

恢复能力 城市记分卡

2020年4月

公共卫生系统恢复力附录

咨询版本 2.0



城市恢复能力记分卡：公共卫生系统恢复力 - 附录

UNDRR的[《城市恢复力记分卡》](#)（“记分卡”）中的一个已知问题是，公共卫生问题和灾难后果并未得到充分重视。虽然记分卡涵盖了医院服务能力以及结构和非结构安全等更明显的卫生因素（在元素8下有解释说明 - 参见下文），但其他与灾难有关的公共卫生问题却未得到很好的解决。在联合国世界卫生组织（WHO）及其合作伙伴的支持下，由UNDRR发布的本附录旨在对记分卡进行补充。该附录应与UNDRR记分卡和WHO的[紧急卫生和灾害风险管理（Health EDRM）](#)框架结合使用。

此处使用的“公共卫生问题”一词涵盖了紧急情况 and 灾难对人口健康的普遍影响。这些可能包括：

- 不可避免的事件（例如，疾病暴发或流行病、干旱、地震、洪水、龙卷风、饥荒、火灾、空气污染高峰）；
- 灾难的即时后果（例如，重大人员伤亡、人身伤害、疾病和心理健康影响）；
- 会对健康造成风险和影响的灾害的间接后果（例如，营养不良，卫生系统受损引起的水传播疾病暴发，生计中断，疫苗接种计划中断，长期心理影响，非传染性疾病发病率增加或因长期居住在临时住所而产生的多方面影响）；
- 已存在健康问题的个人的医疗服务中断（例如，无法获得治疗慢性病的药物，或者长时间停电使家用透析机或电动轮椅无法使用）；
- 灾难后弱势人群的需求考虑（例如，贫困群体、非常年轻的残疾人、老年人、妇女）；
- 城市卫生系统（大致设想-见下文）兼顾处理这些问题，并同时继续执行其日常职能的能力，即照顾病人和伤患以及大幅度减轻公众健康风险。

“公共卫生系统”一词包括但不限于卫生EDRM框架附件2中列出的所有项目，以及一些其他项目。例如：

- 保健服务；
- 医院；
- 住宅设施和疗养院；
- 社区卫生诊所，家庭医生办公室和门诊设施；
- 心理健康设施；
- 公共部门卫生部门；
- 疾病监测系统；
- 卫生实验室设施；
- 制药和医疗器械及设备的供应和分配系统；
- 环境卫生系统（例如专门针对有害物质的）；
- 水和卫生系统；
- 食品分配和安全系统；
- 社区信息，预约和外展流程及设施；
- 应急管理控制中心；
- 医疗保健可能严重依赖的非医疗系统 - 能源、水、通讯、道路、社区意识等（有关信息，请参阅UNDRR城市记分卡）；
- 管理和操作上述所需的所有卫生和其他人员、志愿者、资产、设施设备和防护设备

对卫生系统的更广泛解释包括旨在促进、恢复和/或维持健康的所有活动。因此，它可以包括卫生和其他部门的人员、机构和资源。该城市记分卡和本附录可用于解释所有部门对改善由灾害引发的健康问题的贡献。

此版本的公共卫生系统恢复力附录是基于2018年7月发布的参考版本1.0而建立的。

公共卫生系统恢复力评估的结构

附录的各个部分都是围绕“[城市恢复力建设的十大要素](#)”而展开的，与记分卡相同。其不可避免地与第8要素中的医院覆盖范围和食品分配重叠，因此可以将之看作是对这些内容的扩展。

- 公共卫生和治理的整合（第1要素）；
- 公共卫生和灾害情况的整合（第2要素）；
- 公共卫生和财政的整合（第3要素）；
- 公共卫生与土地使用/建筑法规的整合（第4要素）；
- 影响公共卫生的生态系统服务管理（第5要素）；
- 公共卫生和机构能力的整合（第6要素）；
- 公共卫生和社会能力的整合（第7要素）；
- 公共卫生和基础设施恢复力的整合（第8要素）；
- 公共卫生和灾害应对的整合（第9要素）；
- 公共卫生和恢复/更好重建的整合（第10要素）。

总计有23个问题/指标，每个问题的分数为0-5，5为最佳表现。

分析所需数据

完成此附录所需的数据将包括：

- 公共卫生系统容量，利益相关者，计划和程序文件；
- 紧急管理计划和程序文件；
- 公共卫生基础设施（见要素8）；
- 有关先前灾难的医疗保健结果的数据（若有）；
- 人口数据，包括弱势人群的数据；
- 有关系统容量和有效性的社区反馈以及专业反馈。

致谢

UNDRR特此感谢为本附录做出贡献的人：

- 安倍良子博士，国分工业株式会社国际总部可持续发展策略师
- 乔纳森·亚伯拉罕斯，世界卫生组织突发卫生事件项目
- 桑贾娜·金塔拉普迪，IBM业务转型顾问
- 乔恩·菲利浦伯恩，AECOM美洲气候适应实践总监及副总裁
- 贝卡·菲利普斯伯恩，埃默里大学儿科部门和埃默里全球卫生研究所助理教授
- 本杰明·瑞安博士，贝勒大学环境科学系临床副教授
- 戴尔·桑兹，校长及医学博士桑兹咨询方案有限责任公司
- 尼克·斯坦伯格，427咨询公司气候风险专家顾问
- 彼得·威廉姆斯博士，IBM杰出工程师（已退休），彼得·威廉姆斯方案公司创始人兼执行董事

