

對醫療照護專業人員或醫療機構提出申訴

如果醫療照護專業人員或醫療機構違反專業行為標準，您有權向衛生專業人員執照管理局 (BHPL) 提出申訴。

1. 開始之前

任何人都可以針對持照人提交投訴，供管理局審查。BHPL 建議您透過我們的[線上申訴入口](#)提交投訴。

1. 在申訴說明中，請盡可能具體地提供相關資訊，包括地點、日期、持照人姓名、持照人執照編號、證人等。若您要申訴多名個人及／或多家機構，請針對每名個人及／或每家機構分別提出申訴。
2. 提出申訴時，請附上與每項申訴相關的所有醫療紀錄、往來信函、合約、照片以及任何其他佐證資料的影本。申訴一經提出，您將無法再返回該申訴頁面進行修改或補充。
3. 如果您的申訴涉及您身為病人所接受的治療，管理局在調查您的申訴時，可能會要求醫療服務提供者提交額外的治療紀錄或醫療紀錄。線上申訴入口網站包含一份電子授權書，用於授權揭露此類紀錄。
4. 收到您的申訴後，管理局將仔細審查所有可用資訊。管理局可能會採取以下行動之一：
 - a. 立案為正式申訴，並進行紀律處分程序。
 - b. 啟動由工作人員處理的調查程序，以確定是否存在違規證據。
 - c. 因證據不足、不屬於本局管轄範圍、不存在違反法律或法規的行為等原因結案。
5. 如果委員會將案件立案為正式申訴，該正式申訴可能會被駁回、以非紀律性措施解決，或導致對持照人作成紀律處分。

非紀律性措施包括：

- a. 諮詢函
- b. 非紀律性的暫緩執行觀察期

紀律處分包括：

- c. 申誠
- d. 觀察期
- e. 暫停或吊銷執照

委員會必須掌握明確證據，證明存在違反法律或法規的行為，才可以對執照實施處分。

- 6. 如果管理局並非處理您申訴事項的適當機關，我們可能會將您的申訴轉介給其他機關或計畫處理。
- 7. 如需紙本申訴表，可提出索取。請致電衛生專業人員執照管理局公共保護辦公室，電話號碼為 (617) 973-0865，或寄送電子郵件至 bhplcomplaints@mass.gov 與我們聯絡。

2. 提出申訴後：

如果管理局決定對您的投訴採取進一步行動，將向作為投訴人的您寄送書面通知。投訴中所列的持照人可能會收到通知，並獲得一份您的投訴影本，同時被要求就相關指控提交書面答覆。

調查所需時間因案而異，取決於調查的複雜程度；如果需要調取醫療紀錄或其他相關資訊，調查時間可能會更長。投訴審查可能需要一個月；如果最終作成紀律處分，整個過程最長可能需要三年。

案件解決後，管理局將通知您其採取的行動；匿名申訴除外。

匿名申訴

在下列情況下，我們可自行酌定是否調查匿名申訴：

- 1. 投訴指稱存在違反法律或法規的行為，且該行為足以使委員會採取行動，或對公共衛生及安全構成立即危險。
- 2. 投訴包含足以進行調查的資訊。
- 3. 可從其他來源取得所指稱違規行為的證據。
- 4. 證明相關指控不需要辨識申訴人的身分及／或不需要申訴人作證。

匿名申訴將接受審查；但是，如果管理局無法從其他來源取得支持證據，可能無法開展完整調查，也可能無法進行紀律處分程序。

所有案件都會經過審查並確定優先順序。對病人或多名病人可能造成傷害或構成立即傷害威脅的案件，將被列為最高優先順序。

不屬於我們職權範圍的問題

- 費用爭議，例如因未赴約而產生的付款問題。
- 帳單爭議，例如持照人就服務收取的費用金額。
- 人際衝突（除非該行為已達不當專業行為的程度）。

關於檢舉醫療照護詐欺：

您可以針對由脊椎按摩師註冊委員會 和輔助衛生專業人員註冊委員會 核發執照之專業人員和機構[提交醫療照護詐欺申訴](#)。

想進一步瞭解已結案申訴的相關資訊？

- BHPL 各註冊委員會採取的紀律處分及其他行動可線上查詢。
- [可向衛生專業人員執照管理局申請公共紀錄](#)。

公共衛生部
衛生專業人員執照管理局
電話：(617) 973-0865 傳真：(617) 973-0985 文字電話 (TTY)：(617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

