

肆、附錄

一、附錄 1、各國健康不平等報告架構與指標項目

一、英國健康不平等報告架構與內容

The Marmot Review. 2010. *Fair Society, Health Lives. The Marmot Review.* . England: Strategic Review of Health Inequalities in England post.

1. 內容架構：

章	節
1. INTRODUCTION	1.1. The central themes for the Review 1.2. Conceptual framework and action on the social determinants of health inequalities
2. HEALTH INEQUALITIES AND THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH 健康不平等與健康之社會決定因素	2.1. Health inequalities in England—the figures 2.2. The current PSA target 2.3. Regional variation in mortality 2.4. Other indicators of health 2.5. Health risks 2.6. The social determinants of health 2.7. Human and economic costs of inequalities
3. LESSONS TO BE LEARNED FROM THE CURRENT HEALTH INEQUALITY STRATEGY, TARGETS AND INDICATORS 目前指標之所見與課題	3.1. Introduction 3.2. Current health inequalities policy 3.3. Lessons learnt: policy designs and approach 3.4. Lessons learnt from delivery systems 3.5. Appropriateness of the targets 3.6. Issues in the construction of the targets 3.7. Monitoring progress in reducing health inequalities 3.8. Delivering across the whole system
4. POLICY OBJECTIVES AND RECOMMENDATIONS 政策目標與建議	4.1 Introduction A. Policy Objective A: Give every child the best start in life B. Policy objective B: Enable all children, young people and adults to maximize their capabilities and have control over their lives

	<p>C. Policy Objective C: Create fair employment and good work for all</p> <p>D. Policy Objective D: Ensure healthy standard of living for all</p> <p>E. Policy Objective E: Create and develop healthy and sustainable places and communities</p> <p>F. Policy Objective F: Strengthen the role and impact of ill health prevention</p>
<p>5. MAKING IT HAPPEN: A FRAMEWORK FOR DELIVERING AND MONITORING REDUCTIONS IN HEALTH INEQUALITIES ALONG THE SOCIAL GRADIENT 降低社會階梯所致不平等之行動與監測</p>	<p>5.1 Delivery systems</p> <p>5.2 Framework for targets and indicators to assess performance improvement</p> <p>5.3 National targets</p> <p>5.4 Issues in implementing the framework</p> <p>5.5 Data availability</p> <p>5.6 Addressing the problems with area-based measures</p> <p>5.7 Evaluating the impact of interventions</p>
<p>6. KEY POLICIES OVER THE LIFE COURSE 生命週期關鍵政策</p>	

2. 健康不平等相關統計

類別	社會指標	SDH	資料
居住環境	<p>FIGURE 2.40 Populations living in areas with, in relative terms, the least favourable environmental conditions, 2001–6</p> <p>SOURCE: Department for Environment, Food and Rural Affairs198</p>	地區	多年
貧窮	<p>FIGURE 2.12 Rates of poor social/emotional adjustment at ages 7, 11 and 16, by father's social class at birth, 1958 National Child Development Study</p> <p>SOURCE: 1958 National Child Development Study6</p>		多年
	<p>FIGURE 4.9 The risk of fuel poverty according to household income, 2009</p> <p>SOURCE: English House Conditions Survey, Department of Communities and Local Government 455</p>		單年
就業	<p>FIGURE 2.28 Unemployment rate by previous occupation, July–September 2009</p> <p>SOURCE: Office for National Statistics Labour Force Survey108</p>		單年
	<p>FIGURE 2.29 Mortality of men in England and Wales in 1981–92, by social class and employment status at the 1981 Census</p> <p>SOURCE: Office for National Statistics Longitudinal Study129</p>	社經地位	單年
	<p>FIGURE 2.30 Employment rates among working age adults by type of disability, 2008</p> <p>SOURCE: Office of Disability Issues, based on Labour Force Survey132</p>		單年

	FIGURE 2.31 Proportion of men with limiting longstanding illness in work, by educational qualifications, 1974–6, 1988–90, 2001–3 SOURCE: Department for Work and Pensions133	教育	多年
	FIGURE 2.32 Seasonally adjusted trends in unemployment rates for young people in the UK, 1992–2009 SOURCE: Office for National Statistics Labour Force Survey134		多年
	FIGURE 2.33 The association of civil service grade with job control, Whitehall II study, 1985–88 SOURCE: Score calculated as a z score Source: Whitehall II Study143		多年
稅收/收入/ 財政支出	FIGURE2.35 Percentage shares of equivalised income, by quintile groups for all households, 2007/8 SOURCE: Office for National Statistics146		單年
	FIGURE 2.36 Contribution of original income, taxes and benefits to final income, by quintile, 2007/8 SOURCE: Office for National Statistics147	收入	單年
	FIGURE 2.37 Percentage shares of equivalised total gross and post-tax income, by quintile groups for all households, 1978–2007/8 SOURCE: Office for National Statistics148	收入	多年
	FIGURE 4.3 Taxes as a percentage of gross income, by quintile, 2007/8 SOURCE: Office for National Statistics367	收入	單年
	FIGURE 4.4 Effect of tax credits on taking children in working families out of the low income bracket, 1997–2008 SOURCE: Palmer et al., based on Household Below Average Income, Department of Work and Pensions407	收入	多年
	FIGURE4.5 Minimum Income Standard as a percentage of median income, April 2008 SOURCE: Family Resources Survey 376		單年
	TABLE 4.2 Income Support levels in relation to poverty thresholds and Minimum Income Standards, by family type, 2008/9 SOURCE: Department for Work and Pensions384		單年
	TABLE 4.3 Ill health prevention expenditure in England (£ m), based on OECD definitions, 2006/7 SOURCE: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)503		單年
教育	TABLE 4.1 Variation in the distribution of expenditure on childhood education by age in selected European countries, 2003 SOURCE: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)261		單年
	FIGURE4.1 Education expenditure by age group, 2001–8 SOURCE: Department for Children, Schools and Families263		多年

社會支持	FIGURE 2.38 Percentage distribution of total household wealth by component, 2006–8 SOURCE: Office for National Statistics Wealth and Assets Survey181		多年
	FIGURE 2.39 Median total wealth by socioeconomic class (NS-SEC), 2006–8 SOURCE: Office for National Statistics Wealth and Assets Survey191	社經地位	多年
	FIGURE 4.10 Percentage of those lacking social support, by deprivation of residential area, 2005 SOURCE: Health Survey for England475	地區	單年
空氣汙染	FIGURE 4.8 Modelled changes in air pollution concentration due to London Congestion Charge, by area of London and level of socioeconomic deprivation, 2003–07 SOURCE: Tonne et al 438	地區	多年

類別	健康指標	SDH	資料
平均餘命	FIGURE 1.1 Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 1999–2003 SOURCE: Office for National Statistics34	地區	多年
	FIGURE 2.1 Life expectancy at birth by social class, (a) males and (b) females, England and Wales, 1972–2005 SOURCE: Office for National Statistics Longitudinal Study45	性別 社經地位	多年
	FIGURE 2.4 Life expectancy at birth in England and in Spearhead areas, (a) males and (b) females, 1995–7 to 2006–8 SOURCE: Department of Health49	性別 地區	多年
	FIGURE 2.5 Difference between (a) male and (b) female life expectancy in 1995/7 and that in (i) 2002/4 and (ii) 2006/8 for Spearhead and Non-spearhead local authorities, by level of life expectancy in 1995/7 SOURCE: Office for National Statistics50	性別 地區	多年
	FIGURE 2.9 Disability-free life expectancy at birth, persons, regional averages at each neighbourhood income level, England, 1999–2003 SOURCE: Office for National Statistics54	經濟 地區	多年
失能	FIGURE 2.8 Number of years from birth spent with disability, persons by neighbourhood income level, England, 2001 SOURCE: Office for National Statistics	經濟	單年
嬰兒死亡率	FIGURE 2.2 Relative difference in infant mortality rates between babies with fathers in routine and manual occupations and all with parents married or jointly registered, 1994/6–2005/7 SOURCE: Department of Health	工作 婚姻	多年
	FIGURE 2.3 Trends in the infant mortality PSA target indicator 1997/9 to 2006/8 and projections to 2009/11 SOURCE: Department of Health	工作 婚姻	多年

	FIGURE 2.19 Estimated number of infant deaths that would be avoided if all quintiles had the same level of mortality as the least deprived, 2005–6 SOURCE:Office for National Statistics Health Statistics Quarterly		經濟	單年
嬰兒死亡數	FIGURE2.42 Child deaths by socioeconomic class (NS-SEC), 2001–2003 SOURCE:Office for National Statistics		社經狀況	多年
年齡標準化死亡率	FIGURE1.6 Age standardized mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) in the North East and South West regions, men aged 25-64, 2001-2003 SOURCE:Office for National Statistics		社經狀況	多年
	FIGURE 2.6 Age standardised mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) and region, men aged 25–64, 2001–2003 SOURCE:Office for National Statistics		地區社經狀況	多年
	FIGURE 2.10 Age standardised (a) circulatory disease and (b) cancer death rates at ages under 75, by local ward deprivation level, 1999 and 2001–2003 SOURCE:Office for National Statistics Health Statistics Quarterly		經濟	多年
疾病率	FIGURE 2.7 Percentage of (a) males and (b) females with limiting long-term illness, by age and socioeconomic classification (NS-SEC), 2007 SOURCE:Office for National Statistics General Household Survey		社經狀況	單年
	FIGURE2.26 Standardised limiting illness rates in 2001 at ages 16–74, by education level recorded in 2001 SOURCE:Office for National Statistics Longitudinal Study		教育	單年
	FIGURE2.34 The social gradient in the metabolic syndrome, Whitehall II study, 1991–1993 SOURCE:Whitehall II Study		社經地位	多年
	FIGURE 2.27 Standardised limiting illness rates at ages 55 and over in 2001 by the educational level they had in 1971 SOURCE:Office for National Statistics Longitudinal Study		教育	單年
菸	FIGURE 2.13 Percentage of (a) males and (b) females smoking, by socioeconomic class (NS-SEC), 2001–7 SOURCE:Office for National Statistics General Household Survey		社經狀況	多年
	FIGURE 4.11 Evidence of the effect of smoking cessation interventions across the social gradient SOURCE:Thomas et al		社經地位	
酒	FIGURE 2.14 Alcohol-attributable hospital admissions by small area deprivation quintile in England, 2006–2007 SOURCE:NHSInformationCentreHospital Episode Statistics		經濟	單年
肥胖	成人肥胖	FIGURE 2.15 Obesity prevalence at ages 16 and over by social class, (a) males and (b) females, 1997–2007 SOURCE:National Obesity Observatory, based on the Health Survey for England	社經地位	多年

	兒童肥胖	FIGURE 2.16 Prevalence of obesity (>95th centile) by region and deprivation quintile for children aged 10–11 years, 2007/8 SOURCE: National Obesity Observatory, based on the Health Survey for England	地區 經濟	單年
	兒童肥胖	FIGURE 4.12 Prevalence of underweight, overweight and obese children in Year 6, by ethnic category, England, 2008/9 SOURCE: National Child Measurement Programme	種族	單年
運動		FIGURE 4.13 Minutes per day spent doing sport, on school and non-school days, across four income bands, 2007 SOURCE: Carol et al	經濟	單年
健康狀態		FIGURE 2.11 Age standardised percentage of women with a General Health Questionnaire (GHQ) score of 4 or more by deprivation quintile, 2001 and 2006 SOURCE: Health Survey for England	經濟	多年
藥物濫用		FIGURE 2.17 Prevalence of problematic drug users aged 15–64 years by local authority of residence and Index of Multiple Deprivation, 2006/7 SOURCE: North West Public Health Observatory	社經	單年
兒童發展		FIGURE 2.18 Maths scores from ages 7–16 years by birth weight and social class at birth, 1958 National Child Development Study SOURCE: 1958 National Child Development Study	社經 地位	單年
		FIGURE 2.20 Links between socioeconomic status and factors affecting child development, 2003–4 SOURCE: Department for Children, Schools and Families	社經 地位	單年
		FIGURE 2.21 Inequality in early cognitive development of children in the 1970 British Cohort Study, at ages 22 months to 10 years SOURCE: 1970 British Cohort Study	社經 地位	單年
		FIGURE 2.22 Indicators of school readiness by parental income group, 2008 SOURCE: Washbrook and Waldfogel	經濟	單年
		FIGURE 2.23 Attainment gap from early years to higher education by eligibility for free school meals, 2009 SOURCE: Department for Children, Schools and Families and Higher Education Statistics Agency	教育	單年
		FIGURE 2.24 Percentage of pupils achieving 5 or more A*-C grades at GCSE or equivalent by gender, free school meal eligibility and ethnic group, 2008/9 SOURCE: Department for Children, Schools and Families	種族	單年
		FIGURE 2.25 Percentage of pupils achieving 5 or more A*-C grades including English and Maths at GCSE by income deprivation of area of residence, England, 2008/9 SOURCE: Department for Children, Schools and Families	經濟	單年

	<p>FIGURE 4.2 Reading at age 11 by social class and pre-school experience, findings from the Effective Provision of Pre-School Education Project (EPPE), 2008</p> <p>SOURCE: Department for Children, Schools and Families, Effective Provision of Pre-School Education Project</p>	社經地位	單年
其他	<p>FIGURE 1.2 Guiding Principles For Sustainable Development</p> <p>SOURCE: Department for Environment, Food and Rural Affairs for National Statistics⁴⁰</p>		
	FIGURE 1.3 The conceptual framework		
	FIGURE 1.4 Stages of the life course and the accumulation of effects		
	FIGURE 1.5 Action across the life course		
	<p>FIGURE 2.41 Distance travelled per person per year in Great Britain, by household income quintile and mode, 2008</p> <p>SOURCE: National Travel Survey²⁰⁸</p>	家庭收入	單年
	<p>FIGURE 3.1 The existing delivery system</p> <p>SOURCE: Whitehead et al. ²⁴³</p>		
	<p>FIGURE 4.6 Proportion reporting any cycling in a typical week in the previous year, by social grade, 2006 and 2009</p> <p>SOURCE: Department for Transport³⁹⁸</p>	社經地位	多年
	<p>FIGURE 4.7 Percentage of population by social grade who visit a green space infrequently in a year, 2009</p> <p>SOURCE: Department for Environment, Food and Rural Affairs, Energy Savings Trust⁴²⁶</p>	社經地位	單年
	<p>FIGURE 5.1 Future delivery scenario</p> <p>SOURCE: Adapted from a model in Bernstein et al⁵⁴³</p>		
	<p>FIGURE 5.2 Framework for indicators and targets</p> <p>SOURCE:</p>		

一、歐洲 WHO Europe 報告

Interim 2nd report on social determinants of health & the health divide in the WHO European Region, 2011

1. 內容架構

章	節
1. Overview	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction • Scope of the review • The policy context
2. Health and its social determinants in the WHO European Region (健康及其社會決定因素)	<ul style="list-style-type: none"> • Health and inequalities in Europe • Trends • Social gradient within countries • Conceptual framework • Applying the framework to understand the time trends in the WHO European Region
3. European review of the social determinants of health and the health divide (健康差距與社會決定因素檢視)	<ul style="list-style-type: none"> • Structure of the review and the approach to be taken • Task groups • Activities
4. Emerging themes (重要議題)	<ul style="list-style-type: none"> • Emerging thinking on themes • Thematic areas and issues

2. 健康不平等相關統計

類別	健康指標	SDH	資料
平均餘命	四分位	國家	單年資料
	零歲	國家性別	單年長條
		國家群組	多年折線
健康狀態	<p>Fig. 4. Percentage reporting their health as being good or very good by household income quintile in Latvia and Sweden, 2008</p> <p>Source: personal communication, Jonathan</p>	收入	單年資料

	Bradshaw and Emese Mayhew, University of York, United Kingdom, using 2007 data from: European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]		
死亡率	Fig. 5. Absolute inequality (slope index of inequality) in male death rates by level of education in selected EU and EFTA countries Source: Mackenbach et al.	國家	單年資料

二、美國 IOM 報告

IOM (Institute of Medicine). 2012. *How far have we come in reducing health disparities?: Progress since 2000: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

1. 內容架構

章	節
1. INTRODUCTION	
2. WHAT PROGRESS IN REDUCING HEALTH DISPARITIES HAS BEEN MADE?: A HISTORICAL PERSPECTIVE(過去成就、歷史觀點)	<ul style="list-style-type: none"> • Building Stronger Communities for Better Health: Moving from Science to Policy and Practice • Where Do Health Disparities Stand Today? • Magnitude and Consequences of Health Disparities
3. <i>HEALTHY PEOPLE 2010</i> : HOW FAR HAVE WE COME IN REDUCING HEALTH DISPARITIES? (政策目標達成狀況檢討)	<ul style="list-style-type: none"> • Healthy People • HHS and Efforts to Reduce Disparities • HHS and Health Care Reform • HHS and Prevention
4. FEDERAL PERSPECTIVES ON REDUCING HEALTH DISPARITIES (聯邦政府之立場)	
5. PROMISING PRACTICES IN ADDRESSING SOCIAL DETERMINANTS: OBESITY PREVENTION (有效方法)	<ul style="list-style-type: none"> • The President's Task Force on Childhood Obesity • Reducing Childhood Obesity: A Strategy to Address Health Disparities • The California Endowment's Building Healthy Communities Initiative
6. WHAT DO WE STILL NEED TO LEARN ABOUT REDUCING HEALTH DISPARITIES? (未知事項或知識缺口)	
7. LEGISLATIVE ACTIONS TO REDUCE HEALTH DISPARITIES (立法行動)	<ul style="list-style-type: none"> • The Senate Perspective • The House of Representatives

2. 健康不平等相關統計

類別	社會指標	SDH	資料
居住環境	FIGURE 2-1 Percentage of poor families living in high-poverty neighborhoods (poverty rate of 30 percent or more), 1960 to 2000. SOURCE: The Opportunity Agenda (2006).	種族	多年
居住環境	FIGURE 2-2 Relative risk of living in a neighborhood with concentrated poverty (40 percent or more). The relative risk for white families is 1.00. SOURCE: Smedley (2010).	種族	多年
貧窮	FIGURE 2-8 Racial/ethnic composition of people in poverty in the United States. SOURCE: DeNavas-Walt et al. (2007).	種族 籍貫	單年

類別	健康指標	SDH	資料
平均餘命	零歲 FIGURE 2-5 Life expectancy rates for African Americans and whites, 1950 to 2006. SOURCE: Arias et al. (2010).	種族	多年 柱狀
	FIGURE 2-10 Life expectancy, 1960-2000. SOURCE: Arias (2002).		多年 折線
	零歲 65歲 FIGURE 3-2 Life expectancy. SOURCE: Arias et al. (2010).	種族 性別	多年
新生兒死亡率	FIGURE 2-6 Neonatal mortality rates for first births in the United States. SOURCE: Geronimus and Bound (1991) and CDC (1983).	種族	單年
嬰兒死亡率	FIGURE 2-9 Infant mortality rate by mother's education (infant death per 1,000 live births). SOURCE: CDC (2001).	母親 教育	單年
疾病別 死亡率	心臟疾病 FIGURE 2-3 Rates of mortality from heart disease among African Americans. SOURCE: Minino et al. (2007).	種族	單年
	冠狀動脈 心臟疾病 FIGURE 3-4 Rates of mortality from coronary heart disease. NOTES: Data are age-adjusted to the 2000 standard population. SOURCE: Heron and Tejada-Vera (2009).	種族	多年
	糖尿病 FIGURE 2-4 Rates of disparity in mortality from diabetes among American Indians and whites, 1955 to 1998. SOURCE: Indian Health Service (2001).	種族	多年
	AIDS FIGURE 3-3 Rates of death from HIV infection and introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART). SOURCE: NCHS (2010).	種族 性別	多年
可避免死亡數	FIGURE 2-12 Deaths potentially averted by medical advances and elimination of education-associated excess mortality. SOURCE: Woolf et al. (2007).	教育	多年

