

헬스케어 제공자 및 시설 민원 양식

안내:

이 양식을 완성하기 전에 [자주 하는 질문](#)(FAQs)을 주의 깊게 읽어 주십시오. 개별 헬스케어 제공자, 헬스케어 시설 또는 무면허 헬스케어 행위 등에 대한 민원을 제기하시려면 이 양식을 사용하십시오. 헬스케어 제공자나 시설은 반드시 워싱턴 주 보건부로부터 자격 인증을 받아야 합니다. 그렇지 않다면, 무면허로 워싱턴 주에서 헬스케어 행위를 하는 것으로 간주합니다. [자격 인증 헬스케어 제공자 검색 및 면허 확인 웹페이지](#)에서 헬스케어 제공자나 시설의 자격 여부를 확인할 수 있습니다. 이 양식을 완성하는 데 추가로 도움이 필요하시면, 360-236-2620 로 연락하시거나 hsgacomplaintintake@doh.wa.gov 로 이메일을 전송하십시오.

1. 섹션 1 - 개별 헬스케어 제공자나 무면허 헬스케어 행위에 대한 민원을 제기하시려면 이 섹션을 완성하십시오. 헬스케어 제공자 행정 직원은 본 기관으로부터 자격 인증을 받지 않아도 될 수 있다는 점을 유의하십시오.
2. 섹션 2 - 헬스케어 시설에 대한 민원을 제기하시려면 이 섹션을 완성하십시오. FAQ 를 참조하셔서 [본 기관에서 규제하는 시설](#) 목록과 [보건 복지부에서 규제하는 클리닉](#) 및 시설에 관한 정보를 확인하십시오.
3. 섹션 3 - 본인의 연락처 정보를 제공하십시오. 이 민원을 비즈니스나 시설을 대신하여 제출하신다면, 그러한 사실을 이 섹션에 표시하십시오.
4. 섹션 4 - 해당 환자가 아니라면, 이 섹션을 완성하십시오.
5. 섹션 5 - [징계 담당국](#)에서 신중한 검토를 할 수 있도록 모든 질문에 가능한 한 최선을 다해서, 자세히 대답하십시오.

민원을 중복해서 제출하지 않도록 주의하십시오. 양식을 완료한 다음, 아래 주소로 우송하시거나, 이메일 또는 팩스로 전송하십시오:

주소:

Health Systems Quality Assurance (건강 시스템 품질 관리국)
Complaint Intake Unit
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857

이메일: hsgacomplaintintake@doh.wa.gov 이메일로 제출하는 경우, 이메일 민원 양식을 직접 제출하시거나 첨부 문서로 전송하십시오. 민원 양식은 로그인 정보가 요구되는 온라인 문서 저장 서비스나 보안 이메일 서비스로 전송하지 않도록 해 주십시오.

팩스: 360-236-2626

섹션 1 – 헬스케어 제공자 정보:

헬스케어 시설에 대한 민원을 제기하신다면, 섹션 2 로 넘어가 주십시오. 만약 시설이 [의사 진찰실, 제공자 사무실 또는 클리닉](#)이라면, 섹션 1(본 섹션)을 완성하시고 해당 헬스케어 제공자의 이름을 기재해주십시오.

민원을 제공하고자 하는 개별 헬스케어 제공자의 이름은 무엇입니까(해당하는 경우)?		
이름:	중간 이름:	성:
이 헬스케어 제공자는 어떤 종류의 서비스를 제공합니까?		
기타(자세히 설명해주세요):		
주소:		
도시:	주:	우편번호:

섹션 2 – 시설 정보:

만약 시설이 의사 진찰실, 제공자 사무실, 클리닉, 성인 요양원, 생활 보조 주택, 양로원 또는 전문 간호 시설이라면, 본 기관에서 그러한 시설에서 근무하는 개별 헬스케어 제공자에 대한 민원을 처리할 수 있을 수 있습니다. 그러기 위해서는, 이 양식의 섹션 1 을 완성해주세요. 그러나 이러한 시서에 근무하는 개별 헬스케어 제공자가 아닌, 생활 보조 주택, 성인 요양원, 양로원 또는 전문 간호 시설에 대한 민원을 제출하고자 하신다면, 800-562-6078 로 [보건 복지부](#)에 연락해주세요.

