Терапевтичний - будова плода, яке планується порушити життя на ранніх стадіях розвитку, щоб отримати тканини і клітини, якими пацієнту необхідно зробити щеплення, і це змінює структури, уражені хворобою.

Пропаганда клонування заснована на аргументах, що вона може бути зроблена для вирощування живих органів, які терміново потрібні пацієнтам, також важливо вироблення інсуліну. Клонування розглядається як можливість відновити зникаючі види тварин. Ці приклади спрямовані на благо, адже їх результат продовжує термін життя в тій чи іншій формі.

Багато радикальні організації і секти вже заявили про свої наміри суперечити гуру, великим пророкам і навіть самому Ісусу Христу.

В якості важкого соціального аргументу і морального виправдання клонування найбільш обдарованих людей минулого і наших сучасників висувуються існуючі проблеми, зокрема, генетичні втрати талановитої та інтелектуальної частини населення в результаті революцій, сталінських утисків, воєн.

Якщо буде проведено клонування людини, то з'являться нові види індивідуальних відмінностей – генетичні, нові соціальні верстви – клони і нова проблема – клони і співіснування звичайних людей. Передбачити індивідуальні властивості клону складніше, ніж його фізичні властивості. Слід пам'ятати, що людина - біосоціальна істота і що на його структуру сильно впливає середовище, в якій він виріс. Внутрішній світ клона, його призначення, його доля, психологія його поведінки, мотивація вчинків, система цінностей складно прорахувати і передбачити.

Клони приймають нашу людську мораль або створюють свою? Чи кожен має права людини і громадянина протягом життя «оригіналу»? Чи має право клонувана людина на розмноження природним шляхом, і в цьому випадку кого слід вважати батьком дитини? Чи не будуть клони другосортними людьми? Які відносини існують між клоном і матір'ю, між матір'ю і «джерелом»? Чи прагне «оригінал» піклуватися про своїх клонів? За яких обставин і умов клони претендують на правонаступництво? Оскільки в клонуванні людини беруть участь три особини: донор клітин, донор яйцеклітин і сурогатна мати, батьківство є серйозною проблемою. Клонування ж може бути використано для створення «людей другого сорту», «рабів», що є вираженням морального насильства, соціальної несправедливості по відношенню до особистості.

Ставлення до клонування людини, його тенденції до правового контролю часто визначаються не тільки світською владою, а й духом панівної в конкретному суспільстві релігії для цих проблем. У різних релігіях, незважаючи на їх відмінності, мотивація заборони клонування близька: що є людиною і що робить людину людиною. Традиційно проти клонування виступає католицька церква. Вона відстоює позицію, що народження нової людини має відбуватися природним шляхом, інакше

новонароджений не матиме богоподібної душі. Преподобний Іван Павло II вважав, що клонування є викликом загальнолюдській християнській моралі і зрадою її принципів. У 1993 році, відповідаючи на повідомлення про передчасне клонування плода, він засудив експерименти над людським життям, які не враховували людську ідентичність або гідність, заявивши: «Якщо ви перейдете межу, ніщо не зможе захистити людину від маніпулятивного і саморуйнівного божевілля».

У 1997 році світова спільнота зіткнулася з істиною успішного клонування ссавців, для чого використовувалися ядра соматичних клітин. Про можливість і шкоду цього наукового відкриття відразу ж в наукових, релігійних і політичних колах виникли гарячі суперечки. Більшу стурбованість і опір викликала ідея потенційного використання цієї технології для розмноження людини.

Клонування рослин з черешками, бруньками або бульбами в сільському господарстві відомо вже більше 4 тисяч років. Років. З 70-х років минулого століття невеликі групи клітин і навіть окремі соматичні клітини стали широко використовуватися для клонування рослин.

Відносно високий відсоток мимовільних абортів на пізніх стадіях розвитку плода і часта загибель тварин після народження, особливо коли донорами ядер є соматичні клітини, є основною проблемою клонування. Соматичне клонування може призвести до вроджених дефектів. У деяких клонованих тварин, включаючи перших клонованих овець, спостерігається явище передчасного старіння. Вплив клонування на функціональні ознаки і фертильність не вивчено.

Ранні стадії розвитку, відомі як терапевтичне клонування, передбачають клонування ембріонів, після чого вони стають своєрідним банком донорської тканини для конкретних особин. Стовбурові клітини, що володіють унікальними здібностями і здатністю розрізняти будь-які тканини і органи, вже давно стали предметом наукових досліджень. Важливою особливістю стовбурових клітин є те, що в момент їх трансплантації вони відторгаються організмом реципієнта в меншій мірі, ніж донорські органи і тканини. Такий підхід у майбутньому може призвести до можливості вирощування попередників різних органів і тканин в лабораторних умовах з подальшою їх трансплантацією замість донорських органів. Крім того, проводяться дослідження з використання стовбурових клітин в якості векторів для генної терапії.

Впровадження репродукційного клонування людини може призвести до руйнування традиційних моральних принципів і перш за все сім'ї. Більш того, така ситуація небезпечна з точки зору численних соціальних і правових колізій. Взаємозв'язок між людьми і клонами, право і майновий стан клонів, чи можна вважати клонованими і клонованими сім'ю – ось неповний перелік питань, актуальних в контексті впровадження клонування. Всі ці колізії права можуть призвести до серйозних змін в конституційному, цивільному та інших галузях права. Примітно, що

більшість вчених-генетиків, які критикують можливість клонування, головні етичні проблеми бачать в невирішеності методологічних проблем клонування людини.

Актуальною є проблема правового регулювання заходів, спрямованих на отримання ембріонів як джерела ембріональних стовбурових клітин шляхом клонування, а не на створення повноцінних копій людей. Завдання вирощування тканин і органів людини для потреб трансплантації - це реальна і близька можливість використовувати успіхи клонування в медицині. Терапевтичне клонування передбачає створення груп клітин і тканин, прищеплення їх в організм хворої людини і заміщення хворих клітин або тканин. По-перше, це використання тканин при лікуванні онкологічних захворювань, захворювань спинного мозку.

Також можливе використання цих тканин при лікуванні цукрового діабету, цирозу печінки, хвороб Паркінсона і Альцгеймера. Загально визнаним є примат добробуту особистості над інтересами науки, що засвідчено конвенцією «Про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням біології та медицини», прийнятою Парламентською асамблеєю Ради Європи в листопаді 1996 року. Зараз договір ратифікували понад 30 країн.

14 грудня 2004 року Верховна Рада України прийняла закон України про «заборону клонування репродукції людини». Порушення закону передбачає цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність.

Тема 4. Проблеми використання тварин у наукових дослідженнях

Кожен раз науковці, починаючи працювати з тваринами, задаються питанням: «Що це за бідні тварини, скільки їм доводиться терпіти, а потім вмирати за нас, за людей. У Біблії (Буття 1:26) сказано: «Створімо людину за образом Нашим, за подобою Нашою, і пануймо над морською рибою, над небесними курми, над худобою, над землею, над землею, над усіма гадами, що рухаються над землею, над землею, і над землею, і над землею», але багато хто з нас шкодує, що вбивав тварин для власного блага.

Згідно з науковим світоглядом, при погляді на історію протягом багатьох років вважалося, що біль у тварин є простим рефлексивним реакцією і що це «етичне» виправдання використання тварин в експериментах. Така позиція пов'язана з таким поняттям, як антропоцентризм, де людина, що є «вінцем світобудови», має необмежене право використовувати тварин у власних інтересах. Однак такі відносини між тваринами і людиною змінилися в ХІХ столітті. Таким чином, в 1822р. У Великобританії вперше був прийнятий закон проти жорстокого поводження з тваринами, а в 1824 році було створено перше в світі товариство захисту тварин. Навколишній тваринний світ має рівні права з людиною і з'явилися ознаки біоцентричності, які не можуть бути об'єктом експлуатації людиною, використання тварин в експериментах виправдано

тільки тоді, коли є гостра необхідність, якщо мета важлива і немає інших шляхів її досягнення і допомогло суспільству усвідомити, що користь переважає шкоду, заподіяну тваринами. Так, у другій половині минулого століття була доведена необхідність експериментів з участю тварин, але за таких умов: тварина не повинно відчувати болю; Умови її утримання повинні бути максимально комфортними, а зручність експериментів доведено; Результати експериментів, в яких тварини постраждали без потреби, не представляються в наукових журналах або на наукових конференціях і конференціях; Дослідник повинен пам'ятати, що саме він відповідає за нормальний стан піддослідних тварин.

Відповідно до Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються в практичних та інших наукових цілях (Страсбург, 18 березня 1986 року, офіційний переклад), всі дослідники повинні дотримуватися правила «3R»: 1) заміна означає використання альтернативних матеріалів і методів замість живих тварин, тобто: заміна хребетних тварин безхребетними; культивування тканин і мікроорганізмів; реалізація комп'ютерно-математичних методів; Обмін інформацією для уникнення зайвого дублювання. 2) Скорочення - зменшення кількості тварин, використовуваних в експерименті. 3) Удосконалення (переробка) технології, яка працює з лабораторними тваринами. Експериментатор повинен зменшити біль, дискомфорт і дискомфорт у піддослідних тварин. В даному випадку мова йде не про захист лабораторних тварин від експериментів, а про їх захист.

В Україні «щодо захисту тварин від жорстокої поведінки» (Відомості Верховної Ради України, 2006 р., № 27, ст. 230) зазначено: «Наукові експерименти, біологічні випробування, використання тварин у навчальному процесі допускаються лише за умови відсутності можливості заміни його іншими альтернативними методами та матеріалами. Непрацездатне піддослідна тварина вбивається евтаназією раніше, ніж тварина страждає. Однак ІАСУС (Інституційні комітети з догляду та використання тварин) враховує кількість болю і, з якихось вагомих причин, у ситуаціях, коли полегшення болю та дистресу є суперечливим, наприклад, через ризик неправильних результатів у випадку анестезуючого препарату (клас E), є швидкою дезактивацією методів евтаназії. Як бачимо, ця проблема не вирішена в нашій країні.

Розкриваючи етичні проблеми експерименту за участю тварин, не можна не згадати статистичні дані про частоту, з якою відбуваються небажані результати. Сучасна медицина, як відомо, містить 150 препаратів, які були випробувані на тваринах і небезпечні для людини. Так, застосування седативного препарату для вагітних призвело до народження 10 000 малюків з відсутністю талідоміду кінцівок і каліцтвами. Раніше препарат успішно пройшов випробування на тваринах і не показав токсичності. У 60-х роках 3 500 астматиків померли у Великобританії за допомогою аерозольних інгаляторів, протестованих на тваринах. Це можна

пояснити біологічними відмінностями між людиною і піддослідними тваринами.

Тому, незважаючи на довгу історію розкриття проблеми експериментів за участю біоетики і тварин, до сих пір залишається багато невіршених проблем. Як бачите, позитивний результат експерименту з участю тварин не завжди однаковий для людини. А що було б, якби всі тести проводилися безпосередньо з людьми?

Найбільш рання згадка про досліди над тваринами зустрічається в роботах стародавніх греків 2-1-го століть до нашої ери. Аристотель (384-322 рр. До н. Е.) і Ерастрит (304-258 рр. До н. Е.) Першими провели досліди над живими тваринами. Гален, давньоримський лікар другого століття нашої ери, відомий як «батько поділу життя», практикував розтин свиней і кіз. У дванадцятому столітті арабський лікар Ібн Цур практикував хірургічні методи на тваринах.

Тварини використовувалися протягом всієї історії науки. У 1880 році Луї Пастер довів мікробну природу деяких захворювань, штучно викликають сибірську виразку у овець. У 1890 році І. Павлов використовував собак для вивчення керованих відображень. Інсулін був вперше виділений з собак в 1922 році, що зробило революцію в лікуванні діабету. 3 листопада 1957 року собака Ліка, перша з багатьох інших тварин, відвідала орбіту Землі. У 1970-х роках антибіотики і вакцини проти прокази (прокази) були розроблені з використанням броненосців. У 1974 році Рудольф Джаніш створив перше генетично модифіковане ссавець шляхом інтеграції ДНК вірусу SV40 в геном миші. Ще один прорив в генетиці був зроблений в 1996 році, коли на світ з'явилися вівці далі (перше ссавець, клоноване соматичною клітиною).

Безхребетні мають перевагу перед хребетними через їх короткого життєвого циклу і простоти розмноження. Однак простота слабо розвиненої імунної системи і органів не дозволяє використовувати їх для розробки вакцин, тому мухи не підходять для прикладних клінічних досліджень, так як їх імунна система сильно відрізняється від людської. Хвороби хребетних і безхребетних також сильно відрізняються.

У хребетних тварин щурів використовують частіше за інших через їх невеликих розмірів, низької вартості і високої швидкості розмноження. Вони широко використовуються для вивчення генетичних захворювань людини, так як 99% генів мишей нагадують хвороби людини. З розвитком технології генної інженерії генетично модифіковані миші можуть бути виготовлені на замовлення для вивчення широкого спектру захворювань людини. Мишей часто використовують в психологічних дослідженнях, тестах на токсичність і дослідженнях раку.

Близько 65 000 приматів щорічно використовуються в випробуваннях в США і Європі. Людиноподібні мавпи часто використовуються в токсикологічних тестах для вивчення СНІДу та гепатиту, ксенотрансплантації, репродуктивних процесів, неврологічних,

психологічних, генетичних досліджень. У 2001 році була виведена перша генетично модифікована (трансгенна) мавпа. Трансгенні технології використовуються для пошуку способів лікування генетичних захворювань, таких як хвороба Хантінгтона. Мавпи також використовувалися для розробки вакцин проти поліомієліту і методів, які глибоко стимулюють мозок.

Представник утилітаризму п. Співак починає з єдності потреб тварин і потреб людини - уникати болю. Не завдаючи страждань тваринам, ми зменшуємо кількість страждань у світі. І те, що одні організми є людьми, а інші ні, не важливо. Прихильник деонтологічного методу Т. Рейган вважає, що всі речі в житті мають природне право на життя. Адже ми даємо ці права 73 немовлятам та інвалідам, які не вміють говорити і раціонально мислити. Інший деонтолог, Г. Франсіан підкреслює право тварин не бути чиею власністю.

Однак людина розглядає тварин як власність і використовує їх як інструмент у восьми сферах:

- виробництво продуктів харчування, приготування м'яса;
- виготовлення сукна, хутра та шкіри, а також інших виробів (слонової кістки);
- проведення дослідів і випробувань;
- приготування лікарських препаратів (рогів);
- ндустрія розваг (полювання, цирк, бійки, реклама і т.д.);
- релігійна жертва;

Використання домашніх тварин в якості тяглової сили і т.д., бізнес з розведення і продажу (собаки, кішки, коні), військових дій (собаки-бомбарди), селекції, корисної для людини, але не для тварин;

Відловлювати і стерилізувати бездомних тварин, контролюючи їх чисельність, як правило, марно.

Компромісом між реальністю використання тварин та ідеалом їх природних прав є концепція добробуту тварин, яка спрямована на обмеження жорстокого поводження.

Всесвітня декларація про благополуччя тварин (The Welfare of Animals) передбачає п'ять свобод: свободу від голоду і спраги (наявність води і їжі), свободу від хвороб (місце для сну і відпочинку), свободу від болю, травм і хвороб (підлягає лікуванню), свободу від страху і стресу, а також свободу поводитися природно (включаючи подружжя і спеціальні приміщення).

Вирощування, транспортування і знищення худоби, вбивство бездомних тварин, експерименти, дресирування повинні проводитися таким чином, щоб не приводити до додаткових неприємностей. Багато країн керуються цією декларацією.

Сьогодні в декількох десятках країн повністю або частково заборонено використання тварин в цирках. Використання проти нього домашніх тварин або диких тварин заборонено. Тварини, народжені на волі

(як правило, до участі в циркових атракціонах допускаються особини, віддалені від природи не менше 3 поколінь). У Коста-Ріці, а пізніше і в інших країнах, дельфінарії були закриті. У Канаді та Аргентині експлуатація білух заборонена. Критику викликає перебування в неволі, умови утримання, навчання, методи вилову і багато інших факторів. Цирк тварин є неетичною індустрією розваг і, на думку багатьох зоозахисників, пригнічує свідомість дитини.

Більш складною проблемою є використання (а не просто використання) тварин в наукових і клінічних експериментах при випробуваннях лікарських препаратів, рідше при випробуванні захисних пристроїв від побутових хімікатів, косметики, бойових отруйних речовин. Понад 100 мільйонів людей помирають в експериментах (приблизно) щороку, не залучаючи комах або мікроорганізмів. Більше 80% зареєстрованих лабораторних тварин - гризуни.

До речі, офіційно визнані в багатьох країнах радикальними організації, такі як Фронт звільнення тварин, не обмежуються пропагандою вегетаріанства і відмовою від хутряного і шкіряного одягу, а часто насильно випускають тварин з лабораторій, ламаючи медичне обладнання.

У країнах Ради Європи ведеться робота по впровадженню гуманних альтернатив в біомедичних дослідженнях і освіті. Ось основні напрямки цієї роботи:

- розробка і обов'язкове використання анальгетиків (до речі, в декларації благополуччя тварина визначається як будь-яке ссавець, крім людини, птиці, рептилії, земноводного, риби або безхребетного організму, здатного відчувати біль);

- удосконалення експериментів, що допоможе зменшити біль і дистрес, а також поліпшити підтримку експериментальних організмів; Зменшення загальної кількості використовуваних особин;

- ссавців поступово замінюють тварини з менш розвинутою нервовою системою, яка менш чутлива до втоми, а також замінюються ембріонами, бактеріями, рослинами;

- заміна експериментів експериментами з участю тварин експериментами без використання ними переваг комп'ютерного моделювання;

- використання окремих клітинних, тканинних культур;

- ознайомлення з гуманними навчальними матеріалами: моделями, моделями і моделями, комп'ютерними навчальними програмами і матеріалами по роботі з віртуальною реальністю, відео, польовими спостереженнями, експериментами на мертвих тваринах.

Стаття 8 Декларації добробуту перелічує ситуації, коли використання тварин для наукових досліджень та експериментів має бути заборонено: інформація може бути отримана без використання тварин; Інформація, що має подібну наукову цінність, вже існує; Результати не потрібні ні людям,

ні тваринам. Звичайно, ці рекомендації не викликають заперечень, хоча певна користь від таких декларацій є.

Тема 5. Медичні професії. Їх види та правовий статус.

Медичні професії є однією з найважливіших і відповідальних професій у світі. Вони включають в себе безліч різних спеціальностей і люди повинні володіти спеціальними знаннями, навичками і вміннями.

[Найпоширеніші медичні професії включають наступне:

Лікарі - медичні експерти, які займаються діагностикою, лікуванням і профілактикою захворювань. Лікарі можуть працювати в різних областях, включаючи загальну медицину, хірургію, педіатрію, гінекологію, психіатрію тощо.

Медсестра - це медичний фахівець, який здійснює догляд за пацієнтом. Вони можуть проводити різні процедури, допомагати під час операції, доглядати за пацієнтами після операції, допомагати з прийомом лікарських препаратів, виконувати інші медичні процедури.

Фармацевт - це медичний експерт, який керує виробництвом, дистрибуцією та реалізацією лікарських засобів. Також вони можуть консультувати пацієнтів щодо застосування медикаментів та їх побічних ефектів.

Рентгенолог - це медичний експерт, який проводить діагностику і лікування за допомогою рентгена. Вони можуть робити рентгенівські знімки різних частин тіла, включаючи кістки, органи та кровеносні судини.

Екстрені медичні техніки - це медичні експерти, які надають екстрену медичну допомогу в екстрених ситуаціях. Вони можуть працювати в машинах швидкої допомоги, пожежних машинах, поліцейських автомобілях тощо.

Дослідники медичної науки - це медичні працівники, які займаються дослідженням захворювань та розробкою нових методів лікування. Вони можуть працювати в лабораторіях, університетах, медичних центрах тощо.

Фізіотерапевт - це медичний експерт, який займається реанімаційною терапією пацієнтів з різними захворюваннями і травмами. Вони також можуть застосовувати різноманітні процедури, такі як масаж, лікувальна фізкультура та вправи за допомогою спеціальних інструментів.

Стоматологи - це медичні експерти, які діагностують, лікують і попереджають захворювання зубів і ясен. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як чищення зубів, пломбування, постановка зубів тощо.

Психолог - це медичний працівник, який займається діагностикою та лікуванням різних психічних захворювань і емоційних проблем. Вони можуть працювати з пацієнтами різного віку та використовувати різні методи лікування, такі як психотерапія та медикаментозна терапія.

Медичний масаж - це медичний фахівець, присвячений проведенню різноманітних масажів, які допомагають покращити здоров'я та лікувати різні захворювання та рани. Вони можуть працювати в лікарнях, фізіотерапевтичних клініках, санаторіях і т. Д.

Фельдшер - це медичний експерт, який допомагає лікарям або іншим медичним працівникам у проведенні дослідження, діагностики та лікування пацієнтів. Вони можуть бути задіяні в різних медичних процедурах і догляді за пацієнтами.

Рентгенолог - це медичний експерт, який виконує діагностику та лікування за допомогою рентгенівських променів та інших видів медичної візуалізації. Вони можуть працювати в лікарнях, медичних центрах та інших медичних установах.

Акушери - це медичні експерти, які займаються лікуванням і доглядом за жінками, особливо вагітними, особливо вагітними, під час пологів і після народження дитини. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як УЗД, ПАП-тест, колоноскопія тощо.

Дерматологи - це медичні експерти, які займаються діагностикою та лікуванням захворювань шкіри, волосся і нігтів. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як біопсія, лікування акне, видалення пухлини тощо.

Невролог - це медичний фахівець, який займається діагностикою та лікуванням мігрені, епілепсії, болю в спині, деменції та інших захворювань нервової системи. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як електроміографія, енцефалографія тощо.

Офтальмологи - це медичні експерти, які займаються діагностикою та лікуванням катаракти, глаукоми, діабетичної ретинопатії та інших захворювань очей. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як факоемульсифікація, лазерна коагуляція та ін.

Психіатри - це медичні експерти, які керують діагностикою та лікуванням психічних захворювань, таких як депресія, шизофренія, тривожні розлади. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як медикаментозна терапія, психотерапія тощо.

Ендокринолог - це медичний експерт, який займається діагностикою та лікуванням цукрового діабету, гіпертиреозу, гіпотиреозу та інших захворювань ендокринної системи. Вони можуть виконувати різні процедури, такі як аналіз глюкози, вимірювання рівня гормонів тощо.

Гастроентеролог – це медичний експерт, який займається діагностикою та лікуванням захворювань шлунково-кишкового тракту, таких як виразкова хвороба, запалення кишечника та ін.]

Лікарі, як і багато інших важливих професій, повинні володіти повним комплексом професійних характеристик, без яких неможливо передбачити безпосереднє виконання ними професійних обов'язків.

Вивчення проблем професійної етики, специфіка якої веде нас від загального до індивідуального, дозволяє ширше пізнати мораль і пов'язати її з практичною діяльністю особистості. У професійній медичній практиці існують зв'язки між окремими видами діяльності, психологічними і моральними факторами і якостями, поєднання суспільних інтересів та інтересів особистості.

Медична етика регулює ставлення лікаря до пацієнта, здорової людини, колег лікаря, суспільства, держави. Повага і гідність, авторитет і обов'язок лікаря характеризуються одночасно порядністю і конкретністю. Це слід розуміти в контексті того, що етика лікарів, яка поширюється на всіх людей, охоплює єдність у різноманітті.

Медична етика має невід'ємний зв'язок з класифікацією лікарів, медсестер відповідно до їх ділових якостей. Чи не справжні моральні якості, але їх поєднання з професійними знаннями, вміннями, досвідом створює той вид домінування, який реалізується під час виконання професійного обов'язку.

Крім того, коли мова йде про професійну медичну етику, необхідно не тільки сформулювати кодекс відповідних положень, пов'язаних з роботою, але й сприяти розвитку здатності лікарів мати етичну перспективу в складних клінічних ситуаціях, що вимагають етичних, ділових і соціальних якостей.

Професія лікаря вимагає високої внутрішньої моральної культури. Ми іноді робимо психологічну помилку, коли ігноруємо зовнішність лікарів або медсестер, грубість їх поведінки, невміння говорити. Але чи є ознаки стародавнього коду спілкування, згідно з яким пацієнт справляє перше враження медичного працівника? Більш того, приблизно в 80% випадків думка про людину, віра в нього, будується саме на основі першого враження або свідомого, або підсвідомого. Бажано, щоб лікарі не були ультрамодними або занадто старомодними з точки зору стилів одягу та поведінки, тому що будь-які надмірності виходять за рамки уваги пацієнта

і певним чином турбуються психічно; Зокрема, куріння не підходить лікарям.

Якщо медичний працівник спокійний і впевнений в собі, але не егоїстичний, якщо рішучість і швидкість рішень і дій поєднуються в ньому з зосередженістю, співчуттям, а разом з тим м'якістю, співпереживанням, то врівноважений характер лікаря є одним із зовнішніх імпульсів гармонії, які призводять до одужання пацієнта. Але вона не завжди постійна. Унікальність медиків виправляється, вдосконалюється, враховуються думки про їх поведінку - пацієнтів і колег. Така інформація може бути прямою або усною, але вона завжди важлива.

Лікарське мистецтво формується не відразу, вміння правильно говорити про захворювання, вміння розповідати факти, щоб вони не приводили до погіршення стану, а поступово розвивалися для поліпшення стану хворого.

Уміння розмовляти з хворими, вміння адекватно вести себе біля ліжка страждаючої людини рідко є вродженою рисою. Цей навик необхідно розвивати самому, розвивати в процесі щоденної роботи. Це самовдосконалення лікаря.

Лікарі, як старші колеги, повинні навчати цьому мистецтву середній і молодший медичний персонал. При такому способі роботи в медичному закладі зводиться до мінімуму шкідливий вплив на хвору людину необережно сказаних слів або інших дій медичних працівників.

На жаль, в клінічній практиці було кілька випадків, коли і лікарі, і середній медичний персонал ігнорували цей професійний принцип. У гонитві за «авторитетом» чи наживою деякі молоді лікарі, які відмовляються від принципів доброчесності по відношенню до колег – професіоналів, часто порушують колегіальність.

Не може бути виправдання таким медичним висловлюванням: «Ви неправильно поставили діагноз», «Думаєте, вам пощастило, що ви прийшли до мене лікуватися» і т.д.

Навмисно або банально образа професіоналізму колеги може нашкодити пацієнту: адже відвідувачі такого лікаря продовжують вірити в медицину? Напевно, ні. Таким чином, штучні методи самореклами і утвердження свого «авторитету» є деструктивними, оскільки будуються на аморальній основі.

Збереження медичної конфіденційності є одним з основоположних, фундаментальних етичних і етичних принципів медицини, в якому виражаються розмовні відносини між особистістю і громадськістю. Слід зазначити, що медична конфіденційність не покриває це співвідношення. Ставлення лікаря до інтересів пацієнта і інтересам суспільства - це тільки одна їх сторона.

Інформація, отримана лікарем, ділиться на кілька видів:

-байдужа до пацієнта і суспільства, але необхідна лікарям в процесі спілкування з пацієнтом;

-не байдужа до пацієнта, а байдужа до суспільства;

Це не менш цікаво суспільству в зв'язку з тим, що одні патологічні стани вимагають додаткових заходів щодо захисту здоров'я і життя інших.

