

به نام خدا

جهانگیری کووید-19 و درس آموزه‌های سیاستگذاری سلامت در ایران

امیرحسین تکیان، اعظم ریوفی، علی اکبری ساری، علیرضا اولیایی منش، هاجر حقیقی، محسن اعرابی

چکیده سیاستی مقاله ای با همین عنوان که در تاریخ ۱۷ فروردین ۱۳۹۹ در نشریه Archives of Iranian Medicine منتشر شده است:

Raoofti A, Takian A, Akbari Sari A, Olyaemanesh A, Haghghi H, Aarabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2020;23(4):220-234. doi: 10.34172/aim.2020.02.

در 11 مارس 2020 سازمان جهانی بهداشت، جهان گیری بیماری کروناویروس جدید را اعلام کرد. این بیماری از دسامبر 2019 در چین آغاز شد و اولین موارد آن در ایران، 19 فوریه (30 بهمن) در شهر قم توسط مقامات رسمی اعلام شد. تا 3 آوریل 2020 (15 فروردین 1399) تعداد 932166 مورد از ابتلا به بیماری و 46764 مورد مرگ ناشی از آن در 206 کشور جهان گزارش شده است. پس از آمریکا، اسپانیا، ایتالیا، آلمان، فرانسه و چین، ایران نیز تحت تاثیر شیوع گسترده بیماری قرار گرفته است. از آن بدتر اینکه، کشورهایمانند ایران در نتیجه تحریم های سیاسی، برای تأمین تجهیزات و داروهای نجات بخش پزشکی جهت مقابله با این شرایط بحرانی با مشکلات دو برابری دست و پنجه نرم می کنند. مطالعه حاضر با استفاده از تحلیل محتوای نظام مند اسناد و برپایه مثلث سیاستگذاری به مقایسه سیاست ها و استراتژی های ایران در مقابله با کووید-19 با تجارب کشور چین و توصیه های سازمان جهانی بهداشت پرداخته است.

ایران برای مبارزه با کووید-19 پیش و پس از ورود ویروس، سیاست هایی را مبتنی بر بافتار جامعه اتخاذ نمود. رویکرد ناکافی دولت و جامعه در مدیریت شیوع بیماری، کمبود تجهیزات حفاظتی و تاخیر در تصمیم گیری قاطع بزرگترین چالش ها در سیاست گذاری های مبارزه با کووید-19 در ایران هستند. سیاست های مبارزه علیه کرونا برای کاهش خطر یک بیماری تهدیدکننده سلامت عمومی تدوین شده اند و به تلاش های حمایت طلبانه از طریق همکاری های بین بخشی و ائتلاف های کل دولت نیاز دارند.

درس آموزه های سیاستی

1. توجه به تجربه چین و برخی از کشورهای اروپایی نشان می دهد که باید اقدامات جدی تر در مراحل اولیه برای کنترل عالمگیری بیماری در ایران انجام می شد. علیرغم تدوین برنامه هایی پیش از ورود همه گیری، ایران پیش از ورود اپیدمی از آمادگی لازم، به موقع و سریع جهت مهار ویروس و کاهش خطرات آن برخوردار نبود.
2. جلب حمایت برای بکارگیری استراتژی های همانند قرنطینه و ایزولاسیون از سرعت و جدیت لازم برخوردار نبود. لذا، تاخیر در اعمال این سیاست ها و همزمانی آن با تعطیلات نوروز، علاوه بر اینکه اجرای آن را با چالش هایی مواجه کرد، سبب گسترش بیشتر اپیدمی شد.
3. در تدوین این سیاست ها، توجه به ظرفیت دانشگاه های علوم پزشکی و توانایی آنها در اجرای برنامه ها، ارائه آمار، اطلاعات، شواهد و مستندات معتبر و به روز، استفاده از راه حل های قابل پرداخت و قابل اجرا، بکارگیری مواد آموزشی و دستورالعمل ها برای ارائه دهندگان خدمات ضروری است.