類別		健康指標	SDH	資料
罹病率	精神疾病	<p>FIGURE 2-7 Lifetime prevalence of psychiatric disorders by race and generational status (in percent).</p> <p>SOURCE: Alegria et al. (2007), Takeuchi et al. (2007), and Williams et al. (2007).</p>	種族 移民	單年
健康狀態		<p>FIGURE 2-11 Less education is linked with worse health. Compared with college graduates, adults who have not finished high school are more than four times as likely to be in poor or fair health. *Age-adjusted.</p> <p>SOURCE: National Health Interview Survey, 2001-2005.</p>	教育	單年
		<p>FIGURE 6-1 Income is linked with health regardless of racial or ethnic group.</p> <p>Differences in health status by income do not simply reflect differences by race or ethnicity; differences in health can be seen within each racial or ethnic group. Both income and racial or ethnic group matter. *Age-adjusted.</p> <p>SOURCE: RWJF (2009). Prepared for the Robert Wood Johnson Foundation by the Center on Social Disparities in Health at the University of California, San Francisco.</p>	種族 家戶 收入	單年
肥胖	成人肥胖	<p>FIGURE 3-6 Obesity among adults ages 20 years and over.</p> <p>SOURCE: NHIS (2010).</p>	種族 性別	多年
	兒童肥胖	<p>FIGURE 5-1 National childhood obesity trends.</p> <p>SOURCES: Ogden et al. (2002, 2006).</p>	—	多年
	兒童肥胖	<p>FIGURE 5-2 Percentage of children who are overweight or obese ages 10-17 years by state (2007).</p> <p>SOURCE: Data retrieved from the Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2007 National Surveys of Children's Health, DataResourceCenter for Child and Adolescent Health website (www.nschedata.org [accessed May 26, 2009]).</p>	地區	單年
預防保健服務利用	乳房攝影	<p>FIGURE 3-5 Rates of mammography screening from 1997 to 2009.</p> <p>NOTES: Data are for women aged 40 years and older who received a mammogram within past 2 years. Data are age-adjusted to the 2000 standard population.</p> <p>SOURCE: NCHS (2010).</p>	種族	多年
健康保險		<p>FIGURE 3-7 People with health insurance.</p> <p>SOURCE: NHIS (2010).</p>	種族	多年

三、美國National Academies Press報告

Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health

1. 內容架構：

章	節
PART1. INTRODUCTION	
PART2. DOCUMENTING THE U.S. HEALTH DISADVANTAGE	1. SHORTER LIVES 2. POORER HEALTH THROUGHOUT LIFE
PART3. EXPLAINING THE U.S. HEALTH DISADVANTAGE	3. FRAMING THE QUESTION 4. PUBLIC HEALTH AND MEDICAL CARE SYSTEMS 5. INDIVIDUAL BEHAVIORS 6. SOCIAL FACTORS 7. PHYSICAL AND SOCIAL ENVIRONMENTAL FACTORS 8. POLICIES AND SOCIAL VALUES
PART4. FUTURE DIRECTIONS FOR UNDERSTANDING THE U.S. HEALTH DISADVANTAGE	9. RESEARCH AGENDA 10. NEXT STEPS

2. 健康不平等相關統計

類別	社會指標	SDH	資料
經濟	TABLE 4-1 Cost-Related Access Problems in the Past Year Among U.S. Patients with Complex Chronic Conditions, 2011 SOURCE: Data from Schoen et al.		
	TABLE 6-1 Comparative Ranking of 15-Year-Old Students in High-Income Countries, 2006 SOURCE: Data from OECD		
政治與政策	TABLE 8-1 The Association Between Political Themes and Health Outcomes: Findings of 73 Empirical Studies SOURCE: Adapted from Muntaner et al.		
	TABLE 8-2 Macro-Level Conditions That Affect Work-Family Policy, by Country, Mid-1990s SOURCE: Data from Pettit and Hook	國別	
	TABLE 9-1 Publicly Available Databases for Aging-Related Secondary Analyses in the Behavioral and Social Sciences SOURCE: National Institute on Aging		
槍枝使用	Figure 5-5 Civilian firearm ownership in 16 peer countries SOURCE: Data from Small Arms Survey		

貧窮	Figure 6-1 Poverty rates in 17 peer countries SOURCE: Data from OECD	國別	
	Figure 6-2 Child poverty in 17 peer countries SOURCE: Data from Whiteford and Adema, OECD	國別	多年
社會支持	Figure 8-5 Social benefits and transfers, 17 peer countries, 2000 SOURCE: Data from National Accounts at a Glance: 5. General Government, OECD	國別	單年
	Figure 9-1 Social-ecologic influences on children's health over time SOURCE: National Research Council and Institute of Medicine		

類別	健康指標	SDH	資料
平均餘命	FIGURE 1-5 U.S. male life expectancy at birth relative to 21 other high-income countries, 1980-2006 SOURCE: National Research Council	國別 社經 地位	多年
	FIGURE 1-6 U.S. female life expectancy at birth relative to 21 other high-income countries, 1980-2006 SOURCE: National Research Council	國別 社經 地位	多年
	TABLE 1-3 Life Expectancy at Birth in 17 Peer Countries, 2007 SOURCE: Ho and Preston	國別	單年
存活率	FIGURE 1-7 Probability of survival to age 50 for males in 21 high-income countries, 1980-2006, 46 SOURCE: National Research Council	國別	多年
	FIGURE 1-8 Probability of survival to age 50 for females in 21 high-income countries, 1980-2006 SOURCE: National Research Council	國別	多年
人年損失	FIGURE 1-11 Years of life lost before age 50 by males in 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Adapted from Ho and Preston	國別	單年
	FIGURE 1-12 Years of life lost before age 50 by females in 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Adapted from Ho and Preston	國別	單年
	FIGURE 1-13 Years of life lost before age 50 due to specific causes of death among males in 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Adapted from Ho and Preston	國別	單年
	FIGURE 1-14 Years of life lost before age 50 due to specific causes of death among females in 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Adapted from Ho and Preston	國別	單年
	FIGURE 1-15 Contribution of cause-of-death categories to difference in years of life lost before age 50 between the United States and the mean of 16 peer countries, males, 2006-2008	國別	單年

	SOURCE: Adapted from Ho and Preston		
	FIGURE 1-16 Contribution of cause-of-death categories to difference in years of life lost before age 50 between the United States and the mean of 16 peer countries, females, 2006-2008 SOURCE: Adapted from Ho and Preston	國別	單年
死亡率	FIGURE 1-1 Mortality from noncommunicable diseases in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from World Health Organization	國別	單年
	FIGURE 1-2 Mortality from communicable diseases in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from World Health Organization	國別	單年
	FIGURE 1-3 Mortality from injuries in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from World Health Organization	國別	單年
	FIGURE 1-3a Number of years behind the leading peer country for the probability of dying between ages 15 and 50 among females, 1958-2007 SOURCE: Verguet and Jamison	國別	多年
	FIGURE 1-3b Number of years behind the leading peer country for female mortality by 5-year age group, 2007 SOURCE: Verguet and Jamison	國別	單年
	FIGURE 1-4 Motor vehicle fatalities in the United States and 15 other high-income countries, 1975-2008 SOURCE: Transportation Research Board	國別 社經 地位	多年
	FIGURE 1-9 Ranking of U.S. mortality rates, by age group, among 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Ho and Preston	國別	單年
	FIGURE 1-10 Ranking of U.S. mortality rates for non-Hispanic whites only, by age group, among 17 peer countries, 2006-2008 SOURCE: Ho and Preston	國別	單年
	Table 1-1 Mortality Rates in 17 Peer Countries, 2008 SOURCE: Adapted from World Health Organization	國別	單年
嬰兒死亡率	FIGURE 2-1 Infant mortality rates in 17 peer countries, 2005-2009 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 2-4 Infant mortality rates in the United States and average of 16 peer countries, 1960-2009 SOURCE: Viner	國別	多年
	FIGURE 8-2 Infant mortality rate for the United States and 30 other countries, classified by welfare regime type SOURCE: Adapted from Karim et al	國別 社經 狀況	單年

	FIGURE 8-3 Infant mortality rates by welfare regime type, 1960-1992 SOURCE: Conley and Springer	國別 社經 狀況	多年
低出生體重	FIGURE 2-2 Low birth weight in 17 peer countries, 2005-2009 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
早產	FIGURE 2-3 Global prevalence of preterm births SOURCE: Blencowe et al.	國別	單年
兒童發展	FIGURE 6-3 Enrollment of children aged 0-2 in formal child care in 16 peer countries, 2008 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 6-4 Enrollment of children aged 3-5 in preschool in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 6-5 Upper secondary education rates in 13 peer countries, 2009 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 6-6 Percentage of adults aged 25-34 with a tertiary education in 17 peer countries, 2009 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
兒童肥胖	FIGURE 2-5 Prevalence of overweight (including obesity) among children in 17 peer countries, latest available estimates SOURCE: OECD	國別	單年
成人肥胖	FIGURE 2-9 Average body mass index (BMI), by age and sex, in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group SOURCE: Data from the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group	國別	單年
糖尿病	FIGURE 2-10 Self-reported prevalence of diabetes, by age and sex, in 17 peer countries, 2008 SOURCE: Data from the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group	國別	單年
心血管疾病	TABLE 2-2 Distribution of Cardiovascular Risk for Adults Aged 50-54 Among 11 High-Income Countries SOURCE: Crimmins and Sole-Auro	國別	單年
交通事故	FIGURE 2-7 Transportation-related mortality among adolescent and young adult males in the United States and average of 16 peer countries, 1955-2004 SOURCE: Viner	國別	多年
吸菸	FIGURE 5-1 Percentage of U.S. adults age 18 and older who were current smokers, by sex and race/ethnicity, 1965-2008 SOURCE: Garrett et al	種族	多年

	FIGURE 5-2 Prevalence of daily smoking in 17 peer countries SOURCE: Adapted from OECD	國別	單年
	FIGURE 5-3 Four stages of the U.S. tobacco epidemic SOURCE: Thun et al.		多年
醫療資源利用	FIGURE 4-1a Access to health care independent of personal resources SOURCE: Adapted from Bambra and Beckfield	國別	單年
	FIGURE 4-1 General practitioners as a proportion of total doctors in 15 peer countries, 2009 SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 4-2 In-hospital case-fatality rates for acute myocardial infarction in 16 peer countries SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 4-3 Hospital admissions for asthma in 16 peer countries SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 4-4 Hospital admissions for uncontrolled diabetes in 14 peer countries SOURCE: Data from OECD	國別	單年
	FIGURE 4-5 Frequency of complaints among insured and uninsured U.S. patients with chronic conditions SOURCE: Adapted from Schoen et al	社經狀況	單年
暴力行為	FIGURE 2-8 Violent mortality among adolescent and young adult males in the United States and average of 16 peer countries, 1955-2004 SOURCE: Viner	國別	多年
毒品使用	FIGURE 5-4 Global map of per capita caloric intake SOURCE: Global Education Project	國別	單年

四、加拿大 Health Disparities Task Group 報告

Reducing Health Disparities - Roles of the Health Sector: Discussion Paper. Prepared by:
The Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory
Committee on Population Health and Health Security December 2004

1. 內容架構

章	節
INTRODUCTION	Why Disparities Matter
PART I What We Know About Health Disparities	<ul style="list-style-type: none"> • Health disparities in Canada: where we stand • The causes and costs of health disparities • The potential economic benefit of reducing health disparities • Does health care reduce or increase disparities? • Public health, prevention and other challenges • Where to focus efforts
PART II Reducing Health Disparities: History, Options and Best Practices	<ul style="list-style-type: none"> • Canadian approaches to disparities: 30 years of vision and policy • International approaches to reducing health disparities • Current Canadian strategies for reducing health disparities
PART III Key Opportunities for Reducing Disparities	<ul style="list-style-type: none"> • Take an integrated approach to disadvantaged populations • Focus on four key policy directions for the health sector • Conclusion

2. 健康不平等相關統計

類別	健康指標	SDH	資料
健康照護	<p>Figure 2. Percentage use of publicly financed health care by household population* income decile Manitoba, 1994</p> <p><i>Adapted from: MustardCA et al. Paying taxes and using health care services: The distributional consequences of taxed financed universal health insurance in a Canadian province. Conference on the state of living standards and quality of life in Canada, Ottawa, October 30-31, 1998</i></p>	家戶 收入	單年 資料

二、附錄 2、照片



邱淑媿署長拜會英國 PHE，與 PHE 健康處處長 Kevin Fenton 會談雙方可能會作事項



英國 PHE 之 Director of Public Health Strategy Anthony Kessel 前來向邱淑媿署長致意



邱淑媿署長獲世界衛生組織健康之社會決定因素委員會主席暨 UCL IHE Director Sir Michael Marmot 教授贈送中文發行之「地位決定你的健康」一書，該書為 Marmot 教授根據其在健康公平領域 30 年研究經驗所完成之著作。



邱淑媿署長致贈國民健康署年報予 Sir Michael Marmot 教授



邱淑媿署長於會談後，致贈國民健康署年報予 UCL IHE Deputy Director Jessica Allen 博士



邱淑媿署長於會談後，致贈國民健康署年報予 Deputy Director Peter Goldblatt 教授

第二部分：參訪美國公共衛生評鑑委員會及加拿大公共衛生署

Public Health Accreditation Board (PHAB)

Public Health Agency of Canada

壹、目的

公共衛生是植基於科學實證、又融合社會改變策略的專業領域。高效能的公共衛生團隊，才能以有限經費和資源，為民眾與社會獲致最大福祉及效益。現代公共衛生，有其必須具備的核心能力，包括：科學實證分析與應用、社區健康評估與優先序位設定、社會改變策略、成效評估等。各國發現，高效能的公共衛生團隊，能以有限經費和資源，為民眾與社會獲致最大福祉及效益。然而，各地方政府對公共衛生之重視度與投入不一，公共衛生團隊之效能亦各異，需要一套客觀評估，引導其強化與改善。

美國疾病管制中心(CDC)於 2007 年與 Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) 合作成立公共衛生評鑑委員會 (Public Health Accreditation Board, 簡稱 PHAB)，該會是一個非營利、自願性參與的公衛評鑑組織，宗旨為增進公衛部門的品質與績效，提供全國性公衛部門的評鑑標準。該會於 2011 年開始接受各州與地方公共衛生部門申請評鑑。

該評鑑架構係將公共衛生部門核心能力分為 12 大領域 (Domain) 與 32 項標準 (Standard)，各標準下再訂有詳細測量項目 (Measure) 等。12 大領域為：社區健康評估、公共衛生調查、告知與教育、社區結合、衛生政策與計畫、公共衛生執法、醫療保健照護可近性、人力、品質改善、實證基礎、行政與管理、監理。透過具體的評鑑內容，引導公共衛生部門強化核心能力，經由外部評核促進良性競爭與持續追求精進，有助於改善與保護民眾健康，值得參考。

除 PHAB 外，加拿大健康照護評鑑協會 (Accreditation Canada) 亦對公共衛生服務 (Public Health Services) 訂有評鑑標準 (Standard)；該協會成立於 1958 年，總部位於安大略省渥太華市，係一非營利組織，提供國內與國際健康照護組織的外部評鑑。為學習國際間對公共衛生部門評鑑之實務作法，亦規劃參訪該協會。

研習內容:

1. 深入瞭解公共衛生效能之評鑑標準與指標之定義與內涵。
2. 瞭解公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節、實

務經驗。

3. 評鑑資訊系統（e-PHAB）之建立與運作。
4. 組織增能與教育訓練。
5. 參訪通過 PHAB 評鑑之州衛生署、市衛生局，瞭解其經驗與對評鑑之看法和建議。

深入瞭解美國及加拿大公共衛生效能評鑑之方法、前景與對我國之適用性，有助於提出我國公共衛生效能評鑑建議。未來將透過具體的評鑑內容，引導公共衛生部門強化核心能力，經由外部評核促進良性競爭與持續追求精進，有助於改善與保護民眾健康。

貳、過程

一、行程表

本次研習之行程如下：

當地時間	參訪機構與研習內容
9月8日星期日	自英國啟程，到達加拿大渥太華
9月9日星期一	拜會加拿大健康照護評鑑協會 (Accreditation Canada) 1. 加拿大健康照護評鑑協會 Qmentum 計畫概覽 2. Qmentum 計畫中公共衛生評鑑系統概覽 3. 加拿大健康照護評鑑協會國際業務部簡介
9月10日星期二	拜會加拿大公共衛生署 (Public Health Agency of Canada, PHAC) A. 加拿大公共衛生體系概覽 B. 促進各領域夥伴共同合作以防治非傳染病 C. 加拿大健康促進行動概覽 拜會加拿大公衛人力發展中心(Center for Public Health Capacity Development) 1. 公衛人力發展-核心能力與持續教育訓練 (Skills Online 系統簡介) 2. 加拿大現場流行病學培訓(Canadian Field Epidemiology Program, CFPE)及加拿大公共衛生服務(Canadian Public Health Service, CPHS)
9月11日星期三	拜會加拿大東安大略省衛生單位(Eastern Ontario Health Unit, EOHU) 1. 東安大略省衛生單位業務簡介 2. 健康促進計畫、安大略省公衛標準及加拿大健康照護評鑑協會評鑑標準 3. 參觀機構內各單位及設備 4. 公衛人員能力建構

9 月 12 日星期四	搭機至美國華盛頓，轉赴亞歷山大市
9 月 13 日星期五	<p>拜會美國公共衛生評鑑委員會(Public Health Accreditation Board, PHAB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PHAB 發展歷史 2. PHAB 標準、測量項目與評鑑流程 3. 評鑑資訊系統(e-PHAB)簡介、評鑑收費標準 4. PHAB 業務之宣傳與推廣 5. 評鑑流程的內外在評估
9 月 14 日星期六	假日
9 月 15 日星期日	搭機至美國奧克拉荷馬市
9 月 16 日星期一	<p>拜會奧克拉荷馬州衛生署(Oklahoma State Department of Health, OSDH)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 奧克拉荷馬州衛生署業務簡介 2. 參觀機構內各單位及設備 3. 奧克拉荷馬州衛生署進行公共衛生效能評鑑之過程與心得 4. 奧克拉荷馬州衛生署進行之社區夥伴關係及計畫(Tuning Point) 5. 與核心評鑑團隊及領域小組領導者會談
9 月 17 日星期二	<p>拜會奧克拉荷馬市郡衛生局(Oklahoma City-County Health Department)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公共衛生實作與學術之聯結 2. 奧克拉荷馬市郡衛生局健康園區之介紹及參觀 3. 奧克拉荷馬市郡衛生局進行公共衛生效能評鑑之過程與心得 4. 與領域小組領導者會談

9 月 18 日星期三	搭機至美國華盛頓，轉赴亞歷山大市 拜會美國公共衛生評鑑委員會(Public Health Accreditation Board, PHAB) 1. 外在夥伴機構—ASTHO & NACCHO—簡介其提供之評鑑相關技術支援 2. 報告與回饋
9 月 19 日星期四	參訪內容整理
9 月 20 日星期五	參訪內容整理
9 月 21 日星期六	搭機赴英國倫敦

二、 研習內容：美國公共衛生效能評鑑

〈一〉 美國公共衛生評鑑委員會(PHAB)公共衛生效能之評鑑標準與指標之定義與內涵

1、 美國公衛評鑑計畫的發展

2003 年的 Institute of Medicine (IOM) 報告--『The Future of the Public's Health in the 21th Century』建議成立國家級推動委員會，研議評鑑政府公共衛生部門的可能效益。翌年，美國 CDC(Centers for Disease Control and Prevention) 確認評鑑為強化公共衛生基礎建設的關鍵策略。這時有幾個州已在進行全州評鑑或進行地方衛生部門的相關行動。在此一背景下，2004 年，RWJF(Robert Wood Johnson Foundation) 召集公共衛生相關人士研議是否應進一步為州或地方公衛部門發展國家級的自願性評鑑計畫，獲得共識，乃於 2005 年展開了 EAP(Exploring Accreditation Project)。

EAP 的目標係瞭解發展國家級公衛部門評鑑計畫之可行性及可接受性；2006 年獲致正面結論，建議應發展自願性之國家級公衛部門評鑑計畫，以期：

- ✓ 促進卓越表現與持續品質精進；
- ✓ 找出符合國家標準之表現卓越者；
- ✓ 向大眾與決策者展現公衛部門之盡責度；

- ✓ 增加政府公衛部門之能見度與大眾知曉度，增加大眾信任，提高信譽，並有利於爭取公共衛生經費與基礎建設；
- ✓ 同時亦釐清大眾對衛生部門之某些期望。

2007 年，PHAB 成立，定位為施行並管理國家級公共衛生部門評鑑及其計畫發展之非營利組織，由 RWJF 與 CDC 提供其發展及營運評鑑計畫所需之經費。評鑑過程係由 PHAB 評鑑過程工作小組所發展，該小組由州及地方公衛專家、州評鑑計畫代表、其他國家評鑑計畫代表及技術專家所組成，超過 400 位公共衛生從業人員及學者曾參與各種由 PHAB 任命的工作小組及委員會以發展各種計畫。美國公共衛生學會 (American Public health Association, APHA)、州及領地衛生官員協會 (Association of State and Territorial Health Officials, ASTHO)、全國縣市衛生官員協會 (National Association of County and City Health Officials, NACCHO)、全國當地衛生局協會 (National Association of Local Boards of Health, NALBOH)、全國印第安人衛生委員會 (National Indian Health Board, NIHB) 等全國各地最具代表性的多個公衛部門與組織亦對發展評鑑多所貢獻，並成為 PHAB 之合作夥伴。

