

Додаток 2
до Положення
про Національний перелік основних
лікарських засобів

ЗАЯВА
про відсутність конфлікту інтересів

Ім'я: Місце роботи: Електронна адреса:

1. Чи отримували Ви протягом останніх чотирьох років винагороду від суб'єктів господарювання або інших організацій, що мають інтерес стосовно об'єкта роботи: 1) трудові відносини? 2) консультування, у тому числі технічне?	Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні ☐
2. Чи отримували протягом останніх чотирьох років Ви або організація, у якій Ви працюєте, підтримку від суб'єктів господарювання або від інших організацій, що мають інтерес стосовно об'єкта роботи: 1) підтримка досліджень, у тому числі гранти, спонсорство та інше фінансування? 2) негрошова підтримка, у тому числі у формі обладнання, приміщень, наукових асистентів, оплати поїздок тощо? 3) підтримка за виступи чи тренінги для суб'єктів господарювання або інших організацій, що мають інтерес стосовно об'єкта роботи, у тому числі у формі оплати за надані послуги?	Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні ☐
3. Чи є поточні інвестиції, вкладені Вами у суб'єкта господарювання, що має інтерес стосовно об'єкта роботи, зокрема опосередковані інвестиції (наприклад, до холдингової компанії), крім інвестицій до інвестиційних фондів, недержавного пенсійного фонду та інших подібних	

інвестицій, які не контролюються Вами: 1) акції, облігації та інші цінні папери? 2) комерційні підприємницькі інтереси (наприклад, спільне підприємство, партнерство)?	Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні ☐
4. Чи є Ви власником прав інтелектуальної власності, які можуть бути розширені / звужені за результатами роботи: 1) патенти, знаки на товари та послуги, авторські права (включаючи заявки, що розглядаються)? 2) запатентоване ноу-хау?	Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні ☐
5. Чи надавали Ви протягом останніх трьох років експертну оцінку або висновок, що стосується об'єкта роботи, для суб'єкта господарювання або інших організацій?	Так ☐ Ні ☐
6. Чи перебували Ви протягом останніх трьох років на посаді, на якій Ви представляли або захищали інтереси, пов'язані з об'єктом роботи?	Так ☐ Ні ☐
7. Чи працювали Ви з конкурентом лікарського засобу, який є об'єктом дослідження, або чи буде Ваша участь в роботі давати Вам можливість отримати доступ до конфіденційної інформації конкурента або отримати персональну, професійну або господарську конкурентну перевагу?	Так ☐ Ні ☐
8. Чи матимуть результати роботи позитивний або негативний вплив на інтереси осіб, з якими Ви маєте спільні особисті, професійні, фінансові чи господарські інтереси (такими особами є дорослі діти або рідні брати, сестри, колеги, з якими Ви тісно співпрацюєте, структурні одиниці тощо)?	Так ☐ Ні ☐
9. Чи оплачувала Вам будь-яка фізична чи юридична особа вартість поїздок, пов'язаних з роботою?	Так ☐ Ні ☐
10. Чи отримували Ви будь-які платежі (крім оплати за проїзд) або гонорари за публічні виступи щодо об'єкта роботи?	Так ☐ Ні ☐
11. Чи мають місце інші обставини, що можуть сприйматися як вплив на Вашу об'єктивність та незалежність?	Так ☐ Ні ☐

ПОЯСНЕННЯ ДО ВІДПОВІДІ «ТАК»

До питань 1 - 4: Номер питання та інтерес	Найменування підприємства, установи або організації	Що належить Вам, членам родини, роботодавцю	Сума прибутку або вартість інтересу (якщо не зазначено - вважається значним)	Поточний інтерес (або за відповідний рік)

До питань 5-6: Опишіть об'єкт, специфічні обставини, зацікавлені особи, строки та інші відповідні дані

Зазначаю, що ця заява правдива і містить повну інформацію.

Погоджуюся на розкриття зазначеної в цій заяві інформації іншим членам Експертного комітету та у публічному доступі на веб-сайті МОЗ України.

У разі зміни інформації негайно повідомлю Експертний комітет і заповню нову заяву із зазначенням змін (у тому числі зміни, що виникли до або під час роботи, або протягом часу до оприлюднення результатів роботи із внесення змін до Національного переліку).

Примітки.

1. У цій заяві зазначаються обставини, що можуть становити потенційний конфлікт інтересів (приватний інтерес у сфері, в якій особа виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути

на об'єктивність чи неупередженість прийняття нею рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень).

До потенційного конфлікту інтересів належать фінансові, професійні чи інші інтереси, що стосуються участі в розгляді пропозицій щодо внесення змін до Національного переліку, а також інтереси, на які можуть вплинути результати такої роботи.

Також зазначається про такі інтереси членів родини (одного з подружжя або особи, з якою член Експертного комітету проживає однією сім'єю, але не перебуває у шлюбі, та дітей), та у разі наявності інших осіб, з якими член Експертного комітету має важливі спільні інтереси та які можуть бути сприйняті як втручання в його діяльність (наприклад, роботодавець, співробітники тощо).

2. Відповідь «Так» на поставлені питання не має наслідком автоматичне усунення чи обмеження участі експерта в роботі щодо внесення змін до Національного переліку. Усі відповіді опрацьовуються МОЗ України на предмет наявності реального конфлікту інтересів (суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість прийняття рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень).

3. У разі небажання або неможливості розкриття інформації, що може бути потенційним або реальним конфліктом інтересів, в заяві зазначається про можливість існування конфлікту інтересів.