민원을 제공하고자 하는 시설의 이름과 주소는 무엇입니까(해당하는 경우)? 우편 주소나 PO 박스 주소가 아닌, 해당 시설의 실제 주소를 기재해주세요.		
이름:		
시설 유형 :		
기타(자세히 설명해주세요):		
주소:		
<input type="checkbox"/> 섹션 1 의 주소가 같음		
도시:	주:	우편번호:
이 시설에서 귀하의 고용 상태는 어떠합니까? 아래 보기에서 선택하십시오. (이 정보는 내부적 행정 업무를 위한 목적으로만 사용됩니다)		
<input type="checkbox"/> 고용된 적 없음	<input type="checkbox"/> 이전 직원	<input type="checkbox"/> 현재 직원

이 시설의 어느 부서, 유닛, 병실 또는 층에서 사건(들)이나 문제(들)가 발생하였습니까? 입원일과 퇴원일은 언제였습니까?	
부서:	층:
병실:	유닛:
입원일:	퇴원일:
환자나 고객이 아직도 시설에 입원 중이거나 서비스를 받고 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

섹션 3 – 본인 정보:

본 기관에서 귀하의 민원에 관한 추후 연락할 할 수 있도록 연락처 정보를 제공해주십시오. 이름을 제공하시는 경우, 귀하께서 익명을 요청한다고 하더라도, 귀하의 민원은 익명으로 간주되지 않습니다. 귀하의 신원을 부분적으로만 제공한 민원을 접수한 경우, 귀하께서는 알 수 없는 민원 제기자로 간주됩니다. 익명 및 알 수 없는 민원 제기자는 본 기관으로부터 추후 연락을 받을 수 없습니다. 공공 기록법에 따르면, 본 기관은 “[내부 고발자 면제](#)” 조항에 해당하는 경우가 아니라면, 민원을 제기하는 인물의 이름을 공개하지 않을 수 없습니다. 내부 고발자 면제 자격은 [RCW 43.70.075](#) 및 [WAC 246-15-010 규정에 따라](#) 결정되며, 귀하의 면제 요청 여부는 영향을 주지 않습니다. FAQ 를 참조하셔서 [익명 민원 제기](#) 및 [내부 고발자 면제](#) 대상에 관한 정보를 검토해주시고, 내부 고발자 면제에 관한 더욱 자세한 정보를 원하시면, 변호사와 상담해주시고; 본 기관은 귀하에게 법적 조언을 제공해드릴 수 없습니다.

귀하의 이름, 우편 주소, 전화번호 및 이메일 주소는 무엇입니까?		
이름:	중간 이름:	성:
주소:		
도시:	주:	우편번호:
전화: <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장		
대체 전화: <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 팩스		
이메일:		
이 민원은 비즈니스나 시설을 대신하여 제출하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
만약 예라면, 해당 비즈니스나 시설 이름을 제공해주십시오:		
환자인 경우라면, 귀하의 생년월일은 언제입니까?		

섹션 4 – 환자 정보:

환자 정보가 섹션 3 에서 제공한 정보와 다른 경우 이 섹션을 완성해주시시오.

영향을 받은 환자나 고객의 이름과 생년월일은 무엇입니까?		
이름:	중간 이름:	성:
생년월일:		

해당 환자 또는 고객과의 관계는 무엇입니까?
<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 설명해주시시오):

섹션 5 – 민원 제기자 정보:

민원을 제기하고자 주장하는 문제에 관해 가능한 한 상세한 [정보](#)를 제공해주시시오.

해당 사건(들)이나 문제(들)가 발생한 날짜(들) 및 시간(들)은 언제였습니까?