4. با توجه به پیچیدگی موضوع و لزوم همکاری بین بخشی، طراحی برنامه‌هایی برای استفاده هدفمند از ظرفیت دانش، تجربه و تخصص طیف گسترده‌ای از دانشگاهیان در علوم مختلف از جمله اپیدمیولوژی، اقتصاد بهداشت، مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، سیاست‌گذاری عمومی، بهداشت محیط، مدیریت بحران، روانشناسی، جامعه‌شناسی، علوم ارتباطات، فن آوری اطلاعات و غیره مورد نیاز است.
5. در سیاست مقابله با کرونا بیشتر از رویکرد بالا به پایین استفاده شده است، درحالی‌که استفاده ترکیبی از هر دو رویکرد پایین به بالا و بالا به پایین برای به حداقل رساندن شکاف در اجرای این سیاست می‌تواند موفق‌تر عمل نماید. لذا، برای بهینه‌سازی ارائه خدمات به بیماران و دستیابی به بهترین نتایج ممکن، ضروری است سیاست‌گذاران به طور منظم با پزشکان و پرستارانی که در خط مقدم ارائه خدمت به این بیماران هستند مذاکره و تبادل نظر نموده و درخصوص سیاست‌های تدوین شده به اجماع برسند.
6. سیاست‌های مقابله با کرونا ماهیتاً از نوع سیاست‌های کلان، پیچیده، مبهم، چند علیتی، حساس، بازتوزیعی و پرهزینه هستند، و اجرای آنها در بافتار جامعه ایران با عوامل زمینه‌ای متعدد، شرایط بحرانی حاکم بر جامعه – از جمله تحریم‌های یک جانبه آمریکا – و تعدد نهادهای رسمی و غیررسمی درگیر در این سیاست‌ها، دشوار است. لذا لازم است دولت، کارکنان خط مقدم را با هزینه‌های معقول کنترل و پایش نماید. اقداماتی همچون فراهم آوردن انگیزه‌های مالی و غیرمالی، برای ارائه دهندگان خدمات سلامت از یک سو و حذف ارتباط مالی بین دریافت‌کننده خدمت و کارگزار (وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی) از سوی دیگر از جمله راهکارهای موثر در کاهش روابط دشوار بین کارفرما و کارگزار است.
7. سیاست‌های غلبه بر کروناپروس مربوط به سلامت همگانی بوده و به همکاری‌های بین بخشی پیچیده و توافق دولت با ائتلاف‌های مختلف نیاز دارند. اعضا و بازیگران این ائتلاف‌ها شامل افراد و گروه‌های مختلف با نظام‌های اعتقادی مختلف از جمله فقها و گروه‌های مذهبی، روحانیون، استادان، دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها، نیروهای مسلح، وزارتخانه‌های مختلف، نمایندگان مجلس، و غیره هستند. حضور یک فرد باتجربه و مورد مقبول اعضا، مثل معاون اول رییس جمهور، به عنوان میانجی سیاست در ائتلاف‌ها برای تغییر عقاید اعضا لازم است و بر وزن سیاسی گروه اقدام ویژه می‌افزاید. برخی تصمیمات مذهبی – اعتقادی مثل قرنطینه نمودن شهر قم، تعطیل نمودن زیارتگاه‌ها و بقاع متبرکه و یا لغو نماز جمعه از جمله اقدامات دشواری هستند که با تشکیل ائتلاف قابل حل می‌باشند.
8. ارزشیابی‌های تکوینی به صورت منظم، دوره‌ای و مبتنی بر شواهد ضروری است. علاوه بر ارزشیابی داخلی توسط دانشگاه‌ها، ارزشیابی خارجی نیز باید توسط سازمان جهانی بهداشت، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، و یک نهاد ملی فنی، به ویژه موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شود. توجه به چک لیست ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت لازم است. جایگاه یک رویکرد منظم برای سیاستها و اقدامات هنوز خالی است.
9. آماده‌سازی مراکز ارائه دهنده خدمات، آزمایشگاه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تامین و ذخیره‌سازی تجهیزات مورد نیاز برای مردم؛ برای ارائه دهندگان خدمات و برای مراکز ارائه دهنده خدمات، تدوین نظام مدیریت منابع، تشکیل کارگروه‌های مدیریت بحران بین بخشی با همکاری سایر نهادها، اطلاع‌رسانی و آموزش به جامعه و ارائه دهندگان خدمات سلامت، ارائه آموزش به مسافران ورودی و نیز مسافران خروجی از کشور به مناطق آلوده به ویروس، فراهم آوردن امکانات ایزوله‌سازی بیماران و غیره از جمله اقداماتی هستند که طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت پیش از ورود بیماری باید توسط کشورها انجام شود و توسط مقامات بطور جدی مورد پیگیری قرار نگرفتند.
10. استفاده از راهکارهای جایگزین قرنطینه مثل اعمال محدودیت‌های عبور و مرور براساس نوع و شرایط همه‌گیری در هر شهر توصیه می‌شود. به این ترتیب که برای شهرهایی که هیچ موردی از این بیماری تشخیص داده نشده است، برای جلوگیری از ورود ویروس باید قرنطینه معکوس انجام شود. در شهرهایی که شیوع آن رخ داده است، علاوه بر قرنطینه معکوس در شهر، برای جلوگیری از ورود بیماری باید از جداسازی افراد آلوده و مشکوک به همراه ردیابی مخاطبین و ارتباطات استفاده شود. در شهرهایی که خوشه‌هایی از بیماری یافت می‌شود، باید سیاست‌های شناسایی و قرنطینه خوشه را دنبال کرد. سرانجام، در شهرهایی مانند تهران، قم، رشت، اصفهان، بابل و غیره که همه‌گیری‌های گسترده در آنها رخ داده است، باید از قرنطینه عمومی مناطق (به عنوان یک منطقه واحد) استفاده شود.

