

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Директор

ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР"

А.Ф. Ковшар

(Наказ №54/о від 01.12.2023р.)



**ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТУ ІНТЕРЕСІВ ПІД ЧАС
ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО
РОЗВИТКУ ТА НЕДОПУЩЕННЯ ЗАЛУЧЕННЯ І ВИКОРИСТАННЯ
КОШТІВ ФІЗИЧНИХ (ЮРИДИЧНИХ) ОСІБ ДЛЯ РЕКЛАМИ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ ТА ДОПОМІЖНИХ
ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ (АСИСТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ) АБО
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

КИЇВ 2023

1. Запобігання впливу приватних інтересів, особистої зацікавленості представників провайдера БПР (засновників, учасників, власників, працівників та інших осіб залучених до заходів БПР, далі -особи, пов'язані зі здійсненням БПР) на проведення заходів БПР, зокрема, щодо неприпустимості промоції лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) або медичних послуг (далі – конфлікт інтересів).

Метою Положення є врегулювання та запобігання конфлікту інтересів під час проведення заходів безперервного професійного розвитку (далі у тексті – «БПР»).

Основним завданням цього Положення є недопущення залучення і використання коштів фізичних (юридичних) осіб для реклами лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) або медичних послуг.

Дія Положення поширюється на всіх викладачів заходів БПР, що працюють у ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР". Дотримуватися вимог Положення зобов'язані також фізичні та юридичні особи, які співпрацюють з ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР" на основі договорів.

2. Обов'язки осіб, пов'язаних зі здійсненням БПР, щодо запобігання конфлікту інтересів під час проведення заходів БПР.

Викладачі заходів БПР, що є працівниками ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР", зобов'язані:

вживати заходів щодо недопущення виникнення реального чи потенційного конфлікту інтересів;

повідомляти не пізніше наступного робочого дня з моменту, коли особа дізналася чи повинна була дізнатися про наявність у неї реального чи потенціального конфлікту інтересів директора ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР".

ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР":

- не проводить безпосередньо або із залученням третіх осіб діяльність, пов'язану з виробництвом, оптовою та роздрібною торгівлею, імпортом лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій);

-не має у складі засновників (учасників, власників) або органів управління осіб, які провадять діяльність, пов'язану з виробництвом, оптовою та роздрібною торгівлею, імпортом лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій), або перебувають у господарських, цивільних, трудових відносинах з особами, які провадять таку діяльність;

-виконує положення про запобігання конфлікту інтересів під час проведення заходів безперервного професійного розвитку та недопущення залучення і використання коштів фізичних (юридичних) осіб для реклами лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій), що затверджується провайдером;

-не приховує наявність правовідносин з особами, якими провадиться діяльність з виробництва, оптової та роздрібною торгівлі, імпорту лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій);



-не рекламуює торгові назви лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) під час проведення заходів безперервного професійного розвитку;

3. Порядок виявлення та врегулювання конфлікту інтересів, що виникають в осіб, пов'язаних зі здійсненням БПР, під час виконання ними обов'язків, пов'язаних зі здійсненням БПР.

Викладачі заходів БПР, що є працівниками ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР", або співпрацюють з ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР", повинні:
заявляти про будь-який особистий фінансовий чи інший інтерес, який може впливати на викладання, в тому числі володіння ними або їхньою родиною чи членами родини, близькими друзями, партнерами частками бізнесу, підприємств чи організацій, що виробляють лікарські засоби, медичні вироби та допоміжні засоби реабілітації (асистивних технологій) або медичні послуги;
своєчасно повідомляти про наявність у них потенційного або наявного конфлікту інтересів стосовно їхніх зобов'язань перед третіми особами щодо реклами лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) або медичних послуг.

4. Заходи зовнішнього та самостійного врегулювання конфлікту інтересів та порядку дій, зокрема, процесуальні процедури реагування на конфлікт інтересів, організація документообігу та інші дії, пов'язані із врегулюванням конфлікту інтересів.

Заходами із зовнішнього регулювання конфлікту інтересів усунення особи колективом ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР" від виконання заходів БПР до моменту усунення конфлікту інтересів за неможливості такого усунення прийняти рішення про виключення особи з колективу ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР".

Викладачі заходів БПР, що є працівниками, або співпрацюють з ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР", зобов'язані вжити заходів щодо врегулювання реального чи потенційного конфлікту інтересів задля недопущення залучення і використання коштів фізичних (юридичних) осіб для реклами лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) або медичних послуг.

5. Відповідальні особи за контроль за можливим конфліктом інтересів, приймання відомостей про наявний або потенційний конфлікт інтересів, розгляд цих відомостей.
Відповідальною особою щодо контролю за можливим конфліктом інтересів, приймання відомостей про наявний або потенційний конфлікт інтересів, розгляду цих відомостей є директор ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР".



6. Відповідальність представників провайдера БПР за недотримання вимог Положення про запобігання конфлікту інтересів.

За недотримання вимог цього Положення викладачі заходів БПР, що є членами колективу, або співпрацюють з ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР", можуть бути усунені від виконання заходів БПР на один рік або виключені з колективу ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР".

7. Форма/шаблон повідомлення про реальний/потенційний конфлікт інтересів особи пов'язаної зі здійсненням БПР

Порядок подання та розгляду скарг учасника заходу безперервного професійного розвитку або іншої особи на дії провайдера, пов'язані з організацією та проведенням такого заходу, за проходження якого нараховуються бали безперервного професійного розвитку, затверджується МОЗ.