Етичним керівництвом з поведінки медиків в складних ситуаціях, що виникають в процесі медичної діяльності, є пріоритетне утвердження цінності людського життя, цінності здоров'я.

Соціальна значимість і складність професійних обов'язків лікарів вимагає від них високого рівня професійної підготовки, базових знань медичної теорії і практики, навичок, прийомів, відповідних методів і прийомів лікувальної діяльності.

Лікар повинен підтримувати і вдосконалювати свої знання і навички, докладаючи необхідних зусиль для професійного самовдосконалення на рівні поточного медичного стану. У своїй роботі лікарі повинні керуватися сучасними стандартами тестування і лікування.

Незалежно від бажаної галузі знань, лікар повинен бути компетентним у загальних медичних питаннях, питаннях невідкладної допомоги та кінцевих станах.

Лікарі, які здійснюють гігієнічну та просвітницьку діяльність, повинні користуватися науково підтвердженими даними, проявляти обережність, враховувати можливі наслідки своїх заяв для громадськості. При цьому необхідно уникати дій рекламного характеру від імені справи, що має негативні наслідки, від свого особистого імені та від імені установ і установ, представлених лікарями.

Якщо лікарі пропагують діагностичний або терапевтичний підхід, який недостатньо доведений в медичному середовищі, їм доведеться йти зі своїм повідомленням з необхідними застереженнями. Такі повідомлення є неприйнятними поза медичним середовищем.

Лікарі не повинні вдаватися до непорозуміння, погроз, шантажу, підкупу, використання складних матеріальних або особистих ситуацій пацієнтів (тематики діяльності в сфері охорони здоров'я) для досягнення своїх професійних або особистих цілей, бути чесними і ввічливими у своїй професійній діяльності і в особистому житті.

Лікар прагне поважати права, законні інтереси, повагу, гідність, репутацію та почуття осіб, з якими він працює, та в інших відносинах.

Будь-яка угода між лікарями, лікарями та фармацевтами, медичними працівниками та іншими фізичними або юридичними особами, що завдає шкоди пацієнту, заборонена.

Лікарям забороняється:

будь-які дії, наслідком яких є несправедлива або неправомірна вигода пацієнта;

будь-які грошові або матеріальні вигоди, а також комісійні з будь-якої особи;

За винятком випадків, встановлених чинним законодавством України, прямо чи опосередковано, у будь-якій формі або вимагати у

вигляді матеріальних чи грошових коштів згоди на їх отримання, прямо чи опосередковано, для виконання будь-якого замовлення чи медичної дії.

Лікарям, які займають виборну або адміністративну посаду, забороняється використовувати своє службове становище з метою збільшення своєї клієнтури.

Відносини між лікарями (медичними працівниками) будуються на основі колегіальності. Рівність, чесність, справедливість, порядність, а також готовність передавати свої професійні знання і досвід.

Лікарі повинні допомагати один одному в дотриманні дистанції і у випадках невдачі. При наявності розбіжностей між колегами слід знайти спосіб позбутися від них, а при необхідності - через Комітет з етики відповідного професійного об'єднання.

Обов'язок кожного лікаря – неупереджено аналізувати власні помилки та помилки колег. Вираз незгоди з їх думками або діями, їх критика повинні бути об'єктивними, раціональними і образливими. Хіба що у справах, пов'язаних з оскарженням дій лікарів, слід уникати недостовірних тверджень про роботу колег у присутності пацієнтів або їхніх родичів. Спроби завоювати авторитет шляхом дискредитації колег неетичні.

Моральним обов'язком лікарів є активна боротьба з практикою нечесних і некомпетентних колег і практикою різного роду непрофесіоналів, які шкодять здоров'ю і життю пацієнтів.

З метою створення умов для дотримання правил деонтології, побудови найбільш сприятливих відносин з пацієнтами, лікарі, середній медичний персонал повинні чітко розуміти весь спектр переживань пацієнта, пов'язаних із захворюванням. Звичайно, крім реальних переживань, т. Е. Емоційних труднощів, у кожного пацієнта є ще й якісь уявлення про захворювання, різні думки - судження і висновки, пов'язані з ним. Більш того, у хворого спостерігаються такі психічні процеси, як боротьба за цілі, прийняття рішень, прагнення до тієї чи іншої мети, т. Е. Явища, пов'язані з полем волі.

Внутрішня картина хвороби являє собою сукупність емоційних розладів, але сукупність деяких процесів інтелектуальних і вольових дій, пов'язаних зі свідомістю, переживанням, поведінкою до хвороби.

Простіше кажучи, структуру внутрішньої картини захворювання можна представити таким чином. Основним і первинним аспектом цієї структури є емоційна реакція пацієнта на реальність захворювання. З часом ці емоційні труднощі ускладнюються браком інформації та взаємодією з пацієнтами. Виникають стани страху, тривоги, депресії. Мислення пацієнта засноване не на логічних правилах, а на емоційній значущості певних речей. Проблеми хвороби займають в ній неоднаково велике місце, відсуваючи в сторону інші проблеми (роботу, сім'ю, громадську діяльність).

Деякі положення і висновки набувають значення дуже цінних ідей, які важко піддаються корекції. У людей зі слабкою силою волі хвороба

може привести до малорухливості, депресії. Люди з сильною силою волі приймають і реалізують рішення, спрямовані на боротьбу з хворобою і логічну адаптацію до життя, а також розвивають надцінні і ілюзорні ідеї.

Другий психологічний фактор полягає в тому, щоб зберегти надію на успіх лікування. Емоційне заохочення повинно поєднуватися з описом основних видів захворювання для пацієнта. Це застерігає від розладу в лікуванні з можливістю того, що стан хворого може погіршитися. Пацієнт знає, що деяке загострення хвороби природно, як припускає лікар і що воно не завадить сприятливому шляху хвороби.

Ось варіанти неадекватного ставлення пацієнта до захворювання або стану свого здоров'я:

- негативні - факт захворювання, вплив факторів ризику, ігнорування дохворого статусу;

- зарозумілість – недооцінка тяжкості захворювання, факторів ризику, передхвороби;

- хвороба, утоплення в передхворобі;

- іпохондрична поведінка – необґрунтований страх перед здоров'ям і життям (при нейропатії);

- корисність - отримання певної вигоди від хвороби, матеріальної або моральної.

Ситуація в лікарні може негативно позначитися на свідомості, почуттях і поведінці пацієнта, особливо при порушенні гігієни і лікувально-захисних приписів в медичному закладі, при цьому не дотримуються норми медичної етики і естетики. У таких ситуаціях можливе погіршення не тільки психічного та емоційного стану хворого, але і фізичного стану його хвороби.

Негативний вплив лікарняного середовища на здоров'я хворого, особливо в умовах неналежної організації його ведення, визначає поняття «госпіталізм».

Тому професійні характеристики медичного працівника припускають цілий комплекс загальнолюдських цінностей, серед яких важливе місце займають співпереживання, увагу, вкорінення, відповідальність і ряд інших характеристик.

Професія лікаря вимагає високої внутрішньої моральної культури. Основна характеристика медсестри - чесність. Для структури особистості лікаря важливий рівень загальнокультурного розвитку, впровадження літератури, впровадження мистецтва, вміння організувати свою самоосвіту.

Процес професійної діяльності часто призводить до того, що психоемоційне навантаження, а також певні особливості психічної особистості, її роль змінюються, спотворюється. Такі негативні симптоми проявляються при лікуванні пацієнтів з депресією, особливо при лікуванні важкохворих, внаслідок апатії, грубості, дратівливості при контакті з хворими, а іноді і імпотенції.

Тому медичний працівник повинен убезпечити себе від професійного каліцтва, а також постаратися зберегти душевну рівновагу пацієнта, зміцнивши в ньому своє становище після одужання.

Розкриваючи правовий статус медичного працівника, розглянемо ряд універсальних і професійних прав, привілеїв, свобод, що застосовуються до всіх медичних працівників, а також перерахуємо види обов'язків і відповідальності, які конкретно стосуються медичної сфери.

У юридичній науці під правовим статусом розуміється система прав, свобод, обов'язків і відповідальності, закріплених в нормативних документах і гарантованих державою. Будь-яка людина організовує свою поведінку саме на основі відповідальності за порушення цих прав, свобод, обов'язків і обов'язків.

Правовий статус людини закріплений в Конституції і ґрунтується на міжнародних документах, які розкривають права людини.

Основними принципами прав людини є:

- рівність;
- неподільність прав і свобод;
- гарантії прав і свобод;
- заборона зловживання правами та обов'язками;
- заборона незаконного обмеження прав і свобод людини.

Права і свободи медичних працівників

Всі права і свободи, що поширюються на медичних працівників, діляться на дві групи: універсальні та професійні.

Універсальні права людини включають право на життя і його захист, повагу до поваги і гідності, рівність прав кожної людини (рівність), право на свободу і безпеку особистості, свободу думки і слова, вільне вираження поглядів і переконань, свободу віросповідання, охорону здоров'я, освіту, заняття діяльністю, що забезпечує симпатію і гідну заробітну плату. Мирні зібрання, захист своїх прав, відпочинок, соціальний захист і достатній життєвий рівень, права особистості (право власності на житло та інше майно, авторське право, шлюб).

Весь розділ Конституції України присвячений Універсальному переліку прав людини, в якому зазначено, що держава гарантує дотримання цих прав і що порушені права людини мають бути відновлені в судовому порядку.

На жаль, принаймні половина цих претензій існує лише на папері. Візьмемо мінімальні трудові права, при яких для медичних працівників реалізується тільки право на достроковий вихід на пенсію. Однак знати ці права необхідно. і примусити їх реалізацію з навколишнього середовища.

Ряд законів, постанов, наказів та інших нормативних документів охоплюють цілий ряд професійних прав, свобод і переваг медичних працівників. У законодавчому різноманітті основним документом медичної галузі є Закон України «Основи Положення про охорону здоров'я» від 19

листопада 1992 року № 2801-ХІІ зі змінами (далі – основи законодавства про охорону здоров'я).

Більшість фахівців, включаючи права та пільги праці, медичних працівників, визначені у статті 77 основних елементів законодавства про охорону здоров'я. Отже, згідно з цією статтею медичні та фармацевтичні працівники мають право:

- медична та фармацевтична діяльність відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- належні умови професійної діяльності;
- підвищення кваліфікації, перепідготовка не рідше одного разу на п'ять років у відповідних установах та установах;
- відкритий відбір перевірених форм, методів і методів діяльності, впровадження в установленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- безоплатне використання соціальної, екологічної та спеціалізованої медичної інформації, необхідної для виконання професійних обов'язків;
- обов'язкове страхування за рахунок власника медичного закладу на випадок заподіяння шкоди його життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;
- соціальна допомога з боку держави в інших випадках хвороби, травми або інвалідності у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
- встановлення офіційної заробітної плати (тарифних ставок) в державних установах охорони здоров'я на рівні не нижче середньої заробітної плати промислових робітників;
- скорочення робочого часу та додаткової оплачуваної відпустки у випадках, встановлених законодавством;
- пільгові умови пенсійного забезпечення;
- пріоритетність житла та телефонів;
- для тих, хто проживає і працює в сільській місцевості і колоніях міського зразка, а також пенсіонерів, які раніше працювали медичними і фармацевтичними працівниками і проживають в цих колоніях, безоплатне користування житлом зі світлом і опаленням, надання пільг по земельному податку, кредитуванню, сільському господарству і приватному житловому будівництву, придбання автотранспортних засобів в установленому законодавством порядку;
- пільгове отримання медичної допомоги та надання лікарських препаратів і методів протезування;
- утворення наукових медичних асоціацій, профспілок та інших громадських установ;
- судовий захист професійної гідності та гідності;
- безоплатне набуття права власності на земельну ділянку в межах частки (частки) земельної частки учасників сільськогосподарського підприємства в порядку, встановленому законом;

- лікарям районних лікарень та амбулаторій у сільській місцевості, дільничним лікарям загальної практики, педіатрам та дільничним медсестрам районів міста, лікарям загальної практики (сімейним лікарям), завідувачам терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, лікарям (старшим лікарям) та середньому медичному персоналу візит-центрів та відділень невідкладної допомоги надається три календарних дні додаткової оплачуваної щорічної відпустки. Для безперервної роботи на цих посадах більше трьох років у цих закладах (на обласних територіях) – медична допомога, центри авіашвидкої допомоги, відділення планової та екстреної консультативно-дорадчої допомоги. При цьому права інших категорій медичних працівників, які претендують на додаткову оплачувану відпустку, захищені існуючими стандартами.

Певні права медичних працівників, пов'язані з їх професійною діяльністю, встановлюються іншими статтями основних статей законодавства про охорону здоров'я. Так, згідно зі статтею 34, лікарі мають право відмовити в подальшому веденні пацієнта, якщо вони не виконують медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, що не загрожує життю пацієнта та здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за стан здоров'я пацієнта, якщо пацієнт відмовляється від лікарських призначень або якщо пацієнт порушує встановлений для нього протокол.

Медичні працівники мають право використовувати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця проживання пацієнта для надання невідкладної допомоги або транспортування його до найближчого медичного закладу, якщо життю пацієнта загрожує небезпека. В умовах надзвичайної або надзвичайної ситуації громадянам, які брали участь у захисті людей і сприяли наданню медичної допомоги, при необхідності в порядку, встановленому законом, гарантується безкоштовне лікування і матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю і майну (стаття 37).

Інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зіпсувати процес лікування, медичні працівники мають право надавати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежуючи можливість ознайомлення з особистою медичною документацією (ст. 39).

Медичні працівники також мають на це право:

- забезпечення належного забезпечення анонімності пацієнта, включаючи контекст її публікації в спеціалізованій літературі, в навчальному процесі, в науково-дослідних роботах, в інформації, що представляє медичну таємницю (стаття 40);

- проведення медичного втручання, пов'язаного з ризиком для здоров'я пацієнта, за винятком, в умовах крайньої необхідності, коли шкода, яка може виникнути в результаті застосування методів діагностики, профілактики або застосування методів лікування, менша, ніж можна було б очікувати в разі відмови від втручання, і усунути ризик для здоров'я пацієнта іншими засобами неможливо (ст. 42);

- не приймати згоду пацієнта або його законних представників на медичне втручання в екстрених ситуаціях, коли існує реальна загроза життю пацієнта. Якщо пацієнт після повідомлення лікаря про медичне втручання відмовляється від лікування, лікар має право забрати у них письмове підтвердження відмови, а якщо немає можливості його прийняти, лікар має право засвідчити відмову відповідною дією в присутності свідків (ст. 43);

- застосовувати в клінічній практиці нові методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, які розглядаються в установленому порядку, але ще не дозволені до застосування, на користь лікування тільки після отримання письмової згоди особи (ст. 44)

- проведення медико-біологічних випробувань на людях у встановленому законом порядку (ст. 45)

- припинення активних дій, що підтримують життя хворого, коли стан людини визначається як незворотна смерть (ст. 52).

Статті 74-1 і 75 Основоположних принципів законодавства про охорону здоров'я надають медичним працівникам право на заняття народною медичною практикою (лікування), стажування у відповідних вищих навчальних закладах і наукових установах, перепідготовку і підвищення кваліфікації, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів установами, а також відповідно до законодавства про освіту шляхом проходження інтернатури, клінічної ординатури, аспірантури і докторантури.

Медичні працівники мають право займатися господарською діяльністю (приватною практикою) у сфері охорони здоров'я, брати участь в управлінні охороною здоров'я.

Як справедливо зауважили провідні юристи, перераховані права медичних працівників є правами-обов'язками, тобто змушують медичних працівників робити певні кроки для реалізації своїх професійних прав!

Чинне законодавство України може передбачати інші права та пільги медичних працівників. На них можуть поширюватися пільги, встановлені для їх працівників підприємствами, організаціями та організаціями, що надають медичну допомогу.

Зазвичай додаткові права і пільги визначаються колективним договором галузі.

Причини порушення прав медичних працівників

Найчастіше пацієнти або їхні родичі та законні представники говорять про те, що порушення універсальних або професійних прав медичних працівників є наслідком фонового статусу, який виникає в контексті захворювання або симпатії до їхніх близьких. Однак образи, зроблені, особливо в присутності інших осіб, негативно позначаються на діловій репутації конкретного медичного працівника і всієї організації охорони здоров'я.

Часто, перебуваючи в конфліктній ситуації, практика показує, що медичні працівники не обізнані про свої права. Ті, хто знає свої права, не знають, як вчасно та ефективно сформулювати законодавчі вимоги, не знають стандартів процедури.

Більшість, хто знає свої права і вміє застосовувати отримані знання, не витримує тиску, стикається з нерозумінням колег і керівників і відсутністю підтримки з боку професійних асоціацій і профспілок.

Також слід зазначити, що кожне трудове право працівника медичного закладу є додатковими витратами з бюджету або додатковими бюджетними коштами. Бюджет обмежений, і є багато потенційних осіб, які мають законодавчі вимоги.

Керівництво медичного закладу повинно адекватно підходити до вирішення конфліктів, що виникли між пацієнтами/законними представниками та медичним персоналом цього закладу. Вислухавши аргументи всіх учасників спиратися на важливі факти, конфліктну ситуацію в своїх висновках слід розглядати цілісно. Якщо співробітники медичних установ відчують підтримку і захист з боку керівництва, це неодмінно призведе до поліпшення якості медичної допомоги, що надається співробітниками. В кінцевому підсумку ділова репутація медичного закладу не буде порушена, потік пацієнтів збільшиться. А з огляду на вдосконалення системи надання медичної допомоги, це збільшить фінансування (прибуток) медичного закладу.

Алгоритм дій при порушенні прав

У разі порушення загальних або професійних прав кожна людина має право (не обов'язок!) Законно їх відновити. Однак перед тим, як робити будь-які дії, бажано проконсультуватися з юристом про реальність порушень і процедур захисту. Однак бувають випадки, коли діяти потрібно негайно.

Тому при виникненні сумнівів в офіційних зарплатах, виплаті надбавок, доплат, надбавок до існуючої категорії слід спочатку звернутися до начальника фінансового відділу за роз'ясненнями. Якщо з якихось причин ці роз'яснення не розкривають в повному обсязі причини обмеження виплат, варто подати письмовий запит керівнику для розуміння причин розрахунку зарплатного плану і доплат. Офіційна відповідь на такий запит має бути отримана протягом місяця.

Відповіді на запити, пов'язані з фінансовим забезпеченням, готує бухгалтерія. Досвід показує, що співробітники бухгалтерії в цілому досить добре знайомі з чинним законодавством про оплату праці. Однак з цього є винятки. Тому після отримання роз'яснень слід подивитися на відповідність цих підстав чинному законодавству, або проконсультуватися з юристом.

Якщо в захисті трудових прав все більш-менш зрозуміло, покарати тих, хто порушує права людини і зазіхає на репутацію бізнесу, більш-менш складно. Діяти тут потрібно негайно, інакше довести правдивість протиправних дій буде складно. Наприклад, пацієнт або його законний

представник підвищує голос під час розмови, відкрито починає ображати, використовує нецензурні вирази.

Перш за все, не можна підвищувати голос у відповідь, але керівництво повинно чітко підкреслювати, що покладені на вас обов'язки виконує лікар. Ці обов'язки не передбачають вислуховування особистих образ. Якщо у пацієнта є скарги на якість медичної допомоги або умови, що залишилися в медичному закладі, приступайте до письмового звернення до керівництва.

Якщо образи тривають, варто нагадати пацієнту про порушення універсальних і професійних прав і в присутності пацієнта запросити двох свідків, які погодяться підписати скаргу і службову записку на пацієнта, яку необхідно подати керівнику медичного закладу. Після отримання офіційної ноти, скарги і підпису свідків можна звертатися до суду. У позовах вказується сума матеріального еквівалента неекономічного збитку.

Коротко перерахуємо всі можливі ситуації, при яких лікарі мають право звернутися за допомогою в разі порушення їх прав:

- керівники закладів охорони здоров'я;
- профспілковий комітет;
- неурядові правозахисні організації;
- департамент охорони здоров'я (НФА);
- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ);
- органи прокуратури;
- суд (поетапно), включаючи Апеляційний суд та Верховний Суд України;
- Уповноважений Верховної Ради України з прав людини;
- Європейський суд з прав людини.

Професійні обов'язки медичних працівників

На перший погляд, обсяг прав медичних працівників досить широкий, а обов'язкам медичних працівників присвячені деякі положення статті 78 і ряду інших статей основ законодавства про охорону здоров'я з коротким загальним переліком цих обов'язків:

- охороняти і зміцнювати здоров'я людей, сприяти профілактиці і лікуванню захворювань, надавати своєчасну і кваліфіковану медичну і медичну допомогу (стаття 78);
- надання безоплатної першої невідкладної медичної допомоги громадянам при нещасних випадках та інших екстремальних ситуаціях (ст. 78);
- поширення наукових і медичних знань серед людей, у тому числі особистий приклад, пропаганда здорового способу життя (ст. 78);
- дотримання вимог професійної етики та деонтології, збереження медичної таємниці (ст. 78);
- постійно підвищувати рівень професійних знань і навичок (стаття 78);

- надання консультативної допомоги своїм колегам та іншим медичним працівникам (стаття 78);
- проведення своєчасного і кваліфікованого тестування і лікування пацієнта (ст. 34);
- надання повної медичної допомоги довічно хворому в критичному стані (ст. 52);
- описати хворому в доступній формі прогноз можливого розвитку захворювання, включаючи стан його здоров'я, мету пропонованих досліджень і лікувальних заходів, наявність ризику для життя і здоров'я (ст. 39).

Відповідно до статті 40 Основ законодавства про охорону здоров'я, медичні працівники та інші особи, яким відомо про захворювання, медичне обстеження, обстеження та їх результати, інтимні та сімейні аспекти життя громадянина, у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, не мають права розголошувати ці відомості.

Медичні та фармацевтичні працівники мають також інші обов'язки, передбачені законодавством.

Коли держава відстоювала право людини на якісну безкоштовну медичну допомогу, яку повинні надавати медичні працівники, вона — держава — погодилася забезпечити це право. Однак положень (в першу чергу фінансових) недостатньо, і пацієнти знають про це право і наполягають на його реалізації.

Більше того, законодавство зобов'язує медичних працівників надавати медичну допомогу в будь-який час: незалежно від того, працюють вони чи не працюють. Однак ніхто не враховує, що в позаробочий час медичний працівник може не мати можливості надати хоч якусь медичну допомогу (не кажучи вже про якість) через першочергові причини — відсутність обладнання. А за ненадання медичної допомоги передбачена кримінальна відповідальність.

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 2. МЕДИЧНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НУТРИЦІОЛОГІЇ

Тема 6. Правова основа методів контролю якості та безпечності харчових продуктів.

Нутриціологія (від латинського nutritio - харчування і грецького logos - вчення) - наука про їжу і харчування, їжу, харчові речовини та інші компоненти, що містяться в продуктах харчування; про їх дії і взаємодії; Про їх вживання і рівнянні, про витрату і виведенні з організму, про їх ролі в підтримці здоров'я або про виникнення захворювань. Область інтересу до харчування охоплює фізіологічні та хімічні процеси в організмі, пов'язані з харчуванням і продуктами харчування, продуктами харчування і харчовими продуктами, отриманням, вартістю і виведенням поживних речовин і

продуктів їх метаболізму. Процеси порушення здоров'я під впливом неправильного харчування безпосередньо пов'язані з харчуванням.

Головною метою будь-якого суспільства є поліпшення якості життя людей, важливим аспектом якого є їх здоров'я, яке багато в чому залежить від якості продуктів харчування.

Міжнародний стандарт ДСТУ ISO 9000:2007 «Відповідно до Системи управління якістю. Основні речення і лексика слів «Якість - це ступінь, в якій набір власних характеристик задовольняє вимогам. У законі України «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини», який був прийнятий 23 грудня 1997 року, зазначено, що якість харчового продукту – це сукупність характеристик харчового продукту, які визначають здатність організму людини задовольняти потреби організму людини в енергетичних, харчових і ароматичних речовинах, безпеку його здоров'я, стабільність складу, а також поживні характеристики протягом терміну придатності для вживання.

Проблема якості продуктів харчування настільки важлива, що створена правова основа для забезпечення якості та безпеки продовольчої сировини і продуктів харчування в розвинених країнах. Тобто забезпечення та безпека якості харчових продуктів розглядається на державному рівні.

Основними принципами державної політики із забезпечення якості та безпечності харчових продуктів є:

- пріоритетність збереження і зміцнення здоров'я людини та визнання права на належну якість та безпеку харчових продуктів;
- створення гарантій безпеки для здоров'я людини під час виготовлення, імпорту, транспортування, зберігання, реалізації, використання харчових продуктів;
- державний контроль і моніторинг виробництва, переробки, транспортування, зберігання, реалізації, споживання харчових продуктів;
- підтримка контролю якості харчових продуктів державними установами.

Якість харчових продуктів регламентується нормативною документацією, а якість продовольчої сировини, з якої виготовляються харчові продукти, – також ветеринарними і фітосанітарними нормами.

Харчові продукти, що реалізуються населенню, повинні відповідати наступним основним вимогам:

- бути безпечним для здоров'я клієнтів;
- має високу харчову цінність відповідно до свого призначення;

Він має привабливий товарний вигляд і естетичний дизайн, що передбачає особливу інформацію про якість продукції.

Правові засади забезпечення якості харчових продуктів та здійснення їх контролю встановлені низкою законів, які набули чинності в Україні.

Український закон «Про захист прав споживачів» регулює право споживача на якість відповідного товару, його безпеку та достовірну

інформацію про нього. У ст. Здійснюючи контроль на державному рівні відповідно до статті 4 цього закону, держава забезпечує захист громадянам як споживачам своїх інтересів. Зокрема, контроль за якістю продукції покладено на Державний комітет України з питань захисту прав споживачів, Державний комітет України з сертифікації, метрології та сертифікації та його регіональні організації. Зазначено, що інші органи державної виконавчої влади забезпечують державний захист прав споживачів у межах своїх повноважень, визначених чинним законодавством. Цей закон регулює право споживача на інформацію про продукцію, що забезпечує можливість її ефективного вибору. Ця інформація повинна включати в себе найменування нормативного документа, його вимоги повинні відповідати товару, перелік основних споживчих характеристик продукції, вказівку харчової цінності, калорійності і т. д.

Закон України «Про якість та безпечність харчових продуктів» регулює державне регулювання належної якості та безпеки харчових продуктів.

Важливість нормування показників якості продуктів харчування вказується в ст. Стаття 12 цього закону говорить, що державне регулювання показників якості харчових продуктів здійснюється шляхом встановлення стандартів цих показників у стандартах та інших нормативних документах на продукцію в процесі розробки продукції. Державний контроль показників безпечності харчових продуктів здійснює Центральний орган охорони здоров'я шляхом фіксації граничних рівнів забруднюючих речовин у них.

Стаття 18 визначає установи, які здійснюють державний контроль і нагляд за якістю та безпекою харчових продуктів. Державний контроль та контроль за якістю та безпекою харчових продуктів здійснюють уповноважені центральні органи виконавчої влади, особливо у сферах охорони здоров'я, захисту прав споживачів, сертифікації, метрології та сертифікації, ветеринарної медицини, карантину рослин, йдеться у ньому.

У процесі розробки показників якості продуктів харчування і контролю їх якості проводяться вимірювання. Правові основи забезпечення єдності вимірювань визначатимуться законом «Про діяльність з метрології та метрології», прийнятим 11.02.98 р.

