

Громадська рада при МОЗ України Реформа охорони здоров'я та лікарське самоврядування, належне регулювання та інформована згода пацієнта

Як уже повідомлялося, 23 липня 2012 р. у великому конференц-залі МОЗ України відбулося чергове засідання Громадської ради при МОЗ України, на якому розглядалися нагальні питання функціонування системи охорони здоров'я в цілому та її фармацевтичної ланки зокрема (початок див. «Щотижневик АПТЕКА» № 29 (850) від 30 липня 2012 р.).



Організаційні питання діяльності Громадської ради виніс на порядок денний її голова **Олег Мусій**. Він нагадав, що після минулого засідання склад дорадчого органу збільшився до 161 особи.

Уперше за час поточної каденції Громадської ради при МОЗ України було оголошено імена членів, що вибули з її складу через систематичне (понад 2 рази) невідвідування засідань без підтвердження поважних причин. Відповідно до пп. 6.11 і 7.1.1 Положення про Громадську раду при МОЗ України та пп. 11.6, 11.7 і 11.8 її Регламенту (шляхом повідомлення, яке не голосується), зі складу органу вибули 22 особи: І. Болдін, Л. Бузніцька, Є. Вега, Ж. Габулавічене, В. Глуховський, С. Глушко, І. Горбасенко, С. Діба, В. Дюкарев, Ю. Канцур, П. Кремененко, В. Матюшенко, О. Михайлич, О. Михайлевич, Л. Морозова, О. Мотузенко, О. Мурич, І. Печенкін, В. Писаренко, В. Потирайло, В. Руденко, Г. Самборська. Крім того, на основі пп. 6.11, 6.12 і 6.14 Положення про Громадську раду при МОЗ України та пп. 11.5, 11.7 і 11.8 її Регламенту у складі органу відбулася одна заміна: замість виконавчого директора всеукраїнської громадської організації «Фармацевтична асоціація «ФАРМУКРАЇНА» Д. Шевченка її буде представляти новий виконавчий директор А. Стеблевський. У ході відкритого голосування більшістю голосів до складу органу було прийнято 6 нових членів: Г. Захарченко, С. Пограничний, Л. Рибченко, Я. Тереньова, Л. Лавренюк, М. Морозова. Таким чином, актуальний склад Громадської ради при МОЗ України налічує 145 осіб. Також головуючий подякував керівникам комісії Громадської ради, які продемонстрували найбільш активну роботу в період між засіданнями (регулярно звертаються до керівництва Громадської ради з конструктивними пропозиціями, чим сприяють вчасному реагуванню дорадчого органу на ті чи інші виклики, підготовці відповідних запитів до органів влади тощо),

а саме: комісії з питань діяльності фармацевтичної галузі (Т. Литвиненкова), з питань профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя (О. Євстігнеєва), з питань захисту прав пацієнтів (Л. Петренко), з подолання проблем соціально небезпечних хвороб та залежностей і їх наслідків (Р. Трохін), з питань реформування системи охорони здоров'я України (З. Черненко), організаційно-правового забезпечення діяльності Громадської ради при МОЗ України (С. Нечай), з питань державних закупівель і боротьби з корупцією (Д. Ципін).



У якості основного доповідача за другим пунктом порядку денного «Стан реформування системи охорони здоров'я. Погляд громадськості» виступила **Зоряна Черненко**, голова комісії з питань реформування системи охорони здоров'я у складі Громадської ради при МОЗ України, член Всеукраїнської молодіжної громадської організації «Всеукраїнська асоціація захисту здоров'я молоді».

На її думку, реформа охорони здоров'я, яку було задумано та задекларовано для захисту інтересів як пацієнтів, так і медичних працівників, на практиці здійснюється в командно-адміністративному стилі, що ставить під сумнів довгострокову ефективність здійснюваних перетворень та дівієв кінцевої моделі медичного обслуговування. Національним планом дій на 2012 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» у частині реформи медичного обслуговування закладено курс на зміцнення чотирьох основних важелів: доступність, ефективність та якість медичного обслуговування, а також ефективність державного фінансування. Натомість проведений доповідачем аналіз конкретних дій, що здійснюються у цьому напрямку впродовж усієї першої половини поточного року, свідчить, що практично всі вони спрямовані на підвищення ефектив-

