

Paraqitni një ankesë kundër një profesionisti apo strukture të kujdesit shëndetësor

Ju keni të drejtën të paraqitni një ankesë tek Byroja e Licensimit të Profesioneve Shëndetësore nëse një profesionist apo strukturë e kujdesit shëndetësor shkel standardet e sjelljes profesionale.

1. Para se të filloni

Kushdo mund të paraqesë një ankesë kundër një të licencuari që ta shqyrtojë Byroja. BHPL rekomandon që ju ta paraqitni ankesën duke përdorur [Portalin Online të Ankesës](#).

1. Jepni sa më shumë detaje specifike që të jetë e mundur në përshkrimin e ankesës suaj duke përfshirë vendndodhjen, datën, emrin e të licensuarit, numrin e të licencuarit, dëshmitarët, etj. Paraqitni ankesë më vete për çdo person dhe / ose strukturë ndaj të cilës dëshironi të ankoheni.
2. Përfshini kopjet e të gjitha të dhënave mjekësore përkatëse, korrespondencës, kontratave, fotografive dhe çdo dokument tjetër që mbështet secilën prej ankesave tuaja kur i dorëzoni. **Nuk do të mund të bëni ndryshime në ankesën tuaj pasi ta keni dorëzuar.**
3. Nëse ankesa juaj ka të bëjë me trajtimin që keni marrë si pacient, Byroja mund të kërkojë trajtim apo të dhëna mjekësore shtesë nga ofruesi për të hetuar ankesën tuaj. Portali online i ankesave përfshin një autorizim elektronik për lëshimin e të dhënave të tilla.
4. Pasi të ketë marrë ankesën tuaj, Byroja do të shqyrtojë me kujdes të gjitha informacionet në dispozicion. Byroja mund të ndërmarrë një nga veprimet e mëposhtme:
 - a. Hap një ankesë formale dhe vijon me veprim disiplinor.
 - b. Hap një hetim të veprimeve të stafit për të përcaktuar nëse ka prova të një shkeljeje.
 - c. Mbyll çështjen sepse nuk ka prova të pamjaftueshme, nuk ka juridiksion, nuk ka shkelje ligjore ose rregullatore, etj..

5. Nëse një Bord hap një ankesë formale, ankesa formale mund të hidhet poshtë, mund të zgjidhet me veprim jo-disiplinor, ose mund të rezultojë në sanksion disiplinor ndaj të licensuarit.

Veprimet jo-disiplinore përfshijnë:

- a. Letër këshilluese
- b. Periudhë prove jo disiplinore, e pezulluar me kusht

Veprimet disiplinore përfshijnë:

- c. Vërejtje
- d. Periudhë prove
- e. Pezullim ose Revokim

Për të vendosur një sanksion mbi një licensë, Bordi duhet të ketë prova të qarta të një shkeljeje ligjore ose rregullatore.

6. Nëse Byroja nuk është agjencia e duhur për të trajtuar ankesën tuaj, ne mund ta referojmë ankesën tuaj në një agjenci ose program tjetër.
7. Formularët e ankesës janë në dispozicion sipas kërkesës. Ju lutemi telefononi Byronë e Licensimit të Profesioneve Shëndetësore - Zyra e Mbrojtjes së Publikut, në (617) 973-0865 ose kontaktoni me e-mail në bhplcomplaints@mass.gov.

2. Pasi të keni dorëzuar ankesën tuaj:

Byroja do t'ju dërgojë juve, ankuesit/es, një njoftim me shkrim nëse do të ndërmerren veprime të mëtejshme në lidhje me ankesën tuaj. I licensuari që përmendet në ankesë mund të njoftohet dhe t'i jepet një kopje e ankesës suaj dhe mund t'i kërkohet të japë një përgjigje me shkrim ndaj akuzave.

Kohëzgjatja e një hetimi ndryshon sipas rastit, në varësi të kompleksitetit të hetimit, veçanërisht nëse duhet të kërkojnë të dhëna mjekësore ose informacione të tjera përkatëse. Mund të duhet një muaj për të shqyrtuar ose deri në tre vjet për të aplikuar masa disiplinore.

Kur çështja të jetë zgjidhur, do të njoftoheni për veprimin e ndërmarrë nga Byroja, përveç rasteve të ankesave anonime.

Ankesat anonime

Ne, sipas gjykimit tonë, mund të hetojmë një ankesë anonime nëse:

1. Ankesa pretendon për shkelje të ligjit ose rregulloreve që kërkojnë veprimin e Bordit ose paraqesin një rrezik të menjëhershëm për shëndetin dhe sigurinë publike.
2. Ankesa përmban informacione të mjaftueshme për të kryer një hetim.
3. Për shkeljet e pretenduara ka prova nga burime të tjera
4. Për vërtetimin e akuzave nuk nevojitet identifikimi dhe/ose dëshmia e personit që paraqet ankesën.

