*Зразок від 03.12.2018*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До кого звертаємося (посада, ІПП)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адреса департамент/управління/відділ охорони здоров’я відповідного регіону

**Від громадянина (ки)** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ІПП

**який(а) мешкає за адресою:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Е-mail:**

**До відома :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СКАРГА**

на незаконні дії /бездіяльність

керівника закладу охорони здоров’я/ головного лікаря

Під час проходження мною \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ІПП), громадянином (кою) України, стаціонарного лікування у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(зазначити назву відділення та закладу охорони здоров’я), лікуючим лікарем \_\_\_\_\_\_\_(ІПП)\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ р. мені було призначено : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(слід перерахувати лікарські засоби, в яких було відмовлено).

Зазначені лікарські засоби зареєстровані в Україні та включені до Національного переліку основних лікарських засобів, а тому лікарня повинна забезпечити мене ними під час лікування. Це підтверджується наступним:

*Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги (ст. 8 Основи законодавства України про охорону здоров’я).*

*Громадяни забезпечуються лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами через заклади охорони здоров'я.* *Порядок забезпечення громадян безплатно або на пільгових умовах лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами визначається законодавством України (ст.54 Основи законодавства України про охорону здоров’я ).*

*Оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України підлягають лікарські засоби, які включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України, та програми медичних гарантій (ч.10 ст.10 Закону України «*[*Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення*](http://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19)*» від 19.10.2017 № 2168-VIII).*

*Лікарські засоби, що містяться у Нацпереліку повинні бути наявними у ЗОЗ у будь-який час, у необхідній кількості та у відповідних лікарських формах (для лікарських засобів) для забезпечення належного рівня функціонування у сфері охорони здоров'я ( п. 4 р. І Положення про Національний перелік основних лікарських засобів, затвердженого Наказом МОЗ України від 11.02.2016 № 84).*

Однак, всупереч наведених вище норм законодавства зазначені лікарські засоби мені не надано ані старшою медичною сестрою відділення, в якому я перебуваю на лікуванні, а ні лікуючим лікарем.

Моє звернення зі скаргою на незаконні дії/ бездіяльність працівників лікарні до керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( вказуємо назву лікарні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ІПП) від «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. результатів не дало. Копії скарги та відповідь на скаргу додаються.

Такі неправомірні дії/ бездіяльність керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назва закладу охорони здоров’я) обмежують моє гарантоване право на лікування, унеможливлюють надання своєчасної, якісної та кваліфікованої медичної допомоги ( ст. 49 Конституції України, ст.ст. 6, 54 Основ законодавства України про охорону здоров’я), загрожують моєму здоров’ю та можуть призвести до погіршення мого стану.

Виходячи з викладеного вище, відповідно до положень ст. 1, 4, 7,. 11, 16 Закону України «Про звернення громадян»

**ПРОШУ:**

1. Перевірити факти викладені у цій скарзі.
2. Вчинити дії спрямовані на припинення вказаного правопорушення, та притягнення винних осіб до відповідальності.
3. Здійснити заходи, щодо забезпечення мене необхідними лікарськими засобами що містяться в Національному переліку основних лікарських засобів відповідно до призначень лікуючого лікаря.
4. Про результати розгляду цієї скарги прошу повідомити мене письмово на адресу : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та/або шляхом направлення відповіді на мій e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Додатки:

1. Копія скарги на незаконні дії/ бездіяльність працівників лікарні до керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(зазначити назву лікарні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ІПП) від   
   «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. на\_\_ арк.
2. Корпія відповіді керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вказуємо назву лікарні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ІПП) від «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. на скаргу на \_\_\_арк.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_201\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_