ності фінансування, а першим трьома позиціям (які й містять квінтесенцію інтересів пересічного пацієнта) приділяється непропорційно занижена увага. Системи здійснення реформи бракує логіки, а регіонам — розуміння реформ та наявності єдиних методик їх реалізації. У той же час як сама діяльність медичних працівників, так і контроль над нею залишаються без змін і практично не підлягають реформуванню. Зокрема, досі не зрушено з місця питання ліцензування медичних працівників. Активність Управління з контролю якості медичних послуг МОЗ України спрямована на вироблення стандартів та індикаторів якості, інших нормативних документів, але переважна більшість із них сфокусована на змісті медичної допомоги, однак не на формі її реалізації і не на діяльності медичних працівників. Натомість у розвинутих країнах існує та широко застосовується система професійного менеджменту або самоврядування лікарів. Якщо не ввести такий елемент зарубіжної практики, як активне залучення професійного лікарського товариства до системи медичної реформи в Україні, — хоча б на пілотному етапі, хоча б на певній ділянці — на належне впровадження системи якості виконання стандартів медичної допомоги годі буде й сподіватися, переконана доповідача.



У царині реформи охорони здоров'я **Ігор Найдя**, член комісії з питань діяльності фармацевтичної галузі у складі Громадської ради при МОЗ України, представник громадської організації «Фундація

конструктивних ініціатив «Третя сила», кандидат медичних наук, вважає перспективною й пропонує до втілення модель державно-суспільного управління системою охорони здоров'я. Охорона здоров'я — це система відносин, що виникають у суспільстві й закріплюються інституційно для реального забезпечення прав людини на охорону здоров'я, здоровий спосіб життя та якісне надання медичної

допомоги. За радянських часів і в останні 20 років сформувалися й одержали розвиток псевдоринкові, напівтінкові, тінвові й напівкримінальні економічні відносини, що призвело до значного погіршення надання медичної допомоги переважній більшості громадян України. Про охорону здоров'я як систему загалом говорити не доводиться. Серед об'єктивних причин сучасного стану державної системи медичної допомоги виділено такі:

1) неврахування тих обставин, що обсяг, рівень і якість медичної допомоги визначаються не так медичним фактором, як законодавчо-нормативною базою, політичними, соціальними, фінансово-економічними факторами та іншими процесами в державі, суспільстві, відомстві;

2) медична послуга в умовах ринкової трансформації суспільства не розглядається як товар; звідси — доки не буде подолано синдром «безкоштовності» — суттєвих і перспективних змін на шляху розвитку системи медичної допомоги також не слід очікувати;

3) пристосування МОЗ України до зменшення асигнувань галузі, обмеження законодавчо-нормативного порядку, недостатня принципівості зі стратегічно-тактичних питань подальшого розвитку галузі з урахуванням умов і специфіки ринкової економіки призвели до втрати дорогоцінного часу для проведення широкомасштабних реформ у системі медичної допомоги. І як результат — в існуючій державній системі медичної допомоги з кожним днем загострюється проблема можливого подальшого функціонування;

4) окремі намагання реформування регіональних систем охорони здоров'я шляхом запровадження нових господарських відносин і організаційних моделей функціонування мають переважно локальний характер, здійснюються безсистемно, часто емоційно, без відповідного наукового обґрунтування, переконання керівників держави, регіонів.

Пріоритетним кроком для зміни ситуації, що склалася, є перехід до державно-суспільного управління системою охорони здоров'я. Під ним ми розуміємо узаконений поділ повноважень з прийняття рішень між державними органами управління охороною здоров'я і громадськими організаціями медичних працівників та пацієнтів, які представляють свої корпоративні інтереси. Завдання, що стоять перед ними, можна поділити на:

- політичні;
- правові;
- економічні;
- соціальні;
- організаційні.

Серед основних **політичних** завдань виділяється відтворення загальнонаціональної системи охорони здоров'я, що передбачає реалізацію довгострокової програми диспансеризації, профілактики й попередження захворювань й спрямованої на забезпечення та реалізацію права громадян на збереження власного здоров'я.

До **правових** завдань належить створення правового поля, що адекватно:

- відображає й регулює діяльність системи охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах;
- регулює механізми підготовки й прийняття управлінських рішень;
- забезпечує правосуб'єктність — участь лікаря у правовідносинах, що виникають, як повноправного учасника, наділеного усім комплексом цивільних прав.