协调员：桑贾亚·巴蒂亚和木塔里卡·普拉卡萨彭，UNDRR全球教育和培训学院（GETI）。



第01要素：为恢复力做组织

附录 - 公共卫生和治理的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A.1	公共卫生和治理的整合（第1要素）			
A1.1	卫生部门是多部门灾害风险管理治理的一部分	灾害风险管理的治理机制在多大程度上融合了公共卫生方面的全面考虑？	<p>5 – 全面的公共卫生职能（见右图）通常为城市的恢复治理机制/会议做输入，并定期为所有主要的恢复计划和文件做出贡献。（可通过结合多学科输入的指定中心点来参与）。</p> <p>4 – 大多数公共卫生职能部门的代表通常会参加主要的城市抗灾能力会议并为重大项目做贡献，但他们可能并未参与所有的相关活动。</p> <p>3 – 公共卫生职能部门拥有自身的抗灾论坛和机制，但尽管其涵盖了全部职能，但却并未与市政府、物流运营商或社区团体等其他参与者进行全面协调。其重点可能只限于即时事件响应，而不在更广泛的恢复问题，例如恢复问题的长期影响。</p> <p>2 – 一些公共卫生学科融入到了城市恢复活动中去，但并没有完全参与。</p> <p>1 – 公共卫生学科在城市恢复活动中仅是基本参与。</p> <p>0 – 该地区没有公共卫生职能，或者如果有的话，其也并未参与灾难预防。</p>	<p>如此处所用，“公共卫生职能”一词包括早先提到的WHO卫生EDRM框架附件2所列的全部项目。举例说明，它包括但不限于以下内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 传染病的治疗和控制； • 创伤护理； • 初级护理； • 儿童及老年护理； • 紧急护理； • 环境卫生； • 流行病学； • 病媒控制； • 救护车和医疗运输； • 制药和医疗设备供应； • 水和卫生设施； • 食品安全、冷藏和分配； • 化学和有害物质（危险品）安全（例如，化工厂所在地）； • 心理健康和社区心理健康，包括丧亲和心理创伤咨询； • 市级、州级以及国家公共卫生经理。 <p>这些职能的代表必须有权就维护公共卫生系统，对市内和地区内的可用资源进行发言。</p>



第 02 要素：识别、理解并使用当前和未来的风险方案

附录 - 公共卫生和灾害情况的整合

引用	主题/问题	问题/评估区	指示性测量对照表	评论
A.2	公共卫生和灾害情况的整合（要素2）			
A2.1	自行将一系列紧急情况 and 灾害（例如疾病暴发/ 流行病、饥荒、缺水等）纳入灾害情况	灾害风险计划在多大程度上包含了紧急情况 and 包括疾病暴发在内的灾害？	<p>5 – 紧急情况和包括疾病暴发在内的灾难已完全由城市自行将其视为风险情况或“综合”情况的一部分。在瘟疫或流行病可能阻碍应对能力的情况下，对其在可用员工和卫生设施的潜在影响，以及连同其他风险的影响进行了建模和规划。</p> <p>4 – 紧急情况和包括疾病暴发在内的灾难已如上列出，但往往需要将与之与其他风险分开考虑，因此可能无法完全解决它们与其他风险的相互影响。</p> <p>3 – 紧急情况和包括疾病暴发在内的灾难应与其可能带来的影响一同考虑，但尚未对这些影响完全建模。</p> <p>2 – 紧急情况和包括疾病暴发在内的灾难可以被纳入考虑，但仅限高级别。</p> <p>1 – 疾病暴发的风险可能是一个隐患，但并未积极考虑其影响或需要采取的对策。</p> <p>0 – 对流行病完全不考虑。</p>	记分卡要求开发（至少）一个“最坏情况”和一个“正常情况”方案，以从中规划恢复能力。这个问题解决了紧急情况和灾难（包括疾病暴发）被纳入城市所采用的风险情况的程度。下一个问题解决了健康问题对灾难管理计划、响应和恢复的影响。