在設計評鑑計畫過程中，PHAB 亦從其他領域學習，自 EAP 開始，在研究健康照護、社會服務、教育等之品質促進和評鑑計畫時，便刻意自其他較為完備之評鑑計畫套用到公共衛生評鑑課程。PHAB 並不對任何已進行評鑑〈例如 Joint commission for primary care〉或須直接受聯邦政府監督〈例如 CMS for Health Facilities Licensure and Certification〉之公衛部門服務評鑑。

PHAB 標準與測量項目係 PHAB 標準發展工作小組數月的研議成果，該工作小組由州及地方公衛專家、國家及聯邦公衛專家、公衛學者及技術專家所組成，其工作小組係根據以州為基礎之公衛評鑑計畫〈National Public Health performance standards program、Operational Definition of a Functional Local Health department〉而建立。最初版本之標準與測量項目經 8 個衛生機構書面審查(稱為 alpha test)進行修正後，PHAB 於 2009 年 2 月公開草案，歷經 3 個月之公開審查歷程，自公共衛生等社群得到約 4,000 個意見，PHAB 標準發展工作小組仔細的審查各意見並據以進行調整，於 2009 年 7 月公開用以進行 beta test 之版本。

beta test 係於 2009 年秋天至 2010 年底間，由 30 個分布全美之地方、州、部落公衛部門(19 個地方、8 個州、3 個部落之公衛部門)參與標準及評鑑過程之

測試。此 30 個測試單位係自 148 個申請單位挑選，為確認受測單位具互異之衛生部門代表性，PHAB 選擇規模、結構、人口、治理層級、地理區域、評鑑準備程度等具有差異的衛生部門。於 beta test 中，受測單位通過評鑑過程，並對過程、材料、工具等，提供有用的回饋。對 beta test 之正式評估係由芝加哥大學的 NORC 所進行，PHAB 使用此評估結果作為修正評鑑過程、標準與測量項目之依據。

與 beta 測試的同時，PHAB 擁有各種智庫以使特定領域的意見領袖從事於涉及公衛部門評鑑之廣泛議題。具體來說，PHAB 已確定了以下智庫主題：

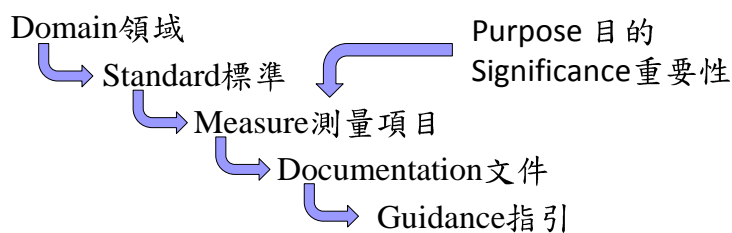
- (1) 於主要公衛計畫領域(例如環境公共衛生、公衛人力、緊急應變整備、慢性疾病、婦幼健康)從事評鑑，並避免重複工作；
- (2) 考慮各式影響評鑑執行之組織化結構(例如治理層級、中央集權國家、大城市或都會之公衛部門、多管轄權或共享之服務模式、勞動力)；
- (3) 與受到評鑑影響的特殊群體(如部落、德州與加州公衛)接洽。

當每個智庫結束，所有智庫意見都被用以加強未來版本之評鑑過程、標準與測量項目。

2011 年春天，評估過程工作小組及標準發展工作小組集會，對所有意見進行最後審查，並訂出正式版之標準與測量項目以及啟動國家性公衛部門評鑑之過程。經過 PHAB 指導委員會的改善，2011 年 7 月，PHAB 發表《標準與測量項目》第 1.0 版、《國家公衛部門評鑑指導手冊》等文件，國家公衛部門評鑑並自 2011 年 9 月正式起動。目前有 19 個通過評鑑之衛生部門，包括 Oklahoma City-County Health Department、Oklahoma State Department of Health 等單位，另有 157 個衛生部門刻正進行評鑑流程。

2、PHAB 公共衛生效能之評鑑標準與測量項目

PHAB 評鑑係將公共衛生部門核心能力分為 12 大領域 (Domain) 與 32 項標準 (Standard)，各標準並訂有測量項目 (Measure)，每項測量項目並訂有其目的 (Purpose)、重要性 (Significance)、需求文件 (Required Documentation)，及對各需求文件之指引 (Guidance) 等。其架構如下圖：



標準係指衛生部門被預期中被期待應達成之成就，測量項目係指衛生部門應被評價之項目，為用以評估某項標準是否達成之工具；目的係指衛生部門應被評估之公衛能力或活動；重要性係指應被評估之公衛能力或活動其必要性；需求文件係指公衛部門為證明其符合測量項目，必須呈現之文件；指引係指對需求文件提供具體的指引，並可能說明各種應提供的資料，並說明相關例子。

標準與測量項目組織成 12 個領域，前 10 個領域係對應 10 項基本公衛服務，第 11 個領域著重於行政與管理，第 12 個領域為治理層(governance)。每一個領域由 2 個或以上個標準構成，此標準反映出衛生部門被期待應達成之成就；反之，每 1 個標準都有許多衛生部門必須提交文件之測量項目。對於部落、州、地方等之衛生部門，其領域及標準都是相同的，只有在測量項目中有少數的變異實例。以 A 標示的測量項目，表示該測量項目同時適用於部落、州和地方衛生部門。依此概念，以 T 表示適用於部落衛生部門(Tribal health departments)、S 表示適用於州衛生部門(State health departments)、L 表示適用於地方衛生部門(Local health departments)。整體來說，對部落衛生部門有 99 項測量項目，對州衛生部門有 105 個測量項目，對地方衛生部門有 97 個測量項目。PHAB 對每 1 個測量項目都提供了描述其目的、重要性、需求文件，以及對需求文件之額外指引。

標準與測量項目可證明公衛部門實踐公共衛生三大核心職能與十大基本服務內應包含之廣泛的功能及能力，如下圖：



PHAB 標準並非專屬於任一特定公衛計畫，很多功能及能力可適用於所有的領域(例如計畫、社區參與、評價)，此外，PHAB 標準與許多為特定計畫領域(例如婦幼健康、環境衛生、緊急應變整備等)而發展之標準間有許多聯結，許多評鑑標準與計畫領域間(例如社區健康、慢性疾病等)亦有許多自然聯結。

雖然各衛生部門之規模、組織架構、管轄範圍、所服務的人口數量、治理方式、地理位置皆不相同，但是 PHAB 的標準與測量項目、文件指引等適用於所有衛生部門。正因為各衛生部門之規模、組織架構、管轄範圍、所服務的人口數量、治理方式、地理位置皆不相同，PHAB 標準與測量項目的用意並非在於規範衛生部門應以何種形式或方法來符合特定的測量項目。相反的，各項標準、測量項目和應繳文件的焦點，在於衛生部門提供之衛生服務和活動的「內容」，以及衛生部門以哪些「方式」或透過哪一種組織架構或安排，提供衛生服務和活動。

3、標準與測量項目之 12 領域及其標準

(1) 社區健康評估能力

- A. 標準 1.1：參與或透過協作提出全面性的社區健康評估
- B. 標準 1.2：收集維護可信、可比較及有效的數據，來提供有關公共衛生重要性及人口健康狀況的訊息
- C. 標準 1.3：分析公共健康數據以確定：健康問題的趨勢、環境公共健康危害、以及影響公共健康的社會和經濟因素

- D. 標準 1.4：提供及利用健康數據分析的結果，來制定公共衛生政策方面的建議，流程，計畫，或干預

(2) 公共衛生調查能力

- A. 標準 2.1：及時進行健康問題和公共環境健康危害的調查
- B. 標準 2.2：控制/減輕健康問題和公共環境健康危害
- C. 標準 2.3：確保與實驗室和流行病學/環境公共衛生專業知識的通路，以及調查和控制/減輕公共健康問題和公共環境健康危害的能力
- D. 標準 2.4：維持一項有政策和程序的規劃在緊急和非緊急通訊情況下使用

(3) 告知與教育能力

- A. 標準 3.1：提供支持預防和健適的健康教育和健康促進政策，計畫，過程和介入
- B. 標準 3.2：透過多種方式提供廣大民眾公共健康問題和公共衛生職能的信息

(4) 社區結合能力

- A. 標準 4.1：透過公共衛生體系和社區協作來識別及提出健康問題
- B. 標準 4.2：促進社區的理解和支持的政策和戰略，這將提高公眾的健康

(5) 衛生政策與計畫之能力

- A. 標準 5.1：作為一個建立及維護公共衛生政策，做法和能力的主要和專業資源
- B. 標準 5.2：經由全面的規劃過程來產生的一個部落/州/社區的健康促進計畫
- C. 標準 5.3：制定並實施一項衛生部門組織的策略計畫
- D. 標準 5.4：維持所有危害緊急行動計畫

(6) 公共衛生執法能力

- A. 標準 6.1:審查現行法律並與執政機構和選任/委任官員合作根據需求更新
 - B. 標準 6.2:教授個人及組織公共衛生法律的意義,目的和利益,以及如何遵守
 - C. 標準 6.3:執行並監控公共衛生執法活動及協調相關機構之間的違規通知
- (7) 醫療保健照護可近性
- A. 標準 7.1:評估衛生保健服務的能力和保健服務的獲取度
 - B. 標準 7.2:識別和實施獲取醫療保健服務的改進策略
- (8) 公共衛生人力
- A. 標準 8.1:鼓勵發展足夠數量的合格公共衛生工作者
 - B. 標準 8.2:評估工作人員的能力並透過組織單位和個人的培訓及發展機會填補差距
- (9) 品質促進能力
- A. 標準 9.1:使用績效管理系統來監測組織目標的實現
 - B. 標準 9.2:制定和實施融入組織作法、計畫、過程和介入的品質促進流程
- (10) 應用實證基礎的能力
- A. 標準 10.1:分辨並使用現有的最佳證據作出明智的公共健康決定
 - B. 標準 10.2:增進適當民眾對研究結果,評估和循證實踐的了解和使用
- (11) 行政與管理的能力
- A. 標準 11.1:開發和維護現行基礎設施來支持公共衛生職能的性能
 - B. 標準 11.2:建立有效的財務管理制度
- (12) 治理之能力
- A. 標準 12.1:維持現行公共衛生角色,職責,和主管部門的定義及聲明
 - B. 標準 12.2:提供執政實體關於公共衛生及衛生署和執政實體官方職責方

面的信息

C. 標準 12.3：鼓勵執政實體參與公共衛生部門的整體義務與責任

〈二〉 美國公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節

1、 PHAB 公共衛生效能評鑑的 7 個步驟

(1) 申請前(Pre-application)：提交申請前，衛生部門須採取數項準備行動：

A. 評鑑前置準備檢查清單(Accreditation Readiness Checklist)：

評鑑前置準備檢查清單可協助衛生部門判斷其是否已準備好進行公衛部門評鑑流程。其重點在於資格具備、必要條件完成、內部流程，以及初步準備任務。

清單項目之一為完成初步自我評估，或檢閱標準與測量項目及應繳文件等以判別部門強項與提昇機會，並就提昇機會方面尋求技術協助。

PHAB 提供此清單僅作協助衛生部門準備評鑑之用，衛生部門不需提交本清單，惟應於向 PHAB 提交意向聲明、啟動評鑑流程前完成。

B. 線上說明(PHAB Online Orientation)：

PHAB 提供之線上說明，可供任何對公衛部門評鑑感興趣之一般個人參閱。概況說明包括評鑑流程、時程、標準與測量項目等概要，為一免費網路課程。

完成該概況須知是公衛部門主管及擔任評鑑協調人（於部門內負責監督申請與評鑑流程之人員）辦理評鑑流程前之必盡義務。衛生部門需成立負責整個申請流程之評鑑團隊，該團隊所有成員均需參與概況須知。

C. 意向聲明(Statement of Intent, SOI)：

於完成線上評鑑概況須知後，計畫申請評鑑之衛生部門，需向 PHAB 提交意向聲明。意向聲明之用意在於使 PHAB 得知該衛生部門呈報申請之意向，但不約束或保證該部門一定或得以提出申請。

意向聲明中須指定評鑑協調人，評鑑協調人將於整個評鑑流程中擔任與

PHAB 間之主要聯繫者。意向聲明並須取得衛生部門主管簽名，若該申請單位為受多重管轄者，意向聲明應列出所有參與衛生部門及取得各部門主管簽名。

PHAB 接獲意向聲明後，將寄發資訊及相關線上申請連結，並告知衛生部門申請費及年費，並於 6 個月後到 12 個月內受理衛生部門之申請。如衛生部門未於 12 個月內期間提交申請，意向聲明便告失效。

(2) 申請(Application)：

申請步驟為衛生部門開始實施公衛部門評鑑流程之官方承諾，並為對 PHAB 之正式通知。申請亦作為協議，表示參與者將於 5 年評鑑合格期間內受 PHAB 現有及未來評鑑流程規則約束，俾達成並維護評鑑資格。衛生部門必須遵循前述概況須知及意向聲明所載規定，方具申請資格。

A. 資格：凡於部落、各州、領地及地方層級對公共衛生負有主要法定或法規義務之政府實體，且以符合適用聯邦、部落州、領土及地方條例規定方式運作者，均享有申請評鑑資格。PHAB 於接獲申請時判定申請人是否具備適用公衛部門評鑑之資格。

B. 申請格式及需求文件：

(A) 申請係以線上方式於 e-PHAB 系統進行。

(B) 除了提供關於組織之描述性基本資訊外，尚應包含申請單位證明其具政府公衛部門身份之正式評鑑資格驗證。

(C) 因為意識到衛生部門治理實體投入的重要性，並須取得衛生部門主管的數位簽名，以及該主管出具之支持信。

(D) 衛生部門必須繳交下列 3 項最新版本（於近 5 年內更新）之文件：「社區健康評估」、「社區健康促進計畫」、「部門策略計畫」。

(E) 公共衛生評鑑委員會規定之申請費，應於提交申請同時繳納。

C. 完整性審查：

PHAB 工作人員將審查申請規定文件之完整性，惟即便 PHAB 工作人員認定社區健康評估、社區健康促進計畫與部門策略計畫等吻合必要文件規定，

並接受申請，並不表示衛生部門一定可達成與前述 3 份文件相關之 PHAB 標準與測量項目（是否達成此標準與測量項目，於審查過程中由實地訪查委員判定）。

D. 效能評鑑訓練課程：通過完整性審查後，PHAB 將通知衛生部門並排定訓練時間；衛生部門必須先參加評鑑訓練課程，方得進行文件篩選與提交步驟。

(A) 擔任衛生部門評鑑協調人之人員必須參加評鑑訓練。此外，亦建議評鑑協調人代理人、衛生部門主管參加。

(B) 評鑑訓練將提供評鑑流程與如何順利通過評鑑之關鍵因素等詳盡說明。訓練內容將以概況須知為基礎，並涵蓋對評鑑流程之詳細檢閱；包括：標準與測量項目、文件篩選與提交、準備及參與現場視察、評鑑決策、年度報告、評估及上訴等。

(C) 有關如何達成特定標準或測量項目之技術協助，將由與 PHAB 合作組織或其他諮詢組織提供。

(3) 文件篩選與提交(Document Selection and Submission)：

確認並上傳可證明衛生部門符合標準與測量項目之文件，是任何評鑑流程中最重要的環節之一。實地訪查小組將審查衛生部門向 PHAB 提交的文件，並據以衡量衛生部門對標準與測量項目的符合度。

A. 流程

(A) PHAB 將於衛生部門參加評鑑訓練課程後，開放 e-PHAB 系統提交文件功能之使用權限。

(B) 申請單位必須自獲得提交文件之權限日起 12 個月內，上傳所有證明文件。

(C) 完整性審查：當申請單位提交文件，PHAB 工作人員將判定所呈交之文件種類、數量、完整性等是否足以進行評鑑流程次一步驟-由實地訪查小組審查。

B. 內容

PHAB 出版之《標準與測量項目》，內容載明為符合各測量項目所應檢

具之對應證明文件，並包括對每個標準及測量項目之目的、每個測量項目之重要性、針對每份應繳文件項目提供之敘事指導，可幫助公衛部門篩選最佳證明文件。

衛生部門應將文件上傳到 e-PHAB 系統，並根據對該文件符合測量項目程度之內部評估，就每一測量項目自我評分。衛生部門並應就文件提供逐份簡要敘述，以解釋該部門為何認定此文件得證明符合測量項目，並說明文件摘錄出處。

除了用以證明符合測量項目之文件外，衛生部門不得上傳多餘文件，以使實地訪查委員得以輕易確認選錄文件與測量項目間之關聯性。

(4) 實地訪查(Site Visit)：

實地訪查由經 PHAB 訓練及挑選之團隊進行，訪視委員將對文件及衛生部門之運作提問，部份測量項目文件需要進行諸如參觀衛生部門設施及觀察計畫執行等直接觀察。衛生部門有機會說明其運作、與社區間關係、其治理實體所扮演角色，以及提供其他性質資訊。實地訪查之主要目的為：確認衛生部門提交文件之正確性、就標準與測量項目符合度之疑問尋求解答，並提供討論與進一步解釋的機會。

A. 衛生部門於實地訪查之參與：衛生部門主管及評鑑協調人必須參與整個實地訪查流程。衛生部門指派之領域小組領導者及衛生部門評鑑團隊全體成員亦應可於整個實地訪查期間接受訪視。衛生部門必須邀請社區合作夥伴與實地訪查委員面會。與實地訪查小組召開會議時，治理層代表應予出席。其他應於實地訪查期間接受訪視之人員為：與衛生部門有協議或契約關係、且提供公衛服務之任何其他部門或機構。訪視委員得安排時間與選定衛生部門員工、治理層代表，以及衛生部門夥伴等進行晤談。

B. 實地訪查小組

(A) 實地訪查委員訓練：所有實地訪查委員均需接受 PHAB 之訓練，訓練包括：標準與測量項目、訪視過程、開場及閉場會議、文件審查、實地訪查行程表、撰寫實地訪查報告，以及實務個案研究等。

(B) 指派實地訪查小組：當 PHAB 判定衛生部門提供完整文件後，將為其指派實地訪查小組及小組主席。實地訪查小組人數視衛生部門大小而

定，一般為3至4人。實地訪查小組主席將主導實地訪查工作、作為發言人，主持所有涉及實地訪查小組成員之會議，並就小組調查結果準備報告。

- (C) 實地訪查小組成員資格：實地訪查小組應包含具公衛部門管理經驗及政府公衛服務學識之成員。PHAB 將竭力確保實地訪查小組成員包括屬於高層且具執行衛生部門管理經驗之委員。小組成員應盡可能與申請衛生部門來自同一地理區域，但為確保其客觀性，小組成員將不得與申請衛生部門來自同一州。PHAB 將決定實地訪查小組何時需要加入具特定經驗之成員，例如包括部落衛生、環境公共衛生，以及治理經驗等。
- (D) 利益衝突：PHAB 有責任確保決策流程公正無偏見。所有實地訪查委員均有義務查明及披露任何實際、潛在和可預見之利益衝突（包括但不限於：先前或目前受僱於該部門、先前或目前擔任該部門之顧問或有其他業務安排、與該部門主要員工有親屬關係、與該部門有任何其他關係，而使實地訪查人能取得評鑑流程提供以外之資訊等），以避免該利益衝突對評鑑流程造成任何負面影響。
- (E) 保密：為促進實地訪查小組成員及衛生部門代表以開放誠實的態度參與，實地訪查流程的保密性至關重要，相關機密資訊包括：衛生部門之文件、小組於訪視前、訪視時及訪視後之討論、實地訪查報告之內容、於訪談及實地訪查討論時向小組陳述之意見、實地訪查時所檢閱之文件等所有資訊和觀察所得。

C. 實地訪查

- (A) 實地訪查前：為準備實地訪查，每位小組成員都將獨立審查衛生部門提交之一切文件，檢閱每項測量項目並予評分（為4種級距的評分標準：未證明、略微證明、大多證明或完全證明）。爾後，實地訪查小組將以電話會議檢討提交文件、判別可能不符合之部份、確定缺漏之文件、制定提問問題等。
- (B) 實地訪查排程：PHAB 將安排足供實地訪查小組成員完成徹底文件書面審查之時間點進行訪視，並與衛生部門評鑑協調人合作，確保評鑑申請之所有關係人均可於實地訪查時接受訪談及參加會議。

