

医疗保健提供者和设施投诉表格

说明：

完成本表格之前请阅读[常见问题](#) (FAQs)。请使用本表格向个体医疗保健提供者、医疗保健设施或医疗保健无证开业者提出投诉。医疗保健提供者或设施必须持有华盛顿州卫生署授予的证书，或如未获得认证许可，则须在华盛顿州内开业。您可在以下网址中查询提供者或设施的证书[提供者证书搜索和许可证网页](#)。如果您在填写表格的过程中需要帮助，请致电 360-236-2620 或访问以下链接hsgacomplaintintake@doh.wa.gov 与我们联系。

1. 第 1 部分 - 如要对个体医疗保健提供者或无证医疗保健开业者提出投诉，请填写本部分。请注意，您的提供者的行政管理人员不必拥有本机构的资格证明。
2. 第 2 部分 - 如要对医疗保健设施提出投诉，请填写本部分。如需了解[我们管理的机构列表](#)及[社会医疗服务部管理的诊所](#)和设施信息，请参见 FAQs。
3. 第 3 部分 - 请提供您的联系方式。如果您代表某公司或设施进行投诉，请在此部分中注明。
4. 第 4 部分 - 如果您不是患者本人，请填写本部分。
5. 第 5 部分 - 请尽可能完成本部分的所有问题，为[纪律部门](#)审查提供更多细节信息。

请勿多次提交投诉副本。填写完成后，请通过以下邮寄、邮件或传真方式将表格提交至：

邮箱：

Health Systems Quality Assurance (医疗体系质量保证)
Complaint Intake Unit
P.O.Box 47857
Olympia, WA 98504-7857

邮箱： Hsgacomplaintintake@doh.wa.gov 如通过邮箱提交投诉，请向我们直接提交邮件或附件进行投诉。请勿通过要求登入凭证的在线存储服务或安全电子邮件服务发送您的投诉申请。

传真： 360-236-2626

第 1 部分 – 医疗保健提供者信息：

如要对医疗保健设施提出投诉，请填写至第 2 部分。如果要投诉的医疗设施为[医生办公室、提供者办公室或诊所](#)，请填写第 1 部分（即此部分），并提供医疗保健提供者名称。

| 您投诉的个体医疗保健提供者名称（如有）是什么？ | | |
|-------------------------|------|-----|
| 名： | 中间名： | 姓： |
| 该医疗保健提供者的种类是： | | |
| 其他（请详细说明）： | | |
| 地址： | | |
| 城市： | 州： | 邮编： |

第 2 部分 – 设施信息：

如果该医疗设施为医生办公室、提供者办公室、诊所、成人之家、养老院、护理院或专业护理设施，那么我们或许可以处理针对在这些设施中工作的个体服务提供者提出的投诉。如要针对在以上设施中工作的个体服务提供者提出投诉，请填写本表格的第 1 部分。但是，如果您想对养老院、成人之家、护理院或专业护理机构而不是个体服务提供者提出投诉，请联系[社会卫生服务部](#)，电话：800-562-6078。

| 您所投诉的设施名称和地址（如适用）是什么？请提供该设施的实际地址，而非邮寄地址或邮政信箱。 | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 名称： | | |
| 机构种类 ： | | |
| 其他，请详细说明： | | |
| 地址： | | |
| <input type="checkbox"/> 同第 1 部分地址相同 | | |
| 城市： | 州： | 邮编： |
| 您与这家机构的雇佣状态：请勾选以下选项。 (本信息仅供内部管理使用) | | |
| <input type="checkbox"/> 从未雇佣 | <input type="checkbox"/> 前雇员 | <input type="checkbox"/> 现任雇员 |

| | |
|--|----------------------------|
| 事件或问题发生于该设施中的哪个部门、单元、房号或楼层？入职日期和离职日期： | |
| 部门： | 楼层： |
| 房号： | 单元： |
| 入职日期： | 离职日期： |
| 病人或客人是否仍在此设施中或是否仍继续接受服务？ | |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