Ankesat anonime do të shqyrtohen; megjithatë, Byroja mund të mos jetë në gjendje të kryejë një hetim të plotë apo të ndërmarrë veprime disiplinore nëse e ka të pamundur të marrë prova mbështetëse nga burime të tjera.

Të gjitha çështjet shqyrtohen dhe renditen sipas prioritetit. Prioriteti më i lartë u jepet rasteve që paraqesin kërcënim potencial ose të menjëhershëm për dëmtim të një ose më shumë pacientëve.

Çështje që janë jashtë autoritetit tonë

- Mosmarrëveshje mbi tarifat, p.sh., pagesa për vizita të humbura.
- Mosmarrëveshje mbi faturimin, p.sh. sa tarifton i licensuari për shërbime.
- Konflikte personaliteti (përveçse kur arrijnë në nivel sjelljeje joprofesionale).

Për të raportuar mashtrime me kujdesin shëndetësor:

Mund të **paraqitni një ankesë për mashtrim me kujdesin shëndetësor** kundër një profesionisti dhe strukture të licensuar nga Bordi i Regjistrimit të Mjekëve Kiropraktorë dhe Bordi i Regjistrimit të Profesioneve Shëndetësore Mbështetëse.

Kërkoni më shumë informacion rreth një ankese që është zgjidhur?

- Veprimet disiplinore dhe të llojeve të tjera të ndërmarra nga bordet e regjistrimit të BHPL janë në dispozicion online.
- **Të dhënat publike mund të kërkohen nga Byroja e Licensimit të Profesioneve Shëndetësore.**

DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK
 BYROJA E LICENSIMIT TË PROFESIONEVE SHËNDETËSORE
 TEL (617) 973-0865 FAKS (617) 973-0985 TTY (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Ju lutemi plotësoni të gjitha fushat më poshtë sipas njohurive tuaja më të mira dhe jepni sa më shumë detaje që të jetë e mundur.
 Ju lutemi shkruani me bojë, me shkronja të vogla ose të mëdha.

INFORMACIONET TUAJA:

Mbiemri	Emri	Emri i mesit.
Adresa Postare	Qyteti	Shteti
		Kodi Zip
Nr. i Telefonit		Email

EMRI DHE ADRESA E PROFESIONISTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR (përdorni formularë të veçantë për çdo individ ose biznes / strukturë ndaj të cilëve dëshironi të ankoheni):

Mbiemri i të Licensuarit	Emri i të Licensuarit	Nr. i Licensës (nëse dihet)
Emri i i Biznesit/Strukturës		Nr. i telefonit
Adresa e Biznesit/Strukturës		
Qyteti	Shteti	Kodi Zip
Nr. i Licensës së Biznesit / Strukturës (nëse dihet): _____		

JU LUTEMI ZGJIDHNI PROFESIONIN OSE STRUKTURËN ME TË CILËN KA TË BËJË KJO ANKESË:

- | | |
|--|---|
| ☐ Infermier i Regjistruar | ☐ Terapist i Kujdesit Respirator |
| ☐ Infermier Anestezist | ☐ Administrator i Kujdesit Afatgjatë (NHA) |
| ☐ Infermier me Praktikë të Avancuar | ☐ Punonjës i Certifikuar i Kujdesit Shëndetësor në Komunitet |
| ☐ Infermier i Licensuar | ☐ Mjek Naturopatic |
| ☐ Farmacist | ☐ Kiropraktor |
| ☐ Farmacist i Mjekësisë Nukleare | ☐ Specialist i Instrumenteve të Dëgjimit |
| ☐ Teknik Farmacie | ☐ Praktikant Specialist i Instrumenteve të Dëgjimit |
| ☐ Ndihmësmjek | ☐ Dietolog dhe Nutricionist |
| ☐ Dentist | ☐ Opticien |
| ☐ Higjienist Dentar | ☐ Podiatër |
| ☐ Ndihmësdentist | ☐ Podiatër me Licensë të Kufizuar |
| ☐ Perfuzionist | ☐ Optometrist |
| ☐ Perfuzionist i Përkohshëm | ☐ Audiolog |
| ☐ Patolog i të Folurit dhe Gjuhës | ☐ Asistent i Analistit të Sjelljes së Aplikuuar |

- ☐ Psikolog Arsimi
- ☐ Terapist i Martesës dhe Familjes
- ☐ Këshilluesi i Shëndetit Mendor
- ☐ Këshillues për Rehabilitimin
- ☐ Farmaci me Pakicë
- ☐ Shpërndarës Depoje
- ☐ Strukturë Terapie Fizike
- ☐ Strukturë Farmaceutike për Përgatitje të Deleguar të Barnave me seli në Massachusetts
- ☐ Strukturë Farmaceutike për Përgatitje të Deleguar të Barnave me seli jo në Massachusetts
- ☐ Farmaci e mjekësisë nukleare
- ☐ Strukturë Kiropraktike
- ☐ Licensë Struktura Terapie Fizike

(Ju lutemi përdorni një fletë të veçantë nëse është e nevojshme. Mos shkruani në pjesët anësore.)