(C) 實地訪查：

實地訪查期間一般為 2 到 3 日。進行實地訪查前將向衛生部門提供實地訪查議程，俾確保該部門所有必要員工及其他關係人均可到場。議程包括：歡迎會及開場會議、現場導覽、與關鍵員工面談（領域小組領導者、衛生部門主管、社區夥伴等）、應實地訪查小組要求，就標準與測量項目符合度進行採樣及蒐集額外資訊、以及閉場會議，用以回顧衛生部門確定之優勢、潛在未符合部份與／或改善機會。

實地訪查小組將於訪視期間鎖定下列資訊蒐集：1.以現場調查結果確認向 PHAB 提交文件之內容；2.於實地訪查前，請求該部門提供之額外文件，作為相關文件之補充。衛生部門需以電子方式提交前述補充文件。小組得藉由現場訪談蒐集資訊，並包含現場材料或檔案之審查。實地訪查委員有機會與一系列利害關係人會談，包括衛生部門各級員工、衛生部門治理層代表，以及社區合作夥伴。儘管每個實地訪查人可能有各自獲分派審查之特定標準及實地訪查報告負責部份，所有小組成員均可於現場面談期間就一切標準進行發問及參與對話。實地訪查期間，申請部門不得創造或提交新物證，亦不得變更／修改其已於 e-PHAB 提交之文件。

實地訪查小組將不會於視察、閉場會議或實地訪查報告中對可能之評鑑結果決定發表任何評論。

D. 實地訪查報告：實地訪查小組將於訪視後依下列五大步驟撰寫實地訪查報告：

(A) 於實地訪查完成後兩週內撰寫並於 e-PHAB 遞交實地訪查報告。本報告係以類似文件審查表單之格式提交，沒有算式、沒有加權、沒有門檻，以指引或指標形式表示。實地訪查小組將提供以下敘述：1.說明各文件與測量項目之符合程度（為 4 種級距的評分標準：未證明、略微證明、大多證明或完全證明），或所遺漏的細節；2.說明表現卓越部份或獨到有效之措施；3.說明改善機會（即便已符合測量項目，小組仍會對所確認之改善機會加以標註）。實地訪查小組也將就衛生部門對每項標準及領域之表現與改善機會等提供摘要說明。綜合摘要將提供小組對下列事項的評估：1.該衛生部門三大優勢；2.該衛生部門三大嚴重/具挑戰性之改善機會；3.該衛生部門是否為有效運作之衛生部

門。

(B) PHAB 工作人員得編輯實地訪查報告敘述，並將修改部份送交實地訪查小組主席審核。

(C) 獲核可之修訂後實地訪查報告將送交申請部門，但僅供作事實真確性審查之用。

(D) 申請衛生部門有 30 天時間以書面方式就事實錯誤予以更正並回應 PHAB，但申請部門不得於此期間提交額外改正措施文件。唯一的例外是，申請部門得呈交得以更正實地訪查報告事實錯誤之物證。

(E) 僅衛生部門主管及評鑑協調人、PHAB 工作人員、PHAB 評鑑委員會，以及 PHAB 董事會可自 PHAB 取得實地訪查報告，惟衛生部門得自行裁量是否分享其實地訪查報告。

E. 實地訪查評估：為持續促進評鑑流程及相關文件之品質，所有申請衛生部門、評鑑協調人及實地訪查小組成員均應參加評估流程。申請衛生部門對整體實地訪查小組進行評價，實地訪查小組主席對所有成員表現進行評價，成員則為彼此和主席的表現評分。PHAB 將運用這些調查結果，就評鑑流程所有部分（包括文件、技術協助、實地訪查，以及為實地訪查指派個別成員等）制訂未來決策。

(5) 評鑑結果決定(Accreditation Decision)，PHAB 評鑑委員會審查實地訪查報告，並決定評鑑結果，看是否該衛生部門通過 5 年效期之評鑑認證或該衛生部門需要發展並執行行動計畫。

A. 評鑑委員會：評鑑委員會由 11 個具有州、地方、部落衛生部門經驗之成員構成，其任期相互交錯 2 年，其成員由 PHAB 委員會之董事所決定，包括 6 個 PHAB 委員會成員及 5 個非委員會成員，並需有一名委員代表消費者（無公衛背景或經驗）。委員會至少每季召開會議，並須進行利益衝突宣告與管理，委員會內所有的討論內容皆列為機密。

B. 評鑑結果決定流程：評鑑委員會將於接獲實地訪查報告後，審查實地訪查報告，並召開評鑑委員會議，根據實地訪查報告中之評分與相關說明

資訊等，決定申請衛生部門之評鑑結果。委員會審議期間，可能要求實地訪查小組主席以電話待命或親自到場。另為避免缺乏一致性或產生獨斷決定，得徵求 PHAB 工作人員關於符合規定問題，是否遵循流程、政策或規則等意見。PHAB 於評鑑委員會議結束後兩週內，先以電子郵件方式將正式 PHAB 評鑑決定發送給衛生部門主管，並副知評鑑協調人。後續書面函件將以美國郵政郵件寄出。在正式書面決定函送交申請衛生部門前，PHAB 將不會提供任何口頭回覆。

C. 評鑑結果：僅有兩種評鑑決定結果：通過評鑑（效期為 5 年）或不通過評鑑。評鑑委員會將根據實地訪查報告，為其審查之每一申請衛生部門準備改善機會清單。若衛生部門通過評鑑，該清單有助於該部門持續努力改善品質，也將作為合格衛生部門向 PHAB 呈交年度報告之基礎；若衛生部門未通過評鑑，該清單可協助該部門研擬評鑑行動計畫。

D. 行動計畫：

凡未通過評鑑之衛生部門，需於接獲通知 90 日內向 PHAB 提交評鑑行動計畫。行動計畫並無特定標準格式，但必須具體說明衛生部門為通過評鑑，將採取之行動及改善方案，並述明達成每項行動所需之時間（應於接獲 PHAB 評鑑結果函起 1 年內）。PHAB 工作人員將審查並批准行動計畫，並於審查時諮詢實地訪查小組、小組主席，或評鑑委員會成員。

行動計畫批准後，衛生部門執行計畫（最長 1 年），並依約定日期提交完成行動計畫之文件及說明。行動完成後所進行之審查由評鑑委員會採書面審議，或可能於書面審議前進行現場審查。

若行動計畫未如期提交、行動計畫執行結果無法令評鑑委員會滿意、評鑑未於 PHAB 寄發原始評鑑結果通知函起一年內完成者，該衛生部門將被列為不通過評鑑，故需重新進行評鑑流程。

(6) 報告(Reports)：通過評鑑之衛生部門每年必須於 e-PHAB 系統提交報告，並支付年費。

報告須經衛生部門主管簽署，聲明衛生部門持續符合標準與測量項目（通

過評鑑時所採用之版本），說明衛生部門過去如何達成實地訪查報告中提及之待改善部分、未來將如何持續達成實地訪查報告與／或評鑑行動計畫中確認之待改善部分，並包括領導階層變動與其他可能影響衛生部門符合標準與測量項目能力之變動。PHAB 工作人員將判斷年度報告中是否包含需送交評鑑委員會參考之重大變動。

凡用於授予衛生部門通過評鑑之標準與測量項目版本，將於 5 年評鑑效期內保持有效。然而，PHAB 可能於期間採用新的標準與測量項目。有此狀況時，PHAB 將向所有通過評鑑衛生部門通知此變更，並極力建議衛生部門規劃如何符合再次評鑑流程中將採用之新標準與測量項目。

(7) 重新評鑑(Reaccreditation)：衛生部門於評鑑 5 年效期即將屆滿時，重新申請評鑑。

PHAB 將提前對評鑑效期即將屆滿之衛生部門寄發通知。該衛生部門應依重新評鑑流程提交新申請，並可能接受額外訓練。申請重新評鑑之衛生部門必須參與包括申請及實地訪查等整個評鑑流程。

重新評鑑申請單位得使用原始提交文件進行適當修改、更新與補充，惟應確認任何標準與測量項目之更新及變動，並配合提供新資訊。

如衛生部門接獲 PHAB 關於其評鑑效期屆滿之通知，而未提交申請者，則於評鑑效期屆滿後將不再保有通過評鑑身份。PHAB 保留於 PHAB 網站及其他官方文件公佈評鑑狀態變更之權利。如遇特殊狀況時，PHAB 董事會得予展延評鑑效期。

2、標準與測量項目及其應提交證明文件舉例：申請時應提出之三大必要文件

申請評鑑之衛生部門，於申請階段時即應提出三大必要文件：「社區健康評估 (Community health assessment, CHA)」、「社區健康促進計畫 (Community health improvement plan, CHIP)」、「部門策略計畫 (Health department strategic plan)」，即分別對應標準 1.1、標準 5.2、標準 5.3。說明如下：

(1) 標準 1.1：參與或透過協作提出全面性的社區健康評估。

社區健康評估的目的在於了解社區內人口的健康狀態。社區健康評鑑描述社區內人口健康狀態、辨識應改善的衛生領域、確認導致健康問題的因子、辨識可用於促進人口健康的資產和資源。社區健康評估應分別於部落、州和地方層級建立，以解決其所轄族群之健康問題。

社區健康評估是一個共同合作的過程，內容包括收集並分析用於教育並動員社區、訂定優先順序、獲取資源、規畫行動以改善族群健康等所需之資料與資訊。族群健康評估之發展應有系統地收集並分析資料和資訊，以提供衛生部門和其服務人口有關決策制定和行動之良好基礎。社區健康評估執行方式係與其他機構夥伴共同執行，並包含有關人口統計學、社經性質、生活品質、行為因子、環境(包括建築環境)、發病率和死亡率、其他社會/部落/社區/州之健康狀態決定因子的資料和資訊。社區健康評估將成為發展社區健康促進計畫的基礎。

A. 測量項目 1.1.1(S, T/L)：參與或提出州/部落/地方層級的合作計劃，以發展全面性該層級轄內族群健康狀態的社區健康評估。其需求文件如下：

1.1.1.1：各種具代表性部門的參與

1.1.1.2：與夥伴定期開會或交換意見

1.1.1.3：說明用以辨識健康議題和資產的程序

B. 測量項目 1.1.2(S, T/L)：完成一項州/部落/地方層級的社區健康評估。其需求文件如下：

1.1.2.1：過去五年內州/部落/地方層級之社區健康評估，內容應包括：

(A)提供文件說明社區健康評估係使用各種來源的資料和訊息，並說明這些資料的取得方式。

(B)人口統計說明。

(C)對健康議題的一般性描述和對特殊健康議題人口族群的具體描述。

(D)描述境內健康挑戰因子的成因。

(E)描述境內健康議題的資產和資源。

1.1.2.2：提供文件說明州/部落/地方境內大多數人口有機會能審閱草稿、對社區健康評鑑提出做出貢獻。

C. 測量項目 1.1.3(A)：確保專業行政機構、組織和一般大眾皆可取得社區健康評估內容。其需求文件如下：

1.1.3.1：提供文件說明社區健康評估內容確有發送給夥伴組織。

1.1.3.2：提供文件說明衛生部門轄區內人口可取得社區健康評估內容及/或評估結果。

(2) 標準 5.2：經由全面的規劃過程來產生的一個部落/州/社區的健康促進計畫。

部落/州/社區健康促進計畫是一項長期、具有系統性的計畫，以因應部落/州/社區健康評估辨識出的議題。社區健康促進計畫的目的，在於描述衛生部門與其負責之社區間，如何共同合作以改善衛生部門轄區內人口的健康。該計畫內容較為廣泛，不僅限於衛生部門的角色和責任，且計畫的發展必須包括各方利害關係人和夥伴的參與。計畫之規劃和執行過程係以社區為導向，計畫反應出各方參與規劃過程的結果，其中包含許多社區部門的重大參與。利害關係人和夥伴可利用內容堅實的社區健康促進計畫，制訂優先次序、指導資源的使用、發展並執行各項計畫。各層級衛生部門之健康促進計畫，應包含其轄區內所有居民的需求。

A. 測量項目 5.2.1(S, L, T)：執行一項程序以發展州/社區/部落社區之健康促進計畫。其需求文件為：

5.2.1.1：完整的州/社區健康促進規劃過程。內容包括：公共衛生系統夥伴的廣泛參與、來自社區健康評估的資訊、利害關係人提出的議題和主題、辨識境內資產和資源、決定境內健康議題優先次序之程序。

B. 測量項目 5.2.2(S, L, T)：提出州/社區/部落社區健康促進計畫，以作為健康促進規劃過程的成果。其需求文件為：

5.2.2.1：過去五年內州/社區/部落層級之健康促進計畫，內容應包括：

(A)境內的健康議題優先順序、可測量的目標、改善策略、可測量且具時間範圍的績效指標。

(B)為達成健康目標所須修改之政策。

(C)負責執行各項策略之個人和組織。

(D)可測量的健康結果或指標以監測計畫進展

(E)該健康提升計畫和其他層級優先事項一致。

C. 測量項目 5.2.3(A)：和其他單位合作執行健康促進計畫的內容和策略。其需求文件為：

5.2.3.1：報告有關為促進健康所採取的行動與實施策略

5.2.3.2：範例說明計畫執行方法

D. 測量項目 5.2.4(A)：監測社區健康促進計畫執行策略之進展，該計畫由利害關係人和夥伴廣泛參與，一起合作執行。其需求文件為：

5.2.4.1：社區健康促進計畫執行策略進展狀況之評估報告，其內容應包括：監測績效指標、健康促進指標的進步。

5.2.4.2：按照上述評估結果進行修正的健康促進計畫。

(3) 標準 5.3：制定並實施一項衛生部門組織的策略計畫。

策略計畫係定義並確認未來3到5年內，組織的角色、優先事項、方針的程序。策略計畫說明組織預計達成的事項、為了達成事項所要採取的方法、確認其是否達成的方法。策略計畫是資源配置決策的指導方針，也是決定採取行動以追求策略和優先事項的指南。衛生部門的策略計畫，應聚焦於整個衛生部門。衛生部門各項計畫可能具備以計畫為導向的策略計畫內容，且能補充並輔助衛生部門組織的策略計畫。

A. 測量項目 5.3.1(A)：執行衛生部門策略規劃程序。其需求文件為：

5.3.1.1：描述發展組織策略計畫的規劃過程，包括策略規劃團體之成員，以及策略規劃過程步驟。

B. 測量項目 5.3.2(A)：採用衛生部門策略計畫。其需求文件為：

5.3.2.1：衛生部門過去五年內的策略計畫，內容包括：

- (A) 任務、願景、指導原則/價值觀。
- (B) 策略優先次序。
- (C) 具備可測量且具時間範圍目標之計畫宗旨。
- (D) 辨識外在可能影響社區健康或衛生部門的趨勢、事件、或因素。
- (E) 評估衛生部門的長處和弱點。
- (F) 連結健康促進計畫和品質提升計畫。

C. 測量項目 5.3.3(A)：執行衛生部門的策略計畫。其需求文件為：

5.3.3.1：計畫內各目標進展情形的年度報告，內容包括對目標達成進展情形的監測和做出的結論。

3、評鑑流程之精進：持續進行評估及研究

為持續促進評鑑流程及相關文件之品質，PHAB 倡議進行評估及研究。於評鑑系統建構過程，成立研究及評價工作小組，並自其他有相似計畫或領域學習。在正式啟動評鑑計畫前，亦進行測試（alpha 及 beta test）。PHAB 成立評價及品質促進委員會，並召開研究顧問會議，訂出研究計畫並隨時進行審查稽核，以發展自身品質促進計畫。

主要的評估面向有三：1.過程評估；2. 衛生部門經驗；3. 結果。就過程評估面而言，將藉由內外評估，以瞭解評鑑步驟是否為有效率且有功效的過程及模式、PHAB 所提供之訓練及職員支持、評估標準與測量項目應進行哪些修訂等；就衛生部門經驗面而言，將與衛生部門及實地訪查委員等訪談，並請其對 PHAB 所提供之訓練課程、資源、職員支持、e-PHAB 系統、標準與測量項目、實地訪查過程等評鑑過程進行評價；就結果面而言，將進行社區研究及外部評價。PHAB 亦持續傾聽實地意見，除進行大眾意見之調查外，亦以智庫強化標準與測量項目並確認該標準與測量項目包括各種公衛事項（新版本的《標準與

測量項目》，除進行編輯及語意明確性上的修改外，將納入新重點領域，例如健康評等、公衛倫理、公衛傳播學、公衛勞動力、公衛資訊學等，預計將於 2014 年 7 月 1 日發表第 1.5 版）。

由 PHAB 實施之調查與研究，主要聚焦於 PHAB 當下能行動之訊息，其調查結果發現會回饋給 PHAB 之計畫團隊，PHAB 將運用這些調查結果，就評鑑流程所有部分（包括訓練課程、文件、技術協助、實地訪查、實地訪查成員指派等）進行即時修正或制訂未來決策。

有關評鑑的信度，PHAB 依心理統計學報告之意見，將施測者間信度 (inter-rater reliability) 訂為優先考量，其策略著重於對實地訪查委員的訓練及其準備狀態、確認實地訪查委員維持其技能，並建立中立態度之實地訪查小組。PHAB 亦將評估每項測量項目的信度，將相關訊息作為未來修訂之參考。

有關評鑑的效度，就表面效度(face validity)與內容效度(content validity)而言，PHAB 將動用其他工具、alpha 及 beta 測試、審查、智囊團、大眾意見等，盡力使各標準與測量項目能反映並涵蓋到公共衛生效能評鑑應包含之內容。就準則導向效度(criterion-oriented validity)而言，因尚無充分的資訊，故尚需找到更好的評判標準。

4、PHAB 收費

(1) PHAB 收費係依照衛生部門轄區人口而訂，分成 8 類，如下表（以 2013 年收費標準為例）

分類	衛生部門轄區人口	5 年總費用 (USD)
分類 1	小於 50,000	12,720
分類 2	50,000 至 100,000	20,670
分類 3	100,000 至 200,000	27,030
分類 4	200,000 至 1,000,000	31,800
分類 5	1,000,000 至 3,000,000	47,700

分類 6	3,000,000 至 5,000,000	63,600
分類 7	5,000,000 至 15,000,000	79,500
分類 8	大於 15,000,000	95,400

(2) 費用包括下列服務支持：

- A. 評鑑專員：為受指派之評鑑專員，於整個過程中引導受評機構。
- B. 訓練：對衛生部門之評鑑協調人進行效能評鑑訓練課程。
- C. e-PHAB：訂閱 PHAB 線上評鑑資訊系統，使衛生部門更容易、更經濟有效的參與評鑑
- D. 實地訪查：以審查專家組成之團隊，依國家評鑑標準對衛生部門之運作進行綜合性審查
- E. 年度報告：1 年 1 次的品質促進導引，提供 5 年。
- F. 品質促進：對地方受評鑑衛生機構網絡之發展有特別助益，為促進公衛實證基礎之最佳措施；找出進步契機以幫助衛生機構對其族群提供更好的服務。

(3) 訂定收費標準之考慮因素：

- A. 評鑑專員產值：每個專員每年需管理 25 個新申請評鑑之衛生部門(測試評估中)。
- B. 訓練：符合約 25 個受訓者 2 天於受訓中心之受訓課程所需之花費及成本。
- C. e-PHAB：每個申請單位每年應給付之軟體服務。
- D. 實地訪查：對實地訪查委員一年一度之訓練，並給付其餘訓練及實地訪查所有的餐費、住宿費、交通費。
- E. 職員之開銷：職員所需費用會分攤於 PHAB 收取費用及其所獲由美國 CDC 與 RWJF 等捐助金額支應。

F. 持續性的訓練：網路研討會及相關材料之花費。

〈三〉 評鑑資訊系統 (e-PHAB) 之建立與運作

1、概述：

e-PHAB 為一為達成無紙化評鑑作業所研發之線上資訊系統，此系統係評鑑過程中所有步驟的中央資料庫，可用以遞送、接收相關文件與報告（意向聲明、申請、文件提交、年度報告等皆於此系統進行），也是過程中的溝通工具，可於評鑑過程中提供關鍵訊息，並引導使用者於評鑑過程中一步一步通過其任務。