У ст. Стаття 4 цього закону говорить, що державна система вимірювань захищає громадян і національну економіку від наслідків недостовірних результатів вимірювань.

У ст. Згідно зі статтею 12, Державна метрологічна служба проводить єдину в країні технічну політику щодо забезпечення єдності вимірювань, зокрема, визначає:

- загальні вимоги до калібрування результатів приладів і засобів вимірювальної техніки, методів і вимірювань;
- Загальні вимоги до процедури калібрування і кількісного визначення калібрування засобів вимірювальної техніки;
- Загальні вимоги до розробки та стандартизації методів вимірювань;
- Порядок проведення всіх видів державного калібрувального контролю та контролю.

Відповідно до ст. 14 Державна метрологічна служба здійснює державний калібрувальний контроль і нагляд з метою перевірки дотримання законодавчих вимог "метрології та калібрувальної діяльності", а також інших стандартних судочинств України та стандартних записів з метрології.

Стаття 15 визначає об'єкти державного калібрувального контролю та нагляду. До них відносяться вимірювальні прилади і методики вимірювання, що використовуються для контролю якості та безпеки харчових продуктів.

Стаття 22 регламентує державний метрологічний моніторинг щодо забезпечення єдності вимірювань. Ретельному вивченню підлягає стан і застосування засобів вимірювання, використання стандартизованих методів вимірювань і точність їх виконання.

Всі перераховані вище закони визначають методи розробки нормативних методів і їх впровадження в практику виробничих лабораторій.

Закон України «Про безпечність та якість харчових продуктів» від 06.09.05р. № 2809 – IV.

Відповідно до міжнародного стандарту ДСТУ ISO 9000:2007 «Система управління якістю. Основні положення та словник термінів» **якість** – ступінь, до якого сукупність власних характеристик задовольняє вимоги. У Законі України «Про якість і безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини», ухваленому 23 грудня 1997 року, зазначено, що якість харчового продукту – це сукупність властивостей харчового продукту, яка визначає його здатність забезпечувати потреби організму людини в енергії, харчових і смакоароматичних речовинах, безпека для її здоров'я, стабільність складу і поживних властивостей протягом терміну придатності до вживання.

Важливим аспектом правової якості харчових продуктів є інформування споживачів про характеристики харчового продукту шляхом їх маркування. При цьому маркування можна розглядати як правову форму подання інформації про якість харчового продукту. Існують особливості, якими маркують певні види харчових продуктів. Елементом забезпечення правової якості харчових продуктів рослинного і тваринного походження є те, що необхідно приділяти увагу екологічно безпечному стану землі та умовам, в яких вирощується рослинна продукція. Невід'ємною складовою правового забезпечення якості харчових продуктів є здійснення державного

регулювання з метою перевірки дотримання законодавства про якість харчових продуктів, а також запобігання виробництву та обігу неякісних харчових продуктів для захисту інтересів споживачів.

Необхідність законодавчого забезпечення якісного харчування визначається громадянами, які реалізують право на отримання достатнього життєвого рівня для себе і своєї сім'ї, в тому числі повноцінного харчування, що передбачено положеннями ст. Стаття 48 Конституції України, як і право на вільний доступ до інформації про якість харчових продуктів, гарантується ст. 50 Конституції України.

Крім того, Стратегія економічної безпеки України на період до 2025 року, затверджена Указом Президента України від 11 серпня 2021 року. No 347/2021 Основними функціями у сфері забезпечення економічної безпеки є забезпечення стійкості від зовнішніх і внутрішніх викликів і загроз національним економічним інтересам держави та інтересам її громадян; Для забезпечення захисту національних економічних інтересів (п. 18) та одним із напрямів розвитку у сфері забезпечення економічної безпеки є підвищення конкурентоспроможності національної економіки (п. 21), що безпосередньо визначає правове забезпечення дотримання якості харчових продуктів, удосконалення правового регулювання показників якості харчових продуктів. Тому важливим фактором забезпечення життєдіяльності людини є належна якість харчових продуктів.

Відповідно до п. 92 ст. Закон 1 України «Основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» Харчовий продукт - це виріб або продукт (необроблений, частково оброблений або перероблений), призначений для споживання людиною. Харчові продукти включають напої (включаючи питну воду), жувальну гумку та будь-який інший матеріал, який спеціально включається в їжу під час виробництва, приготування або обробки. При цьому встановлено, що на законодавчому рівні термін «харчовий продукт» не включає: харчові продукти; тварини, не призначені для використання людиною в живих умовах; рослини (до збору врожаю); Наркотики; косметична продукція; тютюн і тютюнові вироби; У коментарях до Єдиної конвенції ООН про наркотики 1961 року та Конвенції ООН про психотропні речовини 1971 року наркотики та психотропні речовини; Залишки і забруднюючі речовини.

У чинному законодавстві належна якість товарів, робіт або послуг «встановлюється як власність продукції, що відповідає вимогам, встановленим до даного класу продукції в нормативно-правовому законодавстві та в умовах договору з покупцями» (пункт 13 пункту 1 закону України про захист прав споживачів). Тобто слід говорити про такі характеристики харчових продуктів, які відповідають потребам і вимогам споживачів.

У цитованих джерелах якість харчових продуктів визначається як «сукупність характеристик товарів, що визначають їх придатність для задоволення певних потреб людини», яка визначається показниками якості

характеристики харчового продукту. При цьому мистецтво засноване на темі Частини 4. 180 Торгово-промислового кодексу України, вимоги до якості є однією з умов змісту договору, визначеної відповідно до нормативних документів, до яких пов'язані сторони, зокрема технічних регламентів, стандартів, кодексів усталеної практики, технічних умов.

Відповідно до ДСТУ 9000:2015 «Системи управління якістю. Якість продукції і послуг фірми, зазначена в пункті 2.2.1, визначається її здатністю задовольнити клієнтів, а також очікуваним і ненавмисним впливом на відповідні зацікавлені сторони. Якість продуктів і послуг включає в себе не тільки їх передбачувані функції і характеристики, але і їх сприйману цінність і користь для клієнтів.

В юридичній літературі поняття якості визначається по-різному. Таким чином, під якістю сільськогосподарської продукції розуміється «регулювання нормами аграрного права та інших галузей права», що представляє собою сукупність корисних характеристик і характеристик даної продукції, які здатні задовольнити потреби споживачів. Зокрема, «для якості сільськогосподарської продукції, по-перше, здатність повністю задовольняти відповідні потреби людини має вирішальне значення у вираженні корисних фізичних і біологічних властивостей продукції, обумовлених різноманітністю і генеалогічними характеристиками, по-друге, здатність повністю задовольняти відповідні потреби людини».

Деякі правові ознаки якості харчових продуктів можна виділити на основі аналізу положень ст. Закон України No1 «Про передачу, переробку, використання, знищення або подальше вилучення неякісної та небезпечної продукції». Зокрема, до низькоякісної та ризикованої продукції належать: 1) продукція, яка не відповідає вимогам чинних в Україні нормативних актів щодо суміжних видів продукції, пов'язаних з її споживчими характеристиками; 2) продукція, яка не відповідає обов'язковим вимогам чинних в Україні нормативно-правових актів щодо безпеки життя і здоров'я людей, майна та навколишнього природного середовища; 3) з метою продажу покупцям виробник (продавці) навмисно надав зовнішній вигляд і (або) особистісні характеристики конкретного виду товару, але його не можна ідентифікувати як розподілену продукцію; 4) маркування, що порушує встановлені законодавством вимоги щодо продукції, мови маркування та (або) змісту і повноти інформації, що підлягає повідомленню; 5) продукція, у якій закінчився термін придатності для використання або використання; 6) продукція, яка не має відповідних документів, що підтверджують якість та безпеку продукції, передбаченої законодавством (ст. 1 Закону України «Про вилучення з обігу, переробку, використання, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції»).

Тому якісними вважаються продукти, в тому числі харчові продукти: 1) чинні нормативні документи, технічні регламенти про харчові властивості суміжного виду продукції; 2) зовнішній вигляд і індивідуальні

характеристики конкретного виду продукції; 3) включає маркування встановлених законодавством вимог та повну інформацію про характеристики та характеристики конкретних харчових продуктів; 4) Законодавчо встановлені вимоги до наявності документів, що підтверджують якість харчових продуктів. У той же час, вбачається, що законодавчі стандарти якості харчових продуктів слід розглядати як показники якості. Тобто категорії якості регулюються нормативно-правовими законами.

«Показник якості продукції - це кількісна характеристика однієї або декількох характеристик продукту, яка формує його якість», - говорить професійне джерело. Показник якості кількісно визначає рівень придатності продукту для задоволення певних потреб. "

Також чинним законодавством України регулюються окремі показники якості харчових продуктів, які включають показники та/або характеристики харчового продукту, що використовується для виконання однієї або декількох функцій, таких як: 1) відокремлення традиційного харчового продукту від інших харчових продуктів; 2) встановлювати вимоги до продукції дитячого харчування, харчових продуктів спеціального медичного призначення, а також харчових продуктів, які є повною заміною традиційних харчових продуктів для контролю ваги; 3) Інформувати споживачів про характеристики харчового продукту, в тому числі його етикетку (ст. 54 ст. 1 Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів»).

Зокрема, наказом МОЗ України від 23 червня 2022 року No 1084 затверджено вимоги до безпечності дитячого харчування та деякі якісні показники, які встановлюють: а) вимоги первинного та дитячого молочного харчування дитячого харчування до більш високого раціону; б) потреби в годуванні немовлят на основі зернових та інших прикормів; в) Вимоги до маркування та реклами. Так, наприклад, дитячі суміші повинні вироблятися з джерел білка та інших інгредієнтів, визначених у положеннях вимог, їх придатність для дитячого харчування встановлюється міжнародно та/або національно визнаними науковими даними (пункт 2 розділу II).

Методи забезпечення якості харчових продуктів, зокрема: сертифікація, сертифікація, державна реєстрація предметів гігієнічних заходів (харчових добавок, ароматизаторів тощо); дотримання здорових вимог до управління харчовими продуктами; застосування гігієнічних заходів, визначених законодавством; Здійснення державного контролю за якістю харчових продуктів та інші. Слід зазначити, що обов'язковість та порядок реалізації цих коштів передбачений законодавчими стандартами. Саме тому наявність законодавчих стандартів якості харчових продуктів забезпечує дотримання вимог якості на технічних стадіях процесу виробництва харчових продуктів та на етапах транспортування, зберігання та реалізації харчових продуктів.

Важливим аспектом правової якості харчових продуктів є інформування споживачів про характеристики харчового продукту шляхом їх маркування.

Відповідно до закону України «Інформація для споживачів про харчові продукти», інформація про харчовий продукт – це «інформація, що стосується харчового продукту, що надається кінцевому споживачеві шляхом зазначення на етикетці, інших документах і матеріалах або іншим чином (у доступній візуальній формі), яка встановлюється для певних видів продукції або в певних сферах обслуговування, у тому числі з використанням сучасних засобів дистанційного зв'язку або усних повідомлень» (пункт 10 ст. 1). Маркування означає "за відсутності будь-якої упаковки, етикетки (наклейки), кольєра та упаковки, слів, описів, маркувань (товарних знаків), графічних зображень або символів, що стосуються харчових продуктів, розміщених у документі або повідомленні з харчовим продуктом або посилаються на нього" (пункт 11 статті 1).

Тому маркування харчових продуктів можна розглядати як форму подання інформації споживачам про якість харчового продукту. І якщо вимоги до маркування, особливості маркування окремих видів харчових продуктів, знаходять свій належний правовий контроль, то можна говорити про маркування як про правову форму подання інформації про харчові продукти, зокрема, про якість.

Згідно з чинним законодавством, інформація про харчові продукти поділяється на обов'язкову інформацію про харчові продукти та добровільну інформацію. Відповідно до ст. 6 Закону України «Інформація споживачам про харчові продукти» передбачає обов'язкове подання найменування харчового продукту, переліку інгредієнтів, кількості або категорій інгредієнтів певних інгредієнтів, кількості харчового продукту в установлених одиницях виміру, мінімального терміну придатності або дати «першого використання», будь-яких спеціальних умов зберігання та/або умов використання та іншої обов'язкової інформації.

Основні вимоги до інформації про харчові продукти, що надається на добровільній основі, визначені в ст. 28 Закону України «Інформація для споживачів про харчові продукти» та наступні: 1) інформація не повинна вводити споживача в оману; 2) Інформація не повинна бути зрозуміла або заплутана клієнтом; 3) При необхідності інформація повинна ґрунтуватися на відповідних наукових даних.

Слід зазначити, що для окремих видів харчових продуктів на законодавчому рівні встановлені спеціальні вимоги до маркування. Так, зокрема, обов'язковим елементом маркування органічної продукції є кодівий номер, що ставиться під державним гербом органічної продукції та включає: 1) абревіатуру, яка ідентифікує державу походження; 2) напис «органічний»; 3) Реєстраційний код Сертифікаційного агентства, сертифікованого органічного виробництва (ч.4 ст.34 Закону України «Основні принципи та вимоги до органічного виробництва, розмноження

та маркування органічної продукції»). При цьому забороняється маркування сільськогосподарської продукції державною емблемою для органічної продукції, яка не отримана в результаті органічного виробництва або є продукцією перехідного періоду, а також використання будь-яких споріднених та/або продуктів цих термінів префіксом «органічний-», «еко-» тощо, префіксом «органічний», «еко-» тощо. Україна «Основні принципи та вимоги до органічного виробництва, дифузії та маркування органічної продукції»).

При маркуванні молочних продуктів та/або їх інгредієнтів термін «натуральний» може використовуватися, якщо вони відповідають таким критеріям: 1) продукт або інгредієнт не можуть бути виготовлені з сировини штучного походження; (2) продукт або інгредієнт не містить речовин, вироблених зі штучної сировини; 3) продукт або інгредієнт не містить штучних барвників, штучних ароматизаторів, штучних консервантів, штучних стабілізаторів, штучних харчових добавок, штучних підсолоджувачів; 4) продукт або інгредієнт отримані або вироблені з сировини в результаті фізичних та/або ферментативних та/або мікробіологічних процесів переробки, включаючи використання рН-контролю біологічним методом; 5) Продукт або інгредієнт виготовлені без застосування методів генної інженерії (ч.2 ст.28 Закону України «Інформація споживачам про харчові продукти»).

Таким чином, відсутність доступної, достовірної та необхідної інформації про харчові продукти та їх відповідність поєднанню якості є порушенням чинного законодавства України.

Якість їжі забезпечується встановленням декількох вимог. Однак вважаємо за доцільне звернути увагу на такий ефективний фактор, що забезпечує якість харчових продуктів рослинного і тваринного походження, яким є екологічно безпечний стан землі і умови, в яких вирощується рослинна продукція.

Раціональне використання земель, особливо сільськогосподарських, є однією з проблем сьогодення, оскільки продукти харчування, отримані в результаті землекористування, складають 98%. Більш того, надмірне розширення орних земель за рахунок похилих земель призвело до порушення екологічно збалансованого співвідношення земель: рілля, природні пасовищні угіддя, ліси, водойми, що негативно позначилося на стійкості агроландшафтів. В результаті земельні ресурси зношуються, забруднюються і виснажуються, а також не виробляють достатньо продовольства. Особливо загрозливим є прогресуюче зниження і зниження родючості ґрунтів, які є основою біосфери і сільськогосподарського виробництва. Водночас забруднення сільськогосподарських угідь пестицидами, радіонуклідами, важкими металами, збудниками інфекційних захворювань тощо становить загрозу навколишньому середовищу та життю і здоров'ю людей.

Саме тому з метою забезпечення сталого землекористування, створення безпечних умов для довкілля для виробництва продуктів харчування, захисту земель від ерозії, деградації, забруднення, пошкодження, відтворення, підвищення родючості ґрунтів та збереження ґрунтового покриву Кабінет Міністрів України схвалив концепцію Загальнодержавної цільової програми використання та охорони земель від 19 січня 2022 року від розпорядження № 70-р. Необхідність вирішення питань, пов'язаних з нераціональним використанням земельних і ресурсних можливостей держави, зумовила інтерпретацію відповідної програми вирішення на основі порівняльного аналізу можливих маршрутів і варіантів.

Враховуючи національні інтереси, в тому числі пов'язані з якістю продуктів харчування рослинного і тваринного походження, програма передбачає необхідність розробки: прогнозування та пріоритетів землекористування; напрямки сталого землекористування; раціональні, тобто пропозиції щодо землекористування, які є економічно ефективними та екологічно безпечними; Способи захисту та відновлення родючості ґрунтів, сільськогосподарських угідь тощо. Вона має здійснюватися шляхом прийняття правил, технічної документації, документації із землеустрою, техніко-економічного обґрунтування та охорони земель.

При аналізі положень законодавства України також забезпечується дотримання вимог щодо екологічно безпечного використання земель сільськогосподарського призначення і, відповідно, належна якість сільськогосподарської продукції: природно-сільськогосподарських, еколого-економічних, протиерозійних та інших видів зональних (зональних) земель (ст. 26); визначення нормативів гранично допустимого забруднення ґрунтів (ст. 31); встановлення нормативів якісного стану ґрунтів (ст. 32) і встановлення нормативів відповідної питомої ваги земель (ст. 33); визначення нормативів показників деградації земель і ґрунтів (ст. 34); Здійснення комплексу заходів щодо підтримки продуктивності сільськогосподарських угідь, їх екологічної стійкості при здійсненні господарської діяльності на землях сільськогосподарського призначення та підвищення родючості ґрунтів (ст. 36) тощо.

На нашу думку, запровадження державного регулювання необхідно розглянути з метою вивчення відповідності операторів ринку законодавству про харчові продукти, харчові продукти, здоров'я та благополуччя тварин як невід'ємної складової забезпечення правової якості харчових продуктів. Відповідно до ст. Закон України 17 «Державний контроль за дотриманням законодавства харчових продуктів, харчових продуктів, побічних продуктів тваринного походження, здоров'я та благополуччя тварин», цей регламент здійснюється відповідно до принципів: 1) пріоритету безпеки в питаннях життя і здоров'я людини над будь-якими іншими інтересами і цілями у сфері господарської діяльності; 2) рівність прав і законних інтересів усіх операторів ринку; 3) гарантувати

права і законні інтереси кожного оператора ринку; 4) об'єктивність і неупередженість державного контролю; 5) легітимність; 6) Відкритість, прозорість, планування та системний державний контроль, оцінка ризиків і швидкість та інші принципи.

Водночас «Здійснення державного регулювання у цій сфері суспільних відносин є ефективним правовим інструментом захисту прав громадян на безпечність та якість харчових продуктів, а його сутність досліджує відповідність операторів ринку забезпеченню якості та безпечності харчових продуктів та продовольчої сировини, а також запобіганню виробництву та обігу продукції. Це становить загрозу суспільним інтересам».

Також забезпечення легальної якості харчових продуктів визначає створення відповідних умов: можливість підвищення якості продукту, особливо шляхом інтенсифікації наукових досліджень на рівні виробництва; участь більшої кількості виробників в органічному виробництві; зниження ризиків негативного впливу на здоров'я споживачів внаслідок вживання супутніх речовин, які контактують з харчовими продуктами; забезпечення належного здоров'я та благополуччя сільськогосподарських тварин і птахів, об'єктів аквакультури; Посилення відповідальності за неправдиву інформацію про якість продуктів харчування тощо.

Якість харчового продукту – це сукупність показників та особливих характеристик харчового продукту, встановлених нормативно-правовими законами, нормативними документами, технічними регламентами та умовами договорів, які відповідають найвищим вимогам на технічних стадіях виробництва та на стадіях обігу харчового продукту та відповідають потребам і бажанням споживачів у всіх аспектах життєдіяльності.

Тема 7. Основні принципи системи НАССР

Методи контролю якості харчових продуктів в Україні за останні 10 років змінилися. Ратифікація Україною Угоди про асоціацію з Європейським Союзом спричинила певні зміни в українському законодавстві. Закон України про державне регулювання відповідно до європейських стандартів щодо харчових продуктів, продуктів харчування, харчових продуктів, здоров'я та благополуччя тваринництва розроблено як «державний контроль за дотриманням законодавства про харчові продукти, харчові продукти, побічні продукти тваринного походження, здоров'я та благополуччя тварин» (правила ЄС #854/2004, 882/2004 та 669/2009, а також Директива Європейської Ради #97/7). Внесено деякі зміни до українського закону «Основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» та затверджено розробки щодо запровадження та використання постійно діючих процедур, заснованих на принципах Системи контролю безпечності харчових продуктів. (Аналіз катастроф і критичних факторів контролю - НАССР).

Прогрес окремих підприємств і галузей економіки на зовнішньому і внутрішньому ринках повністю залежить від того, наскільки повно їх продукція або послуги відповідають стандартам якості. Підвищення якості продукту є довгостроковим завданням. Якість продукту має бути відповідним протягом будь-якого періоду їх існування, щоб повністю задовольнити потреби споживачів при мінімальних витратах. Саме тому проблема забезпечення і підвищення якості продукту важлива для всіх країн і підприємств, адже від її вирішення багато в чому залежить національна економіка, прогрес і ефективність.

20 вересня 2019 року настав термін впровадження системи безпеки харчових продуктів НАССР у всіх галузях промисловості України. Це стосується і більш дрібних здібностей, діяльність яких так чи інакше пов'язана з їжею.

Оскільки "основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів" в Україні не відповідають законодавству, мінімальна заробітна плата становить 30 для юридичних осіб, - 15 для фізичних осіб, а також - призупинення потужностей.

Сьогодні Україна є одним з найсильніших аграрних гравців на світовому ринку. Сільськогосподарська та харчова продукція українського виробництва поставляється на ринки близько 190 країн світу. Для України стратегічно важливо зберегти свої позиції на світовій арені.

Одним з надійних способів захисту споживачів харчових продуктів є система НАССР. НАССР (Disaster Analysis and Critical Control Points), який визначає, оцінює та контролює ризики, критичні для безпеки харчових продуктів. Дана система забезпечує збереження продукту «від поля до столу» на всьому протязі харчового ланцюга, так як дозволяє виявити критичні фактори, що впливають на безпеку кінцевого продукту, позбутися від них, і постійно стежити за ними. Впровадження НАССР вимагає законодавство Євросоюзу, США, Канади, Японії, Нової Зеландії та багатьох інших країн.

Система НАССР є обов'язковою в рамках законодавства більшості цивілізованих країн Євросоюзу, США, Канади, Японії, Нової Зеландії та ін.

В рамках Угоди про асоціацію, підписаної між Україною та ЄС, Україна зобов'язується наблизити національне законодавство до законодавства європейських країн, у тому числі у сфері санітарії та фітосанітарних заходів. Створення та впровадження ефективної системи контролю на українському виробництві є важливим кроком на шляху реалізації цих вимог.

Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» регулює взаємовідносини між керівниками, операторами ринку харчових продуктів та споживачами харчових продуктів. Цей документ визначає порядок забезпечення показників безпечності та якості харчових продуктів, що виробляються, перебувають в

обігу, ввезенні або пересиланні на митну територію України, або навпаки, вивозяться та пересилаються.

Вже на початку 2018 року 426 українських підприємств впровадили систему НАССР, а 143 перебували на стадії розробки та впровадження.

В першу чергу мова йде про заклади громадського харчування, що включають в себе всі навчальні заклади, які надають послуги з приготування їжі. Також все це виробники продуктів харчування та сільгоспвиробники сировини – від галузей, які надають транспортні послуги з транспортування продуктів харчування, до агрохолдингів та бізнес-установ. Нововведення стосується і операторів, які займаються зберіганням, фасуванням і упаковкою готових харчових продуктів. При цьому впровадження НАССР для виробників первинної продукції не є обов'язковим.

Звичайно, вимоги до великої переробки і продавцю кави на вулиці різні, і законодавство це передбачає.

Але система НАССР в Україні не обмежується відновленням первинного порядку в розробці і виробництві документації. В її основі лежать сім основних принципів:

1 - Аналіз ризиків:

Ефективна ідентифікація та аналіз ризиків є запорукою подальшого розвитку проекту НАССР. Для його реалізації можуть бути використані наступні

«Мозковий штурм», коли кожен член групи НАССР висловлює свою думку про ризики, пов'язані з харчовим продуктом або його виробництвом.

Після виявлення всіх ризиків вони аналізуються, щоб зрозуміти ризик, пов'язаний з цим ризиком. При аналізі враховується, які заходи контролю можуть бути застосовані для запобігання виникненню, зниження його до прийняттого рівня або усунення фактора ризику і на якому етапі це можна зробити.

2 - Виявлення критичних контрольних точок:

На даному етапі розвитку системи НАССР визначаються точки (локації), що підлягають контролю, щоб усунути значні ризики або зменшити їх виникнення. Щоб полегшити завдання, рекомендується використовувати послідовність питань, яка допоможе визначити ККТ – відому як «дерево рішень».

3 - Встановлення критичних меж:

Для кожної критичної контрольної точки повинні бути встановлені критичні межі – гранично допустимі значення (показники), що відрізняють викид безпечного харчового продукту від небезпеки.

4 - Створення механізму моніторингу:

Для кожної критичної контрольної точки повинна бути розроблена система моніторингу (управління) з конкретною періодичністю і вказівкою особи, відповідальної за моніторинг.

5 - Розробка коригувальних заходів:

Група НАССР розробляє коригувальні заходи перед кожною критичною контрольною точкою, які можуть бути застосовані негайно, коли дані моніторингу вказують на відхилення від критичних меж.

6 - Збір та оновлення записів:

Розроблено порядок ведення обліку та документів, який повинен відповідати розмірам потужності, особливостям технологічних процесів, та дає можливість оператору ринку перевірити впровадження та ефективність регуляторних заходів, передбачених системою НАССР.

7 – Оцінка ефективності.

- Перевірити, чи правильно і ефективно працює система НАССР. Точкою перевірки є сертифікація.

Поточна присутність в галузі системи управління безпекою харчових продуктів НАССР підтверджує, що виробники забезпечують всі умови, які гарантують стабільне виробництво якісної та безпечної продукції.

Впровадження даної системи управління вимагає матеріальних витрат з боку операторів. Але в довгостроковій перспективі всі гравці харчового ланцюга – від виробників до споживачів – отримають переваги. Це пояснюється тим, що перший стає більш конкурентоспроможним, випускаючи високоякісну продукцію, працює на завоювання довіри покупців і успішно бореться за їх затребуваність на внутрішньому і зовнішньому ринках. А споживачі отримують впевненість у якості та безпеці українських продуктів харчування, придбаних в українських супермаркетах або на ринках.

Переваги впровадження системи НАССР

Для виробників:

1. Виробництво безпечної продукції, що знижує бізнес-ризик і підвищує задоволеність клієнтів;
2. Покращення репутації та захисту торговельних марок;
3. Узгодженість із законодавством;
4. Персонал має чітке розуміння вимог безпеки харчових продуктів та методів їх реалізації;
5. Продемонструвати зобов'язання (докази) галузі щодо безпеки продукту, які можуть бути використані в судових позовах і виявлені страховими компаніями;
6. Краща організація персоналу та використання робочого часу;

7. Ефективність витрат, зниження втрат в майбутньому (спочатку втрати можуть збільшуватися через застосування коригувальних заходів, що вимагають вилучення продукції через неведення належного контролю в критичних контрольних точках);

8. Рідше отримувати скарги від клієнтів і їх довіру;

9. Можливість розширення доступу до ринків;

Для клієнтів:

1. Більша довіра до їжі;

2. Низький ризик захворювань харчового походження;

3. Поліпшення якості життя.

