Зразок від 03.12.2018

 Депутату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 До кого звертаємося ( якої ради, ІПП)

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

адреса

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

 ІПП

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

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

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

**Е-mail:**

**Шановний (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ІПП), звертаюся до Вас, як до депутата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назва ради і номер скликання), з проханням посприяти у вирішенні питання щодо забезпечення гарантованого мені як громадянину України права на лікування, своєчасну, якісну та кваліфіковану медичну допомогу, шляхом безоплатного надання лікарських засобів, що зареєстровані в Україні та включені до Національного переліку основних лікарських засобів, під час лікування у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( сліж зазначити заклад охорони здоров’я, в якому порушили право).

Під час проходження мною стаціонарного лікування у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(сілд зазначити назву відділення та закладу охорони здоров’я), «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. мені було призначено : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(перераховуємо 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. Такі неправомірні дії 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.

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

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_\_р. я звернув(ла)ся до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(вказати департамент/управління/відділ охорони здоров’я відповідного регіону) зі скаргою на незаконні дії/ бездіяльність керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(закладу охорони здоров’я). Копії скарги та відповідь на скаргу додаються.

Не можу погодитися з невідворотністю порушення мого права внаслідок причин наведених у відповідях на мої скарги.

Виходячи з викладеного вище, відповідно до положень ст. ст. 2,10-12 Закону України «Про статус депутатів місцевих рад» , ст.12 Закону «Про зверненнягромадян»

**ПРОШУ:**

1. Перевірити факти викладені у цій скарзі.
2. Сприяти припиненню вказаного правопорушення, в тому числі звернутися з пропозицією до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ради щодо забезпечення можливості отримання необхідними лікарськими засобами що містяться в Національному переліку основних лікарських засобів відповідно до призначень лікуючого лікаря під час отримання лікування у лікарні нашого регіону.
3. Про результати розгляду викладеного 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( вказуємо 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.
3. Копія скарги на незаконні дії/ бездіяльність керівника/головного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(закладу охорони здоров’я) від «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. на \_\_\_арк.
4. Корпія відповіді \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( вказати департамент/управління/відділ охорони здоров’я відповідного регіону) на скаргу від «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_р. на \_\_\_\_\_ арк.

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