2、e-PHAB 使用流程：

- (1) 申請前：有意申請評鑑之衛生部門於完成線上評鑑概況須知後，由公衛部門主管或評鑑協調人申請 e-PHAB 帳號（每一申請衛生部門單位，僅能申請一個帳號），並於 e-PHAB 系統遞送意向聲明。此時，e-PHAB 系統只有基本功能。
- (2) 申請：於 e-PHAB 系統填列相關表單，並遞交社區健康評估、社區健康促進計畫、部門策略計畫等必需文件，進而由 PHAB 工作人員進行完整性審查。
- (3) 文件篩選與提交：衛生部門參加評鑑訓練課程後，取得於 e-PHAB 系統遞交文件的權限。此時，評鑑過程中所需的其他功能便會加到系統頁面的導航列。自此，衛生部門應於 1 年內上傳所有文件至 e-PHAB 系統，經 PHAB 工作人員進行完整性審查後，衛生部門應在 30 日內於 e-PHAB 系統對完整性審查提出回應。
- (4) 實地訪查：實地訪查前，每位實地訪查委員審查衛生部門提交之文件，並提出問題。衛生部門因應實地訪查小組之要求及疑問，在 30 日內予以回應或遞交文件。實地訪查小組於訪視完成後 2 週內撰寫並遞交實地訪查報告予 PHAB，再由 PHAB 將修訂後實地訪查報告傳送給衛生部門。申請衛生部門有 30 天時間就事實錯誤予以更正並回應 PHAB。上述文件遞交、審查及相關回應皆於 e-PHAB 系統上執行。
- (5) 評鑑結果決定：PHAB 將實地訪查報告送交 PHAB 評鑑委員會，由其審查

實地訪查報告，並決定評鑑結果。未通過評鑑之衛生部門，需於接獲通知 90 日內於 e-PHAB 系統提交評鑑行動計畫。

- (6) 報告：通過評鑑之衛生部門每年必須於 e-PHAB 系統提交報告。
- (7) 重新評鑑：衛生部門於評鑑 5 年效期即將屆滿時，於 e-PHAB 系統重新申請評鑑。

3、特性

- (1) 僅申請評鑑之衛生部門、實地訪查小組成員、PHAB 員工、評鑑委員會、評估及品質促進委員會有權進入系統。
- (2) 在衛生部門接受效能評鑑訓練課程前，其 e-PHAB 只有基本功能，但在受訓後，評鑑過程中所需的其他功能便會加到系統頁面的導航。
- (3) 其文件提交系統，可讓申請評鑑之衛生部門，其相關成員皆有自己的權限，同時分別進行各文件之提交。其各測量項目應提交之文件完成度，可分別顯示紅(代表尚未開始)→白(代表刻正進行中)→黃(可讓評鑑協調人審查)→淺綠(需要衛生部門主管審查)→深綠(可提交給 PHAB)。
- (4) 其系統允許實地訪查小組成員間以及實地訪查小組主席與 PHAB 間進行溝通，例如可對特定測量項目下之文件註記意見，提醒其他成員閱讀，對相關意見及問題予以回應等。

4、e-PHAB 上的其他組件

- (1) Accreditation Decision Module：評鑑委員會藉由主要與副審查委員以管理實地訪查報告之審查，其結果為通過評鑑或需要行動計畫。
- (2) Action Plan Module：讓衛生部門得以藉由實地訪查報告詢問具體問題，並透過 e-PHAB 提供建議修正的行動計畫和報告。委員會是透過原審查團隊的其中一個成員及原主要與副審查委員來完成以上的作業。
- (3) Annual Report：衛生部門被要求於 1 年內提交年度報告，用以對評鑑決定

委員會所提供之建議改善活動提出說明，並藉由 e-PHAB，由評估及品質促進委員會持續進行審查。

- (4) Site Visitor Management Module：用以幫助實地訪查小組其註冊、訓練、任務分派、評價等流程。

〈四〉 組織增能與教育訓練

評鑑流程各階段之訓練與準備（從申請、文件提交到實地訪查）是 PHAB 評鑑流程得以獲致全面性成功的重要成分。因此，許多組織參與為潛在申請單位研擬並提供訓練與技術協助。

1、PHAB 提供之訓練與技術協助

PHAB 工作人員可提供下列技術協助：評鑑流程、應繳表單、使用名詞釋義、標準、測量項目及文件指引之解讀、PHAB 材料及表單之取得等。PHAB 也將負責向未來申請人就評鑑流程、標準與測量項目等進行概況須知導覽及訓練。

PHAB 備有詳盡書面指導手冊，說明評鑑流程、標準、測量項目與文件等。該指導手冊將定期更新及擴充。一旦完成編撰關於評鑑流程之額外技術協助文件與指導手冊，PHAB 亦將即時提供。

對於申請評鑑之衛生部門，PHAB 提供下列主題之教育：

- (1) 申請前資訊：關於評鑑流程之線上概況須知、意向聲明。
- (2) 申請流程：如何申請、預期費用、一般申請程序、如何篩選及製作文件。
- (3) 文件上傳指導：如何上傳及提交文件、如何組織文件提交流程。
- (4) 評鑑協調人與評鑑團隊之任務。
- (5) 衛生部門主管與董事會/治理層之角色。
- (6) e-PHAB 系統使用方法。
- (7) 實地訪查：如何準備正式實地訪查、正式實地訪查期間應進行事宜、正式實地訪查之參與者、如何處理正式實地訪查期間之突發意外事件。

- (8) 實地訪查報告與評鑑決定：正式實地訪查後的步驟、評鑑決定流程資訊、年度報告、評鑑決定之上訴、重新評鑑流程。

2、其他技術協助

PHAB 並不會就特定物證進行評估，以判定該資訊是否符合特定測量項目；PHAB 不為個別申請單位提供客製化訓練，亦不提供衛生部門有關其為符合標準與測量項目而進行之活動的技術協助，例如有關如何完成三大必要文件、如何辦理初期自我評估、如何研擬品質促進計畫等訓練。申請人如需要前述問題之相關技術協助文件或指導，應向下列諮詢與成員組織尋求幫助。衛生部門製作文件時，得免費諮詢此資源，PHAB 亦鼓勵其運用外部技術協助。

PHAB 之國內合作夥伴，例如州及領地衛生官員協會(Association of State and Territorial Health Officials, ASTHO)、全國縣市衛生官員協會(National Association of County and City Health Officials, NACCHO)、全國當地衛生局協會(National Association of Local Boards of Health, NALBOH)，與全國印第安人衛生局(National Indian Health Board, NIHB)等其他管道，可提供下列類型之技術協助：

- (1) 評鑑三大必要文件之發展與呈現。
- (2) 品質促進計畫之發展與呈現。
- (3) 其組成成員所須技術援助之評估。
- (4) 說明解釋 PHAB 所訂定的評鑑前置準備。
- (5) 評鑑前置準備之建議，例如達成標準與測量項目之時間軸規劃與文件篩選。

〈五〉 參訪通過 PHAB 評鑑之州衛生署、市衛生局

1. 參訪奧克拉荷馬州衛生署(Oklahoma State Department of Health, OSDH)

本人於9月16日參訪首批通過PHAB公共衛生效能評鑑之奧克拉荷馬州衛生署，該單位屬於在全美國州衛生署之中，較中央集權之州衛生署，主管奧克

拉荷馬州內 68 郡內多數地方衛生部門（除位於 Tulsa 市及奧克拉荷馬市之自治市-郡衛生局除外），轄內地方衛生部門係作為奧克拉荷馬州衛生署的分支設置，奧克拉荷馬州衛生署對其提供行政、策略、管理方向等支援。奧克拉荷馬州衛生署轄區內共有 380 萬人口，於 89 個據點有超過 2000 位職員。奧克拉荷馬州衛生署係由指定之衛生委員會(Board of Health)治理，由該委員會指定之衛生部長所領導。

經過簡單寒暄及與會者自我介紹後，首先由本人介紹本署業務，因本署於該署皆屬於中央集權衛生部門，須對轄區內地方衛生單位提供行政、策略、管理方向等支援及指導，故其對本署相關業務十分感興趣，例如本署進行相關健康危險因子分析及比較，並因而訂出施政優先性、本署對於 WHO 非傳染病防治 25X25 及黃金十年目標的承諾、本署提供之各項預防保健服務、婦幼衛生保健服務等，該單位尤其對本署於肥胖防治的策略、活動及成就感到印象深刻與讚賞。

奧克拉荷馬州衛生署分享評鑑過程，簡單摘錄重點如下：

- (1) 申請前的準備，是順利通過評鑑流程相當重要的步驟。雖然評鑑前置準備檢查清單不須提交給 PHAB，但一定要進行清單內各項目的檢核，可幫助確認評鑑流程中的各項關鍵要素，例如：請欲申請評鑑之單位一定要確認政治實體中各部門層級其領導階層的承諾與支持，並組成各領域小組領導者，除預算上的支持外，相關領導者亦應參與整個評鑑流程。另外，一定要確保正確的人扮演正確的角色，且其角色應明確清晰。例如：應選擇合適的評鑑協調人、應任命核心評鑑團隊，其組成為：領導階層、評鑑協調人、領域小組領導者等；核心評鑑團隊的成員，皆應完成線上概況須知，了解各項標準及測量項目及評鑑流程。最後，應確保與社區/州/地方/部落等合作夥伴協同合作，無論是在相關文件之擬定與提交（例如：社區健康評估、社區健康促進計畫、領域 4-社區結合能力）、實地訪查、行動計畫等，都需要各領域、各層級的合作夥伴參與。
- (2) 申請時應提交三大必要文件：「社區健康評估」、「社區健康促進計畫」、「部門策略計畫」，此三大文件為衛生部門之計畫、政策、介入及其餘評鑑審查打下堅實的基礎。就「社區健康評估」來說，與本署進行的分析類似，奧克拉荷馬州衛生署以死亡率（例如嬰兒死亡率等）、主要死因（例如癌症、

心血管疾病、糖尿病等)、常見疾病盛行率(例如糖尿病、癌症)、危險因子/行為(例如吸菸率、肥胖)、社會經濟因素等做為整體健康狀況的指標,相關指標選擇的條件為:人口統計學等資料之可得性、測量意義性、對健康的效益、和其他測量項目之可連結性、可否進行趨勢分析、可否做為基礎特性的測量等等,進行評估分析後提出”State of the State’s Health Report”〈因文件頁數繁多,請至

<http://www.ok.gov/health/pub/boh/state/SOSH2011.pdf>下載〉。值得一提的是,該報告中各指標除數值外,另給予評分等級,並進行橫向(該州與美國整體或其他州間、該州轄區內各郡間)及縱向(不同年間)比較。

- (3) 就「社區健康促進計畫」來說,該署提出”Oklahoma health improvement planning”。OHIP 之使命為:藉由群體合作以導引出增進並維持所有奧克拉荷馬人民之生理、社會及心理福祉之過程。因此,OHIP 的組成團隊包括州及地方政府、州議員、學術界、專業組織、部落、勞工、商業、非營利組織等,該團隊發展出策略規劃過程以執行並完成該 OHIP。策略規劃中包括由該團隊聆聽整個奧克拉荷馬州民認為其最重要的健康需求,包括學校衛生、健康服務的可近性、公共衛生人力、預防保健、菸害防制、貧窮、教育水準等議題。根據該需求,OHIP 訂出的旗艦目標為:菸害防制、肥胖防治、兒童健康;OHIP 基礎建設之目標則為:公衛財務、照護可近性、公共衛生人力發展、衛生系統有效性。該計畫並努力將社會與政策整合,希望藉由政策與立法,改善健康平等之社會決定因子。
- (4) 奧克拉荷馬州衛生署之「部門策略計畫」(Oklahoma State Department of Health Strategic Plan Profile: SFY2011-2015),係以「促進目標健康結果」、「領導公衛政策及提倡發展」、「強化公衛系統」、「充分利用資源以改善健康結果」此四領域之策略,以及「動員社區夥伴以影響效率」、「利用健康的社會決定因子及全人健康方法」、「負責任的調整資源以最大化健康結果」此三貫穿各領域的策略,以達到所設定之奧克拉荷馬州民健康狀況改善目標。
- (5) 有關文件篩選與提交,該署建議自一開始即應與 e-PHAB 系統一致,去組織恰當的文件編目之儲存架構(電子文件圖書館):先分別建置各領域資料夾,再於各領域資料夾中建立個標準資料夾,再於各標準資料夾建立測量項目

資料夾，於其內放置各項需求文件。文件編目時，應以領域→標準→測量項目→需求文件→文件號次的結構編目，例如 CATCH Collaborative QI Storyboard 係用於領域 9，標準 9.2，測量項目 9.2.2，需求文件 9.2.2.1 的第 3 份文件，則以”9.2.2.1.3 CATCH Collaborative QI Storyboard”此方式命名。除應依循《標準與測量項目》文件中之指引，準備已知的相關文件，對於過程面及成果面之文件提交，皆應花足夠的時間，而文件中重要的部分應予顯著標記、所有提交之官方文件應該都包括簽署與標誌。該署亦建議應善用「追蹤系統」及「簡要敘述」此二工具：「追蹤系統」為一 excel 檔案，其內先依 12 個領域分成 12 個資料表，每個資料表內詳述各標準及測量項目之負責人員，及其應繳文件，並敘明每個文件目前的上傳進度。而針對文件之簡要敘述，可解釋部門為何認定此文件得證明符合測量項目，惟其敘述方式應使用簡單而直接明瞭的形式表示。

- (6) 對於正式實地訪查時，該署建議在各領域訪談時，應隨時可取得各領域內應遞交之所有文件，並準備好各文件符合測量項目的解釋原因。當訪視委員提問時，應仔細聆聽；回答相關問題時，勿表現出防禦態度，應僅就被提問的部分予以澄清，回答一定要清晰且有助於問題之解答，且將品質促進概念融入回答中。
- (7) 奧克拉荷馬州衛生署分享其於評鑑過程之心得及對評鑑之看法，簡述如下：
藉由評鑑，可將不同的計畫予以連結整合，讓施政能更整體性考量，並且能讓跨部會的事務進行得更順利；藉由評鑑，可讓各部門檢視欲推行政策之優先順序，更聚焦於真正急迫或有需求之項目；藉由評鑑，可讓各部門及找出更好的方法去推行對人民有益的政策，可對人民提供更好的服務；藉由評鑑，可將資源與策略目標調整一致，並能讓組織有機會獲取更多的資源提供自我評估之機會。

2. 參訪奧克拉荷馬市-郡衛生局(Oklahoma City-County Health Department, OCCHD)

本人於 9 月 17 日參訪亦為首批通過 PHAB 公共衛生效能評鑑之奧克拉荷馬市-郡衛生局，在由奧克拉荷馬州立大學公共衛生學院 Dr.Boatright 分享奧克拉荷馬市-郡衛生局如何將公共衛生學術與實際執行如何藉公共衛生人力訓練、建造

健康保健園區(Health and Wellness Campus)予以連結。該園區係2013年5月啟用，係為了將居民的健康保健與居民居住社區之經濟與發展予以具體連結而設置。該園區為當地提供全面性的策略與服務，藉以影響整體健康結果。該園區提供工作訓練、教育管道連結、初級照護、心理健康、慢性疾病防治、園區藥局、兒科衛教、母嬰教室、call center、廚房教學、家庭暴力介入〈與YWCA合作〉、緊急行動應變中心等等。該園區為了鼓勵居民從事戶外活動、活動性的交通及生活方式，該園區的戶外部分亦規劃了步道、社區花園、農場集市、兒童遊戲場、運動場等設施。整體來說，該健康保健園區持續評估社區居民之需求，提供了獨一無二的途徑去促進奧克拉荷馬市-郡居民的健康結果。

奧克拉荷馬市-郡衛生局各領域小組領導者亦分享其於評鑑過程之心得及對評鑑之看法，簡單摘錄重點如下：

- (1) 在申請前的階段，整個衛生局的支持及其領導階層的投入十分重要。此外，亦需所有各層級職員、合作夥伴及其他衛生相關機關之共同投入，著手進行文件的準備。
- (2) 地方衛生部門評估，著重於社區健康狀況、衛生部門的企劃能力及相關人力資源，並應建立品質促進及績效管理系統。
- (3) 證明文件之篩選，要辨識出合適的文件，於提交給 PHAB 前，預先進行衛生部門內部之提交及審查流程，注意各文件效期、格式，避免重複，每份文件應予標記，註明該文件所有權。
- (4) 為準備實地訪查，除所遞交的文件外，可於訪視前為參與的職員、領導階層、社區合作夥伴準備”小抄”等相關文件，說明各領域的重點、每份文件符合測量項目的理由與說明，讓受訪談者得以視需要予以澄清。

三、 研習內容：加拿大公共衛生效能評鑑

〈一〉 加拿大衛生部(Health Canada) 及公共衛生署(Public Health Agency of Canada) 簡介

1、 加拿大衛生部(Health Canada)

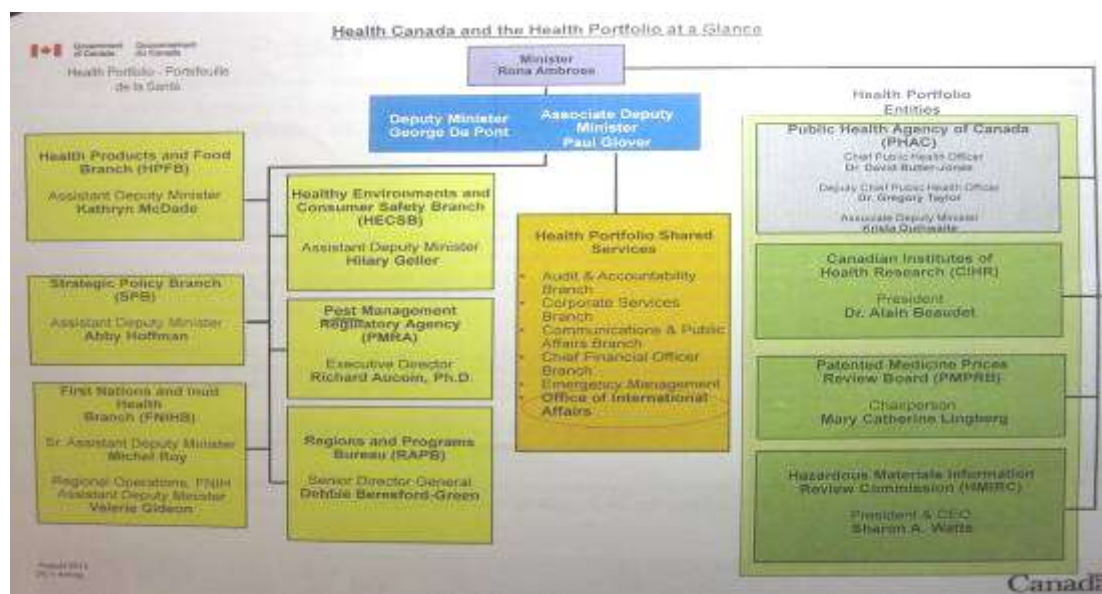
(1) 簡介

加拿大衛生部是加拿大聯邦政府中掌管公共衛生的部門，加拿大衛生部在尊重個人選擇的情況下負責協助加拿大人民保持和改善他們的健康。加國土地面積為 9,970,610 平方公里，居世界第二大(為台灣 275 倍大)，目前總人口大約為 3 千 5 百萬人(2013 年 1 月估算)，其人民平均餘命為 81.4 歲，衛生部設有部長(Minister of Health)一人，目前為一女性部長 Hon. Rona Ambrose，部長掌理加國健康組合(Health Portfolio)，包括衛生部(Health Canada)、公共衛生署(the Public Health Agency of Canada)、衛生研究院(the Canadian Institutes of Health Research)、有害物質審理委員會(the Hazardous Materials Information Review Commission)、專利藥物價格審理委員會(the Patented Medicine Prices Review Board)。健康組合(Health Portfolio)目前約有 13,000 全職員工及年度預算超過 \$3.8 billion 美元。

(2) 加拿大衛生部的目標

致力於改善所有加拿大人民的健康，並透過與人民進行持續協商，確定滿足其長期的醫療保健需求；持續與人民溝通避免健康風險、疾病預防；鼓勵人民採取積極的生活方式，如增加自己的體力活動水平和飲食等；持續研究發展，使在平均餘命、生活方式和有效利用公共醫療系統指標量測上，使加國成為世界上最健康的長壽的國家。

(3) 加拿大衛生部組織架構



2、 公共衛生署(Public Health Agency of Canada , PHAC)