11. در نظر گرفتن نقش داده‌های بزرگ¹ و هوش مصنوعی² در نظام مدیریتی کشور، استفاده از رسانه برای آموزش و نیز اعمال سازوکارهای جایگزین برای افزایش فاصله اجتماعی و به حداقل رساندن ارتباطات افراد با یکدیگر لازم است مدنظر قرار داده شود. از جمله، امکان خرید مایحتاج روزانه تنها به صورت آنلاین و تحویل در جلوی درب منازل و یا اجرای سیاست های دورکاری در منزل و عدم حضور فیزیکی افراد در محیط کار
12. ردیابی دقیق موارد تماس و ارائه نقشه ردیابی ملی تماس بیماران درکنار اعمال محدودیت ترافیکی در ایران گام‌های ارزشمندی در پیشگیری سریع و شناسایی موارد در ایران هستند.
13. تغییرات مکرر مسئولین و فرماندهان خط مقدم در استان‌های درگیر، از جمله قم و گیلان ممکن است منجر به رهبری ناپایدار و گاه نتایج نامطلوب شود.
14. استفاده از تکنولوژی معاینه از راه دور³ جهت معاینه و مشاوره آنلاین بیماران مبتلا به کووید-19 و یا بیماران نیازمند به دریافت سایر خدمات سلامتی
15. استفاده از پتانسیل مراکز جامع خدمات سلامت جهت آموزش و معاینه اولیه موارد مشکوک به عنوان قدم اول نظام ارجاع در درمان کرونا
16. به روز رسانی مداوم راهنماهای بالینی در همه سطوح به تناسب تغییر شناخت کووید-19
17. راه‌اندازی و ارتقا منظم یک وبسایت مرجع جهت اطلاع‌رسانی، آموزش و پاسخ به سوالات مردم
18. مستندسازی اقدامات و راهکارهای اتخاذ شده، مقایسه هدفمند آنها با شواهد بین‌المللی، و استفاده بهینه از این تجربیات
19. استفاده از پتانسیل بخش خصوصی جهت ارائه خدمت به بیماران مبتلا

نتیجه‌گیری

باتوجه به شیوع آشکار بیماری کووید-19 و نادانسته‌های بسیار درباره آن، استفاده از آموزه‌های سیاستی برای تدوین سیاست‌های متناسب با بافتار جامعه و اجرای مناسب آن سیاست‌ها حائز اهمیت است. موفقیت ایران در کنترل بحران به میزان استفاده از رویکرد کل دولت و کل جامعه در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها بستگی دارد. در واقع، بکارگیری ارکان پوشش همگانی سلامت از طریق استفاده کارآمد از شبکه گسترده مراقبت‌های بهداشت اولیه (PHC) و استفاده مناسب از زیرساخت‌های اطلاعاتی و سیستم‌های نظارتی، برای مدیریت بهتر این بیماری و نیز بازسازی نظام سلامت پس از بحران ضروری است. از آنجا که ویروس به سرعت در سراسر جهان با بیش از یک میلیون مبتلا و نزدیک به ۷۰,۰۰۰ مرگ و میر در بیش از 200 کشور جهان در حال گسترش است، نیاز به بالاترین حمایت سیاسی در همه کشورها برای مدیریت بحران و گذر از دوره انتقالی کاملاً واضح است. ایران برای شکست شیوع بیماری تلاش‌های بسیاری نموده است اما اکنون، بیش از هر زمان دیگری به اقدامات منسجم‌تر، به موقع‌تر و کارآمدتری برای نجات جان انسان‌ها و کند شدن انتشار بیماری نیاز است.

¹ Big data

² Artificial intelligence

³ Telemedicine