Найбільш важливими **економічними** завданнями є:

- надання медичній послугі статусу економічної категорії;
- урегулювання ринку медичних послуг;
- удосконалення принципів і порядку ліцензування медичної діяльності;
- підвищення ефективності використання фінансових і матеріально-технічних ресурсів, наданих охороні здоров'я суспільством.

Серед широкого спектра **соціальних** завдань першочергову увагу потрібно приділити питанням:

- формування позитивного сприйняття необхідності змін й усвідомлення соціальної значущості власної професії серед лікарського співтовариства на основі участі їх повноважних представників у проектуванні, плануванні й реалізації програм у сфері охорони здоров'я;
- створення передумов для формування відповідальності громадян за стан власного здоров'я, подолання стереотипів щодо патерналістської моделі відносин у сфері охорони здоров'я;
- бути здоровим має стати вигідно.

Організаційна складова містить усі вищезазначені завдання, визначає пріоритетність та етапність кроків.

Фундація конструктивних ініціатив «Третя сила» вважає, зокрема, за потрібне:

1) провести реалізацію реформи на засадах системності, поєднання ринкових і державно-адміністративних важелів, введення нових організаційно-правових форм функціонування закладів охорони здоров'я, зацікавлення медичного працівника в результатах його праці;

2) в основу реформування системи охорони здоров'я покласти не залишковий принцип фінансування, а визначення величини сукупних суспільно необхідних витрат медичної праці;

3) законодавчо зафіксувати сталий відсоток (не менше ніж 6,5% ВВП) на утримання державних та муніципальних закладів охорони здоров'я;

4) здійснити введення гарантованого обсягу медичної допомоги за рахунок бюджетних асигнувань (безкоштовні послуги) із щорічним їх переглядом у бік розширення;

5) провести планування заходів для організації всіх видів медичної допомоги з розрахунку на одного мешканця з урахуванням віку. На основі цього здійснити реорганізацію лікарняної та поліклінічної допомоги із сталим розвитком сімейної медицини;

6) забезпечити конкуренцію медичних послуг і медичних кадрів шляхом запровадження та розвитку страхової (обов'яз-

кової та добровільної) і приватної медицини, створення страхових фондів різних форм власності, законодавчо визначити компетенцію органів управління охороною здоров'я та їх взаємовідносини зі страховими фондами і страховими компаніями;

7) удосконалити механізми управління та ініціювати розвиток самоуправління на рівні закладів охорони здоров'я з наданням їм статусу самостійних суб'єктів господарювання;

8) нормативно гарантувати отримання податкового кредиту і субсидування на приватне страхування здоров'я людини та сім'ї;

9) запровадити систему матеріального стимулювання на основі запровадження прямої та стимулювальної системи оплати праці конкретного працівника залежно від рівня його професіоналізму та якісних кількісних показників роботи.

10) реалізувати законодавче та нормативне становлення професійного лікарського самоврядування та спільно з громадськими професійними асоціаціями надати цій інституції право на видачу дозволів на зайняття лікарською діяльністю на території України, здійснення атестування, сертифікації, громадського контролю за ліцензуванням медичної діяльності, контролю за якістю медичної допомоги, ведення післядипломної освіти лікарів та встановлення правил дотримання Етичного кодексу лікаря;

11) запровадити перехід від замкненої педагогічної системи до вільного обрання схеми навчання з єдиними критеріями оцінки її якості й екологічно-епідеміологічною (профілактичною) спрямованістю, здійснити кількісні зміни в підготовці медичних кадрів;

12) законодавчо визначити принципи, за якими виникає відповідальність медичних працівників, та запровадити страхування професійної відповідальності лікарів;

13) залучити засоби поійменованого цільового фінансування: джерела акцизного збору, податки на алкогольні та тютюнові вироби, на екологічно шкідливе виробництво та несприятливі умови праці тощо;

14) закріпити податкові пільги закладами охорони здоров'я й науковими медичними установами усіх форм власності, а також на позабюджетні кошти та добровічності внески, залучені в галузь;

15) створити нормативні умови для унеможливлення монополізації замовлення, виробництва, закупівлі, споживання ліків, медичної техніки та інструментарію і контролю за усіма цими процесами.



Олександр Етніс, член комісії з питань благодійництва, президент благодійного фонду «Допомога медицині», ознайомив присутніх зі своїм баченням ролі громадськості в реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, необхідності створення високотехнологічних неприбут-

кових медичних закладів, науково-дослідних та навчально-тренінгових центрів на засадах державно-приватного партнерства за ініціативою та під контролем громадськості як важливої складової реформи системи охорони здоров'я, повідомив про кроки Благодійного фонду «Допомога медицині» щодо втілення першого пілотного проекту в місті Києві (Київському регіоні) та закликав членів Громадської ради при МОЗ України та інших представників громадськості активно долучитися до реалізації цього проекту.