請根據您所知，完整填寫以下所有欄目，並盡可能提供詳細資訊。請打字填寫，或用墨水工整書寫。

您的資訊：

姓氏 名字 中間名首字母

郵寄地址 城市 州 郵遞區號

電話號碼 電子郵件地址

醫療照護專業人員姓名和地址（如需針對每名個人或每家企業/機構提出申訴，請分別填寫表格）：

持照人姓氏 持照人名字 執照編號（如已知）

企業/機構名稱 電話號碼

企業/機構街道地址

城市 州 郵遞區號

企業/機構執照編號（如已知）：

請選擇本申訴所涉及的專業或機構：

☐ 註冊護理師
☐ 麻醉護理師
☐ 專科護理師
☐ 持照護理人員
☐ 藥劑師
☐ 核藥劑師
☐ 藥局技術員
☐ 醫師助理
☐ 牙醫

☐ 牙科衛生師
☐ 牙科助理
☐ 灌注師
☐ 臨時灌注師
☐ 呼吸治療師
☐ 長期護理機構管理人 (NHA)
☐ 認證社區健康照護工作者
☐ 自然療法醫師
☐ 脊椎按摩師

☐ 助聽器驗配專業人員
☐ 助聽器驗配專業人員學徒
☐ 膳食營養師及營養師
☐ 配鏡師
☐ 足病醫師
☐ 持有限制執照的足病醫師
☐ 驗光師
☐ 聽力師
☐ 語言治療師
☐ 語言治療助理
☐ 持照社會工作者
☐ 持照認證社會工作者
☐ 持照社會工作助理
☐ 持照獨立臨床社會工作者
☐ 運動防護員
☐ 職能治療師
☐ 職能治療助理

☐ 物理治療師
☐ 物理治療助理
☐ 持照心理師
☐ 應用行為分析師
☐ 應用行為分析師助理
☐ 教育心理學家
☐ 婚姻與家庭治療師
☐ 心理健康諮商師
☐ 復健諮商師
☐ 零售藥局／藥房
☐ 倉儲配銷商
☐ 物理治療機構
☐ 州內外包機構
☐ 州外外包機構
☐ 核子藥局
☐ 脊椎按摩機構
☐ 物理治療機構執照

請選擇您的申訴性質：

☐ 用藥錯誤
☐ 執業能力受損
☐ 超出執業範圍執業
☐ 遺棄/疏忽照護病人
☐ 無證執業
☐ 藥品挪用
☐ 所提供照護的品質

☐ 詐欺
☐ 刑事定罪/行為
☐ 病情誤診
☐ 無法取得紀錄或 X 光片
☐ 鎮靜不良反應
☐ 虐待病人
☐ 其他（請在下方註明）

事件發生日期： _____

事件描述：

請描述導致您提出申訴的事件，並註明事件發生的時間和日期。請列出所有相關人員的姓名。如有需要，請附加頁面。

（如有必要，請另附紙張。請勿在頁邊空白處書寫。）

先前的醫療照護服務提供者（如適用）：

姓名	電話號碼
----	------

街道	城市	州	郵遞區號
----	----	---	------

後續醫療照護服務提供者*（如適用）：

*請附上後續服務提供者出具的報告（如有）。

姓名	電話號碼
----	------

街道	城市	州	郵遞區號
----	----	---	------

您是否已與持照人、持照人辦公室或機構討論過此事？ ☐ 是 ☐ 否

如是，請提供所聯絡人員的姓名和電話號碼： _____

聯絡日期：_____ 聯絡方式為何？（電話、電子郵件、信函、當面）：

聯絡結果： _____

如果有證人可以證明您申訴中所述事件，請提供證人姓名和電話號碼（如適用）：

您是否已向任何其他州或聯邦機構提出過本申訴？ ☐ 是 ☐ 否

如是，請說明： _____

如果解決本申訴需要，您是否願意在正式聽證上就此事親自作證？

☐ 是，我願意。 ☐ 否，我不願意。

是否附有其他資訊或材料？

☐ 是 ☐ 否

為加快申訴處理流程，請提交所有可佐證您申訴的相關文件資料清晰影本（請勿提交正本），例如合約、醫療紀錄、已兌現支票等。如果管理局決定對您的申訴採取進一步行動，將向身為申訴人的您寄送書面通知。申訴中所列的持照人可能會收到通知，並獲得一份您的申訴影本，同時被要求就相關指控提交書面答覆。

紀錄揭露及申訴轉介授權

本人在本表上簽名，或提供本表的影本，即授權公共衛生部、衛生專業人員執照管理局：(1) 接收與本人申訴相關的所有健康紀錄影本；(2) 將申訴以及衛生專業人員執照管理局在調查本人申訴期間收集的所有紀錄提供給持照人，供持照人用於回應本申訴中的指控；以及 (3) 將本人申訴轉介給其他主管機關及／或執法機關，以便其採取適當行動。

本人瞭解，所有申訴都會接受調查，以確認其事實依據。

提出申訴以及 DPH 接收及／或調查該申訴，並不意味著將對持照人採取紀律處分。

本人特此聲明，本人已年滿 18 歲，並願受偽證罪處罰，確認就上述申訴所提供的資訊，據本人所知、所掌握的資訊及所信，均屬真實且正確。

病人或
法定代理人
簽名

日期

（請附上證明文件）

請將本表郵寄至：

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

僅供 DPH 使用：

執行主任或指定委員會代表簽名

日期