(1) 簡介

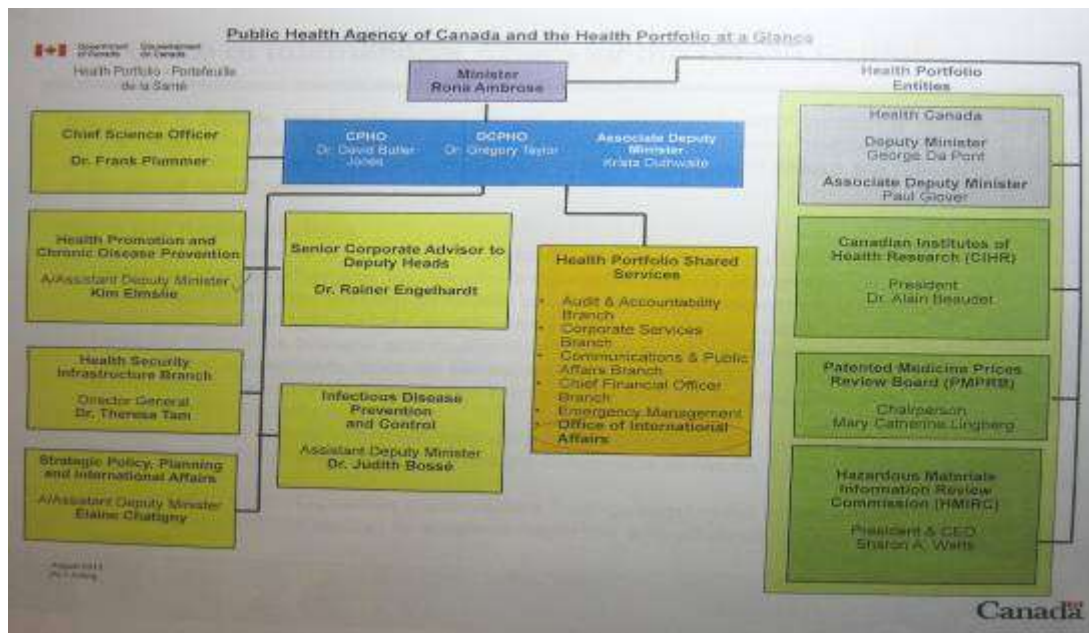
加拿大公共衛生署是加拿大政府機構主要負責加拿大公共衛生，角色與美國 CDC 相當，負責傳染病及非傳染病防治。該機構於 2004 年 9 月成立，部分為應對 2003 年爆發非典型肺炎後的組織改造，其主要目的是加強加拿大的能力，保護和改善加國的健康和衛生保健系統，並協助人民在日常生活中促進身體健康，預防和控制慢性疾病和損傷，另亦保護加拿大人免受傳染病和其他健康威脅，機構還致力於減少最優勢和弱勢群體的加拿大人之間的健康差距。目前 PHAC 約有 2600 全職員工及年度預算\$3.8 billion 美元，公共衛生署的角色與功能如下：

- 促進健康
- 預防和控制慢性疾病和損傷
- 預防和控制傳染病
- 準備和應對突發公共衛生事件
- 與世界各國分享加拿大的專業知識
- 應用的國際研究和發展加拿大的公共健康計畫
- 對公眾健康和加強政府間合作，促進國家公共衛生政策和規劃

(2) 加拿大公共衛生署組織架構

PHAC 目前由加拿大首席公共衛生官巴特勒 - 瓊斯大衛博士(Chief Public Health Officer, Dr. David Butler-Jones)，掌理該署業務，該機構主要有 4 大業務領域部門(Branch)，包括 Health Promotion and Chronic Health Disease prevention、Infectious Diseases Prevention and Control、Strategic Policy, Planning, and International Affairs 及 Health Security Infrastructure，另亦有會計、管理、公共關係及國際合作等行政部門，與衛生部共用並分享資源。其中 Health Promotion and Chronic Health Disease Prevention 部門相當本署業務，下設有 Centre for Chronic Disease Prevention、Centre for Health Promotion、Social Determinants and Science Integration、Canadian Oral Health Advisor 及 Regional Operations 等單

位。



加國三個層級政府---聯邦，省/領土，市(federal, incial/territorial and municipal) 皆含括公共衛生業務，PHAC 與各級政府（省，地區和市級）密切合作，並廣泛與非政府組織，民間社會和企業，與其他國家和國際組織，如世界衛生組織（WHO）建立夥伴關係，以分享專業知識和經驗。

(3) 健康促進中心 Centre for Health Promotion(CHP)

健康促進中心（CHP）的任務為 “To promote health and well-being by influencing and enabling communities and Canadians to increase control over their health and its determinants through leadership,collaboration, innovation and action.”。該中心採用了生命階段 (life stages approach)的觀點，通過公共衛生行動，並將健康的社會決定因素納入政策考量，促使生命各階段皆能健康，該中心提供兒童健康成長、家庭、高齡化和生活方式、健康教育，以及偏遠地區衛生和支持志願部門等相關健康促進計畫。該中心下設 4 個組

- 社區健康組 Healthy Communities Division
- 兒童和青少年組 Division of Childhood and Adolescence
- 老齡化和老年人組 Division of Aging and Seniors
- 健康監測及流病組 Health Surveillance and Epidemiology Division

促進健康中心（CHP）目前工作主要有以下三個重點：

A. Population Health Promotion and Innovation

- Healthy communities (including Age Friendly Communities), mental health promotion and family violence prevention, injury prevention , and the Innovation Strategy which invests in intervention research projects.

B. Children, Seniors and Healthy Development

- Maternal and child health, fetal alcohol spectrum disorder, school health , child right/youth engagement, senior policy

C. Policy, Planning, and coordination

- Planning, performance, business operation, Centre-wide coordination, strategic policy

(4) 慢性病防治中心 Centre for Chronic Disease Prevention

該中心主要負責慢性疾病防治，重點疾病包括世界衛生組織所指出的四大慢性疾病等，該中心之工作在未來三年，優先集中在五個領域努力：

- A. 追蹤趨勢和填補落差 Tracking Trends and Filling Gaps: 該中心因有收集全國各地慢性疾病現況及事故傷害的數據的優勢，故在未來三年將強化疾病監測相關部門更即時及相關的慢性病訊息，以做為政策規劃之參考，另增加自閉症的監測，擴大在精神健康和精神疾病監測工作。
- B. 推動健康體重 Healthy Weights: A Priority for Preventing Chronic Disease : 持續推動健康生活型態，並廣泛的結合民間夥伴，投資支持健康的體重和生活。另透過分建立 best practice，並找出有效的方案與各部門分享，以支持健康生活的動力和熱情。
- C. 針對特定疾病 Targeting Specific Diseases 如糖尿病，癌症，心血管疾病和慢性呼吸系統疾病，進行監測，開發工具，以評估其疾病的風險，並加強在社區層面的疾病預防措施。
- D. 將證據轉化為行動 Putting Evidence into Action: 發展和共享最新、具有實證的慢性病防治知識，及有效之介入措施，並透過科技術，擴大資訊

分享。

E. 繼續支持工作夥伴 Supporting our Workforce。

〈二〉 加拿大公共衛生人力發展

1、背景

加拿大公共衛生署的主要目標之一是建立加拿大的公共健康基礎設施，並加強全國各地的公共衛生。過去十年因發現公共衛生人力有具資格的公共衛生人力不足，公共衛生人力分佈不均(特別是在偏遠地區)，以及人力的專業及訓練不足以因應緊急狀況等問題，故期望透過開發工具，網絡和培訓計劃，培養技術精湛(skilled)，知識淵博(knowledgeable)，有移動彈性(mobile)和合作(collaborative)的永續公共衛生人力，其中公共衛生發展訓練集中在兩個工作重點 1、能力和行動力，2、以證據為基礎的公共衛生實踐。

(1) 能力和行動力(Capacity and capability to act)

加拿大公共衛生人力必須能夠快速回應緊急的公共衛生事件，這需要支持的工具，以確保有效的協調及行動。通過提供最新的培訓和資源，幫助公共衛生服務提供者建立專業能力，並提高加拿大的公共衛生網絡，幫助公共衛生服務提供者跨轄區合作。

(2) 以證據為基礎的公共衛生措施(Evidence-based public health practice)

資訊是公共衛生的起點，是在預防疾病上作出更明智的決策的基礎。透過提供正確的公共衛生的工具，使公共衛生服務提供者能提高資訊收集，共享和使用公共衛生數據，使公共衛生服務提供者能全面了解全國公共衛生現況，並有助於將知識轉化為行動，及形成公共衛生政策。

2、人力訓練發展計畫

為了強化加拿大公共衛生技能，加拿大公共衛生署推動了兩項舉措，一、公共衛生核心競爭力(Core Competencies for Public Health in Canada)，二、線上公共健康技能(Skills Online)。核心競爭力(Core Competencies for Public Health in

Canada)是所有公共衛生提供者(無論提供者之專業領域背景)所需必要的知識(knowledge)、態度(attitudes)和技能(skills)，是強化公共衛生人力的基本能力。在2007年9月，加拿大公共衛生署出版了Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0，以強化公共衛生的核心競爭力。應用這些技能可引導地方規劃以證據為基礎的決策，並保護和維護民眾的健康。技能在線(Skills Online)，是一個網路的持續教育計劃，目的在協助公共衛生服務者發展和加強核心競爭力(Core Competencies for Public Health)。

(1) 公共衛生核心競爭力

總共7大類，36項，分述如下：

A. 公共衛生科學 Public Health Sciences

A.1 Demonstrate knowledge about the following concepts: the health status of populations, inequities in health, the determinants of health and illness, strategies for health promotion, disease and injury prevention and health protection, as well as the factors that influence the delivery and use of health services.

A.2 Demonstrate knowledge about the history, structure and interaction of public health and health care services at local, provincial/territorial, national, and international levels.

A.3 Apply the public health sciences to practice.

A.4 Use evidence and research to inform health policies and programs.

A.5 Demonstrate the ability to pursue lifelong learning opportunities in the field of public health.

B. 評估和分析 Assessment & Analysis

B.1 Recognize that a health concern or issue exists.

B.2 Identify relevant and appropriate sources of information, including community assets and resources.

B.3 Collect, store, retrieve and use accurate and appropriate information on public health issues.

B.4 Analyze information to determine appropriate implications, uses, gaps and limitations.

B.5 Determine the meaning of information, considering the current ethical, political, scientific, socio-cultural and economic contexts.

B.6 Recommend specific actions based on the analysis of information.

C. 政策和計畫制定，實施和評估 Policy & Program Planning, Implementation & Evaluation

C.1 Describe selected policy and program options to address a specific public health issue.

C.2 Describe the implications of each option, especially as they apply to the determinants of health and recommend or decide on a course of action.

C.3 Develop a plan to implement a course of action taking into account relevant evidence, legislation, emergency planning procedures, regulations and policies.

C.4 Implement a policy or program and/or take appropriate action to address a specific public health issue.

C.5 Demonstrate the ability to implement effective practice guidelines.

C.6 Evaluate an action, policy or program.

C.7 Demonstrate an ability to set and follow priorities, and to maximize outcomes based on available resources.

C.8 Demonstrate the ability to fulfill functional roles in response to a public health emergency.

D. 夥伴關係，合作和倡議 Partnerships, Collaboration & Advocacy

D.1 Identify and collaborate with partners in addressing public health issues.

D.2 Use skills such as team building, negotiation, conflict management and group facilitation to build partnerships.

D.3 Mediate between differing interests in the pursuit of health and well-being, and facilitate the allocation of resources.

D.4 Advocate for healthy public policies and services that promote and protect the health and well-being of individuals and communities.

E. 多樣性和包容性 Diversity & Inclusiveness

E.1 Recognize how the determinants of health (biological, social, cultural, economic and physical) influence the health and well-being of specific population groups.

E.2 Address population diversity when planning, implementing, adapting and evaluating public health programs and policies.

E.3 Apply culturally-relevant and appropriate approaches with people from diverse cultural, socioeconomic and educational backgrounds, and persons of all ages, genders, health status, sexual orientations and abilities.

F. 溝通 Communication

F.1 Communicate effectively with individuals, families, groups, communities and colleagues.

F.2 Interpret information for professional, non-professional and community audiences.

F.3 Mobilize individuals and communities by using appropriate media, community resources and social marketing techniques.

F.4 Use current technology to communicate effectively.

G. 領導 Leadership

G.1 Describe the mission and priorities of the public health organization where one works, and apply them in practice.

G.2 Contribute to developing key values and a shared vision in planning and implementing public health programs and policies in the community.

G.3 Utilize public health ethics to manage self, others, information and resources.

G.4 Contribute to team and organizational learning in order to advance public health goals.

G.5 Contribute to maintaining organizational performance standards.

G.6 Demonstrate an ability to build community capacity by sharing knowledge, tools, expertise and experience.

(2) 線上公共衛生技能(Skills online)

大多數的線上公共衛生技能課程大約超過八週時間的課程，並分別在秋季，冬季和春季提供。該課程採用成人學習原則，線上學習方便學習者在辦公室或家中學習，並提供互動討論論壇，由訓練有素的主持人線上指導，回答學習者的問題，提供反饋信息，並鼓勵論壇參與者之間的討論。

線上公共衛生技能課程目前有二種：

A. Self-directed Modules:

- An Introduction to Public Health in Canada
- Introduction to Literature Searching

B. Facilitated Modules

- EPI1: Basic Epidemiological Concepts
- EPI2: Measurement of Health Status
- EPI3: Epidemiological Methods
- APP1: Outbreak Investigation and Management
- APP2: Epidemiology of Chronic Diseases
- APP3: Applied Epidemiology: Injuries
- SUR1: Introduction to Surveillance
- SUR2: Communicating Data Effectively
- STA1: Introduction to Biostatistics

3、現場流行病學培訓 (Field epidemiology training, CFEP)

現場流行病學培訓 (CFEP)課程提供二年的訓練課程，使參與者掌握所需的能力，以應對緊急本地，國家或國際關注的公共衛生問題，其訓練與我國疾病管制署類似。

4、加拿大公共衛生服務 (Canadian Public Health Service, CPHS)

加拿大公共衛生服務(CPHS)係因應省市地方公共衛生需求及支持公共衛生署的任務所建立的公共衛生服務模式。公共衛生署透過僱用和培訓公共衛生人員 (Public Health Officer) 並投放在加拿大各省市，以解決例行的公共衛生和新興及緊急疫情的需求。當 Public Health Officer 被僱用並投放在地方後，即會與他們安置所在的監督員 (supervisor) 協商，制定和實施年度學習計劃，包括在職培訓和專業發展，另也參與任何疾病或疾病相關因素的監測、流行病學分析、流行病準備計畫以及 PHAC 交付的任務與其他培訓。目前加國約有 27 個 Public Health Officer 在各地從事公共衛生服務，每地服務期限為二年，期滿後即再輪放至別處。另亦有少數 CPHS 配對合適的研究所學生到有符合需求的地方公共衛生實習。

〈三〉 加拿大 AC 公共衛生效能之評鑑標準與指標之定義與內涵

1、加拿大評鑑協會(Accreditation Canada, AC)簡介

評鑑(Accreditation)是衛生服務機構的定期和持續檢查和提高他們的服務品質的最有效途徑之一。加拿大評鑑協會(Accreditation Canada, AC)是一個非營利、獨立的組織，該協會並已由 International Society for Quality in Health Care (ISQua) 評鑑通過。Accreditation Canada 提供國內和國際醫療衛生照護機構外部評審(external peer review)，依據卓越標準(standards of excellence)以評估及改善醫療衛生照護機構的服務，該協會透過計畫和指導，已幫助機構促進高質量的醫療衛生服務超過 50 年。

Accreditation Canada 目前已有超過 1,000 個客戶組織，其客戶包括地區衛生局，醫院和社區為基礎的計畫和服務，從私人 and 公共部門，不僅在加拿大，也擴及世界各地。該協會有超過 600 個訪查員(surveyors)，提供 peer review。訪查員皆是經驗豐富的各行專業人士，包括醫生，護士，衛生管理人員和管理員，職業治療師，實驗室的科學家，呼吸治療師，心理學家，社會工作者，和成癮輔導員等。Accreditation Canada 提供以證據為基礎的評鑑計畫(accreditation programs)，評鑑計畫經由醫療專家密切磋商後制定，並以顧客量身訂製其 organizational priorities, comprehensive performance measures, and automated tools for efficient data exchange。

此外，Accreditation Canada 著重病人安全(Patient safety focus)，認為病人安全是 Accreditation Canada 評鑑標準中一個不可分割的組成部分，病人安全可減少機構內發生的不良事件(potential for adverse events)。

2、Qmentum 評鑑

自 2008 年 Accreditation Canada 開始發展 Qmentum 評鑑標準，並取代 AIM (Achieving Improved Measurement)評鑑，成為醫療衛生照護機構品質改善的主要標準。Qmentum 有效提升評鑑成為一項很有公信力的工具，並促使醫療機構有效地使用此評鑑作為其品質發展的路線圖(a roadmap for quality)，並成為

Accreditation Canada 在品質改善中自我承諾的具體成果。

(1) Qmentum 評鑑標準特色

此評鑑標準系設計為一套卓越標準(Standards of excellence)，讓醫療衛生照護機構能”延展”(stretch)以改善其服務品質，並藉由專家的指導及 input 來導入發展，並且定期持續更新以確保其相關與價值 (relevance and value)。其特色包括如下：

- A. 自我評估 (Self-Assessment)：自我評估是一個結構化的過程，幫助機構對照標準評估目前的表現，確定哪些領域需要更詳細的 review 和 follow-up，訂定優先次序，並制定行動計劃，以解決需要改進的地方。
- B. 品質績效路線圖 (Quality Performance Roadmap)：全面記錄每個客戶的評鑑活動和結果，品質績效路線圖幫助機構管理他們的評鑑旅程。
- C. 訂製訪查計劃 (Customized Survey Plan)：為機構訂製訪查計劃並指導實地訪活動。
- D. 優先級的進程 (Priority processes)：找出機構對服務品質具有重大影響的過程或系統，訪查員使用 tracers 評估優先級的進程。
- E. 追蹤(Tracers)：追蹤是用來評估 priority process 的一個 interactive activity，訪查員伴隨著一個工作人員 “追蹤”客戶端的路徑或行政程序蒐集證據，以評估其服務品質。
- F. 實地訪查 (On-site Survey)：實地訪查是訪查員對機構自我識別需要改進的地方，並分享他們的專業知識與機構工作人員討論的機會，根據組織的規模和複雜性，實地訪查可能會持續 3 到 5 天之間。
- G. 評鑑報告 (Accreditation Reports)：在評鑑過程中共有三份評審報告提交給機構，此過程有助於保持一個持續的組織和 Accreditation Canada 的聯繫，並顯示進度。
- H. 評鑑週期 (Accreditation Cycle)：三年為一個週期，並在評鑑過程中確定由調查員團隊進行改進。
- I. 入門評鑑 (Accreditation Primer)：提供新申請評鑑的機構先進入門評鑑，

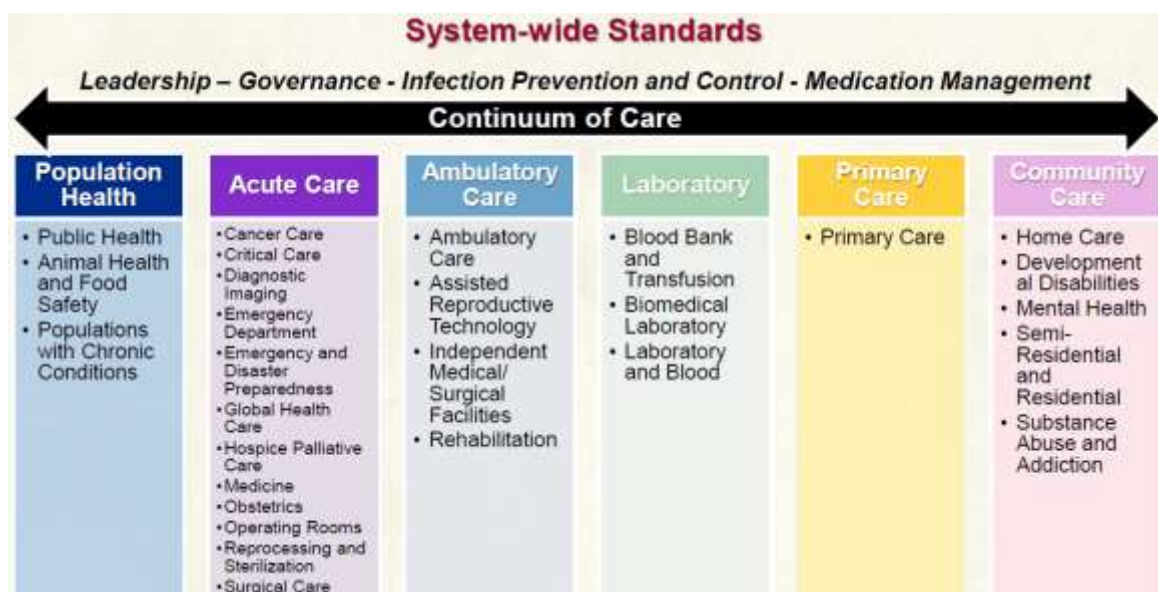
幫助機構初始評估服務品質，建立必要的支持，形成品質改善的基礎，並做為後續實施 Qmentum 的成功基石。