第 3 部分 – 您的信息：

请提供您的联系方式以确保本部门可跟进您所提出的关切。如果您提供了您的名字，那么即使您提出了匿名投诉要求，您的投诉申请也不被视为匿名。如果我们收到的投诉只是部分识别出您的身份，那么您将被视为未知投诉者。匿名和未知投诉者不会收到本部门发出的跟进信息。根据公共记录法，我们无法为投诉者姓名保密，除非他们符合“[举报者豁免权](#)”资格。[RCW 43.70.075](#) 和 [WAC 246-15-010](#) 决定了您的举报者豁免状态，而不必要求您的投诉获得豁免权。请查阅 FAQs，了解与进行[匿名举报](#)相关的信息及[举报者豁免权](#)的资格要求。如需了解更多关于举报者豁免权的信息，请咨询您的律师，本部门无法为您提供任何法律意见。

| | | |
|---|-------------|------------|
| 您的名字、邮寄地址、电话号码和邮箱地址是什么？ | | |
| 名： | 中间名： | 姓： |
| 地址： | | |
| 城市： | 州： | 邮编： |
| 电话： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 公司 | | |
| 其他电话： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 传真 | | |
| 电子邮箱： | | |
| 您是否代表企业或设施提出投诉？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 如果是，请提供企业或设施的名称： | | |
| 如果您是病患本人，您的出生日期： | | |

第 4 部分 – 病人信息:

如果病人信息与第 3 部分的信息不同，请填写以下部分。

| 受影响病人或客户的姓名和出生日期: | | |
|-------------------|------|----|
| 名: | 中间名: | 姓: |
| 出生日期: | | |

| 您与病人或客户的关系: |
|--|
| <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明) : |

第 5 部分 – 投诉信息:

请尽可能多的提供关于您想投诉的问题的[信息](#)。

| 事件或问题发生的日期和时间: |
|----------------|
| |

| 您是否曾向任何其他机构或组织举报过该问题，或向任何其他机构或组织提出投诉或起诉？以上例子包含法律实施、成年保护服务或专业许可委员会在内吗？如果包含，是哪家机构，判决或裁决于何时进行，结果又如何？ |
|---|
| |

请详细说明具体情况。（如需要更多空间填写，请另外附上一张纸张。）

请填写投诉表，并将其邮寄、传真或发邮件至以上地址。请提供尽可能多的信息以供纪律部门审查。如果您对投诉流程有其他疑问，请致电 360-236-2620 联系我们。

请提交以下信息：

- 涉嫌提供不合格护理的个体医疗保健提供者的姓名和专业。
- 您宣称接受了不合格护理的设施名称。
- 设施实际地址
- 服务日期
- 请具体描述您想举报的事件。
- 您的联系方式 - 姓名、邮寄地址和手机号码。

我能否进行不记名投诉？

如果投诉时未记录投诉人姓名，可能对调查工作造成困难。如果进行不记名投诉，您将无法从相关部门获取跟进信息。

是否有针对举报人的保护方案？

根据华盛顿州修订法 ([RCW, Revised Code of Washington](#)) 43.70.075 规定，您将**有资格**作为举报人或享有举报人保密权。

纪律检查过程：

收到有关医疗保健提供者的举报时，我们将审查以决定所举报的事件是否违反法律及我们是否有法定权限采取行动。如果不符合这两项条件，则将直接结案，而不进行任何调查。

如果我们判定其行为违法，且我们有法定权限采取行动，则纪律部门会授权进行调查。纪律部门按照纪检过程处理每个案件。我们与调查者、职员律师和司法部长办公室协作判定违法行为并对证据进行评估。如果证据无法证明其违法，那么我们可以将投诉案件结案。