그러한 문제를 다른 기관이나 단체에 보고했거나 민원을 제출했거나 그러한 기관이나 단체와 함께 조치를 취하였습니까? 그러한 기관이나 단체의 예로는 법률 집행 기관, 성인 보호 서비스 또는 전문 면허 위원회 등이 있을 수 있습니다. 만약 조치를 취했다면, 어느 기관과 언제 그러한 조치를 취했고 그 결과는 어떠했습니까?

발생한 사건을 상세히 설명해주시오. (추가 공간이 필요하다면, 별도의 종이를 첨부해주시오)

완성된 민원 양식은 우편, 팩스 또는 이메일을 사용하여 위에서 제공해드린 주소로 반환해주시요. 징계 담당국에서 신중한 검토를 할 수 있도록 가능한 한 많은 정보를 제공해주시요. 민원 제출 과정에 대해 더 자세한 정보를 원하시면, 360-236-2620 으로 본 기관에 연락해주시요.

다음 정보를 반드시 포함해주시요:

- 기존 이하의 케어를 제공하였다고 주장하는 개별 헬스케어 제공자(들)의 이름(들) 및 직업
- 기존 이하의 케어를 받았다고 주장하는 시설의 이름(들)
- 해당 시설의 실제 주소
- 서비스 날짜(들)
- 보고하고자 하는 사건(들)에 관한 자세한 설명
- 본인의 연락처 정보 - 이름, 우편 주소 및 전화번호

이름을 제공하지 않고도 민원을 제출할 수 있습니까?

당사자의 이름이 포함되지 않은 민원은 조사하는 데 어려움이 있습니다. 익명으로 제출된 민원은 본 부서로부터 추후 조치를 받을 수 없습니다.

내부 고발자에게 제공되는 보호 조치가 있습니까?

[RCW 43.70.075](#) 규정에 따라 내부 고발자 자격이나 내부 고발자로서 기밀 유지 자격을 인정받을 수 있습니다.

징계 절차는 어떻게 되나요?

헬스케어 제공자에 관한 민원을 접수하면, 본 기관은 내용을 검토한 후 주장된 사고나 이벤트가 법률에 위반되는지와 본 기관이 조치를 취할 수 있는 법적 권한이 있는지 판단합니다. 만약 이 두 가지 조건이 만족되지 않는다면, 해당 민원은 조사하지 않고 종결됩니다.

본 기관이 해당 민원에서의 주장이 법률에 위배되고, 조치를 취할 법적 권한이 있는 것으로 판단하면, 징계 담당국에서 조사를 승인할 수 있습니다. 징계 담당국은 사건별 징계 절차 전체를 관리합니다. 본 기관은 조사관, 직속 변호사 및 법률 고문 사무소와 협력하여 법률

위반 여부 및 증거를 판단합니다. 증거가 법률 위반을 뒷받침하기에 충분하지 못하다면, 본 기관은 해당 민원을 종결합니다.

본 기관에서 법률 위반이 있다고 판단한 경우, 해당 사건은 본 기관, 이사회 또는 위원회 위원으로 구성된 패널에 제출되고 가능한 조치에 대한 승인을 받습니다. 민원 제출 및 징계 과정에 관한 절차는 [RCW 34.05](#) 장 행정 절차법과 [통합 징계법](#)에서 설명되어 있습니다.

헬스케어 제공자에게 부과될 수 있는 제재는 [RCW 18.130.160](#) 아래 통합 징계법에서 설명되어 있습니다. 조치는 벌금, 상담, 재교육, 헬스케어 행위 제한 또는 헬스케어 행위 일시 중지 등이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 본 기관, 이사회 및 위원회는 모두 공공이 보호받을 수 있도록 확인하고 이차적으로 헬스케어 제공자를 갱생시킬 책임이 있습니다.

징계 관련 서류는 공공 기록입니다. 그러나 공공 기록법에 따르면 일부 기록은 공개되지 않을 수 있습니다.

민원에는 어떠한 정보를 포함해야 하나요?