Тема 8. Харчові добавки. Види та сертифікація

У сучасному розумінні широке використання харчових добавок почалося тільки в кінці 19 століття, а сьогодні швидко досягло свого максимального поширення у всіх країнах світу.

Незважаючи на думку багатьох, харчові добавки слід класифікувати як об'єкти найменшого ризику з точки зору тяжкості, частоти та тяжкості потенційних захворювань.

Термін «харчові добавки» в даний час не має визначення. У більшості випадків під харчовими добавками розуміють групу речовин природного або штучного походження, які використовуються для вдосконалення технології отримання спеціалізованої продукції. Харчові добавки, як зазвичай, не включають сполуки, що підвищують харчову цінність продуктів (вітаміни, мікроелементи та ін.). Вони не є харчовими добавками і речовинами, що забруднюють продукти з навколишнього середовища.

Харчові добавки можуть вводитися в продукт на різних етапах його виробництва, зберігання і транспортування для поліпшення і полегшення виробничого процесу, підвищення стійкості продукту до різних видів псування, збереження структури і зовнішнього вигляду продукту. Харчові добавки можуть залишатися повністю або частково незмінними в продуктах або можуть залишатися у вигляді отриманих речовин в результаті хімічної взаємодії добавок з харчовими компонентами.

Як правило, більшість харчових добавок не мають харчового призначення і біологічно інертні для організму. Однак відомо, що будь-яка хімічна сполука або речовина може бути токсичним при певних умовах. В результаті біологічно активна добавка вважається безпечною, коли не володіє вираженою і хронічною токсичністю, мутагенними, тератогенними і гонадотропними властивостями. Тому дотримуйтесь твердих вимог до харчових добавок.

Класифікація харчових добавок:

E100-I182 Барвники - підсилюють або відновлюють колір продукту.

E200-I299 Консерванти - підвищують строк зберігання продуктів, захищаючи їх від мікробів, грибків, бактеріофагів, хімічні добавки, що стерилізують, при дозріванні вин.

E300-I399 Антиокислювачі - захищають від окислювання, наприклад, від прогоркання жирів і зміни кольору.

E400-I499 Стабілізатори - зберігають задану консистенцію. Згущувачі - підвищують в'язкість.

E500-I599 Емульгатори - створюють однорідну суміш фаз, що не змішують, (наприклад, води й олії).

E600-I699 Підсилювачі смаку й запаху.

E900-I999 Піногасники - попереджають або знижують утворення піни. У ці групи, а також у нову групу - E1000 - входять глазурувальні, підсолонувачі, розпушувачі й інші добавки. Цей вид добавок повністю заборонений в Україні

Харчові добавки, заборонені в Україні:

E121 - Барвник червоний цитрусовий 2.

E123 - Червоний амарант.

E240 - Консервант-формальдегід.

Харчові добавки, не дозволені в Україні.

Заборона цих добавок пов'язана з тим, що весь комплекс випробувань ще не завершений.

E103, E107, E125, E127, E128, E140, E153-155, E160, E166, E173-175, E180, E182, E209, E213-219, E225-228, Ee230-233, E237, E238, Ee241, E263, E264, E282, E283, E302, E303, E305, E308-314, EE317, E318, E323-325, E328, E329, E343-345, E349-352, E355-357, E359, E365-368, E370, E375, E381, E384, E387-390, E399, E430, E408, E409, E418, E419, E429-436, E441-444, E446, E462, E463, E465, E467, E474, E476-480, E482-489, E491-496, E505, E512, E519, E521-523, E535, E537, E538, E541, E542, E550, E554-557, E559, E560, E574, E576, E577, E580, E622-625, E628, E629, E632-635, E640, E641, E906, E908-911, E913, E916-919, E922, E923, E924, E925, E926, E929, E943, E944-946, E957, E959, E1000, E1001, E1105, E1503, E1521.

Небезпечні харчові добавки. Ті, що викликають злоякісні пухлини: E103, E105, E121, E123, E125, E126, E130, E131, E142, E152, E210, E211, E213-217, E240, E330, E447.

Ті, що викликають захворювання шлунково-кишкового тракту: E221-226, E320-322, E338-341, E407, E450, E461-466.

Алергени: E230-232, E239, E311-313.

Ті, що викликають хвороби печінки й нирок: E171-173, E320-322.

Розглядаючи яскраву етикетку на пакеті, банці або пляшці, ми нерідко забуваємо прочитати те, що надруковано дрібним шрифтом де-небудь в куточку і те що не кидається в очі. А саме там знаходиться цінна інформація про продукцію, яку ми маємо споживати в їжу. При чому, якщо привабливий зовнішній вигляд упаковки прямо таки говорить: "З'їж мене", то цей скромний напис частенько говорить протилежне "А чи варто?". Виною всьому – велика кількість харчових добавок, які збільшуються із року в рік. Колись список продуктів, які людина "винайшла" сама, а не

просто взяла у природи в готовому вигляді, був дуже коротким. В нього входив хліб, кисломолочні продукти, вино, цукор, пиво... Це, мабуть, і все.

Науково-технічний прогрес зламав це простоювання. Синтезувати потрібний смак, колір і запах їжі стає простіше і дешевше, ніж домогтися цього поліпшенням якості продукту. Але за що слід платити за таке «прискорення»? Пробірки мають безліч незвичайних властивостей. Наприклад, навіть якщо вони лежать на сонці, вони не псуються місяцями, щоб зберегти свій товарний вигляд і зовнішню привабливість. І, що стосується теми... Попереджаємо відразу: якщо продукт має дуже тривалий термін зберігання, дуже яскравий колір або дуже темний запах, його краще не пробувати на смак.

В даний час у нас є велика кількість синтетичних продуктів, виготовлених на основі синтезу органічних матеріалів. До них відносяться харчові добавки, що вводяться в раціон для самих різних цілей. Наприклад, для додання потрібного аромату, смаку або кольору створить потрібну консистенцію продукту. Харчові добавки також використовуються для повної або часткової заміни натуральної сировини. Без нечисленних доповнень сучасна харчова промисловість існувати не може.

Наприклад, без лимонної кислоти, яка незамінна при виробництві безалкогольних напоїв. А нітриту калію і натрію використовуються у виробництві коптильних і напівкоптильних ковбас. За своїм призначенням харчові добавки поділяються на структурно-структурні, ароматичні та такі, які технічно використовуються при необхідності.

За джерелом існують натуральні добавки - цукор, сіль і вітаміни; Лабораторні аналоги натуральних матеріалів - наприклад, ванілін; Синтетичні - сахарин, аспартам.

Законодавство України визначає, що включення харчових продуктів «Якість та безпека харчових продуктів і продовольчої сировини» – це «природний або синтетичний матеріал, спеціально введений в харчовий продукт для додання бажаних властивостей».

У нашій країні дозволено використовувати в харчовому виробництві перелік харчових добавок, який був затверджений Кабінетом Міністрів України 4 січня 1999 року. Оскільки нові доповнення з'являються постійно, цей список систематично переглядається і поповнюється. Сьогодні він складається з декількох сотень об'єктів. З них близько половини - натуральні, решта - синтетичні. Сьогодні в різних країнах світу використовується близько 500 харчових добавок.

До них відносяться барвники, консерванти, регулятори кислот, антиоксиданти, стабілізатори, емульгатори та інші. В Україні існує перелік продуктів, які не підлягають фарбуванню, такі як: всі види мінеральної води, борошно, крохмаль, хліб і хлібні вироби, макаронні вироби, томатна паста, томатний соус, консервовані помідори, риба, молюски, ракоподібні та інші.

Всі існуючі доповнення позначаються буквою «Е» і відповідним номером, які схвалені Європейським співтовариством як безпечні харчові добавки. Їх індекси офіційно визнані в нашій країні. За технічним призначенням їх можна розділити на три групи:

Добавки, що забезпечують необхідний зовнішній вигляд і органолептичні властивості продукту. Перш за все, це колірні гамма (збільшення і відновлення кольору виробу). По-друге, доповнення, які покращують стабільність продукту. До них відносяться стабілізатори (сприяють загустінню і підвищенню в'язкості продукту);

емульгатори (утворюють однорідну суміш не змішуються продуктів - наприклад, води і масла);

Харчові добавки, що запобігають псуванню продуктів. Це протимікробні засоби - хімічні та біологічні, які збільшують термін зберігання і захищають продукт від бактерій. Крім антиоксидантів - запобігає хімічному псуванню продукту.

Більш того, в процесі виробництва їжі потрібно кілька харчових добавок. Це прискорювачі процесу, розпушувачі, піноутворювачі, підсолоджувачі та ін.

Проблема теми харчових добавок в продуктах харчування хвилює сьогодні всіх – вчених, виробників. І в першу чергу - мільйони звичайних споживачів продуктів харчування.

Відповідні державні органи України забезпечать постійний моніторинг безпечності харчових продуктів. Встановлено, що харчові добавки повинні використовуватися при виробництві харчових продуктів в мінімальній кількості, необхідній для досягнення техногенного ефекту. При цьому вони не повинні перевищувати встановленого гранично допустимого рівня. Продукція вітчизняного виробництва, перш ніж надходити на прилавки магазинів, проходить тест на здоров'я.

Виробництво, використання та реалізація харчових добавок на території України дозволяється лише на підставі позитивного висновку державної гігієнічно-гігієнічної експертизи. Застосування харчових добавок допускається тільки в ситуаціях, коли це не є небезпечним для життя і здоров'я людини при тривалому зберіганні.

Здійснюючи роботу з державного контролю за сертифікацією харчової продукції та відповідністю стандартам, стандартам і регламентам, необхідно врегулювати наявність необхідних документів на всі харчові добавки, що використовуються у виробництві харчових продуктів. Обов'язковим є включення їх до «дозволеного списку...» Доповнення, що використовуються в Україні.

На етикетках багатьох товарів виробники часто пишуть дивне маркування, букви з цифрами, які незрозумілі пересічному покупцеві. Для людей без медичної освіти слова «стабілізатори», «консерванти», «емульгатори» мало говорять. Однак на етикетках вони позначаються просто буквою «Е». Це загальне позначення, скорочене від слова Еуропа.

Він відноситься до харчових добавок, що застосовуються в харчовій промисловості, завдяки чому продукт зберігається більш тривалий період часу, краще виглядає, має відповідний колір і т.д.

Доповнення нумеруються виходячи з того, яку функцію вони виконують. Наприклад, Е дає цифри від 100 до 200 - барвники, від 200 до 300 - консерванти, від 300 до 400 - антиоксиданти, потім загусники, емульгатори, дефомери, підсилювач аромату і аромату. Але ця класифікація умовна, адже одні і ті ж речовини можуть бути і консервантами, і антиоксидантами одночасно (сульфіт натрію Е221).

Існують харчові добавки природного походження. Наприклад, лимонна кислота Е330, а каротин Е160а, Е101 міститься у вітаміні В2 (рибофлавін) томатів, Е400 виділений з морських водоростей - альгінат натрію і ін.

Розповіді про побічний вплив деяких харчових добавок з жахливими наслідками для людини лякають. Наприклад, можна зустріти інформацію, що добавки Е103, Е105, Е121, Е123, Е125, Е126, Е152, Е210, Е211, Е213-217 та інші можуть спричинити злоякісні пухлини; Е221-226, Е320-322, Е338-341, Е407, Е450 – спричинюють захворювання шлунково-кишкового тракту; Е230, Е231, Е232, Е239 – містять алергени, а Е171-173, Е320-322 – можуть стати причиною захворювання нирок та печінки.

В Україні таких досліджень не здійснювали, і стверджувати, що вказані добавки справді спричинюють хвороби, сьогодні не можна. Чималий перелік харчових добавок дозволено використовувати Міністерством охорони здоров'я, згідно з рецептурою. Заборонено лише: барвники Е121, Е123, консерванти Е239, Е240 та Е242. Поки що до нас не потрапляли продукти вітчизняного та імпортного виробництва, до складу яких входили б такі добавки.

Добавки також бувають натуральними, наближеними до натуральних або синтетичними (штучними). Натуральні ароматизатори отримують із фруктів, квітів, листя. Їх сушать, дистилують, чавлять, концентрують. Але їхні "недоліки" – недовговічність, вони розкладаються за температури, вищої 50 градусів, дороговизна – примусили виробників масово використовувати штучні добавки. Найвідомішою штучною ароматичною добавкою, яку використовують у кондитерській галузі, є етилванілін (замінник ванілі й ваніліну).

Найчастіше використовуються:

Е100-182 – барвники. Підсилюють чи відновлюють колір продукту.

Е200-299 – консерванти. Підвищують термін зберігання продуктів, дезінфікують, захищають їх від мікробів, грибків, бактеріофагів, а також хімічно стерилізують добавки під час дозрівання вин.

Е300-399 – антиокислювачі. Захищають від окислення, наприклад, від згірнення жирів і зміни кольору продуктів.

Е400-І499 – стабілізатори. Зберігають задану консистенцію. Згущувачі. Підвищують в'язкість.

E500-I599 – емульгатори. Створюють однорідну суміш продуктів, що не змішуються, наприклад води й олії.

E600-I699 – підсилювачі смаку й аромату.

E900-I999 – піногасники. Запобігають утворенню піни чи знижують її рівень.

Поняття безпеки матеріалу, використовуваного в якості харчової добавки, уточнює режим його використання. Вирішальне значення має добова кількість матеріалу, що надходить в організм, тривалість його надходження, їжа, шляхи надходження речовини в організм.

Більш того, слід пам'ятати, що дорослі, діти, люди похилого віку, вагітні жінки мають різний рівень почуття і захисту, тому проблема вживання харчових добавок стає ще більш здоровою. Важливе значення має потенційна взаємодія харчових добавок з шкідливими хімічними речовинами, що надходять в організм людини з навколишнього середовища.

Таким чином, харчові добавки можуть використовуватися в харчовій промисловості тільки після ретельного вивчення перекисних властивостей і встановлення повної безпеки застосування кожної окремої добавки.

Здоровий контроль харчових добавок в раціоні проводиться в чотири етапи.

Першим кроком є початкова токсична і здорова оцінка контрольованої речовини - харчової добавки. На підставі інформації, отриманої виробником, визначають раціональне і товарне найменування матеріалу, його найменування, технологію виробництва, хімічну будову і фізико-хімічні властивості. Встановити наявність і особливості методів кількісного встановлення харчових продуктів і харчових включень в різних середовищах. Встановити область включення їжі і ступінь використання, її можливий розподіл у зовнішньому середовищі. У методичних рекомендаціях врахована кількість харчових добавок, які можуть бути доступні людському організму з їжею в реальних умовах. На основі цих даних створюють програму для подальшого тестування прийому їжі.

Другий крок тестування харчової добавки важливий. В результаті довготривалого випробування була встановлена межа додавання їжі і максимальна неактивна доза для поширених токсичних ефектів. Для цього за допомогою двох видів модельних лабораторних тварин метаболізм досліджуваного в них хімічної сполуки аналогічний метаболізму людини. Тривалість судового розгляду зазвичай становить 9... 18 місяців.

В кінці довгострокового експерименту на тваринах тестових груп і контрольної групи вони прийшли до висновку, що прийом їжі має або не може мати токсичність.

Зрозуміти його здатність згубно впливати на спадковість при генетичній токсичності речовини, тобто викликати непотрібні мутації. Розрізняють генні, хромосомні і геномні мутації.

Генні мутації виникають в результаті зміни досліджуваного матеріалу, формування окремих генів.

Хромосомні мутації виникають при зміні структури хромосом. Речовини, що викликають ці мутації, називаються мутагенами.

Геномні варіанти діляться на анеплоїдії і поліплоїдії. Анеплоїдією називають зміну кількості окремих хромосом. Поліплоїдія означає збільшення кількості хромосомних наборів соматичних клітин в порівнянні зі звичайним диплоїдним.

Тема 9. Класифікація генетично модифікованих продуктів.

Останнім часом значні досягнення є в галузі біотехнології, генній інженерії, як науково-технічного, так і науково-технічного прогресу. Завдяки його розвитку з'являються нові види рослин, більш продуктивні сільськогосподарські тварини, мікроорганізми з новими або посиленими властивостями, збільшуються обсяги їжі.

Можливості таких технологій багатогранні. Рослинам можна надати поліпшені якісні властивості. Вони можуть мати високу врожайність або стійкість до гербіцидів і комах, мати поліпшений смак і змінений вміст будь-яких поживних речовин (білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і т.д.).

Тваринам надають такі характеристики, як підвищена продуктивність, особливі синтетичні властивості (наприклад, поліпшення складу коров'ячого молока) і здатність протистояти різним захворюванням.

«Генна інженерія - це практика навмисних змін генетичних програм статевих клітин для додання нових характеристик вихідним формам організмів або для створення принципово нових форм організмів».

Генна інженерія, на відміну від класичного відбору, дозволяє ввести ген, його фрагменти або комбінації генів в генетичний апарат рослинних або тваринних клітин, об'єднати їх з деякими молекулами нуклеїнових кислот, а отримані гібридні молекули ввести в клітини іншого організму. Відбирається і свідомо вводиться ген з відомими характеристиками. Таким чином, генна інженерія значно прискорює процес придбання рослин, тварин або мікроорганізмів зі специфічними характеристиками. Так з'являється генетично модифікований організм.

«Генетично модифікований організм (ГМО) означає клітинну, одноклітинну або багатоклітинну структуру, здатну відтворювати або передавати генетично успадкований матеріал, відмінний від організму або декількох організмів або природних організмів, придбаних за допомогою методів генної інженерії та генетично модифікованих матеріалів, включаючи комбінації генів, їх фрагменти або гени».

Гени бактерій, рослин, тварин і людини також можуть бути використані в якості генно-інженерного матеріалу. Таким чином, ген рослини був перетворений в ген тварини, ген бразильського горіха і ген скорпіона були перетворені в соєві боби з метою збільшення вмісту білка;

Снігостійкі помідори були отримані шляхом схрещування генів нормальних помідорів і риби, ген форелі був введений в геном лосося для збільшення маси риби; Людські гени були щеплені в гени свиней, що зробило їх м'ясо більш щільним і солодким після смаку.

Генетично модифіковані організми і сировину використовуються для виробництва генетично модифікованих продуктів харчування. Генетично модифіковані продукти (ГМО), отримані з генетично модифікованих організмів або містяться в їх складі, використовуються людиною в їжу в натуральному або переробленому вигляді.

Генетично модифіковані продукти, як правило, діляться на три категорії. До першої категорії відносяться продукти, які є традиційними (молекулярні і генотипічні властивості, рівні важливих поживних речовин, антихарчові, токсичні речовини, алергени, які характерні для конкретного виду або продукту). Вони, як і їх аналоги, безпечні і не вимагають додаткових досліджень. Більшість комерційно вирощених генетично модифікованих рослин відносяться до цієї групи.

Друга категорія - це генетично модифіковані продукти, які мають деякі відмінності при введенні нового гена і аналога, пов'язаного з синтезом нового білка. Дослідження якості та безпеки таких продуктів акцентують увагу на властивостях цього білка і його властивостях.

Третю категорію складають продукти, які генетично модифіковані з навмисно зміненим комбінованим хімічним складом (вітамінний, білковий), який не характерний для даного виду продукції.

Рівень впровадження генетично модифікованої продукції в сільськогосподарську практику досить високий. Таким чином, до 1998 року їх налічувалося понад 25 тисяч. Польові дослідження з трансгенними рослинами, більше 75% з них в США і Канаді, близько 30% в Росії. За їх результатами 11 генетично модифікованих культур впроваджено в сільськогосподарську практику і допущено до використання в харчуванні популяцій США, Канади, Аргентини, Японії та країн європейського співтовариства. Всього в світі вирощується 81 вид генетично модифікованих рослин.

Генетично модифіковані продукти:

I категорія

Хоча продукти, повністю схожі в поєднанні з традиційними (молекулярні та генотипічні властивості), безпечні, додаткові дослідження не потрібні;

I категорія

Введення нового гена, генетично модифікованих продуктів, які мають деякі відмінності, пов'язані з синтезом нового білка (необхідні дослідження, спрямовані на встановлення характеристик білка)

II Категорія

Продукти, які мають навмисно змінений комбінований хімічний склад, незвичний для даного продукту (потрібні дослідження з

використанням нових напрямків сучасної науки - геноміки, протеоміки, метаболоміки)

Найбільш поширені ГМ-рослини: соя, стійка до гербіцидів і шкідників (54% від загальної площі) і кукурудза (30%), стійкий до гербіцидів ріпак (9%), стійкий до комах бавовник (9%) і картопля (0,01%). Генномодифіковані томати, гарбуз, тютюн, папайя, буряк, цикорій, льон для комерційного виробництва.

Прихильники трансгенної інженерії стверджують, що сучасні технології відкривають кращі можливості для вирощування генетично модифікованих рослин. Пояснюється це тим, що у рослин розвиваються нові ознаки: віруси, бактерії, грибки, комахи і комахи, посухи, засолення ґрунту, високі температури, холод.

Крім того, створюються трансгенні овочі і фрукти, що містять гени, що кодують синтез вакцин проти різних захворювань (герпесу, гепатиту, холери, раку). Вважається, що вживання таких рослин в їжу може привести до утворення антитіл в організмі людини і може стати ефективним засобом захисту людей від хвороб.

Трансгенні рослини створюються з вмістом амінокислот, жирних кислот і вуглеводного складу, мікроелементів і вітамінів, що дозволяє поліпшити їх харчову і біологічну цінність. Характеристики замовника (смак, запах, колір), правила дозрівання і зберігання овочів і фруктів різняться.

Ведуться дослідження по створенню трансгенних рослин, що дозволяють очищати воду і ґрунт від металів і радіоактивних нуклідів.

Більшість вчених вважають, що виробництво і використання трансгенних рослин має високі переваги і очікування в сільському господарстві. Використання генетично модифікованих рослин, що дають високі врожаї, стійкі до шкідників і хвороб, дозволяє: зменшує втрати врожаю, допомагає зняти інтенсивність забезпечення населення продуктами харчування, знижує витрати на хімічні засоби захисту рослин, захищає навколишнє середовище від забруднення пестицидами, забезпечує безпеку продукції до хімічних забруднювачів.

Однак отримання генетично модифікованих джерел їжі, просування їх на світовому споживчому ринку продуктів харчування призведе до інтенсивних суперечок серед прихильників і противників. Це пов'язано з тим, що всі генетично модифіковані продукти пов'язані з появою абсолютно нових організмів, які мають нові генетичні властивості і грають відповідну роль в природі. Використання генетично модифікованих продуктів в раціоні населення може мати такі наслідки:

Тому можлива поява токсичних і алергічних реакцій на продукти. Наприклад, трансгенні кукурудза і томати мають здатність виробляти в організмі людини сполуки, які розпадаються на токсичні і мутагенні речовини. Деякі трансгенні стійкі до комах види рослин виробляють білки,

які пригнічують дію травних ферментів, які впливають не тільки на комах, але і на людину і, зокрема, на підшлункову залозу.

Стійкість людей до антибіотиків зростає, тому що більшість генетично модифікованих рослин мають гени, стійкі до них. При вживанні таких рослин лікування людини антибіотиками не ефективно. Можливо поглянути на тератогенну, імунотоксичну, мутагенну, канцерогенну дію їжі.

Трансгенні рослини стійкі до комах і комах завдяки високому вмісту лектинів, але можуть бути мутагенними і значно впливати на ембріон людини. Деякі стійкі до гербіцидів трансгенні рослини небезпечні тим, що володіють канцерогенними, імунотоксичними, ембріональними властивостями. Такими властивостями володіє генетично модифікований картопля, стійкий до гербіциду атразин, і цукровий буряк, стійкий до гліфосату.

У деяких генетично модифікованих сортів рису через змінених внутрішньоклітинних процесів накопичуються біологічно активні ферментативні продукти розпаду, що призводить до збільшення врожаю, але і провокує утворення злоякісних пухлин у людини.

Коли споживаються генетично модифіковані продукти, деякі чужорідні гени можуть імплантуватися в мікрофлору кишечника людини і проникати у внутрішні органи. Особливо це небезпечно для вагітних жінок: є велика ймовірність мутації чужорідної ДНК в геном малюка, що може привести до вроджених каліцтв, мутацій, загибелі плода.

У генетично модифікованих організмах утворюються ферменти, здатні привести до алергії, захворювань шкіри і шлунка. Англійський вчений Арпад Пуштай провів дослідження, в результаті яких зменшився розмір мозку мишей, яких годували генетично модифікованою їжею, зруйнувалися печінка і селезінка, пригнічувалася імунна система.

За результатами японських вчених було визначено, що споживання людиною двох столових ложок генетично модифікованої сої в день протягом місяця призводило до значного підвищення рівня тиростимулюючого гормону і подальшого розвитку захворювань щитовидної залози.

Дослідження вчених свідчать про зв'язок між годуванням дітей

Соеве молоко і розвиток в них аутоімунних захворювань. Споживання біологічно активних добавок з соєвим лецитином під час вагітності призводить до зниження активності кори головного мозку у плода. Високі концентрації соєвих фітоестрогенів в дитячому раціоні (які є аналогами статевих гормонів) призводили до раннього статевого дозрівання у дівчаток і порушували фізичний розвиток хлопчиків. Серед дітей, хворих на цукровий діабет, було в два рази більше людей, ніж тих, хто включав соєвий раціон в дитинстві. Тому в деяких країнах, особливо в Швеції, лікарі рекомендують обмежити прийом соєвих продуктів в дитячому раціоні. Дослідженнями вчених різних країн встановлено, що

споживання генетично модифікованої сої може призвести до раку і незворотних змін в імунній системі людини.

Значного екологічного ризику трансгенних видів і гібридів рослин в природному середовищі не виявлено, але криється їх потенційний ризик. Вирощування генетично модифікованих культур може призвести до дисбалансу навколишнього середовища, адаптації комах до генномодифікованих рослин, знищення корисних шкідників та інших організмів. Через те, що генетично модифіковані рослини можуть передавати свої ознаки сусіднім видам, можуть з'явитися стійкі до гербіцидів бур'яни. Українські вчені виділяють дві групи ризиків, пов'язаних з використанням генетично модифікованих організмів. Противірусні гени, вбудовані в першу групу ризику ГМО, можуть поєднуватися з генами інших вірусів, які природним чином заражають рослини, приводячи до появи нових небезпечних вірусів. До другої групи ризику відноситься пилок генетично модифікованих рослин, які транспортуються у віддалені місця і запилюють інші рослини, передаючи їм нові гени. Таким чином, вони витісняють дикі форми, приводячи до зниження біорізноманіття.

Крім негативних тенденцій в сільському господарстві, поряд з небезпеками промислового виробництва генномодифікованих культур, існує ще одна загроза економічна, політична і соціальна, яка проявляється.

Монополія виробництва продуктів харчування, вплив на довгостроковий запас продукції, відсутність маркування генномодифікованої продукції. Клієнти не можуть протистояти генетично модифікованим продуктам без об'єктивної та своєчасної інформації про потенційну загрозу та їх присутність у бізнес-мережі.