如果我们发现其行为违法，案件将被送至由本部门、董事会及委员会组成的小组，以审批可能采

取的行动。如需了解投诉流程和纪检过程，请参见第 [34.05 RCW](#) 章的管理程序条例和[统一处分条例](#)。

针对医疗保健提供者的制裁，请参见 [RCW 18.130.160](#) 项下的统一处分条例。制裁行为包括但不限于罚款、咨询服务、再培训、执业限制或停业处分。本部门、董事会及委员会有责任确保公众受保护，并进行服务提供者整顿工作。

纪律档案为公共记录。然而，公共记录法规定一些记录不可向公众公开。

投诉申请中应包含哪些信息？

您可以提供任何您认为必要的有关投诉的信息。

我们必须了解的信息至少包括：

- 投诉对象。
- 您对提供者或设施的具体指控。

如果纪律部门授权进行调查，我们的调查员可能会要求您和医疗保健提供者提供额外信息。

如果我对医疗保健提供者提出投诉并使其得到违纪处分，那么我会从得到董事会、委员会、部门或个人那里得到何种补偿？

在一些限制情况下，我们可以要求医疗保健提供者退还从消费者那里收取的费用。然而，我们并无权管理治疗不当的赔偿权问题。此类赔偿必须由民事法庭进行裁决。

本部门管理的机构种类有哪些？

- 门诊手术中心
- 分娩中心
- 儿童护理院
- 家庭护理机构、家庭健康机构
- 救济院机构、救济院护理中心
- 医院
- 酒店和旅馆
- 临床实验室-医学测试站点
- 临时工住房/外来劳工住房
- 惩教署监狱（非市立监狱、县立监狱或联邦监狱）
- 住院式治疗设施
- 乡村医疗诊所
- 东部和西部州立精神病院药房服务。与这些设施相关的举报会被提交到联邦医保和医助服务总局进行审查。
- 公立听障和视障学校

谁是决策者？

立法机关授权卫生署局长和 14 个董事会和委员会惩处违法的医疗保健提供者。董事会和委员会与本部门一同协作进行接收、调查和决定对违法行为应采取的适合的处分。本部门只能对无证、未认证或未注册的提供者和设施采取行动。

我想对医生、牙医办公室或诊所提出投诉。我应该联系谁？

通常情况下，诊所或提供者办公室无需获得授权许可。我们有权对需要许可证的个体服务者进行许可或执业监管。我们没有权利管理其行政职员，如前台或行政主管。

我想对成人之家、护理院或养老院进行投诉。我应该联系谁？

一些设施，如护理院和养老院受[社会卫生服务部](#)(DSHS)监管。您可以通过致电 800-562-6078 向 DSHS 提交投诉。如果在这些机构中工作的个体提供者由我们机构批准授权或其执业内容需要我们机构许可的，您可以针对个人进行投诉。

提出投诉者必须是病患本人吗？

任何了解医疗保健提供者者不专业执业行为的人都可以提出投诉。

本部门可以对提供者采取什么行动？

纪律部门无权对医疗设施提供者的许可证书进行监管，以保证病人免受伤害。（请见以上纪律检查步骤）

我的医疗保健提供者告诉我，他们再也不愿收治我。他们能这样做吗？

如果您的问题并不严重，不及时诊治不会对您的健康造成伤害，医疗保健提供者可终止与您的医患关系。然而，医院不得拒绝需要急救护理的病人。医院至少必须对每一位来到急救部的病人进行评估，如果医院无法为其提供必要的措施，那么必须将其转至可以给予所需救治的医院。

医疗保健提供者可否因为未付余额拒绝将我的医疗报告复印件给我？

根据法律法规，提供者可能在报告未发布前收取复印费，但不可由于账户未付余额而扣留报告。

我该如何得知投诉进程？

正在进行的案件的调查细节将不会被告知,但您可以电话咨询您的投诉案件大体进展情况。然而，请记住，由于涉及到法律和医疗问题，所以纪检过程可能很漫长，请耐心等待。

解决投诉问题需要多久？

时间将取决于投诉性质和案件的复杂性。当涉及到多项法律和医疗问题时，需要耐心等待。案件至少需要几周时间，有些案件则需要长达两年的时间。

该如何从本机构获得关于报告或违纪行为的文件复印件？

任何人都可要求提供文件复印件。为了得到以上材料，您可向 Public Disclosure Unit 提交纸质申请。对于 50 页及多于 50 页的报告，我们收取每页 15 美分的费用。投诉将经审查，并且任何免除信息都将按照[第 42.56 RCW 章](#)下的公共记录法进行修改或撤销。