Радмила Гревцова, заступник голови Громадської ради — куратор правничого напрямку, президент Всеукраїнської громадської організації «Українська медико-правова асоціація», пого-

джуєтесь із З. Черненко щодо нагальної необхідності запровадження лікарського самоврядування для забезпечення однієї з головних цілей реформи охорони здоров'я — якості медичної допомоги, поставила питання, яким чином це має відбуватися: шляхом створення національної корпоративної організації лікарів з обов'язковим членством або шляхом створення саморегульованих організацій (другим шляхом йде зараз Російська Федерація). По-друге: із року в рік тривають дебати з приводу того, що питання якості надання медичної допомоги не буде вирішено без зміни підпорядкування служби судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, проте досі невідомо, якою є думка Міністерства із цього приводу. По-третє: сьогодні багато говорять про так звані лікарські помилки, хоча визначення цього поняття законодавство досі не містить, відсутня як система реєстрації лікарських помилок, так і розуміння того, якою у цьому питанні має бути роль лікарського самоврядування тощо. Як бачить вирішення цих проблем громадськість у МОЗ України? — істина щодо цих питань має народжуватися саме в дискусії.

З урахуванням цього Р. Гревцова запропонувала провести наступне загальне засідання Громадської ради при МОЗ України не тільки й не стільки у форматі доповідей, скільки у вигляді мозкового штурму, повністю присвяченого питанням реформи системи охорони здоров'я, за участю представників громадськості та МОЗ України — це дало б можливість зіставити їх бачення, узгодити позиції і в дискусії знайти порозуміння з виходом на найоптимальніші рішення. Адже насправді Міністерством робиться дуже багато, але інколи навіть ті, хто спеціалізується на відповідних питаннях, не мають про це достатнього уявлення, а інколи уявлення про певні ініціативи бувають, на жаль, хибними.

Прокладаючи місток між тематикою реформи охорони здоров'я та засад нормативного регулювання фармацевтичної

галузі, доповідач зазначила, що інституційних змін потребують не тільки вдосконалення медичної діяльності, а й діяльності фармацевтичної. Загальновідомо, що нещодавно було ліквідовано Центральну комісію з питань етики, і для цього дійсно були певні законодавчі підстави. Але зараз це дає можливість належним чином вирішити питання, що стосуватимуться етичної експертизи медико-біологічних експериментів за участю людини. Причому, можливо, тут слід розмежувати сфери випробувань лікарських засобів, випробувань виробів медичного призначення, а також інших видів медико-біологічних експериментів. Оратор закликала гаряче підтримати й схвалити ту діяльність, яку проводить МОЗ України в царині належного врегулювання клінічних випробувань лікарських засобів, втім висловила стурбованість з того приводу, що останнім часом трапляються деякі прикрі помилки (на які працівники МОЗ України можуть звернути увагу за допомогою громадськості).

У контексті змін, що відбулися останнім часом у законодавстві щодо регулювання медичної діяльності, було наведено приклад одного нормативного акта, що, за оцінкою оратора, не привернув достатньої уваги ані медико-правової спільноти, ані професіоналів охорони здоров'я: йдеться про наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», який був підписаний ще попереднім міністром, а набув чинності 1 липня поточного року. На переконання правника, облік і звітність — це дуже позитивні речі і саме ті важелі, що допомагають у поліпшенні якості надаваних медичної допомоги та медичних послуг, аби не деякі прикрі «але», що стосуються, зокрема, форми первинної облікової документації № 003-б/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», а також інструкція щодо її заповнення: документ нагадує радше фікцію, яка не допоможе вирішенню проблем ані пацієнтів, ані медичних працівників та закладів охорони здоров'я. Дещо утрируючи документ, його сутність виглядає так: пацієнта проінформували, він все зрозумів і на все згоден. Але коли постане питання, про що саме інформували пацієнта, виникне серйозна проблема. І якщо різні заклади охорони здоров'я вирішуватимуть це питання по-різному (інколи в набагато більш про-пацієнтському напрямку, ніж зараз), це стане набагато складніше. Було висвітлено й певні юридичні недоліки на кшталт того, що облікову форму МОЗ України, відповідно до інструкції, заповнює... власноручно пацієнт. Серед іншого є такий пункт: «У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____». Але ж хіба пацієнт має визначати (а тим більше, письмово формулювати), у якую обсязі має