Генетичні маніпуляції з крапельками роси і тваринами вважаються новою формою біологічного забруднення. Тільки в США кількість трансгенних культур, дозволених до продажу, перевищила кілька сотень. Станом на 2001 рік США Близько 60% продуктів харчування, що реалізуються в роздрібній мережі, мали генетично модифіковані компоненти. Майже вся продовольча гуманітарна допомога, включаючи насінневий фонд сільськогосподарських культур, що відправляється у відсталі регіони світу, була генетично модифікована.

Схема. 1 Можливості та наслідки використання генетично модифікованої продукції



У цих регіонах, як і в Європі, ведуться зусилля щодо заборони виробництва такої продукції в своїх країнах, щоб протистояти генетично модифікованій експансії. У зв'язку з цим багато країн останнім часом почали створювати системи біобезпеки. Програма Організації Об'єднаних Націй з навколишнього середовища (ЮНЕП) разом з Глобальним екологічним фондом (ГЕФ) також сприяють створенню систем біобезпеки в країнах, що розвиваються.

Тема 10. Оцінка безпеки генетично-модифікованих продуктів

Безпека генетично модифікованих продуктів — ключовий фактор, який визначає можливість їх широкого використання в харчуванні людини, оцінюється на кількох етапах їх розробки й експертизи.

В основу методики оцінювання безпеки генетично модифікованих продуктів покладено принцип композиційної, або реальної еквівалентності. Досліджують хімічний склад генетично модифікованого продукту і проводять порівняння з традиційним аналогом за вмістом основних нутрієнтів, аліментарних, токсичних речовин та алергенів. За результатами аналізу присвоюють клас безпеки генетично модифікованому продукту.

До першого класу безпеки відносять генетично модифіковані продукти, які не мають відмінності від традиційних аналогів, вони вважаються абсолютно безпечними для здоров'я споживачів.

У разі виникнення деяких відмінностей порівняно з традиційним аналогом продукцію відносять до другого класу безпеки. Якщо виявлена повна невідповідність продукції традиційному аналогу, то її відносять до третього класу безпеки. Така продукція потребує подальшого поглибленого вивчення.

Оцінка безпеки генетично модифікованої продукції, що надходить на продовольчий ринок України, здійснюється провідними науковими центрами країни в трьох напрямках: медико-генетичному, медико-біологічному; технологічному.

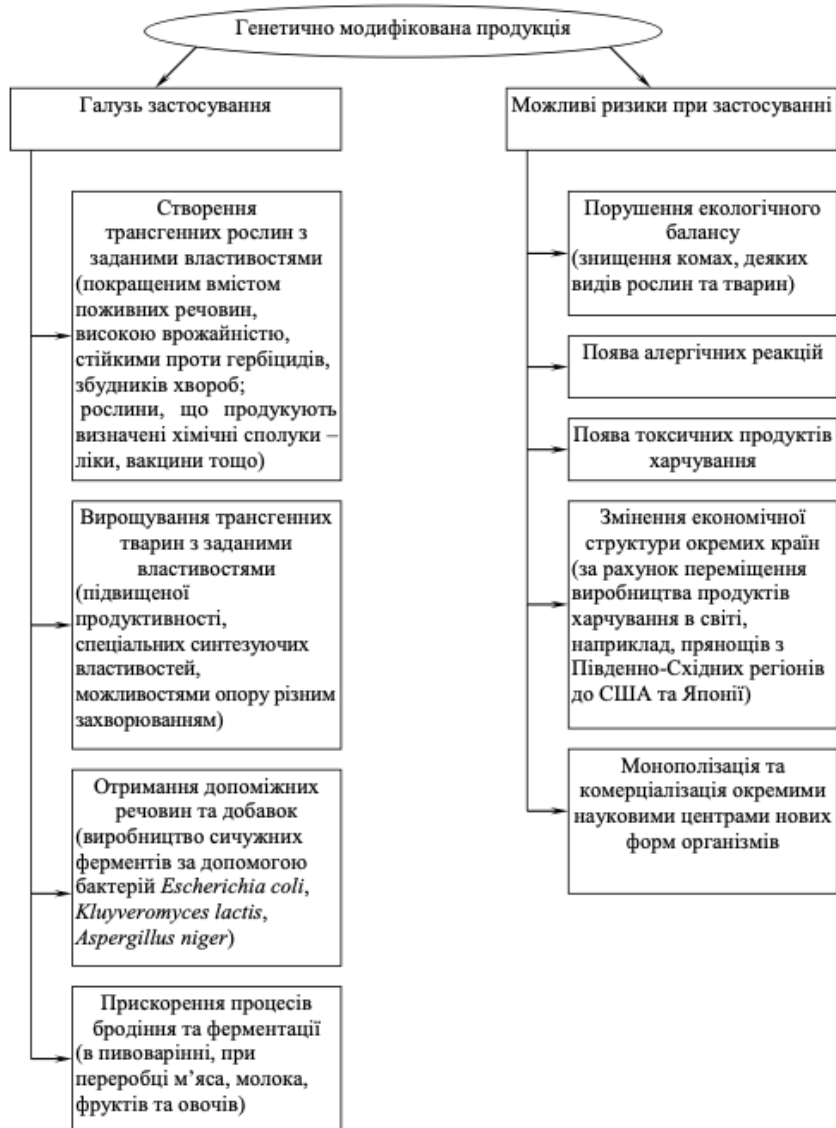
Медико-генетичне оцінювання харчової продукції, отриманої з генетично модифікованих організмів, передбачає експертизу структури рекомбінантної ДНК, що включена в геном, у тому числі маркерних генів, оцінювання регуляторних послідовностей, визначення стабільності генетично модифікованих організмів упродовж життя декількох поколінь. Таке дослідження проводиться акредитованими генетичними центрами.

Медико-біологічне оцінювання харчової продукції проводять шляхом визначення показників якості та безпеки, аналізу результатів токсикологічних досліджень на лабораторних тваринах, дослідження алергенних властивостей, імовірних мутагенних та канцерогенних ефектів (схема. 2).

Токсикологічні випробування харчових продуктів проводяться на групах тварин, які отримують раціони зі звичайними і генетично модифікованими продуктами. Технічна оцінка передбачає вивчення споживчих характеристик виробів і їх привабливості в залежності від різних видів технічної обробки.

В Україні встановлено постреєстраційний моніторинг харчових продуктів з генетично модифікованих джерел, який ґрунтується на тестуванні супровідних документів на продукт та виявленні чужорідної ДНК методом полімерної ланцюгової реакції (ПЛР).

Схема. 2. Етапи експертизи генетично модифікованої продукції



ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 3. СТРУКТУРА ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ТА ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У МЕДИЧНОМУ ПРАВІ

Тема 11. Державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Розвиток приватної медицини в Україні

Однією з суперечливих тем у державній політиці України є медична реформа, яка стосується її викликів, проблем та проблем переваг. Початок реформи охорони здоров'я покладено на прийняття в Україні «Державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» (далі – Закон про медичну реформу) від 19.10.2017 року.

Після впровадження ця реформа стала предметом суперечок щодо її конституційності. Зокрема, представники 59 осіб звернулися до

Конституційного Суду України з конституційним поданням з вимогою визнати його надзвичайним станом і розглянути протягом місяця за статтею 75 українського законодавства.

Конституційному Суду України складно прийняти рішення, адже вага буде наступною: головна гарантія прав людини, щодо якої вже висловлені правові позиції, та нові нормативні зміни, які потребують зміни національної моделі охорони здоров'я. Все це відбуватиметься на тлі складної політичної ситуації.

Особливу увагу приділено двом правам людини у сфері охорони здоров'я, які в рамках реформи прийняли новий підхід: праву на вільний вибір лікарів та праву на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Багато положень підходять для реалізації права на вільний вибір лікарів, що призводить до неузгодженості. Відповідно до законодавства про охорону здоров'я, пацієнт має право вільно обирати лікаря, якщо він здатний надавати свої послуги. Закон медичної реформи закріплює право пацієнта обирати лікаря у встановленому законом порядку. Якщо пацієнт потребує медичних послуг та лікарських засобів за Програмою медичних гарантій, він може скористатися правом вибору лікаря, подавши оголошення про вибір лікаря, який надаватиме первинну медичну допомогу. Надання медичних послуг та лікарських засобів за Програмою медичних гарантій вторинної, третинної, паліативної допомоги та медичної реабілітації здійснюється під керівництвом лікаря первинної ланки або лікуючого лікаря.

Пункт "d" відповідно до частини І. 6; Частина 1 ст. Закон України 38 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), ч. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України, пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо він має можливість надавати його послуги.

Розділ 3 у частині І. Стаття 6 Закону про медичну реформу стверджує право пацієнта обирати лікаря у встановлений законом спосіб. Згідно зі ст. 9 цього ж закону, якщо медичні послуги та лікарські засоби необхідні за Програмою медичних гарантій, пацієнт або його законний представник реалізує своє право на вибір лікаря, подавши надавачу медичних послуг декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

Стаття 351 основоположного закону України про охорону здоров'я також визначає питання відбору лікарів, але містить і обмеження свободи вибору та закон медичної реформи. Ця стаття регламентує загальний порядок вибору сімейного лікаря, але поки що Міністерство охорони здоров'я України ще не прийняло підзаконних актів, що описують цю процедуру. На вторинному та третинному етапах надання медичної допомоги вільний вибір лікарів не передбачений, оскільки лікарів, які здійснюють надання вторинної або третинної медичної допомоги, визначає керівник закладу охорони здоров'я, що надає таку допомогу (відповідно до

статті 352). Однак необхідно пам'ятати про положення Статті 34(2) Основ, яке гарантує право пацієнта на заміну лікаря.

На другому етапі надання медичної допомоги пацієнти можуть отримати її таким чином: 1) отримання направлення від лікуючого лікаря, який надавав первинну медичну допомогу; 2) отримання направлення від лікаря закладу охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціальну) або третинну (більш спеціалізовану) медичну допомогу; 3) Отримання медичної допомоги без направлення хворих: а) лікар акушер-гінеколог; б) лікар-стоматолог; в) педіатр; а) пацієнти з хронічними захворюваннями, зареєстровані в аптеці цього закладу охорони здоров'я; б) Пацієнти в невідкладній ситуації.

Таким чином, складається враження, що можливість пацієнта обрати лікаря регулюється підставою як законодавчим актом, але існує багато правил, які створюють для цього перешкоди. З одного боку, пацієнт може вибрати будь-якого лікаря, але з іншого - поетапне обмеження може ускладнити цей вибір. Для вирішення цієї проблеми можна скористатися листом Мін'юсту № 758-0-2-08-19 і визначити спеціальні критерії. Слід зазначити, що статті 6 і 38 Основ стосуються прав пацієнта, а статті 351-353 Основ стосуються порядку надання різних видів медичної допомоги.

Тому можна стверджувати, що ті стандарти, які стосуються прав пацієнтів, є особливими, оскільки мають внутрішню законодавчу колізію. Безперечно, така проблема потребує вирішення шляхом внесення змін до основ та встановлення єдиної моделі регулювання права вільного вибору лікаря.

Закон медичної реформи також є особливим, адже він регулює порядок надання медичної допомоги за рахунок коштів Державного бюджету України за Програмою медичних гарантій.

Отже, коротко можна зробити висновок, що: 1) при наданні медичної допомоги за Програмою медичних гарантій право пацієнта на вільний вибір лікаря обмежується вибором лікаря первинної ланки; (2) При наданні медичної допомоги поза програмою право вільного вибору повинно забезпечуватися на підставі статей 6 і 38 Основ.

Закон медичної реформи містить термін «медична послуга», який визначений у статті 3 Основ як послуга з медичного обслуговування населення, що надається закладом охорони здоров'я або ліцензованою фізичною особою-підприємцем для провадження господарської діяльності з медичної практики. Однак такого визначення недостатньо для з'ясування юридичної суті цього поняття, так як було б неправильно визначати слово по його власному позначенню. У літературі доступні різні теоретичні підходи до розуміння понять «медична послуга» та «медична допомога», і з цього можна зробити висновок, що це різні поняття, викладені у рішенні Конституційного Суду України від 29.05.2002 року (у випадку з безкоштовною медичною допомогою).

Найскладнішим є питання надання медичної допомоги безоплатно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що гарантує мистецтво. 49 Конституції України.

Проаналізувавши Конституцію України, Закон про медичну реформу, Рішення Конституційного Суду України 2002 року та 25.11.98 (Справа платних медичних послуг) Конституційного Суду України (далі – Рішення Конституційного Суду України 1998 року), приходимо до наступних висновків:

1) Під визначенням терміна «Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (Програма медичних гарантій)» мається на увазі обсяг гарантованих державою медичних послуг, що надаються за рахунок коштів Державного бюджету України.

Однак у рішенні Конституційного Суду України від 2002 року було зазначено, що Конституційний Суд України визнав його неприйнятним з точки зору вказівки ч. 3 ст. 49 Конституції України, пропозиції деяких державних установ про необхідність встановлення певних меж надання безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неплатоспроможним верствам населення або «у визначених законом межах» тощо.

Тому у 2002 році Конституційний Суд України визначив свою позицію на гарантованому рівні, та сформулював правову позицію: «У державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» наступним чином: У державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її кількості та без первинної, поточної чи наступної оплати для надання такої допомоги.

Орієнтуємося на позицію Конституційного Суду України, яка чітко визначає повноту надання медичної допомоги. Більш того, в ст. Стаття 22 первинного закону держави говорить, що при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не можна допускати звуження предмета і обсягу існуючих прав і свобод.

Тлумачення словосполучення «звужувати зміст і обсяг прав і свобод людини і громадянина» здійснив Конституційний Суд України у своєму рішенні від 22.09.2005 (справа про постійне користування земельними ділянками): «Відповідно до ст. Відповідно до статті 22 Конституції України конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані (частина 2), при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не можна допустити звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод (частина 3). Скасуванням конституційних прав і свобод є їх офіційне (юридичне або фактичне) банкрутство. Їх обмеження полягає у звуженні змісту та обсягу прав і свобод. У традиційному розумінні діяльності поняття, що визначають суб'єкта прав людини, - це умови та інструменти, що формують можливості людини, необхідні для задоволення потреб її існування і розвитку. Обсяг прав людини є їх істотним активом, вираженим

кількісними показниками людських можливостей, які відображаються відповідними правами, які не є однорідними і не є універсальними».

Водночас Конституційний Суд України вказав, що загально визнаною є норма про те, що суть питання основоположного права не може бути порушена за жодних обставин.

Звичайно, з огляду на вищезазначене, виникає логічне запитання: чи не звужив закон медичної реформи зміст та обсяг права, гарантованого мистецтвом? 49 Конституції України.

Враховуючи умови конституційного стандарту та його тлумачення Конституційним Судом України, можна стверджувати, що закон медичної реформи обмежує зміст та обсяг права на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

2) У Рішенні КСУ 2002 року, зокрема, зазначено, що поняття медичної допомоги, порядок надання медичних послуг поза медичною допомогою на платній основі в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також перелік таких послуг повинні визначатися законом. Тому знову виникає логічне запитання: чи дозволяє закон медичної реформи розмежовувати медичну допомогу та медичні послуги поза медичною допомогою, а останні надавати платні?!

Здається, що це не так, оскільки аналіз закону про медичну реформу дає підстави стверджувати це:

1) На сьогодні перелік послуг, що надаються за рахунок коштів державного бюджету України, має бути встановлений законом про державний бюджет України (частина 5 статті 4 Закону про медичну реформу: Програма медичних гарантій затверджується Радою України у складі закону про державний бюджет України на відповідний рік), а також, як зазначено Конституційним Судом України, перелік медичних послуг поза медичною допомогою, які надаватимуться на платній основі. Такі зміни нормативних акцентів свідчать також про зміну конституційної концепції;

2) Закон про медичну реформу, як видається, нормативно побудований за наступною схемою: медичні послуги як складові різних видів медичної допомоги (ч.1 ст.4 Закону про медреформу);

3) Хоча в деяких місцях це залежить виключно від процедури лікування пацієнта, схоже, що змінювати правовий формат шляхом перетворення медичних послуг з безкоштовних на платні не має сенсу. Наприклад, якщо пацієнт звертається за вторинною допомогою без рекомендації сімейного лікаря – це платна послуга, а вторинна допомога надається за направленням сімейного лікаря і входить до програми медичних гарантій, то безоплатно. Тобто однаковий обсяг медичної допомоги може надаватися платно і безоплатно, в залежності від способу отримання;

3) Часто виникають дискусії щодо збалансованості конституційних статей 49 та 95, друга з яких – лише закон про державний бюджет України

визначає будь-які видатки держави на загальносоціальні потреби, обсяг цих видатків та напрямок мети.

Конституційний Суд України вже висловив свою позицію щодо предмету мистецтва, з точки зору соціального захисту. Стаття 95 Конституції України, зокрема, зазначила у своєму рішенні від 25.01.2012: «Рівень державних гарантій права на соціальний захист має відповідати Конституції України, а мета і способи зміни порядку нарахування соціальних виплат та допомоги – відповідати принципам пропорції та справедливості». Рівень державних гарантій права на медичну допомогу ніби закріплений в ст. 49 первинного закону України. Більш того, конкуруючи із загальними і особливими стандартами, слід зазначити, що це еталон мистецтва. Стаття 49 Конституції України особлива тим, що є елементом конституційно-правового статусу особи і громадянина.

Загалом це лише кілька прикладів низки питань, пов'язаних з медичною реформою, які потребують об'єктивної оцінки відповідних законодавчих стандартів та їх конституційності. При розробці нормативних законів важливо пам'ятати, що необхідно дотримуватися принципів правової визначеності та ясності слів, які є невід'ємними складовими конституційних принципів рівності та справедливості. Зокрема, Конституційний Суд України у своєму рішенні від 22.09.2005 вказав, що відсутність визначеності, ясності та невизначеності верховенства права призводить до неоднакового застосування закону, призводить до свавілля та створює проблеми у здійсненні прав людини. На прикладі двох нормативних актів у сфері охорони здоров'я ми бачимо широке коло питань, які можуть виникнути при реалізації та застосуванні суміжних положень, які можуть перешкоджати захисту прав людини.

Розвиток приватної медицини в Україні.

На початку 90-х років у великих містах України з'явилися перші приватні клініки, що надають платні медичні послуги населенню. Розвиток приватного сектора в медичній галузі викликаний кризою державної системи охорони здоров'я.

Пацієнти стали часто звертатися за медичною допомогою в приватні медичні установи при забезпеченні старим обладнанням в державних медичних установах, низькому рівні сервісу при наданні безкоштовної медичної допомоги, неякісному медичному обслуговуванні. Недостатнє фінансування медичної галузі та низька заробітна плата медичних працівників змушують лікарів та молодший медичний персонал переходити на приватний бізнес, де їм можна довіряти економічний успіх за рахунок професійних знань.

Розвиток приватного сектора в медичній галузі призвело до появи багатопрофільних медичних установ, професійних організацій, які захищають інтереси приватних медичних установ, підвищення добробуту населення та медичної культури, зниження рівня захворюваності.

Глобалізація соціально-економічних відносин і розвиток інтернету відкрили ринки для нових препаратів для представників медичного бізнесу. Доступність комерційної, управлінської та ринкової інформації дозволила медичним працівникам приватного сектора отримувати дані про організацію медичного бізнесу за кордоном, інформацію про вартість медичних послуг, рівень доходів медичного персоналу, системи управління галуззю охорони здоров'я. Вивчення позитивного досвіду медичних установ усього світу сприяло розвитку приватних медичних установ.

Сьогодні в сфері охорони здоров'я працює більше двох десятків людей. Приватні медичні установи. В основному це диспансери, кабінети приватних лікарів і вузькі медичні установи. В останньому переважали стоматологічні клініки (від 54% до 75% приватного медичного сектора).

Основна частка приватних медичних установ зосереджена в найбільш урбанізованих районах країни. Частка робочих місць приватників у Києві становить понад 50%, але в колоніях до 100 тисяч. населення, цей показник становить 10%. Кількість приватних клінік широкого профілю в Києві становить близько 1000 установ різного профілю. Найбільша частка ринку припадає на клініки: «Медіком», «Борис», «Добробут», «Уролаб», «Оберіг», «Біоформе», «Інто-Сана», «Американський медичний центр».

Особлива допомога в окремих напрямках медицини пропонується в центрах: «Isida» - Гінекологія. "Lisode" (ізраїльська клініка) - онкологічна клініка, розташована в Яспі. "Айлай" (Українсько-американська клініка) - клініка офтальмології та косметології, розташована в Києві.

Особливістю приватного сектора є поступове зростання кількості стоматологічних клінік і медичних центрів, в яких кількість співробітників зростає з 21 до 400. Однак понад 70% приватного сектору охорони здоров'я України – це організації з 10-20 працівниками. Як правило, це стоматологічні кабінети, аптеки, лабораторії і невеликі медичні центри.

Основними конкурентними перевагами приватних медичних організацій є: доступність, адекватний час доступу, відповідальність і організоване ставлення до процесу лікування, якісна діагностика і лікування завдяки наявності персоналу і практично всіх необхідних лікарів-консультантів, що працюють в колективі, порядність і увага персоналу, комфортний і приємний інтер'єр всередині самої організації.

Слід зазначити, що приватні медичні установи знімають тягар з державних лікарень і поліклінік. Незважаючи на значну кількість державних фармацевтичних компаній, кількість клієнтів, які хочуть обслуговувати приватні медичні офіси або приватні медичні центри і готові платити за медичні послуги, з кожним роком зростає. Перш за все, це платоспроможні споживачі, які хочуть високотехнологічного, ефективного, якісного лікування та ефективності. Якщо говорити про склад медичних послуг, що надаються, то приватна медицина частково доповнює державний сектор, надаючи інші види медичних послуг, але найчастіше замінює його, виступаючи в якості альтернативи.

30 січня 2018 року набув чинності український закон «Державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який дозволив розпочати медичну реформу. Тому, як зазначили в МОЗ, з цієї дати працює Національна служба здоров'я України – «застрахована», яка розриває договори з закладами охорони здоров'я та закуповує у них медичні послуги для населення; Пересічні українці обирають «свого» лікаря (сімейного лікаря) для їх лікування відповідно до остаточної домовленості. Тобто відбувається первинна прив'язка до оновленої медичної системи, при якій держава оплачує конкретну медичну послугу, надану медичним працівником або медичним закладом конкретному пацієнту. Запуск цього зв'язку дозволить не лише покращити державну систему охорони здоров'я, а й посилити роль приватної медицини.

Приватна медицина отримує право надавати громадянам за державний кошт ту допомогу, яку пацієнти раніше отримували за державний кошт у державних та комунальних лікарнях. Тепер держава оплачує державні та приватні лікарні для надання медичних послуг. Тобто пацієнт може звернутися за допомогою за направленням лікаря і вибрати сімейного лікаря в приватній лікарні та комунальній лікарні, місцевій поліклініці або амбулаторії. Приватний бізнес повністю відсутній в аптечній мережі; Є багато областей і міст, де дуже багато приватних клінік, де буде значна конкуренція за контракти з державою на обслуговування населення.

З початку дії українського закону «державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» державні установи, до складу яких входять муніципалітети, місцеві та районні медичні заклади та їх персонал, значною мірою програли конкурентам приватних медичних закладів. І справа не тільки в ставленні лікарів до пацієнтів або оснащенні закладу – багато співробітників державних медичних установ не поспішали нічого змінювати. Так звана «безкоштовна медицина» давала їм можливість збагатитися, отримуючи від пацієнтів достатньо легальних грошей – за матеріали, аналізи, ліки для ін'єкцій тощо. Тим часом приватні медичні заклади продовжували працювати прозоро, розміщуючи прайс-листи на користування послугами, лікарськими засобами та медичним обладнанням. Пацієнт з гарантованим державою безкоштовним пакетом послуг швидко звернувся до приватного медичного закладу.

Як зазначив у 2018 році засновник однієї з перших приватних клінік Михайло Радуцький, який обіймав посаду радника Київського міського голови з медичних питань: «Те, що українці переходять на страхову медицину, дозволяє приватній медицині, яка донедавна вважалася альтернативою державній, стати її партнером. Покращення покращить конкурентне середовище, тому незабаром українці можуть побачити збільшення інвестицій у медичну галузь, що покращить якість та доступність медичних послуг для пацієнта.

На той час понад 20 відсотків медичних закладів в Україні перебували у приватній власності. У приватних фірмах більше половини людей спеціалізуються на стоматологічній допомозі. Терапія, ультразвукова діагностика, акушерство і гінекологія, а також неврологія - інші розвинені напрямки приватної медицини.

«Держава надає гарантований пакет медичних послуг: є чіткий перелік медичних послуг, на які є надійні гарантії. Держава каже: у нас на це є бюджет і коли ти приходиш в лікарню, ти не платиш за цю послугу, або платиш стільки, скільки домовилися наперед. Ми переходимо на персоналізацію: гроші тільки «йдуть» до конкретної людини, конкретної послуги за певним тарифом; Гроші відповідають послугам, які надаються реальній людині», – зазначив заступник Міністра охорони здоров'я Паоло Ковтонюк.

Багато українців, звертаючись до приватного лікаря або в приватну клініку, відкладають гроші або беруть гроші в борг. Запровадження медичного страхування та державних платежів за певні медичні послуги дасть можливість українцям безкоштовно отримувати якісні послуги у приватних медичних закладах, про що йдеться у відповідних рішеннях українського уряду.

Починаючи з 2022 року ситуація, щодо розвинення приватної медицини кардинально змінилась: державні медичні заклади, у рамках допомоги в роботі і розвитку, отримали від держави, волонтерів, західних партнерів не тільки ліки, витратні матеріали, а й дороге обладнання. Та поки приватні клініки ще продовжують сплачувати кредити за придбане обладнання, якому вже 5-6 років, державні медичні заклади вже працюють на супер-сучасному обладнанні без виплат за нього. Крім того, багато державних лікарень знайшло фінансової підтримки у реконструкціях та ремонтуванні приміщень своїх будівель. Ці будівлі, як радянська спадщина, були застарілими, але при цьому залишались дуже масштабними. З цими масштабами неможливо конкурувати приватним клінікам. У приватній клініці палата для пацієнта завжди має мінімальний розмір. Всі приміщення мінімальні, так як за їх спорудження сплачує приватний власник. З державними спорудженнями все зовсім навпаки. Тож, на теперішній час державна медицина має великий, сучасний масштаб надання медичних послуг з держаною гарантією фінансування. А медичні працівники все більше віддають перевагу державним медичним закладам, так як заробітна плата зазвичай є вищою, аніж у приватному секторі медичних закладів. І відношення до пацієнта, яке раніше було тільки у приватному секторі, повністю притаманне державній медицині. Тепер державний і приватний сегмент медичних послуг вочевидь ділиться за нозологією: в приватному секторі мають розвиток, як і раніше, стоматологія, косметологія, лабораторії та інш.; державний сектор – це акушерство та гінекологія, кардіологія, онкологія, хірургія, протезування та інш.

Тема 12. Громадське здоров'я. Безпека праці.

Громадське здоров'я (англ. Public health) — це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства.

Система громадського здоров'я – це сукупність інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та неурядовими організаціями для зміцнення громадського здоров'я, профілактики захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку, пропаганди здорового способу життя спільними зусиллями всього суспільства.

Громадське здоров'я охоплює міждисциплінарні підходи з епідеміології, біостатистики та громадського здоров'я. Інші важливі сфери включають гігієну навколишнього середовища, охорону здоров'я, психічне здоров'я, безпеку дорожнього руху, економіку здоров'я, державну політику, психічне здоров'я, страхову медицину, безпеку та гігієну праці тощо.