Public Disclosure Unit

P.O.Box 47865

Olympia, WA 98504

传真：电话 360-586-2171

pdrc@doh.wa.gov

提出投诉之后我需要配合什么？

可能会通过信件或面谈形式要求您需要提供额外信息。您可能需要签署一份授权协议书，放弃保密权利，以调查您的投诉。如需进行正式听证会，您可能需要在正式听证会中作证。

违法情况有哪些？

医疗保健提供者的违法情况包括但不限于以下内容：

- 精神和身体状况：这一状况包括医疗保健提供者的精神或身体问题影响其通过合理的技能进行安全执业([RCW 18.130.170](#))。
- 不专业行为：这是一个用来描述本州法律所规定的不专业行为、行动或条件 ([RCW 18.130.180](#))。
- 无证执业：这一类型适用于进行医疗保健执业，但却无相关有效的华盛顿证书 ([RCW 18.130.190](#))的任何个人或设施。

有什么事情是本机构、 董事会和委员会处理不了的吗？

- 处理您和您的医疗保健提供者间的费用争议，或收回您认为属于您的金额。
- 对医疗保健提供者进行纪律检查，无需由本部门进行监管。
- 解决伤残补偿或保险赔偿问题。
- 解决医疗保健提供者或其职工行为无礼问题。
- 解决打印错误、事实错误或沟通有误问题。
- 向您提供法律建议或法律援助。这包括但不限于：
 - 举报者豁免权
 - 帮助您对医疗保健提供者提起诉讼。
 - 当医疗保健提供者对您提出诉讼时，为您提供建议
 - 推荐律师
 - 提交投诉之前讨论其法律依据。纪律部门必须重新审查您的案件以确定其法律依据。

我的医疗提供者很无礼，我可以做什么呢？

无礼并不违反法律。但是，误导、伤害或具性意味的行为应被视为违反职业道德并应对其向有关部门进行举报。如果您只是对提供者感到不舒服，另一个选择可能就是另外找到一个更适合您的提供者。

提出投诉有没有时间限制？

没有时间限制。提交投诉无法定时间限制，然而，可能由于无法提供决策依据信息，而导致案件无法进行。最好是尽快进行投诉，这样才能获得记录，并找到潜在目击者。在还没忘记事件的具体细节之前，将其情况以书面的形式记录下来是个很好的办法。当提交投诉时，尽量将事件内容和日期详细地描述出来。

如果我对账单明细有异议，我可以联系谁？

联系医疗保健提供者。本部门、董事会和委员会不处理账单纠纷，除非涉及欺诈。您可以联系总检察长办公室。

[Washington State Attorney General \(华盛顿州总检察长\) 长](#)

[Consumer Protection Division \(消费者保护部门\)](#)

800 Fifth Ave., Suite 2000

Seattle, WA 98104

电话：800-551-4636

如果我想投诉自己的医疗保险公司，我应该联系谁？

请联系华盛顿州保险专员办事处

[Washington State Office of the Insurance Commissioner \(华盛顿州保险专员办事处\)](#)

P.O.Box 40255

Olympia, WA 98504 电话:

800-562-6900

如果我想要获得医疗保险，我应该联系谁？

请联系：

- [卫生服务局](#)电话：800-562-3022，了解[苹果健康计划\(Apple Health\)](#)，
- [社会和医疗卫生服务部门社会和医疗卫生服务部门](#)，电话：877-501-2232，了解典型医疗补助计划(Medicaid)。
- [华盛顿卫生计划查询](#)，电话 855-923-4633。