<p>A2.2</p>	<p>包含其他灾害风险情况（例如洪水、高温事件、地震）中可预见的公共健康影响</p>	<p>该市在多大程度上将公共卫生影响包含在了针对其他灾难风险而做出的情况规划中？</p>	<p>5 – 灾难规划方案中全面包含了一套全面的灾难健康问题。对人员供应、卫生设施、水和卫生系统、治疗和护理的可能影响进行了建模和规划，其中包括即时影响以及长期的身心健康问题。</p> <p>4 – 灾难健康问题已如上列出，但往往需要将之与其他影响分开考虑，因此尚未完全评估它们可能对灾难恢复的影响。</p> <p>3 – 许多灾难健康问题已得到解决，也或许已经详细讨论，但并未涵盖全部问题。长期的身体和心理健康问题很可能被省略。</p> <p>2 – 对一些即时性灾后健康问题已做出了考虑和规划，但仅为概述性处理。</p> <p>1 – 灾害健康问题或已被注意，但没有针对这些问题的切实计划。</p> <p>0 – 对灾后健康问题完全不考虑。</p>	<p>记分卡要求开发（至少）一个“最坏情况”和一个“正常情况”方案，以从中规划恢复能力。该问题旨在解决城市风险分析以及情况开发和规划中包含的灾害健康问题。</p> <p>如卫生EDRM框架中所述，此类问题将包括（但不限于）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 创伤和创伤后护理； • 慢性病的治疗和护理； • 儿童及老年护理； • 水和食源性疾病（有时被称为环境卫生）； • 隔离设施； • 紧急避难所； • 对心理健康的影响，包括丧亲和精神创伤。 <p>对灾难在管理现有公共卫生问题的影响上可能做进一步考虑，以及这些影响又将如何阻碍灾害的恢复。</p>
<p>A2.3</p>	<p>将包括非传染性疾病在内的既往慢性健康状况纳入灾害规划</p>	<p>预先存在的慢性健康问题在多大程度上可能被灾难加剧或阻碍灾害恢复？</p>	<p>5 – 全面审查慢性健康状况，并将其纳入灾害情况定义和规划中；或没有强行认为其适用。</p> <p>4 – 广义上确定慢性健康状况并将其包括在灾害情况定义和计划中。</p> <p>3 – 灾害情况定义或规划中包括最适用的慢性健康状况，但存在一些差距。</p> <p>2 – 慢性病已被知晓，但并未包括在灾害情况定义和计划中。</p> <p>1 – 在识别和纳入慢性健康压力方面存在重大差距。</p> <p>0 – 未尝试识别或考虑慢性健康状况。</p>	<p>一个地区现有的慢性健康状况—例如营养不良、疟疾或霍乱等地方性疾病，慢性吸毒成瘾或老龄化严重，都与灾害相互影响，</p> <ul style="list-style-type: none"> • 并使其各自影响更为严重； • 给恢复工作增加额外负担； • 过了某个临界点，促使瘟疫或瘟疫自行爆发（请参见以上A2.1）。 <p>这些应包括在风险评估中。</p>



第03要素：增强财务抵御能力

附录 - 公共卫生和财政的整合

引用	主题/问题	问题/评估区	指示性测量对照表	评论
A3	公共卫生和财政的整合（要素3）			
A3.1	为恢复力的公共卫生方面提供资金支持	在多大程度上可以找到可用资金来应对公共卫生风险和灾难的影响？	<p>5 – 确定并获得了用来解决要素2中最严峻情况下所有已知健康隐患的资金。</p> <p>4 – 确定并获得了用来解决要素2中最可能出现的情况中所有已知健康隐患的资金。</p> <p>3 – 已清楚资金需求，但存在一些已知资金缺口。这些问题正得到积极解决。</p> <p>2 – 尚未知晓需求及需求方向，但找到了一些不足之处。解决这些问题可能在或不在掌控之中。</p> <p>1 – 仅对卫生资金需求进行了概述，并且只能获得资金来源的一般信息。这些并未得到推行。</p> <p>0 – 不考虑资金需求或资金来源。</p>	<p>如主要记分卡中所述，对资金来源的考虑应包括“分红”。其可能是下列之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> “入站” – 可能赋予某些公共卫生/恢复力收益的其他事项的支出，例如提升洪水区上方的基本医疗服务，在初级保健设施中的备用发电机或新的社区中心也可能被选为临时治疗中心； “出站” – 可产生其他收益的公共卫生/恢复项目上的支出 – 例如，对水传播疾病的关注导致水处理厂的维新或重新安置，或建造防洪运输路线，以便人们能够继续获取医疗用品。



第04要素：追求恢复城市发展

附录 - 公共卫生与土地使用/建筑法规的整合

引用	主题/问题	问题/评估区	指示性测量对照表	评论
A4	公共卫生与土地使用/建筑法规的整合 (要素4)			
A4.1	带有恢复土地分区的关键卫生设施和建筑法规的一致性	关键医疗设施将在何种程度上被定位和建造，以便它们在灾难后能够继续运行？	<p>5 – 所有关键的公共卫生设施（见右图）均在适当的位置并符合相关规范，以使其能够在“最严重”的灾难情况下生存。</p> <p>4 – 所有关键的公共卫生设施都在适当的位置并符合相关规范，以使其能够在“最可能”的灾难情况下生存。</p> <p>3 – 某些关键的公共卫生设施不在适当的位置或未符合相关规范，以使其能够在“最可能”灾难情况下生存。</p> <p>2 – 超过50%的关键公共卫生设施不在适当的位置或未符合相关规范，以使其能够在“最可能”灾难情况下生存。</p> <p>1 – 超过75%的关键公共卫生设施不在适当的位置或未符合相关规范，以使其能够在“最可能”灾难情况下生存。</p> <p>0 – 未进行评估。</p>	<p>主要记分卡中的要素8涉及医院和食品分配。用户可以选择是否在评估中包括该数据。其他关键的公共卫生设施可能包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要素8中未涉及的医院； • 社区诊所、保健中心和护理设施，特别是具有区域职能的诊所（例如透析室、烧伤室）； • 药房和零售药店； • 摄食中心； • 加热或冷却中心； • 实验室和测试中心； • 隔离容量； • 养老院和生活辅助单位； • 医疗用品以及物流和供应链设施； • 要素8中未涉及的紧急粮食分配设施； • 能源和水的供应，以及通往上述任何一条的路径； • 灾后劳动力可用性。