OFRUESI I MËPARSHËM I KUJDESIT SHËNDETËSOR (nëse është e aplikueshme):

Emri

Nr. i telefonit

Adresa

Qyteti

Shteti

Kodi Zip

OFRUESI PASUES I KUJDESIT SHËNDETËSOR *(nëse është e aplikueshme):

** Bashkëngjisni raportin nga ofruesi i pasues (nëse është i disponueshëm).*

Emri

Nr. i telefonit

Adresa

Qyteti

Shteti

Kodi Zip

A e keni diskutuar këtë çështje me të licensuarin, zyrën e të licensuarit, apo strukturën?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, ju lutemi jepni emrin dhe numrin e telefonit të personit që keni kontaktuar: _____

Data e kontaktit: _____ **Si u bë kontakti? (telefon, e-mail, letër, personalisht):**

Rezultat i kontaktit: _____

Nëse ka dëshmitarë për incidentin e përshkruar në ankesën tuaj, ju lutemi jepni emrin/at e dëshmitarit/ëve dhe numrin/at e telefonit (nëse është e aplikueshme):

A e keni paraqitur këtë ankesë në ndonjë agjenci tjetër shtetërore apo federale? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, ju lutemi shpjegoni: _____

Nëse e kërkon zgjidhja e kësaj ankese, a jeni të gatshëm të dëshmoni personalisht në lidhje me këtë çështje në një seancë formale?

☐ Po, jam i gatshëm. ☐ Jo, nuk jam i gatshëm.

Informacione shtesë ose materiale të bashkangjitura? ☐ Po ☐ Jo

Për të përshpejtuar procesin e ankesës, ju lutemi të dorëzoni kopje të lexueshme (JO origjinale) të të gjitha dokumenteve që mbështesin ankesën tuaj (p.sh. kontratat, të dhënat mjekësore, kontrollet e anuluar, etj.). Byroja do t'ju dërgojë juve, ankuesit/es, një njoftim me shkrim nëse ndërmerren veprime të mëtejshme në lidhje me ankesën tuaj. I licensuari që përmendet në ankesë mund të njoftohet dhe të pajiset me një kopje të ankesës suaj dhe mund t'i kërkohet të japë një përgjigje me shkrim ndaj akuzave.

AUTORIZIMI PËR DHËNIEN E TË DHËNAVE DHE REFERIM TË ANKESËS

Firma ime në këtë formular, ose fotokopje të tij, autorizon Departamentin e Shëndetit Publik, Zyrën e Licensimit të Profesioneve Shëndetësore: (1) të marrë kopjet e të gjitha të dhënave të mia shëndetësore që lidhen me ankesën time; (2) të ndajë me të licensuarin ankesën dhe të gjitha të dhënat e mbledhura nga Byroja e Licensimit të Profesioneve Shëndetësore gjatë hetimit të ankesës sime, në mënyrë që i licensuari të mund t'i përdorë për t'iu përgjigjur akuzave në këtë ankesë; dhe (3) të referojë ankesën time tek autoritete të tjera rregullatore dhe/ose të zbatimit të ligjit për veprimet e duhura.

Unë e kuptoj që të gjitha ankesat hetohen për të përcaktuar bazën e tyre faktike.

Fakti që paraqitet një ankesë dhe që ajo merret dhe/ose hetohet nga DPH nuk do të thotë që ndaj të licensuarit do të ndërmerren veprime disiplinore.

Unë deklaroj që kam mbushur 18 vjeç dhe pohoj, duke qenë në dijeni të penalteteve për dëshmi të rreme, se informacionet e dhëna në lidhje me ankesën e mësipërme janë të vërteta dhe të sakta sipas njohurive, besimit dhe informacioneve të mia më të mira.

Firma e
Pacienti ose
Përfaqësuesi Ligjor
(Bashkëngjisni Dokumentacionin)

Data

Postojeni këtë formular tek:

Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

PËR PËRDORIM VETËM NGA DPH (DPH USE ONLY):

Firma e Drejtorit Ekzekutiv ose e Përfaqësuesit të Caktuar të Bordit

Data