

Подача жалобы на медицинского работника или учреждение

Если медицинский работник или учреждение нарушает профессиональные стандарты, вы вправе подать жалобу в Управление лицензирования медицинских работников.

1. Перед подачей жалобы

Любое лицо может подать в Управление жалобу на лицензиата. Управление лицензирования медицинских работников (BNPL) рекомендует подавать жалобу через наш [онлайн-портала для подачи жалоб](#).

1. В описании жалобы будьте максимально конкретны, а также указывайте место и дату инцидента, имя и номер лицензиата, свидетелей и т. д. Для каждого лица и/или учреждения, на которое вы подаете жалобу, используйте отдельную форму.
2. При подаче жалобы приложите копии всех соответствующих медицинских записей, корреспонденции, договоров, фотографий и любых других документов, подтверждающих каждую из ваших жалоб. **После того, как вы подадите жалобу, вы больше не сможете к ней вернуться.**
3. Если ваша жалоба касается лечения, которое вы получали в качестве пациента, Управление для изучения вашей жалобы может запросить у поставщика услуг дополнительные записи о медицинском обслуживании. Онлайн-портал для подачи жалоб содержит электронное разрешение на публикацию таких записей.
4. После получения вашей жалобы Управление внимательно изучит всю доступную информацию. Управление может предпринять одно из следующих действий:

- a. Подать официальную жалобу и принять дисциплинарные меры.
 - b. Начать расследование действий персонала, чтобы определить, есть ли признаки нарушения.
 - c. Закрывать дело из-за недостаточности доказательств, отсутствия юрисдикции, отсутствия нарушений закона или нормативных актов и т.д.
5. Если Совет подаст официальную жалобу, ее могут отклонить, разрешить без принятия дисциплинарных мер, или в отношении лицензиата может быть применено дисциплинарное взыскание.

Недисциплинарные меры включают:

- a. Письменную консультацию
- b. Испытательный срок в рамках недисциплинарных мер.

Дисциплинарные взыскания включают:

- c. Выговор
- d. Испытательный срок
- e. Приостановку или отзыв лицензии

Для принятия мер в отношении лицензии Совет должен располагать четкими доказательствами нарушения закона или нормативных актов.

6. Если Управление не подходит для рассмотрения вашей жалобы, мы можем направить вашу жалобу в другое учреждение или программу.
7. Бумажные формы жалоб предоставляются по запросу. Звоните в Управление лицензирования медицинских работников, Офис защиты интересов граждан, по телефону (617) 973-0865 или пишите на электронный адрес bhplcomplaints@mass.gov.

2. После подачи жалобы:

Если по вашей жалобе будут приняты дальнейшие меры, Управление направит вам как заявителю письменное уведомление. Указанный в жалобе лицензиат может получить уведомление и копию вашей жалобы с просьбой предоставить письменный ответ на нее.

Продолжительность расследования зависит от конкретного случая, сложности расследования, особенно если необходимо запросить медицинскую документацию или другую относящуюся к делу информацию. Рассмотрение может занять 1 (один) месяц, а принятие дисциплинарных мер — 3 (трех) лет.

Когда дело будет рассмотрено, вас уведомят о принятых Управлением мерах (за исключением анонимных жалоб).

Анонимные жалобы

Мы можем расследовать анонимную жалобу по нашему усмотрению, если:

1. В жалобе утверждается о нарушениях закона или нормативных актов, требующих принятия мер Советом, или о чем-то, представляющим непосредственную угрозу здоровью и безопасности населения.
2. Жалоба содержит достаточно информации для проведения расследования.
3. Доказательства предполагаемого нарушения можно получить из других источников
4. Для подтверждения заявлений не требуется удостоверение личности и/или свидетельские показания лица, подающего жалобу.

Анонимные жалобы будут рассматриваться, но Управление не сможет провести полноценное расследование или принять

дисциплинарные меры, если не получит подтверждающие доказательства из других источников.

Все дела рассматриваются и разделяются по приоритетам.

Наивысший приоритет отдается случаям, представляющим потенциальную или непосредственную угрозу причинения вреда пациенту или пациентам.

Вопросы, находящиеся за пределами нашей компетенции

- Споры об оплате, например об оплате пропущенных приемов.
- Споры о счетах, например о сумме, которую лицензиат взимает за услуги.
- Личные конфликты (кроме случаев, достигающих уровня непрофессионального поведения).

Для сообщения о мошенничестве в сфере здравоохранения:

Вы можете **подать жалобу на мошенничество в сфере здравоохранения** в отношении специалистов и учреждений, лицензированных Советом по регистрации мануальных терапевтов и Советом по регистрации специалистов в области лечебного дела.

Хотите получить дополнительную информацию о рассмотренной жалобе?