Основна увага громадського здоров'я полягає у покращенні здоров'я та якості життя шляхом профілактики та лікування захворювань та інших фізичних та психічних станів. Це робиться шляхом епідеміологічного нагляду за випадками захворювання та показниками здоров'я та шляхом пропаганди здорового способу життя. Приклади поширених заходів громадської охорони здоров'я включають миття рук, грудне вигодовування, вакцинацію та заохочення доставки презервативів для боротьби з поширенням захворювань, що передаються статевим шляхом.

Сучасне громадське здоров'я – це робота мультидисциплінарних команд громадського здоров'я, включаючи громадське здоров'я, громадську медицину, інфекційні хвороби, психологів, епідеміологів, біостатистику, медичних мікробіологів, працівників з гігієни навколишнього середовища, інспекторів громадського здоров'я, фармацевтів, стоматологів, медсестер громадського здоров'я, дієтологів та дієтологів, ветеринарів, інженерів. Громадське здоров'я, захисники громадського здоров'я, соціологи, спеціалісти з розвитку громад, експерти з комунікацій, експерти з біоетики тощо.

У листопаді 2016 р. Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я.

У 2018 році в Україні запроваджено принцип збереження громадського здоров'я, згідно з яким усі прийняті урядом рішення аналізуватимуться з точки зору впливу їх виконання на громадське здоров'я.

Профілактика та управління захворюваннями, травмами та іншими станами, пов'язаними зі здоров'ям, шляхом моніторингу та пропаганди здорового способу життя, здорових громад та навколишнього середовища є

центром заходів охорони здоров'я. Багато захворювань можна попередити, використовуючи прості і немедикаментозні методи. Наприклад, дослідження показали, що простий акт миття рук з милом може запобігти багатьом інфекційним захворюванням.

Прикладами поширених заходів громадського здоров'я є різноманітні (деякі спрямовані на профілактику захворювань - флешмоби, прес-конференції, акції, засідання круглого столу, семінари - тренінги тощо) програми комунікації у сфері громадського здоров'я, програми вакцинації, доставка презервативів. Такі та подібні заходи вносять значний внесок у здоров'я населення і збільшують тривалість життя.

Існує величезна невідповідність у доступності охорони здоров'я та ініціатив у сфері охорони здоров'я між розвиненими країнами та країнами, що розвиваються. В останньому ще розвивається інфраструктура громадського здоров'я.

Громадське здоров'я через місцеві системи охорони здоров'я та установи відіграє ключову роль у зусиллях з профілактики захворювань у країнах, що розвиваються, та розвинених країнах. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) є міжнародною організацією, яка координує і працює над глобальними проблемами охорони здоров'я. Більшість країн мають власні установи охорони здоров'я для реагування на внутрішні проблеми охорони здоров'я, які іноді називають міністерствами охорони здоров'я. Наприклад, у Канаді є агентство громадської охорони здоров'я, яке відповідає за громадське здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій та реагування, контроль та профілактику інфекційних та хронічних захворювань. В Україні існує Департамент громадського здоров'я в Міністерстві охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає основні функції програм громадського здоров'я, серед яких:

- забезпечення лідерства з питань, важливих для здоров'я, і участь у партнерствах, коли необхідні спільні дії;
 - формування порядку денного наукових досліджень і стимулювання збору, освоєння і поширення цінних знань;
 - встановлення норм і стандартів, сприяння та контроль за їх виконанням;
 - формулювання етичних і заснованих на доказах варіантів політики;
 - моніторинг ситуації та оцінка тенденцій в галузі охорони здоров'я.
- Зокрема, програми нагляду у сфері громадського здоров'я можуть:
- слугувати системою раннього попередження про можливі надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я;
 - документувати вплив втручання або відслідковувати прогрес щодо зазначених цілей;
 - здійснювати моніторинг та уточнення епідеміології проблем зі здоров'ям, що дозволяє визначати пріоритети, а також розробляти політики і стратегії в галузі охорони здоров'я;

- проводити діагностику, дослідження і моніторинг проблем зі здоров'ям і небезпек для здоров'я спільноти.

П'ять складових громадського здоров'я, а саме:

1. Ведення здорового способу життя. Варто заохочувати людей вести здоровий спосіб життя прямо з дитинства. Просвітницька діяльність займає важливе місце в системі охорони здоров'я. Але водночас рівень здорового способу життя залежить від фінансової підтримки, наявності відповідальної інфраструктури в колоніях, дотримання міжнародних стандартів питної води та продуктів харчування тощо. Тому, як ми побачимо тут, важливою є тісна міжсекторальна співпраця.

2. Профілактика захворювань. Весь цивілізований світ давно займається профілактикою захворювань. Для цього, наприклад, створюється кілька скринінгових програм для ранньої діагностики раку молочної залози.

3. Співпраця громадян, державних і недержавних організацій. Слід зазначити, що в громадських організаціях працює багато фахівців, які часто виконують свою роботу на громадських засадах. Ми маємо перейти на здорову мотиваційну систему і оплачувати цю роботу, адже вона дуже важлива для суспільства.

4. Доступні та якісні ліки. Тут немає потреби пояснювати важливість цього моменту.

5. Регулювання, моніторинг та оцінка медичних послуг. І з цим у нас багато великих проблем. Ми досі не маємо реальної картини, що описує ситуацію навколо питань, пов'язаних із системами охорони здоров'я. Однак тільки розуміння реальних справ дозволяє зрушити з мертвої точки і працювати над поліпшенням ситуації.

Основні міжнародні документи у сфері громадського здоров'я:

Діяльність у сфері громадського здоров'я у світі спирається на ряд загальноприйнятих документів, керівництв і принципів.

1. Алма-Атинська декларація ВООЗ про первинну медико-санітарну допомогу: Ця декларація була прийнята на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги, що відбулася в Алмати 12 вересня 1978 року. Декларація вказала на необхідність негайних дій всіх урядів, всіх медичних працівників і всього світового співтовариства для захисту і зміцнення здоров'я всіх народів світу. Вона наголосила, що неможливо досягти здоров'я без первинної медико-санітарної допомоги, яка має бути доступною для всіх.

2. Оттавська хартія зміцнення здоров'я: Перша Міжнародна конференція зі зміцнення здоров'я, що відбулася в Оттаві 21 листопада 1986 року, представила Хартію зміцнення здоров'я в 2000 році і далі.

Конференція була в першу чергу відповіддю на зростаючі надії на новий рух громадської охорони здоров'я у світі. Дискусії були зосереджені на потребах промислово розвинених країн, але враховувалися аналогічні питання у всіх інших регіонах. Конференція побудована на прогресі

Алматинської декларації ВООЗ про первинну медико-санітарну допомогу, цілях ВООЗ щодо здоров'я для всіх та дебатах Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я щодо міжсекторальних заходів охорони здоров'я.

Основні принципи, положення і принципи Оттавської хартії є програмними для світової спільноти про діяльність в області поліпшення здоров'я населення. Структура здорового способу життя була визнана системою ефективних заходів зі своєю теорією, теорією, методом, методом і практикою. Хартія визначила п'ять ключових напрямків:

- сприяти реалізації політики охорони здоров'я;
- створення сприятливого природного і соціального середовища;
- розвиток діяльності громад та інституцій;
- розвиток особистісних навичок здорового способу життя;
- зміна пріоритетів системи охорони здоров'я.

3. Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну: Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну (РКБТ) є першою міжнародною угодою, укладеною під егідою ВООЗ. Вона була прийнята Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 21 травня 2003 року і набув чинності 27 лютого 2005 року, що робить його одним з найбільш всеосяжних договорів в історії Організації Об'єднаних Націй.

РКБТ ВООЗ була розроблена у відповідь на глобалізацію тютюнової епідемії і є усталеною угодою, яка підтверджує право людей на більш високий рівень здоров'я. Ця конференція є важливою віхою у зміцненні громадського здоров'я та забезпечить нові правові аспекти міжнародного співробітництва у сфері громадського здоров'я.

4. Міжнародні медико-санітарні правила: Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) (ухвалені 2005 р.) – Це угода між 196 країнами, включаючи всі держави-члени ВООЗ, яка спрямована на спільну роботу для глобального здоров'я. Завдяки ММСП країни домовилися нарощувати потенціал для виявлення, оцінки та звітування про події в секторі охорони здоров'я. ВООЗ координуватиме імплементацію ММСП та разом з партнерами допомагатиме країнам нарощувати потенціал.

ММСП визначають конкретні заходи для обмеження поширення небезпеки для здоров'я в портах, аеропортах та наземному транспорті до сусідніх країн та запобігання необґрунтованим обмеженням подорожей та торгівлі, щоб мінімізувати втрати торгівлі.

Основною метою ММСП є «запобігання, захист, контроль та реагування на міжнародно відомі загрози здоров'ю за допомогою методів та методів, які узгоджуються та обмежуються ризиками для здоров'я, а також уникають непотрібного втручання в міжнародну торгівлю». Оскільки ММСП не обмежуються конкретними захворюваннями, а застосовуються до нових і постійно мінливих ризиків для здоров'я, ці правила повинні мати тривале значення в міжнародному контексті реагування на походження і поширення захворювань. ММСП забезпечують правову основу для важливих медичних записів, що застосовуються до міжнародних

подорожей, транспорту та гігієни для користувачів міжнародних аеропортів, портів та наземних переходів.

5. Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів: Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів здоров'я була прийнята під час Всесвітньої конференції з питань соціальних детермінантів здоров'я 21 жовтня 2011 р. Декларація висловлює глобальне політичне зобов'язання впроваджувати підхід до соціальних детермінантів здоров'я для зменшення нерівності у стані здоров'я та досягнення інших глобальних пріоритетів. Декларація спрямована на те, щоб допомогти країнам наростити імпульс для розробки конкретних національних планів дій і стратегій.

6. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами: Нарада високого рівня Організації Об'єднаних Націй з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (19-20 вересня 2011 року) надала можливість переглянути поточний глобальний порядок денний у галузі охорони здоров'я та стала чудовою платформою для мобілізації політичної волі для спільних дій.

Глави держав, урядовці та представники неурядових організацій зустрілися в Нью-Йорку, щоб обговорити новий важливий глобальний порядок денний. Основною метою зустрічі була мобілізація зобов'язань щодо боротьби з глобальною загрозою, яку становить використання чотирьох «глобально важливих» неінфекційних захворювань (серцево-судинних, ракових, діабету та хронічних респіраторних) та пов'язаних з ними факторів ризику: вживання тютюну, нездорове харчування, відсутність фізичної активності та шкідливе вживання алкоголю. Як продовження резолюції, протягом наступних двох років ВООЗ здійснила низку зусиль для встановлення глобальних цілей та планів дій з моніторингу неінфекційних захворювань у всьому світі.

7. Європейська політика в інтересах здоров'я та добробуту «Здоров'я-2020»: В основі рамкової політики в галузі охорони здоров'я в Європі – «Здоров'я-2020», прийнятої Європейським регіональним комітетом ВООЗ 2012 р., лежить зміцнення здоров'я та добробуту. Політика «Здоров'я-2020» орієнтована на цінності та докази, що дозволяє використовувати стратегічний підхід до досягнення цієї мети.

Політика охорони здоров'я 2020 року надає достатньо доказів щодо соціальних детермінантів здоров'я. Вона підкреслює необхідність залучення політиків, професіоналів та суб'єктів громадянського суспільства для зміцнення здоров'я та зменшення нерівності у стані здоров'я шляхом залучення всього суспільства та всього урядового підходу.

8. Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадянського здоров'я: У вересні 2012 року на Мальті відбулася 62-а сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ, на якій був прийнятий Європейський план дій та відповідна резолюція щодо зміцнення

можливостей та послуг у сфері охорони здоров'я. Ці документи є основними елементами нової Європейської політики охорони здоров'я та добробуту «Здоров'я 2020». Він визначає основи оперативних функцій громадського здоров'я, які наведені в підрозділі. 2. Метою цього плану дій є забезпечення зміцнення служб громадського здоров'я для вирішення поточних та майбутніх проблем громадського здоров'я в європейському регіоні.

9. Гельсінська заява щодо здоров'я у всіх політиках: Восьма Глобальна конференція зі зміцнення здоров'я відбулася в Гельсінкі, Фінляндія, 10-14 червня 2013 року. Зустріч спочатку спиралася на багату спадщину ідей, дій та доказів, натхненних Алма-Атинською декларацією Всесвітньої організації охорони здоров'я про первинну медико-санітарну допомогу (1978) та Оттавською хартією про зміцнення здоров'я (1986). Центральними елементами зміцнення здоров'я є досягнення рівності у здоров'ї та усвідомлення того, що здоров'я є правом людини. Наступні глобальні конференції ВООЗ зміцнили ключові принципи зміцнення здоров'я. У 2011 році ці принципи були підкріплені Політичною декларацією Ріо-де-Жанейро, Політичною декларацією Генеральної Асамблеї ООН про профілактику та боротьбу з неінфекційними захворюваннями та Ріо + 20 (Майбутнє, якого ми хочемо) у 2012 році. Вони також відображені в багатьох інших рамкових документах, стратегіях і резолюціях Всесвітньої організації охорони здоров'я і сприяли формулюванню цілей розвитку на період після 2015 року.

10. План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.: План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. є продовженням та оновленням Плану дій щодо реалізації європейської стратегії на 2012–2016 рр.

План дій на наступні 10 років буде зосереджений на пріоритетних сферах та заходах для досягнення регіональних та глобальних цілей щодо зниження передчасної смертності, зменшення тягаря захворювань, покращення якості життя та коригування показників тривалості здорового життя у всьому світі.

План дій був розроблений в рамках консультативного процесу під керівництвом технічних експертів. Він відображає основу політики «Здоров'я 2020», результати зустрічей високого рівня ООН з неінфекційних захворювань (2011, 2014 рр.) та важливість прийнятих Цілей сталого розвитку.

11. Цілі сталого розвитку: Цілі сталого розвитку (ЦСР, відомі також як Глобальні цілі) – ключові напрями розвитку країн, ухвалені на Саміті ООН зі сталого розвитку 2015 р. Вони замінили Цілі розвитку тисячоліття, термін яких закінчився наприкінці 2015 р. ЦСР ухвалені на період до 2030 р. і нараховують 17 глобальних цілей, яким відповідають 169 завдань. Цілі взаємопов'язані – ключем до успіху в одній із них є вирішення питань,

загалом пов'язаних із іншими. Офіційний документ (резолуція) Генеральної Асамблеї ООН називається «Перетворення нашого світу: порядок денний у галузі сталого розвитку на період до 2030 р.»; прийнятий 25 вересня 2015 р. Оголошує новий план дій, орієнтований на виведення світу на траєкторію сталого та життєстійкого розвитку.

Третя ціль сталого розвитку «Міцне здоров'я та благополуччя» спрямована на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці. Вона також є наскрізною, тому прогрес у її здійсненні сприяє досягненню інших цілей, а виконання інших цілей, у свою чергу, сприяє досягненню третьої цілі. Третя ціль має 17 підцілей і тісно пов'язана із іншими цілями: п'ятою – «Забезпечення гендерної рівності, розширення прав і можливостей усіх жінок і дівчат», шостою – «Забезпечення наявності та раціонального використання водних ресурсів і санітарії для всіх», восьмою – «Сприяння поступальному, всеосяжному та сталому економічному зростанню, повній і продуктивній зайнятості та гідній праці для всіх», десятою – «Скорочення нерівності всередині країн і між ними», одинадцятю – «Забезпечення відкритості, безпеки, життєстійкості й екологічної стійкості міст і населених пунктів», тринадцятю – «Вжиття невідкладних заходів щодо боротьби зі зміною клімату та його наслідками», сімнадцятю – «Зміцнення засобів здійснення й активізація роботи в рамках глобального партнерства в інтересах сталого розвитку».

Ключові функції та послуги громадського здоров'я:

1. Епіднадгляд і оцінка здоров'я і благополуччя населення.

Функція першої операції включає інструменти та інструменти, що використовуються для моніторингу громадського здоров'я, а також основні стандарти ефективності та систему звітності. Це завдання також включає моніторинг систем охорони здоров'я, включаючи тенденції поширення проблем у розвитку систем охорони здоров'я через кордони, включаючи фінанси, людські ресурси, задоволеність клієнтів, доступність основних лікарських засобів та розвиток транскордонних систем охорони здоров'я.

2. Моніторинг та реагування на ризики для здоров'я та надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я.

Функція цієї операції пов'язана з системами і процедурами, які повинні бути запроваджені для забезпечення готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Ця робота зосереджена на виявленні та моніторингу ризиків для здоров'я, включаючи розробку інституційної основи для систем профілактики та планів реагування. Ця робота також пов'язана з впровадженням ММСП.

3. Забезпечення охорони здоров'я, навколишнього середовища, безпеки праці та харчових продуктів.

Функцією третьої операції є перша з функцій надання послуг. Хоча ця функція має деякі особливості, вона концептуально сумісна з функціями четвертої і п'ятої операцій. Однією з особливостей третьої функції є опора

на нормативну базу і контроль за дотриманням законодавства є основними елементами діяльності.

Це завдання передбачає оцінку ризиків, управління та комунікацію, необхідні для забезпечення екологічної, трудової та харчової безпеки. Організації та організації охорони здоров'я контролюють і регулюють виконання заходів, що впливають на здоров'я. Функція цієї операції також включає інституційну спроможність впроваджувати регуляторні механізми для захисту здоров'я населення та контроль за дотриманням стандартів, регламентів і стандартів, а також забезпечувати розробку нового законодавства, спрямованого на поліпшення здоров'я населення, сприяння безпеці харчових продуктів, питної води та здоровому навколишньому середовищу.

4. Зміцнення здоров'я, вплив на соціальні детермінанти та зменшення нерівності в показниках здоров'я.

Функція цієї операції стосується міжсекторальних та міждисциплінарних можливостей. Він описує системи готовності та механізми для уряду та систем охорони здоров'я реагувати на ключові фактори ризику та детермінанти здоров'я, будь то поведінкові, екологічні, соціальні чи змішані. Функція цієї операції розглядає чотири основні фактори ризику неінфекційних захворювань (тютюн, алкоголь, харчування та фізична активність). Ця функція також включає психічне, сексуальне та репродуктивне здоров'я, шкідливі залежності, профілактику травматизму та медичне обслуговування у в'язницях.

5. Профілактика захворювань, раннє виявлення.

У той час як завдання третьої операції зосереджено на діях в рамках нормативно-правової бази, а завдання зміцнення здоров'я - на державному управлінні та зв'язках з громадськістю, завдання п'ятої операції зосереджено головним чином на медичних послугах в системі охорони здоров'я. Вона включає надання допомоги пацієнтам у профілактиці захворювань, ранньому виявленні та лікуванні захворювань та підтримці оптимальної якості життя.

6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.

Ця оперативна функція стратегічного управління охороною здоров'я є перехресною та стосується таких питань, як лідерство, управління, звітність, планування, впровадження, моніторинг та оцінка. Це основні фактори успіху в будь-якій програмі, побудованої вертикально.

Функція цієї операції передбачає розробку політики, яка є процесом інформування осіб, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я. Це процес стратегічного планування, в якому беруть участь усі зацікавлені сторони, і він визначає бачення, місію, вимірювані цілі та діяльність у сфері громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях. Більш того, за останнє десятиліття актуальним стало питання оцінки

міжнародних подій (епідемій, епідемій, стихійних лих, воєн, військових конфліктів) та їх впливу на здоров'я населення країни.

7. Забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами в достатній кількості.

Функція цієї операції пов'язана з оцінкою здатності країни планувати, управляти, навчати та контролювати персонал охорони здоров'я.

Інвестиції в персонал охорони здоров'я та їх розвиток є важливою передумовою для надання та впровадження послуг та заходів у сфері охорони здоров'я. Людські ресурси є важливим ресурсом для надання послуг охорони здоров'я. Завдання цієї операції передбачає базову та спеціальну підготовку, розвиток та оцінку персоналу з метою ефективного вирішення пріоритетних питань громадського здоров'я та належної оцінки таких заходів. Людські ресурси - це фахівці охорони здоров'я, медичні працівники та інші фахівці галузі, діяльність яких впливає на здоров'я людей. Департамент операцій буде стежити за освітою, підготовкою, підвищенням кваліфікації та оцінкою персоналу для забезпечення ефективного та раціонального вирішення пріоритетних функцій охорони здоров'я та забезпечення адекватної оцінки функціонування системи охорони здоров'я.

8. Забезпечення функціонування організаційних структур і фінансування.

Ця робота зосереджена на обґрунтуванні доцільності існування певних інституційних структур у системі громадського здоров'я, які повинні безпосередньо опікуватися та забезпечувати виконання операційних функцій громадського здоров'я. Завдання передбачає, що повинні існувати і ефективно функціонувати координаційні механізми при адекватному фінансуванні всіх існуючих структур. Комплексне державне фінансування має бути доступним для перевірених та економічно ефективних послуг, що надаються населенню, та для персоналізованих послуг, які матимуть ширший вплив, таких як вакцинація та послуги з ВІЛ, у майбутньому. Водночас мають бути запроваджені відповідні стимули для осіб, які забезпечують належний рівень послуг громадського здоров'я.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

Це завдання включає планування, проведення та оцінку програм підвищення обізнаності про громадське здоров'я. Комунікація в інтересах охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня санітарії, грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і груп населення. Це мистецтво і техніка інформування різних аудиторій окремих громадян, організацій і громадськості, впливу на них і створення в них певної мотивації щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація покликана знизити різні ризики, запобігти захворюванням, зміцнити здоров'я, орієнтуватися і правильно користуватися медичними послугами, захищати політику охорони здоров'я, а також підвищувати здатність отримувати, розуміти і

використовувати інформацію для поліпшення добробуту, якості життя і здоров'я громадян.

10. Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері громадського здоров'я для наукового обґрунтування політик і практичних втручань. Ця робота пов'язана з розвитком наукових досліджень у сфері громадського здоров'я як засобу вдосконалення стратегій громадського здоров'я. Наукові дослідження визначають зміст розробленої в країні політики і призводять до визначення переліку послуг, які будуть надаватися в системі. Ця операційна функція включає:

- дослідження, що розширюють базу знань, що забезпечує керівництво для розробки політики на основі фактичних даних;
- розробка нових методів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, інноваційних технологій та рішень;
- створити партнерські відносини з науково-дослідними центрами та академічними установами для проведення своєчасних досліджень, які дозволяють обґрунтовувати прийняття рішень на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Тема 13. Правовий статус Міністерства охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

МОЗ є головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення.

МОЗ у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, а також указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України та Положенням про Міністерство охорони здоров'я України.

У межах своїх повноважень МОЗ організовує виконання актів законодавства і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією.

МОЗ узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до його компетенції, розробляє пропозиції з його удосконалення та в установленому порядку вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України.

Основними завданнями МОЗ є:

забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

розроблення, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості;

організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню;

організація надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи;

розроблення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

організація разом з Національною академією наук, Академією медичних наук наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки.

МОЗ відповідно до покладених на нього завдань:

1) забезпечує в межах своєї компетенції додержання закладами охорони здоров'я, установами і закладами державної санітарно-епідеміологічної служби Міністерства, іншими підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я;

2) бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми діяльності Кабінету Міністрів України;

3) готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я;

4) бере участь у формуванні та реалізації інвестиційної політики в сфері охорони здоров'я;

5) здійснює міжвідомчу координацію щодо боротьби із захворюванням на СНІД;

6) здійснює відповідно до законодавства функції з управління об'єктами державної власності, що належать до сфери його управління;

7) бере участь у формуванні та реалізації антимонопольної політики в сфері охорони здоров'я;

8) організовує та проводить відповідно до законодавства державну акредитацію закладів охорони здоров'я;

9) здійснює координацію діяльності закладів охорони здоров'я, органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, науково-дослідних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності щодо питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя;

10) вживає заходів щодо розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я;

11) здійснює контроль і нагляд за додержанням санітарного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

12) забезпечує відповідно до законодавства проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи;

13) вивчає, аналізує і прогнозує показники стану здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; бере участь у розробленні заходів, спрямованих на недопущення шкідливого впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини;

14) бере участь у визначенні заходів та проведенні разом з центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування роботи із запобігання хворобам, а також зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

15) готує пропозиції щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню на території України особливо небезпечних (у тому числі карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб;

16) здійснює контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних хвороб, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;

17) бере участь у розробленні державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, затверджує відповідні норми та нормативи у цій сфері;

18) затверджує відповідно до законодавства державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи; встановлює в межах своєї компетенції державні стандарти якості лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, питної води, медичної техніки та виробів медичного призначення; бере участь у розробленні та введенні в дію екологічних нормативів та норм радіаційної безпеки;

19) погоджує в установленому законодавством порядку всі державні стандарти, технічні умови, промислові зразки, іншу нормативно-технічну документацію об'єктів, які можуть чинити шкідливий вплив на здоров'я населення;

20) затверджує переліки важких робіт, робіт із шкідливими і небезпечними умовами праці, на яких забороняється застосування праці жінок та неповнолітніх, а також підіймання і переміщення ними важких речей;

21) бере участь у підготовці пропозицій до списків № 1 і № 2 виробництв, робіт, професій, посад і показників, які дають право на пенсію за віком на пільгових умовах;

22) забезпечує проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності та надання реабілітаційної допомоги населенню;

23) здійснює організаційно-методичне керівництво та координацію роботи державної служби медицини катастроф;

24) у межах своєї компетенції регулює діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині;

25) організовує разом з відповідними центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування систематичне медичне обстеження (диспансеризацію) і визначення рівня доз опромінення осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

26) розробляє відповідно до законодавства рекомендації щодо встановлення для громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, додаткових норм раціонального харчування у спеціалізованих закладах охорони здоров'я, встановлює медичні та фізіологічні норми харчування для зазначеної категорії осіб;

27) бере участь разом з відповідними центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування у здійсненні державного регулювання радіаційної безпеки, у складанні експертних висновків щодо визначення категорій зон радіоактивного забруднення територій;

28) організовує науково-методичне забезпечення судово-медичної та судово-психіатричної експертної діяльності закладів охорони здоров'я;

29) забезпечує відповідно до законодавства проведення державної реєстрації та здійснення контролю за виробництвом, належним режимом зберігання і реалізації, якістю лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичної техніки та виробів медичного призначення, підтримує обов'язковий їх асортимент, у тому числі необхідний запас на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань;

30) організовує забезпечення населення лікарськими засобами, інформує працівників закладів охорони здоров'я і населення про лікарські засоби та імунобіологічні препарати, дозволені до застосування; забезпечує додержання встановленого порядку надання пільг щодо відпуску громадянам безоплатно або на пільгових умовах медикаментів та імунобіологічних препаратів;

31) забезпечує в межах своєї компетенції розвиток медичної науки, впровадження в практику охорони здоров'я результатів наукових досліджень;

32) реалізовує державну політику зайнятості працівників у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

33) визначає вимоги до професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, затверджує номенклатуру медичних та фармацевтичних спеціальностей і посад;

34) встановлює єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які провадять медичну та фармацевтичну діяльність;

35) забезпечує відповідно до законодавства виконання завдань мобілізаційної підготовки та мобілізаційної готовності держави;

36) забезпечує в межах своєї компетенції реалізацію державної політики стосовно державної таємниці, контроль за її збереженням у центральному апараті Міністерства, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери його управління;

37) виконує інші функції, що впливають з покладених на нього завдань.