бути проведена операція?!.. Звісно річ, пацієнт має бути про це інформований, але зазначати це в інформованій згоді — справа, безперечно, не його. Під час аналізу тексту виникає враження про створення можливостей для невинуватого розширення меж медичного втручання. Тож, може виникнути чимало проблем, пов'язаних з обмеженням доступу до медичної допомоги пацієнтів, які не захочуть підписувати цю фікцію. Далі — пацієнт: «У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав, та мені були надані можливість і час на обміркування». Йдеться про те, що пацієнт потребує досить термінового медичного втручання, він у свідомості, але через кілька годин йому буде проведено це втручання. Йому надали певну інформацію та зайнялися іншими, — але йому дійсно необхідне вирішення відповідної медичної проблеми. То він буде ходити по різних закладах охорони здоров'я й шукати, хто надасть йому більш повну та докладну інформацію (у тому числі про альтернативні методи лікування тощо)? — чи просто поставить свій підпис, після чого довести факт порушення особистих немайнових прав на інформацію про стан здоров'я та медичне втручання буде набагато складніше. Тож особливо прикро, коли завдяки не зовсім розумним документам один з основних інститутів медичного права і біоетики — інститут інформованої згоди — перетворюється на фікцію, причому небезпечно своїми наслідками для пацієнта. Отже, приймаючи нормативно-правові акти, бажано, щоб МОЗ України більше радилося з експертами.



Юрій Савко, заступник голови Громадської ради при МОЗ України — куратор медичного напрямку, виконавчий директор Асоціації виробників інноваційних ліків «АПРАД», висловив цілковиту під-

тримку ідеї попереднього оратора щодо проведення окремого засідання Громадської ради при МОЗ України, присвяченого проблемам реформування галузі охорони здоров'я. Сьогодні є багато прямих свідчень того, що українські законодавці та регулятори швидкими темпами виходять з різноманітними ініціативами, залишаючи на узбіччі професійну громадськість при розробці таких ініціатив, і тим більше відсторонюючи громадськість від прийняття таких важливих рішень. Як приклад, він звернув увагу на 5 законопроектів, що були зареєстровані у Верховній Раді України на початку червня, і частина з яких уже прийняті Верховною Радою та знаходяться на підписі в Президента. На думку виступаючого, із цих законопроектів два є особливо критичними, а один з них матиме вкрай критичні негативні наслідки для проведення дослідницьких проектів та клінічних випробувань в Україні: проект Закону України

«Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за фальсифікацію або незаконний обіг фальсифікованих лікарських засобів» (№ 10561). У назві документа йдеться про боротьбу з фальсифікованими ліками, натомість в окремих своїх частинах він безпосередньо стосується клінічних випробувань: законопроект містить кілька норм, що передбачають запровадження кримінальної відповідальності за порушення процедури доклінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів. Тобто, законодавець у такий спосіб регулюючи одну сферу, зачіпає зовсім іншу, причому зачіпає незграбно. У разі остаточного прийняття цього законопроекту у наявній редакції він суттєво обмежить зацікавленість медиків і науковців в участі у проектах клінічних випробувань. Пояснюючи простими словами: невчасно підготовлений чи докладений до звіту документ, який ніяким чином не спотворює результати досліджень, загрожує позбавленням волі на термін від 3 до 5 років. Тобто, за відсутності будь-якого зв'язку з кінцевим результатом,



при недоведеній шкоді пацієнту чи державі, — людина, фахівець опиняється під загрозою кримінального переслідування. Результатом цього може стати закриття переважної більшості, якщо не усіх дослідницьких проектів. Прийняття даного законопроекту в існуючій редакції матиме також негативний наслідок для пацієнтів, для яких участь у клінічних випробуваннях часом є останньою надією на одужання чи покращення якості життя. Асоціація «АПРАД»,

разом з іншими індустріальними асоціаціями, докладають зусиль, щоб переконати Президента ветоувати цей закон, і звертаються до Громадської ради при МОЗ України за підтримкою цієї ініціативи.

*Пилип Сисгір'юв,
фото Сергія Бека*

Вперше опубліковано
у «Щотижневику АПТЕКА» від 26.07.2012 р.
(<http://www.apteka.ua/article/153443>)

Рішення Громадської ради при МОЗ України від 23.07.2012 р.

