|  |
| --- |
|  Кому:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(районная прокуратура по месту нахождения мед организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел:\_\_\_\_ |

**Жалоба**

на отказ (уклонение) медицинской организации от оказания плановой/экстренной/неотложной медицинской помощи

Я, ФИО г.р., адрес регистрации, являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_ФИО, г.р., который застрахован в страховой компании \_\_\_(название как в полисе ОМС), полис ОМС №\_\_\_\_\_.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_я обратилась (-лся) в\_\_\_\_(указать название и адрес медицинской организации).

Целью моего обращения было получение плановой/экстренной/неотложной медицинской помощи (выбрать) для моего ребенка.

Однако мне было отказано в оказании данной медицинской помощи по мотиву отсутствия \_\_\_\_(перечислить – чего именно: вакцинации от какой-либо болезни у ребенка, тестирования на коронавирусную инфекцию).

Считаю, что данный отказ не основан на законе.

Согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

 Пунктами 2,3 ч.1 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" предусмотрено, что формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

 При этом часть 2 указанной статьи содержит императивную норму о том, что медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

 Оказание плановой медицинской помощи предусмотрено положениями ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ, где определено, что плановая медицинская помощь – это медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

 Несмотря на то, что оказание плановой медицинской помощи не носит безотлагательного характера, тем не менее и отказ в ее оказании, сопряженный с промедлением, волокитой и риском для здоровья, недопустим в силу прямого указания закона.

 Частью 1 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ установлено, что отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

 Какое-либо изменение данных условий или дополнительные требования, а также исключения из этого правила, законом не установлены.

*ЕСЛИ МОТИВОМ ОТКАЗА ПОСЛУЖИЛО ОТСУТВИЕ ПРИВИВКИ:*

*Частью 1 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 28.11.2018) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" предусмотрено право каждого гражданина на отказ от вакцинации.*

 В любом случае, право на отказ от медицинского вмешательства – это неотъемлемое право каждого человека в любом цивилизованном обществе.

 Предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (часть 1 статьи 20 вышеуказанного ФЗ).

Также Конституцией РФ запрещено проводить какие-либо медицинские и иные опыты, эксперименты (часть 2 статьи 21). Внесудебное ограничение прав человека недопустимо.

Законодательством РФ не предусмотрена обязательная \_\_\_\_(*выбрать – что требуют от Вас: вакцинация от каких-либо заболеваний: от кори, краснухи, туберкулезаили тестирование на ковид*) в качестве обязательных условий для госпитализации, а тем более – под угрозой отказа в госпитализации.

В силу ч. 2 ст. 10 Федеральный закон "О прокуратуре Российской Федерации" от 17.01.1992 N 2202-1 поступающие в органы прокуратуры заявления и жалобы, иные обращения рассматриваются в порядке и сроки, которые установлены федеральным законодательством.

 Согласно ч. 4 ст. 10 настоящего Федерального закона считаю, что при изложенных обстоятельствах прокурору надлежит принять установленные меры к нарушителям.

 На основании изложенного, руководствуясь ст.10 Федерального закон "О прокуратуре Российской Федерации" от 17.01.1992 N 2202-1, прошу:

 1. Принять установленные законом меры прокурорского реагирования для устранения нарушения права моего ребенка\_\_\_ на беспрепятственное получение медицинской помощи \_\_\_(указать, какой именно).

 2. Обязать медицинскую организацию \_\_\_\_\_осуществить все необходимую медицинскую помощь в гарантированном объеме без требования предоставления от меня документа, подтверждающего наличие у ребенка вакцинации от \_\_\_(какого заболевания).

3. Привлечь к установленной законом ответственности лиц, допустивших незаконный отказ в оказании мне медицинской помощи в гарантированном объеме.

Приложение(в копиях): копия /фотокопия жалобы и любой переписки с мед организацией, связанной с настоящим отказом, копия направления на лечение (если есть)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_