필요하다고 생각하시는 모든 정보를 포함하실 수 있습니다. 다만, 최소한 다음 정보를 포함해주시요:

- 민원을 제기하는 대상
- 헬스케어 제공자 또는 시설에 대해 민원을 제기하게 된 구체적인 이유

징계 담당국에서 조사를 승인하면, 본 기관 조사관들이 귀하와 헬스케어 제공자로부터 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

제가 헬스케어 제공자에 대해 민원을 제출하고 그 결과 징계 조치가 이루어졌다면, 이사회, 위원회, 담당 부서나 개인으로부터 보상을 받을 수 있나요?

일부 한정된 상황의 경우, 본 기관은 헬스케어 제공자에게 고객으로부터 받은 요금을 환급해줄 것을 요구할 수 있습니다. 그러나 본 기관은 부당 행위 보상과 관련한 법적 권한은 없습니다. 그러한 조치는 민사 법원에 청구해야 합니다.

품질 관리국에서는 어떤 유형의 시설을 규제하나요?

- 외래 수술 센터
- 출산 센터
- 아동 그룹 케어 홈
- 홈 케어 기관, 홈 헬스 기관
- 호스피스 기관, 호스피스 케어 센터
- 병원
- 호텔 및 모텔
- 임상 실험실 - 의료 검사 시설
- 임시 노동자 주거 시설/이주 농장 노동자 주거 시설
- 교정국 교도소(시, 카운티 또는 연방 교도소 제외)
- 거주 치료 시설
- 농촌 지역 건강 클리닉
- 이스턴 및 웨스턴 주 정신 병원 약국 서비스. 이러한 시설과 관련된 민원은 검토를 위해 메디케어 및 메디케이드 센터로 전달될 수 있습니다.
- 청각 장애자 및 시각 장애자를 위한 주 공립 학교

결정은 어떻게 내려지나요?

주 의회에서는 보건 복지부 장관과 14 인으로 구성된 이사회 및 위원회가 법률을 위반한

헬스케어 제공자에 징계를 결정할 수 있도록 승인하고 있습니다. 해당 이사회 및 위원회는 본 기관과 협력하여 위반에 대한 민원을 접수 및 조사하고 적절한 징계를 결정하는 데 필요한 절차를 제정합니다. 징계 조치는 본 기관을 통해 면허, 인증 또는 등록 과정을 완료해야 할 의무가 있는 헬스케어 제공자 및 시설에 대해서만 내려질 수 있습니다.

저는 의사 또는 치과의사 진료실이나 클리닉에 대해 민원을 제출하고자 합니다. 이 경우 어디로 연락해야 하나요?

클리닉이나 헬스케어 제공자 진료실은 면허를 받지 않아도 되는 경우가 종종 있습니다. 본 기관은 면허가 있거나 면허가 요구되는 직업을 수행하는 개별 헬스케어 제공자를 규제할 수 있습니다. 본 기관은 접수원이나 사무실 매니저와 같은 행정 업무 직원을 규제한 권한은 가지고 있지 않습니다.

저는 성인 요양원, 양로원이나 생활 보조 주택에 대한 민원을 제출하고자 합니다. 이 경우 어디로 연락해야 하나요?

일부 양로원 및 생활 보조 주택과 같은 시설은 [보건 복지부\(DSHS\)](#)의 규제를 받습니다. DSHS 에 민원을 제출하시면 800-562-6078 로 연락해주시요. 만약 이러한 시설에서 근무하는 개별 헬스케어 제공자가 본 기관으로부터 면허를 받았거나 본 기관의 면허가 요구되는 직업을 수행하고 있다면, 해당 인물에 대한 민원을 본 기관에 제출하실 수 있습니다.

환자만 민원을 제출할 수 있나요?

헬스케어 제공자의 비전문적인 행동에 관해 알고 있는 분은 누구든지 민원을 제출할 수 있습니다.

품질 관리국은 헬스케어 제공자에게 어떤 조치를 내릴 수 있나요?