Щодо стану реформи системи охорони здоров'я в Україні вважаємо, що:

- реформа потребує масштабної інформаційно-роз'яснювальної кампанії, що сприятиме більш активному впровадженню інновацій в систему надання медичної допомоги;
- для покращення якості надання медичної допомоги є невід'ємним впровадження в Україні визнаного світовою практикою інституту лікарського самоврядування. У зв'язку з цим Громадська рада при МОЗ України вирішила:
- провести заплановані на 2012 р. спільні заходи МОЗ України та Громадської ради при МОЗ України щодо роз'яснення громадськості питань, пов'язаних з реформою системи охорони здоров'я, розробивши чіткий механізм реалізації та спільно узгодивши дати та доповідачів у рамках цих заходів;
- звернутися з листами до віце-прем'єр-міністра — міністра охорони здоров'я України з пропозицією вивчити можливість запровадження, хоча б на рівні первинної медичної допомоги у пілотних регіонах, інституту лікарського самоврядування як елементу поліпшення якості медичної допомоги;
- підтримати ініціативу щодо організації у Києві чи Київській регіоні першого пілотного проекту зі створення високотехнологічного неприбуткового медичного науково-дослідного, навчально-тренінгового та експертно-методологічного центру на засадах державно-приватного партнерства;
- запропонувати МОЗ України за участю Громадської ради при МОЗ України до 01.12.2012 р. провести експертну нараду із залученням фахівців медичного та медико-правового спрямування, а також представників організації пацієнтів, щодо подальшого удосконалення форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, зокрема, внесення змін до форми «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», а також інструкцій щодо заповнення вказаної форми;
- запропонувати МОЗ України провести спільне засідання з Громадською радою при МОЗ України щодо удосконалення законодавства стосовно клінічних випробувань лікарських засобів та раціональної практики їх застосування.

Щодо нормативного регулювання фармацевтичної галузі вважаємо згубною практикою ігнорування листів та запитів, що направляються від імені Громадської ради при МОЗ України на адресу органів державної влади, зокрема, МОЗ України.

Вирішено:

- Підготувати та направити до МОЗ України звернення з пропозиціями та коментарями щодо пропонованих проектів змін до нормативно-правових актів, а також:

- у зв'язку з численними зверненнями суб'єктів господарювання на нашу адресу щодо неоднозначного тлумачення положень нормативних та законодавчих актів співробітниками територіальних підрозділів Державної служби України з лікарських засобів (Держлікслужба), МОЗ України спільно з Держлікслужбою організувати відповідну роз'яснювальну роботу із запрошенням представників громадськості;
- терміново надавати відповіді на звернення Громадської Ради при МОЗ України щодо застосування на практиці тих чи інших положень нормативних документів;
- вжити заходів щодо запобігання створенню нових дозвільних процедур та таких, які ускладнюватимуть існуючі процедури;
- налагоджувати та розвивати співпрацю з українським та міжнародними асоціаціями, які об'єднують господарюючих суб'єктів на фармацевтичному ринку України на партнерських засадах.

- Прилюдно заявити про проблему ігнорування листів та запитів, що направляються органам державної влади (зокрема, МОЗ України). Вимагати ефективної роботи суб'єктів владних повноважень у цьому напрямку.
- Здійснювати моніторинг процесу реформування нормативно-правової бази в галузі фармацевтичного права, брати активну участь у публічному обговоренні проектів та направляти свої пропозиції.

Щодо впровадження в Україні нової системи (рецептурно-компенсаційної) забезпечення пацієнтів з цукровим діабетом препаратами інсуліну та цукрознижувальними засобами вважаємо, що система відшкодування вартості препаратів інсуліну та цукрознижувальних препаратів за рахунок бюджетних коштів реально покращила б рівень забезпечення хворих на цукровий діабет та вирішила суспільно важливу проблему. Зазначена система стала б реальним кроком до впровадження в Україні страхової медицини.

Вирішено:

- підтримати впровадження в Україні нової системи (рецептурно-компенсаційної) забезпечення осіб з діабетом препаратами інсуліну та цукрознижувальними засобами;
- звернутися з листами до Прем'єр-міністра України, міністра охорони здоров'я України, міністра фінансів України з пропозицією вжити невідкладних заходів щодо впровадження в Україні рецептурно-компенсаційної системи.