- С дисциплинарными и другими мерами регистрационных советов BHPL можно ознакомиться онлайн.
- **Общедоступные записи можно запросить в Бюро лицензирования медицинских работников.**

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БЮРО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ТЕЛ. (617) 973-0865 ФАКС (617) 973-0985 ТТУ (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Заполните ниже все поля, как можно более подробно указав всю известную вам информацию. Заполняйте форму чернилами и разборчиво.

ВАШИ ДАННЫЕ:

Фамилия	Имя	Второе имя (инициал)
Почтовый адрес	Город	Штат
		Почтовый индекс
Телефон	Электронная почта	

ИМЯ И АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА (используйте отдельные формы для каждого лица или организации/учреждения, в отношении которых вы подаете жалобу):

Фамилия лицензиата	Имя лицензиата	№ лицензии (если известен)
Название организации/учреждения		Телефон
Улица и номер дома организации/учреждения		
Город	Штат	Почтовый индекс
№ лицензии организации/учреждения (если известен): _____		

ВЫБЕРИТЕ ПРОФЕССИЮ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ЖАЛОБА:

☐ Дипломированная медсестра ☐ Медсестра-анестезиолог ☐ Практикующая медсестра ☐ Лицензированная медсестра ☐ Фармацевт ☐ Радиофармацевт ☐ Фармацевтический техник ☐ Ассистент врача ☐ Стоматолог ☐ Стоматологический гигиенист ☐ Ассистент стоматолога ☐ Перфузиолог	☐ Перфузиолог с временной лицензией ☐ Респираторный терапевт ☐ Адм-р учреждения длительного ухода (ННА) ☐ Сертифицированный соц. медработник ☐ Врач-натуропат ☐ Мануальный терапевт ☐ Специалист по слуховым аппаратам ☐ Стажер специалиста по слуховым аппаратам ☐ Диетолог и нутрициолог ☐ Специалист по подбору очков ☐ Ортопед ☐ Ортопед с ограниченной лицензией
--	--

ПРЕДЫДУЩИЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (если применимо):

Имя

Телефон

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

ПОСЛЕДУЮЩИЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ* (если применимо):

**Приложите отчет от последующего поставщика (если таковой имеется).*

Имя

Телефон

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

Обсуждали ли вы этот вопрос с лицензиатом, его офисом или учреждением? ☐ да ☐ нет

Если да, укажите имя и номер телефона лица, с которым вы связались: _____

Когда вы с ним связались: _____ Как вы с ним связались? (по телефону, электронной почте, письмом, лично):

Результат обращения: _____

Если есть свидетели инцидента, описанного в вашей жалобе, укажите имена свидетелей и номера телефона (если применимо):

Подávalи ли вы эту жалобу в какие-либо другие штатные или федеральные учреждения?
☐ да ☐ нет

Если да, изложите подробнее: _____

Если потребуется для разрешения этой жалобы, готовы ли вы лично дать показания по этому вопросу на официальном слушании?

☐ Да, готов(-а). ☐ Нет, не готов(-а).

Дополнительная информация или материалы? ☐ Да ☐ Нет

Чтобы ускорить процесс рассмотрения жалобы, предоставьте разборчивые копии (не оригиналы) всей соответствующей документации, подтверждающей вашу жалобу (например, договоры, медицинские карты, аннулированные чеки и т.д.). Если по вашей жалобе будут приняты дальнейшие меры, Управление направит вам как заявителю письменное уведомление. Указанный в жалобе лицензиат может получить уведомление и копию вашей жалобы с просьбой предоставить письменный ответ на нее.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБНАРОДОВАНИЕ ЗАПИСЕЙ И НАПРАВЛЕНИЕ ЖАЛОБЫ

Подписывая эту форму или ее ксерокопию, настоящим разрешаю Департаменту здравоохранения, Бюро лицензирования медицинских работников: (1) получать копии всех моих медицинских записей, относящихся к моей жалобе; (2) предоставлять доступ к жалобе и всем документам, собранным Бюро лицензирования медицинских работников в ходе расследования моей жалобы лицензиату для использования лицензиатом в ответ на утверждения, изложенные в этой жалобе; (3) направить мою жалобу в другие регулирующие и/или правоохранительные органы для принятия соответствующих мер.

Я понимаю, что все жалобы расследуются с целью определения их фактической основы.

Сам факт подачи жалобы, ее получения и/или расследования со стороны DPH не означает, что в отношении лицензиата будут приняты дисциплинарные меры.

Настоящим заявляю, что мне уже исполнилось 18 лет, и подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что предоставленная в связи с указанной жалобой информация является правдивой и правильной, насколько мне это известно.

Подпись

Дата

Пациент или

Законный представитель

(приложите документацию)

Отправьте эту форму по адресу:

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

ЗАПОЛНЯЕТ ТОЛЬКО DPH:

Подпись директора или назначенного представителя Совета

Дата