Викладачі заходів БПР, що є членами колективу, або співпрацюють з ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР" зобов'язані підтвердити відсутність конфлікту інтересів та обставин, які можуть перешкоджати належному викладанню заходів БПР (Додаток №1), заявляти про будь-який особистий фінансовий чи інший інтерес, який може впливати на їхню викладацьку діяльність, у тому числі володіння (родиною/членами родини, близьким другом/партнером) частками бізнесу, підприємств чи організацій з виробництва лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій) або медичних послуг.

"ЗАТВЕРДЖЕНО"
Директор
ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР"

А. Ф. Ковшар
(Наказ №54/о від 01.12.2023р.)



Додаток №1

**ДО ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТУ ІНТЕРЕСІВ ПІД ЧАС
ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ТА
НЕДОПУЩЕННЯ ЗАЛУЧЕННЯ І ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ ФІЗИЧНИХ
(ЮРИДИЧНИХ) ОСІБ ДЛЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, МЕДИЧНИХ
ВИРОБІВ ТА ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ (АСИСТИВНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ) АБО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Додаток №1,

Наказ №54/о від 01.12.2023р.

Зразок Повідомлення про реальний/потенційний конфлікт інтересів



МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР"

Ковшар Анжеліці Федорівні



(П.І.Б. ОСОБИ, ЯКА ПОВІДОМЛЯЄ, ПОСАДА)

Повідомлення про реальний/потенційний конфлікт інтересів

(назва заходу БПР)

Місце проведення _____

Дата проведення _____

(стисло викласти ситуацію, в якій виник реальний/потенційний конфлікт інтересів, суть приватного

інтересу, що впливає на об'єктивність прийняття рішення, а також зазначити чи вчинялися дії та

приймалися рішення в умовах реального конфлікту інтерес

П.І.Б. _____

Надану інформацію підтверджую. Підпис та ініціали особи, що повідомляє.

ЗАЯВА ПРО ВІДСУТНІСТЬ КОНФЛІКТ У ІНТЕРЕСІВ

П.І.Б.	
Контактні дані (телефон, електронна пошта)	
Спеціалізація	

ТАК НІ	<p>Чи отримували Ви, Ваші близькі особи або організація, у якій Ви працюєте, протягом останніх трьох років від суб'єктів господарювання або від інших організацій, що можуть мати інтерес стосовно освітніх програм, які мають проводитися, зокрема пряму чи непряму підтримку, підтримку досліджень, у тому числі гранти, спонсорство та інше фінансування, негрошову підтримку, у тому числі у формі обладнання, приміщень, наукових асистентів, оплати поїздок тощо.</p> <p>Вкажіть, зазначивши ТАК чи НІ. Якщо відповідь на питання "ТАК", надайте пояснення</p>						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Наявність договорів (угод) з особами (юридичними чи фізичними) про призначення або рекомендації пацієнтам або лікарям лікарських препаратів і (або) медичних виробів</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Наявність договорів (угод) з особами (юридичними чи фізичними) про призначення або рекомендації пацієнтам або лікарям лікарських препаратів і (або) медичних виробів	Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів				
Наявність договорів (угод) з особами (юридичними чи фізичними) про призначення або рекомендації пацієнтам або лікарям лікарських препаратів і (або) медичних виробів	Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів						



ТАК НІ	<p>Чи отримували Ви, Ваші близькі особи або організація, у якій Ви працюєте, протягом останніх трьох років від суб'єктів господарювання або від інших організацій, що можуть мати інтерес стосовно освітніх програм, які мають проводитися, зокрема пряму чи непряму підтримку, підтримку досліджень, у тому числі гранти, спонсорство та інше фінансування, негрошову підтримку, у тому числі у формі обладнання, приміщень, наукових асистентів, оплати поїздок тощо.</p> <p>Вкажіть, зазначивши ТАК чи НІ. Якщо відповідь на питання "ТАК", надайте пояснення</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Наявність договорів з особами (юридичними чи фізичними) про проведення клінічних досліджень лікарських препаратів і (або) клінічних випробувань медичних виробів</p>	<p>Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Чи брали Ви участь раніше в проведенні клінічних досліджень лікарських препаратів і (або) клінічних випробувань медичних виробів?</p>	<p>Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Чи маєте Ви або Ваші близькі родичі право власності, патентні права або права за угодою про патенти, торгові марки, авторські права на лікарські засоби і (або) медичні вироби?</p>	<p>Характер прав інтелектуальної власності</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Чи мають місце інші обставини, що можуть сприйматися як вплив на Вашу об'єктивність та незалежність?</p>	<p>Поясніть обставини</p>



Підтверджую достовірність і повноту вищенаведених даних.
Погоджуюся на розкриття зазначеної у цій заяві інформації всім зацікавленим особам, в тому числі розміщення її у публічному доступі на офіційному веб-сайті МОЗ України, інших освітніх ресурсах.

Дата: _____ . _____ . _____ року.

Підпис: _____
(_____)
Прізвище та ініціали

У цій заяві зазначаються обставини, що можуть становити реальний та/або потенційний конфлікт інтересів. До конфлікту інтересів належать фінансові, професійні чи інші інтереси, що стосуються участі в освітніх програмах, що проводяться. Реальний конфлікт інтересів - суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість під час представлення інформації. Потенційний конфлікт інтересів - наявність у особи приватного інтересу у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість представлення інформації. Також зазначається про такі інтереси Ваших близьких осіб (осіб, які проживають з Вами спільно, пов'язані з Вами спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки сімейного та (у разі наявності) інших осіб, з якими Ви маєте важливі спільні інтереси та які можуть бути сприйняті як втручання у Вашу освітню діяльність (наприклад, роботодавець, співробітники тощо).

Відповідь "Так" на поставлені питання не має наслідком усунення чи обмеження участі в освітніх програмах автоматично, а лише враховується при розгляді Вашої кандидатури.

3

Директор

ТОВ "УЧБОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР"



Ковшар Анжеліка Федорівна