징계 담당국은 환자들이 해를 입지 않도록 헬스케어 제공자의 자격 인증을 제한하는 조치만 취할 수 있습니다. (위의 징계 절차 참조) **제 헬스케어 제공자는 저를 더는 환자로 받지 않겠다고 하였습니다. 그들이 그렇게 할 권리가 있나요?**

귀하께서 즉각적인 추후 치료를 하지 않는 경우 건강에 위험을 초래할 수 있는 급성 질병으로 내원하지 않은 한, 헬스케어 제공자는 진료를 종료할 수 있습니다. 한 가지 예외는 병원의 경우 누구에게도 응급 치료를 거부할 수 없습니다. 병원은 응급실에 도착한 모든 환자를 최소한 검진하여 자체적으로 필요한 케어를 제공할 수 없는 경우에 한해, 환자를 필요한 케어를 제공할 수 있는 병원으로 이송해야 합니다.

헬스케어 제공자는 치료비가 전액 지급되지 않은 것을 이유로 제 의료 기록 사본의 제공을 거부할 수 있나요?

헬스케어 제공자는 해당 기록을 제공하지 이전에 법률이나 규칙으로 정해진 복사 비용을 부과할 수는 있으나, 귀하의 계정에 미지급금이 있다고 해서 해당 기록의 제공을 거부할 수는 없습니다.

제출한 민원의 처리 상태는 어떻게 알 수 있나요?

진행 중인 조사에 관한 상세 정보는 공개되지 않으나, 전화를 통해 일반적인 민원 처리 상태에 관한 최신 정보를 얻을 수 있습니다. 다만, 민원의 처리는 법적, 의료적 문제가 관련된 사안이므로 징계 조치가 내려질 때까지는 긴 시간이 걸릴 수 있으니, 그 점을 이해해주시기 바랍니다.

제 민원이 해결될 때까지는 얼마나 걸리나요?

민원의 본질과 사건의 복잡성에 따라 걸리는 시간은 달라질 수 있습니다. 여러 가지 법적, 의료적 문제가 관련된 사안을 처리하는 데는 인내심이 필요합니다. 각 사건은 최소 몇 주에서 일부의 경우 2 년까지 소요될 수 있습니다.

민원 관련 서류의 사본이나 품질 관리국에서 취한 징계 조처의 사본은 어떻게 받을 수 있나요?

누구든지 해당 서류의 사본을 요청할 수 있습니다. 사본을 요청하시려면, 공공 기록 공개 유닛(Public Disclosure Unit)에 서면 요청서를 제출하시면 됩니다. 50 페이지가 넘는 기록의 경우, 페이지당 15 센트 요금이 부과됩니다. 이 경우 [RCW 42.56 장](#) 아래 공공 기록법에 따라 해당 서류를 검토한 후 공개 면제 정보는 편집을 통해 가리거나 제공하지 않습니다.

Public Disclosure Unit (공공 기록 공개 유닛)
P.O. Box 47865
Olympia, WA 98504
팩스: 360-586-2171
pdrc@doh.wa.gov

민원을 제출한 후 저는 어떤 역할을 할 수 있나요?

서면이나 인터뷰를 통해 귀하에게 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 귀하의 민원에 관한 조사를 위해 귀하의 비밀 보장 권리를 포기하는 릴리스 양식에 서명하도록 요청받을 수 있습니다. 공식 청문회가 필요하다면, 증인으로 참석해야 할 수도 있습니다.

위반에 해당하는 것은 무엇인가요?

헬스케어 제공자가 법률을 위반한 것으로 간주할 수 있는 경우는 다음을 포함하나 이에 국한되지 않습니다:

- 정신적 또는 육체적 상태: 이것은 합당한 기술과 안전을 확보하여 헬스케어 행위를 수행할 수 있는 헬스케어 제공자의 정신적 또는 육체적 능력이 부족한 상태를 의미합니다([RCW 18.130.170](#)).
- 비전문적인 행동: 이것은 주법에 따라 비전문적인 것으로 간주되는 행동, 행위 또는 상태를 설명하는 용어입니다([RCW 18.130.180](#)).
- 무면허 행위: 이것은 유효한 워싱턴 주 자격 인증을 취득하지 않고 헬스케어 행위를 수행한 개인이나 시설과 관련된 상황에 적용됩니다([RCW 18.130.190](#)).

