

有关健康与医疗保健的文化及语言上适当服务(CLAS)的国家标准

CLAS 国家标准旨在促进健康公平，提高健康质量，并通过为健康和医疗保健组织制定蓝图帮助消除医疗保健差距：

主要标准：

1. 提供有效、公平、易于理解和尊重的优质医疗保健和服务，用以应对多元文化的健康观念和实践、语言偏好、健康素养和其他沟通需求。

治理、领导、员工：

2. 推动和维持组织的治理和领导，通过政策、实践和资源分配促进CLAS 和健康公平。
3. 招募、推动和支持文化和语言多样化的管理、领导和员工层，响应服务区域内人们的需求。
4. 持续培养并培训管理、领导和员工层文化和语言上适当的政策和实践。

沟通和语言帮助：

5. 免费为英语水平有限和/或有其他沟通需求的个人提供语言帮助，以便其及时得到所有医疗保健和服务。
6. 以口头和书面形式，用其惯用的语言，明确告知所有个人语言帮助服务的可用性。
7. 确保提供语言帮助之人的能力，认识到应避免任用未经训练的个人和/或任用未成年人作为翻译。
8. 在服务区域内用人们常用的语言提供易于理解的打印材料、多媒体材料以及指示牌。

参与、持续改进及责任：

9. 树立文化和语言上适当的目标、政策和管理责任，并将其付诸整个组织的规划和运营。
10. 对组织的 CLAS 相关活动进行持续评估，并整合CLAS 相关措施，将其应用到测量和连续的质量改进活动中。
11. 收集和维持准确可靠的人口数据，用以监测和评估CLAS 对健康公平和成果的影响，并用以告知服务交付。
12. 对社区卫生资产和需求进行定期评估，运用这些结果进行规划和实施符合服务区域人口文化和语言多样性的服务。
13. 与社区协力合作，制定、实施并评估政策、实践和服务，确保文化和语言的适当性。
14. 制定文化和语言上适当的冲突和申诉解决流程，以便于识别、防止和解决冲突或投诉。
15. 与所有利益相关者、委托人和公众就组织在CLAS 实施和维持过程中取得的进展进行沟通。



强化CLAS 国家标准的案例

健康公平是指所有人的健康均达到最高水平¹。目前，来自不同文化背景的个人之所以在美国无法达到最高的健康水平，有几个方面的原因，其中包括健康的社会决定因素，或个人出生、成长、生活、工作的情况和他们的年龄²，如社会经济地位、教育水平和健康服务的可用性³。

尽管健康不公平与过去和当前的歧视和社会不公的存在有直接关系，其中最有可能改变的因素之一是缺乏文化和语言上适当的服务，广义上指的是尊重和响应所有个人文化和语言需求的保健和服务。

健康不公平造成的差距直接影响所有个人的生活质量。而健康差异将对街道、社区、和广大社会造成不利影响，因而，健康差距的问题不仅是个人问题，也是一个公共健康问题。据估计，在美国，由于医疗保健不足和/或不公平而造成的健康差异及其后的死亡共耗费了1.24 万亿美元⁴。

人们逐渐认为，文化和语言上适当的服务是改善医疗保健和服务质量的有效方式^{5,6}。通过提供实施文化和语言上适当的服务结构，强化的CLAS 国家标准将提高一个组织处理医疗保健差异的能力。

强化的 CLAS 国家标准与HHS 行动计划协力减少种族和民族健康差异⁷和实现健康公平的国家利益相关者战略⁸，上述战略旨在通过提供清晰的计划和战略促进健康公平，为协力处理全国范围内种族和民族之间的健康差异提供指导。

CLAS 国家标准旨在促进健康公平，提高健康质量，并通过为健康和医疗保健组织制定蓝图来帮助消除医疗保健差距，实施文化和语言上适当的服务。在美国，采用这些标准将有助于完善美国的健康和医疗保健。

在所有不公平的事情中，医疗保健的不公最令人震撼，也最无人道。

— 马丁·路德·金博士

参考文献：

1. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health (2011). National Partnership for Action to End Health Disparities. Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/npa>
2. World Health Organization. (2012). Social determinants of health. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/en/
3. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). Healthy people 2020: Social determinants of health. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=39>
4. LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., & Richard, P. (2009). The economic burden of health inequalities in the United States. Retrieved from the Joint Center for Political and Economic Studies website: <http://www.jointcenter.org/sites/default/files/upload/research/files/The%20Economic%20Burden%20of%20Health%20Inequalities%20in%20the%20United%20States.pdf>
5. Beach, M. C., Cooper, L. A., Robinson, K. A., Price, E. G., Gary, T. L., Jenckes, M. W., Powe, N.R. (2004). Strategies for improving minority healthcare quality. (AHRQ Publication No. 04-E008-02). Retrieved from the Agency of Healthcare Research and Quality website: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/minqual/minqual.pdf>
6. Goode, T. D., Dunne, M. C., & Bronheim, S. M. (2006). The evidence base for cultural and linguistic competency in health care. (Commonwealth Fund Publication No. 962). Retrieved from The Commonwealth Fund website: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Goode_evidencebasecultlinguisticcomp_962.pdf
7. U.S. Department of Health and Human Services. (2011). HHS action plan to reduce racial and ethnic health disparities: A nation free of disparities in health and health care. Retrieved from http://minorityhealth.hhs.gov/npa/files/Plans/HHS/HHS_Plan_complete.pdf
8. National Partnership for Action to End Health Disparities. (2011). National stakeholder strategy for achieving health equity. Retrieved from U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health website: <http://www.minorityhealth.hhs.gov/npa/templates/content.aspx?lvi=1&lvid=33&ID=286>