第05要素：保护天然缓冲以增强自然生态系统提供的保护功能

附录 - 影响公共卫生的生态系统服务管理

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A5	影响公共卫生的生态系统服务管理（要素5）			
A5.1	对可提供公共卫生利益的生态系统服务的保护和管理	可提供公共卫生利益的生态系统服务在多大程度上被识别和保护？	<p>5 – 所有相关的生态系统服务都已被确定、保护并正在发展中。</p> <p>4 – 所有相关的生态系统服务都已被确定，且在理论上已被保护，但可能并未在发展中。</p> <p>3 – 某些而非所有相关的生态系统服务都已被确定。那些已被确定的，在理论上已得到保护，但可能并未在发展中。</p> <p>2 – 在识别和保护相关生态系统服务方面存在广泛差距。被监测的某些生态系统服务的健康状况存在重大问题。</p> <p>1 – 确定和保护相关生态系统服务的基础性工作。已被确定的生态系统服务的状态和健康状况存在普遍问题。</p> <p>0 – 没有试图确定或保护相关的生态系统服务，即便已经正式确定，它们也很有可能被评估为严重退化。</p>	<p>可提供公共卫生利益的生态系统服务的示例包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 天然水过滤（通过湿地或含水层）； • 树木覆盖以减少热岛效应或空气污染； • 早于蚊子和其他潜在疾病携带者的物种； • 食品供应（例如鱼），供给主要营养物的土地。



第 06 要素：增强机构抗灾能力

附录 - 公共卫生和机构能力的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A6	公共卫生和机构能力的整合（要素6）			
A6.1	具有相关胜任力和抗灾能力的公共卫生劳动力的可用性	具备规划和维护公共卫生系统和服务以提高城市抗灾能力所需的、兼具胜任力和技能的劳动力能在多大程度上为城市服务？	<p>5 – 所有相关劳动力能力和技能经确定和评估，在技能程度和数量两个方面，在均足以用于灾难计划、卫生服务和灾后恢复。</p> <p>4 – 所有相关技能已确定，且某些技能组或其数量中存在一些已知的小缺陷。</p> <p>3 – 所有相关技能已确定，并在技能程度和数量上存在更严重的不足。</p> <p>2 – 技能鉴定不完整，并且在已知技能程度和数量上存在严重不足。</p> <p>1 – 技能鉴定的基本尝试—程度和数量上的不足被认为是普遍存在的。</p> <p>0 – 未考虑该问题。</p>	<p>主记分卡中的要素8涉及医生、护士和急救人员的人数及其技能 - 用户可以选择将这些数据包括在评估中。</p> <p>如先前引用的卫生EDRM框架中所述，关键的公共卫生技能包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在要素8中未涉及的医生、护士和其他卫生工作者； • 要素8中未涉及的急救人员； • 其他医院或医疗机构人员； • 精神科护理—医生、护士； • 家庭护理人员； • 药剂师； • 环境卫生专家（包括水和卫生专家、食品检查员和病媒控制人员） • 流行病学家； • 测试和实验室人员； • 供应链工人。

A6.2	与其他利益相关者共享公共卫生系统数据	有关卫生弱点和能力的公共卫生数据，以及疾病暴发风险和预警，在多大程度上被分享与其他需要它的利益相关者？	<p>5 – 相关的公共卫生数据和资料已识别；质量数据已被可靠地分发给需要它的所有利益相关者，包括适用的大众。</p> <p>4 – 所有关键的公共卫生数据项和资料已识别，且质量数据已被可靠地分发给大多数利益相关者，包括适用的大众。</p> <p>3 – 大部分数据项和资料已被识别和分发，但对于有限的利益相关者部分群体而言，其质量和可靠性可能较低。</p> <p>2 – 某些被数据项和资料仅分发给一个或两个利益相关者；但质量和可靠性是个问题。</p> <p>1 – 基本数据的识别和分发 – 即使是被提供的，也并不稳定或可靠。</p> <p>0 – 未标识或分发无公共卫生数据被识别或分发。</p>	<p>在这种情况下，相关数据可能包括但不限于以下示例：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 大暴发的预警和监测数据； • 灾前和灾后公共卫生资产和设施的位置、容量和状况； • 技能水平和可用人员数量； • 供应品问题； • 灾害的可能影响–可能产生的公共卫生问题，以及能力下降； • 灾害应对措施的发展数据的状态和性能，以及灾后公共卫生问题 - 疾病方面（包括慢性病，未得到护理的人群等） <p>分发可以通过诸如应急管理协调员的中心点进行。</p>
A6.2.1	与其他公共卫生系统的利益相关者共享其他数据	来自其他关键系统的数据在多大程度上被与需要它的公共卫生系统利益相关者共享？	<p>5 – 其他关键系统的相关数据和资料已识别；质量数据已被可靠地分发给需要它的所有公共卫生利益相关者。</p> <p>4 – 所有关键的数据项和资料已识别，且质量数据已被可靠地分发给大多数公共卫生利益相关者。</p> <p>3 – 大部分数据项和资料已被识别和分发，但对于有限的公共卫生利益相关者部分群体而言，其质量和可靠性可能较低。</p> <p>2 - 某些数据项和提要仅分发给一个或两个公共卫生利益相关者；且质量和可靠性是问题。</p> <p>1 – 基本数据的识别和分发 – 即使是被提供的，也并不稳定或可靠。</p> <p>0 – 无关键系统数据被识别或分发给公共卫生利益相关者。</p>	<p>在这种情况下，相关数据可能包括但不限于以下示例：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 影响公共卫生的风险情况的变化（要素2）； • 灾难预报（例如天气事件）以及实际灾难程度和大小； • 其他关键系统的状况（例如，能源供应、供水、通行道路）以及可能对公共健康造成的影响。