(2) Qmentum 評鑑標準之發展與修正

- A. 文獻研究 the literature and background research
- B. 成立評鑑標準工作小組並發展標準草案 Formation of standards working group and develop draft standards
- C. 評估、先期測試、諮詢及焦點團體 Conduct evaluation: pilot testing, national consultation, and focus groups
- D. 依評估測試結果修正標準 Revise standards based on feedback
- E. 執行評鑑程序 Launch as part of accreditation process

(3) Qmentum 評鑑標準之領域、項目與內容

Qmentum 評鑑標準主要含括三大領域標準(System-wide standards、population-specific standards、service excellence standards)，System-wide standards 包含 Leadership – Governance - Infection Prevention and Control - Medication Management，而 population-specific and service excellence standards address specific sectors, services, conditions, and populations，其主要含括 6 大次領域及項目如下：



(4) 公共衛生服務標準 Public Health Services Standards

Standards for Public Health Services 有發展國內及國際兩套版本，惟皆以五大核心功能：健康評估 Population health assessment、健康監測 Surveillance、健康促進 Health promotion、健康保護 Disease and injury prevention、疾病與傷害預防 Disease and injury prevention 為核心。International Public Health Standards 包含 7 個分段 (Monitoring Trends in Public Health、Engaging Partners and Stakeholders、Having the Right Workforce、Planning and Designing Public Health Policies and services、Delivering Public Health Services、Preparing for Public Health Emergencies、Monitoring the Quality of Public Health Services)。國內版本則發展出 6 個分段(subsection)，17 個 standards、115 個測量項目(criterion)。

此外，各測量項目(criterion)並有對應之品質面向 (Quality Dimensions)及某些測量項目(criterion)亦註記指引(guideline)，以下為對應之 8 大面向，

- A. Population Focus (working with communities to anticipate and meet needs)
- B. Accessibility (providing timely and equitable services)
- C. Safety (keeping people safe)
- D. Worklife (supporting wellness in the work environment)
- E. Client-centered Services (putting clients and families first)
- F. Continuity of Services (experiencing coordinated and seamless services)
- G. Effectiveness (Doing the right thing to achieve the best possible results)
- H. Efficiency (making the best use of resources)

6 個分段及 17 個 standards 詳述如下：

分段 1：建立衛生議題之知識與瞭解 (Building Knowledge and Understanding Health Issues)

Standard 1.0 定期監督衛生狀況，以確定影響人口之衛生議題。(The organization regularly monitors health status to identify health

issues affecting the population.) -下有 9 個測量項目(criterion)

Standard 2.0 設置廣泛的監控系統，以便將公共衛生威脅降到最低。(The organization has a comprehensive surveillance system in place to minimize public health threats.) -下有 8 個測量項目(criterion)

Standard 3.0 具備管理公共衛生數據與資訊之策略、流程與適當資訊科技 (The organization has policies, procedures and the appropriate information technologies for managing public health data and information-下有 6 個測量項目(criterion)

分段 2：創造網絡及動員合作夥伴 (Creating Networks and Mobilizing Partners)

Standard 4.0 來自多重層面之社區夥伴與利害關係人共同集體行動。(The organization involves community partners and stakeholders across multiple levels in collective action.) -下有 5 個測量項目(criterion)

Standard 5.0 與合作夥伴共同研擬並實施公共衛生溝通策略。(With its partners, the organization develops and implements a public health communication strategy.) -下有 5 個測量項目(criterion)

Standard 6.0 與合作夥伴協調，以提供持續易取得之公共衛生服務。(The organization coordinates with partners to deliver continuous and accessible public health services.) -下有 2 個測量項目(criterion)

分段 3：政策研擬及服務設計 (Developing Policy and Designing Services)

Standard 7.0 促成社區中之健康公共政策。(The organization contributes to healthy public policy in the community.) -下有 2 個測量項目(criterion)

Standard 8.0 規劃及設計符合社區健康需求之計畫與服務。(The organization plans and designs its programs and services to meet community health needs.) -下有 7 個測量項目(criterion)

分段 4:任用充份準備及主動積極之員工(Engaging Prepared and Proactive Staff)

Standard 9.0 人員及服務提供者均受過充份教育、訓練、勝任且適格。(The team's staff and service providers are educated, trained, qualified, and competent.) -下有 9 個測量項目(criterion)

Standard 10.0 提昇每位成員之福利與職涯均衡。(The team promotes the well-being and worklife balance of each of its members.) -下有 3 個測量項目(criterion)

分段 5：提供公共衛生服務 (Delivering Public Health Services)

Standard 11.0 於社區中強化並建立足以促進健康生活之能力。(The organization empowers and builds capacity within the community to promote healthy living.) -下有 8 個測量項目(criterion)

Standard 12.0 從事各式疾病與傷害防治活動。(The organization engages in a wide range of disease and injury prevention activities.) -下有 11 個測量項目(criterion)

Standard 13.0 強制執行公共衛生法律及規章，以保護民眾免於健康及安全危害。(The organization enforces public health laws and regulations to protect people from health and safety hazards.) -下有 12 個測量項目(criterion)

Standard 14.0 研擬公共衛生緊急應變計畫，並視需要予以改善。(The organization develops a public health emergency response plan, and makes improvements to it as required.) -下有 9 個測量項目(criterion)

Standard 15.0 協調公共衛生緊急應變。(The organization coordinates public health emergency responses.) -下有 8 個測量項目(criterion)

分段 6：達成正面公共衛生成果（Achieving Positive Public Health Outcomes）

Standard 16.0 採用研究、實證及最佳措施以通知及提昇其服務。（The organization uses research, evidence and best practices to inform and improve its services.） -下有 4 個測量項目(criterion)

Standard 17.0 監督及改善服務品質，俾達成可能之最佳成果。（The team monitors and improves the quality of its services to achieve the best possible outcomes.） -下有 7 個測量項目(criterion)（另國際有 5 個測量項目(criterion)）

(5) 評鑑標準之修正

目前 national public health standards 使用的版本係為 2008 修正之後版本，預計將於 2014 年再次修正，修正的重點有下列：

- A. Language improved – more upstream focus
- B. Use of equity as lens for all service planning and delivery
- C. Similar content grouped and consolidated
- D. Immunization section strengthened
- E. Improved emergency response requirements

(6) 機構必要服務措施 Required Organizational Practices (ROPs)

在 Qmentum program 中，機構必要服務措施 Required Organizational Practices (ROPs) 是以實證為基礎並被強 AC 定義為機構為為達一定品質，必須提供之必要服務措施，機構必須做到位 (in place)，以提高提高病人/客戶端的安全性和風險最小化。AC 自 2004 年開始開發 ROPs，其在病人安全諮詢委員會的領導下，這項工作一直持續到今天。在開發一個新的 ROP 的第一個步驟先收集國家和國際文獻，找出主要病人安全的風險領域和最佳措施 (best practices)，分析病人安全相關的實地訪查結果和達標率 (compliance rates)。ROP 接受廣泛的測試，辦理全國諮詢並接受專家諮詢委員會、客戶組織、訪查員、和其他利益相關者的反饋意見，之後才會被機構使用。ROPs 定期審視並更新，

其中有些 ROPs 因廣泛的實施，亦成為評鑑中之高優先級的標準(high-priority criteria)。

ROPs 共分為六個領域，每個都有自己的目標，具體說明如下：

- 安全文化 SAFETY CULTURE: 創建一個組織內的安全文化
- 溝通 COMMUNICATION: 改善服務提供者溝通的有效性及協調
- 用藥 MEDICATION USE: 確保高風險藥物的安全使用
- 工作生活/人力 WORKLIFE/WORKFORCE: 創建一個工作環境，能支持服務的提供服務
- 感染控制 INFECTION CONTROL: 降低提供醫療照護相關照護及服務之感染風險
- 風險評估 RISK ASSESSMENT: 找出可能之安全風險

〈四〉 Qmentum 公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節

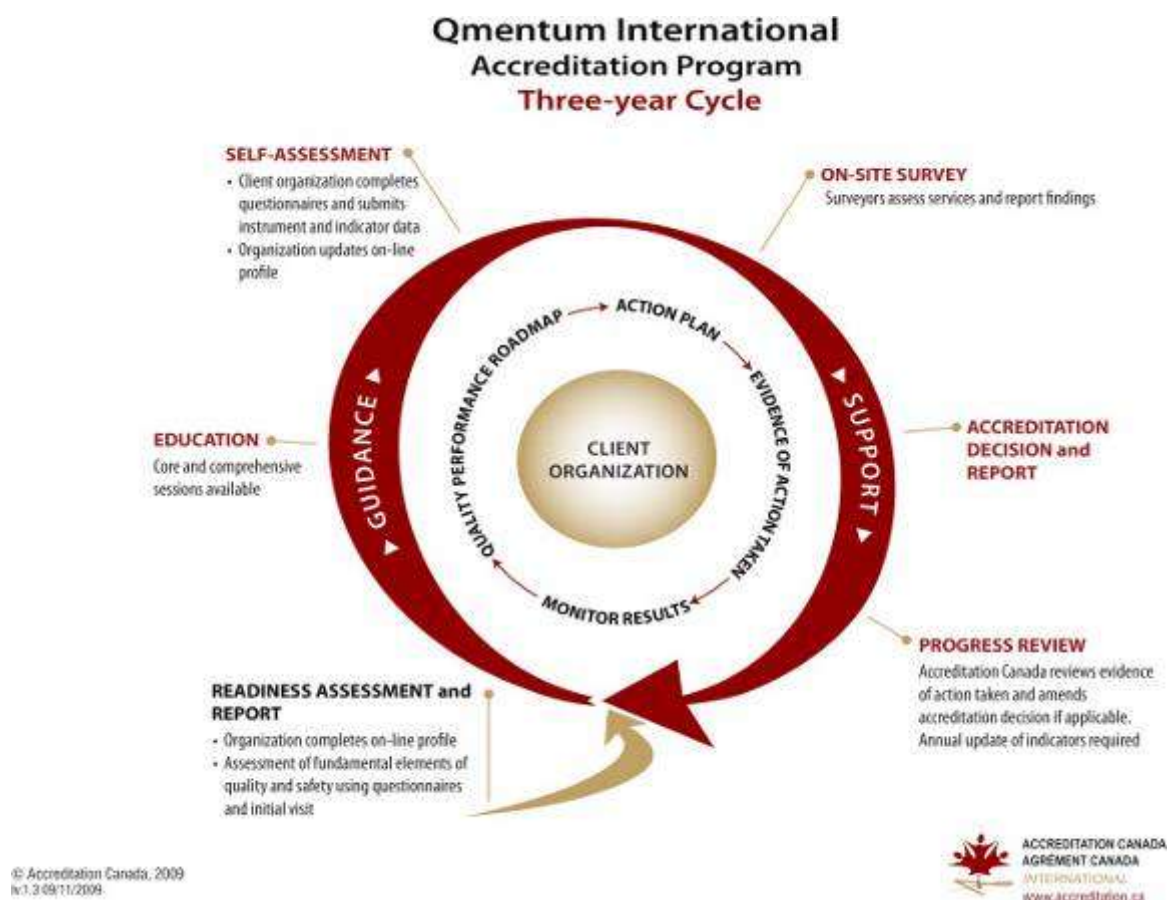
1、 評鑑過程及方式

申請 Qmentum 評鑑，機構可先申請加入成為 Accreditation Canada 的會員，Accreditation Canada Specialists 提供多項客製化教育訓練課程(需付費)，使機構逐步學習了解整個評鑑過程，另外 Accreditation Canada 亦有線上(Portal)，可提供機構 online access to the standards and login information。

Accreditation Canada 評鑑之流程，其國內及國際評鑑計畫之流程相仿，下圖係為 Qmentum International Accreditation Program 之流程，機構一旦成為成客戶後，AC 訪查員在 1 - 2 個月後，先開始進行就緒評估 (Readiness Assessment)，評估後，客戶會收到一份全面報告(Report)，包括風險評估(risk assessment)，品質改進計劃(quality improvement plan)和行動計劃(action plan)，指導他們的認證過程。之後 4 - 6 個月之間，AC 提供評鑑教育訓練(Education)，之後在 7 - 17 個月之間協助機構完成在線自我評估問卷(self-assessment questionnaires online)，並發送全體員工病人安全調查問卷(patient safety survey questionnaire)，收集和使用

品質指標數據(performance indicator)，完成其品質績效路線圖(quality performance roadmap)。大約 12 個月後，一些機構善用模擬訪查，在模擬訪查，訪查員進行樣品的追蹤和其他訪查活動，準備機構評審訪查。實地訪查大約在 18 個月左右。經訪查，該機構收到一份全面的報告和評審決定(accreditation decision and report)，通過評鑑後，為持續進行品質改善，該機構需要在往後 18 - 36 個月，每年提交績效指標數據，以做為是否修正評鑑結果的依據(progress review)。

而 Qmentum 評鑑詳細之步驟與內容因與入門評鑑 Accreditation Primer 類似，請參閱稍後說明入門評鑑 Accreditation Primer 之步驟與內容。



2、 評鑑的決定與結果

參與的 Qmentum 評鑑的機構，依照 Accreditation Decision Guidelines(如下圖所示)，並根據下列三個主要領域表現來判定結果：

- ☐ Meeting the requirements outlined in the standards

- Achieving applicable Required Organizational Practices (ROPs)
- Attaining the minimum number of responses from their staff on survey instruments for worklife quality and patient safety culture



ACCREDITATION DECISION GUIDELINES (2012)

The Accreditation Decision Guidelines are the business rules used to calculate a client organization's accreditation decision.

An organization's decision is based on its compliance with the standards and achievement of high priority criteria, Required Organizational Practices (ROPs) tests for compliance, and survey instrument sample size thresholds, as per the chart below.

For example: If an organization met 89% of high priority criteria, met all tests for compliance, and met the instrument thresholds, it would be Accredited with Commendation.

DECISION LEVELS	HIGH PRIORITY CRITERIA*	ROP TESTS FOR COMPLIANCE	INSTRUMENT THRESHOLDS
Accredited with Exemplary Standing	Met 95% or more in each group	Met all tests	Met
Accredited with Commendation	Met 85% or more in each group	Did not meet one major test	Met
Accredited	Met 70% or more in each group	Did not meet two or more major tests	Not met
Not Accredited	<ul style="list-style-type: none"> Met less than 70% of high priority criteria in one or more sets of standards AND Met less than 80% of all criteria <p><i>Not Accredited organizations have the opportunity to improve their decision by undergoing a focused visit, following which the decision will be recalculated.</i></p>		

* Based on the percentage of high priority criteria met in any one of the following groups of standards: Governance + Leadership (formerly Effective Organization); Managing Medications + Infection Prevention and Control; and applicable service excellence standards.

Note: Accreditation Decision Guidelines for clients in the joint CQA program are also available.

(1) 國內評鑑結果有以下四個等級：

- 評鑑優等 Accredited with Exemplary Standing：The organization attains the highest level of performance, achieving excellence in meeting the requirements of the accreditation program.
- 評鑑甲等 Accredited with Commendation：The organization surpasses the fundamental requirements of the accreditation program.
- 通過評鑑 Accredited：The organization succeeds in meeting the fundamental

requirements of the accreditation program.

- 未通過評鑑 Not Accredited : The organization needs to make significant improvements to meet the requirements of the accreditation program.

此外，通過上述層級的組織每三年尚需經過實地訪查(on-site survey)，以檢視是否有違反 AC standards.

(2) 國際評鑑有以下三個等級

- 金獎 Gold :
addresses basic structures and processes linked to the foundational elements of safety and quality improvement
- 白金獎 Platinum
builds on the elements of quality and safety, and emphasizes key elements of client-centred care, creating consistency in the delivery of services through standardized processes, and involving clients and staff in decision making
- 鑽石獎 Diamond
focuses on the achievement of quality by monitoring outcomes, using evidence and best practice to improve services, and benchmarking with peer organizations to drive system-level improvements

〈五〉 入門評鑑 **Primer Accreditation** 之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節

入門評鑑 Primer Accreditation 是一個為醫療衛生照護機構踏上服務品質評鑑旅程的第一步。主要是針對 Accreditation Canada 新的客戶機構，Accreditation primer 協助並帶領機構進入評鑑的旅程。這是機構一個機會與 AC 共同合作，建立進行評鑑所需的支持結構與過程。

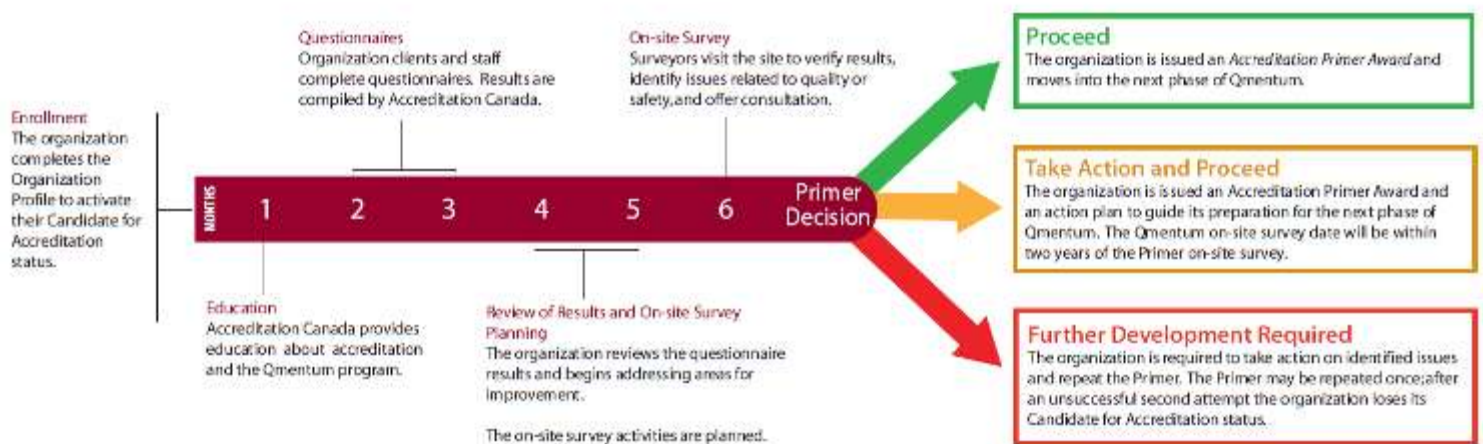
1、Primer Accreditation 評鑑流程

下圖為 primer Accreditation 之流程，整個 Primer Accreditation 進行的時程

約為 6 個月左右，從開始進入(enrollment)後需完成機構基本資料，第 1 個月進行教育訓練(education)，第 2-3 個月進行機構及員工問卷填列(questionnaire)，第 4-5 個月審查問卷結果找出需品質改善之領域並同時規劃實地訪查(review of results and on-site survey planning)，第 6 個月進行實地訪查(on-site survey)並做成評鑑決定(有 proceed, take action and proceed, further development required 三種結果)，成功完成 Primer 評鑑可收到 Accreditation Primer Awards，該效期為二年，並預期繼續進階至 Qmentum 評鑑。

PRIMER ACCREDITATION

Once Primer accreditation is granted, it is in effect for a maximum of two years.



2、步驟及內容

(1) 進入 primer Accreditation 及開始準備

機構需指定一位評鑑協調員(Accreditation Coordinator)並召集一個工作團隊 (Accreditation Primer Team)，此時 AC 會提供機構一組帳號及密碼之網路平台(Organizational Portal)以做為日後溝通連繫及使用 AC 線上資源等，另外機構基本資料及工作團隊之名單皆上至 Organizational Portal。

(2) 進行機構及員工問卷填列

採抽樣方式詢問機構具代表性的現有客戶，患者或居民的觀點對於目前該機構提供服務之項目，如管理、感染控制、環境、提供者的能力和用藥管理等服務狀況，樣本越大，對於機構目前提供的服務品質的狀況會有更多資訊。詢

問完並直接將回卷寄回 AC。以下是問卷範例。

A sample client questionnaire:

Topic Area and Question		Yes	No	N/A
Access to Services				
1.	I am able to access the care or services I need, when I need them.			
2.	When there are delays in receiving care or services, I am told how long I would have to wait.			
3.	When I need other health services, I am told about what's available and who to contact.			
Client Centred Care				
4.	The people who provide my services are respectful and caring.			
5.	The people who provide my care and services help me understand my condition and my options for care or treatment.			
6.	The people who provide my care or services answer my questions and provide information when I need it.			
7.	When I need help to understand language or other information about care or services, it is given to me.			
8.	The people who provide my care or services involve me to make decisions about my care or services.			
9.	The people who provide my care or services make sure I agree before starting any treatments or medical procedures.			
10.	The people who provide my care or services help me learn how to safely care for myself.			
Provider Competency				
11.	I feel confident in the abilities of the people who provide my care or services.			
12.	I feel well-cared for by the people who provide my care or services.			
Medication Management				
13.	The people who provide my care or services ask what medications I am taking.			
Physical Environment				
14.	The place where I receive care and services is clean and comfortable [If services provided at home, check 'not applicable']			
15.	I feel safe at the place where I receive care or services [If services provided at home, check 'not applicable']			
Infection Prevention and Control				
16.	People who provide my care or services wash their hands or wear gloves before giving me medical care or treatments.			
17.	People who provide my care or services talk to me about preventing infections, such as hand washing and coughing into my sleeve.			