품질 관리국, 이사회 및 위원회가 할 수 없는 조치의 예는 어떤 것이 있나요?

- 민원 제기자와 헬스케어 제공자 사이의 요금 분쟁의 처리나 본인에게 상환되어야 한다고 생각하는 금액의 환수 업무
- 본 기관의 규제를 받지 않는 헬스케어 제공자에 대한 징계
- 장애 보상금이나 보험금 상환과 관련된 문제의 해결
- 헬스케어 제공자나 직원들의 무례한 태도와 관련된 문제의 해결
- 입력 오류, 사실 관계의 실수 또는 오해로 인한 문제의 해결
- 법적 조언이나 도움의 제공. 여기에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다:
 - 내부 고발자 면제
 - 헬스케어 제공자에 대한 소송 준비 지원
 - 헬스케어 제공자가 귀하에게 제기한 소송과 관련된 조언
 - 변호사 추천
 - 민원을 제출하기 전 해당 민원의 법적 시비에 관한 상담. 민원은 반드시 징계 담당국이 검토하여 법적 시비를 판단해야 합니다.

제 헬스케어 제공자가 무례한 태도를 보였습니다. 이와 관련하여 제가 할 수 있는 일이 있나요?
무례한 태도는 법률을 위반한 행위가 아닙니다. 그러나 오도하거나 해를 끼치기 위한 행동이나 성적인 성격이 있는 행동은 비전문적 행동으로 간주되므로 본 기관에 보고되어야 합니다. 귀하의 헬스케어 제공자가 단지 마음에 들지 않는 경우라면, 더욱 적합한 다른 헬스케어 제공자를 고려해보실 수 있습니다.

민원을 제출할 때 시간제한이 있나요?

아니요. 민원을 제기하는 시간에 대한 시효는 정해진 것이 없습니다; 그러나 결정을 내리는 데 필요한 정보가 더는 존재하지 않는 경우에는 사건에 대한 조사를 진행할 수 없을 수 있습니다. 기록을 취득할 수 있고 잠재적인 증인이 있는 곳을 확인하는 데 문제가 없도록 관련 사건 발생 후 가능한 한 빨리 민원을 제출하는 것이 최선입니다. 사실을 잊어버리지 않도록 해당 경험을 겪은 후 즉시 상황에 관한 메모를 작성해두는 것이 좋습니다. 민원을 제출할 때는

사실 및 날짜 등에 관해 가능한 한 자세히 서술하는 것이 중요합니다.

제 결제 청구서에 동의하지 않는 경우 어디에 연락해야 하나요?

헬스케어 제공자에게 연락해야 합니다. 본 기관, 이사회 및 위원회는 사기 의혹이 있는 경우가 아니라면, 청구서 분쟁을 처리하지 않습니다. 또한, 법무부 장관 사무소에 연락하실 수도 있습니다.

[Washington State Attorney General \(워싱턴 주 법무부 장관\)](#)

[Consumer Protection Division \(소비자 보호국\)](#)

800 Fifth Ave., Suite 2000

Seattle, WA 98104

전화: 800-551-4636

제 의료 보험 회사에 대한 민원은 어디에 제출해야 하나요?

워싱턴 주 보험 감독관 사무소에 연락해야 합니다.

[Washington State Office of the Insurance Commissioner \(워싱턴 주 보험 감독관 사무소\)](#)

P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504 전화:

800-562-6900

건강 보험에 가입하고자 합니다. 이 경우 어디로 연락해야 하나요?

연락처

- [애플 헬스\(Apple Health\)](#)를 위해서는 800-562-3022 로 [헬스케어 담당국\(Health Care Authority\)](#)에 연락하십시오.
- 전통적 메디케이드를 위해서는 877-501-2232 로 [보건 복지부](#)에 연락하십시오.
- [워싱턴 주 보험 플랜 파인더\(Washington Health Plan Finder\)](#), 855-923-4633.