<p>A6.2.2</p>	<p>保护和访问个人健康记录</p>	<p>个人健康和处方记录在多大程度上免受灾难的影响，并在灾难之后可以被访问？</p>	<p>5 – 所有公民健康记录（健康状况、处方记录）都是安全的，也可以被紧急工作人员（例如在庇护所、医院中为伤患提供医疗服务的人员）访问。</p> <p>4 – 公民健康记录大部分是安全的，可以访问，但有一些次小的例外，例如与某些健康专家有关的记录，或与外围人口的一小部分有关记录。</p> <p>3 – 健康记录大部分是安全的，但灾难后由于一些可以预见的通讯问题，可能无法对其进行访问。</p> <p>2 – 在保障健康记录方面存在更大的差距。</p> <p>1 – 主要差距 – 大部分的人口数据可能会丢失。</p> <p>0 – 未尝试确保健康记录的安全性或可访问性。</p>	<p>需要保护公民健康记录不被丢失或损坏（理想情况下，应通过区域外备份和/或后备系统进行保护）；且需确保健康记录在灾难发生后可以被访问，因为人们可能会受伤，或者在庇护所中接受并不熟悉其病史的专业人员的照料。</p> <p>区域外备份与灾难后的可访问性之间有着潜在问题 - 这意味着在灾难地点和备份站点之间需要设置恢复通信。</p> <p>在健康数据的保护和公开管理法则的法规与对抗灾力和灾难响应的要求之间，也可能存在问题。为了解决这个问题，一些国家（例如日本）要求人们用贴纸记录处方，并将其作为记录卡保存，以备在避难所出示 - 尽管这些记录卡可能会丢失，并且这样的系统可能需要授权法规来建立。</p>
----------------------	---------------------------	--	---	--



第 07 要素：理解并增强社会恢复能力

附录 - 公共卫生和社会能力的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A7	公共卫生和社会能力的整合（要素7）			
A7.1	灾害风险管理背景下公共卫生系统在社区参与中的有效性	在灾难发生之前、期间和之后，社区在多大程度上理解并能够发挥自己的作用来维持公共健康和社区幸福水平？	<p>5 – 城市中的每个社区或街道都能在灾难发生之前、期间和之后理解、接受并履行其应有的职责，且由指定的组织来领导这项工作。</p> <p>4 – 90%的社区可以理解、接受并执行他们的本职。</p> <p>3 – 75%的社区大致了解，并能够执行其角色的关键事务。</p> <p>2 – 社区有一半或更少的人了解他们的角色，在这种情况下，他们只能执行其角色的一部分。</p> <p>1 – 在整个城市的公共卫生角色意识中，只存在基本的社区级别的理解，鲜有执行能力。</p> <p>0 – 社区级别的角色并未真正定义或传达。执行能力未知。</p>	<p>社区角色可能包括（但不限于）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 基于社区的传染病监测（发现、监测和警报）； • 空气和水的测试（公民科学）； • 意识； • 协助患有慢性疾病的人（例如，协助药物的供应和分发）； • 分发公共卫生信息； • 分发资源（例如瓶装水、尿布、毯子）； • 协助身体或精神残疾的人，为弱势群体提供支持（例如老年人和穷人）； • 协助有婴幼儿的家庭； • 与医疗保健提供者和紧急事件响应者的沟通需求。 <p>指定的组织可能是社区紧急事件响应组织和网络，当地医院或医生办公室（若有），或者经过培训的信仰团体、学校或其他社区团体。</p>