Тема 14. Державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні.

Основні завдання та порядок здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні знайшли своє відображення у Положенні про державний санітарно-епідеміологічний нагляд, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 р. N 1109, в якому зазначається, що метою державного санітарно-епідеміологічного нагляду є запобігання, виявлення та припинення порушень санітарного законодавства.

Основними завданнями державного санітарно-епідеміологічного нагляду є:

- контроль за виконанням санітарного законодавства, санітарних та протиепідемічних (профілактичних) заходів, а також приписів, постанов і вимог, викладених у висновках, що видаються головним державним санітарним лікарем;
- санітарно-карантинний контроль у пунктах пропуску через державний кордон;
- контроль за санітарною та епідемічною ситуацією на території України;
- проведення санітарних та епідеміологічних розслідувань, спрямованих на встановлення причин та умов виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень людей;
- розроблення пропозицій щодо проведення санітарних та протиепідемічних (профілактичних) заходів: здійснення державного санітарно-епідеміологічного нормування;
- проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи;
- державна реєстрація небезпечних для здоров'я і життя людини факторів середовища життєдіяльності;
- статистичне спостереження у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, державний облік інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень людей у зв'язку із шкідливим впливом факторів середовища життєдіяльності;

- вжиття заходів для припинення порушень санітарного законодавства та притягнення до відповідальності осіб, винних у вчиненні таких правопорушень.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюється головними державними санітарними лікарями, їх заступниками, іншими посадовими особами, а також установами і закладами державної санітарно-епідеміологічної служби у порядку запобіжного та поточного нагляду.

У пункті 13 Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 р. № 1109 зазначено, що Головний державний санітарний лікар України підзвітний з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду безпосередньо Кабінетові Міністрів України.

Головний державний санітарний лікар України:

- забезпечує дотримання єдиних вимог щодо здійснення на території України державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- видає накази з питань діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби, приписи, постанови, а також вносить пропозиції щодо удосконалення порядку організації та здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні;
- представляє на підприємствах, в установах і організаціях, судах інтереси держави щодо дотримання санітарного законодавства;
- інформує Кабінет Міністрів України про санітарну та епідемічну ситуацію в Україні і в окремих її регіонах, випадки виникнення особливо небезпечних інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень людей, а також з інших питань, що належать до його компетенції;
- організовує виконання актів законодавства та доручень Прем'єр-міністра України з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду
- готує та подає щороку Кабінетові Міністрів України доповідь про санітарно-епідемічну ситуацію та стан дотримання санітарного законодавства в Україні.

Головний державний санітарний лікар України для здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду крім повноважень, зазначених у пункті 1 Положення, має право:

1) затверджувати регламенти використання небезпечних факторів, гранично допустимі концентрації, орієнтовно безпечні рівні хімічних і біологічних чинників у харчових продуктах, предметах та виробках, матеріалах, воді, повітрі, ґрунті, а також встановлювати норми радіаційної безпеки та допустимих рівнів впливу на людину інших фізичних факторів, переліки інфекційних захворювань, за наявності яких госпіталізація хворих є обов'язковою, а також виробництв (професій), до роботи на яких не допускаються особи, які страждають на

інфекційні хвороби, є носіями збудників інфекційних захворювань або яким не зроблено щеплення проти відповідного інфекційного захворювання;

2) встановлювати разом з Мінпраці перелік робіт, для виконання яких є обов'язковими медичні огляди;

3) затверджувати санітарні норми;

4) видавати обов'язкові для виконання всіма суб'єктами господарювання постанови про запобігання чи усунення негативного впливу на здоров'я населення будь-якого небезпечного фактора;

5) залучати в установленому порядку представників центральних органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій до розгляду питань, що належать до його компетенції;

6) утворювати за погодженням з відповідними центральними органами виконавчої влади комісії, експертні та консультаційні ради, робочі групи:

7) погоджувати: основні напрями фундаментальних і прикладних досліджень з питань гігієни та епідеміології; проекти норм проектування, стандартів і технічних умов, розміщення продуктивних сил та інші проекти, реалізація яких може негативно вплинути на стан здоров'я населення; норми навчально-трудового навантаження, режим навчання та виховання дітей і підлітків у навчально-виховних закладах; методи контролю і випробування продукції на її відповідність вимогам безпеки для здоров'я і життя людини; інструкції (правила) використання продукції підвищеної небезпеки: перелік установ, організацій і закладів, яким надається право проводити випробування продукції на відповідність вимогам безпеки для здоров'я і життя людини; межі санітарно-захисних зон підприємств;

8) встановлювати показники безпеки імпортованої продукції для здоров'я людини;

9) визначати порядок ведення державного обліку інфекційних і професійних захворювань, отруєнь.

Головний державний санітарний лікар України може делегувати повноваження заступникам повністю або частково.

Тема 15. Деліктна та договірна відповідальність у медичних справах. Медичні делікти та ятрогенії

Визначення виду відповідальності – договір або делікт – слід починати з відповідей на наступні питання: Чи закінчився договір щодо надання медичних послуг (медичної допомоги)? Чи була завдана пацієнту травма або інша шкода здоров'ю? Смерть пацієнта настала внаслідок ненадання медичної допомоги або неадекватного лікування?

Якщо пацієнт зазнає шкоди внаслідок каліцтва або іншого ушкодження здоров'я внаслідок ненадання або неналежного надання медичної допомоги, але не розриває договір про надання з ним медичних

послуг, настає деліктна (позадовірна) відповідальність. Цивільно-правова відповідальність виникає на підставі статей 1195, 1166, 1167 Цивільного кодексу. Тут прикладом є договір зі стоматологічною клінікою на протезування. А наприклад, якщо встановлений термін в 1, 5 року, але роботи в цей час не проводяться, але навіть якщо шкоди здоров'ю немає, мова піде про договірну відповідальність.

Інша ситуація: якщо пацієнту завдано шкоди в результаті ненадання медичної допомоги або внаслідок травми або іншої шкоди, заподіяної здоров'ю неналежним чином, і якщо з ним укладено договір щодо надання медичних послуг, виникає договірна і сувора відповідальність. Тобто в цьому випадку об'єднуються два види зобов'язань: договірні (за невиконання умов договору) і позадовірні (за шкоду здоров'ю: цивільно-правова відповідальність виникає на підставі статей 1195, 1166, 1167 ЦК).

Якщо договором передбачена висока сума і розмір збитку, будуть застосовуватися і відповідні положення договору в цій частині. Якщо договором не передбачений високий розмір збитку та розмір відшкодування, шкода підлягає відшкодуванню в розмірі, який потерпілий доведе на підставі наявних у нього доказів (наприклад).

Така позиція щодо поєднання двох видів відповідальності викладена в постанові Верховного Суду від 27.02.2019 у справі No 755/2545/15-ц.

В іншій постанові Верховного Суду від 09.02.2022 у справі No 161/7881/20 зазначено декілька випадків, у яких потрібне доведення у разі позадовірної відповідальності:

- протиправна поведінка порушника;
- наявність пошкоджень;

Наявність причинно-наслідкового зв'язку між протиправною поведінкою і заподіянням шкоди.

Частина 3 статті 34 закону визначає обов'язки лікарів як «основи українського статуту про охорону здоров'я» та те, що їх невиконане або неналежне виконання є протиправною поведінкою порушника (постанова Верховного Суду від 04.11.2020 у справі No 686/6022/18). У разі порушення суб'єктивного немайнового права на медичну допомогу мова йде про шкоду, заподіяну каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я, смертю потерпілого, що регулюється §2 глави 82 Цивільного кодексу.

Причинно-наслідковий зв'язок має дві складові:

1. Медичний (технічний) аспект: Точність дій медичного працівника встановлюється відповідно до вимог стандартів, інших нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я. Це встановлено судовими експертами. Щоб довести цей момент, потрібне призначення судово-медичної експертизи;

2. Юридичний (нормативний елемент): встановити сукупність кримінальних або цивільних правопорушень. Його встановить тільки суд.

Що стосується злочину, то практика в цивільній науці і строгий регламент являють собою припущення злочинцем про свою провину.

Теорії, що передбачають почуття провини при наданні медичної допомоги, такі:

Він самостійно доводить відсутність вини винуватця заподіяної шкоди, він несе тягар доказування;

Якщо заподіювач не доведе свою невинність, він вважається винним у заподіяній шкоді;

Сумніви у визначенні невинуватості заподіяної шкоди слід трактувати на користь особи, яка завдала шкоди неправильними діями.

Також варто звернути увагу на «нові» рішення у медичних справах щодо відшкодування майнової та моральної шкоди: постанови Верховного Суду від 26.10.2022 у справі No 572/2718/19 та від 23.12.2022 у справі No 459/3913/21.

У разі укладення договору про надання медичних послуг між питаннями надання медичної допомоги формуються договірні відносини, що регулюються главою 63 Цивільного кодексу, яка встановлює загальні умови надання послуг. Крім того, ці відносини регулюються законом «Про захист прав споживачів». Договірна відповідальність настає в медичній сфері в тому випадку, якщо медична допомога не надається або надається недостатньо. Прикладами у практиці застосування такої відповідальності є постанова Апеляційного суду від 15.02.2022 у справі No 201/5579/20 та Постанова Верховного Суду від 30.11.2022 у справі No 344/3764/21.

У цій категорії справ відповідач одноосібно володіє організацією охорони здоров'я або займається господарською діяльністю з медичної практики, з якою медичний працівник перебуває у трудових відносинах. Медичний працівник поводить як третя сторона, яка не дає самостійних прав на предмет спору.

Моральна та матеріальна шкода

До матеріальної шкоди, яка підлягає відшкодуванню, якщо завдано шкоди каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я включається:

- заробіток (дохід) втрачений внаслідок втрати чи зменшення професійної або загальної працездатності;
- витрати, викликані необхідністю посиленого харчування, санаторно-курортного лікування, придбання ліків, протезування, стороннього догляду, тощо;
- витрати на лікування.

До матеріальної шкоди, яка підлягає відшкодуванню, якщо внаслідок протиправних дій особа померла, включаються:

- витрати на лікування;
- витрати на поховання;
- витрати на спорудження надгробного пам'ятника;
- витрати на відшкодування шкоди, завданої смертю годувальника.

Можливе відшкодування витрат в майбутньому в рамках зазначених правил при судово-медичній експертизі. Розмір вартості медикаментів,

лікування, протезування (крім протезування дорогоцінними металами), предмет догляду за потерпілим визначається на підставі приписів, актів або рахунків, виписаних лікарем. Показник інвалідності (у відсотках), потреба в додаткових видах допомоги визначається судово-медичною експертизою.

До моральної шкоди, яка виникла внаслідок ненадання чи неналежного надання медичної допомоги, включається:

- фізичний біль та страждання, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
- душевні страждання, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів;
- приниження честі та гідності фізичної особи.

Моральна шкода, завдана смертю хворого внаслідок ненадання або неналежного надання медичної допомоги, відшкодовується членам сім'ї померлого хворого. Така шкода виражається в психологічних муках таких особин. Відповідно до частини 2 статті 1168 Цивільного кодексу моральна шкода, заподіяна смертю особи, відшкодовується її чоловікові, дружині, батькам (усиновлювачам), дітям (усиновленим) та особам, які проживали з ним в одній сім'ї. Прикладом такої практики є постанова Верховно го Суду від 14.12.2022 у справі No 463/6510/18.

Медичні делікти та ятрогенії

Медичний делікт, який передбачає заподіяння шкоди життю чи здоров'ю пацієнта внаслідок ненадання медичної допомоги або її неналежного надання, є підставою для виникнення обов'язку відшкодувати шкоду, оскільки в цьому випадку заподіювач шкоди зобов'язаний відшкодувати заподіяну ним фізичну та моральну шкоду.

Ятрогенія є одним з видів медичних дефектів. Вони виникають певним чином внаслідок захворювань, патологічних процесів, станів, аномальних реакцій, клінічного впливу на момент здачі аналізів, лікування пацієнтів, виконання діагностичних маніпуляцій.

Початок сучасної теорії ятрогенії було опубліковано в 1925 році Освальдом Бумке під назвою «Лікар як причина психічних розладів». Згодом термін «ятрогенний» став використовуватися для позначення захворювань, викликаних психологічним впливом медичних працівників на пацієнтів. Сьогодні термін «ятрогенія» набув більш широкого значення – від стану, викликаного діями медичного працівника, до захворювань, викликаних дією медичних факторів фізичного, хімічного і механічного походження.

Слід зазначити, що помилкою в наданні медичної допомоги є не тільки суб'єктивне ставлення медичного персоналу або пацієнтів до результату медичної допомоги. Термін має об'єктивне визначення, включене в Міжнародну класифікацію хвороб десятого перегляду у визначенні ятрогенної патології (МКБ 10).

До ятрогенних хвороб відносяться захворювання, зазначені в МКБ 10 за такими рубриками:

наслідки отруєння лікарськими засобами, лікарськими засобами, біологічними речовинами; Наслідки отруєння класифікуються в назвах T36T50, T9G розділу XIX;

ускладнення хірургічних та терапевтичних втручань, які більше ніде не класифіковані (назви T80-T88 розділу XIX);

ускладнення терапевтичних та хірургічних втручань (назви Y40-Y84 розділу XX);

Наслідки терапевтичних та хірургічних втручань як зовнішні причини захворюваності (заголовок Y88 розділу XX).

Тому були неправильно проведені несприятливі результати терапевтичних заходів, виконаних з помилковою діагностичною або косметичною метою, лікувальних заходів, що призвели до інвалідності або смерті пацієнта, випадкового пошкодження пацієнта під час планової операції, неузгодженого переливання крові, маніпуляцій, що проводяться з діагностичною метою, ускладнень медикаментозної терапії з розвитком дисбактеріозу, екзо- та ендогенної суперінфекції, а також смертельних алергічних реакцій і смерті від смерті до смерті. До цього можна призвести.

Деліктна відповідальність виникає з фактора, що заподіяв шкоду (зокрема, майну), і поширюється на особу, винну в тому, щоб шкода потерпілому була повністю відшкодована (ст. 11, 599, 1166 ЦК України). Сторонами зобов'язання зазвичай є потерпілий (боржник) і заподіювач шкоди (боржник).

Застосовувати відповідальність, передбачену ст. 1166 Цивільного кодексу України (відшкодування збитків) наявність всіх аспектів цивільного правопорушення є необхідною передумовою, а саме протиправною поведінкою, збитками, причинно-наслідковим зв'язком між незаконною поведінкою боржника і збитками, з вини боржника. Наявність перших трьох елементів в цих факторах доведено особою, яка пред'явила позов про відшкодування шкоди.

Відсутність реалізації права на розірвання письмового договору, або іншого документа, що засвідчує право на отримання мирового акту (підтверджує істинність усної угоди), акту виконання, або надання неякісних послуг від конкретного суб'єкта господарювання може мати негативні правові наслідки, унеможливаючи захист інтересів пацієнта в цивільному законодавстві. (Рішення Івано-Франківського міського суду від 05 жовтня 2021 року у справі No 344/3764/21)

Справа No 344/3764/21 11 січня 2022 року Підтверджуючи існування договірних відносин між сторонами, позивач надав скріншоти екрану телефону, на якому відображається листування з відповідачем у березні та серпні 2020 року (АП 39-48). При цьому PERSON_3 номер мобільного телефону відповідає номеру, зазначеному ними на сайті єдиної державної реєстрації юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та державних

установ. В цілому, на думку суду, він вказує на те, що між сторонами дійсно існували договірні відносини щодо протезування зуба, і що позивачу було завдано саме шкоди від помилки відповідача. Для відповідальності за шкоду здоров'ю необхідні наступні умови: протиправна поведінка особи, що заподіяла шкоду, наявність шкоди, причинно-наслідковий зв'язок протиправної поведінки і шкоди, наявність правопорушення. Моральна шкода, заподіяна фізичній або юридичній особі неправомірними рішеннями, діями або бездіяльністю, відшкодовується з його вини, за винятком частини 1 частини 1 статті 1167 Цивільного кодексу), за винятком частини 2 цієї статті (частина 1 частини 1 статті 1167 Цивільного кодексу).

Беручи до уваги докази, надані позивачем на підтвердження своїх вимог в цілому, Колегія доходить висновку про наявність підстав для стягнення з відповідача майнової шкоди від імені позивача, що включає виготовлення 19 коронок на PERSON_3 діоксиду цирконію ФОП та стягнення вартості сплаченої за протезування вартості протезування з розрахунку 61 430,00 грн. Таким чином, ця сума пов'язана з цінами, викладеними в «Лікарні Ткачука» згідно з наведеним вище прейскурантом, в якому ціна крони становить 150 євро. Водночас рада зазначає, що інші витрати, пов'язані з чищенням зубів та лікуванням, не підлягають стягненню як компенсації за завдану шкоду. Встановивши, що позивачу завдано моральної шкоди, яка включає відкладення лікування, біль, необхідність звернення до лікаря для відновлення здоров'я, а також психологічні страждання, пов'язані зі зверненням до суду для захисту своїх прав, Колегія доходить висновку, що виходячи з принципів розумності, розсудливості та справедливості, розмір відшкодування PERSON_1 моральної шкоди у вищевказаних справах є необхідним та достатнім у розмірі 10 000,00 грн.

У рішенні Федерального Верховного суду Німеччини зроблено висновок, що пропорційні вимоги повинні бути встановлені до кількості деталей справ, наданих пацієнтами. Від пацієнтів не очікують або не вимагають точних медичних знань. Вони не мають точного розуміння процесів лікування та не мають кваліфікації, необхідної для аналізу та представлення ситуацій справи, які становлять предмет спору. З метою належної участі в цивільному процесі сторона не повинна володіти професійними медичними знаннями. У зв'язку з цим сторона процесу буття пацієнта має право обмежитися звітністю, що дозволяє зробити висновок про порушення з боку персоналу через наслідки, що сталися з пацієнтом. Зокрема, пацієнт не обмежений у пошуку можливих причин зараження та наданні їй до суду. Обмежений початковий тягар підтвердження і доказів з боку пацієнта допомагає забезпечити еквівалентність процедури застосування зброї, що збільшує обов'язок суду з'ясувати обставини справи аж до призначення тесту ex-officio, якщо пацієнт вказує на можливість вирішення спору за допомогою таких доказів.

«Такий підхід не є унікальним для правової системи України. Однак, беручи до уваги принцип розумності, слід враховувати, що пацієнт не володіє достатнім рівнем кваліфікації, у нього немає точного уявлення про те, як відбуваються процеси лікування. Тому суд вказав, що як слабша сторона пацієнт повинен лише висвітлювати порушення, а потім тягар доказування лягає на медичний заклад або лікаря», – зазначив суддя Касаційного цивільного суду Верховного суду Василь Краут у доповіді «Договір надання медичних послуг: деякі заяви в контексті судової практики» на науково-практичній конференції. Про людину"...

Питання кримінальної відповідальності медичних працівників є одним з найбільш дискусійних у медико-правовому просторі. Вивчення правового регулювання медичної діяльності та кримінальної відповідальності медичних працівників тісно пов'язане з медичним і кримінальним правом. Будь-яка діяльність пов'язана з помилками і ризиками. У свою чергу, лікарська помилка або невиправданий ризик можуть виявитися фатальними для пацієнта. Медичний працівник, який допустив помилку або вчинив суспільно небезпечні діяння, не тільки піддається етичній оцінці суспільства, а й несе юридичну відповідальність, аж до кримінальної.

З точки зору кримінального права медичний працівник враховується два фактори: як загальний предмет і як особливий суб'єкт кримінального правопорушення, пов'язаного з його медичною освітою - так званих «професійних правопорушень».

В рамках аналізу питань кримінальної відповідальності медиків важливо говорити про «професійні злочини», тобто ті, в яких відповідальність покладена на медичних працівників:

- 1) вчинення суспільно небезпечного діяння;
- 2) приєднання до медичної професії особі, яка вчинила суспільно небезпечне діяння;
- 3) безпосередній контакт дії (бездіяльності) з виконанням медичної практики та професійними обов'язками;
- 4) наявність ознак порушення стандартів надання медичної допомоги, яка відома в цілому за своєю кваліфікацією, досвідом і професією;
- 5) Негативні наслідки, що відбулися на життя і здоров'я людини.

Під професійним медичним кримінальним правопорушенням слід розуміти умисне або недбале діяння, вчинене медичними працівниками при виконанні заборонених кримінальним законом професійних обов'язків під загрозою покарання.

Більшість кримінальних каральних діянь, що загрожують життю та здоров'ю людей під час виконання медичними працівниками професійних обов'язків, визначені розділом II Кримінального кодексу України від 05.04.2001 № 2341-III «Злочини проти життя та здоров'я особи».

Закон відносить до «професійних правопорушень»:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело до зараження людини вірусом імунодефіциту людини або іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131 Кримінального кодексу України);

- розголошення інформації про проведення медичного обстеження з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або іншого невиліковного захворювання (ст. 132 КК України);

- Незаконний аборт (ст. 134 Кримінального кодексу України);

- незаконна медична діяльність (ст. 138 КК України);

- ненадання допомоги хворому медичними працівниками (ст. 139 КК України);

- неналежне виконання професійних обов'язків медичними або фармацевтичними працівниками (ст. 140 КК України);

- порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);

- незаконне проведення дослідів над особою (ст. 142 КК України);

- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 КК України);

- Примусові пожертвування (ст. 144 Кримінального кодексу України);

- Незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 Кримінального кодексу України).

Особливо суспільно небезпечний характер має медико-правовий характер кримінальних правопорушень, які відносяться до професійних правопорушень у медичній сфері; Слід зазначити, що загальні аспекти кримінальних правопорушень, які мають фатальні наслідки для життя та здоров'я людей внаслідок недбалих дій медичного працівника: вбивство з необережності (ст. 119 КК України) та тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження з необережності (ст. 128 КК України).

Для визначення наявності або відсутності кримінальної відповідальності медичних працівників важливими є такі обставини:

- Гостра необхідність (ст. 39 Кримінального кодексу України);

- діяння, пов'язане з безпекою (ст. 42 Кримінального кодексу України).

Закон визнає, що якщо в даній ситуації цей ризик не може бути усунутий іншими засобами і в той же час не виходить за межі крайньої необхідності, він може завдати шкоди правоохоронним інтересам в конкретній державі з метою усунення ризику прямої загрози правам людини, що охороняються особою або законом, або іншими особами. Для того щоб класифікувати випадок, пов'язаний з виключенням злочинної поведінки медичного працівника, як гостру необхідність, важливо описати стандарти легітимності або, іншими словами, стандарти прийнятності поведінкової дії лікаря через «ризик прямої загрози» там, де мова йде про ризик заподіяння реальної загрози, і в таких випадках неможливо позбутися від захворювання без заподіяння шкоди людині, травми, що загрожує життю і здоров'ю. Це стосується надання екстреної медичної допомоги, а

зволікання може призвести до тяжких наслідків - смерті людини. Надання неекстреної медичної допомоги (медичних послуг) при вчиненні лікарем суспільно небезпечного діяння не може розглядатися як інший випадок, ніж злочин Закону.

Стаття 42 Кримінального кодексу України визначає, що діяння, яке заподіює шкоду інтересам правоохоронних органів, не є злочином, якщо це діяння вчинено в умовах розумного ризику для досягнення значної суспільно корисної мети. Однак сьогодні навіть на теоретичному рівні слід підкреслити, що не існує єдиних умов правомірності лікарського ризику, так як професія медиків завжди асоціювалася з ризиком вжиття заходів щодо збереження життя і здоров'я людей. Вважається, що дія, яка відповідає досягненням науки і медичної практики або пов'язана з ризиком, вчиненим без існування сприятливих для цього умов, виключає кримінальну відповідальність. Якщо мета порятунку життя, порятунок частини тіла може бути досягнута традиційним шляхом, то в цьому випадку, коли шкода здоров'ю людини наноситься через невинувато небезпечний медичний судовий розгляд, дії лікарів набудуть ознак кримінального позову.

Останнім часом все більшого резонансу в суспільстві і в медійній сфері набувають неприпустимі злочинні дії лікарів, халатне ставлення до життя і здоров'я пацієнта, прояв недбалого ставлення до професійних обов'язків медичними працівниками. Громадськість сприймає в цьому ризик і не хоче прощати лікарські помилки.

Але слід зазначити, що випадки, які притягують медичних працівників до кримінальної відповідальності, доводячи державне обвинувачення до винесення обвинувального вироку, відносно рідкісні.

Згідно з даними Єдиного державного реєстру судових рішень: за 2014 рік було винесено 1 обвинувальний вирок за ст. 138 ККУ – незаконна лікувальна діяльність, 1 обвинувальний вирок за ст. 139 ККУ – ненадання допомоги хворому медичним працівником, 7 обвинувальних вироків за ст. 140 ККУ – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, 1 виправдувальний вирок за ст. 143 ККУ – порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини; за 2015 рік було винесено 8 обвинувальних вироків та 1 виправдувальний вирок за ст. 140 ККУ – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником; за I півріччя 2016 року було винесено 1 виправдувальний вирок та 3 обвинувальні вироків за ст. 140 ККУ – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником.

Така статистика пов'язана з латентизацією та ятрогенністю злочинів у сфері медичної діяльності, складністю доказування наявності складу кримінального правопорушення у сфері медичної діяльності у зв'язку з так званою "динамікою клінічної картини", можливістю приховування або відсутністю фіксації фактів, які мають юридичне значення для визначення

провини фахівця, складністю оцінки реакції організму людини за певних умов. Медичний заклад часто зацікавлений убезпечити себе і працівника від доведеності злочинного діяння.

Більшість кримінальних правопорушень у сфері надання медичної допомоги мають матеріальний склад, тобто наявність негативного впливу на життя і здоров'я пацієнта є обов'язковою умовою. Для того щоб звинуватити медиків у «злочинній поведінці», необхідно встановити правопорушення і причинно-наслідковий зв'язок між діяннями, що викликають негативні наслідки у вигляді нанесення тілесних ушкоджень або смерті людини. Якщо шкода здоров'ю є наслідком не протиправної поведінки медичного працівника, а з інших причин (через недотримання пацієнтом лікарських рекомендацій, через несподівані анатомічні особливості організму пацієнта, неповну клінічну картину, яку лікар не може встановити з причин, які від нього не залежать), причинно-наслідковий зв'язок виключається і кримінальна відповідальність не настає.

Розслідування кримінальних правопорушень при наданні медичної допомоги (медичних послуг) пов'язане з низкою складних питань – оригінальністю змісту доказів, відсутністю належних знань органами досудового розслідування про специфіку цієї категорії деліктів, що впливає на аналіз та оцінку зібраної інформації.

Сьогодні алгоритми проведення розслідувань, призначення завдань, визначення переліку медичної документації, необхідної для розслідування, низки питань для експертів, порядок розслідування ситуацій, коли вина медичного працівника доведена або спростована, потребує розробки та впровадження практики досудового розслідування.

Поведінка медичних працівників ілюструє спосіб вчинення злочину. Для того щоб визначити обставини, що лежать в основі злочинних діянь, вчинених медичними працівниками, необхідно встановити точність і своєчасність надання пацієнтом медичної допомоги, збір анамнезу відповідно до поведінки потерпілого, проведення аналізів і діагностики захворювання. Для цього доведеться використовувати дані, отримані від керівників медичних установ, чергових медичних колег, потерпілої, її близьких родичів, інших пацієнтів, молодшого медичного персоналу, який став свідком подій.