此外亦以匿名方式詢問機構員工在各種不同的主題，如評鑑的了解與經驗，以及機構的資源和能力，以及有關病人安全，感染控制，應急準備及競爭力等之問題，員工來自機構內各個部門，並單獨和匿名完成 30 分鐘左右的問卷。

A sample organization questionnaire:

Question	What is your experience?			Can't answer?
1. Has your organization participated in the accreditation before?	My organization has little or no experience with accreditation.	My organization has participated in accreditation or certification programs (e.g. ISO)	My organization has participated in Accreditation Canada accreditation before.	<input type="checkbox"/> This question does not apply to my organization. <input type="checkbox"/> This question does not apply to my own work. <input type="checkbox"/> I do not understand the question. <input type="checkbox"/> I don't know the answer to this question.
2. Have you received any education about accreditation?	This is my organization's first opportunity to receive education on accreditation.	My organization has had some education about accreditation, but more is needed.	My organization has received a lot of education about accreditation.	<input type="checkbox"/> This question does not apply to my organization. <input type="checkbox"/> This question does not apply to my own work. <input type="checkbox"/> I do not understand the question. <input type="checkbox"/> I don't know the answer to this question.
3. Is there someone at your organization who will coordinate the Primer process?	My organization has not identified anyone who is responsible for coordinating the Primer process.	There are several people involved in coordinating the Primer process, but it is not clear who is responsible.	My organization has identified a single person responsible for the Primer process (an accreditation coordinator).	<input type="checkbox"/> This question does not apply to my organization. <input type="checkbox"/> This question does not apply to my own work. <input type="checkbox"/> I do not understand the question. <input type="checkbox"/> I don't know the answer to this question.
4. Does your organization provide education and training to prepare staff for quality improvement activities?	The organization does not provide education on quality improvement, performance management, or the benefits of accreditation.	The organization provides education to all staff on some but not all of the following topics: principles of quality improvement, performance management, and the benefits of accreditation.	The organization provides education to all staff on all of the following topics: principles of quality improvement, performance management, and the benefits of accreditation.	<input type="checkbox"/> This question does not apply to my organization. <input type="checkbox"/> This question does not apply to my own work. <input type="checkbox"/> I do not understand the question. <input type="checkbox"/> I don't know the answer to this question.
5. Has the organization developed an action plan to achieve accreditation?	The organization has not yet developed an action plan.	The organization has developed an action plan that contains timelines for the self-assessment and on-site survey processes.	The organization's has a communication strategy to communicate the action plan to all staff.	<input type="checkbox"/> This question does not apply to my organization. <input type="checkbox"/> This question does not apply to my own work. <input type="checkbox"/> I do not understand the question. <input type="checkbox"/> I don't know the answer to this question.

AC 依據機構客戶、員工問卷結果，完成品質績效路線圖(Quality Performance Roadmap)，並呈現在門戶網站上。並且用綠色，黃色，紅色的 FL AGS 分類顯示那些領域是強項，那些需要改善的項目。綠色項目表示表現不錯的項目，但黃色及紅色的項目即是要注意加強及改善的項目，Accreditation Primer team 根據這些顏色結果，決定那些項目需要改善，並制定行動計畫(action plan)及排定優先順序，以解決問題。

(3) 規劃實地訪查

實地訪查草案 (有詳細的時間表)，大約在進行實際訪查前 2 個月完成，經與 Accreditation Coordinator, Accreditation Specialist, and the surveyors 討論後，約在實地訪查前 2-3 星期抵定。AC 採用自動化實地訪查計畫設計，將機構的輪廓（結構，的位置，大小，數量的規劃和提供服務的類型）及其採取的 action plan, 完成實地訪查計畫，並由 Accreditation Specialist 交給機構 Accreditation Coordinator 並共同討論修訂。之後在實地訪查前，由 Accreditation Specialist 規劃一個電話會議，讓 Accreditation Specialist、Accreditation Coordinator 及 on-site surveyors teams 有一個機會審查實地訪查計畫，並確認訪查相關細節。電話會議大約前在實地訪查前 6 個星期辦理。

(4) 實地訪查

實地訪查由 AC 指派之 2-3 位訪查員 (Surveyors) 來進行，訪查員是機構外部醫療衛生相關或社會服務等專業人士，訪查員觀察和評量(evaluate)機構的基本要件及服務品質，實地訪查是一個機會，為機構與訪查員討論機構自我診斷需改善的領域及其進步情形，訪查員亦分享他們的專業。一次實地訪查通常三天左右。

此外，在實地訪查中特別關注機構的優先級的進程(Priority processes)，因為 Priority processes 是對機構服務品質改善有最大影響的領域，訪查員評估(evaluate)機構是否有遵照 Priority processes 以符合標準 (compliance with the standards)，並運用互動的方法--追蹤(tracer)來收集資訊及驗證(validation)。所謂追蹤(tracer)包括四種活動:1 審讀文件 2 聽與說 3 觀察 4 紀錄，也就是訪查員審讀機構之文件，與其員工、家人、客戶、利害關係人等交談並聆聽，觀察機構提供服務等之過程及程序，最後紀錄所聽、所看及所讀。訪查員獨立執行追蹤(tracer)。同時訪查員可與機構進行討論與意見交流，或請 Accreditation

Coordinator 澄清疑問及提供資料。實地訪查最後一天，訪查員們會合力完成訪查項目，並逐項打分數，最後在個項目標記“in place”“in development” or “not in place”，並寫下意見後完成訪查報告。

在 Primer 進行實地訪查時，訪查員提供諮詢意見和見解，這對機構是非常有用的，並據此做為機構品質改進的努力。繼入門實地訪查，客戶機構收到一份報告，概述其服務強項及需要改進的地方，這些成為準備 Qmentum 評鑑的基礎。

(5) 評鑑決定

根據訪查員的報告及先前機構及員工問卷調查的結果，AC 有以下三種決定

- A. proceed—得到 Accreditation Primer Award，並可進入 Qmentum 評鑑。
- B. take action and proceed—得到 Accreditation Primer Award，但需要對紅、黃標誌的項目提出改善方案
- C. further development required—沒有通過。

〈六〉 參訪通過 Accreditation Canada 評鑑之東安大略省衛生單位 (Eastern Ontario Public Health Unit, EOHU)

EOHU 是安大略省之官方公共衛生單位（全省共有 36 個），負責提供民眾健康促進以及疾病防治之公共衛生服務，亦為接受 Accreditation Canada 評鑑之機構中，評等層級最佳(評鑑結果為優等 Accredited with Exemplary Standing)單位之一。

身為 EOHU 的最高領導人 Dr. Paul Roumeliotis, Medical Officer of Health and Chief Executive Officer, 向我們介紹在安大略省公共衛生是衛生體系(health system)的重要部分，透過健康促進和預防疾病，與其他服務共同協助民眾保持健康，並在人們生病時，提供良好的醫療照護。另外亦說明因公共衛生其具有預防的本質，所以民眾往往在不知情的狀況下，並不會特別注意公共衛生的介入措施。然而，公共衛生對促進整體人口的健康是非常重要的工作，並且亦是能造成改善民眾健康最重要的措施，如兒童疫苗接種、傳染病控制、食品安全處理措施、生殖健康及慢性疾病防治（如通過煙草控制）等。因做的好，可減少民眾對醫療的需求。Dr. Paul

Roumeliotis 並指出在該地區，最不健康的 5%的民眾使用了 75%的醫療照護資源，這個數據顯示非常小部分(極不健康)的民眾使用了大部分的醫療照護資源，而這個狀況應該是衛生單位透過公共衛生作為儘可能將最不健康民眾的比例控制住，不再擴大才是。Dr. Paul Roumeliotis 說明公共衛生體系是結合政府機構、非政府組織和社區組織等各種夥伴角色，並聯繫省、市和聯邦各層級的合作。

在參訪中，Dr. Paul Roumeliotis 堅定地帶領其團隊，並利用數據分析，找出該地區的挑戰及需改善之服務，以強而有力的夥伴關係，與社區團體和機構合作，如建立 Community Partner Focus Group 機制，讓所有參與公共衛生服務之夥伴能了解當地的狀況並有一致的目標與協同之行動，再者亦利用數據分析，致力於因解決社會決定因素(social determinants of health)所造成的健康不平等。此外 EOHU 對於員工教育訓練與培訓相當重視，並創造一個非常良好的職場工作環境。最特別的是 Dr. Paul Roumeliotis 發揮其本身為 health communication 專業背景，不管是對醫療專業人員或是對民眾，皆發展獨特之 user friendly 及專業之教育訓練或民眾宣導之教材供使用，也透過電視、報紙、手機等媒體管道，強力放送。在整個參訪過程，我們看到 EOHU 整個團隊對於能參與評鑑並得到優等，感到非常欣慰，團隊人員亦一致認為評鑑對品質改進（ Quality Improvement ）有非常大之助益。

參、心得與建議

藉由此次深入研習美國及加拿大兩國之公共衛生效能評鑑，提出以下心得與建議：

一、經由一外在、獨立、經過授權之評鑑機構，如本次研習之美國 PHAB、加拿大 Accreditation Canada，以評估公共衛生部門或健康照護機構是否符合一套著重於結構面、過程面及結果面之明確標準，對於增進衛生部門提供照護之品質、增進衛生部門對品質的注意、促進衛生部門內建構著重品質之團隊、以及對職員提供有關品質之教育訓練工具，確實提升衛生部門的服務品質與績效。

二、雖然美加各別評鑑系統略有不同，但皆具評鑑計畫所具有的共通特性如下：建立提供評鑑及形成標準之調控組織、建立並運作獨立於政府部門之計畫、於評鑑計畫中含有組織合作〈而非彼此競爭〉之精神、藉由實地訪視以評價與標準之符合程度、形成多領域之標準、於標準發展及評價〈調查〉健康照護組織時，皆有健康照護相關專家的參與、於實地訪查審查後有正式的意見回饋、於審查後有系統性的後續行動、授予之評鑑認證有一定之效期。此外，兩國之系統皆運用線上資訊系統來處理文件，以增加評鑑過程的資料效能。

三、美國 PHAB 之特色：

（一）標準與測量項目，涵蓋了公衛部門實踐公共衛生三大核心職能與十大基本服務應包含之廣泛的功能及能力，針對結構面、過程面及結果面都有相關之測量項目與以對應。PHAB 標準與測量項目的用意並非在於規範衛生部門應以何種形式或方法來符合特定的測量項目；相反的，各項標準、測量項目和應繳文件的焦點，在於衛生部門提供之衛生服務和活動的「內容」，以及衛生部門以哪些「方式」或透過哪一種組織架構或安排，提供衛生服務和活動。因此，在衛生部門依各項測量項目之需求文件指引準備文件的過程中，促使衛生部門持續的將組織之能力建構納入其政策內涵，亦將促使衛生部門瞭解其各項不足並引導其尋求改善措施，因而將品質促進內化到組織的各層面中。

（二）特別強調申請前之步驟：要求提交意向聲明，藉以確定治理層及相關主管之支持；要求評鑑協調員及衛生主管完成線上概況需知，藉以提供有關 PHAB 評鑑系統〈包括評鑑流程及標準與測量項目〉之知識基礎；亦提供評鑑前置準備檢查清單供欲申請評鑑之衛生部門自我檢核，該清單涵蓋欲通過評鑑所

需之各項條件，可讓衛生部門於正式申請評鑑前，了解其應充實並加強改善的部分，並預先進行修正或篩選每一測量項目所需之證明文件，以免在正式申請評鑑後，未能於規範的時程內達到評鑑要求。舉例來說，申請單位必須自獲得提交文件之權限日起 12 個月內，上傳所有證明文件。若衛生部門於此時才仔細研究各測量項目之內涵與所需文件之要求，很可能來不及於 12 個月內提交所有證明符合各測量項目之文件。又以奧克拉荷馬州衛生署為例，其約僅花 1 個月時間，便完成此步驟，雖然可能與其曾參與 beta 測試有關，但若非其於申請前步驟即完成相關文件之準備，實不可能以此速度完成該文件提交作業。

- (三) 所研發之線上評鑑資訊系統(e-PHAB)功能強大，該系統為一無紙化評鑑作業線上資訊系統，從一開始申請作業及後續完成文件及報告等之提交作業，e-PHAB 係評鑑過程中所有步驟的中央資料庫，可用以遞送、接收相關文件與報告（意向聲明、申請、文件提交、年度報告等皆於此系統進行）。該系統避開了實體文件傳遞所需耗費的時間、金錢及文件遺失之風險，並且以清晰的系統架構，允許多人分工進行文件傳遞、審核。對於實地訪視委員而言，亦能讓其有效率的審閱文件、避免遺漏文件、彼此溝通。

四、加拿大 Qmentum 評鑑特色：

- (一) 加國之自我評估問卷，給衛生部門之客戶及員工以線上填答，並以選擇題作答方式，淺顯易做答，員工較易完成，並且可一開始即讓員工參與並提供 input。
- (二) 加國在 on-site-visit 使用 priority processes 及 tracers 方式，針對重點項目進行審視，此方式可特別對擬重點改善項目加強審視，可做為設計我國評鑑流程之參考。

五、透過參訪接受評鑑衛生部門，實地感受到經由自我審視(self-examination)及外部審視 (examination by a third party)，評鑑使所有與衛生部門有業務相關之內外部 stakeholders 對於所提供民眾之服務及品質能有共識，並會對衛生部門原本自認為已經做的很好的地方予以檢視並回饋，整個過程會使衛生部門發掘可改進之處，是一個持續品質改善的過程，雖然非常辛苦，但回頭看卻是值得的。

六、評鑑是一個好的機會對衛生部門的能力做關鍵檢視，不僅審視內部的政策

(internal policy) 並且看清部門內做的每件事，引導找出是否有一些領域需要調整組織架構並重規劃其需要資源，可使衛生部門專注在衛生部門之核心任務及優先事項，並且提供標準化。

七、衛生單位通過評鑑的結果，亦可讓衛生部門之員工及所有 stakeholders 對衛生部門提供公共衛生服務有一定的肯定。再者，對爭取預算亦有幫助。

八、在研習兩國之公共衛生效能評鑑之同時，亦介紹台灣健康促進系統與成果，增進國外人士對台灣衛生體系發展水準之了解，加國衛生部、評鑑協會、美國公共衛生評鑑委員會及奧克拉荷馬州衛生署等均表示非常希望有機會到台灣做進一步的相互學習，達到交流目的。

九、最後，感謝美國 PHAB、加拿大 Accreditation Canada 及我駐加代表處用心安排此次研習行程。扣除搭機等交通時間，雖然研習的時間不長（美國約三天半，加拿大三天），但卻參訪了 10 個單位，且多達 40 多位單位代表及人員接待及訪談（參訪單位及人員名單如附錄 2），其中 PHAB 之執行長 Dr. Kaye Bender 皆全程陪同，使我們實際瞭解評鑑標準與指標之定義與內涵、公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節、評鑑資訊系統之建立與運作，以及參訪實際接受評鑑之衛生單位之實務經驗，在此對上述單位及人員熱情之接待、貢獻與協助，致上誠摯的謝意。

肆、附錄

一、附錄 1—參訪照片

	
拜會 Accreditation Canada	拜會 PHAC，了解加拿大公共衛生體系
	
拜會 PHAC，簡介本署業務	拜會 PHAC，了解加拿大健康促進業務
	
拜會加拿大公衛人力發展中心	了解加拿大公衛人力培訓
	
拜會 EOHU，簡介本署業務	拜會 EOHU，進行雙邊業務交流



由 EOHU 人員帶領進行伸展運動



參訪 EOHU 各單位



EOHU 專屬之錄音室



EOHU 之多媒體製作電腦



Dr. Paul 介紹 EOHU 研發之多媒體



於 EOHU 合影



參訪 PHAB，與 Dr. Bender 討論



於 PHAB 合影



拜會 OSDH，與其各領域領導者會談



拜會 OSDH，合影留念



OSDH 哺集乳室一隅



參訪 OSDH 各單位



拜會 OCCHD，與其各領域領導者會談



拜會 OCCHD，與其各領域領導者合影



OCCHD 之教學用廚房



OCCHD 員工健身房

二、附錄 2—參訪單位及人員名單

美國部分

姓名	單位	職稱
Dr. Kaye Bender	Public Health Accreditation Board	President & Chief Executive Officer
Hank Hartsell	Oklahoma State Department of Health	Deputy Commissioner of Protective Health Services Division
Toni Frioux	Oklahoma State Department of Health	Deputy Commissioner of Prevention and Preparedness Services Division
Neil Hann	Oklahoma State Department of Health	Assistant Deputy Commissioner of Community & Family Health Service Division
Mark Newman	Oklahoma State Department of Health	Director of Office of State and Federal Policy
Dr. Cagle	Oklahoma City-County Health Department Board	Chairman
Gary Cox	Oklahoma City-County Health Department	Director of Oklahoma City-County Health Department
Joyce Marshall	Oklahoma State Department of Health	Director of Office of Performance Management
Jackie Shawnee	Oklahoma City-County Health Department	Chief of Communications and Community Relations Division
Robin Wilcox	Public Health Accreditation Board	Chief Program Officer
Mark Paepcke	Public Health Accreditation Board	Chief Administrative Officer
Teddi Nicolaus	Public Health Accreditation Board	Communications Manager
Jessica Kronstadt	Public Health Accreditation Board	Director of Research and Evaluation
Kristy Bradley	Oklahoma State Department of Health	Director of Office of the State Epidemiologist
Kelly Baker	Oklahoma State Department of Health	Director of Center for Health Statistics
Scott Sproat	Oklahoma State Department of Health	Director of Emergency Preparedness & Response Service
Leslea Bennet-Webb	Oklahoma State Department of Health	Director of Office of Communications
Don Maisch	Oklahoma State Department of Health	General Counsel of General Counsel Division
Debbie Boyer	Oklahoma State Department of Health	Director of Office of Human Resources
Malinda Douglas	Oklahoma State Department of Health	Senior Epidemiologist of Office of the State Epidemiologist
VaLauna Grissom	Oklahoma State Department of Health	Board of Health Secretary of Board of Health

姓名	單位	職稱
Alicia Plati	Oklahoma City-County Health Department	Director of Planning & Development
Patrick McGough	Oklahoma City-County Health Department	Director of Clinical Services Division
Dr. Boatright Daniel T	University of OK, College of Public Health	Senior Associate Dean Professor

加拿大部分

姓名	機構	職稱
Martin Méthot	Public Health Agency of Canada	Director of Global Health Partnership and Outreach Division, Office of International Affairs for the Health Portfolio
Russell Mawby	Public Health Agency of Canada	Executive Director for the Centre for Public Health Capacity Development
Sébastien Audette	Accreditation Canada International	Chief Executive Officer
Dr. Paul Roumeliotis	Eastern Ontario Health Unit	Medical Officer of Health & Chief Executive Officer
Vivian Ellis	Public Health Agency of Canada	Special Senior Advisor to the Director General, Center for Health promotion
Anne Francis	Public Health Agency of Canada	Acting Executive Director Policy, Planning and Coordination Division, Center for Health Promotion
Rita Gratton	Public Health Agency of Canada	Senior Program Advisor, International Visits and Protocol, Global Health Partnership and Outreach Division
Jocelyne Galloway	Public Health Agency of Canada	Director of Field Service, Training and Response Division
Dr. Sajid Ahmed	Accreditation Canada International	Accounts Manager
Lacey Philips	Accreditation Canada	Manager of Program Development
Teagan King	Accreditation Canada	Accreditation Product Development Specialist of Program Development
Julie Langlois	Accreditation Canada	Accreditation Specialist of Client Engagement
Katerina Tarasova	Accreditation Canada International	Director of Program and Market Development
Giselle Geha	Accreditation Canada International	Project Officer of Program and Market Development
Petra Hudakova	Accreditation Canada International	Project Officer
Patt í Gauley	Eastern Ontario Health Unit	Director of Health Promotion and Prevention
Suzanne Ross	Eastern Ontario Health Unit	Senior Director of Administration and Operations
Sandra Labelle	Eastern Ontario Health Unit	Manager of Continuous Quality Improvement Chief