<p>A7.1.2</p>	<p>社区对公共卫生信息的获取和信任</p>	<p>社区在多大程度上接受、尊重并愿意根据公共卫生信息采取行动？</p>	<p>5 – 在先前的灾难中，公共卫生建议已被普遍接收、采纳并针对其采取了行动。</p> <p>4 – 公共卫生建议将被广泛接收、采纳并针对其采取行动。</p> <p>3 – 某些社区或其他子群体可能无法接收、采纳公共卫生信息或据其采取行动。</p> <p>2 – 灾难发生后，超过50%的城市可能无法接收、采纳重要的公共卫生信息或据其采取相应行动。</p> <p>1 – 公共卫生信息的接收和采纳仅为少数。</p> <p>0 – 不尝试传达公共卫生信息。</p>	<p>公共卫生信息包括但不限于以下灾后需求：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 污染警报（例如，烧水使用的通知，留在室内的建议）； • 有关紧急卫生和疾病预防的建议； • 有关食品安全的建议； • 对有精神或身体状况的人的照料建议； • 对患有慢性疾病（例如，心脏病、癌症、糖尿病、呼吸道疾病等）的人的建议； • 有关疾病暴发、疾病征兆和症状，以及在何时何地寻求护理和治疗的信息； • 紧急医疗保健设施的位置。 <p>在灾难发生之前、期间和之后，公众还应该意识到公共卫生方面的哪些安全与不安全事项？</p> <p>安全措施包括（但不限于）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 食物（吃什么和不吃什么）； • 水（能否饮用）； • 空气质量或空气吸入风险； • 确保人们知晓某些危险区域 • 再次进入建筑物的安全性； • 安全的运输路线； • 其他行为要求，例如额外的卫生措施。
<p>A7.2</p>	<p>社区“恢复正常”的能力 – 心理健康</p>	<p>社区的心理健康需求在多大程度上得到了解决？</p>	<p>5 – 配备社区组织、社会心理支持、学校、心理创伤中心和心理顾问，来解决每个社区的全方面心理健康问题，不论其财富、年龄、人口统计等。</p> <p>4 – 覆盖超过75%的社区。提供社区支持小组和创伤中心。</p> <p>3 – 覆盖50%-75%的社区。</p> <p>2 – 覆盖25%-50%的社区。</p> <p>1 – 已有参与社区的计划，但除一两次的初始尝试外，尚未被实施。</p> <p>0 – 未解决心理健康需求。</p>	<p>社区组织应包括针对灾难的社区支持小组。应考虑利用社会心理急救、心理创伤中心和咨询师来解决心理问题，包括创伤后应激障碍（PTSD）和丧亲影响。</p> <p>要素10还解决了受影响人群和响应者的长期心理影响。</p>



第 08 要素：提高基础设施的恢复力

附录 - 公共卫生和基础设施恢复力的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A8	公共卫生和基础设施恢复力的整合（要素8）			
A8.1	加强要素8中未考虑的公共卫生基础设施项目的结构和非结构安全性与功能性	公共卫生基础设施（医院除外）在多大程度上具有恢复力？	<p>5 – 所有公共卫生基础设施—包括基础设施所依赖的服务—都能够在“最严重”的情况下将服务损失降至最低。</p> <p>4– 所有公共卫生基础设施—包括基础设施所依赖的服务—都能够应对“最可能”的情况，并保证服务损失最小的能力。</p> <p>3 – 在“最严重”的情况下，公共卫生基础设施将被严重破坏，但将继续为75%的城市人口提供某些服务。然而，这将缓解大多数“最可能”的情况。</p> <p>2 – 在“最可能”的情况下，公共卫生基础设施将被严重破坏，但将继续为75%的城市人口提供某些服务；而在“最严重”的情况下，将为50%的城市人口提供相应服务。</p> <p>1 – 对于50%或更多的城市人口而言，公共卫生基础设施将被严重破坏或关闭。而在“最严重”的情况下，其将停止运行。</p> <p>0 – 除医院之外，不具备公共卫生基础设施。</p>	<p>主要记分卡中的要素8涉及医院和食品分配。用户可以选择是否在评估中包括该数据。其他关键的公共卫生设施可能包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要素8中未涉及的医院； • 社区诊所、保健中心和护理设施，特别是具有区域职能的诊所（例如透析室、烧伤室）； • 药房和零售药店； • 摄食中心； • 加热或冷却中心； • 实验室和测试中心； • 隔离容量； • 养老院和生活辅助单位； • 医疗用品以及物流和供应链设施； • 要素8中未涉及的紧急粮食分配设施； • 卫生设施的感染保护与控制 • 灾后劳动力可用性。 <p>评估需要考虑医疗保健设施恢复力对关键辅助基础设施损失的影响，如通信、能源、水和卫生、运输、燃料、法律和秩序等。</p>