Медична документація, її вивчення та аналіз: історії хвороб, амбулаторні карти, довідки про стан здоров'я, результати лабораторних досліджень, рентгенограми та інші записи, а також матеріали попередніх оглядів медичного закладу, матеріали клініко-патологоанатомічних заходів, медична техніка, медичні вироби (калібрувальний огляд) і медичне обладнання, інформація про атестацію медичних працівників, акредитацію. Медичний інститут.

Медична документація є джерелом лікарської таємниці. Відповідно до ст. Для таємниці, що охороняється законом 162 № 4651-VI Кримінально-процесуального кодексу України від 13.04.2012 року, яка

міститься в матеріалах і документах, зокрема, містяться відомості, які можуть становити лікарську таємницю. Таким чином, органи досудового розслідування можуть отримати доступ до медичних записів лише за процедурою, яка застосовує кримінальне судочинство: назва, опис, питання, до яких має бути надано тимчасовий доступ, та суб'єкти, які дають можливість ідентифікувати документи та тимчасовий доступ до суб'єктів і документів на підставі рішення слідчого судді про тимчасовий доступ до документів (статті 163-165 КПК України).

Особливу увагу слід приділити судовому розгляду фізичної особи - медичного працівника; Слідчий, який не має знань в медичній сфері, обмежений в точності розуміння описів особи, підозрюваного в скоєнні злочину медичного характеру. У такому випадку медичними експертами, які володіють спеціальними знаннями та навичками і які можуть консультувати під час досудового розслідування (дізнання) з питань, що потребують відповідних спеціальних знань, як експертів у кримінальному провадженні.

Навіть за наявності такого експерта респонденти мають бути зацікавлені, жоден «конфлікт інтересів» не перевірений, тоді як у правовідносинах з іншим медичним закладом спеціальність, експертиза, кваліфікація та досвід мають бути близькими до кваліфікації підозрюваного.

У реаліях сьогодення найважливішим питанням до досудового слідства є доведеність вини лікаря чи іншого медичного працівника. Важливість визначення вини (тобто психічного ставлення медика до власних діянь та наслідків, які останні породжують) не викликає сумнівів, що від цього залежить:

- кваліфікація кримінального правопорушення;
- санкції, що будуть застосовані;
- урахування обставин, які пом'якшують або обтяжують покарання (ст. 66 та ст. 67 КК України).

Чудовим прикладом умисного «професійного правопорушення» є ненадання допомоги пацієнту медичним працівником (ст. 139 КК України). Суспільний ризик вчинення цього кримінального правопорушення полягає в тому, що медичний працівник не надає допомогу пацієнту (пацієнту), що призводить до смерті або інших тяжких наслідків. Відповідно до законодавства медичні працівники зобов'язуються надавати своєчасну і кваліфіковану медичну і медичну допомогу, а також безоплатно надавати відповідну екстрену медичну допомогу громадянам при нещасних випадках та інших крайнощах (ст. 78, 19.11.1992 № 2801-ХІІ) Основ Положення України про охорону здоров'я 78, 19.11.1992 № 2801-ХІІ). Крім обов'язку надавати медичну допомогу, медичні працівники повинні мати об'єктивну можливість виконувати такий обов'язок. При наявності поважних причин, які не дозволяють надати медичну допомогу, кримінальне покарання буде виключено. Якщо медичні працівники усвідомлюють, що це може

призвести до наслідків, є прямий мотив, щодо фактора ненадання допомоги пацієнту, потерпілому. Максимальна санкція передбачає тюремний термін до трьох років і право займати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без неї.

Злочин недбалості - це дія медичного працівника, який в силу умов не передбачає настання суспільно небезпечних наслідків або банально сподівається їх запобігти, і можливий прямий умисел щодо діяння. У злочинах недбалості найбільш актуальним є неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником професійних обов'язків (ст. 140 КК України). Може статися ненадання пропозиції про госпіталізацію пацієнта, який потребує негайної допомоги, непроведення необхідних діагностичних досліджень або контрольних досліджень біоматеріалу, залишення пацієнта без належного нагляду або контролю протягом повного періоду часу, невиконання професійних обов'язків при неправильному дозуванні препаратів, порушення правил вакцинації, недбале медичне втручання тощо. Обов'язковою ознакою є початок серйозних наслідків: інших ускладнень захворювання, таких як летальний результат, важка, середня фізична травма, інвалідність, мутація вірусу.

Для того щоб визначити причинно-наслідковий зв'язок між помилкою в наданні медичної допомоги (послуги) і діями медичного працівника і негативними наслідками, необхідно провести судово-медичну експертизу. Судово-медична експертиза затверджена наказом МОЗ України від 25.02.1994 № 4038-ХІІ, Повідомлення про проведення судово-медичної експертизи від 17.01.95 р. № 6.

Судово-медична експертиза проводиться у всіх випадках «медичних справ», судово-медична експертиза комісії є обов'язковою.

Захист у медичних справах повинен знати, що до проведення судових експертиз залучаються тільки державні спеціалізовані установи, але це не виключає можливості залучення за запитом захисту інших судових експертів, які мають відповідну вищу освіту, кваліфікаційний рівень, атестуються і кваліфікуються як судові експерти. Лікарі не можуть виступати експертами в судово-медичних експертизах, підписуватися як експерти або подавати свої висновки.

На сьогодні в Україні відсутній єдиний методологічний методологічний метод визначення «дефіциту» медичної допомоги (послуги), рівня порівняння поведінки медичного працівника зі стандартами неналежного виконання медичним працівником професійних обов'язків та протоколів і стандартів лікування. Знання і медичний досвід дозволяють будь-якому «фахівцеві» перекласти провину з самого себе на прилади, несподівані реакції організму, симптоми або на пацієнта, на ряд випадків, коли вносяться корективи в медичну документацію, особливо історію хвороби і результати лабораторних досліджень.

У системі надання медичної допомоги найважливішими є клінічні настанови (прийняті клінічні настанови) – останні досягнення клінічної

практики та медичної науки, референтний варіант надання медичної допомоги на основі стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів – сукупність можливих показників якості для оцінки якості та повноти надання медичної допомоги; Локальні протоколи надання медичної допомоги – шлях пацієнта та інструкції, що описують заходи під час надання медичної допомоги (послуг) у конкретному закладі охорони здоров'я, залежно від експертизи, концептуальні положення також можуть бути роз'яснені наказами МОЗ України або програмами зонування сертифікації медичної допомоги. Джерелами професійних медичних обов'язків є посадові інструкції, внутрішні бухгалтерські записи, положення про заклад охорони здоров'я, накази МОЗ щодо ведення обліку суворої звітності.

Хотілося б залишити питання кримінальної відповідальності однієї з благородних і сутнісних професій на теоретичному рівні, адже рівень розвитку суспільства характеризується значними досягненнями в галузі науково-технічного прогресу, але останнім часом виникла серйозна проблема щодо якості медичних і фармацевтичних послуг, що надаються фахівцями в Україні під час виконання ними професійних обов'язків. Зародження цієї проблеми базується на загальному рівні зниження професійних навичок медичних працівників через відсутність фізичного інтересу до розвитку медицини та біомедицини. Особливо це стосується державних та комунальних організацій охорони здоров'я, які мають «глибоко вкорінений» рівень корупції та незадовільну матеріально-технічну базу, що в деяких випадках призводить до балансування між медичними працівниками особистої відповідальності за майбутнє людей.

Ситуація, що склалася, є наслідком «економічного спаду», призупинення медичної реформи, існування моделі надання медичної допомоги на пострадянському рівні, що дає достатньо підстав для висновку про необхідність посилення реагування держави, причому в точці попередження злочинних дій та негативної поведінки фахівців у галузі медицини та фармації, впровадження державних програм, медичних розробок, організації охорони здоров'я, технічного оснащення закладів охорони здоров'я, медичних та фармацевтичних працівників, кримінальних та фармацевтичних працівників. Надати інформацію про діяння, що підпадають під заборону, та обмеження щодо вчинення «професійних правопорушень».

Питання до заліку з навчальної дисципліни «Біоетика з основами медичного права»

1. Біоетичні проблеми генетичних біотехнологій.
2. Біоетичні проблеми терапії стовбуровими клітинами.
3. Біоетичні проблеми розроблення і використання ГМО.
4. Які перспективи для виживання людства відкриває клонування тварин?
5. Вкажіть біоетичні проблеми, пов'язані з клонуванням людини.
6. У чому полягає різниця між репродуктивним та терапевтичним
7. клонуванням?
8. Яким законом регламентується клонування людини в Україні?
9. Сформулюйте основні принципи концепції прав тварин.
10. Назвіть перші закони про досліди на тваринах.
11. Назвіть основні етичні принципи та регламентація експериментів на
12. тваринах.
13. Чи існують альтернативні методи дослідження тварин?
14. В яких випадках законом заборонено використання тварин для
15. наукових досліджень та експериментів?
16. Яке визначення якості продукції дане в стандарті ISO 8402?
17. Назвіть основні принципи державної політики із забезпечення якості та безпеки харчової продукції в Україні.
18. Яким основним вимогам мають відповідати харчові продукти?
19. Стисло охарактеризуйте правову основу контролю за якістю харчової продукції.
20. Дайте визначення поняттю «нутриціологія».
21. Охарактеризуйте основні принципи державної політики гарантування якості та безпеки харчових продуктів.
22. Вкажіть закони, що забезпечують правові основи якості харчових продуктів і здійснення їх контролю.
23. Яким вимогам повинна відповідати якісна продукція, у тому числі й харчові продукти.
24. Які основні вимоги до інформації про харчові продукти.
25. Коротко охарактеризуйте, що являє собою система НАССР.
26. Переваги впровадження системи НАССР
27. Перелічіть класифікацію харчових добавок.
28. Що є «харчовою добавкою» згідно Закону України «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини».
29. Назвіть етапи гігієнічного регламентування харчових добавок в продуктах харчування.
30. Назвіть категорії генно-модифікованої продукції.
31. Які існують негативні наслідки генної інженерії продуктів харчування.
32. Що включає методика оцінювання безпеки генетично модифікованих продуктів.
33. Назвіть Закони України, де закріплено право на вільний вибір лікаря.

34. Спiрнi аспекти медичної реформи.
35. Етапи розвитку приватної медицини в Україні.
36. Що являє собою Міністерство охорони здоров'я України.
37. Основні завдання МОЗ України.
38. Основні завдання державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.
39. Права Головного державного санітарного лікаря України .
40. Підстави виникнення цивільно-правової відповідальності.
41. Які обставини потребують доказування в разі позадоговірної відповідальності.
42. Обов'язки лікаря згідно закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
43. Що відноситься до моральної та матеріальної шкоди у медичних справах.
44. Дайте характеристику поняттю «ятрогенії».
45. Які елементи входять о складу цивільного правопорушення у тлумаченні ст. 1166 ЦКУ.
46. Що розуміється під професійним медичним кримінальним правопорушенням.
47. Які злочини відносяться до «професійних злочинів» у розумінні розділу II "Злочини проти життя та здоров'я особи" Кримінального кодексу України від 05.04.2001 № 2341-III.
48. Критерії прийнятності акту поведінки лікаря для віднесення випадку до крайньої необхідності.
49. Які дії лікаря виключають кримінальну відповідальність.

Література:

1. Законодавство України про охорону здоров'я. — К.: Юріком Інтер, 2020. - 374 с
2. Циппеліус Р. Філософія права. — К.: Тандем, 2000. — 300 с.
3. Кисельов М. М. Біоетика в контексті сучасного етичного дискурсу. – К.: Авіцена, 2021
4. Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, ООН, 1965
5. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, 1966
6. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, 1966
7. Міжнародна конвенція про ліквідацію та по карання злочинної політики апартеїду, 1973
8. Декларація про права інвалідів, 1975
9. Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримі нації щодо жінок, 1979
10. Декларація проти катувань та інших жорсто ких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання, 1984

11. Конвенція про права дитини, 1989
12. Міжнародна конвенція про захист прав усіх робітників-мігрантів та членів їхніх родин, 1990
13. Європейська соціальна хартія, 1961, 1996
14. Європейська конвенція про боротьбу з тероризмом, 1977
15. Конвенція проти тортур та негуманного ставлення, 1977
16. Американська конвенція прав людини, 1969
17. Африканська хартія про права людини та на родів, 1981
18. Хесле В. Філософія і екологія. — М.: Наука, 1993. — 205 с.
19. Аболіна Т. Г. Прикладна біоетика: навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 392 с.
20. Вадзюк С. Н., Волкова Н. М. Основи біоетики і біобезпеки : посібник. Тернопіль : ТДМУ : Укрмедкнига, 2019. 128 с.
21. Кулініченко В. О. Філософсько-світоглядні засади біоетики Практична філософія. 2001. №3. С. 37 – 43.
22. Загальна психологія. Підручник. — К., 2001.
23. Основи медичної етики / Назар П. С., Віденський Ю. Г., Грандо О. А. — К.: Здоров'я, 2002. — 344с.
24. Методика контролю якості харчової продукції : навчальний посібник / О.І. Черевко, Л.М. Крайнюк, Л.О. Касілова [та ін.] ; за заг. ред. Л.М. Крайнюк ; Харківський державний університет харчування та торгівлі, СНАУ. — Суми : Університетська книга, 2012. — 512 с.
25. Стратегія економічної безпеки України на період до 2025 року : Указ Президента України від 11 серпня 2021 р. № 347/2021. *Офіційний вісник Президента України*. 2021. № 21. Ст. 964.
26. Проосновні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів в Україні від 23 грудня 1997 р. № 771/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1998. № 19. Ст. 98.
27. Про захист прав споживачів : Закон України від 12 травня 1991 р. № 1023-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1991. № 30. Ст. 379. <https://uk.wikipedia.org/wiki>
28. Господарський кодекс України: Закон України від 16.01.2003р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18, № 19-20, № 21-22. Ст. 144.
29. ДСТУ 9000:2015 «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів» URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209000.pdf> (дата звернення 16.12.22).
30. Аграрне право України : підручник / В.М. Єрмоленко, О.В. Гафурова та ін. ; за ред. В.М. Єрмоленка. К. : Юрінком Інтер, 2010. 608 с.
31. Про вилучення з обігу, переробку, утилізацію, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції : Закон України від 14 січня 2000 р. № 1393-ХІV. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 12. Ст. 95.
32. <https://buklib.net/books/22621/>

33. Вимоги до безпечності та окремих показників якості дитячого харчування : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 червня 2022 р. № 1084. *Офіційний вісник України*. 2022. № 58. Ст. 3496.
34. Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів : Закон України від 6 грудня 2018 р. № 2639-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2019. № 7. Ст. 41.
35. Про основні принципи та вимоги до органічного виробництва, обігу та маркування органічної продукції : Закон України від 10 липня 2018 р. № 2496-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 36. Ст. 275.
36. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми використання та охорони земель : розпорядження Кабінету Міністрів України від 19 січня 2022 р. № 70-р. *Офіційний вісник України*. 2022. № 11. Ст. 588.
37. Про охорону земель : Закон України від 19 червня 2003 р. № 962-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 39. Ст. 349.
38. Про державний контроль за дотриманням законодавства про харчові продукти, корми, побічні продукти тваринного походження, здоров'я та благополуччя тварин : Закон України від 18 травня 2017 р. № 2042-*Відомості Верховної Ради України*. 2017. № 31. Ст. 343.
39. Оверковська Т. Правове регулювання безпечності продуктів харчування. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 4. С. 109–114.
40. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 896 «Деякі питання здійснення планових заходів державного контролю Державною службою з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів»
41. Наказ Мінагрополітики від 08.08.2019 № 447 «Про затвердження форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного контролю (інспектування) стосовно додержання операторами ринку вимог законодавства про харчові продукти та корми, здоров'я та благополуччя тварин»
42. Наказ Мінагрополітики від 08.08.2019 № 446 «Про затвердження форми акта, складеного за результатами проведення заходу державного контролю у формі аудиту постійно діючих процедур, заснованих на принципах НАССР»
43. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України 07.03.2018 № 130 «Про затвердження уніфікованої форми акта, що складається за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо додержання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері ветеринарної медицини» зареєстрований у Мін'юсті 24 квітня 2018 р. за № 492/31944
44. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 20.08.2013 № 507 «Про затвердження уніфікованої форми акта, який складається за результатами перевірок суб'єктів господарювання у частині дотримання ветеринарно-санітарних вимог для потужностей (об'єктів) з

виробництва продуктів бджільництва», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22 серпня 2013 р. за № 1460/23992

45. Закон України «Про державний контроль за дотриманням законодавства про харчові продукти, корми, побічні продукти тваринного походження, здоров'я та благополуччя тварин»

46. Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів»

47. Закон України «Про ветеринарну медицину»

48. Закон України «Про безпечність та гігієну кормів»

49. Закон України «Про основні принципи та вимоги до органічного виробництва, обігу та маркування органічної продукції»

50. Закон України «Про побічні продукти тваринного походження, не призначені для споживання людиною»

51. Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»

52. Закон України «Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів»

53. Закон України «Про особливості здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності щодо фізичних осіб - підприємців та юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності»

54. Закон України «Про центральні органи виконавчої влади»

55. Закону України «Про Перелік документів дозвільного характеру у сфері господарської діяльності»

56. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок»

57. Постанова Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2011 р. № 461 «Питання прийняття в експлуатацію закінчених будівництвом об'єктів»

58. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 листопада 2015 р. № 930 «Про затвердження Порядку видачі експлуатаційного дозволу, форми експлуатаційного дозволу та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів»

59. Постанова Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 р. № 667 «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів»

60. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 січня 2016 р. № 94-р «Про визнання такими, що втратили чинність, та такими, що не застосовуються на території України, актів санітарного законодавства»

61. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 16.03.2018 № 141 «Про затвердження Порядку надання статусу офіційного ветеринарного лікаря, уповноваженого ветеринара, працівника бійні,

- уповноваженого на виконання обов'язків помічника державного ветеринарного інспектора, та здійснення їх діяльності» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 березня 2018 р. за № 368/3182;
62. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 10.11.2017 № 606 «Про затвердження Положення про основні вимоги до виробництва ветеринарних препаратів та Правил належної виробничої практики ветеринарних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 24 січня 2018 р. за № 106/31558;
63. Наказ Держспоживстандарту України від 24.12.2004 № 289 Про затвердження Технічного регламенту з підтвердження відповідності пакування (пакувальних матеріалів) та відходів пакування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2005 р. за № 95/10375;
64. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2012 № 548 «Про затвердження Мікробіологічних критеріїв для встановлення показників безпечності харчових продуктів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3 серпня 2012 р. за № 1321/21633;
65. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.05.2013 № 368 «Про затвердження Державних гігієнічних правил і норм "Регламент максимальних рівнів окремих забруднюючих речовин у харчових продуктах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 травня 2013 р. за № 774/23306;
66. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2013 № 695 «Про затвердження Параметрів безпечності м'яса птиці» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 9 серпня 2013 р. за № 1364/23896;
67. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2013 №696 «Про затвердження Гігієнічних вимог до продуктів дитячого харчування, параметрів безпечності та окремих показників їх якості», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2013 р. за № 1380/23912;
68. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.2013 № 1114 «Про затвердження Гігієнічних вимог до дієтичних добавок» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2013 р. за № 2231/24763;
69. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.05.2006 № 256 «Про затвердження Державних гігієнічних нормативів «Допустимі рівні вмісту радіонуклідів Cs¹³⁷ та Sr⁹⁰ у продуктах харчування та питній воді» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 липня 2006 р. за № 845/12719;
70. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2016 № 55 «Про затвердження Гігієнічних нормативів і регламентів безпечного застосування пестицидів і агрохімікатів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 лютого 2016 р. за № 207/28337;
71. Державні санітарні правила та норми ДСанПіН 8.8.1.2.3.4-000-2001 Допустимі дози, концентрації, кількості та рівні вмісту пестицидів у сільськогосподарській сировині, харчових продуктах, повітрі робочої зони,

- атмосферному повітрі, воді водоймищ, ґрунті, затверджені постановою Головного державного санітарного лікаря України від 20.09.2001 № 137;
72. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.96 № 222 «Про затвердження Санітарних правил і норм по застосуванню харчових добавок», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 грудня 1996 р. за № 715/1740;
73. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2013 № 694 «Про затвердження Гігієнічних вимог до м'яса птиці та окремих показників його якості», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2013 р. за № 1379/23911;
74. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.05.2010 № 400 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 1 липня 2010 р. за № 452/17747;
75. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2011 № 505 «Про затвердження Змін до Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 2 вересня 2011 р. за № 1043/19781;
76. Наказ Державного департаменту ветеринарної медицини Міністерства аграрної політики України 14.01.2004 № 4 «Про затвердження ветеринарно-санітарних правил для боєнь, забійно-санітарних пунктів господарств та подвірного забою тварин, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 січня 2004 р. за № 121/8720;
77. Наказ Головного державного інспектора ветеринарної медицини України 07.09.2001 № 70 «Про затвердження Ветеринарно-санітарних правил для суб'єктів господарювання (підприємств, цехів) з переробки птиці та виробництва яйцепродуктів, Правил ветеринарно-санітарної експертизи яєць свійської птиці», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2001 р. за № 849/6040;
78. Наказ Державного департаменту ветеринарної медицини Міністерства аграрної політики України 07.06.2002 № 28 «Про затвердження Правил передзабійного ветеринарного огляду тварин і ветеринарно-санітарної експертизи м'яса та м'ясних продуктів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 червня 2002 р. за № 524/6812;
79. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 25.06.2018 № 288 «Про затвердження Методів відбору зразків для визначення максимально допустимих рівнів певних забруднюючих речовин у харчових продуктах для цілей державного контролю», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 вересня 2018 р. за № 1039/32491;
80. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 25.06.2018 № 289 «Про затвердження Методів відбору зразків для визначення максимально допустимих рівнів залишків пестицидів у

продуктах рослинного та тваринного походження для цілей державного контролю», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23 липня 2018 р. за № 857/32309;

81. Міністерство охорони здоров'я СРСР, Міністерство торгівлі СРСР «Санітарні правила для підприємств громадського харчування, включаючи кондитерські цехи і підприємства, що виробляють м'яке морозиво (СанПін 42-123-5777-91)» від 19.03.91;

82. Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України від 23.01.2018 № 29 «Про затвердження форми протоколу про порушення Закону України «Про державний контроль за дотриманням законодавства про харчові продукти, корми, побічні продукти тваринного походження, здоров'я та благополуччя тварин», законодавства про харчові продукти та корми», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 15 лютого 2018 р. за № 186/31638.

83. Парнікоза І.Ю. Генетично модифіковані організми: надія людства чи страшна помилка? // Країна знань. - 2005. - № 1. - С. 36.

84. Постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. №1542;

85. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 р. N 1109;

86. Газета Закон і Бізнес;www.zib.com.ua

87. Доповідь Судді Касаційного цивільного суду у складі Верховного Суду Василя Крата «Договір про надання медичних послуг: окремі ремарки в контексті судової практики» на науково-практичній конференції «Роль і значення Основ законодавства України про охорону здоров'я для системи охорони здоров'я і забезпечення прав людини». https://supreme.court.gov.ua/userfiles/media/new_folder_for_uploads/supreme/2022_present/2022_11_21_Krat_18_11.pdf

88. Медична справа:<https://medplatforma.com.ua/article/607-yatrogenya-prichini-ta-nasldki>

Тести:

1. Заслуга у органічному поєднанні таких принципово різних феноменів як біологія й етика належить:

А. Гарвею

Б. Асклепію

В. Арістотелю

Г. Поттеру

Д. Немає вірної відповіді

2. Аристотелем було запропоновано термін:

А. «Біоетика»

Б. «Медицина»

В. «Нікомахова етика» Г. «Етика»

Д. Вірні відповіді А,Б

3. Завданням Комітетів з біоетики різного рівня є:
- А. Повага до життя та гідності здорової або хворої людини, її прав та інтересів
 - Б. Біоетична експертиза всіх проектів, яка включає дослідження, що проводять за участю людей
 - В. Формування етичного мислення у населення
 - Г. Філософський аналіз і широке обговорення практичних питань, принципів, методів і теорії біоетики
 - Д. Вірні відповіді В,Г
4. Цінність людського життя в біомедичній етиці визначається:
- А. Унікальністю і неповторністю особистості.
 - Б. Віком (кількістю прожитих років).
 - В. Расовою і національною приналежністю.
 - Г. Фінансовою спроможністю.
 - Д. Усім перерахованим.
5. До фундаментальних етичних принципів проведення досліджень за участю людини не відноситься:
- А. Наукове обґрунтування проекту.
 - Б. Низький соціальний статус пацієнта.
 - В. Співвідношення ризику та користі.
 - Г. Інформування пацієнта.
 - Д. Одержання згоди.
6. Який із видів клонування забороняється?
- А. Терапевтичне
 - Б. Репродуктивне
 - В. Біологічне
 - Г. Фізіологічне
 - Д. Вірні відповіді А і Б
7. У Європі базовим документом, що регулює діяльність людини в галузі клонування, є:
- А. Протокол про заборону клонування людини
 - Б. Загальна декларація про геном людини і права людини
 - В. Конвенція про права людини і біомедицину
 - Г. Акта про зачаття людини й ембріологію
 - Д. Про державне регулювання в галузі генно-інженерної діяльності
8. У 2004 р. терапевтичне клонування було дозволено. У якій країні терапевтичне клонування було дозволено?
- А. Японія
 - Б. Британія

- В. Російська федерація
- Г. Китай
- Д. Туреччина

9. Міжнародний документ – прийнята в 1997 р. на 29-й сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО, – також декларує неприпустимість практики клонування людини. Це документ:

- А. Протокол про заборону клонування людини
- Б. Загальна декларація про геном людини і права людини
- В. Конвенція про права людини і біомедицину
- Г. Акта про зачаття людини й ембріологію
- Д. Про державне регулювання в галузі генно-інженерної діяльності

10. Представники Православної Церкви в усьому світі наполягають на:

- А. Етико – моральної загрози
- Б. Загрози біологічного виду
- В. Знищення виду людини із планети Земля
- Г. Суворому розумінні сакральності людського життя: кожна людина створена як унікальна особистість
- Д. Маніпулюванням людьми та генетичним матеріалом

11. У якому році світове співтовариство було поставлено перед фактом успішного клонування ссавця, для чого використовувалися ядра соматичних клітин?

- А. 1994
- Б. 1995
- В. 1996
- Г. 1997
- Д. 1998

12. У якому році Британський парламент прийняв перший закон на захист тварин?

- А. 1822
- Б. 1835
- В. 1840
- Г. 1862
- Д. 1876

13. Яких тварин найчастіше використовують для лабораторних та інших досліджень? А. Собак

- Б. Комарів
- В. Мавп
- Г. Дрозофіл
- Д. Мишей

14. В якому році прийнято Європейську конвенцію про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей? А. 20 вересня 1985 р.

Б. 20 вересня 1986 р.

В. 13 жовтня 1985 р.

Г. 13 жовтня 1986 р.

Д. 27 травня 1987 р.

15. Хто заснував «Американське товариство з запобігання жорстокості до тварин»?

А. Г. Мендель

Б. І. Павлов

В. Л. Пастер

Г. М. Вавілов

Д. Г. Берг