<p>A8.2</p>	<p>要素8中未考虑的公共卫生基础设施的过载能力</p>	<p>医院和急诊中心能够在多大程度上管理突然涌入的患者？</p>	<p>5 – 存在应对“最严重”情况下可能产生的额外健康需求的过载能力，并且可以通过实际事件或演习进行测试—可在6小时内激活。</p> <p>4 – 存在应对“最可能”情况下可能产生的额外健康需求的过载能力，并且可以通过实际事件或演习进行测试—可在6小时内激活。</p> <p>3 – 具备过载能力，但其实际存在或怀疑存在较小的、关系到“最可能”情况的不足之处—可以在6小时内激活。在“最严重”的情况下，在地理覆盖范围或可用服务类型方面存在更严重的缺陷，并且只能在12小时或更长时间内激活。</p> <p>2 – 过载能力存在，但在地理覆盖范围或可用服务类型方面存在更大的缺点，并且只能在12小时或更长时间内激活。从未对“最严重”情况下的过载能力进行评估。</p> <p>1 – 过载能力在理论上可用，但从未针对“最可能”的情况进行评估或测试。</p> <p>0 – 无过载能力被识别。</p>	<p>过载能力应建立在大规模伤亡管理系统上，包括为卫生设施所用。这项评估需考虑到预估的主要病床日损失，以及预估的创伤护理和慢性病患者紧急医疗物资。</p> <p>该评估应考虑主要医疗和卫生人员访问关键卫生设施的能力，以便解决灾害响应的卫生需求。</p> <p>可以通过与邻近地区的设施进行互助安排来满足所需的容量—但重要的是需要确保运输路线的持续开放，以便这些设施可以顺利到达。</p> <p>过载能力包括卫生和其他人员、设施、物品以及供应品（例如个人防护设备）以及来自其他基础设施的支持，以辅助卫生部门。</p>
--------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	---

<p>A8.3</p>	<p>在要素8中未考虑的那些已病人员的持续护理。</p>	<p>对已病人员或需受抚养人员的护理可以在多大程度上得到维持？</p>	<p>5 – 在“最严重”的情况下，对所有类型的现有患者的护理均可得到维持。如果需要移动患者，则运输设施和路线具备所需的能力和恢复力。</p> <p>4 – 在“最可能”的情况下，对所有类型的现有患者的护理均可得到维持。如果需要移动患者，则运输设施和路线具备所需的能力和恢复力。</p> <p>3 – 在“最可能”情况下，对特定类别患者的护理会有一些影响。对某些患者的移动可能会出现。在“最严重”情况下，对特定类别患者的护理会有更广泛的影响。对许多患者的移动可能会出现。</p> <p>2 – 在“最可能”情况下，对特定类别患者的护理会有更广泛的影响。对许多患者的移动可能会出现。在“最严重”的情况下，对几乎所有现有患者的护理都会产生严重影响，只有在最紧急的情况下才可进行移动。</p> <p>1 – 在“最可能”的情况下，对几乎所有现有患者的护理都会产生严重影响，只有在最紧急的情况下才可进行移动。在“最严重”的情况下，对现有患者的护理将无法实施。</p> <p>0 – 在“最可能”的情况下，对现有患者的护理将完全或几乎完全无法实施。</p>	<p>这项评估需考虑到预估的主要病床日损失，以及预估的紧急医疗物资。</p>
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--



第 09 要素：确保有效的灾难响应

附录 - 公共卫生和灾害响应的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A9	公共卫生和灾害响应的整合（要素9）			
A9.1	与卫生相关的紧急情况的预警系统	在即将发生的可能对健康造成潜在影响的紧急情况下，预警系统在多大程度上存在？	<p>5 – 具备全面且有效的监控，并会提供有效预警，以解决城市面临的、因危害而造成的健康风险和影响。预警允许反应时间（在技术允许的范围内）。警告对城市而言可靠且具体。</p> <p>4 – 全面监控存在，但也许并非在所有情况下都完全有效。警告存在，但警告时间可能少于当前技术允许的时间。警告对城市而言可靠且具体。</p> <p>3 – 针对最可能的医疗风险，监视存在，且普遍有效，但并未涵盖某项或多项关键风险。某些危害被排除，警告时间可能少于技术允许的时间。</p> <p>2 – 某些监控存在，但有巨大差距。警告时间少于技术允许的时间，并且还可能存在一些误报：因此，警告的可靠性可能会被质疑。</p> <p>1 – 监视是基本，但可能不会发出警告。警告被视为临时的且不可靠。可能被忽略。</p> <p>0 – 无监视或警告。</p>	

A9.2	公共卫生和应急管理整合	公共卫生部门和专业人员在多大程度上与应急管理团队相互融合？	<p>5 – 公共卫生部门充分参与应急管理团队，及所有应急决策过程。已通过演习（去年内）或实时响应对参与度进行了测试。</p> <p>4 – 公共卫生被整合，但是通过远程输入的方式（电话、短信）。已对参与度进行了测试，但截至目前可能已超过12个月。</p> <p>3 – 公共卫生有参与，但3年内尚未对其参与度进行测试；或有参与，但一些关键学科被省略。</p> <p>2 – 为公共卫生设定的灾难管理流程规定有待咨询，但是在事件的后续过程中进行，而不是在事件发生时进行。没有对流程的测试。</p> <p>1 – 灾难管理依靠的是与公共卫生专业人员和设施的临时通话。</p> <p>0 – 公共卫生从灾难管理中有效脱离出来。</p>	这项评估涵盖了卫生部门、公共卫生专业人员（如前所述）和其他应急人员在灾难规划和管理（包括灾难应对）中工作安排的质量和深度。
A9.3	对高风险人群或患有既往疾病、居住在家的人群的考虑	在多大程度上考虑了高风险人群的需求，例如患有既往疾病、残疾或功能丧失且需要更多援助的公民？	<p>5 – 确定了可能在全市范围内需要额外援助或特定措施的所有公民，并存在有助于他们的规定。</p> <p>4 – 确定了95%可能在全市范围内需要额外援助或特定措施的公民，并存在有助于他们的规定。</p> <p>3 – 确定了75%可能在全市范围内需要额外援助或特定措施的公民，并存在有助于他们的规定。</p> <p>2 – 确定了50%可能在全市范围内需要额外援助或特定措施的公民，并不存在有助于他们的规定。</p> <p>1 – 少于50%可能在全市范围内需要额外援助或特定措施的公民被识别，且在有助于他们的规定中存在很大差距。</p> <p>0 – 不存在可以识别需要额外帮助的公民，或为其提供额外援助或特定措施的规定。</p>	可能需要其他援助或特定措施的人员将包括但不限于： <ul style="list-style-type: none"> • 儿童、老人及其照料者； • 残疾人和功能丧失人员，例如行动不便者； • 患有多种疾病的患者、透析患者或其他配备大型家庭医疗设备的患者； • 需要额外药物治疗的患者（例如糖尿病或哮喘患者）； • 有临时健康需要的人，例如怀孕； • 患有精神疾病或精神残疾的人。

<p>A9.4</p>	<p>为有需要的人提供公共卫生用品的能力。</p>	<p>在灾难期间和之后，城市可以在多大程度上提供维持公共卫生所需的物品和设备？</p>	<p>5 – 存在所需项目的完整列表，并且经过测试的计划足以将其快速交付给全部人口。</p> <p>4 – 存在一个清单，但清单可能并不完整，并且计划可能未针对整个城市进行测试或并不完全适当。</p> <p>3 – 存在一个清单，且其关键项将被提供给75%的人口。</p> <p>2 – 没有清单，但一些物品有库存和供应。分配能力可能达到人口的50%。</p> <p>1 – 关键项存在一些库存，但并未尝试对其进行计划，并且即使存在分配机制，分配也不太可能成功。</p> <p>0 – 未尝试解决此问题。</p>	<p>向社区、房屋和庇护所提供的应急管理用品将包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 电源系统或冷链中的冗余，用于存储对温度敏感的供应品； • 急救用品和感染控制； • 水、水净化片和设备； • 清洁和卫生用品； • 婴儿需求； • 为社区的每个阶层提供适当配方和大小的常用药品和家庭医疗设备用品； • 个人防护装备（PPE）； • 适当文化和年龄的食物。 <p>在某些国家，卫生部和应急管理部门将指定此类物品的清单。</p>
--------------------	----------------------------------	---	--	--



第 10 要素：加快恢复并进行更优重建

附录 - 公共卫生和恢复/更好重建的整合

引用	主题/问题	问题/ 评估区	指示性测量对照表	评论
A10	公共卫生和恢复/更好重建的整合（要素10）。			
A10.1	减轻对公共卫生和幸福水平的长期影响	全面的事件后的公共卫生计划在多大程度上存在？	<p>5 – 在“最可能”和“最严重”的情况发生后，以解决长期公共卫生需求的全面计划存在。</p> <p>4 – 在“最可能”的情况发生后，以解决长期公共卫生需求的全面计划存在。</p> <p>3 – 针对“最可能”情况的后期事件，计划存在，但有一些不足。而对“最严重”情况的后期事件有重大不足。</p> <p>2 – 针对“最可能”情况的后期事件，计划存在，但有重大不足。对于“最严重”情况存在普遍不足。</p> <p>1 – 针对“最可能”情况的后期事件，计划存在，但有普遍不足。</p> <p>0 – 无计划。</p>	<p>全面的公共卫生后计划应包括（非详尽）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 灾害对非传染性疾病的影响； • 解决受影响人口和响应者的社会心理需求的长期计划； • 康复服务； • 将卫生服务和环境安全恢复到事件前水平，并减少未来事件的风险； • 维持常规卫生服务，例如免疫接种（通常因冷链中断而出现问题）； • 药物的储存和分配； • 食物分配； • 水管理； • 劳动力需求。

A10.2	学习与改善	在灾难发生之前、期间和之后，正式机制可在多大程度上向公共卫生系统的表现学习？	<p>5 – 存在定义的学习机制，该机制将公共卫生与其他课程结合在一起，并已被证明具有明显的效果。</p> <p>4 – 存在将公共卫生与其他课程整合在一起的既定学习机制，但尚未被使用 – 无灾难。</p> <p>3 – 学习将通过公共卫生审核机制进行，但仅为单边或双边 – 课程仍在公共卫生实用范围之内，且并未尝试将公共卫生学习与城市中的其他学科整合。同样地，公共卫生也不会影响对其他服务的学习。</p> <p>2 – 没有真正定义的机制，但是临时学习训练已被使用或可能在未来的灾难中发生。</p> <p>1 – 过去曾发生或预计会进行的零散而短暂的学习及改善尝试。</p> <p>0 – 未尝试进行学习和改善。</p>	
-------	-------	--	---	--